

Rak nerki

Raport „Nowotwór złośliwy nerki – rekomendacje w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem” to już trzecia publikacja opracowana przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, konsultanta krajowego w dziedzinie urologii oraz Fundację „Eksperci dla Zdrowia”, prezentująca model opieki koordynowanej nad pacjentami dotkniętymi nowotworami układu moczowo-płciowego.

1. Wstęp

Poprzednie dwa opracowania, dotyczące modelu kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami chorymi na nowotwór złośliwy pęcherza moczowego oraz raka gruczołu krokowego, zostały zaprezentowane przez środowisko lekarzy urologów i ekspertów z zakresu ochrony zdrowia w trakcie posiedzeń Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów w lipcu i grudniu 2018 r. Przedstawione wówczas koncepcje zmian w organizacji opieki zdrowotnej zostały pozytywnie ocenione przez parlamentarzystów, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz organizacje skupiające pacjentów.

Zarząd Polskiego Towarzystwa Urologicznego uzyskał zapewnienie, że w drugiej połowie 2019 r. planowane jest wdrożenie programów pilotażowych, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie leczenia chorych na nowotwór złośliwy pęcherza moczowego oraz nowotwór złośliwy gruczołu krokowego. Dzięki temu w kilku ośrodkach urologicznych w kraju będzie można w praktyce przetestować zaproponowane przez PTU nowe rozwiązania i na tej podstawie wyciągnąć wnioski co do konieczności ich wdrożenia w kolejnych ośrodkach.

Obecne opracowanie zawiera analizy i propozycje rozwiązań systemowych podobne do przedstawionych poprzednio. Należy podkreślić, że nowotwór złośliwy nerki, według analiz Ministerstwa Zdrowia opublikowanych w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii z 2018 r., stanowi istotny problem zdrowotny, gdyż zapadalność rejestrowana dla tego nowotworu wyniosła w Polsce w 2016 r. aż 11 tys. przypadków. Jest zatem wskazane opracowanie nowych rozwiązań systemowych i organizacyjnych, które pozwoliłyby poprawić jakość i skuteczność leczenia tych chorych. Konieczność tę widzi także Najwyższa Izba Kontroli (NIK), czemu dała wyraz w dokumencie z marca 2018 r. pt.: „Dostępność i efekty leczenia nowotworów”. Wśród wielu zaleceń NIK wymienia między innymi zapewnienie dostępu do kompleksowego leczenia onkologicznego wysokiej jakości.

Może to nastąpić poprzez zmianę organizacji opieki zdrowotnej, której kluczowym elementem jest tworzenie w zakresie leczenia chirurgicznego specjalistycznych ośrodków (dla określonych typów nowotworów) wraz z towarzyszącymi im placówkami chemio- i radioterapii. Podobne rozwiązanie zostały

zarekomendowane w 2018 r. przez Zespół Ministra Zdrowia do opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii w dokumencie „Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej” (czerwiec 2018 r.). Przewiduje on między innymi tworzenie centrów kompetencji w leczeniu poszczególnych typów nowotworów (*Cancer Units*), co jest zgodne z modelem opieki nad pacjentami chorymi na raka nerki przedstawionym w niniejszym raporcie.

Poprawie koordynacji i skuteczności leczenia nowotworów złośliwych układu moczowo-płciowego służą niewątpliwie zapisy obecnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W warunkach szczegółowych określających udzielanie świadczeń wymienia się specjalistę urologii jako lekarza mającego uprawnienia do samodzielnego stosowania chemioterapii w przypadku chorych na nowotwory układu moczowo-płciowego. Warto zaznaczyć, że także w programach lekowych związanych z leczeniem omawianej grupy pacjentów następują zmiany zwiększające uprawnienia specjalistów urologów w zakresie stosowania farmakoterapii. Zgodnie z opublikowanym 14 marca 2019 r. Zarządzeniem 30/2019/DGL Prezesa NFZ dotyczącym programów lekowych, na wniosek Prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego wprowadzono zmiany w organizacji udzielania świadczeń w programie lekowym „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, umożliwiając realizację tego programu przez oddziały i poradnie urologiczne.

Publikacja zawiera między innymi: omówienie zaleceń Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU) w zakresie diagnostyki i leczenia raka nerki oraz opis modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Złośliwy Nerki (KOS-NZN). Wykorzystano tu rozwiązania wdrażane od niedawna przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia, w ramach których realizowana i finansowana jest opieka nad pacjentem, skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, leczenie szpitalne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz – w zależności od wskazań medycznych – różne formy rehabilitacji. W przypadku kompleksowej opieki specjalistycznej nad chorym na nowotwór złośliwy nerki, podobnie jak w przypadku chorych na raka pęcherza i raka gruczołu

krokowego, ośrodkiem koordynującym powinien być oddział urologii z poradnią przyszpitalną, odznaczający się dużym doświadczeniem w wykonywaniu procedur zabiegowych i farmakologicznych związanych z leczeniem tego nowotworu.

Przedstawiamy również koncepcję utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworu Złośliwego Nerki, który jest kluczowym narzędziem oceny skuteczności i efektywności leczenia, a także wybrane zagadnienia dotyczące rehabilitacji pacjentów chorych na nowotwór złośliwy nerki opracowane przez dr. hab. med. Piotra Majchera prof. nadzw. – konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej. W końcowej części raportu prezentujemy, opracowane na podstawie map potrzeb zdrowotnych, dane dotyczące oddziałów urologii realizujących świadczenia związane z leczeniem pacjentów chorych na raka nerki.

2. Epidemiologia nowotworu złośliwego nerki na podstawie map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii (2018) – wybrane zagadnienia

Ministerstwo Zdrowia opublikowało 28 grudnia 2018 r. drugą edycję 16 regionalnych (wojewódzkich) map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii (www.mpz.mz.gov.pl). Każda z nich składa się z trzech części: pierwsza zawiera dane demograficzne oraz epidemiologiczne, druga dotyczy stanu i wykorzystania istniejących zasobów, zaś ostatnia (trzecia) – prognoz w zakresie potrzeb zdrowotnych.

Poniżej zaprezentowano najbardziej istotne dane dotyczące nowotworu złośliwego nerki. Należy zaznaczyć, że autorzy map, tworząc grupę „Nerka”, uwzględnili następujące rozpoznania ICD-10:

- C64 – nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej,
- C65 – nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej,
- C66 – nowotwór złośliwy moczowodu.

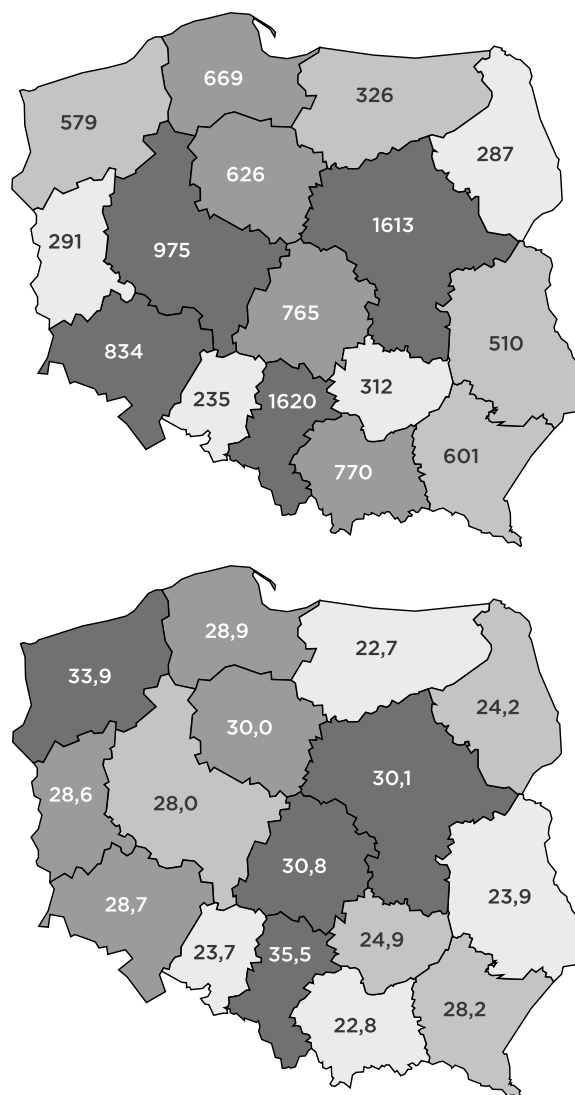
2.1. Nowotwór złośliwy nerki – zapadalność rejestrowana

Zgodnie z metodologią przyjętą przez autorów map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii (2018) wskaźniki epidemiologiczne – zapadalność rejestrowana oraz chorobowość rejestrowana – zostały obliczone dla roku 2016 na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z lat 2009–2017. A zatem każdy pacjent pojawiający się w systemie sprawozdawczości NFZ został uznany za nowego pacjenta (pacjenta pierwszorazowego), jeżeli wystąpił z danym rozpoznaniem po raz pierwszy w roku 2016.

