

מגמות ויעדים בהתמחות בכירורגיה כללית

מלון דניאל, הרצליה, אוגוסט 2011

סיכום מפגש

ב- 10.8.2011 התקיים מפגש בנושא מגמות ויעדים בהתמחות בכירורגיה כללית שאורגן ע"י וועדת החינוך של איגוד הכירורגים. מטרת המפגש הייתה לנסות ולאפיין בעיות המתעוררות במחלקות לכירורגיה כללית בארץ ולבדוק האם יש צורך לשנות את פני ההתמחות במתכונתה הנוכחית. במפגש השתתפו כ- 120 רופאים. רק 8% מהמשתתפים היו מתמחים. 35% היו רופאים בכירים, 38% מנהלי מחלקה. 2% מהמשתתפים היו נציגים מטעם הנהלות בתי החולים.

88% מהמשתתפים ציינו כי ההתמחות במתכונתה הנוכחית אינה מספקת או עונה על הדרישות. 33% מהמשתתפים ציינו כי ההתמחות במתכונתה הנוכחית אינה מספקת אך גם אינה טובה!!

80% מהמשתתפים חושבים כי יש לשנות את פני ההתמחות בכירורגיה כללית בישראל. רק 20% חושבים כי המתכונת הנוכחית מספקת ואינה נדרשת לכול שינוי. לשאלה זו הייתה הסכמה בקרב הרופאים הבכירים והזוטרים. בקרב הרופאים הבכירים נמצא כי 67% חושבים כי הגיע הזמן למספר שינויים במתכונת ההתמחות. הבכירים בקהל תמימי דעים (81%) כי דור המתמחים החדש שונה מקודמיו. 88% מהמתמחים חשב לעזוב או ברר תנאים במחלקות אחרות. 11% חשבו כי הבחירה בכירורגיה הייתה טעות מרה. מרבית המתמחים דרגו את סדר עדיפותם – משפחה, פרנסה, קריירה. מקרב המתמחים אשר שקלו לעזוב את מקום התמחותם ציינו 29% כי הסיבה היא חוסר אופק תעסוקתי במחלקה ו- 43% ציינו אווירה עכורה במחלקה כסיבה.

בפתיחת הישיבה ציין פרופ' יורם קלוגר כי עולה שלמתמחים ישנן דרישות לשינוי מבנה ההתמחות במטרה לאפשר חיי משפחה נאותים יותר והוסיף כי דרישתם- צודקת. שינויים במבנה ההתמחות נדרשים להסכמה גורפת אך במקביל ציין כי יש מקום לקבוע יעדים ומסגרות ברורים בכדי לא לגרום להתדרדרות בלתי מרוסנת.

את המפגש פתחה הרצאתו המאלפת של פרופ' אורי פרוינד אשר סקר את האופן בו התפתחה ההתמחות בכירורגיה למבנה המוכר כיום. בעבר, ציין פרופ' פרוינד, נקטו מנהלי תוכניות ההתמחות יד נוקשה מאוד במתמחים עד כדי איסור על מתמחיהם להינשא במהלך ההתמחות. מבנה הירארכי בין המתמחים והטלת אחריות הולכת וגדלה הינה הבסיס להתמחות במרבית התוכניות המובילות בעולם. פרופ' פרוינד ציין את ההבדל בצורת ההתמחות עפ"י העקרונות של WILLIAM HALSTED שהונחלו ע"י EDWARD D. CHURCHILL זו הנהוגה מזה 80 שנה בארה"ב הדוגלת בהכשרה של קבוצת מתמחים אל מול צוות בכירים, מתן אחריות בהדרגה ומשך התמחות בין 4-6 שנים. פרופ' נתן זלץ, שניהל את המחלקות הכירורגיות ב"הדסה" במשך 28 שנים והיה היו"ר הראשון של וועדת הבחינות להתמחות, יצר את התשתית לחינוך הכירורגי בישראל על פי המודל שהנהיג ב"הדסה". בשנים האחרונות הכיר הקולג' האמריקאי לכירורגיה בצורך לשנות את הפרדיגמה של ההתמחות בכירורגיה והטיל על קרלוס פלגריני ואנדרו וורשאו להציע מודל חדש להתמחות. הכינוס היום יועד להציע מודל כזה בישראל.

