**חיפוש אחר המרכיבים הייחודיים למנהיג בשירותי הבריאות בישראל: ראיונות עומק עם רופאים בכירים**

# **תקציר**

**רקע:** מערכת הבריאות בישראל היא מערכת בריאות ציבורית, מורכבת ורב גונית. מנהיגות במערכת הבריאות נחשבת לייחודית עקב העיסוק בחיי אדם, והיא קשורה לתוצאים חשובים, כמו: שביעות רצון מטופלים ועובדים, תוחלת חיים, תוצאים כלכליים ועוד.

**מטרה:** לבחון את העמדות של רופאים בתפקידי ניהול בכירים לגבי המאפיינים הייחודיים והתפקידים של מנהיג במערכת הבריאות הישראלית.

**שיטת המחקר:** נעשו 13 ראיונות-עומק מובנים-למחצה עם רופאים בתפקידי ניהול בכירים. הראיונות הוקלטו, תומללו ונותחו בהתבסס על השיטה האיכותנית-פנומנולוגית.

**הממצאים:** המרואיינים נטו לייחס למנהיג תכונות המאפיינות מנהיגות מעצבת (כריזמטי, סוחף, מהווה דוגמה אישית וכו'), בעוד שמנהל תואר על ידם כבעל מאפיינים של מנהיגות מתגמלת (טכני, מתמקד ביעדים בטווח הקצר וכיו"ב). רוב המרואיינים ציינו כי רצוי שרופא יפעל כמנהיג חברתי הפועל למען בריאות הציבור ושוויון בבריאות, מעבר לעיסוק הקליני. הייתה הסכמה כי רופאים צריכים לאייש את התפקידים הבכירים ביותר במערכת הבריאות, בתנאי שיעברו הכשרה מתאימה בניהול, מנהיגות ובשיתוף פעולה רב-מקצועי.

**דיון ומסקנות:** מהראיונות עולה פער בין השאיפה להנהיג ובין תפיסת הרופא כמנהיג לבין מה שקורה בפועל - רופאים רוצים לעמוד בראש המערכת, ומדגישים תכונות של מנהיגות מעצבת, אך בחינוך הרפואי אין הכשרה למנהיגות. לכן יש לבנות תוכניות הכשרה לרופאים בנושאי ניהול ומנהיגות תוך שילוב של רופאים מהקהילות השונות כדי לפתח מנהיגות מקומית בתחום הבריאות גם כחלק מהאסטרטגיה לצמצום פערים. מגפת הקורונה מעלה גם כן את השאלה של מקום המנהיגות בתוך עולם הרפואה ומחוצה לו בהקשר החברתי הרחב יותר.

**מילות מפתח:** מערכת בריאות ציבורית, מנהיגות מעצבת, מנהיגות מתגמלת, מנהיגות חברתית, ניהול

**הקדמה**

*"מנהל במערכת הבריאות צריך להבין את הזכות שניתנה לו לעסוק במקצוע, להנהיג אנשים שעוסקים במקצוע, ולגעת בנימים הרגישים ביותר של האדם בשעות הקשות שלו"* (מרואיין 5)

מערכת הבריאות בישראל היא מערכת בריאות ציבורית, מורכבת ורב גונית. היא בנויה מקופות חולים ובתי חולים (חלקם ממשלתיים, חלקם ציבוריים, חלקם מופעלים ע"י קופות חולים, חלקם פרטיים), פועלת תחת רגולציה של משרד הבריאות ומושפעת במידה רבה על ידי משרד האוצר. מערכת הבריאות הישראלית פועלת על פי חוקים רבים, ביניהם: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוק זכויות החולה, חוק תקציב המדינה ועוד. היא ניצבת בפני לחצים רבים לצמצם את עלויות הטיפול הרפואי. במקביל עליה לפעול לשיפור איכות הטיפול, הבטיחות בטיפול והשרות עבור המטופלים (דודסון, 2019).

בעשור האחרון הולכת תשומת הלב ומתמקדת בתפקידם של המנהיגים-המובילים בשרותי בריאות (Kumar, 2013). מנהיגות במערכת הבריאות קשורה לתוצאים חשובים, כמו: שביעות רצון מטופלים, תמותה, תוצאים כלכליים, שביעות רצון העובדים ועוד (Rowitz, 2013). יש חוקרים הרואים בשתי הפעולות management ו-leadership מושגים דומים, ואחרים שרואים בהם ניגודים קיצוניים, ומאמינים כי מנהיג טוב אינו בהכרח מנהל טוב ולהפך Wajdi, 2017)).

**המחקר הנוכחי בא לבחון** את התפיסה של מנהיגי בריאות בישראל לגבי המאפיינים הייחודיים והתפקידים של מנהיג במערכת הבריאות הישראלית. הבנה של מאפיינים אלה תוכל לשמש בסיס לקבלה של עובדים במערכת הבריאות לתוכניות מנהיגות ולקידום בתפקיד. מחקר דומה, הכולל ראיונות עומק בנושא מנהיגות במערכת הבריאות עם רופאים בתפקידי ניהול בכירים, טרם נעשה בישראל.

**רקע**

לעומת מערכות אחרות, נעוץ ייחודה של מערכת הבריאות בהשפעתה על חיי אדם (Ayeleke et al., 2018). ‏מנהל בארגון בריאות מחויב לאיכות הרפואית, לקבלת החלטות ולניסוח הנחיות המשפיעות על אלפי עובדים ומאות אלפי מטופלים. יש לו השפעה מכרעת על איכות השרות הרפואי, על קביעת סדרי עדיפויות בתוך המוסד שבאחריותו, על העובדים ועל המטופלים. ניהול בית חולים, לדוגמה, כרוך בהתמודדות מורכבת ומיוחדת בהתחשב באחריות המתמדת לחיי אדם ובאינטנסיביות שבה פועל בית החולים (דודסון, 2019). בדומה למנהיגים אחרים, מנהלי בריאות צפויים להוביל את הארגונים שלהם ואת העובדים עם יושר, אנרגיה והתלהבות. עם זאת, על מנהיגי הבריאות להגיב גם למאפיינים הייחודיים של הענף כאשר הם מנסים לקדם מצוינות באיכות הטיפול, שביעות רצון של המטופלים ויחסים עם הרופאים והקהילה (McAlearney, 2006).

Burns (1978 הבחין בין שני סוגים המנהיגות הנמצאים בקטבים מנוגדים: מנהיגות מעצבת ומנהיגות מתגמלת. לפי הגישה של המנהיגות המעצבת - מנהיג אינו מגיב לציפיות, אלא מעצב אותן, יוצר אותן ומגדיר אותן יחד עם המונהגים. למנהיגות המעצבת ארבעה מרכיבים: המרכיב הראשון, *התייחסות אישית ליחידים*, מדבר על היות המנהיג אמפתי וחונך. המרכיב השני, *אתגר אינטלקטואלי*, המייצג את ההיבטים הקשורים לפתרון בעיות, קריאת תיגר על צורות מחשבה רווחות ועידוד חשיבה יצירתית. המרכיב השלישי, *הנעה באמצעות השראה*, קשר רגשי, אמון, יושרה, יוזמה, ויכולת לראות את פני העתיד, אשר לעיתים קרובות מבחינה בין מנהיג רגיל למנהיג יוצא דופן. מנהיג כזה הוא בעל חזון ברור, אותו הוא משדר בהתלהבות לכפיפים. המרכיב האחרון, *מודל לחיקוי והזדהות*, זו הרמה הגבוהה ביותר של מנהיגות מעצבת. המנהיג מספק למונהגים עיצוב משותף של חזון וייעוד, ערכים ונורמות ראויים הנותנים משמעות לעשייה, נוטע גאווה ותחושת שליחות, מגביר את יכולת הביצוע, נותן דוגמה אישית. העובדים בוטחים במנהיג ומעריכים אותו, מזדהים עם מטרותיו ורוצים להידמות לו וסביר להניח שיפנימו את דמות המנהיג ויתנהגו ב'רוח' זו גם ללא נוכחותו (Berkovich, 2016; Roth & Eyal, 2011). המנהיגות המתגמלת, לעומת זאת, מתייחסת יותר להשפעה בין מנהיג למונהגים כ"יחסי חליפין". המנהיגים קובעים מה על הכפיפים לעשות על מנת להשיג את מטרות הארגון, ומתגמלים אותם בהתאם לרמת הביצוע. זהו סגנון טכני יותר, המכוון להשגת היעדים בטווח הקצר.

Citaku et al. (2012) ניסו להבין מהן מיומנויות הליבה הנדרשות ממנהיגים בתחום הבריאות באמצעות סקר שנערך בקרב מנהיגים בתחום הבריאות והחינוך הרפואי בחמש מדינות. הממצאים הניבו חמישה ממדי מנהיגות בבריאות: אחריות חברתית, חדשנות, ניהול עצמי, ניהול משימות ואוריינטציה של צדק.

מחקר שנערך בארה"ב (McAlearney, 2006) הצביע על חמישה אתגרים מרכזיים לפיתוח מנהיגות עבור ארגוני הבריאות: אילוצים פיננסיים- אתגרים הקשורים לתקציב; ייצוגיות- צריך להפוך את הארגון לנציג הקהילה בקרב אוכלוסיית המטופלים; קונפליקטים מקצועיים- לחץ להפרדת קבוצות מקצועיות שונות למנהיגות; אילוצי זמן- אתגרים של שחרור זמן להשתתפות בתוכנית; ומכשולים טכניים- אתגרים של יכולות הארגון. עוד עלה מהמחקר כי הסתכלות מחוץ למערכת הבריאות יכולה לספק דוגמאות לעיצוב תוכניות ופרקטיקות שניתן לאמץ בתוך ארגוני הבריאות, כמו לימוד תוכניות פיתוח מנהיגות במסגרת האוניברסיטה.

מחקר המשך של McAlearney (2008) המתבסס על 200 ראיונות עם אנשי מפתח בתחום העלה ארבע דרכים מרכזיות לשיפור האיכות והיעילות בתחום הבריאות דרך פיתוח מנהיגות: הגדלת היקף כוח האדם; שיפור היעילות בפעילות החינוך והפיתוח של הארגון; צמצום הוצאות נלוות; ומיקוד תשומת הלב הארגונית בסדרי עדיפויות אסטרטגיים ספציפיים. באופן דומה, Saint et al. 2010)) ניסו להבין כיצד מנהיגים מצליחים ביישום נוהלי מניעה של זיהום הקשור בבריאות בבתי החולים בארה"ב באמצעות שילוב של סקרים, ראיונות וביקורים בבתי חולים זיהו החוקרים כמה תכונות המאפיינות התנהגויות של מנהיגים מצליחים: טיפחו תרבות של מצוינות והעבירו אותה לעובדיהם; התמקדו בהתגברות על חסמים; שימשו השראה לעובדיהם; והיו בעלי חשיבה אסטרטגית וחזון. כלומר, מנהיגות בבריאות ממלאת תפקיד חשוב גם בפעילות למניעת זיהומים. מנהיגים מצליחים משמשים מודל והשראה לעובדים, ואלה פועלים על פי התרבות הארגונית שמנסים להטמיע המנהיגים.

יש חוקרים המתייחסים להנהגה בקרב רופאים במובן רחב יותר, ודנים גם בהיבטים ציבוריים וחברתיים של מנהיגות. Kirch & Vernon (2009) כתבו כי על מקצוע הרפואה לספק מנהיגות ביצירת מערכת בריאות שלא תסבול פערים בטיפול או בתוצאות, ותדרוש הזדמנויות שוות לבריאות לכל פרט. כחלק מאמנת המקצועיות, קרא ה-American Board of Internal Medicine (ABIM) לסנגור ציבורי מצדו של כל רופא. ההסתדרות הרפואית האמריקאית המליצה למצוא דרכים לעודד, להקל ולתגמל את פעילויות הרופאים המקדמות צדק חברתי.

**שיטת המחקר**

**המדגם ושיטת הדגימה**

בדגימה מכוונת רואיינו 13 רופאים בכירים שנבחרו מעצם היותם פוטנציאל למידע עשיר בהתאם למטרת המחקר. כדי לשמור על אנונימיות המרואיינים, לא נפרוס עבור כל מרואיין באופן ספציפי את תפקידו, מקום העבודה והמומחיות מפני שהשילוב של מאפיינים אלה יצביע בוודאות על זהותם. בלוח 1 מוצגים מאפייני המרואיינים ע"פ קטגוריות כלליות.

לוח 1: מאפייני המרואיינים

|  |  |
| --- | --- |
| מאפיין | N |
| מין | 9 גברים, ו- 4 נשים |
| תפקיד\* | 2 מנהלי בתי חולים, סגן מנהל בי"ח, 5 ראשי חטיבות בבי"ח/במשרד הבריאות, סגן מנהל אגף בקופת חולים, 2 ראשי בי"ס לרפואה/בריה"צ, בכיר בהר"י, 4 יו"ר איגודים בהר"י |
| מומחיות\* | 5 מנהל רפואי, 4 בריה"צ, 3 פנימית, 2 ילדים, 1 עיניים, 1 כירורגיה, 1 הרדמה,  1 משפחה, 1 מחלות זיהומיות |
| מתאר\* | 6 עובדים בבי"ח, 6 באקדמיה, 3 קהילה, 2 במשרד הבריאות |
| מגזר | 11 רופאים יהודים ו- 2 אינם יהודים |

\*מסתכם ליותר מסך המרואיינים, שכן לרובם יותר מתפקיד אחד/התמחות אחת/עובדים ביותר ממתאר אחד

**כלי המחקר**

ראיונות עומק מובנים למחצה שאפשרו גמישות והעלאת שאלות בנוסף לאלה שנוסחו מראש. לעיתים שונו נוסח וסדר השאלות בהתאם לדינאמיקה של הריאיון על מנת לשמור על רצף וזרימה ולעודד פתיחות בקרב המרואיינים. השאלות התבססו על הספרות בתחום המנהיגות בבריאות, לדוגמה: איך היית מגדיר "מנהיג" במערכת הבריאות, מה לדעתך התכונות והכישורים שצריכים להיות לו; האם מנהיג במערכת הבריאות שונה או צריך להיות שונה ממנהיג בארגונים שאינם שייכים לעולם הרפואה; מהם 2-3 האתגרים העיקריים של מערכת הבריאות היום ומהם 2-3 אתגרים העומדים בפניך; איך מנהיג יכול להניע צוות המורכב מפרופסיות שונות ועוד.

**הליך המחקר והיבטים אתיים**

לאחר קבלת אישור מוועדת אתיקה במכללה האקדמית אשקלון, פנינו למרואיינים פוטנציאליים בשיחת טלפון. הראיונות בוצעו במהלך חודשים דצמבר-פברואר בשנת 2019/20 ע"י החוקרים. משך הראיונות נע בין 25-45 דקות. טרם תחילת הריאיון הוסבר למרואיינים על מטרות המחקר, והם התבקשו לחתום על טופס הסכמה לביצוע הריאיון ולהקלטתו. הראיונות נעשו בזמן ובמקום שהיו נוחים למרואיינים. כל שלבי המחקר תועדו ותמלולי הראיונות נשמרו בתיקייה ייעודית המוגנת בסיסמה. פנינו ל- 14 מרואיינים, מתוכם התראיינו 13. המרואיין ה- 14 הסכים להתראיין, אך בשל משבר הקורונה התבטלה הפגישה שנקבעה עימו.

ניתוח הראיונות

הראיונות הוקלטו ותומללו. הכותבת הראשונה ניתחה את הראיונות על בסיס הגישה הפנומנולוגית (Moustakas, 1994) בשלושה שלבים: בתחילה נקראו הראיונות בקפידה, כדי להבין את תפיסות המרואיינים. תוך כדי קריאת הראיונות נכתבו הערות וסומנו משפטי מפתח על מנת לזהות קטגוריות ראשוניות בטקסט. בשלב השני חולקו הראיונות ליחידות תוך זיהוי תמות בולטות. לבסוף, אורגנו התמות העיקריות לתמונה אינטגרטיבית המתארת את תפיסות המרואיינים לגבי תופעת המנהיגות במערכת הבריאות בישראל.

**ממצאים**

הממצאים מוצגים על פי התמות הבולטות שעלו מתוך הראיונות: ההבדל בין מנהל לבין מנהיג במערכת הבריאות; התכונות, הכישורים והייחוד של מנהיג במערכת הבריאות; הדילמה הפרופסיונלית: האם מנהיג במערכת הבריאות צריך להיות רופא?; תפקיד המנהיג בהתמודדות עם שינויים ובהנעת צוות רב-מקצועי; תפיסת הרופא כמנהיג חברתי.

**ההבדל בין מנהל למנהיג במערכת הבריאות**

המרואיינים ניסו לעמוד על ההבדל בין "מנהל" ל-"מנהיג". כולם הסכימו כי אמנם ישנן נקודות השקה בין המושגים, אך ההבדל ביניהם גדול, כפי שציינה מרואיינת 7: *"לא כל מנהל טוב הוא מנהיג ולא כל מנהיג הוא מנהל טוב."* חלקם ראו ההבדל בין חשיבה לטווח הקצר והתמקדות בהשגת יעדים בקרב מנהלים, ולעומתם חשיבה לטווח ארוך ויכולת להניע אנשים ולעבוד בצוות בקרב מנהיגים, כפי שתיאר מרואיין 8: *"מנהל זה מין תדמית כזאת של מישהו שלומד חשבונאות ולומד את כל הנושאים של תכנון כוח אדם וכו'. אני חושב שכל מנהל - אם אין לו גם תכונות של מנהיגות זה יהיה רע מאוד. מנהיגות זה לדעת להניע אנשים, לעבוד בצוות, לקבל החלטות. אני חושב שזה עולמות תוכן שמשיקים ומתחברים אחד לשני ומעשירים אחד את השני."* מרואיין 10 הוסיף: *"בניהול יש הרבה מן השוטף. הרבה מן העכשיו. מנהיג צריך לייצר עתיד. לייצר כיוון. לגרום לאנשים להאמין בו, להאמין במוסד, להאמין במסגרת, ויחד אתו לפעול בשביל להגיע למחר הטוב יותר."* מרואיין 12 תמצת:*"מנהל דואג להווה, דואג לביצוע של משימות ההווה. מנהיג מסתכל שנים קדימה."*

מרואיינים נוספים רואים ב"ניהול" משהו יותר טכני/סכמתי, לעומת ה"הנהגה" שיש בה יכולת לסחוף אנשים ולהתמקד ביצירת חזון לעתיד. כך מרואיינת 2: "*זה משהו שונה לחלוטין. מנהל יכול להיות משהו מאוד סכמתי. מאוד מרובע. מישהו שאנשים לא הולכים אחריו. הוא הבוס שלי, אז אני עושה מה שהוא רוצה. מנהיג- זה מישהו שמשמש לך מודל. שאתה רוצה להידמות לו. מישהו שהולכים אחריו."* מרואיין 11 דיבר על התפיסה מנקודת מבט של הכפיפים: *"כשמישהו אומר X המנהל שלי- זה ציון עובדה. אם מישהו אומר X הוא המנהיג שלי- זאת כבר אמירה שיפוטית. הוא מנהיג אותי. הוא מוביל אותי. אני הולך אחריו. יש הבדל משמעותי בין המנהיג למנהל."*

מרואיינת 13 הציגה עמדה מעט שונה, כאשר מבחינתה כל מנהל הוא גם מנהיג: *"אני לא מבדילה בין המושגים האלה. אני חושבת שאין מנהל בלי מנהיגות. כל מנהל הוא מנהיג. מנהל שהוא לא מנהיג, הוא לא מנהל טוב."*

**תמה שנייה: התכונות, הכישורים והייחוד של מנהיג במערכת הבריאות**

תמה זו מתחלקת לשתי תת-תמות. הראשונה, התכונות והכישורים של מנהיג טוב במערכת הבריאות. השנייה, הייחוד של מנהיג בארגוני בריאות לעומת ארגונים אחרים.

### **התכונות והכישורים של מנהיג טוב במערכת הבריאות**

המרואיינים הסכימו כי מנהיג טוב במערכת הבריאות צריך להיות בעל מעלות אנושיות ייחודיות (כמו אלטרואיזם, חמלה), להיות כריזמטי, לסחוף ולהניע אנשים, להיות בעל חזון, לעבוד בשיתוף פעולה ולהוות מודל חיקוי עבור הצוותים העובדים תחתיו: *"יש עניין מאוד חזק של מנהיג, אדם שמצליח להניע אחרים לנוע אל עבר מטרה משותפת. מאוד חשוב היכולת לעבוד בשיתוף פעולה עם אנשים שונים ולשלב אותם. לברור את העיקר מן הטפל. חשובה יכולת ארגון וחשובה כריזמה כדי באמת למשוך אנשים לפעול..."* (מרואיין4)*.* מרואיין 5 חיזק דברים אלה והוסיף את הקושי של המנהיג במערכת הבריאות לתמרן בין הפן הכלכלי לפן האתי בעידן של מחסור במשאבים: *"זו מערכת מאוד סבוכה, זו מערכת שמחד היא מערכת עסקית-כלכלית טהורה, מצד שני- בצד השני של החבל, מערכת מאוד אמפתית, מוסרית, אתית, הרבה מתח בין המערכת הכלכלית למערכת האתית בעידן של משבר משאבים. ובכל זה הוא צריך לשחות ואנחנו מקווים שהוא לא יטבע."*

מרואיין 10 הדגיש גם הוא את הראייה העתידית: *"מנהיג צריך "לסמן את העתיד" בכל מיני שיטות- בין אם לכתוב חזון, בין אם לתקשר את החזון בין אם לדבר את החזון בין אם לעזור לאנשים לראות את החזון הזה, להפוך אותו למשהו ממשי בפניהם, לשכנע אותם שאפשר להגשים. התהליך הזה הוא להבנתי, מרכיב מאוד משמעותי בתוך הכותרת הזאת שנקראת מנהיגות".* מרואיין 1 הוסיף: *"מנהל המחלקה, הוא האבא, האמא, המודל לחיקוי, המנהיג, הוא הכול בעצם... הוא צריך לאהוב את מה שהוא עושה. זה המון אלטרואיזם והקרבה ודוגמה אישית."*

### **הייחוד של מנהיג בארגוני בריאות לעומת ארגונים אחרים**

כל המרואיינים הסכימו כי מנהיג הוא מנהיג, ללא קשר לאופי הארגון. נדרש אותו הבסיס של איכויות וכישורים ללא תלות בתחום בו מנהיגים. עם זאת, הם סברו כי עדיין ברפואה יש משהו ייחודי מעצם העיסוק בחיי אדם, ומכאן הצורך היתר בהקרבה ובתחושה של צדק, היות מקצוע הרפואה "דרך חיים", מה שלעיתים פחות נדרש בארגונים שאינם ארגוני בריאות.

למשל, מרואיין 1 המחיש את ההבדל בין העיסוק בחיי אדם ברפואה לבין "התעסקות בטבלאות אקסל": *"****רפואה זה לא מקצוע. זה דרך חיים****... זה הרבה יותר מלהיות מנהל בבנק, או מנהל במשרד ממשלתי. ואגב, זה גם קצת קשור לחיי אדם. מי שלא התעורר באמצע הלילה עם הרגשה של מועקה כי הוא נכשל והחולה הלך לעולמו, זה משהו אחר מאוקיי אז הטבלה לא יצאה לי בסדר, אז גירעון המדינה עלה או ירד בחצי אחוז."* מרואיינת 2 הזכירה את הצורך לשלב גם הוראה ומחקר מעבר לעבודה עצמה:*"ברפואה, אתה צריך גם להיות קלינאי וגם לעסוק בהוראה וגם לעשות מחקר.* ***אתה צריך להקדיש כמעט את חייך לדברים האלה.*** *פה המקצוע ודרך החיים הרבה יותר מורכבים מארגונים אחרים."*

מספר מרואיינים הדגישו את ההבדל הנובע מאופייה הציבורי של מערכת הבריאות בארץ. מרואיינת 3 הדגישה את התרומה למערכת הציבורית, וכינתה אותה מעין "ציונות":*"צריכים להיות אנשים עם הרבה חזון והרבה רצון לתרום למערכת הציבורית. הם כולם רופאים שיכולים להרוויח הרבה כסף בסקטור הפרטי, או בחברות סטרטאפ חברות תרופות או בקליניקות פרטיות, והם בעצם נשארים במערכת הציבורית* ***ותורמים ממש את כל החיים שלהם*** *בשביל המערכת. אז הם צריכים להיות אנשים עם הרבה מחויבות והרבה ציונות.* ***כאלה שרואים בסוף את החולים או את צרכי המדינה*** *בתור איזשהו מטרה מרכזית..."* מרואיין 8 חיזק דברים אלה:*"ברגע שהמטרה היא לקדם את בריאות האוכלוסייה, ולא להרוויח כסף, אז המנהיגות צריכה להיות מאוד שונה, משתפת. צריכים להיות גם מאוד כריזמטיים ולהניע אנשים, כי האנשים כבר שחוקים."*

על חידוד ההיבט האנושי והערכי אצל מנהיג במערכת הבריאות דיברו מספר מרואיינים: *"הוא צריך להיות שונה, הוא צריך להיות קשוב בעיקר לחולים ולהיות עם* ***יותר******אנושיות וחמלה*** *"* (מרואיין 12); מרואיין 11 הוסיף:*"במערכת הבריאות המורכבות יותר גדולה כי בסוף* ***מדובר פה על בני אדם****. על אנשים שצריכים את הטיפול הרפואי. ויש פה משהו שהוא אחר, משהו שונה, משהו שהוא ערכי."*

**תמה שלישית: הדילמה הפרופסיונלית: האם מנהיג במערכת הבריאות צריך להיות רופא?**

רוב המרואיינים (11 מתוך 13) הסכימו כי התפקידים הבכירים ביותר במערכת הבריאות צריכים להיות מאוישים על ידי רופאים, כשלצידם אנשי כלכלה. ההסבר לכך היה הצורך בהיכרות של מערכת הבריאות ובהבנה של האתיקה הרפואית, כמו גם ביתרון שיכול להיות לרופא שצריך לרתום ולהניע רופאים ללכת אחריו. לעומתם, גרסו שני מרואיינים כי אמנם מוטב שתפקידים כאלה יאוישו על ידי רופאים, אך לדעתם אין זו חובה.

מרואיין 5 הסביר מדוע לדעתו מנהיג במערכת הבריאות צריך להיות רופא: "תמיד טענתי שמנהיג או מנהל במערכת הבריאות צריך להיות רופא ולא איש עסקי או כלכלי. צריך להיות עם הבנה של מערכת הבריאות. אדם שחווה את החולה. נשם את החולה. שמבין את צרכי החולה, שמבין **את האתיקה המקצועית והמוסר המקצועי הרפואי, כשהוא חומל על החולה,** שמגייס את כל ניסיונו והידע שלו כפי שהוא צבר באלפי שעות סביב מיטת החולה, והתפתח בארגוני בריאות ברמות ניהול מהזוטרות ביותר, למתקדמות ביותר."

גם מרואיינת 13 הסכימה עם הקביעה והוסיפה: *"אם זה מישהו שהוא לא רופא, הוא יצטרך איזה חמישה יועצים מסביבו שהם רופאים וכל פעם לשאול אותם, וזה לפי דעתי לא יעיל ולא נכון".*

מרואיין 6 דיבר על ניגוד האינטרסים המובנה בתוך מערכת הבריאות בין הכלכלה והרפואה הציבורית, שבתוכו המחויבות למטופל צריכה לעלות על המחויבות למערכת; כמו גם על ההיררכיה המובנית בארגוני בריאות:*"אני משוכנע שצריך להיות רופא, כי האינטרסים הכלכליים הם תמיד נגד האינטרסים של איכות הרפואה, גם במערכת הישראלית הציבורית. וכדי לבחור בין שני הדברים האלה- המנהל צריך להיות רופא. צריך לדעת כלכלה, אבל* ***הוא צריך קודם כל להיות מחויב למטופלים ולא למערכת****...".* מרואיינת 3 הדגישה את הדילמות ואת הצורך בקבלת ההחלטות, שעלולים להיות מורכבים יותר עבור מי שאינו איש רפואה:*"עדיף שהוא יהיה איש רפואה, כי יש כל כך הרבה דילמות וכל כך הרבה החלטות שהוא צריך לקחת, שזה הופך את התהליך ליותר פשוט אם הוא רופא."*

לגבי מנכ"ל משרד הבריאות (שסיים את תפקידו בסוף יוני 2020), שהיה בכיר לשעבר במשרד האוצר, התבטאו שני מרואיינים באופן ספציפי: לדוגמה, מרואיין 4 טען: *"העובדה שבראש משרד הבריאות בישראל לא עומד איש רפואה,* ***פגעה קשות ביכולת שלו לשמש מנהיג בעולם הבריאות.******כדי לקבל את האמון*** *של אנשי המקצוע ושל הציבור הרחב, זה כמעט בלתי אפשרי כשאתה לא מגיע מעולם הבריאות."*

מרואיין 11 פחות נחרץ בדעתו ורואה את היתרונות ואת החסרונות כך או כך, גם בהתייחסות למנכ"ל משרד הבריאות הקודם, שלא היה רופא בהכשרתו:*"בבתי חולים תמיד המנהל היה רופא או רופאה. בקופות החולים, מנכ"לי קופות החולים חלקם לא רופאים. מנכ"ל משרד הבריאות אינו רופא. האם זה בלתי אפשרי? בוודאי שזה אפשרי. האם הם מביאים את הקופות להישגים? הם מביאים את הקופות להישגים. יש לזה יתרונות וחסרונות. החסרונות שזה כאילו יותר קשה הוא לא במערכת. יכולים להאשים אותו שהוא לא מבין את המערכת, הוא לא מבין את הצרכים. מצד שני, הוא לא מחויב לאף אחד. הוא מגיע נקי, בלי דעות קדומות, בלי החלטה מראש. הוא בא ללמוד."* גם מרואיינת 7 סוברת כי אין הכרח שמי שמנהל חלקים במערכת הבריאות יהיה רופא: ***"אני בעמדת מיעוט בעניין הזה, אני חושבת שאין שום חלק במערכת הבריאות שמי שמנהל אותו חייב להיות רופא****. נכנסים היום לתוך מערכת השיקולים כל כך הרבה שיקולים שדורשים ידע נוסף, בכלכלה, בהנדסה, בהנעת אנשים, בשירות ובשיווק, שמי שבא מעולמות תוכן אחרים - בהחלט יכול להיות מנהל טוב."*

**תמה רביעית: תפקיד המנהיג בהתמודדות עם שינויים ובהנעת צוות רב-מקצועי**

כל המרואיינים הסכימו על האתגר העיקרי והמשמעותי בפניו עומדים אנשי מערכת הבריאות כיום: מתן שירות רפואי איכותי בעידן של מחסור במשאבים (תקציב, כ"א ותשתיות). עליהם להיאבק במשרד האוצר כדי לקבל תקציבים נוספים, כמו גם לעשות רפורמות ושינויים בתוך המערכת, תוך הנעת צוותים רב-מקצועיים. המרואיינים הדגישו את הצורך בשיתוף כדי לרתום אנשים ללכת אחריהם.

מרואיין 1 הסביר מנקודת מבט של מנהל מחלקה: *"יש את, מה שנקרא, האתגר החומרי. ההתקוטטות עם משרד הבריאות ועם משרד האוצר... דברים מאוד חומריים... אני אומר למתמחים שלי: רבותיי קיבלתם 800 בפסיכומטרי, אתם קצת יותר מהדבר הזה. אנחנו צריכים להוביל, יש לנו דעה, יש לנו כיוון. אם אנחנו פנימאים אז שליש ממערכת הבריאות בארץ היא עלינו. אנחנו צריכים להוביל אותה ולהתוות את הדרך. ויש פה ושם אנשים שמצטרפים ותורמים, כל אחד ביכולות שלו."* מרואיינת 2 הדגישה את הצורך לפתח גאוות יחידה ותחושת שייכות כדי לקדם את שיתוף הפעולה בין הדיסציפלינות השונות: *"אחד הדברים החשובים במנהיגות זה גאוות יחידה. ולכן, אם אתה מנהיג ואם אתה מדבר על מצוינות, על איכות עבודה ועל גאוות יחידה- לדעתי כולם ילכו אחריך. כשאתה גאה להשתייך למקום שהוא מקום טוב, אז תמיד הכול נעשה יותר בקלות".*

מרואיין 4 הדגיש את הצורך לעורר מוטיבציה באנשים ולשתף כמה שיותר בקבלת ההחלטות: "***יש תופעה מאוד חזקה של שמרנות והתנגדות לשינוי. אז יש תפקיד חשוב למנהיג, להסיר חסמים, לתת פתרונות,*** *הגישה צריכה להיות* ***גישה משתפת****. מהצד השני- צריך מנהיג, שהוא בסוף מקבל את ההחלטה, שנותן את הטון. אז* ***יש מתח מסוים בין השיתוף לבין זה שבסוף כן צריך מישהו שמחליט****...".*

מרואיין 5 הדגיש את תפקידו של המנהיג ביצירת התלהבות בקרב כלל המקצועות ומתן תחושת שותפות בתהליך: "הוא חייב לשדר לארגון את הצורך בשינוי או במהלך שהוא רוצה לעשות, להתייעץ עם אנשי הצוות, כל אחד על פי מקצועו כדי לייצר תמונה שלמה, **לסחוף אותם בהתלהבות**, במחויבות. **לתת להם תחושה שהם חיוניים לשינוי, והמקצועיות שלהם מאוד חיונית, וזאת הדרך היחידה לעשות את זה**." מרואיינת 7 הדגישה את הצורך "לגעת" באנשים ולעורר בהם רגש ומחויבות במערכת מאוד שמרנית ומרובת אינטרסים סותרים:"אחת הבעיות הקשות של מערכת הבריאות זה שהיא **מערכת מאוד שמרנית**. אתה יכול לעשות קסמים ביכולות הכלכליות שלך ובשיווק, **אבל אם אתה לא נוגע באנשים - בסופו של דבר אתה תישאר מנהל טוב אבל לא מנהיג**".

**תמה חמישית: תפיסת הרופא כמנהיג חברתי**

חלק מהמרואיינים תופסים את תפקיד הרופא כשל אדם שמצופה ממנו להיות גם מנהיג חברתי, להיות שותף לתהליכים חברתיים ולפעול למען בריאות הציבור, מעבר לעיסוק הקליני. מרואיין 10 הסביר: *"אני אישית מאמין בחלק הזה שלרופא יש תפקידים נוספים. אני מאמין שרופא* ***הוא משהו יותר גדול מהעסק הרפואי****. זה משהו שחייבת להיות לו מנהיגות בשביל להשפיע, באיכות החיים, ברפואה המונעת. אני חושב שרופא שכל תפקידו יהיה להיות בחדר ודופקים לו בדלת ונכנס המטפל שקבע תור שמתעסק בו ובזה זה נגמר- זה פספוס ענק."* מרואיין 5 הסכים גם הוא כי כל רופא צריך לעסוק גם בפן החברתי ולהפגין אכפתיות כלפי הציבור: *"רופאים לא יכולים לרחוץ בניקיון כפיהם ולשקוע רק בבתי החולים ולעסוק רק בעבודה. מי שיש לו את הניצוץ, את הרצון לשנות, חייב להוביל ולהיות חלק ממהלכים חברתיים חקיקתיים ממשלתיים."* מרואיינת 3 מחזקת: *"רופאים הם בדרך כלל אנשים עם יכולות גבוהות, הם גם אנשים שבדרך כלל נוטים להקשיב להם, נחשבים אנשים אינטליגנטים וככה מיוחדים, אז בהחלט אפשר "לנצל" את התכונות האלה שלהם כדי לקדם אג'נדות ציבוריות."*

מרואיין 8 הסכים עם דברים אלה והוסיף כי הוא רואה בפעילות ציבורית דרך להתמודדות עם השחיקה של הרופאים בעבודתם היום-יומית מול המטופלים: "*אני חושב שבשביל הרופא, לנשמה שלו, למניעת השחיקה, אם הוא יעשה את הדברים שהם מעבר לעבודה הרגילה,* ***זה משהו שצריך להיות חלק מלהיות רופא בסופו של דבר****."*

לעומתם, מרואיינים אחרים חשבו כי זה לא בהכרח תפקיד כל הרופאים או תפקיד הרופאים דווקא- לקדם תוכניות, חקיקה או מדיניות למען בריאות הציבור. לדוגמה, מרואיין 4: *"****זה לגיטימי לחלוטין שיש רופאים שעושים את עבודתם הרפואית ולא משמשים כמנהיגים ולא פעילים חברתית.*** *אני חושב שלצערי אצלנו בתקופה של מחסור בכוח אדם, אנשים מרגישים שאין להם את האנרגיות להשפיע בתחומים אחרים. אני חושב שזה חבל מאוד, כי* ***הקול של הרופאים הוא מאוד חשוב****."* ובהמשך הריאיון הוסיף כי אם רופאים היו מתוגמלים על פעילויות חברתיות במסגרת הקריטריונים לקידום, זה היה מדרבן אותם להיות מעורבים יותר*.*

מרואיינים דיברו על מצוקת הזמן שמקשה על הרופא לפעול, לכן עליו לעסוק בדברים ייחודיים שאחרים אינם יכולים לעשות. למשל, מרואיין 9: "**הרופאים- זמנם מאוד יקר, הם צריכים להתעסק בעיקר ולא בדברים שאחרים יכולים לעשות אותם**. שהאוכלוסייה בעצמה תעשה את הדברים מה שצריך, והם יהיו היועצים מבחינת הפן הרפואי."

מרואיין 1 מסכים עם חובת הרופא לפעול למען החברה, אך מציג את קשיים של הרופאים, ואת התפיסה של חלקם לגבי פעילויות שנתפסות כבעלות אופי "פוליטי" יותר: *"****אין שום ספק שרופאים צריכים להיות אנשים בעלי דעה ובעלי מצפון ובעלי say שצריך להתייחס אליו****... הבעיה היא שא' רופאים תופסים את עצמם "אני רוצה לעשות רפואה". וכל הדברים האחרים נתפסים כדברים שצריך להבין בהם, או דברים שבזויים או האל יודע. הם רוצים לבוא למחלקה בבוקר, לקחת את העגלה, לטפל בשלושים חולים שלהם הכי טוב שהם יודעים וזה הכול. הם לא רוצים להתקוטט.* ***יש המון רתיעה מהדברים האלה. זה נתפס כ- או פוליטי או רדוד או לפעמים קצת בזוי.****"*

זווית שונה הביאה מרואיינת 7 שהציגה את הרופאים כאנשים קונפורמיסטים, ה"תלמידים הכי טובים בכיתה", לא טיפוסים של מנהיגים או של מהפכות: ***"רופא הוא קונפורמיסט, זאת אומרת זה לא עם של מורדים****. היום עם המסננת הזאת של הקבלה* ***אלה שכבר עשו את הבחינות והיו הכי מוצלחים עם הציונים הכי גבוהים, זה בדרך כלל הילדים הכי קונפורמיסטים****,* ***אלה שיכלו לשבת שעות ללמוד, ולא בהכרח הטיפוסים המנהיגים.*** *נכון שיש לך כאלה מידי פעם שהם יוצאי דופן.****"***

**דיון**

מטרתו המרכזית של המחקר הנוכחי היא להעמיק את ההבנה והמשמעות שמייחסים רופאים בעמדות ניהול בכירות למושג המנהיגות במערכת הבריאות. המרואיינים הסכימו אמנם כי "מנהיג" הוא "מנהיג", לכן נדרש אותו בסיס של איכויות וכישורים ללא קשר לאופי הארגון. עם זאת, הם סברו כי ברפואה יש משהו ייחודי מעצם העיסוק בחיי אדם, ומכאן הצורך היתר בהקרבה ובחוש של צדק, היות המקצוע "דרך חיים", אלטרואיזם, חמלה, ערכיות והוגנות - מה שלעיתים פחות נדרש בארגונים שאינם ארגוני בריאות. כפי שהסבירה McAlearney (2006) בארגוני בריאות, כמו בענפים אחרים, אתגרי המנהיגות הם עצומים, אך על מנהיגי הבריאות לקדם גם מצוינות באיכות הטיפול, שביעות רצון של מטופלים ויחסים עם הרופאים והקהילה.

מהראיונות עלה הבדל בין התכונות שציינו מנהלי בתי חולים או אנשי אקדמיה למנהלי מחלקות בבתי חולים. הקבוצה הראשונה שמה דגש על הראייה הרחבה יותר, הכריזמה, הגדרת החזון לטווח הארוך וכו'. הקבוצה השנייה הוסיפה גם את הפן של החינוך של הדור הבא של הרופאים והחשיבות של היות המנהיג מודל חיקוי לכפיפים. ניתן להסביר ממצא זה מהאופי השונה של העבודה והמגע עם הכפיפים. למנהלי בתי חולים ראייה רוחבית יותר, הם מכוונים לטווח הארוך, לחזון אליו הם רוצים להוביל את בית החולים. מנהלי מחלקות אחראים על יחידה קטנה יותר, יש להם קשר הדוק וישיר עם הצוותים במחלקות ועם המטופלים. הם אחראים על הרופאים המתמחים, דור העתיד, ולכן ההוראה, הקניית ערכי הפרופסיה ומתן דוגמה אישית הודגשו אצלם יותר. דודסון (2019) הסביר בהקשר זה כי ניהול בית חולים כרוך בהתמודדות מורכבת ומיוחדת בהתחשב באחריות המתמדת לחיי אדם ובאינטנסיביות שבה פועל בית החולים. מנהל בית חולים מחויב לאיכות הרפואית ועליו להתרכז בשלושה כיווני עשייה, שציינו גם המרואיינים: הגדרת חזון ומטרה משותפים לכל העובדים, מחויבות להובלת שיפור מתמיד, וקבלת החלטות מושכלת תוך קביעת סדרי עדיפויות במצב של מחסור במשאבים.

בראיונות לא התגלה בלבול מושגי בין המונחים ניהול ומנהיגות, עליו מצביעה הספרות Wajdi, 2017)): המרואיינים ידעו להבחין בין שני המונחים על אף הדמיון המושגי ביניהם. הם ייחסו למנהיג תכונות המתאימות לסט התכונות של המנהיגות המעצבת, כמו: כריזמטי, סוחף, בעל חזון, עובד בשיתוף פעולה ומהווה מודל חיקוי לצוותים העובדים תחתיו. לעומת זאת, למנהל ייחסו תכונות מסט התכונות של המנהיגות המתגמלת: טכני, בעל תפיסה שמתמקדת בתוצאות ולא בתהליכים, ריכוזי, מתמקד בביצוע של משימות הווה/הטווח הקצר ופחות רואה את החזון ואת הטווח הארוך. עם זאת, צוין כי על אף ההבדל בין תכונות המנהל והמנהיג, עדיין מנהיג צריך שיהיו לו גם מתכונות הניהול: הבנה כלכלית ויכולת לייצר סדר עדיפויות כאשר מולו עומדים הן היעדים לטווח הקצר והן החזון לטווח הארוך.

ארבעת המרכיבים של המנהיגות המעצבת – התייחסות אישית ליחידים, אתגר אינטלקטואלי, הנעה באמצעות השראה ומודל לחיקוי והזדהות - הוזכרו בדברי המרואיינים בהגדירם את סט התכונות של "מנהיג". מאפייני המנהיגות המתגמלת, לעומת זאת, יוחסו על ידי המרואיינים ל"מנהל", אשר להבדיל מ"מנהיג", פועל, לדבריהם, בסגנון טכני יותר, המכוון להשגת היעדים בטווח הקצר.

נקודה מעניינת העולה בהקשרים אלה היא שהמרואיינים לא התעמתו עם המתח ההולך ומתעצם בין מאפייני המנהיגות המעצבת, עליהם הם שמים דגש רב, לכיוון אליו מתקדמת מערכת הבריאות - לכיוון היותר טכנוקרטי, מדידתי ובירוקרטי (אקרדיטציה, מדדי איכות וכו'). התערבות רגולטורית זו פוגעת באוטונומיה שלהם כמנהלים, שסמכות הניהול שלהם מופקעת חלקית על-ידי מערכות בקרה, ניטור ופיקוח חיצוניות. הם הזכירו כי עליהם לתמרן בין הפן הכלכלי לבין האתיקה הרפואית, אך לא הזכירו את העובדה שהם נתונים לפיקוח בירוקרטי/טכני הדוק, מה שחייב להכתיב גם חלק מההתנהלות היום יומית בכל שדרות הניהול והעשייה.

בדומה לרוב המרואיינים, Loh (2015) טוען כי ישנם יתרונות רבים לכך שרופאים יעמדו בראשם של ארגוני בריאות, כמו: מנהיגות שמגיעה מהשטח כלפי מעלה, ידע מקצועי/קליני, השפעה פוליטית רבה יותר, תמיכה באיכות ובבטיחות, אמינות רבה יותר בקרב הציבור והעמיתים, רופאים נתפסים כבעלי כוח והשפעה בהשוואה למקצועות אחרים. על אף היתרונות, הוא מונה גם חסרונות: קושי לאזן בין העולם הקליני לאתגר הניהולי, השקפה מוגבלת למקצוע וחוסר בהכשרה ניהולית.

בהסתכלות על מערכת הבריאות בישראל כיום, שלושה מתוך ארבעת מנכ"לי קופות החולים אינם רופאים, מנכ"ל משרד הבריאות (בזמן עריכת הראיונות) כלכלן, וישנן סמכויות העוברות מרופאים לאנשי מקצועות הבריאות השונים. לדוגמה, קביעת מוות ע"י פרמדיקים או מתן תרופות ע"י אחות מומחית קלינית. כלומר, ניתן לומר כי ההתערערות במעמד הרופא צוברת תאוצה, ונדמה כי בראיונות, הרופאים נצמדים מעט לעבר, כמעין "קרב מאסף" לשימור הדומיננטיות הפרופסיונלית של הרופאים במערכת. ישנו קונפליקט מובנה העולה מבין השורות בין רופאים הרואים עצמם כמנהיגים שמנווטים את המערכת אל עולם המחר בדגש על חדשנות, לא רק טכנולוגית אלא גם ניהולית של חשיבה 'מחוץ לקופסה', עריכת רפורמות ארגוניות, שיתופי פעולה, פיתוח מחלקות ושירותים חדשים וכיו"ב, לבין ההיצמדות שלהם לקונספציות המסורתיות ככל שהדבר נוגע לעמדות הניהול וההנהגה במערכת. במדינות מפותחות רבות, מקובל שמנהלי מוסדות בריאות אינם רופאים, אך נראה כי בישראל יש פחות בשלות לתהליך זה.

עבודה מול דיסציפלינות שונות, המוגנות בוועדי עובדים, מצריכה חשיבה מערכתית, שיתוף פעולה והרבה אורך רוח, כפי שהסבירו המרואיינים. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם ממצאי המחקר של McAlearney (2006) ובהם נושאים הנוגעים לפיתוח מנהיגות והאתגרים עבור ארגוני הבריאות. West et al. (2015) הוסיפו כי מנהיג אמור לשרת את האינטרס הארגוני, תוך התחשבות ברגשות המונהגים ובזכויותיהם.

רוב המרואיינים תופסים את הרופא כאדם שמצופה ממנו להיות גם מנהיג חברתי ולפעול למען בריאות הציבור מעבר לעיסוק הקליני, מכמה סיבות: ראשית, הבחירה במקצוע הרפואה היא בחירה ערכית הגוררת אחריות כלפי הציבור. שנית, פעילות ציבורית יכולה להיות אחת מהדרכים להתמודדות עם השחיקה של הרופאים בעבודתם היום-יומית. סיבות אלה למעורבות ציבורית בקרב רופאים תוארו בעבר על ידי Savage et al. (2017). עם זאת, כפי שעולה מהממצאים, לא כל המרואיינים שותפים לדעה כי על הרופא לפעול לקידום בריאות בזירה הציבורית, בין היתר בשל מה שתואר כחסר ב"דרייב מנהיגותי" כמאפיין בסיסי במבנה האישיות של מי שמסיים לימודי רפואה ("התלמידים הכי טובים בכיתה"). מכאן, היעדר היכולת להנהיג יכול לבוא לידי ביטוי לא רק במישור החברתי אלא גם במישור המקצועי בתוך כתלי מערכת הבריאות. נקודת מבט זו סותרת את התפיסה המקובלת של המרואיינים שרואה ברופאים "מנהיגים" פוטנציאלים.

**לסיכום,** ברמת המיקרו, דיברו המרואיינים על התחושות, החוויות והתפיסות שלהם כרופאים מנהיגים במערכת הבריאות. ברמת המאקרו, דיברו על פרופסיית הרפואה כמועדפת לניהול המערכת, ועל תפיסת תפקיד הרופא במובן הרחב (סנגור למען שמירה על בריאות הציבור). הרפואה כפרופסיה מכתיבה את התכונות הייחודיות שיש לפתח בקרב מנהיגים במערכת הבריאות: מקצועיות, רכישת אמון המונהגים, "עמוד שדרה" בהתמודדות בפני דילמות מוסריות, קבלת החלטות באופן שוטף, הבנת הקו הדק בין המותר לאסור (האתי והלא אתי), שיתוף שכולל מתן הסברים, תגמול ופירגון. במקביל, הצבת דרישות ונורמות בלתי מתפשרות והתעקשות על איכות, יצירת קשר אנושי וסבלני עם המונהגים ומתן דוגמה אישית כדמות הראויה לחיקוי. מנהיגים שיתברכו בתכונות אלה יהפכו את מערכת הבריאות לחממה של ערכים, נתינה ואיכות; ולכזו שתזכה באמון הציבור. תוכניות שונות בעולם מנסות לקדם את תחום המנהיגות בבריאות. חשוב להבין כיצד לשלב את התובנות העולות מהמחקר בחינוך הרפואי, תוך התייחסות למיקומם של הרופאים בתוך המערכת ויחסם למקצועות הבריאות השונים. מגפת הקורונה בה אנו נמצאים בחודשים האחרונים אף היא מעלה ביתר שאת את השאלה של מה מקום המנהיגות בתוך עולם הרפואה ומחוצה לו בהקשר החברתי הכולל.

**מגבלות המחקר**

במחקר רואיינו רק רופאים, ולא לקחו בו חלק נציגים ממקצועות הבריאות האחרים. המדגם יחסית מצומצם (13 מרואיינים), שכן עם תחילתו של משבר הקורונה הרופאים לא היו פנויים יותר להתראיין.

המחקר הנוכחי נקט בגישה האיכותנית, ומטבעו מצריך שילוב זהיר בין מסרים חיצוניים לבין המסרים הפנימיים של המרואיינים, לכן יש להקפיד על האמינות ועל המהימנות של המחקר. לפי Nutt-Williams & Morrow (2009) ישנן שלוש קטגוריות מרכזיות המבטיחות שמירה על אמינות ומהימנות במהלך המחקר. הראשונה היא נאמנות לנתונים. כפי שתואר, הראיונות הוקלטו ותומללו מילה במילה, ותיאור הממצאים לווה בהצגה מפורטת של ציטוטים מדברי המרואיינים ובכך סיפק עדות להתאמה בין הפרשנות (הקטלוג לתמות) לבין הקולות הייחודיים של המרואיינים. קטגוריה נוספת היא איזון בין המשמעות שנותנים המרואיינים (סובייקטיביות) לבין הפרשנות של החוקר (רפלקטיביות). הראיונות תומללו בדייקנות ע"י איש מקצוע, והניתוח הפרשני והמקטלג נעשה בסמוך לביצוע הראיונות. מציאת משמעויות משותפות בהליך הניתוח ותכנים שחזרו על עצמם מחזקים את המהימנות. הקטגוריה השלישית היא ניסוח ברור של ממצאי המחקר, הדרכים האפשריות ליישומם, וכן התייחסות למשמעותם והשלכותיהם במציאות החברתית, כפי שמתואר בתת-פרק ההמלצות.

**המלצות**

לאור הממצאים ניתן להמליץ על תוכניות הכשרה לרופאים בנושאי ניהול ומנהיגות הן במהלך לימודי הרפואה, הן כחלק מההתמחות והן בלימודי המשך. יש לוודא שילוב של רופאים מהקהילות השונות כדי לפתח מנהיגות מקומית בתחום הבריאות, גם כחלק מהאסטרטגיה לצמצום פערים בבריאות. Laothamatas & Nash (2019) טוענים כי לתוכניות הכשרה במנהיגות בבריאות יש פוטנציאל להשפעה מרחיקת לכת. מנהיגים אלה יכולים להמשיך להכשיר ולחנך אחרים, וכך להרחיב את היתרונות של תוכניות המנהיגות מעבר למשתתפים עצמם. בנוסף, לאור דברי המרואיינים, יש לפתח קריטריונים לקידום ולתגמול עבור מנהיגות חברתית ופעילויות למען בריאות הציבור. כיום מסלול הקידום מושתת על פרסומים בלבד. כמו כן, יש להנחיל כבר בלימודי הרפואה ובהמשך בתוכניות מנהיגות את הצורך בעבודה רב תחומית ובשיתוף פעולה עם שאר מקצועות הבריאות. מחקר עתידי בתחום יכול לכלול יותר רופאים ולהשוות בין השדרות השונות של הניהול ובין המתארים השונים (בי"ח, קהילה וכו'). ניתן אף לבחון את הדרישות המיוחדות למנהיגות בתקופת משבר הקורונה. בנוסף, חשוב להרחיב את היריעה גם למנהיגות במקצועות הבריאות השונים.

**ביבליוגרפיה**

דודסון, א. (2019). **מנהיגות במערכת הבריאות**. ב"ש: הוצאת אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

ABIM Foundation, American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine (2002).  Medical professionalism in the new millennium: a physician charter.  *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243-246. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>

Algahtani, A. (2014). Are leadership and management different? A review. *Journal of Management Policies and Practices,* 2(3), 71-82. doi: 10.15640/jmpp.v2n3a4

Ayeleke, R. O., Dunham, A., North, N., & Wallis, K. (2018). The Concept of Leadership in the Health Care Sector. *Leadership*, *Suleyman Davut Göker, IntechOpen*, doi: 10.5772/intechopen.76133.

Bass, B. (2010). The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications. New York, NY: Simon & Schuster.

Bass, B., & Avolio, B. (1993). Transformational leadership and organizational culture. *Public Administration Quarterly*, 17, 112-121. https://www.jstor.org/stable/40862298

Berkovich, I. (2016). School Leaders and Transformational Leadership Theory: Time to Part ways? *Journal of Educational Administration*, 54(5), 609-622. doi: 10.1108/JEA-11-2015-0100

Boehm, S. A., Dwertmann, D. J., Bruch, H. & Shamir, B. (2015). The missing link? Investigating organizational identity strength and transformational leadership climate as mechanisms that connect CEO charisma with firm performance. *The Leadership Quarterly*, 26(1), 156-171. doi: 10.1016/j.leaqua.2014.07.012

Burns, J. M. (1978). Leadership. NY: Harper & Row.

Çitaku, F., Violato, C., Beran, T., Donnon, T., Hecker, K., & Cawthorpe, D. (2012). Leadership competencies for medical education and healthcare professions: population-based study. *BMJ open*, 2(2), e000812.‏ doi: 10.1136/bmjopen-2012-000812

Dvir, T., Eden, D., Avolio, B. J., & Shamir, B. (2002). Impact of transformational leadership on follower development and performance: a field experiment. *Academy of Management Journal*, 45(4), 735-74. https://doi.org/10.5465/3069307

Kirch, D. G., & Vernon, D. J. (2009). The ethical foundation of American medicine: in search of social justice.  *JAMA*, 301(14), 1482-1484. doi: 10.1001/jama.2009.456

Kotterman, J. (2006). Leadership versus management: what's the difference? *The Journal for Quality and Participation*, 29(2), 13-17.‏

Kumar, R. D. (2013). Leadership in healthcare. Anaesthesia  & Intensive Care Medicine, 14(1), 39-41.‏ doi: <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2012.11.006>

Laothamatas, I., & Nash, D. B. (2019). The Current State of Physician Leadership Training. *Health Management Policy and Innovation*, 4(1), 1-13.

Loh, E. (2015). Doctors as health managers: an oxymoron, or a good idea? *Journal of Work-Applied Management*, 7(1), 52-60.‏ doi: 10.1108/JWAM-10-2015-005

McAlearney, A. S. (2006). Leadership development in healthcare: a qualitative study. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 967-982. https://doi.org/10.1002/job.417 ‏

McAlearney, A. S. (2008). Using leadership development programs to improve quality and efficiency in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 53(5), 319-331.‏ doi:10.1097/00115514-200809000-00008

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Northouse, P. G. (2015). *Leadership: theory and practice*, 7th edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, California.

Nutt-Williams, E. N., & Morrow, S. L. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy Research*, 19, 576-582. https://doi.org/10.1080/10503300802702113

Roth, G., & Eyal, O. (2011). Principals' leadership and teachers' motivation. *Journal of Educational Administration*, 49, 256-275.

Rowitz, L. (2013). *Public health leadership: Putting principles into practice*. Jones & Bartlett Publishers.‏

Saint, S., Kowalski, C. P., Banaszak-Holl, J., Forman, J., Damschroder, L., & Krein, S. L. (2010). The importance of leadership in preventing healthcare-associated infection: results of a multisite qualitative study. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(9), 901-907.‏ doi: 10.1086/655459

Savage, M., Mazzocato, P., Savage, C., & Brommels, M. (2017). Physicians' role in the management and leadership of health care. A scoping review. Medical management centre, Karolinska institutet, Stockholm.

Wajdi, B. N. (2017). The differences between management and leadership. Sinergi, 7(2), 75-84.‏

West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., & Lee, A. (2015). *Leadership and Leadership Development in Healthcare: The Evidence Base*. The Faculty of Medical Leadership and Management with The King’s Fund and the Center for Creative Leadership, London. Retrieved from: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf> (5.5.20)