

O konieczności stałych działań profilaktycznych, konsekwencji w ich realizacji i wyciąganiu naukowych wniosków z prof. dr. hab. n. med. Jarosławem Regułą, Kierownikiem Klinik Gastroenterologii Centrum Onkologii — Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Prezesem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG) rozmawia Małgorzata Stępień.



# Najważniejsza jest jakość działań i konsekwencja – nawet kosztem szybkości

– **Panie Profesorze, nowotwory układu pokarmowego awansowały na niechlubne pierwsze miejsce w ogólnej liczbie zachorowań na nowotwory. Dlaczego tak się dzieje?**

– Układ pokarmowy obejmuje wiele narządów służących do przyjmowania, trawienia, wchłaniania i metabolizmu pokarmu. Są to między innymi przełyk, żołądek, trzustka, wątroba, jelito cienkie oraz jelito grube. W każdym z tych narządów może rozwinąć się nowotwór złośliwy — rak, nowotwór łagodny nabłonkowy — zwykle gruczolak czy też nowotwory pochodzące z innych tkanek, tworzących narząd trawienia, jak na przykład guzy neuroendokrynne czy stromalne. Mogą rozwijać się tu także stany przedrakowe oraz liczne postaci chorób zapalnych, z których większość odgrywa udokumentowaną rolę w rozwoju nowotworu na ścieżce „od zapalenia do nowotworu”. Biorąc więc pod uwagę liczbę zachorowań i zgonów na wszystkie nowotwory przewodu pokarmowego, stanowią one najliczniejszą grupę nowotworów: 22,5% pod względem zachorowania oraz 28,8% w przypadku zgonów. Niektóre z nich występują bardzo często, jak

choćby rak jelita grubego, inne mają bardzo złe rokowanie, jak rak trzustki. Nowotwory te stanowią poważny problem epidemiologiczny. Na świecie diagnostyką endoskopową i ultrasonograficzną, różnicowaniem klinicznym, leczeniem endoskopowym stanów przedrakowych oraz najwcześniejszych postaci raka, w końcu endoskopowym leczeniem paliatywnym, a więc protezowaniem czy zakładaniem przezskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG), zajmują się gastroenterolodzy.

– **Jakie związki istnieją między nowotworami i nienowotworowymi chorobami układu pokarmowego? Czy wpływają na siebie nawzajem?**

– Nienowotworowe przewlekłe choroby zapalne wielu narządów, nie tylko w przewodzie pokarmowym, zwiększają ryzyko rozwoju nowotworu. Dobrym przykładem są nieswoiste

Ciąg dalszy na następnej stronie

## Prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła

jest Kierownikiem Kliniki Gastroenterologii Centrum Onkologii — Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie i Kliniki Gastroenterologii CMKP. W 1981 roku ukończył z wyróżnieniem I Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. W 1986 roku uzyskał tytuł doktora, w 1998 roku — habilitację, a 2007 roku tytuł profesora. W latach 1992–1993 przebywał na stypendium naukowym w *University College* Londyn. Posiada specjalizacje I i II stopnia z chorób wewnętrznych oraz z gastroenterologii. Od 2002 roku jest członkiem *European Board of Gastroenterology* (EUMS). Wybrane funkcje: 1998 r. — Założyciel Krajowego Rejestru Przełyku Barretta; 2000 r. — współorganizator i współkoordynator Programu Przesiewowego w kierunku raka jelita grubego; 2002 r. — członek Komisji Akredytacyjnej Ministra Zdrowia; 2006 r. — Przewodniczący Komisji Bioetycznej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; 2007 r. — Prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. Członkostwo m.in. *European Association for Gastroenterology and Endoscopy* — członek Zarządu od 2005 roku; *United European Gastroenterology Federation* — członek *General Assembly*. Najważniejsze publikacje: 1. Reguła J., Rupiński M., Kraszewska E. i wsp. Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N. Engl. J. Med.* 2006; 355: 1863–1872; Kamiński M.F., Reguła J., Rupiński M. i wsp. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N. Engl. J. Med.* 2010; 362: 1795–1803.



