



SZPICZAK PLAZMOCYTOWY

EWOLUCJA W LECZENIU SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO
A DOSTĘPNOŚĆ TERAPII W CZASIE COVID-19

Wstęp

CZAS REORGANIZACJI, ZMIAN I UPROSZCZEŃ

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 wprowadziła wiele chaosu i niepewności do życia każdego z nas. Wśród pacjentów onkologicznych stres związany ze zdrowiem, leczeniem i walką z chorobą zyskał zupełnie nowy wymiar. Pracownicy służby zdrowia podjęli się działań na tzw. pierwszej linii frontu, które często wiązały się z wieloma wyrzeczeniami i przekraczaniem granic psychicznej i fizycznej równowagi. Po ponad roku tych trudnych doświadczeń zaczyna klarować się jedno słowo podsumowania tego okresu – zmiana. Pandemia narzuciła ją w mniejszym lub większym stopniu praktycznie we wszystkich dziedzinach życia. W przypadku osób z chorobami przewlekłymi – w znaczącym.

Zmiana, jakiej przez pandemię potrzebują zarówno pacjenci, jak i lekarze, dotyczy reorganizacji pracy medyków i wprowadzenia uproszczeń do systemu opieki zdrowotnej, m.in. do procesu refundacyjnego. Polska na tle pozostałych państw Unii Europejskiej pozostaje krajem, w którym na dobre i oczywiste decyzje, dotyczące np. dostępności leków, wciąż trzeba długo czekać. A czas, jak pokazuje ostatni rok, jest dla pacjentów i lekarzy na wagę złota. Oczekowaną zmianą jest nowoczesne leczenie, które podniesie jakość życia pacjentów, zwiększy ich bezpieczeństwo w czasie prowadzonej terapii, a służbie zdrowia, która nieustannie cierpi na niedobory kadrowe, usprawni organizację pracy personelu.

Pandemia to też czas weryfikacji wartości, którymi kierują się urzędnicy i decydenci tworzący system ochrony zdrowia, a także sprawdzenia jakości relacji lekarzy i pacjentów.

NASI EKSPERCI:



Prof. dr hab. n. med. KRZYSZTOF GIANNOPOULOS

Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli. Członek Polskiej Grupy Szpiczakowej, Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego, prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji.



Dr n. med. MAGDALENA WŁADYSIUK

Lekarka, ekonomistka, menadżer, wiceprezes firmy HTA Consulting specjalizującej się w ocenie technologii medycznych w Europie Środkowo-Wschodniej.



Mgr KSENIA DURAJCZYK

Zastępczyni pielęgniarki oddziałowej w Klinice Hematologii Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, od 11 lat pracuje na oddziale hematoonkologicznym, od 3 lat opiekuje się pacjentami ze szpiczakiem plazmocytowym.

Rozdział 1

SZPICZAK PLAZMOCYTOWY (MNOGI)

- Nieuleczalny nowotwór złośliwy układu krwiotwórczego zaliczany do chorób rzadkich – stanowi 1–2% wszystkich nowotworów.
- Przeważnie choroba wykrywana jest u osób w wieku 60–70 lat, częściej u mężczyzn. Ostatnie doniesienia wskazują jednak, że wśród pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym jest coraz więcej osób poniżej 40. roku życia.
- Do najczęstszych objawów klinicznych zalicza się: bóle kostne (kręgosłup, żebra, głowa) związane z ubytkami w kościach, niewydolność nerek, osteoporozę (złamania), niedokrwistość, nawracające infekcje i podatność na zakażenia.
- W badaniach diagnostycznych pojawia się nadmiar wapnia we krwi oraz zbyt wysoki poziom białka, w tym obserwowany jest wyraźny wzrost poziomu białka monoklonalnego, czyli takiego, które jest wytwarzane przez plazmocyty. Te z kolei są komórkami układu immunologicznego i odpowiadają za produkcję przeciwciał.
- U pacjentów ze szpiczakiem stosuje się przeszczep szpiku kostnego (allogeniczny i/ lub autogeniczny). Nie jest to jednak metoda odpowiednia dla każdego pacjenta i nie gwarantuje całkowitego wyzdrowienia. Szpiczak to choroba nawrotowa, która na każdym etapie wymaga elastycznego podejścia w doborze i zastosowaniu terapii.

