

Rozmowa Nowotworów
z prof. dr hab. med. Krzysztofem Hermanem
Krajowym Konsultantem w dziedzinie Chirurgii Onkologicznej

Nowotwory interview: Prof. Krzysztof Herman
– State Consultant for Surgical Oncology



Prof. Krzysztof Herman

Prof. Edward Towpik. Gratuluję Panu Profesorowi wyboru na odpowiedzialne choć niełatwe stanowisko. Przypomnijmy Czytelnikom, jaka jest rola i zadania Konsultanta Krajowego.

Prof. Krzysztof Herman. Sprawy te normuje ustawa o konsultantach z 2008 roku. Kompetencje Konsultanta Krajowego nie są szerokie, wynagrodzenie symboliczne, a prestiż wątpliwy...

ET. Zgoda co do wynagrodzenia, niezgoda co do prestiżu...

KH. Jako osoba powołana na to stanowisko przez Ministra Zdrowia Konsultant niewątpliwie winien reprezentować politykę zdrowotną ministerstwa, co nie zawsze jest proste. Nie znaczy to jednak, że Konsultant jest tylko urzędnikiem ministerstwa, gdyż wg zapisów ustawy ma całkiem spore kompetencje w zakresie inicjowania różnych działań oraz prowadzenia nadzoru i kontroli. Konsultant doradza, informuje, wnioskuję, opiniuje, kon-

troluje – zarówno w zakresie organizacyjno-merytorycznym procesów terapeutycznych, jak i w zakresie kształcenia podyplomowego. Nie podejmuje więc bezpośrednich decyzji w tych obszarach, ale ma na te decyzje istotny wpływ.

ET. A jak to wygląda w praktyce?

KH. Dużo zależy od samego Konsultanta: ile ma czasu, chęci, wiedzy i pomysłów. Zdarza się, że dla niektórych to stanowisko to niemal wyłącznie prestiż i ukoronowanie kariery zawodowej, a ich praca ogranicza się do pisanie opinii personalnych, wydawania zgód na leczenie za granicą i przedstawienia krótkiego rocznego sprawozdania. Takie traktowanie swoich zadań ma miejsce nawet częściej w przypadkach niektórych Konsultantów Wojewódzkich. Czasem trudno się jednak dziwić pewnej bierności Konsultanta, który jest równocześnie dyrektorem, ordynatorem, członkiem kilku komisji i rad nadzorczych, dużo operuje, prowadzi działalność naukową, dydaktyczną, i ma rozbudowaną praktykę prywatną. Nie mówiąc już o możliwym tzw. „konflikcie interesu”, wynikającym z wymienionych zajęć.

ET. Jaka jest zależność służbowa pomiędzy Konsultantem Krajowym a Konsultantami Wojewódzkimi?

KH. Zgodnie z ustawą wszyscy Konsultanci Wojewódzcy tworzą zespół, któremu przewodniczy Konsultant Krajowy. Nie ma on jednak bezpośrednich narzędzi oddziaływania i egzekwowania zadań od Konsultantów Wojewódzkich, którzy są powoływani przez wojewodów. Droga służbowa wniosków personalnych w tym zakresie jest skomplikowana i przebiega przez podsekretarza stanu, ministra zdrowia, premiera i wojewodę. Czyli niezwykle rzadko zdarza się, że Konsultant Krajowy próbuje skutecznie uzyskać jakieś ważne informacje od Konsultanta Wojewódzkiego. I to pomimo faktu, że wynikające

z ustawy zadania Konsultanta Wojewódzkiego są podobne, jak Krajowego.

Im bardziej aktywny jest Konsultant Krajowy, tym trudniejsza jest jego praca, gdyż oprócz realizacji zadań musi umiejętnie poruszać się w rozmaitych układach interpersonalnych, a czasem nawet politycznych. Zdarza się wtedy, że staje się on stroną w jakimś konflikcie interesów i musi dokonywać wyborów bezkompromisowych. Jeżeli nie ma własnych interesów, to takie wybory są łatwiejsze i naprawdę służą dobru wyższemu. Przepraszam za ten trochę moralizatorski ton, ale „drogi kariery” nie zawsze są czyste.

ET. A jakie relacje łączą Konsultanta Krajowego z towarzystwami naukowymi i samorządem lekarskim?

KH. Główny problem tych relacji to pytanie, czy Konsultant Krajowy powinien reprezentować interesy grupy zawodowej z której się wywodzi. Formalnie nie, ale praktycznie w wielu miejscach poglądy Konsultanta powinny być całkowicie zbieżne z poglądami towarzystwa naukowego czy nawet samorządu zawodowego. Oczywiście z zastrzeżeniem, że interesy „swojej” grupy zawodowej są zawsze na drugim miejscu, po interesach ogólnospołecznych. Na całe szczęście w chirurgii onkologicznej poglądy Towarzystwa i Konsultanta są prawie całkowicie zbieżne. Moje wieloletnie doświadczenie organizacyjne, zarówno w PTChO, jak i w samorządzie lekarskim, znakomicie te relacje ułatwiają.

