

Warszawa, 13 kwietnia 2015

## Protokół

### z XI Posiedzenia Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich

Naczelna Izba Lekarska  
ul. Sobieskiego 110  
00-764 Warszawa

Prof. Grzegorz Wallner przywitał zebranych na kolejnym, XI posiedzeniu Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Prezes zapowiedział, że na ostatnim posiedzeniu, plenarnym 22 czerwca 2015 roku zostanie przedstawiona zbiorcza listy obecności członków Zarządu TChP w kadencji 2013-2015.

Tradycyjnie, w pierwszej kolejności przegłosowano zatwierdzenie protokołu z X Posiedzenia Zarządu Głównego z dnia 23 lutego 2015 roku. Wszyscy obecni uprawnieni do głosowania na sali głosowali za przyjęciem protokołu.

Zgodnie z programem prof. Wallner przedstawił informacje na temat stanu przygotowań do 67. Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich w Lublinie. Wszyscy członkowie ZG TChP otrzymali pierwszy roboczy komunikat ze wstępnym ramowym programem 67 Kongresu TChP w Lublinie. Program naukowy około 50 sesji programowych został zaplanowany na 5 salach równoległe – czwartek, piątek, sobota. Większość programu naukowego była gotowa już w lutym 2015 roku. Prezes zaapelował do przedstawicieli Zarządu Głównego, ale jednocześnie i kierowników jednostek oraz do przewodniczących Oddziałów czy przewodniczących Sekcji o przekazywanie informacji na temat rejestracji i możliwości zgłoszeń streszczeń na Kongres. 30 kwietnia 2015 upływa pierwszy termin nadsyłania streszczeń. Wszystkie informacje dotyczące rejestracji, czy zasad zgłaszania streszczeń znajdują się na stronie zarówno Towarzystwa Chirurgów Polskich jak i na stronie organizatora Kongresu firmy Symposion. Ta informacja jest powtarzana wielokrotnie, została również rozesłana do wiadomości poszczególnych kierowników klinik, jednostek, wszystkich członków Towarzystwa Chirurgów Polskich, których adresy znajdują się w bazie mailowej Biura TChP.

W imieniu firmy Symposion głos zabrał Dyr. Damian Gruszczyński. Podziękował za możliwość przedstawienia stanu przygotowań na dzień 13 kwietnia 2015 roku jeżeli chodzi o organizację 67 Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich. Poinformował, że tego czasu zarejestrowanych i potwierdzonych było 713 uczestników. Rejestracji indywidualnych 207, rejestracji grupowych 506. Oceniał, że na tym etapie to bardzo dobry wynik i gwarantuje bardzo wysoką frekwencję na 67 Kongresie TChP w Lublinie.

Ponadto przedstawił działania promocyjne i informacyjne firmy Symposion. Zrealizowano e-mailingi do wszystkich zarejestrowanych członków towarzystw naukowych

biorących udział w Kongresie. Wysłano list intencyjny z zaproszeniem profesora Wallnera wraz z komunikatami do wszystkich kierowników oddziałów i klinik chirurgicznych w Polsce. Podobne informacje wysłano do towarzystw naukowych będących partnerami TChP przy organizacji Kongresu, z zaproszeniem do współpracy i dalszym przekazywaniu informacji o Kongresie wewnątrz towarzystw. Podjęto też działania związane z umieszczeniem reklam w prasie specjalistycznej, portalach specjalistycznych. Dokonano także promocji bezpośredniej rozdając uczestnikom zaproszenia na wielu na konferencjach (wykaz na slajdzie). Akcja ta spotkała się z pozytywnym odzewem i przyniosła około 100 zgłoszeń bezpośrednich, indywidualnych. Działania promocyjne nadal są w toku, między innymi domykane są sprawy związane z zamieszczeniem reklam i współpracą we wskazanych wydawnictwach: w Nowotworach, Medycynie Praktycznej Chirurgii, Polskim Przeglądzie Chirurgicznym i innych.

Bardzo ważny element akcji promocyjnej i marketingowej związanej z Kongresem jest drugi komunikat, który został wręczony członkom Zarządu w trakcie posiedzenia ZG TChP w dniu 13 kwietnia 2015 roku. Te informacje są dalej przekazywane do wszystkich przewodniczących, wykładowców Kongresu i gości honorowych Kongresu. Zgodnie z planem w tym liście znajdują się szczegółowe informacje na temat aktywności programowych, informacje na temat programu towarzyszącego, oraz zwrotna karta wykładowcy na podstawie, której będą przekazywane informacje o akomodacji, na temat dojazdu, na temat potrzeb związanych ze sprzętem.

Zwrotne odesłanie kart pozwoli Organizatorom Kongresu na zapewnienie uczestnikom ich oczekiwań w trakcie Kongresu. W ramach Kongresu zaplanowana jest wystawa, która roboczo nosi nazwę „125 lat Towarzystwa Chirurgów Polskich”. Będzie to wystawa dokumentująca najważniejsze fakty z historii Towarzystwa, między innymi wystawa portretów wszystkich dotychczasowych Prezesów Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Wydarzenia towarzyszące - to potwierdzony koncert Leszka Możdżera, który uświetni inaugurację 67. Kongresu w dniu 9 września 2015 roku. Odbędzie się on w Centrum Kongresowym, w sali na ponad 1000 osób. Następne wydarzenie chronologicznie to kolacja prezydencka – *Presidential Dinner*, w wirydarzu klasztoru Ojców Dominikanów w Lublinie, dla wszystkich wykładowców, gości honorowych oraz dla gości Kongresu wskazanych przez Komitet Organizacyjny 67 Kongresu TChP. W czwartek chronologicznie wieczór restauracji, pubów i teatrów z ofertą kulturalną, które będą dostępne dla wszystkich uczestników Kongresu.

Na zakończenie piątkowych obrad zaplanowany jest wieczór „*Meet me in the (Lublin) city – clubbing*”. Przede wszystkim wspólne spotkanie na dziedzińcu Zamku w Lublinie. Potwierdzony został koncert zespołu Bracia z gościnnym udziałem Krzysztofa Cugowskiego. Uczestnicy Kongresu będą jednym z pierwszych gremiów, przed którym zespół w tym składzie oficjalnie wystąpi. Zaplanowano jeszcze jedną niespodziankę muzyczną na ten wieczór, a jej szczegóły zostaną przedstawione w odpowiednim czasie. Dyr. Gruszczyński krótko

zaprezentował te miejsca – restauracje i puby, które zgodziły się przedstawić specjalne oferty dla uczestników Kongresu, łącznie z rabatem, ze specjalnym menu, wydarzeniami kulinarnymi. W części restauracji przewidziana jest również muzyka na żywo.

Ważne informacje dotyczące miejsca kongresowego. Na tym etapie przygotowano przeprowadzono konkurs ofert, w jaki sposób zostanie zaaranżowany cały obiekt kongresowy. W hali C będzie odbywała się wystawa firm medycznych oraz cały catering. Hala B to łącznik, gdzie będzie rejestracja uczestników Kongresu, gdzie również znajdują się cztery sale mniejsze ( w tym jedna na 300 osób), z których będziemy korzystać w ramach programu w zależności od finalnych potrzeb organizacyjnych. Dyrektor Gruszczyński poinformował, że w hali A przygotowywane jest główne miejsce obrad. Obiekt zostanie podzielony na 4 sale po 500 osób. W prezentacji dyr. Gruszczyńskiego została przedstawiona graficznie aranżacja plastyczna sal i całego miejsca obrad. Elektroniczne sesje plakatowe i pokój dla wykładowców zostaną przygotowane na antresoli hali C.

Następnie prof. Wallner przypomniał zasady rejestracji, ważne terminy nadsyłania streszczeń, oraz termin akceptacji prac do 30 czerwca, a także dotyczący sesji elektronicznej, gdzie plakaty mogą być zgłaszane do 15 sierpnia.

Dyr. Gruszczyński poinformował również o rozmowach i negocjacjach ze sponsorami i firmami wspierającymi Kongresu, wskazał te firmy, spośród których zostaną wyłonieni strategiczni partnerzy Kongresu. Na dzień posiedzenia ZG TChP już 53 firmy farmaceutyczne i sprzętowe potwierdziły swój udział czy to w charakterze wystawcy czy to grantodawcy dla sesji.

Dla uczestników i gości Kongresu, jako wydarzenia fakultatywne, dodatkowo przygotowano propozycje wycieczek zwiedzania Pałacu w Kozłówce, Nałęczowa, Zamościa Kazimierza Dolnego. Dla chętnych będzie można zorganizować wyjazd do Lwowa. Warunkiem jest zgłoszenie się poprzez stronę internetową Symposion wystarczającej liczby chętnych.

