



# מקבילים הכרה

איך מתבצעת ההכרה במחלקות המכשירות רופאים מומחים, ומהם הסטנדרטים הנדרשים ■ כיצד מבטיחים שלא תהיה אפליה בין המרכז לפריפריה ■ ואיך מוודאים שהרמה המקצועית תישמר גם במקצועות רפואיים קטנים

« עדי להב

של אנשי מקצוע. אחוזי היענות גבוהים מצד הרופאים הבכירים ביותר במערכת, ממקצועות שונים, מעידים על החשיבות שהם מייחסים לנושא. האתגר המרכזי הוא להמשיך ולהחיל את המספר האדיר והמפואר הזה בהתנדבות, כאשר בעולם אנשים עושים מעט מאוד דברים חנים אין כסף».

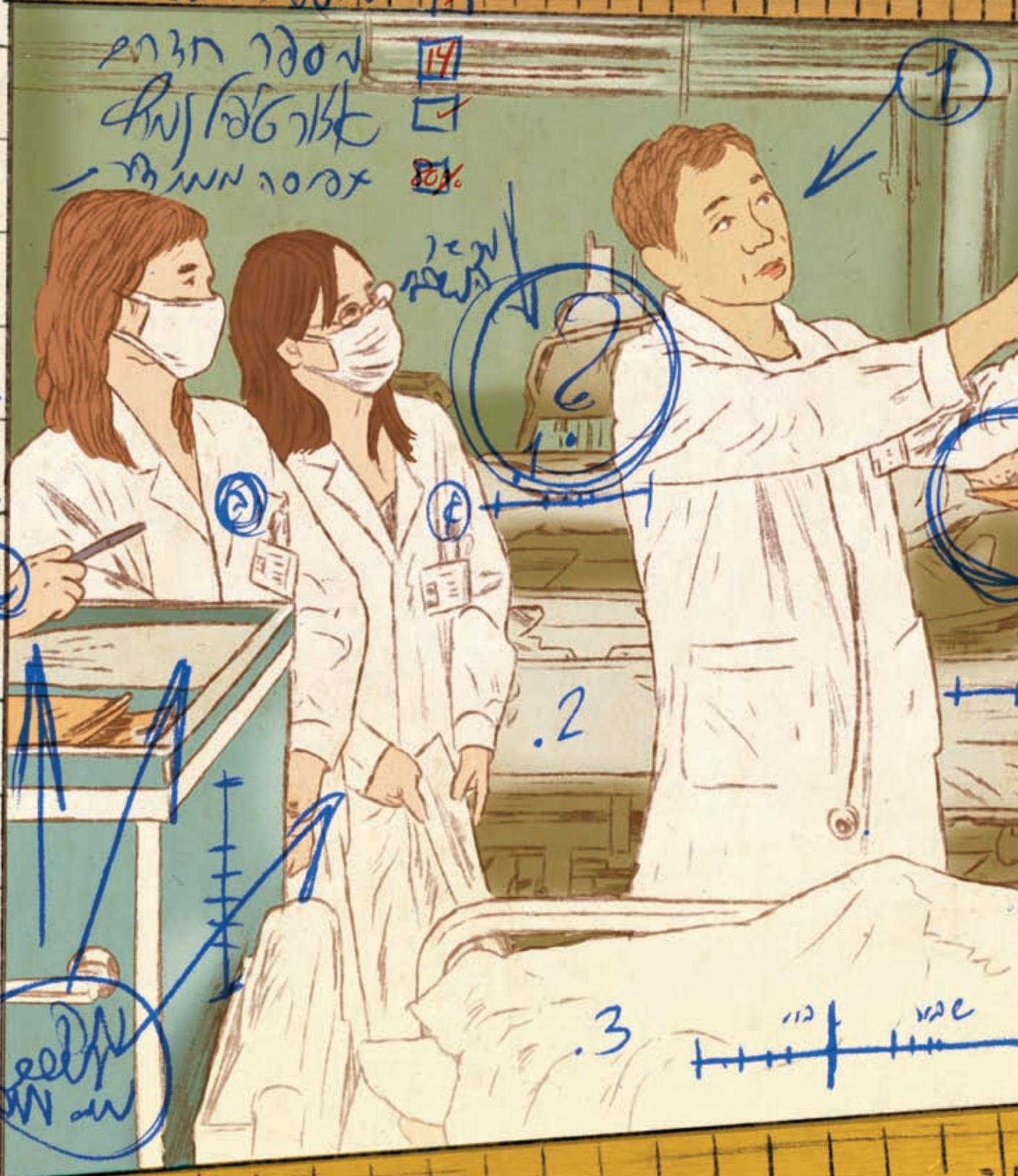
## השיטה האמריקאית

פרופ' שוקי שמר, יו"ר אסותא מרכזים רפואיים ומנכ"ל משרד הבריאות לשעבר, מדגיש כי כדי לשמר רמת התמחות גבוהה, המחלקות נערכות מדי כמה שנים לחידוש ההכרה, והקריטריונים להכרה במחלקות משתנים ממקצוע למקצוע וממחלקה למחלקה. בהתאם למאפייניה (ראו מסגרת בעמוד 25). לדבריו, "מהות התמחות היא שעל הרופא להיחשף בתקופת התמחותו למרבית הפעולות האבחנתיות והטייפוליות במקצועו. ככל שהדברים מתחדשים והולכים,

(המשך בעמוד הבא)

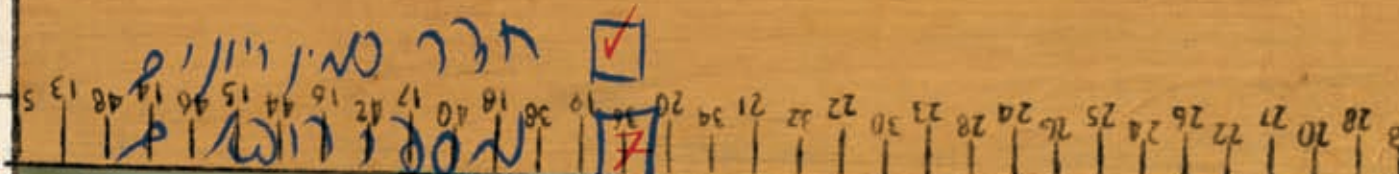
