

Fot. Adam Stepien/Agencja Gazeta

# PROFESORA WIESŁAWA JĘDRZEJCZAKA PLAN NAPRAWCZY DLA POLSKIEJ ONKOLOGII

Polska onkologia, która musi zapewnić opiekę ponad pół miliona chorym, stoi na jednej nodze: nodze monospecjalistycznych szpitali onkologicznych. Jest w związku z tym niewydolna i nie ma właściwej oferty dla tych pacjentów, u których choroba nowotworowa występuje w szerszym kontekście niewydolności serca, nerek czy wątroby. Tę ofertę mogłyby uzupełnić uniwersyteckie ośrodki onkologiczne, które jako umowna druga noga mogłyby dodatkowo poprawić wczesne wykrywanie chorób nowotworowych, lepiej kształtując w tym zakresie przyszłych lekarzy. Umożliwiłyby też większy dopływ do specjalizacji onkologicznych wybitnie zdolnej młodzieży.

Dyskusję o onkologii trzeba zacząć od zdefiniowania problemu. A problem stanowi ok. 160 tys. nowych zachorowań rocznie, ok. 100 tys. zgonów, ponad pół miliona ludzi żyjących z chorobą nowotworową i to, że te liczby będą rosnąć. Największym sukcesem ostatnich lat było stopniowe ograniczanie palenia tytoniu, który jest głównym środowiskowym czynnikiem rakotwórczym. Z drugiej strony, chociaż zmniejszyło się zatrucie środowiska powodowane przez papierosy i przemysł, to bardzo się zwiększyło jego zanieczyszczenie z powodu ogromnej liczby samochodów. Sumarycznie jednak stopniowo następuje zmniejszanie się liczby nowotworów tytoniozależnych, w tym raka płuca,

głównie u mężczyzn. Kolejnym czynnikiem dotyczącym zachowań prozdrowotnych są nawyki żywieniowe. Od lat utrzymuje się trend polegający na zwiększaniu spożycia warzyw i owoców oraz ograniczenia spożycia soli. Wydaje się, że te czynniki odgrywają zasadniczą rolę w zmniejszaniu występowania raka żołądka. Równocześnie narasta jednak epidemia otyłości, co grozi zwiększaniem się częstości występowania nowotworów, chociaż można zasadnie sądzić, że skutki dotyczące zwiększenia występowania chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych, z cukrzycą na czele, będą większe i konkurencyjne w stosunku do zachorowań i zgonów z powodu nowotworów.

Przede wszystkim jednak uzyskiwane przedłużenie życia i związane z nim starzenie się społeczeństwa będą znakomicie zwiększać liczbę zachorowań na nowotwory. Większość nowotworów występuje częściej u ludzi w zaawansowanym wieku i procesy demograficzne jeszcze przez wiele lat będą powodowały wzrost liczby chorych. Podstawowe działania profilaktyczne muszą się sprowadzać przede wszystkim do szeroko pojętej edukacji – od poziomu szkoły do wykorzystania wszystkich dróg masowego komunikowania się. Trzeba jednak uznać, że nawet najzdrowszy tryb życia nie wyeliminuje chorób nowotworowych, ale przeciwnie – zwiększy ich względną częstość poprzez eliminację konkurencyjnych przyczyn zgonów (ograniczenie zgonów z przyczyn krążeniowych, metabolicznych i z powodu wypadków) i wydłużenie czasu trwania życia.

### Chwalenie się, że wypełniono 100 tys. kart?

Kolejnym zagadnieniem jest diagnostyka nowotworów, w pierwszej kolejności wczesna, a w następnej kolejności ostateczna. W Polsce w ostatnich latach wprowadzono tzw. kartę DiLO (diagnostyki i leczenia onkologicznego), czyli swego rodzaju specjalne skierowanie do szpitala, mające pewien rygor wykonalności. O ile popieram preferencje dla pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej i doceniam intencje pomysłodawców, o tyle pierwotna wersja karty DiLO była horrendum. Jej wypełnienie zajmowało około pół godziny. W tym kontekście należy spojrzeć na chwalenie się, że wypełniono 100 tys. kart. Oznacza to bowiem, że 50 tys. godzin pracy lekarzy specjalistów zużyto w Polsce na samo wypełnianie tych kart. Jeden lekarz powinien pracować 200 godzin miesięcznie, więc 250 miesięcy pracy lekarzy specjalistów wykorzystano na samo wypełnianie kart DiLO. Karty na szczęście uproszczono, ale nadal jest to tylko swoista proteza, którą wprowadzono bez próby zmniejszenia ogólnej niewydolności systemu.