ET. Jak więc wygląda bilans otwarcia nowego Konsultanta Krajowego w zakresie chirurgii onkologicznej?

KH. Trudno mówić o jakimś bilansie otwarcia. Do chwili obecnej nie było żadnej inwentaryzacji chirurgii onkologicznej. Ani Ministerstwo Zdrowia, ani Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, ani poprzedni Konsultanci, ani Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej nie posiadały żadnych obiektywnych informacji o sytuacji polskiej chirurgii onkologicznej!

ET. Co zatem w trakcie pierwszego półroczu kadencji udało się osiągnąć?

KH. Podstawowe zadania, jakie postawiłem sobie w listopadzie 2010 roku, to opracowanie organizacyjnych i merytorycznych zaleceń postępowania, oraz przeprowadzenie inwentaryzacji chirurgii onkologicznej.

W stosunkowo bardzo krótkim czasie - 2 miesiące - zostały opracowane organizacyjno-merytoryczne zalecenia, które były konsultowane z najwybitniejszymi specjalistami z chirurgii onkologicznej i dziedzin pokrewnych. Są one opublikowane na stronie internetowej Konsultanta Krajowego (www.chirurgiaonkologiczna.org.pl).

Rekomendacje organizacyjne wskazują na niezbędne możliwości, którymi powinien dysponować ośrodek chirurgii onkologicznej w zakresie leczenia danego nowotworu. Rekomendacje merytoryczne mają charakter praktycznych (klinicznych) wskazówek dotyczących

postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Powinny one stanowić niezbędne minimum wiedzy praktycznej dla wszystkich chirurgów onkologów oraz dla lekarzy specjalizujących się w tej dziedzinie. W chwili obecnej dotyczą one najważniejszych, z punktu zainteresowania chirurgii onkologicznej, nowotworów: piersi, tarczycy, żołądka, trzustki, jelita grubego oraz czerniaka i mięsaków tkanek miękkich.

W najbliższych miesiącach rekomendacje te będą zaktualizowane i poszerzone, z zachowaniem ich praktycznego i klinicznego charakteru. Mają one ułatwić podjęcie decyzji co do zastosowania konkretnej procedury diagnostycznej czy terapeutycznej (w tym także sekwencji leczenia) w konkretnym przypadku klinicznym. Przecież dla klinicysty nie jest najważniejsza rozbudowana ilość informacji teoretycznych, ale umiejętność wyboru właściwego postępowania, które konkretnemu choremu stworzy największą szansę na wyleczenie. A z taką praktyczną wiedzą jest najwięcej problemów i tu mają miejsce największe błędy.

ET. Wróćmy więc do inwentaryzacji. O co w niej chodzi?

KH. Mając, oprócz medycznej, także wiedzę o zarządzaniu, zdaję sobie doskonale sprawę, że każdy program działania powinien być oparty o obiektywne przesłanki. Statystyczne, prawne, socjologiczne i psychologiczne oraz merytoryczne, czyli w tym przypadku medyczne. Jeśli dotychczas nie było wiadomo ilu i jakich chorych, gdzie, w jaki sposób i za ile leczą chirurdzy onkolodzy, to trudno poważnie wypowiadać się o problemach związanych z tą dziedziną.

Wiemy, że chirurgia onkologiczna dokonała w Polsce bardzo dużego postępu w ostatnich kilkunastu latach i ciągle dynamicznie się rozwija. Uzyskana dotychczas poprawa wyników przeżyć polskich chorych na nowotwory wynika zarówno ze skuteczniejszego wczesnego wykrywania, jak i z lepszej dostępności i jakości leczenia specjalistycznego.

Na tzw. „Zachodzie” jakość leczenia, co zrozumiale, jest najwyższa w ośrodkach dysponujących kadrą wyspecjalizowanych w chirurgii nowotworów lekarzy. W Polsce prawdopodobnie jest podobnie, ale nie było to do chwili obecnej poparte żadną poważną analizą.

Na początku 2011 roku, dzięki współpracy Konsultantów Wojewódzkich, udało się zebrać dane ze wszystkich polskich ośrodków chirurgii onkologicznej i taką inwentaryzację przeprowadzić. Udało się dane te skorelować z przeżyciami chorych i kosztami leczenia. Wyniki tego opracowania są przedstawione w tym numerze *Nowotworów* i gorąco zachęcam do zapoznania się z nimi.

