

1974-2024

50



מאירס ג'וינט
ברוקדייל

עמדות של מנהלים וצוותים מטפלים כלפי התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים כלליים וגריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפול חלב ושירותי חירום

רחל ניסנהולץ-גנות¹ אילה בורגר¹
תמר הרטום¹ ירון ניב²

¹ מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

² האגף להבטחת איכות ובטיחות הטיפול, משרד הבריאות

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות ומומן בסיועו

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | שבט תשפ"ה | פברואר 2025

רקע

התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים כלליים וגריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפות חלב ושירותי חירום (להלן: התוכנית) החלה לפעול בישראל בשנת 2013 בהובלת משרד הבריאות. מטרתה של התוכנית הייתה ועודנה למדוד את האיכות הקלינית הניתנת בבתי החולים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים וכן בתחנות אם וילד (טיפות חלב) ובשירותי פרה-הוספיטל (אמבולנסים של מד"א), וזאת כדי לשפר את איכות הטיפול לרווחת כלל אזרחי המדינה. התוכנית כוללת 70 מדדים פעילים, שברובם חל שיפור מאז תחילת המדידה.

משרד הבריאות פנה אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך מחקר שיבחן את עמדותיהם של המעורבים במדידה כלפי התוכנית.

מטרות

1. לנתח את השינויים העיקריים שהתרחשו בהתארגנות ובהתנהלות של מסגרות הטיפול הנמדדות במסגרת התוכנית
2. ללמוד מהן עמדות המנהלים והצוותים המטפלים במסגרות הטיפול הנמדדות כלפי התוכנית, תרומתה והשפעותיה
3. לבחון כיצד חווים הצוותים את הניסיון לקדם ולשפר את איכות הטיפול הרפואי הניתן על ידם
4. לבדוק את הקשר בין עמדות המנהלים והצוותים המטפלים כלפי התוכנית ובין תוצאות המדדים, בכמה מדדים נבחרים

שיטה

המחקר כלל שיטות איכותניות וכמותיות. בוצעו 30 ראיונות עומק עם מנהלים ובעלי תפקידים רלוונטיים במשרד הבריאות ובמסגרות הטיפול הנמדדות וכן בוצע סקר בקרב צוותים מטפלים במסגרות הטיפול (ענו 1,449 אנשי צוות). שאלון הסקר כלל 54 שאלות והוא הופץ לאנשי הצוות על ידי אחראי האיכות במסגרות הטיפול. כמו כן נותחו נתונים מדוחות התוכנית המתפרסמים באתר משרד הבריאות.

ממצאים עיקריים

93.0% מן המשיבים סברו כי חשוב או חשוב מאוד לעקוב אחר המדדים ו-64.0% מן המשיבים העריכו כי המעקב אחר המדדים תורם בפועל לשיפור איכות הטיפול. גם המרואיינים תמכו בצורך לעקוב אחר המדדים ברמה הלאומית. עם זאת, עלתה ביקורת, בין היתר, בנוגע לתהליך בחירת המדדים, למספר המדדים הנבדקים ולהתמקדות במדדי תהליך ולא במדדי תוצאה, בעיקר בתחומי הפסיכיאטריה והגריאטריה.

חלק מן הצוותים דיווחו כי הם רואים השפעות חיוביות של התוכנית. כך למשל, 30.2% מן הרופאים והרופאות בבתי החולים (להלן: צוותי הרפואה) ו-37.3% מן האחים ואחיות בבתי החולים (להלן: צוותי האחיות) סברו שהתוכנית מסייעת להם להיות מטפלים טובים יותר. 19.6% מצוותי הרפואה ו-43.6% מצוותי האחיות העידו כי תוכנית המדדים שיפירה במידה רבה או רבה מאוד את שביעות רצונם מעבודתם. בראיונות עלו השפעות חיוביות כמו קידום טכנולוגי והנעת תוכניות לקידום איכות בבתי החולים.

המשיבים ציינו כמה אתגרים שיש לתוכנית, כמו הגדלת העומס שהם חווים במידה רבה או רבה מאוד (61.0% מצוותי הרפואה ו-71.0% מצוותי האחיות דיווחו על כך), תחרותיות יתר במידה רבה או רבה מאוד (28.0% מצוותי הרפואה ו-37.8% מצוותי האחיות דיווחו על כך) וקיומו של לחץ ניהולי עודף במידה רבה או רבה מאוד (74.8% מצוותי הרפואה ו-71.5% מצוותי האחיות דיווחו על כך). בראיונות עלו אתגרים כמו הפניית תשומת הלב לחולים מסוימים ומחסור במדדים עבור חולים אחרים וכן עריכת בדיקות או מתן טיפול שלא לצורך, לדעתם של המרואיינים.

אתגר נוסף עלה בקשר עם משרד הבריאות. בעוד המשרד פועל רבות לחיזוק הקשר עם צוותי הטיפול, נראה כי ההשקעה שלו אינה מחלחלת מספיק וכך 89.0% מצוותי הרפואה ו-69.0% מצוותי האחיות דיווחו כי הם חשים שמשרד הבריאות קשוב במידה מועטה, מועטה מאוד או בכלל לא קשוב למשוב של הגורמים הרלוונטיים ממקום עבודתם בנוגע לתוכנית. בראיונות עלה גם תפקידן הייחודי של המפקחות והאתגרים שבו.

למרות האתגרים הרבים, 61.3% מן המשיבים סברו כי יש להמשיך בתוכנית ורק 25.3% אמרו כי אין להמשיך בה.

המרואיינים הציעו פתרונות אחדים לחיזוק הקשר עם משרד הבריאות, כמו חיזוק הקשר הישיר בין המשרד לאחראי האיכות המוסדיים; הצגת התוצאות החיוביות של התוכנית מעת לעת במסגרות הטיפול; חיזוק מנגנון המשוב הישיר בין צוותי הטיפול למשרד הבריאות והעצמת המפקחות מטעם משרד הבריאות.

סיכום

מן הממצאים עולה תמונה מורכבת. מחד גיסא, יש תמיכה נרחבת בתוכנית ובצורך במדידה ומאידך גיסא, יש אתגרים שיש להתייחס אליהם. ייתכן מאוד כי עיקר הפער בעמדות נובע מרמת המודעות של הצוותים ליסודות שעליהם בנויה התוכנית. כך, תיווך נכון וחשיפה של הצוותים אל "מאחורי הקלעים" של התוכנית עשויים לרכז חלק גדול מן התחושות הקשות של אחראי האיכות המוסדיים ושל צוותי הטיפול, ואולי אף לרתום אותם להתגייס לטובת הצלחת התוכנית.

המלצות

1. לרתום את צוותי הרפואה וצוותי האחיות לטובת הצלחת התוכנית, בין היתר על ידי הפיכתם למעורבים יותר בתוכנית
2. לבחון את כלל המדדים הנמדדים ואת תרומתם
3. לבסס מנגנון פשוט של קשר בין צוותי הרפואה וצוותי האחיות לאחראי האיכות במסגרות הטיפול, שיעבירו את המסר מן הצוותים למשרד הבריאות, ולוודא כי הצוותים המטפלים מודעים לו
4. להביע הוקרה למרכזים רפואיים מצטיינים

דברי תודה

ברצוננו להודות לכל הצוותים בבתי החולים ובתחנות אם וילד אשר עוסקים בעבודת קודש טיפולית, ובאמצעות התוכנית גם פועלים ללא הרף לשיפור איכות הטיפול הרפואי.

תודה רבה לצוות האגף להבטחת איכות במשרד הבריאות על היוזמה לקיום המחקר ועל הסיוע בכל שלביו. תודה לפרופ' שאול דולברג, מנהל האגף להבטחת איכות במשרד הבריאות (לשעבר), על המשוב וההערות החשובות, ולד"ר יפעת ארליך, סמנכ"לית בכירה איכות ובטיחות, שהתגייסה לקידום המחקר וסייעה בכל היבט אפשרי.

תודה מיוחדת לאולגה ברונשטיין, מנהלת תחום בכירה מערך איכות ובקרה, על הסיוע הצמוד בכל שלבי המחקר, על הבאת הנתונים, על תיאום מפגשים ועל המענה המהיר לכל בקשה. המקצועיות הרבה שלך סייעה מאוד ליכולת שלנו לבצע את המחקר החשוב הזה.

תודה לכל המרואיינים שנאותו להקדיש זמן לראיונות העומק, וביניהם לאחראי איכות ולמפקחות מתחומים שונים.

תודה למאות המשיבים לשאלון הסקר, אנשי הצוותים הרפואיים, אשר הקדישו מזמנם לטובת המחקר.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע
1	1.2 תוכניות מדידת איכות בעולם
2	1.3 תוכניות מדידת איכות בישראל
2	1.4 בעלי תפקידים בתוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים
4	1.5 המחקר
5	2. מטרות המחקר
6	3. שיטות המחקר
6	3.1 החלק האיכותני
7	3.2 החלק הכמותי
8	3.3 אתיקה
9	4. ממצאים
9	4.1 אוכלוסיית המחקר
10	4.2 היכרות עם תוכנית המדדים וחשיבותה
12	4.3 עמדות כלפי המדדים הנכללים
18	4.4 פרסום התוצאות
21	4.5 השפעות המדידה, תחושות ואתגרים הנובעים מן המדידה
24	4.6 אתגרים בעקבות התוכנית
32	4.7 הממשק עם משרד הבריאות
37	4.8 פתרונות אפשריים לשיפור הקשר בין אנשי הצוות ובין משרד הבריאות
39	4.9 המשך התוכנית
40	4.10 הקשר בין שיעורי העמידה במדדים נבחרים ובין עמדות צוותי הטיפול כלפי תוכנית המדידה
41	5. מגבלות המחקר
42	6. דיון
45	7. המלצות
45	7.1 רתימת כלל הגורמים הרלוונטיים
46	7.2 שינויים מומלצים בתוכנית
47	8. עם הפנים קדימה
48	עוד פרסומים של המכון בנושא
49	מקורות

51	נספחים
51	נספח 1: מדדים אשר הצוותים בשטח הציעו להסיר
52	נספח 2: מדדים נבחרים להשוואה בין בתי חולים
53	נספח 3: דוגמאות לחוסר הקשר בין מדדים נבחרים לתפיסות המטפלים

רשימת לוחות

9	לוח 1: המאפיינים הדמוגרפיים של משיבי הסקר המקוון
---	--

רשימת תרשימים

3	תרשים 1: בעלי התפקידים בתוכנית הלאומית למדידת איכות בבתי חולים
11	תרשים 2: עד כמה, להערכתך, חשוב באופן כללי לעקוב אחרי מדדי האיכות?
11	תרשים 3: באיזו מידה לדעתך תורם המעקב אחר המדדים לשיפור איכות הטיפול?
13	תרשים 4: באיזו מידה המדדים כפי שהם היום מודדים את איכות הטיפול הקליני?
13	תרשים 5: האם לדעתך יש מדדים שאינם מקדמים את שיפור איכות הטיפול בתחומך?
13	תרשים 6: האם יש מדדים בתחום העיסוק שלך שכדאי להמליץ לבטל?
19	תרשים 7: באיזו מידה נכון לפרסם פומבית את התוצאות הסופיות?
19	תרשים 8: באיזו מידה התוצאות הסופיות כפי שמתפרסמות על ידי משרד הבריאות משקפות נכונה את ההתנהלות הקלינית במחלקות בפועל?
21	תרשים 9: האם עשית שינויים בדפוסי העבודה שלך בעקבות מדידת האיכות?
21	תרשים 10: כיצד לדעתך משפיעים היעדים המספריים של התוכנית על עבודת הצוותים המטפלים?
21	תרשים 11: עד כמה חל שינוי (שיפור או הרעה) בתוצאות המדדים של מקום עבודתך?
23	תרשים 12: מידת ההשפעות החיוביות של התוכנית
25	תרשים 13: השפעות שליליות של התוכנית – התנהלות כוללת
29	תרשים 14: השפעות שליליות של התוכנית – השפעה על איכות הטיפול
30	תרשים 15: באיזו מידה יש לך תחושה שלמרות קיומו של מדד זה או אחר, יש לך חופש לפעול על בסיס שיקול דעת מקצועי?
33	תרשים 16: האם יש לך אפשרות לשלוח משוב למשרד הבריאות באופן יעיל בכל הקשור לתוכנית המדדים?
33	תרשים 17: באיזו מידה, לדעתך, משרד הבריאות קשוב למשוב מן הגורמים הרלוונטיים במקום עבודתך בנוגע לתוכנית המדדים?
40	תרשים 18: ככל שהדבר תלוי בך, האם כדאי להמשיך בתוכנית המדידה?

1. מבוא

1.1 רקע

התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים כלליים וגריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפות חלב ושירותי חירום (להלן: התוכנית) החלה לפעול בשנת 2013 בהובלת משרד הבריאות. מטרתה של התוכנית הייתה ועודנה למדוד את האיכות הקלינית הניתנת בבתי החולים הכלליים, הפסיכיאטריים והגריאטריים וכן בתחנות אם וילד (טיפות חלב) ובשירותי פרה-הוספיטל (אמבולנסים של מד"א), וזאת כדי לשפר את איכות הטיפול לרווחת כלל אזרחי המדינה.

מדידת איכות היא כלי חשוב הנהוג בארץ ובעולם לשיפור איכות. מדידת איכות ברפואה החלה להתפתח בסוף המאה הקודמת עם ביסוס התפיסה שהוביל דונבדיאן (Donabedian, 2005) ולפיה אחת הדרכים לשפר את איכות הטיפול הרפואי נעוצה בהגדרת מדדים שונים ומעקב אחריהם. המדדים מחולקים לשלוש קבוצות:

1. מדדי מבנה, הבוחנים את הרכב המטפלים ואופיים, את נוהלי הארגון ואת מדיניותו
2. מדדי תהליך, המתייחסים לתהליכי עבודה ולפעילות לפי הנחיות רפואיות מוגדרות ומקובלות
3. מדדי תוצאה, העוסקים בתוצאות הטיפול, הן תוצאות חיוביות (הישרדות, איכות חיים) הן תוצאות שליליות (זיהומים או תמותה)

1.2 תוכניות מדידת איכות בעולם

תוכניות מדידת איכות קיימות בעולם בכמה מדינות. כך למשל ה-OECD הקים בשנת 2003 תוכנית למדידת איכות (Health Care Quality Indicators – HCQI), הבוחנת מגוון מדדי איכות, שהלכו והתרחבו עם השנים, וכוללים בעיקר מדדים העוסקים במחלות כרוניות (Mattke et al., 2006).

בארצות הברית כמה תוכניות מדידה. המובילה בהן היא [HEDIS](#), הכוללת יותר מתשעים מדדים בתחומים כמו יעילות הטיפול, זמינות הטיפול ועוד. התוכנית פועלת ב-90% מתוכניות הבריאות (health plans) בארצות הברית.

באוסטרליה התוכנית למדידת איכות בבתי חולים מנוהלת על ידי [Australian commission on safety and quality in healthcare](#), ובמסגרתה מדדים שונים. כך למשל יש מדדים בתחומים של שברים, ניתוחים, אוטם בשריר הלב, שבץ מוחי וכן מדדים הקשורים לתחומים פסיכיאטריים.

באנגליה פועלת החל משנת 2013 תוכנית מדדים מטעם ה-NHS. התוכנית כוללת מדדים בכמה תחומים, כגון שבר צוואר ירך, מניעת פקקת ורידים, טיפול באוטם, ניתוחים שונים ועוד (כהן ואח', 2022).

גם מכון [NICE](#) באנגליה מפעיל תוכנית מדדים שאין חובה ליישמה, אך היא בנויה בהתאם לתפיסת משרד הבריאות הבריטי בנוגע לתחומים שיש לקדם במערכת הבריאות.

1.3 תוכניות מדידת איכות בישראל

בישראל, פועלת משנת 2000 התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה הבוחנת באמצעות מדדים שונים את איכות הטיפול הניתן בתחומי האבחון, הטיפול והמניעה. עמדות הרופאים בקופות החולים כלפי התוכנית הזאת הוערכו על ידי מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל (ניסנהולץ-גנות ואח', 2021; רוזן וניסנהולץ-גנות, 2012). בדוח שפורסם על ידי ה-OECD בשנת 2012 צוינה לשבח התוכנית בקהילה והומלץ להקים תוכנית מקבילה בבתי החולים (<https://israelhealthindicators.org/>). כאמור, בשנת 2013 הקים משרד הבריאות את התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים כלליים וגריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפות חלב ושירותי חירום. התוכנית פועלת מכוח תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (מדדי איכות ומסירת מידע), התשע"ב-2012, ובליוי של ועדות מייעצות בכל התחומים הנמדדים. התוכנית כוללת מדדים בתחומים מגוונים, כגון אוטם חד בלב, שבץ מוחי, שברים בצוואר הירך, מניעת זיהומים ובדיקות סקר וכן מדדים המתמקדים במסגרות טיפול שונות: בתי החולים הציבוריים, בתי החולים הפסיכיאטריים, בתי החולים הגריאטריים, תחנות אם וילד ושירותי כרה-הוספטרל (אמבולנסים).

בתחילת התוכנית נכללו בה חמישה מדדים בלבד (משרד הבריאות, א"ת) ועם השנים הוספו לה עוד מדדים, כך שכיום (2024) התוכנית כוללת שבעים מדדים פעילים ועוד ארבעה עשר מדדים שהוקפאו (משום שהשיגו את יעדם). ניהול התוכנית מתבצע על ידי האגף להבטחת איכות במשרד הבריאות, אשר מגדיר וקובע אילו מדדים יכנסו למדידה בכל שנה ומהם יעדיהם, וכן מפקח על איסוף נתוני המדידה ממסגרות הטיפול השונות.

במשך שנות המדידה השתפרה רמת הביצוע של מסגרות הטיפול הנמדדות ברבים מן התחומים שנבדקו. כך למשל, במדד של ביצוע צנתור לב טיפולי בתוך 90 דקות מהגעה למיון במצבי אוטם שריר הלב מסוג ST Elevation (STEMI) השתפר שיעור העמידה במדד מ-68% בשנת 2013 ל-93% בשנת 2022, וכן במדד של מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך השתפר שיעור העמידה במדד מ-66% בשנת 2014 ל-95% בשנת 2022. באופן כללי השתפר ביצוע בתי החולים ביותר ממחצית מן המדדים הנמדדים, בפרט כאלו ששיעור העמידה בהם היה נמוך. בשאר המדדים, בעיקר אלו ששיעור העמידה בהם היה גבוה יחסית מלכתחילה, נרשמה יציבות. עבודה אשר פורסמה בשנת 2022 הראתה כי בהשוואה בין השנים 2016 ו-2020 העמידה ביעדי המדדים השתפרה משמעותית בשנת 2020 למרות העלייה המתמדת בערכי היעדים (ניב, 2022). עבודות נוספות שפרסמו כרופ' ניב ושותפיו הראו כי הטמעת המדד של ביצוע דופלקס עורקי צוואר לחולים עם שבץ מוחי חולף (TIA) הובילה לתמותה נמוכה יותר בקרב חולים אלו (Niv et al., 2021a), וכי מתן אנטיביוטיקה מניעתית טרם ניתוחי המעי הגס, ניתוחים קיסריים וניתוחי צוואר ירך מורידה תמותה אף היא בקרב מנותחים (Niv et al., 2021b).

1.4 בעלי תפקידים בתוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים

התוכנית מנוהלת על ידי **סמנכ"ל בכיר לאיכות ובטיחות** במשרד הבריאות ובאמצעות מחלקות איכות ובקרה וחקר שירותי רפואה, אשר מובילים את התוכנית מאז הקמתה. המנהלים אומנם התחלפו בשנים מאז החלה התוכנית לפעול, אך כולם היו בעלי ניסיון קליני וניהולי.

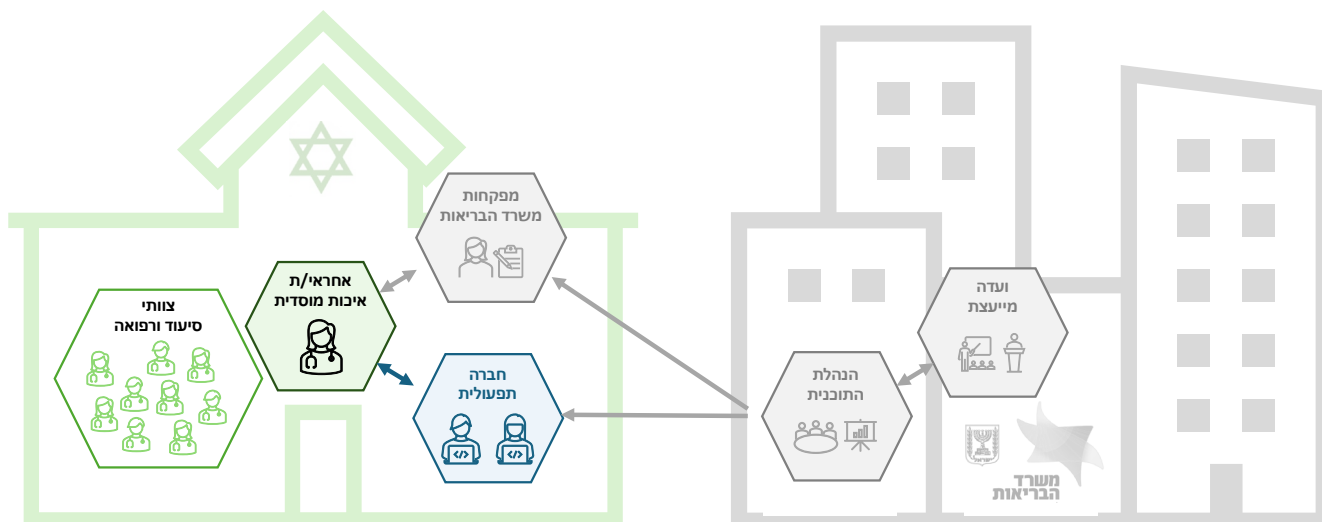
לצד הנהלת התוכנית פועלת **ועדה מייעצת**, שחברים בה אנשי מקצוע בתחום הרפואה וכן נציגי מגזרים שונים במערכת הבריאות. הוועדה מתכנסת מעת לעת ובין תפקידיה להמליץ על מדדי האיכות הנבחרים, לדון בשינויים הנדרשים במדדים הקיימים ולהחליט על שינוי ביעדי מדדי התוכנית.

במחלקת איכות ובקרה פועל גם **צוות מפקחות איכות ובקרה**, אשר אמונת על בקרת מהימנות הנתונים המדווחים לתוכנית. הן פועלות בשיתוף פעולה עם אחראי האיכות במסגרות הטיפול השונות, הן בשיקוף ממצאי התיקוף הן בהובלת תהליכי שיפור איכות הטיפול. כמו כן הן משתלבות בתהליכי רוחב שיוזמת המחלקה מעת לעת.

בכל מסגרת טיפול יש **אחראי איכות מוסדי** – איש או אשת צוות המועסקים על ידי המסגרת הנמדדת ותפקידם לרכז את נושא מדדי האיכות. במקרים רבים יבחר איש צוות עם הכשרה בבריאות הציבור או בניהול סיכונים. אחראי האיכות פועל הן כאיש קשר בין בית החולים ובין מפקחות איכות ובקרה הן בתיווך והטמעת המדדים בקרב **צוותי הטיפול**, שהם למעשה צוותי הרפואה, האחיות ומקצועות הרפואה הפועלים ישירות עם המטופלים, במחלקות וליד מיטת החולה.

לצורך יישום התוכנית, התקשר משרד הבריאות עם חברה **תפעולית** (אופיסופט), שהיא ספק חיצוני. החברה מעסיקה צוות עובדים הממונה על היישום וההטמעה של המדידה מן ההיבט המחשובי והתפעולי. עובדי החברה נמצאים בקשר יום-יומי עם נציגי מסגרות הטיפול נותנות השירות (מחשוב ואיכות).

תרשים 1: בעלי התפקידים בתוכנית הלאומית למדידת איכות בבתי חולים^א



^אבאפור – עובדי התוכנית; בירוק – עובדי בתי החולים ומסגרות הטיפול; בכחול – חברה תפעולית במיקור חוץ

1.5 המחקר

כאמור, בשנים 2010 ו-2020 ערך מכון ברוקדייל מחקרים הבוחנים את העמדות של מנהלים ושל רופאים בשטח כלפי התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה (ניסנהולץ-גנות ואח', 2021; רוזן וניסנהולץ-גנות, 2012; Nissanholtz-Gannot et al., 2012). מן המחקרים עלה כי הרופאים רואים חשיבות במדידה, אך יחד עם זאת סבורים שבתוכנית ישנם אתגרים משמעותיים, כגון עומס, תחרות יתר ולחץ ניהולי עודף. בהשוואה בין שנת 2010 לשנת 2020 עלה כי בשתי השנים תמכו הרופאים בתוכנית, אך התמיכה בשנת 2020 הייתה נמוכה יותר מזו שהייתה בשנת 2010. מחקר דומה על עמדות צוותים כלפי התוכנית הלאומית למדדי איכות של בתי החולים טרם נערך.

בשנת 2021 פנה משרד הבריאות אל מכון ברוקדייל בבקשה לבצע מחקר שיבחן את עמדותיהם של מנהלים ושל צוותי רפואה ואחיות כלפי התוכנית למדידת איכות במסגרות הטיפול שבהן היא פועלת וכן את התפיסות של מנהלים בדרגים שונים בנוגע לתוכנית זו.

בחיפוש מקיף שערכנו לא נמצא מחקר העוסק בתפיסות צוותים מטפלים בנוגע לתוכניות מדידת איכות בבתי חולים. מחקר זה נערך לאחר עשר שנות פעילות של התוכנית, והוא עשוי לספק נקודת מבט ייחודית של הצוותים המטפלים וכן להוות אמת מידה (benchmark) להתייחסות מחקרית בעתיד.

הבאת קולם של הצוותים המטפלים חשובה מכמה סיבות. ראשית, עשייתם היום-יומית של הצוותים המטפלים מספקת להם נקודת מבט ייחודית, ואיסוף מידע שיטתי על תפיסותיהם עשוי לסייע למנהלי מערכת הבריאות, לצוותים עצמם ולאנשי מקצוע אחרים, לשפר את השימוש המושכל במדדי האיכות. שנית, הצוותים, כמי שמטפלים ישירות במטופל, הם המיישמים וה"מוציאים לפועל" של תוכנית המדדים, ומכאן כי תמיכתם במאמצים הארגוניים לקידום מדדי איכות חיונית להצלחת מדידת האיכות ברמה הארגונית והלאומית. לבסוף, המחקר יספק נתונים שיטתיים על היקף התמיכה או ההתנגדות לתוכנית ויאפשר לעמוד על שביעות הרצון או אי שביעות הרצון ממנה, לבחון את הגורמים לכך ולשקף למשרד הבריאות את עמדות הצוותים כלפי הדרכים שבהן אפשר לשפר אותה.

את המחקר ליוותה ועדת היגוי ובה נציגים מבתי החולים הכלליים והגריאטריים, ממרכזים לבריאות הנפש ומתחנות לאם ולילד, וכן בעלי תפקיד בתוכנית המדדים הלאומית למדדי איכות בבתי החולים.

2. מטרות המחקר

1. לנתח את השינויים העיקריים שהתרחשו בהתארגנות ובהתנהלות של מסגרות הטיפול הנמדדות במסגרת התוכנית
2. ללמוד מהן עמדות המנהלים והצוותים המטפלים במסגרות הטיפול הנמדדות כלפי התוכנית, תרומתה והשפעותיה
3. לבחון כיצד חווים הצוותים את הניסיון לקדם ולשפר את איכות הטיפול הרפואי הניתן על ידם
4. לבדוק את הקשר בין עמדות המנהלים והצוותים המטפלים כלפי התוכנית ובין תוצאות המדדים, בכמה מדדים נבחרים

3. שיטות המחקר

במחקר שולבו שיטות מחקר איכותניות וכמותיות. הרכיב האיכותני נועד לענות על מטרות 1 ו-2, שפורטו לעיל, ולסייע בהכנת כלי המחקר שיעשה בו שימוש בחלק הכמותי של המחקר. רכיב זה כלל ראיונות עם מנהלים וצוותים מטפלים בבתי החולים (כלליים, פסיכיאטריים וגריאטריים), ובתחנות אם וילד.¹ הרכיב הכמותי נועד לענות על מטרה 3 וכלל איסוף נתונים בסקר מקוון וניתוח של תוצאותיו בשיטות סטטיסטיות מתאימות. כמו כן הועברו ממשרד הבריאות קובצי מידע אשר ניתוחם נועד, יחד עם תוצאות הסקר המקוון, לענות על מטרה 4.

שילוב שיטות המחקר אפשר לקבל תמונה מקיפה של הפעלת התוכנית במסגרות הטיפול ושל חוזקותיה וחולשותיה כפי שהן משתקפות הן מדיווחי המנהלים במשרד הבריאות הן מדיווחי הדרג הניהולי והדרג הטיפולי במסגרות, ולעמת את העמדות וההבנות בין שני הקטבים האלה.

3.1 החלק האיכותני

במחקר בוצעו תחילה עשרים ושניים ראיונות עומק חצי מובנים עם מנהלים ובעלי תפקידים בכירים: הן נושאי תפקיד במשרד הבריאות מאגף תוכנית המדדים הלאומית למדדי איכות בבתי החולים הן מבתי חולים, קופות חולים ולשכות בריאות.

המראיינים מבתי החולים אינם מהווים אומנם מדגם סטטיסטי מייצג של האוכלוסייה שאליה הם שייכים, אך בבחירתם הושם דגש על גיוון במאפייני הרקע: גברים ונשים, בעלי הכשרות שונות (רפואה ואחיות), מן הפריפריה והמרכז, מתחומי רפואה שונים (בתי חולים כלליים, גריאטריים ומרכזי בריאות הנפש) ובדרגי ניהול שונים.

מזמיני המחקר במשרד הבריאות העבירו לצוות המחקר את פרטי הקשר של המראיינים. הראיונות נעשו בחודשים אוגוסט-נובמבר 2021. כל הראיונות נערכו בעברית וארכו כשעה, פנים אל פנים או בשיחת וידאו (באמצעות זום) לפי בחירת המראיין. כל ריאיון נערך באמצעות שאלון חצי מובנה אשר הותאם למקצועו ולתפקידו של המראיין, וכלל כמה שאלות שהיו חשובות למטרות המחקר ושנראו לצוות המחקר מהותיות לצורך הערכת ההתנהלות במסגרות הטיפול. עם זאת מהלך הריאיון השאיר פתח להעלאת נושאים נוספים על ידי המראיינים.

הראיונות עם הממונים על התוכנית במשרד הבריאות נועדו להבנת הרקע לבניית התוכנית: מה הרציונל בבחירת המדדים, כיצד מגדירים אותם, מתי בוחרים להוסיף מדד או להסיר מדד ומה לדעתם היתרונות והחסרונות בפרסום פומבי של התוצאות. הראיונות עם אחראי ומנהלי האיכות בבתי החולים נועדו כדי להבין את עמדותיהם כלפי הפעלת התוכנית במוסדם, מה היתרונות והחסרונות שהם רואים בה וכיצד הם משתמשים בה ככלי ניהולי. המראיינים התבקשו גם לתאר כיצד הם רואים את תוכנית המדדים בעוד כחמש שנים – מה היו רוצים לשמר ומה לדייק ולשפר.

¹ במחקר זה לא נכללו צוותי האמבולנסים והמדדים העוסקים בטיפול טרם ההגעה לבתי החולים מכיוון שמספרם מועט ודרך ההתנהלות של משרד הבריאות מולם שונה מהותית מדרך ההתנהלות עם מרכזים רפואיים

הראיונות הוקלטו, תומללו ונותחו באמצעות תוכנת ti.Atlas 8. הניתוח בוצע בכמה שלבים על פי ניתוח תמטי (שקדי, 2003). בוצע קידוד על בסיס נושאים שעלו משאלות המחקר ומן הראיונות, והקודים רוכזו לתמות מרכזיות ולתתי-תמות. את הנתונים עיבדו שתי החוקרות שבצוות המחקר באופן שביסס את מהימנות הניתוח (מהימנות בין שופטים). בתחילה זוהו בראיונות היגדים המתייחסים לתחומי תוכן משותפים שבלטו בראיונות וההיגדים השונים חולקו על פי נושאים. בשיח שבין החוקרות דויקה הגדרת התחומים, ובהתאם להם חולקו התמות מחדש לכמה נושאים.

עשרה ראיונות נוספים נערכו לאחר איסוף הנתונים בחלק הכמותי עם בעלי תפקידים מקרב צוותי הטיפול ומקרב מנהלי התוכנית. ראיונות אלו עסקו בתרומה של התוכנית לשיפור האיכות, בהשפעתה על עבודת הצוותים ובמשמעותה ככלי ניהולי עבור המנהלים. המרואיינים בסבב הראיונות השני התבקשו גם להביע את דעתם בנוגע למסקנות שעלו מן הסקר המקוון.

3.2 החלק הכמותי

לצורך התרשמות מעמדותיהם של הצוותים המטפלים כלפי התוכנית הופץ ביניהם שאלון מקוון. השאלון התבסס על שאלון קודם שהופץ בקרב רופאים בקהילה במסגרת מחקר קודם של מכון ברוקדייל (ניסנהולץ-גנות ואח', 2021), ועבר התאמה לאופי הפעילות של צוותי הרפואה והאחיות בבתי חולים, תוך כדי שימת דגש בנושאים שעלו בראיונות העומק המקדימים אשר בוצעו בשלב האיכותני. בשאלון היו 54 שאלות והוא כלל שישה פרקים: (א) מידת ההיכרות עם התוכנית ומידת חשיבותה; (ב) עמדות כלפי המדדים הנכללים; (ג) בהירות המדדים, הבנתם ודיוקם; (ד) השפעות המדידה על התנהגות הצוותים; (ה) תחושות ואתגרים הנובעים מן המדידה (בין השאר תחרותיות, עומס ולחץ ניהולי); (ו) הממשק עם משרד הבריאות. כן נאסף מידע על מאפייני הרקע של המשיבים, כגון מין, גיל, מגזר (רפואי/אחיות/מקצועות הבריאות) ומספר שנות ניסיון.

השאלון הופץ למנהלי ואחראי האיכות בבתי חולים כלליים וגריאטריים ובמרכזים לבריאות הנפש והם העבירו אותו לצוותים המטפלים במוסדם בין החודשים נובמבר 2022 ליוני 2023. נעשה ניסיון לפנות גם אל אחראים ומנהלים בתחנות אם וילד, אך לא הייתה היענות מצידם.

לצורך מענה על מטרה 4 העביר משרד הבריאות לצוות המחקר קובץ נתונים מנהליים של התוכנית ובו סיכום תוצאותיהם של מדדים נבחרים לפי מסגרת טיפול. צוות המחקר בחן את הקשרים בין תוצאות המדדים לתוצאות הסקר המקוון עם צוותי הטיפול.

הקשרים בין זוגות המשתנים שנאספו בסקר המקוון נותחו באמצעות לוחות צולבים, מרובדים במידת הצורך. מובהקות ההבדל בין פרופורציות נבדקה בעזרת מבחן Z . מובהקות ההבדל בין ממוצעי משתנים כמותיים נבדקה בעזרת מבחן t . המובהקות של מידת ההשפעה העצמאית של משתנים מרובים על התוצאה נבדקה באמצעות ניתוחים רב-משתניים (רגרסיות לוגיסטיות).

כל העיבודים נערכו באמצעות תוכנת SPSS-IBM 28.

3.3 אתיקה

המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

הגישה לקובצי המידע הממוחשבים הוגבלה לצוות המחקר בתיקייה מאובטחת.

הובהר למרואיינים כי ההשתתפות במחקר היא על בסיס התנדבות בלבד, וכי הם אינם מחויבים להשתתף בו. צוות המחקר ביקש מן המרואיינים רשות להקליט אותם, לטובת תמלול מלא של דבריהם, שימש רק את צוות המחקר, וצוין כי הם יכולים לבקש לעצור את ההקלטה בכל עת שירצו וכי צוות המחקר מתחייב לכבד את הבקשות ולעשות זאת.

כמו כן בתחילת הריאיון הוסבר למרואיינים כי אי הסכמה לענות על חלק מן השאלון או הפסקה של הריאיון באמצע לא תפגע בהם באופן כלשהו. צוין כי החוקרים מתחייבים לשמור בסודיות מלאה את תוכן השיחות, וכי כל המידע שיימסר בריאיון ישמש לניתוחים בלבד ללא אפשרות לזהות את המרואיינים. לאחר מכן הם התבקשו לתת הסכמה בעל פה להשתתף במחקר.

יצוין כי כדי למנוע זיהוי של מרואיינים, לא צוין השיוך הארגוני שלהם במקרים שבהם עלתה סבירות לזיהויים.

4. ממצאים

4.1 אוכלוסיית המחקר

בניתוח הנתונים הכמותי נכללו 1,449 אנשי צוות רפואי אשר ענו על הסקר ויש עבורם מידע דמוגרפי מספק. **לוח 1** מציג את המאפיינים הדמוגרפיים של המשיבים. 25% מן המשיבים הם רופאים ורופאות (להלן: צוותי רפואה), 55% אחים ואחיות (להלן: צוותי אחיות) ו-20% ממקצועות הרפואה. כשליש מן המשיבים הם גברים וכשני שליש נשים, אך היחסים משתנים כתלות במגזר שאליו משתייכים המשיבים: בקרב צוותי הרפואה ענו על הסקר 61% גברים, בדומה לשיעור הגברים בקרב אוכלוסיית הרופאים בישראל – לפי דוח כוח האדם במקצועות הבריאות לשנת 2022, 57% מן הרופאים עד גיל 67 הם גברים (משרד הבריאות, 2023), בקרב צוותי האחיות ניכר רוב נשי – 82% מן המשיבים מצוותי האחיות הן נשים, שיעור דומה לשיעור הנשים בצוותי האחיות בישראל – 84% (משרד הבריאות, 2023). יש ייצוג מגוון לכל קבוצת הגיל, כאשר הקבוצה הקטנה ביותר היא אנשי צוות בני 60+. למשיבים על הסקר ייצוג מגוון מבחינת שנות ניסיונם. כמו כן 18% מן המשיבים הם אנשי צוות בבתי חולים פסיכיאטריים ו-14% נוספים הם אנשי צוות בבתי חולים גריאטריים; 81% הם יהודים; 74% הם ילידי הארץ; ו-11% למדו בחו"ל.

לוח 1: המאפיינים הדמוגרפיים של משיבי הסקר המקוון (באחוזים)

מקצועות הרפואה	צוותי אחיות	צוותי רפואה	כלל המשיבים		
<i>n</i> = 299 (20)	<i>n</i> = 793 (55)	<i>n</i> = 357 (25)	<i>N</i> = 1,449 (100)		
34	27	22	28	<40	קבוצת גיל
24	31	25	28	49–40	
29	30	32	30	59–50	
13	12	21	14	+60	
17	18	61	28	גבר	מין
83	82	39	72	אישה	
88	75	86	81	יהודי	קבוצת אוכלוסייה
4	18	8	12	ערבי מוסלמי	
6	5	3	5	ערבי נוצרי	
0	0	1	0	דרוזי	
2	2	2	2	אחר	
83	74	67	74	ישראל	ארץ לידה
17	26	33	26	אחר	

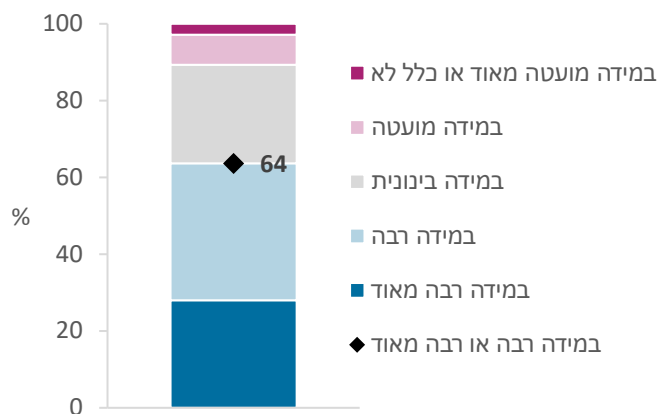
מקצועות הרפואה	צוותי אחיות	צוותי רופאה	כלל המשיבים		
95	95	70	89	ישראל	ארץ לימודים
5	5	30	11	אחר	
15	15	10	13	5-0	שנות ניסיון
19	12	14	14	10-5	
29	24	25	26	20-11	
21	26	31	27	30-21	
16	23	20	20	30<	
8	14	25	16	כללי גדול	סוג בית חולים
45	41	37	41	כללי בינוני	
12	12	10	12	כללי קטן	
18	20	13	18	גריאטרי	
17	13	15	13	פסיכיאטרי	

בהצגת ממצאי הסקר, כאשר לא היה הבדל בין המגזרים, הוצגו הממצאים עבור כלל המשיבים. בשאלות שבהן נצפה הבדל בין המגזרים הוצגו התוצאות בנפרד – עמודה לצוותי הרפואה ועמודה לצוותי האחיות, תוך התייחסות למידת המובהקות הסטטיסטית בין המגזרים. אוכלוסיית צוותי מקצועות הבריאות דומה ברוב המקרים לאוכלוסיית האחים והאחיות, היא אוכלוסייה הטרוגנית מאוד מבחינת פיזור המקצועות והיא הקטנה ביותר מבחינה מספרית, ולכן לא הוצגה בתרשימים המפולחים למגזרים.

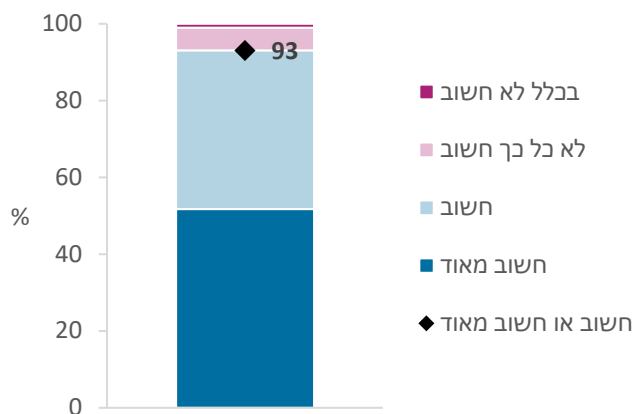
4.2 היכרות עם תוכנית המדדים וחשיבותה

בפרקו הראשון של שאלון הסקר נשאלו המשיבים על מידת היכרותם עם התוכנית והתבקשו לחוות דעה כללית עליה. 90% מן המשיבים הכירו היטב את התוכנית ו-80% מהם אמרו כי שיטות המדידה מובנות להם. **בתרשים 2** אפשר לראות כי 93% מן המשיבים חשו כי חשוב או חשוב מאוד לעקוב אחר התפקוד הקליני באמצעות מדידה. **בתרשים 3** אפשר לראות כי 64% מן המשיבים העריכו כי המעקב אחר המדדים תורם בפועל לשיפור איכות הטיפול, ורק 11% מהם חשבו כי המעקב תורם במידה מועטה או כלל לא.

תרשים 3: באיזו מידה לדעתך תורם המעקב אחר המדדים לשיפור איכות הטיפול? (באחוזים)



תרשים 2: עד כמה, להערכתך, חשוב באופן כללי לעקוב אחרי מדדי האיכות? (באחוזים)



כל המרואיינים תמכו בצורך לעקוב אחר מדדי איכות ברמה הלאומית. רובם ראו חשיבות בהפעלת התוכנית והכירו ביתרונות המעקב אחר מדדי איכות קליניים. רופא בכיר תיאר את הירתמותו לתוכנית מתוך הבנה עמוקה כי היא תורמת רבות לשיפור איכות הטיפול הניתן בבתי החולים:

”אם אתה לא מודד משהו אתה לא מבין משהו. אם אתה לא מבין משהו אתה לא יכול לשפר אותו. ולכן חשבנו מה הם המדדים הנכונים שבמקומות אחרים בעולם קידמו את הנושא בצורה משמעותית ... מה שלא מודדים, אנשים לא רואים את זה בעיניים הם לא מסוגלים להבין אם באמת עושים טוב או לא טוב. אבל ההרגשה הכללית של כולם, אני הכי טוב. אבל אם אתה שם אותו מול הראי ומול המדד שהוא מודד...” (מרואיין מס' 20).

אחראית איכות מוסדית תיארה את חשיבות התוכנית בעיניה, ככזו המסייעת להסדיר את נוהלי הטיפול ושלביו:

”זה ממש עזר. כאילו עכשיו אי אפשר לפספס... זה עשה סדר כזה במחלקה. שיפר את איכות הטיפול במחלקה... וזה עזר להם מאוד לעשות את האומדנים ואת העבודה במחלקה כמו שצריך” (מרואינת מס' 18).

בראינות תיארו בכירים במשרד הבריאות את מטרותיה של התוכנית. אחת המטרות שציפו להשיג הייתה שימוש בתוכנית ככלי ניהולי, הן ברמה הארצית עבור הרגולטור הן ברמת בית החולים עבור המנהלים במסגרות הטיפול. כך תיאר אחד מן המנהלים במשרד הבריאות:

”היום אין מנהל בית חולים שלא מבין את חשיבות המדדים כי זה כלי ניהולי מדהים בשבילו. במקום שמנהל בית חולים יעסוק באופן פרטני ויקדיש חלק גדול מזמנו למדדי איכות שלו בבית החולים כדי לראות שהרפואה שהוא נותן טובה, אנחנו עושים את זה במקומו... הצעירים שגדלו לתוך זה מבינים את החשיבות” (מרויין מס' 17).

אחראית איכות בבית חולים כללי תיארה כי תוצאות המדדים זמינות לה באופן רציף באמצעות מערכת שנבנתה בבית החולים, וכי עשתה שימוש תדיר בתוצאות:

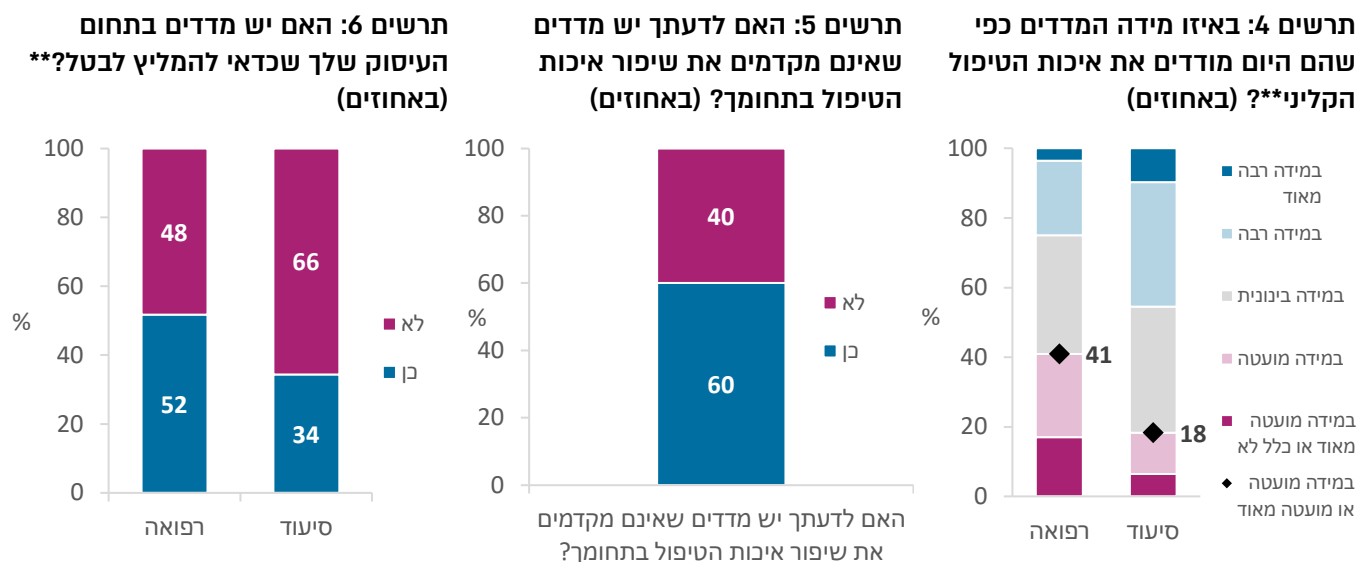
”יש שבעה מדדים שאנחנו עוקבים ברמה השבועית... דברים שאנחנו רואים בעייתיות איתם וזה, ואני מרכזת את הישיבות מול מנהלי המחלקות הרלוונטיות, האחראיות בשטח, כל הזמן אנחנו עולים על כל מיני בעיות... לשכר את האיכות” (מרויין מס' 5).

לעומת זאת, אחראית איכות במוסד אחר טענה כי בעבר התוכנית הייתה כלי ניהולי עבורה אך כעת מטרותיה של התוכנית אינן רלוונטיות עוד בפועל, הן עבור המדדים שהוקפאו הן עבור מדדים פעילים:

”הבית חולים התארגן לזה... השקענו חודשים של עבודה... וזה דווקא עשה טוב. בזכות זה אנחנו הקמנו פורטל דוחות לבית חולים ואנחנו מייצרים דוחות כל הזמן. זה עשה מעולה. כן. זה למשל זה כן נותן איכות... [אבל היום זה] כלום. שום דבר. היום זה לא נותן לי... כי התזוזות והתנודות הם מינוריות ותמיד ההסבר הוא בגדר הנורמה... בהתחלה זה בנה שפה. זה בנה סטנדרט עבודה... עם הזמן, ככל שהמדידה נעשתה העיקר אז אתה מאבד את האפקטיביות שלו ואנחנו נמצאים בשלב הזה. שאין שום אפקטיביות למדידה הזאת כבר” (מרויין מס' 28).

4.3 עמדות כלפי המדדים הנכללים

41% מצוותי הרפואה ו-18% מצוותי האחיות סברו כי המדדים כפי שהם היום מודדים רק במידה מועטה או מועטה מאוד את איכות הטיפול הקליני בפועל **(תרשים 4)**. 60% מן המשיבים טענו שיש מדדים אשר אינם מקדמים את איכות הטיפול **(תרשים 5)**. חלק ניכר מן הצוותים גרסו כי יש לבטל חלק מן המדדים בתחום עיסוקם **(תרשים 6)**: 52% מן צוותי הרפואה סברו כך ו-34% מצוותי האחיות.



** ההבדל בין המגזרים מובהק סטטיסטית $p < .001$

4.3.1 תהליך בחירת המדדים

תהליך הבחירה של המדדים עלה בראיונות העומק. מרואיין ממשרד הבריאות תיאר כי המדדים שנכללים בתוכנית נבחרו לאחר תהליך ארוך והתייעצות עם בעלי תפקיד מקרב צוותי הטיפול:

„אנחנו לא ממציאים מדד רק כדי למדוד אותו, אלא אנחנו עושים קודם כל שהוא באמת ישפר איכות וב' שהשטח רוצה אותו“ (מרואיין מס' 17).

לשם כך מכנס משרד הבריאות ועדות נושאות הדנות במדדים אפשריים, חלקם בעקבות רעיונות של צוות התוכנית במשרד הבריאות, אחרים ביוזמת הצוותים המטפלים במסגרות. הוועדות כוללות אנשי מקצוע קליניים ומומחים לתחום. לאחר הסכמה עקרונית על אודות המדדים הנחוצים בכל תחום, אנשי המקצוע מגדירים אופרטיבית מי האוכלוסייה הרלוונטית לכל מדד ומה בדיוק ימדד עבורה. כך מתארת אשת מקצוע החברה בוועדה המייעצת למשרד הבריאות את התהליך שעברה בבואה להציע מדד לצוות הנהגת התוכנית:

„ובעצם מאוד דאגנו להגיע וליצר מדדי *** [תחום רפואי כלשהו] ארציים מתוך איזושהי אג'נדה שברגע שאתה על מה שאתה נמדד אתה גם משקיע ואתה גם מתניע, וזה גם חשוב לך... הובלנו את זה שיהיה פרוטוקול טיפול... ואז אמרנו אם הדבר הזה קיים אז בואו ניצר מדד שהוא מדיד, בהתחלה אמרנו בתי חולים, אחר כך אמרנו למה לא ארצי“ (מרואינת מס' 108).

אשת מקצוע אחרת הסבירה כי המדדים שהייתה שותפה להטמעתם התקבלו בקלות יחסית בקרב הצוותים המטפלים משום שהיא מכירה את התנהלותם. המדדים שאליהם כיוונה אכן עונים על צורך של הצוותים ומקלים את עבודתם:

”המדדים חייבים להיות מחוברים בדיוק למה שאמרת, לעשייה הקלינית... הרבה פעמים אני פוגשת מדדים שלא באמת משקפים את העשייה הקלינית... היה לי קל להתניע את הנושא הזה בגלל שאנשים התחברו להיגיון שמאחורי זה, זה הקל עליהם, הייתה להם השפעה, יש להם אוטונומיה, הם קצת נלחצו מהשינוי אבל הם התחברו לזה” (מראיינת מס' 8).

במשרד הבריאות גובשו קריטריונים עקרוניים לבחירת מדדים:

”מראיינת: ”וכבר גיבשתם לכם קריטריונים של מה כן מה לא?”
מראיינת: ”גיבשנו, הם כתובים אצלנו... אני חושבת שזה חשוב” (מראיינת מס' 31).

רבים מצוותי הטיפול חשו כי התוכנית לא מודדת את שהיא אמורה למדוד, למרות כוונות משרד הבריאות והתנהלות הוועדות המייעצות. לתחושת הצוותים לעיתים הדגש בבחירת המדדים הוא על הליך הנמצא בתחילת שרשרת הטיפול שלא משפיע רבות על מתן הטיפול בפועל. כך למשל המדד המודד את משך הזמן מן הכניסה למיון עד לטריאז'. בעקבות הטמעת המדד הפונים למיון אומנם עוברים הערכה מהירה של דחיפות מצבם בעת הכניסה למיון אך למעשה קיומו של מדד זה עשוי שלא להשפיע על איכות הטיפול, משום שלאחר ביצוע הטריאז' על בית החולים החובה לפעול על פי ההערכה, ויש מקרים שבהם פונים שעברו טריאז', ונמצא שמצבם דחוף, ממתינים שעות רבות לייעוצים, או ימים עד לאשפוז. בראיונות נטען רבות כי יש פער בין מטרות התוכנית, שעמן הזדהו צוותי הטיפול, ובין המדדים הנמדדים בפועל, וכי פער זה מתסכל את הצוותים. אחת מאחראיות האיכות אמרה כי משרד הבריאות, למרות רצונו, פעמים רבות לא מדייק בהבנת המתנהל במסגרות הטיפול:

”היה פער בהבנה של הרגולטור את השטח [...] חצי שנה בזבזנו רק על להסביר להם שמה שהם בודקים זה לא עובד בשטח” (מראיינת מס' 28).

אחראית איכות המכירה את התנהלות הנהלת התוכנית בבואה להגדיר מדדים טענה כי למרות הימצאותם של אנשי מקצוע בוועדה, לא תמיד הם מצליחים לקלוט לצורך של צוותי הטיפול:

”אני יודעת שיש עבודה על המדדים, לא סתם ממציאים אותם והם כן עושים דיונים עליהם אבל אני לא יודעת מי נמצא בדיונים האלה. אם זה הוא מהאיגוד וזה הוא שיש לו אינטרס והוא שתמיד רצה שזה ימדד ולכן סוף סוף זה ייכנס. לי לא אכפת, בסופו של דבר אם אתם אומרים שזה מה שאני צריכה לעשות אז אני עושה. אז אני חושבת שזה מטופש. אז מה” (מראיינת מס' 5).

4.3.2 מספר המדדים בתוכנית

בכל הראיונות עם כל בעלי התפקידים שלהם נגיעה כלשהי לפעילות במסגרות הטיפול, ללא הבדל במקצועם או שיוכם הארגוני, עלתה הטענה כי מספר המדדים הנוכחי גבוה מאוד, גבוה מדי. לא אחת עלתה הטענה כי יש להסיר מדדים אשר צוותי הטיפול לא רואים בהם חשיבות קלינית, או שאינם נחוצים עוד משום שרמת הביצוע בהם מרבית ואין יותר מקום לשיפור:

”לצערי גם לא מורידים מדדים... יש פה כמה מדדים שהגיעו לתקרת זכויות ולא זזים מהם... אז בואו, כאילו אפשר להוריד מדדים ולהסב את זה למקומות אחרים” (מרואינת מס' 23).

רופא בכיר טען כי יש להסיר מדדים שבהם רמת הביצוע גבוהה ברוב בתי החולים:

”ברגע שמדד איכות עומדים בו כולם אז כבר לא צריך, כי כולם עושים את זה” (מרואינת מס' 20).

בפועל נוספים מדי שנה מדדים רבים יותר מאשר מוסרים, התנהלות היוצרת תסכול בקרב צוותי הטיפול:

”הן יושבות בוועדה שלהן במשרד הבריאות. כל שנה יושבים וחושבים איזה מדד חדש נכניס עכשיו לפול הזה, אבל הם לא חושבים איזה מדד נוריד או במה נקל. לא, זה לא... הם לפעמים מרגישים שהם יושבים באולימפוס ולא מבינים כמה קשה עובדים למטה, ושהתפקיד שלהם הוא גם להסתכל על מי שעובד לא רק על הציונים” (מרואינת מס' 28).

יתר על כן, כאשר נשאלו המשיבים על המדדים שלדעתם אפשר להסיר, הם שטחו רשימה ארוכה (לרשימה ראו נספח 1). קבוצה של מדדים אשר צוינה פעמים רבות היא מדדים העוסקים בקיצוב זמנים (למשל זמן עד לטריאז', זמן עד לבדיקת CT) – המשיבים ציינו כי אומנם מקצרים חוליה אחת בשרשרת טיפול ארוכה אך קיצור זה אינו בהכרח מייעל את השרשרת כולה. קבוצה נוספת של מדדים היא מדדי אומדנים – משיבים רבים ציינו כי הגדרת האוכלוסייה של משרד הבריאות רחבה מדי והם מוצאים את עצמם פעמים רבות מבצעים אומדנים למטופלים שאינם נתרמים מכך.

אנשי צוות רבים ציינו כמה מדדים שמשרד הבריאות צפוי להקפיא בשנה שלאחר הסקר. התרחשות זו מעידה כי משרד הבריאות אכן קשוב לעולה מצוותי הטיפול על אודות מדדים אשר אינם נחוצים עוד ומסיר אותם מן התוכנית. ייתכן כי למרות הסרה של מדד מתוכנית המדדים הלאומית יחליט בית החולים להמשיך למדוד אותו לצרכיו, ואז הצוותים בו לא ידעו להבחין בין מדד לאומי למדד פרטני.

במשרד הבריאות הצהירו כי בכוונתם לשמור על מספר יציב של מדדים, הדומה למספר המדדים הקיים כעת, אך לשנות את הרכב המדדים לעיתים קרובות:

”אני חושבת שהגודל הנוכחי הוא די אופטימלי, עם סטייה של עשרה אחוז לפה ולשם” (מרואינת מס' 31).

”הרעיון הוא כל שנה להוסיף חמישה מדדים, להוריד חמישה מדדים” (מרואינת מס' 17).

הסרה של מדד אינה עצירת המדידה שלו, אלא הפסקה של התיקוף והפרסום תוך מעקב פנימי במשרד הבריאות ששיעור ביצועו איננו נסוג. החלטה על הפסקת הפרסום מתקבלת כאשר שנתיים רצופות הוא מגיע ליעד המרבי ברוב מסגרות הטיפול.

לתחשתם של חלק מצוותי הטיפול הטמעה של חמישה מדדים חדשים מדי שנה היא אתגר שיקשה עליהם לעמוד בו:

”אני חושבת שחמישה מדדים חדשים לשנה זה מלא. ...זה המון המון להתארגן, ...לא יודעת, אני מקווה מאוד שנצליח” (מרואינת מס’ 3).

4.3.3 התמקדות במדדי תהליך במקום במדדים העוסקים בליבת העשייה הקלינית, בעיקר בתחומי הגריאטריה והפסיכיאטריה

מטפלים רבים מתחומי הגריאטריה והפסיכיאטריה קבלו כי המדדים הנכללים עבור תחומי הטיפול שלהם אינם מיטביים. הם טענו כי המדדים שנבחרו עבורם פרוצדורליים במהותם ולא מועילים לשיפור האיכות הקלינית. לטענתם אין כמעט התייחסות לנושאים מהותיים הנוגעים לקשר המטפל-מטופל:

”בחרו לגריאטרים מדדים מאוד תמימים. מאוד בסיסיים... זה כמו שאת ואני קמים מצחצחים שיניים ומתלבשים. את לא בודקת את זה... זה הבייסיק של הבייסיק” (מרואינת מס’ 28).

אותה אשת צוות ציינה כי היא מודעת לעובדה שיצירת מדדי איכות בתחומה אינה פשוטה:

”במיוחד בסוף החיים אין לי הרבה התערבויות שאני אוכל למדוד. רוב ההתערבויות שלי הם שיח. הם אמפתיה, הם להחזיק את היד. הם לאפשר בכי. ... איך אני אמדוד את זה? זאת העשייה ... העשייה שלי היא במגע, ברגש, בהמון שיח וזה לא משהו שאני יכולה להעביר אותו לכתוב” (מרואינת מס’ 28).

4.3.4 מדדים ללא הצדקה קלינית

חלק מן המרואינים אמרו כי המדדים מודדים נהלים או תהליכי עבודה טכניים, וכי גם עמידה במדדים אלו במלואם לא תשפיע על איכות הטיפול הקליני:

”נגיד המלצה ל[נטילת תרופה כלשהי]. אז כתבתם במכתב שחרור, אתה צריך לקחת, מישוה בודק אם החולה עושה את זה? ...לאיזה איכות אנחנו מגיעים? לאיכות המכתב שחרור או לאיכות הטיפול של המטופל? וזה עבודה לשם העבודה בעיני” (מרואינת מס’ 5).

רופא בבית חולים כללי טען כי יש מדדים שאין להם הצדקה ברמת הטיפול, וכי עצם הבקשה להפנות את המשאבים המצומצמים גם כך להליכי טיפול שאין להם הצדקה קלינית מתסכלים את הצוותים המטפלים:

”עכשיו, זה מעצבן כי זה איזשהו תרגיל אקדמי לפעמים בדברים שאין להם שום בסיס... זה חסר טעם. אני עושה את זה רק בשביל המדד. עכשיו, למלא נתונים בשביל המדד זה דבר הכי מתסכל ומעצבן ומעורר אנטגוניזם מצד השטח” (מרואיין מס’ 15).

4.3.5 מדדים שלטענת צוותי הטיפול אינם מוגדרים נכון

בראיונות עלתה רבות הטענה כי יש לא מעט מדדים אשר ההיגיון מאחוריהם מובן לצוותי הטיפול, אך בפועל לא מקדמים את איכות הטיפול משום שהוגדרו על ידי משרד הבריאות באופן לא מיטבי. כך למשל, הצורך לנתח את המגיעים עם שבר בצוואר הירך תוך 48 שעות: צוותי הרפואה מבקשים לגרוע מאוכלוסיית המדד מועמדים לניתוח עם רקע של בעיות בלחץ דם, שעבורם ניתוח בתוך טווח זמנים זה עלול להיות מסכן חיים. גורמים במשרד הבריאות ציינו כי הם מודעים לכך שחלק מאוכלוסיית המדד נדרשת לייצוב ארוך יותר ולא יכולה להיות מנותחת, ולכן קבעו את יעד המדד על 85% ולא גבוה יותר. מדדים אלו יצרו תסכול רב בקרב הצוותים המטפלים, משום שהמקרים שבהם הם אינם עומדים במדד הם מקרים שבהם חשו כי נתנו מענה נכון למטופל:

” כל האי עמידה שלנו (במדדים) כרגע היא כי הם ההגדרה שלהם היא לא הגיונית” (מראיינת מס' 5).

יש לציין כי אחראי האיכות במסגרות הטיפול מודעים לקיומו של נוהל המאפשר החרגת מקרים מאוכלוסיית המדד.

4.3.6 הגדרת מדדים אחידה עבור אוכלוסיות מגוונות

הגדרת המדדים היא אחידה לכל מסגרות הטיפול בכל אזורי הארץ. בראיונות עלתה רבות הטענה כי יש מסגרות טיפול שבהן קל יותר למטפלים לעמוד בהוראות המדד ואילו באחרות, שאותן פוקדות אוכלוסיות מאתגרות יותר, לצוותים קשה יותר לעמוד בהוראות המדד. הסטנדרט האחיד יוצר תסכול בקרב הצוותים העובדים עם אוכלוסיות מאתגרות יותר. עניין זה נכון במיוחד בהתבוננות על המדדים שנבחרו עבור תחנות אם וילד:

” היא [האחות] מרגישה לפעמים מתוסכלת, כי חלק מהמדדים הם תלויים לא בה, אלא בהורים. אם הורה מאחר להביא את הילד לחיסונים היא בציון נמוך. ...תתקננו, תמצאו דרכים לתקן מול אוכלוסיות, אזור של ירושלים לא שווה ערך לאזור של תל אביב ... לא פייר ... במקום להגיד לאחות הזו את מקבלת פקטור על איפה שאת עובדת, ... מבחינת משרד הבריאות הוא משווה את כולם אותו דבר, ואז הדרישה מכל, אז זה מה שמרגישה אחות, מתוסכלת” (מראיינת מס' 6).

4.3.7 מדדים שאי אפשר לעמוד בהם מסיבות שאינן קליניות

כמה מראיינים העידו כי אין באפשרות המחלקות שבאחריותם לעמוד ביעדים המספריים שהוצבו על ידי משרד הבריאות בהיעדר תקציב או תשתיות. מראיינת תיארה כי לשם מדידה נכונה של המדדים היא נדרשה למחשב את התיעוד הקליני, אך לא היה ביכולתה לבצע זאת מתקציב בית החולים:

” משרד הבריאות לא מתקצב בכלל את בתי החולים בנושא המחשוב. והוא רוצה דברים שהם מבוססי דאטה” (מראיינת מס' 28).

מנהל בבית חולים אחר תיאר כי בחר שלא לבצע בדיקות מעבדה מסוימות הנדרשות על ידי משרד הבריאות משום שלשם כך היה עליו להשקיע כספים שאין באפשרותו להוציא:

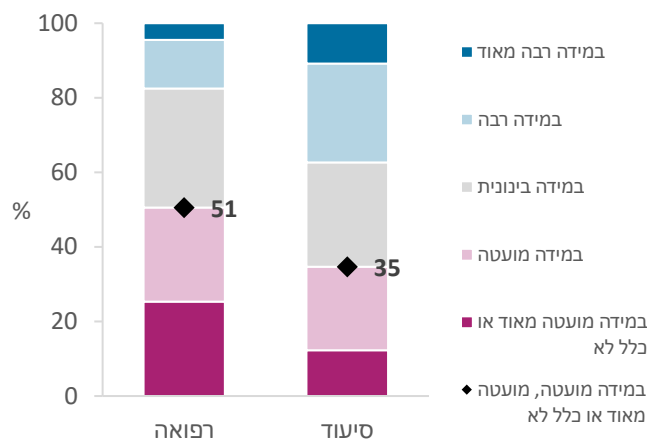
” כדי שתשובות המעבדה יגיעו בזמן שמדד מסוים דורש, מבלי שאני אהיה תלוי בעבודה ידנית של אדם כזה או אחר שאין לי אותו בדיוק, אני מבחינתי זה עולה לבית החולים ... אין לי את הכסף הזה, ... אז זה מתסכל” (מרואין מס’ 2).

4.4 פרסום התוצאות

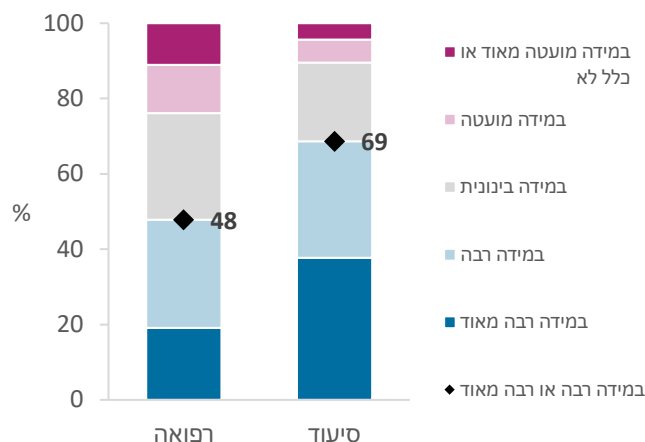
משרד הבריאות מפרסם את תוצאות המדדים לפי בית חולים, באירוע מרוכז וכומבי. פרסום זה מתרחש מדי שנה, החל מן השנים הראשונות של פעילות התוכנית.

תרשים 7 מציג את דעת צוותי הטיפול על אודות פרסום תוצאות המדדים. באופן כללי רוב אנשי הצוות האמינו שנכון לפרסם פומבית את תוצאות המדדים. צוותי האחיות שבעי רצון יותר מפרסום התוצאות לעומת צוותי הרפואה: 48% מצוותי הרפואה ו-69% מצוותי האחיות האמינו כי נכון לפרסם את התוצאות הסופיות. יחד עם זאת, חלק ניכר ממשתפי המחקר חשו כי התוצאות המפורסמות אינן משקפות במדויק את תפקודם הקליני. **תרשים 8** מתאר את דעת הצוותים על ההתאמה בין התוצאות המפורסמות של המדדים ובין ההתנהלות הקלינית בפועל. 38% מצוותי האחיות ו-17% מצוותי הרפואה חשו כי התוצאות הסופיות כפי שהן מתפרסמות משקפות במידה רבה או רבה מאוד את ההתנהלות הקלינית במחלקתם. אולם, 51% מצוותי הרפואה ו-35% מצוותי האחיות טענו כי התוצאות המפורסמות משקפות במידה מועטה או מועטה מאוד את ההתנהלות הקלינית במחלקתם. החלק היחסי של צוותי הרפואה אשר חש כי התוצאות הסופיות משקפות במידה מועטה את ההתנהלות הקלינית במחלקה גדול משמעותית מן החלק היחסי של צוותי האחיות שחש כך.

תרשים 8: באיזו מידה התוצאות הסופיות כפי שמתפרסמות על ידי משרד הבריאות משקפות נכונה את ההתנהלות הקלינית במחלקות בפועל?? (באחוזים)



תרשים 7: באיזו מידה נכון לפרסם כומבית את התוצאות הסופיות?? (באחוזים)



** ההבדל בין המגזרים מובהק סטטיסטית $p < .001$

עמדתנו של משרד הבריאות היא כי הפרסום הכומבי של תוצאות העמידה במדדים מסייע בקידום האיכות:

אבל בעצם מה שמשיפע על הטיפול ועל הרצון של הצוותים להשתפר זה פרסום. זה בעצם הדבר ששם את הזרקור, מכריח אותם ... א' זה כלי שמאפשר לנו לעשות הוקרה על פעילות ענפה של בתי חולים לשיפור איכות, וב' זה יוצר כלי מאוד חשוב לתהליך שיפור, זה כלי של תחרות ... יצירת תחרות זה כלי מאוד מאוד יעיל. הפרסום יוצר תחרות.

מראיית: "כשמה המטרה של התחרות? לאן רוצים להגיע? מה ה-end point?"
מראיית: "להגיע ליעדים שאנחנו קבענו. אם בית חולים רוצה שאנשים יבחרו בו, הוא מאוד מתגאה בזה שהוא עומד במדדי איכות בצורה טובה, שהוא ראשון במדדי איכות ... כי אנחנו בעצם רוצים שיהיה לנו כלי שיעזור לנו לדחוף את מנהלי האיכות לשפר איכות" (מראיית מס' 31).

בראינות עלו הן תמיכה בפרסום כומבי של התוצאות הן התנגדות להתנהלות זו.

צוותי הטיפול הכירו בחשיבות פרסום התוצאות, כמנגנון מעודד שיפור ומצינות:

אני חושבת שזו תוכנית מצינת ששומרת על איכות... באופן טבעי אנחנו כבני אדם אם לא דוחקים אותנו לפינה אז הרבה פעמים אנחנו לא עושים דברים. השקיפות של זה ואיכשהו העניין הזה שמחייבים את בית החולים לעמוד באיזשהו רף... אז לשאלתך אני חושבת שזה דבר מצוין" (מראיית מס' 13).

כך גם לדעת מנהל בכיר בבית חולים כללי, הפרסום מסייע להעלות את רמת הטיפול:

”אני חושב שתוכנית המדדים בבתי חולים עשתה לא פחות ממהפכה במדידה של האיכות ובניהול האיכות בבתי החולים... זה שהפרסום הוא שקוף והשוואתי מהרגע הראשון זה דרייבר מאוד חזק לשיפור” (מרואין מס’ 15).

רופא בכיר תמך בפרסום התוצאות אך הסתייג:

”אני חושב שיש לזה חשיבות על הטרנספרנס, שכולם מדווחים וכולם שקופים וכולם יכולים להסתכל על התוצאות שלך, זה גורם לתחרות בונה, לפי דעתי. זה תחרות בונה ועובדה שאנחנו מסתכלים אחד על השני ... החלק השלילי זה באמת שזה נעשה מאוד תחרותי” (מרואין מס’ 20).

מנהלת אחרת חשבה כי אופן הפרסום אינו נכון:

”ואני יוצאת קשה מאוד נגד מה שקורה עם הפרסום של המדדים. כי בסוף יש איזה הפנינג כזה פעם בשנה שבו מפרסמים. מקבלים את הנתונים מנהלי בתי חולים לפני [...] יושבים עושים טבלאות ונותנים את זה לעיתונאים. וזה בעיה” (מרואיינת מס’ 12).

מרואיינת מבית חולים כללי סיכמה את תחושותיה בנוגע לפרסום התוצאות:

”מראיינת: ”אבל האם זה [פרסום התוצאות] כל כך מפריע?”
מרואיינת: ”ברגע שזה כותרת ראשית ב-YNET זה כן, אבל את מבינה שאנחנו לא מדברים פה על איכות רפואה” (מרואיינת מס’ 9).

במשרד הבריאות הכירו בעובדה שהפרסום לא תמיד משיג את מטרותיו:

”ביום שאנחנו מפרסמים את המדדים אנחנו מזמינים תקשורת, יש סיקור נרחב גם בעיתונות, בחדשות, הרבה פעמים הוא מעוות וזה לא מה שאנחנו רצינו שיצא ולא התכוונו לזה, אבל זה כבר סיפור אחר” (מרואיינת מס’ 31).

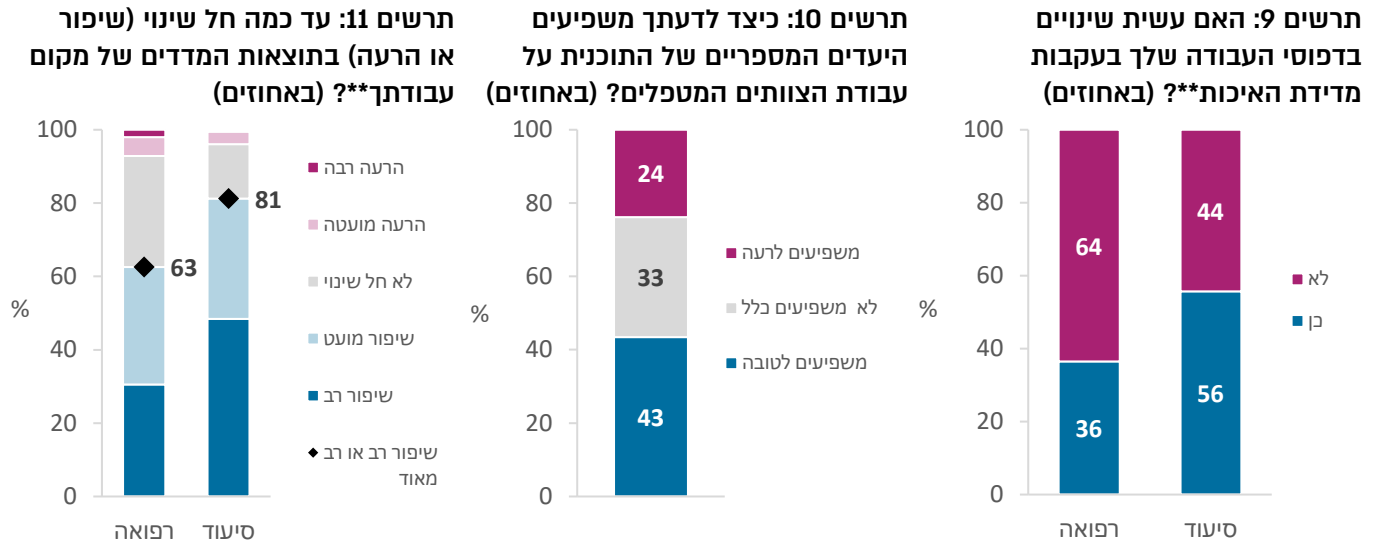
לנוכח הדברים הוחלט בשנת 2024 במשרד הבריאות להפסיק לפרסם את הציון המסכם (טבלאות הליגה).

4.5 השפעות המדידה, תחושות ואתגרים הנובעים מן המדידה

4.5.1 השפעה ישירה על עבודת הצוותים המטפלים

מטבע הדברים לתוכנית בסדר גודל כשל תוכנית המדדים הלאומית בבתי החולים השפעה על התנהלותם של הצוותים: היא חלק אינטגרלי מעבודתם הסדירה, היא נוכחת בשגרת עבודתם ומשפיעה על התנהלותם. המשיבים לסקר נשאלו אם הם יכולים להצביע על השפעות ישירות של התוכנית על התנהלותם המקצועית. **תרשימים 9-11** מציגים את התפלגות התשובות על שלוש שאלות שעסקו בנושא. **בתרשימים 9** אפשר לראות כי 36% מצוותי הרפואה ו-56% מצוותי האחיות העידו כי שינו את דפוסי עבודתם בעקבות הפעלת התוכנית ולמידתה.

בתרשימים 10 אפשר לראות כי 43% מן המשיבים טענו כי ליעדים המספריים של התוכנית השפעה לטובה על עבודת הצוותים המטפלים ו**בתרשימים 11** נראה כי רוב המשיבים על הסקר – 81% מצוותי האחיות ו-63% מצוותי הרפואה גרסו כי במשך השנים חל שיפור בתוצאות המדדים של מקום עבודתם.



** ההבדל בין המגזרים מובהק סטטיסטית $p < .001$

כמעט כל המרואיינים שעבדו ישירות עם צוותי הטיפול העידו כי התוכנית היוותה זרז חיובי להסדרת תהליכי עבודה:

”דווקא זה נתן לי הרבה, את האמת. ממש, כאילו ממש להקפיד לעשות את המבחנים כמו שצריך, בזמן המתאים ובאופן מסודר. זה מקל הרבה וזה עוזר לנו לעבודה שלנו, רואים שיש סדר ... כאילו עכשיו אי אפשר לפספס, תודה לאל, דברים פה ושם. ... שיפר את איכות הטיפול במחלקה... זה גרם לאחיות להרגיש אחריות על זה” (מרואינת מס' 22).

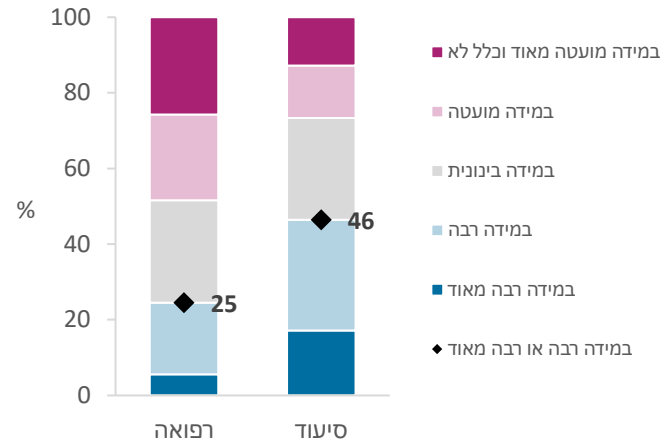
”כאילו זה מה שאהבתי וזה מה שאני אוהבת במדדים האלה, שרובם הם עבודה כמו שצריך” (מרואינת מס' 19).

4.5.2 השפעות חיוביות של התוכנית

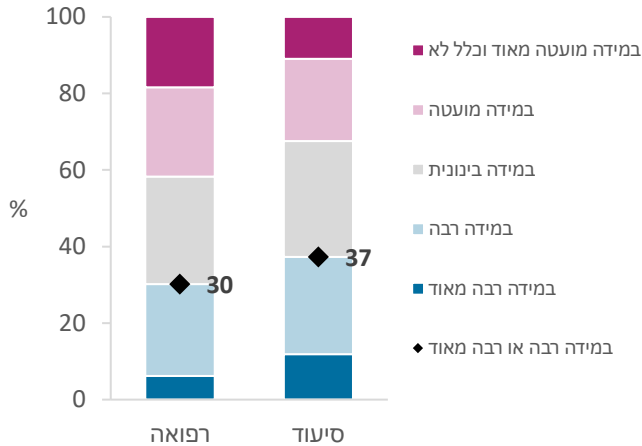
לתוכנית הייתה השפעה חיובית על היבטים רבים בתפקוד הצוותים. **בתרשים 12** אפשר לראות חלק מהשפעותיה החיוביות של התוכנית, כפי שהעידו הצוותים. מהתבוננות על כלל השאלות עולה כי בין רבע למחצית מן המשיבים על הסקר סבורים כי לתוכנית הייתה השפעה חיובית על הצוותים המטפלים. בכל אחת מן השאלות אשר נבחנו, שיעור המענה על אודות ההשפעה החיובית של התוכנית היה גבוה יותר בקרב צוותי האחיות לעומת בקרב צוותי הרפואה. המשיבים סברו כי הפעלת התוכנית בבתי החולים סייעה לאנשי הצוות להיות מטפלים טובים יותר (25% מצוותי הרפואה ו-46% מצוות האחיות), הגדילה את הסיוע ההדדי בין הצוותים (30% מצוותי הרפואה ו-37% מצוותי האחיות) והרחיבה את גבולות עבודת הצוות (27% מצוותי הרפואה ו-42% מצוותי האחיות). 20% מצוותי הרפואה ו-44% מצוותי האחיות העידו כי התוכנית שיפרה במידה רבה או רבה מאוד את שביעות רצונם מעבודתם. בקרב צוותי האחיות היו יותר משיבים שטענו כי התוכנית שיפרה את שביעות רצונם (44%) ממשיבים שחשו כי התוכנית מרעה את שביעות רצונם (18%), בעוד בקרב צוותי הרפואה המצב הפוך – שיעור אלו שחשו כי התוכנית משפרת את שביעות רצונם (20%) נמוך משיעור צוותי הרפואה שחשו כי התוכנית הרעה את שביעות רצונם (26%). יש לשים לב גם לנתח האפור בתרשים המייצג את אלו הטוענים כי לתוכנית אין השפעה על שביעות רצונם – בעוד בקרב צוותי הרפואה משיבים אלו היוו את הרוב (54%), נתח זה מצומצם יותר בקרב צוותי האחיות (39%).

תרשים 12: מידת ההשפעות החיוביות של התוכנית (באחוזים)

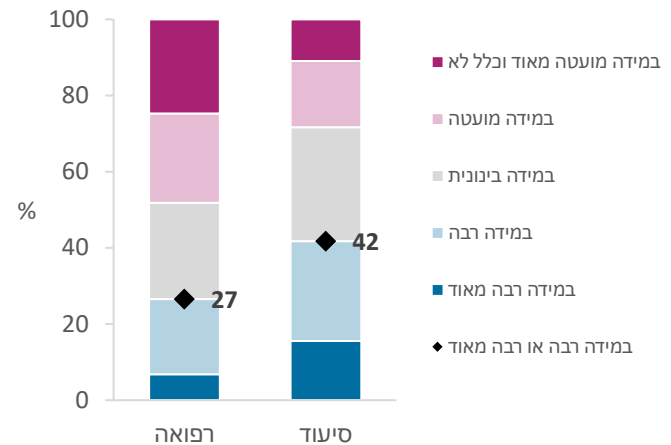
א. באיזו מידה המידע על הביצועים שלי במדדי האיכות מסייע לי להיות מטפל/ת טוב/ה יותר?**



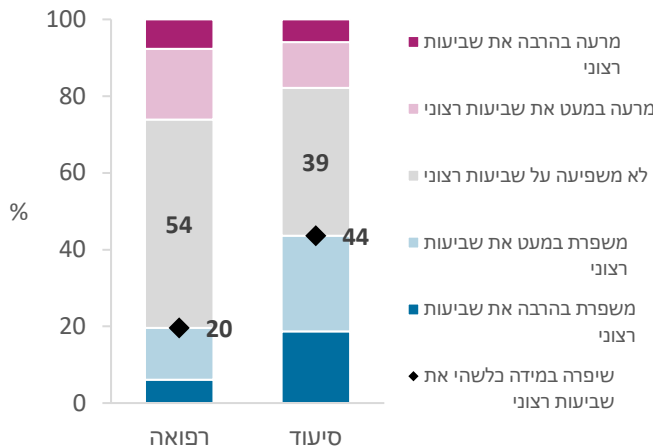
ב. באיזו מידה הצוותים הרפואיים מסייעים זה לזה בעצות כיצד לשפר את מדדי האיכות*?



ג. באיזו מידה התוכנית הביאה להרחבת עבודת הצוות עם בעלי מקצועות ותפקידים אחרים?**



ד. כיצד השפיעה התוכנית על מידת שביעות הרצון שלך מעבודתך בשנים האחרונות?**



* ההבדל בין המגזרים מובהק סטטיסטית 0.001-0.01 p between

** ההבדל בין המגזרים מובהק סטטיסטית $p < 0.001$

אחת הדוגמאות להשפעות חיוביות של התוכנית עלתה אצל אחראית על איכות שתיארה כי התוכנית איפשרה לה להרחיב את אופקיה, והובילה אותה לשתף פעולה עם גורמים שלולא התוכנית לא היו עולים על דעתה:

”היא עוזרת לי בזה שאני עובדת עם מחלקה נוספת, עם אגף נוסף, אגף איכות שיש להם אולי ראייה קצת שונה, הסתכלות אחרת, מבחינתי זה סיעור מוחות, שיתופי ידע, עבודת צוות ואני חושבת שיש לזה אינפוט לאיכות הטיפול בסופו של דבר, אנחנו רואים את זה בשטח“ (מרואינת מס' 13).

4.5.3 השפעה חיובית של התוכנית – הזדמנות להטמיע כלים טכנולוגיים חדשים וזרז לרכישת עזרי טיפול נצרכים

התוכנית היוותה זרז להנעת תוכניות איכות פנים ארגוניות בבתי חולים רבים. אחד העקרונות אשר עומדים בבסיס הגדרת מדדים עבור התוכנית הוא שימוש בנתונים הנאספים ממילא במערכות האלקטרוניות של מסגרות הטיפול הנמדדות, תוך שימת לב מרבית לכך שלא יתווסף עומס על הצוותים המטפלים. אך לא בכל מסגרות הטיפול היה תיעוד אלקטרוני של שרשרת הטיפול. דרישות התוכנית לדיווח מן המערכות האלקטרוניות הובילו מסגרות הטיפול רבות לשכר ולייעל את מערכות המחשוב שברשותן. מלבד תיעוד הנתונים הנדרשים לתוכנית, הייתה לכך השפעה רוחבית על שיפור איכות הטיפול בכל המטופלים במסגרות הטיפול האלה. נוסף על כך יש מדדים אשר כדי לעמוד בהם נדרשה כמות מינימלית של עזרים רפואיים – למשל לאחר ניתוח כריתת רחם נדרש מתן טיפול מונע לפקקת ורידים או לבישת גרביים פנאומטיות ייחודיות המונעות את הפקקת. בעקבות הטמעת המדד היה על בתי חולים רבים לרכוש מספר מספק של גרביים פנאומטיות.

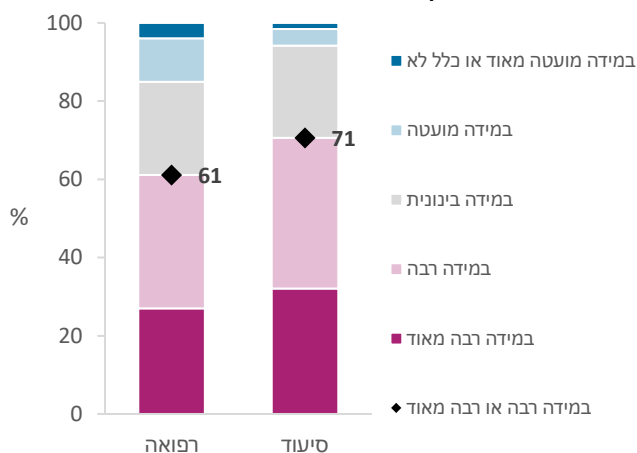
דוגמה נוספת, ההכרח לעמוד בזמן שנקצב על ידי משרד הבריאות בין הגעת מטופל עם חשד לשבץ מוחי עד לכניסתו לבדיקת CT הובילה בתי חולים כלליים רבים לרכוש מכשירי CT בכמות המתאימה למספר המטופלים במוסדם ולהציבם במחלקה לרפואה דחופה, וכן לתחקר את שרשרת הטיפול: כל שלב עד לכניסה לחדר CT נבחן, אותרו צווארי בקבוק המעכבים את הטיפול והוצעו להם פתרונות ישימים. כך כעת כל המגיע למיון עם חשד לאירוע מוחי עובר תהליך יעיל ומהודק הרבה יותר מזה שהיה נפוץ לפני כמה שנים, טרם הפעלת התוכנית.

4.6 אתגרים בעקבות התוכנית

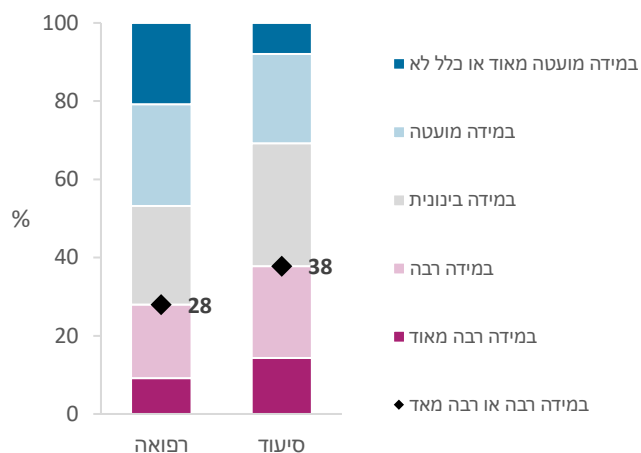
הצוותים הרפואיים העידו כי לתוכנית יש גם השפעות שאינן מטיבות עם ההתנהלות הכוללת במחלקתם: **בתרשים 13** אפשר לראות כי 61% מצוותי הרפואה ו-71% מצוותי האחיות העידו כי המעקב אחר מדדי האיכות הגדיל את העומס המוטל עליהם, 28% מצוותי הרפואה ו-38% מצוותי האחיות אמרו כי התוכנית גרמה לתחרותיות יתר ולדעת יותר מ-70% מכלל הצוותים (75% ו-72% מקרב צוותי הרפואה והאחיות, בהתאמה) היה לחץ ניהולי עודף בקשר למדדי האיכות. כמו כן 84% מצוותי הרפואה ו-71% מצוותי האחיות סברו כי יש התעסקות רבה או רבה מאוד בבירוקרטיה של המדדים.

תרשים 13: השפעות שליליות של התוכנית – התנהלות כוללת (באחוזים)

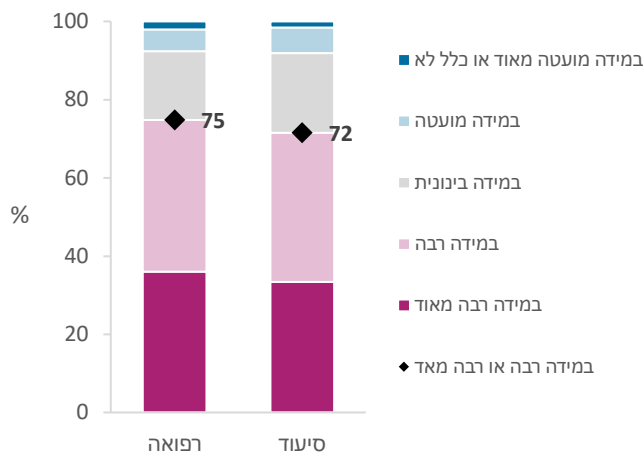
א. באיזו מידה, לדעתך, מגדיל המעקב אחר מדדי האיכות את העומס המוטל עליך?



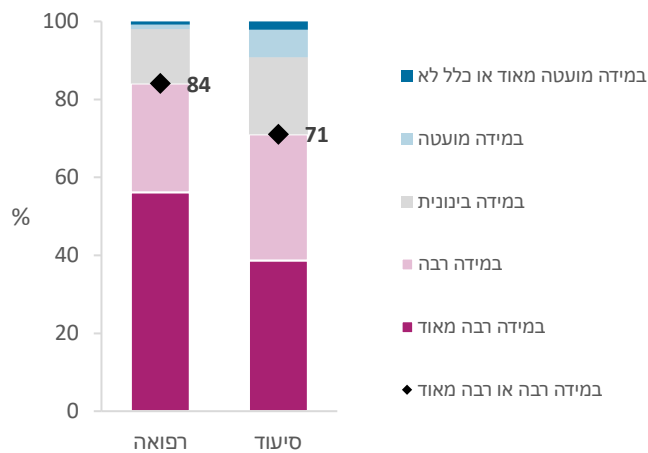
ב. באיזו מידה קיימת, לדעתך, תחרות יתר בקשר למדדי האיכות?



ג. באיזו מידה קיים, לדעתך, לחץ ניהולי עודף בקשר למדדי האיכות?



ד. באיזו מידה, לדעתך, יש התעסקות רבה בבירוקרטיה של המדדים?



* ההבדל בין המגזרים מובהק סטטיסטית $p < .01$

** ההבדל בין המגזרים מובהק סטטיסטית $p < .001$

4.6.1 השפעות שליליות – תוספת עומס

צוותי הטיפול חשו כי הם נדרשים להשקיע זמן ומשאבים לשם עמידה בדרישות התוכנית. הם ציינו כי העומס מוטל בעיקר על שתי קבוצות מובחנות – על צוותי האחיות והרפואה ליד מיטת המטופל ועל אחראי האיכות המוסדיים. שתי אחראיות איכות תיארו כי לשם עמידה בדרישות המדדים נדרשו רופאים למלא סעיפים אשר לא נדרשו אליהם בעבר:

”עכשיו בא הרופא, ואומר חבר'ה גם ככה בקושי אני מצליח להספיק לכתוב את הפריטקסט הזה, עכשיו אתם רוצים להוסיף לי עוד שמונת אלפים דברים שאני צריך לסמן ולחשוב, לא רוצה, לא מעוניין בזה. ואני אומרת לך את זה מהשטח. וזה נגיד דרך להמאס מדד שהוא סופר חשוב על הצוות” (מרואינת מס' 3).

”לפעמים כל הפעולות האלה, הדרישות שבאות ממדדי איכות, אני חושבת שהם קצת מכבידות והייתי אומרת לפעמים מעיקות” (מרואינת מס' 11).

אוכלוסייה נוספת הנדרשת למשימות שונות בהקשר למדידה היא אחראי האיכות בתחנות לאם ולילד. הם נדרשים להסביר את הפערים על האוכלוסייה המדווחת אשר התגלו בבדיקות לוגיות בשעת קליטת הקבצים. פעולות אימות ותיקון אלו מתבצעות בסדירות מדי חצי שנה. כך, אחראי האיכות בתחנות לאם ולילד נדרשים לכנות מזמנם ולבדוק את מהימנות הנתונים. אחראים אלו הכירו בחשיבות התהליך אך הלינו כי הוא גוזל זמן רב:

”התיקופים הם, תראי הם חשובים כי אנחנו לומדים מהתיקוף. אנחנו לומדים אם יש איזשהם תהליכים שאנחנו צריכים לשפר” (מרואינת מס' 23).

”פעמיים בשנה, שבועיים אחות מתנתקת מהעבודה והיא צריכה לעבור על השגויים... צריך לחשוב על דרך אחרת כי זה מאוד מעסיק את הצוותים... אני פניתי לוועדת ערר, הם לא היו מוכנים לעשות שינוי” (מרואינת מס' 13).

אחראית איכות סיפרה כי אין ביכולתה לפנות זמן לשם עמידה במשימות התיקוף והאימות משום שכל זמנה מוקדש למפגשים עם מטופלים ואין בנמצא בעלי תפקידים אחרים היכולים לטפל בכך:

”אבל אין כוח אדם. לא נדחה עכשיו את המטופלים ונשב על הקבצים ונבדוק אותם ונתקן אותם” (מרואינת מס' 26).

גורמים במשרד הבריאות אמרו כי הם מודעים לתחושות הצוות בנוגע לנושא זה ומשכך התהליך טובי ככל האפשר כך שיגזול את מינימום הזמן הדרוש.

עם זאת, גורמים במשרד הבריאות חשו כי התוכנית מותאמת במידה רבה לנעשה במסגרות הטיפול וכי המבנה שלה לא אמור להעמיס משמעותית על הצוותים. מנהלי התוכנית במשרד הבריאות תיארו כי כוונתם היא שהמדידה תעשה על סמך נתונים ממוחשבים הקיימים ממילא במאגרי המידע של בתי החולים, וכי לא נדרשת תוספת עבודה מן הצוותים המטפלים. הם טענו כי גם אם בפועל הצוותים חשים כי מוטלת עליהם תוספת עבודה, מדובר למעשה בפעולות שמצופה מהם לבצע במסגרת עבודתם השוטפת:

”הלוא אחד הדברים שהרופאים בשטח כשמישהו שעוסק במדדים שומע 'אתה מטיל עליי עבודה מיותרת, אני אין לי זמן לשבת עם החולים' זה הכול קשקוש בלבוש, מדוע? כי זה דברים שהוא היה צריך לעשות ממילא, ואם הוא לא עושה את זה הוא לא עושה רפואה נכונה וטובה. זה מודד דבר שצריך להתבצע ממילא ולא בא להביא משהו חדש. וזה מודד דיגיטלית, אז איזה עומס זה מטיל?" (מראיין מס' 17).

במשרד הבריאות מאמינים כי לעומס שעליו מלינים הצוותים המטפלים אין נגיעה לתוכנית:

”מראינת: "אתה מרגיש שהתוכנית העמיסה על הבתי חולים ועל הצוותים?"
מראיין: "זו אמירה שלא עומדת במבחן המציאות" (מראיין מס' 30).

4.6.2 השפעות שליליות – תחרותיות יתר

גורמים במשרד הבריאות סיפרו כי אחת הסיבות העיקריות לפרסום הפומבי של תוצאות המדדים היא יצירת תחרות בין מסגרות טיפול שונות, והם עודדו אותה:

”אני חושב שתחרות זה דבר בריא ורוב האנשים שהם טובים חושבים שתחרות זה דבר בריא. אנשים שהם לא טובים לא אוהבים תחרות ... [מנכ"ל ב"ח א'] רוצה לראות את [ב"ח א'] מקום ראשון ומנהל [ב"ח ב'] רוצה שהוא יהיה מקום ראשון. וכל הזמן יש תחרות ביניהם על איכות. צריך רק לדאוג שהתחרות הזאת לא תחרוג מגבולות הסביר... והדרך היחידה להראות שהם מצוינים זה העמוד הראשון של ידיעות אחרונות" (מראיין מס' 17).

מנהלי מסגרות הטיפול, אחראי האיכות והצוותים הרפואיים המטפלים היו מודעים לתחרותיות זו ולהשפעותיה ולתסכול שהיא יוצרת בקרב הצוותים המטפלים. אומנם היו מנהלים ואחראי איכות שהצליחו לרתום את התחרות לשם שיפור האיכות, אך רבים טענו כי התחרות הנוצרת אינה מיטיבה עימם וניסו לשכך את השפעותיה. כך סיפרה אחראית איכות בבית חולים גריאטרי:

”בשנים הראשונות שהיו את הקשיים אז זה היה כל כך מתסכל ... אתה הבנת שזה כל כך לא תלוי בך, אתה אומר זה לא משנה מה אני אעשה, אני לא מצליח להדביק את זה ... אז אתה לא תצליח להתחבר למקום הזה של התחרות ... כי אתה מרגיש שזה כל כך מנותק ממך" (מראינת מס' 12).

גם מנהל בבית חולים פסיכיאטרי נאלץ להתמודד עם השפעות התחרות על צוותי הטיפול במוסדו:

” זה מה שאני אומר לצוותים, ... הלקח העיקרי זה שיפור הטיפול ולא מתן ציון לכם. זה לא יצירה של תחרות בהכרח. אבל תשמעי, את יודעת, אלה מילים שהם נכונות אבל זה לא מנחם צוות שבא ורואה וואלק אנחנו נמוכים והם גבוהים” (מרויין מס' 2).

4.6.3 השפעות שליליות – לחץ של ההנהלה

בהמשך לנתונים על אודות לחץ ניהולי עודף של ההנהלה, אחראית איכות בבית חולים פסיכיאטרי סיפרה כי בחלק ממסגרות הטיפול הלחץ של ההנהלה לעמידה במדדים נובע לא רק מן הרצון להשתפר באיכות הטיפול אלא גם עקב צורך למקם את בית החולים גבוה בדירוג:

” כל בית חולים רוצה להראות שמדדי האיכות שלו גבוהים ... והם שכחו שהמטרה הייתה לסייע לנו במחלקות, למנהלים, לנהל טיפול ברמה טובה, לעשות סטנדרטיזציה לטיפול, להיות מסוגלים ככה לפקח על מה שקורה, המטרה לא הייתה לצאת לתחרות עכשיו” (מרויין מס' 27).

ואכן בכיר בבית חולים סיפר כי הפעיל לחץ על מנהלי מחלקות שאינם עומדים לדעתו בסטנדרטים הנדרשים:

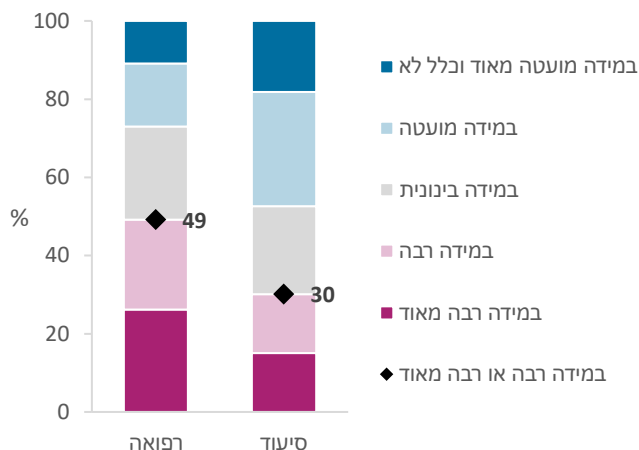
” אז באמת יש לחץ מאוד גדול על ההנהלה וההנהלה על המחלקות להצטיין בביצועים ... אני לא מוכן להתפשר על שום דבר חוץ מ-100. זאת אומרת אם יש לי מדד שאני לא עומד בו אז אני מתחיל לתחקר למה אני לא עומד בו ... ואם יש לי איזושהי מחלקה שהיא באמת לא טובה באיזושהו מדד, אני אעשה להם את המוות עד שהם יהיו טובים במדד הזה” (מרויין מס' 15).

4.6.4 השפעות שליליות – חשש לרפואה לא מיטבית

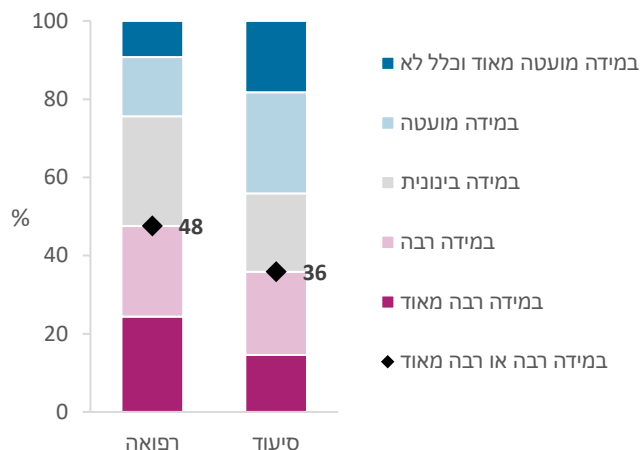
חלק לא מבוטל מאנשי הצוותים המטפלים חשו כי לתוכנית המדדים השפעות שליליות ישירות על איכות הטיפול שהם מעניקים למטופליהם. **בתרשים 14** אפשר לראות כי 49% מצוותי הרפואה ו-30% מצוותי האחיות טענו כי במידה רבה או רבה מאוד יש מדדים הפוגעים באיכות הטיפול במקום לשפר אותו: 48% מן הצוותים הרפואיים ו-36% מצוותי האחיות חשו כי מיקוד בנושאים הנמדדים על ידי משרד הבריאות גורם לפגיעה בטיפול בחולים עם תחלואות אחרות; 23% מצוותי הרפואה ו-30% מצוות האחיות חשבו כי העיסוק בנושאים הקשורים במדדי האיכות בא על חשבון העיסוק בתלונה שבגינה הגיע המטופל; ו-32% מן הצוותים המטפלים העידו כי ביצעו בדיקות או פעולות רפואיות ללא הצדקה, לדעתם, בשל הצורך לעמוד בדרישות התוכנית.

תרשים 14: השפעות שליליות של התוכנית – השפעה על איכות הטיפול (באחוזים)

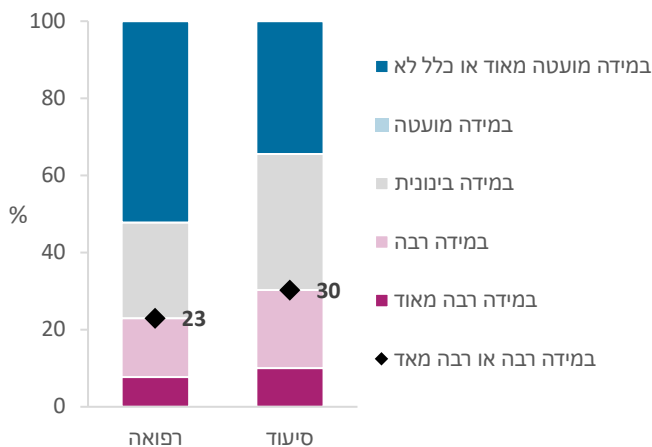
א. באיזו מידה יש מדדים הפוגעים באיכות הטיפול במקום לשפר אותו?*



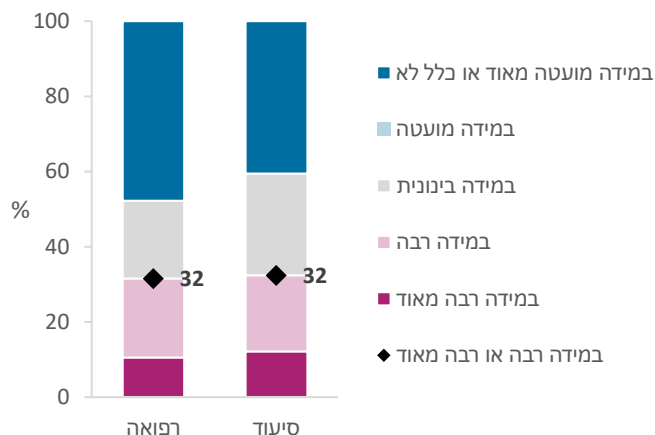
ב. באיזו מידה מיקוד בנושאים הנמדדים על ידי משרד הבריאות גורם לפגיעה בטיפול בחולים עם תחלואות אחרות?*



ג. במפגש עם מטופל, באיזו מידה העיסוק בנושאים הקשורים למדדי האיכות בא על חשבון העיסוק בתלונה שבגינה הגיע המטופל?*



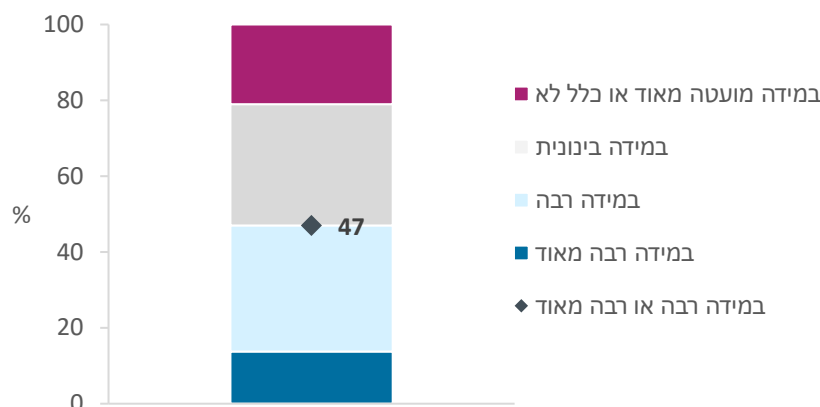
ד. באיזו מידה קרה שביצעת בדיקות ו/או פעולות רפואיות למטופלים, גם כשאין להן, לדעתך, הצדקה רפואית, בשל הצורך לעמוד במדדים?



** ההבדל בין המגזרים מובהק סטטיסטית $p < .001$

אף שנראה שרבים מאנשי הצוות פועלים כדי לקדם את המדד ללא קשר לצורך הרפואי בבדיקה או בטיפול, עדיין, כפי שעולה מתרשים 15, 47% מן הצוותים המטפלים העידו כי חשו שיש להם חופש לפעול על בסיס שיקול דעת מקצועי.

תרשים 15: באיזו מידה יש לך תחושה שלמרות קיומו של מדד זה או אחר, יש לך חופש לפעול על בסיס שיקול דעת מקצועי? (באחוזים)



אחת מן הטענות אשר חזרו בקרב המרואיינים העובדים ישירות עם צוותי הטיפול היא כי למרות מטרתה המוצהרת של התוכנית לשפר את איכות הטיפול הקליני, יש למעשה מדדים הפוגעים באיכות הטיפול. לעמדתם, יראת התוכנית או הרצון להתפרסם כמוסד בעל שיעורי עמידה גבוהים במדדים עלולים להוביל למתן טיפול לא מיטבי לחלק מן המטופלים. מצב זה ייתכן בעיקר עבור מדדים שבהם יש חוסר הסכמה בין משרד הבריאות לצוותי הטיפול באם חלק מן המטופלים אכן אמורים להיכלל באוכלוסיית המדד. מרואיינים רבים תיארו מצבים שבהם הצוותים הרפואיים חשו כי עליהם לטפל בחלק מן המטופלים בדרך שאינה מקובלת עליהם לשם עמידה בהגדרות המדד:

” מנסים לעמוד במדד בשביל לעמוד במדד ולא בשביל באמת לתת טיפול טוב למטופלים... נתנו [שם של תרופה] כי משרד הבריאות הכריח אותם ובסוף זה גרם לתוצאה פחות טובה” (מרואינת מס' 5).

מרואינת זו נתנה דוגמה נוספת להגדרה לא נכונה של המדדים המובילה בעיניה לרפואה לא טובה:

” במקום לקחת פגים, מי שנולד בעצם פג ולראות אם הוא קיבל טיפול אתה לוקח את האישה [ונותן לה תרופה מסוימת], הרבה מאוד מהנשים שמגיעות בשבוע הזה לא יולדות פג בסוף. הן מושכות הריון, אז מלא קיבלו את התרופה שלא לצורך” (מרואינת מס' 5).

יש לציין כי עבור מדד זה נערכה במשרד הבריאות התייעצות עם האיגוד המקצועי לרפואת פגים והוא תומך בהישארות המדד.

יש מדדים המגבילים את פרק הזמן הדרוש למתן הטיפול או השירות בתוך סד זמנים צר. לעיתים הצוותים המטפלים יעשו רבות כדי לעמוד בסד זמנים זה, גם אם לדעתם עמידה בו עלולה לפגוע בפועל במטופלים:

”אני חושבת שזה כאילו קצת נסחפו ואם להגביל למשל את החיסון של חצבת-חזרת-אדמת מגיל שתיים עשרה עד שלוש עשרה חודש בדיוק, אנחנו במרוץ מטורף, ואת יודעת מה? אני גם מאמינה שמחסנים ילדים שהם לא הכי בריאים” (מרואינת מס’ 16).

יש לציין כי הנחיות משרד הבריאות הן להקפיד על מתן חיסונים רק לילדים העונים על הקריטריונים למתן החיסון, וכי חריגה מהנחיות אלו היא מתן טיפול קליני לא הולם.

חשש הצוותים מכגיעה בחולים עם תחלואות אחרות

מצוקת כוח האדם במערכת הבריאות מחייבת את הצוותים הרפואיים לתעדף משימות. מטבע הדברים, משרד הבריאות, באמצעות הגדרת המדדים, מפנה את הזרקור אל תהליכים מסוימים הרלוונטיים לאוכלוסיות מטופלים מסוימות. וכך, אוכלוסיות מטופלים שלא הוגדרו עבורן מדדים או תחלואות שטרם הוגדר עבורן סט מדדים עלולות להידחק לאחור. הצוותים המטפלים מודעים לסדר עדיפויות זה שנכפה עליהם ולהשפעותיו. מנהלת איכות בבית חולים כללי תיארה כי בעיניה כאשר היא שמה דגש על התנהלות מהירה עבור כל המטופלים עם שבר בצוואר הירך, כדי לעמוד בהוראות המדד, היא ממוקדת פחות בחולים עם מצוקות אורתופדיות אחרות:

”זה שאני בוחרת להתמקד בשבר צוואר ירך, זה אומר שכל מישהו עם שבר במרפק בסדר? הוא לא במיקוד שלי” (מרואינת מס’ 9).

רופאה בבית חולים גריאטרי טענה כי הפניית הזרקור הזו אל מטופלים ואל הליכים מסוימים גרמה להרעה בתפקוד כלפי מטופלים אחרים:

”העניין הוא שכשאת שמה את הפנס על משהו את כנראה לא שמה את הפנסים על עוד הרבה מאוד דברים אחרים, אז עוד פעם חזרנו לפחות טוב” (מרואינת מס’ 12)

חשש הצוותים מבדיקות שלא לצורך

הסטנדרט הטיפולי שקבעו מומחי התוכנית מחייב את כל מסגרות הטיפול בארץ – על כל אחת ממסגרות הטיפול לדווח על פי הכללים שקבע משרד הבריאות. יש מקרים שבהם אין עוררין על הגדרות המדד שפורסמו, הן מבחינת הגדרת האוכלוסייה הרלוונטית הן מבחינת הנדרש בנוגע לה, אך יש מדדים שבהם לחלק מן הצוות הטיפולי היו השגות על מה שקבע משרד הבריאות. במקרים שבהם יש אי-הסכמה בנוגע לנחיצות המדד בכלל או להגדרת האוכלוסייה הרלוונטית בפרט, על הצוותים המטפלים להכריע בין אחת משתי אפשרויות – לשנות את עמדתם לפי הגדרות התוכנית ולבצע את ההוראות ככתבן גם אם לא מסכימים איתן במלואן, או לבחור לבצע את ההוראות באופן סלקטיבי על פי התובנות הקליניות של המוסד. לעיתים בתי החולים שינו את עמדתם לפי הגדרות משרד הבריאות לא עקב הסכמה עקרונית עימן אלא משום שהיו מעוניינים להופיע בראש הטבלאות.

מנהלת איכות תיארה כי בשנים הראשונות להפעלת התוכנית, עקב התחרות עם מסגרות טיפול אחרות והרצון להיות מדורגים גבוה בתחומם, בית החולים שבו היא עובדת שינה את התנהלותו וביצע למטופלים בדיקות אף שלא חשב שהן נצרכות. לאחר שנים אחדות הם שבו להתנהלות קלינית נכונה יותר מבחינתם, גם במחיר של דירוג נמוך יותר:

”הייתה תקופה שלקחנו לכולם [בדיקת דם מסוימת] כדי לעמוד במדד בטוח, ואחר כך חזרנו לקחת רגיל ורק למי שצריך... בהתחלה היה יותר לחץ אז אמרנו, נעשה כל דבר כדי לעמוד במדדים... כשהתוכנית נכנסה וכולם רצו להיות מצטיינים” (מרואינת מס’ 27).

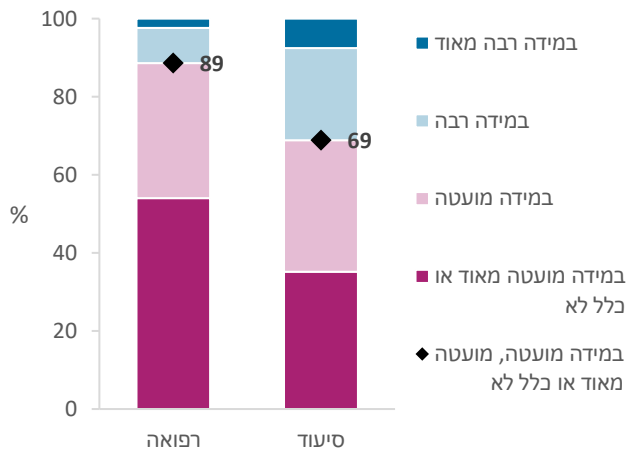
מרבית המרואיינים אשר העלו טיעונים מעין אלו הם מטפלים מבתי חולים פסיכיאטריים, אשר זה זמן רב נדרשים לערוך למטופליהם המאושפזים בדיקות תקופיות שבזמנים אחרים הן באחריות רופאי הקהילה וקופות החולים.

4.7 הממשק עם משרד הבריאות

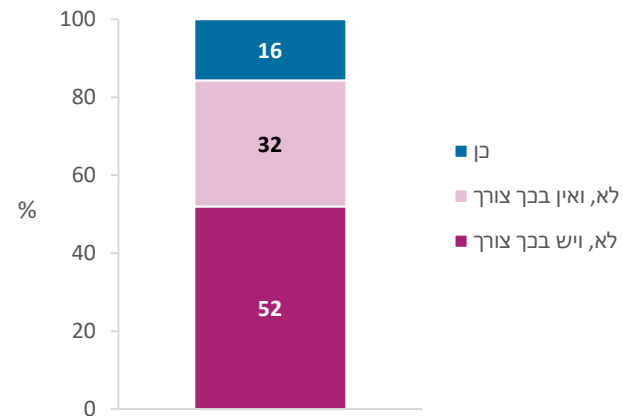
בראיונות עלתה בבירור התובנה כי יש פער גדול בין תפיסתם של הצוותים המטפלים בבתי החולים את הפעלת התוכנית ובין תפיסת הצוות המנהל את התוכנית במשרד הבריאות, וכן כי הצוותים המטפלים מתוסכלים מאוד מן הקשר עם קובעי המדיניות במשרד הבריאות.

תרשימים 16-17 מתארים את תחושותיהם של הצוותים בנוגע לנגישות של משרד הבריאות לפניותיהם. הצוותים נשאלו אם יש להם אפשרות לשלוח משוב למשרד הבריאות ואם לדעתם משרד הבריאות קשוב למשוב זה. **בתרשים 16** אפשר לראות כי 84% מאנשי הצוות חשו כי לא הייתה להם אפשרות יעילה לשלוח משוב למשרד הבריאות, אף על פי שלפחות 52% מן המשיבים על השאלה היו מעוניינים באפשרות כזאת. **בתרשים 17** אפשר לראות כי 89% מצוותי הרפואה ו-69% מצוותי האחיות חשו כי משרד הבריאות קשוב במידה מועטה, מועטה מאוד או בכלל לא קשוב למשוב של הגורמים הרלוונטיים ממקום עבודתם בנוגע לתוכנית, ורק חלק קטן מהם חש כי יש קשב במידה רבה במשרד הבריאות למשוב שלהם.

תרשים 17: באיזו מידה, לדעתך, משרד הבריאות קשוב למשוב מן הגורמים הרלוונטיים במקום עבודתך בנוגע לתוכנית המדדים?? (באחוזים)



תרשים 16: האם יש לך אפשרות לשלוח משוב למשרד הבריאות באופן יעיל בכל הקשור לתוכנית המדדים? (באחוזים)



**** ההבדל בין המגזרים מובהק סטטיסטית $p < .001$**

170 מן המשיבים על הסקר ביקשו גם להתייחס מילולית לשאלה אילו שינויים כדאי להכניס לדרך שבה משרד הבריאות משתמש במדדים. שאלה זו פתחה למעשה פתח למשיבים רבים להביע את דעתם על אודות ההתנהלות של משרד הבריאות ושל הצוותים מול משרד הבריאות. 33% מן המשיבים על שאלה זו (56 משיבים) ציינו כי השינוי שיש לבצע קשור בקשר שבין משרד הבריאות לצוותי הטיפול; 25% מן המשיבים על שאלה זו (42 משיבים) ציינו כי יש לבצע שינויים בדיוק המדדים ובהגדרתם; 17% מן המשיבים (29 משיבים) טענו כי המחסור בכוח אדם ובמשאבים משפיע מאוד על הצוותים בעת עיסוקם במדדי האיכות; 11% מן המשיבים (19 משיבים) ציינו את הצורך לצמצם את מספר המדדים הנמדדים בפועל במסגרת התוכנית.

צוותי משרד הבריאות תפסו את עצמם כנגישים לצוותי הטיפול בבתי החולים, והאמינו בכל מאודם כי מדדי התוכנית נבנו בשיתוף פעולה הדוק עימם וכי הם מותאמים לאופי עבודתם ולצורכיהם. הם חשו כי ההתנגדות לתוכנית מקורה בטיעונים לא ענייניים:

” אבל יש עוד כה ושם איים ומוקדים של אנשים שנשארו תקועים בלפני 10 ו-15 שנה. ... את תראי אולי הבדלים בגיל. אנשים שהם קשישים ולפני פנסיה ועוד שייכים לדור שהרופאים התנגדו לכל דבר שמשרד הבריאות עושה, יכול להיות שיישאר להם עוד השאריות של ההתנגדות הזאת שהיום אין לה שום הסבר הגיוני” (מראיין מס' 17).

בראינות עימם הדגישו אחראי האיכות ממגוון מסגרות טיפול את התפעלותם מן המקצועיות הרבה של מנהלי התוכנית, וחלקם הדגישו את נגישותם הן לאחראי האיכות במסגרות הטיפול הן לצוותים המטפלים:

”אני חושבת שהמשרד הוא כן קשוב. האנשים למעלה קשובים” (מראיית מס' 23).

”אני בהתנהלות שלי מול המשרד, אוזן קשבת כל הזמן. הם עובדים איתי כל הזמן, גם על הקודים של הזה, הכול, ... אני כל הזמן עומד מול מדדי האיכות ובדו-שיח מאוד צפוף” (מראיית מס' 20).

עם זאת, מראיינים רבים הפועלים בשטח הקליני ציינו את חוסר שביעות רצונם מן הקשר עם משרד הבריאות. בסעיף 5.6.4 לעיל תוארה טענה ולפיה נבנו מדדים שאינם מתאימים להתנהלות הקלינית. רבים מן המראיינים טענו כי כאשר פנו למשרד הבריאות כדי לדייק את המדדים, הם לא זכו לאוזן קשבת:

”*** זה מדד שהוא גרם להרבה יותר נזק מאשר לתועלת ... מלא קיבלו [שם של תרופה] שלא לצורך. אז בואו תהיו קצת גמישים, או שתקשיבו לשטח שאומרים לכם שאלו ההגדרות, אל תהיו ראש בקיר עד הסוף” (מראיית מס' 5).

לעומתם, גורמים בהנהלת התוכנית חשו כי הם נותנים מענה לטענות אלו:

”יש שינוי במדדים ספציפיים. אנחנו מקבלים פידבק מהשטח, אנחנו משנים את המדדים, משנים את צורת המדידה, את הפרמטרים” (מראיית מס' 22).

4.7.1 הממשק עם המפקחות

המפקחות הן עובדות משרד הבריאות ותפקידן לפקח על מהימנות המידע הנשלח לתוכנית ולבצע פעולות יזומות לשיפור איכות הטיפול. הן עובדות בשיתוף עם אחראי האיכות בתוך בתי החולים שעליהם הן מופקדות. משכך, כדי שתבצענה את עבודתן ביעילות הן נדרשות לשיתוף פעולה הדוק עם צוות בית החולים:

לדברי גורמים בהנהלת התוכנית, בשנים האחרונות הם מודעים לתפקידן החשוב של המפקחות בקשר עם צוותי הטיפול ומשתדלים לתמוך בהן ככל יכולתם, להעצים אותן ולעודד אותם “להגדיל ראש”.

המפקחות מתנהלות בד בבד בשני מישורים: מחד גיסא הן זרוע ביצועית של הרגולטור, בודקות מדגמית את אמינות הנתונים ומוודאות כי יש אחידות בנתונים המדווחים בין מסגרות טיפול שונות. מאידך גיסא הן מתפקדות כמקדמות איכות יד ביד עם צוות בית החולים ומהוות כתובת לאחראי האיכות בהתנהלותם השוטפת מול משרד הבריאות. המפקחות הזדהו מאוד עם תפקידן הכפול ועשו כל שביכולתן לייצג נאמנה את התוכנית:

”בסופו של דבר אנחנו הפנים של התוכנית, אנחנו אלה שנפגשים כל יום עם הצוותים ועם הרפרנטים של האיכות ואנחנו שומעים אותם” (מראיית מס' 1).

המפקחות גם דיווחו שהן עושות כמיטב יכולתן לקדם את האיכות במסגרות הטיפול שעליהן הן מופקדות. בראיונות עימן תיארן המפקחות כיצד הן משקפות לכל בית חולים את מצבו העדכני לעומת מצבו בעבר ולעומת בתי חולים מקבילים, וכיצד הן מנסות לזהות נקודות תורפה או חסמים ולהציע לבתי החולים שיטות להתמודד איתם:

”אנחנו ממש שומעות את השטח ומקשיבות לשטח ורגישות לשטח כמה שאנחנו יכולות ... ככל שבית החולים מצליח יותר אני שמחה בשביל בית החולים וכשבית החולים מצליח פחות אני רואה שזה גם חלק מהאחריות שלי” (מרואינת מס' 7).

אחראי האיכות של בתי החולים ציינו כי הם שמחים לעבוד עם המפקחות, משתפים איתן פעולה ומבינים את חשיבות תפקידן:

”[אלו ש] באות לעשות תיקוף של המדדים אני לומדת מהן מלא באמת אני ממש נהנית לשבת איתה בסופו של דבר” (מרואינת מס' 29).

תפקיד המפקחות מוגדר ומובנה. מימושו מורכב ונדרשת ראייה מרחבית והיקפית של הנדרש בכל בית חולים כדי להוציא אותו אל הפועל היטב. מן המפקחת נדרש ליצור שיתוף פעולה יעיל עם אחראי האיכות שעומד על עובדת. הפגישות התקופתיות עם המפקחת מאפשרות לאחראי האיכות המוסדיים בבתי החולים הרוצים בכך כלים ניהוליים רבים: התבוננות תקופתית על התפקוד הקליני שלהם במדדים הנבחרים, הצבעה על שיפור בציוני המדדים, בחינה של הנקודות הדורשות שיפור, הנעת תהליכים תוך מוסדיים תוך רתימה של כל בעלי התפקידים הרלוונטיים. מפקחות נדרשות להניע במסגרות הטיפול תהליכי עומק. בראיונות תוארו מצבים שבהם מפקחות הציעו לבית החולים פתרונות פשוטים המייעלים את עבודת בית החולים וכך שיעור העמידה במדדים עלה פלאים. היכולת של המפקחות להשוות בין מסגרות טיפול שונות מאפשרת להן להצביע על דרכים לשיפור המצב תוך כדי שימוש בדוגמאות ממסגרות אחרות:

”בזכות זה שאנחנו מסתובבות במרכזים רפואיים אחרים ואנחנו רואים איך הדברים מתנהלים במקומות אחרים וגם יש לנו ידע קליני וניסיון בשטח שלנו מלפני התוכנית...” (מרואינת מס' 1).

אחת המפקחות תיארה תהליך ארוך ומוצלח של זיהוי בעיה, שיקוף לצוותים, הצגת פתרון וליווי הצוותים עד לשיפור ניכר, תוך כדי עבודה צמודה עם בעלי תפקידים בכירים במסגרת.

”אז בית החולים הזה עשה ממש תהליך ... האם זה היה פשוט? לא. האם היו התנגדויות? כן. האם המרדימים התעצבנו? מאוד... האם בסופו של דבר זה שיפר את בית החולים? מאוד” (מרואינת מס' 1).

אתגרים הניצבים בפני המפקחות

מיום החלת התוכנית עבר תפקיד המפקחות שינויים בהתאם להתפתחות התוכנית – מתיקוף הנתונים בלבד עד לניהול תהליכי איכות יחד עם מסגרות הטיפול.

כמו כן התמודדו המפקחות עם שיוכן הכפול. מחד גיסא הן עובדות של משרד הבריאות, וכך תופסים אותן גם מסגרות הטיפול שבהן הן עובדות, מאידך גיסא סביבת העבודה המיידית שלהן היא מסגרות הטיפול והאנשים בהן.

אופיו הייחודי של התפקיד דורש מן המפקחות לעבוד באופן עצמאי עם צוותי מסגרות הטיפול שבהן הן עובדות. המרחק ממשרד הבריאות וממקבילותיהן גורם להן לעיתים להרגיש כנציגות בודדות פיזית של התוכנית במסגרת. כדי להתמודד עם תחושת הבדידות תיארו גורמים בהנהלת התוכנית כי הם מקפידים לשמור איתן על קשר רציף, לקיים פגישות קבועות מדי שבוע תוך כדי שיתוף בתהליכי קבלת החלטות ככל האפשר, וכן לקשור אותן בקשר מקצועי תמידי עם המקבילות שלהן.

4.7.2 הממשק עם החברה התפעולית

כפי שתואר בפרק המבוא, אופיסופט היא חברה עצמאית ששכר משרד הבריאות כדי לוודא דיווח אחיד של הנתונים, ולאמת ולתקף את החלקים הקשורים למחשוב המדידה במערכות בתי החולים. לא תמיד שיקוליה של הנהלת התוכנית כפי שבאים לידי ביטוי בפעילות אנשי אופיסופט מקובלים על צוות בית החולים, והכתובת שאליה הם מפנים את השגותיהם היא אנשי אופיסופט:

”הלו, מי אתה שתשאל אותי את השאלה הזאת? אתה איש מחשב ... אל תעמיד לי סימני שאלה על החלקים המקצועיים” (מרואינת מס' 26).

אחראי האיכות המוסדיים גם הלינו על כפל בעלי התפקידים שעליהם לדון עימם על המדדים – המפקחות ואנשי החברה התפעולית:

”האמת שבאמת היו פה שנים מאוד קשות, מאוד קשות, הייתי יושבת וממש דופקת את הראש מול המחשב, זה היה פשוט זוועת עולם. אולי בעצם כן על איך שמתנהל, מה שקורה היום בעצם אני כל רבעון יושבת עם שני גופים שונים, זאת אומרת אני יושבת גם עם אופיסופט וגם עם משרד הבריאות. ... שבו ביניכם תעשו את מה שאתם צריכים ואחר כך תבואו לשטח” (מרואינת מס' 27).

לדברי מרואיינים מהנהלת התוכנית, בשנים האחרונות טויבו ודויקו תחומי האחריות בין הגורמים השונים הקשורים לתוכנית.

4.8 פתרונות אפשריים לשיפור הקשר בין אנשי הצוות ובין משרד הבריאות

מתשובות אנשי הצוות לסקר המקוון וכן מן הראיונות עם אחראי האיכות במסגרות הטיפול השונות ניכר כי כולם מכירים בחשיבות התוכנית וחשים מחויבות כלפיה.

להלן כמה הצעות לטיוב ההתנהלות של התוכנית שעלו בראיונות עם בעלי התפקידים בכל הדרגים:

4.8.1 חיזוק הקשר עם אחראי האיכות המוסדיים

אחראי האיכות המוסדיים הם הגורם המתווך בין הנהלת התוכנית לצוותים המטפלים – החל מהצגת מדד חדש לצוותים הרלוונטיים ועד להעברת השגות של הצוותים על מדידה כזו או אחרת להנהלת התוכנית. הם אלו הנמצאים בקשר ישיר עם משרד הבריאות באמצעות המפקחות והם אלו הבקיאים ביותר במוסד בתוכן המדדים ובמגוון המדדים הקיים בכל נקודת זמן. הם אומנם נציגי בית החולים לכל דבר ועניין, אך אפשר להפוך אותם לשגרירים של התוכנית במוסד. מרואיינים מקרב צוותי הטיפול בעבר ובהווה תיארו את התחושה כי מדדים, יחד עם סט פעולות מחייב שנלווה אליהם, הונחתו על הצוותים ללא פעילות הכנה או הסברה, וכי תיווך נכון של אחראי האיכות המוסדיים עשוי לרכז את ההתנגדות ולרתום את הצוותים לשתף פעולה. מרואיינים ממשרד הבריאות טענו כי הם מודעים לחשיבותם של אחראי האיכות ולפוטנציאל הגלום בהם:

”אני תמיד אומרת למנהלי איכות: 'תקשיבו, יש לכם תפקיד מאוד חשוב. אתם השליחים שלנו. אתם צריכים להגיע לכל רופא ולכל אחות ולהסביר לה את המשמעות ... תגיעו אליהם, תדברו איתם, תיזמו ישיבות צוות, תאפשרו למפקחות שלנו להגיע לצוותים קליניים בבתי חולים' ... ההסברה והחניכה וההבנה של הצוותים היא קריטית” (מרואינת מס' 31).

מכמה ראיונות עלה כי אחראי האיכות המוסדיים לא תמיד הבינו לעומק את תפקיד המפקחות כמניעות שינויים בתהליכי איכות ותפסו אותן כמתקפות נתונים בלבד, ומשכך, לא הפיקו מנוכחותן את התועלת שהיו יכולים להפיק ולא פעלו יחד איתן לטובת האיכות בבתי החולים:

”יושבת פה קבוע גברת ממשרד הבריאות שיושבת ועושה ולידציה לנתונים. בואי, זה משאבים [של משרד הבריאות] מטורפים, מטורפים, וגם של בית החולים, דברים שהיו יכולים להיות מתועדים אחרת” (מרואינת מס' 9).

גם מן הראיונות עם המפקחות עלה כי חלק ניכר מזמן מוקדש לעבודת התיקוף וכחות ממחציתו מוקדש להנעת תהליכי שיפור איכות. מתן דגש רב יותר להנעת תהליכי איכות ושיתוף פעולה הדוק עם אחראי האיכות המוסדיים יסייעו רבות בקירוב צוותי הטיפול לתוכנית.

4.8.2 רתימת צוותי הטיפול באמצעות הצגת התוצאות החיוביות

לעיתים לא הוצג לצוותים המטפלים ולאחראי האיכות ההגיון מאחורי בניית המדדים והגדרת האוכלוסייה הרלוונטית, ומדוע למעשה נכנסו לתוכנית. רופא בכיר תיאר כי הוא נוקט שיטה זו כדי להניע את הצוותים לפעולה בתחום מומחיותו והיא מניבה שיתוף פעולה פורה עם הצוותים:

” אנשים לא מבינים באופן אוטומטי את מה שקורה, האם באמת מה שאני עושה עוזר למישהו, חוץ מלמשרד הבריאות ולסטטיסטיקה של משרד הבריאות... תדבר, דבר עם צוות מד"א, דבר עם האחיות, תן צ'ופרים, תזמין אותם לכנסים, תעשה משהו. וכשהם מרגישים חלק מהסיפור זה נהפך להרבה יותר קל" (מרואיין מס' 120).

4.8.3 יצירת מנגנון משוב ישיר למשרד הבריאות

הן מן הראיונות הן מן הסקר עלה כי צוותי הטיפול השונים חשים צורך במנגנון שיאפשר להם לשלוח למשרד הבריאות השגות ספציפיות בנוגע להגדרות המדדים, לאוכלוסייה הרלוונטית להם, לצורך בעדכוןם בהתאם לעדכון ההנחיות הרפואיות ואף לעצם נחיצותם של חלק מן המדדים. עוד עלה כי כעת המנגנון המאפשר זאת מסורבל, ולא ברור אם הפנייה אכן הגיעה אל יעדה וכיצד ענו עליה. ייתכן כי כדאי ליידע באופן אקטיבי את הצוותים המטפלים על קיום המערכת האלקטרונית המאפשרת שליחת מייל, תוך התחייבות של הנהלת התוכנית להשיב על הפנייה תוך זמן מוגדר מראש.

4.8.4 העצמת המפקחות

למפקחות ידע וניסיון רב, הן כאחיות פעילות בעברן הן כעת כנציגות משרד הבריאות המכירות את התוכנית לפני ולפנים. רופא בכיר העיד כי נוכחתן של המפקחות מסייעת להסדרת הדיווח ולהסרת חלק מן העול המוטל על אנשי הצוות:

” ברגע שאתה צריך להפיל את זה על הרופאים, את הרישומים האלה, פה אתה נכנס לבעיה... אחד התפקידים שלה (של המפקחת) זה גם לדאוג שהדיווח יהיה אמין ושהרופאים, היא עובדת על הרופאים ועם הרופאים כדי שידווחו על זה, מוריד את ההרגשה של המתח. הנה, עוזרים לנו גם בזה" (מרואיין מס' 20).

בשנים האחרונות הורחב והוגדר תפקידן של המפקחות:

” מדידת איכות היא שלב ראשון שצריך להיות בתוכנית הלאומית למדדי איכות, והצוות, מעבר לזה שהוא מבטיח שהנתונים שנשלחים לתוכנית, צריך לנהל עוד הרבה תהליכים שהם מעבר לבדיקת מהימנות הנתונים, מעבר לתיקוף... אנחנו משתמשים עכשיו בנתוני מדידה ושיעורי מדידה במדדים לצורך שיפור איכות, וזו בעצם מהות העבודה. מתוך זה יצאו הרבה מאוד פרויקטים גם בבתי חולים וגם ברמה הארצית" (מרואינת מס' 31).

משעה שהורחב תפקידן של המפקחות מעבר לאימות הנתונים המדווחים, יש ביכולתן לתרום להטמעת התוכנית ולתיווכה לצוותים המטפלים. כעת, במגען עם אנשי הצוות הן יכולות להסביר את הסיבות לקיומם של חלק מן הנהלים הנראים להם מיותרים ולהסב את תשומת ליבם לנקודות הדורשות שיפור. אופי ההכשרה של המפקחות (כולן אחיות בעלות ניסיון רב) ויכולותיהן מאפשרים להרחיב את היריעה אף יותר, לדוגמה לרתום את ניסיון הנרחב להעשרת תהליך הגדרת המדדים, כפי שמקווה אחת המפקחות:

”בעולם אידיאלי, קודם כל אני רוצה להיות שותפה בתהליך של בניית מדדים, גם במובן הקליני” (מרואיינת מס' 107).

משכך, בשנים האחרונות מושם דגש רב יותר על הרחבת תפקיד המפקחות כמי שמתווכות את השגות צוותי הטיפול לגורמים בהנהלת התוכנית. קיים מנגנון שבו המפקחות מרכזות את השגות הצוותים ומעלות את הנקודות שנראות להן משמעותיות בפגישות תקופתיות עם הנהלת התוכנית, ולאחר מכן הן מעבירות את התשובות לצוותים.

”אז אנחנו מקשיבים ואנחנו כן מעבירים את המידע הלאה תמיד, זה אני יכולה להגיד לך חד-משמעית. ... האם השטח יודע שאנחנו מעבירים את כל מה שקורה הלאה? סביר להניח שהם בהרבה מקרים אולי חושבים שלא” (מרואיינת מס' 101).

לדברי מרואיינים מהנהלת התוכנית במשרד הבריאות מודעים לפער ופועלים בכמה דרכים, אשר חלקן תוארו לעיל, כדי לייעל את תהליך המשוב ואת הקשר בין הצוותים למשרד ולהנהלת התוכנית.

4.8.5 הקמת מנגנונים לדיון רחב עם אחראי האיכות המוסדיים

ייתכן שאחד הגורמים לפער בין משרד הבריאות לצוותי הטיפול הוא מעורבותם ומחויבותם הרבה של מנהלי התוכנית לתוכנית, מעורבות הגורמת להם לחוש כי כל שאר המעורבים בתוכנית מכירים את התוכנית לפרטיה ומחויבים מאוד אף הם.

”אני חושבת שהרבה פעמים המשרד יוצא מאיזושהי נקודת הנחה כאילו כולם מבינים את זה, כולם יודעים את זה, אנשים יודעים שזה לא קל לעשות מדד. אז לא, אני חושבת שלא כולם מבינים את זה, לא כולם יודעים את זה, וזה חשוב שכולם ידעו את זה, כדי שתהיה פחות התנגדות” (מרואיינת מס' 1).

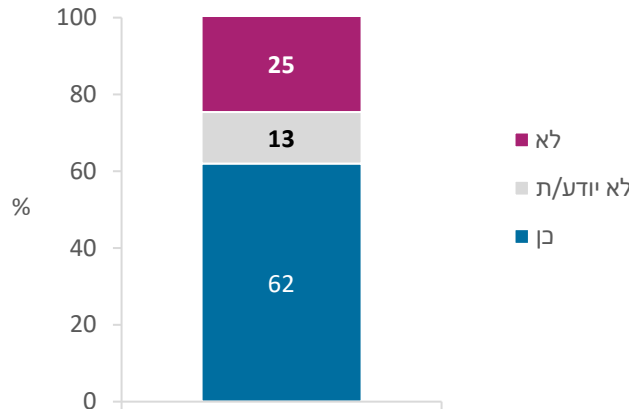
כדי לגשר על פער זה משרד הבריאות יצר מנגנונים אחדים המאפשרים שיח בלתי אמצעי בין כל הגורמים המעורבים בתוכנית.

4.9 המשך התוכנית

בסקר נשאלו הצוותים אם לדעתם כדאי להמשיך בתוכנית. 62% מן המשיבים סברו כי יש להמשיך בתוכנית ו-25% אמרו כי אין להמשיך בה (תרשים 18). גם במשרד הבריאות רואים בתוכנית הצלחה ומעוניינים להמשיך בה. כפי שתיאר אחד המרואיינים:

”תוכנית מדדים יכלו להמשיך עוד שנים רבות באותה צורה. כי בסך הכול אנחנו על פסים נכונים, אנחנו על פסים של בחירת מדד ראוי וגריעת מדד כשהוא מגיע לפרקו ולמידה מערכתית באמצע והשוואות בין בתי חולים וכל הזמן מתקדמים... אין לי שום טענות על התוכנית כמו שהיא נראית כרגע, היא רק צריכה להשתפר כמובן” (מרואיין מס' 17).

תרשים 18: ככל שהדבר תלוי בך, האם כדאי להמשיך בתוכנית המדידה? (באחוזים)



4.10 הקשר בין שיעורי העמידה במדדים נבחרים ובין עמדות צוותי הטיפול כלפי תוכנית המדידה

אחת ממטרות המחקר הייתה לבדוק את הקשר בין עמדות המנהלים והצוותים המטפלים כלפי התוכנית ובין תוצאותיהם של מדדים נבחרים. לשם כך ריבדנו לפי בית חולים את עמדות צוותי הרפואה כלפי התוכנית ואת דיווחיהם בנוגע להשפעתה על עבודתם, כפי שהתקבלו מן הסקר המקוון. לאחר הריבוד הצלבנו בין עמדות צוותי הרפואה בכל בית חולים לתוצאות העמידה במדדים של אותו בית חולים, כפי שפורסמו על ידי משרד הבריאות (רשימת המדדים מופיעה בנספח 2).

בוצעו 110 ניתוחים: 11 מדדים X 10 שאלות העוסקות בעמדות הצוותים. בכל אחד מן הניתוחים בחנו את ערך ה- R^2 המסביר את המידה שבה השונות של המשתנה התלוי (עמדות הצוותים) מושפעת מתנודות המשתנה הבלתי תלוי (שיעור העמידה במדד). בכל 110 הניתוחים נמצאו ערכי R^2 נמוכים המצביעים על היעדר קשר בין שיעור העמידה במדדים של בתי החולים לעמדותיהם של הצוותים המטפלים כלפי התוכנית או למידת שביעות הרצון שלהם מהשפעותיה. היו למשל בתי חולים שבהם שיעור העמידה במדדים היה גבוה וכך גם שביעות רצונם של הצוותים הרפואיים מן התוכנית, אך היו גם בתי חולים שבהם שיעור העמידה בכל המדדים היו גבוהים מאוד ומידת שביעות הרצון של הצוותים מן התוכנית הייתה נמוכה. כך גם במסגרות טיפול שבהן שיעור העמידה במדדים היה נמוך יחסית – היו מסגרות שבהן שביעות הרצון מן התוכנית הייתה גבוהה ואחרות ששביעות הרצון בהן מן התוכנית הייתה נמוכה (ראה דוגמאות בנספח 3).

5. מגבלות המחקר

למרות התרומה החשובה של המחקר להבנת השפעת מדדי האיכות על עבודת צוותי הטיפול, יש כמה מגבלות שצריך לדון בהן. אחת המגבלות המרכזיות נובעת מהתבססות המחקר על התפיסות האישיות של המשתתפים. הן בסקר הן בראיונות העומק, הממצאים מבוססים על דיווחים סובייקטיביים אשר עשויים להיות מושפעים מהטיות אישיות או רצייה חברתית. ייתכן שמשתתפים נטו להציג את התוכנית באור חיובי יותר בשל רצון להימנע מביקורת או מתוך רצון לשפר את תדמיתם האישית או הארגונית. מגבלה זו עשויה להוביל לתמונה שאינה משקפת במלואה את המצב בפועל. עם זאת, צוות המחקר ציין שהסקר הוא אנונימי לחלוטין וגם בציטוטים מן הראיונות לא נחשפה זהותם של המרואיינים.

מגבלה נוספת נובעת מהיעדר השוואה לאורך זמן. המחקר נערך כחתך רוחב (cross-sectional) בנקודת זמן מסוימת, ולכן הוא מספק תמונת מצב עכשווית בלבד. מגבלה זו אינה מאפשרת לבחון מגמות ארוכות טווח, כגון שינויים בעמדות הצוותים או השפעות מצטברות של מדדי האיכות על איכות הטיפול ומערכת הבריאות. שילוב של מחקרי אורך בעתיד יוכל לספק תובנות עמוקות יותר על מגמות והתפתחויות לאורך זמן.

למרות מגבלות אלו, המחקר מספק תובנות חשובות וחדשניות על האתגרים וההזדמנויות שמציבה התוכנית ומשמש בסיס להשוואות שיערכו בעתיד.

6. דיון

התוכנית הלאומית למדדי איכות בתי חולים כלליים וגריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפות חלב ושירותי חירום היא תוכנית חשובה שמטרתה לשפר את איכות הטיפול הרפואי ולייצר תקנון (סטנדרטיזציה) של שירותי הבריאות. מחקרים מראים כי מערכות מדידת איכות יכולות לשפר תוצאות בריאותיות ולהעלות את רמת הביצועים של אנשי הצוות הרפואי (Berwick et al., 2005; Donabedian, 2008). מן הממצאים עולה כי רוב אנשי הצוות בבתי החולים מעריכים את החשיבות והתרומה של מדדי האיכות ככלי לשיפור הטיפול. יחד עם זאת, הדיווחים על אתגרים תואמים ממצאים בספרות, המדגישים כי מערכות מדידה עלולות להוביל לעומס עבודה, לתחושת שחיקה ולמתחים בין הצוותים (Campbell et al., 2002).

אחד האתגרים המרכזיים הוא קביעת המדדים עצמם. מרבית מצוותי הרפואה (59%) והאחיות (82%) סברו שהמדדים אכן מודדים את איכות הטיפול הקליני, אך עדיין יש לא מעט בקרב צוותי הטיפול שסבורים שהמדדים הקיימים אינם מודדים זאת. בספרות עולה גם החשיבות לוודא שהמדדים משקפים במהימנות את איכות הטיפול הרפואי ולא יוצרים תמריצים לא רצויים, כגון "משחקי מספרים" שבהם המטפלים מתמקדים במדדים בלבד על חשבון טיפול כוללני (Smith et al., 2010).

כמו כן צוותי האחיות דיווחו במחקר על עומס רב יותר מצוותי הרפואה, אך עם זאת דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר מן העבודה. הבדלים בין אחיות לרופאים בתפיסת התפקיד ובציפיות ממנו עשויים להסביר את הפער שנמצא בשביעות הרצון (Aiken et al., 2002). תחושת המשמעות בעבודה היא אחד ההסברים המרכזיים לממצא זה, שכן אחיות, הנמצאות במגע ישיר עם מטופלים, חוות סיפוק מקצועי רב עקב השפעתן המיידית על רווחת המטופלים, גם בתנאים של עומס רב (Grant & Parker, 2009). נוסף על כך תחושת שליטה גבוהה בעבודה, לצד עבודת צוות ותמיכה חברתית המאפיינת את מקצוע האחיות, הן מנגנוני הגנה משמעותיים מפני שחיקה, ומאפשרות להתמודד טוב יותר עם עומס העבודה (Laschinger et al., 2016). לעומת זאת, רופאים עשויים לחוות את העומס כמקור לתסכול בשל לחצים ניהוליים ואדמיניסטרטיביים המתווספים לתפקידם, מה שמוביל לשחיקה ולשביעות רצון נמוכה יותר (Shanafelt et al., 2015).

אתגר נוסף שעלה במחקר קשור למדדים הנמדדים בבתי חולים גריאטריים שנטען שהם בסיסיים מאוד, "בייסיק" (כלשון המרואיינת), או שהם אינם מדידים. בהקשר זה ראוי לציין שהעובדה שמדד הוא בסיסי אינה אומרת, כשלעצמה, שאין טעם במדידה שלו. לעיתים, דווקא פעולות שהן מובנות מאליהן נשכחות ומדידה יכולה לסייע להטמיע אותן. כמו כן כאשר יש תחומים או פעולות שאי אפשר למדוד, נכון למדוד פעולה קרובה, שהיא מדידה, ובעקבות המדידה תתקבל תוצאה המתאימה לפעולה שאי אפשר היה למדוד. אך וייס-מיליק ושרר (2017) אשר בחנו את השפעת התוכנית הלאומית למדדי איכות על מדדי תהליך ותוצאים קליניים נלווים אשר לא נמדדים בפועל בתוכנית, הראו כי למרות שיפור ביעדי מדדי התוכנית כמעט לא נצפה שינוי במדדי תהליך אחרים הסובבים אותם. על כן, יש לבחון מעת לעת את ההשפעה של המדדים על התוצאים הקליניים ובד בבד להטמיע תרבות ארגונית המכירה במדדים הבסיסיים ומסבירה כיצד היא תורמת לשיפור באיכות הטיפול. לצד זאת, אפשר לעקוב אחר התוכנית ולהעריך את השפעת המדידה על השיפור במדדים, ואם יש צורך בכך, לפתח מדדים שימדדו את הנדרש במדויק.

יצוין כי צוותי הטיפול טענו בפני צוות המחקר כי חלק מן המדדים מיותר. חלק ממדדים אלו הוקפאו על ידי משרד הבריאות, מה שמלמד על הקשבה של המשרד לצוותים. יש, כמובן, מדדים נוספים שעליהם אפשר וכדאי לדון עם הצוותים במסגרות הטיפול. מן הראינות עם אנשי משרד הבריאות עלה גם שמדדים רבים נבחרו משום שהמשרד מעוניין לשים עליהם דגש כחלק מתפקידו בהתווית מדיניות, וזו דרכו להפנות את תשומת לב המטפלים לכך.

נראה שאחת הסוגיות המרכזיות שעלתה במחקר היא הקשר עם משרד הבריאות. מן המחקר עלה כי יש פער בין צוותי הטיפול, החשים שהם אינם מצליחים להעביר מסרים למשרד הבריאות כפי שהיו רוצים ואינם מעורבים מספיק בשלבי תכנון והטמעת המדדים, ובין הנהלת התוכנית במשרד הבריאות, החשה שהיא משתפת את הצוותים ומצפה ליותר שיתוף פעולה מצידם. בשנת 2020 הוקמה במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים ועדת ערר המתכנסת אחת לשבוע בקביעות ודנה מיידית בכל תלונה או בקשה. הוועדה מתייעצת פעמים רבות עם המועצה הלאומית הרלוונטית ועם האיגוד המקצועי הרלוונטי.

מן הספרות עלה כי שיתוף פעולה יעיל בין גורמי מדיניות ובין צוותי טיפול הוא קריטי להצלחת תוכניות מסוג זה. קביעת נהלים ברורים, תמיכה מתמשכת ושיח פתוח עם צוותי מסגרות טיפול יכולים להקל את יישום התוכנית ולהפוך אותה לכלי משלים לשיפור איכות הטיפול ולא לעול נוסף. שיפור ממשקי העבודה עם משרד הבריאות עשוי לכלול תמיכה טכנולוגית, שיתוף במידע באופן שקוף וייעוץ ממוקד עם הצוותים המטפלים. יתר על כן, נדרשת הערכה שוטפת של התוכנית כדי לזהות את היתרונות ואת החסרונות בפועל ולבצע התאמות בהתאם לצורכי המטפלים והמטופלים.

בעלי התפקיד העיקריים האחראים ליישום התוכנית הם המפקחות, שהן עובדות של משרד הבריאות, ואחראי האיכות המוסדיים, שהם חלק מעובדי המוסד עצמו. תפקידם של אחראי האיכות ושל המפקחות להוות את החוליה המקשרת בין הצוותים המטפלים למשרד. הסדרת תפקידם ותיאום ציפיות דו-כיווני (גם מן האחראים והמפקחות כלפי המשרד וגם מן המשרד כלפי האחראים והמפקחות) יכולים לסייע לטייב את הקשר בין כלל החוליות בשרשרת של התוכנית וגם, ובעיקר, את הקשר עם צוותי הטיפול. לכן מומלץ מאוד לרתום את אחראי האיכות לשמש כשגרירי התוכנית. כך גם יוכלו לרכך התנגדויות להנחיות משרד הבריאות, אם תהינה.

חשוב להכיר בקיומם של האתגרים ובהיקפם. ההתמודדות עם האתגרים עשויה להגביר את השקעתם של הרופאים בקידום האיכות, לחזק את תמיכתם בתוכנית ולתרום להמשכה ולפיתוחה.

בהקשר זה יש לציין כי משרד הבריאות עוסק בשיפור מתמשך של התוכנית. בעקבות ממצאי מחקר זה נערכו כמה שינויים: הוקמו ועדות מלוות לצורך הגברת שיתוף הפעולה עם מעגל רחב של מומחי תוכן בתחומים נבחרים. כך למשל הוקמה ועדה בתחום בריאות הנפש שתבחן את המדדים ותעצים את הקשר עם מסגרות הטיפול, לטובת המשך שיתוף הפעולה עימן והעמקתו. נוסף על כך המשרד יזם קורס איכות לאחראי איכות ולמנהלי ביניים, שמטרתו להכשיר מומחי תוכן במסגרות הטיפול השונות. המחזור הראשון בקורס עתיד להיערך במהלך שנת 2025.

כאמור, מחקר בנושא תפיסות רופאים בנוגע למדדי איכות בוצע על ידי חוקרי מכון ברוקדייל גם בקרב רופאים בקהילה (ניסנהולץ-גנות ואח', 2021). טענה שעלתה במחקר שנערך בקהילה וגם במחקר הנוכחי היא שהמדידה משנה דפוסי עבודה שמובילים

לשיפור המדדים ולטיוב איכות הטיפול הרפואי, אך היא גם מעודדת לחץ שעשוי לפגוע במטופלים, הן משום שיש עיסוק במיוחד בתחומים הנמדדים ובאוכלוסיות הנמדדות ואילו תחומים אחרים ואוכלוסיות אחרות מקבלים פחות התייחסות, הן משום שלעיתים הדרך הנכונה לפעול שונה ממה שנדרש במדד, אך הצוותים, כדי לעמוד במדד, יפעלו בהתאם אליו. בהקשר זה חשוב להדגיש שהציפייה מן הצוותים המטפלים היא לפעול על פי שיקול דעתם המקצועי ואם, במקרה מסוים, נדרש לפעול אחרת מן הדרישה של המדדים – יש לפעול בדרך זו. במשרד הבריאות מודעים לעובדה כי יעד של 100% אינו נכון קלינית, ולכן היעדים מוגדרים בהתאם לקריטריונים ברורים, ונעים בין 85%-ל-95%. כן יש מסלול השגות פרטניות שבו דנים עם הצוותים במסגרות הטיפול על אודות מקרים הראויים להחרגה.

יש לזכור שסביבת העבודה בבית החולים ובקהילה היא שונה. בבית החולים העבודה מחייבת שיתוף פעולה הדוק ויום-יומי עם אנשי צוות שונים, ואילו בקהילה המטפל עשוי לראות את המטופל לבדו. הבדל נוסף קשור לקשר עם המטופל. בקהילה הרופא מכיר היטב את המטופל, מטפל בו לאורך זמן ויכול לבחון את התפתחות המדד אל מול המטופל הספציפי לאורך זמן, ואילו בבית החולים המטופלים באים והולכים ואין המשכיות.

בסיכומי של דבר, התוכנית למדדי איכות היא כלי חשוב לשיפור מערך הבריאות בישראל, אך יש להמשיך ולבצע התאמות על בסיס חוויות הצוותים המטפלים. תוכניות דומות בעולם הוכיחו את יכולתן להביא לשיפור משמעותי באיכות הטיפול, אך הראו גם כי הצלחתן תלויה באיזון בין מדידה אפקטיבית למניעת השפעות שליליות על עבודת הצוותים הרפואיים (Epstein, 2012). התוכנית למדדי איכות בבתי חולים בישראל עשויה לשמש מודל לא רק לשיפור איכות הטיפול במדינה, אלא גם כנקודת ייחוס למחקרים נוספים ולתוכניות דומות במערכות בריאות אחרות.

7. המלצות

ההכרה בחשיבות התוכנית מחד גיסא, והאתגרים שעלו בנוגע אליה מאידך גיסא, הם קריאה לפעולה לצמצם את הפער בין שתי התמות הללו. ייתכן מאוד כי עיקר הפער בתפיסות נובע מרמת המודעות הנמוכה של הצוותים ליסודות שעליהם בנויה התוכנית. כך, תיווך נכון וחשיפה של הצוותים ל"מאחורי הקלעים" של התוכנית עשויים לרכך חלק גדול מן התחושות הקשות של אחראי האיכות והצוותים במסגרות הטיפול, ואולי אף לרתום אותם להתגייס לטובת הצלחת התוכנית. צוות המחקר סבור שיש פעולות פשוטות יחסית שאפשר לנקוט והוא ממליץ לפעול בדרכים האלה:

7.1 רתימת כלל הגורמים הרלוונטיים

רתימת כלל הגורמים הרלוונטיים עשויה להסיר התנגדויות וליצור מחויבות רבה יותר לתוכנית.

צוותי הטיפול – יש לקיים מפגשים סדירים בין מפקחות התוכנית לצוותי הטיפול במסגרת ישיבות הצוות המחלקתיות. בישיבות אלו יוצגו לצוותים נתונים על מדדים קיימים, תובא סקירה על מדדים עתידיים (אם יש) וכן יוצגו תוצאות שבהן היה שיפור במוסד, תוך ניסיון להמחיש את משמעות התוצאות הללו. חשוב להשאיר זמן למשוב מן הצוותים. כדי לאפשר מפגשים כאלה יש צורך קריטי בשיתוף הנהלת המוסד.

תחומי האחריות הרבים של המפקחות והיקף המשרה שלהן לא מאפשר קיום פגישות רבות כאלה, לכן נדרשת הרחבה של תקני המפקחות.

אחראי האיכות המוסדיים – יש להכיר בעבודתם של אחראי האיכות כגורם מתווך וכחוליה המקשרת בין משרד הבריאות לצוותי הטיפול. כמו כן יש להכיר ביכולתם לעודד את שיתוף הפעולה של הצוותים. לפיכך מומלץ:

1. להגביר את מעורבות אחראי האיכות בתחזוקה ובדיוק של המדדים הקיימים לנוכח ניסיונם בשטח.
2. לחדד את הציפיות מאחראי האיכות בנוגע לנדרש מהם בהעברת המסרים לצוותי הטיפול. כאמור, במהלך שנת 2025 עתיד להיפתח קורס איכות מטעם משרד הבריאות לאחראי איכות שיעזור לבנות שפה משותפת ברמה גבוהה יותר.
3. לשמר את מפגשי פורום האיכות עם הנהלת התוכנית, שבהם אחראי האיכות יכולים לשתף בקשיים ולהעלות בקשות. כעת מתקיימים מדי שנה 16 מפגשים כאלה. מומלץ כי במפגשים אלו ישתתפו חברי הנהלת התוכנית במשרד הבריאות, המפקחות, אחראי האיכות המוסדיים, נציגי הצוותים המטפלים וכן מומחי התוכן החברים בוועדות המקצועיות הממליצות במהלך קביעת המדדים.
4. לעודד את המשך הקשר השוטף בין המפקחות ובין אחראי האיכות ולאפשר בקשר זה העברת מסרים למשרד הבריאות ומעקב אחר הטיפול בבקשות.

המפקחות – המפקחות הן חלק חשוב בשרשרת כוח האדם העוסק במדדים. לפיכך מומלץ:

1. לשים דגש על תפקידן של המפקחות כמובילות תהליכי שיפור איכות לצד תפקידן באימות ותיקוף המדדים.
2. להמשיך לעודד את שיתוף המפקחות בתהליך יצירת המדדים ודיוקם.
3. כדי למשוך לתפקיד כוח אדם איכותי אשר יחזיק במשרה לאורך זמן, מומלץ לתגמל כראוי את המפקחות על פי ניסיון ותפקידן, ולקלוט אותן כעובדות משרד הבריאות.

7.2 שינויים מומלצים בתוכנית

כדי להתמודד עם העומס והלחץ שחשים הצוותים, מומלץ:

1. לבחון הורדה של מדדים, במיוחד כאלה שהגיעו לתקרת זכוכית. צוות המחקר מודע לכך שהמשרד פעל להורדה של מדדים ויש להמשיך במגמה זו.
2. לחשוב על מספר המדדים שנכללים בתוכנית, תוך כדי הבנה כי הצוותים המטפלים נמדדים גם על ידי גורמים אחרים שאינם מתוכנית המדדים הלאומית.
3. ליצור הבחנה ברורה בין מדדים השייכים לתוכנית המדדים הלאומית ובין מדדים פנימיים של המוסדות השונים.
4. לבחון מתן הוקרה למסגרות טיפול שמובילות במדדים ברמה הארצית ו/או שיפרו את המדדים שלהן משמעותית.
5. להגדיר מנגנון פשוט לקשר בין אחראי האיכות המוסדיים לצוותים המטפלים שיאפשר העברה של מסרים מהם אל הנהלת התוכנית.
6. לחשוף את הצוותים המטפלים לתוצאות החיוביות הנובעות מעמידה ביעדים כדי לרתום אותם ולהסיר התנגדויות, וכן כדי ולהביא לשיתוף פעולה מתוך עניין משותף ולא רק מתוך הכרח.

8. עם הפנים קדימה

מן המחקר עולות תחושות מורכבות של הצוותים המטפלים כלפי התוכנית. יש בה חלקים חיוביים, אך יש גם אתגרים העלולים לשנות את תפיסתם של אנשי הצוות ואף לגרום להם להתנגד לתוכנית.

היתרון במחקר בנקודה זו, לאחר כעשור של פעילות, הוא כפול. ראשית, המחקר הראה שהאתגרים קשורים בעיקר לדרך יישומה של התוכנית ולא לעצם קיומה. ייתכן שגם אם אי אפשר למנוע אתגרים אלו לחלוטין, בכל זאת אפשר לצמצם את היקפם. בשנים האחרונות נעשו מאמצים רבים לצמצם את השפעות האתגרים על הצוותים, חלקם כבר נושאים פרי בימים אלו ואחרים מצויים בתהליכי הטמעה מתקדמים. צוות המחקר סבור כי שיתופם של אחראי האיכות וכן של נציגים מצוותי הטיפול בחשיבה על פתרונות אפשריים עשוי להקל על הצוותים בחיבור לעשייה הקשורה למדדים.

שנית, מן המחקר עלה שהצוותים המטפלים מעוניינים בהמשך התוכנית ואף מציעים דרכים לשיפור, למשל לטייב את תיעוד וקידוד האבחנות והפרוצדורות, להגביר את מידת שיתופם בבניית המדדים והגדרתם דרך אחראי האיכות, וכן לדייק את המדדים לפי מידת השפעתם על התוצאים הקליניים. קברניטי המערכת יכולים להשתמש בהצעות אלו כבסיס לשינוי המתבקש, ובכך לתעל את השינוי גם לתחומים שיפחיתו את תחושותיהם הקשות של הצוותים.

לסיום, כפי שעלה מראיונות העומק, הקשר בין הצוותים המטפלים, המפקחות ואחראי האיכות להנהלת משרד הבריאות הוא אחת החוזקות הקיימות במערך התוכנית. שרשרת קשר זו עשויה לשפר בקלות יחסית את שיתוף הפעולה בין הדרגים השונים, ולסייע בפתרון או לפחות בצמצום האתגרים שעלו במחקר זה, בלי לערער את החוסן ואת ההכרה בחשיבותה של התוכנית.

צוות המחקר סבור שבעתיד יש לשקול לבצע סקר נוסף, כדי לבחון אם אכן נעשו שינויים ועד כמה הם תרמו לעיצוב עמדותיהם של הצוותים המטפלים בנושא ולשינויו.

עוד פרסומים של המכון בנושא

רחל ניסנהולץ-גנות, ר., הרטום, ת. ורוזן, ב. (2021). מדידת איכות ברפואה הראשונית: שינויים בתכיסותיהם של מנהלים ורופאים ראשוניים בין 2010 ל-2020. מ-181-20.

רוזן, ב. וניסנהולץ-גנות, ר. (2012). מדידת איכות ברפואה הראשונית: זווית הראייה של הרופא המטפל. דמ-600-12.

רוזן, ב. וניסנהולץ-גנות, ר. (2010). ממידע על איכות – לשיפור האיכות – דוח ביניים: סיכום וניתוח ראיונות עם מנהלים בקופות החולים. דמ-562-10.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

מקורות

- וייס-מייליק, א. ושרר, י. (2017). "אפקט ההילה" או "אפקט התעלה"? השפעת מדדי איכות לאומיים על איכות הטיפול בביה"ח. 2014/184, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- כהן, ח., ויס, י., אלקיים, א. וניסהולץ-גנות, ר. (2022). השוואה של התכניות למדידת איכות בבתי החולים בישראל ובאנגליה: [מתוך המדור: מאמרים]. הרפואה, 161(4), 202–206.
- ניב, י. (2022). התפתחות התוכנית הלאומית למדדי איכות – השוואת תוצאות שנת 2016 לשנת 2020. הרפואה 161(11), 682–686. <https://www.ima.org.il/MedicineSite/Article.aspx?NewspaperArticleId=5976>
- ניסנהולץ-גנות, ר., הרטום, ת. ורוזן, ב. (2021). מדידת איכות ברפואה הראשונית: שינויים בתפיסותיהם של מנהלים ורופאים ראשוניים בין 2010 ל-2020. מ-181-20. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/monitoring-quality-in-primary-care/>
- משרד הבריאות. (א"ת). התכנית הלאומית למדדי איכות. נדלה ב-6.6.24 מ: <https://www.gov.il/he/Departments/Units/quality-standards-hospitals-national-program>
- משרד הבריאות. (2023). כוח אדם במקצועות הבריאות 2022. https://www.gov.il/BlobFolder/reports/health-professions-manpower/he/files_publications_units_info_manpower2022.pdf
- רוזן, ב. וניסנהולץ-גנות, ר. (2012). מדידת איכות ברפואה הראשונית: זווית הראייה של הרופא המטפל. דמ-600-12. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/monitoring-quality-israeli-primary-care-perspective-frontline-physician/>
- שקדי, ש. (2003). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותי - תיאוריה ויישום. רמות.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., et al. (2012). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.1.5>
- The Australian commission on safety and quality in health care. (n.d.). Indicators, measurement and reporting. <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting>
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 51(11), 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)

- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Epstein, A. M. (2012). Will pay for performance improve the quality of care? The answer is in the details. *The New England Journal of Medicine*, 367(19), 1853–1856. DOI: 10.1056/NEJMp1212457
- Grant, A. M., & Parker, S. K. (2009). Redesigning work design theories: The rise of relational and proactive perspectives. *Academy of Management Annals*, 3(1), 317–375. <https://doi.org/10.5465/19416520903047327>
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2016). Authentic leadership, empowerment and burnout: A comparison in new graduate and experienced nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(3), 328–338. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01375.x>
- Mattke, S., Epstein, A. M., & Leatherman, S. (2006). The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. *International Journal for Quality in Health Care* 18(1), 1–4, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl019>
- Nissanholtz-Gannot, R., Rosen, B., & Quality Monitoring Study Group. (2012). Monitoring quality in Israeli primary care: The primary care physicians' perspective. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1, 1–13. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-1-26>
- Niv, Y., Kuniavsky, M., Bronshtein, O., Goldschmidt, N., Hanhart, S., Konson, A., & Mahalla, H. (2021a). Performing Duplex within 72 Hours of Transient Ischemic Attack May Decrease Mortality, the Israeli National Program for Quality Indicators experience. *The Israel Medical Association journal : IMAJ*, 23(6), 369–372. PMID: 35137575.
- Niv, Y., Kuniavsky, M., Bronshtein, O., Goldschmidt, N., Hanhart, S., Levine, D., & Mahalla, H. (2021b). Quality Indicators for Prevention of Infection in the Surgical Site: The Israeli National Program for Quality Indicators Experience. *Qual Manag Health Care* 30(2), 81–86. doi: 10.1097/QMH.0000000000000312. PMID: 33783421.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I., & Leatherman, S. (Eds.). (2010). *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511711800>

נספח 1: מדדים אשר הצוותים בשטח הציעו להסיר (בסדר יורד לפי שכיחות מספר התשובות)

- איתור והערכת דיכאון במחלקות תת אקוטיות ולאחר שבץ
- תוכנית טיפול מתועדת בתיק המאושפז תוך 5 ימים ממועד הקבלה לאשפוז
- מתן המלצה לנטילת ויטמין D – מוקפא
- ביצוע הערכת סיכון לאירוע איסכמי חד במוח לחולים עם פרפור פרוזדורים
- הערכת כאב למטופלים המשוחררים מחדר התאוששות – מוקפא
- מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני ניתוח קיסרי – מוקפא מ-2022
- שימור הנקה בלעדית בגיל ארבעה חודשים
- מדד יעילות דיאליזה
- זמן חציוני מן הכניסה לבית החולים ועד לביצוע MRI/CT ראש
- זמן מהגעה למלר"ד ועד ביצוע טריאז' קליני
- ביצוע הערכת סיכון לפקקת ורידים – נגרע משנת 2024
- ביצוע אומדן כף רגל סוכרתית לקשישים במחלקות שיקום, תת-חריפות וסיעוד מורכב
- ביצוע דופלקס עורקי צוואר למטופלים עם אירוע TIA
- אומדן סיכון לנפילות במחלקות סיעוד מורכב, שיקום ותת-חריפות – נגרע מ-2024
- מדידת טמפרטורת גוף בחדר התאוששות – מוקפא מ-2022
- פניות חוזרות למלר"ד
- ניתוח שבר בצוואר הירך תוך 48 שעות – מוקפא מ-2022
- המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים לחולים עם תסמונת לב כלילית חדה – מוקפא מ-2022
- סיכום מחלה מפורט תוך שבוע מן השחרור (בריאות הנפש)
- הערכת דליריום בכניסה לאשפוז במחלקת שיקום למשתקמים בגין שבר בצוואר הירך
- מתן טיפול אנטי-טרומבוטי פרופילקטי סביב ניתוח כריתת רחם

נספח 2: מדדים נבחרים להשוואה בין בתי חולים

- ביצוע הערכת סיכון לאירוע איסכמי חד במוח לחולים עם פרפור פרוזדורים
- מתן אנטיביוטיקה מניעתית טרם ניתוח שבר בצוואר הירך
- ביצוע דופלקס עורקי צוואר למטופלים עם אירוע TIA
- מדד הלימות דיאליזה
- הערכת כאב בחדר התאוששות
- הערכת סיכון לפקקת ורידית במחלקות פנימיות
- טמפרטורת גוף בחדר התאוששות
- מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי לניתוח קיסרי
- מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי נאות סביב ניתוח קולון
- ניתוח שבר בצוואר הירך תוך 48 שעות
- המלצה לטיפול אינטנסיבי בסטטינים לחולים עם תסמונת לב כלילית חדה

נספח 3: דוגמאות לחוסר הקשר בין מדדים נבחרים לתפיסות המטפלים (על פי ניתוח ערך R^2)

