

אפקטיביות הצוות הבין־מקצועי: מיתוס או מציאות? השפעת גורמים אישיים וארגוניים על העבודה בצוותים בין־מקצועיים במערכת הבריאות בקהילה

מאת ענת פרוינד* וענת דרך־זהבי**

קידום המטרות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתמקד בטיפול בלקוח וביצירת מעברים "ללא תפרים" הן בתוך המרפאות בקהילה והן בין הקהילה לבית־החולים, ולכך כוונה עבודת הצוות המתפתחת במרפאות. במחקר הנוכחי נבדקה עבודת הצוות במרפאות הקהילה בשלבים הראשונים של הטמעתה. מטרות המחקר הן להציג תמונת מצב של עבודת צוות בין־מקצועי בקהילה מנקודת הראות של הפרופסיות המשתתפות בצוות, לזהות גורמים, אישיים וארגוניים, ולהציע מודל, הרואה במחויבויות השונות, ובקונפליקטים המתעוררים ביניהן, משתנים המתווכים בין גורמי ההשפעה האישיים והארגוניים ובין האפקטיביות של הצוות הבין־מקצועי, ולבחון אותם. המחקר נערך ב־70 מרפאות, שנדגמו בצורה אקראית, והקיף 683 אנשי מקצוע (מנהלים אדמיניסטרטיביים, רופאים, אחיות ואנשי מקצועות פְּרָה־רפואיים), שהתבקשו לענות על שאלונים סגורים.

מבוא

בעידן, שבו מערכות בריאות מטמיעות רפורמות ואסטרטגיות חדשות במגמה להתאים את עצמן למגבלות ולצרכים של החברה המודרנית, רבים מגיעים למסקנה, שצוותים בין־מקצועיים נחוצים על־מנת להבטיח יעילות פנים־ארגונית מחד גיסא (Peiro & Gonzales-Roma, 1992; Williams & Laungani, 1999), וגישה אינטגרטיבית ויעילה

* בית־הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה, חיפה.
** החוג לסייעוד, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה.
המחברות מבקשות להודות לקרן גרטנר על תרומתה למחקר הנוכחי.

לניהול ולשיפור איכות הטיפול מאידך גיסא (Goodman, 1986; Sundstrom et al., 1990; West, 1994; Williams & Laungani, 1999). נסט ופולטון מצטטים את המסקנות של ועדה לאומית בריטית (NHSME), שחקרה את הדרכים ליישום רפורמות במערכת הבריאות, וקבעה, ש"התוצרים הטובים והיעילים ביותר לחולים וללקוחות יושגו כאשר מומחים יעבדו יחד, ילמדו יחד, יעסקו בחישוב תועלות כלכליות יחד, ויציעו שיפורים ושינויים להבטחת התקדמות בשירות ובטיפול." (West & Poulton, 1997, p. 207). "לצוותים בין-מקצועיים יש תפקיד מרכזי ביהוי צורכי בריאות, תכנון, תיאום והספקת שירותי בריאות. צוותים אלה מאפשרים הטמעת גישה כוללנית ויעילה יותר בניהול ובשיפור איכות השירות." (שם, עמ' 7). חשיבות מיוחדת לאפקטיביות של צוותי בריאות קיימת לאור העובדה, שללקוח הבריאות יש היום מה לומר על מהלך הטיפול (קיי, 2003).

הצוות הבין-מקצועי ומאפייניו

ראשית, לחברי הצוות יש אחריות משותפת להשגת מטרות משותפות הקשורות לעבודתם. עליהם לקיים פעילות-גומלין רצופה זה עם זה על-מנת להשיג מטרות משותפות אלה, באופן אידיאלי, באמצעות השתתפות בישיבות צוות סדירות. לחברי הצוות יש תפקידים מוגדרים במידה סבירה, כאשר חלק מן התפקידים מובחנים (למשל, בצוות טיפול ראשוני – רופאים, אחיות, ופקידות קבלה), ויש להם זהות ארגונית של חברי צוות בעלי פונקציה ארגונית מוגדרת. לבסוף, הצוות אינו גדול כל כך והוא אינו מוגדר כארגון. באופן כללי, מן הראוי שצוות ימנה פחות מ-20 חברים (West & Poulton, 1997).

לצוותי טיפול בקהילה, ובמיוחד לרופאים, לאחיות, ולעובדים סוציאליים, לאחיות "טיפת חלב", לפקידות קבלה ולמנהלי מרפאות-אדמיניסטרטיביים ורפואיים – יש אחריות משותפת, ומטופלים משותפים, בדאגה לקידום הבריאות של האוכלוסייה המקומית. אולם, המידה שבה יש לאחריות קולקטיבית הכרה ברורה בצוות, וחברי הצוות פועלים על-פיה באופן אקטיבי, משתנה מצוות לצוות. באופן דומה, בהירות המטרות המשותפות משתנה ממטרות צוות שנתיות המוגדרות באופן ברור, לחזון מעורפל של קידום הבריאות של האוכלוסייה המקומית.

גם פעילות-הגומלין בין חברי הצוות משתנה מצוות לצוות: יש צוותים המקיימים פגישות קבועות כדי לבחון את האסטרטגיות, המטרות ותהליכי הצוות, ויש צוותים שאינם מקיימים פגישות צוות כלל. אולם, בדרך-כלל יש הגדרות תפקיד ברורות למדי, ויש בידול בין התפקידים השונים.

בהמשך לכך, במקרים שבהם צוותי טיפול בקהילה ממוקמים במבנה משותף, יש להם זהות ברורה למדי של צוות ארגוני. גודל הצוותים הקיימים נע מצוותים קטנים של 4–5 אנשים עד מרפאות גדולות היכולות להכיל גם 40–50 מטפלים (Poulton & West, 1999). לאור השונות הרבה בין הצוותים, תת־הפרק הבא יציג ממצאי מחקרים הבוחנים את מידת האפקטיביות של הצוות הבין־מקצועי.

סינרגיה בצוות בין־מקצועי: מיתוס או מציאות?

עדויות אמפיריות מצביעות על כך, שעבודת צוותי בריאות בין־מקצועיים בקהילה משרתת את איכות השירות: האבחון מקיף יותר, הטיפול והמעקב רצופים, ושיעור ההצלחה של הטיפול גדל (Adorian, et al., 1990; Jones, 1992; Poulton, 1995; Wood, Farrow & Elliott, 1994). לדוגמה, ג'ונס (Jones, 1992) השווה בין טיפול בצוות בין־מקצועי לטיפול מסורתי ומצא, שבקרב לקוחות המטופלים בצוות בין־מקצועי פחת שיעור האשפוזים והניתוחים, וביקורי רופא נוצלו יותר למטרות ניהול בריאות מאשר להתערבות במצבי חולי, בהשוואה למשפחות מקבילות בקבוצת הביקורת. בנוסף לכך, עבודה בצוות בין־מקצועי שיפרה את ההנעה של המשתתפים בצוות, את היעילות הארגונית, ואת החדשנות שגילו הצוותים (Poulton, 1995; West & Wallace, 1991; Wood et al., 1994).

אולם, למרות ממצאים מבטיחים אלה, גוברות הטענות בקרב אנשי יישום ומחקר, המצביעות על פערים רבים בין רצוי למצוי, ובין מיתוס ומציאות בעבודת הצוותים הבין־מקצועיים. לדוגמה: הוועדה הלאומית הבריטית (NHSME) מציינת במסקנותיה, ש"מוטות שליטה נפרדים, מערכות תגמולים נפרדות המובילות לחשדות הדדיים, מטרות שונות, חסמים מקצועיים ופערים נתפסים בסטוס, כל אלה ממלאים תפקיד בהגבלת הפוטנציאל הטמון בעבודת צוותים בין־מקצועיים ובין מחלקתיים... עבור העובדים בתנאים אלה עבודת צוות יעילה היא לא יותר מאשר אשליה." (Poulton & West, 1999, p. 7).

מחקרים שניסו לזהות את החסמים לעבודת הצוות הבין־מקצועי התמקדו בעיקר בגורמים ברמת הצוות, והצביעו על גורמי מפתח בכניית הצוות הבין־מקצועי ובתהליכי עבודתו, העשויים לשפר או לעכב את האפקטיביות של התוצרים. בין החסמים שהועלו היו: תלות הדדית נמוכה בעבודת השותפים בצוות, העדר מטרות משותפות, והעדר ישיבות צוות סדירות (Ankarlo, 1992; Armstrong, Taverbie & Johnston, 1994; Cant & Killoran, 1993; Guzzo & Shea, 1994; Wiles & Robison, 1992); מאבקי כוח והוסר אמון בין השותפים (Ankarlo, 1992).

1992; West & Field, 1995); והעדר תהליכי בניית צוות ותוכניות הכשרה והדרכה משותפות (Cant & Killoran, 1993; West & Field, 1995).

יחד עם זאת, ניתן לזהות גורמים נוספים ברמת הפרט או הארגון, המעכבים או מעודדים עבודת צוות בין-מקצועי. אי לכך, פרקי המשנה שלהלן יעסקו בויהוי גורמים אישיים – מחויבות לארגון ומחויבות למקצוע – וגורמים ארגוניים – הבניית תפקיד ביורוקרטית ואורגנית – המעכבים או מעודדים עבודת צוות בין-מקצועי.

גורמים אישיים: מחויבות לארגון ומחויבות למקצוע כמשפיעים על עבודת הצוות

מנהלים במערכות בריאות מתלבטים בשאלה כיצד ניתן להניע מומחים מן הפרופסיות השונות לעבוד בצוות בין-מקצועי (Carson et al., 1999). מבחינה מחקרית נמצא, שלעמדות כלפי העבודה, כמו אמונה במטרות ובערכים ארגוניים, יש השפעה חיובית על הרצון לתרום לארגון ולקדמו, בעוד שלמחויבות למקצוע יש השפעה שלילית על הרצון לתרום לארגון (Allen & Meyer, 1996; Galunic & Anderson, 2000; Mannhiem & Papo, 2000).

מחויבות לארגון מוגדרת כמידת הבולטות היחסית של עמדות כלפי עולם העבודה, כפי שהדבר בא לידי ביטוי במידת העיסוק המחשבתי, הרעיוני והרגשי שהעובד משקיע כלפי הארגון שהוא מועסק בו (Allen & Meyer, 1996). בדיווחי מחקרים נמצא, שעובד המפתח מחויבות גבוהה לארגון יעדיף להשקיע משאבים אישיים בארגון שהוא נמצא בו, ולא יחפש תעסוקות חלופיות (Brett, Corn & Slocum, 1995). השקעה כזו תביא לעבודה מקצועית יותר, יעילה יותר ושירות טוב יותר ללקוחות (Romzek & Hendricks, 1982). מחויבות לארגון התגלתה כמחויבות החשובה ביותר בהשפעותיה על תוצאות עבודה מחד גיסא, ועל רצונו של העובד להישאר בארגון, מאידך גיסא (Allen & Meyer, 1996; Somers & Birnbaum, 2000).

