

Czy kontrolę po leczeniu onkologicznym powinien prowadzić onkolog?

Barbara Radecka¹, Joanna Streb²

Wraz z rosnącą liczbą chorych na nowotwory zwiększa się systematycznie populacja osób podlegających kontroli onkologicznej. Taką formą opieki objęci są ozdrowieńcy po zakończeniu radykalnego leczenia, chorzy po zakończeniu paliatywnego leczenia, a niejednokrotnie także chorzy po wyczerpaniu możliwości specjalistycznego postępowania. Nie ustają kontrowersje dotyczące tego, kto powinien realizować zadania związane z kontrolą po leczeniu onkologicznym. Biorąc pod uwagę niewielką liczbę specjalistów w zakresie onkologii klinicznej, radioterapii i chirurgii onkologicznej w porównaniu do liczby specjalistów pracujących w POZ, coraz odważniej należy definiować rolę lekarza POZ w sprawowaniu opieki nad pacjentami onkologicznymi. Stwarza to potrzebę opracowania dobrego modelu opieki, opartego na współpracy onkologa i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W artykule przedstawiono szereg argumentów, które uzasadniają takie rozwiązanie.

Biuletyn PTO NOWOTWORY 2016; 1, 3: 274–277

Słowa kluczowe: kontrola, leczenie onkologiczne, ozdrowieńcy, koordynacja, opieka onkologiczna, lekarz POZ

Wstęp

Obserwacja chorych na nowotwory po zakończonym leczeniu onkologicznym stanowi istotną część kompleksowej opieki onkologicznej. Takiej kontroli podlegają ozdrowieńcy po zakończeniu radykalnego leczenia, chorzy po zakończeniu paliatywnego leczenia, a niejednokrotnie także chorzy po wyczerpaniu możliwości specjalistycznego postępowania. Wraz z rosnącą liczbą chorych na nowotwory zwiększa się systematycznie populacja osób podlegających kontroli onkologicznej, szczególnie ozdrowieńców. Postęp w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, jak i specjalistycznego leczenia prowadzi do długotrwałych remisji lub całkowitego wyleczenia. Ozdrowieńcy pozostają zatem w stałej kontroli po zakończeniu onkologicznego leczenia przez kilka, a nawet kilkanaście lat.

Wzrasta systematycznie liczba ozdrowieńców zgłaszających się na kontrole zarówno do onkologów, jak i lekarzy rodzinnych, a maleje liczba niekorzystających z kontroli [1].

W miarę upływu czasu od zakończenia leczenia zmniejsza się częstość wizyt u onkologa, a wzrasta u lekarza rodzinnego [1, 2]. Ok. 1/3 kontrolowanych korzysta z opieki równoległej, pozostali głównie z opieki onkologa [3]. Należy jednak podkreślić, że dane dotyczące tego zagadnienia pochodzą z badań obserwacyjnych, ankietowych, retrospektywnych i mają w związku z tym wiele ograniczeń. Brak danych z badań opartych na losowym doborze chorych.

Problem kontroli po leczeniu jest poważnym wyzwaniem organizacyjnym i finansowym dla każdego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od sposobu organizacji tej opieki czy poziomu rozwoju gospodarczego kraju, w którym dany system funkcjonuje. Jest to wynik nie tylko powiększającej się populacji objętej takimi świadczeniami, ale także m. in. rosnących kosztów badań diagnostycznych. Trzeba także pamiętać, że odmiennej opieki wymagają ozdrowieńcy po radykalnym leczeniu onkologicznym (obserwacja ukierunkowana na wykrycie możliwego do leczenia nawrotu lub

¹Oddział Onkologii Klinicznej, Opolskie Centrum Onkologii, Opole

²Oddział Kliniczny, Klinika Onkologii, Szpital Uniwersytecki, Kraków

Artykuł w wersji pierwotnej:

Radecka B, Streb J. Should oncologists be responsible for monitoring post-treatment follow-up in cancer patients? *NOWOTWORY J Oncol* 2016; 66: 490–493. Należy cytować wersję pierwotną

drugiego pierwotnego nowotworu, poradnictwo psychologiczne i społeczne, czy wreszcie rozpoznawanie i leczenie późnych powikłań onkologicznego leczenia), a odmiennej — osoby po zakończeniu paliatywnego leczenia (działania poprawiające jakość życia). Powstaje problem, kto powinien zająć się kontrolnymi badaniami takich osób.

