משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

אם לא תספר
איך נשפר?
התוכנית הלאומית לחיזוק
עובדי מערכת הבריאות ולמניעת שחיקה

ארגז כלים

למניעה והתמודדות
עם שחיקה בקרב עובדי
מערכת הבריאות



מינהל משאבי אנוש
אגף משאבי אנוש

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי
אגף תכנון מדיניות

מינהל איכות ושירות
אגף השירות

פתח דבר

'ארגז הכלים' שמונח לפניכם נכתב במקביל לעבודה על הסקר כדי שעם פרסום ממצאי הסקר יוצגו גם כלים ועקרונות מנחים להתמודדות עם ממצאי הסקר. מכיוון שהעבודה על פתוח ארגז הכלים בוצעה בטרם ניתוח ממצאי הסקר, אין התייחסות ספציפית לממצאים, אך נבנתה מסגרת מקיפה תוך התייחסות למכלול גורמי השחיקה המאפיינים מערכות בריאות, ובכלל זה גם לגורמי השחיקה כפי שבאו לידי ביטוי בסקר.

ארגז הכלים שכתיבתו ופיתוחו ארכו כשנה משקף אוסף עקרונות, קווים מנחים וכלים, תוך התבססות על סקירת ספרות רחבה של מחקרים, מיזמים, מודלים ועבודות שנעשו בנושא בארץ ובעולם. העבודה נעשתה במטרה לפרוש בפניכם יריעה רחבה ומקיפה של מאפייני שחיקה, גורמי שחיקה ואמצעים לטיפול בשחיקה, תוך התאמה והתייחסות למאפיינים הייחודיים של מערכות בריאות.

הידע בתחום השחיקה ובעיקר שחיקה בארגוני בריאות מתפתח ומתחדש כל זמן. לכן יש בארגז הכלים הפניות למקורות מרכזיים וזמינים, חלקם דינמיים ומתחדשים באופן שוטף. בנוסף, היה חשוב בעינינו להדגיש עקרונות בסיסיים שינחו אתכם בבחירת כלים מתאימים, בין אם אלה מופיעים בארגז הכלים ובין אם אלה מופיעים בקישורים שנוספו לארגז הכלים או כלים שתפתחו או תגלו בעצמכם. בעוד שמספר הכלים הוא אינסופי כמעט, מספר העקרונות עליהם מבוססים הכלים קטן בהרבה, ורובם מוצגים כאן. אנו מאמינים שהבנת העקרונות והמודלים הם בסיס הכרחי לפיתוח היכולת להשתמש בכלים למניעת שחיקה.

ארגז הכלים הוא תוצר של מאמץ משותף של אנשים רבים שנרתמו, השקיעו וסייעו בפיתוחו: תודה לחברי צוות ההגוי לפיתוח ארגז הכלים, ליועצים הארגוניים שלוו את הפיתוח והכתיבה, לאנשי אקדמיה ולשותפים מתוך המשרד. תודות על איסוף החומרים, המיקוד, ההכוונה לאופן ארגון והצגת המידע, לטיוב הנתונים והתאמתם לצרכי השטח, ועל אורך הרוח והשותפות לכל אורך הדרך.

ארגז הכלים הוא תוצר שימשיך ויתעדכן, סיום כתיבתו הוא רק תחילתו של המסע.

בברכה,

צוות התכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה

גב' ורד מדמון קויתי, מנהלת אגף משאבי אנוש, משרד הבריאות

גב' איילת גרינבאום, מנהלת אגף השירות, משרד הבריאות

ד"ר שגית ארבל אלון, מנהלת אגף תכנון מדיניות,משרד הבריאות

פרופ' שרון טוקר, הפקולטה לניהול ע"ש קולר, אוניברסיטת תל-אביב

חברי צוות ההגוי לפיתוח ארגז הכלים (לפי סדר א-ב):

אורי טורקניץ	מנהל מחלקת פיתוח ארגוני, כללית
איילת גרינבאום	מנהלת אגף השירות, משרד הבריאות
אירנה בכרך	מרכזת בכירה סקרי שירות, משרד הבריאות
אמנון בן משה, ד"ר	מנהל אדמיניסטרטיבי, מרכז רפואי הלל יפה
דרור דולפין, ד"ר	פסיכיאטר, מרכז לבריאות הנפש גהה
ורד מדמון קויתי	מנהלת אגף משאבי אנוש, משרד הבריאות
חוה צוקר רוזנראוך	מנהלת מח' תכנון וניהול תהליכי מ"א ותקשורת פנים ארגונית, מכבי שירותי בריאות
יצחק ליבוביץ	פאראמדיק, מד"א
לימור ציפרמן, ד"ר	מומחית ברפואת המשפחה. אחראית תחום תמיכה מקצועית רפואה ראשונית, מכבי שירותי בריאות
מיכל נוח	מפקחת מלר"ד, הנהלת הסיעוד, מרכז רפואי וולפסון
מיכל שטרית	טכנולוגית רפואית, מרכז רפואי שערי צדק
עדי כהן בוקסנבאום	מנהלת מחלקת פיתוח ארגוני, קופת חולים מאוחדת
ענבל בר-עוז	מנהלת תחום השתלמויות, לאומית שירותי בריאות
רותם הראל	מרכזת בכירה הטמעת תהליכי שירות, משרד הבריאות
שגית ארבל אלון, ד"ר	מנהלת אגף תכנון מדיניות, משרד הבריאות
שחר שלי, ד"ר	רופא מתמחה, מרכז רפואי שיבא
שרון טוקר, פרופ'	חוקרת שחיקה, אוניברסיטת תל אביב

