



איגוד הכירורגים בישראל
ISRAELI SURGICAL ASSOCIATION

מידעון איגוד הכירורגים בישראל

The Israeli Surgical Association Bulletin

מספר: 3

תאריך: 1.8.2017

חברות וחברי איגוד הכירורגים

וועד האיגוד נפגש לישיבתו השלישית בתאריך 27 ביולי 2017.

כמובטח, החלטות הישיבה מובאות לידיעתכם במידעון זה.

מובאים עוד נושאים אשר על הפרק, על המדוכה או בעשייה-

- איגוד הכירורגים צרף לשורותיו מתאמת מחקר בהיקף משרה חלקי. תפקידה הוגדר והפעלתה תהיה עי' וועדת המחקר הרב מוסדית של האיגוד. חברים המעוניינים להשיק מחקר רב מוסדי מתבקשים לפנות לאריאל הלוי, בוריס קסל או חסן קיס (חסן הצטרף לוועדת המחקר כחבר פעיל).
- וועדת המחקר תשיק בקרוב את המחקר הרב מוסדי הראשון של איגוד הכירורגים.
- קורס מיומנויות בסיסיות בלפרוסקופיה המבוסס על מעבדת החיות בבית החולים עש' יצחק שמיר (אסף- הרופא) יוצא לדרך. הקורס הראשון למתמחים יתקיים ב- **26.9.17** והשני ב- **21.11.17**. ההרשמה תעשה בעתיד דרך אתר האיגוד. לעת עתה ניתן להירשם בטלפון ישירות לדורית דן. מספר המקומות מוגבל!!
- וועד האיגוד הסכים על מתווה אחיד ומחייב ליחידות ושירותים קליניים במחלקות לכירורגיה כללית לצורך הכרה לרוטציה במהלך ההתמחות בכירורגיה. מתכונת הרוטציות תוגש לאישור המועצה המדעית בחודש נובמבר (התבנית מצורפת במידעון).
- **חוג המשמרת הצעירה של האיגוד מדווח על התקדמות הרישום (בכירורגיה כללית רשומים 309 מתמחים. וועד האיגוד מצפה ומעוניין כי כול המתמחים ירשמו למשמרת הצעירה).** אנו מקדמים בברכה את המתמחים הצעירים ונפעל לקידום ולהכשרתם במערכת. עד כה נרשמו 59 מתמחים.
- איגוד הכירורגים יזם קורס הכשרה לבוחני שלב ב'. הקורס יעניק לבוחנים עצות כיצד לנהל את הבחינה באופן מקצועי תוך ניצול כלים מדידים להערכת הנבחן. בהכשרה תערכנה סימולציות בחינה ודיון על סימולציות אלה. כמו כן ילמדו המשתתפים כיצד כותבים שאלות במבנה נכון לבחינות שלב ב'.

- הקורס הראשון לרופאים בכירים הבוחנים בשלב ב' ייערך בכפר המכביה בתאריך 15.12.17. הרישום לקורס בעיצומו. המעוניינים מוזמנים ליצור קשר עם דורית דן (עד כה נרשמו 20 חברים).
- אחראי בחינות שלב ב' הנכנס הוא אריאל הלוי המחליף את מיכאל מוג'ה שהוביל את הנושא באופן מקצועי וראוי לכול שבח.
- וועדת החינוך של איגוד הכירורגים מקיימת ישיבות עבודה מסודרות במטרה לקדם את נושא ההתמחות והכשרת המתמחה.
- המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בוחנת יישום שיטת התמחות "מבוססת הישגים" (COMPETENCE BASED) והאיגוד הוזמן להשתתף בדיונים המקדימים בנושא זה.
- התמחות מבוססת הישגים היא מבנה התמחות המציב בפני המתמחה אתגרים קוגניטיביים לרכישת ידע תאורטי ומשימות מוגדרות לרכישת מיומנויות טכניות, מיומנויות ניהול צוות וכלים לאינטראקציה עם החולה, משפחתו ועם עמיתים. כול אלה פרושים על פני שנות ההתמחות כשבמהלכה, המתמחה, בכול שלב ושלב, נבחן ומוערך למידת הידע שרכש בכול אחד מהתחומים.
- לבקשת שר הבריאות הכין האיגוד מתווה להסכם העסקה של כירורגים במסגרת תוכנית – FULL TIMERS. המתווה נשלח למנהלי המחלקות לאישורם. לאחר שחלקם העיר הערות, הוצג המתווה בישיבת הוועד ואושר. המתווה יוגש להנהלת משרד הבריאות לאישורו ויישומו. הדרך להכרה במסלול זה ארוכה ויש בתי חולים אשר מיוזמתם, בצדק, החלו את המהלך וגיסו כירורגים למסלול. לא כול בית חולים מסוגל לממן מסלול – FULL TIMERS והוועד מקווה שמשרד הבריאות, שיזם את המהלך ושם לפתחנו את האתגר, יממשו- לבריאות החולים ורווחת הרופאים. תמיכה מעניינת במסלול המוצע התקבלה במאמרה של שרית רזנבלום במוסף העיתון "ידיעות אחרונות" מתאריך 14.7.17. המאמר דן בצעדים לשיפור הרפואה בישראל. אחד הסעיפים דן ותומך במסלול FULL TIMERS.
- איגוד הכירורגים פנה לאבי ריבקינד, יו"ר העמותה לקידום הטראומה בישראל והאחראי על קורסי ה- ATLS בארץ בבקשה לתת עדיפות למתמחים בכירורגיה כללית ברישום לקורס. המתמחים בכירורגיה כללית הם המובילים את הטיפול בפצוע המתקבל לחדר המיון. נוהל משרד הבריאות קובע כי- כול המתמחים במקצועות הכירורגיים חייבים לסיים בהצלחה קורס ATLS מוקדם ככול שניתן