A system jest niewydolny na skutek niedoboru środków, niedoboru lekarzy, w tym lekarzy specjalistów, oraz niedoboru pielęgniarek. Co więcej, duża część istniejących zasobów jest zużywana na biurokrację. Jej ograniczenie (lub przejęcie przez personel administracyjny) to główna dostępna rezerwa w systemie, jeśli chodzi o personel lekarski i pielęgniarski. Niemniej cudów tutaj nie dokonamy (choć trzeba próbować). Należy się nastawić na stopniowe dostosowywanie systemu do zwiększających się i zmieniających potrzeb, co zresztą już się dzieje, np. w zakresie kształcenia lekarzy.

### Pierwszy etap – diagnostyka

Opieka onkologiczna zaczyna się od wczesnej diagnostyki, czyli diagnostyki w sytuacji obecności jedynie objawów nieswoistych, które mogą mieć różne przyczyny, nie tylko nowotworowe. W system słusznie włączono lekarzy rodzinnych, ale zupełnie niezrozu-



Fot. iStockphoto.com/4x

**DYSKUSJĘ O ONKOLOGII TRZEBA ROZPOCZĄĆ  
OD ZDEFINIOWANIA PROBLEMU.  
PROBLEM STANOWI OK. 160 TYS.  
NOWYCH ZACHOROWAŃ ROCZNIE  
I OK. 100 TYS. ZGONÓW**

### prof. Jan Lubiński

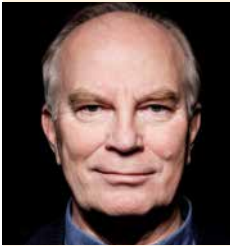


Fot. PAP/Jacek Turczyk

Idea skupienia leczenia onkologicznego w ośrodkach akademickich, które jednocześnie prowadzą badania naukowe, nie jest nowa. Wspominałem o tym już 15–20 lat temu. Obecnie brakuje wsparcia systemowego prac badawczych, które mogą się przyczynić do ustanowienia nowych standardów

terapeutycznych i zapewnić tanie leczenie. Co mam na myśli? Cisplatynę w terapii raka piersi z mutacją BRCA 1. Jej właściwości odkryliśmy wiele lat temu, ale ponieważ nikt w Polsce nie był w stanie zrozumieć znaczenia tego odkrycia, badania prowadziłem na własną rękę. Co gorsza, próbowano im zaszkodzić, mocno mnie krytykując. Co się stało? Obecnie cisplatyna to standard w leczeniu raka piersi, choć oczywiście jeszcze wiele do życzenia pozostawia samo jej stosowanie w wielu szpitalach, bo niestety w Polsce często osiągnięcia naukowe z przełożeniem na praktykę są negowane i budzą sprzeciw. Dlatego do idei skupienia diagnostyki i leczenia w ośrodkach akademickich dodałbym również zapewnienie zarządzania nimi przez ludzi mądrych, otwartych na naukę i rozumiejących jej założenia i znaczenie, bo obecnie często tak się nie dzieje. Czy to się uda? Mam nadzieję, że mój głos znajdzie odzew w odnowionej Krajowej Radzie ds. Onkologii.

## prof. Cezary Szczylik



Fot. PAP/Arek Markowicz

Plan naprawczy prof. Jędrzejczaka jest podsumowaniem dyskusji, która od lat toczy się w środowisku onkologicznym, oraz opisanych ścieżek naprawy systemu (choćby w Strategii Walki z Rakiem realizowanej pod egidą prof. Jassemę), a także reakcją środowiska na katastrofalną sytuację polskiej