ייעוץ, הנחייה, כתיבה ועריכה:

צביקה רול	יועץ ארגוני, אר & אס קונספט בע"מ
שרי שטיין	פסיכולוגית ארגונית, אר & אס קונספט בע"מ

תודה מיוחדת ל**פרופ' שמואל מלמד** חוקר שחיקה מהפקולטה לרפואה באונ' תל אביב על הערותיו החשובות והמועילות בשלבי העריכה הסופיים של ארגז הכלים.

תוכן העניינים

רקע כללי 1

התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה 2

שלב א - מיפוי גורמי השחיקה - הסקר הלאומי 3

שלב ב - תוכניות ההתערבות 4

רקע תאורטי ומושגי יסוד 5

מהי שחיקה? 5

סימפטומים והשלכות השחיקה 8

שחיקה במערכות בריאות 9

הצורך בטיפול ומניעת שחיקה במערכת הבריאות 11

ארגז הכלים 17

1. הנהלה מחוללת שינוי 21

מודעות: 22

שיח ארגוני: 23

גיבוש מדיניות להתמודדות ומניעת שחיקה: 24

מנגנונים תומכים: 26

2. המנהל הישיר 32

3. תרבות וסביבת עבודה 36

שייכות, לכידות וקהילתיות 36

תמריצים משמעותיים ורלוונטיים 40

תרבות ארגונית, סביבת ותנאי עבודה 40

טיוב שירותים, מתקנים ומשאבים 42

צמצום עומסי עבודה 42

4. טיפוח הפרט 44

התמקצעות, פיתוח מקצועי והעצמה 45

הוקרה 45

התערבויות ברמת הפרט 47

5. התערבויות ברמת יחידה ארגונית וסקטורים 52

1. גישות שיפור שתפניות (Co-Creation) 52

2. Schwartz Rounds - מתודולוגיה להתערבות קבוצתית להתמודדות עם עומס רגשי של צוותים טיפוליים: 53

התערבות קבוצתית - מערכתית: רשת המרכזים הרפואיים Novant Health 53

6. עבודה עם הסקר הלאומי למדידת חוסן ושחיקה במערכת הבריאות 55

שאלות המשקפות משאבים ארגוניים 55

שאלות המשקפות גורמי לחץ ושחיקה 58

אחרית דבר 62

מקורות 63

מקורות לפרק המבוא: 64

מקורות לפרק 'ארגז הכלים': 70

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

אם לא תספר
איך נשפר?

רקע כללי





התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה

סוגיית שחיקת עובדים במערכות בריאות נדונה ונחקרת רבות ברחבי העולם. הקשר בין שחיקת עובדים לאיכות הטיפול, חוויית המטופל, ולעלויות במערכת הוכח זה מכבר, ועל כן ארגונים רבים בעולם וגם בישראל, החלו להשקיע משאבים באיתור מקורות השחיקה וביישום התערבויות בנושא. מניעת שחיקה בקרב עובדי מערכות בריאות בעלת חשיבות יתרה לאור העובדה שנמצאה במחקרים כקשורה למניעת טעויות.

במטרה לקדם במערכת הבריאות הציבורית בישראל טיפול מערכתי בנושא שחיקת עובדים במערכת הבריאות הוחלט לפעול במספר מישורים:

1. זיהוי גורמים מערכתיים המשפיעים על תחושת החוסן והשחיקה בקרב מטפלים ועובדים במערכת הבריאות.
2. יצירת תודעה ציבורית ומערכתית להיבטים הייחודים של העבודה בארגוני בריאות ולעומס העבודה הפיזי והנפשי עימם מתמודדים עובדי הבריאות.
3. רתימת ארגוני בריאות לשינוי התרבות הארגונית ועיסוק בנושא רווחת העובדים על היבטיה השונים ובכלל זה תשומת לב ונקיטת פעולות הנוגעות לסביבת העבודה, תנאי העבודה, ממשקי עבודה ושיפור חווית העובד בגישה ארגונית תומכת ומעצימה.
4. יצירת תכניות התערבות מערכתיות לטיפול בגורמי השחיקה ולמניעה וצמצום תופעת השחיקה. להתערבות זאת עשויות להיות השלכות חיוביות נוספות, כגון: שיפור שביעות הרצון מהמקצוע ומהתפקיד, שיפור תחושת החוסן, הגברת המחוברות לעבודה, שיפור איכות הטיפול, צמצום ההיעדרויות מהעבודה, הפחתת הכוונה לעזוב את הארגון ומשיכה של אנשים חדשים להצטרף לארגון.

בשנת 2016 החל משרד הבריאות בגיבוש התכנית הלאומית למניעת שחיקה והגברת חוסן במערכת הבריאות. המטרות, היעדים ומרכיבי התכנית גובשו בהובלת אגף משאבי אנוש, אגף תכנון מדיניות ואגף השירות ובשותפות עם כל בעלי העניין במערכת הבריאות, קופות חולים, בתי חולים, ונציגים מכלל מקצועות הבריאות, מינהל רפואה וסיעוד.

