

O holistycznym podejściu do pacjenta, wieloletnich staraniach stworzenia Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych i znanych akcjach społecznych z dr. med. Januszem Mederem, kierownikiem Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w warszawskim Centrum Onkologii, prezesem Polskiej Unii Onkologii i wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej rozmawia Małgorzata Stępień.

# Tego nauczył mnie prof. Koszarowski: onkologia nie jest nauką o nowotworach, ale o **leczeniu ludzi chorych** na nowotwory



– **Panie Doktorze, co właściwie oznacza dla Pana bycie onkologiem?**

– Myślę, że przede wszystkim bycie lekarzem, który ma określoną specjalizację i przez całe życie doskonali swoją wiedzę: takim, który posiadał sztukę godzenia nauki z praktyką kliniczną. W procesie leczenia najważniejsze jest jednak to, by postrzegać człowieka jako całość — holistycznie, zarówno w sensie fizycznym, jak i psychicznym, widzieć w nim nie tylko kolejnego pacjenta, ale i człowieka z jego emocjami i uczuciami. Badania naukowe dowiodły, że 70% lekarzy posiada zdolność do empatii, a pozostali nie, ale nie są oni z pewnością złymi lekarzami. Wszystko zależy od tego, jakich mamy nauczycieli na swojej drodze życia. Ważne jest to, co się wynosi z domu rodzinnego, co się później otrzymuje w szkole, w końcu to, czym nas obdarzają ludzie z charyzmą. Na drodze mojego życia pojawili się prawdziwi Mistrzowie — myślę tu przede wszystkim o profesorze Tadeuszu Koszarowskim i profesorze Adamie Michałowskim. Pierwszy uczył nas, że onkologia nie jest nauką o nowotworach, tylko o leczeniu ludzi chorych na nowotwory: to przesunięcie akcentów wyrażało jego postawę etyczną, przesiąkniętą głębokim humanizmem. Prof. Koszarowski potrafił doskonale kierować instytutem i ludźmi,

niczego nie nakazując ani nie zakazując: przez to sprawiał, że po prostu podążało się za nim. Na tym polega prawdziwa rola mistrza.

Z kolei prof. Adam Michałowski przekazał mi krytyczny sposób syntetycznego myślenia, czytania literatury naukowej i rzetelnego prowadzenia badań. Zawdzięczam mu to, że po pracy w klinice mogłem wykonywać popołudniami

i nocami doświadczenia na zwierzętach. I gdy dzięki tej 10-letniej pracy miałem okazję wyjechać na dwa lata do Stanów Zjednoczonych, nie miałem żadnych kompleksów: mogłem bez trudu wdrożyć się w tamtejszy, morderczy dla wielu naszych rodaków, nienormowany godzinowo

Ciąg dalszy na następnej stronie

## Dr med. Janusz Meder

od ukończenia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (1972 r.) jest pracownikiem Centrum Onkologii — Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, gdzie kolejno pracował na stanowiskach: asystenta w Klinice Onkologii Ogólnej i starszego asystenta i adiunkta w Zakładzie Radioterapii. W latach 1973–1979 jednocześnie z pracą w Klinice prowadził prace eksperymentalne na zwierzętach w Zakładzie Radiobiologii uwięzione w 1979 r. doktorem pt. *Stopień depopulacji tkanek krwiotwórczych i nabłonka jelitowego myszy jako miara skutku biologicznego promieniowania X i neutronów prędkich*. W 1976 r. uzyskał I stopień specjalizacji z zakresu onkologii — radioterapii. W 1978 r. odbył 6-miesięczne stypendium naukowo-szkoleniowe w laboratoriach i oddziałach klinicznych europejskich ośrodków onkologicznych i hematologicznych w Londynie, Amsterdamie i Brukseli. W 1979 r. uzyskał II stopień specjalizacji w zakresie onkologii — radioterapii. W latach 1980–1981 prowadził pracę naukowo-badawczą i kliniczną w *Harvard Medical School* w Bostonie w zakresie radio- i chemioterapii nowotworów (stypendium *National Cancer Institute* w Stanach Zjednoczonych), natomiast w 1984 r. pracę na oddziałach onkologicznych w *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* w Nowym Jorku na zaproszenie strony amerykańskiej. W latach 1985–1995 pełnił funkcję Kierownika Kliniki Radioterapii w Centrum Onkologii, natomiast w latach 1994–1997 dyrektora Polskiej Szkoły Onkologii. W latach 1995–2002 był Naczelnym Radioterapeutą Centrum Onkologii. Od 1995 r. do marca 2010 r. pełnił funkcję kierownika Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego, a od kwietnia 2010 r. jest kierownikiem Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Centrum Onkologii — Instytucie w Warszawie. Ponadto, od 1999 r. do chwili obecnej jest prezesem Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków, od 2000 r. do tej pory prezesem Polskiej Unii Onkologii, a od 2007 r. wiceprezesem PTOK. W 2003 r. otrzymał specjalizację w dziedzinie onkologii klinicznej. W latach 2005–2009 był członkiem Rady ds. Zwalczenia Chorób Nowotworowych w Ministerstwie Zdrowia. Od 1984 r. do chwili obecnej jest członkiem Rady Naukowej Centrum Onkologii — Instytutu w Warszawie. Członek Komitetów Redakcyjnych czasopism: *Nowotwory*, *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, *Medycyna Paliatywna* i *Journal of Clinical Oncology* (wyd. polskie). Członek krajowych i zagranicznych towarzystw naukowych: ASCO, ESMO, ESRO, ESC, PTOK, PTO, PTHIT, PTRO. Autor lub współautor ponad 170 publikacji naukowych. W 2002 r. został odznaczony Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski przez Prezydenta RP.



