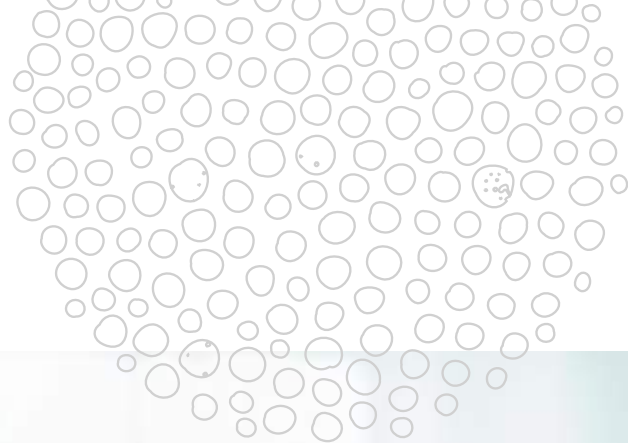




Warszawa, luty 2022

Opinie pacjentów nt. opieki i leczenia raka płuca w Polsce

wnioski i rekomendacje



Opracowanie i redakcja:
Fundacja TO SIĘ LECZY

Projekt graficzny:
f2f evolution

Wkład merytoryczny:
Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski,
Prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski,
Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Orłowski,
Prof. dr hab. n. med. Paweł Krawczyk,
Prof. dr hab. n. med. Rodryg Ramlau,
Prof. dr hab. n. med. Renata Langfort,
dr n. o kult. fiz. Hanna Tchórzewska-Korba,
dr n. med. Aleksandra Kapała,
Aleksandra Wilk,
Marek Kustosz

Spis treści:

Słowo wstępu	3-4
1. Rak płuca – podstawowe informacje	5
1.1. Epidemiologia	6-12
1.2. Czynniki ryzyka	13
1.3. Objawy	14-16
1.4. Profilaktyka	16-19
1.5. Diagnostyka	19-24
1.6. Leczenie	25-30
1.7. Rak płuca – wyzwania	31-34
2. Najważniejsze wnioski z badania opinii pacjentów i opiekunów nt. opieki onkologicznej nad chorymi z rakiem płuca w Polsce w latach 2020-2021	35
2.1. Opis badania i metodologia	36-37
2.2. Charakterystyka respondentów	37-42
2.3. Obszar diagnostyki raka płuca	42-49
2.4. Obszar leczenia raka płuca	50-63
2.5. Obszar leczenia wspomagającego	64-67
2.6. Edukacja i świadomość pacjenta	68-70
2.7. Sytuacja życiowa i materialna	71-76
3. Komentarze ekspertów medycznych oraz przedstawicieli organizacji pacjentów	77-96
4. Rekomendacje rozwiązań systemowych w zakresie poprawy profilaktyki i wczesnej diagnostyki oraz organizacji opieki nad pacjentami z rakiem płuca w Polsce	97-100

Słowo wstępu:



Rak płuca pozostaje największym wyzwaniem w obszarze onkologii, pomimo ogromnego postępu jaki dokonał się zarówno w obszarze precyzyjnej diagnostyki jak i skutecznego leczenia. Nadal większość chorych diagnozowanych jest w zaawansowanych stadiach nowotworu, co uniemożliwia jego wyleczenie. Powodów tego stanu jest wiele, to między innymi bagatelizowanie objawów zarówno przez lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) jak i samych pacjentów (brak edukacji) mogących świadczyć o rozwoju groźnej choroby jaką jest nowotwór takich jak m.in. kaszel, chrypka, czy nawracające infekcje, ale także problemy w dostępie do lekarzy specjalistów i przedłużająca się, nieoptymalna diagnostyka. Jednocześnie czas odgrywa kluczową rolę dla możliwości wdrożenia i powodzenia zastosowania innowacyjnych terapii.

Warto zaznaczyć, że rodzaj leczenia uzależniony jest od stopnia zaawansowania nowotworu i stanu ogólnej sprawności chorego. Najlepsze wyniki uzyskuje się dzięki operacji, która ma na celu usunięcie

guza w całości. Niestety, tylko ok. 30% wszystkich chorych można poddać leczeniu chirurgicznemu. Wyniki leczenia pacjentów niekwalifikujących się do zabiegu operacyjnego są dużo gorsze, a u około 40% chorych już w momencie ustalenia rozpoznania nowotwór jest w takim stadium zaawansowania, że jego wyleczenie jest niemożliwe.

Ostatnie lata szczególnie pokazały, że rak płuca powoli staje się chorobą przewlekłą, jednak pacjenci wymagają kompleksowej opieki i koordynacji współpracy wielu specjalistów takich jak onkologów, radioterapeuców, pulmonologów, patomorfologów, radiologów, psychoonkologów, fizjoterapeuców czy lekarzy medycyny bólu lub medycyny paliatywnej. Jako przedstawiciele środowiska pacjentów, mamy na co dzień do czynienia z szeregiem problemów, z jakimi borykają się chorzy i ich rodziny, od podejrzenia choroby przez diagnostykę i leczenie onkologiczne. Sytuację pogarsza trwająca już drugi rok pandemia koronawirusa, która ograniczyła znacząco dostęp do zabiegów i konsultacji specjalistycznych, co w konsekwencji skutkuje mniejszą ilością diagnoz postawionych we właściwym czasie, dających szansę na leczenie prowadzące do wydłużenia życia i poprawy jego jakości.

Najczęstszym skutkiem przedłużającej się diagnostyki jest progresja choroby i utrata szansy na wdrożenie optymalnego dla pacjenta standardu terapii, gdy choroba nie jest jeszcze zaawansowana. Dlatego też z jednej strony potrzebna jest ciągła edukacja pacjentów, aby wiedzieli jakie badania należy wykonać i jakie mają możliwości leczenia, a z drugiej strony pilnie potrzeba, aby kwestie szczególnie związane z diagno-

styką, zostały uregulowane i usprawnione w sposób systemowy.

Sekcja Raka Płuca Fundacji TO SIĘ LECZY przeprowadziła dwa badania opinii wśród pacjentów z rakiem płuca i ich bliskich odpowiednio w 2020 i 2021 roku. Wyniki i wnioski z tego badania jednoznacznie wskazują, że potrzebne są zintensyfikowane działania na rzecz usprawnienia opieki onkologicznej w Polsce, w szczególności w zakresie poprawy dostępu do kompleksowej diagnostyki (patomorfologicznej i molekularnej) oraz przyspieszenia czasu do rozpoczęcia leczenia.

Zapraszamy Państwa do zapoznania się z niniejszym dokumentem, który powstał we współpracy z ekspertami ochrony zdrowia oraz autorytetami medycznymi. Raport zawiera wnioski z badania opinii pacjentów wraz z komentarzami przedstawicieli środowiska medycznego oraz organizacji pacjentów, jak również aktualne dane epidemiologiczne, podsumowanie zmian w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorych na raka płuca w ciągu ostatnich lat oraz kluczowe rekomendacje zmian systemowych i organizacyjnych do wdrożenia w Polsce.



Aleksandra Wilk

Koordinator Sekcji Raka Płuca
Fundacja TO SIĘ LECZY



01

Rak płuca

podstawowe informacje o raku płuca, epidemiologia, diagnostyka, leczenie – stan obecny



1.1. Epidemiologia raka płuca.

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rak płuca jest najczęstszym nowotworem na świecie (ok. 1,8 mln zachorowań rocznie). Szacuje się, że około 85-90% zgonów z powodu raka płuca jest ściśle związanych z paleniem tytoniu, a odsetek niepalących wśród osób z rakiem płuca wynosi około 10-15% .

Częstość występowania i umieralność na raka płuca wykazuje znaczne zróżnicowanie regionalne. Najwyższą umieralność u mężczyzn notuje się w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (w tym w Polsce) oraz Azji Środkowej i Wschodniej. Najniższa umieralność dotyczy krajów Afryki Środkowej i Zachodniej. U kobiet wzorec występowania raka płuca jest nieco odmienny i również powiela trend związany z nawykiem palenia tytoniu. Najwyższa umieralność jest obserwowana w Ameryce Północnej i Europie Północnej, nieco niższa w krajach Europy Środkowej (w tym w Polsce) i Azji, a najniższa w Afryce Zachodniej i na Bliskim Wschodzie.

Rak płuca pozostaje od wielu lat jednym ze słabszych punktów opieki zdrowotnej w Europie, pomimo pojawienia się cennych innowacji w diagnostyce, leczeniu i monitorowaniu choroby. Przełom w leczeniu raka płuca jest możliwy dzięki poznaniu biologii tego nowotworu, diagnostyce molekularnej oraz terapiom celowanym i immunoterapii. Problemem i palącym wyzwaniem pozostaje

dostęp do tych innowacji w praktyce oraz przestrzeganie standardów klinicznych.

W kontekście zarządzania chorobą i polityki zdrowotnej niesatysfakcjonujący pozostaje poziom wskaźników pięcioletnich przeżyć, które podniosły się do poziomu ok. 20%, ale pozostają nadal frustrująco niskie w porównaniu z większością innych nowotworów.

Przyczynia się do tego wiele czynników związanych z organizacją ochrony zdrowia oraz barier w dostępie do szybkiej diagnostyki takich jak opóźnienia w diagnozie, w czasie skierowania z opieki podstawowej do specjalistycznej, wydłużony czas oczekiwania na wyniki badań oraz na rozpoczęcie leczenia.

W Europie dostrzega się także znaczne dysproporcje w dostępie do kompleksowego profilowania molekularnego, które w pełni wykorzystuje możliwości współczesnej diagnostyki molekularnej. W Polsce takie kompleksowe podejście do diagnostyki nie jest refundowane.

Rak płuca jest najczęstszym nowotworem złośliwym i pierwszą przyczyną zgonów wśród chorób nowotworowych w Polsce.⁴ Odpowiada za 24% wszystkich zgonów z powodu nowotworów w Polsce.

¹ Thun MJ, Henley SJ, Burns D, Jemal A, Shanks TG, Calle EE. Lung cancer death rates in lifelong nonsmokers. J Natl Cancer Inst 2006

² Nowotwory Złośliwe w Polsce w 2013 Roku. Wojciechowska U, Didkowska J., 2014

³ Lung Cancer Report ESMO, 2020:

https://www.euapm.eu/pdf/EAPM_Lung_cancer_report_Seeking_Response_Not_Just_In_Words_And_Plans_But_In_Actions_at_ESMO.pdf

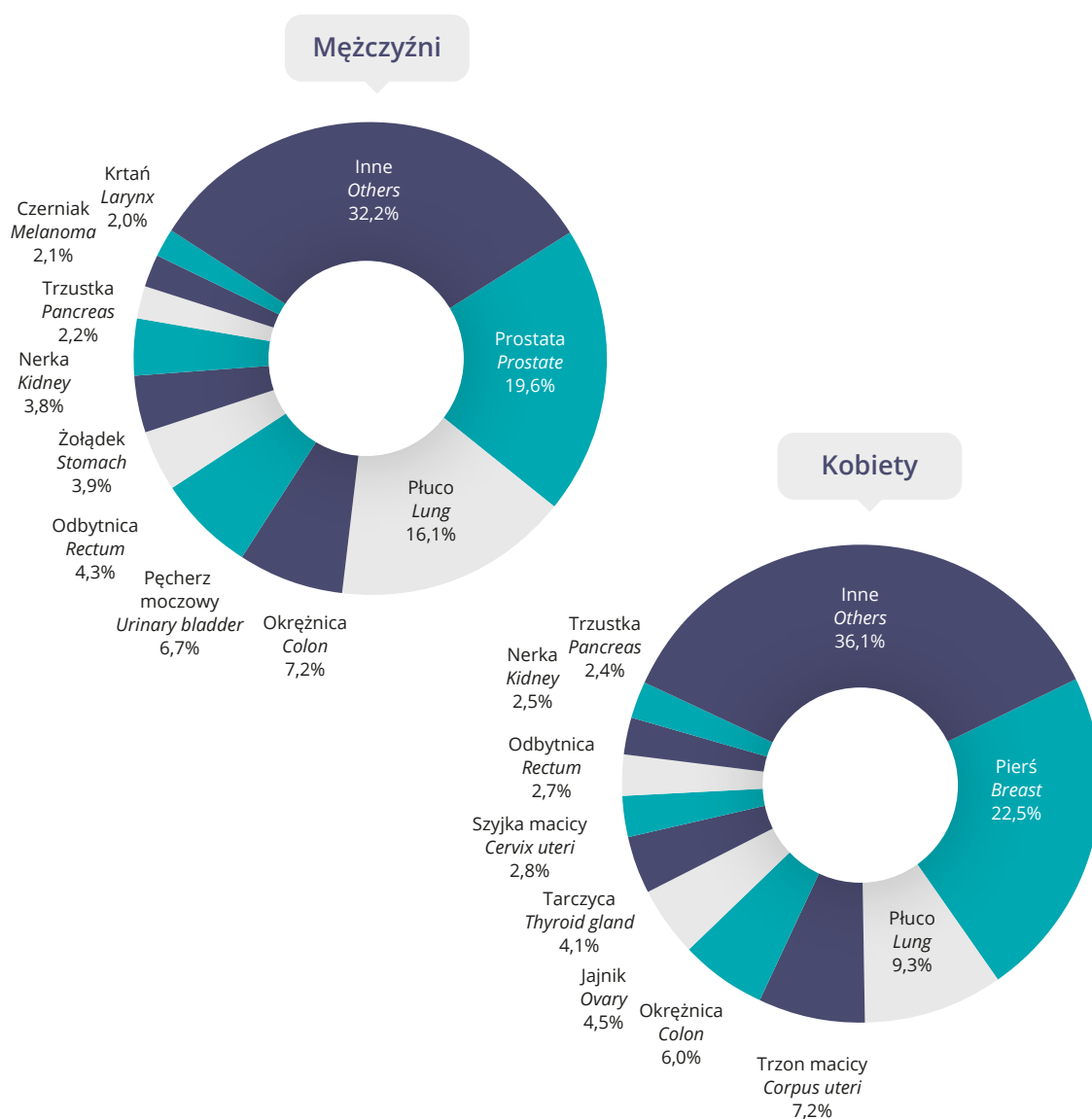
Roczna śmiertelność w następstwie tej choroby jest jednocześnie wyższa niż zachorowalność.

Jak podaje Krajowy Rejestr Nowotworów w 2018 roku odnotowano łącznie 21 226

przypadków raka płuca, w tym 7 801 wśród kobiet i 13 425 wśród mężczyzn.

Natomiast szacowana liczba zachorowań w 2020 roku wynosi 22 541 przypadków, w tym 8 986 wśród kobiet i 13 555 wśród mężczyzn.

Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn i kobiet w 2018 roku.



Źródło: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku, Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska, Irmina Michalek, Paweł Olasek, Agata Ciuba.

Zachorowania na raka płuca versus pięć wybranych nowotworów



Częstość i struktura zachorowań na raka w Polsce są zależne od wieku, a ryzyko zachorowania i zgonu wzrasta wykładniczo z wiekiem. Obserwowany w Polsce wzrost liczby zachorowań jest przede wszystkim wynikiem zmian demograficznych oraz skutkiem narażenia na czynniki ryzyka, szczególnie wynikające ze zmian cywilizacyjnych (palenie tytoniu, zanieczyszczenie powietrza, smog, niezdrowa dieta, otyłość, brak aktywności ruchowej). Około 95–96% przypadków raka płuca występuje u osób po 50. roku życia, a ponad połowa – po 65. roku życia. Od połowy lat 90. ubiegłego wieku w większości państw europejskich obserwuje się

tendencję spadkową w liczbie zachorowań na raka płuca wśród mężczyzn, odwrotnie niż w przypadku kobiet.

Szczególnie niepokojący jest trend dotyczący częstości palenia tytoniu i rosnącej liczby zachorowań na raka płuca wśród kobiet. W 2018 roku liczba kobiet, które zmarły z powodu raka płuca przekroczyła liczbę kobiet, które zmarły z powodu raka piersi – o ponad 1180 osób. W populacji mężczyzn obserwuje się natomiast od ok. 15 lat spadek zarówno zachorowalności i umieralności na raka płuca, co jest przede wszystkim wynikiem zmniejszenia się odsetka palących

⁴ Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku, Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska, Irmina Michałek, Paweł Olasek, Agata Ciuba http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf

⁵ Aktualne dane KRN dotyczą 2018 roku, w 2022 roku spodziewany jest raport za rok 2019.

Nadal jednak rak płuca pozostaje dominującą przyczyną zgonów wśród mężczyzn (drugą przyczyną zachorowań po raku gruczołu krokowego).

Zachorowania na nowotwory płuca według województw w 2018 roku.

Mężczyźni / Males				Kobiety / Females			
		ASW	ESP2013			ASW	ESP2013
1	Kujawsko-pomorskie	55,7	130,9	1	Pomorskie	24,9	52,7
2	Warmińsko-mazurskie	51,8	116,6	2	Warmińsko-mazurskie	25,7	52,0
3	Pomorskie	48,7	113,1	3	Kujawsko-pomorskie	23,6	50,0
4	Dolnośląskie	45,7	104,4	4	Zachodniopomorskie	22,2	47,1
5	Świętokrzyskie	44,8	101,0	5	Dolnośląskie	21,2	45,0
6	Łódzkie	42,6	93,6	6	Wielkopolskie	20,4	42,4
7	Wielkopolskie	41,2	92,4	7	Opolskie	19,1	40,0
8	Śląskie	38,2	88,1	8	Łódzkie	19,4	38,6
9	Zachodniopomorskie	39,2	87,7	9	Śląskie	18,8	38,1
10	Opolskie	36,7	81,7	10	Małopolskie	14,6	31,7
11	Małopolskie	35,2	79,6	11	Świętokrzyskie	15,7	31,6
12	Lubuskie	33,4	77,3	12	Mazowieckie	15,1	31,0
13	Podkarpackie	32,8	76,6	13	Lubuskie	14,4	30,0
14	Lubelskie	34,4	76,4	14	Podkarpackie	13,2	26,7
15	Mazowieckie	29,6	65,0	15	Lubelskie	12,2	24,8
16	Podlaskie	26,8	60,0	16	Podlaskie	10,0	
	Polska	39,2	88,8		Polska	18,2	37,6

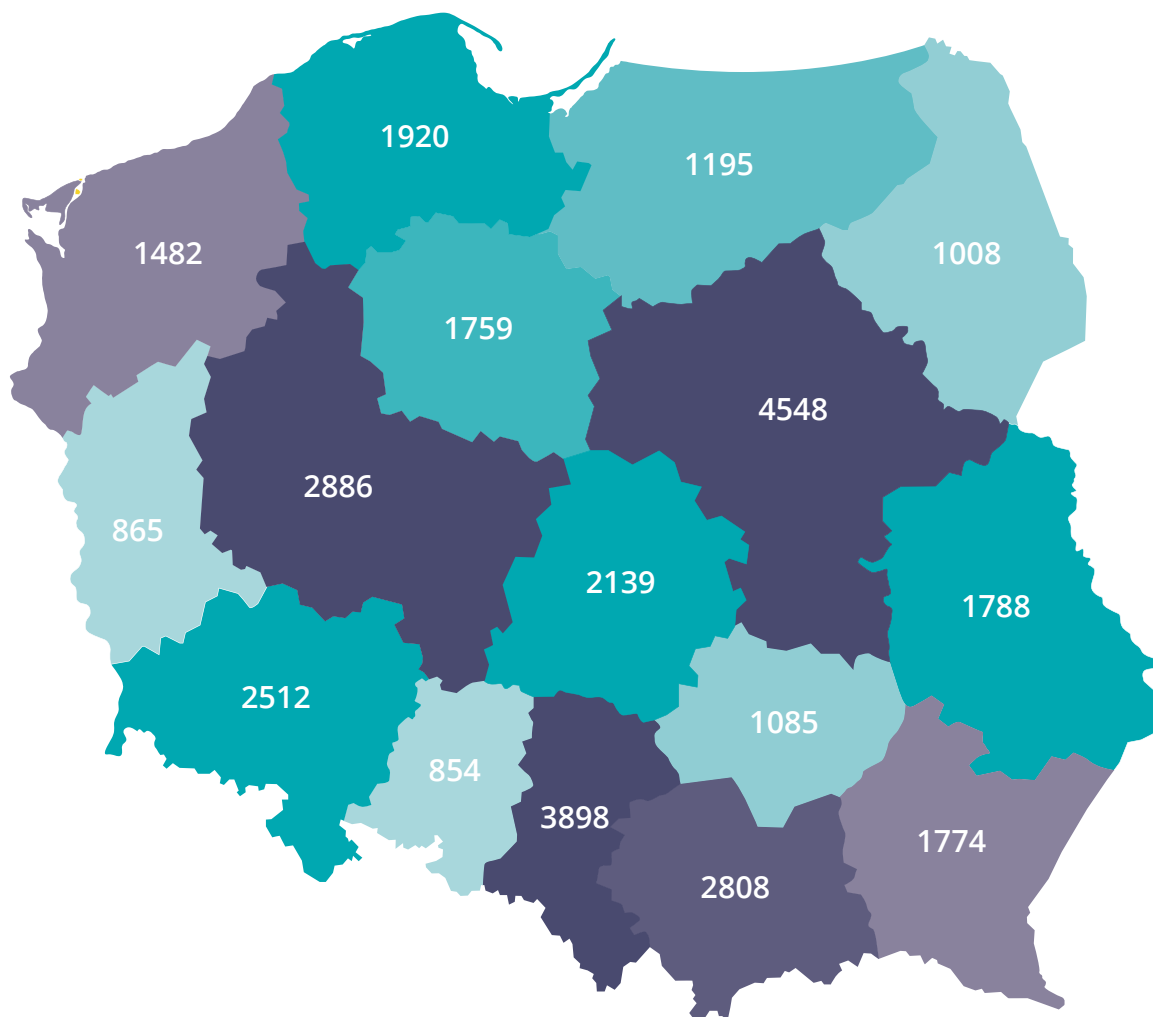
Zgodnie z danymi z Mapy Potrzeb Zdrowotnych w Zakresie Onkologii dla Polski przewiduje się, że nowotwór złośliwy płuca w 2029 roku będzie nadal dominującym nowotworem pod względem liczby zachorowań.

W 2029 roku w Polsce odnotowanych zostanie ponad 32,5 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe płuc. Najwięcej z nich wystąpi w województwach mazowieckim (4 548) oraz śląskim (3 898).⁷

Źródło: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku, Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska, Irmina Michałek, Paweł Olasek, Agata Ciuba

⁶ Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku, Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska, Irmina Michałek, Paweł Olasek, Agata Ciuba http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf

Prognozowana liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych płuca na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych w Zakresie Onkologii dla Polski.



Prognozowana liczba nowych przypadków

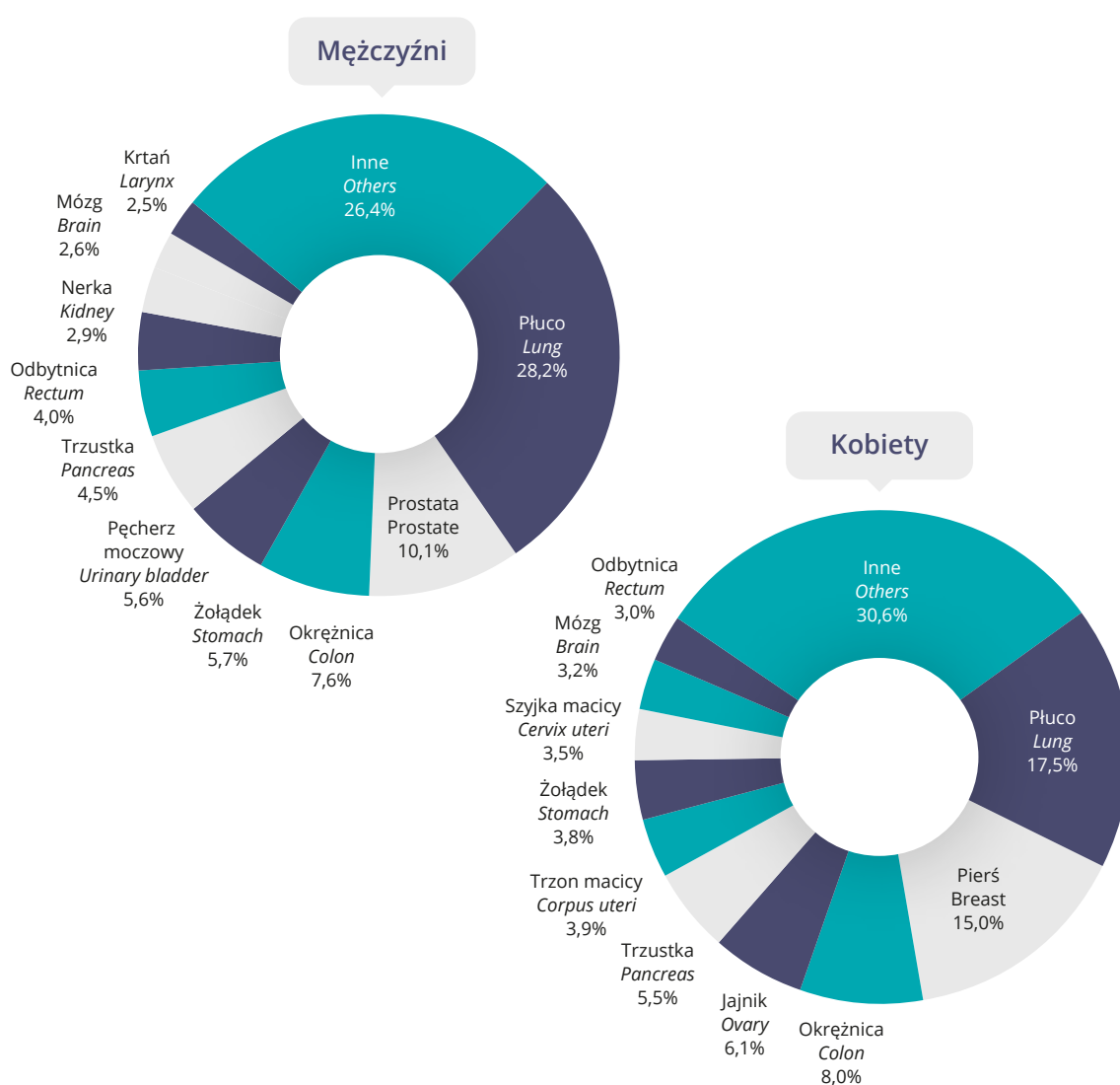
[0 - 1167] [1167 - 1781] [1781 - 2586] \geq 2586

Źródło: https://pacjent.gov.pl/sites/default/files/2019-09/zalacznik_17_ogolnopolski_program_wwrp.pdf

Pięcioletnie przeżycia uzyskuje się w Polsce u zaledwie 15% chorych z rakiem płuca, ponieważ aż 80% wykrywanych w Polsce nowotworów złośliwych płuc jest już tak zaawansowanych, że nie nadaje się do operacyjnego leczenia. Do zabiegu operacyjnego kwalifikuje się w przybliżeniu 30% chorych, ale tylko około 40% z nich przeżywa 5 lat.

