

Krzysztof Adamowicz¹, Marzena Welnicka-Jaśkiewicz²¹Szpital Specjalistyczny w Wejherowie²Klinika Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Analiza przyczyn zgłaszania się pacjentów do Poradni Onkologicznej w Wejherowie

Analysis of patients' referrals to the outpatient oncology clinic in Wejherowo

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Krzysztof Adamowicz
Poradnia Onkologiczna
Szpital Specjalistyczny w Wejherowie
ul. Jagalskiego 10, 84-200 Wejherowo
e-mail: Krzys.adamowicz@gmail.com

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Czas oczekiwania na specjalistyczną konsultację onkologiczną wynosi od kilku do kilkunastu tygodni. Wynika to z niedostatecznej liczby lekarzy onkologów, nierównomiernego rozmieszczenia ośrodków onkologicznych oraz faktu, że do Poradni Onkologicznych nie jest wymagane skierowanie.

Materiał i metody: W pracy retrospektywnie przeanalizowano przyczynę zgłoszeń i skierowań 3648 chorych rejestrujących się po raz pierwszy do Poradni Onkologicznej w Wejherowie w latach 2010–2013. W przypadku skierowania chorych z powodu patologii w piersiach dokonano oceny ostatecznego rozpoznania klinicznego lub cytologicznego. Dodatkowo oceniono liczbę chorych, u których rozpoznano nowotwór, oraz częstość wizyt chorego w zależności od przyczyny skierowania i ustalonego rozpoznania.

Wyniki: Większość kierowanych chorych stanowiły kobiety (2679; 73,4%). Najczęstszą przyczyną zgłoszeń i skierowań była patologia związana z gruczołem piersiowym, drugą w kolejności była rozpoznana cytologicznie lub histopatologicznie choroba nowotworowa, następnie obecność nieprawidłowości w badaniu obrazowym, guzek w tkance podskórnej lub powiększony klinicznie węzeł chłonny. U większości nasilenie stwierdzanych zaburzeń w gruczołach piersiowych było niewielkie i już na pierwszej wizycie praktycznie wykluczało obecność raka piersi.

Podsumowanie: Na podstawie uzyskanych wyników oraz doświadczeń własnych autorzy opracowali propozycje praktycznych wytycznych dotyczących zasad kierowania na konsultacje onkologiczne do Poradni Onkologicznej. To z kolei, przy poprawie wiedzy dotyczącej chorób nowotworowych wśród lekarzy rodzinnych, mogłoby zmniejszyć liczbę osób kierowanych do Poradni Onkologicznych. Ułatwiłoby to dostęp do konsultacji onkologicznej przy utrzymaniu niezbędnego minimum zatrudnienia lekarzy onkologów klinicznych.

Słowa kluczowe: badania diagnostyczne, onkologia, lekarz rodzinny

ABSTRACT

Introduction: The waiting time for the specialist oncology consultation ranges from a few to several weeks. This is due to the insufficient number of oncologists, uneven distribution of the cancer centers and the fact that the referral to the Cancer Clinic is not required.

Material and methods: For the purpose of the research the cause of notifications and referrals of 3648 patients, who registered for the first time in The Oncology Clinic of Wejherowo in years 2010–2013, was retrospectively analyzed. In the case of patients' referrals due to a pathology in the chest, the assessment of the final clinical diagnosis or cytology has been made. Additionally, the researchers evaluated the number of patients diagnosed with cancer and the frequency of patient's visits considering the reasons of referring for consultation and the established diagnosis.

Results: Vast majority of the targeted patients were women (2679; 73.4%). The most common cause of referrals and visits was the pathology associated with mammary gland, the second frequently recognized reason was a diagnosed cytologically or histologically malignant disease. The following was the presence of abnormalities in

the pictorial study, lump in the subcutaneous tissue or clinically enlarged lymph node. The majority of the severity of disorders ascertained in the mammary glands were small and already on the first visit virtually ruled out the presence of breast cancer.

Summary: Taking the research results and own experience into consideration, the authors have developed some proposals of practical guidelines on targeting consultation to the Oncology Clinic. The improvement of knowledge concerning cancer among general practitioners could reduce the number of people directed to the Cancer Clinic. This would facilitate an access to the oncology consultation while maintaining the necessary minimum of the clinical oncologists' employment.

