

Nowotwory pewnych narządów nie powinny być operowane w każdej wsi



PAP/Grzegorz Michalowski

Profesor Adam Dziki z Oddziału Chirurgii Pododdziału Chirurgii Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego w Brzezinach od lat podkreśla wagę medycznej kontroli jakości w chirurgii onkologicznej. „Menedżer Zdrowia” zapytał, czy zrobiliśmy w tym jakiś postęp i bez jakich działań nie poprawimy wyników operacji onkologicznych. Byłoby to szczególnie ważne w sytuacji, gdy dane pokazują, że mimo podobnej zapadalności na nowotwory wyniki leczenia w Polsce znacznie odbiegają od średniej europejskiej – są gorsze o ok. 10–13 proc. W przypadku takich schorzeń jak nowotwory złośliwe jelita grubego, odbytnicy i odbytu umieralność wynosi 30,5 na 100 tys. mężczyzn i 15,4 na 100 tys. kobiet, podczas gdy w Europie odpowiednio 24,0 i 13,6 na 100 tys. Prezentujemy komentarz prof. Adama Dzikiego.

Zrobiliśmy pierwszy krok, bo zaczęliśmy w ogóle o tym problemie rozmawiać, ale do realizacji droga jest bardzo daleka. Do tej pory nikt nie był tym zainteresowany – ani Ministerstwo Zdrowia, ani NFZ, to był temat tabu. Prowadziłem rozmowy na wysokim szczeblu i powtarzam: nikt nie był tym absolutnie zainteresowany. Teraz, od paru miesięcy, zaczyna się o tym mówić, choć COVID-19 na pewno skierował aktywność ministerstwa i NFZ na inne tory, co jest oczywiście zrozumiałe.

Propozycja oceny jakości leczenia jest jednak, jak sądzę, nadal mało zrozumiała dla NFZ czy osób od-

powiedzialnych za ochronę zdrowia. Przecież próba stworzenia ośrodków *Colorectal Cancer Unit* czy *Breast Unit* bez monitorowania jakości leczenia mija się z celem. Pamiętajmy, że aby taki ośrodek był odpowiednio finansowany, musi spełniać określone warunki dotyczące wyposażenia, dostępu do radioterapii i chemioterapii. Wtedy będzie miał on sens.

Muszę powiedzieć, że nasze lobby chirurgiczne jest dość słabe w porównaniu np. z onkologicznym i w rezultacie nikt nie rozumie podstawowej sprawy – że kluczem do poprawy jakości leczenia nowotworów jest jakość chirurgii. Radioterapia i chemioterapia świetnie



„Jestem w Polsce jedną z osób zniechęconych przez środowisko chirurgów onkologicznych. Dlaczego? Bo uważam, że nie ma kogoś takiego jak chirurg onkologiczny, czyli specjalista od wszystkich nowotworów”

się uzupełniają, ale nie są w stanie nikogo wyleczyć z nowotworu bez pomocy chirurga. Żle wykonanej operacji nic nie jest w stanie naprawić – ani świetna radioterapia, ani chemioterapia.

Po prostu najważniejsza jest jakość. Problem jest wielowątkowy, bo mamy wiele parametrów oceny jakości, ale jednym z podstawowych jest ocena preparatu. Mimo że Polskie Towarzystwo Patologów wprowadziło pewne reguły, to niestety nie są one przestrzegane. Wyniki opisywane w różnych ośrodkach różnią się standardem. Choć jedną z ocen histopatologicznych jest ocena jakości i doszczętności wycięcia, rzadko w raportach histopatologicznych spotykam takie określenie. I kolejna sprawa: nikt nie bada liczby powikłań śródoperacyjnych, pooperacyjnych, nie mówiąc o odległych wynikach, które powinny być kluczowe dla oceny jakości. O tych pacjentach nic nie wiemy.

