

Rozmowa „NOWOTWORÓW” z Dyrektorem Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie prof. dr. hab. med. Maciejem Krzakowskim

Nowotwory interview with prof. Maciej Krzakowski, Director,
Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology



Prof. Towpik: Pozycja Dyrektora Instytutu Onkologii nie tylko pozwala, ale obliguje do całościowego spojrzenia na polską onkologię. Chciałem zatem zapytać, jaka jest Pana Dyrektora opinia na temat kondycji onkologii w Polsce. Zaczijmy od dostępności – czy sieć ośrodków onkologicznych jest wystarczająca, czy istniejący system wymaga zmian?

Prof. Krzakowski: Dostępność nie jest wystarczająca, chociaż obecna liczba referencyjnych ośrodków odpowiada potrzebom. Myślę o ośrodkach, które są ulokowane w miastach wojewódzkich. Natomiast w bardzo wielu sytuacjach – w przypadku województw terytorialnie rozległych, np. warmińsko-mazurskiego lub zachodniopomorskiego – jeden ośrodek nie zapewnia dostatecznej pomocy chorym, którzy pokonują znaczne odległości. Zdecydowanie zbyt mało jest ośrodków mniejszych, które współpracowałyby z wojewódzkimi centrami. Te ośrodki powinny wykonywać dużą część procedur, które teraz siłą rzeczy są realizowane w centrach ulokowanych w miastach wojewódzkich. To nie dotyczy tylko i wyłącznie leczenia farmakologicznego, ale też radioterapii. Posłużę się przykładem województwa mazowieckiego, w którym aż prosi się o to, by oprócz radioterapii ulokowanej w Instytucie Onkologii utworzyć przynajmniej dwa, może nawet i trzy ośrodki satelitarne, które na podstawie

planów leczenia opracowywanych w Warszawie mogłyby napromieniać chorych. Myślę o Płocku, Radomiu i Siedlcach. Lokalizacja w tych trzech miastach ułatwiłyby bardzo życie chorym – nie musieliby dojeżdżać, bardzo często na dużą odległość.

Prof. Towpik: A czy liczba onkologów odpowiada potrzebom?

Prof. Krzakowski: Onkologów w Polsce jest nadal za mało, aczkolwiek wskaźniki specjalistów przypadających na populację stale ulegają poprawie. Najslabiej jest w zakresie radioterapii, natomiast wzrost liczby specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej i chyba również chirurgii onkologicznej, jest zadowalający. Mówię o tempie wzrostu, który w przyszłości – mam nadzieję – doprowadzi do osiągnięcia wartości zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia lub Unię Europejską. W onkologii klinicznej mamy na to czas do 2015 roku – wtedy powinniśmy osiągnąć liczbę ok. 700 specjalistów (obecnie – ok. 400). Onkologów klinicznych przecież nie tylko przybywa, ale w związku z naturalnymi procesami również ubywa. Niektórzy przekwalifikowują się, co też trzeba wziąć pod uwagę. W tej chwili rocznie podczas dwóch sesji egzaminacyjnych tytuł specjalisty uzyskuje 40-50 lekarzy.

Liczba specjalistów to jedno. Drugą sprawą jest, że nie są oni równomiernie rozmieszczeni. Są duże różnice pomiędzy poszczególnymi województwami. Ciekawy jest też fakt bardzo nierównomiernego rozmieszczenia oddziałów onkologii klinicznej. Proszę sobie wyobrazić, że obecnie w województwie dolnośląskim są 22 oddziały onkologiczne, podczas gdzie województwo mazowieckie ma ich 15. Ale również na drugim biegunie są też takie województwa, które mają tych oddziałów 1-2. Świadczy to o tym, że sieć onkologiczna w Polsce jest w tej chwili w stadium – nie chcę powiedzieć, że całkowitej dezintegracji – ale wymaga lepszej integracji i myślenia, które usystematyzuje współpracę. Myślę, że są takie rozwiązania, które w zupełnie oczywisty, a jednocześnie bezdyskusyjny sposób uregulowałyby kwestię kierowania chorych leczonych w dużych centrach (jak Instytuty Onkologii w Warszawie, Krakowie i Gliwicach czy wojewódzkich, jak Bydgoszcz, Kielce, Lublin, Poznań) do obserwacji po leczeniu, a nawet do samego leczenia, w innych ist-

niejących w województwie ośrodkach. W tej chwili rodzi to ogromne problemy, nie tylko związane z oporem ze strony chorych, ale i również ze strony lekarzy czy organizatorów zarządzających tymi mniejszymi ośrodkami. Myślę, że jest to niezwykle ważny problem i to trzeba uporządkować.

