

MÍSTO UROLOGA V KONCEPCI PÉČE O UROONKOLOGICKÉ PACIENTY

doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.

předseda Sdružení ambulantních urologů (SAU)

Urocentrum Praha

V posledních letech dochází u jednotlivých specializací k vymezování předmětu jejich oboru. Sféra zájmů i faktické péče, někdy zachází do původně výlučné péče oboru jiného. Zvláštní postavení má onkologie, která je zatím konglomerátem tří oborů: interny, chirurgie a radiologie. Přesto nedávná vyhláška MZ přisuzuje dominantní postavení klinickým onkologům. V tomto novém kontextu hledáme definici postavení urologa, který historicky i aktuálně diagnostikuje a léčí některá uroonkologická onemocnění a měl by v této praxi ve stejném rozsahu pokračovat. Budou nutná společná jednání mezi urologickou a onkologickou reprezentací a nalezení uspokojivého konsenzu. Článek se snaží upozornit na možná úskalí i problémy, které strana urologická zatím optimálně neřeší.

Klíčová slova: koncepce péče, urologický pacient.

UROLOGIST'S POSITION IN CONCEPTION OF TREATMENT OF UROONCOLOGY PATIENTS

In recent years, the subject field of individual specialities has narrowed down. The sphere of interest as well as actual care sometimes overlap with the care originally provided exclusively by another discipline. A specific status is ascribed to oncology which is a blending of three disciplines: internal medicine, surgery, and radiology. Nonetheless, a recent Ministry of Health order attributes a dominant position to clinical oncologists. In this new context, a definition of the urologist's position is being sought who can both historically and currently diagnose and treat some urooncolic diseases and who would be supposed to continue in this practice to the same extent. Mutual negotiations between urology and oncology representatives will be required to reach a satisfactory consensus. The article aims to highlight the possible pitfalls and problems which have not been addressed by the urology part so far.

Key words: conception of treatment, urology patient.

Urolog. pro Praxi, 2007;8(5): 202–204

Ministerstvo zdravotnictví ve Věstníku ze srpna 2006 vydáním zprávy o síti onkologické péče v ČR (3) podpořilo aktivity modernizující odbornou péči, v tomto případě péči onkologickou. Jde o první vlaštovku ohlašující restrukturalizaci oboru zevnitř, postupem velmi propracovaným a vynikajícím způsobem prosazovaným.

Na rozdíl od ostatních specializací je onkologická péče konglomerátem odborné péče zajišťované třemi obory: chirurgií, radiologií a klinickou onkologií, tedy operací, zářením a farmakoterapií.

Protože vyhláška a na ni navazující dokumenty i praktické kroky, realizované výborem České onkologické společnosti (ČOS), modifikují (zatím více proklamativně) také onkologickou péči v oborech chirurgických, a tedy i v urologii, je třeba na tuto skutečnost reagovat. Je třeba posoudit současný stav, trendy moderní medicíny, koncepci onkologické péče v rámci urologie a možné formy mezioborové spolupráce.

Znění vyhlášky a další kroky vedení ČOS vzbudily mezi urologickou reprezentací značný ohlas. Prohlášení z výboru ČUS se neslo ve znamení obav o zachování dosavadního rozsahu onkologické péče zajišťované urologií. Nutno říci, že některá pracoviště tyto obavy nesdílejí (např. Urologická klinika Motol).

Uroonkologická sekce ČUS ústy doc. M. Babjuka na konferenci v Českých Budějovicích 2006 uvedené obavy definovala. Onkosekce pracuje na dokumentu formulujícím program uroonkologické péče a hledá

možnosti jeho uvedení v život. Součástí je samozřejmě forma spolupráce se styčnými obory, především se společností onkologickou. Podle dané vyhlášky jsou stanovena centra komplexní onkologické péče (KOC), která mají definované pravomoci, a je tudíž třeba hledat formy regionální spolupráce. Kromě 18 těchto center jmenuje Věstník jednu komplexní onkologickou skupinu (KOS) v Praze. Jelikož výbor ČUS nedokázal vytvořit jasnou koncepci urologie a definovat restrukturalizaci urologické sítě, je jakýkoliv program onkosekce limitován pouze na obecná doporučení. Důsledkem absence jednotné linie bude jistá anarchie ve vytváření lokální spolupráce s onkologií, mnohde vedoucí ke ztrátě komplexnosti a degradaci urologa na řemeslného odnímače nádoru. Tato situace je v jednotlivých lokalitách právě řešena.

