

INSTYTUCJA KONSyliUM ONKOLOGICZNEGO W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Dr Monika Lejczyk–Łokaj

Radca prawny

e-mail: monikalejczyk@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0104-6903>

Dr n. med. Robert Sitarz

Zakład Anatomii Prawidłowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Oddział Chirurgiczny Ogólny Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie

e-mail: robertsitarz@op.pl; <https://orcid.org/0000-0001-7267-9516>

Streszczenie. Nowotwory są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce, a przeżywalność uzależniona jest głównie od ich wczesnego wykrycia i rozpoczęcia leczenia. Statystyki dotyczące efektów leczenia w Polsce w porównaniu do innych państw europejskich są złe. W celu poprawy leczenia chorób nowotworowych, w 2015 r. wprowadzono regulacje określone jako tzw. pakiet onkologiczny, w ramach którego zostało umocowane prawnie konsylium jako wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Zadaniem wyodrębnionego zespołu lekarzy specjalistów jest określenie indywidualnego planu leczenia onkologicznego.

Słowa kluczowe: wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, konsylium onkologiczne, choroby nowotworowe, pakiet onkologiczny

WPROWADZENIE

Choroby nowotworowe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce i stanowią około 20% przypadków śmiertelnych. Dynamika wzrostu liczby chorych na nowotwory w Polsce należy do najwyższych w Europie. Każdego roku odnotowujemy 163 tys. nowych przypadków raka, z czego ok. 100 tys. osób umiera. Efekty leczenia zdecydowanie odbiegają od standardów europejskich. Średnia wyleczeń wynosi 30%, podczas gdy w niektórych krajach zachodnioeuropejskich stanowi 40%, a w USA sięga 50% [Ferlay, Soerjomataram, i in. 2015, E359–86].

Widząc potrzebę poprawy diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych w Polsce, prawodawca wprowadził rozwiązania prawne regulujące tzw. szybką terapię onkologiczną. W zamyśle tzw. szybka ścieżka jest stosowana u pacjentów, u których podejrzewa się lub stwierdza chorobę nowotworową. W dostępie do niej nie ma ograniczeń wiekowych. Zakłada ona, że każdy pacjent otrzyma niezbędną diagnostykę i specjalistyczne leczenie. Ustawodawca w pakiecie onkologicznym określił definicję, skład konsylium oraz funkcję, jaką powinien spełniać wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Celem artykułu jest analiza

podstaw prawnych, składu osobowego oraz formy działania instytucji konsylium onkologicznego.

1. PODSTAWY PRAWNE FUNKCJONOWANIA KONSyliUM ONKOLOGICZNEGO

Począwszy od 2006 r., zarządzanie strategiczne onkologią w Polsce realizowane jest zgodnie z Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych¹. W latach 2006–2015 obowiązywał program przyjęty ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. *o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”*². Następnie wdrażana była kontynuacja tego programu, przyjęta uchwałą nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. *w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”*³. Dnia 4 lutego 2020 r. Rada Ministrów przyjęła uchwałę *w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030*⁴ wraz z uchwałą *w sprawie uchylecia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”*⁵.

Z dniem 1 stycznia 2015 r. w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych wszedł w życie pakiet aktów normatywnych wprowadzających szybką terapię onkologiczną, zwany pakietem onkologicznym. Obejmował on ustawy z dnia 22 lipca 2014 r.: *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*⁶, *ustawę o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw*⁷, a także *ustawę o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia*⁸. Akty wykonawcze stanowiły rozporządzenia⁹ Ministra Zdrowia, natomiast zarzą-

¹ Zob. <http://www.puo.pl/program-walki-z-rakiem/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych> [dostęp: 18.05.2020].

² Dz. U. Nr 143, poz. 1200.

³ M.P. poz. 1165 z późn. zm. Niniejsza uchwała została uchylona 19.02.2020 r.

⁴ M.P. poz. 189.

⁵ M.P. poz. 190.

⁶ Dz. U. poz. 1138 z późn. zm.