opieki onkologicznej. Zawarto w nim wiele powszechnie znanych prawd, jednakże dwa aspekty zdają się mieć pierwszoplanowe znaczenie. Jeden to niewspomniane finansowanie świadczeń onkologicznych i wstydliwie pomijany fakt znakomicie finansowanych usług radioterapii (co świadczy z jednej strony o sile tej grupy – radioterapeutów, lobbystów i firm produkujących urządzenia do radioterapii) w rażącym kontraście do wyceny świadczeń w zakresie onkologii klinicznej. Sytuacja jest tragiczna – w obrębie każdego ośrodka istnieją dochodowe zakłady radioterapii, „chluba” tych ośrodków, oraz kliniki i oddziały chemioterapii stale generujące straty, sekowane przez dyrekcje za niegospodarność. To z kolei powoduje, że zarobki tej grupy onkologów są „rynkowo” nieatrakcyjne, i działa odstraszająco na potencjalnych chętnych do pracy w tej specjalizacji. To też jest odprysk polityki NFZ i państwa, które powodują, że atrakcyjne stały się specjalizacje z medycyny estetycznej itp. Uwadze państwa uchodzi natomiast fakt, że średni wiek chirurga w Polsce wynosi 56 lat, a pielęgniarki 54. De facto jesteśmy u progu katastrofy i nie ma nawet pojedynczego wystąpienia Ministerstwa Zdrowia o podjętych działaniach naprawczych. A dotyczy to w dużej mierze opieki onkologicznej. Brakuje mi tego elementu w propozycji prof. Jędrzejczaka, a wiadomo, że pomijanie tego tematu nie spowoduje żadnej akcji naprawczej.

Kolejny istotny problem to kształcenie. Fatalna polityka centralizacji opieki, zachłanne wchłanianie przez

Centrum Onkologii wszystkich możliwych funkcji, pozostawienie kadłubowych klinik w uczelniach medycznych spowodowały, że studenci tracili zainteresowanie tą specjalizacją, a kształcenie podyplomowe oparte jest na brykach i zestawach pytań (często będących samochwalstwem wiedzy układających te pytania).

Reforma systemu proponowana przez profesora jest KONIECZNA. Centrum Onkologii i podległe ośrodki to w rzeczywistości amerykańskiej *comprehensive cancer centers*, natomiast jednostka centralna to silnie finansowany, przodujący ośrodek intelektualny prowadzący niezależne badania podstawowe i kliniczne, w którym zatrudnienie warunkowane jest konkurencyjnością intelektualną w warunkach konkursu grantów (podobnie jak w NCI).

Kształcenie podyplomowe powinno odbywać się w utworzonej w tym celu dekretem Prezydenta RP niezależnej jednostce, jaką jest Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warto dodać, że załączki tego kształcenia właśnie są tworzone.

Obawiam się jednak, że głos prof. Jędrzejczaka, podobnie jak prof. Jassemę, będzie konsekwentnie ignorowany. Proponowana przez nas reforma uderza w żywotne interesy wąskiego grona decydentów i określonych z góry ośrodków – beneficjentów planu układanego m.in. przez byłego dyrektora Centrum Onkologii ds. finansowych. Jestem w Polsce od 1993 r. – przyjechałem pełen wiedzy i entuzjazmu do wprowadzania w kraju onkologii na dobrym międzynarodowym poziomie. Od tego czasu nie zmieniło się nic, a co najgorsze – nie zmienił się punkt widzenia, korzystny dla grupy decydentów, natomiast całkowicie pomijający losy chorych, sprawę kształcenia podyplomowego i kształcenia w uczelniach. To stale postępująca erozja, generująca tłumy w poczekalniach, migrację młodych lekarzy z Polski i powszechne poczucie beznadziei.

miałe jest pominięcie internistów. Jest to kluczowa specjalność w procesie diagnostycznym, tym bardziej że terapia onkologiczna zaczyna się z reguły dopiero po uzyskaniu rozpoznania histopatologicznego. Tymczasem interna jest w Polsce w zaniku i kiedyś z dość wiarygodnych ust usłyszałem, że decyzja o jej finansowaniu poniżej kosztów była jedną ze „strategicznych” decyzji NFZ. Swoista strategia doprowadzania do kłeski. Spośród specjalności onkologicznych tylko hematolog zajmuje się również diagnostyką nowotworów krwi. W przypadku większości innych nowotworów zajmują się tym interniści we współpracy z chirurgami ogólnymi, którzy ostatecznie pobierają materiał do badania histopatologicznego. Znowu mamy do czynienia z agresywną narracją dotyczącą tego, że rzekomo wszyscy operują nowotwory, a lekarze, którzy operują