Mimo wieloletnich starań w żadnym systemie opieki zdrowotnej nie opracowano dobrego rozwiązania. Najbardziej działają takie systemy, w których położono nacisk na koordynację opieki sprawowanej przez specjalistę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub rodzinnego oraz ewentualnie wyspecjalizowane pielęgniarki. Jest to o tyle istotne, że zalecenia odnośnie stylu życia czy wykonywania badań profilaktycznych zwykle nieco różnią się; jeśli pochodzą od onkologa, dotyczą zwykle chorób nowotworowych; jeśli od lekarza rodzinnego — innych chorób cywilizacyjnych [4]. Międzynarodowe towarzystwa naukowe (ESMO, ASCO, ACS) starają się uzgadniać zalecenie dotyczące obserwacji po leczeniu onkologicznym, uwzględniając specyfikę choroby i przebytego leczenia, aczkolwiek w odniesieniu do niektórych nowotworów bywa to trudne z uwagi na brak odpowiednich danych naukowych. Ważne jest w takich zaleceniach uwzględnienie obowiązującego w danym kraju systemu opieki zdrowotnej, co pozwala na przestrzeganie takich zaleceń w codziennej praktyce [5].

W Polsce brak systemu skoordynowanej opieki nad osobami, które zakończyły leczenie onkologiczne. Jest ona realizowana przez onkologów lub innych specjalistów leczących chorych na nowotwory (np. radioterapeutów, laryngologów, urologów, hematologów itp.). Istnieje pilna potrzeba stworzenia systemu opartego na współpracy specjalistów i lekarzy POZ w tym zakresie, obie strony bowiem będą się wzajemnie uzupełniać.

Argumenty przemawiające za prowadzeniem kontroli przez onkologa

Jest sprawą powszechnie akceptowaną, że po okresie intensywnego, zwykle długotrwałego onkologicznego leczenia pacjent zgłasza się do onkologa na wizyty kontrolne, w ramach których oprócz badania podmiotowego i przedmiotowego wykonywane są dodatkowe badania (laboratoryjne, obrazowe). W okresie leczenia chorzy niejednokrotnie tracą kontakt z lekarzem POZ, ich lekarzem prowadzącym staje się onkolog, a wszelkie problemy zdrowotne są realizowane w ramach opieki specjalistycznej [6]. To stwarza pewną barierę psychologiczną dla powrotu pod opiekę lekarza POZ po zakończonym leczeniu, bowiem chory nadal oczekuje od onkologa pełnej opieki [7, 8]. Oczekuje, że badania kontrolne zmniejszą również jego lęk przed ewentualnym nawrotem choroby. Niektóre badania wskazują, że pacjenci bardziej ufają opiece specjalistycznej, a porównanie satysfakcji z opieki specjalistów i lekarzy rodzinnych wskazuje, że z tą ostatnią wiąże się większe niezadowolenie [9]. Jednocześnie

nie brak dowodów, iż pod względem częstości wykrywania nawrotów, jakości życia kontrolowanych, występowania u nich depresji i zespołów lękowych obserwacja prowadzona przez chirurga-onkologa i lekarza POZ jest porównywalna [4, 10].