Zapadalność rejestrowana dla nowotworu nerki w 2016 r. wyniosła 11 tys. przypadków. Największa

liczba nowych rozpoznań tego nowotworu została odnotowana w województwie śląskim (1620) i mazowieckim (1613). Najmniej nowych przypadków odnotowano w województwie opolskim (235), podlaskim (297) oraz lubuskim (291).

Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wyniósł w Polsce 28,7. Najwyższe wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności odnotowano w województwach: śląskim (35,5), zachodniopomorskim (33,9), łódzkim (30,8) oraz mazowieckim (30,1). Najniższe wartości tego wskaźnika odnotowano w województwach: warmińsko-mazurskim (22,7), małopolskim (22,8), opolskim (23,7) oraz lubelskim (23,9). Szczegółowe dane przedstawia rycina 1.



Rycina 1. Wskaźnik zapadalności rejestrowanej na nowotwór złośliwy nerki w poszczególnych województwach ogółem (u góry) oraz w przeliczeniu na 100 tys. ludności (u dołu)

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS (mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii – 2018)

Warto także przytoczyć szczegółową analizę struktury zapadalności rejestrowanej na nowotwór złośliwy nerki w zależności od płci, miejsca zamieszkania oraz grupy wiekowej.

Najwyższy odsetek kobiet wśród rozpoznanych nowych przypadków omawianego nowotworu odnotowano w województwie podlaskim (44,95%), najniższy – w województwie lubuskim (37,11%). Największy udział ludności miejskiej wśród nowo rozpoznanych przypadków raka nerki odnotowano w województwie śląskim (81,98%), natomiast najniższy w województwie podkarpackim (47,93%). Najwyższy odsetek wykrytych nowotworów wśród osób poniżej 18. roku życia odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (2,15%), zaś w grupie osób powyżej 65. roku życia – w województwie pomorskim (61,58%).

Szczegółowe dane zawarte są w tabeli 1.

2.2. Nowotwór złośliwy nerki – chorobowość rejestrowana

W omawianych mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii przyjęto, że liczba wszystkich żyjących na dzień 31 grudnia 2016 r. pacjentów, którzy „pojawił się” w systemie z danym rozpoznaniem od 2009 r., niezależnie od tego, czy świadczenia zdrowotne finansowane ze środków NFZ zostały im udzielone w roku 2016, będzie traktowana jako wartość chorobowości rejestrowanej.

Liczbę chorych na nowotwór złośliwy nerki oszacowano na 83,6 tys., przy czym największa liczba tych chorych wystąpiła w województwie śląskim (12,9 tys.) i mazowieckim (11,8 tys.), a najmniejsza w województwie opolskim (1,7 tys.) oraz lubuskim (1,9 tys.).

Współczynnik chorobowości rejestrowanej w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniósł w Polsce 0,1 tys. Najwyższe wartości współczynnik ten osiągnął w województwach śląskim (70,4) i zachodniopomorskim (68,0), natomiast najniższe w województwach małopolskim (43,9), opolskim (42,6) oraz lubelskim (38,9).

Szczegółowe informacje przedstawia rycina 2.

2.3. Program lekowy „Leczenie raka nerki”

W Polsce w 2016 roku program lekowy „Leczenie raka nerki” realizowało 60 świadczeniodawców. Rycina 3 przedstawia rozkład liczby świadczeniodawców w poszczególnych województwach.

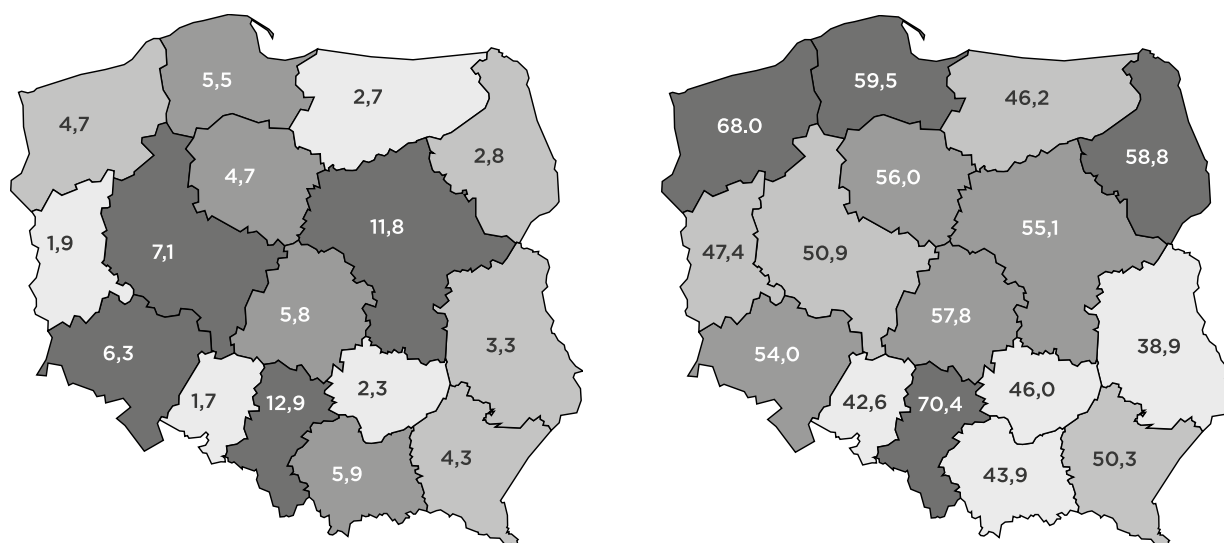
W ramach omawianego programu udzielono świadczeń 2,3 tys. pacjentów. Największą liczbę pacjentów w tym zakresie odnotowano w województwie mazowieckim (0,39 tys.) oraz śląskim (0,31 tys.), natomiast najmniejszą w województwie lubuskim (0,03 tys.) i opolskim (0,03 tys.).

Szczegółowe dane dotyczące realizacji programu lekowego, obejmujące liczbę pacjentów, udział pacjentów spoza województwa, a także tryb wizyt, tj. podział na hospitalizację i tryb ambulatoryjny, przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 1. Nowotwór złośliwy nerki – struktura zapadalności rejestrowanej w zależności od płci, miejsca zamieszkania oraz grupy wiekowej

Lp.	Województwo	Udział kobiet [%]	Udział ludności miejskiej [%]	Grupy wiekowe				
				<18 [%]	18–44 [%]	44–54 [%]	54–64 [%]	65+ [%]
1.	dolnośląskie	41,13	74,58	1,44	4,92	6,47	27,94	59,23
2.	kujawsko-pomorskie	43,45	66,61	0,48	4,79	9,58	24,92	60,22
3.	lubelskie	39,41	53,33	0,78	5,88	10,98	27,06	55,29
4.	lubuskie	37,11	69,42	0,34	3,44	9,28	27,49	59,45
5.	łódzkie	41,96	71,11	0,52	5,88	7,58	30,33	55,69
6.	małopolskie	38,57	55,06	0,91	5,84	9,74	26,88	56,62
7.	mazowieckie	40,61	71,23	0,74	5,46	8,49	25,11	60,20
8.	opolskie	41,28	57,45	0,43	2,98	10,21	25,53	60,85
9.	podkarpackie	37,77	47,92	0,50	6,99	11,31	24,96	56,24
10.	podlaskie	44,95	64,11	1,74	6,62	10,80	26,83	54,01
11.	pomorskie	37,52	74,89	0,75	4,63	8,97	24,07	61,58
12.	śląskie	41,42	81,98	0,62	4,75	9,75	24,75	60,12
13.	świętokrzyskie	41,35	49,68	0,64	4,49	8,01	26,92	59,94
14.	warmińsko-mazurskie	38,04	66,87	2,15	4,29	7,67	33,44	52,45
15.	wielkopolskie	38,87	60,21	0,51	5,95	10,15	24,31	59,08
16.	zachodniopomorskie	40,07	76,51	1,21	6,22	11,05	23,83	57,69

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS (mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii – 2018)



Rycina 2. Nowotwór złośliwy nerki – chorobowość rejestrowana na dzień 31 grudnia 2016 r. ogółem (po lewej) oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (po prawej)

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS (mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii – 2018)

2.4. Charakterystyka śmiertelności po hospitalizacji z powodu raka nerki

W mapach potrzeb zdrowotnych dokonano analizy, w której przeanalizowano śmiertelność pohospitalizacyjną pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego nerki. Dodatkowo obliczono wskaźnik śmiertelności standaryzowany wiekiem, płcią oraz współczynnikiem wielochorobowości.