מת התמחות במקצועות הרפואיים השונים בישראל היא מהגבוהות בכל השוואה בינלאומית - בראש ובראשונה כתוצאה מרמת הרפואה הגבוהה הנהוגה בארץ. בעוד שבתחילת ימיה של המדינה פעילות התמחות בתי החולים היתה צריכה להוכיח את עצמה, הרי שהיום בכירי הרופאים במדינת ישראל - מנהלי מחלקות, מנהלי מכונים ואחרים - הם השגרירים והתוצר של אותה התמחות מוקפדת.

על שמירת הרמה הגבוהה של התמחות בישראל אמונה, בין השאר, המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית, שלה הסמכות הרגולטורית להכרה במחלקות לצורך התמחות. בשנות פעילותה המועצה הכירה למאות מחלקות ומכונים, והסירה את ההכרה מחלקים. ההתמחות נשענת על בסיס רחב של מחלקות ומכונים מכל רחבי הארץ. "הגדולה של המערכת היא בכך שהיא פרוסה מהצפון ועד לדרום", מציין יו"ר ההסתדרות הרפואית, ד"ר ליאוניד אידלמן. "זהו מפעל שהוא בנפשו של הרופאים הבכירים, התורמים להכשרת דור חדש



הסדר חזרה  
הארכת הפעולה  
צפייה מחדש

80%



2

1

.2

.3

112  
120

הערה  
למנחה

“חשוב לצייד את המתמחה בידע תיאורטי מצד אחד, ובלמוד דרך התנסות בבדיקת חולים מצד שני”  
צילום אילוסטרציה: סטוק פוטוס

