وزارة الصحـــــة العامـــــة
Ministry of Public Health
State of Qatar • دولـــة قطـــر

CIRCULAR NO (DHP/2024/14)

From	Department of Healthcare Professions (DHP) - Ministry of Public Health
To	All Healthcare Practitioners / Providers in Health Sectors (Governmental & Non-Governmental)
Subject	Mandatory Compliance with National Cancer Strategy
Date	May 8, 2024

Greetings from Department of Healthcare Professions (DHP) / Ministry of Public Health (MOPH),

EFFECTIVE IMMEDIATELY

Based on the regulatory & supervisory roles of DHP in regulating the services provided by healthcare practitioners in the State of Qatar and its commitment to maintaining public safety , and in reference to circular no: (1/2018) issued by Healthcare Quality and Patient Safety Department at MOPH, this circular serves as a reminder to reemphasize that all healthcare practitioners/ providers in The State of Qatar must fully comply with the National Cancer Referral Guidelines as stipulated in National Cancer Strategy and to return to MoPH website for any updates that might be added to the guidelines to ensure that best possible healthcare services are provided Qatar_National_Cancer_Strategy-2011-2016 (moph.gov.qa).

All necessary legal actions will be taken against healthcare facilities & practitioners in case of non-compliance.

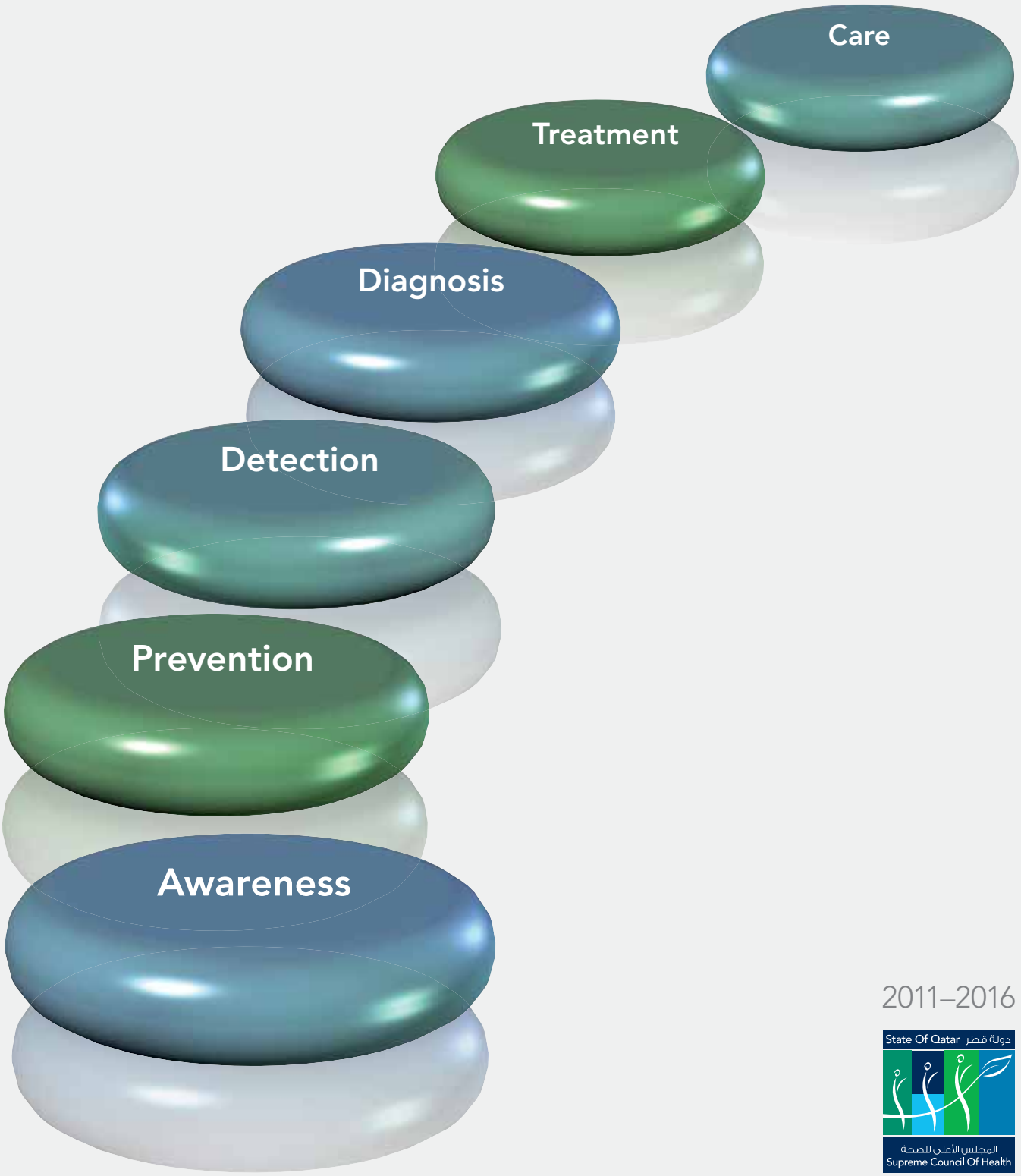
For queries,

- Regarding the guidelines, contact via qncr@moph.gov.qa
- For circular contact us via ftpenquiry@moph.gov.qa

Thank you for your cooperation

National Cancer Strategy

The Path to Excellence



2011–2016

State Of Qatar دولة قطر

المجلس الأعلى للصحة
Supreme Council Of Health

Contents

Foreword by Her Highness Sheikha Moza bint Nasser 3

Foreword by His Excellency the Minister for Health 4

Foreword by Lord Darzi 5

Executive Summary 6

1. Introduction 10
2. Cancer in Qatar Now and in the Future 11
3. Education and Understanding 13
4. Prevention 15
5. Early Detection 19
6. Rapid and Definitive Diagnosis 24
7. Treatment 27
8. Ongoing Care 36
9. Measuring Performance 43
10. Workforce 45
11. Research 48
12. Next Steps 50

Annex A Table of Recommendations 53

Annex B List of Indicators 58

Annex C Membership of the National Cancer Stakeholder Committee 61

Annex D Deliberative Events 61

Annex E A Cancer Registry Policy 62

Annex F Questions from the 2010 UK Cancer Patient Experience Survey 63

Annex G Summary Investment Plan 65

Acknowledgments 66



Foreword by Her Highness Sheikha Moza bint Nasser



Cancer causes great sadness in Qatar. It affects most of us – 86% of the population knows someone who has had cancer, such as a friend or family member.[1] It is a disease that brings pain and suffering, primarily to those afflicted by the disease, but also to their families. However, cancer does not always win the battle. I am filled with pride and humility when I meet survivors here in Qatar and across the world. I hear stories of the different ways in which they tackled this disease, each individual having their own unique account and advice to share.

I want each cancer sufferer to get the very best care and to do this, we must improve healthcare and education. The healthcare component is obvious, as cancer is a significant cause of death in Qatar and we need the best possible treatment to deal with cancer when it has developed.

The importance of education may be less apparent, but increasing the understanding of cancer amongst the people of Qatar is vitally important. Doing this will remove any misplaced stigma associated with cancer, will help people do what they can to prevent cancer and will encourage people to attend screening. Effective education to reduce the cancer burden is as important as excellent healthcare for those with cancer.

With this strategy, I believe we can ensure that cancer is not a neglected issue in Qatar. Instead Qatar should stand out, within the Gulf region and further afield, as providing ideal cancer care.

I fully endorse this first National Cancer Strategy and will work to see its implementation completed.



Her Highness Sheikha Moza bint Nasser

1 Survey of Public Sector Workers carried out online April–May 2011

Foreword by His Excellency the Minister for Health



I welcome the publication of our first ever National Cancer Strategy. I believe it will make a significant difference to the quality of cancer care in Qatar. I am grateful for the efforts of Lord Darzi and the Supreme Council of Health (SCH) team in producing this strategy and also want to thank everybody in Qatar – including those at Hamad Medical Corporation (HMC), Primary Health Care (PHC) and the wider health sector – who contributed to making this a truly representative strategy. The strategy has also been unprecedented in directly asking the people of Qatar, through polling and deliberative events, what they want to see change.

On the one hand, this strategy recognizes that in treatment terms 'cancer' is too generic – there should be specialization focusing on different cancer sites such as breast and colorectal. On the other hand, its recommendations are applicable to other chronic disease – for instance measures to prevent cancer and support cancer patients' wider needs, should reduce the occurrence of other diseases and provide support for their sufferers.

The National Health Strategy 2011–2016 set the high-level policy for improving health in Qatar. It anticipated more detailed disease and service specific strategies or plans being published,[1] the first of which is this National Cancer Strategy. This strategy covers the same time period (2011–2016) and several of the recommendations in this strategy expand on, or relate to, the 35 projects in the National Health Strategy.

The recommendations contained in this strategy build on a solid foundation – the good work already done in Qatar in the recent years to improve cancer care, infrastructure and practice. Examples include the construction of a PET-CT scanner, the greater use of colonoscopies and work on sub-specialization in urology and breast cancer care.

So we will continue to improve cancer services, unceasing in our commitment to this task. I look forward to overseeing the implementation of this strategy, a process where the nurses, doctors and people of Qatar will once again be at the forefront.



HE Abdulla Khalid Al Qahtani
Minister of Health and Secretary General, Supreme Council of Health

1 Supreme Council of Health, *National Health Strategy 2011–2016*, April 2011, p.10

Foreword by Lord Darzi



I was born in Iraq, grew up in Ireland, and have spent my working life in the UK – now I feel like I also have a new home, here in Qatar, where I am made very welcome on my frequent visits. I have been delighted to be able to use my experience of over 25 years as a cancer surgeon to benefit the people of Qatar by leading the development of a National Cancer Strategy for Qatar.

This strategy aims to put Qatar's cancer services at the forefront of international best practice. Its successful implementation should mean that instead of Qataris going abroad for cancer care, people from the Gulf region, and even further afield, will want to come to Qatar for cancer treatment.

The strategy draws on the latest available evidence and has been tailored to the needs of the people of Qatar. It is not an external strategy, but one developed and owned by the Supreme Council of Health.

I would like to acknowledge the many people in Qatar and elsewhere who have made this strategy possible. First, it was an honor that Her Highness Sheikha Moza bint Nasser asked me to look into improving cancer services in Qatar. In taking on that commission, I am grateful to His Excellency Abdullah Khalid Al Qahtani for the support and advice he has given me in producing this strategy.

All the members of the National Cancer Stakeholder Committee have been hugely helpful in refining my proposals.[1] In particular, Dr. Faleh Mohamed Hussain Ali, Dr Juliet Ibrahim and the Planning and Strategy team at the SCH have played a crucial role in supporting the formation of the strategy, including organizing deliberative events.[2] And I would like to acknowledge all those who came along to the deliberative events and gave their thoughts, especially cancer patients and survivors. The staff at HMC, PHC and private providers have also contributed significantly to this document.

This strategy is just the start of improving cancer care in Qatar. Now comes the most important phase – implementing the recommendations contained within this document. I look forward to working with the people of Qatar to make that happen, to ensure Qatar has the internationally respected cancer services it deserves.



The Rt Hon. Professor the Lord Darzi of Denham PC, KBE

1 Members of the National Cancer Stakeholder Committee (NCSC) are listed in Annex C.

2 Details of the Deliberative Events are included in Annex D.

Executive Summary

This strategy was developed from international evidence on what excellent cancer care looks like, which was then applied specifically to Qatar. The people of Qatar were asked what changes they would like to see in a series of deliberative events, where proposals in the strategy were presented and debated. At the first deliberative event, one answer stood out as it highlighted the importance of this strategy:

Question: "What one change do you believe will make the biggest difference to improving the quality of cancer care in Qatar?"

Answer: "Have a clear [national] strategy that brings together primary, secondary and tertiary care with community involvement."

—Deliberative event participant

So this document seeks to provide that strategic clarity, involving all levels of healthcare provision and the people of Qatar.

This is important because cancer, already a major cause of death in Qatar, will only become a bigger problem in future. A comprehensive approach is needed to tackle cancer, from preventing it where possible, through to quality care for those suffering from the disease.

That means increasing **Education and Understanding** of cancer through myth-busting campaigns, education in schools, cancer awareness events and a comprehensive Qatar-specific cancer information website.

It requires a renewed focus on **Prevention.** The expansion of projects set out in the National Health Strategy to reduce smoking and to increase exercise and a good diet, have the potential to significantly reduce cancer incidence.

Early Detection is also vitally important as, for most cancers, it increases the chance of successful treatment. A comprehensive Qatar cancer screening program is therefore required, following clear screening guidelines, making use of the latest technology and delivered in convenient locations by a range of providers. It is recommended that this be overseen by a new permanent body, the Qatar National Screening Committee. People also need to be aware of the symptoms of cancer so they can seek early help from health professionals and an awareness campaign will be developed, starting with prostate and bladder cancers.



When cancer is suspected, this needs to be confirmed or ruled out with a **Rapid and Definitive Diagnosis.** This will require training for primary care clinicians on their role in cancer treatment, fast referral times to specialist clinics and improved diagnostic capacity and capability.

Following diagnosis, **Treatment** needs to be patient-centered at all times, considering not just the patient's medical needs, but also their psycho-social requirements. To support this there will be the new role of Patient Pathway Coordinators and the use of tools such as the Distress Thermometer. Treatment will also be required to be multi-disciplinary, specialized, evidence-based and timely in nature, to deliver the best possible outcomes for patients. These changes will require new roles (Multi-Disciplinary Team Coordinators and Clinical Nurse Specialists), new clinical practice (clinicians focusing on specific cancer sites), more consistency through following national standards and systems for ensuring rapid treatment.

Ongoing Care for cancer needs to include palliative care, providing effective pain relief and support for both those patients who will be cured and those patients who will not. Cancer support groups should be supported further and encouraged to develop as a way in which the community can contribute to improved cancer care. There needs to be a focus on secondary prevention and follow-up to help cancer survivors return to normality and to reduce the chance of a recurrence. Cancer survivors can also be a valuable volunteering resource to help new patients.

To know whether cancer care in Qatar is improving, **Measuring Performance** will be vital. Systematic data collection will allow quantitative analysis of performance from an improved cancer registry and a new screening registry. This will be complemented by information from two surveys – one of the general populace's understanding of cancer and how it can be prevented and one of cancer patients' experiences of treatment. Crucially, performance in cancer care will be published to improve transparency and drive up standards.

A vital component of good quality cancer care is having the right **Workforce.** There needs to be more healthcare workers dedicated to cancer care at all levels – from primary care clinicians to managers overseeing the implementation of this strategy. There also needs to be more training and support in cancer care for existing staff.

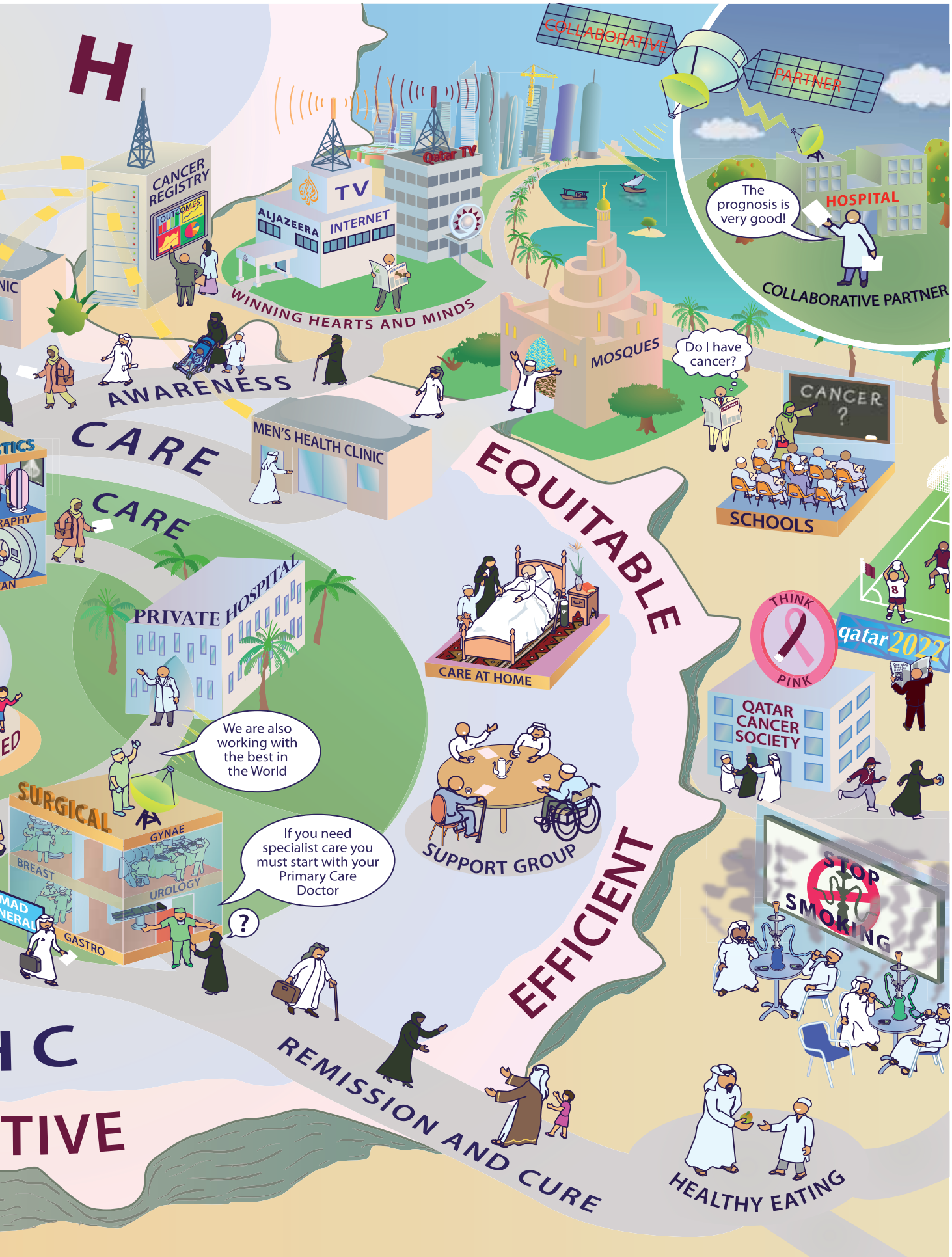
Research into all aspects of cancer care needs to occur in Qatar to deliver benefits for patients. By involving the diverse research community and the people of Qatar, new insights will emerge that can enhance the recommendations within this strategy.

Finally, progress must be made on **Next Steps.** Organizations need to start putting the recommendations into action and they will be aided in this by the development of an implementation plan. To help ensure progress is made an international conference should be organized in a year's time, a review of progress should occur during 2013 and the strategy should be refreshed in 2016.

The key aspects of the strategy are captured in this rich image (an illustration containing a lot of detail) which shows the patient as the pearl at the centre of high quality cancer services.



Image 1: The components of quality cancer care in Qatar


H
CANCER REGISTRY
OUTCOMES
TV
ALJAZEERA
INTERNET
Qatar TV
WINNING HEARTS AND MINDS
COLLABORATIVE
PARTNER
The prognosis is very good!
HOSPITAL
COLLABORATIVE PARTNER
MOSQUES
Do I have cancer?
CANCER ?
SCHOOLS
AWARENESS
CARE
MEN'S HEALTH CLINIC
EQUITABLE
CARE
PRIVATE HOSPITAL
CARE AT HOME
THINK PINK
qatar 2022
QATAR CANCER SOCIETY
We are also working with the best in the World
SURGICAL
GYNAE
BREAST
UROLOGY
GASTRO
If you need specialist care you must start with your Primary Care Doctor
?
SUPPORT GROUP
EFFICIENT
STOP SMOKING
REMISSION AND CURE
HEALTHY EATING

1. Introduction

The World Health Organization (WHO) recommends countries develop a cancer control program.[1] This strategy means Qatar has now joined international leaders in cancer care, such as France and Canada, in having a comprehensive plan for cancer services in place.

The strategy sets out a vision for how cancer services should be in Qatar. It looks across the cancer continuum and describes what needs to happen at every stage. The cancer continuum is represented in Figure 1.

Two themes occur at several stages of the cancer continuum. The first is awareness. People need to be aware of what cancer is. They need to know how they can prevent cancer. And they need to know the importance of early detection.

The second is access. People need to be able to easily access services leading to early detection and rapid diagnosis. Once a diagnosis is made, treatment and ongoing care also need to be accessible.

After an initial chapter setting out what we know about cancer in Qatar, this strategy is organized with a chapter on each of the stages of the cancer continuum. It then considers measuring performance, workforce and research, which underpin the whole continuum, before concluding with a chapter on next steps.

Throughout the strategy, key recommendations are made. They are identified by bold typeface, and all the recommendations are also drawn together in Annex A. Once the recommendations are implemented, Qatar will have internationally respected cancer services. Indicators of the quality of cancer care in Qatar will be needed to demonstrate this achievement. These are also included throughout the strategy, with all the indicators set out in Annex B.

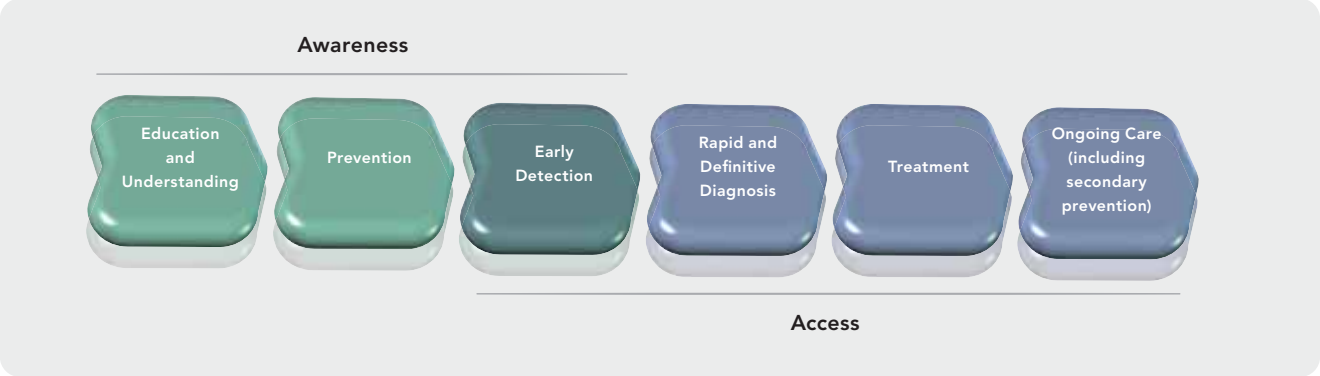


Figure 1: The Cancer Continuum

1 WHO, *National Cancer Control Programs: Policies and managerial guidelines.* 2nd ed. (2002)

2. Cancer in Qatar Now and in the Future

Cancer accounts for 10% of all deaths in Qatar.[1] Whilst very significant, this is a comparatively low proportion of deaths – for instance in the UK, 27% of deaths are caused by cancer.[2] The major reason for this is that as cancer is a progressive disease that develops over time, the chances of developing cancer increase significantly as people age. In the UK, 75% of cancer is diagnosed in people over 60.[3]

Qatar has a young population at present, but this will change. So, whilst in 2010 the proportion of the population over 60 was just 2%, by 2050 this will have increased to 20%. An ageing and growing population will mean the incidence (new cases) of cancer in Qatar will more than double by 2030, as shown in Figure 2.

Box 1: What is Cancer?

"Cancer is a term used for diseases in which abnormal cells divide without control and are able to invade other tissues. Cancer cells can spread to other parts of the body through the blood and lymph systems.

Cancer is not just one disease but many diseases. There are more than 100 different types of cancer. Most cancers are named for the organ or type of cell in which they start – for example, cancer that begins in the colon is called colon cancer."

Taken from the American National Cancer Institute's web-page: http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer/

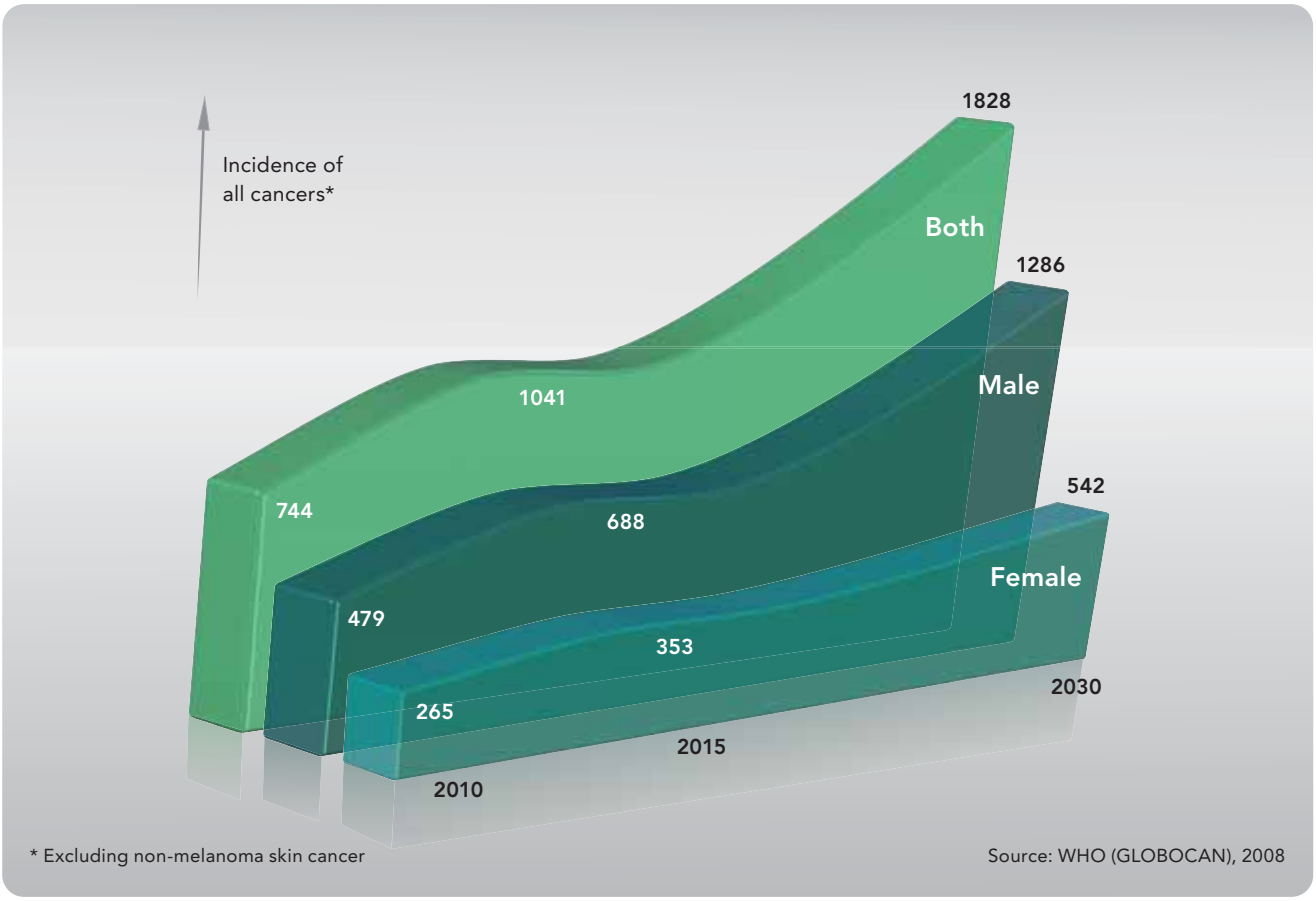


Figure 2: Estimated future incidence of cancer in Qatar

1 Supreme Council of Health, *Annual Health Report 2008*

2 *Cancer in the UK – July 2010* available at: http://info.cancerresearch.org/prod_consump/groups/cr_common/@nre/@sta/documents/generalcontent/018070.pdf

3 *Cancer in the UK – July 2010*

Indeed, Figure 2 probably understates the projected incidence as Qatar's population growth continues to exceed expectations. In 2008 it was projected that Qatar's population would reach 2.3 million, by 2050.[1] However, in 2010 the Qatar Statistics Authority estimated that this population level would be reached much sooner, by 2020. Now, with Qatar's success in winning the right to host the 2022 World Cup, some commentators are suggesting the population could even reach 4 million by 2020.[2] Therefore, the burden of cancer in Qatar will continue to grow and cancer services in Qatar need to be able to respond. Systematic provision of cancer care needs to be developed, with comprehensive services for all the major cancer sites. Figure 3 illustrates the major sites of cancer in Qatar.

The WHO information in Figure 3 seems broadly in line with the findings of Bener et al. with regard to cancer incidence – this study used Qatar cancer registry data from 1991–2006 and found that the leading cancers in men were lung, leukemia and lymphoma, whilst the leading cancers for women were breast, genitals and lymphoma.[3] Unlike Figure 3, the study separated out gastrointestinal cancers (cancers of the gastrointestinal tract including colorectal and esophagus) and urological cancers (prostate, kidneys and bladder) otherwise these two categories would have been the two most prevalent in men.

As this strategy is implemented it makes sense to give the greatest priority to those cancers with the highest incidence in Qatar, according to the data we have available. Therefore, priorities in phase one of implementing this strategy should be breast, urological, gastrointestinal and hematological cancers (leukemia and lymphoma).

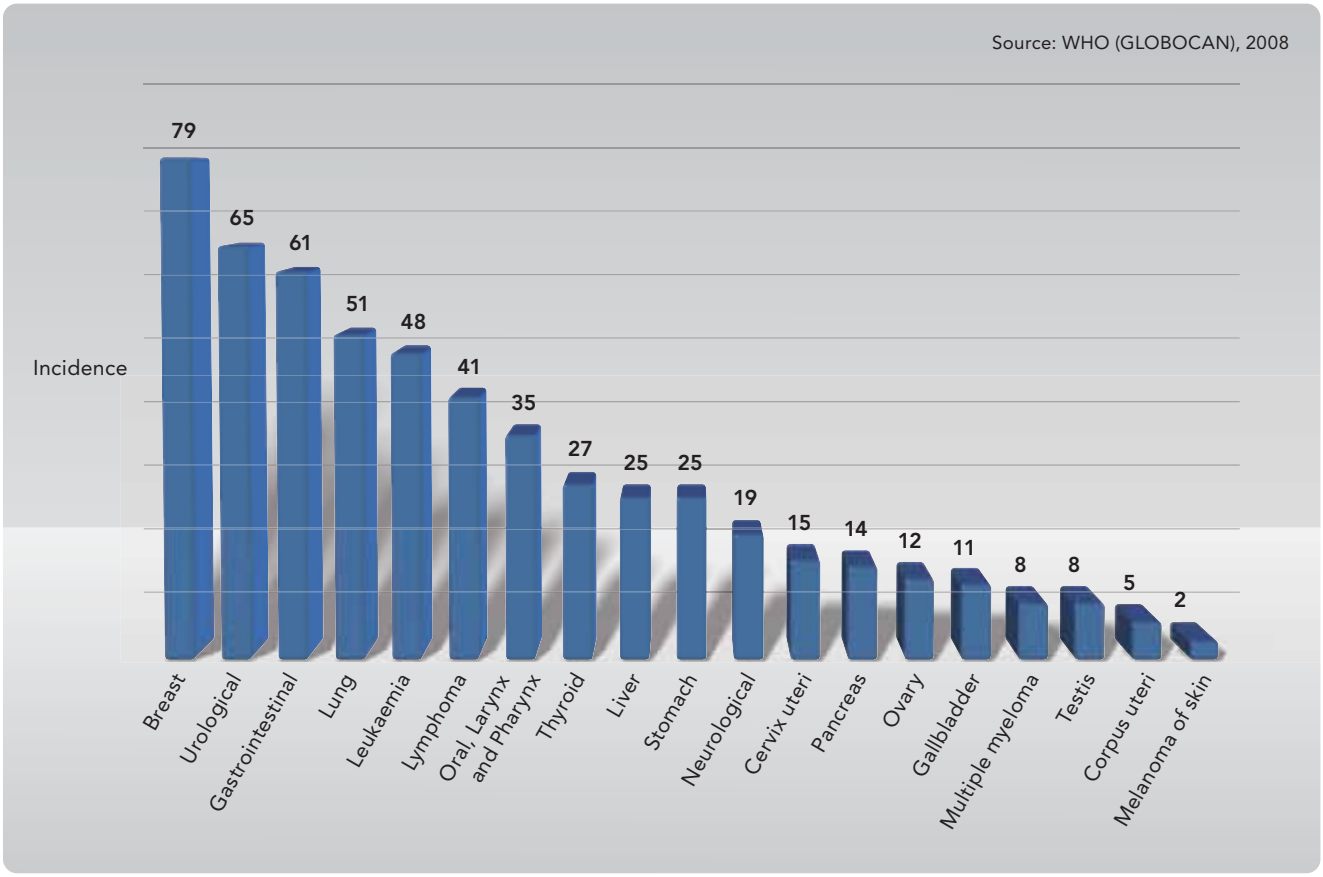


Figure 3: Incidence of cancer in Qatar by site

1 World Population Projections 2008

2 Mark Proudley, "The 2002 Effect," *The Edge*, Vol.3 No.1, January 2011

3 Bener, A. et al., Patterns of cancer incidence among the population of Qatar: A worldwide comparative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 8, (2007) 19–24. Some caution must be applied to these figures as the Qatar cancer registry has not been comprehensive and the single largest group of cancer diagnoses were unspecified and not attributed to a site.

3. Education and Understanding

The population of Qatar must understand what cancer is (see Box 1, p.11) and, even more importantly, what it is not. There are many myths about cancer that exist and the four main myths are summarized in Figure 4.

A survey of hundreds of public sector workers revealed that understanding of cancer is mixed in Qatar.[1] Only small numbers of people (less than 6%) associate the words infectious, foreign and unclean with cancer. However 46% of people connect the word fatal with cancer, the same number as associate the word curable.

Therefore a high profile campaign is needed, using a range of media, to refute these myths, as they are dangerous. The different myths can lead to fatalism, to stigmatization and to complacency. They can all adversely affect the success of cancer care. The campaign should be led by the Supreme Council of Health in its role as the steward of the health of the people of Qatar. The campaign should look to recruit respected figures from Qatari society to give authoritative messages on cancer. This should include Imams, who would be provided with information to share with their congregations. Videos should also be developed for use in PHC center waiting rooms.

Alongside this, there needs to be more information about cancer. One way to reach a wide audience is through making cancer awareness part of the school curriculum. **It is recommended that all school pupils have a lesson on cancer, including how it can be prevented and what to do if they suspect they might have cancer.**

There should also be a source of information on cancer that is accessible to all of the population of Qatar when they need it. The internet provides the opportunity to develop such a comprehensive, readily accessible repository of information on cancer. Many good websites on cancer already exist, such as those shown in Figure 5.

1 Survey of Public Sector Workers carried out online April–May 2011. There were 602 complete responses. This public survey is referred to elsewhere in this document.

Myth 1: Cancer is always fatal

Reality: Cancer treatments are improving all the time and more people are being cured of cancer. For instance, over 90% of women in the United States survive more than five years after being diagnosed with breast cancer.[2] Survival chances increase the earlier a cancer is detected, yet fear of cancer can delay diagnosis.[3]

Myth 2: If a relation has cancer, I am very likely to develop it.

Reality: Only a very small percentage of cancer (5–10%) is related to a genetic predisposition.[4] Lifestyle factors such as smoking are much more important. See Chapter 4 for more information on genetic testing.

Myth 3: Cancer is contagious

Reality: Cancer is known as a non-communicable disease. It cannot be caught, although two infections, Hepatitis C and Human-Papilloma Virus, can increase the chances of liver and cervical cancer respectively.

Myth 4: Cancer is a "western" disease not common in Qatar.

Reality: As indicated in the previous chapter, hundreds of people in Qatar are diagnosed with cancer each year. Cancer is not linked to any one part of the world – indeed the first documented cases of cancer come from Ancient Egypt about 1600BC.[5]

Figure 4: Four Cancer Myths

2 Survival rates available at: http://visualization.geblogs.com/visualization/breast-cancer/

3 National Patient Safety Agency, *Delayed Diagnosis of Cancer: A Thematic Review*, March 2010, p.12

4 http://www.cancer.med.umich.edu/living/genetics.shtml

5 The Edwin Smith Papyrus details chest tumors. It can be viewed at: http://archive.nlm.nih.gov/proj/ttp/flash/smith/smith.html

However, it is important to have a Qatar-specific website which can provide information on what to do if a person suspects they have cancer and the treatment options available in Qatar. **It is therefore recommended that the website of the Qatar National Cancer Society be developed so that it provides such a source of information.** This will then be accessible to all the people of Qatar with access to the internet – estimated to be 436,000 in 2009.[1] For those people who do not have their own web access, it is recommended that this website be accessible on government consoles in communal locations such as shopping malls and primary healthcare centers.[2] As people are increasingly accessing health information through smartphones and tablet PCs like the iPad, SCH should also consider the potential to develop a range of interactive Apps (applications) that can inform and support the people of Qatar.

Finally, it is suggested that Qatar develop a yearly program of activities to increase understanding of cancer. These should be aligned with international cancer days/months such as 4 February (World Cancer Day), 31st May (World No Tobacco Day) and October (Breast Cancer Month). Other days, weeks or months for specific cancers should be designated within Qatar. Canada provides an example with a yearly schedule of awareness occasions.[3]

The voluntary sector in Qatar have already taken the lead in organizing cancer-related activities – for instance Think Pink Qatar organizes a successful breast cancer awareness walk in October, whilst members of the Hayat Cancer Support group speak in schools and businesses: their experience should be recognized with a formal leadership role in this area, with additional support and administration provided by the SCH and other public sector bodies.



Figure 5: The logos of organizations, from different countries, which each provide excellent information about cancer on their websites.

1 http://www.internetworldstats.com/me/ga.htm

2 There is already free Wi-fi access on the Corniche in Doha.

3 See the Canadian Cancer Society website at: http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20us/cw-awareness%20weeks%20and%20months.aspx?sc_lang=en

4. Prevention

Many cancers can be prevented. The World Health Organization emphasizes that 40% of cancer is preventable if the risk factors that lead to cancer are tackled.[1] Some factors that are a risk in other countries (such as excessive alcohol intake) are not a significant problem in Qatar. The four major risk factors for cancer in Qatar are:

1. **Smoking** (the prevalence of smoking among males in Qatar is 32.7 per cent).[2]
2. **Obesity** (thirty-two per cent of those resident in Qatar are obese or morbidly obese – among Qataris, 40 per cent).[3]
3. **Unhealthy Diet** (not quantified, but anecdotal evidence of unhealthy diet).[4]
4. **Lack of Exercise** (over 50 per cent of the population do not engage in any regular physical activity).[5]

There is clearly inter-relation between the factors, as poor diet and lack of exercise can lead to obesity.

In addition, lifestyle choices such as physical inactivity are major causes of other non-communicable diseases such as diabetes and chronic heart disease, so tackling these will have wider health benefits to the population of Qatar than simply reducing the incidence of cancer.

Work by Danaei et al. has estimated the burden of cancer attributable to the major cancer risk factors[6] and these are outlined in Table 1.

As can be seen, risk factors play a much larger part in causing some cancers (e.g. lung, esophagus and cervix) than others (e.g. leukemia, pancreatic).

The National Health Strategy has already introduced projects on smoking cessation (3.3) and nutrition and exercise (3.2). It is vital that these projects are effectively resourced and implemented. However, the projects can go further.

Cancer Site	Percentage of deaths and number of worldwide deaths (1,000s) attributable to a risk factor	Total percentage of deaths due to joint risk factors
Mouth and Oropharynx Cancer	Alcohol use (16%, 51), Smoking (42%, 131)	52%
Oesophageal Cancer	Alcohol use (26%, 116), Smoking (42%, 184), Low fruit and vegetable intake (18%, 80)	62%
Stomach Cancer	Smoking (13%, 111), Low fruit and vegetable intake (18%, 147)	28%
Colon and Rectum Cancers	Overweight and obesity (11%, 69), Physical inactivity (15%, 90), Low fruit and vegetable intake (2%, 12)	13%
Liver Cancer	Alcohol use (25%, 150), Smoking (14%, 85), Contaminated injections in a healthcare setting (18%, 111)	47%
Pancreatic Cancer	Smoking (22%, 50)	22%
Trachea, Bronchus and Lung Cancers	Smoking (70%, 856), Low fruit and vegetable intake (11%, 135), Indoor smoke from household use of solid fuels (1%, 16), Urban air pollution (5%, 64)	74%
Breast Cancer	Alcohol use (5%, 26), Overweight and obesity (9%, 43), Physical inactivity (10%, 45)	21%
Cervix Uteri Cancer	Smoking (2%, 6), Unsafe sex (100%, 235)	100%
Bladder Cancer	Smoking (28%, 48)	28%
Leukaemia	Smoking (9%, 23)	9%

Table 1: Impact of risk factors on specific cancers

1 WHO, *Preventing Chronic Disease: A Vital Investment*, (2005), p.18
2 World Health Survey, WHO 2006
3 WHO, Global Infobase BMI Estimates 2005–2015. Qatari data from WHO Qatar 2006 World Health Survey.
4 See for instance: http://www.nytimes.com/2010/04/27/world/middleeast/27qatar.html
5 Regular activity is defined as 30 minutes of exercise at least three times a week. Figure from WHO Qatar World Health Survey, 2006.
6 Danaei G. et al., Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors, *The Lancet*, Volume 366, Issue 9499, Pages 1784–1793, 19 November 2005

Smoking

Smoking is a major contributor to cancer, especially lung cancer. Qatar has recognized this by becoming one of the first signatories of the WHO Framework Convention on Tobacco Control.[1] However, more progress is needed to turn these good intentions into reality. The National Health Strategy 2011–2016, project 3.3 outlines actions related to tobacco control, summarized in Box 2.

Box 2: Project 3.3 of the National Health Strategy on Tobacco Cessation

- Developing tobacco awareness and cessation support services that deal with smokeless products as well;
- Linking to School Health Initiatives;
- Making available venues that are 100 per cent smoke free;
- Adopting Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) guidelines;
- Increasing taxation on tobacco products and using the funds to support health initiatives;
- Issuing pictorial health warnings on tobacco products;
- Imposing restrictions on Sheesha consumption;
- Enacting and finalizing tobacco laws (including those for smokeless products); and
- Enhancing enforcement of tobacco laws.

It is recommended that these existing actions be extended by:

- Decreasing the number of exemptions granted from the law banning smoking in public places.
- Imposing meaningful penalties for businesses that violate smoking laws (big fines, closure or both) with very strong action against those that sell to children.
- Banning children from any indoor smoking premises.
- Exposing the harm of using waterpipes (Sheesha) through a campaign. A WHO Report has calculated that one Sheesha session can be the equivalent of smoking 100 cigarettes.[2] However, Sheesha is often misleadingly presented as a healthy alternative to cigarettes. The reality should be made clear and misleading health claims about Sheesha prohibited.
- Offering smoking cessation clinics at all Primary Healthcare Centers – so far only one (Al Gharaffa) has a clinic, although three more are planned in 2011.
- Checking patients' smoking status at every contact with a health professional, with appropriate referrals to smoking cessation clinics.
- Commissioning a study into the extent to which exposure to environmental tobacco smoke (ETS) or 'passive smoking' is an issue in Qatar.

1 Qatar signed in June 2003. See: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html

2 *Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*, WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, 2005, available at: http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/Waterpipe%20recommendation_Final.pdf

Obesity, Unhealthy Diet and Lack of Exercise

These inter-related risk factors contribute significantly to cancer as demonstrated in Table 1. **The National Health Strategy project 3.2 makes sensible recommendations (see Box 3) around school education, employer involvement and dietary labeling.**

Box 3: Project 3.2 of the Qatar National Health Strategy on Nutrition and Physical Activity

- Health promotion in schools to educate students on nutrition and physical activity, aimed at establishing healthy habits including making nutritious food available in schools and increasing sports activities.
- Wellness promotion in the workplace, with government offices taking a lead in establishing workplace health promotions such as annual health checkups, in-house gyms and healthy food in workplace cafeterias.
- Media awareness campaigns for nutrition and physical activity. These campaigns should be continuous and leverage multiple media channels.
- Implementation of prevention guidelines for healthcare services to identify at-risk patients
- Promotion of healthy food options (in restaurants and key retail outlets) by educating consumers on how to make sound food choices from menus and by providing sufficient product information to make healthy choices possible (e.g. through improved calorie labeling such as that adopted by New York in 2008).[1]

These recommendations can be made even more comprehensive by:

- Publishing a ranking of employers based on their performance in improving the wellbeing of their staff.
- Launching a campaign to encourage the consumption of 5 servings of fruit and vegetables a day.
- Having free football coaching in the evenings in the run-up to the World Cup – this could be linked to the current sports development and community sessions run by ASPIRE Academy for Sports Excellence.[2]
- Testing out incentives to increase gym usage.
- Ban the use of so-called trans-fats (partially hydrogenated unsaturated fats), as has been done in Denmark and Switzerland. A longitudinal study of nurses' health found that replacing trans-fats with healthier fats reduced the risk of chronic heart disease by 53%.[3]

1 Dumanovsky T, et al., Consumer Awareness of Fast-Food Calorie Information in New York City After Implementation of a Menu Labeling Regulation, *Am J Public Health*. 2010; 100: 2520–2525 found that consumers saw the calorie information and that in some instances it altered their food choices.

2 For more on Aspire see: **http://www.aspire.qa/inthecommunity.aspx**

3 Hu, FB, et al., Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women, *New England Journal of Medicine* 337 (21), (1997): 1491–1499

Exposure to Carcinogens

Although environmental exposure, at work or domestically, to harmful substances (carcinogens) that can cause cancer is a significantly smaller contributor to cancer incidence than the four factors already considered, very little is known of the extent to which contact with agents such as crystalline silica, diesel exhausts, radon and asbestos is a problem in Qatar. **Therefore it is recommended that a study be commissioned into environmental exposure to carcinogens to report by early 2012.** This study should make recommendations on any actions that need to be taken to reduce exposure to carcinogens and it should link with the requirement under project 3.9 of the National Health Strategy that all developments which could affect public health are required to carry out an Environmental Health Impact Assessment.[1]

HPV Vaccine

The major cause of cervical cancer is infection with the human papilloma virus (HPV). There are many strains of HPV, but two strains (16 and 18) cause 70% of cervical cancers.[2] It is also possible to vaccinate against these strains and many countries – including Greece, Norway and New Zealand – have implemented a vaccination program for pre-adolescent girls.

Cervical cancer is not currently a very common cancer in Qatar, but the opportunity to reduce it further should be taken. **It is recommended that from 2013 the HPV vaccine be made available to those families who wish to vaccinate their daughters.** It is envisaged that more families will choose to vaccinate as cancer awareness is improved and the benefits are explained. In time, the HPV vaccine should be incorporated into the national vaccination program.

Genetic Testing

As noted in Chapter 3, only a small percentage of cancer is linked to genetic factors. Nonetheless, **it is suggested that Qatar develop the capacity to do genetic testing for gene mutations that have been identified as significantly increasing the risk of developing cancer,** such as the mutations to BRCA1 and BRCA2 genes, which are linked to the development of breast cancer, or the mutations to DNA mismatch repair genes which cause Lynch Syndrome, increasing the risk of suffering from colorectal cancer.

To ensure such a service is focused only on those most at-risk, criteria should be developed by the National Screening Committee (see next chapter). People who meet these criteria (e.g. many cases of the specific cancer amongst their family members) should then be offered a confidential genetic testing and counseling service.

1 Supreme Council of Health, *National Health Strategy 2011–2016,* April 2011, p.37

2 Muñoz N et al., Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer* 111 (2), (2004-08-20): 278–85

5. Early Detection

As well as being aware of what cancer is and how it can be prevented, the people of Qatar need to know that it is important to detect cancer as early as possible. As cancer develops, it moves through four stages (see Box 4) increasing in severity and becoming harder to treat. There is clear evidence that early detection of cancer increases the chances of successful treatment.[1] For instance, in the US, five year survival rates for colorectal cancer are over 90% if the cancer is detected at stages 1 and 2, but drop to 11.6% if the cancer has reached stage 4 and metastasized.[2] There are two main methods for detecting cancer early – screening for particular cancer types and early diagnosis through identifying cancer signs and symptoms.

Box 4: The Stages of Cancer

- **Stage 1** usually means a cancer is relatively small and contained within the organ it started in.
- **Stage 2** usually means the cancer has not started to spread into surrounding tissue, but the tumor is larger than in stage 1. Sometimes stage 2 means that cancer cells have spread into lymph nodes close to the tumor. This depends on the particular type of cancer.
- **Stage 3** usually means the cancer is larger. It may have started to spread into surrounding tissues and there are cancer cells in the lymph nodes in the area.
- **Stage 4** means the cancer has spread from where it started to another body organ. This is also called secondary or metastatic cancer.

Taken from Cancer Research UK website, available at:
http://www.cancerhelp.org.uk/about-cancer/cancer-questions/how-many-stages-of-cancer-are-there/

1 Jose M Martin-Moreno and Guðjón Magnússon, "The causes of cancer: policies for prevention" in Coleman et al., *Responding to the challenge of cancer in Europe*, (2008), p.63

2 See National Cancer Institute's Surveillance Epidemiology and End Results (SEER): http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html

Screening

Screening for cancer involves testing large numbers of apparently healthy people without symptoms, to establish if they have early stage cancer. This then opens up the possibility of treatment whilst the cancer is not very advanced.

Qatar's National Health Strategy has already called for the establishment of a national screening program (project 3.6) in priority areas, including breast screening. The international consensus, based on available evidence, is that screening is recommended for three cancer sites – breast, bowel and cervix.[1] However there is less international uniformity on the target population and how frequently screening should occur, as Table 2 shows for breast screening.

There are similar international differences in the screening coverage for colorectal cancer (broad consensus that greatest benefits for 55–70 age group, but often extends beyond this) and cervical cancer (normally sexually active women up to the menopause, but actual ages vary).

Current Screening in Qatar

Currently some breast, colorectal and cervical cancer screening is available in Qatar. For instance, cervical cancer screening has been carried out in well woman clinics in PHC for over ten years. However this screening is opportunistic (relying on people self-presenting), rather than comprehensive (targeting the at-risk population and inviting them to be screened through a call-recall system). This is not sufficient, as opportunistic or non-organized screening initiatives will miss many people (typically those most at risk[2]) and cannot be easily monitored or systematically evaluated for clinical and diagnostic quality. Coverage rates are also low – a study in 2009 found that only 22.5% of women in Qatar had accessed a breast screening mammogram,[3] whilst a survey in 2008 found that just 39.4% of eligible women had received a cervical cancer Pap smear test.[4]

There are no Qatar-wide guidelines as to who should be screened and how frequently for colorectal or cervical cancer. For breast cancer screening, guidelines were agreed in 2009, but these do not cover a call-recall system or a referral pathway. More clarity is required, as one PHC clinician commented that there is a need for "clear adopted guidelines so that doctors know when and where to refer patients."[5]

Country/Organization	Recommended Age-Range for Screening	Frequency of Screening
American Cancer Society	40–70	1 year
Canadian task force on preventative health care	50–69	1–2 years
European Union/ International Agency for Research on Cancer	50–69	2 years
United Kingdom National Screening Committee	50–69 (with plans to extend to 47–73 age range)	2–3 years
US Preventative Services Task Force	50–74	2 years

Table 2: International Recommendations on Breast Screening Coverage and Frequency

1 M Hakama et al., "Cancer Screening" in Coleman et al., *Responding to the Challenge of Cancer in Europe* (2008)

2 Anttila A et al., *Cervical cancer screening programs and policies in 18 European countries*, 2004, p.935–941

3 Bener, A. et al., (2009). "Do we need to maximise the breast cancer screening awareness?: Experience with an endogamous society with high fertility." *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 10, 1–6.

4 Fathiya Mohamed Al-Meer, *Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening amongst women visiting primary health care in Qatar.* This survey was of women seeking healthcare at PHC centres and therefore more likely to be amenable to screening; the screening rates within the general population are likely to be lower still.

5 Dr. Hamad R. Al-Madhki and Dr. Mohamed Ghaith Al-Kuwari, *Health needs assessment regarding the prevention and control of breast and colorectal cancer in PHC*, January 2011, p.5

Clear Guidelines

To develop existing guidelines and to establish them where they do not exist, it is suggested that a Qatar National Screening Committee be established as a permanent body. This committee would oversee the establishment of a national screening program (project 3.6 from the National Health Strategy) and sub-committees would produce guidelines on who should be screened and how frequently for all diseases. The sub-committee for cancer should be established by July 2011. The guidelines it produces should take into account Qatar-specific information – for instance there may be merit in having early colorectal cancer screening in Qatar as 45 out of the 141 cases of colorectal cancer identified between 2000 and 2009 were in the under 50s.

Breast Screening

Considerable work has already been done on specifying the age range and frequency of breast cancer screening in Qatar. To avoid delay in implementation, it is proposed that comprehensive screening should be introduced for the 40–69 age group (with an initial focus on women over 50, where the benefit is most established) and occur every two years. Subject to the recommendation of the National Screening Committee the frequency could be increased at a later stage, if appropriate.

Breast cancer screening should use digital mammography, which is quicker and has been shown to have improved accuracy for women with radiographically dense breasts or women who are pre/perimenopausal.[1] Results should be returned within 5 working days.

Colorectal Screening

Colorectal Screening will use a mixture of Faecal Occult Blood (FOB) testing and flexible sigmoidoscopy.[2] Sigmoidoscopy is the use of a flexible imaging tube to examine the lower bowel for polyps (which can sometimes turn cancerous) and remove them. A clinical trial in the UK identified that the widespread use of flexible sigmoidoscopy should prevent 10,000 cases of bowel cancer each year.[3] Sigmoidoscopies could be performed at HMC or at some PHC centers, once staff have developed the necessary skills. FOB testing is currently conducted at PHC centers and this program should be expanded to achieve comprehensive coverage amongst the target population.

Cervical Screening

A screening program for cervical cancer should be introduced. This will use Liquid Based Cytology testing. Results should be available in 5 days.

If uptake of the HPV vaccination is high (see Chapter 4), then it could be argued that this screening program is not required. However, vaccination will not benefit the present adult female population of Qatar, nor will the majority of the immigrant female workers who come to Qatar have been vaccinated. So it is required, but given the much higher incidence of breast and colorectal cancer in Qatar, this should have the lowest priority of the three screening programs.

1 Pisano E et al., Diagnostic Performance of Digital versus Film Mammography for Breast Cancer Screening – The Results of the American College of Radiography Imaging Network (ACRIN) Digital Mammographic Imaging Screening Trial (DMIST). *NEJM*, published online September 16, 2005 and in print on October 27, 2005.

2 This strategy suggests using FOB testing and flexible sigmoidoscopies for colorectal screening rather than colonoscopies as colonoscopies require more specialized staff, take longer, are more expensive and more uncomfortable than sigmoidoscopies (**http://www.genetichealth.com/CRC_Colonoscopy_Versus_Sigmoidoscopy.shtml**). However, the balance between the methods should be considered by the National Screening Committee.

3 Atkin W et al. (2010). "Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicenter randomised controlled trial." *Lancet* 375 (9726), 1624–1633

Screening of other Cancer Sites

There is not yet sufficient evidence to warrant screening for other cancer sites. However, trials are ongoing (e.g. screening for prostate cancer) and it is recommended that the National Screening Committee keep abreast of international screening recommendations so that new screening programs can be introduced as and when there is compelling evidence of their benefit.

Screening Coverage

To be effective the WHO recommends that at least 70% of the target population be screened.[1] Computerized mechanisms will need to be established for people in the target populations to be called for screening as required. This will need to include proactive communications to all the target population, such as letters, e-mails or text messages, calling people to attend screening. **It is recommended that this be done centrally by the SCH which should co-operate with the Ministry of the Interior to use their population databases to establish a comprehensive screening call and recall system.** Further information on assessing screening performance can be found in Chapter 9.

Encouraging People to Attend Cancer Screening

It is unlikely that 70% coverage of the target population will be achieved without a concerted effort to encourage people to attend screening sessions. At the second deliberative event, people felt that that the most important factor in encouraging screening attendance was providing people with information about screening, so they can understand its benefits. Very positively, only 1% of respondents said they would not attend cancer screening. The results are shown in Figure 6. More detailed studies are being carried out into factors that could affect screening attendance – see Chapter 10 for more information.

Convenient Locations

The second most important factor in encouraging screening attendance identified at the deliberative event was a convenient location. Therefore accessibility needs to be considered as screening programs are developed. There is a desire for screening to be provided in primary care by the people of Qatar – 55.4% of women surveyed expressed a preference for cervical cancer screening to be provided at PHC clinics.[2] This is in line with the international experience, that screening should be provided in accessible community locations (this could include mobile units) and not be concentrated in highly medicalized environments which can be off-putting and adversely affect coverage.

