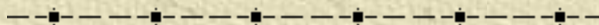


Terapie przełomowe: konsekwencje etyczne

Zbigniew Szawarski

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH

Seminarium WHC, Warszawa 27.I.2016



Nowe jest lepsze!

- ✦ Nowe odkrycia – wiemy więcej
- ✦ Nowe terapie (= terapie innowacyjne)
 - Pod **jakim względem** nowa terapia jest lepsza niż dawna (por. historia poznania i leczenia raka: Siddharta Mukhererjee, *Cesarz Wszech Chorób. Biografia Raka*)
- ✦ Terapie przełomowe (!?) Jeszcze lepsza metoda leczenia? **Pod jakim względem?**

Pojęcie innowacji – wynik postępu w biomedycynie

✦ Nowe pojęcia

✦ Nowe metody

✦ Nowe produkty

Nowe pojęcia – kilka przykładów

- ✦ Gen, DNA, chromosom, genetyka precyzyjna
- ✦ Autyzm, ADHD, stres, zespół stresu pourazowego, z. chronicznego zmęczenia (CFS),
- ✦ Rak, AIDS (HIV), polio, hormon, wirus
- ✦ Komórki macierzyste
- ✦ Ślepa randomizowana próba kliniczna (RCT), evidence based medicine (EBM)

Nowe metody

- ✦ **Nowe metody diagnostyczne** (od stetoskopu i mikroskopu do tomografii i fMRI)
- ✦ **Nowe metody terapii** i zapobiegania chorobie w każdej dziedzinie medycyny
- ✦ **Nowe metody w ochronie zdrowia publicznego** (szczepienie, badania przesiewowe, determinanty zdrowia i choroby)
- ✦ **Nowe metody badań medycznych (EBM)**

Nowe produkty lecznicze

- ✦ Insulina, leki psychotropowe, sulfamidy ...
- ✦ Nowe środki kontroli bólu
- ✦ Antybiotyki
- ✦ Leki biologiczne
- ✦ Szczepionki
- ✦ Środki antykoncepcyjne
- ✦ Endoprotezy, implanty

„Nowe jest lepsze - musisz to mieć!”

- ✦ Pacjenci – „Skoro to działa i oni to mają, to my też musimy to mieć”
- ✦ Lekarze – „Skoro można uratować i przedłużyć życie pacjenta metodą transplantacji serca, to my też powinniśmy rozwinąć medycynę transplantacyjną”.
- ✦ Płatnik – „Ale czy nas na to stać?”

Na co nas stać?

Na co nas nie stać?

- ✦ Czy stać nas na finansowanie programu IVF?
- ✦ Czy stać nas na bezpłatne leki dla 75+?
- ✦ Czy stać nas na bezpłatne leczenie wszystkich chorób ultrarzadkich?
- ✦ Czy stać nas na najnowszą aparaturę diagnostyczną w każdej klinice i w każdym szpitalu?

Kryteria oceny technologii medycznych - agencje HTA

- ✦ Kryteria kliniczne – czy to rzeczywiście ratuje, leczy, przedłuża życie i poprawia jego jakość
- ✦ Kryteria ekonomiczne – czy to jest rzeczywiście opłacalne (cost –effective)?
- ✦ Kryteria etyczne - czy to jest rzeczywiście zgodne z naszym poczuciem moralnym?
(Np. preimplantacyjna diagnoza genetyczna?)

Spółeczny kontekst działania HTA

- ✦ **Struktura społeczno-ekonomiczna**
- ✦ **Procesy demograficzne** –starzenie się społeczeństwa. Co jest priorytetem? Pediatria czy geriatrya?
- ✦ **Tradycja moralna.** Brak perspektyw dla rozwoju genetyki klinicznej i możliwości leczenia na poziomie inżynierii genetycznej Genetyka istotnie zegluguje w stronę eugeniki
- ✦ **Brak wiarygodnej i spójnej polityki zdrowotnej**

Dalsze komplikacje moralne

- ✦ **Koszty alternatywne** (*opportunity costs*) i priorytety
- ✦ **Racjonowanie** (jeśli nie stać nas na ratowanie i leczenie wszystkich, na co przede wszystkim powinniśmy przeznaczyć ograniczone zasoby ekonomiczne?)
- ✦ **Sprawiedliwość dystrybutywna.** Co się komu słusznie należy? Ile powinniśmy wydawać na tzw. medycynę naprawczą, a ile na profilaktykę? Co jest ważniejsze leczenie chorób rzadkich i ultrarzadkich, czy poradnictwo genetyczne i badania prenatalne w rodzinach o dużym ryzyku genetycznym? Co jest ważniejsze badanie przyczyn niepłodności czy opieka nad pacjentami z głębokimi deficytami psychicznymi i neurologicznymi?

Dalsze komplikacje moralne -2

- ✦ ***Overdiagnosis*** (nadrozpoznowalność): skoro mamy tak potężne możliwości diagnostyczne, należy je skrupulatnie wykorzystać
- ✦ ***Overtreatment*** (zbyteczne, i niekiedy szkodliwe dla pacjenta leczenie, ale korzystne dla lekarza)
- ✦ **Medycyna defensywna** (ochrona interesów lekarza i uniknięcie możliwych komplikacji prawnych jest ważniejsze niż interesy i dobro chorego, zatem badamy i leczymy wszystko, co można)

Zakończenie - fakty

- ✦ Postęp w naukach biomedycznych jest ogromny.
- ✦ Nowe technologie bywają bardzo użyteczne, ale czasami implikują „poważne zdarzenia niepożądane” i to w skali całego społeczeństwa
- ✦ Im większe możliwości działania, tym trudniej podjąć racjonalną decyzję. **Skąd wiadomo, czy i jak powinno lub nie powinno stosować się daną technologię w tej konkretnej sytuacji?** Leczymy, czy pozwalamy umrzeć? Operacja, czy leczenie paliatywne tylko? Naprotechnologia, czy IVF?

Zakończenie - oceny

- ✦ Wybór i zastosowanie takiej lub innej „przełomowej” technologii medycznej w praktyce lekarskiej **zależy od decyzji** lekarza lub pielęgniarki
- ✦ Lekarz i pielęgniarka jest fundamentem i koniecznym warunkiem skutecznego zastosowania każdej przełomowej terapii XXI w. **Lekarz działa jednak w sytuacji niepewności aksjologicznej**. Nie potrafi uczciwie powiedzieć, co wie, czego nie wie, a co jedynie mu się wydaje
- ✦ **Przełomowe technologie medyczne wymagają przede wszystkim przełomu w systemie edukacji personelu medycznego**

Prześłanie

„Lepiej jest dla pacjenta, gdy ma do czynienia z lekarzem, który jest z natury mądry, niż z takim, który ma jedynie dyplom lekarza”

Benjamin Franklin cyt. przez T.Fox, Lancet, 32 Oct. 65.