מרכיבי התכנית:

- מיפוי רמת השחיקה וגורמי השחיקה באמצעות סקר לאומי עיתי בקרב מטפלים ועובדים במערכת הבריאות הציבורית. המיפוי יתקיים אחת לשנתיים ויאפשר לזהות גורמים מערכתיים וארגוניים. הסקר ישמש בסיס לבניית תכניות התערבות ומדד לשיפור ולהעצמת עובדי המערכת.
- בניית ארגז כלים שיסייע לארגוני הבריאות בבניית תכנית ההתערבות הארגונית. ארגז הכלים ישמש מקור ממנו ניתן יהיה ללמוד על דרכים ואמצעים למניעה ולטיפול בגורמי השחיקה על כל שלביה (ראשונית שניונית ושלישונית) .
- תכנית הכשרה למובילי תכניות התערבות ארגוניות: תכנית ההכשרה תקנה ידע בהתמודדות עם סוגית שחיקה וחוסן עובדים בארגוני בריאות, תנחה את המשתתפים לנתח את ממצאי הסקר הארגוניים ולזהות את מוקדי הטיפול הנדרשים, תכשיר את מובילי התכניות בבניית תכנית ארגונית והקמת צוות פעולה ותטמיע את השימוש בארגז הכלים.
- קידום הקצאת משאבים מערכתיים לקידום נושא חיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה.

שלב א - מיפוי גורמי השחיקה - הסקר הלאומי

הסקר הלאומי הקיף את כל ארגוני הבריאות הציבורים ובכלל זה בתי חולים, קופות חולים ועובדי משרד הבריאות, סה"כ פנה הסקר לכ-150 אלף עובדים.

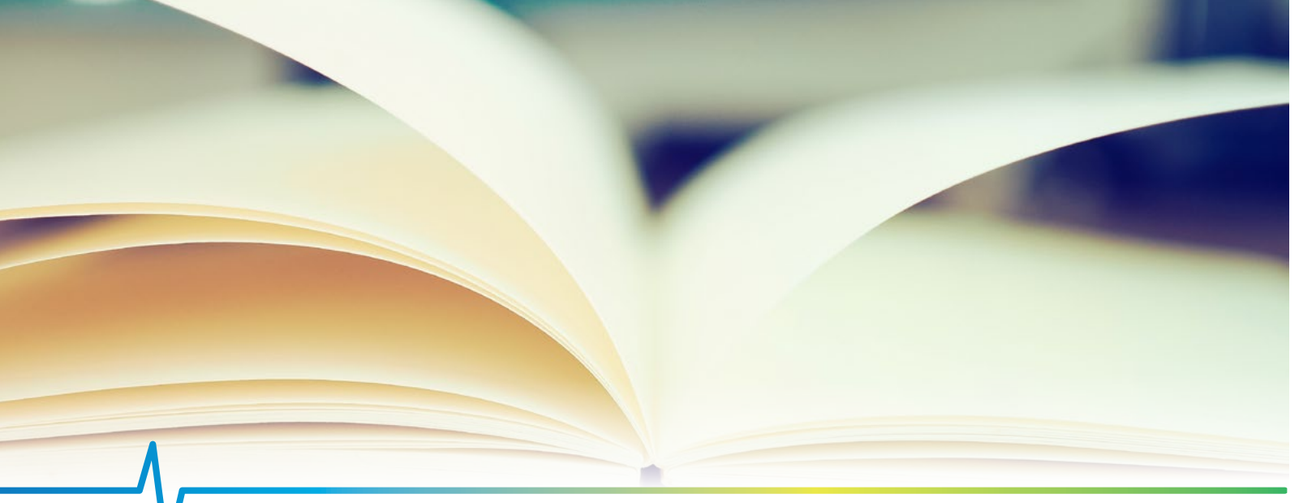
מטרת המיפוי לשמש תשתית אחידה למדידת רמת השחיקה בקרב עובדי המערכת. הסקר מאפשר לקבל תמונת מצב מערכתית באשר לגורמי השחיקה המובילים, תוך מתן ביטוי ייחודי לכל אחד ממקצועות הבריאות, סוגי השירותים והארגונים במערכת. בנוסף, לכל ארגון יקנה הסקר תמונת מצב עדכנית, מתוקפת ומהימנה לגבי מידת החוסן של עובדיו. באמצעות הסקר, ניתן יהיה לזהות את גורמי השחיקה הארגוניים והמערכתיים ולפעול באופן מכוון לצמצומם.

הליך המיפוי וזיהוי המאפיינים ישמשו תשתית להתערבות הולמת וממוקדת בגורמי השחיקה. כמו כן, בהתאם לממצאים המערכתיים שעולים מהסקר, משרד הבריאות יוכל לזהות את הנושאים המהותיים ולתעדף בהתאם את הקצאת המשאבים במערכת.