## פעילות הוועדה להכרה וביקורת 2005-2009

1,476

סך הכל מחלקות מוכרות

66

מחלקות חדשות הוכרו

26

מחלקות מהן הוסרה הכרה

940

ועדות בדיקה מונו

\* מקור: הוועדה להכרה וביקורת בהסתדרות הרפואית

נמרץ, וכך בכל תחום ברפואה. פרופ' לינדנר אומר כי בהתמקצעות צעות זו יש ברכה רבה, “שכן היא הביאה אותנו לידי כך שהמומחים מספקים פתרונות שבעבר לא היו. עכשיו צריך למצוא את הדרך הנכונה ואת המידתיות בין עידוד המקצוע ואת שמביאה בסופו של דבר לשיעור יתור טוב, לבין שמירת המקצוע תחת אותה קורת גג”.

– איך זה בא לידי ביטוי בהכרה? “בצורה הברורה ביותר, כשאנחנו צריכים להחליט אם מחלקה תהיה מוכרת הכרה מלאה אך ורק כשיש לה כל תחומי המשנה של אותו מקצוע – או שמא לא”, אומר פרופ' לינדנר.

פרופ' שמר מוצא כנכונה את ההתנהלות הקיימת, שלפיה במחלקות שבהן יש פעילות מצומצמת נעשית הכרה משולבת עם המחלקה האם או עם מחלקה אחרת החוברת למחלקה הראשונה. “חייבים להיות הסכם ושותפות בין בתי החולים והמחלקה”, הוא אומר. “בסופו של דבר, המתמחה חשוף בשהותו בשתי המחלקות לכלל הפעולות, ומקבל את ההתמחות המלאה. אני רואה

איננו מעוניינים לאפשר הכרה ולהכיר שיר מומחים במקומות שאינם ראויים לכך, ומאידך, איננו מבקשים ליצור מראש ריכוז כלשהו של בתי חולים מלמדים”.

### הגזע והענפים

סוגיה מרכזית נוספת ברפואה המודרנית היום היא ההתמקצעות לעומת ההתפצלות. בכל תחום של הרפואה חלות התפתחויות מדעיות, כמו גם התפתחות של ידע, טכנו-לוגיה ואמצעים שונים הדרושים להתמקצעות ברמה הגבוהה ביותר. “זה כמו ענפים שיוצאים מגזע אחד, אבל הולכים ומתרחקים ממנו”, שואל פרופ' לינדנר דימוי מעולם הטבע. “עד שאתה כבר לא יודע איפה החיבורים לגזע המרכזי, ואם הוא יכול לשאת את כל הענפים הכבדים האלה. ובאופן מעשי יותר אפשר לתת דוגמה מתחום הקרדיולוגיה. בתוך הקרדיולוגיה התפתחו תחומים שונים, עד למצב שמי שעוסק בתחום אחד והתמקצע בכך, אין לו הבנה וידע בתחומים אחרים. מי שעוסק בצנתורים אינו עוסק בטיפול

הרפואית. “זו השיטה האמריקאית, ולא בהכרח מה שעובד שם טוב גם עבורנו. ככל שמתגלה עד כמה מערכת הבריאות שלהם לוקה בחסר, ברור שאין מקום להעתיק אותה כיחידה אחת ולייבא אותה ארצה”.

העמדה שנוקטת המועצה המדעית בנושא זה מתייחסת לכל בית חולים, לכל מרפאה ולכל מכון שעושים מדיים בקריטריונים כאל גופים שיכולים לקחת חלק במטלה של הכשרת

(המשך מעמוד קודם)

כך יש צורך לעדכן אותן פעולות. מנהל המחלקה צריך להיות מעודכן בכל החידושים הרפואיים, להטמיעם במחלקתו, ולדאוג לכך שהמתמחים ייחשפו לכלל הפעולות. תפקידו של מנהל המחלקה לווסת את הפעילות בין המתמחים ולוודא שהם אכן ממלאים אחר דרישות ההתמחות”.