דר' נורית ניראל סיכמה בפני באי המפגש את מסקנות הסקר הארצי שנעשה בקרב מתמחים במחלקות לכירורגיה כללית בארץ. בסיכום דבריה מנתה את "דרישות המתמחים" כפי שבאו לידי ביטוי בסקר-

1. שיפור והבניה של תוכנית ההתמחות
2. התאמת שיטות העבודה למאה הנוכחית
3. שיפור יחסי האנוש במחלקה
4. שמירה על סדר והקפדה על נוהלי עבודה
5. יצירת גאונות יחידה
6. סיוע ביצירת אופק מקצועי
7. שיפור התנהלות הרופאים הבכירים כמודל לחיקוי עי' המתמחים

עוד העלתה הדוברת את המנופים לשינוי הנדרש וסיכמה כי אין דרך אחת ברורה ומוגדרת לשינוי פני תוכניות ההתמחות והתאמתן לדרישות המתמחים מחד ולתקופה המודרנית מאידך.

פרופ' יורם קלוגר ניתח קווים לדמותו של המתמחה הצעיר בהתייחס לחלוקה המקובלת להגדרת הדורות (דור ה-Y). מאפייני הדור הצעיר הם כאלה המחייבים ארגון ההתמחויות בכירורגיה באופן שונה למקובל כיום. פרופ' קלוגר ציין בהרצאתו כי כיום ישנה מגמה ברורה הקוראת להכין את תוכניות ההתמחות לקראת הדור הצעיר וציין כי התחזית היא כי המתמחים הצעירים עם דרישותיהם הייחודיות נמצאים במסלול התנגשות אידיאולוגי עם מנהליהם. רק מנהלים אשר יטמיעו שינוי בגישתם יוכלו לקיים תוכניות התמחות בעתיד. באופן שאינו מפתיע ההגדרה הנדרש לשינוי בהרצאה זהה כמעט לחלוטין לממצאי סקר המתמחים ותואם להפליא עבודות רבות שבוצעו לגבי הדור הצעיר מחוץ לתחום הרפואה.

בכדי לגייס כוח אדם צעיר וטוב, אשר יתמיד בהתמחות בכירורגיה כללית ואף יסיימה טוען פרופ' קלוגר כי יש ליזום-

1. פיתוח תוכניות קריירה למתמחים באופן אישי
2. להטמיע את תחושת השליחות בקרב המתמחים
3. לשפר את סביבת העבודה
4. לשפר את היחס עבודה:בית
5. לשפר את התקשורת בין הדור הצעיר במחלקה לבוגר
6. לשפר את זהות המותג "כירורג" ו"כירורג כללי"
7. לעצב תפקידים ארגוניים חדשים בתוך המחלקה
8. לשפר את שכרו של המתמחה

פרופ' חנוך קשתן הרצה על ההבדל בניהול מחלקה בבית חולים גדול לעומת בית חולים קטן. "פרופ' קשתן התחיל בסיכום- בבית חולים גדול צרות גדולות ובקטן – צרות עוד יותר גדולות".

פרופ' קשתן ציין כי בדק ומצא כי 50% מעבודת המתמחה קשורה לאדמיניסטרציה ולא לעבודה רפואית. המחסור במתמחים גורם לכך כי ניתוחים רבים מבוצעים ע"י שני בכירים. חלק מהניתוחים הם ניתוחים אשר אינם מורכבים ובוודאי יכולים להיעשות ע"י המתמחים. בהתייחס לעבודה הרבה המוטלת על כתפי המתמחים ציין פרופ' קשתן כי למנהלי המחלקה אין אפשרות לענות או לסייע בידי המתמחים.

פרופ' משה פאפא ציין בהרצאתו כי התקינה במחלקות הכירורגיות היא משנות החמישים. בבדיקה שערך בה כימת את העבודה אל מול דרישות התקן מצא כי בכדי לקיים שיגרת עבודה נאותה יש צורך בעליה **משמעותית** במספר התקנים במחלקה לכירורגיה כללית. במצב הנוכחי ציין פרופ' פאפא כי מנהל המחלקה הופך להיות עסקן ושנורר (לעניין התקנים). עוד ציין הדובר כי בכדי לשפר את המצב יש לחזק קשר בין המתמחה למנטורים וליזום אופק למתמחה הצעיר כולל אופק כלכלי. לדעתו יש ליזום התמקצעות בשלב מוקדם בהתמחות ולקצר את תוכנית ההתמחות. לדעתו יש לשלב את הרפואה הפרטית בתוכניות ההתמחות במקומות בו ניתן לבצע שילוב שכזה.

