

אקרדיטציה בבריאות: עמדותיהם ושביעות רצונם של אנשי הצוות מהתהליך

תקציר:

אקרדיטציה היא תהליך שבסופו מקנה גוף הסמכה רפואי לאומי הכרה פומבית על הישגים שניתן לעשות להם סטנדרטיזציה. תהליך האקרדיטציה מתרחש במדינות רבות בעולם והוא חלק חשוב מאיכות הטיפול. שיתוף הפעולה של אנשי הצוות חיוני להשלמת התהליך. על כן, שביעות רצונם מהתהליך ועמדותיהם כלפיו עשויות להשפיע על יישומו האפקטיבי בטווח הקצר והארוך. המטרה בסקירת ספרות זו היא לתאר את היתרונות והחסרונות של תהליך האקרדיטציה, ולהציג את ממצאי המחקרים הנוגעים לעמדות אנשי הצוות כלפי התהליך ולשביעות רצונם מהתהליך. הממצאים מראים שעמדות אנשי הצוות כלפי תהליך האקרדיטציה חשובות ליישום. יש אנשי צוות המתניחים לתהליך באופן חיובי ויש כאלה המתניחים לתהליך באופן שלילי. יחס זה מעצב את שביעות הרצון של אנשי הצוות מהתהליך ואת עמדותיהם כלפיו בנקודות זמן שונות ובהיבטים שונים.

לסיכום: אף שנמצאו עמדות מנוגדות של אנשי צוות לתהליך האקרדיטציה במחקרים שונים, נראה שעמדות הצוות כלפי התהליך הן לרוב חיוביות ושביעות רצונם מהתהליך גבוהה, אם כי לא ניתן לקבוע זאת באופן חד משמעי. לשם כך, דרושה חקירה מעמיקה יותר בנושא, בהתבסס על כלי מדידה בעלי תוקף ומהימנות גבוהים.

מיכל הוכהוזהר¹
חאלד חשב²
נורא באבא³
עאיד חורי⁴

¹ המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
² מרכז רפואי בילינסון
³ בית חולים הצרפתי וצרת
⁴ קופת חולים מאוחדת

ר' מאמר מערכת של ארנה טל בעמ' 367-369

מילות מפתח: אקרדיטציה; בתי חולים; עמדות אנשי צוות; שביעות רצון; שיתוף פעולה.
KEY WORDS: Accreditation; Hospitals; Staff attitudes; Satisfaction; Cooperation

הקדמה

אקרדיטציה היא תהליך הנותן הכרה פומבית לכך שהארגון עומד בסטנדרטים של איכות [2,1]. על פי Mumford וחב' [2], תהליך האקרדיטציה נועד להגדיר ולאמוד סטנדרטים קליניים וארגוניים של מוסדות. אקרדיטציה מוגדרת בחזר מנהל הרפואה, מס' 38/2012, כ"תהליך קבלת תו איכות בינלאומי מטעם ארגון JCI (Joint Commission International) שבתום יישומו, יאפשר לשפר את איכות הטיפול ובטיחות המטופל" [3]. אקרדיטציה החלה את דרכה עוד בשנות השבעים, כתהליך מוגבל במסגרת מחלקות לכירורגיה אמריקאיות שבחרו להצטרף ליחזמה של סטנדרטים אחידים. במשך השנים התפשטה האקרדיטציה לכל התחומים במוסדות הרפואיים וחצתה את גבולות ארצות הברית וצפון אמריקה.

כיום האקרדיטציה מתנהלת ברוב המדינות בעולם, ולא רק בתחום הבריאות, אלא בתחומים נוספים כגון אקרדיטציה של מוסדות אקדמיים [1]. בחלק מהמדינות התהליך כבר הושלם ובחלקן, כמו ישראל, התהליך בראשיתו. ישראל אימצה את הנחיות JCI, שהוא הגוף המוביל בתחום האקרדיטציה בארצות הברית. בתהליך האקרדיטציה, גוף חיצוני עצמאי מעריך את הארגון נותן שירותי הבריאות, כדי לקבוע אם הוא עומד במערך של סטנדרטים ודרישות שמטרתם לשפר את איכות הטיפול. תהליך האקרדיטציה כרוך בשינויים ארגוניים רבים, כולל שינויים מבניים וניהוליים, תוך זמן קצוב. פוקס [4] מתאר בספרו שינויים מסוג זה כ"שינויים החודרים עמוק לתוך הארגון ומשפיעים על ערכיו, יעדיו וכחלק מכך מושפעים גם העובדים". הוא טוען, כי תגובות העובדים לשינויים ארגוניים יכולות לנוע על הרצף שבין התלהבות והתנגיחות לבין אדישות או חוסר עניין ועד להתנגדות פעילה לשינוי. על כן, סביר להניח ששיתוף הפעולה של הצוות חיוני להשלמת

שינויים בכלל והשינויים הכרוכים בתהליך האקרדיטציה בפרט, ועמדותיו של הצוות כלפי תהליך זה ושביעות רצונם מהתהליך עשויות להשפיע על יישומו האפקטיבי קצר הטווח וארוך הטווח. לנוכח זאת, המאמר הנוכחי יתמקד בתיאור תהליך האקרדיטציה, תוך בחינת יתרונותיו וחסרונותיו. המאמר יציג ממצאי מחקרים הנוגעים לעמדות ולשביעות רצונם של אנשי הצוות מהתהליך.