CHOROBA O WIELU OBLICZACH

Diagnozę szpiczaka może postawić hematolog, często jednak pacjenci z objawami tej choroby na początku drogi trafiają do lekarzy innych specjalizacji. Dzieje się tak dlatego, że szpiczak plazmocytowy manifestuje swoją obecność w organizmie w bardzo zróżnicowany sposób, a sama choroba u każdego pacjenta przebiega w inny sposób, powodując odmienne skutki.

Prof. KRZYSZTOF GIANNOPOULOS:

U większości osób szpiczak zaczyna się osłabieniem, dlatego że dominującym objawem jest niedokrwistość. Często ci pacjenci słyszą o podejrzeniu występowania w organizmie jakiegoś krwawienia. Mogą też być objawy związane z zespołem nadlepkości krwi, który odpowiedzialny jest za ewentualne krwawienie błon śluzowych. Jednak zanim dojdzie do niedokrwistości, mogą wystąpić inne zaburzenia, np. związane z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa. Te są dość powszechne u osób, które najczęściej chorują na szpiczaka, tj. po 70. roku życia, i trudno u każdego w podobnym wieku podejrzewać właśnie ten nowotwór.

Kolejne objawy to m.in. niewydolność nerek czy częstsze infekcje związane z dysfunkcją układu odpornościowego. Nieprawidłowe plazmocyty powodują, że nasi pacjenci, zanim usłyszą diagnozę, odwiedzą różnych lekarzy o bardzo szerokim spektrum specjalizacji, m.in. reumatologów, immunologów, internistów, okulistów (zaburzenia widzenia należą do nietypowych objawów szpiczaka). Nowotwór może też się lokalizować jako guz plazmocytowy. Różne jego umiejscowienia już widzieliśmy, najtrudniejsze lokalizacje są w centralnym układzie nerwowym.



KTO CHORUJE NA SZPICZAKA?

Mediana wieku pacjentów wynosi 70 lat, a wszystkich chorych jest w Polsce ok. 10 tysięcy. Jednak, jak podkreśla prof. Krzysztof Giannopoulos, kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie: *dane, którymi dysponujemy, pochodzą z Narodowego Funduszu Zdrowia i częściowo z Krajowego Rejestru Nowotworów. Są one niedoszacowane jak w większości chorób hematologicznych. Krajowy Rejestr Nowotworów był tworzony jako rejestr narządowy, w związku z czym przede wszystkim zgłaszane są do niego guzy łe. Pacjenci ze szpiczakiem mogą do niego po prostu nie być zgłaszani. Rejestrowani są na pewno, gdy rozpoczynają leczenie. Natomiast gdy mamy do czynienia z przypadkami szpiczaka tłego się, czyli niewymagającego leczenia, to będą one umykały z rejestru. Potwierdziliśmy to w analizie, jaką wykonaliśmy jako środowisko eksperckie razem z Narodowym Funduszem Zdrowia, kiedy analizowaliśmy liczbę pacjentów rozpoczynających w danym roku leczenie. Była ona większa niż liczba pacjentów rozpoznawanych i zgłaszanych do Krajowego Rejestru Nowotworów. Niedoszacowanie pacjentów ze szpiczakiem jest ewidentne. Wydaje się, że rocznie diagnozujemy około 2000 pacjentów ze szpiczakiem. Chociaż, gdybyśmy przeliczali dane epidemiologiczne z krajów Europy Zachodniej czy USA, może tych pacjentów być jeszcze więcej. Myślimy, że stworzenie podrejestru hematologicznego o dźwięcznej nazwie PROH – Polski Rejestr Onko-Hematologiczny, poprawi sytuację dotyczącą epidemiologii. Jako Polska Grupa Szpiczakowa i Polskie Konsorcjum Szpiczakowe prowadzimy badanie obserwacyjne „Pomost”, żeby zidentyfikować ścieżki diagnostyczne pacjentów ze szpiczakiem i zobaczyć, jak pacjenci są leczeni w Polsce. Wciąż nam brakuje tych danych.*

Jednak warto podkreślić, że pacjenci ze szpiczakiem to nie tylko osoby starsze.

Pielęgniarka KSENIA DURAJCZYK:

Obserwuję, że pacjenci są w coraz młodszym wieku. W większości są to osoby aktywne zawodowo. Kiedyś to była choroba osób starszych, teraz mediana się obniża. Spotykam pacjentów młodych, dla których diagnoza jest szokiem. Oni chcą funkcjonować i żyć normalnie. I dla nich naprawdę ważne jest to, by terapie były skuteczne, ale też nie ograniczały ich życia rodzinnego i zawodowego. To nie są terapie na rok czy dwa lata, tylko na całe życie.

