

Refleksje na temat perspektywy edukacji onkologicznej w Polsce

Wiktor Chmielarczyk¹, Monika Galicka¹, Kinga Wojtaszczyk²

Reflections on the perspectives of oncological education in Poland

Edukacja onkologiczna polega, in sensu lato, na interioryzacji kultury onkologicznej społeczeństwa, która prowadzi do zmiany zachowania osób edukowanych.

Kultura onkologiczna to pewien rodzaj aktywności zainicjowanej przez elity, która powstaje w momencie zetknięcia się społeczeństwa z problemem epidemii nowotworów złośliwych.

Edukacja jest z jednej strony zasobem dynamicznie zmieniającej się wiedzy, z drugiej strony procesem, który prowadzi od przekazania informacji, poprzez zmiany opinii, postawy do zmiany sposobu zachowania osoby edukowanej.

Trwałym elementem edukacji jest dydaktyka, czyli swego rodzaju nauka o nauczaniu. Jej zadaniem jest maksymalne wykorzystanie relacji uczący i uczący się dla formacji intelektualnej. Celem onkologicznej edukacji profesjonalistów jest wykształcenie dobrego i mądrego onkologa.

Mądry lekarz potrafi harmonijnie łączyć wiedzę z życzliwością, a dobry onkolog rozumie, że istotą choroby nowotworowej nie jest chory narząd, ale chory człowiek.

Zadaniem edukacji onkologicznej, która została „wezwana do tablicy” z powodu epidemii nowotworów, jest z jednej strony edukacja społeczeństwa. Jest to podstawowy element budowania kultury onkologicznej. Z drugiej strony zadaniem edukacji onkologicznej jest przygotowywanie kadr profesjonalistów, którzy będą walczyli z epidemią, a przede wszystkim z jej skutkami, czyli leczyli chorych na raka.

Ważnym elementem edukacji onkologicznej jest fenomen określany w języku angielskim jako translational oncology. Polega on na ustawicznym przybliżaniu zarówno społeczeństwu, jak i osobom praktycznie zajmującym się leczeniem, szybko narastającej wiedzy onkologicznej.

Ostatecznym celem edukacji onkologicznej jest wizja świata bez nowotworów złośliwych. A jej misją codzienną praca, w ostatecznym efekcie, dla dobra konkretnego chorego.

W społeczeństwie o niskiej kulturze onkologicznej żadna edukacja onkologiczna się nie uda. I odwrotnie, słaba edukacja daje w efekcie niską kulturę onkologiczną.

Problem polega na harmonijnym budowaniu kultury onkologicznej, w oparciu o prawidłowo organizowaną aktywność edukacyjną. Ta harmonia wymaga określonych założeń perspektywicznych, strategicznych i taktycznych.

W tej refleksji zajmujemy się jedynie pewnymi elementami perspektywicznych założeń edukacji onkologicznej. Punktem wyjścia jest oczywiście perspektywa czasowa naszej refleksji. Przyjmijmy, że jest nią 2020 r. Zgodnie z szacunkami IARC w Polsce w roku 2020 na nowotwory złośliwe zachoruje 93 314 mężczyzn i 74 156 kobiet [1]. Jeżeli te założenia są wiarygodne, to znaczy, że liczba zachorowań wyniesie wówczas około 170 000 nowych zachorowań rocznie. Obecnie (dane z 2007 r.) mamy 128 883 zachorowania rocznie [2]. Wzrost liczby zachorowań wymaga przygotowania przede wszystkim kadr, które poradzą sobie z tą liczbą nowych zachorowań.

Dodatkowy problem stwarzają szybko postępujące fenomeny demograficzne.

Pierwszy to starzenie się populacji Polski. Jest to jeden z czynników wzrostu zachorowań na nowotwory. Przed laty wykazał to w prostym sformułowaniu profesor D. Shmahl: „Epidemia raka jest funkcją predyspozycji genetycznej, ekspozycji na karcinogeny i starzenia się populacji” [3].

Drugi problem to starzenie się kadry onkologów. Szczególnie chodzi tutaj o chirurgów onkologów, z których większość (71%) przekroczyła 55 rok życia (367 na 510). Lepsza sytuacja jest wśród onkologów klinicznych, z których jedynie 80 na 447 (18%) będzie emerytowanych przed 2020 r. Natomiast w grupie onkologów ginekologów 29 na 56 będzie emerytowanych w 2020 r. (52%). Wśród radioterapeutów 186 na 488 (38%) będzie emerytowanych w 2020 r. [4].

Dane z 2010 r. wykazują, że w Polsce mamy dość pokaźny zespół lekarzy onkologów.

Onkologów klinicznych jest obecnie 510, onkologów dziecięcych 130, onkologów ginekologów 91. W sumie (bez chirurgii onkologicznej) stanowi to 731 lekarzy. Daje

¹ Samodzielna Pracownia Edukacji Onkologicznej
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Warszawie