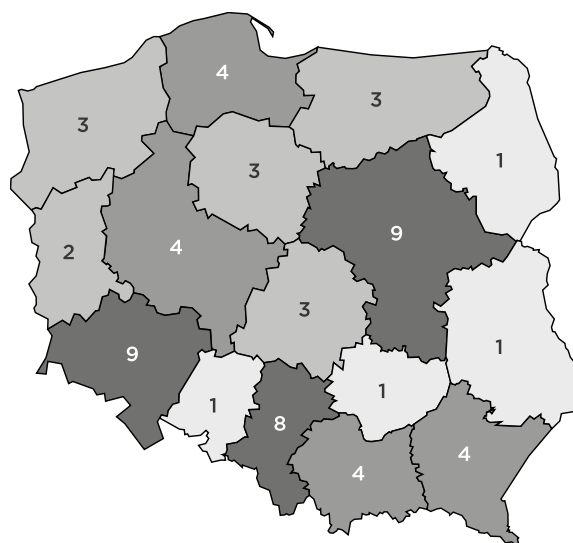
Najwyższy odsetek śmiertelności standaryzowanej w ciągu 30 dni od hospitalizacji odnotowano w województwie małopolskim (5,3%), w ciągu 60 dni od hospitalizacji – w województwie świętokrzyskim (10,30%), w ciągu 90 dni – ponownie w województwie świętokrzyskim (15,90%).

Szczegółowe dane przedstawia tabela 3.

2.5. Prognozy dotyczące zapadalności rejestrowanej – metodologia

Autorzy map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii (2018) dokonali analizy dotyczącej prognozy zapadalności na nowotwory w latach 2022–2031 w odniesieniu do poszczególnych grup chorób na podstawie wskaźnika zapadalności rejestrowanej obliczonego dla roku 2016 i prognozy Głównego Urzędu Statystycznego dotyczącego przewidywanej liczby ludności (z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe, płeć oraz miejsce zamieszkania).

Z uwagi na to, że współczynniki zapadalności zostały określone na podstawie danych rejestrowych NFZ, które uniemożliwiają pełną weryfikację przyczyn występowania różnic pomiędzy poszczególnymi województwami, uznano za zasadne przyjęcie 4 wariantów prognoz zapadalności (scenariuszy). Każdy z nich odpowiada innemu rodzajowi argumentów:



Rycina 3. Liczba świadczeniodawców realizujących program lekowy „Leczenie raka nerki” w poszczególnych województwach

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS (mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii – 2018)

- 1) wariant demograficzny „minimalny” – powiązanie wyceny świadczeń z konkretną jednostką chorobową skutkuje występowaniem zjawiska tzw. *up-codingu*, a co za tym idzie – nadrozpoznawalności tej jednostki chorobowej. W związku z powyższym przyjmuje się, że w województwie, w którym zapadalność rejestrowana jest najmniejsza, zjawisko to występuje w najmniejszym stopniu. Wobec powyższego zasadne jest przyjęcie najniższej wojewódzkiej wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej jako wartości referencyjnej dla pozostałych województw;

Tabela 2. Podstawowe dane statystyczne dotyczące realizacji programu „Leczenie raka nerki” w poszczególnych województwach w 2016 r.

Lp.	Województwo	Liczba pacjentów [tys.]	Udział pacjentów spoza województwa [%]	Wizyty w ramach programów lekowych		
				Liczba [tys.]	Hospitalizacja [%]	Tryb ambulatoryjny [%]
1.	dolnośląskie	0,17	11,00	1,07	79,10	20,90
2.	kujawsko-pomorskie	0,17	23,10	1,13	10,20	89,80
3.	lubelskie	0,10	7,80	0,61	100,00	–
4.	lubuskie	0,03	–	0,21	58,50	41,50
5.	łódzkie	0,12	6,60	0,77	11,40	88,60
6.	małopolskie	0,20	16,80	1,28	10,40	89,60
7.	mazowieckie	0,39	22,10	2,63	6,00	94,00
8.	opolskie	0,03	15,40	0,13	100,00	–
9.	podkarpackie	0,11	3,60	0,77	5,30	94,70
10.	podlaskie	0,07	12,70	0,49	100,00	–
11.	pomorskie	0,10	7,40	0,64	19,20	80,80
12.	śląskie	0,31	9,30	2,66	2,10	97,90
13.	świętokrzyskie	0,09	15,90	0,61	2,60	97,40
14.	warmińsko-mazurskie	0,08	18,40	0,51	100,00	–
15.	wielkopolskie	0,17	10,50	1,04	13,00	87,00
16.	zachodniopomorskie	0,10	7,30	0,65	91,20	8,80
	Polska	2,23	13,50	15,20	27,40	72,60

Źródło: opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS (mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii – 2018)

- 2) wariant demograficzny „maksymalny” – różnice w dostępności pacjentów do systemu ochrony zdrowia sprawiają, że w niektórych regionach kraju poszczególne jednostki chorobowe są rozpoznawane zarówno rzadziej, jak i później. Dodatkowo nie ma możliwości zweryfikowania stopnia wykrywalności poszczególnych chorób. Biorąc powyższe pod uwagę, uznano za zasadne przyjęcie najwyższej wojewódzkiej wartości współczynnika zapadalności rejestrowanej jako wartości referencyjnej dla pozostałych województw;
- 3) wariant demograficzny „zindywidualizowany” – istnieją trwale czynniki różnicujące współczynnik zapadalności rejestrowanej na daną jednostkę chorobową pomiędzy poszczególnymi województwami, które najprawdopodobniej nie przestaną występować w przyszłości, i z tego powodu należy przyjąć dla każdego województwa wartość współczynnika zapadalności obserwowanego na terenie tego województwa;
- 4) wariant demograficzny „uśredniony” – w tym wariantcie scenariuszowym przyjmuje się, że w długim okresie czasu różnice pomiędzy województwami ulegną zniwelowaniu (zjawisko konwergencji), m.in. dlatego, że ich przyczyny mają charakter przejściowy i nie wynikają z systematycznie postępujących różnic w rzeczywistym ryzyku wystąpienia danej jednostki chorobowej w danym województwie. Przyjmuje się zatem, że współczynniki zapadalności rejestrowanej

dla wszystkich województw są równe wartości dla Polski.

Przyjęcie powyższej opisanej metodyki umożliwia oszacowanie przedziałów wartości prognostycznych współczynnika zapadalności rejestrowanej.

2.6. Prognoza zapadalności rejestrowanej w zakresie nowotworu złośliwego nerki

W latach 2022–2031 we wszystkich wariantach demograficznych dla grupy „Nerka” prognozuje się wzrost zapadalności rejestrowanej. W wariantcie „minimalnym” w 2022 r. zapadalność rejestrowana będzie wynosiła 7,8 tys. i do 2031 r. wzrośnie do 8,6 tys. (o 10,3%). Nieco mniejszy wzrost tego współczynnika zakłada wariant „maksymalny”: z 15,9 tys. w 2022 r. do 17,4 tys. w 2031 r. (wzrost o 9,4%). Wzrost na poziomie 9,2% zakłada zarówno wariant „zindywidualizowany”, jak i wariant „uśredniony” (z 12,0 tys. w 2022 r. do 13,1 tys. w 2031 r.).

Szczegółowe dane dotyczące wariantu „minimalnego” przedstawiamy na wykresie 1 i rycinie 4.

Mapy przedstawione na rycinie 4 obrazują prognozowaną dla poszczególnych województw zapadalność rejestrowaną na raka nerki w 2022 r. oraz 2031 r. Szacuje się, że w 2022 r. największa zapadalność na raka nerki wystąpi w województwie mazowieckim (1,09 tys.), natomiast najmniejsza w województwach opolskim

Tabela 3. Podstawowe dane statystyczne dotyczące śmiertelności po hospitalizacji

Lp.	Województwo	Liczba hospitalizacji [tys.]	Śmiertelność obserwowana			Śmiertelność standaryzowana		
			30 dni [%]	60 dni [%]	90 dni [%]	30 dni [%]	60 dni [%]	90 dni [%]
1.	dolnośląskie	2,10	3,40	6,40	9,30	2,70	5,30	7,80
2.	kujawsko-pomorskie	0,70	3,80	5,90	8,30	4,30	6,50	9,40
3.	lubelskie	1,30	2,80	4,60	6,40	2,10	3,70	5,10
4.	lubuskie	0,40	4,50	6,50	10,40	4,10	5,60	8,00
5.	łódzkie	0,80	3,10	6,40	8,30	2,70	5,50	7,20
6.	małopolskie	0,80	5,50	8,40	10,90	5,30	9,30	12,00
7.	mazowieckie	2,10	4,10	7,00	9,90	4,00	6,90	9,50
8.	opolskie	0,30	3,30	5,00	7,00	2,80	3,80	4,90
9.	podkarpackie	0,70	4,80	7,80	10,20	5,10	8,00	10,30
10.	podlaskie	0,70	2,10	3,90	6,60	1,70	3,00	5,20
11.	pomorskie	0,80	4,10	7,40	9,50	3,20	6,20	8,00
12.	śląskie	1,80	3,30	5,70	7,70	3,90	6,90	9,10
13.	świętokrzyskie	0,40	3,60	9,80	14,30	3,70	10,30	15,90
14.	warmińsko-mazurskie	1,10	3,10	6,30	9,00	2,80	5,80	8,50
15.	wielkopolskie	1,50	3,90	6,80	10,60	3,40	6,00	9,20
16.	zachodniopomorskie	1,10	3,10	5,40	7,30	3,10	5,40	7,10

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS (mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii – 2018)

i lubuskim (0,21 tys.). Podobnie będzie w 2031 r.: największa zapadalność na raka nerki wystąpi w województwie mazowieckim (1,22 tys.), natomiast najmniejszą zapadalność prognozuje się dla województwa opolskiego (0,22 tys.).

3. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w zakresie diagnostyki i leczenia chorych na raka nerki (na podstawie EAU Guidelines 2018)

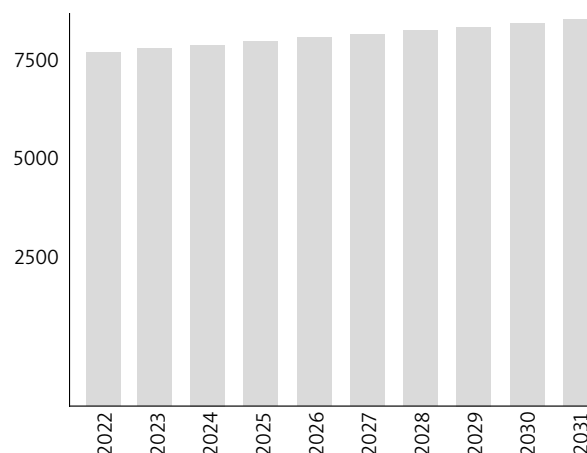
Rak nerki stanowi 2–3% wszystkich nowotworów złośliwych wywodzących się z komórek nabłonka. Częstość jego występowania, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, wiąże się istotnie ze starzeniem się społeczeństwa (najczęściej jest on rozpoznawany u osób w wieku 60–70 lat) i jest wyższa niż w krajach rozwijających się. Nowotwór ten częściej występuje u mężczyzn, a czynniki ryzyka jego wystąpienia to: palenie tytoniu, otyłość, nadciśnienie tętnicze, narażenie na czynniki szkodliwe oraz dodatni wywiad rodzinny.

3.1. Diagnostyka

Rak nerki we wczesnych stadiach rozwoju na ogół nie wywołuje charakterystycznych objawów klinicznych. Występują one dopiero w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej. Klasyczna triada obja-

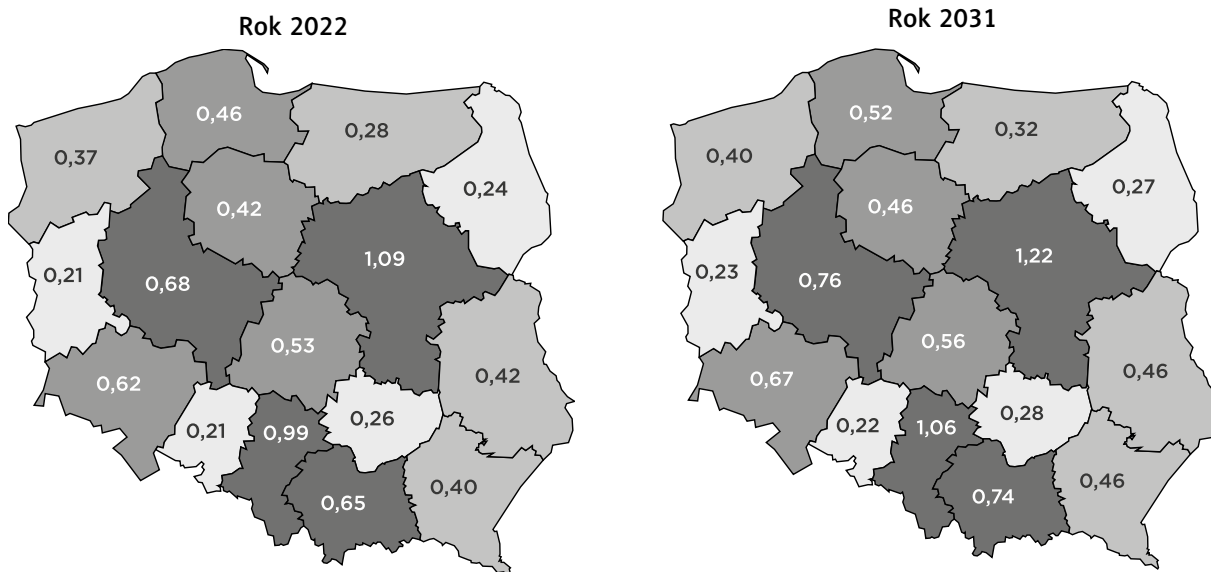
wów – badalny guz, krwimocz oraz ból – występuje tylko u 6–10% chorych. Rak ten często wykrywany jest przypadkowo (powyżej 50% przypadków), w trakcie wykonywania badań z innych wskazań, co wiąże się z upowszechnieniem nowoczesnych metod obrazowania (ultrasonografia, tomografia komputerowa).

Trójfazowa tomografia komputerowa z kontrastem lub rezonans magnetyczny są nieodłącznym elementem diagnostyki raka nerki. Metody te pozwalają prawidłowo



Wykres 1. Nowotwór złośliwy nerki – prognozowana zapadalność rejestrowana w latach 2022–2031 (ogółem, wariant „minimalny”)

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS (mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii – 2018)



Rycina 4. Prognozowana zapadalność rejestrowana na nowotwór złośliwy nerki (w tys.) wg województw
 Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS (mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii – 2018)

rozpoznać raka nerki, dokładnie zobrazować guz, jego unaczynienie oraz otoczenie. Biopsja guzów nerek nie jest standardem postępowania i wykonywana jest w ściśle określonych sytuacjach, przede wszystkim u chorych będących kandydatami do aktywnego nadzoru.

Dalsze decyzje dotyczące kolejnych etapów diagnostyki (angiografia, arteriografia, pozytonowa tomografia emisyjna, tomografia komputerowa innych obszarów ciała) uzależnione są od stanu pacjenta, współistniejących chorób czy indywidualnych kwalifikacji do konkretnych metod leczenia.

Stadium zaawansowania choroby określa się za pomocą skali TNM z dodatkowym podziałem na postać miejscową (T1–T2), miejscowo zaawansowaną (T3–T4) oraz zaawansowaną (przerzutową).

3.2. Leczenie

Pacjenci z miejscowym oraz miejscowo zaawansowanym rakiem nerki

Podstawową metodą leczenia raka nerki w postaci miejscowej oraz miejscowo zaawansowanej jest postępowanie chirurgiczne. Jest to metoda z wyboru.

W przypadku choroby miejscowej leczenie polega na resekcji guza wraz z częścią (operacja oszczędzająca,

ang. *nephron sparing surgery* – NSS) lub całą nerką (operacja radykalna).

W przypadku choroby miejscowo zaawansowanej metodą z wyboru jest radykalne leczenie chirurgiczne (nefrektomia radykalna). Zapewnia ono najlepsze wyniki onkologiczne, niemniej jednak przeżycie specyficzne dla nowotworu po radykalnej nefrektomii wśród tych chorych jest istotnie niższe w porównaniu z pacjentami chorymi na raka nerki w postaci miejscowej.

Zabiegi są wykonywane metodą otwartą, laparoskopową lub robotyczną przez lekarza urologa.

U chorych niebędących kandydatami do operacji oszczędzającej lub nefrektomii radykalnej (pacjenci w wieku podeszłym, z chorobami współistniejącymi) można rozważyć inne metody leczenia zabiegowego, takie jak: krioablacja lub ablacja falami radiowymi, które nie przewyższają wspomnianych powyżej dwóch podstawowych metod leczenia, a nawet wydają się mniej skuteczne.

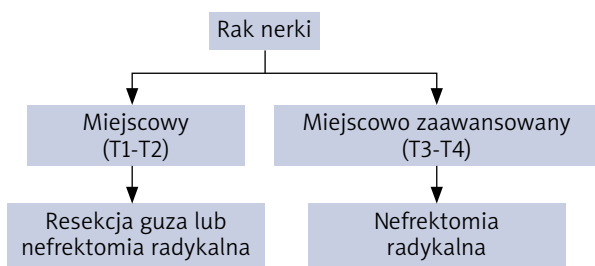
U pacjentów zdyskwalifikowanych jako kandydatów od leczenia zabiegowego, zgłaszających krwimocz lub dolegliwości bólowe, rozwiązaniem może być embolizacja.

Dane z dotychczasowych randomizowanych badań klinicznych pokazują, że adiuwantowa chemioterapia nie przynosi dodatkowych korzyści i nie jest obecnie zalecana w miejscowym i miejscowo zaawansowanym raku nerki.

Pacjenci z zaawansowanym/przerzutowym rakiem nerki

Leczenie tych chorych ma charakter multidyscyplinarny i wielokierunkowy.

Jednym z elementów postępowania terapeutycznego u chorych na zaawansowanego raka nerki może być cytoredukcyjna nefrektomia, którą można rozważyć



Rycina 5. Podstawowe metody leczenia raka nerki w postaci miejscowej oraz miejscowo zaawansowanej

u pacjentów w dobrym stanie ogólnym, kwalifikujących się do zabiegu chirurgicznego.