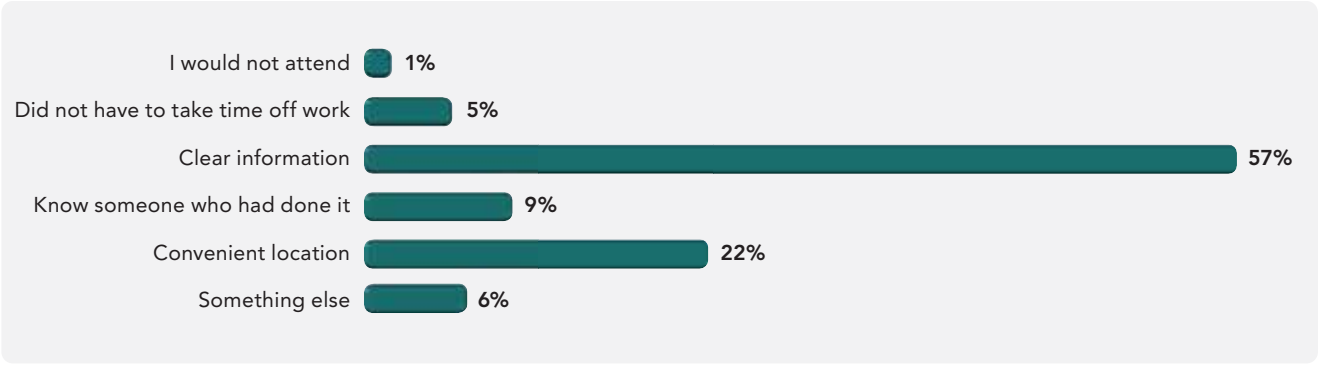


Figure 6: What would be most important in encouraging you to attend cancer screening?

1 WHO, *Cancer Control – Early Detection*, (2007), p.7

2 Fathiya Mohamed Al-Meer, *Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening amongst women visiting primary health care in Qatar*

A Range of Providers

Competition in the provision of screening services is likely to lead to better quality services in convenient locations. **Therefore it is recommended that any providers can offer screening services as long as they offer community accessibility, comply with timeliness measures and facilitate smooth referrals to secondary care.** The SCH should run an open tender for screening services.

Early Diagnosis

The majority of cancers are amenable to early diagnosis, with only a few such as lung and ovary, where evidence has shown no difference to survival rates. Once the awareness campaign on refuting the myths around cancer has been completed, **it is recommended that a second awareness campaign begins focused on early diagnosis, making the people of Qatar aware of the signs and symptoms of potential cancers.**

Failure to recognize symptoms can lead to delays in treatment. It has been suggested that as much as 60% of the total delay in treatment for breast and gynecological cancers is because women have not recognized the possible symptoms.[1]

Therefore a symptom awareness campaign will be highly beneficial. The campaign (carefully worded to ensure people are not unduly frightened or worried) will emphasize that if a resident of Qatar suspects they may have cancer they should go to a Primary Healthcare Center as soon as possible for examination and testing.

The first campaign should start with one symptom type. Given that urological cancers are the second most common form of cancer in Qatar (breast, the most common, will have a screening program in place) **it is recommended that prostate and bladder cancer should be the subject of the first campaign.**

Early Detection Success

It will be important to measure progress in early detection – so an indicator on early detection outcomes should be utilized. This will be the proportion of cancers diagnosed in stage 1 and 2. A baseline of this information is not currently available, so the first task will be to establish a baseline by the end of 2012. Then, from that baseline, **there should be a 30% increase in cancers diagnosed at stage 1 and 2 by 2016.**

Site of Cancer	Common Symptoms
Breast	Lump in the breast, asymmetry, skin retraction, recent nipple retraction, blood stained nipple discharge, eczematous changes in areola
Cervix	Post-coital bleeding, excessive vaginal discharge
Colon and rectum	Change in bowel habits, unexplained weight loss, anaemia, blood in the stool (rectal cancer)
Oral cavity	White lesions (leukoplakia) or red lesions (erythroplakia), growth or ulceration in mouth
Naso-pharynx	Nosebleed, permanent blocked nose, deafness, nodes in upper part of the neck
Larynx	Persistent hoarseness of voice
Stomach	Upper abdominal pain, recent onset of indigestion, weight loss
Skin melanoma	Brown lesion that is growing with irregular borders or areas of patchy colouration that may itch or bleed
Other skin cancers	Keratosis (lesion or sore on skin that does not heal)
Prostate	Difficulty (long time) in urination, frequent nocturnal urination
Retinoblastoma	White spot in the pupil, convergent strabismus (in a child)
Testis	Swelling of one testicle (asymmetry)
Urinary bladder	Pain, frequent and uneasy urination, blood in urine

Table taken from WHO, *Cancer Control – Early Detection,* (2007), p.9

1 National Patient Safety Agency, *Delayed Diagnosis of Cancer: A Thematic Review,* March 2010, p.11

6. Rapid and Definitive Diagnosis

It is important when cancer is suspected to achieve a rapid and definitive diagnosis to allow treatment to begin promptly.

Referral to a Specialist Clinic

All patients should be referred to a specialist clinic (e.g. urology) for their particular cancer site if initial examinations, screening and/or diagnostics indicate suspected cancer. The benefits of specialization are outlined further in Chapter 7.

Some referrals to specialist clinics may come from the emergency department or from other secondary care treatment. However, as this strategy is implemented, the two principal referral routes should become via screening and from primary care.

Referral via Screening – When one of the screening programs identifies an individual as possibly having cancer, they will automatically be referred to a specialist clinic.

Referral via Primary Health Care (PHC) – Where an individual has identified suspicious symptoms, they will normally be seen in Primary Health Care. If a family physician concurs (perhaps following initial diagnostics such as x-ray and ultrasound) they will refer the patient on to a cancer clinic. To help speed up diagnosis, a family physician will also be able to directly access an MRI test or colonoscopies for a patient who requires further investigation of possible cancer. Other referrals will also come from PHC e.g. if a family physician or nurse identifies potential cancer when treating a patient for another ailment.

To improve the rapidity and accuracy of diagnosis, all referrals should be made using a standardized referral process. This should be developed in consultation with both primary and secondary care and include information on tests already carried out, to avoid duplication. Referrals will go directly to secondary care providers from PHC and (although patients will still get copies of their referral letters) the existing practice of patients being expected to take the only copy of a referral letter to the hospital themselves, will be discontinued. In the short-term, referrals will be done via paper forms, whilst in the longer term they will become part of the IT solution being implemented across PHC and HMC.

Referral Management in HMC

It is intended that all suspected cancer referrals and any requests for follow-up made to HMC from primary care will be routed to a central point. HMC will set up a dedicated cancer administration office staffed by booking assistants to manage the booking of cancer-related appointments. It is important that this cancer office works in partnership with the wider appointments office for HMC as there will be some cross over between cancer and surgery.

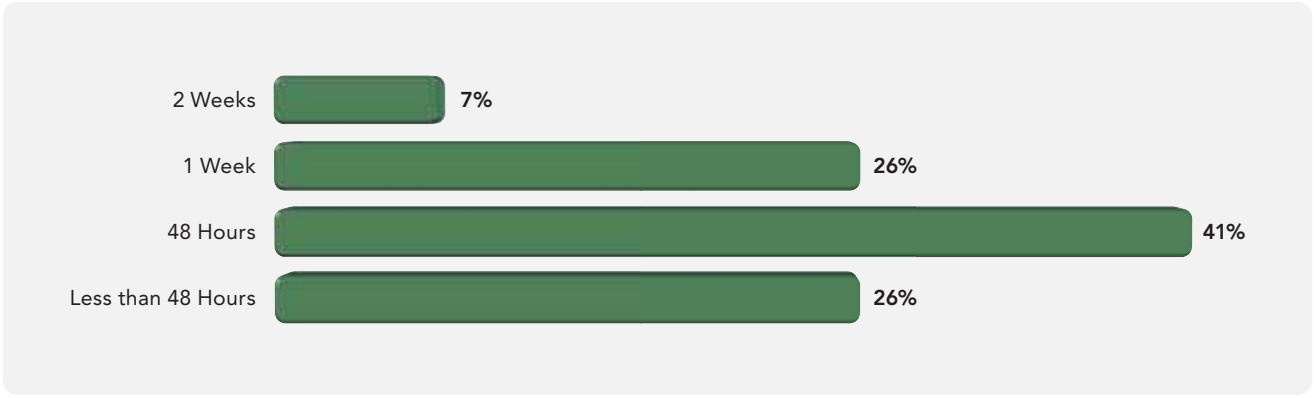


Figure 7: What would be a reasonable length of time to have to wait for an appointment with a hospital specialist for patients suspected of having cancer by primary care physicians?

Referral Timing

Participants at the second deliberative event wanted rapid appointments with a hospital specialist once they were suspected of having cancer by a primary care doctor as illustrated by Figure 7.

It is suggested that a trajectory of performance for cancer referrals be introduced. This would have the following stages so that all cancer referrals are seen within:

- Two weeks by the end of 2012.
- One week by the end of 2013.
- 48 hours by the end of 2015.

These referral targets are ambitious (the UK has remained with a 2-week maximum time between referral and being seen) but are achievable given the resources at Qatar's disposal. However, it will require suspected cases of cancer to be prioritized over conditions that are not so time critical.

Definitive Diagnosis in Secondary Care

To achieve a definitive diagnosis in secondary care requires three components as outlined in Figure 8.

Pathology Testing

Pathological samples need to be taken of either tissue (histopathology) or cells (cytopathology). The type of sample taken will vary depending on the cancer site.

Significant improvements have been made in recent years to Qatar's pathology capacity. Most tests are now performed in country and, for those that are not, plans have been put in place to build the appropriate facilities and skills. Nevertheless, there is an opportunity to accelerate the development of some cutting-edge methods such as molecular diagnostics.

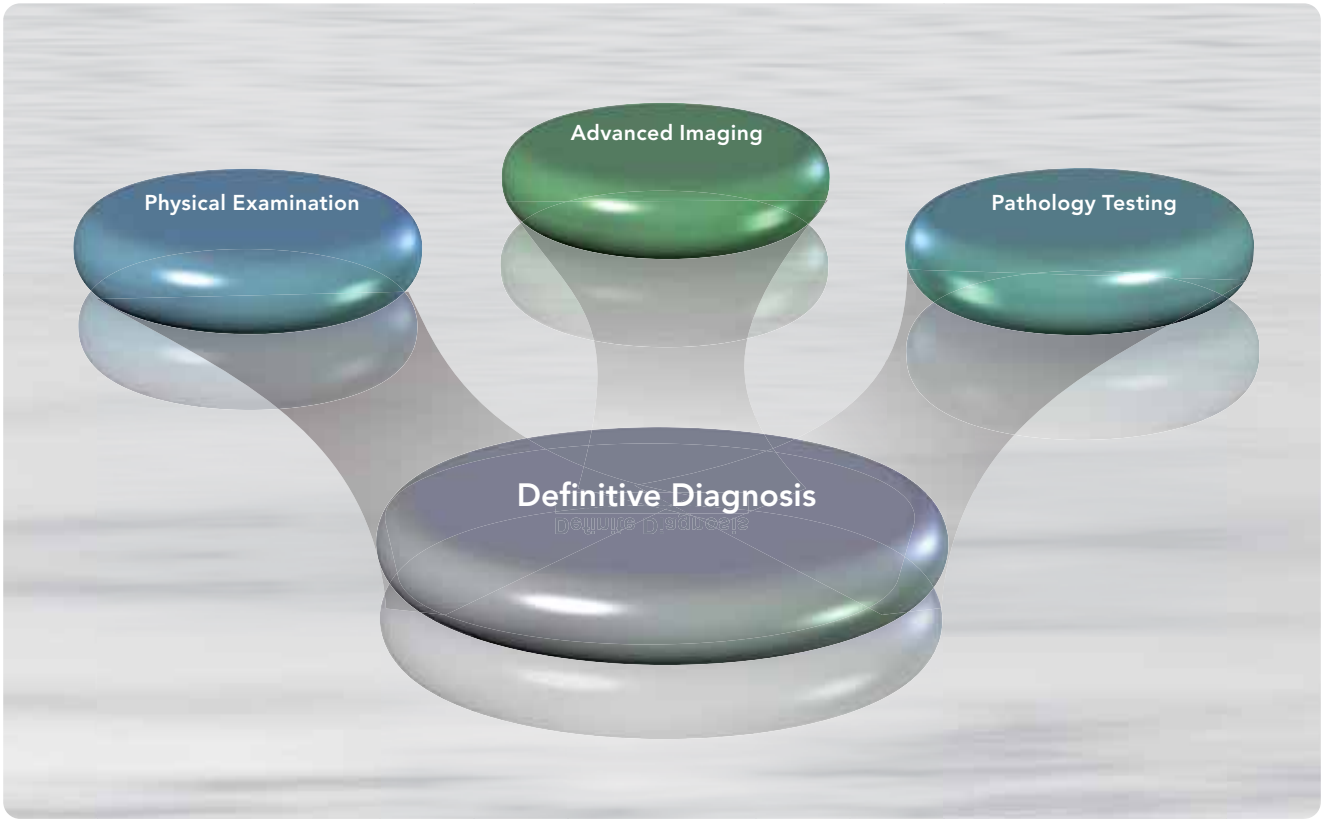


Figure 8: Components of a Definitive Cancer Diagnosis

Advanced Imaging

MRI (Magnetic Resonance Imaging) and CT (Computerized Tomography) scans can be used to provide more detailed imaging results for a suspected cancer. Qatar's imaging capability is increasing further as a PET-CT scanner (which combines sophisticated 3D X-ray technology with Positron Emission Tomography, using a radioactive tracer in a patient) is being built at HMC and will be operational in the near future.

More detailed imaging will help with a definitive diagnosis as well as providing more information on the stage a cancer has reached.

To support sharing of imaging information, HMC are already developing a computerized system for capturing imaging results so they can be available in multiple locations at once, to facilitate multi-disciplinary team working.

Physical Examination

For some cancers – for instance, breast, skin, pharynx – a physical examination by a clinician may also reveal further symptoms that help with reaching a definitive diagnosis.

Timing of a Definitive Diagnosis

Just as time to referral is important, so is the length of time from seeing a specialist to having a diagnosis. **It is recommended that by the end of 2012 a definitive diagnosis be achieved within a maximum time of two weeks of a patient being seen at a specialist clinic.**

Diagnostic Demand – A Key Issue

The requirement that a definitive diagnosis be reached within two weeks, coupled with the increased diagnostic requirements of comprehensive screening programs, means there will be a significant increase in the demand for diagnostic services.

Therefore, it is recommended that as part of the implementation of this strategy an analytical piece of work is carried out during 2011 to ascertain the likely increase in demand for diagnostics and how this relates to current capacity and capability constraints.

Constraints could include access to specific pathology tests or the availability of equipment such as MRI scanners. It will also be important to consider the issue of human resources, as initial investigations suggests that there are shortages of pathologists and radiologists in Qatar.

Once this work has been completed recommendations will be made on how providers need to strengthen their diagnostic services.

Communicating a Definitive Diagnosis

Once a definitive diagnosis has been reached then it is important that it be communicated to the patient in a sensitive but clear way. **It is recommended that a communication skills course be made available for all specialist cancer clinicians** similar to the Connected Program developed by the UK National Cancer Action Team, to ensure that communication to patients is both effective and consistent.[1]

Delay in Diagnosing Cancer

Because of the importance of identifying cancer early, **where there has been a delay in diagnosis for whatever reason (examples would include incorrect labeling of a pathology sample or the failure to contact a patient with results of tests) then this should be reported within a provider organization as a serious incident and investigated.**

Once fully operational the Cancer Registry (see Chapter 9) should be able to identify the number and proportion of such cases nationally and publish these figures.

1 For further information see: http://www.connected.nhs.uk/

7. Treatment

Cancer treatment must be patient-centered. In addition, to achieve the very best clinical outcomes treatment must also be multi-disciplinary, specialized, evidence-based and rapid, as illustrated by Figure 9.

Patient-Centered Care

Cancer treatment in Qatar needs to be patient-centered, with the patient able to make informed decisions and access the range of support they need. **To keep patients fully informed it is recommended that cancer Information Prescriptions be developed.** Information Prescriptions are comprehensive information sheets for patients about their type of cancer including potential treatments and possible side-effects.[1] Information Prescriptions should be accessible to all medical staff via computer, allowing them to select the relevant information of the patient they are seeing. They should help patients, in consultation with clinicians, make informed choices about their treatment.

Patients' psycho-social needs as well as their cancer prognosis also need to be considered. Studies have indicated that 30–40% of cancer patients suffer from psychological disorders, the most common of which are depressed mood, increased anxiety, somatoform disorders (such as hypochondria) and sexual disorders.[2] **It is recommended that psychological support be a component of cancer care in Qatar (e.g. in the form of counseling) and this should be available from when cancer is first suspected through to cancer survivorship.**

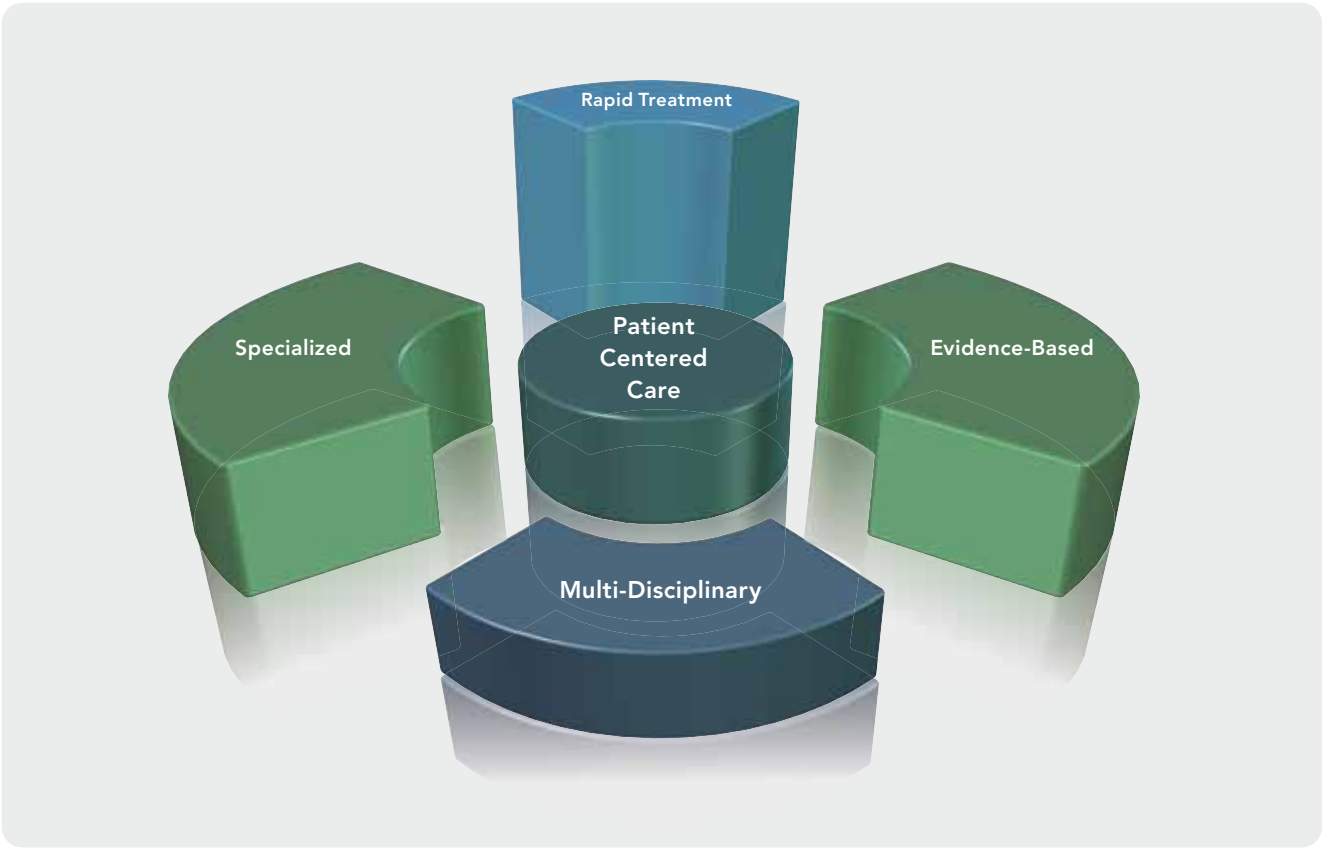


Figure 9: Aspects of Good Cancer Treatment

1 Sample Information Prescriptions for cancer from the UK are available at: http://www.nhs.co.uk/Planners/Yourhealth/Pages/Information.aspx

2 Grassi L et al., "Psychiatric concomitants of cancer, screening procedures, and training of health-care professionals in oncology: the paradigms of psycho-oncology in the psychiatry field," from Christodoulou GN, ed. *Advances in psychiatry,* Vol II. Athens, World Psychiatric Association: 59–66 (2005).

As well as these psychological problems, cancer treatment can lead to social, physical and spiritual issues. To ensure that these are identified and appropriate provision made, **it is recommended that during treatment cancer patients be regularly encouraged to fill out the "Distress Thermometer" reproduced in Figure 10.**[1] The Distress Thermometer was developed by the National Comprehensive Cancer Network, an alliance of 21 leading cancer hospitals in the USA.[2]

The results of this patient self-assessment should be acted on by patient pathway coordinators. This is a new role being introduced by this strategy and **it is recommended that every patient with cancer in Qatar be given a named patient pathway coordinator who will be responsible for organizing their care.**[3] Patients should be able to contact their patient pathway coordinator by phone to discuss any issues with their treatment.

Patient pathway coordinators will be able to ensure that care for patients is holistic. This will mean that a patient undergoing surgery that will affect their appearance (e.g. a mastectomy) will have support on their self-image and they will have access to any equipment needed post-surgery and during adjuvant treatment (e.g. wigs following hair-loss or temporary prostheses prior to plastic surgery). It will also mean that, where necessary, patients can access advice from dieticians on their specific nutritional needs both during and after treatment. Evidence suggests that having a named coordinator of care improves patients' perceptions of the care they receive. Results from the 2010 UK National Cancer Patient Experience Program found that patients with access to Clinical Nurse Specialists (who perform a coordinating role in the UK) were more positive about their treatment.[4]

One innovation that will support patient-centered care is the development of a single electronic medical record, detailing key information such as medication, allergies and diagnostic test results, which is accessible to all clinicians involved in a patient's care. This is planned as part of project 2.4 of the National Health Strategy, facilitated by the use of a unique Qatar identification number to avoid record duplication. HMC is currently procuring a new clinical information system to support implementation of the electronic medical record. Full implementation will take several years, but **in the interim, progress should be made as quickly as possible to use the Qatar Identification number in all possible cases and providers must work together to ensure easy access to each others' records.**

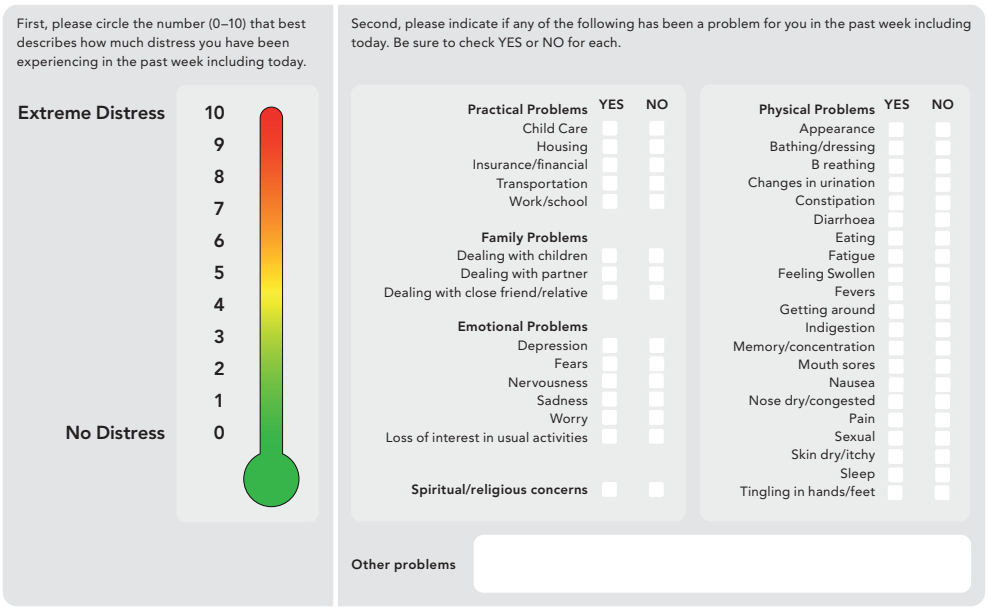


Figure 10: The Distress Thermometer

1 Clinicians at HMC supported the idea of the Distress Thermometer being used at regular intervals during treatment.

2 For more information on the NCCN see: http://www.nccn.org/about/default.asp

3 Patient pathway coordinators will have a nursing background. They will have some similarities to Clinical Nurse Specialists (CNSs), but will have more of a focus on co-ordination and do less hands on clinical work or training of other staff than CNSs.

4 Department of Health, *National Cancer Patient Experience Survey Program: 2010 National Survey Report*, December 2010, p.4

Treatment Environment – A Key Issue

At the third deliberative event participants were critical of existing healthcare facilities for cancer, especially those at Al-Amal Oncology Hospital. A typical comment was "Al-Amal Hospital, as it stands now, is not suitable for cancer care." Criticism centered on two aspects. The first was that the current building lacked space for multi-disciplinary team meetings or facilities for video conferencing with international partners, which could affect the ability to meet the recommendations in this strategy. The second was that the hospital was not welcoming or friendly, lacking amenities for patients such as wifi, a children's play area, or an accessible cafeteria.

In light of these criticisms it is recommended that Al-Amal have a major refurbishment to address these issues. As much treatment as possible should be provided in Al-Amal, with people only having care elsewhere on the HMC site when care cannot be provided in Al-Amal. It should become, as one participant put it "one comprehensive [cancer] centre under one roof." There should be patient representation in the group deciding on the necessary changes, in line with a sensible suggestion at the third deliberative event. Given space constraints, a better solution to creating a pleasant space specifically for patients may be the development of a Maggie's Centre[1] (a comforting, architecturally-striking building offering support services to patients and their care-givers) in Qatar, and this should be considered. Finally, to recognize that a refurbished Al-Amal will be at the forefront of implementing this strategy, the hospital will be renamed the Qatar National Cancer Centre.

The refurbishment of Al-Amal will be a medium-term solution for the next three to five years. As a longer term solution to cope with the rising incidence of cancer in Qatar and to provide comprehensive services, **the creation of a new cancer hospital on the HMC site is recommended.** Construction will begin within the timescale of this strategy. This will mean that the planned updating of this strategy in 2016 (see Chapter 12) can put this new facility at the heart of its plans for further improvements in cancer care in Qatar.

Multidisciplinary Care

The WHO recognizes the advantages of managing patients with cancer or suspected cancer within a multidisciplinary team (MDT) environment.[2] Typically an MDT will include surgeons, physicians, radiologists, pathologists, oncologists, clinical nurse specialists, palliative care specialists, radiographers and MDT coordinators. Depending on the cancer and co-morbidities it may also include Allied Health Professionals (such as dieticians and speech and language therapists), pharmacists and psychologists.

Participants were asked at the second deliberative event if they thought MDTs should be introduced in Qatar. As Figure 11 shows, over 90% agreed that they should.

Therefore, because of the international evidence – endorsed by the people of Qatar – **it is recommended that all cancer patients in Qatar must be discussed via an MDT.** This should happen regardless of who is responsible for the patient e.g. a surgeon at a private hospital or an oncologist at HMC. To maximize the time of busy clinicians MDTs may be undertaken virtually as long as all participants have access to the necessary diagnostic information.

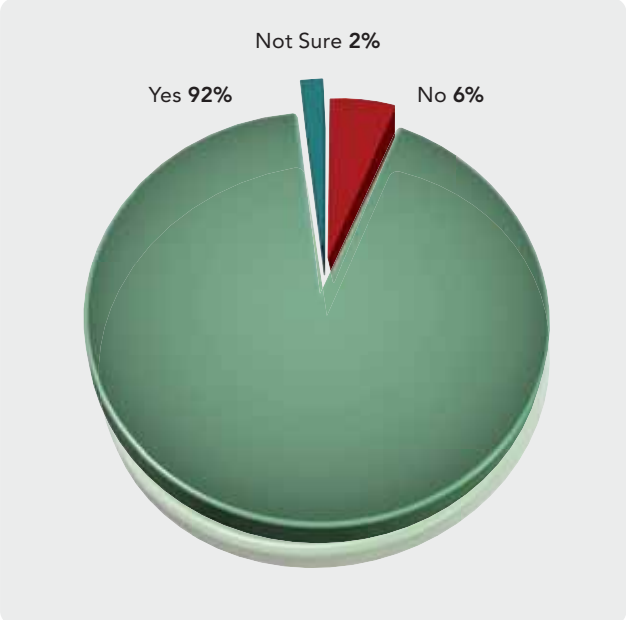


Figure 11: It is international best practice for all cancer patients to be managed by a team that combines different kinds of healthcare professionals. Do you think this multidisciplinary approach should be adopted in Qatar?

1 For more information, see http://www.maggiescentres.org/

2 WHO, *Cancer Control – Diagnosis and Treatment*, (2008), p.3

MDTs for urological, hematological, gastrointestinal and breast cancers have already been established. **MDTs for all types of cancer should be in place by October 2013.**

Treatment decisions, including plans for surgical treatment, oncological management and palliative care should be funneled through the MDT meeting, to ensure that a consensus is reached. Participants should be able to contribute freely and bring their particular expertise to the discussion. **To facilitate the use of MDTs, it is recommended that HMC recruit MDT Coordinators who will be responsible for the scheduling and smooth running of MDT meetings.**

MDTs recognize the multiplicity of treatment modalities that many patients will receive. The three major ones are:

1. **Surgery –** To remove cancerous tumors and repair a damaged part of the body
2. **Chemotherapy –** The giving of cancer drugs to destroy cancerous cells
3. **Radiotherapy –** The use of ionizing radiation to destroy cancerous cells. HMC have some of the most advanced radiotherapy facilities in the GCC.

MDTs enable the effective co-ordination of these treatment modalities.

MDTs will deal with specific cancer sites (e.g. breast, hematology etc) as different cancer sites require different diagnostics and treatment. To ensure the effective running of the MDTs, they will be overseen by Tumor Boards. Tumor Boards will not manage the clinical care of individual patients, but look at overall performance of an MDT.

Specialized Care

Just as MDTs deal with specific cancer sites, so oncology staff should, wherever possible, specialize. This is because staff specializing in particular cancer sites (e.g. breast, colorectal) leads to better outcomes. For instance a study found that breast cancer patients who had been cared for by specialist surgeons had a 9% increase in their five-year survival rates.[1]

The benefit of specialization is undoubtedly driven in part by the greater volumes of patients with a specific cancer that a specialist will see. Systematic reviews of the evidence have concluded that clinicians treating higher volumes have better outcomes, especially for pancreatic and esophageal cancer.[2]

So specialist clinicians treating higher volumes of patients in their chosen specialization is better for patient care. By seeing more patients with a specific type of cancer, specialists will be aware of different potential presentations, have a great understanding of treatment options – including their side effects – and be more proficient in delivering that treatment.[3] **Therefore it is recommended that cancer clinicians in Qatar specialize.** This recommendation was supported by over 90% of participants at the second deliberative event, as demonstrated in Figure 12.

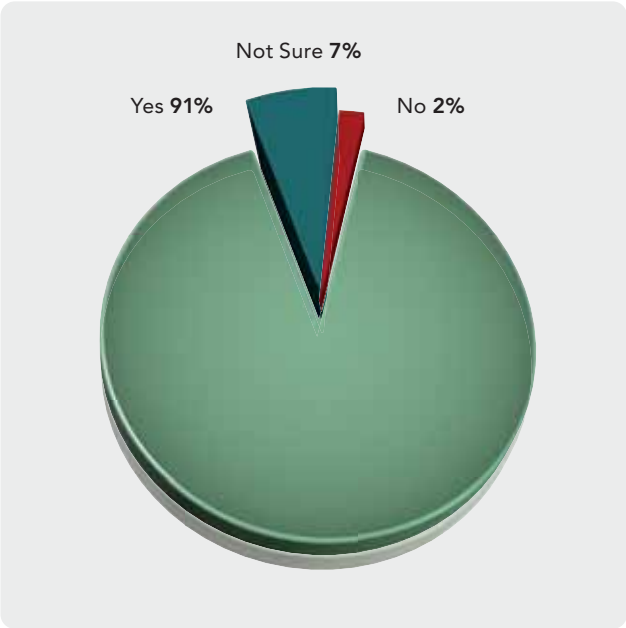


Figure 12: Evidence shows that the more clinicians specialize in specific types of cancers, the better the outcomes for patients. In view of this evidence, do you think this approach should be adopted in Qatar?

To support specialization it is recommended that secondary care providers of cancer treatment adopt a policy of privileging. This means that providers grant clinicians the right to treat particular cancers. If clinicians act beyond the remit of their cancer clinical privileges they could face disciplinary action from their employers.

1 Gillis CR, Hole DJ (1996). "Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland," *Br Med J*, 312(7024): 145–148.

2 Halm EA, Lee C, Chassin MR (2002). "Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature," *Ann Intern Med*, 137(6):511–520.

3 Robert Haward, "Organizing a comprehensive framework for cancer control," in Coleman et al., *Responding to the Challenge of Cancer in Europe* (2008), p.121

Specialization in Nursing

Specialization is important amongst nurses, the largest single group within the cancer workforce. **To enhance nursing specialization, this strategy endorses HMC's plan to introduce Clinical Nurse Specialists (CNSs) in Qatar.**

CNSs are nurses with a post-registration cancer qualification who specialize in a particular aspect of cancer care. The specialty may be focused on a population (e.g. young people), type of care (e.g. palliative care), type of problem (e.g. lymphoedema), type of treatment (e.g. chemotherapy) or tumor type (e.g. lung cancer). As Figure 13 shows, the CNS role also supports the other aspects of good treatment outlined in this chapter, particularly in the provision of more patient-centered care and in the successful functioning of MDTs.

HMC are beginning the introduction of CNSs in the cancer specialties (urological, hematological, gastrointestinal – including stoma care – and breast) which already have MDTs/ Tumor Boards. This will be expanded so that by 2015 all cancer patients will have access to a Cancer CNS with specialization in their particular type of cancer.

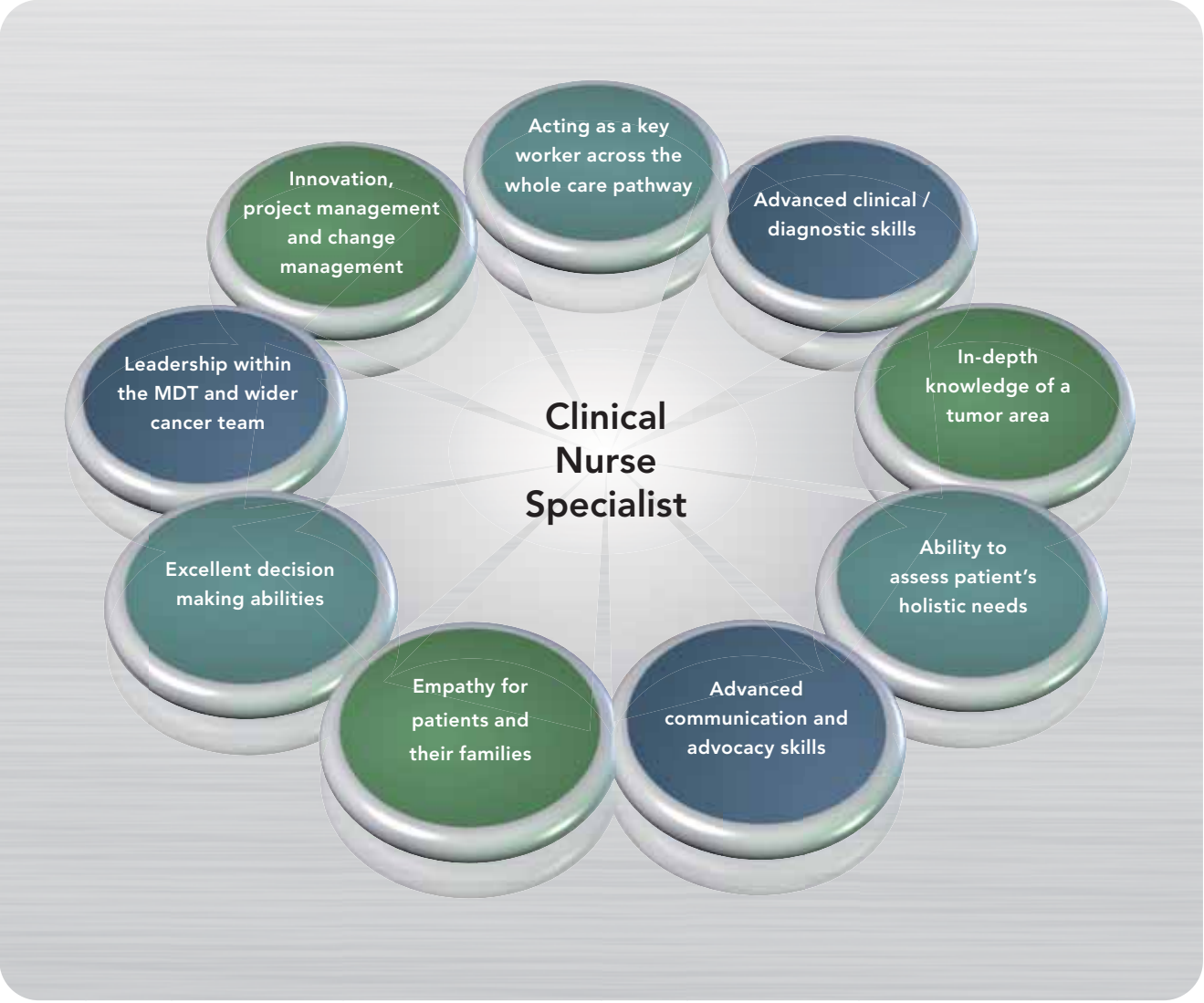


Figure 13: The Clinical Nurse Specialist Role[1]

1 Taken from Macmillan Cancer Care, *Excellence in Cancer Care*, 2010, p.5 available at: http://www.macmillan.org.uk/Documents/AboutUs/Commissioners/ExcellenceinCancerCaretheContributionoftheClinicalNurseSpecialist.pdf

Best Practice Pathways

Even the most specialized clinician can benefit from following evidence-based pathways. The Qatar National Health Strategy highlights the benefit of adopting evidence-based guidelines.[1] Many countries have now adopted them for cancer – for instance Denmark developed guidelines for the 34 most common cancers and put them into action within a single year.

It is recommended that Qatar develops evidence-based pathways for the different cancer sites. Evidence-based pathways for the ten most common cancers have already been created and are published alongside this strategy. In addition, clinical guidelines are already used by some providers (e.g. HMC) for specific cancers.

To build on the current situation, it is suggested that Qatar procures the services of an organization with experience of developing clinical standards to consider what already exists and use this to produce comprehensive best practice pathways. **These will become National Standards, which should be followed by all cancer care providers. The first National Standards should be established by 2012. Compliance with these National Standards should be a key component of the performance agreements SCH has with public and private healthcare providers.** Once a National Standard is published, existing services should be reviewed against it within 6 months and a plan to tackle any deficiencies developed.

Timeliness of Treatment

The importance of avoiding delay in detecting cancer has been emphasized in earlier chapters, and the same urgency should apply to treatment. **Therefore, it is recommended that by the end of 2012, once a definitive diagnosis has been made, patients should begin treatment within 14 days.** This will mean that the total time from first referral to treatment is a maximum of 42 days. This will reduce further as the time from first referral to being seen in a specialist clinic declines, as shown in Figure 14.



Figure 14: Time from first referral to treatment

1 Supreme Council of Health, *National Health Strategy 2011–2016*, April 2011, p.12. Clinical Guidelines are output 2.1.2 of project 2.1 Quality Improvement

At the third deliberative event people were asked "If a patient's appointment is cancelled, we suggest that they should be offered a choice of an appointment with an alternative provider or a guaranteed rebooking within one working week – does this seem fair?" The vast majority (77%) said that it was. **This requirement should therefore be put into operation and the original provider should be required to pay the costs of the alternative provider.**[1] This will need to be included in the work to develop health insurance in Qatar (National Health Strategy Project 6.3).

Ensuring Quality Treatment

The American Institute of Medicine defines six principles of quality care – Safe, Timely, Effective, Efficient, Equitable and Patient Centered.[2] Some of these are explicitly dealt with in the strategy; others will implicitly be part of improved cancer services. To ensure such quality treatment is provided in Qatar a range of quantitative indicators will be deployed – further details are provided in Chapter 9. **To supplement this it is recommended that a process of Peer Review be established.** Peer Review involves a visit from cancer clinicians from elsewhere to examine cancer services. It has proved very successful in improving UK cancer services.[3] A participant at the third deliberative event noted that "peer review is essential" in assessing performance of cancer services. Such peer review should be the responsibility of SCH and cover all providers of cancer treatment. One aspect of the Peer Review process should be the consideration of the minimum number of patients, for each site or type of cancer, which a provider needs to treat in order for clinicians to maintain the necessary skills and standards. This will reinforce providers' own privileging processes, outlined earlier in this chapter.

International Expertise – A Collaborative Partner

HMC are in the process of searching for a leading international cancer hospital that can become a collaborative partner with them. The collaborative partner will be expected to share their expertise (e.g. providing expert opinions on diagnostic results using tele-medicine) and help in the development of HMC's cancer clinicians and processes.

Treatment abroad

Some of the population of Qatar are unnecessarily travelling abroad for cancer treatment. Such travel can delay cancer diagnosis and treatment. As shown in Figure 15, the vast majority of attendees at the second deliberative event supported encouragement of treatment in Qatar wherever possible.

However our public survey found that only 27% of people would definitely choose to be treated in Qatar for cancer.[4] 34% would choose abroad, with the remainder unsure. Whilst some of those wanting to be treated abroad are expatriates wanting to be close to their families, others appear to be motivated by a belief that the quality of Qatar cancer services, are not as good as those elsewhere.

So progress in implementing this strategy must be communicated to the people of Qatar, so that they will have confidence that the cancer care available in Qatar is of as high a standard as they can receive elsewhere and choose treatment in Qatar. One of the indicators of the success of this strategy will be that fewer people from Qatar are going abroad for cancer treatment.

Treatment in Qatar should be the case for the vast majority of cancers. Qatar's nearly 1.8 million population is sufficient to provide care for all but the most specialized of cancers. Where such specialized treatment is needed (e.g. proton beam therapy for rare childhood cancers or treatment of soft tissue sarcoma) then arrangements will be put in place for cancer patients from Qatar to access that specialized care abroad.

1 The assumption is that this would be a Qatar-based provider.

2 The Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st century,* March 2011, p.2

3 Robert Haward, "Organizing a comprehensive framework for cancer control," in Coleman et al., *Responding to the Challenge of Cancer in Europe* (2008), p.129

4 Survey of Public Sector Workers carried out online April–May 2011

People coming to Qatar for Cancer Treatment

At the same time as reducing the number of Qatari residents travelling abroad, this strategy aims to encourage more people to come to Qatar for cancer care. Qatar should become a beacon of excellence for cancer care within the Gulf Region and, ultimately, for the whole of Western Asia.

Baselines for both the number of Qatari residents travelling abroad for cancer treatment and the number of people from the coming to Qatar for cancer care from abroad should be established by 2012. The National Cancer Stakeholder Committee has suggested that a 20% decrease in the former and a 20% increase in the latter by 2016 would indicate Qatar is making progress in becoming a preferred destination for cancer care.

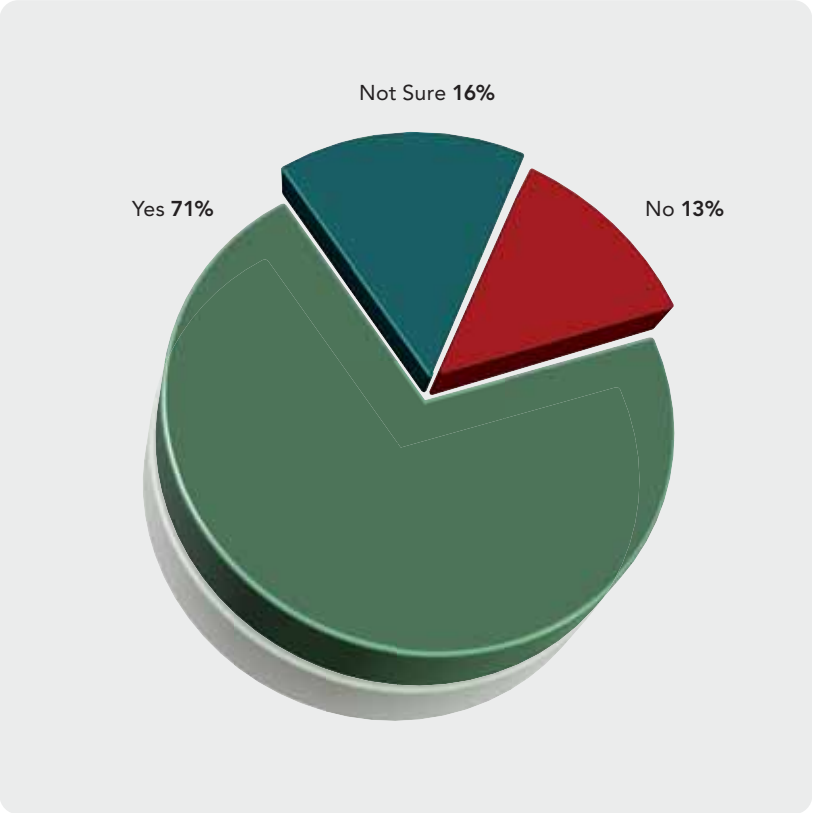


Figure 15: Should people who could have cancer be encouraged to use local services wherever possible rather than to travel abroad?

Pediatric Cancer

Cancer is predominantly a disease that affects adults. For instance, in the UK only 0.5% of cancer cases are amongst the 0-14 year old age group.[1] Childhood cancer incidence rates in Qatar are estimated to be about 12 per 100,000 children,[2] which is very comparable with the UK incidence of 14 per 100,000.[3] These childhood cancers tend to be concentrated in a few sites, with over half the cancers being leukemia or brain tumors.

Given the far greater proportion of cancer amongst adults, that has been the focus of this strategy. However the vast majority of recommendations – such as the importance of rapid diagnosis, multi-disciplinary care, following evidenced-based pathways and specialization – equally apply to the care of children with cancer.

Pediatric cancer will be treated at the new Sidra Medical and Research Center, scheduled to open in December 2012. Sidra will have the responsibility for implementing the recommendations related to treatment and ongoing care for children with cancer. In this the new hospital will be aided by international expertise – Sidra has a link established with HMC and their partners, The Hospital for Sick Children in Toronto which has the first pediatric specific Cancer Genetics Program in North America and, since 2008, has been developing the Garron Family Cancer Center.[4] Sidra will also work with community services to support ongoing care for children and young people when they are discharged home.

Four additional aspects should be considered with regard to pediatric cancer care. The first is education. Services should be organized to minimize disruptions to children's education. Patient pathway coordinators for children will therefore have additional responsibilities in liaising with schools to reduce disruption to a child's education.

Second is that the consideration of family wishes, although an important part of care for adults with cancer – see Chapter 8 in particular – are of even greater weight for children. Families need to be more involved in treatment decisions.

The third is the need to ensure appropriate arrangements are in place to ensure there is a seamless transition of the care of young people with cancer from children's to adult services.

Fourth and finally, consideration must be given to maintaining cure rates whilst reducing the long term toxicity of cancer care, as children who survive cancer should have many years of life ahead of them. One in every thousand adults is a survivor of childhood cancer and they must have as normal a life as possible post-treatment.

The SCH should work with Sidra to ensure that the requirements of this strategy (such as the cancer patient experience survey, outlined in Chapter 9) are implemented in an age-appropriate way. To support this, there should be a pediatric representative on the National Cancer Stakeholder Committee, who can lead a pediatric cancer working group composed of all organizations with an interest in children's cancer care.

1 See: **http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/childhoodcancer/**

2 Bener, A. et al., Patterns of cancer incidence among the population of Qatar: A worldwide comparative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,* 8 (2007), 19–24.

3 See: **http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/childhoodcancer/incidence/#Overall**

4 For more information on SickKids see: **http://www.sickkids.ca/index.html**

8. Ongoing Care

Getting the right treatment is vital, but it must be supported by good ongoing care, even once treatment has stopped. Such care will help people through the physical and psychological challenges that occur during and after cancer treatment.

Palliative Care

"Palliative care is the active holistic care of patients with advanced progressive illness. Management of pain and other symptoms and provision of psychological, social and spiritual support is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best quality of life for patients and their families. Many aspects of palliative care are also applicable earlier in the course of the illness in conjunction with other treatments."

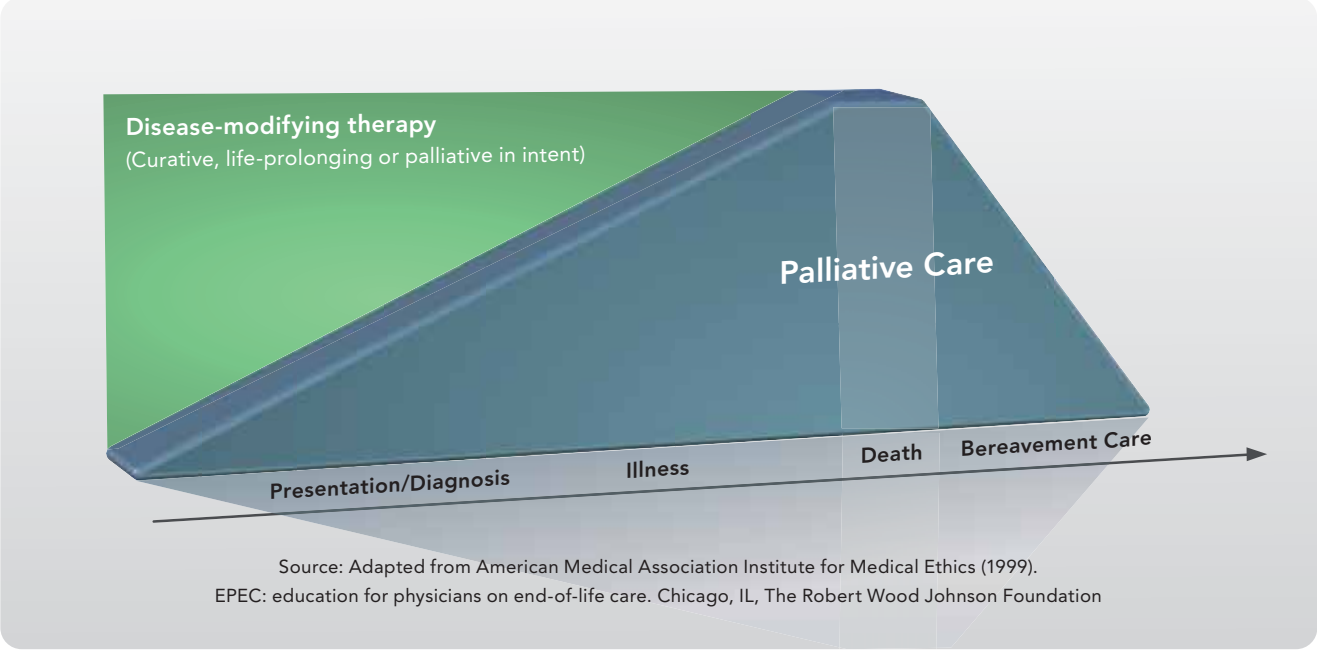
—Definition from UK National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Figure 16 shows how palliative care works alongside treatment, until a point is reached where treatment is no longer effective.

Good palliative care is needed for good cancer care. The Georgian National Program for Palliative Care estimates that 60% of cancer patients will experience significant pain.[1] So if palliative care is not adequate, this will adversely affect the majority of cancer patients.

According to the International Observatory on End of Life Care there are four groups of development of palliative care. Qatar is currently in group 2 – "continues with hospice and palliative care capacity building." It needs to move to Group 4 "countries where hospice and palliative care activities are approaching integration with the wider public health system" alongside countries such as Germany and the Netherlands.

Qatar needs to improve its palliative care services so that it becomes a member of the fourth group. To help develop the necessary integration, **it is recommended that a palliative care directorate be established at HMC.** This directorate (based at Hamad General Hospital, but with clinical leads in the other hospitals), will have oversight of all patients needing palliative care, regardless of which hospital they are being treated at within HMC.



Source: Adapted from American Medical Association Institute for Medical Ethics (1999).
EPEC: education for physicians on end-of-life care. Chicago, IL, The Robert Wood Johnson Foundation

Figure 16: The balance between disease-modifying therapy and palliative care.

1 Kordzaia et al., *Georgian National Palliative Care Program*, 2010

To support the functioning of the palliative care directorate, **it is recommended that by 2012 all palliative care patients have their own palliative care plan.** What this will include is detailed in box 5 below. This should be available in an electronic form accessible to the patient, their family and all relevant clinicians.[1]

Box 5: Palliative Care Plan

A palliative care plan should include:

- Diagnosis
- Symptoms
- Current problems
- Anticipated problems – plus mitigating actions
- Medications – plus emergency medications and including necessary analgesics
- Location of palliative care delivery
- Preferred place of death/specific wishes
- Cardio-pulmonary resuscitation – if discussions have taken place
- Care giver's details and needs

Including care giver's details and needs is important as families should be involved in palliative care decisions, and they are likely to play an important care-giving role, particularly if palliative care is delivered at home. And it is home care that people in Qatar want in their final days. The public survey revealed that almost half of people wanted to spend their final days at home, with a sizeable group (39% of respondents) wanting access to a combination of home, hospital and home-like palliative care facility.[2] In contrast, as Figure 17 shows, just 3% wanted to spend their last days on a hospital ward.

Therefore, to deliver the care desired by the people of Qatar, it is recommended that a Specialist Palliative Care Center be built at HMC. This will allow patients to stay at the hospital site, but in a less intensive treatment environment. The Specialist Palliative Care Center will provide greater privacy and a more home-like environment than is possible on a hospital ward, providing greater capacity and a better experience for palliative care inpatients.

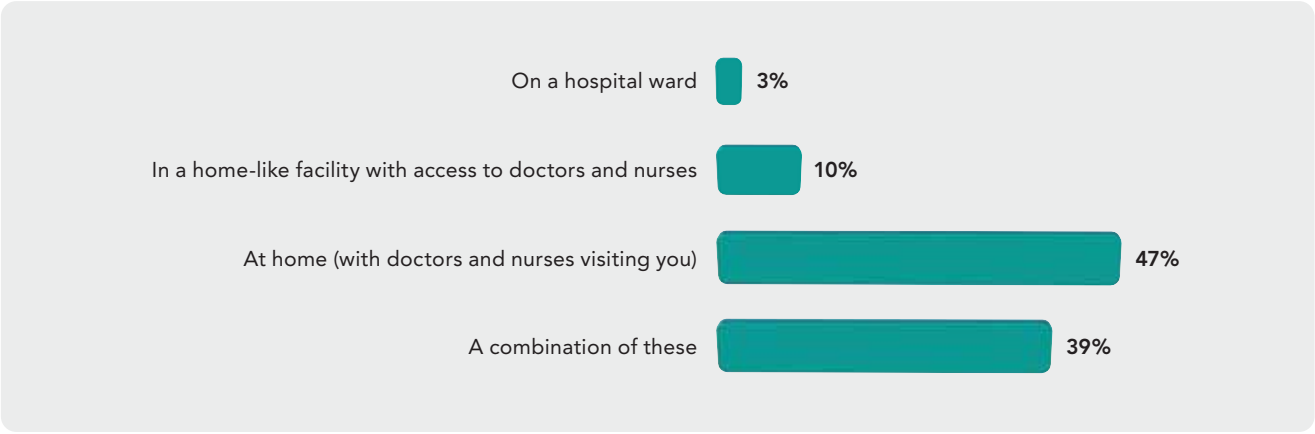


Figure 17 – People who cannot be cured from cancer make different choices about where to spend their final days. If you were in that situation, where would you like to be cared for?[3]

1 A palliative care event on 28 April 2011 highlighted the benefits of an electronic palliative care plan introduced by the Royal Marsden Cancer Centre in the UK.

2 Survey of Public Sector Workers carried out online April–May 2011

3 Responses in Figure 17 do not sum to 100% due to rounding.

Home healthcare services must also be developed so that people can be cared for at home as much as possible, particularly if they are moving from active treatment to predominantly palliative care. These homecare services should include nurses skilled in delivering palliative care and the services should be linked with hospital doctors. This will require effective co-ordination between PHC and secondary care providers. SCH will also need to consider whether existing narcotic laws should be amended to enable greater access to pain relief in the community.

The increase in resources for palliative care that will be required to implement these recommendations has huge popular support. At the third deliberative event 96% of respondents answered yes to the question "would you support putting additional resources into palliative care to improve the support patients receive in living and dying with cancer?"

Properly organized and funded palliative care will not just be of benefit to cancer patients. It will also be a positive development for patients with other progressive advanced conditions e.g. multiple sclerosis. Just as with the other end of the cancer continuum (prevention), good cancer care can have benefits for the management of other diseases.

