

Aż 85 proc. nowotworów przełyku, żołądka, wątroby czy trzustki jest leczonych w wyspecjalizowanych narządowo klinikach chirurgii



Fot. iStockphoto.com 2x

Rak w szpitalu uniwersyteckim

Wyniki leczenia chirurgicznego nowotworów zależą przede wszystkim od stopnia zaawansowania choroby. Ale w rzeczywistości jest też tak, że różnią się one w zależności od ośrodka onkologicznego, w którym wykonano operację. Mimo że profil epidemiologiczny pacjentów z nowotworami jelita grubego jest podobny we wszystkich województwach naszego kraju, to wskaźniki śmiertelności różnią się nawet dwukrotnie pomiędzy różnymi regionami. Około 85 proc. nowotworów przełyku, żołądka, wątroby i trzustki jest leczonych chirurgicznie w wyspecjalizowanych narządowo klinikach, w szpitalach uniwersyteckich. Dlaczego tak się dzieje?

W celu poprawy wyników leczenia chirurgicznego należałoby najpierw zmienić podejście do diagnostyki wszystkich nowotworów, aby wykrywać je na znacznie wcześniejszym etapie zaawansowania. Doskonałym przykładem są państwa azjatyckie: Japonia, Korea Południowa i Tajwan, gdzie wyniki leczenia chirurgicznego np. raka przełyku czy żołądka osiągnęły poziom powyżej możliwości krajów zachodnich, nie mówiąc o Polsce. Wczesne wykrycie daje szansę na pełne wyleczenie nawet 90 proc. chorych, więc jest o co walczyć. Tymczasem w Polsce wykrycie wczesnego raka żołądka to przypadek, co automatycznie zmniejsza odsetek przeżyć 5-letnich. Nawet w rozwiniętych krajach Zachodu

wskaźnik ten oscyluje w zakresie 40–60 proc. Problem wydaje się jednak bardziej złożony. Na przykład wprowadzenie rządowego programu badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego w Polsce było niewątpliwym sukcesem organizacyjnym w zakresie diagnostyki w skali międzynarodowej. Niestety, nie wpłynęło to na poprawę wyników leczenia raka jelita grubego – pod tym względem nadal jesteśmy niemal na końcu w zestawieniu krajów Europy.

Jawność

Wyniki leczenia chirurgicznego powinny być jawne. Tak jest np. w USA i w niektórych krajach Europy

Zachodniej. Wydaje się jednak, że w Polsce dominuje postawa podejrzania niedostatecznie dobrego postępowania medycznego, a nie intencja obiektywnego wyjaśnienia przyczyny niepowodzenia terapii czy poprawy niezadowolających wyników. Dlatego dostęp do tych danych powinni uzyskiwać przede wszystkim płatnik i instytucje odpowiedzialne za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Kto jeszcze powinien znać dane? Towarzystwa naukowe, które opracowują rekomendacje, oraz oczywiście lekarze pracujący w konkretnym szpitalu. Tak jak wspomniałem, nie dorosiliśmy jako społeczeństwo do pełnej jawności wyników leczenia chirurgicznego, chociaż byłoby to optymalne podejście. Obawiam się, że w Polsce, w przeciwieństwie na przykład do Danii, gdzie funkcjonuje bardzo dobry system monitorowania zdarzeń niepożądanych, służyłoby to głównie represjonowaniu domniemych sprawców niepowodzeń medycznych, a nie faktycznej poprawie wyników leczenia, w tym poprawie bezpieczeństwa pacjentów i bardziej efektywnemu funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej.