Warto jednak podkreślić, że lekarz POZ nieczęsto spotyka się z pacjentem onkologicznym. Wg danych Krajowego Rejestru Nowotworów za 2013 w Polsce żyje 900 tys. ludzi z rozpoznaniem nowotworem (niemal połowa tych rozpoznani miała miejsce w ciągu ostatnich 5 lat) [11]. W polskich warunkach zatem, gdzie lekarz POZ ma pod opiekę średnio 2–2,5 tys. osób, statystycznie może on spotkać maksymalnie 50–60 osób, u których kiedykolwiek rozpoznano chorobę nowotworową. Biorąc pod uwagę zachorowalność (ok. 160 tys. nowych zachorowań rocznie), ma on szansę rozpoznać 8–10 nowotworów oraz stwierdzić 4–5 zgonów z powodu choroby nowotworowej w ciągu roku [11]. To nie ułatwia lekarzom POZ nabycia doświadczenia w opiece nad onkologicznymi pacjentami.

Problem pojawia się już na etapie kształcenia przeddyplomowego, w którym rola onkologii jest marginalizowana, ilość godzin kształcenia mała, natomiast często spotykany jest pogląd, że studenta można uczyć onkologii w każdej niemal klinice i przy okazji innych przedmiotów klinicznych. Na etapie kształcenia podyplomowego nie jest lepiej — kształcenie specjalizacyjne w zakresie chorób wewnętrznych czy medycyny rodzinnej nie obejmuje stażu z onkologii. Lekarz POZ nie ma więc okazji uzyskania stosownej wiedzy z zakresu onkologii, a przecież nowotwory są w Polsce drugą pod względem częstości występowania przyczyną zgonów. To skutkuje niską wykrywalnością nowotworów we wczesnych stadiach i zaniedbaniami na etapie diagnostyki. Podobne problemy występują w większości krajów.

Znajomość późnych powikłań po leczeniu onkologicznym także budzi wątpliwości. Badania wskazują, że lekarze POZ bardzo rzadko rozpoznają późne powikłania po chemioterapii, takie jak polineuropatia, zwłóknienie płuc, niewydolność serca, wczesna menopauza czy wtórne nowotwory [12]. Chorzy, którzy nie otrzymują od onkologa specjalnego wypisu z informacją dla lekarza rodzinnego o ryzyku powikłań, nie są praktycznie wcale obserwowani pod kątem wystąpienia takich zdarzeń. W populacji ozdrowieńców, niejednokrotnie ludzi bardzo młodych, istnieje także wzmożone ryzyko wystąpienia zaburzeń metabolizmu tkanki tłuszczowej (wzrost produkcji prozapalnych adipokiny) i mięśniowej (wzrost insulinooporności), zaburzeń gospodarki hormonalnej (uszkodzenie osi przysadkowo-podwzgórzowej, niedobory hormonu wzrostu, estrogenów, testosteronu czy hormonów tarczycy [13]. Tymczasem lekarze POZ, a niejednokrotnie także lekarze innych specjalności wykazują niedostateczne zrozumienie potrzeb ozdrowieńców. Pokutuje wiele mitów, jak choćby przeciwskazania do zmiany klimatu czy rehabilitacji. Mimo że następstwem

leczenia przeciwnowotworowego jest obniżenie aktywności i sprawności fizycznej, a rehabilitacja fizyczna (także w warunkach uzdrowiskowych) poprawia sprawność i zmniejsza uczucie zmęczenia, lekarze niechętnie zalecają rehabilitację lub nawet uważają ją za przeciwwskazaną.

Celem obserwacji po leczeniu onkologicznym jest również analiza odległych wyników leczenia w zakresie przeżyć i ogólnego stanu zdrowia. Wieloletnie obserwacje chorych dostarczają szerokiej wiedzy na ten temat. Szczególnie dotyczy to osób, które chorowały w dzieciństwie, i uzyskując wyleczenie, są obserwowane przez 20, 30 i więcej lat [14].