יתרונות, חסרונות וקשיים של תהליך האקרדיטציה

תהליך האקרדיטציה מבוסס ברובו על מדדי איכות ושיפור ועל יישומם של מדדים אלו. תהליך זה מצריך למעשה הכנה מקדימה של סביבת העבודה ועשייה במוסדות בריאות. עצם ההכנה לתהליך זה מקדמת את ארגון הבריאות או המוסד הרפואי בתחומים מרכזיים כמו טיפול תרופתי ומניעת זיהומים נרכשים. סיום תהליך האקרדיטציה והצלחה ביישום מאפשרים למוסד רפואי לזכות בהכרה פומבית על כך שהמוסד עומד בסטנדרטים של איכות [5]. משום כך, אפשר להסיק שתהליך שהציב לעצמו מטרה לשפר את האיכות של שירותיו, ישיג תוצאות חיוביות בשטח. טענה זו מופיעה במגוון רחב של מחקרים המצביעים על יתרונותיה של האקרדיטציה, עבור המוסד, מערכת הבריאות, המטופל והמטפל. ממצאי מחקרים בעולם מצביעים לרוב על יתרונות האקרדיטציה עבור המוסד. נמצא שתהליך האקרדיטציה מאפשר למוסדות בריאות לבצע את הטיפול ולתת שירותים נוספים בצורה יעילה, איכותית ומהירה יותר, ובכך לשפר את הביצועים המוגדרים בתוכנית סטנדרטים בין-לאומיים בבריאות [6].

במחקרם של Schmalz וחב' [7] נמצא, כי בתי חולים שעברו תהליך אקרדיטציה הגדילו את רווחיהם לאורך זמן והגדילו בצורה

רבים המשפיעים על הסביבה הטיפולית, על שיטות העבודה וניהול, על המטפלים והמטופלים ועל מערכת הבריאות כולה. יחד עם זאת, עדיין לא ברור מהו היקף השפעה זו והאם היא מצדיקה את השקעת המשאבים הרבים שמחייב תהליך זה.

תהליכי שינוי ארגוניים הכרוכים באקדמיטציה

לשם השגת מטרות העל של תהליך האקדמיטציה נדרשים שינויים ארגוניים רבים. לדוגמה, יש לזהות את התהליכים והתנאים הדרושים כדי לחולל את השינוי, ולהבחין בסיכונים ובהתנגדויות פוטנציאליות לשינוי. על פי פוקס [4], שינוי הוא "המרת מצב אחד במצב אחר", ומצב כזה עשוי לכלול פעילויות, התנהגויות, רגשות, עמדות וסביבה פיזית. דהיינו, בתהליך זה חל שינוי בהיבטים הקשורים לפרטים בארגון ברמה אישית או חברתית, ובהיבטים הקשורים למבנה ולמינהלת הארגון. פוקס [4] טוען, כי שינוי נחשב משמעותי ומשפיע על הפרט בצורה ישירה או עקיפה אם הוא עומד במספר תנאים מוגדרים: הוא אינו נובע משינוי טבעי והדרגתי; הוא חוויה פסיכולוגית חדשה עבור הפרט; הוא מחולל הבדלים ניכרים. בבחינת תהליך האקדמיטציה נראה כי תהליך זה מחולל שינויים רבים, העונים כל אחד בפני עצמו וכולם יחד על הקריטריונים של שינוי ממשי, כפי שמגדירו פוקס [4]. Pongpirul וחב' [16] מוסיפים, שאם בית חולים מבקש לעבור בהצלחה את תהליך האקדמיטציה, עליו ליישם עקרונות ניהול איכות כוללת (TQM = Total Quality Management), לבצע הערכה עצמית של הביצועים, לקיים פעילויות בתחום של אבטחת איכות, להראות מחויבות חזקה לאיכות בכל הרמות וליישם תוכניות של בטיחות המטופל. עם זאת, לא כל העובדים יתפסו שינויים אלו כמשמעותיים וכמשפיעים. לדוגמה, פוקס [4] טוען כי כל שינוי, מעצם העובדה שכל פרט מעריך אותו באופן סובייקטיבי, יכול להיתפס על ידי פרט אחד כמשמעותי ועל-ידי פרט אחר כלא משמעותי, משום שאינו תופס אותו כתהליך המשפיע על חייו. יתר על כן, יכול להיווצר מצב שבו פרט אחד יתפוס את השינוי כהדרגתי והאחר יחווה את השינוי כתהליך פתאומי. מצב זה יכול להיווצר בכל הקריטריונים הקובעים את משמעות השינוי אשר הזכרו לעיל (פעילויות, התנהגויות, רגשות, עמדות וסביבה פיזית). במילים אחרות, הדעות והעמדות של העובדים כלפי השינוי מעצבות את יישום השינוי. נראה, כי עמדות העובדים כלפי שינויים בכלל ושינויים הכרוכים בתהליך האקדמיטציה בפרט, הן משמעותיות ליישום התהליך ולתחושותיו של העובד כלפי השינוי.

