

Czas na onkologię

2

Tylko w tyłu uczelniach medycznych w Polsce realizowany jest program nauczania onkologii na europejskim poziomie.

Wszyscy lekarze powinni być onkologami?

W ślad za poprawą świadomości społecznej na temat nowotworów nie idzie zorganizowana edukacja onkologiczna. W szkołach w ogóle nie mówi się o chorobach nowotworowych, a poziom kształcenia onkologicznego studentów medycyny i lekarzy specjalizujących się w dziedzinach nieonkologicznych nie zmienił się od 30 lat — podkreślają onkolodzy. Ich zdaniem jest to główna przyczyna znacznie gorszych niż w innych krajach UE wyników leczenia nowotworów w Polsce.

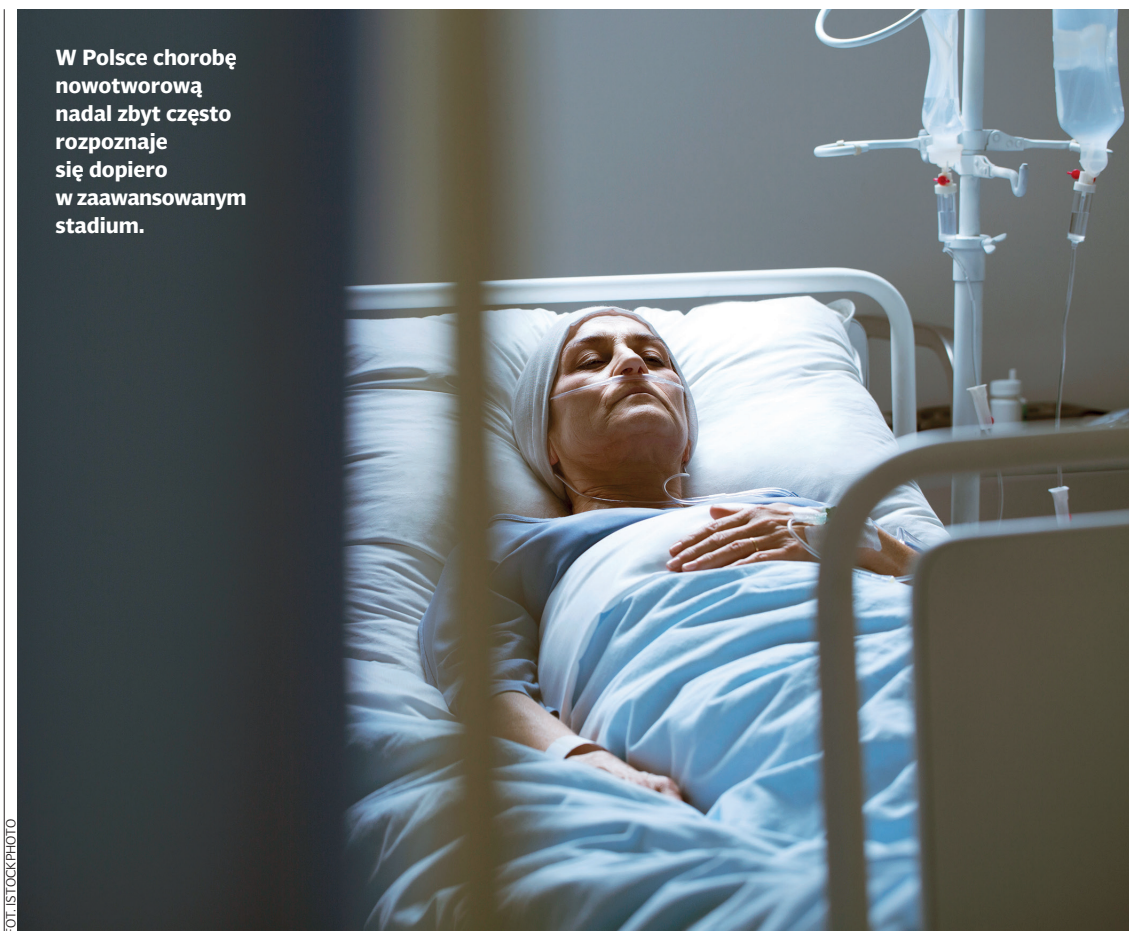
Podczas debaty „Edukacja onkologiczna — *never-ending (shame) story*”, która odbyła się w marcu w Katowicach, w ramach Kongresu Wyzwań Zdrowotnych, prowadzący prof. dr hab. n. med. Krzysztof Skłodowski, dyrektor gliwickiego oddziału Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, przedstawił dane dotyczące zapadalności i umieralności mężczyzn z powodu nowotworów w 2015 r. w Polsce. Jedynie w przypadku raka gruczołu krokowego wskaźnik umieralności jest niższy od wskaźnika zapadalności. We wszystkich pozostałych nowotworach albo są one równe, co oznacza, że tyle samo mężczyzn zachorowuje w ciągu roku, ile umiera, albo — jak w przypadku raka płuca — umieralność zdecydowanie przewyższa zapadalność.