Wyniki leczenia pacjentów niekwalifikujących się do zabiegu operacyjnego są dużo gorsze, a u około 40% chorych, już w momencie ustalenia rozpoznania, nowotwór jest w takim stadium zaawansowania, że jego wyleczenie jest niemożliwe. Nowotwory złośliwe płuc są bardzo późno rozpoznawane we wszystkich województwach w Polsce.

Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku wśród mężczyzn i kobiet



⁷ Ogólnopolski Program Wykrywania Raka Płuca, opracowanie 2018,

https://pacjent.gov.pl/sites/default/files/2019-09/zalacznik_17_ogolnopolski_program_wwrp.pdf

⁸ Współczynnik DALY określa stan zdrowia danego społeczeństwa – obciążenie chorobami, zagrożenia wynikające z wieku, płci i miejsca zamieszkania oraz czynników ryzyka. Jeden DALY określa dokładnie ubytek jednego roku w zdrowiu. Liczone są lata utracone w wyniku śmierci lub uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku bądź choroby. Wskaźnik okazuje się przydatny także przy obserwacji nałogów





Niska przeżywalność chorych na raka płuca związana jest z długotrwałym bezobjawowym przebiegiem choroby i rozpoczęciem diagnostyki już w zaawansowanym stadium lub nieoptymalną ścieżką diagnostyczną pacjenta.

Niezadowolające wyniki leczenia są głównie konsekwencją późnego rozpoznawania oraz niedostatecznej dostępności leczenia. Obecnie w Europie śmiertelność z powodu raka płuca jest równa łącznej śmiertelności z powodu raka piersi, jelita grubego, prostaty, szpiczaka i raka nerki.

Wg danych z raportu IHE* w 2020 poniżej 50% pacjentów z zaawansowanym rakiem płuca w Polsce otrzymywało jakiekolwiek leczenie systemowe. To znacząco mniej niż w innych krajach europejskich i poniżej rekomendacji ESMO (75%). Pomimo objęcia refundacją wielu nowoczesnych cząsteczek w dalszym ciągu główną strategią terapeutyczną jest podawanie chemii.

W Polsce odnotowuje się najwyższy wskaźnik umieralności i współczynnik DALY w porównaniu do krajów Europy Zachodniej i Północnej.

Porównanie zachorowalności, umieralności oraz DALY w wybranych krajach europejskich.

Kraj	Zachorowalność	Chorobowość	wsp. DALY	Umieralność
Austria	33	67	549	24
Belgia	37	56	711	32
Finlandia	25	47	402	20
Francja	34	49	707	29
Holandia 	44	79	767	36
Norwegia	30	66	467	22
Polska 	37	40	890	39
Rumunia 	30	32	760	30
Hiszpania	33	67	568	25
Szwecja 	21	32	373	19
Wlk. Brytania	40	77	599	30
Europa	33	54	628	27
ogółem	27	42	503	24



*<https://ihe.se/en/publications/ihe-report/>

1.2. Czynniki ryzyka raka płuca.



Czynne lub bierne narażenie się na substancje rakotwórcze zawarte w dymie tytoniowym odpowiada za 85-95% zachorowań na raka płuca.

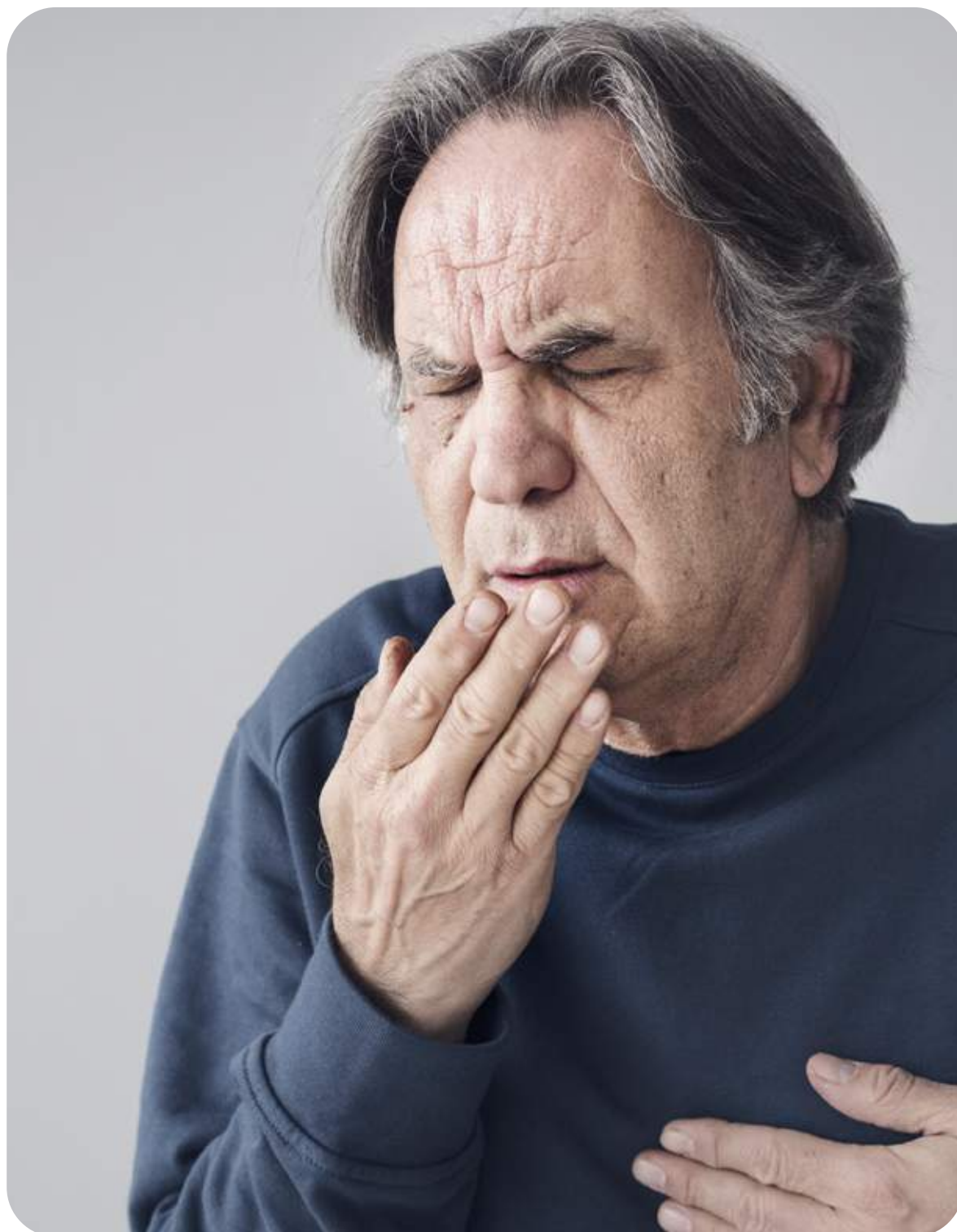
Szacuje się, że obecnie ok. 1,3 miliarda ludzi na całym świecie używa wyrobów tytoniowych, a w Polsce nawet 30% osób dorosłych pali nałogowo, jednocześnie od kilku lat obserwuje się wzrost odsetka palących kobiet oraz młodzieży.

Jednocześnie zwiększone ryzyko zachorowania na raka płuca jest związane z przewlekłością nałogu palenia tytoniu oraz jego intensywnością i utrzymuje się do ok. 15 lat po zaprzestaniu palenia. **Szacuje się, że osoba paląca papierosy ma około 60-krotnie (o 6000%) zwiększone ryzyko zachorowania na raka płuca.** Badania przeprowadzone wśród chorych leczonych

z powodu wczesnej postaci raka płuca wskazują, że kontynuacja palenia o 86% zwiększa ryzyko nawrotu nowotworu, u chorych z zaawansowaną chorobą aktywne palenie o 50% zwiększa ogólne ryzyko zgonu, a o 60% zwiększa ryzyko zgonu związane z nowotworem. U osób leczonych operacyjnie z powodu raka płuca palenie papierosów zwiększa ryzyko dodatkowo powikłań infekcyjnych, przetok oskrzelowo-opłucnowych i niepowodzenia chemioterapii wynikających z lekooporności lub wahań stężeń leków.

Na ryzyko zachorowania na raka płuca ma także wpływ narażenie na inne czynniki rakotwórcze (narażenie zawodowe na czynniki ryzyka, bierne palenie, zanieczyszczenia dymem w domu, smog) oraz czynniki genetyczne - profil molekularny i genetyczny.

1.3. Objawy raka płuca.



¹ Thun MJ, Henley SJ, Burns D, Jemal A, Shanks TG, Calle EE. Lung cancer death rates in lifelong nonsmokers. J Natl Cancer Inst 2006

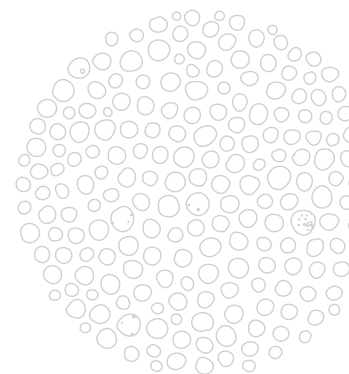
² Nowotwory Złośliwe w Polsce w 2013 Roku. Wojciechowska U, Didkowska J., 2014

³ Lung Cancer Report ESMO, 2020:

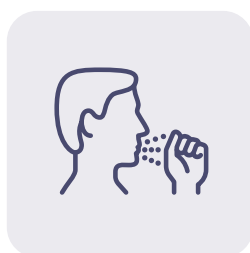
https://www.euapm.eu/pdf/EAPM_Lung_cancer_report_Seeking_Response_Not_Just_In_Words_And_Plans_But_In_Actions_at_ESMO.pdf

Objawy raka płuca zależą od stopnia miejscowego zaawansowania, typu histopatologicznego, lokalizacji guza i obecności przerzutów odległych. W początkowych stadiach zaawansowania rak płuca może nie dawać objawów klinicznych, a jego rozpoznanie stawia się na podstawie badań obrazowych wykonywanych często z innych wskazań medycznych.

Najczęstszymi objawami guzów nowotworowych umiejscowionych centralnie lub wewnątrzskrzelowo jest kaszel i krwiotłucie. Szczególnie niepokojący jest długo utrzymujący się kaszel, pomimo leczenia objawowego, zwłaszcza, gdy dochodzi do zmiany charakteru kaszlu.



Zespół objawów, które mogą świadczyć o rozwoju raka płuca to:



Kaszel



Nawracające infekcje płucne



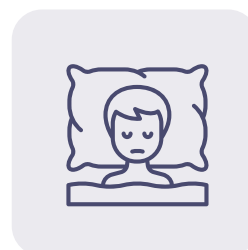
Duszność



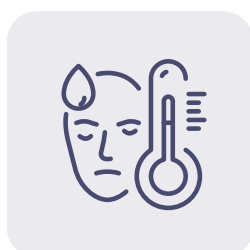
Chrypka



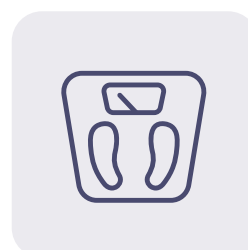
Ból, w tym bóle kostne (bark, biodro, odcinki kręgosłupa - zwłaszcza lędźwiowego)



Oslabienie



Podwyższona temperatura



Utrata masy ciała

Kiedy dochodzi do rozwoju guzów wewnątrzskrzelowych może dojść do niedodmy, której zwykle towarzyszy proces zapalny (np. zapalenie płuca, ropień płuca). Guzy położone obwodowo mogą natomiast powodować duszności wynikające z obturacji, a także ból i wysięk. Objawami związanymi z miejscowym szerzeniem się guza przez ciągłość bądź zajęcie regionalnych węzłów chłonnych są m.in.: chrypka, zespół żyły głównej górnej, dysfagia, tamponada serca.

W Polsce raka płuca miejscowo zaawansowanego, we wczesnej fazie, diagnozuje się tylko u około 20% pacjentów.

W zaawansowanym stadium choroby najczęstsze objawy obejmują: ogólne osłabienie, utratę masy ciała, stany podgorączkowe oraz objawy związane z lokalizacją przerzutów - bóle kostne. U około 10-20% chorych rozpoznanie raka płuca jest poprzedzone objawami zespołów paranowotworowych (SIADH, zespół rakowiaka, zespół Cushinga, zespół Lamberta-Eatona, osteoartropatia obwodowa, hiperkalcemia).

1.4. Profilaktyka pierwotna i wtórna raka płuca.



¹¹ Kauczor H-U, Bonomo L, Gaga M, Nackaerts K, Peled N, Prokop M, et al. ESR/ERS white paper on lung cancer screening. Eur Respir J 2015

¹² Holst Pedersen J, Rzyman W, Veronesi G, D'amico TA, Schil P Van, Molins L, et al. Recommendations from the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) regarding computed tomography screening for lung cancer in Europe. Eur Eur J Cardiothorac Surg 2017

Ze względu na ścisłą zależność występowania raka płuca od związków kancerogennych dymu tytoniowego oraz nieodwracalności zmian genomowych w komórkach układu oddechowego, celem polityki zdrowotnej powinna być zarówno profilaktyka pierwotna jak i wtórna.

Profilaktyka pierwotna powinna obejmować:

- intensywną politykę antytytoniową,
- aktywne działania mające na celu zapobieganie inicjacji palenia tytoniu,
- szeroko zakrojone kampanie edukacyjne,
- zdrowy styl życia (zbilansowana dieta, regularna aktywność fizyczna, regularne wykonywanie badań profilaktycznych).

Profilaktyka wtórna powinna obejmować:

- wczesne wykrywanie raka płuca u osób z dużym, zdefiniowanym według wieku i liczby paczkołat, ryzykiem zachorowania poprzez zaangażowanie lekarzy pierwszego kontaktu (POZ) (czujność onkologiczna),
- wdrażanie programów przesiewowych w grupach ryzyka (osoby palące, osoby, w których w rodzinie występuje historia chorób płuc).

W Polsce i w Europie nie wprowadzono dotychczas badań przesiewowych raka płuca na masową skalę. Jednak w 2019 roku w Polsce uruchomiono Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej, który obecnie jest dostępny w 14 województwach w kraju.

Badania przesiewowe z zastosowaniem niskodawkowej tomografii komputerowej

są rekomendowane przez europejskie organizacje i towarzystwa naukowe. Najszerze, systematycznie rekomendacje dotyczące wszystkich aspektów skryningu raka płuca zostały opublikowane przez National Comprehensive Cancer Center (NCCN).

W kontekście wyników badań i rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia leczenie Zespołu Uzależnienia od Tytoniu (ZUT) powinno stanowić integralny element wszystkich procedur medycznych obejmujących osoby palące, na każdym etapie leczenia. W Polsce program antytytoniowy skierowany do różnych grup wiekowych został wprowadzony przez Ministerstwo Zdrowia oraz Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego. Program działa od wielu lat, jednak jego zasięg i efekty są niewystarczające. Obecnie funkcjonuje tylko kilka poradni leczenia uzależnienia od tytoniu, które są finansowane ze środków publicznych.

Zapewnienie kompleksowej opieki w leczeniu uzależnienia od tytoniu w znacznym stopniu przyczynia się do zwiększenia skuteczności programów badań przesiewowych. Potwierdzają to wyniki badania NLST (National Lung Cancer Trial) przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych, które wykazały, że samo wykonanie skryningu, może zmotywować pacjenta do podjęcia próby rzucenia palenia, ale samo w sobie nie skutkuje zaprzestaniem palenia tytoniu. Kluczowe okazuje się wsparcie lekarza POZ w tym procesie, które zwiększa szansę na rzucenie nałogu o 40%, a objęcie pacjenta kompleksową opieką w ramach kolejnych wizyt o prawie połowę (46%).

Jednocześnie badanie to na grupie ponad 53 tysięcy uczestników wykazało, że zastosowanie niskodawkowej tomografii komputerowej w porównaniu do klasycznej radiografii klatki piersiowej o 20% zmniejsza względne ryzyko zgonu z powodu raka płuca, a także o 7% redukuje względne ryzyko zgonu z powodu innych przyczyn w grupie badanej .

Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) użyciem Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) ma na celu poprawę wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych w wybranej populacji mieszkańców Polski, a w szczególności:

- zwiększenie wiedzy uczestników programu nt. profilaktyki raka płuca,
 - zwiększenie dostępu do badania niskodawkową tomografią komputerową (NDTK) u osób z grup ryzyka zachorowania na raka płuca,
 - zwiększenie świadomości uczestników programu na temat dostępności poradnictwa antytytoniowego,
 - zwiększenie odsetka wykrywania stadiów wczesnych nowotworu płuca.
- Skryning skierowany jest do bezobjawowej subpopulacji w wieku powyżej 50-55 roku życia i ustaloną minimalną konsumpcją tytoniu (w zależności od rekomendacji co najmniej 20-30 paczkolet).



Program skierowany jest do:

- osób w wieku 55 -74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet i okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat;
- osób w wieku 50 -74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet i okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat u których stwierdza się jeden z czynników ryzyka:
 - ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza
 - ekspozycja na radon
 - indywidualna historia zachorowania na raka: przebyty rak płuca (regionu), w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego
 - rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia
 - historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF)

Osoba z grupy wysokiego ryzyka jest włączana do programu na podstawie decyzji podjętej wspólnie z kwalifikowanym pracownikiem służby zdrowia (ang. shared decision making).

Biorąc pod uwagę wielkość populacji spełniającej kryteria włączenia do Programu, wahającą się między 2 a 3 mln. osób, zakłada się, że w ramach dostępnej alokacji wykonanych zostanie ok. 48,8 tys. badań. Biorąc pod uwagę coroczne powtarzanie badania, z populacji osób o zwiększonym ryzyku zachorowania na raka płuca programem może zostać objęte szacunkowo od 16 tys. do 26,6 tys. osób.

1.5. Diagnostyka raka płuca.





Główną przyczyną złego rokowania w nowotworach płuca jest ich zbyt późne rozpoznanie, wynikające z faktu, że objawy pojawiają się często dopiero, gdy masa guza jest bardzo duża lub gdy rozwiną się przerzuty odległe.

Celem diagnostyki raka płuca jest ustalenie typu histologicznego i stopnia zaawansowania w momencie wykrycia.

Na podstawie zebranego wywiadu oraz badania przedmiotowego i badań biochemicznych lekarz pierwszego kontaktu (POZ) określa rodzaj dolegliwości oraz prawdopodobieństwo obecności choroby układu oddechowego, w tym raka płuca.

W przypadku, gdy wyniki badań są nieprawidłowe i/lub występują w wywiadzie inne alarmujące objawy, lekarz zleca badanie obrazowe - radiogram klatki piersiowej. W przypadku potwierdzenia podejrzenia raka płuca, lekarz rodzinny powinien założyć Kartę DiLO (Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego) oraz skierować pacjenta do specjalisty (onkologa, pulmonologa, torakochirurga) na pogłębioną, dokładną diagnostykę. Pacjenci z Kartą DiLO z założenia powinni być traktowani priorytetowo, co ma za zadanie przyspieszenie procesu diagnostycznego i niezwłoczne wdrożenia leczenia.

Onkolog, pulmonolog, torakochirurg lub zleca dalszą kompleksową diagnostykę w celu postawienia prawidłowej diagnozy i podjęcia właściwego leczenia (operacyjnego, radioterapii i/lub systemowego).

Kluczem procesu diagnostycznego jest precyzyjne określenie zarówno **typu histologicznego jak i stopnia zaawansowania klinicznego** choroby nowotworowej. Dlatego konieczne jest staranne przeprowadzenie wszystkich badań, **w szczególności molekularnych**

przed podjęciem decyzji o sposobie leczenia. W ocenie zaawansowania nowotworu stosuje się tzw. klasyfikacją TNM, która uwzględnia wielkość guza, jego lokalizację i rodzaj zajętych przez niego tkanek, występowanie przerzutów w poszczególnych grupach węzłów chłonnych oraz występowanie przerzutów w narządach odległych.

W przypadku wykrycia podejrzaney zmiany lub zmian w obrębie klatki piersiowej należy poszerzyć diagnostykę o tomografię komputerową (TK) lub rezonans magnetyczny (MRI). Największą wartość w wykrywaniu przerzutów do węzłów chłonnych śródpiersia i narządów odległych ma badanie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET). Badania obrazowe są również użyteczne w monitorowaniu skuteczności leczenia oraz przebiegu choroby. W celu wykrycia przerzutów odległych wykonuje się USG/TK jamy brzusznej, TK/MRI OUN (ośrodkowego układu nerwowego) oraz scyntyografię kości.



U pacjentów kwalifikowanych do radykalnego leczenia chirurgicznego bądź radioterapii wykonuje się także ocenę wydolności oddechowej (spirometria, badanie dyfuzji)

oraz układu sercowo-naczyniowego (EKG, ultrasonokardiografię). Ostateczne rozpoznanie ustala się na podstawie badania histopatologicznego.

Konieczne jest także określenie rodzaju oraz typu morfologicznego raka. Na podstawie materiału otrzymanego do badania mikroskopowego określa się typ raka - drobnokomórkowy (DRP) czy niedrobnokomórkowy (NDRP), a w przypadku rozpoznania NDRP ustala się, czy wykazuje on różnicowanie gruczołowe, czy płaskonabłonkowe. Precyzyjne określenie postaci morfologicznej nowotworu wymaga wykonania badań dodatkowych z wykorzystaniem przeciwciał immunohistochemicznych.

Najczęściej stosowane jest przeciwciało TTF-1, którego ekspresja wskazuje na różnicowanie gruczołowe raka, lub przeciwciało p40 lub p63, wskazujące na fenotyp raka płaskonabłonkowego. Gdy nie uda się określić postaci morfologicznej raka na podstawie cech morfologicznych, a wyniki wykonanych reakcji immunohistochemicznych są negatywne, nowotwór określa się mianem raka niedrobnokomórkowego typu NOS (ang. *Not Otherwise Specified*), czyli bez możliwości ustalenia podtypu morfologicznego.

Kompleksowe postępowanie diagnostyczne jest ściśle związane z możliwością doboru odpowiedniej terapii ukierunkowanej molekularnie.

Badania molekularne powinny być wykonywane rutynowo u chorych z zaawansowanym rakiem płuca, w szczególności u chorych z rozpoznaniem raka gruczołowego, raka wielkomórkowego

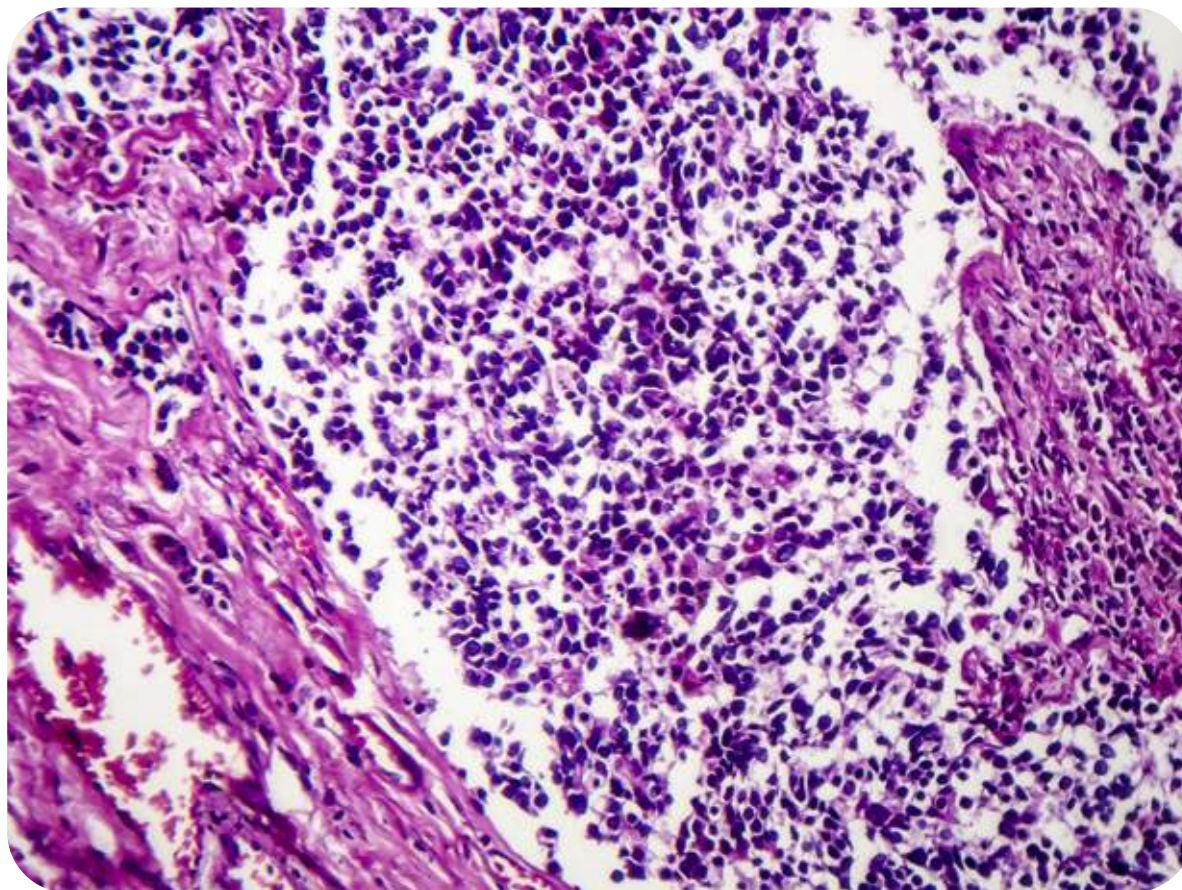
oraz NOS. Ocenia się obecność **mutacji aktywującej w genie EGFR** (występuje ona u około 10-15% chorych), obecność **rearanżacji w genie ALK** (występuje u około 5% chorych) oraz **rearanżacji w genie ROS1**. Stwierdzenie jednej z wymienionych zmian molekularnych stanowi wskazanie do włączenia terapii celowanej. Leczenie raka płuca w Polsce jest prowadzone w oparciu o wskazania zawarte w programie lekowym.

U chorych w IV stopniu zaawansowania choroby, z innym rozpoznaniem niż rak płaskonabłonkowy, powinny być wykonane wszystkie markery predykcyjne, w tym również **ekspresja białka PD-L1**. U pacjentów z rozpoznaniem rakiem płaskonabłonkowym wykonuje się tylko predykcyjny test

immunohistochemiczny w kierunku ekspresji białka PD-L1. Pozostałe badania molekularne nie są wymagane.