Cancer Survivorship

Thanks to advances in cancer care, such as those outlined in this strategy, more and more people are surviving cancer. As mentioned in Chapter 3, in the United States 90% of women are alive five years after breast cancer was diagnosed. There needs to be adequate provision for these survivors and they are also a valuable resource.

Follow-ups

Once cancer has gone into remission, patients must continue to be followed-up. **It is recommended that patients continue to see a cancer clinician every 3 months for a year after remission and then the frequency decreases, over time and as clinically appropriate, to one annual check-up.**

The results of any specialist care should also be communicated back to the patient's primary care physician as a matter of routine – one of the most worrying findings of a recent survey of PHC doctors was the lack of involvement they had in cancer patients once they were referred. 61% of doctors questioned said they were not following-up with patients referred for cancer and, from their feedback, a major reason for this is poor communication between secondary and primary care.[1]

One way of improving joint follow-up by primary and secondary care clinicians would be to develop family physicians with an interest in cancer and this is discussed in Chapter 10.

Cancer Transitions and Secondary Prevention

Returning to normal life after a physically and emotionally draining period of cancer treatment can be a challenge. **It is recommended that a program supporting cancer survivors in the period post-treatment be implemented in Qatar.** The program should cover issues such as nutrition, the importance of exercise, post-treatment medical management and emotional wellbeing. The Cancer Transitions program developed in America may provide a template.[2]

Such a program will help decrease the risk of patients developing cancer a second time by giving them information on how to maintain a healthy lifestyle (see Chapter 4). Another key aspect of secondary prevention of cancer will be the enrolling of former cancer patients back into the cancer national screening programs set out in Chapter 5.

1 Dr. Hamad R. Al-Madhki and Dr. Mohamed Ghaith Al-Kuwari, *Health needs assessment regarding the prevention and control of breast and colorectal cancer in PHC*, January 2011, p.12

2 Cancer Transitions program developed by the Cancer Support Community and the LiveStrong Foundation. More information at: **http://www.cancersupportcommunity.org/mm/Treatment-Ends/cancertransitions/default.aspx**

Cancer Support Groups

Three cancer support groups currently exist in Qatar – the Hayat Cancer Support group (which has links with the Qatar National Cancer Society), the Ladies of Harley cancer support group and a support group affiliated to Doha Mums. Cancer support groups need not be focused solely on patients – the members of the Doha Mums group are partners of cancer patients who have found it helpful to support each other in their experiences. **More cancer support groups should be encouraged to develop in Qatar,** especially a group that could cater for men. To help the population of Qatar know which groups exist it is recommended that the comprehensive cancer information website proposed in Chapter 3 and the Information Prescriptions proposed in Chapter 7 have a section on support groups that give key information on each group such as membership backgrounds, meeting times, a key contact etc.

Survivors and Volunteering

Cancer survivors could form a valuable resource to support implementation of this strategy. Cancer survivors should be encouraged to play a role in the myth-busting and awareness campaigns outlined in Chapters 3 and 5. With some training, cancer survivors could also play a role in supporting newly diagnosed patients by drawing on their own experiences to, for instance, help people in understanding the reason for different tests and in coping with the side effects of treatment. There might even be potential to create a helpline hosted by the Qatar National Cancer Society and staffed by volunteers. **To facilitate the use of cancer survivors and other volunteers it is recommended that a volunteer coordinator role be created to develop volunteer training and opportunities. The volunteer coordinator should be based in the Qatar National Cancer Society and funded by the SCH.**

What Will Success Look Like?

Having set out proposals across the cancer continuum, this story imagines what cancer care was like for a fictional patient in 2008 (recognizing that significant advances have already been made in urological cancer care since then) and what it will be like in 2016.

Mohammed's journey in 2008

Mohammed has been frequently needing to go to the toilet in the night and it takes him a long time to do so. However, he does not want to bother the doctor about it so he waits 6 months, but the problem keeps getting worse. He goes to a Primary Healthcare Centre and the doctor refers him to HMC general urology outpatient department. He is sent to Hamad General Hospital with a referral letter. He attends the outpatient department to make an appointment. His appointment is in a month's time and when he attends, the urologist determines he needs a biopsy. Mohammed then has to wait another 8 weeks for the biopsy to be taken and when he finally goes to the clinic he has to just turn up and wait – after arriving in the morning he is seen in the afternoon. A sample of tissue is taken and this is sent away for testing. Mohammed is contacted and told he has high risk localized prostate cancer and that his surgeon thinks he should have the prostate gland removed. Not having been properly consulted, Mohammed initially wants a second opinion, but when told this will delay things further Mohammed agrees to have the surgery. However, when it is the day for admission, he attends the admission office and is told that there are no beds available. During the additional month waiting he becomes depressed, but no one checks how he is feeling. Finally he does have surgery, which goes well. Mohammed stays in hospital a week, and his prostrate is quite painful. He is then sent home and told to come back for a follow-up. After a follow-up he is discharged to get on with his life.

This rich image represents in pictorial form how Mohammed's experience will change if the recommendations in this strategy are implemented, whilst the next text box tells Mohammed's story in 2016.



Image 2: The future uro-oncology pathway


VIRTUAL MDT
PRIVATE HOSPITAL
NO CANCER
BENIGN PATHWAY
That was quick!
14 DAYS
Screening
Attendance
BEST PRACTICE
Outcomes
GOVERNANCE
AUDIT
TUMOUR BOARD
OUTCOMES FORM
MIN DATA SET
R&D
INTERNATIONAL COLLABORATOR
Peer Review
Best Practice
MEDICAL STUDENTS
TRAINING & EDUCATION
I need to call my Care-Coordinator
JUNIOR DOCTOR
RADIOLOGY
X-RAY
CT
ULTRA-SOUND
MRI
PATHOLOGY
CONSULTANT UROLOGIST
CONSULTANT RADIOLOGIST
CONSULTANT UROLOGIST
CLINICAL NURSE SPECIALIST
RESEARCH NURSE
PATHOLOGIST
CLINICAL TRIAL
STOMA NURSE
PATIENT LIST
OUTCOMES FORM
MIN DATA SET
CONSULTANT ONCOLOGIST
PATIENT NOTES
CNS
PAIN MANAGEMENT AND SYMPTOM CONTROL SPECIALIST
CLINICAL NURSE SPECIALIST
MDT COORDINATOR
CAFÉ
MULTIDISCIPLINARY TEAM
14 DAYS
TREATMENT
MIN INVASIVE
TREATMENT OPTIONS
ROBOTICS
RADIOTHERAPY
CHEMOTHERAPY
PATIENT INFO
FEEDBACK

Mohammed's journey in 2016

Mohammed is having problems going to the toilet and frequently needing to urinate in the night. He sees in a newspaper advert that this is a symptom of prostate cancer, so he goes to see a doctor at the Primary Healthcare Centre. Initial tests suggest Mohammed might have prostate cancer, and after a discussion of the test results with Mohammed, the doctor arranges an appointment at a specialist clinic at HMC's Uro-oncology Unit in two days time, to fit round Mohammed's work commitments. Mohammed attends the clinic and a sample of tissue is taken. The test results come back rapidly and Mohammed is told that he has intermediate risk localised prostrate cancer, which has been caught before it can develop further. At a multidisciplinary team meeting doctors and allied health professionals discuss Mohammed's care and decide there are two treatment options – surgery or radiotherapy. The risks and benefits of each are explained in a consultation interview to Mohammed – who also receives clear information he can refer to later and show to his family – and, following some time to think, he chooses surgery. His surgery is booked in for ten days time. Mohammed is introduced to his patient pathway coordinator, who he can contact at any time. Mohammed is asked to assess himself using the distress thermometer, which suggests he is experiencing depression. His patient pathway coordinator arranges for Mohammed to have some counseling whilst waiting for his surgery. The surgery goes well and Mohammed has a stay of a week in hospital during which he gets excellent pain relief organized for him by the palliative care clinicians. He is sent home and then has follow-ups at one week (to check initial impact of surgery), three weeks (to remove his catheter, this happens at home) and six weeks (to check Prostate Specific Antigen (PSA) levels, an indicator of the presence of cancer). The surgeon ensures that his primary healthcare doctor knows what has happened with Mohammed's treatment and Mohammed is given advice on how to alter his lifestyle to reduce the chances of a recurrence. He continues to have three monthly follow-ups for the first year.

In these two vignettes, the outcome of treatment is ultimately the same, but Mohammed has a much better patient experience in the second vignette. In another case delays in diagnosis and treatment might have made the cancer inoperable and the discrepancy would have been starker.

Having considered what difference might be made for one individual patient, Chapter 9 now explores how we can assess the overall performance of cancer services across Qatar.

9. Measuring Performance

To assess the success of this strategy in improving performance across the cancer continuum, indicators are needed. Some indicators will apply to specific parts of the continuum (e.g. screening coverage rates), whilst others will be influenced by the totality of this strategy (e.g. cancer survival rates). The indicators will enable comparison both internationally and within Qatar – for instance between different MDTs. In choosing indicators for Qatar we have taken into account work done in 2001 to develop cancer indicators by a group of more than 130 experts.[1] For a full list of the indicators, please see Annex B.

These indicators need to be collected in a robust way and this will require the establishment or development of surveys and registries. This chapter details two surveys and two registries that will be needed to identify successes and highlight areas for improvement:

- **Cancer Registry –** This will collect epidemiological indicators such as cancer incidence, mortality, prevalence, survival, stage of diagnosis, etc.
- **Understanding of Cancer and Prevention Survey –** This survey of the people of Qatar will measure their understanding of cancer and their lifestyle habits.
- **Screening Registry –** This will identify the comprehensiveness and impact of screening programs.
- **Patient Experience Survey –** This will survey cancer patients in Qatar to understand their views of the quality of treatment and support they have received.

Cancer Registry

International best practice suggests that a cancer registry must have a record for each cancerous tumor that a person has or has had – so an individual unfortunate enough to have two tumors in different parts of the body would have two records. Otherwise, there is no way to understand cancer incidence, cancer prevalence (the number of people with cancer) or cancer survival rates (the number of people alive at a set point after diagnosis with cancer).

Although Qatar already has a cancer registry, it is not currently collecting sufficiently comprehensive information. It is recommended that all existing reporting processes (including pathology, imaging results, diagnoses and death certificates) be aligned to produce good quality information. An indicator of success in this will be that Qatar's information is accepted and published in Cancer Incidence in 5 Continents[2], seen internationally as recognition of a high quality cancer registry.

A key source of information for the registry will be the MDTs. It is recommended that one of the MDT coordinators' key roles be to ensure newly diagnosed patients are entered into the registry with information on the site and stage of cancer, as well as potential co-morbidities.

Patients who are being treated abroad and funded by SCH will be approved through the Medical Abroad Committee and their details entered into the registry at that point. Patients whose treatment abroad is not publicly funded will be harder to track – they will hopefully be picked up through the taking of medical histories during other healthcare treatment.

Collecting this information and, crucially, quality assuring it, requires adequate resources. The Northern Irish Cancer Registry covers a comparable population to Qatar (1.6 million people) and has a staff of fifteen. They provide analysis of the data and also ensure that records are not duplicates or missing vital information. **It is therefore recommended that a small team be established as part of SCH to run the cancer registry.** This will also allow the registry to not simply be a mechanism for counting, but also to feed information back to clinicians, for instance on the survival rates of their patients.

More details on the operation of the Cancer Registry are included in Annex E.

Understanding of Cancer and Prevention Survey

Building on the national survey conducted to inform this strategy and questions from the WHO world health survey (last conducted in Qatar in 2006) **it is recommended that an annual survey of a representative sample of the population be undertaken so that changes in public understanding of cancer can be identified and lifestyle behaviors measured.**

1 European Cancer Health Indicator Project

2 For information see: http://ci5.iarc.fr/

These lifestyle behaviors such as smoking rates, consumption of fruit and vegetables and levels of exercise, will also provide crucial information on the risk factors for other significant diseases affecting the population of Qatar, such as diabetes and cardiovascular disease.

Responsibility for carrying out, or commissioning, the survey will sit with SCH. The first survey should be undertaken in 2012.

Organized Screening Registry

To monitor the success of screening, it is recommended that screening registries be established for each of the three screening programs. As per WHO advice, the key indicator they will measure will be the coverage of the screening program. It is suggested that there be 70% coverage of the target population by 2014 for breast, 2015 for bowel and 2016 for cervix. However, there are a range of other useful indicators that should be collected including the screening detection rate and the likelihood of avoiding false positive screening results. To ensure the comprehensiveness of the screening registry it should be maintained by SCH.

Cancer Patient Experience Survey

The importance of having patient-centered cancer care was highlighted in Chapter 7. The best way of understanding whether this is being achieved is to ask patients themselves. **Therefore, it is recommended that a Qatar cancer patient survey be developed.**

As a starting point, it is suggested that the cancer patient survey created in the UK in 2010 is tailored to the needs of Qatar and then refined.[1] The 67 questions in this survey are contained in Annex F. All cancer patients – identification will be possible via the cancer registry – should be surveyed annually, with the first survey being carried out in 2012. Responsibility for the survey will sit with the SCH and survey results should be reported back to providers and remedial action taken if necessary.

Access Target Compliance

Providers should collect information on the three stages of timeliness in treatment (referral to specialist appointment, specialist appointment to diagnosis and diagnosis to treatment) and report their performance to SCH.

Publishing Performance

Publishing performance measures can be helpful to patients in enabling them to make informed choices in their treatment. It can also act as a powerful spur to providers to improve their services. At the third deliberative event participants were asked "should performance indictors be made available to the public, so that they can see how well different cancer care services are performing?" An overwhelming majority (90%) said yes.

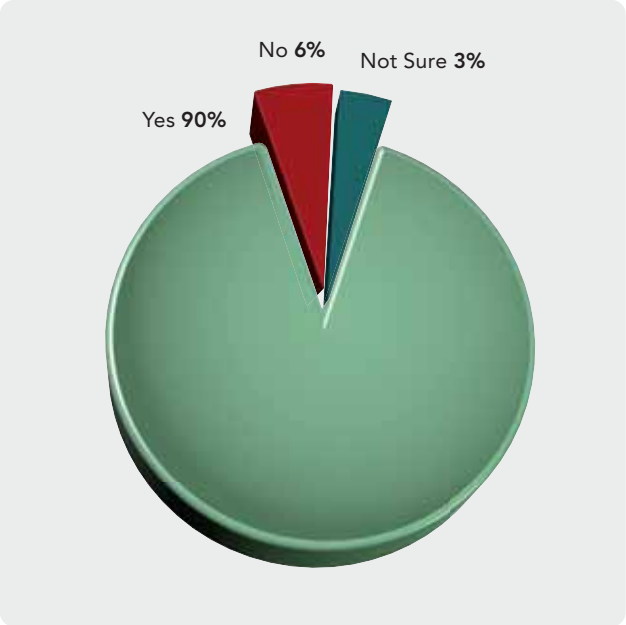


Figure 18: Should performance indicators be made available to the public, so that they can see how well different cancer care services are performing?[2]

This feedback fits with SCH's desire to increase transparency in healthcare delivery. Therefore, from 2013 it is recommended that performance data is published showing how well providers are doing on meeting the access targets and how well each hospitals' cancer patients view their experiences.

Comprehensive Performance Measurement

Taken together, the registries, surveys and reporting of access targets should provide the information needed to satisfactorily measure the performance of Qatar's cancer services. They will enable assessment of whether the recommendations set out in this strategy are improving cancer care in Qatar. They will sit alongside other performance measures introduced in the National Health Strategy such as measures of staff satisfaction (included in project 4.2 on Recruitment and Retention).

1 Department of Health, *Cancer Patient Experience Survey*, UK, 2010

2 Responses in Figure 18 do not sum to 100% due to rounding.

10. Workforce

The quality of cancer care is hugely dependent on the staff providing that care. Implementing this strategy will require both more human resources dedicated to cancer and greater cancer training for existing clinicians.

Community Pharmacies

There are more community pharmacies than any other healthcare location in Qatar and they are frequented by a wide sector of the population. Therefore, they can be an important way of disseminating information on cancer, including how to prevent it and when to attend screening. **Efforts should be made to work with pharmacists to provide them with the necessary training and materials to fulfill this role.**

Primary Healthcare

If primary healthcare is to play an effective part in ensuring Qatar has internationally respected cancer services there needs to be an increase in its capacity and capability. A recent survey of PHC doctors found that the most significant barriers to greater breast and bowel screening were lack of staff, lack of time and lack of training.[1] Of those surveyed, 24% said they had had "no training in the early detection of breast and colon cancer," whilst others commented that training had been a long time ago or not very detailed.

This strategy therefore strongly endorses the recommendations made in the National Health Strategy project 1.1 on Primary Care as the foundation, for extra investment in infrastructure and family physicians. There were 22 primary healthcare centers when the population was 380,000 and there are 22 as it approaches 1.8 million, so new facilities are needed and doctors recruited to staff them. **Specifically for cancer, it is recommended that each PHC center appoint a specialist cancer nurse.** These nurses will facilitate early detection and referral from primary care, will help increase cancer knowledge amongst their clinical colleagues and can also support suspected cancer patients waiting for their specialist appointment.

In terms of capability, **it is recommended that a training program be developed for PHC clinicians on their role in achieving the National Cancer Strategy.** This will be overseen by the management of PHC, and may involve the procurement of training from an external source. The initial training program (to be delivered mid-2011 to mid-2012) should be backed up by support and resources for family physicians as they seek to put it into practice.

Once this initial training is completed **it is recommended that family physicians can develop a special interest in cancer.** They would receive additional training and education and, along with the PHC specialist cancer nurses, would create a real body of expertise in primary care. They would work closely with cancer clinicians in secondary care as patients are referred back to PHC following treatment. This should ensure continuity of care and help to create a cancer network across what can be a primary/secondary care divide.

Secondary Care

Many of the recommendations contained in this strategy require an increase in staffing. **In some cases, this will mean recruiting more consultants to allow greater specialization in cancer care and the strengthening of areas such as palliative care.** A balance will need to be struck between the recruitment of doctors from abroad and the utilization of new doctors trained in Qatar at Weill Cornell Medical College.

1 Dr. Hamad R. Al-Madhki and Dr. Mohamed Ghaith Al-Kuwari, *Health needs assessment regarding the prevention and control of breast and colorectal cancer in PHC*, January 2011, p.9

In other instances, this strategy introduces completely new roles (illustrated in Figure 19) that are vital to achieving key recommendations.

The introduction of these new roles accords with project 4.4 of the National Health Strategy which calls for the optimization of skill mix, through the use of new roles such as nurse practitioners like CNSs.[2]

The costs of these new posts and roles have been included in the Investment Plan for this strategy, summarized in Appendix G.

Whilst new staff and roles are important, this strategy will be unachievable without the skill and dedication of existing cancer clinicians. Investing in their training and development will be important in helping them achieve the recommendations in this strategy, such as the effective universal use of MDTs.

Supreme Council of Health

The Supreme Council of Health will have responsibility for overseeing implementation of this strategy. To do this effectively will **require a dedicated National Cancer Strategy Implementation Team within the SCH.** This team – four people should provide a sufficient starting point – will have the responsibility for leading implementation of the Strategy.

Recruitment and Retention – A Key Issue

As outlined in the National Health Strategy, recruitment and retention in healthcare generally and in SCH specifically are significant problems in Qatar. Projects 4.2 (Recruitment and Retention) and 5.1 (SCH Capacity Building) will need to be implemented in tandem with this strategy so that Qatar has the workforce it requires to deliver internationally respected cancer care. This will need to include consideration of remuneration levels sufficient to attract the best staff, exemptions for the healthcare sector from HR laws, and allowance for continuing professional development at all grades.

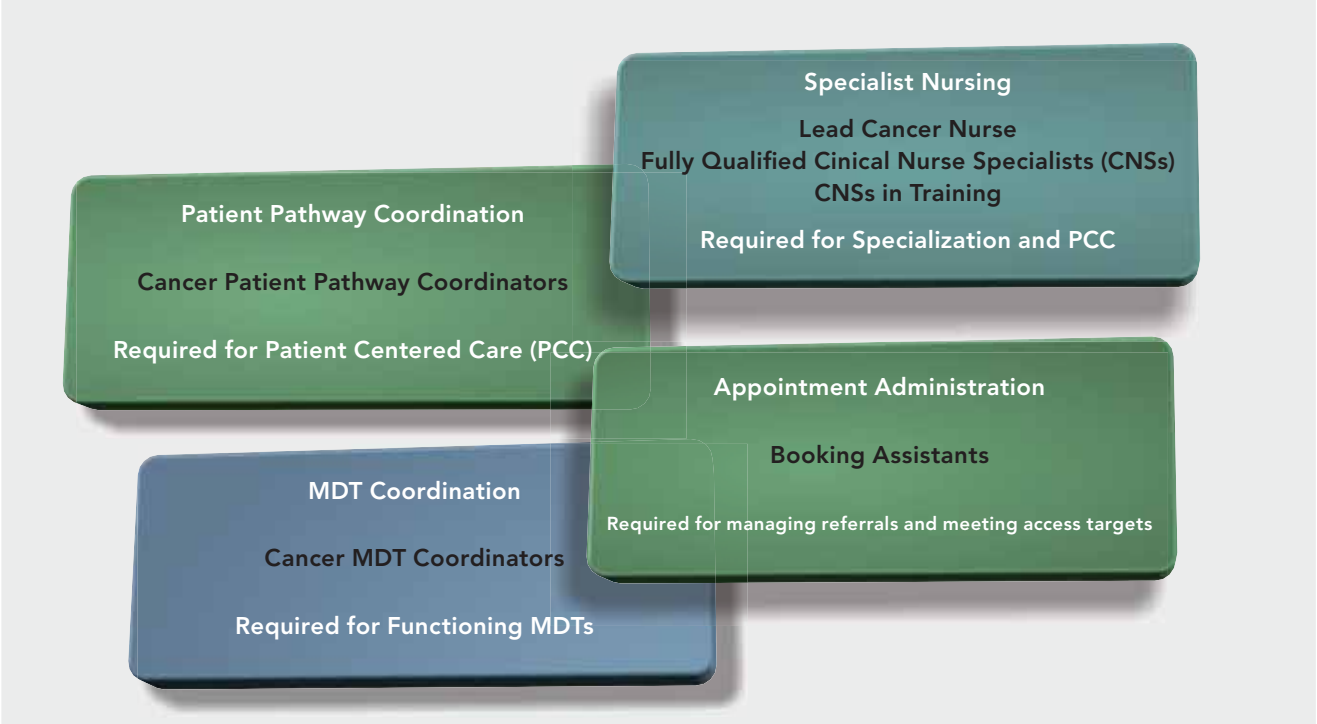


Figure 19: New roles introduced by National Cancer Strategy

2 Supreme Council of Health, *National Health Strategy 2011–2016*, April 2011, p.38

Development of Cancer Nurses in Qatar

It is anticipated that a lead cancer nurse (to oversee the nursing changes required by this strategy) and the first CNSs will need to be recruited from abroad to get staff with the necessary clinical expertise. **However, a CNS development program should also be established in Qatar so that local nurses can become CNSs in training, gradually assuming greater levels of responsibility under the mentorship of qualified CNSs as part of a Masters level specialist training program.** This arrangement is represented in Figure 20.

The intention is that ultimately Qatar will train all the CNSs it needs and can thereby ensure a sustainable source of CNSs who are culturally sensitive and Arabic speaking.

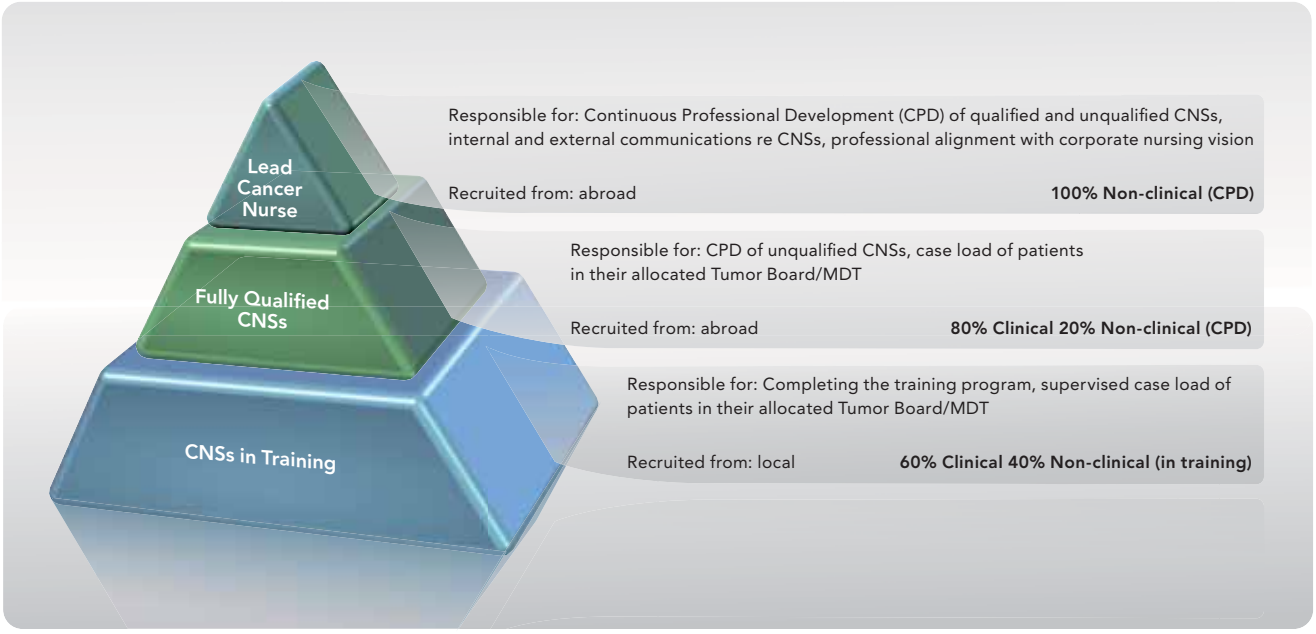


Figure 20: The tiers of cancer nursing roles in Qatar

11. Research

"Nothing in life is to be feared, it is only to be understood. Now is the time to understand more, so that we may fear less."

—Marie Curie

Advances in cancer care are occurring at a rapid rate. For instance myeloma (cancer of the blood plasma) had very poor survival rates but new drugs have become available in the last 5–10 years which significantly improve survival and quality of life for myeloma patients. This is not an isolated example, as new targeted therapies are becoming available and it is estimated that more than 50% of new drugs in development are for treating cancer.[1]

It is essential that Qatar keeps pace with the latest cancer research. **To do this it is recommended that a program focusing on translational research (research which leads to realizable benefits for patients) be developed.** This translational research needs to span the cancer continuum – including improved diagnostics, genetic profiling, development of targeted treatment, epidemiology, behavior change and clinical trials of new technologies etc. Key to the success of any research program is having a research focus, a conducive environment, the right people and effective collaboration – nationally and internationally.

The program needs to encompass and build on the current cancer research expertise in Qatar, namely:

- Technology
- Bioinformatics
- Screening
- Biobanks/epidemiology
- Therapeutics – proteomics and genomics
- Prevention/education/awareness
- Wellbeing/behavioral interventions

This program should be hosted by the Qatar Foundation and be a partnership between HMC, PHC, Qatar Science and Technology Park, Qatar University, Weill Cornell Medical College, the University of Calgary–Qatar, the Collaborative Partner mentioned in Chapter 7 and other relevant partners. A Cancer Research Steering Committee is being established to develop and implement the research program which will focus on Qatar's research strengths and priorities.

Such a research program should directly benefit patient care and the health of the population. Evidence exists that treatment in a hospital that takes an active part in clinical trials results in improved outcomes.[2] Clinical trials are designed to test the safety and efficacy of therapeutic interventions.[3] Participation in clinical trials will give access to new treatments that offer benefits to patients who previously had no hope of cure or delay in their cancer's progress. They, of course, require willing participants and those seem to be available in Qatar. At the third deliberative event 72% of those questioned indicated they would be willing to participate in clinical trials.[4]

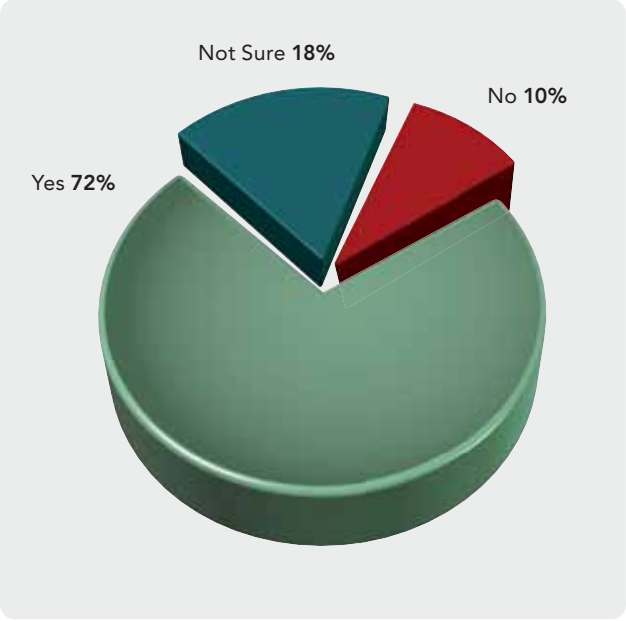


Figure 21: Clinical trials test out new drugs and therapies for treating cancer. If you had cancer and doctors told you a clinical trial was the best option, would you take part?

1 UK Department of Health, *Cancer Reform Strategy* (2007), p.23

2 Fayter D et al., *Systematic review of barriers, modifiers and benefits involved in participation in cancer clinical trials* (CRD Report 31). York, UK, Center for Reviews and Dissemination, University of York (2006).

3 The Academy of Medical Sciences, *A new pathway for the regulation and governance of health research*, January 2011, p.14

4 The nature of the participants (many from medical backgrounds or existing cancer patients) is likely to mean this figure is higher than for newly diagnosed cancer patients, but it is still encouraging.

Clinicians must fully explain the benefits and risks of a trial and put patients' needs and desires first. If done appropriately, this should lead to greater patient involvement and increased participation in clinical trials will be an indicator of success in promoting cancer research in Qatar.

Instigating an expanded program of clinical trials and research within HMC, will be a step in enabling it to achieve its ambition of becoming an Academic Health Science Center (AHSC) in partnership with Weill Cornell Medical College, by bringing together academic and clinical expertise. International examples of AHSCs include Johns Hopkins Medicine in the US, Karolinska Institutet in Sweden and Imperial College London in the UK.

A greater research focus should also have benefits for recruitment. This was emphasized by deliberative event participants who argued that "creating a research environment will attract scholars." The use of workforce enhancements such as research sabbaticals, funded international study visits, the development of post-doctoral education and cancer fellowships will help to overcome the recruitment and retention issues highlighted in the previous chapter.

Health research should not simply be limited to new treatments. As this strategy has demonstrated, to prevent cancer and catch cancer early requires changes in human behavior, such as exercising more and choosing to attend screening clinics. In recent years there has been lots of research into what does and does not work when changing the behavior of citizens in Western Europe and the United States,[1] but we cannot be sure the same principles will be effective in Qatar. **So the cancer research program should include a behavioral research component to see how healthy behaviors can be encouraged in the population of Qatar.** Some work in this area is already underway, as a pioneering study by the University of Calgary–Qatar into factors affecting women's take-up of breast screening started in 2011.[2]

1 See for instance A Darnton, *Reference Report: An overview of behaviour change models and their uses,* July 2008

2 Study being led by Dr Tam Truong Donnelly

12. Next Steps

This strategy is the first stage in improving Qatar's cancer care to be the very best in the world. It must be followed by action, have its progress reviewed and, ultimately, be updated.

An Accessible Strategy

Now that this Strategy has been developed it is vital that people are aware of its existence. At the third deliberative event people were asked what was the best way to make the strategy accessible. The most popular response (62%) was to make key messages clear in the media.

The SCH have sought to do this by organizing extensive media coverage of the strategy's launch. Copies of the strategy will also be available in waiting rooms in PHC centers and at HMC (recommended by 22% of respondees).

Implementation Plan

This strategy has sought to offer a compelling vision for how cancer care in Qatar must change, backed up by robust recommendations. However, further work is needed to ensure delivery of the recommendations by breaking them down into clear milestones and clarifying who will be responsible for their implementation. **So an Implementation Plan – informed by the responses of PHC, HMC and other secondary care providers to this strategy – will be published shortly.**

The detailed implementation work will also expand on the additional resources needed to put this strategy into action. A high-level summary of initial indications of the costs of implementing this strategy is contained in Annex G.

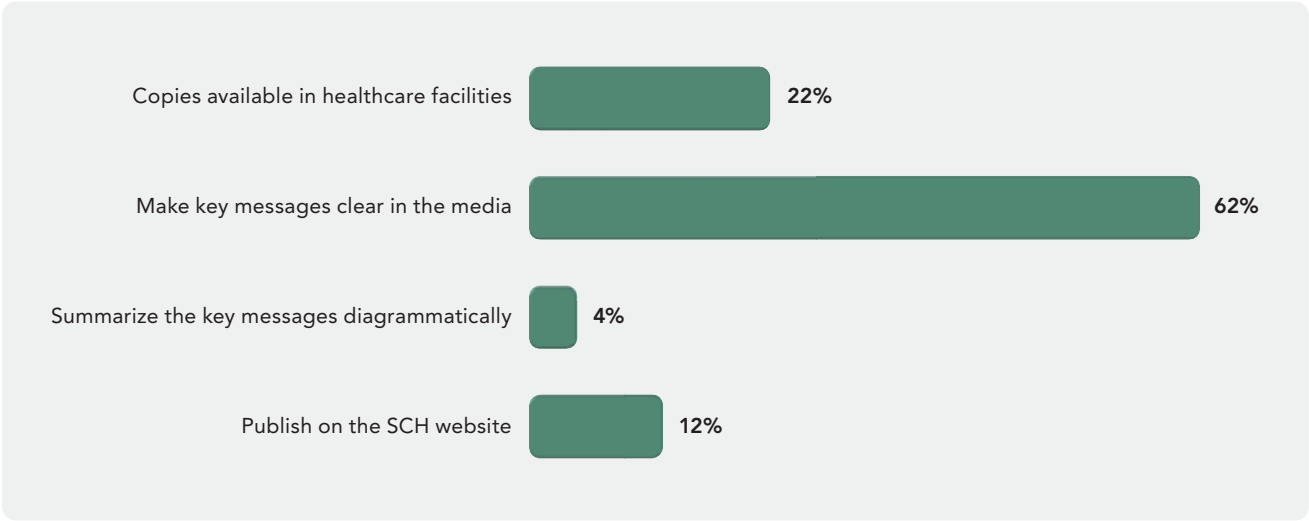


Figure 22: Which of the following actions would be most important to make the strategy accessible to those who need to read it?

Implementation Governance

Figure 23 shows the accountabilities for implementing the National Cancer Strategy.

Much of the implementation will need to be done via the provider organizations that see patients. Some implementation has already begun, with the setting up of structures such as Tumor Boards within HMC, which will facilitate achievement of the recommendations set out in this strategy. **Given that HMC provide the vast majority of cancer treatment in Qatar, it is suggested that they provide quarterly reports on implementation progress to SCH.**

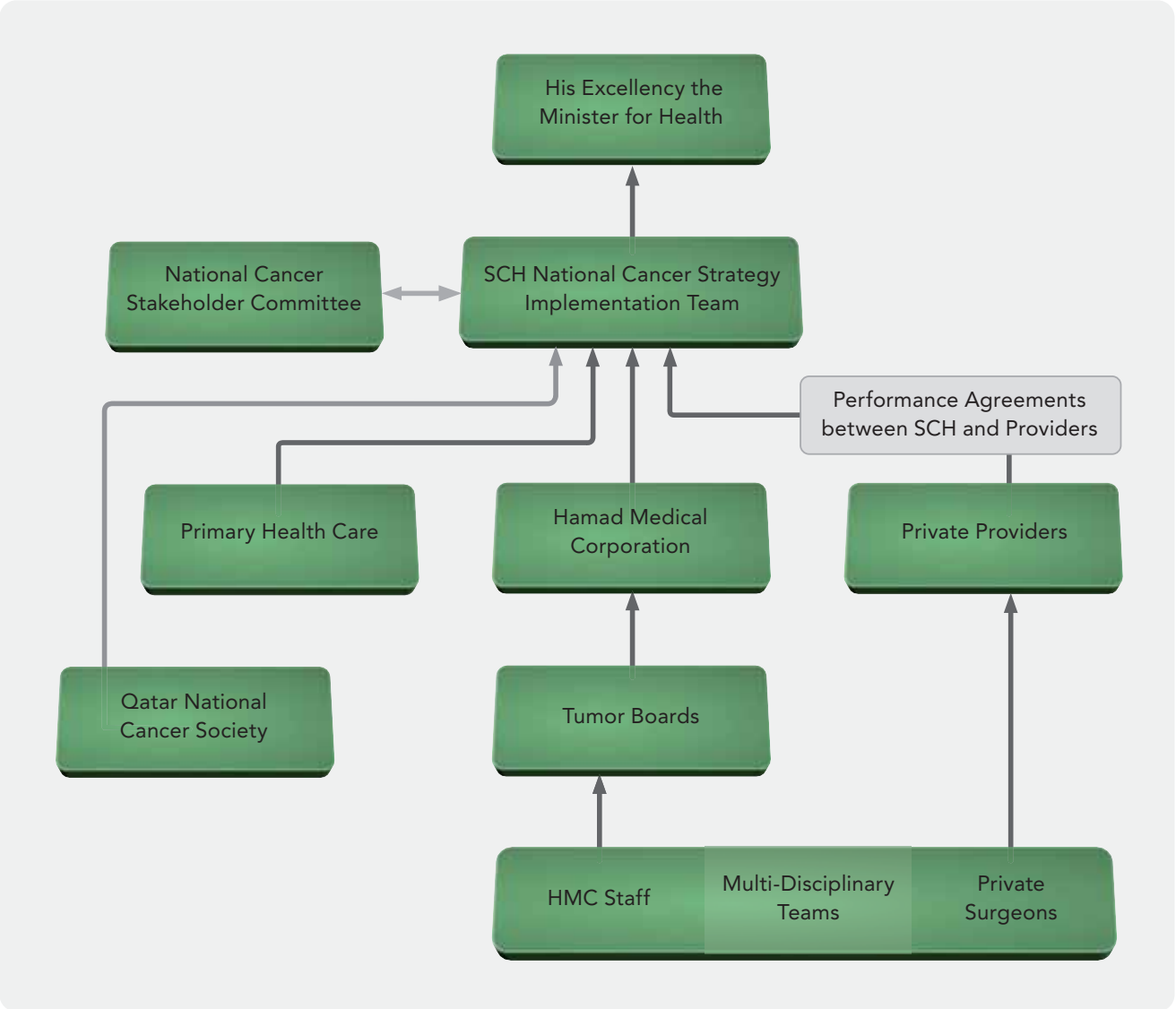


Figure 23: Governance Structure for Implementing the National Cancer Strategy

The SCH will hold the providers to account to implement the strategy's recommendations and achieve its key indicators through the performance agreement mechanism. At the third deliberative event participants were asked what would be the best method to ensure providers comply with the recommendations in this strategy and the results are set out in Figure 24.

Indicating that a loss of face is more powerful than financial incentives, the most popular response (45%) was that non-compliant providers should have to explain to His Excellency the Minister why this is the case. **Therefore this approach should be implemented from 2012, with the potential, where appropriate and practical, for the removal of the license to treat cancer patients if no improvements occur following this ministerial meeting.** Fining of providers for failing to comply with the strategy is not recommended.

Beyond monitoring provider compliance, the SCH will be taking the lead in recommendations relating to the early part of the cancer continuum such as prevention. They will also provide the secretariat to the National Cancer Stakeholder Committee which will provide advice on implementation, will use its senior figures to drive forward progress and will have a particular focus on implementation issues requiring joint work by two or more providers.

The National Cancer Strategy Implementation team will report upwards on progress in implementation to His Excellency the Minister for Health.

One-Year-On Conference

To help ensure momentum is maintained in implementing the National Cancer Strategy, it is suggested that a one-year-on conference is held in Spring 2012. This will be a chance for the Qatar cancer community to take stock of what has been achieved. The conference will also help to raise Qatar's profile as a leader in cancer care internationally, by involving global cancer experts including Bruce Barraclough and Murray Brennan, members of the International Advisory Panel supporting this strategy.

Revisiting the National Cancer Strategy and Reviewing Progress

As new treatments emerge and the burden of cancer changes, this Strategy will need updating. The Danish government published their first Cancer Plan in 2000 and then produced a follow-up in 2005.[1] **Given that the recommendations within this strategy should come into effect within five years, it is recommended that this strategy be revisited in 2016 and an update produced then.**

However, because such rapid progress is envisaged within those five years, **it is also recommended that a formal review of progress is carried out during 2013.** This review will need a degree of independence to provide assurance on progress. If sufficient progress is not being made the review will also consider the case for developing alternative cancer treatment provision.

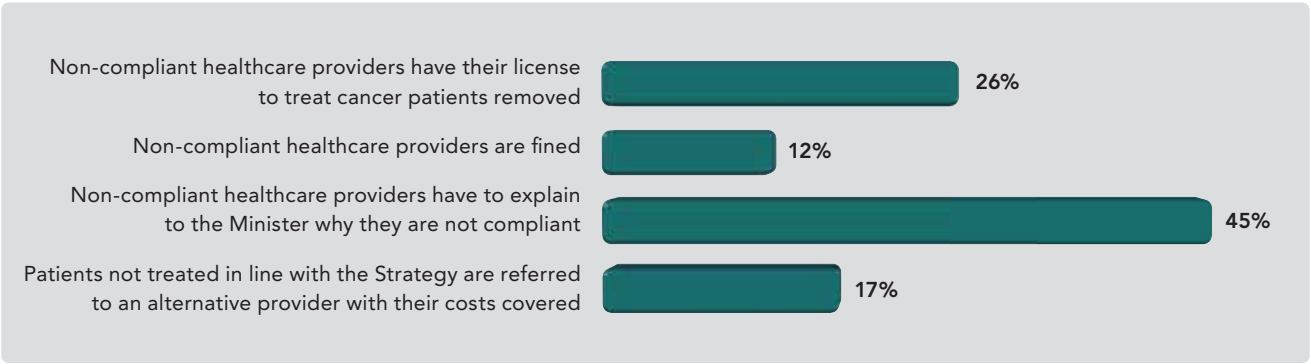


Figure 24: Which of the following actions would be most likely to ensure healthcare providers are compliant with the recommendations set out in the Strategy?

1 Robert Haward, "Organizing a comprehensive framework for cancer control," in Coleman et al., *Responding to the Challenge of Cancer in Europe* (2008), p.115

Annex A Table of Recommendations

Recommendation Number	Recommendation Description	Implementation Responsiblity	Potential for Procurement (L, M, H)
Chapter 3 – Education and Understanding			
3.1	Myth-refutation campaign starting in 2011.	SCH	M – campaign coordinated by SCH but elements will need to be procured
3.2	Education sessions on cancer at schools. Begin in next academic year.	SCH and Supreme Education Council	L
3.3	Qatar National Cancer Society website becomes comprehensive cancer information resource.	SCH and Qatar National Cancer Society	M – some content could be used from other reputable sites
3.4	Develop a yearly calendar of cancer awareness days and months, with associated activities, many led by the voluntary sector.	SCH and Qatar National Cancer Society	L
Chapter 4 – Prevention			
4.1	Package of measures to strengthen efforts on tobacco cessation.	SCH	M – potential to procure some aspects (e.g. smoking cessation interventions)
4.2	Extensions to current plans on promoting healthy eating and exercise.	SCH	M – potential to procure some aspects (e.g. after school football coaching)
4.3	Carry out study into carcinogens in the environment by early 2012.	SCH	H – could be conducted by independent organization with expertise in this area
4.4	HPV vaccine to be made available for those families who wish it from 2013.	SCH	H – could be procured as a stand-alone service
4.5	Establish clear criteria on use of genetic tests for cancer. Then confidential genetic testing and counseling instigated.	SCH. National Screening Committee and providers	L
Chapter 5 – Early Detection			
5.1	Establish a Qatar National Screening Committee to give clear guidelines on screening including the target population and frequency. Cancer sub-committee to be in operation in 2011.	SCH and PHC	L
5.2	Introduce comprehensive screening programs (underpinned by population databases and proactive communications) for breast cancer, colorectal cancer and cervical cancer.	National Screening Committee and SCH working with Ministry of the Interior	L
5.3	SCH to run an open tender for the provision of screening services. PHC and other providers to respond.	SCH	H

Recommendation Number	Recommendation Description	Implementation Responsiblity	Potential for Procurement (L, M, H)
5.4	Campaign on prostate and bladder cancer to highlight symptoms in 2012 – to be followed by other site specific campaigns.	SCH to tender. PHC and other providers to respond.	M – potential to involve external organizations in design and delivery of the campaign
Chapter 6 – Rapid and Definitive Diagnosis			
6.1	Referrals to specialist clinics via a standardized process with those with suspected cancer seen within 14 days (2012), 7 days (2013) and 48 hours (2015).	PHC and Secondary Care Providers	L
6.2	Once a patient is seen, a definitive diagnosis should be reached within 14 days using a combination of imaging, pathology and physical examinations.	Secondary Care Providers	M – potential for procurement of pathology and imaging capabilities
6.3	A review of diagnostic demand and capacity should be completed in 2011.	SCH working with providers	L
6.4	Diagnosis should be communicated clearly and sensitively, with clinicians able to attend a communication course.	Secondary Care Providers	H – Could procure existing courses.
6.5	Delays in diagnosing cancer should be reported and investigated.	Secondary Care Providers	L
Chapter 7 – Treatment			
7.1	Cancer Information Prescriptions developed containing all key information for a patient in one place.	Secondary Care Providers and SCH	M – Possible to use pre-existing information
7.2	Patients' psychosocial needs should be considered through use of the Distress Thermometer and support services such as psychological counseling and nutritional advice made available.	Secondary Care Providers	L
7.3	Patient pathway coordinators become a patient's first point of contact and help ensure patient-centered care.	Secondary Care Providers	L
7.4	To support the move toward electronic medical records, the Qatar Identification number should be used wherever possible and efforts made to allow access of records between providers.	Secondary Care Providers and PHC	L
7.5	Develop the treatment environment at Al-Amal through a major refurbishment and possibly the development of a Maggie's Centre.	HMC	M
7.6	Begin building a new cancer hospital during the next five years.	SCH and HMC	M
7.7	All cancer patients to be cared for as part of Multi-Disciplinary Teams (MDTs) by October 2013.	Secondary Care Providers	L

Recommendation Number	Recommendation Description	Implementation Responsiblity	Potential for Procurement (L, M, H)
7.8	Cancer care to be specialized, with clinicians focusing on particular cancer sites.	Secondary Care Providers	L
7.9	Providers designate which clinicians can treat which cancers (privileging).	Secondary Care Providers	L
7.10	Introduce Clinical Nurse Specialists as a new advanced practitioner role to improve cancer care.	Secondary Care Providers	L
7.11	Evidence-based pathways should be developed that become National Standards of cancer care, applicable to all providers. First national standards in place by 2012.	SCH	H – Suggested that an internationally respected standards organization could be contracted to do this
7.12	By the end of 2012, treatment should be within 14 days of diagnosis.	Secondary Care Providers	L
7.13	If patient's appointment cancelled, guaranteed rebooking within one week or choice of appointment elsewhere (paid for by original provider).	Secondary Care Providers	L
7.14	Peer Review process is instituted to ensure excellent quality care.	SCH	H
7.15	Patients encouraged to be treated in Qatar.	SCH, PHC and Secondary Care Providers	L
7.16	To support the age-appropriate application of this strategy, there should be pediatric representation on the NCSC and a working group on this issue involving all relevant parties is established.	Sidra and SCH	L
Chapter 8 – Ongoing Care			
8.1	Introduce a Palliative Care Directorate at HMC.	HMC	L
8.2	All palliative care patients to have a care plan by 2012.	Secondary Care Providers	L
8.3	Build a new specialist palliative care center and strengthen care at home.	HMC and PHC	H
8.4	Regular follow-ups should occur with cancer survivors – 3 monthly initially and then decreasing to annual over time and as clinically appropriate.	Secondary Care Providers	L
8.5	Develop a cancer transitions program to help survivors return to normality once their treatment is completed and to support secondary prevention.	SCH, PHC and Secondary Care Providers	M – Content could be procured from existing programs available in other countries and adapted for Qatar
8.6	Encourage and develop membership of Cancer Support Groups.	SCH and Qatar National Cancer Society	L

Recommendation Number	Recommendation Description	Implementation Responsiblity	Potential for Procurement (L, M, H)
8.7	Establish a volunteer coordinator post within Qatar National Cancer Society to make use of survivors and other volunteers.	SCH and Qatar National Cancer Society	L
Chapter 9 – Measuring Performance			
9.1	Introduce a fully resourced Cancer Registry to record all cancer cases treated in Qatar and abroad.	SCH	L
9.2	Instigate an annual understanding of cancer and prevention survey of a representative sample of the population. First survey in 2012.	SCH	H – survey could be commissioned from reputable external organization
9.3	Create a comprehensive screening registry to aid recommendations 5.1–5.3.	SCH	L
9.4	Beginning in 2012, carry out an annual survey of patient experience amongst all cancer patients.	SCH	H – survey could be commissioned from reputable external organization
9.5	From 2012, providers report on their compliance with the access requirements (e.g. diagnosis to treatment) to SCH.	Secondary Care Providers	L
9.6	Performance information (e.g. on access requirements and cancer patient experience survey) for providers is published from 2013.	SCH	L
Chapter 10 – Workforce			
10.1	Training and support of community pharmacists so they can play a role in cancer awareness, prevention and early detection.	SCH working with Qatar University	L
10.2	PHC increases its capacity through recruitment of more staff, improved facilities and the appointment of cancer nurses.	PHC	L
10.3	Develop a training program for PHC clinicians on their role in achieving the National Cancer Strategy.	PHC	M – Possible procurement of training program
10.4	Develop family physicians with a special interest in cancer.	PHC and Secondary Care Providers	L
10.5	Recruit more clinical staff to allow specialization and develop services such as palliative care.	Secondary Care Providers	L
10.6	Establish a National Cancer Strategy Implementation team at the Supreme Council of Health.	SCH	L
10.7	Introduce a Clinical Nurse Specialist training program within Qatar.	HMC	L

Recommendation Number	Recommendation Description	Implementation Responsiblity	Potential for Procurement (L, M, H)
Chapter 11 – Research			
11.1	Qatar Foundation should host a program of translational research involving key partners.	Qatar Foundation	L
11.2	Research should include clinical trials, behavioral change and interventions.	Qatar Foundation and SCH	L
Chapter 12 – Next Steps			
12.1	Develop and publish an implementation plan with detailed milestones.	SCH	L
12.2	HMC report to SCH on a quarterly basis on their progress in implementation.	HMC	L
12.3	From 2012, providers non-compliant with the strategy have to explain why to HE the Minister of Health. If progress on compliance not made, license to treat cancer patients can be removed.	SCH	L
12.4	Organize a one-year on conference to assess performance in implementation.	SCH	M – conference organisation could be done externally
12.5	Commit to refresh the strategy in 5 years time.	SCH	L
12.6	Review progress on implementing the strategy during 2013.	SCH	M – a degree of independence would be useful

Annex B List of Indicators

Measuring	Indicator	Source	Indicator Performance by when
Cancer Awareness	Exact survey questions TBC	Understanding of Cancer and Prevention Survey	TBC, first year of data 2012
Preventing Cancer	**Diet –** Consumption of fruit and vegetables (% consuming 5 or more fruit and vegetables a day)	Understanding of Cancer and Prevention Survey	Baseline established 2012, 50% increase on this baseline by 2016
	Obesity – Body Mass Index distribution in the population	Understanding of Cancer and Prevention Survey	Reduce to 29% of the population being classified as obese by 2016 (latest figure 32%).[1]
	Physical activity – % undertaking regular activity is defined as 30 minutes of exercise at least three times a week	Understanding of Cancer and Prevention Survey	Increase to 60% by 2016 (latest available figure <50%)
	Tobacco Prevalence – Prevalence of tobacco smokers among adults	Understanding of Cancer and Prevention Survey	Reduce male smoking rates to 25% by 2016. The female smoking rate is reported as 2.2%, which is likely to be a considerable underestimate – work should be done to establish a more accurate baseline
Early Detection	**Early Diagnosis –** Percentage of cancers diagnosed at stage 1 and 2	Cancer Registry Information	Establish baseline by end of 2012. Then a 30% increase in proportion of cancers diagnosed at stage 1 and 2 by 2016.
	Coverage of the organised screening program The percentage of the target population that are covered by an organised screening program	Screening Registry	70% by 2014 (breast), 2015 (bowel) and 2016 (cervix).
	Screening detection rate The number of cancers detected in the screening program as a proportion of all the screening tests performed.	Screening Registry	Baseline established by 2013 and then suitable measure of good performance agreed.

1 This in line with the target set in *Qatar National Development Strategy,* March 2011, p.113

Measuring	Indicator	Source	Indicator Performance by when
Rapid and Definitive Diagnosis	Seen within set time-frame following referral from screening and primary care	Provider reporting to SCH	2 weeks by 2012 1 week by 2013 48 hours by 2015
	Definitive diagnosis within two weeks of being seen by a specialist clinic	Provider reporting to SCH	From end 2012
Treatment	**Rapid Treatment** Treatment begins within 14 days of definitive diagnosis	Provider reporting to SCH	From end 2012
	MDTs All cancer patients to be treated in an MDT	Identifying any cancer registry records not linked to MDTs.	From October 2013
	Patient-Centered Care Exact questions to be defined.	Patient Experience Survey	Patient Experience Survey to be implemented by 2012.
Ongoing Care	All Palliative Care patients to have a comprehensive care plan	Provider reporting to SCH	To be in place by end of 2012.
	Classification of Palliative Care in Qatar	International Observatory of End of Life Care (IOELC)	Qatar is categorized as having an integrated approach to palliative care (group 4, the highest classification) by the IOELC by 2015.
Research	Increased Participation in Clinical Trials	Monitored by Cancer Research Steering Committee	Proportion of current cancer patients participating in trials established in 2012. Then increased % set for 2016.

Measuring	Indicator	Source	Indicator Performance by when
Overall measures of Qatar having internationally respected cancer services	**Survival Rates** Improvement from baseline in 1 and 5 year cancer survival rates	Cancer Registry	If we are starting capturing in 2012, good 5 year rates will not be available until 2017.
	Cancer incidence rates This is the number of new cancer cases divided by the population being analysed.	Cancer Registry	Baseline established in 2012.
	Cancer prevalence proportions This is the number of people per 100,000 population who have a particular cancer at a given time.	Cancer Registry	Baseline established in 2012.
	Cancer mortality rates This is the number of deaths, with cancer given as the underlying cause of death, per 100,000 population during a year.	Cancer Registry	Currently 10% of deaths linked to cancer. Proportion may increase as cancer registry information improves
	Treatment in Qatar – Percentage of Patients being treated abroad declining	Cancer Registry	Baseline established in 2012. 20% decrease by 2016.
	Treatment in Qatar – Number of patients coming to Qatar from abroad rising	Manual Check	Baseline established in 2012. 20% increase by 2016.

Annex C Membership of the National Cancer Stakeholder Committee

- Professor the Lord Darzi of Denham (Chair)
- Dr. Faleh Mohamed Hussein Ali (Deputy Chair)
- Dr. Hareth Al-Khater
- Dr. Hanan Al Kuwari
- Dr. Mariam Abdul Malik
- Dr. Abdulla Al Ansari
- Elinor LeBaron
- Dr. Khalid Bin Jabor Al Thani
- Dr. Abdul Azim
- Sheikh Mohammed Al-Thani
- Dr. Juliet Ibrahim (Secretariat)

The NCSC met three times in the production of this strategy on 14 December, 23 January and 14 March.

Annex D Deliberative Events

Deliberative Events are large scale public discussions that enable the consideration of complex issues having taken into account available evidence. As part of the creation of this Strategy, three deliberative events were held.

The first event on 14 December 2010 was held as part of the launch of the creation of this strategy. Over 100 people attended this event and participated in table-top discussion, focusing on raising awareness and involving the people of Qatar in developing the strategy.

The second event on 6 February 2011 involved more than 130 people and considered issues of access and quality. There was both qualitative discussion of broad questions and quantitative polling on more specific issues.

The third and final event on 14 March 2011 was attended by more than 110 people and considered questions regarding resources and infrastructure. Like the second event, it mixed participant discussion and voting.

Ideas and polling results from the events are included throughout the strategy.

Annex E A Cancer Registry Policy

Objectives of the Policy

Implementation of this policy will lead to Qatar having an accurate, reliable, complete and useful Cancer Registry. The Registry will have a validated record for each tumor for each member of the population who has cancer. The Registry will be a unique source of data for research into cancer epidemiology, the planning of cancer services and the investigation of cancer outcomes.

Responsibilities of healthcare providers

All healthcare providers that are licensed by the Permanent Licensing Committee of SCH, are to be required to submit data to the Cancer Registry in an electronic spreadsheet format as per a detailed specification provided by the Cancer Registry team, based on the type(s) of service offered within their facility. Submission of these data will be a necessary criterion for licensing or re-licensing.