„To pokazuje niemoc, z jaką mamy do czynienia w Polsce. Ma ona wiele przyczyn, nie tylko finansowe. Mówimy, że pod względem wskaźników epidemiologicznych i wyników leczenia nowotworów odbiegamy od innych krajów europejskich. Dlaczego? Ponieważ chorobę nowotworową rozpoznaje się u nas w bardziej zaawansowanych stadiach, a u podłoża braku skuteczności podejmowanych działań systemowych leży powszechnie nieobecna albo staroświecka edukacja onkologiczna” — ocenił prof. Krzysztof Skłodowski.

Niezbędne radykalne zmiany w kształceniu

O programach szkolenia onkologicznego studentów i konieczności przygotowania dla nich podręcznika mówił się już 30 lat temu. „Przez te 30 lat nie zaobserwowałem istotnej poprawy kształcenia i wiedzy onkologicznej studentów medycyny oraz specjalistów dyscyplin nieonkologicznych, a to głównie oni stawiają diagnozę onkologiczną w Polsce. Pacjent trafia do nas najczęściej już z rozpoznaniem” — zwrócił uwagę prof. Skłodowski, specjalista radioterapii onkologicznej. Rozpoznanie choroby nowotworowej najczęściej ustalają lekarze rodzinni i zabiegowcy, którzy pobierają mate-

W Polsce chorobę nowotworową nadal zbyt często rozpoznaje się dopiero w zaawansowanym stadium.



FOT. ISTOCKPHOTO

rial tkankowy do badań. Onkolodzy zauważają, że w „Strategii walki z rakiem w Polsce na lata 2015-2024” ani słowem nie wspomina się o pogłębieniu wiedzy onkologicznej podczas szkolenia podyplomowego. „W tym bardzo obszernym dokumencie nauczaniu onkologii poświęcony jest tylko jeden akapit. Jest w nim mowa o konieczności stworzenia bazy kliniczno-dydaktycznej oraz o tym, że nauczanie przeddyplomowe powinno być realizowane na dyscyplinach wydziałach lekarsko-dentystycznych, wydziałach nauki o zdrowiu oraz wydziałach farmacji. Nie ma natomiast mowy o szkoleniu podyplomowym i programach specjalizacyjnych. „Strategia walki z rakiem” nie dostrzega konieczności poprawy kształcenia specjalizacyjnego w dyscyplinach nieonkologicznych” — grzmił dyr. Skłodowski, który kieruje również i Kliniką

