

MENEDŻER ROKU 2014 W OCHRONIE ZDROWIA

PLACÓWKI



PUBLICZNE

Rak nie czeka w kolejce

Rozmowa z **Krystyną Pieczyńską**,
dyrektor Zachodniopomorskiego
Centrum Onkologii, Menedżerem
Roku 2014 w Ochronie Zdrowia
w kategorii Placówki Publiczne


**Pierwszy pani krok jako szefowej
Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii – jaki był?**

Rozpoczęcie pracy nie było spektakularne – po prostu
wygrałam konkurs na to stanowisko.

**Co jest najtrudniejsze w zarządzaniu tak specjalistyczną
placówką?**

Trudności można mnożyć, ale bardzo istotne jest znale-
zienie złotego środka między zapewnieniem właściwej
opieki pacjentom, gdzie jakość świadczonych usług
jest wartością nadrzędną, a utrzymaniem płynności
finansowej. W naszym szpitalu dbamy o warunki so-
cjalne chorych i całej kadry, ale realizowanie procedur »

fot. Cezary Aszkielowicz / Agencja Gazeta



*Nie wolno zapominać
o pieniądzach. Wszystkie
rozwiązania wprowadzające
nowe metody diagnostyczne
czy lecznicze, inwestycje
budowlane, dbałość
o środowisko – są wysiłkiem
finansowym*

KRYSTYNA PIECZYŃSKA

ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII, SZCZECIN

Pod jej nadzorem szpital zakończył budowę nowoczesnego Centrum Diagnostyki i Terapii Nowotworów Piersi. Teraz oferuje pacjentom skuteczniejszą diagnostykę i leczenie. Pieczyńska jest pomysłodawczynią szkół dla pacjentów onkologicznych. Misją ZCO w Szczecinie jest leczenie chorób nowotworowych w celu uzyskania najlepszych wyników mierzonych długością przeżycia.

» diagnostyczno-terapeutycznych na europejskim poziomie jest najważniejsze. Kształcimy zatem ustawicznie kadrę, wprowadzamy innowacyjne metody leczenia, modernizujemy nasze zaplecze, jesteśmy otwarci na pozytywne zmiany. Nie mogę jednak zapominać o pieniądzech. Wszystkie rozwiązania wprowadzające nowe metody diagnostyczne czy lecznicze, inwestycje budowlane, dbałość o środowisko – są wysiłkiem finansowym. Ochrona zdrowia nie jest biznesem, który może przynieść finansowy sukces, bo przecież nie do tego jest powołana. Nie jest jednak łatwo utrzymać wysoki poziom realizacji wszystkich zadań, które mi powierzono, przy takim finansowaniu.

Jesteście państwo jedynym centrum posiadającym certyfikację Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego – SIS. W jaki sposób uzyskać akredytację centrum leczenia raka piersi w Polsce?



fol. Cezary Aszkiewicz / Agencja Gazeta

Breast Cancer Unit, czyli BCU, muszą spełnić następujące podstawowe wymogi: zapewnić kompleksową opiekę na wszystkich etapach choroby – od rozpoznania, poprzez ustalenie stopnia zaawansowania, leczenie onkologiczne i rehabilitację, po badania kontrolne po zakończeniu aktywnego leczenia czy zapewnienie opieki w stanie terminalnym. Centrum powinno objąć opieką ok. 500 tys. mieszkańców, diagnozować minimum 150 przypadków raka piersi rocznie oraz

organizować cotygodniowe wielodyscyplinarne spotkania, podczas których omawiane będą wszystkie opcje terapeutyczne co najmniej dla 90 proc. pacjentek leczonych w ośrodku. W skład komisji wielodyscyplinarnej wchodzi radiolog, patomorfolog, chirurg onkolog, chirurg plastyk, onkolog kliniczny, radioterapeuta i wykwalifikowana pielęgniarka.

Czy trudno było spełnić wymagania SIS?

Przygotowywaliśmy się do tego bardzo solidnie. Na przykład, wymagane jest wykonywanie co najmniej 2000 mammografii w pracowni radiologicznej, a opisywanie ok. 1000 mammografii rocznie lub 5000 badań w ramach programów przesiewowych przez radiologa, uczestniczenie w posiedzeniach BCU, stałych szkoleniach. W pracowni RTG powinna być możliwość przeprowadzenia badania klinicznego, wykonania oprócz mammografii biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, biopsji gruboigłowej pod kontrolą różnych technik obrazowania. Patomorfolog musi rozpoznawać minimum 150 przypadków pierwotnego raka piersi rocznie – w ZCO ocenia ponad 500; wykonywać badania immunohistochemiczne, minimum status receptora estrogenowego, receptora progesteronowego i HER2 – w ZCO dodatkowo indeks Ki 67 oznaczający wskaźnik proliferacji; oceniać histologicznie stan węzłów chłonnych zarówno w procedurze biopsji węzła chłonnego wartowniczego, jak i limfadenektomii pachowej.

To bardzo ostre kryteria.