בשנים האחרונות, ככל שעולם הרפואה הולך ומתמקצע, וככל שהרפואה הציבורית מתמודדת עם מחסור מחמיר בכוח-אדם, עומדות לפתחה של המועצה המדעית סוגיות עקרוניות חדשות, שיש לתת עליהן את הדעת. כך למשל קיימות שתי השקפות עולם שונות בתכלית: הראשונה גורסת כי ניתן לרכוש את כל ההוראה והכשרת המתמחים בכמה בתי חולים גדולים, המכילים את כל הנדרש

# מקבלים הכרה

מומחים. “בצורה כזו אנחנו פורסים את ההכשרה על פני כל המדינה, דבר שתורם הן להכשרה והן לבתי החולים”, מנמק פרופ' לינדנר. “אין ספק שבית חולים שיש בו מתמחים, זוכה לחומר דלק קבוע לחשיבה, לביקורת ולהתעדכנות – וזה רק משפר את איכות השירות הניתן לאזרח. על כן, למרות שהדיון הזה קיים כל הזמן ברקע, אנחנו בוחנים אותו מדי פעם בצורה אובייקטיבית. מצד אחד,

ללימוד, וכל השאר ישמשו למתן שירות לאוכלוסיה – ואילו השנייה רואה בכל בית חולים או מוסד רפואי שעומד בקריטריונים שנקבעו גוף ראוי להכשרת מתמחים. “התפיסה של בתי חולים מלמדים לעומת בתי חולים שנותנים שירות רפואי לא התקבלה כאן – ובצדק גמור”, סבור פרופ' אריה לינדנר, מ”מ יו”ר המועצה המדעית ויו”ר הוועדה להכרה וביקורת של ההסתדרות

### פרופ' אהובה גוליק

הקניית סטנדרטים לקריאת מאמרים וספרות מקצועית, הקניית ערכים, היכרות עם מגוון חולים, הקניית יכולת ללמד ולעשות מחקר – כל אלה יכולות להתקיים בכל בית חולים, גם אם הוא באילת או בצפת.



בית חולים, גם אם הוא באילת או בצפת. זה לא משנה

### פרופ' שוקי שמר

על הרופא להיחשף בתקופת התמחותו למרבית הפעולות האבחנתיות והטיפוליות במקצועו. מנהל המחלקה צריך להיות מעודכן בחידושים הרפואיים,



להטמיעם במחלקתו, ולדאוג לכך שהמתמחים ייחשפו לכלל הפעולות



## // ד"ר ליאוניד אידלמן

זהו מפעל שהוא בנפשו של הרופאים הבכירים, התורמים להכשרת דור חדש של אנשי מקצוע. אחוזי היענות גבוהים מצד הרופאים הבכירים ביותר במערכת, ממקצועות שונים, מעידים על החשיבות שהם מייחסים לנושא //

## הכרה בהתמחות: ככה זה עובד

על-פי תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות תשל"ג 1973), התמחות מתקבלת על-ידי עבודה במוסד מוכר. הכרה זו – החלה על מוסדות רפואיים, יחידות, מכונים, מחלקות, מעבדות ומרפאות – ניתנת לתקופה של חמש שנים. הוועדה להכרה וביקורת אחראית מטעם המועצה המדעית על מתן ההכרה – מלאה או חלקית – ועל הסרתה במקרה הצורך בתהליך מובנה ומוקפד.

האיגודים השונים כותבים את הקריטריונים להתמחות, ואלה נדונים במליאת הוועדה להכרה וביקורת, ומוכנסים בהם שינויים אם נדרשו. מחלקה המבקשת לקבל הכרה, פונה לוועדה בבקשה לפתוח בהליכים על בסיס הקריטריונים שנקבעו למקצוע. הפנייה לוועדה נענית בבקשה לקבל חומר עדכני על המחלקה ועל פעילותה, וכן לקבל את קורות החיים של מנהל המחלקה. תנאי בסיס להכרה הוא שבמקום מועסקים לפחות שני מומחים במקצוע במשרה מלאה.

