

האוניברסיטה העברית בירושלים
THE HEBREW UNIVERSITY OF JERUSALEM



"משרתם של שלושה אדונים"

עובדי קצה תחת העסקה פרטית

עבודת גמר לתואר מוסמך

מנחה: ד"ר ענת גופן

מגישה: לירון תלמי

תעודת זהות: 03932242-5

דצמבר 2016

תודות

תודה גדולה שאין די מילים לבטא אותה למנחה שלי ד"ר ענת גופן. מעבר להנחיה מקצועית, מקדמת, מעניינת ומאתגרת, זכיתי במורה לחיים. קיבלתי כלים שילוו אותי בהמשך דרכי במחקר ובכלל. מברכת גם על האפשרות שנפתחה בפני לחקור נושא מעניין וקרוב לליבי. בדרך הארוכה של המחקר שיתפו עימי פעולה אחים ואחיות ממסגרות שונות והקדישו מזמנם היקר. בלי כל אלו מחקר זה לא היה קורם עור וגידים ואני מודה להם מאוד.

תוכן עניינים

2	תודות
5	מבוא
6	סקירת ספרות : עובדי קצה (Street-level bureaucrats)
6	אתגרים ביישום מדיניות של עובדי הקצה
9	אתגרים ביישום מדיניות בקרב עובדי קצה המועסקים בארגונים לא ממשלתיים
11	אתגרי היישום של מדיניות בריאות בקרב אחיות
13	התמודדותן של אחיות עם קונפליקטים באמצעות חוסר היענות למדיניות
14	השוואת עבודתן של אחיות בין בתי חולים פרטיים וציבוריים
17	מערך המחקר
18	איסוף המידע
19	מאפייני אוכלוסיית המחקר
19	מהלך הראיון
21	ניתוח הראיונות
22	מגבלות המחקר
22	ממצאים
23	חלק ראשון : ההבדלים שבין סביבת העבודה הציבורית לבין זו הפרטית
23	1. שיקולים בבחירת מקום העבודה
25	2. תנאי עבודה
25	2.1. שעות נוספות
25	2.2. עומס עבודה
27	2.3. תשתיות ומזון
28	2.4. מחשוב
29	2.5. בטחון תעסוקתי
30	2.6. יחסי עבודה
32	3. מעמד המטופל
32	3.1. המטופל כקהל שבוי בבית-החולים הציבורי
33	3.2. המטופל כלקוח בבית-החולים הפרטי
37	3.3. המטופל כשותף להחלטות
38	3.4. היחס למשפחת המטופל

4.	יעילות בעבודה	39
5.	פיקוח ובקרה	41
	חלק שני : קונפליקטים והתמודדויות	43
1.	המקורות לקונפליקטים	43
1.1	דילמות הנובעות משיקולים כלכליים	43
1.2	דילמות הנובעות מתפיסת הרופא כ"לקוח"	48
1.3	דילמות הנובעות מתפיסת המטופל כ"לקוח"	49
2.	אופני ההתמודדות	50
2.1	הקטנת ראש	50
2.2	גמישות והגדלת ראש	50
	דיון	51
	האחיות כמשרתן של שלושה אדונים	52
	אחיות הן אחיות? קונפליקטים ייחודיים למערכת הפרטית	53
	כל הפרטה לטובה?	54
	סימביוזה או תחרות?	55
	ביבליוגרפיה	56
	נספחים	62
	נספח 1 - טופס הסכמה לראיון	62

בדומה לעולם המערבי בכללותו, גם בישראל במהלך העשורים האחרונים יותר ויותר שירותים ציבוריים מסופקים לציבור באמצעות ארגונים שאינם ממשלתיים. כך, שירותים אשר באופן מסורתי סופקו ישירות על ידי המדינה עברו תהליך של מיקור חוץ¹ בין אם לארגונים שלא למטרות רווח ובין אם לחברות פרטיות שהינן למטרות רווח. אחת מההשלכות המרכזיות של תופעה זו היא העובדה לפיה עובדי הקצה, ובכללם עובדים סוציאליים, מורים ואחיות, האמונים על יישום מדיניות ומצויים במגע יומיומי עם לקוחות המדיניות, הפכו ממועסקים של המדינה למועסקים של אותם ארגונים. המעבר מעובדי מדינה למה שנהוג לכנות "עובדי קבלן", מציב עובדים אלו מול אתגרים חדשים. ספרות רחבה העוסקת ביישום מדיניות מתמקדת באתגרים של עובדי הקצה ובעיקר בפערים שבין המדיניות הפורמלית הכתובה לזו המיושמת בפועל. פערים אלו נובעים בין היתר מהעובדה לפיה עבודתם של עובדי הקצה מתאפיינת לרוב בצורך להפעיל שיקול דעת. יתרה מכך, עובדי הקצה נדרשים לגשר בין המדיניות הרשמית לבין הצרכים בפועל של לקוחות המדיניות. האתגרים החדשים אליהם נדרשים עובדי הקצה עם המעבר לאספקת שירות באופן פרטי נובעים מהצורך להיות נאמנים לגוף המעסיק אותם, בנוסף למדינה. מטרתו המרכזית של מחקר זה היא לבחון את השינויים כתוצאה מכניסת מעסיק פרטי לעולם יישום המדיניות, בדגש על המתחים והקונפליקטים המאפיינים את עבודתם של עובדי הקצה, תוך התמקדות בתחום של שירותי הבריאות.

לטובת המחקר נערכו ראיונות פנים אל פנים עם אחיות מוסמכות, אשר עבדו, בו זמנית או לסירוגין, בתפקידים מקבילים במערכת הבריאות הציבורית והפרטית. הראיונות נותחו בעזרת תכנת אטלס לעיבוד נתונים איכותניים. ניתוח הראיונות העלה שני מוקדים של ממצאים: הפרק הראשון עוסק בהבדלים בתנאי העבודה בין המערכת הפרטית לציבורית. הפרק השני מנתח את הקונפליקטים בעבודת האחיות, את התמודדות האחיות עם קונפליקטים אלו ואת ההשלכות על פרקטיקת עבודתן, תוך השוואה בין שתי המערכות- הציבורית והפרטית.

ממצאי המחקר עולה כי אחיות העובדות תחת העסקה פרטית פוגשות עולם חדש של קונפליקטים הנובעים מלחצים כלכליים, בין אם של המערכת או של הרופאים המטפלים. בהתאמה, הלקוחות בשירותי הרפואה הפרטיים זוכים למעמד שונה מאשר ברפואה הציבורית, כששביעות רצונם עומדת בראש מעייניה של המערכת. לגישה זו השפעה על התנהלות המערכת והיא בעלת השלכות משמעותיות על עבודת האחיות, כך שלעיתים מעמדן נפגע. תובנה נוספת העולה מן הממצאים מצביעה על הנטייה של אחיות במסגרות הפרטיות "להגדיל ראש" ובמקרים

מסוימים אף לחרוג מסמכותן הרשמית, על מנת להיטיב עם המטופלים. המחקר הנוכחי מעיד כי נטייה זו להגדיל ראש רבה יותר במערכת הפרטית מאשר בציבורית. מעבר לתפקידן הסיעודי, אחיות נתפסות כדמויות שיכולות לעצב ולפתח מדיניות ולא רק לראות במדיניות משהו ש"קורה להן".

שני היבטים מרכזיים מייחדים מחקר זה בהשוואה לספרות המחקרית הקיימת. ראשית, המחקר ההולך וגדל אודות עובדי קצה המועסקים במיקור חוץ לרוב מתמקד בכאלו המועסקים רק במסגרת מיקור חוץ, ואילו המחקר הנוכחי מאפשר לכל אחות מרואיינת להשוות בין שתי המסגרות - זו הפרטית וזו הציבורית. אמנם לאחרונה התפרסם מחקר העוסק באחיות (Toffoli, Rudge, & Barnes, 2011), אך הוא אינו משווה בין אחיות שעבדו בשתי המסגרות בעצמן כפי שעושה מחקר זה. המחקר הנ"ל בדק אחיות במסגרת הפרטית וביצע השוואה למסגרת הציבורית על בסיס ספרות קיימת. שנית, מרבית הספרות על עובדי קצה ומנגנוני ההתמודדות שלהם בהקשר של מיקור חוץ, עוסקת רובה ככולה באספקת שירותים לאוכלוסיות מוחלשות כגון אסירים ומובטלים (Dias & Maynard-Moody, 2007; Keiser, 2010; Brodtkin, 2011). מיעוט של מחקרים עוסק בלקוחות מדיניות "חזקים" המחליטים האם לקבל שירותים במסגרת פרטית או ציבורית, כדוגמת אלו המבקשים שירותי בריאות אלקטיביים.

סקירת ספרות: עובדי קצה (Street-level bureaucrats)

אתגרים ביישום מדיניות של עובדי קצה

מסורת מחקר עשירה עוסקת בתפקיד המפתח של עובדי קצה (street level bureaucrats) ביישום מדיניות (Lipsky, 1980). עובדי קצה הם אלו הבאים במגע ישיר ובאופן בלתי אמצעי עם "לקוח" המדיניות, לרוב האזרח. במקרים מסוימים עובדי קצה ממלאים תפקיד טכני בלבד, כדוגמת פקידים העוסקים בהנפקה וחידוש מסמכים כגון רישיונות נהיגה, שינוי כתובת וכדומה. אולם, מרביתו של המחקר העוסק בעובדי קצה מתמקד באלו שהינם בעלי הכשרה פרופסיונאלית, כדוגמת מורים, שוטרים, עובדים סוציאליים ואחיות. אחת התובנות המרכזיות והמבוססות העולות ממסורת מחקר זו, מצביעה על העובדה לפיה עובדים אלו לא תמיד פועלים בקנה אחד עם המדיניות הפורמלית (Lipsky, 1980; May & Winter, 2009; Brodtkin e. Z., 2003). אם להשתמש במילותיה של ברודקין (2003), יש להבחין בין "Policy Fiction", שהיא המדיניות הפורמלית, לבין "Policy Facts", שהיא המדיניות בפועל, זו המגולמת בפעולותיהם היומיומיות של עובדי קצה. ההסכמה הרווחת היא כי "סטיות" של עובדי קצה מהמדיניות הרשמית היא

בלתי נמנעת ביישום מדיניות (Majone & Wildavsky, 1978). לרוב, אולם לא רק, בשל העמימות ורוב-המשמעות המאפיינת מדיניות פורמלית (Lipsky, 2000; Maynard moody & Musheno, 1980).

הפער שבין המדיניות עליה הוחלט לבין זו המיושמת בפועל נובע בין היתר מהעובדה כי המדיניות הרשמית נקבעת ומעוצבת בידי נבחרים ובירוקרטים בכירים, אשר ברוב המקרים אינם באים במגע עם לקוחות המדיניות. כך, חוקים והחלטות מתקבלים בסביבה "סטרילית" במובן זה שאין חשיפה לתביעות מצד לקוחות המדיניות ולהתנגדויות מצדם, כמו גם לבקשות ולמקרים יוצאי דופן ובלתי צפויים. יחד עם זאת, יישום המדיניות בפועל, זה המתבצע בידי עובדי הקצה נדרש להתאמות תמידיות מול לקוחות המדיניות, וכפועל יוצא, עבודתם היומיומית של עובדי הקצה מזמנת אתגרים המביאים לכדי מצבים בהם הם אינם מיישמים את המדיניות כפי שזו מנוסחת. מחקרים רבים מתעדים תופעה זו לפיה עובדי קצה אינם מיישמים את המדיניות כלשונה ומציעים מגוון סיבות המביאות לכך (Hutchinson, 1997; Brehm & Gates, 1997; May & Winter, 2009).

את המחקרים המתעדים "סטייה" מהמדיניות מצד עובדי הקצה ניתן לחלק לשתי קבוצות עיקריות. קבוצה אחת משקפת גישה "מלמעלה למטה" ורואה ב"סטייה" של עובדי הקצה מהמדיניות בעיית שליטה ויחסי כוחות. במחקרים אלו מוצג תהליך יישום המדיניות כתהליך מתוכנן הנשלט בידי מעצבי המדיניות. הדרישות ליישום המדיניות מוצגות כרשימה של תנאים, אשר אם יתקיימו, יאפשרו יישום מוצלח של המדיניות (Hogwood & Gunn, 1984; Sabatier & Mazmanian, 1979). מחקרים אלו משקפים על פי רוב תפיסה לפיה עובדי הקצה "מקטינים ראש" שכן הם בסיטואציה של מנהל-סוכן (Brehm & Gates, 1997). על פי תיאוריה זו, עובדי קצה המקבלים סמכות מסוכנות כלשהי, מנסים לקדם את האינטרסים האישיים שלהם במסגרת זו. במצב כזה העובדים אינם נאמנים בהכרח למדינה ולמדיניות מה שעלול לפגוע ביישום המדיניות ובלקוח שלה, האזרח.

הגישה השנייה, הרווחת יותר בשנים האחרונות, מגלמת תפיסה "מלמטה למעלה", והיא לרוב מציגה את עובדי הקצה כ"מגדילי ראש", או כפועלים בתוך מערכת לחצים ולכן יוצרים מנגנוני התמודדות (coping mechanisms) כדי להתמודד עם לחצים אלו (Tummers L. &., 2014; Lipsky, 1980; Tummers, Bekkers, Vink, & Musheno, 2015). גישה זו נתפסת כרלוונטית במיוחד במסגרת אספקת שירותים חברתיים, ובהם שירותי בריאות, רווחה וחינוך, זאת בשל

הצורך להפעיל שיקול דעת בקבלת החלטות הנוגעות לצרכים המשתנים של לקוחות המדיניות. בהיבט של מדיניות, גישה זו מדגישה את הצורך בהבנת מערכת היישוב והשחקנים בה, לא רק כדי להבין מדוע מדיניות לא תמיד מביאה לתוצאות המצופות (Hjern & Porter, 1981), אלא אינה רואה בפער בין מטרות המדיניות לתוצאות בשטח כישלון, אלא דווקא תהליך יצירתה של המדיניות (Hill, 1997).

חוסר ההיענות למדיניות, המכונה אף "סטייה ממדיניות" יכול להיות מודע או לא מודע, לטובת לקוח המדיניות או לטובת "הקטנת ראש" ויכול להיות גלוי או סמוי מהעין (Gofen, 2014). המחקר מציע סיבות מגוונות לחוסר ההיענות למדיניות מצד עובדי הקצה, אולם ניתן לקבצם לשלוש קבוצות עיקריות: רציונאלית, אתית ומקצועית (Gofen, 2014). החלטה רציונאלית עשויה להתקבל בשל צורך לגבור על חסמים לביצוע העבודה, כגון משאבים מוגבלים, עומס עבודה או קונפליקט מקצועי, ולעתים בשל אי-בהירות של המדיניות (Brodkin E. Z., 2011; Brodkin E. Z., 2007). הגישה הרציונאלית משקפת אינטרס של העובד או של הממונים עליו, במסגרת התיאוריה של מנהל-סוכן. מידת האסימטריה במידע יחד עם אינטרסים של המנהל והפקיד עצמו קובעים עד כמה עובד הקצה יפעל על-פי בקשת הממונים עליו (Brehm & Gates, 1997; May & Winter, 2009). לפי גישת הרציונאליות המוגבלת (Simon, 1947) יכולתם של העובדים לקבל החלטות רציונאליות הינה מוגבלת. יכולת זו תחומה במיומנויות, בהרגלים, בערכים, במניעים, בנאמנויות ובחוסר השלמות הבלתי נמנעת של ידע חיוני (Jones B., 2003). לפיכך, סטייה ממדיניות קשורה בעיבוד המידע על ידי עובדי קצה, אשר תלוי בתפיסותיהם האישיות, ברגשותיהם ובהתנסויותיהם (Jones B. D., 2001; Keiser, 2010). עובדי הקצה מעורבים על בסיס יומיומי בקבלת החלטות מוסריות (Carey & Foster, 2011; Hutchinson, 1990), מכאן שסטייה ממדיניות יכולה להיות תוצאה של הכרעה אתית, הגורמת לעובדי הקצה לכופף חוקים ונהלים, להפר או להתעלם מהם כדי להשכין צדק באופן כללי (O'Leary, 2006) או ספציפית בעבור אותם אזרחים שהם משרתים באופן ישיר (Evans & Harris, 2004; Furber & Thomson, 2014; Portillo & Rudes, 2006). מבחינה מקצועית, עובדי הקצה הינם בעלי זהות פרופסיונאלית ורואים את עצמם כנשלטים על ידי אידיאולוגיה מקצועית (Hupe & Hill, 2007). בהקשר זה סטייה ממדיניות רשמית נתפסת בעיניהם כחיונית כאשר מטרת הסטייה היא שמירה על מקצועיותם (Haynes & Licata, 1995). התובנה העיקרית העולה מהמחקר הענף אודות חוסר היענות למדיניות מצד עובדי הקצה היא היותם של עובדי הקצה "משרתם של שני אדונים": כסוכניה של המדינה, וכסוכניה של לקוחות המדיניות. תובנה זו מגולמת בשאלה המוכרת של

מיינרד-מודי ומושונו (2000) "citizens agents" or "state agents"? (Maynard-moody & Musheno, 2000).

אתגרים ביישום מדיניות בקרב עובדי קצה המועסקים בארגונים לא ממשלתיים

ההתפתחויות של השנים האחרונות באספקת שירותים ציבוריים, ובעיקר אלו המתבססים על גישת ה-NPM¹, הביאו לשינויים מהותיים בסביבת עבודתם של עובדי הקצה, והפכו את אתגרי היישום העומדים בפניהם מורכבים עוד יותר. כך לדוגמא, מיקור חוץ של שירותים באמצעות חוזים, שינה את הסטאטוס של ארגונים ממשלתיים מנושאים באחריות ליישום מדיניות והענקת השירותים, לאחראיים לכך בשותפות עם ארגונים לא ממשלתיים (Milward & Provan, 2000). אחת ההשלכות המרכזיות של מעבר זה נוגעת בליבת היחסים שבין קובעי המדיניות הממשלתיים לבין מיישמי המדיניות, אותם עובדי הקצה אשר אינם מועסקים ישירות על ידי המדינה. יודגש כי מבחינה אתית, קביעת המדיניות מונחית על ידי טובת הציבור ונורמות דמוקרטיות (Rasmussen, Malloy, & Agarwal, 2003). לכן, העברת יישום המדיניות לידי ארגון חיצוני לממשלה, המונע לרוב מתמריצים אחרים, מעלה שאלות ותהיות בדבר מידת המחויבות שיש לארגונים אלו לטובת ערכים דמוקרטיים ואתיים של שקיפות, צדק, שוויון, אחריותיות והוגנות ההליכים (Brehm & Gates, 1997; Leazes, 1997; Rasmussen, Malloy, & Agarwal, 2003). מורכבות היחסים שבין המדינה לבין עובדי הקצה אשר אינם מועסקים על ידיה משתקפת גם בקונפליקט המתמיד בין צורכי הלקוחות לבין נהלי המדיניות. מחד, עובדי הקצה מכוונים את המדיניות כך שתפגוש את הצרכים הקהילתיים באמצעות התאמות של המדיניות לצרכי השטח (Loyens & Maesschalck, 2010). מנגד, עובדי קצה מתכווננים לתמריצים, גם במחיר פגיעה בלקוחותיהם (Brodkin E. Z., 2011). אם כך, ניתן לקבוע כי אחת ההשלכות המרכזיות של העסקה באמצעות ארגון לא-ממשלתי הוא מעבר מקונפליקט דואלי לקונפליקט משולש: אם קודם לכן עובדי הקצה תפקדו הן כסוכן של המדינה והן כסוכנים של לקוחות המדיניות, העסקה באמצעות גוף שאינו ממשלתי מוסיפה צלע שלישית לה הם נדרשים לתת דין וחשבון: המעסיק שאינו המדינה, אשר אמנם אינו קובע את המדיניות אך אמון על יישומה. במסגרת זו, עובדי הקצה שאינם עובדי מדינה דומים לאלו שכן בכך שהם נתונים לקונפליקט מתמיד. השוני מעובדי קצה "רגילים" הוא בכניסת שחקן אשר המניעים שלו אינם הכתבה ויישום מדיניות, אלא שיקולים כלכליים כבכל ארגון פרטי.

המחקר אודות עבודתם של עובדי הקצה המועסקים על ידי גוף לא-ממשלתי אינו נרחב. חלקו העיקרי של מחקר זה מתמקד בנושא הפרטת שירותים ציבוריים ועוסק בעיקר במאפיינים חוזיים

¹ NPM = New public management

שונים והשפעתם על אופי אספקת השירות (Koning & Heinrich, 2010; Lu, 2014; Marvel & Marvel, 2009). היבט נוסף שנחקר הוא ההשפעה של מורכבות השירות על היכולת להעריך את הביצועים של הגורם המופקד על מתן השירותים (Johnston, 1999).

עבודתם החלוצית של דיאס ומיינרד מודי (2007) לפני עשור התמקדה במקרה הבוחן את העברת אספקת שירותי רווחה באמצעות מיקור חוץ לידי ארגונים למטרות רווח. במחקרם החלוצי הציגו כיצד שיקולים פיננסיים גורמים לעיצוב הביצועים של עובדי הקצה. כמו כן, את האופן בו הדרישות בחוזה מעצבות את היחסים שבין צוות העובדים לבין העומד בראשו, הארגון הפרטי. הם מעלים ממצאים לפיהם עיצוב החוזה ומאמצי הצוות להגיע למחויבויות הנדרשות לפיו מוביל לפרדוקס ביצוע: הפעולות הנעשות כדי לעמוד בחוזה מייצרות באופן אירוני ביצועים שליליים ותוצאות עגומות מבחינת הלקוחות (Dias & Maynard-Moody, 2007). בעבודתם הם מדגימים כיצד עובדי קצה, על אף שביטאו את הנרטיב של "אזרח-לקוח קודם" (citizen-client first), נתקלו בקשיים במתן מענה ללקוחותיהם. לטענתם, ארגונים למטרות רווח נוטים להגביל את שיקול הדעת ואת האוטונומיה המקצועית של עובדי הקצה. למרות שיקול הדעת המוגבל וצמצום האוטונומיה המקצועית, עדיין בדומה לעובדי קצה המועסקים בידי הממשלה, הם פועלים על-פי עולמם הערכי גם אם פעולות אלו כרוכות בהפרה או כיפוף הנהלים (Dias & Maynard-Moody, 2007).