Istotnym elementem leczenia tych chorych jest immunoterapia wykorzystująca m.in. ipilimumab, niwolumab, interferon alfa, bewacizumab oraz interleukinę 2. Ważną rolę odgrywają również terapie celowane z inhibitorami kinazy tyrozynowej (sorafenib, sunitinib, pazopanib, aksitinib, cabozantinib, lenwatinib, tiwosanib) oraz inhibitory mTOR (temsirolimus, ewerolimus).

Stosowane terapie systemowe mogą być ze sobą łączone, a odpowiednie leczenie dobiera się dzięki modelowi *The International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium* (IMDC).

3.3. Monitorowanie chorych na raka nerki

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego monitorowaniem pacjentów z rakiem nerki powinien zajmować się lekarz urolog. Jego rola polega na monitorowaniu i identyfikowaniu powikłań pooperacyjnych, wznowy nowotworowej i przerzutów odległych, a także na kontrolowaniu funkcjonowania nerek/nerki.

Lekarz urolog w okresie obserwacji wykonuje okresowe tomografie komputerowe, których częstość uzależniona jest przede wszystkim od ryzyka nawrotu choroby.

4. Kompetencje lekarzy urologów w zakresie farmakologicznego leczenia raka nerki

W zdecydowanej większości państw europejskich koordynatorem leczenia pacjentów chorych na nowotwory układu moczowo-płciowego jest specjalista w dziedzinie urologii, który wykonuje nie tylko procedury zabiegowe, ale także samodzielnie prowadzi leczenie farmakologiczne obejmujące chemioterapię oraz decyduje o stosowaniu procedur z zakresu radioterapii.

Kompetencje polskich urologów w zakresie stosowania leczenia farmakologicznego, w tym chemioterapii, wynikają z umiejętności nabytych w trakcie realizacji 6-letniego programu specjalizacyjnego, zwieńczonego egzaminem końcowym, organizowanym od ponad 20 lat przez Polskie Towarzystwo Urologiczne w ścisłej współpracy z Europejskim Towarzystwem Urologicznym (ang. *European Association of Urology*). Pomyślne złożenie tego egzaminu skutkuje nie tylko uzyskaniem tytułu specjalisty urologa, ale również prestiżowego tytułu *Fellow of European Board of Urology* (FEBU).

Problematyka onkologiczna stanowi kluczowy element szkolenia specjalizacyjnego lekarzy urologów. Zakres wymaganej wiedzy teoretycznej po odbyciu stażu kierunkowego w zakresie onkologii klinicznej obejmuje m.in.:

- właściwości farmakologiczne leków stosowanych w leczeniu nowotworów złośliwych – podstawy farmakokinetyki i farmakodynamiki,
- mechanizmy działania i podział leków stosowanych w chemio- i hormonoterapii nowotworów złośliwych oraz leczeniu wspomagającym,
- zasady prowadzenia systemowego leczenia przeciwnowotworowego,
- wskazania do systemowego leczenia uzupełniającego w ramach postępowania skojarzonego w poszczególnych nowotworach złośliwych układu moczowo-płciowego,
- wskazania do wyłącznego leczenia systemowego o założeniu radykalnym i paliatywnym nowotworów złośliwych układu moczowo-płciowego,
- znajomość działań niepożądanych leków stosowanych w leczeniu nowotworów oraz sposobów zapobiegania i leczenia wspomagającego.

Lekarz, który ukończy szkolenie specjalizacyjne i otrzyma tytuł specjalisty w dziedzinie urologii, uzyska kwalifikacje umożliwiające m.in. samodzielnie:

- określenie programu postępowania diagnostycznego, z uwzględnieniem diagnostyki różnicowej, umożliwiającego rozpoznanie przyczyn dolegliwości i objawów ze strony układu moczowego męskich narządów płciowych i wybranych chorób układu płciowego u kobiet oraz określenie i przeprowadzenie postępowania mającego na celu rozpoznanie nowotworów narządów układu moczowego i męskich narządów płciowych;
- ustalenie wskazań i przeciwwskazań do leczenia zarówno zachowawczego, jak i chirurgicznego;
- przeprowadzenie leczenia zachowawczego, w tym leczenia farmakologicznego chorób układu moczowo-płciowego oraz leczenia czynnościowego usprawniającego funkcję dolnych dróg moczowych, a także leczenia zabiegowego;
- rozpoznanie i leczenie wszelkich chorób z dziedziny onkologii urologicznej, w tym także stanów przedrakowych i nowotworów łagodnych;
- podjęcie i przeprowadzenie działań zapobiegających wystąpieniu (lub nawrotowi) chorób układu moczowo-płciowego cechujących się dużą częstością występowania oraz chorób o charakterze społecznym, w tym zwłaszcza nowotworów narządów układu moczowego i męskich narządów płciowych, łagodnego rozrostu i zapalenia stercza, zakażenia układu moczowego oraz kamicy moczowej.

Kompetencje te znalazły odzwierciedlenie w regulacjach prawnych dotyczących warunków udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu urologii i chemioterapii.

Szczegółowy wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, określa rozporządzenie

dzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z dnia 12.12.2017 r., poz. 2295), zwane dalej rozporządzeniem koszykowym w zakresie leczenia szpitalnego.

Szczegółowy wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z dnia 16.03.2016 r., poz. 357), zwane dalej rozporządzeniem koszykowym w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

4.1. Rozporządzenie koszykowe w zakresie leczenia szpitalnego dotyczące urologii i chemioterapii – wymogi dla świadczeniodawców

Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia koszykowego w zakresie leczenia szpitalnego, określającego warunki szczególne, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie urologii muszą spełniać następujące wymogi w odniesieniu do lekarzy, wykazując: równoważnik co najmniej 2 etatów specjalisty w dziedzinie urologii (nie dotyczy dyżuru medycznego), a w przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 1 etatu specjalisty urologii dziecięcej (nie dotyczy dyżuru medycznego).

W przypadku chemioterapii, zgodnie ze wspomnianym rozporządzeniem koszykowym, świadczeniodawca musi zapewnić w odniesieniu do wymogów personalnych równoważnik 1 etatu:

- lekarza specjalisty w dziedzinie chorób płuc – w zakresie leczenia nowotworów płuc
- lub lekarza specjalisty w dziedzinie urologii w zakresie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego,
- lub lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii – w zakresie guzów neuroendokrynych,
- lub lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii onkologicznej – w zakresie leczenia nowotworów narządów płciowych kobiecych,
- lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej, lub lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii onkologicznej – w zakresie leczenia skojarzonego (jednoczesnej chemioradioterapii lub w połączeniu chemioterapii i leczenia operacyjnego) – pod warunkiem zapewnienia stałego konsultanta – lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej,
- lub lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub lekarza specjalisty chemioterapii nowotworów,
- lub lekarza specjalisty w zakresie hematologii, lub lekarza specjalisty w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej.

Jeśli chodzi o personel pielęgniarski, świadczeniodawca musi zapewnić równoważnik 3 etatów personelu przeszkolonego w zakresie podawania cytostatyków (substancji aktywnych w chemioterapii).

Powyższe wymogi dotyczące personelu lekarskiego i pielęgniarskiego obowiązują również w przypadku świadczeń gwarantowanych udzielanych w trybie jednego dnia.

4.2. Rozporządzenie koszykowe w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczące urologii i chemioterapii – wymogi dla świadczeniodawców

Zgodnie z rozporządzeniem koszykowym w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczenia z zakresu urologii są realizowane w ramach porady specjalistycznej – urologia, a świadczenia udzielane są przez lekarza specjalistę w dziedzinie urologii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie urologii.

Świadczenie określone jako „Podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym” może być udzielane w poradni realizującej poradę specjalistyczną w zakresie:

- onkologia lub onkologia i hematologia dziecięca,
- lub hematologia,
- lub gruźlica i choroby płuc,
- lub gruźlica i choroby płuc u dzieci,
- lub endokrynologia,
- lub endokrynologia dla dzieci,
- lub chirurgia onkologiczna,
- lub chirurgia onkologiczna dla dzieci,
- lub **urologia**,
- lub urologia dziecięca,
- lub transplantologia,

lub na oddziale w trybie leczenia jednego dnia, lub na całodobowym oddziale szpitalnym o profilu: onkologia kliniczna lub onkologia i hematologia dziecięca, lub hematologia, lub chemioterapia – hospitalizacja, lub chemioterapia – leczenie jednego dnia, lub choroby wewnętrzne, lub endokrynologia, lub endokrynologia dla dzieci, lub ginekologia onkologiczna, lub **urologia**, lub urologia dla dzieci, lub gastroenterologia, lub gastroenterologia dla dzieci, lub otorynolaryngologia, lub otorynolaryngologia dla dzieci, lub transplantologia kliniczna, lub transplantologia kliniczna dla dzieci, lub choroby płuc, lub choroby płuc dla dzieci, lub pediatria, lub chirurgia ogólna, lub chirurgia dziecięca, lub chirurgia onkologiczna, lub radioterapia, lub brachyterapia.

