



איגוד הכירורגים בישראל
ISRAELI SURGICAL ASSOCIATION

מידעון איגוד הכירורגים בישראל

The Israeli Surgical Association Bulletin

מספר: 4

תאריך: 16.9.2017

**וועד איגוד הכירורגים מאחל
לחבריו שנה טובה, בריאות**

ואושר

שנת עשייה וברכה

בכול הפעילות



חברות וחברי איגוד הכירורגים

וועד האיגוד נפגש לישיבתו הרביעית בתאריך 15 בספטמבר 2017.

כמובטח, החלטות הישיבה מובאות לידיעתכם במידעון זה.

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

- בישיבת הוועד הרביעית השתתפו יו"ר חוגים וחברות והתקיים דיון על מערכת היחסים בין האיגוד לחוגים ולחברות
- החברות והחוגים הם גופים בתוך האיגוד (מוגדרים בהר"י כחברה או חוג איגודיים, להבדיל מחברה מדעית שהיא חברה בהר"י אך ללא שייכות לאיגוד מדעי)
- בהיותם מיצגים תחום מקצועי באיגוד, משימת וועדי החברות והחוגים לעסוק גם בקידום מדעי, הוראה, כתיבת הנחיות קליניות ועריכת מפגשים מדעיים. המשימה האחרונה חשובה אך לא עיקרית
- סוכמה מתכונת העבודה של החברות והחוגים לשנת העבודה 2018 מבחינת פגישות וכנסים
- אופן הגבייה לאיגוד ולחברות מתגבש לטובת נוחות הרישום ועידוד רישום של החברים לאיגוד ולחברות
- באישור הר"י כול החוגים (FORUM) באיגוד הכירורגים יקראו מעכשיו חברות (SOCIETY). החברות שעד כה ניהלו תקציב ימשיכו לנהלו והחברות החדשות ינהלו תקציב נפרד במסגרת קופת האיגוד. השינוי בשם התחייב מדרישות חברות בין-לאומיות שאינן מכירות בפעילות חוגים וממילא מתוך מגמה של הר"י לבטל מעמד "חוג" באיגודים
- איגוד הכירורגים מינה צוות הקמה לבית ספר אינטרנטי לכירורגיה מבוסס על אתר האיגוד החדש. בית הספר ינוהל ע"י נציגים ממחלקות רבות ויובל ע"י קטי דיין. עם החברים בצוות ההקמה נמנים- און סיברסקי (אחראי לממשק בית הספר לאתר האיגוד), ירון מינץ, מוריס בוטומסקי, איתמר אשכנזי, אחמד מחאג'נה, עידו מזרחי, גיל סגל, חיים גילשטיין, ויסאם עבוד, עדה רוזן וג'ף קשוק. צוות בית הספר יקבל בברכה חברים נוספים לצוות ההקמה

- בית הספר האינטרנטי יהיה נדבך נוסף בהקניית ידע למתמחים ויאפשר פעילות מגוונת לנרשמים לפעילותו. הרצאות מוזמנות של חברי האיגוד בנושאים שונים, פתרון שאלות רבות מסיחים, דיוני מקרים בחדר דיונים ועוד יהיו פעילויות קבועות אשר יגובו ברכישת נקודות זיכוי אקדמיות. סוכם כי מתמחים אשר יתמידו ויצברו סוכם נקודות שיקבע מראש יזכו אחת לשנה בתעודת סיום "שנת לימודים" בבית הספר האינטרנטי. את בית הספר יקים האיגוד מבוסס על פלטפורמה של חברת אימייד
- חיים פארן הציג מתכונת רכישת נקודות התעדכנות לפעילות חברי האיגוד. נקודות ההתעדכנות תהינה מבוססות באפליקציה וקל יהיה לעדכן את "הבנק האישי" של כול חבר. נקודות ההתעדכנות יהוו מערכת מסודרת ומובנית בבית הספר האינטרנטי אך כול פעילות אחרת של האיגוד וחברותיו תהינה מבוססת על מערכת גמול ניקוד אקדמי מסודר. וועד האיגוד יבחר מנהל תחום לנושא. נציגי הקהילה בוועד האיגוד ברכו אף הם על היוזמה. היוזמה היא וולונטארית וצבירת הניקוד לחברי האיגוד תזכה אף היא בתעודה מתאימה בכול שנה
- האני באחוס, יו"ר החברה הישראלית לטראומה (בעוד מספר שבועות- החברה הישראלית לכירורגיה דחופה וטראומה) הציג בפני וועד האיגוד את הקשיים בקיום קורס ה-DSTC. הקושי נובע בעיקר בגיוס כספים לקיום הקורס כסדרו. הקורס נקבע ע"י הוועד כיעד חשוב וועדת החינוך תשלב במסמך ההתמחות למועצה המדעית. הוחלט כי איגוד הכירורגים יסייע בידי החברה הישראלית לטראומה וכירורגיה דחופה לקיים את הקורס לפחות פעם בשנה. תצא פניה למנכלים של משרדי הממשלה הרלבנטיים בדבר חשיבות הקורס בהכשרת הכירורג
- מוטי גוטמן הציג את קורס ההכנה למתמחים לקראת התמחות המתקיים בבית החולים תל השומר. כיום קיימים שלושה מרכזים המקיימים הכשרה כזו- תל השומר, מאיר בכ"ס בעבור קופת החולים ובבית החולים רמב"ם. הוועד מאמץ את ההכשרה וידון על אופן שילובה בהתמחות בישיבת וועדת החינוך בנובמבר
- חיים גוטמן הציג את מתווה הכנס של החברה האונקולוגית בפברואר 2018 במלון אלמה בזיכרון יעקב. קול קורא לתקצירים יצא וניכר כי הכנס יהיה מרתק ומעניין
- באיגוד הוקמה וועדה לבחינת התכנות וצורך במעורבות האיגוד בנושאי אבטחת איכות ובטיחות המטופל. בוועדה חברים דינה לב, ירון מינץ, מיכל מקל ומשה