אחד המאפיינים הנוספים של המעבר לאספקת שירותים ציבוריים באמצעות מיקור חוץ היא מידת עבודתם של עובדי הקצה באמצעות מדדי ביצוע (Tomkinson, 2016; Kroll, 2011). העסקתם של עובדי הקצה בידי ארגון לא ממשלתי, בין אם הוא ללא כוונות רווח או ארגון למטרות רווח (Soss, Fording, & Schram, 2011; Milward & Provan, 1993) נעשית במסגרת חוזים הנחתמים בין המדינה והארגון שנבחר לספק את השירות תחתיה (Price-Rhodes, 2009; Lu, 2014). במסגרת חוזים אלו עובדי הקצה נתונים פעמים רבות לפיקוח קפדני על עבודתם (Doring, Downe, & Martin, 2015). בהתאמה, הארגונים שבהם הם עובדים כבר אינם מכונים "street-level bureaucracies" אלא "street-level organizations" (Brodin E. Z., 2011).

ברודקין (2011), אשר בחנה לעומק מידת ביצועים מהסוג הזה, הדגימה את ההשפעה של מדדי ביצוע על השירות שמקבל בסוף לקוח המדיניות. "מר פרנק" שהינו עובד קצה במסגרת שירותי הרווחה כחלק TANF² מתכנית שהונהגה בארה"ב הגיע למעמד של עובד מצטיין ב-TANF³.

² Temporary Assistance for needy families =TANF

הוא נחשב לעובד מצטיין בבחינת מדדי הביצוע שנקבעו, בשל רמת הביצועים יוצאת הדופן שלו. בתצפית במסגרת המחקר נחשפה הדרך בה הגיע למעמד של עובד מצטיין: הוא ריכז את התורים של הלקוחות ליומיים בשבוע והותיר את היתר פנויים לעבודת ניירת. הזימון של כולם, לרוב אימהות חד הוריות, היה לאותה השעה בבוקר, כך שלא היה צריך להמתין למאחרים. מבחינת פניות למקומות עבודה, הוא חזר ופנה לגוף קבוע אשר זיהה כיעיל ביותר במענה לפניותיו. בהיבטים מסוימים עבודתו היתה יעילה ביותר, אך עבור לקוחות רבים התנהלות זו הולידה דווקא פגיעה במצבם. בשל הזימון לשעה אחידה רבים וויתרו על התור בשל המתנה ארוכה. המשמעות עבור מר פרנק היתה פחות עבודה, עבור לקוחותיו הדבר היווה פגיעה בשל קנסות על היעדרות מפגישה וחוסר מימוש קצבאות. את המצב האבסורד שנוצר הוא נימק בכך שבהתנגשות בין מקום עבודתו לזה של לקוחותיו הוא מעדיף להגן על עצמו (Brodkin E. Z., 2011).

חשוב להדגיש כי בעוד שאספקת שירותים ציבוריים טכניים ופשוטים על ידי ארגונים לא ממשלתיים תועדה במחקר, המחקר על שירותים מורכבים יותר ומקצועיים, כגון חינוך, רווחה ובריאות הוא מוגבל יחסית (Dias & Maynard-Moody, 2007). יתרה מכך, רוב המחקרים בנוגע לעובדי קצה אשר אינם מועסקים על ידי הממשלה הם בתחום הרווחה (Tomkinson, 2016). הסקירה זיהתה מחקר יחיד מרכזי בו נבחנה עבודתן של אחיות אשר הועסקו באופן פרטי. המחקר בדק את ההיבט האידיאולוגי בעבודתן של אחיות במסגרת תפקידן בבית חולים המספק שירותי בריאות פרטיים. האחיות שנבדקו היו מהמגזר הפרטי בלבד, וממצאי המחקר מעלים תובנה לפיה בית החולים עושה שימוש בטיפול האחיות ככלי שיווקי ומצביעים על חדירתו של שיח עסקי לעולם הטיפול של האחיות (Toffoli, Rudge, & Barnes, 2011). המחקר הנוכחי מבקש להעמיק את ההבנה אודות ההשלכה שיש להעסקה פרטית באמצעות השוואה שבין העסקה פרטית להעסקה ציבורית בקרב אחיות אשר התנסו בשני אופני ההעסקה.

אתגרי היישום של מדיניות בריאות בקרב אחיות

אחת מהפרופסיות המוכרות בספרות על עובדי הקצה היא זו של האחיות, אשר נחקרו בעיקר תוך בחינת היבטים אתיים בעבודתן היומיומית (Wurzbach, 1999). בדומה לעובדי קצה אחרים במערכת הבריאות אחיות נדרשות להחלטות בעלות השלכות אתיות על בסיס יומיומי (Gold, Chambers, & McQuaid Dvorak, 1995). היות והאחיות אחראיות על יישום החלטות טיפוליות המתקבלות לרוב על ידי הרופאים בצוות המטפל ולא על ידיהן, והן אף נדרשות לביצוע החלטות

Temporary Assistance for needy families =TANF³

מורכבות. להחלטות אלו יש השלכות אתיות, מתוך הצורך להכריע בשאלות על טובת החולה, טובת משפחתו, כמו גם טובת הקהילה והחברה. התמודדות מורכבת זו מושפעת הן מערכים אישיים של האחיות, כדוגמת כבוד האדם, כנות, לקיחת אחריות, הן מערכים מקצועיים דוגמת שמירה על סודיות, מניעת סבל, ושוויון בין מטופלים (Rassin, 2008) והן מערכים ארגוניים כגון שמירה על מאזן כלכלי, מוניטין מקצועי ועמידה בסטנדרטים לאומיים או בינלאומיים (Duncan, Thorne, & Rodney, 2015).

עם העלייה בדרישה למערכת בריאות המתנהלת לפי חישובי עלות-תועלת, במיוחד במהלך השנים האחרונות, הלך וגבר הקושי לאזן את הקונפליקט שבין ההחלטה הראויה מהפרספקטיבה המקצועית לבין ההחלטה המועילה ביותר בהיבט הארגוני (Guadine, Lefort, & Lamb, 2011; Varcoe, Pauly, Webster, & Storch, 2012; Duncan, Thorne, & Rodney, 2015; Austin, 2011). מצב זה בו קיימת התנגשות בין ערכים, ולהחלטת האחיות השלכות אתיות, מכונה בספרות "מצוקה מוסרית" "moral distress", מונח שטבע לראשונה הפילוסוף אנדרו גיימטון (Andrew Jameton) בשנת 1984.

הספרות המחקרית עוסקת הן במקורות למצוקה מוסרית והן בהשלכות שיש למצוקה מוסרית. הקונפליקטים העיקריים המביאים למצוקה מוסרית הם לדוגמה קונפליקטים עם קולגות, עומס עבודה (Rushton, 2006; Burston & Tuckett, 2013; Ulrich CM, 2010; Hamric A., 2012), כמו גם אתגרים הכרוכים בקבלת החלטות לקראת סוף החיים (Hamric & Blackhall, 2007). חשוב להדגיש כי מצוקה מוסרית נבדלת לא רק מצורות אחרות של מתח רגשי, אלא אף מביאה לפשרות ערכיות, מנמיכה את סף הרגישות כלפי סוגיות מוסריות, ולעתים אף מובילה לבחירה לעזוב את המקצוע (Epstein & Hamric, 2009).

באופן כללי, נמצאו ארבעה סוגים של קונפליקטים אתיים המובילים למצוקה מוסרית: החזקת מידע ואמירת אמת, אי-שוויון בנגישות ובטיפול, הבדל בין ערכים מקצועיים ועסקיים, כמו גם שבירת חוקים ודיווח על כאלו שהופרו (Gold, Chambers, & McQuaid Dvorak, 1995). קונפליקט אתי מרכזי נוסף עמו מתמודדות אחיות סובב סביב חוסר ההסכמה בדבר איכות הטיפול שהוענק לחולים, ומקרים רבים כאלו נחו כמצוקה מוסרית (Peter, Lerch Lunardi, & Macfarlane, 2004; Redman & Fry, 2000). מרבית הקונפליקטים האתיים מוצגים ע"י האחיות כנובעים מנהלי המוסד או מאילוצים של מדיניות בריאות (Redman & Fry, 2000). מעניין לראות כי האחיות שיקפו תפישה לפיה לעיתים כלל לא נראו באופק פתרונות הגיוניים לקונפליקט,

ולעיתים אף לא זוהה האופי האתי של החלטות יומיומיות רבות (Gold, Chambers, & McQuaid, 1995). היות והיענות מטופלים לדרישות הרפואיות מצידם נלקחות כמעט כמובן מאליו במהלך ניסוח נהלים ומדיניות אותם אמורות האחיות ליישם, אחד ממצבי הקונפליקט המתואר בספרות בעבודת אחיות הוא חוסר ההיענות של מטופלים (Cahill, 1998). בניסיון לצמצם קונפליקטים מסוג זה, מוצע לאמץ גישה של "המטופל במרכז", על פיה מומלץ לאחיות לקחת תפקיד מוביל בשינוי האופן שבו ניתנים שירותי הבריאות באמצעות התמקדות בחיי המטופלים ולמידה מעמיקה של צרכיהם אשר תעזור לאחיות לספק טיפול טוב יותר ולגרום למטופלים להיענות. (Russell, Daly, Hughes, & op't Hoog, 2003).

התמודדותן של אחיות עם קונפליקטים באמצעות חוסר היענות למדיניות

המחקר לרוב מתאר את האחיות כנוטות להיות פסיביות, כנועות וחסרות כח, ולהביע יחס מכבד כלפי הרופאים הממונים עליהן (Matheson & Bobay, 2007). לדוגמא, לוזן ושרייבר (1998) תיארו אותן כמדוכאות ולא פעילות במובן של מצוקה מוסרית בעיקר כתוצאה של שתי דילמות: הראשונה, הגנה על הקריירה בסביבה בעלת מתח וקצב עבודה גבוהים, לעומת הרצון לעזור למטופלים, רצון הדורש השקעת זמן ומשאבים. הדילמה השנייה היא בין לקחת אחריות על פעולות מצד אחד, לעומת הטלת האשמה על האחרים, כדוגמת המטופלים או הרופאים מצד שני. הסבר נוסף לתיאור פסיבי זה של האחריות משתקף בתפיסת האחיות עצמן לפיה הן לעיתים קרובות נעדרות עצמאות ומשאבים, עובדה המונעת מהן להגן על זכויות מטופליהם ולשמור עליהם מפני חוסר כבוד (Hutchinson, 1990; Lutzen & Schreiber, 1998). לצד מחקרים המתארים את האחיות בעמדת נחיתות וחסרות כוח לפעול לפי הקוד המקצועי של הפרופסיה שלהן, קיימים מחקרים המצביעים על חוסר שיתוף פעולה מצד האחיות עם מדיניות בית החולים הרשמית מתוך תפיסה אקטיבית שלהן את עצמן. כך, במקום להישמע להוראות שקיבלו "מלמעלה", הן יצרו פרקטיקה אותה הגדיר האצ'ינסון (1990) "responsible subversion", "חתרנות אחראית". במחקרו, המבוסס על 21 ראיונות עם אחיות בתנאים שונים, הוא הגדיר ארבעה שלבים בהתנהגות של חתרנות אחראית: הערכת בעיה, חיזוי ההשלכות של התערבות אפשרית, ביצוע הפעולה של "כיפוף החוק", ולבסוף חיפוי על התנהגות זו. אמצעי כיפוף החוק כללו: עיכוב בעבודת ניירת, עבודה איטית, התחמקות, העמדת פנים של חוסר תשומת לב ועידוד מטופלים לסרב לטיפול. האחיות טשטשו את פעילותן על ידי מניפולציה של רשומות והגדרה מחודשת של התנהגותן, תכנון רציונאל להתנהגותן ורתימת אחרים לתמיכה במעשיהן (Hutchinson, 1990). בדומה, לוזן ושרייבר (1998) אשר מחקרו התמקד באחיות במוסדות

לבריאות הנפש בקנדה, תיארו כיצד אחיות פעלו על ידי תגובה איטית להוראות עימן לא הסכימו, עיכוב של עבודה משרדית ושימוש מניפולטיבי במידע. האחיות במדגם שלהם גם כן הפרו את המדיניות בדרכים דיסקרטיות, על מנת שלא להיתפס במעשיהן (Lutzen & Schreiber, 1998).

וורצבאך (1999) חקרה מקרים בהם אחיות נתקלו בדילמות אתיות, בהן הרגישו שעליהן להישמע לצו מצפוני ובחרו לפעול, או לחילופין להימנע מפעולה מסוימת כנגד הוראות הרופאים. רוב האחיות במחקר הביעו את דעתן או נקטו עמדה נגד רופאים כאשר הרגישו מצב של וודאות בנוגע לדרך בה יש לפעול מבחינה מוסרית, מושג אותו מכנה וורצבאך "וודאות מוסרית". רבע מהן ציינו כי סירבו סירוב מוחלט להוראות אשר חשו כי אינן הכרחיות ומכבידות על המטופל, או שסירבו להשתתף בפעולות שסתרו את אמונתן הדתית, כגון הפלות. הן גיבו את התנגדותן בידע הרפואי שלהן ובהיכרותן עם המטופלים (Wurzbach, 1999). דוגמא נוספת לסטייה מן המדיניות הרשמית אשר הוצגה על ידי האחיות היתה חוסר הסכמה לטפל באנשים גוססים, מתוך אמונה כי טיפול כזה לא יועיל ואף יגרום למטופל סבל עודף (Peter, Lerch Lunardi, & Macfarlane, 2004). דוגמה נוספת לכיפוף החוקים כללה הרשאה למבקרים להישאר מעבר לשעות המוגדרות (Hutchinson, 1990). אחת הסיבות לכיפוף המדיניות נובע מהעובדה לפיה אחיות פיתחו יחסים עם מטופלים בעקבות מגע ממושך עמם וכך היו אוהדות וגילו הבנה לסבלם יותר ממטפלים אשר ראו את המטופלים פעמים מזדמנות (Peter, Lerch Lunardi, & Macfarlane, 2004).

השוואת עבודתן של אחיות בין בתי חולים פרטיים וציבוריים

כמתואר לעיל, מסורת מחקר ארוכת שנים מצביעה על מורכבות עבודתן של אחיות ועל הצורך להתמודד עם צרכים מתנגשים שבין המדיניות הפורמלית לבין צרכי המטופל הספציפי. המוטיבציה לבחון את ההשפעה של העסקה פרטית על עבודתן של אחיות היא מגוונת וכוללת בעיקר ניסיון להבין כיצד העסקה זו משפיעה על איכות חייהן של האחיות (Tyler, carroll, & Cunningham, 1991), על האופן בו הן מטפלות (Toffoli, Rudge, & Barnes, 2011) וכן על מנת להתמודד עם המחסור ההולך וגובר של אחיות במדינות רבות (Pillay, 2009; Buchan & Calman, 2004). מספר מחקרים מהעת האחרונה עוסקים בהשפעת כניסתו של שיח עסקי אל תוך המסורת הטיפולית של אחיות (Toffoli, Rudge, & Barnes, 2011; Buchan & Calman, 2004; Thompson, Cook, & Duschinsky, 2015). ממצאי מחקרים אלו מעידים באופן כללי על קיומם של הבדלים בין העסקה פרטית לציבורית. כך לדוגמא ערכו טופולי, רודג' וברנס (2011) מחקר הבוחן את האופן בו מתעצבת עבודתן של אחיות בבתי חולים פרטיים, בהשוואה לציבוריים. במחקר אתנוגרפי שתיאר את עבודתן של אחיות בבתי חולים פרטיים, הם התעמקו במפגש של

האידיאולוגיה של האחיות ומסורת הטיפול שאליה חונכו ואותה הכירו מצד אחד, עם תפקידן בבית חולים פרטי המנוהל כעסק למטרת רווח מצד שני. ספציפית, הם בדקו כיצד מדדי הביצוע משפיעים על הישרדותו העסקית של בית החולים ועל מסחור עבודתן של האחיות. בנוסף, הם תיארו כיצד אתוס עסקי יחד עם ערכים ויחסים של שוק חלחלו אל תוך המסורת הטיפולית של האחיות. לטענתם, הטיפול הופך בעצם לכלי שיווקי של בתי החולים הפרטיים, אשר להבדיל מהמקבילים הציבוריים צריכים להתחרות על החולים, שהם בעצם לקוחותיהם (Toffoli, Rudge, & Barnes, 2011). המשתתפים העידו על תחושת אי נוחות עם האספקטים העסקיים המכניסים שיקולי עלות לתוך עבודתם: לדוגמא, אתגרים של "מכירת מיטות", והתמודדות עם שינויים בצרכים של מטופלים הממומנים עצמאית. (Thompson, Cook, & Duschinsky, 2015). ווקר וגילסון (2004) ערכו מחקר הפוך על ידי התמקדות באחיות שעברו לעבוד ממסגרת פרטית למסגרת ציבורית בה הוענקו שירותי בריאות ללא תשלום בדרום אפריקה. האחיות העידו על תחושת הדרה מתהליך שינוי המדיניות וכי לא נלקחו מספיק בחשבון משאבים פיננסיים ואנושיים בתהליך יישום המדיניות (Walker & Gilson, 2004).

אחת המוטיבציות למחקר אודות איכות החיים של אחיות נובעת מהמחסור באחיות במדינות רבות (Buchan & Calman, 2004), המעלה את השאלה כיצד ניתן להשאיר אחיות בתפקיד כדי לשמר את פני מערכת הבריאות. העניין התעורר כבר בסוף שנות השמונים כאשר פורסם מחקר אנגלי בעקבות חשש מזליגה של אחיות מהמערכת הציבורית לפרטית. נמצא כי המגזר הפרטי איש משרות רבות באחיות מהמערכת הציבורית, רבות מביניהן בעלות הכשרה מקצועית מיוחדת, כגון טיפול נמרץ או אונקולוגיה (Thomas & et.al, 1988). מחקרים רבים מצביעים על הקשר בין תנאי העבודה לבין תפוקה ושביעות רצון של העובדים במגזרים שונים (Jones & James, 1979; Baltes, 2001) וכך גם ספציפית בנוגע למערכת הבריאות ואחיות (Li Ming, et al., 2013; Baoyue, et al., 2013). בעקבות חיפוש אחר מהלכים מעשיים להשארת אחיות במערכת הציבורית, בוצעה השוואה בין העסקה פרטית להעסקה ציבורית של אחיות... ככלל, שביעות הרצון הכללית של אחיות הייתה גבוהה יותר בקרב העובדות במגזר הפרטי. בניתוח סעיפי שביעות הרצון, קיים חוסר שביעות רצון במגזר הפרטי מאפשרויות הקידום המקצועי המוגבלות. בנוסף, נמצא כי אחיות ותיקות יותר נמצאו יותר שבעות רצון ביחס לאחיות חדשות בתחום (Pillay, 2009). במחקר נוסף נמצא כי חוסר שביעות רצון מהעבודה נמצא כגורם בהחלטת אחיות על מעבר לבית חולים פרטי (Chan, Tam, Lung, Wong, & Chau, 2013). בבחינת הסיבות לחוסר שביעות

הרצון של האחיות עלו דיווחים נרחבים על שחיקה, ביקורת על סביבת העבודה וחוסר אמון בהנהלה (Coetzee, Kloppe, Ellis, & Aiken, 2013).

כשהשוואה בין הפרטי לציבורי מתמקדת באיכות חייהן ובמתח הנפשי הנובע מעבודתן של האחיות, הממצאים מעלים תובנה לפיה בשתי הקבוצות קיים עומס עבודה רב, אך נמצא הבדל בסיבות למתח. בקרב האחיות מבתי חולים פרטיים דווחו מקרים רבים יותר של קונפליקט עם רופאים ומתח שמקורו בחוסר ודאות לגבי הטיפול (Tyler, carroll, & Cunningham, 1991). מחקר אחר התייחס להיבט של יחסי האחיות עם הממונים והשפעתם על מצב הרוח ועל מידת המחויבות של האחיות. השפעה זו הושוותה גם כן בין המגזר הפרטי לציבורי, ושביעות הרצון מהיחסים עם הממונים נמצאה נמוכה בשני המקרים. עם זאת, אחיות במגזר הפרטי מרוצות יותר באופן יחסי מהפיקוח עליהן, נהנות ממצב רוח טוב יותר ומחויבות יותר לארגון שבו הן עובדות (Brunetto, Farr- Wharton, & Shacklock, 2010).

ספציפית בישראל, מערכת הבריאות היא דואלית, כלומר, כל האזרחים מחויבים בביטוח בריאות, אולם במקביל, קיימת אספקת שירותי בריאות מטעם ארגונים למטרות רווח ובכללם בתי חולים פרטיים, מרפאות פרטיות וביטוחי בריאות משלימים (קידר וחורב, 2012). הביטוחים הפרטיים הינם בעלי כיסוי רחב יותר ועלותם גבוהה יותר ביחס לביטוחי החובה, ולכן זמינים יותר לאוכלוסייה אמידה. במקביל, המגזר הציבורי של שירותי הבריאות, הנדרש להיענות לפניות רבות, סובל מתת תקצוב ונתפס פעמים רבות כלא יעיל ולא אפקטיבי. לעומתו, המגזר הפרטי מתאפיין ברמה גבוהה של משאבים ושל מתן שירות (קידר & חורב, 2012).

אין מספרים מדויקים המתעדים את מספר האחיות אשר החלו לעבוד במסגרת פרטית במקום במסגרת הציבורית. ניתן להניח כי קיימת מגמת עלייה בשל הקמת בתי חולים פרטיים חדשים והתרחבותם של הקיימים. כיום ישנם 11 בתי חולים פרטיים מתוך 46 בתי חולים הקיימים בישראל, והמגזר הפרטי מהווה 26% מההוצאה הלאומית על בריאות (בולדור, 2013). אחד הביטויים הנוספים של תהליכי הפרטה וביזור ההולכים ומתפשטים היא העסקה באמצעות מיקור חוץ (Newman, 2006). דוגמה לכך היא המקרה של שירותי הבריאות לתלמיד בישראל, אשר ניתנו מאז קום המדינה באופן ישיר על ידי משרד הבריאות. בשנים האחרונות שירות זה הוצע למכרז ומיושם כיום באזורים שונים בארץ בידי חברות פרטיות, כדוגמת "פמיי" ו"נטלי" (המרכז לצדק חברתי ודמוקרטיה על שם יעקב חזן במכון ון ליר בירושלים, 2016). מאז החל

מיקור החוץ נערך דיון ער סביב השאלה מהי הדרך המיטבית לאספקת שירותי בריאות התלמיד ובאיזה אופן השתנו שירותי הבריאות אשר ניתנו במשך עשרות שנים במסגרת ציבורית בלבד.