W odpowiedzi na pytanie prof. Jadwigi Snarskiej gdzie będą publikowane streszczenia, czy przewidziana jest publikacja streszczeń - prof. Wallner poinformował, że streszczenia wraz z wszystkimi informacjami na temat Kongresu będą ogólnodostępne w formie elektronicznej i zostaną przekazywane wszystkim uczestnikom Kongresu w postaci pendrive'ów.

Prof. Marek Krawczyk w nawiązaniu do pytania prof. Snarskiej zwrócił uwagę na dotychczasową tradycję, że abstrakty były drukowane w suplemencie Polskiego Przeglądu Chirurgicznego. Publikowanie abstraktów w suplemencie czasopism, jest podstawą do ich indeksowania przez wszystkie biblioteki, co pozwala autorom dokumentować ich dorobek nawet jeśli to nie są prace pełno tekstowe.

Prof. Wallner poinformował, że oczywiście program naukowy będzie wydrukowany w wersji papierowej. Natomiast, wychodząc naprzeciw trendom czasu wszystkie streszczenia

zgłoszone na 67 Kongres TChP w Lublinie będą jedynie w wersji elektronicznej na pendrive'ach. Forma elektroniczna jest już praktykowana przez około 40-50% czasopism. Prof. Wallner zadeklarował podjęcie rozmów z Redakcją Polskiego Przeglądu Chirurgicznego, aby wszystkie streszczenia z 67 Kongresu TChP w Lublinie ukazały się również w wersji elektronicznej na stronie PPCh, co pozwoli uczestnikom udokumentować ich czynny udział. Zwrócił również uwagę, że forma streszczeń na pendrive'ach jest nie tylko wygodna, ale też tańsza niż wydrukowanie 2 czy 2,5 tysiąca egzemplarzy streszczeń w wersji papierowej.

W odpowiedzi na pytanie prof. Marka Krawczyka, dyr. Gruszczyński z Symposion poinformował, że na dzień posiedzenia ZG TChP 13 kwietnia 2015 roku już zgłoszonych było ponad 700 uczestników, w tym część w postaci umów z firmami medycznymi, które zadeklarowały zaproszenie grupy chirurgów na 67 Kongres TChP w Lublinie jako swoich gości. Ze względu na obowiązujące procedury firmy nie deklarują większej ilości osób niż są w stanie zaprosić. Symposion, jako firma odpowiedzialna za organizację ma doświadczenie, że firmy z reguły zapraszają mniej osób a później to aneksują umowami zwiększenia.

Prof. Jadwiga Snarska zwróciła się z prośbą od prof. Małgorzaty Bulandy z Krakowa, Przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych o włączenie do programu sesji plenarnej PTZSz w trakcie Kongresu wykładu na temat zakażenia wirusem Ebola?

Prof. Grzegorz Wallner przypomniał, że sesje plenarne zaplanowane są równolegle na 5 głównych salach. Dodatkowo organizatorzy dysponują dwoma salkami 150-cio osobowymi, w związku z tym istnieje możliwość zaplanowania dodatkowych sesji. Przyjęto zasadę sesji modułowych dwu godzinnych bez możliwości przekroczenia czasu. Temat zaproponowany przez prof. Bulandę zostanie włączony w program sesji PTZSz, ale z jednoczesnym skróceniem / dopasowaniem czasu pozostałych wykładów, tak, aby zachować zasadę dwugodzinnych sesji. W trakcie posiedzenia prezes TChP przedstawił jedynie ramowy program, natomiast dokładny czas wszystkich prezentacji będzie ostatecznie zweryfikowany, następnie podany do wiadomości wykładowców i znajdzie się w finalnym programie naukowym 67 Kongresu TChP.

W drugim punkcie programu podjęto temat przygotowania, wspólnie z Towarzystwem Chirurgów Polskich wniosku dotyczącego nowej specjalizacji w zakresie chirurgii gastroenterologicznej. Prof. Wallner przypomniał, że sprawa wniosku o utworzenie nowej specjalizacji jest omawiana na posiedzeniach ZG TChP już od co najmniej dwóch, trzech kadencji Zarządu Głównego. Prezes rozpoczynając dyskusję poinformował, że w wielu krajach już taka specjalizacja istnieje. Nazywa się albo jako chirurgia gastroenterologiczna lub chirurgia wisceralna i opiera się na polach anatomicznych, w których operuje chirurg. Argumentem podnoszonym przez całe środowisko chirurgiczne, przez ekspertów klinicznych, przez przedstawicieli towarzystw naukowych, a także przez konsultantów w ramach krajowego nadzoru jest krytyczne stanowisko, że zgodnie z przyjętym na świecie dogmatem *Evidence Based Medicine* czy *Evidence Based Surgery* nie można być specjalistą od

wszystkiego. Z drugiej strony postęp wiedzy medycznej i rozwój technologii medycznych są tak dynamiczne, że w powszechnej opinii nie można uprawiać współczesnej chirurgii bez jednoczesnego sprofilowania swoich zainteresowań naukowych i profesjonalnych na najwyższym poziomie chirurgicznej praktyki klinicznej nakierowanej na określony narząd.

Należy również pamiętać, że niezależnie od ewentualnego sformalizowania nowej specjalizacji jesteśmy aktualnie świadkami dynamicznie rozwijających się kolejnych działów chirurgii, wcześniej nieznanymi, takimi jak na przykład chirurgia metaboliczna, czy technik chirurgicznych takich jak chirurgia robotowa, przez naturalne otwory ciała czy łączenie poszczególnych technik jako tak zwanych technik hybrydowych. Zgodnie z intencją wnioskodawców chodzi o uporządkowanie zasad specjalizacji tak aby chirurg posiadający specjalizację z zakresu chirurgii gastroenterologicznej zajmował się chirurgicznym, kompleksowym leczeniem chorób obejmujących swoim spektrum zarówno zaburzenia czynnościowe, choroby zapalne, wady, choroby organiczne i przede wszystkim nowotwory narządów jamy brzusznej. W nowej specjalizacji pod uwagę z reguły są brane tzw. duże zabiegi chirurgiczne następujących narządów: przełyk, żołądek, wątroba, trzustka, jelita.

Aktualnie obowiązujące specjalizacje chirurgiczne ani z chirurgii ogólnej, ani tym bardziej z chirurgii onkologicznej niestety nie wypełniają tych ról – kompleksowej i wysoko kwalifikowanej opieki chirurgicznej. Zwraca się uwagę na potrzebę wprowadzenia szkolenia chirurgów, którzy w sposób dedykowany będą wyspecjalizowani w dużych zabiegach chirurgicznych narządów jamy brzusznej, w zakresie chirurgii układu pokarmowego. Dotychczasowe założenia organizacyjne Ochrony Zdrowia w Polsce uprawniające oddziały chirurgiczne do możliwości wykonywania wszystkich, w tym nawet wysoce specjalistycznych rozległych procedur operacyjnych niestety przyczyniły się do obniżenia poziomu wyników chirurgicznego leczenia chorób układu pokarmowego. Opierając się na zasadach *Evidence Based Medicine* w krajach wysoko rozwiniętych przyjęto rozwiązania organizacyjne grupowania pacjentów w ośrodkach zatrudniających specjalistów czy konsultantów z zakresu chirurgii gastroenterologicznej. Na podstawie obiektywnych danych statystycznych, metaanaliz baz medycznych w krajach rozwiniętych, które jednoznacznie wskazują na potrzebę zmiany szkolenia z uwzględnieniem koncepcji *high volume surgeon* czy *high volume center* w Polsce istnieje pilna konieczność wprowadzenia nowej specjalizacji w zakresie chirurgii gastroenterologicznej. Nowa specjalizacja w chirurgii gastroenterologicznej zapewni wyszkolenie odpowiedniej liczby chirurgów wyspecjalizowanych w dużych zabiegach operacyjnych przełyku, żołądka, wątroby czy trzustki i jelit.

