

Analiza przyczyn zgłaszania się pacjentów do Poradni Onkologicznej w Wejherowie po wprowadzeniu *Karty DILO* (Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego) na tle wyników podobnej analizy sprzed tego okresu

Krzysztof Adamowicz¹, Marzena Wełnicka-Jaśkiewicz²

Wprowadzenie. W 2013 roku czas oczekiwania na specjalistyczną konsultację onkologiczną wynosił od kilku do kilkunastu tygodni. Wynikało to z niedostatecznej liczby lekarzy onkologów, nierównomiernego rozmieszczenia ośrodków onkologicznych oraz faktu, że do poradni onkologicznych nie jest wymagane skierowanie. Po wprowadzeniu *Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego* (DILO) czas ten miał ulec skróceniu.

Materiał i metody. W pracy retrospektywnie przeanalizowano przyczynę zgłoszeń i skierowań 1124 chorych rejestrujących się po raz pierwszy do Poradni Onkologicznej w Wejherowie w roku 2015, oddzielnie dla pacjentów z *Kartą DILO* i bez niej. W przypadku skierowania chorych z podejrzeniem choroby nowotworowej dokonano oceny ostatecznego rozpoznania histopatologicznego lub cytologicznego oraz klinicznego. Dodatkowo oceniono liczbę chorych zakwalifikowanych do radykalnego leczenia onkologicznego.

Wyniki. W większości przypadków powodem kierowania chorych do onkologa w ramach *Karty DILO* były patologie stwierdzone w badaniach obrazowych, rzadziej rozpoznana cytologicznie lub histopatologicznie choroba nowotworowa i w końcu obecność nieprawidłowości w badaniu fizykalnym.

Wnioski. 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.

Biuletyn PTO NOWOTWORY 2016; 1, 3: 233–240

Słowa kluczowe: badania diagnostyczne, onkologia, lekarz rodzinny

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. W swoich założeniach system *Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego* (DILO) miał skrócić okres oczekiwania na postawienie diagnozy choroby nowotworowej i jednocześnie przyspieszyć rozpoczęcie leczenia. Według zestawień Centralnego Rejestru Lekarzy

prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską w Warszawie wszystkich lekarzy specjalistów onkologów klinicznych w Polsce jest 818 (w tym 806 czynnie praktykujących) [1]. Biorąc pod uwagę ogólną liczbę ludności Polski — ponad 38 451 tys. osób, na 100 tys. ludności w Polsce przypada 2,1 onkologa (1 onkolog na 48 tys. osób). W 2013 roku było to odpowiednio 1,9 onkologa na 100 tys. i 1 onkolog na 55 tys. osób [2, 3].

W stosunku do 2013 roku (wówczas przedstawiliśmy pierwsze opracowanie) w województwie pomorskim nadal

¹Szpital Specjalistyczny w Wejherowie

²Gdański Uniwersytet Medyczny

Artykuł w wersji pierwotnej:

Adamowicz K, Wełnicka-Jaśkiewicz M. The impact of introducing the recent DILO card scheme on the causes for admitting patients to the Wejherowo Cancer Clinic compared to previous conditions. *NOWOTWORY J Oncol* 2016; 66: 450–456.

Należy cytować wersję pierwotną.

istnieją 3 oddziały onkologiczne i nadal duży nacisk kładzie się na onkologiczne leczenie ambulatoryjne [3]. W tym okresie rozwinął swoją działalność Oddział Chemioterapii Diennej Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, a Wojewódzkie Centrum Onkologii zostało przyłączone do spółki „Copernicus Podmiot Lecznicy”. Mniejsze placówki również rozszerzają zakres usług dla pacjentów onkologicznych. Od poprzedniej analizy w 2013 roku w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie ponad dwukrotnie zwiększyła się liczba pacjentów otrzymujących chemioterapię, a Oddział Chirurgii Ogólnej został przekształcony w Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Wszystkie te działania mają na celu poprawę dostępności chorych do wielospecjalistycznej opieki zdrowotnej, w tym również onkologicznej. W województwie pomorskim zarejestrowanych jest obecnie 42 lekarzy onkologów (w tym 36 czynnie praktykujących) [1]. W roku 2013 było to odpowiednio 40 i 34 [3]. W Unii Europejskiej przyjętym standardem jest 1 onkolog na 60 tys. mieszkańców. W województwie pomorskim 1 onkolog kliniczny przypada na 55,5 tys. mieszkańców, niemniej dostęp do lekarzy tej specjalności wydaje się jednak niedostateczny, a ważną przyczyną tego zjawiska może być brak ustalonych wytycznych co do kierowania chorych do onkologa przez lekarzy rodzinnych oraz dopuszczenie zgłaszania się pacjenta do onkologa bez skierowania, na co zwracaliśmy uwagę w poprzedniej publikacji. Jednym z założeń systemu *DILO* miało być uporządkowanie tego problemu. Na oficjalnej stronie internetowej: www.pakietonkologiczny.gov.pl można przeczytać, że pacjent ma zgłaszać się do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który powinien przeprowadzić wywiad, ocenić dolegliwości pacjenta, a także w razie potrzeby zlecić wykonanie niezbędnych badań i jeśli na tej podstawie stwierdzi podejrzenie nowotworu złośliwego — skierować pacjenta do odpowiedniego lekarza specjalisty lub do onkologa.