⁷ Dz. U. poz. 1136.

⁸ Dz. U. poz. 1135.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*, Dz. U. poz. 1442; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*, Dz. U. poz. 1441; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej*, Dz. U. poz. 1440, zmienione rozporządzeniem z dnia 29 grudnia 2014 r., Dz. U. poz. 1914; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. *w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego*, Dz. U. poz. 1751; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. *w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów*, Dz. U. poz. 1810; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2014 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez*

dzenia¹⁰ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określały warunki zawierania i realizacji umów w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przepisy te w swoim założeniu miały uporządkować i przyspieszyć proces diagnostyki osób z podejrzeniem choroby nowotworowej, a co za tym idzie również przyspieszyć proces leczenia. Istotną modyfikacją w leczeniu szpitalnym, obok karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO), było wprowadzenie obowiązku powołania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, tzw. konsylium onkologicznego.

Konsylium (łac. *consilium*) oznacza zebranie lekarzy mające na celu ustalenie diagnostyki i leczenia najbardziej skomplikowanych przypadków medycznych.

Instytucja konsylium w polskim systemie ochrony zdrowia nie jest nowością. Zgodnie z art. 6 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹¹, pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie. Lekarz jeżeli uzna, iż jest to bezzasadne, może odmówić zwołania konsylium lub zasięgnięcia opinii innego lekarza. W takim przypadku żądanie pacjenta, jak i odmowa lekarza wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej.

Konsylium wskazane jest również w art. 37 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodzie lekarza i lekarza dentysty*¹², jako ciało doradcze lekarza, powoływane z jego inicjatywy lub na wniosek pacjenta, jeżeli prowadzący proces terapeutyczny lekarz uzna, że zachodzą wątpliwości, co do postępowania leczniczego.

Konsylium, o którym mowa w przepisach pakietu onkologicznego nie należy utożsamiać z powyższymi definicjami. Zgodnie § 4a ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*¹³, konsylium to wyodrębniony wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustalający plan leczenia onkologicznego. Konsylium, które funkcjonuje w ramach leczenia onkologicznego powoływane jest zatem dla każdego pacjenta przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego i stanowi standard postępowania terapeutycznego. Nowelizacja ustawy z dnia 9

świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, Dz. U. poz. 1986.

¹⁰ Zarządzenie Nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna*; zarządzenie Nr 81/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. *zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne*; zarządzenie Nr 86/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2014 r. *zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna*, zmienione zarządzeniem Nr 3/2015/DSOZ z dnia 7 stycznia 2015 r.; zarządzenie Nr 80/2014/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii*.

¹¹ Dz. U. z 2020 r., poz. 849.

¹² Dz. U. z 2020 r., poz. 514.

¹³ Dz. U. z 2017 r., poz. 2295 z późn. zm.

marca 2017 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴ wraz z aktami wykonawczymi¹⁵ zmodyfikowała skład konsylium onkologicznego, terminy diagnostyki, a także kompetencje lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

2. ZASADY, SKŁAD I ZADANIA KONSYLIIUM

Praca zespołowa oraz wspólne podejmowanie decyzji jest podstawą leczenia onkologicznego. Praktyka obrad konsylium onkologicznego jest dobrze ugruntowana w Australii, Kanadzie, jak również w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Podobne rozwiązania funkcjonują również w krajach europejskich, takich jak Wielka Brytania czy Holandia [Lamb, Brown, i in. 2011, 2116–125]¹⁶. Jedynie w krajach kontynentu azjatyckiego jest to mniej powszechny model.

