

Rak onkologii

Rocznie na raka zapada w Polsce 135 tys. obywateli. Oznacza to, że od początku przemian zachorowało blisko 2,2 mln osób. Tylko 900 tys. przeżyło 5 lat. Reszta już umarła. Na to wskazują statystyki, bowiem 5-letnią przeżywalność od momentu wykrycia rejestruje się u 42 proc. chorych. Jest wiele przyczyn takiej sytuacji. Jedną z nich na pewno są niskie nakłady na leczenie. Podczas gdy w naszym kraju na leczenie chorób nowotworowych, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, wydaje się 34 euro – w Szwajcarii 189, a w sąsiednich Czechach 65 euro. Jednak z brakiem pieniędzy musimy się pogodzić. Zmiany należy wprowadzić w systemie leczenia, a przede wszystkim w sposobie edukacji. Warto bowiem przypomnieć, że polski system onkologiczny korzeniami tkwi w latach 50. To właśnie wtedy inkorporowano do naszego kraju model sowiecki. Od tamtego czasu archaiczna struktura w ogóle nie była modyfikowana. Mało tego – liczba ośrodków onkologicznych została skalkulowana na podstawie stanu demograficznego z tamtych lat! Oznacza to, że obecnie mamy zdecydowanie za mało ośrodków i onkologów. Obecnie rakiem w Polsce zajmuje się tylko 5 profesorów onkologii klinicznej, 300 onkologów klinicznych, a wszystkich lekarzy ze specjalizacjami onkologicznymi jest ok. 1 tys. W stosunku do populacji chorych – onkolodzy stanowią nieporównywalnie mniejszą grupę niż kardiolodzy, diabetolodzy czy reumatolodzy. Rocznie przybywa nam tylko kilkunastu lekarzy onkologów. W uczelniach medycznych onkologia nauczana jest w symbolicznym zakresie, a kształt edukacji, rozdziału pieniędzy i lecznictwa onkologicznego został narzucony przez grupy wpływowych profesorów. Tę sytuację może zmienić powołanie przez grupę lekarzy Akademickiej Sieci Onkologicznej (ASO), której *Menedżer Zdrowia* będzie orędownikiem i patronem. O celach i programie ASO można przeczytać w rozmowie z prezesem ASO – prof. Jackiem Jassemem. js



Diabeł tkwi w szczegółach

Rozmowa z prof. Jackiem Jassemem,
kierownikiem Kliniki Onkologii i Radioterapii
Akademii Medycznej w Gdańsku,
prezesem Akademickiej Sieci Onkologicznej

» Chcemy zainicjować tworzenie pełnoprofilowych katedr onkologii na uczelniach, a tam, gdzie nie jest to możliwe, poprawić warunki kształcenia we współpracujących z nimi jednostkach »

Dlaczego musiała powstać Akademicka Sieć Onkologiczna – czy dotychczasowe systemy i programy kształcenia onkologów są niewystarczające?

Onkologia jest ostatnim i chyba jedynym dużym przedmiotem medycznym, który na większości polskich uczelni jest nauczany w jednostkach pozaakademickich. To bardzo złe rozwiązanie, bo jakość kształcenia medycznego zależy od tego, gdzie i przez kogo jest realizowane. Poza tym w Polsce mamy do czynienia z błędnym kołem. Ponieważ onkologia nie uzyskała statusu medycyny akademickiej w pełnym wymiarze, kadra samodzielnych pracowników naukowo-dydaktycznych jest bardzo szczupła; mamy jedynie kilkunastu profesorów radioterapii i onkologii klinicznej, podczas gdy np. hematolodzy mają kilkudziesięciu samodzielnych pracowników naukowych. Brakuje zatem autorytetów, które mogłyby ten stan zmienić. My, łącząc siły, staramy się zrealizować ten cel.

Ale przecież istnieje już Polska Unia Onkologii – czy nowy twór nie jest mnożeniem bytów?