Key words: diagnostics, general practitioner, oncology

Onkol. Prak. Klin. 2014; 10, 5: 231–238

Wstęp

W Polsce do większości specjalistów wymagane jest skierowanie od lekarza rodzinnego, a czas oczekiwania na pierwszą wizytę waha się od kilku do kilkunastu tygodni. Dotyczy to również onkologów, chociaż w tym przypadku nie trzeba mieć skierowania. Według zestawień Centralnego Rejestru Lekarzy prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską w Warszawie wszystkich lekarzy specjalistów onkologów klinicznych w Polsce jest 707 (692 czynnie praktykujących). Biorąc pod uwagę ogólną liczbę ludności Polski — ponad 38 milionów osób [1] — na 100 tysięcy ludności w Polsce przypada 1,9 onkologa (1 onkolog na 55 tysięcy osób). Rozmieszczenie onkologów oraz ośrodków onkologicznych w Polsce jest nierównomierne — na przykład w Warszawie istnieją 4 duże ośrodki onkologiczne na czele z Centrum Onkologii — Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie, podczas gdy w województwie warmińsko-mazurskim są 2 oddziały onkologiczne. Raport sporządzony przez Państwowy Zakład Higieny na zamówienie Ministerstwa Zdrowia z 2006 roku opisuje bardzo duże zróżnicowanie międzywojewódzkie w nasyceniu „łóżkami onkologicznymi”, przy czym siła tego zróżnicowania jest podobna i raczej stała w ostatnich latach. Do województw, w których liczba łóżek była w całym okresie 2000–2005 wyraźnie niższa od przeciętnej, należały województwa lubuskie i małopolskie, natomiast ponad dwa razy więcej łóżek w całym okresie miało województwo podlaskie, a od 2003 roku również wielkopolskie [2]. W województwie pomorskim istnieją 3 oddziały onkologiczne i — co należy podkreślić — zgodne z obecnymi światowymi trendami duży nacisk kładzie się na onkologiczne leczenie ambulatoryjne. Takie podejście jest również zgodne z zaleceniami wynikającymi z raportu Uczelni Łazarskiego na temat chemioterapii w Polsce, postulującymi zwiększenie finansowania i realizacji świadczeń z zakresu chemioterapii w warunkach jednodniowych i ambulatoryjnych, zamiast obecnie realizowanych świadczeń w warunkach szpitalnych (hospitalizacje). Wymaga to jednak w skali kraju zmiany wyceny punktowej

poszczególnych procedur przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) [3].

Przyczyn utrudnionego dostępu do konsultacji onkologicznych jest wiele. Podstawową jest niewystarczająca liczba czynnych lekarzy onkologów klinicznych działających na danym obszarze: w województwie pomorskim zarejestrowanych jest 40 lekarzy onkologów (w tym 34 czynnie praktykujących) [4]. Województwo pomorskie liczyło w 2010 roku 2 235 511 mieszkańców [1], co daje 1,5 onkologa na 100 tysięcy ludności (1 onkolog na 66 tysięcy mieszkańców). Nie ma uznawanych powszechnie wskaźników określających liczbę onkologów niezbędnych do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności. Według danych amerykańskich opracowanych dla stanu Pensylwania szacuje się, że optymalna liczba czynnych zawodowo w pełni wykształconych onkologów wynosi około 3–4 na 100 tysięcy ludności [5]. Powyższe dane wskazują, że liczba onkologów w Polsce jest niewystarczająca, co w części tłumaczy długi czas oczekiwania na konsultację onkologiczną. Z drugiej strony w Unii Europejskiej przyjęto standard 1 onkologa na 60 tysięcy mieszkańców. W województwie pomorskim wielu onkologów posiada również specjalizację z radioterapii i realizuje się zawodowo w tej drugiej dziedzinie.

Drugą ważną przyczyną tego zjawiska, przynajmniej w Polsce, może być brak ustalonych wytycznych co do kierowania chorych do onkologa przez lekarzy rodzinnych oraz dopuszczenie zgłaszania się pacjenta do onkologa bez skierowania. W znacznej mierze problem dotyczy kobiet zgłaszających się z niepokojem wywołanym różnego typu dolegliwościami ze strony piersi. Badanie przedmiotowe piersi powinno być wykonywane powszechnie. Zaleca się, aby każda dorosła kobieta wykonywała samobadanie piersi raz w cyklu miesięcznym, a badanie lekarskie przynajmniej raz w roku. Interpretacja tego badania sprawia jednak problem zarówno pacjentkom, jak i często lekarzom Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), szczególnie w różnicowaniu zmian odczynowych i łagodnych od złośliwych. Skutkuje to zwiększeniem liczby pacjentów kierowanych do onkologa z jakimkolwiek odchyleniem

w badaniu piersi bez próby oceny dynamiki stwierdzanych zmian i ich nasilenia lub wyjaśnienia powszechnie spotykanych nieprawidłowości (np. torbiele). Wydłuża to jeszcze bardziej czas oczekiwania na konsultacje onkologiczną, utrudniając dostęp tym, którzy specjalistycznego leczenia wymagają szybko.

Aby zweryfikować hipotezę, że głównym powodem kierowania większości chorych do poradni onkologicznej są zaburzenia w badaniu przedmiotowym piersi oraz stwierdzanie nieprawidłowości w podstawowych badaniach obrazowych (np. badanie rentgenowskie klatki piersiowej), podjęto próbę analizy skierowań i zgłoszeń do Poradni Onkologicznej w Wejherowie. Uzyskane wyniki stanowiły podstawę do próby wypracowania wskazówek, co do zasad kierowania chorych na konsultacje onkologiczne.