כמו-כן נמצא, שמחויבות לארגון היא מחויבות רב-ממדית ובעלת יכולת השינוי הגבוהה ביותר מחד גיסא, ומאידך גיסא גם המחויבות בעלת ההשפעה החזקה ביותר על רצונו של העובד להישאר בארגון (Randall & O'Driscoll, 1997). לפיכך, יכולתו של ארגון ליצור מחויבות גבוהה אצל עובדיו תספק מצע המאפשר לעובדים להתמיד במקום עבודתם הנוכחית וגם לענות על צרכים ומטרות של הארגון (Cohen, 1999). המחקר העדכני בנושא המחויבות לעבודה מצביע על כך, שלמחויבות לארגון ולמקצוע יש השפעות רחבות היקף על תוצאות עבודה. מחויבויות אלה, נמצאו

כמשפיעות על האפקטיביות של ארגון (Angle & Perry, 1981), על ביצועי תפקיד (Schappe, 1998), על נטיות לעזוב את הארגון (Cohen, 2000), ועל התנהגות אורחית בארגון (Organ & Ryan, 1995). המחקר הנוכחי יוצא מתוך הכרה בהשפעתן הרבה של מחויבויות אלה על תוצאות עבודה ומניח, שלמחויבות לארגון ומחויבות למקצוע תהיה השפעה על עבודה בצוותים בין־מקצועיים, היינו תוצאות עבודה (Coetsee, 1999). בארגוני בריאות, מטרת הארגון היא לספק מקסימום שירותי בריאות באופן היעיל, המקצועי והנכון ביותר. מחקרים מראים, שעבודה בצוותים בין־מקצועיים מאפשרת לארגון בריאות, כמו לארגונים אחרים, לממש את מטרות הארגון לתת שירותי בריאות מקצועיים ויעילים לטובת הלקוחות. מחויבות גבוהה לארגון, המתבטאת באמונה בערכים ובמטרות של הארגון, תשפיע על־פי תפיסת המחקר הנוכחי על הרצון לפעול בצוות בין־מקצועי ולקדם מטרות ארגוניות באמצעות צוותים בין־מקצועיים.

מחויבות למקצוע מוגדרת כמידת הבולטות היחסית של עמדות כלפי המקצוע (הפרופסיה), כפי שהיא באה לידי ביטוי במידת העיסוק המחשבתי, הרעיוני והרגשי, שהעובד משקיע בהתפתחותו המקצועית (Kanungu, 1982). מבחינה מחקרית נמצא, שלעתים העמדות של מחויבות לארגון ומחויבות למקצוע נמצאות בקונפליקט, באופן שהשקעת משאבים אישיים בהתפתחות מקצועית אישית באה על חשבון השקעת משאבים בארגון (Carmeli & Freund, 2002). מחויבות למקצוע נמצאה בספרות כגורם מרכזי וחשוב בחיי העובד. מחויבות גבוהה למקצוע מעידה על עובד שהוא מחויב למטרות עיסוקו, לאוטונומיה מקצועית המעידה על מנדט חברתי מקובל, התבססות על ערכים של אתיקה מקצועית, תחושת זהות עם עמיתים, ולערכים המנחים את המקצוע. עובד כזה ישקיע משאבים אישיים רבים על־מנת לקדם את התחום שהוא עוסק בו, לעתים על חשבון התמקדות במחויבויות אחרות הנדרשות מן הסביבה הארגונית שהוא עובד בה. בהמשך לכך, המחויבות הראשונה של עובד בעל מחויבות גבוהה למקצוע, תהיה מול מקצועו ורק לאחר מכן כלפי התנהגויות ארגוניות אחרות (Cappelli, 2000). כתוצאה מכך, אצל עובד הנמצא בצוות בין־מקצועי והוא מחויב לתחום עיסוקו, עלול להתפתח קונפליקט מחויבויות בין ההזדהות עם תחום עיסוקו, מטרותיו וערכיו ובין ההזדהות עם ערכים ומטרות של הצוות הבין־מקצועי, המאופיין בתחומי עיסוק מגוונים (Carmeli & Freund, 2004).

למרות ההשפעה הרבה של מחויבות לארגון ומחויבות למקצוע על תוצאות עבודה, כמעט לא נמצאו דיווחי מחקר העוסקים בהשפעתן של עמדות אלה על העבודה בצוותים בין־מקצועיים. ניתן להניח, שמחויבות לארגון המבטאת רצון לתרום לארגון, תתבטא גם באפקטיביות הצוות הבין־מקצועי. מאידך גיסא, ניתן להניח, שלא יימצא קשר בין מחויבות למקצוע, המבטאת רצון לפיתוח אישי מקצועי, לאפקטיביות של הצוות הבין־מקצועי. המחקר הנוכחי מציע לבחון שאלות אלה.

גורמים ארגוניים: הבניית תפקיד ביורוקרטית מול אורגנית כמשפיעים על עבודת צוות בין-מקצועי

היות שצוותים בין-מקצועיים מקננים בתוך ארגונים, עלה הצורך לבחון גם את השפעתם של חסמים אורגניים על אפקטיביות הצוותים. מומחים בארגונים בכלל, ובמערכת הבריאות הראשונה בקהילה בפרט, מצפים שיכירו במומחיותם, המקנה להם את הזכות לאוטונומיה בעבודה, לקבלת החלטות עצמאית, ולמעורבות בתהליכי קבלת החלטות (Hackman & Oldham, 1980). ציפיות אלה נמצאות לעתים קרובות בקונפליקט עם תפקידם כחברים בארגונים ביורוקרטיים (Bacharach, Bauer & Conley, 1986). בארגונים ביורוקרטיים נעשים מאמצים ליצור ודאות באמצעות הבניית תפקיד ביורוקרטית, דהיינו מרכזו הסמכות, הִשְׁגָּה ופורמליזציה של העבודה (Bacharach, 1990). אולם, עבור מומחים יצירת ודאות באמצעות הבניית תפקיד ביורוקרטית כזו נמצאת בקונפליקט עם האתוס המקצועי, הגורס שהשליטה באי-ודאות היא היתרון של המומחה (Bamberger, Bacharach & Dyer, 1990; Hackman, 1985; Jackson & Schuler, 1985). לקונפליקט זה יש השלכות על תחושות הניכור של העובד, על עמדותיו כלפי הארגון, ועל "התחפרות" בתוך הגומחה המקצועית שלו, על חשבון העבודה בצוות בין-מקצועי. משום כך ניתן להציע, שהבניית תפקיד ביורוקרטית תפחית את האפקטיביות של העבודה בצוות בין-מקצועי.

סוג אחר של פיקוח, הנראה הולם יותר את ציפיות המומחים, היא הבניית תפקיד אורגנית, דהיינו "תכלול אדם-תפקיד" (Bacharach, 1990). על-פי מנגנון זה הארגון מוודא שהעבודה מתבצעת לא באמצעות הבְּנֵיהַ ביורוקרטית, אלא בדרך של הספקת משאבים למומחה, כמו משוב, הזדמנויות לאחריות והשפעה בעבודה. כאשר משתמשים במנגנון זה כדרך לפיקוח, האפקטיביות מתקבלת עקב יצירת הזדהות עם התפקיד (Hackman & Oldham, 1980), ולפיכך היא עשויה לפתח עמדות כמו מחויבות לארגון (Freund, 2005) ונכונות לעבודה בצוות בין-מקצועי. כלומר, ניתן להניח, שהבניית תפקיד אורגנית תשפר את האפקטיביות של העבודה בצוותים בין-מקצועיים.

לסיכום: לאור החשיבות הרבה של עבודת צוות שהוצגה כאן, והיות שצוותים בין-מקצועיים אלה מקננים בתוך ארגונים, עולה הצורך לבחון את השפעתם של חסמים ארגוניים ואישיים על האפקטיביות של הצוותים. לפיכך יוצע כאן מודל לפיו האופן, שבו הארגון מבנה את התפקיד לאיש המקצוע בארגון (הבְּנֵיהַ ביורוקרטית או אורגנית), מבנה לו תקשורת, משוב ותיאום, המשפיעים על עמדות שהפרט מפתח כלפי הארגון והמקצוע שלו (מחויבות לארגון, מחויבות למקצוע), ועמדות אלה, בתמורה, ישפיעו על האפקטיביות של הצוות הבין-מקצועי. רציונל למודל

זה ניתן לשוב ממודלים טיפוסיים של תשומות-תהליך-תפוקות, האופייניים למחקר בצוותים (למשל, Kirkman & Rosen, 1999; Hackman & Morris, 1975; Gladstein, 1984; Campion et al., 1996).

מודלים אלה מבחינים בין מאפייני התפקיד האובייקטיביים ובין תהליכים פנימיים ואפקטיביות הנובעים ממאפייני התפקיד. כל אותם מודלים מערבים בתוכם תהליך תלת-שלבי: המנהיגים נוקטים אמצעים שונים בשלב ראשון (תשומות: הבניית תפקיד), אמצעים אלה משפיעים על החוויות של העובדים בשלב שני (תהליך: מחויבות לארגון ולמקצוע), ותוצרים חשובים נובעים מחוויות חיוביות של העובדים בשלב השלישי (תפוקות: אפקטיביות העבודה בצוות בין-מקצועי). יתר על כן, הקמן ומוריס (Hackman & Morris, 1975) טענו, שהאופן שבו המשימה מובנית לצוות (הבניית תפקיד ביורוקרטית ואורגנית) הוא אחד הגורמים החשובים ביותר המובילים לתהליכים חיוביים ולאפקטיביות גבוהה. ביתר דיוק, המודל המוצע רואה במחויבות למקצוע ובמחויבות לארגון משתנים המתווכים בין רמת הארגון (הבניית תפקיד) לרמת הצוות (אפקטיביות הצוות הבין-מקצועי) (ראו איור מס' 1 להלן).

מטרות המחקר והשערות המחקר

מטרת המחקר הראשונה היתה להציג תמונת מצב של עבודת צוות בין-מקצועי בשירותי בריאות ראשוניים בקהילה מנקודת הראות של הפרופסיות השונות המשתתפות בצוות (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים). המחקר ביקש לענות על שאלות כמו: מהי הנכונות של קבוצות העובדים מן הפרופסיות השונות לעבוד בצוות בין-מקצועי? מהי מידת פעילות-הגומלין בצוות על-פי תפיסת הפרופסיות השונות? באילו תחומים עוסק צוות בין מקצועי וכדומה.

מטרת המחקר השנייה היתה לזהות גורמים אישיים (מחויבות לארגון ומחויבות למקצוע) המהווים גורמים המניעים או מעכבים את האפקטיביות של צוות בין-מקצועי. מטרה זו ניתן להשיג באמצעות מחקר שדה מתאמי. השערות המחקר היו: (א) יימצא קשר חיובי בין מחויבות גבוהה לארגון ובין האפקטיביות של העבודה בצוות בין-מקצועי; (ב) לא יימצא קשר בין מחויבות גבוהה למקצוע ובין האפקטיביות של העבודה בצוות בין-מקצועי.

מטרת המחקר השלישית היתה לזהות גורמים ארגוניים (הבניית תפקיד ביורוקרטית מול אורגנית) המהווים גורמים המניעים או מעכבים את האפקטיביות של צוות בין-מקצועי. גם מטרה זו ניתן להשיג באמצעות מחקר שדה מתאמי. השערות המחקר היו: (ג) יימצא קשר שלילי בין הבניית תפקיד ביורוקרטית ובין האפקטיביות של

העבודה בצוות בין-מקצועי; (ד) יימצא קשר חיובי בין הבניית תפקיד אורגנית ובין האפקטיביות של העבודה בצוות בין-מקצועי.

לבסוף, מטרת המחקר הרביעית היתה לבחון את המודל המוצע, הרואה במחויבות המקצועית, ובמחויבות הארגונית, משתנים המתווכים בין רמת הארגון (הבניית תפקיד: ביורוקרטית ואורגנית) ורמת הצוות (אפקטיביות הצוות הבין-מקצועי) (ראו איור מס' 1).

איור מס' 1. מודל מתווך לתיאור הקשר בין גורמים ארגוניים (הבניית תפקיד) ואישיים (מחויבות לארגון ולמקצוע) על עבודה בצוותים בין-מקצועיים בבת-חולים



גם מטרה זו ניתן להשיג באמצעות מחקר שדה מתאמי. השערות המחקר היו: (ה) בעוד שהבניית תפקיד אורגנית תוביל לאפקטיביות של עבודת צוות בין-מקצועי באמצעות השפעתה על המחויבות לארגון, לא תימצא השפעה מתווכת של מחויבות לארגון בקשר שבין הבניית תפקיד ביורוקרטית ובין האפקטיביות של עבודת צוות בין-מקצועי; (ו) לא תימצא השפעה מתווכת של מחויבות למקצוע בקשר שבין הבניית תפקיד ביורוקרטית ואורגנית ובין האפקטיביות של עבודת צוות בין-מקצועי.