Badania molekularne są wykonywane również u chorych, u których terapia celowana przestaje być skuteczna. U około połowy pacjentów, u których dochodzi do progresji choroby podczas leczenia inhibitorami szlaku naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR), w komórkach nowotworu pojawia się mutacja oporności - T790M. Obecność tej mutacji można potwierdzić badaniem molekularnym z materiału pobranego z miejsca progresji lub z DNA nowotworowego pobranego bezpośrednio z krwi, tzw. płynna biopsja (ang. liquid biopsy).

Rodzaje nowotworów płuca



Rak niedrobnokomórkowy płuca rozpoznawany jest u około 80% osób ze zdiagnozowanym rakiem płuca.

Rak drobnokomórkowy stanowi około 15-20% raków płuca. Chorzy, którzy ukończyli 65 rok życia, tworzą grupę ponad 50% wszystkich przypadków zachorowań.

Bardziej szczegółowy podział raka płuca obejmuje następujące podtypy:

- rak gruczołowy (ok. 45%, częstość występowania rośnie)
- rak płaskonabłonkowy (ok. 30%)
- rak drobnokomórkowy (ok. 15%, szczególnie złe rokowanie)
- rak wielkokomórkowy (ok. 10%)
- rakowiak (kilka procent wszystkich zachorowań)

Stopień zaawansowania nowotworu warunkuje rodzaj leczenia. Podstawową metodą leczenia chorych z NDRP w niskim stopniu zaawansowania (stopień I i II) jest leczenie chirurgiczne. W przypadku zaawansowania miejscowego (stopień III) stosuje się często chemioterapię skojarzoną z radioterapią. Od 2021 r. dostępny jest również schemat stosowany w III stopniu nieoperacyjnym - chemio-radioterapii jednoczesowej połączonej z immunoterapią konsolidującą. W wybranych przypadkach pacjenci są także kwalifikowani do leczenia operacyjnego.

W przypadku postaci zaawansowanej, przerzutowej (stopień IV – obecność przerzutów odległych) aktualnym standardem stosowanym w 1 linii leczenia w zależności od podtypu nowotworu płuca, jak i określonych czynników predykcyjnych w przypad-

ku raka niedrobnokomórkowego jest leczenie ukierunkowane molekularnie, immunoterapia, immuno-chemioterapia lub samodzielna chemioterapia, zaś dla raka drobnokomórkowego immuno-chemioterapia. W przypadku braku możliwości kwalifikacji do powyższych schematów stosuje się standardową chemioterapię lub/i radioterapię. Część chorych wymaga zastosowania radioterapii o charakterze paliatywnym.

• STOPIEŃ I

- średnica guza nie przekracza 4 cm, nie stwierdza się przerzutów do węzłów chłonnych.

• STOPIEŃ II

- obecność guza, którego średnica może sięgać 7 cm i nie stwierdza się przerzutów do węzłów chłonnych, dotyczy również chorych, u których stwierdza się przerzuty do węzłów chłonnych zlokalizowanych w pobliżu guza, którego średnica nie przekracza 5 cm.

• STOPIEŃ III

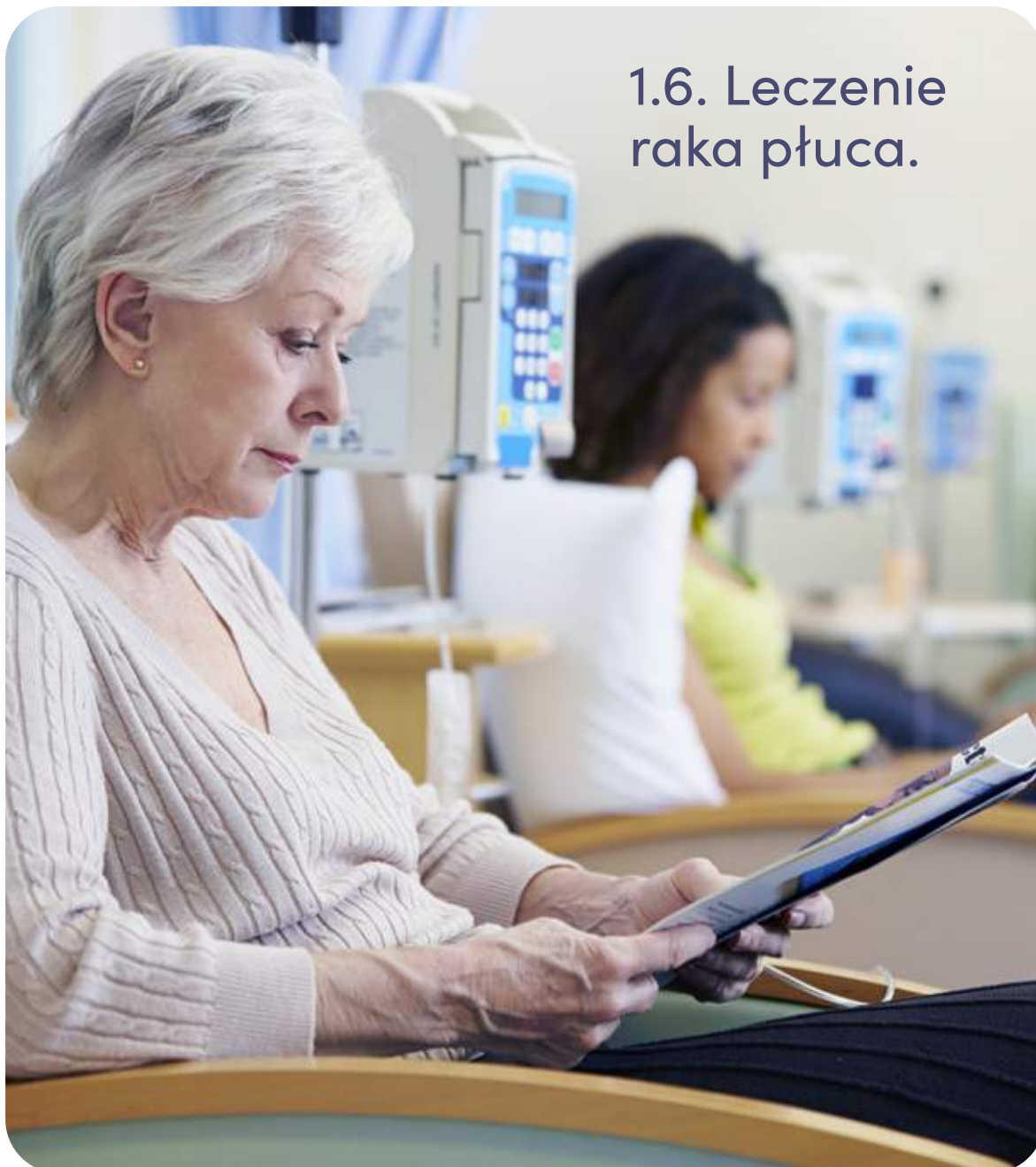
- obecność guza płuca i zmian przerzutowych w węzłach chłonnych śródpiersia.

• STOPIEŃ IV

- obecność guza płuca oraz zmian przerzutowych w innych narządach (najczęściej w drugim płucu, nadnerczach, wątrobie, kościach, ośrodkowym układzie nerwowym).

Schemat postępowania w przypadku podejrzenia raka płuca





1.6. Leczenie raka płuca.

W ostatnich latach dokonał się przełom w leczeniu raka płuca. Wprowadzono mało inwazyjne metody badań przesiewowych w postaci niskodawkowej tomografii komputerowej, umożliwiającej rozpoznanie choroby we wczesnych stadiach zaawansowania. Wprowadzenie nowoczesnej techniki radioterapii stereotaktycznej stworzyło z kolei możliwość leczenia dla chorych z małymi guzami i przeciwwskazaniami poza onkologicznymi do leczenia operacyjnego, dając szansę na miejscowe opanowanie choroby. Ostatnie lata to także pojawienie

się wielu innowacyjnych terapii ukierunkowanych molekularnie oraz immunoterapii, które mają zasadniczy wpływ na poprawę rokowania pacjentów w zaawansowanych stadiach nowotworu.

Wybór sposobu leczenia zależy przede wszystkim od typu i zaawansowania nowotworu. Chorzy mogą być poddani operacji, chemioterapii, radioterapii, terapii ukierunkowanej molekularnie, immunoterapii lub leczeniu składającemu się z kilku tych metod.



Leczenie radykalne to leczenie prowadzone z intencją wyleczenia pacjenta.



Leczenie paliatywne ma na celu uniknięcie lub złagodzenie objawów takich jak ból, osłabienie, spadek masy ciała i inne. Leczenie systemowe w zaawansowanych stadiach nowotworu jest prowadzone z intencją przedłużenia życia i poprawy jakości życia.

Lekarzem decydującym o wyborze schematu leczenia (chemioterapia/lek ukierunkowany molekularnie/immunoterapia) jest onkolog kliniczny.

Miejscowe leczenie raka płuca obejmuje leczenie chirurgiczne (operacyjne) i/lub radioterapię. Ich zadaniem jest zniszczenie nowotworu umiejscowionego w klatce piersiowej. Stosuje się je również jako leczenie objawowe, kiedy rak płuca rozsiał się do innych części ciała (np. radioterapia bolesnych zmian kostnych lub wycinanie przerzutów do mózgu).



Leczenie chirurgiczne stosuje się u ok. 15-20% wszystkich chorych. Do leczenia chirurgicznego kwalifikują się chorzy bez przeciwwskazań do resekcji mięszu płucnego wraz z guzem, w zakresie tolerowanym przez chorego, ale koniecznym do całkowitego wycięcia nowotworu oraz okolicznych węzłów chłonnych.

W przypadku miejscowo zaawansowanego raka niedrobnokomórkowego płuca, jeżeli wielkość guza i zmian węzłowych umożliwia bezpieczne przeprowadzenie radioterapii, możliwe jest połączenie chemioterapii z napromienianiem.



Leczenie systemowe obejmuje chemio-radioterapię jednoczasową konsolidującą z immunoterapią, terapię ukierunkowaną molekularnie, immunoterapię oraz chemio-immunoterapię. W przypadku tych metod, leki przenikają do krwiobiegu i niszczą nowotwór lub zapobiegają jego rozwojowi i przerzutom do innych organów.

Metody leczenia w zależności od rodzaju nowotworu:

- **Rak niedrobnokomórkowy, operacyjny** – leczenie operacyjne +/- chemioterapia/radioterapia uzupełniająca;

- **Rak niedrobnokomórkowy, nieoperacyjny, miejscowo zaawansowany** (bez przerzutów odległych) – chemio-radioterapia skojarzona +/-immunoterapia;

- **Rak niedrobnokomórkowy, nieoperacyjny, przerzutowy** – leczenie ukierunkowane molekularnie lub immunoterapia w monoterapii lub immuno-chemioterapia lub chemioterapia/radioterapia paliatywna;

- **Rak drobnokomórkowy, ograniczony** – chemioterapia skojarzona z radioterapią, profilaktyczna radioterapia mózgowia;

- **Rak drobnokomórkowy, rozległy** – chemioterapia z immunoterapią, samodzielna chemioterapia, radioterapia paliatywna.

U chorych z rozpoznaniem zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca lekami **pierwszego wyboru w Polsce w ramach pierwszej linii chemioterapii** są:

- cisplatyna,
- winorelbina,
- karboplatyna
- gemcytabina,
- paklitaksel,
- pemetreksed (u chorych z rakiem gruczołowym lub wielkokomórkowym płuca).

Do **drugiej linii chemioterapii** kwalifikują się chorzy, u których doszło do nawrotu choroby:

- docetaksel (w monoterapii lub w połączeniu z nintedanibem u chorych z rakiem gruczołowym płuca)

- pemetreksed (u chorych z niepłaskonabłonkowym NDRP).

Skuteczność leczenia, zarówno w trakcie chemioterapii, jak i po jej zakończeniu, ocenia się w badaniach obrazowych (tomografia komputerowa klatki piersiowej lub RTG KLP).

Chemioterapia jest stosowana również u części chorych poddanych operacji jako chemioterapia uzupełniająca, adjuwantowa, najczęściej w formie schematu dwulekowego (cisplatyna i winorelbina).



Zastosowanie **leków ukierunkowanych molekularnie** jest możliwe jedynie u chorych z rozpoznaniem:

- raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub
- raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub
- raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS)

oraz obecnością określonych **aberracji molekularnych w genach EGFR, ALK lub ROS1**.

Leczenie lekami ukierunkowanymi molekularnie podaje się doustnie do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia. Chorzy zdecydowanie lepiej tolerują terapię ukierunkowaną molekularnie niż chemioterapię. Korzyści z leczenia odnosi większa liczba pacjentów, a progresja choroby występuje o wiele później niż w przypadku stosowania chemioterapii.

Obecność aberracji molekularnych stwierdza się, gdy dochodzi do wykrycia:

- w mutacji aktywującej EGFR - około 10-15% przypadków, również u chorych z rakiem wielkokomórkowym płuca oraz z rakiem bez ustalonego jednoznacznie typu NOS,
- rearanżacji genu ALK - około 5% przypadków,
- rearanżacji genu ROS1 - około 1-2% chorych.

Aktualnie w Polsce stosuje się leki ukierunkowane molekularnie (leki celowane) u pacjentów:

1. ze stwierdzoną mutacją aktywującą w genie EGFR: ozymertynib, afatynib, dakomitynib, erlotynib, gefitynib. Ozymertynib może być również zastosowany u chorych z progresją choroby po zastosowaniu gefitynibu lub erlotynibu lub afatynibu lub dakomitynibu jeżeli mechanizmem progresji jest mutacja oporności T790M,
2. ze stwierdzoną rearanżacją genu ALK: alektynib, kryzotynib, cerytynib, brygatynib i lorlatynib,
3. ze stwierdzoną rearanżacją genu ROS1: kryzotynib.

Od 2018 r. w Polsce istnieje możliwość zastosowania leczenia antyangiogenego lekiem nintedanib, który działa na zmniejszenie wytwarzania naczyń krwionośnym w obrębie zmian nowotworowych. U części chorych prowadzi to do spowolnienia przebiegu choroby. Nintedanib jest stosowany doustnie w połączeniu z chemioterapią (docetaksel) w drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) u chorych pacjentów z rozpoznaniem raka gruczołowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą gruczolakoraka. Lek jest stosowany tak długo, jak utrzymuje się jego aktywność przeciwnowotworowa. Przeciwskazaniem do zastosowania tego leku jest zatorowość płucna lub inne powikłania zakrzepowo-zatorowe. Ponadto lek nie powinien być stosowany u chorych z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym.

Immunoterapię podaje się dożylnie, do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia. Stosowanie immunoterapii wiąże się ze znacząco dłuższym, aniżeli w przypadku zastosowania chemioterapii, czasem do wystąpienia progresji choroby i czasem przeżycia całkowitego pacjentów, a terapia ta jest zazwyczaj dobrze tolerowana. Immunoterapia oddziałuje na komórki układu immunologicznego i zwiększa aktywność układu immunologicznego w walce z komórkami nowotworowymi. W Polsce dostępnych jest kilka leków do stosowania u chorych z rozpoznaniem niedrobnokomórkowego raka płuca: **pembrolizumab, durwalumab, niwolumab i atezolizumab.**

Immuno-chemioterapię stosuje się u chorych na niedrobnokomórkowego, jak i drobnokomórkowego raka płuca. Immuno-chemioterapia w programie lekowym stosowana jest u pacjentów tylko w 1 linii leczenia. Najnowsze wyniki badań klinicznych wskazują, że zastosowanie połączenia immunoterapii z chemioterapią w wyselekcjonowanych grupach pacjentów z niedrobnokomórkowym, jak również drobnokomórkowym rakiem płuca wpływa na poprawę wyników leczenia.



Pierwsza linia leczenia immunoterapią lub immuno-chemioterapią obejmuje:

- w raku płaskonabłonkowym i niepłaskonabłonkowym przy ekspresji PD-L1 większej lub równej 50% odsetka komórek nowotworowych stosowany jest pembrolizumab w monoterapii;
- w raku niepłaskonabłonkowym przy ekspresji PD-L1 poniżej 50 % stosowany jest pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny;
- w raku płaskonabłonkowym przy ekspresji PD-L1 poniżej 50% stosowany jest pembrolizumab z paklitakselem i karboplatiną;
- w raku drobnokomórkowym zastosowanie atezolizumabu (w skojarzeniu z karboplatiną oraz etopozydem w fazie indukcyjnej).



Druga linia immunoterapii obejmuje:

- niwolumab u chorych z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu w raku płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1);
- atezolizumab w raku płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1);

przy spełnieniu kryteriów:

- rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym;
- wykluczenie mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genu ALK w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;
- zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie chemio-radioterapii z immunoterapią konsolidującą radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV).

Immunoterapię można stosować w leczeniu radykalnym NDRP po zakończonej

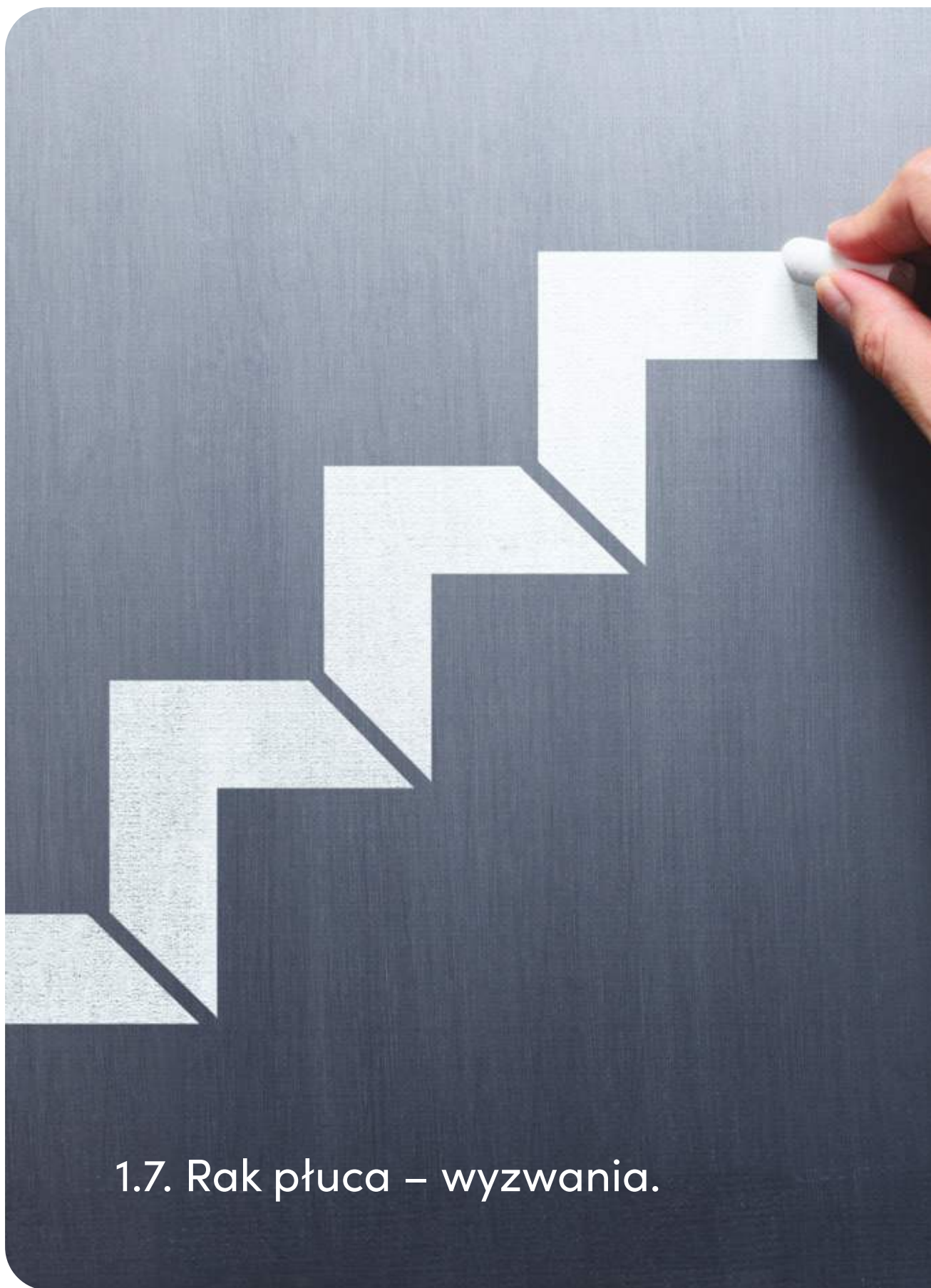
jednoczasowej radiochemioterapii pod warunkiem braku progresji choroby w ocenie po zakończonym leczeniu. W leczeniu konsolidującym w takiej sytuacji stosuje się durawlumab przez okres 12 miesięcy.

Warto podkreślić, że do drugiej linii dożywa obecnie niestety ok. 30-40% pacjentów, dlatego największą skuteczność terapeu-

tyczną przynosi zastosowanie immunoterapii lub immunochemioterapii w pierwszej linii leczenia.

Jedną z opcji leczenia jest także udział w badaniach klinicznych, które są czasem jedyną możliwością skorzystania z innowacyjnej terapii, nierefundowanej bądź niedostępnej jeszcze oficjalnie w Polsce.





1.7. Rak płuca – wyzwania.

¹⁸ Program lekowy B.6. LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO LUB DROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (ICD-10 C 34)
<https://www.gov.pl/attachment/30c9631d-a596-4877-9f6a-6bb3318c519a>



Diagnostyka i leczenie raka płuca to wyścig z czasem. W tym kontekście wyzwaniem pozostaje brak jasno zdefiniowanej ścieżki pacjenta z podejrzeniem raka płuca i wdrożenia kompleksowej, koordynowanej opieki w tym zakresie. Sytuację może poprawić wdrożenie w całym kraju Krajowej Sieci Onkologicznej, zapowiedziane na I kwartał 2022 roku. Jednak jak wskazują eksperci docelowym rozwiązaniem kompatybilnym z Siecią powinno być powstanie Ośrodków Doskonałości Leczenia Raka Płuca (ang. Lung Cancer Unit), czyli ośrodków kompleksowego leczenia raka płuca, które dysponują odpowiednim zapleczem diagnostyczno-terapeutycznym oraz zespołem doświadczonych specjalistów i pełnym dostępem do wszystkich metod potrzebnych do rozpoznania i leczenia raka płuca.

Największą bolączką opieki onkologicznej pozostaje długi czas do oczekiwania na postawienie trafnego rozpoznania oraz dostęp do kompleksowej diagnostyki molekularnej. Niezwykle istotne jest podniesienie czujności lekarzy POZ i kierowanie pacjentów na szybką ścieżkę diagnostyczną, kiedy tylko pojawia się podejrzenie raka płuca. Niewiele ośrodków w Polsce wykonuje pełen panel badań molekularnych. W rzeczywistości wykonanie pełnego panelu testów, określenie czynników predykcyjnych oraz podjęcie leczenia odbywa się w kilku różnych placówkach. Pacjenci często bardzo długo czekają na wyniki badań. Powyższe kwestie powodują znaczne wydłużenie czasu potrzebnego na pełne rozpoznanie, a tym samym odwołają czas do rozpoczęcia właściwej terapii, jak również prowadzą do utraty materiału diagnostycznego. W konsekwencji zdarza się, że nie wystarcza materiału do oceny

wszystkich czynników predykcyjnych i pacjent musi mieć ponownie wykonywane badania zmierzające do pobrania materiału. Można tego uniknąć, wykonując wszystkie badania w jednym, najwyżej dwóch ośrodkach. Ponadto brak koordynacji działań w procesie diagnostyczno-terapeutycznym prowadzi do znacznego wydłużenia czasu oczekiwania na podjęcie leczenia. Jak się okazuje, od pierwszej wizyty do rozpoczęcia leczenia w Polsce może minąć nawet 7 miesięcy (średnio 3 miesiące).

Implementacja szybkich ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych w raku płuca wraz ze wskazaniem ram czasowych powinna być elementem wytycznych krajowych. Niestety do tej pory takowe nie zostały zdefiniowane i opublikowane, pomimo zapowiedzi.

Ciągle aktualnym problemem pozostaje finansowanie procedur diagnostycznych i leczniczych, np. jednoczasowych badań molekularnych metodą NGS oraz badań immunohistochemicznych, kwalifikujących do leczenia inhibitorami kinazy ALK, ROS1 i lekami immunokompetentnymi. Procedury diagnostyczne są niedoszacowane i nie są wycenione jako osobna procedura. Ośrodkom medycznym nie zawsze opłaca się wykonywanie tych badań, bo ich realny koszt przekracza ich wycenę wg. płaćnika. Dlatego nie zawsze wykonuje się wszystkie potrzebne badania a czas oczekiwania na wynik jest często zbyt długi (konsekwencja korzystania z zewnętrznych laboratoriów).

Nadal istnieją rozbieżności regionalne w liczbie pacjentów otrzymujących nowoczesne leczenie, nie wynikające wprost z populacji województw, ale dostępności do pełnego wachlarza terapii w ramach

programu lekowego albo możliwości wykonania kompleksowej diagnostyki. Dlatego tak duże nadzieje pokłada się w koordynacji leczenia i prowadzeniu pacjenta zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, niezależnie od miejsca zamieszkania.

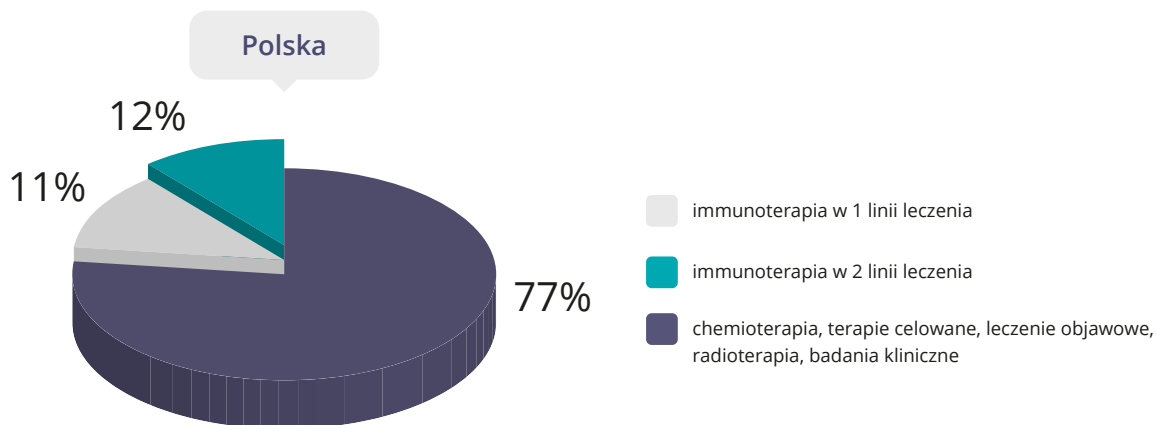
W ciągu ostatnich trzech lat znacząco poprawił się dostęp do nowoczesnych terapii ukierunkowanych molekularnie i immunokompetentnych finansowanych ze środków publicznych. Jest to skokowy postęp w porównaniu do lat poprzednich. Nadal jednak wyzwaniem pozostaje zakres refundacji programu lekowego i wyśrubowane kryteria włączenia do takiego programu. Pacjent, aby był zakwalifikowany do leczenia, musi spełniać wszystkie kryteria programu lekowego łącznie. To sprawia, że chorzy w Polsce mają nadal gorszy dostęp do innowacyjnych leków onkologicznych i nowoczesnych schematów leczenia, w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej. Zgodnie z Narodową Strategią Onkologiczną, priorytetem polityki lekowej powinno być zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz osiągnięcie do końca 2030 r. poziomu przynajmniej 90% dostępnych terapii onkologicznych wśród wszystkich refundowanych na terenie UE.

