

# Wyzwania diagnostyki i leczenia raka jelita grubego

**Raport „Wyzwania  
diagnostyki i leczenia  
raka jelita grubego”  
jest szczególnym  
opracowaniem, gdyż  
powstał w trakcie  
kryzysowej sytuacji  
w systemie ochrony  
zdrowia spowodowanej  
pandemią COVID-19.**

# Spis treści

- 4 Wstęp**
- 8 I. Kryzys w leczeniu onkologicznym w Europie spowodowany pandemią**  
dr Jerzy Gryglewicz
- 12 II. Europejskie i polskie plany naprawy systemu zdrowia**  
dr Jerzy Gryglewicz
- 17 III. Perspektywa pacjenta przedstawiona w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia**  
Magdalena Kołodziej, Fundacja MY Pacjenci
- 23 IV. Wyzwania związane z procesem diagnostyki i leczenia raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy leczenia ambulatoryjnego**  
dr n. med. Piotr Warczyński
- 26 V. Wyzwania związane z procesem diagnostyki raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy praktyki klinicznej ośrodka referencyjnego**  
dr n. med. Beata Jagielska
- 36 VI. Wyzwania związane z procesem diagnostyki raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy krajowego konsultanta w dziedzinie gastroenterologii**  
prof. dr n. med. Jarosław Reguła
- 40 VII. Wyzwania w chirurgii kolorektalnej na podstawie badań Dolnośląskiego Centrum Onkologii**  
dr n. med. Marek Bębenek
- 44 VIII. Wyzwania związane z procesem diagnostyki raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego**  
prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska
- 48 IX. Wyzwania związane z procesem diagnostyki raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii klinicznej**  
prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
- 52 Rekomendacje**

# Wstęp

Epidemia COVID-19 spowodowała spadek dostępności do diagnostyki i leczenia pacjentów z rakiem jelita grubego. Wprowadzenie szeregu obostrzeń i ograniczeń administracyjnych w sposób oczywisty wpłynęło zarówno na zmniejszenie wykrywalności nowych przypadków i obniżenie efektów leczenia pacjentów będących w trakcie terapii a także spowodowały konieczność wprowadzenia zmian w organizacji leczenia.

Niniejsze opracowanie jest efektem pracy wielu ekspertów ochronie zdrowia i praktyków związanych z diagnostyką i leczeniem raka jelita grubego.

Autorami rozdziałów opisujące kluczowe aspekty z aktualnymi problemami związanymi organizacją i dostępnością do diagnostyki raka jelita grubego są:

- prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska
- prof. dr n. med. Jarosław Reguła
- prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
- dr n. med. Beata Jagielska
- dr n. med. Marek Bębenek
- dr n. med. Piotr Warczyński
- Magdalena Kołodziej
- Jerzy Gryglewicz

Wnioski wynikające niniejszego opracowania były podstawą do wypracowania rekomendacji dotyczących zmian w organizacji i finansowaniu diagnostyki raka jelita grubego podczas debaty eksperckiej w dniu 4 lutego 2021 roku w której uczestniczyli:

- dr hab. n. med. Marek Bębenek,  
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Chirurgii Onkologicznej
- dr n. med. Beata Jagielska,  
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Onkologii Klinicznej
- prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski,  
Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii Klinicznej
- Magdalena Kołodziej,  
Organizacja My Pacjenci

- prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła,  
Konsultant Krajowy w dziedzinie Gastroenterologii
- prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska,  
Prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii
- prof. dr hab. n. med. Grzegorz Wallner,  
Konsultant Krajowy w dziedzinie Chirurgii Ogólnej
- prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski,  
Konsultant Krajowy w dziedzinie Chirurgii Onkologicznej

# podsumowanie

1. Epidemia COVID-19 ma silny wpływ na organizację leczenia, na stan osób udzielających pomocy oraz na prowadzenie badań. Istnieje ryzyko, że diagnozy nowych przypadków raka będą opóźnione i więcej pacjentów zostanie zdiagnozowanych w późniejszym stadium choroby.
2. Badania ankietowe przeprowadzone w 356 centrach onkologii w 54 krajach wykazały, że w związku z pandemią aż w 88% ośrodkach wystąpiły problemy z zapewnieniem pacjentom odpowiedniego leczenia.
3. Minister Zdrowia Adam Niedzielski ogłosił wprowadzenie planu naprawczego (recovery plan), który ma między innymi może poprawić dostępność do diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami onkologicznymi poprzez poprawę efektywności badań profilaktycznych, zwiększenie finansowania ambulatoryjnych badań diagnostycznych oraz rozbudowę sieci onkologicznej.
4. W ramach Europejskiego Instrumentu Odbudowy (Recovery and Resilience Facility – RRF) Polska ma otrzymać 23 mld euro w postaci środków na bezpłatne granty oraz 34 mld euro w ramach bezzwrotnych pożyczek przeznaczonych między innymi na sfinansowanie reform w ochronie zdrowia.
5. Według danych NFZ Liczba wykonywanych kolonoskopii w 2020 roku była mniejsza o 42 % w stosunku do 2019 roku.
6. Fundacja My Pacjenci informuje , że w związku z pandemią znaczący wpływ na zmniejszenie liczby wykonywanych badań między innymi kolonoskopii , poza ograniczeniem ich dostępności przez świadczonych przez świadczeniodawców, mają również decyzje pacjentów o odłożeniu w czasie prewencyjnych badań przesiewowych i ambulatoryjnych procedur planowych.
7. W ocenie lekarzy wykonujących badania konoskopowe utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej był także konsekwencją wydanych w związku z pandemią zaleceń MZ, NFZ, Wojewodów i nadzorów specjalistycznych polecających zatrzymanie lub ograniczenie świadczeń planowych podstawowych, diagnostycznych i specjalistycznych.
8. Barierą w wykonywaniu kolonoskopii jest zła polityka nadzoru anestezjologicznego uniemożliwiająca stosowanie krótkotrwałej analgezji przez lekarzy nie mających specjalizacji z anestezjologii.
9. W Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie odnotowano najtrudniejszą sytuację w okresie endemii w zakresie realizacji świadczeń endoskopowych. W 2020 roku zrealizowano o 30% mniej badań endoskopowych w trybie ambulatoryjnym, a w przypadku badań szpitalnych o 44%.

10. W czasie pandemii w Narodowym Instytucie Onkologii odnotowano opóźnioną zgłaszalność chorych do diagnostyki i leczenia w wielu chorobach nowotworowych, w tym raku jelita grubego. Przełożyło się to na rosnący odsetek zgłaszających się chorych w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej.
11. W diagnostyce raka jelita grubego najważniejsze jest wczesne rozpoznanie nowotworu, najlepiej u pacjentów bezobjawowych, czyli w fazie najwcześniejszej, która daje najlepsze rokowania. Dlatego tak ważne jest prowadzenie systematycznych badań przesiewowych na jak największej populacji. Można to nazwać diagnostyką optymalną, dotyczącą osób powyżej 50. roku życia, które nie mają objawów.
12. Niski poziom finansowania programu badań przesiewowych raka jelita grubego jest przyczyną, że w Polsce wykonuje się zaledwie 110 000 badań przesiewowych rocznie, natomiast możliwości kadrowe, sprzętowe i organizacyjne pozwoliłyby na realizację nawet 200 000 takich badań rocznie.
13. Wprowadzenie nowych procedur postępowania w zakresie diagnostyki i leczenia w związku z epidemią COVID w Dolnośląskim Centrum Onkologii spowodowało powrót do ilości wykonywanych badań kolonoskopowych z okresu sprzed pandemii.
14. NFZ nie przewiduje zwrotu kosztów sedacji w przypadku badań kosztochłonnych. Wielu pacjentów nie godzi się na wykonanie tego badania bez znieczulenia i tacy chorzy muszą trafić do szpitala, co znacznie podnosi koszty płaconego zwrotu z hospitalizacją.
15. W Polsce przepisy określają, że podanie leku sedującego musi być wykonane przez anestezjologa i w obecności pielęgniarki anestezjologicznej. Czyli w tej chwili kolonoskopia w znieczuleniu musi być wykonywana z udziałem czterech osób personelu medycznego. W efekcie często znieczulenie (sedacja) może być droższe niż sam zabieg kolonoskopii.
16. Możliwości zmniejszenia zagrożeń związanych z rakiem jelita grubego należy szukać w bardziej skutecznej profilaktyce oraz zapewnieniu kompleksowości postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.
17. Należy wprowadzić właściwy model organizacyjny w opiece nad chorymi na raka jelita grubego, który zapewniłby sprawne rozpoznawanie i określanie zaawansowania nowotworu oraz wykorzystanie leczenia skojarzonego z udziałem wszystkich – uzasadnionych naukowo – metod postępowania.
18. Elementem działań ośrodków kompleksowych leczenia raka jelita grubego powinno być uczestnictwo w kształceniu pracowników ochrony zdrowia i wyrównywaniu niedoborów specjalistycznych kadr.

# rozdział I

# Kryzys w leczeniu onkologicznym w Europie spowodowany pandemią

dr Jerzy Gryglewicz



Organizatorzy opieki onkologicznej, wybitni onkolodzy, środowiska pacjentów oraz media informują na całym świecie o problemach w ograniczeniu dostępności pacjentów do diagnostyki i leczenia w chorobach onkologicznych.

**Kongres onkologiczny  
ESMO (European Society  
for Medical Oncology)  
Virtual Congress 2020,  
który odbył się we wrześniu  
w Lugano, zdominowały  
dyskusje dotyczące wpływu  
pandemii na ogromne  
problemy dotyczące  
diagnostyki i leczenia  
pacjentów z chorobami  
nowotworowymi, które  
wystąpiły we wszystkich  
państwach europejskich.**

Przed epidemią w Europie najważniejszym problemem zdrowotnym były choroby nowotworowe, które obecnie dla polityków, organizatorów ochrony zdrowia i mediów, w związku z pandemią mają drugoplanowe znaczenie.

*„Epidemia COVID-19 ma silny wpływ na organizację leczenia, na stan osób udzielających pomocy oraz na prowadzenie badań. Istnieje ryzyko, że diagnozy nowych przypadków raka będą opóźnione i więcej pacjentów zostanie zdiagnozowanych w późniejszym stadium choroby”* – ostrzegał w trakcie kongresu dr Guy Jerusalem z Uniwersytetu w Liège.

*„Szkodliwy wpływ COVID-19 na leczenie nowotworów jest powszechny na całym świecie i ma różną skalę, zależnie od ośrodka. Pandemia globalnie uderzyła w systemy opieki zdrowotnej, zaburzając tę opiekę i narażając pacjentów onkologicznych na znaczące ryzyko szkód”* – podkreślał dr Abdul-Rahman Jazieh z King Abdulaziz Medical City w Arabii Saudyjskiej.

W trakcie kongresu zaprezentowano dwa badania ankietowe. Pierwsze przeprowadzone w centrach onkologii w 18 krajach wykazało, że w 66% ośrodków pandemia spowodowała ogromne problemy z zapewnieniem pacjentom właściwego leczenia jednocześnie ograniczyło czy wręcz uniemożliwiło realizację badań klinicznych. Badanie pokazało także, że najczęściej opóźniane były zabiegi chirurgiczne (44,1%), chemioterapia (25,7%) i radioterapia (13,7%), a w 32,1% centrów szybciej kończono opiekę paliatywną.

Drugie badanie zebrało natomiast informacje z 356 centrów w 54 krajach. Z badania wynika, że aż 88% ośrodków poinformowało o kłopotach z zapewnieniem odpowiedniego leczenia. Ponad połowa (54%) zanotowała przypadki koronawirusa u pacjentów, a 45% – u personelu.

Centra Onkologii na początku pandemii w 55% ograniczyły zapobiegawczo swoją działalność, a 20% zostało do tego później zmuszonych przez zaistniałą sytuację, np. przez brak ochronnego sprzętu dla pracowników, niedobór personelu czy leków. W 46% ośrodków jeden na dziesięciu pacjentów nie otrzymał

jednego cyklu leczenia, a 80% pacjentów miało problemy z uzyskaniem właściwego leczenia.

W związku z powyższym, większość ośrodków onkologicznych wprowadziło różnego rodzaju działania zaradcze. W ponad 93% ośrodków uruchomiono między innymi komunikację wirtualną, którą ponad połowa chce stosować także po pandemii.

Ponad 76% klinik onkologicznych przeniósło rutynowe testy do laboratoriów w pobliżu miejsc zamieszkania pacjentów, a 68% wysyłało pacjentom leki.

W trakcie kongresu przekazano także wyniki badania wykonanego w maju u 1 520 osób z personelu medycznego pracującego w oddziałach onkologicznych, wskazujące negatywny wpływ dużego obciążenia pracą personelu medycznego w trakcie pandemii, które wykazało, że 38% badanych odczuło wypalenie zawodowe i aż 66% stwierdziło, że nie może wykonywać swoich obowiązków tak dobrze, jak wcześniej. Według naukowców konieczna jest współpraca różnych specjalistów i organizacji, aby zaradzić trudnościom wśród medycznego personelu.