Najbardziej skuteczne leczenie onkologiczne to przede wszystkim leczenie skojarzone, czyli łączenie kilku metod. Metody są łączone jednocześnie lub stosowane kolejno po sobie [Rummans, Clark, i in. 2006, 635–42]. Leczenie onkologiczne powinno być realizowane według założonego na wstępie planu. Plan ten powinien mieć umocowanie w faktach (medycyna oparta na faktach – ang. *evidence base medicine (EBM)*) [Pillay, Wootten, i in. 2016, 56–72]. O powodzeniu całego procesu terapeutycznego zwykle decyduje pierwsze zastosowane leczenie, często jest to leczenie operacyjne, a następnym chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia lub radioterapia. Ustalenie kolejnych etapów leczenia jest głównym zadaniem konsylium onkologicznego [Sitarz, Kocemba, i in. 2012, 371–76]. Obrady i decyzja konsylium jest niezbędna do rozpoczęcia procesu leczenia [Pillay, Wootten, i in. 2016, 56–72].

W skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w zależności od wieku pacjenta wchodzi:

¹⁴ Dz. U. poz. 759.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz. U. poz. 1270; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Dz. U. poz. 1244.

¹⁶ Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Kanker in Nederland, Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag [Signalling Committee Cancer of the Dutch Cancer Society. Cancer in the Netherlands: Trends, prognosis and implications for the demand for care], Report of the Dutch Cancer Society, Amsterdam 2004; Department of Health, Manual for cancer services 2004, Department of Health, London 2004.

Konsylium dla dzieci	Konsylium dla dorosłych
<ul style="list-style-type: none"> – specjalista onkologii i hematologii dziecięcej; – specjalista radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów złośliwych lub miejscowo złośliwych, leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej; – specjalista chirurgii dziecięcej albo w przypadku chirurgii szczękowo-twarzowej – chirurgii szczękowo-twarzowej lub chirurgii stomatologicznej, albo w przypadku otorynolaryngologii – otolaryngologii dziecięcej lub otorynolaryngologii dziecięcej, lub laryngologii, lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii. 	<ul style="list-style-type: none"> – specjalista onkologii klinicznej; – specjalista radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów złośliwych leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej; – specjalista chirurgii onkologicznej lub ogólnej, lub specjalista w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu złośliwego.

W przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dorosłych w składzie zespołu powinno być co najmniej 2 lekarzy specjalistów hematologii lub onkologii klinicznej, lub 1 specjalista hematologii i 1 specjalista onkologii klinicznej. W przypadku leczenia nowotworów układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci konsylium nie jest wymagane.

W konsylium mogą uczestniczyć również inne osoby związane z procesem leczenia, m.in. pielęgniarka, psycholog, patolog, fizjoterapeuta, genetyk kliniczny, a także w razie potrzeby, np. specjaliści medycyny nuklearnej, pulmonolodzy lub gastroenterolodzy. W zależności od lokalizacji nowotworu członkiem zespołu może być również ginekolog onkolog, torakochirurg, urolog, laryngolog lub inny specjalista, który zajmuje się chirurgicznym leczeniem w danej lokalizacji nowotworu. Należy podkreślić, że konsultacje z innymi specjalistami w każdej niepe- wnej sprawie są uzasadnione i wymagane.

W wyniku nowelizacji przepisów w 2017 r. zrezygnowano z obowiązkowego uczestnictwa w konsylium lekarza specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej. Zmiana ta wydaje się decyzją obniżającą rangę oraz zadania konsylium. Ponadto, w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, zrezygnowano z obligatoryjnego organizowania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w przypadku nowotworów złośliwych układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci, pozostawiając jednocześnie świadczeniodawcy zobowiązanie do zaplanowania leczenia onkologicznego oraz podjęcia leczenia w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia.

Do zadań wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego należy: analiza dostępnych wyników badań danego pacjenta; ocena pacjenta pod kontem możliwości zastosowania danego rodzaju terapii; ustalenie wspólnie z pacjentem planu leczenia indywidualnie do potrzeb i stanu zdrowia; wyznaczenie koordynatora, który będzie koordynował proces leczenia; kwalifikacja do leczenia: operacyjnego, radioterapii czy chemioterapii; określenie rodzaju terapii, która dla danego pa-

cja będzie najbardziej efektywna i możliwa do przeprowadzenia przy jego stanie zdrowia.

