

ONKOLOGIA

Wiele rodzajów raka można wykryć wcześniej

Rozmawiała Marta Koblańska



Fot. Sławomir Kamiński/Agencja Gazeta

Rozmowa z **prof. dr. hab. n. med. Piotrem Rutkowskim** z Centrum Onkologii w Warszawie.

I Szef American Society of Clinical Oncology ASCO mówi o poczuciu niepewności u osób, które oczekują na wyniki badań diagnostycznych w kierunku nowotworu. Jak ten czas oczekiwania wygląda w naszym kraju?

Potwierdzenie rozpoznania nie sprowadza się obecnie do postawienia wyłącznie diagnozy nowotworu złośliwego. To dłuższy

proces, ponieważ aby wypracować optymalną ścieżkę postępowania, należy dokładnie określić typ nowotworu, często również na poziomie molekularnym. Najczęściej trwa to 3–6 tygodni. Dłuższy czas oczekiwania na diagnozę już po wprowadzeniu pakietu onkologicznego najczęściej związany jest z tym, że pacjenci zostają skierowani w niewłaściwe miejsce lub do niewłaściwego lekarza, czyli

ciągle brakuje koordynacji w zakresie onkologii. Jeżeli do kliniki, którą kieruję, zadzwoni pierwszorazowy pacjent z podejrzeniem nowotworu, którym się zajmujemy, zostaje przyjęty do naszego zespołu w ciągu 2 tygodni. Można więc powiedzieć, że standardy dotyczące terminów przyjęcia i wytyczenia dalszego postępowania są spełniane u ok. 90 proc. osób z podejrzeniem choroby nowotworowej. Co one mówią? Zgodnie z wytycznymi światowymi od rozpoznania choroby nowotworowej do rozpoczęcia jej leczenia nie powinno upłynąć więcej niż 6 tygodni. I to jest bardzo dobry wynik. Problemem pozostaje jednak to, że karta DILO nie uwzględnia, co dzieje się wcześniej.

I To znaczy?

Wiele osób, które mogą chorować na nowotwór, nie zdaje sobie z tego sprawy. Problemem są również lekarze innych specjalności niż onkologia. Na czym polega problem? Chory wędruje od lekarza do lekarza ze swoimi dolegliwościami i nie zostaje poddany diagnostyce, która powinna zostać przeprowadzona. Część nowotworów może zostać wykryta już na etapie wykonywania badań przesiewowych. Tak się jednak często nie dzieje. Potwierdzają to złe statystyki, choćby dotyczące raka piersi. O czym to świadczy? Badania nie są przeprowadzane, bo chory się nie zgłasza, nie są opisywane w należyty sposób lub zawodzi sprzęt. Kolejnym problemem jest to, że wielu lekarzy POZ w ogóle nie rozmawia z pacjentami o ich objawach, które mogłyby sugerować chorobę nowotworową.

I W jakich obszarach sytuacja jest szczególnie zła?

Jeżeli chodzi o nowotwory skóry, problem wynika raczej z tego, że pacjenci lekceważą różnego rodzaju znamiona, a nawet kilkucentymetrowej grubości czerniaki. Chodzi więc bardziej o ich podejście do własnego zdrowia niż kwestie związane z kompetencjami lekarzy, bo w tym przypadku od chwili zgłoszenia się do specjalisty do rozpoznania sytuacja jest niezła. Ale na przykład rozpoznawanie i leczenie mięsaków przedstawia się bardzo źle. Błędną diagnozę otrzymuje nawet 40 proc. pacjentów. Nie zdarza się to w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie, który jest ośrodkiem referencyjnym w skali Unii Europejskiej, ale poza nim już tak. Chory ma guz, ale lekarz go lekceważy. Młody człowiek, którego boli okolica krzyżowobiodrowa czy okolica stawu kolanowego, zostaje skierowany na rehabilitację, którą podejmuje się bez wykonania żadnej dia-

gnostyki. Ta rehabilitacja trwa nawet kilka miesięcy. Dolegliwości narastają i dopiero wówczas wykonywane jest badanie RTG. Co gorsza, czasem zdarza się, że guz zostaje zwyczajnie wycięty bez ustalenia rozpoznania, co zmniejsza szanse na wyleczenie chorego o ok. 20 proc.

I To o czym myśli lekarz?