*„ESMO Resilience Task Force zajęmie się opracowywaniem specjalnych interwencji, aby w przyszłości lepiej wspierać onkologów w trakcie pandemii i po niej” – zadeklarowała dr Susana Banerjee, dyrektor ds. członkostwa w ESMO, główna autorka badania ankietowego.*

ESMO szybko odpowiedziało na spowodowany pandemią kryzys, opracowując szereg zaleceń odnośnie różnych chorób onkologicznych. Pomogą one onkologom w zapewnianiu jak najlepszej opieki w tych nietypowych warunkach. Kluczowe jest teraz, aby unikać opóźnień w leczeniu, które może wpłynąć na przeżywalność. Można to osiągnąć przez przeniesienie zasobów do pacjentów onkologicznych i dalsze dostarczanie jak najlepszej opieki – zawarto w konkluzji z Kongresu.

## rozdział II

# Europejskie i polskie plany naprawy systemu zdrowia

dr Jerzy Gryglewicz

**Dramatyczne sytuacje w onkologii, a także w innych niż choroby zakaźne dziedzinach, powodują konieczność opracowania przez państwa planów naprawczych dla sektora ochrony zdrowia.**

# 2.1.

## Narodowy Program Odbudowy Zdrowia Polaków (NPOZP)

W Polsce we wrześniu bieżącego roku Minister Zdrowia Adam Niedzielski ogłosił wprowadzenie planu naprawczego (recovery plan), który ma pozwolić na nadgonienie zaległości w opiece zdrowotnej, jakie powstają w związku z trwającą epidemią. Największe problemy i zjawiska kryzysowe wystąpiły w zakresie onkologii i kardiologii, przyczyniając się do znacznego wzrostu śmiertelności obywateli.

Narodowy Program Odbudowy Zdrowia Polaków (NPOZP), który będzie składał się z pięciu filarów. Trzy filary są szczególnie ważne w kontekście poprawy dostępności do diagnostyki i leczenia także dla pacjentów z nowotworem złośliwym jelita grubego.

### 1

**Pierwszy filar NPOZP dotyczy poprawy dostępności do programów badań profilaktycznych.** W ramach realizacji tego priorytetu należy zaproponować działania mające na celu poprawę dostępności do badań kolonoskopowych. W ramach działań, które powinny być podjęte w szczególności zwiększenie liczby lekarzy posiadających umiejętność z zakresu kolonoskopii, zwiększenie liczby pracowni kolonoskopii, zmiana warunków udzielania świadczeń w tym zakresie, zwiększenie poziomu finansowania świadczeń z zakresu kolonoskopii realizowanej w ramach programów profilaktycznych oraz przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii zachęcającej do badań profilaktycznych w zakresie nowotworu jelita grubego.

### 2

**Drugim elementem programu NPOZP będzie uwolnienie od limitów dla wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.** Według Ministra Zdrowia: „Po to, by z jednej strony dać pewne bodźce finansowe lekarzom, a z drugiej spowodować, by kolejki do lekarzy specjalistów były jak najszybciej obsługiwane, jak najszybciej likwidowane”. To działanie jest szczególnie istotne, gdyż spowoduje wśród świadczeniodawców zainteresowanie utworzeniem nowych poradni kolonoskopii, zwiększeniem wykorzystania obecnie istniejących oraz zwiększy zainteresowanie realizacją świadczeń w tym zakresie.

### 3

**Trzecim elementem „recovery planu” będzie rozbudowa krajowej sieci onkologicznej** i przygotowanie takiej samej konstrukcji w zakresie chorób kardiologicznych. Narodowa Strategia Onkologiczna zawiera szereg rozwiązań dotyczących raka jelita grubego w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz tworzenie ośrodków o charakterze tzw. Colorectal Cancer Unit. Należy w ramach tego priorytetu dążyć do poprawy koordynacji i dostępności do leczenia specjalistycznego pacjentów chorujących na nowotwór jelita grubego.

**Pozostałe 2 filary dotyczą stworzenia Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz rehabilitacji postcovidowej.**

# 2.2.

## Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO)

Ogromnym wsparciem finansowym dla realizacji ambitnych planów związanych z reformowaniem systemu ochrony zdrowia będzie Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO).

Przygotowanie KPO wynika z Europejskiego Instrumentu Odbudowy (Recovery and Resilience Facility – RRF), czyli wartego 750 mld euro programu, który jest częścią Wieloletnich Ram Finansowych UE na lata 2021-2027. Polska jest czwartym co do wielkości beneficjentem tego programu.

Państwa członkowskie UE, w tym Polska, przygotowują KPO na potrzeby realizacji RRF. Plany te zawierają program reform w tym obszarze zdrowia danego państwa członkowskiego na lata 2021-2023. Obejmują one środki służące wdrażaniu reform i projektów inwestycji publicznych w postaci spójnego pakietu.

Polska na projekty związane z realizacją KPO ma otrzymać:

**23,1 mld EUR**  
w postaci  
środków bezzwrotnych na granty

**34,2 mld EUR**  
w postaci ewentualnych  
pożyczek

Obecnie Ministerstwo Zdrowia przedstawiło 7 projektów działań, w tym 3, w ramach których można zrealizować szereg interwencji i inwestycji związanych z poprawą dostępnością do diagnostyki i leczenia pacjentów chorujących na nowotwór jelita grubego.

### PROJEKT:

**Restrukturyzacja sektora szpitalnictwa, związana z restrukturyzacją finansową, przekształceniami właścicielskimi, konsolidacją sektora, zmianą struktury świadczeń w Polsce, zmianą funkcji (przeprofilowaniem) podmiotów leczniczych, a także zwiększeniem efektywności i jakości procesów zarządczych i nadzoru właścicielskiego.**

W ramach tego projektu Ministerstwo Zdrowia uzasadnia, że zwiększenie sprawności zarządzania oraz wzmocnienie nadzoru przyczynią się do zwiększenia efektywności ich funkcjonowania, a zatem reforma ma charakter komplementarny i ściśle związany z niemal wszystkimi działaniami zrealizowanymi, będącymi w trakcie realizacji lub planowanymi w ochronie zdrowia, między innymi:

- przepisami ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. 2020 poz. 1875),
- Programem wieloletnim pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”, w szczególności w zakresie modernizacji infrastruktury i doposażenia podmiotów leczniczych celem skuteczniejszego leczenia pacjentów onkologicznych oraz poprawy standardu diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory.

Możliwe będzie w ramach tego projektu uzyskanie środków finansowych na utworzenie nowych centrów diagnostycznych zawierających pracownie kolonoskopii i zakup kolonoskopów.

## PROJEKT PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ:

### Zwiększenie dostępności profilaktyki – powszechne objęcie osób pomiędzy 40 a 65 rokiem życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.

Według Ministerstwa Zdrowia epidemia COVID-19 i związana z nim zmiana stylu życia, wpłynęła na ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, **potęgując ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby cywilizacyjne, w tym choroby nowotworowe**, choroby serca i cukrzycę. Jednocześnie, w epidemii z powodu niskiej zgłaszalności pacjentów wywołanej obawą przed zakażeniem wirusem, zmniejszyła się liczba świadczeń diagnostycznych, które umożliwiłyby wczesne wykrycie chorób, oraz liczba świadczeń z zakresu profilaktyki zdrowia.

Projekt opracowany przez Ministerstwo Zdrowia zakłada podjęcie działań, polegających na wprowadzeniu pakietu badań profilaktycznych dla populacji od 40 do 65 roku życia, które zapobiegną wystąpieniu chorób lub pozwolą na ich wczesne rozpoznanie i przez to skuteczniejsze leczenie.

Możliwe będzie w ramach tego projektu sfinansowanie interwencji w zakresie działań profilaktycznych związanych z nowotworem złośliwym jelita grubego.

## PROJEKT:

### Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych.

Według Ministerstwa Zdrowia Program służy realizacji projektów mających na celu poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem aktualnych zagrożeń epidemicznych i sytuacji epidemiologiczno-demograficznej. Zakres rzeczowy przedsięwzięcia obejmuje projekty dotyczące krytycznej infrastruktury podmiotów leczniczych, w szczególności w zakresach wynikających z wyzwań epidemiologicznych (m.in. choroby zakaźne, anestezjologia i intensywne terapie), demograficznych (m.in. pediatria, geriatria), a także cywilizacyjnych (m.in. **onkologia**, kardiologia, psychiatria).

Możliwe będzie w ramach tego projektu uzyskanie środków finansowych na utworzenie nowych pracowni kolonoskopii i zakup kolonoskopów.



## rozdział III

# Perspektywa pacjenta przedstawiona w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia

Magdalena Kołodziej,  
Prezes zarządu Fundacji MY Pacjenci

**Fundacja MY Pacjenci  
przygląda się problemowi  
dostępu do świadczeń  
medycznych od początku  
pandemii.**

Chcąc zapewnić sobie jak najlepszy obraz aktualnej sytuacji, przeprowadziła rozeznanie zbierając dane z różnych źródeł – Narodowego Funduszu Zdrowia, realizatorów programu profilaktycznego MZ i oczywiście od pacjentów. Najczęściej powtarzającymi się problemami, przez nas zidentyfikowanymi, są:

- ograniczony dostęp do diagnostyki,
- zawieszenie wykonywania części zabiegów i świadczeń,
- wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia,
- odwoływanie zabiegów lub świadczeń z obawy przed zakażeniem COVID-19,
- strach pacjentów przed bolesnym badaniem,
- niespójne komunikaty dotyczące rzeczywistej sytuacji w systemie ochrony zdrowia,
- wyłączenie wielu ośrodków/oddziałów, które stały się, albo szpitalami jednoimiennym, albo występują w nich zakażenia/kwarantanny.

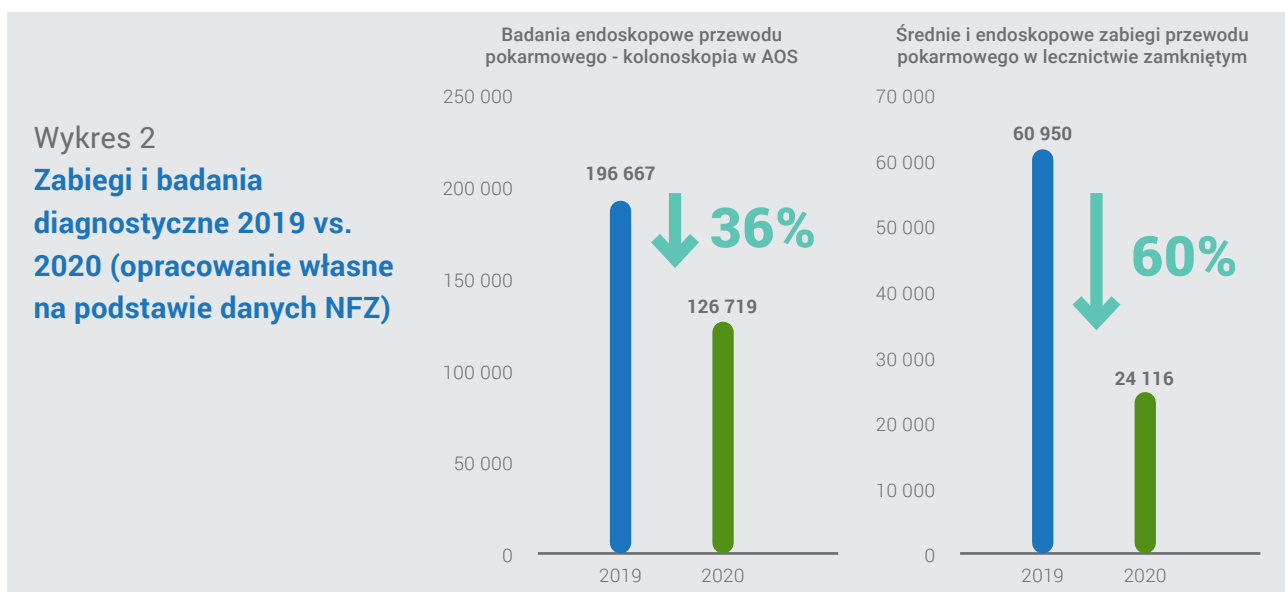
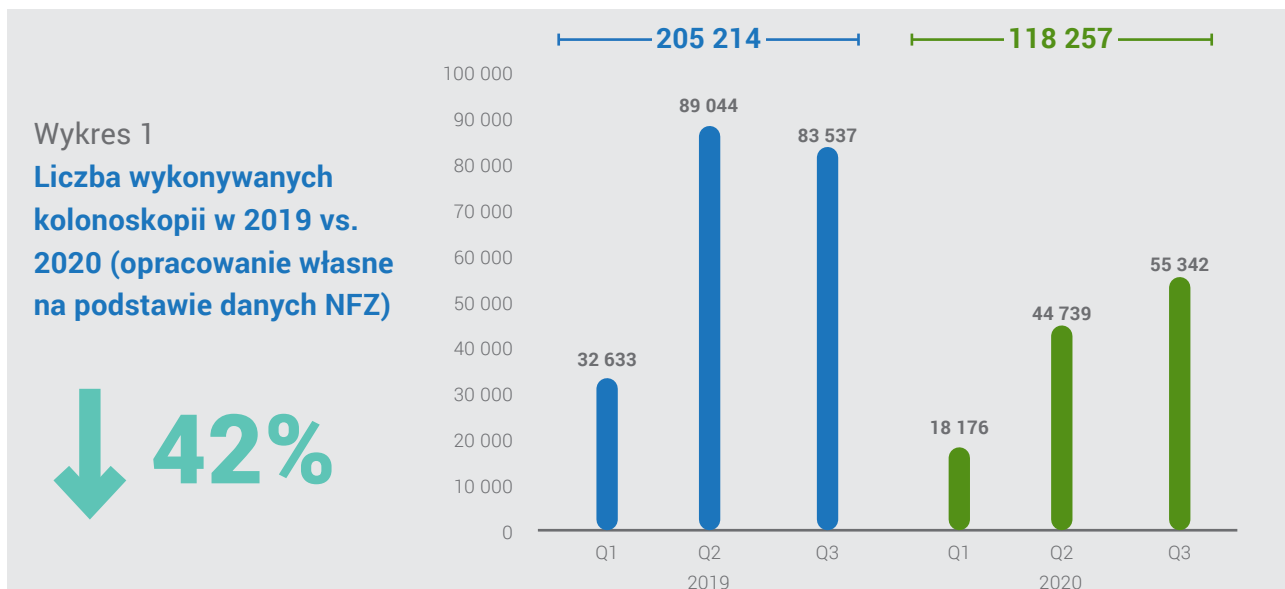
Fundacja współpracuje również z *Niezależnym Zespołem Ekspertów Continue Curatio*, który powstał, by ograniczyć niebezpieczne zjawisko, jakim jest powszechne stosowanie teleporady jako dominującej formy świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii. Taka forma usług medycznych w opinii ekspertów, jak i pacjentów, nie może być stosowana we wszystkich sytuacjach i prowadzi często do opóźnienia diagnostyki chorób.

