

## Ośrodki szybkiej diagnostyki onkologicznej – powtórka utopii pakietowej?



# Czy SDO to krok w dobrą stronę?

W majowym numerze „Menedżera Zdrowia” z roku 2016 (3/2016) ukazał się artykuł „Wojna z rakiem” autorstwa prof. Jacka Jassemę, dr. Adama Kozierkiewicza oraz prof. Macieja Krzakowskiego. Wyrażone są w nim opinie na temat oczekiwanej ewolucji opieki onkologicznej w naszym kraju oraz sugestia, że panaceum na wiele problemów w tym zakresie będzie stworzenie kilkuset ośrodków szybkiej diagnostyki onkologicznej (SDO).

Autorzy wspominają, że ośrodki te miałyby otwarty kontrakt na świadczenia diagnostyczne w zakresie onkologii, odpowiadałyby za przeprowadzanie pełnego procesu diagnostycznego i byłyby poddane ścisłej kontroli jakości. Podobne rozwiązanie było ponoć rozpatrywane w czasie, gdy Ministerstwem Zdrowia kierował Bartosz Arłukowicz, lecz nie znalazło wówczas aprobaty. Autorzy wyrażają nadzieję, że można powrócić do tej koncepcji i zrealizować pierwotny zamiar.

### Nowe, celowe ośrodki

W artykule podkreśla się konieczność zachowania bądź utworzenia wydzielonych ośrodków, dzięki którym pacjent nie będzie musiał samodzielnie poszukiwać wykonawcy kolejnych etapów diagnostyki, a proces – dzięki koordynacji – będzie celowy, w przeciwieństwie do obecnego, przypadkowego (to określenie autorów). Pada sugestia, że ośrodki powinny powstać na bazie opieki specjalistycznej w zakresie

ochrony zdrowia, z wykorzystaniem zatrudnionych tam specjalistów.

Wydaje się jednak, że komentując wyrażone bardzo szczegółowo prezentacje zamysłu stworzenia tzw. SDO (docelowo 200–300 w kraju), autorzy zupełnie pomijają rolę dużej części obecnie działających struktur – zarówno hospitalizacyjnych, jak i działających w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w których tyśiące specjalistów różnych dziedzin zajmują się właśnie diagnozowaniem nowotworów u pacjentów w naszym kraju.

Wydaje się, że autorzy nie zauważają, iż podstawowy ciężar diagnostyki nowotworów spoczywa m.in. na oddziałach internistycznych i chirurgicznych, najczęściej szpitali rejonowych, do których każdego roku przyjmowane są dziesiątki tysięcy pacjentów. Tymczasem tworzenie specjalnych ośrodków, wydzielonych z obecnie istniejącego systemu, może nie tylko osłabić te już działające jednostki, zapewniające podstawowe bezpieczeństwo, lecz także przyczynić się do ich wycofania się z diagnostyki onkologicznej, co nie tyle byłoby niepowetowaną stratą, ile mogłoby spowodować onkologiczną katastrofę.

### Diagnostyka bez wszystkich procedur

Muszę zaznaczyć, że skutkiem wprowadzenia karty DILO był nieuprawniony – takie odnoszę wrażenie – proceder kończenia diagnostyki na oddziałach internistycznych czy chirurgicznych bez wykonania wszystkich procedur, których wykonanie było możliwe na poszczególnych etapach diagnostyki szpitalnej. Na przykład w bliskiej mi diagnostyce pulmonologicznej – po wstępnej sugestii nowotworu na oddziałach internistycznych nie tylko przestano wykonywać bronchoskopię lub kierować na nią, ale nawet często rezygnowano z wykonywania tomografii komputerowej klatki piersiowej. Pacjentów zaczęto kierować od razu do ośrodków specjalistycznych, gdyż przecież tam – jak sugerowano – są nieograniczone środki na finansowanie diagnostyki. W takich sytuacjach mogło więc paradoksalnie dochodzić do wydłużenia procesu diagnostycznego. Niepokoi i boli bardzo, że w przygotowanych mapach zabezpieczenia zdrowotnego w obszarze pulmonologii nie uwzględniono zupełnie aspektów onkologicznych. Czyżby toczyła się jakaś walka i podejmowana jest próba zawłaszczenia przez onkologów diagnostyki pulmonologicznej? Wiązałoby się to z koniecznością zredukowania istotnej części istniejącej bazy pulmonologicznej, której diagnostyka onkologiczna nie tylko stanowi ważną składową, lecz wręcz jest głęboko wpisana w jej istotę. A w zamian trzeba by – pewnie olbrzymim kosztem – utworzyć ośrodki diagnostyki pulmonologicznej przy centrach onkologicznych. Byłoby to absurdem.