מערך המחקר

העניין המרכזי במחקר הנוכחי הוא בבחינת ההבדלים בין תהליכי יישום מדיניות כשאספקת השירות הציבורי מתבצעת על ידי המדינה, לבין תהליכי יישום של אותה מדיניות כאשר אספקת השירות מתבצעת באמצעות חברה פרטית. בכדי להתחקות אחר הדומה והשונה ביישום מדיניות בין צורות מתן השירות השונות, העבודה מתמקדת בעובדי הקצה (street-level workers) האמונים על יישום מדיניות ומשחקים תפקיד מפתח באופן היישום (Lipsky, 1980; Brodtkin e. Z., 2003; Maynard- Moody & Musheno, 2003). מתבסס המחקר על אחיות המעניקות שירותים רפואיים במסגרת בית חולים ציבורי ובמסגרת בית חולים פרטי. כלל המרואיינות עבדו בשתי המסגרות, חלקן במקביל וחלקן לסירוגין. מעבר לתפקידן הסייעודי, אחיות נתפסות כדמויות שיכולות להציב עצמן בעמדות ממשלתיות בתפקידי המשפיעים על מדיניות, ועליהן לראות במדיניות דבר שהן מעצבות ולא משהו ש"קורה להן". ניסיון הקליני, התמיכה במטופלים וההשתתפות בצוותים מולטי-דיסציפלינרים הופכים אותן למתאימות לעיצוב מדיניות שירותי בריאות (Miller & Blackstock, 2016).

חשוב להדגיש כי בדומה לעולם, גם בישראל חלו בעשורים האחרונים מגמות הפרטה של שירותים ציבוריים רבים כחלק ממגמה כללית של צמצום מדינת הרווחה (Welfare state) (Starr, 1988). השינויים שחלו עקב כך כוללים גידול במספר הארגונים הלא-ממשלתיים המספקים שירותי בריאות, העצמת התחרות בין ספקי שירותי בריאות, הן ממשלתיים והן לא ממשלתיים, מימון פרטי הולך ועולה של שירותי הבריאות, הגדלת אפשרות הבחירה לאזרח מקבל השירות וכניסת יישומים ניהוליים מהשוק הפרטי אל המגזר הציבורי (Clarke & Newman, 1997). השחיקה של חלקה של המדינה בשירותי הבריאות ועליית החלק הפרטי המשולם, לכאורה יכולה לגרום לירידה בצריכת שירותים מיותרים. בפועל, נגרמת פגיעה בשכבות החלשות אשר מוותרות על שירותי בריאות ותרופות לאור נטל כלכלי זה (גרוס & ברמלי- גרינברג, 2007). דרך נוספת לביטוי ההפרטה הינה בתוך בתי החולים הציבוריים, על ידי הפעלת שירותי רפואה פרטיים במסגרתם. (אחדות & בן נון, 2012; שירום & עמית, 1996).

בהמשך למגמה זו, לפיה רבים מהשירותים הציבוריים בשנים האחרונות מסופקים גם באמצעות ארגונים לא-ממשלתיים, המוטיבציה העיקרית במחקר הנוכחי, היא לחשוף לא רק את ההבדלים

הנובעים מהסדרי האספקה השונים, אלא להבין לעומק היבטים קונפליקטואלים של הבדלים אלו. לטובת מטרות אלו, נבחרה גישת מחקר איכותנית המאפשרת חקר מקרים והתנסויות בדגש פרשני ולמידה על הנושא הנחקר בסביבה הטבעית, באמצעות המשמעויות שהאנשים עצמם מייחסים להתנסויותיהם (Denzin & Lincoln, 1994).

איסוף המידע

איסוף המידע נערך באמצעות ראיון עומק מובנה למחצה, שנערך פנים אל פנים עם אחיות ואחים פעילים העובדים במקביל בשתי המסגרות, או עבדו בעבר ובהווה במסגרות השונות לסירוגין. הראיונות נקבעו על פי סביבה מועדפת ונוחה למרואיינים ברחבי הארץ ובשעה שנבחרה על ידם מתוך כוונה ליצור סיטואציה אופטימאלית לפתיחות בשיחה. כותרת המחקר הוצגה בכלליות בשלב זה. לפני כל ראיון נערכה שיחת טלפון בה הוסברו שלבי המחקר, כולל הצורך לחתום על הסכמה מדעת (נספח 1) ובקשה להקלטת הראיון. בשיחה זו התאפשר לצד המתראיין לשאול שאלות ולהפיג אי ודאות.

הראיון הינו כלי איסוף מידע ההולם את שאלות המחקר ואת הסוגיה הנחקרת, היות והוא מאפשר באופן פתוח ולא מחייב להציף מצבים מהעבודה היומיומית, ובעיקר מצבי קונפליקט ותהליכים של קבלת החלטות בדבר "מה ראוי לעשות". יתרה מכך, הראיון אינו מכוון לתשובה "נכונה", והמרואיינים יכלו לשתף באופן פתוח את מחשבותיהם ואת הדילמות והשיקולים המלווים את עבודתם. בדרך זו הציפייה היתה כי יאסף מידע שישפוך אור על ההבדלים שבין שני אופני ההעסקה, דרך העיניים של מיישמי המדיניות עצמם. הראיון מאפשר להעלות ולדון בהבדלים שבין שני הסדרי ההעסקה בכל ההיבטים של עבודתם היומיומית, תוך דגש על מצבי קונפליקט. הראיון הוא אמצעי לאיסוף מידע המסייע למרואיינים להפוך חוויות ומחשבות שהיו סמויות עבורם - לגלויות "לבטא את תפיסותיהם, את מחשבותיהם ואת הבנותיהם הסמויות" (Arksey & Knight, 1999, p. 32). העובדה לפיה עובד קצה מצוי בקונפליקט כמעט תמידי בין המדיניות הפורמלית של המדינה לבין צרכי אוכלוסיית היעד של המדיניות נחקרה ומפורטת בסקירת הספרות (Maynard moody & Musheno, 2000). עבודה זו מנסה לשפוך אור על האופן בו כניסתו של גורם שלישי, המעסיק הפרטי, הופכת קונפליקט זה של עובדי הקצה למורכב עוד יותר, שכן מדואליות נוצר משולש של יחסים: מול המעסיק, מול המדינה ומול מקבלי השרות.

מאפייני אוכלוסיית המחקר

המחקר נפרס על פני כשנה במהלכה בוצעו הראיונות. פניה ראשונית נעשתה דרך אנשי מקצוע ומכרים העובדים במסגרות הציבורית והפרטית - בבתי חולים ו/או בתי אבות. המשך גיוס המרואיינים התבצע בשיטת "כדור שלג" (Bryman, 2001), כלומר מרואיינים הפנו למרואיינים נוספים. שיטה זו אמנם משפיעה על אופי המדגם, אך מתאימה בשל המאפיינים הספציפיים שנדרשו לקבוצת המחקר, באמצעות מפגש עם מישהו מחברי הקבוצה נוצר פתח למרואיינים נוספים מתאימים.

בוצעו בסך הכל תשעה עשר ראיונות. עיקר המרואיינים היו נשים, שבע עשרה סך הכל ואחדים גברים, שניים בלבד. כולם בוגרי לימודי סיעוד וותק של בין חמש לשלושים ושבע שנים במתן שירותי בריאות. גילאי המרואיינים נעו בין גילאי שלושים לשישים ושבע. ארבעה מתוך המרואיינים עבדו במקביל במסגרת פרטית וציבורית בזמן עריכת הראיון. שלוש עשרה עבדו במסגרת פרטית בהווה וציבורית בעבר ושתיים בלבד במערכת הציבורית לאחר שנים רבות בפרטית. רוב המרואיינים היו מאזור מרכז הארץ, שלוש מאזור ירושלים ואחת מאזור הצפון. המרואיינים עבדו בתפקידים מקבילים במסגרות שונות כגון: בתי חולים, בתי אבות, בתי ספר, קופות חולים ומסגרות אשפוז לבעלי צרכים מיוחדים.

מהלך הראיון

במהלך הראיון התבקשו המרואיינים לתאר את אופי העבודה, כיצד נראה יום עבודה שגרתי, אופי ההכשרה והליווי במהלך העבודה, מהן הדרישות מצד המעסיק, מה נותן מוטיבציה במקום העבודה ושיקולים בבחירתו. המרואיינים התבקשו לתאר סדר יום אופייני בכל אחת ממסגרות העבודה ולהצביע ישירות על הבדלים שבין עבודתם בשתי מסגרות ההעסקה תוך התייחסות לאופי העבודה וההכשרה והליווי שקיבלו בכל מסגרת. בהמשך נשאלו על השפעתם של הבדלים אלו על כלל ההיבטים של הפרקטיקה הפרופסיונאלית של עבודתם. בכדי לחדד את ההשפעה של המעסיק המרואיינים נשאלו ספציפית אודות מצבי דילמה אשר הצריכו מצידם תהליך חשיבה והפעלת שיקול דעת. בנוסף, במהלך הראיון ניתנה תשומת לב מעמיקה למצבים בהם היה עליהם לחרוג מהדרישה המוגדרת במדיניות על מנת שיוכלו לתת לאוכלוסיית היעד שירות "כמו שצריך". בדומה, הם נשאלו אודות מצבים בהם חוו התנגדות מצד מטופלים ליישום של מדיניות ספציפית. דגש מיוחד ניתן למצבי קונפליקט, לכן נשאלו בנוגע לסיטואציות אשר דרשו מהם לעצור לרגע ולחשוב כיצד נכון לפעול? "האם עמדתם במצב בו לא היה ברור כיצד נכון לפעול?", "האם מידי פעם אתם נדרשים לעצור רגע כדי לשקול מהי הדרך הנכונה לפעול?", "האם הייתם עדים

להתנהגות של עובד סביבכם אשר אינה עולה בקנה אחד עם מדיניות קיימת?", "האם זכורה לכם סיטואציה בה היה פער בין מדיניות הבריאות הנהוגה לנעשה בפועל?". המרואיינים התבקשו לפרט ולתת דוגמאות של מצבי הקונפליקט בהם נתקלו. בהמשך לכך ביקשתי שיתארו את ההתמודדות עם הדילמה, מה עמד על כף המאזניים ועל פי מה הכריעו בסיטואציה.

בקשה נוספת במהלך הראיון הייתה לתאר את המקום והתפקיד אותו ממלא משרד הבריאות בשגרת העבודה היומיומית. בהתאמה נשאלו השאלות הבאות: "כיצד היית מתאר את התפקיד של משרד הבריאות במקום עבודתך?", "האם ואיזה ממשק היה לך עם נציג משרד הבריאות?". בהמשך הראיון, המרואיינים אף התבקשו להתייחס להיבט של תמריצים חיוביים ו/או שליליים הנהוגים במסגרות העבודה: "האם חוויתם או הייתם עדים לסנקציה שהוטלה בשל חוסר מילוי התפקיד כנדרש על פי מדיניות משרד הבריאות?", "האם המוסד בו אתם עובדים מעודד או מתגמל התנהלות אחת על פני אחרת? מהי?", "ספציפית, האם אתם מתומריצים על פי הערכת ביצועים ומקצועיות?"

בכדי לשפוך אור על איכות השירות הניתן לאזרח, אשר נזקק לשירותי בריאות בבתי החולים, נשאלו "לו היית צריך לפנות לקבלת שירות רפואי, היכן היית בוחר לעשות זאת? " או לחילופין: "לאיזו מסגרת היית ממליץ למקורביך לפנות?". שאלות כגון "באיזו מסגרת הפרט מקבל שירות יותר טוב?" או "איזו מסגרת שמה דגש על שביעות רצון מקבל השירות?" נועדו על מנת להשוות היבט זה בין שתי המסגרות. "האם נתקלתם במצב בו שיקולי המערכת אינם עולים בקנה אחד עם מה שאתם מעריכים כטובתו האישית של המטופל? תוכלו בבקשה לתאר סיטואציות אלו?".

בשלב מתקדם בשיחה המרואיינים התבקשו לתאר את מצב ההעסקה המיטבי מבחינתם באופן ההתנהלות של אחיות: "אילו עצות הייתם נותנים לעובדים בתחילת דרכם?", "באיזו מסגרת אתם ממליצים יותר לעבוד? מה מהווה שיקול מכריע בבחירה זו?".

בתום הראיון נותר זמן לסקירה של הנאמר ומקום לתוספות. דגש מיוחד ניתן על דוגמאות וסיפורים בין אם מחוויה אישית או של קולגות. כל ראיון נחתם בהזמנה ליצירת קשר בהמשך במידה וייתקלו במצבים הקשורים למה שתיארו. כמו כן, המרואיינים שיתפו במידה ויש להם חברים למקצוע שמסכימים לשמוע על המחקר ואולי לקחת בו חלק בהמשך.

ניתוח הראיונות

הניתוח נעשה על ידי איתור נושאים שחזרו על עצמם בראיונות שונים. הראיונות תומללו ובקריאה חוזרת נסקרו נקודות אשר שבו ועלו. ניתוח הממצאים נעשה בעזרת תכנת atlas.ti. בשלב הראשון בוצע "קידוד פתוח" (Strauss & Corbin, 1990) בו אמירות מתוך הראיונות שוימו והשוויו עם אמירות אחרות על מנת לקבץ את ההיגדים על פי רעיונות. בשלב השני בוצע קידוד צירי בו כותרות בודדות קובצו על פי קטגוריות רעיוניות ששיקפו דמיון בין אמירות שונות. על פי שטראוס וקורבין שלב ניתוח זה משקף את הרעיון של קיבוץ קודים פתוחים סביב צירים או צמתים. באמצעות פונקציות אנליטיות בתוכנה, בוצעה הצלבה של קודים שונים על מנת לבדוק חפיפה בין נושאים. לדוגמא: 'יחס למטופל' הוזכר בהקשרים שונים כגון 'מקצועיות', 'שיח עסקי' וכן בהקשר 'לימשפחת המטופל'. האזכורים מונו על פי ההקשרים השונים. נוסף לכך, נושא שהכיל מספר אזכורים גבוה, עבר השוואה כמותית ואיכותנית בין ההקשר הפרטי לציבורי. כך לדוגמא: מחשוב, מקצועיות, סביבת עבודה, יחסי אנוש ותגמול. ככל שניתוח הנתונים התקדם, הקודים הפכו יותר ויותר ממוקדים. כך למשל, יחס למטופל: יחס חיובי-במסגרת פרטית.

בהמשך בוצע ניתוח פרשני על פי חוויות ודוגמאות שעלו בראיונות. כפי שמתארים מיינרד-מודי ומושונו במחקרם: סיפורים מעניקים למחקר וחיות שלא קיים בחקר מדעי המדינה כיוון שהם שמים דגש על פעולות ומניעים של הפרט. סיפורים מתארים את התוצאות של אלו, תוך כיפוף או התעלמות מחוקים או נהלים. הם מחיים מוסדות ומאפשרים הצצה על אופיים (Maynard-Moody & Musheno, 2003). בראיונות תיארו האחיות מצבים בהם לא יכלו לפעול "כרגיל" והסיטואציה הצריכה מחשבה "אחרת". דוגמאות אלו שיקפו דילמות בהן נתקלו באופן ישיר או היו עדות להן כקולגות. מצבי הדילמה והקונפליקטים נחלקו לקטגוריות שונות על פי הצד השני העומד מולם בקונפליקט: מול מטופלים, מול רופאים ומול צוות המנהלים. בהמשך לחלוקה זו תוארו התוצאות השונות של הקונפליקטים, ומה היה הגורם שהכריע בכל מצב. האם ההכרעה היתה על פי עמדת הרופא? האם לפי דרישות ההנהלה? או שמא על פי רצון המטופלים ודרישותיהם? לסיום, ניסה הניתוח הפרשני לעמוד על ההשלכות שיש לקונפליקטים אלו על דרכי הטיפול, וכן על היישום המקצועי בעבודתן של האחיות גם בתחומים סביב הטיפול כגון: שיבוץ צוות לעבודה, קבלת מטופל לפרוצדורה מסוימת, והחלטה על המשך אשפוז או שחרור של מטופלים.

פרט לחלוקה לפי הגורם העומד מול האחיות, הבחין הניתוח בין שלוש קבוצות של קונפליקטים: אלו שתוארו במסגרת העבודה במערכת הציבורית, אלו שתוארו במסגרת המערכת הפרטית, ואלו

שתוארו בשתי המסגרות. מעניין לראות כי הקבוצה האחרונה של קונפליקטים, המתוארים בשתי המסגרות לרוב כללו השוואה מפורשת באופן יזום על ידי המרואיינים עצמם.

מגבלות המחקר

הגישה האיכותנית מאפשרת שימוש בשיטת ראיונות המבטאת נקודת מבט סובייקטיבית בלבד. אין בדרך מחקר זו בדיקה של נתונים כמותיים או סטטיסטיים המתייחסים לנושא. בשל כך קיים קושי להציג קריטריונים בעלי תוקף במחקר מסוג זה (Whittemore, Chase, & Mandle, 2001) במיוחד בהקשר של תיאור, ניתוח ותיאוריה (Maxwell J. A., 1996). בכדי להתייחס לעניין התיאור והניתוח, נרשמו הערות תוך כדי הראיונות וכן זמן קצר לאחר עריכת כל ראיון. להערות אלו ניתנה חשיבות במכלול הנתונים שנאספו במחקר והן משולבות בתהליך הניתוח יחד עם יתר המידע (Clandinin & Connelly, 2000; Jorgenson, 1989). המחקר האיכותני מוגבל ביכולת ליצור הכללות (Polit & Tatano Beck, 2010). בכדי לבסס את מהימנות המחקר, עם ההתקדמות בראיונות, נושאים שעלו תדיר בראיונות מוקדמים יותר ולא הוזכרו על ידי המרואיין נשאו באופן ספציפי. כך לדוגמא, במידה ולא עלה כלל נושא היחס למטופל, נשאל המרואיין באופן כללי "מה עמדתך בנושא היחס למטופל במסגרות השונות." מגבלה נוספת של המחקר האיכותני היא התלות בסגולותיו של החוקר כצינור עיקרי לאיסוף המידע וניתוחו (Merriam & Simpson, 1984), כמו גם מציאת האיזון בין השתלבות ואמפתיה לבין ריחוק וחשיבה ביקורתית (שקדי, 2003). העובדה לפיה המראיינת הינה רופאה הבקיאיה בסביבת העבודה בבית חולים מתמודדת, ולו במעט, עם מגבלות אלו.

ממצאים

פרק הממצאים מחולק לשני חלקים. החלק הראשון פורש את ההבדלים שבין סביבת העבודה הציבורית לבין זו הפרטית בחמישה תחומים: שיקולים בבחירת מקום העבודה, תנאי העבודה, מעמד המטופל, יעילות בעבודה ופיקוח ובקרה. חלק זה מהווה בסיס לחלק השני של הממצאים בו מוצגים הקונפליקטים המרכזיים שהועלו בראיונות, תוך דגש על השוואת הקונפליקטים המתרחשים בשתי סביבות העבודה לאלו הייחודיים לסביבת העבודה הפרטית. הקונפליקטים מוצגים תוך התייחסות למקור הקונפליקטים, לאופני ההתמודדות עימם ולהשלכות על מדיניות.

חלק ראשון: ההבדלים שבין סביבת העבודה הציבורית לבין זו הפרטית

מסלול הכשרתן של האחיות כולל לימודים תיאורטיים וכן למידה מעשית במחלקות בתי החולים ובמוסדות נוספים. באופן רשמי, כל אחות במהלך מסלול ההכשרה נחשפה למערכת הציבורית בלבד. יחד עם זאת, עם היציאה לשוק העבודה, קיימות אפשרויות תעסוקה הן ציבוריות והן פרטיות, הכוללות בתי חולים ציבוריים, קופות חולים, בתי ספר, טיפות חלב ועוד. מעבר לאפשרויות התעסוקה במגזר הציבורי קיים שוק שירותי בריאות פרטיים הכולל בתי חולים, מוסדות בריאות נפש, בתי אבות, חדרי ניתוח פרטיים ומרפאות פרטיות. פרק זה מפרט ראשית את השיקולים בבחירת מקום העבודה ובהמשך את ההבדלים העיקריים שבין עבודה במסגרת פרטית לעבודה במסגרת ציבורית כפי שעלה מהראיונות.

1. שיקולים בבחירת מקום העבודה

אחת הדרכים להצביע על ההבדלים בין אופי העבודה בשני סוגי המסגרות היה בהצגת השיקולים לעבור מעבודה במסגרת הציבורית בלבד, לעבודה נוספת במסגרת הפרטית או לעבודה רק במסגרת הפרטית. אחדים מהמראיינים הציגו מעבר הפוך בו חזרו למסגרת הציבורית לאחר עזיבתה בעבר לטובת הפרטית. חלק הדגישו מדוע לעזוב את המסגרת הציבורית, אחרים מהכיוון ההפוך מדוע להוסיף עבודה במסגרת פרטית. הרוב הגורף של הנימוקים התייחס לתגמול הכספי: *"המניע היה בעיקר כלכלי. השכר היה הרבה יותר גבוה ממה שהציעו אז, אז עברתי לעבוד שם"* (4: 46). אפשרויות השלמת הכנסה מטיפולים אחר הצהריים ותיירות מרפא תוארו גם במערכת הציבורית, אך לא במידה יציבה ומספקת כך שעדיין היתה הכרעה לטובת עבודה חלופית או נוספת במערכת הפרטית:

"השלמת הכנסה. פשוט. המערכת הציבורית לא, לפעמים לא מספקת לך את המאה אחוז

מה שאת רוצה. לפעמים יש לך ססיות⁴, לפעמים אין לך ססיות. לפעמים יש לך תיירות

מרפא, לפעמים אין לך תיירות מרפא" (9: 4)

במקרים מסוימים המשרה הפרטית לא היוותה תחליף, אלא תוספת למשרה קיימת בבית חולים ציבורי, אשר נתפסת כיציבה יותר ומספקת רשת ביטחון תעסוקתית:

⁴ ססיה = מוגדרת כעבודה נוספת בתשלום מעבר לשעות העבודה המקובלות. מה שנקרא במקצועות אחרים שעות נוספות. לרוב על ססיות מקבלים שכר הרבה יותר גבוה, מאשר על משמרת רגילה, ובסיעוד ניתן לעשות ססיות גם במחלקות אחרות ובכך להגדיל את ההכנסה כמובן. ססיות יש ביחידות דיאלוזה, חדרי ניתוח, צנתורים ועוד. פעולה רפואית שבגינה מתוגמלים הצוותים הרפואיים בסכום שנקבע מראש.

"בציבורי אין דבר כזה. יש עבודה אין עבודה את באה לעבוד. זה לא בעיה שלי אם יש

עבודה או אין עבודה. אז בעצם המערכת הפרטית מאפשרת להרחיב את האפשרויות

פרנסה אבל הציבורית מאפשרת ביטחון כלכלי בסיסי" (9: 6)

מעניין לציין כי כאשר נושא הפרנסה בשל מפרנס ראשי עם הכנסה גבוהה ביותר או רווחה משפחתית, הייתה העדפה להישאר במגזר הציבורי והשיקול שהוצג התייחס להיבטים מקצועיים ופרופסיונאליים אשר המסגרת הציבורית מטפחת יותר: "אני במצב טוב שאין לי צורך כל כך

להיכנס לעניין כספי... לעשות משמרות נוספות או ווטאבר" (12: 54)

"קשה ללמוד את התחום במסגרת הפרטית. קודם כל אין ניתוחים דחופים, טראומה. יש

הרבה אספקטים שאין שם וחץ מזה הבית חולים בנוי להרוויח בעיקר ופחות להשקיע

בכוח אדם, להקצות כוח.. יש, היתה מדריכה אבל זה אחרת. כלומר ראיתי שיש אחיות

שעובדות שם המון שנים ותחום ה.. הידע שלהן מוגבל. הן לא כמו אחיות שמגיעות

מהתחום הציבורי ולכן החלטתי לעבור לבית חולים ציבורי" (2: 2)

בדומה, מורכבות המקרים הייתה שיקול לחזור לעבוד במסגרת הציבורית, שתוארה כמאפשרת

יותר למידה בשל מגוון מקרים מסובכים:

"מה שגרם לי לעבור זה התחושה בבית חולים הפרטי שאני לא מספיק טובה. שאין לי

מספיק ידע במקצוע שאני עובדת ולעומת זאת כן אנשים שהגיעו מהתחום הציבורי

ועובדים בבית חולים, בעצם, את יודעת, ידע זה כוח ויכול להיות שהם לא התנהגו בצורה

כזאת אבל הרגשתי שיש להם עליונות עלי. זאת הסיבה שעברתי לתחום הציבורי" (2: 8)

במספר מקרים מצומצם, העובדה כי בית חולים ציבורי מעניק טיפול למקרים סבוכים יותר

לעומת הפרטי היוותה שיקול דווקא לעבור למסגרת הפרטית: "זה יותר נעים, פחות לחץ. החולים

שמגיעים [לבית חולים פרטי] לא כאלה מורכבים, זה לא הטירוף שאת עוברת ב[בית חולים

ציבורי]" (5: 32).

יחסי העבודה הצוותיים היוו גורם נוסף לעזיבת המסגרת הציבורית: "הסיבה העיקרית היא

היחס, עכשיו לא היה לי למה להשוות, אבל מאד הפריע לי מה שקרה מבחינת היחס" (3: 10) אני

עזבתי כי אנשים היו באמת רעים אחד כלפי השני. אני לא עזבתי את [בית החולים הציבורי] בגלל

כסף (3: 43).

אופי העבודה ואפשרות להגדיל ראש הכריעו עבור אחות נוספת המתארת: עבודה יותר נעימה,

עבודה יותר אוטונומית (8: 26) במסגרת הפרטית, כמו גם התנאים הנלווים מלבד השכר: לא

התאים לי לעבוד במשמרות, לילות, חגים וכו'. כעת יכולתי לעבוד רק פרטי. [בבית חולים ציבורי]

נדרש לעבוד יותר אך כאן ניתנה לי בחירה כמה לעבוד (7: 5)

לסיכום, השיקולים לטובת המסגרת הפרטית הדגישו את התגמול הכספי כמו גם תנאי עבודה כלליים ואווירה צוותית. השיקולים המרכזיים בעד שמירה על תפקיד במערכת הציבורית הינם ביטחון תעסוקתי ואפשרויות הלמידה המקצועית.

2. תנאי עבודה

2.1. שעות נוספות

פערי השכר בין המגזר הפרטי והציבורי ידועים ומאוזכרים תדירות אף במדיה. פערי שכר אלו הוזכרו ברוב הגורף של הראיונות לא רק בהקשר של השיקולים בבחירת מקום העבודה אלא כאחד ההבדלים המובהקים בין המסגרת הציבורית לפרטית: תגמול זאת לא שאלה בכלל. תגמול.. כן, משלמים בפרטי יותר (9: 2). במסגרת הציבורית צוינו כל מיני אסטרטגיות להעלאת השכר, מה שמעיד על שכר נמוך יותר: תראי, גם במערכת הציבורית בהמשך אפשר להרוויח אבל זה מצריך כמובן לעשות שעות נוספות, לעשות משמרות, לעבוד בסופי שבוע, אחרת השכר הוא מאד נמוך (45: 2).

עם זאת, בכל הקשור לעבודה בשעות נוספות, המערכת הציבורית הינה נוקשה וחסרת גמישות ומתוארת כמקשה בכל הנוגע למיצוי זכות זו של האחיות:

"זה לא שהיית בעבודה כי כף לך בעבודה. היית שם יותר שעות, בוא נגיד המשמרת נגמרת בשש וחצי ויצאת בשבע ורבע את צריכה לתת תירוץ למה היית יותר מידי זמן אם את רוצה לקבל על זה תוספת משכורת וזה. אולי בכלל ילד כמעט התעלף שם, כאילו יש מקרים שזה קרה. מישו הגיע עם אינפוזיה וצריך לסיים את התרופה, כאילו.. היו מקרים, הרופא היה עם המון אנשים ולא היית יכולה לצאת. היו, היו מקרים. אם את מנמקת את זה הם בסדר אבל היית צריכה לנמק ולהילחם על השעות שעבדת" (32: 10)

לעומת זאת, קבלת אישור לשעות נוספות במערכת הפרטית היא פשוטה הרבה יותר: פה הם יותר גמישים. אם עשית זה את יכולה פשוט להגיד להם [לממונים] והם מבינים (32: 10)

2.2. עומס עבודה

נושא זה של עומס עבודה אוזכר פי שניים יותר בהקשר של בית חולים ציבורי בהשוואה לפרטי. תקינת האחיות לא עודכנה במערכת הציבורית מאז שנות ה-70: "במערכת הציבורית אני מרגישה שזה.. את יודעת שיש שם עדיין את התקנים של האחיות משנות השבעים?" (33: 10).

בהתאמה, שיבוץ האחיות לעבודה במסגרת הפרטית נעשה ביחס גבוה יותר של אחיות למספר מטופלים, דבר המקל על עומס העבודה: "תקשיבי, אם נגיד יש יותר אחיות אז יותר קל כמערכת לתפקד, כי יש לך יותר כוח ויותר סבלנות ויותר.." (5: 21) אחות נוספת מתארת יחס של שתי אחיות על שלושים וחמישה חולים בבית חולים ציבורי לעומת אחות אחת לשבעה חולים במסגרת הפרטית (13: 1)

יתר על כן, תפקידן של האחיות הלך והתרחב והמשימות להן נדרשו הלכו והתרבו:

האחיות עושות פי ארבע ממה שהן עשו בשנות השבעים. יש לנו עבודה אחרת לגמרי... אחיות צריכים לעשות דברים של סיעוד ולא של כוח עזר. התחילו להיות עם כוח עזר יותר, כן? אבל אם אחיות עושות יותר ומכניסות אינפוזיות ועושות סקשן, דברים שפעם [לא עשינו, היום] אנחנו עושים את זה גם (10: 34)

במערכת הפרטית גבולות העבודה מוגדרים יותר, בין היתר כיוון שהרפואה בה היא אלקטיבית בעיקרה וכמעט ואינה מטפלת במקרי חירום. הגדרה ברורה זו של העבודה מקלה עד מאוד את עומס העבודה:

"את באה למערכת הפרטית ב[בית חולים פרטי] את יודעת אחת שתיים את גומרת. אין לך מצב שבשעה, אפילו בערב יש לך איזה שהוא ניתוח דחוף שיכנס. יש לך תוכנית. סיימת אותה...., לא סיימת אותה תסיימי אותה. אבל אין לך דברים שאת יודעת שבאמצע פתאום בום יכנס לך משהו שיכול לשנות לך את כל המערך של החדר שלך" (9: 8)

בהשוואה לתיאורי המערכת הפרטית, אלו של המערכת הציבורית מכילים תיאורים של עומס עבודה הפוגע באיכות הטיפול בחולים וכמובן באיכות חייהן ושחיקתן של האחיות:

"..והייתי לבד לפעמים, אפילו בלי כוח עזר. חולה רצה פיפי וחולה אחר היה צריך שיחזיקו אותו.. את נקרעת" (6: 7)

אפיזודות שונות ממחישות את עומס העבודה הרב במסגרת הציבורית, תוך כדי אזכור של חוסר ההתייחסות לעומס זה מצד הממונים:

"ובאתי ללילה והיה מחלקה עמוסה... והיה, היה לילה קשה. שלוש[ה] מונשמים, והתקשרתי לאחות הכללית לבקש עזרה לשעה בשביל לעשות סיבובים, להפוך את המטופלים מצד לצד ולעזור קצת עם המונשמים. שעה ביקשתי מכל המשמרת, זה הכל. אמרתי לה אני בחודש תשיעי, ואני.. והתשובה שלה היה אין. שאני בהריון אני קצת חוצפנית ועוד הייתי צעירה אז הייתי יותר חוצפנית, אז אמרתי לה ומה את עושה עכשיו? אז היא אמרה לי אני אחות כללית, אמרתי לה נכון, אבל מה את עושה בשעה הקרובה?

מה זאת אומרת? בקיצור קיבלתי על הראש אח"כ מהאחות האחראית, איך יכולתי לדבר ככה לאחות.. היא לא באה, היא לא עזרה. ועברנו את הלילה ואף אחד לא מת. אבל עבדנו, לא ישבנו לשנייה" (8: 20)

אספקט נוסף שתואר כמוסיף משמעותית לעומס העבודה הוא הבירוקרטיה הנדרשת מאחיות במסגרת עבודתן במסגרת הציבורית. מחשוב, תיעוד ומילוי טפסים מוכנים השפיעו על יעילות העבודה כפי שיתואר בפרק נפרד, אך מהווים גם עול על סדר היום העמוס ממילא של האחיות: זה נורא קשה, זה הכל בגלל הקרדיטציה. פעם היינו הכי יעילות בעולם. כאילו כל הבירוקרטיה פגעה ביעילות פה לגמרי (12: 27)

לבסוף, העומס במסגרת הציבורית נובע גם בשל עבודת הלילה, שכן בבית חולים פרטי אין פעילות לילית שוטפת, כלומר האחיות לא נדרשות לעבוד במשמרות לילה. העבודה בלילות היא בכוננויות, בבניין בית החולים הפרטי לצורך מתן מענה והזעקת רופאים במקרי חירום.

2.3. תשתיות ומזון

בהקשר של תשתיות ומזון לצוות העובדים נראה כי בתי החולים הציבוריים לא מקנים חשיבות: "בציבורי התנאים מאוד גרועים מבחינת מבנים, סניטציה..". (7: 14) דוגמא נוספת מתייחסת לנושא האוכל:

"ב[בית חולים ציבורי] אין אוכל. יש לך לחם וריבה. וכשאת רק מגיעה את כאילו מנסה לקבל קצת כמה דברים ולשים במקרר תחת השם שלך וזה גורם.. זה כבר כאילו עושה לך את זה. כשאנשים רעבים אנשים עצבניים" (3: 47).

מנגד, מתוארת השקעה רבה בהיבט זה במסגרת פרטית לעומת הציבורית:

"יש חדר צוות, חוץ מחדר אוכל, כן? שהוא מצוין וכל בתי הקפה בחוץ שאת יכולה לצאת לארוחת צהריים ובית חולים ממך את זה, יש חדר צוות, חדר שתייה, עומדת שם כוח עזר, חותכת לך ירקות. יש לך גבינות.. מבחינת האוכל ושתייה היה ממש אחלה שם. וב[בית חולים ציבורי] אני צריכה להביא קפה מהבית" (2: 42)

ההבדלים בין התשתיות של שתי הסביבות מומחשים תוך התייחסות להתחשבות בצוות עובדי הלילה: "יש שני כוננים, לכל אחד יש חדר, סוויטה משלו עם מיטה, עם טלוויזיה, שירותים מקלחת צמודים. ממש פינוק" (3: 8)

לסיכום, התשתיות העומדות לשירות הצוות במסגרת העבודה הפרטית מושקעות יותר: "תנאים מאוד טובים המבנה, המחלקה, מאוד אסטטית" (7: 14) ולעניין זה השפעה חיובית על תפקוד הצוות, כפי שסיכמה אחת המרואיינות: "כשיש תנאים, לאנשים יותר טוב" (3: 47)

2.4. מחשוב

בעשורים האחרונים תחום המחשוב חדר לכלל השירות הציבורי. בשירותים רבים הוא מהווה תחליף או חיזוק לכוח האדם, על ידי מתן שירותים באינטרנט או בתחנות ממוחשבות. שירותי הבריאות ייחודיים בכך שהטיפול כולו עדיין נעשה בידי אנשים, אך יחד עם זאת, המחשב הפך לכלי עבודה בלתי נפרד מהיומיום של הצוות הרפואי. העבודה עם המחשבים מתוארת כנעה על ציר שבין כלי משפר ומייעל מצד אחד, ומצד שני כמעמסה, כמקור לטעויות וככלי אשר שואב זמן הבא על חשבון המגע הישיר עם המטופל. תיאורים רבים יותר של עבודה עם מחשבים הופיעו בהקשר של רפואה פרטית וברוב המקרים תחום המחשוב תואר כמתקדם יותר במסגרת הפרטית בהשוואה למערכת הציבורית:

"אני חושב שאצלנו מבחינת מחשוב זה הדבר הכי מתקדם. מדבר איתך על כל הנושא. גם רופא שיכול להתחבר היום, שיכול להתחבר היום דרך האיפון שלו, לקבל את הנתונים של הרופא דרך הסמארטפון שלו. יודע מה קורה עם החולה במחלקה, מה הלחץ דם, כמה הוא זה וזה, דבר שאין את זה ברפואה ציבורית. אנחנו כצוות למשל גם כל הסידורי הגשת בקשות וסידורי העבודה, הכל דרך מחשב. אתה רואה כמה אתה עובד. רוצה להגיש בקשה לחופש – דרך המחשב. אתה.. השעות שלך שאתה רוצה – דרך מחשב" (4: 26)

אחד הנימוקים ליתרון המערכת הממוחשבת במסגרת הפרטית הוא מבנה המערכת, המפרידה בין תיקיות הרופאים והאחיות:

המחשוב [ב]בית חולים פרטי הרבה יותר מדויק. הרבה יותר מדויק. אלף כל מערכות נפרדות בין רופאים לאחיות. לרופאים יש מערכת משלהם ולאחיות יש מערכת שלהם" (9: 30)

חובת התייעוד במחשבים של כל טיפול ופעולה הנעשית בקשר למטופלים תוארה בשתי המסגרות כפי שמספרת אחת האחיות:

"כל טיפול וכל זריקה וכל אינהלציה וכל פעולה אפילו שיחת טלפון עם משפחה או שיחה מחויבת בתייעוד במחשב, העבודה עם המחשבים מייעלת" (7: 10)

אחות אחת תיארה את הקושי כשהגיעה לבית חולים הפרטי בו היא עובדת לפני שהוכנסה מערכת ממוחשבת למחלקות ואת התרומה לבטיחות במתן תרופות:

"היה לי קשה בבית חולים [פרטי] שהתחלתי פה שלא היו מחשבים. היה אפילו דבילי. רופא בא באמצע הלילה, כתב פקודה ברוסית. פה? בבית חולים. באמצע הלילה, התקשרתי אמרתי עברית בסדר, אנגלית בסדר, רוסית לא עוזר לי. תכתוב בכתב יד אם יש נקודה, שבע נקודה חמש מיליגרם או שבעים וחמש מיליגרם זה הבדל ענקי. אם את לא רואה את הנקודה זה בעיה. אז עדיף במחשבים" (10: 23)

על אף היתרונות, המחשבים מהווים לא פעם חרב פיפיות ומקור לטעויות:
 "את יודעת. גם שמחשבים גם עושים שטויות ופעם היה רשום 0 טיפה במקום 00 טיפות, כאילו זה גם יכול לקרות." (10: 23)

חסרון נוסף נובע מריבוי מטפלים שעובדים על חלקים שונים במערכת הממוחשבת. קיים צורך לתאם בין גורמי הטיפול השונים ולעקוב אחר הוראות שניתנו בזמנים שונים. תהליך המעקב וסנכרון הנתונים עלול לעכב טיפול או לחילופין לגרום לכפילויות:

"לצורך העניין אם רופא מרדים בא ונותן הוראה לתרופה ובא רופא מנתח נותן הוראה לתרופה ושתי התרופות מופיעות לך בתוך המחשב, אוקי? בגלל שלכל אחד יש את החוצץ שלו, אחד לא רואה את החוצץ של השני, יש כפילויות במתן טיפול תרופתי. רופא היה, השאיר את היוזר שלו פתוח במחשב, את הצג שלו פתוח, ורופא אחר נתן הוראות של.. מופיע רופא אחד, רופא אחר. הוא כותב ניתוח אורולוגי, ניתוח גניקולוגי. אפשר לעוף עם הטעויות שקורות. אבל.. זה דורש מאיתנו יותר קפידה. כואב לך? רק רגע. וואהו, תיכנס ליוזר, תמצא מחשב פנוי, תיכנס ליוזר, תבדוק את הזה, צריך לבדוק את ההיסטוריה של התרופה מה היה ומה.. עד שהוא יקבל את התרופה – הוא לא היה מחכה.." (14: 27)

לבסוף, ההתעסקות במחשב גורמת לתופעה לפיה הזמן של הצוות ישירות מול המטופלים מצטמצם: "המחשבים גוזלים זמן, כבר לא מטפלים ישירות בחולים, כל היום מול המחשבים" (20: 2)

2.5. בטחון תעסוקתי

בטחון במקום העבודה גם הוא מהווה הבדל בין שתי המסגרות, כך שהמסגרת הציבורית מתוארת כעדיפה. אין עדויות לקביעות במקום העבודה במסגרת הפרטית, ההיפך הוא הנכון. מאפייני הפעילות העסקית במגזר הפרטי מציבים את העובד כבר-החלפה, מצוי בתחרות ועלול לאבד את מקום העבודה:

"היה לא מזמן, דווקא היה לי מקרה עם איזה אחות שבאמת היא עיכבה ניתוח ואז היה לנו ברור אצל האחראית ואז היא אמרה לה – תדעי לך, עוד פעם יהיה עיכוב מצידך

ונקבל תלונה עליך, את יודעת לא תעבדי ערב, לא תעשי כוננויות. אז יש סנקציות. מה שבמקומות אחרים לא מאמין שאחות תעשה את זה. גם הסמכות אני חושב שיש לאחראית משמרת בבית חולים פרטי, יש לו יותר סמכות כאילו להשתמש במה שנותנים לו האחראית בשביל.. אז יש יותר פחד מאחראי משמרת בבית חולים ברפואה הפרטית מאשר ברפואה הציבורית" (4: 25)

במגזר הפרטי אין קביעות, כך שהצוות עומד כל הזמן למבחן על תפקודו:

"בבית חולים פרטי אין קביעות עובדים. ברגע שיש לך קביעות עובדים אז אתה, ברגע שקיבלת את הקביעות גושפנקא הזאת מהמדינה אתה אומר ממילא הם לא יעשו לי כלום. לעומת זה בבית חולים פרטי אתה צריך להוכיח את עצמך, אין לך קביעות אבל אתה צריך להראות כל הזמן למערכת שאתה טוב ובגלל זה גם מחזיקים אותך במערכת. זה נקודה מאד חשובה" (17: 1)

או כפי שסיכמה אחות אחרת: "כשאני עובדת במגזר הפרטי, היום במגזר הפרטי מישהו שלא עומד בסטנדרטים שלהם – שלום" (13: 11)

המסגרת הציבורית, עם הקביעות שבה, מעניקה לעובדים ביטחון תעסוקתי אשר מהווה לעיתים עוגן להישאר ולעבוד במגזר הציבורי אף במקביל לפרטי:

"אחת הסיבות שאני נשאר הקביעות שיש לך שמה היא קביעות שקשה מאד להזיז אותה. אז חולה אז את חולה. במערכת הפרטית את חולה אז את בחוץ. פה את חולה את יכולה להישאר חולה עד הפנסיה שלך. יש לך יותר ביטחון, יותר רגליים במערכת הציבורית מאשר בפרטית. מבחינת ביטחון תעסוקתי? כן, בוודאי. במערכת הפרטית אין לה עבודה את בבית, יש עבודה את עובדת. יש ניתוחים אז את עובדת, אין ניתוחים מורידים לאנשים. זה בפרטי כן? בציבורי אין דבר כזה. יש עבודה אין עבודה את באה לעבוד. זה לא בעיה שלי אם יש עבודה או אין עבודה" (9: 5)

2.6. יחסי עבודה

יחסי האנוש המתוארים בראיונות גם הם שונים בין שתי המסגרות. המסגרת הציבורית מתוארת לא פעם כסביבה עם יחסי אנוש לא נעימים, לדוגמא באופן בו מתנהל שיח בין עובדים ובהשפעה שיש לכך על עובדים הנכנסים למערכת:

צוות ממש אחד נגד השני. הרופאים נגד המרדימים, המרדימים נגד הרופאים, הרופאים נגד האחיות, האחיות נגד ה... כאילו ממש בלגן שלם (3: 11)

עדות נוספת ליחסים הבעייתיים במסגרת הציבורית משתקף בתקשורת בינאישית הכוללת צעקות:

"[ב]בית חולים [ציבורי] אני שומעת רק צעקות. על הכל ועל כלום ועל דברים שאת כן אשמה בהם ודברים שאת לא אשמה בהם והכל צעקות.... במסגרת הציבורית יורדים עליך, מכסחים אותך, כועסים עליך, צועקים עליך, ומוציאים אותך הכי קטנה שבעולם" (3: 48)

"למה אי אפשר להגיד את זה בצורה יפה? כלומר אני לא כלב, ואני לא עבד אבל לפעמים אני מרגישה ככה. זה היחס. המנתח שמתעצבן וצועק, האמת שלא נשארו הרבה כאלה אבל בכל זאת. אווירה כזאת לחוצה שעם הזמן אפשר לראות את זה גם על האנשים שבאים. את יודעת, באות אחיות צעירות, הן בד"כ מאד נחמדות אבל עם הזמן הופכים להתנהג כפי שכולם מתנהגים סביבך". (2: 36)

היחסים הקולגיאליים במערכת הפרטית תוארו לרוב כחיוביים: "אנחנו מכירים אחד את השני, אנחנו מרגישים מאד בנוח, אנחנו משתפים פעולה אחד עם השני". (14: 6)

יחסי האנוש רלבנטיים לא רק ליחסים בין האחיות אלא אף ליחסים עם קבוצות עובדים שונות ועם הממונים. כך לדוגמא, נטען כי המערכת הפרטית משקיעה בתחום יחסי האנוש, בין היתר מתוך תפיסה כי יש לכך השפעה על שביעות רצון לקוחותיה המטופלים. הדבר בא לידי ביטוי בהתייחסות גם להיררכיה הקיימת לעיתים בתוך צוות העבודה כפי שתואר באחד הראיונות:

"למשל מנהל בית החולים בזמנו אמר לנו – אוי ואבוי אם יהיה רופא שיעקק עליכם ויתנהג אליכם לא יפה. תודיעו לי. בית חולים ציבורי מישוהו יכול להגיד דבר כזה?" (4: 49)

עדויות רבות מהעבודה במגזר הפרטי העידו על יחסים חיוביים וקרובים עם הממונים, שנקשרו ביחסי אנוש טובים ובתחושת הערכה המתקבלת מכך:

"בבית חולים הפרטי האחות האחראית שיש לי היא מדהימה. מדהימה". (3: 50)

"ברוך השם יש לי גיבוי מלא. אם זה מהאחראית שלי, אם זה ממנהל בית החולים שאני

בקשרים מצוינים איתו" (4: 12)

"יש לי קשר מאד טוב עם הבוסית שלי. היא יודעת... כל מה שאני אומרת אמרתי לה

לפרצוף... אין פה שום סודות" (8: 19)

למרות התיאורים של יחסים חיוביים מאוד במערכת הפרטית, במצבים מסוימים קיימת פגיעה במעמד ובהערכה כלפי האחיות, בעיקר לאור מתן משקל רב לרצונות המטופל ומשפחתו. כך נוצרת סיטואציה בה הקשב למטופל עומדת בסתירה לפעילות האחיות ונגרמת לה פגיעה מקצועית ואישית:

אז ההנהלה נותנת יותר אמון למשפחה מאחיות כעובדת. זה סיטואציה מאד קשה. שלא נותנים אמון, בפרטי לא נותנים את האמון הזה כי החשיבות הכספית מהמשפחה ואת החשיבות של כמה יעריכו, שהם מחליטים איפה הילד שלהם יהיה, איפה זה מבחינה כספית אז הם דורכים בדרך על האחות (9: 11)

כפי שסיכמנו אותה אחות: "קודם הוא (המטופל) ומה שהם (המשפחה) יגידו את צריכה ליישם כל דבר". (10: 11)

3. מעמד המטופל

פרק זה עוסק בהבדלים שבין היחס למטופל בשני סוגי המסגרות. היחס למטופל בא לידי ביטוי בתחנות שונות בהן יש מגע של האחיות עם המטופלים הכוללות: קבלה, הכנה לניתוח, מהלך ניתוח או פרוצדורה, אשפוז, מתן תרופות, מעקב יומיומי, הכנה לשחרור, שחרור, ומעקב לאחר השחרור על פי הצורך. בין המסגרת הפרטית לציבורית קיים הבדל מהותי בתפיסתו של המטופל. בפרטית הוא נתפס כלקוח בשוק תחרותי לכל דבר ואילו בציבורית כמו כל אזרח המקבל שירות ציבורי כלשהו, כלומר כעין "לקוח שבוי" ללא אפשרות בחירה בקבלת השירות במקום אחר, ולכן, ללא תחרות לבית החולים. בפרק זה מתואר הבדל משמעותי נוסף בין שתי מערכות הבריאות, המשתקף ביחס למטופל ורלבנטי לשתי מערכות הבריאות. קיימת מגמה של ירידה משמעותית בפרטנליזם של עובדי המערכת הרפואית, תוך שינוי הגישה למטופל כשותף להחלטות הרפואיות. מגמה זו אמנם מתועדת בשתי המסגרות, אולם אינטנסיבית יותר בסביבה הפרטית, בין היתר בשל העובדה לפיה רק טיפולים אלקטיביים מתבצעים בה.