Koncepcja chirurgii narządowej zrodziła się przed laty i skutkowała wyodrębnieniem się z chirurgii ogólnej takich dziedzin jak neurochirurgia, torakochirurgia, chirurgia szczękowo-twarzowa, plastyczna i urologia. Te specjalizacje obowiązują we wszystkich krajach Unii Europejskiej. W większości krajów Unii Europejskiej system chirurgiczny specjalizacji narządowych obejmuje także kardiochirurgię, chirurgię naczyniową, traumatologię i właśnie

chirurgię gastroenterologiczną. Według danych z *European Board of Surgery* chirurgia wisceralna obowiązuje już w Austrii, Finlandii, Szwecji, Francji, Niemczech, Grecji, Litwie, Luksemburgu, Słowenii, Hiszpanii i Szwajcarii. W Wielkiej Brytanii obowiązuje system konsultantów narządowych. W Szwecji wręcz został zarzucony system szkolenia w chirurgii ogólnej, natomiast Szwedzi zatrudniają chirurgów ogólnych z krajów ościennych skupiając się na dalszym szkoleniu w zakresie chirurgii gastroenterologicznej. Dotychczas chirurgia układu pokarmowego była zwyczajowo zawarta w programie specjalizacji z chirurgii ogólnej. Jednak gwałtowny rozwój chirurgii narządów jamy brzusznej, w tym chirurgii z wykorzystaniem technik minimalnie inwazyjnych sprawił, że program szkolenia specjalizacyjnego w zakresie chirurgii ogólnej, mimo że jest nadmiernie rozbudowany nie zawiera wszystkich elementów zarówno wiedzy teoretycznej i nie jest w stanie właściwie przygotować praktycznie do uprawiania tak zwanej *major abdominal surgery*.

Wprowadzenie dodatkowego szkolenia specjalizacyjnego, rozszerzenie zakresu obowiązkowych stażów, rozszerzenie wymagań odnośnie zabiegów resekcyjnych narządów wymienionych powyżej, a także wprowadzenie końcowego egzaminu skutkującego nadaniem tytułu specjalisty z dziedziny chirurgii gastroenterologicznej w głębokim przekonaniu wnioskodawców podniesie poziom chirurgicznego leczenia chorób układu pokarmowego. Zakres umiejętności w zakresie chirurgii gastroenterologicznej, poza wymaganiem umiejętności wykonania dużych zabiegów chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej powinien uwzględniać dodatkowo posługiwanie się technikami endoskopowymi, chirurgicznymi technikami minimalnie inwazyjnymi. Warto się zastanowić, czy również technikami radiologii zabiegowej takie jak punkcje, biopsje pod kontrolą USG czy tomografii komputerowej. Specjalizacja w dziedzinie chirurgii gastroenterologicznej byłaby realizowana po uzyskaniu specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej.

Przygotowanie szczegółowego programu specjalizacji w zakresie chirurgii gastroenterologicznej nie stanowi żadnego terminowego czy merytorycznego problemu. Istnieje bowiem możliwość skorzystania z już istniejących wzorców programów specjalizacyjnych z innych krajów Unii Europejskiej określających zarówno zakres wiedzy teoretycznej oraz wykaz niezbędnych do nabycia przez szkolącego się chirurga umiejętności praktycznych w chirurgii gastroenterologicznej obejmujących zabiegi z grupy *major abdominal surgery*. Podsumowując swoją wypowiedź prof. Wallner podkreślił, że dotychczas wymienione w rozporządzeniach Ministra Zdrowia dziedziny chirurgii mające zastosowanie w polskim systemie ochrony zdrowia zawierają jedynie wybrane elementy chirurgii gastroenterologicznej, z reguły chirurgię stanów nagłych. Chirurgia gastroenterologiczna łączy w sobie wszystkie zagadnienia rozwijającej się medycyny czy chirurgii wraz z elementami nauk podstawowych, patofizjologii różnych stanów klinicznych, pełnego spektrum chorób w kontekście patologii narządowej jamy brzusznej, które mogą być przedmiotem nowoczesnej wiedzy i ogólnomedycznej i specjalistycznej w tym zakresie. Proponowany wniosek o specjalizację w

chirurgii gastroenterologicznej jest konsekwencją oczekiwań środowiska chirurgów polskich. Budzi nadzieję na uporządkowanie kompetencji i zasad kształcenia specjalistycznego w zakresie chirurgii gastroenterologicznej. Ponadto przyczyni się do istotnej poprawy jakości praktyki chirurgicznej w kontekście świadczenia usług chirurgicznych w chorobach układu pokarmowego w dużych zabiegach chirurgicznych.

Prof. Wallner przypomniał członkom Zarządu Głównego TChP, że powyższy wniosek uzyskał już taką aprobatę na posiedzeniu Zarządu w grudniu 2014 roku, gdzie Zarząd jednogłośnie przychylił się do przygotowania takiego wniosku. Podobną akceptację uzyskano od Zarządu Polskiego Klubu Koloproktologii oraz został pozytywnie zaopiniowany przez Zespół Konsultanta Krajowego na spotkaniu, które odbyło się w lutym 2015 roku w Łodzi - w trakcie Konferencji „Chirurgia 2015 – Co nowego?”

Podstawowe cele i założenia nowej specjalizacji powinny być szybko doprecyzowane. Przede wszystkim jakie są cele i jaki powinien być czas kształcenia obejmujący początkowo 60 miesięcy podstawowego kształcenia z chirurgii ogólnej, czyli normalna specjalizacja jak do tej pory, a później ewentualnie do dyskusji czy 24 - 48 miesiące z zakresu tak zwanej chirurgii gastroenterologicznej. Szczegóły i treści wiedzy teoretycznej, zakresy dużych procedur chirurgicznych są dostępne w programach tej specjalizacji w innych krajach, np. jak w bliskiej nam kulturze szkolenia chirurgicznego w Niemczech.

Na zakończenie swojej wypowiedzi prof. Wallner przypomniał, że procedura ubiegania się o nową specjalizację leży w kompetencjach Konsultanta Krajowego w dziedzinie Chirurgii Ogólnej, który składa wniosek do Ministerstwa i dalej do zaopiniowania przez CMKP.

Prof. Marek Jackowski zadał pytanie czy nie można tego zrobić w drugim module? Wg niego byłoby dużo prościej i krócej, bowiem w powyższej propozycji czas szkolenia w chirurgii gastroenterologicznej obejmowałby łącznie 9-10 lat szkolenia.

Prof. Grzegorz Wallner w odpowiedzi poinformował o analizowaniu również opcji specjalizacji w zakresie chirurgii gastroenterologicznej po pierwszym module specjalizacji w chirurgii ogólnej. Jednak wg wielu ekspertów okres 2 lat jest zbyt mały, żeby przystąpić do zabiegów dużej chirurgii. 4 lata modułu specjalistycznego (II etap specjalizacji w chirurgii ogólnej) jest dopiero okresem nabywania podstawowej biegłości dla większości, które chirurg jest zobowiązany do zrealizowania zgodnie z programem specjalizacji. Byłoby to zbyt wcześnie, żeby kwalifikować potencjalnych kandydatów do nowej specjalizacji po dwóch latach do nauki dużych narządowych zabiegów resekcyjnych.

Prof. Marek Jackowski kontynuując swoją wypowiedź zwrócił uwagę, że inne dwumodułowe specjalizacje są dużo prostsze, np. torakochirurgia, czy chirurgia naczyniowa. Przecież na trzecim roku chirurgii specjalizujący się nie musi operować tętniaków, wycinać płuca. Tylko ma stopniowy cykl szkolenia. Tak samo wg niego należy przemyśleć, do 3 roku specjalizujący się chirurg wykonywałby procedury prostsze, a skończyłby na 6 roku

procedurami trudniejszymi. Jako argument za skróceniem przytoczył wątpliwość, czy w ogóle coś takiego jak chirurgia ogólna będzie istniała w przyszłości.

Prof. Zbigniew Śledziński zwrócił jeszcze uwagę na dodatkowy problem, że w sytuacji zaproponowanej przez prof. Jackowskiego istnieje ryzyko, że zanikłaby dyscyplina o nazwie chirurgia ogólna. Podczas gdy istnieje szereg uwarunkowań też prawnych, które wymagają istnienia specjalizacji z chirurgii ogólnej. Przykładem są centra urazowe – gdzie wymagany jest udział chirurgów ogólnych w zespole terapeutycznym. Wg niego władze administracyjne będą miały tu większe opory ze zmianami niż wprowadzenie nadspecjalności, podobnie jak nadspecjalizacji jest w tej chwili chirurgia onkologiczna. Wg prof. Śledzińskiego koncepcja nadspecjalizacji w zakresie chirurgii gastroenterologicznej zawężonej do dużych zabiegów resekcyjnych narządów jamy brzusznej, po pełnej specjalizacji w chirurgii ogólnej jest rozwiązaniem optymalnym. Zastanawiając się nad nazwą nowej specjalizacji zwrócił uwagę, że nazwa chirurgia wisceralna ma sens. Wg słownika polsko-łacińskiego *viscerum* tłumaczone jest jako narząd trzewny. To byłoby bardziej bezpośrednie nawiązanie do chirurgii narządowej, niż chirurgia gastroenterologiczna.