# 3.1.

## Informacje o świadczeniach finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Pandemia koronawirusa COVID-19 ma bezprecedensowy wpływ na system opieki medycznej, co w szczególny sposób uwidacznia się w liczbie wykonywanych procedur medycznych i badań przesiewowych wykonywanych, między innymi w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Potwierdzają to dane pozyskane przez Fundację MY Pacjenci z Narodowego

Funduszu Zdrowia, wskazujące na znaczące zmniejszenie liczby wykonywanych kolonoskopii i innych procedur w okresie pandemii COVID-19 w porównaniu z okresem przedpandemicznym.

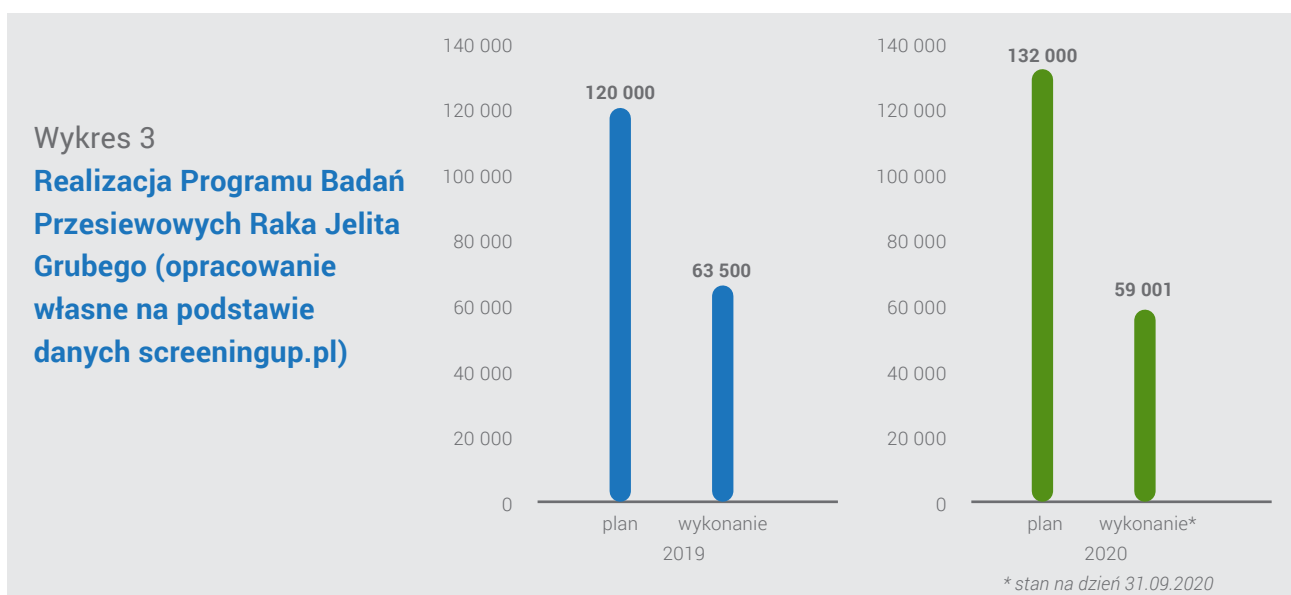


# 3.2.

## Informacje o świadczeniach finansowanych przez Ministra Zdrowia

Z rozmów prowadzonych przez Fundację z portalem [www.screeningup.pl](http://www.screeningup.pl) zgłaszalność na badania w ramach programu profilaktycznego raka jelita grubego, a właściwie jej niski od-

setek stanowi ogromny problem, a powodem takiej sytuacji mogą być niewielka liczba placówek oraz źle zaplanowana liczba badań.



Zidentyfikowane bariery dostępu:

- problem z endoskopistami, którzy chcieliby podejmować badania; badania te są tak samo wyceniane, jak w ramach AOS i hospitalizacji, a dokumentacji jest dużo więcej (odmienny sposób raportowania),
- problem organizacji samej realizacji programu (problem na poziomie centralnym),
- ośrodki podpisują umowy na niewielką ilość badań; nie są w stanie ich wykonać, bo biernie czekają na pacjenta.

Pacjenci korzystający z kolonoskopii w ramach programu są lepiej do badania przygotowani i lepiej monitorowani. Badanie jest przeprowadzane wg określonej procedury, zawsze w asyście anestezjologa. Bariery nie są po stronie pacjentów; potrzebna inicjatywa ze strony świadczeniodawców.

# 3.3.

## Informacje od pacjentów

Z rozmów prowadzonych przez Fundację z innymi organizacjami pacjenckimi wynika, że znaczący wpływ na zmniejszenie liczby wykonywanych badań, poza ograniczeniem ich dostępności, mają również decyzje pacjentów o odłożeniu w czasie prewencyjnych badań przesiewowych i procedur planowych. W praktyce oznacza to odsunięcie w czasie wykrycia nowotworu i mniejsze szanse na wyleczenie lub dłuższe przeżycie z chorobą, a to oznacza wyższe koszty leczenia, jak również wzrost śmiertelności. Jednocześnie podczas rozmów z lekarzami Fundacja uzyskała informacje, że są miejsca w kraju, gdzie można wykonać kolonoskopię bez długiego oczekiwania na badanie (tzw. kolejki). Z analizy sytuacji wynika, że konieczna jest koordynacja na poziomie płatnika. Na stronach NFZ informacje o tzw. kolejce są nieaktualne, pacjenci nie mają jak i gdzie dowiedzieć się, czy mogą wykonać badanie. Fundacja kilka tygodni temu skierowała pismo do NFZ z uzasadnieniem potrzeby koordynacji informacji o dostępności badań dla pacjentów oraz jej udostępniania.

# 3.4.

## Wnioski

To, co teraz obserwujemy, to znaki ostrzegawcze przed potencjalnymi problemami zdrowotnymi w nadchodzących latach. Dlatego też tak ważnym, szczególnie w okresie pandemii, wydaje się odpowiednie zarządzanie świadczeniami zdrowotnymi, poprzez podjęcie działań mających na celu koordynację dostępności do badań diagnostycznych. Pacjenci nie odnajdują się w chaosie informacji (na który nakłada się brak aktualizacji danych o kolejkach) i niejednokrotnie nie korzystają z badań, które mogłyby przyczynić się do poprawy ich zdrowia i życia. W tej trudnej sytuacji, w której wszyscy się znajdujemy, pacjentom należy przekazywać ważne i prawdziwe informacje na temat możliwości wykonania badań diagnostycznych ratujących zdrowie i życie.

Fundacja MY Pacjenci, wspierana przez zespół wiodących ekspertów klinicznych, reprezentujących wiele dziedzin medycyny, wystąpiła z inicjatywą w tym zakresie do Narodowego Funduszu Zdrowia, który w jej opinii powinien wziąć na siebie ciężar reorganizacji systemu. Wynika to z faktu, iż ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwi-

działaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, nie zawiera szczegółowych wytycznych w zakresie realizacji badań diagnostycznych.

W opinii Fundacji MY Pacjenci podjęcie działań w tym kierunku pozwoli na uniknięcie wielu zgonów z powodu raka jelita grubego. Doświadczenia wynikłe z okresu pandemii powinny posłużyć do przemodelowania systemu diagnostyki raka jelita grubego w kierunku zapewnienia dostępności badania w znieczuleniu ogólnym, ponieważ jest to bardzo często podnoszone przez pacjentów jako bariera w zgłoszeniu się na badanie.

# 3.5.

## Rekomendacje

- **poprawa komunikacji z pacjentami (jasny komunikat #zostańwdomu, ale idź do lekarza w przypadku niepokojących objawów, nie przerywaj leczenia),**
- **koordynacja działań (prawidłowe i dostępne dla pacjentów dane o kolejkach i miejscach, gdzie świadczenie medyczne jest możliwe do wykonania),**
- **poprawa dostępności do świadczeń,**
- **poprawa wyceny badań profilaktycznych.**

# rozdział IV

## **Wyzwania związane z procesem diagnostyki i leczenia raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy lecznictwa ambulatoryjnego**

dr n. med. Piotr Warczyński

Nigdy nie przypuszczałem, że będę świadkiem takich wydarzeń. Nie spodziewałem się, że w tak krótkim czasie zostaną podjęte decyzje, które będą miały wpływ na życie tylu istnień ludzkich. Czy decyzje Rządu RP różniły się od tych podjętych w większości rozwiniętych krajów świata? Może spojrzenie historyczne na to, co się wydarzyło od wiosny tego roku w Polsce i w Europie coś wyjaśni?

Mam wrażenie, że nie pamiętamy jak się to wszystko zaczęło: początkowa bagatelizacja problemu, wszystko dzieje się gdzieś daleko, potem narastająca histeria wzmocniona doniesieniami z Włoch, maseczki, testy, liczba zarażonych, nie chorych, liczba zmarłych mających koronawirusa, niekoniecznie z powodu koronawirusa, spirala strachu napędzana przez wszystkie media, do tego komunikaty NFZ, które zalecają wstrzymanie wszystkich świadczeń planowych. Wszystkich! – konsultacyjnych, diagnostycznych i leczniczych. Przystają funkcjonować POZ i AOS, udzielane są szczątkowe konsultacje telefoniczne. Szpitale przestają realizować wszystkie zabiegi, poza ratującymi życie. Społeczeństwo i, o dziwo, większość nadzorów specjalistycznych, akceptują nową rzeczywistość, a ci drudzy wzmacniają ograniczenia kontaktu chorych z systemem opieki zdrowotnej formułując stosowne zalecenia.

Po okresie miesięcy wakacyjnych, gdy wydawało się, że jest nadzieja, że wszystko wróci do normy, przyszedł okres jesienny, gdy zaczęła się druga fala zachorowań, gdy nastąpił gwałtowny, nienotowany do tej pory wzrost zakażeń koronawirusem. Przypominam, że poprzedni lock down wprowadzono przy kilku tysiącach stwierdzonych zakażeń a zniesiono przy dwudziestu paru tysiącach. Ponownie wydawane są komunikaty NFZ, tym razem wzmocnione przez Wojewodów, zalecające ograniczenie świadczeń planowych. Jak widać, doświadczenia światowe i krajowe nie miały wpływu na te decyzje.

Nagle okazuje się, że leczymy koronawirusa, zapominając o naszych „doczesnych, codziennych” chorobach.

Już doniesienia statystyczne z Hiszpanii, jednego z krajów najbardziej dotkniętych Covid, z pierwszych kwartałów tego roku mówią o prawie 50% **wzroście** zgonów w porównaniu rok do

roku, z czego tylko ok. 40% wynika bezpośrednio lub pośrednio z zakażenia Covid-19. Jeszcze bardziej alarmistyczne są doniesienia z Wielkiej Brytanii, gdzie w podobnym czasie notuje się 80% wzrost zgonów.

W USA od połowy marca znacząco spadła ilość wykonywanych badań wykonywanych w celu rozpoznawania i monitorowania chorób nowotworowych. Według Komodo Health, organizacji posiadającej największą bazę danych o usługach medycznych, zawierającej informacje na temat 320 milionów pacjentów, ilość badań przesiewowych spadła średnio o 65%. Dotyczy to szczególnie badań w kierunku poziomu cholesterolu, glukozy, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Dane z Wielkiej Brytanii i Hiszpanii mówią o 80% wzroście liczby zgonów wobec poprzednich lat. Szacuje się, że tylko za ok. 40% z nich odpowiedzialny jest koronawirus.

Zgodnie z doniesieniami medialnymi, większość społeczeństwa odnosi wrażenie, że przestaliśmy umierać na inne choroby niż na koronawirusa.