Dowolność

Wyniki leczenia nowotworów są gorsze, niż można by oczekiwać. Wiąże się to z panującą u nas dużą dowolnością w stosowaniu się do obowiązujących rekomendacji zarówno w zakresie diagnostyki, jak i leczenia. Brakuje bezwzględnej, systemowej egzekucji zasad organizacyjnych oraz w pełni merytorycznego i interdyscyplinarnego podejścia do opieki nad pacjentami z nowotworami. W ostatnich latach teoretycznie miała w tym pomóc karta DILO określająca parametry organizacyjne obowiązujące przy diagnozowaniu raka oraz później przy wyborze optymalnego leczenia. Niestety do tej pory nie ma w tym zakresie jednoznacznej odpowiedzi i nadal próbujemy usprawnić system leczenia nowotworów w Polsce, między innymi przez nową, aktualnie wdrażaną koncepcję organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii oraz Krajowej Sieci Onkologicznej. Jednak – jak zawsze – medal ma dwie strony. Z jednej strony mamy nowy pomysł, jak należałoby postępować, aby poprawić wyniki, w tym jak zorganizować profesjonalną opiekę w zakresie chirurgicznego leczenia nowotworów. Z drugiej strony ciągle mamy niedostateczne nakłady na ochronę zdrowia, co może znowu doprowadzić do fiaska całego projektu, pomimo dobrych intencji. Jest jeszcze inny aspekt obecnych planów organizacji systemu opieki onkologicznej, który mnie – jako konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej, a jednocześnie klinicystę całe życie zawodowe związanego z medycyną, czy chirurgią akademicką – niepokoi. W moim przekonaniu – i takie samo stanowisko reprezentuje zresztą całe środowisko uniwersytetów medycznych w Polsce – proponowane rozwiązania organizacyjne Krajowej Sieci Onkologicznej faworyzują centra onkologii, pod-

„Należałoby ujednoczyć standardy diagnostyki oraz leczenia niezależnie od poziomu referencyjności i od tego, gdzie procedury leczenia operacyjnego nowotworów są wykonywane”

czas gdy według danych Ministerstwa Zdrowia większość guzów litych jest leczona operacyjnie głównie w jednostkach chirurgii ogólnej, przede wszystkim w klinikach uniwersyteckich. Ten problem jest szczególnie widoczny w przypadku chirurgicznego leczenia nowotworów układu pokarmowego. Około 85 proc. nowotworów przełyku, żołądka, wątroby czy trzustki jest leczonych w wyspecjalizowanych narządowo klinikach chirurgii, w szpitalach uniwersyteckich. W nieco mniejszym stopniu dotyczy to nowotworów jelita grubego czy nowotworów gruczołów piersiowych. Podobny trend obserwuje się w ginekologii onkologicznej.

W związku z tym najpierw należałoby, wracając do kwestii jawności wyników leczenia chirurgicznego, rzeczywiście ujednoczyć standardy diagnostyki oraz leczenia niezależnie od poziomu referencyjności oraz od tego, gdzie procedury leczenia operacyjnego nowotworów są wykonywane – w szpitalach onkologicznych czy w sieci szpitali terenowych, regionalnych, czy wreszcie w klinikach uniwersyteckich. Warto również pamiętać, że w zasadzie większość danych dotyczących wyników leczenia nowotworów już funkcjonuje w tzw. oficjalnym obiegu. Takimi informacjami dysponują NFZ oraz ZUS, więc może wystarczyłoby połączyć dane z tych instytucji i systemowo je przeanalizować. Wiadomo już, ilu pacjentów zostaje poddanych leczeniu, ile razy są hospitalizowani i co w ramach hospitalizacji zostało wykonane. Dostępne są również informacje dotyczące absencji chorobowych, znane są długości przeżycia pacjentów. W pewnym sensie monitorowanie pracy chirurgów już następuje i przynajmniej w części przypadków jej wyniki są znane, choć nie jest to rozwiązanie systemowe. Jednak ani NFZ, ani ZUS, ani żadna instytucja nadrzędna nie dysponują wystarczającym zapleczem kadrowym czy systemem zbiorczego monitorowania i analizowania danych, aby przedstawić obiektywne i wiarygodne wyniki, które posłużyłyby do merytorycznego kształtowania systemu opieki onkologicznej w Polsce w perspektywie kolejnych lat. Bardzo dobrym przykładem monitorowania wyników leczenia jest np. rejestr wyników wszystkich operacji kardiochirurgicznych. Zarówno nadzór specjalistyczny



„ Wyniki leczenia nowotworów są gorsze, niż można by oczekiwać. Wiąże się to z panującą u nas dużą dowolnością w stosowaniu się do obowiązujących rekomendacji zarówno w zakresie diagnostyki, jak i leczenia ”

konsultanta krajowego w dziedzinie kardiochirurgii, jak i władze Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów mają wiedzę o tym, jakie wyniki osiągają poszczególne ośrodki kardiochirurgiczne i gdzie plasują się w zestawieniu z innymi.

Rejestr – czy to możliwe?