פרופ' אריה איתן הציג את מחלקתו בבית החולים בנהריה. עייפות כרונית של הכירורגים, עומס עבודה, בעיות השתכרות וקיבעון המערכת מונעים ומדירים מתמחים מלהגיע לפריפריה. לדעתו אם רוצים רפואה בקהילה הפריפריית יש צורך ליצור אטרקציה או מנגנון שינווט מתמחים בסבב לפריפריה.

פרופ' סולי מזרחי טוען כי המתמחה מגיע למחלקה והינו תחת חסותו של מנהל המחלקה. לדעתו יש צורך לחדד את היכולת הכירורגית הקלינית של המתמחה ובכדי להופכו לכירורג בשל יש לחדד את היכולת האנליטית שלו. בהתייחס לתוכנית ההתמחות טוען פרופ' מזרחי כי במתכונת ההתמחות העתידית יש חשיבות לרוטציה בטראומה בלבד.

דר' תניר אלוייס דיינה את השתלבות הנשים בכירורגיה. בשאלון שהציגה לקהל עלה כי 60% חושבים כי הנשים טובות בדיוק כמו הגברים ו- 20% ציינו שהנשים אפילו טובות יותר מהגברים. כמחצית מן הנשאלים בקהל (48%) הסכימו שנשים בכירורגיה אינן מקבלות הזדמנויות שוות לאלה של הגברים. דר' אלוייס ציינה כי העובדה שהנשים הן גם אמהות משפיעה על אפשרויות הקידום המקצועי שלהן. לדבריה עד לאחרונה האיגוד הכירורגי לא התייחס לנשים כשויוניות. גם ציבור החולים ולעיתים העמיתים למקצוע אינם מתייחסים לנשים כירורגיות באופן שבו מתייחסים לכירורג הגבר. מנתונים שאספה דר' אלוייס עולה כי 58% מהכירורגיות בארץ עובדות במשרה מלאה בבית חולים ציבורי, ועוד 33% עובדות בבתי חולים ציבוריים במשרה חלקית. כיום 9.6% מחברי איגוד הכירורגי הן נשים, אך נשים מהוות 22% מהמתמחים בכירורגיה, כך שמשקלן באיגוד צפוי להגיע למעל 20% תוך 5 שנים.

דר' יסמין דגן, דר' אדם סטרייאר ודר' ערן בראונר(האחראי על הפירוטכניקה) העלו בצורה מאוד משכנעת את הקושי הרב המוטל על כתפי המתמחים בתורנות ואת הפגיעה המתלווה לתורנות המתישה (בחיי המשפחה, בסבלנות ובבריאות- של המתמחה עצמו). מתגובות הקהל נקל היה להבין כי האמפטיה למצוקת המתמחים היא רבה וכי יש צורך דחוף ומידי להקל מהעומס המוטל על כתפיהם.

דר' פרסון ודר' מבור הציגו בפני הקהל מתכונות שונות להתמחות באירופה (אנגליה, גרמניה, ואיטליה) וארה"ב. עולה כי בהתמחות באירופה כמו גם בארה"ב ישנה הקפדה יתרה על מספר התורניות המוטלות על המתמחים. אופן הרישוי באירופה אינו דומה לזה הנהוג בישראל ועיקרו מושתת על הערכת עמיתים ולא בחינה מוגדרת. בארה"ב תוכנית ההתמחות מגובשת בחוקים וכללים מאוד נוקשים וקיים מנגנון האוכף כללים אלו. 45% מהקהל שהתנסה בתוכניות ההתמחות בחו"ל ציין

כי ההתמחות בארץ פחות טובה מזו שבניכר. 36% מהקהל חושב כי יש לאמץ מרכיבים עיקריים מהתוכנית האמריקאית לעומת 28% החושב כי אין לאמץ דבר.