Oczywistym jest, że jednym z obszarów zaniedbania systemu są badania przesiewowe raka jelita grubego. Pandemia spowodowała, podobnie jak w przypadku innych chorób, unikanie lub utrudnienie w dostępie do tych badań i w efekcie prawie zahamowanie wykonywania badań przesiewowych. Jedno z badań nauko-



wych opublikowanych w United European Gastroenterology Journal przez Prof. Ricciardiello z Uniwersytetu Bolońskiego pokazało model badawczy skutków opóźnienia badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. I tak opóźnienie wynoszące 7-12 miesięcy spowoduje 3% wzrost, a opóźnienie ponad 12 miesięcy ponad 7% wzrost diagnozy zaawansowanego raka jelita grubego. Wobec powyższych doniesień UEG wezwała UE do wdrożenia powszechnych badań przesiewowych. Ponieważ w UE rocznie diagnozuje się ponad ok. 375 000 przypadków raka jelita grubego i ponad 170 000 umiera z tego powodu, możemy powiedzieć, że zaczynamy mieć do czynienia z epidemią raka jelita grubego wynikającą z zaniechania badań kolonoskopowych, podobnie jak z epidemią epizodów zawałów serca wynikających z zaniechania zabiegów w chirurgii naczyniowej, w tym na naczyniach wieńcowych.

Moje własne doświadczenia diagnosty, który do tego roku w kilku warszawskich ośrodkach wykonywał ok. 3 000 badań endoskopowych rocznie, w pełni potwierdzają powyższe przypuszczenia. Porównałem liczbę wykonywanych badań rok do roku i okazuje się, że liczba wszystkich badań endoskopowych spadła o ok. 50%, a badań kolonoskopowych aż o 70%. Powodem powyższej klęski jest nie tylko epidemia, ale także wieloletnie zaniedbania edukacyjne w stosunku do społeczeństwa, błędne wyceny ze strony MZ i NFZ badań endoskopowych wynikające z zaniedbań gastroenterologicznego nadzoru specjalistycznego i zła polityka nadzoru anestezyjologicznego uniemożliwiająca stosowanie krótkotrwałej analgezji przez lekarzy nie mających specjalizacji z anestezyjologii.

Oficjalne dane pochodzące z Rejestru Stanu Cywilnego podają, że w listopadzie tego roku zmarło 64 290 osób i jest to pod tym względem najtragiczniejszy rok od czasu zakończenia drugiej wojny światowej, zmarło ok 100% więcej osób niż w tym samym miesiącu w latach poprzednich. W tym czasie liczba osób zmarłych zakażonych koronawirusem, głównie z powody chorób współistniejących, wyniosła ponad 15 000 ze wszystkich 45 000 „nadmiarowych” śmierci. Czyli mieliśmy ponad 30 000 „nadmiarowych” śmierci nie-covidowych. Domyślamy się, jakie są tego przyczyny:

1. Strach przed koronawirusem kreowany głównie przez media, i w związku z tym, unikanie kontaktu z systemem opieki zdrowotnej.
2. Utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej będący konsekwencją zaleceń MZ, NFZ, Wojewodów i nadzorów specjalistycznych polecających zatrzymanie lub ograniczenie świadczeń planowych podstawowych, diagnostycznych i specjalistycznych.
3. Efekty zaniedbań i zaniechań badań profilaktycznych, głównie w zakresie badań onkologicznych i kardiologicznych

Strach, rozdmuchiwany przez media i agencje rządowe, strach przed kontaktem z systemem opieki zdrowotnej spowodował nienaprawialne konsekwencje, ponieważ po drugiej i trzeciej fali zachorowań na koronawirusa przychodzi na naszych oczach fala zachorowań, których leczenie zostało odroczone lub zaniechane z powodu epidemii i kolejna fala zachorowań, która będzie trwała wiele lat, wynikająca z zaniechania badań profilaktycznych i zaniechania nawyków zdrowego stylu życia.

# rozdział V

## **Wyzwania związane z procesem diagnostyki raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy praktyki klinicznej ośrodka referencyjnego**

dr n. med. Beata Jagielska

Od wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce upłynęło już ponad 11 miesięcy. Stała się wyzwaniem dla całego systemu ochrony zdrowia, w tym przyniosła wielkie wyzwania w diagnostyce i leczeniu pacjentów z rakiem jelita grubego. Z powodu epidemii Covid-19 niezbędne było wprowadzenie nowej strategii w zakresie diagnostyki jak i leczenia raka jelita grubego.

Rak jelita grubego jest częstym nowotworem złośliwym przewodu pokarmowego, którego częstość występowania wynosi 1,752 na milion osób, standaryzowany względem wieku (4,5). Wiele doniesień wskazuje, że przebieg kliniczny chorych na Covid 19 z współistniejącym nowotworem jest niekorzystny a wskaźnik śmiertelności wyższy. Wykazano, że wirus Sars CoV-2 jest wykrywany w przewodzie pokarmowym i moczu, co jest nie bez znaczenia, zwłaszcza w diagnostyce i leczeniu chorób przewodu pokarmowego, w tym raka jelita grubego. Nie można wykluczyć wzrostu ryzyka zakażenia dla chorych i personelu medycznego drogą fekalno-oralną. Wymusza to wprowadzenie nowych zasad bezpieczeństwa i nowej organizacji pracowni diagnostycznych, jak również dla oddziałów gastroenterologii i gabinetów lekarskich ambulatoryjnych.

Wzrost ryzyka transmisji wirusa drogą fekalno-oralną spowodował w początkowym okresie rozwoju epidemii w Polsce wprowadzenie ograniczeń w zakresie wykonywania badań profilaktycznych w Polsce, w tym badań endoskopowych. W marcu 2020 roku nie przypuszczaliśmy, że z epidemią przyjdzie nam się mierzyć przez wiele kolejnych miesięcy. Przedłużająca się epidemia Sars CoV-2 wymusiła jednak wprowadzenie nowej strategii diagnostyki i leczenia u chorych na nowotwory, w tym raka jelita grubego.

Przede wszystkim przeorganizowana została praca w poradniach. W przypadku chorych z podejrzeniem nowotworu, w tym raka jelita grubego, trudno wyobrazić sobie prowadzenie diagnostyki tylko w ramach wizyty telefonicznej. Niezbędne jednak stało się zabezpieczenie personelu medycznego w odpowiednie środki ochrony osobistej i przeszkolenie co do sposobu przeprowadzania wizyt w gabinecie lekarskim. Po wielu miesiącach funkcjonowania w realiach epidemii Sars CoV-2 wypracowano określone strategie, które umożliwiały zmniejszenie ryzyka transmisji wirusa między chorymi, a personelem medycznym. Wprowadzono terminarze wizyt i ścisłe ich planowanie, kontrolę temperatury przed wejściem oraz ankiety epidemiologiczne. Zostały ograniczone drogi kontaktu poprzez zachowanie przez pacjentów i personel odległości co najmniej 1,5 m w poczekalniach, rejestracji i gabinetach lekarskich.

Wdrożone zostały nowe standardy funkcjonowania pracowni endoskopowych, tak aby zapewnić personelowi i chorym maksimum bezpieczeństwa. W oparciu o opublikowane w dniu 11 kwietnia 2020 przez Polskie Towarzystwo Gastroenterologii

„Wytyczne Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie gastroenterologii dotyczące wykonywania endoskopii przewodu pokarmowego w związku z epidemią Sars CoV-2 (z dnia 16.03.2020 roku)”, zostały opracowane kryteria podejrzenia Covid-19 i stratyfikacja ryzyka przeniesienia infekcji. Pozwoliło to na kwalifikację chorych do odpowiedniej grupy ryzyka przeniesienia zakażenia Sars CoV-2. Kategoria niska to chorzy, u których nie stwierdza się objawów sugerujących zakażenie Sars CoV-2, a pacjent w ciągu ostatnich 14 dni nie miał kontaktu z osobą zakażoną, ani nie przebywał w kraju wysokiego ryzyka. Do kategorii średniej zalicza się chorych, u których stwierdza się przynajmniej jeden z objawów sugerujących Sars CoV-2, ale pacjent w ciągu ostatnich 14 dni nie miał kontaktu z osobą zakażoną, ani nie przebywał w kraju wysokiego ryzyka lub nie stwierdza się objawów, ale pacjent w ciągu ostatnich 14 dni miał kontakt z osobą zakażoną lub przebywał w kraju wysokiego ryzyka. Z kolei grupa wysokiego ryzyka to chory u którego występuje przynajmniej jeden z ww. objawów oraz pacjent w ciągu ostatnich 14 dni miał kontakt z osobą zakażoną lub przebywał w kraju wysokiego ryzyka albo potwierdzono laboratoryjnie zakażenie Sars CoV-2. Właściwa kwalifikacja do grupy ryzyka pozwoliła na odpowiedni dobór środków ochrony osobistej dla personelu medycznego wykonującego badanie.

Tabela 1.

### Proponowany szczegółowy podział wskazań do badań endoskopowych z uwagi na priorytet pilności ich wykonania w czasach pandemii COVID19

	Priorytet wysoki (należy wykonać)	Priorytet pośredni (decyzja indywidualna)	Priorytet niski (należy odroczyć)
<b>EGD diagnostyczna</b>	Dyspepsja/GERD z objawami alarmowymi Istotne podejrzenie nowotworu GOPP Przebyte istotne klinicznie krwawienie z GOPP	Niedokrwistość umiarkowanego stopnia Stan po leczeniu dysplazji HG lub raka Ocena wygojenia wrzodu żołądka lub powikłanego wrzodu trawiennego niezależnie od lokalizacji Ocena leczenia zmian naczyniowych Uszkodzenie chemiczne GOPP	Dyspepsja/GERD bez objawów alarmowych Choroba trzewna Łagodna niedokrwistość Przełyk Barretta Inne stany przedrakowe wg wytycznych MAPSII Polipowatość rodzinna, Nadciśnienie wrotne
<b>EGD zabiegowa</b>	Aktywne krwawienie z przewodu pokarmowego. Usuwanie ciał obcych wysokiego/średniego ryzyka. Leczenie wczesnych raków i ognisk dysplazji HG. Paliatywne protezowanie przełyku/dwunastnicy, Leczenie przetok. Założenie PEG/PEJ, sondy dojelitowej. Planowe usunięcie SEMS w chorobach łagodnych	Leczenie łagodnych zwężeń przełyku i achalazji Eradykacja żylaków przełyku/żołądka Leczenie innych zmian naczyniowych Leczenie uchyłka Zenkera Leczenie zbiorników okołotrzustkowych	Polipektomia Leczenie ognisk dysplazji LG Endoskopia bariatryczna
<b>Kolonoskopia diagnostyczna</b>	Istotne klinicznie krwawienie z DOPP Istotne podejrzenie nowotworu jelita	Przebyte istotne klinicznie krwawienie z przewodu pokarmowego (niedokrwistość, smoliste stolce bez źródła w GOPP) Podejrzenie/rozpoznanie choroby zapalnej jelit	Badanie przesiewowe bez czynników ryzyka lub z dodatnim wywiadem rodzinnym Przebyte leczenie chirurgiczne raka, leczenie endoskopowe raka lub polipów niezależnie od stopnia ryzyka zmian/-y
<b>Kolonoskopia zabiegowa</b>	Usuwanie zmian z wysokim ryzykiem raka (NICE3, IIc i IIa + Is w klasyfikacji paryskiej)	Usuwanie zmian/polipów > 2 cm Rozszerzanie zwężeń	Usuwanie zmian/polipów < 2 cm bez czynników ryzyka
<b>Enteroskopia</b>	Aktywne/jawne klinicznie istotne niewyjaśnione krwawienie z PP	Podejrzenie nowotworu jelita cienkiego	Inne
<b>EUS</b>	Istotne klinicznie podejrzenie nowotworu trzustki, dróg żółciowych, węzłów chłonnych	Ocena zaawansowania i resekcyjności nowotworów	Zmiany śródścienne, przewlekłe/idiopatyczne zapalenie trzustki Podejrzenie kamicy przewodowej
<b>ECPW</b>	Ostre zapalenie dróg żółciowych Jatrogenne uszkodzenie dróg żółciowych Kamica przewodowa Paliatywny drenaż dróg żółciowych w nowotworach Podejrzenie nowotworu okolicy dwunastniczo-żółciowo-trzustkowej Planowe usunięcie SEMS w chorobach łagodnych	Ostre żółciopochodne zapalenie trzustki Łagodne zwężenie dróg żółciowych bez zapalenia/żółtaczk Ampulektomia Przewlekłe zapalenie trzustki i kamica przewodu trzustkowego Przetoka trzustkowa	Podejrzenie PSC Podejrzenie SOD Planowa wymiana protezy plastikowej Przebyte/nawracające OZT o nieustalonej etiologii

