

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski



Redakcja naukowa

Alina Potrykowska, Zbigniew Strzelecki
Janusz Szymborski, Janusz Witkowski

Warszawa 2014

Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski

Cancer incidence and mortality versus the demographic situation of Poland

Recenzent: **Prof. dr hab. n. med. Alfred Owoc**

Redakcja/Edited by *Alina Potrykowska, Zbigniew Strzelecki
Janusz Szymborski, Janusz Witkowski*

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Warszawa 2014

Copyright © by Rządowa Rada Ludnościowa
Warszawa 2014

Redaktor *Ludmiła Kwiatkowska*

Rządowa Rada Ludnościowa

Al. Niepodległości 208

00-925 Warszawa

Tel. (48) 22 449 40 40

(48) 22 608 30 40

(48) 22 608 31 75

Fax (48) 22 608 38 87

E-mail: rrl.sekretariat@stat.gov.pl

ISBN 978-83-7027-573-0

Na CD:

ISBN 978-83-7027-574-7

Druk i oprawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych
Al. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa

SPIS TREŚCI

| | |
|--|-----|
| Przedmowa – Zbigniew Strzelecki | 7 |
| Foreword – Zbigniew Strzelecki | 10 |
| Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe oraz konieczności poprawy profilaktyki i wyników leczenia pacjentów nowotworowych w obliczu wyzwań demograficznych w Polsce” – Zbigniew Strzelecki | 13 |
| Rozdział 1. Onkologia i demografia – dziś i jutro – Janusz Witkowski, Janusz Szymborski | 18 |
| 1. Tendencje umieralności w Polsce z perspektywy demografii | 19 |
| 2. Wystąpienia konferencyjne | 20 |
| 3. Konkluzywne podsumowanie | 26 |
| Bibliografia | 28 |
| Summary | 29 |
| Rozdział 2. Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce – Witold Zatoński, Urszula Sulkowska, Krzysztof Przewoźniak, Mateusz Zatoński | 30 |
| 2.1. Wstęp. Epidemiologia nowotworów złośliwych | 30 |
| 2.2. Omówienie | 35 |
| Bibliografia | 44 |
| Summary | 49 |
| Rozdział 3. Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku; Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych – Janusz Meder | 50 |
| 3.1. Wprowadzenie | 50 |
| 3.2. Historia walki z rakiem w Polsce | 57 |
| 3.3. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych | 64 |
| 3.4. Próba oceny realizacji NPZChN z perspektywy Polskiej Unii Onkologii | 77 |
| 3.5. Wnioski końcowe i propozycje działań na najbliższą przyszłość | 79 |
| Bibliografia | 83 |
| Summary | 85 |
| Rozdział 4. Zwalczenie nowotworów w Polsce: potrzeba nowej strategii – Jacek Jassem | 86 |
| 4.1. Zwalczenie nowotworów w Polsce | 86 |
| 4.2. Propozycje nowej strategii | 95 |
| Bibliografia | 101 |
| Summary | 102 |
| Rozdział 5. Stan obecny w leczeniu nowotworów złośliwych narządów rodnych u kobiet – Janina Markowska, Radosław Mądry | 103 |
| 5.1. Epidemiologia raka szyjki macicy | 103 |
| 5.2. Epidemiologia raka jajnika | 109 |
| 5.3. Rak endometrium | 112 |
| 5.4. Zakończenie/Wnioski | 113 |
| Bibliografia | 114 |
| Summary | 116 |

| | |
|--|-----|
| Rozdział 6. Nowotwory złośliwe u dzieci i młodzieży w Polsce – Janusz Szymborski, Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska | 117 |
| 6.1. Wprowadzenie | 117 |
| 6.2. Materiał i metody | 118 |
| 6.3. Epidemia nowotworów złośliwych u dzieci i młodzieży | 119 |
| 6.4. Świadczenia onkologiczne dla dzieci i młodzieży | 127 |
| 6.5. Dyskusja | 130 |
| 6.6. Podsumowanie | 143 |
| Bibliografia | 144 |
| Summary | 146 |
| Rozdział 7. Prognozy rozwoju chorób nowotworowych w Polsce – Joanna Didkowska | 147 |
| 7.1. Wstęp | 147 |
| 7.2. Tło demograficzne i epidemiologiczne | 147 |
| 7.3. Prognozy zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r. .. | 148 |
| 7.4. Omówienie | 149 |
| 7.5. Podsumowanie | 159 |
| Bibliografia | 162 |
| Summary | 163 |
| Rozdział 8. Opieka paliatywna w onkologii – aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych – Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Tomasz Dzierżanowski | 164 |
| 8.1. Definicja opieki paliatywnej i ważne dokumenty europejskie | 164 |
| 8.2. Opieka paliatywna w Polsce | 166 |
| 8.3. Podsumowanie | 180 |
| Bibliografia | 181 |
| Summary | 183 |
| Rozdział 9. Wybrane aspekty bioetyczne w opiece paliatywnej – Tomasz Dzierżanowski, Aleksandra Ciałkowska-Rysz | 184 |
| 9.1. Podstawowe zasady bioetyczne | 185 |
| 9.2. Mówienie prawdy | 186 |
| 9.3. Wstrzymywanie i wycofywanie się z terapii podtrzymującej życie ... | 187 |
| 9.4. Medycyna paliatywna a eutanazja i samobójstwo wspomagane przez lekarza..... | 189 |
| Bibliografia | 191 |
| Summary | 192 |
| Rozdział 10. Leczenie raka w Polsce z perspektywy pacjenta – Jacek Gugulski | 193 |
| Noty biograficzne autorów | 199 |

LIST OF CONTENTS

| | |
|---|-----|
| Foreword – Zbigniew Strzelecki | 10 |
| Standing of the Government Population Council of Poland on the "Incidence and mortality due to cancer diseases, and the need to im- prove the prophylaxis and treatment outcomes of cancer patients in the face of the demographic challenges in Poland" – Zbigniew Strzelecki ... | 13 |
| Chapter 1. The present and the future of oncology and demography – Janusz Witkowski, Janusz Szymborski | 18 |
| 1. Mortality trends in Poland from demographic perspective | 19 |
| 2. Presentations from Conference | 20 |
| 3. Conclusions..... | 26 |
| Bibliography | 28 |
| Summary | 29 |
| Chapter 2. Malignant cancer epidemiology in Poland – Witold Zatoński, Urszula Sulowska, Krzysztof Przewoźniak, Mateusz Zatoński | 30 |
| 2.1. Introduction. Malignant cancer epidemiology | 30 |
| 2.2. Discussion | 35 |
| Bibliography | 44 |
| Summary | 49 |
| Chapter 3. Cancer as the major cause of death in the 21st Century. The National Cancer Control Programme – Janusz Meder | 50 |
| 3.1. Introduction | 50 |
| 3.2. History of the cancer control in Poland | 57 |
| 3.3. The National Cancer Control Programme | 64 |
| 3.4. Evaluation of realisation of the National Cancer Control Programme from the Polish Union of Oncology perspective | 77 |
| 3.5. Final conclusions and proposals for the future actions | 79 |
| Bibliography | 83 |
| Summary | 85 |
| Chapter 4. Cancer control in Poland – a new strategy required – Jacek Jassem | 86 |
| 4.1. Cancer control in Poland | 86 |
| 4.2. The proposal of new strategy | 95 |
| Bibliography | 101 |
| Summary | 102 |
| Chapter 5. The current state of treating malignant carcinomas of the female genital tract – Janina Markowska, Radosław Mądry | 103 |
| 5.1. Epidemiology of cervical cancer | 103 |
| 5.2. Epidemiology of cancer of ovaries | 109 |
| 5.3. Cancer of endometrium | 112 |
| 5.4. Conclusions | 113 |
| Bibliography | 114 |
| Summary | 116 |

| | |
|--|-----|
| Chapter 6. Malignant carcinomas among children and young people in Poland – <i>Janusz Szymborski, Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska</i> | 117 |
| 6.1. Introduction | 117 |
| 6.2. Materials and methods | 118 |
| 6.3. Malignant cancer epidemiology among children and young people | 119 |
| 6.4. Childhood and youth cancer treatment in Poland | 127 |
| 6.5. Discussion | 130 |
| 6.6. Conclusions | 143 |
| Bibliography | 144 |
| Summary | 146 |
| Chapter 7. Forecasts of the development of cancer diseases in Poland – <i>Joanna Didkowska</i> | 147 |
| 7.1. Introduction | 147 |
| 7.2. Demographic and epidemiological background | 147 |
| 7.3. Forecasts of the development of cancer diseases in Poland until 2025 | 148 |
| 7.4. Discussion | 149 |
| 7.5. Conclusions | 159 |
| Bibliography | 162 |
| Summary | 163 |
| Chapter 8. Palliative care in oncology – current problems and proposed systemic solutions – <i>Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Tomasz Dzierżanowski</i> | 164 |
| 8.1. Definition of palliative care and important european documents | 164 |
| 8.2. Palliative care in Poland | 166 |
| 8.3. Conclusions | 180 |
| Bibliography | 181 |
| Summary | 183 |
| Chapter 9. Selected bioethical aspects of palliative care in oncology – <i>Tomasz Dzierżanowski, Aleksandra Ciałkowska-Rysz</i> | 184 |
| 9.1. The basic bioethical principles | 185 |
| 9.2. Presenting a true situation to patient | 186 |
| 9.3. Withdrawing or withholding life-support therapies | 187 |
| 9.4. Palliative medicine versus euthanasia and assisted suicide | 189 |
| Bibliography | 191 |
| Summary | 192 |
| Chapter 10. Cancer care in Poland from the patients perspectives – <i>Jacek Gugulski</i> | 193 |
| Biographic Notes of Authors | 199 |

PRZEDMOWA

Rządowa Rada Ludnościowa (RRL), jako organ doradczy Prezesa Rady Ministrów w sprawach dotyczących zagadnień demograficznych i polityki ludnościowej, w swej 40-letniej działalności systematycznie zajmowała się problematyką umieralności, która – wespół z urodzeniami i migracjami – kształtuje sytuację demograficzną Polski. Szczegółowe dane na ten temat publikowane są corocznie w Raportach RRL pt. *Sytuacja Demograficzna Polski*. W tym obszarze polityki państwa Rada inicjowała prace legislacyjne, opiniowała akty prawne, monitorowała stan zdrowia ludności ogółem oraz wybranych populacji, uczestniczyła w pracach analityczno – programowych, organizowała lub współuczestniczyła w organizacji sesji naukowych oraz publikowała stanowiska.

Godne podkreślenia jest znaczenie, jakie w swych pracach RRL nadaje zagadnieniom ograniczania zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych. Już w opracowanych w 2004 r. „Założeniach polityki ludnościowej w Polsce”, stanowiących pokłosie I Kongresu Demograficznego, wysunięto szereg postulatów pod adresem kreatorów zdrowotnej polityki publicznej w obszarze onkologii i, szerzej, polityki społeczno-gospodarczej, m.in.: docenienia i zapewnienia warunków organizacyjnych i finansowych dla działań prewencyjnych; ukierunkowania wielodyscyplinarnych i międzysektorowych wysiłków na edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę; wzmożenia wysiłków na rzecz ograniczania nierówności w zdrowiu, głównie poprzez podniesienie szans zdrowotnych regionów i środowisk upośledzonych; opracowania i wdrożenia nowoczesnych, systemowych rozwiązań w zakresie informacji medycznej; uwzględniania równoważnej roli promocji zdrowia, prewencji zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia w przygotowywanym w tym czasie długofalowym, Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych.

RRL postulowała podjęcie systemowych zmian w ochronie zdrowia, przy czym działania mające na celu zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w rozumieniu dostępności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, rzeczywistą wycenę świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarce) powinny być połączone z reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli zdrowia publicznego. Zagadnienia te były przedmiotem debat i publikacji związanych z II Kongresem Demograficznym. W opracowanych w 2013 r., zaktualizowanych „Założeniach polityki ludnościowej” RRL uznała, że wyzwaniom związanym z przyszłością demograficzną Polski odnoszącym się do jednego z czterech celów głównych – „Poprawa sta-

nu zdrowia ludności i ograniczenie umieralności” będzie można sprostać m.in. w wyniku realizacji celu szczegółowego – „Ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób nowotworowych”.

Niniejsza publikacja stanowi kolejny wkład RRL w działania programowe dotyczące zwalczania chorób nowotworowych. Istotnym opracowaniem z tego zakresu jest zamieszczone *Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe oraz konieczności poprawy profilaktyki i wyników leczenia pacjentów nowotworowych w obliczu wyzwań demograficznych w Polsce*. Na poszczególne rozdziały książki składają się głównie opracowania przygotowane przez wybitnych ekspertów, reprezentujących Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetów Medycznych, środowiska onkologów skupionych w Polskim Towarzystwie Onkologicznym i Polskiej Unii Onkologii: *Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce* (W. Zatoński, U. Sulkowska, K. Przewoźniak, M. Zatoński); *Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku; Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych* (J. Meder); *Zwalczanie nowotworów w Polsce – potrzeba nowej strategii* (J. Jassem); *Stan obecny w leczeniu nowotworów złośliwych narządów rodnych u kobiet* (J. Markowska, R. Mądry); *Prognozy rozwoju chorób nowotworowych w Polsce* (J. Didkowska).

Są to zaktualizowane i przygotowane do druku przez na ogół poszerzone zespoły autorów, referaty wygłoszone na zorganizowanej przez RRL w siedzibie GUS 3 grudnia 2013 r. konferencji naukowej, pt. „Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski”. Omówienie wygłoszonych referatów i dyskusji konferencyjnej autorstwa prof. Janusza Witkowskiego i prof. Janusza Szymborskiego stanowi rozdział wprowadzający w niniejszej publikacji. W różnych wystąpieniach w czasie konferencji sygnalizowano postępy w leczeniu nowotworów u dzieci w Polsce, a także problemy z zapewnieniem należytej opieki paliatywno-hospicyjnej nad pacjentami w terminalnym stadium choroby nowotworowej, jednak te zagadnienia nie były przedmiotem odrębnych referatów. Dlatego, w celu uzyskania pełniejszego obrazu polskiej onkologii, zdecydowano o włączeniu do tej monografii trzech rozdziałów: *Nowotwory złośliwe u dzieci i młodzieży w Polsce* (J. Szymborski, J. Didkowska, U. Wojciechowska), *Opieka paliatywna w onkologii – aktualne problemy i propozycje rozwiązań systemowych* (A. Ciałkowska-Rysz, T. Dzierżanowski) oraz *Wybrane aspekty bioetyczne w opiece paliatywnej* (T. Dzierżanowski, A. Ciałkowska-Rysz). Rozdział pt. *Leczenie raka w Polsce z perspektywy pacjenta* został zredagowany na podstawie wygłoszonego na konferencji wystąpienia Pana Jacka Gugulskiego, Prezesa Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Wszystkim uczestnikom konferencji oraz autorom poszczególnych rozdziałów gorąco dziękuję za trud wygłoszenia referatów i przygotowania prac do druku. Szczególne podziękowania kieruję pod adresem prof. Janusza Witkowskiego – gospodarza konferencji w GUS, Prezesa tej instytucji, której zasoby od lat stanowią nieocenioną pomoc w pracach analityczno-programowych RRL. Konkluzje konferencji i tej monografii dowodzą, że współpraca ta w zakresie kluczowego dla przyszłości demograficznej Polski zagadnienia, jakim jest poprawa stanu zdrowia populacji i ograniczenie umieralności, powinna być kontynuowana i rozwijana. Potrzeba zwłaszcza dalszych badań nad zdrowiem i systemem opieki zdrowotnej w kontekście rozwoju sytuacji demograficznej Polski. Unikatową szansę po temu stwarzają zrealizowane przez GUS w bieżącym roku kolejne Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia (EHIS 2014) oraz nowa prognoza demograficzna.

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
Dr hab. Zbigniew Strzelecki , prof. nadzw. SGH

FOREWORD

In 40 years of activity, the Governmental Population Council of Poland, (GPC) which acts as the body advising the Prime Minister on matters related to demographic and population policy issues, has regularly dealt with the problem of deaths which, along with births and migration, shape the demographic situation of Poland. Detailed data in this field is published in the annual GPC reports, entitled *The Demographic Situation of Poland*. In this policy area, the Council has initiated legislative work, issued opinions on legal acts, monitored the state of health of the entire population and selected sub-populations, participated in analytical and programming work, organised or co-organised scientific sessions, and published its official standings.

The significance that the Governmental Population Council attaches to reducing the incidence of and mortality due to carcinomas is worth noting. Dating back to 2004, *The Assumptions to the Population Policy in Poland* formulated a number of demands addressed to public health policymakers in the field of oncology, and to socioeconomic policymakers in a wider extent. These concerned recognising the need, and ensuring the organisational and financial conditions for, the implementation of preventive measures, orienting the multidisciplinary and inter-sector efforts towards health education, health promotion and prophylaxis; intensifying the attempts at closing the health gap, mainly through diversifying the health-related opportunities of underprivileged regions and circles; developing and implementing modern system solutions in the field of medical information; and also considering the balancing role of health promotion, threat and disease prevention, and health restitution in the long-term National Cancer Control Programme under development.

The Governmental Population Council has advocated the introduction of system changes in health protection. However, the activities aimed at providing patients with wider access to health services, removing the limits on access to healthcare, increasing the quality of medical services, providing an accurate cost estimate of healthcare services, and increasing the admission to limits on medical studies (for physicians and nurses) should be combined with medical care reorientation and the recognition of the prominent role of public health. These issues were the subject of major debates and publications related to the 2nd Demographic Congress. In the updated version of *The Assumptions to the Population Policy in Poland*, developed in 2013, the Governmental Population Council stated that the challenges arising out of the demographic future of Poland, related to one of the four general objectives, i.e. “*Improving the state of health of the population and reducing mortality*”, could be met, among other

things, through implementing the specific objective of “*Reducing the incidence and mortality due to cancer diseases*”.

This publication constitutes another the Governmental Population Council contribution to the programme’s activities in the field of cancer control. *The standing of the Demographic Governmental Council on the incidence of and mortality due to cancer diseases, and the need to improve the prophylaxis and treatment outcomes of cancer patients in the face of the demographic challenges in Poland* is an important study on this subject matter in question. Individual chapters feature various compilations developed by a number of renowned experts, representing the Oncology Centre – the Maria Curie-Skłodowska Institute, Oncology Chairs and Clinics at medical universities, oncologist circles established within the Polish Oncological Society and the Polish Union of Oncology, including *The epidemiology of malignant carcinomas in Poland* (W. Zatoński, U. Sulkowska, K. Przewoźniak, M. Zatoński); *Cancer as the major cause of death in the 21st Century. The National Cancer Control Programme* (J. Meder); *Cancer control in Poland – a new strategy required* (J. Jassem); *The current state of treating malignant carcinomas of the female genital tract* (J. Markowska, R. Mądry); *Forecasts of the development of cancer diseases in Poland* (J. Didkowska).

Updated and prepared for printing by extended author teams, these are versions of the lectures given at the scientific conference entitled “*Cancer incidence and mortality versus the demographic situation of Poland*,” organised by the Governmental Population Council on 3 December 2013 at the Central Statistical Office headquarters. The report on the lectures and conference topics, developed by Prof. Janusz Witkowski and Prof. Janusz Szyborski, constitutes an introductory chapter to this publication. The progress made in treating cancer diseases in Polish children, and the problems related to providing adequate palliative and hospice care to patients in the stages of terminal cancer were referred to in different conference speeches. However, they were not the subjects of separate lectures. Therefore, with a view to providing a thorough outlook on Polish oncology, it was decided that this monograph would be supplemented with three additional chapters, i.e. *Malignant carcinomas among children and young people in Poland* (J. Szyborski, J. Didkowska, U. Wojciechowska), *Palliative care in oncology – current problems and proposed systemic solutions* (A. Ciałkowska-Rysz, T. Dzierzanowski), and *Selected bioethical aspects of palliative care* (T. Dzierzanowski, A. Ciałkowska-Rysz). The chapter entitled *Cancer treatment in Poland from the patient’s perspective* is based on the conference speech given by Mr. Jacek Gugulski, President of the Polish Cancer Patient Coalition.

I would like to express my gratitude to all conference attendees and the authors of individual chapters for their extraordinary effort made in the preparation of lectures and studies for publication. I would like to especially thank Prof. Janusz Witkowski, the conference host at the Central Statistical Office and the President of this institution, the resources of which have for many years constituted an invaluable contribution to the analytical and programming work of the Governmental Population Council. The conclusions drawn from both the conference and this monograph clearly indicate that cooperation on the key issue to Poland's demographic future, i.e. on improving the population's state of health and reducing mortality, should be continued and developed. In the context of the future demographic situation of Poland, further studies on health and the healthcare system appear indispensable. The European Health Interview Survey (EHIS 2014), conducted by the Central Statistical Office this year, along with the new demographic forecast, constitute a unique contribution to this issue.

The President of the Governmental Population Council
Professor Zbigniew Strzelecki, PhD hab., Warsaw School of Economics



**Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie
„zachorowalności i umieralności
na choroby nowotworowe oraz konieczności
poprawy profilaktyki i wyników leczenia pacjentów
nowotworowych w obliczu wyzwań demograficznych w Polsce”**

Choroby nowotworowe od wielu lat stanowią w Polsce drugą przyczynę zgonów, w wyniku której umiera rocznie przeciętnie 96 tys. osób (25% wszystkich zgonów), przy czym ogólna liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe będzie systematycznie rosnąć, stając się w niedalekiej przyszłości pierwszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika zarówno ze starzenia się ludności Polski, jak i z częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków.

Przyczyny te sprawiają, że problematyka chorób nowotworowych zajmuje istotne miejsce w pracach analityczno-programowych Rządowej Rady Ludnościowej. Już I Kongres Demograficzny w Polsce (wrzesień-listopad 2001) przyjął ustalenia dotyczące tej problematyki, które zawarto w publikacji *Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania i perspektywy* (red. Nowacki M., Religa Z., Zatoński W., RRL RCSS, Warszawa 2002). Rekomendacje tam zawarte stanowiły ważny głos w debacie, której efektem stał się Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN) w Polsce, powołany do życia ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku.

Debata w toku II Kongresu Demograficznego w Polsce (marzec-listopad 2012) pozwoliła na zaktualizowanie diagnozy sytuacji epidemiologicznej, dokonanie oceny efektywności NPZChN oraz nakreślenie kierunków dalszych działań na rzecz ograniczenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych w naszym kraju. Problematyka ta została potraktowana priorytetowo zarówno w publikacji kongresowej *Zdrowie publiczne i polityka ludno-*

ściowa (red. Szymborski J., RRL, 2012), jak i w głównym dokumencie pokongresowym – *Założeniach Polityki Ludnościowej w Polsce*.

Niniejsze stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej nawiązuje także do sformułowanych w ostatnich miesiącach postulatów środowisk medycznych, naukowych i organizacji społecznych w sprawie konieczności opracowania i wdrożenia kompleksowej strategii, opartej na zasadach *evidence based health policy* i obejmującej wszystkie działania związane z chorobami nowotworowymi. Zalecenie opracowania do końca 2013 r. strategicznych planów dla onkologii przez wszystkie kraje członkowskie, zostało zawarte w dokumencie Komisji Europejskiej przygotowanym w ramach *European Partnership for Action Against Cancer*. Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej obejmujące diagnozę sytuacji w polskiej onkologii oraz kierunkowe rekomendacje w tym zakresie zostały przyjęte na Konferencji Naukowej, która odbyła się 3 grudnia 2013 r. z udziałem przedstawicieli wszystkich zainteresowanych środowisk.

Diagnoza

1. W 2011 r. u mężczyzn najczęściej występowały nowotwory złośliwe płuca (20%), gruczołu krokowego (14%) i jelita grubego (12%). W dalszej kolejności występowały nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (7%) i żołądka (5%). Wymienione nowotwory były również najczęściej przyczyną zgonów nowotworowych: zgony na nowotwory złośliwe płuca stanowiły prawie 1/3 wszystkich zgonów nowotworowych w populacji mężczyzn (30%).

2. Wśród kobiet w 2011 r. najczęściej rejestrowano zachorowania na nowotwór złośliwy piersi (23%), jelita grubego (10%), płuca (9%), trzonu macicy (7%) i jajnika (5%) i szyjki macicy (4%). Podobnie jak u mężczyzn, najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet był rak płuca (15%). Odsetek zgonów z powodu nowotworów złośliwych piersi utrzymywał się w populacji kobiet na podobnym poziomie (13%). Niewiele rzadsze były zgony na nowotwory złośliwe jelita grubego (12%). Wśród pozostałych przyczyn zgonów nowotworowych w populacji kobiet znajdują się także nowotwory złośliwe jajnika (6%), trzustki (5%), żołądka (3%) i szyjki macicy (4%).

3. U dzieci (0–19 lat) nowotwory złośliwe, w większości białaczki (ok. 40% zachorowań i 60% zgonów nowotworowych w tym wieku), są rzadkim schorzeniem, a umieralność z powodu nowotworów od wielu lat spada. Wskazuje to, przy utrzymującym się wzroście zachorowalności na choroby nowotworowe, na postęp w leczeniu nowotworów wieku dziecięcego.

4. W populacji młodych dorosłych Polaków (20–44 lat) zachorowalność na nowotwory złośliwe od początku lat 80. XX wieku jest wyższa u kobiet niżu mężczyzn. Wśród mężczyzn zachorowalność od początku lat 90. ubiegłego

wieku zachowuje stały poziom. U młodych kobiet do lat 80. obserwuje się wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe. Umieralność u obu płci do lat 90. nie zmieniała się istotnie, zaczęła zaś spadać po tym okresie. Najczęstszym nowotworem u młodych kobiet jest od wielu lat rak piersi (w 2011 r. 29% zachorowań i 24% zgonów nowotworowych w tej grupie wieku w populacji kobiet). Najczęstszym nowotworem występującym u młodych mężczyzn jest rak jądra (24% zachorowań, 6% zgonów).

5. Największym wyzwaniem dla prewencji i leczenia nowotworów w Polsce jest wysoka zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe osób w średnim wieku (45–64 lata). Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w tym wieku jest od wielu lat rak płuca (23% zachorowań, 35% zgonów). Kobiety w średnim wieku najczęściej chorują na nowotwory złośliwe piersi (29% wszystkich zachorowań), a umierają na nowotwory złośliwe płuca (21%) i piersi (17%).

6. Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn powyżej 65. r.ż. jest rak płuca (20% zachorowań i 29% zgonów). Dominującymi przyczynami zgonów nowotworowych u kobiet w starszym wieku są nowotwory złośliwe piersi (17% zachorowań i 11% zgonów), jelita grubego (odpowiednio 13% i 14%) i płuca (8% i 13%).

7. Niski w porównaniu z innymi krajami odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych – zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego – jest m.in. spowodowany niedostatecznym przygotowaniem lekarzy rodzinnych i innych specjalistów oraz niewystarczającym upowszechnieniem metod wczesnego rozpoznawania raka. Związane jest to m.in. z ograniczonym finansowaniem prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów złośliwych, a także z niewystarczającym rozwojem edukacji onkologicznej w polskim środowisku medycznym. Istotną przyczyną takiej sytuacji są także poważne zaniedbania w promocji zdrowego stylu życia ludności.

8. Wyniki leczenia nowotworów w Polsce są gorsze niż w krajach Europy Zachodniej, ale w pierwszej dekadzie XXI wieku widoczny jest pewien postęp: wskaźniki przeżywalności znacznie poprawiły się u mężczyzn (32,9% – diagnoza w latach 2000–2002; 37,3% – diagnoza 2003–2005); u kobiet poprawa była nieco mniejsza (odpowiednio 51,2% i 53,5%).

9. Mimo postępu skuteczności leczenia nowotworów i wprowadzenia nowych leków ciągle istnieje potrzeba lepszego wykorzystania sprzętu oraz doposażenia ośrodków onkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia nowotworów.

Rekomendacje

Waga problemu, koszty społeczno-ekonomiczne oraz oczekiwania społeczeństwa jednoznacznie potwierdzają, że onkologia wymaga priorytetowego miejsca w polityce zdrowotnej państwa. Konieczna jest zmiana paradygmatu myślenia o zdrowiu publicznym i polityce zdrowotnej rządu, która za pomocą instrumentów ekonomicznych i społecznych może doprowadzić do ograniczenia czynników zachorowań na nowotwory. Potrzeba działań o charakterze strategicznym była wielokrotnie wyrażana przez onkologów i ekspertów skupionych w polskich towarzystwach onkologicznych, które przywołują dobre doświadczenia i skuteczne rozwiązania w tym zakresie innych krajów, np. Finlandii i Francji. W opinii Rządowej Rady Ludnościowej główny element planowanej strategii w postaci Narodowego Instytutu Raka powinien być umiejscowiony w powołanym ustawą systemie zdrowia publicznego, a nie w systemie opieki medycznej.

Podstawowe cele i kierunki dalszych działań na rzecz ograniczenia epidemii chorób nowotworowych w Polsce są nakreślone w Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że zahamowanie wzrostu zachorowań i zmniejszenie umieralności na nowotwory powinno być powiązane z upowszechnianiem i wdrażaniem zaleceń Kodeksu Walki z Rakiem oraz realizacją zadań zapisanych w NPZChN. Szczególnie istotne są:

1. wprowadzenie regulacji prawnych dostosowanych do potrzeb realizacji programu zwalczania chorób nowotworowych oraz stałe monitorowanie funkcjonowania programu pozwalające na zarządzanie zmianą;
2. profilaktyka pierwotna – edukacja społeczeństwa obejmująca upowszechnienie wiedzy na temat czynników ryzyka nowotworów, między innymi dotycząca korzyści ograniczania palenia tytoniu, promowania właściwej diety i aktywności fizycznej, unikania otyłości;
3. profilaktyka wtórna – kontynuacja istniejących populacyjnych programów przesiewowych w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego wraz z działaniami zwiększającymi uczestnictwo w programach oraz systematyczną oceną ich jakości i skuteczności;
4. diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych – przyspieszenie procesu diagnostycznego oraz wykorzystanie nowoczesnych metod leczenia (wdrożenie postępowania wielodyscyplinarnego, planowania i koordynacji w procesie leczenia oraz wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej metod biologii molekularnej i immunologii);

5. opieka nad pacjentem po leczeniu – polepszenie dostępności do rehabilitacji po leczeniu, wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem dla chorych terminalnych;
6. kształcenie lekarzy i personelu medycznego – rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;
7. badania naukowe i ich wdrożenia – rozwój badań naukowych, zwłaszcza w dziedzinach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne (epidemiologia analityczna, biologia molekularna, genetyka, immunologia) oraz systemu monitorowania czynników ryzyka nowotworów;
8. polityka zdrowotna w ograniczenia następstw chorób nowotworowych – podjęcie skoordynowanych działań systemowych, najlepiej w postaci długofalowego, narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, kontynuowanego w kolejnych dekadach i finansowanego głównie ze środków publicznych, stosownie do potrzeb zdrowotnych i społecznych uwzględniając grupy wysokiego ryzyka oraz nierówności społeczno-ekonomiczne i regionalne w dostępie do zdrowia i opieki zdrowotnej.

Podjęcie tych działań, w szczególnie trudnej sytuacji demograficznej Polski, pozwoli na oszczędzenie „ginącego” rokrocznie jednego miasta średniej wielkości w wyniku zgonów z powodu nowotworów. Pozwoli też zmienić mentalność i postawy wobec własnych zachowań i stylu życia ludności, które prowadzą do zachorowalności na nowotwory złośliwe, a także, co jest bardzo ważne społecznie i ekonomicznie, zmniejszy koszty medycyny naprawczej nie tylko w uwarunkowaniach nowotworowych, ale i wielu innych rodzajów chorób.

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. nadzw. SGH

Janusz Witkowski,

Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa

Janusz Szymborski,

Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa,

Collegium Civitas

Rozdział 1.

ONKOLOGIA I DEMOGRAFIA – DZIŚ I JUTRO

Konferencja naukowa „Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski” zorganizowana przez Rządową Radę Ludnościową (RRL) 3 grudnia 2013 r. była okazją do spotkania naukowców, ekspertów, przedstawicieli różnych instytucji i stała się ważnym elementem procesu konsultacji i prac RRL w zakresie doniosłego problemu, jakim jest rozwój ludności Polski. Tego typu konsultacje, wpisane w reguły funkcjonowania RRL, są niezwykle istotne z punktu widzenia wypracowania pewnych ocen i rekomendacji w odniesieniu do sytuacji w polskiej onkologii. Pozwalają one także na przedstawienie stanowiska RRL w najważniejszych kwestiach związanych z rozwojem demograficznym kraju. To powiązanie pomiędzy onkologią i demografią zostało uwypuklone przez fakt przeprowadzenia konferencji w siedzibie Głównego Urzędu Statystycznego. Konferencję otworzył i moderował pierwszą jej część prof. Janusz Witkowski, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, Wiceprzewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej. Obrady w drugiej części prowadził prof. Janusz Szymborski, członek Rządowej Rady Ludnościowej.

Celem niniejszego opracowania jest zwrócenie uwagi na rolę i znaczenie debaty na temat onkologii dla przyszłości demograficznej Polski. Refleksje gospodarza konferencji – profesora Janusza Witkowskiego oraz profesora Janusza Szymborskiego – odnoszą się zarówno do wszystkich wygłoszonych referatów, jak i do głosów w dyskusji, przy czym te ostatnie przytoczono niemal w całości, zaś wystąpienia potraktowano bardziej syntetycznie, gdyż zostały one zamieszczone w formie rozdziałów niniejszej publikacji.

1. Tendencje umieralności w Polsce z perspektywy demografii

Od dwóch dekad obserwujemy pewne korzystne tendencje jeśli chodzi o umieralność w Polsce. Na początku tego okresu, w latach 90., rozpoczął się proces przemiany wzorców i tendencji umieralności, który przyniósł dobre efekty. Na początku procesu transformacji te zmiany były dosyć intensywne, ale był to efekt oddziaływania wielu czynników, które mogły ujawnić się stosunkowo szybko. Natomiast w miarę upływu lat te korzystne tendencje zmian, jeżeli chodzi o natężenie umieralności oraz trendy umieralności, ulegały systematycznie spowolnieniu. W związku z tym w drugiej dekadzie omawianego okresu, a konkretnie od 2002 roku, możemy mówić o odwróceniu tych korzystnych tendencji. Może nie bardzo intensywnym, ale z całą pewnością jest to zmiana wyraźna. W pewnych okresach wystąpiły nawet wahania pokazujące, że natężenie zgonów momentami nieznacznie rośnie, by w ostatnich dwóch latach ponownie się ustabilizować, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę wskaźniki standaryzowane, a one – jak wiemy – są podstawą oceny tego, co dzieje się w procesach umieralności. Otóż te procesy i te przemiany umieralności przebiegają w różny sposób w różnych subpopulacjach. Jeśli weźmiemy pod uwagę ludność według płci, wieku, miejsca zamieszkania, a także według województw, to widać, że te procesy przebiegają odmiennie. Jest to precyzyjnie opisywane w raportach demograficznych RRL, które są co roku prezentowane jako efekt naszej pracy i dają możliwość śledzenia dokonujących się przemian.

Jednakże w ramach zmian wzorców umieralności jeden z aspektów jest niezwykle ważny i wymaga podkreślenia. Chodzi o zmiany struktury przyczyn zgonów. Doskonale wiemy, że nastąpiły pewne korzystne zmiany, zwłaszcza jeżeli chodzi o zredukowanie liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia. Natomiast z jedną grupą przyczyn – chorobami nowotworowymi – nie możemy się uporać. Jeśli bowiem popatrzymy na okres ponad dwóch dekad, kiedy tendencje w umieralności ogólnej bywały korzystne, to akurat w obszarze onkologii korzystnych zmian nie odnotowaliśmy. Przeciwnie, odsetek zgonów z przyczyn chorób nowotworowych, zwiększył się, co wymaga wnikliwego przeanalizowania i zdiagnozowania. Od kilku lat odsetek zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi pozostaje na stałym poziomie 25–26%. Patrząc na wskaźniki standaryzowane możemy nawet powiedzieć, że pojawiły się korzystne, chociaż krótkookresowe, zmiany. Nie zmienia to faktu, że jest to jedna z głównych pozycji w strukturze przyczyn umieralności oraz powód naszego niepokoju i troski. Dostępne analizy i opracowania ekspertów, którzy przewidują zwiększenie się zachorowalności (rozdzielamy zachorowalność i umieralność) na choroby nowotworowe wskazują na istotną potrzebę

przedyskutowania tej kwestii, co nie od dziś stanowi przedmiot zainteresowania demografii i RRL.

Problematyka chorób nowotworowych zajmuje poczesne miejsce w pracach analityczno-programowych Rządowej Rady Ludnościowej. Najlepszym przykładem był I Kongres Demograficzny w 2001 roku, na którym ta tematyka była mocno dyskutowana, mocno analizowana i co więcej, który zaowocował ważnymi ustaleniami zawartymi w publikacji *Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku... (2002)*. Profesor Zatoński był jednym z redaktorów tego tomu. Wywołało to szeroką dyskusję i, jak sądzimy, stało się jednym z istotnych elementów wypracowania Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w Polsce (NPZChN), powołanego ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku. Wprawdzie strategia została przyjęta, ale jak patrzemy na efekty realizacji NPZChN z perspektywy kilku lat, to okazuje się, że nie wszystkie zapisy w nim zawarte realizowane są w sposób, który by nas satysfakcjonował. W związku z tym zahamowanie wzrostu zachorowalności i zmniejszenie umieralności powinno być powiązane – co uwypuklono w czasie konferencji – z koniecznością pilnej poprawy realizacji zapisów NPZChN w różnych obszarach, ale być może także podjęcia pewnych rozwiązań organizacyjnych, które mogłyby przyczynić się do tego, że zadania będą sprawniej realizowane, a przede wszystkim efekty będą zdecydowanie lepsze. Jest to zatem problem niezwykle ważny.

2. Wystąpienia konferencyjne

Listę wybitnych ekspertów uczestniczących w konferencji otworzył **prof. Witold Zatoński** – kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie, który przedstawił referat pt. *Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce*. Należy zwrócić uwagę na sposób, w jaki prof. W. Zatoński zbudował scenariusz swojej wypowiedzi. Najpierw trochę nas nastraszył mówiąc, że mimo odnotowanego postępu w diagnostyce i leczeniu nowotworów, nadal dzieli nas w tym zakresie duży dystans do krajów przodujących. Rzeczywiście, jeśli porównamy obecne współczynniki umieralności do lat 80., czy wcześniejszych, kiedy byliśmy wraz ze Związkiem Radzieckim i Węgrami w grupie krajów o najwyższym poziomie umieralności, to w pierwszej dekadzie okresu transformacji ustrojowej Polska odnotowała najszybszy postęp w ograniczaniu umieralności. Mimo to, długość przeciętnego trwania życia i współczynniki umieralności odbiegają jeszcze od krajów Europy Zachodniej, także od niektórych krajów świata. W dalszej części wystąpienia prof. Zatońskiego pojawiły się bardziej optymistyczne, zilustrowane pewnymi przykładami, informacje dotyczące postępu w ograniczaniu zacho-

rowalności i umieralności. Nie był to jednak pełny optymizm, dlatego że patrząc na niektóre jednostki chorobowe, dostrzegamy znaczący postęp, ale w wielu przypadkach wciąż musimy podejmować wspólne działania w zakresie zwalczania chorób nowotworowych, zwłaszcza w zakresie mapy drogowej.

Kolejny ekspert, **dr Janusz Meder** – prezes Polskiej Unii Onkologii (PUO) – w referacie pt. *Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku; Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych* zapoznał słuchaczy z danymi potwierdzającymi rosnące znaczenie nowotworów wśród ogółu przyczyn zgonów ludności Polski. Za powstawanie większości nowotworów odpowiedzialne jest palenie papierosów, nasz tryb życia (niska aktywność fizyczna i złe nawyki odżywiania) oraz niektóre przewlekłe infekcje wirusowe lub bakteryjne, przy czym największym wstydem polskiej medycyny pozostaje ciągle problem raka szyjki macicy. Co roku w Polsce zachorowuje obecnie 3000 kobiet i połowa z nich umiera z powodu tego nowotworu ze względu na zbyt późne rozpoznanie. Należy ten smutny przykład uznać także za symptom niedoskonałości w realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN), w ramach którego od 8 lat prowadzony jest bezpłatny, aktywny, populacyjny skryning cytologiczny. Referent przedstawił też organizację walki z rakiem w Polsce w ujęciu historycznym, zadania realizowane w ramach NPZChN w okresie od 2006 do 2012 r. i, w imieniu środowiska skupionego w PUO, za potrzebę chwili uznał koordynację i prowadzenie pod egidą Ministra Zdrowia intensywnych działań na rzecz opracowania przez zespoły ekspertów w drodze konsensusu, następnego strategicznego planu walki z rakiem w Polsce na lata 2016–2025. Trzeba podkreślić kompleksowe spojrzenie na problemy onkologii w tym wystąpieniu, uwzględniające konieczność włączania całego społeczeństwa i nadania istotnego znaczenia działaniom prewencyjnym.

Profesor Jacek Jassem – przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego – w wystąpieniu zatytułowanym *Zwalczanie nowotworów w Polsce – potrzeba nowej strategii* rozwinął tezy przedmówców, wychodząc z założenia, że choć należy kontynuować dobre elementy dotychczasowego systemu zwalczania nowotworów, to aby zwiększyć skuteczność walki z rakiem, potrzebne jest zbudowanie nowej strategii. Przedstawił przekonujące dane światowe dotyczące silnej zależności pomiędzy skutecznością leczenia a wielkością nakładów finansowych. W Polsce natomiast nie ma żadnej zależności między tymi dwiema cechami, co oznacza, że „można wpompować do systemu ochrony zdrowia bardzo dużo pieniędzy, ale jeżeli nie uporządkuje się pewnych rzeczy, pieniądze będą po prostu zmarnowane.” Plan walki z rakiem powinien być nakierowany na ograniczenie czynników ryzyka poprzez profilaktykę pierwotną i wtórną, na poprawę skuteczności leczenia, jakości życia, na lepsze zarządzanie systemem i zwiększenie efektywności ekonomicznej prowadzonych działań. Osta-

tecznym celem tych wysiłków jest zmniejszenie liczby zgonów możliwych do uniknięcia. Plan ten powstał jako inicjatywa oddolna Polskiego Towarzystwa Onkologicznego we współpracy ze wszystkimi dużymi towarzystwami onkologicznymi w Polsce, Polską Unią Onkologii oraz Koalicją Pacjentów Onkologicznych. W opinii tego środowiska w Polsce musi powstać instytucja pod nazwą Agencja ds. Walki z Rakiem, która będzie koordynowała sprawy onkologii i umożliwi poprawę efektywności w zwalczaniu raka. Zabierając głos w dalszej dyskusji prof. J. Jassem wskazał, na przykładzie raka płuca, w jaki sposób ten sukces można osiągnąć. Wyjaśniając dylemat czy sukces wymaga postawienia nacisku na profilaktykę, czy na postęp w leczeniu, wykazał, że sprawa ta przedstawia się bardzo różnie w różnych nowotworach. Chociaż każdy rodzaj nowotworu ma swą specyfikę, to z rakiem płuca sprawa jest ewidentna. „Walkę z nim można wygrać nie postępowaniem w leczeniu, bo nie ma go od kilkudziesięciu lat, ale przede wszystkim profilaktyką pierwotną”.

Profesor Mirosław Wysocki – dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, zabierając głos w dyskusji nad tymi trzema prezentacjami zgodził się z przedmówcami, że niedługo nowotwory złośliwe będą pierwszą przyczyną zgonów w naszym kraju, jak to ma już miejsce we Francji czy Kanadzie. Zwrócił uwagę na często pomijany w debacie publicznej fakt, że w Polsce pięcioletnia względna przeżywalność na nowotwory należy do najniższych w Europie, co przy wszystkich sukcesach, dowodzi słabości naszej onkologii. „Bez wątpienia, mamy kolosalną poprawę jeśli chodzi o wyleczalność dzieci – 70% i więcej. I to stanowi olbrzymi sukces, ale pozostaje bardzo niska w skali europejskiej 5-letnia przeżywalność dorosłych pacjentów.” Tymczasem problem prewencji nie jest zauważany na przykład w ogłoszonym przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR) dużym programie *Strategmed*, którego tytuł brzmi „Zapobieganie i leczenie przewlekłych chorób niezakaźnych”. Okazuje się, że bardzo duży strumień pieniędzy idzie na „research” w terapii i na nauki podstawowe. „Mimo bardzo przekonujących argumentów prezentowanych na spotkaniu w NCBiR na rzecz uwzględnienia w tym programie badań naukowych w zakresie prewencji i implementacji wczesnego wykrywania głównych przewlekłych chorób niezakaźnych, w tym nowotworów złośliwych, na ten cel nie przewiduje się żadnych środków. Jak najpoważniej wyrażano pogląd, że prewencja leży w gestii Ministerstwa Zdrowia, a *Strategmed* to terapia i nauki podstawowe. I takie podejście ma miejsce w kraju, gdzie pięcioletnia przeżywalność pacjentów onkologicznych – głównie dlatego, że rozpoznanie jest stawiane bardzo późno – należy do najniższych w Europie.”

Odnosząc się do wcześniejszych wystąpień prof. M. Wysocki złożył gratulacje referentom za znakomite prezentacje, a w szczególności za przedstawienie

doskonałego, kompleksowego planu działań zmierzających do poprawy skuteczności onkologii w Polsce, za pomocą dosyć prostych środków. Podkreślił, że wiele punktów, o których mówił prof. J. Jassem odnosi się do tzw. wrażliwości systemu (*responsiveness* wg WHO), czyli niesłuchanie ważnej dla pacjenta cechy systemu zdrowia, która implikuje traktowanie pacjenta jak partnera i klienta. „Problem nadmiernych, często zbędnych hospitalizacji chorych w odniesieniu do pacjentów onkologicznych (chemioterapia, radioterapia) i w odniesieniu do ludzi starych, wszyscy znamy. Znamy też problem zagubienia chorego w systemie – koniecznie trzeba to uprościć, a w przypadku onkologii, gdzie każdy tydzień opóźnienia rozpoznania i podjęcia terapii, ma kluczowe znaczenie, potrzebny jest mechanizm prowadzenia chorego za rękę”. Zdaniem prof. M. Wysockiego „zupełnie koszmarna sytuacja panuje w dziedzinie walki z bólem. Z jakichś przyczyn, ideologicznych, religijnych czy zwykłej ignorancji, często pozwala się choremu zupełnie niepotrzebnie cierpieć.” Na koniec poruszył kwestię leczenia raka przez nefachowców. „Ten anonimowy chirurg, owszem utnie pierś, ale utnie tam, gdzie nie trzeba tego robić, ale zostawi węzły z przerzutami, bo operując dwa czy trzy takie przypadki rocznie, nie potrafi tego sprawnie wykonać.” Dlatego w opinii Profesora, „konieczna jest koncentracja tego leczenia w takich ośrodkach jak Instytut Onkologii, ośrodek kielecki, śląski, bydgoski czy inne – tam gdzie potrafią to robić. Mam nadzieję, że te sugestie, stanowiące główne punkty tej strategii, którą Pan Profesor Jassem proponuje, zostaną wzięte pod uwagę. A także płynąca z tego nauka, że najlepsze wyniki leczenia raka obserwujemy w krajach, gdzie chorzy na raka są najrzadziej hospitalizowani. To jest taka prosta prawda, tylko jakoś do nas nie trafia.”

Profesor Janusz Szymborski – członek Rządowej Rady Ludnościowej – kontynuując dyskusję, podziękował prelegentom za znakomite prezentacje, które stanowią dla niego podstawę pewnego optymizmu. Wszyscy prelegenci przekazali bowiem polskiemu społeczeństwu trzy dobre wiadomości. Po pierwsze „możecie nie zachorować na raka” – i jest na to cały szereg znanych, skutecznych sposobów mieszczących się w ramach prewencji pierwotnej. Po drugie, w ramach prewencji wtórnej „istnieją szerokie możliwości określenia czynników ryzyka nowotworów, wyłonienia grup ludzi o podwyższonym ryzyku choroby, wykrycia choroby w początkowych fazach”, co może zahamować jej powstanie i zwiększyć szanse pełnego wyleczenia. Wreszcie, dzięki ogromnemu postępowi w zakresie procedur terapeutycznych, „wielu pacjentów z chorobą nowotworową możemy dziś skutecznie leczyć,” zapewniając przy tym odpowiednią jakość życia. Zdaniem prof. J. Szymborskiego, żeby ten optymistyczny przekaz do społeczeństwa ziścił się w całości, potrzebne jest sprostanie tym wyzwaniom, o których prelegenci mówili, a które dotyczą zarówno promo-

cji zdrowia, profilaktyki, jak i diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorych onkologicznie. „To wszystko, co usłyszałem dziś na temat narastających problemów w polskiej onkologii, odbieram też jako pewną krytykę realizowanego od 2005 roku NPZChN. Wszystkie wątki poruszane w dzisiejszej dyskusji, dotyczące problemów w zakresie profilaktyki, leczenia, koordynacji, planowania, szkolenia, organizacji, finansowania, były przedmiotem debaty w latach 2001–2005 i zaowocowały ustanowieniem narodowego programu. Okazuje się, że po 8 latach od przyjęcia tego programu muszą nastąpić poważne zmiany w jego realizacji. Dziś zostały przedstawione bardzo konstruktywne propozycje dobrej zmiany.” W tym kontekście Profesor wyraził wdzięczność prelegentom za to, że nie obarczają pacjentów odpowiedzialnością za pojawiające się dysfunkcje systemu ochrony zdrowia, w tym za znaczny wzrost kosztów leczenia nowotworów. „Na ogół odpowiedzialnością za wzrost nakładów na ochronę zdrowia obciąża się pacjentów, zwłaszcza osoby starsze, których potrzeby na świadczenia zdrowotne zwiększają się wraz z wiekiem. Tutaj chciałbym przywołać zaskakującą w swojej wymowie pracę, która ukazała się 13 listopada 2013 r. w JAMA. Z badań amerykańskich wynika, że gigantyczny wzrost kosztów ochrony zdrowia – o 90% w ostatniej dekadzie – nie jest wynikiem starzenia się społeczeństwa i zwiększonego popytu na świadczenia, ale jest wynikiem wzrostu cen leków, wzrostu cen sprzętu, również tego drobnego, wzrostu kosztów leczenia szpitalnego i wzrostu kosztów administracyjnych. Źródłem powodzenia w zaradzeniu wzrostowi kosztów są dwa działania, o których prelegenci w zasadzie mówili: po pierwsze koncentracja na tych czynnikach ryzyka, które leżą w sferze promocji zdrowia i profilaktyki (żywienie, palenie, szczepienia i profilaktyka) oraz taka organizacja leczenia onkologicznego, aby zmniejszyć zarówno koszty leków, jak i koszty procedur, szpitalne i administracyjne, na które pacjent nie ma żadnego wpływu.” Prof. J. Szymborski dostrzegając pojawiające się w środowisku medycznym spory odnośnie do koncepcji organizacyjnych, podkreślił, powołując się na ustalenia II Kongresu Demograficznego, że koordynacja i nadzór nad zintegrowanym systemem zwalczania chorób nowotworowych muszą znajdować się w systemie zdrowia publicznego powołanym ustawą o zdrowiu publicznym, a nie w systemie medycyny naprawczej.

Czwarty referat, pt. *Stan obecny w leczeniu nowotworów złośliwych narządów rodnych u kobiet* przygotowany wraz z **prof. Janiną Markowską**, przedstawił **dr hab. Radosław Mądry** z Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Omówił specyfikę sytuacji epidemiologicznej, możliwości profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz dostępnych metod leczenia, trzech istotnych klinicznie nowotworów kobiet: raka szyjki macicy, raka jajnika oraz raka endometrium. Uznał, że rak szyjki macicy jest wyznacznikiem jakości systemu opieki medycznej. Wprowadzie w okresie dwóch dekad (1990–2010)

odnotowano w Polsce spadek liczby zgonów kobiet z powodu raka szyjki macicy, jednak nadal dzieli nas ogromny dystans od liderów w tej dziedzinie, np. Finlandii. Przyczyny tej sytuacji referent upatrywał w niedostatkach prewencji pierwotnej i wtórnej, zwłaszcza programu skryningowego. Odnosząc się do raka jajnika referent określił sytuację epidemiologiczną jako stabilną, przy braku obecnie skutecznej formy skryningu i niewielkich możliwościach leczenia, podkreślając równocześnie fakt, że w Polsce możemy pochwalić się skutecznym programem opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, co może zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka jajnika. Co do raka endometrium, to od 2 dekad obserwowany jest wzrost zachorowalności, a pomimo dobrego rokowania wznowy występują u ponad 20% chorych kobiet.

Kolejna prezentacja, pt. *Prognozy rozwoju chorób nowotworowych w Polsce. Co nas czeka?*, autorstwa dr **Joanny Didkowskiej** z Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, potwierdziła silne związki pomiędzy onkologią i demografią. W opracowaniu tym, podstawie informacje o zachorowaniach pochodziły z bazy danych Krajowego Rejestru Nowotworów, zaś historyczne, aktualne i prognozowane dane dotyczące ludności – z zasobów Głównego Urzędu Statystycznego. Referentka podkreśliła, że choroby nowotworowe nie występują ze stałą częstością w cyklu życia, a zależność częstości występowania od wieku chorych określa się mianem krzywej J. Rosnący odsetek osób w starszym wieku i zależność ryzyka zachorowania od wieku sprawiają, że można oczekiwać, biorąc pod uwagę wyłącznie te dwa czynniki, wzrostu liczby zachorowań na nowotwory, jednak autorka wskazała na istotne trudności i pewne ułomności dotyczące prognozy zjawisk zdrowotnych. Mimo wszystkich zastrzeżeń prognoza liczby zachorowań oraz zachorowalności jest niezwykle ważnym elementem dla planowania, epidemiologii i kontroli skuteczności profilaktyki pierwotnej.

Ostatnie w części referatowej wystąpienie **Jacka Gugulskiego** – Prezesa Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych (PKPO) – pt. *Leczenie raka w Polsce z perspektywy pacjenta* dotyczyło podejmowanych przez Koalicję działań obejmujących: inicjatywy na rzecz nadania onkologii priorytetowego znaczenia w ochronie zdrowia, dialogu w sprawach zdrowia, a także kampanie edukacyjne z wykorzystaniem nowoczesnych środków przekazu. Przedmiotem szczególnego zainteresowania PKPO jest zjawisko wykluczania pacjentów onkologicznych. Ogólnopolska kampania „Pacjent wykluczony” służy zarówno do zdefiniowania tego zjawiska i jego przyczyn, jak i do poszukiwania skutecznych sposobów przeciwdziałania wykluczeniu. PKPO proponuje wiele kroków zaradczych, których wspólną cechą jest zasada „Pacjent musi być w centrum uwagi”. Referent zapoznał słuchaczy z poruszającymi przykładami wyklucza-

nia pacjentów onkologicznych, z powodu np.: niemożności znalezienia odpowiedniej opieki, pozbawienia dostępu do rzetelnej informacji, zbyt długiego oczekiwania na postawienie rozpoznania choroby nowotworowej, braku dostępu do konsultacji specjalistycznych, utrudnionego dostępu do leczenia, powikłań związanych m.in. z używaniem przestarzałej, źle działającej aparatury do naświetlań, niedostatków opieki w stanie terminalnym.

W części finalnej Konferencji **prof. J. Szymborski** omówił przygotowany przez Prezydium RRL projekt stanowiska Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie konieczności poprawy profilaktyki chorób nowotworowych i wyników leczenia ludzi cierpiących na nowotwory w obliczu wyzwań demograficznych w Polsce. W dyskusji nad tym stanowiskiem wzięli udział wymienieni wyżej referenci oraz **dr hab. Magdalena Bielska-Lasota** z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH i **Krzysztof Przewoźniak** z Centrum Onkologii. W wyniku przeprowadzonej debaty do projektu przedłożonego **prof. Zbigniewowi Strzeleckiemu** – Przewodniczącemu RRL zostały wprowadzone zaktualizowane dane dotyczące diagnozy sytuacji w onkologii, a także pewne zmiany redakcyjne odnoszące się do kwestii rekomendacji.

3. Konkluzywne podsumowanie

W czasie konferencji zostały przedyskutowane najważniejsze problemy dotyczące rozszerzania się zarówno zachorowalności, jak i umieralności, a w ślad za tym także natężenia zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi. Na tej podstawie w gronie wybitnych naukowców, specjalistów zajmujących się tą problematyką, dokonano pogłębionej diagnozy i wskazano kierunki działań zaradczych w polskiej onkologii. Sądzymy, że to była znakomita diagnoza aktualnego stanu systemu ochrony onkologicznej, jako podstawa do realizacji planów i zamierzeń, których wdrożenia należy oczekiwać. Bardzo często jest tak, że to co najprostsze najtrudniej jest ocenić, zdiagnozować, a następnie wdrożyć. Być może wynika to z tego, że nie chcemy o tych prostych sprawach myśleć, natomiast zbyt często wchodzimy w zagadnienia bardziej skomplikowane. Dlatego sądzymy, że przedstawione w czasie konferencji propozycje wybitnych ekspertów będą podstawą do nowego myślenia o onkologii. Pragniemy zwrócić uwagę na propozycje indywidualizacji podejścia do określonych jednostek chorobowych w przypadku nowotworów, co wydaje się niezwykle ważne z punktu widzenia budowania pewnej strategii działań. Chodzi o precyzyjną diagnozę, pokazanie, gdzie mamy największe szanse na postęp w zwalczaniu nowotworów i w jaki sposób budować narodową strategię w tym obszarze.

Należy się zgodzić wyrażanym tu ważnym poglądem, że z naszej konferencji może być wystosowany do społeczeństwa pozytywny przekaz, taki mianowicie,

że możemy uniknąć chorób, możemy się szybciej i skuteczniej wyleczyć, ale również możemy zmienić funkcjonowanie całego systemu opieki onkologicznej. Ten element będzie istotnym osiągnięciem przeprowadzonej tu debaty. Jesteśmy przekonani, że gdy materiały te zostaną opublikowane, to spełnią dodatkową rolę popularyzatorską i przyczynią się do podwyższenia poziomu wiedzy onkologicznej w społeczeństwie. Pozwoli to na zwiększenie naszego udziału w działaniach profilaktycznych, a także na uświadomienie sposobów radzenia sobie z chorobą. Ten edukacyjny element konferencji był podkreślany we wszystkich wystąpieniach.

W wystąpieniach referentów zwraca uwagę powtarzanie się postulatu o potrzebie poszukiwania różnych sprzymierzeńców dla poprawy sytuacji w zakresie zwalczania nowotworów, dlatego chcemy zapewnić, że również Rządowa Rada Ludnościowa jest ogromnym sprzymierzeńcem polskiej onkologii. Mamy nadzieję, że wypracowane na dzisiejszej konferencji Stanowisko RRL, zawierające diagnozę sytuacji i rekomendacje do działań realizacyjnych, przyczyni się do osiągnięcia oczekiwanego postępu. Proponowane rozwiązania nie przekraczają naszych możliwości i wskazują na sposoby znacznie lepszego wykorzystania dostępnych środków w dziedzinie onkologii.

Wreszcie bliski naszym zainteresowaniom zawodowym i naukowym problem prognozowania zachorowalności na choroby przewlekłe, w tym nowotwory, oraz przewidywania przyszłych kosztów tych chorób, co ma podstawowe znaczenie dla budowania strategii zdrowotnej państwa. Choć nie jest to zadanie łatwe, Główny Urząd Statystyczny podjął już wstępne prace analityczne w tym zakresie. Według szacunków prognostycznych dokonanych z wykorzystaniem danych prognozy ludności na lata 2008–2035 oraz wyników badania stanu zdrowia ludności z 2009 r., zmiany przewidziane prognozą demograficzną będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności (Szymborski, Marciniak 2014). Tylko z powodu starzenia się populacji zwiększy się istotnie odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Można spodziewać się istotnego pogorszenia stanu zdrowia populacji, wzrostu odsetka populacji obciążonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi (m.in. choroba wieńcowa, nowotwory, nadciśnienie tętnicze, astma, cukrzyca, zapalenie stawów), co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze. Można także przewidywać zwiększenie udziału pacjentów korzystających w ciągu roku z wizyt lekarskich czterokrotnie i częściej, udziału osób leczonych w szpitalach, a także istotnego wzrostu odsetka osób zażywających leki. Dokonując szacunków prognostycznych nie uwzględniono potencjalnych zmian zachowań zdrowotnych, w tym dotyczących żywienia i aktywności ruchowej, ani ewentualnej poprawy dostępności do usług opieki zdrowotnej i ich jakości. Oszacowane wskaźniki są zatem wynikiem

zmian struktury ludności według wieku, głównie postępującego starzenia się populacji.

W konkluzji pragniemy zadeklarować podjęcie w GUS prac przygotowawczych wychodzących naprzeciw inicjatywie RRL, co do poszerzenia analiz dotyczących oszacowania skutków zmian struktury ludności według wieku – przewidywanych w nowej prognozie demograficznej na lata 2014–2050 – dla zdrowia populacji i potrzeb związanych z opieką zdrowotną, w tym onkologiczną, z wykorzystaniem jako źródła danych na temat sytuacji zdrowotnej ludności Polski – Europejskiego Badania Zdrowia Ludności (EHIS 2014). To badanie (podobnie jak EHIS 2009) zostanie przeprowadzone według zharmonizowanej metodologii co do zakresu tematycznego i zastosowanych narzędzi badawczych, wspólnej dla krajów UE. Kwestionariusz badania będzie obejmował 4 moduły: (1) zmienne podstawowe (charakterystykę demograficzno-społeczną respondenta oraz gospodarstwa domowego), (2) stan zdrowia, (3) korzystanie z usług medycznych, (4) determinanty zdrowia. Wyrażamy przekonanie, że prace te mogą przynieść cenne z punktu widzenia polityki państwa informacje dotyczące stanu zdrowia i ochrony zdrowia. Istotne byłoby także podjęcie próby oszacowania, jakie wymierne korzyści moglibyśmy uzyskać w wyniku poprawy funkcjonowania określonych elementów systemu ochrony zdrowia oraz pozytywnych zmian stylu życia ludności.

Bibliografia

- Kardiologia i onkologia w Polsce na początku XXI wieku. Stan, wyzwania i perspektywy* (2002), red. M. Nowacki, Z. Religa, W. Zatoński, Rządowa Rada Ludnościowa RCSS, Tom IX, Warszawa.
- Szymborski J., Marciniak G. (2014), *Zdrowotne następstwa przemian demograficznych w Polsce – przyczyna czy usprawiedliwienie problemów w ochronie zdrowia?*, Zeszyty Naukowe Wydziałowe, „Studia Ekonomiczne” Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach (w druku).

Janusz Witkowski, Janusz Szymborski

The present and the future of oncology and demography

Summary

In the introductory chapter, the authors describe the course of the scientific conference entitled “*Cancer incidence and mortality versus vs. the demographic situation of Poland,*” organised by the Demographic Governmental Committee (DGC) on 3 December 2013. In the commentaries on the conference lectures and the debates among the most prominent scientists, and specialists dealing with oncology and demography issues, they refer to the mutual correlations between these scientific areas, which allow the making of in-depth diagnoses and recommending certain types of preventive measures to be taken in Polish oncology. In the conclusion, the authors declare that specific preparatory measures will be taken by the CSO with a view to supporting the DGC initiative to extend the current analyses of the consequences of the population structure changes by age, as projected in the new demographic forecast for 2014–2050, on the population state of health and healthcare needs, including in the field of oncology. The said analysis is to be based on the data concerning the state of health of the Polish population and on the European Health Interview Survey conducted in 2014.

Witold Zatoński, Urszula Sulkowska, Krzysztof Przewoźniak
Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie
w Warszawie

Mateusz Zatoński

London School of Hygiene and Tropical Medicine,
Fundacja Promocja Zdrowia

Rozdział 2.

EPIDEMIOLOGIA NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH W POLSCE¹

2.1 Wstęp. Epidemiologia nowotworów złośliwych

W Europie Zachodniej już na początku lat 70. rozpoczął się znaczny przyrost zdrowia wynikający z tzw. „rewolucji sercowonaczyniowej” (Rys. 2.1a; Vallin, Meslé 2004). Polska wkroczyła w fazę transformacji zdrowotnej dopiero po 1990 roku (Zatoński 1996; Zatoński i in. 2008; Zatoński, Bhala 2012). Zahamowany został trwający od początku lat 60. wzrost zachorowań z powodu chorób sercowo-naczyniowych, a umieralność z tej przyczyny w latach 1991–2010 zmniejszyła się w Polsce o połowę (Rys. 2.1b; Powles i in. 2005). Zmiany te były jedną z głównych przyczyn szybkiego przyrostu długości życia, która po 30 latach zamrożenia w latach 1991–2010 wzrosła o 6,2 lata u mężczyzn i 5,5 lat u kobiet (Zatoński i in. 2008; 2011).

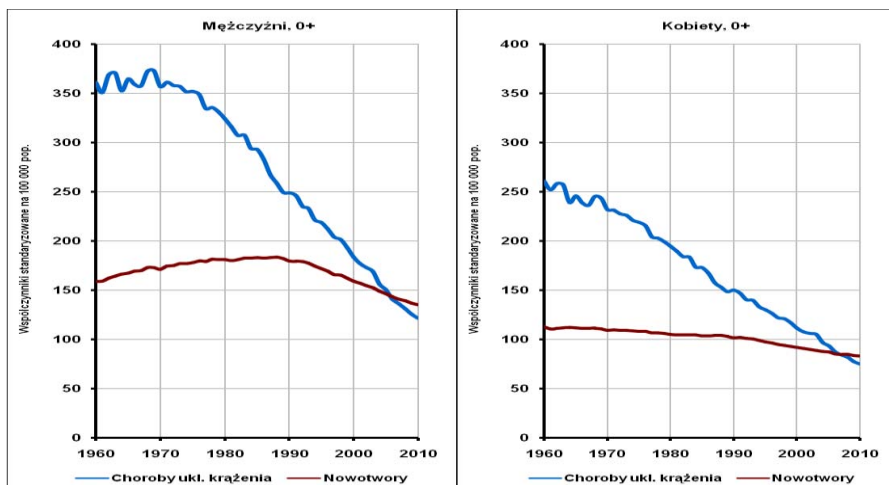
UE15 – Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Irlandia, Hiszpania, Holandia, Luksemburg, Niemcy, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy – kraje członkowskie Unii Europejskiej przed rozszerzeniem w maju 2004 r.

Współczynniki standaryzowane zostały obliczone w odniesieniu do standardowej populacji świata.

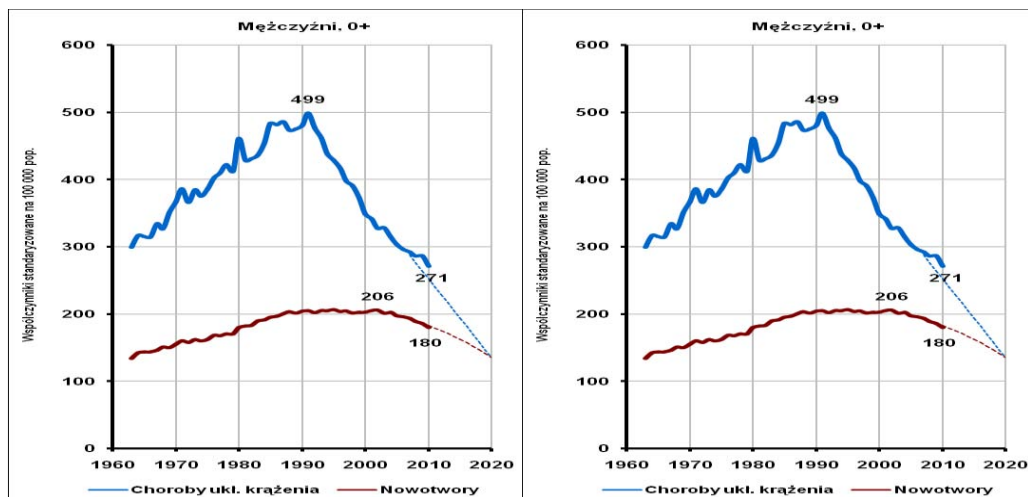
Choroby układu krążenia – ICD10: I00-I99; Nowotwory złośliwe – ICD10: C00-C97

¹ Praca jest fragmentem publikacji naukowej przesłanej do publikacji w czasopiśmie naukowym i fragmentem szerszego opracowania książkowego.

