

Psychoonkologia w Polsce

Psychooncology in Poland

Paweł Zielazny¹, Paulina Zielińska², Krystyna de Walden-Gałuszko³,
Krzysztof Kuziemski¹, Barbara Bętkowska-Korpała²

¹ Klinika Pneumonologii i Alergologii GUMed

² Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii UJ CM

³ Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne

Summary

Psycho-oncology is an interdisciplinary field of medicine that deals with the psychological aspects of cancer. Psycho-oncology is a sub-discipline of clinical oncology, psychiatry, clinical psychology and health psychology. It was formally established in 1975. In Poland, the Polish Psycho-Oncology Association deals with the issues of psycho-oncology since 1992. Despite the dynamic development of psycho-oncology, in Poland psychological help for people with cancer covered under the health insurance is not sufficient. The main tasks facing the Polish psycho-oncology is: to define psycho-oncologist profession and to make it administratively independent profession, to identify psycho-oncological benefits under the health insurance and to determine standards of psycho-oncological care in the National Program of Cancer Prevention.

Słowa kluczowe: psychoonkologia, Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne, nowotwór, rak, pomoc psychologiczna, onkologia

Key words: psycho-oncology, Polish Psycho-Oncology Association, tumor, cancer, psycho-oncological help, oncology

Nowa dyscyplina medycyny

Psychoonkologia to młoda interdyscyplinarna dziedzina medycyny, która zajmuje się psychologicznymi aspektami choroby nowotworowej. Psychoonkologia jest zarówno subdyscypliną onkologii klinicznej, psychiatrii, psychologii klinicznej, jak i psychologii zdrowia. Twórcą psychoonkologii jest dr Jimmie Holland, szefowa

Katedry Psychiatrii i Nauk Behawioralnych Centrum Onkologicznego im. Sloan-Kettering w Nowym Jorku.

Na powstanie i rozwój psychoonkologii składa się kilka zjawisk związanych z rozwojem medycyny i życia społecznego. Do najistotniejszych zaliczyć należy m.in. dynamiczny postęp w zakresie leczenia nowotworów. Począwszy od lat 20. wykorzystywano już radioterapię, rozwinęło się leczenie chirurgiczne, natomiast od lat 50. na większą skalę wprowadzono chemioterapię [1]. Ludzie chorujący na choroby nowotworowe, poddając się specjalistycznemu leczeniu i przebywając na oddziałach onkologicznych, stawali przed koniecznością konfrontacji ze świadomością choroby obarczonej szeregiem negatywnych konotacji i stereotypów, choćby z tego względu, że musieli wyrazić świadomą zgodę na leczenie. Wówczas dostrzeżono, że pacjenci onkologiczni często wymagali profesjonalnego wsparcia psychiatrycznego w radzeniu sobie z obciążeniami narzucanymi przez chorobę, co było początkiem interdyscyplinarnego podejścia w leczeniu chorych [2]. W latach 70. powszechnie zaczęto ujmować zdrowie i chorobę, odwołując się do modelu biopsychospołecznego [3], co przerwało w medycynie dominację redukcjonizmu biomedycznego, umniejszającego pozabiologiczne aspekty chorób i leczenia. Klimat społeczny lat 60. i 70. to z kolei czas rewolucji obyczajowej, a więc istotnych zmian dokonujących się w hierarchii wartości społecznych. Podniesiono wówczas temat praw mniejszości różnego rodzaju, w tym praw pacjenta i chorych na choroby piętnujące: psychiczne oraz nowotworowe [1]. Głos zaczęły zabierać „ozdrowieńcy”, dotąd pozostający w ukryciu, ze względu na etykietę „chorych na raka”. Po społecznej debacie nad książką Betty Rollin „First You Cry” (1975) powstawały kolejne publikacje z gatunku autopatografii, często autorstwa osób publicznych. Na świecie zaczęły powstawać ruchy i stowarzyszenia zrzeszające osoby chore i ich rodziny.

