

Rozmowa *Nowotworów*

Nowotwory interview

z prof. dr hab. med. Maciejem Krzakowskim
Konsultantem Krajowym w dziedzinie Onkologii
Klinicznej



Prof. Edward Towpik: Zacznę nieco przewrotnie, jak na rozmowę z czołowym specjalistą w zakresie onkologii klinicznej. Uważa się, że większość wyleczeń nowotworów litych jest wynikiem leczenia chirurgicznego, nieco mniej – radioterapii, natomiast najmniej – leczenia systemowego. Chciałem zatem zapytać, jaka jest – zdaniem Pana Profesora – w tej chwili rola leczenia systemowego we współczesnej onkologii?

Prof. Maciej Krzakowski: Pytanie nie jest przewrotne, ale słuszne, bo tak po prostu jest. Myślę, że jeszcze długo najwięcej osób chorych na złośliwe nowotwory będzie można wyleczyć chirurgicznie. A jaka jest obecnie rola leczenia systemowego? Mnie się wydaje, że leczenie farmakologiczne – określenie bardziej właściwe, ponieważ obejmuje nie tylko chemioterapię – w coraz większym stopniu uczestniczy w leczeniu skojarzonym jako uzupełnienie leczenia chirurgicznego. Pamiętam, że kiedy rozpoczynałem pracę w onkologii, to praktycznie w ogóle nie stosowano uzupełniającego leczenia pooperacyjnego (adiuwantowego) w żadnym nowotworze, natomiast w tej chwili jest już kilkanaście sytuacji klinicznych, w których bez uzupełnienia chirurgii, czy to wstępnym, czy to następnym leczeniem farmakologicznym, nie da się prawidłowo realizować tego postępowania. I to dobrze, bo jest to chyba najlepsza droga do sukcesu. Wynika to z tego,

że spektrum możliwości leczenia farmakologicznego bardzo się rozszerzyło, udowodniono wartość szeregu metod farmakologicznych w leczeniu zaawansowanych stadiów choroby (to znaczy w sytuacji miejscowego nawrotu lub uogólnienia), co jest pierwszym sygnałem możliwości inkorporowania jakiejś metody do pierwotnego leczenia jako uzupełnienie chirurgii. Niestety, kiedyś mi się wydawało i myślę, że wielu osobom też się tak wydawało, że metody farmakologiczne pomogą w zapobieganiu, czyli sprawdzi się hipoteza o możliwości chemoprewencji wielu nowotworów. To się kompletnie nie sprawdziło. Tutaj rzeczywistość okazała się silniejsza i myślę, że nie tędy droga. Natomiast, jeśli chodzi o trzeci obszar zastosowania leczenia farmakologicznego, którym jest leczenie o założeniu paliatywnym, stosowane w zaawansowanych nowotworach, to tutaj obserwujemy stały postęp, zwiększanie się możliwości. Osobiście uważam, że ewolucja możliwości paliatywnego leczenia jest podstawą do prób wbudowywania tych metod do kompleksowego leczenia pierwotnego. To jest taki punkt wyjścia, trampolina, której wyniki można potem przenieść na leczenie uzupełniające. W Polsce jest dziwna sytuacja, która polega na nadmiernym stosowaniu paliatywnej chemioterapii. Odnosi się to również do farmakologicznego leczenia „niecytotoksycznego”, w tym także do stosowania różnych leków uwarunkowanych molekularnie. Myślę, że powinno się dążyć do tego, by jak najwięcej ośrodków w Polsce miało możliwość stosowania tego rodzaju metod leczenia w warunkach kontrolowanych badań prospektywnych, żeby może w ten sposób zdobywały doświadczenie, a nie przez nadmierne stosowanie tych metod leczenia w praktyce.

Prof. ET: Rzeczywiście, przed laty był pewien zestaw leków, cytostatyków – znany i uznany za wystarczający. Obecnie wiemy, że spektrum działania jest o wiele szersze. Jakie można określić główne kierunki rozwoju na najbliższe lata w tej dziedzinie? Jakie są główne obszary badawcze i które z osiągnięć już w tej chwili można uznać za sprawdzone w praktyce?