- פאפא. על הוועדה הוטל לבחון דרכים לקדם את הנושאים הרלבנטיים באיגוד, בחינת נושא מדדי איכות ואבטחתם. בפגישת המועצה בנובמבר נושא אבטחת האיכות נבחר לנושא כקבוצת עבודה
- החוג לכירורגיית השד ערך מסמך ממצה להנחיות קליניות בנושא ממוגרפיה ובדיקת שד ידנית. המסמך התבקש עי' **עמותת 1 מ-9**. המסמך המפורט מופיע במידעון ואף נשלח ליו"ר המועצה הלאומית לכירורגיה, יוסף קלאוזנר
 - וועד האיגוד פנה לאיגוד הגסטרואנטרולוגים במטרה לאפשר רוטציה בת שלושה חודשים של מתמחים בגסטרואנטרולוגיה וזאת במטרה לחשוף את עולם האנדוסקופיה בפני מתמחים המעוניינים בכך. בהתקבל האישור יסוכם הנושא בישיבת המועצה בנובמבר ויוגש לאישור המועצה המדעית
 - וועד האיגוד נסח נייר עמדה בנושא קיצור התורים. המסמך מביע נכונות להשתתף ביוזמה של משרד הבריאות לקיצור תורים מחד אך מאידך להגן על הכירורג והצוות לצדו במתכונת היישום ובשכר עבור הפעילות. הקשר בין שחרור הכספים למבצע קיצור התורים לבין אישור החוק על קנס או מאסר לרופא המפנה חולים מהמערכת הציבורית לפרטית גרם לתחושת אי נעימות ואף כעס בוועד ובקרב מנהלי המחלקות. יש לציין כי המסמך שפורסם עי' האיגוד זכה לאהדה בקרב יו"ר וועדים אחרים והייתה פניה לשיתוף פעולה בין הוועדים בנושא
 - קורסי המיומנות בלפרוסקופיה יוצאים לדרך וכמות הנרשמים עולה על כול התחזיות. קביעת מועדים לשנת 2018 בעיצומה לאור הביקוש הרב
 - דו"ח מבקר המדינה על תפעול חדרי הניתוח בישראל פורסם. הדוח מופיע במלואו באתר איגוד הכירורגים ואתם מוזמנים לקוראו
 - סדנא לכתיבת שאלות לשלב ב' התקיימה בתאריך 14.9.17. בסדנא השתתפו עדה רוזן, דניאל דואק, יבגני סולומונוב, אנטון אוסניצוב, אנדריי קפייב, יריב סלעית ויורי מנוסקין. את הסדנא ניהל מיקי מוג'ה ולצידו אריאל הלוי. האיגוד מודה למשתתפים ומבקש ממנהלי המחלקות לעודד מומחים ותיקים וצעירים כאחד להשתתף בסדנאות לכתיבת שאלות, הן לשלב א' והן לשלב ב'
 - האיגוד פנה למועצה המדעית בבקשה לחדש את חלוקת תעודות ההערכה למשתתפי הפעילות בנושאי ההרשאה- כתיבת שאלות לבחינות ובחינה
 - התקיימה ישיבה פורה מול נציג אימייד. אימייד תספק לאיגוד פלטופרמה באתר החדש (מבוסס הר"י) בנושאים- רישום למחקר- REGISTRY, בית הספר

האינטרנטי, תיעוד הכנסים, מערכת סקרים (שאלון לחברי האיגוד בכול נשוא עם האפשרות הצבעה- "משאל עם"...