שלב ב - תוכניות ההתערבות

במקביל במקביל לביצוע הסקר פעל משרד הבריאות לבניית תכנית ההכשרה וליצירת מתווה לתכניות התערבות אשר ישמש את ארגוני הבריאות כבסיס ליישום עם קבלת ממצאי הסקר. מתווה ההתערבות גובש על ידי צוות ייעודי שכלל נציגות רופאים, אחיות, מקצועות הבריאות ומקצועות המינהל והמשק.

ארגז הכלים שמוצג בפניכם הוא אחד הכלים שנועדו לתמוך בגיבוש תכניות התערבות וקידום הטיפול המקצועי בחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה. ארגז הכלים יציג מסגרת תפיסתית, עקרונות כלים ומקורות במטרה שישמש בסיס ממנו ניתן יהיה ללמוד על דרכים ואמצעים למניעה ולטיפול בגורמי השחיקה.



רקע תאורטי ומושגי יסוד

על תופעת השחיקה בכלל ובקרב עובדי מערכות בריאות בפרט

מהי שחיקה?

המושג 'שחיקה' הופיע בשיח הניהולי, כאשר השחיקה זוהתה כ"בעיה חברתית", בייחוד של אנשים שעובדים עם אנשים (Maslach & Schaufeli, 1993). החל מאמצע שנות ה 70 של המאה ה 20 חלה התעוררות ועיסוק במושג השחיקה גם בקרב אנשי אקדמיה ומחקר וכך נוצרו גישות, הגדרות וכלי מחקר שונים ומגוונים לבחינת התופעה. בתוך כלל ההגדרות למושג השחיקה ניתן למצוא הבדלים מסוימים בין החוקרים, אך במקביל ניתן לזהות מכנים משותפים בולטים, אותם ריכזנו כאן על מנת לזקק את מהות התופעה.

שחיקה הינה מצב זמני או מתמשך של תשישות, דילול או אובדן של אנרגיות, משאבים וכוחות פיזיים רגשיים ונפשיים, המתרחש בדרך כלל כתוצאה ממתח ולחץ ממושכים במסגרת העבודה (למשל: עומס רגשי, דרישות גבוהות, תנאים וכד'), בייחוד בקרב מקצועות בהם יש רכיב משמעותי של שירות ועבודה עם אנשים.

לפי הגדרה זו, שחיקה אינה בעיה אישית או אישיותית של "האדם העובד"[1], אלא תופעה מערכתית, שבאה לידי ביטוי במגוון מקומות תעסוקה בעלי מאפיינים מסוימים, ולכן היא ניתנת לשליטה, וויסות, טיפול ואף מניעה באמצעות טיפול בגורמים המערכתיים והסביבתיים היוצרים אותה.

Shanafelt & Noseworthy) 2017) טוענים שעל אף העדויות הרבות המצביעות על כך כי שחיקה היא בעיה מערכתית, ארגונים רבים עדיין יוצאים מתוך הנחה שגויה שמיגור שחיקה והעלאת שביעות הרצון של עובדי הבריאות הינם באחריותם המלאה של העובדים.

1) אין בכך כדי לשלול מצבים בהם שחיקה נגרמת כתוצאה ממרכיבים אישיותיים או נסיבות פרטניות אישיות ואישיותיות. במסגרת ערכה זו אנו מתמקדים בהיבטים המערכתיים - ארגוניים של סוגית השחיקה.

"A process in which a previously committed [employee] disengages from his or her work in response to stress and strain experienced in the job"
(Cherniss, 1980)

"A progressive loss of idealism, energy and purpose experienced by people in the helping professions as a result of the conditions of their work"
(Edelwich & Brodsky, 1980)

"A state of emotional exhaustion caused by excessive psychological and emotional demands made on people helping people"
(Jackson, Schwab, & Schuler, 1986)

"A state of physical, emotional, and mental exhaustion caused by a long-term involvement in situations that are emotionally demanding"
(Pines & Aronson, 1988)

"Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do 'people work' of some kind"
(Maslach & Jackson, 1986)

"Burnout can be considered as prolonged job stress, i.e., demands at the workplace that tax or exceed an individual's resources"
(Maslach & Schaufeli, 1993)

Shirom (2003) מגדיר שחיקה כמצב רגשי המורכב מהתסמינים הבאים:

1. **תשישות רגשית (Emotional exhaustion)** - המתבטאת לדוגמה בחוסר אנרגיה לגלות אמפטיה לחולים או לעובדים אחרים.
2. **עייפות פיזית ונפשית (Physical fatigue)** - המתבטאת באמירות כמו "אני מרגיש/ה סחוט/ה פיזית", " המצברים שלי התרוקנו".
3. **לאות קוגניטיבית (Cognitive weariness)** - שביטויה יכול להיות בין השאר בחוסר ריכוז או קושי במיקוד בדברים מסובכים.

שחיקה מתפתחת כתוצאה של התדלדלות משאבים אנרגטיים כתוצאה מחשיפה מצטברת וכרונית ללחצים בעבודה ומחוצה לה. ללא טיפול, התסמינים עלולים להתמיד לזמן ממושך.

