



**144. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
RAKAVE BOLEZNI V SLOVENIJI**

Novo mesto, 19. in 20. oktober 2007

**ORGANIZACIJA ONKOLOŠKE DEJAVNOSTI:
MULTIDISCIPLINARNOST, MULTIPROFESIONALNOST,
KAKOVOST IN ŠTEVILČNOST**

ORGANIZATION OF WORK IN ONCOLOGY - MULTIDISCIPLINARITY,
MULTIPROFESSIONALITY, QUALITY AND MULTIPLICITY

Hotimir Lešničar

Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška c. 2, 1000 Ljubljana

Izvleček

Izhodišča

Zdravstveno varstvo v Sloveniji zaenkrat ni opredelilo vseh obveznosti do rakavega bolnika na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Nikjer namreč ni v celoti zapisano, kaj onkološka dejavnost sploh je in kaj naj na posamezni ravni izvaja. Pomanjkanje državnega programa za nadzor raka in dejstvo, da je rakav bolnik deležen obravnave v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, bi moralo zdravstveno politiko in zavarovalništvo že zdavnaj prebuditi k odločnejšim dejanjem. Kakovost obravnave rakavega bolnika je skoraj v enaki meri odvisna od strokovnosti (znanja) in organiziranosti na primarni in sekundarni ravni. Tu kritika leti predvsem na programe do- in podiplomskega izobraževanja, kjer vpliva sprememb v epidemiološki situaciji obolevnosti že desetletja ni zaznati.

Zaključki

V onkologiji izpolnjevanje pogojev, kot sta multidisciplinarnost in multiprofesionalnost, pomenita novo dodano vrednost. Ta mora vplivati tudi na kakovost in številčnost posameznikov in ustanov, ki se bodo vključevali v diagnostično-terapevtsko mrežo. Trenutno so v slovenski onkologiji pogledi na multidisciplinarnost precej neenotni, multiprofesionalnosti še ni v zavesti, kakovost je marsikje nenadzorovana, številčnost pa je v glavnem zgodovinsko pogojena. Zadnji čas je, da zdravstvena politika dejavno poseže na področje obravnave rakavih bolnikov. Predpogoj je oblikovanje »Državnega programa za nadzorovanje raka« in seveda (ime samo pove) tudi imenovanje nadzornikov za njegovo izvajanje. Delovanje programa bo moralo temeljiti na enotni informacijski podpori, kar bo omogočilo tudi enotno vrednotenje stroškov.

Ključne besede

onkologija; organizacija dela; multidisciplinarnost; multiprofesionalnost; kakovost; številčnost

Abstract

Background

Health care system in Slovenia has not fully defined all liabilities to cancer patients at the primary, secondary and tertiary levels. No official documents describing precisely the mission of oncology and its tasks to be performed at each individual level have been so far available. Given that we are lacking an adequate national cancer control program and that the management of a cancer patient in Slovenia is included in the compulsory health insurance system. Our health care as well as health insurance policy should have long ago accepted the challenge of taking more decisive steps. The quality of management of cancer patients is as much dependent on medical proficiency (knowledge) as on organization of work at the primary and secondary levels. The major critique addresses particularly undergraduate and postgraduate education, i. e. the fields that have not been touched by the changes in the epidemiologic view of morbidity for several decades.

Conclusions *The prerequisites in oncology, such as multidisciplinary and multiprofessionalism, are considered as new added values which should have a direct effect on the quality and multiplicity of individuals and institutions that are likely to be included in diagnostic and therapeutic networks.*
In oncology in Slovenia, the views on multidisciplinary are not consistent, multiprofessionalism has not yet entered our conscious awareness, quality assurance is often out of control, whereas multiplicity is history-based. It is high time that health care policy steps in and takes adequate measures in the management of cancer patients. The first prerequisite is to set up a national cancer control program and, of course, to appoint supervisors who will be in charge of (as the term indicates itself) supervising the implementation of the program. Its smooth implementation can only be ensured by applying a uniform information system, thereby also assuring a uniform evaluation of costs.