עמדות הצוותים המטפלים ביחס לתהליך האקדמיטציה ושיעור רצונם מהתהליך

יישום השינויים של תהליך האקדמיטציה, כפי שתואר קודם, תלוי בעמדות העובדים כלפי התהליך עצמו. פוקס [4] מגדיר עמדה כך: "התייחסות חיובית או שלילית של האדם לתחום כלשהו בסביבתו החברתית". כלומר, הערכה חיובית או שלילית של דבר, מוצר או תופעה כלשהם היא עמדה. פוקס [4] מתאר בספרו שלכל אדם עמדות כלפי שינויים בסביבת עבודתו. עמדות אלו נעות על סולם שבין עמדות חיוביות חזקות ובין עמדות שליליות חזקות. ככל שעמדות כלפי שינוי הן חיוביות יותר, כך האדם יפעל, ישתף פעולה ויזום כדי ליישם את השינוי. לעומת זאת, ככל שעמדות אלו שליליות יותר, כך האדם יתנגד יותר ליישום השינוי. התנגדות זו יכולה להיות סבילה ולהתבטא בחוסר שיתוף פעולה, או פעילה

משמעותית את הביצועים שלהם ב-13 מדדי איכות, כמו ביצוע צנתור תוך 90 דקות מזמן ההגעה, פעולות למניעת עישון ואבחון של תפקוד הלב. במחקר אחר טענו הכותבים שאקדמיטציה קשורה בצורה חיובית לסוגיות רבות: בטיחות המטופל, ניהול הטיפול, שיפור איכות הטיפול, הפחתת סיכונים, תוצאות הטיפול, אחראיות ואמינות של ארגוני הבריאות, למידה ותפיסה ארגוניים, המשכיות הטיפול, תקשורת בין המטפלים, הפחתת עלויות בגין תביעות, סטנדרטים של טיפול, הפחתת זיהומים והיארעות פצעי לחץ [5]. במחקר נוסף שנערך בירדן, בוצע מעקב במשך ארבע שנים אחר שני בתי חולים שעברו אקדמיטציה, והתוצאות הושוו עם בתי חולים שלא עברו אקדמיטציה. נמצא כי בעקבות האקדמיטציה חל שיפור משמעותי בשלושה מדדים: פחות חולים חזרו ליחידה לטיפול נמרץ תוך 24 שעות משחרורם; חלה ירידה בתחלופת הצוות וחל שיפור משמעותי באיכות הרשומה הרפואית; וכל התהליכים הללו לפי חישובים של החוקרים הביאו לחיסכון של 593,000 דולרים במהלך שלוש שנים [8].

בדומה, במחקר שנערך בלבנון נמצא כי מנהלים שהשתתפו בו דיווחו על שיפור בתייעוד ברשומה, בתקני איכות, בקשרים בין ארגוני הבריאות ובשיתוף הפעולה ביניהם – כל זאת בעקבות האקדמיטציה [9]. פרט לתועלת של תהליך האקדמיטציה למוסד עצמו, נראה כי גם עובדי המוסד זוכים לרווחים ממנו. בין היתרונות מסוג זה המיוחסים לתהליך האקדמיטציה יש להזכיר את: ניהול היחסים בין חברי הצוות, מורל אנשי הצוות, ניהול ומנהיגות של ארגוני הבריאות ושיעור רצון של העובדים ממקום עבודתם [9,6]. אף שמאמר סקירה זה עוסק בעמדות הצוות המטפל, ראוי לציין שיתרונות תהליך האקדמיטציה עבור המטופלים כוללים שיפור באיכות הטיפול – בין היתר טיפול מהיר, מוסדר ובטיחותי יותר [7,5]. נוסף על כך, חל שיפור בשיעור רצונם של המטופלים במגוון היבטים כגון תוצאות ואיכות הטיפול, מבנים ציבוריים, ציוד, מראה הסביבה, זמני המתנה, יחס המטפלים, מהימנות ומהירות השירות, דייקנות הצוות, דיוק הרישום, מהירות התגובה של הצוות לבקשות המטופלים, אמינות המטפלים, שיפור באמפתיה ועוד [9-13]. עם זאת, לא בכל המחקרים נמצאו עמדות חיוביות של המטופלים כלפי אקדמיטציה. במחקר גדול בקרב 37,000 מטופלים שנבדקו בו עמדותיהם כלפי תהליך האקדמיטציה, נמצא שהמטופלים לא ראו את תרומת התהליך לקידום איכות הטיפול. לכן, החוקרים הגיעו למסקנה שאקדמיטציה היא רק חלק מהתהליכים הדרושים לשיפור איכות הטיפול [14].