הגדרה מקובלת נוספת של שחיקה על פי Maslach & Jackson 1986, גורסת כי לשחיקה ישנם שלושה רכיבים:

1. **תשישות רגשית (Emotional exhaustion)** - אובדן אנרגיה רגשית; התדלדלות המשאב הרגשי גורמת לעובד לתחושה שאינו יכול להמשיך להשקיע מעצמו ברמה הרגשית. תחושה כרונית של עייפות רגשית, אפילו בתחילת יום העבודה.
2. **דה-פרסונליזציה (Depersonalization)** - אובדן הערכת הזולת; התפתחות תגובות ועמדות שליליות וציניות כלפי מקבל השירות, שנתפס כפחות "אנושי", והימנעות מקשרים בין-אישיים (ובעיקר בקשר עם קולגות).
3. **תחושת הישג ירודה (Reduced personal accomplishment)** - אובדן הערכה עצמית; התפתחות הנטייה להערכה עצמית שלילית, בייחוד בהקשר של עבודה עם אנשים. תחושה של אי-הצלחה אישית וחוסר שביעות רצון מעצמי ומהישגי בעבודה.

חלק גדול מההגדרות לתופעת השחיקה מצביעות על אובדן - של אידיאלים, משמעות, תחושת מחוברות (Engagement), אנרגיה, הערכה עצמית והערכת הזולת. ניתן להבין אם כן, כי העובדים הנמצאים בסיכון הגבוה ביותר לשחיקה הם דווקא העובדים שתחילת דרכם המקצועית הייתה מונעת מתחושת שליחות ומשמעות והביאו עימם אנרגיה, מוטיבציה, אידיאלים ומחוברות גבוהה לארגון. משמע, העובדים בעלי "מנוע הבעירה הפנימי" החזק ביותר, העובדים שכל ארגון מחפש ואף נלחם עליהם, הם פעמים רבות אלה שגורמי הלחץ והמתח במערכת עלולים "לכבות", כשהציפיות, האידיאלים והערכים פוגשים את המציאות.

סימפטומים והשלכות השחיקה

תופעת השחיקה מאופיינת במגוון רחב של תסמינים, הבאים לידי ביטוי באופנים שונים עבור אנשים שונים. התסמינים של תופעת השחיקה יכולים לבוא לידי ביטוי בפן הרגשי, הנפשי, הקוגניטיבי וההתנהגותי (ובמקרים פחות שכיחים גם בפן הפיזי). בשפת הרישום הרפואי (ICD-10) שחיקה מוגדרת כאחת מהבעיות הגורמות לקושי בניהול החיים, והיא אף יכולה להוות עילה לפיצויים, למרות שבארץ אינה מהווה בפועל מצב של מחלה תעסוקתית.

איך נזהה עובד שחוק?

הסימפטומים המרכזיים הם תשישות רגשית ונפשית ודכדוך (חוסר ישע, חוסר תקווה, תחושת מלכוד, תחושת אשמה וכישלון, תחושת שעמום וריקנות); עייפות ממושכת (חוסר מרץ, ירידה בהתלהבות וישנוניות יתר); עמדות והתנהגויות שליליות של האדם כלפי עצמו ועבודתו (עצבנות, ציניות, כעס, אפתיות, ריחוק וקור, פגיעה בתחושת השליחות והמשמעות בעבודה, ירידה ביעילות, בפרודוקטיביות ובהשקעה בעבודה); תשישות קוגניטיבית המלווה בתחושת מתח, חוסר סבלנות, עצבנות וקושי בחשיבה ובקבלת החלטות. סימפטומים נוספים יכולים להיות תשישות גופנית (בעיות שינה ואכילה, חולשה כללית, כבדות, מחלות כלליות לעיתים יחסית תכופות - צינון, כאבים ועוד); דיכאון וחרדה (תחושת חוסר אונים ובמקרים קיצוניים גם משבר נפשי ומחשבות אובדניות); ערפול חשיבתי (קוגניטיבי) והפרעה בריכוז ובזיכרון. בפועל אנשי מקצוע יכולים להיות שחוקים ברמות שונות ועל כן להציג את מגוון הסימפטומים הללו במלואו או בחלקו, בשכיחות ובדרגות חומרה משתנות.

כפי שניתן להבין מרשימת הסימפטומים הארוכה, השלכות השחיקה עלולות להיות חמורות ומסוכנות עבור העובדים, מקבלי השירות, הארגון עצמו והמערכת כולה. מחקרים בארגוני שירות שונים (מערכת הבריאות, מערכת הרווחה, מערכת המשפט ומערכת החינוך) מצאו כי שחיקה עלולה:

(1) להוביל לירידה באיכות השירות שניתן על ידי העובדים ולפגיעה בשביעות הרצון של מקבלי השירות;

(2) להשפיע על עזיבה ותחלופת עובדים, היעדרויות, Presenteeism (נוכחות בעבודה ללא עבודה בפועל), פרודוקטיביות נמוכה, מוטיבציה ושביעות רצון העובדים בארגון;

(3) לגרום לפגיעה בעובד עצמו בשל תשישות פיזית, רגשית ונפשית ולקשיים תפקודיים בעבודה ובחיים האישיים - בעיות שינה, שימוש באלכוהול וסמים, בעיות בחיי המשפחה ובמערכות יחסים (Maslach & Jackson, 1986: Toker & Melamed, 2017)

(4) לגרום לסיכון מוגבר לתחלואה פיזית ונפשית (Toker & Melamed, 2017);

(5) להוביל לנטיות אובדניות.