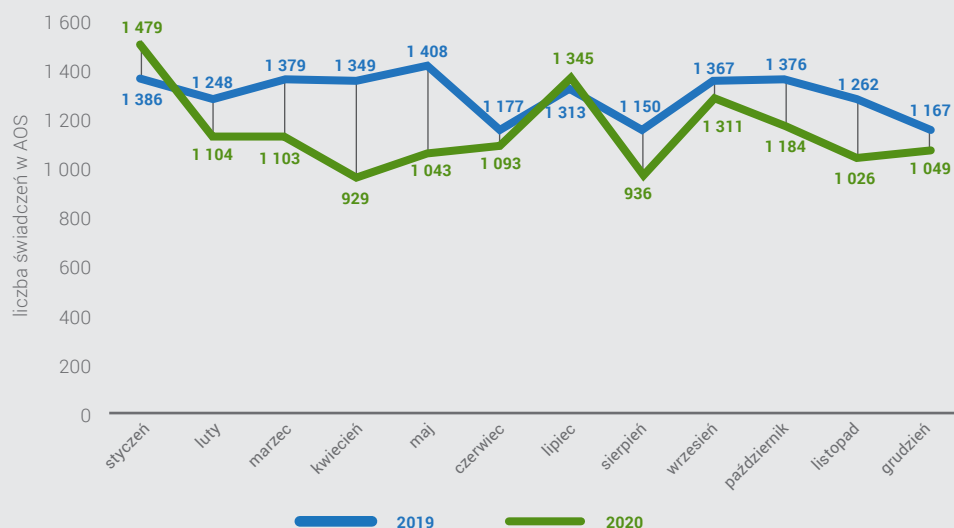
ECPW – endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna; EGD – ezofagogastroduodenoskopia; GERD – choroba refluksowa przełyku; GOPP – górny odcinek przewodu pokarmowego; HG – duży stopień; NICE3 – międzynarodowa klasyfikacja endoskopowa jelita grubego z użyciem obrazowania wąskopasmowego; OZT – ostre zapalenie trzustki; PP – przewód pokarmowy; PSC – przewód pokarmowy; SEM – proteza samorozprężalna; SOD – dysfunkcja zwieracza Oddiego; SPEG/PEJ – przezskórna endoskopowa gastrostomia/przezskórna endoskopowa jejunostomia

Niezwykle ważnym elementem było wprowadzenie do praktyki klinicznej wytycznych co do stopnia priorytetów klinicznych (wysokiego, pośredniego i niskiego), w zależności od których endoskopia powinna być wykonana niezwłocznie, na podstawie decyzji indywidualnej lub odroczone. Pozwoliło to zakwalifikować chorych z podejrzeniem raka jelita grubego do grupy o wysokim priorytecie. Możliwość testowania chorych przed wykonaniem procedur inwazyjnych lub hospitalizacją zdecydowanie zwiększyła poziom bezpieczeństwa i ochrony personelu.

Od początku pandemii ze względu na ograniczenie podejmowania planowych procedur medycznych jedyną drogą pozwalającą na przeprowadzenie bez zbędnej zwłoki diagnostyki onkologicznej pozostała tzw. „zielona karta”. Nie ma wątpliwości, że chorzy z objawami sugerującymi raka jelita grubego podejmujący diagnostykę to grupa chorych o wyższym stopniu zaawansowania, u których rokowanie jest mniej korzystne niż w grupie bezobjawowej. Dane dotyczące liczby wydanych kart DIL0 wskazują, że

w początkowym okresie odnotowano spadek rzędu 40% (kwiecień, maj). Obecnie w PIB-NIO liczba wydanych kart sukcesywnie rośnie. Analiza danych udostępnionych przez Państwowy Instytut Badawczy – Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykazała spadek udzielanych świadczeń o 13% w 2020 roku w porównaniu do 2019 roku dla chorych z rozpoznaniem C18-C20. W roku 2019 pacjentom z rozpoznaniem C18-C20 udzielono łącznie 15 582 świadczeń w różnych zakresach w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, natomiast w 2020 roku tylko 13 602 świadczeń (wykres nr 4).

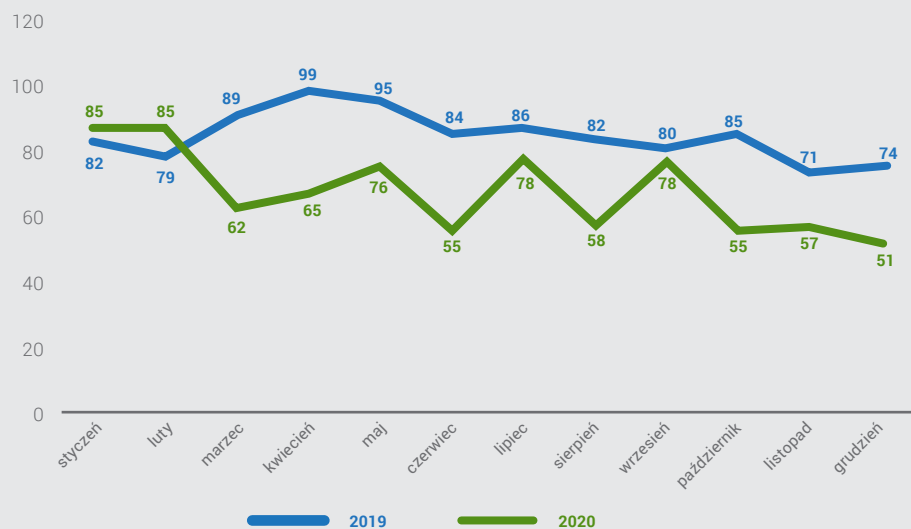
**Wykres 4**  
**Porównanie liczby świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej u pacjentów z rozpoznaniem C18-C20 w latach 2019-2020**



Ocena ilości zrealizowanych grup zabiegowych w PIB-NIO wskazuje na około 20% ich spadek w 2020 roku, w porównaniu do 2019 r. W 2019 r. zrealizowano 1006, a w 2020 roku – 805 grup zabiegowych JGP u pacjentów z rozpoznaniem C18-C20. Poniżej wykres przedstawiający analizę porównawczą liczby zrealizowanych grup zabiegowych w poszczególnych miesiącach w roku 2019

oraz 2020. Już od marca 2020 r. uwidoczniiony jest trend spadkowy wykonanych grup zabiegowych JGP u pacjentów z rozpoznaniem C18-C20 (wykres nr 5).

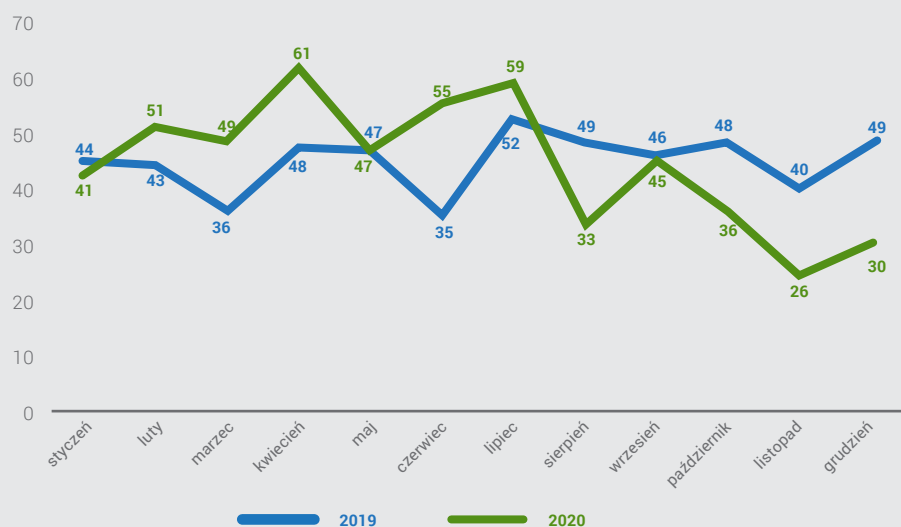
Wykres 5  
**Analiza liczby zrealizowanych grup JGP zabiegowych u pacjentów z rozpoznaniem C18-C20 w latach 2019-2020 w Państwowym Instytucie Badawczym - Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie**



W zakresie chirurgii onkologicznej odnotowano w 2020 roku 16% spadek zrealizowanych grup JGP w stosunku do 2019. Tylko w maju i we wrześniu 2020 liczba wykonanych grup była równa liczbie wykonanych odpowiednio grup w 2019 roku, a w

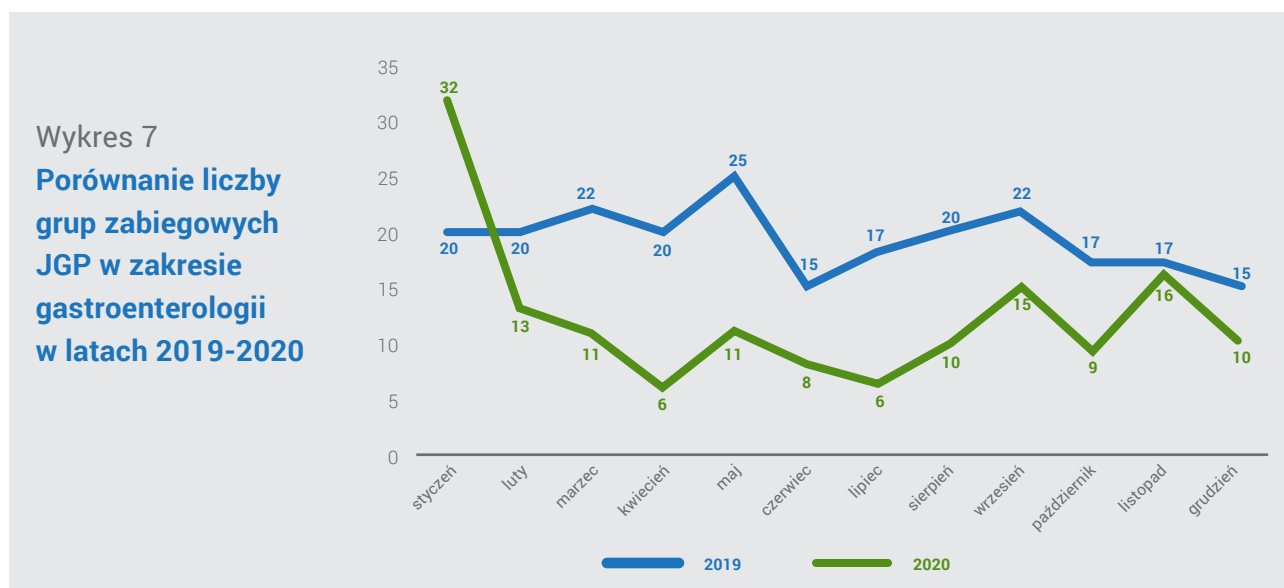
lipcu i lutym nieznacznie przekroczyła wartość z 2019 roku. W pozostałych miesiącach zrealizowano mniej grup zabiegowych w stosunku do 2019 roku (wykres nr 6).

Wykres 6  
**Porównanie liczby grup zabiegowych JGP w zakresie chirurgia onkologiczna w latach 2019 i 2020**



W zakresie gastroenterologii szczególnie odnotowano istotny spadek realizacji grup JGP. Nie można wykluczyć, że z jednej strony spowodowane było to spadkiem zgłaszalności chorych, ale również wprowadzeniem ścisłych kryteriów kwalifikacyjnych. Tak jak wskazano powyżej, kwalifikacja do badań/zabiegów gastroenterologicznych odbywała się zgodnie ze wska-

zaniami Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego opierając się na wskazaniach określonych jako priorytet wysoko pośredni i niski (wykres nr 7).



Odnotowano istotny wzrost liczby chorych, dla których udzielano świadczeń w zakresie programów lekowych. W roku 2019 liczba chorych wyniosła 857 a w 2020 roku – 1 326. Analiza porównawcza danych z lat 2019-2020 w zakresie umów programy lekowe i radioterapia potwierdza utrzymanie się trendu

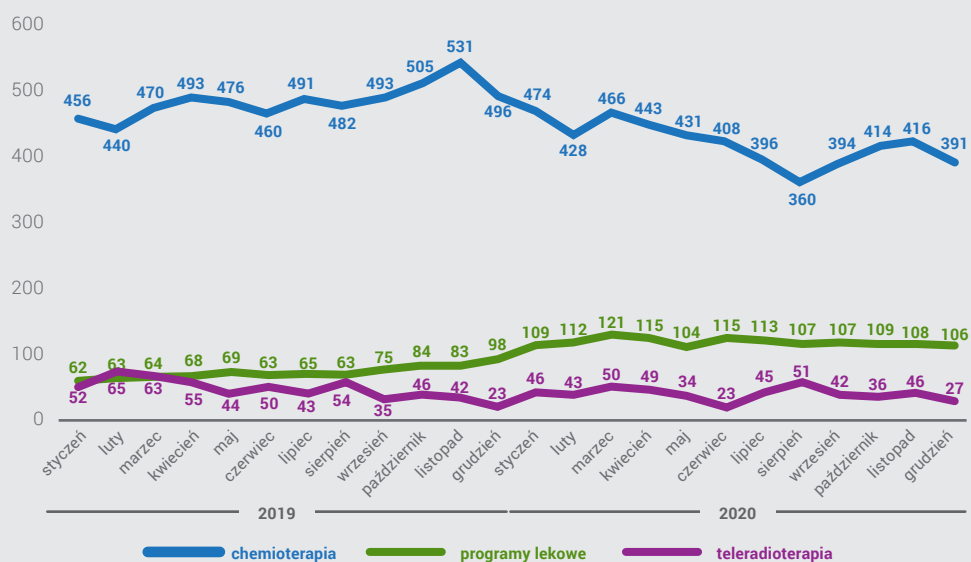
wzrostowego i brak istotnego spadku w zakresie udzielanych świadczeń w porównaniu do roku 2019 (wykres nr 8 i 9).