Pacjent ADAM, 37 lat, pracownik korporacji, z zamiłowania kolarz:

Zachorowałem na szpiczaka plazmocytoowego dwa lata temu. Trafiłem na SOR z potwornym bólem pleców. Wszyscy podejrzewaliśmy, że to ostry atak zapalenia korzonków. To był zwyczajny dzień w pracy. Nie mogłem wstać z krzesła, ruszyć się. Z opisem badania trafiłem do neurochirurga. I tak się zaczęło. Usłyszałem, że od tej pory moje życie się zmieni, ale dzięki dobremu leczeniu i wsparciu lekarzy ta zmiana przebiegła łagodnie. Dziś, kiedy już się oswoiłem z tym, że jestem pacjentem onkologicznym, zależy mi na tym, żeby korzystać z życia, jak kiedyś. Pracować, uprawiać sport. Nie tracić połowy tego życia na pobyty w szpitalu.

Rozdział 2

LECZENIE SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO: WYZWANIA I MOŻLIWOŚCI

Terapia szpiczaka składa się z wielu linii leczenia i tylko od dostępności jak największej liczby skutecznych leków o różnych mechanizmach działania oraz możliwości doboru schematów ich stosowania zależy całościowa efektywność.

Dla pacjentów, którzy ze względu na progresję choroby muszą zmienić terapię, mamy już dużo do zaoferowania i jest to zmiana na plus. Trwają też liczne badania w kierunku szpiczaka plazmocytowego, więc rozwój medycyny w tym kierunku jeszcze nastąpi – mówi pielęgniarka Ksenia Durajczyk.

Dzięki rozwojowi farmakoterapii szpiczaka plazmocytowego można zaliczyć dziś do chorób przewlekłych. Trzeba pamiętać, że w większości przypadków to właśnie dzięki właściwemu leczeniu można doprowadzić do długotrwałej remisji choroby. Nie oznacza to, że szpiczak już więcej nie da o sobie znać – nawrotowość to jedna z cech tego nowotworu. A to oznacza, że decyzja o doborze odpowiedniej terapii jest nieustannym wyzwaniem. Jak to zagadnienie tłumaczy prof. Krzysztof Giannopoulos?

Jeśli jest oporność na wcześniejsze leczenie, to zawsze mamy problem z doбором kolejnej terapii dla pacjenta. Nawrotowy charakter niektórych chorób hematologicznych to złożona sprawa. W ogólnym podziale – na przykładzie chłoniaków – można powiedzieć, że występują indolentne, czyli o przewlekłym przebiegu, w których udaje się uzyskać remisję choroby, choć mamy pewność, że ten nowotwór wróci. I oprócz tego mamy chłoniaki przebiegające agresywnie z możliwością wyleczenia. U wszystkich

pacjentów szpiczak przebiega nawrotowo, czyli nawrót jest w tym przypadku rzeczą pewną. Planując leczenie, musimy przygotować się, że szpiczak nawróci i będziemy u pacjenta potrzebowali kolejnego leczenia.

Przy często nawracającej chorobie kluczowe jest, by pacjent miał dobre zorganizowane leczenie i wysoką jakość życia w trakcie terapii. Czas pandemii COVID-19 wpływa niestety na przebieg leczenia chorych, utrudnia hospitalizację. System ochrony zdrowia równocześnie boryka się ze zmniejszonymi zasobami personelu medycznego i dostępnością leczenia. Aby możliwie jak najbardziej usprawnić proces leczenia i opieki nad pacjentem chorującym na szpiczaka, ważne jest zastosowanie najbezpieczniejszych form podania terapii. Obecnie leki mogą być przyjmowane doustnie lub podskórnie.