## Ciąg dalszy ze strony 17

tryb pracy. Zaprocentowało to przywiezieniem do Polski — a były to siermiężne lata 70. i 80. — zdobyci wiedzy, u nas wówczas nowatorskiej. Dzięki doświadczeniom zdobytym w obu krajach opracowałem ponad 30 wniosków wdrożeniowych, na podstawie których zastosowano wówczas po raz pierwszy w Polsce m.in. radioterapię neutronową jako wynik mojego doktoratu wykonanego w latach 1973–1979, technikę płaszczową wielkopoolową jednoczasowego napromieniania wszystkich struktur limfatycznych w radioterapii chłoniaka Hodgkina (1978 r.), metodę niekonwencjonalnego frakcjonowania dawki w radioterapii czerniaka złośliwego (1981 r.), oszczędzające leczenie skojarzone chemioradioterapii chorych na raka kanału odbytowego (1985 r.) oraz metody napromieniania na całe ciało w skojarzeniu z wysoko dawkowaną chemioterapią i przeszczepem komórek macierzystych szpiku u chorych na białaczkę i chłoniaki. Ten ostatni wniosek uhonorowano nagrodą Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

– **Wielka kariera naukowa stała więc przed Panem otworem. Tymczasem dzisiaj jest Pan raczej praktykiem, którego częściej można zastać przy łóżku chorego niż brylującego na konferencjach naukowych. Dlaczego zarzucił Pan starania o habilitację i profesurę?**

– Trudno to jednoznacznie określić, czy bardziej jestem naukowcem, czy praktykiem, bo jak wspominałem, w mojej pracy zawodowej jedno przeplatało się z drugim. Wielu moich kolegów nie ma takiego *backgroundu* naukowego jak ja, gdy zwłaszcza w początkach swej pracy łączyłem pracę kliniczną z pracą w laboratorium. Natomiast później zrozumiałem, że pracując w Polsce, nie da się połączyć ogromu obydwu tych działań. Udało mi się to w Stanach Zjednoczonych, ale tam były zupełnie inne warunki: tam byłem od koncepcji, od czuwania nad przeprowadzaniem badań przez laborantów, a tutaj wszystko robiłem od początku do końca sam: własnoręcznie szczepiłem setki myszy komórkami nowotworowymi, napromieniałem, podawałem im leki, wykonywałem sekcje oraz liczyłem komórki pochodzące z narządów krwiotwórczych, opisując kolejne etapy doświadczeń. Wkrótce zrozumiałem, że tego nie da się połączyć, zachowując najwyższą jakość obu rodzajów pracy, dlatego skupiłem się na pracy klinicznej. Niemniej te doświadczenia naukowe zaprocentowały tym, że inaczej kształtowałem relacje z kolegami pracującymi w laboratorium, doceniając ogrom ich działań. Dlatego jestem zwolennikiem staży laboratoryjnych dla lekarzy, nawet gdyby w przyszłości zostali tylko praktykami, ponieważ to szalenie wzbogaca i poszerza horyzonty myślowe.

Co do zdobywania kolejnych stopni naukowych, to już sam doktorat zdaniem moich recenzentów był na miarę habilitacji. Poza tym los tak zrzucił, że gdy po pracy w Stanach Zjednoczonych przyjechałem z gotowym rozdziałem do

podręcznika pod redakcją prof. Koszarowskiego — a był to pierwszy tego typu, nowatorski materiał w Polsce, dotyczący radio- i chemiobiologii nowotworów — profesor, chociaż wysoko ocenił ten materiał, bo na poziom habilitacji, uznał, że jeszcze jest na nią za wcześnie. Cóż, żałuję, że tak się stało, potem zabrakło jakichś zdecydowanych działań popierających ze strony zwierzchników i zapewne mojej determinacji, ponieważ rzeczywiście sporo czasu zajęła mi codzienna praktyka i przebywanie przy łóżku chorego, także podczas wolontariatu hospicyjnego po godzinach pracy w Instytucie. Dziś jednak mam wiele satysfakcji z dobrych relacji z chorymi, ze spotkań po latach z wyleczonymi pacjentami, którzy przychodzą opowiedzieć o tym, co mogli zdziałać dzięki darowanemu zdrowiu, a często i życiu. Takie przyjaźnie pozostają na całe życie! Potem codzienna praca przyniosła inne zainteresowania: zająłem się opracowywaniem taktyki postępowania w skojarzonym leczeniu chorych na chłoniaka Hodgkina, uczestniczeniem w kontrolowanych międzynarodowych badaniach klinicznych EORTC i współpracą z kolegami z europejskich ośrodków onkologicznych. Wiele czasu poświęciłem też działalności edukacyjnej: wraz z kolegami zorganizowałem kilkadziesiąt różnych kursów, warsztatów, konferencji. Mam z tego ogromną satysfakcję, zarówno jeśli chodzi o szkolenie specjalizujących się lekarzy w dyscyplinach onkologicznych, jak i trwające już od dziesięciu lat szkolenia lekarzy rodzinnych i pierwszego kontaktu innych specjalności oraz pielęgniarek.

– **Czy Pańskim zdaniem lekarze pierwszego kontaktu, a także stomatolodzy są dostatecznie przygotowani do rozpoznawania zmian nowotworowych u swych pacjentów?**

– Gdyby tak było, nie zadawalibyśmy sobie trudu przeszkolenia ponad 12 tysięcy lekarzy rodzinnych! A pozostało nam jeszcze 8 tysięcy. Zainspirowały nas także cenne spostrzeżenia prof. Pawlickiego, który jako pierwszy w Polsce przeprowadził pilotażowe badania obejmujące populację pacjentów z południowych regionów kraju. Poszukiwał odpowiedzi na dręczące go pytanie, dlaczego tak wiele czasu upływa między zgłoszeniem się pacjenta do lekarza pierwszego kontaktu a podjęciem leczenia przeciwnowotworowego. Okazało się, że to opóźnienie powstaje głównie z winy lekarzy i wynosi od 6 do 18 miesięcy! Nie muszę dodawać, że dla wielu chorych z późnym rozpoznaniem choroby nowotworowej jest to po prostu wyrok śmierci. Słuszne jest tu rozszerzenie pytania także na stomatologów, ponieważ na słuzówce jamy ustnej czy gardła łatwo rozpoznać niepokojące zmiany przednowotworowe, nie mówiąc o wczesnych nowotworowych powstających w rejonie głowy i szyi.