Rys. 2.1a. Nowotwory – główna przyczyna przedwczesnej umieralności. Umieralność z powodu nowotworów i chorób układu krążenia, UE15



Rys. 2.1b. Nowotwory staną się główną przyczyną zgonów w Polsce w tej dekadzie. Umieralność z powodu nowotworów i chorób układu krążenia, Polska

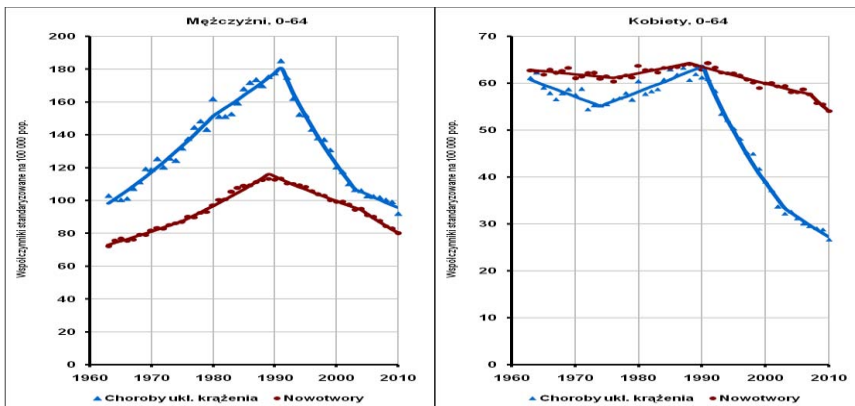


Źródło: Zatoński (red.), z Mańczuk, Sulkowska... (2008).

Współczynniki standaryzowane zostały obliczone w odniesieniu do standardowej populacji świata.

W wyniku tego ogromnego postępu zdrowotnego w ostatnim dwudziestoleciu szybko zmienił się też wzór epidemiologiczny zachorowań i zgonów w Polsce.² (Zatoński 1994; 1997; Zatoński 2012). Obecnie, podobnie jak w krajach Europy Zachodniej, nowotwory złośliwe stają się pierwszą przyczyną przedwcześnie przerywającą ludzkie życie, szczególnie w populacji osób przed 65 r.ż. (White i in. 2011a,b; WHO 2013; Zatoński 2012). U kobiet przed 65 r.ż. zgony z powodu nowotworów są dwa razy częstsze niż z powodu chorób układu krążenia.

Rys. 2.2. Umieralność z powodu nowotworów i chorób układu krążenia, Polska



Nowotwory złośliwe składają się z ponad 100 bardzo różnorodnych jednostek chorobowych z inną etiologią, diagnostyką, przebiegiem klinicznym czy leczeniem (Boyle i in. 2008; Tyczyński i in. 1998; Zatoński i in. 1993; 1996; Zatoński 1993). Ich kontrola wymaga stosowania różnych strategii, w których

² Dane o zgonach na nowotwory złośliwe i dane na temat wielkości populacji (w podziale na płeć i 5-letnie grupy wieku) w Polsce za lata 1963–2010 pochodzą z bazy danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) (<http://www.who.int/whosis/mort/download/en/index.html>). W analizie uwzględniono standaryzowane według wieku współczynniki umieralności. Za standardową populację przyjęto „standardową populację świata”. Analizę trendów czasowych umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce przeprowadzono przy użyciu programu *Joinpoint Regression Program* (<http://srab.cancer.gov/joinpoint>).

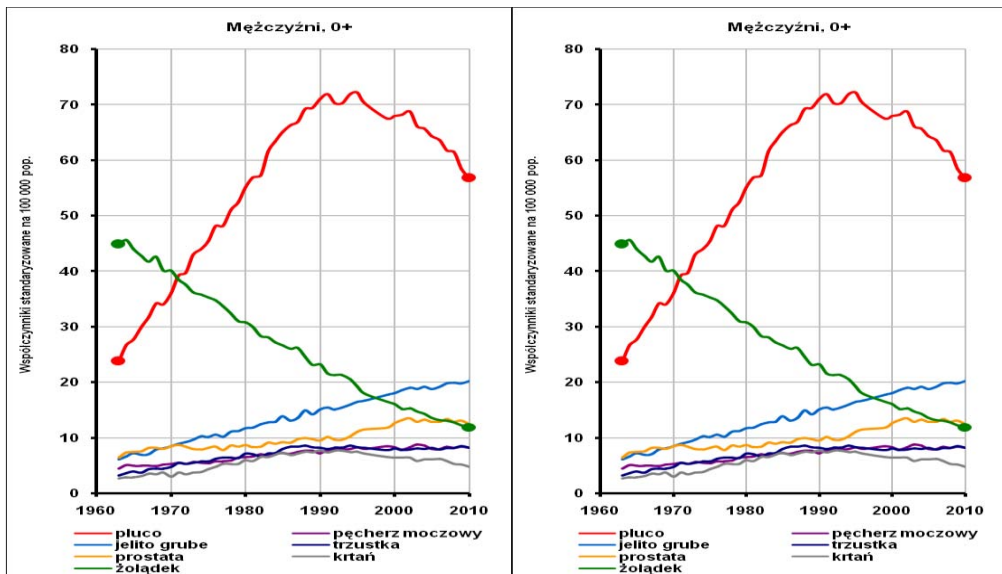
prewencja pierwotna³ i prewencja wtórna⁴ są tak samo ważne jak leczenie (Boyle i in. 2003; 2009; Zatoński i in. 1990). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uważa, że jednej trzeciej zachorowań nowotworowych można zapobiec, jedną trzecią wyleczyć, a w przypadku jednej trzeciej polepszyć jakość życia (Boyle i in. 2003; 2009; Stahli in. 2006; WHO 2013).

Obraz trendów czasowych nowotworów złośliwych w Polsce w ostatnim półwieczu u obu płci ilustruje niezwykle różnorodność ich przebiegu (Rys. 2.3; Zatoński 1996; Zatoński, Tyczynski 1997; Didkowska, Zatoński 2006; Zatoński, Przewoźniak 2012). Przy tym, siedem najczęstszych lokalizacji z ponad 100 jednostek chorobowych mających wspólną nazwę „nowotwory złośliwe” stanowi 70% zgonów nowotworowych u kobiet i 60% u mężczyzn (Didkowska, Zatoński 2006; Zatoński, Przewoźniak 2012). Zwykle poza kilkoma najczęstszymi nowotworami, pozostałe są relatywnie rzadkimi schorzeniami. Poza tym, częstość nowotworów złośliwych jest generalnie znacznie wyższa u mężczyzn niż u kobiet (Wramner i in. 2001; Zatoński i in. 2007).

³ Prewencja pierwotna nowotworów złośliwych to podejmowanie szeregu działań, których celem jest zminimalizowanie ryzyka zachorowania na nowotwór. Skupia się na szerokich zorganizowanych akcjach informacyjno-edukacyjnych skierowanych do społeczeństwa zachęcających do podejmowania działań chroniących przed nowotworami (aktywność fizyczna, zbilansowane odżywianie, uczestnictwo w programach szczepień ochronnych) oraz zalecających unikanie znanych czynników ryzyka nowotworów związanych ze stylem życia (palenie tytoniu, otyłość, spożywanie alkoholu, promieniowanie UV, czynniki infekcyjne). Podstawowym celem prewencji pierwotnej jest zmniejszenie zachorowalności na nowotwory złośliwe.

⁴ Prewencja wtórna nowotworów złośliwych to podejmowanie działań na poziomie populacyjnym skierowanych do określonych grup zdrowej populacji, w formie zorganizowanych populacyjnych badań przesiewowych mających na celu wyłonienie z grupy najwyższego ryzyka (określonego w badaniach naukowych) osób ze zmianami przednowotworowymi lub osób z nowotworem we wczesnym stadium zaawansowania. Podstawowym celem prewencji wtórnej jest zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów złośliwych.

Rys. 2.3. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych w Polsce, 1963–2010



Źródło: Opracowanie własne.

Współczynniki standaryzowane zostały obliczone w odniesieniu do standardowej populacji świata.

Zachowania trendów czasowych dwóch lokalizacji nowotworowych: nowotworów złośliwych płuca oraz nowotworów złośliwych żołądka zdominowały obraz zmian epidemiologicznych w zakresie raka w Polsce.

W Polsce u mężczyzn nowotwory złośliwe płuca wzrastały od początku okresu obserwacji (1960 r.) i osiągnęły najwyższy poziom na początku lat 90. (Didkowska i in. 2005; Zatoński, Tyczynski 1997). Od tej pory współczynniki umieralności (standaryzowane wg wieku) z tej przyczyny zmniejszają się; w 1995 – 72/100 000, w 2010 – 56/100 000 (Zatoński i in. 2009a; Zatoński, Przewoźniak 2012; Wramner i in. 2001; Zatoński 2003a; Zatoński, Przewoźniak 2012). U kobiet w ostatnich dziesięcioleciach nowotwory złośliwe płuca stale wzrastają, chociaż z bardzo niskiego poziomu, od współczynnika umieralności wynoszącego 4/100 000 w 1963 roku do 16/100 000 w 2010 roku (Wramner i in. 2001; Zatoński 2003a; Zatoński, Przewoźniak 2012).

Kontrastowo inaczej zachowuje się trend czasowy umieralności z powodu nowotworów złośliwych żołądka; jego przebieg jest symetryczny u mężczyzn i kobiet (Howson i in. 1986; Zatoński 1988; Zatoński 1993; Przetakiewicz-Koziej i in. 1997). W XX wieku zachorowalność i umieralność z powodu nowotworów złośliwych żołądka stale się zmniejsza (Howson

i in. 1986). W 1963 umieralność wśród mężczyzn wynosiła 45/100 000, a w 2010 – 12/100 000. U kobiet umieralność spadła z 22/100 000 w 1963 do 4/100 000 w 2010 (Didkowska 2006; Zatoński, Przewoźniak 2012).

W populacji mężczyzn w ostatnich dwóch dziesięcioleciach dwie inne lokalizacje nowotworowe, rak jelita grubego i prostaty, charakteryzują się wzrostem częstości oraz przekroczeniem poziomu wartości współczynnika umieralności o 10 zgonów na 100 000 populacji rocznie (Rys. 2.3; Didkowska 2006; Zatoński, Przewoźniak 2012). Pozostałe z siedmiu najczęstszych lokalizacji to nowotwór złośliwy pęcherza moczowego i trzustki, których poziom nieznacznie wzrasta, oraz nowotwory złośliwe krtani, których umieralność znacząco zmniejsza się od początku lat 90. (Przetakiewicz-Koziej i in. 1997; Zatoński, Przewoźniak 2012; Zatoński i in. 1990).

U kobiet od połowy lat 70. dominującą lokalizacją nowotworową i pierwszą przyczyną zgonów były nowotwory złośliwe piersi (Rys. 2.3). W drugiej połowie lat 90. współczynnik umieralności osiągnął najwyższy poziom (16/100 000 pop.) i od tej pory zmniejsza się (Rys. 2.3; Zatoński, 2013). Od początku lat 90. trzecią (po raku płuca i raku piersi) lokalizacją nowotworową u kobiet o częstości większej niż 10 zgonów na 100 000 rocznie były nowotwory złośliwe jelita grubego (Zatoński, Przewoźniak 2012; Didkowska, Zatoński 2006).

Czwartym najczęstszym nowotworem u kobiet w Polsce jest nowotwór złośliwy jajnika. Pozostałe trzy z siedmiu najczęstszych lokalizacji, już z częstością poniżej 5 zgonów na 100 000 populacji, to nowotwory złośliwe trzustki, nowotwory szyjki macicy (w przypadku której umieralność i zachorowalność znacząco spada) oraz nowotwory złośliwe żołądka z częstością ok. 4/100 000 (Przetakiewicz-Koziej i in. 1997; Didkowska, Zatoński 2006; Zatoński, Przewoźniak 2012).

Analiza trendów czasowych umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem prezentuje średnią trendów (wzrostów i spadków wszystkich nowotworów razem) i nie została umieszczona w tej pracy.

2.2 Omówienie

Czynniki kształtujące sytuację epidemiologiczną nowotworów złośliwych można różnorodnie definiować. Na przykład można je rozpatrywać w takich dwóch kategoriach:

- A. Czynniki możliwe do modyfikacji: dobrze zidentyfikowane, czasami słabo zidentyfikowane, czy też nieznanne;
- B. Czynniki niemożliwe do modyfikacji, czy tylko częściowo modyfikowalne.

Dwie najważniejsze lokalizacje, które w przeszłości, od połowy XX w. decydują o zagrożeniu nowotworami złośliwymi w Polsce to nowotwór złośliwy płuca i żołądka (Boyle i in. 2003; 2009; Howson i in. 1986; Peto i in. 1994; Powles i in. 2005; Thun i in. 2006; Zatoński 1997). Zachowania trendów czasowych tych dwóch lokalizacji zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet w znacznym zakresie zdominowały obraz nowotworów w Polsce (Zatoński, Przewoźniak 2012; Zatoński 2003a).

Przykładem nowotworów, których obraz epidemiologiczny wynika z działania słabo zidentyfikowanych czynników ryzyka czy czynników ochronnych, są nowotwory złośliwe żołądka. Przez cały XX wiek stale obserwowano zmniejszanie się ich zachorowalności oraz umieralności. Sukces ten jednak nie był wynikiem zaplanowanych, racjonalnych działań człowieka, a raczej „produktem ubocznym” naszego rozwoju cywilizacyjnego. Grupa Ernesta Wyndera w pracy pod tytułem “The Decline in Gastric Cancer: Epidemiology of an Unplanned Triumph”, opisała wszystkie znane elementy tego zjawiska (Howson i in. 1986; Chow i in. 1991; ECLG 1993a,b; ECLG 1994; Krstev i in. 2005; Lan i in. 2001; Lan i in. 2003; Lissowska i in. 1999; Lissowska i in. 2004; Robins i in. 2008; Web i in. 1994; Web i in. 1997; Web i in. 1999; Yamaguchi, Kakizoe 2001; Zatoński i in. 1989; Baccarelli i in. 2006; Zhang i in. 2007a,b). Przykład nowotworu żołądka pokazuje, że określanie nowotworów chorobami cywilizacyjnymi jest nietrafne. Rozwój cywilizacyjny może także być czynnikiem zmniejszającym zagrożenie tymi schorzeniami, a problemy z nowotworami złośliwymi są tak stare jak ludzkość.

Nowotwór żołądka był historycznie najczęstszym nowotworem złośliwym w populacji Polski, co potwierdzają protokoły sekcyjne Uniwersytetu Jagiellońskiego z XIX i początku XX wieku (Ciechanowski 1948). Aż do początku lat 70. XX wieku pozostawał on najczęstszym nowotworem złośliwym tak u mężczyzn jak i u kobiet (Zatoński 1988; 1993). Od tego czasu ryzyko zachorowania na ten nowotwór zmniejszyło się w Polsce wielokrotnie (Rys. 2.3). Mimo to, ta lokalizacja nowotworu nadal pozostaje istotnym problemem zdrowia w Polsce, gdzie częstotliwość nowotworu żołądka jest stale generalnie 4-5 razy wyższa w Polsce i innych krajach Europy wschodniej niż w krajach Skandynawskich czy Szwajcarii (Boyle i in. 2009). Należy przy tym zwrócić uwagę, że do początku drugiej dekady XXI wieku nie ma żadnych znaków przełomu w leczeniu tego schorzenia. Wydaje się, że częstość tego nowotworu będzie także w najbliższych dziesięcioleciach stale zmniejszała się i nowotwór żołądka coraz bardziej będzie stawał się schorzeniem bardzo rzadkim.

Czynniki, które powodują obserwowane przez ostatni wiek zmniejszanie się zachorowalności na nowotwory złośliwe żołądka są złożone i nie w pełni zrozumiałe (Howson i in. 1986; Chow i in. 1991; ECLG 1993a,b; ECLG 1994;

Krstev i in. 2005; Lan i in. 2001; Lan i in. 2003; Lissowska i in. 1999; Lissowska i in. 2004; Robins i in. 2008; Web i in. 1994; Web i in. 1997; Web i in. 1999; Yamaguchi, Kakizoe 2001; Zatoński i in. 1989; Baccarelli i in. 2006; Zhang i in. 2007a,b). Uważa się jednak, że zmiany diety, szczególnie wzrost spożycia warzyw i owoców przez cały rok, oraz stosowane na powszechną skalę techniki niskich temperatur do przechowywania żywności, są ważnymi elementami warunkującymi to zjawisko. Badania naukowe prowadzone od dziesięcioleci, także przez nasz zespół, zdają się wskazywać na ważną rolę w etiologii nowotworu żołądka infekcji bakterią *Helicobacter pylori*, oraz jej kontrolą (ECLG 1993a,b; Robins i in. 2008; Web i in. 1999).

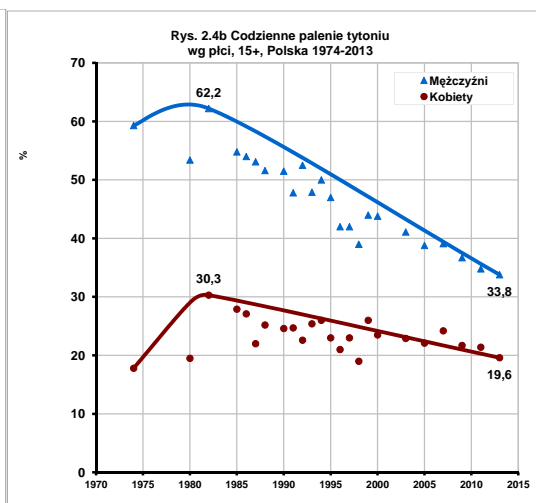
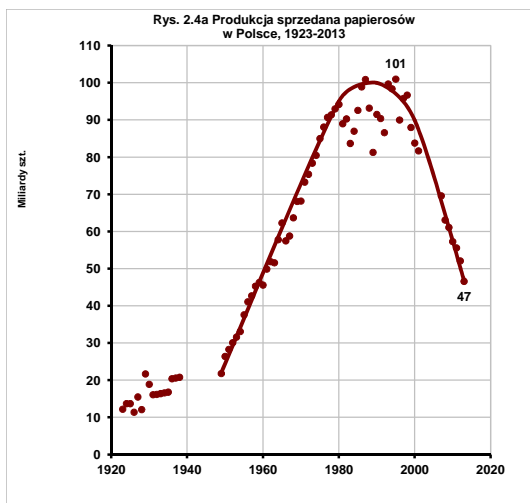
Druga lokalizacja obecnie dominująca w obrazie nowotworów złośliwych w Polsce to nowotwory złośliwe płuca, historycznie najpierw u mężczyzn, a w ostatnim dziesięcioleciu także u kobiet (Doll i in. 2004; Peto i in. 1994). Wiedza o jego etiologii, przebiegu oraz możliwości kontroli jest bardzo obszerna (Boyle i in. 2004; Boyle i in. 2010; Bank Światowy 2002; Blanke, De Costa, Silva 2004; Wramner i in. 2001; Zatoński i in. 2013; Zatoński i in. 1996; Zatoński 2003a; Zatoński 1995). W przypadku tych schorzeń istnieje znaczna, jeśli nie pełna możliwość modyfikacji zagrożenia. W Polsce szacuje się frakcję zachorowalności na nowotwór płuca wynikającą z palenia (Tobacco Attributable Fraction) na około 80-90% u mężczyzn i około 60-70% u kobiet (Zatoński i in. 2008). W populacjach niepalących, także w Polsce, poziom zachorowań z powodu raka płuca jest bardzo niski i wynosi poniżej 5 zachorowań na 100 000 populacji (Zatoński i in. 2011; Doll i in. 2004; Thun i in. 2006). Podobnie, jak w wypadku nowotworów żołądka, w ostatnim półwieczu nie obserwuje się przełomu w leczeniu tej lokalizacji nowotworowej. Na początku XXI wieku jedynym skutecznym postępowaniem w kierunku kontroli tej lokalizacji nowotworowej jest eradykacja palenia tytoniu z populacji ludzkiej (Boyle i in. 2004; 2010). Skuteczność i możliwości tej interwencji potwierdzają także polskie doświadczenia (Przewoźniak i in. 2011; West i in. 2007; Woynarowska, Mazur 2012; Zatoński i in. 2012; Zatoński 2003b,c,d; Zatoński 2004; Zatoński, Przewoźniak 1993; Zatoński i in. 1986).

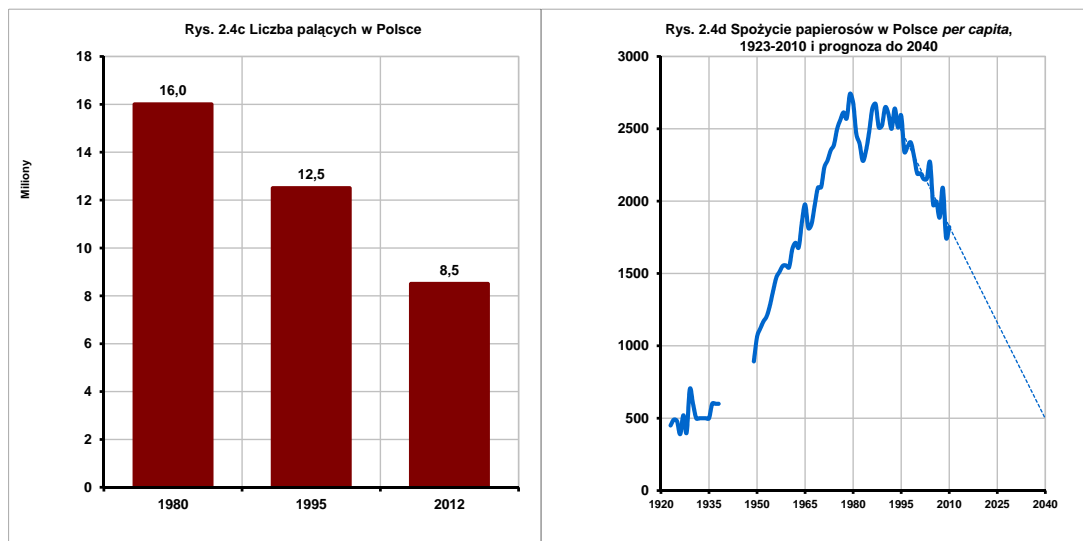
Palenie jest najważniejszym możliwym do prewencji czynnikiem kształtującym zachorowania na nowotwory złośliwe w Polsce, podobnie jak we wszystkich krajach europejskich, ale już niekoniecznie w Azji, Afryce czy Ameryce Południowej (Giovino i in. 2012; Nikogosian i in. 2003). W XX wieku w Europie palenie tytoniu było ważnym elementem stylu życia. Palenie papierosów jest zachowaniem związanym z inhalacją dymu tytoniowego. Osoba paląca 20 papierosów dziennie inhaluje około 250 porcji dymu każdego dnia (łączna dawka w ciągu 10 lat, 20 lat, 50 lat odpowiednio to 0.9 miliona, 1.8 miliona, 4.5 miliona). Palenie papierosów składających się

z tytoniu, papieru i kilkuset tzw. ulepszaczy, przebiega w temperaturze 600–900 stopni Celsjusza i jest zjawiskiem chemicznym (tzw. suchą destylacją), w wyniku której powstaje mieszanina zawierająca ponad 4000 czynników chemicznych. W dymie papierosowym znajduje się 40–60 substancji rakotwórczych inicjujących i promujących proces nowotworzenia – mutacji genetycznych (Boyle i in. 2004; 2010).

W Polsce po II Wojnie Światowej spożycie papierosów gwałtownie rośnie, osiągając w latach 70–80. najwyższy poziom na świecie (Boyle i in. 2004; 2010; Zatoński 2003d; 2004). W latach 80. sprzedawano w Polsce rocznie ponad 100 miliardów papierosów. Liczba ta spadła do 73 miliardów w 2005 roku, oraz około 47 miliardów w 2013 roku (Rys. 2.4a). Szacuje się, że w latach 80. paliło codziennie około 15–16 milionów Polaków. W roku 1995 było to już 12.5 miliona, a w roku 2013 około 8.5 miliona – spadek o około 4 miliony w okresie ostatniego dwudziestolecia (Rys. 2.4c; Czapiński, Panek 2013).

Palenie papierosów jest w Polsce znacznie częstsze w populacji mężczyzn niż kobiet. U dorosłych mężczyzn w latach 80. osiągnęło ono szczytowy poziom prawie 65% i od tej pory stale, systematycznie zmniejsza się we wszystkich grupach wiekowych osiągając w roku 2013 poziom 33% (Rys. 2.4b).





Największą częstość palenia u dorosłych kobiet zaobserwowano na początku lat 80. (około 30%). Średnia częstość zmniejszyła się do poziomu około 19% w 2013 roku (Rys. 2.4b). Przy czym, palenie kobiet wykazuje znaczne różnice międzypokoleniowe. U kobiet urodzonych przed 1940 rokiem liczba palaczy jest niska, wynosi 5–10%. W pokoleniu ich córek, urodzonych między 1940–1960 rokiem, które wchodziły w dorosłość w latach 1960–1980, poziom palenia był wysoki i wynosił w niektórych okresach kalendarzowych prawie 50%.⁵ W populacji kobiet urodzonych po 1960 roku palenie jest już znacznie rzadsze. Pali około 20–25% w tej generacji urodzeniowej⁶ podobnie, jak w krajach Europy Zachodniej (Zatoński i in. 2012).

Historycznie ekspozycja na czynniki rakotwórcze dymu tytoniowego (aktywne palenie) po uwzględnieniu 20–40 letniego okresu latencji (przesunięcia w czasie), bardzo dobrze przystaje i wyjaśnia trendy czasowe raka płuca oraz innych nowotworów przyczynowo związanych z paleniem, płcią, grupami wieku, czasem kalendarzowym, kohortą urodzeniową, wykształceniem etc.

Spadek częstości palenia (ekspozycji polskiej populacji na czynniki rakotwórcze dymu tytoniowego) jest wynikiem świadomej interwencji ludzkiej,

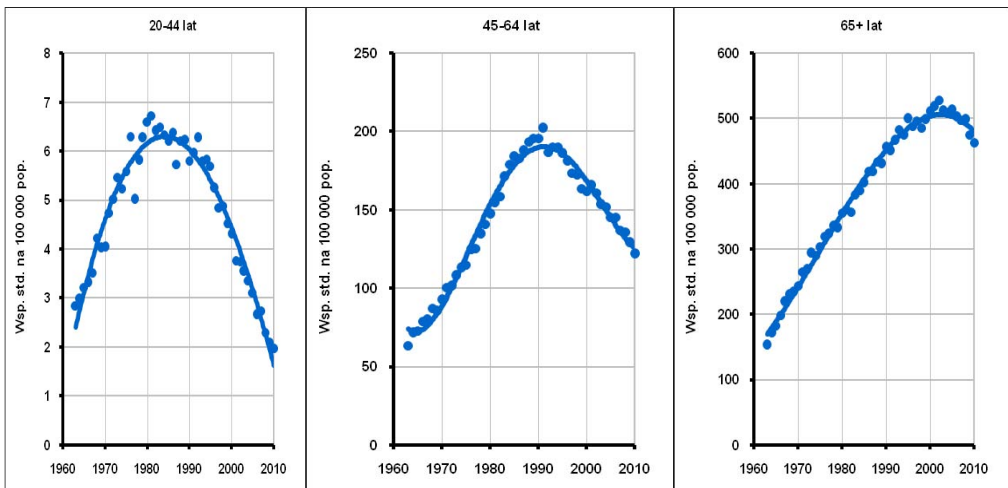
⁵ Wynikało to z uwarunkowań społeczno-kulturowych, które w okresie ich wchodzenia w dojrzałe życie nie akceptowało palenia kobiet.

⁶ Jest podobne jak w krajach Europy Zachodniej.

która z inicjatywy Centrum Onkologii była prowadzona w Polsce od początku lat. 80, szczególnie intensywnie w latach 90. (Zatoński 2003b,c,d). Działania te doprowadziły do stworzenia i uchwalenia w 1995 roku w Polsce wówczas najbardziej spójnej i kompleksowej na świecie ustawy dla ograniczenia następstw palenia tytoniu (Sejm RP 1996; Blanke, De Costa, Silva 2004). Prowadzona edukacja społeczna pomogła zbudować kompetencje polskiej populacji w tym zakresie oraz zapoczątkowała zmiany postaw wobec palenia tytoniu. Poskutkowało to znacznym spadkiem odsetka populacji rozpoczynającej palenie oraz wzrostem częstości rzucania palenia przez palących.

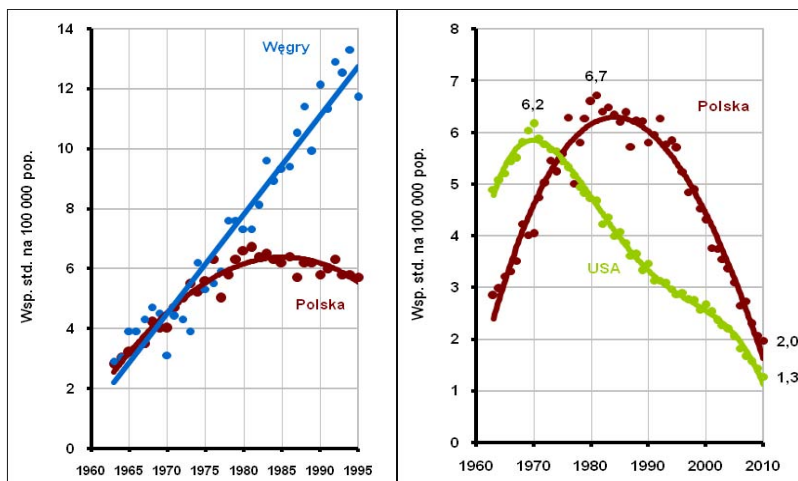
Spadek sprzedaży papierosów ze 101 miliardów w 1980 roku do 47 miliardów w 2013 roku, oraz liczby palaczy z 16 milionów w 1980 do 8.5 w 2013 jest bezpośrednio związany z zahamowaniem, oraz następnie trwającą od 20 lat fazą spadku zachorowań z powodu raka płuca u mężczyzn w Polsce we wszystkich grupach wiekowych i na wszystkich poziomach wykształcenia (Rys. 2.5a).⁷

Rys. 2.5a. Umieralność na nowotwory złośliwe płuca w Polsce, mężczyźni



⁷ Trendy czasowe nowotworów złośliwych raka płuca u kobiet nie są przedmiotem tego opracowania. Są częściowo opisane w naszych publikacjach (Zatoński i in., 2008; Didkowska i in. 2005; Zatoński i in. 2007).

Rys. 2.5b. Umieralność na nowotwory złośliwe płuca, mężczyźni 20–44 lat. Porównanie Polski z Węgrami i USA



Źródło: Zatoński W. Nowotwory złośliwe (w przygotowaniu do druku).

A – Trend umieralności z powodu raka płuca u mężczyzn w Polsce i na Węgrzech w latach 60. i 70. przebiegał bardzo podobnie. W kolejnym dwudziestoleciu na Węgrzech umieralność z tej przyczyny rosła dalej w tym samym tempie, natomiast w Polsce rozpoczął się okres spadku.

B – Szczyt umieralności wśród młodych mężczyzn z powodu raka płuca w Polsce był nieco wyższy niż w Stanach Zjedn. i przesunięty w czasie o ok. 20 lat. Przebieg spadku umieralności w Polsce jest bardzo podobny do obserwowanego w USA i ma stałe dobre tempo. Na początku XXI wieku poziomy umieralności są zbliżone.

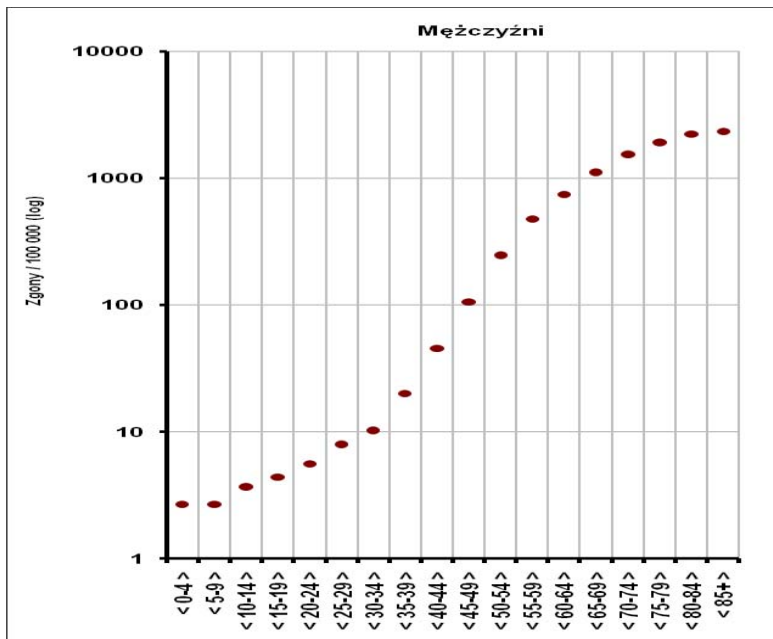
Kolejnym, ale niemodyfikowalnym,⁸ kluczowym elementem kształtującym zachorowalność z powodu nowotworów złośliwych w populacji, jest zmiana struktury jej wieku, a w szczególności zwiększająca się długość życia populacji i jej przeżywalność. Większość nowotworów złośliwych charakteryzuje się długim okresem latencji⁹ liczonym w dziesięcioleciach od chwili rozpoczęcia ekspozycji na czynnik rakotwórczy (na przykład rozpoczęcia palenia) do chwili pojawienia się objawów schorzenia. Nowotworowe przekształcenie zdrowej

⁸ Podobnie niemodyfikowalnymi (czy trudnymi do modyfikacji) czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania z powodu nowotworów są np. promieniowanie słoneczne, naturalne promieniowanie.

⁹ Latencja – opóźnienie między narażeniem na czynnik wywołujący chorobę a pojawieniem się objawów choroby.

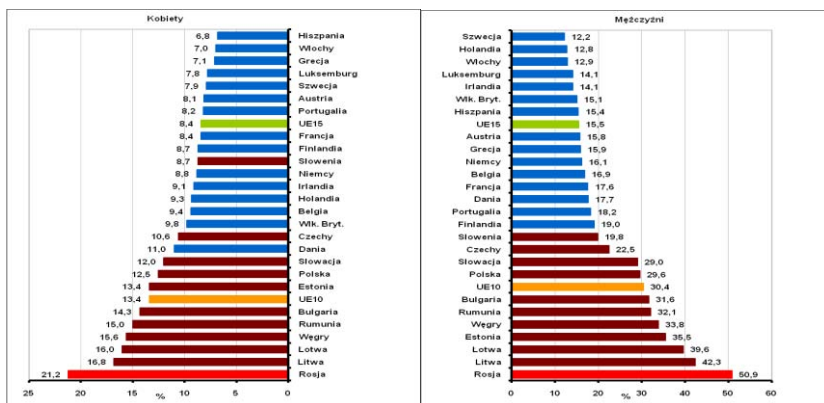
komórki odbywa się w wyniku mutacji genetycznej. Zmiana w DNA zwykle wywołana jest działaniem czynnika mutagennego, np. dymu tytoniowego czy wirusów, np. HPV. Zmutowana nowotworowo komórka musi dodatkowo w trakcie niezliczonej liczby podziałów przełamać system genów obronnych. Dopiero wtedy mamy do czynienia z rozwojem choroby nowotworowej przechodzącej do fazy klinicznej. Te własności chorób nowotworowych prowadzą do liniowej zależności częstości zachorowań od długości ekspozycji która jest funkcją przyrostu wieku. Krzywa umieralności z powodu nowotworów złośliwych zwiększa się o wiele rzędów wielkości wraz ze wzrostem długości życia (Rys. 2.6).

Rys. 2.6. Krzywa zależności współczynników umieralności z powodu nowotworów złośliwych od wieku, Polska, mężczyźni, 2010



Dla grupy wiekowej 0–19 lat częstość zgonów wynosi od 1 do 9 zgonów na 100 000 populacji. W grupie wiekowej 20–44 lat od 10 do 99 zgonów na 100 000 populacji. W grupie wiekowej 45–64 od 100 do 999 zgonów na 100 000 populacji. W grupie wiekowej 65+ od 1000 do 100 000 i więcej zgonów na 100 000 populacji.

Rys. 2.7. Prawdopodobieństwo zgonu przed 65 r.ż. w krajach UE, 2008*



* Belgia, Dania - 2006 r.

Prawdopodobieństwo zgonu - ryzyko zgonu przed osiągnięciem 65 r.ż.

Źródło: Zatoński (red.), z: Mańczuk, Sulkowska... (2008).

Po trwającej 30 lat zapaści zdrowotnej, Polska na początku lat 90. Wróciła do transformacji zdrowotnej (Zatoński i in. 2008). Wynikiem tego, jest trwający od 20 lat znaczący wzrost oczekiwanej długości życia która obecnie wynosi (2012 r.) 81 lat dla kobiet i 72.7 dla mężczyzn. Szybki i znaczący wzrost długości życia, który w większości krajów Europy Zachodniej, Japonii czy USA obserwowany jest od co najmniej pół wieku, doprowadził zmniejszania się proporcji populacji umierającej przed 65 rokiem życia. Stworzyło to nową sytuację epidemiologiczną, której wynikiem w przyszłości będzie wzrost częstości zachorowania populacji po 65 roku życia na choroby nowotworowe.

Podziękowania

Autorzy artykułu dziękują Pani mgr Aleksandrze Herbec za pomoc w doborze literatury naukowej, a Pani Ewie Tarnowskiej, Joannie Szwechowicz, Kinnie Janik-Koncewicz i Marcie Mańczuk oraz Panu Jakubowi Łobaszewskiemu za wysiłek włożony w prace redakcyjne.

Bibliografia

- Autirer P., Boniol M., Hery C., Masuyer E., Ferlay J. (2007), *Cancer survival statistics should be viewed with caution*, "Lancet Oncology", 8, 1129–1138.
- Baccarelli A., Hou L., Chen J., Lissowska J., El-Omar E.M., Grillo P., Giacomini S.M., Yaeger M., Berning T., Zatoński W., Fraumeni J.F. Jr., Chanock S.J., Chow W.-H. (2006), *Mannose-binding lectin-2 genetic variation and stomach cancer risk*, "International Journal of Cancer", 119, 1970–1975.
- Blanke D., De Costa E., Silva V. (2004), *Tools for Advancing Tobacco Control in the 21st century. Tobacco Control Legislation: An Introductory Guide*, World Health Organization, Geneva.
- Boyle P., Autier P., Bartelnik H., Baselga J., Boffetta P., Burn J., Burns H.J.G., Christensen L., Denis L., Dicato M., Diehl V., Doll R., Franceschi S., Gillis C.R., Gray N., Gričute L., Hackshaw A., Kasler M., Kogevinas M., Kvitinsland S., La Vecchia C., Levi F., McVie J.G., Maisonneuve P., Martin-Moreno J.M., Newton Bishop J., Oleari F., Perrin P., Quinn M., Richards M., Ringborg U., Scully C., Siracka E., Storm H., Tubiana M., Tursz T., Veronesi U., Wald N., Weber W., Zaridze D.G., Zatoński W., Zur Hausen H. *European Code Against Cancer and scientific justification: third version* (2003), "Annals of Oncology", 14, 7, 973–1005.
- Boyle P., Autier P., Bartelnik H., Baselga J., Boffetta P., Burn H.J., Burns H.J.G., Denis L., Dicato M., Diehl V., Doll R., Franceschi S., Gillis C.R., Gray N., Gričute L., Hackshaw A., Kasler M., Kogevinas M., Kvitinsland S., La Vecchia C., Levi F., McVie J.G., Maisonneuve P., Martin-Moreno J.M., Newton Bishop J., Oleari F., Perrin P., Quinn M., Richards M., Ringborg U., Scully C., Siracka E., Storm H., Tubiana M., Tursz T., Veronesi U., Wald N., Weber W., Zaridze D.G., Zatoński W., zur Hausen H. (2009), *Europejski kodeks walki z rakiem 2003*, polskie wyd., red. W. Zatoński, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Boyle P., Gray N., Henningfield J., Seffrin J., Zatoński W., red., (2004), *Tobacco. Science, Policy and Public Health*, Oxford University Press, Oxford, England.
- Boyle P., Gray N., Henningfield J., Seffrin J., Zatoński W. red. (2010), *Tobacco. Science, Policy and Public Health*. 2nd edition, Oxford University Press, Oxford, England.
- Boyle P., Smans M., Benichou J., Boniol M., Gillis C.R., LaVecchia C., Levi F., Maisonneuve P., Mazzetta C., d'Onofrio A., Pukkala E., Quinn M.J., Robertson C., Zawidze D., Zatoński W. (2008), *Atlas of Cancer Mortality in the European Union and the European Economic Area 1993-1997*, "IARC Scientific Publications", 159, Lyon, France.
- Chow W.-H., Swanson Ch.A., Lissowska J., Groves F.D., Sobin L.H., Nasierowska-Guttmejer A., Radziszewski J., Reguła J., Hsing A.W., Jagannatha S., Zatoński W., Blot W. (1999), *Risk of stomach cancer in relation to consumption of cigarettes, alcohol, tea and coffee in Warsaw, Poland*, "International Journal of Cancer", 81, 871–876.
- Ciechanowski S. (1948), *Nowotwory złośliwe w materiale sekcyjnym Zakładu Anatomii Patologicznej UJ*, Rozprawy Wydziału Lekarskiego, 9, PAU, Kraków.
- Czapiński J., Panek T., red. (2013), *Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, Polska.
- Didkowska J., Manczuk M., McNeill A., Powles J., Zatoński W. (2005), *Lung cancer mortality at ages 35–54 in the European Union: ecological study of evolving tobacco epidemics*, "British Medical Journal", 331(7510), 189–191.

- Didkowska J., Zatoński W. (2006), *Choroby nowotworowe w: Strzelecki Z. (red.), Sytuacja demograficzna Polski, rozdz. 7.2, GUS, Warszawa, 84–192.*
- Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. (2004), *Mortality in relation to smoking 50 years' observations on male British doctors*, "British Medical Journal", 328(7455), 1519.
- ECLG Study Group (...Zatoński W., Tyczyński J.) (1993a), *An international association between Helicobacter Pylori infection and gastric cancer*, "Lancet", 29, 1359–1362.
- ECLG Study Group (...Zatoński W., Tyczyński J.) (1993b), *Epidemiology of, and risk factors for, Helicobacter pylori infection among 3194 asymptomatic subjects in 17 populations*, "GUT An International Journal of Gastroenterology and Hepatology", 34, 1672–1676.
- ECLG Study Group (...Zatoński W., Tyczyński J.) (1994), *Methylguanine in blood leucocyte DNA: an association with the geographic prevalence of gastric cancer and with low levels of serum pepsinogen A, a marker of severe chronic atrophic gastritis*, "Carcinogenesis", 15, 1815–1820.
- Feachem R. (1994), *Health decline in Eastern Europe*, "Nature", 367(6461), 313–314.
- Giovino G.A., Mirza S.A., Samet J.M., Gupta P.C., Jarvis M.J., Bhala N., Peto R., Zatoński W., Hsia J., Morton J., Palipudi K.M., Asma S., (2012), dla: GATS Collaborative Group: (...Zatoński W., Przewoźniak K....) *Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys*, "Lancet", 380, 668–679.
- Howson C.P., Hiyama T., Wynder E.I. (1986), *The decline in gastric cancer: epidemiology of an unplanned triumph*, "Epidemiologic Reviews", 8, 1–27.
- Krstevec S., Dosemeci M., Lissowska J., Chow W.H., Zatoński W., Ward M.H. (2005), *Occupation and risk of stomach cancer in Poland*, "Occupational and Environmental Medicine", 62, 318–324.
- Lan Q., Chow W.H., Lissowska J., Hein D.W., Buetow K., Engel L.S., Ji B., Zatoński W., Rothman N. (2001), *Glutathionetransferase genotypes and stomach cancer in a population-based case-control study in Warsaw, Poland*, "Pharmacogenetics", 11(8), 655–661.
- Lan Q., Rothman N., Chow W.-H., Lissowska J., Doll M.A., Xiao G.H., Zatoński W., Hein D.W. (2003), *No apparent association between NAT1 and NAT2 genotypes and risk of stomach cancer*, "Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention", 12(4), 384–386.
- Lissowska J., Gail M.H., Pee D., Groves F.D., Sobin L.H., Nasierowska-Guttmejer A., Sygnowska E., Zatoński W., Blot W.J., Chow W.-H. (2004), *Diet and Stomach Cancer Risk in Warsaw, Poland*. "Nutrition and Cancer", 48(2), 149–159.
- Lissowska J., Groves F.D., Sobin L.H., Fraumeni J.F., Nasierowska-Guttmejer A., Radziszewski J., Reguła J., Hsing A.W., Zatoński W., Blot W.J., Chow W.H. (1999), *Family history and risk of stomach cancer in Warsaw, Poland*, "European Journal of Cancer Prevention", 8, 223–227.
- Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009–2010*, (2010), Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Nikogosian H., Petera I., Mauer-Stander K. (wsp. Zatoński W., Przewoźniak K.) (2003), *European Country Profiles on Tobacco Control*, World Health Organization, Geneva.
- Peto R., Lopez A., Boreham J., Thun M., Heath C. Jr. (1994, aktualizacja 2012), *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2010*, Oxford University Press, Oxford (UK).
- Powles J.W., Zatoński W., Vander Hoorn S., Ezzati M. (2005), *The contribution of leading diseases and risk factors to excess losses of healthy life in Eastern Europe: burden of disease study*, "BMC Public Health", 5, 116.

- Przetakiewicz-Koziej M., Tyczyński J., Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. (1997), *Ocena epidemiologiczna umieralności na nowotwory złośliwe przełyku, żołądka i trzustki w Polsce w latach 1963–1994*, „Nowotwory”, 47(1), 7–26.
- Przewoźniak K., Łobaszewski J., Cedzyńska M., Wojtyła A., Paprzycki P., Mańczuk M., Zatoński W. (2011), *Cigarette smoking among a sample of PONS study subjects: preliminary assessment*, “Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, 18(2), 215–220.
- Pukkala E., Söderman B., Okeanov A., Storm H., Rahu M., Hakulinen T., Becker N., Stabenov R., Bjarnadottir K., Stengrevics A., Gurevicius R., Glatte E., Zatoński W., Men T., Barlow L. (wsp. Didkowska J.) (2001), *Cancer Atlas of Northern Europe*, Cancer Society of Finland, Helsinki.
- Robins G., Crabtree J.E., Bailey A., Forman D. W imieniu: EUROGAST Study Group: Zatoński W. (2008), *International variation in Helicobacter pylori infection and rates of esophageal cancer*, “European Journal of Cancer”, 44, 726–732.
- Rozwój w praktyce. Przeciwno epidemii: działania rządów a ekonomika ograniczenia konsumpcji tytoniu* (2002), Bank Światowy, Zespół pod kierunkiem Jha P. oprac. i red. wyd. polskiego: Zatoński W., Przewoźniak K. (wsp. Gierczyński J., Matusiak S., Sztwiertnia P.), Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Skutki wdrożenia dyrektywy tytoniowej. Raport Centrum im. Adama Smitha o ekonomicznych skutkach wdrożenia rewizji dyrektywy 2001/37/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z 5 czerwca 2001 roku*; (2014), Cyber Service wg: Gazeta Prawna, 8-05–2014.
- Stahl T., Wismar M., Ollila E.L.E., Leppo K. (2006), *Health in All Policies: Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland.
- Thun M.J., Henley S.J., Burns D., Jemal A., Shanks T.G., Calle E.E. (2006), *Lung cancer death rates in lifelong non-smokers*, “Journal of the National Cancer Institute”, 98(10), 691–699.
- Tyczyński J.E., Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W. (1998), *Atlas umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1991–1995*, Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (1996), Dziennik Ustaw, Nr 10, Poz. 55.
- Vallin J., Meslé F. (2004), *Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition*, “Demographic Research Special Collection”, 2, 11–44.
- Webb P.M., Hengels K.J., Moller H., oraz The Eurogast Study Group: ...Tyczyński J., Zatoński W. (1994), *The epidemiology of low serum pepsinogen a levels and an association with gastric cancer rates*, “Gastroenterology”, 107, 1335–1344.
- Webb P.M., Bates Ch.J., Palli D., Forman D., oraz The Eurogast Study Group: ...Zatoński W., Tyczyński J. (1997), *Gastric cancer, gastritis and plasma vitamin C: Results from an international correlation and cross-sectional study*, “International Journal of Cancer”, 73(5), 684–689.
- Webb P.M., Crabtree J.E., Forman D., oraz The Eurogast Study Group: ...Zatoński W., Tyczyński J. (1999), *Gastric cancer, cytotoxin-associated A-positive Helicobacter pylori, and serum pepsinogenes: An international study*, “Gastroenterology”, 116(2), 269–276.
- West R., Zatoński W., Przewoźniak K., Jarvis M.J. (2007), *Can we trust national smoking prevalence figures? Discrepancies between biochemically assessed and self-reported smoking rates in three countries*, “Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention”, 16(4), 820–822.

- White A., de Sousa B., de Visser R., Houston R., Madsen S.A., Makara P., Richardson N., Zatoński W. (2011a), *The State of Men's in Europe. Report*, Directorate-General for Health & Consumers. European Union; doi: 10.2772/60721.
- White A., de Sousa B., de Visser R., Houston R., Madsen S.A., Makara P., Richardson N., Zatoński W. (2011b), *The State of Men's in Europe, Extended Report*, Directorate-General for Health & Consumers. European Union; doi: 10.2772/61323.
- World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, *Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European Region. Final Report*. Marmot M, red. (2013), (Zatoński W. Współautor raportu i przewodniczący grupy roboczej "Ill health prevention and treatment"). WHO Regional Office for Europe, UCL Institute of Health Equity, Kopenhaga, Dania.
- Wojnarowska B., Mazur J., red., (2012), *Changes in Health Behaviour and Selected Health Indicators of Schoolchildren in the Years 1990–2010*, Institute of Mother and Child, Warsaw.
- Wramner B., Zatoński W., Pellmer K. (2001), *Premature mortality in lung cancer as an indicator of effectiveness of tobacco use prevention in gender perspective – a comparison between Poland and Sweden*, "Central European Journal of Public Health", 9(2), 69–73.
- Yamaguchi N., Kakizoe T. (2001), *Synergistic interaction between Helicobacter pylori gastritis and diet in gastric cancer*, "Lancet Oncology", Feb, 2(2), 88–94.
- Zatoński W. (1988), *Stomach – ICD 151*, w: Zatoński W., Becker N. (red.) *Atlas of Cancer Mortality in Poland, 1975–1979*, Springer Verlag, Heidelberg, 34–41.
- Zatoński W. (1993), *Nowotwory złośliwe żołądka*, w: Zatoński W. (red.), *Nowotwory złośliwe w Polsce*, Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa, 25–33.
- Zatoński W., red. (wsp. Didkowska J., Tyczyński J., Pukkała E., Gustavsson N.) (1993), *Nowotwory złośliwe w Polsce*, Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa.
- Zatoński W. (1994), *Stan zdrowia Polaków*, „Medycyna po Dyplomie”, 3, 15–22.
- Zatoński W. (1995), *Palenie tytoniu*, w: Wojtczak A. (red.), *Choroby wewnętrzne*. Tom 3, rozdz. 5, PZWL, Warszawa, 640–652.
- Zatoński W. (1996b), *Czy w demokracji żyje się zdrowiej? Rozwój sytuacji zdrowotnej w Polsce po 1988 roku*, „Medycyna po Dyplomie”, 5(5), 21–32.
- Zatoński W. (1997), *Stan zdrowia Polaków*, „Medycyna po Dyplomie”, 6–8 (wydanie specjalne).
- Zatoński W. (2003a), *Lung cancer trends in selected European countries: What we can learn from the Swedish experience with oral tobacco (snuff)*, w: *European Status Report 2003 on Oral Tobacco*, European Network for Smoking Prevention, Brussels, 37–54.
- Zatoński W. (2003b), *Decreasing smoking in Poland: The importance of a comprehensive governmental policy*, "Journal of Clinical Psychiatry Monograph", 18(1), 74–82.
- Zatoński W. (2003c), *Democracy and health: tobacco control in Poland*, w: de Beyer J., Bridgen L.W. (red.): *Tobacco Control Policy. Strategies, Successes and Setbacks*, The World Bank and the International Development Research Center, Washington, 97–120.
- Zatoński W. (2003d), *Droga do zdrowia, historia przeciwdziałania epidemii chorób tytoniowych w Polsce*, Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa.
- Zatoński W. (2004), *Tobacco smoking in Central European countries: Poland*, w: Boyle P., Gray N., Henningfield J., Seffrin J., Zatoński W., red., *Tobacco and Public Health: Science and Policy*, Oxford University Press, Oxford, 235–252.
- Zatoński W. (2012), *Zdrowie – szczęście Polski i jej obywateli*, w: *Polska gospodarka, rozwój regionów*, Związek Województw RP, Warszawa, 216–225.

- Zatoński W.A. (2013), *Powołanie Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii – warunek konieczny do skutecznej walki z rakiem w Polsce*, „Nowotwory. Journal of Oncology”, 63, 5, 375–381.
- Zatoński W.A., Bhala N. (2012), *Changing trends of diseases in Eastern Europe: Closing the gap*, “Public Health”, 126, 248–252.
- Zatoński W., Boyle P., Tyczyński J. (1990), *Cancer Prevention Vital Statistics to Intervention*, PA Interpress, Warsaw.
- Zatoński W.A., Manczuk M., Powles J., Negri E. (2007), *Convergence of male and female lung cancer mortality at younger ages in the European Union and Russia*, “European Journal of Public Health”, 17(5), 450–454.
- Zatoński W., red. z: Mańczuk M., Sulkowska U. oraz Zespół Projektu HEM: Cedzyńska M., Didkowska J., Gumkowski J., Jabłońska Jabłoński, Janik-Koncewicz K., Przewoźniak K., Tarkowski W., Wojciechowska U., Ziemińska A. (2008), *Closing the Health Gap in European Union*, Cancer Center and Institute, Warsaw; także na: <http://www.hem.waw.pl>.
- Zatoński W., McMichael A.J., Powles J.W. (1998), *Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991*, “British Medical Journal”, 316, 1047–1051.
- Zatoński W., Ohshima H., Przewoźniak K., Drosik K., Mierzińska J., Krygier M., Chmielarczyk W., Bartsch H. (1989), *Urinary excretion of N-Nitrosamino acids and nitrate by inhabitants of high- and low-risk areas for stomach cancer in Poland*, “International Journal of Cancer”, 44, 823–827.
- Zatoński W., Przewoźniak K. (1993), *Tobacco smoking in Poland in the years 1923-1987*, “Polish Population Review”, 3, 103–124.
- Zatoński W., Przewoźniak K. (2012), *Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych*, w: Szymborski J. (red.), *Zdrowie Publiczne i Polityka Ludnościowa. Tom II*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, 78–89.
- Zatoński W., Przewoźniak K., Sulkowska U., West R., Wojtyła A. (2012), *Tobacco smoking in countries of the European Union*, “Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, 19(2), 181–192.
- Zatoński W., Pukkała E., Didkowska J., Tyczyński J., Gustavsson N. (1993), *Atlas umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1986-1990*, Centrum Onkologii-Instytut, Interspar – Oficyna Wydawnicza, Warszawa.
- Zatoński W., Smans M., Tyczyński J., Boyle P., red. (1996), *Atlas of Cancer Mortality in Central Europe*, “IARC Scientific Publications”, 134, Lyon, France.
- Zatoński W., Tyczyński J., red. (1997), *Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce w piętnastoleciu 1980–1994*, Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Zatoński W., Zatoński M., Przewoźniak K. (2013), *Health improvement in Poland is contingent on continued extensive tobacco control measures*, “Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, 20(2), 405–411.
- Zatoński W., Przewoźniak K., Gottesman K. (1986), *Zakres i następstwa zdrowotne palenia tytoniu w Polsce*, w: Strzelecki Z. (red.), *Alkohol, narkotyki, tytoń. Skutki demograficzne w Polsce*, PAX, Warszawa, 169–200.
- Zatoński W.A., oraz Zespół Projektu HEM (2011a), *Epidemiological analysis of health situation development in Europe and its causes until 1990*, “Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, 18, 2, 194–202.

- Zhang F.F., Terry M.B., Hou L., Chen J., Lissowska J., Yeager M., Zatoński W., Chanock S., Morabia A., Chow W.-H. (2007a), *Genetic polymorphisms in folate metabolism and the risk of stomach cancer*, "Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention", 16 (1), 115–121.
- Zhang F.F., Hou L., Terry M.B., Lissowska J., Morabia A., Chen J., Yeager M., Zatoński W., Chanock S., Chow W.H. (2007b), *Genetic polymorphisms in alcohol metabolism, alcohol intake and the risk of stomach cancer in Warsaw, Poland*, "International Journal of Cancer", 121(9), 2060–2064.

**Witold Zatoński, Urszula Sulowska, Krzysztof Przewoźniak,
Mateusz Zatoński**

Malignant cancer epidemiology in Poland

The epidemiology of malignant carcinomas in Poland

Summary

Cancers are becoming the main cause of premature mortality in Europe. A similar trend is also being observed in Poland.

Time trends for standardised mortality indicators due to the most common cancers in both sexes demonstrate a considerable variety of patterns in their incidence and course of disease.

Two cancer sites, lung cancer and stomach cancer, dominated the epidemiological developments that occurred in Poland in the last 50 years in both sexes.

In the middle of the 20th century stomach cancer has been by large the most prevalent cancer in both sexes in Poland. For the entire period of observation stomach cancer incidence and mortality in Poland has been decreasing, making stomach cancer a rare disease at the beginning of the 21st century.

At the same time in Poland, as well as in other European states, a rising epidemic of lung cancer has been observed, first in men and, following a 20-year delay, also in women. In the second decade of the 21st century lung cancer is the most prevalent cancer in Poland in both sexes.

While in the case of stomach cancer the reasons for its decline are not fully understood, the lung cancer epidemic has been thoroughly explained and could be prevented by the eradication of smoking from the human population. The experience of Poland has also confirmed this phenomenon.

A careful analysis of the epidemiologic cancer trends must become a key component in the preparation of a cancer control strategy in Poland.

Janusz Meder

Polska Unia Onkologii, Centrum Onkologii

– Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

Rozdział 3.

RAK GŁÓWNYM ZABÓJCĄ LUDZI W XXI WIEKU. NARODOWY PROGRAM ZWALCZANIA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH

3.1. Wprowadzenie

Biorąc pod uwagę obecną sytuację epidemiologiczną i prognozy na najbliższe 10–20 lat pochodzące z raportów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i jej Agendy, Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) oraz Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej (UICC) można powiedzieć, że nowotwory staną się głównym zabójcą ludzi na całym świecie w XXI wieku. Widać to wyraźnie już dziś w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii, a ostatnio także w Wielkiej Brytanii, gdzie umieralność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego zaczęła wyraźnie spadać na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat, a nowotwory stały się najczęstszą przyczyną zgonów.

Podobne trendy widać w całej Europie. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej, a więc także w naszym kraju, nowotwory są obecnie główną przyczyną zgonów u kobiet w młodym i średnim wieku (20–64 lat). Za 10–15 lat podobna sytuacja wystąpi u mężczyzn w analogicznej grupie wiekowej.

Na świecie stwierdza się ponad 14 mln zachorowań na nowotwory rocznie oraz ponad 8 mln zgonów z tego powodu. Prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 15 lat nastąpi podwojenie tych liczb (w 2030 r. 26,5 mln zachorowań i 17,1 mln zgonów – Berrino i in., 2007; *Europejski Kodeks...*, 2013; Ma, 2005).

W 1985 r. w Mediolanie z inicjatywy przywódców państw członkowskich UE przyjęto program Europe Against Cancer (Europa Przeciw Nowotworom). Program ten zakładał zmniejszenie liczby zgonów z powodu nowotworów o 15% do 2000 r., ostatecznie w grupie krajów ówczesnej UE liczba zgonów z powodu nowotworów zmniejszyła się o około 10%. Program walki z rakiem

jest kontynuowany w nieco ponad połowie krajów członkowskich UE (www.projectfact.eu/..., 2008).

Obecnie w Polsce na choroby nowotworowe zapada rocznie blisko 160 tys., a umiera 92,5 tys. ludzi (dane prognozowane na rok 2014 po uwzględnieniu kompleksowości rejestracji nowotworów – Didkowska i in., 2013).

W krajach rozwijających się statystyki dotyczące chorób nowotworowych przedstawiają się jeszcze bardziej dramatycznie, a dynamiczny wzrost liczby nowych zachorowań związany jest przede wszystkim z przejmowaniem zachodniego stylu życia oraz występowaniem znaczącej liczby zakażeń wirusowo-bakteryjnych, które są przyczyną powstawania około 25–30% nowotworów.

W krajach wysoko rozwiniętych mężczyźni najczęściej zapadają na raka prostaty, płuca i jelita grubego, natomiast w krajach rozwijających się – na raka płuca, żołądka i wątroby. Inne nowotwory dominują u kobiet: w krajach wysoko rozwiniętych stwierdza się najczęściej raka piersi, jelita grubego i płuc, a w krajach rozwijających się dominują rak piersi, szyjki macicy i żołądka.

W krajach Unii Europejskiej, gdzie obecnie rocznie zachorowuje 2,1 mln ludzi, a umiera z powodu nowotworów 1,2 mln, kolejność najczęstszych nowotworów u obu płci jest następująca: rak płuca, jelita grubego, piersi, prostaty, żołądka, macicy, chłoniaki, rak jamy ustnej i gardła, białaczki oraz rak krtani i przetyku (Berrino, 2007; Jemal i in., 2005; Ma, 2005; Didkowska i in., 2013; Verdecchia i in., 2007; Zatoński, 2008).

Za powstawanie 1/3 wszystkich nowotworów odpowiedzialne jest palenie papierosów i inhalowanie się palaczy rakotwórczymi substancjami zawartymi w dymie tytoniowym (w Polsce pali papierosy 31% mężczyzn i 18% kobiet). W populacji mężczyzn najczęstszym nowotworem złośliwym jest nowotwór płuca. W ostatnich 20 latach, dzięki prowadzonej intensywnej kampanii antynikotynowej w naszym kraju obserwuje się 30% spadek zachorowań na raka płuc u mężczyzn na skutek obniżenia liczby palaczy tytoniu (zmniejszenie częstości palenia papierosów z 63% w 1982 r. do 35% w 2007). Niestety w tym samym okresie w populacji kobiet gwałtownie rośnie liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów płuc (wzrost odsetka palących dziewcząt i kobiet w wieku od 14 do 20 lat). Liczba zgonów z tego powodu od 4 lat przewyższa liczbę zgonów z powodu raka piersi. Więcej papierosów palą młode dziewczyny aniżeli ich rówieśnicy.

Palenie papierosów (nierzadko w połączeniu z pićem alkoholu) jest przyczyną powstawania nie tylko raka płuc, przetyku, gardła, jamy ustnej (45–60% zachorowań), ale też wielu innych, m.in. żołądka, trzustki, wątroby, nerek, pęcherza moczowego, szyjki macicy, chłoniaków i białaczek.

Za powstawanie 1/3 następnych nowotworów odpowiedzialny jest nasz tryb życia i nawyki odżywiania. Największą dynamikę wzrostu zachorowań i zgonów wykazuje drugi co do częstości występowania u kobiet i mężczyzn rak jelita grubego. Brak ruchu i stałej rekreacji fizycznej oraz dieta odległa od diety śródziemnomorskiej, obfitująca w mięso, tłuszcze, cukier, sól, ulepszacze i konserwanty, a uboga w ryby, świeże warzywa i owoce, produkty zbożowe, orzechy, sery i jogurty, sprzyja lawinowemu narastaniu zachorowań na nowotwory przede wszystkim jelita grubego. Spożywanie codziennie czerwonego mięsa jeszcze bardziej podwyższa to ryzyko. Zaobserwowano, że osoby, które chorowały na raka jelita grubego, a także kobiety, które chorowały na raka piersi, jeśli nie zmieniają swoich nawyków nadmiernej konsumpcji mięsa czerwonego mają szybszy nawrót choroby nowotworowej i w rezultacie gorsze końcowe wyniki leczenia.

Nieprawidłowe odżywianie, w tym częste korzystanie z tzw. fast-foodów doprowadziło w wielu krajach do dramatycznego wzrostu odsetka populacji (zarówno dorosłych, jak i dzieci) z otyłością typu brzusznej; prowadzi to do wzrostu zachorowań na wiele chorób przewlekłych określonych mianem syndromu X, czyli zespołu metabolicznego: choroby naczyń krwionośnych i serca, nadciśnienie, cukrzyca, hipercholesterolemia i właśnie wybijające się na pierwsze miejsce nowotwory. W Polsce stwierdza się nadwagę i otyłość u 61% mężczyzn, 44% kobiet i u ponad 20% dzieci i młodzieży (*Zdrowie...*, 2013).

Przeciwstawiając się tym niekorzystnym zjawiskom w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i wielu krajach Europy od wielu lat prowadzone są, nierzadko pod egidą prezydentów tych państw, energiczne kampanie edukacyjne. Masowo wycofuje się ze szkół i klubów młodzieżowych automaty do sprzedaży chipsów, batonów, coca-coli oraz innych słodzonych i gazowanych napojów zastępując te produkty owocami, sokami naturalnymi niesłodzonymi, wodą mineralną niegazowaną itp. Nawet popularne sieci fast-foodów uzupełniają asortyment serwowanych dań o świeże warzywa, sałatki i owoce, dodając je w zestawach do hamburgerów i frytek.

Propaguje się w zbiorowych imprezach na świeżym powietrzu marsze, biegi, wycieczki rowerowe i inne formy rekreacji, namawiając ludzi w każdym wieku do stałej, codziennej aktywności fizycznej.

Nadwaga i otyłość w zależności od kraju (10–40% populacji) stały się przyczyną rozwoju wielu nowotworów: około 11% jelita grubego, 9% piersi, 57% przelyku, 25% nerki, 24% pęcherzyka żółciowego i 39% trzonu macicy.

Nowotwory jamy ustnej, gardła, krtani, przelyku, wątroby, piersi oraz okrężnicy i odbytnicy są wyraźnie przyczynowo powiązane z nadmiernym spożywaniem napojów alkoholowych.

Trzecim nowotworem o stałym, dynamicznym przyroście wśród mężczyzn jest rak gruczołu krokowego, którego 3/4 zachorowań i 80-90% zgonów występuje w populacji mężczyzn po 60–65 roku życia. W przeszłości, w związku z krótszym okresem życia, mężczyźni nie dożywali rozpoznania tego nowotworu, choć u wielu po wystąpieniu zgonu z powodu innych chorób na sekcji znajdowano bezobjawowe za życia ognisko raka w prostatie.

W populacji kobiet najczęstszą przyczyną zachorowań na nowotwory jest rak piersi. Od około 15 lat w wielu krajach nie obserwuje się wzrostu umieralności na ten nowotwór z powodu podwyższenia oświaty zdrowotnej, prowadzenia aktywnych populacyjnych badań przesiewowych i poprawy diagnostyki umożliwiającej wykrywanie wczesnej postaci nowotworu. Dużą rolę odegrały media, w tym ilustrowane magazyny dla kobiet, stymulowane przez organizacje kobiece, przede wszystkim przez międzynarodowy ruch Amazonek.

Typowy model współczesnej kobiety sprzyjający zachorowalności na raka piersi to:

- odłożenie w czasie założenia rodziny i macierzyństwa,
- jeśli kobieta w ogóle rodzi, to najczęściej 1 dziecko w starszym wieku, które krótko karmi piersią,
- stosowanie wieloletniej hormonalnej antykoncepcji przez kobiety będące nosicielkami mutacji genów BRCA-1, BRCA-2,
- długotrwała hormonoterapia zastępcza (HTZ) bez ścisłego monitorowania badaniami mammograficznymi i przezpochwowym USG.

Co prawda obecnie ginekolodzy ordynując HTZ mają do dyspozycji tabletki o zmienionym składzie hormonów w minidawkach – ale na ile są one bezpieczne będzie można powiedzieć po następnych 20–30 latach obserwacji obecnego pokolenia kobiet. HTZ starszego typu z użyciem tabletek hormonalnych poprzedniej generacji doprowadziła niestety do zwiększenia ryzyka zachorowań na raka piersi, macicy i jajnika, co zostało udokumentowane w dużych badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Wielkiej Brytanii.

Za powstawanie ostatniej 1/3 nowotworów odpowiedzialne są albo nierozpoznane, albo rozpoznane i niewyleczone niektóre przewlekłe infekcje wirusowe lub bakteryjne. Jeszcze do niedawna sądzono, że infekcje mogą być przyczyną wyindukowania procesu nowotworowego tylko w kilku procentach. Obecnie znamy dobrze zdefiniowane zależności powstawania konkretnych nowotworów zależnie od typu wirusów lub bakterii.