To właśnie takie zapisy w naszej subiektywnej opinii mogły spowodować przekierowanie pacjentów bez rozpoznania histopatologicznego lub cytologicznego oraz bez wykonanych badań dodatkowych, nawet tych podstawowych, do lekarzy onkologów i w konsekwencji zwiększenia ich obciążenia. Stało się to powodem, dla którego zdecydowaliśmy się na ponowną analizę przyczyn zgłaszania się pacjentów do Poradni Onkologicznej w Wejherowie, ze szczególnym uwzględnieniem skierowań w ramach *Karty DILO*. Wprowadzenie „pakietu onkologicznego” spowodowało szereg zmian zarówno w stanie prawnym, jak i kompetencjach POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), oraz zmieniło szereg obowiązujących uprzednio zasad w organizacji diagnostyki i leczenia pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej. Nie jest to zatem sytuacja jednoznacznie porównywalna ze stanem z 2013 r. Poradnia Onkologiczna w Wejherowie udziela świadczeń zarówno w ramach *Karty DILO*, jak i w tzw. „starym systemie” opieki

ambulatoryjnej. W ramach *Karty DILO* Poradnia Onkologiczna realizuje zarówno diagnostykę wstępną, jak pogłębianą, a ponadto zatrudnieni w niej lekarze uczestniczą w konsyliach wielospecjalistycznych na bazie Oddziałów szpitala, w którym Poradnia funkcjonuje.

Materiał i metody

Poradnia Onkologiczna w Wejherowie działa w ramach Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy i posiada kontrakt z NFZ na realizację porad onkologicznych oraz stosowanie chemioterapii ambulatoryjnej. Jest czynna przez 5 dni w tygodniu; przyjmuje w niej trzech doświadczonych onkologów klinicznych z województwa pomorskiego, dwóch radioterapeutów oraz trzech chirurgów onkologów, jeden specjalista chorób płuc i jeden specjalista urologii (to o 3 lekarzy więcej niż w 2013 roku). Zatrudnieni w Poradni specjaliści onkologii klinicznej realizują świadczenia z zakresu chemioterapii, diagnostyki wstępnej i pogłębionej w ramach *Karty DILO*, udzielają porad specjalistycznych w zakresie onkologii, uczestniczą w konsyliach wielospecjalistycznych oraz konsultują chorych hospitalizowanych na innych oddziałach szpitala. Obejmuje swym zasięgiem miasto i powiat wejherowski, najbliższe położone powiaty z województwa pomorskiego (pucki, lęborski, kartuski) oraz miasto na prawach powiatu — Gdynię (stąd jednak większość pacjentów trafia na leczenie do Gdyńskiego Centrum Onkologii). Ogólna liczba ludności mieszkającej w tym regionie to około 550 tys. osób [2].

Pracę oparto na retrospektywnej analizie dokumentów takich jak: wypisane skierowania do poradni przez lekarzy rodzinnych i lekarzy innych specjalności oraz wypełnionych *Kart DILO* i kart chorobowych dokumentujących przebieg obserwacji i ewentualnego leczenia w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie oraz skierowań w ramach decyzji konsylium lekarskiego do innych ośrodków o wyższej referencyjności. Badanie zostało przeprowadzone w marcu 2016 roku. Przeanalizowano łącznie dokumentację medyczną 1124 osób, które zgłosiły się do Poradni w okresie od 01 stycznia 2015 do 31 grudnia 2015 roku. Do dalszej analizy zakwalifikowano wszystkich chorych.

