

# הפן האנושי של מחלות הרופאים

## הרפואה בישראל – אנליזה של משאבי האנוש

### מאת: שפי שפס

עולם הרפואה בישראל עובר בשנים האחרונות תמורות ושינויים משמעותיים, רובם בכיוון החיובי, מתוך כוונה לספק שירותי בריאות ברמה גבוהה לאזרחים. אין זו משימה קלה. במדינה שרוב משאביה מופנים לביטחון, שקולטת גלים של עולים שחלקם מגיע במצב בריאותי ירוד, קשה להגיע לביצועים רפואיים גבוהים כפי שמפגינה הרפואה בישראל. ואם בכול זאת המצב חיובי, אין לתלות זאת בתקציבים נדיבים (שאינם) או במדיניות חכמה של ממשלות ישראל (אין כזו), אלא במשאב האנושי שנתברכנו בו, והוא המבדיל אותנו ממדינות מפגרות ועשירות מאיתנו.

זו הסיבה שיש ערך עליון בניתוח העשייה והמחדלים בתחום משאבי האנוש של הרופאים, מן המיון של המועמדים, דרך הלימודים באוניברסיטה, ההתמחות, מבחני ההסמכה, לימודי ההמשך למומחים ועד כישורי הניהול של מנהלי המחלקות. בכך יעסוק מאמר זה. יסלחו לי בעלי המקצועות הפרא-רפואיים, שחשיבותם גדולה, אך מאמר זה מתמקד ברופאים, שהם ראש החץ שמוביל את מערכת הבריאות בישראל.

מערכת המיון של המועמדים לרפואה עברה בשנים האחרונות מהפכה של ממש. בנוסף לדרישות הסף הגבוהות ביותר של ציוני בגרות ופסיכומטרי, עוברים המועמדים שורה של מבחני אישיות, מרכזי הערכה וראיונות אישיים, שמטרתם לבחון את התאמתם האישיותית של המועמדים לתפקיד המורכב והבעייתי של הרופא. שילוב טבעי ונכון זה של מדדי אינטליגנציה ואישיות היה בלתי נתפס אצל ראשי הפקולטות לרפואה עד לפני עשור. הפסיכולוגים שניסו להציע תוספת של אבחון אישיותי לציון הפסיכומטרי הושלכו בבוז מכל מדרגות האוניברסיטה. מה שעניין את ראשי הפקולטות היה לקלוט את החכמים ביותר. פסיכולוגיה בעיניהם הייתה פטפוטי סרק של חלשים, ורופאים הם כידוע חזקים, כי הם חכמים וידענים.

השינוי שחל במערכת המיון הוא רק קצה הקרחון של שינוי בתפיסת תפקיד הרופא, שינוי הנמצא בראשיתו ועוד רבה וארוכה הדרך שמערכת הבריאות צריכה לעשות. השינוי נוצר מכורח יותר מאשר מבחירה. המטופלים הפכו לדעתניים עקב ערוצי המידע הפתוחים לכול באינטרנט. דרישות לשקיפות, לשיתוף, להבהרת סיכונים ולגילוי נאות הפכו לחלק אינטגרלי של התנהלות בחברה. וגם, החרב המתנופפת של תביעות משפטיות, הפוגעות בכיס ובמוניטין, עשתה את שלה. ואכן, הרופאים מדברים עם החולים היום הרבה יותר מבעבר. הבעיה היא שברוב המקרים הם עושים זאת באופן מכאני ובסגנון שאימצו לעצמם בדרך של ניסוי ותעייה. שום דבר מערכתי סיסטמתי לא הכין אותם להפנמה אמיתית של הנושא. קחו למשל את השנים הארוכות שמבלה הסטודנט לרפואה באוניברסיטה. אחוז אפסי של הזמן, אם בכלל, מוקדש לסוגיות אלה. בניגוד לחומר מדעי אחר אי אפשר ללמוד נושאים אלה ע"י לימוד עצמי. אני קורא לראשי הפקולטות לרפואה להרים את הכפפה בתחום זה, כשם שעשו זאת בתחום מיון המועמדים. עם זאת, גם תהליך הקליטה של הסטאז'רים בבתי החולים צריך לכלול הכשרה בנושא, שמן הסתם תוכל להיות מלווה בהתנסות מעשית.