5. Rehabilitacja pacjenta po zabiegu usunięcia nerki z powodu nowotworu

Rehabilitacja onkologiczna to całokształt procesów przywracających sprawność psychofizyczną osób leczonych z powodu nowotworów złośliwych. Nadrzędnym

jej celem jest uzyskanie możliwie największej samodzielności i niezależności chorego oraz najlepszej jakości życia, pozwalających na powrót do pełnej aktywności życiowej, dlatego musi być procesem kompleksowym. Program wymaga zaangażowania zespołu rehabilitacyjnego złożonego co najmniej z lekarza specjalisty rehabilitacji, fizjoterapeuty, pielęgniarki, psychologa, terapeuty zajęciowego oraz dietetyka.

Pacjenci onkologiczni leczeni z powodu raka nerki wymagają precyzyjnie zaplanowanej i przeprowadzonej rehabilitacji przedoperacyjnej i pooperacyjnej, która jest jednym z istotnych czynników warunkujących powodzenie całości agresywnego leczenia przeciwnowotworowego. Opracowując indywidualny program rehabilitacji, lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej musi wziąć pod uwagę obecny stan pacjenta, tj. umiejscowienie oraz rodzaj nowotworu, zaawansowanie choroby, metody leczenia, ewentualne choroby współistniejące, a także jego potrzeby i oczekiwania.

Rehabilitacja onkologiczna pacjentów chorych na raka nerki będzie się składać z programu rehabilitacji przedoperacyjnej, wczesnej – I fazy, wczesnej – II fazy oraz późnej (w trybie ambulatoryjnym i/lub uzdrowskowym).

5.1. Postępowanie przedoperacyjne

Celem rehabilitacji prowadzonej w okresie przedoperacyjnym jest przede wszystkim poprawa ogólnej sprawności oraz wydolności organizmu, a także nauka ćwiczeń usprawniających wykorzystywanych w okresie pooperacyjnym. Ważnym elementem na tym etapie pracy z pacjentem jest również przekonanie go o celowości wykonywania ćwiczeń oraz konieczności samodzielnego ich kontynuowania. Konieczna jest także – już na tym etapie pracy z pacjentem – weryfikacja jego nawyków żywieniowych, niezmiernie ważna w dalszym okresie jego życia.

Do najważniejszych elementów przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego należą:

- przygotowanie pacjenta do zabiegu pod kątem poprawy wydolności krążeniowo-oddechowej w formie ćwiczeń ogólnousprawniających i wytrzymałościowych,
- nauka oddychania torem piersiowym oraz nauka efektywnego kaszlu,
- nauka stabilizacji rany pooperacyjnej,
- postępowanie zapobiegające zakrzepicy żyłnej w formie ćwiczeń przeciwzakrzepowych, jak również czynnych ćwiczeń kończyn dolnych (marsz, cykloergometr),
- edukacja pacjenta w zakresie specyfiki choroby, przebiegu zabiegu operacyjnego oraz okresu pooperacyjnego,
- psychoterapia polegająca na wypracowaniu aktywnego podejścia do choroby oraz potrzeby włączenia się w proces fizjoterapii pooperacyjnej pacjenta i jego rodziny.

W okresie przygotowawczym należy także ocenić sprawność i wydolność psychofizyczną chorego oraz określić istniejące deficyty czynnościowe. Prawidłowa ocena czynności układu oddechowego i tolerancji wysiłkowej ma podstawowe znaczenie dla opracowania programu rehabilitacji w okresie pooperacyjnym oraz przebiegu tego okresu.

5.2. Postępowanie pooperacyjne

Rehabilitacja pooperacyjna pacjentów poddanych częściowej lub całkowitej nefrektomii z powodu nowotworu obejmuje okres rehabilitacji onkologicznej wczesnej – I fazy, czyli czas pobytu pacjenta na oddziale zabiegowym, oraz rehabilitacji onkologicznej wczesnej – II fazy, obejmującej okres leczenia do 12 miesięcy od operacji, w tym leczenie ambulatoryjne i/lub leczenie w uzdrowsku.

Wczesny okres pooperacyjny związany jest z bólem, unieruchomieniem, ograniczeniem aktywności ruchowej i stresem, które istotnie zwiększają ryzyko powikłań krążeniowo-oddechowych. Na płucne i naczyniowe powikłania po chirurgicznym leczeniu nowotworów nerki szczególnie narażeni są pacjenci w podeszłym wieku, ze współistniejącymi chorobami, zwłaszcza układu krążenia i oddechowego, otyli oraz osoby po rozległych i długotrwałych zabiegach operacyjnych.

Zmiana organizacji opieki zdrowotnej, a zwłaszcza znaczne skrócenie czasu hospitalizacji, stawiają też nowe wymagania wobec systemu rehabilitacji, w którym dominującą rolę zaczyna odgrywać rehabilitacja ambulatoryjna. W przypadku rehabilitacji onkologicznej jest to najsłabiej rozwinięty etap, co powoduje istotną przerwę w ciągłości rehabilitacji, będącą jedną z podstawowych zasad warunkujących jej skuteczność.

5.2.1. Okres wczesny – I faza: pobyt na oddziale zabiegowym

Program rehabilitacji we wczesnym okresie pooperacyjnym (ok. 7–10 dni) u pacjentów chorych na raka nerki ma na celu: profilaktykę powikłań pooperacyjnych, eliminowanie czynnościowych następstw operacji oraz przywracanie choremu sprawności fizycznej i psychicznej. Duże ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych (zwłaszcza w przypadku częściowej nefrektomii) skłania do jak najwcześniejszego rozpoczęcia pionizacji chorego i podjęcia przez niego aktywności fizycznej w celu poprawy wydolności fizycznej.

Rehabilitacja rozpoczynana już od I doby po operacji powinna obejmować:

- fizjoterapię klatki piersiowej (ćwiczenia oddechowe, oklepywanie klatki piersiowej, pozycje ułożeniowe i drenażowe, inhalacje i skuteczny kaszel, stabilizacja rany),
- ćwiczenia przeciwzakrzepowe oraz ogólnie usprawniające,
- szybkie uruchamianie i wczesną pionizację (w przypadku NSS dopiero w II dobie),

- naukę przyjmowania pozycji przeciwbólowych,
- fizykoterapię konieczną w leczeniu przeciwbólowym i przeciwobrzękowym oraz gojeniu rany pooperacyjnej.

Końcowym etapem leczenia usprawniającego w tym okresie jest edukacja pacjenta na temat powrotu do aktywności fizycznej po wyjściu ze szpitala. Ze względu na znaczne skrócenie pobytu chorych na oddziałach urologicznych zagrożenia występujące w tym okresie są też obserwowane po wypisaniu pacjenta ze szpitala. Z tego powodu konieczna jest kontynuacja rehabilitacji prowadzonej w szpitalu, ze zwiększeniem zakresu wykonywanych czynności oraz ich intensywności.

5.2.2. Okres wczesny – II faza: leczenie ambulatoryjne

Głównym celem programu rehabilitacji onkologicznej wczesnej – fazy II, czyli po wypisaniu pacjenta ze szpitala, jest przywrócenie maksymalnej sprawności i wydolności fizycznej oraz powrót do pełnej aktywności życiowej. Rehabilitacją należy objąć także tych pacjentów, którzy mają zaplanowane leczenie skojarzone.

Poszczególne elementy programu kompleksowej rehabilitacji na tym etapie powinny zawierać:

- kontrolę rany pooperacyjnej oraz – w zależności od potrzeb i wskazań do indywidualnej pracy z fizjoterapeutą – mobilizację blizny;
- systematycznie podejmowaną aktywność fizyczną, dostosowaną do stanu i możliwości pacjenta (rodzaj aktywności powinien być w każdym przypadku indywidualnie dobierany i nadzorowany przez fizjoterapeutę). Stosuje się ćwiczenia wytrzymałościowe o charakterze interwałowym i intensywności 60–80% oraz maksymalnej częstości tętna odpowiedniej dla wieku (według formuły $220 - \text{wiek}$) lub ćwiczenia oporowe z obciążeniem na 50–70% maksymalnych zdolności pacjenta (IRM). Najbardziej wskazane są naturalne formy ruchu angażujące duże grupy mięśniowe, takie jak różne formy chodu, począwszy od spacerów aż do treningu marszowego;
- konsultację dietetyka;
- ocenę i ewentualną terapię psychologiczną;
- ocenę i zalecenia terapeuty zajęciowego;
- fizykoterapię konieczną w leczeniu przeciwbólowym i przeciwobrzękowym oraz gojeniu rany pooperacyjnej.

Dodatkowym elementem na tym etapie postępowania usprawniającego u pacjentów chorych na raka nerki jest edukacja prozdrowotna i prorekreacyjna poprzez regularne uprawianie sportu oraz dbanie o higieniczny tryb życia, a zwłaszcza unikanie używek oraz stosowanie odpowiedniej diety, co istotnie przyczynia się do zmniejszenia skłonności do nadwagi i otyłości.