ich mało, robią to źle. W rzeczywistości bywa różnie, dlatego że w tej narracji nie uwzględnia się problemu tzw. dwóch lewych rąk, czyli tego, że bardziej utalentowany chirurg, nawet operując mniej, będzie miał lepsze wyniki niż mniej utalentowany wykonujący więcej zabiegów. Poza tym przynajmniej w przypadku części zabiegów dopiero w trakcie operacji ostatecznie okazuje się, że są to zabiegi onkologiczne. I odwrotnie. Podsumowując ten wątek – dobrej i szybkiej diagnostyki onkologicznej nie będzie bez włączenia w nią internistów i chirurgów ogólnych, przy czym kwestia interny to jest sprawa kształcenia również przeddyplomowego.

### Kluczowy jest etap pośredni

Etap pośredni to patomorfologia. Z wyjątkiem wspomnianych hematologów, którzy sami diagnozują

białaczki (ale chłoniaki już niekoniecznie), rozpoznanie nowotworu ustala patomorfolog. I podobnie jak w przypadku interny jest to jedna z najbardziej zaniedbanych specjalności przez system. Wielu procedur patomorfologicznych nie ma w katalogu NFZ, co oznacza, że dla innych świadczeniodawców są one kosztem, który można próbować ograniczać. Tymczasem koszty badań histopatologicznych stale się zwiększają, co wynika z wprowadzania immunohistochemii oraz badań molekularnych i wymogu coraz bardziej precyzyjnej diagnostyki umożliwiającej terapię celowaną. Patomorfologia to właściwe i szybkie rozpoznanie nowotworu. Niedawno byłem skonfrontowany ze śmiercią młodego człowieka chorego na całkowicie wyleczalny nowotwór (chłoniak Burkitta), gdzie 3-tygodniowe oczekiwanie na wynik zadecydowało o niepowodzeniu leczenia. I tak było to stosunkowo szybko, ale za długo, jeśli chodzi o ten nowotwór.

W Polsce (i zresztą niemal wszędzie) onkolog zajmuje się chorym od rozpoznania, czyli jego rola diagnostyczna sprowadza się głównie do określenia stopnia zaawansowania już rozpoznanego nowotworu i następnie zajmuje się on leczeniem. Tutaj też trzeba zdefiniować problem. Chorych na nowotwory można z grubsza podzielić na dwa sposoby: albo ze względu na kryterium wieku, albo ze względu na obecność (lub nie) schorzeń towarzyszących, co zresztą jest wzajemnie skorelowane. Inaczej mówiąc, starsi chorzy znacznie częściej niż młodszy mają poważne schorzenia towarzyszące. Te dwie grupy chorych wymagają nieco innego modelu opieki. Młodszy chorzy, dla których nowotwór jest jedynym problemem medycznym, mogą skorzystać z bardziej agresywnych (a przez to bardziej skutecznych) metod leczniczych. Starsi często nie są w stanie znieść działań niepożądanych takich terapii, a co więcej – te działania niepożądane mogą się nakładać na współistniejącą niewydolność narządową. Dlatego trzeba zastosować u nich inne, nie optymalne, ale tolerowalne metody leczenia. Poza tym trzeba jednocześnie leczyć współistniejącą chorobę nienowotworową. Proporcje tych dwóch głównych grup chorych są odmienne dla różnych nowotworów, ale w wielu z nich grupa chorych powyżej 65. roku życia zaczyna zdecydowanie przeważać.