Nie wiem. Wydaje mi się, że to problem zarówno mentalności, jak i wiedzy lekarskiej. Jaka ona jest? Nie zwraca się uwagi na podstawowe objawy, które mogą sugerować nowotwór. Nie jestem w stanie zrozumieć tego, że lekarz przed rozpoczęciem leczenia nie chce wiedzieć, na co pacjent choruje. Amerykanie kiedyś powiedzieli, że u wielu lekarzy, w szczególności chirurgów, można zaobserwować odruch oczno-ramienny. Co to oznacza? Chirurg wycina guz, gdy tylko go zobaczy, ale niestety pomija funkcje kory mózgowej, czyli bodziec informujący o konieczności ustalenia rozpoznania nie dociera do mózgu. Może to wynika ze złego nauczania onkologii? Wymogi egzaminacyjne dla chirurgów są bardzo słabe. Szkolenie chirurgów ogólnych w zakresie onkologii szwankuje. Widzę różnice między chirurgami onkologami w trakcie specjalizacji a chirurgami ogólnymi. Ale oczywiście również wielu chorych lekceważy pierwsze objawy lub czeka na tzw. rozwój sytuacji. Na przykład średnia grubość czerniaka jest w Polsce dwa razy większa niż w Niemczech. Nie dlatego, że nie można pójść do lekarza. Po prostu pacjent myśli, że sprawa sama się rozwiąże.

I Czyli system działa, medycy nie do końca, a pacjenci nie ufają ochronie zdrowia.

Tak. W Polsce generalnie nie ma zaufania do nikogo i niczego. Jednak oceniając działanie karty DILO i pakiet onkologiczny – funkcjonuje on bardzo dobrze. Pakiet zdecydowanie przyspieszył zarówno wykonywanie, jak i uzyskiwanie wyniku choćby diagnostyki obrazowej, która jest nie do przecenienia dla rozpoznania bądź wykluczenia nowotworu, choć nadal jej wycena jest niższa niż realne koszty. To z kolei stanowi główny czynnik wpędzający ośrodki onkologiczne w zadłużenie. Ale wracając do błędów. Nie liczy ich żaden system, żadna karta DILO. A dotyczą one wielu rodzajów nowotworów. Oczywiście istnieją nowotwory łatwiejsze i trudniejsze do rozpoznania. Rak trzustki należy do tych trudniejszych. Rak płuca może nie powodować żadnych objawów. Wielu nowotworom towarzyszą jednak objawy, na podstawie których mogłyby być wy-

krywane wcześniej. Przykładem jest rak jelita grubego. Niestety, obecny system nie ocenia jakości postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, co powinno być rutynowym elementem systemu informacyjnego ochrony zdrowia. Niezbędne jest stworzenie systemu monitorowania jakości i określania szczebli referencyjności na podstawie przedstawionych kryteriów dla wszystkich jednostek realizujących świadczenia onkologiczne finansowane ze środków publicznych.

Jak powinno wyglądać rozpoznawanie nowotworu i włączenie leczenia w sposób modelowy?

Największe znaczenie po badaniach diagnostycznych mają konsultacje w zespole wielospecjalistycznym. Ogromną rolę odgrywa patomorfolog, który musi uczestniczyć w konsylium. Badania obrazowe i wyniki biopsji zostają omówione na spotkaniu zespołu, w którym uczestniczą również radiolodzy, chirurdzy, radioterapeuci, onkolodzy kliniczni. Ustala się rozpoznanie albo to rozpoznanie już jest znane i opracowuje się sposób leczenia. To nie opóźnia terapii, ale pokazuje wagę skupienia całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego pod jednym dachem. Warunkiem powodzenia są również kompetencje poszczególnych członków zespołu, bo w przeciwnym razie

Czasem trzeba wstrzymać się z leczeniem chirurgicznym i wdrożyć postępowanie przedoperacyjne. Zdanie onkologa klinicznego czy radioterapeuty jest równie ważne dla ustalenia sposobu leczenia skojarzonego. W przypadku diagnostyki najważniejszą są patomorfolog oraz chirurg onkolog.

Czy w chirurgii onkologicznej ma znaczenie specjalizacja narządowa?