הוועדה להכרה למחלקה ספציפית מורכבת משלושה חברים – שניים מהתחום, ועוד מומחה מתחום קרוב. הם מגיעים למחלקה הרלוונטית בבית החולים, מקבלים סקירה כללית על המקום, ושואלים מגוון שאלות על בסיס שאלון מנחה לגבי הפעילות המתבצעת במחלקה. אם לחברי מליאת הוועדה יש השגות, הם מגיבים בתוך שבועיים. אם יש הערה כלשהי, הדוח יגיע למליאת הוועדה לדיון פתוח. לאחר מתן האישור, מוציאה מזכירות הוועדה מכתב למנכ"ל משרד הבריאות, חתום על-ידי יו"ר המועצה המדעית ויו"ר הוועדה להכרה וביקורת – המאשר להכיר במחלקה או במרפאה המסוימת, ולאחר מכן אותה מחלקה מקבלת תעודה.

ההכרה במחלקה אינה קבועה. מחלקה חדשה מוכרת למשך שנתיים, ולאחר מכן עוברת ביקורת. אם ענתה על הדרישות, היא מקבלת הכרה לחמש שנים. בתום כל חמש שנים יש לחדש את ההכרה בתהליך דומה לזה שהתקיים בשלב ההכרה הראשון. במקרים מסוימים הוועדה להכרה מבקרת במקום בתום חמש השנים, מתריעה על ליקויים, וממליצה להקטין את ההכרה או להסיר אותה. מנהל המחלקה ומנהל בית החולים רשאים לערער על כך, הם מוזמנים לדיון עם יו"ר ועדת הבדיקה, ולאחר מכן מליאת הוועדה מחליטה לכאן או לכאן.

בית החולים. בנוסף נדרש המתמחה להמציא למועצה המדעית רשימה מפורטת של כל ההרדמות והפרוצדורות השונות שעשה במהלך התמחותו, על מנת שניתן יהיה לבדוק אם אמנם מילא אחר כל דרישות סילבוס ההתמחות, הכוללות בין היתר את מספר הפרוצדורות המינימלי שבו חייב המתמחה בכל דיסיפלינה הרדמתית.

פרופ' עזריאל פרל, יו"ר איגוד הרופאים המרדמים, מעיד כי במהלך שנותיו כמנהל מחלקת הרדמה התרשם מהאופן שבו מקפידים המועצה המדעית על מילוי חובות המתמחה. "לעתים זה נראה כהחמ"ר מוגזמת, אבל אני מבין את הצורך בכך", הוא אומר. "יש כוחות רבים שיכולים לפגוע בהתמחות מסודרת, ובראש ובראשונה המחסור בכוח אדם, שקיים כמעט בכל המקצועות הרפואה הציבורית, ולבטח במקצוע הרדמה".

המועצה המדעית מספקת את המעטפת הפרוצדורלית של ההתמחות, אך רמת ההתמחות תלויה בראש ובראשונה במנהלי המחלקות האח-

זאת בחיוב רב, שכן הדבר מפרה את שתי המחלקות. למתמחה ניתנת חשיפה הרבה יותר רחבה מאשר לו היה מתמחה רק במחלקה הקטנה, ומצד שני כך עולה הרמה של המחלקה המצומצמת יותר".

### "החמרה מוגזמת"

להבדיל ממחלקות המשתייכות למקצועות עתירי מומחים, המחלקות של המקצועות הרפואיים "הקטנים", שבהם אין מומחים רבים, מתקשות לעתים לעמוד בדרישות ההכרה. ההתמחות במקצוע הרדמה – שהוכר על-ידי מבקר המדינה כמקצוע במצוקה מספר אחת – נמשכת חמש שנים. היא כוללת שלוש שנים ורבע במקצוע הראשי, שבהן המתמחה מתנסה בכל סוגי ההרדמות והניתוחים, שישה חודשים בטיפול נמרץ כללי, שלושה חודשים במרפאת כאב, שתי רוטציות בנות שלושה חודשים במקצועות משנה, ושישה חודשים של מדעי יסוד.