Radioterapii i Chemioterapii COI w Gliwicach. Prof. Skłodowski pokusił się również o analizę treści podręczników i programów specjalizacji z podstawowych dyscyplin klinicznych w Polsce. Wniosek? Onkologia znajduje się w nich w „niszy informacyjnej”. Znamiennym przykładem jest rak płuca — najczęstszy i najbardziej zabójczy nowotwór, stanowiący w Polsce ogromny problem epidemiologiczny. W podręcznikach interny, wydanych w latach 1985-2005, poświęcono mu 6-12 proc. miejsca przeznaczanego na omówienie wszystkich chorób układu oddechowego. Zagadnienia onkologiczne zostały potraktowane po macoszemu również w podręcznikach innych dyscyplin klinicznych, takich jak otolaryngologia, ginekologia i położnictwo i inne. „Pomimo powszechnej informacji o wysokiej i ciągle wzrastającej czę-

stości zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce i związanej z tym świadomości onkologicznej pacjentów, absolwenci medycyny i lekarze nieonkolodzy nie mają odruchu onkologicznego, bo nie nabyli go w czasie studiów ani specjalizacji. Winę za to ponosi system szkolenia przed- i podyplomowego, wciąży traktujący onkologię marginalnie w stosunku do innych dyscyplin — mówił prof. Skłodowski. — Opinia, że panaceum dla polskiej onkologii są większe pieniądze na inwestycje i nowoczesną terapię jest niecelna. Wskaźniki epidemiologiczne i wyniki leczenia nie ulegną radykalnej poprawie, jeśli edukacja onkologiczna lekarzy nie zmieni się także w sposób radykalny. Postuluję rewolucję nauczania medycyny — wszyscy lekarze mają być onkologami. Nie chodzi o nazwę, ale o wiedzę” — dodał.

Wartość praktyki klinicznej

Dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, który jest również pracownikiem Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i uczestniczy w procesie ujednolicania programu nauczania studentów na tej uczelni, jest przekonany, że przeddyplomowe kształcenie onkologiczne nie może odbywać się w klinikach, które nie zajmują się leczeniem przeciwnowotworowym. „Jeżeli wszyscy mają być onkologami, z czym się zgadzam, to bardzo bym chciał, żeby byli onkologami wyształconymi” — powiedział dr hab. Adam Maciejczyk, który jest prezesem elektum Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i prezesem Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych.

Kolejnym problemem, na który zwrócił uwagę dyrektor DCO, jest kształcenie ustawiczne lekarzy, po uzyskaniu przez nich specjalizacji. „Przepis, zgodnie z którym w izbach lekarskich kontroluje się punkty edukacyjne zdobywane na różnych szkoleniach, jest martwy. Nikt nie zbiera tych punktów” — argumentował dr hab. Adam Maciejczyk.

Onkolog i hematolog dziecięcy prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczepański, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii,

Hematologii i Onkologii Dziecięcej i prorektor ds. nauki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, uważa, że najlepszym modelem edukacji onkologicznej byłaby ścisła współpraca uczelni medycznych z centrami onkologii. „Taka współpraca już się odbywa i jesteśmy z niej zadowoleni, ale chcemy jej poszerzenia, bo wiemy, że najlepiej uczą konkretne przykłady. Jeżeli młody człowiek studiujący medycynę nie będzie widział pacjentów z chorobą nowotworową, to jego wiedza będzie jałowa” — stwierdził prof. Tomasz Szczepański.

Według niego, nauczanie onkologii np. na oddziałach chirurgii czy interny nie zawsze jest dobrym rozwiązaniem, ponieważ w części z nich chorzy na raka stanowią 50 proc. wszystkich pacjentów, a w innych wszystkich 5-10 proc. Przydatne byłoby opracowanie centralnego programu nauczania, który wskazywałby, w jakich jednostkach miałyby być ono prowadzone. „Jeżeli zostanie powiedziane, jaki konkretnie ma być program nauczania i w jakich jednostkach prowadzony, to nie będzie można go omijać. W wielu dyscyplinach zajęcia prowadzi ktoś,

komu wydaje się, że się na tym zna, ale nie ma zaplecza. Onkologii powinno się uczyć tam, gdzie są pacjenci onkologiczni” — postuluje prorektor SUM. Jednak praktycznemu nauczaniu onkologii na pewno nie sprzyja liczba studentów, którzy zgłaszają się na zajęcia. Jest ich po prostu za dużo. Zdarza się, i nie jest to przypadek odosobniony, że na 25-łóżkowy oddział zgłasza się 20 adeptów medycyny. Dlatego katowicka uczelnia zastanawia się, jak wykorzystać do tego celu zewnętrzne placówki, w tym szpitale rejonowe.