Key words *oncology; organization of work; multidisciplinary; multiprofessionalism; quality; multiplicity*

Uvod

Organizacija dejavnosti terciarne preventivne, ki vsebuje predvsem kakovostno obravnavo rakavega bolnika, zahteva široko družbenopolitično in strokovno podporo (za primarno in sekundarno preventivo je to že zdavnaj jasno). To so pokazali dogodki iz zadnjih let. Če bi v Sloveniji že imeli državni program za nadzorovanje raka, kar smo predlagali že leta 1996, bi verjetno odpadle številne nepotrebne debate in razburjanje javnosti. Kljub temu da so se v zadnjih deset letih dotedanji načini obravnavanja rakavih bolnikov zaradi tehnološkega in farmacevtskega napredka precej spremenili, še vedno ostaja dejstvo, da v Sloveniji v tem času, kljub opozorilom, nismo uspeli zagotoviti organizacije onkološke dejavnosti, ki bi sledila trendom. Problem prebijanja kritične mase v majhni državi so ob stalnih pritiskih stroke prvi presegli bolniki. Število 60.000 državljanov, ki so bili ali so zaznamovani z diagnozo rak (t. i. prevalenca raka) in ki se vse bolj organizirajo, postaja tista politična moč, ki preslišane pozive stroke lahko čez noč uresniči.

Pomanjkanje dolgoročnih načrtov povzroča, da se vsakokratna vlada s problemi na novo sooča. Predvsem pa take načrte nujno potrebujemo tudi v drugih strokah, ne le v onkologiji. Seveda morajo biti načrti podrejeni epidemiološki situaciji v Sloveniji, ki se je v zadnjih desetletjih močno spremenila. Žal pa se ustaljeni načini dodeljevanja sredstev ne spreminjajo, zato v resnici denar še ne sledi dejanskim stroškom pri bolnikih. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) trdi, da bodo novi stroški, ki jih zahteva onkologija, podrli razmerja v zdravstvenem sistemu. Po našem mnenju se to lahko zgodi le zato, ker v preteklosti dodatnih izdatkov ni bilo potrebno opravičevati. Nekaj jih lahko navedemo:

- izjemno potratna izdaja (neonkoloških) zdravil na recept brez podatkov o vplivu na kakovost in dolžino preživetja;
- izjemno potratno prevažanje državljanov na specialistične preiskave in zdravljenje (mnogokrat cena prevoza presega ceno preiskave in/ali zdravljenja);
- prenašanje osnovnih diagnostičnih in terapevtskih posegov iz primarne ravni na terciarno s pomočjo celoletnih napotnic kljub opredeljenim glavarinam;

- vzdrževanje številnih specialističnih dejavnosti v večini splošnih bolnišnic ob pomanjkanju ustreznih specialistov;
- strokovno nesodobna obravnava, ki kljub zapisanim smernicam zahteva ponavljanje preiskav in/ali posegov.

Tudi na področju onkologije lahko stroške zanesljivo upravičimo le za polovico porabljenih sredstev, ki je vezana na onkološki inštitut (OI). Ostala polovica se porazgubi.

Cilj in smisel reorganizacije onkološke dejavnosti v Sloveniji

Sodobna obravnava rakavega bolnika po eni strani temelji na vertikalnem prehajanju bolnika na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva od primarnega do terciarnega in nazaj. Po drugi strani med vsemi medicinskimi strokami zahteva morda največjo horizontalno povezavo specialističnih dejavnosti, t. i. multidisciplinarnost. Ker sodobna obravnava bolnika vključuje tudi dejavnosti, kot so dietetika, zdravstvena nega, genško svetovanje, psihoonkologija, rehabilitacija in paliativna oskrba ter ne nazadnje tudi povezovanje v društvih bolnikov, govorimo hkrati o multiprofesionalnosti v onkologiji. V vse našteteto se vpleta še problematika izobraževalnega sistema, raziskovalne dejavnosti in tudi medicinske etike. Gre torej za zapletene povezave, ki niso docela dorečene ne strokovno ne organizacijsko in ne zavarovalniško. Ker vse našteteto vpliva tudi na kakovost obravnave in številčnost vpletenih ustanov in posameznih strokovnjakov, zajeti celotno problematiko v kratkem sestavku ni lahka naloga.