Material i metody

Poradnia Onkologiczna w Wejherowie działa w ramach Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy i posiada kontrakt na realizację porad onkologicznych oraz stosowanie chemioterapii ambulatoryjnej z NFZ. Jest czynna przez 5 dni w tygodniu, przyjmuje w niej dwóch doświadczonych onkologów klinicznych z województwa pomorskiego, dwóch radioterapeutów oraz dwóch chirurgów onkologów. Obejmuje swym zasięgiem miasto i powiat wejherowski, najbliższe położone powiaty z województwa pomorskiego (pucki, lęborski, kartuski) oraz miasto na prawach powiatu Gdynia (stąd jednak większość pacjentów trafia na leczenie do Szpitala Morskiego w Gdyni). Ogólna liczba ludności mieszkającej w tym rejonie to około 520 tysięcy osób [1].

Pracę oparto na retrospektywnej analizie dokumentów (wypisane skierowania do poradni przez lekarzy rodzinnych i lekarzy innych specjalności) oraz kart chorobowych dokumentujących przebieg obserwacji i ewentualnego leczenia. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 14.02.2014 do 16.05.2014 roku. Przeanalizowano karty 3819 osób, które zgłosiły się do Poradni w latach 2010–2013. Do dalszej analizy zakwalifikowano 3648 chorych. Z badania wyłączone osoby, które przeniosły się z innej Poradni Onkologicznej lub zostały skierowane do onkologa, a powinny trafić na konsultację hematologiczną.

Przed przystąpieniem do badań przygotowano bazę danych obejmującą najważniejsze informacje, które przedstawiono w tabeli 1. Dla celów omówienia wyników podzielono chorych na 2 grupy. Pierwsza z nich to grupa pacjentów zgłaszających się do Poradni Onkologicznej bez skierowania, a druga to grupa zgłaszająca się ze skierowaniem od lekarza POZ lub lekarza innej specjalności. Grupy te stanowiły odpowiednio 61,9% i 38,1% ogólnej liczby osób zgłaszających się do Poradni.

Tabela 1. Informacje umieszczone w bazie danych

- Inicjały
- Data urodzenia
- Płeć
- Miejsce zamieszkania (miejscowości, powiaty)
- Data pierwszej wizyty
- Powód skierowania
- Obecność skierowania od lekarza
- Obecność i rodzaj rozpoznania cytologicznego lub histologicznego
- Ostateczne rozpoznanie według klasyfikacji chorób ICD-10
- Data ostatniej wizyty
- Liczba wizyt w kolejnych latach
- Konieczność podjęcia leczenia onkologicznego (onkologiczne leczenie systemowe, radioterapia, chirurgia onkologiczna)

Przyczyny skierowań do Poradni Onkologicznej wystawionych przez lekarza rodzinnego lub innego lekarza specjalistę podzielono na 4 główne grupy: skierowanie na badanie profilaktyczne piersi (pacjentki niespełniające kryteriów programu NFZ), nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym piersi, rozpoznanie choroby nowotworowej, podejrzenie choroby nowotworowej. Tych, których nie udało się sklasyfikować w żadnej z wymienionych grup, zakwalifikowano do piątej grupy („inne”). W grupie patologii w badaniu piersi ze skierowaniem wyróżniono podgrupy: guz piersi, rak piersi, torbiel piersi, wyciek z brodawki sutkowej i inne (w tym dysplazje).

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę dyrektora Szpitala. Warunkiem jej uzyskania było przygotowanie bazy danych z zachowaniem pełnej anonimowości grupy badawczej. Do obliczeń statystycznych wykorzystano program Excel firmy Microsoft w wersji 2003 oraz program R version 2.6.2 The R Foundation for Statistical Computing.

Wyniki

Charakterystyka demograficzna chorych

Z grupy 3648 chorych zdecydowaną większość stanowiły kobiety (2679; 73,4%). Mediana wieku kobiet wynosiła 51 (18–86) lat, u mężczyzn była ona wyższa o 7 lat. Liczebność chorych w grupach wiekowych przedstawiono w tabeli 2. Przewaga kobiet była bardziej wyrażona w młodszych grupach wiekowych. Stwierdzono statystycznie znaczącą różnicę w proporcji kobiet i mężczyzn w młodszej grupie wiekowej (18–39 lat) w stosunku do grupy osób w wieku powyżej 60. roku życia ($p < 0,05$)

oraz — podobnie — między grupą w wieku 40–59 lat, a grupą osób powyżej 60. roku życia ($p < 0,05$).

Rozkład miejsca zamieszkania chorych

Zdecydowana większość chorych (61,3%) mieszkała w mieście, z czego w samym Wejherowie — 36,2%, a w pozostałych miastach w okolicy Wejherowa — 25,1%. Na wsi zamieszkiwało jedynie 38,7% chorych. Większość miejscowości (wsie i miasta), z których chorzy dojeżdżali do poradni w Wejherowie, znajdowała się w promieniu do 50 km. Większość (59%) chorych była kierowana z Wejherowa i powiatu wejherowskiego. Kolejne 23% chorych zamieszkiwało powiat pucki, a 14% — powiat lęborski. Pozostali chorzy mieszkali w dalszej odległości. Z innych niż Wejherowo miast najwięcej chorych kierowano z Redy, Rumi, Pucka i Lęborka.

