

Radom 25.10.2024

Dr hab. med. Tadeusz Pieńkowski  
Profesor nadzwyczajny w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego  
Kierownik Kliniki Onkologii i Chorób Piersi CMKP  
Radomskie Centrum Onkologii  
Radom  
Uniwersytecka6A  
[t.pienkowski@onkologiaradom.pl](mailto:t.pienkowski@onkologiaradom.pl)  
tel: 577 505 887

WP

Dr hab. Michał Czaplą  
Przewodniczący Rady Dyscypliny  
Nauki o Zdrowiu

*Szanowny Panie Profesorze,*

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Doroty Kiedik pod tytułem „Ocena wpływu zmian systemowych na diagnostykę i leczenie pacjentów onkologicznych w Polsce, na przykładzie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu, w latach 2010 – 2021”

Organizacja leczenia jest sposobem leczenia i ma duży wpływ na jego wyniki. W onkologii podstawowe znaczenie ma czas od podejrzenia nowotworu złośliwego do jego rozpoznania i od rozpoznania do podjęcia leczenia. Nadmierne wydłużanie tego czasu ma zdecydowanie negatywny wpływ na losy chorych.

Ze względu na sytuację epidemiologiczną, dotychczasowe wyniki leczenia chorych na nowotwory złośliwe w Polsce i na wdrażanie kolejnych zmian w organizacji leczenia onkologicznego wybór tematu badań jest niezwykle istotny. Badania oceniające organizację leczenia należą w Polsce do rzadkości. Badania doktorantki w tej dziedzinie mają charakter pionierski

Celem badań magister Kiedik była ocena wpływu wprowadzonego w 2015 roku Pakietu Onkologicznego na przebieg diagnostyki i leczenia chorych. Doktorantka dokonała retrospektywnej analizy danych dotyczących diagnostyki i leczenia chorych na różne nowotwory złośliwe w latach 2010-2021 w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu (USK).

Praca składa się z 4 rozdziałów, bardzo obszernej części zawierającej załączniki i z piśmiennictwa. W rozdziale pierwszym doktorantka omawia epidemiologię nowotworów złośliwych w Polsce i organizację opieki onkologicznej przed i po wprowadzeniu Pakietu Onkologicznego i Karty Diagnostyki i Leczenia Nowotworu. Wiele miejsca autorka poświęciła wpływowi pandemii COVID-19 na leczenie onkologiczne i psychiczne oraz społeczne skutki pandemii COVID-19. Doktorantka przedstawiła również założenia wprowadzanych aktualnie zmian w systemie leczenia onkologicznego. W rozdziale drugim przedstawiono cele i założenia pracy oraz omówiono materiał i metody badawcze. W moim przekonaniu lekturę pracy ułatwiłoby podanie rozpoznań klinicznych, które odpowiadają poszczególnym kodami klasyfikacji ICD10. Zastosowane przez doktorantkę metody statystyczne są odpowiednio dobrane dla przeprowadzonych analiz.

Głównym celem pracy było zbadanie, czy wprowadzony w 2015 roku Pakiet Onkologiczny Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego miał wpływ na diagnostykę i leczenie chorych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Cele szczegółowe dotyczyły

- czasu, jaki upłynął od pojawienia się chorego na nowotwór w systemie do rozpoczęcia leczenia w szpitalu
- wpływu posiadania przez chorego karty Diagnostyki i Leczenia Nowotworu (DiLO) na czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala
- oceny posiadania karty DiLO na czas śmiertelność szpitalną
- wpływu wprowadzenia karty DiLO na strukturę leczonych chorych.

Badania wykonano wykorzystując bazę danych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.

Do badań włączono chorych hospitalizowanych od 01.01.2015 do 31.12.2021, u których rozpoznano nowotwory klasyfikowane w systemie ICD 10 numerami od C00 do C96 i D37, D38, D40, D42, D43, D44, D47, D48. Zatem w skład grupy badanej wchodziły chorzy na nowotwory złośliwe (klasyfikacja C) i chorzy na nowotwory łagodne, nieokreślone i przedinwazyjne (klasyfikacja D). Można przypuszczać, że u części chorych określanych z rozpoznaniem zaliczonych do grupy D w wyniku diagnostyki rozpoznano nowotwór złośliwy.

W skład badanej grupy wchodziło 11 372 mężczyzn (68,8%) i 5162 kobiety (31,2%).

Badaną grupę podzielono na pacjentów diagnozowanych i leczonych przed wprowadzeniem karty DiLO i jej wprowadzeniu. Przed wprowadzeniem karty DiLO leczono 4976 chorych, po wprowadzeniu 11560 chorych. Badana grupa chorych to pacjenci USK, ze względu na strukturę organizacyjną tego szpitala skład badanej grupy nie odpowiada epidemiologii nowotworów złośliwych w Polsce.

W rozdziale 3 doktorantka omawia uzyskane wyniki. Rozdział ten jest znakomicie ilustrowany czytelnymi tabelami i wykresami. Doktorantka przeprowadziła szczegółową analizę struktury chorych leczonych w poszczególnych oddziałach USK z uwzględnieniem wieku chorych, czasu pobytu w oddziale, trybu przyjęcia i śmiertelności szpitalnej.

Jak wynika z przeprowadzonych badań w omawianym okresie wzrósł wiek leczonych chorych. Czy ten trend mógł być związany ze zmianami populacyjnymi?