Prof. Towpik: Wspomniana przez Pana Dyrektora liczba oddziałów w niektórych miejscach jest rzeczywiście zaskakująca. Czy to znaczy, że prowadzenie ośrodków onkologii klinicznej może być atrakcyjne nie tylko z przyczyn czysto merytorycznych, ale również może przynosić ośrodkowi dochody?

Prof. Krzakowski: Sądę, że tak właśnie jest. Najwięcej onkologicznych ośrodków niepublicznych zajmuje się leczeniem farmakologicznym, co świadczy, że mogą to być inwestycje opłacalne, które można prowadzić dla zysku. Nie widzę nic złego w tym, że istnieją takie miejsca, choć oczywiście powinien być zachowany bezwzględnie priorytet ośrodków publicznych wobec niepublicznych, jak zresztą w każdej dziedzinie ochrony zdrowia. Warunek zasadniczy – ośrodki niepubliczne muszą w jakiś sposób być nadzorowane. System ich akredytacji powinien być jasny i obiektywny. Konieczne jest zachowanie standardów podczas dopuszczenia ośrodka do wykonywania świadczeń, jak również okresowy nadzór specjalistyczny. Daleki jestem od tego, żeby ingerować w sposób zarządzania i finansowania, ale nadzór merytoryczny powinien być. Natomiast w tej chwili bardzo często jest tak, że te ośrodki powstają – odnoszę wrażenie – niezależnie od opinii np. konsultantów wojewódzkich. Albo tych opinii nie ma, albo jeżeli ta opinia nie jest pozytywna, to i tak taki ośrodek wcześniej czy później powstaje. Bardzo często pod szyldem, który eufemistycznie kryje onkologię.

Prof. Towpik: Nasuwa się pytanie o opinię Pana Dyrektora na temat zarówno obecnego modelu nadzoru specjalistycznego w skali kraju i województwa, jak i efektywność tego systemu. Być może istnieje potrzeba zmian, lub przynajmniej modyfikacji?

Prof. Krzakowski: Nadzór specjalistyczny ma wciąż zbyt małe uprawnienia. Nie mówię o konsultantach krajowych, bo ci mają stosunkowo dużą władzę, natomiast w moim przekonaniu o wiele większy udział w nadzorze powinni mieć konsultanci wojewódzcy. Większy udział i możliwości interweniowania w określonych sytuacjach. Z drugiej strony, wojewódzcy konsultanci są obarczani zbyt dużą liczbą niepotrzebnych obowiązków. Uważam, że obecnie nieporozumieniem jest system kwalifikowania tzw. chemioterapii niestandardowej. Nie ma sensu sytuacja, w której opinię o zastosowaniu leczenia uznawanego za niestandardowe, wydaje jedna osoba, czyli konsultant wojewódzki i następnie płatnik, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia. Płatnik powinien tutaj mieć najmniej do powiedzenia. Przy obecnym systemie nie da się uniknąć subiektywnych rozwiązań. W opinii jednego specjalisty coś jest zasadne, w opinii drugiego – nie. Uważam, że powinno

się stworzyć system elektroniczny, który będzie kategoryzował te leki i będzie zakładał obiektywne kryteria włączenia oraz wyłączenia. Oczywiście kryteria muszą być bardzo precyzyjnie określone. Stan taki zapewni porównywalny dostęp do leczenia w każdym miejscu w Polsce. W tej chwili jest to wszystko robione na zasadzie bardzo dużego stopnia dowolności.

Jestem za tym, żeby bardzo wzmocnić pozycję konsultantów wojewódzkich. Konsultant wojewódzki musi mieć naprawdę władzę – to nie powinna być osoba, która wyłącznie podpisuje wnioski na leczenie i kwalifikuje lekarzy do przystąpienia do egzaminu. Konsultant musi zdecydowanie ingerować, po pierwsze w to, jak we wszystkich istniejących w województwie ośrodkach rozpoznaje i leczy się nowotwory. I to nie tylko w onkologicznych, proszę pamiętać, że istnieje wiele ośrodków, które również zajmują się chorymi na nowotwory. Dla przykładu – bardzo dużo chorych na nowotwory układu oddechowego jest leczonych nie przez onkologów, a przez pneumonologów. Pewnie tak trzeba – wszystkich byśmy nie dali rady leczyć, ale konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej musi mieć możliwość nadzoru.