שיטת המחקר

1. אוכלוסיית המחקר

המחקר נערך ב-70 מרפאות שנדגמו בצורה אקראית מתוך רשימות ארציות של שתי קופות חולים: שירותי בריאות כללית וקופת חולים לאומית (קופת חולים מכבי וקופת חולים מאוחדת סירבו להשתתף במחקר). כל המרפאות שנדגמו שיתפו פעולה והשתתפו במחקר (100 אחוזי היענות ברמת המרפאה). בשלב הראשון נערכו ראיונות מקדמיים עם מנהלים אדמיניסטרטיביים במספר קופות, על-מנת לזהות את מבנה הצוותים במרפאות. בשלב השני, בעקבות ראיונות אלה, זוהו צוותים קבועים למדי

במרפאות, אשר הורכבו מעובדים שעבדו יחד על נושאים משותפים. ממצאי הראיונות הראו, שלמרות שלכל אחד מבעלי התפקידים השונים במרפאה היה תפקיד מוגדר ומובחן, עדיין פעלו חברי הצוות בפעילות־גומלין קבועה להשגת מטרות משותפות של איכות הטיפול. בהמשך לכך, הם נעזרו זה בזה בכל הנוגע למידע ולעזרה אינסטרומנטלית באמצעות מספר מבנים קבועים, כגון: ישיבות צוות פורמליות ולא־פורמליות, תקשורת בכתב ובעל־פה וכדומה.

המדגם כלל 800 שאלונים שחולקו במרפאות למנהלים אדמיניסטרטיביים, לרופאים, לאחיות, ולבעלי מקצועות פרה־רפואיים אחרים. מתוכם הוחזרו 720 שאלונים. העיבוד הסופי כלל רק 683 שאלונים: 37 שאלונים לא נמצאו מתאימים משום שחסרו בהם נתונים רבים. שיעור ההיענות עמד אפוא על 85 אחוזים.

2. מדדים

(1) האפקטיביות של הצוות הבין־מקצועי. באופן הרחב ביותר, אפקטיביות מוגדרת במונחים של הצלחה או כישלון להשיג את המטרות הרצויות (Vilkin, Hallan & Doggett, 1992). יחד עם זאת, במסגרת ארגונית הבריאות הגדרה זו היא בעייתית, משום שבעלי עניין שונים (מטופלים, עובדים, הנהלה) מעוניינים בתפוקות שונות ולעתים אף סותרות מן הצוותים הבין־מקצועיים. לדוגמה: מטופלים מבקשים לקבל טיפול איכותי, הנהלות מדגישות יותר התייעלות, ואילו העובדים שמים דגש על תהליכים פנימיים בצוות. יוצא אפוא, שהאפקטיביות של הצוותים תלויה במידה רבה במדד האפקטיביות המשמש להערכתם (Poulton & West, 1999). הכרה בבעייתיות זו הובילה לגישה אינטגרטיבית ("constituency approach"; Connally, 1986; Bedeian, 1980; Conlan & Deutsch, 1980), המבקשת לשלב את ההשקפות של כל בעלי העניין החשובים בהערכת האפקטיביות של הצוותים הבין־מקצועיים, באופן שהאפקטיביות תימדד באמצעות מספר אינדיקטורים, במקום במדד משולב אחד. בהתבסס על תפיסה זו נמדדה האפקטיביות במחקר זה באמצעות המדד של פולטון ונסט (Poulton & West, 1994), המכיל 4 תת־סקאלות: 8 פריטים מתייחסים לייעילות ארגונית, כגון שמירה על מסגרת התקציב. פריט לדוגמה: "שימוש יעיל בתקציבי המרפאה וזהה כמדד לפרקטיקה טובה בצוותי טיפול רפואי ראשוני. באיזו מידה אתה חושב שהצוות שלך משתמש בתקציבו ביעילות?" ($\alpha=.88$); 5 פריטים על טיפול ממוקד בלקוח, כגון הספקת מידע שוטף לחולה וקשר עם גורמים מטפלים אחרים. פריט לדוגמה: "ישום הטיפול הקהילתי דורש שיתוף פעולה הדוק בין צוות טיפול רפואי ראשוני וסוכנויות אחרות. באיזו מידה חברי הצוות משתפים פעולה עם סוכנויות אחרות?" ($\alpha=.84$); 6 פריטים מתייחסים לאסטרטגיות איכות הטיפול בארגון, כגון איתור צורכי לקוחות, פיתוח צוות וכדומה. פריט לדוגמה: "מרפאות צריכות לחבר פרופיל צרכים

בריאותיים עבור אוכלוסיית המרפאה שלהם ומטרות מוסכמות להתערבות. באיזו מידה מעורב הצוות שלך בפיתוח וקביעת מטרות להתערבות?" ($\alpha=.91$): 6 פריטים מתייחסים לתהליכי עבודת הצוות, כגון הערכה הדדית לתפקידים השונים, או תקשורת בצוות. פריט לדוגמה: "עבודת צוות בין-תחומית בטיפול רפואי ראשוני, המאופיינת בעבודה משותפת (שיתוף במטרות, תקשורת טובה ורמות גבוהות של פעילות-גומלין והשתתפות, וזוהתה כמדד לפרקטיקה טובה. באיזו מידה אתה מעריך ששיתוף פעולה צמוד מאפיין את הצוות שלך?" ($\alpha=.85$); כל הסקאלות הוערכו על-גבי סולם ליקרט: $M^1 =$ בכלל לא, עד $7 =$ במידה רבה.

(2) מידת פעילות-הגומלין בצוות בין-מקצועי. מדד זה מתייחס למידת פעילות-הגומלין, הפורמלית והלא-פורמלית, בצוות הבין-מקצועי (West, 1994). משתנה זה נמדד באמצעות שאלון דיווח עצמי בן 4 פריטים, שפיתח וסט (שם). פריט לדוגמה: "בכמה ישיבות צוות השתתפת בחודש האחרון?" ($\alpha=.88$). הסקאלה הוערכה על-גבי סולם ליקרט: $M^1 =$ בכלל לא, עד $7 =$ במידה רבה.

(3) נכונות לעבודה בצוות בין-מקצועי. מדד זה מתייחס לעמדות עובדים מן הפרופסיות השונות כלפי השתתפות בצוותים בין-מקצועיים. משתנה זה נמדד באמצעות שני פריטים: "על-פי תפיסתי המקצועית חשוב לעבוד בצוות רב מקצועי", ו"על-פי תפיסתי המקצועית אני מעדיף לעבוד באופן יותר עצמאי ופחות בעבודת צוות". הסקאלה הוערכה על-גבי סולם ליקרט: $M^1 =$ בכלל לא, עד $7 =$ במידה רבה ($\alpha=.81$).

(4) מחויבות למקצוע. זהו משתנה שנמצא בספרות כתכונה של עובד המאמין שעיסוקו הנוכחי הוא החשוב ביותר, המשמעותי ביותר עבורו. לפיכך חשוב לו להשקיע את מרבית משאביו בעיסוקו הנוכחי (Kanungo, 1982). המדד שהוצע כדי לבדוק את המשתנה של מחויבות למקצוע הוא המדד של קנונגו משנת 1982, הבוחן מעורבות בעיסוק (Job Involvement) ומכיל 10 פריטים. טווח התשובות משתרע על-פני סולם בן 7 אפשרויות: $M^1 =$ מאוד לא מסכים, עד $7 =$ מסכים מאוד. פריט לדוגמה: "הדברים החשובים ביותר שקורים לי הם בתחום העיסוק הנוכחי שלי." ($\alpha=.86$).

(5) מחויבות לארגון. במחקר הנוכחי נבדקו שתי מחויבויות לארגון: מחויבות המשכית ומחויבות אפקטיבית. מחויבות המשכית לארגון מוגדרת כמחויבות שהעובד מפתח כלפי הארגון כתוצאה משיקולי רווח והפסד. כלומר, תחושה סובייקטיבית של העובד לפיה השקעותיו בארגון עומדות ביחס הוגן לתגמולים שהוא מקבל מן הארגון (Allen & Meyer, 1996). מחויבות אפקטיבית לארגון מוגדרת כאמונה של העובד בערכים ובמטרות של הארגון, בתחושה חיובית כלפי עמדות הארגון ובמעורבות גבוהה של העובד בארגון (שם). לפיכך, עובדים שיש להם מחויבות אפקטיבית גבוהה לארגון יישארו בו, מפני שהם רוצים להישאר, ואילו עובדים בעלי מחויבות המשכית גבוהה לארגון יישארו בארגון מפני שהדבר כדאי להם (Allen & Meyer, 1990). לבדיקת המחויבות לארגון

נמצאו שני מדדים: מחויבות אפקטיבית, מדד בן 8 פריטים על־פי אלן ומאייר (שם). פריט לדוגמה: "אני באמת מרגיש כי בעיות המרפאה הן שלי." ($\alpha=.89$). מחויבות מתמשכת, גם הוא עם מדד בן 8 פריטים. פריט לדוגמה: "יהיה לי מאוד קשה לעזוב את המרפאה הנכחית אפילו אם ארצה בכך." ($\alpha=.81$). טווח התשובות משתרע על־גבי סולם בן 7 אפשרויות: מ־1 = מאוד לא מסכים, עד 7 = מסכים מאוד.

(6) הבניית תפקיד ביורוקרטית. זו מוגדרת כמידה שבה הארגון מפקח על ביצוע התפקיד באמצעים ביורוקרטיים, כגון פורמליזציה רבה, קביעת נהלים וחוקים, תיעוד מדויק, והשגֶרָה של תהליכי העבודה (Bacharach et al., 1990). הבניית תפקיד ביורוקרטית הוערכה באמצעות שאלון, שפיתחו בכרך ועמיתיו (שם), והוא כולל 4 תת־סולמות: השגרה, לדוגמה: "עליי לבצע משימות שונות בכל יום." (פריט הפוך). (3 פריטים. $\alpha=.85$), קיום חוקים, לדוגמה: "בדרך־כלל עליי לבצע בעבודתי תהליכי עבודה קפדניים." (3 פריטים. $\alpha=.70$), פורמליזציה, לדוגמה: "קיים תיאור תפקיד כתוב של עבודתי." (6 פריטים. $\alpha=.70$), ותיעוד, לדוגמה: "בארגון קיים תיעוד של הערכת ביצוע העובדים." (3 פריטים. $\alpha=.72$). כל המדדים עובדו לשאלון אחד, שכלל שאלות סגורות. טווח התשובות השתרע על־גבי סולם בן 5 אפשרויות: מ־1 = מאוד לא מסכים, עד 5 = מסכים מאוד.

(7) הבניית תפקיד אורגנית. זו מוגדרת כמידה שבה הארגון מספק משאבים והזדמנויות לאחריות לעבודה באמצעות מתן משוב תקף, זהות המטלה, אוטונומיה בתפקיד ודאגה למצוינות (Hackman & Oldham, 1980). הבניית תפקיד אורגנית הוערכה באמצעות שאלון, שפיתחו בכרך ועמיתיו והוא כולל 4 תת־סולמות: משוב מן התפקיד: "עבודתי מאפשרת לי לדעת האם ביצעתי אותה כהלכה." (פריט אחד), זהות המטלה: "עבודתי אינה מאפשרת לי ללוות את תהליך הטיפול מתחילתו ועד סופו." (פריט אחד הפוך). אוטונומיה. פריט לדוגמה: "האופן שבו דברים נעשים במרפאה נתון לשיקול דעתו של העובד." (4 פריטים $\alpha=.69$) ודאגה למצוינות. פריט לדוגמה: "במרפאה יש לחץ מתמיד לשיפור." (2 פריטים. $\alpha=.90$). כל המדדים עובדו לשאלון אחד שכלל שאלות סגורות. טווח התשובות השתרע על סולם בן 5 אפשרויות: מ־1 = מאוד לא מסכים, עד 5 = מסכים מאוד.

