

Łódź, 2 grudnia 2018 roku

Dyrektor
Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego
Jakub Berezowski

Dotyczy: NSK.841.50.2018.BB

Wielce Szanowny Panie Dyrektorze,

W Polsce chirurgia onkologiczna rozwinęła się wraz z rozwojem onkologii, a stało się to w połowie XX wieku. Kolebką chirurgii onkologicznej stał się Instytut Onkologii w Warszawie, w którym w 1953 roku Profesor Tadeusz Koszarowski zorganizował pierwszy w Polsce oddział chirurgii onkologicznej. Już w 1961 roku chirurgia onkologiczna została w Polsce uznana jako specjalizacja II stopnia, którą chirurg otrzymywał po zrealizowaniu opracowanego programu specjalizacji. Aktualnie obowiązuje programem specjalizacji opracowany w 2013 roku przez zespół ekspertów reprezentujących różne dziedziny onkologii. Jednocześnie w Towarzystwie Chirurgów Polskich w 1984 roku, z inicjatywy profesora Andrzeja Kułakowskiego, powstała Sekcja Chirurgii Onkologicznej TChP, przekształcona w 1994 roku w Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej.

Z badań epidemiologicznych wynika, że w Polsce co roku notuje się około 160 tysięcy zachorowań na nowotwory. U około 80% wszystkich pacjentów chorych na nowotwór będzie konieczne leczenie operacyjne.

Aktualnie w Polsce jest około 90 oddziałów chirurgii onkologicznej, mających swoje siedziby w szpitalach uniwersyteckich i instytutach naukowo-badawczych oraz w szpitalach wojewódzkich i powiatowych. Według Centralnego Rejestru Lekarzy liczba chirurgów ze specjalizacją onkologiczną przekracza 800. Każdego roku egzamin specjalizacyjny z chirurgii onkologicznej przed państwową komisją egzaminacyjną zdaje 40-50 chirurgów, w tym także wielu specjalistów z innych dziedzin zabiegowych.

Chirurgii Onkologicznej nie można łączyć z innymi specjalizacjami ani przesuwając jej do kategorii umiejętności. Prężnie rozwijającej się chirurgii onkologicznej w Polsce trzeba stworzyć warunki do jeszcze bardziej intensywnego rozwoju, zwłaszcza w dobie prawdziwej „epidemii” chorób nowotworowych.

Działania w zakresie szkoleń

Należy poprawić i udoskonalić system szkoleń chirurgicznych, prowadzonych w referencyjnych ośrodkach specjalistycznych w Polsce i zagranicą. Trzeba zwiększyć nakłady z budżetu państwa na szkolenia w „deficytowych” specjalizacjach, m.in. w zakresie chirurgii onkologicznej, korzystając z właściwych wzorców czołowych ośrodków europejskich i światowych.

Standardy w postępowaniu chirurgicznym

Należy niezwłocznie wprowadzić zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii Onkologicznej i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz wpisać je do Biuletynu Ministra Zdrowia jako obowiązujące kanony w diagnostyce i leczeniu chorych na nowotwór. Zalecenia te zostały kompleksowo opracowane przez zespół ekspertów w dziedzinie chirurgii onkologicznej, zaakceptowane przez Ministerstwo Zdrowia i przeanalizowane przez ekspertów AOTMiTu. Po wprowadzeniu poprawek zgodnych z sugestiami ekspertów zostaną ponownie wysłane do dalszego procedowania.

Kontrola jakości świadczeń chirurgicznych

Wdrożenie w życie jednolitych zasad postępowania diagnostyczno-leczniczego powinno stać się podstawą opracowania wskaźników monitorowania jakości tego postępowania, które powinny być rutynowym elementem systemu informacyjnego ochrony zdrowia. Pożądane jest stworzenie systemu monitorowania jakości i szczelności referencyjności w oparciu o przedstawione kryteria dla wszystkich jednostek realizujących świadczenia onkologiczne ze środków publicznych. Ocena jakości powinna dotyczyć całego systemu opieki onkologicznej.

Należy wprowadzić konieczność raportowania usług z zakresu chirurgii onkologicznej i skorelować jakość wykonywanych usług z wysokością kontraktu lub odmową przyznania kontraktu na usługi wykonywane niezgodnie z zaleceniami Konsultanta Krajowego. Ocena jakości wykonywanych świadczeń medycznych powinna być warunkiem ogólnokrajowej atestacji oddziałów chirurgicznych, starających się o uzyskanie w nazwie członu „onkologiczna” .

Referencyjność ośrodków.

