

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

На виконання наказу МОЗ України № 10 від 22.01.1996 р. "Про створення Національного канцер-реєстру України" в 2003 році завершено формування мережі популяційного канцер-реєстру, яка охоплює всі регіони України. Реєстри працюють за єдиною інформаційною технологією, розробленою Інститутом онкології АМН України. На базі Інституту функціонує центральний канцер-реєстр, який здійснює організаційно-методичне керівництво роботою регіональних реєстрів, контролює якість та повноту їх бази даних, сприяє взаємообміну інформацією між регіонами.

Інформація реєстрів є джерелом оперативного керівництва онкологічною службою та визначення шляхів перспективного розвитку галузі. Можливості реєстрів суттєво розширюються, якщо вони включають комплекс популяційного та лікарняного канцер-реєстрів. Так автоматизована інформаційна база канцер-реєстру дозволяє отримати основні види інформації про стан протиракової боротьби в регіоні, а саме:

- рівень ураження населення регіону злоякісними новоутвореннями (захворюваність, розповсюдженість)
- стан діагностики злоякісних новоутворень (виявлення на профоглядах, морфологічна верифікація, летальність до року)
- стан лікування хворих на злоякісні новоутворення.

Створена інформаційна система дозволяє отримати високий ступінь деталізації інформації, забезпечити її якість та статистичну вірогідність.

Таким чином, було завершено перший етап впровадження автоматизованої технології канцер-реєстру на основі інформаційної персоніфікованої системи обліку онкологічних хворих. Основною метою цього етапу було здійснення переходу від паперової технології ведення даних про онкологічного хворого до інформаційної (комп'ютерної) технології.

Слід зазначити, що в Україні з 1932 року існує державна система реєстрації раку, основним принципом якої є накопичення всієї інформації про онкологічного хворого за місцем його проживання. Незалежно від місця встановлення діагнозу чи місця лікування хворого до відповідного обласного онкологічного диспансеру надсилаються регламентовані наказами МОЗ України медичні облікові документи (ф.090/о; ф.027-1/о; ф.027-2/о). В процесі експлуатації паперової технології була відпрацьована схема руху онкологічної інформації, створені необхідні умови для переходу на комп'ютерну інформаційну технологію. Ці заходи значно розширили можливості для практичного та наукового використання онкологічної інформації, а також суттєво скоротили час на її обробку. Крім того, впровадження комп'ютерної технології висвітлює основні недоліки паперової технології обліку онкологічних хворих та окреслило шляхи їх подолання.

Слід підкреслити, що перехід на інформаційну технологію не вичерпується лише застосуванням комп'ютерної техніки, як засобу збору, збереження, обробки та ретельного контролю інформації. Впровадження цієї технології підвищує вимоги до якості та повноти первинних медичних документів, на основі яких складаються відомчі та державні річні статистичні звіти (ф.35-здоров, ф.7). Завданнями реєстрів є також забезпечення інформаційно-аналітичної підтримки діяльності органів управління охороною здоров'я в регіонах України.

На даний час ми перебуваємо тільки на початковому етапі переходу на інформаційну технологію - маємо засіб (комп'ютер та програму реєстрації, контролю та обробки даних), але ще не досягли достатньої інформаційної культури - не навчилися ставитися до онкологічних даних, як до відображення реальних процесів онкоепідеміологічної ситуації та стану онкологічної допомоги населенню регіону. Якщо в результаті аналізу даних канцер-реєстру окремі показники не задовольняють вимоги керівництва службою, то необхідно шукати причину цього явища та шляхи поліпшення ситуації замість їх штучної корекції на догоду вимогам системи "рейтингових" показників. Особливо це стосується показників "летальності до року", "занедбаності", "виявлення на профоглядах". Результатом більшості таких намагань є "покращення" звітних даних, від чого сама ситуація не змінюється, і не покращується, навпаки, виникає низка невідповідностей при співставленні логічно пов'язаних між собою показників. Наприклад,

при зниженні показника “занедбаності” та збільшення питомої ваги I-II стадії захворювання нерідко залишається стабільним, або навіть зростає показник “летальності до року” та ін. Таким чином, складається перевернутий уявлення про дійсний стан онкологічної допомоги населення регіонів та України в цілому.

У зв'язку зі сказаним, основною метою наступного етапу розвитку та впровадження інформаційної технології в практику охорони здоров'я є зміна відношення до онкологічних даних та підвищення інформаційної культури працівників галузі та керівників онкологічної служби.

Вивчення повноти, якості та достовірності первинних даних повинно передувати будь-якому аналізу статистичної інформації, який виконується як на етапі складання традиційних статистичних звітів, так і при поглибленому вивченні стану протиракової боротьби. Можна перейти на найсучасніші комп'ютери та розробити унікальні програми збору та контролю якості даних, але це не компенсує відсутності самих даних, або похибки при реєстрації інформації. Резерви прискорення перехідного етапу перебувають насамперед в площині підвищення професіоналізму та сумління працівників, які здійснюють підготовку медичних документів, збір, реєстрацію, обробку та використання онкологічної інформації.

Національний канцер-реєстр України було створено з метою отримання об'єктивної та достовірної інформації, що ґрунтується на персоніфікованих даних, для потреб онкологічної науки та практики. Структура та обсяг інформації, що накопичено в Національному канцер-реєстрі України, дозволяє провести вивчення рівня ураження злоякісними новоутвореннями, стану онкологічної допомоги населенню України, ефективності методів діагностики та лікування онкологічних хворих та інше, що можливо лише при реєстрації в повному обсязі інформації про хворого. На жаль, аналіз якості бази даних канцер-реєстру показав, що нерідко в областях реєструється тільки та інформація, яка необхідна для підготовки річного статистичного звіту. Поряд з цим недостатньо повно реєструються дані про лікування онкологічних хворих, особливо в тих випадках, якщо воно здійснювалось за межами онкологічного закладу. Відсутність інформації про диспансерний нагляд перешкоджає отриманню одного з найбільш важливих інтегральних показників стану онкологічної допомоги – виживаності онкологічних хворих.

Протягом багатьох років склався стандартний підхід до аналізу онкологічної інформації та критеріїв її якості, який обмежувався рамками таблиць офіційних статистичних звітів. Між тим при наявності персоніфікованої бази даних канцер-реєстру можна відповісти на багато інших питань, які характеризують роботу онкологічної служби в регіонах. В цьому році ми більш детально розглянули окремі аспекти медичної допомоги різним категоріям хворих на злоякісні новоутворення, в тому числі:

- онкологічних хворих, які за даними канцер-реєстру не отримали спеціального лікування;
- онкологічних хворих, які померли протягом року з моменту встановлення діагнозу;
- онкологічних хворих, які отримали лікування в онкологічних та в загальнолікувальних закладах.

Проведений системний аналіз демонструє можливості персоніфікованої бази даних канцер-реєстрів та може бути використаний для визначення основних проблем онкологічної допомоги населенню, окреслити шляхи їх вирішення.