מהלך המחקר

איסוף הנתונים נעשה בשני שלבים: בשלב הראשון נערכו ראיונות עומק מובנים למחצה עם 10 רופאים, 10 אחיות ו־10 עובדים סוציאליים. הראיונות נערכו במקום העבודה, בתיאום מראש עם בעל התפקיד ונמשכו בערך שעה וחצי כל אחד. מטרת

הראיונות היתה לבחון את מידת ההתאמה של כלי המחקר המוצעים לאוכלוסיית המחקר, ולפתח שאלון נכונות לעבודה בצוות בין-מקצועי. בשלב השני נאספו נתוני המשתנים התלויים והבלתי תלויים. את השאלונים חילקו עוזרי המחקר באופן אישי לכל הנבדקים (רופאים, אחיות, מנהלים אדמיניסטרטיביים ועובדים פרה-רפואיים) במקום העבודה והם נאספו במקום. השאלונים הכילו שאלות ביוגרפיות, מדדי המשתנים הבלתי תלויים (מחויבות לארגון, מחויבות למקצוע, הבניית תפקיד בירורקרטית ואורגנית), ואת מדדי המשתנים התלויים (אפקטיביות של הצוות הבין-מקצועי, מידת פעילות-הגומלין בצוות והנכונות לעבוד בצוות).

ממצאים

1. מאפייני המדגם

מאפייני המדגם מוצגים בלוח מס' 1. 31.6 אחוזים מן המדגם היו גברים ו-68.4 אחוזים היו נשים. ממוצע גיל הנבדקים עמד על 40.53 (סטיית תקן = 13.49). מבחינת השתייכותם המקצועית, 32.3 אחוזים (n=208) היו מנהלים אדמיניסטרטיביים, 31.1 אחוזים (n=200) רופאים, 30.5 אחוזים (n=196) אחיות ו-6.1 אחוזים (n=39) שאר המקצועות הפרה-רפואיים: פיזיותרפיסטים (n=16), עובדים סוציאליים (n=9), מרפאים בעיסוק (n=8) ודיאטנים (n=6).

מבחינת רמת ההשכלה של המשיבים, 7.7 אחוזים מן הנבדקים היו בעלי השכלה תיכונית ללא תעודת בגרות, 13.1 אחוזים היו בעלי השכלה תיכונית עם תעודת בגרות, 21 אחוזים היו בעלי השכלה על-תיכונית, 27 אחוזים היו בעלי תואר אקדמי ראשון (ב"א), ו-30 אחוזים היו בעלי תואר שני או גבוה יותר. מבחינת השייכות הארגונית, 82.1 אחוזים מן העובדים היו שייכים לצוות המרפאה והועסקו מטעמה. היתר היו שייכים לצוות המרפאה, אך קיבלו את משכורתם מגורם אחר. 72 אחוזים היו מועסקים במשרה מלאה, ו-88 אחוזים היו מועסקים במעמד קבוע. 82.4 אחוזים דיווחו, שהם שייכים לצוות המרפאה הנסקר בלבד, והיתר דיווחו שהם משתתפים בצוותים נוספים.

2. תפיסת ממדי האפקטיביות של עבודת הצוות

מטרת המחקר הראשונה, להציג תמונת מצב של עבודת צוות בין-מקצועי בשירותי בריאות ראשוניים בקהילה מנקודת הראות של הפרופסיות השונות המשתתפות בצוות (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים), הושגה באמצעות השוואת הממוצעים של בעלי המקצועות השונים במדדי האפקטיביות השונים.

ענת פרוינד וענת דר־זהבי

לוח מס' 1. מאפייני הנבדקים

מאפיין	N	M	SD	%(valid)
מגדר:				
גברים	204	31.6		
נשים	442	68.4		
גיל		40.53	13.413	
תפקיד:				
מנהלים אדמיניסטרטיביים	208	32.3		
רופאים	200	31.1		
אחיות	196	30.5		
עובדים פרה־רפואיים	39	6.1		
השכלה:				
תיכון ללא בגרות	44	7.7		
בגרות	75	13.1		
על־תיכוני	120	21.0		
בעלי תואר ב"א	154	27.0		
מ"א ומעלה	171	30.0		
ותק במקצוע		16.87	9.21	
ותק בתפקיד		9.92	7.49	
שייכות ארגונית לצוות המרפאה:				
כן				
לא	495	82.1		
	108	17.9		
השתייכות לצוותי עבודה אחרים:				
לא				
כן	514	82.4		
	110	17.6		
היקף משרה:				
מלא	457	72.0		
חלקי	182	28.0		
מעמד בעבודה:				
קבוע	486	87.9		
לא קבוע	67	12.1		

הנבדקים התבקשו להעריך את האפקטיביות של צוות המרפאה על-פי 4 מדדים: תהליכי עבודת הצוות, יעילות המרפאה, איכות הטיפול ושירות ממוקד בלקוח. כל נשאל העריך את ארבעת המדדים בשני אופנים: על-פי מידת חשיבותם לאפקטיביות של עבודת צוות המרפאה ועל-פי מידת יישומם בפועל. המדדים מייצגים פרספקטיבות של בעלי עניין שונים (הנהלת הקופה, העובדים והמטופלים) להערכת אפקטיביות. לגבי החשיבות של ממדי האפקטיביות השונים נמצא, שכל חברי הצוות מאמינים ששירות ממוקד בלקוח ועבודת צוות הם החשובים ביותר להשגת אפקטיביות של צוות המרפאה. יעילות המרפאה ואיכות הטיפול נמצאו משניים בחשיבותם לאפקטיביות של צוות המרפאה.

לגבי מדדי האפקטיביות בפועל נמצא, שבאופן כללי ממדים אלה היו נמוכים מציוני החשיבות. חברי המרפאה דירגו את האפקטיביות של צוות המרפאה כגבוהה ביותר במדד "שירות ממוקד בלקוח" ונמוכה יותר בשלושת המדדים הנותרים (ראו לוח מס' 2, בטור "כלל המדגם").

לוח מס' 2 מציג את הערכות מדדי האפקטיביות (יעילות, ממוקד בלקוח, איכות טיפול, ועבודת צוות) על-פי הקבוצות המקצועיות השונות, ומצאי ניתוח ANOVA חד-ממדי לבחינת ההבדלים בתפיסת האפקטיביות בין הקבוצות המקצועיות השונות. בנוסף לכך נערכו ניתוחי פוסט הוק מסוג LSD. לגבי חשיבות ממדי האפקטיביות, מבחני LSD העלו, שיעילות המרפאה נתפסה כחשובה יותר בקרב האחיות מאשר בקרב המנהלים האדמיניסטרטיביים ($p < 0.05$), והרופאים ($p < 0.05$). איכות הטיפול נמצאה חשובה פחות בקרב המנהלים האדמיניסטרטיביים מאשר בקרב האחיות ($p < 0.05$). עבודת הצוות נתפסה כחשובה יותר בקרב אחיות לעומת המנהלים האדמיניסטרטיביים ($p < 0.05$) והרופאים ($p < 0.05$). יחד עם זאת, במדד "שירות ממוקד בלקוח" לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות המקצועיות השונות, וקיימת הסכמה ביניהן באשר לחשיבותם.

אשר לאפקטיביות של צוות המרפאה בפועל במדדים השונים, במבחני LSD נמצאו הבדלים מובהקים בהערכת הקבוצות המקצועיות השונות. לגבי יעילות המרפאה, האחיות העריכו את יעילות המרפאה כגבוהה יותר מאשר הרופאים ($p < 0.05$) והמנהלים האדמיניסטרטיביים ($p < 0.05$). קבוצת העובדים הפך-הרפואיים העריכה את יעילות המרפאה כנמוכה יותר בהשוואה לקבוצות המקצועיות האחרות ($p < 0.05$).

בנושא איכות הטיפול, האחיות דירגו את האפקטיביות של המרפאה במדד זה במקום גבוה יותר בהשוואה לרופאים ($p < 0.05$) ולמנהלים האדמיניסטרטיביים ($p < 0.05$). גם כאן, הערכת קבוצת העובדים הפך-הרפואיים היתה במובהק הנמוכה ביותר ($p < 0.05$).

לגבי עבודת צוות, מבחני LSD העלו, שהאחיות דירגו את אפקטיביות המרפאה

לוח מס' 2. ממוצעים וסטיות תקן של ממדרי האפקטיביות על-פי כלל המדגם והקבוצות המקצועיות השונות

F	פרה־דפואי (n=39)		אחיות (n=196)		רופאים (n=200)		מנהלים (N=208)		אדמיניסטרטיביים (n=643)		כלל המדגם (n=643)	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
**4.22	0.79	5.84	0.81	5.1	0.78	6.06	0.83	5.83	0.81	6.00	0.81	6.00
**7.62	0.92	5.37	1.09	3.77	0.88	5.41	1.35	4.62	1.00	5.23	1.00	5.23
2.20	0.81	6.00	0.85	5.98	0.71	6.16	0.81	6.21	0.80	5.88	0.80	5.88
0.86	0.85	5.53	0.95	5.58	0.80	5.65	1.16	5.39	1.01	5.20	1.01	5.20
*3.08	1.04	5.78	0.30	5.78	0.85	5.84	0.70	6.03	0.83	5.88	0.83	5.88
**6.07	1.49	4.48	0.97	5.28	1.09	5.10	1.01	5.27	1.12	5.13	1.12	5.13
**5.11	0.75	5.96	0.86	5.88	0.69	6.19	0.98	5.92	0.81	6.03	0.81	6.03
**7.30	0.86	5.33	1.06	5.19	0.89	5.42	1.47	4.59	0.90	5.58	0.90	5.58

p < 0.5 *

p < 0.1 **

במדד זה במקום גבוה יותר בהשוואה לרופאים ($p < .05$) ולמנהלים האדמיניסטרטיביים ($p < .05$). גם כאן, הערכת קבוצת העובדים הפך-רפואיים היתה במובהק הנמוכה ביותר ($p < .05$) מבין כל הקבוצות המקצועיות. יחד עם זאת, במדד "שירות ממוקד בלקוח" לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות המקצועיות השונות. לסיכום: השוואת הערכות האפקטיביות (חשיבות ואפקטיביות בפועל) בקבוצות המקצועיות השונות מגלה דפוס דומה. האחיות דירגו מדדים אלה במקום גבוה יותר במובהק בהשוואה לרופאים ולמנהלים האדמיניסטרטיביים, ואילו קבוצת העובדים הפרה-רפואיים העריכה את האפקטיביות בפועל כנמוכה ביותר בהשוואה לקבוצות המקצועיות האחרות.

3. הנכונות לעבוד בצוות

בהשוואת הממוצעים וסטיות התקן של ציוני הנכונות לעבוד בצוות על-פי הקבוצות המקצועיות השונות נמצאה נכונות בינונית לעבוד בצוות ($M=3.68$; $Sd=.85$). רמת הנכונות הגבוהה ביותר נמצאה בקרב האחיות, ואחריהן בסדר יורד בקרב העובדים הפך-רפואיים, המנהלים האדמיניסטרטיביים, והרופאים. מבחני LSD העלו, שההבדל המובהק היחיד נמצא בין הדירוג שציינו האחיות ובין זה שציינו הרופאים ($p < .05$).

4. מידת פעילות-הגומלין בצוות

76.4 אחוזים מן המשיבים דיווחו על קיום ישיבות צוות רב-מקצועיות. מתוכם 15.7 אחוזים לא השתתפו במהלך החודש האחרון באף ישיבה בין-מקצועית. 18.4 אחוזים השתתפו בישיבה אחת, 21 אחוזים השתתפו בשתי ישיבות, 10.4 אחוזים השתתפו בשלוש ישיבות, ואילו 28.4 אחוזים השתתפו ב-4 ישיבות במהלך החודש האחרון, כלומר בישיבה בשבוע. 23.6 אחוזים מן המשיבים ציינו, שבמרפאה שהם עובדים בה לא מתקיימות ישיבות צוות רב-מקצועי.