Chirurg będący członkiem *breast teamu* musi leczyć nie mniej niż 50 przypadków rocznie – w ZCO chirurg operuje przeszło dwukrotnie więcej, przyjmować w poradni diagnostycznej raz w tygodniu, okresowo szkolić się z zakresu komunikacji i poradnictwa. Chirurg wykonujący biopsję węzła chłon-



nego wartowniczego powinien być przeszkolony i poddawany ocenie. Kolejne wymogi: odsetek braku lokalizacji węzła chłonnego wartowniczego mniejszy niż 5 proc., liczba pobranych węzłów chłonnych w procedurze limfadenektomii większa niż 10 w ponad 90 proc. przypadków. Wszystkie kobiety operowane powinny być badane przez chirurga raz w roku – minimum 90 proc. pacjentek. Zaleca się ponadto poinformowanie o rozpoznaniu w bezpośredniej rozmowie z pacjentką w czasie do 5 dni od uzyskania wyniku biopsji gruboigłowej. Rozpoznanie histologiczne powinno być znane w 90 proc. przypadków przed operacją, co oznacza, że liczba biopsji chirurgicznych powinna być mniejsza niż 10 proc. W wypadku operowania zmian niepalpacyjnych w trakcie zabiegu należy wykonać radiogram wycinka. Pacjentki z małym guzem powinny mieć przeprowadzony zabieg oszczędzający – dotyczy to 70–80 proc. przypadków. Mastektomia jest zarezerwowana dla chorych preferujących ten zakres operacji, a także kobiet z dużym guzem i wysokim ryzykiem nawrotu choroby. Wszystkie chore powinny być poinformowane o możliwości wykonania rekonstrukcji jednoczesnej lub odroczonej.

Jak długo organizowali państwo Breast Cancer Unit?

U nas przygotowania trwały 3 lata. Certyfikację uzyskaliśmy na 5 lat. Zwrócę uwagę na biopsję węzła wartowniczego. Jesteśmy ośrodkiem, który wykonuje standardowo taką procedurę, co daje szansę pacjentce na nieusuwanie węzłów chłonnych pachowych, czyli przeprowadzenie zabiegu mniej okaleczającego.

Czy są u was kolejki?

Leczenie chorych na raka piersi rozpoczyna się w ciągu 14 dni. Nie ma odległych terminów także w wypadku innych nowotworów. Jeśli chory jest zakwalifikowany do

leczenia operacyjnego, wszystko odbywa się w ciągu 2–3 tygodni od rozpoznania. Podobnie jest z chemioterapią, radioterapią. Chory nie czeka.

Co jest sukcesem ZCO w 2014 r.?

Rozpoczęliśmy brachyterapię stercza. Nie trzeba nasświetlać całej miednicy, tylko sam gruczoł krokowy. Mamy pracownię brachyterapii o odpowiedniej lokalizacji i wyposażeniu. To nasz sukces w roku 2014.

Czy są państwo przygotowani do pakietu kolejkowego, czy obawiacie się nowych rozwiązań?

W zasadzie na 30 dni przed wejściem w życie pakietu onkologicznego nie znamy ostatecznego kształtu regulacji, które są najważniejsze z punktu widzenia szpitala,

tj. zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Niewątpliwie tempo wprowadzania zmian nie jest właściwe, wiele zapisów projektu wymaga doprecyzowania. Zachodniopomorskie Centrum Onkologii zgłosiło 14 uwag do projektów zarządzeń. Pakiet onkologiczny zakłada m.in. powołanie tzw. wielodyscyplinarnych zespołów opracowujących plan leczenia, co w ZCO jest już długoletnią, powszechną

praktyką. Główną rolę w projektowanych zmianach powierzono lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej. Wątpliwe jest jednak, aby w praktyce lekarze POZ mogli przejąć ciężar wstępnego diagnozowania pacjentów onkologicznych i obowiązki prowadzenia kontroli po zakończeniu leczenia onkologicznego. Do poradni onkologicznej nie jest wymagane skierowanie, karta diagnostyki onkologicznej nie jest więc konieczna do rozpoczęcia diagnostyki, tak jest teraz i tak będzie po wprowadzeniu pakietu onkologicznego. W ramach pakietu wprowadzono jednak ryczałtowe finansowanie diagnostyki onkologicznej, w naszej opinii wycena pakietów jest zbyt niska. Nie może być mowy o szybkiej i efektywnej ścieżce leczenia onkologicznego, gdy nadal nie ma jasnych przepisów, a jedynym widocznym skutkiem jest wyraźne zmniejszenie zakresu finansowania świadczeń. Nie ma znaczenia fakt, że część świadczeń onkologicznych ma być nielimitowana, jeżeli procedury są niedoszacowane. Jesteśmy gotowi na przyjęcie pacjentów, chcemy, aby pacjent nie błądził po systemie. W naszym odczuciu propozycje pakietu onkologicznego w obecnym kształcie nie rozwiązują tego problemu. Liczymy jednak, że pakiet będzie podlegał modyfikacjom zgodnie z sugestiami środowiska. ■

Rozmawiała Marta Koblańska