Prof. Lech Pomorski zwrócił uwagę na potrzebę uporządkowania ilości specjalizacji. Aby nie doszło do zniesienia specjalizacji w chirurgii ogólnej, chirurgia gastroenterologiczna musi być realizowana po dwumodułowej specjalizacji w chirurgii ogólnej.

Prof. Grzegorz Wallner podkreślił, że nie ma mowy o zniesieniu specjalizacji o nazwie chirurgia ogólna. Zakres i cele specjalizacji w chirurgii ogólnej są zupełnie inne niż w proponowanej do utworzenia specjalizacji w chirurgii gastroenterologicznej. Pierwsza zgodnie z tym jak to funkcjonuje w innych krajach europejskich zajmuje się zabiegami i procedurami ambulatoryjnymi, jednodniowymi, ostro dyżurowymi, wypełnia rolę w zakresie podstawowych usług chirurgicznych szpitali powiatowych, oddziałów SOR itp. Natomiast chirurgia gastroenterologiczna dotyczy przypadków specjalistycznych, wymagających wysoko kwalifikowanych, procedur chirurgicznych, dużych zabiegów resekcyjnych. Stąd wg niego logiczną rzeczą jest uzyskanie specjalizacji w chirurgii ogólnej a później zrobienie specjalizacji w chirurgii gastroenterologicznej, czy chirurgii wisceralnej.

Prof. Krzysztof Kuzdak poparł wniosek specjalizacji z chirurgii narządowej, stwierdzając, że wszyscy obecni na sali chyba rozumieją, że potrzeba wprowadzenia takiej nadspecjalizacji istnieje. Zwrócił również uwagę na inny prawny aspekt wprowadzenia specjalizacji narządowych, np. osoba, która podejmie się operacji wątroby nie mając do tego pełnych uprawnień będzie odpowiadała zdecydowanie inaczej niż chirurg, który tego typu nadspecjalizację robi. Warto przeanalizować tworzenie również i innych specjalizacji narządowych pod kątem, jak to wpłynie na rekrutację młodych lekarzy do różnych specjalizacji, w tym do chirurgii ogólnej. Przypomniał, że już przed wielu laty prof. Lewicki w chirurgii narządowej zabiegał o stworzenie chirurgii endokrynologicznej. Środowisko chirurgów endokrynologicznych jest również zainteresowane stworzeniem specjalizacji w zakresie



chorób gruczołów dokrewnych, ale ma wątpliwości odnośnie zasad rekrutacji i czasu trwania specjalizacji.

Prof. Piotr Richter poinformował, że na ostatnim zebraniu sprawozdawczo-wyborczym Krakowskiego Oddziału TChP negatywnie oceniono formułę chirurgii wisceralnej, ponieważ *de facto* pokrywa się z zakresem chirurgii ogólnej, z niejednoznacznym układem wartości co to jest chirurgia ogólna, a co to jest chirurgia narządowa. Niemniej jednak wg zebranych optymalnym rozwiązaniem byłoby, aby chirurgia wisceralna była realizowana jako nadspecializacja po chirurgii ogólnej, co poprawiłoby jakość wykonywanych procedur chirurgicznych. Zwrócił również uwagę na ustawowy obowiązek ustawicznego doskonalenia zawodowego, niezależnie od sformalizowania kształcenia doskonalącego w postaci nowych specjalizacji. Ponadto zauważył, że nowa specjalizacja wymaga zmian organizacyjnych, stworzenia akredytowanych ośrodków uprawnionych do prowadzenia specjalizacji w chirurgii gastroenterologicznej, w tym zabezpieczenia odpowiedniej liczby procedur diagnostyczno-terapeutycznych, które wchodziłyby w zakres programu specjalizacyjnego. Wg niego warto też pamiętać o konsekwencjach w kontekście uprawnień i refundacji określonych procedur przez Narodowy Fundusz Zdrowia, kwestionującego uprawnienia do leczenia operacyjnego np. przez chirurgów nieposiadających uprawnień z onkologii, czy transplantologii.

Prof. Marek Dobosz przypomniał, że od 6 lat jest przedstawicielem Towarzystwa Chirurgów Polskich w *European Board of Surgeons*. Uczestnicząc już w kilkunastu spotkaniach EBS miał możliwość zapoznać jak funkcjonują zdecydowanie bardziej cywilizowane kraje jeżeli chodzi o edukację. Podkreślił, że w sposób niezwykle prosty możemy się wzorować na którymś z krajów europejskich. Zaznaczył, że niekoniecznie na Niemczech, którzy mu imponują swoją organizacją i od lat mają system chirurgii ogólnej razem z wisceralną. Mamy dwa lata modułu podstawowego i cztery lata specjalizacji, łącznie 6 lat, czyli 72 miesiące. W większości krajów nadspecializacja trwa 24 miesiące. Czyli w związku z tym wliczając w to moduł podstawowy to by było tylko 8 lat.

Wyjaśnił również, że chirurgia ogólna musi się oprzeć zakusom, deklaracjom i dyskusjom po co nam ona jest i czy jest potrzebna. Na całym świecie, nie tylko w Europie ale również w Stanach Zjednoczonych podkreśla się wysoki niedobór chirurgów ogólnych. Szczególnie zwrócił uwagę na fakt, że żyjemy w czasie pokoju, ale za chwilę ten pokój może się skończyć. To całkowicie tłumaczy istotę potrzeby utrzymania specjalizacji w chirurgii ogólnej. Nikogo nie strasząc, chirurg ogólny stanowi o bezpieczeństwie państwa. Podobnie jak wojsko, straż pożarna, policja i nie należy o tym zapominać. W związku z tym porządnym modułem specjalizacji 4-letniej z chirurgii ogólnej po module podstawowym powodujący znakomite wyszkolenie chirurga w stanach nagłych, a w związku z tym w zdecydowanej dużej większości chirurgii jamy brzusznej, jest jak najbardziej uzasadniony. Tłumacząc swoje stanowisko prof. Dobosz wyjaśnił, że chirurgia wisceralna nie powinna obejmować procedur chirurgicznych przewodu pokarmowego bo to wszystko jest zawarte w chirurgii ogólnej - tylko

powinna obejmować zabiegi z zakresu *major abdominal surgery*. Są to bardzo konkretne policzalne zabiegi takie jak: resekcja przełyku, hemihepatektomie, operacje Whipple'a, *total mesorectal excision*, i parę jeszcze innych. To jest chirurgia dla *high volume center* dla ośrodków uniwersyteckich, czy regionalnych oraz dla wybranych chirurgów mających możliwość i dostęp do odpowiedniego sprzętu, aparatury medycznej, a przede wszystkim do odpowiedniej liczby przypadków z zakresu *major abdominal surgery*. Ale z perspektywy reszty kraju ze szpitalami powiatowymi, miejskimi nie ulega wątpliwości, że chirurgia ogólna jest niezwykle potrzebna. Jednocześnie w tych jednostkach chirurdzy nie muszą resekować wątroby, trzustki, przełyku. Natomiast liczba lekarzy biorących udział w przyszłej specjalizacji z chirurgii gastroenterologicznej czy wisceralnej, powinna być w jakiś sposób kontrolowana w aspekcie ogólnej liczby wykonywanych dużych zabiegów z dziedziny chirurgii układu pokarmowego. Ta specjalizacja ma sens zarówno w kontekście podniesienia jakości leczenia chirurgicznego, jak i bezpieczeństwa pacjentów wymagających *major abdominal surgery*.

Prof. Wiesław Tarnowski popierając wniosek o utworzenie specjalizacji w chirurgii gastroenterologicznej zgodził się z wnioskiem przedstawionym przez prof. Wallnera, a w szczególności z większością argumentów prof. Marka Dobosza. Z jednej strony nie można ograniczać, zepchnąć na bok zupełnie chirurgii ogólnej, ale też trzeba dać szansę ośrodkom akademickim, żeby trochę się bronić przed podstawowymi zabiegami ogólnochirurgicznymi. Zwrócił uwagę na problemy organizacyjne, gdzie tzw. ośrodki wysokospecjalistyczne zamiast zajmować się procedurami *major abdominal surgery* świadczą usługi wynikające z systemu pracy ostro dyżurowej, które z powodzeniem mogłyby być realizowane w terenowych oddziałach chirurgii, szpitali miejskich, czy powiatowych. Wg prof. Tarnowskiego warto również pamiętać o tym, że specjalizacja w chirurgii gastroenterologicznej, jako nadspecjalizacja nie będzie obowiązkowa. To jest dla chirurgów, którzy będą chcieli podnosić swoje kwalifikacje. Nie przekreśla to w żaden sposób chirurgii ogólnej, a jednocześnie daje możliwość wyspecjalizowania się w zakresie pewnych szczególnych operacji między innymi, o których powiedział prof. Dobosz. To również spowoduje pewną koncentrację dużych, specjalistycznych operacji, co pośrednio przyczyni się do podniesienia jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów.