KORZYŚCI LECZENIA PODSKÓRNEGO



**Brak konieczności
założenia wkłucia
dożylnego.**



**Skrócony pobyt w szpitalu
(formuła ambulatoryjna
lub pobyt jednodniowy)**



**Zwiększenie
komfortu życia
pacjenta**



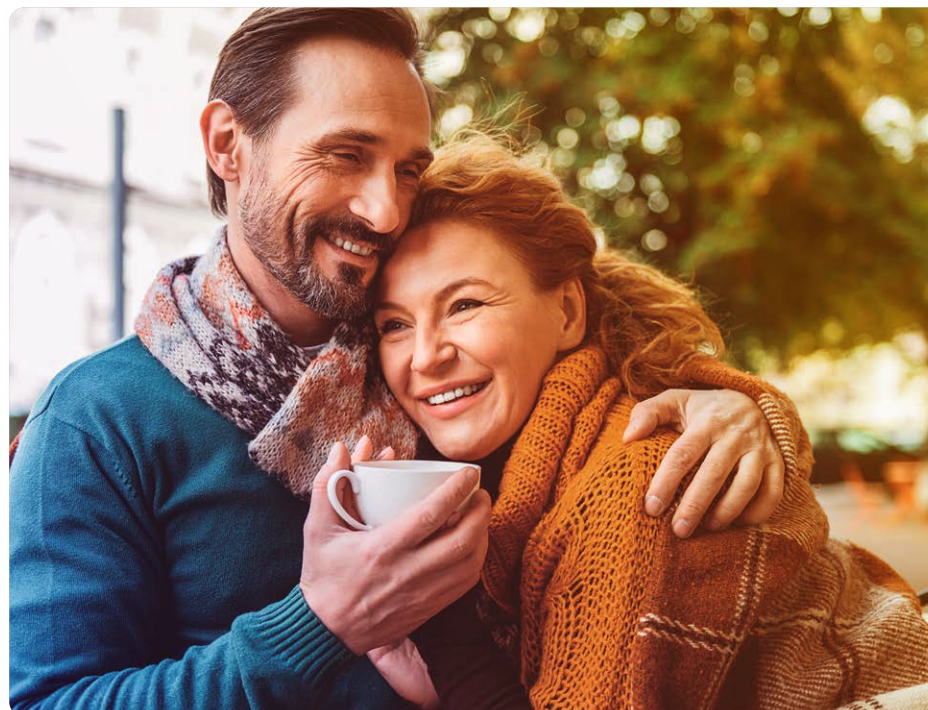
**Ograniczenie powikłań
do zaczerwienia
w miejscu podania.**



**Ograniczenie kosztów leczenia
(w tym zmniejszenie liczby lekarzy
asystujących przy podaniu leku)**

Pacjenci, co oczywiste, nie chcą, by choroba odebrała im dotychczasowe życie. Postęp medycyny pozwala im na to, by mieć coraz większe oczekiwania względem otrzymywanego leczenia. Z obserwacji pielęgniarki Kseni Durajczyk wynika, że skuteczność terapii jest dla osób ze szpiczakiem priorytetem. Jeżeli leczenie trwa długo, a tak jest w przypadku przewlekłej choroby onkologicznej, to pacjenci są zmęczeni koniecznością wizyt w szpitalu np. dwa razy w tygodniu. Często też placówka medyczna znajduje się dość daleko od ich miejsca zamieszkania. Pacjenci, jak podkreśla Ksenia Durajczyk, chcą żyć normalnie. Jeśli widzą, że leczenie przynosi efekty, to oczekują, że pobyt w szpitalu będzie coraz krótszy. Czy można się temu dziwić, jeśli wśród chorych na szpiczaka są także osoby młode, u progu kariery zawodowej, budujące swoje życie rodzinne?

Podskórne podanie leku przynosi zarówno pacjentowi, jak i pracownikom służby zdrowia ogromne korzyści. Eksperci nie mają co do tego wątpliwości.





Prof. KRZYSZTOF GIANNOPOULOS:

Wielogodzinne podawanie wlewów dożylnych wymaga kontroli, czyli pełnego zaangażowania zespołu pielęgniarek, lekarzy, a sam pacjent jest dużo dłużej poddawany hospitalizacji, co niewątpliwie łączy się ze stresem i dyskomfortem. W przypadku formuły podskórnej podanie leku trwa kilka minut. Pacjent czuje się wtedy w pełni zabezpieczony. Przez tych kilka minut nie ma zmian prędkości wlewu, kontroli co pół godziny kroplówki i parametrów życiowych. Mniejsze jest też obciążenie

pracy dla zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego, przez co w tym samym czasie można podać leczenie większej liczbie chorych. Terapia podskórna w miejsce dożylną w ujęciu systemowym jest preferencyjną drogą podawania leków.