Dane ze skierowania od lekarza kierującego do poradni

Analizę skierowań do Poradni Onkologicznej wystawionych przez lekarza rodzinnego lub innego lekarza podzielonych na 5 opisanych wcześniej głównych grup przedstawiono w tabeli 3. Dominowały skierowania związane z chorobą nowotworową rozpoznaną na podstawie badania cytologicznego i/lub histologicznego (56,9%). Z tej grupy najczęstszą przyczyną było rozpoznanie raka płuca (56%), raka jelita grubego (20%), raka żołądka (11%), raka prostaty i pęcherza moczowego (po 4%). Inne przyczyny nowotworowe nie przekraczały 5% ogółu skierowań. Skierowania 14 osób zostały sklasyfikowane jako inne; wśród nich można wymienić: powiększenie węzłów chłonnych (4), nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (4), podejrzenie obciążenia rodzinnego lub dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób

nowotworowych (3), hipogammaglobulinemia (1), guz w nadbrzuszu (1), hepatomegalia (1) oraz osłabienie, złe samopoczucie i utrata masy ciała (1). Wśród pacjentów kierowanych z powodu nieprawidłowych badań laboratoryjnych stwierdzono 3 przypadki podwyższonego odczynu Biernackiego (OB) oraz 1 przypadek podwyższonej wartości markera ca125.

W wyniku przeprowadzonej analizy skierowań dotyczących rozpoznanej już choroby nowotworowej do leczenia przyczynowego kwalifikowało się 88,2% chorych, a do leczenia objawowego 11,8%.

Spośród 139 pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej ostatecznie postawiono rozpoznanie cytologiczne lub histologiczne u 41 chorych. Z kolei grupę 43 pacjentów po zebraniu wywiadu, badaniu przedmiotowym i wykonaniu badań dodatkowych odesłano do lekarza kierującego, nie rozpoznając choroby nowotworowej. W pozostałej grupie 55 chorych rozpoznano inną niż nowotwór patologię. Należy jednak podkreślić, że grupa 89 chorych już na pierwszej wizycie została skierowana bezpośrednio na właściwy oddział szpitalny w celu pogłębionej diagnostyki, a z tej grupy do Poradni Onkologicznej powróciło w celu dalszego postępowania 27 osób.

W grupie 126 kobiet skierowanych do Poradni Onkologicznej, aby wykonać badania w ramach profilaktyki chorób piersi, dominowała grupa wiekowa 40–49 lat oraz grupa osób powyżej 69. roku życia ($p < 0,05$) w stosunku do grupy osób w wieku 50–69 lat. Przyczyną skierowań pacjentek z grupy wiekowej objętej programem profilaktyki raka piersi był najczęściej niepokój kobiety i podejrzenie obciążenia rodzinnego. Raka piersi wykryto u jednej kobiety, zaś zmiany w piersiach wymagające leczenia u trzech kolejnych (w 2 przypadkach ropień piersi i 1 guz liściasty).

Spośród 319 chorych skierowanych do Poradni Onkologicznej z powodu nieprawidłowości w badaniu piersi, u 60% nieprawidłowość stwierdzono w badaniu ultrasonograficznym piersi, u 10% w badaniu mamмоgraficznym, a u 30% patologia była stwierdzana dzięki badaniu przedmiotowemu lub na podstawie wywiadu od pacjentki. Pozostałe dane dotyczące tej grupy chorych zestawiono w tabeli 4. Wśród chorych z tak zwaną patologią w badaniu piersi, które zgłosiły się ze

Tabela 2. Dane demograficzne analizowanych chorych — wiek

Płeć	Liczba	Mediana wieku	Zakres
Mężczyźni	969	58	19–88
Kobiety	2679	51	18–86

Tabela 3. Przyczyny skierowań wystawianych przez lekarzy do Poradni Onkologicznej

Powód skierowania	Liczba chorych (%)	Liczba kobiet (%)	Liczba mężczyzn (%)
Skierowanie na badanie profilaktyczne piersi	126 (9,1%)	126 (100%)	0 (0%)
Nieprawidłowości w badaniu piersi	319 (22,9%)	317 (99,4%)	2 (0,6%)
Rozpoznana choroba nowotworowa	792 (56,9%)	322 (40,6%)	470 (59,4%)
Podejrzenie choroby nowotworowej	139 (10,0%)	63 (45,3%)	76 (54,6%)
Inne	14 (1,00%)	5 (35,7%)	9 (64,3%)
Łącznie	1390 (100%)	833 (59,9%)	557 (40,1%)