Wirus Epsteina-Barr może być sprawcą chłoniaka Burkitta oraz raka nosogardzieli i gardła. Przewlekłe zakażenia *Helicobacter pylori* doprowadzają do powstawania raka lub chłoniaka żołądka. Następstwem infekcji HIV mogą być chłoniaki o bardzo agresywnym przebiegu. Bakterie *Chlamydia* sprzyjają po-

wstawaniu raka szyjki macicy i płuc oraz chłoniaków. U podłoża raka pęcherza leży zakażenie dwoinką rzeżączki, a wirus opryszczki HHV-8 sprzyjać może powstawaniu raka prostaty i mięsaka Kaposiego. Przewlekłe zakażenia E.Coli, Enterococcus Faecalis i wirusem Cytomegalii sprzyjają powstawaniu raka jelita grubego.

Wiemy, że wirus brodawczaka ludzkiego HPV przenoszony jest na drodze transmisji seksualnej przy braku bezpiecznych zachowań seksualnych i wiedzy w społeczeństwie, że prezerwatywa może być niewystarczającym zabezpieczeniem, ponieważ wirus ten może być przenoszony poprzez skórę moszny u mężczyzny, szczególnie przy braku odpowiedniej higieny codziennej. W związku z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, podejmowaniem współżycia seksualnego w coraz młodszych grupach wiekowych, częstą zmianą przypadkowych partnerów oraz powszechnymi przemianami w obyczajowości (seks oralny i analny), HPV jest odpowiedzialny nie tylko za powstawanie raka szyjki macicy, ale także nowotworów jamy ustnej, gardła, krtani, odbytnicy, prącia, sromu i skóry.

Szczepienie chroniące przed zakażeniem WZW B może uchronić przed rakiem wątroby, ale brak jeszcze szczepionki na WZW C. Wirusy te również mogą być przenoszone na drodze transmisji seksualnej, podobnie jak HIV. Szczepienie chroniące przed zakażeniem HPV pokrywa główne, ale nie wszystkie szczepy onkogenne i dziś jeszcze nie wiadomo jak długo będzie występowało działanie ochronne szczepionki. Powszechne szczepienie dziewcząt (i być może chłopców) przed inicjacją seksualną nie zastąpi mądrej, powszechnej edukacji seksualnej w szkołach i obowiązkowych badań cytologicznych umożliwiających wczesne wykrywanie stanów przedrakowych lub bardzo wczesnych raków szyjki macicy łatwych do całkowitego wyleczenia. Największym wstydem polskiej medycyny pozostaje ciągle problem raka szyjki macicy, na który co roku w Polsce zachorowuje obecnie 3000 kobiet i połowa z nich umiera ze względu na zbyt późne rozpoznanie. Pomimo że od 8 lat po raz pierwszy w historii powojennej Polski dzięki realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN) prowadzony jest bezpłatny, aktywny, populacyjny skryning cytologiczny z indywidualnym zapraszaniem na badania, ciągle za mało kobiet korzysta z tej możliwości.

Prowadzone są intensywne kampanie edukacyjne, których celem jest zmiana w świadomości Polek, aby zechciały troszczyć się o swoje zdrowie i korzystać z możliwości bezpłatnych badań profilaktycznych. W krajach skandynawskich, gdzie populacyjny skryning funkcjonuje od kilkadziesiątu lat i większość kobiet wykonuje systematycznie cytologię, nie widuje się kobiet z zaawansowanym rakiem szyjki macicy, a rocznie umiera z powodu tego nowotworu zaledwie kilka kobiet. Ponad 20-letnie doświadczenie zespołu kierowanego w Cen-

trum Onkologii w Warszawie przez dr med. Małgorzatę Rekosz, który prowadzi nieprzerwanie aktywny skryning populacyjny dla mieszkanki dzielnic Usynów i Mokotów, wskazuje na takie same rezultaty jakie osiągnięto w Skandynawii.

Do fenomenów epidemiologicznych, czyli nowotworów, które wykazują stałą i dość wysoką dynamikę przyrostu nowych zachorowań każdego roku, poza wspomnianymi już rakiem jelita grubego i rakiem prostaty należą także: czerniak – złośliwy nowotwór skóry i chłoniaki.

W związku ze zjawiskiem stałego powiększania się dziury ozonowej nad Ziemią promieniowanie słoneczne wykazuje dużą agresywność także w naszej szerokości geograficznej. Wystawianie ciała na ekspozycję słońca w godzinach jego największej aktywności, zaniechanie stosowania dobrej jakości kremów ochronnych o odpowiednich filtrach stosownie do karnacji skóry oraz nagminne korzystanie z solariów przez młode pokolenie kobiet i mężczyzn – przyczynia się do wzrostu ryzyka wyindukowania czerniaka z obecnych na naszej skórze znamion barwnikowych aż o 60–70 %.

Jeśli chodzi o nowotwory układu chłonnego, to co roku obserwuje się przyrost nowych zachorowań o 4-5 % i stanowią one 5-6 przyczynę zgonów pośród chorób nowotworowych. Według danych szacunkowych, uwzględniając możliwość niedorejestrowania tych nowotworów w Krajowym Rejestrze Nowotworów w Polsce, rocznie stwierdza się około 6000 nowych zachorowań na chłoniaki (dane z rejestru Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków).

Pomimo że nowotwory u dzieci w Polsce stanowią jedynie 1% wszystkich nowotworów,

a wyniki leczenia są porównywalne z krajami Europy Zachodniej, niepokojące są dane epidemiologiczne pochodzące z rejestrów w Wielkiej Brytanii. Zwiększa się bowiem liczba nowych zachorowań na białaczkę, chłoniaki i nowotwory OUN wśród dzieci i młodzieży w przedziale wieku 13–19 lat (w roku 1980: 15 na 100 000, a w 2000 – 20/100 000). U młodych dorosłych (20–24 lata) stwierdza się dwukrotny przyrost zachorowań w ciągu ostatnich 20 lat na chłoniaki, czerniaki i nowotwory zarodkowe jądra.

W wielu krajach świata, w związku ze stałym wydłużaniem się życia kobiet i mężczyzn, coraz większym skażeniem środowiska naturalnego, życiu w dużym tempie w permanentnym stresie i udziałem w „wyścigu szczurów” już od najmłodszych lat życia – należy spodziewać się znaczącego wzrostu zachorowań na nowotwory i inne choroby cywilizacyjne. Powietrze, którym oddychamy, wszystko co pijemy i zjadamy, przesycone jest coraz większą liczbą związków rakotwórczych. Jeśli dodać do tego konsumpcyjny i pośpieszny sposób życia, odrzucenie dotychczas respektowanych wartości życiowych, społecznych i rodzinnych przekazywanych przez wieki z pokolenia na pokolenie

oraz zmiany w obyczajowości wśród młodszego pokolenia – należy liczyć się z tym, że coraz częściej dochodzić będzie do powstawania nienaprawialnych mutacji zachodzących w DNA prawidłowych komórek naszego organizmu, prowadzących do inicjacji procesu nowotworowego (Ma, 2005; Schrijvers i in., 2008; Verdecchia i in., 2007; Zatoński, Didkowska, 2008).

Przed kilkoma laty przeprowadzono ciekawą analizę trzech populacji ludzkich żyjących w odległych od siebie częściach świata: mieszkańców Sardynii, japońskiej wyspy Okinawy i silnej społeczności religijnej Adwentystów w Stanach Zjednoczonych. W tych populacjach większość ludzi dożywa wieku sędziwego, wolni są oni od chorób cywilizacyjnych i znajdują się w całkiem dobrej kondycji psychofizycznej. Warto zwrócić uwagę na styl ich życia i przestrzeganie pryncypialnych wartości życiowych, jakże odmiennych od naszych w dzisiejszym zagonionym świecie. Dlatego od wielu lat w procesie edukacyjnym mieszkańców Europy propagowany jest *Europejski Kodeks Walki w Rakiem* (2013).

Najnowsze dane dotyczące zachorowań i zgonów na nowotwory w Polsce za rok 2011 zostały opublikowane przez Rejestr Nowotworów przy Centrum Onkologii - Instytucie w Warszawie (Didkowska i in., 2013). Nowotwory płuca, gruczołu krokowego, jelita grubego, pęcherza moczowego i żołądka stanowiły ponad połowę zachorowań na nowotwory u mężczyzn. U kobiet ponad połowę zachorowań stanowiły nowotwory piersi, jelita grubego, płuc, trzonu macicy, jajnika i szyjki macicy. Nowotwory płuc są dominującą przyczyną zgonów u mężczyzn (30%), a zaraz potem rak jelita grubego (12%) i gruczołu krokowego (8%). U kobiet odsetek zgonów z powodu raka płuc wynosi 15%, z powodu raka piersi 13% i raka jelita grubego 12%. Zbyt dużo kobiet umiera z powodu raka szyjki macicy (4,3%).

W ostatnich latach obserwuje się spadek zachorowań na nowotwory w populacji mężczyzn o 0,2% rocznie i wzrost zachorowań u kobiet o 1% rocznie. Jednocześnie obserwuje się spadek umieralności z powodu nowotworów wśród mężczyzn o 1,9% rocznie i o 1,5% wśród kobiet. Obecnie w Polsce możemy wyleczyć średnio 45,5% (37% mężczyzn i 53,5% kobiet) chorych na nowotwory, w Europie zachodniej 50-60%, a w Stanach Zjednoczonych 65-70% (Jemal i in., 2005; Ma, 2005; Didkowska i in., 2013; Verdecchia i in., 2007; Katoński, Didkowska, 2008).

Średnie wyniki leczenia chorych na nowotwory w Polsce ciągle odbiegają od tych osiągniętych w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej między innymi dlatego, że około 50% chorych leczonych jest w sposób suboptymalny, poza siecią pełnoprofilowych placówek onkologicznych. Pomimo wyraźnej poprawy wyników leczenia obserwowanej na przestrzeni ostatnich 10-15 lat, około 70-80% polskich pacjentów nadal zgłasza się do onkologa zbyt późno (opóź-

nienia od 6 do 18 miesięcy), kiedy choroba jest już zaawansowana, a możliwości skutecznej terapii ograniczone. Chorzy, którzy od początku choroby leczeni są w ośrodkach onkologicznych o najwyższym stopniu referencyjności, wyniki leczenia mają porównywalne z najlepszymi na świecie.

Reasumując: w Polsce w okresie ostatnich 20 lat, a szczególnie w pierwszej dekadzie XXI w., dokonął się pewien postęp w osiąganym czasie życia osób ze schorzeniami onkologicznymi. Największy przyrost wskaźnika przeżyć obserwowany jest w odniesieniu do nowotworów: prostaty, piersi, jelita grubego i jądra oraz białaczek.

3.2. Historia walki z rakiem w Polsce

Początki walki z rakiem w Polsce sięgają 1584 r., kiedy to Piotr Skarga założył Bractwo Miłosierdzia Bogurodzicy, które opiekowało się między innymi chorymi na raka wspierając ich zarówno materialnie, jak i duchowo. W roku 1591 w Warszawie przy ulicy Mostowej powstał pierwszy w Europie szpital przeznaczony dla chorych na nowotwory, którym opiekowało się Bractwo Św. Łazarza; jego założycielem był również Piotr Skarga.

Na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 6 lutego 1906 r. dr Józef Jaworski powołał „Komitet w celu badania i leczenia choroby związanej z rakiem”. Do działalności Komitetu należało zbieranie danych epidemiologicznych, działalność edukacyjna i szerzenie oświaty zdrowotnej oraz organizowanie przychodni dla chorych na raka. W 1912 r. dr Jaworski przedstawił plan utworzenia w Warszawie zakładu do badań nad rakiem.

Pierwsza przychodnia rozpoczęła działalność w Łodzi w 1917 r., a następna w Warszawie, przy ulicy Karowej, w roku 1923.

W roku 1921 powstał Polski Komitet do Zwalczenia Raka (PKZR), który w 1924 zorganizował w Warszawie Pierwszy Zjazd Przeciwrakowy. Zaraz potem powstały Komitety regionalne w Warszawie, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Wilnie i Lwowie. 23 grudnia 1923 r. w Paryżu Maria Skłodowska-Curie w czasie uroczystości 25-lecia odkrycia radu ogłosiła publicznie, że jej najgorętszym życzeniem jest powstanie Instytutu Radowego w Warszawie, wzorowanego na paryskim Institut du Radium. Następnego dnia PKZR wystosował apel do społeczeństwa polskiego o składanie ofiar na, jak to określono, „Dar Narodowy dla Pani Marii Skłodowskiej-Curie”. Na apel odpowiedziała znaczna część społeczeństwa. W styczniu 1924 r. powstał Komitet Organizacyjny „Daru Narodowego”, w skład którego weszły prominentne postaci Sejmu i Senatu, członkowie Rady Ministrów i inni przedstawiciele ważnych instytucji, towarzystw naukowych i duchowieństwa. Honorowym prezesem Komitetu został Prezydent Rzeczypospolitej Stanisław Wojciechowski.

W Warszawie 14 grudnia 1924 r. ogłoszony został I Program Walki z Rakiem w Polsce. Jego cele były następujące:

- prowadzenie badań naukowych, klinicznych i epidemiologicznych,
- popularyzacja wiedzy o nowotworach i szerzenie oświaty zdrowotnej,
- inicjowanie budowy szpitali onkologicznych.

Kamień węgielny pod budowę Instytutu Radowego położono 7 czerwca 1925 r. w obecności Prezydenta, najwyższych władz państwowych i Marii Skłodowskiej-Curie. W uroczystości brał także udział ambasador Republiki Francuskiej.

17 stycznia 1932 r. przyjęto do Instytutu Radowego pierwszego pacjenta. Oficjalna uroczystość otwarcia miała miejsce 29 maja 1932 r. Podczas tej uroczystości Maria Skłodowska-Curie zasadziła na dziedzińcu Instytutu drzewko, które podobno rośnie w tym miejscu do dzisiaj. Przekazała też Instytutowi pierwszy gram radu ofiarowany przez Polonię amerykańską i kanadyjską. Wybuch II wojny światowej zahamował na wiele lat dobrze zapowiadający się rozwój polskiej onkologii.

Odbudowa Instytutu rozpoczęła się w 1946 r. i w grudniu tego roku wznowiono działalność kliniczną. Reaktywowano Polskie Towarzystwo Przeciwrakowe z siedzibą w Instytucie, które w listopadzie 1948 r. zorganizowało pierwszy po wojnie Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy.

W roku 1950 Instytut Przeciwrakowy w Gliwicach został organizacyjnie związany z Instytutem w Warszawie, stając się jego Oddziałem. Podobnie w 1951 r. Oddziałem Instytutu Warszawskiego stał się Instytut w Krakowie.

W kwietniu 1951 r. Instytut Radowy zyskał rangę instytutu naukowo-badawczego. W roku 1952 zmieniono nazwę Instytutu na Instytut Onkologii. W tym samym roku zespół Instytutu Onkologii opracował **II Program Walki z Rakiem w Polsce (1952–1975)**, obejmujący rozwój badań naukowych podstawowych i klinicznych, epidemiologię, profilaktykę oraz stworzono tzw. sieć onkologiczną – ogólnopolską bazę leczniczą chorych na nowotwory w Polsce. Od 1952 r. organizacja walki z rakiem w Polsce znajduje się pod metodyczno-organizacyjnym nadzorem Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie wraz z dwoma oddziałami: w Gliwicach i Krakowie. Przez wiele lat w historii powojennej onkologii realizowano i doskonalono walkę z rakiem w Polsce przez szeroko pojętą sieć leczenia onkologicznego, którego najważniejszymi obecnie placówkami są regionalne centra onkologiczne, specjalistyczne onkologiczne zespoły opieki zdrowotnej oraz przychodnie wojewódzkie i terenowe, zapewniające nowoczesną diagnostykę i terapię chorób nowotworowych.

Kompleksowa organizacja walki z rakiem obejmuje: epidemiologię i rejestr nowotworów; planowanie i kontrolowanie badań naukowych; nauczanie, oświatę zdrowotną i organizowanie stałej społecznej walki z chorobami nowo-

tworowymi; zapobieganie, wykrywanie, diagnostykę i leczenie chorych na nowotwory złośliwe; rehabilitację psychofizyczną, opiekę paliatywną i terminalną; prowadzenie ciągłej dokumentacji i stałej opieki nad chorymi na nowotwory aż do końca ich życia oraz ocenę socjoekonomiczną rezultatów całej działalności w zakresie onkologii. Badania naukowe i praktyka kliniczna łączą się ściśle w zwalczaniu nowotworów, a końcowym celem tej działalności jest uzyskanie zmniejszenia zachorowalności oraz zwiększenie liczby wyleczonych chorych i w rezultacie zmniejszenie umieralności na nowotwory złośliwe.

Powracając do historii: realizując drugi program walki z rakiem utworzono Centralny Rejestr Nowotworów – jeden z pierwszych na świecie.

W latach 1955–1965 liczba nowych zachorowań na nowotwory podwoiła się i Instytut Onkologii, mimo rozbudowy i modernizacji, stawał się obiektem za małym w stosunku do potrzeb. Sieć onkologiczna była rozbudowywana przez wiele następnych lat tak, że obecnie działają w naszym kraju 22 ośrodki onkologiczne, w tym 16 regionalnych centrów onkologicznych. Ośrodki te współpracują z Centrum Onkologii w Warszawie wraz z jego dwoma oddziałami: Centrum Onkologii w Krakowie i Gliwicach.

W połowie lat 60. na IX Kongresie Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej (UICC) w Tokio przyjęto koncepcję organizowania na całym świecie odrębnych centrów onkologicznych przeznaczonych dla chorych na raka (*comprehensive cancer centers*), gdzie pod jednym dachem znajdują kompleksowe zastosowanie wszystkie używane w zwalczaniu nowotworów metody organizacji, prewencji, profilaktyki, diagnozy, leczenia, rehabilitacji oraz prowadzone są badania naukowe. Organizowanie Centrów Onkologicznych w wielu krajach świata odbywało się w znacznie słabszym tempie i utworzono je wiele lat później niż miało to miejsce w Polsce. Przykładem zorganizowania sprawnie działającej sieci centrów onkologicznych mogą być Stany Zjednoczone, gdzie – pomimo że doszło do tego znacznie później niż w Polsce – dzięki wysokim nakładom finansowym zagwarantowanym przez Kongres i Senat tego kraju uzyskano wysoką efektywność opieki onkologicznej przekładającą się na najlepsze wyniki leczenia chorych na nowotwory.

Po Kongresie w Tokio pod egidą wielkiego polskiego onkologa profesora Tadeusza Koszarowskiego i jego współpracowników powstał projekt logistyczny wybudowania nowego Centrum Onkologii oraz nowych placówek w innych miastach w Polsce. Do tego pomysłu trzeba było jednak przekonać decydentów. Stworzono koncepcję wizjonerską jak na owe czasy (1971) i pionierską, wyprzedzającą o siedem lat zalecenia UICC do tworzenia pełnoprofilowych centrów onkologicznych. Sprawy nabrały przyspieszenia w 1972 r., po objęciu funkcji dyrektora Instytutu Onkologii przez profesora Tadeusza Koszarowskiego. Zespół kierowany przez niego i prof. Jana Steffena stworzył nowy

– **III Rządowy Program Walki z Rakiem** – PR-6 realizowany przez 15 lat w okresie 1975–1990 (od 1986 realizowany jako Centralny Program Badawczo-Rozwojowy, CPBR). W tym czasie zorganizowano 11 ośrodków onkologicznych z bazą 6000 łóżek oraz wykształcono 600 specjalistów onkologów.

W Warszawie na Ursynowie 19 lipca 1977 r. wmurowano akt erekcyjny pod nowe Centrum Onkologii co w tych niełatwych, skomplikowanych politycznie i gospodarczo latach było niebywałym sukcesem (Koszarowski, 1998). Budowa całego Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie (nazwa nadana w 1998 r.) zajęła prawie 20 lat.

Po zakończeniu realizacji III Rządowego Programu Walki z Rakiem przez 15 lat trwała stagnacja i brak woli decydentów do dalszego inwestowania w onkologię, priorytetem była bowiem kardiologia. Doszło do wielu zaniechań, zaniedbań i rażącego niedoinwestowania oraz stopniowego zużywania się infrastruktury i bazy aparaturowej we wszystkich placówkach onkologicznych w Polsce. W kolejnych latach próbowano przeforsować wdrożenie do realizacji kolejnego Programu Walki z Rakiem, ale za każdym razem spotykano się z odmową decydentów.

Dnia 22 września 1999 r. projekt **IV Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych** złożony został po raz kolejny w Komisjach Zdrowia Sejmu i Senatu, a dezyderat w tej sprawie został przekazany do prezydium Rządu RP. W celu zorganizowania wsparcia i intensyfikacji działań na rzecz ustanowienia NPZChN w dniu 22 grudnia 1999 r., a następnie 12 kwietnia 2000 r., odbyły się spotkania inicjatywne w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie (COI), które zorganizowali prof. Marek P. Nowacki i dr Janusz Meder. Na spotkaniach tych obecny był prof. Tadeusz Koszarowski oraz osoby, które zadeklarowały chęć współdziałania w Komitecie założycielskim PUO. W dniu 24 stycznia 2000 r. członkowie założyciele PUO na specjalnym zebraniu w Centrum Onkologii w Warszawie wystosowali list do Prezydenta Polski z prośbą o wsparcie działań PUO. Na zebraniu obecni byli przedstawiciele Sejmu i Senatu RP, Ministerstwa Zdrowia, dyrektorzy centrów onkologicznych, kierownicy katedr Akademii Medycznych, specjaliści krajowi w dziedzinach onkologicznych, hematologii i dyscyplin pokrewnych, przewodniczący wielu Towarzystw Naukowych medycznych, przedstawiciele Stowarzyszeń pacjentów.

W dniach 3–4 lutego 2000 r. odbył się w Paryżu Światowy Szczyt Walki z Rakiem pod patronatem UNESCO. Podczas Szczytu utworzono Paryską Kartę Walki z Rakiem, pod którą podpisy złożyli nie tylko prominentni naukowcy i lekarze onkolodzy, lecz także prezydent Francji Jacques Chirac oraz dyrektor generalny UNESCO Koichiro Matura, a wraz z nimi reprezentanci rządów, środowisk naukowych oraz organizacji pozarządowych z całego świata. Zaape-

lowano do przywódców wszystkich krajów świata o wzmożenie wspólnych wysiłków na rzecz utworzenia w każdym kraju świata Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych i respektowania wspólnie opracowanej Paryskiej Karty Walki z Rakiem.

Poniżej przedstawiono ważniejsze postulaty zawarte w Paryskiej Karcie Walki z Rakiem:

- ochrona i poszerzenie praw pacjenta chorego na raka,
- zwiększenie nakładów finansowych na umocnienie infrastruktury międzynarodowych badań naukowych – podstawowych i klinicznych,
- niwelowanie różnic w standardach i dostępie do profesjonalnej opieki medycznej,
- prowadzenie przez państwa całego świata polityki społecznej, która wspierałaby walkę z rakiem,
- wdrożenie promocji zdrowia jako formy prewencji,
- poprawa jakości życia pacjentów oraz osób po przebytej chorobie,
- partnerska relacja: lekarz-pacjent,
- współpraca naukowców i rządów w przekazie informacji dotyczących najnowszych osiągnięć naukowych w zakresie walki z rakiem,
- wzmocnienie roli organizacji pozarządowych jako instytucji czuwających, monitorujących i pomocnych we wdrażaniu zarówno profilaktyki zdrowotnej, nowych technik medycznych, jak i odpowiedniego ustawodawstwa.

W ślad za tymi ważnymi wydarzeniami w dniach 2–4 czerwca 2000 r. odbył się w Poznaniu Międzynarodowy Kongres pt. „Nowotwory wyzwaniem XXI wieku” pod patronatem honorowym Prezydenta RP i jego małżonki, podczas którego odbył się Polski Szczyt Walki z Rakiem i oficjalne powołanie Polskiej Unii Onkologii przy jednogłośnie poparciu wszystkich obecnych na sali uczestników Szczytu. Inicjatorami oraz pomysłodawcami idei utworzenia PUO byli: prof. Marek P. Nowacki i dr. Janusz Meder z Centrum Onkologii w Warszawie. Inspiratorem całego przedsięwzięcia i jego gorącym orędownikiem był prof. Tadeusz Koszarowski – nestor i twórca nowoczesnej polskiej onkologii, były wieloletni dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. Podczas tego szczytu dr Janusz Meder przedstawił publicznie dezyderaty i omówił cele, jakie stawia przed sobą Polska Unia Onkologii. Odczytano również przesłanie od prof. Tadeusza Koszarowskiego, który nie mógł być osobiście obecny podczas szczytu onkologicznego w Poznaniu. W swoim liście prof. Koszarowski m.in. napisał:

„...Każdy z nas, decydując się na poświęcenie się pracy w onkologii, zdaje sobie sprawę, jak trudny obowiązek przyjmuje. Spędzanie codziennego życia wśród chorych ludzi, ciężko dotkniętych fizycznym i psychicznym dramatem

zagrożenia, a często i utratą zdrowia i życia – to wyzwanie i przyjęcie niełatwego losu.

Rządowy Program Walki z Chorobami Nowotworowymi z lat 1975–85, realizowany wspólnym wysiłkiem lekarzy, przyrodników, techników świata nauki, władz państwowych i społeczeństwa doprowadził do osiągnięcia dobrego poziomu europejskiej onkologii polskiej. Potrzeba nam osiągnąć celowej, skoordynowanej akcji ogólnospołecznej, popartej adekwatnymi środkami finansowymi. Potrzebą chwili jest konieczność stworzenia nowej skutecznej struktury obejmującej i koordynującej ogólnonarodową akcję otwarcia nowych horyzontów w nowym stuleciu. Będzie to kolejny Narodowy Program Walki z Chorobami Nowotworowymi, dzieło Polskiej Unii Onkologii...”

W dniu 24 lipca 2000 r. odbyło się w Centrum Onkologii w Warszawie zebranie założycielskie Polskiej Unii Onkologii, na którym po przeprowadzonej dyskusji zaaprobowano i uchwalono jednogłośnie statut Stowarzyszenia pod nazwą Polska Unia Onkologii, a następnie dokonano wyboru Komitetu Założycielskiego w składzie: dr Janusz Meder, prof. Marek P. Nowacki, prof. Cezary Szczylik.

24 października 2000 r. Stowarzyszenie zostało zarejestrowane pod nazwą Polska Unia Onkologii z siedzibą w Centrum Onkologii - Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Głównym celem Polskiej Unii Onkologii było prowadzenie energicznych działań na rzecz uchwalenia przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ustawy w sprawie realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych i zapewnienia środków finansowych na jego realizację.

Kolejne cele Zarządu i Rady Naukowej PUO realizowane do dzisiaj – 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,
- promowanie i wdrażanie standardów, profilaktyki i opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, europejskich standardów nauczania onkologii w akademiach medycznych i na studiach podyplomowych oraz tworzenia warunków do prowadzenia badań naukowych,
- dążenie do zniesienia limitów świadczeń zapewnianych przez referencyjne, wysoko specjalistyczne placówki onkologiczne,
- dążenie do ujednoczenia programów nauczania onkologii we wszystkich akademiach medycznych oraz we wszystkich zawodach medycznych związanych z opieką nad chorymi na nowotwory złośliwe.

W listopadzie 2000 r. wystosowano list do Aleksandra Kwaśniewskiego – Prezydenta RP z prośbą o objęcie osobistym protektoratem działalności Polskiej Unii Onkologii. Listy o podobnej treści wystosowano do wielu innych prominentnych decydentów naszego kraju.

14 grudnia 2000 r. w Centrum Onkologii w Warszawie odbyło się nadzwyczajne Walne Zebranie Zarządu Głównego Polskiej Unii Onkologii, gdzie przy obecności ponad 200 członków PUO dokonano wyboru władz Stowarzyszenia.

Protektorat generalny nad działaniami Polskiej Unii Onkologii objęła para prezydencka: Aleksander i Jolanta Kwaśniewscy, patronat honorowy: Prymas Polski ksiądz kardynał Józef Glemp oraz prof. Tadeusz Koszarowski – nestor polskiej onkologii.

W dniu 20 marca 2001 r. odbyło się w Pałacu Prezydenckim spotkanie Prezydenta Aleksandra Kwaśniewskiego z przedstawicielami PUO i ważnymi osobistościami Rządu i Parlamentu Polskiego. W czerwcu 2001 wystosowano list intencyjny PUO do Prezydenta Stanów Zjednoczonych i Dyrektorów NCI z prośbą o współpracę o wsparcie w pracach nad NPZChN w Polsce. List ten został przedłożony stronie amerykańskiej przez prof. Marka Belkę, ówczesnego doradcę ekonomicznego Prezydenta RP.

14 marca 2002 r. odbyło się kolejne spotkanie w Pałacu Prezydenckim, na którym omówiono stan zaawansowania przygotowań pod ustawę o realizacji NPZChN.

”Kamieniem milowym” i znaczącym postępowaniem w dążeniu do głównego celu PUO była Uchwała Senatu RP z 20 listopada 2002 r. w sprawie konieczności ustanowienia NPZChN. Powstała dzięki determinacji senatora Marka Balickiego – późniejszego Ministra Zdrowia. W dniu 28 lutego 2004 r. w Centrum Onkologii w Warszawie odbyła się wizyta premiera Rządu RP zakończona konferencją prasową, gdzie przedstawiciele PUO zwrócili się z apelem do Rządu polskiego o przyspieszenie działań na rzecz NPZChN.

Na IV Walnym Zgromadzeniu PUO 7 stycznia 2005 premier Marek Belka oraz Minister Zdrowia Marek Balicki złożyli publiczną deklarację wystąpienia Rządu RP z inicjatywą ustawodawczą dotyczącą ustanowienia NPZChN. Prezydium Rządu RP 15 marca 2005 zaakceptowało powyższe działania. W latach 2002–2005 odbyło się kilkadziesiąt narad i posiedzeń z udziałem Zarządu i Rady Naukowej PUO w Kancelarii Prezydenta i Premiera RP oraz w Komisjach Zdrowia Sejmu i Senatu, na których pracowano nad projektem NPZChN i jego legislacją. Znaczącą rolę podczas prowadzonych dyskusji w Komisjach Zdrowia obu Izb Parlamentu odegrał dr Janusz Opolski – ówczesny Wiceminister Zdrowia wraz z zespołem współpracowników przy formułowaniu kolejnych wersji NPZChN. W rezultacie w dniu 7 kwietnia 2005 r. Włodzimierz Cimoszewicz – ówczesny Marszałek Sejmu skierował projekt ustawy o NPZChN do

druku i pierwszego czytania na posiedzenie Sejmu. Obok Premiera Marka Belki i Ministra Marka Balickiego – Marszałek Włodzimierz Cimoszewicz sprzyjał wszelkim działaniom PUO na forum Sejmu RP. Wreszcie po 6 latach intensywnych i mozolnych starań PUO w dniu 1 lipca 2005 r. uchwalono Ustawę NPZChN na plenarnym posiedzeniu Sejmu RP.

3.3. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych

W ustawie o ustanowieniu wieloletniego NPZChN, zostały zapisane główne cele programowe:

- 1) zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory;
- 2) osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów;
- 3) osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia;
- 4) stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych;
- 5) utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach kraju.

W ustawie zapisano, że w ramach Programu podejmuje się działania dotyczące przede wszystkim :

- 1) rozwoju profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w tym zwłaszcza zależnych od palenia tytoniu i niewłaściwego żywienia;
- 2) wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania, a w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci;
- 3) zwiększenia dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenia procedur zapewnienia jakości diagnostyki i terapii nowotworów;
- 4) standaryzacji procedur leczenia napromienianiem;
- 5) uzupełnienia oraz wymiany wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;
- 6) upowszechnienia metod leczenia skojarzonego;
- 7) rozwoju i upowszechniania współczesnych metod rehabilitacji chorych, ograniczania odległych następstw leczenia oraz opieki paliatywnej w onkologii;
- 8) rozwoju i upowszechnienia nauczania onkologii w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;
- 9) poprawy działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów;

10) upowszechniania wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów.

Realizację programu powierzono Ministrowi Zdrowia, który:

- 1) określa wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu w kolejnych trzech latach;
- 2) opracowuje projekt harmonogramu zadań wykonywanych w ramach Programu na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji zadań Programu na następne dwa lata;
- 3) koordynuje współpracę między wszystkimi podmiotami realizującymi poszczególne działania wynikające z Programu;
- 4) dokonuje wyboru realizatorów działań wynikających z Programu;
- 5) kontroluje jakość świadczeń finansowanych w ramach Programu;
- 6) opracowuje roczne sprawozdania z realizacji Programu;
- 7) zapewnia obsługę administracyjną realizacji Programu.

Zgodnie z Ustawą utworzono Radę do Spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych, jako organ opini dawczo-doradczy ministra zdrowia, w sprawach dotyczących Programu. Członków Rady powołuje i odwołuje minister zdrowia.

Do zadań Rady należy:

- opiniowanie wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu,
- coroczna analiza realizacji Programu,
- opiniowanie projektu harmonogramu i sprawozdania,
- opracowanie zakresu działań niezbędnych do realizacji Programu,
- opiniowanie projektów rozwiązań związanych z realizacją Programu,
- opiniowanie działań podejmowanych przez realizatorów działań wynikających z Programu,
- opiniowanie dokumentacji dotyczącej wymagań związanych z konkursami ofert.

Program jest finansowany z budżetu państwa i środków pozabudżetowych, a łączne nakłady na finansowanie Programu w całym okresie jego realizacji wyniosą 3 miliardy zł. Planowane nakłady z budżetu państwa na realizację działań przewidzianych w ramach Programu nie mogą być w poszczególnych latach mniejsze niż 250 mln zł. Realizatorami działań wynikających z Programu mogą być wszystkie podmioty prawa funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia. Wyboru realizatorów działań wynikających z Programu, finansowanych z budżetu państwa, dokonuje się w trybie konkursu ofert przeprowadzonego przez ministra zdrowia.

Minister do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 maja, roczne sprawozdanie z realizacji Programu za poprzedni rok kalendarzowy, harmonogram zadań wykonywanych w ramach

Programu na kolejny rok budżetowy oraz kierunki realizacji Programu na następne dwa lata.

W celu racjonalizacji wydatków przewidzianych na realizowanie NPZChN w dniu 7 lutego 2008 r. dokonano zmiany ustawy w punkcie mówiącym o planowaniu nakładów na realizację działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, po wprowadzonej poprawce muszą stanowić rocznie nie mniej niż 10 % nakładów na program.

Zakładano, że realizacja NPZChN poprzez kompleksowe działania uwzględniające postęp wiedzy medycznej doprowadzi do zmniejszenia zachorowalności na nowotwory o około 10% oraz do poprawy skuteczności leczenia chorób nowotworowych w Polsce do poziomu osiąganego wówczas w krajach zachodniej i północnej Europy, czyli około 40% wyleczeń pięcioletnich u mężczyzn i około 50% wyleczeń u kobiet. Realizacja NPZChN umożliwi intensyfikację działań w zakresie profilaktyki nowotworów, w tym ograniczenie palenia tytoniu i kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych. Systematyczne działania profilaktyczne o odpowiedniej jakości przyczynią się do zmniejszenia ryzyka zachorowań na nowotwory.

Upowszechnienie i zachowanie ciągłości populacyjnych programów wczesnego rozpoznawania nowotworów i wykrywania stanów przedrakowych – zwłaszcza piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego – zapewni zwiększenie odsetka wcześniej rozpoznawanych nowotworów, a tym samym większą skuteczność leczenia.

Ponadto, poprzez zakupy sprzętu diagnostycznego, aparatury do radioterapii onkologicznej, tomografii pozytonowej oraz intensyfikację diagnozowania i leczenia m.in. białaczek, chłoniaków, raka płuca oraz wielu nowotworów u dzieci, a także opieki paliatywnej, realizacja programu ma na celu poprawę dostępności do specjalistycznych świadczeń, z użyciem ww. sprzętu i aparatury medycznej.

W kolejnych posiedzeniach Rady ds. ZChN, podczas których odbywała się bieżąca analiza oraz ocena etapowa wykonania poszczególnych zadań w NPZChN – poza członkami Rady uczestniczyli koordynatorzy poszczególnych zadań, przedstawiciele Komisji Zdrowia Sejmu i Senatu RP oraz przedstawiciel pacjentów onkologicznych.

3.3.1. Finansowanie NPZChN w okresie od 2006 do 2012 r.

(Sprawozdanie..., 2013)

Realizacja Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz.U. Nr 143, poz.

1200 oraz z 2008 Nr 54, poz. 325) rozpoczęła się z dniem 1 stycznia 2006 r. Planowane i wydatkowane corocznie kwoty przedstawiono w tabl. 3.1.

Tabela 3.1. Kwoty planowane i wydatkowane w kolejnych latach na realizację Programu

| Rok realizacji NPZChN | Kwota planowana w mln zł | Kwota wydatkowana w mln zł |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| 2006 | 250 | 240 |
| 2007 | 271,9 | 269,7 |
| 2008 | 250,3 | 244,2 |
| 2009 | 250 | 244,6 |
| 2010 | 286* | 275,3 |
| 2011 | 263,9** | 259,2 |
| 2012 | 251 | 245,4 |

* w tym 36 mln zł stanowiły dodatkowe środki z rezerwy celowej;

** w tym 13,6 mln zł stanowią dodatkowe środki z programów wieloletnich przesunięte na podstawie Uchwały RM z 15.12.2011 r.

3.3.2. Prewencja pierwotna nowotworów

Realizowano ogólnopolskie kampanie mające na celu zmianę postaw zgodnie z zaleceniami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Jednym z najważniejszych wskaźników oceny skuteczności Programu „Prewencja pierwotna nowotworów” jest obserwowany spadek zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe płuca u mężczyzn we wszystkich grupach wieku. Dynamika spadku zachorowań na nowotwory złośliwe płuca u mężczyzn w średnim wieku jest w Polsce znacznie większa niż w krajach Unii Europejskiej.

3.3.3. Programy skryningowe

Badania przesiewowe są uzasadnione, jeżeli prowadzą do zmniejszenia umieralności (drugorzędne cele to zmniejszenie zachorowalności i kosztów leczenia). Warunkiem skuteczności badań przesiewowych jest ich masowość, długoterminowość i wysoka jakość. Zdrowotne efekty skryningu pojawiają się dopiero po wielu latach jego prowadzenia. W początkowym okresie (2–3 lata) pod wpływem badań przesiewowych powinien być widoczny przejściowy, odbiegający od długoletniego trendu, wzrost zachorowalności na nowotwory. Doświadczenie krajów, gdzie skryning wprowadzono pod koniec lat 1960. i gdzie jest on kontynuowany wskazuje, że korzyści z jego wprowadzenia można w zasadzie ocenić jedynie przez porównanie z innymi krajami po długim (np.

10–letnim) okresie trwania programu. Pośrednim miernikiem skuteczności tego skryningu powinna być ocena stopnia zaawansowania choroby i odsetek nowotworów wykrytych w skryningu.

Populacyjne badania przesiewowe zostały wprowadzone w 2006 r., jednak w skali populacji już jest widoczny efekt skryningu oportunistycznego. Nastąpiło przesunięcie krzywej zależności zachorowalności od wieku do młodszych grup wiekowych, co oznacza, że nowotwory te zostały wykryte wcześniej, czyli prawdopodobnie we wcześniejszym stopniu zaawansowania.

W ramach programów populacyjnych na bieżąco kontrolowana jest przez Ośrodki Koordynujące jakość wykonywanych badań skryningowych i szkolona jest kadra realizująca skryningi w zakresie właściwej jakości wykonywanych badań.

Ponadto w ramach programu funkcjonuje System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

Jeśli chodzi o wczesne wykrywanie nowotworów, priorytetem będzie dalszy rozwój populacyjnych programów wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych szyjki macicy i piersi, w tym w zakresie raka szyjki macicy poprzez dotarcie do kobiet z grupy najwyższego ryzyka wystąpienia raka szyjki macicy i raka piersi, tj. kobiet gorzej wykształconych i najrzadziej korzystających z badań profilaktycznych, jak również stałe podnoszenie standardów jakości badań diagnostycznych w obu tych programach.

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi

Programem objęto na chwilę obecną z pełnej populacji kobiet z przedziału wiekowego 50–69 lat.

Tabela 3.2. Osiągnięte wyniki z realizacji badań skryningowych w ramach programu

| Rok | Liczba wykrytych raków piersi | Liczba wykrytych zmian łagodnych w piersi | Liczba podejrzeń raka piersi |
|-------------|-------------------------------|---|------------------------------|
| 2006 | 1 558 | 78 239 | 52 620 |
| 2007 | 1 762 | 189 922 | 10 573 |
| 2008 | 1 474 | 176 479 | 6 104 |
| 2009 | 2 658 | 224 253 | 5 347 |
| 2010 | 4 810 | 245 648 | 4 952 |
| 2011 | 3 240 | 304 425 | 5 376 |
| 2012 | 5 152 * | 336 762 | 4 567 |

* stan na dzień 13 maja 2013 r., dane po weryfikacji z Rejestrem Leczenia Chorób NFZ.

Jeżeli chodzi o raka piersi, to widoczny jest efekt skryningu oportunistycznego, który poprzedzał zorganizowanie programu populacyjnego. Od roku 2000 nastąpiło przesuwanie się maksimum zachorowalności do młodszych grup wiekowych, co było jednym z mierników skuteczności skryningu w krajach skandynawskich. W latach 2005–2007 widoczna jest kolejna zmiana wzorca zależności zachorowalności od wieku – wzrosła częstość/wykrywalność nowotworów w grupie objętej skryningiem.

Polska na tle innych krajów należy do grupy średniego ryzyka zachorowania, jednak zmieniające się zachowania reprodukcyjne, dieta i używanie leków hormonalnych sprawiają, że gwałtownie wzrasta liczba zachorowań. Umieralność na nowotwory piersi zmniejsza się w krajach, w których wprowadzono programy badań przesiewowych (Wielka Brytania, Stany Zjednoczone, Kanada).

Należy stwierdzić, że w latach 2006–2010 wykrywalność raka piersi stopniowo wzrasta, natomiast wskaźnik umieralności ulega stopniowemu zahamowaniu. Rosnąca zachorowalność na raka piersi przy ustabilizowanym trendzie umieralności świadczy o poprawie wykrywalności i/lub leczenia.

W Polsce w ciągu ostatniej dekady nastąpiła poprawa wskaźnika przeżyć o 13 punktów procentowych (z 62% na 75%).

W ramach realizacji programu skontrolowano wszystkie pracownie mammograficzne wykonujące badania przesiewowe w ramach programu – 280 systemów mammografii analogowej, 47 cyfrowej i 73 systemy mammografii ucyfrowionej. Pozytywny wynik uzyskało 91% pracowni, w tym 94% analogowych, 96% cyfrowych i 77% ucyfrowionych.

Tabela 3.3. Osiągnięte wyniki z realizacji badań skryningowych w ramach programu

| Rok | Liczba wykrytych raków szyjki macicy | Liczba wykrytych zmian łagodnych w szyjce macicy/Liczba podejrzeń raka (w tym nieprawidłowy wynik) | | | | |
|-------------|--------------------------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | ASC-US | ASC-H | LSIL | HSIL | AGC |
| 2006 | 7 | 232 | 19 | 98 | 36 | 14 |
| 2007 | 231 | 7801 | 862 | 4491 | 1712 | 1396 |
| 2008 | 243 | 9594 | 1056 | 5443 | 2267 | 1219 |
| 2009 | 211 | 12725 | 1845 | 5976 | 2606 | 1276 |
| 2010 | 144 | 11025 | 1568 | 5789 | 2325 | 1049 |
| 2011 | 108 | 7649 | 1022 | 4182 | 1734 | 768 |
| 2012 | 661* | 9642 | 1473 | 5461 | 2113 | 1059 |

* stan na dzień 13 maja 2013 r., dane po weryfikacji z Rejestrem Leczenia Chorób NFZ.

ASC-US – nieprawidłowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego o nieokreślonym znaczeniu,

ASC-H – nieprawidłowe komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego, nie można wykluczyć SIL,

LSIL – zmiana śródplaskonabłonkowa małego stopnia,

HSIL – zmiana śródplaskonabłonkowa dużego stopnia,

AGC – nieprawidłowe komórki gruczołowe.

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Na chwilę obecną programem objęto 30% badanej populacji kobiet. Ponadto SIMP nie uwzględnia badań wykonanych w gabinetach prywatnych, co powoduje zafałszowanie liczby wszystkich badań cytologicznych wykonanych w danym roku.

Rak szyjki macicy jest jedynym nowotworem u kobiet w grupie nowotworów związanych z płcią, którego częstość zachorowań i zgonów zmniejsza się. W przypadku podniesienia wskaźnika uczestnictwa do 70% efekt programu powinien być widoczny jako wyraźne zwiększenie tempa spadku umieralności.

Dopiero w roku 2012 dopuszczono położne do aktywnego udziału w dystrybucji imiennych zaproszeń, a od 2014 do wykonywania cytologii. Przeprowadzono 77 kontroli badań skryningowych; 71 ośrodków uzyskało wynik kontroli pozytywny, 5 ośrodków zaliczyło kontrole warunkowo, zdecydowanie negatywna ocena odnosiła się tylko do 1 ośrodka.

Program badań przesiewowych na rzecz wczesnego wykrywania raka jelita grubego

Proces przekształcania polipów w raka jest bardzo wolny w większości przypadków i wynosi około 10 lat, dlatego badania przesiewowe mogą być wykonywane bardzo rzadko (raz na 10 lat albo raz w życiu w odpowiednim wieku).

Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego są nie tylko kosztowo efektywne, ale także kosztowo oszczędzające. Dzięki zastosowaniu tego programu rzadziej zachodzi potrzeba leczenia bardzo zaawansowanych stadiów raka jelita grubego.

Polska jest jednym z czterech krajów w Europie (Polska, Niemcy, Włochy i Luksemburg), w których program wczesnego wykrywania raka jelita grubego prowadzony jest za pomocą kolonoskopii. Liczba realizatorów w programie z 10 jednostek na początku jego realizacji wzrosła do 91 w 2012 r. Zapewniono

wysoką jakość badań kolonoskopowych, dzięki wprowadzonemu procesowi monitorowania jakości oraz szkoleniom lekarzy i personelu uczestniczącego w Programie.

W 2012 roku wprowadzono do Programu system zapraszany, który realizowany był przez 5 ośrodków w kraju. Zaproszenia wysłano do 23 141 osób w wieku 55–64 lat – 12 698 kobiet i 10 443 mężczyzn, poziom zgłoszeń do Programu wyniósł ogółem 17,8%.

W powiatach o najwyższej dostępności Programu widoczne jest bardzo istotne ograniczenie dynamiki wzrostu umieralności (u mężczyzn), a nawet niewielkie zmniejszenie umieralności w grupie kobiet.

W analizie EURO CARE, jak również w analizie przeprowadzonej przez Krajowy Rejestr Nowotworów, odsetki 5-letnich przeżyć chorych na raka jelita grubego w Polsce wzrosły z około 26% (publikacje z 2003 r.) do około 43–46% (publikacje z lat 2007 i 2010). Polska odnotowała zatem jeden z najwyższych wzrostów tego wskaźnika w Europie. Niemniej nadal odsetki 5-letnich przeżyć są poniżej średniej europejskiej (około 54%).

Niewątpliwym osiągnięciem programu w latach 2000–2012 było zorganizowanie blisko 100 ośrodków przesiewowych wysokiej jakości i wyszkolenie około 300 kolonoskopistów.

Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe

Programy opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika (Moduł I) wdrożono w 27 genetycznych poradniach onkologicznych w Polsce, natomiast w zakresie raka jelita grubego i błony śluzowej macicy (Moduł II) – w 16 genetycznych poradniach onkologicznych w Polsce.

Wśród ponad 1% pacjentów objętych opieką wykrywa się corocznie zachorowania na nowotwory (tj. blisko 10-krotnie częściej niż w odpowiednich grupach w całej populacji).

W 2011 r. rozpoczęła się realizacja Modułu III Programu, związanego z identyfikacją możliwie największej liczby rodzin z predyspozycją dziedziczną do siatkówczaka (łac. retinoblastoma – wewnątrzgałkowy nowotwór złośliwy oka) oraz z chorobą von Hippel-Lindau i objęcie ich opieką ukierunkowaną na możliwie najwcześniejsze rozpoznanie, a także na aktywną prewencję zachorowań na nowotwory.

3.3.4. Programy inwestycyjne i programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów

Zakup aparatury diagnostycznej

Zakupiono aparaturę diagnostyczną do wczesnego wykrywania nowotworów m.in.: 22 aparaty MRI, 12 tomografów komputerowych, 5 gamma-kamer SPECT-CT, 4 aparaty USG oraz 4 cytomammobusy.

Sprzęt zakupiony w ramach Programu jest efektywnie wykorzystywany, w tym w większości jednostek w trybie dwuzmianowym lub całodobowo.

We wszystkich zakładach nowe aparaty w zasadzie pozwoliły tylko na wymianę starego sprzętu. W Polsce liczba aparatów TK na 1 mln mieszkańców wynosi 12,2 (dla porównania Europa Zachodnia ok. 15–30/1 mln), natomiast liczba aparatów MRI na 1 mln mieszkańców – 8 (Europa Zachodnia ok. 10–20), liczba gamma kamer na 1 mln mieszkańców wynosi 1,6 (dla porównania: Czechy 12/1 mln, Węgry 9/1 mln, Europa Zachodnia 20–40/1 mln).

Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii

W ostatnich latach nastąpił istotny postęp w zakresie radioterapii w Polsce. Wyposażenie zakładów radioterapii w nowy sprzęt zmniejszyło czas oczekiwania pacjentów na leczenie. Dążymy do osiągnięcia wskaźników europejskich, tj. 1 aparat megawoltowy na 250 tys. mieszkańców. Pozostały tylko 2 – województwa łódzkie i podkarpackie – w których na jeden aparat przypada powyżej 400 tys. mieszkańców. Liczba aparatów megawoltowych wzrosła z 70 do 123; obecnie liczba ludności przypadająca na 1 aparat megawoltowy wynosi 321 tys.

Dokonano radykalnej poprawy wyposażenia ośrodków onkologicznych w aparaturę radioterapeutyczną w porównaniu do stanu w roku 2005.

W Polsce funkcjonują obecnie 23 pełnoprofilowe ośrodki radioterapii oraz 7 ośrodków wykonujących wybrane formy radioterapii (brachyterapia ginekologiczna, brachyterapia okulistyka, radioterapia śródoperacyjna); w sumie 30 ośrodków państwowych: akademickich, regionalnych i jednostek badawczo-rozwojowych. Ponadto uruchomione zostało 7 niepublicznych ośrodków radioterapii realizujących podstawowe i wysoko specjalistyczne procedury radioterapii.

Dzięki realizacji NPZChN:

- zwiększyła się liczba chorych korzystających z tej metody leczenia: liczba chorych napromienianych wzrosła z około 40 000 w 1999 do 80 000 w roku 2012,
- skrócił się czas oczekiwania chorych na rozpoczęcie leczenia z 8–10 tygodni w 1998 r. do 4–5 tygodni w 2012,
- ułatwiony został dostęp chorych do najnowocześniejszych, unikalnych, wysoko specjalistycznych technik i metod radioterapii (protonowa, stereotaksja, hipertermia, tomoterapia itp.),
- w znacznym stopniu wyrównane zostały różnice regionalne w dostępie do nowoczesnej radioterapii, choć jeszcze nadal istnieją.
- Nastąpił skok technologiczny i ściśle z tym związana poprawa jakości leczenia radioterapeutycznego:
 - konwencjonalną i prostą radioterapię (2D) zastąpiono radioterapią 3D i konformalną. Jednocześnie należy zaznaczyć, że techniki rutynowe, podstawowe, ale i w pełni nowoczesne dostępne są we wszystkich 28 pełnoprofilowych ośrodkach radioterapii w Polsce, spełniając przy tym zalecenia organów Unii Europejskiej;
 - wszystkie pełnoprofilowe ośrodki radioterapii w Polsce zyskały możliwość stosowania niestandardowych, nowoczesnych metod radioterapii, dzięki wyposażeniu w dodatkowe urządzenia: kolimatory wielolistkowe (MLC), opcje intensywnej modulacji dawki radioterapii (IMRT), systemy portalowej wizualizacji wiązki (EPID) oraz inne systemy obrazowania w trakcie leczenia (IGRT), dodatkowo sprzęt ten wyposażony został w najnowocześniejsze systemy zarządzania i weryfikacji oraz dozymetrię *in vivo*;
 - 17 ośrodków wykorzystuje NMR, a 7 PET do planowania procesu napromieniania, co jest nadal jeszcze ewenementem w rozwiniętych krajach Unii Europejskiej.

Powyższy skok ilościowy i jakościowy stwarza realne podstawy do poprawy wskaźników wyleczeń nowotworów, w których radioterapia jest podstawową opcją terapeutyczną. W odniesieniu do wybranych nowotworów (np. rak prostaty) już zanotowano istotną i znaczącą poprawę wskaźników wyleczeń (ponad 10% w ostatnich latach).

Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca – doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii

W ramach sukcesywnego doposażania ośrodków leczenia i diagnostyki raka płuca, dla oddziałów chirurgii klatki piersiowej w latach 2006–2012 zakupiona została aparatura diagnostyczna oraz wyposażenie sal operacyjnych i sal intensywnego nadzoru pooperacyjnego. Powyższe znalazło odzwierciedlenie w jakości stosowanego leczenia:

- o blisko 25% spadła liczba operowanych pacjentów z wyższym stopniem zaawansowania (IIIA), gdzie leczeniem z wyboru powinno być skojarzone leczenie,
- o około 20% zmalała liczba wykonywanych pneumonektomii z równoczesnym wzrostem o ten odsetek wykonywanych lobektomii w raku płuca, co dobitnie wskazuje na lepszą kwalifikację do leczenia operacyjnego,
- wzrosła ilość wykonywanych badań śródoperacyjnych, a tym samym jakość leczenia onkologicznego poprawiła się,
- dzięki zakupionemu sprzętowi diagnostycznemu, takiemu jak: bronchofibroskopy, wideoendoskopy ultrasonograficzne wzrosła ilość inwazyjnych bronchoskopowych badań diagnostycznych – o od 10 do 20 % według szacunkowych danych – wykonywanych w oddziałach torakochirurgicznych;
- nowoczesne wyposażenie oddziałów chirurgii klatki piersiowej przyczyniło się do skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcia do tych oddziałów;
- szerokie wprowadzenie do diagnostyki raka płuca technik endoultrasonograficznych przyczyniło się do poprawy oceny stopnia zaawansowania tej choroby oraz zwiększyło efektywność leczenia;
- wyposażenie sal operacyjnych w nowoczesne instrumentarium oraz tory wizyjne przyczyniło się do znacznego zwiększenia liczby wykonywanych tzw. zabiegów małoinwazyjnych, pozwala to pacjentom na szybszy powrót do codziennej aktywności oraz skraca czas pobytu w szpitalu. Wzrosła liczba operowanych chorych na raka płuca: w roku 2012 zoperowano ponad 200 chorych więcej aniżeli w 2011. W następstwie tego odnotowano wzrost współczynnika operacyjności, który obecnie wynosi 16,1%;

Utworzono Krajowy Rejestr Raka Płuca, co umożliwi stałe monitorowanie jakości leczenia chirurgicznego we wszystkich ośrodkach chirurgii klatki piersiowej w Polsce.

W Polsce działa 26 ośrodków torakochirurgicznych, rozmieszczonych równomiernie na terenie całego kraju, w których zatrudnionych jest 163 specjalistów – to oznacza, że 1 specjalista przypada na około 230 tys. mieszkańców.

Jest to wskaźnik dwukrotnie wyższy niż w Wielkiej Brytanii (1 specjalista chirurgii klatki piersiowej na około 0,5 mln mieszkańców).

Program doskonalenia diagnostyki i leczenia białaczek u dorosłych w Polsce, z dostosowaniem do zaleceń Unii Europejskiej i współpracy z European Leukemia Net

W ramach realizacji programu w latach 2006–2012 nastąpiło unowocześnienie pracowni i metod diagnostycznych, połączone z ich standaryzacją i uzupełnieniem niezbędnej aparatury oraz szkoleniem osób ją obsługujących. Utworzono bazy danych na temat leczonych pacjentów i wyników leczenia.

W trakcie realizacji Programu znaczący podniesiony został standard leczenia białaczek u dorosłych oraz ujednoczone zostały metody diagnostyczne, przy czym diagnostykę dostosowano do wymogów Unii Europejskiej.

Dzięki temu skrócono czas oczekiwania na specjalistyczne badania w trybie ambulatoryjnym. Osiągnięte zostały cele Programu związane z objęciem Programem ośrodków poza regionami jednostek akademickich, np. w Legnicy, Chorzowie, Toruniu, Zielonej Górze i Zamościu. Te mniejsze ośrodki mogą świadczyć usługi na poziomie coraz bardziej dostosowanym do standardów Unii Europejskiej. Potwierdza to ich udział w badaniach klinicznych PALG.

3.3.5. Programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia dzieci chorych na nowotwory

Celem zadania jest: zmniejszenie toksyczności i późnych następstw leczenia, zredukowanie kosztów leczenia dzięki właściwej stratyfikacji, zmniejszenie liczby błędów diagnostycznych, zwiększenie precyzji klasyfikacji poszczególnych pacjentów do grup ryzyka. Jest to możliwe dzięki prowadzonej weryfikacji badań diagnostycznych, prowadzeniu sesji uzgodnieniowych, dotyczących interpretacji wyników i stratyfikacji leczenia, prowadzeniu baz danych o wszystkich młodych pacjentach leczonych z powodu nowotworów układu krwiotwórczego, nowotworów OUN, guzów litych, chłoniaków, zakup endoprotez dla dzieci niepełnosprawnych z powodu nowotworu kości.

Wprowadzenie programu poprawiło efektywność leczenia nowotworów (białaczek, guzów litych, ośrodkowego układu nerwowego, chłoniaków u dzieci, a także doprowadziło do obniżenia toksyczności i kosztów leczenia dzieci z rozpoznaniem białaczki limfatycznej guzów litych, chłoniaków, OUN oraz zmniejszenia liczby błędów diagnostycznych). Zwiększono precyzję klasyfikacji pacjentów do leczenia. Zwiększyła się liczba przypadków całkowitych wy-

leczeń u dzieci ze wskazanymi nowotworami. Z roku na rok wzrasta liczba finansowanych zakupów endoprotez dla dzieci z nowotworami kości.

– Program kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci

Program przyczynił się do podniesienia standardów diagnostycznych i poprawy jakości diagnostyki ostrej białaczki u dzieci, w przypadku badań cytomorfologicznych spadek liczby wyników podlegających zmianie w czasie weryfikacji z 20,3% do 8,26%.

Prawdopodobieństwo całkowitego przeżycia po 5 latach wynosi w grupie standardowego ryzyka 97%, pośredniego ryzyka 93%, wysokiego ryzyka 80%.

– Kontynuacja programu kontroli jakości w diagnostyce guzów litych u dzieci
Prawdopodobieństwo ponad 5-letniego całkowitego przeżycia pacjentów, u których rozpoznanie postawiono w wieku niemowlęcym wynosi 94%, dla pacjentów powyżej 12 miesiąca 64%.

– Program kontroli jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci

Uzyskano poprawę wyników leczenia dzieci z chłoniakami złośliwymi, przeprowadzono weryfikację preparatów przesyłanych przez jednostki i analizę wyników badań, służącą do przeprowadzenia stratyfikacji.

Wskaźnik przeżycia po 5 latach u dzieci z chłoniakami wielkokomórkowymi wynosi 81,6%, a EFS po 5 latach 71,3 %, z prekursorowymi chłoniakami limfoblastycznymi typu T i pre-B – odpowiednio 89,9% i 85,9%, a dla chłoniaków z dojrzałych komórek B – 53,6% i 40,2%.

– Program diagnostyki i kompleksowego leczenia nowotworów OUN

Średnie całkowite przeżycie 5-letnie pacjentów z nowotworami OUN wynosi 76,2%, w tym 96,1% w przypadku glejaków złośliwych, 82,7% przy guzach typu ependymoma anaplasticum, 23,7% – guzach pnia mózgu.

– Program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym

Przygotowany został i wdrożony w poszczególnych ośrodkach precyzyjny harmonogram badań koniecznych do wykonania u poszczególnych pacjentów z różnymi typami nowotworów. W konsekwencji można uzyskiwać dobre i bardzo dobre wyniki leczenia, zwiększać liczbę przypadków całkowitych wyleczeń u dzieci z tymi chorobami.

– Ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości

Realizacja zadania istotnie poprawiła jakość życia pacjentów, pozwoliła na rozwiązanie problemu w skali kraju. Należy zauważyć, że użycie endoprotez tzw. onkologicznych jest najkorzystniejszą formą rekonstrukcji u pacjentów po rozległych wycięciach nowotworu złośliwego kości (wymagających dalszego stosowania chemioterapii wielolekowej). Łącznie w latach 2006–2012 zakupiono 222 endoprotezy onkologiczne.

3.3.6. Programy edukacyjne

W wyniku realizacji programu w latach 2011–2012 przeszkolono łącznie 521 lekarzy chirurgów; to pozwoli na zwiększenie świadomości i czujności onkologicznej u lekarzy specjalistów chirurgii ogólnej, jak również na optymalizację postępowania chirurgicznego w odniesieniu do nowotworów złośliwych, w aspekcie leczenia zarówno radykalnego, jak i paliatywnego.

Szkoleniem objęto też lekarzy patomorfologów w zakresie histopatologii onkologicznej.

3.3.7. Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach

W ramach programu finansowano działania w kierunku poprawy poziomu kompletności danych o nowotworach i analizowania danych, wydawanie różnorodnych wydawnictw zawierających i podsumowujących wyniki dotyczące zachorowalności i wykrywalności nowotworów w Polsce.

W 2011 r. program został rozszerzony o opracowanie i wdrożenie działania ogólnopolskiego rejestru nowotworów kości. Sporządzono wojewódzkie analizy epidemiologiczne, przygotowywane na podstawie danych regionalnych oraz przygotowano i opublikowano roczny biuletyn zachorowań i zgonów na poziomie wojewódzkim i ogólnopolskim.

Obecny poziom kompletności danych gromadzonych przez Krajowy i Wojewódzkie rejestry nowotworów wynosi 91%.

3.4. Próba oceny realizacji NPZChN perspektywy Polskiej Unii Onkologii

Mając możliwość wnikliwej obserwacji dotychczasowej wieloletniej realizacji NPZChN należy stwierdzić co następuje.

1. Aby osiągnąć cele zapisane w ustawie o NPZChN, konieczna jest konsekwentna i zdeterminowana kontynuacja poszczególnych zadań w okresie 10 lat bez zbytecznych ingerencji w postawione na początku założenia.

Jakiegolwiek działania z pominięciem transparentności i bez czynnego udziału w bieżących dyskusjach na forum Rady szerokiego grona ekspertów, onkologów i hematoonkologów oraz koordynatorów poszczególnych zadań mogły uniemożliwić osiągnięcie stawianych sobie celów.

2. NPZChN utworzony został jako program interwencyjny, w którym postawiono przede wszystkim na:

- szeroko pojętą edukację całego społeczeństwa, studentów medycyny, lekarzy rodzinnych i innych lekarzy specjalistów,
- powszechny dostęp do aktywnych populacyjnych programów skryningowych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego (po raz pierwszy w historii powojennej Polski),
- doposażenie i wymianę starego sprzętu w zakresie radioterapii i nowoczesnej diagnostyki onkologicznej,
- unowocześnienie programów i zakup sprzętu do prowadzenia nowoczesnej diagnostyki molekularnej niezbędnej do precyzyjnego rozpoznawania i monitorowania leczenia wielu nowotworów zarówno u dorosłych jak i u dzieci,
- poprawę zbierania danych epidemiologicznych i wyników leczenia dostępnych w rejestrze ogólnopolskim,
- doprowadzenie do równego dostępu dla wszystkich obywateli do nowoczesnej onkologii łącznie z kosztownymi procedurami ratującymi życie,
- wykreowanie nowych ośrodków i doposażenie starszych w zakresie medycyny paliatywnej i hospicyjnej.

3. Należy podkreślić, że nie da się ocenić kompletnej efektywności w zakresie wykonywanych poszczególnych zadań w NPZChN na obecnym etapie jego realizacji. Pełna ocena Programu możliwa będzie po około 5 latach od momentu jego zakończenia.

4. Oczywiście potrzebne jest stałe monitorowanie realizacji kolejnych etapów NPZChN z ewentualnymi modyfikacjami stosownie do obserwowanych efektów pośrednich, ale z zachowaniem ciągłości realizacji ustalonych zadań zawartych w ustawie.

5. Konieczny jest udział koordynatorów zadań w NPZChN, wraz ze wskazanymi ekspertami, w komisjach konkursowych, które wyłaniają etapowych realizatorów poszczególnych zadań wraz z przydzielaniem odpowiednich środków finansowych na poszczególne ośrodki realizujące Program.

6. W przypadku zgłaszania propozycji modyfikujących program w dotychczasowym kształcie lub dołączenia nowych zadań, konieczne jest przeprowadzenie otwartej i rzetelnej dyskusji z udziałem wszystkich zainteresowanych i zaproszonych przez Przewodniczącego Rady ds. ZChN. Wszelkie poruszane problemy i rozstrzygnięcia powinny być podane do publicznej wiadomości na stronie internetowej MZ.

7. Posiedzenia Rady ds. ZChN w ostatnich kilku latach odbywały się za rzadko w stosunku do zgłaszanych potrzeb i postulatów przez ekspertów Rady Naukowej PUO, pomimo kolejnych petycji w tej sprawie kierowanych na ręce decydentów.

8. Należy przypomnieć, że wiele istotnych uwag krytycznych zgłaszanych przez poszczególnych członków Rady w trakcie realizacji Programu nie było uwzględnianych przez kolejnych przewodniczących Rady.

3.5. Wnioski końcowe i propozycje działań na najbliższą przyszłość

Palenie papierosów, złe nawyki żywieniowe (otyłość), nadużywanie alkoholu, niska aktywność fizyczna, życie w przewlekłym stresie, skażenie środowiska naturalnego, nadmierna ekspozycja na promienie UV (promieniowanie słoneczne, solaria), ryzykowne zachowania seksualne (transmisja wielu patogenów onkogennych), unikanie szczepień ochronnych przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), stosunkowo niska frekwencja udziału społeczeństwa w bezpłatnych badaniach przesiewowych (cytologia, mammografia czy kolonoskopia), brak mądrej i skutecznej edukacji w szkołach w zakresie oświaty zdrowotnej (w tym bezpiecznych zachowań seksualnych), brak wiedzy na temat możliwości konsultacji w genetycznych poradniach onkologicznych dla rodzin o wysokim ryzyku rodzinnego występowania niektórych nowotworów – to główne czynniki ryzyka zachorowania na wiele nowotworów i inne poważne choroby cywilizacyjne.

Na czynniki te możemy mieć aktywny wpływ, zmieniając swoje szkodliwe i przyzwyczajenia oraz postawy na prozdrowotne, i w rezultacie uświadomione poczucie odpowiedzialności za zdrowie własne i swoich najbliższych.

Jak wynika z koncepcji opracowanej przez Marca Lalonde'a, zdrowie człowieka zależy w 50% od stylu życia, w 20% od środowiska fizycznego i społecznego, pracy i nauki, w 20% od czynników genetycznych i jedynie w 10% od działania systemów ochrony zdrowia (*Zdrowie...*, 2013).

Na świecie zwiększa się populacja ludzi w starszym wieku. W najbliższych dziesięcioleciach największym wyzwaniem staną się rosnące koszty leczenia chorób ściśle związanych z wiekiem, w tym przede wszystkim chorób nowotworowych.

W wyniku zmian demograficznych niezbędne będzie podniesienie nakładów na ochronę zdrowia o około 50%, co pozwoli jedynie na utrzymanie zaspokojenia świadczeń zdrowotnych na obecnym poziomie ich finansowania. Budżet państwa nie udźwignie tego ciężaru bez zdecydowanych, odważnych i gruntownych reform systemu ochrony zdrowia.

Choroby nowotworowe generują nie tylko koszty bezpośrednie związane z ich rozpoznawaniem i leczeniem, ale także koszty pośrednie – związane ze stratami w produkcji i przychodów z usług. Według ostatnich danych ZUS wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w 2010 r. wyniosły blisko 29 mld złotych (2% PKB); (Verdecchia i in., 2007).