Niestety, ośrodki onkologiczne nastawione są przede wszystkim na wykonywanie procedur w ramach trzech

„ Obecnie podstawowy ciężar diagnostyki nowotworów spoczywa m.in. na oddziałach internistycznych i chirurgicznych, najczęściej szpitali rejonowych, do których każdego roku przyjmowane są dziesiątki tysięcy pacjentów ”

podstawowych obszarów leczenia: postępowania operacyjnego, chemioterapii oraz radioterapii. W wielu ośrodkach brakuje możliwości optymalnego podejścia do postępowania objawowego, dlatego uzyskanie tzw. *best supportive care* w sprofilowanych i przeciążonych ośrodkach onkologicznych jest mrzonką. Tak naprawdę znaczący ciężar opieki onkologicznej spoczywa na innych strukturach systemu opieki zdrowotnej niż jednostki typowo onkologiczne.

### Opieka paliatywna po polsku

Na marginesie wspomnę, że duża część ośrodków onkologicznych nie jest również przygotowywana do prowadzenia opieki paliatywnej, a tym bardziej nie są zgodne jej duchem, który w polskiej sytuacji w wielu częściach kraju jest wielką wartością, a związany jest z ambicją zapewnienia holistycznej opieki, z uwzględnieniem najlepszych tradycji opieki medycznej.

Jeśli nawet są ośrodki onkologiczne przygotowane do prowadzenia opieki paliatywnej, to jednak nie są w stanie zapełnić luki związanej z opieką nad pacjentami, którzy zaprzestali już leczenia chirurgicznego, radioterapeutycznego czy chemioterapii, a jeszcze nie kwalifikują się do opieki paliatywnej. Skandalem jest to, że pacjenci wyrzuceni poza nawias ośrodków onkologicznych, a nieprzyjęci do ośrodków paliatywnych „tułają się” znów po oddziałach internistycznych czy chirurgicznych szpitali rejonowych, aby ratować się np. w sytuacji neutropenii bądź w przypadku konieczności przetoczenia preparatów krwiozastępczych. I trzeba przyznać, że często nie są tam zbyt mile widziani.

Trzeba jasno powiedzieć, że ośrodki onkologiczne w większości sytuacji nie podejmują niestety kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi. I nie są w stanie – bez pomocy całego systemu opieki zdrowotnej – tego uczynić.

Wydaje mi się ponadto, że w strukturze większości istniejących ośrodków onkologicznych nie ma możliwości skutecznej diagnostyki, które przypisane są do



„Ośrodki onkologiczne w Polsce w większości sytuacji nie podejmują kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi. I bez pomocy całego systemu opieki zdrowotnej nie są w stanie tego uczynić”

oddziałów tradycyjnie uważanych za specjalizujące się w diagnostyce w poszczególnych obszarach onkologii.

Rozpoznawanie nowotworów układu moczowo-płciowego prowadzone jest przede wszystkim na oddziałach urologicznych, a nie w ośrodkach onkologicznych. Byłoby więc absurdem pozbawianie licznych już istniejących ośrodków urologicznych odpowiedzialności za onkologiczną diagnostykę urologiczną.