Tabela 4. Liczba chorych w grupie kobiet kierowanych z powodu patologii piersi

Powód skierowania	Liczba skierowań	Ostateczne rozpoznanie			
		Torbiele piersi	Łagodne guzy lite	Rak piersi	Brak patologii
Patologia stwierdzona w ultrasonografii piersi	191	142	25	1	23
Patologia stwierdzona w mammografii	32	2	12	16	2
Patologia stwierdzona w badaniu przedmiotowym i samobadaniu	96	65	1	0	30

skierowaniem, wyróżniono następujące rodzaje zmian: guz piersi, rak piersi, torbiel piersi, wyciek z brodawki sutkowej i inne. W trakcie kolejnych wizyt w Poradni Onkologicznej większość z nich została zweryfikowana. Najwięcej zgodności stwierdzono w grupie torbieli piersi. Ostatecznie występowały one u 88% spośród skierowanych z tego powodu. Dodatkowo torbiele stwierdzono u 71% pacjentek ze skierowaniem „guz piersi”. Ostatecznie raka piersi rozpoznano u 17 chorych. Spośród nich jedynie 8 było skierowanych jako „rak piersi”. U pozostałych 24 kobiet ze skierowaniem „rak piersi” nie stwierdzono takiej choroby.

Dane z ankiety pacjenta pierwszorazowego na temat przyczyny zgłoszenia do Poradni Onkologicznej

Analizę przyczyn zgłoszenia się pacjentów bez skierowania do Poradni Onkologicznej przeprowadzono na podstawie ankiety wypełnianej przez pacjenta przy pierwszym zgłoszeniu się do Poradni. Jako przyczynę zgłoszenia się do Poradni przyjmowano wpis w rubryce ankiety „Powód zgłoszenia się do Poradni Onkologicznej”. Spośród 2258 przeanalizowanych ankiet w 18 rubryka była niewypełniona, a w kolejnych 10 przypadkach wpis był nieczytelny.

Wszystkie przyczyny zgłoszeń przedstawiono w tabeli 5. W tej grupie zdecydowanie przeważały zgłoszenia związane z profilaktyką chorób piersi lub patologiami związanymi z tym narządem (69,5% zgłoszeń). Dominowały pacjentki zgłaszające się do lekarza w celu przeprowadzenia profilaktyki chorób piersi oraz kobiety ze stwierdzonymi patologiami w wykonanej poza Poradnią Onkologiczną ultrasonografii piersi i/lub w samobadaniu piersi (odpowiednio 16,3% i 9,7%). Zgłoszenia związane z rozpoznaną chorobą nowotworową na podstawie badania cytologicznego i/lub histologicznego stanowiły zaledwie 3,7%. U 4 osób podających jako powód zgłoszenia do Poradni Onkologicznej rozpoznanie choroby nowotworowej nie potwierdzono takiego rozpoznania (u 3 z nich stwierdzono włókniakogruczolakę piersi).

Dodatkowo stwierdzono, że 68,1% chorych z określonym zgłoszeniem dotyczącym rozpoznanej choroby nowotworowej kwalifikowało się do leczenia przyczynowego, a 31,9% — do leczenia objawowego.

Omówienie i dyskusja

Choroby nowotworowe należą do bardzo częstych przyczyn zachorowalności we współczesnym świecie. Ze względu na wysoką śmiertelność nowotwory stanowią, po chorobach układu sercowo-naczyniowego, drugą w kolejności przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych. Niewątpliwie jedną z istotnych przyczyn wysokiej zachorowalności jest starzenie się społeczeństwa. Istnieje wyraźna, udokumentowana epidemiologicznie zależność pomiędzy średnim wiekiem populacji a częstością występowania nowotworów. Zgodnie z prognozami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) liczba nowych przypadków nowotworów na świecie wzrośnie z 10 milionów w 2000 roku do 15 milionów w 2020 roku. Dane *Globocan* wydają się potwierdzać tę prognozę [6]. Z kolei zgodnie z opublikowanym w 2003 roku oszacowaniu *World Cancer Report* okazało się, że w 2000 roku na świecie zachorowało 10,1 miliona osób, a 6,2 miliona zmarło z powodu nowotworów złośliwych. W tym samym czasie żyło 22,4 miliona osób po rozpoznaniu nowotworu złośliwego. Większość zgonów występuje w krajach o niskim poziomie rozwoju i rozwijających się, gdzie dostęp do narzędzi diagnostycznych i nowoczesnych metod leczenia jest ograniczony (ok. 60% zgonów na nowotwory ma miejsce właśnie w tych krajach). W tej statystyce dominują kraje Azji Południowo-Wschodniej oraz, niestety, Europa Środkowa i Wschodnia [7]. Również skuteczność leczenia nowotworów w Polsce jest znacznie gorsza niż w grupie tak zwanych „starych” krajów UE. Potwierdzają to wyniki badania *Eurocare-3* oraz *Eurocare-4* (badania koordynowane przez dział epidemiologii *Istituto Nazionale dei Tumori* w Mediolanie). Analizowano w nich dane pochodzące z 22 krajów naszego kontynentu, w tym z Polski. W badaniu wzięto