Na jednego chorego na raka w Polsce przeznaczają się 41 euro przy średniej w UE 102 euro (od 184 w Luksemburgu do 16 w Bułgarii). Wyraźna jest zależność wyników leczenia chorych na nowotwory od nakładów finansowych (USD/osobę/rok). Przy nakładach poniżej 2 tys. USD (Polska, Węgry) umiera 60% chorych; przy nakładach od 2500 do 3500 USD (Wielka Brytania, Hiszpania, Portugalia) – 40-50% chorych; przy nakładach powyżej 4000 USD (Francja, Belgia, Niemcy) umiera poniżej 40% chorych.

Od wielu lat czekamy na stworzenie przez decydentów transparentnych zasad i kryteriów, na podstawie których finansowane będą kompleksowe świadczenia onkologiczne realizowane przez publiczne i niepubliczne kliniki, szpitale i przychodnie odpowiednich stopni referencyjności, zależnie od posiadanych sił i środków oraz osiągniętych wyników leczenia o odpowiedniej jakości. Wydanie każdej złotówki powinno być przemyślane i poprzedzone analizą efektywności kosztową.

Wszystkie powyższe placówki, które spełniają wypracowane przez ekspertów kryteria i wymagania, powinny być wyłaniane na drodze konkursu. O przedłużeniach kontraktów powinna decydować certyfikacja podmiotów i okresowa weryfikacja danych deklarowanych przez nie podczas konkursu.

Twarde dane epidemiologiczne i demograficzne powinny być podstawą do rzetelnej, dokładnej okresowej weryfikacji placówek onkologicznych w poszczególnych rejonach kraju. Każda nowa inwestycja szpitala czy przychodni powinna być poprzedzona otrzymaniem promesy od płatnika, co zagwarantuje w przyszłości otrzymaniem kontraktu jeśli jest to zgodne z lokalnymi potrzebami i polityką strategiczną w zakresie ochrony zdrowia całego państwa.

Jedynie szeroko pojęta, wysokospecjalistyczna, kompleksowa opieka onkologiczna (od prewencji i profilaktyki przez diagnozę i leczenie aż do rehabilitacji i opieki paliatywnej), realizowana oparta na sieci regionalnych centrów onkologii i akademickich klinik onkologicznych współpracujących ze sobą w danym regionie kraju oraz z ośrodkami satelitarnymi o niższych stopniach referencyjności, może zagwarantować prawidłowość finansowania, wysoką jakość i lepszą dostępność, a w rezultacie poprawę wyników leczenia chorych na nowotwory w Polsce.

Ponieważ trzeba sobie zdawać sprawę, że nadal około 70-80% chorych w Polsce przychodzi do onkologa w zaawansowanej fazie choroby nowotwo-

rowej, pierwszoplanowym zadaniem dla decydentów jest wypracowanie i właściwe sfinansowanie strategii prewencji i profilaktyki nowotworowej.

Potrzebą chwili jest powszechna nieustająca edukacja całego społeczeństwa, przede wszystkim za pośrednictwem różnorodnych mediów publicznych (powinność konstytucyjna!), w celu ukształtowania postaw prozdrowotnych, czujności onkologicznej i poczucia potrzeby we własnym interesie uczestniczenia w bezpłatnych badaniach okresowych i profilaktycznych.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 1/3 nowotworów można wykluczyć na drodze świadomego troszczenia się obywateli o swoje zdrowie, polegającego na zmianie niezdrowych nawyków postaw i przyzwyczajzeń; 1/3 można wyleczyć jeśli zostaną wcześniej rozpoznane i szybko leczone, i u 1/3 chorych można znacząco wydłużyć długość dobrego jakościowo życia stosując umiejętne leczenie paliatywne i wspomagające oraz wsparcie socjalne i psychoonkologiczne.

W strategii Ministra Zdrowia powinno się znaleźć pilne wzmocnienie organizacyjne i finansowe instytucji lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny jest głównym partnerem onkologów w zakresie:

- szerzenia postaw prozdrowotnych i prewencji onkologicznej na podstawie wytycznych Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem;
- efektywnego współdziałania z COK i WOK w bieżącej realizacji programów przesiewowych;
- przeprowadzania badań okresowych służących wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych w zdrowej części populacji;
- wypracowania szeroko pojętej współpracy z aptekarzami, pielęgniarkami rodzinnymi i położnymi, z dyrektorami lokalnych szkół, z księżmi proboszczami oraz innymi podmiotami działającymi lokalnie (organizacje pozarządowe, stowarzyszenia pacjentów, harcerze, koła gospodyń wiejskich itp.);
- współpracy z oddziałami terenowymi Głównego Inspektora Sanitarnego w ramach istniejącej sieci edukacyjnej w szkołach całego kraju (szkolenie w zakresie zdrowia publicznego);
- ścisłej współpracy z terytorialnymi władzami samorządowymi;
- bieżącej współpracy z lokalnymi mediami.

Wszystkie powyższe aktywności wymagają wzajemnej, ustawicznej współpracy wymienionych podmiotów.

W dobie telemedycyny i nowoczesnej informatyki lekarze rodzinni powinni mieć możliwość zrealizowania poszerzonej diagnostyki i szybkich konsultacji ze specjalistami w najbliższym szpitalu i/lub kontaktując się z oddziałami satelitarnymi sieci onkologicznej, powinni też śledzić losy chorych po przebytych już leczeniu. Należy dodatkowo premiować finansowo lekarzy rodzinnych wykazujących wysoką aktywność w wykonywaniu wspomnianych zadań.

W interesie państwa jest stworzenie systemu motywacyjnego bodźców i zachęt do podejmowania przez młodych lekarzy specjalizacji w **dziedzinie medycyny rodzinnej** (wykorzystanie środków UE przeznaczonych na realizację kursów szkoleniowych dla lekarzy specjalizacji deficytowych).

W latach 2003–2008 Centrum Onkologii w Warszawie, za pośrednictwem ekspertów lekarzy onkologów zrzeszonych w Polskiej Unii Onkologii, przy akceptacji Krajowego Konsultanta w dziedzinie medycyny rodzinnej i we współpracy z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, przeszkoliło ponad 12 tysięcy lekarzy rodzinnych i POZ oraz kilkaset pielęgniarek onkologicznych w zakresie prewencji, profilaktyki oraz diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych (znacząca część szkoleń odbyła się w ramach realizacji NPZChN). Niestety zadanie to w NPZChN od roku 2009 nie jest kontynuowane (w Polsce jest obecnie około 24 tys. lekarzy POZ).

Odwagi decydentów wymaga od lat eksperckie przeanalizowanie na drodze szerokiej debaty publicznej i osiągnięcie możliwego do uzyskania przyzwolenia społecznego, i w rezultacie podjęcie wiążących decyzji w następujących sprawach.

1. Jednakowe obciążenie w sposób solidarny całego społeczeństwa obowiązkiem płacenia składek zdrowotnych (likwidacja grup uprzywilejowanych), z wyłączeniem najbiedniejszych i autentycznie.
2. Dokładne zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych refundowanych w całości przez państwo;
3. Weryfikacja i racjonalizacja wydatków na ochronę zdrowia:
 - rzetelna wycena procedur diagnostyczno-leczniczych przez powołany Komitet Taryfikacji na podstawie opinii AOTM;
 - zakupy centralne sprzętu i leków na drodze negocjacji z firmami i producentami;
 - zastąpienie hospitalizacji leczeniem w warunkach ambulatoryjnych lub w oddziałach dziennych, a także z wykorzystaniem hoteli przyszpitalnych;
 - refundacje za środki transportu dla pacjentów dojeżdżających z okolic podmiejskich (z 4,5 mld złotych przeznaczonych w 2014 r. na onkologię wydatki na leczenie szpitalne wyniosą 4,14 mld złotych);
4. Wprowadzenie współpłacenia za niektóre nisko kosztowne świadczenia zdrowotne;
5. Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych, zapewniających obywatelom – w razie potrzeby – dostęp do świadczeń poza koszykiem i ponadstandardowych w przeszłości;
6. Poważne rozważenie zwiększenia środków na ochronę zdrowia z budżetu państwa, poprzez przesunięcia niektórych zadań międzyresortowych, mniej istotnych dla społeczeństwa.

Z całą pewnością nic jednak nie zastąpi mądrej ustawicznej edukacji w szkołach, w domu i na poziomie gmin z udziałem władz samorządowych współpracujących z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką rodzinną, nauczycielem, aptekarzem i księdzem proboszczem. Polska Unia Onkologii przeprowadzając od lat dwie wielkie kampanie: Mam Haka na Raka (www.mamhakanaraka.pl) oraz Zdrowa Gmina (www.konkurszdrowagmina.pl) znacząco wspomaga realizację Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (2006–2015).

Ponieważ w ciągu najbliższych 15 lat nastąpi podwojenie liczby nowych zachorowań na nowotwory na całym świecie, zgodnie z zaleceniami UE potrzebą chwili jest koordynacja i prowadzenie pod egidą Ministra Zdrowia intensywnych działań na rzecz opracowania przez zespoły ekspertów w drodze konsensusu następnego strategicznego Planu Walki z Rakiem w Polsce na lata 2016–2025.

Charakter opisanych powyżej działań ma wymiar pokoleniowy i powinny być one konsekwentnie realizowane w ramach kolejnych NPZChN, z niezbędnymi modyfikacjami stosownie do etapowych ewaluacji. Konieczne jest zachowanie ciągłości działań zgodnie z zapisami ustawowymi, które powinny gwarantować nieprzerwaną realizację i odpowiednie finansowanie z budżetu państwa postawionych celów na najbliższe dziesięciolecia.

Bibliografia

- Berrino F., De Angelis R., Sant M., Rosso S., Lasota M. B., Coebergh J.W., Santaquilani M. oraz EURO CARE Working Group (2007), *Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99, results of the Eurocare-4 study*, "The Lancet Oncology", 8, 773–783.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.A. (2013), *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa.
- Europejski Kodeks Walki z Rakiem* (wyd. polskie, 2013), red. W.A. Zatoński, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa.
- Jemal A., Ward E.M., Thun M.J. (2005), *Epidemiology of cancer. Cancers statistics*, w: De Vita V.T., Hellman S., Rosenberg S.A., *Cancer: Principles & Practice of Oncology*, wyd. 7, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 226–242.
- Koszarowski T. (1998), *Dać świadectwo prawdzie*, Społeczny Komitet Budowy Centrum Onkologii w Warszawie, Agencja Poligraficzna Wydawnictwa GIMPO, Warszawa.
- Kozierkiewicz A., Jassem J. (2013), *Narodowe strategie zwalczania nowotworów: doświadczenia, struktura, dobre praktyki*, „Nowotwory”, 63(5), 368–374.
- Ma X., Tucker M.A. (2005), *Epidemiology of cancer. Epidemiologic methods*, w: De Vita V.T., Hellman S., Rosenberg S.A., *Cancer: Principles & Practice of Oncology*, wyd. 7, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 217–225.

Schrijvers D., Senn H.J., Mellstedt H., Zakotnik B. (2008), *Handbook of Cancer Prevention*, Informa UK Ltd, ESMO, London.

Sprawozdanie z realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w roku 2013, (2013), Ministerstwo Zdrowia, Warszawa-

Warzocha K. (2013), *Narodowy Instytut Onkologii i Hematologii*, „Hematologia”, 4(3), 185–196.

Warzocha K. (2014), *Krajowa sieć onkologiczna*, „Hematologia”, 5 (1), 1–24.

Verdecchia A., Francisci S., Brenner H., Gatta G., Micheli A., Mangone L., Kunkler I., oraz EURO-CARE-4 Working Group (2007), *Recent Cancer Survival in Europe: a 2000–02 period analysis of Eurocare-4 data*, “The Lancet Oncology”, 8, 784–796.

Zatoński W.A. (2013), *Powołanie Narodowego Instytutu Onkologii i Hematologii – warunek konieczny do skutecznej walki z rakiem w Polsce*, „Nowotwory. Journal of Oncology”, 63(5), 375–381.

Zatoński W., Didkowska J. (2008), *Closing the gap: Cancer in central and eastern Europe (CEE)*, “European Journal of Cancer”, 44, 1425–1437.

www.projectfact.eu/publication/publication-available-on-lin-in-february-2008-media/cancer-web.version.pdf

Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje (2013), Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, Warszawa.

PROPONOWANE DODATKOWE MATERIAŁY EDUKACYJNE i informacyjne:

www.puo.pl

www.coi.waw.pl

www.nfz.gov.pl

www.razempokonamybaka.pl

www.profilaktykaraka.coi.waw.pl

www.zdrowagmina.pl

www.mamhakanaraka.pl

www.genetyka.com

www.PrawaPacjenta.pl

www.kodekswalkizrakiem.pl

Janusz Meder

Cancer as the major cause of death in the 21st Century. The National Cancer Control Programme

Summary

The study features historical data on cancer control in Poland. The long-lasting efforts made by Polish oncologists eventually led to adopting the Act on establishing the National Cancer Control Programme in 2005. The author attaches much attention to the current Programme implementation, and presents detailed proposals aimed at a more efficient use of resources. In compliance with EU recommendations, it is of utmost importance to coordinate and conduct intensive activities under the auspices of the Minister of Health, so that the new strategic Cancer Control Plan for 2016–2025 can be developed by the Polish expert teams by way of consensus.

Jacek Jassem

Polskie Towarzystwo Onkologiczne

Klinika Onkologii i Radioterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Rozdział 4.

ZWALCZANIE NOWOTWORÓW W POLSCE: POTRZEBA NOWEJ STRATEGII

4.1. Zwalczenie nowotworów w Polsce.

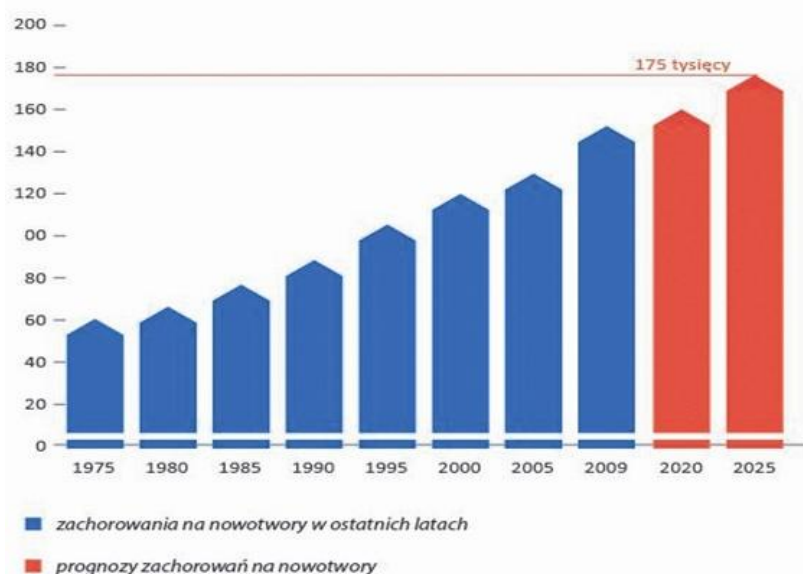
Polska potrzebuje nowego planu w dziedzinie onkologii – na lata, na dekady. Społeczeństwo się starzeje. Jesteśmy dumni z tego, że w Polsce w ciągu krótkiego czasu średnia życia wydłużyła się o kilka lat. Ludzie żyją dłużej, ale towarzyszy im wiele chorób typowych dla starczego wieku – tego nie da się uniknąć. Równocześnie zmniejszają się czynniki ryzyka dla chorób nowotworowych. Przykładem jest spektakularny spadek liczby polskich mężczyzn palących tytoń; niestety zjawiska tego nie obserwujemy wśród kobiet. Obniża się konsumpcja alkoholu, zmniejsza się liczba zakażeń. Są to udowodnione czynniki ryzyka dla chorób nowotworowych. Równocześnie obserwujemy postęp w diagnostyce i leczeniu. Oznacza to rywalizację czynników z jednej strony niekorzystnych, z drugiej korzystnych epidemiologicznie.

Obecnie nowotwory coraz częściej zmieniają się z choroby śmiertelnej w chorobę przewlekłą, z którą się żyje przez lata. Ludzie chorują na nowotwory, ale niekoniecznie umierają z ich powodu. Można założyć, że takich osób będzie w społeczeństwie coraz więcej (por. Wojtasiński, 2014). Staje się to jakby nowym zjawiskiem. Towarzyszy temu równocześnie paradygmat równości w zdrowiu – wszyscy chcemy mieć równy dostęp do tego, co jest dla nas najważniejsze, czyli zdrowia i ochrona życia; dostęp równy w skali międzynarodowej (w porównaniu do państw, w których się to lepiej udaje), ale przede wszystkim równy w obrębie naszego kraju. Niestety dotychczas nie udało się tego osiągnąć.

W sumie, w odniesieniu do ogółu nowotworów, utrzymuje się tendencja wzrostu liczby zachorowań i jest to nieuniknione. Równocześnie coraz większe są możliwości wczesnego wykrywania oraz diagnostyki i leczenia nowotworów. Ale społeczeństwo może w dużym stopniu wpływać na ryzyko zachoro-

wania na nowotwór. Trzeba wciąż przypominać, że 2/3 nowotworów jest spowodowanych zachowaniami ludzkimi – nałogami, sposobem odżywiania się, brakiem aktywności fizycznej, nadmiernym opalaniem czy zakażeniami, czyli tym, na co człowiek ma pewien wpływ. Bez działań w tym zakresie trudno liczyć na poprawę epidemiologicznych trendów.

Rys. 4.1. Prognoza zachorowań na nowotwory w Polsce

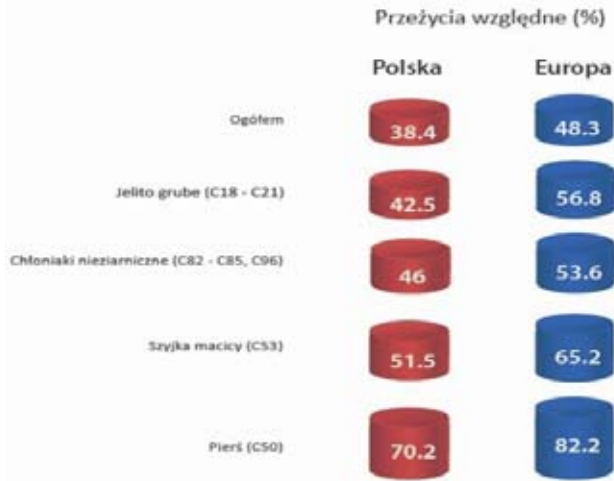


Źródło: Didkowska, Wojciechowska (2008).

Działania profilaktyczne podejmuje także państwo, np. poprzez zwiększanie akcyzy na wyroby tytoniowe, czy prawodawstwo chroniące społeczeństwo przed skutkami palenia tytoniu. Lekarze mogliby skuteczniej edukować społeczeństwo, ale na to potrzebne są środki. Wielokrotnie podkreślano, że profilaktyka, zwłaszcza profilaktyka pierwotna, jest najmocniejszą bronią w walce z nowotworami.

W wynikach leczenia nowotworów jesteśmy niestety o około 10 pp. za średnią europejską.

Rys. 4.2. 5-letnie przeżycia: Polska a średnia w Unii Europejskiej



Na podstawie: Sant, Allemani, Santaquilani (2009).

Ten dystans nie wynika z biologii ani z możliwości medycyny, lecz z gorszej organizacji systemu walki z rakiem i finansów. Zatem jest to dystans, którego zniwelowanie znajduje się w zasięgu możliwości współczesnej medycyny, ale szansy tej nie wykorzystujemy. Warto policzyć, ilu zgonów z powodu nowotworów można by uniknąć, przy liczbie 90 tys. rocznie, gdyby udało się poprawić wskaźniki leczenia o 10 pp. Ci ludzie dzisiaj umierają niepotrzebnie.

Polskiej onkologii brakuje całościowej, systemowej strategii, obejmującej wszystkie aspekty diagnostyczno-terapeutycznej ścieżki chorego, właściwego kształcenia kadr medycznych, rozwoju nauki, profilaktyki pierwotnej i wtórnej, nowoczesnego zarządzania opartego na wiedzy, ekonomicznej efektywności i racjonalnego finansowania. Nie wykorzystujemy także możliwości, które stwarza członkostwo w Unii Europejskiej – jest np. zbyt mało aplikacji o naukowe granty z Polski.

Słabą stroną systemu jest profilaktyka wtórna (badania przesiewowe). Mimo widocznego pewnego postępu, na badania cytologiczne zgłasza się nadal niewiele ponad 20% kobiet, a na badania mammograficzne 45%. Stopniowo rozwijają się kolonoskopowe badania przesiewowe, które pozwalają uzyskać największe obniżenie umieralności ze wszystkich badań przesiewowych. Polska może być liderem w tej dziedzinie; jesteśmy jednym z nielicznych krajów, które postawiły na tę formę wykrywania nowotworów jelita grubego. Trzeba jednak przekonać społeczeństwo, że to naprawdę ratuje życie.

Brakuje nowoczesnego zarządzania opartego na wiedzy. Nadal mamy np. duże braki jeśli chodzi o dane epidemiologiczne. To się poprawia, ale system nadal nie jest szczelny. W dobie informatyzacji ochrony zdrowia można to zrobić bardzo prosto – np. w momencie sporządzania dokumentacji chorego pojawia się wymagalne pole, którym jest karta zgłoszenia nowotworu złośliwego.

Niska efektywność ekonomiczna to nie tylko zbyt mało pieniędzy, lecz także ich nieracjonalne wydawanie, choćby na nadmierną hospitalizację. Są to zmarnowane pieniądze. Koszty hospitalizacji, w większości zbędnych, często przekraczają koszty samego leczenia. Na przykład refundacja za radykalną radioterapię chorego na raka gruczołu krokowego, przy najbardziej wyrafinowanej technice, wynosi kilkanaście tysięcy złotych, a 8-tygodniowa hospitalizacja tego chorego kosztuje prawie dwukrotnie więcej. Chorzy na wczesnego raka gruczołu krokowego są w większości w dobrym stanie i mogliby bez żadnego ryzyka otrzymać leczenie w trybie ambulatoryjnym. W szpitalach umieszczani są najczęściej dlatego, że mieszkają daleko od ośrodków, w których otrzymują leczenie. Ale przecież ten chory mógłby za 50 zł dziennie zamieszkać w hostelu, który ma umowę ze szpitalem i te pieniądze mogłyby być wykorzystane na procedury, na zlikwidowanie kolejek, na słynne już „nadwykonania”, czyli procedury rzeczywiście ratujące życie. Łóżko onkologiczne nie ratuje życia, wręcz przeciwnie – powoduje, że człowiek jest uwięziony na kilka tygodni i nie może przez ten cały czas nawet wyjść na przepustkę, bo przerywa to ciągłość hospitalizacji i powoduje poważne konsekwencje dla szpitala. Hospitalizacja służy obecnie ratowaniu budżetu jednostek onkologicznych, a równocześnie brakuje tam środków na diagnostykę i leczenie. Polskie Towarzystwo Onkologiczne opublikowało „Białą księgę polskiej onkologii”, w której pokazaliśmy, że kraje o najlepszych wynikach w Europie, np. Finlandia czy Szwecja mają najmniej łóżek w stosunku do liczby mieszkańców. W Polsce nadal buduje się pałace dla chorych onkologicznych, zamiast budować sale operacyjne, bunkry do radioterapii, tworzyć nowoczesne technologie, wdrażać innowacyjne leki.

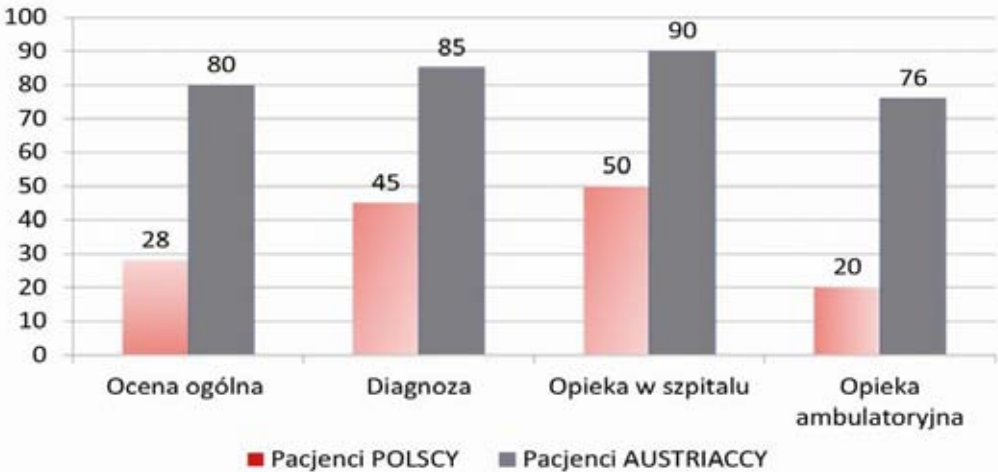
To brzmi niewiarygodnie, ale w polskich uczelniach medycznych nie ma pełnoprofilowych katedr onkologii. Wyjątkiem jest Gdański Uniwersytet Medyczny, z onkologią kliniczną, radioterapią i chirurgią onkologiczną. Tak się nie da uczyć onkologii i rozwijać kadr medycznych. Profesorów z zakresu onkologii klinicznej i radioterapii jest w Polsce może kilkunastu. Bo jeśli onkologii nie ma w uczelniach medycznych, to gdzie te profesury mają powstawać? Powoduje to pogłębiające się braki kadry i zanik badań naukowych.

Polski chory onkologiczny gubi się w porozrywanym systemie. Przypuśćmy, że wykrywamy nowotwór; np. w badaniu mammograficznym kobieta otrzymuje informację, że powinna przejść biopsję. Zapisuje się do kolejki, czeka na tę biopsję, zazwyczaj dosyć długo. Otrzymuje potwierdzenie rozpoznania i infor-

mację, że wymaga operacji. Idzie zatem do innej jednostki i czeka na tę operację – czasem kilka miesięcy. Potem uzyskuje informację, że potrzebne jest dalsze leczenie i znowu czeka. Cały zysk wynikający z wczesnego wykrycia nowotworu zostaje zniweczony przez porozrywanie systemu. Ludzie młodzi, zaradni, mający wsparcie rodziny, dadzą sobie radę. Starzy, niezaradni, biedni są w tym systemie zagubieni i w pewnym momencie wypadają z niego, bowiem albo się zniechęcą, albo będzie za późno, albo wręcz nie dożyją. O tym zagubieniu niedawno pisałem (por. *Jak nie zgubić chorego...*, 2013). Był też bardzo dramatyczny artykuł w „Polityce” (*Rzńący, szarpiący...*, 2013), prezentujący stan walki z bólem w Polsce. Pod tym względem jesteśmy na poziomie Afryki. Używamy w przeliczeniu na jednego mieszkańca 5 razy mniej opioidów, które są podstawowym lekiem przeciwbólowym w zaawansowanych nowotworach, niż np. Niemcy. To nie znaczy, że nasz rak boli 5 razy mniej.

Te systemowe niedobory widzą również pacjenci. Pokazało to badanie ankietowe obejmujące 1 tys. Polaków i 2 tys. Austriaków, w tym pacjentów onkologicznych i ich rodziny.

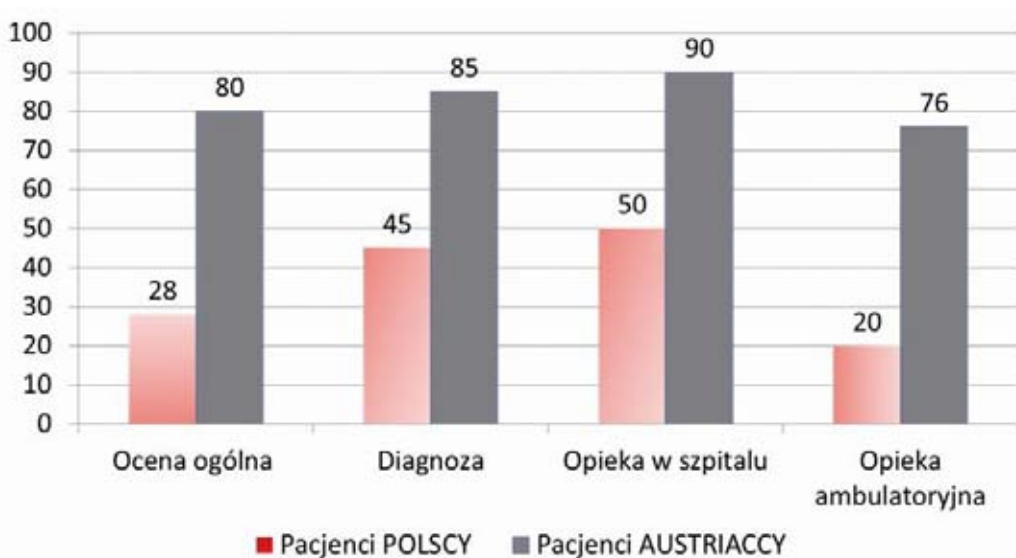
Rys. 4.3. Pozytywne oceny opieki onkologicznej w Polsce i w Austrii



Źródło: Jędrzejewski i in. (2014).

Ankieta wykazała, że 28% Polaków i 80% Austriaków jest zadowolonych ze swojego systemu opieki onkologicznej. Diagnostyka jest pozytywnie oceniana przez 45% Polaków i 85% Austriaków, opieka w szpitalu – odpowiednio: 50% i 90% i opieka ambulatoryjna: 20% i 76%. W tym ostatnim przypadku różnica jest prawie 4-krotna. Podobne różnice dotyczą oceny zaufania do systemu opieki zdrowotnej w tych dwóch krajach.

Rys. 4.4. Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej w Polsce i w Austrii



Źródło: Jędrzejewski i in. (2014).

Jako zadowolający polski system opieki oceniło 31% pacjentów, austriacki – 94%. Na pytanie, czy skuteczne leczenie zależy od zamożności pacjenta, pozytywnie odpowiedziało 84% pacjentów Polaków i 61% pacjentów Austriaków. To jest właśnie wykładnik paradygmatu równości w zdrowiu. Zdecydowanie mniej Austriaków niż Polaków uważa, że dostępność leczenia zależy od zamożności.

Twierdzącej odpowiedzi na pytanie, czy dostęp do krajowego leczenia jest identyczny jak w innych krajach Unii, udzieliło 20% Polaków i 62% Austriaków.

Jak zatem wyglądamy na tle innych krajów Unii? Mamy:

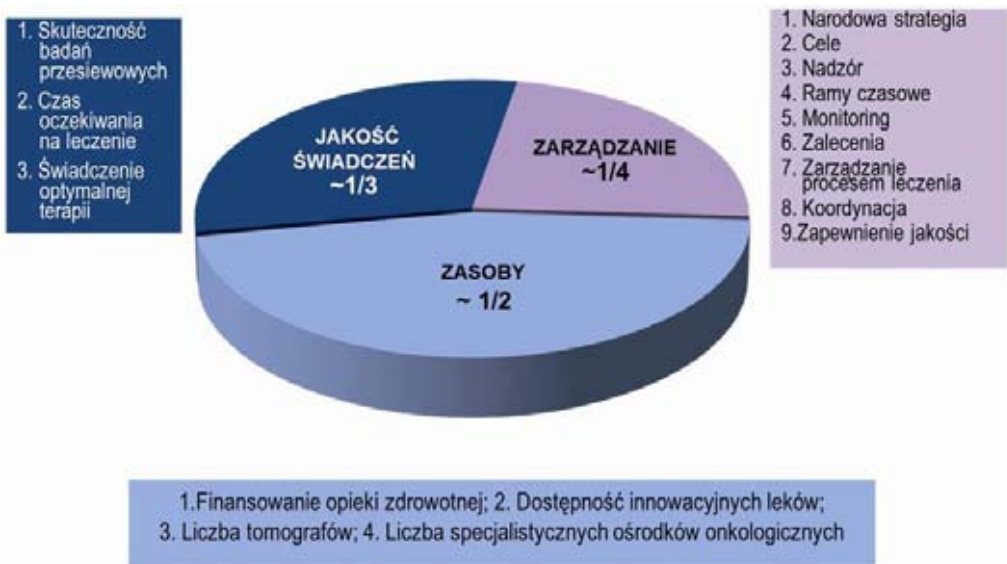
- gorsze wyniki leczenia,
- mniejszy dostęp do nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia,
- nierówności w poszczególnych grupach społecznych,
- opóźnienia w rozpoznawaniu i leczeniu,
- duże różnice jakości leczenia,
- wiele zgonów, których można by uniknąć.

W Polsce leczyć chorych na nowotwory może praktycznie każdy lekarz, nie ma formalnych ograniczeń. Dotyczy to zwłaszcza chirurgii. Są oddziały chirurgiczne, które operują po kilku onkologicznych chorych rocznie i nikomu to nie

przeszkadza. Wątpię, aby chorzy chętnie oddali się w ręce chirurga, który wykonuje 3 zabiegi w obrębie piersi rocznie. A każdy zapytany chirurg powie, że świetnie da sobie z tym radę.

Na jednym ze spotkań grupy European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC) oceniano, od czego zależy skuteczność walki z rakiem.

Rys. 4.5. Od czego zależy skuteczność walki z rakiem?



Źródło: Stevanovic, Fuijsawa (2011).

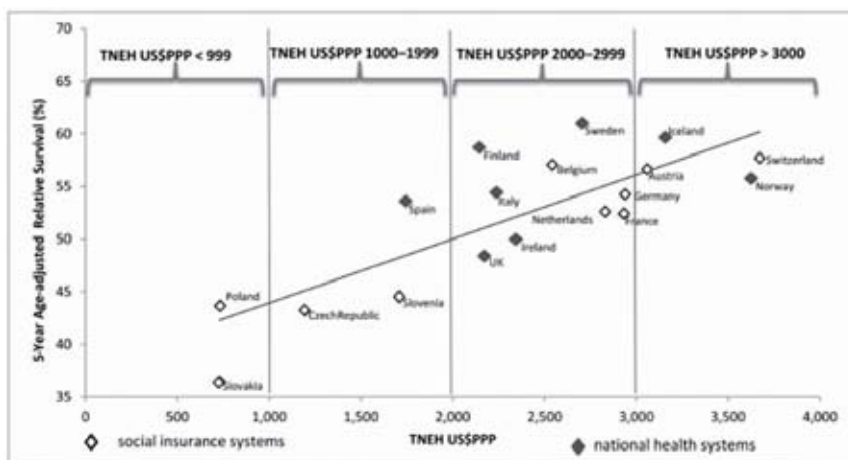
W połowie od zasobów – tych mamy za mało. Ale w 1/3 od jakości świadczeń, którą można poprawić i w 1/4 od zarządzania. Polska należy do tych krajów Unii Europejskiej, w których są najniższe nakłady na onkologię – poniżej 50€ na 1 mieszkańca.

Tabela 4.1. Średnie roczne nakłady na opiekę onkologiczną w państwach Unii Europejskiej (dzięki uprzejmości Prof. M. Lawlera)

| Poniżej 50 € | 50–100 € | 100–150 € | 150–200 € | Powyżej 200 € |
|---------------|-----------|-----------------|-----------|---------------|
| Bułgaria | Czechy | Włochy | Belgia | Austria |
| Rumunia | Finlandia | Hiszpania | Holandia | Norwegia |
| Estonia | Węgry | Portugalia | Dania | Francja |
| Łotwa | Słowenia | Wielka Brytania | Irlandia | Niemcy |
| Litwa | | | Islandia | Luksemburg |
| Polska | | | Grecja | Szwecja |
| Słowacja | | | | Szwajcaria |

Można stwierdzić, że w przekroju europejskim zależność skuteczności leczenia od nakładów jest bardzo silna (rys. 4.6).

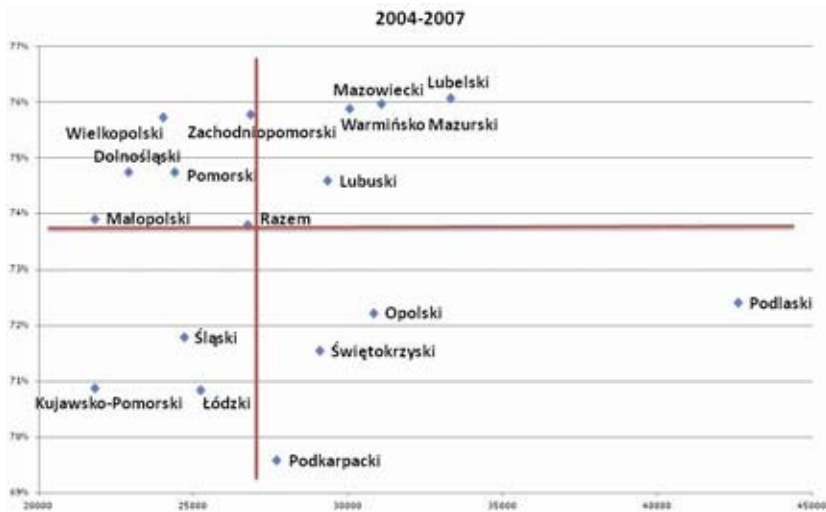
Rys. 4.6. Odsetek 5-letnich przeżyć w zależności od wydatków na opiekę zdrowotną



Źródło: Gatta i in. (2013).

Z kolei w Polsce nie ma żadnej zależności między kosztami leczenia i wynikami. Ilustruje to wykres zależności między nakładami na leczenie raka piersi w poszczególnych oddziałach NFZ i odsetkiem przeżyć w tych województwach (rys. 4.7). Oznacza to, że jeżeli nie uporządkuje się systemu, pieniądze te będą nadal zmarnowane.

Rys. 4.7. Średnie roczne wydatki (zł) na leczenie raka piersi a odsetek 5-letnich przeżyć w oddziałach NFZ



Źródło: Kozierekiewicz i in. (2014).

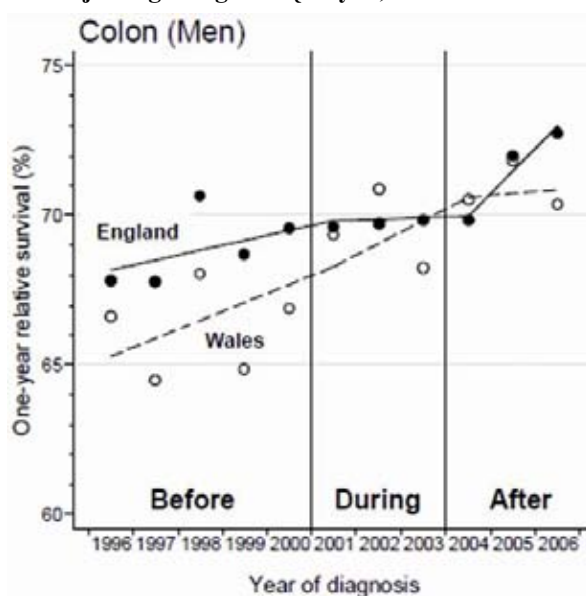
Potrzebna jest strategia, nie interwencja. W Stanach Zjednoczonych w 1971 r. Nixon ogłosił walkę z rakiem, podpisując National Cancer Act. Był to manifest polityczny, ale przyniósł ogromne efekty. We Francji Jacques Chirac w 2000 r. ogłosił walkę z rakiem jako narodowy program, Słowenia – mały kraj – w czasie swojej prezydentury utworzyła inicjatywę European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC), która przynosi dobre efekty w Unii Europejskiej. W 2005 roku rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia wzywa wszystkie kraje członkowskie do opracowania programów zwalczania nowotworów w zakresie profilaktyki pierwotnej, wczesnego wykrywania, rozpoznawania i leczenia oraz opieki paliatywnej. EPAAC zobowiązała kraje członkowskie do opracowania do końca 2013 r. narodowych programów walki z rakiem, których celem jest zmniejszenie o 15% obciążenia chorobami nowotworowymi oraz o 70% nierówności w dostępie do leczenia do 2020 r. W Polsce takiego planu nadal nie ma.

Co takim planem można by osiągnąć?

- ograniczyć występowanie i wpływ czynników ryzyka (profilaktyka pierwotna),
- zwiększyć skuteczność wczesnego wykrywania (profilaktyka wtórna),
- poprawić skuteczność leczenia,
- poprawić jakość życia chorych,
- lepiej zarządzać systemem opartym na wyczerpującej informacji,
- osiągać wysoką efektywność ekonomiczną prowadzonych działań.

To wszystko mogłoby znacznie zmniejszyć liczbę niepotrzebnych zgonów – taki jest ostateczny cel tych wszystkich działań. Czy takie plany mają sens? W Anglii wprowadzono strategię, w Walii zaś nie – różnica jest uderzająca (rys. 8). To są tysiące uratowanych ludzi. To nie jest przypadkowy efekt – tak różni się odsetek wyleczeń raka jelita grubego w dwóch częściach tego samego kraju, z których jedna wprowadziła strategię, a druga nie. Takich przykładów można pokazać wiele.

Rys. 4.8. Anglia i Walia – wyniki leczenia nowotworów jelita grubego u mężczyzn, 1996–2006



Źródło: Rachet i in. (2009).

4.2. Propozycje nowej strategii

W Polsce realizujemy Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, który odgrywał i odgrywa ogromną rolę w naszym systemie, ponieważ wypełnia pewne luki i szybciej nadąża za zmieniającymi się potrzebami w onkologii. Nie jest to jednak strategia walki z rakiem, lecz program pomocowy w wybranych dziedzinach.

Musimy zrobić wszystko, aby ten program był kontynuowany od 2016 r., bowiem uratował on wiele osób, wiele też w Polsce zmienił (choćby wprowadzenie badań przesiewowych, które notabene Polska wprowadziła z opóźnie-

niem). Stanowi on jednak mniej niż 5% środków wydawanych na onkologię. W związku z tym będzie to tylko pewien dodatek do środków, które państwo musi przeznaczyć na zwalczanie nowotworów.

Przykładami działań, które mogłyby być finansowane z przyszłego NPZChN są:

- uzupełnianie braków w systemie (w zakresie infrastruktury – np. budynki, sprzęt; w zakresie organizacji – np. koordynująca rola wyspecjalizowanych ośrodków),
- ułatwianie dostępu do nowych technologii, np. wdrażanie nowych metod diagnostycznych, stosowanie nowych terapii na okres próbny,
- edukacja społeczeństwa (szkoły, uczelnie, instytuty naukowe) oraz pracowników ochrony zdrowia (rys. 4.9).

Rys. 4.9. Strategia a NPZChN

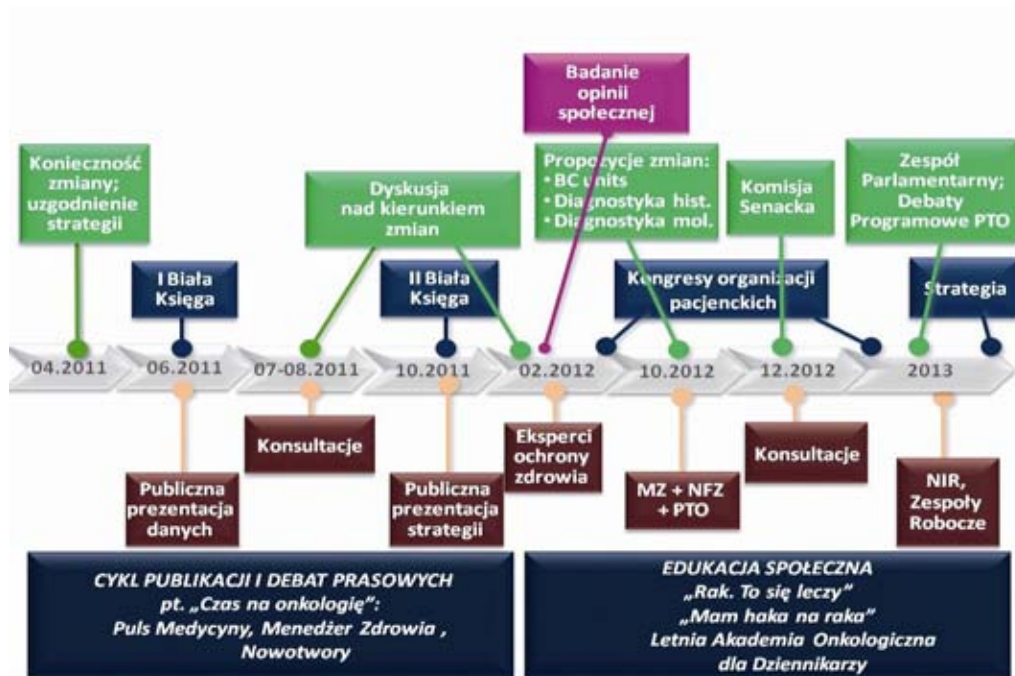


Opracowanie własne.

Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015–2014, polski „Cancer plan” powstał jako oddolna inicjatywa Polskiego Towarzystwa Onkologicznego we współpracy z innymi towarzystwami onkologicznymi w Polsce: Polską Unią Onkologii oraz Koalicją Pacjentów Onkologicznych.

Po trwającym blisko 3 lata okresie przygotowań, w pierwszych dniach 2014 r. rozpoczęliśmy ostatnią fazę prac (rys. 4.10).

Rys. 4.10. „Czas na onkologię” – działania przygotowawcze do powstania projektu Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024



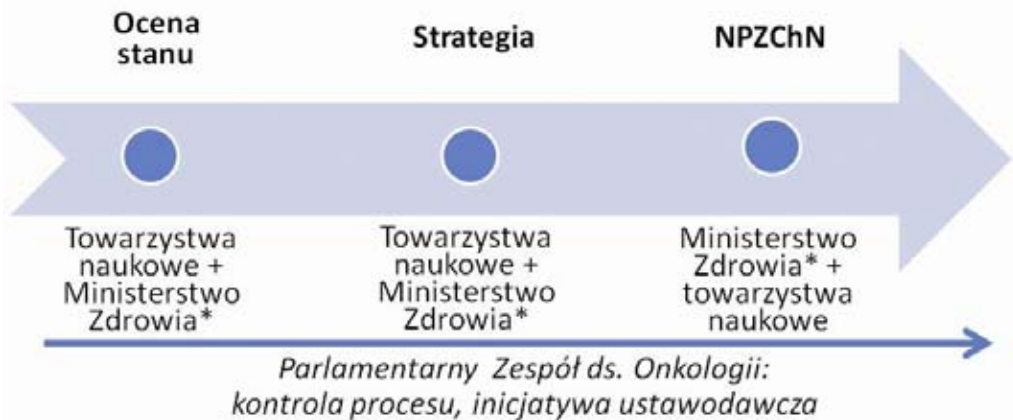
Grupy robocze

1. Właściwe planowanie, koordynacja i wielodyscyplinarne postępowanie diagnostyczno-lecznicze;
2. Wdrażanie i upowszechnianie zaleceń zgodnie z EBM (evidence-based medicine) oraz odpowiedni nadzór nad jakością i równym dostępem do opieki onkologicznej;
3. Koordynacja działalności ośrodków onkologicznych w Polsce (struktura organizacyjna, rozmieszczenie i referencyjność ośrodków, centra doskonałości, ocena jakości);
4. Miejsce i rola Krajowego Centrum Walki z Rakiem, onkologia w uczelniach medycznych;
5. Profilaktyka pierwotna i wtórna;
6. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych;
7. Finansowanie, właściwa wycena świadczeń i racjonalizacja wydatków na świadczenia;

8. Kryteria refundacji, rozszerzony dostęp i indywidualna terapia w sytuacji medycznie uzasadnionej;
9. Baza wiedzy i informacji medycznej;
10. Koordynacja i zapewnienie sprawnego procesu tworzenia i wdrażania strategii.

Wynajęliśmy profesjonalną firmę doradczą, która koordynuje ten projekt. Jest to oddolna inicjatywa, jednak Ministerstwo uczestniczy w naszych pracach. Należy zrobić to wspólnie dla dobra polskich chorych na raka.

Rys. 4.11. Co proponujemy i czego oczekujemy



Środowisko lekarskie, ale nie tylko lekarskie uważa, że musi powstać instytucja, która będzie w Polsce koordynowała sprawy onkologii. Jej nazwa ulegała kilkakrotnie modyfikacji, obecnie proponujemy: „Krajowe Centrum Walki z Rakiem” (KCWR), co najlepiej oddaje istotę sprawy. Powszechna jest chyba opinia, że choroby nowotworowe są bardzo ważne: dla zdrowia publicznego, życia społecznego, ekonomii. Waga tego zagadnienia będzie wzrastała. Za chwilę nowotwory będą pierwszą przyczyną zgonów. Opieka onkologiczna jest w Polsce poniżej średniego poziomu europejskiego. Jedną z przyczyn tego stanu jest brak instytucji koordynującej i nadzorczej.

KCWR powinno:

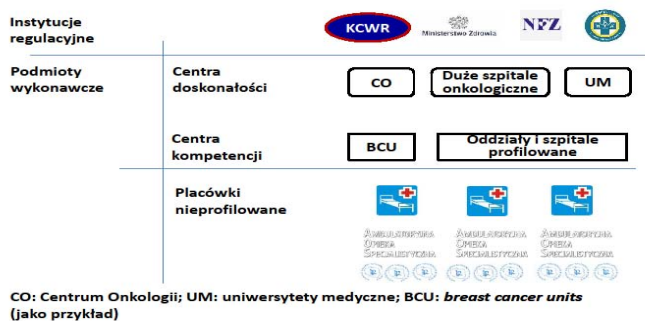
- wyznaczać długoletnie strategie i kierunki preferowanych rozwiązań organizacyjnych,

- pełnić funkcje regulacyjne, monitorujące i arbitrażowe w zakresie wyznaczania standardów, prowadzenia i koordynacji działalności naukowej, nadzoru nad kształceniem, opracowywania wytycznych dla płatnika, opartych na prognozowaniu potrzeb i EBM, a także wytycznych dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia stykających się z chorymi onkologicznymi,
- publikować roczne sprawozdania i przygotowywać z kilkuletnim wyprzedzeniem krocząca prognozy potrzeb.

W skład KCWR powinni wejść wytypowani przez towarzystwa naukowe najwybitniejsi polscy eksperci w dziedzinach związanych z onkologią.

Ma to być bardzo mocna instytucja, działająca na zasadzie uzgodnień środowiskowych w zakresie zadań, kompetencji i sposobu zarządzania. Konieczne jest rozdzielenie funkcji regulacyjnych od wykonawczych – to jest oczywiste. KCWR musi mieć własną osobowość prawną, własny budżet i raportować do Ministerstwa Zdrowia i Sejmu. Oznacza to, że instytucja ta musi być wysoko usytuowana – na poziomie Ministerstwa, NFZ, czy też Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Rys. 4.12. Miejsce Krajowego Centrum Walki z Rakiem w systemie



To są podmioty wykonawcze, czyli najwyższy szczebel: Centrum Onkologii, duże szpitale onkologiczne, szpitale kliniczne, centra kompetencji, gdzie będzie się leczyć w sposób skoordynowany najważniejsze nowotwory, a więc np. *breast cancer units*. I wreszcie, oczywiście, nadal istotna będzie rola placówek nieprofilowanych, w których będzie można realizować proste leczenie onkologiczne oraz podstawową diagnostykę.

Rys. 4.13. Zadania Krajowego Centrum Walki z Rakiem

| | | |
|---|---|--|
| Opracowywanie długofalowych strategii | Prowadzenie i koordynacja działalności naukowej | Kroczące prognozy potrzeb |
| Opracowywanie kryteriów akredytacji i certyfikacji | Monitorowanie jakości procesu diagnostyczno-terapeutycznego | Edukacja społeczna |
| Ustalanie i upowszechnianie zaleceń i standardów | Nadzór nad kształceniem onkologicznym | Informacja dla chorego |
| Opracowywanie najlepszych rozwiązań organizacyjnych | Opracowywanie wytycznych dla płatnika | Raportowanie |
| do rozważenia dodatkowo: | | |
| Koordinacja projektów inwestycyjnych | Zdrowie publiczne: profilaktyka pierwotna i badania przesiewowe | Koordinacja nowego Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych |

Ta instytucja nie będzie zatrudniała własnych ekspertów. Ona ma korzystać z zasobów intelektualnych całego kraju, specjalistów powoływanych do odpowiednich zadań. Jest to wielospecjalistyczna platforma koordynacyjna, sprawdzona w systemach wielu krajów:

- Francja – Institute National du Cancer (INCA),
- Australia – Cancer Institute NSW,
- Kanada – Canadian Partnership Against Cancer,
- Belgia – Belgian Cancer Centre,
- Stany Zjednoczone – National Cancer Institute.

Ta instytucja nie może także wykonywać działalności leczniczej, jej rolą będzie zarządzanie całym tym systemem, koordynacja i działania na rzecz dalekośiężnych planów w zakresie onkologii. Taki model ma następujące zalety:

- kolegialność decyzji,
- brak konfliktu interesów,
- najlepsze wykorzystanie potencjału intelektualnego kraju,
- wielospecjalistyczna platforma koordynacyjna,
- skuteczność w najlepszych systemach opieki onkologicznej.

Podsumowując: polska onkologia jest niedofinansowana i źle zorganizowana. Działania naprawcze powinny być oparte na dobrych wzorach i nie ma potrzeby, aby wszystko robić zupełnie od początku. Działania te są w zasięgu państwa. To się w dużym i nowoczesnym europejskim kraju da zrealizować. Podmiotem wszystkich działań powinni być chorzy. Dobro chorego to obecnie naprawdę mantra wszystkich działań w ochronie zdrowia.

Bibliografia

- Didkowska J., Wojciechowska U. (2008), *Prognozy zapadalności na nowotwory vs oczekiwana skuteczność działań profilaktycznych*, Centrum Onkologii - Instytut, Warszawa.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. (2011), *Nowotwory złośliwe w Polsce*, Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa.
- Gatta G., Trama A., Capocaccia R. (2013), *Variations in cancer survival and patterns of care across Europe: roles of wealth and health-care organization*, “Journal of the National Cancer Institute Monographs”, 46, 79–87.
- Gietka E. (2013), *Różniacy, szarpiący, miażdżący...*, „Polityka”, 3 lipca, s. 18–20.
- Jassem J. (2013), *Jak nie zgubić chorego w systemie*, „Rzeczpospolita”, 4 lutego 2013.
- Jędrzejewski M. i in. (2014), *Public Perception of Cancer Care in Poland and Austria: A Survey Study in Two Countries with Divergent per capita Health Spending* (w druku).
- Kozierkiewicz A., Topór-Mądry R., Śliwczyński A., Pakulski M., Jassem J. (2014), *Skuteczność i koszty leczenia raka piersi w Polsce; podejście regionalne*, „Nowotwory. Journal of Oncology”, 64, 24–32.
- Rachet B., Maringe C., Nur U., Quaresma M., Shah A., Woods L.M., Ellis L., Walters S., Forman D., Steward J., Coleman M.P. (2009), *Population-based cancer survival trends in England and Wales up to 2007: an assessment of the NHS cancer plan for England*, “The Lancet Oncology”, 10, 351–369.
- Sant M., Allemani C., Santaquilkani M. (2009), *EUROCORE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995–1999. Results and commentary*, “European Journal of Cancer”, 45, 931–991.
- Stefanovic V., Fujisawa R. (2011), *Health Policy Perspectives in Cancer Care*, ODCE Open Forum, Madrid.
- Wojtasiński Z. (2014), *Życie z rakiem. Jadowne węże w koszyku*, Wydawnictwo Z/W.

Jacek Jassem

Cancer control in Poland – a new strategy required

Summary

Polish oncologists jointly advocate that Poland needs a new plan in the field of oncology, in view of the population ageing. Although people live longer, they tend to suffer from many old-age diseases. The falling level of cancer risk factors is certainly a positive phenomenon. This is reflected, for instance, in the falling number of tobacco smokers, observed in the male population of Poland, but not among women. Alcohol consumption and the rate of infections, which have been proven to constitute cancer risk factors, are also falling. At the same time, a visible progress can be seen in the field of diagnosis and treatment.

At present, cancer more and more often tends to be a chronic disease, rather than a mortal one. Many people suffer from cancer, but it does not have to constitute their immediate cause of death. It can be assumed that the number of people surviving cancer will be on the rise, with the continuing upward trend in the total cancer incidence rate being unavoidable. However, it should be stressed that the society might exert a considerable impact on this rate, given that two-thirds of all carcinomas are induced by human behaviour, including addictions, nutrition patterns, insufficient physical activity, excessive sunbathing, or infections which are clearly not beyond our control. If no specific measures are taken in this area, one can hardly expect any improvement in the current epidemiological trends.

Janina Markowska

Radosław Mądry

Katedra i Klinika Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Rozdział 5.

STAN OBECNY W LECZENIU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH NARZĄDÓW RODNYCH U KOBIET

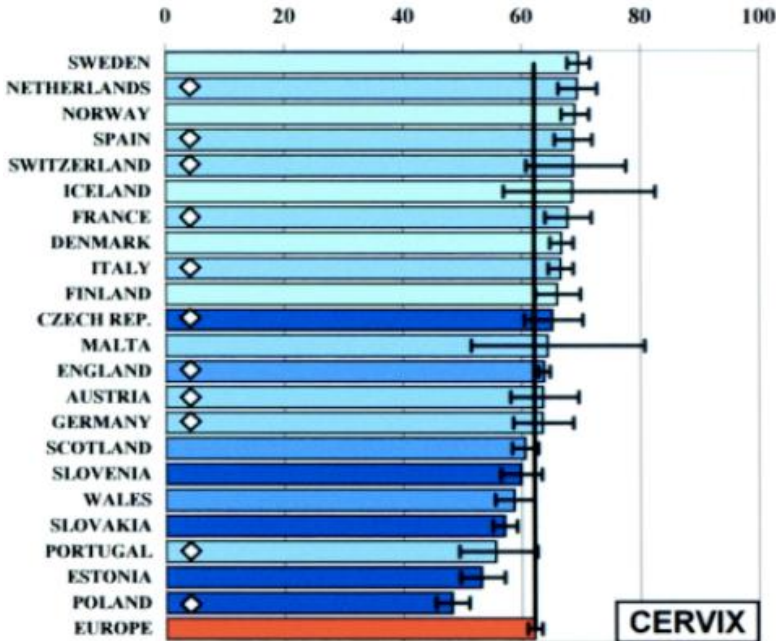
Jeśli chodzi o nowotwory ginekologiczne, obecnie istotne klinicznie pozostają rak szyjki macicy, rak trzonu macicy oraz rak jajnika. Pozostałe nowotwory, z uwagi na częstość występowania, kwalifikują się do grupy nowotworów rzadkich. Równocześnie każdy z wymienionych nowotworów stanowi inną sytuację epidemiologiczną, inaczej jest leczony oraz uzyskuje się inne wyniki leczenia

5.1. Epidemiologia raka szyjki macicy

Od 1990 do 2010 r. liczba zgonów z powodu raka szyjki macicy w Polsce zmniejszyła się z 7,6 do 5,2 na 100 tys. kobiet (Wojciechowska i inni, 2013). Oznacza to poprawę, która jednak nie jest satysfakcjonująca w porównaniu z innymi krajami. W Finlandii, która w latach 60. rozpoczęła *skryning* populacyjny, w okresie 1963-2010 liczba zgonów na raka szyjki macicy zmniejszyła się aż ponad 6-krotnie – z 6,2 do zaledwie 1 na 100 tys. ([http://www.cancer.fi/syoparekisteri/...](http://www.cancer.fi/syoparekisteri/)).

Niestety, należymy do krajów o najgorszych wynikach leczenia raka szyjki macicy w Unii Europejskiej przed włączeniem państw bałkańskich. Dane pochodzące z badania *Eurocare 3* dotyczące pacjentek, u których nowotwór rozpoznano w latach 1990–1994, plasują nasz kraj na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej (Coleman i inni, 2003).

Rys. 5.1. Wyniki badania Eurocare-3 dotyczącego przeżywalności pacjentek z rakiem szyjki macicy rozpoznanym w latach 1990–1994.

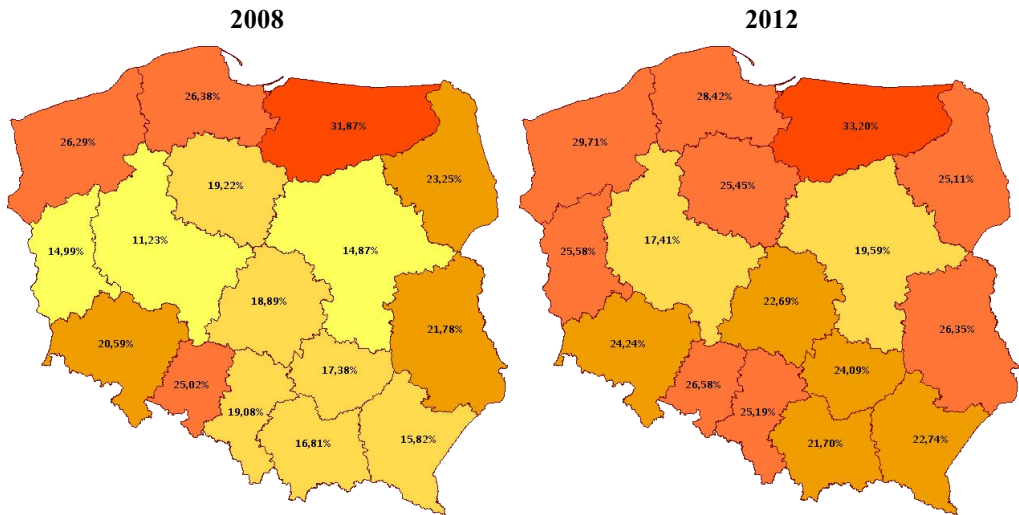


Źródło: Coleman i inni (2003).

5.1.1. Profilaktyka wtórna

Zmniejszenie się umieralności związane jest z programami badań przesiewowych wprowadzonymi w Europie w latach 60. XX wieku. Program *skryningu* w Polsce został wprowadzony w roku 2004. Programem profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów szyjki macicy jest objęta populacja kobiet w wieku od 25 do 59 lat. Badania są przeprowadzane 1 raz na 3 lata i polegają na badaniu cytoonkologicznym. Istotnym problemem jest niska częstość zgłaszania się na takie badania – do zalecanych 70% pokrycia populacji nadal brakuje nam od 40 do 47%. Niestety nadal znaczna liczba kobiet pozostaje poza programem, co ilustruje rycina 2.

Rys. 5.2. Objęcie populacji programem profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy 2008 i 2012 na podstawie danych Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjne Programy Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy (<http://profilaktykaraka.coi.waw.pl>).



Źródło: <http://profilaktykaraka.coi.waw.pl>.

Zgłaszanie się do programu nie koreluje z zachorowalnością ani, co istotne, z umieralnością – co wskazuje na liczą grupę kobiet, które uczestniczą w skryningu poza programem populacyjnym. (tab. 1). Nie obserwuje się zależności pomiędzy objęciem populacji nadzorem a zachorowalnością i umieralnością.

Tabela 5.1. Stopień objęcia populacji (%), zachorowalność i umieralność na raka szyjki macicy w Polsce w podziale na województwa w roku 2010 (wg objęcia badaniami populacji województw).

| Województwo | Procent objęcia populacji | Zachorowalność | Umieralność |
|---------------------|---------------------------|----------------|-------------|
| Warmińsko-mazurskie | 31,54 | 14,5 | 6,5 |
| Zachodniopomorskie | 29,27 | 10,4 | 5,5 |
| Pomorskie | 26,88 | 13,3 | 5,3 |
| Lubuskie | 25,35 | 12,2 | 7,5 |
| Lubelskie | 25,1 | 8,1 | 4,0 |
| Opolskie | 24,95 | 8,5 | 5,7 |
| Podlaskie | 24,79 | 11,2 | 5,7 |
| Śląskie | 24,51 | 9,6 | 6,0 |
| Kujawsko-pomorskie | 24,28 | 13,4 | 5,3 |
| Świętokrzyskie | 23,8 | 10,1 | 3,9 |
| Dolnośląskie | 22,99 | 11,0 | 5,1 |
| Podkarpackie | 22,17 | 8,0 | 3,6 |
| Łódzkie | 21,14 | 9,3 | 5,0 |
| Małopolskie | 20,97 | 9,8 | 4,3 |
| Mazowieckie | 18,84 | 10,1 | 5,4 |
| Wielkopolskie | 16,63 | 8,9 | 4,6 |
| Polska | 23,95 | 10,3 | 5,1 |

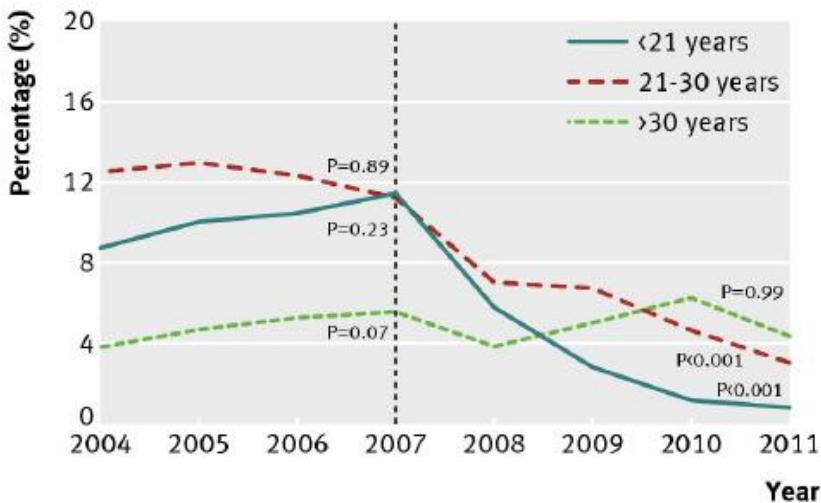
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z: Wojciechowska, Didkowska, Zatoński (2012).

5.1.2. Profilaktyka pierwotna

Dzięki poznaniu roli, jaką w patogenezie raka szyjki macicy odgrywiają wirusy HPV o wysokim potencjale onkogenym (HPV 16,18), możliwe stało się zastosowanie profilaktyki pierwotnej. Szczepienia za pomocą dwóch leków (Silgrad® – MSD, Cervarix® – GSK) wykazały w badaniach rejestracyjnych zmniejszenie ryzyka przetrwałej infekcji HPV. Oba produkty spowodowały redukcję ryzyka rozwoju zmian CIN2+. Dostępne są również dane obrazujące

wpływ szczepień pochodzące z poza badań klinicznych. Dane pochodzące z badań w Australii, gdzie w 2007 r. wprowadzono narodowy program szczepień szczepionką tetrawalentną pokazują istotną redukcję częstości rozpoznawania kłykcin (które uznaje się za surogat infekcji wirusami wysoce onkogennymi) w populacji poddanej szczepieniom.

Rys. 5.3. Proporcje w rozpoznawaniu nowych przypadków kłykcin u kobiet w latach 2004–2011 w podziale na grupy wiekowe (pionowa przerywana linia oznacza moment wprowadzenia programu szczepień przeciwko wirusom HPV szczepionką tetrawalentną; szczepieniu podlegały kobiety w wieku do 21 oraz od 21 do 30 lat).



Źródło: Hammad i inni (2013).

Obecnie w Polsce szczepienie przeciwko HPV nie znajduje się w kalendarzu szczepień. Równocześnie liczne programy po pozytywnej opinii AOTM realizowane są przez samorządy lokalne.

5.1.3. Leczenie operacyjne

W leczeniu operacyjnym raka szyjki macicy obserwujemy postęp, który polega na zachowaniu płodności u części pacjentek, zmniejszeniu powikłań oraz zastosowaniu robota operacyjnego – systemu *daVinci* co skraca zabieg.

Leczenie umożliwiające zachowanie płodności w stopniu IA1-IIA1 (przy wielkości guza nowotworowego mniejszej od 2 cm) polega na radykalnej *trachelektomii* (usunięcie szyjki macicy wraz z przymaciczkami i sklepieniami pochwy z zachowaniem trzonu macicy). Trachelektomie mogą być wykonywane

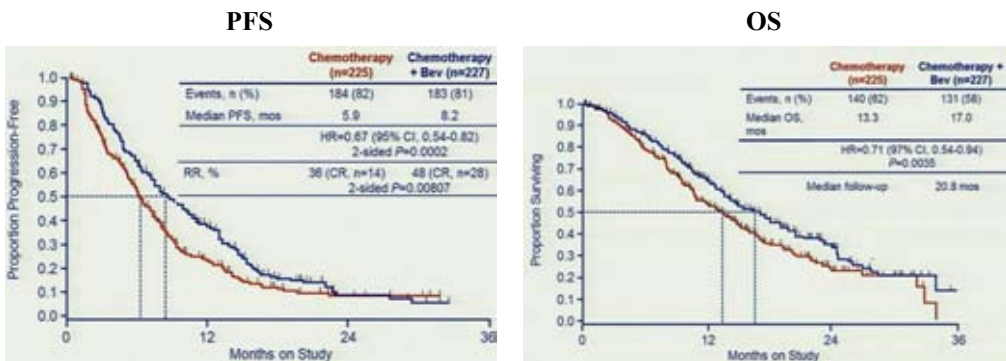
metodą klasyczną (*laparoskopowo-pochwowa*), *przezbrzuszną*, w całości laparoskopowo lub za pomocą robota (*system daVinci*). Wśród pacjentek poddanych leczeniu za pomocą tej techniki u 50% dochodzi do zajścia w ciążę, z których około połowie udaje się osiągnąć 32–33 tydzień trwania ciąży, którą kończy się za pomocą cięcia cesarskiego.