Należy zwrócić uwagę na szczególną odrębność diagnostyki hematologicznej, którą obarczone są ośrodki internistyczne, a także leczenia schorzeń nowotworowych krwi – właściwie tylko na oddziałach hematologicznych. Podobnie istnieje szczególna odrębność nowotworów narządu wzroku, którymi zajmują się ośrodki okulistyczne.

#### **Siła drogich terapii onkologicznych**

Oczywiście autorzy artykułu mogą stwierdzić, że wystarczy obecnym ośrodkom diagnostycznym dodać sztyldy onkologiczne z jakimś szczególnym uprzywilejowaniem tej części działalności. System musi być

jednak zharmonizowany i zapewniać bezpieczeństwo we wszystkich obszarach, a nie tylko modnych medialnie czy reprezentowanych przez środowiska medyczne o dużej sile przebicia. W ostatnich latach opieka onkologiczna była bowiem nadmiernie uprzywilejowana (tak jak kilka lat wcześniej np. kardiologiczna), czego wyrazem było kierowanie większości środków finansowych wzmacniających system na zapewnienie drogich terapii onkologicznych (nawet z pominięciem preferowania prostych procedur chirurgii onkologicznej). Trzeba też wspomnieć, że zastosowanie istotnej części takich drogich terapii onkologicznych w zakresie chemioterapii nie zawsze wynika z przekonujących faktów medycznych, a bardziej z konieczności sprostania naciskowi społecznemu czy osobistemu pacjentów i ich rodzin, którym współczesna medycyna – nastawiona na ciągle oferowanie jakiegoś leczenia (nawet jeśli istnieją co do niego istotne wątpliwości) – nie ma siły odmówić. Chociaż – jak się wydaje – taka odmowa nieraz wiązałaby się z dobrem pacjenta. Podobnie nie jest jednoznaczne, jak prawdziwe są miraży związane z naciskiem producentów leków – mimo atrakcyjnie przekazanych danych naukowych zapewne nieraz wymagałyby one komentarza i szerszego spojrzenia. Ten problem jednak wymagałby odrębnego omówienia.

#### **Nie tworzyć systemu w systemie**

Szatkowanie systemu i próba wydzierania dodatkowych pieniędzy na jego części staje się istotnym zagrożeniem w związku z próbami tworzenia zastępczych rozwiązań, kolejnych systemów w systemie. Obserwowaliśmy to przy tworzeniu struktur pakietu onko-

logicznego, który stał się nie hitem, ale kitem socjotechnicznych, pozorowanych działań mistyfikujących poprawę w systemie opieki onkologicznej. Nie można doprowadzać do tworzenia systemu w systemie.

Trzeba z całą mocą powiedzieć, że przedstawiony w omawianym artykule projekt SDO wydaje się absurdalny z punktu widzenia chociażby diagnostyki nowotworów płuc. Jednoznacznym faktem jest to, że ponad 80 proc. diagnostyki nowotworów układu oddechowego wykonuje się głównie na oddziałach pulmonologicznych oraz – ewentualnie – internistycznych. Stworzenie dodatkowego by-passu ośrodków szybkiej diagnostyki onkologicznej pozbawiłoby ośrodki pulmonologiczne, obciążone obecnie diagnostyką raka płuca, bardzo ważnej funkcji.

Podobne zastrzeżenia dotyczą również diagnostyki onkologicznej w zakresie głowy i szyi, co do której musi być zachowana odpowiedzialność rozproszonych ośrodków laryngologicznych, a także schorzeń układu nerwowego, gdzie zachowana jest odpowiedzialność oddziałów neurologicznych oraz neurochirurgicznych.

### Absurd na miarę kart DILO

Pomysł odseparowania diagnostyki onkologicznej od innych segmentów systemu opieki zdrowotnej mógłby stać się więc kolejnym absurdem, na miarę tego, jakim było zaproponowanie kart DILO i propozycje dotyczące pakietu onkologicznego wysunięte przez poprzednią ekipę Ministerstwa Zdrowia.