Tabela 5. Powody zgłoszenia się pacjentów do Poradni Onkologicznej bez skierowania

Powód zgłoszenia się	Liczba chorych (%)	Liczba chorych z ostatecznie potwierdzoną chorobą nowotworową
Badanie profilaktyczne piersi	890 (39,4%)	5 (0,5%)
Nieprawidłowości w samobadaniu piersi	219 (9,7%)	11 (0,5%)
Nieprawidłowości w badaniu mammograficznym piersi	92 (4,0%)	6 (6,5%)
Nieprawidłowości w badaniu ultrasonograficznym piersi, stan po punkcji torbieli	369 (16,3%)	0 (0%)
Zachorowała bliska osoba, czuję się zagrożona/y chorobą nowotworową	42 (1,9%)	0 (0%)
Wyczuwam guzek w skórze, tkance podskórnej lub innych narządach	133 (5,9%)	0 (0%)
Powiększony węzeł chłonny	84 (3,7%)	0 (0%)
Rozpoznano u mnie chorobę nowotworową	71 (3,1%)	67 (94,4%)
Podaję obciążenie rodzinne nowotworami	37 (1,6%)	2 (5,4%)
Nieprawidłowości w badaniach obrazowych narządów innych niż piersi	251 (11,1%)	4 (1,6%)
Złe samopoczucie, osłabienie, utrata masy ciała	19 (0,8%)	1 (5,2%)
Nieprawidłowe badania laboratoryjne, w tym tzw. markery nowotworowe	21 (0,9%)	0 (0%)
Leczę się w innym ośrodku, potrzebuję konsultacji	12 (0,5%)	12 (100%)
Wpis pusty lub nieczytelny	18 (0,8%)	0 (0%)
Suma	2258 (100%)	108 (4,8%)

pod uwagę 1,8 miliona pacjentów dorosłych i 24 tysiące dzieci, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową między 1990 a 1994 rokiem oraz 1995 a 1999 (odpowiednio — *Eurocare-3* i *Eurocare-4*). Stan ich zdrowia śledzono przez 5 lat do 2004 roku. W dziedzinie skuteczności terapii Polska i inne „nowe” kraje UE lokują się poniżej europejskiej średniej. Średnia przeżywalność chorych na raka w ciągu 5 lat w Polsce jest ponadto niższa niż w Czechach, Estonii, Słowenii i Słowacji. Najwyższy odsetek przeżyć pięcioletnich osiągnęły Francja i Szwajcaria. Z badań *Eurocare-3* i *Eurocare-4* wynika też, że ciągle istnieje duża różnica pomiędzy wschodnią i zachodnią częścią Europy [8].

Choroby nowotworowe wymagają od lekarza onkologa szczególnej wiedzy dotyczącej diagnostyki różnicowej, cytologicznej, cytogenetycznej i molekularnej. Poszczególne nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym i w badaniach laboratoryjnych rzadko są specyficzne dla różnych jednostek chorobowych. W szczególności dotyczy to zmian w badaniach obrazowych. Podobne odchylenia mogą się pojawić w różnych chorobach (w tym często nieonkologicznych). Umiejętność odróżnienia zmian w badaniach obrazowych potencjalnie sugerujących poważne schorzenie od zmian łagodnych lub zapalnych powinna cechować każdego diagnozującego lekarza. Dodatkowo wymaga ona od lekarza znajomości postępowania w przypadku stwier-

dzenia określonych nieprawidłowości. Doświadczenie lekarzy onkologów sugeruje, że lekarze POZ rzadko podejmują się próby sklasyfikowania stwierdzanych zmian w badaniach obrazowych i szybko kierują takich pacjentów na konsultację onkologiczną (informacja własna). Przesłanka ta stała u podstaw przyjętej w pracy hipotezy, że przyczyną kierowania większości osób do poradni onkologicznej są stwierdzane odchylenia w badaniach dodatkowych, a nie rozpoznana choroba nowotworowa. Konsekwencją takiego sposobu działania jest znaczne zwiększenie liczby chorych wymagających konsultacji onkologicznej, co ostatecznie wydłuża czas oczekiwania na pierwszą wizytę i utrudnia przyjęcie chorych z poważnym schorzeniem, wymagającym szybkiej interwencji. Wyniki przeprowadzonych badań w pełni potwierdzają przyjętą hipotezę. Zdecydowaną większość chorych (32% skierowań oraz 69,4% zgłoszeń) Poradni Onkologicznej stanowią pacjenci, u których w badaniach piersi stwierdzono różnego rodzaju patologie (lub też ich nie stwierdzono) w obszarze piersi. Takie wyniki są zgodne z powszechnie przyjętym założeniem, że diagnostyką chorób piersi zajmują się lekarze onkolodzy. Od pewnego czasu obserwuje się wyraźny trend wzrostu liczby skierowań do onkologa od lekarzy ginekologów w celu przeprowadzenia diagnostyki zmian w piersiach (od 9% skierowań od specjalistów w 2010 roku do 45% w 2013 roku!).