Nie możemy pozostać obojętni wobec faktu, iż pomimo dostępnej refundacji immunoterapii czy immunochemioterapii wg danych NFZ za pierwsze półrocze 2021 r. tylko 11% pacjentów otrzymało ten schemat leczenia spośród grupy wszystkich chorych kwalifikujących się do leczenia. Pomimo dostępu do innowacyjnych terapii,

nie są one wykorzystywane przez lekarzy w optymalny sposób w leczeniu chorych na raka płuca w Polsce. Nadal nie spadł też

wskaźnik podawania pacjentom z rakiem płuca chemioterapii w pierwszej linii.*

Dane NFZ za pierwsze półrocze 2021 o realizacji programu lekowego B.6 - odsetek leczonych pacjentów w IV stopniu zaawansowania NDRP



Źródło: NFZ



*Raport „DIAGNOSED BUT NOT TREATED: HOW TO IMPROVE PATIENT ACCESS TO ADVANCED NSCLC TREATMENT IN EUROPE”, 2022



02

Najważniejsze wnioski

z badania opinii pacjentów i opiekunów nt. opieki onkologicznej nad chorymi z rakiem płuca w Polsce w latach 2020–2021 z komentarzami ekspertów i pacjentów



2.1. Opis badania i metodologia.

Sekcja Raka Płuca Fundacji TO SIĘ LECZY przeprowadziła odpowiednio w 2020 oraz 2021 roku dwa badania ankietowe w formie online za pośrednictwem narzędzia internetowego webankieta.pl.

Celem anonimowego badania było poznanie aktualnych potrzeb i wyzwań stojących przed pacjentami z rakiem płuca w systemie opieki zdrowotnej oraz wpływu pandemii koronawirusa na sytuację tej grupy chorych w Polsce.

Głównymi odbiorcami ankiety byli pacjenci zrzeszeni w dwóch grupach wsparcia na Facebook, tj. Rak Płuca – To Się Leczy oraz Rak Płuca, jak również odbiorcy pacjenckich

profilu społecznościowych prowadzonych przez organizacje pacjentów m.in. Rak płuca – wiedza i wsparcie, Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca w Szczecinie i Gdańsku i innych ośrodkach.

Pierwsza część badania zrealizowana w 2020 roku trwała od czerwca do sierpnia. Zebrano 332 w całości wypełnione i bezbłędne ankiety. Kwestionariusz ankietowy zawierał 34 pytania dotyczące obszarów: diagnostyka, leczenie, leczenie wspomagające, edukacja i świadomość, sytuacja życiowa i materialna, metryczka.

Druga część badania została zrealizowana w 2021 roku i trwała od maja do sierpnia.

Zebrano 158 w całości wypełnionych i bezbłędnych ankiet. Kwestionariusz ankietowy zawierał 44 pytania (34 pytania podstawowe, takie same jak w 2020 roku oraz 10 pytań dodatkowych, uzupełniają-

cych) dotyczące obszarów: diagnostyka, leczenie, leczenie wspomagające, edukacja i świadomość, sytuacja życiowa i materialna, metryczka.

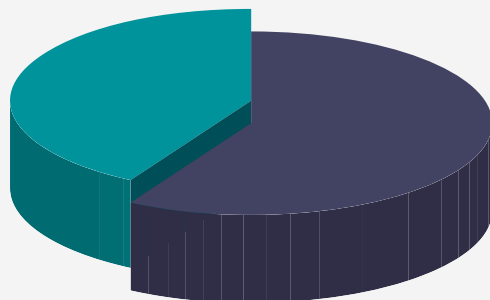
2.2. Charakterystyka respondentów.



Większość ankietowanych (ok. 2/3) zarówno w 2020 roku jak i 2021 stanowiły kobiety.

Proszę wskazać swoją płeć.

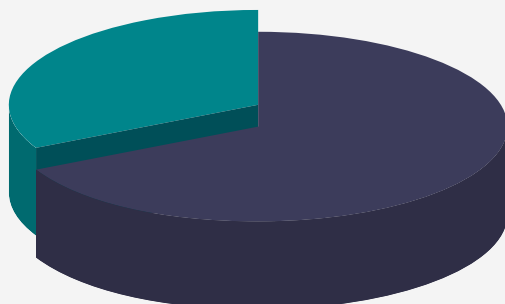
2020



Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Kobieta	58,43%	131
Mężczyzna	41,57%	117

2021



Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Kobieta	67,72%	107
Mężczyzna	32,28%	51

W ankiecie największa liczba respondentów reprezentowała grupę wiekową 60+ średnio ok. 75%. W 2021 roku znaczną grupę respondentów stanowiły osoby w młodszym wieku w przedziale 40-60 lat – 25% wszystkich ankietowanych.

Proszę podać swój wiek.

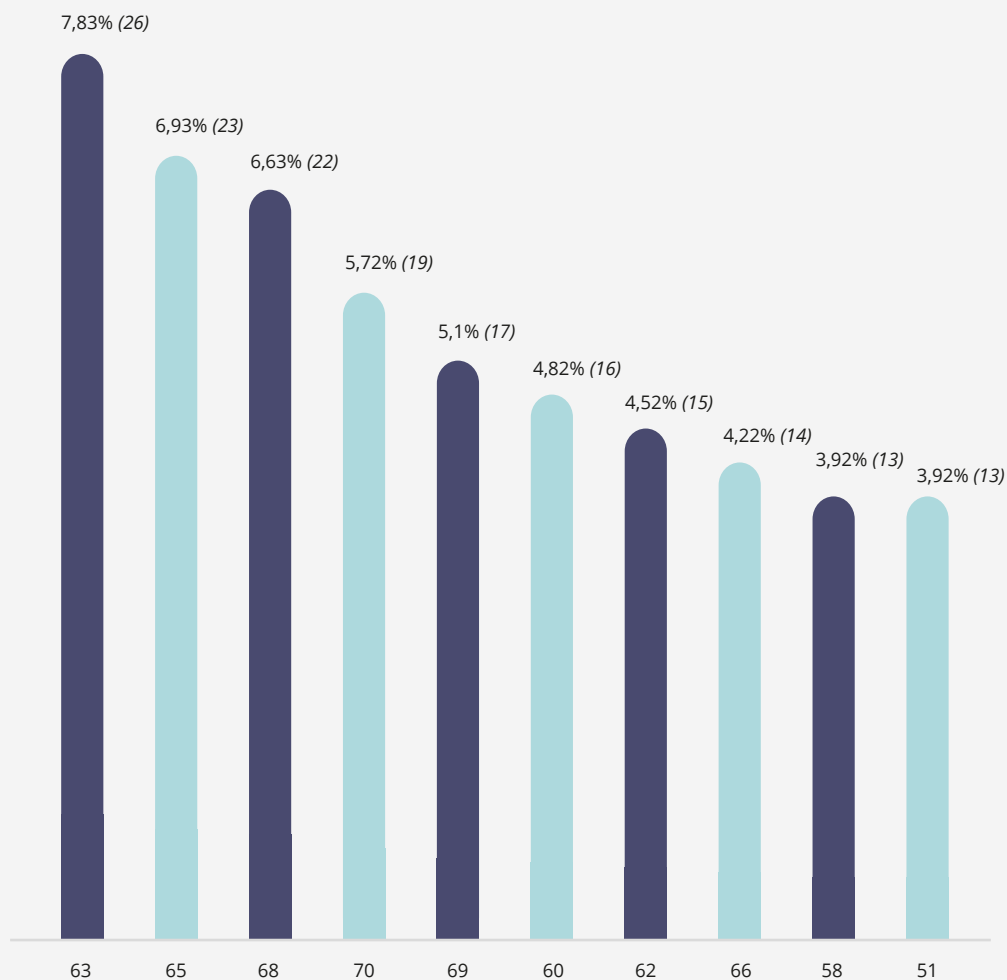
2020

63

Najpopularniejsza
odpowieź (26)

61,11

Średnia



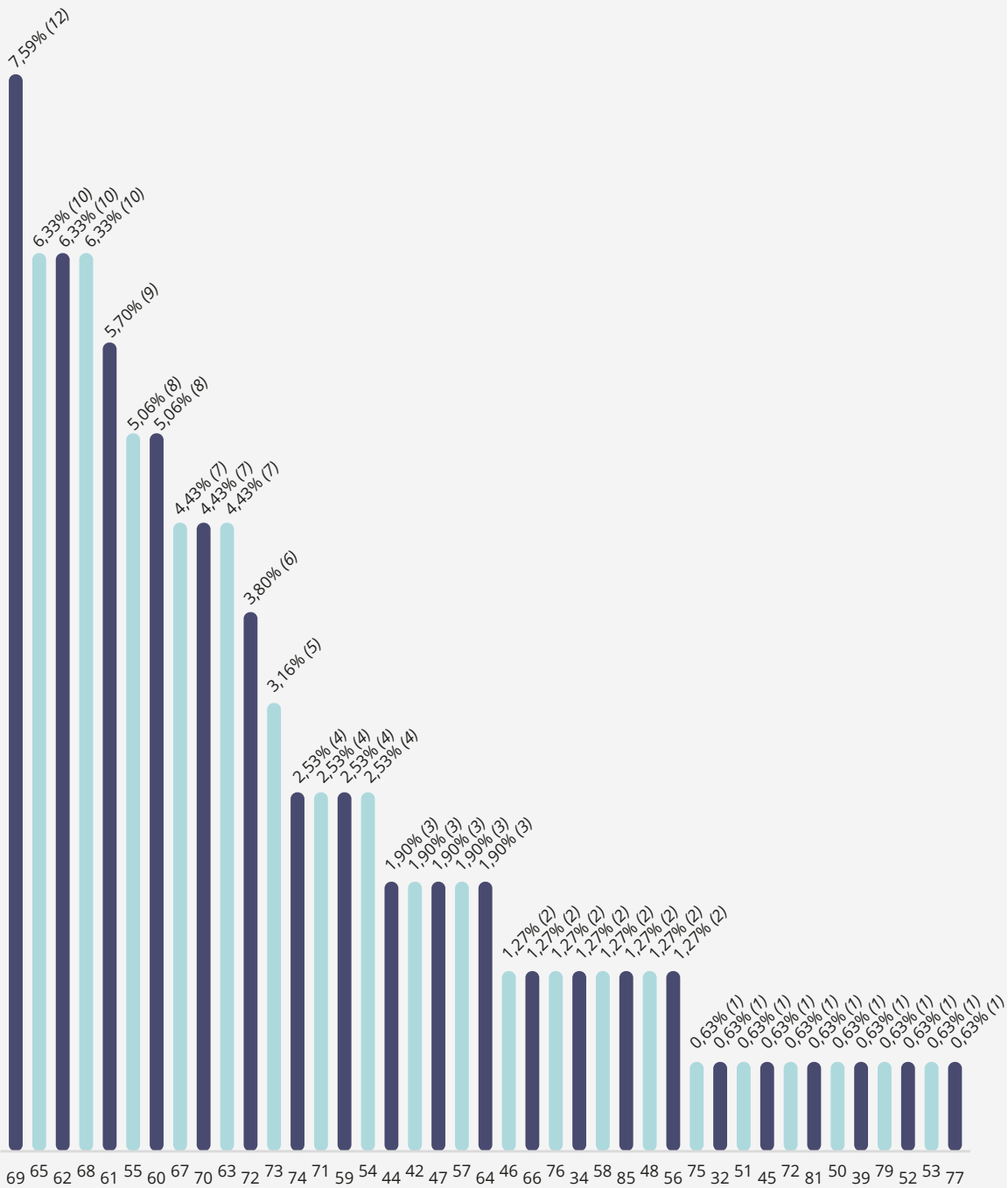
2021

69

Najpopularniejsza
odpowiedź (12)

63

Średnia



Przeważająca liczba respondentów 27% i 30% odpowiednio w 2020 i 2021 roku mieszkała w mieście od 20 do 100 tys. mieszkańców oraz na terenach wiejskich – 26% w 2020 i 2021 roku.

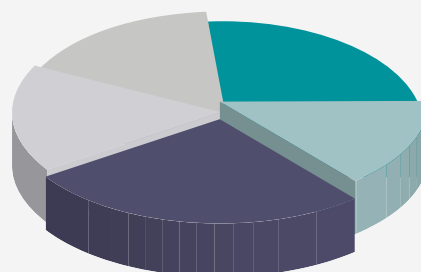
W mieście od 100 do 500 tys. mieszkańców mieszkało odpowiednio 16% w 2020 i 9% w 2021 roku, natomiast w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców mieszkało 16% respondentów zarówno w 2020 jak i 2021 roku.

Proszę wskazać wielkość miejscowości, w której Pan/Pani mieszka.

2020

Odpowiedź

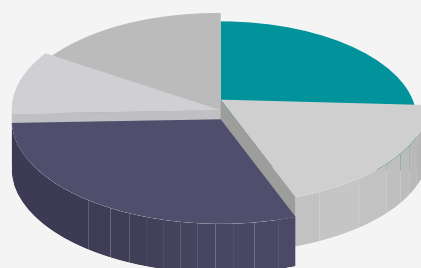
	%	Liczba odpowiedzi
Wieś	26,20%	87
Miasto do 20 tys. mieszkańców	13,86%	46
Miasto powyżej 20 do 100 tys. mieszkańców	27,11%	90
Miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców	16,57%	55
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	16,27%	54



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Wieś	25,95%	41
Miasto do 20 tys. mieszkańców	18,35%	29
Miasto powyżej 20 do 100 tys. mieszkańców	30,38%	48
Miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców	9,49%	15
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	15,82%	25





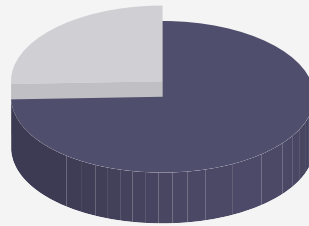
2.3. Obszar diagnostyki raka płuca.

Większość respondentów ok. 80% zna stadium swojego nowotworu. Jednakże, ok. 20% ankietowanych deklaruowało, że nie zna stadium zdiagnozowanego u siebie nowotworu płuca.

Czy zna Pan/Pani stadium swojego nowotworu?

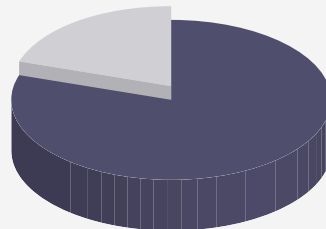
2020

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	74,70%	248
Nie	25,30%	84



2021

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	80%	126
Nie	20%	32



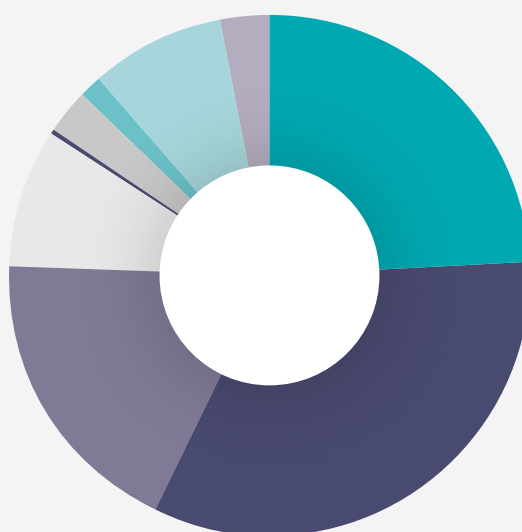
Najczęściej diagnozowanym nowotworem w badanej grupie był niedrobnokomórkowy rak płuca – u 75 %. Odpowiednio 25% stanowił drobnokomórkowy rak płuca.

Jaki podtyp raka płuca zdiagnozowano u Pani/Pana?

2020

Odpowiedź

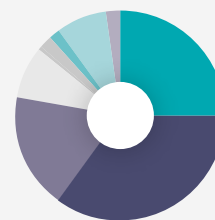
	%	Liczba odpowiedzi
Drobnokomórkowy rak płuca	24,19%	60
Niedrobnokomórkowy, płaskonabłonkowy rak płuca	33,06%	82
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy rak płuca, bez mutacji	18,55%	46
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy rak płuca, z mutacją EGFR	8,47%	21
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy rak płuca, z mutacją BRAF	0,40%	1
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy rak płuca, ALK +	2,82%	7
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy rak płuca, ROS1	1,21%	3
Niedrobnokomórkowy, płaskonabłonkowy z ekspresją PDL1,	8,47%	21
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy z mutacją KRAS	2,82%	7



2021

Odpowiedź

	%
Drobnokomórkowy rak płuca	25%
Niedrobnokomórkowy, płaskonabłonkowy rak płuca	35%
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy rak płuca, bez mutacji	18%
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy rak płuca, z mutacją EGFR	8%
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy rak płuca, z mutacją BRAF	0,5%
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy rak płuca, ALK +	2%
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy rak płuca, ROS1	1,5%
Niedrobnokomórkowy, płaskonabłonkowy z ekspresją PDL1,	8%
Niedrobnokomórkowy, niepłaskonabłonkowy z mutacją KRAS	2%



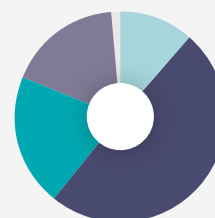
Większość respondentów – 49% w 2020 i 57% w 2021 była na etapie leczenia nowotworu płuca. Około 11% ankietowanych znajdowała się na etapie diagnostyki, a około 17% było 5 lat po zakończeniu leczenia. Pod opieką paliatywną było – 20% w 2020 roku oraz 13% w 2021 roku.

Na jakim etapie leczenia się Pan/Pani znajduje?

2020

Odpowiedź

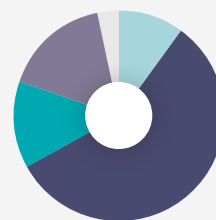
	%	Liczba odpowiedzi
Jestem na etapie diagnostyki	11,45%	38
Jestem aktualnie leczonym pacjentem	49,40%	164
Jestem pod opieką paliatywną (łagodzenia objawów, nie ma możliwości zastosowania innych metod leczenia)	20,48%	68
Jestem po leczeniu (do 5 lat)	17,47%	58
Jestem po leczeniu (ponad 5 lat, ozdrowieniec)	1,20%	4



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Jestem na etapie diagnostyki	10,13%	16
Jestem aktualnie leczonym pacjentem	56,96%	90
Jestem pod opieką paliatywną (łagodzenia objawów, nie ma możliwości zastosowania innych metod leczenia)	13,29%	21
Jestem po leczeniu (do 5 lat)	16,46%	26
Jestem po leczeniu (ponad 5 lat, ozdrowieniec)	3,16%	5



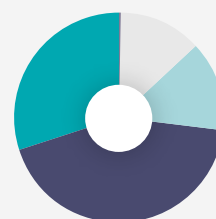
Około 75% respondentów wskazało, że dostęp do badań diagnostycznych zarówno w 2020 jak i 2021 roku był niewystarczający.

Czy Pana/Pani zdaniem dostęp do badań diagnostycznych w raku płuca jest wystarczający?

2020

Odpowiedź

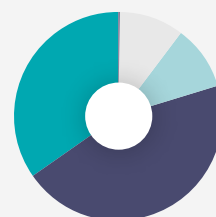
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	0,30%	1
Raczej tak	12,95%	43
Nie mam zdania	13,86%	46
Raczej nie	43,07%	143
Zdecydowanie nie	29,82%	99



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	0,5%	1
Raczej tak	10%	16
Nie mam zdania	10%	16
Raczej nie	45%	70
Zdecydowanie nie	34,5%	55



Prawie 30% respondentów nie wie jakie badania diagnostyczne powinny być wykonane przed rozpoczęciem leczenia raka płuca.

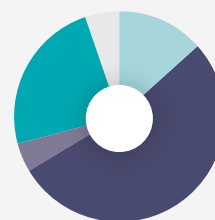
Posiadanie wiedzy na temat diagnostyki deklaruje ok. 63% ankietowanych (większość odpowiedzi „Raczej Tak”).

Czy wie Pan/Pani jakie badania diagnostyczne powinny być wykonane przed rozpoczęciem leczenia raka płuca?

2020

Odpowiedź

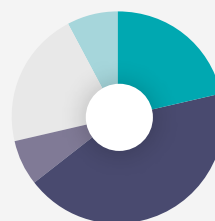
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	13.55%	45
Raczej tak	53.01%	176
Nie mam zdania	4.52%	15
Raczej nie	23.80%	79
Zdecydowanie nie	5.12%	17



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	21,52%	34
Raczej tak	43,04%	68
Nie mam zdania	6,96%	11
Raczej nie	20,89%	33
Zdecydowanie nie	7,59%	12

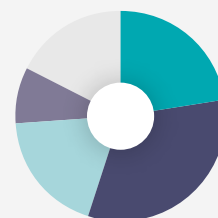


Niewielki odsetek respondentów deklaruje, że miało wykonywane badania molekularne przed rozpoczęciem leczenia – odpowiednio 22% w 2020 i 27% w 2021 roku. Ponad 30% ankietowanych wskazało, że nie miało wykonywanych badań genetycznych.

Czy miał/a Pan/Pani wykonane badania molekularne/genetyczne EGFR, ALK, ROS1 i PD-L1 przez rozpoczęciem lub w trakcie leczenia w przypadku niedrobnokomórkowego raka płuca?

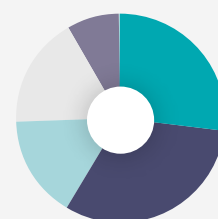
2020

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	22.59%	75
Nie	32.53%	108
Tak, ale nie wszystkie	18.98%	63
Nie wiem	8.43%	28
Nie dotyczy	17.47%	58



2021

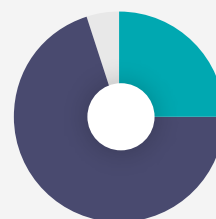
Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	27,22%	43
Nie	31,65%	50
Tak, ale nie wszystkie	15,82%	25
Nie wiem	17,09%	27
Nie dotyczy	8,23%	13



Aż 70 % respondentów w 2021 roku wskazało, że nigdy nie rozmawiało ze swoim lekarzem prowadzącym o badaniach genetycznych.

Czy rozmawiał/a Pan/Pani z lekarzem na temat różnych rodzajów testów molekularnych/genetycznych? (pytanie dodatkowe w 2021 roku)

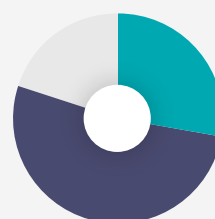
Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	25 %	40
Nie	70 %	111
Nie wiem	5%	7



Ponad 50% respondentów w 2021 roku odpowiedziało, że nie podejmowało wspólnie z lekarzem decyzji o rodzaju wykonywanych testów molekularnych.

Czy na swojej ścieżce diagnostycznej mógł Pan/ mogła Pani podjąć decyzję na temat rodzaju wykonanego testu molekularnego/genetycznego? (pytanie dodatkowe w 2021 roku)

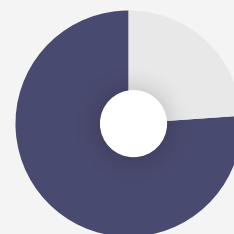
Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	28 %	44
Nie	52 %	82
Nie wiem	20 %	32



¾ respondentów zadeklarowała, że nie wie jakie badania molekularne miała przeprowadzone.

Czy wie Pan/Pani jakiego rodzaju diagnostyka molekularna/genetyczna została u Pana/Pani przeprowadzona? (pytanie dodatkowe w 2021 roku)

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	24 %	38
Nie	76 %	120

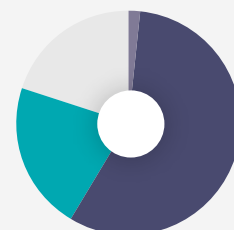


Ponad 60% respondentów oceniło, że dostęp do diagnostyki w czasie pandemii w 2021 roku jest gorszy (odpowiednio 57% w roku 2020).

Jak Pani/Pana zdaniem zmienił się dostęp do diagnostyki w trakcie epidemii koronawirusa, w stosunku do czasu sprzed epidemii?

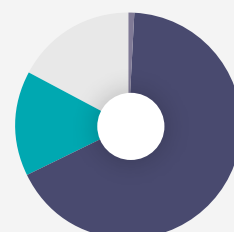
2020

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Jest lepszy	1.81%	6
Jest gorszy	56.93%	189
Bez zmian	21.39%	71
Nie wiem	19.88%	66

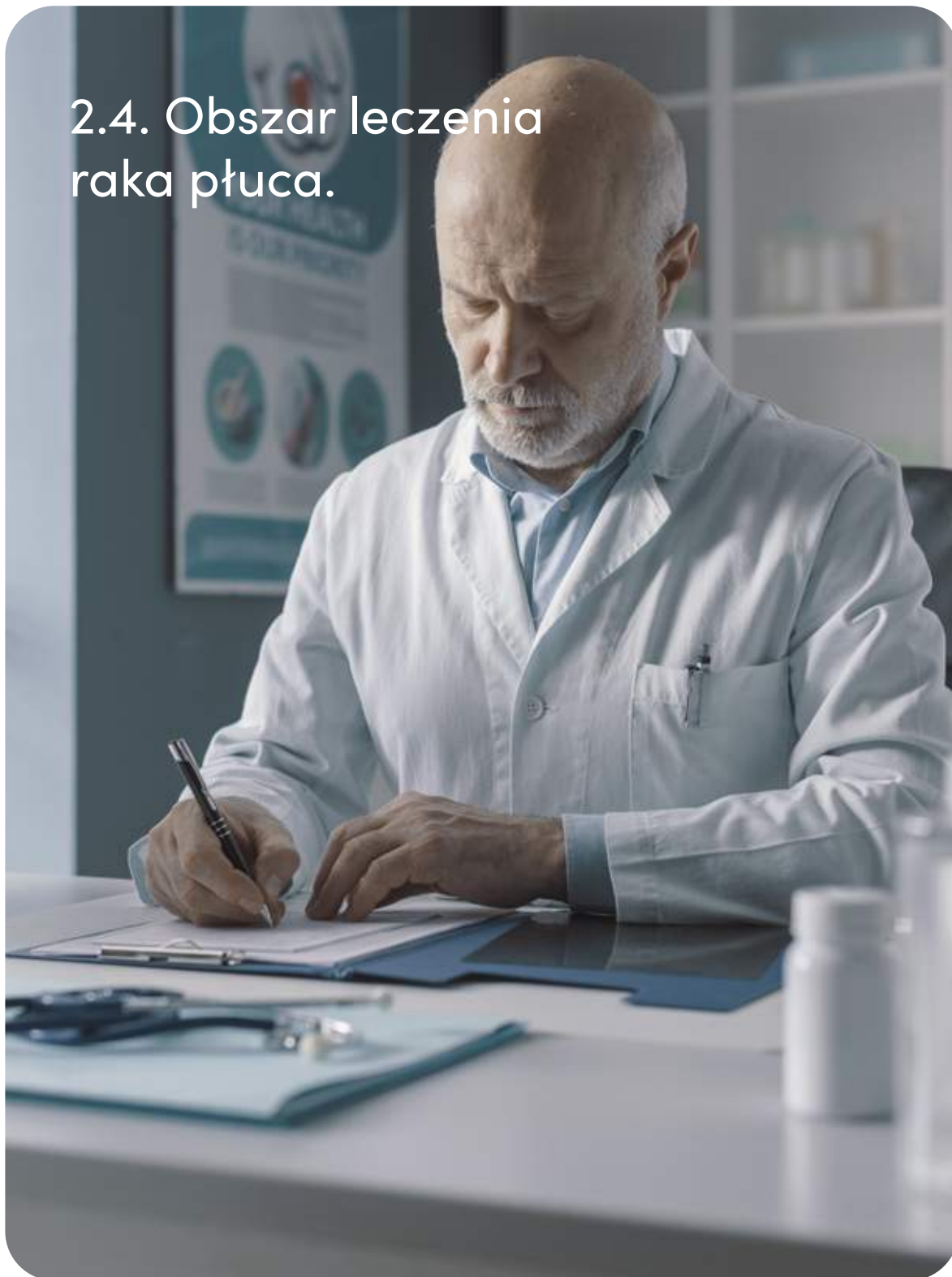


2021

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Jest lepszy	1%	1
Jest gorszy	67%	106
Bez zmian	15%	24
Nie wiem	17 %	27



2.4. Obszar leczenia raka płuca.



Najczęściej stosowane metody leczenia raka płuca wśród respondentów obejmowały: chemioterapię odpowiednio 61% w 2020 i 65% w 2021 roku, radioterapię odpowiednio 43% w 2020 i 45% w 2021 roku, leczenie chirurgiczne ok. 26%.