ובכול מקרה כתנאי לקבלת הרשאה לשחרור מטופל מהמלר"ד.
שכך, המשימה להשלים הקורס **מוקדם ככול שניתן** מקבלת משנה תוקף בעבור
כירורגים כלליים. הבקשה אושרה והועברה לעיון המועצה המדעית.

- לאור הסכמה בין משרד האוצר ומשרד הבריאות בעניין תנועת חולים מבית החולים הציבורי לפרטי והסנקציות שיינקטו נגד רופאים שיפעלו להעברת חולים בכיוון זה, שיחרר משרד האוצר סכום כסף למבצע "קיצור תורים". תחת כותרת "קיצור תורים" חבויות מהמורות רבות וועד האיגוד פועל להוצאת נייר עמדה בנושא. מהו קיצור תורים? איזה ניתוחים יעשו במסגרת זו מתחום הכירורגיה הכללית? באילו משמרות? מה יהיה הגמול...?
- המסמך יופץ לכירורגים ולמנהלי בתי החולים וזאת בכדי שלא ניכלא למצב בו התמורה עבור העבודה הנוספת לא תהיה נאותה.
- איגוד הכירורגים יוצא במבצע **מפקד חברים**. איסוף פרטים אישיים, תנועת כוח אדם במחלקות, נתוני מתמחים ונתונים נוספים יאפשרו לוועד לעדכן ולהתעדכן בדבר תנועת רופאים, התמחויות בעודף וחסר, תכנון כוח אדם עתידי ועוד. העדכון יעשה ע"י נציג שיבקר בכול מחלקה, בתאום עם מנהלי המחלקה. עדכון הכירורגים בקהילה יעשה באופן מקוון.
- החברה הישראלית לטראומה קיימה את מפגשה התלת חודשי בתאריך 11.7.17. החברה התארכה בבית החולים וולפסון. בפורום הוצגו שני מקרים קליניים מאלפים. הדיונים סביב המקרים היו מעניינים והושמעו דעות שונות לגבי הגישות הטיפוליות שננקטו. ראוי לעודד מתמחים ואף מומחים להשתתף בפורום.

המשיכו וקראו את המסמך כולו. תמצאו בו דברים ונושאים חשובים ורלבנטיים לכולכם. המעוניינים לכתוב למידעון אנא שילחו החומר ישירות אלי ואשמח לצרפו לקריאת כולם.

להתראות במידעון הבא

יורם קלוגר

מפקד הכירורגים בישראל יוצא לדרך

איגוד הכירורגים משיק מבצע למפקד כול הכירורגים הכלליים בישראל.

כיום אין אף מסד נתונים אשר, בכפיפה אחת, מסוגל לתת מידע עדכני על מספר ופזור הכירורגים הכלליים בישראל. מסתבר אף כי כירורגים רבים אינם רשומים באיגוד וחלק מהכירורגים הפעילים אינם חברים בהר"י. שכך הנתונים הקיימים לשימוש האיגוד ולצרכיו אינם מדויקים ואמינים.

האיגוד החליט כי בהיותו גוף מקצועי עליו לאסוף ולנהל מסד נתונים איתן ממנו ניתן יהיה להפיק מידע חיוני לצרכיו וצרכי מקבלי החלטות.

-מידע על חסרים בהתמחויות במקצועות על או לחלופין עודפים לא קיים.