## Ciąg dalszy ze strony 5

choroby zapalne jelit, jak wrzodziejące zapalenie jelita grubego (*colitis ulcerosa*) czy choroba Crohna. W tych chorobach ryzyko raka jest znaczne i zwiększa się wraz z czasem trwania schorzenia. Ponieważ choroby te są praktycznie nieuleczalne, a z okresami remisji i zaostrzeń trwają przez całe życie, wymagają ścisłego nadzoru endoskopowego. Pełna kolonoskopia z licznymi wycinkami następuje już po 10 latach trwania choroby, z koniecznością powtórzenia zabiegu najpierw co 3 lata, potem co 2 lata, a w końcu co roku po 20–25 latach trwania choroby. Czynnikiem, które to ryzyko może zwielokrotnić, jest współistnienie innej choroby przewodu pokarmowego, czyli stwardniającego zapalenia dróg żółciowych (*cholangitis sclerosans*). U chorych z obiema chorobami zapalnymi nadzór za pomocą kolonoskopii musi być szczególnie intensywny. Podobne zależności występują w przewlekłym zapaleniu wątroby typu C, prowadzącym do raka wątrobowo-komórkowego czy w raku gruczołowatym przełyku na tle choroby refluksowej i przełyku Barretta. Ta zależność jest powszechna.

**– Jak wygląda obecna sytuacja programu przesiewowych badań w kierunku raka jelita grubego w Polsce na tle innych krajów? Jaki udział w powstaniu i realizacji tego programu miały kierowane przez Pana Kliniki Gastroenterologii warszawskiego Centrum Onkologii — Instytutu oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego?**

– *Ogólnokrajowy Program Badań Przesiewowych w kierunku raka jelita grubego*, działający od 2000 roku, koordynuje zespół Kliniki Gastroenterologii, a finansuje Ministerstwo Zdrowia. W jego stworzeniu zasadniczą rolę odegrał profesor Eugeniusz Butruk, ówczesny kierownik Kliniki. Początki były trudne: zaczynaliśmy od uruchomienia programu w 7 ośrodkach. Ich liczba wzrosła do 84 w 2010 roku. W tym okresie w ponad 100 ośrodkach w całej Polsce (część z nich nie brała udziału we wszystkich latach realizacji programu z powodu własnej rezygnacji lub wykluczenia z programu) przeprowadzono 228 339 profilaktycznych badań kolonoskopowych. Aktualnie jest to już prawie 300 000. Program pozwolił na stworzenie niemal 90 jednostek administracyjnych umożliwiających dalsze rozwijanie badań profilaktycznych w raku jelita grubego. Prowadzona w jego ramach *Szkoła kolonoskopii* w ciągu dekady działalności wyszkoliła ponad 200 lekarzy w wykonywaniu tego badania.

Wyniki Programu są gromadzone w formie baz danych, używanych przez wszystkie ośrodki. Bazy te, po przesłaniu do Centrum Onkologii, są weryfikowane, monitorowane i podsumowywane. Aby jednak usprawnić zbieranie danych i nadzór nad Programem konieczne jest stworzenie systemu *online*.

Wszystkie badania kolonoskopowe, stanowiące badanie przesiewowe, wykonano ambulatoryjnie i głównie bez znieczulenia. Powikłania wystąpiły u zaledwie 0,11% osób, włączając w to kilka perforacji (0,013%). Ocena zadowo-

lenia pacjentów mierzona za pomocą kwestionariuszy wykazała, że aż 93% osób jest gotowa poddać się ponownemu badaniu w razie potrzeby. U 0,83% zbadanych wykryto raka jelita grubego, włączając w to gruczolaki z ogniskami raka inwazyjnego (0,19%). Ogólnie zmiany zaawansowane wraz z gruczolakami zaawansowanymi oraz rakiem wykryto u 5,9% osób, co oznacza, że jedna na 17 zbadanych odniosła konkretne korzyści z badania.

**– To rzeczywiście zachęcające wyniki, jednak ich prawdziwe korzyści widać dopiero po latach systematycznych i konsekwentnych badań...**