Pielęgniarka KSENIA DURAJCZYK:

Czas podania w formule podskórnej to największy plus, zwłaszcza dla pacjentów pierwszorazowych. W szpiczaku plazmocytowym znajdują się skuteczne formy leczenia dożylnego, które mogą wywoływać reakcję alergiczną (zdarzało się, że w takich sytuacjach chory spędzał na sali dwa dni, co zwiększało koszty hospitalizacji, zmniejszało komfort pacjenta i wymagało od personelu medycznego większej organizacji). Wtedy musimy wstrzymać infuzję i podać dodatkowe leki, najczęściej są to leki kortykosteroidowe. Czasami występuje duszność u pacjenta. Przy podaniu podskórnym znika problem wielokrotnego wkłucia, wynikający z częstego problemu z dostępem naczyniowym u pacjentów onkologicznych. Kolejną zaletą leczenia podskórnego jest z góry ustalona dawka leku – 1800 mg – dzięki temu nie ma tu możliwości błędnego dawkowania (w leczeniu dożylnym dawka leku dobierana jest według powierzchni ciała pacjenta).

Dr n. med. MAGDALENA WŁADYSIUK:

W badaniach satysfakcji pacjenci ocenili terapię podskórną jako preferowaną w porównaniu z dożylną, klasyczną. Korzyści to: krótsza wizyta, krótszy wlew, mniej działań niepożądanych. Metoda ta poprawia motywację pacjentów do uczestniczenia w długich terapiach i poddawania się zaleceniom lekarskim.

CZYM LECZENI SĄ PACJENCI ZE SZPICZAKIEM PLAZMOCYTOWYM?

Prof. Krzysztof Giannopoulos: *Szpiczak nie jest chorobą pojedynczego leczenia lub jednego leku, czy nawet jednej grupy terapeutycznej. Tutaj musimy mieć cały wachlarz możliwości terapeutycznych. Myślę, że to jest największe wyzwanie dla systemu. W 2019 roku podjęto bardzo dobre decyzje refundacyjne, wprowadzając dwa nowe leki, ale już po niecałym roku widzieliśmy, że nie są one wystarczające. Mamy kolejne grupy pacjentów, które wymagają nowoczesnego leczenia.*

Aktualnie w Europie jest zarejestrowanych trzynaście terapii lekowych szpiczaka plazmocytoowego. W Polsce programy lekowe są mało elastyczne. *Zazwyczaj w momencie rozszerzenia rejestracji, jeśli produkt dożylny jest zarejestrowany i wchodzi produkt podskórny, to w UE automatycznie we wszystkich schematach terapeutycznych, gdzie był produkt dożylny, wchodzi produkt podskórny. I tam większej dyskusji na ten temat nie ma. Bo jest to oczywista sprawa. U nas niestety wiąże się to z kolejnymi negocjacjami. [...] akurat w tym przypadku liczymy ze strony Ministerstwa Zdrowia na przychylność, jak tylko złożony zostanie wniosek i będzie na bardziej zaawansowanych etapach refundacji – mówi prof. Giannopoulos.*



Dostępność do leczenia podskórnego szpiczaka plazmocytoowego:

Austria, Chorwacja, Dania, Estonia, Finlandia, Niemcy, Grecja, Węgry, Irlandia, Luksemburg, Holandia, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Hiszpania

Rozdział 3

BEZPIECZEŃSTWO – LECZENIE – COVID-19

Od początku pandemii media prześcigają się w publikowaniu komunikatów na temat działania wirusa SARS-CoV-2, nowych obostrzeń warunkujących bezpieczeństwo społeczne i informacji dotyczących grup szczególnego ryzyka. Pacjenci onkologiczni, których układ odpornościowy jest osłabiony chemioterapią czy radioterapią, są bardziej podatni na zakażenie i mogą ciężiej przechodzić COVID-19. Przez to wielu pacjentów zdecydowało się na przerwanie leczenia i unikanie placówek szpitalnych. Jak przyznaje prof. Krzysztof Giannopoulos, obecnie do szpitala trafia więcej osób z zaawansowaną postacią choroby niż było to przed pandemią.