- איגוד הכירורגים מאחל לריאד חדד הצלחה בתפקידו כמנהל המחלקה בפועל במחלקה הכירורגית בבית החולים כרמל בחיפה

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

סדנת הכנה למתמחים מהמקצועות הכירורגיים

אמרי עמיאל, מתמחה, כירורגיה כללית והשתלות ב', שיבא



הסדנה היא פרי שיתוף פעולה יוצא דופן בין מחלקות במרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא בתל השומר ומסר, המרכז הארצי לסימולציה רפואית. סדנת ההכנה למתמחים במקצועות הכירורגיה התקיימה לראשונה בחודש נובמבר 2013 ומאז מתקיימת אחת לחצי שנה בהיקף של כ-16 מתמחים בסדנה מכלל מחלקות בית החולים. עד כה התקיימו 7 סדנאות ובהן השתתפו קרוב ל-100 מתמחים.

הסדנה באורך 5 ימים מלאים מתקיימת בקומה הכירורגית במסר. הסדנה כוללת לימוד ותרגול של מיומנויות כירורגיות בסיסיות וביצוע מטלות ופרוצדורות פולשניות וכן מיומנויות נוספות שחשובות למתמחה במקצועות הכירורגיה בראשית דרכו. הסדנה מתקיימת על טהרת שיטת Hands On, ללא הרצאות. התרגול מתבצע על מודלים ממקור חיה וכן על דגמים מתקדמים הנרכשים משלל חברות סימולציה כירורגית וכן דגמים ייחודיים שפותחו ויוצרו ע"י מסר לצורך הסדנה.

הסדנה מתקיימת במתכונת של Surgical Boot Camp , מעין "מחנה אימונים", שבוע עמוס בו המתמחה הצעיר מתפנה משגרת המחלקה התובענית ומתרכז בלימוד, תרגול בליווי חניכה אישית ומשוב מעמיק בתחומים שונים של מיומנויות בסיסיות בכירורגיה. השבוע מתקיים בעבור מתמחים מכל מקצועות הכירורגיה ומכוון לרכישת מיומנויות אוניברסליות בכירורגיה. בסיום הסדנה מתקיימת בחינה מעשית הכוללת מספר תחנות מיומנות ממגוון התכנים שלמדו ותורגלו בסדנה. לסדנה מתלווה אתר קורס ובו מאגר ידע נרחב המכיל טקסטים, מצגות וסרטים בנושאים שונים.

המיומנויות הנרכשות בסדנה מתרכזות במספר נושאים: התנהלות בחדר ניתוח (הכרת חדר הניתוח, פסק זמן, השכבת החולה, רחצה כירורגית, התלבשות בחדר ניתוח, הכרת כלים כירורגיים), תפירה וקשירה כירורגית, פרוצדורות כירורגיות (הכנסת ליין מרכזי, סגירת דופן בטן, קשירת כלי דם בעומק הבטן, נתיב אויר כירורגי, הכנסת קטטר שתן בצורה סטרילית, הכנסת נקז חזה), מבוא לכירורגיה לפרוסקופית ומבוא לשימוש בחשמל.

בסיום הסדנה מתקיימת בחינה מעשית הכוללת 7 תחנות. בכל תחנה ישנו בוחן שמנקד את ציון המתנסה וכן נותן לו פידבק מילולי בסוף התחנה. הציונים בתחנות מתבססים על שיטת ההערכה המתוקפת (Obstructive Structured Assessment of Technical Skills) OSATS. בכל תחנה ניתן ציון לפי צ'ק ליסט ספציפי לתחנה וכן בשיטת ניקוד של Global Rating Score.

מסר, המרכז הארצי לסימולציה רפואית, פועל במרכז הרפואי שיבא משנת 2001 במרכז מתאמנים אנשי צוות רפואיים מישראל וכן מהעולם כולו בפרוצדורות קליניות ובמיומנויות תקשורת תוך שימוש באמצעים של סימולציה רפואית המדמה סביבה רפואית אמיתית. סביבה חווייתית זו, מאפשרת לימוד אפקטיבי, מובנה ובטוח, תוך כדי תיעוד, תחקור ומתן משוב מידי למתאמנים, ללא סיכון מיותר לחולים. מאז פתיחתו התאמנו במרכז מעל ל-100,000 אנשי מקצוע רפואיים ופארא-רפואיים בפרויקטים שונים.

לאחר ניסיון רב שנים בפיתוח והפעלה של קורסים כירורגיים ובראשם ה-Surgical Bootcamp, אנו מעוניינים במסר להרחיב את היריעה בשיתוף פעולה עם איגוד הכירורגים בישראל להטמעת הסדנה בקרב שלל המתמחים הכירורגיים בישראל.

מחיר העלות של הקורס למשתתף היא 5,000 ₪ ל-5 ימים. בהתניה של שליחת מדריך מנוסה ניתן לקזז עלות משתתף (5 ימי הדרכה בקורס).