Ponadto – mówię to z bardzo dużym naciskiem – musi mieć ogromny wpływ na proces kształcenia nowych specjalistów. W tej chwili obserwujemy niestety obniżanie się poziomu przygotowania osób, które w kolejnych sesjach zdają egzamin z onkologii klinicznej. Powstaje pytanie, dlaczego tak się dzieje. Myślę, że wzrost liczby osób podejmujących tą specjalizację i kształcących się, zmniejszył pole manewru w zakresie opiekunów specjalizacji. Coraz częściej jest tak, że opiekunami specjalizacji stają się osoby, które same jeszcze nie mają odpowiedniego doświadczenia ani umiejętności nauczania. Wobec opiekunów specjalizacji niezbędna jest kontrola – bardzo subtelna, ale bezwzględnie potrzebna.

Prof. Towpik: Czy nie ma jasno określonych kryteriów, które musi spełniać kierownik specjalizacji?

Prof. Krzakowski: Musi mieć specjalizację i odpowiedni okres praktyki po uzyskaniu specjalizacji. Uważam, że kierownikiem specjalizacji nie jest tylko ten, który przekaże pewną pulę wiedzy i ewentualnie nauczy czynności manualnych w przypadku chirurgii, ale zadaniem opiekuna specjalizacji jest również nauka postaw, sposobu myślenia i podejmowania decyzji, odporności na stres (szczególnie – w przypadku specjalności zabiegowych). Jest zatem mnóstwo zadań przed konsultantami wojewódzkimi, którzy za tą pracę powinni być oczywiście odpowiednio nagradzani. To nie może być praca tylko dla satysfakcji.

Prof. Towpik: Przejdźmy do radioterapii, czy możemy powiedzieć, że wyposażenie i kadra w tym zakresie odpowiada potrzebom?

Prof. Krzakowski: Jeżeli chodzi o sprzęt, zrobiono bardzo duży postęp. To nie ulega wątpliwości. Trzeba docenić pracę wielu naszych kolegów, którzy o to najpierw zabie-

gali, a później realizowali wyposażenie wielu ośrodków w sprzęt do radioterapii. W tej chwili problemem jest zabezpieczenie kadr, bo liczba specjalistów w zakresie radioterapii i liczba lekarzy chcących się specjalizować w tej trudnej dziedzinie nie jest duża. W ostatniej sesji egzaminy zdawało tylko 8 osób.

Ale jest jeszcze jeden problem. Dzisiejsza radioterapia posługuje się bardzo wyszukаныmi technikami. Moim zdaniem należy dążyć – bardzo powoli, bo jest to proces który wymaga bardzo starannego i gruntownego szkolenia – do wykorzystywania wspomnianych technik przez coraz większą liczbę ośrodków. W niektórych ośrodkach tak się jeszcze nie dzieje. Trzeba to wyrównać, żeby z jednej strony zapewnić równy dostęp chorym na terenie całego kraju, a z drugiej strony – uniknąć natłoku chorych w niektórych szpitalach.

Prof. Towpik: Czy jest problem odpływu kadry polskich onkologów za granicę?

Prof. Krzakowski: Myślę, że ten odpływ był większy jeszcze kilka lat temu. Teraz zjawisko emigracji specjalistów zmniejszyło się. Z jednej strony, w krajach Unii Europejskiej „rynek” specjalistów trochę się wysycił. Z drugiej strony, w Polsce możliwość realizacji planów zawodowych powoli się poprawia, jeśli chodzi o onkologię. Na przykład, powstawanie niepublicznych ośrodków onkologicznych daje szansę młodym lekarzom.

Prof. Towpik: Szereg Pana uwag dotyczy wszystkich specjalności, dlatego tylko pokrótce zapytam o chirurgię onkologiczną. Nie udało się dotychczas, niestety, wywalczyć – w odróżnieniu od onkologii klinicznej i radioterapii – żeby była to specjalność podstawowa. W związku z tym, szkolenie rozpoczynają z reguły doświadczeni chirurdzy innych specjalności, najczęściej ogólnej, w różnych okresach swojego życia, ale na pewno nie bezpośrednio po studiach.