-מידע על מאווי המתמחים להשתלמות בתום ההתמחות לא קיים

-צפי שנתי לפרישה של כירורגים קיים אך באופן חלקי

מסד הנתונים החדש יכפוף תחת תוכנה אחת את כול הנתונים הנדרשים לקביעת מדיניות ותכנון.

אנא שתפו פעולה

בשבועות הקרובים יפקדו אתכם במייל, בטלפון, במכתב או ע"י פוקד בכדי לאסוף את הנתונים.

מראש נתונה תודת הוועד לכולם עבור המידע וההירתמות למבצע חשוב זה

וועדת החינוך של איגוד הכירורגים החליטה להעניק מלגות למטרות לימוד והכשרה לחברי האיגוד.

הוועדה החליטה כי בכול שנה תוענקנה 5 מלגות לימוד בסכומים שיקבעו מעת לעת ובהתאם לטיב הפעילות בגינה נדרשת המילגה. המלגה תוענק אך ורק לצורכי לימוד והשתלמות.

להלן הנחיות הוועדה ודרישות הסף להגשת בקשה ומועמדות למילגת איגוד הכירורגים:

1. על המועמד/ת להיות חבר רשום באיגוד הכירורגים
2. גיל המועמד/ת לא יעלה על 45 שנה
3. על המועמד/ת לפנות בכתב למזכירות האיגוד ולהגיש בקשה ל"מלגת איגוד הכירורגים בישראל"
4. למכתב יש לצרף קורות חיים, רשימת פרסומים ומכתב המלצה של מנהל המחלקה (בבית החולים ולרופאי הקהילה של מנהל המחלקה המקבילה)
5. יש לפרט מטרת המלגה
6. סכום המלגה יקבע באופן דפרנציאלי ע"י חברי וועדת החינוך בהתאם למטרת המילגה
7. הוועדה תדון בכול מקרה לגופו של עניין ותתחשב בנתוני קורות החיים, פעילות אקדמית קודמת של מגיש/ת הבקשה ומכתב ההמלצה
8. לזוכים במילגה תוענק תעודה בכנסי איגוד הכירורגים והוועדה תמליץ, בהתאם לאופי הבקשה, כי חברים אשר הגישו בקשתם לשם הצגת עבודה, יציגו את העבודה במעמד כנסי איגוד הכירורגים גם כן

את הבקשה יש לשלוח לדורית דן, מזכירת האיגוד, במייל-

doritd@ima.org.il

טופס בקשה למילגה

וועדת החינוך טופס בקשת מלגה

1. פרטי המועמד

שם פרטי שם משפחה..... מס' תעודת זהות

שנת לידה.....

כתובת מגורים : רחוב..... מספר בית..... עיר.....

טלפון נייד..... מייל.....

מתמחה בבית החולים..... שלב בהתמחות (סמן X) לפני שלב א'..... אחרי שלב א'.....

מומחה (סמן X) ... מועד בחינות שלב ב'.....

מקום התמחות (שם מרכז רפואי).....

מטרת המלגה (סמן X)

השתתפות בכנס..... הצגה בכנס.....הצגת פוסטר.....השתתפות בקורס.....

3. פרטים על ההשתלמות/קורס/כנס

עיר..... מדינה.....גורם/מוסד מארגן הכנס..... במידה והשתלמות, משך ההשתלמות.....

עלות משוערת..... האם יש מקורות מימון אחרים? (פרט/י).....

5. נא לצרף: 1. קורות חיים 2. מכתב המלצה ממנהל המחלקה 3. תקציר

העבודה/מחקר/תוכנית הקורס

6. המועמד יציג לוועדת המלגות את העבודה במפגש במועד אשר יקבע

7. וועדת החינוך תשקול אפשרות שהמועמד יציג את העבודה בכנס של איגוד הכירורגים בישראל.

8. הבקשה בצירוף המסמכים הנדרשים ישלחו למייל: d_duek@rambam.health.gov.il , doritd@ima.org.il ,

תבנית ההכרה לסבבים של מתמחים בכירורגיה במקצועות כירורגיים

דרישות סף שאושרו ע"י האיגוד ויהוו תבנית בתוכנית ההתמחות העתידית (מתוכננת הגשה מסודרת לשינוי תוכנית ההתמחות בנובמבר 2017)

קריטריונים להכרה ביחידות / שירותים קליניים במחלקות לכירורגיה כללית להכרה לרוטציות מתמחים או עמיתים