מבט אל הכירורגיה בקהילה

יאיר כץ, מומחה בכירורגיה כללית, מנהל המחלקה הכירורגית- אורתופדית, מרכז לרפואה יועצת של קופ"ח כללית בהרצליה



אני כירורג במשרה מלאה בקהילה.

אם מישהו היה אומר לי כשהתחלתי התמחות בכירורגיה כללית שלאחריה אעבוד בקהילה במשרה מלאה ולא בבית החולים הייתי מאשפז אותו בבה. האמונה שלי הייתה שכירורג שלא עובד בבית חולים הוא לא כירורג אמתי. אבל זה נבע מבורות, בורות שמוזנת (מדור כירורגים אחד לשני) ע"י שיקולים כגון יוקרה ואגו ולא ע"י השיקולים שבגינם הלכתי ללמוד רפואה.

בחרתי ללמוד רפואה מטעמים אלטרואיסטים, רציתי לעזור, להקל ולרפא אנשים. לא בחרתי במקצוע משיקולים של נוחות אישית (יש מקצועות יותר נוחים) או משיקולים של יכולת פרנסה (יש מקצועות יותר רווחיים). בחרתי לרפא אנשים.

בכירורגיה בחרתי מפני ש... נו, באמת, לכירורגים צריך להסביר מדוע בחרתי בכירורגיה? הרי אין למעשה מקצוע אחר שישתווה לכירורגיה. כל שאר התחומים הם שתי דרגות מתחתנו. אנחנו בטופ.

בניגוד לאגדות שעליהם צמחתי ולסיפורים ששמעתי ולתחושת היחס (המזלזל אפילו) כלפי רפואת הקהילה גיליתי שהרפואה בקהילה היא ההזדמנות האמתית למי שרוצה לעסוק ברפואה לגעת, להגיע ולעזור לכמה שיותר אנשים. בבית החולים רופא נוגע במספר מוגבל של אנשים. בקהילה אני רואה, מכיר, בודק, מאבחן, מקדם, מרפא ולעיתים מציל מאות ואלפים של מטופלים.

העבודה בקהילה מגוונת, דינמית, מעניינת ומספקת. בניגוד למרפאה בבית החולים שבה הכירורג רואה בד"כ מטופלים מתחום מסוים, במרפאה בקהילה יש את כל המגוון – מכאבי בטן ועד בדיקות שד, מאבצסים ועד נגעים חשודים, מפרוקטולוגיה ועד בקעים וכו'. שעמום או שיגרה אין במרפאה.

העבודה גם לא מוגבלת לחדר הרופא- בין חדר הפעולות לחדר הניתוח, מהרנטגן ועד לחדר השתייה. אנו פעילים ודינמיים לא פחות מרופא מומחה בבי"ח, יתכן שיותר. בנוסף – מגוון מפגשים והרצאות שאנו מעבירים לחברינו הרופאים, האחיות ולמטופלים בקהילה.

גם הצוות והעבודה מולו- בין אם אחיות ובין אם מזכירות, וגם האינטראקציה, ההתייעצויות והדיונים עם רופאים במקצועות אחרים (בין אם רופאי משפחה או רפואה יועצת אחרת) מגבירים את העניין ואת ההתעסקות של הרופא במהלך עבודתו.

ומעל לכל האחריות – בניגוד לבית החולים שם תמיד ישנם קולגות איתם ניתן להתייעץ, מנהל המחלקה שאתו אפשר לחלוק לבטים ואחריות או ישיבות צוות או פורומים מקצועיים שונים לקבלת החלטות, במרפאה – אתה לבד. האחריות כולה עליך. וכגודל האחריות גם גודל הסיפוק. אחריות שכזאת היא לא לחלשים.

ולגבי ניתוחים – מעבר לחדר הניתוח במרפאה לניתוחים אמבולטוריים שזמין עבורנו, פעם בשבוע יש לי "יום בבית החולים" שם אני יכול להצטרף לניתוחים כרצוני. זאת מעבר כמובן לקאדר העצום של המקרים והניתוחים שאותם אני יכול לבצע בכל מסגרת שהיא, כמובן, במגבלות החוק (כאן המקום להבהיר שמסיבותיי שלי אינני מנתח או עובד בשום מסגרת פרטית אך זו החלטתי האישית).

גם לגבי האופק – העבודה בקהילה איננה בהכרח דריכה במקום, יש אפשרויות לקידום לתפקידי ניהול בנוסף לעבודה במרפאה – הן במסגרת המרפאה והן במסגרת קופת החולים, ואפשרות להשתלב בפרויקטים המתנהלים בקופה.

כל זה כמובן מבלי להזכיר את הנוחות שבעבודה בקהילה ואת התגמול הגבוה עליה.