W „Rekomendacjach Polskiej Grupy Szpiczakowej dot. szczepień na COVID-19 u chorych na szpiczaka plazmocytozowego” czytamy, że dane naukowe, dotyczące zakażenia COVID-19, zebrane przez hematologów i onkologów na świecie sugerują, że pacjenci ze szpiczakiem plazmocytozowym są narażeni na zwiększone ryzyko ciężkiego przebiegu infekcji i większej śmiertelności.

Lekarze specjaliści, widząc obawy pacjentów, już na początku pandemii opublikowali zalecenia zarówno dla medyków, jak i dla pacjentów hematologicznych. *Zwracaliśmy w nich uwagę na to, by forma leczenia, jeśli się tylko da, pozwalała ominąć hospitalizację. Mieliśmy wiele dowodów na to, że narażenie na zakażenie jest związane z liczbą kontaktów pacjenta w szpitalu, czyli przejściem przez izbę przyjęć i na oddział. Tych kontaktów jest dużo mniej,*

kiedy pacjent otrzymuje leki np. w formie doustnej lub podskórnej – mówi prof. Giannopoulos.

Szpitala, które wzbudzają w czasie pandemii obawy u pacjentów, bardzo szybko wprowadziły nowe zasady bezpieczeństwa. To miało również wpływ na reorganizację pracy lekarzy i pielęgniarek.

Pielęgniarka KSENIA DURAJCZYK:

Bezpieczeństwo pacjentów jest dla nas priorytetem, dlatego staramy się, aby kontakt w skupiskach ludzkich był ograniczony na tyle, na ile to możliwe. Chcemy, aby czas hospitalizacji był jak najkrótszy. Pacjenci leczeni w trybie dziennym nie są przyjmowani już na oddział, gdzie leżą pacjenci wymagających hospitalizacji i gdzie po przeciwnej stronie jest oddział transplantacji. Krew pobierana jest w osobnym pomieszczeniu, znajdującym się poza oddziałem. Wcześniej robimy test na SARS-CoV-2, aby wykluczyć obecność infekcji. Wtedy dopiero pacjenci mogą udać się do gabinetu zabiegowego, gdzie zostanie podana im infuzja dożylna, a także zostaną wykonane inne specjalistyczne zabiegi. Dbamy też o dezynfekcję, stworzyliśmy do tego specjalne punkty i przestrzegamy dyscypliny noszenia maseczek.



Pielęgniarka KSENIA DURAJCZYK:

Lekarze i pielęgniarki muszą zaplanować przyjęcia tak, aby rozłożyć ich liczbę na każdy dzień tygodnia, przez co zachować dystans pomiędzy chorymi. Jak tłumaczy Ksenia Durajczyk - Przed pandemią przygotowaliśmy pacjentów do transplantacji autologicznej podając chemioterapię w trybie dziennym, dzięki czemu pacjent mógł tego samego dnia udać się do domu. Teraz ta metoda nie funkcjonuje ze względu na niebezpieczeństwo zarażenia wirusem SARS-Cov-2. Pacjenci otrzymują leczenie w trybie pełnej hospitalizacji. Takie sytuacje sprawiają, że lista oczekujących na przyjęcie wydłuża się.

Leczenie podskórne, które skraca czas pobytu w szpitalu w przypadku pacjentów ze szpiczakiem, jest także pośrednim ułatwieniem dla innych pacjentów i lekarzy, którzy z powodu pandemii muszą w szczególny sposób planować „przepustowość” placówek medycznych.

Ograniczenie czasu hospitalizacji w przypadku pacjentów ze szpiczakiem to także ułatwienie w trudnej sytuacji kadrowej, w jakiej znajduje się polska hematologia. Widzimy niedobory kadrowe, mimo że hematologia jest specjalizacją priorytetową. W każdym ośrodku brakuje lekarzy specjalistów. Oczywiście nie są one tak duże, by uniemożliwiały funkcjonowanie i leczenie, natomiast na pewno powodują, że nakład pracy na pojedynczą osobę jest bardzo duży – komentuje prof. Krzysztof Giannopoulos.



Wartość terapii podskórnych w leczeniu szpiczaka plazmocytoowego

KORZYŚCI DLA PACJENTA

PACJENT, przychodząc na podanie podskórne, ma bardzo mocno skrócony czas infuzji. Przy podaniu klasycznym – dożylnym – czas pierwszej dawki może sięgać nawet 400, drugiej 250, a trzeciej 200 minut. Przy podaniu podskórnym łączny czas skraca się do jedynie 5 minut! Pacjent może mieć szybką iniekcję, przez co nie musi długo przebywać w szpitalu.