שחיקה במערכות בריאות

מערכות הבריאות עוברות תהליכי שינוי דרמטיים בעשורים האחרונים בכדי שיוכלו לספק טיפול ושירות מיטביים לאוכלוסייה צומחת, גדלה ומזדקנת, המתאפיינת בעליה במחלות כרוניות וב-co-morbidities, בתוך מסגרת של מגבלות תקציביות, כוח אדם ומשאבים ומדיניות של הכלת עלויות. במקביל, ההתפתחויות הטכנולוגיות והרגולטוריות (סקרים ומדידות, מערכות תיקי מטופלים ממוחשבות ועוד..), משפיעות בצורה דרמטית על האופן שבו המערכת פועלת ומתנהלת. השינויים המערכתיים הללו משפיעים על אופי העבודה של כלל עובדי מערכת הבריאות, ומוסיפים גורמי לחץ רבים ומשמעותיים לשגרת היומיום. כפי שהוזכר קודם לכן, שחיקה היא סינדרום השכיח יותר אצל עובדים המגיעים מתוך שליחות והנעה פנימית למקצוע שיש בו עבודה עם ולמען אנשים בארגוני שירות. מתוך כל אלה, ניתן להבין כי עובדי מערכת הבריאות חשופים יותר לתופעת השחיקה ולהשלכותיה.

ממדי תופעת השחיקה במערכות בריאות בעולם ובישראל

רופאים:

יותר ממחצית הרופאים בארה"ב מציגים לפחות סימפטום אחד משמעותי של שחיקה. רופאים מומחים אשר עובדים ברפואה דחופה, רפואת משפחה ורפואה פנימית נמצאו כבעלי רמות השחיקה הגבוהות ביותר, ובעלי הסיכון הגבוה ביותר לשחיקה. שכיחות השחיקה בקרב רופאים בארה"ב גבוהה כמעט פי 2 משכיחות השחיקה במקצועות אחרים (Shanafelt et al., 2012). בין שנת 2011 לשנת 2014 חלה עליה של 9% בשכיחות השחיקה בקרב רופאים בארה"ב, ואילו בקרב אוכלוסיית העובדים הכללית שכיחות השחיקה נותרה יציבה. במספר מחקרים נוספים נמצאו רמות שחיקה גבוהות בקרב סטודנטים לרפואה ומתמחים, בהשוואה לבני גילם במקצועות אחרים (Dyrbye et al., 2017). בדיווח שפורסם לאחרונה על ידי ארגון הבריאות האמריקאי (AMA), ניתן לראות עלייה באחוזי השחיקה בשנים האחרונות בכל ההתמחויות (Parks, 2017).

יותר מ-50% מהרופאים בארה"ב חווים סימפטומים משמעותיים של שחיקה

כ-40% מהצוותים הסיעודיים בארה"ב ובאירופה דיווחו על סימפטומים של שחיקה

רמות השחיקה בקרב רופאים נמצאות בעליה מתמדת בעשור האחרון

רמות השחיקה אצל רופאים גבוהות דרמטית בהשוואה לרמות השחיקה באוכלוסית העובדים הכללית

צוותים סיעודיים

במחקר שנערך בשנת 1999, 43% מהצוות הסיעודי דיווחו על רמות גבוהות של תשישות רגשית. במחקר המשך שנערך בשנת 2007 דווחו אחוזי שחיקה של כ 36% בקרב צוותים סיעודיים בבתי חולים ובמוסדות סיעודיים (Dyrbye et al., 2017). בניתוח נתונים ממדינות שונות נמצא כי אחוזי השחיקה בקרב צוותים סיעודיים ברחבי אירופה הם בין 30-44%, ביוון 78% ובארה"ב 34% (Lee, Kuo, Chien, & Wang, 2016).

מקצועות הבריאות

היקף המחקר העוסק בשחיקה בקרב מקצועות הבריאות נמוך משמעותית מזה העוסק ברופאים וסיעוד. יחד עם זאת, המחקרים שעסקו בכך מצאו שבקרב העוסקים במקצועות הבריאות קיימים דפוסים של שחיקה הנובעים ממרכיבי העיסוק, העומס הטיפולי והרגשי. כך ניתן להניח כי גורמי הלחץ הקיימים במערכת הבריאות, משפיעים בצורה דומה על כלל העובדים בארגון.

בישראל מספר המחקרים האמפיריים בתחום השחיקה במערכת הבריאות מצומצם מאד. במחקר אורך שנערך בקרב מתמחים מארבעה בתי חולים בארץ (באזור חיפה ותל אביב), ב 15 מחלקות, נמצא כי שיא השחיקה מופיע בסוף השנה הראשונה להתמחות, הוא מלווה בתשישות נפשית ופיזית, וגורם להימנעות ממעורבות בעבודה (Tzischinsky, Zohar, Epstein, Chillag, & Lavie, 2001). במחקר אחר בקרב רופאי משפחה וילדים נמצאה עליה באחוזי השחיקה בין שנת 1994 לשנת 2001 (Kushnir, Levhar, & Cohen, 2004).