Z całą mocą pragnę stwierdzić, że zaproponowany przez trzech znakomych autorów projekt stworzenia swojego rodzaju obejścia dla istniejącego systemu opieki zdrowotnej byłby kolejną skomplikowaną strukturą organizacyjną nieprzystającą do rzeczywistości, systemem w systemie. Wprowadzenie takiego rozwiązania doprowadziłoby do dublowania istniejących struktur opieki zdrowotnej, na których poprawianiu i udoskonalaniu należałoby się skupić, zamiast tworzyć dodatkowe – nowe ośrodki.

Choć onkologia jest jedną z podstawowych dziedzin medycyny, nie można doprowadzić do sytuacji, w której za diagnostykę i leczenie nowotworów odpowiedzialni byłiby tylko onkolodzy. Nie są oni bowiem w stanie sami zapewnić bezpieczeństwa pacjentom w tym zakresie.

Cały system opieki zdrowotnej – od lekarzy rodzinnych, przez ambulatoryjną opiekę specjalizacyjną w większości zakresów, po większość oddziałów szpitalnych – jest odpowiedzialny za sprawną diagnostykę onkologiczną. Próba podziału w tym zakresie jest pomysłem absurdalnym i prowadzącym do abstrakcyjnych, niesprawnych rozwiązań.

Mimo szacunku, jakim darzę autorów, muszę jednoznacznie uznać zaproponowany w artykule „Wojna z rakiem” pomysł stworzenia szybkich ośrodków diagnostycznych za sugestią wymagającą kontestacji.

„Na nic się zda pokazywanie skomplikowanych schematów wędrówki pacjenta po domniemanych ścieżkach onkologicznych. Nie twórzmy wielowymiarowego systemu dublowania struktur diagnostyki, lecz zajmijmy się usprawnieniem istniejących możliwości”

### Podstawa skutecznej diagnostyki

Należy podkreślić, że podstawą bezpieczeństwa leczenia szpitalnego w naszym kraju są przede wszystkim ośrodki i oddziały szpitali rejonowych, w miastach powiatowych, byłych miastach wojewódzkich oraz w dużych centrach regionalnych, w których dokonuje się dużą część diagnostyki u pacjentów trafiających do szpitali nieraz w trybie nagłym. Na tych właśnie oddziałach – internistycznych, chirurgicznych, neurologicznych, hematologicznych, laryngologicznych czy pulmonologicznych – powinno się stworzyć i weryfikować ścieżki dostępu pacjentów, także w przypadku konieczności planowej diagnostyki.

Podstawą skutecznej diagnostyki onkologicznej w Polsce jest weryfikacja mechanizmów planowej diagnostyki na tych oddziałach oraz zapewnienie możliwości swobodnego dostępu m.in. na oddziałach urologicznych, laryngologicznych, neurochirurgicznych oraz pulmonologicznych (obok, oczywiście, internistycznych i chirurgicznych). Nie wspominam już o odrębności hematologii, dla której podstawą diagnostyki powinny być sprawnie funkcjonujące oddziały internistyczne.

Na nic się zda pokazywanie – jak w komentowanym artykule – skomplikowanych schematów wędrówki pacjenta po domniemanych ścieżkach onkologicznych. Nie twórzmy wielowymiarowego systemu dublowania struktur diagnostyki, lecz zajmijmy się usprawnieniem istniejących możliwości. Pragnę uzasadnić radykalnie wyrażony odbiór komentowanego artykułu troską o dobry kształt opieki onkologicznej w Polsce i chęcią wyrażenia przestrogi przed komplikowaniem dróg prostych. Proszę przyjąć wskazane argumenty jako asumpt do ewentualnej dalszej dyskusji.

Szczepan Cofta  
Autor jest internistą – pulmonologiem, doktorem habilitowanym medycyny, pracownikiem Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, naczelnym lekarzem Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, drugiego pod względem wielkości ośrodka onkologicznego w Wielkopolsce, konsultantem wojewódzkim ds. chorób płuc.