פרט ליתרונות הרבים של תהליך האקדמיטציה שצוינו עד כה, נמצאו במחקרים גם חסרונות של התהליך הכולל תיעוד מיותר, קשיים להבין כיצד לענות על הסטנדרטים של התיעוד, קשיים בעמידה בלוח זמנים צפוף וחוסר מימון הדרוש ליישום התהליך. יתרה מכך, התהליך מחייב והשקעה של זמן וכוח אדם ללא תמריצים מיוחדים לצוותים; ובמקביל גדל מספר המשימות שעל אנשי הצוות לבצע [9,6]. במחקרים נוספים שניסו לאמוד את תהליך האקדמיטציה באמצעות מדדי איכות שונים, התקבלו ממצאים שאינם חד משמעיים. לדוגמה, באחד המחקרים ניסו החוקרים לבדוק את הקשר בין תהליך האקדמיטציה לשמירה על גהות ידיים במדגם גדול של 96 בתי חולים באוסטרליה. המסקנה הייתה שאין קשר ברור בין אקדמיטציה לגהות ידיים [2].

לבסוף, Greenfield וחב' [15], בסקירתם השיטתית על מחקרים שנבדקו בהם הקשרים בין אקדמיטציה לתהליכים חיוביים במוסדות בריאות, הגיעו למסקנה שאין די עדויות אמפיריות ממחקרים כדי להציג קשרים חזקים בין תהליך האקדמיטציה למדדי איכות שונים. לפיכך, לתהליך האקדמיטציה יש יתרונות

לעבוד בבית חולים שעבר תהליך כזה. בנוסף דיווח הצוותים, כי לאחר סיום תהליך האקרדיטציה הם חשים שהתהליך שיפר את שביעות רצונם מהעבודה בבית החולים ואת שביעות רצון המטופלים מהטיפול שקיבלו. חלק מהמשתתפים דיווחו שתהליך זה שיפר את ההנעה (מוטיבציה) שלהם [22]. כמו כן נמצא, כי שביעות רצונם של העובדים תלויה לא רק בתהליך האקרדיטציה עצמו, אלא גם בתנאים סביבתיים שמספק בית החולים בנוסף לאתגרי האקרדיטציה. כאשר תנאים אלו טובים, ניכרת גם שביעות רצון גבוהה של הצוותים מהתהליך [23].

במחקרים שנבדקה בהם שביעות רצונם של המטופלים והמטופלים יחד מתהליך האקרדיטציה, העלו הנתונים שביעות רצון גבוהה של העובדים והמטופלים מהתהליך [24,9]. לעומת זאת, במחקר שנערך במצרים נמצא, כי לא חל שיפור בשביעות

■ **תהליך האקרדיטציה בבתי חולים כרוך בשינויים ארגוניים רבים, כולל שינויים מבניים וניהוליים, תוך זמן קצוב. שינויים אלו מחייבים מאנשי הצוות רמה גבוהה של שיתוף פעולה.**

■ **עמדות אנשי הצוות כלפי תהליך האקרדיטציה בארגון רפואי עשויות להשפיע על יישומו האפקטיבי בטווח הקצר והארוך.**

■ **במחקרים שונים נמצאו עמדות מנוגדות של אנשי צוות לתהליך האקרדיטציה, אך נראה שעמדות הצוות הן לרוב חיוביות ושביעות רצונם מתהליך האקרדיטציה היא לרוב גבוהה.**

באופן מעמיק באף מחקר. לרוב הכוונה היא לשביעות רצון כללית של העובדים בעקבות התהליך או לשביעות רצון מהיבטים מסוימים. במחקרים שבהם נבדקה שביעות רצונם של העובדים מהתהליך עצמו, לא היו הממצאים חד משמעיים, ונראה שנדרשים מחקרים נוספים בתחום זה.

דיון

המאמר הנוכחי נועד לבחון ולהעריך את תהליך האקרדיטציה מזווית מבטם של אנשי הצוות המטפל במחלקות של בתי חולים ממשלתיים. ברוב המחקרים שעסקו בנושא עד כה התמקדו החוקרים ביתרונות ובחסרונות של תהליך האקרדיטציה לעומת איכות הטיפול ובטיחותו, ובהשפעתו של התהליך על הארגון ועל מערכת הבריאות כולה. לעומת זאת, מטרנתו הייתה להעריך את יעילותו של התהליך מנקודת מבטם של אנשי הצוות המטפל. ביצענו הערכה זו על ידי סקירת מאמרים שעסקו בבדיקת העמדות של הצוות המטפל כלפי התהליך ובבחינת שביעות רצונם של אנשי הצוות מהתהליך. עמדות של אנשי הצוות המטפל כלפי תהליך האקרדיטציה חשובות ליישום תהליך האקרדיטציה בבתי חולים כלליים בישראל, משום שעמדות חיוביות, כמו בכל תחום של שינוי ארגוני, יכולות לתרום ליישומו של השינוי הארגוני, בעוד שעמדות שליליות יעודדו התנגדות ליישומו [4].