במחקר שנעשה על ידי קושניר וחבריה על גורמי שחיקה ונטישת פרמדיקים את המקצוע, נסקרו 533 עובדים, נמצא כי הפרמדיקים הפעילים שבעי רצון מהעבודה, אך לדעתם אינה משתלבת היטב עם חיי זוגיות/משפחה. 52% מהם שוקלים לעשות הסבה מקצועית. בקרב הפרמדיקים הלא פעילים, נמצא כי 73% נטשו את המקצוע תוך 5 שנים מסיום ההכשרה, ו-93% תוך 10 שנים. מראיונות העומק עלה כי הבחירה במקצוע הייתה מתוך תחושה של שליחות ורצון לעזור, אך גורמים רבים האפילו על האהבה למקצוע עד כדי עזיבתו: הרגשה של חוסר אופק קידום מקצועי וגיוון תעסוקתי. שעות העבודה המרובות גבו מחיר יקר מחיי המשפחה. העבודה פיזית וקשה והשכר אינו מתגמל.

עקב מיעוט המחקרים בישראל, ממדי תופעת השחיקה במערכת הבריאות בארץ אינם ידועים, אך צפוי כי יהיו דומים למגמות העולמיות המתרחשות בשנים האחרונות, שהובילו להכרזה על תופעת השחיקה כעל משבר בריאות ציבורי עולמי (Noseworthy & et al., 2017). זאת בין השאר בשל מחסור במשאבים ועומס רב יותר במערכת הבריאות הישראלית, בהשוואה לרוב מדינות ה-OECD.

בסקר שנערך לאחרונה בארה"ב (Swensen, Shanafelt, & Mohta, 2016), בו השתתפו רופאים ומנהלים (בדרגים שונים) בארגוני בריאות, 96% מהמשתתפים הסכימו כי תופעת השחיקה במערכת הבריאות היא בעיה שיש להתייחס אליה (ואילו 65% העידו כי מדובר בבעיה חמורה). בנוסף, 65% מהמשיבים דיווחו על כך שלפחות רבע מהרופאים שהם מכירים באופן אישי חווים סימפטומים של שחיקה.

הצורך בטיפול ומניעת שחיקה במערכת הבריאות

השלכות ייחודיות של תופעת השחיקה במערכת הבריאות

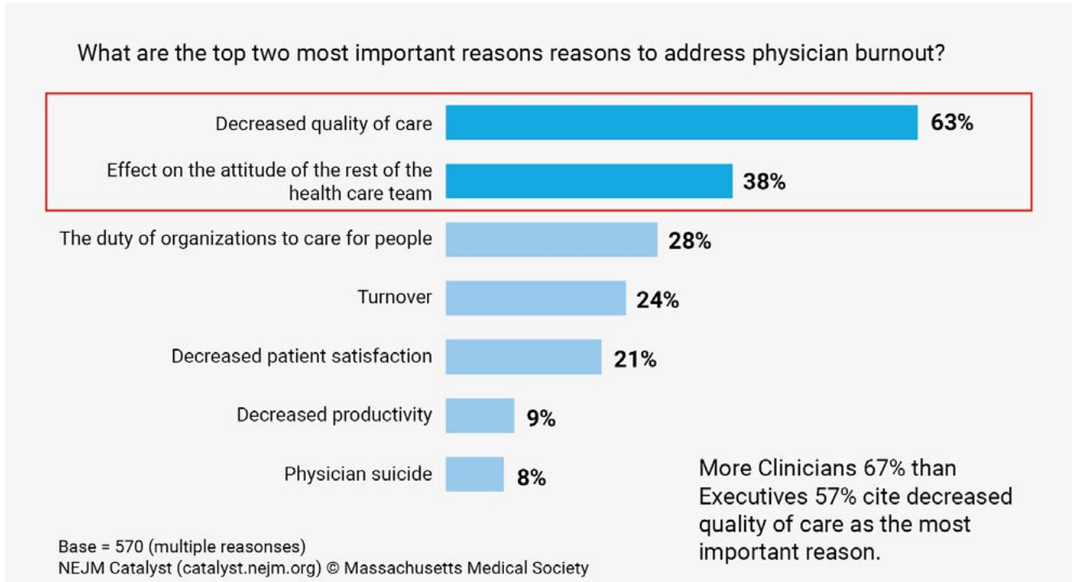
מלבד החובה האתית והמוסרית בטיפול בתופעת השחיקה הגוברת בקרבי עובדי מערכת הבריאות, ישנן השלכות נוספות רבות שחשוב לתת עליהן את הדעת (Dyrbye et al., 2017).

איכות ובטיחות הטיפול

מחקרים מעידים על הקשר בין שחיקה לבין ירידה באיכות הטיפול, ועלייה בטעויות רפואיות ותביעות רשלנות רפואית (Williams et al., 2007). על פי ממצאי הסקר של NEJM Catalyst, מנהלים מסכימים כי הסיבה החשובה ביותר לצורך בטיפול ברמות השחיקה בארגוני בריאות היא הירידה באיכות הטיפול (Swensen et al., 2016). במחקרים שנערכו בקרב רופאים ומתמחים בארה"ב, שחיקה נמצאה כמשתנה מנבא של טעויות רפואיות (כפי שדווחו על ידי הרופאים) ומעורבות בתביעות רשלנות רפואית (Balch et al., 2011; Shanafelt et al., 2010). בנוסף, רמות השחיקה בקרב הצוות הסיעודי נמצאו כמנבאות זיהומים ביחידות רפואיות (Cimiotti, Aiken, Sloane, & Wu, 2012). במחקר אחר נמצא שיעור זיהומים גבוה יותר ביחידות רפואיות (Welp, Meier, & Manser, 2014).