במהלך ההתמחות מנהל המתמחה פנקס התמחות מסודר, ובו מפורטות כל תקופות ההתמחות, שעל כל אחת מהן נדרשות חתימת מנהל המחלקה שבה שהה המתמחה וחתימת מנהל

(המשך בעמוד הבא)



# מקבלים הכרה

(המשך מעמוד קודם)

## פעילות הוועדה להכרה וביקורת (רשימה חלקית)

- ריכוז הקריטריונים להכרה ופרסומם בספר ובאתר המועצה המדעית.
- ריכוז נוהלי העבודה של הוועדה להכרה וביקורת.
- בניית שאלון ספציפי לכל מקצוע.
- הוספת שאלות על השתתפות מנהל מחלקה בוועדות בדיקה ובוועדות בחינה מאז ההכרה האחרונה.

\* מקור: הוועדה להכרה וביקורת בהסתדרות הרפואית

ראים על מתן התמחות הולמת. המח"סור במרדימים, מצד אחד, והצורך הגובר והולך בשירותי הרדמה לציבור הרחב, מצד שני, גרמו בעבר למספר מקרים של דחיית רוטציות והארכת ההתמחות באופן שפגע במתמחים. אולם כיום, דווקא אותו צורך דחוף בגיוס מתמחים חדשים גורם למנה"לי המחלקות להשקיע מאמץ ניכר במתן התמחות ברמה הגבוהה ביותר. "המתמחים החדשים בודקים לעתים קרובות את טיב ההתמחות הניתנת במחלקות השונות, ומחליטים לאיזו מחלקה להצטרף על-פי קריטריון זה", מתאר פרופ' פרל. "זהו גורם דומיננטי בשמירה על רמת ההתמחות ועל זכויות המתמחים".

### תרחיש הזוי

גורם מכריע נוסף בקביעת איכות המרדים המומחה הוא רמת בחינות ההתמחות. בכירי המרדימים בארץ, ובראשם חברי ועדת הבחינות, משקיעים מאמץ בהכנת הבחינות בכתב ובעל-פה, בבחינות עצמן, ובניתוח התוצאות והסקת המסקנות לאחר הבחינות. מדובר במאות רבות של שעות עבודה בשנה, בהתנדבות מלאה. "נראה לי כי משרד הבריאות בהנהלתו הנוכחית, המבקש להעביר אליו את סמכויות המועצה המדעית כפי ששמענו לאחרונה, כלל איננו מודע לחלק מרכזי זה בהליך ההתמחות", אומר פרופ' פרל. "ברור כי אם יתממש התרחיש ההזוי של העברת סמכויות אלה לידי משרד הבריאות, כל מערכת

הבחינות תקרוס מיידית". עם זאת מציין פרופ' פרל, כי לעתים מתגלעים חילוקי דעות עם המועצה המדעית. בתי החולים שבהם ניתן להתמחות בהרדמה מתחלקים באופן גס לשלוש קטגוריות, הוא מסביר: התמחות מלאה, התמחות כמעט מלאה - כשלמשל חסרים שלושה חודשי הרדמה במחלקת כירורגית לב או נירוכירורגיה, ומחלקות כירורגיות אלה אינן נמצאות בבית החולים (כמו למשל באסף הרופא, בכרמל ובקפלן) - והתמחות חלקית, שנתיים בדרך-כלל.

"על-פי המועצה המדעית", מסביר פרופ' פרל, "מתמחים מבתי חולים מקטגוריית ההתמחות החלקית יכולים לעשות רוטציות רק בבתי חולים מקטגוריית ההתמחות המלאה, אך לא בכאלה מקטגוריית ההתמחות הכמעט מלאה. כך למשל, מתמחים מנהריה לא יכולים לעשות רוטציה בכרמל וכי". קביעה זו פוגעת בצורה משמעותית במחל"

קות ההרדמה בבתי החולים 'הבינוניים', שבהם חסרה למשל מחלקה לנורוכירורגיה או לכירורגית לב, שכן אין הם מורשים לקבל מתמחים מבתי החולים הקטנים יותר, למרות שהרוטציות הניתנות שם הן ברמה הגבוהה ביותר.

