

Ośrodki szybkiej diagnostyki onkologicznej – oczekiwana ewolucja pakietu onkologicznego

Wojna z rakiem

Fot. iStockphoto.com

Resort zdrowia zapowiada zmiany w funkcjonowaniu zasad leczenia nowotworów w Polsce. W którą stronę powinna iść ewolucja? Przedstawiamy ekspertyzę Jacka Jassema, Adama Kozierkiewicza i Macieja Krzakowskiego.

W 2014 r. pod kierunkiem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz we współpracy z innymi towarzystwami naukowymi i organizacjami pozarządowymi została opracowana „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024”. Autorami tego dokumentu było ok. 200 ekspertów z zakresu onkologii, zarządzania, ekonomii i innych dziedzin, a także szeroka reprezentacja pacjentów i innych interesariuszy systemu ochrony zdrowia. W końcowej fazie prac strategię przedstawiono Ministerstwu Zdrowia oraz kierownictwu Narodowego Funduszu Zdrowia, a komentarze tych instytucji zostały uwzględnione w ostatecznej wersji dokumentu. Jednym z celów strategii (cel 22) była poprawa dostępności oraz jakości diagnostyki onkologicznej.

Kłopoty w diagnostyce

Zgodnie z uzasadnieniem zawartym w strategii, jednym z najważniejszych problemów polskiej onkologii jest przewlekły i nieskoordynowany proces rozpoznawania nowotworów. Proces ten obejmuje nieinwazyjne badania obrazowe (RTG, USG, mammografia, TK, MR), badania histopatologiczne lub cytologiczne pobranych tkanek oraz coraz częściej również specjalistyczne testy genetyczne. Podejrzenie nowotworu najczęściej wynika z objawów zgłaszanych lekarzom w podstawowej opiece zdrowotnej lub w poradniach specjalistycznych, zmian wykrytych w badaniach przesiewowych lub profilaktycznych albo w sposób przypadkowy. W każdej z tych sytuacji odpowiednio dobrane i szybko zastosowane

„Odpowiednio dobrane i szybko zastosowane metody diagnostyczne powinny się zakończyć weryfikacją rozpoznania wstępnego. Proces ten nie powinien trwać dłużej niż 4 tygodnie”



metody diagnostyczne powinny zakończyć się weryfikacją rozpoznania wstępnego (podejrzenia), tj. jego potwierdzeniem i ustaleniem stopnia zaawansowania nowotworu lub jego wykluczeniem. Proces ten nie powinien trwać dłużej niż 4 tygodnie.

W obecnym systemie opieki onkologicznej w przypadku powzięcia przez lekarza podejrzenia nowotworu pacjenci (znajdujący się zwykle w silnym stresie i lęku) najczęściej są kierowani do innego specjalisty, na oddział szpitalny, do ośrodka onkologicznego lub na dodatkowe badania (najczęściej obrazowe). W celu znalezienia placówki, która szybko i kompetentnie wykona te badania, chorzy zapisują się samodzielnie do różnych ośrodków i odwiedzają wielu lekarzy, docierając w różnej sekwencji na kolejne etapy diagnostyki.

Warunki te sprawiają, że proces diagnostyczny trwa długo, jest przerywany okresami oczekiwania w kolejkach do poszczególnych etapów. Na dodatek bywa chaotyczny, co oznacza pomijanie koniecznych lub wykonywanie zbędnych badań, powtarzanie badań lub

nieuzasadnione hospitalizacje. Co gorsza, proces diagnostyczny często nie kończy się ostatecznym (lub najbardziej prawdopodobnym) rozpoznaniem nowotworu i ustaleniem jego zasięgu i w efekcie proces leczniczy rozpoczyna się bez tych istotnych elementów. I wreszcie – ewentualne wykluczenie nowotworu nie jest jednoznaczne, co sprawia, że pacjent co jakiś czas odwiedza kolejne placówki, poszukując dalszych dowodów na wykluczenie choroby.

Odpowiedzią na tak zdefiniowany problem zawartą w strategii było stworzenie sieci ośrodków szybkiej diagnostyki onkologicznej (SDO), które posiadałyby otwarty kontrakt na świadczenia diagnostyczne w zakresie onkologii, byłyby poddane ścisłej kontroli jakości i odpowiadałyby za przeprowadzenie pełnego procesu diagnostycznego. Niestety w toku prac Ministerstwa Zdrowia kierowanego przez Bartosza Arłukowicza rozwiązanie to zostało odrzucone na rzecz zbiurokratyzowanego systemu opartego na karcie DiLO. Obecnie istnieje szansa, by powrócić do tej koncepcji i zrealizować pierwotny zamiar.

