



"המתמחה הוא גם עובד,
ונדרש לתמוך"
צילום אילוסטרציה: אימג' בנק

מרח פנשים

איזון

בעידן של מחסור חמור ברופאים, המתמחים נקראים לתת שירות במחלקות האשפוז העמוסות ■ עד כמה חמורה הפגיעה באיכות ההתמחות, ומהו המפתח לוויסות נכון בין העבודה הנחוצה של המתמחים לבין צורכיהם כתלמידים

« עדי להב

להתפנות להוראה, וגם חופשות הלימודים מתקצרות מכיוון שהמחלקה מתקשה להסתדר בלי המתמחה. כך קורה, שהמתמחים המתקבלים למחלקות השונות על מנת ללמוד ולשפר את יכולותיהם במקצוע, מוצאים שלי-מודיהם נדחקים הצידה. בהסתדרות הרפואית מביעים חשש מפני פגיעה מצטברת באיכות לימודי ההתמחות. "זה מצב אבסורדי, שיוצר פגיעה במתמחים", מזהירה עו"ד לאה ופנר, מזכ"ל ההסתדרות הרפואית. "מצד שני, קשה לבוא בטענות לבית החולים העומד בעומסים בלתי אפשריים".

התנגשות תפקידים

תפקידיו הכפולים של המתמחה – הן כעובד והן כתל-מיד – מתנגשים פעמים רבות, במיוחד למול מציאות העומס במחלקות בתי החולים. פרופ' שי אשכנזי, יו"ר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית, מסביר

(המשך בעמוד הבא)

בסיומם של לימודי הרפואה המפרכים ממתנינה לרופא תקופת ההתמחות, שבמהלכה יתמקצע באחד מעשרות המקצועות ברפואה. יש לו תוכנית התמחות מסודרת, הוא נדרש למספר מסוים של פרוצדורות כמו ניתוחים, ועליו לעמוד בבחינה בכתב ובבחינה בעל-פה שתבדוק את הגישה שלו לחולה. בנוסף הוא צריך לרכוש ידע עיוני במקצוע שלו, ניסיון מעשי בעבודה וגישה אתית בתחום שבו הוא עובד. הוא נדרש להקדיש חצי שנה למחקר מדעי, כמו גם להגיש דו"ח למועצה המדעית על תקופת הלימודים של מדעי היסוד, ולקבל אישור על כך. לאחר שעמד בכל אלה במשך ארבע עד שש שנים – בהתאם למומחיות – הוא זכאי לקבל תעודת מומחה, וצפוי לעבוד במקצועו במשך עשרות שנים.

משימות אלה מורכבות, אולם המתמחה אינו מתמודד עימן בחלל ריק. בעידן שבו יש מחסור חמור ברופאים, המתמחים נקראים לתת שירות במחלקות האשפוז העמוסות לעייפה. המומחים, שעליהם נשען חלק משמעותי מהלימוד של המתמחים במחלקות, אינם מצליחים



(המשך מעמוד קודם)

ד"ר חזי לוי צריך לשלב פעילות להקלת העומס יחד עם סיטואציות שבהן הרופא הצעיר יראה מקרים רבים יתמודד עם החלטות קשות, ויקבל חניכה ראויה. בחו"ל הופחתו התורנויות, ועלו טיעונים בדבר ההשפעה השלילית על איכות ההתמחות



רות לתכנן את ההתמחות טוב יותר ולהשקיע גם בחיים הפרטיים שלהם. כל זה הם אינם יכולים לעשות בתנאים של היום. זה פוגע באיכות החיים שלהם, אבל בסופו של יום זה גם פוגע בלימוד המקצוע."