### Dwie nogi

Obecny system opieki nad chorymi na nowotwory opiera się na monospecjalistycznych szpitalach onkologicznych, które z jednej strony są w stanie zapewnić skojarzone leczenie nowotworów, ale z drugiej strony nie mają kompetencji w zakresie leczenia schorzeń towarzyszących. Inaczej mówiąc – szpitale te są przystosowane do opieki nad chorymi, dla których nowotwór jest głównym i jedynym problemem zdrowotnym, a nie są przystosowane do opieki nad chorymi, u których nowotworowi towarzyszą inne choroby. To samo dotyczy powstałych i powstających ośrodków prywatnych, które także nastawione są wyłącznie na leczenie nowotwo-



**OŚRODKI ONKOLOGICZNE BIORĄ UDZIAŁ**

**W MIĘDZYNARODOWYCH BADANIACH KLINICZNYCH**

**(I TO JEST BARDZO CENNE I WAŻNE),**

**ALE ICH PODSTAWOWĄ ROLĄ JEST**

**DOSTARCZANIE MATERIAŁU KLINICZNEGO**

**Z BARDZO NIEWIELKIM UDZIAŁEM KREATYWNYM**

rów. Tymczasem ta druga grupa chorych potrzebuje leczenia całościowego, obejmującego zarówno nowotwór, jak i inne schorzenia.

Dlatego od wielu już lat postuluję postawienie systemu na dwóch nogach – obok monospecjalistycznych centrów onkologii należy utworzyć ośrodki onkologiczne w szpitalach wielospecjalistycznych, w tym klinicznych.

### Przeddyplomowe nauczanie onkologii

Wielospecjalistyczne ośrodki z definicji byłyby odpowiedzialne za taką opiekę. Onkolog pracujący w takim szpitalu ma pod ręką kardiologów, pneumonologów, gastrologów, nefrologów, endokrynologów czy hematologów i może natychmiast skonsultować, a w razie potrzeby przenieść chorego na odpowiedni oddział. Poza tym, wpływając na lekarzy innych specjalności, pracujących na oddziałach nieonkologicznych, przyczyniałby się do poprawy diagnostyki nowotworów. Czym innym są bowiem kontakty międzyinstytucjonalne, a czym innym codzienna współpraca dotycząca zapewnienia opieki trudnym chorym. Wreszcie, takie ośrodki w szpitalach uniwersyteckich byłyby bazą do przeddyplomowego nauczania onkologii.

Jest faktem, że praktycznie każdy przedmiot medyczny na studiach lekarskich obejmuje zagadnienia nowotworowe. Jednakże oprócz wyrwykowego podejścia do poszczególnych aspektów problemu niezbędne jest podejście całościowe, które zintegruje tę wiedzę. Poza tym absolwenci medycyny muszą mieć orientację w metodach leczniczych wykorzystywanych w onkologii i muszą być zdolni do pokierowania pacjentem w sys-



**OŚRODKI PRZEDONKOLOGICZNE**

**TO WSZYSTKIE TE PLACÓWKI,**

**DO KTÓRYCH MOŻE SIĘ ZGŁOSIĆ CHORY**

**Z PODEJRZENIEM NOWOTWORU.**

**PROWADZIŁBY ONE DALSZĄ DIAGNOSTYKĘ**

**PRZED SKIEROWANIEM**

**DO OŚRODKA ONKOLOGICZNEGO**

temie odpowiednio do jego indywidualnych potrzeb. Tego się nie naucza w ramach innych przedmiotów. Wprowadzono wprawdzie stanowisko koordynatora, ale jest to bardziej funkcja techniczna, a lekarz odpowiada za merytoryczność. Inwestycja w edukację jest z jednej strony najtańsza, a z drugiej strony przez ograniczenie błędów może najbardziej skutecznie udroźnić proces diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory.

### Rozwój nauki

Dotychczasowe myślenie o onkologii w Polsce koncentruje się na sprawach organizacyjno-wdrożeniowych i nie uwzględnia faktu, że w onkologii jest ogromne zapotrzebowanie na nowe rozwiązania zarówno diagnostyczne, jak i lecznicze. Wprawdzie polskie ośrodki onkologiczne biorą udział w międzynarodowych badaniach klinicznych (i to jest bardzo cenne i ważne), ale ich podstawową rolą jest w tym przypadku dostarczanie materiału klinicznego z bardzo niewielkim udziałem kreatywnym. W niedawnej wypowiedzi dla „Gazety Lekarskiej” prof. Waldemar Priebe wystąpił z pomysłem kształcenia w Stanach Zjednoczonych naukowców dla polskiej onkologii i w całej dotychczasowej dyskusji o polskiej onkologii jest to jedyny głos podnoszący znaczenie potrzeby innowacji w tej dziedzinie w Polsce. Powstająca Agencja Badań Medycznych może znakomicie wspierać ten proces pod warunkiem, że w systemie pojawi się większa liczba ludzi twórczych, a ich pozyskanie dla onkologii spośród najlepszych absolwentów medycyny to znowu sprawa uniwersyteckich ośrodków onkologicznych. Obecnie nie ma w Polsce systemu własnej weryfikacji wyników komercyjnych badań klinicznych, a przy tej wielkości populacji, jaką mamy w Polsce, można takie dane używać i dopiero na nich opierać decyzje refundacyjne.

