

התמחות במקצועות הכירורגיים בעידן מגבלת שעות העבודה

תקציר:

ההתמחות במקצועות הכירורגיים, כמו גם במקצועות האחרים, עברה מהפכה ארגונית ב־10-15 שנים האחרונות. על זרזי השינוי נמנים מהפיכת המידע, שינויים טכנולוגיים, שינויים באורח החיים של מתמחים וצרכיהם, מגמת לגליזציה של מערכת הבריאות ומגבלות שונות על שעות העבודה והתורנות שחלו בעקבותיהם. תמורות אלו מחייבות חשיבה מחודשת והתאמה של היבטים רבים בהתמחות הרופאים, בהם דרכי ההוראה, מדידת איכותה, תפקיד המנהל ועוד. להלן נסקור בקצרה את התמורות, משמעויותיהן כפי שהן משתקפות בספרות העדכנית, ומשמעות השינויים בארץ בעקבות הסכם הרופאים שנחתם בשנת 2011. הכותבים מברכים על קבוצת העבודה שהוקמה לנושא זה במסגרת פורום המתמחים של הר"י לקראת ההסכם הקיבוצי שנת 2020, וממתינים לשמוע על התייחסותם.

משה סלעי^{1,3},
גידי פרת^{2,3}

¹החטיבה האורתופדית, בית חולים איכילוב; ועדת ההתמחות בהר"י
²מחלקת טיפול נמרץ ילדים, בית חולים לילדים ע"ש ספרא; המועצה המדעית של הר"י
³המועצה המדעית של הר"י

מילות מפתח: התמחות; כירורגיה; מגבלת שעות; שינוי.
KEY WORDS: Surgical; Residency; Restricted hours; Change

תוצאות הגבלת שעות העבודה

מטרת ההתמחות הכירורגית היא להפוך מתמחה למומחה בעל יכולות כירורגיות, זהיר, בעל ביטחון בידע וביכולותיו, אך גם אחראי למטופליו ולמתמחים הצעירים ממנו, ובעל יכולת בין-אישית טובה.

במאמר שפורסם בכתב העת JAMA Surgery ביולי 2017, הועלו שאלות משמעותיות הנובעות מהשינויים במגבלות זמני העבודה על ידי ה־Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) בשנת 2004, ועודכנו בשנת 2011 [2,1].

- **יש לעשות הערכה עדכנית של השפעת הגבלת שעות העבודה על איכות ההתמחות בתחום הכירורגיה בישראל. בהתאם לכך, יש להיערך לקראת הסכם הרופאים הבא.**
- **יש להקצות משאבים להתמחות איכותית ומקצועית תוך שמירה על איכות חיי המתמחים.**
- **יש לשלב את ההכשרה הכירורגית בפעילות אקדמית כחלק מובנה מההתמחות.**

במאמר שפורסם בכתב העת JAMA Surgery ביולי 2017, הועלו שאלות משמעותיות הנובעות מהשינויים במגבלות זמני העבודה על ידי ה־Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) בשנת 2004, ועודכנו בשנת 2011 [2,1].

מחד גיסא, לטענת מתמחים הן בארה"ב והן בהולנד (כמייצגי הגישה האירופאית), עדיין קיימת תחושת שחיקה (burnout) ופגיעה באיכות החיים חרף צמצום שעות העבודה, ומאידך גיסא, קיימת פגיעה קשה בתחושת הביטחון המקצועי. ממצאים אלה פורסמו ב־JAMA Surgery בדצמבר 2016, ומתארים את תחושת המתמחים כמשבר ביטחון (confidence crisis). תחושה זאת משולבת עם פגיעה משמעותית בשמירה על רצף הטיפול והמעקב של המטופלים שבאחריותם "lack of ownership" [6,5].

התשה היא הביטוי השגור בקרב מתמחים במקצועות הכירורגיים, אשר גורמת לנטישת המקצוע בשיעור של כ־18%, ופגיעה במאזן בין איכות החיים והעבודה [7]. רוב הנטישות הן בשנים 1-2 להתמחות, ובשיעור גבוה בקרב נשים. גישה מעט שונה עולה מתוצאות סקר בקרב איגוד הכירורגים האמריקאי (FIRST) Flexibility in Duty Hour Requirements for Surgical Training, הוא מאמר שפורסם בשנת 2016 בכתב העת NEJM. עולה ממנו, כי גמישות בשעות העבודה, בתנאי שהיא