דר' ביטרמן טען בהרצאתו כי הכירורגים הכלליים הפכו ממובילים למובלים וכי הכירורגים אינם עושים דבר לשינוי המצב. דר' ביטרמן הראה כי לרוטציות עבור המתמחה בכירורגיה כללית אין כול ערך ועוד ציין כי במתכונת הנוכחית יישומה של תוכנית הרוטציה היא בחזקת שקר מול המועצה המדעית. ביטול הרוטציות, כך טוען דר' ביטרמן, תאריך את השעות במחלקת האם. עוד ציין דר' ביטרמן כי ביטול הרוטציות עלול לפגוע באיכות החיים של המתמחה(פחות "ימי חופש"). לדעת הדובר יש להשאיר את הטיפול הנמרץ כרוטציית חובה, להפוך את מדעי היסוד לרוטציית בחירה ולהפוך את תחומי ההתמחות בכירורגיה הכללית לרוטציות מוגדרות בפני עצמן.

פרופ' משה שבתאי דן בנושא הרוטציה במדעי הייסוד. רוטציה זו הנמשכת 6 חודשים (6% ממשך ההתמחות). לדבריו של פרופ' שבתאי תקופת מדעי הייסוד אינה ממלאת את הפונקציה לה נועדה ובשל מצוקת העיתים אין לה מקום. לדבריו הכוונה הטובה שיוחסה לרוטציה זו ממילא אינה מתקיימת. לסיכום ציין פרופ' שבתאי כי רוטציה במדעי הייסוד היא חובה מיותרת. 54% מהנוכחים ציינו כי תקופת מדעי הייסוד היא חיונית אך אינה צריכה להיות חובה בתוכנית ההתמחות.

דר' גדעון סורוקה סקר את נושא הסימולציה בכירורגיה. הדובר ציין כי ניתן לשפר עקומות למידה בתרגול בסימולטורים השונים ובאופן שכזה לשפר את ביצועיו של המתמחה. דר' סורוקה סיכם כי רכישת מיומנויות טכניות במעבדה ובסימולטור חשובה מאוד ויש לכלול אותה בכל תוכנית ההתמחות.

בדיון שהתפתח בתום הרצאתו העירו החברים כי אין לבסס את תוכניות ההדרכה רק על מס"ר בתל-השומר אלא לקיים תוכניות אזוריות שיחייבו את המתמחים ואף כי פעילותם זו תכלול במנגנון אקרדיטציה.

דר' מנדי בן חיים דן בהרצאתו בנושא יצירת מערכת הכשרה בתחומים ייחודיים בכירורגיה הכללית וכדוגמה סקר מאמרים בנושא מתחום הכירורגיה ההפטוביליארית. הגדרת "יחידה מקצועית" או "מרכז מצוינות" לדברי הדובר מחייבת תקינה ופיקוח.

לדעתו החלת "רוטציות מתמחים" ו"התמחות על" ביחידות המקצועיות תשפר את תוכנית ההתמחות. דר' בן חיים מנה דרישות סף להכרה כיחידה מקצועית הראויה למתן התמחות על והדגיש כי מצוינות נבנית בתהליך מתמשך ארוך. עוד טען דר' בן חיים כי הנפח הוא מרכיב חשוב אך לא יחיד ועיקרי.

נושא היחידות המקצועיות והכשרות העל גרם לדיון סוער שנמשך גם לשלב סיכום יום העיון.

55% מהקהל תמך בביסוס מקצועות על במחלקות לכירורגיה כללית. 17% סייגו תשובתם לתחומים ספציפיים ו-17% התנגדו כליל למקצועות על בכירורגיה(בחזקת הכירורג הכללי צריך לדעת ולנתח הכול). 68% מהקהל חושב כי יצירת מסלולים מבוקרים לתת/על התמחות תשפר את ההתמחות בכירורגיה כללית ורק 22% חושב כי תפגע בתוכנית ההתמחות.

59% מהנוכחים הסכימו כי השגת דיפלומה בתחום ייחודי בכירורגיה הכללית מחייב השתלמות עמית ביחידה מוכרת בארץ או בחו"ל.

29% מהקהל חושב כי אין ליזום התמקצעות על שתביא למגבלות במחלקות כירורגיות לנתח מקרים מגוונים. 29% חושבים כי יש להחיל תוכנית אזורית למטופלים ומתמחים לצורך חשיפה לניתוחים ייחודיים במחלקות בהן קיימות יחידות על.