„Powinniśmy również dokonać wnikliwego przeglądu zakresów zajęć prowadzonych w dyscyplinach nieonkologicznych. One nie zawsze są zgodne z programem nauczania onkologii” — dodał dr hab. Adam Maciejczyk. Podsumowując debatę, prof. Krzysztof Skłodowski jeszcze raz podkreślił, że nauczanie onkologii wymaga rewolucyjnych zmian. „Przez 30 lat czekaliśmy na ewolucję, która oczywiście się dokonała, ale w stopniu wysoce nas niesatysfakcjonującym. Dlatego teraz potrzebna jest rewolucja” — powiedział profesor.

Maja Markłowska-Dzierżak

Komentarz

Zamierzamy zmienić programy specjalizacyjne



Prof. dr hab. n. med. Łukasz Szumowski, minister zdrowia:

Powolałem zespół, który ma określić, jak powinna wyglądać ścieżka specjalizacji w Polsce. Według mnie, to kierownik specjalizacji powinien decydować o tym, czy dany człowiek nauczył się pewnego obszaru medycyny, np. onkologii, chirurgii czy kardiologii, czy nie. Chciałbym, żeby kierownik specjalizacji gwarantował to swoim podpisem. Wydaje się, że rozbudowana kontrola różnych procedur i świadczeń doszła już do absurdu i zamiast nauką, koledyż zajmują się wypisywaniem papierów. Poza tym znacznie bardziej powinna być podkreślona relacja mistrz-uczeń. Pewnie trzeba również urealnić procesy nauki pod względem liczby procedur i czasu — raczej nastawić się na efekt, a nie na proces. Jednemu człowiekowi wystarczy zobaczyć 10 zabiegów danego typu, żeby miał o nich pojęcie, drugiemu i 30 może nie wystarczyć, dlatego trudno to ogólnie ustalać.

NATOMIAST PROGRAMY STUDIÓW MEDYCZNYCH SĄ W KOMPETENCJI UNIWERSYTETÓW, KTÓRE MAJĄ PEŁNĄ AUTONOMIĘ. Na pewno powinny to być programy bardzo nowoczesne, uwzględniające m.in. burzliwy rozwój wiedzy onkologicznej. Odkrywane są nowe procesy komórki, nowe cząsteczki i możliwości terapeutyczne, dobrze byłoby więc, żeby studenci mieli dostęp do tej najnowocześniejszej wiedzy. Tworzymy program Narodowego Instytutu Onkologii, a właściwie narodowej sieci onkologii i chciałbym, aby dobre praktyki diagnostyczno-terapeutyczne były tam implementowane. Pilotaż tego programu przeprowadzimy prawdopodobnie w trzech lub czterech województwach. Rozpocznie się on jeszcze w tym roku.

Tworzymy pozytywną przestrzeń

Stowarzyszenie PSYCHE SOMA POLIS to wyjście naprzeciw człowiekowi, aby razem z nim, poprzez profesjonalną pomoc, pokonywać trudności i przeszkody ograniczające dobrą jakość życia oraz wyzwalając sens i radość istnienia. Stawia na wsparcie psychiczne, zdobywanie wiedzy, spotkania z ludźmi, rozwój osobisty. Trochę o zdrowiu postrzega w czterech istotnych dla każdego człowieka aspektach: fizycznym, psychicznym, duchowym oraz społecznym.



Psychoonkolog pomaga na każdym etapie leczenia

Profesjonalną pomocą psychologiczną kierowaną do onkologicznie chorych i ich bliskich zajmują się obecnie specjalnie przygotowani do tego psychologowie, a coraz częściej też psychoonkolodzy.

Psychoonkologia jako interdyscyplinarna dziedzina medycyny zajmuje się psychologicznymi aspektami choroby nowotworowej. Jej rozwój w krajach europejskich przypada na lata 80. XX wieku, a zainteresowania oscylują wokół specjalistycznych szkoleń, nauki i prowadzenia badań.