לסיכום – כל מומחה בכירורגיה שחושב שהוא מספיק טוב לעמוד בעומס, גיוון, אתגר אישי ומקצועי ומעל לכל באחריות שבעבודה בקהילה מוזמן לבוא ולנסות. הטובים ביותר - יתקבלו.

מבט אל יחידת הטראומה במרכז הרפואי רמב"ם - מאז ועד היום...



האני באחוס, מנהל היחידה לכירורגיה דחופה וטראומה במרכז הרפואי רמב"ם, חיפה

הקמתה של יחידת הטראומה במרכז הרפואי רמב"ם היה שזור, מושפע ובקשר הדוק עם הקמת מערכת הטראומה הלאומית.

בשנת 1985 החל יואל דונחין בבניית מערכת טראומה במסגרת הצבאית. במהלך השנה הזאת הוקמה קבוצה של רופאים שהתענינו מאוד בטראומטולוגיה ובטיוב המערכת בישראל. הקבוצה כללה בתחילת הדרך 5-6 משתתפים בלבד ומטרתה הייתה לדון במקרי פציעה מלחמתית, בחינת מערכת הטראומה הצבאית ושיפור איכות הטיפול.

משה מיכלסון - אז רופא בכיר בטיפול נמרץ כללי במרכז הרפואי רמב"ם, לאחר השתתפותו באחד מהדיונים בפורום הצבאי בניהולו של יואל, החליט להעתיק את הרעיון ולארגן פורום טראומה דו חודשי במרכז הרפואי רמב"ם. בשנת 1986 התקיים פורום הטראומה הראשון בבית החולים ומטרתו העיקרית הייתה "ללבן את כול הבעיות הקשורות בטיפול בחולה עם החבלות המרובות". לאחר מספר חודשים פורום הטראומה של בית החולים עבר למתכונת חד חודשית. ביוני 1986 התכנסה הישיבה הראשונה של הועדה לאיכות

הטיפול בטרומה בראשותו של משה ובשנת 1988 נכתבו והופצו ברמב"ם נוהלי הטיפול בפצוע.

במקביל לפעילות זו התארגנה קבוצת רופאים אשר כונתה רולט"ה- רופאים למען טראומה אשר בתחילת דרכה לא כללה כירורגים כלל.

קבוצת רופאים זו שמה לה למטרה לבנות, לשפר ולארגן את מערכת הטרומה הארצית. הקבוצה נפגשה באופן קבוע עד הקמתה של ועדת רווח לענייני הטרומה ברמה הלאומית בשנת 1991. ציודו של חדר ההלם הראשון ברמב"ם נרכש במימון משרד התחבורה.

קורס ה- ATLS – הראשון בארץ התקיים בחודש ינואר 1991 בזכות מאמציו ופועלו של אבי ריבקינד. בקורס המדריכים הראשון היו שמונה רופאים מבית החולים רמב"ם אשר שימשו לאחר מכן כמדריכים בקורס הארצי וכן בבית החולים.

במאי 2000 התקיים פורום טראומה צפון ראשון בו השתתפו רופאים מכול בתי החולים בצפון, אנשי שטח והצבא, מטפלים רפואיים סיעודיים ופארא רפואיים. בשנת 1994 נפתחה רשמית יחידת הטרומה במרכז הרפואי רמב"ם במעמד שר הבריאות והתחבורה, פיקוד העורף ופיקוד הצפון.

1995 בשנת 1995 מונתה לראשונה מתאמת הטרומה ברמב"ם. הראשונה למינוי בארץ. בשנה זו החל רישום ידני של הפצועים ביחידת הטרומה. רישום ישני נמשך למעשה עד עד להקמת מכון גרטנר כמכון הארצי הרשמי לרישום הטרומה.

המרכז הרפואי רמב"ם הוא מרכז המוגדר כ- LEVEL I TRAUMA CENTER ומהווה מרכז על- לאוכלוסיה המונה שני מיליון תושבים.

פעילות היחידה מרכז הרפואי רמב"ם מורכבת וענפה:

1. טיפול בפצועים המורכבים
2. מעקב אחרי הפצועים המורכבים בביקורים יומיים
3. תיאום בין הגורמים השונים לטיפול בפצועים והמעקב אחריהם

4. תיאום העברת הפצועים המורכבים מהמחלקות לטיפול נמרץ אל מחלקות האגף הכירורגי
5. תיאום העברת הפצועים המורכבים מהמחלקות לטיפול נמרץ ומהמחלקות הכירורגיות האחרות בבית החולים אל מסגרות שיקום מחוץ לבית החולים
6. סיוע למשפחות הפצועים

הפעילות האקדמית אף היא רחבה וכוללת:

1. ועדת איכות הטיפול בטרומה הכוללת 20 חברים קבועים, כולל חברי הנהלת בית החולים ורופאים המיציגים את תחומי הטיפול השונים בפצועים. הוועדה נפגשת אחת לשבוע לדיון במקרים המורכבים והמקרים המציגים בעיות מערכתיות על מנת להפיק את הלקחים ולהטמיע את השינויים
2. פורום טראומה המתקיים אחת לחודש אליו מוזמנים כול הצוותים הרפואיים והסיעודיים והפארא רפואיים ומיועד להצגת מקרים מלמדים או הרצאות בתחום הטרומה לעדכון הצוותים המטפלים
3. פורום טראומה צפון - אשר מתקיים אחת לשנה מאז שנת 2000 משמש במה מקצועית לכול העוסקים בתחום הטרומה. הפורום מיועד לצוותים רפואיים, סיעודיים, מד"א ופארא רפואיים, אנשי רפואה ביחידות צה"ל השונות, מנהלי יחידות הטרומה ורופאים בכירים מבתי החולים השונים בישראל. מטרת הפורום היא לשפר את איכות הטיפול בפצועים הטיפול השונים וכן לשפר את הקשר והתקשורת בין הצוותים השונים
4. הרצאות בתחום הטרומה במחלקות השונות ברחבי בית החולים, בבתי חולים בצפון הארץ, הפקולטה לרפואה, סטודנטים לרפואה מאוניברסיטאות בחו"ל ולבתי ספר יסודיים ועל יסודיים באזור הצפון. צוות יחידת הטרומה מוביל את את

המרכז ללימודי טראומה של הקריה הרפואית רמב"ם בו
נערכים קורסים בנושאי הטראומה למתלמידים מהארץ והעולם

מנהל היחידה הוא האני באחוס

עמו על המלאכה-

שחר גרונר- סיים התמחות על בטראומה במסגרת התוכנית
הישראלית. שחר הוא רופא בכיר מערך לכירורגיה כללית וטראומה

דוד הוכשטיין - סיים התמחות על בטראומה במסגרת התוכנית
הישראלית ואף הוא רופא בכיר במערך לכירורגיה כללית וטראומה

גילה היימס מרכזת את תחום הטראומה בסיעוד

חן בן- לולו מתאמת טראומה

טניה ח'יאט, גלית בר- און ואלינה סקומורובסקי הן רשמות הטראומה
רשמת טראומה. מזכירת יחידת הטראומה ובית הספר לטראומה היא
יעלי מרום

מדי שנה מתאשפזים ביחידה כ-4,000 פצועים.

ליחידה מופנים כ- 43% מכלל העברות הפצועים בכל הארץ ו- 53%
מכלל העברות הילדים בישראל. בכול שנה מתאשפזים 750-800
פצועים קשים (ISS < 16) וכ- 20% מהפצועים הם ילדים מתחת לגיל
14 שנה.

1100-1200 פצועים מטופלים בחדר ההלם. 22.24% מכלל
המתאשפזים הם פצועים אשר הועברו מבתי חולים אחרים. ממוצע
של 70 העברות מוטסות בשנה. 85-88% מהפצועים נחבלים במנגנון
של פציעה קהה ו- 10% לוקים בפציעה חודרנית. בכול שנה
מתבצעות 1300 - 1350 פעולות ניתוחיות.

נייר עמדה של האיגוד בנושא מבצע קיצור תורים של משרד הבריאות

לאחרונה התבשרנו כי משרד האוצר שחרר סכום כסף מכובד למבצע קיצור התורים ברפואה הציבורית ולרווחת החולים.

מצער היה לקרוא בעיתון כי שחרור הכספים נכרך באימוץ הנחיה וחוק כי רופא אשר ייתפס לכאורה מעביר חולה לשרות הפרטי, שלא לאחר תקופת צינון בת חצי שנה, צפוי לקנס של 14,000 ש"ח או מאסר של שישה חודשים. הזדעזענו וחשנו אי נוחות מהכפפה של תקציבי קיצור התורים לחוק החדש.

איגוד הכירורגים בישראל רואה ברכה רבה בהקצאת כספים לקיצור תורים במערכת הציבורית אך מוצא אליה וקוץ בה.

המערכת הציבורית עמוסה ודחוסה להפליא.

מימוש מבצע קיצור התורים, לו כולנו מוכנים להיות שותפים, חייב להיות מבוסס על-

1. דיון בנושא תקינת רופאים. בצוות הקיים כיום במחלקות המנתחות קשה מאוד להוסיף פעילות ניתוחית. הפעילות הניתוחית לא מתחילה עם הכנסת החולה לחדר הניתוח ואינה מסתיימת כאשר החולה מתעורר מן ההרדמה. יש פעילות רפואית רבה של הכנה לניתוח וכמובן של טיפול פוסט אופרטיבי.