Założenia diagnostyki opartej na SDO

Autorzy strategii w 2014 r. uznali, że diagnostyka nowotworów powinna się opierać na sieci dobrze wyposażonych pracowni oraz ośrodkach referencyjnych, w których istnieje możliwość wykonywania specjalistycznych badań diagnostycznych lub weryfikacji wątpliwych wyników. Placówki te, działając w ramach sieci, powinny oferować kompletny zakres diagnostyki konieczny do potwierdzenia lub wykluczenia nowotworu. Ośrodkami SDO mogłyby być (rzadziej) pojedyncze placówki z kompletnym zakresem możliwości diagnostycznych lub (częściej) związki (konsorcja) składające swoją ofertę opartą na kompetencji i potencjale technicznym wielu placówek.

Istotne jest, że w obu przypadkach proces diagnostyczny powinien być kompletny i skoordynowany. Dzięki kompletności chory nie będzie musiał samodzielnie poszukiwać wykonawcy kolejnego etapu diagnostyki, a dzięki koordynacji proces w całości będzie celowy (w przeciwieństwie do obecnego przypadkowego) i realizowany w optymalnej sekwencji poszczególnych procedur. Ośrodki SDO powinny zatem zostać stworzone na bazie istniejących specjalistycznych placówek ochrony zdrowia, z wykorzystaniem zatrudnionych tam specjalistów. Głównym wyróżnikiem SDO będzie zdolność przeprowadzenia „pod jednym dachem” lub przy udziale placówek partnerskich pełnego procesu diagnostycznego, od podejrzenia do wykluczenia lub rozpoznania nowotworu i ustalenia jego zaawansowania oraz określenia wymaganych czynników rokowniczych i predykcyjnych. Proces ten będzie się odbywał według jednolitych i wystandaryzowanych procedur opartych na aktualizowanych wytycznych postępowania diagnostycznego w onkologii.

- f. Kontraktuje się ośrodki SDO (docelowo 200–300 w kraju), podając do wiadomości publicznej ich lokalizację.
 - g. Na etapie diagnostyki SDO, a na etapie terapii STO koordynują wymienione etapy opieki, niezależnie od tego, ile czynności z tych etapów realizują samodzielnie, a ile wykonywanych jest poza ich strukturami.
3. Wytyczne postępowania stają się elementem zarządzania systemem:
- a. Wspierane z Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) towarzystwa naukowe opracowują okresowo aktualizowane standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (diagnostyki, leczenia i badań kontrolnych po leczeniu, przy koordynacji prac towarzystw o zachodzących na siebie kompetencjach).
 - b. Wytyczne dla POZ i AOS pozaonkologicznych opracowywane z udziałem odpowiednich towarzystw.
 - c. Wytyczne zostają ocenione przez AOTMiT.
 - d. Wytyczne zostają ogłoszone w drodze obwieszczenia (komunikatu) Ministra Zdrowia lub komunikatu AOTMiT.
 - e. Ewentualne skutki aktualizowanych wytycznych oddawane są w odpowiednich elementach koszyka świadczeń gwarantowanych jako wprowadzenie nowych technologii medycznych.
4. Monitorowanie jakości i efektywności staje się głównym narzędziem kontrolnym SDO i STO:
- a. W ramach działań finansowanych z NPZChN i na podstawie wytycznych opracowuje się zestaw wskaźników oceny prowadzenia diagnostyki i terapii poszczególnych nowotworów.
 - b. Dane do wskaźników raportowane są wraz z danymi rozliczeniowymi kontraktów z NFZ.
 - c. Wskaźniki są maksymalnie obiektywizowane, np. przez uwzględnienie stanu zaawansowania choroby.
 - d. Analiza wskaźników, zewnętrzna ocena i analizy porównawcze, badania przyczyn i skutków różnic przeprowadzane są przez gremia złożone z pracowników instytucji regulacyjnych (MZ, NFZ) oraz środowisk medycznych.

Na rycinie 1 przedstawiono założenia funkcjonowania SDO w naszym systemie ochrony zdrowia. Prześledźmy drogę pacjenta przez trzy następujące po sobie fazy.