### Nowotwór – choroba przewlekła

Coraz większym problemem są osoby żyjące z nowotworem jako chorobą przewlekłą. Jak wspomniałem,

jest to już obecnie ponad pół miliona chorych, którzy wymagają opieki ambulatoryjnej i okresowej opieki szpitalnej. Co więcej, wielu z nich potrzebuje jej blisko miejsca zamieszkania, a nie w odległym mieście wojewódzkim. Sprawowanie tej opieki przez ośrodki onkologiczne jest możliwe tylko w zakresie konsultacji, co oznacza konieczność doksztalcenia w tym zakresie lekarzy rodzinnych i internistów, którzy będą musieli przejąć większość obowiązków. Kolejnym problemem jest umożliwienie chorym dostępu do świadczeń sanatoryjno-rehabilitacyjnych, znowu po wyposażeniu personelu w odpowiednią wiedzę.

### Ostatni etap – hospicjum

Obecnie skierowanie do hospicjum jest często najbardziej traumatyczną chwilą w życiu chorego na nowotwór, zwłaszcza kiedy jest on w pełni świadomy. Oznacza to poinformowanie go, że pozostało mu jedynie czekanie na śmierć. A konieczne jest odejście od ostrego rozdziału leczenia onkologicznego od opieki hospicyjnej na rzecz procesu ciągłego, w którym w sytuacji zmniejszającej się skuteczności leczenia przeciwnowotworowego u danego chorego zwiększa się stopniowo opiekę hospicyjną i współistnieje ona z paliatywnym leczeniem przeciwnowotworowym.

### Koordinacja i certyfikacja

Wreszcie, jeśli chodzi o koordynację i certyfikację opieki onkologicznej, zasadne jest utworzenie instytucji, która tylko tym będzie się zajmować, i oddzielenie jej od Centrum Onkologii, które powinno być przodującym ośrodkiem pod względem naukowym i wykonawczym, a nie administracyjnym. Takie rozwiązanie sprawdza się w transplantologii, gdzie istnieje Centrum Poltransplant, czy transfuzjologii, gdzie istnieje Narodowe Centrum Krwi, które ani nie dubluje, ani nie deprecjonuje merytorycznej roli Instytutu Hematologii i Transfuzjologii. Istnieją rady: Krajowa Rada Transplantacyjna i Krajowa Rada ds. Krwiodawstwa

i Krwiolęcznictwa, które stanowią dla nich zaplecze eksperckie.

### Docelowy system

Polski system onkologiczny powinien się składać z Narodowego Instytutu Raka, sieci wydzielonych szpitali onkologicznych wspomaganą przez wyspecjalizowane ośrodki prywatne, sieci ośrodków uniwersyteckich wspomaganą przez oddziały onkologiczne w szpitalach specjalistycznych oraz sieci ośrodków przedonkologicznych i poonkologicznych, w tym hospicyjnych.

Narodowy Instytut Raka (NIR)\* byłby wydzieloną instytucją odpowiedzialną za inicjowanie działań profilaktycznych, programów skryningowych, rejestry onkologiczne, koordynację i certyfikację pracy ośrodków udzielających świadczeń onkologicznych. Organem doradczym i opiniodawczym dla ministra zdrowia byłaby afiliowana przy NIR Krajowa Rada ds. Onkologii.