הקדמה

התמחות במקצוע כירורגי בישראל היא תהליך ארוך, הנמשך לרוב 5-6 שנים, ומחייב אומץ משני הצדדים – הן מצדו של המתמחה הצעיר והן מצדו של מנהל המחלקה. המתמחה, לעיתים קרובות כבר נשוי והורה לילדים, "מפקיד" את עצמו ביד מנהל המחלקה ואומר לו: "עשה אותי כירורג..." על כל המשתמע מכך מבחינת היכולות האישיות והמקצועיות הנדרשות מכירורג. מנהל המחלקה לוקח על עצמו (בסיוע צוותו) את המחויבות האישית והמקצועית לעמוד במשימה זו. זו מחויבות הדדית, אשר במתכונתה הקלאסית, השוליינית, לא השתנתה מהותית במאות ה־19 וה־20 לקיומה של כירורגיה מודרנית. אלא שבשלהי המאה ה־20, ובמידה רבה יותר בתחילת המאה ה־21, חלו שינויים אשר חייבו את שני הצדדים – מתמחים ומנהלים – למהפך חשיבתי וארגוני.

ניתן למנות כסיבות לכך, בין היתר, את התפוצצות המידע הרפואי העומד בפני המתמחה וזמינותו של מידע זה: לא עוד "דברי אלוהים חיים" או "כזה ראה וקדש" שאמר המנהל, אלא זמינות בזמן אמתי של מקורות מידע איכותיים התומכים או שוללים או מביאים גישה אחרת לאותם דברים – זאת לצד ביקורתיות, חשיבה עצמית, ואמצעים טכנולוגיים פשוטים וזמינים, כמו ניידים חכמים (סמארטפונים), וכדומה, הנמצאים כיום בידי כל אדם.

מנגד, בין אם עקב תביעות משפטיות ומחקרים המצביעים על קשר אפשרי בין עייפות המתמחים וטעויות ו/או כשלים בטיפול, ובין אם בעקבות שינויים באוכלוסיית המתמחים, פורסמו בתחילת המאה ה־21 – בארה"ב בעיקר, אך בהמשך גם במדינות רבות באירופה – הנחיות המגבילות את שעות העבודה ומגדירות חובת מנוחה, מספר תורנויות וכדומה [1-3].

*המחבר הראשון הוא מ"מ יו"ר ועדת ההתמחות בהר"י, המחבר השני הוא יו"ר המועצה המדעית של הר"י, והמחברת השלישית היא מנהלת המועצה המדעית של הר"י

בהישגים משמעותיים עבור הרופאים המתמחים, אך בצידם גם השלכות מקצועיות וחינוכיות. "בחשבון קר" פרק הזמן שבו נמצא המתמחה בעבודה/חדרי הניתוח מתקצר והולך: יום מנוחה אחרי תורנות, אחרי עבודה בסוף שבוע, חופשות לידה ו/או מילואים, חופשות לפני בחינות שלב א' או ב', ימי חופשה כמתחייב בחוק (בתוספת לרופאים במקצועות המוגדרים עובדי קרינה: אורתופדים, אורולוגים וכד') וכד' מצמצמים את מספר ימי העבודה, הלימוד והחשיפה "נטו" למחצית עד שליש מימי השנה. הזמן המוקדש להתמחות אינו מנוצל תמיד מיטבית. עקב מצוקות כוח-אדם ואמצעים, חלק ניכר מזמן העבודה "מבוזבז" על פעילות אדמיניסטרטיבית שאינה תורמת להכשרתו ככירורג ויכולה להיעשות על ידי בעלי תפקיד אחרים, לדוגמה, עוזרי רופא. בחלק מבתי החולים, מתבצעת פעילות במרפאה לא ייעודית בקהילה על מנת לממן תקני התמחות, באופן שאינו מותאם בהכרח לדרישות ההתמחות. במקביל, מנהלי מחלקות כירורגיות, נאלצים לפעול ב"צבת" לחצים כלכליים ודרישה לביצועים והתייעלות, לעיתים על חשבון איכות ההוראה הכירורגית. גם בישראל, אם כן, עוד נכונה לנו התמודדות עם אתגרי ההתמחות והתאמתה למציאות המשתנה.

לסיכום

השינויים שחלו בעשור האחרון מהווים הזדמנות להערכה מחדש של תרבות ההתמחות, על מנת לאפשר חינוך והוראה ולימוד יחד, תוך שמירה על איכות הטיפול הרפואי. לפיכך, אנו מברכים על הקמתה של קבוצת העבודה שתעסוק בסוגיית שעות העבודה במסגרת פורום המתמחים של הר"י, ותפתח פתח להערכה מחודשת כזו.