2. דיון בתקינת אחיות. הצוות הקיים כיום במחלקות המנתחות אינו מספיק בכדי לטפל בבטחה בחולים המאושפזים במחלקה ממילא. תוספת לאחיות במחלקה ואחיות בחדר הניתוח חייב להיות חלק בלתי נפרד מפרויקט קיצור התורים.

3. וועד איגוד הכירורגים אוסר על רופאיו לנתח ניתוחים אלקטיביים במשמרת שלישית (משמרת לילה) וזאת בעבור כל תמורה.

4. שכר המנתח לפרויקט קיצור התורים חייב להיות אחיד בין כל בתי החולים המשתתפים במבצע ובמיוחד לא יכול להתקיים כל

הבדל בין בתי החולים הממשלתיים לאלו של שרותי בריאות כללית.

א. שכר המנתח הבכיר יהיה לא פחות מ- 10% מתחשיב ה- DRG לניתוח הספציפי.

ב. שכר המנתח הזוטר יהיה לא פחות מ- 5% מתחשיב ה- DRG לניתוח הספציפי.

ג. במידה ויכללו ניתוחים שאינם מגובי DRG ישמח האיגוד לדון עם הגורמים השונים על שכר המנתח.

5. בכול מקרה לא ייווצר מצב ששכר הצוות המסייע (סיעוד, מרדימים, התעוררות, סייעים) ימומן משכר המנתחים.

וועד איגוד הכירורגים רואה בברכה פרויקט קיצור התורים אך מבקש להבטיח כי יעשה בבטחה לחולים, בתנאים נאותים ובשכר הוגן לצוות המנתח.

קווי מתאר לחשיבה מחודשת על ממוגרפיית סקר בישראל
נערך ע"י תנ"ר אלוויס ודני הרשקו

1. **רקע:** סרטן השד הוא הסרטן השכיח ביותר בקרב נשים בישראל, ומהווה מעל 30% מכלל מקרי הסרטן בקרב נשים, ואחראי ל 18% ממקרי התמותה מסרטן. על פי נתוני היחידה לרישום סרטן במשה"ב מאובחנות בישראל בכל שנה כ 5000 נשים חדשת עם סרטן שד. מרביתן (65%) מאובחנות בשלב מוקדם ורק 2.4% עם סרטן שד גרורתי בעת האבחנה. עוד נמצא מהנתונים כי 20-25% מן המאובחנות החדשות בכל שנה הן מתחת לגיל 50

המלצות משרד הבריאות לבדיקות סקר כיום כוללות:

3.1 אוכלוסיות הסקר:

3.1.1. בדיקת ממוגרפיה לנשים בגיל 47-50 שנים, אחת לשנתיים. במסגרת תכנית סריקה יוזמה

בזימון אישי, המומלצת לנשים באוכלוסיה בסיכון רגיל.

3.1.2. בדיקת ממוגרפיה אחת לשנה, לנשים מגיל 40 שנה:

אשר להן קרובת משפחה מדרגת ראשונה שאובחנה כחולת סרטן השד;

עם מחלת שד שפירה עם אטיפיה בביופסיה;

נשים הנמצאות בקבוצת סיכון גבוהה מסיבות אחרות לפי שיקול דעת הרופא המטפל.

סעיף 3.1.1 מיושם באמצעות זימון אקטיבי ומבוקר על ידי קופות החולים, עם היענות של כ 80% מכלל האוכלוסייה.

סעיף 3.1.2 מיושם על פי שיקול דעת הרופא המטפל (רופא משפחה או כירורג), ואין מנגנון למעקב אחרי החלתו.

בנוסף, לנשים הנמצאות בסיכון גבוה מאוד לפתח סרטן שד (בעיקר נשאות של מוטציות מוכרות ובוגרות קרינה) מומלץ לבצע גם MRI שדיים אחת לשנה מגיל 25 (3).

יישום ההמלצות ל MRI שד הינו בהמלצת רופא מטפל ואין מנגנון מעקב.

2. בדיקות סקר לאבחון מוקדם של סרטן השד: ממוגרפיה היא בדיקת הסקר היחידה לגביה הוכח במספר מחקרים רנדומליים גדולים שמפחיתה את התמותה מסרטן השד הודות לאבחון מוקדם. תוצאות אלה הוכחו כנכונות בנשים מגיל 40.

אולטרסאונד שדיים משפר את הזיהוי של גידולים בשלב מוקדם, בעיקר בנשים עם מבנה שדיים סמיך (4), אך אינו מהווה תחליף לבדיקת סקר ממוגרפית.

MRI שדיים כבדיקת סקר מומלץ רק לנשים בסיכון מאוד גבוה, כמו נשאות של מוטציות גנטית ובוגרות קרינה.

3. המלצה לעדכון הנחיות לביצוע בדיקת ממוגרפיה כבדיקת סקר:

בעידן הרפואה המותאמת אישית, מן הראוי שגם בדיקות סקר תהינה מותאמות אישית, על פי דרגת הסיכון בקבוצות גיל שונות.