פרופ' אהוד קליין סקר בפני הקהל את מגוון האפשרויות לתעסוקה של בוגרים צעירים מתוכניות ההתמחות בארץ. הסקירה הקיפה בעיקר את הנעשה במכבי שרותי בריאות. פרופ' קליין ציין כי אסותא מרכזים רפואיים מעוניינת בהרחבת הפעילות הכירורגית ולשלב בעתיד תוכנית התמחות.

לשאלה מה האופק התעסוקתי במכבי לשנת 2011 למתמחה בוגר התשובה הייתה כי אין מקום בשלב זה וכי לגבי שנת 2012 עדיין אין תחזית..

פרופ' פרוינד בהרצאתו פירט תוכנית התמחות מקוצרת בת 5 שנים המכשירה את המתמחה לעסוק בכירורגיה כללית (3 שנים) ותחומים ייחודי (2 שנים). עוד הציג פרופ' פרוינד וטען כי כירורג כללי הינו זן נכחד שיש לשמרו בעיקר לצורך הטיפול ב"מחלות השכיחות" וכמובן בטרומה ובכירורגיה הדחופה. פרופ' פרוינד התחבט כיצד יקרא אותו כירורג. פרופ' פרוינד אף העלה רשימה ראשונית לתחומי הפעילות וההתערבויות אותן יבצע הכירורג הכללי בהתייחס לחבריו שיתעסקו בכירורגיה של איבר ספציפי(התמחות העל).

בתום ההרצאה נערך דיון פאנל בו הועלו נושאים שונים בתחום הכירורגיה, יחסי הגומלין בין הכירורג הכללי ויחידות העל ובין בתי החולים ללא יחידות על לבין אלה המפתחות תחומי התמקצעות שונים.

פאנל הסיום

פרופ' אריאל הלוי

לדעת פרופ' הלוי ראוי יהיה לשלב בתי חולים במרכזי התמחות. לדעתו יש לקצר את ההתמחות ל-4-5 שנים ולאחר מכן להמשיך להתמקצעות ול-fellowship. לדבריו כדאי שמי שבחר תחום בכירורגיה הכללית יעשה רוטציה במקצועות שקשורים לאותו נושא לדוגמא: קולורקטל באורולוגיה.

ד"ר שמואל אביטל

לדברי דר' אביטל עולה כי גם מבחינת הקהל וגם מבחינתו צריך שינוי בהתמחות. צריך סטנדרטיזציה, התמחות רב מרכזית או אזורית ומפוקחת ע"י גוף אחד. התוכנית צריכה להיות מובנית מבחינת הזמן והחשיבה.

פרופ' מרדכי גוטמן

לדעת פרופ' גוטמן ההכשרה בכירורגיה קשורה בדוגמה אישית – Mentor. אם במקום Mentor תהיה ועדה שתקבע למתמחה איפה להיות אז הדברים יכולים להיות סותרים. לדעתו צריך להיזהר ולא לשבור את המערכת הנוכחית. מנהל המחלקה יירצה להשקיע במתמחים שלו ולא במתמחה שיבוא לשנה וימשיך הלאה. צריך לעשות שינויים - את ההתמקצעות צריך לכוון לשנה שלישית או רביעית אבל לא לשנות את הכל.

פרופ' אחמד עיד

לדעתו של פרופ' עיד ההתמחויות היום מכשירות כירורגים לא עצמאיים. חלק מהנושאים כמו תקנים אינם תלויים בכירורגים עצמם. חלק כמו מנהל המחלקה ופיקוח על הניתוחים כן תלוי. צריך שינוי אבל לא כזה קיצוני. הורדת שנה מאוד קריטית. מדעי היסוד – עניין קריטי כדי לשמור גם על הרמה האקדמית. חשוב וצריך לפתח את המחקר.