Przewagę kobiet w wieku do 50. roku życia i po 70. roku życia tłumaczy fakt, że programem profilaktyki raka piersi objęte są w Polsce kobiety w wieku 50–69 lat spełniające jednocześnie jedno z poniższych kryteriów: w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miały wykonanej mammografii lub otrzymały pisemne wezwanie do wykonania ponownej mammografii po upływie 12 miesięcy w ramach realizacji programu profilaktyki raka piersi. Przy nieprawidłowym wyniku badania pacjentki powinny zostać skierowane do ośrodka realizującego etap pogłębionej diagnostyki. Całość tego postępowania wydaje się jednoznacznie tłumaczyć przewagę kobiet zgłaszających się do Poradni Onkologicznej z wynikiem badania ultrasonograficznego lub bez zleconych badań dodatkowych w porównaniu z kobietami z wykonaną mammografią. Pozostaje tylko żałować, ponieważ mimo że środki przeznaczone przez NFZ na profilaktyczne badania mammograficzne rosną z roku na rok i zwiększa się także liczba wykonywanych badań, to zainteresowanie kobiet badaniami profilaktycznymi ciągle jest niskie w porównaniu z krajami Zachodniej Europy. Pozostaje jednak wątpliwość, czy to właśnie lekarz specjalista onkolog powinien się zajmować diagnostyką zmian łagodnych w piersiach. W prezentowanym badaniu ponad 55% wszystkich zgłoszeń (zarówno ze skierowaniem, jak i bez niego) do Poradni Onkologicznej było związane z patologiami piersi lub profilaktyką chorób piersi. Zaledwie 1% z tych pacjentek miało ostatecznie rozpoznane raka piersi. Z drugiej strony, raka piersi rozpoznano u 17 spośród 319 pacjentek kierowanych z tego powodu do Poradni Onkologicznej przez lekarza (5,3%), a tylko u 22 spośród 1570 zgłaszających się bez skierowania (1,4%). Może to świadczyć o przydatności pierwszej wizyty u lekarza POZ, mimo że nie jest on uprawniony do wydawania skierowania na badania mammograficzne i ultrasonograficzne piersi finansowane przez NFZ. Otwarte pozostaje pytanie, jak bardzo skróciłyby się kolejki do lekarza onkologa, gdyby lekarz rodzinny był w stanie zlecać takie badania i skutecznie diagnozować łagodne choroby piersi.

Podsumowując, wszystkie przedstawione dane mogą być argumentem za wydzieleniem profilaktyki chorób piersi z Poradni Onkologicznych i tym samym odciążeniem lekarzy onkologów z tej diagnostyki. Ciężar tego postępowania powinien być przeniesiony do Poradni Chorób Piersi.

Rozpoznane choroby rozrostowe były przyczyną 57% skierowań. Interesujące jest, że ponad połowę kierowanych chorych (57%) stanowiły kobiety. Wśród skierowań dominowało rozpoznanie raka płuca, co po pierwsze stoi w zgodzie z danymi epidemiologicznymi, a po drugie ma zapewne związek z funkcjonowaniem w wejherowskim szpitalu Oddziału Chorób Płuc, który czynnie diagnozuje pacjentów z podejrzeniem tego

nowotworu. Pozostałe skierowania są raczej zgodne z danymi epidemiologicznymi. Należy jednak zwrócić uwagę, że wśród pacjentów zgłaszających się bez skierowania było zdecydowanie więcej kobiet z rozpoznaniem nowotworów ginekologicznych. Ani jedna taka chora nie zgłosiła się ze skierowaniem od lekarza. W opinii autora może to wynikać ze sposobu diagnostyki tych chorób. Do lekarza ginekologa również nie jest wymagane skierowanie, a część chorych z Poradni z takim rozpoznaniem (33%) było diagnozowanych w ośrodkach prywatnych (tzn. poza finansowaniem przez NFZ) lub też lekarze ginekolodzy, wiedząc, że do Poradni Onkologicznej nie jest wymagane skierowanie, celowo go nie wydają.

Największe wyzwanie stanowi jednak ustalenie optymalnej drogi dla pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej. W analizowanym materiale tylko 10% chorych kierowanych było z takiego powodu do Poradni Onkologicznej. Należy podkreślić, że takie proporcje sugerują należytą drogę diagnostyczną z udziałem lekarzy poszczególnych specjalizacji narządowych i właściwych oddziałów szpitalnych. Z drugiej jednak strony, ponad 50% pacjentów zgłaszających się do Poradni Onkologicznej bez skierowania jako powód konsultacji podawało szeroko pojęte podejrzenie choroby nowotworowej. W tym wypadku rozwiązaniem byłoby wymagane skierowanie od lekarza stanowiące pewnego rodzaju filtr diagnostyczny. Większość tych pacjentów może być diagnozowanych w ramach POZ i pozostawać pod obserwacją lekarza rodzinnego.