ההצעה למתווה חדש לבדיקות סקר יוזמת מבנה מעט יותר מורכב, אך כזה שמתייחס הן לדרגת הסיכון, הן לגיל והן למבנה השד (ועל כן ליעילות של בדיקות הדימות השונות).

בהסתמך על מחקרים מבוקרים מהעת החדשה, אנו ממליצים להחיל בדיקות סקר לנשים מגיל 45, כדי לתת מענה לעובדה שכ- 20% מן המאובחנות החדשות הן מתחת לגיל 50 (רובן מעל גיל 45).

על פי ההצעה נשים תוגדרנה כ**סיכון רגיל** או **סיכון גבוה** על סמך גורמי הסיכון העיקריים (ספור משפחתי משמעותי, טיפול הורמונלי תחליפי אחרי גיל המעבר, ומבנה שדיים סמיך).

לנשים **בסיכון רגיל** תומלץ ממוגרפיה שנתית מגיל 45 עד 65, ואחת לשנתיים מגיל 65, כל זמן שתוחלת החיים הצפויה היא מעל 5 שנים בהתחשב במחלות רקע.

לנשים עם **מבנה שדיים סמיך** יש לבצע גם אולטרסאונד שדיים בסמיכות לביצוע הממוגרפיה כבדיקה משלימה.

נשים בסיכון מוגבר הן נשים שלהן לפחות אחד מן המאפיינים הבאים:

- נשים שאובחנו בעבר עם ממצא טרום-ממאיר בשד (אטיפיה, LCIS) או חלו בעבר

בסרטן שד או סרטן שחלה

- ספור משפחתי של סרטן שד או סרטן שחלה לקרובת משפחה מדרגה ראשונה

- טיפול הורמונלי תחליפי משולב (אסטרוגן ופרוגסטרון) אחרי גיל המעבר, החל מ 5 שנים אחרי התחלת הטיפול.

- מבנה שדיים סמיך בממוגרפיה BIRADS3 או BIRADS4.

לנשים בסיכון מוגבר יש להמליץ על ממוגרפיה שנתית מגיל 40 (כל זמן שתוחלת החיים הצפויה היא מעל 5 שנים בהתחשב במחלות רקע) בתוספת אולטרסאונד שדים כל זמן שמבנה השדיים בממוגרפיה הינו סמיך.

(כל האמור אינו חל על נשאיות של מוטציה מוכרת או נשים שחשודות כנשאיות או בוגרות קרינה בגיל הילדות שנמצאות בסיכון מוגבר - להן יש להתאים מעקב פרטני כולל MRI שדיים)

דרגת סיכון	המלצות
סיכון רגיל	ממוגרפיה שנתית מגיל 45 עד 65 ממוגרפיה אחת לשנתיים מגיל 65 (וכל זמן שתוחלת החיים הצפויה היא מעל 5 שנים בהתחשב במחלות רקע) תוספת אולטרסאונד שדיים כל זמן שמבנה השדיים סמיך לפי ממוגרפיה (BIRADS3-4)
סיכון מוגבר: - ספור משפחתי של סרטן שד לקרובת משפחה מדרגה ראשונה או סרטן שחלה לקרובה מדרגה ראשונה - מבנה שדיים סמיך (BIRADS3-4) - היסטוריה אישית של ביופסיה מנגע בסיכון מוגבר (כגון אטיפיה דוקטלית או לובולרית או LCIS)	ממוגרפיה שנתית מגיל 40 תוספת אולטרסאונד שדיים כל זמן שמבנה השדיים סמיך לפי ממוגרפיה (BIRADS3-4)
סיכון גבוה: - מוטציה ב BRCA אן אחד הגנים האחרים המוכרים כקשורים לסיכון לפתח סרטן שד) - או הסטוריה אישית של קרינה לדופן החזה לפני גיל	אולטרסאונד שדיים כל שנה מגיל 20 MRI שדיים כל שנה מגיל 25 ממוגרפיה שנתית מגיל 35

1. [סרטן השד בנשים בישראל, עדכון נתוני תחלואה ותמותה,](#)

[אוקטובר 2016,](#)

<http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/ICDC/ICR/Pages/publications.aspx>

2. חוזר מנהל רפואה 22/2016,

http://www.health.gov.il/hozer/mr22_2016.pdf

3. חוזר מנהל רפואה 22/2017 : התוויות לביצוע בדיקות שד

בתהודה מגנטית (MRI) במסגרת סל השירותים ,

http://www.health.gov.il/hozer/MR22_2017.pdf

4. Combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. Berg WA¹, Blume JD, Cormack JB, and ACRIIN 6666 Investigators. JAMA. 2008 May 14;299(18):2151-63