Ve výboru ČUS byl prosazen názor, že restrukturalizaci urologické sítě je možno dělat etapově, což zcela znemožnilo onkosekci hlouběji dopracovat pravidla spolupráce s onkologickými centry (KOC).

Za ambulantní urologii jsme předložili dopracovaný program restrukturalizace sítě, zahrnující požadavky na ambulantní urologickou péči (náplň, vybavení, síť) a vyjádřili jasný postoj k podobným změnám v lůžkové části. Zde však část výboru prosadila odklon od původně vypracovaného návrhu, poslaného již v roce 2006 na MZ. V dokumentu Koncepce urologie, předloženém na červnovém zasedání výboru ČUS (2007), je role ambulantní

nelůžkové urologie v podstatě redukována na okrajový servis a onkourologická péče je v tomto pojetí prakticky jen v oblasti iniciální diagnostiky. Podrobnější informace najdete na webu SAU (www.sau.cz), sekce aktuální problematiky (4). Protože v dohledné době budeme v ambulantní složce uzavírat se zdravotními pojišťovnami (ZP) nové smlouvy, je jen otázkou času, kdy ZP využijí postojů deklarovaných částí výboru a budou významně redukovat kódy uroonkologické ambulantní péče. Zvláště za situace, kdy ČOS prosazuje ve svých právě publikovaných Zásadách cytostatické léčby (viz dále) tendenci koncentrovat veškerou nechirurgickou a neradiologickou péči do svých rozhodovacích pravomocí. Ovšem těmto tlakům se nevyhne ani naprostá většina lůžkových urologií. Je třeba mít stále na mysli, že s tím jde ruku v ruce nasmlouvání kódů a tedy financování výkonů.

Podle mého soudu výbor ČUS takto vyklidil pole a velmi usnadnil expanzi rozhodovací politiky onkologů, kteří chtějí o postupu léčby rozhodovat ve svých centrech. Protože urologická obec nemá od výboru jasnou koncepci, budou jednotlivá pracoviště projednávat spolupráci podle svého zájmu a místních zvyklostí. Což je nejméně příznivá varianta pro zajištění systematické uroonkologické péče v rámci oboru urologie.

Koncepce onkologické péče se samozřejmě bytostně týká nejen urologie. Nevyváženost v rozsahu

rozhodovacích kompetencí, finančních možností, ale i hodnocení vlivu léčby na další život nemocného podrobně rozebírá článek autorů Duda, Ryska, Žaloudík (1). Autoři zdůrazňují významný podíl chirurga na průběhu onemocnění a připomínají, že bude nejspíše nezbytné koncentrovat onkologické pacienty na specializovaná pracoviště, zaměřená na chirurgii nádorových onemocnění. Je zřejmé, že urolog jako chirurg operačním výkonem zásadně ovlivní prognózu onemocnění i kvalitu dalšího života nemocného. Navíc, a to považují za hlediska ambulantní urologie za velmi podstatné, je rozsah výkonu významně závislý na včasném stanovení diagnózy a správnosti klasifikace nádoru. Urologie pak, narozdíl od chirurgie, má historicky velké zkušenosti s další léčbou nemocných karcinomem prostaty a měchýře. Je to nepochybně dáno technikami dispenzárních kontrol, které jsou výlučností urologie (cystoskopie, transrektální sonografie). Je to tudíž nepochybně operátor, který nejlépe dokáže posoudit vhodnost další léčby a tuto vést. A právě zde vzniká třetí plocha, která vyžaduje nalezení konsenzu s onkology. Vedle řady doporučených postupů (evropských, amerických, ČUS, SAU) byla nedávno prezentována poslední verze vydaná ČOS s názvem „Zásady cytostatické léčby maligních onkologických onemocnění“ s platností od 1. 8. 2007 (5). Koordinátor této publikace, prof. Vyzula, vyjadřuje záměr, aby každý onkologický pacient prošel multiborovou komisí KOC a byla mu tak zajištěna optimální léčba jeho onkologického onemocnění. Jistě lze souhlasit v případech nákladných a specifických diagnóz, avšak uroonkologická onemocnění diagnostikuje urolog a v naprosté většině případů indikuje i provádí léčbu. Proto bychom léčbu karcinomu prostaty i měchýře měli jednoznačně ponechat v rukou urologů. V součinnosti s onkology by samozřejmě měla pokračovat léčba parenterální, pokud si toto průběh onemocnění vyžádá. I když prof. Vyzula v úvodu „Zásad“ vyjadřuje uspokojení, jak v rekordním čase bylo vydání připraveno, musíme neradostně konstatovat, že v např. v instalační sekundární profylaxi karcinomu měchýře jsou chybné informace (instilace Mitoxantronu?). Také v seznamu spolupracujících odborníků žádný urolog nefiguruje.