	הקריטריון	
$2 \leq$	מספר המומחים העוסקים בתחום	1
לאחר התמחות מוכרת ומוגדרת בחו"ל או בארץ ו/ או עיסוק ספציפי בתחום מעל 5 שנים	הגדרת "מומחה" בתחום	2
נפח הניתוחים בניתוחי הדגל ליחידה/ שרות בתחום: $25 \leq$ למשל- ניתוחי כבד: כריתת אונה, כריתת יתד, כריתת גרורה וכו'	נפחי פעילות שנתית	3
ישיבה מולטי-דיסציפלינרית בתחום נושא הרוטציה מרפאה ייעודית לתחום הרוטציה	פעילות קלינית ייחודית שבועית	4
ביקור עבודה/דיון ייחודי על המאושפזים	פעילות קלינית שגרתית יומית	5
$4 \leq$ תקצירים בכינוסי החוגים, חברות, איגוד, חו"ל	פעילות אקדמית שנתית	6

מחקרים רב מוסדיים

נייר עמדה של איגוד הכירורגים בישראל

למרות היותנו מדינה קטנה, הכירורגיה הישראלית הגיעה להישגים מרשימים ונמצאת בקדמת הכירורגיה העולמית. עדיין לא נאמרה המילה האחרונה.

יותר ויותר מומחים צעירים שבים מהשתלמויות בחו"ל עם ידע רחב ועמוק בנושאים ייחודיים במרחב הקליני.

בנושא המחקר ניראה כי יש מקום לשיפור וכי לאיגוד עצמו חייבת להיות עמדה ומעמד בנושא.

עומסי העבודה הקשים המוטלים על המתמחה והמומחה הישראלי, מותירה מעט מאוד זמן לביצוע מחקרים, וודאי במחקרים בסיסיים.

למרות הנאמר לעיל, מרכזים רבים הצליחו לפרסם עבודות איכותיות במיטב העיתונות הכירורגית. מעט מאוד, אם בכלל, היו עבודות רב מרכזיות.

לאחרונה, הופיעו מספר ניצנים של יוזמות מסוג זה.

אגוד הכירורגים שם לו למטרה ליזום ולעזור בביצוע עבודות מחקר רב מוסדיות בכל נושא הקשור לכירורגיה הכללית על כל הדיסציפלינות המרכיבות את האגוד. לשם כך הוקם צוות הקמה שיבנה יסודות שיאפשרו ביצוע המחקרים.

האיגוד יקצה תקציב ייעודי למטרות מחקר ואף גויסה עוזרת מחקר. לכל מחקר ומחקר יבנו שאלונים ממוחשבים ופרוטוקולי מחקר.

1. כל מחלקה/חטיבה כירורגית, מזומנת להצטרף למחקר או ליזום מחקר רב מוסדי, בבתי החולים הציבוריים, בתי החולים הפרטיים ואלה של קופת החולים הכללית. האגוד מברך על כל יוזמה מחקרית.
2. בשלב הראשון המחקרים יהיו רטרוספקטיביים על מנת ללמוד לעבוד מול תוכניות איסוף מידע שתפותחנה ותמומנה על ידי אגוד הכירורגים.
3. המחקרים התחיליים יהיו בשלב ראשון בחזרת SNAP SHOTS - הווה אומר איסוף חומר על תקופה קצרה (חודשים-שלושה) מתוך מטרה ללמוד על שיתוף הפעולה מחד והקשיים מאידך.
4. השאלונים יהיו מאוד "מרוכזים" על מנת שזמן מילוי כל שאלון לא יעלה על 7-10 דקות.
5. כל מוסד יקבל קוד סודי עבור כל מחקר כך שרק מרכזי הנתונים (וועדת המחקר של האיגוד) ידעו באיזה מרכז רפואי מדובר.
6. בכל נושא ספציפי ישותפו מומחים בשטח המחקר על מנת לחבר את השאלון המקצועי ביותר. מובן מאליו שהמחקרים יבוצעו בשיתוף פעולה מלא עם ראשי החוגים ו/או החברות הרלבנטיים.
7. לאחר מספר PILOT STUDIES רטרוספקטיביים רב-מרכזיים, יתוכננו מחקרים פרוספקטיביים רב-מרכזיים לפי הצעה של ראשי החוגים/חברות, מנהלי המחלקות/מנהלי החטיבות.
8. איגוד הכירורגים יתקצב/יממן מתמחה/מתמחים/מומחים צעירים להשתתף בכנסים בין לאומיים ולהציג את תוצאות מחקריהם.
9. שיבוץ החוקרים בכל מאמר שיפורסם- פתרונות אפשריים:

א. מקום ראשון שני ואחרון למחלקה שתרמה את הכי הרבה נתונים למחקר.

ב. לכל מחקר ומחקר ימונה "צוות כותב" והמקומות הראשון והשני (EQUAL CONTRIBUTION) והאחרון ישמרו לכותבים.