Dla celów omówienia wyników chorych podzielono na 2 grupy. Pierwsza z nich to grupa pacjentów zgłaszających się do Poradni Onkologicznej bez *Karty DILO*, a druga to grupa zgłaszająca się z *Kartą DILO* od lekarza POZ lub lekarza innej specjalności (do tej grupy zaliczono też chorych, którym *Kartę DILO* wystawił lekarz Poradni Onkologicznej). Charakterystykę włączonych osób z podziałem na kierowanych w ramach *DILO* i bez *Karty DILO* przedstawiono w tabeli I. Grupy te stanowiły odpowiednio 54,4% i 45,6% ogólnej liczby osób zgłaszających się do Poradni. Przyczyny skierowań do Poradni Onkologicznej wystawionych przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalistę w ramach *DILO* podzielono na 4 główne grupy:

Tabela I. Dane demograficzne analizowanych chorych

Płeć	Liczba pacjentów z Kartą DİLO	Liczba pacjentów bez Karty DİLO	Mediana wieku (zakres) dla pacjentów z Kartą DİLO	Mediana wieku (zakres) dla pacjentów bez Karty DİLO
Mężczyźni	265 (23,6%)	114 (10,1%)	67 (18–90)	66 (39–88)
Kobiety	247 (22,0%)	498 (44,3%)	62 (18–88)	52 (18–76)
Łącznie	512 (45,6%)	612 (54,4%)	64 (18–90)	57 (18–88)

- skierowanie na diagnostykę na podstawie wywiadu i/lub nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym;
- nieprawidłowości w badaniach dodatkowych (w tym nieprawidłowości w badaniach obrazowych, takie jak cienie krągłe wieloznaczne w badaniu RTG klatki piersiowej, guzy ujawnione w badaniu USG jamy brzusznej i miednicy, piersi lub tarczycy, odchylenia w badaniach laboratoryjnych);
- histopatologiczne lub cytologiczne rozpoznanie choroby nowotworowej;
- tych chorych, których nie udało się sklasyfikować w żadnej z wymienionych grup, zakwalifikowano do czwartej grupy („inne”).

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 Microsoft Office Excel 2003 oraz program PQSTAT 1.4. W obliczeniach dla zmiennych wykorzystano test Fishera i test Manna-Whitneya, odpowiednio dla zmiennych skategoryzowanych i ciągłych, z poziomem istotności 5%.

Wyniki

Charakterystyka demograficzna chorych

Z grupy 1124 chorych zdecydowaną większość stanowiły kobiety (745; 66,3%). Średnia wieku kobiet skierowanych w ramach DİLO była statystycznie istotnie większa od średniej wieku kobiet zgłaszających się do Poradni bez Karty DİLO i wynosiła odpowiednio 62 i 52 lata ($p < 0,01$).

U mężczyzn takiej różnicy nie stwierdzono. Przewaga kobiet była bardziej wyrażona w młodszych grupach wiekowych. Stwierdzono statystycznie znaczącą różnicę w proporcji kobiet i mężczyzn w grupie wiekowej 18–39 lat w stosunku do grupy osób w wieku powyżej 60. roku życia ($p < 0,01$) oraz pomiędzy grupą w wieku 40–59 lat a grupą osób powyżej 60. roku życia ($p < 0,05$). Zdecydowana większość chorych (57,3%) mieszkała w mieście, z czego w samym Wejherowie — 35,6%, a w pozostałych miastach w okolicy Wejherowa 21,7%. Na wsi mieszkało 42,7% chorych. Większość miejscowości (wsie i miasta), z których chorzy dojeżdżali do Poradni w Wejherowie, znajdowała się w promieniu do 50 km. Większość (54%) chorych była kierowana z Wejherowa i powiatu wejherowskiego. Kolejne 27% chorych zamieszkiwało powiat pucki, a 10% — powiat lęborski.

Dane ze skierowania od lekarza kierującego do Poradni

Analizę skierowań do Poradni Onkologicznej wystawionych przez lekarza rodzinnego lub innego lekarza podzielonych na 4 opisane wcześniej grupy, z uwzględnieniem skierowań z Kartą DİLO i bez niej, przedstawiono w tabeli II. Największą grupę stanowiły skierowania związane z chorobą nowotworową rozpoznaną na podstawie badania cytologicznego i/lub histologicznego (38,8%). Z tej grupy najczęstszą przyczyną było rozpoznanie raka płuca (36%), raka piersi (18%), raka jelita grubego (15%), raka żołądka (8%), raka prostaty (5%) i pęcherza moczowego (4%). Inne przyczyny nowotworowe nie przekraczały 3% ogółu skierowań.