– To prawda, że efekty działań profilaktycznych widoczne są dopiero po wielu latach. Już samo zbieranie informacji o takich wskaźnikach jak 5-letnie przeżycia oznacza konieczność okresu obserwacji co najmniej 6–7 lat od początku Programu. Inne parametry epidemiologiczne też widać z wieloletnim opóźnieniem. Dlatego podstawowym warunkiem uzyskania poprawy epidemiologicznej jest stałość działań, konsekwencja w ich realizacji i możliwość monitorowania. Aby móc określić efekt prowadzonych działań profilaktycznych na poziomie epidemiologicznym, kluczowe jest wprowadzenie populacyjnego programu profilaktycznego z dokładnie zdefiniowaną grupą docelową, do której wysyłane są zaproszenia na badanie. Optymalnym sposobem monitorowania ich efektywności byłoby wprowadzenie skringingu populacyjnego w sposób randomizowany, w którym zidentyfikowana populacja jest losowo przydzielona do udziału w Programie na początku jego działania lub z opóźnieniem. W ten sposób można odnieść pierwsze wyniki badań w grupie zapraszonej na badanie przesiewowe do wyników w podobnej grupie, niepoddanej początkowo badaniu. Oczywiście

z czasem cała zidentyfikowana populacja zostaje zaproszona na badanie. Taki schemat badań przesiewowych prowadzony jest w Finlandii, a wkrótce będzie także w Norwegii.

Niemniej najnowsze dostępne dane epidemiologiczne opublikowane w 2007 roku (EUROCORE 4) wskazują, że odsetek 5-letnich przeżyć w raku jelita grubego w Polsce wzrósł do 46%. Poprawa tego odsetka należy do najwyższych w Europie. Wpłynęły na to różne czynniki, w tym także Program Badań Przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Wciąż jednak wyniki te są gorsze od uzyskiwanych w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych. W Stanach Zjednoczonych 1/3 populacji powyżej 50. roku życia w ciągu ostatnich 5 lat poddano kolonoskopii lub sigmoidoskopii, co uważa się za główną przyczynę najlepszych na świecie wyników przeżywalności osób z rakiem jelita grubego.

Najnowsze prognozy dotyczące raka jelita grubego w Polsce przewidują dalszy wzrost liczby zachorowań i zgonów do 2025 roku, niezbędne jest więc rozwijanie Programu Badań Przesiewowych dla jego wczesnego wykrywania. Szacuje się, że w naszym kraju w 2025 roku liczba zachorowań na ten nowotwór wyniesie u obu płci łącznie około 24 600, a liczba zgonów blisko 16 600, co jest istotnym wzrostem względem analogicznych wartości (około 13 900 i 8000) w 2006 roku.

Warto podkreślić tu rolę monitorowania jakości w Programie Badań Przesiewowych, którą traktuje się priorytetowo i stale doskonali. Wprowadzono nowy, unikatowy element kontroli jakości, jakim jest monitorowanie za pomocą rejestrów nowotworowych występowania raków interwałowych, pojawiających się pomiędzy kolejnymi badaniami przesiewowymi.



Wykazano również, że ich występowanie wiąże się z wcześniej używanym w Programie parametrem jakości kolonoskopii przesiewowej, czyli częstością wykrywanych zmian gruczolakowatych (odsetek zbadanych osób, u których wykryto co najmniej jedną zmianę gruczolakowatą). Ostatni z tych parametrów można mierzyć zarówno dla całego ośrodka profilaktycznego, jak i dla każdego lekarza przeprowadzającego badanie. Oznacza to, że można monitorować ten parametr w sposób ciągły i dążyć do jego poprawy poprzez interwencje edukacyjne i szkolenie, gdy jego wartości są niedostateczne. Takie postępowanie wdrożono w celu dalszej poprawy skuteczności programu profilaktycznego. Wyniki badań dotyczące tego zagadnienia opublikowano w najbardziej prestiżowym medycznym czasopiśmie na świecie „New England Journal of Medicine”.

**– Gratuluję naukowej konsekwencji i sukcesu. Jak można by było podsumować zalety kolonoskopii i polskiego Programu badań przesiewowych nowotworów jelita grubego?**

– Na świecie wciąż dywaguje się na temat optymalnej metody badań przesiewowych. Naszym zdaniem kolonoskopia daje wiele korzyści: począwszy od możliwości wczesnego wykrycia oraz zapobiegania rozwojowi raka jelita grubego poprzez usuwanie zmian przednowotworowych, zmniejszenie zapadalności na tę chorobę o 76–90% po największe wśród dostępnych metod skriningowych zmniejszenie śmiertelności z jej powodu. Metoda ta jest efektywna także ekonomicznie, zmniejszając wydatki na diagnostykę i leczenie raka jelita grubego, a badania są jednostopniowe, wykonywane raz na 10 lat.