ג. סדר המחברים יהיה לפי סדר א-ב.

שאלון מפורט יועבר לראשי החוגים/חברות ומנהלי המחלקות על מנת לקבוע איזה מן ההצעות תהייה המחייבת.

10. ההצעות למחקרים הראשוניים יעסקו ב- 6 נושאים.

READMISSION (FOLLOWING
DIFFERENT TYPES OF OPERATIONS
POST OPERATIVE VENTRAL HERNIA
LAP ILEOSTOMY
GASTRIC CANCER:
מיקום הגידול, סוג הניתוח שבוצע, מספר
הבלוטות שהוצאו והסיבוכים, דמוגרפיה
MANAGEMENT OF DIVERTICULITIS
THE APPROACH TO ACUTE
CHOLECYSTITIS

עבודה רבה מצפה לנו ונשמח על כל שיתוף פעולה

בוריס קסל, חסן קיס ואריאל הלוי

החוויה בהקמת מחלקה לכירורגיה כללית יש מאין-

אנדרי קידר,

מנהל המחלקה לכירורגיה כללית, בית החולים החדש של אסותא באשדוד



קבלת ההחלטה להגיש מועמדות למרכז ניהול מחלקה בבית החולים באשדוד לא היה פשוט כלל ועיקר עבורי.

כמתמחה, לא אחת חלפה בראשי המחשבה כי תפקיד הרופא הבכיר חסר את ההתרגשות הכרוכה בעבודת המתמחה וכי הקשר הישיר עם החולה אובד.

לכשהבגרתי והפכתי רופא בכיר חשבתי כי תפקיד ניהול מחלקה לכירורגיה כללית כרוך ביותר מדי עבודה משרדית, שעות של השקעה בכיבוי שריפות וישוב סכסוכים ובוודאי אין ספור שעות עבודה מול מנגנון אדמיניסטרטיבי מורכב ומגושם.

אחרי שרכשתי ניסיון בהקמה וניהול של יחידה לכירורגיה בריאטרית וזעיר פולשנית, הן בהדסה והן במרכז הרפואי בלינסון, החלטתי להרחיב את יריעת ההתעניינות הקלינית שלי וכן לחטוא במחשבה כי ניהול מחלקה בעצמי אינו דבר פסול כלל.

במשך חודשים בחנתי את עצמי במהלך ישיבות והצבתי בפני אתגר-

כיצד אפתור אני את הסוגיה הקלינית שהוצגה? כיצד אני אענה לשאלות שנשאלות ומה אני אחליט והיה ואהיה מנהל מחלקה?

עוד בחנתי עצמי בתשובות לשאלות- למה מתמחים עוזבים את ההתמחות? מה מביא את המתמחים להשקיע פחות ופחות בלימוד הסטאגרים והסטודנטים? למה רופא בכיר מפסיק ללמד את מתמחיו באותה התלהבות שלימד בעבר?

שאלות אלו ואחרות והתשובות הפוטנציאליות הניעוני לחשוב כי עלי לנסות ולהתמודד עם העול הקשה של ניהול מחלקה ולהיות הגורם האחראי למתן התשובות.

בחזוני אני רואה מחלקה כירורגית מובילה בתחומים קליניים ובתחומים אקדמיים.

הקמת המחלקה לכירורגיה כללית בבית החולים החדש באשדוד תושתת, כך לראייתי, על יצירת מסד רחב של כירורגיה כללית ובתוכה התמקצעות יחידתית בתחומים הראשיים של כירורגיה (כירורגיה הפטוביליארית ופנקריאטית, כירורגיה אונקולוגית ואנדוקרינית, כירורגיה קולורקטלית, בריאטרית, וכירורגיה דחופה).

בכל אחד מהתחומים, כך אני מתכנן, תוקם יחידה או שירות אשר ינקטו טיפול בגישה מולטידיסציפלינארית, כמקובל במרכזים מובילים בארץ ובעולם.

שלא כבמחלקה קיימת, במחלקה החדשה שבהקמה, תהליך התפתחות והקמת היחידות יתרחש במקביל לצורך בהגדלת תפוקות בכל תחומי הפעילות (ניתוחים, ביקורי מיון ומרפאה, תפוסת המיטות) וזאת במטרה לשפר, תוך פיתוח ועבודה, מצוינות בהתמחות בכירורגיה, בהוראה למתמחים ולסטודנטים, בחיזוק תחומים לכדי מצוינות קלינית. כול זאת בכדי שהמחלקה החדשה תהווה כוח משיכה לחולים, לסטודנטים, מתמחים ומומחים צעירים. לנו, שלא כבמחלקות אחרות, אין היסטוריה בכדי להתבסס עליה..... נפלה בחלקי הזכות להקים מחלקה מן היסוד, בחזקת יש מאין. יש לכך יתרונות גדולים מאוד, אך גם הקושי רב יותר.