Prof. Krzakowski: Oczywiście lepiej jest kształcić od początku, z jasną wizją kierunku rozwoju. Robienie specjalizacji szczegółowej, po innej podstawowej, to ryzyko, że niektórzy kandydaci mogą być trochę przypadkowi. Tego bym się nieco obawiał. Ale ja patrzę na środowisko polskich chirurgów onkologów z dużym uznaniem. Jest to grono, które bardzo wiele znaczy w zakresie naukowym. Mamy wielu chirurgów, których nazwiska są znaczące w świecie. Myślę, że ta specjalizacja, pokonując wiele trudności, jednak rozwija się w dobrym kierunku. Na pewno byłoby lepiej, gdyby to była specjalność podstawowa, ale dobrze, że w ogóle istnieje.

Prof. Towpik: Wiele emocji budzi również sprawa oceny Narodowego Programu. Jak Pan Dyrektor ocenia dotychczasowe wykorzystanie funduszy Programu?

Prof. Krzakowski: Nie jestem i nigdy nie byłem członkiem Rady Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, w związku z tym nie znam tak dokład-

nie podziału funduszy i nie chciałbym być recenzentem tego podziału. Natomiast duża część zadań, które stawia przed sobą Narodowy Program to działania, których efektu należy oczekiwać po długoletniej obserwacji. Uważam, że minimalnym okresem, kiedy zauważy się poprawę, będzie okres dekady. To wynika m.in. z niezbędnego okresu obserwacji pozytywnych następstw profilaktyki wtórnej. W sumie uważam, że Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych był rzeczą bardzo potrzebną.

Prof. Towpik: Pojawia się niekiedy opinia, być może jest ona krzywdząca, że korzystanie z funduszy Narodowego Programu było w jakimś sensie zdominowane przez Instytut Onkologii, że to my byliśmy głównymi beneficjentami.

Prof. Krzakowski: Zawsze powtarzam i tym razem też powtórzę tezę, że onkologia jest jedna. Nie ma podziału na onkologię akademicką, instytutową czy sieć onkologiczną. To należy przyjąć jako punkt wyjścia. Skład Rady Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych powinien od początku zakładać równowagę, parytet wszystkich stron i uczestników opieki nad chorymi na nowotwory oraz zaangażowanych w rozwój nauk onkologicznych. Myślę że pierwszy skład tej Rady nie był zrównoważony z przesunięciem na stronę „instytutową”, a teraz jest trochę odwrotnie. Uważam, że szansa powodzenia Narodowego Programu jest tylko wtedy, kiedy poszczególne moduły są realizowane przez obie strony.

Prof. Towpik: Ta idea jednej onkologii jest oczywiście bardzo piękna i można ją uznać za punkt docelowy, do którego dążymy. Ale istnieje szereg zaszczości, a również pewnych ambicji, nie tylko osobistych. W jakim zatem kierunku powinniśmy działać na rzecz prawdziwej integracji środowiska akademickiego, sieci ośrodków regionalnych i Centrum, żeby ten cel przybliżyć?

Prof. Krzakowski: Powinniśmy bardzo ściśle współpracować w trzech obszarach. Pierwszy, ten najważniejszy, to współpraca w zakresie leczenia chorych na nowotwory złośliwe. Trzeba wszystko zrobić, by proces leczenia był skoordynowany. Żeby to nie było tak, że chirurdzy gdzieś operują i później wysyłają chorego do ośrodka onkologicznego, co skutkuje upływem czasu, a nie zawsze operacja wykonana w ośrodku niespecjalistycznym jest prawidłowa. Skutkiem jest pogorszenie rokowania chorych. Mówi się często, że współczesne postępowanie musi być skojarzone. Zwracam jednak uwagę na podstawową zasadę – to skojarzone postępowanie nie jest tylko i wyłącznie wielospecjalistycznym leczeniem (przykładowo – stosowanie adiuwantowej chemioterapii lub hormonoterapii po leczeniu chirurgicznym). Pojęcie skojarzonego postępowania odnosi się przede wszystkim do wielodyscyplinarnego podejmowania decyzji i od tego trzeba zacząć. Mówienie o skojarzonym leczeniu, to jest mówienie o czymś co jest od początku realizowane kolegialnie. To jest zadanie przed jedną i drugą stroną, żeby – jeżeli są takie możliwości, tzn. jest ośrodek academic-

ki i onkologiczny – ośrodki wypracowały sobie system wspólnego kwalifikowania chorych do określonego leczenia (np. w formie wspólnych spotkań). Ale nie zebrań polegających na tym, że będzie się wygłaszać wykłady, ale przedstawiać konkretne przypadki i możliwości ich leczenia. Wszystkich przypadków nie da się przedstawić, zdaję sobie sprawę, ale należy przedstawiać najważniejsze. To pozwoli wypracować pewien model. W tej chwili to, moim zdaniem, system skojarzonego postępowania niemal w ogóle nie funkcjonuje.