Responsibilities of the Supreme Council of Health

The Supreme Council of Health will be responsible for ensuring the Cancer Registry provides a series of metrics and data, these will be made freely available through publications on the SCH website.

The Cancer Registry will set out a publication timescale – the length of time they expect publication of figures for any given year to take – and publish figures for each of the following, by cancer site (using ICD-10):

- Cancer incidence
- Cancer prevalence
- Cancer survival rates

They will also identify treatment patterns, feedback to MDTs and individual clinicians on, for instance, survival rates, and provide estimates for the completeness of data within the Registry – in particular by providing the percentage of Death Certificate Only (DCO) records and by using the 'flow method.'[1]

The Registry will also provide ongoing feedback to the providers of data, on how to improve the quality of data sent and to minimize the work required for submissions.

Sanctions for non-compliance

A list will be published bi-annually of data providers (and the named individual responsible) along with whether they have transferred the necessary data or not. If providers fail to supply the necessary data they will first be issued with a written warning. Reporting on which providers are not supplying data on an ongoing basis will form part of new periodic stock-takes. These will require providers to explain to the Minister why they are not complying with the policy.

Measures of success

We still need to determine what levels we expect these to be at and by when we expect them to be achieved, but possible metrics are:

- % of potential data received from data providers
- % of data received on time from data providers
- % of DCO records
- Publication timetable set out by Registry
- Publication on Cancer Incidence in 5 Continents
- Publication of 1 year survival rates (Jun 2013)
- Publication of 3 year survival rates (Jun 2016)
- Publication of 5 year survival rates (Jun 2018)

Resources

Additional resources will be provided to the Cancer Registry. This will include an initial investment for office space, hardware and new software and ongoing costs for additional staff (it is estimated 6.5 FTE will be required).

Over the longer term SCH will consider whether implementing a bespoke software solution (rather than using spreadsheets) for transferring data from data providers to the Cancer Registry is worthwhile for improving data quality and timeliness. If it is, it should be scoped out and paid for by SCH at a later date.

1 Bullard J, Coleman M P, Robinson D, Lutz J-M, Bell J, Peto J. Completeness of cancer registration: a new method for routine use. *Br J Ca* 2000; 82: 1111–1116

Annex F Questions from the 2010 UK Cancer Patient Experience Survey

The length of time they waited for an appointment

1. Before you were told you needed to go to hospital about cancer, how many times did you see your GP (family doctor) about the health problem caused by cancer?
2. After your GP first told you that you would need to see a hospital doctor, how long did you have to wait before your first appointment with a hospital doctor?
3. How do you feel about the length of time you had to wait before your first appointment with a hospital doctor?
4. How long was it from the time you first thought something might be wrong with you until you first saw a hospital doctor?
5. Did your health get worse, get better or stay about the same while you were waiting for your first appointment with a hospital doctor?

Any diagnostic tests that were carried out

6. In the last 12 months, have you had diagnostic test(s) for cancer such as an endoscopy, biopsy, mammogram, or scan at one of the hospitals named in the covering letter?
7. Beforehand, did a member of staff explain the purpose of the test(s)?
8. Beforehand, did a member of staff explain what would be done during the test procedure(s)?
9. Beforehand, were you given written information about your test(s)?
10. Were the results of the test(s) explained in a way you could understand?

The explanation of their diagnosis

11. Who first told you that you had cancer?
12. When you were first told that you had cancer, had you been told you could bring a family member or friend with you?
13. How do you feel about the way you were told you had cancer?
14. Did you understand the explanation of what was wrong with you?
15. When you were told you had cancer, were you given written information about the type of cancer you had?

Their involvement in decisions about treatment

16. Before your cancer treatment started, were you given a choice of different types of treatment?
17. Were the possible side effects of treatment(s) explained in a way you could understand?
18. Before you started your treatment, were you given written information about the side effects of treatment(s)?
19. Were you involved as much as you wanted to be in decisions about which treatment(s) you would have?

Support from a Clinical Nurse Specialist

20. Were you given the name of a Clinical Nurse Specialist who would be in charge of your care?
21. How easy is it for you to contact your Clinical Nurse Specialist?
22. The last time you spoke to your Clinical Nurse Specialist, did she/he listen carefully to you?
23. When you have important questions to ask your Clinical Nurse Specialist, how often do you get answers you can understand?
24. The last time you saw or spoke to your Clinical Nurse Specialist, do you feel that the time you spent with them was too long, too short or about right?

Explanation of support that was available

25. Did hospital staff give you information about support or self-help groups for people with cancer?
26. Did hospital staff give you information about how to get financial help or benefits?
27. Did hospital staff tell you that you could get free prescriptions?

Explanation of treatment given

28. During the last 12 months, have you had an operation (such as removal of a tumour or lump) at one of the hospitals named in the covering letter?
29. The last time you went into hospital for a cancer operation, was your admission date changed to a later date by the hospital?
30. Before you had your operation, did a member of staff explain what would be done during the operation?
31. Beforehand, were you given written information about your operation?
32. After the operation, did a member of staff explain how it had gone in a way you could understand?
33. During the last 12 months, have you had an operation or stayed overnight for cancer care at one of the hospitals named in the covering letter?

Confidence and trust in their doctors and nurses

34. When you had important questions to ask a doctor, how often did you get answers that you could understand?
35. Did you have confidence and trust in the doctors treating you?

36. Do you think the doctors treating you knew enough about how to treat your cancer?
37. Did doctors talk in front of you as if you weren't there?
38. If your family or someone else close to you wanted to talk to a doctor, did they have enough opportunity to do so?
39. When you had important questions to ask a ward nurse, how often did you get answers you could understand?
40. Did you have confidence and trust in the ward nurses treating you?
41. Did ward nurses talk in front of you as if you weren't there?
42. In your opinion, were there enough nurses on duty to care for you in hospital?
43. While you were in hospital did you ever think that the doctors or nurses were deliberately not telling you certain things that you wanted to know?
44. While you were in hospital, did it ever happen that one doctor or nurse said one thing about your condition or treatment, and another said something different?
45. Were you given enough privacy when discussing your condition or treatment?
46. Were you given enough privacy when being examined or treated?
47. Do you think the hospital staff did everything they could to help control your pain?
48. Were you treated with respect and dignity by the doctors and nurses and other hospital staff?

Information given to them before leaving hospital

49. Were you given clear written information about what you should or should not do after leaving hospital?
50. Did hospital staff tell you who to contact if you were worried about your condition or treatment after you left hospital?

Home support after being in hospital

51. Did the doctors or nurses give your family or someone close to you all the information they needed to help care for you at home?
52. After leaving hospital, were you given enough care and help from health or social services (For example, district nurses, home helps or physiotherapists)?

Staff doing everything possible to control their pain

53. During the last 12 months, have you had radiotherapy at one of the hospitals named in the covering letter?
54. Did hospital staff do everything possible to control the side effects of radiotherapy?
55. During the last 12 months, have you had chemotherapy at one of the hospitals named in the covering letter?
56. Did hospital staff do everything possible to control the side effects of chemotherapy?

Ongoing outpatient appointments with a cancer doctor

57. While you were being treated as an outpatient or day case, did hospital staff do everything they could to help control your pain?
58. While you were being treated as an outpatient or day case, were you given enough emotional support from hospital staff?
59. In the last 12 months, have you had an outpatients appointment with a cancer doctor at one of the hospitals named in the covering letter?
60. The last time you had an outpatients appointment with a cancer doctor at one of the hospitals named in the covering letter, how long after the stated appointment time did the appointment start?
61. The last time you had an outpatients appointment with a cancer doctor, was the time you spent with them too long, too short or about right?
62. The last time you had an appointment with a cancer doctor, did they have the right documents, such as medical notes, x-rays and test results?

Ongoing care from General Practice

63. As far as you know, was your GP given enough information about your condition and the treatment you had at the hospital?
64. Do you think the GPs and nurses at your general practice did everything they could to support you while you were having cancer treatment?

Overall Care

65. Did the different people treating and caring for you (such as GP, hospital doctors, hospital nurses, specialist nurses, community nurses) work well together to give you the best possible care?
66. How much information were you given about your condition and treatment?
67. Sometimes people with cancer feel they are treated as "a set of cancer symptoms", rather than a whole person. In your NHS care over the last year, did you feel like that?

Annex G Summary Investment Plan

Implementing this strategy will not be cost neutral. More staff will be required within HMC, PHC and SCH. There will be capital costs to improve facilities and there will be additional costs such as the running of preventative campaigns.

However, expenditure does not have to be huge. The table below shows the costs of the strategy over the next five years.

Expense Item	Includes	Cost (over 5 years)
Staffing and Wage Costs	• New staff at HMC including MDT co-coordinators, patient pathway coordinators, booking assistants and Clinical Nurse Specialists • Specialist cancer nurses for PHC • Team coordinating implementation of the strategy at SCH • Cancer registry staff	QAR 335 million
Operating Expenses	• Costs of running the screening programs • Stop smoking support and campaigns • Research program at HMC	QAR 962 million
Capital Costs	• Refurbishment of Al-Amal including space for MDTs • New Specialist Palliative Care Center • ICT capital costs	QAR 907 million
Total		QAR 2,204 million

This is the investment that is required to raise the standards of cancer care in Qatar up to the world's best.

As it impossible to be sufficiently precise without further scoping work, these estimated costs **do not** include the required spending on a new cancer hospital (recommendation 7.6) which will clearly represent a significant capital cost.

Acknowledgments

In addition to those mentioned in the foreword and the members of the National Cancer Stakeholder Committee (Annex C), the following people and groups played an important role in creating this strategy through their input and comments which deserves acknowledgement:

At HMC – Dr. Hanadi Rafii El Ayoubi, Dr. Saad Al Kaabi, Gary Needle, Andrew Castle, Rachel Harvey and Jennifer Jones.

At Supreme Council of Health – Samantha Page, Dr. Adenike Frances Ajani, Marc McGonagle, Michael Macdonnell, Steve Beales, Rachel Davies, Jenny Mansell and Peter Howitt.

Members of the Hayat Cancer Support Group, the Ladies of Harley.

Bruce Barraclough and Murray Brennan (The International Advisory Panel). Jane Allberry at the UK Department of Health.

Dr. Robert Merrifield (Document design).

Skriptorium Ltd (Translation and typesetting).

شكر وتقدير

بالإضافة إلى تلك الأسماء المذكورة في المقدمة وأفراد اللجنة الوطنية للجهات المعنية بمرض السرطان (الملحق ج)، لقد لعب الأفراد والمجموعات التالية أسمائها دوراً هاماً في إعداد هذه الاستراتيجية من خلال جهودهم وتعليقاتهم التي تستحق الشكر والتقدير:

في مؤسسة حمد الطبية HMC – الدكتور/هنادي رفيع الأيوبي Dr. Hanadi Rafii El Ayoubi، والدكتور/سعد الكعبي Dr. Saad Al Kaabi، وجاري نيدل Gary Needle، واندرو كاسل Andrew Castle، وراشيل هاري Rachel Harvey، وجنيفر جونس Jennifer Jones.

وفي المجلس الأعلى للصحة – سامانثا بيج Samantha Page، والدكتور/أدنيك فرانسس أجاني Dr. Adenike Frances Ajani، ومارك ماجوناجل Marc McGonagle ومايكل ماكدونال Michael Macdonnell، وستيف بيلز Steve Beales، وراشيل ديفيز Rachel Davies، وجيني مانسل Jenny Mansell وبيتر هويت Peter Howitt.

أعضاء مجموعة حياة لمساندة مرضى السرطان Members of the Hayat Cancer Support Group،
سيدات هارلي The Ladies of Harley.

بروس براكلو Bruce Barraclough وموراي برينان Murray Brennan (اللجنة الاستشارية الدولية The International Advisory Panel).
جين البيري Jane Allberry من وزارة الصحة بالمملكة المتحدة The UK Department of Health.

الدكتور/روبرت مريفيلد Dr. Robert Merrifield (تصميم المستند).

شركة سكريبتوريوم ليمتد Skriptorium Ltd (الترجمة و صف الحروف).

الملحق ز موجز خطة الاستثمار

إن تنفيذ هذه الإستراتيجية لن يكون محايداً من ناحية التكلفة. فسوف يتطلب الأمر مزيداً من العاملين داخل مؤسسة حمد الطبية ومراكز الرعاية الصحية الأساسية والرعاية الثانوية. وسوف تكون هناك تكاليف إضافية مثل إدارة حملات الوقاية.

إلا أن المصاريف لا يتعين بالضرورة أن تكون ضخمة. ويوضح الجدول أدناه تكاليف الإستراتيجية خلال السنوات الخمسة المقبلة.

بند المصاريف	ما تشمله	التكلفة (خلال 5 سنوات)
تكاليف جهاز العاملين ورواتبهم	جهاز العاملين الجدد في مؤسسة حمد الطبية ويشمل ذلك منسقو الفرق متعددة التخصصات ومنسقو مسار خطة المريض، ومساعدو الحجز والممرضات الإكلينيكيات المتخصصات • ممرضات السرطان المتخصصات للرعاية الصحية الأساسية • الفريق المنسق لتنفيذ الإستراتيجية بالمجلس الوطني للصحة • موظفو سجل السرطان	335 مليون ريال قطري
المصاريف التشغيلية	• تكاليف إدارة برامج الفحص • حملات ومساندة التوقف عن التدخين • برنامج البحث في مؤسسة حمد الطبية	962 مليون ريال قطري
التكاليف الرأسمالية	• تجديد مركز الأمل ويشمل ذلك حيزاً لمجموعات الفرق متعددة التخصصات • مركز جديد للرعاية المتخصصة لتخفيف الآلام • التكاليف الرئيسية لتقنيات المعلومات والاتصالات ICT	907 مليون ريال قطري
المجموع		2204 مليون ريال قطري

هذا هو الاستثمار المطلوب لتوفير مستويات الرعاية لمرضى السرطان في قطر على نحو يماثل أفضل هذه الخدمات في العالم.

وحيث أنه يستحيل في الوقت الحالي أن نتوخى الدقة بالقدر الكافي بدون مزيد من العمل من ناحية النطاق، فإن هذه التكاليف التقديرية لا تشمل ميزانية الصرف المطلوبة لمستشفى سرطان جديد (التوصية 7-6) والتي تمثل بوضوح تكلفة رأسمالية كبيرة.

36. هل تعتقد أن الأطباء الذين قاموا بعلاجك كانوا لديهم قدراً كافياً من المعرفة عن كيفية علاج حالة السرطان الخاصة بك؟
37. هل تحدث الأطباء مع بعضهم أمامك كما لو كنت غير موجود؟
38. إذا أراد أحد أفراد عائلتك أو شخص على مقربة منك أن يتحدث إلى الطبيب فهل أتيحت لهم الفرصة الكافية ليفعلوا ذلك؟
39. عندما كان لديك أسئلة هامة لتطرحها إلى ممرضة الجناح ما معدل حصولك على إجابات استطعت أن تفهمها؟
40. هل كان لديك الثقة والوثوق في ممرضات الجناح اللاتي كن يتعاملن معك في العلاج؟
41. هل كانت ممرضات الجناح يتحدثن مع بعضهن البعض أمامك كما لو كنت غير موجود؟
42. من وجهة نظرك هل كان هناك عدد كافٍ من الممرضات في العمل للرعاية بك في المستشفى؟
43. أثناء وجودك في المستشفى هل كنت تعتقد بأن الأطباء والممرضات لم يتحدثوا إليك عن عمد بخصوص أشياء معينة أردت أن تعرفها؟
44. أثناء وجودك في المستشفى هل حدث في أي مرة أن أحد الأطباء أو الممرضات قال شيئاً عن علاجك وقال آخر شيئاً مختلفاً؟
45. هل تم إعطائك درجة الخصوصية الكافية أثناء مناقشة حالتك أو علاجك؟
46. هل تم إعطائك درجة الخصوصية الكافية أثناء فحصك أو علاجك؟
47. هل تعتقد أن موظفي المستشفى فعلوا كل ما في وسعهم للمساعدة في السيطرة على الألم الذي كنت تعاني منه؟
48. هل قام الأطباء والممرضات وموظفي المستشفى الآخرين بمعاملتك باحترام ووقار؟

المعلومات المعطاة للمرضى قبل مغادرتهم المستشفى

49. هل تم إعطائك معلومات خطية واضحة عما يجب أن تفعله أو عن الأشياء التي يجب ألا تفعلها بعد مغادرة المستشفى؟
50. هل أخبرك موظفو المستشفى عن الشخص الذي يمكنك الاتصال به إذا كنت قلقاً بخصوص حالتك أو علاجك بعد مغادرتك المستشفى؟

المساعدة في المنزل بعد مغادرتك المستشفى

51. هل قام الأطباء أو الممرضات بإعطاء أحد أفراد عائلتك أو شخصاً ما قريباً منك كل المعلومات التي يحتاجون إليها للمساعدة في رعايتك في البيت؟
52. بعد مغادرتك المستشفى هل تم إعطائك الرعاية والمساعدة الكافية من الخدمات الصحية أو الاجتماعية (على سبيل المثال ممرضات الحي وأفراد المساعدة المنزلية أو أخصائيي العلاج الطبيعي)؟

قيام جهاز العاملين بفعل كل ما في وسعهم للسيطرة على آلام المرضى

53. خلال الاثنى عشر شهراً الماضية، هل أجري لك علاج بالأشعة في إحدى المستشفيات المذكورة في الخطاب المصاحب؟
54. هل قام موظفو المستشفى بفعل كل شيء ممكن للسيطرة على الأعراض الجانبية للعلاج بالأشعة؟
55. خلال الاثنى عشر شهراً الماضية، هل حصلت على علاج كيماوي في إحدى المستشفيات المذكورة في الخطاب المصاحب؟
56. هل قام موظفو المستشفى بفعل كل ما في وسعهم للسيطرة على الأعراض الجانبية للعلاج الكيماوي؟

مواعيد العيادة الخارجية المستمرة مع أحد أطباء السرطان

57. أثناء علاجك في عيادة خارجية أو كحالة نهارية هل قام موظفو المستشفى بفعل كل ما في وسعهم للسيطرة على الآلام التي كنت تعاني منها؟
58. أثناء علاجك كمريض بالعيادة الخارجية أو كحالة نهارية هل تم إعطائك المساعدة المعنوية الكافية من موظفي المستشفى؟
59. خلال الاثنى عشر شهراً الماضية، هل حصلت على موعد بالعيادة الخارجية مع أحد أطباء السرطان في إحدى المستشفيات المذكورة في الخطاب المرفق؟
60. في آخر مرة حصلت فيها على موعد بالعيادة الخارجية مع أحد أطباء السرطان في إحدى المستشفيات المذكورة في الخطاب المرفق ، متى بدأ الموعد بعد الوقت المحدد له؟
61. في آخر مرة كان لديك فيها موعد بالعيادة الخارجية مع أحد أطباء السرطان هل كان الوقت الذي قضيته مع الطبيب أطول من اللازم أو أقصر من اللازم أو ملائماً؟
62. في آخر مرة حصلت فيها على موعد مع أحد أطباء السرطان هل كانت لديهم المستندات السليمة، فمثلاً الملاحظات الطبية وصور الأشعة ونتائج الاختبار؟

العناية المستمرة من الطبيب الممارس العام

63. بحسب معرفتك هل كان طبيبك الممارس العام لديه المعلومات الكافية عن حالتك وعن العلاج الذي حصلت عليه في المستشفى؟
64. هل تعتقد أن الأطباء من الممارسين العموميين والممرضات في العيادة العامة فعلوا كل ما في وسعهم لمساعدتك أثناء حصولك على علاج السرطان؟

الرعاية الشاملة

65. هل كان الأفراد المختلفين الذين كانوا يقدمون لك العلاج والرعاية (مثلاً الممارس العام وأطباء المستشفى وممرضات المستشفى والممرضات المتخصصات وممرضات الحي) يعملون معاً بصورة جيدة لإعطائك أفضل رعاية ممكنة؟
66. ما مقدار المعلومات التي أعطيت لك بخصوص حالتك وعلاجك؟
67. بعض الناس من مرضى السرطان يشعرون بأنه قد تم علاجهم «لمجموعة من أعراض السرطان» بدلاً من علاج الشخص كله، في الرعاية المقدمة بهيئة التأمين الصحي خلال السنة الماضية، هل كان هذا شعورك؟

الملحق و الأسئلة من استطلاع الرأي لتجارب مرضى السرطان بالمملكة المتحدة لعام 2010

مدة الانتظار للحصول على موعد

1. قبل أن يتم إبلاغك أنك في حاجة إلى الذهاب للمستشفى بخصوص السرطان، كم عدد المرات التي زرت فيها طبيبك المعالج (طبيب العائلة) بخصوص مشكلة صحية نتجت عن السرطان؟
2. بعد أن أبلغك طبيبك الممارس العام بأنك تحتاج إلى زيارة طبيب بالمستشفى، ما هي المدة التي انتظرت خلالها قبل موعدك الأول مع طبيب المستشفى؟
3. ما هو شعورك أثناء فترة انتظارك قبل موعدك الأول مع طبيب المستشفى؟
4. ما هي المدة المستغرقة من الوقت الذي شعرت فيه بأن هناك شيئاً ما ليس على ما يرام بالنسبة لك لحين زيارتك الأولى لطبيب المستشفى؟
5. هل ازدادت صحتك سوءاً أم تحسنت أم بقيت كما هي أثناء انتظارك لموعدك الأول مع طبيب المستشفى؟

أي اختبارات تشخيصية أجريت

6. خلال الأشهر الاثني عشر الأخيرة، هل أجري لك اختبار أو اختبارات تشخيصية لمرض السرطان فمثلاً منظار داخلي أو استئصال نسيج من الجسم أو مرسمة الثدي أو فحص طبقي بأحد المستشفيات المذكورة في الخطاب المصاحب؟
7. هل قام أحد الموظفين بشرح الغرض من الاختبار أو الاختبارات قبل أدائها؟
8. هل قام أحد الموظفين مسبقاً بشرح ما الذي سيجري فعله أثناء خطوات الاختبار؟
9. هل تم إعطائك مسبقاً معلومات خطية عن اختبارك أو اختباراتك؟
10. هل تم شرح نتائج الاختبار أو الاختبارات بطريقة يمكنك أن تفهمها؟

تفسير تشخيصهم

11. من هو أول شخص قال لك بأنك مصاب بالسرطان؟
12. عندما قيل لك لأول مرة بأنك مصاب بالسرطان، هل تم إبلاغك بأنه يمكنك إحضار أحد أفراد عائلتك أو صديق في صحبتك؟
13. ما هو شعورك عن الطريقة التي تم إبلاغك بها كمصاب بالسرطان؟
14. هل فهمت تفسير ما هو ليس على ما يرام لديك؟
15. عندما تم إبلاغك بأنك مصاب بالسرطان، هل تم إعطائك معلومات خطية عن نوع السرطان لديك؟

مشاركة المريض في اتخاذ القرارات بخصوص العلاج

16. قبل أن يبدأ علاجك بالسرطان، هل تم إعطائك فرصة الاختيار بين أنواع مختلفة من العلاج؟
17. هل تم شرح الأعراض الجانبية المحتملة لنوع أو أنواع العلاج بطريقة يمكنك أن تفهمها؟
18. قبل أن تبدأ علاجك، هل تم إعطائك معلومات مكتوبة عن الأعراض الجانبية لنوع أو أنواع العلاج؟
19. هل اشتركت بالقدر الذي تريده في القرارات بخصوص نوع أو أنواع العلاج التي ستحصل عليها؟

المساندة من ممرضة إكلينيكية متخصصة

20. هل تم إعطائك اسم ممرضة إكلينيكية متخصصة سوف تكون مسئولة عن رعايتك؟
21. ما مدى سهولة اتصالك بممرضتك الإكلينيكية المتخصصة؟
22. في المرة الأخيرة التي تحدثت فيها إلى ممرضتك الإكلينيكية المتخصصة هل كانت تصغي إليك بعناية؟
23. عندما كان لديك أسئلة مهمة تطرحها لممرضتك الإكلينيكية المتخصصة، كم مرة حصلت على إجابات منها تستطيع أن تفهمها؟
24. في المرة الأخيرة التي زرت فيها أو تحدثت إلى ممرضتك الإكلينيكية المتخصصة، هل تشعر بأن الوقت الذي قضيته مع الممرضة كان أطول من اللازم أم أقصر من اللازم أم مناسباً؟

شرح المساندة التي كانت متوفرة

25. هل قدم موظفو المستشفى لك معلومات عن الدعم أو مجموعات المساعدة الذاتية للأفراد المصابين بالسرطان؟
26. هل قدم لك موظفو المستشفى معلومات عن كيفية الحصول على مساعدة مالية أو مزايا؟
27. هل أخبرك موظفو المستشفى بأنه يمكنك أن تحصل على روشتات لصرف الدواء مجاناً؟

تفسير العلاج المعطى

28. خلال الاثني عشر شهراً الماضية، هل أجريت لك عملية جراحية (فمثلاً إزالة ورم أو كتلة) في إحدى المستشفيات المذكورة في الخطاب الملحق؟
29. في آخر مرة ذهبت فيها إلى المستشفى لإجراء عملية للسرطان هل قامت المستشفى بتغيير تاريخ دخولك إلى موعد لاحق؟
30. قبل إجراء العملية الجراحية لك هل قام أحد الموظفين بشرح ما سيتم إجرائه أثناء العملية؟
31. هل تم إعطائك مسبقاً معلومات خطية عن عمليتك الجراحية؟
32. بعد العملية هل قام أحد الموظفين بالشرح بطريقة تستطيع أن تفهمها عما جرى في العملية؟
33. أثناء الاثني عشر شهراً الأخيرة، هل أجريت لك عملية أو بقيت طوال الليل في المستشفى بخصوص رعاية تختص بالسرطان في إحدى المستشفيات المذكورة في الخطاب الملحق؟

الثقة والوثوق في الأطباء والممرضات بالمستشفى

34. عندما طرحت أسئلة هامة إلى الطبيب، كم عدد المرات التي حصلت فيها على إجابات يمكنك أن تفهمها؟
35. هل كان لديك الثقة والوثوق في الأطباء الذين قاموا بعلاجك؟

الملحق هـ سياسة سجل السرطان

أهداف السياسة

سوف يؤدي تنفيذ هذه السياسة إلى وجود سجل في قطر يتميز بالدقة والوثوقية والشمولية والفائدة. وسيحتوي السجل على تسجيل مصدّق لكل ورم سرطاني لكل فرد من السكان مصاب بمرض السرطان. كما سيكون السجل مصدراً متميزاً للبيانات لأغراض البحث في علم أوبئة السرطان ولتخطيط خدمات السرطان وفحص نتائج السرطان.

مسئوليات مقدمي الرعاية الصحية

إن كافة مقدمي الرعاية الصحية المرخصين من قبل لجنة الترخيص الدائمة في المجلس الأعلى للصحة مطالبين بتقديم البيانات إلى سجل السرطان في صيغة صفحة مجدولة (سبريد شيت) الكترونية كما في المواصفات التفصيلية التي يزودها فريق سجل السرطان، بناءاً على نوع أو أنواع الخدمة المقدمة داخل مرفقهم. وسوف يكون تقديم هذه البيانات هو المعيار اللازم للترخيص أو تجديد الترخيص.

مسئوليات المجلس الأعلى للصحة

سيتحمل المجلس الأعلى للصحة المسئولية للتأكد من أن سجل السرطان يوفر سلسلة من القياسات المترية والبيانات والتي ستكون متوفرة بالمجان من خلال النشرات الموضوعة على موقع الإنترنت الخاص بالمجلس الأعلى للصحة.

وسيحدد سجل السرطان النطاق الزمني للنشر – أي المدة الزمنية التي يتوقع أن تستغرقها نشرة الأرقام لأي سنة معينة – ونشر الأرقام لكل بند من البنود التالية بحسب موضع الإصابة بالسرطان (باستعمال ICD-10):

- الإصابة بمرض السرطان
- انتشار مرض السرطان
- معدلات بقاء مرضى السرطان على قيد الحياة

كما سيحددوا أيضاً أنماط العلاج والتغذية الارتجاعية والتعليقات إلى الفرق متعددة التخصصات والأطباء الإكلينيكيين كل على حدة، على سبيل المثال، معدلات البقاء على قيد الحياة وتوفير تقديرات لمدى شمولية واكتمال البيانات داخل السجل – وعلى وجه الخصوص عن طريق تزويد النسبة المئوية لسجلات شهادات الوفاة فقط (DCO) وعن طريق استعمال طريقة معدل التدفق[1].

وسيوفر السجل أيضاً تغذية ارتجاعية مستمرة إلى مقدمي الخدمات عن كيفية تحسين جودة البيانات المرسلة وللحد من العمل المطلوب تقديمه.

العقوبات لعدم الامتثال

سوف يتم نشر قائمة كل سنتين عن مقدمي الخدمات (ووضع اسم الشخص المسئول) وكذلك عما إذا كانوا قد قاموا بتحويل البيانات اللازمة أم لا. وإذا أخفق مقدم الخدمات في تقديم البيانات اللازمة سيتم إصدار تحذير خطي أولاً له. كما أن التقارير عن مقدمي الخدمات الذين لا يقدموا البيانات بصفة مستمرة سوف يشكل جزءاً من التقييم الدوري الجديد. وسوف يتطلب ذلك أن يشرح مقدمو الخدمات للوزير أسباب عدم امتثالهم للسياسة.

معايير النجاح

لازلنا نحتاج إلى تحديد المستويات التي يجب أن تكون عليها وما هو التاريخ الذي نتوقع إنجازها فيه، ولكن فيما يلي بعض القياسات الممكنة.

- النسبة المئوية % من البيانات المتوقع استلامها ممن يوفرون البيانات
- النسبة المئوية % من البيانات المتسلمة في وقتها ممن يوفرون البيانات
- النسبة المئوية % من سجلات شهادة الوفاة فقط DCO
- الجدول الزمني الذي يحدده السجل للنشر
- نشرة عن حالات الإصابة بالسرطان في خمس قارات
- نشرة عن معدلات البقاء على قيد الحياة لمدة سنة واحدة (يونيو 2013)
- نشرة عن معدلات البقاء على قيد الحياة لمدة ثلاث سنوات (يونيو 2016)
- نشرة عن معدلات البقاء على قيد الحياة لمدة خمس سنوات (يونيو 2018)

الموارد

سوف يتم تقديم موارد إضافية إلى سجل السرطان. وستشمل هذه الموارد استثماراً مبدئياً لحيز مكتبي ومعدات وبرمجيات جديدة وتكاليف مستمرة للموظفين الإضافيين (ويقدر أن الأمر يتطلب قوة عمل بمعدل حوالي 6.5 موظف بدوام كامل FTE).

وعلى المدى البعيد، سوف يدرس المجلس الأعلى للصحة عما إذا كان الأمر يستحق لتنفيذ حل برمجيات مخصوص (بدلاً من استعمال الكشوف الجدولية (سبريد شيت spreadsheets) الالكترونية لنقل البيانات من مزودي البيانات إلى سجل السرطان وذلك لتحسين جودة البيانات وتوفيرها في توقيتها السليم. وإذا كان الأمر كذلك، فعلى المجلس الأعلى للصحة أن يحدد نطاقها ويدفع قيمتها في تاريخ لاحق.

1 بولارد J Bullard، و كولمان Coleman M P، روبنسون Robinson D، ولوتز Lutz J-M، وبيل Bell J، و بيتو J Peto. مدى اكتمال تسجيل بيانات السرطان: طريقة جديدة للاستعمال الروتيني، Br J Ca 2000؛ 82: 1111–1116

الملحق ج أعضاء اللجنة الوطنية للأطراف المعنية بمرض السرطان (NCSC)

- البروفسور اللورد دارسي أوف دنهام (رئيس اللجنة)
- الدكتور/فالح محمد حسين علي (نائب الرئيس)
- الدكتور/حارث الخاطر
- الدكتورة/حنان الكواري
- الدكتورة/مريم عبد الملك
- الدكتور/عبدالله الأنصاري
- الينور ليبارون
- الدكتور/خالد بن جابر آل ثاني
- الدكتور/عبد العظيم
- الشيخ محمد آل ثاني
- الدكتورة/جويليت إبراهيم (السكرتارية)

وقد التقت اللجنة الوطنية للأطراف المعنية بمرض السرطان NCSC ثلاث مرات لإعداد هذه الإستراتيجية في 14 ديسمبر و في 23 يناير وفي 14 مارس.

الملحق د الفعاليات الخاصة بالمشاورات

الفعاليات الخاصة بالمشاورات هي مناقشات عامة على نطاق كبير للتمكن من دراسة القضايا المعقدة بعد الأخذ في الحسبان الأدلة المتاحة. وكجزء من إعداد هذه الإستراتيجية، انعقدت ثلاث فعاليات للمداولات.

الفعالية الأولى انعقدت في 14 ديسمبر 2010 كجزء من البدء في إعداد هذه الإستراتيجية. وحضر هذا الاجتماع ما يزيد عن 100 شخص شاركوا في المناقشة حول المائدة مع التركيز على زيادة التوعية ومشاركة شعب قطر في إعداد الإستراتيجية.

والفعالية الثانية إنعقدت في ٦ فبراير 2011 وأشترك فيها أكثر من 130 شخصاً وقامت بدراسة المسائل الخاصة بالتوصل إلى الخدمات ونوعيتها. وقد كانت هناك مناقشة كيفية لأسئلة واسعة النطاق وتصويت كمّي على مزيد من المسائل المعينة.

أما الفعالية الثالثة والأخيرة فقد انعقدت في 14 مارس 2011 حيث حضرها ما يزيد عن 110 شخصاً وقامت بدراسة الأسئلة المتعلقة بالموارد ومرافق البنية التحتية، وكما حدث في الفعالية الثانية، فقد جمعت بين المناقشة وتصويت المشاركين.

وتوجد في كل أقسام الإستراتيجية الأفكار ونتائج التصويت التي صدرت عن هذه الفعاليات.

القياس	المؤشر	المصدر	التاريخ متى يبدأ أداء المؤشر
الإجراءات الشاملة لتواجد خدمات السرطان المقدّرة دولياً في قطر	**معدلات البقاء على قيد الحياة** تحسين من خط القياس الأساسي في معدلات بقاء مرضى السرطان على قيد الحياة لمدة سنة و 5 سنوات.	سجل السرطان	إذا بدأنا الحصول على البيانات عام 2012، فلن تتوفر بيانات جيدة عن بقاء المريض على قيد الحياة لخمس سنوات حتى عام 2017.
	معدلات الإصابة بالسرطان وهو تحليل لعدد حالات السرطان الجديدة مقسومة على تعداد السكان.	سجل السرطان	تحديد خط القياس الأساسي عام 2012.
	نسب انتشار السرطان وهو عدد الأفراد من كل 100.000 نسمة، المصابين بنوع سرطان معين في وقت معين.	سجل السرطان	تحديد خط القياس الأساسي عام 2012.
	معدلات الوفيات بمرض السرطان وهو عدد الوفيات عندما يكون السرطان هو السبب الرئيسي للوفاة، وذلك من كل 100.000 نسمة خلال عام.	سجل السرطان	في الوقت الحالي 10% من الوفيات مرتبطة بمرض السرطان. وقد تزداد النسبة مع تحسن معلومات سجل السرطان.
	العلاج في قطر – انخفاض النسبة المئوية للمرضى الذين يتم علاجهم بالخارج.	سجل السرطان	تحديد خط القياس الأساسي في 2012. مع انخفاض بنسبة 20% مع حلول عام 2016.
	العلاج في قطر – ازدياد المرضى الوافدين من الخارج إلى قطر.	مراجعة يدوية	تحديد خط القياس الأساسي في 2012. مع زيادة بنسبة 20% مع حلول عام 2016.

القياس	المؤشر	المصدر	التاريخ متى يبدأ أداء المؤشر
التشخيص السريع والحاسم	يتم تحديد موعد خلال إطار زمني محدد بعد الإحالة من الفحص والرعاية الأساسية.	قيام مقدم الخدمات بتقديم تقاريره إلى المجلس الأعلى للصحة	أسبوعان مع حلول عام 2012 أسبوع واحد مع حلول عام 2013. 48 ساعة مع حلول عام 2015
	التشخيص الحاسم خلال أسبوعين من فحص المريض في العيادة المتخصصة.	على المزود تقديم تقريره إلى المجلس الأعلى للصحة	من نهاية 2012 .
العلاج	**العلاج السريع** يبدأ العلاج خلال 14 يوماً من التشخيص الحاسم.	على المزود أن يقدم تقريره إلى المجلس الأعلى للصحة	من نهاية 2012.
	الفرق متعدد التخصصات MDTs كل مرضى السرطان يتم علاجهم لدى فريق متعدد التخصصات MDT.	تحديد بيانات أي حالات في سجلات السرطان ليست مرتبطة بالفرق متعددة التخصصات	من أكتوبر 2013.
	الرعاية الموجهة نحو المريض يتم تحديد أسئلة محددة.	استطلاع الرأي لتجربة المريض	يتم تنفيذ استطلاع الرأي لتجربة المريض مع حلول عام 2012.
الرعاية المستمرة	توفر خطة رعاية شاملة لكل مرضى الرعاية المخففة للألم.	على مقدم الخدمات تقديم تقاريره إلى المجلس الأعلى للصحة	يتم تنفيذها مع نهاية عام 2012.
	تصنيف الرعاية المخففة للألم في قطر.	مرصد دولي للرعاية المقدمة في الأيام الأخيرة من حياة المريض (IOELC)	يتم تصنيف قطر بأن لديها أسلوباً منهجياً متكاملاً نحو الرعاية المخففة للألم (المجموعة 4، أعلى تصنيف من خلال المرصد الدولي للرعاية في الأيام الأخيرة للمريض IOELC) مع حلول عام 2015.
البحث	زيادة المشاركة في التجارب الإكلينيكية.	تقوم لجنة توجيه أبحاث السرطان بالمراقبة	تتحدد نسبة مشاركة مرضى السرطان الحاليين في التجارب في عام 2012. ثم تزداد النسبة المحددة لعام 2016.

الملحق ب قائمة المؤشرات

القياس	المؤشر	المصدر	التاريخ متى يبدأ أداء المؤشر
التوعية بمرض السرطان	الأسئلة المحددة للمسح الاستبياني، (يتم تأكيدها فيما بعد).	المسح الاستبياني لفهم السرطان والوقاية منه	(يتم تأكيده فيما بعد)، اليوم الأول من البيانات 2012.
الوقاية من السرطان	**نظام الحمية** – تناول الفاكهة والخضروات (النسبة المئوية التي تتناول خمس حصص أو أكثر من الفاكهة والخضروات كل يوم).	مسح استبياني لفهم السرطان والوقاية منه	تأسيس خط القياس الأساسي عام 2012 – مع زيادة بنسبة 50% على هذا الخط الأساسي مع حلول عام 2016.
	البدانة – توزيع معامل وزن الجسم Body Mass Index لدى السكان.	مسح استبياني لفهم السرطان والوقاية منه	التخفيض إلى نسبة 29% من السكان المصنفين بالبدانة مع حلول عام 2016 (أحدث نسبة 32%)[1].
	النشاط البدني – تحديد النسبة المئوية لمن يمارسون نشاطاً بدنياً بصفة منتظمة بمعدل 30 دقيقة من التمرينات على الأقل ثلاث مرات في الأسبوع.	مسح استبياني لفهم السرطان والوقاية منه	زيادة النسبة إلى 60% مع حلول عام 2016 (أحدث نسبة متوفرة أقل من 50%).
	معدل انتشار التدخين – نسبة انتشار التدخين بين الأشخاص البالغين.	مسح استبياني لفهم السرطان والوقاية منه	تخفيض نسبة معدلات التدخين بين الذكور إلى 25% وتفيد التقارير أن معدل التدخين بين الإناث يبلغ 2.2% ويعتبر تقديراً أقل بكثير – ويجب القيام بمجهودات لتحديد خط قياس أساسي أكثر دقة مع حلول عام 2016.
الكشف المبكر	**التشخيص المبكر** – النسبة المئوية لحالات السرطان في المرحلتين الأولى والثانية التي تم تشخيصها.	معلومات سجل السرطان	تأسيس خط القياس الأساسي عام 2012 – مع زيادة بنسبة 30% لحالات السرطان في المرحلتين الأولى والثانية التي تم تشخيصهما مع حلول عام 2016.
	تغطية برنامج الفحص المنظم النسبة المئوية من فئات السكان المستهدفين الذين يتم تغطيهم ببرنامج فحص منظم.	سجل الفحص	70% مع حلول عام 2014 (سرطان الثدي) و 2015 (سرطان الأمعاء) و 2016 (سرطان عنق الرحم).
	معدل اكتشاف الإصابة بالمرض أثناء الفحص عدد حالات السرطان المكتشفة في برنامج الفحص كنسبة مئوية من كل اختبارات الفحص التي يتم أدائها.	سجل الفحص	إعداد خط قياس أساسي مع حلول 2013 ثم الاتفاق على معيار ملائم لقياس الأداء الجيد.

1 هذا يتمشى مع الهدف المحدد في إستراتيجية التنمية الوطنية في قطر، مارس 2011، صفحة 113.

رقم التوصية	وصف التوصية	مسئولية التنفيذ	احتمالية الشراء (منخفضة، متوسطة، مرتفعة)
الفصل الثاني عشر – الخطوات التالية			
1-12	إعداد ونشر خطة تنفيذ مع نقط مرجعية تفصيلية.	المجلس الأعلى للصحة	منخفضة
2-12	تقدم مؤسسة حمد الطبية تقريرها إلى المجلس الأعلى للصحة كل ربع سنة عن مدى تقدمهم في التنفيذ.	مؤسسة حمد الطبية	منخفضة
3-12	اعتباراً من عام 2012، يجب أن يقوم مقدمو الخدمات الغير ممتثلين للإستراتيجية بتقديم تفسير عن أسباب ذلك إلى سعادة وزير الصحة. وفي حالة عدم تحقيق تقدم من ناحية الامتثال، يمكن إلغاء ترخيصهم الخاص بعلاج مرضى السرطان.	المجلس الأعلى للصحة	منخفضة
4-12	تنظيم مؤتمر بعد مرور عام واحد لتقييم الأداء في التنفيذ.	المجلس الأعلى للصحة	متوسطة – يمكن أن يتم تنظيم المؤتمر خارجياً.
5-12	الالتزام بتحديث الإستراتيجية خلال خمس سنوات	المجلس الأعلى للصحة	منخفضة
6-12	مراجعة مدى التقدم في تنفيذ الإستراتيجية خلال عام 2013.	المجلس الأعلى للصحة	متوسطة – من المجدي والمفيد وجود درجة من الاستقلالية.

رقم التوصية	وصف التوصية	مسئولية التنفيذ	احتمالية الشراء (منخفضة، متوسطة، مرتفعة)
الفصل التاسع – قياس الأداء			
1-9	إدخال سجل للسرطان مزوَّد بموارد كاملة لتسجيل كل حالات السرطان التي يتم علاجها في قطر وبالخارج.	المجلس الأعلى للصحة	منخفضة
2-9	البدء في عمل استبيان سنوي لمدى فهم السرطان والوقاية منه لعينات ممثلة من السكان. على أن يبدأ المسح الاستبياني الأول في عام 2012.	المجلس الأعلى للصحة	مرتفعة – يمكن تكليف مؤسسة خارجية مشهورة بالقيام بهذا المسح الاستبياني.
3-9	إنشاء سجل شامل للفحص للمساعدة في التوصيات 1-5 إلى 3-5.	المجلس الأعلى للصحة	منخفضة
4-9	إبتداءاً من عام 2012، يتم عمل مسح استبياني سنوي لتجارب المرضى وذلك بين كل مرضى السرطان.	المجلس الأعلى للصحة	مرتفعة – يمكن تكليف مؤسسة خارجية مشهورة بعمل المسح الاستبياني.
5-9	اعتباراً من عام 2012، يقدم المزودون تقاريرهم إلى المجلس الأعلى للصحة بشأن امتثالهم لمتطلبات التوصل للخدمات (مثلاً من التشخيص إلى العلاج).	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
6-9	نشر معلومات الأداء اعتباراً من عام 2013 لمزودي الخدمات (مثلاً بشأن متطلبات التوصل للخدمات واستبيان التجارب التي يمر بها مرضى السرطان).	المجلس الأعلى للصحة	منخفضة
الفصل العاشر – قوة العمل			
1-10	تدريب ومساندة صيادلة الأحياء السكنية حتى يمكنهم أن يلعبوا دورهم في التوعية والوقاية والكشف المبكر للإصابة بمرض السرطان.	المجلس الأعلى للصحة من خلال العمل مع جامعة قطر	منخفضة
2-10	زيادة قدرات مراكز الرعاية الصحية الأساسية من خلال توظيف المزيد من العاملين وتحسين المرافق وتعيين ممرضات متخصصات في السرطان.	مراكز الرعاية الصحية الأساسية	منخفضة
3-10	إعداد برنامج تدريبي لأطباء الرعاية الأساسية عن دورهم في تنفيذ إستراتيجية السرطان الوطنية.	مراكز الرعاية الصحية الأساسية	متوسطة – إمكانية شراء برنامج تدريب.
4-10	تطوير أطباء العائلة مع اهتمام خاص بمرض السرطان.	مقدمو الرعاية الأساسية والثانوية.	منخفضة
5-10	توظيف المزيد من الأطباء الإكلينيكيين للسماح بالتخصص وإعداد خدمات مثل الرعاية المخففة للألم.	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
6-10	تأسيس فريق لتنفيذ الإستراتيجية الوطنية للسرطان بالمجلس الأعلى للصحة.	المجلس الأعلى للصحة	منخفضة
7-10	تقديم برنامج تدريبي تخصصي لممرضات العيادات داخل قطر.	مؤسسة حمد الطبية	منخفضة
الفصل الحادي عشر – البحث			
1-11	يجب على مؤسسة قطر Qatar Foundation أن تستضيف برنامج للبحث الانتقالي ويتضمن شركاء رئيسيين.	مؤسسة قطر	منخفضة
2-11	يجب أن يشتمل البحث على تجارب إكلينيكية وتغيرات سلوكية وتدخلات.	مؤسسة قطر والمجلس الأعلى للصحة	منخفضة

رقم التوصية	وصف التوصية	مسئولية التنفيذ	احتمالية الشراء (منخفضة، متوسطة، مرتفعة)
9-7	يحدد مقدمو الخدمات أي من الأطباء الإكلينيكيين الذي يمكنهم علاج أنواع معينة من السرطان (منح امتيازات)	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
10-7	إدخال ممرضات متخصصات في النواحي الإكلينيكية كدور جديد للممارس المتقدم لتحسين الرعاية بمرضى السرطان	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
11-7	يجب إعداد مسارات مبرهنة بالأدلة لتصبح معاييراً وطنية لرعاية مرضى السرطان وتطبق على كل المزودين. تواجد المعايير الوطنية الأولى مع حلول عام 2012.	المجلس الأعلى للصحة	مرتفعة – إقتراح إمكانية التعاقد مع مؤسسة معايير معترف بها دولياً لأداء هذا العمل.
12-7	مع حلول عام 2012، يجب أن يكون العلاج خلال 14 يوماً من التشخيص.	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
13-7	في حالة إلغاء موعد للمريض يجب ضمان حجز موعد آخر خلال أسبوع أو اختيار موعد في مكان آخر (حيث يقوم مقدم الخدمات الأصلي بدفع قيمته).	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
14-7	بدء عملية الجهات المناظرة للتأكد من توفير رعاية بنوعية ممتازة.	المجلس الأعلى للصحة	مرتفعة
15-7	تشجيع المرضى على علاجهم في قطر.	المجلس الأعلى للصحة ومقدمو الرعاية الصحية الأساسية	منخفضة
16-7	مساندة التطبيق الملائم لهذه الإستراتيجية بحسب العمر ويجب أن يكون هناك تمثيل لكبار السن في مجلس الجمعية الوطنية للسرطان وتأسيس مجموعة عمل بخصوص هذا الموضوع تتضمن كافة الأطراف ذات الصلة.	سدره و المجلس الأعلى للصحة	منخفضة
الفصل الثامن – الرعاية المستمرة			
1-8	إنشاء إدارة للرعاية المخففة للآلام في مؤسسة حمد الطبية	مؤسسة حمد الطبية	منخفضة
2-8	يجب توفير خطة رعاية لكل مرضى قسم الرعاية المخففة للآلام مع حلول عام 2012.	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
3-8	بناء مركز جديد للرعاية المتخصصة في تخفيف الآلام وتدعيم الرعاية بالبيت.	مؤسسة حمد الطبية ومراكز الرعاية الصحية الأساسية	مرتفعة
4-8	يجب المتابعة بصفة منتظمة لمن يبقون على قيد الحياة من مرضى السرطان – في البداية كل ثلاثة أشهر ثم تقل لتصبح كل سنة مع مرور الوقت وبحسب ما هو مناسب إكلينيكياً.	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
5-8	إعداد برنامج للمراحل الانتقالية للسرطان لمساعدة الباقين على قيد الحياة ليعودوا إلى حياتهم الطبيعية بمجرد اكتمال علاجهم ودعم الوقاية الثانوية.	المجلس الأعلى للصحة ومقدمو الرعاية الصحية الأساسية والثانوية	متوسط – يجب الحصول على المحتوى من البرامج الحالية المتوفرة في البلدان الأخرى ثم تبنيها في قطر.
6-8	تطوير وتشجيع العضوية في المجموعات المساندة للسرطان.	المجلس الأعلى للصحة وجمعية السرطان الوطنية القطرية	منخفضة
7-8	إنشاء منصب منسق التطوع داخل جمعية السرطان الوطنية في قطر للاستفادة من مرضى السرطان الذين بقوا على قيد الحياة والمتطوعين الآخرين.	المجلس الأعلى للصحة وجمعية السرطان الوطنية القطرية	منخفضة

رقم التوصية	وصف التوصية	مسئولية التنفيذ	احتمالية الشراء (منخفضة، متوسطة، مرتفعة)
4-5	حملة عن سرطان البروستاتا والمثانة لتسليط الأضواء على الأعراض، في عام 2012 – تتبعه حملات أخرى متخصصة في هذا المجال.	المجلس الأعلى للصحة	متوسطة – احتمال اشتراك مؤسسات خارجية في تصميم وتقديم الحملة.
الفصل السادس – التشخيص السريع والحاسم			
1-6	الإحالات إلى العيادات المتخصصة من خلال عملية ذات إجراءات موحدة مع الأشخاص المشتبه إصابتهم بالسرطان بعد فحصهم وذلك خلال 14 يوماً (2012)، وخلال 7 أيام (2013) وخلال 48 ساعة (2015).	مقدمو الرعاية الصحية الأساسية والرعاية الثانوية	منخفضة
2-6	بمجرد قيام الطبيب بفحص المريض، يجب التوصل إلى تشخيص حاسم خلال 14 يوماً باستعمال أساليب تجمع بين الفحوص بالتصوير وأخذ العينات الباثولوجية والفحص الجسدي.	مقدمو الرعاية الثانوية	متوسطة – إمكانية شراء القدرات الخاصة في مجال الباثولوجيا والتصوير
3-6	يجب إتمام مراجعة الطلب على التشخيص والإمكانيات المتاحة وذلك في عام 2011.	المجلس الأعلى للصحة من خلال العمل مع مزودي الخدمات	منخفضة
4-6	يجب التواصل بطريقة واضحة وحساسة فيما يتعلق بنتائج التشخيص مع الأطباء الإكلينيكيين القادرين على حضور دورة تدريبية في التواصل.	مقدمو الرعاية الثانوية	مرتفعة – يمكن شراء الدورات التدريبية الحالية
5-6	يجب الإبلاغ عن التأخيرات في تشخيص السرطان والتحقيق فيها.	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
الفصل السابع – العلاج			
1-7	إعداد نشرات عن معلومات السرطان تحتوي على كافة المعلومات الرئيسية للمريض وذلك في مكان واحد.	مقدمو الرعاية الثانوية والمجلس الأعلى للصحة	متوسطة – إمكانية استعمال المعلومات الموجودة من قبل
2-7	يجب دراسة الاحتياجات النفسية للمريض من خلال استعمال ترمومتر القلق والانزعاج Distress Thermometer والخدمات المساندة مثل تقديم المشورة النفسية وتوفير نصائح عن التغذية.	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
3-7	يصبح منسقو مسار المريض هم نقطة الاتصال الأولى للمريض ويساعدوا في ضمان توجيه الرعاية نحو المريض	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
4-7	لمساندة التحرك نحو السجلات الطبية الالكترونية يجب استخدام رقم الهوية القطري أينما كان ذلك ممكناً مع بذل الجهود للسماح لمقدمي الخدمات بالتوصل إلى السجلات.	مقدمو الرعاية الثانوية والرعاية الأساسية	منخفضة
5-7	توفير أجواء للعلاج في مركز الأمل Al-Amal من خلال تجديدات رئيسية واحتمال إنشاء مركز ماجي Maggie's Centre.	مؤسسة حمد الطبية	متوسطة
6-7	بدء بناء مستشفى سرطان جديد أثناء السنوات الخمس المقبلة.	المجلس الأعلى للصحة ومؤسسة حمد الطبية	متوسطة
7-7	العناية بكل مرضى السرطان كجزء من الفرق متعددة المتخصصات (MDTs) في موعد أقصاه أكتوبر 2013.	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة
8-7	رعاية مرضى السرطان تكون متخصصة مع وجود أطباء إكلينيكيين متخصصون في مواضع السرطان المعينة.	مقدمو الرعاية الثانوية	منخفضة

الملحق أ جدول التوصيات

رقم التوصية	وصف التوصية	مسئولية التنفيذ	احتمالية الشراء (منخفضة، متوسطة، مرتفعة)
الفصل الثالث – التعليم والفهم			
1-3	حملة تفنيد الخرافات تبدأ في عام 2011	المجلس الأعلى للصحة	متوسطة – يقوم المجلس الأعلى للصحة بتنسيق الحملة ولكن سوف يحتاج الأمر إلى شراء عناصر فيها.
2-3	جلسات التعليم عن السرطان في المدارس تبدأ في العام الدراسي المقبل	المجلس الأعلى للصحة والمجلس الأعلى للتعليم	منخفضة
3-3	موقع الإنترنت لجمعية السرطان الوطنية القطرية يصبح مصدراً شاملاً للمعلومات عن السرطان	المجلس الأعلى للصحة وجمعية السرطان الوطنية القطرية	متوسطة – يمكن استخدام بعض المحتوى من المواقع الأخرى الشهيرة
4-3	إعداد تقويم سنوي لأيام وشهور التوعية بالسرطان مع أنشطة متصلة بها يقود العديد منها قطاع المتطوعين	المجلس الأعلى للصحة وجمعية السرطان الوطنية القطرية	منخفضة
الفصل الرابع – الوقاية			
1-4	مجموعة إجراءات لتدعيم الجهود فيما يختص بالتوقف عن التدخين	المجلس الأعلى للصحة	متوسطة – احتمال شراء بعض العناصر (مثلاً تدخلات لوقف التدخين)
2-4	توسعات للخطط الحالية بخصوص التشجيع على تناول الطعام الصحي والتمرينات الرياضية	المجلس الأعلى للصحة	متوسطة – احتمال شراء بعض العناصر (فمثلاً تدريبات كرة القدم بعد المدرسة)
3-4	عمل دراسة في مسببات السرطان (المسرطنات) في البيئة أثناء عام 2011	المجلس الأعلى للصحة	مرتفعة – يمكن أداؤها عن طريق مؤسسة مستقلة ذات خبرة في هذا المجال
4-4	توفير لقاح سرطان عنق الرحم HPV لتلك العائلات الراغبة اعتباراً من عام 2013.	المجلس الأعلى للصحة	مرتفعة – يمكن شراؤه كخدمة قائمة بذاتها
5-4	وضع معايير واضحة عن استعمال الاختبارات الوراثية الجينية للسرطان. ثم البدء في عمل اختبارات وراثية تتسم بالسرية مع تقديم المشورة	المجلس الأعلى للصحة، لجنة الفحص الوطنية ومزودو الخدمات	منخفضة
الفصل الخامس – الكشف المبكر			
1-5	تأسيس لجنة فحص وطنية في قطر لتقديم الخطوط الإرشادية الواضحة عن الفحص وتشمل فئات السكان المستهدفة ومعدلات الفحص. على أن تبدأ اللجنة الفرعية للسرطان العمل في عام 2011.	المجلس الأعلى للصحة	منخفضة
2-5	تقديم برامج فحص شاملة (تدعمها قواعد بيانات السكان والاتصالات الفعالة) لسرطان الثدي وسرطان القولون والمستقيم وسرطان عنق الرحم	لجنة الفحص الوطنية والمجلس الأعلى للصحة من خلال العمل مع وزارة الداخلية	منخفضة
3-5	يقوم المجلس الأعلى للصحة بطرح مناقصة عامة لتقديم خدمات الفحص وعلى مقدمي خدمات الرعاية الأساسية وغيرهم من مقدمي الخدمات الاستجابة	يقوم المجلس الأعلى للصحة بطرح مناقصة عامة لمقدمي خدمات الرعاية الأساسية وغيرهم للاستجابة	مرتفعة

وسوف يقوم المجلس الأعلى للصحة بمساءلة مقدمي الخدمات عن تنفيذ توصيات الإستراتيجية وتحقيق مؤشراتها الرئيسية من خلال آلية الاتفاق على الأداء. وفي فاعلية المداولات الثالثة تم سؤال المشتركين عن أفضل السبل لضمان امتثال مقدمي الخدمات للتوصيات الواردة في هذه الإستراتيجية و النتائج موضحة في شكل 24.

كانت أكثر الإجابات شيوعاً (45%) هي أنه يجب على مقدمي الخدمات الغير ممتثلين أن يشرحوا لسعادة الوزير عن سبب ذلك، مشيرين إلى أن إلغاء الرخصة أكثر قوة من الحوافز المادية. **وبالتالي يجب تنفيذ هذا الأسلوب المنهجي اعتباراً من عام 2012 مع احتمال إلغاء الترخيص لعلاج مرضى السرطان أينما كان ذلك عملياً في حالة عدم حدوث تحسينات بعد الاجتماع الوزاري.** ولا يُوصى بتغريم مقدمي الخدمات لإخفاقهم في الامتثال للإستراتيجية.

بعد مراقبة مدى امتثال مقدمي الخدمات، سيتخذ المجلس الأعلى للصحة مكان الريادة في التوصيات المتعلقة بالجزء المبكر من المنظور المرحلي للسرطان مثل الوقاية. وسوف يقدموا أيضاً إلى سكرتارية اللجنة الوطنية للجهات المعنية بالسرطان، المشورة عن التنفيذ وسيستعينون بشخصياتهم الهامة لإدارة عجلة التقدم للأمام حيث تكون توجهاتهم بصفة خاصة على مسائل التنفيذ التي تحتاج إلى عمل مشترك من اثنين أو أكثر من مقدمي الخدمات.

سيقدم فريق تنفيذ إستراتيجية السرطان الوطنية تقاريره إلى سعادة وزير الصحة عن مدى التقدم في تنفيذ الإستراتيجية.

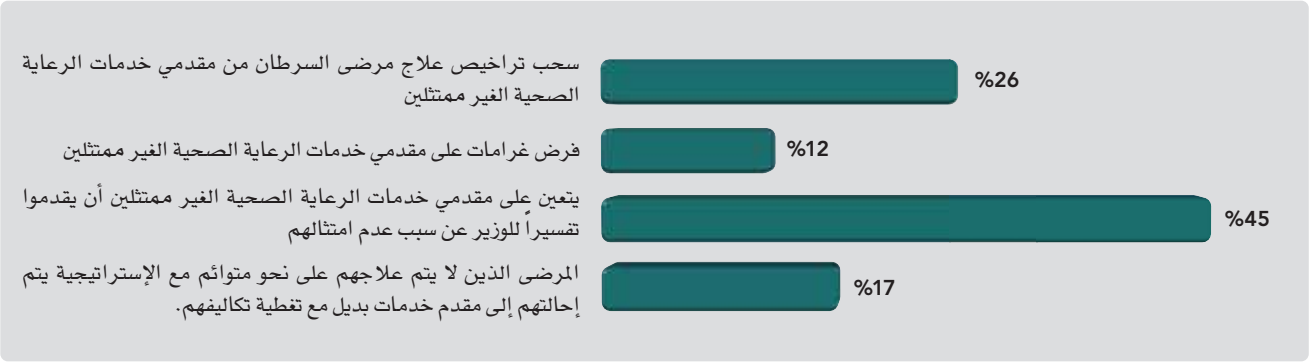
مؤتمر بعد عام واحد

للمساعدة في ضمان مواصلة الزخم في تنفيذ إستراتيجية السرطان الوطنية نقترح انعقاد مؤتمر بعد مرور عام واحد في ربيع 2012. في هذا المؤتمر ستتاح الفرصة لمجتمع علاج السرطان في قطر أن يُحاط علماً بما تم تحقيقه. كما سيساعد المؤتمر أيضا على رفع مكانة قطر كرائدة في رعاية مرضى السرطان على الصعيد الدولي عن طريق مشاركة خبراء السرطان العالميين ومنهم بروس باركلاف Bruce Barraclough وموري برينان Murray Brennan. وأعضاء اللجنة الاستشارية الدولية الداعمة لهذه الإستراتيجية.

تحديث إستراتيجية السرطان الوطنية ومراجعة مدى تقدمها

مع ظهور أساليب العلاج الجديدة وعبء تغيرات السرطان، سوف تحتاج هذه الإستراتيجية إلى التحديث. وقد نشرت الحكومة الدانمركية خطتها الأولى للسرطان عام 2000 ثم أصدرت تقرير متابعة في 2005[1]. **ومع العلم بأن التوصيات داخل هذه الإستراتيجية يجب أن تدخل حيز التنفيذ خلال خمس سنوات، نوصي بتحديث هذه الإستراتيجية عام 2016 وإعداد نسخة مستحدثة منها آنذاك.**

ولكن نظراً للتقدم السريع المتوقع خلال هذه السنوات الخمس، **نوصي أيضاً بمراجعة رسمية لمدى التقدم خلال عام 2013.** وسوف تحتاج هذه المراجعة إلى درجة من الاستقلالية لتوفير الضمان على مدى التقدم. وفي حالة عدم تحقيق تقدم كافي سوف تدرس المراجعة أيضاً الحالة لإعداد إمكانيات بديلة لعلاج السرطان.



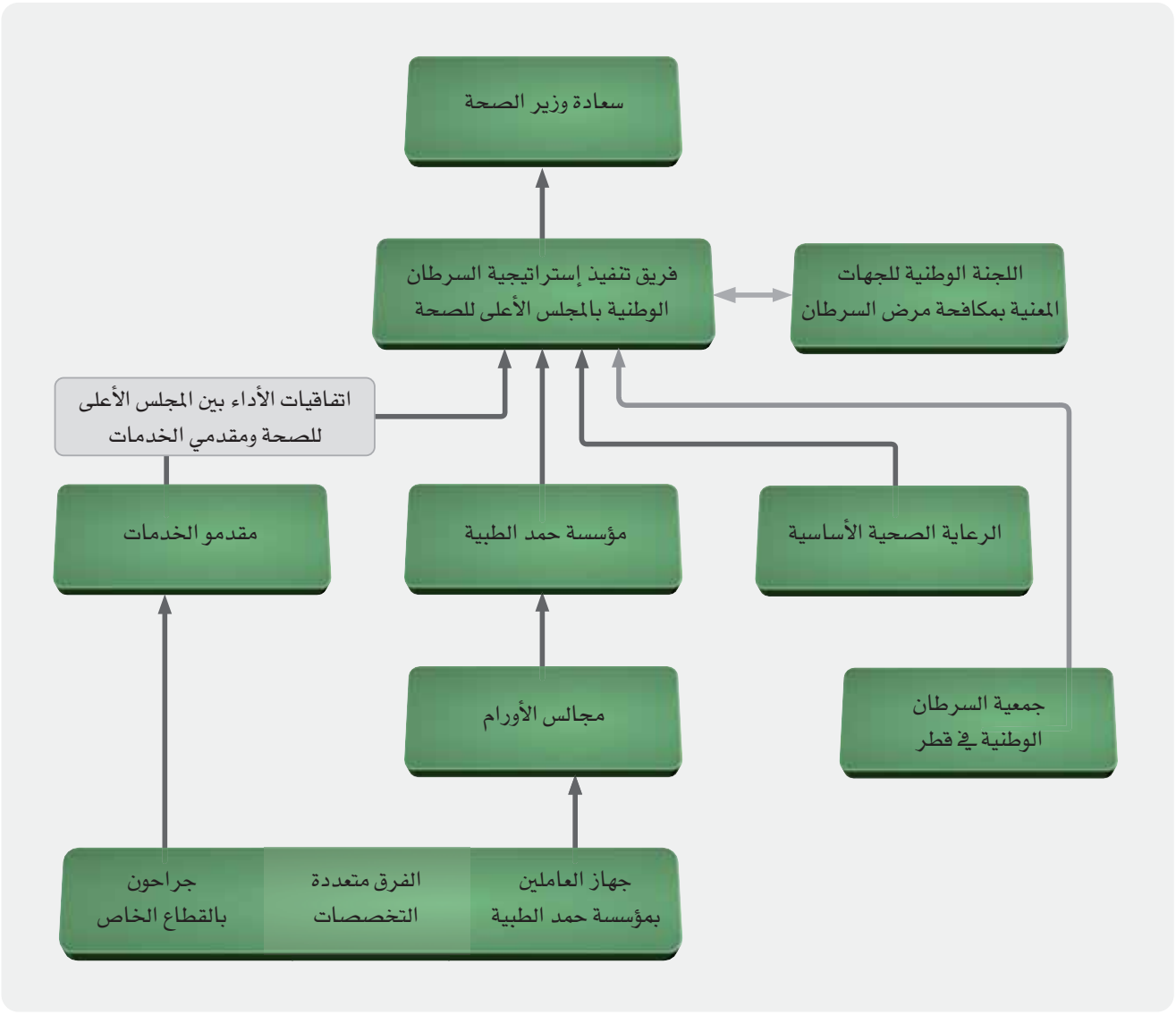
شكل 24: أي من الإجراءات التالية تعتبر الأكثر ترجيحاً لضمان امتثال مقدمي خدمات الرعاية الصحية للتوصيات الواردة في الإستراتيجية؟

1 روبرت هاورد Robert Haward، «تنظيم إطار عمل شامل للسيطرة على السرطان» في كولمان وآخرون Coleman et al. للتصدي لتحديات السرطان في أوروبا (2008)، صفحة 115.

إدارة التنفيذ

يوضح شكل 23 جوانب المُساءلة لتنفيذ إستراتيجية السرطان الوطنية.

سيحتاج الأمر إلى أداء قدر كبير من التنفيذ من خلال المؤسسات التي تقدم الخدمات والتي ترعى المرضى. وقد بدأ بعض التنفيذ بالفعل مع إقامة هياكل تنظيمية مثل لجان الأورام داخل مؤسسة حمد الطبية التي سوف تسهل تنفيذ التوصيات الموضوعة في هذه الإستراتيجية. **ومع الإدراك بأن مؤسسة حمد الطبية تقدم الغالبية العظمى من علاج السرطان في قطر، إلا أنه يُقترح بأن يقوموا بإعداد تقارير ربع سنوية إلى المجلس الأعلى للصحة عن مدى تقدم سير التنفيذ.**



شكل 23: هيكل الإدارة لتنفيذ إستراتيجية السرطان الوطنية

12. الخطوات التالية

هذه الإستراتيجية هي المرحلة الأولى لتحسين رعاية مرضى السرطان في قطر لتكون الأفضل في العالم. ويجب إتباعها من خلال الإجراءات ومراجعة مدى تقدمها وفي النهاية تحديثها.

إستراتيجية في متناول الجميع

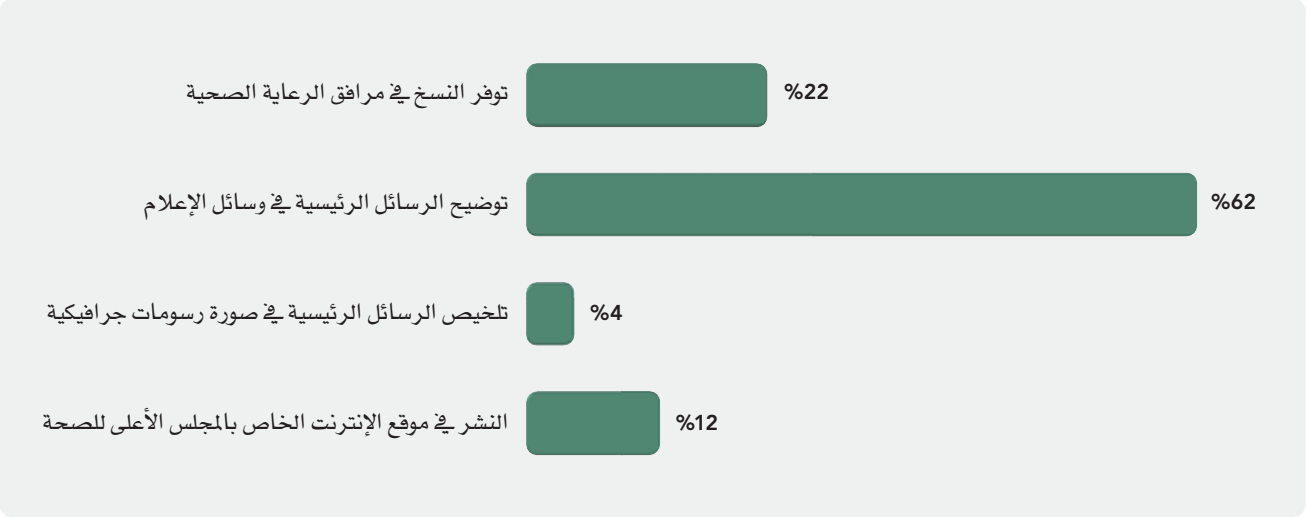
والآن بعد إعداد هذه الإستراتيجية من الضروري أن يكون الناس على علم بوجودها. وفي الفعالية الثالثة للمداولات، تم سؤال الناس عما هي أفضل السبل لجعل هذه الإستراتيجية في متناول الجميع. وكانت أكثر إجابة شائعة (62%) هي تقديم رسائل رئيسية واضحة في وسائل الإعلام.

لقد سعى المجلس الأعلى للصحة أن يقوم بذلك عن طريق تنظيم تغطية إعلامية موسعة لطرح الإستراتيجية. وستتوفر أيضاً نسخ من الإستراتيجية في غرف الانتظار بمراكز الرعاية الصحية الأساسية وفي مؤسسة حمد الطبية (رأي 22% من المستطلعين).

خطة التنفيذ

لقد سعت هذه الإستراتيجية أن تقدم رؤية قوية عن الكيفية التي يجب أن تتغير بها رعاية مرضى السرطان في قطر تدعمها توصيات متميزة. ورغم ذلك فهناك المزيد من العمل المطلوب لضمان تنفيذ التوصيات عن طريق تقسيمها إلى نقط مرحلية واضحة وإيضاح من هو المسئول عن تنفيذها. **لذلك سوف يتم عن قريب نشر خطة تنفيذ بحسب ما ورد في إجابات مراكز الرعاية الصحية الأساسية ومؤسسة حمد الطبية والمقدمين الآخرين للرعاية الثانوية لهذه الإستراتيجية.**

كما أن أعمال التنفيذ التفصيلية ستمتد أيضاً لتشمل الموارد الإضافية المطلوبة لوضع هذه الإستراتيجية حيز العمل. ويوجد في الملحق «ز» موجز على مستوى عالي للمؤشرات المبدئية لتكاليف تنفيذ هذه الإستراتيجية.



شكل 22: أي من الإجراءات التالية هي الأهم لجعل الإستراتيجية في متناول جميع من يحتاجون إلى قراءتها؟

يجب على الأطباء الإكلينيكيين أن يشرحوا مزايا ومخاطر التجربة وأن يضعوا احتياجات ورغبات المرضى في المقام الأول. وفي حالة أداء ذلك بكيفية سليمة يمكن أن يؤدي هذا إلى مشاركة أفضل للمريض، كما أن المشاركة في التجارب الإكلينيكية سوف تكون مؤشراً للنجاح في ترويج أبحاث السرطان في قطر.

التشجيع على برنامج موسع للتجارب الإكلينيكية والبحث داخل مؤسسة حمد الطبية سوف يكون خطوة نحو تحقيق طموحاتها لتصبح مركزاً أكاديمياً للعلوم الصحية AHSCs في شراكة مع كلية ويل كورنيل الطبية Weill Cornell Medical College مما يجلب معاً الخبرات الأكاديمية و الإكلينيكية. ومن الأمثلة الدولية لذلك نخص بالذكر مركز جونس هوبكنز للطب في الولايات المتحدة ومعهد كارولينسكا في السويد وكلية إمبريال كوليج في لندن بالمملكة المتحدة.

وهناك مزايا في حالة تركيز البحث بصورة أكثر على التوظيف. ولقد تم تأكيد ذلك من خلال المشتركين في فعاليات المداولات الذين جادلوا بأن «إيجاد أجواء للبحث سوف يجذب العلماء الباحثين». كما أن استخدام تعزيزات قوة العمل، فمثلاً الحاصلين على أجازات للبحث بتمويل من زيارات دراسية دولية، وعرض منح الزمالة للتعليم لما بعد الدكتوراه والزمالة في أمراض السرطان سوف يساعد في التغلب على مشاكل التوظيف والاستبقاء التي تم تسليط الأضواء عليها في الفصل السابق.

ويجب ألا يقتصر البحث الصحي على أنواع المعالجة الجديدة. حيث أن الإستراتيجية قد برهنت أنه لمنع السرطان واحتوائه في مرحلة مبكرة يحتاج الأمر إلى تغييرات في السلوكيات البشرية مثل مزيد من التمرينات الرياضية واختيار حضور العيادات الإكلينيكية للفحص. وفي السنوات الأخيرة كان هناك المزيد من البحث فيما يجب فعله وما لا يجب فعله عند تغيير سلوك المواطنين في أوروبا الغربية والولايات المتحدة [1]. ولكننا لا نستطيع أن نتأكد أن نفس المبادئ سوف تكون فعالة في قطر. **لذا فيجب أن يشتمل برنامج أبحاث السرطان على عنصر أبحاث سلوكي لنرى كيف يمكن تشجيع السلوكيات الصحية لدى سكان قطر.** ويجري بالفعل القيام ببعض العمل في هذا الميدان كدراسة رائدة تقوم بها جامعة كالجري – قطر في العوامل التي تؤثر على قبول المرأة لعمل فحص ثدي حيث بدأت في عام 2011.[2]

1 أطلع مثلاً على أ دارنتون A Darnton، تقرير مرجعي ولمحة عامة عن نماذج تغيّر السلوك واستخداماتها، يوليو 2008.

2 دراسة بقيادة الدكتور/تام ترونج دونلي Dr. Tam Truong Donnelly

11. البحث

«لا يوجد ما نهابه في الحياة ولكن يجب فقط فهمه. الآن حان الوقت لنفهم المزيد حتى نستطيع أن نكون أقل خوفاً.»

—— ماري كوري

إن التطورات في رعاية مرض السرطان تحدث بمعدل سريع. فعلى سبيل المثال كان لمرض المايلوما (سرطان بلازما الدم) معدلات ضعيفة جداً للبقاء على قيد الحياة ولكن بفضل الأدوية الجديدة التي أصبحت متوفرة خلال السنوات الخمس إلى العشر الأخيرة، أدت إلى تحسين معدلات البقاء على قيد الحياة لمرضى المايلوما وتحسين نوعية حياتهم. وهذا ليس مثالاً بمفرده حيث أصبحت طرق العلاج الجديدة المستهدفة متاحة ومن المقدر أن ما يزيد عن 50% من الأدوية الجديدة التي يجري تطويرها تختص بعلاج السرطان [1].

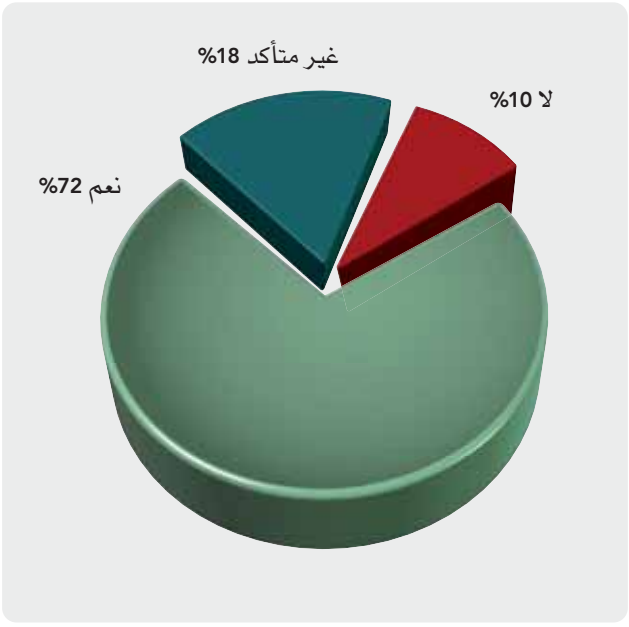
ومن الضروري أن تلاحق قطر ركب أحدث تطورات أبحاث السرطان. **ولتحقيق ذلك نوصي بإعداد برنامج يركز على البحث الانتقالي (البحث الذي يؤدي إلى مزايا محققة للمرضى).** ويحتاج هذا البحث الانتقالي أن يمتد ليشمل المنظور المرحلي للسرطان الذي يضم تحسين التشخيص والنمط الوراثي وتطوير العلاج المستهدف وعلم الأوبئة والتغيّر السلوكي والتجارب الإكلينيكية والتقنيات الجديدة الخ. والمفتاح وراء نجاح أي برنامج بحث هو أن يكون البحث موجهاً مع أجواء مؤدية للغرض والأفراد المناسبين بالإضافة للتعاون الفعال على الصعيدين الوطني والدولي.

يحتاج البرنامج أن يتضمن خبرات أبحاث السرطان الحالية في قطر وأن يبني عليها ونخص بالذكر منها:

- التكنولوجيا
- علم المعلومات البيولوجية
- الفحص
- البنوك البيولوجية/علم الأوبئة
- أساليب العلاج – التحول البروتيني proteomics والتحول الجيني genomics
- الوقاية/التعليم/التوعية
- الرفاه/التدخلات السلوكية

يجب أن تقوم مؤسسة قطر باستضافة هذا البرنامج وأن يكون هناك شراكة بين مؤسسة حمد الطبية ومراكز الرعاية الصحية الأساسية ومجمع قطر للعلوم والتكنولوجيا وجامعة قطر وكلية طب وايل كورنل وجامعة كالجري – قطر ، الشريك التعاوني المذكور في الفصل السابع وشركاء آخرين من ذوي الصلة. ويجري تأسيس لجنة توجيه لأبحاث السرطان لتطوير وتنفيذ برنامج البحث حيث تركز على مكامن القوى والأولويات في أبحاث قطر.

ولابد وأن مثل هذا البرنامج البحثي سوف يفيد رعاية المرضى بصورة مباشرة وكذلك صحة السكان. وتوجد أدلة تفيد بأن العلاج في المستشفى يتخذ عنصراً فعالاً في نتائج التجارب الإكلينيكية في النتائج المحسنة [2]. ويتم تصميم التجارب الإكلينيكية لاختبار مدى سلامة وفعالية التدخلات العلاجية [3]. والمشاركة في التجارب الإكلينيكية ستعطي مدخلاً لطرق العلاج الجديدة التي توفر مزايا للمرضى الذين لم يكن لديهم أي أمل من قبل في الشفاء أو تأخير تقدم مرض السرطان لديهم. ولذلك فإنهم يحتاجون بالطبع إلى المشاركين الراغبين ويبدو أن هذا متوفراً في قطر. وفي الفعالية الثالثة للمداولات نجد أن 72% من أولئك الذين تم سؤالهم قد أشاروا بأنهم مستعدون للمشاركة في التجارب الإكلينيكية [4].



شكل 21: التجارب الإكلينيكية تختبر الأدوية وطرق العلاج الجديدة لعلاج السرطان. إذا كنت مريضاً بالسرطان وأبلغك الأطباء أن التجربة الإكلينيكية هي أفضل خيار فهل تشارك؟

1 وزارة الصحة بالمملكة المتحدة، إستراتيجية الإصلاح لمرض السرطان (2007)، صفحة 23.

2 فايتر وآخرون .Fayter D et al، المراجعة النظامية للعوائق والمعدلات والمزايا المتضمنة في المشاركة في تجارب السرطان الإكلينيكية (سي دي آر تقرير 31)، يورك، المملكة المتحدة، مركز المراجعات والنشر، جامعة يورك (2006).

3 أكاديمية العلوم الطبية، مسار جديد لتنظيم وإدارة البحث الصحي، يناير 2011، صفحة 14.

4 إن طبيعة المشاركين (عدداً كبيراً منهم من ذوي الخلفيات الطبية أو من مرضى السرطان الحاليين) من المرجح أن يعني بأن هذا الرقم أعلى عنه لمرضى السرطان المشخصين حديثاً ولكن لازال مشجعاً.

تطوير ممرضات السرطان في قطر

من المتوقع أن الأمر يحتاج إلى توظيف كبيرة ممرضات السرطان بالاضافة إلى توظيف أول دفعة من ممرضات السرطان الرائدة من الخارج للحصول على جهاز عاملين من ذوي الخبرات الإكلينيكية اللازمة (للإشراف على تغيرات التمريض المطلوبة في هذه الإستراتيجية في قطر). ورغم ذلك، **يجب أيضاً تأسيس برنامج لتطوير ممرضات السرطان في قطر حتى يمكن للممرضات المحليات أن تصبحن ممرضات سرطان متخصصات من خلال التدريب وتولي مستويات أكبر من المسئولية تدريجياً تحت عضوية ممرضات السرطان المؤهلات كجزء من برنامج تدريبي متخصص على مستوى درجة الماجستير.** وتوضح في شكل 20 هذه الترتيبات.

وتتجه النية إلى أن تقوم قطر بتدريب كل ممرضات السرطان التي تحتاج إليهن قطر ويمكن بذلك ضمان توفر مصدر مستدام لممرضات السرطان اللاتي يتحلين بالحساسية الثقافية ويتحدثن اللغة العربية.



شكل 20: تسلسل أدوار ممرضات السرطان في قطر

وفي أحوال أخرى، تقدم هذه الإستراتيجية أدوار جديدة تماماً (موضحة في شكل 19) وتُعد هذه الأدوار حيوية لتحقيق التوصيات الرئيسية.

إن تقديم هذه الأدوار الجديدة يتوافق مع المشروع 4-4 من إستراتيجية الصحة الوطنية التي تدعو إلى تحقيق الخليط الأمثل من المهارات من خلال استعمال الأدوار الجديدة مثل ممارسي التمريض المتخصصين كما في CNSs[1].

ولقد اشتملت خطة الاستثمار لهذه الإستراتيجية على التكاليف الخاصة بهذه المناصب والأدوار الجديدة وهي ملخصة في الملحق «ز».

ومع أن جهاز الموظفين الجُدد وأدوارهم يعد أمراً هاماً، إلا أن هذه الإستراتيجية لا يمكن تحقيقها بدون مهارة وإخلاص الأطباء الإكلينيكيين الحاليين لمرض السرطان. وإن الاستثمار في تدريبهم وتطويرهم سوف يشكل أهمية قصوى في مساعدتهم على تحقيق التوصيات الواردة في هذه الإستراتيجية فمثلاً الاستخدام الفعال للفرق متعددة التخصصات.

المجلس الأعلى للصحة

سوف يتولى المجلس الأعلى للصحة مسئولية الإشراف على تنفيذ هذه الإستراتيجية. ولتحقيق ذلك بصورة فعالة **سوف يتطلب الأمر تكوين فريق وطني مخصص لتنفيذ إستراتيجية السرطان الوطنية داخل المجلس الأعلى للصحة**. وهذا الفريق الذي يتكون من أربعة أشخاص يجب أن يزود نقطة بداية كافية وسوف يتحمل المسئولية عن قيادة تنفيذ الإستراتيجية.

التوظيف والاستبقاء – قضية رئيسية

كما هو موضح في إستراتيجية الصحة الوطنية، فإن التوظيف والاستبقاء في مجال الرعاية الصحية بصفة عامة وفي المجلس الأعلى للصحة بصفة خاصة يعتبر من المشاكل الملموسة في قطر. وسوف يحتاج المشروع 4-2 (التوظيف والاستبقاء) والمشروع 5-1 (بناء القدرات في المجلس الأعلى للصحة) إلى تنفيذها بصورة ترادفية في نفس توقيت هذه الإستراتيجية حتى يمكن أن تتوفر في قطر قوة العمل التي تحتاج إليها لتقديم الرعاية لمرضى السرطان على النحو المعترف به دولياً. ويحتاج ذلك أن يشتمل على مستويات المكافآت الكافية لجذب أفضل العاملين وإعفاء قطاع الرعاية الصحية من قوانين الموارد البشرية والعلاوات لاستمرار التطوير المهني على كافة المستويات.



شكل 19: الأدوار الجديدة التي تقدمها إستراتيجية السرطان الوطنية

1 المجلس الأعلى للصحة، إستراتيجية الصحة الوطنية 2011–2016، أبريل 2011، صفحة 38.

10. قوة العمل

تعتمد مدى جودة رعاية مرضى السرطان بشدة على جهاز العاملين الذين يقدمون هذه الرعاية. وإن تنفيذ هذه الإستراتيجية سوف يتطلب المزيد من الموارد البشرية المخصصة لمرضى السرطان وتدريباً أكبر للأطباء الحاليين عن مرض السرطان.

صيدليات الأحياء السكنية

هناك صيدليات بالمناطق السكنية أكثر انتشارا عنه في أي موقع آخر للرعاية الصحية في قطر. ويستخدم قطاع كبير من السكان هذه الصيدليات. لذلك، يمكن أن تكون هذه الصيدليات وسيلة هامة لنشر المعلومات عن مرض السرطان، وخاصة كيفية الوقاية من هذا المرض وتوقيت الحضور للفحص. **ويجب بذل الجهود للعمل مع الصيادلة لإمدادهم بالتدريب اللازم والمواد الضرورية حتى يستطيعوا القيام بدورهم هذا.**

الرعاية الصحية الأساسية

حتى تلعب الرعاية الصحية الأساسية دوراً فعالاً في ضمان توفير خدمات لمرضى السرطان في قطر يُعتد بها دوليا هناك حاجة إلى الزيادة في القدرات والإمكانيات. ومن خلال استبيان تم في الآونة الأخيرة لأطباء الرعاية الأساسية وجد أن أهم العوائق للفحص عن سرطان الثدي وسرطان الأمعاء هو نقص في جهاز العاملين ونقص في الوقت ونقص في التدريب[1]. ومن بين الأشخاص الذين تم استطلاع رأيهم قال 24% من الأطباء بأنهم لم يحصلوا على أي تدريب في الكشف المبكر عن سرطان الثدي وسرطان القولون» بينما علّق البعض الآخر بأن التدريب قد تم منذ فترة طويلة أو أنه لم يكن تفصيلاً للغاية.

لذلك تصادق هذه الإستراتيجية بشدة على التوصيات التي صدرت في إستراتيجية الصحة الوطنية، المشروع 1-1 أن الرعاية الأساسية بصفتها الأساس، والاستثمارات الإضافية في مرافق البنية التحتية وأطباء العائلة. قد كان هناك 22 مركز للرعاية الصحية الأساسية عندما كان تعداد السكان 380.000 نسمة ويوجد في الوقت الحالي 22 مركز مع اقتراب تعداد السكان إلى 1.8 مليون نسمة لذلك فهناك حاجة إلى مرافق جديدة مع توظيف الأطباء للعمل بهذه المراكز. **وعلى وجه التحديد بالنسبة لمرض السرطان، يوصى بأن يعين في كل مركز للرعاية الصحية الأساسية ممرضة متخصصة في السرطان.** وسوف تعمل هؤلاء الممرضات على تسهيل الكشف المبكر والإحالة من الرعاية الأساسية كما سوف يساعدوا في زيادة المعرفة بمرض السرطان بين زملائهم الإكلينيكيين ويمكن أيضاً أن يساندوا المرضى المشتبه إصابتهم بالسرطان أثناء انتظارهم للحصول على موعد مع الطبيب المتخصص.

ومن ناحية القدرات، **نوصي بإعداد برنامج تدريبي لأطباء الرعاية الأساسية عن دورهم في تحقيق إستراتيجية السرطان الوطنية.** وسوف تشرف عليها إدارة الرعاية الصحية الأساسية وقد تشتمل على تدبير برامج تدريب من مصدر خارجي. ويجب أن يكون برنامج التدريب المبدئي (يتم تقديمه اعتباراً من منتصف عام 2011 إلى منتصف عام 2012) مدعوماً بالمساندة والموارد لأطباء العائلة وهم يسعون إلى وضعه في حيز التنفيذ العملي.

وبمجرد اكتمال هذا التدريب المبدئي، **يوصى بإمكانية توفر الاهتمام الخاص بمرض السرطان لدى أطباء العائلة.** فسوف يحصلوا على تدريباً وتثقيفاً إضافياً وبالإضافة إلى ممرضات السرطان المتخصصة بمراكز الرعاية الأساسية، فسوف يتكون كيان فعلي للخبرات في الرعاية الأساسية. كما سوف يعملوا عن قرب مع أطباء السرطان الإكلينيكيين في الرعاية الثانوية مع إحالة المرضى مرة أخرى إلى مراكز الرعاية الأساسية بعد العلاج. وسوف يضمن ذلك استمرارية الرعاية والمساعدة لإنشاء شبكة لمرضى السرطان بين قسمي الرعاية الأساسية/الثانوية.

الرعاية الثانوية

إن عدداً كبيراً من التوصيات الواردة في هذه الإستراتيجية تتطلب زيادة في جهاز العاملين. **وفي بعض الحالات سوف يعني ذلك توظيف المزيد من الأخصائيين الاستشاريين للسماح بالتخصص بصورة أكثر في رعاية مرضى السرطان وتدعيم المجالات مثل الرعاية لتخفيف آلام مرضى السرطان.** وسوف يحتاج الأمر إلى تحقيق التوازن بين توظيف الأطباء من الخارج واستخدام الأطباء الجُدد المدربين في قطر بكلية ويل كورنيل للطب Weill Cornell Medical College.

1 الدكتور/حمد آر. المدكي Dr. Hamad R. Al-Madhki والدكتور/محمد غيث الكواري Dr. Mohamed Ghaith Al-Kuwari، تقييم احتياجات الصحة فيما يتعلق بالوقاية والسيطرة على سرطان الثدي والقولون في الرعاية الصحية الأساسية، يناير 2011، صفحة 9.

كما أن سلوكيات طابع الحياة مثل معدلات التدخين واستهلاك الفاكهة والخضروات ومدى ممارسة النشاط البدني ستقدم كلها معلومات حيوية عن عوامل الخطورة للأمراض الأخرى الهامة التي تؤثر على سكان قطر مثل مرض السكري وأمراض الأوعية الدموية للقلب.

مسئولية التحضير وعمل الاستبيان ستقع على عاتق المجلس الأعلى للصحة. ويجب إجراء الاستبيان الأول عام 2012.

سجل الفحص المنظم

لمراقبة مدى نجاح الفحص، نوصي بأن يتم تأسيس سجلات للفحص لكل برنامج من برامج الفحص الثلاثة. وكما نصت عليه مشورة منظمة الصحة العالمية، فإن المؤشر الرئيسي الذي يقيسونه هو مدى التغطية لبرنامج الفحص. ونقترح بأن تكون هناك تغطية بنسبة 70% للسكان المستهدفين مع حلول عام 2014 لفحص سرطان الثدي و 2015 لسرطان الأمعاء و 2016 لسرطان عنق الرحم. كما يوجد أيضاً مجموعة من المؤشرات الأخرى المفيدة التي يجب جمعها بما في ذلك معدل الكشف عن المرض عند الفحص واحتمالية تجنب نتائج فحص إيجابية زائفة. ولضمان شمولية سجل الفحص يجب أن يقوم المجلس الأعلى للصحة بصيانته.

استبيان تجارب مرضى السرطان

تم تسليط الأضواء في الفصل السابع على أهمية وجود رعاية متمركزة على مرضى السرطان. وأفضل طريقة لفهم عما إذا كان قد تم تحقيق ذلك هو سؤال المرضى أنفسهم. **ولذلك نوصي بأن يتم إعداد استبيان لمرضى السرطان في قطر.**

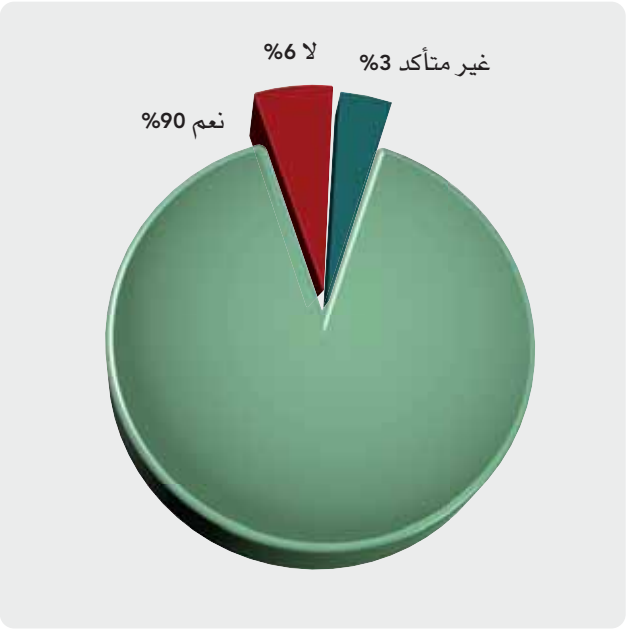
وكنقطة بداية، نقترح بتعديل استبيان مرضى السرطان الذي تم إعداده في المملكة المتحدة عام 2010 ليلبي احتياجات قطر ثم القيام بتحسينه [1]. ويوجد في الملحق «و» الأسئلة البالغ عددها 67 في هذا الاستبيان. ويجب استطلاع رأي كل مرضى السرطان مع تعريف أسمائهم إن أمكن من خلال سجل السرطان وذلك بصفة سنوية مع إجراء الاستبيان الأول في عام 2012. وتقع مسئولية الاستبيان على المجلس الأعلى للصحة و يجب إعداد تقارير نتائج الاستبيان من قبل مقدمي الخدمات وأخذ الإجراءات العلاجية اللازمة عند الضرورة.

الامتثال لهدف الوصول

يجب على مقدمي الخدمات الحصول على المعلومات عن المراحل الثلاث لتقديم العلاج في توقيته السليم (الإحالات إلى الأخصائيين لأخذ موعد، ومواعيد الأخصائيين للتشخيص، ومن التشخيص إلى العلاج) وتقديم تقارير أدائهم إلى المجلس الأعلى للصحة.

نشر الأداء

يمكن أن يكون نشر إجراءات الأداء مفيداً للمرضى لتمكينهم من عمل اختيارات مبنية على المعرفة في علاجهم. كما يمكن أيضاً أن تعمل بمثابة مصدر قوي لمقدمي الخدمات لتحسين خدماتهم. وفي الفعالية الثالثة للمداولات تم سؤال المشتركين «هل يجب أن يتم توفير مؤشرات الأداء للجمهور حتى يمكنهم أن يروا لأي مدى حققت الخدمات المختلفة لرعاية مرضى السرطان نتائج إيجابية؟». وقد قالت الغالبية العظمى (90%) نعم.



شكل 18: هل يجب أن يتم توفير مؤشرات الأداء للجمهور حتى يمكنهم أن يروا مدى تحسن الخدمات المختلفة لرعاية مرضى السرطان»[2].

وهذه التغذية الارتجاعية تتوافق مع رغبة المجلس الأعلى للصحة في زيادة الشفافية في تقديم الرعاية الصحية. ولذلك واعتباراً من عام 2013 نوصي بأن يتم نشر بيانات الأداء التي توضح مدى جودة أداء مقدمي الخدمات في تلبية أهداف الوصول وكيف يرى مرضى السرطان في كل مستشفى تجاربهم.

قياس الأداء الشامل

مع الأخذ في الحسبان السجلات والاستبيانات وتقارير أهداف التوصل يجب أن تقدم هذه كلها المعلومات المطلوبة لقياس أداء خدمات السرطان في قطر بصورة مرضية. وسوف تساعد على تمكين التقييم عما إذا كانت التوصيات المحددة في هذه الإستراتيجية تعمل على تحسين رعاية مرضى السرطان في قطر. وستكون هذه جنباً إلى جنب بجوار قياسات الأداء الأخرى المقدمة في إستراتيجية الصحة الوطنية مثل الإجراءات عن مدى قناعة جهاز العاملين (وهي مشمولة في المشروع 4-2 بشأن توظيف واستبقاء العاملين).

1 قسم وزارة الصحة، استطلاع تجربة مرضى السرطان بالمملكة المتحدة عام 2010.

2 المجموع لا يصل إلى 100% بسبب التقريب الحسابي

9. قياس الأداء

لتقييم مدى نجاح هذه الإستراتيجية في تحسين الأداء خلال المنظور المرحلي للسرطان، هناك حاجة إلى مؤشرات. وسوف تطبق بعض المؤشرات على أجزاء معينة من المنظور المرحلي (على سبيل المثال، معدلات تغطية الفحص) بينما سوف يتأثر بعض المؤشرات الأخرى بشمولية هذه الإستراتيجية (على سبيل المثال، معدلات البقاء على قيد الحياة لمرضى السرطان). وبهذه المؤشرات يمكن المقارنة على الصعيد الدولي وأيضاً داخل قطر – على سبيل المثال، بين الفرق المختلفة متعددة التخصصات – وفي اختيار المؤشرات لقطر أخذنا في الحسبان العمل الذي تم عام 2001 لإعداد مؤشرات السرطان عن طريق مجموعة تزيد عن 130 خبير[1]. وتوجد في الملحق ب قائمة كاملة بالمؤشرات.

يحتاج الأمر إلى جمع هذه المؤشرات بطريقة متقنة وسوف يتطلب الأمر إلى تأسيس أو تطوير عمليات مسح استبياني وسجلات. وفي هذا الفصل نوضح بالتفصيل استبيانين وسجلين سوف يحتاج الأمر إليهما لتحديد النجاحات وتسليط الأضواء على المناطق التي تحتاج إلى تحسين:

- **سجل السرطان** – والذي يجمع المؤشرات الوبائية مثل معدلات الإصابة بالسرطان ومعدلات الوفيات ومعدل الانتشار والبقاء على قيد الحياة ومرحلة التشخيص، الخ.
- **استبيان فهم السرطان والوقاية منه** – وهذا استبيان لسكان قطر لقياس مدى فهمهم للسرطان وعاداتهم الخاصة بنمط الحياة المعيشية.
- **سجل الفحص** – والذي يحدد مدى شمولية وأثر برامج الفحص.
- **استبيان تجربة المرضى** – والذي يستطلع رأي مرضى السرطان في قطر لفهم آرائهم عن مدى جودة العلاج والمساندة التي حصل عليها.

سجل السرطان

تفيد أفضل قواعد الممارسة الدولية بأن سجل السرطان يجب أن يتوفر به سجل لكل ورم سرطاني لدى الشخص في الوقت الحالي أو في الماضي – حتى أنه بالنسبة للشخص الغير محظوظ الذي يوجد لديه ورمان في جزأين مختلفين من الجسم سوف يكون له سجلان. وإلا لن يكون هناك طريقة لفهم معدلات الإصابة بالسرطان، ومعدلات انتشار السرطان، (أي عدد الأفراد المصابين بالسرطان) أو معدلات البقاء على قيد الحياة لمرضى السرطان (عدد الأفراد الذين يعيشون عند نقطة محددة بعد تشخيص إصابتهم بالسرطان).

على الرغم من أن قطر يوجد لديها سجل للسرطان إلا أنه لا يجمع في الوقت الحالي معلومات شاملة بالقدر الكافي. ونوصي بأن كل عمليات التقارير الحالية (التي تشمل الباثولوجيا ونتائج التصوير والتشخيص وشهادات الوفاة) أن تكون متواكبة معاً لإنتاج معلومات بجودة عالية. وإن مؤشر النجاح في هذه الناحية سوف يتعلق بقبول معلومات قطر ونشرها في معدلات الإصابة بمرض السرطان في خمس قارات[2]، حيث يتم الاطلاع عليها دولياً كاعتراف لمدى جودة سجل السرطان.

ستكون الفرق متعددة التخصصات MDTs من المصادر الرئيسية لمعلومات السجل،. ونوصي بأن يكون أحد المهام الرئيسية لمنسق الفريق متعدد التخصصات هو التأكد من قيد المرضى الذين تم تشخيصهم حديثاً بالمرض في السجل بمعلومات عن مكان ومرحلة السرطان بالإضافة إلى نسب انتشار المرض المحتملة.

بالنسبة للمرضى الذين تم علاجهم بالخارج وتمويلهم من قبل المجلس الأعلى للصحة فسوف يعتمدون من قبل اللجنة الطبية بالخارج و سيتم قيد تفاصيلهم في السجل عند هذه النقطة. أما بالنسبة للمرضى الذين تم علاجهم للخارج ولم يتم تمويلهم من المال العام فسوف يصعب تتبعهم – ونأمل أن يتم الحصول على بياناتهم من خلال أخذ التاريخ الطبي أثناء علاج آخر للرعاية الصحية.

وبجمع هذه المعلومات، وبالأهم ضمان جودتها، فإن الأمر يحتاج إلى موارد كافية. ويغطي سجل السرطان بأيرلندا الشمالية تعداد سكان مماثل لقطر (1.6 مليون نسمة) ويوجد به جهاز من العاملين قوامه 15 موظفاً. حيث يقدموا تحليلاً للبيانات ويتأكدوا من أن السجلات ليست مزدوجة أو أن هناك معلومات حيوية مفقودة. **ولذلك نوصي بتكوين فريق صغير كجزء من المجلس الأعلى للصحة لإدارة سجل السرطان.** وسوف يسمح ذلك بألا يكون السجل ببساطة هو عبارة عن آلية للعد ولكنه أيضاً سوف يُغذي المعلومات مرة أخرى إلى الأطباء الإكلينيكيين، على سبيل المثال معدلات البقاء على قيد الحياة لمرضاهم.

ويشتمل الملحق هـ على مزيد من التفاصيل عن إدارة سجل السرطان.

فهم السرطان والوقاية منه

من خلال البناء على الاستبيان الوطني الذي تم للإبلاغ عن هذه الإستراتيجية والأسئلة من استبيان الصحة العالمية الخاص بمنظمة الصحة العالمية (الذي تم في قطر عام 2006) **نوصي بأن يتم عمل استبيان سنوي لعينة ممثلة من السكان حتى يمكن تحديد التغيرات في فهم الجمهور للسرطان وقياس سلوكيات طابع الحياة.**

1 المشروع الأوروبي لمؤشر الصحة للسرطان.

2 للمعلومات أنظر: http://ci5.iarc.fr/

رحلة محمد عام 2016

كثيراً ما كان يحتاج محمد إلى الذهاب للمرحاض للتبول أثناء الليل. وكان يشاهد إعلان في الصحف بأن هذه هي أعراض سرطان البروستاتا لذلك توجه لمقابلة الطبيب في مركز للرعاية الصحية الأساسية. وتفيد الاختبارات المبدئية أن محمد ربما يكون مصاباً بسرطان البروستاتا وبعد مناقشة نتائج الاختبارات مع محمد، يرتب الطبيب موعداً له في عيادة الأخصائي في وحدة أورام المسالك البولية بمؤسسة حمد الطبية وذلك خلال فترة يومين حتى يتوافق ذلك مع التزامات محمد في العمل. ويحضر محمد إلى العيادة ويتم أخذ عينة من نسيج الجلد. وجاءت نتائج الاختبار بسرعة وقيل لمحمد بأن هناك احتمال متوسط بأن يكون مصاباً بسرطان البروستاتا الموضعي الذي يتعين علاجه قبل أن يتطور بصورة أكثر. وفي فريق متعدد التخصصات أجتمع الأطباء ومهنيو الصحة المتصلين بهم لمناقشة رعاية محمد وقرروا بأن هناك خياران للعلاج إما الجراحة أو العلاج بالأشعة. وقد تم شرح مخاطر ومزايا كل من الخيارين في مقابلة الاستشارة مع محمد الذي حصل أيضاً على معلومات واضحة يمكنه أن يعود إليها فيما بعد ويحكيها لعائلته- وبعد فترة من التفكير اختار الجراحة. وقد تم حجز موعد للجراحة له خلال عشرة أيام. وتم تقديم محمد إلى المنسق الخاص برعاية مساره حيث يمكنه الاتصال به في أي وقت. وطُلب من محمد بأن يقيّم نفسه باستخدام ترمومتر القلق والاضطراب والذي أظهر أنه مصاب بالإكتئاب. وقام المنسق الخاص بمسار علاجه بترتيب حصول محمد على جلسات توجيه أثناء الانتظار للجراحة. وسارت الجراحة على خير ما يرام وظل محمد في المستشفى لمدة أسبوع حصل أثنائها على رعاية ممتازة لتخفيف الألم قام بتنظيمها له أطباء إكلينيكيون للرعاية المخففة للألم . ثم تم إرساله إلى البيت وهناك حصل على جلسات متابعة بعد مرور أسبوع (لفحص أثر الجراحة المبدئي) ثم بعدها بثلاثة أسابيع (تم إزالة القسطرة و تم ذلك في البيت) وبعد مرور ستة أسابيع (لفحص تركيز إنتيجين البروستاتا (PSA)) وهو مؤشر عن وجود السرطان. تأكد الجراح بأن طبيب الرعاية الأساسية يعرف ما حدث عن علاج محمد وحصل محمد على المشورة عن كيفية تعديل طابع حياته للحد من احتمالات تكرار المرض. واستمر في مواعيد متابعة كل ثلاثة أشهر خلال السنة الأولى.

وفي هذين المثالين، نجد أن نتيجة العلاج متطابقة في النهاية ولكن في القصة الثانية حصل محمد على تجربة أفضل بكثير كمريض. وفي حالة أخرى، ربما يكون للتأخيرات في التشخيص والعلاج أثرها الضار بشدة حيث يصبح السرطان لا يمكن علاجه بالجراحة ولكانت العواقب وخيمة.

وبعد دراسة الفرق الذي يمكن أن يحدث لمريض واحد، يستكشف الفصل التاسع الآن كيف يمكننا تقييم الأداء الشامل لخدمات السرطان بأنحاء قطر.


BLADDER PROBLEMS?
PRESENT EARLY!
MOSQUES
Do I have cancer?
EAT HEALTHILY
KIDNEY CANCER?
SELF-EXAMINE-MONTHLY!
TESTICULAR CANCER?
FREQUENT NOCTURNAL URINATION?
BLADDER CANCER?
PROSTATE CANCER?
URGENT REFERRAL
PRO-FORMA
UROLOGY REFERRALS COORDINATOR
14 days to Breach
2 DAY
PATIENT INFO
SPECIALIST CLINIC & ONE-STOP DIAGNOSTICS
ULTRA SOUND
CT-SCAN
CYSTOSCOPY
BIOPSY
Rapid Diagnostics
PHC
WAY IN
I have a lump!
MEN'S HEALTH CLINIC
RECEPTION
PSA
There's blood in my urine!
CONSULTANT ONCOLOGIST
A
B
Next!
PATIENT
MEDICAL & SUR ONCOLOGY CL
3 MONTHS
6 MONTHS
1 YEAR
2 YEARS
FOLLOW-UP CLINIC
WAITING ROOM
CURE AND REMISSION
HOME
HOSPICE
END OF LIFE CARE
CNS
COMMUNITY NURSE
CANCER SOCIETY
QATAR

هذه الصورة الغنية تمثل بصورة رمزية كيف أن تجربة محمد سوف تتغير لو كانت التوصيات الواردة في هذه الإستراتيجية قد تم تنفيذها، بينما في المربع النصي التالي نستطيع أن نروي قصة محمد عام 2016.



الصورة 2: مستقبل مسار أورام المسالك البولية

مجموعات الدعم لمرضى السرطان

توجد في الوقت الحالي في قطر ثلاث مجموعات لمساندة مرضى السرطان – وهما مجموعة «الحياة» لمساندة مرضى السرطان (التي توجد لديها روابط مع الجمعية الوطنية القطرية للسرطان) ومجموعة سيدات هارلي لدعم مرضى السرطان، ومجموعة مساندة متصلة بأمهات الدوحة Doha Mums. ولا تحتاج مجموعات مساندة مرضى السرطان إلى التركيز فقط على المرضى – فإن أعضاء مجموعة أمهات الدوحة هم شركاء أيضاً لمرضى السرطان الذين اكتشفوا أنه من المجدي أن يساندوا بعضهم البعض في تجاربهم. **يجب إنشاء المزيد من مجموعات المساندة لمرضى السرطان في قطر** وخاصة مجموعة يمكن أن تهتم بالرجال. ولمساعدة سكان قطر أن يعرفوا أي مجموعات موجودة نوصي بإنشاء موقع انترنت إعلامي شامل للسرطان كما هو مقترح في الفصل الثالث وأن يكون لأوصاف المعلومات المقترحة في الفصل السابع قسم عن مجموعات المساندة حيث يتم إعطاء معلومات رئيسية عن كل مجموعة مثل خلفيات العضوية ومواعيد الاجتماعات ونقطة الاتصال الرئيسية الخ.

الباقون على قيد الحياة والتطوع

يمكن أن يكون الباقون على قيد الحياة بعد إصابتهم بمرض السرطان مصدراً هاماً للمساعدة في تنفيذ هذه الإستراتيجية. ويجب تشجيع الباقين على قيد الحياة من مرضى السرطان أن يلعبوا دوراً في دحر الخرافات في حملات التوعية الموضحة في الفصلين الثالث والخامس. ومع بعض التدريب يستطيع الباقون على قيد الحياة من مرضى السرطان أن يلعبوا أيضاً دوراً في مساندة المرضى الذين تم تشخيصهم في الآونة الأخيرة عن طريق الاستعانة بخبراتهم الخاصة، فعلى سبيل المثال، مساعدة الناس في فهم السبب وراء الاختبارات المختلفة وفي التصدي للأعراض الجانبية للعلاج. وقد تكون هناك إمكانية لإنشاء خط مساعدة باستضافة جمعية قطر الوطنية للسرطان حيث يعمل فيه متطوعون. **ولتسهيل الإستعانة بجهود الباقين على قيد الحياة من مرضى السرطان والمتطوعين الآخرين نوصي بإنشاء دور لمنسق المتطوعين لإعداد فرص التدريب للمتطوعين. ويجب أن يكون مقر منسق المتطوعين في جمعية السرطان الوطنية بقطر وبتمويل من المجلس الأعلى للصحة.**

كيف سيبدو النجاح؟

بعد إعداد المقترحات خلال المنظور المرحلي للسرطان، في هذه القصة نتخيل كيف تبدو رعاية مرضى السرطان لمريض إفتراضي في عام 2008 (مع الإدراك بأن التطورات الحديثة قد تمت بالفعل في رعاية سرطان المسالك البولية منذ ذلك الحين) وما الذي يمكن أن تكون عليه عام 2016.

رحلة محمد عام 2008

لقد كان محمد يحتاج مراراً وتكراراً أن يذهب إلى المرحاض أثناء الليل وكان يقضي فترة طويلة ليفعل ذلك. ولكنه لا يريد أن يزعج الطبيب بخصوص هذا الأمر. لذلك فإنه ينتظر ستة أشهر ولكن ازدادت المشكلة سوءاً. يذهب إلى مركز الرعاية الصحية الأساسية ويحيله الطبيب إلى قسم العيادة الخارجية للمسالك البولية العامة بمؤسسة حمد الطبية. ويتم إرساله إلى مستشفى حمد العام مع خطاب إحالة. ويحضر إلى قسم العيادة الخارجية لأخذ موعد. ثم يحصل على موعد بعد شهر وعندما يحضر، يقرر أخصائي المسالك البولية أنه يحتاج إلى استئصال عينة نسيج من الجسد للفحص المجهري وكان على محمد أن ينتظر عندئذ مدة ثمانية أسابيع أخرى لأخذ هذه العينة وعندما يذهب في النهاية إلى العيادة كان عليه أن ينتظر – وبعد وصوله في الصباح قام الطبيب بفحصه في فترة بعد الظهرية. وتم أخذ عينة من النسيج حيث تم إرسالها للاختبار. يتم الاتصال بمحمد ويقال له بأنه معرض لخطر شديد في أن يكون لديه سرطان البروستاتا الموضعي ويعتقد الجراح بأنه يجب أن تجرى له عملية لإزالة غدة البروستاتا. ونظراً لعدم حصول محمد على استشارة سليمة يريد محمد في البداية أن يحصل على رأي آخر ولكن عندما قيل له أن ذلك سوف يؤخر العلاج بصورة أكثر، يوافق محمد أن يجتاز الجراحة. ولكن عندما حان اليوم لدخوله إلى المستشفى، ذهب إلى مكتب الدخول وقيل له بأنه لا توجد أسرة متوفرة. وأثناء انتظاره لمدة شهر إضافي، أصبح مكتئباً ولكن لم يعبأ أي شخص في أن يدرك مدى معاناته وشعوره وأخيراً بقي محمد في المستشفى لمدة أسبوع وكان يعاني من ألم شديد في البروستاتا. ثم تم إرساله إلى البيت وقيل له أن يعود مرة أخرى للمتابعة. وبعد المتابعة قيل له أن يذهب لبيته ليعيش حياته الطبيعية.

ويجب أيضا تطوير خدمات الرعاية الصحية بالبيت حتى يمكن رعاية الأفراد بالبيت بقدر المستطاع، وخاصة إذا انتقلوا من علاج مكثف إلى رعاية مخففة للآلام بصورة سائدة. ويجب أن تشتمل هذه الخدمات للرعاية المنزلية على ممرضات يتمتعن بالمهارة في تقديم الرعاية المخففة للآلام ويجب أن تكون الخدمات مرتبطة بأطباء المستشفى. وسوف يتطلب ذلك تنسيقاً فعالً بين مقدمي خدمات الرعاية الأساسية والرعاية الثانوية. وسوف يحتاج المجلس الأعلى للصحة أيضاً أن يأخذ بعين الاعتبار تعديل القوانين الحالية للمواد المخدرة لتمكين سهولة الحصول عليها لتخفيف الآلام داخل المجتمع.

كما أن زيادة موارد الرعاية المخففة للألم المطلوبة لتنفيذ هذه التوصيات قد حصلت على تأييد هائل، ففي الفعالية الثالثة للمداولات، أجاب 96% من المستجيبين بـ نعم على السؤال: «هل تساند وضع موارد إضافية للرعاية المخففة للألم لتحسين الدعم الذي يحصل عليه المرضى لمن يتعايشون مع ويموتون بمرض السرطان؟»

الرعاية المخففة للألم الممولة والمنظمة بكيفية سليمة سوف تعود بالفائدة ليس فحسب على مرضى السرطان بل سوف تكون أيضاً تطوراً إيجابياً للمرضى من ذوي الحالات الأخرى المتأخرة، على سبيل المثال، تصلب الأوعية والأعصاب المتعدد multiple sclerosis. وكما هو الحال في الطرف الآخر من المنظور المرحلي للسرطان (الوقاية)، فإن الرعاية الجيدة لمرضى السرطان يمكن أن تعود بمزايا أيضا لإدارة الأمراض الأخرى.

معدل البقاء على قيد الحياة لمرضى السرطان

بفضل التطورات الحديثة في رعاية مرضى السرطان، كما هو محدد في هذه الإستراتيجية فإن مزيداً من الناس يبقون على قيد الحياة بعد إصابتهم بالمرض. وكما ذكرنا في الفصل الثالث، نجد أنه في الولايات المتحدة الأمريكية 90% من السيدات يبقين على قيد الحياة لمدة خمس سنوات بعد تشخيص إصابتهن بسرطان الثدي. وهناك حاجة إلى تدابير كافية لهؤلاء الباقين على قيد الحياة باعتبارهم هم أيضاً موارد بشرية هامة.

المتابعة

بمجرد دخول السرطان إلى مرحلة الخمود، يجب أن تستمر متابعة المرضى. **ونوصي باستمرار زيارة المرضى لطبيب سرطان كل ثلاثة أشهر لمدة عام بعد خمود المرض ثم ينخفض المعدل مع مرور الوقت حسب ما يقتضيه الوضع الإكلينيكي إلى زيارة سنوية واحدة للفحص.**

ويجب أيضاً توصيل نتائج أي رعاية متخصصة مرة أخرى إلى طبيب الرعاية الأساسية للمريض كأمر روتيني – حيث كانت من أهم الاستنتاجات المقلقة في الاستطلاع الأخير لأطباء الرعاية الأساسية، نقص المشاركة التي كانت لديهم مع مرضى السرطان بعد إحالتهم. حيث صرح 61% من الأطباء الذين تم سؤالهم بأنهم لم يعودوا يتابعون مرضاهم الذين تم إحالتهم للعلاج من السرطان، ومن تعليقاتهم، أنه من الأسباب الرئيسية سوء الاتصال بين الرعاية الثانوية والرعاية الأساسية [1].

ومن السبل لتحسين المتابعة المشتركة من أطباء الرعاية الأساسية والرعاية الثانوية أن يتم تطوير فكرة أطباء العائلة مع الاهتمام بمرض السرطان ويتم مناقشة هذا الأمر في الفصل العاشر.

المراحل الانتقالية لمرضى السرطان والوقاية الثانوية

إن العودة إلى الحياة الطبيعية بعد فترة مضنية معنوياً وجسدياً في العلاج من السرطان يمكن أن تُشكل تحدياً بالغاً. **ويوصى بتنفيذ برنامج لدعم من ظلوا على قيد الحياة من مرضى السرطان خلال الفترة بعد العلاج في قطر.** ويجب أن يغطي البرنامج موضوعات مثل التغذية وأهمية التمرينات الرياضية والإدارة الطبية بعد العلاج والرفاهة المعنوية. ويمكن لبرنامج المرحلة الانتقالية لمرضى السرطان المعد في أمريكا أن يشكل نموذجاً يحتذي به [2].

وسوف يساعد مثل هذا البرنامج على تخفيض احتمال إصابة المرضى بالسرطان مرة ثانية من خلال إعطائهم المعلومات عن كيفية المحافظة على طريقة الحياة الصحية (أنظر الفصل الرابع). ومن الجوانب الرئيسية الأخرى في الوقاية الثانوية لمرضى السرطان أن يتم التحاق مرضى السرطان السابقين مرة أخرى لبرنامج الفحص الوطني للسرطان الموضح في الفصل الخامس.

1 الدكتور/حمد آر. المدكي Dr. Hamad R. Al-Madhki والدكتور/محمد غيث الكواري Dr. Mohamed Ghaith Al-Kuwari، تقييم احتياجات الصحة فيما يتعلق بالوقاية والسيطرة على سرطان الثدي والقولون في الرعاية الصحية الأساسية، يناير 2011، صفحة 12.

2 برنامج المراحل الانتقالية للسرطان من إعداد مؤسسة مجتمع دعم مرضى السرطان Cancer Support Community and the LiveStrong Foundation. مزيد من المعلومات من الإنترنت: http://www.cancersupportcommunity.org/mm/Treatment-Ends/cancertransitions/default.aspx

ولمساندة أداء إدارة الرعاية المخففة للألم، نوصي بأنه مع حلول عام 2012 أن يتوفر لكل مرضى الرعاية المخففة للألم خطة خاصة بهم لرعايتهم من ناحية تخفيف الألم. ويوجد في المربع 5 أدناه تفاصيل ذلك. ويجب أن تتوفر هذه الخطة الخاصة بالرعاية بصورة الكترونية يسهل على المريض وأفراد عائلته وكل الأطباء من ذوي الصلة التوصل إليها [1].

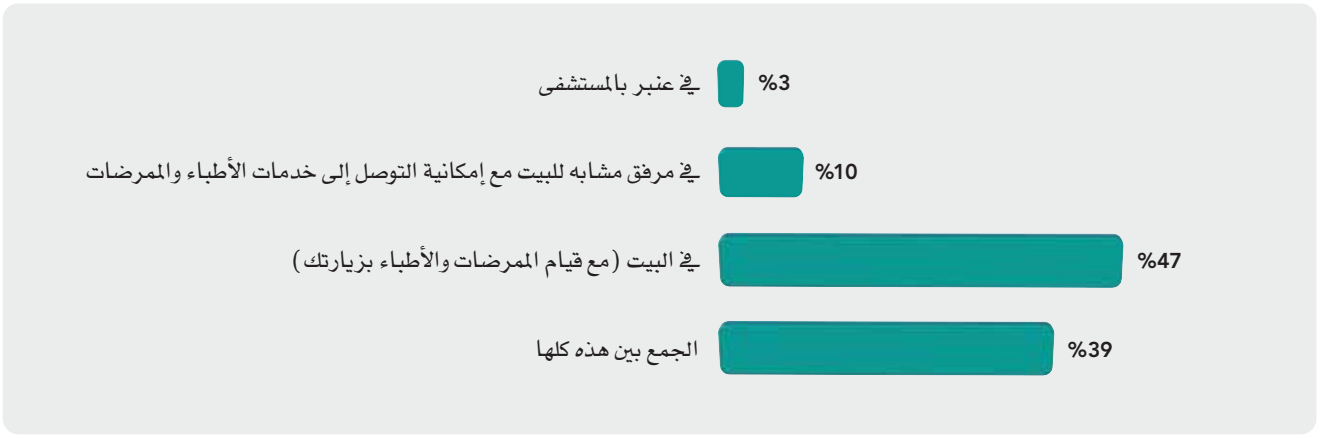
المربع 5: خطة الرعاية المخففة للألم

يجب أن تشمل خطة الرعاية المخففة للألم على:

- التشخيص
- الأعراض
- المشاكل الحالية
- المشاكل المتوقعة – بالإضافة إلى إجراءات لتخفيف حدتها
- الأدوية – بالإضافة إلى أدوية الطوارئ وتشمل مسكنات الألم الضرورية
- مكان تقديم الرعاية المخففة للألم
- المكان المفضل للوفاة/ أمنيات معينة
- الإنعاش القلبي – الرئوي – بعد إجراء المناقشات
- تفاصيل واحتياجات مقدم الرعاية

إن اشمال تفاصيل واحتياجات مقدم الرعاية تُعد أمراً هاماً حيث يجب مشاركة العائلات في اتخاذ قرارات الرعاية المخففة للآلام إذ أنه من المرجح أن يلعبوا دوراً هاماً في تقديم الرعاية وخاصة في حالة تقديم الرعاية المخففة للآلام في البيت. فهي الرعاية في البيت التي يريدها الشعب القطري في آخر أيام حياتهم. ومن خلال استطلاع الرأي على الإنترنت تبين أن أكثر من نصف الناس أرادوا أن يصرفوا آخر أيامهم في الحياة داخل البيت بينما كانت رغبة مجموعة ليست بصغيرة (39% من المستجيبين) إمكانية التوصل إلى الجمع بين مستشفى البيت ومرفق مشابه للبيت في تقديم الرعاية المخففة للآلام[2]. وعلى نقيض ذلك كما يتضح من شكل 17، فإن نسبة 3% فقط أرادوا أن يصرفوا أيامهم الأخيرة في جناح مستشفى.

ولذلك، لتقديم الرعاية التي يرغبها الشعب القطري، نوصي بأن يتم بناء مركز متخصص للرعاية المخففة للألم بداخل مؤسسة حمد الطبية. وسوف يسمح ذلك أن يظل المرضى بموقع المستشفى ولكن في أجواء علاج أقل كثافة. وسوف يقدم مركز الرعاية المتخصصة في تخفيف الألم خصوصية أفضل وأجواء أشبه بالبيت عما هو متوفر في جناح بالمستشفى، الأمر الذي يحقق إمكانيات استيعابية أزيد وخبرات أفضل لمرضى الرعاية المخففة للآلام.



شكل 17: الأشخاص الذين لا يمكن علاجهم من السرطان يتوفر لديهم اختيارات مختلفة بشأن المكان الذين يريدون أن يقضوا أيامهم الأخيرة فيه. فإذا كنت أنت في مثل هذا الموقف، فأين تود أن يتم رعايتك[3]؟

1 فعالية الرعاية المخففة للألم التي أقيمت في 28 أبريل 2011 سلطت الأضواء على مزايا خطة رعاية الكترونية مخففة للألم يقدمها مركز سرطان مارسدن الملكي Royal Marsden Cancer Centre في المملكة المتحدة.

2 استطلاع رأي تم إجراءه بين العاملين بالقطاع العام على الإنترنت خلال شهري أبريل – مايو 2011

3 المجموع لا يصل إلى 100% بسبب التقريب الحسابي

8. الرعاية المستمرة

إن الحصول على العلاج المناسب يعد أمراً حيوياً ولكن يجب مساندته عن طريق الرعاية المستمرة الجيدة حتى بعد توقف العلاج. فإن مثل هذه الرعاية سوف تساعد الأفراد على التغلب على التحديات الجسدية والسيكولوجية التي تحدث أثناء علاج السرطان وبعده.

الرعاية الملطفة للألم

«الرعاية الملطفة للألم هي رعاية كلية فعالة للمرضى ممن تأخرت حالة المرض لديهم. ومن المهم جداً إدارة الألم والأعراض الأخرى وتوفير المساندة النفسية والاجتماعية والدينية. والهدف من الرعاية المخففة للألم هو تحقيق أفضل حياة جيدة للمرضى وعائلاتهم. وهناك جوانب عديدة من الرعاية المخففة للألم يمكن أيضاً تطبيقها في مرحلة مبكرة أثناء المرض جنباً إلى جنب مع المعالجات الأخرى.»

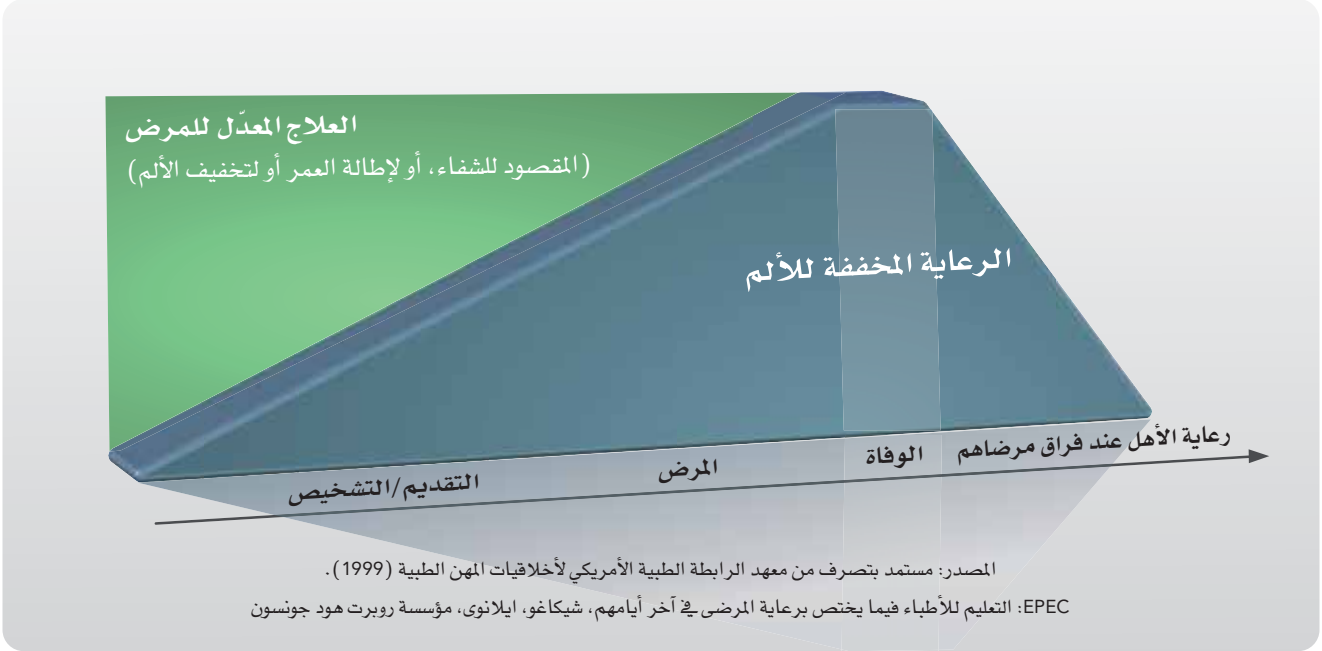
— تعريف من المعهد الوطني بالمملكة المتحدة للتفوق الإكلينيكي (NICE)

يوضح شكل 16 كيف يمكن للرعاية الملطفة للألم أن تعمل جنباً إلى جنب مع العلاج لحين بلوغ نقطة حيث لا يكون فيها العلاج فعالاً.

يحتاج الأمر إلى رعاية جيدة مخففة للألم لتحقيق العناية الجيدة بمريض السرطان. ويقدر البرنامج الوطني في جورجيا للرعاية المخففة للألم بأن نسبة 60% من مرضى السرطان سوف يعانون من آلام جسيمة[1]. لذلك فإذا كانت الرعاية المخففة للألم ليست كافية فسوف يؤثر ذلك بصورة عكسية على غالبية مرضى السرطان.

وبموجب المرصد الدولي للرعاية في نهاية الحياة هناك أربع مجموعات من تطور الرعاية المخففة للألم. و قطر حالياً في المجموعة الثانية – «الاستمرار في بناء قدرات الرعاية بالمصحة والمخففة للألم.» وتحتاج إلى الانتقال إلى المجموعة الرابعة «البلدان التي تقترب فيها أنشطة الرعاية بالمصحة والمخففة للألم إلى الاندماج مع نظام الصحة العامة الأوسع نطاقاً.» جنباً إلى جنب مع بلدان مثل ألمانيا وهولندا.

تحتاج قطر إلى تحسين خدماتها الخاصة بالرعاية المخففة للألم حتى تصبح عضواً في المجموعة الرابعة. وللمساعدة في تنمية الاندماج الضروري، **نوصي بإنشاء إدارة للرعاية المخففة للألم في مؤسسة حمد الطبية**. وسوف تكون مهمة الإدارة (التي يقع مقرها بمستشفى حمد العام ولكن لديها اتصالات إكلينيكية في المستشفيات الأخرى) الإشراف على كل المرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية المخففة للألم بغض النظر عن أي مستشفى يتم علاجهم فيه داخل مؤسسة حمد الطبية.



المصدر: مستمد بتصرف من معهد الرابطة الطبية الأمريكي لأخلاقيات المهن الطبية (1999).
EPEC: التعليم للأطباء فيما يختص برعاية المرضى في آخر أيامهم، شيكاغو، ايلانوى، مؤسسة روبرت هود جونسون

شكل 16: التوازن بين العلاج المعدل للمرض والرعاية المخففة للألم.

1 كوردزايا وآخرون .Kordzaia et al، البرنامج الوطني للرعاية المخففة للألم في جورجيا – 2010

سرطان الأطفال

السرطان هو مرض يصيب البالغين بصورة سائدة. فعلى سبيل المثال في المملكة المتحدة نجد أن 0.5% فقط من حالات السرطان تقع بين مجموعة الأعمار من 0 إلى 14 سنة [1]. ومن المقدر أن معدلات حالات السرطان بين الأطفال في قطر تبلغ حوالي 12 لكل 100.000 طفل[2]. وهي نسبة مقاربة جداً لمعدلاتها في المملكة المتحدة التي تبلغ 14 لكل 100.000 طفل[3]. وتتجه أن تكون حالات السرطان للأطفال هذه مركزة في مواقع محدودة مع أكثر من نصف حالات السرطان هي من نوع سرطان الدم أو أورام المخ.

ومع إدراك أن النسبة الأكبر لحالات السرطان تقع بين البالغين فكان هذا هو توجه هذه الإستراتيجية. ولكن الغالبية العظمى من التوصيات – فمثلاً أهمية التشخيص السريع والرعاية متعددة التخصصات وإتباع مسارات تعتمد على الأدلة والتخصص، فسوف تنطبق بالمثل على رعاية الأطفال المصابين بالسرطان.

وسوف يتم علاج سرطان الأطفال في مركز سدرا للطب والبحوث والمقرر أن يفتتح في ديسمبر 2012. وسوف يتولى مركز سدرا مسئولية تنفيذ التوصيات المتعلقة بالعلاج والرعاية المستمرة للأطفال من مرضى السرطان. وسوف يعمل هذا المستشفى الجديد في هذا المضمار بمساعدة الخبرات الدولية – يوجد لدى مستشفى سدرا روابط مترسخه مع مؤسسة حمد الطبية وشركائها. كما أن مستشفى الأطفال المرضى في تورنتو الذي أقام أول برنامج لسرطان الأطفال الوراثي في أمريكا الشمالية ومنذ 2008، قام بتطوير مركز جارون العائلي للسرطان [4]. وسوف يعمل مركز سدرا أيضاً مع خدمات المجتمع لمساندة الرعاية المستمرة للأطفال والشباب عند خروجهم من المستشفى للرعاية في البيت.

ويجب دراسة أربعة جوانب إضافية فيما يتعلق برعاية سرطان الأطفال . الأولى هي التعليم ويجب تنظيم الخدمات للحد من تعطل تعليم الأطفال. ولذلك سوف يتولى منسقو مسارات المرضى من الأطفال مسئوليات إضافية في التنسيق مع المدارس للحد من تعطل تعليم الطفل.

ثانياً وهو دراسة رغبات العائلة رغم أن هناك جزء مهم من الرعاية للبالغين من مرضى السرطان – أنظر الفصل الثامن على وجه الخصوص – وتعد ذات ثقل أكبر للأطفال. وتحتاج العائلات أن تكون مشاركة بصورة أكثر في قرارات العلاج.

أما النقطة الثالثة فهي الحاجة إلى ضمان تنظيم الترتيبات الملائمة لضمان وجود مرحلة انتقالية غير منقطعة لرعاية الشباب المصابين بالسرطان من خدمات الأطفال إلى خدمات البالغين.

ورابعاً وأخيراً، يجب أن تولي عناية بصيانة معدلات الشفاء مع تخفيض السمية على المدى الطويل لرعاية السرطان حيث أن الأطفال من مرضى السرطان الذين يصمدون إزاء هذا المرض لابد وأن تتوفر لديهم سنوات عديدة من الحياة أمامهم. وإن واحد من كل 1000 شخص بالغ ظل على قيد الحياة من سرطان أصيب به في الطفولة ويجب أن يعيشوا حياتهم الطبيعية بعد العلاج بقدر المستطاع.

ويجب أن يعمل المجلس الأعلى للصحة مع مركز سدرا لضمان تلبية متطلبات هذه الإستراتيجية (فمثلاً تنفيذ استبيان لتجارب مرضى السرطان، كما هو موضح في الفصل 9) بطريقة ملائمة للعمر. ولمساندة ذلك، يجب أن يكون هناك مندوب عن سرطان الأطفال في اللجنة الوطنية للجهات المعنية الذي يمكنه قيادة مجموعة عمل لسرطان الأطفال تتكون من كل المؤسسات ذات اهتمام برعاية مرضى السرطان من الأطفال.

1 أنظر: http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/childhoodcancer/

2 بينر وآخرون .Bener, A. et al، أنماط حالات الإصابة بالسرطان بين سكان قطر: دراسة مقارنة عالمية. مجلة آسيا باسفيك لمنع السرطان، 8 (2007)، 19–24.

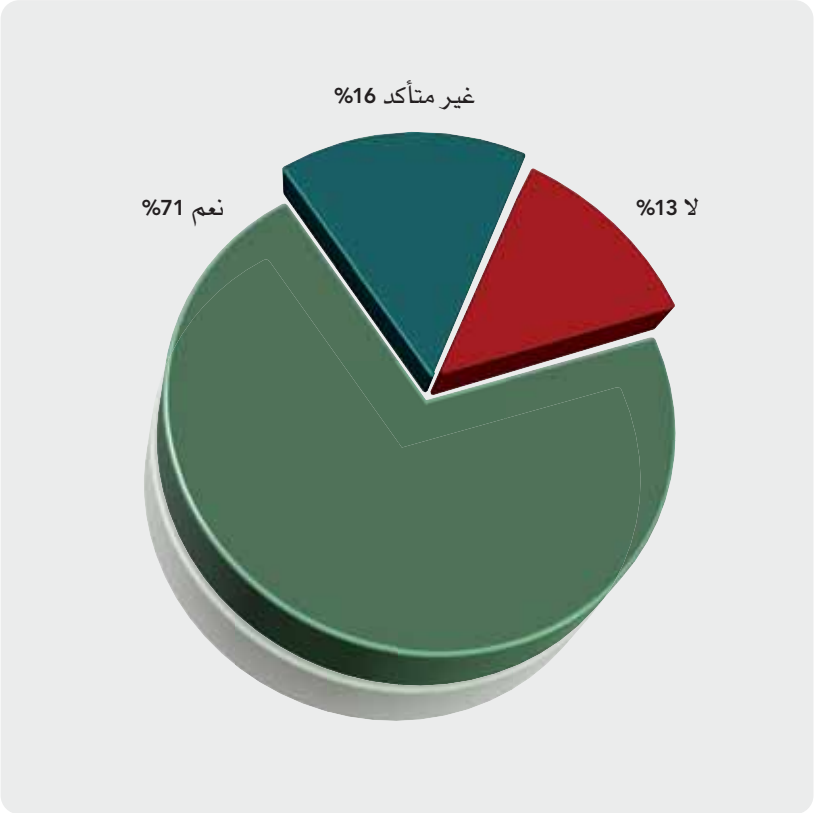
3 أنظر:
http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/childhoodcancer/incidence/#Overall

4 لمزيد من المعلومات عن SickKids أنظر http://www.sickkids.ca/index.html

الأفراد الوافدون إلى قطر لعلاجهم من السرطان

وفي نفس الوقت مع انخفاض عدد المقيمين القطريين من السفر للخارج، تهدف هذه الإستراتيجية إلى تشجيع المزيد من الناس للقدوم إلى قطر لعلاجهم من السرطان. ويجب أن تصبح قطر منارة للتفوق في مجال رعاية السرطان داخل منطقة الخليج وفي النهاية في منطقة غرب آسيا بأكملها.

ومع حلول 2012 يجب تحديد خطوط القياس الأساسية لكل من أعداد القطريين المسافرين للخارج للعلاج من السرطان وأعداد الناس القادمين من الخارج إلى قطر للعلاج بالسرطان. ولقد اقترحت اللجنة الوطنية للجهات المعنية لمكافحة مرض السرطان أن انخفاض بنسبة 20% في الحالة الأولى وزيادة بنسبة 20% في الحالة الأخيرة مع حلول عام 2016 سوف يكون دلالة بأن قطر تحقق تقدماً في أن تصبح المكان المفضل لرعاية مرضى السرطان.



شكل 15: هل يجب تشجيع الناس المصابين بمرض السرطان أن يستخدموا الخدمات المحلية أينما كان ذلك ممكناً بدلاً من السفر للخارج؟

وفي الفعالية الثالثة للمداولات، تم سؤال الناس «في حالة إلغاء موعد مريض، نقترح بضرورة إعطائه فرصة لاختيار موعد مع مقدم خدمات بديل أو ضمان إعادة الحجز خلال أسبوع عمل واحد – هل يبدو هذا عادلاً؟ وقد قالت الأغلبية العظمى (77%) بأن ذلك مقبول. **لذلك يجب وضع هذا الاشتراط في حيز التنفيذ ويجب مطالبة مقدم الخدمات الأصلي بدفع تكاليف مقدم الخدمات البديل**[1]. وسوف يحتاج الأمر إلى إدخال ذلك في العمل لتطوير تأمين صحي في قطر (إستراتيجية الصحة الوطنية المشروع 6-3).

ضمان العلاج الجيد

يحدد المعهد الأمريكي للطب ستة مبادئ للرعاية الجيدة – أن تكون آمنة وفي وقتها وفعالة وتتميز بالكفاءة وعادلة وموجهة نحو المريض[2]. ويتم التعامل بوضوح مع بعض من هذه الخصائص في هذه الإستراتيجية. أما البعض الآخر فسوف يُشكل ضمنياً جزءاً من خدمات السرطان المحسنة. ولضمان تقديم مثل هذا العلاج الجيد في قطر، سوف يتم استخدام مجموعة من المؤشرات الكمّية – ويتضمن الفصل التاسع على مزيد من التفاصيل عن ذلك. **ولتكميل ذلك، نوصي بأن يتم إرساء عملية مراجعة مع جهات مناظرة.** وتتضمن مراجعة المناظرين زيارة من أطباء السرطان الإكلينيكيين من مكان آخر لفحص خدمات السرطان. وقد ثبت نجاح ذلك بشدة في تحسين خدمات السرطان بالمملكة المتحدة[3]. ولقد نوه أحد المشتركين في الفعالية الثالثة للمداولات قائلاً «أن مراجعة الجهات المناظرة ضرورية وأساسية « في تقييم أداء خدمات السرطان. ويجب أن يتولى المجلس الأعلى للصحة مسئولية هذه المراجعة من جهاز مناظرة حيث تغطى كل مقدمي خدمات علاج السرطان. ومن الجوانب الهامة في عملية المراجعة بواسطة النظراء دراسة الحد الأدنى لعدد المرضى لكل موقع أو نوع سرطان يحتاج مقدم الخدمات إلى علاجه حتى يستطيع الأطباء الإكلينيكيين أن يواصلوا اكتساب المهارات والمقاييس اللازمة. وسوف يدعم ذلك عمليات امتياز لمقدمي الخدمات التي أشرنا إليها من قبل في هذا الفصل.

الخبرات الدولية – شريك تعاوني

إن مؤسسة حمد الطبية بصدد البحث عن مستشفى دولي رائد في السرطان يمكن أن يصبح شريكاً متعاوناً معهم. ومن المتوقع أن يشارك الشريك المتعاون خبراته (فمثلاً عن طريق تقديم آراء الخبراء في نتائج التشخيص باستعمال الطب اللاسلكي) وللمساعدة في تطوير الأطباء الإكلينيكيين والعمليات الخاصة بالسرطان في مؤسسة حمد الطبية.

العلاج بالخارج

إن بعض سكان قطر يسافرون بدون داعي للخارج للعلاج من السرطان. وإن مثل هذا السفر يمكن أن يؤخر تشخيص وعلاج السرطان. وكما يتضح من شكل 15، نجد أن الغالبية العظمى من الذين حضروا الفعالية الثانية للمداولات أيّدوا تشجيع العلاج في قطر أينما كان ذلك ممكناً.

ورغم أنه قد تبين من استطلاع الرأي العام الذي قمنا به أن نسبة 27% فقط من الناس يفضلون بالتأكيد علاجهم من مرض السرطان في قطر[4]، إلا أن نسبة 34% يفضلون العلاج بالخارج والبقية ليسوا متأكدين. ومع أن بعض الذين يفضلون العلاج بالخارج هم من المغتربين الذين يفضلوا أن يكونوا على مقربة من عائلاتهم، إلا أن البعض الآخر يدفعه الاعتقاد بأن نوعية خدمات علاج مرضى السرطان في قطر ليست بنفس درجة الجودة السائدة في أماكن أخرى.

لذلك هناك ضرورة أن يعرف الشعب القطري مدى التقدم الذي يتم إحرازه في تنفيذ هذه الإستراتيجية، حتى تنمو لديهم الثقة بأن رعاية مرضى السرطان المتاحة في قطر على مستوى عالي لا يقل بأي حال عن ما يحصلون عليه في أماكن أخري وهكذا يختارون العلاج في قطر. ومن مؤشرات نجاح هذه الإستراتيجية أن أعداداً أقل من سكان قطر سوف يسافروا للخارج للعلاج من مرض السرطان.

ويجب أن يكون العلاج في قطر هو الوضع السائد للغالبية العظمى من حالات السرطان. وحيث أن تعداد سكان قطر يبلغ 1.8 مليون نسمة، فلا بد من المقدور تقديم الرعاية للجميع ما عدا أكثر حالات السرطان تخصصاً. وفي حالة الحاجة إلى علاج مثل هذه الحالات المتخصصة (فمثلاً العلاج بأشعة البروتون لأنواع السرطان النادرة للأطفال أو علاج الأورام الخبيثة في الأنسجة الرخوة) فعندئذ يمكن عمل الترتيبات لسفر مرضى السرطان من قطر للحصول على الرعاية المتخصصة بالخارج.

1 الافتراض بأن هذا سوف يكون مقدم خدمات مقره في قطر.

2 كلية الطب، عبور فجوة الجودة. نظام صحة جديد للقرن الحادي والعشرين، مارس 2001، صفحة 2.

3 روبرت هاورد Robert Haward «تنظيم إطار عمل شامل للسيطرة على السرطان». كولمان وآخرون Coleman et al. التصدي لتحديات السرطان في أوروبا (2008)، صفحة 129.

4 استطلاع رأي تم إجراءه بين العاملين بالقطاع العام على الإنترنت خلال شهري أبريل – مايو 2011

مسارات أفضل قواعد الممارسة

حتى أكثر الأطباء الإكلينيكيين تخصصاً يستطيع أن يستفيد من متابعة المسارات التي تعتمد على الأدلة والبراهين . وتسلط إستراتيجية الصحة الوطنية في قطر الأضواء على مزايا تبني قواعد إرشادية معتمدة على الأدلة والبراهين[1].

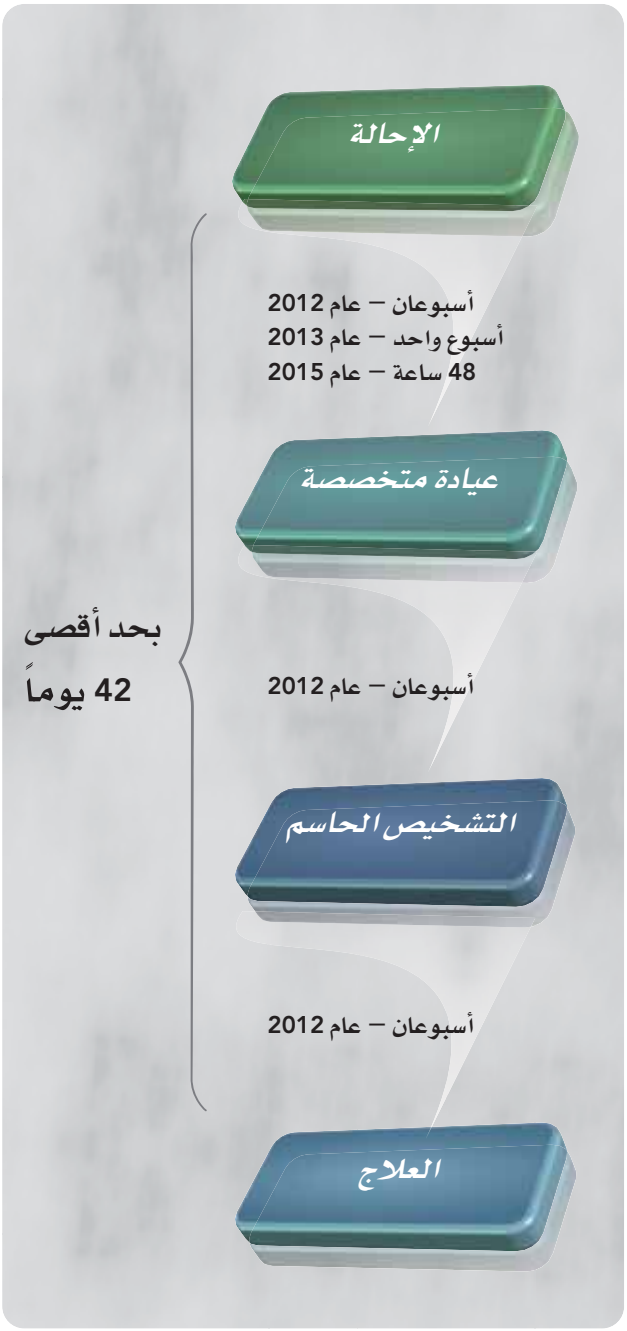
وقد تبنت عدة بلدان الآن هذه القواعد الإرشادية للسرطان – فعلى سبيل المثال طورت الدنمارك القواعد الإرشادية لأنواع السرطان الأكثر شيوعاً البالغ عددها 34 ووضعتها في حيز العمل خلال عام واحد.

ويوصى بأن تطور قطر المسارات المبنية على الأدلة لأنواع السرطان المختلفة. وقد تم بالفعل إنشاء مسارات تعتمد على الأدلة لأكثر عشرة أنواع شائعة للسرطان وقد تم نشرها مع هذه الإستراتيجية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن القواعد الإرشادية الإكلينيكية التي يستخدمها بالفعل بعض مقدمي الخدمات (فمثلاً مؤسسة حمد الطبية) هي لأنواع سرطان معينة.

وللبناء على الموقف الحالي، نقترح بأن تقوم قطر بشراء خدمات مؤسسة ذات خبرة في تطوير المقاييس الإكلينيكية لدراسة ما هو موجود وتستخدم ذلك في إنتاج مساراتها الشاملة لأفضل قواعد الممارسة. **وسوف تصبح هذه المقاييس الوطنية التي يجب على كل مقدمي خدمات رعاية مرضى السرطان إتباعها. ويجب تأسيس أول مقاييس وطنية مع حلول عام 2012. كما أن الامتثال لهذه المقاييس الوطنية يجب أن يكون عنصراً جوهرياً لاتفاقيات الأداء التي سيبرمها المجلس الأعلى للصحة مع مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص.** وبمجرد نشر المقاييس الوطنية، يجب مراجعة الخدمات الحالية إذا ائها خلال ستة أشهر مع وضع خطة للتصدي لأي نقائص.

توقيت العلاج

لقد تم في الفصول السابقة تأكيد أهمية تجنب تأخير الكشف عن الإصابة بالسرطان ويجب أن ينطبق ذلك بنفس العجلة على العلاج. **ولذلك نوصي بأنه مع نهاية عام 2012، بمجرد عمل تشخيص حاسم، يجب أن يبدأ المرضى العلاج خلال 14 يوماً.** وهذا سوف يعني أن المدة الكلية من الإحالة الأولى إلى العلاج لا تزيد عن 42 يوماً. وسوف يقلل ذلك من المدة منذ أول إحالة إلى فحص المريض في عيادة الأخصائي كما هو موضح في شكل 14.



شكل 14: المدة من الإحالة الأولى إلى العلاج

1 المجلس الأعلى للصحة، إستراتيجية الصحة الوطنية 2010–2016، أبريل 2011، صفحة 12 – القواعد الإرشادية الإكلينيكية هي نتاج 2-1-2 من مشروع 2-1 لتحسين الجودة.

التخصص في التمريض

التخصص ضروري وهام بالنسبة للممرضات، وهي أكبر مجموعة داخل قوة العمل في مجال السرطان. **ولتعزيز تخصص التمريض، فإن هذه الإستراتيجية تعتمد خطة مؤسسة حمد الطبية في إدخال متخصصي تمريض إكلينيكي (CNSs) في قطر.**

المتخصصون في التمريض الإكلينيكي هم ممرضات حاصلات على مؤهل في السرطان بعد التسجيل ومتخصصات في جانب معين من رعاية السرطان. وقد يتم توجيه هذا التخصص على فئة معينة من السكان (فمثلاً الشباب) ونوع الرعاية (فمثلاً الرعاية المخففة للآلام) ونوع المشكلة (فمثلاً الأورام اللمفاوية) ونوع العلاج (فمثلاً العلاج الكيماوي) أو نوع الورم (فمثلاً سرطان الرئة). وكما يتضح من شكل 13، فإن دور أخصائيي التمريض الإكلينيكي يدعم أيضا الجوانب الأخرى من العلاج الجيد الموضحة في هذا الفصل وخاصة في توفير مزيد من الرعاية الموجهة نحو المريض وفي نجاح أداء الفريق متعدد التخصصات.

وقد بدأت مؤسسة حمد الطبية في إدخال أخصائيي التمريض الإكلينيكيين في تخصصات السرطان (سرطان المسالك البولية وسرطان الدم وسرطان الأمعاء والمعدة ويشمل ذلك رعاية الفم والثدي) والتي يوجد بها بالفعل فرق متعددة التخصصات/مجالس الأورام. وسوف يتم توسيع ذلك بحيث أنه مع حلول عام 2015، سوف يتمتع كافة مرضى السرطان بحق الحصول على أخصائية تمريض إكلينيكية للسرطان مع تخصص في نوع السرطان المصابين به.



شكل 13: دور أخصائي التمريض الإكلينيكي[1]

1 مأخوذة من رعاية ماكميلان للسرطان، التفوق في رعاية مرضى السرطان، 2010، صفحة 5، يتوفر بموقع الإنترنت:
http://www.macmillan.org.uk/Documents/AboutUs/Commissioners/ExcellenceinCancerCaretheContributionoftheClinicalNurseSpecialist.pdf

ولقد تم بالفعل تأسيس فرق متعددة التخصصات لأنواع سرطان المسالك البولية وسرطان الدم وسرطان الأمعاء والمعدة وسرطان الثدي. **ويجب تواجد كل الفرق متعددة التخصصات لكافة أنواع السرطان مع حلول شهر أكتوبر 2013.**

ويجب أن تكون كافة قرارات العلاج بما فيها الخطط للعلاج الجراحي وإدارة الأورام والرعاية المخففة للآلام موجهة من خلال اجتماع الفريق متعدد التخصصات لضمان التوصل إلى إجماع في الآراء. ويجب أن يتمكن المشتركون في المساهمة بحرية وجلب خبراتهم المعينة في المناقشة. **ولتسهيل استخدام الفرق متعددة التخصصات، نوصي بأن تقوم مؤسسة حمد الطبية بتوظيف منسقي الفرق متعددة التخصصات الذين سيتحملوا المسئولية عن الجدولة الزمنية والتسيير السلس لاجتماعات الفرق متعددة التخصصات.**

وتُدرك الفرق متعددة التخصصات نطاق التعددية في طرق العلاج التي قد يحصل عليها المرضى. وفيما يلي الطرق الرئيسية الثلاثة للعلاج:

1. **الجراحة** – لإزالة الأورام السرطانية وإصلاح الجزء التالف من الجسم.
2. **العلاج الكيماوي** – لإعطاء جرعات من المواد الكيماوية لتدمير الخلايا السرطانية.
3. **العلاج بالأشعة** – استخدام الإشعاع المتأين لتدمير الخلايا السرطانية . ويتوفر لدى مؤسسة حمد الطبية بعض من أحدث مرافق العلاج بالأشعة في بلدان مجلس التعاون الخليجي.

وتقوم الفرق متعددة التخصصات بتمكين التنسيق الفعال لطرق العلاج هذه.

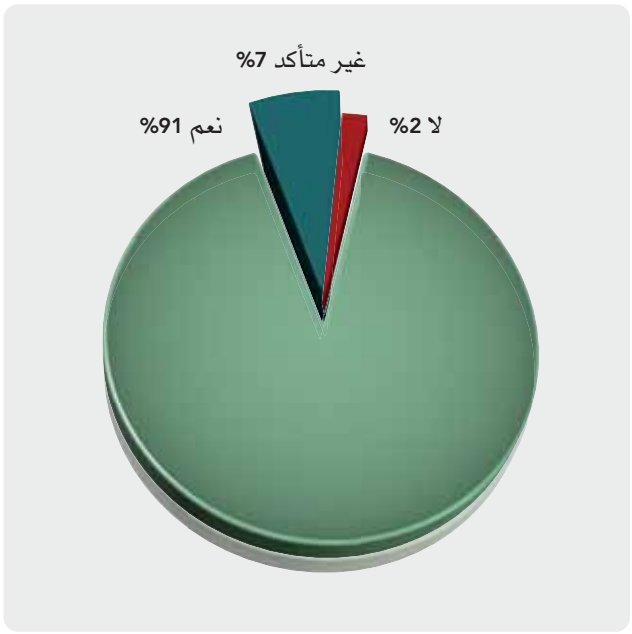
وسوف تتعامل الفرق متعددة التخصصات مع مواقع السرطان المختلفة (فمثلاً سرطان الثدي وسرطان الدم الخ) كمواقع سرطان مختلفة تحتاج إلى تشخيص وعلاج مختلف. ولضمان العمل الفعال للفرق متعددة التخصصات، فسوف تشرف عليها مجالس الأورام. ولن تقوم مجالس الأورام بإدارة الرعاية الإكلينيكية لكل مريض ولكن سوف تنظر في الأداء الشامل لفريق متعدد التخصصات.

الرعاية المتخصصة

مع قيام الفرق متعددة التخصصات بالتعامل مع مواقع السرطان المختلفة، يجب على جهاز فريق الأورام أينما كان ممكناً أن يكون متخصصاً. وهذا نظراً لأن جهاز العاملين المتخصص في مواقع الإصابة المعينة بالسرطان (فمثلاً سرطان الثدي أو القولون) سوف يؤدي إلى نتائج أفضل. فعلى سبيل المثال وجد في دراسة بأن مرضى سرطان الثدي الذين تم رعايتهم عن طريق جراحين متخصصين قد حققوا زيادة بنسبة 9% في معدلات البقاء على قيد الحياة لمدة خمس سنوات[1].

ولاشك أن مزايا التخصص توجهها جزئياً أعداد مرضى نوع سرطان معين سوف يقوم الأخصائي بفحصه. وقد تم التوصل إلى الاستنتاجات من خلال مراجعة الأدلة النظامية أن الأطباء الإكلينيكيين الذين يعالجون أعداد كبيرة من المرضى قد حققوا نتائج أفضل وخاصة في حالات سرطان البنكرياس وسرطان المرئ[2].

فإن الأطباء الإكلينيكيين الذين يعالجون أعداداً أكبر من المرضى في تخصصهم هم الأفضل لرعاية المرضى. وعن طريق الالتقاء مع المزيد من مرضى نوع معين من السرطان ، سوف يكون الأخصائيون على دراية وعلم بالظواهر الممكنة المختلفة مع توفر إدراك كبير لهم في خيارات العلاج وتشمل الأعراض الجانبية لكل منها، كما أنهم يكونون أكثر كفاءة في تقديم ذلك العلاج[3]. **وبالتالي نوصي أن يتخصص أطباء السرطان الإكلينيكيون في قطر.** وهذه التوصية يدعمها أكثر من 90% من المشاركين في الفعالية الثانية للمداولات، كما يتبين ذلك في شكل 12.



شكل 12: توضح الأدلة أنه كلما ازداد عدد الأطباء الإكلينيكيين المتخصصين في أنواع معينة من السرطان كلما كانت النتائج أفضل حالاً للمرضى. وبالنسبة لهذه الأدلة، هل تعتقد أن هذا الأسلوب يجب تبنيه في قطر؟

لمساندة التخصص نوصي بأن يتبنى مقدمو الرعاية الثانوية لعلاج السرطان سياسة الامتياز. وهذا يعني أن مقدمي الخدمات يمنحوا الأطباء الإكلينيكيين حق علاج أنواع معينة من السرطان. فإذا عمل الأطباء الإكلينيكيون خارج نطاق تخصصاتهم وامتيازاتهم الإكلينيكية لعلاج السرطان فسوف يواجهوا إجراءاً تأديبياً من أصحاب العمل.

1 جيليس ، هول Gillis CR, Hole DJ (1996). «نتائج البقاء على قيد الحياة بفضل الرعاية التي يقدمها الجراحون المتخصصون في سرطان الثدي: دراسة لعدد 3786 مريضة في غرب اسكتلندا» المجلة الطبية البريطانية، 312 (7024): 145–148.

2 هالم، لي، تشايسن Halm EA, Lee C, Chassin MR (2002). «هل الأعداد ترتبط بنتائج الرعاية الصحية؟. مراجعة منطقية وأسلوب ناقد منهجي في النشرة». المجلة الطبية السنوية، 137 (6): 511–520.

3 روبرت هاورد Robert Haward «تنظيم إطار عمل شامل للسيطرة على السرطان» في كولمان وآخرون Coleman et al.، الرد على تحديات السرطان في أوروبا (2008)، صفحة 121.

أجواء العلاج – مسألة رئيسية

في الفعالية الثالثة للمداولات انتقد المشاركون في مرافق الرعاية الصحية الحالية للسرطان وخاصة تلك الخاصة بمستشفى الأمل للأورام. وكان من التعليقات السائدة «مستشفى الأمل كما هي عليه الآن غير ملائم لرعاية مرضى السرطان». وقد تمحور الانتقاد على الجانبين. الأول يختص بأن المبنى الحالي يفتقد إلى المساحات لعقد اجتماعات الفرق متعددة التخصصات أو المرافق لمؤتمرات الفيديو مع الشركاء الدوليين والتي يمكن أن تؤثر على القدرة في تلبية التوصيات الواردة في هذه الإستراتيجية. أما الانتقاد الثاني فكان يختص بأن المستشفى لم يكن مرحباً أو لم يتوفر فيه الترحيب أو الأجواء الأليفة ويفتقر إلى الخدمات للمرضى مثل الاتصال بالإنترنت أو منطقة لعب للأطفال أو وجود كافيتيريا يسهل الوصول إليها.

وفي ضوء هذه الانتقادات نوصي بأن يجتاز مستشفى الأمل عمليات تجديد شاملة لمعالجة هذه المسائل. وحيث أن أكبر قدر ممكن من العلاج يجب أن يتم في مستشفى الأمل، مع توفير الرعاية فقط في مكان آخر بموقع مؤسسة حمد الطبية، نظراً لعدم توفر الرعاية في مستشفى الأمل لذلك يجب أن يصبح هذا المستشفى كما قالها أحد المشتركين في الاستبيان «مركز سرطان شامل جامع تحت سقف واحد». ويجب أن يكون هناك تمثيلاً للمرضى في المجموعة التي تقرر التغييرات الضرورية أسوة باقتراح معقول ورد في الفعالية الثالثة للمداولات. ومع إدراك القيود المفروضة على المساحة، فهناك حل أفضل في إنشاء مكان بهيج خصيصاً للمرضى عن طريق تطوير مركز ماجي[1] (مبنى مريح ورائع من الناحية المعمارية يوفر خدمات الدعم للمرضى ولمن يقدمون الرعاية لهم) في قطر ويجب أخذ هذا الأمر بعين الاعتبار. وفي النهاية ، ومع الإدراك بأن مستشفى الأمل المعاد تجديده سوف يكون في مكان الطليعة لتنفيذ هذه الإستراتيجية، فسوف يتم تغيير المستشفى إلى مركز قطر الوطني للسرطان.

وإن تجديد مستشفى الأمل سوف يكون حلاً على المدى المتوسط للسنوات الثلاث إلى الخمس التالية. أما بالنسبة لحل على المدى الأطول للتصدي لارتفاع حالات السرطان في قطر ولتزويد خدمات شاملة، **نوصي بإنشاء مستشفى جديد للسرطان في موقع مؤسسة حمد الطبية.** وسوف تبدأ الإنشاءات داخل الإطار الزمني لهذه الإستراتيجية. وسوف يعني ذلك أن تحديث المخطط لهذه الإستراتيجية في عام 2016 (أنظر الفصل 12) يمكن أن يضع هذا المرفق الجديد في قلب خططه لمزيد من التحسينات في رعاية مرضى السرطان في قطر.

1 لمزيد من المعلومات أطلع على موقع الإنترنت: http://www.maggiescentres.org/

الرعاية متعددة التخصصات

تُدرك منظمة الصحة العالمية مزايا إدارة مرضى السرطان أو المشتبه إصابتهم بالسرطان داخل أجواء فرق متعددة التخصصات (MDT)[2]. ومن الناحية النموذجية فإن الفريق متعدد التخصصات سوف يشمل الجراحين والأطباء الباطنيين وأخصائيي الأشعة وأخصائيي التحاليل وأخصائيي الأورام وأخصائيي التمريض الإكلينيكي وأخصائيي الرعاية المخففة للآلام وأخصائيي العلاج بالأشعة ومنسقي الفرق متعددة التخصصات. ومتوقفاً على نسب انتشار مرض السرطان فقد يشتمل الفريق أيضاً على مهنيي الصحة في المجالات ذات الصلة (فمثلاً أخصائيي التغذية وأخصائيي علاج إعاقات التكلم واللغة) والصيادلة والأطباء النفسيين.

وقد تم سؤال المشتركين في الفعالية الثانية للمداولات عما إذا كانوا يعتقدون بأن الفرق متعددة التخصصات يجب تقديمها في قطر. وكما يتضح من شكل 11 فإن أكثر من 90% وافقوا على ضرورة ذلك.

لذلك، وبموجب الشواهد الدولية، التي وافق عليها شعب قطر، **نوصي بضرورة مناقشة كافة حالات مرضى السرطان في قطر من خلال فريق متعدد التخصصات.** ويجب أن يحدث ذلك بغض النظر عن من هو المسئول عن المريض فمثلاً الجراح في مستشفى خاص أو أخصائي الأورام في مؤسسة حمد الطبية. وللاستفادة لأقصى درجة من وقت الأطباء الإكلينيكيين المزدحم، يمكن للفرق متعددة التخصصات أن تتولى العمل طالما كان كل المشتركين فيها يستطيعون التوصل إلى المعلومات التشخيصية اللازمة.



شكل 11: من أفضل قواعد الممارسة الدولية لكل مرضى السرطان أن يتم إدارتهم عن طريق فريق يجمع بين أنواع المهنيين المختلفين للرعاية الصحية. هل تعتقد بأن هذا الأسلوب متعدد التخصصات يجب تبنيه في قطر؟

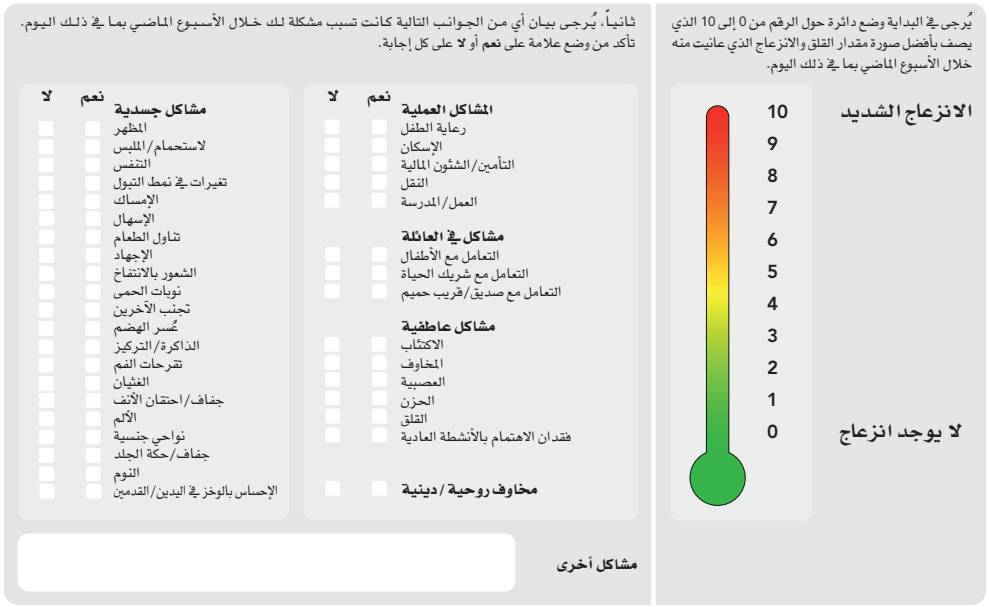
2 منظمة الصحة العالمية، السيطرة على مرض السرطان، التشخيص والعلاج، (2008) ، صفحة 3.

وبالإضافة إلى هذه المشاكل النفسية، يمكن أن يؤدي علاج السرطان إلى قضايا اجتماعية وطبيعية وروحية. ولضمان تعريف هذه المسائل واتخاذ التدابير الملائمة، **نوصي بأن يتم تشجيع مرضى السرطان بصفة منتظمة أثناء علاجهم بتعبئة استمارة «ترمومتر القلق والانزعاج» «Distress Thermometer» كما هي مبينة في شكل 10**[1]. ولقد قامت شبكة السرطان الوطنية الشاملة National Comprehensive Cancer Network، وهي التحالف بين 21 مستشفى رائد في مجال السرطان بالولايات المتحدة الأمريكية. بابتكار وتطوير ترمومتر القلق والانزعاج[2].

ويجب على منسقي مسارات علاج المرضى العمل بناءاً على نتائج هذا التقييم الذاتي الذي يقوم به المريض. وهذا دور جديد يتم تقديمه في هذه الإستراتيجية **ونوصي أن يتم إعطاء كل مريض من مرضى السرطان في قطر اسم منسق لمسار علاج المريض الذي سوف يكون مسئولاً عن تنظيم رعايته**[3].

ويجب أن يتمكن المرضى من الاتصال بمنسق مسار العلاج الخاص بهم بالهاتف لمناقشة أي المسائل تتعلق بعلاجهم. وسوف يتمكن منسقو علاج المرضى من ضمان شمولية رعاية المرضى. وسوف يعني ذلك أن المريض الذي يجتاز الجراحة التي سوف تؤثر على مساره (فمثلاً استئصال الثدي) سوف يحصل على مساندة بخصوص مظهره الخارجي وسوف يتمكنوا من الحصول على أي معدات مطلوبة بعد الجراحة وأثناء العلاج المساعد (فمثلاً باروكات الشعر في حالة فقدان الشعر أو الوسائل التعويضية المؤقتة قبل جراحة التجميل). وسوف يعني ذلك أيضا أنه عند الضرورة يمكن للمرضى الحصول على المشورة من أخصائيي التغذية بشأن الاحتياجات الغذائية المعينة أثناء العلاج وبعده. وتفيد الأدلة بأن وجود منسق معروف للرعاية يُحسّن من توقعات المريض بشأن الرعاية التي يحصل عليها. وتفيد النتائج من البرنامج الوطني للمملكة المتحدة لتجارب مرضى السرطان لعام 2010 أن المرضى الذين حصلوا على خدمات أخصائيي التمريض الإكلينيكيين (الذين يقومون بدور التنسيق في المملكة المتحدة) كانوا أكثر إيجابية بشأن علاجهم[4].

ومن ضمن المبتكرات التي سوف تدعم الرعاية الموجهة نحو المريض تطوير سجل طبي الكتروني منفرد ليوضح بالتفصيل المعلومات الرئيسية مثل الأدوية وأنواع الحساسية ونتائج الاختبار التشخيصي التي يستطيع كل الأطباء الإكلينيكيون المشتركون في رعاية المريض التوصل إليها. ويتم تقديم ذلك كجزء من المشروع 2-4 من إستراتيجية الصحة الوطنية، التي يتم تسهيلها باستخدام رقم الهوية القومي الخاص بقطر لتجنب ازدواج السجلات. وتقوم مؤسسة حمد الطبية في الوقت الحالي بشراء نظام جديد للمعلومات الإكلينيكية لمساندة تنفيذ السجل الطبي الإلكتروني. وسوف يستغرق التنفيذ على أكمل وجه عدة سنوات ولكن **على المدى القصير، يجب إحراز تقدم في أسرع وقت ممكن باستخدام رقم الهوية القطري في كافة الحالات الممكنة ويجب على مقدمي الخدمات العمل معاً لضمان سهولة التوصل إلى سجلات بعضهم البعض.**



شكل 10: ترمومتر القلق والانزعاج

1 الأطباء الإكلينيكيون في مؤسسة حمد الطبية يساندوا فكرة استخدام ترمومتر القلق والإنزعاج على فترات زمنية منتظمة أثناء العلاج.