היתרון הוא ברור- חדוות היצירה והאפשרות לעצב מערכת. מאידך, דווקא כיוון שמוקמת מערכת מין היסוד, טעות התחלתית בניהול או במגמת חינוך עלולה להביא לכישלון מר. אני מודע היטב לכך....

לגייס אנשים טובים למקום שעוד לא קיים אינו פשוט.

החששות ברורים ומוצדקים. בטוח יותר להישאר במערכת קיימת.

יתכן כי צריך לגייס לכן אנשים בעלי אופי נועז והרפתקני במעט, שמאמינים ביכולתם.

בחרתי באנשים מצוינים כצוות המחלקה.

עידן כרמלי, סיים התמחות במחלקה הכירורגית בבילינסון. רופא טוב ודמות אהובה על עמיתיו. החלטנו יחד כי יגיע לשנה הראשונה של הקמת המחלקה על מנת לסייע בחבלי לידתה. בתום השנה יצא להשתלמות עמיתים בתחום כירורגית דרכי העיכול העליונות, ויתמקצע במחלות שפירות וממאירות.

יפעת יוסף, חזרה זה עתה מהשתלמות עמיתים בכירורגית הכרכשת והחלחולת בבית החולים סיינט-מרקס שבלונדון שם רכשה ידע רב וקשרים חשובים מצטרפת למחלקה להוביל את תחום התמחותה יורי מנוסקין, מוכר כמנתח וותיק בעל ניסיון רב בשחזור דופן הבטן. יורי גם בעל הכשרה בכירורגיה של כלי הדם.

במסגרת תכנון ובניית המחלקה אני מנסה לאתר כירורג/ית עם הכשרה וניסיון בתחום בריאות השד. את צוות הסיעוד במחלקה תנהל סיגל, אחות מנוסה אשר חזונה מתאים לחזוני מבחינת בניית המחלקה והתשתיות הנלוות.

יחד ניישם עקרונות ניהול נכון מתוך כבוד הדדי ובעיקר חדוות היצירה

עלי לציין כי הנהלת בית החולים מלווה את שלבי ההקמה וממנה אנו זוכים לתמיכה נלהבת.

אנו נמצאים כעת בשלב של פעילות מרפאתית מצומצמת בלבד (בית החולים פתח את שערי המרפאות לקהל החל מתחילת יוני) אבל ניכרת כבר עתה אהדה הולכת וגדלה של תושבי אשדוד וסביבתה.

יחד ניישם עקרונות ניהול נכון מתוך כבוד הדדי ובעיקר חדוות היצירה.

וועד איגוד הכירורגים מאחל לאנדריי קידר וצוותו הצלחה רבה

מאמר דעה-
אקרדיטציה בישראל

(מאמר הנכתב על דעתו של המחבר ולא מייצג את דעת האיגוד או חברי הוועד)

בתי החולים במדינת ישראל כמרקחה ולאחרונה ניראה כי לבשו חג. שלטים מאירי עיניים נתלו, עציצים רבים נוספו, שולי השבילים נצבעו בצבעים זוהרים ומידת הניקיון השתפרה פלאים. תהליך האקרדיטציה של בתי החולים בישראל, עי' גורם בין לאומי בשם- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, יצא לדרך. אקרדיטציה הוא תהליך מייגע של התכוננות מוסדות רפואה לשם עמידה ביעדים ארגוניים, בטיחותיים ורפואיים שסופו, שהוא גם תחילתו של תהליך מתמשך- "תוו תקן" מטעם ה- JCI. תקנים של ניקיון, טמפרטורת מקררים והבקרה שלהם, גיליון חולה והרישום בו, מעקב אחר תרופות ואופן אחסון, הכנת החולה לניתוח הם דוגמאות מספר למאות סעיפים ופריטים הנבדקים בדקדקנות בתהליך האקרדיטציה. תהליך האקרדיטציה כולל הטמעת כללים וסטנדרטים פרי עבודת צוות ה- JCI (אלה מבוססים על ספרות עדכנית ורלבנטית לתחומי הרפואה והמערכות הנלוות), ביקור צוות מקדים לבחינת הטמעת הכללים ולבסוף "ביקור האמת" בו צוות המבקרים הזרים, מלווה בצוות ישראלי, עורך ביקורים באתרים שונים בבית החולים ובוחן את הקיים אל מול הסטנדרט שנדרש. הכנה לכול שלב ושלב כרוכה בהוצאה כספית מכובדת המושתת על המוסד הרפואי המזמין את התהליך. התכוננות ועמידה בתנאי הסף לקבלת תוו תקן כרוכה בהקצאת משאבים רבים לבד מכסף. בהתכוננות מושקע צוות גדול ומאות שעות עבודה.