Prof. MK: W odniesieniu do leczenia farmakologicznego takim najważniejszym kierunkiem badawczym i to nie tylko teoretycznie najważniejszym, ale już obecnie poddawanych bardzo intensywnej eksploracji, jest identyfikacja molekularnych czynników predykcyjnych. Obecnie dysponujemy już około 10 uprawnionymi do stosowania i do wykorzystywania w codziennej praktyce lekami celowanymi, lekami ukierunkowanymi molekularnie, ale niestety tylko w 2-3 przypadkach dysponujemy czynnikami

predykcyjnymi, które są rzeczywiście wartościowe klinicznie. To znaczy, że przy ich użyciu istnieje możliwość identyfikacji chorych, którzy odniosą korzyść z tego leczenia. W większości przypadków nadal posługujemy się czynnikami demograficzno-klinicznymi. Przykład, który odnosi się do stosowania drobnocząsteczkowych inhibitorów tyrozynowej kinazy EGFR w niedrobnokomórkowym raku płuca: mężczyzna – kobieta, palący – niepalący, rasa biała – rasa żółta. Natomiast są też takie leki ukierunkowane molekularnie, w których kompletnie nie ma żadnych czynników predykcyjnych. W zestawieniu z kosztem tych leków marnowane są gigantyczne pieniądze w wyniku stosowania leczenia u niewłaściwych chorych. Posłużę się przykładem: w jednym z ostatnich numerów *Journal of Clinical Oncology* ukazały się wyniki badania, które testowało jedną z terapii antyangiogennych w skojarzeniu z chemioterapią w jednym z nowotworów. Chodzi o dodanie bewacyzumabu do chemioterapii opartej na oksaliplatinie w zaawansowanym raku jelita grubego. Badanie, którego wynik jest pozornie pozytywny, ale tak naprawdę – negatywny, ponieważ uzyskano tylko przedłużenie czasu do progresji lub opóźnienie wystąpienia kolejnej progresji choroby o 1,4 miesiąca. Wspomniany wynik ma klinicznie mierne znaczenie, aczkolwiek osiągnięto poziom znamienności. Do artykułu dołączono wspaniały komentarz redakcyjny, który wskazuje właśnie na dość częste zjawisko rozbieżności między pozytywnymi wynikami badań wstępnych i badań weryfikujących. Badanie weryfikujące na większym materiale często wskazuje na brak czynników o predykcyjnym znaczeniu, co jest istotne wobec wysokich kosztów leczenia. Mam na myśli nie tylko koszt finansowy, ale również obciążenie niepożądanymi działaniami, bez możliwości przewidzenia korzyści terapeutycznych. Z tego względu, coraz częściej onkolodzy na świecie i całe szczęście, że w Stanach Zjednoczonych, bo stamtąd jednak cała ta wiedza emanuje, uświadamiają sobie, że bez uznania czynników predykcyjnych, zupełnie nowych od tych obecnie funkcjonujących, postępu nie będzie. Po prostu zostaną zmarnowane gigantyczne pieniądze – kwoty, którym już obecnie nawet najbogatsze państwa nie są w stanie podołać. To jest pewnie najważniejszy czynnik i chciałbym, aby w tym kierunku wiedza ewoluowała. Natomiast jest też kwestia określania czynników predykcyjnych dla „starych” terapii, czyli dla leków znanych od dziesięcioleci. Wciąż nie mamy pewności, czy na przykład aktywność cisplatin, jednego z najczęściej stosowanych leków w różnych nowotworach, nie zależy od pewnej konfiguracji genetycznej, czy molekularno-genetycznej. Niedawno opinia publiczna została w nie do końca przemyślany sposób poinformowana o możliwości stosowania właśnie cisplasty lub schematów chemioterapii na bazie cisplatin u chorych wybranych pod względem mutacji w genie *BRCA 1*. Prawda została wykoślawiona – cała ta informacja została przedstawiona w sposób, który sugerował, że to już jest fakt naukowo udowodniony, podczas gdy jest to dopiero bardzo wstępny sygnał i hipoteza wymaga potwierdzenia w badaniu z losowym doбором i udziałem ogromnej liczby chorych. Dopiero pozytywny wynik takiego badania będzie uza-