Sieć wydzielonych szpitali onkologicznych to obecne tzw. publiczne centra onkologii (PCO) na czele z Centrum Onkologii w Warszawie, które byłoby głównym polskim tzw. *comprehensive cancer center* łączącym funkcje badawcze i usługowe. Ośrodki tej sieci powinny odpowiadać za kompleksowe leczenie nowotworów przede wszystkim u chorych, dla których choroba nowotworowa byłaby głównym problemem zdrowotnym, prowadzenie badań klinicznych i kształcenie podyplomowe lekarzy specjalności onkologicznych. Ponadto najlepsze ośrodki tej sieci powinny prowadzić własne badania naukowe. Działalność wykonawcza byłaby wspomaganą przez wyspecjalizowane ośrodki prywatne.

Sieć ośrodków uniwersyteckich (Uniwersytecka Sieć Onkologiczna – USO) to ośrodki włączone do wielospecjalistycznych szpitali klinicznych, które odpowiadałyby za kompleksowe leczenie chorych, u których nowotwory występowałyby w kontekście innych poważnych chorób. Jednocześnie byłyby one bazą przeddyplomowego kształcenia w dziedzinie onkologii, prowadziłyby badania naukowe i pozyskiwałyby dla onkologii wybitnie zdolną młodzież. Uczestniczyłyby także w prowadzeniu badań klinicznych i kształceniu podyplomowym lekarzy różnych specjalności w zakresie swoistych dla nich problemów onkologicznych. Powinny one współdziałać z lekarzami rodzinnymi, internistami, chirurgami ogólnymi, patomorfologami i innymi specjalistami w zakresie diagnostyki oraz leczenia tych nowotworów, które np. wymagają specjalistycznych umiejętności zabiegowych niedostępnych

\*Osobiście wolałbym nazwę Państwowy Instytut Raka (PIR), dlatego że nazwa „narodowy” wywodzi się ze Stanów Zjednoczonych, gdzie wcześniej istniało państwo, a naród się tworzył i tą drogą lansowano pojęcie narodu. W Polsce naród istnieje ponad tysiąc lat, ale nie zawsze miał państwo. Pierwszy instytut naukowy, który utworzono po odzyskaniu niepodległości, otrzymał nazwę Państwowy Zakład Higieny. Poza tym proponowana instytucja ma być całkowicie finansowana z budżetu, a więc ma być państwowa.



**DOTYCHCZASOWE MYŚLENIE O ONKOLOGII W POLSCE**

**KONCENTRUJE SIĘ NA SPRAWACH**

**ORGANIZACYJNO-WDROŻENIOWYCH**

**I NIE UWZGLĘDNIŁA FAKTU,**

**ŻE W ONKOLOGII JEST OGROMNE**

**ZAPOTRZEBOWANIE NA NOWE ROZWIĄZANIA**

**ZARÓWNO DIAGNOSTYCZNE, JAK I LECZNICZE**

w ośrodkach stricte onkologicznych. Ośrodki USO byłyby wspomaganą przez oddziały onkologiczne w innych niż kliniczne szpitalach specjalistycznych. Zwłaszcza te oddziały miałyby charakter onkologiczno-hospicyjny i stanowiłyby dla części chorych pośrednie stadium opieki między intensywnym leczeniem onkologicznym a opieką hospicyjną.

Oczywiście zarówno ośrodki PCO, jak i USO miałyby uzupełniającą sieć poradni nastawioną przede wszystkim na opiekę nad chorymi przewlekle. Inaczej mówiąc – istniałby typowy trójpoziomowy system referencyjny obejmujący podstawową (głównie ambulatoryjną) opiekę onkologiczną, opiekę specjalistyczną z możliwością hospitalizacji dziennej i stacjonarnej, opiekę wysokospecjalistyczną obejmującą również takie jednostki, jak *breast units* czy *colon cancer units*.

Ośrodki przedonkologiczne to wszystkie te placówki, do których może się zgłosić chory z podejrzeniem nowotworu. Prowadziłyby one dalszą diagnostykę przed skierowaniem do ośrodka onkologicznego. Są to zwłaszcza lekarze pierwszego kontaktu, interniści, chirurdzy ogólni i patomorfolodzy. Te same jednostki pełniłyby też funkcję ośrodków poonkologicznych, a więc przede wszystkim byłyby zaangażowane w leczenie objawowe, w tym specjalistyczne leczenie objawowe. Ich działalność byłaby dopełniana przez hospicja stacjonarne i domowe sprawujące opiekę nad chorymi w końcowym okresie życia.

prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak