

בדרך ל'רפואה שלמה'

אמתי ניב

מרץ 2010

ניב יועצים בע"מ

ד"ר איוה חגי-ניב

ד"ר אמתי ניב

ברנדס 6, חדרה 38245

טל. 04-6342564

פקס 04-6342474

a-niv@zahav.net.il

ניב יועצים - ייעוץ ארגוני למערכות מורכבות

ברנדיס 6, חדרה | טלפון: 04-6342564 | פקס: 04-6342474 | דוא"ל: a-niv@zahav.net.il | אתר: www.niv.co.il

תקציר

על שולחן הניתוחים מונחות שתי שאלות הנוגעות לעתידה של הרפואה המודרנית:

1. כמדע, עד לאן אפשר להגיע באמצעות הפרוצדורה המחקרית הנהוגה היום?
2. כפרקטיקה, איך לאזן בצורה אופטימאלית בין התמחות הולכת ומעמיקה לבין הצורך הגדל והולך באינטגרציה של כלל המערכת?

בהתחלה היו מרפאים-קוסמים. את מקומם תפשה הגישה המדעית. הדרך מקסמי המכשפים לרפואה מודרנית, אפקטיבית ואוניברסאלית מונחית על ידי הפרוצדורה המקובלת (המדע) ליצירת ידע חדש. השאלות המחקריות והידע החדש הנוצר כמענה להן נטועים בתוך קונטקסט רחב של הנחות, ערכים, נורמות ופרקטיקות. היוונים הקדמונים כינו את המכלול הזה 'פרדיגמה' -- דפוס או תבנית חשיבה. זוהי המסגרת המארגנת את פיסות הידע השונות לכלל תמונת עולם שלמה. את הרפואה הצעידה קדימה הפרדיגמה הפוזיטיביסטית המאוששת השערות או דוחה אותן באמצעות מערך מחקרי אמפירי. מהמקרה היחיד משליכים על אוכלוסיה גדולה (אינדוקציה), מסבירים את המציאות ומנבאים התפתחויות בעתיד.

הפרדיגמה הפוזיטיביסטית מהווה בסיס לרוב סוגי הפעילות הרפואית. חקירת תופעות נעשית בדרך כלל על ידי פירוקן לחלקים פשוטים. ככל שהמציאות נעשית מורכבת יותר מתרכזת הרפואה בהבנת 'החלקים' ויוצרת התמחות, בהנחה שככל שהמציאות קשה להבנה נדרשת לה התמחות מעמיקה יותר. כך נוצרת דיפרנציאציה המקשה על הבנת השלם וטיפול אפקטיבי בו. כאשר הדיפרנציאציה הולכת וגדלה נדרשת פעילות מאזנת – אינטגרציה של החלקים לשלם משמעותי, זאת בשתי פניה של הרפואה: כמדע וכמערכת כלכלית. המאמר מפרט את הסיבות להעדר מנגנוני אינטגרציה אפקטיביים ברפואה המודרנית, מצביע על המחירים ומציע רעיונות ליצירת פרדיגמה חדשה ורלבנטית לרפואה של העתיד.

פתח דבר

בגלל בריאות לקויה נאלצתי לאחרונה להקדיש חלק משמעותי מזמני למפגש עם רופאים ומוסדותיהם. למדתי להעריך את מעלותיהם הרבות של ה'מלאכים בלבן' כמו גם את הישגיה ותחלואיה של המערכת בה הם פועלים. בהכשרתי אני מומחה לניהול של מערכות ארגוניות מורכבות. במשך ארבעה עשורים אני חוקר, מלמד ויועץ בתחום המרתק הזה. הפרקטיקה שלי כוללת, בדרך כלל, התבוננות ואבחון האופן שבו משתלבים זה בזה **האסטרטגיה** של המערכת הארגונית (באיזו סביבה היא פועלת? לאן היא חותרת ובאיזה אופן היא מנהלת את ההתקדמות הזו?), **המבנה** שלה (איך מתחלקת העבודה בין כל אלה המשתדלים לגרום לתוצאות הרצויות?) ו**ההתנהגות** של המרכיבים אותה (מי הם העושים במלאכה? מה מניע אותם? מהם הערכים וכללי המשחק מהמכתיבים את התנהגותם?). כאשר קיימת הלימה בין המרכיבים אנו מניחים "בריאות".

כאשר מרכיבים 'אינם מתיישבים' זה עם זה אנחנו מניחים שנדרשת התערבות על מנת ליצור הלימה מחדש.

כ'צופה משתתף' מיומן אני מזהה פערים בין ה"אסטרטגיה" של מערכת הרפואה הקונבנציונלית (הסביבה בה היא פועלת, התרומה שלה לסביבה והדרך שבה מתקדם הידע הרפואי) לבין ה"מבנה" שנוצר כתוצאה מהאסטרטגיה הזו (בעיקר – דיפרנציאציה מעמיקה) לבין "ההתנהגות" (ערכים ונורמות המקשות על ערכי שינויים מתבקשים). הפער הזה מעלה שתי שאלות עקרוניות על סדר יומה של הרפואה הקונבנציונלית. התשובות תקבענה את מהותה ודמותה של הרפואה המודרנית:

1. כמדע, עד לאן אפשר להגיע באמצעות הפרוצדורה המחקרית הנהוגה היום?
 2. כפרקטיקה, איך לאזן בצורה אופטימאלית בין התמחות הולכת ומעמיקה לבין הצורך הגדל באינטגרציה של כלל המערכת?
- את התובנות שפיתחתי מתוך ההתנסות אישית אני מפרט בהמשך.

1. אסטרטגיה

מקוסמות למדע: ההיסטוריה בקליפת אגוז

מאז ניתוח ההשתלה הראשון (כל המין היפה מצלע אחת) ועד לימינו, בריאות וחולי תופשים מקום מרכזי בהוויה האנושית. המרפאים הופיעו, לכן, כבר בשחר ההיסטוריה. הפרופיל של המרפא הכשיר נראה כך: תופש את העיסוק הזה כשליחות, מעיז לנסות פתרונות יצירתיים לבעיות מורכבות, לומד מהניסיון, מארגן את הידע המצטבר אצלו במתכונת של תיאוריות פרטיות על קשרים בין גורמים לתוצאות. הכי חשוב, יש לו קשר אינטימי עם כוח עליון המשמש כמקור העיקרי ליכולת ולסמכות המקצועיים שלו. בנקודה הזו נוצר החיבור בין ריפוי לכישוף. המומחיות של המכשף מתבססת על ידע אישי הצפון בקופסא שחורה: המתבונן מהצד רואה את התשומות (מה עושה המכשף בפועל) ואת התפוקות השינוי במצבו של המטופל. מה שקורה ביניהן (ה'קופסא השחורה') הוא בבחינת הסוד האישי של המרפא – המכשף. אכן, המרפאים למיניהם פזורים בכל התרבויות -- ממצרים העתיקה, עבור בסיפורי התנ"ך, בפולקלור של חברות אקזוטיות ובמיתוסים של העולם המודרני.

בצד הצלחות מרשימות הצטברו במרוצת הדורות אכזבה וביקורת על הגישה הטיפולית ועל העוסקים בה. בעיקר סביב שאלות של תוקף ומהימנות. ברור היה שכדי שהפרקטיקה הרפואית תהיה גלויה, שיטתית ואחידה, צריכים הכישוף והקוסמות לפנות את מקומם למקצוענים המסתמכים על תיאוריות מדעיות. כך נפרצה הדרך להפיכת התחום לרציונאלי, אוניברסאלי וממוסד. היפוקראטס, הרמב"ם והקמת ביה"ס הראשון לרפואה באלכסנדריה, מצרים מסמנים את ראשיתו של מסע ארוך מהמסתורין של הכשפים לפרקטיקה המושתתת על מדע מודרני.

בעיירה נידחת בפולין של המאה הקודמת סופקו השירותים הרפואיים ע"י ה'גלח' – מי שנחשב כמבין בעניינים של בריאות וחולי ומצויד באוסף מגוון של קסמים לאבחון ולטיפול בקשת רחבה של מחושים וחוליים.

יום אחד הביאו לטיפול את הסנדלר של העיירה. הסימפטומים היו מדאיגים: חום גבוה, רעד, בחילות והזיות. 'לגלח' לא היה ניסיון קודם בטיפול באוסף הסימפטומים. בצר לו פסק: "השקו אותו בחמיצה במשך השבוע הקרוב, שלש פעמים ביום". כך אכן עשו ובתום השבוע קם הסנדלר

ניב ינעצים - ייעוץ ארגוני למערכות מורכבות

ממיטתו, בריא ושמח. לא עבר זמן רב והחייט של העיירה לקה באותם סימפטומים מדאיגים. לא השתתה הגלח ופסק בביטחון "השקו אותו בחמיצה במשך השבוע הקרוב, שלש פעמים ביום". כך אכן עשו וביום השביעי החזיר החייט את נשמתו לבורא. כאשר חזר הגלח מהלווייתו של החייט המנוח רשם בפנקסו הקטן: "חמיצה לסנדלר חולה – הפואה שלמה. לחייטים זה מוות בטוח".

הגלח לא היה מודע למשמעות האוניברסאלית של השימוש בחמיצה. אנחנו, לעומת זאת, יכולים לזהות בסיפור הקטן את ראשיתו של המעבר מהפרקטיקה של הכשפים לשימוש בפרוצדורה המדעית.

הרפואה המודרנית כמדע

הדרך מקסמי המכשפים לרפואה מודרנית, אפקטיבית ואוניברסאלית מונחית על ידי הפרוצדורה ליצירת ידע חדש.

מדע הוא שיטה לאיסוף **ידע** אודות העולם באמצעות **תצפית**, **ניסוי** והסקה שיטתיים. עקרונות ותהליכים המשמשים לאיסוף ידע מדעי מכונים **מחקר**. מבחנו של ידע חדש שנאסף כך הוא כפול:

- האם הוא תורם לפיתוח ההבנות של עולם התוכן בו הוא עוסק (רלבנטיות)? האם יש לשימוש הנעשה בו תוצאות חיוביות?
- האם הוא נכון (מהימן ותקף)?

מדע: פרוצדורה, מבנה ודינאמיקה

ידע חדש אינו "מדעי" אלא אם נוצר באמצעות פרוצדורה קפדנית המבוססת על ששה עקרונות כלליים: הצבת שאלות משמעותיות, שניתן לחקור אותן באמצעים ניסויים; קישור בין מחקר לתיאוריה רלוונטית; שימוש במתודות המאפשרות חקירה ישירה של השאלה המחקרית; תיאור גלוי וקוהרנטי של שרשרת תהליכי ההיקש; בחינת התוצאות על ידי חזרה על מחקרים והכללה מהם, והפצת ממצאי המחקר כדי לאפשר בחינה וביקורת מקצועית. ששת העקרונות האלה מאפשרים הבחנה ברורה בין 'רופאים' ל'מרפאים', בין רפואה מודרנית למעשי כשפים שונים ומשונים.

פרדיגמות

הקוסמים והמרפאים שומרים מכל משמר את הידע שיצרו או קיבלו כרכוש הפרטי, זהו "סוד הקסם" והיתרון היחסי של הקוסם מול עמיתיו. המחקר המדעי אמור להתנהל בגישה הפוכה: המאמץ הוא ציבורי ופירותיו עומדים לרשות הכלל. הוא נטוע בתוך קונטקסט רחב של ערכים, הנחות, כללים ונורמות. היוונים הקדמונים כינו את המכלול הזה במונח 'פרדיגמה' -- דפוס או תבנית חשיבה. כיום מתייחסים לישויות המופשטות האלה כאל מאגר הידע שנצבר עד כה בתחום מסוים. המחויבות ל'פרדיגמה' מקובלת מגדירה עבור המדען את הבעיות הזמינות למחקר ואת טיב הפתרונות הקבילים, ולכן היא מרכיב יסודי של המדע.

הפרדיגמה שהצעידיה את הרפואה המודרנית מעיסוק של קוסמים מסתוריים למדע מודרני רב הישגים היא זו של המחקר והפרקטיקה הפוזיטיביסטיים. ההשערה המרכזית של המאמר היא

שלמרות תרומתה המוכחת לפיתוח רפואה מודרנית (או, אולי, בזכותה) נדרשת כיום פרדיגמה חדשה שתצעיד את הרפואה בשלבים הבאים של התפתחותה.

הרפואה כמדע פוזיטיביסטי

מרכיב מרכזי של הפרדיגמה הפוזיטיביסטית היא ההנחה שהטבע כולו פתוח לחקירה אובייקטיבית מלאה של האדם באמצעות המדע. לפי הפוזיטיביזם, חקירה מדעית מתבססת על מה שנראה בעין, על מה שניתן להוכיחו באופן ברור וודאי. המדען עורך תצפיות - הוא יושב וצופה על המציאות/הטבע. הוא שואל את עצמו שאלה, יש לו רעיון לגבי הסבר אפשרי/השערה, שלהם הוא מכין מערך מחקרי אמפירי אוסף נתונים שבאמצעותם הוא מאושש או מפרך את ההשערה שלו. לבסוף הוא מסיק מסקנה כללית שתעזור לנבא מה יקרה במקרים דומים. למשל, בכול העולם המודרני מאבחנים את דלקת התוספתן באותה דרך ויודעים כיצד לטפל בה. אפילו התוצאות ידועות מראש.

התופעות המצויות בחזית הידע העכשווית קשות יותר לטיפול מדלקת תוספתן. את השוני יוצרת המורכבות הדורשת, כנראה, גישה מחקרית שונה.

המורכבות כבעיה וכאתגר.

מערכת היא מכלול של גורמים המתקיימים בתלות הדדית. היא פשוטה כאשר מרכיביה ידועים, מספרם קטן והתנהגותם יציבה וידועה. במערכת מורכבת, לעומת זאת, מעורבים גורמים רבים הנמצאים בתלות הדדית ומשתנים במהירות ובכיוונים לא צפויים. כאן חשוב לזהות ולטפל ביחסים בין הגורמים כשם - ואולי יותר מאשר - חשוב לטפל בגורמים עצמם. כאשר מספר הגורמים עולה בטור אריתמטי גדלה המורכבות (=גורמיםXיחסיםXהשתנות) באורח גיאומטרי. במציאות כזו קשה לזהות את השאלות החשובות, להבין אותן, לפתח עבורן פתרונות, ליישם אותם ולנבא את התוצאות האפשריות.

עיקר הפעילות הרפואית נעשית עם, עבור ובמסגרת של מערכות מורכבות: הלקוחות המזדקנים הם "מקרים מורכבים"; המשאבים - הידע, המתקנים והציוד מפוזרים בין ארגונים שונים; חלוקת העבודה קורה בין גורמים מרוחקים פיזית ותפישתית (כמו גם ההתמחויות). מורכבים גם היחסים בין הגורמים השונים. במציאות כזו צריך להתאים את הגישה המחקרית ואת הכלים הנגזרים ממנה לטיפול בתכנים ההולכים ונעשים יותר ויותר מורכבים.

אתגר המורכבות: שכלול הכלים ושינוי השיטה

המחקר והפרקטיקה של הרפואה המערבית מתמודדים עם האתגר הזה בשלוש אסטרטגיות שונות:

הראשונה גורסת שככל שהמצבים נעשים יותר מורכבים, נדרשים מודלים וכלים יותר מתוחכמים למחקר ולהבנה שלהם. מדובר בטכנולוגיות מתקדמות לאיסוף, עיבוד, אחסון ושליפה של כמויות גדולות של נתונים. למשל, פרויקט הגנום האנושי. רבים טוענים שהעתיד נמצא כבר כאן ו-personalized medicine היא התשובה המערבית הממוחשבת למורכבות המערכתית.

גישה שנייה רואה במורכבות איכות ייחודית שאיננה ניתנת לפיצוח או לפרוק למרכיבים נפרדים ומהווה עולם תוכן מגובש ושלם בפני עצמה. דוגמה מוכרת היא זו של הכאוס. זוהי גישה חדשנית

שכמו גישות דומות לה בתחום המורכבות עדיין לא פיתחה כלים ושפה שיקנו לה את הממד האופרטיבי. תיאורית הכאוס מתייחסת למורכבות כאל התפתחות צפויה וכשלב הכרחי בהבנת תופעות שלא ניתן להבין בדרכים הקונבנציונאליות. חסידיה מצביעים על דפוסים ומבנים לוגיים בתוך מה שנראה לכאורה כאי-סדר בלתי הגיוני. למשל, הגישה ההוליסטית של הרפואה המזרחית.

האסטרטגיה השלישית והיותר נפוצה לטיפול במורכבות היא זו של הפרוק וההרכבה. כדי לבחון קשרים בין משתנים מסוימים מבודדים אותם מכל השאר, מתעלמים מההשפעה ההדדית של היחסים בין הגורמים ש'הושארו קבועים', ומכניסים אותם למעבדה לבחינת אינטראקציות אפשריות ביניהם. הפירוק מאפשר יצירת ידע מהימן ותקף לגבי שאלות נקודתיות, העומד במכלול הדרישות של הפרוצדורה המדעית. מרבית הידע הרפואי נאסף בדרך זו (קשרים בין גורמי מחלות, נתוני רקע ואירועים מיוחדים) כך גם הפרמצבטיקה הסמוכה. בתחומי מדע הנוגעים בהתנהגות האנושית תופסים את מקומה של המעבדה הפיזית כלים סטטיסטיים המאפשרים בידוד משתנים. מושג המפתח בהקשר הזה היא ההנחה ש"כל השאר נשאר קבוע".

האסטרטגיה של בידוד המשתנים הרלבנטיים והשארת כל השאר במצב "קבוע" מאפשרת להשאיר, ולו רק למראית עין, את הפרדיגמה הפוזיטיביסטית על כנה. היא גם מקנה להתמחות את הכוח המניע את המחקר המדעי ואת יישומו. באופן פרדוכסלי, מגרעותיה של ההתמחות הן שיביאו לקריסתה של הפרדיגמה הפוזיטיביסטית.

2. המבנה

הפרוק: התמחות ודיפרנציאציה

תוצאה נלווית לאסטרטגיה של פרוק והרכבה ולפרדיגמה הפוזיטיביסטית היא ההתמחות. ההתמחות בחלקים יוצרת דיפרנציאציה של המערכת, מאפשרת ומחייבת דרגות חדשות של התמחות. לא עוד 'כירורגיה' או 'נוירולוגיה' (ההתמחויות של פעם) אלא כירורגיה של ... ונוירולוגיה בהתמחות של ... הגדרה מצמצמת של התחום נתמכת בתמריצים אישיים (קידום והתקדמות), בהסדרים ארגוניים (אגודות, מחלקות ויחידות), בעיצוב עולם התוכן (כתבי עת מתמחים), בפיתוח שפה מקצועית וערכים (בעיקר טיפוח החשיבות של התחום והסדרה מחודשת של היחסים עם התמחויות אחרות). התמחויות הולכות ומעמיקות וחומות יותר גבוהות ביניהן. זהו תהליך הכרחי ובלתי נמנע במציאות של מערכות מורכבות המבוססות על ידע מתמחה.

ההרכבה: תוצאתיות ואינטגרציה.

תנאי הכרחי ליצירת הידע והמיומנויות הנדרשות לפעולה מורכבת (חינוך, ביצוע של יצירה מוסיקלית או רפואה) היא חלוקת עבודה דיפרנציאלית. על מנת להשיג תוצאות צריך להרכיב מחדש את החלקים שנוצרו בפרוק. המשמעות היא יצירת תרכובת (ולא תערובת) המבוססת על ידע ויכולות מתמחים ומתואמים. במלים אחרות, השגת התוצאה הנדרשת מחייבת התגברות על חומות ההתמחות.

המפגש מעבר לחומות האלה הוא, על פי ההגדרה, מצב של מתח שמעורבים בו השקפות מקצועיות, ניסיון מצטבר, הבדלי סטאטוס, אינטרסים מקומיים ו'חשבונות לא סגורים'. טיפול נכון בקונפליקט עשוי ליצור ערך מוסף גבוה לכל המעורבים. התעלמות מעצם הקונפליקט או טיפול כושל בו מזמנים גישה שלילית ומתבדלת במקרה הבא של צורך באינטגרציה אפקטיבית.

דיפרנציאציה ארגונית: תוצאה של הדיאלוג עם הסביבה.

הדיפרנציאציה הפנימית – ואתה הקושי באינטגרציה - מעמיקה והולכת כאשר מערכות מגיבות לחוסר וודאות בסביבתן.

ארגונים, מעצם הגדרתם, הם במיטבם כאשר מרבית פעילותם מתבצעת באמצעות שגרות (רוטינות). תנאי הכרחי לפעילות באמצעות שגרות היא סביבה (מכלול גורמים המשפיעים על הארגון ואינם נתונים לשליטתו) המספקת באורח סדיר תשומות וקולטת תפוקות. הגורמים בסביבה משתנים תדיר ומשפיעים אלה על אלה, תהליך היוצר אי ודאות הולכת ומחריפה לגבי היחסים בין הארגון לסביבתו. אם הארגון לא ישנה את התנהגותו וימשיך להגיב ב'שגרות עבודה', עלול להיווצר מצב של תשובה בלתי מספקת (=חוסר אפקטיביות) של הארגון לדרישות סביבתו. כתוצאה, המעבר מפעולה בסביבה יציבה לסביבה אי וודאית מחייב שינויים מפליגים בתפישות, במיומנויות, בתהליכי העבודה ובמבנה הארגוני.

ראשיתו של עידן הסלולר בישראל ביצירת שותפות של שלש חברות התתקשורת הקווית הגדולות שפעלו אז בארץ. הטכנולוגיה לא היתה מוכרת ולא הייתה תמונה ברורה של השימושים האפשריים. כדי לתכנן את המהלכים הבאים ערכה חברת מוטורולה, שהייתה הכוח המניע בשלבים הראשונים של הפרויקט, סקר להערכת הביקושים הצפויים. המומחים העריכו שמספר המשתמשים החדשים לא יעלה על 5,000 לשנה ומוטורולה ישראל הזדרזה ומכרה את חלקה במיזם המשותף. מנהליה גם הביעו סיפוק מהעובדה שכך נחסכו מהחברה זעזועים פנימיים מיותרים. באותן שנים הבשילה בחברת טבע דוגמא הפוכה. אנשיה זיהו כבר בשנות השמונים של המאה הקודמת את הגורמים והתהליכים שיביאו לגידול הדרמטי הצפוי בביקוש למוצרים הגנריים בשוק התרופות האמריקאי. טבע לא נבהלה מהצורך לשנות תפישות (ממפעל קטן בפתח תקווה לחברה גלובאלית, ה-FDA במרכז) מבנים (מו"פ גנרי, הנדסת ייצור מתקדמת או שיווק) ומיומנויות (מודיעין עסקי, שיווק גלובאלי, רכישות ומיזוגים) על מנת לממש את ההזדמנויות החדשות.

שני הסיפורים לעיל מדגימים תגובה לעלייה באי הודאות בסביבתם של טבע ומוטורולה. בדרך כלל, ארגונים מגיבים לחוסר וודאות באחד משלושת הדפוסים הבאים:

1. כמו בסיפור של מוטורולה, הם יוצאים מתחום הפעילות המסורתית, שהפך להיות לא ודאי ועוברים לפעילות בסביבות יותר יציבות. למשל, תעשיית הסיגריות שפעלה (והרעילה) בסביבה יציבה: מגדלי הטבק, יצרני הסגריות, המפיצים ובעיקר המשתמשים התמידו בפעילותם שנים רבות. משהופיע, בהדרגה, ה'איום הבריאותי' (גילוי ופרסום הקשר בין עישון לבין חולי) חלק מהיצרנים חיסל את עיסוקיו בעסקי הרעל ופנה לתחומי פעילות בסביבות יותר יציבות, כמו קמעונאות מזון או שרות, עד לוגיסטיקה.
2. כמו בסיפור של טבע, הם יוצרים 'שכבת מגן' סביב ליבת הארגון, תפקידים ויחידות המתמחים בטיפול בגורמי אי הודאות ומקנים לליבת הארגון את היציבות הדרושה לפעולה רציפה ויעילה.
3. הם משתלטים על גורמי אי הודאות באמצעות קואליציות של בעלי עניין, ליצירת סדרי גודל ושליטה במקורות אי הודאות. במקרים רבים מתחברים בקואליציות האלה מתחרים המשתפים פעולה בקטע מסוים של הסביבה וממשיכים ביריבות בקטעים

ניב יעוצים - ייעוץ ארגוני למערכות מורכבות

אחרים. היתרון של גישה זו הוא ביצירת תשואה לגודל תוך שמירת הייחוד וחופש הפעולה של הקוטן.

בכל המקרים חלה עליה חדה בדיפרנציאציה הפנימית: נוצרים תחומי פעילות חדשים (למשל, רכש מתמחה, ניהול יצור גמיש, מודיעין עסקי, תכנון דינאמי, פיתוח שווקים וכו' וכו') נוצרות יחידות ארגוניות בהתאם ומתבססים אינטרסים מקומיים, ולעיתים גם ערכים סותרים. למשל, יעילות מול גמישות, פיתוח טכנולוגי מול רווחיות בטווח הקצר, תחרותיות עם גורמי חוץ מול שיתופי פעולה. כאן נוצר הקונפליקט הארגוני. זה הולך ומתפתח ככל שמעמיקה הדיפרנציאציה. כל אחד נלחם על האינטרסים שלו ורק למעטים יש אחריות לסך הכל.

דיפרנציאציה ברפואה: בשני ראשים

הדיפרנציאציה ברפואה היא 'דו ראשית'. בהיבט המדעי היא מתחייבת מעצם העיסוק בתכנים הנעשים יותר ויותר מורכבים, שהטיפול בהם הוא באמצעות פרוק התופעות המורכבות למרכיביהן השונים, טיפול בכל מרכיב בנפרד על פי עקרונות החקירה המדעית והרכבה מחדש שלהם לתוצר ידע מתקדם יותר. כל זה מחייב העמקת הידע המתמחה. יחד עם ההעמקה מחריפה הדיפרנציאציה.

בהיבט הארגוני הולכת ומעמיקה הדיפרנציאציה כמענה לעליית אי הוודאות בסביבה הרלבנטית. בכל מערכת רפואית פועלים גורמים ארגוניים האמורים לסוכם על הפעילות הרפואית מפני תהפוכות הסביבה החיצונית: שיווק, כספים, שרותי הנדסה, גיוס והכשרה של כוח האדם המקצועי יחד עם גורמים רבים נוספים. גם בעיסוקים האלה מציבה המציאות דרישות הולכות מחמירות של יכולת ומקצועיות. הדיפרנציאציה היא בלתי נמנעת גם כאן. היא המפתח ליצירת יתרון יחסי בעולם תחרותי. התחרות, במציאות כזו, פולשת לתוך המערכת: כל גורם מתמחה נאבק על חלקו בעוגה הכללית של משאבים, כוח ויוקרה. המענה למצב הפרדוקסלי, בו מתגוננת המערכת בפני אי הוודאות והתחרות בסביבתה בעזרת תהליכים המחריפים את אי הוודאות והתחרות הפנימיים, נמצא במנגנוני האינטגרציה. אינטגרציה אפקטיבית היא תנאי הכרחי במציאות של התמחות ותחרות.

בקביעת מנגנון האינטגרציה לוקחים בחשבון את מורכבות המשימה ואת אי הוודאות הטכנולוגית והארגונית המאפיינת אותה, את הגורמים המעורבים בביצועה והניסיון הקודם באותו תחום. בתעשייה הפרמצבטית, לדוגמא, מפעילים בשלבי הפיתוח של מוצר מורכב וחדשני (למשל הקופקסון ב'טבע") מנגנונים משוכללים ויקרים לאינטגרציה. לאחר קבלת האישורים הפורמאליים והמעבר לייצור סידרתי של המוצר (שגרה) יש צורך מינימאלי באינטגרציה ובהתאם לכך נקבעים ומופעלים המנגנונים השונים.

אינטגרציה ברפואה המודרנית

בחלק נכבד של הפעילות הרפואית לא נדרש מאמץ מיוחד לשילוב משאבים שונים בטיפול בחולים. אלה הם המקרים השגרתיים בהם מעורב מספר קטן של גורמים המתנהגים בצורה ידועה ויציבה, קיימים מודלים לאבחון ולטיפול, ויש הגדרה מקובלת של האחריות לטיפול במקרה.

במקרים היותר מורכבים לא כל הגורמים היוצרים 'בעיה רפואית' הם מוכרים, כמו גם היחסים ביניהם. גם כאשר מזהים אותם, התנהגותם אינה ברורה ויציבה ולכן קשה לקבוע רוטינות לטיפול. כאן נדרש שילוב יותר הדוק של משאבי הידע במחקר ובעיבוד הניסיון המצטבר. מובן שבמצבים האלה נדרשת אינטגרציה פעילה של המומחיות והפעילות..

הצורך הבולט ביותר באינטגרציה בין תחומית מתעורר במקרים המורכבים האלה, בעיקר כאשר המטופל לוקה במחלות שונות. בפועל מוגדרים מרבית המקרים האלה כ'תערובת', כאוסף של מקרים פשוטים. כל דיסציפלינה מטפלת בחלק שלה וההנחה היא שהסכום הכולל של המאמצים הלא מתואמים יביא לפתרון הבעיה ולהחלמתו של הפונה. אלא שבמקרים רבים יוצרת פעילות הגומלין בין הגורמים השונים דפוס של 'תרכובת'. במצבים כאלה נדרשת התארגנות מערכתית לגיוס ושיתוף המשאבים המתמחים, באמצעות מנגנון אינטגרציה אפקטיבי.

אינטגרציה ברפואה?

הפער במערכות הרפואיות המודרניות בין ההתמחות והדיפרנציאציה לבין המנגנונים והפרקטיקה של האינטגרציה גדול בצורה משמעותית מזה הקיים במערכות אחרות, עד להצבת שאלות עקרוניות, מוסריות ופרקטיות קשות. את הקושי באינטגרציה מסבירים בדרך כלל באופנים הבאים:

- אינטגרציה אפקטיבית מחייבת מדיניות ברורה ומוצהרת. זו נקבעת בדרך כלל על ידי הבכירים במערכת. ברפואה, הסמכות המצויה בידי הבכירים היא רבה ומקיפה ונוגעת בחיי אדם, הרבה יותר מזו המצויה בידי מנהלים בכירים בתחומים אחרים. כתוצאה, עולמם המקצועי של הבכירים ברפואה מתרכז בדרך כלל בתחום ההתמחות שלהם ושל היחידה בראשה הם עומדים. יש להם צורך להעמיק את הידע שלהם על מנת שיוכלו לעמוד באחריות הכבדה המונחת על כתפיהם. אין להם צורך או עניין באינטגרציה.
- מי שמופקדים, פורמאלית, על הטיפול האינטגרטיבי – רופאי משפחה, למשל, מצויים בדרך כלל בתחתית ההיררכיה המקצועית, מומחיותם אינה מוערכת והשפעתם על תהליכים והחלטות מוגבלת.
- הזירה הרפואית בכל העולם היא פחות תחרותית מזו של עולמות תוכן אחרים - כמו העולם העסקי, המערכת הפוליטית או זו של ההשכלה הגבוהה. ברמת התחרות הקיימת הלחץ הסביבתי לאפקטיביות ויעילות ארגונית הוא מתון. יצרני התרופות, למשל, חייבים לנהל דיפרנציאציה ואינטגרציה ברמה גבוהה ובתאום (כבר הזכרנו את המרוץ לאישור הקופקסון) על מנת לעמוד בתחרות החרפה שבתחומם. לא כך המרפאות ובתי החולים הציבוריים.
- מעבר לסיבות המקומיות, הרפואה, יותר מכל מדע שימושי אחר, כלואה בתוך הפרדיגמה הפוזיטיביסטית. הקריטיות של התכנים (חיים ומוות!) והמאמץ המתמשך לעבור מקוסמות למדע מחייב הקפדה על פרוצדורה וגישה מחקרית שעיקרן בידוד משתנים ויצירת דיפרנציאציה, ללא איזון באמצעות כוחות של אינטגרציה. כך הולכת הרפואה המודרנית ומתמלכדת.

המחירים של אינטגרציה לקויה

מי שנזקקים לסעד רפואי מורכב ורבים מאלה האמורים לספק אותו מתארים תולדות אפשריות לאינטגרציה הנמוכה:

- עיסוק אינטנסיבי במחלות ללא הגדרה מוסכמת והבנה מעמיקה של בריאות. ההתמחות המאפיינת את הרפואה המודרנית היא אכן יעילה במצבים הפשוטים של מחלות מוכרות אך מהווה בלם לפיתוח הבנות חדשות בסוגיות המורכבות של בריאות – אלה המהוות את קו החזית של מדע הרפואה.
- הכלים והשיטות במציאות המתמחה טובים לטיפול במקרים הפשוטים. החולה אמור להצטייד בסבלנות ולא לקחת חלק פעיל בטיפול, שכן מעורבות פעילה שלו עלולה לסבך את הבעיה המקורית ולהפוך מצב פשוט לבעיה מורכבת.
- ההתמחות באה לידי ביטוי גם בסטאטוסים בין המטפלים השונים. בדרך כלל מוותרים על ניסיונם העשיר והמגוון ('ידע מקומי') של בעלי 'המעמד הנמוך' המייצגים את השטח (כמו רופאי המשפחה).
- החולים הרב-בעייתיים לוקים בכמה מחלות. כל אחת מהן נופלת בתחום מומחיות מבודל היטב מתחומים אחרים. מדובר במספר גדול של צרופים אפשריים. על פי הגישה הדיפרנציאלית המקובלת בבתי החולים ובקהילות, מטופלת כל מחלה על ידי המומחים באותו תחום (הלב בידי קרדיולוגים, הכליות בידי הנפרולוגים ומחלות עצבים בידי נירולוגים). כך הופכים מצב מורכב לאוסף של בעיות פשוטות. כה פשוטות עד שאין צורך לפתח תכנית פעולה משותפת. כל מומחה צפון במגדל המומחיות. הנזק העיקרי מצוי באינטראקציה הלא מוסדרת של אבחונים וטיפולים. הגוף האנושי כנראה מורכב מדי ואינו מתאים לגישה של טיפולים מצטברים.
- תפריט התרופות הנקבעות לחולים רב-בעייתיים ממחיש את מגרעותיה של התמחות היתר. כל רופא מכתוב לחולים האלה את התרופות המקובלות בתחום ההתמחות שלו מתוך כוונה לשפר את מצבו של הלוקה במחלה 'שלו' וכדי להגן עליו במקרה של הסתבכות. התוצאה: סל תרופות גדול בהרבה מהנדרש, המזמין אינטראקציות מסוכנות בין מרכיביו. החולים הרב-בעייתיים מגלים לעיתים את האמת המרה הזו מאוחר מדי, לאחר שנגרם להם נזק בלתי הפיך..

איך נראית אינטגרציה? מנגנונים

נראה שעל חשיבותה של האינטגרציה אין עוררין. בארגונים מורכבים נראית אינטגרציה כמכלול של תהליכים המכוונים ליצירת שלם ייחודי על בסיס ידע מתמחה שנוצר בתהליכי דיפרנציאציה. האינטגרציה מטפלת בקונפליקטים שבארגון מתמחה 'בריא' הם חלק בלתי נפרד מההוויה היומיומית ומנהלת אותם במתכונת בה יוצאים כולם נשכרים. זוהי מהותה של האינטגרציה. המנגנונים הרלבנטיים כוללים תשתיות פיזיות, תפקידים ומבנים ותרבות ארגונית הולמת.

תשתיות.

בעיקר מערכות מידע המקנות לארגון את השקיפות הדרושה ליצירת תמונה מלאה של התכנים בהם הוא עוסק. במערכות בריאות מדובר בקשת רחבה של נושאים ומקורות: החל בגיליון המטופל, עבור במידע מקומי, מקצועי ומנהלי, ועד לגישה נוחה למאגרי ידע אוניברסאליים. כאמור, אלה הם תנאי רקע הכרחיים.

תפקידים ומבנים.

1. **ההיררכיה.** המנכ"ל הוא, על פי ההגדרה, האינטגרטור הבכיר של המערכת. בידי הסמכות ועל כתפיו האחריות להשגת התוצאות הנדרשות. לשם כך הוא מעודד דיפרנציאציה ובאותו זמן משמש גם ככתובת הראשית לטיפול בקונפליקטים לא פתורים בין המומחים השונים. האחריות לאינטגרציה מוטלת בצורה דומה אם כי בהיקפים צנועים יותר על כל מי שמופקד על יחידות מתמחות בארגון.

2. **המומחים לאינטגרציה.** אלה הם בעלי תפקידים המופקדים על ניהול משימות שלביצוען נדרשים משאבים מתמחים של ציוד ומומחים הפזורים במקומות שונים בארגון. בתעשייה זהו מנהל פרויקט, מנהל מוצר, או אחראי על שוק חשוב; בחינוך – המחנך; ברווחה – מנהל מקרה. ל'אינטרגטורים' האלה אחריות מלאה לביצועים למרות השליטה המוגבלת שיש להם על המשאבים אותם הם מפעילים.

מבנים ארגוניים. הדיפרנציאציה ההולכת ומעמיקה מחד והשינויים בסביבה המצריכים אינטגרציה הולכת וגדלה מאידך – יצר מבנים ארגוניים כמו המטריצה (שלה שני צירים: מקצועי ותפעולי), המאפשרים גמישות בניצול המשאבים המתמחים.

תרבות ארגונית.

מערכות מתמחות דורשות מאנשיהן נאמנות לתחום ההתמחות שלהם. למשל, את איש הכספים מעניינות התשואות והעלויות, פיתוח מוצרי הדור הבא הוא עניינם של מהנדסי המו"פ, השיווק הוא התמחות אחרת, וכו' וכו'. ככל שהמציאות היא פחות ודאית נדרש הארגון לגמישות ומהירות המחייבת תרבות ארגונית של גמישות, פתיחות, התחלקות במידע, למידה הדדית, הבנה ויכולת להתמודד עם הפרדוקסים הטבועים בעצם טבעם של ארגונים מורכבים. וכך, איש הכספים, בנוסף לאחריותו למצב הקופה צריך לקחת חלק פעיל בהחלטות הנוגעות לפיתוח הדור הבא. מהנדסי הפיתוח חייבים להבין את ההשלכות הכספיות של פעילותם, וכך הלאה.

כמה דוגמאות של מנגנוני אינטגרציה ברפואה

תשתיות.

אלה קיימות. העולם מספק היום מערכות מידע ממוחשבות ואינטראקטיביות המסוגלות לטפל בידע 'ממודר'.

תפקידים ומבנים.

על תפקידם של 'בכירים' דובר כבר. עם זאת מצויים במערכת צוותי משימה אינטר דיסציפלינאריים לביצוע משימה חד-פעמית ומורכבת. למשל, קביעת עדיפויות לשימוש בחדרי ניתוח מסוימים. כמו כן נמצא, נקודתית, מבנים ארגוניים המכילים מפגשים קבועים של צוותים בין תחומיים.

מומחים לאינטגרציה.

במערכת הבריאות מצויים אינטגרטורים מתמחים, בעלי ידע ונסיון המאפשרים להציב אותם בעמדת אינטגרציה. אלה הם רופאי משפחה, ילדים, גריאטריה ובמידה מסוימת – רפואה פנימית. יש להם הידע הנחוץ, אבל בדרך כלל לא הסמכות הרפואית לייצר גשרים בין דיסציפלינות וארגונים שונים (למשל, בין קופות החולים לבתי החולים).

תרבות ארגונית.

המנהג של היוועצות עם מומחים מדיסציפלינות שונות קיים במידה רבה אבל אינו ממוסד, הוא תלוי במידה רבה ברצונו הטוב של הרופא המטפל, ולעיתים נדירות בחכמתו וביכולת הניהול של הלקוח-החולה.

3 . ההתנהגות

הרפואה העכשווית: פרדיגמה נשחקת ואפקטיביות פוחתת

הפרדיגמה הפוזיטיביסטיית הרדוקציוניסטית במהותה מעמידה את הרפואה המודרנית מול חזית ידע של מציאות מורכבת בהיקפים שאינם מאפשרים ניהול מכני ופשוט. הדיפרנציאציה ההולכת ומעמיקה יוצרת, בהעדר מנגנוני אינטגרציה יעילים, חומות גבוהות בין הדיסציפלינות, עיסוק בחלקים (מחלות, חולים, תיקון תקלות) ולא בשלם (בריאות, פונים, מניעה) ובסך הכל רפואה לא אפקטיבית.

פרדיגמות בשינוי

פרדיגמות, כבר פרטנו במקום אחר, הן ההיגיון המפעיל מערכות מורכבות. הן כוללת תיאוריות, מודלים, שיטות, עקרונות ומדדים של עולם התוכן בו עוסקים. אלה מאורגנים בשלשה רבדים: הבסיסי הוא זה של הערכים וההנחות. חלקם גלויים ומוצהרים, אחרים סמויים וניתן להגדיר אותם על פי השפעתם על מרכיבי הפרדיגמה האחרים. למשל, ברפואה המערבית הנחת המוצא היא של טיפול בתסמינים בריאותיים אצל חולה פסיבי, סובל וסבלני (patient). הנחת המוצא ברפואה ה'אלטרנטיבית' היא של שיפור הבריאות של פונים ומשפחותיהם המשתתפים באורח פעיל בתהליך הריפוי.

הרובד השני של הפרדיגמה הוא זה של הכללים והנורמות. הפרדיגמה הרפואית מלאה באלה, החל מהשבועה ועד לוועדת הלסינקי.

הרובד השלישי מכיל את ההתנהגויות בפועל, מהקרבה עצמית ועד לנטילת שוחד. הדיאלוג המתמשך בין המחקר המדעי לבין הפרדיגמות המעצבות אותו הוא המפתח העיקרי לקידמה האנושית. מצד אחד, פרדיגמות מכתבות את התנאים ליצירת ידע חדש. מצד שני, הידע החדש מביא ליצירת פרדיגמות חדשות.

המדע מתפתח ומתקדם בדרכים עקלקלות בשילוב של הרבה עבודה אפורה ומהפכות מבריקות. מרבית הזמן שוקדים חוקרים על אישוש או סתירה של ידע קיים, הרחבתו והחלתו על מצבים חדשים. במשך הזמן הולכות ונאספות עדויות על חולשתן של התיאוריות הקיימות בהבנת מצבים

וסוגיות מורכבים חדשים. הספקות המצטברים לגבי מרכיבים מרכזיים בתיאוריה הקיימת מזמינות שאלות על הרלבנטיות של הפרדיגמה המהווה את המסגרת והתשתית שלה. הפער ההולך וגדל בין תפישת המציאות לבין התיאוריות האמורות להסביר אותה מביא בסופו של דבר למהפכה מדעית. במרכז מהפיכה כזו מצויה בדרך כלל תגלית המחייבת שינוי של כל מרכיבי הפרדיגמה הקיימת: הנחות היסוד והערכים, התיאוריות והכללים וההתנהגויות של כל המעורבים במחקר וביישומו.

בנקודת הזמן הנוכחית, זהו מצבה של הרפואה הקונבנציונאלית. מדוע, אם כן, לא נשמעים הדי מהפכה? כמה הסברים אפשריים:

- תרומתה הגדולה של הפרדיגמה הפוזיטיביסטית להארכת החיים ולשיפור איכותם;
- העובדה שהפרדיגמה הנוכחית על מרכיביה השונים התבססה כמערכת סגורה: מרכיביה – המחקר, הכשרת הדור הבא, הפרסומים, הקידום האישי, הגישה למשאבים ועוד רבים אחרים -- קשורים זה בזה בדרך ה'מחסנת' אותה בפני שינוי.
- הגישה של פרוק והרכבה מתעלמת מהקושי לחזור ולהרכיב מפיסות הידע האלה הבנה של המורכבות, אבל יוצרת את האשליה של עיסוק במדע מדויק. גם כאשר נחשף הקושי נוטים חסידי הגישה הפוזיטיביסטית להאשים את המציאות ודורשים להתאימה למודלים ולתיאוריות המדעיות שלהם. כך, למשל, התגלתה הכלכלה (מדעי החברה) במלא חולשתה במהלך המשבר הכלכלי הנוכחי: הכלכלנים לא ניבאו את בואו, הם מתקשים להסבירו, הם חלוקים לגבי עתידו ואינם יכולים להצביע על צעדי פעולה מוסכמים. כמו דיסציפלינות אחרות המתיימרות להיות 'מדויקות' נותר מדע הכלכלה ככלי ריק מול משבר שעיקרו מורכבות.
- לחצים לשינוי פרדיגמה גוברים בתנאי אי וודאות. כאן משתנים ערכי היסוד (עוברים מתחרות לשיתופי פעולה), העקרונות של חלוקת העבודה (היררכיה, התמחות, אינטגרציה) והפרקטיקה היומיומית (דפוסי תקשורת וקבלת החלטות). נראה שהמערכות הרפואיות במערב אינן נתונות בלחצים תחרותיים כבדים ושומרות על עמדת שליטה בסביבתן הרלבנטית.
- הרתיעה משינוי. פרדיגמות אינן מפנות את מקומן בקלות. ההשקעה העצומה בחומר וברוח וההישגים בעבר משבשים את תמונת המצב בהווה ומהווים מחסום משמעותי בפני בקורת על תקפותה של הפרדיגמה הקיימת ובפני ניסיונות לערוך בה שינויים. צריך לזכור שמהפכות, מעצם טבען גובות מחירים גבוהים מאלה שהשקיעו בשימור הפרדיגמה הקיימת.

פרדיגמה חדשה ברפואה: בעיקר אינטגרציה

התכנים

הפרדיגמה הקיימת נוצרה בעולם קטן, פשוט ויציב בו ידע מתמחה מאפשר מעבר מקוסמות למדע. ההתמחות הייתה אנכית וקידשה את הדיפרנציאציה כערך בסיסי וכמסגרת מארגנת. בעולם יותר מורכב ופחות ודאי האינטגרציה יוצרת חיבורים ותרכובות. מטיפול בחולים רב בעייתיים באמצעות מנהלי מקרה, עבור בפרויקטים בין מחלקתיים, עריכת מחקרים

ניב יועצים - ייעוץ ארגוני למערכות מורכבות

אינטרדיסציפלינאריים ועד לחיבורים משמעותיים של מזרח ומערב. פרדיגמה חדשה תהיה, כנראה, תוצאה של אינטגרציה בין מקורות ידע, אינטגרציה של הסדרים ארגוניים ואינטגרציה בפרקטיקה של המדע - שיש בו עדיין הרבה קוסמות. הפרדיגמה הזו תהנה, בנוסף לתחומי הידע המסורתיים עליהם התבססו בעבר המחקר והפרקטיקה, ממידע וכלים שפותחו בשני העשורים האחרונים. למשל,

- תגליות במדעי החיים -- מחקר התא ועד לתופעות גלובליות כמו שיכרות ואיידס.
- פיתוחים טכנולוגיים באבחון, בטיפול, בהערכה ובמניעה.
- תקשורת מהירה וזולה המעצבת את הכפר הגלובלי ומצמצמת את המימד הגיאוגרפי.
- מערכות מידע המאשרות ללקט, לעבד, לאחסן ולשלוף כמעט ללא הגבלה את המידע הדרוש למחקר ולטיפול.
- תיאוריות ופרקטיקה של שיטות הוראה ולמידה.
- היכרות עם תיאוריות של מורכבות ותרומתן למדעים הרלבנטיים.
- תיאוריה ופרקטיקה של ניהול אנשים ומערכות ארגוניות מורכבות.
- שני העולמות. הרפואה המערבית תביא לפרדיגמה החדשה את הדיסציפלינה המדעית. המזרחית תתרום את הגישה ההוליסטית.

הפרדיגמה החדשה אמורה להסיט את המחקר והפרקטיקה הרפואית מהתמחות מושתתת על דיפרנציאציה לשילוב וחיבור מרכיבים שונים למכלול מגובש של הבריאות. הרפואה כמדע וכפרקטיקה נתפשת היום כמערכת מסודרת של ידע מתמחה. הפרדיגמה החדשה תראה כפסיפס מורכב מאין סוף חלקים מגובבים לכאורה ללא מסגרת ובאי סדר מוחלט. אכן, זו המתכונת הנדרשת להתמודדות עם עולם מורכב ובלתי ודאי.

התהליך

הפרדיגמה החדשה הולכת ולובשת צורה באמצעות הרבה מאד 'ניסויים טבעיים' בהם שואפים המעורבים להגיע לאינטגרציה של ידע ומאמצים. למשל,

- במרכזים רבים לטיפול בסרטן עובדים צוותים מעורבים של רופאים מומחים ומטפלים אלטרנטיביים;
- אינטגרציה של מרפאות. חלק נכבד משרותי הרפואה ניתן בארה"ב במסגרת של קליניקות קטנות -- 4-5 רופאים מומחים בכל אחת מהן. לאחרונה מתחברות הקליניקות האלה לרשתות. הן מחוברות זו לזו בתקשורת מהירה, המידע על החולים זמין והמומחיות של כל מרפאה ידועה. המתכונת הארגונית המכונה בספרות clinical integration משלבת מומחיות ממוקדת (המרפאה) עם כיסוי כל צרכיו הרפואיים של המבוטח (הרשת).
- התפקיד של מנהל המקרה (case manager) הולך ותופש תפקיד מרכזי במערכי הבריאות -- מהמרפאה המקומית ועד למרכז הרפואי הגדול. עיקרו הוא ריכוז כל

הפעילויות הנעשות בענינו של החולה הרב-בעייתי. התפקיד הזה משתבץ בשנים האחרונות לאורך השרשרת הפיקודית – מהאחות המתחילה ועד לפרופסור המומחה. הבעיה העיקרית בעיצוב התפקיד של 'אינטגרטור' כזה היא הפער בין גודל האחריות המוטלת עליו לסמכות הפורמאלית המוענקת לו. על רופא המשפחה כבר דובר בהקשר הזה.

- רפואה אישית (personalized medicine) הרפואה המודרנית, כמדע לגיטימי, מספקת פתרונות סטנדרטיים לבעיות שאובחנו במספר גדול של חולים. (evidence based medicine). הרפואה האישית מאפשרת התאמה טובה בין הפרופיל הגנטי של המטופל לטיפול הספציפי שהוא מקבל. אין ספק שזוהי 'עליית מדרגה' של הפרקטיקה הרפואית. היא מתאפשרת בזכות פריצות הדרך בהבנת המנגנונים הגנטיים והיכולת לטפל בצורה אפקטיבית בכמויות גדולות של אינפורמציה. בתחומי הידע הרלבנטיים היו בשני העשורים האחרונים פריצות דרך אדירות. מימוש הידע הזה במתן מענים 'תפורים' לפי מידותיו של הלקוח מחייב אינטגרציה של כל הגורמים המעורבים. מה שנעשה עד היום מצביע על הפוטנציאל הטמון במאמץ משולב כמו גם על הקושי ליצור אותו.

השינויים בפרדיגמה של מדע הרפואה ובפרקטיקה שלו לא יתרחשו כפתרון מוכח וכהוראה מלמעלה אלא כאוסף של ניסויים טבעיים בשיתופי פעולה שיקבלו את ברכתו של הדרג הבכיר. היוזמה תבוא מהשטח ותתיחס לבעיות או צרכים ספציפיים ברורים. ניסויים באינטגרציה יערכו ב'שדה' – במכונים, מחלקות ומרפאות. היוזמה, כאמור, תהיה מקומית וכך גם יהיו המסקנות הראשוניות. תפקידו של הדרג הבכיר הוא ליצור תנאים מתאימים למימוש יוזמות מקומיות כאלה ולהפעיל מנגנוני למידה מערכתיים. עיבוד הלקחים המקצועיים, הארגוניים והאישיים צריכים להתבצע ביחידות למידה שתוקמנה במרכזים הרפואיים הגדולים. הפעילות שלהם אמורה לקרב לבבות, ליצור דיאלוג מעבר למחיצות ההסטוריות, לגייס את המשתתפים מהשורה לעריכת השינויים הנדרשים, לפתח ולהפעיל מנגנוני אינטגרציה יעילים, ומעל לכל -- ליצור ידע חדש שיקל על מיסוד השינוי.

זהו מבחנה של המנהיגות, הפורמאלית והבלתי פורמאלית, של מקצוע הרפואה: להכיר בצורך, לעודד יוזמות מקומיות, ולפתח כלים מרכזיים לעיבוד לקחים מקומיים כאבני הבנין של הפרדיגמה החדשה. עיצוב המסגרות ודפוסי הפעולה הם הצעד הראשון במסע הארוך ליצירת איזון נכון בין דיפרנציאציה לאינטגרציה.

ב-22 לספטמבר השנה, בישרה המנחה של יומן הצהרים של גלי צה"ל על "מהפכה בעולם הרפואה": ביוזמה משותפת של הקרדיולוגים ומנתחי החזה במרכז רפואי גדול במרכז הארץ הוקם, צויד ומופעל חדר ניתוחים יחיד במינו. ניתן לבצע בו, בו זמנית ובמשולב, פעולה חירורגית (החלפת מסתם, למשל) והתערבות קרדיולוגית (לדוגמא, קביעת תומך בעורק מרכזי). הרופא העומד בראש הפרויקט החדשני פירט את יתרונותיו – בעיקר ההתייחסות אל המטופל כאל מכלול אחד ויכולתם ונכונותם של הרופאים לשתף פעולה ולעבוד כצוות מכוון למטרה ברורה. בסיכום הראיון הוא חזר וציין שעדיין לא מדובר במהפכה אך זהו בהחלט הצעד הראשון שלה. אכן, התמונה של קרדיולוגים ומנתחי חזה עובדים במחיצה אחת הוא בבחינת חזון אחרית הימים.

ניב יועצים - ייעוץ ארגוני למערכות מורכבות

ברנדיס 6, חדרה | טלפון: 04-6342564 | פקס: 04-6342474 | דוא"ל: a-niv@zahav.net.il | אתר: www.niv.co.il