Szkoląc lekarzy pierwszego kontaktu, działamy na zasadzie „latającego uniwersytetu”, poświęcając z grupą 8 kolegów różnych specjalności onkologicznych weekendy — *nota bene* jedyne chwile odpoczynku od pracy, zazwyczaj kosztem życia rodzinnego. Jeździmy do dużych miast, gdzie z pomocą Kolegium Lekarzy Ro-

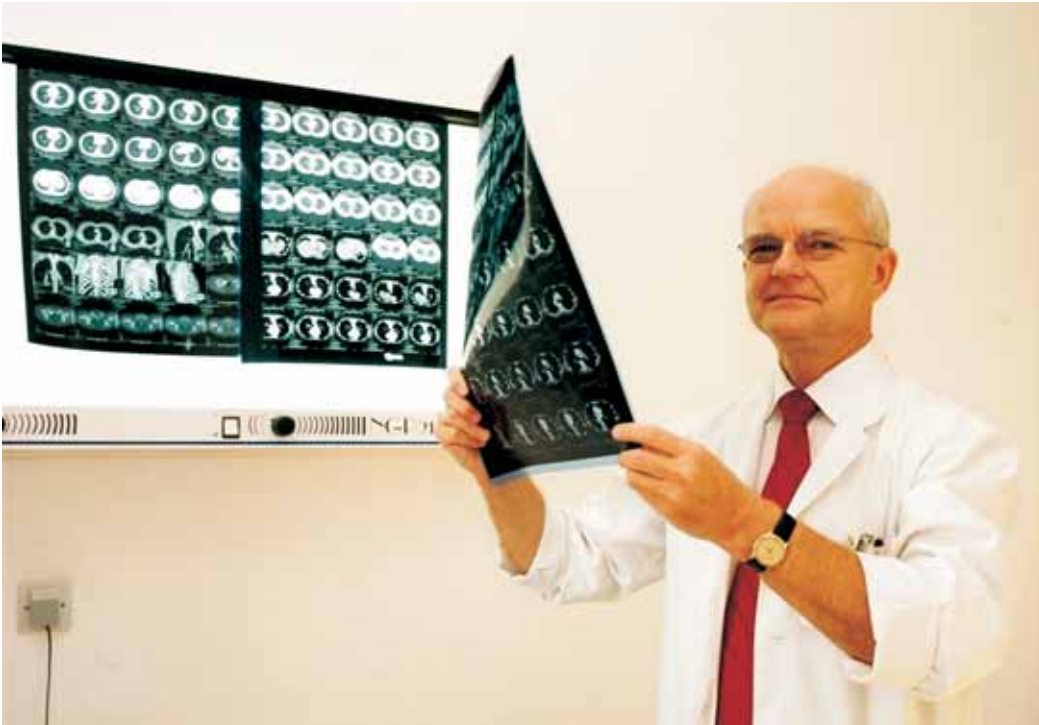
dzinnych gromadzimy od 100 do nawet 300 chętnych słuchaczy. To są nie tylko wykłady, ale i bezpośrednie kontakty podczas kularowych rozmów, kiedy to uczestnicy mogą z nami podyskutować, rozwiać różne wątpliwości, a my chętnie zostawiamy im numery naszych telefonów, by w razie potrzeby mogli się z nami konsultować. Szukamy w nich głównych partnerów strategicznych w dążeniu do poprawy wyników leczenia na drodze wczesnego rozpoznawania, ponieważ nie wyobrażam sobie pozytywnej zmiany obrazu polskiej onkologii bez świadomych i czujnych onkologicznie lekarzy pierwszego kontaktu. Jeśli przegapią oni pierwsze objawy choroby nowotworowej, to późniejsze leczenie zaawansowanego już nowotworu przyniesie nie tylko mizerne efekty, ale też wygeneruje niepotrzebnie olbrzymie koszty obciążające budżet państwa. Chodzi tu także o wyczulenie lekarzy pierwszego kontaktu na wszelkie powikłania u pacjentów, którzy są w trakcie albo po leczeniu onkologicznym. Zarówno podczas większych szkoleń, jak i kilkunastoosobowych warsztatów lekarze otrzymują od nas gotowe procedury postępowania, materiały dydaktyczne w formie płyt CD, podręczników i skryptów. Od wielu lat działa bezpłatna infolinia onkologiczna PUO, gdzie doświadczeni eksperci z warszawskiego Centrum Onkologii udzielają odpowiedzi na pytania stawiane przez lekarzy różnych specjalności. Pozwala to nam pomagać w przyspieszeniu rozpoczęcia właściwego leczenia, jeśli tylko zachodzi taka potrzeba.

Z myślą o ustawicznej edukacji przede wszystkim lekarzy rodzinnych opracowaliśmy internetową platformę edukacyjną, gdzie zamieściliśmy niezbędne materiały edukacyjne. Istnieje także możliwość zadania pytania i uzyskania odpowiedzi w ciągu 24 godzin.