Prof. Zbigniew Lorenc poruszył jeszcze jeden aspekt, na który warto zwrócić uwagę. W tej chwili oddajemy pole chirurgii onkologicznej choćby dlatego, że nie mamy w chirurgii ogólnej do zaproponowania specjalizacji, która *de facto* należy do nas. To z kolei powoduje, że Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiednio podchodzi do umów i procedur, które są coraz bardziej rezerwowane dla chirurgii onkologicznej. Z praktyki wiemy, że w większości oddziały chirurgii onkologicznej nie zajmują się chirurgią układu pokarmowego w takim stopniu jak zajmują się oddziały chirurgii ogólnej. Wydaje się, że po 6 latach specjalizacji z chirurgii ogólnej, dwuletnia specjalizacja w chirurgii gastroenterologicznej powinna wystarczyć.

Uwzględniając nazwę z większości krajów Unii Europejskiej, prof. Lorenc zaproponował, aby w wniosku do Ministerstwa Zdrowia zaproponować jednak nazwę – chirurgia wisceralna.

Prof. Piotr Kołodziejczyk zwrócił uwagę aby zastanowić się także na kierunku przyszłych szkoleń, specjalizacji, nadspecjalizacji. Czy nie powinniśmy tak jak robią ośrodki głównie amerykańskie podzielić się na sprofilowanie szkolenia na *gastrointestinal*, *colorectal*, i *hepatopancreatic surgery*?

Prof. Tadeusz Wróblewski krytycznie stwierdził, że mnożenie specjalizacji jest niezbyt dobrym pomysłem. Uwzględniając raport przygotowany przez zespół ZG TChP pod kierownictwem Józefa Kładnego wiemy o dużych niedoborach kadrowych w chirurgii ogólnej. Dwumodułowa specjalizacja w chirurgii ogólnej, równoległe specjalizacja z chirurgii onkologicznej i proponowana specjalizacja w chirurgii gastroenterologiczną wchodzi sobie wg prof. Wróblewskiego wzajemnie w kompetencje. Zwrócił również uwagę na i tak już rozbudowany system specjalizacji, uszczegółowienie programu, które jego zdaniem zniechęcają lekarzy do rozpoczęcia specjalizacji w chirurgii ogólnej. Podkreślił, że również w Polsce funkcjonują ośrodki, które są wyspecjalizowane w dużych zabiegach narządowych w zakresie jamy brzusznej. Biorąc pod uwagę ograniczenia jakie niesie za sobą wprowadzenie przed laty specjalizacji w chirurgii onkologicznej prof. Wróblewski jednoznacznie wypowiedział się przeciw wnioskowi o utworzenie nowej specjalizacji.

Prof. Marek Dobosz odpowiadając na zastrzeżenia prof. Wróblewskiego powiedział, że nie sądzi jednak, aby stworzenie chirurgii wisceralnej wpisywało się w koncepcję jedynie mnożenia specjalizacji. W Europie istnieje tendencja do zmniejszania liczby specjalizacji. Nawiązując do dyskusji na temat specjalizacji w chirurgii onkologicznej kategorycznie stwierdził, że jest tylko polski fenomen. Nigdzie indziej nie istnieje chirurgia onkologiczna w takim wymiarze. Tylko w Czechach. Zwrócił uwagę na inny aspekt odnośnie specjalizacji. W okresie przygotowywania nowego dwumodułowego programu specjalizacji była szansa, aby w porozumieniu z Towarzystwem Chirurgów Polskich i całym środowiskiem chirurgów w kraju, wpłynąć na kształt specjalizacji. Jednak ani uwagi prof. Dobosza, ani uwagi ówczesnego przewodniczącego Komisji ZG TChP ds. Kształcenia Podyplomowego i Specjalizacji w tym zakresie nie zostały uwzględnione w ostatecznie przyjętej wersji programu. Dotyczy to również programu specjalizacji w chirurgii onkologicznej, gdzie do uzyskania tytułu specjalisty wystarczy samodzielne wykonanie tylko 60 operacji onkologicznych. Po dwóch latach modułu podstawowego idą cztery lata chirurgii onkologicznej. Wg prof. Dobosza jako Towarzystwo mamy moralny obowiązek poprawienia programu nauczania z chirurgii ogólnej. Moralny obowiązek wynika z dramatycznego niedoboru chirurgów, w tym przede wszystkim z zakresu chirurgii ogólnej.

Prof. Marek Krawczyk zwrócił uwagę, że niezależnie od ewentualnego wprowadzenia nowej specjalizacji obowiązują nas zasady udzielania pomocy medycznej, w tym trepanacji czaszki, o której wspominała prof. Snarska. Tak będzie dopóki w szpitalach, w których nie ma

neurochirurgii, to czy nam się podoba, czy nie to będziemy leczyć chorych z urazami głowy. I tam gdzie będą wskazania do trepanacji – tam trzeba będzie robić trepanacje, bo inaczej będziemy mieli kłopoty. Tam gdzie są oddziały neurochirurgiczne tam powinni pewnie być leczeni ci chorzy w tych oddziałach. Prof. Krawczyk przypomniał, że przed laty prof. Kułakowski wprowadził chirurgię onkologiczną przy niewielkim oporze Towarzystwa Chirurgów Polskich wówczas przekonując, że będzie to ogromny postęp i poprawią się wyniki leczenia chorych na nowotwory. Z prof. Zygmuntem Religą udało się zrobić zapis, który Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązuje do dzisiaj, ale nie bardzo go respektuje. Zapis ten brzmiał tak, że chirurg ogólny ma te same uprawnienia do leczenia chorych na choroby nowotworowe jak tak zwany chirurg onkologiczny z dokumentem. Z tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia interpretuje po swojemu to co mu jest wygodnie. Podobnie może być z nową specjalizacją w chirurgii gastroenterologicznej. Prof. Krawczyk ostrzegł, aby nie wytworzyła się sytuacja, która dzisiaj jest problemem z chirurgią onkologiczną. A tych problemów mamy co nie miara.

W związku z tym kształcenie po chirurgii ogólnej tak, natomiast prof. Krawczyk zastrzegł aby być bardzo, bardzo sceptycznym co do dokumentu zapisującego. Ponieważ może to być bardzo kłopotliwe w sytuacji, kiedy decydenci z Narodowego Funduszu Zdrowia zaczną patrzeć czy ktoś ma ten formalne uprawnienia czy ich nie ma. Będzie to niosło ze sobą różne kłopotliwe sytuacje. Czy w tym oddziale to można zoperować przełyk, czy go nie można zoperować. Czy może właśnie tą hemihepatektomie, o której Prof. Marek Dobosz mówił, można wykonać czy nie. Zaapelował, aby się nad tym dobrze zastanowić. Mimo, że uchwałę w sprawie poparcia wniosku o specjalizację w chirurgii gastroenterologicznej podjął Zarząd Główny TChP w grudniu 2014 roku w Krakowie, mimo propozycji w tej sprawie wielokrotnie zgłaszanej przez prof. Pawła Lampego i wielomiesięcznej dyskusji prof. Krawczyk zaapelował, aby decyzja nie była przedwcześnie składana do Ministerstwa Zdrowia i w przyszłości wielu chirurgom nie ciążyła różnymi kłopotami.