Tabela II. Dane ze skierowania od lekarza kierującego

Powód skierowania	Liczba chorych z Kartą DİLO (%)	Liczba chorych bez Karty DİLO (%)	Liczba chorych ogółem (%)
Skierowanie na badanie profilaktyczne piersi	0 (0%)	286 (46,7%)	286 (25,4%)
Skierowanie na diagnostykę na podstawie wywiadu i/lub nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym	59 (11,5%)	78 (12,8%)	137 (12,2%)
Nieprawidłowości w badaniach dodatkowych	169 (33,0%)	80 (13,1%)	249 (22,2%)
Histopatologiczne lub cytologiczne rozpoznanie choroby nowotworowej	273 (53,3%)	163 (26,6%)	436 (38,8%)
Inne	11 (2,2%)	5 (0,8%)	16 (1,4%)
Suma	512 (100%)	612 (100%)	1124 (100%)

Dane ze skierowania od lekarza kierującego dla pacjentów bez Karty DILO

Ze względu na to, iż chorzy kierowani do Poradni Onkologicznej nie wymagają skierowania, większość chorych deklarujących, że została skierowana przez innego lekarza, nie posiadała formalnego skierowania. W tej grupie chorych formalne skierowania do Poradni Onkologicznej znaleziono w 11% historii chorób. W całej grupie chorych dominowały skierowania na badania profilaktyczne piersi. W grupie 286 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. Z kolei przyczyną skierowań pacjentek z grupy wiekowej objętej programem profilaktyki raka piersi był najczęściej niepokój onkologiczny i podejrzenie obciążenia rodzinnego. Spośród tych 286 kobiet raka piersi wykryto u jednej, zaś zmiany w piersiach wymagające leczenia — u dwóch kolejnych (guz liściasty i włókniakogruczolak z cechami atypii). Spośród tej grupy chorych skierowanych do Poradni u 6% stwierdzono nieprawidłowość w badaniu obrazowym piersi wymagającą uzupełnienia diagnostyki o biopsję aspiracyjną cienkoigłową.

Drugą pod względem liczebności grupą osób skierowanych do Poradni byli chorzy z chorobą nowotworową rozpoznaną na podstawie badania cytologicznego i/lub histologicznego. W tej grupie najczęstszą przyczyną było rozpoznanie raka płuca (50%), raka jelita grubego (24%), raka żołądka (10%), raka prostaty i pęcherza moczowego (po 5%). Inne przyczyny nowotworowe nie przekraczały 5% ogółu skierowań. W wyniku przeprowadzonej analizy skierowań dotyczących rozpoznanej już choroby nowotworowej do leczenia przyczynowego kwalifikowało się 91% chorych (w tym 48% do leczenia radykalnego), a do leczenia objawowego 9%.

Spośród 80 chorych skierowanych do Poradni Onkologicznej z powodu nieprawidłowości w badaniu obrazowym u 50% nieprawidłowość stwierdzono w badaniu ultrasonograficznym piersi, u 10% w badaniu mammograficznym, u 18% patologia była stwierdzana w badaniu USG tarczycy, u 12% w badaniu RTG klatki piersiowej, a u 10% — w innych badaniach. Jedynie badania RTG klatki piersiowej były uprzednio zlecane przez lekarza POZ. Pozostałe badania były wykonywane na zlecenie lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub „prywatnie”. W tej grupie chorych ostateczne rozpoznanie choroby nowotworowej ustalono w 3 przypadkach.

Spośród 78 pacjentów skierowanych z powodu patologii w badaniu fizykalnym lub na podstawie wywiadu ostatecznie ustalono rozpoznanie cytologiczne lub histologiczne u 22. We wszystkich przypadkach był to guz dostępny w badaniu fizykalnym, który w 18 przypadkach okazywał się przerzutowym węzłem chłonny lub konglomeratem

przerzutowych węzłów chłonnych, a w 4 przypadkach był to pierwotny guz piersi. Żaden z tych chorych nie zakwalifikował się do leczenia radykalnego.

Skierowania 5 osób zostały sklasyfikowane jako inne; wśród nich można wymienić: powiększenie węzłów chłonnych (2), nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (2) oraz osłabienie, złe samopoczucie i utratę masy ciała (1). W tej grupie u żadnej z osób nie potwierdzono ostatecznie rozpoznania choroby nowotworowej.

Ze względu na to, że skierowania pacjentów do Poradni Onkologicznej bez Karty DILO nie różniły się od skierowań wydawanych w latach 2010–2013, w dalszej części opracowania analizowano tylko skierowania pacjentów z Kartą DILO.

Dane ze skierowania od lekarza kierującego dla pacjentów z Kartą DILO

Wszystkie przyczyny skierowań z Kartą DILO zestawiono w tabeli III. Podział skierowań według lekarza zakładającego Kartę DILO zestawiono w tabeli IV. Karty DILO były zakładane przez trzy grupy lekarzy. Byli to: lekarze POZ, lekarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (innej niż Poradnia Onkologiczna) oraz lekarze Poradni Onkologicznej. W grupie pacjentów z rozpoznaną już chorobą nowotworową do leczenia przyczynowego kwalifikowało się 89% chorych, a do leczenia objawowego 11%. Spośród 228 chorych z podejrzeniem choroby nowotworowej ostatecznie ustalono rozpoznanie cytologiczne lub histologiczne u 101 chorych, co stanowiło 44%. Z tej grupy do radykalnego leczenia zakwalifikowano 31 chorych, co stanowiło 31%.