מחקרם של Kung ו־ Yan [27] העלה, כי ככל שלחברי הצוות

– ואז להתבטא בהתנגדות כמו שביתות וכן הלאה. לטענתו של פוקס [4], עוצמת העמדות תלויה בחשיבות שהפרט מייחס לעמדה שלו, היקף הידע העומד לרשותו בנוגע לעמדה שנקט, מידת הביטחון בעמדה, קשריה של העמדה עם הערכים המרכזיים של הנושא, מידת חלקה של העמדה בזהות העצמית של הפרט ומידת הקיצוניות של העמדה.

עמדות הצוותים המטפלים כלפי תהליך האקרדיטציה, בין אם הן חיוביות ובין אם שליליות, הן גורם חשוב ביישום התהליך ובהצלחתו. לדוגמה, Chen וחב' [6] מצאו, שככל שעמדות הצוות כלפי חשיבות שיפור איכות הטיפול חיוביות יותר, כך גדלה תמיכתו של המוסד בהצטרפות לתהליך האקרדיטציה. במחקרים נוספים שבהם נבדקו עמדות הצוותים כלפי התהליך לא היו תוצאות חד משמעיות. Greenfield ו־ Braithwaite [1] ערכו סקירה שיטתית של 66 מחקרים, שנבדקו בהם היתרונות של אקרדיטציה ועמדות הצוותים, ודיווחו על ממצאים שאינם חד משמעיים. העמדות החיוביות היו קשורות לתפיסת הצוות את תהליך האקרדיטציה ככזה המשפר את ההקפדה על עקביות בתהליכי העבודה ובנהלי העבודה; מקדם בטיחות ותייעוד ברשומות הרפואיות; מעודד עבודה על בסיס גישות סטנדרטיות; מתפקד כבקרה חיצונית טובה לאבטחת האיכות. ההליך נתפס ככזה המשפיע את איכות הטיפול, את התקשורת בין אנשי הצוות ואת המחויבות ליישום שיטות עבודה מומלצות. בנוסף, התהליך איפשר להתמקד בלקוחות ובמטופלים, ושיפר את תהליכי התמיכה בעובדים. העמדות השליליות היו קשורות בעיקר לתפיסת האקרדיטציה ככזו המגבירה את העומס, מעודדת ביורוקרטיה, מסורבלת, עם יחס עלות-תועלת נמוך. בנוסף, הצוותים, במיוחד הרפואיים, העלו חשש לדרך שבה ימדדו שינויים באיכות ובבטיחות הטיפול בעקבות התהליך.

במחקר שערכו Manzo וחב' [17], נבדקה השפעת הלחץ הנתפס של ההנהלה והצוותים האדמיניסטרטיביים לפני אקרדיטציה ואחריה. החוקרים הסיקו כי תהליך האקרדיטציה מעלה את הלחץ הנתפס של העובדים, שבתורו משפיע בצורה שלילית על בריאותם הנפשית והגופנית. יתר על כן, נמצא שלחץ זה נשמר יציב במשך שבועות עד חודשים לאחר מבדק אקרדיטציה. במחקר מדנמרק, שנבדקו בו עמדות של 1,906 רופאים כלפי תהליך האקרדיטציה, והצביע על עמדות חיוביות ושליליות גם יחד, נמצא שכמעט מחצית מהנבדקים (45%) היו בעלי עמדות שליליות כלפי האקרדיטציה. רק 42% מהצוותים האמינו שתהליך האקרדיטציה הוא כלי לשיפור איכות הטיפול; 49% האמינו שהזמן הדרוש ליישום התהליך ארוך מדי; רק 27% האמינו שאקרדיטציה קשורה לאיכות המקצועית של העובדים, ו־78% מתוכם האמינו שאקרדיטציה משפרת את האיכות של הטיפול המקצועי. בנוסף, 60% מהמשתתפים סברו שאקרדיטציה מפחיתה את ההתלהבות של רופאים מעבודתם [18].

Boldy ו־ Grenade [19], מצאו שתהליך האקרדיטציה מעמיד בפני הצוותים המטפלים דרישות תפקיד מוגזמות, שעלויות התהליך גבוהות, ושבמהלך יישומו יש חוסר עקביות בין הנחיות שונות של אקרדיטורים שונים. רופאים, לדוגמה, גילו ספקנות כלפי התהליך [20]. עוד נמצא, שמנהלי בית החולים סברו כי יתרונות תהליך האקרדיטציה אינם מצדיקים את הזמן שמשקיעים אנשי הצוות ביישום התהליך [21]. שביעות רצון של הצוותים המטפלים מתהליך האקרדיטציה לא נבדקה במחקרים רבים, אולם נראה כי הצוותים המטפלים ברובם שבעי רצון מהתהליך כולו או לפחות מחלק ממנו. לדוגמה, במחקר איכותני שנערך בברזיל, דיווחו צוותים על כך שבעקבות האקרדיטציה הם חשים כבוד וגאווה

כלפי התהליך. בניגוד לממצאים המנוגדים הנוגעים לעמדות של הצוותים המטפלים, נראית דווקא שביעות רצון גבוהה של רוב אנשי הצוות מתהליך האקרדיטציה. משמעות הפער הבולט בין העמדות החיוביות של רוב העובדים לתהליך האקרדיטציה ושביעות הרצון הגבוהה שלהם לעומת חלק מצומצם יותר של עובדים המביעים עמדות הפוכות לתהליך, מחייבת הסבר. חשוב לחקור זאת מאחר ששביעות רצון, כפי שתואר כבר קודם, נמצאה במתאם חיובי חזק עם עמדות חיוביות.

יחד עם זאת, חלק מהחוקרים העלו השערה ששביעות רצונם של אנשי הצוות מושפעת אינה ישירות מתהליך האקרדיטציה עצמו אלא גם משינוי בתנאים סביבתיים של מקום העבודה שהם בתורם מעלים את שביעות רצונם של העובדים מהתהליך [23]. בנוסף, סביר להניח שהפער נובע ממגבלות המחקרים החלוקים ביניהם אילו ממרכיבי האקרדיטציה מצריכים מחקר. כלומר, קיימת סבירות שהעמדות השליליות של המטפלים היו כלפי מרכיבים מסוימים בתהליך ושביעות רצון גבוהה הייתה ממרכיבים אחרים בתהליך. לכן, ניתן לסכם שהמחקרים שנעשו בנושא עד כה, מציגים שוני שיטתי רב ולא ניתן להקיש מהממצאים שלהם על כלל הצוותים המטפלים. לנוכח זאת, בעתיד, בנוסף לחקירה של תהליך האקרדיטציה בקרב קבוצות תפקיד שונות, יש גם להתמקד במשתתפים ובשיטות חקירה דומות בהתבסס על כלי מדידה בעלי תוקף ומהימנות גבוהים.

לסיכום

על אף המתח הקיים לעיתים בין עמדות אנשי הצוות לבין תהליך האקרדיטציה, מאפשר התהליך לגייס רמת מעורבות גבוהה של העובדים בארגון ולהעביר את האחריות על תרבות האיכות בארגון להנהלה ולכלל העובדים. באופן זה, תהליך האקרדיטציה מצמצם את ההתנגדות של הצוות, ויכול לשנות עמדות למרות הקושי. כדי להבין את תהליך האקרדיטציה, אנו מציעים שחוקרים יבדקו מהם הגורמים המשפיעים על ההנעה ללמידה ולהעברה של מדדי האקרדיטציה בקרב אנשי הצוות, כדי שנתונים אלו יסייעו לבתי החולים בבואם לארגן תוכניות הכשרה. ●

מחברת מכותבת: מיכל הוכהיזר
 michalho@ariel.ac.il :7"דא"

המטפל יש הבנה טובה יותר של תהליך האקרדיטציה ובבית החולים מוטלת עליהם אחריות רחבה יותר, כך הם יטו להגיע לשליטה עצמית, לבניית חזון משותף וללמידה קבוצתית. כל אלה מגבירים את האפקטיביות של למידה ארגונית שבתורה מקדמת דיאלוג, שיתוף פעולה ויכולות ארגוניות גבוהות. דיאלוג, שיתוף פעולה ויכולות ארגוניות גבוהות יכולים לשנות בהדרגה את תרבות הארגון, ולאפשר לתהליך האקרדיטציה להפוך למערך התומך הארגוני ולכוח המניע של תהליך השינוי, תוך עמידה בצרכים ליישום התהליך בבית החולים. ממצאי המחקרים שעסקו בבדיקת עמדות של אנשי הצוות המטפל כלפי התהליך הם סותרים. בחלק מהמקרים עמדות אלו נמצאו חיוביות ברמה זו או אחרת [1] ובאחרים שליליות [25,17].