Polski Program wyróżnia się też innymi zaletami: jest unikatowy w skali światowej pod względem jakości, obejmując wszystkie ośrodki i wykonane badania kolonoskopowe. Ma niski koszt wykrycia zaawansowanych zmian, a w każdym roku wykorzystuje przeznaczone środki finansowe w ponad 95%. Daje także zadowolenie jego uczestnikom, o czym świadczy fakt, że aż 93% osób powtórzyłoby badanie w razie konieczności. W końcu wykorzystuje metodę badań przesiewowych na poziomie ogólnokrajowym, co czyni Polskę jednym z liderów Europy i daje mu wysokie oceny na arenie międzynarodowej.

**– Jakie czynniki warunkują sukces programu przesiewowych badań w kierunku raka jelita grubego? Które z nich są na tyle uniwersalne, by można je było zastosować w innych programach przesiewowych w Polsce?**

– Prowadzenie przez Klinikę programu przesiewowego w skali kraju pozwoliło nam zdobyć olbrzymie doświadczenie organizacyjne, co także opisano we wspomnianych artykułach opublikowanych w „New England Journal of Medicine”. Ponadto, przez ostatnie trzy lata realizowaliśmy polską część programu NordICC, finansowanego przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR). Cały program prowadzimy we współpracy z Norwegią, Holandią, Szwecją i Stanami Zjednoczonymi.

Doświadczenia z tych działań uważam za bezcenne dla Polski: mam nadzieję, że uda się je wykorzystać w ramach działań profilaktycznych w kraju. Po pierwsze, udało nam się uzyskać odsetek zgłaszalności na kolonoskopię w granicach 30–33%, co stanowi najlepszy na świecie wynik: w krajach takich jak Włochy, Holandia, Hiszpania odsetek ten wynosi jedynie 10–25%! Wyższym wskaźnikiem wyróżniają się tylko kraje skandynawskie. Osiągnięcie takiego wyniku było możliwe dzięki starannemu opracowaniu procesu zapraszania i użyciu niektórych modeli skandynawskich. Zaproszenie obejmowało list z kolorowym folderem zawierającym informacje o raku jelita grubego oraz ankietę zwrotną. List wysyłano z 6-tygodniowym wyprzedzeniem względem proponowanej daty badania. Jeśli w ciągu 3 tygodni nie uzyskiwano odpowiedzi, przesyłano przypomnienie. Jeśli nadal nie uzyskiwano odpowiedzi, to po kilku miesiącach wysyłano kolejne zaproszenie. W celu likwidacji barier potencjalnie obniżających zgłaszalność, stosowano następujące działania: możliwość dowolnej zmiany terminu badania, włączając w to godziny poranne i sobotę, możliwość wykonania każdego badania w znieczuleniu, możliwość konsultacji z lekarzem i umówienia dogodnego schematu przygotowania oraz formy badania, wysłanie leków przygotowujących do badania za pośrednictwem firmy kurierskiej lub umożliwiając odbiór osobisty, bezpłatny parking w ośrodku profilaktycznym i możliwość uzyskania zwolnienia lekarskiego za dzień badania. Ponieważ niemal 60% zapraszanych osób zmienia termin badania, opracowano i wdrożono specjalny program komputerowy (*Appointment Book*). Ponadto w ramach działań związanych z zapraszaniem do programu NordICC przeprowadzono trzy odrębne badania kliniczne z randomizacją, mające określić skuteczność różnych interwencji w zwiększaniu odsetka zgłaszalności na badanie profilaktyczne. Pierwsze z nich obejmowało grupę tysiąca osób, która pierwotnie nie odpowiedziała na zaproszenie. Dokonano losowego podziału do badanych grup, którego celem było porównanie skuteczności dwóch interwencji w zwiększaniu odsetka zgłaszalności na badanie profilaktyczne. Pierwsza interwencja polegała na zaproszeniu na spotkanie edukacyjne, w czasie którego osoby miały możliwość wysłuchania krótkich prelekcji na temat raka jelita grubego i profilaktyki, a następnie dyskusji z autorytetem ze świata kultury i ekspertami na ten temat. Druga interwencja polegała na wysłaniu prostego, ponownego zaproszenia na badanie. Zaskakująco zgłaszalność na kolonoskopię w grupie, w której proponowano spotkania edukacyjne, była istotnie niższa niż zgłaszalność w grupie osób zapraszanych ponownie. Celem drugiego badania było określenie, czy informacja na temat lekarza lub możliwość wyboru jego płci, zawarta w zaproszeniu, ma wpływ na zgłaszalność na przesiewową kolonoskopię. Osoby biorące udział w programie NordICC, u których wykonywano kolonoskopię, losowo przydzielono do jednej z trzech grup. Grupa 1 otrzymała standardowe zaproszenie oraz ulotkę z informa-