3.1. המטופל כקהל שבוי בבית-החולים הציבורי

רוב התיאורים של יחס למטופלים במערכת הציבורית הוצגו באור שלילי, תוך תפיסה כי התלות הקושרת בין המטופלים למערכת הבריאות משאירה אותם "שבויים" וללא חופש בחירה, כפי שניסחה אחות אחרת: "במסגרת הציבורית בעצם זה לא שירות, אין שם איזה שהיא תחרות או משהו כזה" (10: 3)

במצב כזה, לכאורה לא משנה כיצד ינהג הצוות "גם לפעמים צועקים על המטופל עצמו, המסכן, שבאמת לא עשה שום דבר. וזה מאד מאד הפריע לי" (14: 3)

גישה זו באה לידי ביטוי בחוסר התחשבות והקשבה לרצונות המטופלים:

"כשאני הגעתי ל[בית חולים ציבורי] בהתחלה היו נותנים להיכנס למשפחות. והיה כזה

בלגן, משהו נורא. אז מצד אחד את רוצה שתהיה תמיכה של בן משפחה לאותו מטופל

בזמן שהוא ממתין עד שהוא יכנס כי יש חרדה ויש זה, מצד שני באמת בלגן כזה את לא

יכולה, מלא אנשי צוות, מלא משפחות. עכשיו לא נכנסים אחד, הם נכנסים עשרים אלף. גם אם את מרשה רק אחד אז איכשהו בכל זאת נכנסים ואז ביום אחד החליטו זהו, אין יותר משפחות. נפרדים לפני החדר ניתוח. וכש.. כשרק החליטו את זה אז היתה איזה אישה מבוגרת שככה עם דמעות כמעט היא נורא מבקשת, לא זוכרת בעלה או את בנה, לא זוכרת כבר, נורא רצתה להגיד לו שלום, כנראה לא הספיקה לפני שהכניסו אותו ורציתי להכניס אותה רק שתגיד שלום ומה זה תקפו אותי, מה זה תקפו אותי. מרדימה אחת ואחות אחראית אחת. ויותר לא, לא העזתי פשוט. פעם הבאה שביקשו ממני אמרתי אני מצטערת אני לא יכולה, וזה לא נכון. היום שוב יש מין כזה שטח אפור, כן נכנסים, לא נכנסים, פחות זה אבל באותה תקופה גם אמרתי לעצמי איזה מין דבר זה שלא נותנים לבן משפחה להיכנס. אז מה הייתי משנה? אז שוב, צריך פשוט לחזור לאנשים. את יודעת, כמו.. לא יודעת. צריך להזכיר מידי פעם שזה חשוב" (2: 50)

גם בסוגיית ההמתנה לטיפול החולה הוא כעין "שבוי":
 "במערכת הציבורית מראש כבר אומרים לך תעמדי בתור. קיבלת – סבבה, לא קיבלת – תחכי. תקבלי בזמן שאני אגיד לך ומתי שאני ארצה שתקבלי. ב[בית חולים פרטי] אין את זה." (9: 28)

אז כפי שאחות אחרת ניסחה, ההשלכות הנפשיות על המטופל אינן נלקחות בחשבון:
 "הם לא חושבים על זה שהמטופל התכוון נפשית, שהמשפחה התכוונה נפשית, שהוא כבר צריך את המקרה הזה, שהוא מרגיש לא.. שום דבר לא, זה לא עובר בראש" (3: 27)
 אחד הדברים הנוספים שצוינו הוא אווירה שלילית בין העובדים אשר מבוטאת בפומבי ומשפיעה על המטופלים:

"תראי, יכולים ללכת במסדרון ולריב ביניהם... מנתח עם מרדים, סניטר עם סניטר, זה משהו שלא ראיתי בפרטי. זה לא נעים גם למטופל, הוא לא מבין, הוא גם ככה בסטרס" (2)

3.2. המטופל כלקוח בבית-החולים הפרטי

במסגרת הרפואה הפרטית תפיסת המטופל היא שונה לחלוטין. הצוות הרפואי, באופן לא רשמי, הופך ממעניק שירותי בריאות גם לממלא תפקיד של שיווק, מכירות ושירות לקוחות. יחס זה למטופל כלקוח בא לידי ביטוי בין היתר בשימת דגש רב על השבעת רצון המטופלים. בניגוד למגזר הציבורי שם נתפס כי כל מי שצורך שירותי בריאות פונה, במגזר הפרטי המטופל או משפחתו

בחרו את המסגרת לטיפול או האשפוז ומשלמים על כך ישירות מכיסם. עובדה זו משנה את יחסי הכוחות וההתייחסות של מעניקי שירותי הבריאות.

בראיונות רבים יש עדות לכך שמושקעים זמן ומחשבה ליחס למטופל: "בפרטי את יותר שמה דגש על המטופל עצמו, על כל מה שסביבו" (4: 9). המודעות לכך אינה מקרית ומוטמעת כמדיניות על ידי ההנהלה:

"מבחינת יחס ב[בית חולים פרטי], בשנה הזאת שהייתי לפחות פעמיים אני חושבת עשו ישיבה כללית לכל צוות חדר ניתוח ובין היתר העלו נושא של יחס למטופל. זה מאד חשוב שם. הנושא מאד חשוב, הוא מודגש ולדעתי די מיושם גם" (10: 2)

ההנהלה מציבה את נושא שביעות רצון המטופלים גבוה בסדר העדיפויות ודואגת להתעדכן מבחינת ציוד, הכשרת הצוות ושכלול בית החולים על מנת להשביע את רצון המטופלים-הלקוחות.

"..לחנך את הצוות שהמטופל יהיה בסדר העדיפות הראשונית, הטיפול במטופל, למשל עכשיו אחרי חמישה מפגשים שנתנו את כל הבסיס ש.. זה.. זאת אומרת מה שהם עושים הם מאפשרים לצוות בצורה הרוחבית שלו – רופא, מטפל, אחות, סניטר, כוח עזר, כן? כולם, ומשלבים בקבוצות את כל האנשים האלה. זאת אומרת לא עושים נגיד רק רופאים, רק אחיות, רק כוח עזר, להיפך. ומנסים להפרות את הצוות בצורה כזאת שכשהמטופל הוא במרכז, היחס אליו, הטיפול. שהוא יהיה מרוצה." (20: 13)

העובדה לפיה המסגרות הפרטיות קשובות יותר לצרכי החולה, התבטאה גם בתדירות הגבוהה בה הוזכר נושא היחס למטופל על ידי המרואיינות בהקשר של המסגרות הפרטיות. אחות אחת מתארת:

"מתייחסים למטופל, באמת מדברים איתו ואת לא תאמיני אבל מטופלים נכנסים עם חיוך ל.. באמת עם חיוך, כי.. כי הצוות מצחיק אליו והצוות נחמד אליו, הצוות מתייחס אליו ו.. בעושה כל מיני מחוות נעימות כאלה כמו להביא שמיכה חמה או כמו לזרוק איזה בדיחה או כמו.. להתייחס אליו, פשוט להתייחס אליו. והמטופל רגוע יותר" (17: 3)

אחרת מתארת כיצד תשומת הלב קיימת גם בפרטים קטנים בשגרה אשר משפיעים על חווית המטופל ומבצעת השוואה למסגרת הציבורית:

"הרבה יותר זמן ויחס אישי למטופלים בפרטי. טיפול הרבה יותר מוקפד על ידי האחיות

כל אחד מקבל לפחות חצי שעה ביום. אם צריכים משהו ספציפי אומרים למטופלים..."

(7: 18)

הדגש ליחס למטופל בא לידי ביטוי עד לרמת ההנהלה בבית החולים הפרטי :

"אם יש איזה שהיא בעיה יש להם אוזן קשבת אצל מנהל בית חולים, לא צריך.. הולכים

לשם, אנשים מנהל בית החולים מדברים איתם ומתייחסים". (4: 34)

ההשקעה באה לידי ביטוי גם בתשתיות עבור המטופלים :

"יש אצלנו [בבית החולים הפרטי] שירות ברמה מאד גבוהה. אם זה כל חולה שנמצא בחדר, אם

זה אין יותר משני מטופלים בחדר, יש מערכת של טלוויזיה, מחשב, אינטרנט – בחינם, כל מה

שהוא רוצה. התפריט של האוכל כל מה שהוא רוצה הוא יכול לקבל" (4: 35)

בניגוד לתורים וההמתנה שתוארו במסגרת הציבורית, המסגרת הפרטית מתוארת כיעילה יותר

בקבלת החולים והשלמת הטיפול בהם. עיכובים ודחיות הם מקרים נדירים יותר ביחס לרפואה

הציבורית ומטופלים באופן שונה, כפי שעולה מתיאור משווה בין המערכות :

"אצלנו [בפרטי] גם הנושא של תהליכים, של קבלת חולה לניתוח, זמן ההמתנה וכל זה,

משתדלים שיהיה כמה שיותר קצר. קורה גם שנתקעים. מה שבבית חולים ציבורי יכול

לבוא ולהמתין ולזה ובית חולים ציבורי קורה לו אחד שחולה מגיע, אומרים לו תשמע, לא

הסתדר לנו עם הניתוח, תלך הביתה. אצלנו זה כמעט לא קורה. חולה שמגיע ינותח. אם

יש עיכוב אז אפילו באמצע הלילה. היו גם מקרים קיצוניים שבאמת עקב זה אמרו לו

תשמע, אתה לא תנותח היום אבל נמצא לך השבוע או שבוע הבא מוצאים מענה. בית

חולים ציבורי יגיד אוקי תמתין עוד חודשיים שלושה. מה שאצלנו אין את זה" (4: 35)

היה ובכל זאת קרה מקרה חריג בו נדחתה פרוצדורה או ניתוח עבור מטופל במסגרת הפרטית,

הוא יקבל את מלוא תשומת הלב, הסברים, פיצויים, ומענה מיידי. הצוות ירתם ויעבוד יותר על

מנת להבטיח למזער את אי הנעימות כתוצאה מהמקרה :

"[כ]שהגיעה תלונה שמטופלים מחכים המון זמן בחוץ אז שמו מערכת שמתריעה

במחשבים שחולה שממתין בחוץ מעבר לשעתיים מציעים לו לשכב במיטה, כדי שהוא

ירגיש שהוא מטופל. עכשיו אחרי שעתיים ייגשו אליו ויגידו לו למה הוא מתעכב, הם.. אין

כזה דבר" (13: 21)

בראיונות הוזכרו גם הנימוקים ליחס זה כלפי המטופלים :

"עכשיו את זה אני רואה בשנתיים האחרונות [בבית חולים פרטי] ואני בטוחה, אין לי צל

של ספק שזה בא מ.. מידיעה שאם המטופל לא יהיה במרכז הבית חולים הזה יאבד את

המקום שלו. זאת אומרת יאבד את המקום שלו מבחינת מספר הניתוחים ואז אם זה

מספר הניתוחים אז זה הכסף בסופו של דבר. אם זה הכסף זה ההשתכללות של בית החולים. זאת אומרת אין, זה בסופו של דבר זה הכסף אבל כדי להגיע לכסף הם הבינו שזה לא מספיק שתהיה הטכנולוגיה הכי חדישה, כי הטכנולוגיה הכי חדישה לא תעזור אם זה לא יהיה הכסף." (13: 20)

להבדיל מהרפואה הציבורית, כל מטופל הוא לקוח, אשר יכול לבחור אחרת בפעם הבאה במידה ולא יהיה מרוצה, כפי שתיארה אחות נוספת: "לא תראי שם אחות צועקת על המטופל למשל. ואת כן תוכלי לראות את זה במערכת הציבורית" (2: 11)

המרואיינות אף משקפות תפיסה לפיה המטופלים מראש באים למערכת הפרטית מתוך ציפייה לקבל שירות טוב יותר:

"אם החולה בא לפרטי אני חושבת שהוא דרש טיפה יותר, הוא רצה את ה... והאווירה

היתה בנויה שהוא, החולה כן קיבל" (12: 5)

לצד התיאורים החיוביים של היחס למטופל במסגרות הפרטיות, עולים מספר טיעונים המצביעים על החסרונות במאמץ להביא לשביעות רצון של המטופלים. כך לדוגמא, הרף של דרישות המטופלים לעיתים מלווה בחשיפת יתר לתביעותיהם, הכוללות במקרים מסוימים איומים ותביעות משפטיות. אלו אוזכרו רבות במערכת הפרטית ורק במקרים בודדים במערכת הציבורית:

"בתי החולים הפרטיים הם יותר חשופים לתביעות מאשר הציבורי כי כשאת באה

למערכת הפרטית את מצפה למשהו ואמורה לקבל משהו. במערכת הפרטית את אומרת

אני שילמתי, אמנם אפילו דרך משלימים וזה אבל אני שילמתי, באתי למקום פרטי ואני

רוצה לקבל את מה שאני צריכה לקבל" (9: 28)

המוטיבציה למהר ולזרז את התהליכים לעיתים יכולה להעלות תחושת אי נעימות אצל המטופלים:

"הם יכולים להרגיש את זה. שזה קצת לא נעים, אבל הצוות ישר אומר להם אל תדאגו.

למה הכוונה? האחראי משמרת שמניע את הכל מאד רוצה שניכנס מהר לניתוח, אבל

בזמן הניתוח אין לחץ. באמת תיקח את הזמן שאתה צריך. מה שהמטופל יכול להרגיש זה

שיאללה, בואו ניכנס כבר. אבל הצוות של אותו חדר ישר אומר לו אל תדאג, יש לנו את

כל הזמן שבעולם ואף אחד לא ממהר. רק את הזמנים האלה שבין הניתוחים את זה

מנסים לקצר אבל זה נפתר ככה, ממש ברגע במילה" (3: 31)

או כפי שתיארה אחות אחרת את חווייתה כמאושפזת בעצמה, ישנה תחושת סרט נע שמשפיעה גם כן על חוויית האשפוז והשהיה של המטופל:

"כי בינינו אני לא סומכת על אף אחד בפרטי, שבפרטי. גם היחס - תרדי מהמיטה, וכאילו שצריך לעוף מהר הביתה, הרגשת מהצוות הסייעודי שהם באים לעוד משמרת ושנעוף ולא אהבתי את היחס, אין יחס כמו בבית חולים [ציבורי]." (6: 13)

לבסוף, מחיר נוסף שעלול לשלם המטופל הנתפס כלקוח הוא מחיר בצורתו הכי בסיסית- כסף. כיוון שהמסגרת הפרטית מתנהלת כעסק, ישנו טשטוש של המינימום הנדרש ולעיתים הדבר פוגע ישירות בכיסו של המטופל: *"אני יודעת שבבתי חולים ציבוריים יש בקריות אשפוז. וברגע שחולה מאושפז יותר מאיקס ימים זה עלות. עכשיו אם זה חולה שהוא פרטי לחלוטין אז העלות של האשפוז היא עליו."* (13: 25)

בסעיף זה, חשוב לציין כי בתי החולים הציבוריים חשופים הרבה יותר לשינויים ועיכובים כיוון שהם מעניקים טיפול למצבי חירום ובאופן כללי לחולים מורכבים יותר. יחד עם זאת, קיים הבדל תפיסתי שכן האופי העסקי של המסגרות הפרטיות מקדם יעילות מטעמים כלכליים באופן ישיר ובצורה עקיפה על מנת להשביע את רצון המטופלים, הזוכים להתייחסות של לקוח שמשלם עבור שירות. *"במסגרת הפרטית חוסכים בעלויות. לוקחים בונסים להנהלה. בציבורי יש יותר בזבז"* (7: 21).

לאור כל אלו, בתי החולים הפרטיים חשופים יותר לתביעות מצד מטופלים, מה שמהווה תמריץ נוסף לגישה הקיימת בהם:

"בתי החולים הפרטיים הם יותר חשופים לתביעות מאשר הציבורי כי כשאת באה למערכת הפרטית את מצפה למושהו ואמורה לקבל משהו. במערכת הפרטית את אומרת אני שילמתי, אמנם אפילו דרך משלימים וזה אבל אני שילמתי, באתי למקום פרטי ואני רוצה לקבל את מה שאני צריכה לקבל. במערכת הציבורית מראש כבר אומרים לך תעמדי בתור. קיבלת - סבבה, לא קיבלת - תחכי. תקבלי בזמן שאני אגיד לך ומתי שאני ארצה שתקבלי. [בבית חולים פרטי] אין את זה." (9: 28)

לסיכום, רובם המכריע של התיאורים בדבר היחס למטופל מציגים את ההיבטים החיוביים בכך, ורק מיעוט מהם מצביע על היבטים שליליים הנלווים לניסיון להשביע את רצונו של המטופל בבתי החולים הפרטיים.

3.3. המטופל כשותף להחלטות

עם השנים, מערכת הבריאות עברה תהליך של ירידת הפטרנליזם של אנשי הצוות כלפי המטופלים, תוך שימת דגש על האוטונומיה שלהם (גרין, 2003) (שטיינברג, 2005). כך, הפך המטופל מפסיבי לאקטיבי, בעיקר תוך שיתופו בנוגע להחלטות הרפואיות לגבי עצמו, או שיתוף

בני משפחה במקרים של תלות משפטית (טיכו, 2007). מגמה זו המלווה בהורדה מסוימת של האחריות מהרופא, ואמנם מתרחשת בשתי המסגרות, אולם נראה שהיא יותר דומיננטית במסגרת הפרטית. הסבר אפשרי לכך הוא העובדה לפיה הרוב המוחלט של הטיפולים בהם הם אלקטיביים.

"היום הרופא יותר ויותר מסיר מעצמו את האחריות. הוא לא שותף להחלטה, לפעולה. זה היה פעם. גם, זה לא משנה ציבורי או פרטי, רופא לא קובע לך. רק ממליץ.." (18: 5)

במסגרת מגמה זו, קיימים מצבים שהצוות שותף של ממש בהתלבטות המשפחתית, בעיקר כאשר מדובר בחסרי ישע נוספת מורכבות מעבר לרגיל:

"מה ה *best interest* של הילד בעצם. האם אפשר לתת להורה להחליט על טיפול בילד, להכניס טובוס, להכניס גסטרו. כל הדברים האלה אנחנו, יש פעמים שאנחנו.. יש פעמים שאנחנו עם ההורים באותו ראש וזה עובר ואנחנו מחליטים החלטות ו.. מכניסים לילד גסטרו, מכניסים לילד גיונוסטום והכל בסדר ויש פעמים שאנחנו לא באותה דעה עם ההורים..." (15: 8)

3.4. היחס למשפחת המטופל

משפחות המטופלים הוזכרו גם הן תדירות בראיונות בהקשר של יחס הצוות, בעיקר, אם כי לא רק, במקרים בהם המטופלים הם קשישים או תינוקות ופעוטות תחת אפטרופסות. במקרים אלו, מקבל השירות אינו המטופל עצמו אלא האחראי לו ו/או בני המשפחה. גם בסיטואציות אלו וגם בסיטואציות בהן המטופל אחראי לעצמו, מתקשר ומקבל החלטות, שביעות רצון המשפחה נכרך יחד עם שביעות רצון המטופל עצמו ובמסגרת הרצון להביא ל"עוד לקוח מרוצה".