Leczenie oszczędzające unerwienie wegetatywne umożliwia zmniejszenie częstości powikłań okołoperacyjnych dotyczących motoryki dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz pęcherza moczowego, a także poprawia jakość życia poprzez zmniejszenie problemów seksualnych. Zachowanie unerwienia wegetatywnego jest łatwiejsze przy zastosowaniu laparoskopii lub robota operacyjnego (*system daVinci*).

5.1.4. Leczenie systemowe

W leczeniu choroby zaawansowanej w badaniu III fazy (GOG240) wykazano skuteczność zastosowania *bewacizumabu* w połączeniu z chemioterapią u pacjentek z rakiem szyjki macicy w stopniu IVB lub nawrotem, nieleczonych wcześniej systemowo. Chemioterapia składająca się z *paklitakselu* z *topotekanem* nie okazała się skuteczniejsza od kombinacji *cisplatyny* z *paklitaksemem*, a zastosowanie *bewacizumabu* w połączeniu z chemioterapią wydłużyło w sposób istotny statystycznie medianę czasu do progresji (8,2 vs 5,9 miesiące) oraz medianę całkowitego czasu przeżycia (17,0 vs 13,3 miesiące), (Tewari Krishnansu i inni, 2013).

Rys. 5.4. Wyniki leczenia zaawansowanego lub przerzutowego raka szyjki przy zastosowaniu chemioterapii z lub bez *bewacizumabu*



Źródło: Tewari Krishnansu i inni (2013).

5.2. Epidemiologia raka jajnika

Sytuacja epidemiologiczna jeśli chodzi o raka jajnika jest obecnie stabilna. Zachorowalność na nowotwory złośliwe jajnika wzrastała do połowy lat 90. XX wieku (12,2/105 w 1996 r.), po czym nastąpił spadek i stabilizacja zachorowalności na poziomie około 11/105 (Wojciechowska i inni, 2013).

5.2.1. Profilaktyka wtórna

Niestety nadal większość chorych w chwili rozpoznania jest w III i IV stopniu zaawansowania wg FIGO. Próby wprowadzenia skutecznego programu skryningu nie są skuteczne. Najbardziej zaawansowane badania brytyjskiego zespołu UKFOCSS wykazały, że zintensyfikowanie nadzoru poprzez oznaczenie markera CA125 co 4 miesiące z następowym wykonywaniem ultrasonografii przezpochwowej nie są skuteczne. Taki nadzór nie poprawił w sposób istotny możliwości wykrywania wczesnych raków jajnika u pacjentek z wysokim ryzykiem jego występowania. Odsetek wykrytych raków wczesnych (I i II) w badaniu brytyjskim był nadal niezadowalający i nie wyższy niż w badaniach corocznych. Nie wpływało to również na statystycznie istotne wydłużenie czasu przeżycia.

Profilaktyczna chirurgia polegająca na wycięciu jajników i jajowodów pozostaje w chwili obecnej standardem u osób z wysokim ryzykiem raka jajnika lub jajowodu (Rosenthal i inni, 2013).

W naszym kraju w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” realizowane jest zadanie: „Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe”. W ramach tego zadania możliwe jest wykrywanie osób o zwiększonym ryzyku zachorowania oraz prowadzenie nadzoru poprzez badania obrazowe (MMR, NMR) oraz biochemiczne (oznaczanie antygenu CA125). Elementem zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka jajnika jest profilaktyczne wycięcie jajników i jajowodów.

5.2.2. Leczenie systemowe

Jeśli chodzi o leczenie systemowe raka jajnika, w roku 2013 przedstawiono kilka istotnych badań.

Chemioterapia neoadjuwantowa

Badanie CHORUS (Chemotherapy or upfront surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer: Results from the MRC CHORUS trial) (Kehoe i inni, 2013), potwierdziło wcześniejsze wyniki badania EORTC z 2008 roku dotyczące *chemioterapii neoadjuwantowej*. Jest to drugie badanie oparte na randomizacji, wykazujące że w zaawansowanym raku jajnika *chemioterapia neoadjuwantowa* może być alternatywą dla pierwotnej chirurgii. U pacjentek w III/IV stopniu zaawansowania – nie stwierdzono różnic mediany czasu do progresji (11,7 vs 10,3 miesiące) oraz mediany całkowitego czasu przeżycia (24,5 vs 22,8 miesiące). Równocześnie istotnie mniejsza była umieralność okołoperacyjna w grupie pacjentek leczonych *chemioterapią neoadjuwantową*.

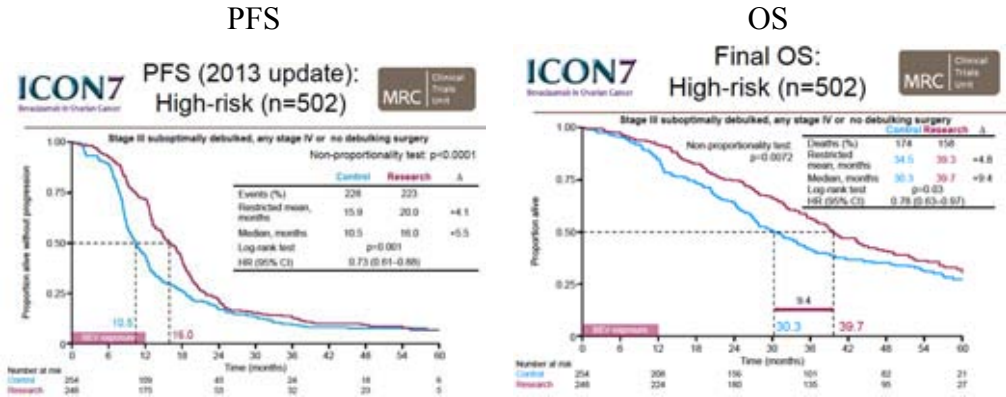
Chemioterapia I linii

Dwa badania: MITO 7 oraz GOG262 nie potwierdziły wyników japońskiego badania Novell. Japońskie badanie wykazało, że chemioterapia, w której *paklitaksel* był podawany co 7 dni wydłużyła istotnie medianę czasu do progresji oraz medianę całkowitego czasu przeżycia. W badaniach prowadzonych w Europie i Stanach Zjednoczonych *paklitaksel* + *karboplatyna* podawane co tydzień (MITO7) (Pignata i inni, 2013), oraz *karboplatyna* podawana co 21 dni + *paklitaksel* podawane co tydzień (GOG262) nie okazały się skuteczniejsze niż podawane co 21 dni (Chan i inni, 2013). Wydaje się, że populacja japońska inaczej odpowiada na chemioterapię podawaną co 7 dni.

ICON7

Na zjeździe ESMO 2013 w Amsterdamie przedstawiono końcowe wyniki badania ICON7. Nie stwierdzono statystycznego wydłużenia czasu do progresji oraz całkowitego czasu przeżycia. W podgrupie pacjentek w stopniu III i IV z wielkością resztek powyżej 1 cm zastosowanie *bewacizumabu* wydłuża w sposób statystycznie istotny czas do progresji (PFS) oraz całkowity czas przeżycia (OS) (Oza i inni, 2013).

Rys. 5.5. Wyniki leczenia pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika w stopniu III i IV wg FIGO z wielkością resztek ponad 1 cm przy zastosowaniu *bevacizumabu* – prezentacja końcowych wyników – ESMO 2013.



Źródło: Oza i inni (2013).

Leczenie *antyangiogenne* wydaje się tymczasem jednym z najbardziej obiecujących kierunków badań. Obecnie wykazano aktywność 5 leków w leczeniu raka jajnika. Wszystkie te preparaty wydłużyły czas do progresji (tab. 4.2), całkowity czas przeżycia jeszcze nie został wydłużony.

Tabela 5.2. Leczenie antyangiogenne w raku jajnika – wpływ na czas do progresji

| Badanie | Miejsce prezentacji | Lek | Miejsce w leczeniu raka jajnika | HR |
|------------|---------------------|-------------|---------------------------------|------|
| GOG 213 | ASCO 2010 | Bevacizumab | I linia | 0,72 |
| ICON7 | ESGO 2010 | Bevacizumab | I linia | 0,81 |
| OCEANS | ASCO 2011 | Bevacizumab | wznowa platynowrażliwa | 0,53 |
| AURELIA | ASCO 2012 | Bevacizumab | wznowa platynooporna | 0,48 |
| AGO-OVAR16 | ASCO 2013 | Pazopanib | leczenie podtrzymujące | 0,77 |
| TRINOVA-1 | ESMO 2103 | Trebananib | wznowa | 0,66 |
| AGO-OVAR12 | ESGO 2013 | Nintedanib | I linia | 0,84 |
| ICON6 | ESGO 2013 | Cediranib | wznowa platynowrażliwa | 0,57 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z literatury oraz zjazdów ASCO, ECCO-ESMO i ESGO z roku 2013.

5.3. Rak endometrium

5.3.1. Epidemiologia raka endometrium

Od dwu dekad obserwujemy wzrost zachorowalności i należy liczyć się z utrzymaniem tego trendu przy stabilnym lub niewielkim wzroście poziomu umieralności.

Od roku 1990 liczba zachorowań wzrosła 2-krotnie. W roku 1990 zgłoszono 2540 zachorowań, w 2010 – 5125. Wzrost liczby zgonów nie wykazał podobnej dynamiki: odpowiednio 763 i 1042 zgony. Związane jest to z występowaniem wczesnych objawów a co za tym idzie z wcześniejszym wykrywaniem tego nowotworu (Wojciechowska, 2013).

5.3.2. Leczenie operacyjne

Rak trzonu macicy jest obecnie nowotworem najlepiej rokującym spośród nowotworów ginekologicznych. Po zmianie stopniowania FIGO jaka nastąpiła w 2009 r. sugeruje się, aby wszystkie chore poddawane zabiegowi operacyjnemu miały usuwane węzły chłonne miedniczne oraz okołoaortalne. W codziennej praktyce okazuje się to często niepotrzebne. Szereg danych wskazuje, że pacjentki z tzw. wczesną postacią raka endometrium, definiowaną jako:

- typ endometrialny
- typ G1/G2
- naciek mniejszy niż ½ grubości mięśnia
- zmiana mniejsza niż 2 cm

mogą przejść „ograniczone” leczenie operacyjne, na które składa się wycięcie macicy z przydatkami bez węzłów chłonnych.

Równocześnie leczenie to może być leczeniem małoinwazyjnym – z zastosowaniem laparoskopii lub robota operacyjnego - systemu daVinci. Wyniki badania LAP2 wskazują, że jest to bezpieczne w odniesieniu zarówno do okresu okołoperacyjnego, jak i wyników odległych (Walker i inni, 2009).

Pomimo dobrego rokowania wznowy występują u ponad 20% chorych i są dla większości pacjentek przyczyną zgonu. W ciągu od 3 do 19 lat po leczeniu wznowy zaledwie 7,7% pacjentek żyje bez cech choroby (Mariani i inni, 2004).

5.3.3. Radioterapia

Równocześnie coraz więcej danych wskazuje, że radioterapia u młodych chorych powinna być stosowana szczególnie selektywnie. Korzyści z jej stosowania we wczesnych stopniach zaawansowania są nieznaczne, natomiast ryzyko

wtórnych nowotworów w 20 lat po jej zastosowaniu i powodują skrócenie życia jest bardzo duże (Lindemann i inni, 2012).

5.3.4. Leczenie systemowe

W leczeniu systemowym raka trzonu wyniki badania GOG 209 potwierdziły obserwacje, że schemat *paklitaksel* + *karboplatyna* stosowany powszechnie z uwagi na mniejszą toksyczność wykazał w randomizowanym badaniu klinicznym w grupie chorych w stopniu III, IV, lub ze wznową podobną częstość odpowiedzi – 51%, podobną medianę czasu do progresji (13 miesięcy) oraz podobną medianę czasu przeżycia (37 vs 40 miesięcy) w porównaniu do schematu TAP (*cisplatyna* + *doksorubicyna* + *paklitaksel*). Schemat 2-lekowy wykazał również mniejszą toksyczność (Miller i inni, 2012).

5.4. Zakończenie/ Wnioski

Obecnie w ginekologii onkologicznej istotne klinicznie są rak szyjki macicy, rak jajnika oraz rak endometrium. Każdy z nich wykazuje inny typ problemu medycznego, co jest związane z inną sytuacją epidemiologiczną, możliwością profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz dostępnymi metodami leczenia.

Rak szyjki macicy jest wyznacznikiem jakości systemu opieki medycznej. Od 1990 do 2010 r. liczba zgonów z powodu raka szyjki macicy spadła w naszym kraju z 7,6 do 5,2 na 100 tys. kobiet. Pomimo takiej poprawy jesteśmy daleko poza liderami w tej dziedzinie; w Finlandii liczba zgonów wynosi 1,0 na 100 tys. Polski program skryningu nadal nie pokrywa odpowiednio dużej części populacji i nie widać postępu na tym polu. Nie widać również korelacji pomiędzy odsetkiem populacji objętym nadzorem a zachorowalnością i umieralnością.

Szczepienia zmniejszające ryzyko infekcji HPV pomimo szeregu danych opartych na randomizowanych badaniach klinicznych oraz dostępnych danych z programu realizowanego w Australii, nie są częścią narodowego programu szczepień. Równocześnie realizowane są liczne lokalne programy szczepień przeciwko HPV posiadające pozytywne opinie AOTM. W ostatnich latach w dziedzinie leczenia operacyjnego nastąpił znaczny postęp w leczeniu oszczędzającym chorych w stopniu IA1-IIA1(>2 cm) poprzez wprowadzenie *trachelektomii* (klasycznej – *laparoskopowo-pochwowej*, *przezbrzuszej* oraz z pomocą *roboty daVinci*), Wprowadzono leczenie oszczędzające unerwienie wegetatywne. W leczeniu choroby zaawansowanej (IVA lub wznowa) zastosowanie systemowo *bewacizumabu* w połączeniu z chemioterapią u pacjentek nieleczo-nych wcześniej wydłużyło medianę czasu do progresji oraz medianę całkowitego czasu przeżycia.

W raku jajnika sytuacja epidemiologiczna jest stabilna, równocześnie nadal nie wykazano skutecznej formy *skryningu* nawet przy bardzo intensywnym nadzorze. W Polsce możemy pochwalić się skutecznym programem opieki nad rodzinami wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, co dzięki zabiegom profilaktycznego usuwania jajników i jajowodów jest obecnie jedyną drogą skutecznego zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka jajnika. Postęp w leczeniu jest niewielki. W chwili obecnej dotyczy chemioterapii z zastosowaniem *bewacizumabu* w I linii leczenia. Wydaje się, że leczenie antyangiogenne daje obecnie największe szanse na poprawę przeżycia. Zastosowanie chemioterapii z cotygodniowym podawaniem paclitakselu nie poprawiło wyników leczenia.

W przypadku raka endometrium od 2 dekad obserwujemy wzrost zachorowalności i należy liczyć się utrzymywaniem tego trendu przy stabilnym lub niewielkim wzroście poziomu umieralności. Pomimo dobrego rokowania wznowy występują u ponad 20% chorych. Na podstawie szeregu badań klinicznych zdefiniowano pojęcie wczesnej postaci raka endometrium co pozwala ograniczyć zakres zabiegu oraz wykazano szkodliwość radioterapii u młodych kobiet w 20 lat po naświetleniu. W ostatnich latach udowodniono bezpieczeństwo chirurgii laparoskopowej oraz potwierdzono, że schemat 2-lekowy jest równie skuteczny przy mniejszej toksyczności.

Bibliografia

- Chan J, Brady M, Penson R, Monk B, Boente M., Walker J., Davidson S., DiSilvestro P., O'Malley D., Morgan M., Pearl M., De Geest K., Michael H. (2013), *Every-3-weeks vs. Dose dense weekly paclitaxel combined with carboplatin +/- bevacizumabin advanced epithelial ovarian, peritoneal or fallopian tube cancer GOG 262: a phase 3 randomized trial of the gynecologic oncology group*, European Society of Gynaecological Oncology 2013 – Liverpool .
- Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A, Estève J, Sant M , Storm H, Allemani C, Ciccolallo L, Santaquilani M, Berrino F. (2003), *EUROCORE Working Group.EUROCORE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century*, –*Annals of Oncology*”, 14, Suppl. 5, 128–134.
- Hammad A, Basil D, Wand H., Read TRH, Regan DR, Andrew E, Grulich AE, Fairley CK, Guy RJ. (2013), *Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data*, –*British Medical Journal*”, 346,f2032
- http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/mass-screening-registry/cervical_cancer_screening/ (1.12.2013).
- <http://profilaktykaraka.coi.waw.pl/hydra/pub/files/file/simp/c/arch/popc2008.png>
- <http://profilaktykaraka.coi.waw.pl/hydra/pub/files/file/simp/c/arch/popc2012.png> (1.12.2013).

- Kehoe S, Hook J, Nankivell M, Jayson GC, Kitchener HC, Lopes T, Luesley D, Perren T, Banoo S, Mascarenhas M, Dobbs S, Essapen S, Twigg J, Herod J, McCluggage WG, Parmar M, Swart AM (2013), Chemotherapy or upfront surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer: Results from the MRC CHORUS trial, *Journal of Clinical Oncology*, 31 (suppl; abstract 5500).
- Lindemann K, Onsrud M, Kristensen G, Trope C. (2012), Survival after radiation therapy for early-stage endometrial carcinoma: The Oslo study revisited after up to 43 years of follow-up, *Journal of Clinical Oncology*, 30 (suppl; abstract 5008).
- Mariani A, Dowdy SC, Keeney GL, Long HJ, Lesnick TG, Podratz KC. (2004), High-risk endometrial cancer subgroups: candidates for target-based adjuvant therapy, *Gynecologic Oncology*, 95, 1, 120–126.
- Miller D, Filiaci V., Fleming G., Mannel R., Cohn D., Matsumoto T., Tewari K., DiSilvestro P., Pearl M., Zaino R (2012), Randomized phase III noninferiority trial of first line chemotherapy for metastatic or recurrent endometrial carcinoma: A Gynecologic Oncology Group study, *Gynecologic Oncology*, 125, 3, 771.
- Oza AZ, Perren TJ, Swart AM, Schröder W, Pujade-Lauraine E, Havsteen H, Beale P, Cervantes A, Embleton AC, Parmar M (2013), *ICON7: Final overall survival results in the GCIg phase III randomized trial of bevacizumab in women with newly diagnosed ovarian cancer*, European Society for Medical Oncology, Abstract, 6.
- Pignata S, Scambia G, Lauria R, Raspagliesi F, Benedetti Panici P, Cormio G, Katsaros D, Sorio R, Cavazzini G, Ferrandina G, Breda E, Murgia V, Sacco C, Asensio Sierra NM,
- Pisano C, Salutati V, Weber BE, Pujade-Lauraine E, Gallo C, Perrone F (2013), *A randomized multicenter phase III study comparing weekly versus every 3 weeks carboplatin (C) plus paclitaxel (P) in patients with advanced ovarian cancer (AOC): Multicenter Italian Trials in Ovarian Cancer (MITO-7)—European Network of Gynaecological Oncological Trial Groups (ENGOT-ov-10) and Gynecologic Cancer Intergroup (GCIg) trial*, *Journal of Clinical Oncology*, 31 (suppl; abstract LBA5501).
- Rosenthal AN, Fraser L, Philpott S, Manchanda R, Badman P, Hadwin R, Evans G, Eccles D, Skates SJ, Mackay J, Menon U, Jacobs I. (2013), *Final results of 4-monthly screening in the UK Familial Ovarian Cancer Screening Study (UKFOCSS Phase 2)*, *Journal of Clinical Oncology*, 31 (suppl; abstract 5507)
- Tewari KS, Sill MW, Long III HJ, Penson RT, Huang H, Ramondetta LM, Landrum LM, Oaknin A, Reid TJ, Leitao MM, Michael HE, Monk BJ (2014), *Incorporation of bevacizumab in the treatment of recurrent and metastatic cervical cancer: A phase III randomized trial of the Gynecologic Oncology Group*, *New England Journal of Medicine* 370:734–43.
- Walker JL, Piedmonte MR, Spiratos NM, Eisenkop SM, Schlaerth JB, Mannel RS, Spiegel G, Barakat R, Pearl ML, Sharma SK. (2009), *Laparoscopy compared with laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group Study LAP2*, *Journal of Clinical Oncology*, 27, 5331–5336.
- Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. (2012), *Nowotwory złośliwe w Polsce w roku 2010*. Cancer in Poland in 2010 Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Wojciechowska U., Didkowska J. (2013), *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów*, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; <http://onkologia.org.pl/raporty/> (1.12.2013).

Janina Markowska, Radosław Mądry

The current state of treating malignant carcinomas of the female genital tract

Summary

Cervical cancer, ovarian cancer and endometrial cancer currently pose the most serious clinical challenges in oncologic gynaecology. Each of these entails different medical problems, arising from different epidemiological conditions, primary and secondary prophylaxis opportunities, and available treatment methods.

Cervical cancer care constitutes a determinant of the quality of the healthcare system quality. Despite the dropping falling mortality rates, Poland is still way behind the Western European countries. The HPV vaccines, reducing the risk of cervical cancer, are not part of the national vaccination programme. At the same time, many local HPV vaccination programmes are being implemented, having obtained positive opinions from AOTM (the Agency for Health Technology Assessment). Poland operates an efficient healthcare programme addressed to high risk hereditary cancer groups, entailing the prophylactic removal of ovaries and oviducts, which is now the only means of a successful reduction in the ovarian cancer risk.

As regards endometrial cancer, an increased incidence has been observed for the last two decades, and this upward trend is expected to continue, along with a stable or slight increase in the mortality level.

Janusz Szymborski

*Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa,
Collegium Civitas,*

Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska

*Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie,
Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów,
Krajowy Rejestr Nowotworów*

Rozdział 6.

NOWOTWORY ZŁOŚLIWE U DZIECI I MŁODZIEŻY W POLSCE

6.1. Wprowadzenie

Choroby nowotworowe u dzieci, mimo dokonanego w ostatnich dziesięcioleciach ogromnego postępu w leczeniu, pozostają poważnym problemem zdrowia publicznego w Unii Europejskiej. Corocznie w krajach UE rozpoznaje się nowotwór złośliwy u ponad 15 000 dzieci i młodzieży; w każdym roku około 3000 dzieci umiera z tej przyczyny. W UE żyje blisko 500 000 dorosłych obywateli, którzy w dzieciństwie zmagali się z chorobą nowotworową, przy czym szacuje się, że w latach 2020–2025 liczba ta sięgnie miliona osób.¹

W Polsce w 2011 r. do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) zgłoszono nieco ponad 1000 zachorowań na nowotwory u dzieci (12,2 na 100 tys. populacji), co stanowiło 0,8% ogółu zachorowań nowotworowych. Według danych krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii pediatricznej w Polsce corocznie 2000–2200 dzieci poddawane jest leczeniu przeciwnowotworowemu, a około 10 000 dzieci wymaga monitorowania stanu zdrowia.² O znaczeniu nowotworów w medycynie wieku rozwojowego i w zdrowiu publicznym decyduje jed-

¹ European Elections 2014 Electoral Manifesto for the paediatric oncology and haematology community, SIOPE, ICCPO, ENCCA <http://www.siope.eu/news-and-resources/conferences-and-events/iccd/manifesto-paediatric-oncology-haematology-community/>

² Informacje pochodzące od Konsultanta Krajowego w dziedzinie Onkologii i Hematologii Dziecięcej zawarte w Programie Wczesnej Diagnostyki Obrazowej Nowotworów u Dzieci w latach 2012–2016 (Minister Zdrowia, Warszawa 2012).

nak nie tyle częstość występowania, ile fakt, że zarówno w UE, jak i w Polsce, stanowią one drugą po wypadkach, urazach i zatruciach – ale pierwszą chorobą – przyczynę zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat.

W Polsce dokonał się w ostatnim 50-leciu ogromny postęp w zakresie leczenia i opieki nad dzieckiem z chorobą nowotworową, którego miarą jest wzrost odsetka uzyskiwanych remisji całkowitych, zwiększenie liczby trwałych wyleczeń i wydłużenie czasu przeżycia chorych, co sytuuje Polskę blisko krajów o najlepszych wskaźnikach wyleczalności. Ważnym z punktu widzenia zdrowia publicznego zagadnieniem onkologii dziecięcej pozostaje jednak konieczność poprawy wczesnego wykrywania nowotworów u dzieci. W Polsce około 70% rozpoznanych u dzieci nowotworów jest w III i IV stopniu zaawansowania choroby, kiedy wyleczalność jest zdecydowanie niższa niż w I i II stadium (Chybicka, 2007). Celem niniejszego opracowania jest zarysowanie aktualnej sytuacji w onkologii pediatricznej. Na podstawie danych epidemiologicznych dotyczących zachorowalności i umieralności oraz danych na temat udzielanych świadczeń onkologicznych poddano pod dyskusję wybrane zagadnienia profilaktyki, diagnostyki, leczenia i opieki nad dziećmi chorującymi na nowotwory złośliwe.

6.2. Materiał i metody

Dane epidemiologiczne pochodzą z Krajowego Rejestru Nowotworów umiejscowionego w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, natomiast informacje kliniczne w części oparte są na treściach znajdujących się w portalu onkologia.org.pl.³

Informacje na temat korzystania z onkologicznych porad specjalistycznych zaczerpnięto z publikacji GUS: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2011 roku (GUS 2011)*. Dane dotyczące chorobowości szpitalnej pochodzą z Państwowego Zakładu Higieny – Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (PZH-NIZP), natomiast dane dotyczące domowej opieki paliatywnej z Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci (WHD). W zależności od źródła danych przedziały wiekowe przedstawione są niejednolicie, co wynika z metodologii badań przyjętych przez wymienione ośrodki. Ponadto wykorzystano wybrane informacje zawarte w publikacjach naukowych z literatury przedmiotu.

³ Autorem części poświęconej zagadnieniom pediatricznym opublikowanym na stronie onkologia.org.pl jest prof. dr hab. med. Jerzy Kowalczyk - Uniwersytet Medyczny w Lublinie, kierownik Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

6.3. Epidemiologia nowotworów złośliwych u dzieci i młodzieży

Nowotwory złośliwe u dzieci (osoby w wieku 0–19 lat) są chorobami rzadkimi. Zachorowania w tej grupie wiekowej stanowią poniżej 1% zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce. W Polsce w ciągu ostatniej dekady liczba zachorowań na nowotwory w tym wieku zmniejszyła się o około 300 przypadków (z 1374 w 1999 do 1002 w 2011 r.). Bezwzględny spadek liczby zachorowań jest powiązany ze spadkiem liczby dzieci w tym wieku (w latach 1999–2011 liczba osób w wieku 0–19 lat zmniejszyła się o około 1,2 mln) (*Rocznik...*, 2013). Obecnie notuje się około 1000 zachorowań rocznie. Liczba zgonów z powodu nowotworów w tym samym okresie zmniejszyła się prawie dwukrotnie i obecnie stanowią one około 0,3% zgonów nowotworowych – w 2011 r. 246 zgonów (por. tab. 6.1) (Didkowska i inni, 2013).

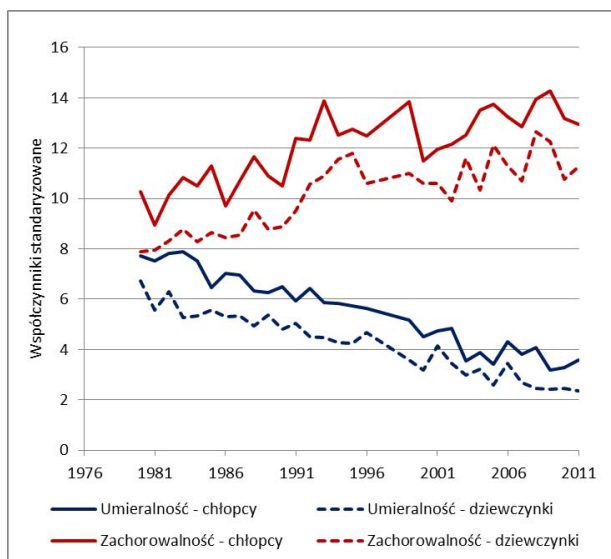
Tabela 6.1. Nowotwory złośliwe u dzieci w wieku 0–19 lat w Polsce w latach 1999–2011

| ROK | Zachorowalność | | | | Umieralność | | | |
|------|----------------|-------------|---------------------|---------|-------------|-------------|---------------------|----------|
| | Liczba | Wsp. surowy | Wsp. standaryzowany | % zach. | Liczba | Wsp. surowy | Wsp. standaryzowany | % zgonów |
| 1999 | 1374 | 12,4 | 12,5 | 1,2% | 473 | 4,3 | 4,4 | 0,6% |
| 2000 | 1201 | 11,1 | 11,1 | 1,0% | 423 | 3,9 | 3,9 | 0,5% |
| 2001 | 1185 | 11,3 | 11,3 | 1,0% | 458 | 4,4 | 4,5 | 0,5% |
| 2002 | 1121 | 11,0 | 11,1 | 1,0% | 421 | 4,1 | 4,2 | 0,5% |
| 2003 | 1184 | 12,0 | 12,1 | 1,0% | 322 | 3,3 | 3,3 | 0,4% |
| 2004 | 1126 | 11,8 | 12,0 | 0,9% | 334 | 3,5 | 3,5 | 0,4% |
| 2005 | 1185 | 12,9 | 13,0 | 0,9% | 282 | 3,1 | 3,0 | 0,3% |
| 2006 | 1099 | 12,3 | 12,3 | 0,9% | 353 | 4,0 | 3,9 | 0,4% |
| 2007 | 1038 | 11,9 | 11,8 | 0,8% | 293 | 3,4 | 3,3 | 0,3% |
| 2008 | 1109 | 13,0 | 13,3 | 0,8% | 277 | 3,2 | 3,3 | 0,3% |
| 2009 | 1114 | 13,3 | 13,3 | 0,8% | 240 | 2,9 | 2,8 | 0,3% |
| 2010 | 1003 | 12,0 | 12,0 | 0,7% | 247 | 3,0 | 2,9 | 0,3% |
| 2011 | 1002 | 12,2 | 12,1 | 0,7% | 246 | 3,0 | 3,0 | 0,3% |

Zachorowalność dzieci w ciągu ostatnich trzech dekad wzrasta u obu płci, przy czym zachorowalność chłopców jest nieco wyższa. Średnie roczne tempo wzrostu zachorowalności u obu płci wynosi około 1,2% rocznie.

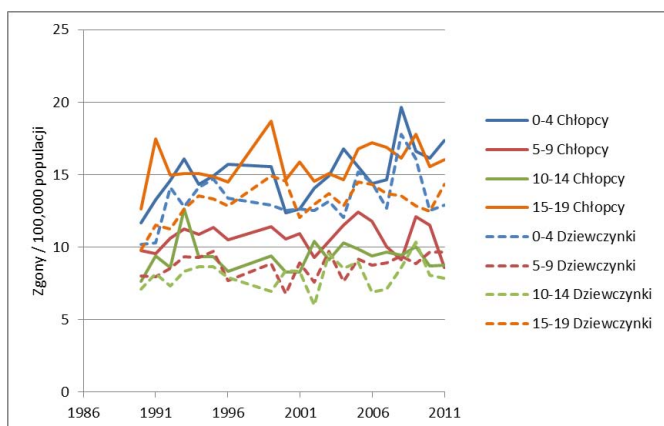
Umieralność dzieci z powodu nowotworów złośliwych w tym samym okresie charakteryzuje trwała tendencja malejąca (3% rocznie u chłopców, 3,7% u dziewcząt) – w ciągu trzech dekad współczynniki umieralności zmniejszyły się ponad 2-krotnie (rys. 6.1).

Rysunek 6.1. Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe dzieci w wieku 0–19 lat w Polsce w latach 1980–2011



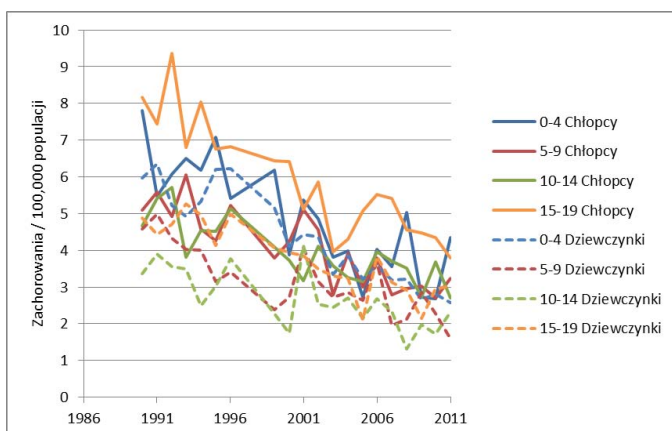
Zachorowalność w 5-letnich grupach wieku (rys. 6.2) w latach 1990–2011 wykazuje nieznaczną tendencję wzrostową u obu płci. Ze względu na duże wahania współczynników zachorowalności trudno ustalić rzeczywisty kierunek trendu zachorowalności.

Rysunek 6.2. Zachorowalność na nowotwory złośliwe u dzieci w zależności od wieku w latach 1990–2011



Umieralność z powodu nowotworów złośliwych dzieci w 5-letnich grupach wiekowych, mimo rocznych wahań wynikających ze znacznych różnic w liczbach bezwzględnych pomiędzy latami, wykazuje wyraźne tendencje malejące. Szczególnie znaczący spadek umieralności widoczny jest w grupie starszej młodzieży (15–19 lat) – 3,6% rocznie u chłopców i 2,3% u dziewcząt. W młodszych grupach wieku spadek utrzymywał się na poziomie 2% rocznie u mężczyzn i 2–3% u kobiet (rys. 6.3).

Rysunek 6.3. Umieralność na nowotwory złośliwe dzieci w zależności od wieku w latach 1990–2011



U dzieci najczęściej występują białaczki stanowiące około $\frac{1}{4}$ zachorowań. Około 20% zachorowań stanowią nowotwory układu nerwowego; około 17% chłoniaki (w tym 10% chłoniak Hodgkina, 7% chłoniaki nie-Hodgkina). Udział nowotworów kości i chrząstki, jądra i nerki wynosi dla każdej z tych lokalizacji 5–6% zachorowań. Struktura zachorowań w pierwszej dekadzie XXI wieku pozostawała stała (tab. 6.2, rys. 6.4). Warto zwrócić uwagę, że chociaż zaledwie 0,9% nowotworów występuje u dzieci, to w niektórych lokalizacjach udział zachorowań dzieci jest znacznie większy (np. ponad 20% nowotworów kości, 15% chłoniaków Hodgkina, 10% białaczek diagnozowanych jest u dzieci) (tab. 6.2, rys. 6.4).

Tabela 6.2. Zachorowania na najczęstsze nowotwory złośliwe dzieci w wieku 0–19 lat w Polsce w latach 2007–2011

| ICD-10 | | Zachorowania 2007–2011 | | | |
|-------------------|-------------|------------------------|-------------|--|--------------------------|
| | | Liczba | Wsp. surowy | % zach. w danej lokalizacji występujący u dzieci | % zach. w wieku 0–19 lat |
| Wątroba | C22 | 69 | 0,2 | 1,0% | 1,2% |
| Kości i chrząstki | C40-C41 | 374 | 0,9 | 23,1% | 6,5% |
| Czerniak | C43 | 60 | 0,1 | 0,5% | 1,0% |
| Tkanki miękkie | C48-C49 | 322 | 0,7 | 7,9% | 5,6% |
| Jajnik | C56 | 105 | 0,5 | 0,6% | 1,8% |
| Jądro | C62 | 250 | 1,2 | 4,9% | 4,3% |
| Nerka | C64 | 253 | 0,6 | 1,2% | 4,4% |
| Oko | C69 | 103 | 0,2 | 7,6% | 1,8% |
| Układ nerwowy | C70-C72+C47 | 1128 | 2,6 | 7,4% | 19,5% |
| Tarczycyca | C73 | 209 | 0,5 | 2,0% | 3,6% |
| Chłoniak Hodgkina | C81 | 577 | 1,3 | 15,7% | 10,0% |
| Chłoniaki | C82-C85+C96 | 383 | 0,9 | 2,9% | 6,6% |
| Białaczki | C91-C95 | 1450 | 3,3 | 10,3% | 25,0% |
| Ogółem | | 5793 | 13,2 | 0,8% | 100,0% |

Najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu wśród dzieci są nowotwory układu nerwowego (ponad 1/3), białaczki (prawie 30%), nowotwory tkanek miękkich (około 8%) i kości (około 8%) (tab. 6.3, rys. 6.4). W ciągu ostatniej dekady umieralność dzieci na nowotwory zmniejsza się, wyjątkiem jest umieralność z powodu nowotworów chrząstki i kości (tab. 6.3, rys. 6.5).

Tabela 6.3. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe dzieci w wieku 0–19 lat w Polsce w latach 2002–2011

| ICD-10 | | Zgony 2007–2011 | | | |
|-------------------|-------------|-----------------|-------------|---|---------------------------|
| | | Liczba | Wsp. surowy | % zgonów w danej lokalizacji występujący u dzieci | % zgonów w wieku 0–19 lat |
| Wątroba | C22 | 27 | 0,06 | 0,3% | 2,1% |
| Kości i chrząstki | C40-C41 | 108 | 0,25 | 6,0% | 8,3% |
| Czerniak | C43 | 8 | 0,02 | 0,1% | 0,6% |
| Tkanki miękkie | C48-C49 | 109 | 0,25 | 4,2% | 8,4% |
| Jajnik | C56 | 3 | 0,01 | 0,0% | 0,2% |
| Jądro | C62 | 15 | 0,07 | 2,4% | 1,2% |
| Nerka | C64 | 21 | 0,05 | 0,2% | 1,6% |
| Oko | C69 | 6 | 0,01 | 1,5% | 0,5% |
| Układ nerwowy | C70-C72+C47 | 455 | 1,04 | 3,1% | 34,9% |
| Tarczycza | C73 | 0 | 0,00 | 0,0% | 0,0% |
| Chłoniak Hodgkina | C81 | 17 | 0,04 | 1,5% | 1,3% |
| Chłoniaki | C82-C85+C96 | 65 | 0,15 | 0,8% | 5,0% |
| Białaczki | C91-C95 | 360 | 0,82 | 2,7% | 27,6% |
| Ogółem | | 1303 | 2,97 | 0,3% | 100,0% |

Rysunek 6.4. Częstość zachorowań na nowotwory złośliwe dzieci w wieku 0–19 lat w latach 2007–2011

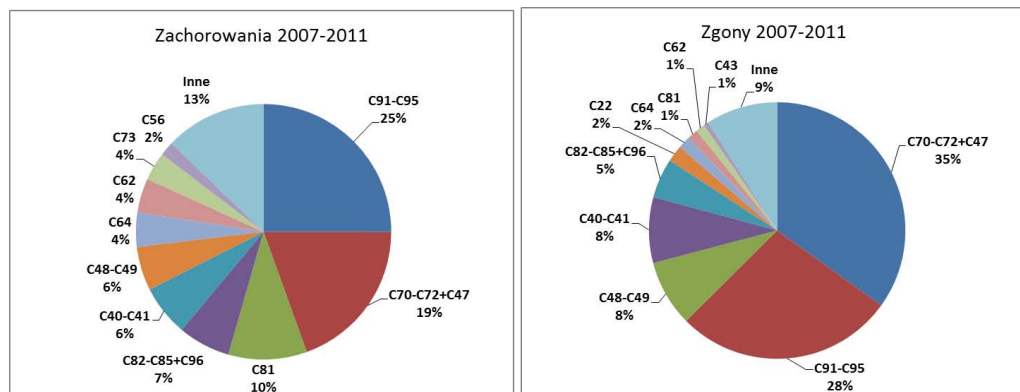


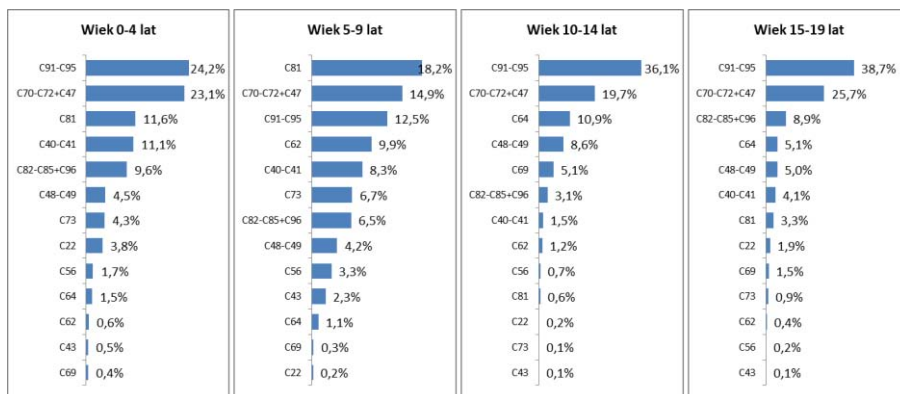
Tabela 6.4. Zachorowania na najczęstsze nowotwory według wieku w latach 2007–2011

| ICD-10 | 0–4 | | 5–9 | | 10–14 | | 15–19 | |
|---------------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|------------|---------------|
| | Liczba | % | Liczba | % | Liczba | % | Liczba | % |
| Wątroba C22 | 44 | 3,8% | 5 | 0,2% | 3 | 0,2% | 17 | 1,9% |
| Kości i chrząstki C40-C41 | 128 | 11,1% | 186 | 8,3% | 23 | 1,5% | 37 | 4,1% |
| Czerniak C43 | 6 | 0,5% | 52 | 2,3% | 1 | 0,1% | 1 | 0,1% |
| Tkanki miękkie C48-C49 | 52 | 4,5% | 94 | 4,2% | 131 | 8,6% | 45 | 5,0% |
| Jajnik C56 | 19 | 1,7% | 74 | 3,3% | 10 | 0,7% | 2 | 0,2% |
| Jądro C62 | 7 | 0,6% | 221 | 9,9% | 18 | 1,2% | 4 | 0,4% |
| Nerka C64 | 17 | 1,5% | 25 | 1,1% | 165 | 10,9% | 46 | 5,1% |
| Oko C69 | 5 | 0,4% | 7 | 0,3% | 78 | 5,1% | 13 | 1,5% |
| Układ nerwowy C70 C72+C47 | 266 | 23,1% | 333 | 14,9% | 299 | 19,7% | 230 | 25,7% |
| Tarczycza C73 | 50 | 4,3% | 149 | 6,7% | 2 | 0,1% | 8 | 0,9% |
| Chłoniak Hodgkina C81 | 133 | 11,6% | 405 | 18,2% | 9 | 0,6% | 30 | 3,3% |
| Chłoniaki C82 C85+C96 | 110 | 9,6% | 146 | 6,5% | 47 | 3,1% | 80 | 8,9% |
| Białaczki C91-C95 | 278 | 24,2% | 278 | 12,5% | 547 | 36,1% | 347 | 38,7% |
| Ogółem | 1150 | 100,0% | 2230 | 100,0% | 1517 | 100,0% | 896 | 100,0% |

Tabela 6.5. Zgony na najczęstsze nowotwory według wieku w latach 2007–2011

| ICD-10 | 0–4 | | 5–9 | | 10–14 | | 15–19 | |
|---------------------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Liczba | % | Liczba | % | Liczba | % | Liczba | % |
| Wątroba C22 | 11 | 3,5% | 1 | 0,4% | 1 | 0,4% | 14 | 2,9% |
| Kości i chrząstki C40-C41 | 2 | 0,6% | 6 | 2,6% | 28 | 10,2% | 72 | 15,1% |
| Czerniak C43 | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 8 | 1,7% |
| Tkanki miękkie C48-C49 | 29 | 9,1% | 18 | 7,7% | 19 | 6,9% | 43 | 9,0% |
| Jajnik C56 | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 0,6% |
| Jądro C62 | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 15 | 3,2% |
| Nerka C64 | 10 | 3,1% | 6 | 2,6% | 2 | 0,7% | 3 | 0,6% |
| Oko C69 | 3 | 0,9% | 2 | 0,9% | 0 | 0,0% | 1 | 0,2% |
| Układ nerwowy C70 C72+C47 | 122 | 38,4% | 113 | 48,3% | 90 | 32,7% | 130 | 27,3% |
| Chłoniak Hodgkina C81 | 0 | 0,0% | 2 | 0,9% | 6 | 2,2% | 9 | 1,9% |
| Chłoniaki C82-C85+C96 | 7 | 2,2% | 11 | 4,7% | 19 | 6,9% | 28 | 5,9% |
| Białaczki C91-C95 | 96 | 30,2% | 58 | 24,8% | 97 | 35,3% | 109 | 22,9% |
| Ogółem | 318 | 100,0% | 234 | 100,0% | 275 | 100,0% | 476 | 100,0% |

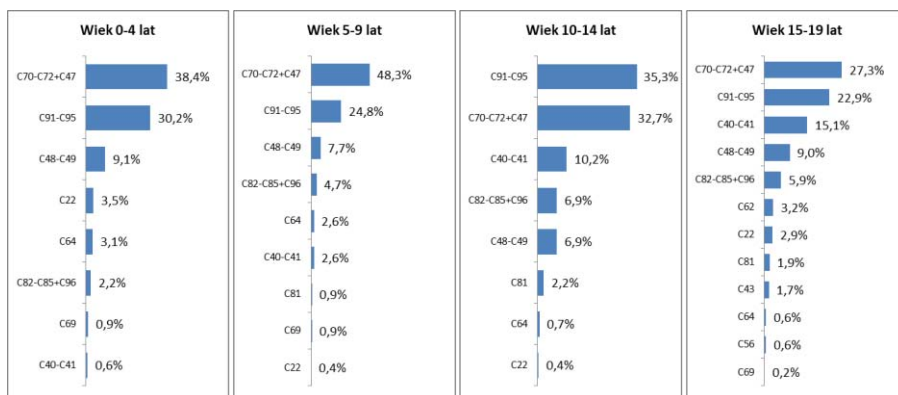
Rysunek 6.5. Częstość zachorowań na nowotwory złośliwe w zależności od wieku w latach 2007–2011



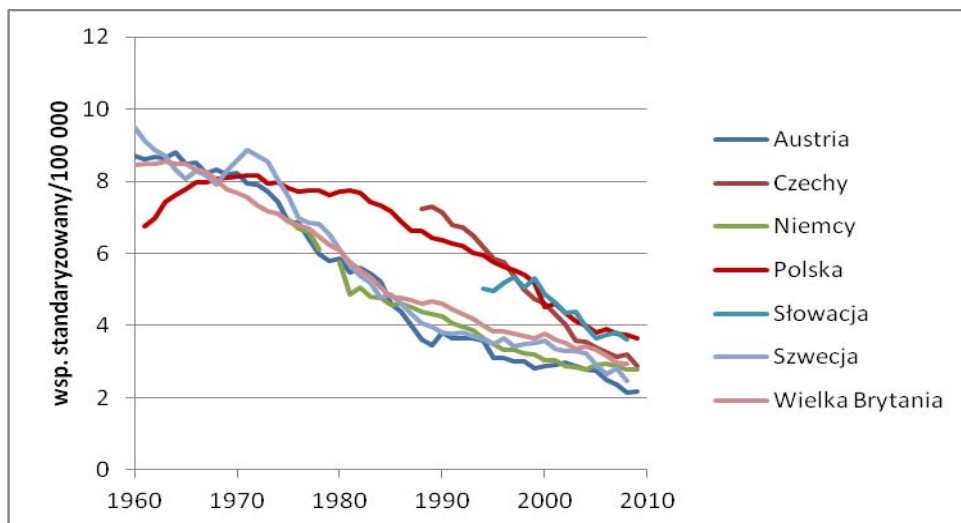
Częstość występowania poszczególnych nowotworów w kolejnych 5-letnich grupach wieku jest w zasadzie podobna (por. tab. 6.4, rys. 6.5). Najczęstszymi nowotworami diagnozowanymi wśród najmłodszych dzieci (0–4 lat) są białaczki (24%), nowotwory układu nerwowego (23%), chłoniak Hodgkina (12%) oraz nowotwory kości i chrząstki (11%). Wśród dzieci w wieku 5–9 lat najczęstsze zachorowania to chłoniak Hodgkina (18%), nowotwory układu nerwowego (15%), białaczki (13%) i nowotwory jądra (10%). U starszych dzieci najczęściej występowały białaczki (36% w grupie 10–14 lat, 39% w grupie 15–19 lat), nowotwory układu nerwowego (odpowiednio 20% i 26%), nowotwory nerki (odpowiednio 11% i 5%) i tkanek miękkich (9% i 5%) (rys. 6.5).

W najmłodszych grupach wieku (0–4 i 5–9) najczęstszymi przyczynami zgonu są nowotwory układu nerwowego, białaczki i nowotwory tkanek miękkich (tab. 6.5). Te trzy schorzenia są przyczyną około 80% zgonów nowotworowych w tym wieku. U dzieci starszych (10–14 i 15–19) najczęstszymi przyczynami zgonu są nowotwory układu nerwowego, białaczki i nowotwory kości, które stanowią odpowiednio 80% i 60%. W najstarszej dziecięcej grupie wieku również nowotwory tkanek miękkich (9%) i chłoniaki (6%) są znaczącą przyczyną zgonów nowotworowych (rys. 6.6).

Rysunek 6.6. Częstość zgonów na nowotwory złośliwe w zależności od wieku w latach 2007–2011

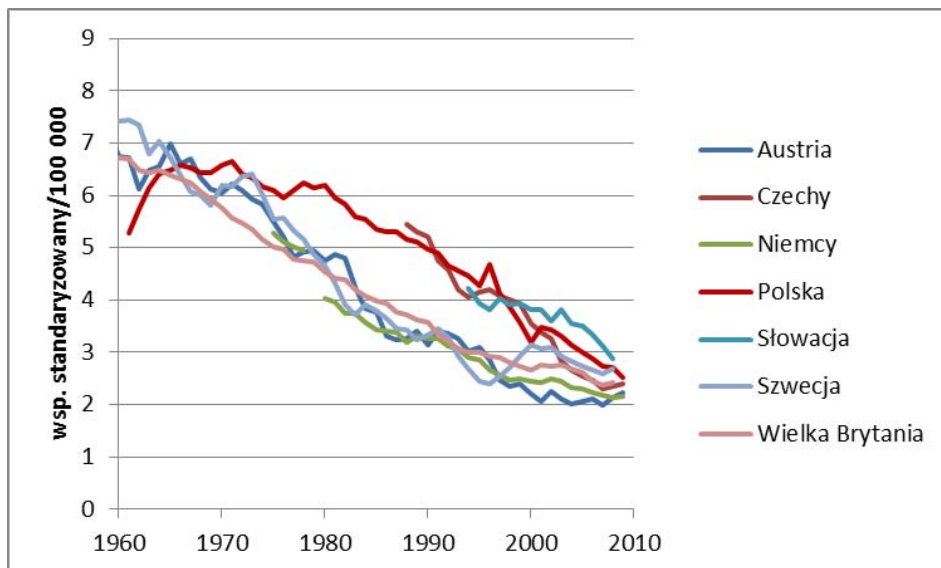


Rysunek 6.7. Umieralność z powodu nowotworów chłopców w wieku 0–19 lat (5-letnia średnia ruchoma) w wybranych krajach europejskich w latach 1960–2010



W Polsce dokonał się – analogicznie jak w innych krajach europejskich (por. rys. 6.7 i 6.8) – ogromny postęp w leczeniu nowotworów wieku dziecięcego, który obrazowany jest spadkiem umieralności w ostatnich latach i wyrównaniem poziomu współczynników (<http://www-dep.iarc.fr/WHODb...>).

Rysunek 6.8. Umieralność z powodu nowotworów dziewczynek w wieku 0–19 lat (5-letnia średnia ruchoma) w wybranych krajach europejskich w latach 1960–2010



6.4. Świadczenia onkologiczne dla dzieci i młodzieży

Specjalistyczne porady onkologiczne

Według danych GUS dotyczących specjalistycznej lekarskiej opieki zdrowotnej w 2011 r., w związku z chorobą nowotworową udzielono 55,1 tys. porad dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia, co stanowiło łącznie 2,5% ogółu porad specjalistycznych w poradniach onkologicznych (tab. 6.6). Dane GUS odnoszą się do miejsca porady, a nie do miejsca zamieszkania pacjenta, dlatego nie dziwi wysoka liczba – 19 tys. porad (34,5% ogółu porad onkologicznych dla dzieci i młodzieży) – w województwie mazowieckim. W Warszawie mieszczą się trzy ośrodki kliniczne onkologii pediatricznej. Duże liczby porad dla dzieci w województwach wielkopolskim, małopolskim, śląskim, pomorskim, dolnośląskim, podlaskim i kujawsko-pomorskim także wiążą się z działalnością klinicznych ośrodków onkologii pediatricznej, zlokalizowanych w stolicach tych województw. Dane GUS mogą jednak nie odzwierciedlać rzeczywistej skali poradnictwa onkologicznego dla dzieci we wszystkich województwach. Świadczy o tym bardzo niska liczba porad w dysponujących silnymi klinicznymi ośrodkami onkologii dziecięcej województwach łódzkim i zachodniopo-

morskim (tylko po 0,4 tys. porad) oraz lubelskim (0,7 tys. porad). Z kolei w woj. świętokrzyskim, posiadającym oddział i poradnię onkologii i hematologii pediatrycznej (Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Kielcach), w 2011 r. udzielono aż 3,5 tys. porad onkologicznych dla dzieci i młodzieży, i jest tam najwyższy w Polsce (6,4) odsetek porad dla dzieci i młodzieży wśród ogółu porad onkologicznych.

Tabela 6.6. Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w poradniach onkologicznych według województw w 2011 r.

| Województwo | Porady onkologiczne | | |
|---------------------|---------------------|----------------------------------|-----|
| | Ogółem | dla dzieci i młodzieży do lat 18 | |
| | w tysiącach | | |
| | | % | |
| Ogółem | 2227,9 | 55,1 | 2,5 |
| Dolnośląskie | 201,6 | 3,3 | 1,6 |
| Kujawsko-pomorskie | 128,8 | 2,5 | 1,9 |
| Lubelskie | 91,2 | 0,7 | 0,8 |
| Lubuskie | 41,9 | 0,2 | 0,5 |
| Łódzkie | 94,9 | 0,4 | 0,4 |
| Małopolskie | 165,4 | 4,9 | 3 |
| Mazowieckie | 403,6 | 19 | 4,7 |
| Opolskie | 76,7 | 0,5 | 0,7 |
| Podkarpackie | 98,8 | 0,5 | 0,5 |
| Podlaskie | 63,4 | 2,8 | 4,4 |
| Pomorskie | 176,4 | 4,2 | 2,4 |
| Śląskie | 308,6 | 4,9 | 1,6 |
| Świętokrzyskie | 54,7 | 3,5 | 6,4 |
| Warmińsko-mazurskie | 31,8 | 0,2 | 0,6 |
| Wielkopolskie | 233,1 | 7,2 | 3,1 |
| Zachodniopomorskie | 57,1 | 0,4 | 0,7 |

Źródło: zestawienie własne na podstawie danych GUS.

Leczenie szpitalne

GUS podaje, że wg stanu w dniu 31 XII 2011 r. w szpitalach na oddziałach onkologicznych było ogółem 4860 łóżek, w tym 237 łóżek dla dzieci do lat 18 (4,9%). W 2011 roku leczono 312 809 pacjentów (łącznie z ruchem międzyoddziałowym), w tym 12 336 dzieci do lat 18 (3,9%). Precyzyjniejsze informacje dotyczące chorobowości szpitalnej, uwzględniające nie miejsce leczenia lecz miejsce zamieszkania, można uzyskać na podstawie danych gromadzonych

przez PZH-NIZP (tab. 6.7). W roku 2012 zarejestrowano ogółem 11 903 hospitalizacje dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat z powodu nowotworów złośliwych.⁴ Najwyższy współczynnik hospitalizacji odnotowano u dzieci w wieku 1–4 lat – 18,1, najniższy wśród niemowląt – 9,8 na 10 000 mieszkańców danej populacji. We wszystkich grupach wiekowych współczynniki hospitalizacji były wyższe wśród chłopców niż wśród dziewczynek, przy czym największa różnica występowała u dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat. Różnice współczynników hospitalizacji wynikały także z charakteru miejsca zamieszkania i we wszystkich grupach wiekowych – największe u dzieci w wieku 5–14 lat – były wyższe w miastach niż na wsi.

Tabela 6.7. Chorobowość szpitalna w 2012 r. z powodu nowotworów złośliwych u dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat. Współczynniki na 10 000 mieszkańców (źródło: zestawienie własne na podstawie danych PZH – NIZP)

| Wyszczególnienie | 0 | | 1-4 | | 5-14 | | 15-19 | |
|------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | Liczba | Wsp. | Liczba | Wsp. | Liczba | Wsp. | Liczba | Wsp. |
| Ogółem | 381 | 9,9 | 3046 | 18,1 | 5692 | 15,2 | 2784 | 12,3 |
| Chłopcy | 215 | 10,9 | 1605 | 18,6 | 3248 | 16,9 | 1595 | 13,8 |
| Dziewczynki | 166 | 8,9 | 1441 | 17,6 | 2444 | 13,4 | 1189 | 10,7 |
| Miasto | 245 | 11,0 | 1809 | 18,6 | 3613 | 17,7 | 1551 | 12,8 |
| Wieś | 136 | 8,4 | 1237 | 17,5 | 2062 | 12,1 | 1221 | 11,6 |

Źródło: zestawienie własne na podstawie danych PZH – NIZP.

Pediatryczna domowa opieka hospicyjna

Polska należy do krajów posiadających najlepiej rozwinięty system hospicjów domowych dla dzieci. Według danych Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci w roku 1999 pod opieką pediatrycznych hospicjów domowych było 99 dzieci chorych na nowotwory złośliwe, co stanowiło 58% ogółu pacjentów objętych opieką hospicyjną. W kolejnych latach rosła liczba pacjentów z nowotworami objętych opieką hospicyjną, ale systematycznie zmniejszał się ich odsetkowy udział wśród ogółu leczonych (Kozera i inni, 2012). W roku 2011 objęto opieką 157 dzieci z nowotworami (13%), a w następnym 144 dzieci (12%). Rozwój systemu hospicjów domowych doprowadził do coraz szerszego ich wykorzystania także w opiece nad dziećmi obciążonymi innymi śmiertelnymi chorobami.

⁴ <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2012szac.htm>

W latach 1999–2012 średni odsetek nowotworowych zgonów dzieci w szpitalu wynosił 71,6%, a zgonów w domu 27,3%. W latach 2005–2012 następował systematyczny wzrost odsetka dzieci, które zmarły w domu – w 2012 r. aż 46,7% zgonów miało miejsce w domu wobec 49,1% zgonów szpitalnych.

Tabela 6.8. Miejsce zgonu dzieci (0–17 lat) z powodu nowotworów złośliwych w Polsce w latach 1999–2012

| Rok | Zgony w szpitalu | | Zgony w domu | | Zgony w innym miejscu | |
|-----------|------------------|------|--------------|------|-----------------------|-----|
| | liczba | % | liczba | % | liczba | % |
| 1999 | 302 | 77,8 | 84 | 21,6 | 2 | 0,5 |
| 2000 | 258 | 78,9 | 68 | 20,8 | 1 | 0,3 |
| 2001 | 319 | 82,9 | 65 | 16,9 | 1 | 0,3 |
| 2002 | 267 | 75,4 | 86 | 24,3 | 1 | 0,3 |
| 2003 | 212 | 74,6 | 72 | 25,4 | 0 | 0,0 |
| 2004 | 214 | 75,1 | 63 | 22,1 | 8 | 2,9 |
| 2005 | 147 | 65,0 | 73 | 32,3 | 6 | 2,7 |
| 2006 | 206 | 69,6 | 88 | 29,7 | 2 | 0,7 |
| 2007 | 160 | 67,2 | 71 | 29,8 | 7 | 2,9 |
| 2008 | 154 | 68,4 | 69 | 30,7 | 2 | 0,9 |
| 2009 | 125 | 64,4 | 65 | 33,5 | 4 | 2,1 |
| 2010 | 131 | 62,4 | 76 | 36,2 | 3 | 1,4 |
| 2011 | 127 | 62,6 | 75 | 36,9 | 1 | 0,5 |
| 2012 | 81 | 49,1 | 77 | 46,7 | 7 | 4,2 |
| 1999–2012 | 2703 | 71,5 | 1032 | 27,3 | 45 | 1,2 |

6.5. Dyskusja

Z perspektywy zdrowia publicznego powiązania pomiędzy onkologią i pediatrią należy postrzegać w szerszym kontekście niż to wynika ze stosunkowo niewielkiego u dzieci, w porównaniu z osobami dorosłymi, natężenia zachorowalności (na 150 zachorowań 1 dotyczy osoby w wieku 0–19 lat) i umieralności z powodu nowotworów (350:1).

Wystąpienie choroby nowotworowej powoduje wzajemne przenikanie się wymiarów dzieciństwa i dorosłości w określonych sytuacjach:

- 1) gdy nowotwór atakuje matkę lub dziecko na etapach rozwojowych, cechujących się integracją psychofizyczną matki i dziecka;
- 2) gdy nowotwór pojawia się w rodzinie z dziećmi na utrzymaniu – zachorowanie dorosłego członka rodziny odbija się na zdrowiu i rozwoju dzieci, a choroba dziecka zaburza funkcjonowanie rodziny;
- 3) gdy zachoruje osoba dorosła zajmująca się opieką nad dziećmi lub pracująca z dziećmi;

- 4) gdy problemy dotyczące dzieci chorych na nowotwory są nagłaśniane przez media i wywołują poruszenie szerokiej opinii publicznej;
- 5) gdy choroba nowotworowa dziecka może wpłynąć ujemnie na późniejsze dorosłe życie (niepełnosprawność, niepłodność, choroby przewlekłe, skrócenie życia);
- 6) gdy postawy i zachowania wyniesione z dzieciństwa mogą usposabiać do pojawienia się choroby nowotworowej w dorosłym życiu.

Niniejsze opracowanie dotyczy tylko wybranych zagadnień onkologii pediatrycznej, które związane są przedstawionymi danymi epidemiologicznymi. Zamierzaniem autorów jest z jednej strony ukazanie złożoności problemów diagnostyczno-leczniczych i wyzwań z tym związanych, a z drugiej strony zwrócenie uwagi na wzorową w Polsce organizację opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory, co przekłada się na bardzo dobre wyniki leczenia.

6.5.1. Czynniki ryzyka

Przyczyny większości nowotworów wieku dziecięcego pozostają nieznane, jednak badania epidemiologiczne i genetyczne umożliwiają częściowe wyjaśnienie pochodzenia nowotworów dziecięcych. Do czynników zwiększających ryzyko powstania nowotworów można zaliczyć m.in. osobniczo specyficzne zwiększone predyspozycje do choroby nowotworowej oraz pewne zespoły chorobowe, takie jak wrodzone niedobory odporności, polipowatość jelit, przewlekła choroba zapalna jelit, dysgenезja gonad. W etiologii nowotworów wieku dziecięcego odgrywają również rolę czynniki rakotwórcze znane z indukowania nowotworów u osób dorosłych. Należą do nich m.in.: promieniowanie jonizujące, leki stosowane w ciąży i leki cytotoksyczne, wirusy (np. wirusowego zapalenia wątroby typu B), związki chemiczne (niektóre pestycydy, farby, lakiery, związki benzenu). U pacjentów z zespołem Downa udokumentowano podwyższone ryzyko pojawienia się **białaczki** przed ukończeniem 10. roku życia. Coraz więcej dowodów wskazuje na związek zakażenia wirusem Epsteina-Barr z powstaniem **chłoniaka Hodgkina**. Przyczyna powstawania **guzów mózgu** jest nadal nieznana, ale zwiększone ryzyko rozwoju tych nowotworów obserwuje się w niedoborach immunologicznych oraz w niektórych chorobach genetycznych. Ponadto wpływ na powstawanie guzów ośrodkowego układu nerwowego ma promieniowanie, pestycydy i nitrozaminy. Dotychczas nie poznano przyczyny **nerwiaka zarodkowego** (neuroblastoma), który jest nowotworem współczulnego układu nerwowego częstym w wieku dziecięcym – wyróżnia się postać dziedziczną i sporadyczną. **Mięsak kościopochodny** (osteosarcoma) występuje częściej m.in. u pacjentów z siatkówczakiem oraz u pacjentów poddawanych wcześniej radioterapii. Nie określono jednoznacznie czynników pre-

dysponujących do wystąpienia innego guza kości – **mięsa Ewinga**, jednak różnice występowania w grupach etnicznych sugerują, że w jego patogenezie uczestniczą pewne czynniki genetyczne. **Mięsaki tkanek miękkich**, a zwłaszcza mięsak prążkowano-komórkowy, częściej występują m.in. u dzieci z wadami wrodzonymi ośrodkowego układu nerwowego, moczowo-płciowego, przewodu pokarmowego oraz serca. U pacjentów z dziedziczną postacią **siatkowczaka** w wywiadzie stwierdza się najczęściej rodzinne występowanie choroby. Nie są znane przyczyny powstawania **guza Wilmsa** (nephroblastoma – nerczak płodowy), który jest najczęstszym złośliwym nowotworem nerek u dzieci, choć u około 10% chorych występowanie guza jest związane z pewnymi zaburzeniami rozwojowymi. Do czynnika ryzyka **raka jądra** zalicza się m.in. niezstąpienie jąder, które nie przesądza o wystąpieniu choroby. Wnętrostwo jako czynnik ryzyka zarówno raka, jak i niepłodności, wymaga jednak jak najwcześniejszego leczenia.

Z przedstawionych informacji wynika, że nie istnieją lub są bardzo ograniczone możliwości prewencji pierwotnej większości nowotworów wieku dziecięcego. Nieznane są metody prewencji białaczek dziecięcych. Nie istnieje specyficzna prewencja nowotworów układu nerwowego. W większości przypadków pozostaje jedynie wczesne wykrywanie w ramach prewencji wtórnej nowotworów.

6.5.2. Specyfika kliniczna i trudności we wczesnym wykrywaniu nowotworów wieku dziecięcego

Rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka nastęca wielu trudności, zwłaszcza lekarzom opieki podstawowej. Wstępne objawy chorobowe są często niecharakterystyczne i mogą być kojarzone przez niedoświadczonego lekarza z pospolitymi chorobami wieku dziecięcego. Takie trudności diagnostyczne dotyczą najczęściej rozpoznawanej u dzieci choroby nowotworowej układu krwiotwórczego lub chłonnego (Chybicka, 2007). Rozpoznanie **ostrej białaczki limfoblastycznej** ustala się wyłącznie na podstawie badania rozmazu szpiku kostnego. Podstawą rozpoznania **chłoniaków** jest badanie fragmentu tkanki nowotworowej pobranej drogą biopsji. Początkowe objawy **mięsa kościopochodnego** są nietypowe i często mylnie łączone z przebyłym urazem. Ostateczne rozpoznanie powinno być zawsze postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego. W **mięsa Ewinga** guz może się lokalizować w obrębie całego kośćca, a objawy kliniczne mogą się rozwijać przez wiele miesięcy, nie dając żadnych dolegliwości. Objawy kliniczne **mięsaków tkanek miękkich** są uzależnione od lokalizacji nowotworu, a ostateczna diagnoza może zostać postawiona tylko na podstawie badania histopatologicznego. W diagnozowaniu

nowotworów układu nerwowego największą rolę odgrywają badania obrazowe, głównie tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, pozwalające na wykrycie guza oraz określenie jego lokalizacji i rozległości. Rozpoznanie neuroblastoma ustala się na podstawie wyniku badania histopatologicznego tkanki guza oraz stwierdzenia w szpiku kostnym komórek nowotworowych z równoczesnym stwierdzeniem charakterystycznych zaburzeń metabolicznych. Decydujące znaczenie w rozpoznaniu **siatkówczaka** ma badanie okulistyczne, obejmujące ocenę zarówno przedniego odcinka gałki ocznej, jak i dna oka. W diagnostyce istotną rolę odgrywają badania obrazowe: usg, tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny gałek ocznych i oczodołów, a czasami również całej czaszki. Dominującym objawem **nerczaka płodowego** jest guz w obrębie jamy brzusznej, a badaniem diagnostycznym, które należy wykonać w pierwszej kolejności, jest ultrasonografia jamy brzusznej i nerek.