Psychoonkologia w Polsce

Charakter opieki nad chorymi onkologicznie także w Polsce w znaczny sposób zmienił się w ciągu ostatnich 30 lat. Postawa wobec choroby ewoluuje. Mimo to nowotwór jest w dalszym ciągu chorobą obciążoną szeregiem negatywnych konotacji oraz stereotypów znajdujących odbicie w języku potocznym, a zawierających przede wszystkim elementy następstw i nieskuteczności leczenia: „choroba nieuleczalna”, „rychła śmierć w cierpieniu” [4].

Do końca XX w. na skutek braku regulacji prawnych polski pacjent nie miał zagwarantowanego prawa do pełnej informacji dotyczącej diagnozy czy leczenia. Dawna Ustawa o zawodzie lekarza z 28 października 1950 r., która obowiązywała do 1997 r., nie przewidywała jakichkolwiek regulacji dotyczących informowania chorego [5]. Zwyczajowo miał on otrzymywać jedynie dobre wiadomości. Informacje niekorzystne, w zakresie ustalonym przez lekarza, przekazywano rodzinie – niezależnie od woli pacjenta. Chorego nie informowano szczególnie o rozpoznaniu onkologicznym, obawiając się negatywnych konsekwencji emocjonalnych dla niego, jak i jego bliskich, a w konsekwencji i dla personelu medycznego. Obecnie zgodnie z przepisami prawa (Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Ustawa o prawach pacjenta) chory,

który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach [6, 7], co wiąże się z koniecznością uzyskania świadomej zgody na leczenie.

W latach 70. coraz bardziej znane w Polsce stały się idee psychosomatyki (psychiczna geneza chorób) i somatopsychologii (wpływ chorób na funkcjonowanie psychiczne osoby), będące wynikiem przyjmowania biopsychospołecznego modelu zdrowia i choroby. Rozpoczęły się badania na temat psychologicznych aspektów sytuacji pacjenta onkologicznego, np. radzenia sobie z psychicznymi skutkami choroby, roli wsparcia społecznego, jakości życia w chorobie, wpływu stylu życia na zdrowie, zależności pomiędzy cechami osobowości a predyspozycjami do zachorowania itd. Większość z tych badań podejmowana była przez psychologów związanych z ośrodkami akademickimi. Wspomnieć tu należy o szeregu projektów badawczych pod kierunkiem Marii Susułowskiej w latach 70. czy istotnej pracy pod redakcją Krystyny de Walden-Gałuszeko „Jakość życia w chorobie nowotworowej” (Gdańsk, 1994) oraz „Zmagając się z chorobą nowotworową” pod redakcją Doroty Kubackiej-Jasieckiej (Kraków, 1999).

Na oddziałach szpitalnych pojawiły się pierwsze etaty dla psychologów. W 1983 roku resort zdrowia wprowadził specjalizację podyplomową z psychologii klinicznej I i II stopnia. Obecnie normy zatrudnienia na oddziałach onkologii klinicznej czy medycyny paliatywnej wymagają obecności psychologa, choć zwykle w niepełnym wymiarze czasu pracy.

Z początkiem lat 90. XX w. rozpoczął się w Polsce oddolny ruch pacjentów, którzy stopniowo zaczęli zrzeszać się w stowarzyszenia samopomocowe. Inicjatorami wielu grup samopomocy byli profesjonalści, a więc inaczej niż na Zachodzie, gdzie tworzyli je zwykle sami pacjenci. W styczniu 1987 roku w Warszawie, z inicjatywy dr Krystyny Miki, kierownik Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, powstał pierwszy w Polsce Klub Kobiet po Mastektomii nazywany dziś Klubem „Amazonki”. Amazonki to specyficznie polska nazwa dla kobiet po mastektomii, nawiązująca do mitologicznego plemienia walecznych kobiet znad Morza Czarnego, które usuwały sobie piersi, by nie przeszkadzała im w napinaniu cięciwy łuku lub rzucaniu dzidą. W 1991 roku istniały już cztery kluby Amazonek w Polsce, odbyło się także pierwsze ogólnopolskie szkolenie ochotniczek pod patronatem ruchu „Reach to Recovery”, prowadzone przez doświadczonych psychologów, z udziałem obserwaterek z USA, Szwecji i Słowenii [8]. Obecnie praktycznie każda kobieta chora na raka piersi może uzyskać wsparcie i pomoc ze strony ruchu Amazonek, który liczy ponad 15 000 członkiń. Organizacja jest też inicjatorem licznych akcji edukacyjnych i społecznych dotyczących roli psychicznego wsparcia w radzeniu sobie z chorobą i jej skutkami, wczesnych badań i skutecznej komunikacji z lekarzem.