"מסתובב כסהרורי"

ד"ר אורי בלה, מומחה ברפואת ילדים, מעיד כי לאורך ההתמחות ביצע בממוצע שמונה תורנויות בחודש. "גם בחודשים שבהם לקחתי כמה ימי חופש או נדרשתי לשירות מילואים, עדיין ביצעתי שמונה תורנויות", הוא מספר, "מה שאומר שלעתים התורנויות האלה התפרסו על פני שבועיים בלבד. בחודשים מסוימים יצא שעשיתי 13 תורנויות

סבורים שכאשר מבצעים יותר משש תורנויות בחודש - נוצרת עייפות מצטברת, ואין זמן לקריאה עיונית וללימוד עצמי. כשחסר כוח־אדם, כשהתקנים אינם ריאליים, והמציאות מחייבת שבכל יום יהיה תורן במחלקה - נוצר מצב שמתמחים רבים עושים שמונה ואפילו 14 תורנויות בחודש."

"זה מפחיד אותנו", מודה עו"ד פנור. "כתוצאה ממצב עניינים זה המתמחים, בצדק מבחינתם, חושבים אלף פעם באיזה תחום רפואי לבחור, והבחירה נופלת על תחום מים קלים יותר מבחינת התורנויות ועומס העבודה. הם שואלים את העצמם מדוע לבחור בתחום הרפואה הפנימית - שם אין מספיק תקנים

כי המתמחה הוא למעשה תלמיד הלומד מקצוע רפואי שישרת אותו שנים. "הלימוד הזה הוא קריטי, שכן איכות ההתמחות תקבע את איכותו כרופא מומחה לאורך שנים, ומתוך כך את איכות הרפואה בישראל בעתיד", אומר פרופ' אשכנזי. "עם זאת, המתמחה הוא גם עובד. הוא מקבל משכורת מבית החולים, הוא תופס שורה בתקן ככל רופא אחר, ונדרש לתפוקות: זה יכול להיות ימי אשפוז במחלקות פנימיות, ניתוחים במקצועות הכירורגיים וביקורי מרפאה במקצועות שעיקר העבודה בהם היא מרפאתית, כמו אנדוקריינולוגיה."

לשאלה העקרונית - האם המתמחה הוא קודם־כל תלמיד או עובד - עונה פרופ' אשכנזי כי המתמחה הוא בראש ובראשונה תלמיד. "הוא לומד מקצוע חדש, תוך רכישת ידע עיוני, יכולת עצמאית לביצוע פעולות - ניתוחים, צנתורים, אנדוסקופיות - הפנמת תהליכי קבלת החלטות בתחומו, ויחסי רופא־חולה. לימוד זה יקבע את איכותו כמומחה", הוא מנמק. "אולם למרות שהוא קודם־כל תלמיד, אין ספק שהלימוד שלו מושפע מתנאי העבודה ומעומס העבודה. אי אפשר להתנתק מזה."

אנשים נמצאים בזמן מסוים במחלקה, ושעומס העבודה המוטל על כל אחד מהתורנים עולה". מי שמבקש למצוא נחמה ביום החופשה המוענק לאחר תורנות, יתבדה. "מתמחה שמגיע הביתה לאחר 26 שעות עבודה אינטנסיביות, פעמים רבות ללא כל שינה, מתקשה לשבת וללמוד", אומר ד"ר בלה. "מתמחים אמורים לקבל חצי יום ספרייה בכל שבוע, אולם בשל העומס הם אינם זוכים לכך. יום זה אמור היה לעזור למתמחה להקדיש זמן רב יותר ללימוד עצמי".

ברוב המחלקות, הוא מעיד, ישנה הקפדה על מתן חופשת לימודים לפני בחינות שלב א' ושלב ב', "אלא שזה לא מספיק על מנת להתכונן לבחינות מקיפות כל־כך. נדרש לימוד לאורך כל תקופת ההתמחות על מנת לעבור את הבחינות בהצלחה. תוכנית ההתמחות בארץ היא טובה, אולם אינה מובנית כמו תוכניות ההתמחות בארה"ב, שבהן הסילבוס מסודר וברור יותר. יש קושי אמיתי לבצע תוכנית שכזו כאן, מאחר שצורכי המערכת, חופשות לאחר לידה, מילואים וגורמים אחרים רבים מקשים לבצע תוכניות התמחות מסודרות".

מחפשים איזון

ואף יותר. זו תקופה שבה הגיט לג לא עובר בגלל חוסר השינה. ליל התורנות לא ישנים כלל, ולאחר התורנות לא ישנים יותר משעתיים־שלוש. אתה מסתובב כסהרורי כל הזמן". ד"ר בלה, העושה התמחות־על ברפואה דחופה ילדים במרכז הרפואי קפלן ברחובות, אומר כי הפתרון אינו מצוי דווקא בניסיון של המחלקות להגביל את מספר התורנויות שעושה כל מתמחה. ההיפך הוא הנכון. לדבריו, "אם מצמצמים את מספר התורנויות, זה אומר שפחות

ואין מספיק כוח־אדם, וכתוצאה מכך האפשרות שלהם ללמוד ולעבוד גם יחד תהיה קטנה יותר. מובן שכל זה מבסס את אי־השוויון בין הפריפריה והמרכז, כי בפריפריה אין חלופות". המצב האידיאלי, היא אומרת, הוא איזון בין תפקידי המתמחה. "המתמחים צריכים להיות חלק אינטגרלי מהמחלקה ולתת שירות - אבל לו היה מספיק כוח־אדם הם לא היו נתפסים רק כנותני שירות, לעתים כעבדים, והיתה להם אפשרות

אם יש מחסור חמור מאוד בתקנים של רופאים בבתי החולים, ועומס עבודה רב שגוזל גם מזמנם של הרופאים הבכירים שאמורים ללמד אותם, נוצרת סכנה של פגיעה באיכות ההתמחות". היבט נוסף של עומס העבודה במחלקות הוא היקף התורנויות. "המועצה המדעית רואה בתורנויות חלק בלתי נפרד מההתמחות", אומר פרופ' אשכנזי, "ולכן אנחנו דורשים שכל מתמחה יעשה לפחות ארבע תורנויות בחודש. אולם מנגד אנחנו

"60% מבוגרי הרפואה כיום הן נשים, שאינן בוחרות בתחומים כירורגיים כבדים" צילום אילוסטרציה: סטוק פוטוס



פרופ' שלמה וינקר

תפקידנו כמדריכים לדאוג שהמתמחה לא רק יעבוד, אלא גם ילמד - שיהיה לו מספיק זמן לעבור לעומק על המקרים, ולשבת עם כל חולה כמה זמן שצריך, ולא שהוא יאלץ לעבוד בקצב המטורף הרגיל כאילו הוא כבר מומחה



כירורגי כבד", הוא אומר. "אולם מה שרואים בארה"ב צפוי להיות גם פה. 60% מבוגרי הרפואה כיום הן נשים, שאינן בוחרות בתחומים כירורגיים כבדים - ואני מעריך שנגיע למצב של מחסור במתמחים".

הדאגה לעתיד התחום מביאה את ראשי האיגודים הכירורגיים לעסוק בשאלה איך "לגדל" מתמחה טוב יותר, שיהווה את חוד החנית של המקצוע. "אנחנו כל הזמן מתלבטים בסוגיה זו", אומר פרופ' עטר. "למשל, נושא חופשת התרונות. לפי חישוב של שמונה תרונות בחודש ויום חופשה למחרת, יוצא שבממוצע נשארים למתמחה רק שלושה ימי עבודה במחלקה בשבוע. מטבע הדברים, האימוץ נפגע. אין רצף בטיפול, אין מעקב אחרי ניתוח".

לדבריו, עלו קולות באיגודים הכירורגיים השונים, שלפיהם מצב

(המשך בעמוד הבא)

היומיום במסגרת ישיבות צוות ודיון במקרים. אנחנו מקפידים גם על חופשת בחינות בת חודש. במסגרת זמן זו אנחנו מציעים למתמחים קורס של שלושה ימים, בעלות סמלית, כהכנה מרוכזת לבחינה".

פרופ' עטר מצפה מהמתמחה להקדיש ללימודים את יום החופשה שלאחר התרונות. "שילך הביתה לנוח ואחרי כך יישב ללמוד", הוא מציע. הוא גם מצפה מהמתמחה שלא לחכות לתקופת הבחינות כדי ללמוד, אלא "בכל פעם שהוא נתקל בבעיה הוא יקרא מקטע מסוים בחומר הלימוד, ובסוף שלוש השנים הוא ירכיב את כל הפסיפס".

אף שכיום לא חשים במחל-קה במחסור במועמדים להתמחות, פרופ' עטר סבור שגם היום הזה יגיע. "לאורתופדיה עדיין יש דרישה בשל יכולת ההשתכרות לאחר ההתמחות, וזה מה שמשמר את התחום כאטרקטיבי למרות היותו מקצוע

שני מסלולים

בחינות. "האינטרס שלנו הוא לתת להם את מרב הסיכויים לעבור את הבחינה", הוא מנמק.

המרכז הרפואי סורוקה משרת חולים מקרית גת ועד אילת. בהתאם, גם המחלקה האורתופדית בסורוקה גדולה כמעט פי שניים מכל מחלקה מקבילה בבית חולים אחר, וכוללת 30 אורתופדים, מהם 11 מתמחים.

משכה של ההתמחות הוא שש שנים, מהן שלוש שנים ותשעה חודשים באורתופדיה כללית, והמשכה ברו"טציה. בתום שלוש שנים נדרש המתמחה לבחינת אמצע. "המתמחה חים עובדים קשה", מעיד פרופ' עטר, "ובתמורה אנחנו משקיעים בהם בחיי

ד"ר בלה מאמין שצריך לשנות סדרי עדיפויות במחלקה ולהקדיש זמן רב יותר ללימוד, בין אם זה לימוד עצמי ובין אם זו הוראה טובה יותר של המומחים למתמחים. "המחל" קות צריכות לחרות על דגלן את נושא ההוראה והכנת המתמחים", הוא טוען.

פרופ' דן עטר, יו"ר האיגוד הישראלי לאורתופדיה ומנהל המחלקה האורתופדית במרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע, מסכים איתו. המחלקה שבראשה עומד פרופ' עטר מקפידה, לדבריו, לייצר מסגרות לימוד מוב"נות למתמחים והכנה מרוכזת לקראת

ד"ר משה קוסטינר

ההתמחות המשולבת היא מצב של WIN WIN לכל הצדדים: לבית החולים היא תאפשר תוספת תקנים, הקופות יזכו לכוח עבודה צעיר ולא שחוק, משרד הבריאות ייתרם על ידי רופאים שיתמחו בקהילה, ובוודאי שהקהל הרחב ירוויח מכך



עו"ד לאה ופנר

המתמחים צריכים להיות חלק אינטגרלי מהמחלקה ולתת שירות - אבל לו היה מספיק כוח אדם הם לא היו נתפסים רק כנותני שירות, לעתים כעבדים,



והיתה להם אפשרות להשקיע גם בחיים הפרטיים שלהם

במתמחה. “בסופו של תהליך ההתמחות הוא מוצא את עצמו במסגרת הקהילתית, מבלי שעבר התמחות ייעודית לעבודה בקהילה. זה מצב אבסורדי”, הוא טוען.

ההסבר למצב עניינים זה נעוץ בעיקר בסיבות כלכליות. בתנאים של עומס ולחץ קבוע במחלקות, בתי החולים אינם מעוניינים לשחרר את המתמחים לטובת הקהילה ללא כל תמורה. “זה מביא לכך שמתמחים עובדים התמחות שלמה בבית חולים, ואינם נחשפים כלל לקהילה”, מפרט ד”ר קוסטינר. “בתום ההתמחות הם נפגשים לקהילה בשל מיעוט התקנים בבתי החולים, ואז הם נחשפים לראשונה למושג שנקרא ‘חולה בקהילה’ - שהוא חולה השונה במצבו הבריאותי, בצרכיו, בדרישותיו ובטיפול בו מהחולה בבית החולים”.

לאחרונה החלה המועצה המדעית של הר”י, יחד עם חטיבת הקהילה בארגון רופאי שירותי בריאות כללית, לפעול לשינוי המצב, כך שחלק מההתמחות (עד שליש ממנה) יתבצע במרפאות הקהילה, והחלק העיקרי (כשני שלישים) ימשיך להתקיים במסגרת בתי החולים.

“אנחנו מציעים ליצור תשתית כלכלית-ארגונית, שתיתן פתרון למי מון מהלך זה ומענה לשינויים המתבקשים בסילבוס ההתמחות”, אומר ד”ר קוסטינר. “ההתמחות המשולבת היא מצב של WIN WIN לכל הצדדים: לבית החולים היא תאפשר תוספת תקנים בעקבות השתתפות

ושלא ייאלץ לעבוד בקצב המטורף הרגיל כאילו הוא כבר מומחה”. לדברי פרופ’ וינקר, ההתמחות היא יעד אסטרטגי. “ההחלטה כיום היא לטפח את המתמחה בהיבטים שונים”, הוא אומר. יחד עם זאת, הוא מזהיר, שיקולים כלכליים זרים עלולים לעמוד בדרכה של אסטרטגיה זו, ובין השאר עלולים להשפיע על משך ההתמחות. “החשבון הוא פשוט”, מפרט פרופ’ וינקר. “אם נניח שבכל שנה מתחילים כמהא איש התמחות ברפואת המשפחה, ויוחלט

ובסוף התקופה יש התמיינות טבעית - הרוב הגדול הולך לקהילה, וחלק קטן יוצא להשתלמויות על ממשין בבית החולים”, אומר פרופ’ עטר.

“שיקולים זרים”

ההתמחות העיקרית הנעשית כיום במסגרת הקהילה היא זו של רפואת המשפחה, והיא כוללת תשעה חודשי מרפאה בפיקוח צמוד של רופא בכיר (מחלקה שלב א’), ושנה נוספת שבה המתמחה עובד כרופא מן השורה במרפאה (מחלקה שלב ב’).

(המשך מעמוד קודם)

עניינים זה גורם לאובדן של כשליש מההתמחות, ועל כן יש לשקול את הארכת ההתמחות. “ההתנגדות היתה נחרצת”, הוא אומר. “לכן, צריך לשאוף לאותה תוצאה - מתמחה מצוין - בתקופת הזמן הנתונה. להערכתי זה מצליח. אני חושב שהמתמחים שנחשפים כיום לאורתופדיה המודרנית ומגיעים לעצמאות, הם לא פחות טובים מאלה של השנים הקודמות. זו אינה מקשה אחת: יש

מתמחים איזון

לקצר את ההתמחות בחודש אחד - את רוטציות הבחירה, למשל - ברבע יחסכו מדי שנה מאה חודשי משכורת. זו סכנה מאוד ממשית. יש מתח בין התמחות לכסף, ולפעמים לכסף יש השפעה רבה יותר”.

“מצב אבסורדי”

ד”ר משה קוסטינר, יו”ר חטיבת הקהילה בארגון רופאי שירותי בריאות כללית, מצר על ההתמחות בקהילה קיימת כמעט רק ברפואת המשפחה - תחום שהוא מרפאתי במהותו - בעוד שבמקצועות נוספים כמו א.א.ג, עור ועיניים, העונים אף הם להגדרה זאת, לא מתקיימת התמחות במסגרת הקהילה. העדרה של התמחות כזו פוגע, לדבריו,

בהמשך, מבצע המתמחה רוטציה בבית החולים לתקופה של שנתיים ושלושה חודשים - שמיועדת להתקצר לשנה ותשעה חודשים.

בשלב הראשון של ההתמחות בקהילה המתמחה כפוף ישירות לרופא הבכיר ומסייע לו בטיפול, ללא אחריות ישירה לאוכלוסיה זו או אחרת. בשלב השני, בשנה האחרונה להתמחות, מוקצית לו מרפאה משל עצמו, והוא נדרש לעבודה עצמאית. “תפקידו כמדריכים לדאוג שבשלב השני המתמחה לא רק יעבוד, אלא גם ילמד”, מדגיש פרופ’ שלמה וינקר, יו”ר איגוד רופאי המשפחה. “ילמד במובן זה שיהיה לו מספיק זמן לעבור לעומק על המקרים, ולשבת עם כל חולה כמה זמן שהוא צריך,

מתמחים שמשקיעים הרבה יותר, שאפים להדביק פערם, מתעניינים, רודפים אחר הידע - ואלה יהיו הרודפים הטובים”.

סוגיה נוספת שעלתה לדיון, ונדחתה על הסף, היא יצירת שני מסלולים - מסלול אחד לאורתופד קהילה, ומסלול אחר לאורתופד בית חולים. “לאחר ההתמחות נשארים בבית החולים רק 20% מהמתמחים בתחום, בהתאם למגבלות התקנים, והשאר עובדים בקהילה. היה מי שהציע שבמקום לעשות התמחות כוללת, היא תפוצל לשני מסלולים - קהילה ובתי חולים. הרעיון זכה להתנגדות במוסדות האיגוד והמועצה המדעית. לא ראינו היגיון בכך. אנחנו מכשירים את כולם כטייסי קרב אורתופדיים,

ד”ר אורי בלה

מתמחה שמגיע הביתה לאחר 26 שעות עבודה אינטנסיביות, פעמים רבות ללא כל שינה, מתקשה לשבת וללמוד. מתמחים אמורים לקבל חצי יום



ספריה בכל שבוע, אולם בשל העומס הם אינם זוכים לכך

פרופ’ דן עטר

המתמחים עובדים קשה, ובתמורה אנחנו משקיעים בהם בחיי היומיום במסגרת ישיבות צוות ודיון במקרים. אנחנו מקפידים על חופשת בחינות בת חודש, ומציעים



למתמחים קורס של שלושה ימים, בעלות סמלית, כהכנה לבחינה

פרופ' שי אשכנזי

איכות המתמחים טובה במבחן התוצאה - אבל זה לא מפחית את הצורך להקטין את העומס, להתאים תקנים, לתקן ולשקלל את הוראת המתמחים כדבר שדורש זמן ומשאבים, ומהווה חלק מפעילות המחלקות המכשירות מתמחים

סטודנטים, ישיבות צוות, מעבר על מקרים ועל ספרות רלוונטית, וכו'. בנוסף, היא תלויה בקבלת המיומנות והניסיון ב'דיפוזייה' - דרך היותו של המתמחה סמוך למומחים ודרך היותו מטפל בחולים הן במחלקה, הן בחדר המיון, הן במרפאות החוץ והן בחדר הניתוח. "לכן, לומר שהעומס אינו מאפשר לו ללמוד היא אמירה פשטנית מדי, שיש בה מן האמת אבל לא כל האמת", אומר ד"ר לוי. "ללא ספק, היום העומס המוטל על המתמחה גדול מאוד, הוא אינו מטיב עם המתמחה, ויש לפעול להפחתת התורנויות והעומס הנובע מתפוסה עצומה במחלקות. אנחנו אכן פועלים לשם כך".

יחד עם זאת, ד"ר לוי סבור שיש לראות את הצד השני של המטבע - התרומה לרכישת המיומנות באמצעות עבודה אינטנסיבית. "איני מקל ראש בקושי ללמוד בתנאים אלה או ביכולתו של המתמחה לקבל החל"טות תחת עומס עצום ועייפות גדולה. צריך לשלב פעילות להקלת העומס יחד עם סיטואציות שבהן הרופא הצעיר יראה מקרים רבים, יתמודד עם החלטות רפואיות קשות, ויקבל חניכה ראויה מהמומחים בסביבה שבה הוא מתמחה. הנוסחה אינה פשוטה - בארה"ב ובאירופה הפחיתו את מספר התורנויות של המתמחים ואת שעות התרונות, ועלו טיעונים בדבר ההשפעה השלילית על איכות ההתמחות. כך שעדיין יש מקום לדיון על סף הזהב השומר על ההתמחות, והאתגר הוא למצוא אותו".

המומחים ומנהלי המחלקות - למרות העומס והעובדה שאינם מתוגמלים כלל על הכשרת המתמחים - מביינים שזה בנפשו, ומשקיעים מזמנם וממרחם כדי שההתמחות תישאר איכותית. אבל זה לא מפחית את הצורך להקטין את העומס, להתאים קלל את הוראת המתמחים כדבר שדורש זמן ומשאבים, ומהווה חלק מהפעילות של המחלקות המכשירות מתמחים", מדגיש פרופ' אשכנזי.

בתגובה אומר ד"ר חזי לוי, ראש מינהל הרפואה במשרד הבריאות, כי "אין זה נכון לומר שבאופן גורף אין שום התרשמות מעת לעת מאיכות המחלקות ומטיב ההתמחות בהן. בתי החולים אינם נבדקים אך ורק על-פי תפוקה. הם נבדקים על-פי מספר גורמים, לרבות איכות הטיפול, תוצאות הטיפול ועמידה בהלים. נוסף על כך, מתבצע מעקב על-ידי המועצה המדעית, והיא זו שמתירה או שוללת את ההיתר לקיים התמחות במחלקות מסוימות".

ד"ר לוי מודה, כי "ייתכן שמדדים אלה אינם נבדקים בתכיפות מספקת", ועל כן יש לדבריו מקום לקבוע סטנדרטים מדידים ברורים יותר. "אני בהחלט מצדד בבדיקות, שיינתנו גם מדד כמותי בריהשוואה לגבי איכות ההתמחות", הוא אומר.

לשיטתו, העומס במחלקות אינו מהווה כשלעצמו מכשול בפני המתמחים. איכות ההתמחות, הוא אומר, תלויה בפעילות האקדמית במחלקה, כמו ניתוחי מקרה, הוראת



"מבחן התוצאה"

מהו המפתח לוויסות נכון בין העבודה הנחוצה של המתמחים לבין צורכיהם כתלמידים? פרופ' אשכנזי מאמין, שהתשובה נעוצה בהסתכלות מחודשת על הפעילות הרפואית. כך ניתן, למשל, לבנות מערכת תגמול חדשה לבתי החולים, שמביאה בחשבון את השקעתם במתמחים. "התקנים בבתי החולים נקבעים על-ידי פעילות רפואית, קרי תפוקות - מיטות, ניתוחים, מספר האנדוסקופיות וכו'", הוא מפרט, "בשום מקום לא ניינתה הדעת על כך שלימוד המתמחים דורש כוח אדם וזמן, וגם על זה יש לתגמל את המחלקה. אפשר לומר שבתי החולים עושים זאת בהתנדבות, מתוך הכרה בחשיבות העניין".

"איכות המתמחים בישראל היא טובה, אם נשפוט על-פי מבחן התוצאה. זה נובע מכך שהרופאים

קופות החולים בהתמחות, הקופות עצמן יזכו לכוח עבודה צעיר ולא שחוק, משרד הבריאות ייתרם על-ידי רופאים שיתמחו במקום שבו יעבדו כל חייהם, קרי הקהילה, ובוודאי שהקהל הרחב ירוויח מכך".

ד"ר קוסטינר מביא דוגמה למודל של התמחות משולבת, הקיים בין מכון הגסטרו בבילינסון, בניהולו של פרופ' ירון ניב, ומכון הגסטרו במרפאה היועצת בקהילה בבתי-ים, בניהולו של ד"ר שלמה בירקנפלד. באחרונה סיים המתמחה הראשון של ההתמחות המשולבת את תקופת הכשרתו, והכוונה היא להמשיך בכיוון זה. "בשנה האחרונה יש תזווה בתפיסה, אבל זה דורש זמן", מעיד ד"ר קוסטינר. "השינוי הוא מהותי ומערב גופים רבים, אבל הסדק נעפר, ואני מאמין כי הוא יתרחב ככל שיוון כי כל המערכת עשויה לצאת מכך נשכרת".