פרופ' דורון קופלמן

גם פרופ' קופלמן הדגיש כי יש לערוך שינויים בתוכנית ההתמחות. לדעתו קל לבלבל בין היעדר שחר ותקנים לבין שינויים שעוברים על המקצוע. השינויים הרצויים בעיניו הם בעיקר בכל הקשור להפחתת חובות הרוטציה ומדעי יסוד. השינויים המוצעים באשר להתמחות אזורית יסכנו באופן חריף ומיידי את מעמדם של בתי החולים בפריפריה. השינויים בכוון התמחות בתת-תחומים של הכירורגיה הכללית, יובילו לדרישה להתמחות עצמאית ובהמשך לפרישה מן הכירורגיה הכללית. שינויים לקיצוץ תחומי עיסוק מהכירורגיה הכללית עשויים להביא להיעלמות של קבוצת הכירורגים רחבי האופק והיכולת, שמסוגלים להתמודד עם כמה תחומים ולא דווקא רק עם תחום מצומצם. לדעתו אין צורך להרוס את הקיים. מתמחים המעוניינים בתחום מסויים יכולים להחשף אליו באופן פרטני בשנים שלקראת סוף ההתמחות בדרכים שונות ומגוונות הקיימות גם כיום. התעלמות מהסיכון לקיומם העצמאי של מחלקות כירורגיה כללית מצווינות בפריפריה עלולה להתפרש כהתנשאות מיותרת, הכירורגיה וההתמחות במחלקות אלה אינן נופלות כלל מכל מקום אחר בארץ. אין צורך לשנות סטטוס זה אלא לפתור את הבעיות הקיימות.

פרופ' יוסף קלאוזנר

פרופ' קלאוזנר טען כי התמקצעות אינה עניין של התנשאות. לדעתו ההתמחות בארץ טובה מאוד. המתמחים שלנו שמסיימים התמחות ומגיעים לתוכנית בארה"ב יודעים לא פחות ואף עולים על עמיתיהם שסיימו תוכניות יוקרתיות בארה"ב. בניגוד לאמריקאים הם גם לא מרובעים כמוהם והרבה יותר יצירתיים מהם. היחס הישיר בין המתמחה ל-Mentor הוא קשר שלא ניתן לנתק גם אם יהיה משהו אזורי. לגבי התוכנית האזורית לדעתו יש לתמוך במקומות שניתן ליישם זאת אך לא בכל מקום. לדעתו של הדובר ההתמחות כבר התקצרה בעקבות התורנויות. לדעתו יש להשקיע בסטגרים ולקחת את הסטאז'רים אחת לשבועיים, להסביר להם ולנסות למשוך אותם לתחום הכירורגיה. לסיכום אמר פרופ' קלאוזנר כי צריך לקצר את ההתמחות, טיפול נמרץ זה מקצוע כירורגי, מדעי יסוד רשות למי שמעוניין אך לא על חשבון ההתמחות. גם במחלקה קטנה ניתן ללמוד ואסור לזלזל בזה.

פרופ' בוריס יופה

פרופ' בוריס יופה טען כי לא תמיד שינוי הוא לטובה. הכירורגיה צריכה להישאר כמו שהיא. כל כירורג שיירצה להתמקצע בתחום מסוים יוכל לעשות את זה וגם נוכל לתת תשובה לכל בעיה. הכירורג היום לא יכול לעשות הכל. הכירורג של היום צריך לדעת ולזהות את הבעיה אבל בסופו של דבר הוא צריך לקרוא למומחה לעניין.

פרופ' אריה דורסט

לדעתו של פרופ' דורסט ההתמחות בכירורגיה צריכה להכשיר מומחה בכירורגיה – Surgical Specialist. פרופ' דורסט חושב כי יש להמשיך ברוטציות במתכונתן הנוכחית. הדובר הדגיש את הצורך ברוטציה בין בתי חולים על מנת להגדיל חשיפה של המתמחים לפתולוגיות ולכירורגים רבים. זאת נתן ליישם בצורה של רוטציה בין המחלקות השונות באזור מסוים לומדים להכיר את המתמחה וגם כולם מכירים אותו. רואים סיבוכים במחלקות השונות וזה תורם למתמחה. צריכה להיות תוכנית רוטציה בבתי חולים שונים. מדעי יסוד – צריך לעשות את זה לשנה-שנתיים לאחר ההתמחות או בהפסקה בזמן ההתמחות.

ד"ר ריקרדו אלפיסי

לדעתו של דר' אלפיסי יש צורך לסנתז את הדברים ולבנות מזה תוכנית. הדובר ציין כי כול עוד הוא יו"ר האיגוד ההתמקצעות תהיה כמה שיותר אך פרגמנטציה לא.

פרופ' יורם קלוגר

פרופ' קלוגר ציין כי חשוב להבהיר כי בכוונת יום העיון לא היה לשנות מחלקות ואת אופן עבודתן. לדעתו הפרגמנטציה לא מקלקלת את הכירורגיה והיא קיימת ולא תשתנה אלא תתרחב. לדעתו מנהיגים בכירורגיה יבחנו ביכולתם לרכז את כול "הפרגמנטים" תחת קורת גג אחת- המחלקה לכירורגיה כללית ולאפשר למתמחים להיחשף לכול "הפרגמנטים" המקצועיים בתוך המחלקה לכירורגיה כללית.