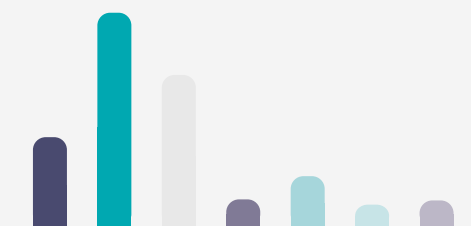
Widoczny jest wzrost zastosowania immunoterapii w ciągu ostatnich dwóch lat, od ok. 14% do 19% w 2021 roku. Leczenie celowane było zastosowane u ponad 7% respondentów w 2020 roku i 9% w 2021 roku.

Jakie metody leczenia zastosowano w Pani/Pana przypadku?

2020

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Leczenie operacyjne/chirurgiczne	25.60%	85
Chemioterapię (jednoczesną lub sekwencyjną)	61.14%	203
Radioterapię	43.37%	144
Leczenie celowane (terapię molekularne)	7.83%	26
Immunoterapię	14.46%	48
Inne, jakie?	6.33%	21
Nie wiem	7.53%	25



2021

Odpowiedź

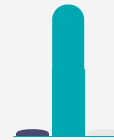
	%	Liczba odpowiedzi
Leczenie operacyjne/chirurgiczne	26%	41
Chemioterapię (jednoczesną lub sekwencyjną)	65%	103
Radioterapię	45%	71
Leczenie celowane (terapię molekularne)	9%	14
Immunoterapię	19%	30
Inne, jakie?	5%	8
Nie wiem	6,5%	10



5% respondentów zadeklarowało, że brało udział w badaniach klinicznych.

Czy uczestniczył/uczestniczyła Pan/Pani w badaniu klinicznym? (pytanie dodatkowe w 2021 roku).

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	5%	8
Nie	90%	142
Nie wiem	5%	8

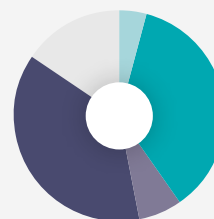


Ponad 50% respondentów nie zna aktualnych metod leczenia raka płuca. Znajomość metod leczenia zadeklarowało ok. 40% ankietowanych.

Czy zna Pan/Pani aktualnie dostępne (refundowane) metody leczenia raka płuca w Polsce?

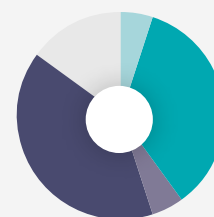
2020

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	4.22%	14
Raczej tak	36.14%	120
Nie mam zdania	6.63%	22
Raczej nie	37.65%	125
Zdecydowanie nie	15.36%	51



2021

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	5%	8
Raczej tak	35%	55
Nie mam zdania	5%	8
Raczej nie	40%	63
Zdecydowanie nie	15%	24

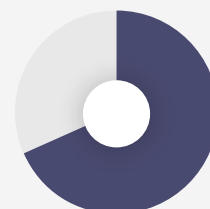


Większość respondentów (ok. 70%) zadeklarowała, że śledzi doniesienia o nowych metodach leczenia raka płuca.

Czy śledzi Pan/Pani doniesienia o nowych innowacyjnych metodach leczenia raka płuca (nier refundowanych w Polsce)?

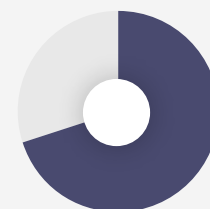
2020

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	68,37%	227
Nie	31,63%	105



2021

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	70%	111
Nie	30%	47



Pacjenci znajdują informacje o leczeniu głównie: na grupach dedykowanych pacjentom (ok. 70%), w internecie (ponad 60%) oraz u lekarza (ok. 30%). Znikomy odsetek ankietowanych odwiedza strony Ministerstwa Zdrowia czy NFZ.

Gdzie znalazł/a Pan/Pani informacje o metodach diagnostyki i leczenia?

2020

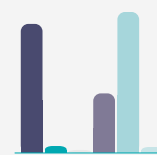
Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
W Internecie/Google	61.14%	203
Na stronach ministerstwa zdrowia	3.61%	12
Na stronach NFZ	1.51%	5
Od lekarza	21.99%	73
Na grupach pacjenckich np. na Facebook	68.98%	229
Od organizacji pacjentów	9.34%	31
Inne	2.41%	8



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
W Internecie/Google	65 %	8
Na stronach ministerstwa zdrowia	3,5 %	55
Na stronach NFZ	1,5 %	8
Od lekarza	30 %	63
Na grupach pacjenckich np. na Facebook	71 %	24
Od organizacji pacjentów		
Inne	3 %	



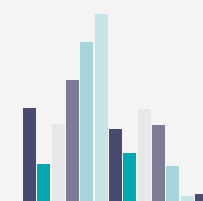
Za największe trudności w procesie leczenia respondenci wskazali: dostęp do nowoczesnych terapii (około 60%), czas oczekiwania na wyniki badań diagnostycznych (ponad 50%), czas oczekiwania na leczenie (ponad 50%), dostęp do badań diagnostycznych (ponad 40%).

Co sprawia Pani/Panu największą trudność w procesie leczenia nowotworu płuca?

2020

Odpowiedź

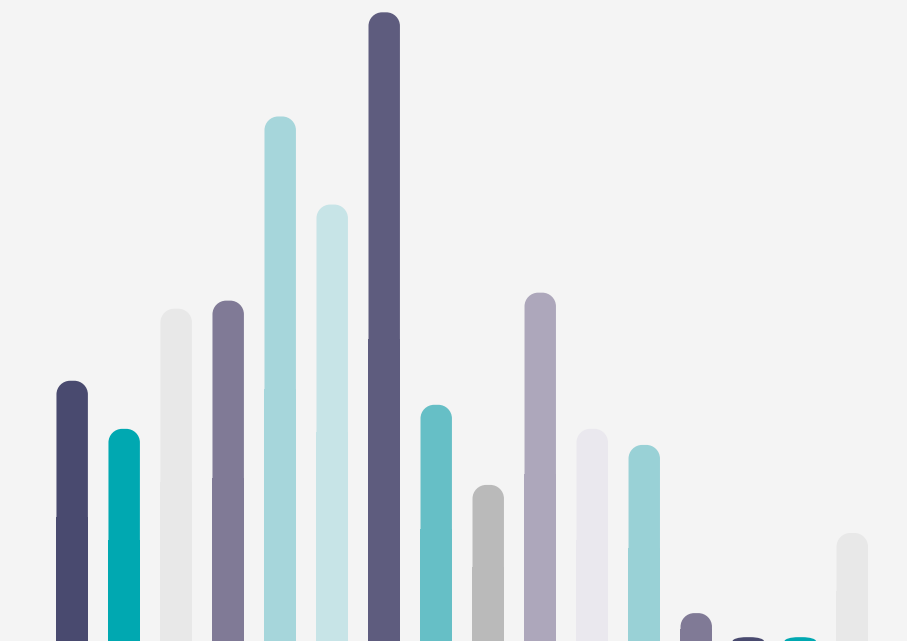
	%	Liczba odpowiedzi
Dostęp do onkologa	32.53%	108
Dostęp do pulmonologa	13.55%	45
Dostęp do lekarzy innych specjalności	27.11%	90
Dostęp do badań diagnostycznych	42.17%	140
Czas oczekiwania na wyniki badań diagnostycznych	55.72%	185
Czas oczekiwania na leczenie	52.11%	173
Dostęp do nowoczesnych terapii	64.76%	215
Dostęp do opieki psychologicznej	25.60%	85
Dostęp do dietetyka	17.17%	57
Odległość do placówki medycznej od miejsca zamieszkania	32.23%	107
Trudności finansowe	26.81%	89
Poczucie wykluczenia społecznego	12.95%	43
Inny, jaki?	2.71%	9
Żaden z powyższych	3.31%	11



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Dostęp do onkologa	20,89%	33
Dostęp do pulmonologa	17,09%	27
Dostęp do lekarzy innych specjalności	26,58%	42
Dostęp do badań diagnostycznych	27,22%	43
Czas oczekiwania na wyniki badań diagnostycznych	41,77%	66
Czas oczekiwania na leczenie	34,81%	55
Dostęp do nowoczesnych terapii	50,00%	79
Dostęp do opieki psychologicznej	18,99%	30
Dostęp do dietytyka	12,66%	20
Odległość do placówki medycznej od miejsca zamieszkania	27,85%	44
Trudności finansowe	17,09%	27
Poczucie wykluczenia społecznego	15,82%	25
Inny, jaki?	2,53%	4
- Brak wiedzy jak przebiega leczenie jestem po 3 wlewie immunoterapii oraz jakie są rokowania	0,63%	1
- Problem z rehabilitacją pulmonologiczną	0,63%	1
- Brak rehabilitacji pozwalającej na powrót do pracy	0,63%	1
Żaden z powyższych	8,86%	14



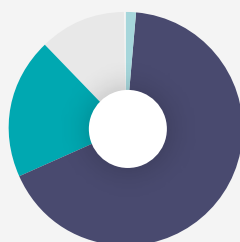
Dostęp do pulmonologa i onkologa w czasie pandemii respondenci ocenili jako gorszy - ok. 70%.

Jak zmienił się dostęp do konsultacji specjalistów (pulmonologa, onkologa) w trakcie epidemii koronawirusa, do czasu przed epidemii?

2020

Odpowiedź

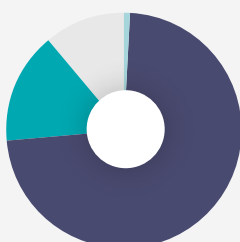
	%	Liczba odpowiedzi
Jest lepszy	1.51%	5
Jest gorszy	66.87%	222
Bez zmian	19.58%	65
Nie wiem	12.05%	40



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Jest lepszy	1%	2
Jest gorszy	72%	114
Bez zmian	15%	24
Nie wiem	11%	18



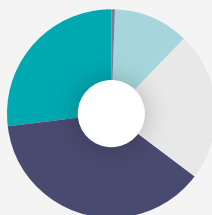
Dostęp do lekarzy innych specjalności (np. kardiologa, endokrynologa) w czasie pandemii respondenci ocenili jako niewystarczający - ponad 60 % odpowiedzi.

Czy dostęp do lekarzy innych specjalności (np. kardiolog, endokrynolog), w związku z leczeniem nowotworu płuca, jest wg Pani/Pana wystarczający?

2020

Odpowiedź

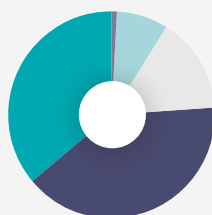
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	0.60%	2
Raczej tak	11.75%	39
Nie mam zdania	23.19%	77
Raczej nie	37.65%	125
Zdecydowanie nie	26.81%	89



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	1%	2
Raczej tak	8%	13
Nie mam zdania	15%	24
Raczej nie	40%	63
Zdecydowanie nie	36%	56



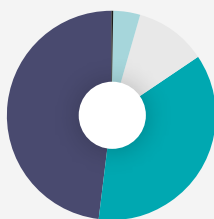
Ok. 80% respondentów oceniło, że dostęp do nowoczesnych terapii jest niewystarczający.

Czy dostęp do nowoczesnych terapii w leczeniu raka płuca jest wg Pani/Pana wystarczający?

2020

Odpowiedź

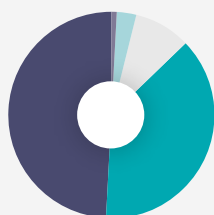
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	0.30%	1
Raczej tak	4.22%	14
Nie mam zdania	11.14%	37
Raczej nie	36.45%	121
Zdecydowanie nie	47.89%	159



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	1%	2
Raczej tak	3%	5
Nie mam zdania	9%	14
Raczej nie	38%	60
Zdecydowanie nie	49%	77

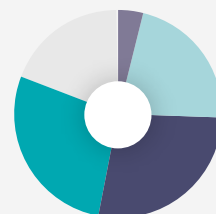


Ponad 40% anietowanych wskazało, że wg. ich oceny nie jest leczona najlepszą możliwą terapią. Na uwagę zasługuje też znaczny odsetek odpowiedzi – ponad 25% ankietowanych nie ma na ten temat zdania. Ok. 25% respondentów zadeklarowało, że ma poczucie iż jest leczona zgodnie z aktualnymi standardami klinicznymi.

Czy ma Pani/Pan poczucie, że jest leczona/leczony najlepszą możliwą terapią zgodną z aktualnymi standardami?

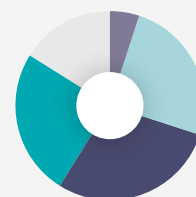
2020

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	3.92%	13
Raczej tak	21.69%	72
Nie mam zdania	27.71%	92
Raczej nie	27.71%	92
Zdecydowanie nie	18.98%	63



2021

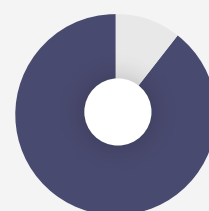
Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	5%	8
Raczej tak	25%	40
Nie mam zdania	29%	44
Raczej nie	25%	40
Zdecydowanie nie	16%	26



U prawie 11% w 2020 i 39% w 2021 roku respondentów wykryto koronawirusa.

Czy podczas leczenia onkologicznego potwierdzono u Pana/Pani zachorowanie na koronawirusa? (pytanie dodatkowe w 2021 roku)

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	10,76 %	17
Nie	89,24 %	141



U 39% respondentów w 2021 roku w wyniku zakażenia się koronawirusem przerwano leczenie onkologiczne.

**Czy po potwierdzeniu koronawirusa przerwano leczenie onkologiczne?
(pytanie dodatkowe w 2021 roku)**

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	38,89%	7
Nie	61,11%	11



Zgodnie z deklaracjami respondentów leczenie ponownie wznowiono najczęściej po upływie 1-2 miesięcy od rozpoznania koronawirusa.

Po jakim czasie od uznania Pana/Pani za ozdrowieńca przywrócono leczenie onkologiczne? (pytanie dodatkowe w 2021 roku)

Odpowiedź	
	Liczba odpowiedzi
1 tydzień	1
1 miesiąc	3
2 miesiące	4
Nie dotyczy	1
Nie przerwano	1
1 tydzień	1
Po zakończeniu kwarantanny	1
Leczenie nie zostało przerwane	1

Respondenci wskazali również problemy z jakimi musieli się mierzyć w czasie pandemii koronawirusa w procesie diagnostyczno-terapeutycznym (pytanie otwarte, dodatkowe w 2021 roku).

Wypowiedzi pacjentów:



Długa diagnostyka, okres konsultacji po długich terminach badań. Odłożenie terminu badania ze względu na zagubienie wyniku testu, powtarzanie z tego powodu wszystkich badań, dodatkowy stres, który skończył się udarem, przed rozpoczęciem leczenia. Czas trwania od diagnozy do leczenia 6 miesięcy.

Wydłużony czas oczekiwania na różne badania typu TK, długie terminy do specjalistów.



Główny problem to czas, nikt nie chciał mnie przyjąć od razu po izolacji (z powodu koronawirusa), wszystko przeciągnęło się w czasie.

Problemy informatyczne dotyczące karty DILO - lekarka nie mogła jej wystawić przez problemy techniczne z systemem. Źle wypełnione skierowanie przez lekarza. Trzeba było jechać jeszcze raz by poprawił. Długie terminy oczekiwania na wizytę w poradni. Konieczność prywatnych/odpłatnych wizyt.





Diagnostyka wydłużyła się o 9 miesięcy, ciągle było coś przekładane, odwoływane, zdarzało się, że nie chciano nas przyjąć. Był okres, w którym placówki były co chwilę zamykane, bo ktoś miał Covid-19 i przez 2 tyg. nie można było z placówki korzystać itp.

Trudność w dotarciu do lekarza z kaszlem (podejrzenie Covid), zalecono, aby nie przychodzić do placówki, konsultacje przez telefon, dłuższe terminy do specjalistów.



Problem z wizytą u pulmonologa, na wizytę czekam 7 miesięcy.

Bardzo utrudniony dostęp do lekarzy a w szczególności do pulmonologa na samym początku diagnostyki.



Kontakt z lekarzem rodzinnym wyłącznie przez teleporadę. Brak reakcji lekarza rodzinnego w przypadku neutropenii.

Leczono mnie długo przez teleporady na zapalenie oskrzeli. Ostatecznie wykryto raka płuca.



Leczenie antybiotykami na teleporadę, zamiast zlecić RTG płuc. Gdzie po kilku miesiącach w końcu skierowano mnie na RTG od razu wykryto raka płuca.

Bardzo opóźnione badanie PET i tym samym operacja, bo w szpitalu był Covid-19.





Zamknięte poradnie onkologiczne i utrudniony dostęp do specjalistów, co wydłużało czas oczekiwania na diagnostykę i zmuszało do wykonywania badań prywatnie.

Czekaliśmy 7 tygodni na pierwsze wyniki z biopsji, z których nic nie wyszło, lekarz pobrał fragment płuca, który nie nadawał się do oceny, po otrzymaniu wyniku po (7 tygodniach) przyjęto mnie prawie po tygodniu na oddział i pobrano materiał drugi raz, nie wiem, ile teraz będę czekać, ale szybciej umrę niż doczekam się terapii, guz jest wielkości 12x10x8cm, jest wielkości pięści i nikt się tym nie przejmuje.



Lekarz pierwszego kontaktu nie chciał przyjąć na wizytę, lekceważył objawy, choć mąż był coraz słabszy, gdy po 8 miesiącach w końcu został przyjęty, był już w 4 stadium nowotworu płuc.

Opóźniono wlewy. Nie było możliwości przyścia do lekarza. Gdy wystąpiły skutki uboczne po wlewach nie mogłem odwiedzić na oddziale lekarza. Kazali czekać 3 tyg. do ponownego planowanego przyścia do szpitala.



Brak możliwości spotkania się z lekarzem. Tylko telefonicznie. Dodzwonienie się średnio trwa kilka dni.

Kontrolne badania po operacji będę miała wykonane zamiast po 6 miesiącach po ponad roku a wizyta u onkologa to teleporada. To absurd. Niech Pan Minister spróbuje się w taki sposób leczyć to może zobaczy, jak to wygląda od strony pacjenta.



Tylko teleporady, brak dostępu do lekarzy, odwoływanie wizyt.

2.5. Obszar leczenia wspomagającego raka płuca

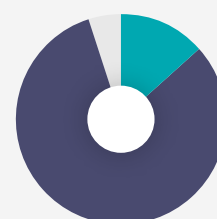


Większość pacjentów nie była poinformowana o możliwości konsultacji z lekarzem leczenia bólu - ok. 80% respondentów.

Czy był Pan/Pani poinformowany/a o możliwości skorzystania z porady specjalisty leczenia bólu?

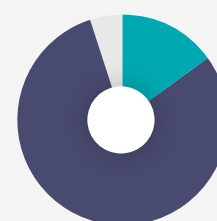
2020

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	13.55%	45
Nie	81.63%	271
Nie wiem	4.82%	16



2021

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	15%	24
Nie	80%	126
Nie wiem	5%	8

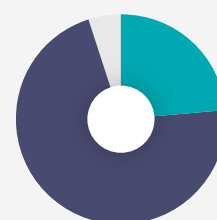


Większości ankietowanych nie zaoferowano porady psychoonkologa po diagnozie - ok. 72%.

Czy po postawieniu diagnozy zaoferowano Panu/Pani poradę psychologa?

2020

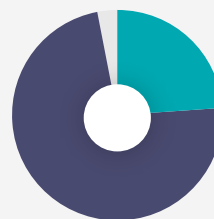
Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	23.80%	79
Nie	71.39%	237
Nie wiem	4.82%	16



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Tak	24%	38
Nie	73%	117
Nie wiem	3%	3



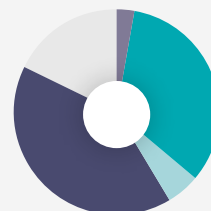
Wiedza na temat żywienia w chorobie nowotworowej według ankietowanych jest niewystarczająca – na co wskazało ponad 50% osób. 36% respondentów zadeklarowało, że ma wystarczającą wiedzę na temat odżywiania w czasie choroby.

Czy Pana/Pani wiedza na temat odżywiania w czasie choroby onkologicznej była wystarczająca?

2020

Odpowiedź

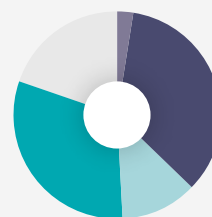
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	3.01%	10
Raczej tak	33.13%	110
Nie mam zdania	5.42%	18
Raczej nie	40.66%	135
Zdecydowanie nie	17.77%	59



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	2,53%	4
Raczej tak	34,81%	55
Nie mam zdania	12,03%	19
Raczej nie	31,01%	49
Zdecydowanie nie	19,62%	31



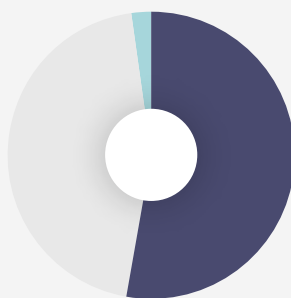
OK. 50% respondentów deklaruje, że korzystało z preparatów żywienia medycznego w czasie leczenia onkologicznego.

Czy korzystał Pan/Pani ze wsparcia żywieniowego (preparaty żywieniowe, żywienie medyczne np. tzw. nutridrinki) podczas choroby?

2020

Odpowiedź

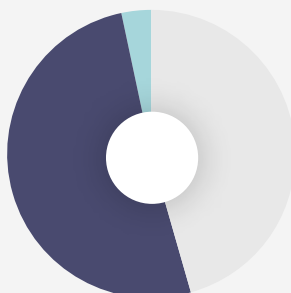
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	53.01%	176
Nie	44.88%	149
Nie wiem	2.11%	7



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Tak	45,57%	72
Nie	51,27%	81
Nie wiem	3,16%	5





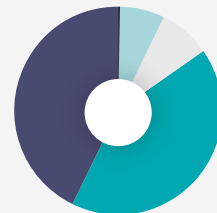
2.6. Edukacja i świadomość.

Ponad 80% respondentów wskazało, że edukacja społeczna na temat profilaktyki onkologicznej jest niewystarczająca.

Czy według Pana/Pani edukacja społeczeństwa na temat profilaktyki onkologicznej, w tym pod kątem raka płuca jest wystarczająca?

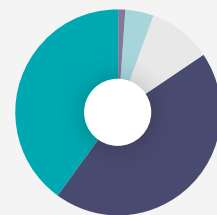
2020

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	0,30%	1
Raczej tak	6,93%	23
Nie mam zdania	8,13%	27
Raczej nie	41,87%	139
Zdecydowanie nie	42,77%	142



2021

Odpowiedź		
	%	Liczba odpowiedzi
Zdecydowanie tak	1,27%	2
Raczej tak	4,43%	7
Nie mam zdania	10,13%	16
Raczej nie	44,30%	70
Zdecydowanie nie	39,87%	63



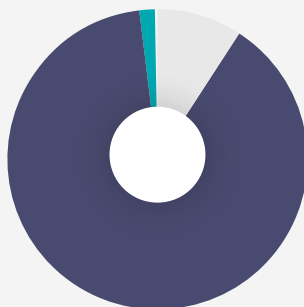
Prawie 90% pacjentów nie słyszało o Krajowej Sieci Onkologicznej.

Czy słyszał/a Pan/Pani o sieci szpitali onkologicznych tzw. opiece koordynowanej w onkologii?

2020

Odpowiedź

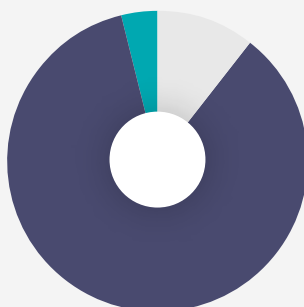
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	9,34%	31
Nie	88,86%	295
Nie wiem	1,81%	6



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Tak	10,76%	17
Nie	85,44%	135
Nie wiem	3,80%	6



Najbardziej potrzebne wsparcie dla pacjentów z rakiem płuca według ankietowanych to: edukacja dotycząca diagnostyki i leczenia raka płuca oraz radzenia sobie z działaniami niepożądanymi leczenia; edukacja nt. rehabilitacji onkologicznej, porady typu pacjenci pacjentom, dyżury ekspertów (psychoonkolog, onkodietetyk, specjalista leczenia bólu).

Jakiego rodzaju wsparcie edukacyjne byłoby najbardziej potrzebne pacjentom z rakiem płuca?