W 1987 roku z inicjatywy doktora Romana Górala, kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Akademii Medycznej, powstało w Poznaniu Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią POL-ILKO, wspierające i inicjujące wszelkie działania sprzyjające powrotowi pacjentów do pełnej aktywności życiowej

po operacji. Obecnie posiada ono 20 oddziałów regionalnych i kilka klubów w całej Polsce. Organizacja jest stowarzyszona w Europejskim (EOA) oraz Światowym Stowarzyszeniu Stomijnym (IOA).

W Polsce dużym uznaniem i popularnością cieszy się opracowany w USA program terapeutyczny dla osób z chorobą nowotworową i ich bliskich Carla O. Simontona. Metoda ta stawia sobie za cel poprawę funkcjonowania emocjonalnego osoby chorej, wzrost zaangażowania w proces leczenia, poprawę komunikacji z otoczeniem [9, 10]. Jest to program o udokumentowanej skuteczności, z powodzeniem stosowany w licznych ośrodkach onkologicznych na całym świecie, z programami szkoleniowymi dla terapeutów w USA, Japonii, Szwajcarii, Niemczech i Polsce. Dzięki inicjatywie propagatora tej metody, psychiatry Mariusza Wirgi, oraz samego Simontona można odbyć szkolenie z zakresu Programu Simontona w kilku ośrodkach, m.in. w Krakowie czy Wrocławiu. Każdy etap szkolenia składa się z pięciodniowych sesji terapeutycznych i szkoleniowych z udziałem pacjentów wraz z osobami wspierającymi. Zgodnie z obecnymi założeniami wpływającymi z doświadczeń w innych krajach, szkolenie składa się z trzech stopni: I – terapeutę, II – superwizora i III – wykładowcy/trenera [11]. Ośrodki szkolące w Programie Simontona prowadzą także kursy Racjonalnej Terapii Zachowania – modelu terapii poznawczo-behawioralnej nastawionej na samopomoc, która jest integralną częścią terapii w metodzie Simontona, by uczyć pacjentów tzw. emocjonalnej kompetencji [12].

W latach 90. ukazały się też w Polsce książki z nurtu autopatografii – Valerie Dax „Rak jest moją szansą” (1991), Ruth Picardie „Zanim powiem do widzenia” (1999). Popularność zyskały jednak dopiero kilka lat później, gdy swoje wspomnienia z czasów choroby opublikowały pisarka i felietonistka Krystyna Kofta „Lewa, wspomnienie prawej” (2003) i dziennikarka oraz socjolog Anna Mazurkiewicz „Jak uszczypnie, będzie znak” (2003). Głównie dzięki tym książkom temat osobistych przeżyć związanych z chorobą nowotworową trafił w Polsce do dyskursu publicznego, choć wspomnieć tu należy także o pracy „Olimpia” polskiej artystki Katarzyny Kozyry z 1996 roku, która – opierając się na własnych doświadczeniach – ukazała zmiany ciała związane ze skutkami chemioterapii.

W 1992 roku, z inicjatywy prof. Krystyny de Walden-Gałuszeko, powołane zostało Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne (PTPO) z siedzibą w Gdańsku. Towarzystwo zrzesza specjalistów, którzy z racji wykonywanego zawodu spotykają się z chorymi onkologicznie (lekarzy, psychologów, pielęgniarki, dietetyków, socjologów, duchownych itd.). Podstawowym celem PTPO jest rozwój psychoonkologii poprzez działania w kierunku wszechstronnego zaspokajania potrzeb pacjentów – fizycznych, psychicznych, społecznych i duchowych, wielodyscyplinarne badania naukowe oraz działalność oświatowo-szkoleniowa.

W 2005 r. w ramach działalności Towarzystwa powołana została Krajowa Szkoła Psychoonkologii (KSP), której celem jest prowadzenie działalności edukacyjnej, wydawniczej i naukowej. KSP opracowuje programy kształcenia i prowadzi szkolenia dla specjalistów oraz innych osób zainteresowanych psychoonkologią [9].