Spośród 169 chorych skierowanych do Poradni Onkologicznej z powodu nieprawidłowości w badaniu dodatkowym, u 80 (47,3%) stwierdzono ostatecznie chorobę nowotworową.

Z kolei spośród 59 pacjentów skierowanych z Kartą DILO bez wykonanego żadnego badania dodatkowego, a tylko po zebraniu wywiadu i badaniu przedmiotowym wykonanym przez lekarza kierującego, tylko u 21 rozpoznano ostatecznie chorobę nowotworową. U 16 chorych z tej grupy guz był dostępny w badaniu przedmiotowym.

Omówienie i dyskusja

Choroby nowotworowe należą do częstych przyczyn zachorowalności we współczesnym świecie. 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 roku 2020 [4, 5]. W tej statystyce dominują kraje Azji Południowo-Wschodniej oraz Europa Środkowa i Wschodnia [6]. Również skuteczność leczenia nowotworów w Polsce jest gorsza niż w grupie krajów Europy Zachodniej. Potwierdzają to wyniki badania Eurocare-3 oraz Eurocare-4 [7]. Analizowano w nich dane pochodzące z 22 krajów

Tabela III. Najczęstsze powody skierowań w grupie pacjentów z *Kartą DILO*

Typ zaburzeń	Liczba (%)	Liczba chorych z ostatecznym rozpoznaniem choroby nowotworowej (%)*	Liczba chorych leczonych radykalnie (%)
Skierowanie na diagnostykę na podstawie wywiadu i/lub nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym			
Guz w badaniu fizykalnym	18 (30,5%)	14 (77,7%)	7 (50%)
Limfadenopatia	17 (28,8%)	2 (11,8%)	2 (100%)
Krew w stolcu, zab. rytmu wypróżnień, stolce „ołówkowate”	12 (20,3%)	5 (41,7%)	4 (80%)
Utrata masy ciała	11 (18,6%)	0 (0%)	–
Uporczywe wymioty	1 (1,7%)	0 (0%)	–
Łącznie	59 (100%)	21 (35,6%)	13 (62%)
Nieprawidłowości w badaniach dodatkowych			
Nieprawidłowość w badaniu RTG klatki piersiowej	61 (36,1%)	46 (75,4%)	4 (8,7%)
Nieprawidłowość w badaniu USG jamy brzusznej	38 (22,5%)	18 (47,4%)	2 (11,1%)
Nieprawidłowości w badaniu mammografii lub USG piersi	21 (12,4%)	11 (52,4%)	10 (90,1%)
Nieprawidłowość w badaniu USG szyi	4 (2,4%)	2 (50%)	2 (100%)
Nieprawidłowości w morfologii krwi obwodowej	22 (13,1%)	0 (0%)	–
Nieprawidłowości w innych badaniach krwi obwodowej	21 (12,4%)	3 (14,3%)	0 (0%)
Inne	2 (1,2%)	0 (0%)	–
Łącznie	169 (100%)	80 (47,3%)	18 (22,5%)
Histopatologiczne lub cytologiczne rozpoznanie choroby nowotworowej			
Rak płuca	82 (30,0%)	82 (100%)	20 (24,4%)
Rak piersi	80 (29,3%)	80 (100%)	64 (80%)
Rak jelita grubego	48 (17,6%)	48 (100%)	31 (64,6%)
Rak żołądka	18 (6,6%)	18 (100%)	5 (27,8%)
Rak prostaty	15 (5,5%)	15 (100%)	13 (86,7%)
Inne	30 (11,0%)	30 (100%)	7 (23,3%)
Łącznie	273 (100%)	273 (100%)	140 (51,3%)

*potwierdzony histopatologicznie lub cytologicznie

naszego kontynentu, w tym z Polski. Z badań Eurocare-3 i Eurocare-4 wynika też, że ciągle istnieje duża różnica pomiędzy wschodnią i zachodnią częścią Europy. Choroby nowotworowe wymagają od lekarza szczegółowej 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 w badaniach obrazowych zmian potencjalnie sugerujących poważne schorzenie od zmian łagodnych lub zapalnych powinna cechować każdego lekarza-radiologa. Z kolei od lekarza POZ wymaga się znajomości postępowania w przypadku stwierdzenia określonych nieprawidłowości. Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zwiększyła rolę lekarzy POZ w opiece onkologicznej, a wpro-

wadzenie *Karty DILO* miało spowodować skrócenie kolejek dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu, uporządkowanie procesu diagnostyki i leczenia, wprowadzenie szybkiej diagnostyki i kompleksowego leczenia oraz ostatecznie zmniejszenie śmiertelności pacjentów onkologicznych i obniżenie kosztów leczenia dzięki wykryciu choroby we wczesnym stadium. W naszym przypadku spośród chorych bez *Karty DILO* leczenie radykalne przeprowadzono u 48% chorych, u których rozpoznano nowotwór. Z kolei spośród pacjentów z *Kartą DILO* wystawioną przez lekarza POZ — zaledwie u 31%.