הפער שבין היחס הניתן בשתי המסגרות הרפואיות בא לידי ביטוי לדוגמא בנושא עדכון מצב המטופל במהלך ניתוח, כפי שתיארה אחות במסגרת פרטית: "אחת ל אני יוצאת עם הרופא למשפחות ככה שמעדכן אותם במהלך הניתוח ומה שלום המטופל (7: 3)

בניגוד לתיאור המדגיש כיצד נמנע מהמשפחות לתקשר עם המטופל במסגרת הציבורית, במסגרת הפרטית ייעשה מאמץ על מנת לשמר את הקשר של המטופל עם משפחתו תוך התחשבות מירבית: "הרבה פעמים יצא שקרוב המשפחה הגיע רק אח"כ, זאת אומרת אחרי שכבר נכנסת לקבלה כי הכל קרה כל כך מהר, הוא הגיע מהעבודה או הגיע ממקום אחר. והרבה הרבה הרבה פעמים פשוט האישה או הגבר, לא משנה, המטופל אומר לא הספקתי להיפרד מאשתי, לא הספקתי ככה.. אם ניתן אנחנו מכניסים ואם לא אני נותנת לו את הטלפון

שלי שידבר איתה. שזה משהו שאף פעם לא נתקלתי באף מקום אחר. זה נותן המון, השיחת טלפון הזאת או לראות את הבן אדם או.. באמת זה.. בעיני זה עושה את ההבדל" (3: 45)

4. יעילות בעבודה

הממצאים מעלים תובנה גורפת לפיה היעילות גבוהה יותר במערכת הפרטית. במקביל, המערכת הציבורית מוצגת כלא יעילה במישורים רבים: זמני תחילת העבודה, חלוקת כח האדם ורציפות העבודה כאשר מדובר בחדרי ניתוח או בדיקות. עיכובים אלו, המוצגים כדבר שבשגרה במערכת הציבורית, גורמים לפגיעה במטופלים הסופגים דחייה של טיפול או ניתוח כזה או אחר:

"בבית חולים ציבורי הצוות פשוט יודע שמבטלים מקרים על ימין ועל שמאל, על דברים מאד קטנים וגם מבטלים מקרים בגלל זמן. מספיק שהשעה אחת וחצי יכולים לבטל את המקרה וזה לא בעיה בכלל..." (3: 27)

במערכת הפרטית נדיר כי יתבטל מקרה, התפיסה השלטת היא כי במהלך יום עבודה מספיקים את כל המקרים:

"[ב]בית חולים פרטי, פשוט לא מבטלים מקרים, זה.. עובדים כמו ש.. אז את יודעת שזאת כמות המקרים שיש לך להיום, שזה הניתוחים שלך ואת יודעת לייעל את עצמך. גם עובדים יותר זמן כי מתחילים בשבע בבוקר. אני לא באה לעבודה בשבע בבוקר. בשבע המטופל כבר על המיטה בחדר" (3: 28)

מעבר לכך, במידה ובוטל מקרה הדבר קרה בשל עיכוב חריג ובלתי צפוי, המטופל פוצה באופן הולם (ראה פרק יחס למטופל, תת פרק המטופל כלקוח, עמוד 35) במערכת הציבורית מתואר מצב בו כוח האדם אינו מחולק כראוי, ואנשים משובצים לעבודה באופן לא יעיל:

"אז חדר ניתוח אני לא רוצה אפילו לחשוב מה הולך פה. זה הדבר הכי לא יעיל שראיתי בחיים שלי. למה מדי פעם אנחנו הולכים לעשות בדיקות בחדר ניתוח והוא עמוס כוח אדם ובזבוז זמן.. החדר ניתוח פה מאד מאד לא יעיל. יש לו כמות כוח אדם לא יאומן. מאד מתסכל לראות את זה." (12: 47)

בתי החולים הפרטיים לעומת זאת, מאופיינים בהרגלי עבודה יעילים בצורה משמעותית לעומת התיאורים שהוצגו במערכת הציבורית. מבחינת התנהלות חדרי ניתוח, מכינים את המנותח הבא בחדר מקביל, ומיד עם תום הניתוח המנתח עובר חדר, כך נחסך זמן יקר של המנתחים אשר לא מתבזבז על פעולות שאינם חיוניים להן:

"יש פראללים- המנתח עוד רגע מסיים את הניתוח הזה אז במקביל בחדר אחר משכיבים את המקרה הבא שלו, שזה חוסך בעצם את הזמן ש.. כי הרופא לא צריך להיות שם עד שהוא מתעורר, עד שמעבירים, עד שמנקים. זה חוסך את כל הזמן הזה.." (3: 33)

יציאה להפסקות מרובות ולא מסודרות, ללא תיאום בין אנשי הצוות, תורמות אף הן לעיכוב בלוח הזמנים המתוכנן, תופעה שאינה מוכרת במערכת הפרטית:

"במסגרת הציבורית מה שאתה רואה שמה זה משיכה של דברים. אני זוכר, משיכה. יש אפשרות שיעשו מקרה וילכו להפסקות של חצי שעה, שעה. זה לא מוכן, חסר צילום, אין אק"ג. העניינים מתנהגים בעצלתיים ולאף אחד לא אכפת. ברפואה הפרטית אין דבר כזה." (4: 23)

חשוב להדגיש כי להבדיל מבית חולים פרטי בו מתבצעת רפואה אלקטיבית, במערכת הציבורית קיים ממשק בין פרוצדורות שונות למאושפזים במחלקות. התנהלות מקבילה זו גורמת אף היא לעיכובים בשל סיבות טכניות או תקשורתיות:

"... כי פה אני מזמינה אז יש את התחבורה. לא תמיד התחבורה באמת פנויה באותו רגע להביא את המטופל וזה מתעכב או שבמחלקה לא הכינו.. פה גם בד"כ עוברים דרך המחלקה, שם זה עובד קצת אחרת. אז הדברים מתעכבים" (2: 15).

תלות כזו המובילה לחוסר יעילות לא תוארה באף מקרה ברפואה הפרטית.

אחת הטענות העולה היא כי לא קיימת מוטיבציה בשירותי הבריאות הציבוריים להתנהל בצורה מחושבת ויעילה יותר:

"אם נגיד אומרים לי תחשבי ואז בסוף החודש תקבלי איזה, לא יודעת, איזה מתנה, איזה פרס, איזה.. אז בן אדם יחסוך. למה שאני אחסוך בזמן, בכסף, במערכת ציבורית? מה גורם לי? למה?" (5: 3)

לעומת זאת, בשירותי הבריאות הפרטיים, חוסר יעילות משמעו פחות רווח ומכאן שאינו מקובל כפי שנפוץ ברפואה הציבורית.

נהלים ודרישות חדשים במסגרת סטנדרטיזציה של בתי החולים דוגמת האקרדיטציה, מתוארים כגורמים לפגיעה ביעילות העבודה. זו מורגשת בשתי המסגרות אך משמעותית יותר בבתי החולים הציבוריים לאור עומס המטופלים הקיים שם מלכתחילה:

"אין מה להגיד, פה [בבית חולים ציבורי] זה הפך להיות מאד בעייתי. אבל רק בגלל האקרדיטציה. בתי החולים הפרטיים עובדים בצורה הרבה יותר יעילה.... פה יש הרבה

יותר אנשים אה.. זה נורא קשה, זה הכל בגלל האקרדיטציה. פעם היינו הכי יעילות בעולם. כאילו כל הבירוקרטיה פגעה ביעילות פה לגמרי. גם במקומות הפרטיים יש קרדיטציה, אבל הם לא אותה כמות חולים, אנחנו עושים שבעים בדיקות ליום פה." (12: 27)

תחום המחשוב המוזכר נרתם גם הוא לטובת היעילות, עם הנהגת מערכת ממוחשבת מתקדמת אשר מתריעה על עיכובים:

"כשהחדר פנוי מעל עשרים דקות נדלקת נורה אדומה ואז אתה צריך לדווח במחשב למה החדר היה פנוי עשרים דקות. צריך לקום וללכת ולבדוק מה קורה עם הצוות, אם הוא היה בהפסקה, איפה הוא.. מי עיכב את החולה, פה, זה. אם זה עיכוב רציני, מפנים את זה אחרי זה לאחראית, ומנסים איך לשפר את המצב שאותו אירוע שהיה לא יחזור" (4: 24)

5. פיקוח ובקרה

ניתן לחלק את הפיקוח והבקרה לשתי קבוצות: אלו הנערכים בידי משרד הבריאות ואלו הנעשים בתוך בית החולים. בכל הקשור לפיקוח ובקרה של משרד הבריאות התקבלו תשובות מגוונות וללא מגמה ברורה המבחינה בין המסגרת הציבורית לפרטית. בקצה האחד אחיות טענו כי לא נתקלו בפיקוח במהלך עבודתן: "אין עלי אכיפה, אין מישוהו שעומד ומסתכל עלי מה אני עושה או על אחות כלשהי או על מישוהו. שמסתכל עליך ואומר לך זה אסור לך זה מותר לך" (9: 25). בקצה האחר אחיות הדגימו התערבות רבה ואינטנסיבית מצד משרד הבריאות: "היום יש פיקוח על הכל. אם זה המרפאות הכי קטנות היום, משרד הבריאות אני יודעת בא לבקר אצל כולם (12: 41) בין שתי קצוות אלו מוזכר מעט פיקוח או פיקוח חלקי, במערכת הציבורית: "משרד הבריאות מופיע פעם בשנה פה" (12: 22)

"ואז קורה שמשרד הבריאות צריך לבדוק אם אנחנו עומדים בנהלים שלהם. אז הם היו בודקים ניירת, היו לוקחים תיקים מסוימים. ככה, שולפים" (6: 11)

והן בפרטית: "הם באים פעם בשנה כדי לראות שהכל בסדר, *everything is crossed*, *That*" (8: 16). יודגש כי לא נמצא הבדל שיטתי בין הסביבה הפרטית לציבורית, ובשתי הסביבות צוינו מגוון של רמות פיקוח מצד המשרד.

יחד עם זאת, חלק מהרציונות שיקפו מצב עניינים בו בחלק מהמוסדות פרטיים יש חוסר פיקוח כולל מצד משרד הבריאות וסוג של "שטח הפקר" מבחינת פיקוח. מספר אחיות העידו על כך שהביקורת אינה קפדנית וכי יש מקום רב לעיגול פינות בנושא. דוגמא תיאורים של מוסד פרטי:

"אם את עוברת על זה ועושה $A B C$ בדיוק מה שהם רוצים, לא משנה להם אם מסביב יש פה בלגן אם ה $A B C$ שלהם, $A B C$ תקין זה מה שחשוב להם. אז למדתי, אז כל מה שלא תקין מכבים (צוחקת). זורקים, מכבים כאילו.. הם בודקים מה שאת מראה להם, הם לא פותחים מקום נעול, כן? אז את לומדת, יומיים לפני מכבה, זה, עושה סדר ואז אם את עובדת כמו.. לא לפי הנהלים – אין לי מושג. כאילו.. יש דברים ש.. הנהלים, התיקים צריכים להיות מסודרים. כן הבדיקות, הניירת בסדר אבל התכלס של היום יום.." (10:20)

מראיון אחד עולה כי אין אחדות בין המוסדות ועולה עדות נוספת כי הפיקוח במוסדות הפרטיים רופף:

"במסגרת פרטית את במיץ של עצמך. יש מקומות שלא עושים בקרה כשצריך ואני לא יודעת אם בכלל, אם זה בכלל בטיחותי להיות שם... בציבורי הביקורת הרבה יותר שיפוטית... יש יותר סדר" (5:7)

מנגד, במערכת הפרטית בחלק מהמקרים נוצר מצב של פיקוח כפול, כיוון שביקורת הפנים הינה של המוסד עצמו וזו החיצונית הינה של מערכת הבריאות:

"יש ביקורות על האחיות, זה מאוד מקובל... הם בודקים הכל (...). יש ביקורת כפולה גם של ה[ארגון הפרטי] וגם של משרד הבריאות. אנחנו כל הזמן שומעים הרצאות, נותנים לנו הדגמות כדי לשפר" (16:10)

להבדיל, במערכת הציבורית הפיקוח הפנימי נעשה על ידי עובדי משרד הבריאות ולכן לא נבדל מהביקורת החיצונית של המשרד.

כאמור תהליך האקרדיטציה זכה להתייחסות רבה בחלק מהרציונות. תהליך בקרה זה נבדל מהשניים שהוזכרו כיוון שנעשה על ידי ארגון חיצוני עולמי הבוחן את התנהלות בית החולים.

חלק שני: קונפליקטים והתמודדויות

1. המקורות לקונפליקטים

כפי שתואר בסקירת הספרות, דילמות מוסריות ומקצועיות הן חלק בלתי נפרד מעבודתן של האחיות. ככלל, הוזכרו מצבי קונפליקט רבים יותר במסגרת הפרטית לעומת הציבורית, והם כוללים שלושה סוגים של קונפליקטים: כאלו הקשורים בשיח עסקי ושיקולים כלכליים, דילמות הקשורות ישירות ברופאים המטפלים, ודילמות הנובעות מהיחס למטופל כלקוח שיש להשביע את רצונו. חשוב לציין כי גם תיאור המטופל כלקוח כפי שמוצג בסעיף XX, משקף אם כי באופן עקיף הכרעות בהן האחיות משנות את אופני עבודתן כך שישביעו את רצון הלקוח. להבדיל מהסעיף ההוא המספר, בו היחס ללקוח מסופר ללא התלבטויות, בסעיף זה מודגשים המקרים בהם האחיות חוות דילמה ומתלבטות מה הדרך הנכונה לפעול. בהמשך לדילמות מספרות האחיות אודות מנגנוני התמודדות שהן מפתחות המגלמים לא פעם פרקטיקות שאינן עולות בקנה אחד עם הנהלים או המדיניות הקיימת.

1.1 דילמות הנובעות משיקולים כלכליים

קונפליקטים על רקע שיקולים כלכליים הוזכרו אך ורק בנוגע למערכת הפרטית. אף אחת לא תיארה מצב במערכת הציבורית בו הפעילה שיקול דעת כלכלי במתן טיפול. קונפליקטים אלו הוצגו כנובעים בעיקר מהצורך של המסגרת הפרטית להרוויח ולא רק לספק את שירותי הבריאות. צורך זה יוצר שני סוגים של מצבים: כאלו בהם האחיות נדרשות לחסוך בהוצאות וכאלו בהם האחיות מצופות להרחיב את מספר הטיפולים על מנת להגדיל את ההכנסות. מקרה לדוגמה הוא כאשר צריך לקבל החלטת התנהלות בטיפול סיעודי פרטי:

"זה היה איזה 200 שקל, לא משהו אבל זה היה כאילו זה כל הדברים האפורים שאת לא

יודעת. מד"א את שולחת זה 220, 200 שקל ואם לא מאשפזים את צריכה לשלם נכון אז

היה לי כאילו.. אמרתי פעם הבאה אני אתקשר למד"א וזהו, למה לעשות לעצמי חיים

קשים? אבל יש דברים כזה שזה אפור ולא יודעת מה לעשות בדיוק." (14: 10)

אחות אחרת בבית חולים פרטי תיארה דילמה בין הצורך בהגדלת היקף הניתוחים של בית החולים הפרטי לבין התאמת אופי הניתוחים למוסד בו היא עובדת:

"מה שקורה בפועל מגיעים אלינו מטופלים, זה סוגיה, מגיעים מטופלים שהם לא בדיוק

מתאימים לניתוח אצלנו ולא בדיוק.. ואז אני עומדת בפני, אנחנו עומדים בפני סוגיה.

האם בכל זאת אני לוקחת אותם? אין עבודה. אם אני אבטל, יקבל מנכ"ל בית החולים

ביטולים – למה ביטלת אותם? למה אנחנו לא מסוגלים לענות על זה? בניתי בית חולים שלם, אני מעסיק פה אחיות, אני מעסיק פה צוות רב תחומי, למה אין לי.. למה את מבטלת ניתוחים? אני רוצה אותם. מצד שני אנחנו רוצים אותם, זה נכון, אבל אנחנו לא בדיוק רוצים את החולים האלה כי בסופו של דבר החולים האלה יכולים להיות לנו, להוות לנו מטרד מאד.. גם מבחינת עלויות, ואנחנו עומדים כל היום בסוגיות האלה, מה אנחנו עושים?" (14: 50)

חלק מהשיקולים הכלכליים באו לידי ביטוי באינטרסים של הרופאים עצמם ולא של המוסד הפרטי. בעניין זה הופיעו אזכורים הן במערכת הפרטית והן בציבורית:

"כמו בכל מערכת יש ניתוחים שהם מיותרים. יש ניתוחים שהם אמורים לא לעשות אותם, שחושבים שזה אמור להיטיב עם החולה וזה לא יכול להיטיב איתו. שבוא נגיד בצע הכסף. אם זה תיירות מרפא.. אני אומר דבר פה שהוא קיים, זה לא.. ויודעים אותו. שיש אנשים ש.. רופאים אצלנו שפעם אפילו שמעתי איזה רופא בכיר שראה איזה רופא שעשה איזה ניתוח לאיזה תיירת, הוא אמר אני לא מבין מה הוא מנתח אותה. ההוא לא בכיר. זאת אומרת הרופא ההוא היה מנהל מחלקה, פרופסור, הוא אומר אני בדקתי אותה ואין מקום לנתח אותה. מה הוא יכול כבר לעשות לה? לפעמים עושים ניתוחים שזה רק יכול אולי לענות את המטופל. לגרום לו סבל ולא להאריך לו את החיים. היו גם מקרים שעשו ניתוחים שבאו חולים מקרים קשים אחרי הקרנות ואחרי זה, שגמרו בחדר ניתוח. לא יצאו. היה לי גם מקרה, מקרה שמלווה אותך הרבה הרבה זמן אבל אתה לא יכול פה לקבל החלטה. כי מי שמקבל את ההחלטה זה הרופא. והנהלה, כי זה פה על בסיס כלכלי. דבר חמור אבל זה קורה" (4: 19)

האינטרסים של הרופאים אינם תמיד כלכליים בלבד כיוון ששיקול זה מתערבב עם שיקולים מקצועיים. אחת האחיות תיארה כיצד קורה שמטופל מהמערכת הפרטית "מושחל" למערכת הציבורית ואת ההשפעה על מטופלים אחרים:

"יש רופאים שרוצים לנתח במסגרת הפרטית והמקום שבו הם מנתחים בד"כ לא מאפשר להם את הניתוחים האלה, לא משנה מה הסיבות, אז הם מכניסים אותם למסגרת הציבורית ומי שבעצם רושם או קובע מי מנתח זה אותם רופאים. אז הם יעדיפו.. אני נתקלתי במקרה שהם מעדיפים את החולה הפרטי על פני החולה של המסגרת הציבורית" (3: 22)

אחות אחרת תיארה מקרה בו הוכנס מטופל פרטי למסגרת הציבורית וכיצד היא אף סירבה לשתף פעולה בסיטואציה:

"היה לי משהו פה לא מזמן אבל זה מאד מאד מאד חריג... אבל זה לא, זה אפילו לא פייר. שרופא הביא מהמסגרת הפרטית חולה ועשו בוטינג של החולה שהיה בתור. בוטינג, כאילו הכניסו אותו על חשבון משהו אחר... וסירבתי לעשות את הפעולה איתו או לעבוד איתו.... לא, אמרתי אני לא מוכנה כבר בגילי להיות חלק מהפשע.... לא, הייתי פה, יצאתי מהחדר ואני אמרתי לו, הוא היה מנהל המחלקה (צוחקת) בן אדם מאד עוצמתי שעבדתי איתו המון שנים וידעתי שזה לא תקין. אני חושבת שרק משהו בגילי.. עם הניסיון והגיל שלי שהייתי בטוחה בעצמי שאני לא מוכנה להיות חלק מההחלטות האלה" (12: 49)

במקרה אחר, מתארת אחות התלבטות בנוגע לניתוח שאחד הילדים במוסד בו עבדה היה מועמד לעבור. היא מתארת דילמות טיפוליות שקשה להכריע בדבר נכונותן ואת הקושי שזה מוליד. קיים סימן שאלה גם מבחינת טובת הילד ומבחינת המוסד ישנה השפעה על אופן הטיפול בו והמשאבים שיידרשו לכך לאחר הניתוח:

"..שאלות של אורתופדיה, של האם לעשות ניתוח אורתופדי שהם ניתוחים מאד מאד קשים או לא כי אי אפשר כבר לחתל את הילד או אי אפשר זה, או אם הוא יעמוד או אם לתת לו את האפשרות הוא גם ככה לא יעמוד.... האם להכניס משאבת בקלופן, לא להכניס משאבת בקלופן. ואנחנו לא רואים שזה ממש עוזר, אני חייבת להגיד, בניסיון הקטן שיש לנו...ילד שעבר ניתוח אורתופדי וצריך להיות בספיקה שישה חודשים – כן, זה מפריע לנו מאד מאד מאד, אבל אם זה עוזר מצוין. אנחנו סופגים את השישה חודשים האלה וזה בסדר. יש לנו ילדה אחת שאנחנו חושבים שזה בכלל לא עוזר, אבל גם אנחנו המלצנו אז.. הפיזיותרפיסטית שלנו חשבה שזה יעזור. לא תמיד אנחנו צודקים, והילדה עברה שישה חודשים עם ספיקה ועם זה והיא בכתה ובסופו של דבר עדיין כואב לה. האם זה היה נכון? לא יודעת מה היה אם היא לא היתה עושה את זה. אולי היה לה כואב יותר. אני לא יודעת. זה דברים שאנחנו לא יודעים להגיד" (8: 35)

במקרים בהם ישנה התנגשות בין שיקולים כלכליים לשיקולים טיפוליים, הנהלים מכופפים לטובת השיקול הכלכלי. לדוגמא, הכרעה על קיומו של ניתוח בניגוד לעמדתה של האחות אך בשל הצורך לשמר את היקף הניתוחים במקום בו היא עובדת. הגיבוי שהיא מזכירה אגב, הינו על ידי מטפלים מהמערכת הציבורית:

"אנחנו בבעיה, אנחנו רוצים כל ניתוח. אנחנו רוצים להוכיח גם לדירקטוריון וגם לבעלים שיש הצדקה לקיומו כבית חולים ואנחנו ננתח. אז מה אנחנו עושים? אנחנו מגבים את

עצמנו מכל הכיוונים. מול [בית חולים ציבורי], מול היועץ שלנו, יועץ של טיפול נמרץ, אני

מדווחת יש לי מקרה כך וכך שאם יקרה משהו אני יודעת שהוא יקבל אותה" (14: 51)

במקרים מסוימים בעקבות שיקולים כלכליים מתרחש שינוי מהותי בפרוטוקול הטיפול המקובל ונוצרת פרקטיקה רפואית חדשה:

"לצורך העניין יש נוהל של משרד הבריאות, הנוהל אומר מטופלים אחרי הרדמה אפידורל ספינאלית שזה חצי גוף לא יכולים לזוז מחדר התאוששות ללא תזוזה או תחושה מלאה של גפיים תחתונות. משום ש.. ברגע שלא הזזת את הגפיים זה אומר שהחומרים שקיבלת בהרדמה ספינאלית אפידוראלית עדיין משפיעים עליך, זה אומר שעוד שעה תוכלי להוריד לחץ דם, לעשות הפסקות נשימה וכו'. אם אני אשאיר כל מטופל אצלי בהתאוששות עד שהוא יזיז את הרגליים אני יכולה לסגור את הבית חולים עכשיו. אני לא יכולה להרשות לעצמי להשאיר אותו עד תזוזת רגליים מלאה. יש לי שמונה עמדות חדר התאוששות שמשמשות חמישה חדרי ניתוח. אם אני אצטרך לחכות לכל חולה אני יכולה לסגור את ההתאוששות מזמן. אנחנו בבית חולים יעיל, כלכלי, אנחנו רוצים למשוך את התפוקה שלנו. אנחנו לא עובדים בתפוקה של בית חולים ציבורי, אנחנו עובדים פי עשר מבית חולים ציבורי. בבית חולים ציבורי לוקח ניתוח מהבוקר עד הצהריים, הכל מתנהל לאט ולכולם יש זמן. כשאני הלכתי לשם לטיפול נמרץ הייתי בשוק של החיים שלי. מתנהל שם כאילו.. לאף אחד לא אכפת וזה הכל כזה באיזי וזה לא הכסף שלי אישית. פה זה לא עובד ככה. פה אתה צריך לתת זמנים.... אנחנו כופפנו את הנוהל הזה וכתבנו אותו אחרת. לקחנו איזה שהוא ממוצע. הממוצע אומר, בדקנו את החולה והגענו לממוצע שאומר שמטופל יכול לעשות דברים עד שעה וחצי הראשונות מתום ההרדמה. מהרדמה אפידורלית. אמרנו אוקי, בוא נעשה ככה שאם החולה הזיז.. אם לא הזיז את הגפיים שלו ועברה שעה וחצי ניתן להעביר אותו. באישור מרדים כמובן. כמובן שעל הנוהל הזה חתם מנכ"ל בית החולים, המנהל הרופא, כמובן שהחולה הזה יועבר רק באישור של המרדים וגם ליתר ביטחון במחלקה הוא יחובר לטלמטריה, מה שבבית חולים ציבורי לא עושים. מחברים אותו למוניטור והאחות רואה את המוניטור כל הזמן. את המטופל. כולל מיטה כולל זה. שוב הגמשנו את הנוהל. כי ככה אנחנו יכולים להתקיים. אחרת לא יכולים להתקיים" (14: 60)

במסגרת השיקולים הכלכליים, קיים נושא של ניהול כח האדם, אחת האחיות התייחסה לניסיון להוסיף כח אדם במסגרת הפרטית בה היא עובדת:

"יש תקציב, ועד תקציב מסוים זה מה ש.. ואי אפשר לתקצב עוד אחות בלילה אז אין עוד אחות בלילה כי כרגע המחשבה היא שאין צורך וחיינו עד עכשיו כל הזמן, אני חושבת שכבר שנתיים אנחנו צריכים עוד מטפלת בלילה ואין. האם קרה פה קטסטרופה? לא, לא קרתה פה קטסטרופה. הצוות הוא מאד מאד יציב ואנשים מכירים את העבודה שלהם. הם עובדים יפה. זה שאני עדיין חושבת שזה לא נכון – זה הריב שלי התמידי. ועכשיו רוצים להכניס ילד עם סיפפ⁵, אני עומדת על הרגליים האחוריות שלא יהיה פה ילד עם סיפפ עד שלא יהיה עוד אחות בלילה. ועל זה אני אתפטר, וזה ידוע ולכן יהיה אחות שלישית. (8: 18) אין בכלל שאלה. השאלה היא כשזה לא ממש התקן ומשרד הבריאות לא ממש יודע מה התקן שלו ואז כל אחד יכול לעשות מה שהוא רוצה וזה המריבות שלי. האחות השלישית הזאת של הלילה, אין פה תקן של משרד הבריאות, זה תקן שאני דורשת. ולכן הוא נתון למשא ומתן. אם זה היה תקן של משרד הבריאות לא היה פה בכלל שאלה" (8: 29)

לעיתים קיימת סטייה מן המקובל הנתפשת כחדשנות מקצועית ומתאפשרת במסגרת הפרטית בשל יכולת לממן ולהתגמש:

"תראי, יש גמישות מחשבתי אחת שאתה לוקח משהו שעובדים איתו בתחום ספציפי מסוים ואתה עושה עליו השלכה לתחום אחר לגמרי. כמו.. זה דוגמת הדבקים הביולוגיים האלו... חולה שהגיע עם דימום מסיבי סתם באף אוזן גרון ויש דבק ספציפי שמשתמשים איתו כנוהל קבוע בניתוחי ראש, אחות שמגדילה את הראש היא תגיד למנתח תנסה את השיטה הזאת, אמנם עובדים עם זה בראש אבל התוצאה היא תהיה לך אותה תוצאה אז תנסה אותה. והרבה פעמים אתה רואה שכן, הם לוקחים את זה, מיישמים את זה על תחום אחר. לא תמיד אוהבים את הרעיון הזה, לא מבחינת ה.. משרד הבריאות, כי אז מה שאומר.. כי אז אותו מערכת של תחום אחר באה לדרוש גם את אותו דבר ואז זה גורם לחריגות בתקציב וכל מיני דברים שהם לא היו מתוכננות מראש... בשוק הפרטי אני אגיד לך יש עם זה פחות בעיה כי בסופו של דבר כל הדברים המיוחדים האלה הרבה פעמים הקופות לא משתתפות.. שזה בסופו של דבר אם יזדקקו לדברים מיוחדים החולה יצטרך לשלם את זה מהכיס שלו. עכשיו אני יודעת שחולה שמגיע מראש לניתוח אז הוא אומר ממילא כבר הניתוח עלה. עכשיו אם זה עניין של ביטוח הביטוח מכסה את זה בכל מקרה. אם זה חולה שהגיע כבר לשוק הפרטי זה אומר שגם יש לו יכולות כלכליות לרוב.

⁵ Continuous positive airway pressure=CPAP

אז אם הניתוח עלה לו עוד חמשת אלפים שקל יותר או פחות או יותר זה כבר לא יעשה לו את ההבדל." (17: 2)

1.2 דילמות הנובעות מתפיסת הרופא כ"לקוח"

במסגרת עבודת האחיות עם רופאים צוינו מספר מצבי קונפליקט מול הרופאים בעיקר במסגרת הפרטית. קונפליקטים אלו משקפים מצבים

"יקורה שיש לפעמים רופא, דווקא היה לפני שבוע מנתח ראש שבד"כ אמור להתחיל בארבע. אבל הוא כמו קיסר הגדול אף פעם לא מגיע בארבע. שהחדר יחכה לו. והיה לי עיכוב באיזה חדר, אז אמרתי אני אשכיב שם מקרה. כמובן שהחדר שהיה שם, אם זה אחות שעובדת איתו באופן קבוע ואם זה המרדים – מה, אתה משכיב, אתה זה, אתה זה. אתה אומר כן אני אעכב, אני יודע שאני אכנס איתו לעימות וכל זה אבל בשכלול הכללי אתה מקבל החלטה, אפילו שאתה יודע שאתה עומד להיכנס למלחמה, ואני עושה את זה" (4: 14)

קונפליקט ספציפי מול רופא מנתח הוזכר בנוגע להתנהלות מקצועית וביצוע פרוצדורות עם הסכמה מודעת של המטופל. במקרה זה הקונפליקט הוכרע נגד עמדת הרופא:

"אין לי מה לעשות. אין לי מה לעשות. קרה לפעמים, אני אתן לך דוגמא למשל שאיזה רופא ניתח איזה מטופל והיה צריך לעשות לו איזה מניפולציה של הברך בהרדמה, זה רק כיפוף של הברך, הוא חתום על כיפוף של הברך. הוא הפעיל כוח בלתי סביר, הוא פוצץ לו את הברך. אז הוא אומר טוב, אני צריך.. הלך לדבר עם המשפחה, זה היה תייר, אני צריך לפתוח לו את הברך. אומר לו אתה לא פותח לו את הברך, שתיים עשרה בלילה. הוא לא חתום. אין הסכמה. אבל לא, זה הסתבכות של הרעלות, זה לא הסתבכות של הניתוח. התקשרתי למנהל בית החולים וידעתי אותו ואכן הוא היה איתי. אמר לרופא אתה לא נוגע בו בכלל. אז הוא אומר אני אעיר אותו ו... אומר אין דבר כזה, זה לא תופס מבחינה משפטית. כמובן שאותו רופא יש לי עימות איתו עד היום, זאת אומרת הוא לא ישכח לי את זה כל החיים אבל עשיתי מה שנכון לעשות" (4: 20)

במקרה בודד אחות ציינה כי הדילמה אינה שלה בפועל אלא של הרופא המטפל והוא אשר מכריע ובכך למעשה התנערה מנקיטת עמדה בסיטואציה:

"אני חושבת שהדילמה הוא של הרופא פה יותר. כל ההסכמות וכדומה. הדילמה פה של הרופא. אני יכולה להיות חלק מהדיון אבל הדילמה.. אני חושבת יותר ויותר עם הזמן,

אני אקח צעד אחורה והדילמה מול הרופא. אם זה פרוצדורה, החלטה של איזה שהיא פרוצדורה, מה לעשות, מה להכניס. יש לנו סטנד פלסטי או סטנד מתכתי, ההבדל במחיר הוא עצום או ווטאבר אבל הדילמה היא של הרופא" (12: 48)

1.3. דילמות הנובעות מתפיסת המטופל כ"לקוח"

בפרק העוסק ביחס למטופל הוזכר כי במסגרות הפרטיות נתפס המטופל כלקוח אשר יש להשביע את רצונו ולעניין זה משקל רב בהתנהלות המערכת. באחד הראיונות מתוארת דילמה במערכת הפרטית הנובעת מתפיסה זו. בדוגמא מתואר מקרה בו נעשה ניסיון למזער את הפגיעה במטופל על אף שינויים בסדרי העבודה.

"אומרים לך תשמע, יש לך.. אני עושה כוונות. חמש בבוקר הקפצה, ניתוח דחוף. אתה יודע שאתה הולך לתקוע חדר, אז הקונפליקט שלך זה איפה לשים אותו. אז קודם כל אתה משתדל לשים אותו בחדר שאני יודע שאפשר להתעכב עם המקרים. אם זה מקרים קצרים, היסטרוסקופיות וכל זה. משתדל לא לעכב ניתוחים של ילדים, ילדים קטנים שנמצאים בצום. משתדל לא לעכב נשים לא עלינו שבאות עם גידולים ממאירים, אם זה באים לשחזורי שד וכל זה. כל ההמתנה הזאת זה מורטת עצבים. נשים כאלה יותר רגישים לא לעכב את החדר, אני מעדיף להכניס את המקרה לחדר של מקרים קצרים, לחדר שאני יודע שהרופאים עצמם אפשר לשחק איתם לחדרים אחרים בין לבין ו.. זה קורה, זה קורה" (4: 13)

אחיות רבות תיארו מצבים בהם חרגו מסמכותן הרשמית בסיטואציות מסוימות. כלומר, ההכרעה לא התקבלה על פי הנהלים הרשמיים. מקרים כגון אלו תדירים יותר במסגרות הפרטיות, בהתאמה לתיאורי הגמישות והגדלת הראש. אחות בבית חולים פרטי מתארת כיצד היא מבצעת פעולות שאינן תפקידה הרשמי ושבמסגרת ציבורית לא היתה מבצעת:

"אסור לנו לעשות החלפה קנולות, אין לנו רופא 24 שעות, קנולה יוצא בטח אנחנו, הילד לא יכול לנשום. החלפת גסטרוסטום רגע, זה דוגמא ממש חשובה עושים כל הזמן את כן תבצעי פעולה שאסור לנו אבל האסור אסור חוץ מבמצב חירום. לפי משרד הבריאות ... אז יש שני דברים. יש ג'יגיונסטומי שזה זה חיבור למעיים וגסטרוסטום (לקיבה).. אז יש ילדים שיש להם שתיים, גם גסטרוסטום וגם ג'יגיונסטום. ולפי משרד הבריאות מותר לנו להחליף גסטרו ואסור לנו הצינור של הג'יגיונסטום והג'יגיונסטום. יוצא, זה הדרך שהילד

מקבל אוכל, שעות שאין רופא.. יש רופא סבבה, היא תחליף. אנחנו (האחיות) עושים את

זה, אנחנו מחליפים. מה אני אקרא לרופא להגיע מהבית, זה אותה פעולה" (10: 35)

אחת ההצדקות להתנהגות זו היא טובת המטופלים והרצון ללכת לקראתם ולחסוך עבורם טרטורים ומנהלות, כפי שתואר לעיל במסגרת הפרטית:

"יש דברים שלפעמים את עושה נגד משרד הבריאות כי את עובדת עם אנשים שיש להם חיים ואת רוצה להקל עליהם כמה שאפשר. אנשים חולים במצב קשה, יש מישהו כרוני, חולה כרוני" (10: 39)

2. אופני ההתמודדות

מצבי הקונפליקט השונים דורשים מהאחיות לפתח מנגנוני התמודדות, והראיונות אכן מעלים דוגמאות לאסטרטגיות שונות של התמודדות של האחיות. ניתן לחלק את אופני ההתמודדות לשני קצוות: הגדלת ראש, אשר הוזכרה תדירות במערכת הפרטית, מצד אחד ומצד שני הקטנת ראש המגיעה עד כדי הימנעות מהסיטואציה, אשר הוזכרה בעיקר במערכת הציבורית.

2.1. הקטנת ראש

באופן כללי המערכת הציבורית מתוארת ככזו בה יותר נצמדים לנהלים ועובדיה מגלים פחות גמישות: "מאד נצמדים ופחות, פחות גמישים מחשבתית" (2: 18). חלק מהתיאורים גובלים בהקטנת ראש ממש:

"בית חולים זה דבר מאד מאד מסודר. יש לך תפקיד מאד מאד מוגדר בבית חולים, כשאת לא אמורה לעשות מעבר לזה... כל אחד יש לו את העבודה שלו וכל אחד מתעסק בעבודה שלו. האחיות בבית חולים היא גם.. אין לה הרבה עצמאות" (8: 21)

2.2. גמישות והגדלת ראש

בסיטואציות במערכת הפרטית האחיות מתארות יותר גמישות והגדלת ראש ביחס למערכת הפרטית. בתיאור משווה של אחת האחיות דומה שבמערכת הציבורית ישנה התעסקות עם מילוי התפקיד בלבד בעוד שהאחיות במסגרת הפרטית מגדילות ראש:

"אז כאן צריך להיות ראש הרבה יותר גדול. במיוחד כשאין פה רופא 24 שעות אז גם זה מהווה.. בית חולים ציבורי זה משהו אחר לגמרי בית חולים [ציבורי] זה דבר מאד מאד מסודר. יש לך תפקיד מאד מאד מוגדר בבית חולים, כשאת לא אמורה לעשות מעבר לזה.

כל אחד יש לו את העבודה שלו וכל אחד מתעסק בעבודה שלו. האחות בבית חולים היא

גם (26: 02) הרופא, אין לה הרבה עצמאות" (8: 21)

דומה שהגמישות אינה באה לידי ביטוי רק בעבודת האחיות בשגרה אלא גם בקשב מול ההנהלה והיכולת לייצר שינוי ודינאמיות בארגון. המערכת הציבורית מתוארת ככזו שיותר קשה ליצר בה שינויים לעומת הפרטית:

"...יש בוס אחד אולי או שניים ולא ארבעים ואחד. בגלל שבקופת חולים יש כל כך הרבה

בוסים, יש שם כל כך הרבה על הראש, את כאילו כזה קטן....לא הייתי כזה חשובה בבית

חולים להרגיש את זה. פה שאת עושה יותר ניהול את מרגישה ששם אין עם מי לדבר ופה

יש קצת יותר עם מי לדבר. דברים זזו בקופת חולים אבל צריך המון דיבורים עד שמשהו

זז, המון ישיבות. ישיבה עם זה.. פה (בפרטי) ישיבה אחת שתיים וזהו זזים." (10: 33)

תפיסה זו משפיעה גם על כוח האדם העובד במקום:

"אני מרגישה שבבית חולים יש את התקן וזה מה שיש. ואם יש שתי אחיות בחופשת

לידה באותו חודש (מחייכת) אז אנחנו כבר דפוקים וזהו. אבל פה (בפרטי) יש יותר

גמישות קצת, יותר מוכנים, בגלל שזה מקום קטן (בית החולים הפרטי) ומכירים את

המצב אז יש יותר גמישות בעניין של צוות" (10: 32)

תחום הבריאות הוא רק תחום אחד נוסף מתוך שירותים ציבוריים מורכבים אשר הופרטו במידה כזו או אחרת. היות וההשלכות של הפרטת שירותים ציבוריים על יישום מדיניות נחקרה עד כה בעיקר במערכת הרווחה, מבקש מחקר זה לבחון את השפעות ההפרטה גם בשירותי הבריאות, מתוך מוטיבציה לתרום הן להבנה אודות יישום מדיניות במסגרות פרטיות המעניקות שירותים ציבוריים, והן מתוך מוטיבציה להשפיע על עיצוב מדיניות כך שתשפר את איכות שירותי הבריאות לציבור. השוואת עבודתן של אחיות במסגרת ציבורית בה הן מועסקות על ידי המדינה לעבודתן במסגרת פרטית בה הם מועסקות על ידי מעסיק פרטי מעלה ארבע תובנות הממחישות את ההבדלים המהותיים שיש בין עבודת האחיות בכל אחת מהמסגרות. הבדלים אלו מציבים כל אחד אתגר למעצבי מדיניות הבריאות הנדרשים לקחת בחשבון את העובדה לפיה האופן בו שירותי הבריאות מסופקים בבתי החולים הציבוריים שונה מהאופן בו היא מסופקת בבתי החולים הפרטיים.

האחיות כמשרתות של שלושה אדונים

אחת התובנות הרווחות בספרות המחקרית הקיימת היא המחויבות הדואלית של עובדי הקצה, המחויבים מצד אחד כלפי המדינה ומצד שני מחויבים כלפי לקוח המדיניות, שהוא המטופל בהקשר של אחיות. העסקה של אחיות במסגרת פרטית מלווה בעצם בכניסתו של שחקן נוסף, המעסיק הפרטי. כך, נוצרת מחויבות לא רק דואלית אלא משולשת - כלפי הלקוח, כלפי המדינה וכלפי המעסיק הפרטי. מחויבות זו כלפי המעסיק הפרטי באה לידי ביטוי בעבודתן של האחיות בעיקר בשני אופנים. ראשית, העובדה לפיה הרופאים הם המביאים את המטופלים לבית החולים הפרטי הופכת אותם לציר מרכזי במסגרת הפרטית של אספקת שירותי בריאות. כתוצאה מכך, במסגרת הפרטית הופך הרופא ללקוח לו האחיות אמורות "לתת שירות". אם במערכת הציבורית הרופא הוא בתפקיד היררכי מול האחיות, כלומר בגדר "בוס", בבית החולים הפרטי הוא לא רק בוס אלא גם לקוח שיש להשביע את רצונו. ההשלכות המגוונות שיש למערכת יחסים זו בין רופא-לקוח לבין אחות-נותנת שירותים משנות את עבודתה היומיומית של האחות. כך לדוגמא, במערכת הציבורית אחות לא תחליט לגבי טיפול רפואי לאחר ניתוח, אלא יתבצע ביקור רופאים אשר יחליטו בדבר המשך הטיפול. במערכת הפרטית לעומת זאת, הפיקוח, הבדיקה ואיסוף המידע והבדיקות לאחר הניתוח יעשה בידי האחות אשר תכריע האם לקרוא לרופאים המנתחים, כל זאת במסגרת השירות הניתן להם.

המחויבות כלפי המעסיק הפרטי משנה גם את מערכת היחסים בין האחות לבין המטופל. במסגרת הציבורית המטופל נתפס כ"קהל שבו" והמחויבות כלפיו נובעת בעיקר מהתפיסה הפרופסיונאלית והאתית של האחיות. לעומת זאת, במסגרת הפרטית, נתפש המטופל כלקוח שיש להשביע את רצונו, ועובדה זו יוצרת דילמות בעיקר במקרים בהם המטופל "דורש" או מצפה לטיפול שלא על פי הפרוטוקול המקובל. ממצאי המחקר מעלים תובנה לפיה לא פעם ההנהלה מגבה את המטופל ומשפחתו כאשר אלו מתלוננים על האחיות, גם אם הן פעלו לפי הפרוטוקולים והנהלים הקיימים. במקרים מעטים, אם בכלל, מגבה ההנהלה את האחיות אל מול מטופלים שאינם שבעי רצון.

שני שינויים אלו, המשתקפים במערכת היחסים של האחיות עם הרופאים והן עם המטופלים מציבים את האחיות בעמדה מורכבת יותר ומתגלמים בשינוי אופי עבודתן של האחיות במסגרת ההעסקה הפרטית. לשינויים אלו השלכות לא רק על יישום מדיניות בריאות אלא אף על עיצובה מלכתחילה. למעשה, העסקת אחיות באופן פרטי מערערת את תפקידן המסורתי של אחיות ומוסיפה רבדים מקצועיים נוספים שאינם כלולים בהכשרתן, שלעיתים אף אינם עולים בקנה אחד עם התפישה הפרופסיונלית שלהן. מסקנה חשובה העולה מכך לקובעי המדיניות היא כי עליהם לקחת בחשבון את העובדה לפיה שירותי הבריאות ניתנים במסגרת הציבורית והפרטית באופנים שונים לגמרי. כך, האתגר לו הם נדרשים הוא כיצד לעצב מדיניות ציבורית שאכן תוכל להיות מיושמת בשתי המסגרות, או לחילופין לעצב אותה בהתאמה עבור כל אחת מהמסגרות בנפרד.

אחיות הן אחיות? קונפליקטים ייחודיים למערכת הפרטית

קיימים תחומים בהם המערכת הפרטית והציבורית אינן נבדלות בכל הקשור לעבודתן של אחיות. ישנם מצבי קונפליקט אשר חזרו על עצמם בשתי המסגרות. פרקי הניתוח לא נתנו על כך דגש כיוון שהתמקדו דווקא בהבדלים. חשוב לציין עם זאת כי קיים עולם קונפליקטים משותף הקשור בעבודתן של האחיות ומלווה אותן בשתי המסגרות ללא שינוי משמעותי. קבוצה זו כוללת בעיקר קונפליקטים אתיים אוניברסליים העוסקים למשל בהזנת מטופלים, מתן חיסונים, ביצוע פרוצדורות או ניתוחים, החלטות הכרוכות בסיום חיים ובכללן החלטות לגבי החייאת מטופלים. בתחום זה של דילמות נראה כי אין לכניסתו של מעסיק פרטי השפעה רבה וכי האחיות נותרות נאמנות לפרופסיה שלהן באותה מידה. ההחלטות מתקבלות באופן דומה בשתי המסגרות ומוכרעות בין היתר על ידי העולם הערכי של האחות המטפלת ורצונות המטופלים ומשפחותיהם.