sadniać celowość doboru cytotoksycznych leków w zależności od mutacji *BRCA1*. Mówię o tym, by pokazać, że tego rodzaju badania pomogą nam również w bardziej precyzyjnym i rozumnym używaniu leków starych, które istnieją już od kilku dekad. Myślę, że są to dwa najważniejsze kierunki.

Prof. ET: Przejdźmy teraz do oceny sytuacji w Polsce. Chciałbym najpierw zapytać o kadry. Ilu mamy specjalistów, ile osób się specjalizuje, czy odpowiada to naszym potrzebom, czy nie. Jak wygląda to w poszczególnych ośrodkach, w różnych częściach kraju?

Prof. MK: Są dwa problemy z kadrą onkologów klinicznych: ilościowy i jakościowy. One powinny się łączyć, ale niestety w naszych realiach są bardzo oddzielone od siebie. Lekarzy posiadających certyfikat na stosowanie przeciwnowotworowego leczenia farmakologicznego mamy w Polsce około 400. Używam przybliżenia, ponieważ każda sesja egzaminacyjna oznacza dodatkowo około 20 nowych specjalistów. Od tego trzeba odjąć oczywiście emigrujących lekarzy. Nie jest ich wielu, ale jednak wyjazdy zdarzają się w tej specjalności. Poza tym, część lekarzy kończy oficjalnie swoją karierę zawodową z racji przekroczenia pewnej granicy wieku. Czy liczba około 400 specjalistów jest wystarczająca? Odpowiedź brzmi, że zdecydowanie nie. W dużych centrach, w ośrodkach wojewódzkich, w Instytutach warszawskim, gliwickim i krakowskim, nie widać, że jest tych lekarzy za mało. Natomiast niedobór kadr jest widoczny w ośrodkach terenowych. Na fali demokratyzacji w Polsce powstało bardzo wiele mini-ośrodków, zarówno publicznych, jak i niepublicznych, które zajmują się przede wszystkim leczeniem farmakologicznym, ponieważ to się bardzo opłaca. To są bardzo często ośrodki obsadzone przez jedną osobę, albo, co jest jeszcze gorsze, są to ośrodki, do których ktoś od czasu do czasu dojeżdża i wykonuje tę działalność „z doskoku”. I ta sytuacja jest bardzo niekorzystna. Zawsze jest tak, że jeśli są dwie osoby albo więcej, to można się wzajemnie wspomagać i uczyć, można kogoś o coś zapytać w sytuacji wątpliwości. Ludzie, którzy pracują w ośrodkach jednoosobowych, nie mają takiej możliwości. Myślę, że zwiększenie liczby specjalistów chociażby z tego powodu byłoby korzystne. Oczywiście jest jeszcze mnóstwo innych powodów. Istnieje szalona polaryzacja, jeśli chodzi o nasycenie, tzn. o wskaźnik liczby specjalistów na określoną liczbę mieszkańców, w poszczególnych województwach. W zakresie wskaźnika istnieją znaczne różnice. Mniejszy jest problem, jeżeli dotyczy to małego terytorialnie województwa (np. opolskie czy lubuskie), gdzie dojazd do specjalisty jest w miarę łatwy. Jeśli natomiast dotyczy to województwa warmińsko-mazurskiego, które jest ogromne w sensie terytorialnym, to zaczyna być problem.

Drugim problemem jest jakość. W Polsce niestety wciąż nie funkcjonuje system ciągłej edukacji. Nie można tego porównać z tym, co dzieje się np. w Stanach Zjednoczonych. Zdaję sobie sprawę, że w Stanach Zjednoczonych *continuous education* jest stymulowane przez

wymierne korzyści, jakie płyną z uzyskania wyższych kwalifikacji. Tak też powinno być u nas. Powinny to być zarówno korzyści finansowe, jak również jasno ustanowione zasady sprawowania kierowniczych stanowisk. Np. ten zostaje ordynatorem, kto uzyskał odpowiednią liczbę edukacyjnych punktów i poszerzył zakres umiejętności, ale też potwierdził na różne sposoby – nie tylko punktami – swoją wartość. Natomiast jak to wygląda u nas – wiadomo. Jest bardzo wielu lekarzy, którzy nie podnoszą swoich kwalifikacji, nie nadążają za rozwojem tej dziedziny, nie śledzą postępów. I to nie tylko w zakresie „*pure science*”. To jest bardzo często podstawowy wymóg wiedzy (np. na temat powikłań nowych metod leczenia). Mówi się, że są terapie celowane, ale tak naprawdę nie są one całkowicie celowane – mają profil toksyczności inny od dotychczas nam znanych. Ludzie, którzy chcą uprawiać onkologię kliniczną, muszą nadążać za nowymi klasyfikacjami powikłań, działań niepożądanych i za nowymi metodami postępowania w przypadku pojawienia się tych powikłań. Teraz jest bardzo wielu lekarzy, którzy tego nie robią. A więc – reasumując – biorąc pod uwagę oba aspekty, ilościowy i jakościowy, to kadra, którą dysponujemy, nie jest zadowolająca.

Prof. ET: Jaka jest obecnie dostępność leczenia farmakologicznego w onkologii w Polsce? Wiemy przecież, że jest to leczenie ogromnie kosztowne. Czy możemy uznać, że w tej chwili ta dostępność jest u nas wystarczająca? Czy może, ze względów ekonomicznych – ograniczona?

Prof. MK: W jakimś sensie ta dostępność jest ograniczona. Wiele się u nas mówi o przejrzystości, jest takie modne słowo „transparentność”. Natomiast ja powiem szczerze, że nie widzę do końca transparentności w decyzjach instytucji, które decydują o zarejestrowaniu, o refundacji i o dopuszczeniu do stosowania leków w Polsce. Odnoszę wrażenie, że czasami pewne grupy leków są preferowane kosztem innych.

Ale, trzymając się tylko faktów, charakterystycznym elementem polskiej sytuacji jest polaryzacja w zakresie dostępności regionalnej. I to nie jest tak, że są województwa, które mają ogólnie niski poziom dostępności i są takie, które mają bardzo wysoki. Przeważnie jest tak, że w jednym segmencie (np. w odniesieniu do pewnej grupy leków) dostępność jest lepsza w województwie A, a w innym województwie inny segment jest bardziej popularny. To chyba bardziej zależy od tego, że regionalny lider – osoba czy osoby bardziej prominentne i oddziałujące na środowisko – są mniej lub bardziej zainteresowane jakimś nowotworem i w związku z tym kontraktacja leków dla tego nowotworu jest lepsza. Czasami ma to też związek, jak myślę, z większym lub mniejszym zainteresowaniem badaniami klinicznymi. Jeżeli dany region ma długą tradycję uczestniczenia w badaniach klinicznych, to występować mogą trudności w uzyskaniu lepszego kontraktu na leki standardowe.

Tak więc – w odniesieniu do pierwszego punktu – dostępność jest zróżnicowana. Po drugie, nie mogę

wskazać województw, które są zdecydowanie „w ogonie”, a na drugim biegunie województw, które są zdecydowanymi liderami. Ogólnie powiedziałbym, że ta dostępność jest – w skali not szkolnych – dostateczna. Nie jest na pewno dobra, czyli czwórki nie można postawić, a tym bardziej nie można postawić piątki. Jakiś procent chorych, którzy są w świetle dzisiejszej wiedzy kandydatami do stosowania nowoczesnych leków, otrzymuje je. Jedną – aczkolwiek z pewnością nie jedyną i nie najważniejszą – z przyczyn jest fakt, że obecny system nadzoru ordynacji nie jest szczelny i monitorowanie wydatków wskazuje na stosowanie u części chorych leczenia niecałkowicie uzasadnionego. Niepotrzebnie stosowane leki oznaczają zmarnowanie części pieniędzy.

O jednej rzeczy należy pamiętać, mianowicie o tym, że bardzo często efekt nowych terapii jest demonizowany. Nie mam wątpliwości, że wprowadzenie nowego leku, ukierunkowanego molekularnie, do leczenia mięsaków podścieliska przewodu pokarmowego stanowiło autentyczny postęp. Była to sytuacja, kiedy wcześniej nie dysponowaliśmy praktycznie lekami skutecznymi w zaawansowanym stadium tego nowotworu, a pojawiło się coś wartościowego. Podobnych sytuacji jest kilka. Z drugiej strony, niejednokrotnie leki ukierunkowane molekularnie (tzw. leki celowane) stanowią bardzo niewielki postęp w ogólnym zmaganiu z określonymi nowotworami. Przykładów można by trochę wycisnąć.

Prof. ET: Czy można określić, jaki jest udział leczenia w ramach badań klinicznych leków w stosunku do całego obszaru leczenia farmakologicznego nowotworów? Czy jest to udział znaczący? I czy rzeczywiście jest tak, jak niektórzy twierdzą, że prowadzenie badań klinicznych w Polsce jest dla producentów atrakcyjne?

Prof. MK: Na pierwsze pytanie – niestety – nikt w Polsce nie jest w stanie odpowiedzieć. Jest bardzo trudno, z niezrozumiałych powodów, uzyskać informacje o zakresie aktualnie prowadzonych badań klinicznych w naszym kraju. Mówię o zakresie, bo nikt nie aspiruje do zbierania informacji na temat szczegółów tych badań. Zdaję sobie sprawę, że jest to do pewnego stopnia tajemnica producenta badanego leku, czyli sponsora badania. Do momentu uzyskania ostatecznego wyniku, który potwierdzi skuteczność nowego leku lub metody leczenia, sponsor stara się z naturalnych powodów trzymać wszystko w tajemnicy. Ale u nas nawet zdobycie informacji o tytule badania i najbardziej ogólnych danych (np. liczba chorych) graniczy z cudem. Parę razy, w celu przygotowania różnych opracowań, próbowałem w Urzędzie Rejestracji uzyskiwać takie dane – było to bardzo trudne. Myślę, że gdybym nie był konsultantem krajowym, to nawet nie mógłbym rozpocząć jakichkolwiek rozmów na ten temat. A tak – rozmowy udało się rozpocząć, ale w jednym przypadku nie udało się później uzyskać tych informacji, a w drugim te informacje na pewno nie były kompletne. Nie mogę w związku z tym określić odsetka chorych, którzy uczestniczą w badaniach klinicznych. Myślę, że jest ich niewiele – sądzę, że

stanowią zaledwie około 10-15% ogólnej liczby. Jest to i tak dobry wynik w porównaniu do krajów zachodnich, bo w krajach zachodniej Europy odsetek chorych uczestniczących w badaniach klinicznych jest poniżej 5%. Ten procent był na pewno kiedyś w Polsce wyższy. Zmniejsza się według mnie dlatego, że coraz częściej, efektywniej i bardziej prawidłowo działają komisje bioetyczne. Nie znaczy to absolutnie, że są one perfekcyjne. W wielu jeszcze przypadkach komisja ogranicza swoją działalność do pobrania formalnej opłaty za wydanie pozytywnej decyzji, nie wnikając zbyt szczegółowo w charakterystykę badania klinicznego. Na całe szczęście komisja Centrum Onkologii nie działa w ten sposób. Coraz częściej komisja albo nawet sami badacze odrzucają projekty badań, które nie zostały zaakceptowane przez społeczeństwa i lekarzy onkologów w Europie zachodniej. Takie badania usiłuje się realizować właśnie u nas i coraz częściej są odrzucane. Często mają nadmiernie rozbudowane procedury, które stają się niezwykle uciążliwe dla chorych, przykładowo – wielokrotne pobieranie w ciągu doby próbek krwi. Zapewne odrzucone projekty badawcze wędrują dalej na wschód – do krajów, które z nami sąsiadują oraz Azji. Tam prawdopodobnie coraz częściej robi się takie badania, które zostały odrzucone w Europie. Trzeba pamiętać, że ludzie, którzy zamieszkują Azję środkową i kraje dalekowschodnie są pod względem farmakogenetycznym od nas różni. Jeżeli ktoś chce opracować lek, czy metody leczenia dobre dla Europejczyków lub dla przedstawicieli rasy kaukaskiej, powinien te badania robić na przedstawicielach rasy kaukaskiej. Wyniki badań uzyskanych w Japonii, Chinach czy Wietnamie nie będą przydatne w Europie.

Prof. ET: Czy wykonywanie badań klinicznych w Polsce jest dla producentów atrakcyjne?

Prof. MK: Wciąż jeszcze jest. Po pierwsze u nas jest duży materiał badawczy. Na przykład w kraju, w którym zachorowalność na raka płuca wynosi 22 000 rozpoznań rocznie, zawsze znajdzie się sporo chorych do tych badań. Jest to jeden z najczęściej badanych nowotworów. Po drugie, wymagania stawiane przez ośrodki polskie jeszcze nie są takie, jak np. w Niemczech czy Holandii. Ale zbliżamy się do tego, ponieważ ewolucja jakości realizacji badań klinicznych w Polsce jest przeogromna. Pamiętam doskonale czasy, kiedy te badania były robione, delikatnie mówiąc, po partyzancku. W tej chwili większość ośrodków, uczestniczących w klinicznych badaniach, prowadzi je według europejskiego standardu.

Chciałem jeszcze o jednej rzeczy wspomnieć. W Polsce płatnicy – ośrodki, które finansują opiekę onkologiczną – jak również administratorzy szpitali, instytutów lub uczelni postrzegają udział w badaniach klinicznych jako niekorzystny z punktu widzenia ekonomicznego. W rzeczywistości jest odwrotnie. Podstawową zasadą GCP (*good clinical practice* – przyp. red.) jest zapewnienie alternatywnej metody leczenia chorego, któremu proponuje się udział w badaniu klinicznym. Jest to konieczne na wypadek, gdyby chory nie wyraził zgody

na udział w badaniu, albo zrezygnował z niego w trakcie. Czyli z definicji są to chorzy, których i tak należy w jakiś sposób leczyć. Natomiast to jest traktowane, jakby badania były tylko i wyłącznie eksperymentem, który obciąża budżet szpitala. To może być prawdą w odniesieniu do badań pierwszej fazy, gdzie mamy do czynienia z chorymi, którzy już wyczerpali możliwości jakiegokolwiek postępowania. Ale takich badań w Polsce praktycznie się nie prowadzi. Badania pierwszej fazy głównie koncentrują się w Stanach Zjednoczonych. To jest pierwsza sprawa, druga sprawa jest taka, że w Polsce istnieją fatalne tendencje do unicestwienia badań akademickich. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego praktycznie nie finansuje z grantów jakichkolwiek programów i projektów, które mają chociaż najmniejszy związek z leczeniem farmakologicznym. Inne możliwości finansowania badań akademickich są bardzo ograniczone. A akademickie badania stanowią w rzeczywistości jedyny obszar niezależności doświadczalnej. Ja nad tym ubolewam i myślę, że najważniejszym zadaniem akademickiej sieci onkologicznej nie powinna być kontestacja działań sieci ośrodków wojewódzkich, ale porozumienie się z siecią onkologiczną właśnie w tym obszarze. Co zrobić, żebyśmy wrócili do stanu, który kiedyś funkcjonował, że wprowadzane były badania akademickie? One są bardzo wartościowe, ponieważ pozostają najczęściej bez wpływu sponsora.

Prof. ET: A czy akademicka sieć jest już faktem dokonanym?

Prof. MK: Tak, pierwsze spotkanie odbyło się we Wrocławiu i w konsekwencji dalszych działań powstała sieć akademicka. Onkologii trzeba na studiach uczyć lepiej, to nie ulega wątpliwości. Przeddyplomowe nauczanie onkologii dotychczas nie było w Polsce zadowalające, a w niektórych uczelniach do niedawna w ogóle nie uczyło się onkologii. Z tego względu akademicka sieć jest oczywiście potrzebna i wzmocnienie w bardzo wielu uczelniach zakładów czy kadr w onkologii jest konieczne. Powstania sieci nie należy krytykować i należy podjąć wspólne działania. Myślę, że w wielu ośrodkach wspólnymi siłami można poprawić poziom nauczania studentów.

Chciałbym powiedzieć jeszcze jedną rzecz. Mówiliśmy dziś o ilości i jakości specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej. Muszą być stworzone lepsze systemy edukowania lekarzy, którzy już posiadają specjalizację. I tu ogromna rola ludzi, którzy już osiągnęli pewien etap rozwoju zawodowego, piastują jakieś godności, są kierownikami lub ordynatorami, konsultantami wojewódzkimi lub krajowymi. Musimy spróbować uatrakcyjnić na przykład nasz program edukacyjny. Konferencje, które organizujemy, powinny się odbywać według formuły bardziej integrującej środowisko, w bardziej interaktywny sposób. Programy konferencji muszą w większym stopniu aktywizować uczestników, którzy nie mogą być tylko i wyłącznie biernymi słuchaczami. Mnie zawsze fascynowały i fascynują nadal kongresy organizowane w Stanach Zjednoczonych, gdzie w każdej sesji widać wręcz dra-

pieźność uczestników, w sensie uzyskania jeszcze jakichś informacji. U nas pytania zadaje sobie podczas konferencji – po wykładach – wąskie grono tych samych ludzi. Ten konsument, który jest najważniejszym elementem konferencji, czyli „szeregowy” uczestnik jest bierny. W tym momencie powracam do koncepcji rzeczywistej wartości edukacyjnych punktów – edukacyjne punkty muszą mieć rzeczywiste przełożenie na nasze kariery, na wspinanie się po szczeblach zawodowej drabiny i w jakiś sposób wpływać na możliwości prywatnej praktyki. Dyplom, który potwierdza zdobycie punktów, powinien mieć znaczenie również w prywatnej praktyce. Ale to wszystko musi być w jakiś cywilizowany sposób nadzorowane, ponieważ bez kontroli upodobnimy się do lekarzy z Indii, którzy legitymują się kolorowymi dyplomami.

Myślę, że ogromne znaczenie ma również zmiana podejścia kierowników specjalizacji do swoich obowiązków. Nowe rozporządzenie o specjalizacjach, mam nadzieję, powinno dać większe możliwości, ale jednocześnie nałożyć większe obowiązki na kierowników specjalizacji, ponieważ w tej chwili nadzorowanie lub kierowanie specjalizacją jest wielokrotnie fikcją. Z książki żaden człowiek nie nauczy się medycyny, trzeba uczyć się w praktyce od nauczycieli. A w tej chwili jest tak, że ludzie się uczą tylko z książek lub skryptów, natomiast nie mają tych wzorów. I ostatnia rzecz już na koniec, którą chciałbym powiedzieć – powstanie wspomnianych wcześniej mini-ośrodków, jest faktem i ceną demokracji, ale powinien zostać stworzony model edukacyjnej współpracy wojewódzkich ośrodków onkologicznych z tymi mini-ośrodkami. Osoby pracujące w niewielkich ośrodkach powinny zdawać okresowo sprawozdanie ze swojej działalności. Konsultant wojewódzki powinien to nadzorować, wskazywać błędy i ustalać bardziej optymalne rozwiązania. Pomagać, a nie karać, kreować lepszy model działania.

Prof. ET: Dziękuje za rozmowę