Tak rzeczywiście dzieje się na świecie. Tak jest w dużych, najbardziej liczących się ośrodkach onkologicznych, takich jak MD Anderson Cancer Center w USA, Istituto Nazionale Tumori we Włoszech, Royal Marsden w Wielkiej Brytanii. Tam chirurdzy specjalizują się w operacjach jednego – dwóch typów nowotworów, bo tak ogromny jest zakres wiedzy, który trzeba opanować, aby poprawnie diagnozować i leczyć raka. Na przykład Holendrzy i Skandynawowie postawili na centralizację. W tych krajach funkcjonuje zaledwie kilka ośrodków, w których diagnozuje się i leczy mięsaki, co jest istotne, bo w obrębie tej grupy nowotworów jest ok. 60 typów i podtypów. Nawet 40 proc. rozpoznań ulega zmianie po konsultacji w ośrodku referencyjnym. Podobnie wygląda organizacja leczenia we Francji, gdzie dzięki centralizacji wyniki zaraz poprawiły się o 20 proc. Wcześniej funkcjonowało kilkanaście

” W Polsce generalnie nie ma zaufania do nikogo i niczego. Jednak oceniając działanie karty DILO i pakiet onkologiczny – funkcjonuje on bardzo dobrze. Pakiet zdecydowanie przyspieszył zarówno wykonywanie, jak i uzyskiwanie wyniku choćby diagnostyki obrazowej, która jest nie do przecenienia dla rozpoznania bądź wykluczenia nowotworu, choć nadal jej wycena jest niższa niż realne koszty.

konkluzja wypływająca z dyskusji nie będzie najlepsza. Kolejną ważną rzeczą jest przedstawienie choremu planu leczenia, ponieważ on musi wiedzieć, czego może oczekiwać i czego się spodziewać. W każdym przypadku pacjent musi godzić się na zaproponowany rodzaj terapii. Musi wiedzieć, jeśli leczenie może nie skończyć się powodzeniem, i być na to przygotowany. Czasem leczenie ma charakter okaleczający, na przykład w przypadku nowotworów głowy lub szyi. O tym również pacjent musi wiedzieć. Zdarza się, że chory nie chce czekać na leczenie. Nie rozumie znaczenia badań diagnostycznych i właściwego rozpoznania. Może rzeczywiście nie ma zaufania do lekarza. Na takie postawy ze strony chorych lekarz też powinien być przygotowany, aby uświadomić mu, że błąd popełniony na początku ma ogromne konsekwencje.

Czy czyjś głos jest ważniejszy podczas konsyliów?

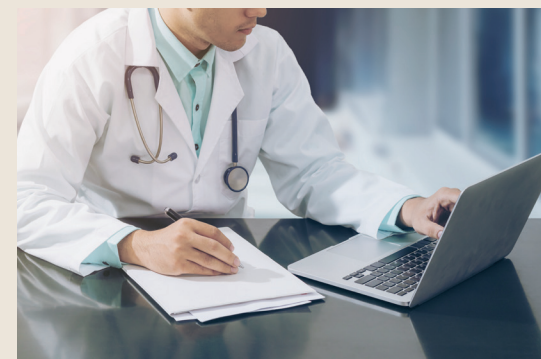
Jeżeli chodzi o nowotwory lite, najważniejszy jest głos chirurga onkologa lub chirurga. Nie wynika to jedynie z naszego ego, ale z tego, że to właśnie chirurg odpowiada za podstawowy etap leczenia. To chirurg wie, na jakim etapie choroby należy włączyć leczenie i jakie, czy chorego należy operować, jakie inne metody zastosować.

ośrodków. Jaki jest wniosek? Wyniki leczenia są lepsze nie dlatego, że do systemu pompuje się więcej pieniędzy, ale dlatego, że proces diagnostyczno-terapeutyczny jest przemyślany. Jak to wygląda w Polsce? Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie leczy ok. 40 proc. pacjentów chorujących na mięsaki, z których wielu na początku jest leczonych nieprawidłowo. Terapia pozostałych 60 proc. chorych prowadzona jest wszędzie. Wyniki takiego postępowania to istna loteria. Raz jest lepiej, raz gorzej, ale nikt tego nie weryfikuje. Ogromne znaczenie mają kwalifikacje patomorfologa, a takich, którzy są kompetentni, pracuje w Polsce 4–5 osób. Mięsaki należą do nowotworów rzadkich. Choruje ok. 1,3 tys. osób rocznie, dlatego opinia patomorfologa ma ogromne znaczenie. Z drugiej strony dobrą rzeczą, którą zrobiono w naszym kraju, jest wyznaczenie 21 ośrodków dysponujących nowoczesnymi terapiami do leczenia zaawansowanego czerniaka. Można powiedzieć, że ten nowotwór jest bardziej demokratyczny. Choruje więcej osób, ale samo rozpoznanie jest prostsze, a leczenie podstawowe rzeczywiście może odbywać się wszędzie. Jednak faktycznie era, w której wszyscy operują wszystko, już się zakończyła – należy specjalizować się w określonym rodzaju nowotworu. ■