5.3. Postępowanie w okresie późnym – leczenie ambulatoryjne i/lub leczenie w uzdrowisku

Rehabilitację należy kontynuować również w czasie realizacji kolejnych etapów leczenia i po zakończeniu

leczenia zasadniczej choroby. Konieczna jest dalsza ocena stanu chorego przez lekarza specjalistę rehabilitacji w celu określenia składu zespołu rehabilitacyjnego niezbędnego do realizacji programu. W okresie tym pacjent może korzystać z rehabilitacji ambulatoryjnej i/lub prowadzonej w trybie leczenia uzdrowiskowego. O ewentualnym skierowaniu pacjenta na leczenie uzdrowiskowe powinien decydować lekarz ze specjalnością z określonej dyscypliny onkologicznej oraz lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że rehabilitacja powinna być standardem postępowania w onkologii. Wynika to z ryzyka wystąpienia skutków ubocznych leczenia nowotworów złośliwych, istotnie ograniczających samodzielność i niezależność, często zagrażających zdrowiu, a nawet życiu chorych. Rehabilitacja jest skuteczna w utrzymywaniu i przywracaniu sprawności psychofizycznej, umożliwia szybki powrót chorego do pełnej aktywności życiowej, co ma ogromne znaczenie medyczne, społeczne i ekonomiczne. Nie może być traktowana wyłącznie jako zbędny dodatek, ale trzeba przyznać należne jej miejsce w systemie leczenia chorych na nowotwory złośliwe, którego musi być integralną częścią, tym bardziej że wspomaga także walkę z tą chorobą, zmniejszając ryzyko jej nawrotu.

6. Krajowy Rejestr Nowotworu Złośliwego Nerki – projekt

Zagadnienia dotyczące tworzenia rejestrów medycznych zostały szczegółowo uregulowane w ustawie z dnia 20 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

Zgodnie z definicją zawartą w ustawie rejestr medyczny to tworzony zgodnie z prawem rejestr, ewidencja, lista, spis albo inny uporządkowany zbiór danych osobowych, jednostkowych danych medycznych lub danych niebędących danymi osobowymi, służący do realizacji zadań publicznych, prowadzony przez podmiot funkcjonujący w systemie ochrony zdrowia.

Minister właściwy do spraw zdrowia w celu:

- monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej,
- monitorowania stanu zdrowia usługobiorców,
- prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych albo programów polityki zdrowotnej,
- monitorowania i oceny bezpieczeństwa, skuteczności, jakości i efektywności kosztowej badań diagnostycznych lub procedur medycznych może tworzyć i prowadzić albo tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych stanowiących uporządkowany zbiór danych osobowych, w tym jednostkowych danych medycznych.

Utworzenie rejestru medycznego może nastąpić na wniosek podmiotów wykonujących działalność leczeni-

czą, Narodowego Funduszu Zdrowia albo innych jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Utworzenie rejestru medycznego powinno być poprzedzone analizą potrzeb w omawianym zakresie i obejmuje m.in.:

- zdefiniowanie problemu i weryfikację potrzeby utworzenia rejestru,
- spodziewane efekty i korzyści wynikające z wdrożenia rejestru,
- uzasadnienie konieczności sfinansowania lub dofinansowania rejestru przez ministra właściwego do spraw zdrowia,
- ocenę przydatności rejestru i możliwości jego wykorzystania w przyszłości oraz dalszego prowadzenia tego rejestru, a także
- wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów wdrożenia rejestru.

Tworzenie rejestrów medycznych następuje w drodze rozporządzenia. W rozporządzeniu minister właściwy do spraw zdrowia określa:

- podmiot prowadzący rejestr,
- okres, na jaki utworzono rejestr – w przypadku rejestru tworzonego na czas oznaczony,
- usługodawców lub podmioty prowadzące rejestry publiczne i rejestry medyczne oraz sposób i terminy przekazywania przez nich danych,
- sposób prowadzenia rejestru,
- zakres i rodzaj danych przetwarzanych w rejestrze.

19 czerwca 2017 r. minister zdrowia przedstawił do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia w sprawie Krajowego Rejestru Raka Płuc. W projekcie założono, że podmiotem prowadzącym rejestr będzie Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, który otrzyma z Ministerstwa Zdrowia środki na zarządzanie rejestrem. Wysokość nakładów na ten cel oszacowano na 400 tys. zł.

Projekt wspomnianego rozporządzenia określa:

- 1) podmiot prowadzący rejestr oraz sposób jego prowadzenia,
- 2) okres, na jaki utworzono rejestr,
- 3) zakres danych przetwarzanych,
- 4) rodzaje identyfikatorów w rejestrze,
- 5) sposób zabezpieczenia danych zawartych w rejestrze przed nieuprawnionym dostępem.

Ad 1. W przypadku Krajowego Rejestru Nowotworu Złośliwego Nerki potencjalnym podmiotem prowadzącym go powinien być ośrodek urologii posiadający wieloletnie doświadczenie w zabiegowym leczeniu pacjentów dotkniętych tym nowotworem oraz doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych. Rejestr powinien być prowadzony z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego i doświadczeń odnoszących się do funkcjonujących już rejestrów innych nowotworów układu moczowo-płciowego.

Ad 2. Okres prowadzenia rejestru powinna określać umowa zawarta z Ministerstwem Zdrowia, które powin-

no zapewnić jego finansowanie. Wydaje się, że optymalny okres prowadzenia rejestru wynosi co najmniej 5 lat.

Ad 3. W rejestrze powinno się przetwarzać następujące dane:

1. Zakres danych dotyczących usługobiorcy (pacjenta dotkniętego nowotworem złośliwym nerki):
 - a) imię i nazwisko,
 - b) płeć,
 - c) obywatelstwo,
 - d) wykształcenie,
 - e) numer PESEL,
 - f) data urodzenia,
 - g) adres zamieszkania,
 - h) miejsce pobytu,
 - i) zgon.
2. Jednostkowe dane medyczne dotyczące usługobiorcy (pacjenta chorego na nowotwór złośliwy nerki) powinny być podobne jak w przypadku pacjenta chorego na nowotwór płuca, czyli:
 - a) czynniki ryzyka:
 - narażenia środowiskowe, takie jak zamieszkiwanie w mieście przemysłowym, palenie papierosów, kontakt z azbestem, promieniowanie jonizujące, przetwórstwo ropy naftowej,
 - nowotwory występujące w rodzinie,
 - inne czynniki (dieta z dużą zawartością białka zwierzęcego, nadmierne spożywanie alkoholu, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność nerek, inne przebyte nowotwory),
 - b) przeprowadzone badania diagnostyczne (molekularne, USG, hist.-pat., TK, RMI, stopień zaawansowania nowotworu),
 - c) opis leczenia operacyjnego,
 - d) opis leczenia okołoperacyjnego (przebieg, data wypisu, data zgonu, liczba dni hospitalizacji).
3. Leczenie onkologiczne pooperacyjne:
 - a) rodzaj chemioterapii lub radioterapii,
 - b) immunoterapia,
 - c) leczenie celowane,
 - d) data rozpoczęcia i zakończenia chemioterapii,
 - e) masa ciała,
 - f) wzrost,
 - g) określenie stopnia zaawansowania nowotworu TNM,
 - h) ocena wielkości guza.

Warto nadmienić, że Minister Zdrowia przedstawił także projekty rozporządzeń dotyczących innych rejestrów medycznych. Należą do ich: projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rejestru Nowotworów Niezłośliwych Dużych Gruczołów Ślinowych z dnia 1 marca 2018 r., projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych z dnia 26 marca 2018 r., projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rejestru Endoprotez z 26 października 2018 r. oraz projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie

Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej z dnia 8 listopada 2018 r., a także projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Krajowego Rejestru Operacji Naczyniowych z dnia 9 listopada 2018 r.

7. Centra kompetencji jako kluczowy element organizacji opieki onkologicznej

W czerwcu 2018 r. Zespół Ministra Zdrowia ds. opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii przedstawił dokument pod nazwą „Koncepcja organizacji i funkcjonowania krajowej sieci onkologicznej”. Jego autorzy za priorytet i główny cel utworzenia krajowej sieci onkologicznej uznali: „poprawę sytuacji polskich pacjentów onkologicznych poprzez stworzenie stabilnej struktury, która dzięki wsparciu rozwiązań administracyjnych zapewni pacjentom koordynowaną i kompleksową opiekę onkologiczną. Celem proponowanych zmian ma być zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz obniżenie umieralności i wydłużenie 5-letnich przeżyć, a także wprowadzenie jednolitych standardów dotyczących diagnostyki i leczenia poszczególnych nowotworów, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta, w celu uzyskania poprawy rokowania i jakości życia chorych” (tom I, s.10).

W kolejnych częściach dokumentu omówiono główne zagadnienia związane z epidemiologią nowotworów złośliwych, w tym najważniejsze problemy dotyczące organizacji i finansowania opieki onkologicznej, a także projekt utworzenia krajowej sieci onkologicznej, w której jednym z kluczowych elementów, obok krajowych i wojewódzkich ośrodków koordynujących oraz ośrodków uniwersyteckich, mają być centra kompetencji (*Cancer Units*).