Podstawowym kryterium przyjętym w psychoonkologii jest jakość życia, dlatego głównym jej celem jest poprawa opieki psychosocjalnej nad pacjentem onkologicznym. Psychoonkologia skupia się więc przede wszystkim na obciążeniach psychospołecznych chorego onkologicznie oraz na jego subiektywnych i obiektywnych, psychosomatycznych i psychoterapeutycznych potrzebach w okresie leczenia i rehabilitacji. Stąd działania psychoonkologów ukierunkowane są na usuwanie i łagodzenie psychologicznych konsekwencji choroby nowotworowej i jej leczenia zarówno u pacjenta, jak i jego bliskich. Najczęściej są to działania doradcze i interwencyjne zorientowane na terażniejszość i niedaleką przyszłość. Od niedawna w ramy psychoonkologii włączono zostały także metody terapii służące radzeniu sobie ze stresem).

Podsumowując debatę, prof. Krzysztof Skłodowski jeszcze raz podkreślił, że nauczanie onkologii wymaga rewolucyjnych zmian. „Przez 30 lat czekaliśmy na ewolucję, która oczywiście się dokonała, ale w stopniu wysoce nas niesatysfakcjonującym. Dlatego teraz potrzebna jest rewolucja” — powiedział profesor.

Przywrócenie zakłóconej równowagi psychicznej

Metody pracy o charakterze doradztwa i interwencji przede wszystkim pomagają choremu w odreagowaniu emocji. Przydatne są zatem w łagodzeniu jego cierpienia oraz w skonfrontowaniu z rzeczywistością. Ma to służyć przede wszystkim przeciwdziałaniu tendencjom do zaprzeczania i zniekształcania, „urządkowaniu” wraz z pacjentem jego sytuacji oraz sformułowaniu najważniejszego w tym momencie dla chorego problemu. Sprzyja także dokonaniu oceny jego dotychczasowych sposobów radzenia sobie i stworzeniu planu pomocy). Działania te, jeśli istnieje taka potrzeba, są działaniami dyrektywnymi, podejmowanymi tak szybko, jak to możliwe i z dużą intensywnością.

Sama interwencja jako złożona działalność, przebiegająca na płaszczyźnie psychologicznej, medycznej i środowiskowej, ma charakter stricte praktyczny. W pracy z pacjentem onkologicznym bowiem, szczególnie gdy zostaje ona podjęta tuż po diagnozie, w trakcie leczenia szpitalnego bądź po objęciu opieką paliatywną, najbardziej wartościowe są właśnie konkretne działania.

Tak więc interwencja podejmowana przez psychoonkologa jest działaniem kompleksowym, intensywnym, ale też ograniczonym w czasie. Do pewnego stopnia pomaga przywrócić mocno zakłóconą równowagę psy-

chiczną chorego i sprzyja jego samodzielnemu radzeniu sobie z zaistniałą sytuacją. W długoterminowym procesie zmagania się z chorobą i jej konsekwencjami może ona przeciwdziałać trwałym negatywnym ich następstwom. Co warto podkreślić, najczęściej poprzedza też dalsze i głębsze oddziaływania psychologiczne i dlatego traktuje się ją jako istotny rodzaj pomocy psychologicznej.

W sieci wsparcia społecznego

Wsparcie może być rozumiane jakościowo jako „poczucie zaspokojenia potrzeb społecznych podmiotu przez interakcje z osobami znaczącymi, dające uczucie przynależności, bezpieczeństwa i aprobaty”) lub ilościowo — w rozumieniu liczby osób w otoczeniu społecznym podmiotu.

Warto wskazać, iż wsparcie społeczne funkcjonuje niezależnie od wystąpienia krytycznego wydarzenia życiowego czy kryzysu, ale zapotrzebowanie na nie wzrasta gwałtownie w sytuacjach trudnych i wtedy odgrywa ono dużą rolę. Uznaje się bowiem, że indywidualne reakcje jednostki w sytuacji wydarzenia krytycznego zależą nie tylko od natężenia stresu i aktualnej siły człowieka, ale też od oparcia emocjonalnego i możliwości pomocy ze strony struktury społecznej.