Polska Unia Onkologii ma nieco inne zadania. Organizacja ta zajmuje się poprawą opieki onkologicznej w Polsce. Kształcenie studentów medycyny nie jest głównym celem działania PUO, a dotychczasowe jej przedsięwzięcia w tej dziedzinie okazały się nieskuteczne. Oczywiście, niezależnie od tego, bardzo liczymy na wsparcie tej prężnie działającej organizacji.

Panuje opinia, że polskie uczelnie nie nadążają za światowymi standardami nauczania onkologii. Jaki standard obowiązuje więc w krajach rozwiniętych?

Na świecie nie ma jednego standardu. Politykę kształcenia przeddyplomowego każdy kraj opracowuje na podstawie własnych wytycznych. Jednak w większości z nich przygotowano *curricula* kształcenia przeddyplomowego. Określa się mi-

nimalną liczbę godzin, a także cele i wymogi kształcenia. Dlatego chcemy, aby w Polsce też powstał taki dokument, oraz żeby jego zapisy były egzekwowane. Propozycje programów nauczania już przygotowaliśmy. Teraz czekamy, aż przyjmie je kolegium rektorów uczelni medycznych. Oczywiście, nasze działania nie polegają tylko na opracowaniu *curriculum*. Przygotowaliśmy i doskonalimy jednolity podręcznik onkologii dla studentów. Przede wszystkim jednak myślimy o stworzeniu infrastruktury na uczelniach, na których dotychczas ona nie powstała. I to jest znacznie poważniejszy problem. W tej chwili na szczęście powstał Narodowy Program Zwalczenia Nowotworów, a dużą część jego funduszy przeznaczono na poprawę wyposażenia zakładów radioterapii (takich zakładów na uczelniach medycznych prawie nie ma). Dlatego chcemy rozpocząć proces tworzenia pełnoprofilowych katedr onkologii, a tam, gdzie nie jest to możliwe, poprawić warunki kształcenia we współpracujących z nimi jednostkach.

Do rozpoznawania chorób nowotworowych chcą państwo przygotować lekarzy wszystkich specjalności – czy jest to możliwe, aby każdy lekarz rozpoznawał raka?

To nie tylko jest możliwe, ale konieczne. Na świecie do rozpoznawania chorób nowotworowych przygotowuje się lekarzy wszystkich specjalności, bo rak, po chorobach układu sercowo-naczyniowego, jest drugim w kolejności zabójcą. I choćby z tego powodu każdy student, a w przyszłości lekarz, będzie się z tymi chorobami stykał. Absolutnym wymogiem jest więc umiejętność profilaktyki, wczesnego wykrywania i rozpoznawania nowotworów, a także podstawowa wiedza na temat ich leczenia. Dlatego m.in. chcemy wprowadzić do państwowego egzaminu lekarskiego obowiązkową pulę pytań dotyczących zagadnień onkologicznych.

Jak zareagowali na powstanie Akademickiej Sieci Onkologicznej członkowie kolegium

Warunki *sine qua non*

Podniesienie onkologicznego poziomu wykształcenia lekarzy wymaga spełnienia m.in. następujących warunków:

1. Utworzenia pełnoprofilowych jednostek onkologicznych w strukturach wszystkich uczelni medycznych.
2. Zwiększenia liczebności kadry nauczycieli akademickich reprezentujących wszystkie dziedziny onkologii.
3. Wprowadzenia minimum programowego nauczania onkologii.
4. Powołania na każdej uczelni koordynatora nauczania onkologii.
5. Przyjęcia wspólnego podręcznika onkologii dla studentów i lekarzy.
6. Ustanowienia jednolitego egzaminu testowego z onkologii.
7. Wprowadzenia parytetu 10 proc. pytań z onkologii do państwowego egzaminu lekarskiego.



fot. (2x) Archiwum

rektorów, pracownicy resortu zdrowia czy członkowie PUO?