Nelze však pouze stavět na historické zvyklosti uroonkologické péče. Je třeba zintenzivnit přípravu mladých urologů nejen v rámci atestace, ale i dále

rozšiřovat a prověřovat znalosti v postgraduálním vzdělávání. Zde by nám mohl pomoci, hlavně v ambulantní složce, program EUNI.

Je nepochybné, že operační léčba karcinomu ledviny, prostaty i měchýře vyžaduje zkušenost, a tu lze získat náležitou teoretickou přípravou a dostatečným počtem provedených operací. I urologie bude nucena jít cestou specializací jednotlivých pracovišť, z nichž jednou bude operativní urologická nádorů. Nelze očekávat, že v rozměrech České republiky bude i nadále existovat 56 urologických oddělení v podstatě léčících všechno. Specializace bude nutná a redukce celkového počtu oddělení také. Frans Debruyne, po 12 letech ve funkci generálního sekretáře Evropské urologické společnosti (EAU), kdy vybudoval společnost s více jak 9 000 členy, dochází k závěru, že má-li urologie obhájit své postavení v kontextu evropské medicíny, musí se specializovat. Uzavírá, že éra všeobshujícího urologa definitivně končí. Vidí pět perspektivních urologických specializací: onkourologickou, neurourologickou, miniinvasivní operativu, andrologickou urologii a urologii pediatrikou (2). Dle mého soudu by k těmto měla být přiřazena urologie ambulantní. Nelze totiž, alespoň v našich poměrech předpokládat, že praktičtí lékaři budou schopni diagnostikovat urologická onemocnění včas a na potřebné úrovni. Tím tedy budou primárně urologičtí pacienti nedostatečně ošetřeni a nesprávně distribuováni. Stejně tak následná péče nemůže být koncentrována ve specializovaných centrech. Čím dříve bude tento proces započat, tím větší šance na prosazení bude urologie mít.

Podobné úvahy by se měly promítat do restrukturalizačních koncepcí naší urologie.

Jaké bude v současné době místo urologa v uroonkologické péči?

V ambulantní složce mu zůstane nezastupitelná role včasné diagnostiky a přesné klasifikace. To je umění, na kterém stojí osud pacienta. U opera-

čních onkologických pacientů by měla být zajištěna ambulantní návazná péče intravezikální a hormonální s patřičnou dispenzarizací. V tomto rozsahu by ambulantní urolog měl mít nasmlouvané výkony. Avšak ne všichni ambulantní kolegové budou mít zájem i možnost tuto onkologickou péči provádět. Zřejmě se i v této složce vydifferentuje určitý počet ambulantů, které ambulantní onkourologickou péči zajistí na potřebné úrovni.

Ve složce lůžkové bude prováděna chirurgická léčba nádorů nejspíše také v selektované skupině urologických oddělení, kde právě v důsledku koncentrace případů bude pacient v rukou zkušených a „vyoperovaných“ urologů.

Bohužel výbor ČUS se nedokázal shodnout na jasné koncepci oboru a nikdo jiný tuto vizi za urology nevypracuje. Snad se to podaří výboru příštímu, ale do té doby nám aktivně se definující sousední obory velmi zmenší prostor pro urologickou seberealizaci. Viz např. nově konstituované Centrum robotické chirurgie Zdislav, kde explicitně kalkulují s prováděním RAPE jako jednoho z nosných programů.

Bez jasné formulované a výborem ČUS důsledně prosazované koncepce nelze žádné změny prosazovat, natož provádět. K historii koncepce oboru a restrukturalizaci sítě se vrátíme samostatnou úvahou.



doc. MUDr. Miroslav Hanuš, CSc.
Urocentrum Praha
Karlovo náměstí 3, 120 00 Praha 2
e-mail: hanus@bon.cz

Literatura

1. Duda M, Ryska M, Žaloudík J. Postavení chirurgie v léčbě nádorů. Medical Tribune č. 21, 25. 6. 2007.
2. Farewell speech of prof. Frans Debruyne at the occasion of the Urology beyond boundaries symposium in Nijmegen, The Netherlands, October 2006.
3. Věstník MZ ČR, částka 6, srpen 2006. Zprávy a sdělení 1. Onkologická síť v České republice.
4. www.sau.cz.
5. Zásady cytostatické léčby maligních onkologických onemocnění; www.lincos.cz.