Według opinii onkologów dziecięcych do przyczyn późnych rozpoznań nowotworów u dzieci należą: mała częstość występowania w porównaniu z populacją dorosłych, różnorodność histologiczna, wielorakość lokalizacji, nietypowe wczesne objawy choroby – ogólne lub zależne od lokalizacji, niewykonanie badań obrazowych (zdjęcie rtg, usg), długi czas oczekiwania na rozpoznanie histopatologiczne, kierowanie dziecka do jednostek niemających możliwości szybkiej, kompleksowej diagnostyki: TK, MRI, badań izotopowych, histologicznych, histochemicznych, cytogenetycznych, biomolekularnych, specyficznych markerów nowotworowych (Stachowicz-Stencel i inni, 2010). W Polsce, z podanych wyżej przyczyn, rozpoznanie nowotworów następuje zbyt często w zaawansowanych stadiach klinicznych (III i IV stopień). Sytuacja taka ma miejsce u znacznie większego odsetka dzieci niż w krajach Europy Zachodniej – w Polsce poniżej 10% dzieci ma postawione rozpoznanie w I lub II stopniu (przy ponad 25% w krajach Europy Zachodniej). Rzutuje to na wyniki leczenia, które są bardzo dobre w niskich stadiach zaawansowania (bliskie 100% długoletnich przeżyć) i znacznie gorsze lub bardzo złe przy wysokich stadiach zaawansowania klinicznego. Poprawę sytuacji można uzyskać częściowo poprzez szkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wczesnej diagnostyki nowotworów u dzieci, co zaczęto już realizować. Drugim elementem dającym szansę na wcześniejszą diagnostykę nowotworów jest wydzielenie oddzielnej ścieżki diagnostycznej w przypadku stwierdzenia u dziecka objawów, które mogą wskazywać na pojawienie się procesu nowotworowego. Istotne jest również zadbanie o brak barier w dostępie do diagnostyki w tym kierunku, tak aby nawet mało charakterystyczne i mało dotkliwe objawy były oceniane pod względem ryzyka powstania nowotworu ⁵.

⁵ „Program Wczesnej Diagnostyki Obrazowej Nowotworów u Dzieci w latach 2012–2016”, Minister Zdrowia, Warszawa 2012.

6.5.3. Leczenie i rokowanie

W leczeniu dzieci, u których rozpoznano nowotwór złośliwy mają zastosowanie podstawowe metody postępowania znane w onkologii: chemioterapia, chirurgia, radioterapia. Procedury lecznicze w poszczególnych rodzajach nowotworów są oparte na schematach opracowanych przez współpracujące ze sobą kliniczne ośrodki onkologii pediatricznej w Europie i na świecie. W pracach tych uczestniczą wszystkie polskie ośrodki onkologii dziecięcej skupione w Polskiej Pediatricznej Grupie ds. Leczenia Białaczki i Chłoniaków – od 1974 r., Polskiej Pediatricznej Grupie ds. Leczenia Guzów Litych – od 1991 r. oraz Polskiej Pediatricznej Grupie ds. Transplantacji Szpiku u Dzieci – od 2003 r.

Leczenie **ostrej białaczki limfoblastycznej** jest uzależnione od czynników rokowniczych stwierdzanych w trakcie diagnozowania choroby. Obecnie stosowane programy leczenia dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną pozwalają na wyleczenie powyżej 80% pacjentów. Dzieci te stopniowo wracają do normalnego życia, aktywności fizycznej, psychicznej i społecznej. Wyniki leczenia **ostrej białaczki szpikowej** są gorsze niż w przypadkach postaci limfoblastycznej. Remisję choroby uzyskuje się u 75–85% pacjentów, jednak utrzymanie jej jest bardzo trudne i długoletnie przeżycia bez objawów choroby stwierdza się w 50% przypadków. Leczenie **chłoniaków** u dzieci obejmuje 3 składowe: opanowanie stanów zagrażających życiu; chemioterapię; leczenie chirurgiczne, oraz w przypadku zajęcia ośrodkowego układu nerwowego – jego napromienianie. Obecnie stosowane metody terapii pozwalają uzyskać wyleczenie u ponad 90% chorych. Wprowadzenie leczenia skojarzonego w **mięśaku kościopochodnym** (chemioterapia, napromienianie, leczenie chirurgiczne) spowodowało, że postępowanie chirurgiczne może być mniej okaleczające. Większość młodych ludzi leczonych z powodu nowotworów kości może prowadzić aktywne i satysfakcjonujące życie bez ograniczeń. Przy obecnie stosowanych metodach leczenia **mięśaka Ewinga** w postaci zlokalizowanej u dzieci uzyskuje się 45% wyleczeń, a w postaci rozsianej jedynie 20%. Leczenie **mięśaków tkanek miękkich** obejmuje postępowanie chirurgiczne oraz chemo- i radioterapię. W leczeniu **nowotworów układu nerwowego** u dzieci stosuje się obecnie nowoczesne narzędzia i metody, z neuronawigacją włącznie, dzięki czemu wyniki leczenia uległy znacznej poprawie. Obecnie uzyskuje się 60% długoletnich przeżyć, a w przypadku guzów wysoko zróżnicowanych nawet 85–90% długoletnich przeżyć. Sposób postępowania terapeutycznego u dzieci z **nerwiakiem zarodkowym współczulnym** zależy od wieku dziecka, stopnia zaawansowania i cech biologicznych choroby. W przypadku bezobjawowego guza nadnercza, stwierdzonego prenatalnie lub u niemowlęcia do 90. dnia życia zaleca się postępowanie

ograniczone do obserwacji uwzględniającej również kontrolne badania obrazowe i biochemiczne. W razie wzrostu objętości guza, i jeżeli guz utrzymuje się po ukończeniu 2. roku życia, rekomenduje się leczenie chirurgiczne. W grupie pacjentów z guzem nieoperacyjnym lub grupie wysokiego ryzyka stosuje się protokoły łączące chemioterapię, radioterapię, leczenie chirurgiczne oraz procedurę przeszczepienia szpiku. **Siatkówczak** jest jednym z tych nowotworów wieku dziecięcego, które charakteryzują się wysoką wyleczalnością. Miarą skuteczności terapii jest nie tylko wyleczenie z nowotworu, ale także zachowanie jak najlepszej ostrości wzroku. Najlepsze wyniki leczenia dzieci z **guzem Wilmsa** osiąga się wówczas, kiedy rozpoznanie jest postawione wcześniej, zanim dojdzie do rozsiewu nowotworu w postaci przerzutów. Przy odpowiednio wczesnym rozpoznaniu i przy zachowaniu wszystkich warunków określanych we współczesnych programach terapeutycznych jest możliwe wyleczenie około 90% dzieci z guzem Wilmsa. Rokowanie we wczesnym stadium zaawansowania **raka jądra** przy prawidłowo prowadzonym leczeniu jest wysokie, sięgające ponad 90%.

Ważną częścią opieki nad dzieckiem z chorobą nowotworową jest leczenie przeciwbólowe. Dzieci doznają dolegliwości bólowych m.in. w związku z rozrostem guza, jego lokalizacją, przerzutami nowotworu, powikłaniami narządowymi, a także powikłaniami chemio- i radioterapii. Właściwe leczenie tych dolegliwości pomaga dziecku przejść przez najtrudniejszy okres terapii przeciwnowotworowej z towarzyszącym niezwykle silnym bólem różnych okolic ciała, a także skrócić okres przerwy pomiędzy kolejnymi protokołami terapeutycznymi. Równocześnie należy pamiętać, że nieracjonalne stosowanie silnych opioidowych leków przeciwbólowych może wywołać uzależnienie psychofizyczne młodych pacjentów (Niedźwiecki, 2009).

Równoległe z podstawowym leczeniem powinien być realizowany proces rehabilitacji, ponieważ z jednej strony wsparcie psychologiczne od momentu postawienia rozpoznania, przez okres leczenia, a z drugiej strony usprawnianie fizyczne wspomagane, a niejednokrotnie ułatwia, leczenie podstawowe.

6.5.4. Pediatria domowa opieka paliatywna

W latach 1999–2012 według danych Głównego Urzędu Statystycznego nowotwory złośliwe były przyczyną 3774 zgonów dzieci w wieku 0–17 lat. W roku 1999 zmarło z ich powodu 388 dzieci, w kolejnych latach odnotowywano stopniowe zmniejszanie się liczby i współczynnika zgonów nowotworowych u dzieci – w 2012 r. zmarło w Polsce 159 dzieci z chorobą nowotworową. Spadek liczby zgonów jest widocznym efektem poprawy wyników leczenia dzieci w naszym kraju. Znaczący wzrost odsetka zgonów dzieci w warunkach

domowych ma prawdopodobnie złożone uwarunkowania i może się wiązać zarówno z rozwojem domowej opieki hospicyjnej, jak i ze wzrostem świadomości onkologów dziecięcych, a także poprawą umiejętności w zakresie sprawowania opieki paliatywnej wśród lekarzy podstawowej opieki, zwłaszcza pediatrów. Pediatria domowa opieka paliatywna polega na zapewnieniu, w miejscu zamieszkania pacjenta, czynnej i całościowej opieki dzieciom z chorobami nieuleczalnymi, obciążonymi wysokim ryzykiem przedwczesnej śmierci. Ma na celu ochronę godności dziecka, poprawę jakości jego życia oraz ochronę przed uporczywą terapią i działaniami jatrogennymi. Obejmuje leczenie objawowe oraz wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe (Dangel i inni, 2012).

Od czasu, kiedy przed 20 laty rozpoczęło w Polsce swą pionierską działalność (opiekuńczo-leczniczą oraz organizacyjno-legislacyjną) Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, praktycznie na terenie całego kraju (97% powierzchni) jest dostępna dla śmiertelnie chorych dzieci pediatria domowa opieka paliatywna. W 2012 r. domową opiekę paliatywną prowadziły 53 hospicja domowe dla dzieci (Kozera i inni, 2013). Działalność hospicyjna, skupiona początkowo na dzieciach z chorobą nowotworową, okazała się niezwykle pomocna dla wszystkich śmiertelnie chorych dzieci i ich rodzin, co napotykało na niezrozumienie aparatu administracyjnego służby zdrowia. Zasadą Rzecznika Praw Obywatelskich było przygotowanie w 2007 r., wraz z gronem ekspertów, w tym głównie osób związanych z WHD, dokumentu – w formie Karty Praw – ujmującego w syntetycznej formie wszystkie postulowane przez środowisko pediatryczne zasady opieki nad dziećmi śmiertelnie chorymi w warunkach domowych, które to zasady mają konkretne odniesienia do Ustawy zasadniczej i Konwencji o Prawach Dziecka (*Informacja...*, 2008). W preambule Rzecznik podkreślił, że domowa opieka hospicyjna nad dziećmi dotyczy bardzo cierpiących, nieuleczalnie chorych dzieci i ich rodzin, i dlatego nie można jej rozpatrywać wyłącznie w suchych kategoriach prawnych i ekonomicznych. W kontekście poruszającej opinii publicznej w Polsce i Europie decyzji belgijskiego parlamentu, który 13 lutego 2014 r. przyjął ustawę zezwalającą na eutanazję śmiertelnie chorych dzieci, jeśli wyrażą one taką wolę i zgodzą się na nią ich rodzice lub opiekunowie, nie wprowadzając przy tym żadnego ograniczenia dotyczącego wieku dziecka, należy podkreślić, że opieka paliatywna nad dziećmi w kształcie wypracowanym w Polsce, stanowi alternatywę dla tych bulwersujących decyzji (*Nie rozmawiam...*, 2014).

Aneks 1. Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu

- 1. Każde śmiertelnie chore dziecko, bez względu na schorzenie podstawowe i stan psychofizyczny, ma prawo do godności, szacunku oraz intymności w warunkach domowych.**
 - 2. Chore dziecko zachowuje prawo do nauki w domu w wymiarze dostosowanym do jego stanu.**
 - 3. Dzieciom śmiertelnie chorym przysługuje aktywna i całościowa opieka hospicjum domowego, zapewniająca adekwatne do potrzeb leczenie paliatywne nakierowane na poprawę jakości życia.**
 - 4. Dzieci te powinny być chronione przed bólem, cierpieniem oraz zbędnymi zabiegami leczniczymi i badaniami.**
 - 5. Opieka nad śmiertelnie chorym dzieckiem spoczywa głównie na barkach rodziców, którzy winni być traktowani przez personel medyczny po partnersku. Rodzice mają prawo do otrzymywania pełnych informacji i do podejmowania wszelkich decyzji zgodnych z najlepszym interesem ich dziecka.**
 - 6. Każde chore dziecko ma prawo do informacji i do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących sprawowanej nad nim opieki, zgodnie ze swoim wiekiem i pojmowaniem.**
 - 7. Personel hospicjum domowego powinien posiadać określone kwalifikacje zawodowe, aby zapewnić w pełnym wymiarze zaspokajanie potrzeb fizycznych, emocjonalnych, socjalnych i duchowych dziecka i jego rodziny.**
 - 8. Rodzice powinni mieć możliwość uzyskania konsultacji z pediatrą, będącym specjalistą w zakresie schorzenia dotyczącego ich dziecka.**
 - 9. Rodzice mają prawo do podjęcia świadomej decyzji o umieszczeniu dziecka na oddziale szpitalnym dostosowanym do potrzeb śmiertelnie chorych dzieci.**
 - 10. Cała rodzina dziecka ma prawo do wsparcia w okresie żałoby tak długo, jak okaże się to potrzebne.**
-

Wymaga to jednak zrozumienia w prowadzonej polityce zdrowotnej. Według danych WHD z 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje pediatryczną domową opiekę hospicyjną na terenie Polski w zakresie 25–45%, a większość organizacji pożytku publicznego, jakimi są hospicja, nie może pokryć pozostałych 55–75% ponoszonych kosztów z wpływów 1% podatku od osób fizycznych. Usunięcie barier organizacyjno-finansowych w funkcjonowaniu pediatrycznej domowej opieki hospicyjnej powinno nastąpić w wyniku uregulowania

tej działalności osobnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia według projektu opracowanego przez zespół ekspertów Fundacji Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci i przekazanego Ministrowi Zdrowia w 2008 r. Środowisko medyczne postuluje, by nowe Rozporządzenie MZ uwzględniło wytyczne Polskiego Towarzystwa Pediatricznego „Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci” (2011). Termin **uporczywa terapia** definiowany jest przy tym jako „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążące się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta”. Pojęcie uporczywej terapii nie obejmuje działań paliatywnych, od których nigdy odstępować nie wolno, takich jak zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu, duszności i innych objawów niepożądanych oraz karmienie i nawadnianie. Zatem, zawsze trudna decyzja o odstąpieniu od uporczywej terapii oznacza, że intencją lekarza nie jest pozbawienie życia chorego, ale przywrócenie naturalnego procesu umierania, czym fundamentalnie różni się od **eutanazji biernej**, kiedy to zaniechanie procedur medycznych lub podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, karmienia i nawadniania podejmowane jest z intencją pozbawienia życia osoby nieuleczalnie chorej (*Zaniechanie...*, 2011).

6.5.5. Odległe następstwa leczenia przeciwnowotworowego w dzieciństwie

Większość dzieci z rozpoznaniem choroby nowotworowej zostaje wyleczona po przeprowadzeniu odpowiedniego leczenia. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę, że ciężkie i długie leczenie może u części z nich być przyczyną późnych następstw w postaci trwałych uszkodzeń różnych tkanek i narządów. Mogą one przyczynić się do skrócenia życia pacjentów, spowodować trwałe inwalidztwo lub ograniczenie funkcji życiowych i społecznych. Obecnie zwraca się coraz większą uwagę na zapobieganie tym następstwom poprzez odpowiednie modyfikacje leczenia. Jeżeli jednak takie następstwa pojawiają się w różnych okresach życia, to niezwykle istotne jest odpowiednio wczesne ich rozpoznanie i podjęcie leczenia. Dlatego każdy pacjent, który w dzieciństwie był leczony z powodu nowotworu, powinien być przez całe życie regularnie monitorowany w zakresie funkcji wszystkich narządów i układów. Po zakończeniu leczenia pacjenci powinni się regularnie zgłaszać na badania kontrolne do lekarzy z odpowiednim doświadczeniem.

Z dokonanego przez M. Krawczuk-Rybak (2013) przeglądu piśmiennictwa dotyczącego odległych następstw leczenia przeciwnowotworowego w dzieciństwie wynika, że:

- ponad 62% ozdowieńców demonstruje co najmniej jedno odległe, przewlekłe schorzenie związane z uprzednią terapią przeciwnowotworową, w tym ponad 27% ciężkie powikłanie, natomiast u około 24% obserwuje się dysfunkcje kilku narządów;
- radio- i chemioterapia prowadzi do 10-krotnie częstszego występowania ciężkich schorzeń narządowych w porównaniu do zdrowego rodzeństwa, przy czym ryzyko ciężkich powikłań wzrasta wraz z upływem czasu;
- złożone leczenie przeciwnowotworowe i jego następstwa prowadzą do wielokrotnie zwiększonego ryzyka późnej śmiertelności, przy czym najczęstszą przyczyną zgonu jest nawrót/progresja pierwszego nowotworu lub kolejny nowotwór, choroby serca lub płuc;
- ponad 40% ozdowieńców po leczeniu przeciwnowotworowym w dzieciństwie doświadcza zaburzeń endokrynnych związanych z chorobą zasadniczą, zabiegiem chirurgicznym, radioterapią, chemioterapią i steroidoterapią; najczęściej spotykanym następstwem jest zaburzenie wzrastania m.in. z powodu niedoboru wydzielania GH, przedwczesnego lub opóźnionego pokwitania płciowego, niedomogi wydzielania hormonów tarczycy i uszkodzenia czynności gonad;
- poznanie czynników prowadzących do niepłodności stwarza możliwości prewencyjne, np. poprzez modyfikacje protokołów terapeutycznych, krioprezervację nasienia lub spermatogonii u chłopców w wieku przedpokwitaniowym oraz przemieszczanie jajników poza obszar napromieniania, krioprezervację oogonii u dziewcząt;
- nowotwory *per se*, a także chemio- i radioterapia, antybiotykoterapia oraz zabiegi operacyjne (nefrektomia) sprzyjają uszkodzeniu nerek;
- objawy uboczne chemioterapii ze strony układu pokarmowego mają zazwyczaj charakter ostry, natomiast radioterapia może powodować także odległe w czasie powikłania, których następstwem może być zaburzenie rozwoju fizycznego;
- leczenie przeciwnowotworowe powoduje szereg powikłań ze strony układu nerwowego – w tym zaburzenia neuropoznawcze, dysfunkcje narządów zmysłów – co w znacznym stopniu obniża jakość życia ozdowieńców i może prowadzić do ich niepełnosprawności;
- problem odległych następstw leczenia przeciwnowotworowego powinien być przedmiotem bacznej uwagi lekarzy opieki podstawowej, w tym pediatrów, a następnie internistów; liczne powikłania mają początek skąpoobjawowy lub pojawiają się po wielu latach od zakończenia leczenia;
- współpraca onkologów dziecięcych i innych specjalistów, nie tylko w wieku rozwojowym, ale i w późniejszych latach, umożliwia przekazywanie infor-

macji dotyczących rodzaju i przebiegu terapii, konieczności wykonywania badań kontrolnych, zapobiegania i leczenia powikłań;

- w wielu krajach powstają oddziały i poradnie zajmujące się opieką nad dziećmi i dorosłymi leczonymi w przeszłości z powodu choroby nowotworowej, gdyż w chwili obecnej równie istotne jest wyleczenie z nowotworu, jak i zapewnienie odpowiedniej jakości życia i stanu zdrowia po leczeniu.

6.5.6. Europejskie Standardy Opieki nad Dziećmi z Chorobą Nowotworową

Znaczący postęp w leczeniu nowotworów u dzieci wyraża się wzrostem odsetka uzyskiwanych remisji całkowitych i wydłużeniem czasu przeżycia chorych oraz zwiększeniem liczby trwałych wyleczeń. Kliniki i oddziały onkologii dziecięcej w Polsce dysponują dziś standardowymi warunkami funkcjonowania zapewniającymi dzieciom chorym na nowotwory w ciągu całej doby pełną, wielodyscyplinarną diagnostykę i leczenie, w tym pełnoprofilową chemioterapię, możliwość prowadzenia intensywnej chemioterapii oraz izolacji pacjentów w okresie neutropenii, a także monitorowanie pacjentów po zakończonym leczeniu. Upowszechniono badania przy użyciu rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, tomografii pozytronowej, badania scyntygraficzne dokładnie oceniające lokalizację i stopień rozprzestrzenienia nowotworu, badania cytogenetyczne, immunologiczne i biomolekularne pozwalające na wczesne rozpoznanie i monitorowanie leczenia nowotworów. Nowoczesne metody leczenia chirurgicznego są mniej okaleczające, stosowane są endoprotezy „rosnące” i chirurgia plastyczna. Radioterapię planuje się komputerowo i prowadzi na nowoczesnych i bezpiecznych urządzeniach. Chemioterapia (cytostatyki) łączona jest z leczeniem wspomagającym (preparaty krwiopochodne, immunoglobuliny, czynniki krwiotwórcze) i osłonowym.

Niemniej, aby uzyskać dalszy postęp w onkologii pediatrycznej a zwłaszcza zwiększyć możliwości wcześniejszego rozpoznania choroby, konieczne jest podjęcie dalszego wysiłku w zakresie polityki zdrowotnej, m.in. na rzecz: poprawy finansowania onkologii dziecięcej – zarówno procedur chemioterapii, radioterapii, jak i leczenia wspomagającego – a także bardziej efektywnego szkolenia lekarzy podstawowej opieki medycznej.

Kwestie te są istotne także z punktu widzenia wkładu jaki wniosły dotychczas polskie instytucje i środowiska medyczne na rzecz rozwoju onkologii pediatrycznej w Europie (*Europejskie standardy...*, 2009; Kowalczyk i inni, 2014). Podczas pierwszej Konferencji UE w Warszawie w 2009 r. uzgodnione zostały wytyczne dotyczące minimalnych standardów opieki nad dziećmi z chorobą nowotworową. Efekty wdrażania tych standardów na poziomie UE

oceniono w trakcie drugiej Konferencji w Warszawie w 2011 r., a wypracowane wytyczne zostały skierowane do wszystkich mieszkańców Europy, na których spoczywa odpowiedzialność za zdrowie dzieci: zarówno do lekarzy i pielęgniarek pracujących w onkologii pediatricznej, organizacji rodziców dzieci chorych na nowotwory, polityków, jak i wszystkich wolontariuszy gotowych do współpracy z personelem medycznym w celu optymalizacji opieki. Upowszechnienie w całej Europie tych standardów, zebranych w 15 rozdziałach i dostępnych w 16 językach narodowych jest o tyle istotne, że, jak pokazują ostatnio opublikowane dane, wyniki leczenia dzieci chorych na nowotwory w krajach Europy Środkowej i Wschodniej są o 20% gorsze w porównaniu do krajów Europy Zachodniej i Północnej (Kowalczyk i inni, 2014). Niewątpliwie szanse na poprawę sytuacji stwarzają przyjęte przez Sejm RP w dniu 21.03.2014 r. rozwiązania ustawowe, rozszerzające możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez lekarzy pediatrów.

Miarą sukcesu w leczeniu dziecka z chorobą nowotworową jest nie tylko wyleczenie lub przedłużenie życia, ale również harmonijny rozwój i funkcjonowanie dziecka, a także dobra całościowa kondycja zdrowotna, która zapewnia ozdrowieńcowi możliwość spełniania aspiracji życiowych oraz zdrowej, aktywnej starości.

Aneks 2. Europejskie Standardy Opieki nad Dziećmi z Chorobą Nowotworową

- 1. Niezbędny jest dostęp do centrów onkologii dziecięcej, które mogą zapewnić kompleksową wielodyscyplinarną infrastrukturę i optymalne standardy opieki, odzwierciedlające charakterystykę miejscowej ludności i warunki geograficzne. Rodzice mają świadomość, że w celu uzyskania najlepszego leczenia dla dziecka muszą czasem odbywać dalekie podróże, ale woleliby leczyć swe dziecko jak najbliżej miejsca zamieszkania.**
- 2. Rejestracja Nowotworów Dziecięcych jest wymagana na poziomie krajowym, na podstawie międzynarodowej klasyfikacji – Międzynarodowa Klasyfikacja Nowotworów Dziecięcych ver.3 (ICCC-3). W tym względzie specyfika nowotworów młodzieży powinna być brana pod uwagę.**
- 3. Każdy oddział hematologii i onkologii dziecięcej wymaga kilku standardowych udogodnień w celu zaspokojenia potrzeb chorych i ich ro-**

dzin, jak też zatwierdzonych protokołów klinicznych, powiązanych z innymi wyspecjalizowanymi jednostkami na wypadek konieczności dalszych konsultacji i/lub możliwość zaproponowania odpowiedniego leczenia ("wspólna opieka") dla pacjentów mieszkających w pobliżu.

4. Każdy oddział hematologii i onkologii dziecięcej musi składać się z minimalnej liczby wykwalifikowanych pracowników specjalizujących się w leczeniu dzieci z chorobą nowotworową. Zespół musi być w stanie odpowiadać na różne potrzeby pacjentów i ich rodzin, zarówno w fazie hospitalizacji, jak i w dalszych etapach (i.e. a multi-disciplinary 'care team'). Chociaż podstawowa liczba pracowników jest zawsze wymagana, zespół wspierający powinien być dostępny na wezwanie.
5. Rozwój zawodowy personelu sprawującego opiekę nad dzieckiem z chorobą nowotworową powinien być obowiązkowy. W szczególności szeroko propagowana powinna być rola rodziców i/lub organizacji rodzicielskich w szkoleniu personelu.
6. Istotnym elementem oddziału onkologii i hematologii powinien być oddział dziennego pobytu, oddział opieki ambulatoryjnej, jak również miejsce na oddziale przeznaczone dla rodziców i rodzeństwa dziecka. Dziecko, które zostało wypisane do domu, powinno mieć zapewnione wsparcie socjalne w miejscu zamieszkania.
7. Leczenie nowotworów u dzieci i młodzieży jest stale udoskonalane i dostępne są coraz lepsze standardy opieki – zarówno dla pacjentów w trakcie leczenia, jak i dla nowo zdiagnozowanych. Zalecenia protokołu leczenia muszą być regularnie aktualizowane, zgodnie z wynikami najnowszych badań naukowych. Optymalne leczenie powinno być szeroko wspierane przez krajowy system onkologii dziecięcej. W zależności od kraju, koszty leków są pokrywane przez firmę ubezpieczeniową lub z budżetu państwa. Dla dzieci z chorobą nowotworową standardowe cytostatyki są często podawane w trybie pozarejestacyjnym ze względu na brak odpowiednich badań pediatrycznych we wniosku o dopuszczenie do obrotu. Takie pozarejestacyjne podawanie leków powinno być objęte zwykłymi krajowymi procedurami.
8. Konieczne jest długoterminowe monitorowanie następstw choroby nowotworowej u dzieci, pod względem nie tylko przeżywalności, lecz także jakości życia i skutków długookresowej toksyczności.
9. Rodzice dziecka chorego na nowotwór powinni otrzymać wyczerpujące informacje na temat diagnozy oraz leczenia dziecka oraz wsparcie psycho-socjalne. Kolejne etapy leczenia powinny być udokumentowane i wyjaśnione w sposób zrozumiały dla rodziców. Każdemu dziecku lub młodej osobie dotkniętej chorobą nowotworową i jego rodzinie powin-

na zostać zapewniona pomoc psychologiczna. Dodatkowo należy zadbać o dostępność planowanej opieki społecznej i edukacyjnej. Ponadto, należy przedstawić pacjentowi szczegółowe informacje na temat diagnozy, leczenia i jego wpływu na stan zdrowia, w sposób odpowiedni do jego wieku, aby zostały należycie zrozumiane. Po zakończonym leczeniu powinno być zapewnione wsparcie w celu umożliwienia dziecku reintegracji ze społeczeństwem.

10. Dziecku, które jest śmiertelnie chore, powinno się zapewnić kompleksową opiekę paliatywną wielodyscyplinarnego zespołu hospicyjnego. Pomiędzy zespołem leczącym i przejmującym opiekę zespołem hospicyjnym powinna być zapewniona wymiana informacji.
11. Hospitalizowane dziecko powinno mieć szereg podstawowych praw:
 - do stałego i ciągłego zaangażowania rodziców,
 - do odpowiedniego zakwaterowania dla rodziców w szpitalu,
 - do zabawy i edukacji,
 - do otoczenia dostosowanego do wieku dziecka,
 - do uzyskania odpowiedniej informacji,
 - do wielodyscyplinarnego zespołu leczniczego,
 - do ciągłości opieki,
 - do prywatności,
 - do poszanowania praw człowieka.
12. Pomoc socjalną dla dziecka i jego rodziny należy rozpocząć w momencie postawienia diagnozy i monitorować ją w trakcie leczenia.
13. Istotne jest zapewnienie dziecku choremu na nowotwór dostępu do edukacji w szpitalu, aby po zakończeniu leczenia umożliwić mu bezpośredni powrót do szkoły. Nauczyciel szpitalny zapewni spójność pomiędzy edukacją dziecka w trakcie leczenia a szkołą.
14. Rodzice odgrywają istotną rolę we wspieraniu dziecka w trakcie trwania choroby, powinni mieć zapewnione dogodne warunki na oddziale do przebywania z dzieckiem w trakcie leczenia. Rodzice powinni spełniać rolę "partnerów" w procesie leczenia.
15. Proces rehabilitacji powinien rozpocząć się zaraz po otrzymaniu diagnozy i być kontynuowany podczas długookresowego leczenia dziecka.

6.6. Podsumowanie

- 1) Zachorowalność dzieci w Polsce na nowotwory złośliwe w ciągu ostatnich trzech dekad wzrasta u obu płci. Średnie roczne tempo wzrostu zachorowalności u obu płci wynosi około 1,2%. U co czwartego dziecka z chorobą no-

wotworową rozpoznawana jest białaczka, u co piątego dziecka Chłoniami i u co szóstego nowotwór układu nerwowego.

- 2) Umieralność z powodu nowotworów złośliwych dzieci w tym samym okresie charakteryzuje trwała tendencja malejąca (3% rocznie u chłopców, 3,7% u dziewcząt) – w ciągu trzech dekad współczynniki umieralności zmniejszyły się ponad 2-krotnie. Spadek umieralności dowodzi, że w Polsce dokonał się ogromny postęp w leczeniu nowotworów wieku dziecięcego. Najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu wśród dzieci są nowotwory układu nerwowego (ponad 1/3) i białaczki (prawie 30%).
- 3) Choć zachorowania na nowotwory u dzieci stanowią zaledwie 0,7% ogółu zachorowań na nowotwory, to porady specjalistyczne dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia stanowią 2,5% ogółu porad w poradniach onkologicznych, natomiast hospitalizacje – 3,9% ogółu leczonych na oddziałach onkologicznych.
- 4) Polska należy do krajów posiadających najlepiej rozwinięty system hospicjów domowych dla dzieci, o czym może świadczyć systematyczny wzrost odsetka dzieci, które zmarły w domu – w 2012 r. aż 46,7% zgonów miało miejsce w domu wobec 49,1% zgonów szpitalnych.
- 5) Ważnym z punktu widzenia zdrowia publicznego zagadnieniem onkologii dziecięcej pozostaje konieczność poprawy wczesnego wykrywania nowotworów u dzieci, co wymaga bardziej efektywnego szkolenia lekarzy podstawowej opieki medycznej.
- 6) Warunkiem systematycznego rozwoju onkologii pediatrycznej w Polsce jest stała troska o przestrzeganie Europejskich Standardów Opieki nad Dziećmi z Chorobą Nowotworową.

Bibliografia

- Chybicka A. (2007), *Wczesne rozpoznawanie nowotworów u dzieci*, „Terapia”; 9(2), 97–101.
- Dangel T., Strus-Wołos M., Boszko K, Iwaszkiewicz M., Szyborski J. (2012) *Projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu pediatrycznej domowej opieki paliatywnej w zakładach opieki zdrowotnej*. http://www.hospicjum.waw.pl/img_in/BIBLIOTEKA/pr_r_MZ_biblioteka.pdf (2.06.2014)
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. (2013), *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*, Centrum Onkologii, Warszawa.
- Europejskie Standardy Opieki nad Dziećmi z Chorobą Nowotworową* (2009), SIOPE, Fundacja Jolanty Kwaśniewskiej „Porozumienie bez barier”, Warszawa, 14 października. <http://www-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm> (26.02.2014).

- Informacja o działalności Rzecznika Praw Obywatelskich za rok 2007 oraz o stanie przestrzegania wolności i praw człowieka i obywatela* (2008), „Biuletyn RPO. Materiały”, 63, 259–260.
- Kowalczyk R.J., Samardakiewicz M., Fitzgerald E., Essiaf S., Ladenstein R., Vassal G., Kienesberger A., Pritchard-Jones K. (2014) *Towards reducing inequalities: European Standards of Care for Children with Cancer*, “European Journal of Cancer”, 50, 3, 481–485.
- Kozera K., Murawska M., Marciniak W., Dangel T. (2012), *Pediatryczna domowa opieka paliatywna w Polsce. Raport XIV*, Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Warszawa.
- Krawczuk-Rybak M. (2013), *Odległe następstwa leczenia przeciwnowotworowego w dzieciństwie – na podstawie przeglądu piśmiennictwa i doświadczeń własnych*, „Developmental Period Medicine”, XVII, 2.
- Niedźwiecki P.M. (2009), *Leczenie bólu nowotworowego u dzieci ze szczególnym uwzględnieniem silnie działających opioidów*, w: *Opieka paliatywna nad dziećmi. Raport XVI*, Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Warszawa.
- Nie rozmawiam o eutanazji – z dr. hab. n. med. Tomaszem Dangelem z Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci rozmawia Iwona Świerżewska* (2014), „Idziemy”, 23 lutego, 18–19.
- Rocznik demograficzny 2013* (2013), GUS, Warszawa.
- Stachowicz-Stencel T., Krawczyk M., Balcerska A. (2010), *Wczesna diagnostyka choroby nowotworowej u dzieci*, „Forum Medycyny Rodzinnej”; 4(6), 431–437.
- Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci; wytyczne dla lekarzy* (2011), red. T. Daniel, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa.

Janusz Szymborski, Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska

Malignant carcinomas among children and young people in Poland

Summary

The incidence of childhood cancer in Poland has been on the rise for the last three decades among both sexes. The average annual incidence growth rate has reached around 1.2%. Leukaemia is diagnosed in every fourth child suffering from cancer, lymphoma in every fifth, and nervous system cancer in every sixth. The incidence rate of malignant carcinomas among Polish children in the reference period has shown a continuous downward trend (3% among boys and 3.7% among girls, in annual terms), with an over two-fold fall in the mortality rates observed for the last three decades. The mortality rate fall testifies to the considerable progress in childhood cancer treatment in Poland. Nervous system carcinomas constitute the major cause of death among children (over 30%), followed by leukaemia (nearly 30%). Although childhood cancer incidence accounts for only 0.7% of the total cancer incidence, specialised care provided to children and young people below 18 years of age constitutes 2.5% of the total care provided by oncology centres. Poland is one of the countries that have the most developed system of home-based hospices for children, which is reflected by the steady growth in the percentage of children who died in their homes – in 2012 as many as 46.7% of all deaths took place at home against 49.1% of hospital deaths. In terms of public health, the need to improve the early detectability rate of childhood cancer remains a significant issue in paediatric oncology, requiring more effective training of primary care physicians. Full and continuous compliance with the European Standards of Care for Children with Cancer constitutes the underlying condition of the systematic development of paediatric oncology in Poland.

Joanna Didkowska

*Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Warszawie*

Rozdział 7.

PROGNOZY ROZWOJU CHORÓB NOWOTWOROWYCH W POLSCE

7.1. Wstęp

Choroby nowotworowe są problemem, który występuje we wszystkich ludzkich populacjach. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia w 2008 r. 12,4 mln ludzi zachorowało na nowotwór, 28 mln żyło z chorobą nowotworową, a prawie 8 mln osób zmarło (Boyle, Levin, red., 2008). Nowsze opracowanie dotyczące danych za 2012 r. szacuje liczbę zachorowań na świecie na 14 milionów, zgonów na ponad 8 mln, a liczbę osób żyjących z diagnozą nowotworu na ponad 32 mln (Ferlay i inni, 2012). Ponad połowa zachorowań i dwie trzecie zgonów dotyczy osób z krajów o niskich i średnich dochodach.

7.2. Tło demograficzne i epidemiologiczne

Zmiany demograficzne w Polsce po II wojnie światowej, szczególnie szybkie w ostatnim dwudziestoleciu, sprawiły, że struktura wieku polskiej populacji ma charakter zastojowy. W ciągu ostatnich 50 lat przeciętne trwanie życia mężczyzny wzrosło z 56,07 lat w 1950 r. do 72,7 lat w 2012, kobiety z 61,68 do 81,0 lat (*Prognoza ludności...*, 2009). Ta zmiana oraz zmniejszająca się dzietność kobiet doprowadziły do wzrostu udziału osób powyżej 60 roku życia. W 1950 r. 7% mężczyzn i 9% kobiet przekraczało 60 rok życia. Do 2009 r. odsetek ten wzrósł prawie dwuipółkrotnie do 16% dla mężczyzn i 22% dla kobiet. Według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego w 2030 r. 27% mężczyzn i 33% kobiet przekroczy 60 rok życia (*Prognoza ludności...*, 2009).

Choroby nowotworowe nie występują ze stałą częstością w czasie życia. Opisując zależność częstości występowania nowotworów od wieku często określa się ją mianem krzywej J. Zachorowania (czy zgony) na choroby nowotworowe wśród najmłodszych dzieci (0–4 lat) występują z częstością ponad

3 na każde 100 000 populacji w tym wieku. W kolejnych dwóch grupach wiekowych zachorowalność nie przekracza wartości charakterystycznych dla najmłodszej grupy wiekowej, po czym zaczyna wykładniczo wzrastać. Do 30 roku życia liczba zachorowań i zgonów nie przekracza 10 na 100 tys. mieszkańców. W ciągu kolejnych dwóch dekad życia ryzyko zachorowania wzrasta 10-krotnie i około 50 roku życia wynosi 100 na 100 tys. populacji. Wśród osób po 65 roku życia liczba zachorowań ponownie wzrasta 10-krotnie, do ponad 1000 na 100 tys. ludności.

W polskiej populacji rocznie notuje się około 150 tys. zachorowań rocznie – w 2011 r. 71,8 tys. u mężczyzn i 72,6 tys. u kobiet. W populacji mężczyzn najczęściej diagnozuje się nowotwory płuca (20%), gruczołu krokowego (14%) i jelita grubego (12%); w populacji kobiet – nowotwory piersi (23%), jelita grubego (10%) i płuca (9%). Schorzenia te mają decydujący wpływ na obraz nowotworów w Polsce obecnie i w przyszłości.

7.3. Prognozy zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r.

Zmiany demograficzne (rosnący odsetek osób w starszym wieku) i zależność ryzyka zachorowania od wieku sprawiają, że można oczekiwać, biorąc pod uwagę wyłącznie te dwa czynniki, wzrostu liczby zachorowań na nowotwory. Przewidywania zmian czynników ryzyka i narażenia na nie są niezwykle trudne i bardzo trudno zbudować modele prognostyczne uwzględniające te zmiany, gdyż dotychczas nie zostały precyzyjnie określone wielkości przypisane poszczególnym czynnikom ryzyka. Zwykle do predykcji zjawisk epidemiologicznych przyjmuje się proste modele liniowe, w których zmienna niezależna (czas) wyraża łączny wpływ wszystkich czynników oddziałujących na zachorowalność.

Przedstawiona prognoza zachorowalności została przygotowana na podstawie dwóch modeli (Dyba, Hakulinen, 2000). W odniesieniu do nowotworów o rosnącej tendencji zachorowalności zastosowano funkcję liniową o następującej postaci: $case(i,t) = popu(i,t) * (\alpha(i) + \beta(i) * t)$ (gdzie $case(i,t)$ jest liczbą zachorowań w i -tej grupie wieku w okresie t , $popu(i,t)$ jest liczebnością populacji w i -tej grupie w okresie t). Dla nowotworów o malejącej tendencji zachorowalności zastosowano funkcję: $case(i,t) = popu(i,t) * \exp(\alpha(i) + \beta(i) * t)$. Obliczenia zostały wykonane przy użyciu pakietu STATA ([http://www.encl.com.fr/...](http://www.encl.com.fr/)).

Za bazę prognozy przyjęto historyczne trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce z lat 1980–2006, przy czym dla niektórych lokalizacji

okres ten był krótszy ze względu na zmiany kierunku trendu lub tempa wzrostu (spadku). Dane dotyczące zachorowań pochodzą z bazy danych Krajowego Rejestru Nowotworów. Wszystkie dane dotyczące ludności (zarówno historyczne, jak i prognoza) pochodzą z materiałów Głównego Urzędu Statystycznego.

Wyniki przedstawiono dla trzech najczęstszych nowotworów u każdej płci: u mężczyzn – rak płuca, rak gruczołu krokowego i rak jelita grubego; u kobiet – rak piersi, rak jelita grubego i rak płuca. Dodatkowo, ze względu na prowadzony od 2006 r. populacyjny program badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, do analizy włączono również zachorowalność na ten nowotwór.

7.4. Omówienie

7.4.1. Nowotwory złośliwe ogółem

Określenie „nowotwory złośliwe ogółem” oznacza grupę ponad 100 różnych schorzeń onkologicznych. Dane epidemiologiczne wskazują, że na trendy czasowe zachorowalności (i umieralności) na nowotwory złośliwe ogółem bardzo silnie wpływają nowotwory najczęściej występujące w populacji (Wojciechowska, Didkowska, 2013). W populacji mężczyzn trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem determinują nowotwory płuca (20% zachorowań), natomiast w populacji kobiet nowotwory piersi (również 20% zachorowań).

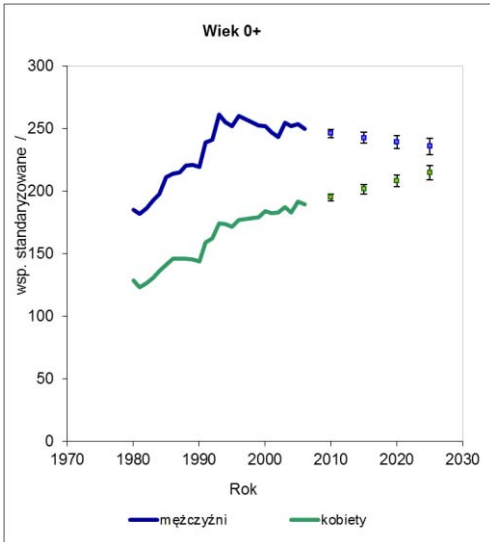
Zachorowalność na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Polsce w ciągu najbliższych dwóch dekad będzie wykazywała spadek (z 250 na 100 tys. populacji w 2006 r. do 236 w 2025 r.). Liczba nowych zachorowań u mężczyzn do 2025 r. będzie rosła (do około 92 tys.). Wśród kobiet spodziewany jest wzrost zarówno liczby zachorowań (do około 84 tys. w 2025 r.), jak i współczynników (z 189 w 2006 r. do 215 na 100 tys. populacji w 2025) (rys. 7.1).

Wśród młodych dorosłych (20–44 lata) od wielu lat zachorowalność na nowotwory złośliwe ogółem była wyższa wśród kobiet. Prognozy wskazują na pogłębianie się tego zjawiska zarówno we współczynnikach (rys. 7.2), jak i w liczbach bezwzględnych. Wśród młodych mężczyzn oczekiwany jest spadek wartości współczynników z 48 na 100 tys. populacji w 2006 r. do 37 na 100 tys. populacji w 2025 r. Liczba zachorowań zmniejszy się do około 2,2 tys. w 2025 r. (wobec 3,2 tys. w 2006 r.). W populacji młodych kobiet spodziewany jest wzrost zarówno współczynników (79 na 100 tys. populacji w 2025 r. wobec 74 w 2006 r.), jak i liczby zachorowań – do około 6 tys. w 2020 r. i 5,7 tys. w 2025 (wobec 5,2 tys. w 2006 r.).

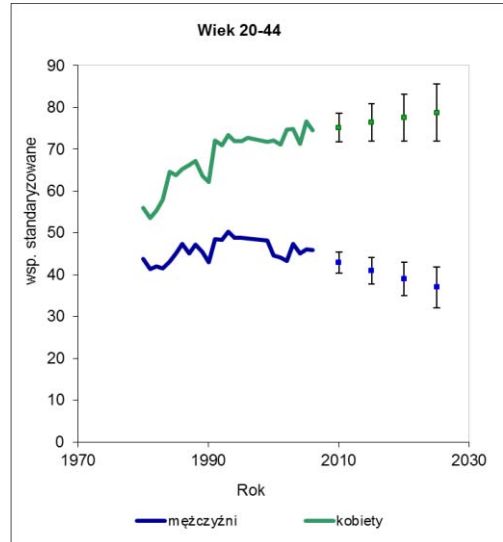
W populacji osób w średnim wieku (45–64 lat) od 1994 r., ze względu na rozbieżne trendy zachorowalności (podobnie jak wśród młodych dorosłych),

prognoza wskazywała, że w 2010 r. należało spodziewać się wyższych współczynników zachorowalności na nowotwory złośliwe u kobiet (528 na 100 tys.) niż u mężczyzn (519 na 100 tys.) oraz pogłębiania się różnicy wartości współczynników na niekorzyść kobiet (odpowiednio 613 na 100 tys. populacji i 441 w 2025 r.) (rys. 6.3). Wśród mężczyzn w tej grupie wiekowej najwyższa liczba zachorowań była spodziewana w 2010 r. (28,3 tys.), a w kolejnych latach należy spodziewać się spadku liczby zachorowań (do 22,6 tys. w 2025 r.). W populacji kobiet prognoza wskazuje na dalszy wzrost liczby zachorowań (do około 32 tys. w 2025 r.).

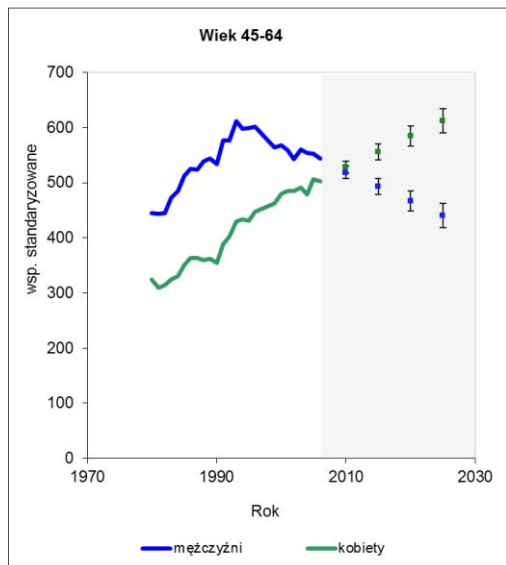
Rys. 7.1. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem w wieku 0 lat i więcej w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



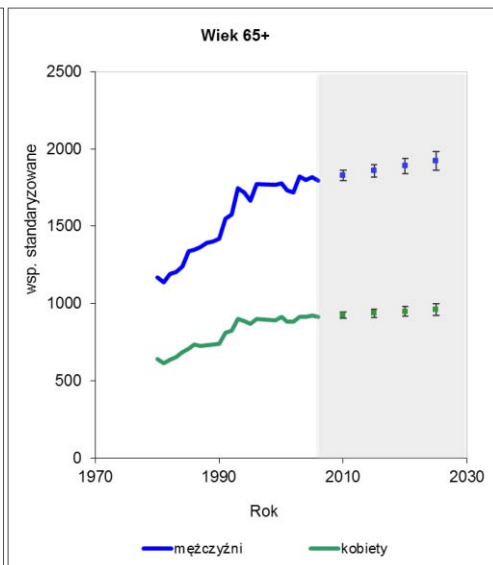
Rys. 7.2. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem w wieku 20–44 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.3. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem w wieku 45–64 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.4. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe ogółem w wieku 65 i więcej lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Prognoza zachorowalności w najstarszej grupie wiekowej (po 65 roku życia) wskazuje na wzrost wartości współczynników u obu płci. U mężczyzn w 2025 r. współczynniki zachorowalności osiągną poziom 1920 na 100 tys. populacji (wobec 1790 w 2006 r.), u kobiet 961 na 100 tys. populacji (wobec 914 w 2006 r.) (rys. 7.4). Liczba zachorowań w 2025 r. zwiększy się u mężczyzn do około 67 tys. (w 2006 r. 36 tys.) i do 46 tys. u kobiet (30 tys.).

7.4.2. Nowotwory złośliwe jelita grubego¹

Ze względu na rzadkość występowania tego schorzenia przed 25 rokiem życia (0,1% zachorowań w tym przedziale wiekowym) najmłodsza analizowana grupa wiekowa została ograniczona do przedziału 25–44 lat.

Prognoza zachorowalności na nowotwory jelita grubego wskazuje na wzrost współczynników u obu płci, szybszy w populacji mężczyzn (rys. 7.5). Przewidywana wartość współczynnika zachorowalności w 2025 r. wynosi 38 na 100 tys. populacji u mężczyzn (wobec 29 w 2006 r.) i 19 na 100 tys. popula-

¹ Ze względu na trudności w oznaczeniu punktu wyjścia choroby nowotworowej oraz wspólne czynniki etiologiczne, w literaturze epidemiologicznej przyjęło się łączne omawianie nowotworów w obrębie jelita grubego (obejmując cztery lokalizacje nowotworowe z listy Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów: C18-C21).

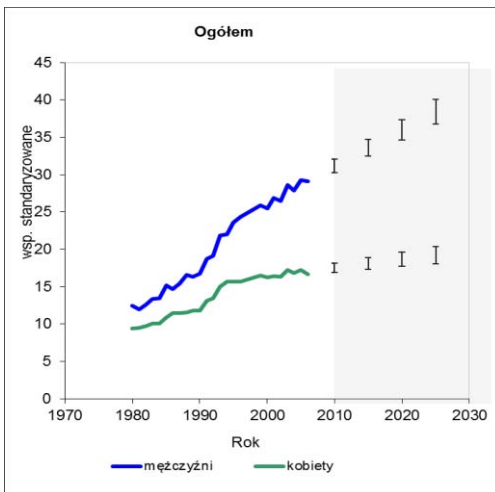
cji u kobiet (wobec 17 w 2006 r.). Oszacowana liczba zachorowań u mężczyzn będzie prawdopodobnie dwukrotnie wyższa w 2025 r. (15 tys.) niż w 2006 r. (7,6 tys.). W populacji kobiet wzrost liczby zachorowań na raka jelita grubego wyniosłyby około 50% (6 tys. w 2006 r. wobec 9 tys. w 2025).

Wśród młodych dorosłych (25–44 lat) zmiana zachorowalności do 2025 r. będzie stosunkowo niewielka (u mężczyzn prawdopodobnie pozostanie na poziomie 4 na 100 tys. populacji, u kobiet na poziomie 3,5 na 100 tys. populacji) (rys. 7.6). Liczba zachorowań wzrośnie nieznacznie: u mężczyzn z 217 w 2006 do 245 w 2025, u kobiet z 182 w 2006 do 210 w 2025 r.

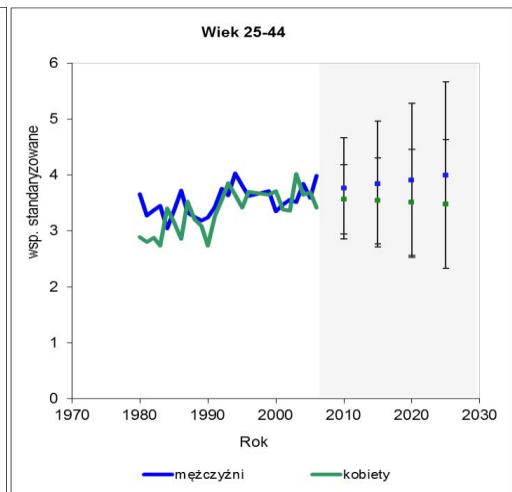
Wśród mężczyzn w średnim wieku (45–64 lat) prognozowany jest szybki wzrost zachorowalności (z 60 na 100 tys. populacji w 2006 r. do 75 na 100 tys. populacji w 2025 r.) i liczby zachorowań (z 2,7 tys. w 2006 r. do 3,8 tys. w 2025 r.). Wśród kobiet w średnim wieku przewidywana wartość współczynnika zachorowalności w 2025 r. wynosi 46 na 100 tys. populacji (wobec 39 na 100 tys. populacji w 2006 r.) (rys. 7.7). Liczba zachorowań wzrośnie prawdopodobnie z 2 tys. w 2006 r. do 2,4 tys. w 2025 r.

Zachorowalność na nowotwory jelita grubego w najstarszej grupie wieku (osoby powyżej 65 roku życia) wśród mężczyzn wzrośnie w 2025 r. do poziomu 330 na 100 tys. populacji u mężczyzn (236 na 100 tys. populacji w 2006 r.) i do 135 na 100 tys. populacji u kobiet (118 na 100 tys. populacji) (rys. 7.8). Przyrost liczby zachorowań będzie największy w tej grupie wiekowej – u mężczyzn z 4,7 tys. w 2006 r. do ponad 11 tys. w 2025 r.; u kobiet z 4 tys. w 2006 do 6,5 tys. w 2025.

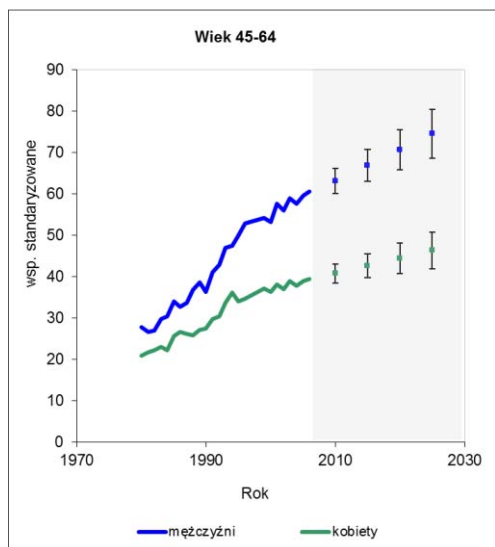
Rys. 7.5. Trendy zachorowalności na nowotwory jelita grubego w wieku 0 lat i więcej w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



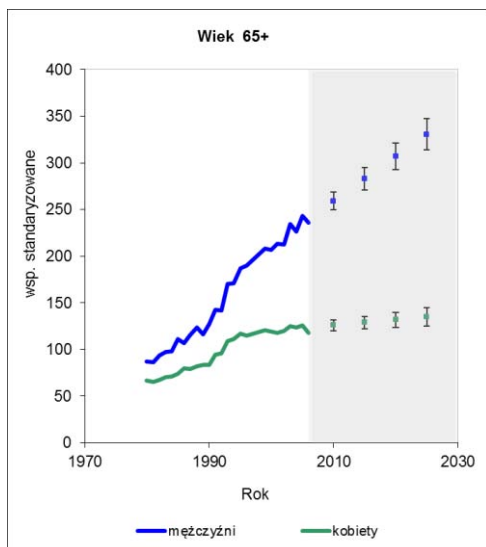
Rys. 7.6. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe jelita grubego w wieku 25–44 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.7. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe jelita grubego w wieku 45–64 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.8. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe jelita grubego w wieku 65 i więcej lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



7.4.3. Nowotwory złośliwe płuca

Ze względu na rzadkość występowania tego schorzenia przed 30 rokiem życia (0,1% zachorowań w tym przedziale wiekowym), przyjęto przedział 30–44 lat jako najmłodszą analizowaną grupę wiekową.

Prognoza współczynników zachorowalności wśród mężczyzn wskazuje na kontynuację rozpoczętego w 1994 r. spadku (z poziomu 77 na 100 tys. populacji). W 2006 r. zachorowalność wynosiła 59 na 100 tys., natomiast do 2025 r. przewidywany jest spadek wartości współczynnika do 39 na 100 tys. populacji. W populacji kobiet utrzymanie dotychczasowych trendów zachorowalności spowoduje wzrost współczynników z 15 na 100 tys. populacji w 2006 r. do 20 w 2025 r. (rys. 7.9). Liczba zachorowań u mężczyzn, mimo znacznego spadku współczynników zachorowalności, będzie nadal rosła (z 15,2 tys. w 2006 r. do 15,8 tys. w 2025 r.). W populacji kobiet przewidywany jest znaczący wzrost liczby zachorowań na raka płuca – z 5 tys. w 2006 r. do 7,7 tys. w 2025.

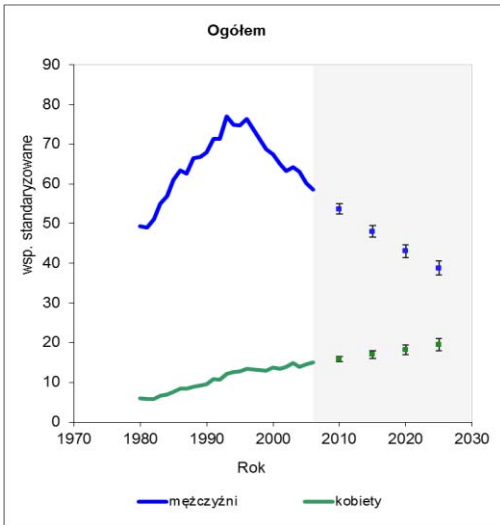
Wśród młodych dorosłych (30–44 lat) spodziewany jest spadek zachorowalności u obu płci, przy czym należy spodziewać się zrównania współczynników zachorowalności mężczyzn i kobiet około 2020 r. (do poziomu około 2,3 na 100 tys. populacji (rys. 7.10). Współczynniki zachorowalności w 2025 r.

u mężczyzn zmniejszą się do poziomu około 1,5 na 100 tys. populacji (6,3 w 2006 r.), u kobiet do poziomu 2 na 100 tys. populacji (3,4 w 2006 r.). Liczba zachorowań w 2025 r. została oszacowana na 70 u mężczyzn i 97 u kobiet.

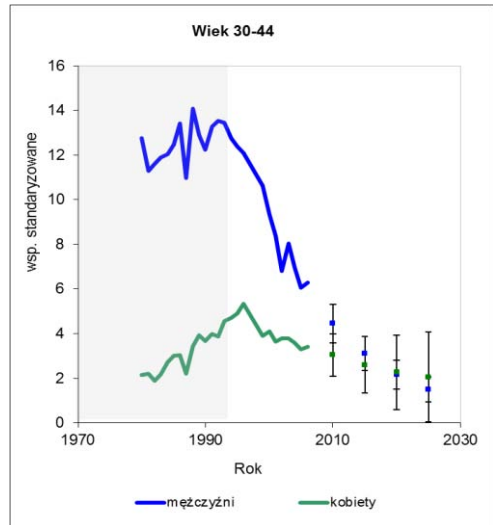
Wśród osób w średnim wieku (45–64 lat) przewidywane jest wyrównanie wartości współczynników zachorowalności u mężczyzn i kobiet (rys. 7.11). W 2006 r. wartość współczynnika dla mężczyzn wynosiła 141 na 100 tys. populacji, natomiast dla kobiet – 47. W 2025 r. oszacowana wartość współczynników wyniesie odpowiednio 80 i 69 na 100 tys. populacji (rys. 7.11). Przewiduje się, że do 2025 r. liczba zachorowań na raka płuca w tej grupie wiekowej zmniejszy się u mężczyzn do 4 tys. (wobec 6,4 tys. w 2006 r.), natomiast u kobiet zwiększy się do 3,7 tys. (wobec 2,5 tys. w 2006 r.).

W najstarszej grupie wieku nadal należy spodziewać się rozpoczętego w 1996 r. spadku zachorowalności u mężczyzn i kontynuacji wzrostu u kobiet (rys. 7.12). Współczynnik zachorowalności w 2025 r. został oszacowany na 333 na 100 tys. populacji dla mężczyzn (437 w 2006 r.) i 85 na 100 tys. populacji dla kobiet (78 w 2006 r.). Liczba zachorowań w najstarszej grupie wiekowej zwiększy się do 2025 r. u obu płci: do 11,7 tys. u mężczyzn (wobec 8,5 tys. w 2006 r.) i 3,9 tys. u kobiet (2,5 tys. w 2006 r.).

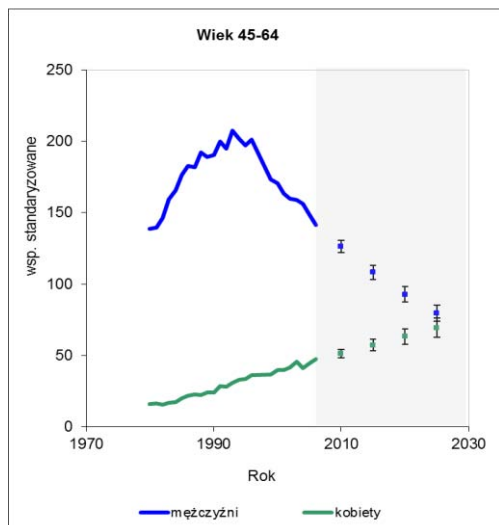
Rys.7.9. Trendy zachorowalności na nowotwory płuca w wieku 0 lat i więcej w Polsce w latach 1980-2006, prognoza do 2025 r.



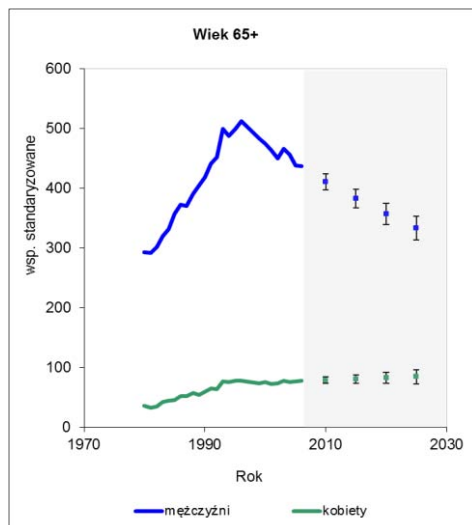
Rys. 7.10. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca w wieku 30–44 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.11. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca w wieku 45–64 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



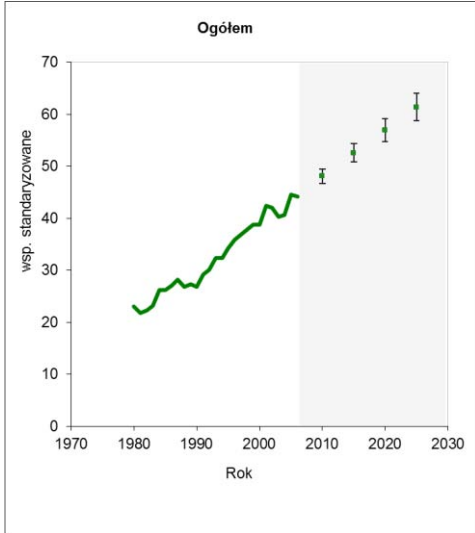
Rys. 7.12. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe płuca w wieku 65 i więcej lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



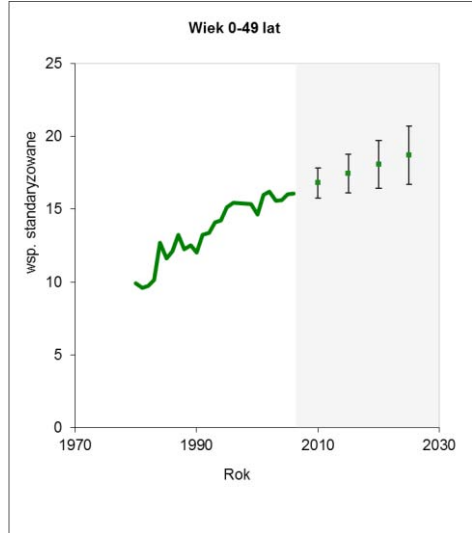
7.4.4. Nowotwory złośliwe piersi

Prognoza na lata 2010–2025 wskazuje na wzrost zachorowalności na nowotwory piersi do około 60 na 100 tys. populacji w 2025 r. (z 44 w 2006 r.) (rys. 7.13). Prognozowana na 2025 r. liczba zachorowań na nowotwory piersi (około 21 tys.) jest ponad o 50% większa niż obserwowana w 2006 r. (13,2 tys.). U kobiet przed menopauzą (0–49 lat) wzrost zachorowalności prawdopodobnie będzie niewielki (z 16 na 100 tys. populacji w 2006 r. do 19 w 2025 r. – rys. 7.14), a liczba zachorowań wzrośnie do 1900 (wobec 1400 w 2006 r.). Największego przyrostu zachorowalności należy spodziewać się w grupie kobiet objętych populacyjnymi badaniami przesiewowymi (50–69 lat): wzrost z 160 na 100 tys. populacji w 2006 r. do 250 w 2025 r. (rys. 7.15). W tej grupie liczba zachorowań przekroczy 10,5 tys. (w 2006 r. odnotowano 7,3 tys. zachorowań). Wśród kobiet po 70 roku życia przewidywany wzrost zachorowalności jest wolniejszy niż wśród kobiet w średnim wieku: z 140 na 100 tys. populacji w 2006 r. do 158 w 2025 r. (rys. 7.16). Liczba zachorowań w najstarszej grupie wiekowej zwiększy się do 8,5 tys. (4,5 tys. w 2006 r.).

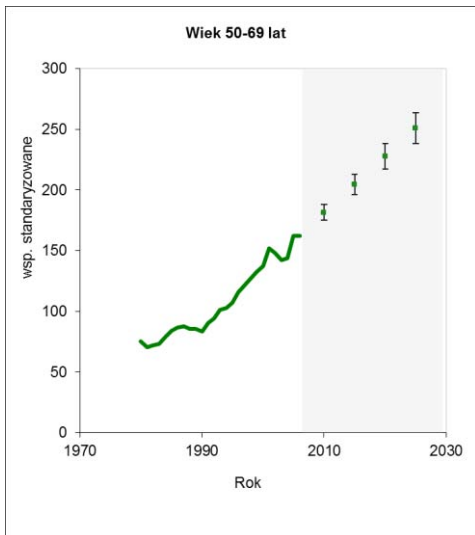
Rys. 7.13. Trendy zachorowalności na nowotwory piersi w wieku 0 lat i więcej w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



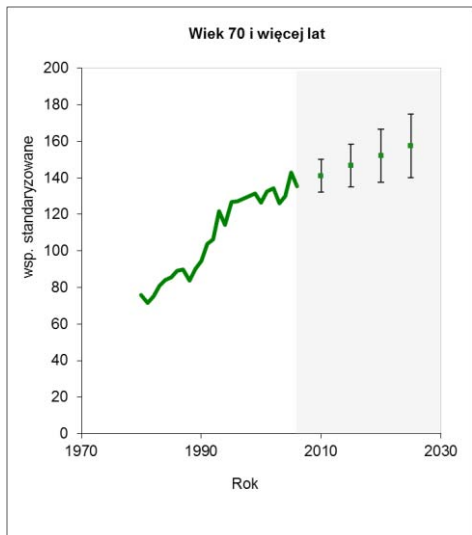
Rys. 7.14. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi w wieku 0–49 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.15. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi w wieku 50–69 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.16. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi w wieku 70 i więcej lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



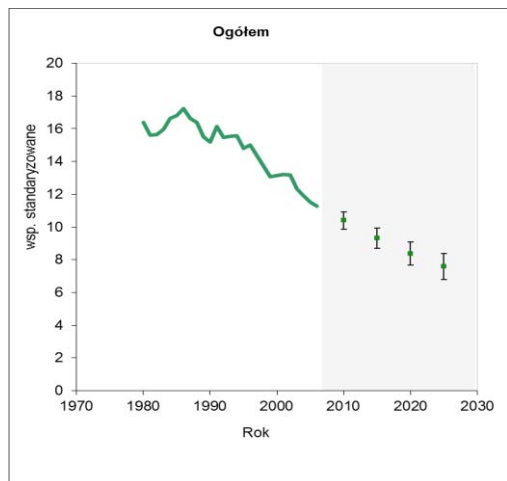
7.4.5. Nowotwory złośliwe szyjki macicy

Ze względu na rzadkość występowania tego schorzenia przed 25 rokiem życia (0,0% zachorowań w tym przedziale wiekowym), za najmłodszą analizowaną grupę wiekową przyjęto przedział 25–44 lat.