– **A *propos* edukacji, czy takie zajęcia nie powinny być prowadzone już w ramach studiów medycznych?**

– Dotknęła Pani problemu, który dzięki naszym staraniom został włączony do Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, a dotyczącego modułu szkolenia studentów uniwersytetów medycznych. Odbiegało ono bowiem od standardów wypracowanych w krajach Unii Europejskiej. Spędziłem wiele czasu z moimi utytułowanymi kolegami onkologami, by przekonywać rektorów uczelni medycznych do zmodyfikowania dotychczasowego programu. Argumentem przeciw było to, że przecież naucza się onkologii podczas zajęć z innych dziedzin medycyny. Jednak ogromny postęp w onkologii sprawia, że programy te nie są na bieżąco aktualizowane. Temu zagadnieniu powinno się poświęcić odrębne zajęcia, tak jak na wielu renomowanych zagranicznych uczelniach. I niektórzy rektorzy podjęli już działania, by te programy były jednolite w całym kraju, o dostatecznej liczbie godzin dydaktycznych. Chcemy doprowadzić także do tego, by zajęcia z onkologii kończyły się egzaminem, a nie — jak obecnie — zaliczeniem. Kluczem są tu właściwe





proporcje nauczania onkologii tak, by w absolwentach uniwersytetów medycznych wykształcić swoistą intuicję i czujność onkologiczną. I tu znów wracamy do podstawowych przykazań naszych mistrzów: zanim postawisz diagnozę, zbadaj dokładnie chorego fizycznie, porozmawiaj z nim, posłuchaj, na co się uskarża... A dopiero potem tomografia czy PET.

– O rozbudzeniu tej cennej intuicji onkologicznej, a także o „wsluchiwaniu się w chorego” wspomina w swoim artykule w tym specjalnym wydaniu *Onkologii w Praktyce Klinicznej* prof. Maria Podolak-Dawidziak. Także hematologia jest Panu bliska z racji pełnienia funkcji prezesa Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków.

– Nowotwory układu chłonnego są niezwykle istotne, ponieważ dotyczą naszego układu odpornościowego, a przecież od tego zależy, czy chorujemy i jak szybko dojdziemy do zdrowia. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu wiele chłoniaków było nieuleczalnych, a te najzłośliwsze zabierały ludzi z tego świata w przeciągu zaledwie kilku miesięcy! Na szczęście ogromny postęp w tej dziedzinie znacznie zahamował to śmiertelne żniwo. Postanowiliśmy zintegrować nasze działania poprzez zebranie grupy najlepszych ekspertów w kraju, zarówno z obszaru onkologii klinicznej, jak i hematologii. To było główną ideą powołania w 1999 r. Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków. Wypracowaliśmy odpowiednie standardy postępowania, organizujemy posiedzenia i konferencje, realizujemy własne badania naukowe, prowadzone w krajowych placówkach. Bierzymy także udział w międzynarodowych badaniach klinicznych, wymieniamy się doświadczeniami z udziału w konferencjach i kongresach naukowych, co przekłada się na codzienne leczenie naszych chorych i wprowadzanie oraz doskonalenie nowych metod i terapii.

Dzięki prof. Wiesławowi Jędrzejczakowi — krajowemu konsultantowi ds. hematologii, który jest w Zarządzie naszej Grupy Badawczej Chłoniaków, mamy zawsze aktualne informacje z całego kraju zarówno dotyczące leczenia, jak i jego finansowania przez NFZ. Poprzez te działania możemy coraz więcej dobrego zrobić dla pacjentów, tym bardziej że chłoniaki są jednym z fenomenów epidemiologicznych, polegającym na stałym, rocznym przyroście o 4–5% nowych zachorowań. Obniża się także wiek pacjentów: kiedyś chłoniaki pojawiały się głównie u 60–70-latków, a teraz u ludzi aktywnych zawodowo, a nawet młodzieży. A ponieważ wyróżniamy blisko 50 podtypów nowotworów układu chłonnego, leczenie wymaga specyficznych i często kosztownych terapii, w tym prowadzonych od 5 lat terapii celowanych molekularnie. Spożytkowujemy w nich na przykład przeciwciała monoklonalne, które świetnie wspomagają chemioterapię, co podnosi skuteczność leczenia o 10–30%. I chociaż dużo z chłoniaków bywa leczonych przez wiele lat, to uważam, że warto przedłużyć w ten sposób życie pacjenta nawet o kilkanaście miesięcy, ponieważ w tym czasie może pojawić się nowa, skuteczniejsza terapia, która znów pomoże dorać kolejne miesiące czy lata życia.

– Zgadza się więc Pan ze stwierdzeniem, że obecnie onkologia zmierza ku temu, by wiele z nowotworów traktować jak choroby przewlekłe, z którymi można żyć nawet wiele lat? W tej sytuacji dawne stwierdzenie „Rak to wyrok”, nawet przy jego ciężkich postaciach traci rację bytu.

– Oczywiście, wiele nowotworów staje się chorobami przewlekłymi, których co prawda nie można do końca wyleczyć, ale można z nimi długo żyć i prowadzić aktywną działalność zawodową, społeczną i rodzinną. Chorzy mogą zarabiać na siebie, nie obciążają społeczeństwa. I dotyczy to nie tylko chłoniaków, ale i innych

nowotworów. Bo co prawda leczenie staje się coraz kosztowniejsze, ale równoważy je to, co zyskuje społeczeństwo. Dlatego nie zgadzam się z poglądami o „bezzasadnym przedłużaniu życia o kilka miesięcy”, padającymi często z ust przedstawicieli NFZ: warto więcej zainwestować w proces leczenia, niż potem płacić jeszcze więcej za leczenie paliatywne. Czasy się zmieniają, postęp medycyny codziennie przynosi nowe nadzieje i dlatego warto edukować w tym względzie naszych decydentów.