Organem prasowym Towarzystwa jest czasopismo „Psychoonkologia”. Jest to jedyne o tej tematyce czasopismo naukowe w Polsce. Ukazuje się od roku 1996. Za-

kres tematyczny obejmuje całe spektrum zagadnień psychoonkologicznych. Ważną rolą czasopisma jest także promocja kompleksowej opieki medycznej. Zagadnienia psychoonkologiczne poruszane są także w innych polskich publikacjach naukowych. Coraz częściej zarówno artykuły pogładowe, jak i prace badawcze publikowane są w czasopismach onkologicznych, pulmonologicznych, psychiatrycznych, gastroenterologicznych, urologicznych, pielęgniarstwie, psychologicznych itd.

Istotnym elementem wpływającym na rozwój psychoonkologii w Polsce, zwłaszcza w kontekście kadry medycznej, są studia podyplomowe z psychoonkologii. Studia te prowadzone są przez uczelnie wyższe (zarówno publiczne, jak i niepubliczne), a ich głównym zadaniem jest kształcenie kadr medycznych na potrzeby pracy z pacjentem onkologicznym. Studia mają charakter uzupełniający, poszerzający zakres wiedzy i umiejętności w ramach podstawowego wykształcenia.

Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne dla osób szczególnie zasłużonych i mających duże doświadczenie w pracy z pacjentem z rakiem wydaje specjalne certyfikaty psychoonkologa. By uzyskać certyfikat, trzeba spełnić szereg warunków, m.in. mieć odpowiednie wykształcenie (medyczne, psychologiczne lub inne z zakresu nauk o zdrowiu), być członkiem PTPO, posiadać udokumentowane minimum pięć lat pracy w psychoonkologii lub w opiece paliatywnej, ukończyć studia podyplomowe z psychoonkologii, odbyć szereg szkoleń, konferencji, wypracować odpowiednią liczbę spotkań superwizyjnych oraz zdać egzamin końcowy przed specjalnie powołaną komisją. Certyfikat psychoonkologa otrzymuje się na pięć lat. Po tym czasie należy go odnowić. Na podobnych zasadach istnieje możliwość uzyskania certyfikatu superwizora psychoonkologii. W tym wypadku niezbędne jest jednak wykazanie znacznie większego doświadczenia zawodowego w klinicznej pracy z pacjentem onkologicznym.

Ważną rolę w rozwoju psychoonkologii w Polsce odgrywają konferencje, sympozja i szkolenia organizowane najczęściej przez wyższe uczelnie. Coraz częściej zdarza się, że szkolenia te organizowane są także przez poszczególne podmioty lecznicze (szkolenia dla pracowników) bądź przez samorządy lokalne (szkolenia dla podmiotów leczniczych, dla których samorząd bywa podmiotem właścicielskim). W systemie dwuletnim przygotowana jest ogólnopolska konferencja psychoonkologiczna. Do tej pory odbyło się już 11 edycji. Każda edycja ma swój temat przewodni. W roku 2015 odbyło się 12. spotkanie pt. „Rola psychoonkologii w strategii walki z rakiem w Polsce”.

Oprócz ww. działań istotne znaczenie dla rozwoju psychoonkologii w Polsce mają działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, podejmowane głównie przez organizacje pozarządowe, zwłaszcza stowarzyszenia pacjentów chorych onkologicznie. Szczególne znaczenie ma Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, która jest głosem ponad 100 tysięcy pacjentów onkologicznych w Polsce zrzeszonych w 32 organizacjach z terenu całego kraju. Koalicja działa na rzecz poprawy sytuacji wszystkich chorych onkologicznie, dzieci i dorosłych. Prowadzone są także ogólnopolskie akcje profilaktyczne – jedną z bardziej znanych organizacji jest Fundacja Rak'n'Roll, która działa na rzecz poprawy jakości życia pacjentów z rakiem, przełamuje tabu związane z podejściem do choroby.