מחבר מכותב: משה סלעי

חטיבה אורתופדית, בית חולים איכילוב
דוא"ל: moshesa@tlvmc.gov.il

מבוקרת ולא נעשה בעקרון שימוש לרעה (abuse), אינה פוגעת בבטיחות המטופל או המטפל. יש לאפשר גמישות זו כדי לשמור את הרצף הטיפולי והשלמתו כבעלי חשיבות עליונה בחינוך הרפואי הכירורגי [9,8].

ממחקרים אלו ואחרים, עולה הצורך בשיפור מערכות ההוראה למתמחים הכירורגיים ובניצול מיטבי של הזמן הקצוב בשעות העבודה; זאת בין היתר על ידי הכנה טרום תחילת ההתמחות, שימוש רב בסימולטורים פשוטים ומשוכללים, חניכה צמודה על ידי מתמחה בכיר ומומחה, ובקרה עיתית על קצב התקדמות ויכולות המתמחה.

תפקיד רב חשיבות באיכות חיי המתמחים יש למנהל המחלקה, אשר צריך לבצע הערכות עיתיות של המתמחים בהיבטים השונים: אישיים, מקצועיים, אקדמיים, ויכולות כירורגיות אובייקטיביות, ולקבוע על סמך הערכות אלו את יכולתו של המתמחה להיות כירורג בכיר ועצמאי בעתיד. במקרה של אי התאמה, עליו להמליץ ולסייע במציאת תחום מתאים יותר עבור אותו מתמחה [10,11]. כדי להקל את העומס, להקטין את תחושת ההתשה ולמנוע את המשבר שבא בעקבותיה, מוצעות תכניות מובנות להדרכה מדורגת של המתמחה הצעיר ביסודות המקצוע, ולהעלאה הדרגתית של העומס (בשונה מהגישה האומרת: "הבה נזרוק אותו למים, ונראה איך יסתדר"). התמחות מבוססת תוצאים (Outcome-Based Medical Education) או במתכונתה המקובלת במדינות רבות, וכעת גם בישראל, CBME (Competency Based Medical Education), מציעה מתכונת התמחות שאחד מעקרונותיה המרכזיים הוא התאמה לקצב ההתקדמות של המתמחה, הנמצא תחת השגחה וליווי צמודים [12].

היכן אנו נמצאים בארץ?

כללי העבודה בהתמחות בישראל נקבעים בעיקרם בהסכמים הקיבוציים, אשר ביניהם ראוי לציין את השינויים המהפכניים בעקבות שביית הרופאים 2011 והישגיה. מדובר, ללא ספק,

ביבליוגרפיה

1. Meyers MO, Sarosi GA, Brazel KJ, Perspective of residency program directors on accreditation council for graduate medical education changes in resident work environment and duty hours. *Jama Surgery* July, 5, 2017 e1-2.
2. Billimoria KY, Hoyt DB & Lewis F, Perspective of the first trial investigators on accreditation council for graduate medical education changes in resident work environment and duty hours. *jama surgery* July 5, 2017, e1-2.
3. Pulcrano M, Evans ST & Rosin M, Quality of life and burnout rates across surgical specialties a systematic review. *jama surgery* 2016 15(10):970-978.
4. Van Delodo SN, Brand PL & Verheyen CC, Burnout and quality of life among orthopaedic trainees in a modern educational programme. *Bone Joints J*, 2014:96-b,1133-8.
5. Elfenbein DM, confidence crisis among general surgery residents- a systematic review and qualitative discourse analysis. *Jama Surgery* Dec 2016 vol 51 nu12 1166-1175.
6. Pellegrini VD, a perspective on the effect of the 80-hour work week: has it changed the graduating orthopaedic resident? *J Aaos* June 2017 vol 25, no 6,416-426.
7. khoushal Z, Hussain MA & al, prevalence and causes of attrition among surgical residents- a systematic review and meta-analysis. *Jama Surgery* 2017:152(3):265-272.
8. Mouawad NJ, Kulaylat A & Hoffman RL, perspective of surgical resident trainees on accreditation council for graduate medical education changes in resident work environment and duty hours. *Jama Surgery*, July 5, 2017, e1-e2.
9. Bilimoria KY, Chung JW & Hedges JL, national cluster-randomized trial of duty -hours flexibility in surgical training. *E Eng J Med*, 2016:374(8):713-727.
10. Schwed AC, Lee SL, Salcedo ES & al, Association of general surgery resident remediation and program director attituded with resident attrition. *Jama Surgery*, 2017 august 16 e1-e7.
11. Aggarawal R, intraoperative surgical performance measurements and outcomes- choose your tools carefully. *Jama Surgery* august 9, 2017, e1-e2.
12. Dougherty P, Andreatta P, orthopaedic education: competency based medical education-how do we get there? *Clin Orthop Relat Res* (2017) 475:1557-1560.