2020

Odpowiedź

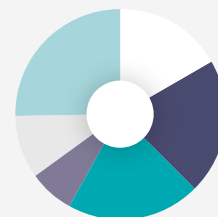
	%	Liczba odpowiedzi
Warsztaty/spotkania edukacyjne nt. diagnostyki i leczeniaJestem aktualnie leczonym pacjentem	47.29%	157
Warsztaty/spotkania nt. radzenia sobie ze skutkami ubocznymi i działaniami niepożądanymi leczenia i choroby	59.94%	199
Warsztaty/spotkania dot. Rehabilitacji onkologicznej (wparcie psychologiczne, odżywianie, łagodzenie bólu, poprawa kondycji fizycznej i in)	56.33%	187
Warsztaty aktywizacji społecznej w trakcie i po chorobie	21.39%	71
Porady pacjent – pacjentom	45.78%	152
Dyżury eksperta – odpowiedzi na pytania pacjentów	67.17%	223



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Warsztaty/spotkania edukacyjne nt. diagnostyki i leczeniaJestem aktualnie leczonym pacjentem	37,34%	59
Warsztaty/spotkania nt. radzenia sobie ze skutkami ubocznymi i działaniami niepożądanymi leczenia i choroby	46,20%	73
Warsztaty/spotkania dot. Rehabilitacji onkologicznej (wparcie psychologiczne, odżywianie, łagodzenie bólu, poprawa kondycji fizycznej i in)	45,57%	72
Warsztaty aktywizacji społecznej w trakcie i po chorobie	15,82%	25
Porady pacjent – pacjentom	21,52%	34
Dyżury eksperta – odpowiedzi na pytania pacjentów	55,70%	88





2.7. Sytuacja życiowa i materialna.

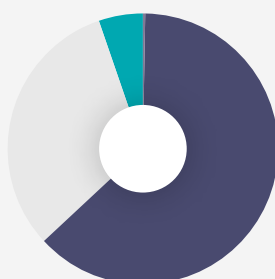
Ok. 60% respondentów deklaruje, że ich sytuacja materialna pogorszyła się po zachorowaniu na raka płuca. Natomiast ok. 30% ankietowanych wskazało, że sytuacja pozostała bez zmian.

Czy Pani/Pana sytuacja materialna uległa zmianie w związku z zachorowaniem na raka płuca?

2020

Odpowiedź

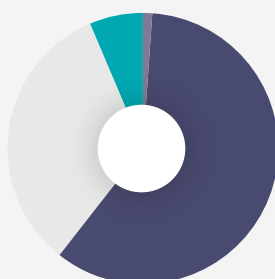
	%	Liczba odpowiedzi
Polepszyła się	0.60%	2
Pogorszyła się	62.65%	208
Pozostała bez zmian	31.63%	105
Nie mam zdania	5.12%	17



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Polepszyła się	1,27%	2
Pogorszyła się	59,49%	94
Pozostała bez zmian	32,91%	52
Nie mam zdania	6,33%	10



Wśród przyczyn samodzielnego (prywatnego) finansowania usług medycznych respondenci wskazywali najczęściej: uniknięcie kolejek i opóźnień (ok. 50% odpowiedzi), przyjazną atmosferę w opiece prywatnej, niedostępność lub brak refundacji danej usługi.

Jeśli płacił/a Pan/Pani samodzielnie za jakąkolwiek opiekę lub leczenie, to jaka była tego przyczyna?

2020

Odpowiedź

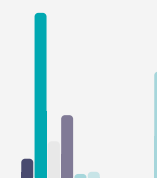
	%	Liczba odpowiedzi
Miałem/miałam ubezpieczenie medyczne (pakietzdrowotny)	3.92%	13
Chciałem/łam uniknąć kolejek, opóźnień	52.41%	174
Usługa nie była dostępna publicznie lub refundowana	19.28%	64
Bardziej przyjazna atmosfera i indywidualne podejście do chorego	21.39%	71
Miałem/łam bliżej	1.81%	6
Inne, jakie?	6.33%	21
Nie dotyczy	23.80%	79



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Miałem/miałam ubezpieczenie medyczne (pakietzdrowotny)	6,33%	10
Chciałem/łam uniknąć kolejek, opóźnień	48,73%	77
Usługa nie była dostępna publicznie lub refundowana	11,39%	18
Bardziej przyjazna atmosfera i indywidualne podejście do chorego	18,99%	30
Miałem/łam bliżej	1,90%	3
Inne, jakie?	2,53%	4
Brak terminu na NFZ	0,63%	1
brak dostępu do usług refundowanych, zaczynając od diagnostyki, po konsultacje lekarskie, opiekę medyczną, pielęgnarską	0,63%	1
długie terminy oczekiwania	0,63%	1
prywatny lekarz podał leki inne niż leczenie paliatywne	0,63%	1
Nie dotyczy	31,65%	50



Respondenci najczęściej korzystali prywatnie z następujących usług medycznych: zakupu leków, wizyt u onkologa i pulmonologa, badań diagnostycznych oraz konsultacji u kardiologia.

Proszę wskazać, z których z wymienionych usług Pan/Pani korzystał/a prywatnie (odpłatnie).

2020

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Wizyta u onkologa	44.88%	149
Wizyta u pulmonologa	31.33%	104
Wizyta u kardiologa	23.49%	78
Wizyta u dietetyka	11.75%	39
Wizyta u psychologa	9.94%	33
Wizyta u specjalisty leczenia bólu (medycyny paliatywnej)	6.02%	20
Badania diagnostyczne obrazowe (np. tomografia, PET, rezonans, RTG)	26.20%	87
Badania diagnostyczne molekularne/genetyczne	5.12%	17
Zakup leków	63.55%	211
Zabieg operacyjny	0.90%	3
Chemioterapia	3.01%	10
Radioterapia	1.51%	5
Inne, jakie?	12.35%	41
Nie korzystałem/łam	8.73%	29



2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Wizyta u onkologa	26,58%	42
Wizyta u pulmonologa	30,38%	48
Wizyta u kardiologa	24,68%	39
Wizyta u dietetyka	6,96%	11
Wizyta u psychologa	8,86%	14
Wizyta u specjalisty leczenia bólu (medycyny paliatywnej)	4,43%	7
Badania diagnostyczne obrazowe (np. tomografia, PET, rezonans, RTG)	24,68%	39
Badania diagnostyczne molekularne/genetyczne	3,16%	5
Zakup leków	45,57%	72
Zabieg operacyjny	1,27%	2
Chemioterapia	2,53%	4
Radioterapia	0,63%	1
Inne, jakie?	10,76%	17
nefrolog	1,90%	3
Dopler żył, lekarz naczyniowiec	0,63%	1
Wizyta u nefrologa	0,63%	1
wizyta u chirurga	0,63%	1
neurolog, hematolog	0,63%	1
morfologia - badanie krwi	0,63%	1
Leczenie wspomagające witaminy	0,63%	1
transport medyczny	0,63%	1
Dermatolog - zmiany skórne podczas chemioterapii oraz stomatolog - paradontoza po chemioterapii	0,63%	1
Prywatny lekarz w klinice, badania diagnostyczne pobierane z krwi	0,63%	1
wymazy na covid19 zlecone w ostatniej chwili przed wizytą w szpitalu - jako warunek wejścia do rejestracji	0,63%	1
Urolog	0,63%	1
neurolog, usg tarczycy, laryngolog-głuchota	0,63%	1
Endokrynolog, biopsja	0,63%	1
Nie korzystałem/łam	22,15%	35



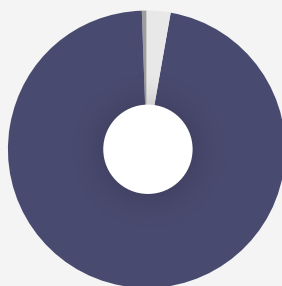
Tylko ok 3-4% respondentów korzystało ze zbiórek publicznych na wsparcie finansowania leczenia raka płuca.

Czy korzystał/a Pan/Pani ze wsparcia finansowania leczenia raka płuca za pośrednictwem zbiórek publicznych?

2020

Odpowiedź

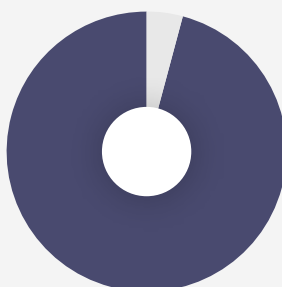
	%	Liczba odpowiedzi
Tak	3.01%	10
Nie	96.69%	321
Nie wiem	0.30%	1




2021

Odpowiedź

	%	Liczba odpowiedzi
Tak	4,43%	7
Nie	95,57%	151
Nie wiem	0,00%	0



03



**Komentarze
ekspertów
klinicznych
oraz
przedstawicieli
organizacji
pacjentów**



Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
Konsultant Krajowy ds. Onkologii
Klinicznej, Kierownik Kliniki Nowotwo-
rów Płuca i Klatki Piersiowej, Narodowy
Instytut Onkologii – Państwowy Instytut
Badawczy w Warszawie.

Postępowanie diagnostyczne

Wyniki raportu wskazują na szereg problemów, które świadczą o niewydolności diagnostyki u chorych na raka płuca. Myślę, że problem jest szerszy i obejmuje wszystkie nowotwory klatki piersiowej oraz wiele wywodzących się z innych narządów. Podstawowym problemem w zakresie diagnostyki jest zbyt długi czas od zgłoszenia się chorych z objawami do ustalenia ostatecznego rozpoznania, co oznacza zbyt późne określenie zaawansowania choroby i rodzaju nowotworu. W pojęciu rodzaju nowotworu obecnie - w przypadku raka płuca lub międzybłoniaka opłucnej - należy rozumieć typ i podtyp histologiczny oraz charakterystykę genetyczno-molekularną. Bez określenia wymienionych cech istnieje poważne ryzyko podejmowania niewłaściwego leczenia, co może mieć negatywny wpływ na rokowanie. Istotne znaczenie ma sprawne określanie stopnia zaawansowania nowotworu - wykonywane badania powinny mieć kluczowe znaczenie dla planowanego leczenia. Prawidłowa i sprawna diagnostyka pozwala - w wielu wypadkach - uniknąć stosowania nieskutecznych metod leczenia.

Uważam, że bardzo uzasadnione jest działanie w celu poprawienia świadomości chorych pod względem zwiększania zakresu wiedzy na temat postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Świadomość rodzaju i celu wykonywania badań poprawia współpracę z chorymi oraz może mieć

znaczenie dla utrzymania zadowalającego stanu psychicznego i jakości życia chorych. Lekarze powinni wyjaśniać chorym szczegóły prowadzonego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, a poradniki dla chorych mogą być wartościowym - dodatkowym - źródłem informacji.

Epidemia spowodowała znaczące osłabienie wydolności diagnostyki prowadzonej w raku płuca. Przekształcenie wielu oddziałów pneumonologicznych w ośrodki "covid" spowodowało niekorzystne zmiany w strukturze zaawansowania pierwotnego - obecnie zwiększa się odsetek chorych na raka płuca z bardziej zaawansowanym nowotworem. Należy ustalić priorytety - uważam, że priorytetem powinno być dążenie do poprawienia rokowania chorych na nowotwory.

Postępowanie terapeutyczne

Uwidocznione w analizie ankiety problemy z uzyskaniem informacji o celu i rodzaju możliwego do zastosowania leczenia wskazują na słabość obecnie wykorzystywanych metod komunikowania się z chorymi. Świadczą również o niedostatecznych możliwościach komunikacyjnych między chorymi i lekarzami, co można tłumaczyć nadmiernym obciążeniem lekarzy działaniami biurokratycznymi. Kolejne rozporządzenia i zarządzenia nakładają na lekarzy dalsze i często nieuzasadnione zadania w zakresie sprawozdawczości, co ogranicza możliwości kontaktowania się z chorymi.

Problemem w zakresie leczenia chorych na raka płuca jest niedostateczne wykorzystanie możliwości postępowania skojarzonego oraz nowoczesnych metod leczenia systemowego. Przykładem niewykorzystywania

metod skojarzonego leczenia jest fakt stosowania jednoczesnej radiochemioterapii jedynie u około 30% chorych z wskazaniami do wspomnianego postępowania, co wynika z niewłaściwych rozwiązań organizacyjnych oraz niedostatecznego przygotowania ośrodków prowadzących opiekę nad chorymi na raka płuca. Wspomniane w raporcie ograniczenie dostępności do nowoczesnych metod leczenia systemowego jest - przede wszystkim - spowodowane niedostatecznym zakresem diagnostyki genetycznej i molekularnej, co powoduje niewykorzystywanie możliwości programu lekowego. Uważam, że oba wymienione oraz inne problemy mogłyby ulec poprawieniu w następstwie stworzenia systemu ośrodków kompleksowego postępowania u chorych na nowotwory płuca.

Okres epidemii uwidoczniał wiele słabych punktów w systemie ochrony zdrowia, co dotyczy Polski i wielu innych krajów. Jedną ze słabych stron jest niedostateczna liczba lekarzy i pielęgniarek, co jest jedną z przyczyn - wskazanego w raporcie - utrudnienia w relacjach z chorymi

Leczenie wspomagające

Wspomagające leczenie jest niezbędną częścią postępowania przeciwnowotworowego - ma ogromną rolę w postępowaniu paliatywnym, ale również współdecyduje o możliwości przeprowadzenia radykalnego leczenia przeciwnowotworowego. Nie byłaby możliwa chemioterapia bez nowoczesnych leków przeciwwymiotnych, a radykalne napromienianie byłoby trudniejsze bez wykorzystywania metod żywieniowych. Z uwagi na znaczenie postępowania wspomagającego bardzo poważnym problemem są obserwacje - zawarte w raporcie - dotyczące niedostatecznej

opieki pod względem leczenia bólu lub postępowania żywieniowego. Należy stworzyć lepsze warunki dla prowadzenia leczenia wspomagającego, jak również propagować wśród chorych wiedzę na temat charakterystyki powikłań i odpowiedniego postępowania. Bardzo ważną częścią postępowania wspomagającego jest rehabilitacja, która powinna być lepiej zorganizowana i finansowana oraz rozpowszechniona wśród chorych.



Prof. dr hab. n med. Dariusz M. Kowalski
Prezes Polskiej Grupy Raka Płuca,
Kierownik Oddziału Zachowawczego
Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki
Piersiowej, Narodowy Instytut
Onkologii - Państwowy Instytut
Badawczy w Warszawie

Prezentowany Raport „Opinie pacjentów nt. opieki i leczenia raka płuca w Polsce - wnioski i rekomendacje” przygotowany został przez Fundację To Się Leczy przy

merytorycznej współpracy Polskiej Grupy Raka Płuca.

Raport został podzielony na 2 części, z których część 1 zawiera dane dotyczące podstawowych informacji na temat raka płuca w tym: epidemiologii, czynników ryzyka, objawów, zasad profilaktyki pierwotnej i wtórnej, podstawowych narzędzi diagnostycznych oraz metod leczenia. Część 2 Raportu zawiera opis metodologii prowadzonego badania ankietowego, charakterystykę grupy badanej oraz odpowiedzi dedykowane obszarowi diagnostyki raka płuca, obszarowi leczenia raka płuca, obszarowi leczenia wspomagającego, edukacji i świadomości pacjenta oraz sytuacji życiowej i materialnej.

Raport zawiera również najważniejsze wnioski z badania opinii pacjentów i opiekunów nt. opieki onkologicznej nad chorymi z rakiem płuca w Polsce w latach 2020-2021 i formułuje działania wymagające reakcji pilnej.

Wśród wielu zidentyfikowanych czynników uwagę przykuwa ryzyko „zbyt długiego okresu trwania diagnostyki” jak również znacznie utrudniony dostęp do diagnostyki w szczególności molekularnej. Pomimo stałej akcji edukacyjnej prowadzonej między innymi przez Polską Grupę Raka Płuca przy współpracy z Organizacjami Pacjentów widoczny jest niedostatek wiedzy i świadomości Chorych i ich Rodzin wobec aktualnych możliwości diagnostyczno-terapeutycznych raka płuca. Zwraca również uwagę bardzo niski odsetek chorych uczestniczących w badaniach klinicznych, które bardzo często są jedyną formą dostępu do innowacyjnego leczenia dla wybranych populacji chorych.

Raport zawiera szereg wytycznych i sugestii wobec poprawy wyników leczenia raka płuca w Polsce. W mojej opinii podejmowane działania powinny dotyczyć następujących obszarów:

1. Profilaktyka pierwotna – nie podejmowanie lub zaprzestanie inhalacji dymem tytoniowym w perspektywie czasowej znacznie ograniczy liczbę nowych zachorowań na raka płuca,

2. Profilaktyka wtórna – badania przesiewowe z zastosowaniem niskodawkowej tomografii komputerowej jak program ogólnopolski z intensywnie prowadzoną akcją informacyjną na temat wzmiankowanej metody (w tym poprzez lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej),

3. Dostęp do szybkiej i wiarygodnej diagnostyki obrazowej (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytronowa tomografia emisyjna),

4. Dostęp do szybkiej i wiarygodnej diagnostyki patomorfologicznej,

5. Dostęp do szybkiej i wiarygodnej diagnostyki molekularnej (w tym z wykorzystaniem technologii sekwencjonowania nowej generacji),

6. Dostęp (szybki) do lekarzy specjalistów zajmujących się leczeniem raka płuca (onkolodzy kliniczni, torakochirurdzy, radioterapeuci, pneumonolodzy),

7. Dostęp do leczenia wielodyscyplinarnego, skoordynowanego,

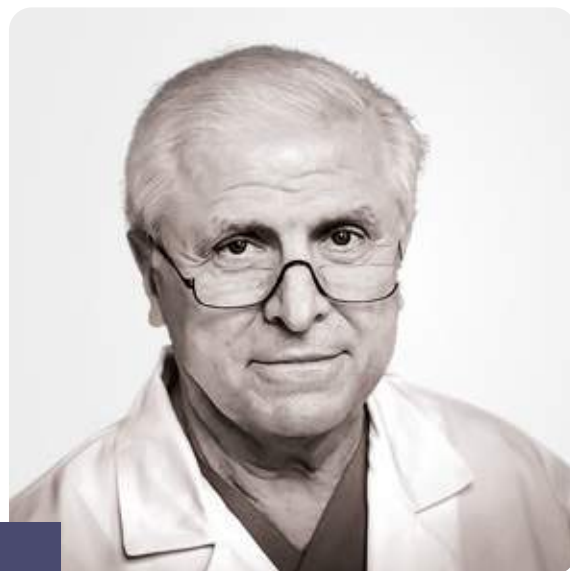
8. Dostęp do nowoczesnych metod leczenia innowacyjnego (w tym leków ukierunkowanych molekularnie i immunokompetentnych),

9. Dostęp do leczenia wspomagającego (w tym rehabilitacji i dietetyka),

10. Dostęp do prawidłowo prowadzonych okresowych badań kontrolnych.

Tylko spełnienie WSZYSTKICH elementów proponowanych działań doprowadzi do ZNACZĄCEGO POSTĘPU w wynikach leczenia raka płuca w Polsce.

Zachęcam do zapoznania się z prezentowanym Raportem.



prof. dr hab. n. med. Tadeusz Orłowski
Kierownik Kliniki Chirurgii, Instytut
Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Ankieta przeprowadzona przez Fundację „TO SIĘ LECZY” daje obraz wiedzy onkologicznej wśród osób chorujących na raka płuca. Większość osób jest mało zorientowana w nowoczesnych metodach leczenia tego nowotworu. Trudno jednak wymagać od przeciętnego obywatela, ażeby studiował wiedzę dotyczącą tych zagadnień. Przekazywanie tych informacji leży po

stronie lekarzy i pielęgniarek, a z ankiety jednoznacznie wynika, że istnieje duży problem w komunikacji między personelem leczącym a pacjentami. Pamiętając o tym, że pacjent powinien otrzymać rzetelną informację na temat swojej choroby i sposobu leczenia, zaznaczyć należy, że leczony powinien być według współczesnej wiedzy i zgodnie z przyjętymi zaleceniami. Rak płuca stanowi główną przyczynę zgonów nowotworowych wśród mężczyzn, a także wśród kobiet. O ile zachorowalność wśród mężczyzn stopniowo ulega zmniejszeniu, o tyle wśród kobiet odnotowujemy systematyczny wzrost zachorowalności i w chwili obecnej jest to drugi nowotwór po raku piersi. Jest to bardzo niepokojące zjawisko i wymaga niewątpliwie podejmowania działań edukacyjnych, szczególnie wśród młodych kobiet.

Najskuteczniejszym sposobem leczenia raka płuca jest chirurgiczne usunięcie zmian, pod warunkiem jednak, że jest to wczesny etap rozwoju tej choroby. Podkreślić jednak należy, że jedynie ok. 15% pacjentów może skorzystać z tego typu terapii, a odsetek pacjentów operowanych ze względu na panującą pandemię uległ znacznemu obniżeniu. W latach poprzednich odsetek ten był wyższy, operowanych było ponad 4000 tysięcy pacjentów rocznie. W roku 2020 odnotowaliśmy ok 20% spadek ilości chorych, którzy kwalifikowali się do leczenia operacyjnego.

Prowadzone badania na całym świecie wskazują, że zastosowanie nowych leków w oparciu o badania molekularne pozwala na uzyskanie znacznie dłuższych przeżyć, aniżeli w okresie przed „erą leków celowanych”. Ponieważ w grupie operowanych pacjentów znajdują się chorzy nie tylko w I stopniu zaawansowania, coraz częściej leki

te włączane są do leczenia skojarzonego jako leczenie uzupełniające pooperacyjne. W ostatnim czasie prowadzone są badania, które wskazują na możliwość stosowania tych leków również w okresie przedoperacyjnym, co budzi nadzieję na większy odsetek wyleczeń pacjentów z rakiem płuca.

W chirurgii klatki piersiowej również odnotowujemy postęp polegający na coraz mniejszej inwazyjności tej metody. Chirurgia małoinwazyjna odnotowuje znaczący rozwój i coraz większa grupa pacjentów może skorzystać z tego typu leczenia. Ma to również znaczenie w aspekcie leczenia skojarzonego, jako że pacjenci po tego typu zabiegach mogą wcześniej rozpocząć leczenie systemowe, a także intensywność tego leczenia może być większa.

Złe wyniki leczenia raka płuca w Polsce wymagają podjęcia pilnych działań reorganizacyjnych, które umożliwią właściwą koordynację w procesie diagnostyki i leczenia chorych. Powołanie Centrów Koordynacji Leczenia Raka Płuca (Lung Cancer Unit), daje nadzieję na osiągnięcie tego celu. Ażeby jednak tego typu struktura działała prawidłowo, musi zawierać dwie części, które są równoważne, a podkreślić należy, że ze względu na liczbę chorych, większy nacisk należy położyć na część diagnostyczną. Bez odpowiedniej organizacji struktury diagnostycznej nie osiągnie się poprawy leczenia raka płuca, ponieważ tylko wykrycie nowotworu w odpowiednim momencie daje szansę na wyleczenie i poprawę przeżywalności. Z dotychczas prowadzonych prac grupy ekspertów wynika, że dla sprawnego funkcjonowania systemu Centrów Koordynacji niezbędne jest stworzenie dwóch typów tego rodzaju jednostek.

Pierwszy typ stanowi centrum diagnostyczne, z zapleczem onkologii klinicznej, drugi – posiada w strukturze onkologię kliniczną i radioterapię. W obu typach mógłby funkcjonować oddział chirurgii klatki piersiowej. Należy bardzo mocno podkreślić, że ośrodków pierwszego typu musiałyby być więcej. Oba funkcjonowałyby według jednorodnych, przyjętych zasad opartych o zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne. Biorąc pod uwagę złożony algorytm postępowania diagnostycznego i sprawdzający się już obecnie system interdyscyplinarnego postępowania, należy uwzględnić możliwość konsorcyjnego funkcjonowania różnych podmiotów zaangażowanych w proces diagnostyki leczenia raka płuca.



Prof. dr hab. n. med. Rodryg Ramlau
Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zrealizowane badanie ankietowe pokazuje jak istotnym problem zdrowotnym w Polsce są chorzy na raka płuca. Przez wiele

lat nie dostrzegano problemów tej najliczniejszej grupy pacjentów onkologicznych. Udało się w ciągu ostatnich lat odwrócić ten niekorzystny trend, również dzięki ogromnemu zaangażowaniu organizacji zrzeszających chorych na raka płuca i nie tylko.

Przeprowadzone badanie ankietowe pokazuje jak wiele jeszcze przed nami do zrobienia i to zarówno w sferze diagnostyki jak i leczenia. Polska Grupa Raka Płuca za jeden ze swoich najistotniejszych priorytetów działań od ponad 15 lat uznaje prowadzenie aktywności zmierzającej do poprawy świadomości naszego społeczeństwa w zakresie problematyki związanej z diagnostyką i leczeniem chorych na raka płuca. Liczymy na poprawę dostępności naszych pacjentów do diagnostyki molekularnej, z czego wyniknie zwiększona dostępność do leczenia ukierunkowanego molekularnie. Konieczne będą prace nad wprowadzeniem sieci pracowni diagnostycznych wykonujących analizy w ramach Sekwencjonowania Nowej Generacji (tzw. NGS) oraz finalizacja prac zmierzających do powstania wysokospecjalistycznych ośrodków leczenia chorych na raka płuca (tzw. Lung Cancer Units).

Obecny projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej w przeważającej mierze nie spełnia oczekiwań naszego środowiska. Próba centralizacji usług onkologicznych oraz dydaktyki w sytuacji tak gwałtownego wzrostu zachorowań wśród naszego społeczeństwa na nowotwory złośliwe jest całkowitym nieporozumieniem, dlatego na tym etapie może lepiej, że nasi chorzy nie są o tym informowani. Liczymy na refleksję twórców tej ustawy po otrzymaniu krytycznych uwag ze strony osób zajmujących się bezpośrednio leczeniem chorych onkologicznych.



Prof. dr hab. n. med. Paweł Krawczyk
Katedra i Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii, Kierownik Pracowni Immunologii i Genetyki, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

W badaniu ankietowym wzięło udział 490 chorych na raka płuca (w tym 332 chorych wypełniło ankietę w 2020 roku).