פרופ' ברטי פרוינד בנספח נלווה להרצאתו סיכם נקודות ברורות אותן מבקש המתמחה הצעיר ליישם בהתמחותו-

מה מבקש המתמחה של היום ומחר למצוא בתכנית ההתמחות :

1. תכנית התמחות מובנית ומסודרת.
2. יחסי אנוש טובים במחלקה בכל הדרגים (אולי קיום סדנאות תקופתיות בנושא?).
3. נוהלי עבודה מסודרים והקפדה על נהלים אלה.
4. רופאים בכירים היכולים לשמש מודל לחיקוי- הן במקצועיותם והן בהתנהגותם.
5. שיפור השתכרות ושיפור תנאי עבודה (הוספת משרות תומכות מתמחה)
6. יותר חינוך ולימוד ופחות (מינימום) עבודות בלתי מקצועיות.
7. להשאיר מקום וזמן לחיים מחוץ לבית החולים (יחס מתאים בין עבודה/בית/בילוי/זמן פנוי).
8. יצירת אופק מקצועי (כולל תארים מתקדמים במקצועות נלווים כמו : ניהול, כלכלה, עסקים +תפקידים מתאימים במחלקה בשטחים אלה).
9. הפיכת הכירורגיה למותג של מקצוענות- שליחות – הנאה וסיפוק אינטלקטואלי.
10. גאות יחידה כירורגית

א. מטרת הפגישה הייתה יצירת דיאלוג בנושא התמחות בכירורגיה והתאמת למתמחים אשר דורשים שינוי בגישה אחיהם, לעבודתם ולדירוג שאיפותיהם (משפחה, פרנסה, קריירה). לא הייתה כול מטרה לדון בתוכניות אזוריות אך עולה כי אין לשלול פתוחה של תוכנית שכזו באזורים מסוימים בארץ.

ב. עולה כי נדרש שינוי כדלהלן-

1. משך ההתמחות יישאר 6 שנים
2. הוטציות במתכונתן הנוכחית תבוטלנה
3. במקומן תתאפשרנה הוטציות בתחומי העל של הכירורגיה הכללית- כבד ודרכי המרה, טראומה, שד, לפרוסקופיה וכירורגיה בריאטרית, כירורגיה של הקולון והרקטום, כירורגיה אנדוקרינית, כירורגיה אונקולוגית.
4. מסכם המסמך מעלה גם את אפשרות הוטציה בבית חולים פריפרי כרוטציה לבחירה
5. רוטציה בטיפול נמרץ תישאר בגדר רוטציית חובה
6. מדעי הייסוד יהיו רוטציית בחירה ולא רוטציית חובה
7. למתמחה יתאפשר לבחור בתחום ייחודי להשתלם בו (כמפורט בסעיף 3) במהלך השנה האחרונה להתמחותו ומתוך כוונה שייבחר בתחום ייחודי להמשך הקריירה. בנסגרת זו מתמחים אשר יבחרו בטרומה- תתאפשר רוטציה קצרה בחזה, כלי דם בכירורגיה של הקולון והרקטום- תתאפשר רוטציה קצרה באורולוגיה בכבד ודרכי המרה- תתאפשר רוטציה קצרה בכלי דם
8. יבנה מסלול אחיד מבחינת דרישות ההתמחות לפי שנה
9. מעבדות סימולציה ותרגול תהינה חלק בלתי נפרד מתוכנית ההכשרה של המתמחה, תרשמנה בפנקס ותהוונה חלק מבחינות הרישוי

המסמך מסכם את עיקרי הדעות שהושמעו ביום העיון והתבססו על סטנוגרמה שנערכה במהלכו.

וועדת החינוך של האיגוד הכירורגי תנסח מסמך מפורט שיוגש לעיונכם טרם שיוגש עי' האיגוד למועצה המדעית.

אני מודה למשתתפי הכינוס ומקווה כי פגישות שכאלה תהפוכנה מסורת לכירורגים אשר חינוך מתמחים יקר לליבם

בברכה

יורם קלוגר