Diagnostyka w ramach pakietu onkologicznego składa się z kilku etapów. Pierwszy z nich rozpoczyna się podczas wizyty pacjenta u lekarza POZ. Przeprowadza on dokładny wywiad z pacjentem i ocenia jego dolegliwości, może również zlecić wykonanie niezbędnych badań (może, ale nie musi). Na taką opcję skierowania pacjenta do onkologa bez wykonania jakichkolwiek badań dodatkowych lekarze

Tabela IV. Najczęstsze powody skierowań w grupie pacjentów z *Kartą DİLO* z podziałem na lekarzy kierujących

Typ zaburzeń	Liczba chorych ogółem	Liczba chorych z <i>Kartą DİLO</i> założoną przez lekarza POZ (%)	Liczba chorych z <i>Kartą DİLO</i> założoną przez lekarza AOS	Liczba chorych z <i>Kartą DİLO</i> założoną przez lekarza Poradni Onkologicznej
Skierowanie na diagnostykę na podstawie wywiadu i/lub nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym				
Guz w badaniu fizykalnym	18	17 (94%)	1 (6%)	0 (0%)
Limfadenopatia	17	16 (94%)	1 (6%)	0 (0%)
Krew w stolcu, zab. rytmu wypróżnień, stolce „ołówkowane”	12	12 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Utrata masy ciała	11	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Uporczywe wymioty	1	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Łącznie	59	57 (97%)	2 (3%)	0 (0%)
Nieprawidłowości w badaniach dodatkowych				
Nieprawidłowość w badaniu RTG klatki piersiowej	61	48 (79%)	4 (7%)	9 (15%)
Nieprawidłowość w badaniu USG jamy brzusznej	38	20 (53%)	9 (24%)	9 (24%)
Nieprawidłowości w badaniu mammografii lub USG piersi	21	1 (5%)	1 (5%)	19 (90%)
Nieprawidłowość w badaniu USG szyi	4	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)
Nieprawidłowości w morfologii krwi obwodowej	22	22 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Nieprawidłowości w innych badaniach krwi obwodowej	21	19 (14,3%)	2 (0%)	0 (0%)
Inne	2	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Łącznie	169	115 (68%)	17 (10%)	37 (22%)
Histopatologiczne lub cytologiczne rozpoznanie choroby nowotworowej				
Rak płuca	82	0 (0%)	20 (24%)	62 (76%)
Rak piersi	80	0 (0%)	0 (0%)	80 (100%)
Rak jelita grubego	48	1 (2%)	3 (6%)	44 (92%)
Rak żołądka	18	0 (0%)	5 (28%)	13 (72%)
Rak prostaty	15	0 (0%)	8 (53%)	7 (47%)
Inne	30	1 (3%)	7 (23%)	22 (73%)
Łącznie	273	2(1%)	43 (16%)	228 (84%)
Wszystkie Karty <i>DİLO</i>				
Wszystkie w/w	511	174 (34%)	62 (12%)	265 (53%)
Odsetek <i>Kart DİLO</i> zweryfikowanych jako „nowotwór złośliwy”	72%	48%	90%	88%

w naszej analizie zdecydowali się aż w 11,5%. To dużo, zważywszy, że tylko u 35% z tych chorych postawiono ostatecznie rozpoznanie choroby nowotworowej. W dodatku zaledwie 13 z nich kwalifikowało się do leczenia radykalnego. Z drugiej jednak strony 16 z tych chorych miało guz dostępny badaniu fizykalnemu, z czego w 12 przypadkach był to guz piersi. Pozostaje pytanie, dlaczego w kompetencji lekarza

POZ nie jest skierowanie w takim przypadku na badania obrazowe piersi i dlaczego ten obowiązek przesuwa się na lekarza specjalistę. W tej samej grupie chorych kierowanych do specjalisty onkologa znajdowało się aż 12 osób z utratą masy ciała od 2 do 20 kg w ciągu ostatnich 3 miesięcy, co było jedynym niepokojącym lekarza objawem. Żadnemu z tych chorych nie ustalono rozpoznania choroby nowo-

tworowej po wykonaniu dodatkowych badań. 80% z nich zostało przekierowanych do innego specjalisty po ustaleniu rozpoznania endokrynologicznego lub psychiatrycznego. Wywiad ukierunkowany na nieprawidłowości ze strony jelita grubego (krew w stolcu, stolce „ołówkowate” itp.) za każdym razem prowadził do zlecenia kolonoskopii. U 5 z 12 chorych rozpoznano raka jelita grubego. Wszystko to prowadzi do wniosków, że łącznie 65% pacjentów kierowanych do onkologa na podstawie wywiadu i/lub badania fizykalnego nie wymagało diagnostyki u lekarza onkologa.