Terapia daje pacjentom duże poczucie komfortu. Dodatkowo związana jest z mniejszą o 50% reakcją w miejscu podania – iniekcji. W badaniach satysfakcji pacjenci ocenili terapię podskórną jako preferowaną w porównaniu z dożylną.

KORZYŚCI DLA SYSTEMU

PŁATNIK przede wszystkim patrzy na efektywność terapii. W badaniach potwierdzono, że uzyskiwana jest taka sama skuteczność terapii podskórnych w porównaniu do terapii dożylnych przy 50% poprawie działań niepożądanych związanych z miejscem iniekcji. Ważny jest też koszt. Dla pacjentów z wyższą wagą podanie dożylne terapii wiąże się z większą dawką leku, a przez to wyższymi kosztami. Dawka terapii podanej podskórną jest dawką stałą, bez względu na wagę pacjenta. *Może to przynieść potencjalne oszczędności, które w perspektywie roku mogą sięgać kilkudziesięciu tysięcy złotych* – wylicza dr Magdalena Władysiuk.

KORZYŚCI DLA SŁUŻBY ZDROWIA

PERSONEL MEDYCZNY ma możliwość poprawy wydajności w przypadku rosnącej liczby pacjentów i obciążenia związanego z koronawirusem. Trzeba pamiętać, że obsługa ze strony świadczeniodawcy wiąże się z różnymi zasobami, a na ich wykorzystanie wpływ ma zarówno obłożenie personelu obowiązkami, jak i miejsce podawania leku – podanie dożylne może być prowadzone w ambulatorium, ale jest też wykonywane w ramach hospitalizacji.

2021
2022



400
pacjentów
rocznie

Eksperti oszacowali, że z podskórnej formy terapii w latach 2021–2022 mogłaby korzystać grupa około 400 pacjentów rocznie



Rekomendacje



KORZYŚCI DLA PACJENTA

Przy często nawracającej chorobie kluczowe jest, by pacjent miał dobrą jakość życia w trakcie terapii. Czynnikiem mającym na to wpływ jest forma podania leku. Leczenie podskórne spektakularnie skraca czas infuzji, a także ogranicza działania niepożądane w miejscu iniekcji.



KORZYŚCI DLA SYSTEMU

Podanie podskórne wiąże się z ograniczeniem kosztów leczenia. Po stronie płatnika mogą to być oszczędności wynikające z przesunięcia opieki do ambulatorium oraz zmniejszenia obsługi pacjentów przez świadczeniodawców. W badaniach potwierdzono, że uzyskiwana jest taka sama skuteczność terapii podskórnych w porównaniu do terapii dożylnych przy 50% poprawie działań niepożądanych związanych z miejscem iniekcji.



KORZYŚCI DLA SŁUŻBY ZDROWIA

Podanie podskórne może być prowadzone w ambulatorium. Dla świadczeniodawcy to zupełnie inna forma organizacji podawania leków, co stwarza możliwości poprawy wydajności w przypadku rosnącej liczby pacjentów, szczególnie przy dzisiejszym zapotrzebowaniu kadr medycznych do opieki nad pacjentami z COVID-19.

Recepta

prof. KRZYSZTOF GIANNOPOULOS

Przy często nawracającej chorobie, jaką jest szpiczak plazmocytowy, kluczowe jest, by pacjent miał dobrą jakość życia w trakcie terapii. A na nią z kolei ma wpływ forma podania leku. Obecnie leki mogą być przyjmowane doustnie lub podskórnie.

dr n. med. MAGDALENA WŁADYSIUK

W tej chwili, kiedy szpitale stają się miejscem, do którego raczej niechętnie każdy z nas wchodzi, terapie podskórne stają się opcją do wygodnego i szybkiego kontaktu pacjenta z lekarzem przy niezmiennych kosztach systemu, a nawet oszczędnościach.

mgr KSENIA DURAJCZYK

Pacjenci chcą funkcjonować i żyć normalnie. I dla nich naprawdę ważne jest to, by terapie były skuteczne, ale też nie ograniczały ich życia rodzinnego i zawodowego.

Materiał powstał we współpracy z Instytutem Komunikacji Zdrowotnej w ramach kampanii edukacyjnej „**Życie mamy we krwi**” której inicjatorem jest firma Janssen.