Doktorantka zauważa zmiany w strukturze rozpoznań według płci. Czy zmiana ta może być spowodowana trendami epidemiologicznymi. Czy zmiany organizacyjne w USK mogły mieć wpływ na ten parametr. U kobiet w kilku procentach (tabl 9) podano rozpoznanie (C 61 tj nowotwór złośliwy gruczołu krokowego) co jak sądzę jest pomyłką. W wykresie 7 będącym ilustracją tej tabeli rak prostaty nie jest wymieniony.

Jak wynika z przeprowadzonych analiz po wprowadzeniu karty DiLO skrócił się czas hospitalizacji, a śmiertelność szpitalna nie uległa zmianie.

Cenną częścią rozprawy doktorskiej jest analiza diagnostyki i leczenia chorych przed przyjęciem do szpitala. Jak bowiem wynika z przedstawionych danych u dużej części chorych patomorfologiczne rozpoznanie nowotwory złośliwego nastąpiło przed hospitalizacją. U pozostałych zebrane dane pozwalające na rozpoznanie nowotworów nieokreślonych lub przedinwazyjnych. Zatem sprawność i rzetelność tego etapu procesu diagnostycznego i leczniczego jest niezwykle istotna.

Za punkt wyjścia do przeprowadzenia oceny doktorantka wybrała datę pierwszorazowego udzielenia świadczenia przez podmiot mający kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) choremu który następnie był leczony w USK z powodu nowotworu

Ta część rozprawy doktorskiej jest niezwykle interesująca i wnosi nowe dane do wiedzy o organizacji leczenia onkologicznego w Polsce. Do analizy włączono chorych na nowotwory rozpoznane u co najmniej 40 osób, łącznie analizą objęto 16524 chorych.

Bardzo istotną obserwacją jest, że u wielu chorych posiadanie karty DiLO wydłużyło czas od pierwszej zarejestrowanej wizyty do hospitalizacji w USK. Zatem uzyskano efekt przeciw skuteczny od zamierzonego. Niepokojące jest, że zjawisko to dotyczy często występujących nowotworów takich jak rak płuca, jelita grubego, gruczołu krokowego. Jedynie w przypadku czterech nowotworów (trak trzustki, nowotwór złośliwy mózgu, nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego oraz nowotwór o innym umiejscowieniu).

Wynik wskazujący na pogorszenie przeżycia u chorych na rak gruczołu krokowego, pęcherza i jądra posiadających kartę DiLO jest niezwykle niepokojący. Powinien stanowić materiał do dalszych badań.

Na podstawie wykonanych badań doktorantka wysuwa następujące wnioski

- czas hospitalizacji chorych z badaniem grupy w USK uległ w większości oddziałów skróceniu
- czas od zarejestrowania chorego z podejrzeniem nowotwory złośliwego w systemie NFZ do przyjęcia do USK nie uległ skróceniu. Ten wniosek jest wymaga dalszych badań.

Rozdział czwarty jest dyskusją uzyskanych wyników. Zazwyczaj w tej części pracy autor dokonuje krytycznej analizy wyników własnych i porównuje je z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy. Doktorantka natrafiła tu jednak na fundamentalny problem braku opracowań naukowych dotyczących skutków wprowadzenia w 2015 roku zmian organizacyjnych w opiece onkologicznej. Opublikowany raport Najwyższej Izby Kontroli nie jest opracowaniem naukowym.

Doktoranta w tej części rozprawy zwraca uwagę kluczowe problemy związane z opieką onkologiczną szczególną uwagę zwracając na rolę konsyliów wielospecjalistycznych, znaczenie koordynatorów w opiece nad chorymi, braku zintegrowanych systemów informatycznych w ochronie zdrowia. Wielkim problemem jest fragmentacja diagnostyki i leczenia nowotworów. W dyskusji przedstawione zostały dane przemawiające jednoznacznie za większą skutecznością opieki koordynowanej. Dużym wyzwaniem pozostaje niedostateczne finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Przy planowaniu kolejnych zmian organizacyjnych należy uwzględnić starzenie się populacji i występowanie chorób współistniejących. Jak wynika z przeprowadzonej przez doktorantkę analizy piśmiennictwa oczekiwania pacjentów dotyczące sprawnej diagnostyki i leczenia nie są spełnione. Dyskusja zawiera wiele słusznych postulatów i powinna stanowić punkt wyjścia do dyskusji z organizatorami systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Piśmiennictwo zawiera 62 pozycje dotyczące tematu rozprawy doktorskiej.

Praca dowodzi dużej sprawności językowej autorki. Napisana jest w sposób precyzyjny i przejrzysty. Wnioski doktorantki wynikają z przeprowadzonych badań. Jak już wspomniano Zamieszczone w tekście tabele i ryciny są bardzo czytelne i dobrze ilustrują test. Słownik skrótów ułatwia lekturę.

Rozprawa doktorska magister Doroty Kiedik spełnia warunki określone w art.13 ust.1 Ustawy z dnia 14 marca 2003r o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki ( Dz.U.2003 nr 65 poz.595)

Wnioskuje do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu o dopuszczenie magister Doroty Kiedik dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z poważaniem

Dr hab. n. med Tadeusz Piętkowski  
Prof. CMKP  
Kierownik Kliniki Onkologii RCO  
Kierownik Kliniki Onkologii i Chorób Piersi CMKP  
tel: 577505887  
t.pienkowski@onkologiaradom.pl