תהליך האקרדיטציה של ה- JCI אינו רציף (לאורך כול השנה) אלא אירועי (בפרקי זמן קצובים) ומכאן שיתכן כי אינו חף מהטיה (התכוננת לקראת המבדק ולא שינוי תהליכי אמת).

בשנת 1917 החל איגוד הכירורגים האמריקני בקביעת סטנדרטים, הטמעתם ובחינתם, לפרקים, במוסדות הרפואה בארה"ב. תהליך חשוב, נכון וחיוני לאבטחת בטיחות המטופל, רמת הטיפול הרפואי בו והיכולת לבקרו. כול זאת בסביבה נאותה ובטוחה אף היא.

פעילותם של המנתחים האמריקאים התפתחה וגובשה לכדי "תהליך האקרדיטציה" ע"י ארגון פרטי JC - JOINT COMMISSION, אשר בחלוף מספר שנים הרחיב פעילותו לעולם כולו.

מטרת האיגוד המוצהרת היא להטמיע כללים וסטנדרטים נאותים ואחידים במערכות הבריאות. מדינות רבות בעולם הצטרפו למהלך ועברו את תהליכי האקרדיטציה. מדינות רבות אחרות הכירו בצורך בסטנדרטיזציה אך הקימו לעצמן מוסדות משלהן לקידום הנושא. מדינות אחרות התחילו בתהליך האקרדיטציה עם קבוצת ה- JCI אך בהמשך פרשו מין המהלך מסיבותיהן הן.

ראוי לציין כי לא הוכח באופן מובהק כי הטמעתם של סטנדרטים, **במתכונת הזו**, אכן משפרת את תוצא הטיפול בחולה.

בישראל מוסדות קופת החולים הכללית הם אשר החלו בתהליך האקרדיטציה ראשונים ומשרד הבריאות המשיך בדרכם.

בתי החולים נכנסו למהלך מייגע של התאמת הסטנדרטים הנהוגים אצלם לסטנדרט בין-לאומי. צוותים הוקמו, תקציבים הוקצו (בחזקת יש מאין) ושעות רבות (מאוד) של עבודה הושקעו בהתכוננות לקראת מבחן האקרדיטציה. ברוב בתי החולים הוקם צוות ייעודי למשימה (ממילא מכוח האדם המצומצם הקיים...).

בסופו של תהליך האקרדיטציה, במידה ובית החולים צלח את המבחן, מוענק לו תוו תקן של עמידה בסטנדרט בין-לאומי. מרשים

ואפילו מעורר גאווה לעומדים במשימה: הצולחים את המשימה
עומדים באותם קריטריונים עם בתי חולים מובילים בעולם.

האומנם?

תהליך ההתכוננות חושף את הרפואה הישראלית למושגים שאצל
חלק מהעוסקים במלאכה עדיין מעוררים חלחלה. מושגים חדשים
(ישנים) כמו אקרדיטציה (הכרה), ולידציה (תכופ), סרטיפיקציה
(רישוי) וסטנדרטיזציה (תקינה) מקבלים משמעות בתהליך וכולם,
מרצון או מכורח, חייבים להיכנע לצורך לישר קוו. המושגים הללו הם
אבני יסוד בתהליך הטמעת פרוטוקולים וסטנדרטים שהוא צורך
אמתי ונכון.

האומנם אנחנו, כאן בישראל, עומדים בתקינה הבין-לאומית ויכולים
בגאון לשאת את "תוו התקן" הבין לאומי או שלקראת האקרדיטציה
עשינו "כאילו מהלכים" ובמקרים ובנושאים אחדים עשינו "התאמות"
אשר הביאו אותנו למבחן הסופי במצב המאפשר קבלת "תוו תקן" אך
מאחוריו חללים רבים ריקים מתוכן?