To wszystko powoduje, że prowadzenie badań kontrolnych nie może być obecnie realizowane bez udziału onkologa. Należy jednak podkreślić, że schemat badań powinien być indywidualizowany, szczególnie u chorych leczonych paliatywnie. W tej ostatniej grupie obserwacja powinna być prowadzona u chorych, u których możliwe jest dalsze leczenie przyczynowe.

Argumenty przemawiające za prowadzeniem kontroli przez lekarza POZ

Przy stałym wzroście zachorowań na nowotwory oraz zwiększającej się rokrocznie liczbie osób po przebytych leczeniu powstaje problem, kto powinien zająć się kontrolą po zakończeniu leczenia. Biorąc pod uwagę niewielką liczbę specjalistów w zakresie onkologii klinicznej, radioterapii i chirurgii onkologicznej w naszym kraju w porównaniu do liczby specjalistów pracujących w POZ, coraz odważniej należy definiować rolę lekarza POZ w sprawowaniu opieki nad pacjentami onkologicznymi. Mimo iż pacjenci po leczeniu onkologicznym są przekonani, że powinni być kontrolowani przez onkologa, trzeba wyraźnie powiedzieć, że zarówno liczba specjalistycznych ośrodków onkologicznych, jak i lekarzy onkologów jest niewystarczająca (obecnie w Polsce pracuje ok. 700 specjalistów onkologii klinicznej i 29 000 lekarzy w POZ). Cytowane wyżej dane z Krajowego Rejestru Nowotworów, a także obserwacje codziennej praktyki lekarzy onkologów wskazują, że ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ośrodkach onkologicznych jest i będzie coraz bardziej przeciążona, prowadząc wymagane badania kontrolne.

Warto podkreślić, że kontrola po radykalnym leczeniu onkologicznym ma na celu przede wszystkim wykrycie nawrotu choroby lub kolejnego pierwotnego nowotworu w stadium umożliwiającym podjęcie ponownego leczenia i takie zadania może spełniać lekarz POZ. Pacjenci po zakończonym leczeniu często oczekują systematycznego wykonywania badań obrazowych, aby „upewnić się, że choroba nie postępuje”. Dotyczy to zarówno ozdrowieńców po radykalnym leczeniu, jak i chorych po paliatywnym leczeniu. Ważnym elementem badań kontrolnych jest zachowanie właściwych proporcji pomiędzy oczekiwaniami pacjentów,

a rzeczywistą wartością poszczególnych badań diagnostycznych i ich kosztami. Należy przy tym podkreślić niedostatek jednoznacznych i akceptowanych standardów badań kontrolnych, co stwarza możliwości narażenia lekarzy czy to pracujących w poradniach onkologicznych, czy w POZ, na oskarżenia o niezachowanie właściwej staranności [5].

Wiele osób leczonych z powodu choroby nowotworowej doświadcza różnych współistniejących chorób. To sprawia, że tacy chorzy pojawiają się systematycznie u lekarza POZ, gdzie zazwyczaj czas oczekiwania na wizytę jest znacznie krótszy niż w poradniach specjalistycznych. To lekarz POZ ma pełną wiedzę na temat stanu zdrowia chorego i zajmuje się całościowo leczeniem współistniejących chorób i dobrze zna „swoich” pacjentów. Przedmiotem takiej opieki może być również kontrola po leczeniu onkologicznym. To lekarz POZ bowiem jest tym, który częściej niż specjalista widzi pacjenta i ma możliwość przeprowadzenia badania przedmiotowego i podmiotowego.

Mimo że szkolenie specjalizacyjne w zakresie medycyny rodzinnej nie obejmuje stażu w oddziale onkologicznym, to jednak jego elementem jest staż w oddziale opieki paliatywnej lub hospicjum, gdzie przyszedł lekarz POZ spotyka się z chorym onkologicznym. W zakresie kształcenia specjalizacyjnego z zakresu medycyny rodzinnej lekarze uczestniczą także w wykładach i seminariach z onkologii. Czas trwania modułu podstawowego szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny rodzinnej dla lekarzy nieposiadających specjalizacji wynosi 4 lata, podczas których lekarz wielokrotnie spotyka się z chorymi na nowotwory.