השלב הבא בחיי הרופא הצעיר (שכבר איננו צעיר בשנים בשלב זה), הוא שלב ההתמחות. מטרת העל של כל התמחות היא ליצור תנאי לימוד והכשרה שיביאו את המתמחה לרמת ידע ומיומנות של מומחה. המערכת הרפואית מקדשת את נקודת היעד אך עיקרה את תהליך ההכשרה לקראת היעד. המתמחים הם כוח עבודה זול הלומד בשיטת השוליה, או יותר נכון

בשיטת הסוליה. הם משפשים סוליות נעליים במסדרונות בית החולים, מתנסים כמיטב יכולתם בהצלחות ובכישלונות. אם שפר עליהם גורלם ימצאו לעצמם רופא בכיר שיפרוש עליהם את חסותו. ברוב המקרים יאגרו את הידע שלהם באופן אישי ומזדמן. ישיבות מחלקתיות הנמשכות כשעה פעמיים-שלוש בחודש אינן תחליף ראוי למערכת הכשרה מסודרת. את תוצאות החסך חשים המתמחים היטב בבחינות ההתמחות. כמחצית מהם נכשלים במבחן שלב א' ונאלצים לגשת שוב לבחינה בדיחוי של כשנה. מספר כישלונות בהיקף כזה לאחר כארבע שנות התמחות מעיד על כשל מערכתי.

יש דבר אחד שאותו מצליחה תקופת ההתמחות לקבע היטב ברופאים הצעירים – אטימות לחולה ולסבלו. גם כאן, האשם איננו במתמחים. טרוטי עיניים, מותשים נפשית ופיזית מ-2 עד 3 תורנויות לילה בשבוע, הם נמצאים בקו החזית הראשון מול החולים. מתמודדים עם בעיות של חיים ומוות, עם אחריות מפחידה, עם משפחות חרדות וזועמות. גם אם קיימת מערכת תמיכה מקצועית, אין בנמצא מערכת תמיכה רגשית. וכשאינן דרך וכוחות להתמודד עם ההצפה הרגשית, באה האטימות הגואלת ומקהה את הסבל. חשוב לציין כי כל רופא מפעיל מנגנוני הגנה כדי לתפקד בקור רוח במצבי לחץ של פרוצדורות רפואיות קשות. המערכת חייבת לספק הכשרה, הנחייה ותמיכה רגשית לרופא, כדי שקור הרוח הרצוי לא יהפוך לכתף קרה לחולה.

ואם לא די בכול אלה, לא ניתן להתעלם מרעה חולה נוספת שפגיעתה קשה, והיא העדר מיומנויות הניהול של מנהלי המחלקות. אינני מטיל שום דופי בידע המדעי וביכולות הרפואיות של מנהלי המחלקות. קטונתי מלהעריך אותם ואני מניח שהם רופאים מצוינים. אך אין בכך די. ניהול מחלקה הוא עסק מורכב ביותר מבחינה אנושית ואדמיניסטרטיבית, וליכולת הניהול השפעה ישירה על איכות השירות הרפואי הניתן לחולה. המצב בהווה הוא שלתפקיד רגיש ומרכזי זה אין כיום שום מערכת מיון הבוחנת את המוטיבציה והפוטנציאל הניהולי של מועמדים לתפקיד. בפועל ממונים רופאים שחלקם אינו מעוניין כלל לנהל אנשים ורובם אינו יודע לנהל אנשים. בנוסף, לא קיימת מערכת הכשרה ניהולית או מערכת הערכת ביצועים ניהוליים למנהלי מחלקות. הנהלת בית החולים נכנסת לתמונה רק במקרים בהם מדובר על כשל רפואי או התנהגות חריגה.

אני מייחל שמערכת הבריאות תתגבר על מחלות ההווה שלה, לטובתה ולטובתנו. מדובר בדיני נפשות, תרתי משמע.

הכותב הוא מומחה בכיר בפסיכולוגיה קלינית ויועץ ארגוני.