Zdecydowana większość kierowanych chorych mieszkała na stałe w mieście. Procentowy udział ludności miejskiej w województwie pomorskim wynosi około 60% [1], co by wskazywało na utrudniony dostęp ludności wiejskiej do konsultacji onkologicznych. Może to wynikać z kilku przyczyn: z faktu, że ludność wiejska rzadziej chodzi do lekarza albo że lekarze z obszarów wiejskich rzadziej kierują chorych na konsultacje specjalistyczne.

Chory kierowany do Poradni Onkologicznej wymaga zwykle więcej niż jednej wizyty dla ustalenia planu postępowania. Chorzy z łagodnymi zmianami wymagają jedynie obserwacji i dlatego częstość ich wizyt w Poradni jest najniższa (formalnie ta grupa pacjentów nie powinna podlegać kontroli onkologicznej, a podlega jej tylko dlatego, że lekarz rodzinny nie ma uprawnień do zlecania badań obrazowych piersi).

Chorzy z rozpoznaniem nowotworu wymagają obserwacji po leczeniu, przez co powinni być kontrolowani systematycznie i niejednokrotnie nie rzadziej niż co 3 miesiące. Może się zdarzać, że zbyt duża częstość wizyt chorych wynika z wysokich kosztów wykonywanych badań laboratoryjnych i obrazowych — w trakcie jednej wizyty można zlecić niewiele wyskospecjalistycznych badań, tak aby zmieścić się w jej wycenie punktowej.

Próba oszacowania zapotrzebowania na usługi lekarza onkologa na podstawie zebranych danych nie jest łatwa. Przedstawiona praca jest pierwszą w Polsce próbą oceny struktury przyjęć chorych do regionalnej poradni onkologicznej z obszaru, na którym nie działa żaden inny ośrodek onkologiczny i nie ma lekarzy onkologów przyjmujących prywatnie. Uzyskane wyniki potwierdziły, że odchylenia w badaniu piersi są najczęstszą przyczyną skierowań do poradni. Część chorych mogłaby zostać poddana dłuższej obserwacji przez lekarza rodzinnego, co wykluczyłoby kierowanie chorych z przejściowymi, odczynowymi zmianami. Niektórzy chorzy, szczególnie ci z łagodnymi zmianami w piersiach lub niejednoznacznymi zmianami w badaniach obrazowych płuc czy wątroby, mogliby dłużej pozostać pod obserwacją lekarzy rodzinnych, co znacznie zmniejszyłoby liczbę chorych oczekujących na konsultacje specjalistyczne. Bez względu na szybkość konsultacji wymagają jednak chorzy z ustalonymi rozpoznaniem chorób rozrostowych. Podobnie pilnego leczenia wymagają chorzy z zaburzeniami zagrażającymi życiu. Oszacowane zapotrzebowanie na usługi onkologiczne jest sprawą otwartą do dyskusji, nie ma jednak żadnego zainteresowania tą kwestią, a przyczyna jego braku nie jest jednoznaczna. Przedstawiona sytuacja prowadzi do nierównomiernego dostępu do usług onkologicznych na terenie naszego kraju.

Piśmiennictwo

1. Nowak L., Stańczyk J., Znajewska A. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym (Stan w dniu 30 VI 2013 r.). Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2013. Dostępne na stronie: www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_ludnosc_stan_struktura_30-06-2013.
2. Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności. Materiał przygotowany dla ministra zdrowia przez Państwowy Zakład Higieny na podstawie baz danych Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia i Państwowego Zakładu Higieny dotyczących infrastruktury szpitali i ich działalności. Warszawa 2006. Dostępne na stronie: www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pzh_pop_19122006.pdf.
3. Analiza dostępności do leczenia onkologicznego oraz finansowania świadczeń z zakresu chemioterapii w 2012 roku ze szczególnym uwzględnieniem nowych terapii onkologicznych. Dostępne na stronie: <http://www.lazarski.pl/aktualnosci/art.854.debata-dostepnosc-leczenia-onkologicznego.html>.
4. Informacja ze strony internetowej rejestru lekarzy odpowiednio w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku i Naczelnej Izbie Lekarskiej. Dostępne na stronie: <http://www.nil.org.pl/>.
5. Cooper R.A. The medical oncology workforce: An economic and demographic assessment of the demand for medical oncologists and hematologist-oncologists to serve the adult population to the year 2020. Dostępne na stronie: <http://www.asco.org/ASCO/Downloads/Cancer%20Research/Medical%20Oncology%20Workforce-Cooper%20Study.pdf>.
6. Ferlay J., Bray P., Pisani P. i wsp. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase No. 5, version 2.0. IARC Press, Lyon 2004.
7. Stewart B.W., Kleihues P. World Cancer Report WHO. International Agency for Research on Cancer. IARC Press, Lyon 2003.
8. Rosso S., Bielska-Lasota M., Coebergh J.W. i wsp. EURO-CARE Working group. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EURO-CARE-4 study. *Lancet Oncol.* 2007; 8 (9): 773–783.