2 لمزيد من المعلومات عن شبكة السرطان الوطنية الشاملة NCCN أطلعوا على موقع الإنترنت: http://www.nccn.org/about/default.asp

3 سوف يكون لدى منسقي مسار علاج المريض خلفية في التمريض. وسوف يكون لهم بعض أوجه التشابه مع أخصائيي التمريض الإكلينيكي (CNSs)، ولكن سوف يكون هناك تركيز أكثر على التنسيق ونسبة أقل من العمل الإكلينيكي المباشر أو من تدريب أفراد إكلينيكيين آخرين إذا قورن ذلك بأخصائيي التمريض الإكلينيكيين CNSs.

4 وزارة الصحة، برنامج الاستبيان الوطني لتجارب مرضى السرطان: تقرير الاستبيان الوطني لعام 2010 ، ديسمبر 2010، صفحة 4.

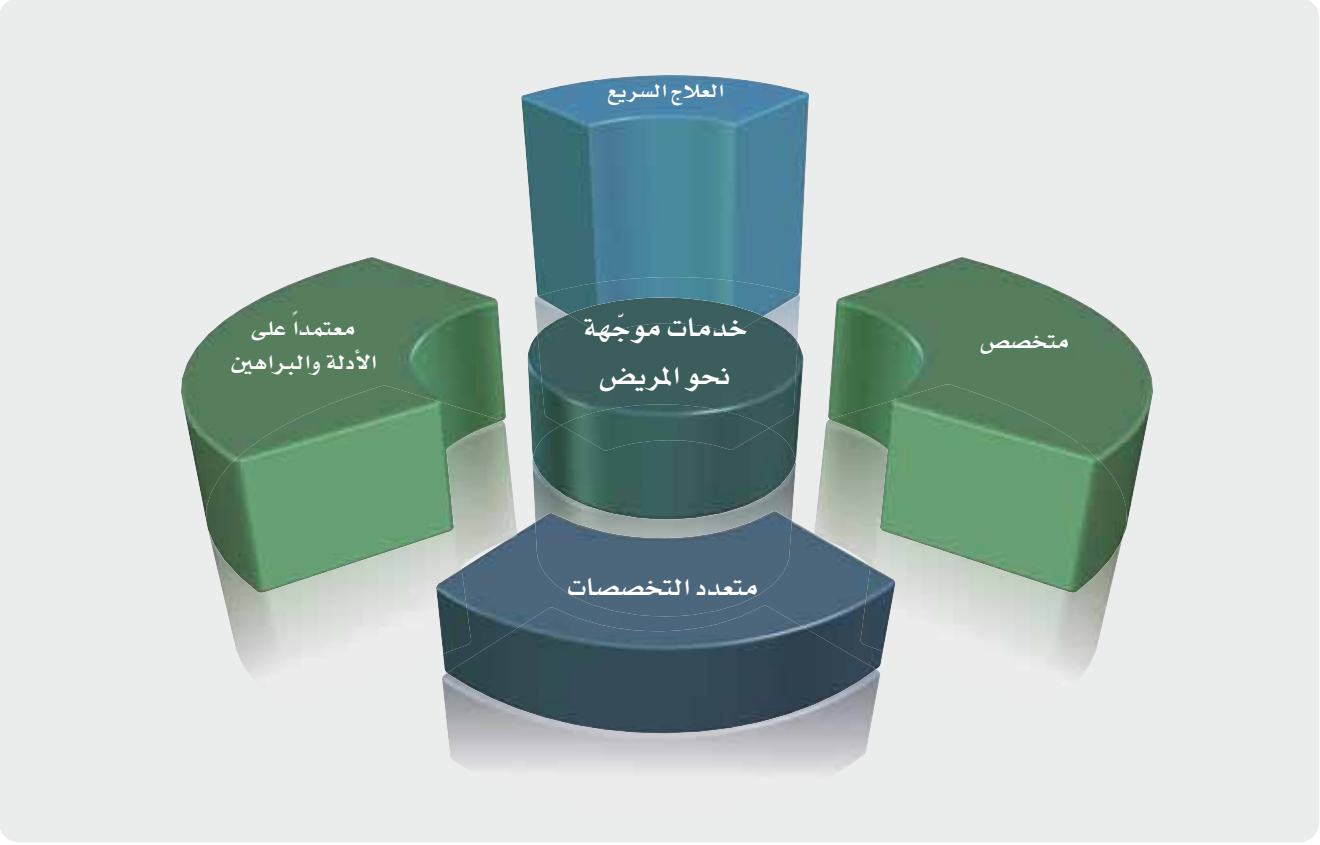
7. العلاج

يجب أن يكون علاج السرطان متمركزاً حول المريض، وبالإضافة إلى ذلك، ولتحقيق أفضل نتائج إكلينيكية يجب أن يكون العلاج متعدد التخصصات أيضاً وأن يكون تخصصياً ومبنياً على الأدلة والمعرفة وأن يتم العلاج على وجه السرعة كما هو موضح في شكل 9.

الرعاية الموجهة نحو المريض

يحتاج علاج السرطان في قطر أن يكون موجهاً نحو المريض حيث يستطيع أن يتخذ المريض قرارات مبنية على المعرفة ويتوصل إلى شتى أنواع المساندة التي يحتاج إليها. **ولإحاطة المرضى علماً على أكمل، نوصي بأن يتم إعداد نشرات معلومات عن السرطان.** يجب أن تكون نشرات المعلومات عبارة عن أوراق معلومات شاملة للمرضى عن نوع السرطان الذي يعانون منه وأن تشمل أنواع العلاج الممكنة والأعراض الجانبية المحتملة [1]. ويجب أن تكون نشرات المعلومات متاحة لكل أفراد الجهاز الطبي من خلال الكمبيوتر لتسمح لهم باختيار المعلومات ذات الصلة بالمريض الذي يتم فحصه. ويجب أن تساعد هذه النشرات المرضى بالتشاور مع الأطباء الإكلينيكيين في اتخاذ القرارات المبنية على المعرفة بشأن علاجهم.

ويحتاج الأمر أيضاً إلى أن تؤخذ بعين الاعتبار الاحتياجات النفسية والاجتماعية للمرضى بالإضافة إلى التكهنات عن حالة إصابتهم بالسرطان. وقد أشارت الدراسات أن 30 إلى 40% من مرضى السرطان يعانون من اضطرابات نفسية ، التي من أكثرها شيوعاً حالة الاكتئاب وزيادة القلق والاعتلالات الجسدية (مثل وساوس المرض) والاضطرابات الجنسية [2]. **ويوصى بأن تكون المساندة النفسية عنصراً هاماً في رعاية مرضى السرطان في قطر (فمثلاً في صورة مشورة) ويجب أن تكون متوفرة من البداية عند اكتشاف الاشتباه في الإصابة بمرض السرطان لأول مرة وحتى الصمود والبقاء على قيد الحياة لمرضى السرطان.**



شكل 9: جوانب العلاج الجيد للسرطان

1 تتوفر عينات من نشرات المعلومات عن مرض السرطان من المملكة المتحدة بموقع الإنترنت: http://www.nhs.uk/Planners/Yourhealth/Pages/Information.aspx

2 جراسي وآخرون .Grassi L et al، «الأعراض النفسية المصاحبة للإصابة بمرض السرطان، أساليب الفحص وتدريب مهنيي الرعاية الصحية في علم الأورام: نماذج علم الأورام النفسي في مجال الطب النفسي» من كريستودولو .Christodoulou GN, ed. التطورات في علم النفس، المجلد 2 أثينا، الإتحاد العالمي لعلم النفس: 59–66 (2005).

التصوير الحديث

بفضل التصوير بالرنين المغناطيسي MRI والتصوير الطبقي (باستعمال الكمبيوتر) CT، يمكن إجراء عمليات الفحص الطبقي للحصول على نتائج تصوير تفصيلية بصورة أكثر لحالات اشتباه الإصابة بالسرطان. وتزداد قدرات التصوير الفحصي في قطر بصورة أكثر مع بناء جهاز الفحص الطبقي PET-CT (الذي يجمع بين أحدث تقنيات الأشعة ثلاثية الأبعاد مع التصوير الطبقي بانبعاث البوزيترون وذلك باستعمال مادة إشعاعية متتبعة لاقتفاء الأثر في المريض) وذلك في مؤسسة حمد الطبية وسوف يبدأ العمل في المستقبل القريب.

كما أن التصوير التفصيلي سوف يساعد أيضاً في التشخيص الحاسم بالإضافة إلى توفير المزيد من المعلومات عن المرحلة التي وصل إليها السرطان.

ولمساندة مشاركة معلومات التصوير، تقوم مؤسسة حمد الطبية أيضاً بتطوير نظام بالكمبيوتر لإلتقاط نتائج التصوير حتى يمكن توفيرها في أماكن متعددة في نفس الوقت لتسهيل عمل المجموعات متعددة التخصصات.

الفحص الطبيعي البدني

لبعض أنواع السرطان – على سبيل المثال، سرطان الثدي والجلد والحنجرة، لأن الفحص الطبيعي الذي يقوم به الطبيب يمكن أيضا أن يكشف عن مزيد من الأعراض تساعد في التوصل إلى تشخيص حاسم.

توقيت التشخيص الحاسم

وكما أن التوقيت للإحالة مهم كذلك المدة الزمنية من وقت موعد الأخصائي إلى عمل التشخيص. **ونوصي بأنه مع نهاية عام 2012 يتم تحقيق التشخيص الحاسم خلال مدة زمنية أقصاها أسبوعين من مشاهدة المريض في العيادة المتخصصة.**

الطلب على التشخيص – موضوع جوهري

إن متطلبات الحصول على تشخيص حاسم خلال أسبوعين مقترناً بزيادة متطلبات التشخيص لبرامج الفحص الشاملة إنما يعني أنه سوف تكون هناك زيادة ملموسة في الطلب على خدمات التشخيص.

ولذلك نوصي بأنه كجزء من عملية تنفيذ هذه الإستراتيجية سوف يحتاج الأمر إلى عمل تحليل أثناء 2011 للتحقق من الزيادة المحتملة في الطلب على خدمات التشخيص وكيفية ارتباط ذلك بالقيود الحالية المفروضة على السعة والقدرات.

وقد تشتمل القيود على إمكانية التوصل لاختبارات الباثولوجيا المعينة أو وفرة الأجهزة مثل جهاز الفحص الطبقي MRI scanners. وسوف يكون مهماً أيضاً دراسة مسألة الموارد البشرية حيث أن التحقيقات المبدئية تفيد أن هناك نقصاً في أطباء الباثولوجيا وأطباء الأشعة في قطر.

وبمجرد اكتمال هذا العمل سوف يتم إصدار التوصيات عن كيفية حاجة مقدمي الخدمات إلى تدعيم خدماتهم التشخيصية.

الإبلاغ عن نتائج التشخيص الحاسم

بمجرد التوصل إلى تشخيص حاسم فعندئذ ومن المهم أن يتم توصيل نتائج الفحص إلى المريض بأسلوب حساس يراعي نفسية المريض وفي نفس الوقت يتسم بالوضوح. **ونوصي بأن يتم تقديم دورة تدريبية لكل الأطباء المتخصصين في السرطان في مهارات التواصل كما هو مبين في برنامج التواصل الذي أعده فريق العمل الوطني بالمملكة المتحدة لأمراض السرطان للتأكد من أن التواصل مع المرضى فعال وثابت المبدأ**[1].

التأخير في تشخيص السرطان

نظراً لأهمية اكتشاف السرطان في مرحلة مبكرة، **في الأحوال التي يكون هناك تأخير في التشخيص لأي سبب كان (ومن أمثلة ذلك وضع بطاقات غير سليمة على عينات الباثولوجيا أو الإخفاق في الاتصال بالمريض بنتائج الاختبارات) فيجب ضرورة الإبلاغ عن ذلك داخل مؤسسة مقدم الخدمة كواقعة خطيرة والتحقيق في ذلك.**

وبمجرد تطبيق استخدام سجل السرطان على أكمل وجه (أنظر الفصل التاسع) يجب أن يتمكن هذا السجل من تحديد عدد ونسب تلك الحالات على المستوى الوطني ونشر هذه الأرقام.

1 لمزيد من المعلومات أنظر: http://www.connected.nhs.uk/

توقيت الإحالة

أراد المشتركون في الفعالية الثانية للمناقشات أن تكون هناك مواعيد سريعة مع أخصائي المستشفى بمجرد اشتباه طبيب الرعاية الأساسية أن المريض مصاب بالسرطان كما هو موضح في شكل 7.

نقترح بأن يتم إدخال منحنى الأداء لحالات السرطان. وسوف يكون لذلك المراحل التالية حتى يمكن عمل مقابلات لكافة الإحالات لحالات السرطان خلال:

- أسبوعين مع نهاية عام 2012.
- أسبوع واحد مع نهاية عام 2013.
- 48 ساعة مع نهاية عام 2015.

ومع أن أهداف الإحالات تلك طموحة (لازالت المملكة المتحدة تحقق مدة زمنية أقصاها أسبوعين بين الإحالة ومشاهدة المريض) إلا أنه يمكن تحقيقها إذا كانت الموارد متوفرة تحت تصرف قطر. ولكن سوف يتطلب الأمر إعطاء أولوية لحالات السرطان المشتبه فيها على الحالات التي ليست حرجة من ناحية الوقت.

التشخيص الحاسم في مراكز الرعاية الثانوية

لتحقيق تشخيص حاسم في مراكز الرعاية الثانوية يتطلب الأمر العناصر الثلاثة الموضحة في شكل 8.

اختبار الباثولوجيا (علم الأمراض)

يحتاج الأمر إلى أخذ عينات باثولوجية إما من النسيج (باثولوجيا الأنسجة) أو الخلايا (باثولوجيا الخلايا). وسوف يختلف نوع العينة المأخوذة حسب موضع الإصابة بالسرطان.

وقد تم إحراز تحسينات ملموسة في السنوات الأخيرة في قدرات معامل الباثولوجيا بقطر. فإن معظم الاختبارات يتم أدائها الآن داخل البلد وبالنسبة لتلك الاختبارات التي لا تتم بالداخل فقد تم وضع خطط لبناء المرافق والمهارات الملائمة. ورغم ذلك فلازالت هناك فرصة لتعجيل تطوير بعض الأساليب الحديثة مثل عمليات التشخيص الجزيئي.



شكل 8: مكونات التشخيص الحاسم للسرطان

6. التشخيص السريع والحاسم

من الضروري أنه عند الاشتباه في الإصابة بالسرطان يجب أن يتم تحقيق تشخيص سريع وحاسم حتى يمكن أن يبدأ العلاج على وجه السرعة.

الإحالة إلى عيادة متخصصة

يجب إحالة كل المرضى إلى عيادة متخصصة (مثلاً المسالك البولية) لموضع السرطان الخاص بهم في حالة إذا كانت الفحوص المبدئية والفحص الاختباري و/أو التشخيص يُشير إلى الاشتباه في الإصابة بالسرطان. ونوضح في الفصل السابع نبذة عن مزايا التخصص.

وقد تأتي بعض الإحالات من العيادات المتخصصة من قسم الطوارئ أو من أقسام العلاج الأخرى للرعاية الثانوية. ومع تنفيذ هذه الإستراتيجية، يجب أن يكون المساران الرئيسيان للإحالة من خلال الفحص ومن خلال الرعاية الأساسية.

الإحالة من خلال الفحص الاختباري

عندما يكتشف أحد برامج الفحص أن الشخص يُحتمل أن يكون مصاباً بالسرطان، فسوف يتم إحالته تلقائياً إلى عيادة متخصصة.

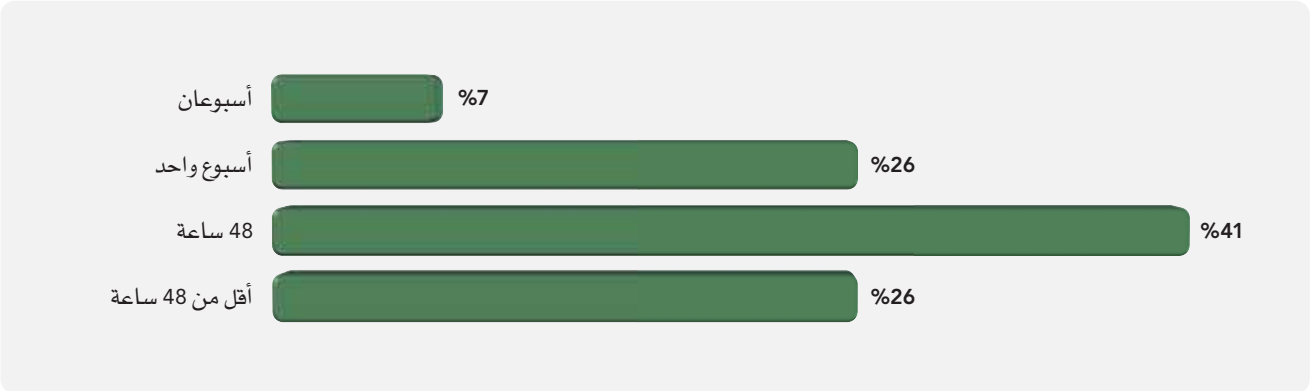
الإحالة من خلال مركز الرعاية الصحية الأساسية (PHC)

في حالة إذا تعرف شخص على أعراض مشتبه فيها، فسوف يتم في البداية فحصه عادة عن طريق مركز للرعاية الصحية الأساسية. وإذا وافق طبيب العائلة على ذلك (ربما بإتباع إجراءات التشخيص المبدئية مثل الأشعة السينية والأمواج الفوق صوتية (التراساوند)) فيجب إحالة المريض إلى إحدى عيادات السرطان. وللمساعدة في الإسراع في التشخيص سوف يتمكن أيضاً طبيب العائلة أن يقوم بعمل اختبار التصوير بالرنين المغناطيسي MRI أو منظار القولون مباشرة للمريض الذي يحتاج إلى مزيد من الفحص للكشف عن احتمال الإصابة بالسرطان. وسوف تأتي أيضاً الإحالات الأخرى من مركز الرعاية الأساسية PHC (على سبيل المثال إذا أكتشف طبيب العائلة أو الممرضة احتمال إصابة شخص بالسرطان أثناء علاجه من مرض آخر).

لتحسين سرعة ودقة التشخيص، يجب أن تتم كافة الإحالات باستخدام عملية إحالة موحدة معيارياً. ويجب أن يتم إعدادها بالتشاور مع مراكز الرعاية الأساسية والثانوية وتشمل معلومات عن الاختبارات التي أجريت لتجنب التكرار. وسوف توجه الإحالات مباشرة إلى مقدمي الرعاية الثانوية من مركز الرعاية الأساسية (على الرغم من أن المرضى يستطيعون الحصول على نسخ من خطابات الإحالة الخاصة بهم) وسوف يتم وقف الممارسات الحالية التي يأخذ فيها المريض خطاب الإحالة بنفسه إلى المستشفى. وعلى المدى القصير سوف تتم عملية الإحالة من خلال استمارات ورقية ولكن على المدى الأطول سوف تصبح هذه جزءاً من حل تقنية المعلومات التي يجري تنفيذه بأنحاء مراكز الرعاية الصحية الأساسية PHC ومؤسسة حمد الطبية HMC.

إدارة الإحالة إلى مؤسسة حمد الطبية HMC

تتجه النية إلى توجيه الإحالات المشتبه إصابتها بالسرطان وأي طلبات أخرى للمتابعة من مركز الرعاية الأساسية إلى مؤسسة حمد الطبية حيث يتم توجيهها كلها إلى نقطة مركزية. وسوف تقوم مؤسسة حمد الطبية بإقامة مكتب مخصص لإدارة السرطان يعمل به مساعدون للحجز لإدارة حجز المواعيد المتعلقة بحالات السرطان. ومن المهم أن يعمل هذا المكتب الخاص بالسرطان في شراكة مع مكتب المواعيد الأوسع شمولاً لمؤسسة حمد الطبية حيث يكون هناك بعض التداخل بين السرطان والجراحة.



شكل 7: ما هي المدة الزمنية المعقولة لانتظار المرضى لأخذ موعد مع أخصائي المستشفى عندما يشتبه أطباء الرعاية الأساسية في إصابة المرضى بالسرطان؟

تنوع مقدمي الخدمات

من المرجح أن المنافسة في تقديم خدمات الفحص سوف تؤدي إلى الحصول على خدمات جيدة بصورة أفضل في الأماكن الملائمة. **ولذلك نوصي بأنه يمكن لأي من مقدمي الخدمات عرض خدمات الفحص طالما قدموا إمكانيات للوصول بسهولة لأفراد المجتمع والامتثال للجداول الزمنية الخاصة بالإجراءات وتسهيل الإحالات السلسة إلى الرعاية الثانوية.** ويجب على المجلس الأعلى للصحة أن يطرح مناقصة عالمية لتوفير خدمات الفحص.

التشخيص المبكر

تعتمد غالبية أمراض السرطان على التشخيص المبكر مع قلة قليلة منها فقط مثل سرطان الرئتين والمبايض الذي لا يؤثر بأي فرق على معدلات البقاء على قيد الحياة بحسب ما يتبين من الأدلة. فبمجرد اكتمال حملة التوعية بشأن دحض وتفنيد الخرافات المتعلقة بمرض السرطان، **يُوصى بأن تبدأ حملة توعية ثانية تُركز على التشخيص المبكر لجعل شعب قطر على علم بأعراض وعلامات الإصابة بأمراض السرطان.**

الإخفاق في التعرف على الأعراض يمكن أن يؤدي إلى التأخير في العلاج. وقد أستنتج بأن نسبة تصل إلى 60% من التأخير الكلي في علاج سرطان الثدي والسرطان الخاص بأمراض النساء ربما يرجع إلى عدم اكتشاف السيدات للأعراض المحتملة[1].

لذلك يجب أن تكون هناك حملة توعية بالأعراض إذ يعود ذلك بالفائدة الجمة. وسوف تركز الحملة (مع صياغتها بعبارات دقيقة لضمان عدم دب الخوف والقلق في الناس بدون داعي) على أنه في حالة إذا كان أحد سكان قطر يشتبه بأنه مصاب بالسرطان فيجب عليه أن يذهب إلى أحد مراكز الرعاية الصحية الأساسية في أسرع وقت ممكن للفحص والاختبار.

ويجب أن تبدأ الحملة الأولى بنوع واحد من الأعراض. ومع الإدراك بأن أنواع السرطان الخاصة بالمسالك البولية هي ثاني أكثر أنواع السرطان شيوعاً في قطر (الأكثر شيوعاً هو سرطان الثدي، والذي سوف يكون له برنامج فحص خاص)، **فنوصي بضرورة أن يكون سرطان البروستاتا وسرطان المثانة هو موضوع الحملة الأولى.**

نجاح الكشف المبكر

من المهم قياس مدى التقدم في الكشف المبكر، لذلك يجب الاستفادة من المؤشر عن نتائج الكشف المبكر. وسوف تكون هناك نسبة من أنواع السرطان يتم تشخيصها في المرحلتين الأولى والثانية. ولا يتوفر في الوقت الحالي خط أساس مرجعي لهذه المعلومات لذلك فإن المهمة الأولى هي ترسيخ خط أساس مرجعي مع حلول نهاية عام 2012. وعندئذ ومن هذا الخط **يجب أن تكون هناك زيادة بنسبة 30% في تشخيص أنواع السرطان في المرحلتين الأولى والثانية مع حلول عام 2016.**

موضع مرض السرطان	الأعراض الشائعة
الثدي	ورم كتلي في الصدر وعدم تماثل الصدرين وانكماش الجلد وانكماش الحلمة مؤخراً وإفرازات من الحلمة ملطخة بالدم، وتغيرات إكزيمية في هالة الثدي.
عنق الرحم	نزيف بعد الجماع وإفرازات مهبلية مفرطة.
القولون والمستقيم	تغيّر في عادات التبرز وفقدان وزن غير مفسر وأنيميا ونزول دم في البراز (سرطان المستقيم).
تجويف الفم	تقرحات بيضاء (leukoplakia) أو تقرحات حمراء (تبقع أحمر) (erythroplakia) أو تكوُّن قروح في الفم.
البلعوم الأنفي	نزيف في الأنف وانسداد الأنف الدائم والصمم ، وعقدات في الجزء العلوي من العنق.
الحنجرة	خشونة مستمرة في الصوت.
المعدة	ألم في الجزء العلوي من البطن ونوبات عُسر الهضم ، وفقدان الوزن.
الورم القتامي بالجلد	تقرح بني اللون ينمو مع حواف غير منتظمة أو مناطق تتلون بشكل رقع قد تسبب الشعور بالحك أو النزف.
أنواع سرطان الجلد الأخرى	تقرن الجلد Keratosis (تقرحات أو قروح على الجلد لا تلتئم).
البروستاتا	صعوبة (لفترة طويلة) في التبول، والتبول الليلي المتكرر.
ورم الجذيعات الشبكية Retinoblastoma	بقع بيضاء في بؤبؤ العين والحول التقاربي (في الطفل).
الخصية	انتفاخ في إحدى الخصيتين (عدم التماثل).
المثانة البولية	ألم والتبول المتكرر وصعوبة التبول ودم في البول.

الجدول مقتبس من منظمة الصحة العالمية، السيطرة على السرطان – الكشف المبكر (2007)، صفحة 9

1 الوكالة الوطنية لسلامة المرضى، تأخير تشخيص السرطان: مراجعة موضعية، مارس 2010، صفحة 11.

الفحص لمواضع السرطان الأخرى

إلى الآن لا توجد أدلة كافية تستوجب الفحص لمواضع السرطان الأخرى. ولكن تُجري تجارب (على سبيل المثال، الفحص لسرطان البروستاتا) ونوصي بأن تقوم لجنة الفحص الوطنية بمواكبة عملها مع توصيات الفحص الدولية حتى يمكن إدخال برامج الفحص الجديدة متى ظهرت أدلة مقنعة لفائدتها.

تغطية الفحص

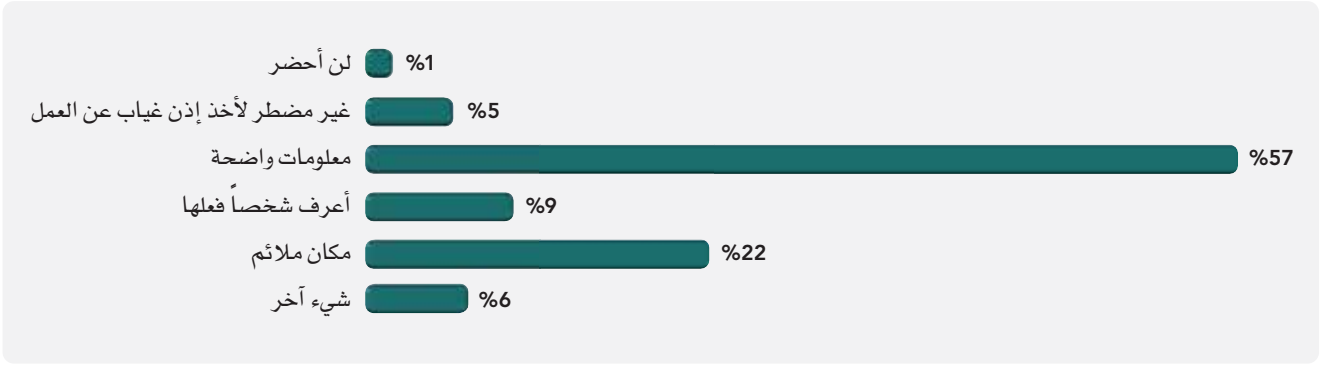
حتى يكون الفحص فعالاً توصي منظمة الصحة العالمية بضرورة فحص نسبة لا تقل عن 70% من السكان المستهدفين[1]. وسوف يحتاج الأمر إلى ترسيخ آليات بالكمبيوتر للأفراد ضمن فئات السكان المستهدفة ليتم استدعائهم للفحص عند الطلب. وسوف يحتاج ذلك إلى أن تشتمل هذه الآليات على اتصالات فعالة لكل فئات السكان المستهدفة فمثلاً عن طريق خطابات أو رسائل بريد الكتروني أو رسالات نصية بالجوال ودعوة الأشخاص لحضور الفحص. **وإننا نوصي بأن يتم ذلك مركزياً عن طريق المجلس الأعلى للفحص الذي يجب أن يتعاون مع وزارة الداخلية لاستخدام قواعد بياناتهم الخاصة بالسكان لإنشاء نظام شامل لاستدعاءات وإعادة إستدعاءات الفحص.** ويوجد في الفصل التاسع المزيد من المعلومات عن تقييم أداء الفحص.

تشجيع الأفراد على حضور مواعيد الفحص الخاصة بمرض السرطان

من غير المرجح أنه سوف يتم تحقيق تغطية بنسبة 70% لفئات السكان المستهدفة بدون جهد مركز لتشجيع الناس على حضور جلسات الفحص. وفي الفعالية الثانية الخاصة بالمداولات، شعر الناس بأن أهم عامل في تشجيع الحضور للفحص هو تزويد الناس بمعلومات عن الفحص حتى يمكنهم فهم مزاياه. وكنتيجة إيجابية جداً، نجد أن 1% فقط من المستجيبين قالوا بأنهم لن يحضروا جلسات الفحص عن السرطان. والنتائج موضحة في شكل 6. ويجري عمل دراسات تفصيلية بصورة أكثر في العوامل التي يمكن أن تؤثر على حضور جلسات الفحص – أنظر الفصل العاشر لمزيد من المعلومات.

الأماكن الملائمة

الموقع الملائم كان أهم ثاني عامل لتشجيع حضور جلسات الفحص الذي تم تحديده في فعالية المداولات . ويحتاج الأمر إلى دراسة إمكانية الوصول عند إعداد برامج الفحص – وهناك رغبة لدى شعب قطر في تقديم خدمات الفحص بمراكز الرعاية الأساسية – 55.4% من السيدات اللاتي تم استطلاع رأيهن عبروا عن تفضيلهم لإجراء فحص سرطان عنق الرحم في عيادات الرعاية الصحية الأساسية[2]. وهذا يتمشى مع التجربة الدولية التي تُشير بضرورة توفير الفحص في أماكن ملائمة للمجتمع يسهل الوصول إليها (ويمكن أن يشمل ذلك وحدات متنقلة) ولا يجب أن تكون مركزة في أماكن يزداد فيها التركيز الطبي حيث يمكن أن يكون ذلك عاملاً مثبطاً للحضور ويؤثر على التغطية الفعالة بصورة عكسية.



شكل 6: ما هي أهم العوامل التي تشجعك على حضور جلسات الفحص الخاصة بالسرطان؟

1 منظمة الصحة العالمية، رقابة السرطان – الكشف المبكر (2007)، صفحة 7

2 فتحية محمد الأمير، المعرفة والموقف والممارسة في الكشف عن سرطان عنق الرحم بين السيدات اللاتي يزرن عيادات الرعاية الصحية الأساسية في قطر.

القواعد الإرشادية الواضحة

لتطوير القواعد الإرشادية الحالية وترسيخها في الأحوال التي لا تتواجد فيها، نقترح تأسيس لجنة وطنية قطرية للفحص كهيئة دائمة. على أن تشرف هذه اللجنة على ترسيخ برنامج وطني للفحص (المشروع 3-6 من إستراتيجية الصحة الوطنية) ولجان فرعية تضع قواعد إرشادية عن فئات الأشخاص الذين يجب فحصهم ومعدلات الفحص لكل الأمراض. ويجب تأسيس لجنة فرعية للسرطان في موعد أقصاه يوليو 2011. كما أن القواعد الإرشادية التي تضعها اللجنة يجب أن تأخذ بعين الحسبان المعلومات الخاصة بقطر – فعلى سبيل المثال قد تكون هناك ميزة من الفحص المبكر عن سرطان القولون والمستقيم في قطر إذ أن 45 حالة من 141 حالة من سرطان القولون والمستقيم التي تم اكتشافها بين عامي 2000 و 2009 كانت تحت عمر 50 سنة.

فحص الثدي

لقد تم إجراء الكثير من العمل لتحديد مجموعة الأعمار ومعدلات الفحص لسرطان الثدي في قطر. ولتجنب التأخير في التنفيذ، نقترح ضرورة تقديم عملية الفحص الشامل لمجموعة الأعمار من 40 إلى 69 سنة (مع التركيز الأولي على السيدات فوق عمر الـ 50 حيث تكون الفائدة مؤكدة) على أن يتم الفحص بمعدل مرة كل سنتين. وبناء على توصيات لجنة الفحص الوطنية يمكن زيادة معدلات الفحص في مرحلة لاحقة إذا كان ذلك ملائماً.

ويجب في فحص سرطان الثدي أن يُستخدم مرسمة الثدي الرقمية (ماموجرام) وهي تتسم بالسرعة وقد أثبتت بأنها ذات درجة دقة محسنة للسيدات في حالة أنواع الثدي الكثيف من الناحية الإشعاعية أو لدى السيدات اللاتي بلغن سن توقف الدورة الشهرية أو ما قبل ذلك[1] ويجب الحصول على النتائج خلال خمسة أيام عمل.

فحص القولون والمستقيم

يتم استخدام خليط من اختبارات الدم المستتر في البراز (FOB) وجهاز التنظير السجمي التعريجي[2] عند فحص القولون والمستقيم. وفي جهاز التنظير السيني يتم إستخدام أنبوب تصوير مرن لفحص المصران الغليظ للكشف عن أي أورام في الغشاء المخاطي (التي يمكن في بعض الأحيان أن تتحول إلى أورام سرطانية) وإزالتها. ومن خلال تجربة إكلينيكية في المملكة المتحدة تم التعرف على أن الاستخدام الواسع النطاق للمنظار السيني المرن لابد وأن يمنع 10.000 حالة من سرطان الأمعاء كل عام[3]. يمكن أداء عمليات التنظير السيني مرة واحدة في مؤسسة حمد الطبية HMC أو في بعض مراكز الرعاية الصحية الأساسية PHC بمجرد اكتساب الموظفين المهارات اللازمة. ويجري حالياً عمل اختبارات الدم المستتر في البراز FOB بمراكز الرعاية الصحية الأساسية ويجب التوسع في هذا البرنامج لتحقيق تغطية شاملة بين فئات السكان المستهدفين.

فحص عنق الرحم

يجب إدخال برنامج فحص لسرطان عنق الرحم. وسوف تستخدم في ذلك اختبارات علم فحص الخلايا بطريقة سائلية. ويجب الحصول على النتائج خلال خمسة أيام.

وفي حالة ارتفاع نسبة التحصين HPV (أنظر الفصل 4) فعندئذ يمكن القول بأن هذا البرنامج الخاص بالفحص غير مطلوب. إلا أن التحصين لن يفيد تعداد السيدات البالغات في الوقت الحالي في قطر كما أنه لن يفيد غالبية السيدات من المهاجرين الذين أتوا إلى قطر. لذلك فهو مطلوب ولكن مع مراعاة أن هناك نسبة أعلى بكثير من الإصابات بسرطان الثدي وسرطان القولون والمستقيم في قطر، لذلك يجب أن يحصل هذا الفحص على درجة أولوية أقل بين برامج الفحص الثلاثة.

1 بيسانو وآخرون .Pisano E et al، الأداء التشخيصي لموموجرام الغشاء المقابل الرقمي للفحص عن سرطان الثدي – نتائج الكلية الأمريكية لشبكة التصوير بالأشعة (ACRIN) لتجربة فحص تصوير بالماموجرام الرقمي. (DMIST). مجلة نجم NEJM المنشورة على الإنترنت في 16 سبتمبر 2005 والمطبوعة في 27 أكتوبر 2005.

2 تقترح هذه الإستراتيجية استخدام اختبار الدم المستتر في البراز FOB والمناظير السينية المرنة لفحص القولون والمستقيم بدلاً من منظارات القولون حيث أنها تحتاج إلى أفراد متخصصين بصورة أكثر وتستغرق وقتاً أطول وأكثر تكلفة وتعطي شعوراً بعدم الارتياح لدى المريض عنه في حالة المناظير السينية (http://www.genetichealth.com/CRC_Colonoscopy_Versus_Sigmoidoscopy.shtml). ولكن يجب على لجنة الفحص الوطنية أن توازن بين مزايا وعيوب الأسلوبين.

3 آتكن وآخرون .Atkin W et al (2010). «الفحص بالمنظار السجمي المرن مرة واحدة فقط ودوره في منع سرطان القولون والمستقيم: تجربة في عدة مراكز مع ضوابط مرجعية عشوائية» لانست 375 (9726)، 1624–1633.

الفحص

يتضمن الفحص عن السرطان اختبار أعداد كبيرة من الأفراد الأصحاء ظاهرياً دون أن تظهر عليهم أعراض لتحديد عما إذا كانوا في مرحلة مبكرة من السرطان. وهذا يفتح الباب عندئذ أمام احتمال العلاج حيث لا يكون السرطان في مرحلة متقدمة.

لقد دعت إستراتيجية الصحة الوطنية في قطر إلى إنشاء برنامج وطني للفحص (المشروع 3-6) في مناطق ذات الأولوية وتشمل فحص الثدي. ومن الإحصاءات الدولية المبنية على الأدلة المتوفرة يوصى بعمل الفحص لثلاثة مواقع للسرطان – الثدي والأمعاء وعنق الرحم[1]. ولكن ينخفض التجانس الدولي بشأن مئات السكان المستهدفين وكيفية عمل الفحص بصورة متكررة كما يتضح من الجدول 2 الخاص بالفحص عن سرطان الثدي.

هناك اختلافات دولية مماثلة في تغطية الفحص لسرطان القولون والمستقيم (هناك إجماع واسع النطاق بأن أكثر المزايا تكون لمجموعة الأعمار من 55 إلى 70 سنة ولكن غالباً ما تمتد إلى ما بعد ذلك) وسرطان عنق الرحم (عادة لدى السيدات النشطات جنسياً حتى توقف الدورة الشهرية، ولكن تتفاوت الأعمار الفعلية).

الفحص الحالي في قطر

تتوفر في الوقت الحالي بعض أنشطة الفحص لسرطان الثدي والقولون والمستقيم وعنق الرحم في قطر فعلى سبيل المثال، تم لأكثر من عشر سنوات إجراء الفحص على سرطان عنق الرحم في عيادات السيدات بمراكز الرعاية الصحية الأساسية. ولكنها بحسب الحالة (متوقفاً على الأفراد الذين يتقدمون للفحص) بدلاً من أن تكون شاملة (من ناحية استهداف الأفراد الأكثر عرضة للإصابة ودعوتهم لفحصهم عن طريق نظام الاستدعاء وإعادة الاستدعاء). وهذا لا يكفي فإن مبادرات الفحص الغير منظمة والتي تتم من آن لآخر سوف تحرم عدداً كبيراً من الناس (وخاصة أولئك المعرضون بصورة أكثر لخطر الإصابة[2]) ولا يمكن بسهولة مراقبتها أو تقييمها بصورة منتظمة بالجودة الإكلينيكية والتشخيصية. كما أن معدلات التغطية منخفضة أيضاً – دراسة تمت في عام 2009 وجدت أن نسبة 22.5% فقط من السيدات في قطر قد حصلوا على فحص الثدي بالمرسمة الإشعاعية (الماموجرام)[3]. بينما وجد في استبيان عام 2008 أن نسبة 39.4% من السيدات المؤهلات قد حصلن على اختبار المسحة للكشف عن سرطان عنق الرحم[4].

لا توجد قواعد إرشادية واسعة النطاق في قطر لمن يجب فحصه ومعدلات الفحص لسرطان القولون أو سرطان عنق الرحم. وبالنسبة لفحص سرطان الثدي، فلقد تم الاتفاق على قواعد إرشادية عامة عام 2009 ولكن هذه لا تغطي نظام الاستدعاء وعودة الاستدعاء أو مسار الإحالة. فيتطلب الأمر وضوحاً أكثر كما علق أحد الأطباء الإكلينيكيين في الرعاية الصحية الأساسية PHC قائلاً بأن هناك حاجة إلى «تبني قواعد إرشادية واضحة حتى يستطيع الأطباء أن يعرفوا متى وأين يحيلوا المريض إلى أخصائيين»[5].

البلد/المنظمة	مدى العمر الموصى به للفحص	معدل تكرار الفحص
جمعية السرطان الأمريكية	70–40	سنة واحدة
قوة العمل الكندية عن الرعاية الصحية الوقائية	69–50	2–1 سنة
الإتحاد الأوروبي/الوكالة الدولية لأبحاث السرطان	69–50	سنتان
لجنة الفحص الوطنية بالمملكة المتحدة	69–50 (مع خطط لتمديدها إلى مدى العمر 73–47)	سنتان – 3 سنوات
قوة العمل الخاصة بالخدمات الوقائية الأمريكية	74–50	سنتان

الجدول 2: التوصيات الدولية عن تغطية فحص الثدي ومعدلات التكرار

1 م حكاما وآخرون .M Hakama et al، «فحص السرطان» في كولمان وآخرون .Coleman et al للرد على تحديات السرطان في أوروبا (2008).

2 أنتيلا وآخرون .Anttila A et al. برامج وسياسات الفحص عن سرطان عنق الرحم في 18 بلد أوروبي، 2004، صفحة 935–941

3 وآخرون .Bener, A. et al، (2009)، «هل نحتاج إلى تحقيق أقصى توعية للفحص عن سرطان الثدي؟ التجربة مع مجتمع يزداد فيه الزواج بين الأقارب مع درجة خصوبة عالية». المجلة الأسيوية الباسفيكية لمنع السرطان Asian Pacific Journal of Cancer Prevention، 10، 1–6

4 فتحية محمد الأمير، المعرفة والموقف والممارسات لفحص سرطان عنق الرحم بين السيدات اللاتي يزرن مراكز الرعاية الصحية الأساسية في قطر. ولقد كان هذا الاستبيان للسيدات اللاتي ينشدن الرعاية الصحية بمراكز الرعاية الصحية الأساسية وبالتالي فمن المرجح بصورة أكثر أن يكنّ عرضة للفحص. ومن المرجح أن تكون معدلات الفحص داخل إطار تعداد السكان العام أقل رغم ذلك.

5 الدكتور/حمد المدكي Dr. Hamad R. Al-Madhki والدكتور/محمد غيث الكواري Dr. Mohamed Ghaith Al-Kuwari، تقييم الاحتياجات الصحية فيما يتعلق بالمنع والسيطرة على سرطان الثدي والقولون والمستقيم في الرعاية الصحية الأساسية، يناير 2011، صفحة 5.

5. الكشف المبكر عن المرض

بالإضافة إلى التوعية عن ماهية السرطان وكيفية منعه والوقاية منه، يحتاج سكان قطر أن يعرفوا أهمية الكشف عن الإصابة بمرض السرطان في مرحلة مبكرة بقدر المستطاع. وعند الإصابة بمرض السرطان فإنه يتطور خلال أربع مراحل (أنظر المربع ٤) ويزداد في درجة حدته ويصبح علاجه أكثر صعوبة. هناك أدلة واضحة بأن الكشف المبكر عن الإصابة بمرض السرطان يؤدي إلى زيادة احتمالات نجاح العلاج[1]. على سبيل المثال، في الولايات المتحدة الأمريكية نجد أن معدلات البقاء على قيد الحياة لمدة خمس سنوات لمرضى سرطان القولون والمستقيم تزيد عن 90% في حالة اكتشاف مرض السرطان في المرحلتين الأولى والثانية ولكن تنخفض نسبة النجاح إلى11.6% في حالة بلوغ السرطان المرحلة الرابعة وانتشار الأورام[2]. وهناك طريقتان رئيسيتان للكشف عن مرض السرطان في مرحلة مبكرة – وهي الفحص لأنواع معينة من السرطان والتشخيص المبكر من خلال تحديد علامات وأعراض السرطان.

المربع 4: مراحل السرطان

- **المرحلة الأولى:** وعادة ما تعني أن السرطان صغير نسبياً وموجود داخل العضو الذي بدأ ظهوره فيه.
- **المرحلة الثانية:** وتعني أن السرطان لم يبدأ في الانتشار إلى الأنسجة المحيطة ولكن الورم أصبح أكبر مما كان عليه في المرحلة الأولى. وفي بعض الأحيان فإن المرحلة الثانية تعني أن خلايا السرطان قد انتشرت إلى العقد اللمفاوية القريبة من الورم. وهذا يعتمد على نوعية السرطان.
- **المرحلة الثالثة:** وتعني عادة أن السرطان أصبح أكبر حجماً. أي أنه ربما بدأ الانتشار إلى الأنسجة المحيطة وأن هناك خلايا سرطانية في العقد اللمفاوية بالمنطقة.
- **المرحلة الرابعة:** وتعني أن السرطان قد انتشر من حيث بدأ إلى عضو آخر بالجسم. وهذا ما يسمى أيضاً بالسرطان الثانوي أو السرطان النقيلي.

مقتبسة من موقع أبحاث السرطان بالمملكة المتحدة المتوفر في:
http://www.cancerhelp.org.uk/about-cancer/cancer-questions/how-many-stages-of-cancer-are-there/

1 جوزيه مارتن – مورينو وماجنوسون Jose M Martin-Moreno and Guðjón Magnússon «أسباب السرطان: سياسات المنع» في كولمان وآخرون .Coleman et al، الرد على تحديات السرطان في أوروبا (2008)، صفحة 63.

2 أنظر مراقبة علم الأوبئة لمعهد السرطان الوطني والنتائج النهائية (National Cancer Institute's Surveillance Epidemiology and End Results (SEER):
http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html

التعرض للمواد المسببة للسرطان (المسرطنات)

على الرغم من أن التعرض البيئي في مكان العمل أو بالمنزل للمواد الضارة (مسببات السرطان أو المسرطنات) التي يمكن أن تسبب سرطان يُعد مساهماً أصغر بكثير نحو الإصابة بمرض السرطان عن العوامل الأربعة الاخرى التي درسناها، هناك مشكلة في معرفة القدر القليل من المعلومات عن حدود التلامس والتعامل مع مواد مثل السليكا البلورية أو عادم وقود الديزل أو الرادون أو الأسبستوس. **لذلك نوصي بتكليف عمل دراسة في التعرض البيئي لمسببات السرطان مع الحصول على تقرير الدراسة مع بداية عام 2012**. ويجب أن تقدم هذه الدراسة توصيات عن أي إجراءات مطلوب اتخاذها للحد من التعرض للمسرطنات ويجب أن تكون مرتبطة بالمتطلبات وفقاً لمشروع 3-9 من إستراتيجية الصحة الوطنية بضرورة تنفيذ تقييم للأثر البيئي على الصحة في كل المشاريع التي يمكن أن تؤثر على الصحة العامة[1].

فاكسين التحصين ضد فيروس الورم الحليمي البشري HPV

إن السبب الرئيسي للإصابة بسرطان عنق الرحم هو التلوث من خلال فيروس الورم الحليمي البشري HPV (human papilloma virus). وهناك عدة أنواع من فيروس HPV ولكن سلالتين منها (16 و 18) تتسببان في نسبة 70% من حالات الإصابة بسرطان عنق الرحم[2]. من الممكن التحصين ضد هذه السلالات ولقد قامت عدة بلدان مثل اليونان والنرويج ونيوزيلندا بتنفيذ برنامج تحصين للفتيات قبل سن البلوغ.

لا يُعتبر سرطان عنق الرحم في الوقت الحالي نوعاً شائعاً جداً من السرطان في قطر ولكن يجب اتخاذ الإجراءات لتخفيضه بصورة أكثر. **ونوصي إنه اعتباراً من عام 2013، يجب توفير فاكسين (لُقاح) فيروس HPV للعائلات الراغبة في تحصين فتياتهم**. ومن المتوقع أن مزيداً من العائلات سوف تختار التحصين مع تحسن التوعية بمرض السرطان وشرح المزايا. ومع حلول الوقت يجب إدخال فاكسين HPV ضمن التحصين الوطني.

اختبار الجينات الوراثية

كما ذكرنا في الفصل الثالث، هناك نسبة صغيرة فقط من أنواع السرطانات ترتبط بعوامل وراثية. ورغم ذلك **نقترح بأن تقوم قطر بتوفير قدرات لعمل اختبارات وراثية لتشوهات الجينات التي تم التعرف عليها بأنها تعمل على زيادة كبيرة في احتمال الإصابة بمرض السرطان**. مثل التشوهات للجينات BRCA1 و BRCA2 والتي ترتبط بالإصابة بسرطان الثدي، أو تشوهات جينات إصلاح عدم التوافق للحامض النووي DNA التي يمكن أن تسبب مجموعة أعراض لينش Lynch Syndrome وزيادة احتمال الإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

ولضمان تركيز هذه الخدمة فقط على أكثر الفئات المعرضة للخطر، يجب على لجنة الفحص الوطنية أن تقوم بإعداد المعايير (أنظر الفصل التالي). وبالنسبة للأشخاص الذين يستوفون هذه المعايير (على سبيل المثال وجود عدد كبير من الحالات مصابة بنوع سرطان معين يقع بين أفراد العائلة الواحدة) يجب عندئذ عرض القيام بعمل اختبار وراثي يتسم بالسرية وتقديم المشورة للعائلة.

1 المجلس الأعلى للصحة، إستراتيجية الصحة الوطنية 2011–2016، أبريل 2011، صفحة 37

2 مونوز إن وآخرون .Muñoz N et al ، ضد أي أنواع من فيروس الورم الحليمي papillomavirus يجب التحصين والفحص؟ المنظور الدولي، المجلة الدولية للسرطان Int J Cancer 111 (2)، (2004-08-20): 278–85

البدانة ونظام الحمية الغير صحي ونقص التمرينات

تساهم عوامل الخطورة هذه المترابطة معاً بصورة ملموسة في الإصابة بمرض السرطان كما يتبين ذلك من الجدول 1. **وفي المشروع 2-3 لإستراتيجية الصحة الوطنية تقدم توصيات معقولة (أنظر المربع 3) حول التعليم بالمدارس ومشاركة صاحب العمل ووضع البطاقات اللاصقة على الوجبات الغذائية.**

المربع 3: المشروع 2-3 لإستراتيجية الصحة الوطنية بقطر عن التغذية والنشاط البدني

- التشجيع الصحي في المدارس لتثقيف التلاميذ عن التغذية والنشاط البدني حيث تستهدف إلى ترسيخ عادات صحية منها توفير الأطعمة المغذية في المدارس وزيادة الأنشطة الرياضية.
- تشجيع التمتع بالصحة الجيدة والعافية في مكان العمل وقيام المكاتب الحكومية بتولي دور القيادة في ترسيخ العروض التشجيعية للصحة في مكان العمل فمثلاً عمل فحوص صحية ثانوية، ووجود الجمنازيوم داخل مكان العمل والطعام الصحي في كافيتريات أماكن العمل.
- حملات توعية من خلال وسائل الإعلام عن التغذية والنشاط البدني. ويجب أن تكون هذه الحملات مستمرة مع تفعيل القنوات الإعلامية المتعددة.
- تنفيذ القواعد الإرشادية الخاصة بالوقاية لخدمات الرعاية الصحية لتحديد المرضى المعرضين للمخاطر
- ترويج خيارات الأغذية الصحية (في المطاعم ومتاجر التجزئة الرئيسية) عن طريق تثقيف المستهلكين عن كيفية عمل اختيارات سليمة للأطعمة من قوائم الطعام وعن طريق تزويد معلومات كافية عن المنتج لتسهيل الاختيارات الصحية (فمثلاً من خلال وضع بطاقات محسنة عن نسبة السُعرات الحرارية كتلك التي تبنتها نيويورك عام 2008)[1].

ويمكن جعل هذه التوصيات أكثر شمولاً عن طريق:

- نشر تصنيف أصحاب العمل بناءاً على أدائهم في تحسين رفاهية موظفيهم.
- القيام بحملة لتشجيع تناول خمس حصص من الفاكهة والخضروات في اليوم.
- توفير تدريب مجاني لكرة القدم في الأمسيات استعداداً لكأس العالم. ويمكن ربط ذلك مع الحصص الرياضية الحالية وتلك الخاصة بالمجتمعات المحلية التي تديرها أكاديمية «أسباير للتفوق الرياضي»[2].
- اختبار الحوافز لزيادة استخدام الجمنازيوم.
- حظر استعمال ما يسمى بالدهون المتحولة (الدهون الغير مشبعة المهدرجة جزئياً) كما حدث في الدنمارك وسويسرا. وفي دراسة طولية لصحة المرضات وُجد أنه باستبدال الدهون المتحولة بدهون أكثر حنواً على الصحة انخفض احتمال الإصابة بأمراض القلب المزمنة بنسبة 53%[3].

1 دومانوفسكي وآخرون .Dumanovsky T, et al، توعية المستهلك بمعلومات عن السُعرات الحرارية بالأغذية السريعة في مدينة نيويورك بعد تنفيذ لوائح نظام البطاقات الخاصة بقائمة الطعام، المجلة الأمريكية للصحة العامة، 2010، 100: 2520–2525 حيث وجدوا أن المستهلك يطلع على معلومات السُعرات الحرارية وأنه في بعض الحالات يُعدل اختياره عن الطعام.

2 لمزيد من المعلومات أنظر موقع الإنترنت: http://www.aspire.qa/inthecommunity.aspx

3 هيو، إف بي وآخرون .Hu, FB, et al، تناول الدهون الغذائية وخطر الإصابة بمرض القلب المزمن لدى السيدات، مجلة نيو انجلاند الطبية New England Journal of Medicine 337 (21)؛ (1997) 1491–1499

التدخين

يُعد التدخين مساهماً رئيسياً في الإصابة بمرض السرطان وخاصة سرطان الرئة. وقد اعترفت قطر بذلك إذ أنها أصبحت أحد البلدان الموقّعة على معاهدة إطار العمل بخصوص السيطرة على التبغ التي قدمتها منظمة الصحة العالمية[1] ورغم ذلك، يحتاج الأمر إلى مزيد من التقدم لتحويل هذه المزايا الطيبة إلى واقع عملي. وفي إستراتيجية الصحة الوطنية 2011–2016، المشروع 3-3، توضح الإجراءات المرتبطة بمكافحة التدخين كما هي ملخصة في المربع 2.

المربع 2: المشروع 3-3 إستراتيجية الصحة الوطنية بخصوص التوقف عن تدخين التبغ.

- تنظيم خدمات توعية عن التبغ وتقديم خدمات الدعم للتوقف عنه مع تغطية المنتجات بدون دخان أيضاً؛
- الربط مع المبادرات الصحية بالمدارس؛
- توفير أماكن تكون خالية من الدخان بنسبة 100%؛
- تبني معاهدة إطار العمل عن القواعد الإرشادية للسيطرة على التبغ (FCTC)؛
- زيادة الضرائب على منتجات التبغ واستخدام العائدات لمساندة المبادرات الصحية؛
- إصدار تحذيرات صحية مدعومة بالصور عن منتجات التبغ؛
- فرض قيود على تدخين الشيشة؛
- سن قوانين التبغ ووضع اللمسات النهائية لها (وتشمل تلك الخاصة بالمنتجات بدون دخان)؛ و
- تعزيز فرض وتنفيذ قوانين التبغ.

ونوصي بتوسيع الإجراءات الحالية من خلال:

- تخفيض عدد الاستثناءات الممنوحة من القانون الذي يحظر التدخين في الأماكن العامة.
- فرض غرامات قاسية على الشركات التي تنتهك قوانين التدخين (غرامات كبيرة، الإغلاق أو كليهما) مع إجراء حازم جداً ضد أولئك الذين يبيعون السجائر للأطفال.
- منع دخول الأطفال إلى أي أماكن تدخين مغلقة.
- الكشف عن أضرار استخدام الشيشة من خلال حملة. ولقد حسب تقرير منظمة الصحة العالمية بأن جلسة الشيشة الواحدة يمكن أن تكون معادلة لتدخين 100 سيجارة[2]. ورغم ذلك فإن الشيشة غالباً ما تُقدم بصورة مضللة بأنها بديلاً صحياً للسجائر. ويجب إيضاح الواقع ومنع الإدعاءات الصحية المضللة بخصوص الشيشة.
- توفير عيادات للتوقف عن التدخين في مراكز الرعاية الصحية الأساسية – يوجد حتى الآن عيادة واحدة فقط (الغرافة) رغم أنه تم التخطيط لإنشاء ثلاث عيادات أخرى في عام 2011.
- فحص عادة التدخين لدى المرضى عند كل اتصال مع أحد مهنيي الصحة، مع الإحالات الملائمة إلى عيادات التوقف عن التدخين.
- التكليف بعمل دراسة عن أثر التعرض لدخان التبغ داخل البيئة (ETS) أو التدخين السلبي كمسألة هامة في قطر.