"פנינו למועצה המדעית בבקשה לשנות מצב עניינים זה, אולם נענינו בשלילה. זו דוגמה למקרה שבו אנו מרגישים שהמועצה המדעית אינה מחשיבה את האינטרסים של הרופאים המרדימים. למרות חילוקי דעות אלה, אין ספק שהמועצה המדעית ממלאת תפקיד חיוני בקיום התמחות מסודרת וברמה הגבוהה ביותר, ואנו נמשיך בשיתוף הפעולה ובדיאלוג המתמיד הקיים בינינו".

### אכפתיות ואמונה

דילמה נוספת העומדת בפני המועצה המדעית היא הפער בין מקומות מרכזיים למקומות היקפיים. היקפי, בשונה מפריפריאלי, הוא בית חולים

שיכול להיות במרכז הארץ, אולם בהיותו קטן או בינוני חסרים בו לעתים התשתיות או הציוד הנחוצים להשלמת התמחות מוכרת, וכן יש בו פחות שירותים במקצועות רפואיים שונים. במועצה המדעית מעלים את השאלה האם יש לתת ביטוי לכך, קרי להעניק אפליה מתקנת לבתי חולים אלה. "התשובה בדרך-כלל היא לא", אומר פרופ' לינדר. "אנחנו מעודדים התפתחות של מרכזי הכשרה בכל מקום, אבל תמיד שואלים את עצמנו האם היצירה שתיווצר שם עומדת

### פרופ' עזריאל פרל

המתמחים החדשים בודקים את טיב ההתמחות הניתנת במחלקות השונות, ומחליטים לאיזו מחלקה להצטרף על-פי קריטריון זה. זהו גורם דומיננטי בשמירה על רמת



ההתמחות ועל זכויות המתמחים

### פרופ' אריה לינדר

אנחנו מעודדים התפתחות של מרכזי הכשרה בכל מקום, אבל תמיד שואלים את עצמנו האם היצירה שתיווצר שם עומדת באותם סטנדרטים ואמות מידה שאנחנו מוצאים כראויים למומחה במדינת ישראל

"יש משמעות רבה להקניית ערכים  
ואתיקה מקצועית למתמחה הצעיר"  
צילום אילוסטרציה: סטוק פוטוס



## שאלות להכרה במחלקה לצורך התמחות ברפואה פנימית

- מהו מספר המיטות על-פי תקן במחלקה?
- מהו מספר האשפוזים בשנה?
- מהי התכוסה הממוצעת?
- מהו משך האשפוז הממוצע?
- מהו מספר ימי ה"קבלה" בשבוע?
- האם קיימת ספרייה מחלקתית?
- האם קיים אזור במחלקה המוקדש לטיפול נמרץ, המצויד במוניטורים, עבור שני חולים, לפחות, על כל 30 מיטות?
- האם יש במחלקה מכשיר הנשמה אחד לפחות/עגלת החייאה/ דפיברילטור (אפשרית יחידת טיפול נמרץ אגפית כתחליף)?
- האם מתמחים משתתפים באופן שוטף בעבודות המרפאה הקשורה למחלקה, ובאיזו תדירות?
- האם מוטלת על המתמחה אחריות מסוימת וישירה על מיטות ועל פעולות שוטפות הקשורות לעבודת הרופאים במחלקה?
- מהו מספר חדרי הרופאים המומחים?
- מהו מספר חדרי הרופאים המתמחים?
- האם קיים חדר סמינריונים?

\* שאלון חלקי.

מקור: הוועדה להכרה וביקורת בהסתדרות הרפואית

מחלקה להתמחות היא מיקום בית החולים, והאפשרויות לבחירות מגוונות ניתנות יותר במרכז הארץ; אבל לגבי הנושא הקרדינלי בחינוך אנשים צעירים - הקניית ערכים וידע רפואי - אני לא רואה הבדל בין בתי החולים בישראל."