ע"פ תקן האקרדיטציה על האחות במחלקה למלא אומדני חולים
ומחלה אשר באמת ובתמים מסייעים למעקב אחר החולה. זאת
במידה ומתייחסים אליהם באופן רציני, עקבי (באשפוז) עם
אינטגרציה לקהילה. בארה"ב למשל בעוד האחות ממלאת את אומדני
החולי, הסייעת שלצידה מאכילה את החולה. אחות אחרת מקלחת
חולה הזקוק לסיוע ואחרת משחררת חולה שהחלים, בשיחה נעימה
בחדר המשתחררים ומציידת אותו במנשר (ברושור) מתאים למצבו
ומחלתו. לעומתן, האחות כאן בישראל, בין רישום אומדן לאומדן
ותיעודם, מחליפה את הסיר לחולה המרותק למיטה ומשחררת את
החולה האחר לביתו תוך שהיא עונה לטלפונים בדלפק (שכן מזכירת
המחלקה עובדת רק בחלקיות המשרה). בלהט חלוקת התרופות
לחולים עליהם היא מופקדת, תאלץ אחות אחרת לנטוש את המשימה
בכדי להכין חולים לניתוח מוזמן.

בארה"ב למשל, טמפרטורת מקררי התרופות תיבדק עי' צוות טכני או באופן מרכזי. כאן בישראל על האחות, שכעת שבה מסיור חלוקת התרופות, לפנות מזמנה לבדוק את טמפרטורת מקרר התרופות. לא רק מקרר תרופות, גם מקרר חדר הצוות וגם את טמפרטורת מקרר החולים....שאחרת היא ומחלקתה לא יעמדו במדדי האקרדיטציה.

האחות הישראלית אם כך היא אשת פלא (וונדר- וומאן) בהשוואה לעמיתתה האמריקאית. לא פלא שבחרו בגל גדות, הישראלית, לתפקיד.....

גם הרופא הישראלי נדרש לעבודה כפולה ומכופלת מעמיתו האמריקאי ואפילו מעמיתו האירופאי בכדי לעמוד בתנאי הסף לאקרדיטציה בין- לאומית .

על- פי נתוני ה- OECD, מצבנו ביחס רופא/ אוכלוסייה, אחות/ מספר חולים או מיטות אשפוז / אוכלוסייה אינו מין המובילים ובוודאי לא עומד בקנה אחד עם המדינות אשר עמן, כעת, אנחנו יכולים לעמוד בשורה אחת, גאים על שעברנו את "מבחן האקרדיטציה" וזכינו ב"תוו תקן בין- לאומי".

ישראל נמצאת במקום נמוך בשיעור מיטות האשפוז לאלף איש. בעוד הממוצע בקרב המדינות המפותחות עומד על 3.7 מיטות לאלף איש (לא כולל מיטות גריאטריות ושיקום), בישראל השיעור עומד על 2.3 בלבד.

ישראל נמצאת מתחת לממוצע בהוצאה על בריאות כאחוז מהתוצר הלאומי הגולמי. בעוד הממוצע בקרב המדינות המפותחות עומד על 8.9% מההוצאה על בריאות – בישראל המדינה משקיעה רק 7.4% מהתוצר הגולמי.

הרפואה הישראלית טובה. הרופאים הישראלים מעולים וחלקם בעלי שם בין-לאומי. בארץ מתקיים מחקר רפואי במיטבו וטכנולוגיות רפואיות רבות פותחו במכוני המחקר שלה.

קברניטי המערכות הרלבנטיים בארץ מזכירים, מעל כול במה זמינה, את הרמה הטובה של הרפואה בישראל. זו תמיד מוזכרת בהקשר של תוחלת החיים (נשמע טוב אך לא מדויק....) אך עדיין אנו, העוסקים במלאכת הריפוי, גאים במעשינו.

מדוע אנחנו, אשר קברניטנו משבחים כול כך את המערכות בהן אנו עובדים, ממאנים להקים מערכת בקרה לאומית למערכות בריאות בישראל, בלתי תלויה ובעיקר אמינה, אשר תבחן את בתי החולים ותבנה בעבורה סטנדרטים מתאימים למדינתנו?

עד מתי נרמה את עצמנו בתוו תקן בין-לאומי כשהתנאים למימוש האמתי נדרשים למשאבים וכוח אדם שאין בידנו? עד מתי נרמה את עצמנו בתוו תקן בין-לאומי כשמוסדות הרפואה (לא כולם) שלנו חסרים בצידוד, כוח אדם ובתשתיות?

הגיעה העת לקבוע תוו תקן ישראלי למקצועות הרפואה ומוסדותיה. הגיע הזמן לעבוד לפי סטנדרטים גבוהים אך מדודים לסביבתנו. הגיע הזמן להכריז כי לא כול שמגיע מניכר מתאים לנו!!!

והעיקר, הגיע הזמן לומר כי יש מקום לקביעת סטנדרטים ישראליים ובחינתם במערכות הבריאות, באיכות והשפעה שתהיה לגאווה ולבריאות כולם.

יורם קלוגר ומוטי גוטמן