

Polskie Towarzystwo Otorynolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

Zarząd Główny

02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a, tel. (22)5992521, fax. (22)5992523

e-mail: zarzad.ptorl@tlen.pl

Warszawa, 17 listopada 2011 roku

Realizując decyzję Zarządu Głównego PTORL, z posiedzenia w dniu 20 maja 2011, powołany zespół w składzie:

Prof. dr hab. med. Stanisław Bień,

Prof. dr hab. med. Dariusz Jurkiewicz,

Prof. dr hab. med. Maciej Misiótek,

dokonał szczegółowego przeglądu aktualnie obowiązującego w Polsce programu specjalizacji z otorynolaryngologii (2002), pod kątem jego maksymalnego dostosowania (harmonizacji) do europejskiego programu specjalizacyjnego (UEMS Training Logbook of ORL H&N Surg), zalecanego przez ORL Section UEMS i realizowanego w szeregu krajach Unii Europejskiej.

Wnioski wynikające z przeprowadzonego porównania:

A. Nie ma istotnych różnic, jeśli idzie o zakres wiedzy (knowledge) w obu programach ponieważ de facto program polski pisany był według wzoru, przygotowywanego wówczas programu europejskiego. Różnice w poszczególnych działach tematycznych to:

Zagadnienia ogólne –

II. Otologia – c. leczenie chirurgiczne: ćwiczenia na kości skroniowej (przesunięcie z zabiegów samodzielnych na zabiegi prowadzone pod nadzorem), myringoplastyka, mastoidektomia prosta, pourazowe operacje naprawcze małżowiny usznej i przewodu słuchowego zewnętrznego (przesunięcie z zabiegów pod nadzorem na asystę).

III. Nos i zatoki przynosowe – leczenie chirurgiczne: chirurgia małżowin nosowych, (przesunięcie z zajęć pod nadzorem na asystę) chirurgia zatok sitowych z dojścia zewnętrznego, frontoetmoidektomia endoskopowa (przeniesienie z umiejętności podstawowych do zaawansowanych), chirurgia zatoki klinowej przeniesienie z umiejętności zaawansowanych do podstawowych-asysta. Rynotomia boczna (przeniesienie z asysty do operacji pod nadzorem)

IV. Krtań, tchawica – procedury diagnostyczne: tracheoskopia z użyciem sztywnego endoskopu (przeniesienie z zabiegów samodzielnych pod nadzorem), biopsja wewnętrzchawicza i wewnętrznoskrzelowa (przeniesienie z asysty na do umiejętności

zaawansowanych), usuwanie ciał obcych z krtasni i tchawicy oraz przeskórna tracheotomia (przeniesienie z zabiegu pod nadzorem i samodzielnej operacji do asysty)

V. Jama ustna, gardło przełyk – korkcja krótkiego wędzidełka języka i op. żabki (przeniesienie z operacji samodzielnej na asystę) operacja resekcji języka (przeniesienie z operacji pod nadzorem do asysty), chirurgia guzów części ustnej gardła wraz z rekonstrukcją (przeniesienie z umiejętności podstawowych do zaawansowanych)

VI. Głowa i szyja – postępowanie z przetokami szyjnymi (przeniesienie z op. pod nadzorem do asysty), wycięcie nowotworów skóry (przeniesienie z op pod nadzorem do op samodzielnych), wyłuszczenie ślinianki podjęzykowej (przeniesienie z op pod nadzorem do umiejętności zaawansowanych)

Zakres różnic między obu programami pozwala uznać tą część programu polskiego, za równoważną z programem unijnym.

B. Program unijny nakłada na szkolącego się lekarza i jego opiekuna obowiązek szczegółowej dokumentacji, stopniowo nabywanych umiejętności, gdzie szczegółowo określono, jakie umiejętności diagnostyczne i zabiegi chirurgiczne szkolący winien opanować w stopniu pozwalającym na ich samodzielne wykonywanie?; jakie winien wykonać pod nadzorem?; jakie jedynie widzieć, czy w ich wykonaniu uczestniczyć? Proces oceny umiejętności (skill) jest rozłożony na cały okres szkolenia, nie przewidując formy, jaką jest w Polsce egzamin praktyczny, budzący coraz więcej wątpliwości natury etyczno-prawnej. Cała odpowiedzialność za ocenę szkolenia w zakresie umiejętności (skill) spoczywa na opiece specjalizacji, bądź osobie, która nabycie każdej określonej w programie umiejętności, poza macierzystym ośrodkiem szkoleniowym potwierdza swoim podpisem.

C. Trzeci z elementów oceny (competence) – zdolność do samodzielnej pracy, „dojrzałość zawodowa”, poza opinią kierownika specjalizacji jest przedmiotem oceny na ostatniej - ustnej części egzaminu. Wzorując się na egzaminie europejskim, oceniać winniśmy zdolność planowania diagnostyki, rozważenia wskazań i przeciwwskazań w wyborze terapii i realistycznej oceny rokowniczej – na podstawie konkretnych przypadków prezentowanych kandydatowi i dyskutowanych przed komisją. Należy dążyć do przeniesienia wzorów logistycznych dla tej części egzaminu, z egzaminu europejskiego., gdzie kandydat w ściśle limitowanym czasie dostaje do omówienia konkretne przypadki.

Wnioski:

1. Zespół postuluje aby, nie czekając na zmiany organizacyjne jakie nastąpią w najbliższym czasie, wprowadzić zasadę, że składane przez kandydata formularze potwierdzające samodzielne wykonanie, bądź udział w operacji, były poprzedzone (dla każdego roku szkolenia) zestawieniem tabelarycznym, gdzie pokazane zostaną typ zabiegu, udział w wykonaniu (samodzielnie bądź asysta) i liczba. Takie zestawienia, obok całości dokumentacji zebranych formularzy, winny być ocenione przez komisję egzaminacyjną

bezpośrednio przed egzaminem ustnym.

2. Należy dążyć do dokładniejszego opisu w karcie specjalizacyjnej które z elementów wyliczonych w wykazie wiedzy i umiejętności praktycznych zostały w konkretnym kolokwium, czy kursie w ramach specjalizacji zaliczone (potwierdzone podpisem osoby odbierającej kolokwium, zaliczającej kurs, czy staż poza miejscem macierzystego szkolenia).

Pełny tekst „specjalizacja w otolaryngologii” znajduje się na stronie www.cmkp.edu.pl pod zakładką „programy specjalizacji lekarskich”

Pełny tekst europejskiego programu specjalizacji w ORL H&N Surg (wersja polska) znajduje się na stronie <http://orluems.com/> pod zakładką Documents – Log book UEMS ORL Section snd Board.