Osnovni cilj, ki si ga mora zastaviti zdravstvena politika, če želi poseči v delovanje na področju terciarne preventivne, je vsekakor: doseči kakovostnejše in daljše preživetje bolnikov z rakom. Na videz enostaven cilj, če ga pa želimo doseči, moramo dejavno poseči na številna področja zdravstvenega varstva od ravni strokovnega znanja do izvajanja menedžmenta. Razpravljanja o tem, kaj sploh je onkologija kot stroka, kaj zajema oziroma kdo je onkolog, verjetno niso plodna. Medicinsko gledano je dejstvo predvsem to, da za rakom lahko zboli vsak človek ne glede na starost

in spol, kakor tudi to, da praktično ni organa ali tkiva, ki ga ta bolezen ne bi prizadela. Diagnostično in terapevtsko gledano sta se na tem področju že pred časom pojavili dve novi specialnosti: radioterapija in internistična onkologija, ki sta praktično namenjeni zgolj raku. Na drugih področjih pa se posamezni specialisti znotraj svojega področja postopoma usmerjajo pretežno k onkološki problematiki, saj jih k temu silijo vse večja incidenca raka.

Obračunavanje medicinskih storitev v onkologiji ni posrečeno. Stroški pri bolniku z rakom so bistveno bolj kot z osnovno diagnozo po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB – ICD) obremenjeni s stadijem in številnimi individualnimi značilnostmi. Rešitev zato ni v skupinah, temveč v individualni porabi. N popoln sistem vrednotenja storitev se kaže tudi pri izvajanju postopkov na primarni ravni. Vloga splošnega (družinskega, izbranega) zdravnika ni finančno niti strokovno opredeljena. Slabost primarne detekcije se v Sloveniji kaže s previsokim odstotkom bolnikov v napredovalem stadiju, kar je pripisati predvsem slabemu znanju klinične onkologije. Enostavni način prenosa odgovornosti na višjo raven (celoletne napoltnice onkologu) pa ima seveda tudi finančne posledice.

Jasno je, da je pri organizaciji katere koli zdravstvene dejavnosti potrebno izhajati iz potreb bolnikov. Zato so se bolniki z rakom v zadnjih letih organizirali, izstopili iz anonimnosti, se osvobodili stigmatizacije in postajajo pomembna politična moč. Poleg združevanja v društva morajo pravice bolnikov z rakom zajemati:

- pravico do enake dostopnosti do diagnostike in zdravljenja;
- pravico do multidisciplinarnе obravnave;
- pravico do enake kakovosti zdravstvenih postopkov;
- možnost vključevanja v klinične raziskave;
- pravico do celostne rehabilitacije;
- pravico do paliativne oskrbe.

Pri tem je potrebno vedeti, da maksimalni obseg pravic iz naslova zagotovljenega zdravstvenega varstva lahko opredeljuje le država na osnovi lastnih zmogljivosti. V državi, ki ima pregled le nad porabo (ne pa tudi nad učinkovitostjo) po posameznih segmentih zdravstvenega varstva, lahko pritiski posameznih lobijev povzročijo zlom zdravstvenega sistema. Edino možnost na tem področju nudi računalniška informatika, ki ob skupno zastavljenih in načrtovanih programih omogoča hkraten vpogled v obremenjenost, porabo sredstev in učinkovitost dejavnosti. Žal pri nas medicinska informatika nima enotnih izhodišč, služi le potrebam bolnišnic, zdravstveni sistem v celoti pa od tega nima dosti.

Ocena stanja na področju dostopnosti do diagnostike in zdravljenja ter multidisciplinarnе obravnave v Sloveniji

Priporočilom WHO, ki ocenjuje, da je treba specializirani center za raka (ki vsebuje tudi RT) organizirati

na 500.000 prebivalcev, sledijo le redke države. V slovenskih razmerah majhnih razdalj in dobrih prometnih povezav bi bilo smiselno vzpostaviti dva taka centra. Ocena WHO pa je pomembna tudi pri načrtovanju druge opreme (slikovna diagnostika, centralna priprava zdravil), števila strokovnjakov in števila multidisciplinarnih timov. Čakalne dobe v onkologiji so namreč nesporemljive, se pa pojavljajo tako pri primarni detekciji kot v obdobju prve diagnostike. V prihodnosti se lahko pojavijo tudi pri zagotavljanju zdravljenja, če ne bomo na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva pravočasno uspeli zagotoviti potrebnega števila v onkologiji usmerjenih specialistov.