W obydwa lata prowadzenia ankiety około 65% chorych znało zasady prowadzenia diagnostyki, która powinna być u nich przeprowadzona, a około 28% pacjentów nie posiadało takiej wiedzy. Według informacji uzyskanych od pacjentów w roku 2020 i 2021, 23% i 27% chorych na NDRP miało przeprowadzoną pełną diagnostykę czynników predykcyjnych (kwalifikujących do leczenia), a 19% i 16% – diagnostykę niepełną. Brak diagnostyki deklarowało po 32% ankietowanych, a niewiedzę w tym zakresie 8,5% i 17% pacjentów. Trudno ocenić ten odsetek, ponieważ w grupie chorych na NDRP mogli znaleźć się chorzy we wczesnych stadiach kwalifikowani do

zabiegu operacyjnego lub chemioradioterapii, u których nie jest wymagana diagnostyka czynników predykcyjnych (z odpowiedzi na kolejne pytania ankietowe wynika, że chorych z guzem operacyjnym mogło być 25% wśród wszystkich ankietowanych). Gdyby diagnostyka molekularna była przeprowadzona tylko u nieco ponad 40% chorych na zaawansowanego NDRP, byłby to wynik zastraszający, gdyż takiej diagnostyki wymaga około 80-90% pacjentów (z diagnostyki takiej można zrezygnować u chorych na zaawansowany nowotwór w złym stanie sprawności i z poważnymi innymi schorzeniami dyskwalifikującymi od leczenia systemowego). Ponadto chorzy, którzy nie mieli informacji o badaniu czynników predykcyjnych w dużej mierze mogli nie zostać poinformowani o wykonaniu takiego badania. Trudno też interpretować wynik przeprowadzenia niekompletnej diagnostyki u kilkunastu procent chorych. Chorzy na raka płaskonabłonkowego mogli tu mieć na myśli brak diagnostyki EGFR, ALK i ROS1, która nie jest u nich rutynowo wykonywana (nie mogą być kwalifikowani do terapii ukierunkowanych molekularnie w ramach programu lekowego B.6). Chorzy na NDRP mogli też oczekiwać diagnostyki wielu genów techniką sekwencjonowania nowej generacji, która nie jest w Polsce powszechnie dostępna. Natomiast, jeśli po wykonaniu badań patomorfologicznych (np. badania ekspresji PD-L1 i ALK metodą IHC) zaniechano badania mutacji EGFR i rearanżacji ROS1, to jest to informacja niepokojąca i poważny błąd diagnostyczny.

Zaledwie 25% chorych na NDRP w roku 2021 rozmawiało ze swoim lekarzem o badaniach molekularnych, co świadczy albo o braku wiedzy lekarzy o czynnikach predykcyjnych, albo o braku czasu, który lekarz musiałby poświęcić na tak skompli-

kowaną rozmowę. Zaskakujący jest fakt, że 24-28% chorych deklaruje, że miało wpływ na decyzję o rodzaju wykonanego u nich testu molekularnego. Jest to odsetek bardzo wysoki, biorąc pod uwagę, że taką decyzję niemal zawsze powinien podjąć lekarz. Można przypuszczać, że byli to pacjenci, którzy znaleźli w Internecie informacje o konieczności wykonania badania czynników predykcyjnych i wymogli na lekarzach decyzję o wykonaniu takich badań. Powstaje pytanie, czy lekarze nie wiedzieli o konieczności przeprowadzenia badań?

Niepokojące są również informacje od pacjentów, że proces diagnostyczny trwał u nich bardzo długo, nawet powyżej pół roku. Przepisy związane z wystawieniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) regulują, że czas od pobrania materiału do badania patomorfologicznego (np. bronchoskopii) do rozpoczęcia leczenia nie może być dłuższy niż 28 dni. Oznacza, to że diagnostyka patomorfologiczna powinna trwać do 2 tygodni, następnie materiał powinien niezwłocznie trafić do badań molekularnych, na których wykonanie laboratorium genetyczne ma również 2 tygodnie. Ponad 70% chorych ocenia dostęp do diagnostyki raka płuca jako niedostateczny.

56% chorych w roku 2020 oraz aż 67% chorych w roku 2021 uważa, że dostęp do diagnostyki pogorszył się w czasie epidemii COVID-19. Podobnie 67% i 72% chorych uważa, że dostęp do specjalistów (onkologa i pulmonologa) znacznie pogorszył się podczas epidemii. Jest to także spójne z naszymi obserwacjami. Pod koniec 2020 roku i na początku roku 2021 obserwowaliśmy kumulację pacjentów, u których nowotwór był diagnozowany w bardzo

zaawansowanym stadium, co wiązało się z utrudnionym dostępem chorych do lekarzy i wysokospecjalistycznych procedur diagnostycznych. U wielu chorych nowotwór został zdiagnozowany „przypadkowo”. Choć choroba dawała już objawy, diagnostyka przeprowadzona z innych przyczyn (np. zawału serca czy COVID-19), wykrywała raka płuca. Znacząco spadła liczba operowanych chorych z powodu NDRP. Oddziały pulmonologiczne, które diagnozowały chorych na raka płuca, były przekształcane w oddziały leczące chorych na COVID-19.

Pomimo, że zaburzenia molekularne zdiagnozowano u ponad 12% chorych, to leczenie ukierunkowane molekularnie zastosowano tylko u około 8% z nich. Jest to odsetek zbyt niski świadczący o niebezpiecznym wydłużaniu czasu trwania diagnostyki (pogorszenie się stanu chorego i dyskwalifikacja z leczenia) i braku komunikacji między chorymi a lekarzami.

Zastanawiający jest także niewielki wzrost odsetka chorych, u których zastosowano immunoterapię z 14,5% w 2020 roku do 19% w roku 2021. Trzeba pamiętać, że od niedawna chorzy z niską ekspresją PD-L1 mogą otrzymać refundowaną w Polsce chemioimmunoterapię. W związku z tym większość chorych na zaawansowanego NDRP bez predyspozycji genetycznej do terapii ukierunkowanych molekularnie powinna otrzymać pembrolizumab w monoterapii lub chemioterapię z udziałem pembrolizumabu. Jednak z odpowiedzi ankietowanych wynika, że nadal nie rozpowszechniło się stosowanie chemioimmunoterapii w Polsce.

Odsetek ponad 60% chorych otrzymujących jako jedyną metodę leczenia chemio-

terapię jest zbyt wysoki nawet, jeśli weźmiemy pod uwagę, że w tej grupie pacjentów mogła znaleźć się część chorych na drobnokomórkowego raka płuca (chorzy na rozległą postać tej choroby także od niedawna mogą otrzymywać refundowaną chemioimmunoterapię) i chorych otrzymujących chemioterapię pooperacyjną (w polskich warunkach tylko chorzy w stopniach II-IIIa). Wysoki odsetek chorych, u których zastosowano radioterapię (około 45%) wynika z faktu nierozróżnienia w pytaniu ankietowym radioterapii paliatywnej i radiochemioterapii stosowanej z zamiarem radykalnym.

Sytuacji chorych nie poprawia fakt, że ponad 50% z nich nie zna refundowanych opcji leczenia raka płuca, choć większość (70%) stara się czytać o innowacyjnych terapiach. Zastraszający jest natomiast fakt, że większość chorych znajduje informacje o sposobach diagnostyki i leczenia w internecie lub na grupach pacjenckich na Facebook-u, a nie od lekarza. Tylko 22% chorych w roku 2020 i 30% w roku 2021 zostało poinformowanych przez lekarza o nowoczesnych metodach leczenia. Wydaje się, że wynika to z braku czasu i liczby chorych diagnozowanych i leczonych przez lekarzy, ale także z niewiedzy niektórych medyków. Być może dlatego tylko 25-30% chorych uważa, że są leczeni w sposób nowoczesny i optymalny.

Wśród największych trudności w procesie leczenia nowotworu płuca pacjenci wymieniają trudności w prowadzeniu diagnostyki, długi czas jej trwania i długi czas do rozpoczęcia leczenia oraz brak dostępu do nowoczesnych metod terapii. Na kolejnym miejscu wymieniany jest brak dostępu do onkologów i innych specjalistów, ale także do psychologów, których rola w procesie

leczenia nowotworu jest w Polsce zupełnie niedoceniana. Barię w rozpoczęciu leczenia jest też odległość miejsca zamieszkania od szpitala, zwłaszcza, że tylko wysokospecjalistyczne centra onkologii oraz ośrodki kliniczne mogą zapewnić kompleksową diagnostykę i nowoczesne leczenie. Zgodnie z tymi odpowiedziami, ponad 85% chorych podkreśla, że dostęp do nowoczesnych metod leczenia raka płuca jest w Polsce niedostateczny.

Ponad 55% chorych uważa, że polski system opieki zdrowotnej nie zaspakaja ich potrzeb w zakresie diagnostyki i leczenia raka płuca. Aż 70% chorych płaciła za dodatkowe usługi medyczne najczęściej z chęci uniknięcia kolejek, braku refundowanych usług lub nieprzyjemnej atmosfery i braku indywidualnego podejścia w publicznych placówkach ochrony zdrowia. Chorzy korzystali z prywatnych gabinetów onkologicznych i pulmonologicznych, a 25% z nich wykonało na którymś z etapów diagnozy prywatne badanie obrazowe (w tym PET i tomografię komputerową). 64% musiało kupować leki za własne pieniądze. Prawdopodobnie chodzi tutaj o leczenie wspomagające, a nie leki działające na komórki nowotworowe, chociaż znane są przypadki, że chorzy tracili majątki na zakup leków onkologicznych zarejestrowanych w Unii Europejskiej, ale nierefundowanych w Polsce. Tylko 3-4,5% chorych skorzystało ze wsparcia stowarzyszeń, fundacji czy zbiorów publicznych w celu rozpoczęcia leczenia.

Większość z pacjentów (prawie 90%) nie słyszała o rządowych projektach stworzenia sieci szpitali onkologicznych, która miałaby usprawnić wielodyscyplinarny proces diagnostyki i leczenia chorób nowotworo-

wych. Ponad 80% ankietowanych uważa, że nie istnieje w Polsce edukacja na temat profilaktyki raka płuca. Jest to o tyle niepokojące, że eliminacja nałogu palenia papierosów może w dość krótkim czasie znacząco obniżyć ryzyko zachorowania na raka płuca. Pacjenci nie są też poinformowani, że w Polsce działa program profilaktyki wtórnej, w ramach którego stosuje się niskodawkową tomografię komputerową w celu wykrycia wczesnych stadiów raka płuca u osób bezobjawowych, ale intensywnie palących papierosy. Niestety ten rodzaj profilaktyki w czasie epidemii COVID-19 praktycznie przestał istnieć.

Z ankiety wynika, że w Polsce na bardzo złym poziomie stoi opieka paliatywna. Tylko 25% chorych zostało poinformowanych o możliwości skorzystania z porady specjalisty leczenia bólu. Ból jest jednym z najczęstszych i najbardziej traumatycznych objawów zaawansowanego raka płuca. Większość chorych nie otrzymała także poradnictwa dotyczącego sposobu odżywiania, co byłoby szczególnie istotne w zwalczaniu kacheksji nowotworowej i zaburzeń elektrolitowych. Mimo to połowa chorych korzystała ze wsparcia żywieniowego, takiego jak nutridrink i inne suplementy diety. Dlatego pacjenci chętnie korzystają z warsztatów i webinarów poświęconych tematowi rehabilitacji, poradnictwu psychologicznemu, radzeniu sobie ze skutkami ubocznymi terapii onkologicznych, zasad odżywiania i sposobów łagodzenia bólu. Chętnie też widzieliby utworzenie „telefonu zaufania”, pod którym dyżuowałby specjalista w danej dziedzinie.

Podsumowując należy stwierdzić, że badanie ankietowe pomimo nadreprezentatywności niektórych grup chorych (np. kobiet, chorych na raka drobnokomór-

kowego, chorych operacyjnych, chorych z mutacjami w genie EGFR) wskazała na kilka ważnych i nierozwiązanych problemów diagnostyki i leczenia chorych na raka płuca w Polsce. Na czoło wysuwają się opóźnienia procesu diagnostycznego i momentu rozpoczęcia leczenia. Na drugim miejscu plasuje się brak dostępności do nowoczesnych metod leczenia. Nie mniej ważnym jest brak zaufania pacjentów onkologicznych do systemu ochrony zdrowia, co zmusza ich do szukania informacji w internecie oraz angażowania prywatnych funduszy w proces diagnostyki i leczenia. W pewnym stopniu rozwiązaniem tych problemów mogłoby stać się wysokospecjalistyczne poradnictwo prowadzone w formie warsztatów czy webinarów przez fachowców z różnych dziedzin (onkolog, radioterapeuta, radiolog, chirurg, biolog molekularny, patomorfolog, dietetyk, rehabilitant, psycholog i innych). Natomiast wciąż brakuje rozwiązań systemowych. Prace nad projektem powstania Lung Cancer Unit stanęły w miejscu. Zamiast tego pojawił się projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Centralizacja opieki onkologicznej w ramach Sieci oraz zmniejszenie liczby ośrodków, które zajmują się diagnostyką i leczeniem raka płuca może przynieść więcej strat niż pożytku i ograniczyć, i tak zbyt małą, dostępność chorych do specjalistycznej opieki.



prof. nadzw. dr hab. n. med. Renata Langfort
Kierownik Zakładu Patomorfologii,
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w War-
sawie

Rak płuca nadal należy do grupy najbardziej rozpowszechnionych nowotworów złośliwych na świecie. Od 1985 roku liczba zachorowań wzrosła o 51% w stosunku do wcześniejszych lat. Każdego roku na świecie stwierdza się ok. 2 mln nowych zachorowań i ok. 1,7 mln zgonów (CA Cancer J Clin. 2018;68,6:394-424. PMID:30207593). Podobnie w Polsce odnotowuje się ok. 14 000 nowych przypadków wśród mężczyzn i ponad 7700 wśród kobiet. Nadal rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów zarówno w grupie mężczyzn jak i kobiet i ciągle pozostaje źle rokującym nowotworem. Przeżycia pięcioletnie wynoszą ok. 14,4% (http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2017.pdf)

Spośród różnych przyczyn składających się na te niepokojące dane należy podkreślić palenie papierosów jako jeden z najistotniejszych czynników etiologicznych oraz późne rozpoznanie choroby. Ponad ¾ chorych w momencie ustalenia diagnozy znajduje się w stadium zaawansowania, w którym najbardziej skuteczne leczenie jakim jest zabieg operacyjny nie jest możliwe. Dla tej grupy pacjentów pozostają inne metody terapii. Pojawienie się leków ukierunkowanych molekularnie oraz inhibitorów punktów kontroli immunologicznej w bardzo istotny sposób poprawiło szanse na przeżycie tej grupy chorych. Sprawilo, że możemy myśleć o raku płuca jako o chorobie przewlekłej.

Jednak, aby mówić o realnej poprawie sytuacji chorych z rakiem płuca w Polsce, zwłaszcza zaawansowanym, konieczna jest szybka diagnostyka umożliwiająca ustalenie rozpoznania, połączona z określeniem czynników predykcyjnych, których wykrycie pozwoliłoby na wybór najwłaściwszej metody leczenia.

Przedstawiony raport wyników badania ankietowego przeprowadzonego w latach 2020-2021 dotyczący oceny opieki nad chorymi z rakiem płuca w Polsce jest niezwykle cennym źródłem informacji, pokazującym szereg obszarów wymagających poprawy, zarówno w zakresie diagnostyki i leczenia, jak również edukacji pacjentów.

O ile większość chorych wie w jakim znajduje się stadium zaawansowania choroby (ok. 80%), to już tylko 65-67% orientuje się jakie badania należy wykonać przed rozpoczęciem leczenia. Aż 70% chorych nie rozmawiało z lekarzem o badaniach genetycznych a 76% nie wie, jakiego rodzaju

testy predykcyjne zostały przeprowadzone.

W badanej grupie respondentów w 2020 r. tylko 23% chorych miało wykonane badania predykcyjne, niewiele więcej, bo 27% w 2022 r, natomiast >8% i 17% pacjentów, odpowiednio w latach 2020 i 2021 nie posiadało informacji czy badania predykcyjne w ogóle zostały przeprowadzone.

Przedstawione dane są zaskakujące.

Zgodnie z aktualnym algorytmem diagnostycznym każdy chory z zaawansowanym rakiem niedrobnokomórkowym płuca o morfologii niepłaskonabłonkowej powinien mieć wykonane badania predykcyjne, niezbędne do podjęcia decyzji o możliwości zastosowania terapii celowanej.

U chorych w IV stopniu zaawansowania nowotworu, po wykluczeniu obecności mutacji w genie EGFR, rearanżacji w genach ALK i ROS1 oraz u pacjentów z rozpoznaniem rakiem niedrobnokomórkowym o morfologii raka płaskonabłonkowego należy przeprowadzić test immunohistochemiczny w celu oceny ekspresji białka PD-L1 na komórkach raka wymaganego do zastosowania leczenia inhibitorami punktów kontroli immunologicznej.

Niski procent chorych, u których zostały przeprowadzone badania molekularne jest zdumiewający i trudny do wytłumaczenia. Dane mogą odzwierciedlać niejednakowy dostęp chorych do świadczeń medycznych i świadczyć o konieczności usprawnienia ścieżki diagnostycznej, która pozwalałaby na zachowanie właściwego algorytmu postępowania diagnostycznego.

Niepokojące są również informacje dotyczące czasu trwania procesu diagnostycznego obejmującego badania molekularne oraz dostępu do badań. U chorych z zaawansowanym rakiem płuca, oczekiwa-

nie 5-6 miesięcy na wynik umożliwiającą rozpoczęcie terapii jest niedopuszczalne i może zakończyć się dyskwalifikacją chorego z planowanego wcześniej leczenia. Ogromna większość respondentów negatywnie oceniła dostęp do badań diagnostycznych – 43-45% uznało dostęp jako „raczej nie” wystarczający a 30-35%, „zdecydowanie” niewystarczający.

Dostępu do badań nie poprawiła aktualna sytuacja epidemiologiczna związana z panującą pandemią. Duża liczba zakażeń, tworzenie oddziałów i całych szpitali przeznaczonych do leczenia chorych z zakażeniem COVID spowodowały dodatkowe utrudnienia i opóźnienie w rozpoznaniu i leczeniu raka płuca. Pogorszenie dostępu do diagnostyki potwierdza 57% ankietowanych chorych w 2020 i aż 67% w roku 2021.

Niedoskonałości ścieżki diagnostycznej wskazywane przez osoby biorące udział w ankiecie przekładają się na obszar leczenia raka płuca. Mimo możliwości stosowania nowoczesnych metod leczenia aż 61-65% osób wskazała na chemioterapię (jednoczesną lub sekwencyjną), 43-45% na radioterapię (odpowiednio w latach 2020-2021), jako metodę leczenia. Tylko 8-9% (!!!) podała leczenie celowane (terapię molekularne) i 14-19% immunoterapię jako zastosowane leczenie.

Tak niewielki procent chorych korzystających z nowoczesnych metod leczenia najprawdopodobniej wynika ze zbyt rzadko wykonywanych badań predykcyjnych (!). Ponad połowa chorych nie zna aktualnie dostępnych metod leczenia raka płuca w Polsce. Z pewnością konieczna jest poprawa świadomości osób i ich rodzin dotycząca możliwości wykorzystania nowych terapii. Przekazywanie wiedzy

przez lekarza klinicystę leczącego pacjenta, jak również akcje informacyjne miałyby dużą wartość edukacyjną, umożliwiającą rozeznanie w nowoczesnych metodach terapeutycznych. Dotychczas, największą rolę edukacyjną wskazaną przez respondentów spełnia Google (61-65%) i grupy oraz organizacje pacjentów (78-71%), natomiast instytucje państwowe jaką jest Ministerstwo Zdrowia (3,5%) czy NFZ (1,5%), jako źródło istotnych informacji dla chorych z rakiem płuca ocenione zostały niezwykle nisko. Niewielki optymizm budzą dane świadczące o poprawie informacji dotyczących metod diagnostycznych i leczenia, jaką chorzy uzyskują od lekarza prowadzącego. Jeszcze w 2020 r wskazywani byli jako źródło informacji w 22% ale w 2021 już w 30%.

Wśród największych trudności w leczeniu ankietowani chorzy wymieniali przede wszystkim czas oczekiwania na wyniki badań diagnostycznych, który jak już wcześniej wspomniano jest często bardzo długi i sięga od kilku tygodni nawet do kilku miesięcy. Pewien optymizm budzi jednak fakt, że w 2020 roku 56% chorych wskazywało na ten element, jako główną przyczynę utrudnienia procesu leczenia, natomiast w 2021 już tylko 42% osób.

Innym problemem jest dostęp do nowoczesnej terapii. W 2020 r trudności z dostępem do nowoczesnych sposobów leczenia podało 65% pacjentów, w 2021- 50%. Niewielka poprawa w zakresie czasu oczekiwania na wyniki badań diagnostycznych i dostępności do nowych metod leczenia może być sygnałem powolnej poprawy ścieżki diagnostycznej, zwiększenia wiedzy dotyczącej możliwości wykonywanych badań. Z pewnością przyczyniają się do tego różnego rodzaju formy edu-

cji, m. in. prowadzone przez organizacje pacjentów, niektóre firmy farmaceutyczne, konferencje naukowe i szkolenia dla lekarzy pulmonologów, onkologów, lekarzy wykonujących zabiegi bronchofiberoskopowe, jak również personelu nie-lekarskiego, odpowiedzialnego za proces diagnostyczny (pielęgniarek zabiegowych, diagnostów i techników zatrudnionych w jednostkach diagnostyki patomorfologicznej, zakładach genetyki).

Niepokój budzi ocena stopnia satysfakcji chorych w zakresie zaspokojenia aktualnych potrzeb związanych z leczeniem nowotworu płuca. 43-44% ankietowanych pacjentów podaje „niewielki stopień” satysfakcji a 13-12% wcale jej nie odczuwa. Podobnie poczucie chorych, że są leczeni najlepszą możliwą terapią zgodną z aktualnymi standardami podaje tylko 25-30% osób, natomiast aż 47-41% pacjentów jest zdania, że nie otrzymują leczenia porównywalnego z tendencjami światowymi. Ogromna większość (90%) nie uczestniczyła i nie uczestniczy w badaniach klinicznych.

Wyniki ankiety są niezwykle interesujące i zawierają bardzo cenne informacje. Przedstawiają skalę problemów związanych z diagnostyką, leczeniem raka płuca, z edukacją - z punktu widzenia pacjenta.

Szereg problemów wynika z niewłaściwej organizacji systemu opieki zdrowotnej, z braku ustalonej i jasnej nie tylko dla lekarza prowadzącego, ale także pacjenta ścieżki diagnostycznej. Wydłużony czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia jest związany z ogromnym niedoborem lekarzy specjalistów, w tym m. in. patomorfologów, co powoduje znaczne wydłużenie czasu uzyskania rozpoznania patomorfologicznego, a w wielu przypadkach jest przyczyną wydania niepełnego wyniku, m.in. bez

określenia podtypu morfologicznego raka, wykonanych predykcyjnych testów immunohistochemicznych, oceny przydatności materiału do badań molekularnych.

Wdrożenie terapii celowanych czy immunoterapii wymaga oceny biomarkerów, wykonania badań z wykorzystaniem technik biologii molekularnej. Niejednokrotnie wiąże się to z przekazywaniem diagnostycznego materiału histologicznego czy cytologicznego do innego ośrodka dysponującego pracownią badań molekularnych, co wpływa na wydłużenie czasu oczekiwania na wynik. Konieczne jest wypracowanie odpowiedniej ścieżki diagnostycznej, współpracy wieloośrodkowej i współpracy wielospecjalistycznej. Być może spodziewane od kilku lat zmiany organizacyjne w zakresie świadczenia usług zdrowotnych, w tym utworzenie tzw. jednostek diagnostyki i leczenia raka płuca (Lung Cancer Unit) oraz Krajowej Sieci Onkologicznej wpłyną pozytywnie na rozwiązanie obecnych problemów.

Trwają również prace zmierzające do poprawy diagnostyki patomorfologicznej, których celem jest standaryzacja badań, poprawa ich jakości i kompleksowość oceny rozpoznania.

Istotnym aspektem jest edukacja, i to zarówno obejmująca pacjentów, jak i lekarzy zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej i innych specjalności zajmujących się diagnostyką i leczeniem raka płuca.

Porównując wyniki ankiety z 2020 i 2021 roku, w niektórych obszarach widoczna jest stopniowa, niewielka poprawa w zakresie diagnostyki i leczenia raka płuca, co może świadczyć o powolnej regulacji ścieżki diagnostycznej, zwiększającej się wiedzy

lekarzy dotyczącej możliwości rozpoznania i leczenia raka płuca.



dr n. o kult. fiz. Hanna Tchórzewska-Korba
Kierownik Zakładu Rehabilitacji, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Przedmiotem leczenia wspomagającego w onkologii jest przede wszystkim możliwość leczenia bólu przez specjalistów w tym zakresie, pomoc psychologiczna, odpowiednie żywienie oraz usprawnienie fizyczne chorych.

Z ankiety wynika nadal znaczny brak informacji na te tematy wśród pacjentów. Przyczyną tego stanu według mnie jest brak zainteresowania lekarzy leczących chorych z powodu raka płuca lub ich przeświadczenie, że mogą pomóc pacjentom sami.

W pytaniu o kontakt z lekarzem specjalistą od leczenia bólu nie było konkretnego zapytania „czy Pan/Pani odczuwał ból” stąd nie wszystkich ten problem musiał dotyczyć.

Jeśli chodzi o możliwość konsultacji z psychoonkologiem lub psychologiem, to problem leży w małej ilości tych specjalistów, a w związku z tym w utrudnionym dostępie do ich porad. Praktycznie tylko w dużych centrach onkologicznych są psychoonkolodzy – ale dostęp do nich jest trudny. Rozwiązaniem byłoby informowanie przez lekarzy o grupach wsparcia, które mogą pomóc w zakresie kontaktu z tymi specjalistami (ale ciągły brak czasu pewnie utrudnia taką edukację) oraz większa ilość opracowanych dostępnych materiałów edukacyjnych w postaci ulotek czy folderów.

W zakresie informacji dotyczącej żywienia w chorobie nowotworowej można zobaczyć spot w telewizji. Jednak o braku rozeznania w tym zakresie świadczą odpowiedzi respondentów. Z jednej strony ponad 50% pytanych odpowiada, że wiedza na temat żywienia jest niewystarczająca lub raczej niewystarczająca, a z drugiej strony ponad 50% badanych odpowiada, że korzystało z preparatów żywienia medycznego.

Jeszcze trudniej i bardziej negatywnie przedstawia się obszar edukacji i świadomości na temat chorób nowotworowych. Dużo informacji na temat raka piersi i badań z tym związanych przyćmiło wszystkie inne nowotwory. Wiedzy nigdy za dużo, a w zakresie leczenia z powodu raka płuca jest nadal absolutnie za mało. Slogan „Nie pal, bo zachorujesz na raka płuca” jest na tyle „obsłuchany”, że nie wnosi nic nowego. Jak już okaże się, że ktoś zachorował

na raka płuca – to strach i poczucie bezradności przyćmiwają chęć szukania pomocy gdzieś indziej jak tylko u lekarza specjalisty (brak informacji o psychologu, fizjoterapeucie, dietetyku). Rak płuc kojarzy się z cierpieniem, dusznością, wychudzeniem i brakiem perspektyw leczenia. Jest nowotworem, którego każdy boi się najbardziej. Brak wiedzy o możliwościach leczenia, o badaniach klinicznych, o wsparciu psychologicznym – to wszystko potęguje lęk i obawę o życie.

Odpowiedź, że ponad 90% respondentów nie słyszało o Krajowej Sieci Onkologicznej świadczy o tym, że za mało się o tym mówi (dopóki jest się zdrowym, to nie ma potrzeby zgłębiać tematu raka).