Wszyscy deklarują pomoc. Ale diabeł tkwi w szczegółach. Stworzenie właściwych warunków nauczania onkologii na uczelniach wymaga bowiem dokonania pewnych przesunięć w programach, które przecież nie są z gumy. Jeżeli jednak w przeciętnym 6-letnim programie nauczania studenta medycyny, obejmującym prawie 5 tys. godzin, na onkologię przeznaczają się w niektórych uczelniach 20 godzin, nie jest to normalne. Uważamy, że zwiększenie tej liczby do 75 godzin (w tym 15 godzin propedeutyki onkologii na początku kształcenia w dziedzinach klinicznych) nie powinno stanowić problemu. Mamy jednak świadomość, że czasem możemy napotkać opór materii.

Badania Eurocare-3 pokazały, że jesteśmy na ostatnim miejscu pod względem skuteczności leczenia nowotworów. Jakie są tego przyczyny?

Przyczyn jest wiele, ale jako członkowie Akademickiej Sieci Onkologicznej zwracamy uwagę, że trzeba zacząć od pracy u podstaw. Jeżeli bowiem wiedza o nowotworach przeciętnego polskiego lekarza jest o wiele mniejsza niż jego kolegi na Zachodzie, musi to powodować skutki populacyjne. Obawiamy się, że ostatnie miejsce w badaniach Eurocare-3 jest spowodowane niewystarczającym wykształceniem lekarzy w dziedzinie onkologii. Oczywiście, to nie jedyna przyczyna.

Czyli w przyszłości okulista, laryngolog i dermatolog będą w stanie rozpoznać nowotwór. Jaką zatem rolę w systemie rozpoznawania nowotworów będą odgrywać lekarze rodzinni?

Naszym celem jest przede wszystkim pogłębienie wiedzy onkologicznej wśród przyszłych lekarzy rodzinnych. To oni powinni przejawiać tzw.

„ Na świecie do rozpoznawania chorób nowotworowych przygotowuje się lekarzy wszystkich specjalności, bo rak, po chorobach układu sercowo-naczyniowego, jest drugim w kolejności zabójcą „

czujność onkologiczną. Jeżeli pojawią się wątpliwości diagnostyczne, powinni przede wszystkim brać pod uwagę możliwość nowotworu. Dzisiaj lekarz rodzinny często wyklucza kolejno wszystkie inne choroby (wykonując niejednokrotnie wiele kosztownych badań diagnostycznych), a dopiero na końcu okazuje się, że ma do czynienia z nowotworem. To jest niedopuszczalne.

Wspomniał Pan o lobbingu PUO – czy Akademicka Sieć Onkologiczna znajdzie poparcie polityków? Pytam o to, bo dzisiaj, podobnie jak w PRL, każde działanie jest polityczne i wymaga akceptacji tzw. elit rządzących, decydujących o wysokości funduszy lub ich alokacji w istniejącym systemie.

Mamy już poparcie jednego ważnego polityka, jakim jest minister zdrowia. On właściwie odczytuje nasze intencje. U innych polityków też znajdziemy poparcie, bo cała operacja, oprócz skutków medycznych i społecznych, ma także uzasadnienie ekonomiczne. Przypominam bowiem, że zapobieganie i wczesne wykrywanie nowotworów daje ogromne oszczędności.

Mimo to leczenie nowotworów jest bardzo kosztowne. Czy nie obawia się pan, że osiągniemy światowy standard nauczania onkologii, ale pozostaniemy daleko w tyle, jeśli chodzi o możliwości leczenia?

Doskonale zdajemy sobie sprawę, że nowoczesne leczenie farmakologiczne nowotworów bywa niesłychanie drogie. Ale chcę podkreślić, że to nie kosztowne leki mają najważniejszy wpływ na efekty leczenia w skali populacyjnej. Jesteśmy realistami i wiemy, że Polski nie stać na zastosowanie wszystkich najnowocześniejszych metod. Stać nas natomiast na to, aby lekarze mieli większą wiedzę i aktywnie włączyli się do walki z chorobami nowotworowymi.

Rozmawiał Jacek Szczęsny