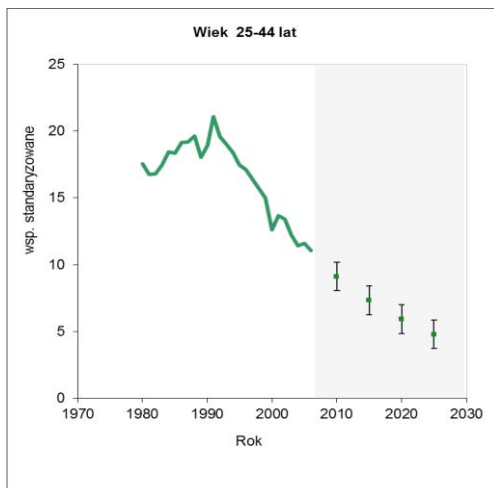
Częstość występowania nowotworów szyjki macicy w Polsce zmniejsza się we wszystkich grupach wiekowych od ponad trzech dekad. Współczynnik zachorowalności dla całej populacji wynoszący w 2006 r. 11 na 100 tys. populacji zmniejszy się do 8 w 2025 r., o ile utrzymają się dotychczasowe tendencje (rys. 7.17). Oczekiwany spadek zachorowalności w najmłodszej grupie wiekowej (25–44 lat) może spowodować, że wartość współczynnika zachorowalności w 2025 r. będzie wynosiła około 5 na 100 tys. populacji (wobec 11 na 100 tys. populacji w 2006 r.) (rys. 7.18). Wśród kobiet w średnim wieku oczekiwany w 2025 r. poziom zachorowalności będzie wynosił około 28 na 100 tys. populacji (w 2006 r. 34) (rys. 7.19). W najstarszej grupie wiekowej spodziewany jest największy spadek zachorowalności: z 27 na 100 tys. populacji w 2006 r. do 15 w 2025 (rys. 7.20).

W 2006 r. zarejestrowano 3226 zachorowań na raka szyjki macicy. W 2025 r. można się spodziewać około 2400 zachorowań, z tego około 290 w grupie 25–44 lat (w 2006 r. 583 zachorowania), w grupie 45–64 lat około 1400 zachorowań (w 2006 r. 1784) i w grupie powyżej 65 roku życia około 700 zachorowań (w 2006 r. 847).

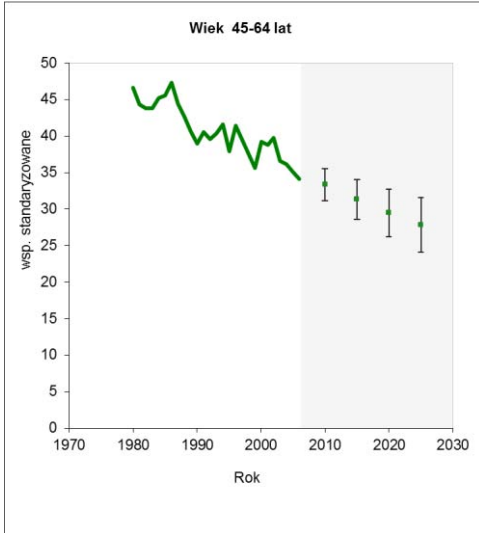
Rys. 7.17. Trendy zachorowalności na nowotwory szyjki macicy w wieku 0 lat i więcej w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



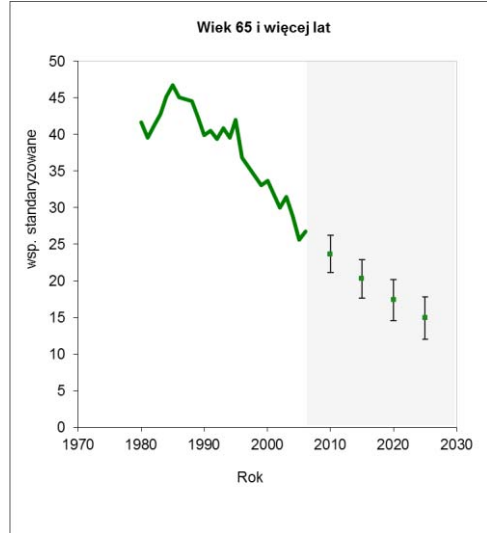
Rys. 7.18. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe szyjki macicy w wieku 25–44 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.19. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe szyjki macicy w wieku 45–64 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.20. Trendy zachorowalności na nowotwory złośliwe szyjki macicy w wieku 65 i więcej lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



7.4.6. Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego

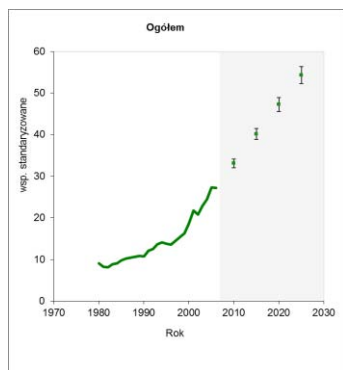
Większość zachorowań i zgonów z powodu raka gruczołu krokowego w polskiej populacji występuje u starszych mężczyzn. W 2006 r. 75% zachorowań miało miejsce po 65 roku życia, przed 45 rokiem życia było poniżej 1% zachorowań i zgonów. Prognozę zachorowalności ograniczono zatem do dwóch grup wiekowych (45–64 lata i powyżej 65 lat).

Zachorowalność na nowotwory gruczołu krokowego od lat 90. ubiegłego wieku wzrastała bardzo szybko (ponad 5% rocznie w całej populacji, prawie 9% wśród mężczyzn w średnim wieku i 4,5% wśród najstarszych mężczyzn. Kontynuacja tych trendów sprawi, że 2025 r. zachorowalność osiągnie poziom ponad 50 na 100 tys. populacji (wobec 27 na 100 tys. populacji w 2006 r.) – rys. 7.21. Wśród mężczyzn w średnim wieku (45–64 lat) przewiduje się wzrost zachorowalności z 44 na 100 tys. populacji do około 100 w 2025 r. (rys. 7.22). W najstarszej grupie wiekowej (powyżej 65 roku życia) można oczekiwać wzrostu zachorowalności z 269 na 100 tys. populacji w 2006 r. do ponad 500 w 2025 r. (rys. 7.23).

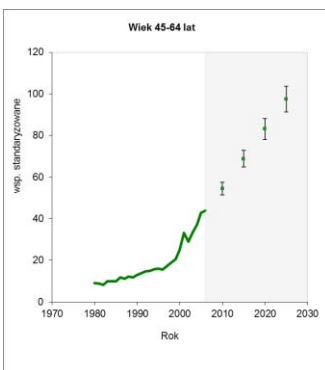
Wzrost zachorowalności wraz ze starzeniem się populacji również wśród mężczyzn może przynieść znaczny wzrost liczby zachorowań. W 2025 r. można oczekiwać ponad 22 tys. zachorowań (7154 w 2006 r.), z tego około 5000

wystąpi u mężczyzn w średnim wieku (1787 w 2006 r.) i ponad 17 tys. u mężczyzn powyżej 65 roku życia (5349 zachorowań w 2006 r.).

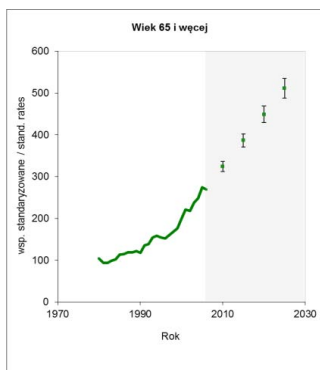
Rys. 7.21. Trendy zachorowalności a nowotwory gruczolu krokowego w wieku 0 lat i więcej w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.22. Trendy zachorowalności na nowotwory gruczolu krokowego w wieku 45–64 lat w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



Rys. 7.23. Trendy zachorowalności na nowotwory szyjki macicy w wieku 65 lat i więcej w Polsce w latach 1980–2006, prognoza do 2025 r.



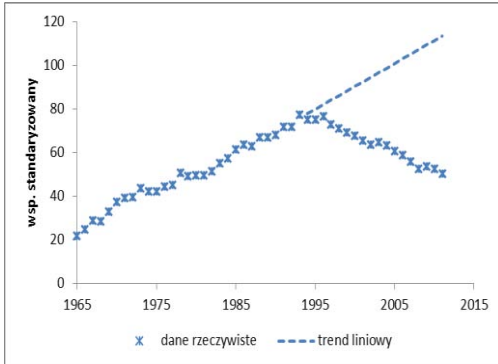
7.5. Podsumowanie

Prognoza zjawisk zdrowotnych jest narzędziem tyleż koniecznym, ile ułomnym. Prognozowanie zachorowalności, a szczególnie liczby zachorowań, ma podstawowe znaczenie dla tworzenia strategii zdrowotnych państwa oraz przewidywania przyszłych kosztów ponoszonych przez społeczeństwo. Mówiąc o kosztach należy brać pod uwagę zarówno koszty bezpośrednie (leczenie), jak i pośrednie – wynikające z utraty ról społecznych przez osoby chore. Przewidywanie zjawisk dotyczących zdrowia jest jednak niezwykle trudne ze względu na fakt, że nie znamy wszystkich czynników determinujących (lub nie potrafimy ich zmierzyć). Znajomość czynników ryzyka danego schorzenia nie oznacza niestety, że potrafimy skwantyfikować jego poziom i wprowadzić je do modelu prognostycznego. Wyjątkiem jest rak płuca, dla którego znany jest podstawowy czynnik ryzyka odpowiedzialny w Polsce za 93% tych nowotworów u mężczyzn i 74% u kobiet (Mańczuk, 2012).

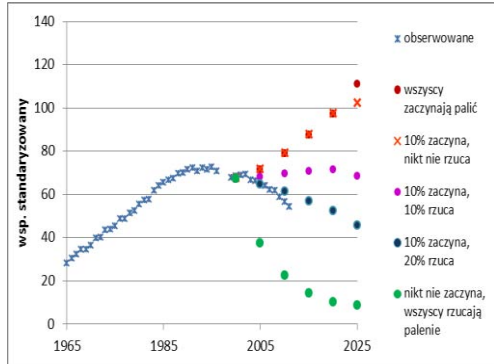
Dobrym przykładem ilustrującym powyższe stwierdzenia byłaby prognoza raka płuca w populacji mężczyzn przeprowadzona na bazie lat 1980–1991, kiedy nowotwory te charakteryzowała znacząca tendencja rosnąca (rys. 7.24). Pro-

gnoza oparta na tym okresie przewidywałaby dla 2011 r. zachorowalność wśród mężczyzn na poziomie 112 na 100 tys. populacji i około 21 tys. zachorowań. Rzeczywista zachorowalność w 2011 r. wynosiła 50 na 100 tys. populacji, a liczba zachorowań 14,5 tys. Predykcja oparta na modelu symulacyjnym, w którym wykorzystane zostały znane wskaźniki ryzyka przypisane nawykowi palenia w populacji, pozwoliła stworzyć wiele wariantów przyszłej zachorowalności (umieralności), w zależności od przyjętych scenariuszy częstości palenia w populacji (Didkowska i inni, 2011). Prognoza symulacyjna dla populacji mężczyzn sprawdza się w scenariuszu, w którym zakładano, że co 5 lat 10% osób w wieku 10-24 lat rozpocznie palenie i jednocześnie 20% palących w całej populacji trwale rezygnuje z palenia (rys. 7.25), a ten okazał się zgodny z zachodzącymi w Polsce zmianami nawyków palenia wśród mężczyzn. Liczba palących mężczyzn w latach 1996–2009 zmniejszyła się o ponad 2,2 mln, a odsetek palących mężczyzn zmniejszył się o 10 punktów procentowych (z 47,3% w 1996 r. do 37,9% w 2009) (*Stan zdrowia...*, 1997, 2011).

Rys. 7.24. Hipotetyczny wzrost zachorowalności na nowotwory płuca, wartości rzeczywiste i prognoza na 2011 rok, mężczyźni, Polska



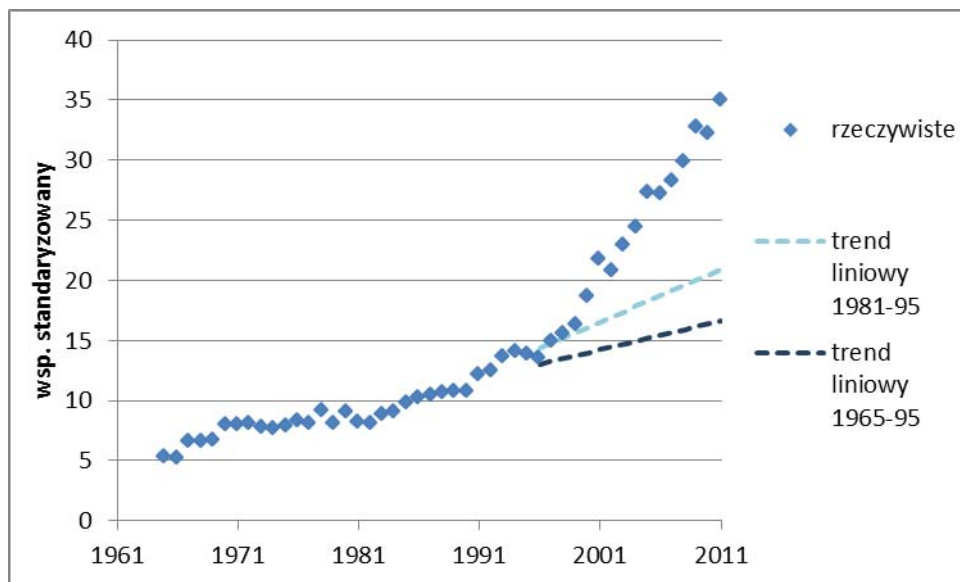
Rys. 7.25. Symulacyjna prognoza umieralności z powodu raka płuca, mężczyźni, Polska



Podobne zjawisko można prześledzić w przypadku nowotworów gruczołu krokowego. Średnie tempo wzrostu zachorowalności w latach 1965–1995 wynosiło 3,2%, w latach 1981–1995 – 3,8% (indeksy łańcuchowe) i gdyby utrzymało się w kolejnych latach, spowodowałyby odpowiednio inny wzrost współczynników zachorowalności w kolejnych latach (rys. 7.26). Rzeczywisty przebieg zachorowalności zupełnie odbiega od hipotetycznego opartego na trendzie liniowym. Częstość rozpoznawania raka stercza wzrosła gwałtownie we wszystkich krajach, w których do diagnostyki tych nowotworów wprowadzono

powszechny dostęp do oznaczania poziomu antygenu sterczowego (PSA) we krwi i ultrasonografii przezodbytniczej (TRUS), a tego nie można było przewidzieć.

Rys. 7.26. Hipotetyczny wzrost zachorowalności na nowotwory gruczołu krokowego, wartości rzeczywiste i prognoza na 2011 rok, mężczyźni, Polska



Raport Światowej Organizacji Zdrowia z 2008 r. wskazuje, że przyszłe zagrożenie nowotworami populacji krajów rozwiniętych i rozwijających się będzie wynikało głównie z tempa wzrostu udziału osób starszych w populacji tych krajów. Według przedstawionych prognoz liczba zachorowań na nowotwory w Europie wzrośnie z 3,4 mln w 2008 r. do 4,1 mln w 2030 r. w wariantcie zakładającym niezmiennosc obecnych współczynników oraz do 5,5 mln zachorowań w wariantcie zakładającym 1% roczny wzrost współczynników (Boyle, Levin, 2008). Oznacza to, że 0,7 miliona zachorowań w Europie będzie wyłącznie efektem starzenia się populacji.

Prezentowane prognozy zachorowalności na nowotwory w Polsce są również bardzo silnie determinowane wielkością i strukturą wiekową populacji w przyszłości, gdyż wiek jest niezależnym czynnikiem ryzyka w większości nowotworów, zarówno ze względu na długość ekspozycji na czynniki karcinogenne, jak i zaburzenia procesów odnowy i naprawy w komórce (Malaguarnera, Cristaldia, 2010; Fulop i in., 2010). Prezentowane oszacowanie przyszłej liczby zachorowań wskazuje, że 80% pacjentów i 65% pacjentek przekroczy 65 rok ży-

cia, a liczba zachorowań wynikająca wyłącznie ze zmiany struktury wieku polskiej populacji będzie wynosić około 27% u mężczyzn i 23% u kobiet (razem około 47 tys. osób).

Mimo wszystkich zastrzeżeń prognoza liczby zachorowań (dla planowania) oraz zachorowalności (dla epidemiologii, między innymi jako narzędzie kontroli skuteczności profilaktyki pierwotnej) jest niezwykle ważnym elementem pozwalającym wdrożyć działania, które pomogą przygotować się na rosnącą liczbę zachorowań (ekonomia, ochrona zdrowia – kadry, zaplecze, hospicja) przy kurczącej się liczbie osób młodych.

Bibliografia

- Boyle P., Levin B., red. (2008), *World Cancer Report 2008*, IARC, Lyon.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Koskinen H.L., Tavilla A., Dyba T., Hakulinen (2011), *Future lung cancer incidence in Poland and Finland based on forecasts on hypothetical changes in smoking habits*, "Acta Oncologica", Jan; 50(1), 81-87. DOI: 10.3109/0284186X.2010.488247.
- Dyba T., Hakulinen T. (2000), *Comparison of different approaches to incidence prediction based on simple interpolation techniques*, "Statistics in Medicine", 19, 1–12.
- Ferlay J.F., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin D.M., Forman D., Bray F. (2012), *v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide*, IARC Cancer Base, 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013; <http://globocan.iarc.fr> (14.01.2014).
- Fulop T., Kotb R., Fortin C.F., Pawelec G., de Angelis F., Larbi A. (2010), *Potential role of immunosenescence in cancer development*, "Annals of the NY Academy of Sciences", Jun; 1197, 158–165.
<http://www.enr.com/fr/stata-macros.htm> (luty 2008).
- Malaguarnierab L., Cristaldia E. (2010), *The role of immunity in elderly cancer*, "Critical Reviews in Oncology/Hematology", Apr; 74(1), 40–60.
- Mańczuk M. (2012), *Oszacowanie liczby zgonów nowotworowych wynikających z palenia tytoniu w Polsce*, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Prognoza ludności na lata 2009–2035* (2009), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r.* (1997), GUS, Warszawa.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* (2011), GUS, Warszawa.
- Trwanie życia w 2012* (2013), GUS, Warszawa.
- Wojciechowska U., Didkowska J. (2013), *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 r.*, „Nowotwory. Journal of Oncology”, 63, 3, 197–216. DOI: 10.5603/NJO.2013.0001.

Joanna Didkowska

Forecasts of the development of cancer diseases in Poland

Summary

The World Health Organisation's report dated 2008 indicates that the future cancer threat in developed and developing countries will mainly result from the rapidly growing share of elderly people in the populations of those countries. According to the forecasts presented, the cancer incidence level in Europe will rise from 3.4 million in 2008 either to 4.1 million in 2030, under the scenario assuming the invariability of the current rates, or to 5.5 million, when assuming a 1% annual growth in those rates. This implies that 0.7 million of cancer cases in Europe will be the direct outcome of the population ageing.

The cancer incidence forecasts for Poland are also under the strong influence of the future size and structure of the population. This stems from the fact that age constitutes an independent risk factor for most cancer types, both in terms of the length of exposure to carcinogenic factors and the distortion of cell regeneration and recovery processes. The presented estimations of the future incidence level reveal that 80% of male patients and 65% of female patients will attain the age of 65, and the number of cancer cases resulting purely from age structure changes taking place in the Polish population, will account for around 27% (for males) and 23% (for females), i.e. a total of around 47 thousand people.

Despite all its imperfections, the forecast of the number of cases (in terms of planning) and incidence (in terms of epidemiology, e.g. as a tool for checking the primary prophylaxis efficiency) constitutes a crucial element that allows the implementing of such measures that can make the healthcare system ready to serve a growing number of patients (in terms of the economy, health protection, staff, infrastructure and hospices), along with a falling number of young people.

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Tomasz Dzierżanowski
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Katedra Onkologii,
Pracownia Medycyny Paliatywnej

Rozdział 8.

OPIEKA PALIATYWNA W ONKOLOGII – AKTUALNE PROBLEMY I PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH

8.1. Definicja opieki paliatywnej i ważne dokumenty europejskie

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia z 2002 r. opieka paliatywna – to działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu, postępującą chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz ocena i leczenie bólu i innych problemów: somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych.

Do chwili obecnej nie udało się opracować uniwersalnego modelu opieki paliatywnej, który mógłby zostać wprowadzony w wielu krajach. W rekomendacjach Rady Europy z 2003 r. zaleca się krajom członkowskim indywidualizację modelu opieki paliatywnej, uwzględniającą: system opieki zdrowotnej i opieki społecznej, warunki socjalno-ekonomiczne, a także uwarunkowania religijne i kulturowe. Na podstawie metody badawczej, w skład której wchodziły analizy raportów komitetów międzynarodowych, hospicjów, organizacji opieki paliatywnej oraz dane z przygotowanego przez Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (EAPC) *Atlas of Palliative Care*, określono obszary zgodności. Należały do nich wybór domu jako preferowanego miejsca dla opieki i najlepszego miejsca dla umierania. Zwrócono także uwagę na konieczność wczesnego włączenia do opieki paliatywnej wtedy, gdy pojawią się pierwsze objawy nieuleczalnej choroby. Głównymi obszarami niezgodności są wytyczne dla poszczególnych form opieki. Ważnym dokumentem zawierającym oficjalne stanowisko EAPC opublikowane w *European Journal of Palliative Care* w dwóch częściach w 2009 i 2010 r. jest Biała Księga w sprawie standardów i norm dla hospicjum i opieki paliatywnej w Europie. Zawiera ona przyjęte definicje i zalecenia dotyczące liczby personelu oraz sposobu i ilości świadczo-

nych usług. Według aktualnych zaleceń podstawą funkcjonowania jednostek opieki paliatywnej jest zespół interdyscyplinarny składającym się z lekarzy i pielęgniarzek posiadających wiedzę wysokospecjalistyczną oraz psychologów, fizjoterapeutów, osób duchownych, pracowników socjalnych, pracowników administracyjnych i wolontariuszy. Zgodnie z tym dokumentem w opiece stacjonarnej zalecane jest 80-100 łóżek na milion mieszkańców. Pojedyncza jednostka stacjonarna opieki paliatywnej powinna zawierać 8–15 łóżek, optymalnie sale 1–2-łóżkowe. Na jednego pacjenta powinno przypadać od 1,0 do 1,2 pielęgniarki oraz 0,15 lekarza. W opiece domowej zaleca się 1 jednostkę na 140 000 mieszkańców (*Wytyczne...*, 2004; *The Lisbon Challenge*, 2011).

Dokumentem, na który należy zwrócić uwagę jest raport na temat opieki paliatywnej w Unii Europejskiej *A European Parliament report on palliative care* z 2009 roku. Został on przygotowany jako narzędzie dla posłów Parlamentu Europejskiego, europejskich polityków i naukowców, wspierające ich działania na rzecz opieki paliatywnej w Europie i na świecie. W jego wnioskach zawarto informacje, że konieczne są dalsze wysiłki w celu zapewnienia właściwego upowszechniania problemów opieki paliatywnej wśród władz zdrowotnych na poziomie europejskim i lokalnym. W 2011 roku w czasie Zjazdu Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej w Lizbonie został przedstawiony dokument określany jako „Wyzwania strategii lizbońskiej”. W jego przygotowaniu wzięli udział przedstawiciele organizacji zajmujących się opieką paliatywną oraz obroną praw człowieka. Dokument ten, nawiązując do Rekomendacji z 2002 roku, uznaje prawo do dostępu do odpowiedniej opieki paliatywnej za składową praw człowieka i zobowiązuje rządy poszczególnych państw do uwzględnienia w ich strategii zdrowotnej potrzeb pacjentów z postępującymi, zagrażającymi życiu, nieuleczalnymi chorobami. Podkreśla też, że skuteczne łagodzenie cierpień pacjentów poprzez zapewnienie właściwej opieki paliatywnej nie jest związane z wysokimi kosztami. W dokumencie zawarto apel do rządów o opracowanie polityki zdrowotnej umożliwiającej oraz zapewnienie niezbędnych środków finansowych (*Wytyczne...*, 2004; *The Lisbon Challenge*, 2011)

Na podstawie *Atlas of Palliative Care in Europe*, łączącego raporty oraz dane porównawcze na temat stanu opieki paliatywnej z **52 krajów** z liczbą ludności około **879 milionów osób** wiadomo, że do chwili obecnej **opieka paliatywna nie zaspokaja potrzeb ludności Europy** i konieczne są dalsze działania w kierunku rozwoju tej dziedziny medycyny z uwzględnieniem zwiększających się potrzeb wynikających z uwarunkowań demograficznych.

8.2. Opieka paliatywna w Polsce

Na podstawie analiz przygotowywanych dla Parlamentu Europejskiego oraz Atlasu Opieki Paliatywnej w Europie z 2006 roku Polska zajmowała piąte miejsce w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej (*Atlas...*, 2007; *Transforming research...*, 2009). W 2011 roku Worldwide Palliative Care Alliance przeprowadziło badanie, którego efektem był kolejny Atlas Opieki Paliatywnej zatytułowany *Mapowanie poziomu rozwoju opieki paliatywnej: globalna aktualizacja 2011 (Mapping Levels...)*. Na podstawie tego dokumentu Polska znalazła się w grupie państw IVb. Jest to grupa krajów o najwyższym poziomie rozwoju opieki paliatywnej na świecie. Poziom opieki paliatywnej w grupie IVb określany jest jako etap zaawansowanej integracji w ramach głównych form organizacyjnych. Cechą charakterystyczną tych krajów jest opieka paliatywna zintegrowana z systemem opieki zdrowotnej. Świadomość opieki paliatywnej jest obecna wśród pracowników służby zdrowia, lokalnych społeczności i społeczeństwa ogólnie. W tej grupie krajów świadczenia ze wszystkich form opieki paliatywnej oferowane są przez wielu świadczeniodawców. W krajach z grupy IVb obecne są centra edukacyjne i ośrodki akademickie zajmujące się opieką paliatywną. Pacjenci mają nieograniczony dostęp do morfiny i innych silnych opioidów.

W Polsce opieka paliatywna jest zintegrowana z systemem opieki zdrowotnej, a świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej należą do świadczeń gwarantowanych. Do najważniejszych Polskich aktów prawnych stanowiących podstawę funkcjonowania jednostek opieki paliatywnej należą: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). W wyniku nowelizacji w 2007 roku ze świadczeń z opieki długoterminowej wyodrębniono świadczenia z opieki paliatywnej (art. 31b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 ...). Pierwszym aktem prawnym określającym szczegółowo wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej było Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2009 r., obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1347). Powyższy dokument określa standardy dotyczące liczby zatrudnionego personelu medycznego, kwalifikacji zawodowych oraz wyposażenia jednostek, a także sposób sprawowania opieki. Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane są bezpłatnie w następujących warunkach:

- stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;

- domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych;
- domowych – w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18 roku życia;
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

W Polsce do tej pory ze środków publicznych nie są finansowane świadczenia dziennych ośrodków opieki paliatywnej oraz szpitalnych zespołów wspierających.

8.2.1. Beneficjenci opieki paliatywnej

Kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną dokonuje lekarz zatrudniony w jednostce opieki paliatywnej na podstawie oceny stanu klinicznego oraz rozpoznania zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10. Do opieki paliatywnej pacjentów dorosłych kwalifikuje się osoby z rozpoznaniem choroby nowotworowej (ICD-C oraz D) niezależnie od stadium zaawansowania choroby – jeśli konieczne jest leczenie objawowe. Ponadto opieką paliatywną mogą być też objęci pacjenci ze schorzeniami z ICD 10-G (następstwa chorób zapalnych układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne OUN, choroby demielinizacyjne OUN), z ICD-B – choroby wywołane przez wirus HIV, z ICD-L – owrzodzenia odleżynowe, oraz stadia schyłkowe kardiomiopatii (ICD-I) oraz przewlekłej niewydolności oddechowej (ICD-J).

Wśród pacjentów dorosłych >90% pacjentów objętych opieką paliatywną stanowią osoby ze schorzeniami nowotworowymi.

W grupie pacjentów do 18 roku życia lista schorzeń gwarantowanych zgodnie z kodami ICD-10 jest bardzo szeroka i obejmuje – oprócz chorób nowotworowych – wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe, uszkodzenia okołoporodowe, zaburzenia metaboliczne, choroby układu nerwowego i inne. Według corocznego raportu Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci w 2012 r. najliczniejszą grupę wymagającą opieki paliatywnej stanowiły dzieci z chorobami układu nerwowego (33%); wady rozwojowe i aberracje chromosomowe dotyczyły 30%. Dzieci z nowotworami stanowiły 12% wszystkich pacjentów. Nie oznacza to jednak, że liczba dzieci z nowotworami objętych opieką paliatywną maleje, lecz że w hospicjach dziecięcych wzrosła liczba dzieci ze schorzeniami nienowotworowymi. Według danych z powyższej publikacji, w hospicjach dziecięcych od 2005 do 2012 r. liczba dzieci objętych opieką paliatywną z rozpoznaniem nowotworu zwiększyła się ze 100 do 144.

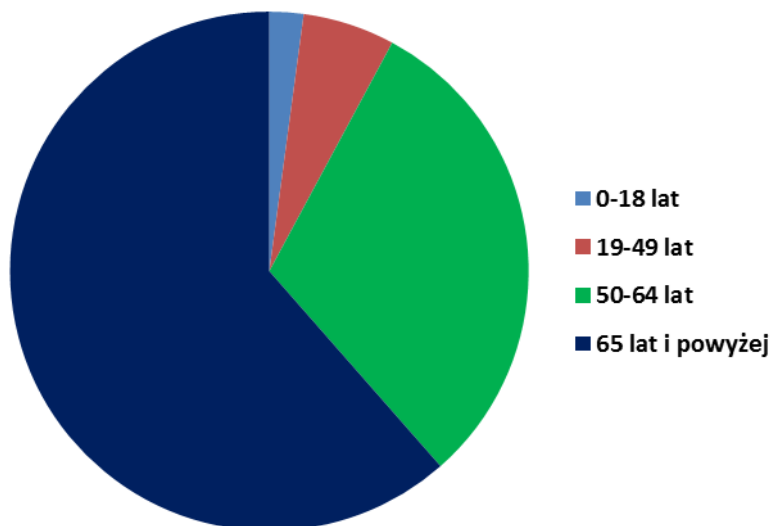
Można wyróżnić trzy grupy pacjentów onkologicznych wymagających opieki paliatywnej. Pierwsza to pacjenci w trakcie leczenia onkologicznego, wymagający leczenia objawowego najczęściej bólu. Ta grupa pacjentów na każdym etapie choroby, niezależnie od rokowania, jeśli pojawią się dolegliwości po-

winna mieć zapewnione leczenie objawowe. Takie leczenie dla przeważającej części tych pacjentów można zapewnić w poradni medycyny paliatywnej. Problemem jest jednak nie tylko mała liczba poradni, lecz także późne zgłaszanie się pacjentów, wynikające z funkcjonującego w społeczeństwie stereotypu, że medycyna paliatywna zajmuje się opieką nad chorymi w ostatnich dniach życia. Ten stereotyp powoduje odsuwanie decyzji pacjentów o zgłaszaniu się do specjalisty medycyny paliatywnej. Druga grupa pacjentów – to chorzy po leczeniu onkologicznym, które zakończyło się niepowodzeniem. Tej grupie chorych dedykowane są wszystkie rodzaje świadczeń z zakresu opieki paliatywnej, które powinny być im zapewnione w zależności od stanu klinicznego oraz intensywności objawów chorobowych. W przypadku tej grupy pacjentów nierzadko mamy do czynienia z dylematem dotyczącym zakończenia leczenia onkologicznego lub jego kontynuacją. Do trzeciej grupy pacjentów należą ci, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia onkologicznego lub, co zdarza się niezwykle rzadko, nie wyrazili na nie zgody. Powodem niezakwalifikowania do terapii onkologicznej jest stan ogólny pacjenta, znaczne zaawansowanie w momencie rozpoznania lub typ nowotworu niewrażliwy na leczenie. Pacjenci ci stanowią znaczną grupę chorych trafiających do systemu opieki paliatywnej, szczególnie spośród chorych po 65 roku życia i są odbiorcami wszystkich dostępnych jej form. Problemem zgłaszanym coraz częściej przez różne jednostki opieki paliatywnej jest kierowanie do opieki paliatywnej pacjentów z nieukończoną diagnostyką nowotworu, najczęściej bez diagnostyki histopatologicznej. Powodem odstąpienia od diagnostyki jest ciężki stan pacjenta. Odrębnym problemem jest kierowanie do opieki paliatywnej pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową, bez czynnych objawów choroby nowotworowej (niewymagających leczenia objawowego), a z objawami schorzeń współistniejących; np. geriatrycznych czy neurologicznych, wymagających opieki ze względów społecznych.

8.2.2. Struktura wiekowa pacjentów

Według danych z NFZ z 2012 r. najliczniejszą grupę pacjentów objętych opieką paliatywną stanowiły osoby powyżej 65 roku życia, było to 61,47 %. Odsetek pacjentów w wieku 50–64 lata wynosił 30,67%, 19–49 lat – 5,74%, zaś grupa 0–18 lat to zaledwie 2,12%. W ramach poszczególnych świadczeń najliczniejsza grupa pacjentów po 65 r.ż. korzysta z opieki hospicjum domowego dla dorosłych oraz oddziałów stacjonarnych. Pacjenci w wieku 19–49 lat częściej korzystali z poradni medycyny paliatywnej niż pacjenci w innych przedziałach wiekowych.

Rys. 8.1. Struktura wiekowa pacjentów objętych opieką paliatywną



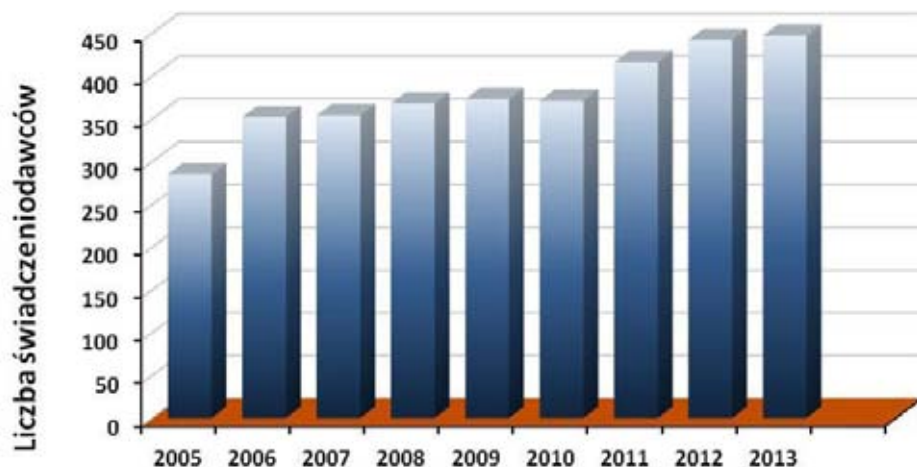
8.2.3. Serwisy opieki paliatywnej

Liczbę jednostek opieki paliatywnej finansowanych ze środków publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia) przedstawia rys. 8.2. W roku 2013 świadczenia z zakresu opieki paliatywnej wykonywało 453 świadczeniodawców. W okresie 2005–2013 liczba jednostek opieki paliatywnej corocznie ulegała zwiększeniu, największy wzrost można zaobserwować 2010/2011. Dokonując analizy w zakresie poszczególnych serwisów opieki paliatywnej, można stwierdzić, że reprezentowaną najliczniej formą opieki paliatywnej są hospicja domowe dla dorosłych.

Liczba poszczególnych serwisów opieki paliatywnej w 2013 przedstawiała się następująco:

- Opieka stacjonarna (oddział medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne) – 154,
- Hospicjum domowe dla dorosłych – 343,
- Hospicjum domowe dla dzieci – 52,
- Poradnia Medycyny Paliatywnej – 132 jednostki.

W latach 2010–2013 nastąpił niewielki wzrost liczby podmiotów wykonujących świadczenia w zakresie opieki stacjonarnej oraz domowej, natomiast spadek liczby poradni medycyny paliatywnej.

Rys. 8.2. Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowy z NFZ.

8.2.4. Rozmieszczenie terytorialne oraz finansowanie opieki paliatywnej

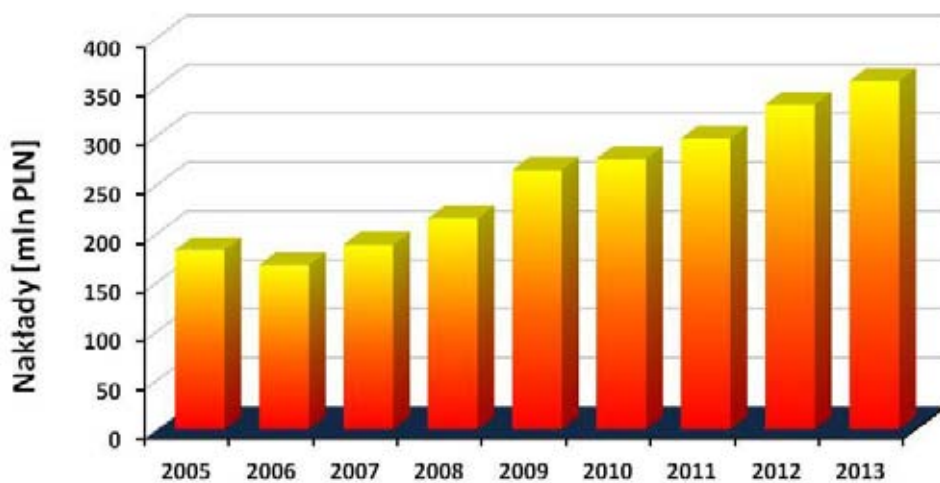
Rozmieszczenie terytorialne jednostek opieki paliatywnej w roku 2013 przedstawia tabela 8.1. Największa liczba jednostek stacjonarnych jest w województwie wielkopolskim, oraz małopolskim, najmniejsza zaś w województwie zachodniopomorskim. Najlepszy dostęp do poradni medycyny paliatywnej jest w województwach śląskim, dolnośląskim oraz łódzkim, w woj. podkarpackim oraz podlaskim brak jest dostępu do poradni medycyny paliatywnej, a ograniczony dostęp do poradni medycyny paliatywnej mają mieszkańcy województwa mazowieckiego. Hospicja domowe dla dorosłych najliczniej występują w województwach mazowieckim, wielkopolskim i śląskim; najmniej jest ich w województwach opolskim, podlaskim i świętokrzyskim. Hospicjów domowych dla dzieci najwięcej jest w małopolskim.

Tabela 8.1. Rozmieszczenie terytorialne poszczególnych jednostek organizacyjnych według województw

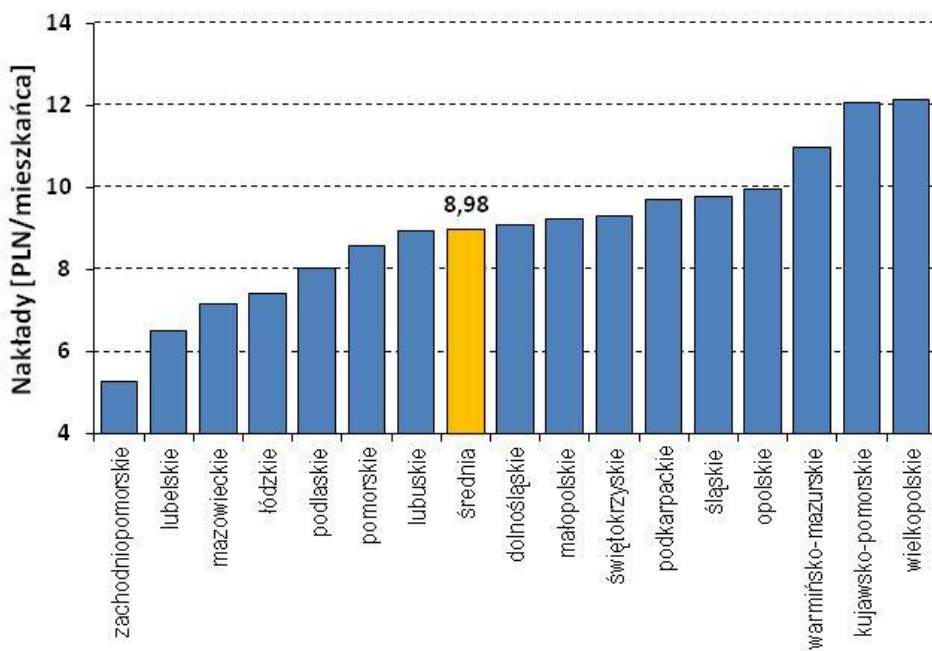
| Lp. | Województwo | Poradnie | Opieka domowa | Opieka domowa dzieci | Opieka stacjonarna |
|-----|---------------------|------------|---------------|----------------------|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 1 | Dolnośląskie | 14 | 19 | 2 | 13 |
| 2 | Kujawsko-pomorskie | 6 | 18 | 3 | 9 |
| 3 | Lubelskie | 5 | 18 | 2 | 10 |
| 4 | Lubuskie | 4 | 14 | 1 | 4 |
| 5 | Łódzkie | 14 | 25 | 2 | 7 |
| 6 | Małopolskie | 8 | 20 | 11 | 16 |
| 7 | Mazowieckie | 2 | 42 | 8 | 15 |
| 8 | Opolskie | 5 | 7 | 1 | 6 |
| 9 | Podkarpackie | 1 | 25 | 2 | 10 |
| 10 | Podlaskie | 1 | 9 | 2 | 6 |
| 11 | Pomorskie | 8 | 19 | 3 | 11 |
| 12 | Śląskie | 32 | 39 | 3 | 14 |
| 13 | Świętokrzyskie | 5 | 9 | 1 | 6 |
| 14 | Warmińsko-mazurskie | 10 | 20 | 2 | 6 |
| 15 | Wielkopolskie | 10 | 40 | 8 | 18 |
| 16 | Zachodniopomorskie | 7 | 19 | 1 | 3 |
| | Razem | 132 | 343 | 52 | 154 |

Nakłady na opiekę paliatywną pochodzące ze środków publicznych w latach 2005-2013 dotyczące całego kraju przedstawione zostały na rys. 8.3. W 2013 roku była to kwota 355,86 mln zł, w przeliczeniu na 1 mieszkańca stanowiło to około 9 zł. W tym zakresie również można zaobserwować zróżnicowanie pomiędzy województwami. Najwyższe nakłady w przeliczeniu na 1 mieszkańca przeznaczono w województwach wielkopolskim oraz kujawsko-pomorskim, najniższe w zachodniopomorskim oraz lubelskim (rys. 8.4). Znaczne zróżnicowanie pomiędzy nakładami w poszczególnych województwach występuje także w zakresie poszczególnych świadczeń.

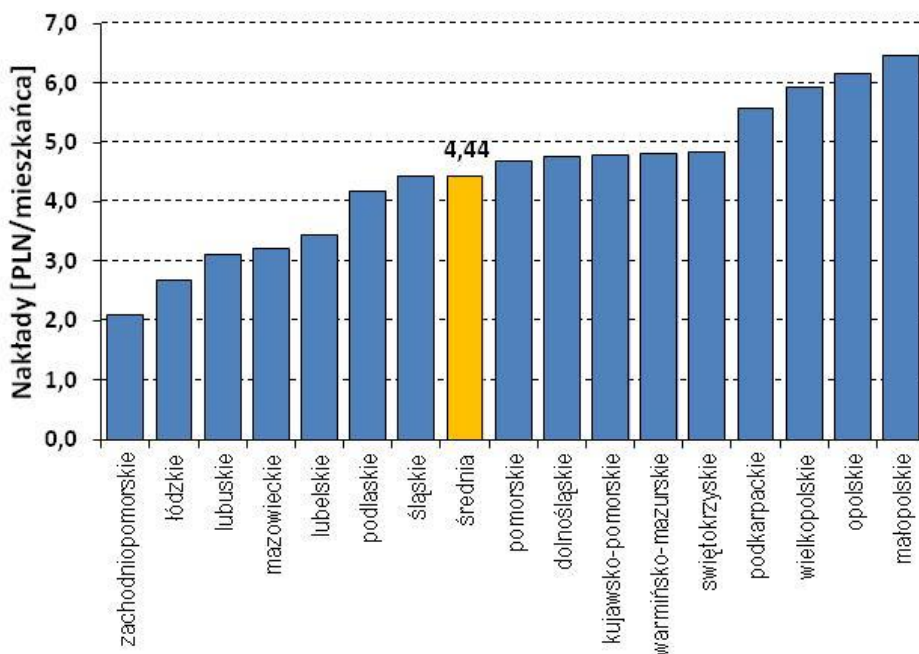
Rys. 8.3. Nakłady na opiekę paliatywną w latach 2005–2013



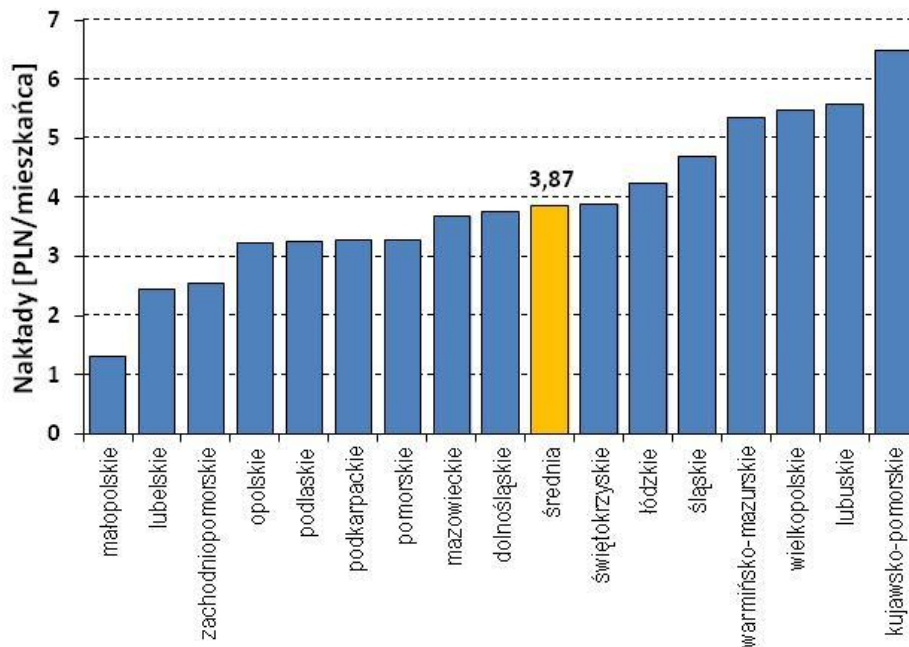
Rys. 8.4. Nakłady w PLN z podziałem na województwa w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa



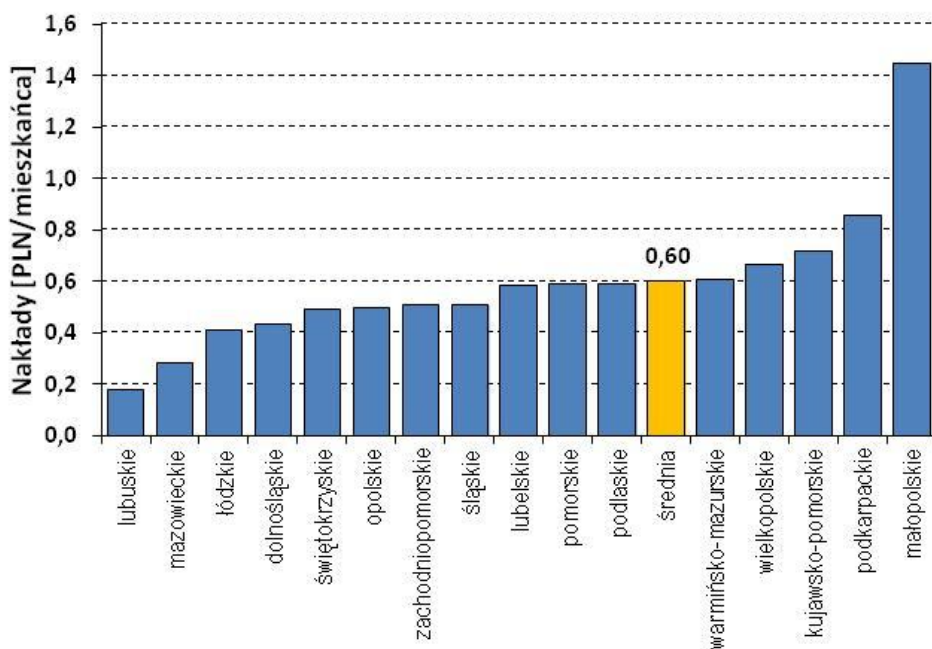
Rys. 8.5. Nakłady w PLN na 1 mieszkańca w roku 2013 – opieka stacjonarna



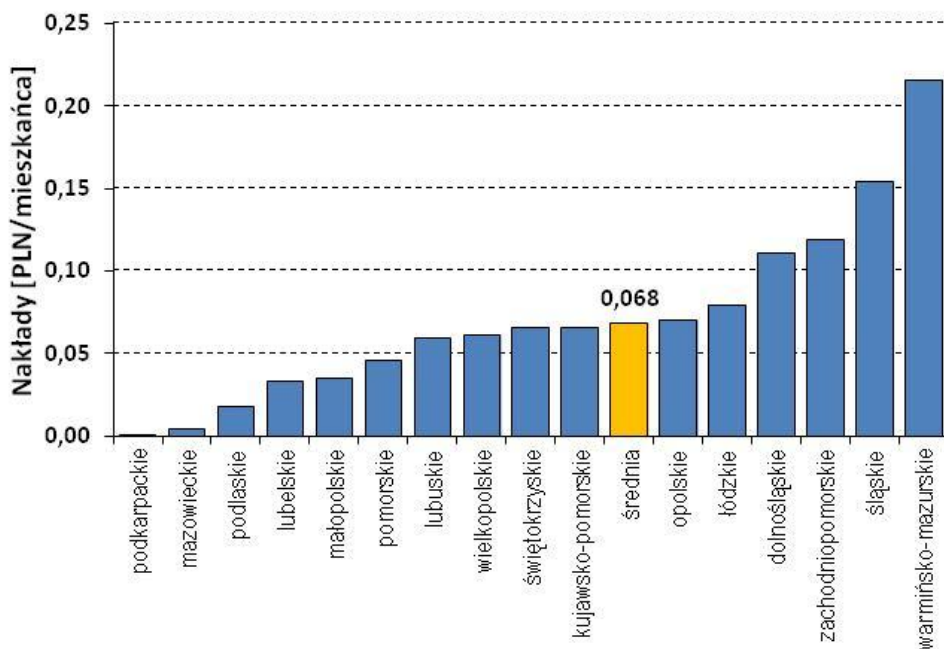
Rys. 8.6. Nakłady w PLN na 1 mieszkańca w roku 2013 – opieka domowa



Rys. 8.7. Nakłady w PLN na 1 mieszkańca w roku 2013 – opieka domowa dla dzieci



Rys. 8.8. Nakłady w PLN na 1 mieszkańca w roku 2013 – poradnie medycyny paliatywnej



Jeśli chodzi o stacjonarną opiekę paliatywną (oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne), w 2013 r. świadczenia były realizowane przez 154 jednostki. Najliczniej są one reprezentowane w województwach wielkopolskim, śląskim i mazowieckim, najmniej jest ich w zachodniopomorskim i lubuskim. Najwyższe nakłady w przeliczeniu na 1 mieszkańca na świadczenia z zakresu opieki stacjonarnej przeznaczono w województwach wielkopolskim i małopolskim, najmniejsze w zachodniopomorskim i łódzkim. Problemem dotyczącym opieki stacjonarnej jest brak infrastruktury; niedostateczna liczba łóżek w większości województw oraz brak funduszy na uzupełnienie bazy lokalowej, modernizacje, remonty oraz sprzęt.

Świadczenia z zakresu opieki domowej dla dorosłych realizowały w 2013 r. 343 podmioty lecznicze. Największa liczba hospicjów domowych dla dorosłych funkcjonuje w województwach wielkopolskim i śląskim, a najmniej jest ich w województwach opolskim i świętokrzyskim. Największe środki finansowe w przeliczeniu na 1 mieszkańca przeznaczono na opiekę domową w województwie kujawsko-pomorskim, najmniej w małopolskim i lubelskim.

W 2013 roku działały 52 hospicja posiadające kontrakt na opiekę domową dla dzieci. Jednostki te są najliczniejsze w województwach małopolskim oraz wielkopolskim, najmniej liczne – w lubuskim oraz świętokrzyskim. Najwyższe nakłady na 1 mieszkańca przeznaczono w województwach małopolskim i podkarpackim, najniższe w lubuskim i mazowieckim.

Zaledwie 132 poradnie medycyny paliatywnej realizowały świadczenia w 2013 r. Najwięcej takich poradni jest w województwie śląskim, najmniej w podkarpackim i podlaskim. W przeliczeniu na 1 mieszkańca najwyższe nakłady na poradni medycyny paliatywnej są w województwach warmińsko-mazurskim i śląskim, najniższe w podkarpackim i mazowieckim. Liczba poradni nie przekłada się na liczbę kontraktowanych świadczeń, a przeznaczone środki są niewystarczające do utrzymania infrastruktury poradni. Sytuacja dotycząca poradni medycyny paliatywnej w stosunku do lat poprzednich uległa pogorszeniu, w większości województw utrzymuje się brak dostępności. Powodem jest nieprawidłowy sposób i zbyt niska kwota wyceny tego świadczenia. Konsekwencją braku poradni medycyny paliatywnej jest zbyt późne obejmowanie opieką paliatywną lub zbyt wczesne włączanie pacjentów do opieki domowej bądź stacjonarnej. Obie te sytuacje są nieprawidłowe, gdyż w pierwszym wypadku mamy do czynienia z ograniczonym dostępem do opieki paliatywnej, w drugim zaś – z generowaniem niepotrzebnych kosztów.

Różnice nakładów na poszczególne świadczenia pomiędzy województwami są tak znaczne, że kwoty w niektórych województwach stanowią wielokrotność kwoty wydanej w innym województwie. Ponadto są dysproporcje w podziale środków finansowych na poszczególne świadczenia, np. na świadczenia stacjo-

narne w województwach wielkopolskim, małopolskim i opolskim nakłady są ponad dwukrotnie wyższe niż w zachodniopomorskim oraz łódzkim.

Porównując sytuację dotyczącą świadczeń z zakresu opieki paliatywnej w poszczególnych województwach można stwierdzić, że najlepsza dostępność do tych świadczeń jest w województwach kujawsko-pomorskim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim. Tam na opiekę paliatywną przeznaczono najwyższe środki, a podział pomiędzy poszczególnymi formami organizacyjnymi jest proporcjonalny. Najtrudniejsza sytuacja panuje w zachodniopomorskim oraz lubelskim, gdzie znaczne niedobory dotyczą opieki zarówno stacjonarnej, jak i domowej dla dorosłych. Największe dysproporcje pomiędzy podziałem środków na poszczególne formy organizacyjne widoczne są w województwie małopolskim.

8.2.5. Propozycje rozwiązań systemowych

Na podstawie ogólnodostępnych danych demograficznych wiadomo o postępującym procesie starzenia się społeczeństwa. Struktura wiekowa pacjentów objętych świadczeniami w warunkach stacjonarnych, hospicjum domowego dla dorosłych i poradni medycyny paliatywnej, świadczy także o tym, że wśród odbiorców opieki paliatywnej będą przeważać pacjenci powyżej 65 roku życia, a zapotrzebowanie na świadczenia w omawianym zakresie będzie w przyszłości rosło. Zarządzeniem z dnia 29 lipca 2011 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.Urz.MZ. Nr 6, poz. 50). Zadaniem Zespołu, który zgodnie z zarządzeniem MZ działał do lipca 2012 r. było opracowanie propozycji zmian w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, w szczególności zaś: rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rozwiązań służących poprawieniu jej jakości i stanu zasobów. W skład Zespołu weszli eksperci z dziedziny medycyny paliatywnej oraz przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na podstawie analizy sytuacji opieki paliatywnej w Polsce, Zespół sformułował następujące zalecenia i rekomendacje.

1. Wprowadzenie zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Najważniejsze propozycje zmian obejmują:

- a. wprowadzenie kryteriów objęcia opieką pacjentów opartych na aktualnej definicji opieki paliatywnej Światowej Organizacji Zdrowia oraz Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej,
- b. zmianę załącznika zawierającego listę schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką,

- c. wprowadzenie kwestionariusza oceny nasilenia objawów jako dodatkowego załącznika do rozporządzenia, na podstawie którego możliwa będzie kwalifikacja pacjentów do objęcia opieką,
- d. modyfikację wymaganych kwalifikacji i norm zatrudnienia personelu,
- e. wprowadzenie nowych form opieki: dzienny ośrodek opieki paliatywnej, szpitalny zespół wspierający opieki paliatywnej.

2. Zwiększenie nakładów i zmiany w finansowaniu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

- a. Zwiększenie liczby kontraktowanych świadczeń, tak aby odzwierciedlały one faktyczne zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej.
- b. Zwiększenie finansowania świadczeń w warunkach stacjonarnych poprzez podwyższenie wartości osobodnia oraz wprowadzenie dodatkowego finansowania procedur, takich jak przetoczenia krwi i produktów krwiopochodnych, dożylny wlewy z bisfosfonianów, nakłucia lub drenaż otrzewnej, płucnej, osierdzia, procedur inwazyjnego leczenia bólu, sedację z analgezyją, chirurgiczne opatrywanie ran i odleżyn. Obecnie chorzy w celu przetoczenia krwi są przenoszeni do innych oddziałów lub szpitali, gdzie procedura ta jest finansowana, co wiąże się nie tylko z kosztami transportu, lecz także z narażaniem na niewygodę i cierpienie ciężko chorych pacjentów. Podobna sytuacja występuje w przypadku drobnych zabiegów oraz badań, które obecnie są powodem przenoszenia do innych oddziałów, a w większości mogłyby być wykonane w oddziałach medycyny paliatywnej.
- c. Przeprowadzenie analizy skutków wprowadzenia jednorodnych grup pacjentów w ramach świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej.
- d. Zmiana sposobu finansowania świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych na zasadach jak w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i zwiększenie środków na poradnie medycyny paliatywnej, tak aby mogły one zapewnić dostęp do tego świadczenia. Obecnie świadczenia w poradni medycyny paliatywnej są rozliczane jako jeden rodzaj świadczeń – porada w poradni medycyny paliatywnej – niezależnie od tego, czy odbywa się w budynku poradni, czy jest to wizyta domowa, oraz niezależnie od zakresu wykonywanego świadczenia (czy to jest wykonany zabieg, badania podstawowe, czy jedynie wystawienie recept). Wycena tego świadczenia jest zróżnicowana w różnych województwach, jednak zazwyczaj niewysoka, co spowodowało ograniczenia w kontraktowaniu tego świadczenia. Poradnia medycyny paliatywnej jest niezwykle ważna zwłaszcza dla pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego. Zespół do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej rekomenduje rozszerzenie zakresu świadczeń w poradni medycyny paliatywnej oraz przekształcenie jej w **poradnię medycyny pa-**

liatywnej i leczenia wspomagającego w chorobach nowotworowych.

Poradnia ta zajmowałaby się leczeniem objawów choroby nowotworowej i niektórych objawów związanych z leczeniem. Biorąc pod uwagę duży odsetek pacjentów, u których leczenie onkologiczne ma charakter paliatywny i w ostateczności kończy się niepomyślnie, należy zorganizować dostęp dla tej grupy pacjentów do leczenia objawowego, gdyż większość z nich już w czasie terapii onkologicznej cierpi z powodu bólu, duszności, depresji, zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego i innych. Samo leczenie onkologiczne jest związane z licznymi powikłaniami, które również wymagają terapii, np. neuropatie po cytostatykach, zabiegach torakotomii, czy radioterapii. Psycholog zatrudniony w poradni medycyny paliatywnej może służyć wsparciem na każdym etapie choroby nowotworowej. Zaleca się tworzenie poradni medycyny paliatywnej na terenach wszystkich Ośrodków Onkologicznych. Poradnie medycyny paliatywnej funkcjonujące na terenach odległych od Ośrodków Onkologicznych oprócz leczenia objawowego mogłyby przejąć niektóre elementy opieki na pacjentami w trakcie leczenia onkologicznego – np. leczenie powikłań. Należy podkreślić, że specjalista medycyny paliatywnej w trakcie szkolenia specjalistycznego odbywa kurs oraz dwumiesięczny miesięczny staż z zakresu onkologii, jest więc, wyłączając onkologa, najlepiej przygotowanym z zakresu onkologii lekarzem działającym w terenie.

- e. Podwyższenie wartości osobodnia w opiece domowej z uwzględnieniem wskaźnika inflacji, wymaganego wzrostu zatrudnienia personelu (zmiana warunków realizacji świadczeń gwarantowanych) oraz wzrostu kosztów dojazdu do chorych.
- f. Finansowanie pierwszego i ostatniego osobodnia, w sytuacji gdy osobodzień ostatni będzie zakończony zgonem pacjenta.

3. Wprowadzenie możliwości kontraktowania dziennego ośrodka opieki paliatywnej. Funkcjonowanie tych ośrodków częściowo wypełni lukę w niedoborze opieki stacjonarnej. Wycena tego świadczenia została skalkulowana na połowę wartości osobodnia w opiece stacjonarnej. Konieczne są dalsze prace w celu szczegółowego określenia zasad tworzenia, funkcjonowania i kontraktowania takich ośrodków.

4. Włączenie specjalizacji z medycyny paliatywnej do specjalizacji deficytowych.

W tej grupie specjalizacji znajdują się wszystkie specjalizacje związane z leczeniem pacjentów chorych onkologicznie. Większość onkologicznych pacjentów trafia do opieki paliatywnej, jednak lekarzy posiadających tę specjalizację pominięto. Brak kadry specjalistycznej wynosi około 1000 lekarzy. Jest szansa, że włączenie specjalizacji z zakresu medycyny paliatywnej do specjali-

zacji deficytowych zwiększy zainteresowanie wśród lekarzy rozpoczynających specjalizację.

5. Opracowanie Narodowego Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej.

Pierwszy taki program powstał w latach dziewięćdziesiątych XX wieku. Opracowała go Krajowa Rada ds. Opieki paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministerstwie Zdrowia, jednakże nigdy nie przeprowadzono analizy jego wykonania ani nie przeprowadzono aktualizacji. Zgodnie z Rekomendacjami Rady Europy z 2003 r. każdy kraj powinien opracować swój indywidualny model opieki paliatywnej, uwzględniający system opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej, warunki socjalno-ekonomiczne, w także uwarunkowania religijne i kulturowe. Zdaniem zespołu Narodowy Program Rozwoju Opieki Paliatywnej pozwoliłyby na określenie strategii rozwoju opieki paliatywnej w Polsce. Do najważniejszych jego zadań należałoby wprowadzenie zmian nie tylko kontraktowania i finansowania, ale również rozwoju i rozmieszczenia nowych ośrodków. Powinien być on ponadto spójny z programem narodowym dotyczącym pacjentów onkologicznych, a także z prowadzoną przez państwo polityką zdrowotną zwłaszcza w zakresie geriatry, opieki długoterminowej, podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej. Szczególnie istotne wydaje się ustalenie precyzyjnych, a jednocześnie elastycznych zakresów działania w tych dziedzinach. W tym celu postuluje się między innymi:

- Podjęcie współpracy z realizatorami Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.
- Wprowadzenie zasady zwiększania nakładów na opiekę paliatywną proporcjonalnie do wzrostu nakładów na onkologię.
- Opracowanie sposobu zapewnienia opieki dla pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową z dobrze kontrolowanymi objawami, którzy nie wymagają hospitalizacji z powodu stanu ogólnego lub uciążliwości objawów, a ich problemy mają głównie charakter socjalny. Są to chorzy, którzy wymagają opieki paliatywnej ze względu na występujące objawy, lecz objawy te można skutecznie kontrolować w warunkach domowych. Ta grupa pacjentów powinna być przesunięta do świadczeń socjalnych z możliwością specjalnego trybu przyjęcia (bez długiej kolejki oczekujących). Opieka paliatywna powinna być im zapewniona w ramach opieki domowej. W tym celu należałoby powołać grupę roboczą wspólną z opieką długoterminową, geriatriczną oraz pomocą społeczną.

8.3. Podsumowanie

W Polsce rocznie umiera łącznie około 380 tysięcy osób, liczba zgonów z powodu chorób przewlekłych wynosi 320 tysięcy, w tym z powodu nowotworów 95 tysięcy. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2011 r. ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało około 90 tysięcy pacjentów. Prowadząc rozważania na temat opieki paliatywnej w Polsce trzeba mieć na uwadze, że jej beneficjentem w 98% są pacjenci dorośli, a ponad 90% tych pacjentów to chorzy z rozpoznaniem nowotworu. Z podanych danych liczbowych można również wywnioskować, że ponad 90% pacjentów umierających z powodu choroby nowotworowej miało styczność z opieką paliatywną. Nie oznacza to jednak, że wszyscy otrzymali formę opieki paliatywnej odpowiednią do swojego stadium choroby, dostarczoną we właściwym czasie. Zgodnie ze wszystkimi zaleceniami, optymalnym miejscem pobytu chorego jest dom. Pacjent przebywający w domu, jeśli jest mobilny, może korzystać z formy ambulatoryjnej opieki paliatywnej, lub – jeśli jego stan tego wymaga – hospicjum domowego. Na podstawie danych z hospicjów domowych wiemy, że średni czas opieki domowej wynosi około 30 dni. Oznacza to zbyt późne zgłaszanie się lub zbyt długie oczekiwanie na objęcie opieką. Nie wszyscy pacjenci oczekujący na hospicjum domowe mogli skorzystać z poradni medycyny paliatywnej, gdyż w części kraju jest to forma niedostępna. Z powodu niewłaściwego sposobu finansowania liczba poradni medycyny paliatywnej zamiast rosnąć, konsekwentnie spada. Dostępność opieki stacjonarnej jest również ograniczona w części województw z powodu niewystarczającej liczby lub małej liczby kontraktowanych świadczeń.

W przypadku świadczeń opieki paliatywnej, zwłaszcza stacjonarnych, zalecane przez Narodowy Fundusz Zdrowia listy oczekujących chorych nie oddają stanu faktycznego i często nie są prowadzone. Większość pacjentów wymagających opieki paliatywnej wymaga natychmiastowej pomocy, której nie mogą uzyskać z powodu np. braku miejsc lub braku dostępu do odpowiedniej placówki medycznej. Część pacjentów umiera oczekując na świadczenie, część trafia do oddziałów o innych profilach, przeważnie internistycznych lub zabiegowych. Z punktu widzenia budżetu hospitalizacja tych pacjentów w oddziałach szpitalnych (internistycznych lub zabiegowych) jest znacznie bardziej kosztochłonna niż pobyt w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym. Oczekiwanie na hospicjum domowe też często kończy się hospitalizacją w szpitalnym oddziale ratunkowym lub innych oddziałach specjalistycznych, a w tych sytuacjach różnice w kosztach są jeszcze większe.

Ilość środków finansowych przeznaczanych na opiekę nad pacjentem w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej, który pozostaje już tylko

pod opieką lekarza medycyny paliatywnej, jest nieporównywalnie niska w porównaniu do nakładów finansowych przewidzianych na terapię pacjentów we wcześniejszych stadiach choroby; analogicznie, hospitalizacja na oddziale onkologicznym czy internistycznym jest wyżej wyceniana przez Narodowy Fundusz Zdrowia niż pobyt na oddziale medycyny paliatywnej. Sytuacja ta stygmatyzuje, a nawet dyskryminuje chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową, u których często występują bóle oraz szereg innych, trudnych do kontroli objawów. Takie rozróżnienie jest wyjątkowo niekorzystne dla pacjentów, gdyż oddziela leczenie przeciwnowotworowe od kontroli objawów. W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy, obserwuje się stały rozwój opieki paliatywnej, nadal jednak istnieje szereg barier, szczególnie administracyjnych i ekonomicznych, utrudniających dostęp do zgodnego z aktualną najlepszą wiedzą i praktyką medyczną postępowania w leczeniu bólu nowotworowego, z zastosowaniem obowiązujących wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia i towarzystw międzynarodowych opieki paliatywnej. Odpowiednią wiedzę dotyczącą leczenia bólu nowotworowego posiadają specjaliści medycyny paliatywnej oraz lekarze pracujący w poradniach leczenia bólu, jednakże lekarze innych specjalności wymagają szkoleń z tego zakresu. Działania edukacyjne powinny być kierowane do lekarzy medycyny rodzinnej, onkologów, internistów i lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej.

W Polsce nadal nie wprowadzono regulacji prawnej oraz etycznej dotyczącej końca życia. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej powołało grupę roboczą, która zajmuje się tą problematyką, jednak do chwili obecnej nie wypracowano żadnego dokumentu.