פרופ' גוליק אומרת, כי במחלקה שבראשה היא עומדת ב-15 השנים האחרונות, יש בכל רגע נתון בין שישה לשמונה מתמחים, שמגלים שביעות רצון רבה מההתמחות. "אצלנו זה עובד. המתכון הוא שהצוות הניהולי יעבוד עם האנשים, יגלה אכפתיות כלפי כל מה שקורה לאנשי הצעירים, ויהיו האמונה וההבנה שאתה צריך במסגרת העבודה שלך ללמד אנשים, להדריך אנשים ולהיות איתם. זה לא מספיק כמובן, אבל זה הבסיס".

שנוגע להתמחות, זו אינה הטרימינר לוגיה הנכונה. האם סורוקה הוא פרי פריאלי? לא. יש יתרון לעבודה בבית חולים קטן - ניתנת יותר תשומת לב למתמחה, והיחסים יותר אינטימיים. אבל זה אינדיווידואלי."

- בכל זאת, מגוון החולים גדול יותר בבתי חולים גדולים ומרכזיים.

"בבתי חולים גדולים", אומרת פרופ' גוליק, "שבהם יש מכונים ומחלקות מכל הסוגים, המתמחים נחשפים בתוך בית החולים לכל מגוון החולים. בבתי חולים קטנים יותר, שאין בהם המגוון הזה, המתמחים בהחלט יכולים לעשות רוטציה או סבבים קליניים בבית חולים אחר במסגרת ההתמחות. זה תלוי במנהל המחלקה וברופאים הבכירים של המחלקה.

"נכון שאחת הסיבות לבחירת

מחה הצעיר", היא אומרת, "וכמובן להקניה לרופא צעיר - אולי לא בשנה הראשונה, אבל בהמשך - את היכולת ללמד. אחרון ברשימה זו הוא הצורך לצייד את המתמחים בכלים על מנת שיוכלו לעשות מחקר בבוא העת. זה לא אמור לגבי כל הרופאים, אבל הכלים צריכים להינתן, וכל אחד יעשה בהם כרצונו."

משימות אלה, היא מאמינה, יכולות להתבצע בכל אחד מבתי החולים בארץ, בכל הנוגע להתמחות בפנימית. "הקניית סטנדרטים לקריאת מאמרים וספרות מקצועית, הקניית ערכים, היכרות עם מגוון חולים, הקניית יכולת ללמד אנשים ולעשות מחקר - כל אלה יכולות להתקיים בכל בית חולים, גם אם הוא באילת או בצפת. זה לא משנה", קובעת פרופ' גוליק.

"הייתי מבדילה בין בתי חולים קטנים לבתי חולים גדולים, יותר מאשר בין בתי חולים בפריפריה לבין כאלה במרכז. זה נכון שאנשים צעירים רוצים להיות במרכזים הם רוצים לגור באזור זה, אבל בעיניי במה

באותם סטנדרטים ואמות מידה שאנחנו מוצאים כראויים למומחה במדינת ישראל, והאם אדם שמסיים שם את ההכשרה שלו, יהיה באמת בעל ידע, יכולת, מיומנות, גישה אתית ומוסרית, כך שנוכל לחתום על המלצה לתת לו תואר מומחה בלב שלם."

פרופ' אהובה גוליק, רופאה פנימית ופרמקולוגית קלינית, מנהלת מחלקה פנימית א' במרכז הרפואי אסף הרופא בצרפיין, מסכימה שהשאלה הנוקבת היא האם כל מחלקה יכולה לתת התמחות - אבל לפני שבכלל חושבים על השאלה הזו, היא אומרת, צריך לחשוב מה רוצים להקנות לבוגר בית הספר הרפואה במהלך ההתמחות שלו. "ידע רפואי הוא הבסיס כמובן. חשוב לצייד את המתמחה בידע תיאורטי מצד אחד, ובלמוד דרך התנסות בבדיקת חולים וחישיבה באשר לאבחנה של החולים, מצד שני."

אולם זהו רק צד אחד של התמונה, לדבריה. "יש משמעות רבה להקניית ערכים ואתיקה מקצועית למת"