Decyzja konsylium o danym sposobie leczenia pacjenta powinna opierać się na analizie następujących elementów: naturalny przebieg choroby; rokowanie w zakresie powrotu do zdrowia lub przedłużenia życia pacjenta; możliwość i skuteczność leczenia zachowawczego (chemioterapia, radioterapia, immunoterapia, hormonoterapia); możliwość skutecznego leczenia chirurgicznego (osiągnięcie radykalności); ryzyko powikłań; funkcjonalne efekty operacji; estetyczne efekty operacji.

Miejsce i czas spotkań konsylium powinny być precyzyjnie określone. Zaleca się ustne przedstawianie chorego, wyników badań oraz proponowanej terapii. Decyzja konsylium w tym diagnoza i plan leczenia powinna zostać umieszczona w raporcie ze spotkania. Należy podkreślić, że istnienie i prawidłowe funkcjonowanie instytucji konsylium onkologicznego daje liczne korzyści pacjentom i wszystkim jej członkom. Takie spotkanie służy nie tylko celom terapeutycznym, ale również edukacyjnym, szczególnie w przypadku młodych lekarzy [Mascall, Thrush, i in. 2006, 905–908; Fleissig, Jenkins, i in. 2006, 935–43]. Spotkania te są również doskonałą okazją do omówienia ewentualnych problemów w działaniu jednostek i problemów we wzajemnej współpracy [Ruhstaller, Roe, i in. 2006, 2459–462].

W pracy konsylium onkologicznego wyróżnić można następujące etapy:

1) Wymiana pełnego zakresu informacji o pacjencie. Przedstawienie informacji o pacjencie powinno obejmować określenie danych dotyczących przebiegu choroby, wcześniejszego leczenia i jego wyników, wykonanych dotychczas badań, chorób współistniejących. Na tym etapie oceniany jest również stan zdrowia pacjenta. Diagnoza i ocena stanu zdrowia pacjenta jest pierwszym elementem rozpoczęcia właściwego zindywidualizowanego leczenia [Kane, Lane, i in. 2007, 15].

2) Prezentacja możliwych opcji terapeutycznych. Konsylium onkologiczne prezentuje pacjentowi możliwe opcje leczenia (zgodnie z zasadą EBM), a pacjent współuczestniczy w podejmowaniu decyzji, z której opcji skorzystać. Ten etap działania konsylium jest elementem gwarantowanym przez prawo pacjenta do świadomego udziału w procesie leczenia. W sposób zrozumiały dla pacjenta należy przedstawić możliwe opcje terapeutyczne i aktualną wiedzę na temat naturalnego przebiegu choroby. Czasem konsekwencje zastosowania danej metody leczenia powodują ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Z tego powodu niezbędne jest pełne poinformowanie pacjenta o leczeniu, potencjalnych jego następstwach i powikłaniach [Carson 2010]. Informacja o chorobie, rokowaniu i możliwościach leczenia powinna być przekazywana pacjentowi przez osoby do tego przygotowane, czasem w obecności bliskiej wskazanej przez pacjenta osoby [Penson, Kyriakou, i in. 2006, 520–26].

3) Uzyskanie zgody pacjenta na sugerowane opcje leczenia. Niekiedy pacjent rezygnuje z danej opcji leczenia lub w ogóle z leczenia i ma do tego pełne prawo.

W takim przypadku należy sporządzić odpowiednią notatkę w dokumentacji. Rezygnacja z leczenia powinna mieć formę pisemną. Zgoda pacjenta (art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) na leczenie musi być dobrowolna i poprzedzona udzieleniem wyczerpujących informacji na temat stanu zdrowia i możliwości leczenia [Carson 2010]. W przypadku stosowania metod leczenia czy diagnostyki stwarzającej ryzyko, pacjent zawsze powinien wyrazić pisemną świadomą zgodę.