Bezpieczeństwo danych pacjentów w szpitalach

Dominika Baranowska

Niespełna 2 lata temu doszło do największego w Polsce wycieku danych pacjentów oraz pracowników szpitala. Z placówki w Kole skradziono 50 tys. rekordów. Były wśród nich m.in. imiona



Fot. iStockphoto

i nazwiska, adresy, numery PESEL, numery dowodów osobistych, grupy krwi i wyniki badań. Zawiodła infrastruktura – okazało się, że szpitalny serwer nie był zabezpieczony. Narażono na niebezpieczeństwo wiele osób, a można było tego łatwo uniknąć.

Rekomendacje CSIOZ, czyli jak dbać o wrażliwe dane w postaci elektronicznej

W reakcji na ten incydent Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w 2017 r. wydało zaktualizowane zalecenia dotyczące przechowywania i przetwarzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. W dokumencie znajdują się rekomendacje w sprawie zabezpieczania danych w przypadku rozwiązań chmurowych – m.in. szyfrowania w modelu *end-to-end encryption*, stosowania kluczy kryptograficznych w celu zabezpieczenia przed udostępnieniem danych osobom nieupoważnionym czy wprowadzenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapobiegających wyciekowi, zniszczeniu lub uszkodzeniu informacji.

Bezpieczeństwo danych leży zarówno w rękach placówki, jak i jej pracowników

Dane, zanim znajdą się na serwerze, przechodzą najpierw przez ręce pracowników. I to oni przejmują w dużej mierze odpowiedzialność za ich bezpieczne umieszczenie w bazie i przechowywanie. Częstą praktyką wśród pracowników medycznych (np. lekarzy) jest korzystanie z konta, na którym zalogowany jest poprzednik. Ponieważ poprzedników było zapewne kilku, w przypadku wycieku danych czy jego zatuszowania ustalenie sprawcy może być trudne. Brak przelogowania stwarza także ryzyko dostępu osób trzecich. A tego można uniknąć.

Jak się ustrzec?

Edukacja pracowników z zakresu cyberbezpieczeństwa może przynieść dobre efekty, ale przede wszystkim należy zadbać o odpowiednie rozwiązania systemowe, które pozwolą zminimalizować, a nawet zniwelować ryzyko dostania się poufnych informacji w niepowołane ręce. Zgodnie z wytycznymi RODO wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z gromadzeniem dużych ilości wrażliwych danych, kluczowe jest wdrożenie oprogramowania szyfrującego. Jest ich na rynku kilka, lecz nie każde posiada takie funkcjonalności, jak możliwość szyfrowania zarchiwizowanych plików czy ich odzyskiwania. W opinii Instytutu Łączności rozwiązaniem, które oferuje niezbędne do bezpiecznego przechowywania danych funkcje, jest UseCrypt Safe. To aplikacja do szyfrowania informacji przy wykorzystaniu usługi działającej w chmurze, która pozwala na wyeliminowanie ryzyka nieautoryzowanego dostępu do danych oraz spełnia techniczne wymogi związane z RODO (szyfrowanie i bezpieczna archiwizacja danych, ochrona ich transferu, ochrona urządzeń). Dzisiaj, gdy ataki hakerskie stały się codziennością, a sprzedaż danych na czarnym rynku jest łatwym zarobkiem dla złodziei tożsamości, szalenie ważne jest dbanie o ich bezpieczeństwo. Wyciek danych to dla placówki strata nie tylko wizerunkowa, lecz także finansowa. Oszczędzanie na kompleksowych rozwiązaniach z zakresu cyberbezpieczeństwa w dobie „digitalu” może być odbierane jako brak rozsądku.

Partnerem publikacji jest UseCrypt