Czy w chirurgii onkologicznej stworzenie podobnego rejestru byłoby możliwe? Przede wszystkim zupełnie inna jest skala problemu. W kardiochirurgii rzecz dotyczy kilkunastu, maksymalnie kilkudziesięciu tysięcy zabiegów rocznie, w przypadku chirurgii onkologicznej liczba operacji zbliża się do 600 tys. W sumie w Polsce funkcjonuje ponad 500 oddziałów chirurgii ogólnej. Jak wspomniałem, wykonują one większość operacji nowotworów litych. Być może na początek powinniśmy na wzór rejestru kardiochirurgicznego wprowadzić rejestr operacji onkologicznych w zakresie nowotworów narządowych układu pokarmowego. Taki rejestr dotyczyłby nie więcej niż 50–60 tys. operacji rocznie. Organizacyjnie najważniejszą kwestią pozostaje jednak zapewnienie standardów dostępu do szybkiej diagnostyki oraz możliwości wieloprofilowej terapii nowotworów, jednocześnie z zachowaniem odpowiedniej refundacji leczenia chirurgicznego. Wydaje się, że jeśli ten warunek zostanie spełniony, to uzyskiwanie lepszych wskaźników jakościowych leczenia onkologicznego, w tym także chirurgicznego, będzie łatwiejsze.

Warto zastanowić się także nad rozwiązaniami systemowymi, z tworzeniem centrów doskonałości w za-

kresie tzw. chirurgii wisceralnej czy chirurgii narządowej, z premiowaniem przez NFZ tych ośrodków, które będą sprawozdawały wszystkie procedury chirurgicznego leczenia nowotworów do wspólnej bazy danych. Rejestry narządowe operacji nowotworów pozwoliłyby na monitorowanie faktycznej liczby operacji onkologicznych i tym samym stałyby się podstawą selekcji ośrodków pod względem największego doświadczenia zarówno w aspekcie liczby wykonywanych operacji, jak i jakości leczenia ocenianej na podstawie powikłań, zgonów pooperacyjnych, 5-letnich przeżyć itp.

W kardiochirurgii już to się stało. Jeśli wyniki operacji w danej jednostce odbiegają od przyjętej normy, dalsze zabiegi nie są wykonywane. Po prostu mówi się „stop” danemu ośrodkowi, przynajmniej dopóki nie poprawi swoich wyników. Aktualny sposób finansowania leczenia chirurgicznego nie sprzyja promowaniu najlepszych ośrodków. Operować może każdy, kto posiada prawo wykonywania zawodu i tytuł specjalisty w dyscyplinach zabiegowych, w tym oczywiście z chirurgii ogólnej. Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za wykonany zabieg, a nie faktyczny jego rezultat. W efekcie mamy na przykład ośrodki, które wykonują od jednej do 250 operacji raka odbytnicy rocznie. Jakie jest doświadczenie przy jednej operacji rocznie? Nie muszę wyjaśniać. Oczywiście środowisko chirurgów kolorektalnych zrzeszonych w Polskim Klubie Koloproktologii i Towarzystwie Chirurgów Polskich przyjęło stosowne kryteria, wzorując się na opracowaniach z krajów zachodnich, jednak nijak się to ma do codziennej praktyki klinicznej. W celu niejako wymuszenia zmian w kontraktowaniu przez NFZ leczenia nowotworów jelita grubego zaproponowaliśmy przyjęcie minimum 80–100 operacji kolorektalnych rocznie jako kryterium, które w założeniu ma skutkować poprawą wyników leczenia nowotworów jelita grubego.

W tym kontekście warto zwrócić również uwagę, że na świecie obowiązującą tendencją leczenia chirurgicznego jest specjalizacja narządowa. Nie można specjalizować się w jednej chorobie, jak ma to miejsce w przypadku chirurgów onkologów. Wydaje się, że koncentracja w konkretnym ośrodku określonych typów zabiegów chirurgicznych zorientowanych narządowo, niezależnie od przyczyny (zapalnej, nowotworowej, niedokrwiennej itp.) i trybu operacji (ze wskazań nagłych czy planowych), poprawiłaby wyniki leczenia nowotworów, w tym wskaźnik przeżyć 5-letnich. Proponując ograniczenia w zakresie możliwości wykonywania operacji onkologicznych we wszystkich szpitalach, oprócz założenia, że sugerowane zmiany przyniosą poprawę wyników leczenia, trzeba jednak zdawać sobie również sprawę z potencjalnych konsekwencji społecznych takiego posunięcia czy uwarunkowań politycznych.

prof. Grzegorz Wallner