Uważam też, że – mówiąc obrazowo – nowotwory pewnych narządów nie powinny być operowane w każdej wsi. Powinny powstać ośrodki monitorowane przez specjalną komisję, w której znaleźliby się przedstawiciele towarzystw naukowych, NFZ, Ministerstwa Zdrowia. Należy m.in. określić pewną liczbę nowotworów, np. 100, które zespół powinien zoperować, aby zabiegi były finansowane przez NFZ. To by w sposób naturalny spowodowało powstanie klinik narządowych.

Formą podniesienia jakości jest również stworzenie bazy danych operowanych pacjentów, co oczywiście

wymaga nakładów. Na podstawie takiej bazy można by w pewien sposób oceniać ośrodki – wiedziano by, ilu jest operowanych, jak długo chory przebywał w szpitalu, jakie były wczesne efekty leczenia. Ale żeby ta baza funkcjonowała, ktoś musi nią kierować i ktoś musi za nią płacić. Wtedy byłaby jednym z elementów pozwalających kontrolować jakość, pokazałaby liczbę powikłań na danym oddziale w stosunku do kraju albo do województwa.

Jestem w Polsce jedną z osób zniechęconych przez środowisko chirurgów onkologicznych. Dlaczego? Bo uważam, że nie ma kogoś takiego jak chirurg onkologiczny, czyli specjalista od wszystkich nowotworów. Nie można dobrze operować zarówno nowotwór mózgu, nerki, pęcherza moczowego, jak i jelita grubego. To nie wchodzi w grę, ale chirurdzy onkologiczni przypisują sobie takie umiejętności. Na całym świecie kluczem do sukcesu jest chirurgia narządowa. Jeżeli ktoś wie, że jest guz w jelicie i że to może być guz na tle uchyłków, choroby Leśniowskiego-Crohna czy nowotworu, musi pamiętać, że każde z tych schorzeń wymaga innego podejścia. Chirurg narządowy będzie wiedział, jak to leczyć. Jeśli się okaże, że jest to choroba Leśniowskiego-Crohna, chirurg onkologiczny nie będzie miał pojęcia, jak postępować. Jedną wielką pomyłką jest wprowadzenie chirurgii onkologicznej, żeby dać prawo leczenia wszystkich nowotworów. To jest po prostu niemożliwe. Jeżeli ktoś sobie to przypisuje, nie ma wyobraźni.

Niewielu chirurgów jest jednak zainteresowanych oceną jakości, bo okazałoby się, kto jest kim. Bez stworzenia bazy danych osób operowanych, bez przejrzystych wyników leczenia każdy może mydlić oczy i opowiadać, że jest najlepszy. Wspomniana baza sprawę wyjaśniła. Tymczasem chirurdzy nie są oceniani, więc nie wiedzą, czy są tak świetni, jak sądzą. Powinny być kryteria pozwalające ocenić ich poziom.

Wyniki leczenia onkologicznego się poprawiły, ale w stosunku do tego, co było 20 lat temu. Nadal jednak jesteśmy w ogonie Europy. Radioterapię mamy na bardzo dobrym poziomie, chemioterapię również, szwankuje jakość wykonywanych operacji.

Wzorem, jeśli chodzi o ocenę leczenia nowotworów, są kraje skandynawskie. Tam istnieje rejestr, niemożliwe jest zoperowanie chorego w ośrodku, który nie ma doświadczenia, pozwolenia na takie zabiegi. Polski system jest dziwny, bo udajemy, że mamy wolny rynek, ale jest jeden monopolista i jeden płatnik. Jeśli tak jest, to ten płatnik powinien stawiać warunki i decydować, co i gdzie powinno być wykonywane. Dzisiaj jest wielu właścicieli szpitali i każdy próbuje swój rozbudować i zrobić z niego Cleveland Clinic, co jest bez sensu. Ale to wymagałoby radykalnych działań, na które nie wiem, czy są wszyscy przygotowani.

Adam Dzik

Opracowała: Iwona Konarska