We wnioskach z poprzedniej analizy podaliśmy, że doświadczenie lekarzy onkologów sugeruje, iż lekarze POZ rzadko podejmują się próby sklasyfikowania stwierdzanych zmian w badaniach obrazowych i szybko kierują takich pacjentów na konsultację onkologiczną. Przesłanka ta istniała u podstaw przyjętej w pracy hipotezy, że przyczyną kierowania większości osób do poradni onkologicznej są stwierdzone odchylenia w badaniach dodatkowych, a nierozpoznana choroba nowotworowa. Niestety, obecna analiza, tym razem dotycząca chorych z *Kartą DILO*, potwierdza takie wnioski. W 126 (24,6%) przypadkach powodem wystawienia *Karty DILO* była nieprawidłowość w badaniu obrazowym. Spośród tych chorych u 77 (61%) stwierdzono ostatecznie rozpoznanie choroby nowotworowej. Dominowali tu pacjenci z nieprawidłowościami w klasycznym RTG klatki piersiowej, które uznawane jest za badanie o niskiej czułości. Ponadto we wszystkich przypadkach była to jedynie projekcja AP. Odsetek osób zakwalifikowanych do leczenia radykalnego w tej grupie wyniósł zaledwie 8,7%. Wśród pacjentów skierowanych z powodu nieprawidłowości w badaniu USG jamy brzusznej jasno rysują się dwie grupy. W pierwszej z nich znajdują się pacjenci ze zmianą patologiczną w wątrobie, która po wykonaniu innego badania obrazowego została zakwalifikowana do grupy zmian łagodnych, zaś w drugiej — pacjenci, u których ujawniono zmiany przerzutowe do wątroby. Podobnie przedstawia się statystyka dotycząca skierowań na podstawie badania obrazowego piersi i USG szyi. Wszyscy ci pacjenci mogliby zostać zdiagnozowani przez lekarza POZ, gdyby w jego kompetencjach była możliwość zlecenia w takim przypadku badania CT lub biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej. Kompetencje te jednak już obecnie posiadają poradnie specjalistyczne AOS, wydaje się więc, że w sygnalizowanym obciążeniu onkologów istotną rolę odgrywać może również zbyt niskie wykorzystanie innych poradni specjalistycznych AOS. Jeszcze gorzej przedstawia się statystyka dotycząca skierowań z powodu nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych. Spośród 43 chorych, którzy mieli wystawioną *Kartę DILO* z tego powodu, zaledwie u 3 stwierdzono chorobę nowotworową. We wszystkich przypadkach był to podwyższony poziom PSA. Uderzająca jest również informacja, że aż u 33% pacjentów przyczyną wystawienia *Karty DILO* były nieprawidłowości w badaniach dodatkowych — wśród osób bez *Karty DILO* grupa ta sta-

nowiła tylko 13%. Obserwacja ta może sugerować, że pod „przykrywką” *Karty DILO* kryje się chęć przeprowadzenia szybkiej diagnostyki z innej niż onkologiczna przyczyny.

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. W tym miejscu należy wspomnieć o grupie 273 (53,3%) chorych, u których wystawiono *Kartę DILO* po ustaleniu rozpoznania cytologicznego lub histopatologicznego. Spośród nich aż w 88% *Kartę DILO* wystawił prowadzący lekarz onkolog. W opinii autorów jest to grupa pacjentów, która odniosła największą korzyść z przyspieszonej diagnostyki i możliwości ustalenia planu leczenia przez konsylium wielodyscyplinarne. Zwłaszcza jeżeli weźmie się pod uwagę, że lekarz Poradni Onkologicznej mógł wystawiać *Kartę DILO* w przypadku podejrzenia nawrotu lub progresji choroby nowotworowej, a w całej tej grupie aż 51% chorych zakwalifikowano do leczenia radykalnego.