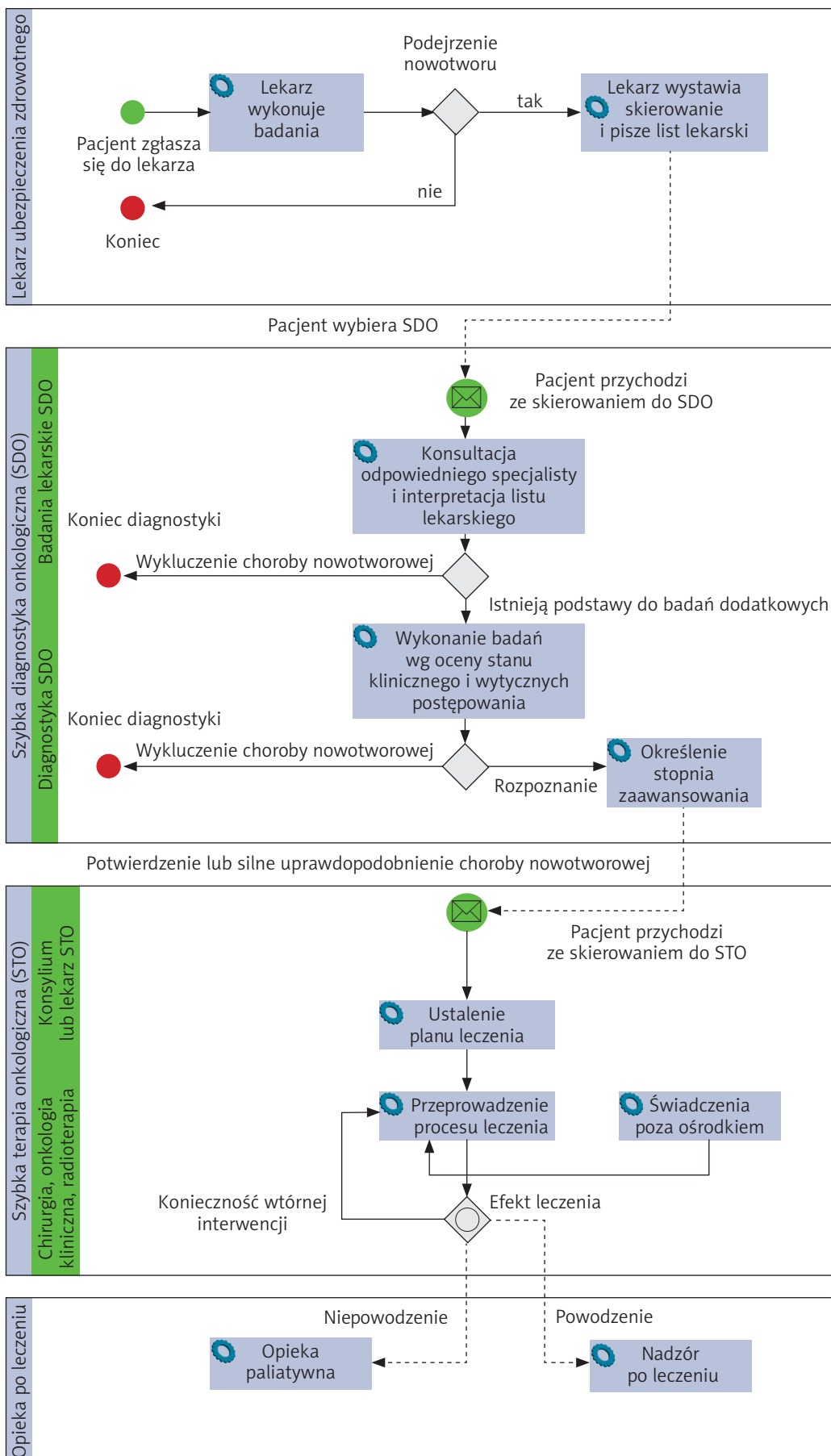
Faza 1. Czynności wykonywane przez każdego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego:

1. Lekarze POZ oraz lekarze innych specjalności są zachęceni do „czujności onkologicznej”. Lekarzom tym oferuje się, zaliczane do obowiązkowego zakresu szkoleń w ramach CME, internetowe oraz tradycyjne szkolenia z zakresu diagnostyki nowotworów.
2. Opracowywane są zalecenia postępowania przy podejrzeniu chorób nowotworowych. Zalecenia opra-

„Proces diagnostyczny trwa długo, jest przerywany okresami oczekiwania w kolejkach do poszczególnych etapów. Na dodatek bywa chaotyczny, co oznacza pomijanie koniecznych lub wykonywanie zbędnych badań”

cowują razem odpowiednie towarzystwa dziedzin onkologicznych i nieonkologicznych (zasada partycypacji).