Należy wprowadzić referencyjność ośrodków w zakresie leczenia niektórych nowotworów uwzględniając możliwości wielodyscyplinarnego leczenia. Dla przykładu, leczenie kobiet z rakiem piersi powinno odbywać się w zorganizowanych ośrodkach typu Breast Unit, chorych z rakiem żołądka - Gastric Cancer Unit, a chorych na raka odbytnicy – Rectal Cancer Unit. Referencyjność

leczenia powinna obejmować takie nowotwory jak: nowotwory piersi, przełyku, żołądka, wątroby i trzustki, jelita grubego (w tym odbytnicy), skóry (z czerniakiem) i mięsaków tkanek miękkich i kości, nowotworów regionu głowy i szyi, nowotworów narządu rodowego, nowotworów układu moczowo-płciowego. Akredytacja takich ośrodków powinna opierać się na ich możliwościach określonych w rekomendacjach merytorycznych i organizacyjnych Konsultanta Krajowego. Dzięki tym działaniom unikniemy dowolności interpretacyjnych w zakresie zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych operowanych z powodu nowotworu. Liczba tych specjalistycznych ośrodków w początkowym okresie nie może być duża, limitowana jest liczbą specjalistów w nich pracujących.

W większości wysoko rozwiniętych krajów, jak np. Holandia czy Francja, świadczenia z zakresu chirurgii onkologicznej są koncentrowane wyłącznie dużych ośrodkach i bardzo ściśle monitorowane pod względem jakości leczenia i zgodności postępowania z odnośnymi rekomendacjami. Z oczywistych powodów taki sposób organizacji opieki onkologicznej przynosi oszczędności finansowe i lepsze wyniki leczenia. Stąd specjalizacja z chirurgii onkologicznej ma głęboki sens. Specjalizacja taka istnieje, np. w Stanach Zjednoczonych, które już dawno doszły do przekonania, że chirurg onkolog nie jest tylko „rzemieślnikiem”, ale wyedukowanym specjalistą w zakresie leczenia skojarzonego nowotworów, który ma umiejętność zindywidualizowania terapii wraz z innymi specjalistami w zakresie leczenia nowotworów – onkologami klinicznymi i radioterapeutami.

Niektórzy polscy specjaliści proponują wprowadzenie pojęcia „chirurgii narządowej”. Chwilowo takiego pojęcia w polskiej chirurgii nie ma, ale zakładając, że pojęcie „chirurg narządowy” oznacza chirurga, który zajmuje się chirurgią jednego narządu trzeba przyznać, że jako podspecjalizacja lub umiejętność, osiągnięta na pewnym etapie kształcenia w chirurgii, taka idea ma uzasadnienie, uwzględniając kolejność: najpierw gruntowne ogólne szkolenie w chirurgii i osiągnięcie specjalizacji, potem szkolenie specjalistyczne w chirurgii onkologicznej uwieńczone uzyskaniem specjalizacji w tej dziedzinie, a dopiero w następnym etapie można mówić o warunkach do rozpoczęcia szkolenia w chirurgii narządowej w zakresie określanym w krajowych przepisach jako „umiejętność medyczna”. Nie wyobrażam sobie chirurga zajmującego się leczeniem choroby nowotworowej bez znajomości zasad leczenia skojarzonego, podstaw radioterapii czy leczenia ukierunkowanego molekularnie, oraz bez znajomości postępowania chirurgicznego z regionalnymi węzłami chłonnymi, a tego właśnie nauczamy w czasie wieloletniego szkolenia w chirurgii onkologicznej.

Podsumowanie

W Polsce rocznie na choroby nowotworowe zapada 160 tysięcy osób – 80% z nich jest leczonych chirurgicznie.

W oddziałach chirurgii onkologicznej w Polsce wykonywanych jest rocznie około 95-100 tysięcy operacji z powodu nowotworu, w tym około 60% w znieczuleniu ogólnym, a około 40% w znieczuleniu miejscowym lub przewodowym. W około 75% przypadków operacje te wykonywane są z powodu nowotworów złośliwych. Właściwa opieka na tak dużą liczbą chorych wymaga posiadania

specjalistycznej wiedzy chirurgicznej i onkologicznej, a także umiejętności pracy w wielospecjalistycznym zespole prowadzących nowoczesne leczenia przeciwnowotworowe. Te kwalifikacje bez wątpienia zapewnia specjalizacja o nazwie chirurgia onkologiczna.

Z wyrazami szacunku

Prof. Arkadiusz Jeziorski

Konsultant Krajowy

w dziedzinie Chirurgii Onkologicznej