1 وقعت قطر على الاتفاقية في يونيو 2003. أنظر: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html

2 تدخين التبغ باستخدام الشيشة: التأثيرات على الصحة، احتياجات البحث والإجراءات التي توصى بها الجهات النظامية، مجموعة دراسة بمنظمة الصحة العالمية عن لوائح منتج التبغ، 2005، متوفرة بالموقع: http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/Waterpipe%20recommendation_Final.pdf

4. الوقاية من مرض السرطان

يمكن الوقاية من العديد من أنواع مرض السرطان. حيث تؤكد منظمة الصحة العالمية بأن 40% من أنواع مرض السرطان يمكن منعها والوقاية منها في حالة التصدي لعوامل المخاطر التي تؤدي إلى الإصابة بالمرض[1]. وإن بعض العوامل التي تشكل مخاطر في البلدان الأخرى (فمثلاً تعاطي الخمور بصورة مفرطة) ليست مشكلة هامة في قطر. أما العوامل الأربعة الرئيسية لمخاطر الإصابة بمرض السرطان في قطر فهي:

1. **التدخين** (انتشار التدخين بين الرجال في قطر بنسبة 32.7%)[2].
2. **البدانة** (32% من سكان قطر مصابون بالبدانة أو البدانة الناشئة عن مرض – بين القطريين، 40%)[3].
3. **نظام الحمية الغير صحي** (غير محدد كمياً ولكن هناك شواهد مُجسّدة عن نظام التغذية الغير صحي)[4].
4. **عدم ممارسة التمرينات الرياضية** (أكثر من 50% من السكان لا يشتركون في أي نشاط بدني بصفة منتظمة)[5].

وهناك علاقة بينية واضحة بين العوامل، فمثلاً سوء نظام التغذية ونقص التمرينات يمكن أن يؤدي إلى البدانة.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن خيارات أنماط الحياة مثل عدم ممارسة النشاط البدني تُعد من الأسباب الرئيسية لانتشار الأمراض الأخرى الغير معدية مثل مرض السكري ومرض القلب المزمن لذلك فإن التصدي لهذه الأنماط سوف يكون له مزايا صحية أوسع لسكان قطر عن مجرد انخفاض معدلات الإصابة بمرض السرطان.

ومن خلال العمل الذي قام به داني وآخرون Danaei et al. تم عمل تقديرات لعبء مرض السرطان[6] المعزو لعوامل الخطورة الرئيسية للإصابة بمرض السرطان وتوضح هذه في الجدول رقم 1 التالي.

كما لاحظنا هنا، فإن عوامل الخطورة تلعب دوراً أكبر بكثير في التسبب في بعض أنواع السرطان (فمثلاً سرطان الرئة والمرئ وعنق الرحم) عنه في أنواع السرطان الأخرى (فمثلاً اللوكيميا وسرطان البنكرياس).

ولقد قامت إستراتيجية الصحة الوطنية بالفعل بتقديم مشاريع بخصوص التوقف عن التدخين (3-3) والتغذية وممارسة التمرينات (2-3). ومن الضروري أن يتم تزويد الموارد لهذه المشاريع وتنفيذها بصورة فعالة. حتى تستطيع هذه المشاريع أن تتقدم بصورة أفضل.

موقع مرض السرطان	النسبة المئوية للوفيات وعدد الوفيات بأنحاء العالم (بالآلاف) المعزوة لأحد عوامل الخطورة	النسبة المئوية الكلية للوفيات نتيجة لعوامل خطورة مشتركة
سرطان الفم والبلعوم	احتساء الخمر (16%، 51)، التدخين (42%، 131).	%52
سرطان المرئ	تعاطي الخمر (26%، 116)، التدخين (42%، 184)، تناول كمية قليلة من الفاكهة والخضروات (18%، 80)	%62
سرطان المعدة	التدخين (13%، 111)، تناول كمية قليلة من الفاكهة والخضروات (18%، 147)	%28
سرطان القولون والمستقيم	زيادة الوزن والبدانة (11%، 69)، عدم النشاط البدني (15%، 90)، تناول كمية قليلة من الفاكهة والخضروات (2%، 12)	%13
سرطان الكبد	تعاطي الخمر (25%، 150)، (التدخين (14%، 85)، الحقن الملوث في أماكن الرعاية الصحية (18%، 111)	%47
سرطان البنكرياس	التدخين (22%، 50)	%22
سرطان القصبة الهوائية والشُعب الهوائية والرئتين	التدخين (70%، 856) تناول كمية قليلة من الفاكهة والخضروات (11%، 135)، الدخان بداخل المباني عند الاستخدام المنزلي لأنواع الوقود الصلبة (1%، 16)، تلوث الهواء داخل المدن (5%، 64)	%74
سرطان الثدي	تعاطي الخمر (5%، 26)، زيادة الوزن والبدانة (9%، 43)، عدم النشاط البدني (10%، 45)	%21
سرطان عنق الرحم	التدخين (2%، 6)، ممارسة العلاقات الجنسية الغير آمنة (100%، 235)	%100
سرطان المثانة	التدخين (28%، 48)	%28
سرطان الدم	التدخين (9%، 23)	%9

الجدول 1: أثر عوامل الخطورة على أنواع سرطان معينة

1 منظمة الصحة العالمية، منع الأمراض المزمنة: استثمار حيوي، (2005)، صفحة 18.
2 استطلاع استبيان عالمي للصحة، منظمة الصحة العالمية 2006.
3 منظمة الصحة العالمية، تقديرات BMI العالمية لقاعدة بيانات 2005–2015، بيانات قطرية من منظمة الصحة العالمية قطر 2006، استبيان عالمي للصحة.
4 شاهد على سبيل المثال:
http://www.nytimes.com/2010/04/27/world/middleeast/27qatar.html
5 يُعرف النشاط المنتظم بأنه ممارسة تمرينات لمدة 30 دقيقة على الأقل ثلاثة مرات في الأسبوع. الرقم من استبيان الصحة العالمي لقطر من منظمة الصحة العالمية، 2006.
6 داني وآخرون .Danaei G. et al، أسباب السرطان في العالم: تقييم مقارن للمخاطر في تسعة عوامل سلوكية وبيئية للمخاطر، ذا لانست، مجلد 366، عدد 9499، الصفحات 1784–1793، ١٩ نوفمبر 2005.

ورغم ذلك فمن المهم أن يتوفر هناك موقع انترنت مخصص لقطر يمكن أن يقدم المعلومات عما يجب فعله إذا أشتبه شخصاً بأنه مصاب بالسرطان وخيارات العلاج المتاحة في قطر. **لذلك نوصي بأن يتم إعداد موقع إنترنت لجمعية السرطان الوطنية القطرية حتى تستطيع أن تقدم مثل هذا المصدر من المعلومات.** وسوف يكون عندئذ متاحاً لكل سكان قطر ممن لديهم إمكانية الدخول إلى الإنترنت – ويقدر عددهم نحو 436.000 نسمة في عام 2009[1]. وبالنسبة للأفراد الذين تتوفر لديهم إمكانية الدخول إلى موقع الإنترنت، نوصي أن يكون هذا الموقع متاحاً على منصات الكونسولات الحكومية المتاحة في الأماكن العامة مثل مراكز التسوق ومراكز الرعاية الصحية الأساسية[2]. ومع ازدياد حصول الأشخاص إلى معلومات صحية من خلال الهواتف الذكية وأجهزة الكمبيوتر الصغيرة مثل iPad، يجب على المجلس الأعلى للصحة أيضاً أن يدرس إمكانية تطوير مجموعة من الأجهزة التفاعلية (التطبيقات) التي يمكن أن تقدم المعلومات والدعم لشعب قطر.

وفي النهاية، نقترح بأن تقوم قطر بإعداد برنامج سنوي من الأنشطة لزيادة التوعية بمرض السرطان. ويجب أن تتوافق في نفس التوقيت مع أيام/أشهر عالمية لمرض السرطان مثل 4 فبراير (يوم السرطان العالمي) و 31 مايو (يوم التبغ العالمي) وأكتوبر (شهر سرطان الثدي). ويجب تخصيص أيام وأسابيع وأشهر أخرى لأنواع معينة من مرض السرطان داخل قطر. على سبيل المثال، تقدم كندا نموذجاً لجدول سنوي لفعاليات التوعية[3].

ولقد قام قطاع المتطوعين في قطر بالفعل بقيادة المسيرة في تنظيم أنشطة متعلقة بمرض السرطان – فعلى سبيل المثال قامت مجموعة شعارها «فكري ورديا يا قطر» Think Pink Qatar بتنظيم مسيرة توعية ناجحة في شهر أكتوبر عن سرطان الثدي بينما قام أعضاء مجموعة الحياة لمساندة مرضى السرطان Hayat Cancer Support بالتحدث في المدارس والشركات، ويجب تقدير تجاربهم بتولي دور قيادي رسمي في هذا الميدان، تدعمها مساندة وإدارة إضافية يقدمها المجلس الأعلى للصحة SCH والهيئات الأخرى بالقطاع العام.



شكل 5: شعارات المنظمات من البلدان المختلفة التي تُقدم كل منها معلومات ممتازة عن السرطان على مواقع الإنترنت الخاصة بها.

1 http://www.internetworldstats.com/me/qa.htm

2 هناك بالفعل توصيل مجاني للإنترنت Wi-fi على كورنيش الدوحة.

3 أنظر موقع جمعية السرطان الكندية: http://www.cancer.ca/canada-wide/about%20us/cw-awareness%20weeks%20and%20months.aspx?sc_lang=en

3. التعليم وفهم مرض السرطان

يجب على سكان قطر أن يدركوا ما هي أنواع السرطان (أنظر المربع 1، صفحة 11) بل أهم من ذلك، ما هو ليس مرض سرطاني. وهناك العديد من الخرافات منتشرة عن مرض السرطان ونلخص في شكل 4 أربعة من الخرافات الرئيسية.

ومن خلال استطلاع رأي تم إجراءه بين مئات العاملين بالقطاع العام تبين أن فهم وإدراك أبعاد مرض السرطان مختلط في قطر[1]. فهناك نسبة صغيرة فقط من الناس (تقل عن 6%) تربط مصطلحات معينة بمرض السرطان – فمثلاً: العدوى، أجنبي، نجس. ولكن نسبة 46% منهم ربطت المصطلح «مميت وفتّاك» بمرض السرطان، كما أن نفس النسبة من الناس ربطت هذا المرض بالتعبير «يمكن علاجه».

لذلك يحتاج الأمر إلى حملة على نطاق كبير مع استخدام مجموعة من وسائل الإعلام لدحض وتنفيذ هذه الخرافات حيث أنها خطيرة. فإن الخرافات المختلفة يمكن أن تؤدي إلى نتائج قاتلة، وإلى إلحاق وصمات اجتماعية بغيضة كما تؤدي إلى التهاون. ويمكن لهذه الخرافات جميعاً أن تؤدي إلى تأثيرات عكسية تؤثر على نجاح رعاية مرضى السرطان. ويجب أن يقوم المجلس الأعلى للصحة بقيادة الحملة من منطلق دوره كراعي لصحة شعب قطر. ويجب أن تسعى الحملة إلى استخدام الشخصيات المرموقة في المجتمع القطري لإعطاء رسائل جديرة بالثقة عن مرض السرطان. ويجب أن تضم هذه النخبة أئمة الجوامع حيث يتم إمدادهم بالمعلومات ليشاركوها مع جماعات المصلين لديهم. ويجب أيضاً إعداد تسجيلات فيديو لاستخدامها في غرف الانتظار بمراكز الرعاية الصحية الأساسية.

وبالإضافة إلى ذلك، فهناك حاجة إلى توفر المزيد من معلومات عن مرض السرطان. ومن الطرق للوصول إلى جمهور أكبر أن يتم ذلك من خلال جعل التوعية بمرض السرطان جزءاً من المنهج الدراسي بالمدارس. **ونوصي بأن يتم إعطاء كل تلاميذ المدارس درساً عن السرطان ويشتمل على كيفية الوقاية من المرض وما الذي يجب فعله عند الاشتباه في الإصابة بمرض السرطان.**

يجب أن يكون هناك مصدر معلومات عن السرطان يسهل على كل سكان قطر الوصول إليه عند الحاجة. ويزود الإنترنت فرصة لتقديم هذا المستودع الشامل المتاح من المعلومات عن السرطان. وهناك بالفعل العديد من مواقع الإنترنت الجيدة عن السرطان كتلك الموضحة في شكل 5.

1 استطلاع رأي تم إجراءه بين العاملين بالقطاع العام على الإنترنت خلال شهري أبريل – مايو 2011. وكانت هناك 602 استجابة مكتملة. ويشار إلى استطلاع الرأي هذا في مكان آخر بهذا المستند.

الخرافة رقم 1: مرض السرطان فتاك ومميت دائماً

الواقع: إن طرق العلاج من مرض السرطان تتحسن طوال الوقت وهناك الكثير من الناس الذين شُفوا من مرض السرطان. فعلى سبيل المثال أكثر من 90% من السيدات في الولايات المتحدة الأمريكية يعيشون أكثر من خمس سنوات بعد تشخيصهم بسرطان الثدي[1]. وتزداد فرص البقاء على قيد الحياة مع الكشف المبكر كلما تم الكشف عن الإصابة بمرض السرطان في مرحلة مبكرة. ومع ذلك فإن الخوف من مرض السرطان يمكن أن يؤخر التشخيص[2].

الخرافة رقم 2: إذا كان قريب مصاب بمرض السرطان فمن المرجح جداً أن أصاب أنا به أيضاً.

الواقع: نسبة صغيرة جداً فقط من الإصابة بمرض السرطان (5–10%) ترتبط بالناحية الوراثية[3]. كما أن عوامل أسلوب الحياة مثل التدخين يعد عاملاً أكثر أهمية بكثير. أنظر الفصل الرابع لمزيد من المعلومات عن الاختبار الوراثي.

الخرافة رقم 3: مرض السرطان مُعدي

الواقع: معروف أن مرض السرطان يُعد من الأمراض الغير معدية. ولا يمكن انتقاله من شخص لآخر على الرغم من أن هناك نوعان من الإصابة وهما مرض الالتهاب الكبدي من النوع ج وفيروس الورم الحليمي لدى الإنسان Human-Papilloma Virus يمكن أن يؤديا إلى زيادة احتمال الإصابة بسرطان الكبد وسرطان الرحم على الترتيب.

الخرافة رقم 4: السرطان مرض «من الغرب» ليس شائعاً في قطر

الواقع: كما أُشير في الفصل السابق، فإن مئات الأفراد في قطر يتم تشخيصهم بمرض السرطان كل عام. ومرض السرطان ليس مرتبطاً بأي بقعة بأنحاء العالم – وبالتأكيد فإن الحالات الأولى الموثقة عن الإصابة بمرض السرطان جاءت من مصر القديمة نحو عام 1600 قبل الميلاد[4].

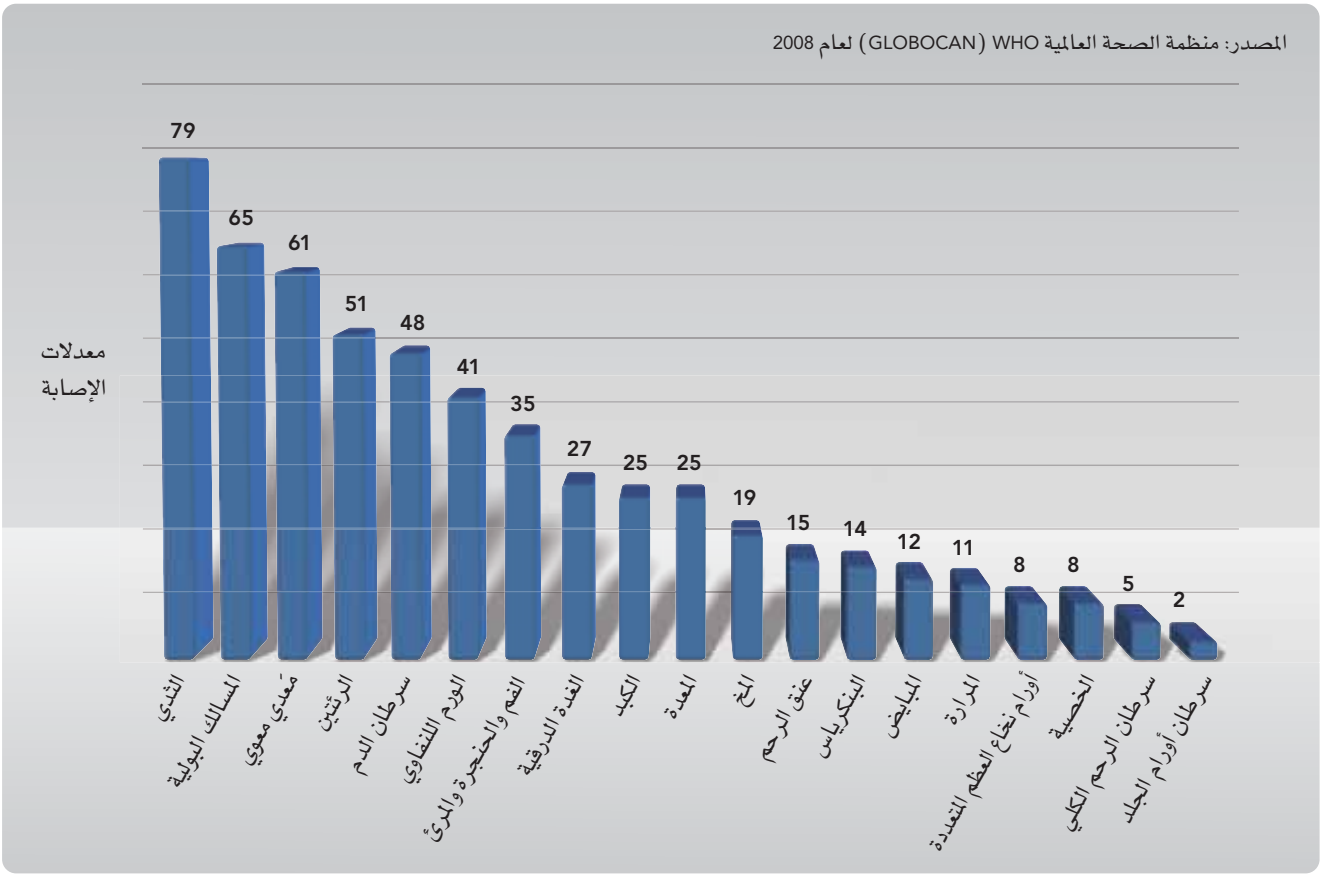
شكل 4: الخرافات الأربعة الرئيسية عن مرض السرطان

1 معدلات البقاء على قيد الحياة متاحة بموقع: http://visualization.geblogs.com/visualization/breast-cancer/
2 الوكالة الوطنية لسلامة المرضى، تأخير التشخيص لمرض السرطان: مراجعة موضوعية، مارس 2010، صفحة 12.
3 http://www.cancer.med.umich.edu/living/genetics.shtml
4 تفاصيل أودين سميث على ورق البردي عن أورام الصدر – يمكن مشاهدتها بموقع الإنترنت: http://archive.nlm.nih.gov/proj/ttp/flash/smith/smith.html

بالتأكيد، ربما نجد أن شكل 2 يُقلل من تقدير معدلات الإصابة المتوقعة مع استمرار النمو السكاني في قطر على نحو يفوق التوقعات. وفي عام 2008، كان من المتوقع أن يصل تعداد سكان قطر إلى 2.3 مليون نسمة مع حلول عام 2050[1]. ورغم ذلك، ففي عام 2010 قدرت هيئة الإحصاءات القطرية أنه سوف يتم الوصول إلى تعداد السكان هذا قبل حلول عام 2020. والآن، مع نجاح قطر في الفوز بحق استضافة كأس العالم لكرة القدم عام 2022، فإن بعض المعلقين يعتقدون أن تعداد السكان يمكن أن يصل إلى 4 مليون نسمة مع حلول عام 2020[2]. ولذلك فإن عبء مرض السرطان في قطر سوف يستمر في النمو وتحتاج خدمات مرضى السرطان في قطر أن تكون قادرة على الاستجابة لذلك. ويحتاج الأمر إلى تنمية إمكانيات نظامية لرعاية مرضى السرطان مع خدمات شاملة لكل أنواع السرطان الرئيسية. ويوضح شكل 3 المواضع الرئيسية لمرض السرطان في قطر.

تبدو معلومات منظمة الصحة العالمية في شكل 3 واسعة النطاق أسوة باستنتاجات بينر وآخرون Bener et al. فيما يتعلق بمعدلات الإصابة بمرض السرطان – وقد استخدمت هذه الدراسة بيانات سجل مرض السرطان في قطر من 1991 إلى 2006 ووجدت بأن الأنواع الرئيسية لمرض السرطان لدى الرجال كانت في الرئتين واللوكيميا (سرطان الدم) والأورام اللمفاوية، بينما كانت الأنواع الرئيسية للإصابة بمرض السرطان لدى السيدات هي سرطان الثدي والأعضاء التناسلية والأورام اللمفاوية[3]. وبعكس ما ورد بالشكل 3، فلقد فصلت الدراسة بين أنواع سرطان المعدة والأمعاء (أنواع السرطان بالقناة الهضمية المعوية التي تشمل سرطان القولون والمستقيم وسرطان المريء) وأنواع السرطان بالمسالك البولية (البروستاتا والكليتين والمثانة) وبخلاف ذلك فإن هاتين الفئتين هما أكثر فئتين انتشارا بين الرجال.

ومع تنفيذ هذه الإستراتيجية فمن المعقول أن نعطي أولوية قصوى لأنواع السرطان هذه ذات أعلى نسبة إصابة في قطر وفقاً للبيانات المتاحة لدينا. ولذلك فإن الأولويات في المرحلة الأولى لتنفيذ هذه الإستراتيجية يجب أن تختص بسرطان الثدي والمسالك البولية وسرطان القناة الهضمية المعوية وأنواع سرطان الدم (اللوكيميا والأورام اللمفاوية).



شكل 3: معدلات الإصابة بمرض السرطان في قطر بحسب الموضع

1 توقعات تعداد سكان العالم عام 2008

2 مارك برودلي Mark Proudley، «تأثير فعاليات كأس العالم 2022» ذا أدج The Edge، مجلد 3، رقم 1، يناير 2011

3 بينر، أ وآخرون .Bener, A. et al، أنماط الإصابة بمرض السرطان بين سكان قطر: دراسة مقارنة بأنحاء العالم. المجلة الأسيوية الباسيفيكية للوقاية من السرطان، 8 (2007) 19–24. يجب توخي بعض الحذر عند استخدام هذه الأرقام حيث أن سجل السرطان في قطر لم يكن شاملاً وإن أكبر مجموعة من تشخيصات الإصابة بالسرطان لم تكن محددة ولم يتم عزوها لموضع أو عضو معين.

2. السرطان في قطر الآن وفي المستقبل

يتسبب السرطان في نسبة 10% من كل الوفيات في قطر[1]. ومع أن هذه نسبة كبيرة جداً إلا أنها نسبة منخفضة نسبياً بالمقارنة بعدد الوفيات – فعلى سبيل المثال، نجد أن النسبة في المملكة المتحدة تبلغ 27% من كل الوفيات بسبب السرطان[2]. والسبب الرئيسي لذلك هو أن مرض السرطان مرض يزداد وينمو مع مرور الوقت، وتزداد احتمالات الإصابة بمرض السرطان بصورة ملموسة مع زيادة عمر الشخص. ففي المملكة المتحدة نجد أن 75% من حالات السرطان المشخصة تحدث للأشخاص فوق عمر 60 سنة[3].

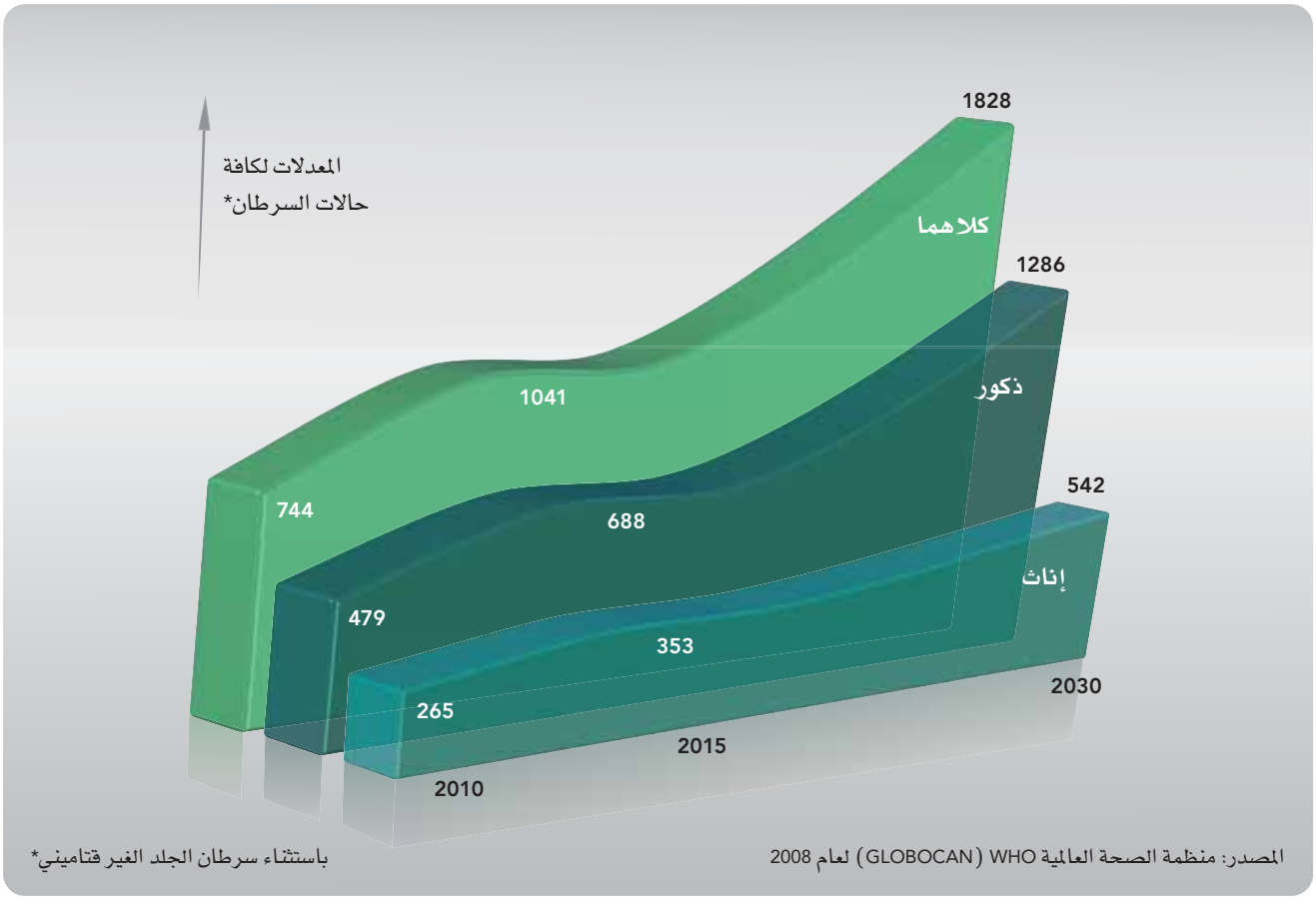
تعداد سكان قطر يغلبه الشباب في الوقت الحالي ولكن ذلك سوف يتغير. لذلك، فمع أن نسبة السكان ممن تزيد أعمارهم عن 60 سنة عام 2010 كانت تبلغ 2% فقط ولكن مع حلول عام 2050 سوف تزداد هذه النسبة إلى 20%. ومع تقدم السن ونمو تعداد سكان قطر سوف يعني ذلك أن حالات الإصابة بالسرطان (الحالات الجديدة) سوف تكون أكثر من الضعف مع حلول عام 2030 كما هو مبين في شكل 2.

المربع 1 – ما هو السرطان؟

«السرطان مصطلح يُستخدم للأمراض التي تنقسم فيها الخلايا الغير طبيعية بدون سيطرة وتستطيع أن تغزو الأنسجة الأخرى. ويمكن لخلايا السرطان أن تنتشر إلى أجزاء أخرى من الجسم من خلال الدورة الدموية ومن خلال الأنظمة اللمفاوية.

السرطان ليس مجرد مرض واحد ولكنه عدة أمراض. فهناك أكثر من 100 نوع مختلف من السرطان. وتسمى معظم أنواع السرطان باسم العضو أو نوع الخلية التي تبدأ فيها – فعلى سبيل المثال، السرطان الذي يبدأ بالقولون يسمى باسم سرطان القولون.»

مقتبسة من صفحة الإنترنت لمعهد السرطان الوطني الأمريكي:
http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer/



شكل 2: المعدلات المقدرة في المستقبل للإصابة بالسرطان في قطر

1 المجلس الأعلى للصحة، تقرير الصحة السنوي لعام 2008
2 السرطان في المملكة المتحدة – يوليو 2010 يتوفر في موقع الإنترنت بالعنوان:
http://info.cancerresearchuk.org/prod_consump/groups/cr_common/@nre/@sta/documents/generalcontent/018070.pdf
3 السرطان في المملكة المتحدة – يوليو 2010

1. مقدمة

توصي منظمة الصحة العالمية (WHO) أن تقوم البلدان بإعداد برنامج للسيطرة على مرض السرطان[1]. وتعني هذه الإستراتيجية أن قطر قد انضمت الآن إلى القادة الدوليين في رعاية مرضى السرطان مثل فرنسا وكندا في وضع خطة شاملة لخدمات مرضى السرطان.

وتحدد الإستراتيجية الرؤيا عن الكيفية التي يجب أن تكون عليها خدمات السرطان في قطر. حيث تبحث من خلال منظور مرحلي متصل للسرطان و تصف ما الذي يجب أن يحدث في كل مرحلة. ويوجد في شكل تمثيل لهذا المنظور المرحلي المتصل للسرطان.

هناك شعاران موجودان في عدة مراحل من المنظور المرحلي المتصل للسرطان. الأول هو التوعية. إذ يحتاج الناس أن يكونوا على علم بماهية السرطان. ويحتاجون أيضاً أن يعرفوا كيف يمكنهم الوقاية من السرطان. كما يحتاجون أن يعرفوا أهمية الكشف المبكر عن المرض.

أما الشعار الثاني فهو الوصول. إذ يحتاج الناس أن يكونوا قادرين على الوصول بسهولة إلى الخدمات التي تؤدي إلى الكشف المبكر والتشخيص السريع. وبمجرد عمل التشخيص، يحتاج الأمر أن يكون العلاج والرعاية المستمرة في متناول الجميع.

وبعد وضع فصل مبدئي يحدد ما الذي نعرفه عن السرطان في قطر، يتم تنظيم هذه الإستراتيجية بتخصيص فصل لكل مرحلة من مراحل المنظور المرحلي المتصل للسرطان. إذ يتم عندئذ قياس الأداء وقوة العمل والبحث الذي يعمل بمثابة الأساس الراسخ للمنظور المرحلي بأكمله، قبل الختام بفصل عن الخطوات التالية.

وخلال الإستراتيجية، يتم تقديم التوصيات الرئيسية. ويمكن التعرف عليها من خلال أحرف بلون داكن، وتوجد كل التوصيات واردة معاً أيضاً في الملحق أ. وبمجرد تنفيذ التوصيات، سوف يتوفر لدى قطر خدمات معترف بها دولياً للسرطان. وسوف يحتاج الأمر إلى مؤشرات عن مدى جودة رعاية مرضى السرطان في قطر لإثبات تحقيق ذلك. وهي كلها مشمولة خلال الإستراتيجية حيث يحتوي الملحق ب على كل المؤشرات.

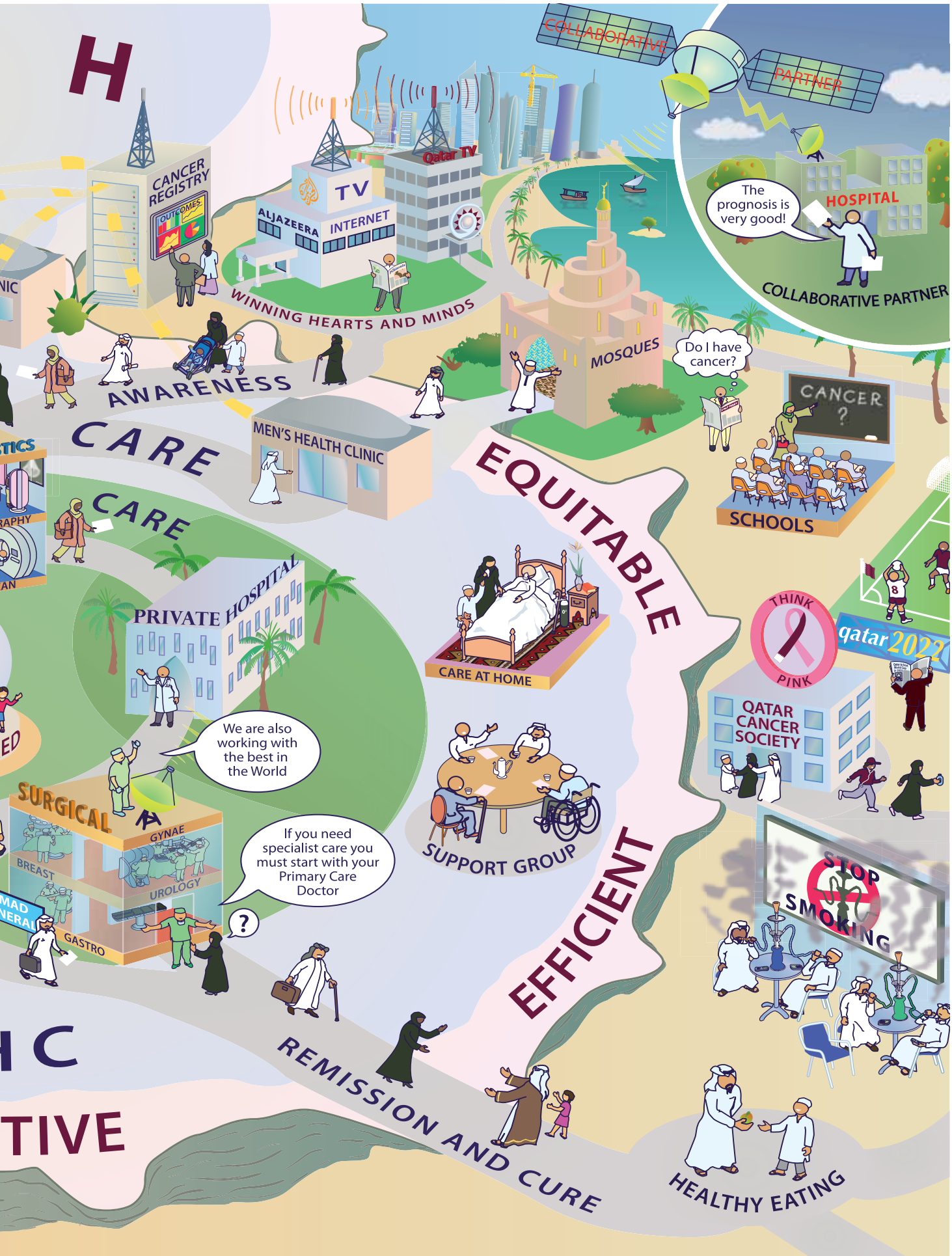


شكل 1: المنظور المرحلي المتصل للسرطان

1 منظمة الصحة العالمية، البرامج الوطنية للسيطرة على مرض السرطان: السياسات والقواعد الإرشادية الإدارية، الطبعة الثانية (2002)


QATAR FOUNDATION
BIO BANK
THE NATIONAL PLAN
We can do it better here and you will be closer to your loved ones
INTERMEDIARY CARE
I've made you an urgent appointment to see the Specialist
WELL WOMEN CLIN
ROBOTICS CENTRE
NEW ROBOTIC DEVICES
SAFE
PRIMARY
SECONDARY
PATHOLOGY
DIAGNOS
LABORATORY
MAMMOGR
PET SC
AL AMAL
MDT MEETING
SCIENCE AND TECHNOLOGY CENTRE
INNOVATION
CANCER SCREENING
HAMAD MEDICAL CORPORATION
PATIENT CENTR
IDEAS
RESEARCH
PEER REVIEW
MEDICAL
CHEMOTHERAPY
RADIOTHERAPY
HMC
QATAR UNIVERSITY
INTERMEDIARY CARE
TIMELY
WEILL CORNELL
FOLLOW-UP
INTERMEDIARY CARE
NEW MEDICAL STUDENTS
CLINICAL NURSE SPECIALISTS
EDUCATION CITY
EFFEC

ولقد تم تصوير الجوانب الرئيسية لهذه الإستراتيجية في هذه الصورة الغنية (صورة إيضاحية تحتوي على الكثير من التفاصيل) التي يكون فيها المريض بمثابة اللؤلؤة في وسط خدمات فائقة الجودة لرعاية مرضى السرطان.



صورة 1: مكونات الرعاية الفائقة الجودة لمرضى السرطان في قطر

وعند الاشتباه في الإصابة بالسرطان، يحتاج الأمر إلى تأكيده أو استبعاده من خلال **تشخيص سريع حاسم**. وسوف يتطلب ذلك تدريباً لأطباء الرعاية الأساسية على دورهم في علاج السرطان وفترات إحالة سريعة إلى العيادات المتخصصة وتحسين قدرات وإمكانيات التشخيص.

وبعد التشخيص، يحتاج **العلاج** أن يكون موجهاً نحو المريض في كافة الأوقات مع الأخذ في الحسبان الاحتياجات الطبية للمريض بالاضافة إلى المتطلبات النفسية والاجتماعية الخاصة به. ولمساندة ذلك سوف يكون هناك دور جديد لمنسقي توجيه مسار المريض واستخدام الأدوات مثل ترمومتر الضيق والانزعاج الشديدين. كما سوف يتطلب الأمر أيضاً أن يكون العلاج في الفروع المتعددة التخصصات مبنياً على الأدلة وفي التوقيت السليم، لتحقيق أفضل النتائج الممكنة للمرضى. وسوف تتطلب هذه التغييرات أدوار جديدة (منسقي الفرق متعددة التخصصات وأخصائيي التمريض الإكلينيكي)، وقواعد ممارسة طبية جديدة (أطباء إكلينيكيون يركزون على مواضع السرطان المعينة)، وبصورة أكثر ثباتاً من خلال إتباع المقاييس والأنظمة الوطنية لضمان العلاج السريع.

الرعاية المستمرة لمرضى السرطان تحتاج أن تتضمن الرعاية المخففة للألم وتقديم تخفيف فعال للألم ودعم للمرضى الذين سيشفون من المرض وكذلك المرضى الذين لن يتحقق لهم الشفاء. ويجب دعم مجموعات مساندة مرضى السرطان بصورة أكثر وتشجيعهم على ابتكار سبل يمكن فيها للمجتمع أن يساهم نحو تحسين رعاية مرضى السرطان وسوف تكون هناك حاجة للتركيز على الوقاية الثانوية والمتابعة لمساعدة المرضى الذين استجابوا لعلاج السرطان أن يعودوا لحياتهم الطبيعية وللحد من احتمال عودة المرض مرة أخرى. كما يمكن للمرضى الذين استجابوا لعلاج السرطان أن يكونوا مصدراً هاماً للتطوع لمساعدة المرضى الجُدد.

ولمعرفة عما إذا كانت رعاية مرضى السرطان في قطر تتحسن، سوف يكون **قياس الأداء** عنصراً هاماً وحيوياً. إذ أن جمع البيانات بطريقة منهجية سوف يساعد على التحليل الكمّي للأداء من سجل محسّن لمرض السرطان وسجل جديد للفحص الطبي. وسوف يكمل ذلك معلومات من استطلاعين للرأي – واحد لمدى فهم الجمهور العام وإدراكه لمرض السرطان وكيف يمكن الوقاية منه، واستطلاع رأي آخر لتجارب مرضى السرطان الذين خضعوا للعلاج. ومن الضروري أن يتم نشر الأداء في رعاية مرضى السرطان لتحسين الشفافية ورفع المستويات.

ومن العناصر الفعالة للرعاية الجيدة لمرضى السرطان وجود **قوة عمل** ملائمة. فهناك حاجة إلى وجود المزيد من أفراد الرعاية الصحية الذين يكرسون جهودهم لرعاية السرطان على كافة المستويات – من الأطباء الإكلينيكيين للرعاية الأساسية إلى المدراء المشرفين على تنفيذ هذه الإستراتيجية. كما توجد حاجة أيضاً إلى مزيد من التدريب والدعم للموظفين الحاليين فيما يتعلق برعاية مرضى السرطان.

يجب أن يكون البحث في كافة جوانب العناية بمرضى السرطان في قطر ليعود بالمزايا على المرضى. فمن خلال مشاركة مجتمع الأبحاث المتنوع وشعب قطر، سوف تظهر رؤى جديدة يمكن أن تعزز من التوصيات الموجودة داخل هذه الإستراتيجية.

وفي النهاية ، يجب تحقيق التقدم في **الخطوات التالية**. إذ تحتاج المنظمات أن تبدأ في وضع التوصيات حيز العمل وسوف يساعدهم في ذلك إعداد خطة تنفيذ. وللمساعدة في ضمان إحراز التقدم، يجب تنظيم مؤتمر دولي بعد مرور عام، حيث يتم مراجعة مدى التقدم خلال عام 2013 ويجب تجديد وتحديث الإستراتيجية عام 2016.

موجز لكبار المدراء التنفيذيين

لقد تم إعداد هذه الإستراتيجية من الأدلة والبراهين الدولية لما يمكن أن تكون عليه الرعاية الممتازة لمرضى السرطان والتي يمكن تطبيقها خصيصاً لقطر. وقد تم سؤال شعب قطر عن التغيرات التي يرغبون مشاهدتها في سلسلة من فعاليات المداولات، حيث تم تقديم مقترحات في الإستراتيجية ومناقشتها. وفي أول فعالية لهذه المداولات، برزت إجابة واحدة سلطت الأضواء على أهمية هذه الإستراتيجية:

السؤال: «ما هو التغيير الوحيد الذي تعتقد أنه سيحقق أكبر فرق لتحسين جودة رعاية مرضى السرطان في قطر»؟

الإجابة: «أن تكون هناك إستراتيجية [وطنية] واضحة تشمل معاً الرعاية الأساسية والثانوية والثلاثية مع مشاركة من المجتمع»

— مساهم في إحدى فعاليات المداولات

لذلك تسعى هذه الوثيقة أن تقدم ذلك الوضوح الإستراتيجي بمشاركة كافة المستويات المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية وكل شعب قطر.

وهذا أمر هام إذ أن السرطان، الذي يُشكل في الوقت الحالي سبباً رئيسياً للوفيات في قطر، سوف يمثل مشكلة أكبر في المستقبل. لذلك يحتاج الأمر إلى أسلوب منهجي شامل للتصدي لمرض السرطان، ابتداء من الوقاية منه إذا كان ممكناً، إلى الرعاية الجيدة لأولئك الذين يعانون من هذا المرض.

وهذا يعني زيادة مستوى **التثقيف والفهم** لمرض السرطان من خلال حملات لتفنيد الخرافات المتداولة لدى العامة، والتثقيف في المدارس وفعاليات للتوعية بمرض السرطان وموقع معلومات قطري شامل على الإنترنت يختص بمرض السرطان .

ويتطلب الأمر تركيزاً متجدداً على **الوقاية**. فإن التوسع في المشاريع التي تتضمنها إستراتيجية الصحة الوطنية للحد من التدخين وزيادة ممارسة التمرينات الرياضية وتناول نظام حمية جيد كل هذه الأمور يمكن أن تؤدي بصورة ملموسة إلى تخفيض الإصابة بمرض السرطان.

كما أن **الكشف المبكر** للمرض يُعد مهماً بنفس الحيوية بالنسبة لمعظم حالات السرطان. إذ يؤدي إلى زيادة فرصة نجاح العلاج. لذلك يتطلب الأمر برنامجاً شاملاً بأنحاء قطر للفحص الطبي للكشف عن المصابين بمرض السرطان، يليه قواعد إرشادية واضحة للفحص والاستفادة من أحدث التقنيات وتقديم هذه الخدمات في الأماكن الملائمة من خلال مجموعة ممن يقدمون هذه الخدمات. ويوصى بأن يقوم بالإشراف على ذلك هيئة دائمة جديدة، وهي لجنة قطر الوطنية للفحص الطبي. ويحتاج الناس أيضاً أن يكونوا على علم بأعراض مرض السرطان حتى يمكنهم طلب المساعدة المبكرة من مهنيي الصحة وسوف يتم إعداد حملة توعية تبدأ بأنواع سرطان البروستاتا والمثانة.

تقديم من اللورد دارسي



لقد وُلدت في العراق ونشأت في أيرلندا وقضيت حياتي العملية في المملكة المتحدة – إنني أشعر الآن أنه قد أصبح لديّ بيتاً جديداً هنا في قطر، حيث حظيت بترحيب وحفاوة بالغة في زياراتي المتكررة. وإنه لمن دواعي سروري أن أتمكن من استخدام تجاربي وخبرتي لأكثر من 25 عاماً كجراح للسرطان في خدمة شعب قطر من خلال قيادة إعداد إستراتيجية وطنية لمرض السرطان لدولة قطر.

تهدف هذه الإستراتيجية إلى وضع خدمات السرطان في قطر في مركز الطليعة لأفضل قواعد الممارسة الدولية. فإن تنفيذها بنجاح لابد وأن يعني أنه بدلاً من سفر القطريين للخارج للحصول على رعاية لمرض السرطان، سوف يسعى الأفراد من منطقة الخليج بل حتى من خارجها إلى أن يفدوا إلى قطر للحصول على علاج لأمراض السرطان.

وتعتمد الإستراتيجية على أحدث الأدلة والبراهين المتاحة والتي تم صياغتها وفقاً لاحتياجات شعب قطر. إنها ليست إستراتيجية خارجية ولكنها إستراتيجية قام المجلس الأعلى للصحة بتطويرها وملكيتها.

أود أن أتقدم بالشكر للعديد من الأفراد في قطر وأماكن أخرى الذين ساهموا في جعل هذه الإستراتيجية حقيقة واقعة. أولاً لقد كان لي الشرف العظيم أن تدعوني صاحبة السمو الشيخة موزا بنت ناصر للعمل في تحسين خدمات السرطان في قطر. وإذ تسلمت هذا التكليف، فإنني أتقدم بالشكر لسعادة وزير الصحة عبد الله خالد القحطاني للدعم والمشورة التي قدمها لي في إعداد هذه الإستراتيجية.

كما أن كل أعضاء اللجنة الوطنية للجهات المهتمة بمرض السرطان NCSC قد قدموا المساعدة الجمة في تحسين مقترحاتي[1]. وعلى وجه الخصوص الدكتور/فالح محمد حسين عليّ، والدكتورة/جولييت إبراهيم وفريق التخطيط والإستراتيجية في المجلس الأعلى للصحة، الذين لعبوا دوراً حيوياً في مساندة صياغة الإستراتيجية التي تضم تنظيم الفعاليات الخاصة بالمداولات والمناقشات[2]. وأود أن أتقدم بالشكر أيضاً لكل أولئك الذين حضروا الفعاليات الخاصة بالمداولات وأعطوا وقدموا أفكارهم وخاصة مرضى السرطان والناجون من هذا المرض. كما ساهم أيضاً وبصورة ملموسة في إعداد هذه الوثيقة موظفو مؤسسة حمد الطبية HMC وأقسام الرعاية الصحية الأساسية PHC وممن يقدمون الخدمات من القطاع الخاص.

إن هذه الإستراتيجية هي مجرد بداية لتحسين رعاية مرضى السرطان في قطر. والآن تأتي أهم مرحلة – وهي تنفيذ التوصيات الواردة في هذه الوثيقة. إنني أتطلع إلى العمل مع شعب قطر لتحقيق ذلك وللتأكد من أن قطر لديها خدمات معترف بها دولياً لمرضى السرطان على نحو تستحقه دولة قطر.



المبجل، البروفسور لورد/دارسي

1 توجد قائمة في الملحق ج بأسماء أعضاء اللجنة الوطنية للجهات المهتمة بمرض السرطان (NCSC).
2 توجد في الملحق د تفاصيل الفعاليات الخاصة بالمداولات.

تقديم من سعادة وزير الصحة



إنني أرحب بنشر أول إستراتيجية وطنية لمكافحة مرض السرطان على نحو لم يسبق له مثيل. وإنني أعتقد أنها سوف تحقق فرقاً ملموساً لجودة رعاية مرضى السرطان في قطر. وإنني ممتن لجهود اللورد دارسي وفريق المجلس الأعلى للصحة (SCH) على وضع هذه الإستراتيجية، وأيضاً أود أن أشكر كل شخص في قطر، ومنهم أولئك العاملين في مؤسسة حمد الطبية (HMC)، والرعاية الصحية الأساسية (PHC) وقطاع الصحة الواسع – الذين ساهموا في جعلها إستراتيجية ذات صفة تمثيلية حقيقية. كما أن هذه الإستراتيجية غير مسبوقة من ناحية طرح الأسئلة على شعب قطر بصورة مباشرة عن الأشياء التي يريدون أن تتغير، من خلال التصويت والفعاليات الخاصة بالمداولات والمناقشات.

من ناحية، فإن هذه الإستراتيجية تعترف أن «السرطان» من ناحية العلاج تعبير عام جداً – فيجب أن تكون هناك تخصصات تركز على مواضع السرطان المختلفة مثل سرطان الثدي وسرطان القولون والمستقيم. ومن ناحية أخرى، تنطبق توصيات الإستراتيجية على الأمراض الأخرى المزمنة – فعلى سبيل المثال الإجراءات للوقاية من مرض السرطان ومساندة احتياجات مرضى السرطان على الصعيد الأوسع، يجب أن تخفض من احتمالات الإصابة بالأمراض الأخرى وتقدم الدعم لمن يعانون منها.

وترسم إستراتيجية الصحة الوطنية لعام 2011–2016 السياسة على أعلى المستويات لتحسين الصحة في قطر، مع توقع المزيد من الإستراتيجيات أو الخطط التفصيلية الخاصة بالمرض والخدمة التي يجري نشرها[1] وأولها هذه الإستراتيجية الوطنية الخاصة بمرض السرطان. وتغطي هذه الإستراتيجية نفس الفترة الزمنية (2011–2016) كما أن العديد من توصيات هذه الإستراتيجية تتسع لتغطي، أو ترتبط بعدة مشاريع يبلغ عددها ٣٥ مشروعاً واردة في إستراتيجية الصحة الوطنية.

وترتكز التوصيات الواردة في هذه الإستراتيجية على أساس راسخ – أي العمل الجيد الذي تم بالفعل في قطر في السنوات الأخيرة لتحسين رعاية مرضى السرطان ومرافق البنية التحتية والممارسات. ومن أمثلة ذلك نخص بالذكر إنشاء جهاز فحص طبقي PET-CT والزيادة في إستخدام منظار القولون والعمل في التخصصات الفرعية في رعاية مرضى سرطان المسالك البولية والثدي.

لذلك سوف نستمر في تحسين خدمات مرضى السرطان، مواصلين التزامنا نحو هذه المهمة. وإنني أتطلع قدماً إلى الإشراف على تنفيذ هذه الإستراتيجية، وهي عملية سوف تكون فيها ممرضات وأطباء وشعب قطر في مكان الطليعة مرة أخرى.



سعادة/عبد الله بن خالد القحطاني

وزير الصحة والسكرتير العام للمجلس الأعلى للصحة

1 المجلس الأعلى للصحة، إستراتيجية الصحة الوطنية 2011–2016، أبريل 2011، صفحة 10

تقديم من صاحبة السمو الشيخة موزا بنت ناصر



يسبب مرض السرطان حزناً بالغاً في قطر. إذ يؤثر علينا جميعاً – 86% من السكان يعرفون شخصاً مصاب بمرض السرطان، فمثلاً صديق أو أحد أفراد العائلة [1]. فهو مرض يجلب الألم والمعاناة أساساً لأولئك الذين ابتلوا بهذا المرض ولا يقتصر الأمر عليهم بل أيضاً على عائلاتهم. إلا أن السرطان لا يفوز دائماً بالمعركة. إنني أشعر بالفخر والتواضع عندما التقي مع أفراد استطاعوا أن ينجوا من هذا المرض الخبيث بعد إصابتهم به هنا في قطر وبشتى أنحاء العالم. و أسمع قصصاً عن الطرق المختلفة التي تصدوا بها لهذا المرض، كل شخص له حكايته المتميزة الخاصة ولديه المشورة والنصيحة التي يشارك بها مع الآخرين.

إنني أريد أن يحصل كل شخص يعاني من مرض السرطان على أفضل رعاية. ولتحقيق ذلك، يجب أن نقوم بتحسين الرعاية الصحية والتعليم. أما بالنسبة لعنصر الرعاية الصحية، فهو واضح إذ أن مرض السرطان سبب رئيسي لحالات الوفيات في قطر وإننا نحتاج إلى أفضل علاج ممكن للتصدي لمرض السرطان عند ظهوره.

وربما تكون أهمية التعليم أقل وضوحاً ولكن زيادة الفهم والإدراك لمرض السرطان بين أفراد شعب قطر يُعد أمراً حيوياً وهاماً للغاية. وإن تحقيق ذلك سوف يعمل على إزالة أي مفاهيم خاطئة مرتبطة بمرض السرطان وسوف يساعد ذلك الناس أن يفعلوا كل ما في وسعهم لمنع الإصابة بمرض السرطان وسوف يشجع ذلك الناس لحضور الفحوص اللازمة. كما أن التثقيف الفعال للحد من أعباء مرض السرطان يُعد بنفس الأهمية كالرعاية الصحية الممتازة لمرضى السرطان.

وبهذه الإستراتيجية، أعتقد أننا نستطيع أن نضمن عدم إهمال قضية السرطان في قطر. بل يجب أن تسعى دولة قطر أن تكون متميزة داخل منطقة الخليج وخارجها، كمزود للرعاية المثلى لمرضى السرطان.

وإنني أصادق بالكلية على هذه الإستراتيجية الوطنية الأولى لمجابهة مرض السرطان وسوف أعمل بكل جهد حتى يكلل تنفيذ هذه الإستراتيجية بالنجاح.



صاحبة السمو الشيخة موزا بنت ناصر

1 استطلاع رأي تم إجراءه بين العاملين بالقطاع العام على الإنترنت خلال شهري أبريل – مايو 2011

جدول المحتويات

تقديم من صاحبة السمو الشيخة موزا بنت ناصر 3

تقديم من سعادة وزير الصحة 4

تقديم من اللورد دارسي Lord Darzi 5

موجز لكبار المدراء التنفيذيين 6

1. مقدمة 10
2. السرطان في قطر حالياً وفي المستقبل 11
3. التعليم والفهم 13
4. الوقاية 15
5. التشخيص المبكر للمرض 19
6. التشخيص السريع والحاسم 24
7. العلاج 27
8. الرعاية المستمرة 36
9. قياس الأداء 43
10. قوة العمل 45
11. البحث 48
12. الخطوات التالية 50

الملحق أ جدول التوصيات 53

الملحق ب قائمة المؤشرات 58

الملحق ج عضوية اللجنة الوطنية للجهات المعنية بمكافحة مرض السرطان (NCSC) 61

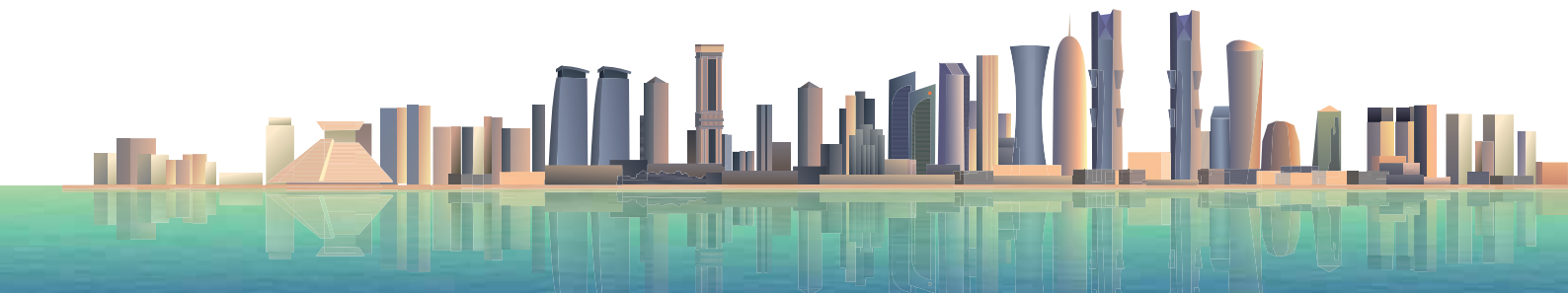
الملحق د فعاليات للمداولات 61

الملحق هـ سياسة سجل السرطان 62

الملحق و أسئلة من استطلاع الرأي لتجارب مرضى السرطان بالمملكة المتحدة لعام 2010 63

الملحق ز موجز خطة الاستثمار 65

شكر وتقدير 66



الإستراتيجية الوطنية لمجابهة مرض السرطان

الطريق نحو التفوق



2016–2011

State Of Qatar دولة قطر

المجلس الأعلى للصحة
Supreme Council Of Health