Podsumowując: świadczenia z opieki paliatywnej są składową praw człowieka. Łagodzenie cierpień pacjentów poprzez zapewnienie właściwej opieki paliatywnej nie jest związane z wysokimi nakładami finansowymi, jednak wyliczono minimalne nakłady, które powinny być zapewnione, aby te działania mogły być prowadzone we właściwy sposób. Konieczne jest podjęcie kroków, które doprowadzą do zwiększenia dostępności do podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Bibliografia

- Centeno C, Clark D, Lynch T., Rocafort J Flores L, Greenwood A, Brasch S, Prail D, Giordano A, de Lima L: *Atlas of Palliative Care in Europe' during the International Congress held in Budapest, 7–9 June 2007* (2007) IAHPHC Press. Milan.
- Ciałkowska-Rysz A. (2009), *Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce*, „Medycyna Paliatywna”, 1, 22–26.

- Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T. (2011), *Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w 2011 roku*, „Medycyna Paliatywna”, 4, 214–220.
- Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T. (2012), *Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w 2012 roku*, Medycyna Paliatywna, 4, 204–209.
- Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T. (2014), *Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w 2013 roku*, Medycyna Paliatywna, 2 (w druku).
- Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T., Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., Krajnik M., Orońska A., Pakosz A., Pokropska W., Pyszkowska J., de Walden-Galuszko K. (2012), *Podsumowanie pracy Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (sierpień 2011 r. – czerwiec 2012 r.)*, dokument złożony w Ministerstwie Zdrowia w dniu 1 października 2012 r.
- Currow DC, Wheeler JL, Glare PA, Kaasa S, Abernethy AP. (2009), *A framework for generalizability in palliative care*, “Journal of Pain and Symptom Management”, 37, 3
- Kozera K., Murawska M., Marciniak W., Dangel T. (2014), *Pediatryczna domowa opieka paliatywna w Polsce, 2012*, „Medycyna Paliatywna”, 1, 19–54.
- Krajowy Rejestr Nowotworów* Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut. www.onkologia.org.pl (2013)
- Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update* (2011), Worldwide Palliative Care Alliance, www.worldday.org, www.thewpca.org (Oct.2011)
- Palliative Care: The World Health Organizations Global Perspective* (2002), “Journal of Pain & Symptom Management”, 24, 91–96.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2013 poz. 1347).
- The Lisbon Challenge: acknowledging palliative care as a human right <http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/Lisbonchallenge.aspx> (5 Jul 2011)
- Transforming Research into Action: A European Parliament Report on Palliative Care* (2009), “Eurohealth”, 15, 2, 23–25
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 31b (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
- Wytyczne (Rekomendacje) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów* (2004), Wyd. Polskie ECEPT, Abedek, Poznań.

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Tomasz Dzierżanowski

Palliative care in oncology – current problems and proposed systemic solutions

Summary

Poland is one of the twenty countries that have the most developed palliative care system worldwide. The large number of home-based care units and well-trained medical staff are factors that contribute to such a high position. Nevertheless, the surveys conducted by the European Association for Palliative Care have revealed that further development activities in this medical field are indispensable. This stems from the increasing demand arising from demographic factors, and from the fact that the current palliative care standards fail to satisfy the needs of the European population. The underfunding of services is the major problem faced by the Polish palliative care system. It is necessary to increase the funds for both stationary and home-based palliative care, and to provide additional funding for these procedures. The access to palliative outpatient clinics should be easier, ensuring the necessary assistance to all patients suffering from carcinomas, including especially those who are experiencing pain, at each stage of the disease, regardless of the prognosis. The number of contractual services should respond to the actual demand, as queues should not occur in palliative care. Finally, it is essential to develop palliative care strategies tailored to various patient groups, taking into account the current demographic conditions.

*Tomasz Dzierżanowski, Aleksandra Ciałkowska-Rysz
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Katedra Onkologii,
Pracownia Medycyny Paliatywnej*

Rozdział 9.

WYBRANE ASPEKTY BIOETYCZNE W OPIECE PALIATYWNEJ

„Bez względu na okoliczności życie ludzkie nigdy nie traci sensu i na ten nieskończony sens życia składają się także cierpienie i umieranie, nędza i śmierć.”
Victor E. Frankl

Aspekty bioetyczne w opiece paliatywnej nie różnią się istotnie od tych w innych dziedzinach medycyny, aczkolwiek skupiają się wokół śmierci oraz potrzeb chorego w ostatnim okresie życia, jak też podejmowania decyzji leczniczych w kontekście proporcji stosowanych środków leczniczych do jakości życia chorego. Postawy moralne sprowadzają się do dwóch najważniejszych zasad medycyny paliatywnej. Pierwszą jest akceptacja nieuchronności końca ludzkiego życia, drugą zaś bezwarunkowy szacunek do ludzkiego życia, nawet w sytuacji całkowitego pozbawienia przymiotów fizycznych lub psychicznych, takich jak sprawność, witalność, uroda czy użyteczność. Godność życia człowieka przejawia się w każdej jego chwili, także, a może nawet szczególnie, w okresie umierania i śmierci. Dlatego postulat godnej śmierci leży u podstaw wszelkich rozważań natury bioetycznej i wynikających z niego zasad postępowania w opiece paliatywnej.

Osoby profesjonalnie opiekujące się chorymi umierającymi mierzą się codziennie z kwestią sensu życia, śmierci i cierpienia. Dlatego wymagana jest od nich szczególna wrażliwość, współczucie, prawdomówność, takt oraz nienaganność moralna i etyczna. Cierpienie, z jakim się stykają, odciska piętno na nich samych, co przejawia się w zespole wypalenia zawodowego, szukaniu umocowania swoich decyzji we własnym systemie wartości i przekonań światopoglądowych i religijnych. Przyjęte pojęcia, normy i zasady bioetyczne stanowią uniwersalne wskazówki postępowania.

9.1. Podstawowe zasady bioetyczne

Zawarta w Przysiędze Hipokratesa zasada *primum non nocere*, a dokładniej – pochodząca

z jednego z najstarszych jego traktatów *Epidemie I* nauka: „pomagaj, a przynajmniej nie szkódź”, nie jest obecnie uważana za wystarczającą w rozstrzygnięciu dylematów leczniczych. Obecnie przyjęte cztery podstawowe zasady bioetyki wykraczają poza tradycję hipokrateńską. Są to:

1. czynienie dobra
2. nieczynienie zła
3. autonomia
4. sprawiedliwość

Czynienie dobra – to przeciwdziałanie złu, chorobie, cierpieniu, niepełnosprawności. Przejawia się w prawdomówności, uczciwości, rzetelności, cierpliwości, altruizmie, życzliwości czy miłości bliźniego. Są to cnoty, o jakie starać się może każdy człowiek, ale od lekarza oczekuje się ich szczególnie.

Nieczynienie zła polega na podejmowaniu takich decyzji leczniczych, których bilans dla pacjenta jest korzystny. Większość działań diagnostycznych i terapeutycznych wiąże się z ryzykiem strat dla chorego, więc gdyby unikać każdego działania obciążonego szkodą, to wiązałoby się to z zaniechaniem leczenia, a zaniechanie leczenia skutkuje zwykle pogorszeniem stanu zdrowia. Chodzi zatem o takie decyzje lekarza, by przynajmniej nie szkodzić.

Autonomia jest właściwa jedynie człowiekowi – bytowi kierującemu swoim postępowaniem rozumem i wolą. Szacunek do autonomii chorego przejawia się najczęściej w uzyskaniu przez lekarza zgody na wykonywane czynności diagnostyczne i lecznicze. Wola chorego do samostanowienia, decydowania o swoim życiu, nie zobowiązuje jednak lekarza w sposób bezwzględny. Często bowiem pacjent może decydować w sytuacji skrajnego cierpienia, a autonomia jego myśli, woli i działania może być istotnie ograniczona przez skutki choroby.

Sprawiedliwość polega na równym dostępie do zasobów ograniczonych, według zasady „równo równym, a nierówno według proporcjonalności tej nierówności”. Zatem sprawiedliwe jest podawanie większych dawek leków chorym o wyższej masie ciała, większych posiłków dorosłym niż małym dzieciom etc. Sprawiedliwe jest też przyjmowanie do leczenia chorych w ciężkim stanie przed tymi, których stan pozwala na przyjęcie w następnej kolejności. Nie wolno dyskryminować nikogo, a dostęp do środków ograniczonych powinien być regulowany ustalaniem kolejności, z uwzględnieniem kryteriów medycznych. Dostępność do leczenia paliatywnego jest podstawowym elementem sprawiedliwego systemu opieki zdrowotnej. Zbyt mała dostępność powoduje tworzenie

się kolejki osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum, z których część w czasie oczekiwania umiera. Opiekę paliatywną należy zatem traktować jak inne dziedziny medycyny, zajmujące się sytuacjami nagłymi, na przykład intensywną terapię czy kardiologię inwazyjną, gdzie nie może być mowy o oczekiwaniu na pomoc. System opieki paliatywnej powinien być na tyle pojemny i finansowany, aby nie dochodziło do sytuacji umierania w oczekiwaniu na objęcie opieką.

Powyzsze cztery zasady są równoważne, to znaczy w przypadku konfliktu co najmniej dwóch z nich, nie ma jasnego rozstrzygnięcia, która jest ważniejsza. W praktyce jednak we współczesnym świecie zachodnim przeważa moralne znaczenie zasady autonomii. Przykładem może być problem mówienia choremu prawdy o złym rokowaniu. Nakaz prawdomówności wynikający z zasady czynienia dobra wchodzi niejednokrotnie w konflikt z zasadą nieszkodzenia choremu złą wiadomością, a to kolei stoi w sprzeczności z poszanowaniem autonomii pacjenta co do podejmowania decyzji o własnym życiu – pozbawienie chorego wiedzy o spodziewanym rychłym zakończeniu jego życia jest przecież naruszeniem tego podstawowego prawa człowieka. Podejście oparte na tych czterech zasadach bioetyki spotyka się zatem z krytyką, jako że dopiero w konkretnej sytuacji, po rozeznaniu wszelkich szczegółów, rozstrzygana jest wyższość jednej zasady nad innymi.

Podejściem zdobywającym coraz większe uznanie jest filozofia personalistyczna, oparta na normie *persona est affirmanda propter se ipsam et propter dignitatem suam*, według którego osobie należy się afirmacja (miłość) dla niej samej i dla jej godności. Zwolennikiem tej filozofii był Karol Wojtyła, odnajdujemy ją także u Victora E. Frankla. Według tego podejścia wartość osoby jest nieutralna i przynależna każdemu człowiekowi, także choremu i niepełnosprawnemu. Afirmacja cech fizycznych i psychicznych, czyli wartości w danej osobie – jest to miłość utylitarna i egoistyczna, i w prostej logice skłania do dzielenia ludzi na godnych życia i tych, którym życie można odebrać. Tymczasem nie wartości w osobie stanowią o niej, lecz wartość osoby jest wrodzona. To podejście jest szczególnie akcentowane w dyskusji przeciwko eutanazji.

9.2. Mówienie prawdy

Mówienie prawdy jest z jednej strony wyrazem szacunku wobec pacjenta, z drugiej zaś niezbędnym warunkiem wyrażenia przez niego świadomej zgody na stosowane leczenie. Aby umożliwić choremu udział w procesie decyzyjnym, co wynika z zasady autonomii, należy go rzetelnie informować. Mówienie prawdy dodatkowo buduje zaufanie pacjenta do lekarza. Na podstawie wielu badań stwierdzono, że większość chorych chce znać prawdę, jednakże ujawnianą stop-

niowo, w sposób zindywidualizowany. Poznanie prawdy zmniejsza napięcie, poczucie niepewności, pozwala planować i podejmować istotne decyzje. Zatajanie złych wiadomości, choć zdaje się niesłuszne, ma jednak pewne uzasadnienie. Dla niektórych pacjentów usłyszenie złych wieści może być zbyt trudnym doświadczeniem lub też woleliby powierzyć podejmowanie decyzji swojej rodzinie. Nieinformowanie pacjenta może wydawać się naruszeniem jego autonomii, lecz tak jak chory ma prawo do poznania prawdy, tak i ma prawo jej nie przyjmować.

Tendencja do szczerego wyjawiania niekorzystnej prognozy jest powszechna w krajach kultury zachodnioeuropejskiej czy amerykańskiej. W wielu grupach etnicznych i narodowościach (np. Koreańczycy, Meksykanie) przeważa jednak postawa ukrywania złych wiadomości. Powodem zatajania prawdy jest obawa przed utratą nadziei przez chorego i w konsekwencji pogorszeniem stanu zdrowia, poddaniem się chorobie i nasileniem cierpienia.

Lekarz musi zatem rozważyć indywidualne potrzeby pacjenta, biorąc pod uwagę aspekty kulturowo-religijne, wykształcenie, wiek i inne. Zaleca się, aby zadać pacjentowi pytanie, jak dużo chce on wiedzieć o chorobie, najlepiej możliwie wcześnie, zanim zła informacja stanie się dla niego oczywista lub dotrze w sposób niekorzystny.

9.3. Wstrzymywanie i wycofywanie się z terapii podtrzymującej życie

Nowoczesne technologie medyczne pozwalają na długotrwałe podtrzymywanie życia nieuleczalnie chorych. W wielu przypadkach wiąże się to z obciążeniem nieakceptowanym przez pacjentów i nieproporcjonalnym do odnoszonych przez nich korzyści. Obecne normy etyczne podtrzymują prawo chorych do odmowy lub wycofania się z terapii podtrzymujących życie.

Odmowa (wstrzymanie) oznacza decyzję wyprzedzającego zrzeczenia się terapii podtrzymującej życie, tak aby nie przedłużać życia, ani nie zaburzać procesu umierania, zanim taka terapia zostanie włączona. Najczęstszym przykładem jest żądanie niepodjęcia reanimacji (DNR; ang. *do-not-resuscitate*).

Wycofanie się z terapii podtrzymującej życie polega na zaprzestaniu interwencji, która w sposób sztuczny podtrzymuje procesy życiowe. Przykładem jest zaprzestanie stosowania respiratora u osoby wymagającej wspomaganą wentylacji, albo dializoterapii u chorych z niewydolnością nerek. Innymi przykładami mogą być przetoczenia krwi czy antybiotykoterapia.

Obie decyzje (odmowy oraz wycofania się) opierają się na zasadzie autonomii i samostanowienia. Mają swoje odbicie w stosowaniu świadomej zgody

pacjenta na każdą czynność diagnostyczną i terapeutyczną. To pacjent ponosi konsekwencje wszelkich zastosowanych wobec niego procedur leczniczych, zatem tylko on może przyjąć lub odrzucić proponowaną pomoc.

W minionym paternalistycznym modelu relacji „lekarz–pacjent”, to lekarz wiedział lepiej, co jest dobre dla chorego, a co złe. Obecnie jednak to chory znajduje się w centrum modelu decyzyjnego i do niego należy określenie okoliczności i czasu śmierci. W związku z tym nie tylko fakty medyczne, ale też wartości i przekonania pacjentów mają wpływ na podjęte decyzje lecznicze. Zadaniem lekarza jest dostarczenie choremu odpowiedniej informacji, aby ten mógł podjąć świadomą decyzję o przyjęciu albo odrzuceniu interwencji medycznej.

Dopuszczalne jest zaprzestanie stosowania środków nadzwyczajnych i przedmiotem spornym może być określenie, które środki jeszcze są, a które już nie są zwyczajnymi. Odmowa i wycofanie się z terapii podtrzymującej życie napotykają na wiele ograniczeń w sytuacjach szczególnych, na przykład w odniesieniu do sztucznego nawadniania i żywienia. Zaprzestanie takiego postępowania było niejednokrotnie przedmiotem sporów prawnych i międzynarodowej dysputy politycznej w głośnych sprawach sądowych. Chory może odmówić dalszego przyjmowania płynów dożylnie lub żywienia parenteralnego. Podawanie płynów i pożywienia w jakiegokolwiek formie, w wielu religiach jest uważane za środki zwyczajne. Między innymi papież Jan Paweł II uważał sztuczne żywienie za naturalne środki zachowania życia, a nie za akt medyczny.

Istotnym aspektem w opiece paliatywnej jest określenie bezcelowości (bezsensowności; ang. *futility*) podejmowanych czynności leczniczych. Pojawia się ona wówczas, kiedy wydaje się nieprawdopodobne, aby te czynności mogły podtrzymać lub przywrócić czynności fizjologiczne. W pewnym momencie prowadzonej akcji reanimacyjnej staje się jasne, że jej kontynuowanie nie ma sensu i nie przywróci czynności serca. Trudniej zastosować to pojęcie do sytuacji chorych śmiertelnie, ale których śmierć nie jest spodziewana w najbliższej przyszłości. Wówczas za bezcelowe lekarz może uważać te interwencje, które nie przynoszą dla pacjenta jako osoby decydującej korzyści, a jedynie skutki fizjologiczne. Określenie bezsensowności danej interwencji bywa powodem konfliktu pomiędzy lekarzem a rodziną pacjenta. Jedynym środkiem zaradczym jest skuteczna komunikacja z chorym i jego rodziną od samego początku śmiertelnej choroby, aby możliwa była ich adaptacja i pogodzenie się z nieodwracalnością choroby i nieuniknioną śmiercią. Szczególnie ważny jest szacunek wobec przekonań religijnych i wyznawanych wartości chorego w odniesieniu do życia, cierpienia i śmierci. Elisabeth Kübler-Ross przestrzegала przed transponowaniem przez lekarzy ich własnych przekonań co jest dobre, a co złe, na pacjentów.

Kodeks Etyki Lekarskiej odnosi się do omówionych powyżej aspektów w Art. 32, który brzmi:

„1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. „

9.4. Medycyna paliatywna a eutanazja i samobójstwo wspomagane przez lekarza

Problemem budzącym najwięcej kontrowersji w opiece paliatywnej jest eutanazja oraz samobójstwo wspomagane przez lekarza. Pociągają one za sobą dylematy etyczne, prawne, kulturowe, religijne, światopoglądowe i egzystencjalne.

Termin eutanazja wywodzi się z języka greckiego („eu” – dobra; „thanatos” – śmierć). Oznacza zatem dobrą śmierć. Nie chodzi tu jednak o spokojną śmierć z przyczyn naturalnych, lecz śmierć chorego będącą następstwem działania innych osób zgodnie z jego wolą. Wokół samej definicji toczy się wieloletnia debata, dlatego Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (EAPC), najważniejsza organizacja skupiająca krajowe organizacje medycyny paliatywnej z całego świata, przyjęło następującą definicję: „Lekarz w sposób zamierzony zabija osobę poprzez podanie leków, na niewymuszone (wolne) i kompetentne żądanie tej osoby.”

Należy zwrócić uwagę na poszczególne elementy warunkujące kwalifikację śmierci pacjenta jako wynik eutanazji. Po pierwsze, musi być poprzedzona żądaniem ze strony chorego. Jego prośba musi być wyrażona, nie może być domniemana i dorozumiana. Ponadto musi być kompetentna, a to znaczy, że chory w chwili jej wyrażania powinien być w kondycji psychicznej umożliwiającej logiczne rozeznanie jej konsekwencji. Stany zmącenia świadomości czy zaburzenia psychotyczne przekreślają możliwość kompetentnego rozeznania. Żądanie chorego ma być również wolne, swobodne, niewymuszone przez czynniki zewnętrzne oraz wewnętrzne. Nie może być wynikiem nacisku otoczenia, albo też wynikać z poczucia winy, że jest się ciężarem dla innych. Nie może też być podyktowane nieuśmierzoną bólem, w każdym bowiem przypadku nieleczony silny ból każe choremu szukać rozwiązania radykalnego, przeciwnego instynktowi samozachowawczemu. Właśnie prośba o eutanazję jest oznaką braku odpowiedniej opieki paliatywnej. Odrębną kwestią są zaburzenia depresyjne, które same w sobie, nieleczone, prowadzą do myśli samobójczych.

Druga część definicji dotyczy działania lekarza. Aby śmierć pacjenta będąca wynikiem działania lekarza mogła być uznana za eutanazję, lekarz musi działać z intencją skrócenia życia chorego. Podawanie leków, które mogły być prawdopodobną, a nawet niechybną przyczyną śmierci chorego, ale zostały zastosowane w celu uśmierzenia cierpienia, wynika z zasady podwójnego efektu i jest moralnie usprawiedliwione. Niemoralne w takim przypadku byłoby niepodjęcie przez lekarza działania mającego na celu uśmierzenie cierpienia. Działanie lekarza ograniczone jest do podawania leków, które same mają właściwości zmniejszania dolegliwych objawów. Niedopuszczalne jest zaś zniesienie cierpienia poprzez odebranie życia.

Należy zwrócić uwagę, że nie istnieje eutanazja czynna lub bierna. Eutanazja jest zawsze czynna. Chory w każdym przypadku może odmówić dalszego stosowania terapii, co zostało omówione powyżej. Eutanazja jest też zawsze woluntarna, to znaczy jeśli chory nie wyrazi uprzedniej prośby, każde działanie lekarza jest zabójstwem medycznym.

Wszystkie powyższe rozważania odnoszą się również do samobójstwa wspomaganego przez lekarza (ang. *physician-assisted suicide*; PAS). Definicja EAPC brzmi następująco: „Lekarz w sposób zamierzony pomaga osobie popełnić samobójstwo poprzez dostarczenie leków do samodzielnego podania, na niewymuszone (wolne) i kompetentne żądanie tej osoby.”

Dostarczenie leków – to nie tylko fizyczne przygotowanie ich w zasięgu chorego, ale także przepisanie recepty na takie leki z intencją skrócenia życia. Chory może gromadzić leki bez wiedzy lekarza i przyjąć dawkę przekraczającą znacznie dawki zalecone, jednakże w takim wypadku lekarz nie uczestniczy w pomocy w samobójstwie, nawet jeśli dopuszczałaby możliwość autodestrukcyjnego zachowania pacjenta. Lekarz nie może bowiem powstrzymać się od leczenia chorego kierując się podejrzeniami.

Ostatnia kwestia cytowanych definicji EAPC dotyczy chorego. EAPC rozciąga definicję na „osobę”, którą dla lekarza jest zwykle pacjent, ale może to być również człowiek niedotknięty chorobą przewlekłą, a znużony życiem, długim lub obarczonym znaczną uciążliwością.

Podsumowując: eutanazja i samobójstwo wspomagane przez lekarza są zaprzeczeniem medycyny paliatywnej. Wynikają zwykle z nieskutecznie prowadzonej opieki, a przede wszystkim z sytuacji izolacji i osamotnienia w procesie umierania. Elisabeth Kübler-Ross zwróciła uwagę, że „dla pacjenta sama śmierć nie jest problemem, boi się on tylko umierania, towarzyszącej mu beznadziejności i izolacji.”

EAPC w sposób niebudzący wątpliwości nazwało eutanazję zabijaniem. Jako takie z samej swojej natury jest sprzeczne z normami etyki lekarskiej. Polski Kodeks Etyki Lekarskiej w Art. 31 stanowi: „Lekarzowi nie wolno stosować

eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.” Nie są to zatem czynności lecznicze, a raczej będące przeciwieństwem skutecznej opieki paliatywnej.

Ograniczone ramy niniejszego opracowania narzuciły autorom stosowanie znacznego skrótu. Nie zostały poruszone kwestie roli opiekunów w wyrażaniu woli w zastępstwie chorego czy etyczne problemy opieki paliatywnej nad dziećmi. Wskazane zostały te aspekty, które kształtują filozofię i organizację opieki paliatywnej.

Bibliografia

- Frankl V.E. (2012), *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Czarna Owca, Warszawa.
- Kodeks Etyki Lekarskiej, <http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>
- Kübler-Ross E. (2007), *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Media Rodzina
- Materstvedt L.J.1, Clark D., Ellershaw J., Førde R., Gravgaard A.M., Müller-Busch H.C., Porta i Sales J., Rapin C.H. (2003), *EAPC Ethics Task Force. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force*, “Palliative Medicine”, Mar; 17(2), 97–101.
- Michałowska M., Turek J. (2010), *Pomoc i czyny obowiązkowe i ponadobowiązkowe w praktyce lekarskiej i bioetyce*, „Etyka”, 43,
- Oxford Textbook of Palliative Medicine* (2011), 4th edition, red. Hanks et al., Oxford University Press.

Tomasz Dzierżanowski, Aleksandra Ciałkowska-Rysz

Selected bioethical aspects of palliative care

Summary

The acceptance of the inevitability of death and an unconditional respect for human life form the basis of moral behaviour in palliative care. Such problems as death, the suffering in the last days of the patient's life, and the dignity of dying, are regularly encountered while taking care of people in the stages of terminal cancer. The underlying bioethical standards are, by no means, different from the general principles binding in medicine (which concern doing good, refraining from doing harm, autonomy and justice). They influence all decision-making processes and behaviour of the medical staff, especially in respect of providing accurate information about pessimistic prognoses, as well as withdrawing or withholding life-support therapies. Adequate palliative care, coupled with a deep respect for human dignity and kind-hearted presence, can lessen the actual suffering of the dying patient, and even add a positive value to this process. In this sense, euthanasia and suicide assisted by a physician contradict the essence of palliative medicine and may not, at any rate, serve as an alternative to treatment measures aimed at pain management.

Jacek Gugulski

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

Rozdział 10.

LECZENIE RAKA W POLSCE Z PERSPEKTYWY PACJENTA

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych (PKPO) – to wspólny głos ponad 100 tysięcy pacjentów onkologicznych w Polsce zrzeszonych w 22 stowarzyszeniach. PKPO działa w interesie 450 tysięcy pacjentów onkologicznych w Polsce oraz w interesie setek tysięcy osób, które zachorują w nadchodzących latach. Wspólnie działamy na rzecz poprawy sytuacji chorych onkologicznie w naszym kraju. Misją Koalicji jest poprawa statystyk dotyczących przeżycia chorych z chorobami nowotworowymi w Polsce, dzięki wdrożeniu najwyższych standardów diagnostyki i terapii nowotworów. Podpisanie Aktu Fundacyjnego Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych nastąpiło 11 lutego 2009 r., kiedy przypadał XVII Światowy Dzień Chorego, w Warszawie. Założycielami zostały cztery stowarzyszenia: Federacja Stowarzyszeń "Amazonki", Stowarzyszenie Wspierające Chorych na Chłoniaki "Sowie Oczy", Ogólnokrajowe Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Przewlekłą Białaczkę Szpikową oraz Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO. Głównymi celami fundacji są:

- wszechstronne wspieranie i współpraca z organizacjami pacjentów onkologicznych,
- kreowanie wspólnej polityki zdrowotnej,
- reprezentacja organizacji członkowskich w kontaktach z instytucjami publicznymi,
- wymiana doświadczeń i przykładów dobrych praktyk w celu wzmocnienia organizacji pacjentów onkologicznych na poziomie krajowym i europejskim.

Ideę działalności PKPO wyraża hasło „Nic o nas bez nas – rzetelne partnerstwo”. Doświadczenia ubiegłych lat, gdy system finansowania onkologii w Polsce nie wytrzymał konfrontacji z niebywałym postępem diagnostyki i terapii chorób nowotworowych, udowodniły nam jak ważny jest dialog z decydentami. Jesteśmy odpowiedzialnym partnerem owego dialogu. Aby podołać wyzwaniom w tak trudnym czasie, postanowiliśmy stworzyć możliwie najpełniejszą reprezentację organizacji pacjentów onkologicznych, jako odpowiedzialnego

i silnego uczestnika dialogu z osobami kreującymi politykę zdrowotną w naszym kraju. Od września 2009 r. jesteśmy członkiem European Cancer Patient Coalition. Chcąc mówić jednym głosem w imieniu wszystkich grup pacjentów z rakiem, dotkniętych zarówno najczęściej diagnozowanymi, jaki i najrzadszymi nowotworami, zabiegamy o dostęp do skuteczniejszych metod diagnostyki i innowacyjnych terapii. Koalicja dąży do tego, by ustawodawcy, politycy, pracownicy ochrony zdrowia, dziennikarze i opinia publiczna uznali powagę zagrożenia chorobami nowotworowymi wspierając wszystkie działania mogące zmniejszyć skalę cierpienia chorych i liczbę osób każdego dnia przegrywających walkę o życie. Kodeks etyczny PKPO w dziesięciu punktach daje wyraz zasadom deontologicznym naszej działalności.

Kodeks etyczny Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

1. Fundacja w swoich działaniach kieruje się zasadą poszanowania godności, praw i wolności człowieka, zasadami pomocniczości i dialogu oraz ideą dobra wspólnego. Misja Fundacji jest podstawowym wyznacznikiem podejmowanych przez nią działań.
2. Koalicja działa w ramach obowiązującego w demokratycznym państwie prawa, wpływając w ramach demokratycznych procedur na jego doskonalenie. Fundacja bierze udział w procesie stanowienia praw – jako rzecznik pacjentów onkologicznych.
3. Koalicja jest samorządna i niezależna. Zasady jej działania określają wewnętrzne mechanizmy samoregulacji na poziomie poszczególnych organizacji pacjenckich.
4. Działalność merytoryczna i finansowa koalicji jest działalnością jawną z uwagi na szczególną troskę o posiadane przez nią środki publiczne bądź powierzone jej przez osoby prywatne. Przejrzystość finansów koalicji musi pozwalać na zewnętrzną ocenę zasadności i racjonalności wydatków.
5. Koalicja przeznacza całe wypracowane dochody na realizację zadań statutowych oraz - w rozsądnych granicach - na rozwój organizacji. Dbanie o majątek fundacji, w tym tworzoną wartość społeczną, i jego właściwe wykorzystanie jest podstawowym obowiązkiem osób zarządzających.
6. Koalicja rozróżnia w swoim statucie funkcje zarządzające i nadzorcze. Od członków kolegialnego organu nadzorczego wymaga się bezstronności, rzetelności i zaangażowania w działalność organizacji.
7. Koalicja współpracuje z organizacjami pozarządowymi na zasadach partnerstwa i wzajemnego wspierania się w działaniach.
8. Koalicja w każdym aspekcie swojej działalności bierze pod uwagę społeczne skutki swoich działań i ich wpływ na pacjentów i środowisko medyczne.

9. Koalicja planuje swoje działania w oparciu o analizę potrzeb pacjentów i regularnie podnosi swoją skuteczność w odpowiadaniu na nie. Koalicja nie podejmuje się działań, których nie jest w stanie rzetelnie wykonać.
10. Koalicja współpracuje z firmami farmaceutycznymi na zasadzie niezależności i przejrzystości, biorąc pod uwagę dobro pacjentów. W sytuacji, gdzie zachodzi konflikt wyznawanych wartości, fundacja podejmuje działania przy zachowaniu zasad tolerancji i uznania prawa innych do posiadania odmiennego zdania.

Kluczowym obszarem zainteresowania PKPO jest działanie na rzecz poprawy statystyk dotyczących przeżycia chorych z chorobami nowotworowymi w Polsce poprzez wdrażanie standardów europejskich. Dziś zachorowalność na raka w Polsce wynosi 160 tysięcy osób rocznie. Corocznie z powodu nowotworów umiera 90 tysięcy osób. Tymczasem nakłady na onkologię w naszym kraju znacząco odbiegają od średniej europejskiej. Wydatki na onkologię w krajach Unii Europejskiej wynoszą średnio 148 euro na jednego mieszkańca, przy czym Niemcy, Szwecja, Francja przeznaczają na ten cel ponad 200 euro, a Polska zaledwie 41 euro.

Działania długofalowe PKPO obejmują inicjatywy na rzecz nadania onkologii priorytetowego znaczenia w ochronie zdrowia, działania na rzecz dialogu w sprawach zdrowia, a także kampanie edukacyjne z wykorzystaniem nowoczesnych środków przekazu, w tym internetu.

- **Projekt „RAK PUBLICZNY PRIORYTET”** był realizowany w 2012 roku. W lutym zlecieliśmy IPSOS badania opinii publicznej, w kwietniu przedstawiliśmy wyniki badań podczas Forum Pacjentów Onkologicznych, w maju dwanaście organizacji pacjentów złożyło swoje postulaty na ręce Prezydenta, Premiera oraz Ministra Zdrowia, w sierpniu 2012r. odbyło się pierwsze spotkanie w Ministerstwie Zdrowia dotyczące możliwości wprowadzeniu priorytetu dla onkologii w systemie ochrony zdrowia i był to początek regularnych prac w mniejszych grupach roboczych.
- **Inicjatywa „DIALOG DLA ZDROWIA”** została zaproponowana przez Ogólnopolską Federację Stowarzyszeń Reumatyków „REF” i w formie regularnych spotkań roboczych zyskała aprobatę Ministra Zdrowia. W trakcie **II Forum Organizacji Pacjentów Onkologicznych** (maj 2013 r.), przedstawiciele wszystkich aktywnie działających organizacji pacjentów dotkniętych chorobą nowotworową mogli wymienić poglądy i przedstawić postulaty ekspertom systemu opieki zdrowotnej, przedstawicielom towarzystw naukowych, parlamentarnych komisji zdrowia i instytucji rządowych. Na podstawie szerokiej debaty zostały sformułowane propozycje interwencji w obszarach najbardziej dolegliwych dla pacjenta. Forum było też głosem za partnerskim udziałem organizacji pacjentów w procesach decyzyjnych,

ważnych dla naszego życia i zdrowia. Merytorycznej dyskusji w czasie II FORUM towarzyszyła intensywna oprawa medialna: materiały prasowe, wywiady, spotkania z dziennikarzami.

- Celem kampanii „**Rak. To się leczy!**” jest przekonanie Polaków do badań, nauczenie ich, że rak jest chorobą, którą można skutecznie leczyć. Kampania pragnie także obalić szkodliwe stereotypy związane z rakiem, przełamać lęk przed nowotworem i zmienić język opisujący go. Zaprośiliśmy znanych i lubianych aktorów z różnych pokoleń, aby zachęcali Polaków do badań. Mówimy językiem lekkim, filmowym o sprawach nielekkich. Ale właśnie o to chodzi, aby edukować bez straszenia i pokazywać, że badanie daje nadzieję na wyleczenie. Taka edukacja, włożona w usta Ewy Szykulskiej, Stanisława Mikulskiego, Cezarego Pazury, Jarosława Boberka, a przede wszystkim Jerzego Stuhra, który pokonał raka, jest najbardziej przekonująca. **Internetowe RADIO POZYTYW** tworzone jest przez pacjentów onkologicznych dla nich samych i ich rodzin.
- Cykl szkoleń i warsztatów organizowanych przez PKPO w ramach **AKADEMII DOBRZYCH PRAKTYK**, przeznaczony jest dla liderów organizacji pacjentów onkologicznych. Akademia ma na celu wzrost kompetencji w prowadzeniu organizacji pacjentów i budowaniu wolontariatu, a także wzrost umiejętności pacjentów w zakresie współpracy z lekarzami, decydentami i mediami. Na podkreślenie zasługuje fakt, że dzięki inicjatywie związanej przy udziale PKPO „Koalicji dla Wolontariatu”, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wycofało się z pomysłu likwidacji wolontariatu w służbie zdrowia, co zagrażało misji niesienia pomocy, m.in. chorym onkologicznie.
- PKPO jest partnerem **Obywatelskiego Porozumienia na Rzecz Onkologii** zainicjowanego przez Fundację Wygramy Zdrowie (Szymon Chrostowski) oraz Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej (ks. Arkadiusz Nowak). Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych włącza się aktywnie w ten projekt, który ma wskazać zmiany potrzebne z punktu widzenia pacjenta.

Przedmiotem szczególnego zainteresowania PKPO jest zjawisko wykluczenia pacjentów onkologicznych. Ogólnopolska **kampania „PACJENT WYKLUCZONY”** zwraca uwagę, że pacjent wykluczony jest osobą chorą, która:

- nie znajduje odpowiedniej opieki w systemie zdrowotnym,
- pozbawiona jest dostępu do rzetelnej informacji,
- ma utrudniony dostęp do leczenia w istniejącym systemie opieki zdrowotnej,
- zbyt długo oczekuje na postawienie rozpoznania choroby nowotworowej,
- nie ma dostępu do konsultacji specjalistycznych,
- zbyt długo oczekuje na pobranie wycinków do badania histopatologicznego,

- zbyt długo oczekuje na operację, chemioterapię, naświetlanie,
- doznaje poparzeń w czasie naświetlania z różnych powodów, w tym także z powodu przestarzałej, źle działającej aparatury,
- nie znajduje odpowiedniej opieki w stanie terminalnym.

PKPO dysponuje licznymi przykładami dokumentującymi zjawisko wykluczenia pacjentów onkologicznych z bardzo różnych przyczyn:

- chłopiec w wieku 12 lat chorujący na nowotwór podścieliskowy przewodu pokarmowego wykluczony z leczenia lekiem celowanym z powodu braku refundacji - terapia dostępna tylko dla dorosłych;
- 35 letni chory na hemofilię, u którego rozpoznano nowotwór wątroby, oczekujący na operację chirurgiczną 55 dni;
- chory z rozpoznaniem nowotworu krwi czekający na wizytę do hematologa półtora miesiąca;
- chory z nowotworem żołądka odsyłany ze szpitala do szpitala z powodu bakterii uniemożliwiającej operację chirurgiczną – operacja odwołana;
- 56 letnia chora na raka piersi, z rozsianymi przerzutami, zakwalifikowana do opieki paliatywnej – mąż dostaje informację, że żona zostanie wypisana do domu i że rodzina musi zapłacić za transport karetką;
- 69 letni chory na raka krtani oczekujący na radioterapię 86 dni.

Według PKPO przyczyn wykluczenia pacjentów onkologicznych poszukiwać należy

w obowiązujących placówki onkologiczne limitach, w niepotrzebnej hospitalizacji związanej ze sposobem finansowania świadczeń (pacjent musi leżeć w szpitalu dłużej, bo to jakoś „spina” budżet szpitala). W celu przeciwdziałania opisanemu zjawisku wykluczenia PKPO prowadzi szkolenia dla liderów organizacji pacjenckich w Polsce. Kampania oparta jest na synergii, połączeniu sił liderów organizacji. W szesnastu województwach, w zależności od miejsca zamieszkania, chora osoba ma możliwość kontaktu z liderem lokalnej organizacji, którego zadaniem jest koordynowanie kontaktu pacjenta z kancelarią prawną, pomoc pacjentowi wykluczonemu, w formie informacji o kampanii, kontakt z koordynatorem liderów organizacji.

Na podstawie zgromadzonych przez PKPO danych na temat funkcjonowania systemu opieki onkologicznej, proponujemy szereg kroków zaradczych, których wspólną cechą jest zasada „PACJENT MUSI BYĆ W CENTRUM UWAGI”:

- zastąpienie drogiego leczenia szpitalnego – tańszym ambulatoryjnym, wedle zasady „JEŚLI PACJENT MOŻE CHODZIĆ, NIE POWINIEN LEŻEĆ”;
- wprowadzenie właściwej wyceny procedur onkologicznych wedle zasady „NIE ZA WYSOKO, NIE ZA NISKO”;

- właściwe wykorzystanie sprzętu, aby wyeliminować praktykę – „JEST SPRZĘT, NIE MA PIENIĘDZY NA OBSŁUGĘ.”;
- właściwe wykorzystanie potencjału osobowego lekarzy onkologów, hematologów, urologów, chirurgów onkologicznych;
- opracowanie ścieżki dla pacjenta, aby po rozpoznaniu nie zniknął z pola widzenia;
- wykorzystanie badań molekularnych do właściwego precyzyjnego leczenia zindywidualizowanego;
- zniesienie limitów w leczeniu onkologicznym;
- zmiana zasad realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych z nastawieniem na wzrost frekwencji na badaniach przesiewowych

Noty biograficzne autorów



ALEKSANDRA CIAŁKOWSKA-RYSZ, dr n. med. Kierownik Pracowni Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Kierownik Oddziału Medycyny Paliatywnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im WAM w Łodzi, Prezes Stowarzyszenia Hospicjum Łódzkie, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej w latach 2008–2014. Redaktor Naczelny czasopisma *Medycyna Paliatywna*.



JOANNA DIDKOWSKA, dr n. med. Od początku pracy zawodowej związana jest z Zakładem Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Złośliwych Centrum Onkologii w Warszawie, obecnie kierownik Krajowego Rejestru Nowotworów.

Od wielu lat zajmuje się analizą epidemiologiczną i monitorowaniem sytuacji epidemiologicznej w zakresie nowotworów złośliwych w Polsce. W ostatnich latach brała udział w pracach międzynarodowego zespołu MADAME (Mathematical Methods and Modelling in the Sciences 2000–2003). Uczestniczy w badaniach populacyjnych czynników ryzyka zachorowalności na nowotwory złośliwe (tytoń, dieta, procesy demograficzne) oraz w monitorowaniu geograficznego zróżnicowania zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce. Jest współautorem rocznego biuletynu dotyczącego nowotworów złośliwych w Polsce oraz opracowania dotyczącego prognoz epidemiologicznych. Od wielu lat jest wykładowcą na kursach specjalistycznych organizowanych przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego zarówno dla lekarzy jak i pielęgniarek oraz w kursach organizowanych przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. W latach 2010–2013 roku była koordynatorem projektu „Utworzenie pierwszej w Polsce informatycznej platform naukowej do wymiany wiedzy o zagrożeniu nowotworami złośliwymi w Polsce” finansowanego ze środków EFRR Innowacyjna Gospodarka (2011–2013).

Jest członkiem Polskiego Komitetu TNM International Union Against Cancer, była przewodniczącą Komisji Etycznej nadzorującej rozpoczęcie badań klinicznych, Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiej Unii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Badań nad Rakiem Piersi. Od 2011 jest redaktorem działu w czasopiśmie „NOWOTWORY Journal of Oncology”. Od 2014 członek Zarządu Głównego PTO.



TOMASZ DZIERŻANOWSKI, dr n. med. Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, współtwórca i sekretarz czasopisma "Medycyna Paliatywna", autor wielu publikacji naukowych z dziedziny medycyny paliatywnej i gastroenterologii oraz książki "Zimne wody Styksu", propagator oraz członek projektów i zespołów międzynarodowych związanych z Evidence Based Medicine.



JACEK JASSEM, prof. dr hab. n. med. Profesor zwyczajny Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, specjalista w dziedzinie radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej. Konsultant wojewódzki w dziedzinie radioterapii. Autor ponad 500 publikacji w czasopismach naukowych w kraju i za granicą, autor i współautor kilkunastu podręczników krajowych i zagranicznych oraz kilkuset doniesień zjazdowych. Główne zainteresowania naukowe: rak płuca, rak piersi, nowotwory głowy i szyi, biologia molekularna nowotworów. Członek komitetów redakcyjnych kilkunastu czasopism medycznych w kraju i za granicą. Laureat licznych nagród naukowych w kraju i za granicą, w tym prestiżowych: nagrody Prezydenta miasta Wiednia za działalność innowacyjną w dziedzinie onkologii, nagrody im. Sobolewskich Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, nagrody Prezesa Rady Ministrów (2009) oraz Nagrody Naukowej Miasta Gdańska im. Jana Heweliusza (2010). Były przewodniczący Grupy Raka Piersi, a obecnie skarbnik i członek Zarządu Europejskiej Organizacji do Badań nad Rakiem (EORTC), największej organizacji badawczej w dziedzinie onkologii w Europie. Przewodniczący Środkowoeuropejskiej Grupy Onkologicznej (CEEOP), były członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej (ESTRO), ekspert Europejskiej Agencji do Badania Produktów Medycznych (EMA), prezes Polskiego Towarzystwa On-

kologicznego (PTO). Członek Rady Naukowej Instytutu Onkologii – Centrum im. Marii Skłodowskiej-Curie.



JANINA MARKOWSKA, prof. dr hab. n .med. Absolwentka Akademii Medycznej w Poznaniu rocznik 1966. W 1971 r. podjęła pracę na stanowisku asystenta w Instytucie Ginekologii i Położnictwa AM w Poznaniu. Tytuł specjalisty I stopnia w dziedzinie ginekologii i położnictwa uzyskała w 1973 r. a w dwa lata później tytuł specjalisty II stopnia. W 1974 r. uzyskała stopień doktora nauk medycznych. Od 1976 r. w związana z Kliniką Onkologii AM w Poznaniu przy ul. Łąkowej 1/2, gdzie przeszła wszystkie szczeble kariery lekarskiej od stanowiska adiunkta do kierownika Oddziału Ginekologii Onkologicznej Kliniki Onkologii oraz Kierownika Kliniki Onkologii. W 1984 r. Rada Naukowa Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Warszawie nadała jej tytuł doktora habilitowanego, a w 1989 r. została ona powołana na stanowisko docenta. W 1993 r. została mianowana profesorem nadzwyczajnym, w pięć lat później uzyskała tytuł profesora zwyczajnego. Jedna z trzech pierwszych osób w Polsce, którym przyznano tytuł specjalisty z zakresu ginekologii onkologicznej w 2005 roku. Członek European Society of Gynecological Oncology, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Immunologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, którego jest Prezesem od 2011 roku. Kierownik specjalizacji wielu lekarzy ginekologów onkologicznych, promotor licznych doktoratów. Autor licznych prac naukowych i podręczników.



RADOSŁAW MĄDRY dr hab. n. med. Absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu rocznik 1992. Od początku kariery zawodowej związany z Oddziałem Ginekologii Onkologicznej Kliniki Onkologii w Poznaniu. Tytuł specjalisty I stopnia w dziedzinie ginekologii i położnictwa uzyskał w 1996 r. a w 2005 tytuł specjalisty II stopnia. W 2010 roku uzyskał tytuł specjalisty z zakresu ginekologii onkologicznej. W 2002 r. uzyskał stopień doktora nauk medycznych a w 2012 stopień doktora habilitowanego. Członek European Society of Gynecological Oncology, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Gi-

nekologii Onkologicznej, którego jest Sekretarzem od 2011 roku. Autor licznych prac naukowych i podręczników.



JANUSZ MEDER, dr n. med. – ponad 40 lat pracy naukowo-badawczej i klinicznej w Centrum Onkologii-Instytucie w Warszawie, od 2000 roku prezes Polskiej Unii Onkologii i wiceprezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej; wieloletni kierownik m.in. Kliniki Radioterapii i Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego. W latach 1980–81 pracował w Harvard Medical School w Bostonie, w 1984 w Memorial Sloan-Kettering Cancer Center w Nowym Jorku. W latach 1984–2012 członek Rady Naukowej Centrum Onkologii; obecnie przewodniczący Komisji Bioetycznej przy Centrum Onkologii oraz członek Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN. Członek wielu krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych oraz komitetów redakcyjnych onkologicznych czasopism naukowych. Dr n. med. Janusz Meder jest autorem lub współautorem ponad 170 publikacji naukowych polskich i zagranicznych. Od 2010 r. członek Rady Naukowej Fundacji Watch Health Care. Od 2010 r. członek Steering Committee International Lymphoma Radiation Oncology Group (ILROG). Od 2011 r. czynny udział w amerykańsko-polskim zespole ds. badań naukowych (Us-Poland Cooperation in Cancer Research) – w zakresie onkologii, współpraca z National Cancer Institute (NCI), z American Society of Clinical Oncology (ASCO) oraz MNiSzW i MZ. Od 2012 r. członek Zespołu Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN.

W 2012 r. został odznaczony Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski przez Prezydenta RP. W 2002 r. został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski przez Prezydenta RP. Celem działalności Polskiej Unii Onkologii po doprowadzeniu w roku 2005 do ustanowienia Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych jest stałe wspomaganie jego realizacji oraz m.in. promowanie i wdrażanie standardów, profilaktyki i opieki zdrowotnej w zakresie onkologii zgodnie z wytycznymi Karty Paryskiej z roku 2000.



ALINA POTRYKOWSKA, Dr, Doradca Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Sekretarz generalny Rządowej Rady Ludnościowej, pracownik naukowo-badawczy. Od początku pracy naukowej związana z Instytutem Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN w Warszawie. Jej zainteresowania badawcze dotyczą studiów miejskich oraz problematyki społecznej i ludnościowej. Z ramienia Instytutu brała udział w wielu projektach badawczych krajowych i międzynarodowych, szczególnie w zakresie problematyki miejskiej i ludnościowej. Za udział w pracy zespołu IGiPZ PAN nad migracjami i systemem osadniczym Polski otrzymała Nagrodę Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk w 1982 r. W 1984 roku otrzymała Nagrodę naukową Sekretarza Wydziału Nauk o Ziemi Polskiej Akademii Nauk im. Jana Chmielewskiego za pracę doktorską nt. struktury demograficzno-społecznej Funkcjonalnego Regionu Miejskiego Warszawy. Ponadto prowadziła prace dydaktyczne w kraju i za granicą. W roku akademickim 1984–1985 była wykładowcą na Uniwersytecie w Rouen. W latach 1994–1996 pracowała na stanowisku Profesora Uniwersytetu Paris I – Sorbonne. Ponadto prowadziła wykłady na kilku uniwersytetach za granicą, m.in. Uniwersytecie w Lille (1993), Saragossie (1997), Uniwersytecie w Meiji w Tokyo (1998), Sztokholmie (1999) i Uniwersytecie w Versailles (2000). Pełniła liczne funkcje w międzynarodowych towarzystwach naukowych, m.in. była członkiem Komitetu Sterującego „Ludność i Środowisko” Międzynarodowej Unii Studiów Społecznych i Ludnościowych (IUSSP), w latach 1991–1994. Z ramienia Komisji występowała jako ekspert IUSSP w ONZ (UNFPA) oraz Komisji „Ludność i Rozwój” ONZ, z którą do dziś współpracuje – brała czynny udział w przygotowaniach programu naukowego Konferencji Kairskiej (Program Działania Międzynarodowej Konferencji „Ludność i Rozwój”, Kair, 1994 (ICPD). W latach 1990–1996 była członkiem rzeczywistym Komisji Ludność i Środowisko Międzynarodowej Unii Geograficznej, a w kolejnym okresie 1996–2004 pełniła funkcję Przewodniczącej tej Komisji, a obecnie jest członkiem rzeczywistym Komisji, w której bierze czynny udział jako jedyna przedstawicielka krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Za zasługi na tym polu otrzymała nagrodę International Prize of Environmental Creation, Japan, 2008.

Jest autorką lub współautorką ponad 130 publikacji naukowych (w tym 10 książek) poświęconych głównie problemom leżącym w zakresie jej zainteresowań badawczych, takich jak: procesy demograficzne, struktura społeczna obszarów miejskich, zwłaszcza funkcjonalnych regionów miejskich oraz mode-

lowania i badania procesów migracji, zarówno w skali wewnątrzmięjskiej, regionalnej oraz krajowej

Swoją wiedzę w zakresie migracji wykorzystwała w praktyce uczestnicząc w opracowaniu projektów dotyczących roli migracji w kształtowaniu systemu osadniczego Polski oraz polityki migracyjnej kraju. Z inicjatywy Rządowej Rady Ludnościowej bierze udział w pracach nad dokumentem „Założenia polityki ludnościowej w Polsce” – a obecnie pt. „Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski”.

Dr. Alina Potrykowska współpracowała z Rządową Radą Ludnościową w latach 2000–2003, gdzie w ramach prac Rady należała do zespołu przygotowującego raporty o sytuacji demograficznej Polski, a także brała czynny udział w przygotowaniu I Kongresu Demograficznego. Od 2007 r. jest członkiem Prezydium Rządowej Rady Ludnościowej i Sekretarz Generalną tej Rady.



KRZYSZTOF PRZEŹNIAK – socjolog medycyny, który od prawie 30 lat zajmuje się czynnikami determinującymi stan zdrowia społeczeństw, w tym w szczególności rosnącą epidemią chorób odtytoniowych jako główną przyczyną przedwczesnej umieralności w Polsce i innych krajach europejskich. Brał udział w pracach eksperckich nad przygotowaniem głównych programów i aktów legislacyjnych z zakresu zdrowia

publicznego w Polsce i innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Ekspert Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i wielu innych instytucji medycznych, społecznych i ekonomicznych (m.in. Banku Światowego, Międzynarodowej Unii Walki z Rakiem, Open Society Institute, US Environmental Protection Agency). „Visiting scientist” w Szkole Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa w Baltimore (USA), Europejskim Biurze WHO, Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem i Narodowych Instytutach Raka w USA i Kanadzie. Brał udział w ponad 130 polskich i międzynarodowych projektach badawczych i interwencyjnych. Autor lub współautor ponad 200 artykułów i innych prac naukowo-badawczych. Za swoją pracę naukową i społeczną dla zdrowia publicznego odznaczony przez Prezydenta RP Złotym Krzyżem Zasługi oraz nagrodzony przez Polską Akademię Nauk, Międzynarodową Unię Walki z Rakiem oraz Fundację „Promocja Zdrowia”. Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom w USA (CDC) wyróżniło jego wkład w realizację międzynarodowego projektu badawczego GATS w Polsce. Zastępca Dyrektora WHO Collaborating Centre przy Centrum Onkologii w Warszawie i Dyrektor Naukowy Fundacji „Promocja Zdrowia”.



ZBIGNIEW STRZELECKI, dr hab. prof. nadzw. SGH. Absolwent (1972 r.) Szkoły Głównej Planowania i Statystyki w Warszawie obecnie Szkoła Główna Handlowa, Wydział Ekonomiczno-Społeczny kierunku: polityka społeczna i ekonomia pracy. Stopień doktora nauk ekonomicznych w 1979 r., stopień doktora habilitowanego nauk ekonomicznych w 1990 r. Obecne miejsce zatrudnienia i stanowisko: Profesor w Szkole Głównej Handlowej Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Kierownik Katedry Samorządu Terytorialnego i Gospodarki Lokalnej. Wykłady oraz badania naukowe z zakresu: zagadnień ludnościowych, prognozowania rynku pracy, polityki regionalnej i przestrzennej, metodologii badań naukowych. Autor wielu książek, artykułów i innych opracowań z tych dziedzin. Staże naukowe: w Wyższej Szkole Ekonomicznej w Pradze, Uniwersytecie im. Karola w Pradze, w L'Institut National d'Etudes Demographiques w Paryżu, w Uniwersytecie w Pizie, w Biurze Statystyki Pracy (BLS) w Waszyngtonie. Od 1989 r. st. specjalista w Biurze Planowania Regionalnego z siedzibą w Warszawie Centralnego Urzędu Planowania, a od 1991 r. do 1995 r. Dyrektor tego Biura. 1995–1996 Dyrektor Departamentu Rozwoju Społecznego CUP. 1997–2003 Wiceprezes Rządowego Centrum Studiów Strategicznych – Podsekretarz Stanu. Z tej racji kierowanie pracami nad ważnymi dokumentami o charakterze strategicznym: Koncepcja polityki przestrzennego zagospodarowania kraju, Długofalowa strategia rozwoju regionalnego Polski, Strategiczne problemy rozwoju i zagospodarowania przestrzennego kraju, Coroczne raporty dotyczące rozwoju regionalnego Polski i sfery społecznej w okresie transformacji. Od 15 grudnia 2003 r. Dyrektor Mazowieckiego Biura Planowania Regionalnego W latach 1998–2003 r. kierowanie powołanym przez Prezesa Rady Ministrów Międzyresortowym Zespołem do Prognozowania Popytu na Pracę celem przygotowania systemu prognozowania popytu na pracę według kwalifikacji w Polsce. Od 1999 r. Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej. Od 1992 r. Prezes Polskiego Towarzystwa Demograficznego. Od 1990 r. członek Komitetu Nauk Demograficznych PAN, obecnie członek Prezydium Komitetu Od 1998 r. członek Rady Statystyki. Od 2005 r. członek Komitetu „Polska 2000 plus” przy Prezydium PAN, od 2007 r. wiceprzewodniczący Komitetu. Od 2007 r. członek Komitetu Przestrzennego Zagospodarowania Kraju przy Prezydium PAN. Członek rad naukowych Instytutów: Pracy i Spraw Socjalnych oraz Gospodarki Przestrzennej i Mieszkalnictwa.



URSZULA SULKOWSKA jest absolwentką wydziału Matematyki i Nauk Informatycznych Politechniki Warszawskiej. Od 2005 r. pracuje w Centrum Onkologii-Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Zajmuje się m.in. prowadzeniem badań nad zdrowiem Polaków, a w szczególności nad umieralnością na nowotwory złośliwe w Polsce. Brała udział w międzynarodowych projektach badawczych, jest autorką wielu publikacji naukowych.



JANUSZ SZYMBORSKI, prof. dr hab. n. med., absolwent AM we Wrocławiu (1969), specjalista pediatra, dr n. med. (AM we Wrocławiu 1977), dr hab. n. med. (ŚAM w Zabrze 1988), prof. n. med. (Warszawa 1996). Stażysta, asystent, adiunkt w Instytucie Pediatrii AM we Wrocławiu (1969–1979); organizator, dyrektor Spec. ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Wałbrzychu (1979–1991); kierownik II Kliniki Pediatrii i profesor w PAM w Szczecinie (1991–1994); kierownik Zakładu Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia oraz docent w PZH w Warszawie (1994–1996); dyrektor Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie (1996–2001) oraz Kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Szkolnej (do 2002); doradca Rzecznika Praw Dziecka (2003–2007); pełnomocnik Rzecznika Praw Obywatelskich ds. rodziny (2007–2010); od 2003 r. związany z Wszechnicą Polską, Szkołą Wyższą w Warszawie, kierownik Katedry Pedagogiki (2008–2011), kierownik Katedry Zdrowia Publicznego (od 2011); ekspert w Głównym Urzędzie Statystycznym (od 2014); współpraca naukowo-dydaktyczna z Collegium Civitas (od 2013).

Posel na Sejm (1985–1991), wiceprzewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia; przewodniczący Rady ds. Zdrowia Matki i Dziecka przy Ministrze Zdrowia (1990–1991); pełnomocnik Minister Zdrowia F. Cegielskiej ds. nadzoru organizacyjno-merytorycznego w opiece nad matką i dzieckiem (2000–2001), wiceprzewodniczący Rady Normalizacyjnej przy PKN (2003–2011), członek Rządowej Rady Ludnościowej (od 2002) – wiceprzewodniczący zespołu RRL ds. opracowania *Założeń polityki ludnościowej w Polsce* (2004 i 2013). Członek komitetu organizacyjnego I i II Kongresu Demograficznego (2001 i 2012). Członek Koalicji na Rzecz Zdrowego Starzenia Się i członek Rady Programowej Fundacji na Rzecz Zdrowego Starzenia Się (od 2013).

Współautor ponad 300 publikacji naukowych i 20 monografii, w tym biuletynu BRPO i GUS *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce* (2008) oraz monografii *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa* (RRL 2012). Redaktor naczelny półrocznika ZDROWIE PUBLICZNE; Monografie (od 2012). Recenzent Studiów BAS w Biurze Analiz Sejmowych (2014). Kierownik projektów badawczych m.in.: części polskiej projektu UE Hansa-East INCO COPERNICUS *Promowanie wzorcowej architektury dla otwartych systemów informatycznych w opiece zdrowotnej* (1997–1998); *Wczesne rozpoznawanie i leczenie mukowiscydozy* (1998–2000) i programów polityki zdrowotnej państwa, w tym: *Program badań przesiewowych noworodków w Polsce* (2000–2001), *Opracowanie zadań i zasad funkcjonowania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece nad matką i dzieckiem i jego wdrożenie* (2000–2001). Kierownik merytoryczny projektu Interdyscyplinarnej Szkoły Promocji Zdrowia Seniorów w ramach Programu ASOS MPiPS (2014). Uczestnik: *Cancer prevention and control academic course*, Bethesda, USA (1995) I *European training consortium in public health and health promotion* Liverpool, UK (1999). Kierownik specjalizacji 37 pediatrów, promotor sześciu przewodów doktorskich oraz wielu prac magisterskich i licencjackich. Recenzent w przewodach o nadanie tytułu naukowego profesora. Autor licznych ekspertyz zamawianych, m.in dla GIS.

Członek Polskiego Stowarzyszenia im. Janusza Korczaka i członek honorowy Polskiego Towarzystwa Higienicznego. Uhonorowany m.in. Złotą Odznaką Towarzystwa Walki z Kalectwem, Odznaką Zasłużonemu – Polskie Towarzystwo Lekarskie, Złotą Honorową Odznaką Fundacji „Promocja Zdrowia”, Medalem 50-lecia Akademii Medycznej we Wrocławiu, Złotym Medalem „100 lat Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego”, Medalem im. prof. W. Chodźki „PRO HOMINIS SANITATAE” na 100-lecie Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego.



JANUSZ WITKOWSKI, prof. dr hab., Prezes Głównego Urzędu Statystycznego. Ukończył studia w Szkole Głównej Planowania i Statystyki w Warszawie (obecnie SGH) i w tej Uczelni przeszedł wszystkie szczeble kariery naukowej i dydaktycznej. Od 1992 roku Profesor nauk ekonomicznych w zakresie polityki społecznej.

W latach 1968–1995 nauczyciel akademicki w Szkole Głównej Planowania i Statystyki na stanowiskach: asystenta (1968–1971), starszego asystenta (1971–1973), adiunkta (1973–1983), docenta (1983–1991) oraz profesora w Katedrze Demografii Społeczno-Ekonomicznej, a następnie w Instytucie Statystyki i Demografii (1992–1995). Od początku 2001 roku pracuje jako Pro-

fesor w Wyższej Szkole Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych w Kielcach. Ponadto w latach 1991–1995 Dyrektor Departamentu Pracy (wcześniej Departamentu Pracy i Dochodów Ludności) w Głównym Urzędzie Statystycznym, w latach 1996–2011 Wiceprezes, a od 2011 roku Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.

Zainteresowania naukowe: demografia społeczno-ekonomiczna, statystyka społeczna, migracje wewnętrzne i zagraniczne ludności, polityka ludnościowa, ludność a środowisko przyrodnicze, mobilność pracownicza, problematyka rynku pracy, społeczne i demograficzne aspekty bezrobocia.

Osiągnięcia organizacyjne: pełnił wiele funkcji związanych z organizacją pracy badawczej i dydaktycznej. Kierował wieloma tematami badawczymi. W latach 1984–1987 Prodziekan Wydziału Ekonomiczno-Społecznego SGPiS. Pełnił także funkcję Sekretarza Naukowego Instytutu Gospodarstwa Społecznego, Przewodniczącego Sekcji Demografii Społeczno-Ekonomicznej Komitetu Nauk Demograficznych PAN, Sekretarza Naukowego Komitetu Nauk Demograficznych PAN oraz Wiceprzewodniczącego tego Komitetu. Wieloletni członek Polskiego Towarzystwa Demograficznego, przez trzy kadencje Wiceprezes Zarządu Głównego tego Towarzystwa. Członek Międzynarodowego Instytutu Statystycznego.

W pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych był odpowiedzialny za dostosowanie polskiej statystyki pracy do nowych warunków społeczno – ekonomicznych. Jest współautorem koncepcji badania aktywności ekonomicznej ludności, wdrożonego do praktyki badawczej GUS w maju 1992 roku i które jest realizowane do chwili obecnej. Inicjator i współorganizator szeregu badań rynku pracy w Polsce. Współpracował w tym zakresie z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Krajowym Urzędem Pracy, a także organizacjami międzynarodowymi i Urzędami statystycznymi w krajach Unii Europejskiej.

Współpraca międzynarodowa: ekspert Komisji Europejskiej oraz OECD analizy i statystyki rynku pracy, ekspert Rady Europy, członek grupy specjalistów w zakresie demograficznych uwarunkowań rynku pracy, konsultant Biura Statystyki Międzynarodowej Organizacji Pracy. W latach 2000–2003 oraz 2004–2006 lider ze strony polskiej we współpracy bliźniaczej w ramach projektów PHARE na temat statystyki regionalnej we współpracy z INSEE (France) oraz doskonalenia jakości poselskiej statystyki we współpracy ze szwedzkim urzędem statystycznym (Statistics Sweden).

Osiągnięcia naukowe: udział w pracach 16 wieloletnich tematów badawczych, z których większość była realizowana w ramach Problemów Węzłowych oraz Centralnego Programu Badań Podstawowych. Kierownik 11 tematów badawczych, w tym jednej grupy tematycznej. Organizator kilkunastu seminariów i konferencji krajowych oraz międzynarodowych. Aktywny uczestnik kilkudziesię-

sięciu seminariów naukowych (referaty, komunikaty). Wielokrotnie nagradzany za osiągnięcia w dziedzinie naukowej i dydaktycznej. Kierownik kilku projektów badawczych współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Autor około 320 opracowań, z których 243 zostało opublikowanych w kraju i za granicą, w tym 20 książek i monografii. Samodzielny autor 4 książek oraz współautor dalszych 5 monografii. Redaktor naukowy 7 prac zbiorowych. W 2009 roku otrzymał **Medal im Prof. W. Szuberta**



URSZULA WOJCIECHOWSKA, dr n. med. Od wielu lat jest pracownikiem naukowym Centrum Onkologii w Warszawie. Jako pracownik Krajowego Rejestru Nowotworów jest odpowiedzialna za przetwarzanie i analizę danych o zachorowaniach i zgonach na nowotwory złośliwe w Polsce. Jest wykładowcą na kursach szkoleniowych oraz atestacyjnych dla studentów medycyny, pielęgniarek i lekarzy. Jest autorem współautorem wielu raportów badawczych, ekspertyz i artykułów naukowych

z zakresu epidemiologii nowotworów głównie dotyczących analizy trendów zachorowań i zgonów nowotworowych, oszacowania wskaźników 5-letnich przeżyć na nowotwory złośliwe w Polsce, zróżnicowania geograficznego zachorowalności i umieralności oraz badań nad wpływem czynników ryzyka zapadalności na nowotwory takich jak: tytoń, dieta, zachowania prokreacyjne, status społeczny, procesy demograficzne. Była zastępcą koordynatora projektu finansowanego z funduszy Unii Europejskiej, obejmującego utworzenie portalu wiedzy o nowotworach oraz stworzenie scentralizowanej bazy danych nowotworowych Krajowego Rejestru Nowotworów. Jest członkiem Polskiej Unii Onkologii oraz Polskiego Towarzystwa do Badań na Rakiem Piersi.



MATEUSZ ZATOŃSKI Politolog i historyk zdrowia, absolwent Uniwersytetu Kalifornijskiego oraz Uniwersytetu w Glasgow. Autor prac na temat polityki zdrowotnej w bloku socjalistycznym oraz analiz ustawodawstwa dotyczącego sprzedaży alkoholu i papierosów w Unii Europejskiej. Prowadził badania dotyczące wielu aspektów polityki

zdrowotnej w dziejach, m.in. zastosowania w niej filozofii utilitaryzmu, czy postrzegania palenia tytoniu w Związku Radzieckim oraz Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Obecnie specjalizujący się w zakresie Zdrowia Publicznego w Londyńskiej Szkole Higieny i Medycyny Tropikalnej.



WITOLD ZATOŃSKI, prof. dr hab. n. med. jest lekarzem – specjalistą chorób wewnętrznych, uczniem profesorów Antoniego Falkiewicza i Romana Smolika z wrocławskiej Akademii Medycznej. Od końca lat siedemdziesiątych pracuje w Centrum Onkologii-Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, gdzie kieruje zespołem naukowym, prowadzącym badania nad zdrowiem Polaków, a szczególnie nad przyczynami i rozmieszczeniem zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce oraz Europie Środkowo-Wschodniej. Kierowany przez niego Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów na początku lat dziewięćdziesiątych został nominowany na *WHO Collaborating Centre* (Ośrodek Współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia). Wiele lat pracował naukowo za granicą, m.in. w Centrum Badań nad Rakiem w Heidelbergu, Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC-WHO) w Lyonie, Londyńskiej Szkole Higieny, Narodowym Instytucie Raka (Bethesda, USA). Ekspert Światowej Organizacji Zdrowia. Autor i współautor ponad 500 publikacji naukowych i ponad 180 książek w języku polskim i angielskim. Jako twórca Fundacji „Promocja zdrowia” i najbardziej znany w Polsce promotor zdrowego, wolnego od tytoniu stylu życia jest inicjatorem wielu akcji prozdrowotnych. Za swoją działalność na rzecz zdrowia mieszkańców Europy Środkowej został odznaczony Złotym Medalem (1992) przez Światową Organizację Zdrowia oraz medalem (Echelon Vermeil) miasta Paryża (1994) przez prezydenta Jacques’a Chiraca. Za zasługi dla zdrowia Polaków w 1997 roku został odznaczony przez Prezydenta RP Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski. Otrzymał również medal Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC-WHO), medal *Gloria Medicinae* (najwyższe odznaczenie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego), jest laureatem *Luther Terry Award* (nagroda *American Cancer Society* za szczególne osiągnięcia w walce z rakiem). Doktor *honoris causa* Uniwersytetu w Aberdeen (2014).