Wyniki przeprowadzonej analizy w pełni potwierdzają przyjętą hipotezę o przeciążeniu lekarzy onkologów diagnostyką pacjentów „nieonkologicznych”. Zdecydowaną większość chorych (56%) skierowanych do Poradni Onkologicznej z *Kartą DILO* stanowili pacjenci, u których po wykonaniu diagnostyki nie potwierdzono choroby nowotworowej. W naszej analizie najmniej ostatecznych rozpoznań choroby nowotworowej stwierdzono w grupie pacjentów skierowanych z *Kartą DILO*, ale bez wykonanych jakichkolwiek badań dodatkowych. Ponadto przedstawione wyniki wskazują wyraźnie, że pacjenci z *Kartą DILO* nie byli kwalifikowani do leczenia radykalnego częściej niż pacjenci bez tej *Karty*.

Analizując dane dotyczące lekarzy wystawiających *Kartę DILO*, zwraca uwagę niewielka ilość *Kart DILO* wystawionych przez lekarzy AOS innej niż Poradnia Onkologiczna. Z kolei skierowanie na diagnostykę na podstawie wywiadu i/lub nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym cechowało zasadniczo tylko lekarzy POZ, co jest zgodne z założeniami „pakietu onkologicznego”, zgodnie z którymi lekarz AOS może założyć *Kartę DILO* na etapie potwierdzonej choroby nowotworowej w celu wykonania diagnostyki pogłębionej. W takim przypadku bardzo często na założenie *Karty DILO* decydowali się lekarze Poradni Onkologicznej. Nie umiemy odpowiedzieć na pytanie, czy niewielka ilość *Kart DILO* założonych w AOS innej niż Poradnia Onkologiczna wynika z uwarunkowań lokalnych czy systemowych. Nie wiemy też, ile *Kart DILO* zostało założonych przez lekarza POZ, a następnie negatywnie zweryfikowanych przez lekarza AOS innej niż Poradnia Onkologiczna. Wydaje się nam jednak, że założenia „pakietu onkologicznego” nie precyzują w sposób dostateczny tego zagadnienia, a dzięki temu dochodzi do przekierowania strumienia chorych wymagających diagnostyki z poradni specjalistycznych do poradni onkologicznej. Ciekawym byłoby zestawienie tych danych przez płatnika.

Przedstawiona praca jest pierwszą, po wprowadzeniu Karty DİLO, próbą oceny struktury przyjęć chorych do regionalnej poradni onkologicznej z obszaru, na którym nie działa żaden inny ośrodek onkologiczny i gdzie nie ma lekarzy onkologów przyjmujących prywatnie. W naszej opinii 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 niejednoznaczными zmianami w badaniach obrazowych płuc czy wątroby, mogliby dłużej pozostać pod obserwacją lekarzy rodzinnych, gdyby tacy lekarze mieli możliwość zlecenia biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej lub badania TK, które często wyjaśniało niepokój onkologiczny. Dotyczyło to zwłaszcza pacjentów ze zmianami w klasycznym zdjęciu RTG klatki piersiowej, które okazywały się cieniem łagodnym, lub nieprawidłowościami w zakresie wątroby czy nadnerczy w badaniu USG jamy brzusznej (odpowiednio naczyniaki wątroby i gruczolaki nadnerczy). Doprowadziłoby to do znacznego zmniejszenia liczby chorych oczekujących na konsultacje specjalistyczne i niepotrzebnie diagnozowanych w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej. 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 nadal 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 całego kraju.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Dr n. med. Krzysztof Adamowicz

Poradnia Onkologiczna
Szpital Specjalistyczny w Wejherowie
ul. Jagalskiego 10, 84–200 Wejherowo
e-mail: krzys.adamowicz@gmail.com

Otrzymano: 11 lipca 2016 r.

Przyjęto do druku: 24 października 2016 r.

Piśmiennictwo

1. Naczelna Izba Lekarska; <http://www.nil.org.pl/>.
2. Nowak L, Stańczyk J, Znajewska A. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym (Stan w dniu 30 VI 2013 r.). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, 2013. Dostępne na stronie: www.stat.gov.pl.
3. Adamowicz K, Welnicka-Jaśkiewicz M. Analiza przyczyn zgłaszania się pacjentów do Poradni Onkologicznej w Wejherowie. *Onkol Prakt Klin* 2014; 10: 231–238.
4. Ferlay J, Bray P, Pisani P i wsp. *GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase No.5, Version 2.0*. Lyon: IARC Press, 2004.
5. Stewart BW, Kleihues P. *World Cancer Report WHO*. Lyon: IARC Press, 2003.
6. Cooper RA. 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: www.slideshare.net/terrybear11/the-medical-oncology-workforce.
7. Berrino F, De Angelis R, Sant M i wsp., EUROCARE Working Group. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EUROCARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007; 8: 773–783.