Navodila organizacij, kot so WHO, IARC in IAEA, je možno vzeti za izhodišče tako pri oceni števila specialistov kot tudi glede števila bolnišnic, ki bi lahko sodelovale pri multidisciplinarni obravnavi v okviru tedenskih kliničnih konzilijev za posamične vrste raka. Pri nekaterih oblikah raka je v Sloveniji že uspelo vzpostaviti sistem multidisciplinarnosti. To pomeni, da ob zapisanih smernicah zdravljenja odločanje ne sme biti več posamično, temveč skupno (še več pove izraz interdisciplinarno). Seveda pa za bolnika to ne sme pomeniti, da bo izgubil svojega osebnega zdravnika. Nasprotno, njegov izbrani zdravnik mora v tem interdisciplinarnem dogovarjanju postati aktivni dejavnik, ne pa zgolj statist kot doslej. Tako stanje je možno doseči le z novimi načini izobraževanja. Tudi specialist splošne medicine mora o obravnavi bolnika z rakom zvedeti bistveno več, kot je lahko doslej.

V splošnih bolnišnicah za onkološko dejavnost potrebujejo usmerjene specialiste vsaj za tiste najštevilčnejše oblike raka (kožni rak, pljučni rak, rak debelega črevesa in danke, rak dojke in rak prostate), ki jih želi objavati. To pa pomeni:

- 2 specialista cito-patologa, usmerjena v onkologijo;
- 2 specialista, usmerjena v onkološko slikovno diagnostiko (CT, MR, NM);
- 2 za onkologijo usposobljena kirurga / za vsako dejavnost;
- 2 specialista internistične onkologije;
- 2 konziliarna radioterapevta OI / področje;
- v prehransko terapijo usmerjenega specialista;
- v paliativno oskrbo usmerjene specialiste.

Trenutno niti ena od bolnišnic na sekundarni ravni, ki izvajajo zdravstveno dejavnost v večjem ali manjšem obsegu na področju onkologije, tega ne zagotavlja, vključno s terciarnimi ustanovami zunaj OI. Čeprav osnovna opremljenost teh bolnišnic (z izjemo radioterapije in centralne priprave zdravil) večinoma dosega evropske standarde, pa velik problem v Sloveniji predstavlja predvsem pomanjkanje v onkologiji usmerjenih specialistov. Tedensko multidisciplinarno obravnavo bolnikov z rakom v 11 bolnišnicah izven ljubljanskega območja omogočajo konziliarni specialisti OI. Ob hkratnem sodelovanju v 30 timih na območju OI – KC tega dela specialisti OI ne morejo izvajati v nedogled. Še posebno zato ne, ker se zavarovalnica ne zaveda, da je prav multidisciplinarnost tista dodana vrednost, ki bolniku s pomočjo potrebnih smernic zdravljenja omogoča najboljšo in najcenejšo prvo obravnavo.

Povzetek ugotovitev

- Odstotek bolnikov z napredovalo boleznijo ob diagnozi kaže na slabo odkrivanje raka;
- čakalne dobe na CT in MR ob sumu na raka niso posebej opredeljene;
- multidisciplinarnost ni prepoznana kot dodana vrednost v onkologiji;
- uveljavljanje smernic zdravljenja brez zagotavljanja multidisciplinarnosti ni možno;
- število bolnišnic, ki izvajajo onkološko dejavnost, ne temelji na multidisciplinarnosti;
- dostopnosti do zdravljenja ne more zagotavljati zgolj opremljenost;
- onkološka dejavnost na primarni in sekundarni ravni je nepregledna;
- pregleda nad številom v onkologijo usmerjenih specialistov nimamo.

Poleg sprememb v izobraževanju bodo bolnišnice morale čimprej izpolniti pogoje za izvajanje onkološke dejavnosti. Prav omogočanje multidisciplinarnosti mora v prihodnosti vplivati na število bolnišnic pri izvajanju onkologije na sekundarni ravni. V ta namen je treba osnovati specialistično mrežo na sekundarni ravni.

Ocena stanja glede enake kakovosti pri zdravstvenih postopkih v onkologiji

Področje kakovosti v onkologiji je neposredno povezano z multiprofesionalnostjo, ki se poleg medicine navezuje tudi na menedžment. Kakovost je odvisna od številnih dejavnikov. Poleg nudenja osnovnega bivalnega komforta bolniku so to prav gotovo:

- raven usposobljenosti,
- vodenje dokumentacije,
- kakovost komunikacij,
- izvajanje nadzora,
- hierarhija in upravljanje,
- standardi obremenitev,
- delovni pogoji,
- opremljenost,
- sistem nagrajevanja.