Wykres 8  
**Liczba pacjentów z rozpoznaniem C18-C20, którym udzielono świadczeń w poszczególnych miesiącach w latach 2019-2020 w ramach umowy programu lekowe**



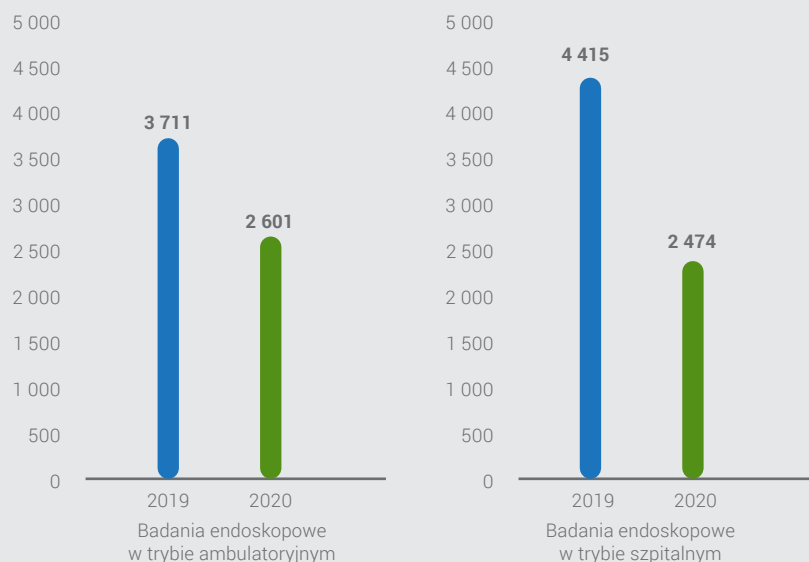
Wykres 9  
**Liczba pacjentów z rozpoznaniem C18-C20 przyjmowanych miesięcznie w ramach poszczególnych umów w latach 2019-2020**



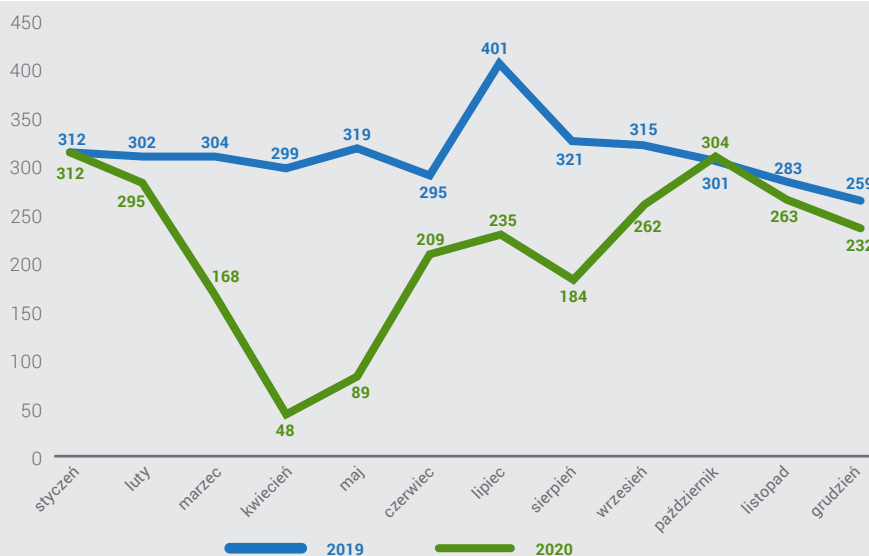
W Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie odnotowano najtrudniejszą sytuację w okresie epidemii w zakresie realizacji świadczeń endoskopowych. W 2020 roku zrealizowano o 30% badań endoskopowych mniej w trybie ambulatoryjnym, a w przypadku badań szpitalnych o 44%. W 2019 i 2020 w trybie

ambulatoryjnym zrealizowano odpowiednio 3 711 i 2 601 badań endoskopowych, a w trybie szpitalnym 4 415 i 2 474 (wykres nr 10, 11 i 12). Jedną z przyczyn spadku liczby wykonywa-

**Wykres 10**  
**Badania endoskopowe**  
**w trybie ambulatoryjnym**  
**w okresie styczeń-grudzień**  
**w latach 2019-2020**  
**zrealizowane w Narodowym**  
**Instytucie Onkologii**

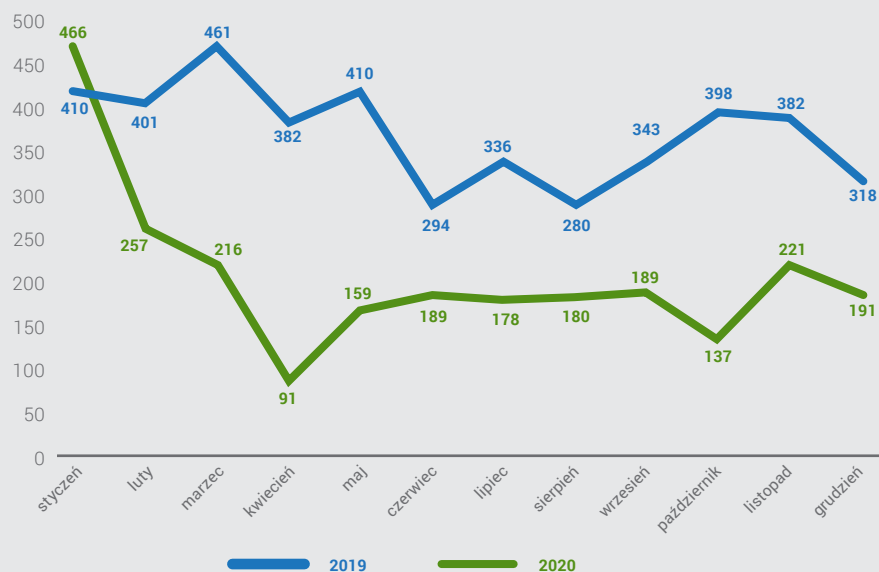


**Wykres 11**  
**Badania endoskopowe**  
**w trybie ambulatoryjnym**  
**w okresie styczeń**  
**-grudzień w latach**  
**2019-2020 zrealizowane**  
**w Narodowym Instytucie**  
**Onkologii**



\* Dane pozyskane na podstawie materiałów udostępnionych przez NIO-PIB

Wykres 12  
**Badania endoskopowe w trybie szpitalnym w okresie styczeń -grudzień w latach 2019-2020 zrealizowane w Narodowym Instytucie Onkologii**



\* Dane pozyskane na podstawie materiałów udostępnionych przez NIO-PIB

nych procedur endoskopowych był niedobór anestezjologów. Redukcja zespołów anestezjologicznych dla potrzeb endoskopii (z trzech zespołów w 2019 do jednego dziennie) wynikała z potrzeby przesunięcia tej grupy specjalistów do pracy na oddziałach dedykowanych chorym zarażonym Sars CoV2. Odnotowaliśmy również zwiększoną liczbę chorych wymagających zaawansowanej endoskopii (polipektomii dużych polipów/leczenia wczesnych raków) – kosztem prostych i szybszych badań diagnostycznych (które tak naprawdę nie powinny być wykonywane w ośrodku o najwyższym stopniu referencyjności, czyli w NIO-PIB) ale również mniejszą zgłaszalność chorych pierwszorazowych.

Nie ma wątpliwości, że epidemia Sars CoV-2 poczyniła duże spustoszenie w obszarze ochrony zdrowia. Szczególnie dotknęła chorych na nowotwory. W czasie pandemii odnotowaliśmy opóźnioną zgłaszalność chorych do diagnostyki i leczenia w wielu chorobach nowotworowych, w tym raku jelita grubego. U wielu chorych strach przed zakażeniem Sars CoV2 był większy niż przed zachorowaniem na nowotwór. Przełożyło się to na rosnący odsetek zgłaszających się chorych w zaawansowanych

stadiach choroby nowotworowej. Z drugiej strony, tak jak inne ośrodki, borykaliśmy się z niedoborami personelu spowodowanymi ograniczeniami epidemiologicznymi, jak również wymuszonymi przez epidemię zmianami organizacyjnymi.

Rok 2021 będzie dla PIB-NIO, jak i innych podmiotów medycznych, dużym wyzwaniem. Czeka nas intensyfikacja działań na rzecz diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory, w tym chorych na raka jelita grubego.

# rozdział VI

## **Wyzwania związane z procesem diagnostyki raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy krajowego konsultanta w dziedzinie gastroenterologii**

prof. dr n. med. Jarosław Reguła

W diagnostyce raka jelita grubego najważniejsze jest wczesne rozpoznanie nowotworu, najlepiej u pacjentów bezobjawowych, czyli w fazie najwcześniejszej, która daje najlepsze rokowania. Dlatego tak ważne jest prowadzenie systematycznych badań przesiewowych na jak największej populacji. Można to nazwać diagnostyką optymalną, dotyczącą osób powyżej 50 roku życia, które nie mają objawów.

**Rak jelita grubego jest nowotworem, który podlega badaniom przesiewowym i w Polsce istnieje Program Badań Przesiewowych finansowany przez Ministerstwo Zdrowia. Pacjenci mogą zgłaszać się na badanie endoskopowe samodzielnie lub dostają indywidualne zaproszenie. Jednak, stopień zgłaszalności pacjentów, czyli liczba osób chętnych do badań, stanowi największy problem i barierę ograniczającą efektywność Programu. Jedynie około 20% osób odpowiada na zaproszenie pozytywnie.**

Przyczyny są wielorakie. Przede wszystkim jest to brak zaufania do publicznej służby zdrowia oraz kwestie organizacyjno-logistyczne, jak np. trudności z dojazdem, czy brak jasnej informacji. Dodatkową barierą jest ograniczony zasięg badań przesiewowych, który jedynie w 40% pokrywa obszar geograficzny Polski. Istnieje wiele tzw. białych plam, gdzie nie ma ośrodków chętnych do udziału w tym programie.

Drugą barierą jest poziom finansowania programu. W tej chwili wykonuje się około 110 000 badań przesiewowych rocznie, natomiast możliwości kadrowe, sprzętowe i organizacyjne pozwoliłyby na realizację nawet 200 000 takich badań rocznie.

Innym rodzajem diagnostyki omawianego nowotworu jest diagnostyka u osób, które mają objawy sugerujące obecność raka jelita grubego, jak na przykład, zmianę rytmu wypróżnień, krwawienie z odbytnicy, w późniejszych fazach choroby chudnięcie, anemię, bóle brzucha. W tym wypadku także niezbędna jest kolonoskopia, w Polsce wykonuje się około 1 mln badań kolonoskopowych rocznie. Jednak dostęp do nich nie jest zupełnie bezproblemowy. Są kolejki i jest ograniczona możliwość wykonania znieczulenia. W dużej części przypadków, w mniejszych ośrodkach ambulatoryjnych, wykonuje się kolonoskopię bez znieczulenia. To powoduje zwiększony lęk pacjentów przed poddaniem się takiemu zabiegowi. Na szczęście w tym roku się to zmieni i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej będzie dostępna sedacja, która w przypadku badań przesiewowych zapewniona jest od niedawna w 50% przypadków. Dzięki temu, mamy nadzieję, że zmniejszą się obawy pacjentów, i co za tym idzie, poprawi się zgłaszalność do badań przesiewowych oraz akceptowalność kolonoskopii diagnostycznej.

Inne elementy diagnostyki, mające na celu ocenę stopnia zaawansowania nowotworu, to badania obrazowe takie jak tomografia komputerowa, czy w przypadku raka odbytnicy rezonans magnetyczny. W tym wypadku barierą jest ich dostępność, ze względu na odległe terminy. Na pewno karta DIL0 pomogła w skróceniu kolejek, jednak nadal nie jest to sytuacja optymalna.

Diagnostyka powinna też obejmować szerzej pacjentów mających obciążenia genetyczne, w tym wypadku zastosowanie mają badania molekularne, badające obciążenie osób z wywiadem rodzinnym w kierunku raka jelita grubego.

Obecna sytuacja epidemiologiczna związana z Covidem w olbrzymi sposób wpłynęła negatywnie na liczbę wykonywanych zabiegów kolonoskopii. I to nie tylko w Polsce. Jednym z pierwszym krajów dotkniętych tym zjawiskiem były Włochy, gdzie liczba ta spadła o 75%-95%, czyli prawie do zera. Podobna sytuacja miała miejsce w Wielkiej Brytanii. W Polsce liczba zabiegów endoskopowych spadła ponad 50%, a biorąc pod uwagę spadki punktowe, w poszczególnych miesiącach, najgorsza sytuacja miała miejsce w kwietniu ubiegłego roku, kiedy wykonywano aż o 80% mniej badań kolonoskopowych.

Ma to ogromny wpływ na liczbę rozpoznawanych nowotworów. Dla przykładu w Wielkiej Brytanii obliczono, że spadek rozpoznania raka jelita grubego wyniósł około 15%. Spowoduje to, już w najbliższym czasie, że zwiększony będzie odsetek nowotworów zaawansowanych, które są trudniejsze i bardziej kosztowne w leczeniu. Spodziewany jest większy odsetek nowotworów bardziej zaawansowanych niż dotychczas, co zmieni proporcję w liczbie wczesnych nowotworów do tych bardzo zaawansowanych.