ET. Czy można jednak prosić o streszczenie najważniejszych punktów tego opracowania?

KH. Polscy chirurdzy onkolodzy, których jest prawie 600, wykonują rocznie w 70 oddziałach chirurgii onkologicznej około 100 tys. zabiegów operacyjnych - jest to bardzo znacząca liczba. Dane inwentaryzacyjne wykazują,

że w swoim zakresie działania chirurdzy onkolodzy wykonują od 40 do 90% (odpowiednio dla: nowotworów przewodu pokarmowego – i dla nowotworów piersi) wszystkich planowych onkologicznych zabiegów resekcyjnych.

Szanse na wyleczenie polskich chorych onkologicznych różnią się w zależności od miejsca zamieszkania, od ośrodka w którym chory jest leczony i od specjalizacji lekarza. Różnice te w przypadku niektórych nowotworów, niektórych ośrodków, czy województw przekraczają 50% (tzn. konkretny chory może mieć o połowę mniejsze szanse na wyleczenie w zależności od miejsca, gdzie będzie leczony, niezależnie od innych czynników prognostycznych). Im większa jest dostępność do nowoczesnego leczenia na oddziałach chirurgii onkologicznej, im większe nakłady na chirurgię onkologiczną w danym rejonie Polski - tym lepsze wyniki leczenia. Jeśli zaś porównać efekty ekonomiczne (koszty 1 zaoszczędzonego roku życia) różnych metod terapeutycznych, to procedury chirurgii onkologicznej są dziesiątki czy setki razy tańsze od innych procedur terapeutycznych.

ET. Czy to prawda, że mimo takiego rozwoju chirurgii onkologicznej pojawiły się ostatnio głosy proponujące likwidację chirurgii onkologicznej i wprowadzenie umiejętności chirurgicznego leczenia nowotworów?

KH. Nikt chyba dzisiaj nie twierdzi, że chirurg ogólny, wykonujący znakomicie 200 laparoskopowych cholecystektomii rocznie, tak samo dobrze wykona sprowadycznie (np. 2-3 razy w roku) radykalną mastektomię, czy przednią resekcję z wycięciem *mesorectum*. Podobnie zresztą jest odwrotnie: wyspecjalizowany chirurg onkolog, wykonujący rocznie 100 czy 200 resekcji jelita grubego czy oszczędzających operacji w raku piersi, nie potrafi równie dobrze wykonywać laparoskopowych cholecystektomii.

Argumentacja, że parotygodniowy kurs umiejętności może być wystarczający, aby prawidłowo i nowoczesnie

postępować z chorym na raka jelita grubego, na raka żołądka, na czerniaka, na mięsaka czy z chorą na raka piersi jest nie tylko nieprzekonywująca, ale wręcz niebezpieczna.

Odwrot od wysoko specjalistycznego leczenia nowotworów byłby ewenementem w skali światowej i zaprzepaszczeniem dotychczasowych skutecznych wysiłków tysięcy profesjonalistów zaangażowanych w Polsce w poprawę wyników takiego leczenia. Trudno mi wyobrazić sobie, jakie motywy i argumenty mogą mieć inicjatorzy likwidacji chirurgii onkologicznej w Polsce.

Dalszy rozwój chirurgii onkologicznej i leczenia wysoce specjalistycznego jest gwarantem dalszej poprawy wyników. Likwidacja chirurgii onkologicznej byłaby więc cofnięciem się nie tylko organizacyjnym, ale i karygodnym błędem merytorycznym.

ET. Jak może więc wyglądać realna przyszłość chirurgii onkologicznej w Polsce?

KH. Przygotowywana ostatnio w Ministerstwie Zdrowia propozycja zmian w kształceniu podyplomowym, która przewidywała system modułowy (z pełnoprawną specjalizacją z chirurgii onkologicznej) jest bardzo dobrym pomysłem. Nie tylko ułatwiłoby to chorym na nowotwory dostęp do wysoko specjalistycznego leczenia, ale także zwiększyłoby ich szanse na wyleczenie. Jeżeli taki system wejdzie w życie, będzie to krok we właściwym kierunku. Na pewno Konsultant Krajowy zrobi wszystko, aby chirurgia onkologiczna była pełnoprawną specjalizacją. Przeprowadzona obiektywna inwentaryzacja sytuacji chirurgii onkologicznej w Polsce w 2010 roku powinna być w tym bardzo pomocna.

Jeśli natomiast moja opinia nie znajdzie uznania w MZ, to ... następnego wywiadu z tym samym Konsultantem Krajowym już nie będzie.

ET. Dziękuję za rozmowę.