Cilj izboljšav kakovosti pa so v prvi vrsti dobri rezultati zdravljenja, zadovoljen bolnik in zadovoljno osebje. Rezultatov začetnih analiz v tem pogledu še ne moremo jemati za relevantne. Bolniki se vseh svojih pravic še ne zavedajo, osebje kljub izgorevanju ponekod še vztraja. Ena od pomanjkljivosti je, da so možnosti dodatnega svetovanja bolnikom trenutno pičle. Ta del kakovosti je vezan na uvajanje multiprofesionalnosti, ki medicinski obravnavi dodaja večjo širino in jo zaenkrat razumemo le kot poseben prostor, ki si ga je izborila zdravstvena nega. Na področjih, kot so dijeta, klinična psihologija, gensko svetovanje, celostna rehabilitacija, klinične raziskave (statistiki) in paliativna oskrba, so zaposleni strokovnjaki prava redkost ali pa jih sploh ni. Slovenska slabost je tudi nenotnost na področju informatike. Prave primerjave na področju kvalitete omogoča le enotni informacijski sistem. Šele tako bo namreč možno ugotavljati, kdo in ali sploh sledi sprejetim smernicam zdravljenja.

Zaključki

1. Za izpolnjevanje pravic rakavih bolnikov je potrebno najprej poseči na področje dosedanjih načinov izobraževanja. Mnenje študentov in specialistov na vseh treh ravneh je, da je izobraževanje na področju onkologije nezadostno. Programe obeh MF in ZZS je potrebno prilagoditi zahtevam epidemiološke situacije.
2. Specialiste na primarni ravni je treba vključiti v interdisciplinarno obravnavo bolnikov z rakom. Velja razmisliti tudi o oživitvi dispanzerske dejavnosti na tem področju. Tako lahko izboljšamo zgodnje odkrivanje, preprečimo čakalne dobe v obdobju prve diagnostike, omogočimo svetovanje in paliativno oskrbo.
3. Na sekundarni ravni naj število bolnišnic, ki bodo izvajale onkološko dejavnost, opredeljuje možnost zagotavljanja načela multidisciplinarnosti. To pomeni, da so bolniki z najpogostejšimi vrstami raka na tej stopnji deležni vse sodobne strokovne obravnave od diagnostike do paliativne oskrbe v skladu s smernicami.
4. Terciarna raven po definiciji ne more služiti kot servis primarni in sekundarni ravni. Njene naloge pri pedagoškem delu so bistveno premalo izkoriščene. Izvajanje poslanstva na področjih klinično-raziskovalnega dela in uvajanja novih postopkov bo zaradi preštevilnega izvajanja standardnih postopkov zamrlo.
5. Na področju onkologije je potrebno oblikovati specialistične mreže, ki bodo bolniku omogočile smiselno prehajanje med posameznimi ravnimi.
6. Plačevanje stroškov po diagnostičnih skupinah je v onkologiji lahko pogubno. Le z upoštevanjem sledenja smernicam in stroškom po posameznem bolniku se bomo izognili lažnemu podvajanju izdatkov.
7. Izboljšanje vseh parametrov kakovosti je možno doseči le z enotnim sistemom informatike.
8. Vse omenjene cilje je treba začrtati v Državnem programu za nadzor raka, kjer si je treba zastaviti tudi roke za izpolnitev in vzpostaviti nadzor nad uresničevanjem ciljev. Gre za dolgoročno zastavljene naloge, nad katerimi mora bdeti Ministrstvo zdravja. Če bo program, ki vključuje tudi primarno in sekundarno preventivo, zapisan in sprejet, ga lahko ponudimo kot vzorec tudi drugim evropskim regijam.
9. Omenjeni program bo zahteval določene posege tudi na področju izobraževanja in organizacije dela v zdravništvu. Za sprejem in izvedbo programa bomo morali pridobiti široko podporo javnosti. Od SZD pričakujemo vso podporo, saj so spremembe, ki jih narekuje epidemiološka situacija, nujne.

Viri

1. Bosanque N, Sikora K. The economics of cancer care. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
2. Ganz AP. Cancer survivorship today and tomorrow. Springer; 2007.

3. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Michelli A, Manogone L, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000–02 period analysis of EURO CARE-4 data. *Lancet Oncol* 2007; 8: 784–96.
4. Anon. A strategy for cancer control in Ireland. National Cancer Forum, Department of Health and Children; 2006.
5. Anon. Strategies to improve and strengthen cancer control programmes in Europe. Geneva: World Health Organization; 2004.
6. Posvetovanje o državnem programu nadzora raka. Ljubljana: Onkološki inštitut in Ministrstvo za zdravje RS; 1996.

Prispelo 2007-10-08, sprejeto 2007-11-25