Podsumowując, obecnie najważniejsze kwestie w poprawie diagnostyki i leczenia raka jelita grubego to po pierwsze, zwiększenie promocji i dostępności badań przesiewowych. Po drugie, edukacja i zwiększenie świadomości pacjentów na temat znaczenia wczesnego wykrywania nowotworów oraz konieczności zgłaszania niepokojących objawów. Po trzecie, istotnym elementem jest całościowa poprawa organizacji służby zdrowia i zapewnienie jasnej, jednoznacznej organizacji ścieżki pacjenta w systemie. W tej chwili zaburzone są relacje pomiędzy lekarzem POZ i lekarzem specjalistą, a pacjenci gubią się w systemie. Często próbują pominąć etap lekarza POZ, bezpośrednio starając się dostać do specjalisty, czego przyczyną jest to, że lekarze POZ mają ograniczone możliwości kierowania swoich chorych na badania diagnostyczne oraz nie prowadzą swoich chorych po zakończonym leczeniu specjalistycznym.

# rozdział VII

## **Wyzwania w chirurgii kolorektalnej na podstawie badań Dolnośląskiego Centrum Onkologii**

dr n. med. Marek Bębenek



**Od prawie roku jesteśmy uczestnikami postępującej pandemii koronawirusem Sars CoV-2. Pandemia spowodowała w Polsce istotny spadek liczby wykonanych procedur diagnostycznych i leczniczych u chorych z nowotworami jelita grubego.**

**Wg danych NFZ liczba wykonanych kolonoskopii od stycznia do września 2020 roku spadła o 42% z analogicznym okresem ubiegłego roku. Liczba pacjentów pojawiających się w poradniach spadła o 15%. O około 30 % spadła liczba procedur chirurgicznych kolorektalnych łącznie.**

W początkowym okresie pandemii ilość chirurgicznych procedur szpitalnych w Dolnośląskim Centrum Onkologii spadła o ponad 50% (dane w załączonym raporcie z DCO).

Wraz ze wzrastającą liczbą osób zakażonych Sars CoV2 narastał problem postępowania chirurgicznego z pacjentami wymagającymi pilnej operacji, w tym chorych z rakiem jelita grubego.

Zgodnie z wytycznymi postępowania w oddziałach zabiegowych szpitali niejednoimiennych podczas pandemii Covid-19 w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu przyjęto poniższe rekomendacje.

Zabiegi ze wskazań onkologicznych są zatwierdzone przez konsylia onkologiczne. W przypadku braku możliwości zastosowania leczenia alternatywnego (radioterapii, chemioterapii) i zagrażającemu postępowi choroby nowotworowej, jest uzasadnione zakwalifikowanie pacjenta do operacji. Pacjenci z nowotworami w wyższym stadium zaawansowania, zagrażającymi pojawieniem się np. postępującej niedrożności, są kwalifikowani do leczenia operacyjnego w pierwszej kolejności. Zabiegi naprawcze takie jak np. zamknięcie protekcyjnej ileostomii czy naprawa przepuklin około-stomijnych przesuwane są na okres po wygaśnięciu pandemii.

Wszyscy chorzy z rozpoznaniem rakiem jelita grubego poddani zostają diagnostyce pogłębionej zgodnie z obowiązującym standardem. Diagnostyka prowadzona jest ambulatoryjnie.

Przed przyjęciem chorego do szpitala i operacją wykonujemy test w kierunku Sars CoV-2. Test wykonywany jest w godzinach popołudniowych i wyniki otrzymujemy około godziny 17:00. Wtedy osoba koordynująca powiadamia chorego o przyjęciu do operacji w dniu następnym lub kieruje na izolację.

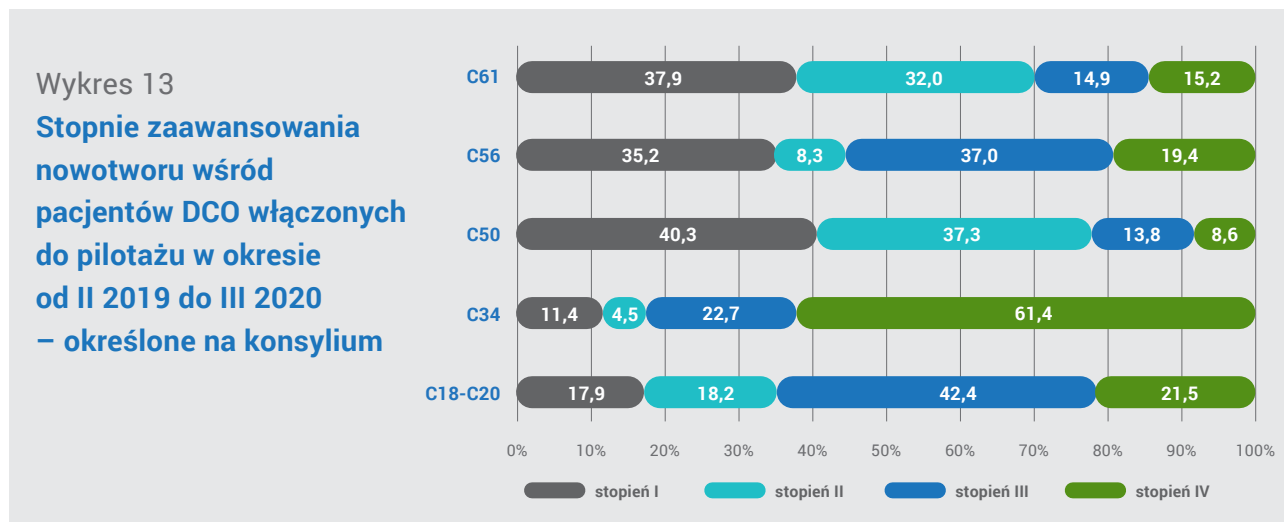
Zespoły lekarskie, pielęgniarskie i pozostałego personelu medycznego (sanitariuszek, sekretarek medycznych) w oddziale podzieliliśmy na dwie grupy, każda pracująca na zmiany w systemie dyżurnym w szpitalu przez 7 dni, druga w tym tygodniu pracująca zdalnie w domu (teleporady, inne zadania). Po tygodniu zmiana, zespół pracujący w szpitalu pracuje w domu, a pracujący uprzednio w domu przechodzą do pracy w szpitalu (cross-over). Dokumentacja pacjentów wytworzona w domu jest przesyłana pocztą elektroniczną i wklejana do systemu przez pracownika administracji.

Personel przyjmujący w poradni, jeśli ma kontakt z pacjentem (wyjątkiem są teleporady), nie pracuje ani nie przebywa w innej części szpitala.

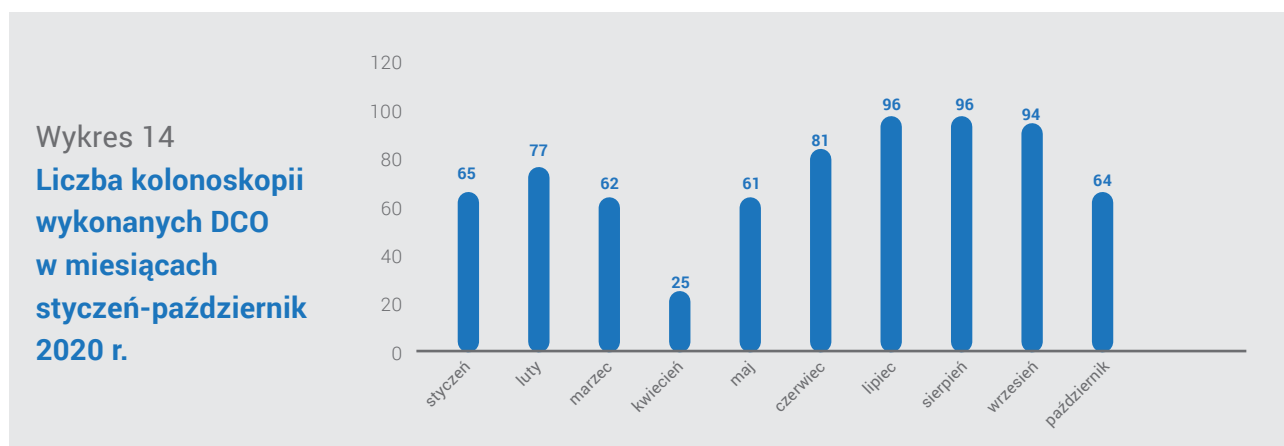
Zobowiązaliśmy pracowników do ograniczenia kontaktu z pacjentami jedynie do naszego szpitala. Wykluczyło to możliwość pracy z pacjentami w innych ośrodkach.

Obecnie restrykcje te ograniczyliśmy, zakładając pełną epidemiologiczną świadomość personelu. Przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności możliwa jest praca dodatkowa w innych szpitalach i gabinetach prywatnych.

Głównym problemem jednak, pomijając pandemię, pozostaje w Polsce brak profilaktyki pierwotnej i wtórnej, dotyczący nie tylko raka jelita grubego, ale i innych nowotworów, co obrazuje poniższy wykres. Nowotwory jelita grubego w najwyższych stopniach zaawansowania (III i IV) stanowią 63,9% (wykres poniżej).



Poniżej przedstawiono liczbę badań kolonoskopowych wykonanych w Dolnośląskim Centrum Onkologii i sprawozdanych do Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Największy spadek badań wystąpił na początku pandemii w kwietniu 2020, kiedy wykonano zaledwie 25 badań.



Dane udostępnione zostały za zgodą Dyrektora DCO. W opracowaniu wykorzystano materiały opublikowane w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym i dostarczone przez Zespół Rozliczeniowy DCO z NFZ.

Przypisy: [1] Kryspin Mitura, Piotr Myśliwiec, Wojciech Rogula, Michał Solecki, Jarosław Piotr Furtak, Michał Kazanowski, Stanisław Kłęk, Michał Nowakowski, Michał Pędziwiatr, Marek Zawadzki, Grzegorz Wallner, Jacek Sobocki, Guidelines for the management of surgical departments in non-uniform hospitals during the COVID-19 pandemic, Pol Przegl Chir 2020; 92 (2): 42-53; DOI: 10.5604/01.3001.0014.1039.

# rozdział VIII

## **Wyzwania związane z procesem diagnostyki raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego**

prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska



**Diagnostyka raka jelita grubego w Polsce zmaga się z wieloma słabościami i brakami systemu.**

Z jednej strony, co należy bardzo pochwalić, w Polsce istnieje program badań przesiewowych. Jest to badanie profilaktyczne skierowane do pacjentów bezobjawowych po 50 roku życia. Można na tej podstawie uzyskać wiele informacji, jednak nie jest to badanie populacyjne. Pomimo, że jako jedni z pierwszych w Europie wprowadziliśmy takie badanie przesiewowe, to śmiertelność w Polsce z powodu raka jelita grubego się nie zmniejsza i nadal wykrywanych jest bardzo wiele nowotworów w zaawansowanym stadium.

Jest to efektem braku dostępności do diagnostyki u pacjentów objawowych. Często muszą oni czekać na ten zabieg kilka miesięcy. Skierowanie na kolonoskopię pozostaje w gestii lekarza rodzinnego, jednak porównując do dostępności tomografii czy rezonansu magnetycznego, które to badania zostały ostatnio uwolnione, dostępność kolonoskopii jest bardzo ograniczona.

Przyczyny tego zjawiska są wielorakie. Po pierwsze, badania kosztochłonne, w których mieści się kolonoskopia i gastroskopia, są niedofinansowane. Ich wycena jest zaniżona, co powoduje, że wykonanie takich badań jest mniej opłacalne dla ośrodków opieki zdrowotnej. Dodatkowo kontrakty są bardzo małe. Zwykle są to kontrakty minimalne, w ramach których wykonuje się jedną dziesiątą badań w stosunku do możliwości. A, paradoksalnie, badania te są niedrogie i stosunkowo proste do wykonania, dlatego powinny być finansowane w bardzo szerokim zakresie. To powinno być badanie podstawowe, a lekarz POZ powinien móc na nie kierować przy każdej wątpliwości.

W konsekwencji, jeśli kończy się kontrakt na badanie w trybie ambulatoryjnym, aby zdiagnozować raka jelita grubego, powszechną praktyką jest hospitalizacja. I tutaj dotykamy kolejnego paradoksu, ponieważ koszty bezpośrednie i pośrednie hospitalizacji znacznie przewyższają koszt badania ambulatoryjnego. Do tego dochodzi problem z dostępnością łóżek na oddziałach. Dlatego ewidentnie widać, że dostępność kolonoskopii jest zbyt mała, poza programem przesiewowym, czyli poza profilaktyką.

W erze pandemii ten problem jeszcze się pogłębia. Ostatnie badania pokazały, że gwałtownie spadła ilość wykonywanych zabiegów. Ma to poważne konsekwencje jeśli chodzi o leczenie

raka jelita, którego opóźnienie o kilka miesięcy może być kluczowe dla życia pacjenta.