cją na temat konkretnego lekarza wykonującego badanie obejmującą: dane personalne (imię, nazwisko, tytuł naukowy, miejsce pracy, zdjęcie) oraz dane o doświadczeniu i osiągnięciach ośrodka, w którym jest zatrudniony. Grupa 2 otrzymała standardowe zaproszenie z dodatkową informacją na temat możliwości wyboru płci osoby przeprowadzającej endoskopię, wyszczególnioną poniżej proponowanej daty badania. Grupa 3 otrzymała standardowe zaproszenie bez dodatkowych informacji na temat lekarza lub możliwości wyboru jego płci. Zaskakująco zgłaszalność na kolonoskopię w grupie, której zaproponowano standardowe zaproszenie, była istotnie wyższa niż zgłaszalność w pozostałych grupach. Celem trzeciego badania było ustalenie, czy zaproszenie i przypomnienie o profilaktycznej kolonoskopii lepiej wysłać w schemacie 6–3 tygodnie czy 4–2 przed planowaną datą badania. Zgłaszalność w obu grupach w pierwszych 6 tygodniach od planowanej daty badania była porównywalna.

Uważam, że metody te mogą być wykorzystane także w innych programach przesiewowych. Duże znaczenie przywiązuję do faktu wyznaczenia konkretnej daty badania przesiewowego, co zwykle podwaja zgłaszalność, a o czym organizatorzy działań profilaktycznych często zapominają.

**– Istotnie, tak opracowane zaproszenia chyba nie pozostawiają wątpliwości co do profesjonalizmu i intencji badaczy. Jaka jest obecna sytuacja i perspektywa współpracy między gastroenterologami oraz onkologami, zarówno w Polsce, jak i na świecie?**

– Uważam, że współpraca gastroenterologów i onkologów zajmujących się terapią nowotworów przewodu pokarmowego jest koniecznością! W wielu krajach tworzenie zespołów wielospecjalistycznych i niemal przymus korzystania z ich opinii we wszystkich przypadkach nowotworów stał się obowiązkiem: we Francji jest wręcz warunkiem płacenia za leczenie przez ubezpieczyciela! Moim zdaniem NFZ mając tak wspaniałe narzędzie, jak finansowanie leczenia, powinien wymuszać wysoką jakość diagnostyki, także w formie konieczności tworzenia i działania wielospecjalistycznych zespołów.

Moim zdaniem gastroenterolodzy w takich zespołach są konieczni. Jest to również zdanie ekspertów z krajów, w których takie zespoły funkcjonują. Powstają także towarzystwa naukowe skupiające onkologów i gastroenterologów, w Europie jest to *European Society of Digestive Oncology* (ESDO), we władzach którego mam zaszczyt działać. W Polsce, jako prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, podjąłem czynności mające na celu stworzenie Sekcji Onkologii Gastroenterologicznej: ma ona być wspólnym „dzieckiem” Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK) oraz Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG).

**– Miło nam, że PTOK także w ten sposób przyczyni się do poprawy leczenia nowotworów przewodu pokarmowego. Skoro poruszyliśmy**

Ciąg dalszy na następnej stronie



Ciąg dalszy ze strony 7

już temat działalności towarzystw naukowych, nasuwa się pytanie, jaką pozycję zajmują polskie towarzystwa onkologiczne w porównaniu z pozycją tych zagranicznych? Co należałoby zrobić, by miały realny wpływ na kształtowanie polityki medycznej w naszym kraju?

– Moim zdaniem polskie towarzystwa naukowe, w tym onkologiczne, nie są realnymi uczestnikami kształtowania sytuacji medycznej w Polsce w sensie tworzenia ustaw, rozporządzeń, przepisów. Wina leży zarówno po stronie organów ustawodawczych, jak i towarzystw. Myślę, że te ostatnie straciły wiarę, że ich głos będzie wzięty pod uwagę, a Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia potraktuje opinie towarzystw z powagą, bez podejrzeń o koniunkturalizm. Tymczasem towarzystwa wykonują bezcenną pracę polegającą na tworzeniu standardów, wytycznych czy pisaniu podręczników niezbędnych środowisku medycznemu w codziennej praktyce. Niestety, tego typu dokumenty nie są zazwyczaj wykorzystywane dla kształtowania polityki zdrowotnej w kraju.

– W wywiadzie, którego udzieliła nam w zeszłym roku Pani Minister Zdrowia Ewa Kopacz, zapewniała ona, że onkologia jest dla niej priorytetem, dowodząc realnego przełożenia na inwestycje i finansowanie tego sektora leczenia. A jak Pan ocenia pozycję polskiej onkologii, zarówno w codziennej praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych, na tle światowych dokonań w tej dziedzinie?

– Uważam, że polscy onkolodzy reprezentują bardzo wysoki poziom wiedzy praktycznej. Biorą także aktywny udział w licznych badaniach naukowych w ramach ogólnoeuropejskich i ogólnoswiatowych programów onkologicznych. I są tam naprawdę doceniani, sprawując ważne funkcje w międzynarodowych towarzystwach. Ubolewam jednak, że codzienna walka z biurokracją, koniecznością wypełniania najsłabszych wniosków dotyczących finansowania, konieczność przestrzegania harmonogramów itp. sprawia, że polscy lekarze zamieniają się — posłużę się tu terminologią NFZ — w tak zwanych „świadczeniodawców”. Lekarze świetnie wiedzą, co to znaczy. Dlatego osiągnięcia polskich onkologów oceniam znacznie wyżej, właśnie z powodu tych trudnych warunków.

– A jakie zjawiska w polskiej onkologii uważa Pan za niewłaściwe? Na co należy zwrócić uwagę podczas kształcenia lekarzy przed dyplomem i po jego uzyskaniu w zakresie onkologii?

– Odpowiadając na tego typu pytania, najlepiej pamiętać o tak zwanych pryncypiach. Ich przestrzeganie w bliższej lub dalszej perspektywie zawsze pozwoli odnieść sukces, o ile działania będą konsekwentnie wprowadzane z myślą o efektach po latach, a nie natychmiast. Te pryncypia — to przestrzeganie zasady, że najważniejsza jest najwyższa jakość działań, nawet kosztem szybkości. Wiele zmian i projektów wprowadza się w Polsce bez dłuższego namysłu, okresu próbnego albo bez przeprowadzenia formalnego badania porównawczego w dziedzinie organizacji.

Odpowiedź jest więc prosta: dbać o najwyższą jakość, kierując się ogólnymi zasadami opisanymi w podręcznikach z organizacji i zarządzania we wszystkich działaniach edukacyjnych.

– Czy sądzi Pan, że media — dzięki unikalnej możliwości docierania do milionów odbiorców we wszystkich środowiskach — mogą odgrywać istotną rolę w kształtowaniu społecznej świadomości onkologicznej?

– Media odgrywają ogromną rolę w każdej dziedzinie życia. W zakresie społecznej świadomości onkologicznej mogą one odegrać rolę nośnika profesjonalnych informacji, przeznaczonych dla ogółu społeczeństwa. Wymaga to jednak umiejętności użycia specyficznego języka, zrozumiałego dla nieprofesjonalistów. Myślę, że wadą popularnych mediów jest chęć poszukiwania sensacji kosztem rzetelności. Dlatego priorytet powinny mieć media specjalistyczne. Kontakt z mediami wymaga zatrudnienia specjalistów oraz szkolenia dziennikarzy, stąd w wielu europejskich organizacjach medycznych tworzone są biura prasowe (*press office*), których zadaniem jest przekładanie hermetycznego języka medycznego na ten popularny, zrozumiały dla przeciętnego obywatela.

– Jak ocenia Pan Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych? Co ewentualnie należałoby w nim zmienić, na co zwrócić uwagę?

– Ustanowienie Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych 6 lat temu jako aktu prawnego najwyższej rangi, zapewniającego stałe finansowanie potrzeb onkologii przez 10 lat, było olbrzymim sukcesem. Efekty funkcjonowania tego programu są odczuwalne i będą widoczne w danych polskiej epidemiologii nowotworów jeszcze przez wiele lat. Politycy oczywiście są niecierpliwi i chcieliby widzieć efekty natychmiast, ale skuteczność programów terapeutycznych mierzona na przykład okresem 5-letnich przeżyć poprawi się dopiero w przyszłości.

Trudno w tak krótkiej rozmowie wskazać konieczne zmiany w realizacji programu. Wymaga on oczywiście stałego nadzoru, monitorowania i profesjonalizmu w działaniach: nadrzędną zasadą powinno być dążenie do perfekcyjnej jakości ich realizacji. Powinny być także wprowadzane i oceniane efekty działań z użyciem metodyki badań naukowych, takich jak randomizowany podział grup chorych, przydzielanych do różnych rozwiązań organizacyjnych. Tego tu brakuje. Program, jak mi wiadomo, analizowany był wielokrotnie, między innymi przez Najwyższą Izbę Kontroli. Warto tu wspomnieć, że „nasz” program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego został bardzo dobrze oceniony.

– Ponownie gratuluję. Gdyby miał Pan możliwość przeprowadzenia gruntownej reformy w polskim leczeniu onkologicznym, jakie podjąłby Pan działania?

– To trudne pytanie, ponieważ w planowaniu reform należy uwzględnić bardzo wiele aspektów, między innymi priorytety zdrowotne dla kraju oraz dostępność środków. Osobiście chciałbym zwrócić uwagę na dwa aspekty zmian

organizacyjnych. Jeden to zapewnienie najwyższej jakości procesów: przemiany należy wprowadzać powoli i poprzedzać profesjonalną akcją informacyjną. Niestety, w Polsce dużo działań podejmuje się w ostatniej chwili i bez przygotowania. Drugim aspektem, o który powinno się dbać, jest wprowadzanie zmian umożliwiających naukową ocenę efektów, a więc zasady wyboru różnych rozwiązań i porównanie „jak działają” po to, aby wybrać dobrze, ponieważ to wybór na lata. Pośpiech jest tu miarą braku profesjonalizmu.

– Przenieśmy się wyobraźnią w przyszłość: założmy, że jest 2030 rok. Jak widzi Pan przyszłość światowej onkologii za 20 lat? Czy nowotwory uda się kiedykolwiek wyeliminować lub choćby znacząco obniżyć liczbę zachorowań? Czy terapie molekularne i genowe rozwiążą ten problem? Czy rak stanie się w konsekwencji chorobą jedynie przewlekłą?

– Najłatwiej byłoby powiedzieć to, o czym wszyscy mówią i marzą, czyli o testach molekularnych opartych na znajomości indywidualnego genomu człowieka. Za 20 lat pewnie będzie możliwe poznanie indywidualnego genomu, ale czy to pozwoli przewidzieć przyszłość choroby, na które będziemy cierpieć, a także to, jakie nowotwory u nas się rozwiną? Wątpię. Ważną rolę w rozwoju chorób odgrywają przecież także czynniki środowiskowe i inne. W zakresie nowotworów głównym problemem jest fakt, że większość z nich nie jest jednorodna ani w danym momencie, ani w przestrzeni czasowej. Oznacza to, że zmiany, jakim podlega nowotwór w czasie swojego niekontrolowanego rozwoju, będą bardzo trudne do kontroli. Mam jednak nadzieję, że za 10–20 lat będzie królować nauka i metody naukowe będą stosowane powszechnie we wszystkich dziedzinach medycyny oraz organizacji polskiej służby zdrowia. Mam nadzieję, że będziemy posługiwać się jasnymi wytycznymi, opracowanymi na podstawie dobrze skonstruowanych badań naukowych. W całkowite wyeliminowanie nowotworów i w kontrolę nad chorobą nowotworową niestety nie wierzę. Ale wierzę w lepsze metody leczenia i bardziej profesjonalne podejście do problemu ludzkiego zdrowia. ■

# Onkologia

W PRAKTYCE KLINICZNEJ

WYDANIE SPECJALNE

wrzesień 2011

Redaktor naczelny: Maciej Krzakowski

Redaktorzy odpowiedzialni:  
Małgorzata Stępień (PTOK)  
Justyna Łapińska

Adres redakcji: Instytut Onkologii w Krakowie  
31-115 Kraków, ul. Garncarska 11

www.opk.viamedica.pl

ISSN 1734-3542



www.ptok.pl