סותרות אלו בממצאים יכולות לנבוע מכמה גורמים. הגורם הראשון הוא שיטות מחקר שונות שנקטו החוקרים. הגורם השני הוא העובדה שהמחקרים השונים שנעשו בתחום התבססו על מכלול עמדות (צוות, מטופלים ומשפחות), ובהתאם – המשתתפים השתנו ממחקר למחקר. יתר על כן, סביר להניח, שכפי שהניחו Chen וחב' [6], שקיימת שונות בין אנשי צוות בתפיסת חשיבות של מדדי איכות הטיפול. שונות זו משפיעה על עמדות כלפי תהליך האקרדיטציה. בנוסף, נראה שעמדות כלפי תהליך האקרדיטציה קשורות גם באופן תפיסת העובד את עוצמת השינויים הקשורים בתהליך האקרדיטציה ומידת השפעתם עליו. במקרים שבהם הפרט אינו תופס את השינוי כעוצמתי, השינוי פחות משמעותי עבורו והוא חש שהשינוי אינו משפיע על חייו בצורה שלילית. במקרים אלו הפרט לא יתנגד ליישום השינוי. לעומת זאת, ככל שהפרט חווה את השינוי חזק יותר, הוא תופס אותו כמשמעותי מאד וככזה שיכול להשפיע באופן שלילי על חייו, כך הוא יתנגד יותר ליישום השינוי [4]. הסבר נוסף לסתירה בממצאים יכולה להסביר העובדה שהמחקרים התמקדו בעמדות של צוותים בעלי תפקידים שונים [26]. סביר להניח שעמדות כלפי תהליך האקרדיטציה משתנות בהתאם לתפקיד ובהתאם לאחריות. לנוכח זאת, לא ניתן לסכם באופן חד משמעי שלצוות המטפל עמדות מוגדרות כלפי תהליך האקרדיטציה עצמו וכלפי חלק ממרכיביו.

לכן, מומלץ לחקור את העמדות של הצוותים המטפלים תוך התייחסות לסוג התפקיד ולרמת התפקיד, ובמחקר כזה יעריך כל עובד את תהליך האקרדיטציה מנקודת המבט של תפקידו. יתר על כן, מומלץ גם לחקור את הנושא בשילוב של משתתפים נוספים כגון רמת עומס נתפסת של העובד בעקבות האקרדיטציה ועמדות

ביבליוגרפיה

- Greenfield D & Braithwaite J, Health sector accreditation research: A systematic review. *Int J Qual Health Care*, 2008; 20(3):172-183.
- Mumford V, Greenfield D, Hogden A & al, Disentangling quality and safety indicator data: A longitudinal, comparative study of hand hygiene compliance and accreditation outcomes in 96 Australian hospitals. *BMJ open*, 2014; 4(9):1-8
- משרד הבריאות. תהליך האקרדיטציה/הסמכה בבתי-חולים כלליים. חוזר מס': 2012, 38/2012www.health.gov.il/hozer/MR38_2012. נדלה ב-05.04.2016.pdf
- פוקס ש', הפסיכולוגיה של התנגדות לשינוי. 1998. רמת גן: הוצאת אוניברסיטת בר-אילן
- Bar-Ratson E, Dreier J, Wirtheim E & al, The accreditation program in hospitals: Clalit Health Services experience. *Harefuah*, 2011; 150(4):340-345.
- Chen LW, Nguyen A, Jacobson JJ & al, Relationship between quality improvement implementation and accreditation seeking in local health departments. *Am J Public Health*, 2015; 105(2): S295-S302.
- Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR & al, Hospital performance trends on national quality measures and the association with joint commission accreditation. *J Hosp Med*, 2011;6(8):454-461.
- Halasa YA, Zeng W, Chappy E & al, Value and impact of international hospital accreditation: A case study from Jordan/Valeur et impact d'une accreditation internationale des hopitaux: etude de cas en Jordanie. *East Mediterr Health J*, 2015; 21(2):90-99.