Prof. Grzegorz Wallner odpowiadając na uwagi w dyskusji przypomniał, że aby taki wniosek w sprawie specjalizacji przygotować był poddawany głosowaniu. Wtedy Zarząd jednogłośnie taką uchwałę przyjął. Podstawowy cel tworzenia tej specjalizacji to jest podniesienie jakości leczenia w chirurgii i dotyczy, jak było to wielokrotnie było tu podkreślane, dużych zabiegów chirurgicznych w obrębie narządów jamy brzusznej. A jeszcze bardziej precyzyjnie w zakresie układu pokarmowego. I to nie jest na zasadzie takiej, że akurat myśmy jako Polacy wpadli jako pierwsi na ten pomysł. Tylko kraje o wiele bardziej rozwinięte i te, które są bardziej praktycznie podchodzące do wdrażania nowych kategorii specjalizacji. Wg prof. Wallnera nie można się zatrzymać na etapie specjalizacji w chirurgii ogólnej i tylko dyskutować. Zarówno postęp wiedzy, jak i nowe technologie, a także oczekiwania społeczeństwa wymuszają zmiany w tym zakresie. Jest to naturalna ewolucja, że z szeroko pojętej chirurgii wydzielają się nowe, kolejne dyscypliny zabiegowe. Intencją wnioskodawców

jest w jakimś sensie próba sformalizowania tych trendów. Mówiliśmy, że powinny być ośrodki referencyjne, które się powinny tym zająć. To jest pojęcie wprowadzone i statystycznie obiektywnie udokumentowane, że *high volume surgeon* i *high volume hospital* czy *center* daje szansę na zupełnie inne, lepsze wyniki. W tym kierunku zmierza cały świat. Wg prof. Wallnera Towarzystwo Chirurgów Polskich nie powinno zostawać gdzieś z tyłu i udawać, że nie ma problemu. Bo w momencie, kiedy dyskutujemy o całym problemie to nie chodzi o zastąpienie jednej specjalności drugą. Specjalność chirurgia ogólna jest jak najbardziej potrzebna, ale okazuje się, że są problemy terapeutyczne, sytuacje kliniczne, które wymagają trochę wyższych umiejętności, większego doświadczenia i możliwości wykonywania zabiegów z zakresu *major abdominal surgery*. Na obecnym etapie jest tak, że można wykonywać 2-3 zabiegi rocznie, a można wykonywać ich 50-100 rocznie. Na pewno pacjenci będą preferowali być operowanym w ośrodku, który wykonuje 100-200 transplantacji wątroby niż pojechać do ośrodka, który robi ją 1 lub od przypadku do przypadku.

Prof. Wallner podkreślił, że robienie specjalizacji z chirurgii gastroenterologicznej nie jest to obligatoryjne. Nie jest tak, że robiąc chirurgię ogólną ma się obowiązek zrobić specjalizację w chirurgii wisceralnej. W przypadku propozycji specjalizacji w chirurgii gastroenterologicznej - ten wariant jest sprawdzony i obiektywnie zweryfikowany, kraje takie jak Japonia czy Korea, które wprowadziły tę specjalizację reprezentują poziom chirurgii powszechnie uznawany za wysoki. Dlaczego mamy nie brać przykładu z krajów europejskich, które wprowadziły tę specjalizację, gdzie chirurgia gastroenterologiczna stoi wyżej niż w warunkach polskich. Okazało się z kolei, że wprowadzenie około 20 lat temu specjalizacji w chirurgii onkologicznej mimo, zajmującej się praktycznie tylko nowotworami nie przyniosło efektu i ma istotne ograniczenia. Chirurg onkolog ma się zajmować nowotworami, jednak nie operuje guza mózgu, płuca, prostaty, nerki, jajników, tylko zajmuje się wybranymi lokalizacjami nowotworów. Co więcej w sytuacji innej niż nowotworowa etiologia choroby ma ograniczone możliwości świadczenia usług zabiegowych. W konsekwencji nie chodzi o walkę czy konkurencję chirurgii ogólnej, czy chirurgii gastroenterologicznej z chirurgią onkologiczną. Jako środowisko akademickie, czy przedstawiciele Towarzystwa Naukowego - nic nas nie zwalnia z obowiązku podjęcia działań, które by wychodziły naprzeciw i były naszą reakcją na zachodzące w chirurgii zmiany. W kontekście propozycji utworzenia specjalizacji z chirurgii narządowej, chirurgii wisceralnej, czy chirurgii gastroenterologicznej wynika również potrzeba jednoznacznego zajęcia przez TChP stanowiska w sprawach odnośnie jakości leczenia, bezpieczeństwa pacjenta, na które potencjalnie może wpłynąć nowa specjalizacja.

Prof. Marek Krawczyk, w nawiązaniu do wypowiedzi prof. Wallnera zauważył, że np. prof. Krzysztof Kuzdak prowadzi wspaniałą Klinikę i nie ma specjalizacji z chirurgii endokrynologicznej, podobnie jak prof. Krawczyk nie ma specjalizacji z chirurgii wątroby, ani z chirurgii dróg żółciowych. Nie wpływa to wg niego na decyzję kierowania do Kliniki Chirurgii Wątroby przypadków klinicznych, w tym również przez Prezesa TChP. Wynika to między

innymi z uprawiania przez prof. Krawczyka chirurgii wątroby na wysokim poziomie. Innym problemem podkreślanym przez prof. Krawczyka jest jednak formalne posiadanie dokumentów, np. z zakresu specjalizacji w chirurgii onkologicznej. Warto pamiętać również o tworzeniu oddziałów ukierunkowanych i wtedy będą lepsze wyniki. Zauważył również, aby z pewnym dystansem i krytycznie podchodzić do systemów specjalizacji i poziomu chirurgii w krajach, które są przez wszystkich uznawane jako wzorzec do naśladowania.

Prof. Grzegorz Wallner odpowiadając na uwagi prof. Krawczyka zauważył, że mówimy o systemie specjalizacji w chirurgii gastroenterologicznej już nie tylko w kontekście Niemców, bowiem w Unii Europejskiej tych krajów jest w tej chwili kilkanaście.

Prof. Piotr Richter i prof. Wróblewski zwrócili uwagę, że jednym z elementów podnoszenia jakości w chirurgii są nie tylko działania poprzez kładzenie głównego nacisku na szkolenie specjalizacyjne, ale też przez tworzenie tzw. *high volume center*. W takich ośrodkach można zgromadzić chirurgów o najwyższym narządowym zainteresowaniu medycznym, najwyższym doświadczeniu operacyjnym. Inną niż specjalizacja formą podnoszenia kwalifikacji zawodowych może być uzyskiwanie certyfikatów umiejętności, po odbyciu przeszkolenia w *high volume centers*. Prof. Richter ponadto zauważył, że właśnie Centra Onkologii wychodzą naprzeciw oczekiwaniom lekarzy, Towarzystwo Chirurgów Polskich powinno wzmocnić swoją działalność w celu wytypowania ośrodków referencyjnych tzw. *high volume centers*, z możliwością uprawiania w nich chirurgii wisceralnej.

Prof. Zbigniew Śledziński podsumowując dyskusję stwierdził, że wszyscy mają rację. Chodzi o ograniczenia, które mogłyby być nałożone przez NFZ. Były liczne próby wprowadzenia operacji, podziału na takie, które są z chirurgii onkologicznej czy też nie. Były próby, że tylko oddział chirurgii onkologicznej, który zatrudnia przynajmniej dwóch chirurgów może je wykonywać. Prof. Śledziński w powstaniu tej nadspecializacji z chirurgii wisceralnej widzi szansę, jako pewną tamę dla działań chirurgii onkologicznej, która napiera niejako w tym kierunku, żeby przejąć główny nurt. Absolutnie w tym nie przeszkadza, raczej pomagałoby stworzenie *high volume centers*. Zwrócił przy tym uwagę na możliwości pacjenta do wyboru lekarza i miejsca leczenia. W pakiecie onkologicznym – karta DILO – są dwa punkty do zakreślenia przez lekarza pierwszego kontaktu: chirurg onkologiczny czy przychodnia chirurgii ogólnej. Mimo, że chirurgia ogólna zajmuje się leczeniem ok. 85% nowotworów łitych, a chirurgia onkologiczna tylko ok. 15%, to oczywiście zarówno z punktu analizy psychologicznej lekarz pierwszego kontaktu, jak i pacjent wybierze chirurgię onkologiczną. Być może tego typu regulacja z utworzeniem specjalizacji w chirurgii gastroenterologicznej sprzyjałaby ucywilizowaniu tej sytuacji.

Prof. Ryszard Marciniak zwrócił w dyskusji uwagę na jeszcze jeden aspekt sprawy, aby na temat specjalizacji w chirurgii gastroenterologicznej patrzeć nie tylko przez pryzmat pacjentów, czy naszych opinii na ten temat, ale też z pozycji młodych lekarzy

rozpoczynających specjalizację w dyscyplinach zabiegowych. Wydłużenie czasu specjalizacji może ograniczyć liczbę chętnych do szkolenia specjalizacyjnego w chirurgii ogólnej.

W kontekście wypowiedzi prof. Marciniaka, prof. Wallner i prof. Tarnowski poinformowali o inicjatywach TChP w tej kadencji. Przede wszystkim została nawiązana współpraca z Fundacją Aeskulap w Nowym Tomyślu, w którym wspólnie TChP i Aeskulap zorganizowali wspólnie 8 kursów szkoleniowych z podstaw chirurgii i z chirurgii minimalnie inwazyjnej, oraz kursy pod patronatem Sekcji Wideochirurgii TChP. Jest to oferta skierowana przede wszystkim do młodych chirurgów, lekarzy w trakcie specjalizacji, będących członkami TChP. W sumie w kadencji zaplanowano w Nowym Tomyślu szkolenia dla około 200 lekarzy. Bezpośrednio w prowadzenie tych kursów zostało zaangażowanych wielu członków Zarządu Głównego, między innymi prof. Tarnowski, prof. Jackowski, prof. Paśnik, prof. Dziki, oraz zespoły ich współpracowników. Poza tym stypendia krajowe i zagraniczne, wspólne sympozjum Polsko-Węgiersko-Japońskie w Tokio, refundacja kosztów rejestracji na Konferencję „Chirurgia 2015 – Co nowego” w Łodzi i grant edukacyjny TChP dla młodych chirurgów na udział w 67 Kongresie TChP przyczyniły się do wyraźnego wzrostu zainteresowania młodych chirurgów do wstępowania do Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Prof. Zbigniew Lorenc będąc gorącym zwolennikiem wprowadzenia specjalizacji w chirurgii gastroenterologicznej stwierdził, że właśnie z takich samych powodów, dla których niektórzy wyrażający zdanie przeciwne popiera wniosek. Po pierwsze – to jest także propozycja dla młodych. Jeżeli młody człowiek rozpocznie specjalizację z chirurgii ogólnej, w perspektywie będzie miał perspektywę, że może zostać jeszcze specjalistą w bardzo dobrej dziedzinie jaką jest chirurgia wisceralna. To jest bardzo poważny argument, dzisiaj młodym chirurgom tego argumentu nie dajemy, dzisiaj skończy chirurgię ogólną i jest tak zwanym chirurgiem ogólnym, czyli chirurgiem tak właściwie od wszystkiego, niestety nieco lekceważąco traktowanym przez lekarzy wąskich specjalności zabiegowych. Specjalizacja w chirurgii gastroenterologicznej jest specjalizacją dla ludzi młodych. Po drugie w kontakcie z NFZ dzisiaj nie mamy argumentów. Chirurgia onkologiczna poprzez nazwę niestety panoszy się coraz bardziej. Myślę, że już w tej chwili wszyscy na tej sali wiedzą, że procedura C44 jest wyłączona dla chirurgii ogólnej. C44 nie może rozliczać chirurgia ogólna. Prof. Marek Krawczyk mówił, że był układ, że chirurg ogólny jest tak samo ważny jak chirurg onkologiczny, że to było zapisane. No to już mamy odstępstwo. C44 – czerniak. Przepraszam, czy chirurg ogólny nie potrafi dobrze operować czerniaków? Ale już nie może rozliczyć, nie może przyjąć i dalej prowadzić leczenie chirurgiczne. To się przekłada na stratę dla szpitala i dyrektor takiego chirurga po prostu wyrzuci z pracy. Za chwilę to samo powstanie C25 albo C78. Nie możemy tego argumentu sobie z ręki wybijać poprzez brak zareagowania i nie utworzenie nowej specjalizacji. Wreszcie trzecia rzecz. Jeżeli podstawowym, fundamentalnym argumentem jest poprawa jakości leczenia, to absolutnie nie możemy się oglądać na to czy się to komuś nie podoba. Jest niepowtarzalna szansa na poprawę jakości leczenia przez utworzenie

specjalizacji w chirurgii wisceralnej. Wprowadzenie chirurgii onkologicznej nie poprawiło tych wyników; one cały czas są jeszcze niewystarczające. Kolejna sprawa - jednak jest różnica między ośrodkami wysoce specjalistycznymi, a specjalizacją, która dodatkowo mobilizuje do tego żeby się jednak szkolić. Nie tylko na zasadzie, że pojedę nauczę się. Bo tak w praktyce każdy robi, że jedzie do ośrodka krajowego czy zagranicznego i pewnie na tej sali wszyscy tak kiedyś jeździli. Więc jak ktoś chce to oczywiście może. Ale jeżeli to będzie formalnie usankcjonowane dokumentem specjalizacji narządowej prof. Lorenc uważa, że to będzie pożyteczne z tych kilku powodów.

Prof. Grzegorz Wallner poprosił o zamknięcie dyskusji na ten temat. Osobiście jest absolutnie przekonany o potrzebie, o tym, że to jest dobry kierunek i prędzej czy później tego nie unikniemy. Znowu, żeby się nie okazało, że w pewnym momencie zrodzi się gdzieś z boku inicjatywa a Towarzystwo jak zwykle pozostanie na etapie dyskusowania a nie próbowania wychodzenia naprzeciw oczekiwaniom. Przekonują go zarówno argumenty czysto merytoryczne i organizacyjne z tym związane, jak i to co się dzieje w różnych krajach w Europie czy na świecie.

Zwrócił ponadto uwagę, że dobrze będzie jeżeli wniosek jest popierany przez towarzystwa naukowe, organizacje pacjentów, Naczelną Lekarską. Nie zamyka to możliwości złożenia takiego wniosku Konsultantowi Krajowemu, natomiast niewątpliwie dobrze by było, żeby taki wniosek był poparty przez Towarzystwo Chirurgów Polskich. Powiedzenie, że można się szkolić w jakimś ośrodku referencyjnym, jest aktualnie znacznie utrudnione, lub niewykonalne ze względu na procedury prawne o zatrudnieniu, ubezpieczeniu itp. Natomiast nadanie temu sankcji w postaci wniosku o specjalizację, z intencją aby Państwo Polskie podjęło obowiązek, że ma szkolić w danym zakresie specjalizacyjnym stwarza zupełnie inne możliwości szkolenia w zakresie *major abdominal surgery*. Nikomu nikt nie pozwoli zrobić czegokolwiek, dotknąć pacjenta, jeśli lekarz nie jest zatrudniony w danym szpitalu, jeśli nie jest ubezpieczony.

Kończąc dyskusję na temat specjalizacji w chirurgii gastroenterologicznej prof. Grzegorz Wallner poprosił, aby ewentualne uwagi przesyłać mailowo do Przewodniczącego Komisji ds. Specjalizacji prof. Marka Dobosza, również wszyscy członkowie Komisji są do dyspozycji. Przypomniał również, że sprawa wyznaczania kierowników specjalizacji i centrów, gdzie będą prowadzone szkolenia specjalizacyjne w zakresie chirurgii gastroenterologicznej są formalnie regulowane przez rozporządzenia Ministra, odnośnie powołania kierowników, ośrodków itp.

Kolejnym punktem programu posiedzenia ZG TChP była sprawa współpracy polsko-niemieckiej i partnerstwo TChP w organizacji przyszłorocznego Kongresu Niemieckiego Towarzystwa Chirurgów w 2016 roku w Berlinie. Zgodnie z ustaleniami w tym roku partnerami DGCh są Francuzi, w przyszłym roku mają być chirurdzy z Polski. Więcej szczegółów na ten temat zostanie przedstawione na kolejnym posiedzeniu ZG TChP w dniu 22 czerwca 2015



roku, już po tegorocznym Kongresie w Monachium. We wstępnych rozmowach z prezesem DGCh prof. Peterem Vogtem i sekretarzem generalnym prof. Hansem Meyerem można mówić o formalnym zaproszeniu TChP do przygotowania części programu naukowego, z czynnym udziałem chirurgów polskich w Kongresie w Berlinie.

Prof. Marek Krawczyk przypomniał, że również w poprzednich latach oba towarzystwa wzajemnie zapraszały delegatów do udziału w kongresie drugiej strony. Decyzje w tej sprawie były w kompetencjach prezesów obu towarzystw. Początkowo były to sesje polskie i wtedy często nie było odbioru Niemców, mimo, że wykłady były wygłaszane po angielsku. W części spotkań chirurdzy polscy brali udział w sesjach mieszanych (w 2013 roku na kongresie w Berlinie prof. Krawczyka zastępował w prof. Tadeusz Wróblewski). Oprócz tego Niemcy zapraszali określoną liczbę młodych, którzy musieli się wykazać znajomością języka niemieckiego i dobrą języka angielskiego. Na posiedzeniu Zarządu Głównego zapadały decyzje kto może pojechać.

Prof. Grzegorz Wallner poinformował, że Kongres DGCh w Monachium rozpoczyna się 28 kwietnia 2015 roku. W piśmie do prezesa TChP prof. Peter Vogt zwrócił uwagę na trudności finansowe Niemieckiego Towarzystwa Chirurgów, że oficjalnie zostały zaproszone jedynie dwie osoby – Prezes i Sekretarz Generalny TChP. Prezes przypomniał, że wstępnie jeszcze w styczniu przedstawił kandydaturę pięciu chirurgów, niestety nie zostało to zaakceptowane. W sumie udało się uzgodnić 2 dodatkowych delegatów i poza Prezesem TChP i prof. Adamem Dziki, który będzie miał wręczane członkostwo honorowe, zaproszono prof. Piotra Richtera i prof. Wojciecha Kielana, przy czym DGCh zobowiązało się do pokrycia jedynie kosztów rejestracji i udziału we wszystkich imprezach, natomiast już bez opłaty bazy hotelowej. Te warunki zostały wymuszone przez decyzję towarzystwa niemieckiego, być może stąd również decyzja zmiany formuły współpracy na formę partnerstwa w kolejnych wymianach delegacji. Prof. Wallner zobowiązał się, że więcej informacji zostanie przekazane członkom Zarządu na najbliższym posiedzeniu ZG TChP 22 czerwca 2015 roku, już po spotkaniach w trakcie Kongresu DGCh w Monachium.

W sprawach różnych prof. Wallner poinformował zebranych, że został już wydrukowany pierwszy tom wzorców protokołów operacyjnych, przygotowywanych pod patronatem Towarzystwa Chirurgów, przez między innymi członków Zarządu Głównego. Prezes przypomniał, że jest to kolejna inicjatywa Towarzystwa w ramach aktywnego włączania się w podnoszenie poziomu jakości chirurgii, unifikacji dokumentacji operacyjnej, możliwości porównywania czy organizowania wspólnych działań naukowych. Dokument ten przedstawia wytyczne odnośnie techniki operacyjnej i wymaganej dokumentacji protokołów operacyjnych. Prezentacja wszystkich pięciu tomów obejmujących całość chirurgii przewodu pokarmowego oraz chirurgię naczyniową, łącznie z sesją poświęconą jakości w chirurgii zaplanowane jest w trakcie 67 Kongresu TChP w Lublinie.

W wolnych wnioskach prof. Marek Jackowski poinformował, że zgodnie ze Statutem TChP – w Bydgoszczy odbyło się zebranie sprawozdawczo-wyborcze. Prof. Jackowski został zobowiązany do poruszenia dwóch kwestii. Na zebraniu wybrano nowe władze – Przewodniczącym Oddziału Bydgosko-Toruńskiego został wybrany prof. Krzysztof Leksowski. Ponadto został zobowiązany do zgłoszenia w imieniu Oddziału Bydgosko-Toruńskiego kandydatury prof. Krzysztofa Paśnika na Prezesa Towarzystwa Chirurgów Polskich w kadencji 2017-2019.” Przypomniał również, że w kwietniu 2014 roku w Kielcach odbyło się Walne Nadzwyczajne Zgromadzenie Członków Towarzystwa Chirurgów Polskich. Przy 135 obecnych wtedy członkach były głosowane zmiany w Statucie, które niestety upadły. Pozostały protokoły i opinie prawne na ten temat. Z 28 punktów, które były głosowane wszystkie zostały przegłosowane „na tak” większością 2/3 głosów, natomiast propozycje zawarte w pkt. nr 13., zostały zaopiniowane negatywnie (przegłosowano je jedynie zwykłą większością głosów, bez możliwości wprowadzenia zmian do Statutu TChP (wymagana większość 2/3 głosów). Punkt 13 zawierał w fundamentalne zmiany, między innymi skrócenie kadencyjności Prezesa do 1 roku, zasadę kadencji Skarbnika i Członków Zarządu Głównego przez 2 lata, natomiast kadencji Sekretarza Generalnego 4 lata. Było również odniesienie do tak zwanego Walnego Zebrania Delegatów. Jedną w ważniejszych zmian było to, że Członkiem Zarządu Głównego mogliby być wybieralni członkowie TChP, którzy nie ukończyli 70 roku życia przy zachowaniu parytetu 20% członków poniżej 40 roku życia. Prof. Jackowski został zobowiązany przez Oddział Bydgosko-Toruński do zgłoszenia ponownego przegłosowania w czasie Walnego Zebrania członków TChP w trakcie 67 Kongresu TChP w Lublinie proponowanych powyżej zmian w Statucie. Wg niego 135 osobowa reprezentacja Naszego Towarzystwa w Kielcach była zbyt mała żeby mogła podjąć takie kroki. Macierzysty Oddział TChP zobowiązał prof. Jackowskiego do formalnego przygotowania wniosku w tej sprawie.

Z kolei dr hab. Zoran Stojcev w imieniu Oddziału Pomorskiego, który również zobowiązał go do przekazania wniosku, że podjął na zebraniu sprawozdawczo-wyborczym Oddziału decyzję o wysunięciu kandydatury prof. Zbigniewa Śledzińskiego na Prezesa Towarzystwa Chirurgów Polskich w kadencji 2017-2019. Docent Stojcev zaprosił również wszystkich Członków Zarządu na Usteckie Dni Onkologiczne w dniu 1-3 października 2015 roku.

Prof. Lech Pomorski powrócił do kwestii medalu „Zasłużony dla chirurgii polskiej”. W czasie posiedzenia w Lublinie w 2013 roku Zarząd Główny TChP zatwierdził medal dla chirurgów z oddziałów terenowych, którzy mają zasługi dla danego oddziału terenowego TChP. Ustalono, że Zarządy terenowe będą mogły uhonorować 1 osobę, czyli będzie to około 10 medali na kadencję. Zwrócił uwagę na sprawę sfinansowania przygotowania medali. Przedstawił kosztorys produkcji 20 medali w cenie 500 pln za każdy, przy większej ilości medali koszt byłby niższy. Niestety mimo sugestii Prezesa nie udało się prof. Pomorskiemu znaleźć sponsora do pokrycia kosztów projektu i wybicia medali.

W nawiązaniu do wystąpienia prof. Pomorskiego prof. Marek Krawczyk przypomniał, że jest już medal im. Rydygiera, który przyznaje Kapituła działająca przy Katedrze w Krakowie Chirurgii w Krakowie. Idea medalu „Zasłużony dla chirurgii polskiej” jest bardzo dobra, tylko, że realizowanie tego musi być jakimś innym elementem. Zastanawiał się czy Zarząd Główny TChP jest w stanie ponieść koszty wybicia nie 5-10 medali, ale myśląc o dłuższej perspektywie przynajmniej 100 medali. Wg niego to wymaga lepszego zaplanowania i organizacji, utworzenia kapituły medalu.

Prof. Grzegorz Wallner również podniósł kwestię możliwości sfinansowania przez Zarząd Główny TChP. Zgłoszona przez prof. Pomorskiego inicjatywa jest szczytna, ale kwestie organizacyjne, w tym pokrycie kosztów wybicia medali powinny spoczywać nie na Zarządzie Głównym, ale na Zarządach Oddziałów terenowych TChP. Oddziały powinny przewidzieć w swoich budżetach sprawę pokrycia kosztów przygotowania medali dla chirurgów reprezentujących poszczególne Oddziały TChP. W konsekwencji pozwoliłoby to na ewentualne wprowadzenie zmian do Statutu, o ustanowieniu nowego medalu.

W nawiązaniu do pytania prof. Krawczyka o termin kolejnego zebrania, Prezes poinformował, że zgodnie z postulatami niektórych członków termin następnego posiedzenia Zarządu Głównego zarezerwowany jest na dzień 22 czerwca, tradycyjnie w siedzibie Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie. Prof. Wallner przypomniał, że zgodnie ze Statutem TChP, w korespondencji mailowej z dnia 8 lutego, oraz na posiedzeniu ZG TChP w lutym 2015 roku, a także w protokole z tego zebrania znalazł się apel do wszystkich Oddziałów TChP, Sekcji, Komisji Zarządu Głównego zobowiązujący je do przedstawienia sprawozdań z ich działalności w kończącej się kadencji 2013-2015, oraz informacje o możliwości zgłaszania kandydatów do funkcji Prezesa TChP. Do dnia 13 kwietnia 2015, czyli do posiedzenia ZG TChP wpłynęły tylko 4 sprawozdania z Oddziałów Bydgosko-Toruńskiego, Dolnośląskiego, Lubelskiego oraz Wielkopolskiego. Pozostałe Oddziały TChP zaplanowały zebrania sprawozdawczo wyborcze na maj 2015 roku. Prof. Wallner przypomniał również, że z końcem kwietnia upływa termin zgłaszania kandydatów do funkcji Prezesa Towarzystwa Chirurgów Polskich. Sprawa zatwierdzenia i ewentualnych rekomendacji Zarządu Głównego TChP dla kandydata, lub kandydatów na Prezesa zostanie przedstawiona na najbliższym posiedzeniu ZG TChP w dniu 22 czerwca. Na tym XI Posiedzeniu Zarządu Głównego TChP zostało zamknięte przez Prezesa.

Protokół przygotowali

Dr med. Marek Majewski , Sekretarz Techniczny

Prof. dr hab. Grzegorz Wallner, Prezes TChP