5. התחומים שהצוות הרב-מקצועי עוסק בהם

78.1 אחוזים מן המשיבים ציינו, שהם מקיימים ישיבות עבודה עם איש מקצוע אחר בנוגע למטופליהם. 76 אחוזים ציינו, שבמהלך ישיבות הצוות מתקיימות השתלמויות מקצועיות משותפות. 84 אחוזים מן המשיבים ציינו, שהם מקיימים התייעצויות בטלפון עם אנשי מקצוע אחרים בנוגע למטופלים שלהם.

6. תרומת ההשתתפות בישיבות לאנשי המקצוע

באופן כללי נמצא, שחברי הצוות העריכו את הישיבות כתורמות במידה בינונית להשגת מטרות אישיות בעבודה ($M=3.39$; $Sd=.87$); להשגת מטרות העבודה של

הצוות (M=3.58; Sd=.88); למתן הזדמנות להשגת מידע מועיל (M=3.64; Sd=.90); למתן הזדמנות להתחבר ולהתרשת עם אחרים (M=3.75; Sd=.86); וליצירת מחויבות להחלטות שהתקבלו בישיבות (M=3.73; Sd=.84). יש לציין, שמבחני LSD העלו, שההבדל המובהק היחיד שנמצא בהערכות אלה בין הקבוצות השונות היה בנוגע ליצירת מחויבות להחלטות שהתקבלו בישיבות. המנהלים האדמיניסטרטיביים העריכו תרומה זו כגבוהה יותר במובהק מאשר הרופאים ($p < .05$).

7. השפעת המחויבות לארגון ולמקצוע על תפיסת האפקטיביות

השערות מס' 1 ו-2 התמקדו בקשר שבין מחויבות למקצוע ולארגון ובין מדדי האפקטיביות. באופן ספציפי שיערנו: (א) יימצא קשר חיובי בין מחויבות גבוהה לארגון ובין אפקטיביות העבודה אצל עובדים בצוות בין-מקצועי; (ב) לא יימצא קשר בין מחויבות גבוהה למקצוע ובין אפקטיביות העבודה בצוות בין-מקצועי.

ראשית, השווינו את עוצמת המחויבויות לארגון ולמקצוע בין בעלי המקצועות השונים. לוח מס' 3 מציג את הממצאים של ניתוח ANOVA חד-ממדי לבחינת ההבדלים בין הממוצעים של בעלי המקצועות השונים. מן הלוח עולה, שהמחויבות הגבוהה ביותר היא המחויבות למקצוע. יחד עם זאת, במבחני LSD נמצאו הבדלים בין בעלי המקצועות השונים במחויבות זו. בעלי המקצועות הפך-רפואיים דיווחו על מחויבות למקצוע נמוכה באופן מובהק מבעלי המקצועות האחרים ($p < .05$). אצל הרופאים המחויבות למקצוע נמצאה הגבוהה ביותר ($p < .05$).

לוח מס' 3. ניתוח ANOVA לבחינת הבדלים בממוצעי מחויבות למקצוע ולארגון

בין הקבוצות המקצועיות השונות

	עובדים		מנהלים							
	פְּךָ-רפואיים		אחיות		רופאים		אדמיניסטרטיביים			
F	(n=39)		(n=196)		(n=200)		(n=208)			
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
**5.86	1.22	4.14	1.06	4.62	0.82	4.85	1.03	4.83	מחויבות למקצוע	
	1.24	0.85	3.82	0.71	3.87	0.78	3.94	0.77	4.01	מחויבות אפקטיבית
	0.18	0.94	3.82	0.89	3.75	0.87	3.77	0.87	3.72	מחויבות המשכית

$p < .01$ *

$p < .05$ **

על־מנת לבחון את ההבדלים בין המחויבויות לארגון ולמקצוע בקרב בעלי המקצועות השונים נערכו מבחני T למדגמים מזווגים. ממצאי המבחנים האלה העלו, שהמחויבות האפקטיבית לארגון נמוכה באופן מובהק מן המחויבות למקצוע, והמחויבות

ההמשכית לארגון נמוכה באופן מובהק גם היא מן המחויבות למקצוע. אצל המנהלים האדמיניסטרטיביים ($t(176)=13.32; p<.001$) ו- ($t(176)=11.23; p<.001$), בהתאמה. אצל הרופאים ($t(171)=13.95; p<.001$) ו- ($t(171)=11.92; p<.001$), בהתאמה. אצל האחיות ($t(168)=10.08; p<.001$) ו- ($t(168)=9.06; p<.001$), בהתאמה. יחד עם זאת בקרב העובדים הפך הרפואיים לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מחויבות לארגון המשכית ואפקטיבית ובין מחויבות למקצוע.

על-מנת לבחון את ההשערות נערכו 4 ניתוחי רגרסיה מרובה (עבור 4 הקבוצות המקצועיות השונות), כאשר מדדי המחויבות הוכנסו כמנבאים, ואילו הממוצע של 4 מדדי האפקטיביות היה המשתנה התלוי. ממצאי ניתוחי הרגרסיה מוצגים בלוח מס' 4.

לוח מס' 4. ניתוח רגרסיה לניבוי אפקטיביות על-פי מחויבות למקצוע ולארגון, בקבוצות המקצועיות השונות

עובדים פרה-רפואיים (n=39)		אחיות (n=196)		רופאים (n=200)		מנהלים אדמיניסטרטיביים (n=208)		
SE	β	SE	β	SE	β	SE	β	
0.17	-0.03	0.06	*0.21	0.09	**0.22	0.07	0.04	מחויבות למקצוע
0.31	**0.64	0.10	*0.18	0.11	0.21	0.09	0.11	מחויבות אפקטיבית
0.28	-0.11	0.07	0.03	0.08	-0.01	0.08	-0.09	מחויבות המשכית
	**4.64		**7.30		**5.38		1.16	F
	0.33		0.12		0.09		0.02	R Square
	32		168		171		175	(df total)

p<.05 *
p<.01 **

עבור המנהלים האדמיניסטרטיביים לא נמצא קשר בין המחויבות ובין אפקטיביות צוות המרפאה. עבור הרופאים נמצא קשר מובהק בין מחויבות למקצוע בלבד ובין אפקטיביות צוות המרפאה ($\beta=.22; p<.01$). עבור האחיות נמצא קשר מובהק בין המחויבות למקצוע והמחויבות האפקטיבית לארגון ובין אפקטיביות צוות המרפאה ($\beta=.18; p<.05$; $\beta=.21; p<.05$). עבור בעלי המקצועות הפך הרפואיים נמצא קשר מובהק בין המחויבות האפקטיבית לארגון ובין אפקטיביות צוות המרפאה ($\beta=.64; p<.01$).

8. השפעת הבניית תפקיד אורגנית מול ביורוקרטית על תפיסת האפקטיביות השערות מס' 2 ו-3 התמקדו בקשר שבין הבניית התפקיד (ביורוקרטית ואורגנית) ובין

מדדי האפקטיביות. באופן ספציפי שיערנו (השערה 2), שיימצא קשר שלילי בין הבניית תפקיד ביורוקרטית ובין אפקטיביות העבודה בצוות בין-מקצועי וגם (השערה 3), שיימצא קשר חיובי בין הבניית תפקיד אורגנית ובין אפקטיביות העבודה בצוות בין-מקצועי. ראשית, השוינו את תפיסות הבניית התפקיד (ביורוקרטית מול אורגנית) בין בעלי המקצועות השונים. ממצאי ניתוח ANOVA חד-ממדי לבחינת ההבדלים בין הממוצעים של בעלי המקצועות השונים מוצגים בלוח מס' 5. בנוסף לכך נערכו ניתוחי פוסט הוק מסוג LSD. מן הלוח עולה, שבקרב כל בעלי המקצוע השונים נתפסה הבניית התפקיד הביורוקרטית כגבוהה באופן מובהק מהבניית התפקיד האורגנית. יחד עם זאת, נמצאו הבדלים מובהקים בתפיסת הבניית התפקיד כביורוקרטית בין בעלי המקצועות השונים. מבחני LSD העלו, שהאחיות תופסות את תפקידן כביורוקרטי ביותר ($p < .05$) בהשוואה לבעלי המקצועות האחרים, אחריהם באים המנהלים האדמיניסטרטיביים ($p < .05$), ואחריהם הרופאים ($p < .05$), ואילו קבוצת העובדים הפרה-רפואיים תופסים את תפקידם כביורוקרטי פחות ($p < .05$) בהשוואה לבעלי המקצועות האחרים במרפאה. אשר לתפיסת התפקיד כאורגנית, מבחני LSD מראים, שאין הבדלים מובהקים בין המנהלים האדמיניסטרטיביים, הרופאים והאחיות ושקבוצות אלה נבדלות באופן מובהק מקבוצת העובדים הפְּרֶה-רפואיים התופסים את הבניית התפקיד כאורגנית פחות ($p < .05$) מבעלי המקצועות האחרים.

לוח מס' 5. ניתוח ANOVA לבחינת הבדלים בממוצעי הבניית תפקיד ביורוקרטית ואורגנית בין הקבוצות המקצועיות השונות

F	עובדים פרה-רפואיים (n=39)		אחיות (n=196)		רופאים (n=200)		מנהלים אדמיניסטרטיביים (n=208)		
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
**14.11	0.53	3.07	0.53	3.30	0.56	3.23	0.56	3.47	הבניית תפקיד ביורוקרטית
**6.25	0.33	2.89	0.36	3.19	0.37	3.19	0.43	3.19	הבניית תפקיד אורגנית

* $p < .05$

** $p < .01$

על-מנת לבחון הבדלים בין הבניית תפקיד ביורוקרטית ואורגנית בקרב בעלי המקצועות השונים נערכו מבחני T למדגמים מזווגים. הממצאים של מבחנים אלה העלו, שהבניית התפקיד האורגנית נמוכה באופן מובהק מהבניית התפקיד הביורוקרטית: אצל המנהלים האדמיניסטרטיביים ($t(179)=6.82; p < .001$). אצל הרופאים ($t(172)=2.42; p < .05$). אצל האחיות ($t(169)=10.45; p < .001$), ואצל העובדים הפְּרֶה-רפואיים ($t(33)=1.98; p < .05$).

(א) משתני התשומות (הבנייה ביורוקרטית ואורגנית) נמצאות בקשר עם התפוקות (אפקטיביות המרפאה). תמיכה בטיעון זה הוצגה בסעיף "השפעת הבניית תפקיד אורגנית מול ביורוקרטית על תפיסת האפקטיביות" ובלוח מס' 6. הממצאים מראים, שבעוד שהבניית תפקיד ביורוקרטית ואורגנית ניבאו את האפקטיביות של צוות המרפאה בקרב האחיות, הרופאים והמנהלים האדמיניסטרטיביים, בקרב קבוצת העובדים הפְּהֶה־רפואיים רק הבניית תפקיד אורגנית נמצאה כמנבאת את האפקטיביות של צוות המרפאה.

(ב) התשומות קשורות לגורם המתווך – מחויבות למקצוע, מחויבות אפקטיבית והמשכית לארגון. על־מנת לתמוך בטיעון זה חושבו מתאמי פירסון בין משתני הבניית תפקיד ומחויבויות בקרב כל הקבוצות המקצועיות השונות בנפרד. בקרב המנהלים האדמיניסטרטיביים נמצא קשר חיובי מובהק בין הבניית תפקיד ביורוקרטית למחויבות למקצוע ($r = .39; p < .001$), קשר חיובי מובהק בין הבניית תפקיד אורגנית למחויבות למקצוע ($r = .25; p < .001$), ומחויבות אפקטיבית לארגון ($r = .20; p < .01$), בקרב הרופאים נמצא קשר חיובי מובהק בין הבניית תפקיד ביורוקרטית למחויבות למקצוע ($r = .25; p < .001$), קשר חיובי מובהק בין הבניית תפקיד אורגנית למחויבות למקצוע ($r = .23; p < .01$), ומחויבות אפקטיבית לארגון ($r = .17; p < .05$). בקרב האחיות נמצא קשר חיובי מובהק בין הבניית תפקיד ביורוקרטית למחויבות למקצוע ($r = .35; p < .001$); קשר חיובי מובהק בין הבניית תפקיד אורגנית למחויבות למקצוע ($r = .35; p < .001$), ומחויבות אפקטיבית לארגון ($r = .16; p < .05$). בקרב קבוצת העובדים הפְּהֶה־רפואיים נמצא קשר חיובי מובהק בין הבניית תפקיד ביורוקרטית למחויבות למקצוע ($r = .51; p < .01$), ומחויבות אפקטיבית לארגון ($r = .57; p < .001$). בנוסף לכך, לא נמצא קשר בין הבניית תפקיד אורגנית למחויבות למקצוע, אך נמצא קשר חיובי מובהק בין הבניית תפקיד אורגנית למחויבות אפקטיבית לארגון ($r = .40; p < .05$). באופן כללי ממצאי המתאמים תומכים בטיעון המובא בסעיף זה עבור כל הקבוצות המקצועיות, אולם מכיוון שלא נמצא קשר בין הבניות התפקיד (ביורוקרטית ואורגנית) ובין מחויבות המשכית לארגון, משתנה זה הוצא מהמשך הניתוחים עבור בדיקת המודל.

(ג) המשתנה המתווך קשור לתפוקות. תמיכה בטיעון זה הוצגה בסעיף "השפעת המחויבות לארגון ולמקצוע על תפיסת האפקטיביות" ובלוח מס' 4. הממצאים מראים, שתנאי זה מתקיים עבור רופאים, אחיות ועובדים פְּהֶה־רפואיים בלבד.

(ד) הקשר בין התשומות לתפוקות יקטן כאשר מבקרים את השפעת המשתנה המתווך (Reuben et al., 1986). על־מנת לבחון טיעון זה בוצעו שלושה ניתוחי רגרסיה בצעדים עבור רופאים, אחיות, ועובדים פְּהֶה־רפואיים, לניבוי האפקטיביות של צוות המרפאה. בצעד ראשון הוכנסו המשתנים המתווכים מחויבות למקצוע ומחויבות אפקטיבית

לארגון, על-מנת לנטרל את השפעתם. בצעד שני הוכנסו משתני התשומות – הבניית תפקיד ביורוקרטית ואורגנית. תוצאות הניתוחים מוצגים בלוח מס' 7.

לוח מס' 7. בחינת מודל התיווך עבור הקבוצות המקצועיות השונות

עובדים פְּרָה־רפואיים (n=39)		אחיות (n=196)		רופאים (n=208)	
SE	β	SE	β	SE	B
צעד I (המשתנה המתווך):					
0.16	-0.04	0.06	**0.21	0.08	**0.22
0.24	**0.58	0.09	*0.19	0.10	0.12
	**6.97		**10.90		**8.11
	0.27		0.11		0.08
	32		168		171
צעד II (תשומות):					
0.18	0.02	0.12	*0.17	0.08	0.13
0.29	*0.40	0.18	**0.22	0.10	0.09
0.46	0.04	0.06	0.06	0.13	**0.29
0.45	*0.33	0.09	*0.19	0.19	*0.16
	**4.66		**10.70		**10.99
	0.03		0.08		0.11
	32		168		171

* p<.05

** p<.01

מן הלוח עולה, שעבור הרופאים משתני הבניית התפקיד נותרו מובהקים גם לאחר הבקרה על משתני המחויבות. יחד עם זאת, שיעור השונות המוסברת באמצעות משתני הבניית התפקיד פחתה. לפיכך ניתן להסיק, שעבור קבוצה מקצועית זו משתני המחויבות מתווכים תיווך חלקי בקשר שבין הבניות תפקיד לאפקטיביות. עבור האחיות ממצאי ניתוח הרגרסיה גילו, שמחויבות למקצוע ומחויבות אפקטיבית לארגון נותרו מובהקים. אולם, משתנה הבניית התפקיד הביורוקרטית לא נמצא מובהק, לעומתו המשתנה הבניית תפקיד אורגנית נותר מובהק. יחד עם זאת, אחוז השונות המוסברת באמצעות משתנה הבניית התפקיד ירד מאוד. ניתן להסיק אפוא, שעבור קבוצה מקצועית זו משתני המחויבות מתווכים תיווך חלקי בקשר שבין הבניות תפקיד לאפקטיביות. עבור קבוצת העובדים הפְּרָה־רפואיים, ממצאי ניתוח הרגרסיה העלו, שמחויבות אפקטיבית לארגון נותרה מובהקת. אולם, משתנה הבניית התפקיד

הביורוקרטית לא נמצא מובהק. לעומתו משתנה הבניית תפקיד אורגנית נותר מובהק. יחד עם זאת, אחוז השונות המוסברת באמצעות משתנה הבניית התפקיד ירד במידה רבה. ניתן להסיק אפוא, שגם עבור קבוצה מקצועית זו משתני המחויבויות מתווכים תיווך חלקי בקשר שבין הבניות תפקיד לאפקטיביות.

דיון

המחקר הנוכחי תרם להבנה טובה יותר של תמונת המצב של עבודת צוות בין־מקצועי בשירותי בריאות ראשוניים בקהילה מנקודת הראות של הפרופסיות השונות המשתתפות בצוות (מנהלים אדמיניסטרטיביים, רופאים, אחיות, ועובדים במקצועות הפְּרָה־רפואיים). באופן כללי ניתן לומר, שקיימים הבדלים בין הקבוצות המקצועיות השונות בהתייחסותן לעבודה בצוות. האחיות דירגו את האפקטיביות של צוות המרפאה כגבוהה ביותר, לאחר מכן באים הרופאים והמנהלים האדמיניסטרטיביים, ואילו קבוצת העובדים הפְּרָה־רפואיים דירגה את האפקטיביות של צוות המרפאה כנמוכה ביותר בהשוואה לקבוצות המקצועיות האחרות. כל הקבוצות העריכו את האפקטיביות כבינונית־גבוהה. לגבי הנכונות לעבוד בצוות, אנו מוצאים דפוס שונה, לפיו האחיות מביעות את הנכונות הגבוהה ביותר לעבוד בצוות, אחריהן באים העובדים הפְּרָה־רפואיים והמנהלים האדמיניסטרטיביים. האחרונים להבעת נכונות לעבודה בצוות הם הרופאים. ממצא זה מראה, שקיימים תהליכי בידול על־פי קבוצות מקצועיות בארגון בתפיסתם את האפקטיביות ובנכונותם לעבוד בצוות.

תהליכי בידול עלולים להוביל לקונפליקטים בין המשתתפים בצוות עקב חילוקי דעות על מטרות הצוות והאופן להשגתן במרפאה, והצבת מטרות מגזריות ופרופסיונליות צרות במקום מטרות משותפות (Thacher & Jehn, 1998). מכאן, שעל מעצבי המדיניות לנקוט צעדים אקטיביים על־מנת לצמצם תהליכים אלה, העלולים לפגוע באפקטיביות של עבודת המרפאה. באופן מיוחד מומלץ לחזק את הבנת חשיבותה של עבודת הצוות בקרב הרופאים והמנהלים האדמיניסטרטיביים. קבוצות אלה מהוות קבוצות מפתח במרפאה. המנהלים האדמיניסטרטיביים אחראים על הניהול השוטף של המרפאה ברמת המינהל, ואילו הרופאים אחראים על הניהול המקצועי של המרפאה ונהנים ממקורות עוצמה הנובעים ממומחיותם (Fried, 1989). משום כך, שתי הקבוצות האלה אחראיות במיוחד להניע או לעכב את עבודת הצוות. ממצא זה יש בו על־מנת להדאיג את מעצבי המדיניות ולהוביל לנקיטת צעדים על־מנת לשכנע את הרופאים והמנהלים האדמיניסטרטיביים בחשיבות עבודת הצוות לאיכות הטיפול. ניתן לעשות זאת כבר בשלבים הראשונים של סוציאליזציה מקצועית. בבחינה אקראית

של תוכניות הלימודים של רופאים בפקולטות השונות מצאנו, שאין כמעט קורסים העוסקים בעבודת צוות ובחשיבותה לאיכות הטיפול. גם בהמשך, במסגרות שונות כמו השתלמויות מקצועיות, לא מודגשת חשיבות עבודת הצוות, אלא להיפך, מחוזקת התפיסה המגורית.

בבחינת עבודת הצוות בפועל נמצא, שקרוב ל-40 אחוזים מן המרואיינים דיווחו, שלא השתתפו באף ישיבת צוות בחודש האחרון. מצד שני, 28 אחוזים דיווחו שהם מקיימים ישיבות צוות קבועות מדי שבוע. מרבית ישיבות הצוות עוסקות במטופלים ובהשתלמויות מקצועיות. יחד עם זאת נמצא, שחברי הצוות ייחסו תרומה בינונית גבוהה של עבודת הצוות להשגת מטרת אישיות בעבודה, למתן הזדמנות להשגת מידע מועיל ולקידום ההחלטות הארגוניות. ממצאים אלה מוכיחים, שקיים פער בין הערכת התרומה של הישיבות ובין קיום הישיבות בפועל. כלומר, למרות שחברי הצוות משוכנעים שהישיבות עשויות לתרום להם מבחינה אישית וארגונית, בפועל מתקיימות מעט מדי ישיבות ברבות מן המרפאות. ממצא זה הוא מעודד, מפני שניתן לראות שקיימת רמה בסיסית של הבנה לגבי חשיבותה של העבודה בצוות. כאשר קיימת רמה כזו של הבנה, יהיה קל יותר להטמיע את חשיבות העבודה בצוות בפועל. מצד שני, ממצא זה מעיד, שהתנסות בעבודת הצוות והבנת תרומתה וחשיבותה אינם מספיקים על-מנת להטמיע את העבודה בצוות ולהפוך אותה לשגרת העבודה במרפאות. בדומה לממצאי מחקרים אחרים (Neuman, 1989; West, 2002) נמצא, שפורומים של עבודת צוות קשים מאוד להטמעה, מפני שכאשר גוברים העומס, הלחץ והקדימויות של מטרת אחרות (פרויקטים מגוריים, למשל), הם הראשונים המתבטלים בטענה של אילוץ לחץ זמן. אי לכך נראה, שלפחות בצעדים הראשונים של הטמעת עבודת הצוות במרפאה, יש להשקיע מאמצים אקטיביים באמצעות הפצת נהלים לקיום הישיבות, דרישה לתיעודם ואכיפה כדי להבטיח שהישיבות אכן תתקיימנה.

1. מחויבות ואפקטיביות

באופן כללי נמצא, שמבחינת המחויבות למקצוע ולארגון, המחויבות הגבוהה ביותר היא למקצוע, לעומת המחויבות לארגון בכל הקבוצות המקצועיות. ממצא כזה יכול ללמד על הסתגרות מקצועית, רצון לבצע משימות של טיפול על-פי תפיסת המקצוע, ולא בהכרח על-פי תפיסת הארגון. כלומר, אם איש מקצוע יצטרך לבחור בין טיפול על-פי סטנדרטים מקצועיים או ארגוניים, סביר להניח, שהוא יבחר בסטנדרטים מקצועיים. ממצא זה חזק יותר אצל הרופאים (בעלי ההשפעה במרפאות) וחלש ביותר בקרב קבוצת העובדים הפך-רפואיים. המחויבות למקצוע במרפאות נרכשת מחוזקת באמצעים שונים. ראשית, מדובר בתהליכים ארוכים של הכשרה מקצועית המפתחים זהות מקצועית ואתיקה מקצועית מובחנת לפרופסיות השונות. תפיסות אלה מחוזקות

באמצעות מוטות שליטה נפרדים, כגון הנהלות מקצועיות נפרדות, תגמולים שונים, קודים אתיים מובחנים, אגודות מקצועיות שונות והכשרות מקצועיות נפרדות. לעומת זאת, לא נעשה מספיק על-מנת לחזק ולפתח את המחויבות לארגון, חובה המוטלת על הנהלת הקופות.

בבחינת הקשר בין מחויבות לאפקטיביות על-פי הקבוצות המקצועיות השונות נמצאו הבדלים מובהקים. בעוד שבקרב הרופאים המחויבות למקצוע היא הגורם העיקרי המניע לאפקטיביות, בקבוצת העובדים הפרה־רפואיים הגורם העיקרי המניע לאפקטיביות הוא מחויבות אפקטיבית לארגון. אצל האחיות שתי המחויבויות האלה מניעות לאפקטיביות, ואילו בקרב המנהלים האדמיניסטרטיביים לא נמצא קשר בין מחויבויות לאפקטיביות. הממצא, שכל קבוצה מקצועית מונעת על-פי גורמים שונים או מחויבות אחרת, מציבה אתגר בפני מעצבי המדיניות: כיצד לגבש קבוצות נפרדות כאלה לצוות. הממצא לפיו לא קיים קשר בין מחויבות המשכית לארגון ובין אפקטיביות מגלה, שהתגמולים של קופות החולים אינם מניעים לעבודת צוות בקרב כל הקבוצות המקצועיות. ייתכן שהתגמולים מכוונים לעבודה אינדיווידואלית, אולם לא לעבודת צוות.

2. הבניית תפקיד ואפקטיביות

מבחינת הבניית תפקיד ביורוקרטית מול אורגנית נמצא, שהבניית תפקיד ביורוקרטית גבוהה באופן מובהק מהבניית תפקיד אורגנית. משמעות הממצא היא, שצוותים בין-מקצועיים בקופות החולים מעידים על תפקידים כמובנה מבחינה ביורוקרטית, כלומר מבוסס על הגדרות תפקיד ברורות, נהלים, סטנדרטיזציה של העבודה ותייעוד קפדני. יחד עם זאת, נמצאו הבדלים בין הקבוצות המקצועיות השונות בהבניית התפקיד. אחיות תופסות את תפקידן כביורוקרטי ביותר, לאחריהן המנהלים האדמיניסטרטיביים, הרופאים וקבוצת העובדים הפְּרָה־רפואיים. האחיות תופסות את תפקידן כנתון ביותר לפיקוח מצד הארגון, ואילו העובדים הפְּרָה־רפואיים תופסים את עצמם כנתונים פחות לפיקוח ביורוקרטי של הארגון. בניגוד לכך, לגבי תפיסת התפקיד כאורגנית, כלומר מבוססת על הזדהות של הפרט עם הארגון באמצעות מתן אוטונומיה מקצועית, זהות מטלה, הזדמנות להפעלת מגוון כישורים מקצועיים, ומשוב מובנה לתוך התפקיד נמצא, שאין הבדלים מובהקים בתפיסת הבניית התפקיד, בין המנהלים האדמיניסטרטיביים, הרופאים והאחיות וקבוצות אלה מובדלות באופן מובהק מקבוצת העובדים הפְּרָה־רפואיים התופסים את הבניית התפקיד כאורגנית פחות. ממצאים אלה מרמזים, שקבוצת העובדים הפרה־רפואיים אינה חשה שהיא חלק מן הארגון, ואינה מרגישה שהיא נתונה לפיקוח הארגון באופן ביורוקרטי ואורגני. לגבי השפעת ההבְּנִיָה של התפקיד על תפיסת האפקטיביות נמצא, שעבור האחיות,

הרופאים, והמנהלים האדמיניסטרטיביים השילוב של תפיסת תפקיד בירוקרטית מחד גיסא ואורגנית מאידך גיסא תורם לאפקטיביות של צוות המרפאה. כלומר, למרות שחברי הצוות תפסו את הבניית התפקיד האורגנית כנמוכה יותר, בפועל הבניה זו (בשילוב עם הבניה בירוקרטית) משפיעה על האפקטיביות של צוות המרפאה. לעומת זאת, אצל קבוצת העובדים הפך-רפואיים רק תפיסת תפקיד אורגנית הובילה לאפקטיביות. ממצא זה מצטרף לתמונה הכללית, לפיה קבוצת העובדים הפך-רפואיים היא "שונה" במרפאות מבחינת הקשר שלה למרפאה, מחויבותה ותפיסתה את הפיקוח בה. דווקא קבוצת עובדים זו היא חיונית לעבודת הצוות ולטיפול בחולה מפני שהיא מייצגת ניסיון ועמדות מקצועיות שונות מאלה של הקבוצות המרכזיות של הרופאים והאחיות. מעניין לציין, שקבוצת העובדים הפך-רפואיים היא בעלת נכונות גבוהה לעבוד בצוות, אולם כנראה שהיא חשה שתרומתה אינה באה לידי ביטוי. על מעצבי המדיניות לתכנן וליישם דרכים לשילוב עובדים אלה במרפאות. אם בעזרת תגמולים חיצוניים, כמו הגדלת אחוזי המשרה, או מתן קביעות. דרך נוספת היא חיזוק ההנעה הפנימית באמצעות הטמעת תהליכי עבודה המחייבים התחשבות בדעתם של עובדים אלה, דבר שיוביל לניקאות גבוהה יותר של תפיסותיהם המקצועיות ותתרום לאיכות הטיפול.

מכיוון שהבניית התפקיד הבירוקרטית שכיחה במרפאות, ממצאים אלה קוראים לחיזוק הבניית תפקיד אורגנית במרפאות עבור כל הקבוצות המקצועיות (אבל לא על חשבון הטמעת הנהלים, התיעוד, הגדרות התפקיד הברורות וכדומה). הממצא לפיו שילוב בין הבניה בירוקרטית לאורגנית הוא חיוני לקידום האפקטיביות של המרפאה נמצא בהלימה לממצאי מחקרים קודמים במערכת הבריאות בישראל. לדוגמה, במחקר שבחן את שילוב תפקידי התיאום והניהול של אחיות נמצא, שבעוד שהבניה בירוקרטית תרמה לביצוע טוב יותר של אלה המתאמות את תפקידן, הבניה אורגנית הובילה להטמעת חידושים בתפקיד, והשילוב בין שתי ההבניות הפחית שחיקה (Drach-Zahavy, Somech & Spitzer, 2004). ביחד ממצאים אלה מוכיחים, שלפחות במערכת הבריאות השילוב בין הבניה בירוקרטית להבניה אורגנית הוא חיוני לקידום האפקטיביות.

3. בחינת המודל השלם

בבחינת המודל השלם לניבוי האפקטיביות של צוות מרפאה ממצאי המחקר הוכיחו, ראשית, שלשילוב בין הבניית התפקיד האורגנית לזו הבירוקרטית יש חשיבות ביצירת אפקטיביות של צוות המרפאה. כלומר, הבניית תפקיד המבוססת על הזדהות של הפרט עם הארגון באמצעות מתן אוטונומיה מקצועית, זהות מטלה, הזדמנות להפעלת מגוון כישורים מקצועיים, ומשוב מובנה לתוך התפקיד, יחד עם הבניית תפקיד המבוססת

על-פיקוח מצד הארגון, נהלים, סטנדרטיזציה של העבודה, ותיעוד קפדני, תמקסם את האפקטיביות של צוות המרפאה.

מעבר לכך, מחויבות אפקטיבית לארגון מוסיפה תרומה ייחודית לניבוי האפקטיביות, מעבר להשפעתן של הבניות התפקיד. ממצאים אלה מעלים את הצורך בחיזוק מחויבות זו לארגון כדרך משלימה להגברת האפקטיביות.

בבחינת המודל השלם לניבוי הנכונות לעבוד בצוות, ממצאי המחקר גילו, ראשית, שהשפעת הבניות התפקיד היא קטנה למדי. בנוסף לכך, רק להבניית תפקיד בiorוקרטית יש השפעה מובהקת על הנכונות לעבוד בצוות. ממצאים אלה מעידים, שיש להטמיע את עבודת הצוות באופן בiorוקרטי באמצעות הפעלת נהלים ברורים לקיום הישיבות, והנושאים שיידונו בהם. ממצאים אלה נמצאים בהלימה עם מחקרים קודמים על עבודת צוות בין-מקצועי, הקוראים להטמעת עבודת צוות באופן בiorוקרטי, מלמעלה למטה ותוך הפעלת פיקוח (Baron-Epel, Drach-Zahavy & Peleg, 2003).

מעבר לכך, מחויבות לארגון – אפקטיבית והמשכית – מוסיפה תרומה ייחודית לניבוי האפקטיביות, מעבר להשפעתם של הבניות התפקיד. ממצאים אלה מעלים את הצורך בחיזוק מחויבות זו לארגון כדרך משלימה להגברת הנכונות לעבוד בצוות (Freund & Carmeli, 2003).

לבסוף, בבחינת המודל השלם לניבוי תדירות עבודת הצוות, ממצאי המחקר אינם מספקים תמיכה ברורה למודל המחקרי בניבוי תדירות עבודת הצוות. רצוי שמחקר נוסף יבחן כיצד לעודד את מידת פעילות-הגומלין במרפאות.

למרות התוצאות המעודדות של המחקר, יש להצביע על מגבלות אחדות. ראשית, יש לזכור שכל הנתונים נאספו ממקור אחד – אנשי צוות המרפאה. שנית, משתני המחקר התבססו על משתני עמדות, שהם משתנים של תפיסה, ולא משתנים אובייקטיביים. יחד עם זאת, ממצאי מחקרים אחרונים בתחום ההתנהגות הארגונית מעידים, שבני אדם מצליחים לתאר בצורה מהימנה את סביבתם החברתית והמקצועית (Alper, Tjosvold, & Law, 1998). ואחרון אחרון, כל הנתונים עובדו ונותחו ברמת היחיד, ולא ברמת הצוות. בהחלט ייתכן שיימצא קשר בין משתנים ברמת היחיד, ולא ברמת הצוות. דרושים מחקרים נוספים שיבחנו את מודל המחקר תוך הסתמכות על נתונים ממקורות שונים (למשל: מנהל, לקוחות, אנשי צוות), ותוך שימוש במדדים קשים לאפקטיביות, והשוואה בין רמת צוות לרמת פרט.

לסיכום, ממצאי המחקר העלו מספר מסקנות מעניינות: ראשית, נראה שחברי הצוות משוכנעים בחשיבותה של עבודת הצוות ובתרומתה לעבודתם, אך למרות זאת שכחות עבודת הצוות במרפאות עדיין נמוכה. שנית, קיימים תהליכי בידול במרפאות בין הקבוצות המקצועיות השונות בנוגע לתפיסתם את מטרות עבודת הצוות והדרכים

להשיג את המטרות האלה. במיוחד בולטת קבוצת העובדים הפך-רפואיים. שלישית, למרות שחברי המרפאות רואים את תפקידם כמובנה באופן בירוקרטי יותר, השילוב בין הבניית תפקיד בירוקרטית להבניה אורגנית הובילה לאפקטיביות של עבודת הצוות. רביעית, למרות שחברי הצוות מחויבים בראש ובראשונה למקצועם, ולא לארגון, דווקא מחויבות לארגון הובילה לאפקטיביות של עבודת הצוות במרפאות. ואחרון אחרון, למחויבות אפקטיבית יש השפעה ייחודית על האפקטיביות של צוות המרפאה מעבר להשפעת הבניות התפקיד.

הערת סיכום

שיפור הנגישות לטיפול וקידום איכותו הם מיעדיו המרכזיים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. דגש מרכזי בקידום מטרות אלה של החוק הוא מיקוד הטיפול בלקוח ויצירת "מעברים ללא תפרים" הן בתוך המרפאות בקהילה והן בין הקהילה לבית-החולים. עבודת הצוות המתפתחת במרפאות כוונה לקידום מטרות החוק במרכיבים הללו. במחקר הנוכחי נבדקה עבודת הצוות במרפאות הקהילה בשלבים הראשונים של הטמעתה. ממצאי המחקר משקפים את תהליך הסוציאליזציה הראשוני של קבוצות מקצועיות לעבודה בצוות, אך סביר להניח שיהיו שינויים במידת פעילות-הגומלין בצוות, ובמידת הנכונות והאפקטיביות של העבודה בצוותים עקב תהליכי למידה והתאמה.

חשיבות המחקר הנוכחי היא בהיותו המחקר השיטתי המקיף הראשון הנותן תמונת מצב על שלביה הראשונים של הטמעת עבודת הצוות. ממצאי מחקר זה יכולים להוות נקודות מוצא והשוואה למחקרים עתידיים שיעקבו אחרי שילובה של עבודת הצוות באופן העבודה במרפאות. ממצאי המחקר מוכיחים, שתהליך זה עודנו נמצא בתחילת דרכו ושהיקף ההטמעה של עבודת הצוות במרפאה אינו גדול. כיוון שכך, על קופות החולים מוטלת האחריות לעודד ולהגביר את מידת פעילות-הגומלין בעבודת הצוות הבין-מקצועי ואת האפקטיביות שלו.

ביבליוגרפיה

דרון, א', (1997). "ביטחון סוציאלי" – לקראת שנת האלפיים; האתגר של חמישים החוברות הבאות. ביטחון סוציאלי, 50, 7-21.

- ניראל, ר', פריאנטה, מ' (1997). כוח אדם סיעודי בתקופה עלייה ושל רפורמות. במערכת הבריאות. *ביטחון סוציאלי*, 51, 111-129.
- קיי, ר' (2003). השתתפות עצמית בשירותי בריאות. *ביטחון סוציאלי*, 64, 45-58.
- Adorian, D., Silverberg, D.S., Tomer, D. & Wamosher, Z. (1990). Group discussions with the healthcare teams: A method of improving care of hypertension in general practice. *Journal of Human Hypertension*, 4, 265-268.
- Allen, N.J. & Meyer, J.P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.
- Allen, N.J. & Meyer, J.P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *Journal of Vocational Behavior*, 49, 252-276.
- Alper, S., Tjosvold, D., & Law, K.S. (1998). Interdependence and controversy in group decision making: Antecedents of affective self managing teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 74, 33-52.
- Angle, H.L. & Perry, J.L. (1981). An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 26, 1-14.
- Ankarlo, L. (1992). *Implementing self-directed teams*. Boulder, Co.: Career Track.
- Armstrong, D., Taverbie, A. & Johnston, S. (1994). Job satisfaction among practice nurses in a health district. *Health and Social Care in the Community*, 2, 279-282.
- Bacharach, S.B., Bamberger, P. & Conley, S.C. (1990). Work processes, role conflict, and role overload: The case of nurses and engineers in the public sector. *Work and Occupation*, 17(2), 199-228.
- Bacharach, S.B., Bauer, C., & Conley, S. (1986). Organizational analysis of stress: The case of elementary and secondary schools. *Work and Occupation*, 13, 7-32.
- Bamberger, P., Bacharach, S.B. & Dyer, L. (1990). Human resource management and organizational effectiveness: High technology entrepreneurial startup firms in Israel. *Human Resource Management Journal*, 21, 12-18.
- Baron-Epel, O., Drach-Zahavy, A. & Peleg, H. (2003) Barriers of collaboration between organizations working for health promotion in Israel. *International Journal of Health Promotion*, 25 (8), 279-294.
- Bedeian, A.G. (1986). *Management*. Illinois: Drydale Press.
- Bret, J.F., Corn, W.L. & Slocum, J.W. Jr. (1995). Economic dependency of work: A mediator of the relationship between organizational commitment and performance. *Academy of Management Journal*, 38, 261-271.
- Campion, M.A., Papper, E.M. & Medsker, G.J. (1996). Relations between work group characteristics and effectiveness: A replication and extension. *Personal Psychology*, 49, 429-452.
- Cant, S. & Killoran, A. (1993). Team tactics: A study of nurse collaboration in general practice. *Health Education Journal*, 52, 203-208.

- Cappelli, P. (2000). Managing without commitment. *Organizational Dynamics*, 28, 11-24.
- Carmeli, A. & Freund, A. (2002). The impact of work and workplace attitudes on organizational reputation. *Corporate Reputation Review*, 5, 51-70.
- Carmeli, A. & Freund, A. (2004). Work commitment, job satisfaction, and job performance: An empirical investigation. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 2(7), 35-52.
- Carson, K.D., Carson, P.P., Roe, C.W., Birkenmeier, B.J. & Phillips, J.S. (1999). Four commitment profiles and their relationships to empowerment, service recovery, and work attitudes. *Public Personnel Management*, 28, 1-13.
- Coetsee, L. (1999). From resistance to commitment. *Public Administration Quarterly*, 23, 204-222.
- Cohen, A. (1999). Relationships among five forms of commitment: An empirical assessment. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 285-308.
- Cohen, A. (2000). The relationship between commitment forms and work outcomes: A comparison of three models. *Human Relations*, 53, 387-417.
- Connally, T., Conlan, E.J. & Deutsch, S.J. (1980). Organizational effectiveness: A multiple constituency approach. *Academy of Management Review*, 5, 211-217.
- Drach-Zahavy, A., Somech, A., Granot, M. & Spitzer, A. (2004). Can we win them all? Benefits and costs of structured and flexible innovation-implementations. *Journal of Organizational Behavior*, 25(2), 217-234.
- Fox, R.T., Fox, D.H. & Wells, P.J. (1999). Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personnel. *Journal of Nursing Administration*, 9, 12-18.
- Freund, A. (2005). Work attitudes of social workers across three sectors of welfare organizations: Public, for profit and third sector. *Journal of Social Service Research*, 31(3), 69-92.
- Freund, A. & Carmeli, A. (2003). An empirical assessment: Reconstructed model for five universal forms of work commitment. *Journal of Managerial Psychology*, 18(7), 708-725.
- Fried, B.J. (1989). Power acquisition in a health care setting: An application of Strategic Contingencies Theory. *Human Relations*, 41(12), 915-927.
- Galunic, D., & Anderson, E. (2000). From security to mobility: Generalized investments in human capital and agent commitment. *Organizational Science*, 11, 11-20.
- Gladstein, D.L. (1984). Groups in context: A model of task group effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 29(4), 499-517.
- Goodman, P.S. (1986). Impact of task and technology on group performance. In Goodman, P.S. (Ed.). *Designing work groups* (pp. 120-176). San Francisco, Calif.: Jossey Bass.
- Guzzo, R.A. & Shea, G.P. (1992). Group performance and intergroup relations. In Dunnette, M.D. & Hough, L.M. (Eds.). *Handbook of industrial and organizational psychology*. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychology Press.

- Hackman, J.R. & Morris, C.G. (1975). Group tasks, group interaction processes, and group performance effectiveness: A review and proposed integration. In Berkowitz, L. (Ed.). *Advances in experimental social psychology* (pp. 45-99). New York: Academic Press.
- Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1980). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159-170.
- Jackson, S. & Schuler, R. (1985). A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 36, 16-78.
- Jones, R.V.H. (1992). Teamwork in primary care: How much do we know about it? *Journal of Interprofessional Care*, 6, 25-29.
- Kanungo, R.N. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, 67, 341-349.
- Kirkman, B.L. & Rosen, B. (1999). Beyond self management: Antecedents and consequences of team empowerment. *Academy of Management Journal*, 42, 58-74.
- Light D.W. (2001). Comparative institutional response to economic policy managed competition and governmentality. *Social Science and Medicine*, 52(8), 1151-1166.
- Morrow, P.C. (1993). *The theory and measurement of work commitment*. Greenwich, Conn.: JAI Press Inc.
- Mannheim, B. & Papo, E. (2000). Differences in organizational commitment and its correlates among professional and nonprofessional occupational welfare workers. *Administration in Social Work*, 23, 119-137.
- Neuman, J.E. (1989). Why people don't participate in organizational change. *Research in Organizational Change and Development*, 3, 181-212.
- Organ, D.W., & Ryan, K. (1995). A meta-analytic review of attitudinal and dispositional predictors of organizational citizenship behavior. *Personnel Psychology*, 48, 775-802.
- Peiro, J.M., & Gonzalez-Roma, J. (1992). The influence of work team climate on role, stress, tension, satisfaction and leadership perceptions. *European Review of Applied Psychology*, 42, 49-56.
- Podsakoff, P.M., & Organ, D.W. (1986). Self-report in organizational research: Problems and prospects. *Journal of Management*, 12, 531-544.
- Poulton, B.C. (1995). *Effective multidisciplinary teamwork in primary health care*. Ph.D. thesis. University of Sheffield.
- Poulton, B.C. & West, M.A. (1994). Primary healthcare team effectiveness: Developing a constituency approach. *Health and Social Care*, 2, 77-84.
- Poulton, B.C. & West, M.A. (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1), 7-18.
- Randall, M.D. & O'Driscoll, M.P. (1997). Affective versus calculative commitment: Human resource implications. *Journal of Social Psychology*, 137, 606-617.
- Reuben, M., Baron, D.A. & Kenny, (1986). The moderator-mediator variable

- distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Romzek, S.B. & Hendricks, J.S. (1982). Organizational involvement and representative bureaucracy: Can we have it both ways? *American Political Science Review*, 76, 75-82.
- Schappe, S.P. (1998). The influence of job satisfaction, organizational commitment, and fairness perceptions on organizational citizenship behavior. *Journal of Psychology*, 132, 277-290.
- Somers, M. & Birnbaum, D. (2000). Exploring the relationship between commitment profiles and work attitudes, employee withdrawal and job performance. *Public Personal Management*, 29, 353-365.
- Sundstrom, E., DeMeuse, K.P. & Futrell, D. (1990). Work teams: Application and effectiveness. *American Psychologist*, 45, 120-133.
- Thatcher, M.B.S. & Jehn, K.A. (1998). A model for group diversity profiles in bicultural organizational teams. In Neale, M.A. & Mannix, E.A. (Eds.). *Research on managing group and teams* (pp. 1-20). Stanford: JAI.
- West, M.A. (1994). *Effective teamwork*. Chester: Willey.
- West, M.A. (2002). Sparkling fountains or stagnant ponds: An integrative model of creativity and innovation implementation in work groups. *Applied Psychology*, 51, 355-424.
- West, M.A. & Field, R. (1995). Teamwork in primary health care: Perspectives from organizational psychology. *Journal of Interprofessional Care*, 9, 117-122.
- West, M.A. & Poulton, B.C. (1997). A failure of function: Teamwork in primary health care. *Journal of Interprofessional Care*, 11(2), 205-216.
- West, M.A., & Wallace, M. (1991). Innovation in healthcare teams. *European Journal of Social Psychology*, 21, 305-315.
- Wiles, R. & Robison, J. (1994). Teamwork in primary care: The views and experiences of nurses, midwives and health visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 324-330.
- Williams, G. & Laungani, P. (1999). Analysis of teamwork in an NHS community trust: An empirical study. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1), 19-28.
- Wilkin, D., Hallam, L. & Doggett, A. (1992). *Measures of need and outcome in primary health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Wood, N., Farrow, S. & Elliott, B. (1994). A review of primary healthcare organization. *Journal of Clinical Nursing*, 3, 243-250.