9. El-Jardali F, Hemadeh R, Jaafar M & al, The impact of accreditation of primary healthcare centers: Successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. BMC Health Services Research, 2014; 14(1):86.
10. Aboshaiqah AE, Alonazi WB & Patalagsa JG, Patients' assessment of quality of care in public tertiary hospitals with and without accreditation: Comparative cross-sectional study. J Advanced Nursing, 2016; 72(11):2750-2761.
11. Ajarmah BS & Hashem TN, Patient satisfaction evaluation on hospitals: Comparison study between accredited and non-accredited hospitals in Jordan. European Scientific Journal, ESJ, 2015; 11(32):298-314.
12. Al Tehewy M, Salem B, Habil I & al, Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: Short-term outcomes. Intl J Qual Health Care, 2009; 21(3):183-189.
13. Haj-Ali W, Karroum LB, Natafgi N & al, Exploring the relationship between accreditation and patient satisfaction: The case of selected Lebanese hospitals. Int J Health Policy Manag, 2014; 3(6): 341-346.
14. Sack C, Scherag A, Lütke P & al, Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals. Int J Qual Health Care. 2011; 23(3):278-283.
15. Greenfield D, Pawsey M, Hinchcliff R & al, The standard of healthcare accreditation standards: A review of empirical research underpinning their development and impact. BMC Health Services Research, 2012; 12(1):329.
16. Pongpirul K, Sriratanaban J, Asavaroengchai S & al, Comparison of health care professionals' and surveyors' opinions on problems and obstacles in implementing quality management system in Thailand: a national survey. Int J Qual Health Care, 2006;18(5):346-351.
17. Manzo BF, Ribeiro HC, Brito MJ & al, Nursing in the hospital accreditation process: Practice and implications in the work quotidian. Rev Lat Am Enfermagem, 2012; 20(1):151-158.
18. Waldorff FB, Nicolaisdóttir DR, Kousgaard MB & al, Almost half of the Danish general practitioners have negative a priori attitudes towards a mandatory accreditation programme. Dan Med J, 2016; 63(9):1-5.
19. Boldy D & Grenade L, The accreditation experience: Views of residential aged care providers. Geriatrics, 2002; 20(1):5-9.
20. Stoelwinder J, McNeil JJ & Ibrahim JA, A study of doctors' views on how hospital accreditation can assist them provide quality and safe care to consumers. Melbourne, Australia: Monash University, Department of Epidemiology and Preventive Medicine. 2004.
21. Brasure M, Stensland J & Wellevær A, Quality oversight: Why are rural hospitals less likely to be JCAHO accredited? J Rural Health, 2000; 16(4):324-336.
22. Camillo NR, Oliveira JL, Bellucci Junior JA & al, Accreditation in a public hospital: Perceptions of a multidisciplinary team. Rev Bras Enferm, 2016; 69(3):451-459.
23. Dit Dariel OP & Regnaud JP, Do Magnet® accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-magnet hospitals: A systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports, 2015;13(6):168-219.
24. Belzunegui T, López-Andújar L & Tejedor M, Quality and accreditation of emergency departments. An Sist Sanit Navar, 2010; 33(1):123-130.
25. Elkins G, Cook T, Dove J & al, Perceived stress among nursing and administration staff related to accreditation. Clinical Nursing Research, 2010; 19(4):376-386.
26. Alkhenizan A & Shaw C, Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. Ann Saudi Med, 2011; 31(4):407-416.
27. Yan YH & Kung CM, Investigation of hospital accreditation awareness and organizational learning promotion from nursing staff perspective. Arabian J Bus Manag Review S1, 2016;007.

כרוניקה

איגוד ה־AHA מחזק את עמדתו על השיבות הפעילות הגופנית במניעת תחלואה



אלו להערכת התוקף, היכולת להעריך היענות להנחיות לפעילות גופנית, הישימות עבור המטופל, השילוב במערכת הבריאות השילוב עם גישות מבוססות ראיות לשינוי התנהגות. מבין 23 המכשירים שענו על הקריטריונים לתוקף וישימות, שניים זכו לדירוג הגבוה ביותר: Fitbit One ו־Fitbit Zip. שינוי מעשי משמעותי נוסף להערכת פעילות גופנית ומרשם לפעילות גופנית הוא כיצד לסקור את נתוני פעילות גופנית ברצף העבודה. המלצה נוספת היא להקפיד על פעילות לחיזוק שרירים, אימוני תנגדות ותרגילי גמישות של קבוצות השרירים הגדולות פעמיים בשבוע לפחות. עוד ממליצים המומחים לזהות את הנכונות של כל מטופל לשנות את התנהגותו. למשל, אם אדם הוא בעל הנעה (מוטיבציה) לערוך שינויים באורח חייו, אזי יש להציע יעדים מוגדרים או להפנות לעזרה בקהילה (Circulation. Published online April 4, 2018).

איתן ישראלי

בהצהרה מדעית חדשה מטעם ה־AHA (American Heart Association) נוקטים המומחים גישה מעשית בכל הנוגע לחשיבות פעילות גופנית במניעת מחלות דוגמת אירוע מוח, מחלת אלצהיימר, מחלות לב וכלי דם, ומחלות רבות אחרות. המומחים מדגישים את העדויות העדכניות בנושא, מציעים פתרונות אפשריים והמלצות לגישה שתוביל לשינוי מערכתי בנושא. לדברי המומחים, עד כה לא פורסמו המלצות סטנדרטיות בנושא ולמעשה ההחלטה אם להמליץ על פעילות גופנית הייתה נתונה בידי הרופא. ה־AHA כולל אורח חיים פעיל גופנית כאחד משבעה גורמים ברשימת שבע ההתערבויות הפשוטות להפחתת הסיכון למחלות לב וכלי דם ולשיפור המצב הבריאותי. המסמך החדש בן 33 העמודים מתבסס על הנחיות קודמות של האיגוד להערכת פעילות גופנית למטרות קליניות ומחקר יישומי, ואף משלים אותן. הכותבים בחנו ודירגו גם את מדדים נישאים לניטור הפעילות. הם בחנו מדדים