יחד עם זאת, המסגרת הפרטית מציגה לחצים שונים הגורמים לקונפליקטים בעבודתן של האחיות בבתי החולים הפרטיים: קונפליקטים הנובעים מתפיסת המטופל כלקוח, כאלו הנובעים מתפיסת הרופא כלקוח או כאלו הנובעים משיקולים כלכליים של המערכת. אחד החידושים שמציע המחקר הנוכחי מצביע על האופן בו קונפליקטים מוכרעים תוך הפעלת שיקולים עסקיים, גם כשאלו עומדים בסתירה לשיקולים הפרופסיונאליים. במובן זה, האחות אשר קיבלה ילדה לניתוח בניגוד לעמדתה האישית, מתכתבת עם "מר פרנק" (Brodkin E. Z., 2011), הנדרש ליישם מדיניות תחת מדידת ביצועים וכתוצאה מכך יוצר פרקטיקות אשר כלל אינן עולות בקנה אחד עם מטרות המדיניות. כך, עמידה במדדי הביצוע והאינטרסים הכלכליים של המוסד בו האחות עובדת גוברים על שיקולים מקצועיים, ועלולים אף לסכן את בריאות המטופל. חשוב לציין בהקשר זה כי גם שירותי בריאות המסופקים בבתי חולים ציבוריים אינם חפים משיקולי תקציב. מעניין לראות כי בחלק מהמקרים הקונפליקטים המביאים לאי ציות למדיניות בעקבות שיקולים עסקיים או כלכליים הביאו לשינוי המאושר ומפוקח על ידי משרד הבריאות. שינויים אלו של הנהלים משנים את חוקי המשחק מבחינת האופן בו מתקבלות הכרעות טיפוליות ואת האופן בו מתנהלים שירותי הבריאות. דוגמא לכך היא השינוי בנוהל לאחר הרדמה באפידורל. כפי שתואר בפרק הממצאים, נקבע שינוי פורמלי של הנהלים בעקבות שיקולים של בית החולים הפרטי. שלא כמו בנוהל המסורתי לא משאירים הקצאה של מיטת אשפוז עבור כל מטופל לאחר הרדמה מקומית עם אפידורל. זו דוגמא לשינוי קטן בעל השפעה רבה מבחינת עלויות עבור בית החולים. ניתן להסיק כי השיקולים הכלכליים חודרים במסגרת הפרטית אל תוך השגרה של עובדי הקצה ולא נשארים רק ברמת ההנהלה כפי שמתקיים במערכת הציבורית.

כל הפרטה לטובה?

פעמים רבות עולה לדיון הציבורי השאלה האם הפרטת שירות ציבורי, במקרה זה שירותי הבריאות, מיטיבה או מרעה עם הציבור? ממצאי המחקר מעלים תשובה שאינה חד משמעית לשאלה זו. מצד אחד, מציע המחקר תובנה לפיה השירות באופן פרטי ניתן ביעילות גבוהה יותר מאשר השירות המוענק במסגרת הציבורית. בנוסף ליעילות, כל היחס למטופלים משתנה בשל העובדה לפיה הם אינם קהל שבוי כפי שהינם במערכת הציבורית. התחרות בשוק פרטי דוחפת לכך שההשקעה במטופל והתחשבות בו הינן גבוהות לעין ערוך מאשר במסגרת הציבורית. מצד שני, כניסתם של שיקולים כלכליים לפרקטיקה של הענקת שירותי בריאות עלולה להרע דווקא עם המטופלים, בשל הצורך של המערכת הפרטית להיות רווחית. החתירה לרווח באה לעיתים על

חשבון המטופלים במגוון של דרכים: מספר ימי אשפוז, טיפולים מיותרים ושינוי של ממש בפרוטוקולים טיפוליים.

סימביוזה או תחרות?

כאמור, הספרות הקיימת בתחום הפרטת שירותים ציבוריים, מנקודת מבטם של עובדי קצה, בחנה בעיקר מקרים של אספקת שירותי רווחה ממשלתיים על ידי גורמים פרטיים (Brodkin E. Z., 2007; Dias & Maynard-Moody, 2007). מרבית התובנות יוחסו לשינויים בשיקול הדעת של עובדי הקצה ולדיון נורמטיבי בנוגע להשפעות על חוסן החברה והדמוקרטיה. מערכת הבריאות הפרטית פועלת במקביל לזו הציבורית, ונמצאה כנותנת מענה מיידי יותר, עם רופאים ואחיות בכירים ומנוסים, תמורת תשלום פרטי של המטופלים באופן ישיר או דרך ביטוחי בריאות פרטיים משלימים. הבדלים אלו בין המערכות אינם כוללים הבדלים בין ההכשרה של האחיות. כל האחיות, כולל אלו העובדות במערכת הפרטית למדו והוכשרו במסגרת הציבורית, ורק לאחר רכישת ניסיון עברו למערכת הפרטית. בהשוואה למערכת הציבורית המהווה מוסד מלמד ומכשיר, במערכת הפרטית אין מתמחים או מומחים העסוקים בללמד, אלא רק אנשי צוות מומחים ומנוסים הפנויים באופן מלא לטיפול. כלל המרואיינות הביעו עמדה חד משמעית לפיה המערכת הציבורית מספקת מסלול הכשרה מיטבי, כיוון שהיא מאפשרת חשיפה לקשת רחבה של מקרים וטיפולים ובכללם רפואה דחופה. חלק ניכר מהאחיות עברו לעבוד במערכת פרטית בשלב מתקדם בקריירה, לאחר שרכשו ניסיון במערכת הציבורית, אשר אופיינה, כאמור ביותר חשיפה אקדמית ולמידה וכן במקרים רפואיים קשים ומגוונים יותר. אמנם עלו עדויות לכאן ולכאן בדבר האיכויות המקצועיות של כל אחת מהמערכות, אולם הן הוצגו לגמרי ככרוכות ותלויות זו בזו. דוגמא אחת היא פניית מטופלים שהסתבכו לאחר טיפול המערכת הפרטית לטיפול במערכת הציבורית. יחסי הגומלין בין שתי המערכות באים לידי ביטוי גם בתחום התעסוקתי. אחיות רבות שפנו לעבוד במערכת הפרטית, בעיקר בשל הכנסה גבוהה יותר, לא עשו זאת כחלופה אלא כתוספת לעבודתן במערכת הציבורית המאפשרת כאמור יותר מחקר והתפתחות אקדמית. לסיכום, על אף ההבדלים הניכרים בין המערכות ודיון עקרוני בדבר הפרטה של שירות ציבורי מורכב, דומה ששתי המערכות תלויות זו בזו. הבנת תלות זו חיונית במציאות בה המדיניות הכתובה מיועדת ליישום בשתי המערכות במקביל.

- Arksey, H., & Knight, P. T. (1999). *Interviewing for social scientists: An introductory resource with examples*.
- Austin, W. J. (2011). The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: an evolutionary threat to the discipline. *nursing philosophy*, 158-166.
- Baltes, B. B. (2001). International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Psychological Climate in the Work Setting. 12355-12359.
- Baoyue, L., Bruyneel, L., Sermeus, W., Van Den Heede, K., Matawie, K., Aiken, L., et al. (2013). Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: A multivariate multilevel probit model. *International Journal of Nursing Studies*, 281-291.
- Brehm, J., & Gates, S. (1997). *Working, shirking, and sabotage*. University of michigan press.
- Brodkin, E. Z. (2007). Bureaucracy Redux: Management Reformism and the Welfare State. *journal of public administration research and theory*, 1-17.
- Brodkin, E. Z. (2011). Policy Work: Street-Level Organizations Under New Managerialism. *Journal of public administration research and theory*, 253-277.
- Brodkin, e. Z. (2003). Street-level research: Policy at the front lines. *Policy into action: Implementation research and welfare reform*.
- Brunetto, Y., Farr-Wharton, R., & Shacklock, K. (2010). The impact of supervisor-subordinate relationship on morale: implications for public and private sector nurses' commitment. *Human resource management journal* (20), 206-225.
- Bryman, A. (2001). *social research methods*. Oxford university press.
- Buchan, J., & Calman, L. (2004). *the global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions*. international council of nursing.
- Burston, A., & Tuckett, A. (2013). Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *nursing ethics* (20(3)), 312-324.
- Cahill, J. (1998). Patient participation — a review of the literature. *journal of clinical nursing*, 119-128.
- Carey, M., & Foster, V. (2011). Introducing 'deviant' social work: Contextualizing the limits of radical social work whilst understanding (fragmented) resistance within the social work labor process. *British Journal of Social Work*, 1-18.
- Clandinin, J. D., & Connelly, M. F. (2000). *Narrative inquiry*.
- Clarke, J., & Newman, J. (1997). Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare.
- Coetzee, S. K., Kloppe, H. C., Ellis, S. M., & Aiken, L. H. (2013). A tale of two systems—Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in south africa: a questionnaire survey. *international journal of nursing studies*, 162-173.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks CA: Sage.

- Dias, J. J., & Maynard-Moody, S. (2007). For-Profit Welfare: contracts, conflicts and the performance paradox. *Journal of public administration research and theory*, 189-211.
- Dias, J. J., & Maynard-Moody, S. (2007). For-Profit Welfare: Contracts, Conflicts, and the Performance Paradox. *journal of public administration research and theory*, 189-211.
- Doring, H., Downe, J., & Martin, S. (2015). Regulating Public Services: How Public Managers Respond to external performance assessment. *Public administration review*, 867-877.
- Duncan, S., Thorne, S., & Rodney, P. (2015). The policy impact of evolving international regulatory trends for the nursing profession and its social mandate. *nursing inquiry*, 27-38.
- Epstein, e., & Hamric, A. B. (2009). Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect. *Journal of clinical ethics*, 330-342.
- Gofen, A. (2014). Mind the Gap: Dimensions and Influence of street level divergence. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 473-493.
- Gold, C., Chambers, J., & McQuaid Dvorak, E. (1995). ethical dilemmas in the lived experience of nursing practice. *Nursing Ethics*, 131-142.
- Guadine, A., Lefort, S., & Lamb, M. (2011). Ethical conflicts with hospitals: the perspective of nurses and physicians. *nursing ethics* (18 (6)), 756-766.
- Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical care medicine*, 422-429.
- Hamric, A. (2012). Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum*, 39-49.
- Haynes, E. A., & Licata, J. W. (1995). Creative insubordination of school principals and the legitimacy of the justifiable. *Journal of educational administration*, 21-35.
- Hill, M. (1997). *The policy process in the modern state*. Harlow: Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf.
- Hjern, B., & Porter, D. O. (1981). Implementation structures: A new unit of administrative analysis. *organizational studies*, 211-227.
- Hupe, P., & Hill, M. (2007). Street-level bureaucracy and public accountability. *Public administration*, 279-299.
- Hutchinson, S. A. (1990). Responsible Subversion: A Study of Rule-Bending Among Nurses. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 3-17.
- Johnston, J. M. (1999). Contracting and Accountability in State Medicated Reform: Rhetoric, Theories and Reality. *public administration review*, 383-399.
- Jones, A. P., & James, L. R. (1979). Psychological climate: Dimensions and relationships of individual and aggregated work environment perceptions. *Organizational Behavior and Human Performance*, 201-250.
- Jones, B. (2003). Bounded rationality and political science: Lessons from public administration and. *Journal of public administration and public policy*, 395-412.
- Jones, B. D. (2001). *Politics and the architecture of choice: Bounded rationality and governance*. Chicago, IL: Univ. of Chicago Press.

- Jorgenson, D. L. (1989). *Participant observation*. John Wiley & Sons, Inc.
- Keiser, L. R. (2010). Understanding street-level bureaucrats decision making: Determining eligibility in the social security disability program. *public administration review* , 247-257.
- Koning, P., & Heinrich, C. (2010). *Cream-Skimming, Parking and Other Intended and Unintended Effects of Performance-Based Contracting in Social Welfare Services*.
- Kroll, A. (2011). Systematic and unsystematic performance information: how is it related and why is it used. *The International Research Society for Public Management* .
- Leazes, F. J. (1997). Public Accountability is it a private responsibility? *Administration & society* , 395-411.
- Li Ming, Y., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., Guo-ping, H., Hu, Y., et al. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *international journal of nursing studies* , 154-161.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Loyens, K., & Maesschalck, J. (2010). Toward a Theoretical Framework for Ethical Decision Making of Street Level bureaucracy: existing models reconsidered. *Administration & Society* , 66-100.
- Lu, J. (2014). The Performance of Performance-Based Contracting in Human Services. *University of Maryland* .
- Lutzen, K., & Schreiber, R. (1998). Moral survival in a nontherapeutic environment. *Issues in mental health nursing* , 310-315.
- Majone, G., & Wildavsky, A. (1978). Implementation as evolution. *Policy studies review annual* , 102-124.
- Marvel, M. K., & Marvel, H. P. (2009). Shaping the Provision of Outsourced Public Services. *Public Performance & Management Review* , 183-213.
- Matheson, L. K., & Bobay, K. (2007). Validation of oppressed group behaviors in nursing. *journal of professional nursing* , 226-234.
- Maxwell, J. A. (1996). *Applied social research methods series, Vol. 41. Qualitative research design: An interactive approach* (Vol. 41). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design*. Newbury Park, CA: Sage.
- May, P. J., & Winter, S. C. (2009). Politicians, managers, and street-level bureaucrats: Influences on policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory* , 453-476.
- Maynard- Moody, S., & Musheno, M. (2003). *Cops, Teachers, Counselors- stories from the front line*. Ann Arbor: The university of michigan press.
- Maynard moody, S., & Musheno, M. (2000). state agent or citizen agent: two narratives of dicretion. *Journal of Public Administration Research and Theory* , 329-358.
- Megivern, K., Halm, M. A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *J Nurs Care Qual* , 9-24.

- Merriam, S. B., & Simpson, E. L. (1984). *A guide to research for educators and trainers of adults*. Krieger Publishing Co.
- Miller, J., & Blackstock, S. C. (2016). Nurses on a different front line. (116), 11.
- Milward, B. H., & Provan, K. G. (2000). Governing the Hollow State. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 357-379.
- Milward, B. H., & Provan, K. G. (1993). *Policy for democracy: the hollow state: private provision of public service*. Washington D.C.: The brookings institution.
- Moynihan, D. P., & Pandey, S. K. (2009). The Big Question for Performance Management: Explaining Performance Information Use. *social science research network*.
- Moynihan, D. P., Pandey, S. K., & Wright, b. E. (2012). Prosocial Values and Performance Management Theory: Linking Perceived Social Impact and Performance Information Use. *Governance*, 463-483.
- Newman, J. (2006). Modernization and the dynamics of welfare governance. *Zeitschrift für Sozialreform* (2(52)), 165-179.
- O'Leary, R. (2006). The ethics of dissent: Managing guerrilla government. *Public integrity*, 97-109.
- Peter, E., Lerch Lunardi, V., & Macfarlane, A. (2004). Nursing resistance as ethical action: literature review. *Journal of advanced nursing* (46), 403-416.
- Pillay, R. (2009). Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors. (7).
- Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *Nursing studies*, 1451-1458.
- Price-Rhodes, M. A. (2009, april). From Collaborative Creation to Implementation: The Evolution of a Contract for a. Virginia: Center for Public Administration and Policy.
- Rasmussen, K., Malloy, D., & Agarwal, J. (2003). The ethical climate of government and non-profit organizations implications for public-- private partnerships. *Public managment review*.
- Rassin, M. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*, 614-630.
- Redman, B. K., & Fry, s. T. (2000). Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nursing ethics* (7), 360-366.
- Rushton, C. (2006). Defining and addressing moral distress: tools for critical care nursing leaders. *AACN Adv Crit Care* (17(2)), 161-168.
- Russell, S. P., Daly, J. B., Hughes, E. B., & op't Hoog, C. R. (2003). Nurses and 'difficult' patients: negotiating non-compliance. *Journal of Advanced Nursing* (43), 281-287.
- Sabatier, P. A., & Mazmanien, D. (1979). The conditions for effective implementation. *Policy analysis*, 481-504.
- Sandfort, J. R. (1999). Moving beyond discretion and outcomes: Examining public management from the front lines of the welfare system. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 729-756.
- Simon, H. A. (1947). *Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative*. New York, NY: Free Press.

Soss, J., Fording, R., & Schram, S. F. (2011). The Organization of Discipline: From Performance Management to Perversity and Punishment. *Journal of public administration and theory*, 203-232.

Starr, P. (1988). The meaning of privatization. *Yale law and policy review*, 6-41.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research (Vol. 15)*. Newbury Park, CA: Sage.

Thomas, K. J., & et.al. (1988). A study of the movement of nurses and nursing skills between the NHS and the private sector in England and Wales. *international journal of nursing studies*, 1-10.

Thomas, L. H., MacMillan, J., McColl, E., Priest, J., Hale, C., & Bond, S. (1995). Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of patient satisfaction. *Int J Qual Health Care*, 153-163.

Thompson, J., Cook, G., & Duschinsky, R. (2015). I feel like a salesperson: the effect of multiple-source care funding on the experiences. *Nursing inquiry*, 168-177.

Toffoli, L., Rudge, T., & Barnes, L. (2011). The work of nurses in private health accounting for the intangibles in care delivery. *Health Sociology Review* (20 (3)), 338-351.

Tomkinson, E. (2016). Outcome-based contracting for human services. *Evidence Base*.

Tummers, L. & (2014). Policy implementation, street-level bureaucracy and the importance of discretion. *public management review*, 527-547.

Tummers, L. L., Bekkers, V., Vink, E., & Musheno, M. (2015). Coping During Public Service Delivery: A Conceptualization and Systematic Review of the Literature. *journal of public administration research and theory*, 1099-1126.

Tyler, P. A., Carroll, D., & Cunningham, S. E. (1991). Stress and well-being in nurses: a comparison of the public and private sectors. *Int. J. Nurs. stud.*, 125-130.

Ulrich CM, H. A. (2010). Moral distress: a growing problem in the health professions. 20-22.

Varcoe, C., Pauly, B., Webster, G., & Storch, J. (2012). Moral Distress: Tensions as Springboards for Action. (24), 51-62.

Walker, L., & Gilson, L. (2004). 'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine*.

Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative health research*, 522-537.

Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative health research*. 522-537.

Wurzbach, M. E. (1999). acute care nurses' experiences of moral certainty. *Journal of advanced nursing*, 287-293.

אחדות, ל', & בן נון, ג'. (2012). בין הציבורי לפרטי במערכת הבריאות בישראל: המקרה של ש"פ. מחלוקות בכלכלה.

בולדור, ג'. (2013). מערכת הבריאות בישראל. המרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות, מכון גרטנר.

גרוס, ר', & ברמלי- גרינברג, ש'. (2007). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999, 2001 : 47. סקר ש מכון ברוקדייל .

גרין, די י'. (2003). משפט ורפואה, יחסי חולה-רופא. חושן למשפט.

המרכז לצדק חברתי ודמוקרטיה על שם יעקב חזן במכון ון ליר בירושלים. (אוגוסט 2016). אוחזר מתוך הפרטות והלאמות בישראל :

<http://www.hafrata.vanleer.org.il/%D7%A9%D7%99%D7%A8%D7%95%D7%AA%D7%99-%D7%94%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA-%D7%9C%D7%AA%D7%9C%D7%9E%D7%99%D7%93-%D7%90%D7%97%D7%99%D7%95%D7%AA-%D7%91%D7%AA%D7%99-%D7%94%D7%A1%D7%A4%D7%A8-2>

טיכו, ע' א'. (2007). תגובה למאמרו של ד"ר יוסי גרין "למי הסמכות להחליט על מתן טיפול רפואי לפג או להימנעות ממנו?". רפואה ומשפט, 137-138.

משרד הבריאות. (1984). תקנות בריאות העם (טופסי הסכמה) התשמ"ד. ישראל : הוצאת הלכות בע"מ.

קידר, נ', & חורב, ט'. (2012). סוגיות במדיניות ואסדרה של ביטוחי בריאות פרטיים. אגף לכלכלה וביטוח בריאות. ירושלים : משרד הבריאות.

שטיינברג, פ' א'. (2005). דו"ח הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות.

שירוס, א', & עמית, צ'. (1996). שירות רפואה פרטי בתבי חולים ציבוריים : תמונת מצב והערכה. ביטחון סוציאלי, 48-69.

שקדי, א'. (2003). מילים המנסות לגעת : מחקר איכותני- תיאוריה ויישום. תל אביב : הוצאת רמות.

נספחים

נספח 1 - טופס הסכמה לראיון

שם המחקר: אחריות בתי הספר המועסקות על ידי חברה פרטית תחת משרד הבריאות

שם החוקר האחראי: ד"ר ענת גופן

בית הספר למדיניות ציבורית, האוניברסיטה העברית

שלום רב לך,

תודה רבה על הסכמתך להשתתף במחקר זה, הנערך באוניברסיטה העברית בירושלים, בבית הספר למדיניות ציבורית.

המחקר בוחן את השינויים שחלו באופן העבודה של אחריות עם המעבר להעסקה על ידי מעסיק פרטי תחת פיקוח משרד הבריאות ולא ישירות על ידו. אחת המוטיבציות המרכזיות של המחקר הינה להצביע על דרכים מיטביות ליישום מדיניות עבור האזרחים ונותני השירות כאחד.

במסגרת המחקר אבקש לראיון אותך בכדי לאסוף מידע ההתנסות שלך כאח/ות, על האתגרים בעבודתך ועל הצלחותיך.

משך הראיון בין שעה לשעתיים.

אנא הרגשי/ חופשי/יה לסרב לענות על שאלות ו/או לעצור את הראיון המידה והינך חש/ה חוסר נוחות עם השאלות המוצגות לך.

במידה ותסכימי/י אקליט את הראיון ובכל מקרה אקליד תוך כדי ו/או ארשום הערות בכתב. גם במהלך ביצוע המחקר וגם במסגרת פרסומו לא ייעשה שימוש בשמך. שמך ופרטיך האישיים יישמרו לעיני החוקרים בלבד.

הנך מוזמנת/ ליצור עימי קשר בכל עת באמצעות מייל או טלפון לכל דבר ועניין.

052-8305520 ,liron.talmi@mail.huji.ac.il

תודה מראש על שיתוף הפעולה ועל הסכמתך להשקיע זמן לטובת המחקר.

אני מסכימ/ה להשתתף במחקר

שם: _____

חתימה: _____

תאריך: _____