W roku 2014 w Krakowie otwarto pierwsze w Polsce stacjonarne Centrum Psychoonkologii. Pacjenci mogą skorzystać w Centrum z konsultacji z psychologiem, on-

kologiem, dietetykiem, a także wziąć udział w zajęciach muzykoterapii czy arteterapii. Odbywają się warsztaty dla pacjentów i rodzin oraz kilkudniowe zajęcia dla Amazonek. Niestety, na razie Centrum Psychoonkologii nie ma podpisanego kontraktu z NFZ.

Psychoonkologia w polskim systemie ochrony zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia to państwowa jednostka organizacyjna, która pełni w polskim systemie ochrony zdrowia funkcje płatnika – ze środków, które pochodzą z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, NFZ finansuje świadczenia zdrowotne.

W Polsce nie ma wyodrębnionych świadczeń psychoonkologicznych refundowanych przez NFZ. Pacjenci chorzy na raka otrzymują pomoc psychologiczną poprzez świadczenia udzielane w innych komórkach organizacyjnych, jak np. w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach psychologicznych czy w ramach świadczeń psychoterapeutycznych, ale zgodnie z warunkami określonymi przez płatnika. Oznacza to, że w ww. podmiotach pomoc mogą uzyskać nie tylko pacjenci onkologiczni, ale wszyscy inni pacjenci z problemami psychologiczno-psychiatrycznymi. W dużych ośrodkach medycznych (np. centrach onkologii) w porozumieniu z NFZ tworzone są poradnie zdrowia psychicznego lub poradnie psychologiczne, w których zatrudniony jest odpowiednio przeszkolony personel (nie zawsze jednak są to psychoonkolodzy). Eksperti zajmujący się leczeniem onkologicznym zwracają jednak uwagę na konieczność wpisania do katalogu świadczeń w lecznictwie onkologicznym wyodrębnionej kategorii dotyczącej psychoonkologicznych usług zdrowotnych. Tylko taka zmiana pozwoli na budowanie sprawnie działającej i efektywnej sieci pomocy onkologicznej i psychologicznej, gwarantującej jednocześnie wysoką jakość usług.

Warto również podkreślić, że oferowana obecnie pomoc psychologiczna dla osób chorych na nowotwory w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest niewystarczająca. Mimo wydawałoby się dość dobrze rozwiniętej opieki psychoonkologicznej, znaczna część pacjentów nie ma żadnej możliwości skorzystania z takiej formy pomocy. Kłopoty finansowe wielu podmiotów leczniczych powodują, że w niektórych z nich psycholog/psychoonkolog traktowany jest jako „luksus”. Oprócz aspektu finansowego jest to także efekt braku zrozumienia potrzeb chorych wśród decydentów w zdrowiu publicznym. Polski system ochrony zdrowia jest ciągle niedofinansowany. Istnieją priorytetowe problemy natury organizacyjnej, lokalowej czy ekonomicznej i często zdarza się, że psychologiczne problemy pacjentów nie są przedmiotem zainteresowania władz i decydentów.

Podkreślenia wymaga także fakt, że odrębne finansowanie świadczeń psychoonkologicznych przez NFZ może nastąpić wówczas, gdy zawód psychoonkologa zyska w Polsce status niezależnego zawodu medycznego. Opisane wyżej certyfikaty psychoonkologa nie spełniają kryteriów niezależnego zawodu. Są wydawane przez towarzystwo naukowe, ale nie zawsze uznawane są przez instytucje działające w onkologii (certyfikaty nie mają umocowania prawnego).

Dlatego w 2012 r. z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego rozpoczęte zostały prace nad formalnym wyodrębnieniem zawodu psychoonkologa.