Idea tworzenia takich jednostek, tj. jednostek narządowych wyspecjalizowanych w diagnostyce i leczeniu określonych rodzajów nowotworów, pojawiła się pod koniec lat 70. ubiegłego wieku. Początkowo dotyczyła ona jedynie ośrodków raka piersi (*Breast Cancer Units*). Z czasem zarówno *European Society of Mastology* (EUSOMA), jak i Parlament Europejski uznały potrzebę upowszechnienia tego modelu opieki w krajach Unii Europejskiej, ze względu na to, że w wyspecjalizowanych ośrodkach łatwiej zapewnić optymalizację procesów diagnostyczno-leczniczych i łączenie różnych metod leczenia oraz – co nie mniej ważne – łatwiej dokonywać systematycznej oceny wyników leczenia.

Zgodnie z koncepcją Zespołu Ministra Zdrowia decyzje o tworzeniu centrów kompetencji powinny być podejmowane na podstawie danych zaczerpniętych z systematycznie uaktualnianych map potrzeb zdrowotnych oraz danych epidemiologicznych. Mają się one przyczynić do zniwelowania problemu fragmentacji opieki nad pacjentem oraz braku odpowiedzialności

instytucjonalnej za osiągnięty wynik, zmniejszenia opóźnień zarówno w diagnostyce, jak i podejmowaniu działań terapeutycznych zgodnych z najnowszymi standardami postępowania. W pierwszej kolejności zatem powinny powstać ośrodki wyspecjalizowane w leczeniu najczęstszych nowotworów, tj. raka jelita grubego, raka płuca, raka żołądka czy też nowotworów z obszaru uroonkologii.

Istotne będzie opracowanie czytelnych kryteriów, które muszą spełniać centra kompetencji. Kryteria te dotyczą w szczególności odpowiednich zasobów kadrowych, infrastruktury i wyposażenia, posiadanego doświadczenia udokumentowanego odpowiednią liczbą leczonych chorych, wdrożenia i przestrzegania zewnętrznych standardów postępowania, wdrożenia systemów monitorowania jakości procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz jego wyników.

Wydaje się, że najtrudniejsze do spełnienia (ale konieczne) będzie kryterium dotyczące możliwości prospektywnego monitorowania wskaźników jakości (m.in.: wskaźnik śmiertelności, odsetek powikłań chirurgicznych, odsetek reoperacji, odsetek nawrotów choroby).

Autorzy omawianego dokumentu podkreślają, że: „Centra kompetencji będą rozwijane stopniowo z inicjatywy NRO, we współpracy z towarzystwami naukowymi i konsultantami krajowymi, po powołaniu odpowiednich zespołów roboczych oraz określeniu kryteriów dla ww. ośrodków oraz ich pożądanej liczby” (tom I, s. 67). Zarówno Polskie Towarzystwo Urologiczne, jak i konsultant krajowy w dziedzinie urologii deklarują pełną współpracę z ministrem zdrowia w zakresie tworzenia uroonkologicznych centrów kompetencji, których działalność może w istotny sposób poprawić jakość leczenia pacjentów dotkniętych nowotworami układu moczowo-płciowego.

8. Program pilotażowy Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Złośliwy Nerki (KOS-NZN) – wymogi formalne

Zgodnie z art. 48e ustawy o świadczeniach program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje Minister Zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluje Narodowy Fundusz Zdrowia.

W programie pilotażowym powinien zostać określony m.in.:

1. Cel programu pilotażowego

Celem programu jest poprawa jakości i efektywności leczenia pacjentów, u których rozpoznano nowotwór złośliwy nerki (C-64).

2. Okres realizacji programu pilotażowego

Program powinien być realizowany przez 3 lata.

3. Zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy
Program będzie realizowany w następujących rodzajach i zakresach:
 - rodzaj leczenie szpitalne – zakres urologia,
 - rodzaj ambulatoryjna opieka specjalistyczna – zakres urologia,
 - rodzaj rehabilitacja lecznicza.
4. W przypadkach wynikających z celu programu pilotażowego – populację zamieszkujejącą określony obszar objętą programem pilotażowym
Obszarem objętym programem jest cały kraj.
5. Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji, z uwzględnieniem kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną
Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach KOS-NZN, pełniący funkcję ośrodka koordynującego, zapewnia w strukturze organizacyjnej oddział szpitalny o profilu urologia wraz z poradnią przyszpitalną oraz dostęp do:
 - pracownicy medycyny nuklearnej (możliwość obowiązkowego wykonania scyntygrafii kości),
 - badań urodynamicznych – w lokalizacji,
 - badań histopatologicznych śródoperacyjnych,
 - pracownicy radiologii,
 - pracownicy rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej.
 Ponadto:
 - zapewnia personel medyczny, w tym: co najmniej 5 lekarzy specjalistów w dziedzinie urologii, 1 lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji leczniczej, psychologa oraz dietetyka,
 - wykonał w ciągu roku poprzedzającego włączenie do programu co najmniej 40 zabiegów nefrektomii rozliczonej w ramach grupy JGP L00 lub grupy JGP L05.
6. Sposób rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wysokość kapitałowej stawki rocznej, ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej lub ryczałtu, w tym ryczałtu na populację objętą programem pilotażowym
 - Ryczałt roczny, wyliczony na podstawie aktualnych wycen świadczeń zdrowotnych określonych przez NFZ w katalogach świadczeń z rodzaju: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza.
7. Sposób wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania i prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia, lub sposób objęcia przez świadczeniodawcę danej populacji świadczeniami opieki zdrowotnej
 - Wybór świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę jest dokonywany na podstawie skierowania z poradni urologicznej lub poradni podstawowej opieki zdrowotnej z wymaganym rozpoznaniem wstępnym C64 – nowotwór złośliwy nerki.
8. Realizator programu pilotażowego albo tryb jego wyboru
 - Realizator programu wybierany jest na podstawie stosownych procedur Narodowego Funduszu Zdrowia.
9. Wskaźniki realizacji programu pilotażowego
 - Realizator programu obligatoryjnie sprawozdaje do Krajowego Rejestru Nowotworu Złośliwego Nerki dane dotyczące wyjściowej hospitalizacji, po 12 miesiącach realizacji KOS-NZN, a także dane umożliwiające określenie następujących wskaźników:
 - śmiertelność w ciągu 30 dni od dnia hospitalizacji [%],
 - śmiertelność w ciągu 360 dni od dnia hospitalizacji [%],
 - odsetek pacjentów, u których wystąpiło zakażenie wewnątrzszpitalne [%],
 - odsetek pacjentów, u których wykonano reoperację z powodu powikłań [%],
 - odsetek pacjentów leczonych chemioterapią [%],
 - odsetek pacjentów leczonych radioterapią [%],
 - odsetek pacjentów leczonych w ramach programu lekowego „Leczenie raka nerki” [%],
 - odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację [%],
 - powody rezygnacji z rehabilitacji [%].
10. Sposób pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego
Pomiar dokonywany jest na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych przekazywanych przez realizatorów programu do oddziału wojewódzkiego NFZ lub na podstawie danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworu Złośliwego Nerki.
11. Sposób oceny wyników programu pilotażowego
 - Ocena wyników programu dokonywana jest wspólnie przez NFZ i Polskie Towarzystwo Urologiczne.
12. Podmiot zobowiązany do finansowania programu pilotażowego
 - Środki na realizację programu zapewnia Narodowy Fundusz Zdrowia.

9. Rekomendacje końcowe

1. Polskie Towarzystwo Urologiczne, we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, powinno opracować kryteria wymagane dla specjalistycznych ośrodków leczenia nowotworu nerki – centrów kompetencji leczenia raka nerki (*Kidney Cancer Units*).
2. Tworzenie specjalistycznych ośrodków leczenia nowotworu nerki powinno zostać wpisane przez Wojewódzkie Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych jako regionalny priorytet dla polityki zdrowotnej.
3. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego nerki powinny być podstawą do opracowania



Fot. iStockphoto.com



Zapraszamy na:

Bezpłatne szkolenia e-learningowe dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie zasad zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej.

npz1.ehsol.pl



Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

wania obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wytycznych dotyczących leczenia raka nerki.

4. Należy opracować i wdrożyć program pilotażowy, realizowany przez kilka ośrodków w Polsce i finansowany ze środków NFZ, oparty na modelu Kompleksowej Opieki Specjalistycznej nad Pacjentem Chorym na Nowotwór Złośliwy Nerki (KOS-NZN).
5. Należy opracować projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworu Złośliwego Gruczołu Krokowego, Nowotworu Złośliwego Pęcherza Moczowego i Nowotworu Złośliwego Nerki.
6. Należy opracować, we współpracy z Polskim Towarzystwem Urologicznym, program ustawicznego szkolenia z zakresu chemioterapii nowotworów układu moczowego oparty na aktualizowanych co roku schematach postępowania.
7. Należy dokonać zmiany w warunkach udzielania świadczeń określonych dla programu lekowego „Leczenie raka nerki” poprzez umożliwienie realizacji tego programu na oddziałach urologii z poradnią przyszpitalną posiadających duże doświadczenie w leczeniu pacjentów z nowotworem złośliwym nerki.