4) Ustalenie indywidualnego planu leczenia z pacjentem. Dla każdego pacjenta po postawieniu diagnozy ustala się indywidualny plan leczenia uwzględniający kolejność stosowanych metod leczenia. Nieodłącznym elementem planu leczenia powinna być katamneza, szczególnie w pierwszych 2-3 latach po zakończeniu leczenia, ponieważ w tym okresie często dochodzi do nawrotu choroby (wznowa/przeżuty) [Jeziorski i Bilski 2009, 485–502].

3. UDZIAŁ PACJENTA W KONSyliUM ONKOLOGICZNYM

Uczestniczenie pacjenta w obradach konsylium onkologicznego zależy od jego woli. W przypadku uczestnictwa powinien mieć możliwość współdecydowania o planie leczenia. Podczas obrad pacjent powinien mieć możliwość swobodnej wypowiedzi i zadawania pytań. Poziom kontaktu z pacjentem powinien być odpowiednio dostosowany, tak aby był dla niego zrozumiały, a decyzje podejmowane były w sposób świadomy. Swoboda kontaktu wytwarza atmosferę sprzyjającą pozyskiwaniu ważnych informacji na temat pacjenta i jego problemów zdrowotnych. Pacjentom w razie wątpliwości z ich strony, należy dać czas na podjęcie decyzji oraz możliwość skonsultowania się z innymi lekarzami.

Medycyna, jak również jej rozwój, koncentruje się głównie na świecie fizycznym i nie udziela odpowiedzi na pytania o charakterze egzystencjalnym. Pytania te często pojawiają się na różnych etapach rozwoju choroby nowotworowej, czasem na samym początku leczenia już w chwili postawienia diagnozy, dlatego też pacjent obciążony chorobą nowotworową powinien mieć dostęp do pomocy duszpasterskiej i psychologicznej, a w niektórych uzasadnionych przypadkach, również do pomocy psychiatrycznej [Chaturvedi 2012, 111–18]. Dotychczasowe badania potwierdzają, że kontakt z kapłanem, psychologiem czy psychiatrą ma również działanie terapeutyczne i powinien być nieodłącznym elementem procesu leczenia nie tylko w terminalnej fazie choroby [Innes i Payne 2009, 29–39].

4. DYSKUSJA I WNIOSKI

1. W obliczu wzrostu zachorowań na choroby nowotworowe konieczna jest poprawa rozwiązań, które podniosą efektywność leczenia. Dlatego instytucja konsylium onkologicznego powinna być wzmocniona na gruncie przepisów prawnych. Niezbędne jest doprecyzowanie formy obrad oraz rozszerzenie składu wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Nowelizacja przepisów praw-

nych z 2017 r. redukująca wymagany skład konsylium onkologicznego wydaje się być krokiem wstecz i wymaga pilnej weryfikacji. Uczestnictwo w konsylium lekarza specjalisty w dziedzinie rentgenodiagnostyki lub radiologii, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej powinno pozostać obligatoryjne. Nie ma bowiem właściwej kwalifikacji do leczenia onkologicznego bez aktualnego badania obrazowego określającego stan zaawansowania choroby nowotworowej [Alterio i Preda 2020, 26–32]. Badanie to jest również podstawą kwalifikacji do leczenia chirurgicznego. Nie można zatem oczekiwać prawidłowego funkcjonowania konsylium bez udziału w wielodyscyplinarnym zespole terapeutycznym lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii.

2. Obrady konsylium i ustanowienie planu leczenia dla każdego nowo zdiagnozowanego raka powinno być obowiązkowe. Decyzje dotyczące planu leczenia w tym kwalifikacja do danego sposobu leczenia podjęte zespołowo mają najwyższą wartość i siłę, zapewniając najwyższe prawdopodobieństwo wyboru optymalnego leczenia [Serper, Taddei, i in. 2017, 1954–964]. Zespół lekarzy, wspólnie planujących i realizujących proces leczenia onkologicznego prowadzi do osiągnięcia lepszego wyniku terapeutycznego [Pillay, Wootten, i in. 2016, 56–72; Stephens, Lewis, i in. 2006, 164–71]. Dane literaturowe potwierdzają, że leczenie przez taki zespół daje lepsze wyniki niż konsultacje z kolejnymi specjalistami [Chang, Vines, i in. 2001, 1231–237]. W związku z tym, jeśli nastąpi zmiana w stanie zdrowia pacjenta lub inne okoliczności, bądź informacje uzasadniające zmianę ustalonego planu leczenia, pacjent powinien być ponownie poddany analizie przez zespół lekarzy na forum konsylium. Jeśli jest to tylko możliwe, nie powinno się jednoosobowo zmieniać decyzji konsylium onkologicznego.