– Swoistą edukacją decydentów było także doprowadzenie przez Pana jako założyciela Polskiej Unii Onkologii do realizacji ustawy o Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Stało się to głównym celem PUO i jej wielką dumą. Jak do tego doszło?

– To prawda, że jesteśmy z tego dumni, ale od razu podkreślę, że nie działałem sam. A skąd taki pomysł? Zacznę może od tego, że już przed wojną, w latach 1925–1939 istniał narodowy program walki z nowotworami pod egidą Społecznego Komitetu Zwalczenia Raka. Po wojnie były dwa kolejne narodowe programy, w latach 1952–1975 i 1976–1990. Szczególnie ten trzeci zapadł mi w pamięci, bo były to czasy działalności prof. Tadeusza Koszarowskiego i prof. Jana Steffena, którzy wraz ze współpracownikami przybliżyli polską onkologię do standardów światowych. Tu tylko wspomnę, że prof. Tadeusz Koszarowski był twórcą koncepcji stworzenia tzw. kompleksowych ośrodków referencyjnych (*comprehensive cancer centers*), przeznaczonych wyłącznie do leczenia chorych na nowotwory, podczas gdy na świecie standardowym modelem były wówczas oddziały onkologiczne w zwykłych szpitalach. Dlatego do Polski przyjeżdżali lekarze z innych krajów europejskich, by podglądać nasze rozwiązania organizacyjne. Prof. Koszarowski był wybitną postacią z wielkim autorytetem, dlatego nawet w owych trudnych politycznie czasach potrafił tak rozmawiać z ówczesnymi decydentami, by osiągnąć te wspaniałe rezultaty. Przykre, że po jego śmierci, z różnych przyczyn, często ambicjonalnych, zostaliśmy w tyle i teraz z trudem doganiamy Europę i świat. W pewnym sensie zaprzepaściliśmy także wspaniałe, przedwojenne tradycje, bo przecież mieliśmy naszą noblistkę, Marię Skłodowską-Curie i nowatorski przed wojną Instytut Radowy, który powstał już w 1932 r. No, ale cóż, przyszła wojna, potem problemy polityczne i ideologiczna izolacja polskich naukowców, która przyniosła tragiczne efekty. Nastąpiła stagnacja: trudno było się przebić przez parlament, potem kolejnych ministrów zdrowia, którzy zmieniali się jak w kalejdoskopie.

Z tego powodu, widząc z jednej strony postęp onkologiczny na Zachodzie, a z drugiej nasze zacofanie spowodowane 15-letnią przerwą w braku narodowego programu walki z nowotworami, postanowiliśmy działać. Zaangażowaliśmy w tę ideę wszelkie możliwe środowiska: byli to i decydenci z odpowiednich ministerstw, posłowie i senatorowie z Komisji Zdrowia,

Ciąg dalszy na następnej stronie

## Ciąg dalszy ze strony 19

prezydent kraju oraz ludzie różnych profesji: dziennikarze, prawnicy, artyści, nie mówiąc o środowiskach medycznych — lekarzach, towarzystwach naukowych, organizacjach społecznych. Zanim doszło do uchwalenia ustawy o Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych w lipcu 2005 roku, osobiście, w ciągu blisko pięciu lat wydeptywałem z uporem maniaka wszelkie możliwe ścieżki w parlamencie, przeszedłem też przez gabinety kolejnych 10 ministrów zdrowia! I każdemu musiałem od początku opowiadać o tej idei. Dzięki temu zdobyłem jednak mnóstwo cennych doświadczeń.

O pomoc poprosiliśmy także byłych pacjentów onkologicznych i nie jest żadną tajemnicą, że narodowy program nigdy by nie powstał, gdyby nie prof. Marek Belka. Szczęśliwie wyleczony z nowotworu, ówczesny doradca prezydenta Aleksandra Kwaśniewskiego doskonale rozumiał wagę tego przedsięwzięcia. Gdy już powstała grupa inicjatywna narodowego programu i Rada Naukowa Polskiej Unii Onkologii, prowadziliśmy wspólne rozmowy, w których uczestniczyli właśnie prof. Marek Belka, prof. Jan Steffen, prof. Marek Nowacki i wielu innych, a nawet Para Prezydencka Państwa Kwaśniewskich. Uzyskaliśmy także wsparcie... kardiologów, ponieważ kolejni ministrowie zdrowia byli kardiologami, dzięki czemu wywalczyli oni sobie jako pierwsi narodowy program kardiologiczny. Z czasem dotarliśmy z naszą inicjatywą do najwyższych gremiów państwa. Prof. Belka zrobił piękny gest, zapraszając nas na cykliczne „obiady czwartkowe” do pałacu prezydenckiego, gdzie liderzy polskiej onkologii wspólnie dyskutowali nad programem, celami i zadaniami narodowego programu. Systematycznie, najpierw w Krakowie, potem w Warszawie pod egidą prof. Tadeusza Popieli, o poszczególnych modułach narodowego programu rozmawiali członkowie Rady Naukowej PUO, w skład której wchodziła konsultanci krajowi i wojewódzcy oraz przewodniczący towarzystw naukowych w dziedzinach onkologicznych i pokrewnych wraz z przedstawicielami innych nauk medycznych. Stworzenie tak ogromnej maszyny owocowało programem. Dobrym duchem tych działań zawsze był prof. Marek Belka, który najpierw został ministrem finansów, potem premierem. Niemalą rolę we wspieraniu naszych działań odegrał też dr Marek Balicki — senator, a potem minister zdrowia oraz wiceminister zdrowia dr Janusz Opolski.

– Zanim jednak powstał Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, zaistniała potrzeba „załatania onkologicznej dziury”, która powstała po zakończeniu trzeciego Programu. Zainspirowała ona Pana dziesięć lat temu do stworzenia Polskiej Unii Onkologii. Dała się ona poznać jako prężna instytucja, znana nie tylko z edukacji lekarzy, ale i z ogólnopolskich akcji społecznych. „Mam haka na raka” propaguje świadomość onkologiczną

wśród młodzieży, a „Zdrowa gmina”, ma zachęcić mieszkańców do profilaktycznych badań, służących wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych, zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi czy jelita grubego.

– Moim marzeniem zawsze było współtworzenie i partycypowanie w tym, co się nazywa społeczeństwo obywatelskie. W Stanach Zjednoczonych z podziwem obserwowałem, jak ludzie entuzjastycznie mobilizują się wokół jakiejś idei, organizują wspólnie akcje, marsze, działając dla dobra całości, bez względu na poglądy polityczne czy religijne. Na dodatek często finansowali je z własnych kieszeni, w poczuciu wspólnego obowiązku. A u nas, wiadomo: gdzie dwóch Polaków, tam trzy zdania. Nawet podczas tej trudnej, 5-letniej drogi do stworzenia narodowego programu entuzjazm początkowo dużej grupy zapaleńców malał, ludzi ubywało i w pewnej chwili miałem poczucie, że zostanę sam. Nawet wielu z jego inicjatorów zaczęło podważać sens tych wysiłków. Ale zważyłem się i program jest.

Wracając do PUO, to jednym z naszych projektów jest *Zdrowa Gmina*. Chodzi tu o wydobycie energii, która tkwi na poziomie terytorialnym: ten konkurs ma pobudzić inicjatywę społeczną. Lubię pokazywać taki schemat, na którym widać, że sukces Narodowego Programu zależy od tego, co dzieje się na samym dole. A na samym dole, w typowej gminie jest lekarz rodzinny, pielęgniarka, aptekarz, nauczyciel, proboszcz, wójt. I jeśli oni będą ze sobą współpracować i zarażą swym entuzjazmem innych, to rezultaty będą wspaniałe! Bo jak dotąd, na przykład w województwie mazowieckim mammografię wykonywało zaledwie 14% kobiet, a cytologię 11%. W trakcie naszej akcji zgłaszalność na te badania w niektórych gminach wzrosła 2-krotnie! Ja wiem, że te wyniki nie są jeszcze zadowalające, że to dopiero początek, ale pierwszy krok został zrobiony. Do współzawodnictwa w konkursie zachęcają gminy także nagrody, ale największą z nich jest wygrane zdrowie, a tą bezcenną — życie. Te nasze badania przesiewowe mogą być także świetnym pretekstem do innych inicjatyw w gminach, konsolidując obywateli wokół wspólnych spraw.

Inny projekt, który trwa już czwarty rok, to *Mam haka na raka*. Jest on przeznaczony dla młodzieży szkół średnich i polega na tym, że uczniowie sami przygotowują programy edukacyjne mające zachęcić do troszczenia się o własne zdrowie. Uświadamiamy im, że podstawą jest tu rzetelna wiedza, zastępująca nadal pokutujące w społeczeństwie mity i stereotypy na temat raka oraz wykonywanie badań okresowych. Młodzi odgrywają niezwykle ważną rolę, ponieważ zachęcają swoich bliskich: rodziców, dziadków i znajomych do zdrowego trybu życia, wykonywania badań przesiewowych i okresowych. Jest to ważne także dla nich samych: po raz pierwszy w tym roku statystyki wykazały, że pierwszą przyczyną zgonów wśród kobiet nie jest już rak piersi, ale rak płuca! Nie dziwi to, wystarczy spojrzeć na ulicy, ile młodych dziewcząt i kobiet pali papierosa. Wracając do progra-

mu: w pierwszym roku młodzież układała hasła zachęcające kobiety do mammografii, w drugim do badań cytologicznych, w trzecim zaś do podkreślenia korzyści z wczesnego wykrywania raka prostaty. Uczniowie wraz z nauczycielami tworzą grupy konkursowe, potem zostaje wyłonionych 10 najlepszych zespołów, które przyjeżdżają na finał do Warszawy. Tu odbywa się wielka gala i wybór najlepszego hasła, które potem pojawia się na billboardach, w mediach: radiu, telewizji, prasie i w Internecie, na materiałach edukacyjnych. Dajemy w ten sposób tym młodym ludziom ważny sygnał: że ich głos się liczy, a zaangażowanie w słuszną sprawę zawsze popłaca. W ten sposób także tworzymy przyszłe społeczeństwo obywatelskie, bo to przecież oni kiedyś będą rządzić naszym krajem.

Polska Unia Onkologii podejmuje także wiele działań szkoleniowych, zarówno przy współpracy z PTOK w ramach Szkoły Onkologicznej, jak i fakultatywnych programów edukacyjnych dla studentów medycyny w ramach psychoonkologii. Przeszkoliliśmy także — jeżdżąc po całym kraju — kilka tysięcy pielęgniarek przy wsparciu fundacji PZU Życie i chociaż ten program już się zakończył, chcemy go reaktywować. Szukamy chętnych ubezpieczycieli, którym także powinno zależeć na tym, by propagować zdrowy styl życia w społeczeństwie.

Organizujemy też *Śniadania Prasowe* dla dziennikarzy, którzy specjalizują się w dziedzinie medycyny i zdrowia, zachęcając ich do korzystania z rzetelnych, aktualnych źródeł, prezentowanych podczas wykładów przez naszych ekspertów. Pragniemy, by byli oni odpowiedzialni za słowo oraz właściwie pisali o tych tak bardzo sensacyjnych wątkach, jak nowy lek czy terapia przeciwnowotworowa. Bywało, że taki artykuł wzbudzał przedwczesne nadzieje, a tymczasem badania były dopiero w toku. Zdesperowanemu pacjentowi i jego rodzinie trudno potem wytłumaczyć, że od rozpoczęcia badań do ich zastosowania w formie terapii mija zazwyczaj kilka do kilkunastu lat! Ważne też, by dziennikarze rzeczowymi argumentami potrafili odwieść ludzi od chodzenia do znachora zamiast do specjalisty oraz nie powielali mitów i stereotypów na temat nowotworów. Świadomi tego wszystkiego dziennikarze są wielokrotnie naszymi sojusznikami w różnych akcjach i kampaniach społecznych. Podobnie zresztą jak artyści: aktorzy, piosenkarze, chętnie dzielący się własnymi doświadczeniami po przebytej chorobie nowotworowej i zaświadczejacy własnym przykładem, że z rakiem można wygrać. Bo w Polsce nadal 70–80% pacjentów za późno zgłasza się do lekarza, podczas gdy na Zachodzie jest to zaledwie 20%. Profilaktyka i świadomość społeczna odgrywają tu olbrzymią rolę, także dla budżetu państwa, ponieważ leczenie jednego chorego na zaawansowany nowotwór kosztuje nas nierzadko kilkaset tysięcy złotych.

Inne, cykliczne spotkania z dziennikarzami pod hasłem *Słoneczny Patrol* mają pomóc w uświadomieniu społeczeństwu szkodliwości intensywnego działania promieniowania słonecznego lub korzystania z solarium, których



wynikiem mogą stać się nowotwory złośliwe skóry, a zwłaszcza czerniak.

Ważnym osiągnięciem Rady Naukowej PUO we współpracy z PTOK jest opracowanie i wydawanie od 2005 roku *Zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych* pod redakcją prof. Macieja Krzakowskiego i ich stała aktualizacja. Planujemy także opracowanie zaleceń w zakresie standardów diagnostyki patomorfologicznej i molekularnej w onkologii.

Organizujemy również konferencje robocze z udziałem ekspertów Rady Naukowej PUO z Ministrem Zdrowia i Prezesem NFZ stosownie do bieżących problemów wymagających pilnych rozwiązań w onkologii. Polska Unia Onkologii współpracuje również z organizacjami pacjentów, między innymi prowadząc szkolenia w ramach Akademii Dobrych Praktyk, a także organizując wraz z Akademią Sztuk Pięknych od 2005 roku kolejne edycje konkursów fotograficzno-plastycznych *Moja historia z rakiem*.

Wreszcie od dziesięciu lat co roku prowadzimy ogólnopolską akcję *Dni otwartych drzwi* w regionalnych centrach i ośrodkach onkologicznych oraz niektórych hematologicznych. Odbywa się ona w pierwszą sobotę lutego w ramach obchodów *Światowego Dnia Walki z Rakiem*. Byliśmy także wielokrotnie organizatorami październikowych *Marszów Nadziei*.

Projektem PUO, który właśnie powstaje, jest badanie pilotażowe w jednej z mazowieckich gmin, która ma najgorszy stan zdrowotności: montujemy ekipę, która pojedzie tam z kilkoma aparatami USG i przebadają całą dorosłą populację pod kątem oceny obwodowych węzłów chłonnych, tarczycy i jamy brzusznej. Jeśli to badanie się powiedzie, przeprowadzimy je także w innych gminach. Ważne jest także to, że przy okazji takich badań można odkryć wiele innych chorób. A więc wyjeżdżamy z kliniki i wracamy tam, gdzie kierowali nas nasi mistrzowie: między ludzi.

– **Właśnie, ludzie...** Na sąsiednich łamach zamieszczamy fragment kolejnego tomiku *Wspomnień onkologa*, autorstwa prof. Marka Pawlickiego. Podobnie jak w pierwszej części ubolewa on, że obecna medycyna staje się coraz bardziej odhumanizowana. Czy Pańskim zdaniem współczesna onkologia, wyposażona w coraz doskonalszy sprzęt, metody badawcze, diagnostyczne i medykamenty coraz lepiej „dopasowane” do pacjenta, paradoksalnie przestaje widzieć w nim człowieka?

– To, co prof. Marek Pawlicki zaświadcza całym swym zawodowym życiem, jest mi bardzo bliskie, ponieważ reprezentuje on holistyczne podejście do chorego człowieka. Stąd moje wysiłki, by w szkoleniach, które organizujemy, zawsze było miejsce na aspekty psychoonkologiczne: dbamy o to w ramach Szkoły Onkologii PTOK, której dotąd odbyło się 90 edycji, a poprzednio Polskiej Szkoły Onkologii (30 edycji). Uczymy, w jaki sposób psychicznie wspomagać chorego i jego najbliższych, jak przekazywać trudne informacje, rozmawiać na nietłumione

maty. Ale i tego, jak my, lekarze, możemy sobie radzić z emocjami, zniechęceniem, wypaleniem zawodowym. W końcu tego, jak pełnić funkcję lekarza: nie możemy przecież płakać razem z chorym, ale dodawać mu sił w walce z chorobą, pomóc zaakceptować tę trudną sytuację. A nierzadko nawet wytłumaczyć, że rak nie jest karą za jakieś grzechy, ale chorobą, pewnym doświadczeniem życiowym, z którego trzeba wyciągnąć wnioski.