Zgodnie z „Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy” zawód psychoonkologa został wpisany pod nr 228909 w kategorii „inne zawody medyczne”. Zgodnie z ww. rozporządzeniem psychoonkolog to osoba z wyższym wykształceniem psychologicznym lub medycznym, która ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra lub równorzędny oraz ukończyła studia podyplomowe z psychoonkologii. Zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia definicja wzbudza kontrowersje. Wśród teoretyków i praktyków z zakresu psychoonkologii nie ma zgodności co do jej zakresu. Pierwsza grupa osób uważa, że psychoonkologiem powinien być każdy, kto ukończył podyplomowe szkolenie z tego zakresu. Czyli zdaniem tej grupy psychoonkologiem może być każda osoba, niezależnie od wcześniejszego wykształcenia, która ukończyła szkolenie podyplomowe z tego zakresu, czyli mogą to być osoby wykonujące zawód medyczny, jak np. lekarz, psycholog, fizjoterapeuta, ale mogą to być także osoby spoza obszaru medycyny, jak np. socjologowie, pedagodzy, duchowni itp. Druga grupa za psychoonkologów uznaje tylko osoby posiadające certyfikat PTPO. Inni twierdzą, że psychoonkologiem może być osoba, która ukończyła zarówno szkolenie podyplomowe, jak i uzyskała certyfikat. Są też takie osoby, które za psychoonkologów uznają każdego, ko pracuje z pacjentem onkologicznym. Rozbieżności definicyjne są na tyle poważne, że jak do tej pory nie udało się w Polsce wypracować jednej, zadowalającej wszystkie zainteresowane strony definicji.

Włączając się w tę szeroką dyskusję, również autorzy artykułu proponują swoje stanowisko w przedmiotowej sprawie. Naszym zdaniem zawód psychoonkologa należy ściśle do zawodów medycznych, wobec czego, by móc używać tytułu „psychoonkologa”, osoba ta powinna spełniać następujące wymagania:

- mieć ukończone studia medyczne na kierunku lekarskim lub studia psychologiczne na kierunku psychologia (tytuł zarezerwowany tylko dla lekarzy i psychologów),
- mieć ukończone studia podyplomowe z psychoonkologii klinicznej,
- posiadać udokumentowany, minimum roczny staż pracy z pacjentem onkologicznym bądź paliatywnym.

Jednocześnie autorzy proponują, by kształcenie w zawodzie psychoonkologa odbywało się dwustopniowo. Pierwszy stopień i możliwość posługiwania się tytułem „psychoonkologa” bądź „psychoonkologa klinicznego” uzyskiwałyby osoby, które spełniają ww. wymagania (średni czas kształcenia: 6–7 lat), drugi zaś stopień i możliwość posługiwania się tytułem „certyfikowanego psychoonkologa” uzyskiwałyby osoby, które spełniają warunki stopnia pierwszego oraz uzyskały certyfikat psychoonkologa na zasadach określonych przez Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne (średni czas kształcenia 9–10 lat). Certyfikat byłby więc specjalnym wyróżnieniem dla osób szczególnie zasłużonych dla rozwoju tej dziedziny medycyny, ale jednocześnie nie byłby warunkiem podstawowym do uzyskania prawa wykonywania zawodu.

Przyszłość psychoonkologii

Psychoonkologia rozwija się i nabiera coraz większego znaczenia w leczeniu nowotworów. W liczących się ośrodkach onkologicznych na świecie włączenie pomocy psychologicznej w zakres usług stanowi standard, co skutkuje polepszeniem jakości leczenia chorych, w konsekwencji – podniesieniem jakości ich życia i umierania. Również w Polsce w niektórych oddziałach i poradniach pracują psychoonkolodzy, sprawując opiekę zarówno nad pacjentem, jak i rodzinami. Powstają stowarzyszenia, grupy samopomocowe, grupy terapeutyczne. Niestety, psychoonkolodzy to nieliczna i elitarna grupa zawodowa. Refundowanych świadczeń w ramach ubezpieczenia społecznego nie starcza dla wszystkich potrzebujących, a biorąc pod uwagę statystyki epidemiologiczne dotyczące nowotworów należy założyć, że w przyszłości znacznie wzrośnie zapotrzebowanie na specjalistów psychoonkologii.

Doświadczenia krajów zachodnich, a także literatura wskazują, że ok. 20–30% pacjentów onkologicznych wymaga intensywnej interwencji psychologicznej. Biorąc pod uwagę liczbę osób chorujących na nowotwory w Polsce (ok. 600 tys.), zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną dotyczy ok. 120–180 tys. osób. Na etat psychologa w poradni przypada średnio ok. 60–70 pacjentów w miesiącu. Jeśli w danym miesiącu porad psychologicznych wymaga ok. 100 pacjentów, to w tej poradni powinien być jeden etat psychoonkologiczny. W przypadku oddziałów stacjonarnych jeden psycholog powinien przypadać na 20 łóżek. Autorzy zdają sobie sprawę, że powyższe wyliczenia są w obecnej sytuacji, a także w najbliższych latach, nierealne do realizacji, dlatego proponują, by w Polsce przynajmniej w każdym powiecie był jeden psychoonkolog/psycholog dla pacjentów onkologicznych. Potencjalna liczba specjalistów to 380 osób.