3. Uzyskanie opinii drugiego ośrodka dotyczącej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz możliwych metod leczenia jest niezwykle cenne i może ostatecznie pomóc zdecydować o sposobie leczenia [Heeg, Civil, i in. 2019, 4355–363]. Druga opinia lekarzy specjalistów pomaga pacjentowi czuć się pewnie, że otrzymuje propozycję sposobu leczenia, której potrzebuje szczególnie w sytuacji, gdy obie opinie są zgodne. Kolejna opinia może również pokazać inne potencjalne opcje leczenia, które mogą skutkować szybszym powrotem do zdrowia, z mniejszymi skutkami ubocznymi. Należy podkreślić, że zaufanie w relacji lekarz-pacjent jest niezmiernie ważne w procesie leczenia, dlatego zaleca się, aby oba ośrodki były świadome podejmowanych decyzji.

4. Głównym wskaźnikiem skuteczności leczenia jest czas przeżycia pacjenta, zdefiniowany jako odsetek pacjentów przeżywających przez 5 lat (lub dłużej) od rozpoczęcia leczenia [Wojciechowska i Didkowska 2013, 279–85].

W Polsce wskaźnik ten odstaje od średniej europejskiej. Miernikiem jest także czas do nawrotu choroby. Dla pacjenta obciążonego nowotworem ważne jest przedłużenie życia. Niezmiernie istotny jest również komfort życia, dlatego czynnik ten powinien być także brany pod uwagę podczas pracy konsylium onkologicznego.

5. Funkcjonowanie konsylium onkologicznego nie ma uzasadnienia w mniejszych szpitalach, z uwagi na brak wystarczającej wiedzy specjalistycznej, częstotliwości leczenia i doświadczenia w efektywnym leczeniu nowotworów.

PIŚMIENNICTWO

- Alterio, Daniela, Lorenzo Preda, et al. 2020. "Impact of a dedicated radiologist as a member of the head and neck tumour board: a single-institution experience." *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 40 (1):26–32. Doi: 10.14639/0392-100x-n0326
- Carson, Robert. 2010. *Etyka w chirurgii*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Chang, John H., Eugenio Vines, et al. 2001. "The impact of a multidisciplinary breast cancer center on recommendations for patient management: the University of Pennsylvania experience." *Cancer* 91 (7):1231–237. Doi: 10.1002/1097-0142(20010401)91:7<1231::aid-cnrcr 1123>3.0.co;2-k
- Chaturvedi, Santhos K. 2012. "Psychiatric oncology: Cancer in mind." *Indian Journal of Psychiatry* 54 (2):111–18.
- Ferlay, Jacques, Isabelle Soerjomataram, et al. 2015. "Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International Journal of Cancer* 136 (5):E359–86. Doi:10.1002/ijc.29210
- Fleissig, Anne, Valerie Jenkins, et al. 2006. "Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK?" *The Lancet Oncology* 7 (11):935–43. Doi: 10.1016/S1470-2045(06)70940-8
- Heeg, Erik, Yasmin A. Civil, et al. 2019. "Impact of Second Opinions in Breast Cancer Diagnostics and Treatment: A Retrospective Analysis." *Annals of Surgical Oncology* 26 (13):4355–363. Doi: 10.1245/s10434-019-07907-6
- Innes, Simon, and Susanna Payne. 2009. "Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review." *Palliative Medicine* 23 (1):29–39. Doi: 10.1177/0269216308098799
- Jeziorski, Arkadiusz, i Adam Bilsk. 2009. „Zasady obserwacji chorych (follow up) po leczeniu z powodu nowotworu.” W *Chirurgia onkologiczna*, red. Arkadiusz, Jeziorski, Andrzej Szawłowski, i in., 485–502. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kane, Bridget, Saturnino Luz, et al. 2007. "Multidisciplinary team meetings and their impact on workflow in radiology and pathology departments." *BMC Medicine* 5:15. Doi: 10.1186/1741-7015-5-15
- Lamb, Benjamin W., Katrina F. Brown, et al. 2011. "Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review." *Annals of Surgical Oncology* 18 (8):2116–125. Doi: 10.1245/s10434-011-1675-6
- Macaskill, E. Jane, Steven Thrush, et al. 2006. "Surgeons' views on multi-disciplinary breast meetings." *European Journal of Cancer* 42 (7):905–908. Doi: 10.1016/j.ejca.2005.12.014
- Penson, Richard T., Helena Kyriakou, et al. 2006. "Teams: communication in multidisciplinary care." *Oncologist* 11 (5):520–26. Doi: 10.1634/theoncologist.11-5-520
- Pillay, Brindha, Addie C. Wootten, et al. 2016. "The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature." *Cancer Treatment Reviews* 42:56–72. Doi: 10.1016/j.ctrv.2015.11.007
- Ruhstaller, Thomas, Helen Roe, et al. 2006. "The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialties." *European Journal of Cancer* 42(15): 2459–462. Doi: 10.1016/j.ejca.2006.03.034
- Rummans, Teresa A., Matthew M. Clark, et al. 2006. "Impacting quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention: a randomized controlled trial." *Journal of Clinical Oncology* 24 (4):635–42. Doi: 10.1200/JCO.2006.06.209
- Serper, Marina, Tamar H. Taddei, et al. 2017. "Association of Provider Specialty and Multidisciplinary Care With Hepatocellular Carcinoma Treatment and Mortality." *Gastroenterology* 152 (8):1954–964. Doi: 10.1053/j.gastro.2017.02.040

- Sitarz, Robert, Kinga Kocemba, et al. 2012. "Effective cancer treatment by multidisciplinary teams." *Polski Przegląd Chirurgiczny* 84 (7):371–76. Doi: 10.2478/v10035-012-0063-7
- Stephens, Michael R., Wyn G. Lewis, et al. 2006. "Multidisciplinary team management is associated with improved outcomes after surgery for esophageal cancer." *Dis Esophagus* 19 (3):164–71. Doi: 10.1111/j.1442-2050.2006.00559.x
- Wojciechowska, Urszula, i Joanna Didkowska. 2013. „Poprawa przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w Polsce. Analiza przeżyć pacjentów zdiagnozowanych w latach 2003–2005.” *NOWOTWORY Journal of Oncology* 63 (4):279–85.

INSTITUTION OF AN ONCOLOGICAL CONSILIUM IN THE POLISH HEALTH CARE SYSTEM

Summary. Cancers are the second most common cause of death in Poland. Survival depends mainly on their early detection and initiation of treatment. In Poland, the effects of treatment are poor compared to other European countries. In order to improve the treatment of cancer, in 2015 regulations introduced as so-called oncology package under which the consilium was legally established as a multidisciplinary therapeutic team. The task of a separate team of medical specialist is to define an individual oncological treatment plan.

Key words: multidisciplinary therapeutic team, oncological consilium, consultation, cancer, oncology package

Information about Author: Monika Lejczyk-Łokaj, Ph.D. – Attorney-at-law; e-mail: monikalejczyk@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0104-6903>

Information about Author: Robert Sitarz, MD, Ph.D. – Department of Human Anatomy at the Medical University of Lublin; Department of Surgery at the Center of Oncology of the Lublin Region St. Jana z Dukli in Lublin; e-mail: robertsitarz@op.pl; <https://orcid.org/0000-0001-7267-9516>