Taktyka walki z chorobą nowotworową polega na stworzeniu szeroko pojętego zespołu terapeutycznego, w skład którego, obok wysokiej klasy specjalisty — lekarza prowadzącego, wchodzi psycholog, psychiatra, a także pielęgniarki i asystenci socjalni. No i członkowie rodziny chorego, przyjaciele, stowarzyszenia pacjentów. W tym procesie leczenia, a potem opieki rekonwalescencyjnej każdy odgrywa jakąś rolę stosownie do swoich kwalifikacji i możliwości. Wszystko jednak powinno odbywać się pod warunkiem pełnej akceptacji chorego, zgodnie z jego oczekiwaniami i życzeniami, co w rezultacie owocuje większymi szansami na wyleczenie, mniejszą liczbą powikłań i dłuższym czasem przeżycia. Takie partnerstwo zawsze popłaca. Dlatego staramy się przekazywać taką wiedzę, ponieważ już dawno wyszliśmy ze szkodliwego społecznie modelu, gdy lekarz pełnił funkcję wyroczni lub Boga, a pacjent nie śmiał nawet zapytać go o stan własnego zdrowia! Coraz większa liczba lekarzy dostrzega, że warto

być partnerem dla pacjenta, także z czysto praktycznych powodów: przez zaniedbanie, niedoinformowanie można uniknąć niepotrzebnych procesów sądowych. Prawdą jest, że jako lekarze mamy zawsze zbyt mało czasu na rozmowę, wyjaśnienie wątpliwości pacjenta i jego bliskich, ponieważ przytłacza nas rosnąca liczba chorych i biurokracja. Jednak w tym zaganianiu lekarz, który chce, zawsze znajdzie chwilę na taką rozmowę: czasem wystarczy gest, słowo otuchy, uśmiech. Ze zrozumiałych względów choroby nowotworowe generują olbrzymie emocje i dlatego ważne jest, by je łagodzić po obydwu stronach, ponieważ i pacjent, i lekarz mają swoje lepsze i gorsze dni. Wiem, że jest to bardzo trudne, bo tego nie uczą na studiach medycznych. Takie doświadczenia nabywa się w toku codziennej pracy, a także obserwując starszych kolegów. Dlatego ważne jest — jak już mówiłem — posiadanie pozytywnych wzorców, a gdy ktoś miał okazję spotkać na swej drodze prawdziwego Mistrza, może uważać się za szczęściarza. Dlatego wracając do prof. Marka Pawlickiego, którego doskonale znam, muszę powiedzieć, że bardzo go szanuję za jego podejście do pacjentów. Dobrze, że pozostawia po sobie takie wspomnienia, ponieważ stanowią one formę prawdziwej, życiowej edukacji dla lekarzy, której nigdy nie zdobyliby na studiach. Dziś widzę, jak bardzo jest ona ważna... ■

Rozmawiała: Małgorzata Stępień

## Polska Unia Onkologii — główne cele i zadania

Polska Unia Onkologii (PUO) powstała z woli grupy lekarzy i osób zaangażowanych w walkę z chorobami nowotworowymi i została wpisana do Rejestru Stowarzyszeń 24 października 2000 r. Głównym celem PUO jest prowadzenie działań na rzecz realizacji ustawy o Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych, która weszła w życie 1 lipca 2005 r. dzięki 5-letnim staraniom PUO.

Kolejne cele Unii to:

- dążenie do zapewnienia wszystkim chorym na nowotwory powszechnej dostępności do świadczeń medycznych, na poziomie zgodnym ze standardami zalecanymi przez Światową Organizację Zdrowia, Unię Europejską, krajowe i zagraniczne towarzystwa naukowe a także zgodnie z założeniami Paryskiej Karty Walki z Rakiem, uchwalonej podczas Światowego Szczytu Walki z Rakiem w Paryżu 3–4 lutego 2000 r;
- promowanie i wdrażanie standardów, profilaktyki i opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, europejskich standardów nauczania onkologii w uczelniach medycznych i na studiach podyplomowych oraz tworzenia warunków do prowadzenia badań naukowych;
- dążenie do zniesienia limitów świadczeń zapewnianych przez referencyjne, wysokospecjalistyczne placówki onkologiczne;
- dążenie do ujednoczenia programów nauczania onkologii we wszystkich uczelniach medycznych oraz we wszystkich zawodach medycznych związanych z opieką nad chorymi na nowotwory złośliwe.

Realizacji celów Unii służyć będą w szczególności:

- organizowanie i prowadzenie działalności zmierzającej do podniesienia stanu zdrowotności i wiedzy społeczeństwa o metodach zwalczania raka oraz do minimalizacji negatywnych społecznie skutków tej choroby. Działalność ta prowadzona jest zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną;
- reprezentowanie potrzeb społecznych w zakresie szeroko pojętej walki z rakiem;
- współpraca z instytucjami, organizacjami i osobami prawnymi, o zbieżnych celach działania;
- prowadzenie działalności poprzez realizację programów profilaktyki nowotworów i oświaty zdrowotnej;
- prowadzenie działalności szkoleniowej: kursów, sympozjów, seminariów, konferencji naukowych dla lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny i wszystkich innych grup zawodowych biorących udział w szeroko pojętej opiece onkologicznej;
- zbieranie informacji na temat stanu zdrowotności onkologicznej społeczeństwa i potrzeb w tym zakresie;
- inicjowanie i pozyskiwanie środków finansowych dla wybranych kierunków badań naukowych, związanych z realizacją Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych;
- wydawanie i rozpowszechnianie materiałów związanych ze zwalczaniem chorób nowotworowych;
- gromadzenie środków pieniężnych na realizację celów Unii;
- informowanie społeczeństwa o pracach Unii.

### Zarząd Główny PUO

Janusz Meder — Prezes  
Marek Balicki — Wiceprezes  
Grzegorz Luboński — Sekretarz  
Piotr Siedlecki — Skarbnik  
**Członkowie Zarządu Głównego**  
Maciej Krzakowski  
Hanna Tchórzewska

### Więcej informacji na stronach internetowych:

www.puo.pl  
www.pokonamyraka.pl  
www.konkurszdrowagmina.pl  
www.mamhakanaraka.pl

Bezpłatna infolinia PUO: 800 493 494