² Naczelna Izba Lekarska w Warszawie

Tab. I. Porównanie pięcioletnich przeżyć chorych na wybrane nowotwory złośliwe w krajach Unii Europejskiej i w Polsce w latach 2000-2002 [1, 6]

| Rodzaj nowotworu | Kraje Unii Europejskiej (Kobiety+Mężczyźni) [1] | Polska wg statystyki UE (Kobiety+Mężczyźni) [1] | Polska Mężczyźni wg statystyki KRN [6] | Polska Kobiety wg statystyki KRN [6] |
|--------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Jelito grube i odbytnica | 56,2 | 46,0 | 43,3 | 44,1 |
| Płuco | 10,9 | 14,0 | 10,8 | 15,7 |
| Czerniak | 86,1 | 65,0 | 54,4 | 65,7 |
| Szyjka macicy | 60,4 | 56,0 | | 54,1 |
| Pierś | 79,0 | 73,9 | | 75,0 |
| Gruzoł krokowy | 77,5 | 70,7 | 65,2 | |
| Jądro | 97,3 | 91,5 | 87,7 | |
| Tarczycza | 83,2 | 89,7 | 76,8 | 90,7 |
| Chłoniaki | 54,6 | 44,2 | 42,8 | 48,5 |

to przelicznik około dwóch lekarzy onkologów na 100 000 mieszkańców. [1] W Stanach Zjednoczonych ten sam przelicznik jest niewiele większy i wynosi 3,3 lekarza na 100 000 (10 500 onkologów na całą populację USA) [5].

Zjawiska demograficzne obserwowane w Polsce już od pewnego czasu są skrupulatnie analizowane w krajach starej Unii i w USA. Nie można wykluczyć, że rządy tych państw jako jedno z rozwiązań tego problemu wezmą pod uwagę korzystanie z naszych zasobów ludzkich w zakresie onkologów i pielęgniarek onkologicznych. Ta emigracja, wymuszona głównie lepszymi perspektywami zarobku, już ma miejsce.

Reasumując, możemy powiedzieć, że Polska znajduje się obecnie w dość komfortowej sytuacji, jeżeli chodzi o kadry onkologiczną. Wskazują na to również systematycznie poprawiające się wyniki oceny pięcioletnich przeżyć polskich pacjentów. Dane opisujące kohortę chorych, którzy zachorowali w latach 2000-2002, są już porównywalne z danymi innych krajów Unii Europejskiej (Tab. I). Różnice były znacznie większe w poprzednich badaniach objętych programem EUROCARE.

Wyniki osiągnięte przez Polskę są na pewno imponujące, gdyż osiągnięto to wszystko znacznie mniejszym kosztem niż w krajach „starej” Unii. Przypuszczalnie dużą rolę, wciąż niedocenianą, odegrała ogólna świadomość społeczna, budowana poprzez edukacyjną aktywność organizacji pacjentów chorych na nowotwory. Swoisty oddolny ruch walki z rakiem. Na szczególną uwagę zasługują tutaj kluby kobiet po mastektomii, które powstały w latach osiemdziesiątych (pierwszy w Polsce Klub Warszawskich Amazońki powstał przy Instytucie Onkologii w Warszawie przy ul. Wawelskiej).

Wszystkie te elementy trzeba wziąć pod uwagę, analizując perspektywy edukacji onkologicznej w zbliżającym się dziesięcioleciu. Dobre wyniki w przeżyciach to jednak i kolejne wyzwanie dla służby zdrowia. Wzrasta bowiem liczba osób, które „przeżyły” i wymagają dalszej opieki i rehabilitacji. Obecnie można szacować tę liczbę na 500 000-600 000 osób (wg równania McMahon’a) [7].

Podsumowanie

W perspektywie najbliższych 10 lat w procesie edukacji onkologicznej zarówno społeczeństwa, jak i profesjonalistów, trzeba wziąć pod uwagę następujące elementy:

1. W związku ze zjawiskami demograficznymi (starzenie się populacji i kadry onkologów, emigracja) będzie się powiększała niekorzystna społecznie różnica pomiędzy możliwościami a potrzebami w zakresie profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych.
2. Trzeba zaplanować źródła finansowania na wzrastającą potrzebę edukacji onkologicznej nowej kadry onkologicznej.
3. Jak zorganizować system opieki onkologicznej nie tylko nad zwiększającą się grupą pacjentów, którzy zachorowali, ale i tych, którzy przeżyli?
4. Potrzebne jest zorganizowanie zespołu, który stworzy program rekrutacji studentów, pielęgniarek i innych profesji w celu zabezpieczenia zdrowia wzrastającej liczbie chorych na nowotwory złośliwe.
5. Trzeba zorganizować stałe monitorowanie fenomenów związanych z problemem: demografia a onkologia, w kontekście edukacji nowych kadr medycznych i profesji towarzyszących.
6. Należy opracować modele optymalnego wykorzystania jednostek sieci onkologicznej i uniwersytetów medycznych celem edukacji nowych kadr.
7. Należy rozważyć utworzenie nowej specjalizacji: **edukacja onkologiczna**, która, uwzględniając elementy onkologii humanistycznej profesora Tadeusza Koszarowskiego, zajmowałaby się praktyką i teorią taktyki, strategii i perspektyw edukacji onkologicznej w Polsce.
8. Należy opracować model pomocy i nadzorowania działalności edukacyjnej organizacji pacjentów i innych organizacji pozarządowych zajmujących się edukacją onkologiczną.

Dr n. med. Wiktor Chmielarczyk

Samodzielna Pracownia Edukacji Onkologicznej
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa

Piśmiennictwo

1. GLOBOCAN <http://globocan.iarc.fr/>.
2. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007 roku. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2009.
3. Schmahl D. Possibilities and limitations in cancer prevention. *Naturwissenschaften* 1988; 75: 334-40.
4. Centralny Rejestr Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej. Naczelna Izba Lekarska.
5. Gardner A. U.S. Faces Shortage of Cancer Doctors. <http://www.healthscout.com/news/68/602733/main.html>.
6. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. *Wskaźniki przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w Polsce*. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2009.
7. MacMahon B, Pugh B i wsp. *Epidemiologic Methods*. Boston: Little, Brown and Kompan; 1960.