Kolejną barierą jest brak możliwości znieczulenia w trybie ambulatoryjnym. NFZ nie przewiduje zwrotu kosztów sedacji w przypadku badań kosztochłonnych. Wielu pacjentów nie godzi się na wykonanie tego badania bez znieczulenia i tacy chorzy muszą trafić do szpitala, co znacznie podnosi koszty. Często też, ze względu na ból u pacjenta, badanie musi być przełożone na inny termin, co znowu opóźnia znacząco diagnozę i leczenie. Niepłacenie za sedację i brak odpowiednich regulacji wykonania tego zabiegu podnoszą paradoksalnie koszty badania i utrudniają do nich dostęp. W Polsce przepisy określają, że podanie leku sedującego musi być wykonane przez anestezjologa i w obecności pielęgniarki anestezjologicznej. Czyli w tej chwili kolonoskopia w znieczuleniu musi być wykonywana z udziałem czterech osób personelu medycznego. Jest to zupełnie zbędne mnożenie kosztów i komplikowanie całej procedury. W efekcie często znieczulenie w Polsce może być droższe niż sam zabieg. Dla porównania w innych krajach europejskich, na przykład Szwajcarii, leki sedujące podaje lekarz przeprowadzający badanie. Jednak to wymaga odpowiednich regulacji prawnych.

Ważna jest też edukacja społeczeństwa i wygenerowanie potrzeby badania kolonoskopowego w celach profilaktycznych. Po 50 roku życia każdy powinien wykonać zabieg kolonoskopii. Kolonoskopia jest też zabiegiem obowiązkowym w każdym wieku, przy każdym wystąpieniu objawów alarmowych, takich jak krew w stolcu, przewlekła biegunka, chudnięcie, wzrost parametrów zapalnych z objawami brzuszными. Istnieje jednak duża bariera psychologiczna u pacjentów i obawa przed tym badaniem. Często zgłaszalność pacjentów na badanie profilaktyczne to 25%. Wielu pacjentów pomimo wcześniejszych zapisów nie przychodzi ostatecznie na zabieg.

Rozwiązanie tych problemów jest stosunkowo proste. Konieczne jest zwiększenie wyceny i kontraktów oraz odpowiednie zmiany regulacyjne upraszczające całą procedurę. W konsekwencji pomoże to uratować wiele istnień ludzkich.

# rozdział IX

## **Wyzwania związane z procesem diagnostyki raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii klinicznej**

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski



**Rak jelita grubego należy do najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych – na świecie liczba zachorowań wynosi ponad 2 miliony rocznie, a około miliona osób umiera z powodu raka jelita grubego.**

**Rak jelita grubego jest rozpoznawany w Polsce rocznie u niemal 20 tysięcy osób (12% wszystkich nowotworów złośliwych i trzecie miejsce pod względem częstości występowania), a zachorowalność wykazuje tendencję wzrostową.**

W Polsce z powodu raka jelita umiera około 13 tysięcy osób rocznie, ale – obserwacje Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują na zahamowanie umieralności w ostatnich latach. Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w Polsce jest o niemal 10% mniejszy od średniej dla krajów Unii Europejskiej i wynosi około 48% dla mężczyzn i 50% dla kobiet. Ocenia się, że około 100 tysięcy osób żyje w Polsce z rozpoznaniem raka jelita grubego.

Możliwości zmniejszenia zagrożeń związanych z rakiem jelita grubego należy szukać w bardziej skutecznej profilaktyce oraz zapewnieniu kompleksowości postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Rak jelita grubego należy do nowotworów, których przyczyny można podzielić na niemodyfikowalne i możliwe do ograniczenia. Czynniki, których wpływu nie można zmniejszyć, są uwarunkowania genetyczne (np. polipowatość rodzinna). U około 75% chorych rak jelita grubego nie ma związku z przyczynami genetycznymi lub rodzinnymi i zależy od stylu życia (przede wszystkim – dieta). Zmiana nieprawidłowych zwyczajów żywieniowych (np. dieta bogata w wysokoprzetworzone mięso oraz tłuszcze zwierzęce i uboga w błonnik), zwiększenie aktywności fizycznej i zmniejszenie otyłości mogą – w przypadku raka jelita grubego – obniżyć zagrożenie o niemal 70%. Znaczne zmniejszenie ryzyka zachorowania i umieralności zapewnia również powszechne wykorzystanie badań przesiewowych (metody endoskopowe lub badania obecności krwi utajonej w kale). Warunkiem osiągnięcia korzyści w postaci zmniejszenia umieralności z powodu raka jelita grubego jest duża zgłaszalność na badania przesiewowe, która w Polsce jest – w porównaniu z wieloma krajami Europy – zbyt mała. Zwiększenie skuteczności działań w zakresie profilaktyki pierwotnej w celu zmiany stylu życia oraz poprawienie wskaźników uczestnictwa w programie badań przesiewowych ma – w związku z powyższym – niezwykle istotne znaczenie dla ograniczenia zagrożeń związanych z rakiem jelita grubego, które występują w Polsce.

Drugim – niemniej ważnym – działaniem w przypadku raka jelita grubego, jest zapewnienie kompleksowości w zakresie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Nale-

ży wprowadzić właściwy model organizacyjny w opiece nad chorymi na raka jelita grubego, który zapewniłby sprawne rozpoznawanie i określanie zaawansowania nowotworu oraz wykorzystanie leczenia skojarzonego z udziałem wszystkich – uzasadnionych naukowo – metod postępowania. Przykładami działań w zakresie lepszego wykorzystania metod skojarzonego postępowania są bardziej optymalne leczenie okołoooperacyjne w przypadku raka okrężnicy lub właściwe stosowanie radiochemioterapii w raku odbytnicy. Istotne jest poprawienie sytuacji w zakresie diagnostyki patomorfologicznej (np. zgodne z wytycznymi raportowanie wyników patomorfologicznego badania pooperacyjnego i częstsze wykonywanie badań genetycznych i molekularnych czynników predykcyjnych o istotnym znaczeniu podczas wybierania metod leczenia systemowego). Model kompleksowej opieki nad chorymi na raka jelita grubego powinien uwzględniać skoordynowanie działań diagnostycznych i terapeutycznych, ale niemniej ważne powinno być systematyczne monitorowanie stanu chorych po leczeniu i nadzorowanie jakości postępowania z wykorzystaniem wskaźników oceniających skuteczność i bezpieczeństwo wykorzystywanych metod. Ośrodki kompleksowej opieki w raku jelita grubego powinny mieć moduły zapewniające możliwość stosowania wszystkich metod w zakresie diagnostyki, przeciwnowotworowego leczenia (chirurgia, radioterapia, farmakoterapia) i monitorowania chorych oraz opieki paliatywnej. Procedury diagnostyczne i terapeutyczne powinny być w ośrodkach możliwe do stosowania ambulatoryjnie i podczas hospitalizacji. Ośrodki kompleksowej opieki powinny uczestniczyć w procesach rejestracji wskaźników epidemiologicznych oraz zapobieganiu (profilaktyka pierwotna oraz wtórna) i współtworzyć wytyczne postępowania zgodne z bieżącym stanem wiedzy. Elementem działań ośrodków kompleksowych powinno być uczestnictwo w kształceniu pracowników ochrony zdrowia i wyrównywaniu niedoborów specjalistycznych kadr.

Skuteczność przedstawionych wyżej działań umożliwi uzyskanie lepszych wskaźników w zapobieganiu zachorowaniom i rokowaniu chorych z rozpoznaniem raka jelita grubego.

# Rekomendacje

## 1

**Należy wprowadzić, zgodnie z zapowiedziami Ministra Zdrowia, zniesienie limitów w realizacji świadczeń przez NFZ w umowach z zakresu Ambulatoryjne Świadczenia Diagnostyczne Kosztochłonne ze świadczeniodawcami realizującymi procedury kolonoskopii.**

Uzasadnienie:

W kwietniu 2019 r. zostały zniesione limity do badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM). Dzięki temu w ciągu roku, od listopada 2018 do listopada 2019 r., liczba badań rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej wzrosła o 30%. Należy się spodziewać, że wprowadzenie tego rozwiązania w zakresie badań kolonoskopowych przyniesie analogiczne efekty.

## 2

**Należy uatrakcyjnić wycenę NFZ dla procedury kolonoskopii.**

Uzasadnienie:

Zwiększenie wyceny procedur kolonoskopii zwiększy efektywność w liczbie badań wykonywanych przez lekarzy oraz świadczeniodawców w zakupie aparatów realizacją tych. Dodatkowo zmniejszy liczbę tzw. hospitalizacji diagnostycznych.

# 3

**Należy opracować standard postępowania od czasu przeprowadzenia sedacji u pacjenta w trakcie kolonoskopii.**

Uzasadnienie:

Standard postępowania podczas przeprowadzenia sedacji u pacjenta w trakcie kolonoskopii określi warunki organizacyjne i kwalifikacje personelu medycznego w zakresie bezpiecznego przeprowadzenia sedacji. Określi także procedury związane ze stosowaniem zalecanych produktów leczniczych.

# 4

**Należy opracować program kursu szkoleniowego dla lekarzy wykonujących kolonoskopię, którego odbycie umożliwiłoby stosowanie sedacji.**

Uzasadnienie:

Krótki kurs doskonalący związany z przeprowadzeniem sedacji podczas kolonoskopii zwiększy zarówno bezpieczeństwo i jakość świadczeń dla pacjenta, jak i zmniejszy liczbę potencjalnych powikłań. Może być także podstawą do rozliczeń procedury sedacji w przypadku finansowania jej przez NFZ.

# 5

**Należy dokonać zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, umożliwiając lekarzom będącym w trakcie specjalizacji z gastrologii, chirurgii chorób wewnętrznych wykonywanie kolonoskopii pod warunkiem udokumentowanych kompetencji w tym zakresie.**

Uzasadnienie:

W ramach większości świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczenia mogą być wykonywane przez lekarzy będących w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie medycyny. Zwiększenie liczby lekarzy mających odpowiednie kwalifikacje do wykonywania badań kolonoskopowych poprawi ich dostępność co poprawi ich dostępność oraz zwiększy ich liczbę.

# 6

**Należy sfinansować przez NFZ wykonanie sedacji pacjenta podczas kolonoskopii przez uprawnionego lekarza.**

Uzasadnienie:

Odrębne sfinansowanie sedacji podczas wykonania kolonoskopii zwiększy jej dostępność poprzez zmniejszenie lęku i poprawę komfortu pacjentów a także zwiększy jakość przeprowadzonego badania.

# 7

**Należy opracować interwencje związane z profilaktyką raka jelita grubego wykonywane w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktycznego dla osób w wieku 40-65, który ma być finansowany ze środków Krajowego Planu Odbudowy.**

Uzasadnienie:

W ramach ogólnopolskiego programu profilaktycznego należy przeprowadzić możliwość przeprowadzania badań ankietowych związanych z oceną ryzyka wystąpienia raka jelita grubego, a także wprowadzić dodatkową możliwość rozliczenia wykonania badań kolonoskopowych dla pacjentów nie kwalifikujących się do obecnego programu profilaktyki raka jelita grubego.

# 8

**Należy ze środków KPO sfinansować zakup kolonoskopów i utworzenie nowych pracowni kolonoskopii.**

Uzasadnienie:

Krajowy Plan Odbudowy zakłada inwestycje mające na celu poprawę dostępności do leczenia i zwiększenie diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych. Należy zaproponować rozwiązania mające na celu umożliwienie sfinansowania zakupu kolonoskopów ze środków KPO.

# 9

**Należy rozważyć włączenie badań przesiewowych jelita grubego u pacjentów powyżej 50 roku życia do obowiązkowych badań w ramach medycyny pracy.**

Uzasadnienie:

Profilaktyka jest kluczowa we wczesnej diagnostyce raka jelita grubego. Jednak ze względu na obawy społeczne przed badaniem, istnieje duża bariera przed zgłaszaniem pacjentów na badania przesiewowe. Wprowadzenie obowiązku badań endoskopowych w ramach badań medycyny pracy miałyby istotny wpływ na odsetek wykrywalności nowotworów na wczesnych jego etapach.

# 10

**Konieczne jest zwiększenie świadomości i edukacja pacjentów na temat znaczenia profilaktyki pierwotnej i konieczności badań endoskopowych w określonych grupach wiekowych.**

Uzasadnienie:

Pomimo istnienia programów badań przesiewowych nadal jest niska zgłaszalność pacjentów na profilaktyczne zabiegi endoskopowe. Wynika to z braku świadomości znaczenia tego typu programów dla skuteczności wykrywania i leczenia nowotworów, które zdiagnozowane na wczesnym etapie mają znacznie lepsze rokowania.



# 11

**Konieczne jest wypracowanie odpowiedniej komunikacji z pacjentem i wdrożenie standardów komunikacji w celu oswojenia społeczeństwa z badaniami endoskopowymi i edukacja na temat znaczenia profilaktyki w diagnostyce raka jelita grubego.**

Uzasadnienie:

Istnieje duża obawa pacjentów przed zabiegami endoskopowymi. Jak pokazuje praktyka, często odpowiednie wyjaśnienie i właściwa komunikacja mogą pomóc w znacznym zmniejszeniu, a nawet przezwyciężeniu tych obaw. Często już po krótkiej rozmowie z lekarzem, pacjenci znacznie chętniej poddają się tym zabiegom, nawet bez sedacji.

e-ISBN: 978-83-959737-1-0