Wsparcie społeczne może działać na człowieka przeżywającego krytyczne wydarzenie życiowe ochraniająco, neutralizująco, wspomagająco w ramach procesu zdrowienia oraz w sposób zaradczy). Jest więc czynnikiem zaliczanym do tzw. zasobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Pomoc adekwatna do potrzeb

Podstawowymi warunkami efektywności wsparcia są adekwatność do potrzeb jednostki jego poziom i jakość. O jego skuteczności decyduje też uruchomienie wewnętrznych zasobów człowieka do radzenia sobie w sytuacji trudnej. Zbyt silne wsparcie może obciążać jednostkę, może być powodem zmniejszenia jej poczucia kompetencji do samodzielnego radzenia sobie z problemami, a nawet zniesienia poczucia odpowiedzialności za ich rozwiązywanie. Co więcej, może być też powodem uzależnienia od pomocy).

Pacjenci zmagający się z chorobami nowotworowymi i ich bliscy wymagają wieloobszarowego, fachowego i odpowiedniego do potrzeb wsparcia, w tym o charakterze informacyjnym, materialnym, emocjonalnym, instrumentalnym i duchowym. Uważa się też, że w pierwszej kolejności powinny go dostarczać naturalne grupy odniesienia, jednak nie mniej ważne jest wsparcie profesjonalne.

Jak wynika z badań (także własnych), pomimo istnienia w Polsce sys-

temu wsparcia społecznego w postaci organizacji rządowych i samorządowych, uzyskanie pomocy przez chorych onkologicznie, szczególnie pomocy fachowej psychologicznej, bywa niezmiernie trudne). O ile bowiem podczas leczenia szpitalnego pacjenci ci mają zwykle dostęp do takiej pomocy (bezpłatnej), o tyle w czasie leczenia ambulatoryjnego dostęp ten staje się niezwykle utrudniony, przez co jakość ich życia spada.

Stowarzyszenie PSYCHE SOMA POLIS wychodzi naprzeciw tym potrzebom poprzez działania związane ze wsparciem społecznym, dając możliwość skorzystania z pomocy pozamedycznej. Oprócz indywidualnych konsultacji psychoonkologicznych, stowarzyszenie prowadzi m.in.: zajęcia ruchowe, warsztaty zdrowego odżywiania oraz filozoficzne, grupy terapeutyczne i samopomocy. Ponadto realizuje projekty mające na celu przywrócenie osób chorujących onkologicznie do pełnienia przez nie różnych ról społecznych. Więcej informacji na stronie www.psychemapolis.org

Dr Justyna Deregowska

Autorka jest pedagogiem, psychoonkologiem, coachem, terapeutą, wykładowcą akademickim. W Stowarzyszeniu PSYCHE SOMA POLIS prowadzi konsultacje indywidualne oraz grupy terapeutyczne (m.in. Cancer Coaching).

PIŚMIENNICTWO

1. Dorfmueller M.: O historii i rozwoju psychoonkologii. W: Dorfmueller D., Dietzfelbinger H. (red.): Psychoonkologia. Diagnostyka. Metody terapeutyczne. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2011.
2. Badura-Madaj W.: Problematyka utraty, osierocenia i żałoby w praktyce interwencji kryzysowej. W: Badura-Madaj W. (red.): Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Wyd. Naukowe Śląsk, Katowice 1999.
3. Pommersbach J.: Wzór zachowania „A” a wsparcie społeczne i gotowość do korzystania z pomocy. Przegląd Psychologiczny 1990, 2, 353.
4. Wysocka-Pleczyk M.: Psychologiczna problematyka grup samopomocy na przykładzie klubów „Amazonek”. W: Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.): Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej. Wyd. UJ, Kraków 1997.
5. Sęk H.: O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. W: Cierpialkowska L., Sęk H. (red.): Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2001.
6. Deregowska J.: Kobieta z chorobą nowotworową piersi w sieci wsparcia społecznego. Kontekst jakościowy. Nowiny Lekarskie 2012, 3.