Lekarze pracujący w POZ korzystają z określonego załącznikiem w umowie z NFZ wykazu badań laboratoryjnych i obrazowych, lecz wykaz ten nie jest wystarczający w zakresie badań kontrolnych po leczeniu onkologicznym. Zgodnie z umową z NFZ lekarze POZ nie mogą kierować na badania wysokospecjalistyczne, na przykład badanie tomografii komputerowej, mammografię czy badanie ultrasonograficzne piersi. To znacznie ogranicza możliwości kontroli po uzupełniającym leczeniu raka piersi czy raka jelita grubego i wymaga wizyty pacjenta u specjalisty. Proste uregulowania prawne mogłyby to zmienić, tym bardziej że wspomniane nowotwory (rak piersi, rak jelita grubego) należą do najczęściej występujących w Polsce, a większość chorych jest leczona radykalnie i wymaga kontroli przez wiele lat.

W zakresie rozpoznawania i leczenia powikłań po leczeniu onkologicznym lekarze POZ, podobnie jak lekarze onkolodzy, korzystają z konsultacji innych specjalistów, m.in. neurologów, kardiologów, endokrynologów czy ortopedów, zatem w tej kwestii opieka lekarza POZ i onkologa powinna być porównywalna. Badania wskazują, że lekarze POZ są zdolni do prowadzenia kontroli po leczeniu onkologicznym i mogą ją prowadzić terminowo i z zachowaniem bezpieczeństwa osób kontrolowanych [15, 16].

Podsumowanie

Właściwe prowadzenie kontroli po zakończeniu onkologicznego leczenia stanowi poważne wyzwanie finansowe i organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej, przede wszystkim dlatego, że liczba osób korzystających z takich świadczeń rośnie systematycznie i niejednokrotnie czują się one zupełnie zagubione w systemie. Badania wskazują, że 1/3 osób po leczeniu onkologicznym nie wie, kto jest odpowiedzialny za opieką nad nimi [9]. Doświadczenia wielu krajów wskazują, że najsprawniej działają takie rozwiązania, w których położono nacisk na koordynację opieki sprawowanej przez specjalistę, lekarza POZ lub rodzinnego oraz ewentualnie wyspecjalizowane pielęgniarki. W Polsce istnieje pilna potrzeba stworzenia systemu skoordynowanej opieki w tym zakresie, w którą zaangażowany będzie zarówno onkolog, jak i lekarz POZ.

W artykule przedstawiono szereg argumentów, które uzasadniają takie rozwiązanie. Ustawa zwana potocznie „pakietem onkologicznym” zakładała, że chory wędrujący tzw. „ścieżką szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego” po zakończeniu tego etapu wróci pod opiekę lekarza POZ [17]. Proponowane w ustawie rozwiązanie nie zostało niestety poparte żadnymi zmianami w zakresie finansowania kontroli po leczeniu onkologicznym. Trudno zatem oczekiwać przejścia tej opieki przez lekarzy POZ. W praktyce jednak pacjent pozostaje pod stałą opieką onkologa, a ośrodki onkologiczne stale borykają się z problemem tzw. nadwykoniań w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w której znaczną część świadczeń stanowią wizyty i badania kontrolne. Stworzenie dobrego systemu skoordynowanej opieki w tym zakresie wymaga wprowadzenia zmian także w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy. Jednym z filarów takiego systemu mogłyby stać się pielęgniarki. Zaangażowanie tej grupy zawodowej sprawdziło się m.in. w opiece diabetologicznej, gdzie pielęgniarki wykonały ogromną pracę m.in. w zakresie edukacji chorych. Warto skorzystać z takich rozwiązań, tym bardziej, że prawo rozszerza kompetencje pielęgniarek m.in. o wypisywanie recept.

W ostatnich latach obserwujemy również dynamiczny rozwój telemedycyny. W niektórych specjalnościach umożliwia ona efektywne monitorowanie na odległość stanu chorych, co jest szczególnie ważne w dobie starzejącego się społeczeństwa. Różne formy telemonitoringu z wykorzystaniem urządzeń elektronicznych, a nawet mediów społecznościowych są obecnie badane w wielu krajach, także w populacji chorych na nowotwory. Warto obserwować to zjawisko i próbować wdrożyć takie rozwiązania w naszym kraju.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Dr n. med. Barbara Radecka

Oddział Onkologii Klinicznej
Opolskie Centrum Onkologii
ul. Katowicka 66 a, 45-060 Opole
tel. +48 77 441 6088; faks +48 77 441 6003
e-mail: brad@onkologia.opole.pl

Otrzymano i przyjęto do druku: 15 sierpnia 2016 r.

Na podstawie wystąpienia podczas IV Konferencji Naukowej czasopisma *Nowotwory „Debaty onkologiczne”*, Warszawa, 8–9 kwietnia 2016 r.

Piśmiennictwo

1. Snyder CF, Earle CC, Herbert RJ. Trends in follow-up and preventive care for colorectal cancer survivors. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 254–259.
2. Del Giudice L, Bondy SJ, Maarten S i wsp. *Physician care of cancer patients: ICES atlas*. Ontario, 2006; 162–174.
3. Hewitt M, Bamundo A, Day Y. Perspectives on post-treatment cancer care: qualitative research with survivors, nurses, and physicians. *J Clin Oncol* 2007; 25: 2270–2273.
4. Grunfeld E, Earle CC. The interface between primary and oncology specialty care: treatment through survivorship. *J Natl Cancer Inst Monographs* 2010; 2010: 25–30.
5. Jassem J, Duchnowska R, Kawecki A i wsp. Badania kontrolne po leczeniu w najczęstszych nowotworach łitych u dorosłych. *Nowotwory J Oncol* 2014; 64: 415–435.
6. Rosenblatt RA, Hart LG, Baldwin LM i wsp. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care. *JAMA* 1998; 279: 1364–1370.
7. Dworkind M, Shvartzman P, Adler PS i wsp. Urban family physicians and the care of cancer patients. *Can Fam Physician* 1994; 40: 47–50.
8. McWhinney IR, Hoddinott SN, Bass MJ i wsp. Role of the family physician in the care of cancer patients. *Can Fam Physician* 1990; 36: 2183–2186.
9. Miedema B, MacDonald I, Tatemichi S. Cancer follow-up care. Patients' perspectives. *Can Fam Physician* 2003; 49: 890–895.
10. Wattchow DA, Weller DP, Esterman A i wsp. General practice vs surgical-based follow-up for patients with colon cancer: randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2006; 94: 1116–1121.
11. *Krajowy Rejestr Nowotworów*, 2013.
12. Nekhlyudov L, Aziz NM, Lerro C i wsp. Oncologists' and primary care physicians' awareness of late and long-term effects of chemotherapy: implications for care of the growing population of survivors. *J Oncol Pract* 2014; 10: e29–e36.
13. Reilley MJ, Jacobs LA, Vaughn DJ i wsp. Health behaviors among testicular cancer survivors. *J Community Support Oncol* 2014; 12: 121–128.
14. Armstrong GT, Liu Q, Yasui Y i wsp. Late mortality among 5-year survivors of childhood cancer: a summary from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol* 2009; 27: 2328–2338.
15. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D i wsp. Comparison of breast cancer patients satisfaction with follow up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 705–710.
16. Grunfeld E, Mant D, Vessey MP i wsp. Specialist and general practice views on routine follow-up of breast cancer patients in general practice. *Fam Pract* 1995; 12: 60–65.
17. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 2014 poz. 1138, art. 32b, ust. 3).