Jasno określone standardy opieki psychoonkologicznej powinny być elementem narodowych programów chorób onkologicznych. Obecnie obowiązujący w Polsce Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych 2006–2015 (NPZChN) poświęca niewiele miejsca zagadnieniom psychoonkologicznym. Sytuacja jednak ulega stopniowej poprawie. Ministerstwo Zdrowia, aktualizując harmonogram NPZChN, od roku 2012 ogłasza konkursy ofert w zakresie psychoonkologii (głównie na szkolenia dla kadry medycznej). W 2014 r. opracowano narodową strategię walki z rakiem (tzw. cancer plan), który zgodnie z zaleceniami Komisji Europejskiej powinien posiadać każdy kraj członkowski, w którym znajdują się odniesienia do pomocy psychoonkologicznej.

W wielu krajach na świecie bardzo dynamicznie rozwija się telemedycyna, w tym telepsychiatria i telepsychologia. W Polsce również podejmowane są działania w tym zakresie. Jednym z takich działań jest plan budowy internetowej platformy wsparcia psychoonkologicznego. Projekt ma na celu promocję psychoonkologii oraz stworzenie środowiska pozwalającego na prowadzenie nowoczesnej i efektywnej pomocy psychologicznej dla pacjentów potrzebujących wsparcia. Ma być również przydatnym narzędziem dla psychologów, psychoonkologów oraz innych profesjonalistów medycznych. Oprócz bogatej części informacyjnej, innowacyjnym rozwiązaniem będą tzw. porady on-line, przeznaczone dla pacjentów, którzy z różnych przyczyn (stan fizyczny, odległe miejsce zamieszkania, chęć pozostania anonimowym itp.) nie mogą udać się na tradycyjną wizytę [10].

Biorąc pod uwagę powyższe, najlepsze lata w zakresie rozwoju i znaczenia psychoonkologia ma jeszcze przed sobą.

Piśmiennictwo

1. Holland JC. *Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution*. J. Clin. Oncol. 2003; 21(23): 253s–265s.
2. Watson M, Dunn J, Holland JC. *Review of the history and development in the field of psychosocial oncology*. Int. Rev. Psychiatry 2014; 26(1): 128–135.
3. Engel GL. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science 1997; 196: 129–136.
4. Mazurkiewicz A. *Mam go! Rak piersi – strefa prywatna, strefa publiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Amazonki Warszawa–Centrum; 2012.
5. Ustawa z dnia 28 października 1950 r. (Dz. U. 1950, Nr 50, poz. 458).
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry z późniejszymi zmianami (Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857).
7. Ustawa z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z późniejszymi zmianami (Dz. U. z 2009 r., Nr 2, poz. 417).
8. Turuk-Nowak T. *Pomoc psychologiczna pacjentom onkologicznym*. W: Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W. red. *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999, s. 25-40.
9. Simonton CO, Simonton-Matthews S, Creighton J. *Getting well again: A step by step guide to overcoming cancer for patients and their families*. New York: Bantam Books, Inc.; 1978.
10. Wirga M. *Zwyciężyć chorobę*. Katowice: Wydawnictwo KOS; 1998.
11. www.simonton.pl [dostęp: 10.09.2016].
12. Maultsby MC Jr. *Racjonalna Terapia Zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*. Żnin: Wydawnictwo Dominika Księskiego „Wulkan”; 2013.
13. www.ptpo.org.pl [dostęp: 10.09.2016].
14. www.psycheon.pl [dostęp: 10.09.2016].

Adres: Paweł Zielazny
Klinika Alergologii i Pneumonologii GUMed
80-822 Gdańsk, ul. Dębinki 7

Otrzymano: 1.06.2015

Zrecenzowano: 1.09.2015

Otrzymano po poprawie: 16.10.2015

Przyjęto do druku: 6.12.2015