3. Lekarze POZ i innych specjalności nieonkologicznych mają zestaw dostępnych badań, na które mogą kierować pacjenta. Wytyczne (jak w pkt 2) będą określać, które z badań i w jakich okolicznościach powinny zostać zlecone.
 4. W przypadku podejrzenia nowotworu lekarz (niezależnie od specjalizacji i miejsca wykonywania świadczeń) kieruje pacjenta do SDO, załączając do skierowania wyczerpujący list lekarski wyjaśniający podstawy podejrzenia nowotworu i ewentualne kopie dokumentacji (patrz: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej). W chwili uruchomienia systemu P1 list lekarski będzie obsługiwany przez ten system.
- Faza 2.** Czynności należące do SDO:
5. Pacjent wybiera SDO (nie ma rejonizacji, jest informacja konsumencka na temat SDO).
 6. Pacjent udaje się do SDO (rejestracja telefoniczna, w przyszłości możliwość rejestracji przez Internet), ze skierowaniem i listem lekarskim.
 7. W chwili rejestracji pacjent staje się podopiecznym SDO, a SDO staje się instytucjonalnym koordynatorem fazy diagnostycznej. Szczegółowe rozwiązania organizacyjne ustala kierownictwo SDO. Z czasem rozwiązania te, jako cechy danej SDO, podawane są do publicznej wiadomości w formie tzw. informacji konsumenckiej.
 8. Ośrodek SDO wykonuje lub organizuje wszystkie konieczne czynności w zakresie diagnostyki nowotworu. Proces diagnostyki realizowany jest z uwzględnieniem wytycznych postępowania (obwieszczonej przez MZ).
 9. Ośrodek SDO potwierdza lub wyklucza rozpoznanie nowotworu, w większości przypadków na podstawie badania mikroskopowego, ale w niektórych okolicznościach, określonych w wytycznych, badanie mikroskopowe na tym etapie nie jest konieczne.



Rycina 1. SDO i STO w procesie diagnostyczno-terapeutycznym



Fot. PAP/Tomasz Czeli

10. Proces diagnostyczny w poszczególnych kategoriach chorych jest monitorowany i poddawany ocenie jakości. Każdy SDO oceniany jest pod kątem skuteczności i efektywności oraz czasu realizacji diagnostyki. Po pewnym czasie (ok. roku) i upewnieniu się co do wiarygodności pomiarów ocena ta jest podawana do publicznej wiadomości.

Faza 3. Czynności należące do STO:

11. Ośrodki STO mogą być ośrodkami wszechstronnie zorientowanymi (*comprehensive cancer centers*) lub narządowymi, dotyczącymi wybranych nowotworów. Wybór formy zależy od liczby leczonych chorych (minimum kompetencji), posiadanych zasobów ludzkich i dostępnej infrastruktury.
12. Pacjent udaje się do STO ze skierowaniem z SDO (lub innego ośrodka) oraz kompletną dokumentacją medyczną, potwierdzającą rozpoznanie nowotworu. W przyszłości dokumentacja będzie dostępna elektronicznie.
13. W chwili rejestracji pacjent staje się podopiecznym STO, a STO staje się instytucjonalnym koordynatorem fazy terapeutycznej, niezależnie od tego, gdzie realizowane są jej poszczególne etapy.
14. Ośrodek STO wykonuje lub organizuje wszystkie konieczne czynności w zakresie terapii nowotworu. Proces terapii realizowany jest z uwzględnieniem wytycznych postępowania (przygotowanych przez towarzystwa naukowe i obwieszczanych przez MZ lub AOTMiT).
15. Ośrodek STO kończy proces terapeutyczny, dalsza opieka (*follow-up*) odbywa się w jednostkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub (wzrastają-

„ Ośrodki szybkiej diagnostyki onkologicznej powinny zostać stworzone na bazie istniejących specjalistycznych placówek ochrony zdrowia, z wykorzystaniem zatrudnionych tam specjalistów ”

co) w jednostkach POZ. STO współpracuje z POZ w prowadzeniu tej opieki na podstawie wspólnie opracowanych wytycznych.

16. W koniecznych przypadkach chory zostaje przekazany do jednostek leczenia paliatywnego lub hospicyjnego.
17. Proces terapeutyczny w poszczególnych kategoriach chorych podlega ocenie jakości. Każdy ośrodek STO oceniany jest pod kątem skuteczności i efektywności oraz czasu diagnostyki. Po pewnym czasie (ok. roku) i upewnieniu się co do wiarygodności pomiarów ocena ta podawana jest do publicznej wiadomości.

Jacek Jassem, Adam Kozierekiewicz, Maciej Krzakowski
 Profesor Jacek Jassem to były prezes, a obecnie członek zarządu
 Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

Adam Kozierekiewicz jest ekspertem w dziedzinie ochrony zdrowia.
 Profesor Maciej Krzakowski jest konsultantem krajowym
 w dziedzinie onkologii klinicznej.