Drugim problemem jest dydaktyka. Uniwersytety Medyczne nie mają warunków do kompleksowego kształcenia przeddyplomowego onkologii. Nie mówię o konieczności poznawania bardzo szczegółowych zagadnień. Przede wszystkim chodzi o nauczanie studentów, czyli przyszłych lekarzy, podstaw rozpoznawania, zwłaszcza wczesnego rozpoznawania, zagadnień związanych z prewencją szeroko rozumianą (pierwotną i wtórną), zasad diagnostyki. Trzeba uczyć tego, co jest w praktyce lekarskiej potrzebne, nie ma sensu robienie wykładów na tematy w praktyce nieużyteczne. Nie można zapominać o sprawie rejestrów nowotworów. W Polsce ogromnym problemem jest niedostatecznie działający system rejestrowania nowotworów – mam na myśli nie tylko zachowalność i umieralność, ale szereg innych elementów. Myślę, że student medycyny jest bardzo dobrym celem dydaktyki właśnie w tym zakresie. Jeżeli młody lekarz zrozumie, że trzeba się interesować strukturą zaawansowania i również charakterystyką postępowania w poszczególnych sytuacjach, to będzie dużo łatwiej wypracować i poprawić system rejestracji nowotworów w Polsce.

Trzecim obszarem jest nauka i nie muszę tłumaczyć, że powinniśmy ze sobą współpracować. Medycyna jest dziedziną, której trzeba się uczyć od początku do końca kariery zawodowej. Jednocześnie w onkologii rozwój wiedzy jest nieustanny, co uzasadnia nakłady na naukę oraz współpracę.

Prof. Towpik: I ostatnie już pytanie – istnieje podobno gremium, które nazywa się Rada Dyrektorów Ośrodków Onkologicznych. Nie jestem pewien, czy jest to grono tylko nieformalne. Chciałem zapytać o jego skład i ewentualnie rolę.

Prof. Krzakowski: Jestem Dyrektorem od kilku miesięcy, ale jeszcze nie miałem okazji zetknąć się z Radą Dyrektorów. Wiem, że takie grono istnieje, ale ma raczej symboliczne znaczenie. Nie będę natomiast ukrywał, że nowym pomysłem kilku osób jest stworzenie Kolegium, ale nie dyrektorów, a Kolegium Ośrodków Onkologicznych, które będzie stowarzyszeniem lub konsorcjum. Stowarzyszenie będzie określało plany i możliwości realizacji działań w zakresie rozpoznawania oraz leczenia nowotworów, a także oczywiście zajmować się będzie nadzorem w celu zapewnienia we wszystkich miejscach w Polsce takiego samego poziomu świadczeń. To jest oczywiście struktura o dobrowolnym udziale – nie każdy ośrodek obligatoryjnie będzie musiał wejść w skład Kolegium. Będzie ono natomiast otwarte również dla wszystkich ośrodków

akademickich, które będą chciały w tym przedsięwzięciu uczestniczyć. Bardzo wiele ośrodków wykazało już zainteresowanie. Wśród wojewódzkich ośrodków onkologicznych tylko z jednego miasta wojewódzkiego nie otrzymaliśmy sygnału o chęci podjęcia rozmów. Obecnie inicjatywa ta jest na etapie przygotowania prawnych podstaw, ponieważ musi mieć statut i regulamin działania. Pomysł uzyskał wstępne poparcie Ministerstwa Zdrowia. Wymaga jednak bardzo roważnego przygotowania. Pragnę przypomnieć, że potencjalnie w składzie Kolegium znajdować się mogą ośrodki o bardzo różnym umocowaniu. My jesteśmy Instytutem podległym Ministerstwu Zdrowia. Ośrodki akademickie znajdują się w autonomicznych strukturach uczelni wyższych. Z kolei, ośrodki wojewódzkie podlegają władzom wojewódzkim. Nie chodzi, rzecz jasna, o to, żeby wszystko mechanicznie połączyć. Istotą Stowarzyszenia jest współpraca w zakresie funkcjonalnym. Stąd założenie, że udział będzie dobrowolny.

Prof. Towpik. Dziękuję za rozmowę.