Z mojego punktu widzenia brak pacjentów po leczeniu raka płuca w placówkach rehabilitacji i/lub fizjoterapii najbardziej pokazuje dwa aspekty: albo lekarze nie wiedzą, że pacjent powinien trafić do miejsca oferującego usprawnianie albo pacjenci są w takim stanie, że wydaje się im, że usprawnianie nie jest wskazane. Jak zaczynaliśmy w latach 90. XX wieku usprawnianie pacjentek leczonych z powodu raka piersi – też był dość duży opór - po co, może nie trzeba itp. Dzisiaj już nikt nie neguje, że rehabilitacja tej grupy chorych jest integralną częścią leczenia. Mam nadzieje, że ten raport przyczyni się do szerszego spojrzenia na problemy chorych na nowotwór płuca i pozwoli na szerszą opiekę nad tą grupą chorych.



dr n. med. Aleksandra Kapała
Kierownik Działu Żywienia Klinicznego,
Narodowy Instytut Onkologii - Państwo-
wy Instytut Badawczy w Warszawie

W badaniu ankietowym przeprowadzonym na grupie chorych z nowotworami płuca, pacjenci odpowiadali między innymi na pytanie czy ich wiedza dotycząca odżywiania w trakcie leczenia onkologicznego była wystarczająca. Okazuje się że aż 41% badanych nie było pewnych czy ich wiedza jest wystarczająca a 17% odpowiedziało zdecydowanie nie. Oznacza to, że ponad 50% chorych nie miało wystarczającej wiedzy jak się odżywiać w trakcie trudnej terapii jaką jest leczenie onkologiczne raka płuca.

Z metabolicznego punktu widzenia należy podkreślić że rak płuca jest nowotworem hipermetabolicznym, co oznacza że chory na raka płuca wymaga wyższej dostawy energii i białka niż jego zdrowy równolatek. Dlatego też ta grupa pacjentów wymaga szczególnej i specjalistycznej wiedzy żywieniowej.

Kolejne pytanie dotyczyło użycia preparatów typu ONS (Oral Nutritional Supplements), a według obecnej nomenklatury FSMP (Food for Special Medical Purpose). Tym razem aż 53% respondentów odpowiedziało, że używa tego typu wsparcia żywieniowego (jednak aż 45% wskazało, że nie stosuje preparatów specjalnego przeznaczenia żywieniowego). W tym miejscu wypada zadać pytanie jakiego rodzaju suplementy używane były przez chorych i czy były dobrane prawidłowo w sposób jakościowy i ilościowy. Obecnie na rynku mamy ponad 100 rodzajów preparatów typu ONS i stosowanie ich wymaga specjalistycznej wiedzy i przygotowania ze strony personelu medycznego.

Bardzo ciekawe dane uzyskano z pytania z jakich metod terapeutycznych chory korzystał odpłatnie. Jedynie 11,7% respondentów skorzystało z odpłatnej porady dietetyka co moim zdaniem odzwierciedla, nie tyle brak dostępności do opieki żywieniowej, co raczej brak wiedzy chorych, że taka opieka jest istotna i że powinni zwrócić się o pomoc żywieniową w trakcie leczenia raka płuca.

Podsumowując, pragnę podkreślić, że właściwe żywienie medyczne wspiera proces terapii onkologicznej każdego rodzaju, zmniejsza częstość powikłań wydłuża przeżycie chorych i poprawia ich jakość życia. W obecnym ujęciu terapii onkologicznej, która jest procesem kompleksowym, nie wyobrażamy sobie leczenia bez wsparcia żywienia klinicznego.



Aleksandra Wilk
Koordynator Sekcji Raka Płuca,
Fundacja TO SIĘ LECZY

Badania ankietowe przeprowadzone w 2020 i 2021 roku pokazały, że świadomość dotycząca raka płuca - jego wczesnych objawów, leczenia, diagnostyki jest wśród społeczeństwa polskiego niestety bardzo niska, a w pewnych kwestiach wręcz znikoma. Dość wiernie odzwierciedlają także aktualny stan polskiej onkologii, jeśli chodzi o obszar raka płuca, jak również pokrywają się z tym, o czym informują nas na bieżąco chorzy i ich bliscy zrzeszeni na zamkniętej grupie na Facebook – Rak Płuca. To Się Leczy.

Największym problemem pozostaje nadal diagnostyka zarówno wstępna, jak i pogłębiona. Aby mieć wdrożone skuteczne leczenie, trzeba mieć najpierw postawione właściwe, dokładne rozpoznanie, a z tym mamy nadal w Polsce problem - zarówno jeśli chodzi o dostęp do lekarzy specjalistów, jak i zbyt długi czas oczekiwania na badania (w tym molekularne) oraz ich wyniki. Często skutkiem przedłużającej się diagnostyki jest progresja choroby i utrata

szansy na wdrożenie terapii, gdy choroba jest jeszcze mniej zaawansowana. Dlatego z jednej strony potrzebna jest ciągła edukacja pacjentów, aby wiedzieli jakie badania należy wykonać i jakie mają możliwości leczenia, a z drugiej strony pilnie potrzeba, aby kwestie szczególnie związane z diagnostyką, zostały uregulowane i usprawnione w sposób systemowy. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) powinna się odbyć wstępna diagnostyka. Reakcje lekarzy POZ na zgłaszane objawy są zbyt zachowawcze - obserwujemy zdecydowany brak czujności onkologicznej. Opóźnia to cały dalszy proces diagnostyczno-terapeutyczny pacjentów.

Kolejnym olbrzymim wyzwaniem jest szybka, jednoczasowa diagnostyka. Zanim dojdzie do pełnego rozpoznania mija od kilku tygodni do kilku miesięcy - jeden z rekordowych czasów prowadzenia diagnostyki wśród naszych podopiecznych wynosił ponad pół roku, co nie jest odosobnionym przypadkiem. Wciąż brakuje finansowania pełnego panelu jednoczasowych badań molekularnych, pacjenci tracą przez to szanse na skuteczne, refundowane leczenie, które pozwoliłoby traktować raka płuca jako chorobę przewlekłą. Jednocześnie nadal część leków, które są dostępne w UE, pozostaje w Polsce poza zasięgiem pacjentów. Ponadto brak współpracy oraz odpowiedniej komunikacji pomiędzy lekarzami różnych specjalizacji znacznie obniża skuteczność leczenia onkologicznego. Niedopuszczalnym jest, aby pacjent leczony w ośrodku onkologicznym (centrum onkologii) musiał konsultować swój przypadek prywatnie na własną rękę z innymi lekarzami, jak również wykonywać na własny koszt różnego rodzaju badania w tym obrazowe (np. badanie PET, którego koszt wynosi kilka tysięcy złotych), a jak

wskazują wyniki ankiety takie sytuacje mają miejsce.

Częściowym rozwiązaniem problemu byłoby utworzenie zapowiadanych od kilku lat Ośrodków Doskonałości Leczenia Raka Płuca (ang. Lung Cancer Unit), w których pacjent mógłby mieć wykonaną kompleksową diagnostykę pozwalającą na szybkie rozpoczęcie leczenia. Warunkiem skuteczności wyżej wymienionych jest stworzenie dużej sieci ośrodków satelitarnych, gdyż powstanie kilku Lung Cancer Unit nie rozwiąże problemu.

Niezbędny jest dialog nad potrzebnymi rozwiązaniami dla pacjentów z rakiem płuca, w który powinni zaangażować się wszyscy lekarze poczynając od lekarzy POZ, pielęgniarki, przez specjalistów, placówki medyczne, samych pacjentów, resort zdrowia i NFZ. Bardzo potrzebna jest taka wspólna komunikacja, aby pacjenta prowadzić optymalną ścieżką, jak również jak najszybciej wdrożyć potrzebne, brakujące rozwiązania systemowe. Bez obopólnej komunikacji i chęci współpracy wszystkich środowisk nie zrobimy zbyt wiele, a chodzi o to, aby ten proces naprawdę usprawnić i przyspieszyć.

Nie możemy także zapomnieć o rozszerzeniu opieki koordynowanej pacjenta, gdyż jest to również składowa niezbędna do tego, aby proces diagnostyczno – terapeutyczny chorego mógł być przeprowadzony sprawniej i szybciej. Znacznym ułatwieniem byłoby utworzenie na stałe funkcji przeszkolonego koordynatora w ośrodkach, które specjalizują się leczeniu raka płuca. Koordynator byłby znakomitym łącznikiem pomiędzy pacjentem i lekarzami różnych specjalizacji. Z własnego doświadczenia wiemy, że czas od rozpoznania do rozpoczęcia leczenia może wynosić ok. 2 tygodni

i jest to jak najbardziej możliwe. Nie możemy pozostać obojętni wobec faktu, że nadal pomimo wskazań do zastosowania nowoczesnej terapii, jest wiele przypadków, że lekarze nie stosują się do wytycznych programu lekowego i w dalszym ciągu podają chorym tylko chemio- lub radioterapię. Naszym zdaniem może to świadczyć o braku odpowiedniej edukacji lekarzy onkologów. Rozwiązaniem byłoby wydanie odpowiedniego rozporządzenia zawierającego standardy leczenia wg. aktualnej wiedzy medycznej, jak i cykl obowiązkowych szkoleń dla lekarzy specjalistów. Rzetelnej wiedzy brakuje także samym pacjentom i ich bliskim, dlatego równolegle powinna odbywać się edukacja chorych, tak, aby mogli otrzymać wszelkie niezbędne informacje dotyczące profilaktyki, wykonywanych badań, możliwości i dostępu do leczenia w ramach publicznej opieki zdrowotnej w Polsce.



Marek Kustos
Wiceprezes Fundacji TO SIĘ LECZY

Edukacja zdrowotna to pojęcie, które mieści w sobie wiele obszarów i znaczeń.

W kontekście raka płuca, możemy mówić o szerokiej, społecznej komunikacji, jak również o przekazywaniu celowanej, zindywidualizowanej wiedzy do pacjentów żyjących z chorobą nowotworową i ich bliskich. Edukacja społeczeństwa powinna skupiać się na profilaktyce pierwotnej, tak aby zminimalizować ryzyko zachorowania na raka, poprzez stosowanie zaleceń zdrowego stylu życia i unikanie narażenia na czynniki kancerogenne. **Pacjenci i opiekunowie jednoznacznie wskazali w badaniu, że edukacja dotycząca profilaktyki onkologicznej w Polsce jest niewystarczająca – odpowiedziało tak, aż 80% respondentów.**

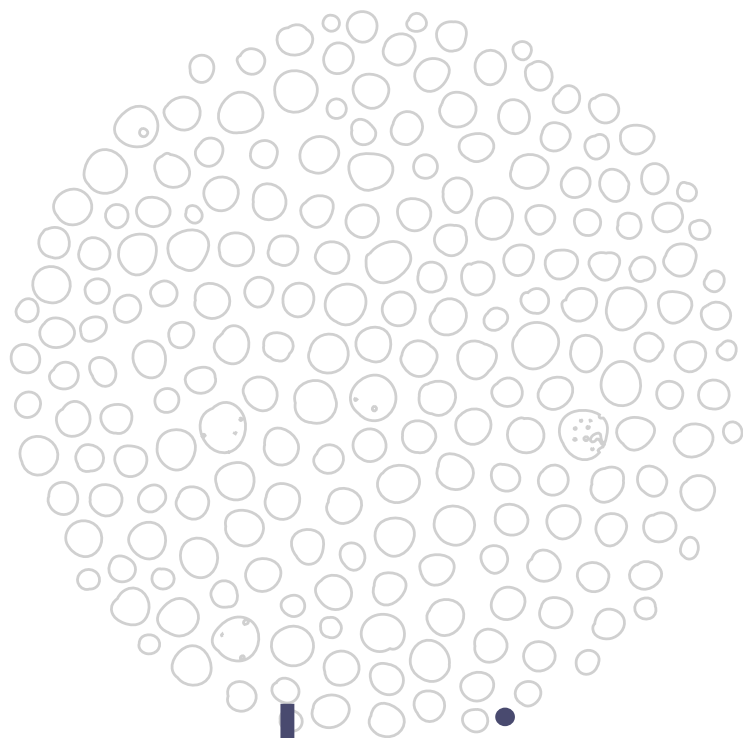
Edukacja zdrowotna, przekazywana w atrakcyjny i angażujący sposób, powinna zacząć się już w szkole podstawowej i trwać przez kolejna lata nauki szkolnej. Jestem od lat zwolennikiem wprowadzenia pogłębionego i długofalowego programu zajęć o zdrowiu tzw. Wiedzy o Zdrowiu. Niezwykle ważna jest również profilaktyka wtórna i tu chciałbym podkreślić rolę czujności onkologicznej wśród pacjentów, ale przede wszystkim wśród lekarzy, w szczególności lekarzy POZ, którzy mają najczęstszy kontakt z pacjentem. Dzięki ich zaangażowaniu diagnoza raka płuca, mogłaby być stawiana znacznie szybciej, pacjenci mogliby być kierowani na leczenie uzależnienia od nikotyny, czy do skorzystania z programów profilaktyki jak np. Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca.

Świadomość i wiedza pacjenta ma ogromny wpływ na skuteczność leczenia, jakość życia w chorobie, a nawet długość życia pacjentów. Dostrzegają to sami pacjenci, wskazując w badaniu jakiej wiedzy poszukują. Według ankietowanych najbardziej oczekiwanym wsparciem dla pacjentów

z rakiem płuca jest: edukacja dotycząca diagnostyki i leczenia raka płuca oraz radzenia sobie z działaniami niepożądanymi leczenia, edukacja nt. rehabilitacji onkologicznej, porady typu pacjenci – pacjentom, dyżury ekspertów (psychoonkolog, onkodietetyk, specjalista leczenia bólu).

Warto podkreślić, że obecnie edukacja może być realizowana na wiele sposobów, a z pomocą przychodzą nowoczesne narzędzia komunikacji jak np. aplikacje mobilne, e-learnig czy telemonitoring. Przykładem takiego rozwiązania może być aplikacja „Pulmoinfo” przygotowana z zespołem ekspertów z Polskiej Grupy Raka Płuca. Zawiera ona aktualne informacje na temat kompleksowego leczenia nowotworów płuca i stanowi źródło praktycznej wiedzy: rozpoznanie, jak przygotować się do wizyty w szpitalu, jak wyglądają badania, leczenie, rehabilitacja, dieta i gdzie znaleźć ośrodki medyczne.

Podsumowując, przeprowadzone badanie ankietowe i powstały raport potwierdzają jak ważna jest edukacja na temat szkodliwości palenia od najmłodszych lat, poprawa jakości powietrza w naszych miastach, czujność onkologiczna i leczenie uzależnienia nikotynowego jak również objęcie osób chorujących na raka płuca kompleksowym programem edukacyjnym i kompleksową opieką.



04

Rekomendacje rozwiązań systemowych

w zakresie poprawy profilaktyki i
wczesnej diagnostyki oraz organizacji
opieki nad pacjentami z rakiem płuca
w Polsce

Niniejsze rekomendacje powstały na bazie zmapowania problemów i barier w optymalizacji opieki zdrowotnej w obszarze profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów płuca w Polsce, analizy dokumentów strategicznych oraz wniosków z badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów i ich opiekunów.

Profilaktyka

- W celu poprawy profilaktyki pierwotnej należy opracować i zapewnić finansowanie powszechnych i efektywnych programów profilaktyki pierwotnej, polegających na szeroko zakrojonych programach i kampaniach edukacyjnych, szczególnie wśród młodzieży.
- W celu poprawy profilaktyki wtórnej należy rozwijać Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca oraz wdrożyć programy mające na celu zwiększenie czujności onkologicznej lekarzy POZ i usprawnienie współpracy ze specjalistami.

Diagnostyka

- W celu optymalizacji diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej należy wprowadzić mechanizmy zapewniające pełne i realne finansowanie tych badań oraz możliwość jednoczesowego wykonania panelu badań molekularnych w jednej placówce. Dzięki temu pacjent z pełnym rozpoznaniem mógłby dużo szybciej rozpocząć właściwe leczenie.
- Znacznym uproszeniem całej złożonej procedury kompleksowej diagnostyki raka płuca byłoby jedno, zintegrowane skierowanie wystawione i podpisane przez

lekarza klinycystę (pulmonologa, torakochirurga, onkologa), który wykonuje lub zleca diagnostykę inwazyjną z pobraniem materiału tkankowego/komórkowego do badania patomorfologicznego. W takim przypadku po uzyskaniu rozpoznania raka, materiał biologiczny w postaci rozmazu i/lub boczka parafinowego wraz z wynikiem patomorfologicznym byłby przekazywany bezpośrednio z zakładu patomorfologii do pracowni biologii molekularnej, gdzie zostałby poddany odpowiednim do typu raka procedurom określającym czynniki predykcyjne do leczenia onkologicznego. Dzięki temu można by skrócić realny czas od chwili pobrania materiału przez pulmonologa/torakochirurga do momentu uzyskania kompleksowego rozpoznania wraz z czynnikami predykcyjnymi i tym samym możliwość rozpoczęcia optymalnego leczenia onkologicznego, nawet do 10-14 dni.

- Refundacja przez NFZ badania PD-L1 wykonywanego metodą immunohistochemiczną - dzięki refundacji badania powyższą metodą i równoczesnym przyspieszeniu jednoczesowej diagnostyki, większa ilość pacjentów miałaby możliwość kwalifikowania się do programu lekowego. Od stycznia 2021 r. pacjenci mają oprócz immunoterapii dostęp do immuno-chemioterapii w 1 linii leczenia, do której kwalifikacja zależna jest od poziomu PD-L1. Badanie to jednak nie jest do tej pory w pełni refundowane.

Leczenie

- Poprawa dostępu do procedury jednoczesowej chemioradioterapii w Polsce, która jest kluczowa z punktu widzenia dalszego skutecznego postępowania terapeutycznego

pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NDRP), szczególnie po wprowadzeniu do programu lekowego połączenia chemioradioterapii z immunoterapią konsolidującą dla pacjentów w III stopniu zaawansowania nowotworu.

- W celu poprawy wyników leczenia należy kontynuować poprawę dostępu do leków ukierunkowanych molekularnie i immunokompetentnych, które znamienne poprawiają całkowity czas przeżycia, a także podnoszą jakość życia chorych, ograniczając objawy towarzyszące procesowi nowotworowemu. W tym zastąpienie chemioterapii optymalnym postępowaniem terapeutycznym, poprzez zastosowanie najbardziej skutecznych leków innowacyjnych zapewniających zdecydowane zwiększenie odsetka przeżyć pięcioletnich (leczenie celowane, immunoterapia w pierwszej linii) Konieczne jest pełne wykorzystanie potencjału refundowanych już programów lekowych i aktualizacja kryteriów włączenia do programu.

Terapie, na które czekają pacjenci z rakiem płuca:

a) zastosowanie immunoterapii złożonej z niwolumab + ipilimumab w połączeniu z 2 cyklami chemioterapii niezależnie od statusu białka PD-L1 (ale oznaczenie statusu PD-L1 musi być wykonane i musi być znany wynik tego oznaczenia),

b) zastosowanie immunoterapii atezolizumab w połączeniu z chemioterapią w pierwszej linii leczenia NDRP z statusem białka PD-L1 < 50%,

c) zastosowanie immunoterapii atezolizumab w monoterapii w pierwszej linii leczenia NDRP ze statusem białka PD-L1 ≥ 50%,

d) zastosowanie immunoterapii cemiplimab w pierwszej linii leczenia chorych z NDRP, u których komórki nowotworowe wykazują ≥ 50% ekspresję PD-L1,

e) zastosowanie dabrafenibu z trametinibem w leczeniu NDRP u pacjentów z mutacją V600E w genie BRAF,

f) zastosowanie sotorasibu w leczeniu NDRP u pacjentów z mutacją G12C w genie KRAS,

g) zastosowanie entrektynibu w leczeniu NDRP u pacjentów z rearanżacją w genie ROS1 lub rearanżacją w genie NTRK,

h) zastosowanie pralsetinibu i selperkatynibu w leczeniu NDRP u pacjentów z obecną rearanżacją w genie RET,

i) zastosowanie kapmatynibu w leczeniu NDRP u pacjentów z obecną mutacją omijającą w eksonie 14 w genie MET,

j) zastosowanie mobocertynibu i amiwamtamabu w leczeniu NDRP u pacjentów z obecną insercją w eksonie 20 w genie EGFR.

- Ograniczenie nierówności w dostępie do programów lekowych pomiędzy województwami, określenie jasnych zasad finansowania terapii refundowanych przez NFZ i zapewnienie ich realnego finansowania bez zbędnej zwłoki – do programów lekowych nadal kwalifikowana jest zbyt mała liczba chorych.

- Pacjent powinien mieć pełną informację, czy dany ośrodek medyczny realizuje w pełni program lekowy dedykowany leczeniu raka płuca, czy tylko jego

fragment, co nie zapewnia optymalnego leczenia.

W przypadku braku terapii, do których pacjent ma wskazanie kliniczne, pacjent powinien być przez placówkę, w której był dotychczasowo leczony, sprawnie przekierowany do innej, w której dana opcja terapeutyczna jest dostępna. Obecnie zbyt często pacjenci są leczeni, tym czym dysponuje dana placówka, np. tylko chemioterapią, zamiast zostać zakwalifikowani do znacznie bardziej skutecznego leczenia ukierunkowanego molekularnie czy immunokompetentnego. Znacznym problemem jest także mały odsetek chorych leczonych jednoczasową radio-chemioterapią, która jest jednym z kluczowych wskazań w tym rozpoznaniu.

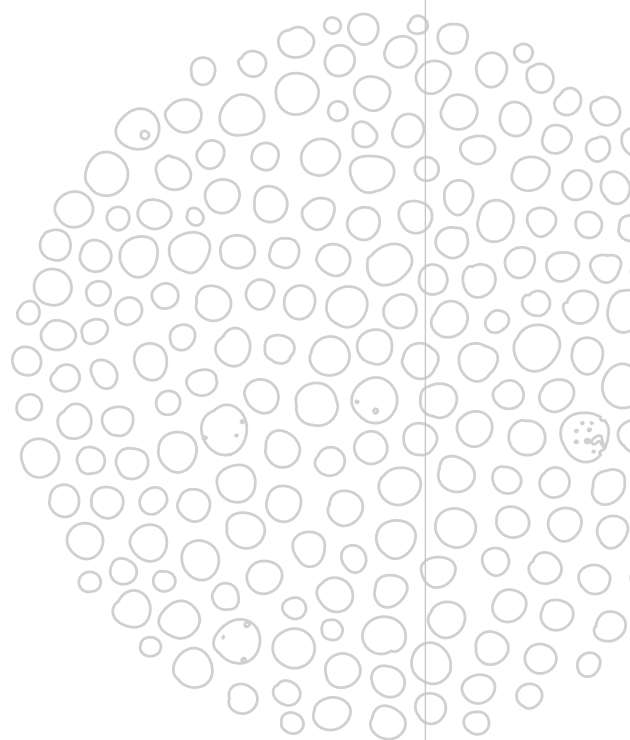
Opieka kompleksowa

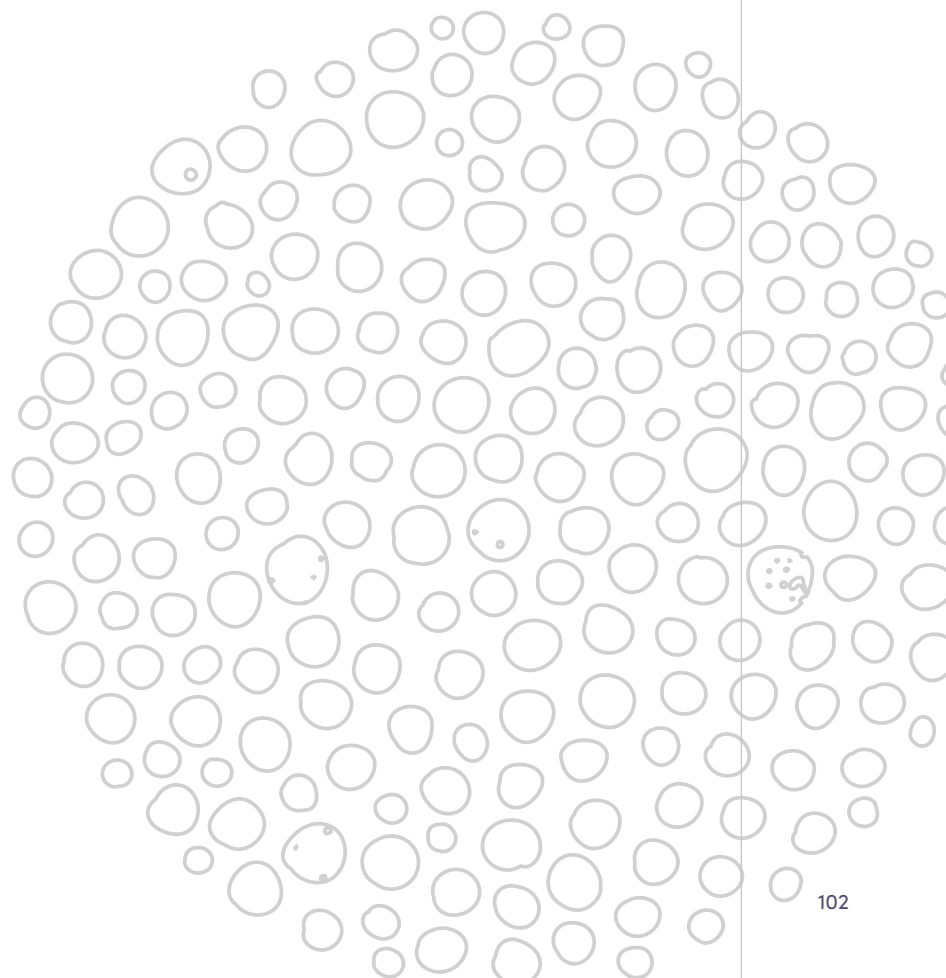
- W celu zapewnienia najwyższej jakości opieki onkologicznej i poprawy efektów leczenia pacjentów z rakiem płuca należy dążyć do wdrożenia koordynowanej opieki nad chorymi z rakiem płuca w Polsce tzw. LUNG CANCER UNITS (LCU), co pozwoli na wielodyscyplinarną współpracę wszystkich niezbędnych ekspertów, stosowanie się do wytycznych klinicznych oraz dostęp do pełnego spektrum leczenia wspomagające (rehabilitacja, aktywizacja). Model LCU powinien być wdrażany jako kompatybilny do Krajowej Sieci Onkologicznej, która powinna obowiązywać w całym kraju, dla wyrównania szans na skuteczną diagnostykę i leczenia wszystkich pacjentów.

- Opracowanie i publikacja wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycz-

nego obowiązujących w całym kraju (do tej pory opublikowano tylko jedne wytyczne dotyczące raka piersi).

Realizacja powyższych rekomendacji z pewnością przyczyni się do zmniejszenia liczby zachorowań, spadku śmiertelności i poprawy przeżyć 5-letnich w nowotworze płuca w Polsce.





Partner merytoryczny:



Partnerzy społeczni:



Partnerzy:

