

Zwischen Traum und Wirklichkeit

Westschweizer Netzwerk für postgraduale Weiterbildung in Gefässchirurgie.

Abteilung für Gefässchirurgie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne. Prof. JM. Corpataux, Dr. S. Déglise, Dr. C. Deslarzes-Dubuis, Dr. E. Côté

Abteilung für Herz- und Gefässchirurgie, Universitätskrankenhaus Genf (HUG), Genf. Dr. N. Murith, Dr. D. Mugnai

Abteilung für Gefässchirurgie, Hôpital du Valais, Sitten. Dr. C. Haller, Dr. D. Danzer

Abteilung für Gefässchirurgie, Abteilung für allgemeine Chirurgie, Freiburger Spital (HFR), Freiburg. Dr. E. Psathas, Dr. M. Menth

Abteilung für Gefässchirurgie, Abteilung für allgemeine Chirurgie, Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe), Neuchâtel. Dr. L. Briner

Abteilung für Gefässchirurgie, Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges. Dr. H. Probst, Dr. F. Saucy

Korrespondierender Autor

Dr. Sébastien Déglise, Abteilung für Gefässchirurgie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Sebastien.Deglise@chuv.ch



Die Schaffung des Fachgebiets Gefässchirurgie in der Schweiz 2015 ging natürlich mit der Erstellung eines Ad-hoc-Weiterbildungsprogramms einher, das die Anforderungen an den Operationskatalog, die theoretischen Kenntnisse und das Turnusverfahren in den verschiedenen Einrichtungen regelte. Dies war eine einmalige Gelegenheit, über die Entwicklung eines ehrgeizigen Modells für eine strukturierte, effiziente und attraktive Ausbildung nachzudenken, die jungen Mitarbeitern eine qualitativ hochwertige und auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Betreuung bietet. Die Idee, dieses Netzwerk zu gründen, ergab sich somit von selbst. Sie basierte auf mehreren Beobachtungen und Erfahrungen einiger der Gründer in Bezug auf die Ausbildung in der Chirurgie in der Westschweiz. Unserer Meinung nach bestand ein Bedürfnis, die Ausbildung in Gefässchirurgie für die Westschweiz zu strukturieren und zu regulieren. Dies erschien uns angesichts der geringen Anzahl an Abteilungen, die an der Ausbildung teilnahmen, und der Tatsache, dass die meisten Ärzte sich untereinander kannten, realisierbar.

Gründung und Funktionsweise des Netzwerks

So wurde Ende 2015 das «Réseau Romand pour la Formation post-graduée en Chirurgie Vasculaire» gegründet. Es vereinte die Kaderärzte der Westschweizer Spitäler, in denen Gefässchirurgie praktiziert wird, nämlich das CHUV, das HUG, das Hôpital du Valais, das Hôpital Fribourgeois, das Hôpital Neuchâtelois und das Hôpital de Morges. Später schloss sich auch das Spital Lugano dem Netzwerk an.

Die wichtigsten Feststellungen, die insbesondere in der Ausbildung in allgemeiner Chirurgie gemacht worden waren, lauteten, dass es zu viele Assistenzärzte gab, die ihre Ausbildung unkoordiniert vorantreiben, Zeit verloren, ohne eine wirkliche Richtschnur zu haben, manchmal mehrere Jahre warteten, bevor sie eine Stelle in einer A- oder Universitätsabteilung bekamen – und manchmal sogar nach mehreren Jahren die Ausbildung aufgeben mussten.

Daher erschien es uns wichtig, eine Reihe von Anforderungen zu erfüllen:

- Eine Ausbildung anbieten, die strukturiert und klar definiert ist.
- Innerhalb einer kurzen Frist über eine Ausbildung entscheiden.
- Die Ausbildung so regulieren, dass nach der Ausbildung Stellen für Kaderärzte garantiert sind.

- Für die Neubesetzung von Stellen für Kaderärzte in den Spitälern des Netzwerks sorgen.

Das Ziel der ersten Treffen bestand also zunächst darin, die Ärzte zu identifizieren, die sich in der Ausbildung zum Gefässchirurgen befanden oder diese aufnehmen wollten, was relativ einfach und schnell zu bewerkstelligen war. Viel schwieriger war es jedoch, die Zahl der Stellen für leitende Ärzte zu schätzen, die in den nächsten zehn Jahren frei werden und/oder neu geschaffen werden sollten. Dieser Schritt warf viele Fragen auf, insbesondere, wie die Stellen aus der Privatpraxis integriert werden sollten und welche Entwicklungsstrategien die einzelnen Krankenhäuser verfolgten.

Nachdem diese Schritte vollzogen waren und die Zahlen mehr oder weniger feststanden, mussten wir einige Regeln für die Arbeitsweise aufstellen. Wir haben uns dann einige Ziele in Bezug auf die Ausbildung gesetzt:

- Nach 2 Jahren Evaluation über eine Schulung entscheiden.
- 2 Jahre Evaluation aufgeteilt:
 - 1 Jahr in allgemeiner Chirurgie und 1 Jahr in Gefässchirurgie.
 - 2 Jahre in der Gefässchirurgie
 - 2 Abteilungen in 2 verschiedenen Krankenhäusern.

Die Entscheidung über die Ausbildung nach zwei Jahren sollte auf den Bewertungen der leitenden Ärzte der Abteilungen, die der Kandidat durchlaufen hatte, sowie auf denjenigen aus den Ausbildungs- und Bewertungstagen des Netzwerks basieren. Für den Zweifels- oder Streitfall wurde beschlossen, dass der Kandidat ein drittes Jahr in einer dritten Abteilung absolvieren sollte, um eine Entscheidung zu ermöglichen. Es wurde auch beschlossen, den Ärzten in der Ausbildung keinen Turnus aufzuerlegen, sondern ihnen die in den verschiedenen Krankenhäusern verfügbaren Stellen anzubieten.

Die Einrichtung einer Anstellungskommission wurde diskutiert. Da das ursprüngliche Ziel jedoch darin bestand, die Kandidaten frühzeitig einzustellen und ihnen eine zweijährige Beurteilungsphase zu bieten, erwies sich eine solche Kommission als unnötig. Es wurde beschlossen, dass jede Dienststelle, die Bewerbungen erhielt, die Kandidaten vorstellt und die Entscheidung, ob sie in das Netzwerk aufgenommen werden, bei den Treffen gemeinsam getroffen wird.



Es stellte sich die Frage, ob den Assistenzärzten eine theoretische Grundlage zur Verfügung gestellt werden sollte, damit sie sich das für den Facharzttitel erforderliche Wissen aneignen können. Es stellte sich jedoch heraus, dass die Erstellung einer solchen Datenbank in Form von Kursen und E-Learning-Modulen sehr zeit- und ressourcenaufwendig war. Daraufhin wurde beschlossen, dass jede Abteilung für die theoretische Postgraduierenausbildung zuständig war, die in Kolloquien und Kursen vermittelt werden musste. Um den theoretischen Unterricht zu ergänzen, wurden Nahtmaterialmodelle von Vascular International gekauft, die mit denen identisch sind, die im praktischen Teil der europäischen Prüfung (UEMS) verwendet werden.

Daraufhin wurden halbjährliche Treffen organisiert, an denen die Mehrheit der Ausbildungskandidaten sowie die Ärzte in Ausbildung teilnahmen. Diese Treffen finden an einem Tag statt, an dem die Ärzte verschiedene Stationen durchlaufen – theoretische, wo ein klinischer Fall besprochen wird, und praktische mit Nahtmodellen und endovaskulären Simulatoren. Für jede Station ist ein oder mehrere Lehrer des Netzwerks verantwortlich. Diese Lehrkraft bewertet nicht nur jeden Kandidaten nach einem festgelegten Protokoll, das auf den Ausbildungsstand des Kandidaten abgestimmt ist, sondern bietet auch Unterricht sowie technische und praktische Beratung während des Durchgangs des Kandidaten an.

Etwa drei Mal im Jahr treffen sich die Lehrkräfte. Dabei werden verschiedene Punkte besprochen, die sich auf die Funktionsweise des Netzwerks und auf aufgetretene Probleme beziehen. Die meiste Zeit wird jedoch für die Besprechung der Kandidaten, ihre Bewertungen und die Planung ihres Ausbildungsprogramms und der Turnusse in den verschiedenen Abteilungen verwendet.

Bilanz

Nach einigen Jahren des Betriebs, von denen die letzten durch die COVID-19-Pandemie geprägt waren, konnte eine erste Bilanz gezogen werden. Tatsächlich gab es eine Reihe von Fehlfunktionen und Problemen, die unweigerlich zu Unzufriedenheit und Enttäuschungen führten.

1. Eines der ersten Probleme war die Organisation der Turnusse von Assistenzärzten und Oberärzten in den verschiedenen Krankenhausabteilungen. Diese Schwierigkeiten erwiesen sich als vielfältig.

a. Zunächst einmal zeigte die den Kandidaten überlassene Wahl der Abteilung, die sie aufnimmt, schnell ihre Grenzen auf, da einige Abteilungen ohne Kandidaten blieben, während andere attraktiver schienen.

b. Zweitens konnte auch die Tatsache, dass einige gefässchirurgische Abteilungen nicht völlig autonom oder unabhängig von der Abteilung für allgemeine Chirurgie waren, in die sie integriert waren, zu Schwierigkeiten führen, da die Zustimmung des Abteilungsleiters für die im Netzwerk geplanten Rotationsentscheidungen eingeholt werden musste.

c. Eine weitere Quelle der Unzufriedenheit war die Entstehung von etwas, das man als Parallelnetz bezeichnen könnte. Denn eines der ursprünglichen Ziele war der Versuch, das Netzwerk quasi autark zu verwalten, indem man die Kandidaten auswählte und ausbildete und hoffte, so die Kontrolle über die Stellen der leitenden Ärzte zu erlangen. Es stellte sich jedoch heraus, dass einige Kandidaten, die nicht für eine Ausbildung ausgewählt worden waren, ihre Ausbildung dennoch ausserhalb und manchmal sogar innerhalb des Netzwerks fortsetzen konnten, und zwar in Abteilungen, die sie unbedingt brauchten, um die verfügbaren Stellen zu besetzen. Dies ermöglichte es einigen Kandidaten, auf den «Arbeitsmarkt» der Gefässchirurgie in der Westschweiz zurückzukehren.

d. Schliesslich stellte sich heraus, dass das Hauptproblem das Ungleichgewicht zwischen der Anzahl der im Netzwerk vorhandenen Kandidaten und den Stellen und Bedürfnissen der Abteilungen war. Während anfangs die Befürchtung bestand, zu viele Bewerber zu haben, entwickelte sich die Situation allmählich zum gegenteiligen Problem mit einem Mangel an Bewerbern, um alle verfügbaren Stellen zu besetzen. Dieses Phänomen lässt sich durch mehrere Faktoren erklären: Erstens sollten junge Ärzte, die noch am Anfang ihrer Ausbildung standen, in das Netzwerk aufgenommen werden, damit sie schnell eine Entscheidung über ihre Ausbildung treffen konnten. Allerdings geht dies mit einer gewissen «Fluktuationsrate» einher, da die Kandidaten in den ersten beiden Jahren die Ausbildung schliesslich abbrechen. Dieses Phänomen verringert nicht nur die Anzahl der verfügbaren Kandidaten, sondern stört auch die durchgeführte Planung. Zweitens ist die Gefässchirurgie ein relativ junges und schnell wachsendes Fachgebiet. Sie ging daher mit einem Wachstum der Abteilungen einher. Da die Ausbildung von Ärzten leider nicht so schnell voranschreitet, entstand schnell ein Mangel an Oberärzten, der nur äusserst schwer zu beheben ist. Drittens führte die Tatsache, dass die Bewerber unbedingt mindestens zwei Jahre in der einzigen Abteilung A des Netzwerks absolvieren mussten, zu einem gewissen Ungleichgewicht der vorhandenen «Kräfte», was manchmal zu heiklen Situationen für die Bewerber führte, auf die Druck ausgeübt werden konnte, um sie dazu zu bringen, die Abteilung A zu bevorzugen.

2. Ein weiteres wichtiges Problem war die Entscheidung über die Ausbildung für die Bewerber. Während es für eine Mehrheit eine einfache und fast einstimmige Entscheidung war, ob sie eine Ausbildung annehmen oder ablehnen sollten, war die Entscheidung für einige wenige schwierig, insbesondere aufgrund tiefgreifender Meinungsverschiedenheiten. Obwohl eine solche Entscheidung grundsätzlich auf objektiven Grundlagen wie Beurteilungen getroffen werden sollte, konnte die Art dieser Beurteilungen und ihre Interpretation selbst ein Streitpunkt sein. Dies führte zu konfliktreichen und manchmal sogar hitzigen Diskussionen, die später zu Spannungen und Schuldzuweisungen führten und das Funktionieren des Netzwerks selbst gefährdeten.

3. Eine weitere Quelle von Unzufriedenheit und Vorwürfen war der Mangel an Transparenz, wie er von einigen der Kaderärzte erlebt wurde. Tatsächlich beruht eine solche Struktur allein auf dem Willen und dem Engagement ihrer Teilnehmer (Kaderärzte), und die Verwaltung wird somit von einem ihrer Mitglieder übernommen. Dieses zentralisiert also Informationen wie freie Stellen, die Liste der Bewerber oder die Ergebnisse der Beurteilungen. Die Tatsache, dass es kein digitales Medium gibt, das allen Akteuren zur Verfügung steht, wie z. B. eine Website, hat zu einem Gefühl der mangelnden Transparenz der Informationen geführt.

Eine Reihe dieser Schwierigkeiten ist auf die Unerfahrenheit und den anfänglichen Enthusiasmus zurückzuführen und stellt einen fast obligatorischen Schritt bei der Schaffung einer solchen Struktur dar. Andere Probleme hängen jedoch eher mit den Menschen, ihrer Persönlichkeit und ihren Sichtweisen sowie auch mit den bestehenden Strukturen und Anforderungen zusammen, sowohl in Bezug auf die postgraduale Ausbildung als auch auf die Krankenhauseinrichtungen und -abteilungen. Es ist wichtig zu erwähnen, dass die Schaffung des Netzwerks auch zu Zufriedenheit und positiven Aspekten geführt hat. Viele Kandidaten konnten von dieser Struktur profitieren, die ihnen eine schnelle und qualitativ hochwertige Ausbildung bietet und es ihnen ermöglicht, den Facharztstitel in einer angemessenen Zeit zu erlangen. Dank der Evaluationstage des Netzwerks lernten sich Kandidaten und Lehrkräfte kennen, wodurch in der Westschweiz eine Art Gemeinschaft entstand, die es ermöglichte, Kontakte untereinander zu knüpfen. Letztendlich hat die Existenz des Netzwerks trotz aller Unvollkommenheiten und Schwierigkeiten die verschiedenen Kaderärzte dazu gezwungen, zu diskutieren und eine gewisse Kommunikation aufrechtzuerhalten, was eine Verbesserung der Situation und den Erwerb von Erfahrungen zum Nutzen aller ermöglicht hat.

Perspektiven

Die vor einigen Monaten durchgeführte Bestandsaufnahme ermöglichte es, die Hauptprobleme zu identifizieren und Lösungen dafür vorzuschlagen. Es wurden mehrere Entscheidungen getrof-

fen, um bestimmte Situationen zu deblockieren und zu versuchen, die Funktionsweise des Netzwerks zu verbessern.

1. Trotz des Risikos einer relativ hohen «Fluktuationsrate» wurde beschlossen, junge Bewerber im Netzwerk zu halten, da eines der Ziele darin besteht, ihnen eine möglichst schnelle Ausbildung zu ermöglichen.
2. Um funktionieren zu können, muss jede Abteilung alle verfügbaren Stellen besetzen, sei es auf Assistenzarzt- oder Oberarzt-niveau. Jeder Abteilung steht es daher frei, diese Stellen unabhängig zu besetzen, sofern das Netzwerk nicht für jede Stelle einen Kandidaten aufbringen kann.
3. Um Konflikte und Spannungen zu vermeiden, soll eine Charta herausgegeben werden, die die Arbeitsweise und die Entscheidungsfindung zwischen den verschiedenen Teilnehmern regelt.
4. Um Transparenz zu bieten, die für das reibungslose Funktionieren dieser Struktur unerlässlich ist, soll eine digitale Plattform geschaffen werden, auf der jeder jederzeit Zugang zu allen wichtigen Informationen hat.

Fazit

Die ursprüngliche Idee, dieses Netzwerk zu gründen, erwies sich als ehrgeizig, ja sogar utopisch. Denn sie stiess ziemlich schnell auf die Realitäten vor Ort und brachte ihren Anteil an Problemen, Funktionsstörungen und anderen Unstimmigkeiten mit sich, die jedem neuen Projekt eigen sind. Nach einigen Jahren wurde eine Bilanz notwendig, die die Gelegenheit bot, Korrekturen vorzunehmen und sich auf die Hauptaufgaben zu konzentrieren, wobei alle beteiligten Abteilungen respektiert wurden. Wir werden also mit neuem Enthusiasmus dieses grossartige Projekt fortsetzen. Die kommenden Jahre bringen neue Herausforderungen im Bereich der Ausbildung mit sich: die baldige Einführung der hochspezialisierten Medizin, die Entwicklung neuer Technologien und das von den politischen Instanzen gewollte REFORMER-Projekt, an dem das Réseau Romand de Chirurgie Vasculaire teilnehmen wird.

Anmerkung: Aus Gründen der Vereinfachung wurde bei der Beschreibung von Personen (Assistenzarzt, Oberarzt, Kaderarzt, Kandidat, Dozent) die männliche Form verwendet. Die weibliche Form kann jedoch unterschiedslos bei jeder Verwendung dieser Begriffe angewendet werden.



Symposium

Physician Associates/ Klinische Fachspezialisten

Entwicklungsstand und Praxismodelle in der interprofessionellen Versorgung

Physician Associates sind dem ärztlichen Dienst zugeordnet und übernehmen auch medizinische Aufgaben in Delegation. Besonders geschätzt werden die koordinativen Tätigkeiten. Dank der neuen Funktion wird die Ärzteschaft entlastet und kann sich so auf die Kerngeschäfte fokussieren. Mit einem gezielten Einsatz von Physician Associates wird auch ein Mehrwert für die Ärzteausbildung und die Klinikprozesse geschaffen. Das 4. Symposium widmet sich der Auseinandersetzung mit diesem schweizweit bekannten Berufsbild. Darüber hinaus wird die Gründung des Berufsverbandes für Physician Associate gefeiert.

Mehr Informationen und Anmeldung: zhaw.ch/gesundheit/klinischefachspezialisten

**Jetzt
anmelden!**
Beschränkte
Platzzahl

Symposium

Freitag, 24. Juni 2022
15.00 – 19.00 Uhr
ZHAW-Departement
Gesundheit, Winterthur

Kooperationspartner:



Entre rêve et réalité

Réseau romand de formation post-graduée en Chirurgie Vasculaire.

Service de Chirurgie Vasculaire, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne: Prof JM. Corpataux, Dr S. Déglise, Dre C. Deslarzes-Dubuis, Dre E. Côté

Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire, Hôpitaux Universitaires Genève (HUG), Genève: Dr N. Murith, Dr D. Mugnai

Service de Chirurgie Vasculaire, Hôpital du Valais, Sion: Dr. C. Haller, Dr D. Danzer

Unité de Chirurgie Vasculaire, Service de Chirurgie Générale, Hôpital Fribourgeois (HFR), Fribourg: Dr. E. Psathas, Dr M. Menth

Unité de Chirurgie Vasculaire, Service de Chirurgie Générale, Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe), Neuchâtel: Dr L. Briner

Service de Chirurgie Vasculaire, Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges: Dr. H. Probst, Dr F. Saucy

Corresponding author

Dr Sébastien Déglise, Service de Chirurgie Vasculaire, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Sebastien.Deglise@chuv.ch



La création de la spécialité de chirurgie vasculaire en Suisse en 2015 s'est évidemment accompagnée de l'établissement d'un programme de formation post-graduée ad hoc, réglant les exigences en matière de catalogue opératoire, de connaissances théoriques et de tournus dans les différents établissements. Il y avait là une opportunité unique de réfléchir à mettre sur pied un modèle ambitieux de formation structurée, efficace et attractif offrant aux jeunes collaborateurs un accompagnement de qualité et adapté à leurs besoins. L'idée de créer ce Réseau s'est ainsi imposée d'elle-même, se basant sur plusieurs observations et expériences de certains des fondateurs quant à la formation en chirurgie en Suisse Romande. Il existait selon nous un besoin de structurer mais aussi de réguler la formation en Chirurgie vasculaire pour la Suisse Romande. Ceci nous paraissait réalisable au vu du nombre restreint de services participants à la formation et du fait que la majorité des médecins se connaissaient.

Création et fonctionnement du réseau

Ainsi, le Réseau Romand pour la Formation post-graduée en Chirurgie Vasculaire a été créée fin 2015. Il réunit les médecins-cadres des Hôpitaux de Suisse Romande où se pratique la chirurgie vasculaire, à savoir le CHUV, les HUG, l'Hôpital du Valais, l'Hôpital Fribourgeois, l'Hôpital Neuchâtelois et l'Hôpital de Morges. Par la suite, l'Hôpital de Lugano s'est joint au Réseau afin d'élargir les frontières.

Les principales constatations qui avaient été faites, particulièrement dans la formation de chirurgie générale étaient qu'il existait trop de médecins assistants qui avançaient dans leur formation de façon désordonnée, en perdant du temps sans avoir une vraie ligne directrice, attendant parfois plusieurs années avant d'obtenir un poste dans un Service A ou universitaire, et parfois devant même renoncer à cette formation après plusieurs années.

Il nous semblait donc important de répondre à un certain nombre d'exigences:

- Offrir une formation qui soit structurée et bien définie.
- Décider d'une formation dans un délai court
- Réguler la formation de façon à garantir des places de médecins cadres après la formation

- Pourvoir au renouvellement des postes de médecins cadres dans les Hôpitaux du réseau.

Le but des premières réunions a donc été tout d'abord d'identifier les médecins en formation de chirurgie vasculaire ou souhaitant l'intégrer, ce qui a été relativement simple et rapide. Cependant, 'l'a été beaucoup plus difficile d'estimer le nombre de postes de médecins cadres qui allaient se libérer et/ou se créer dans les 10 ans qui viennent. Cette étape a soulevé de nombreuses questions et inconnues, notamment de savoir comment intégrer les postes de la pratique privée et quelles étaient les stratégies de développement des différents hôpitaux.

Une fois ces étapes franchies et ces chiffres plus ou moins définis, il a fallu établir quelques règles de fonctionnement. Nous nous sommes alors fixé quelques objectifs en termes de formation:

- Décider d'une formation après 2 ans d'évaluation
- 2 ans d'évaluation réparties:
 - 1 an en chirurgie générale et 1 an en chirurgie vasculaire
 - 2 ans en chirurgie vasculaire
 - 2 services de 2 hôpitaux différents

La décision de la formation prise après 2 ans devait se baser sur les évaluations des médecins cadres des services où le candidat était passé et sur les évaluations réalisées lors des journées de formation et d'évaluation du Réseau. En cas de doute ou de litige, il avait été décidé que le candidat réaliserait une 3ème année dans un 3ème service afin de permettre de trancher. Il a aussi été décidé de ne pas imposer de tournus aux médecins en formation mais de leur proposer les postes disponibles dans les différents hôpitaux. La création d'une Commission d'engagement a été discutée et envisagée. Toutefois, le but initial étant de recruter les candidats précocement et de leur offrir une période d'évaluation de 2 ans, une telle Commission s'est avérée inutile. Il a été décidé que chaque service qui recevait des postulations présente les candidats et que la décision de les intégrer dans le Réseau soit prise en commun lors des réunions.

La question s'est posée de mettre à disposition des médecins assistants une base théorique pour leur permettre d'acquérir les

connaissances nécessaires à l'obtention du titre de spécialiste. Néanmoins, il s'est avéré que de mettre sur pied une telle base de données sous forme de cours et de modules e-learning était très demandant en termes de temps et d'énergie. Il a alors été décidé que chaque service était responsable de la formation post-graduée théorique qui devait donc être dispensée dans les colloques et les cours. Afin de compléter cet enseignement théorique, des modèles de suture de Vascular International, identiques à ceux utilisés lors de la partie pratique de l'examen européen (UEMS) ont été achetés.

Des réunions semestrielles ont alors été organisées, réunissant une majorité des candidats à la formation ainsi que des médecins en formation. Ces réunions se déroulent sur une journée, où les médecins passent par différents postes théoriques où un cas clinique est discuté et pratiqué avec modèles de suture et simulateurs endovasculaires. Chaque poste est sous la responsabilité d'un ou plusieurs enseignants du Réseau. Cet enseignant non seulement évalue chaque candidat selon un protocole défini et adapté au niveau de formation du candidat mais offre aussi un enseignement et des conseils techniques et pratiques lors du passage du candidat.

Environ 3 fois par an, les enseignants se réunissent. Différents points sont discutés, concernant le fonctionnement du Réseau et les problèmes rencontrés. La majorité du temps est toutefois dévolue à la discussion des candidats, leurs évaluations et la planification de leur programme de formation et des tournus dans les différents services.

Bilan

Après quelques années de fonctionnement, dont les dernières ont été marquées bien évidemment par la pandémie de COVID-19, un bilan a pu et dû être effectué. En effet, un certain nombre de dysfonctionnements et de problèmes ont été rencontrés, engendrant inévitablement des mécontentements et des désillusions.

1. Un des premiers problèmes rencontrés a été l'organisation des tournus des médecins-assistants et des chefs de clinique dans les différents services hospitaliers. Ces difficultés se sont avérées multiples.
 - a. Tout d'abord, le choix laissé aux candidats quant au service qui les accueille a rapidement montré ses limites, puisque certains services se sont retrouvés sans candidat alors que d'autres semblaient plus attractifs.
 - b. Ensuite, le fait que certaines unités de chirurgie vasculaire ne soient pas totalement autonomes ou indépendantes du service de chirurgie générale dans lequel elles sont intégrées a aussi pu créer des difficultés, puisqu'il fallait obtenir l'aval du chef de service pour les décisions de rotation envisagées dans le Réseau.
 - c. Une autre source d'insatisfaction fut l'apparition de ce qui pourrait être appelé un réseau parallèle. En effet, un des buts initiaux était de tenter de gérer de façon quasi autarcique le Réseau en choisissant et formant les candidats et en espérant ainsi contrôler les postes de médecins-cadres. Toutefois, il est apparu que certains candidats qui n'avaient pas été choisis pour une formation ont pu néanmoins poursuivre leur formation à l'extérieur et même parfois à l'intérieur du Réseau, dans des services en souffrance qui en avait absolument besoin pour occuper les postes disponibles. Ceci a permis ainsi à certains candidats de revenir sur «le marché du travail» de la chirurgie vasculaire en Suisse Romande.

d. Finalement, le problème principal s'est avéré être le déséquilibre entre le nombre de candidats présents dans le Réseau et les postes et les besoins des services. Alors qu'initialement, la crainte était d'avoir trop de candidats, la situation a progressivement vers le problème inverse avec un manque certain de candidats pour occuper toutes les places disponibles. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène. Premièrement, il l'intégration dans le réseau de jeunes médecins en tout début de formation était voulue afin de leur permettre d'obtenir rapidement une décision quant à leur formation. Néanmoins, ceci s'accompagne d'un certain taux de «turn-over» avec des candidats qui renoncent finalement à la formation pendant les 2 premières années. Ce phénomène non seulement réduit le nombre de candidats disponibles mais perturbe aussi la planification effectuée. Deuxièmement, la chirurgie vasculaire est une spécialité relativement jeune et en pleine expansion. Elle s'est donc accompagnée d'une croissance des services qui a suivi la même pente. La formation des médecins n'étant malheureusement pas aussi rapide, un manque de chefs de clinique s'est rapidement fait ressentir, extrêmement difficile à combler. Troisièmement, le fait que les candidats doivent absolument effectuer au minimum 2 ans dans le seul Service A du réseau a créé un certain déséquilibre des «forces» en présence, engendrant parfois des situations délicates pour les candidats sur lesquels une pression pouvait être exercée pour les amener à privilégier le Service A.

2. Un autre problème important a été celui de la décision de la formation pour les candidats. Si pour une majorité, le choix de leur accepter ou de leur refuser une formation a été simple et quasi unanime, pour un petit nombre la décision a été difficile à prendre, notamment en raison de désaccords profonds. Bien qu'une telle décision doive surprendre en principe sur des bases objectives telles que les évaluations, la nature même de ces évaluations et leur interprétation a pu être un sujet de discorde. Ceci a engendré des discussions conflictuelles et parfois même houleuses, source ensuite de tensions et de reproches, mettant en péril le fonctionnement même du Réseau.
3. Une autre source de mécontentement et de reproches a été celle de l'absence de transparence, telle que vécue par certains des médecins-cadres. En effet, une telle structure repose uniquement sur la volonté et l'engagement de ses participants (médecin-cadres) et la gestion est ainsi assurée par l'un de ses membres. Celui-ci centralise donc les informations telles que les postes disponibles, la liste des candidats ou les résultats des évaluations. Le fait qu'il n'existe pas de support numérique disponible pour l'ensemble des acteurs tel qu'un site internet par exemple a résulté en un sentiment de manque de transparence de l'information.

Un certain nombre de ces difficultés est bien entendu dû à l'inexpérience et à l'enthousiasme initial et représente une étape quasi obligatoire dans la création d'une telle structure. Toutefois, d'autres problèmes sont plutôt liés aux personnes, à leur personnalité et leurs visions des choses et aussi aux structures et exigences existantes, tant en termes de formation post-graduée qu'en termes d'établissements et services hospitaliers.

Il est important à ce stade de relever que la création du Réseau a aussi engendré son lot de satisfactions et de points positifs. De nombreux candidats ont pu bénéficier de cette structure, leur

offrant ainsi une formation rapide, de qualité et leur permettant d'obtenir le titre de spécialiste dans un temps tout à fait correct. Grâce aux Journées d'évaluation du Réseau, les candidats et les enseignants ont pu apprendre à se connaître, créant ainsi une forme de communauté en Suisse Romande, permettant de nouer des liens entre eux. Finalement, malgré les imperfections et les difficultés rencontrées, l'existence même du Réseau a obligé les différents médecins cadres à discuter et maintenir une certaine communication, permettant ainsi une amélioration de la situation et l'acquisition d'une expérience au service de tous.

Perspektives

Le bilan qui a été réalisé il y a quelques mois a permis d'identifier les problèmes principaux et de proposer des solutions pour y remédier. Plusieurs décisions ont été prises afin de débloquent certaines situations et de tenter d'améliorer le fonctionnement du Réseau.

1. Malgré le risque d'un taux de « turn-over » relativement élevé, il a été décidé de maintenir des candidats jeunes dans le Réseau car un des buts est de leur offrir la formation plus rapide possible.
2. Afin de pouvoir fonctionner, chaque service doit absolument occuper les postes disponibles, que ce soit au niveau médecin-assistant ou chef de clinique. Chaque service est donc libre d'occuper ces postes en toute indépendance, dans la mesure où le Réseau ne peut pas apporter un candidat pour chaque poste.
3. Afin d'éviter des conflits et des tensions, une Charte doit être éditée réglant le fonctionnement et la prise de décision entre les différents participants.

4. Afin d'offrir une transparence absolument indispensable au bon fonctionnement de cette structure, une plateforme numérique va être créée, permettant à chacun d'avoir accès à toutes les informations importantes en tout temps.

Conclusion

L'idée initiale de la création de ce Réseau s'est montrée ambitieuse, voire utopique mais elle s'est assez vite heurtée aux réalités du terrain, apportant son lot de problèmes, dysfonctionnements et autres désaccords, propres à tout nouveau projet. Après quelques années de fonctionnement, un bilan est devenu nécessaire, offrant l'occasion d'apporter des corrections et de se recentrer sur les missions principales, dans le respect de chaque service participant.

C'est donc avec un nouvel enthousiasme que nous allons poursuivre ce magnifique. Les années futures apportent de nouveaux enjeux en matière de formation avec l'instauration prochaine de la médecine hautement spécialisée, le développement des nouvelles technologies et aussi le projet de REFORMER voulu par les instances politiques auquel le Réseau Romand de Chirurgie Vasculaire va participer.

Remarque: la forme masculine a été utilisée pour décrire les personnes (médecin-assistant, chef de clinique, médecin-cadre, candidat, enseignant) par souci de simplification. Toutefois, la forme féminine peut s'appliquer indistinctement à chaque utilisation de ces termes.

Letter to the Editor

Weniger Ego, weniger Fehler

Zum Beitrag «Failure to Rescue in Surgery» in *swiss knife* 1/2022, S. 18/19, erreichte uns folgender Leserbrief. Wenn auch Sie einen Kommentar veröffentlichen wollen, schicken Sie uns den Text bitte an info@swiss-knife.org.

Vor vierzig Jahren waren die Piloten Helden und Einzelgänger, Master and Commander, ihrer fliegenden Schiffe. Nach mehreren tödlichen Unfällen, die durch kognitive Fehler im Cockpit verursacht wurden, führte die Luftfahrtindustrie Co-Piloten, Black Boxes und schliesslich CRM (Crew Resource Management) ein.

In der Medizin und insbesondere in der Chirurgie liegen wir etwa 40 Jahre hinter der Luftfahrt zurück. Indem wir Patienten und Familien zur Sprache bringen, können wir den Ärzten bei ihren Besuchen in der Praxis eine Art Co-Pilot zur Seite stellen.

Indem wir die Operationsteams, insbesondere die technischen Operationsassistentinnen und die Auszubildenden, unterstützen und sie zum freien Reden aufmuntern, werden wir die Figur des Co-Piloten auch in die Behandlungsteams einführen können.

Um die Akzeptanz dieses neuen Konzepts bei den (etablierten) Chirurgen und den anderen Ärzten zu erreichen, sollten wir umfassende und transparente Auswahlkriterien für die Zulassung sowohl zum Medizinstudium als auch zur Postgraduate-Spe-

zialisierung aufstellen. Eine ausgewogenere Bewertung der Studentinnen könnte für ausgeglichene Gewohnheiten in den Operationssälen und auf der Etage sorgen.

Ich bin überzeugt, dass die Feminisierung von Chirurgie und Medizin die gewünschten Ergebnisse bringen könnte. Das wird uns jedoch nur die Zukunft zeigen, aber ich hoffe es doch sehr. Männliche und weibliche Ego-Systeme sind unterschiedlich. Letztere neigen eher zu offener Zusammenarbeit, vor allem in gemischten Umgebungen, als zu dem maskulinen Stereotyp des hormongesteuerten Wettbewerbs.

Weniger Ego bedeutet mehr Erfolgchancen, einschliesslich mehr Kreativität, weniger Risiko und weniger Fehler. Ich möchte daher glauben, dass künftige Generationen von Chirurginnen jedem, der sie auf einen möglichen Fehler aufmerksam macht, mit einem Danke antworten werden.

Dr. med. Stephan Schlunke,
Clinica Luganese Moncucco, Lugano