שביעות רצון וחווית המטופל

כצפוי, רמות גבוהות של שחיקה ושל דה-פרסונליזציה, נמצאו קשורות לשביעות רצון מטופלים מהטיפול בבית החולים ואף לזמן ההתאוששות הנתפס לאחר השחרור (Halbesleben & Rathert, 2008). מחקרים העוסקים בחוויית המטופל במערכת הבריאות, מראים קשר הדוק בין יחס אמפתי ורגיש לבין תחושות האמון והביטחון של המטופל. על כן, רופא החווה סימפטומים של שחיקה ותשישות רגשית יתקשה לייצר חווית מטופל הולמת של אמון וביטחון, דבר שישפיע לרעה גם על ההיבט הקליני - היענות ודבקות בטיפול הרפואי (DiMatteo et al., 1993). מחקרים נוספים מראים את הקשר בין תשישות רגשית ושחיקה בקרב צוותים סיעודיים לבין דירוגי שביעות הרצון של מטופלים (Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004; Leiter, Harvie, & Frizzell, 1998; McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane, & Aiken, 2011).



עזיבת עובדים, ירידה בפרודוקטיביות ועלויות נוספות

במגוון מחקרים ניתן לראות קשר הדוק בין רמות שחיקה גבוהות בקרב רופאים וצוותים סיעודיים לבין חוסר שביעות רצון בעבודה, כוונות לעזיבת הארגון או את המקצוע, וירידה במאמץ המושקע בעבודה או בשעות עבודה (Dewa, Loong, Bonato, Thanh, & Jacobs, 2014; Shanafelt, Mungo, et al., 2016; Shanafelt, Sloan, Satele, & Balch, 2011; Williams et al., 2001). ההשפעה על מערכת הבריאות ברורה ומתבטאת בעלויות גיוס גבוהות, תשומות בקליטה והכשרה של עובדים חדשים, ועלויות הכרוכות בפרודוקטיביות נמוכה של עובד. מדובר בתהליך המזין את עצמו ומחריף את המחסור החמור במשאבים ובעובדים, ויוצר לחץ בלתי פוסק על המערכת כולה (Shanafelt, Goh, & Sinsky, 2017). עלות עזיבת איש צוות סיעודי מוערכת בכ- 82,000-88,000$ נכון לשנת 2007 (Jones, 2008), ואילו עלות עזיבת רופא מוערכת בכמה מאות אלפי דולרים ועד מיליון דולר, כתלות בסוג התמחות, מקום עבודתו ועוד (Fibuch & Ahmed, 2015; Noseworthy & et al., 2017). מספר מחקרים מצביעים על קשר בין שחיקה לבין מתן הפניות עודפות ליועצים ולבדיקות (Kushnir et al., 2014). תופעה המגבירה בעצמה את העומס וההוצאות במערכת הבריאות. עלויות נוספות כתוצאה משחיקה עלולות לנבוע מעליה במספר וחומרת הטעויות הרפואיות ובתביעות רשלנות רפואית בצד עלויות בשל היעדרויות (Shanafelt et al., 2010). מחקר בקרב אחיות בתי חולים (Bakhamis, 2017) מצא ששחיקה בקרב אחיות קשורה לתחלופת אחיות גובהה יותר, פגיעה באיכות הטיפול ובטיחות המטופל ומהווה גורם תורם למחסור באחיות במערכת הבריאות.

עלויות אישיות

תופעות שליליות רבות נמצאו קשורות לשחיקה בעבודה. ביניהן: מתח, עייפות, הפרעות שינה, ירידה באיכות חיים ותחושת מיטביות, הרעה ביחסים בין אישיים ומשפחתיים, דכאון, חרדה, התמכרויות,

עליה בתחלואה (מחלות לב, סוכרת, כולסטרול), השמנה והתמכרות לאלכוהול ולסמים[2].

מחקרים בקרב רופאים מצאו כי שחיקה משפיעה באופן שלילי על מערכות יחסים (Shanafelt & Noseworthy, 2017), כמו כן שחיקה קשורה לעלייה בסיכוי להתמכרות לאלכוהול ובסיכון לדיכאון (Fahrenkopf et al., 2008; Oreskovich et al., 2012), ולמחשבות אובדניות (Russell et al., 2011). עוד נמצא כי רופאים נמצאים בקבוצת סיכון מוגברת להתאבדות, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Center et al., 2003). בקרב עובדי מינהל בבתי חולים נמצא קשר בין שחיקה לבין תשישות רגשית (emotional exhaustion) ודה-פרסונליזציה (Lin, 2013).

הטיעון האתי-מוסרי וההשלכות השליליות החמורות של שחיקה על העובדים ברמה האישית, בשילוב עם הטיעונים העסקיים-כלכליים הרבים, מצדיקים התערבויות ברמה כלל מערכתית לטיפול, למניעה ולשיפור רמות השחיקה בארגוני הבריאות בישראל.

עבודה במערכת הבריאות והקשר לשחיקה (גורמים)

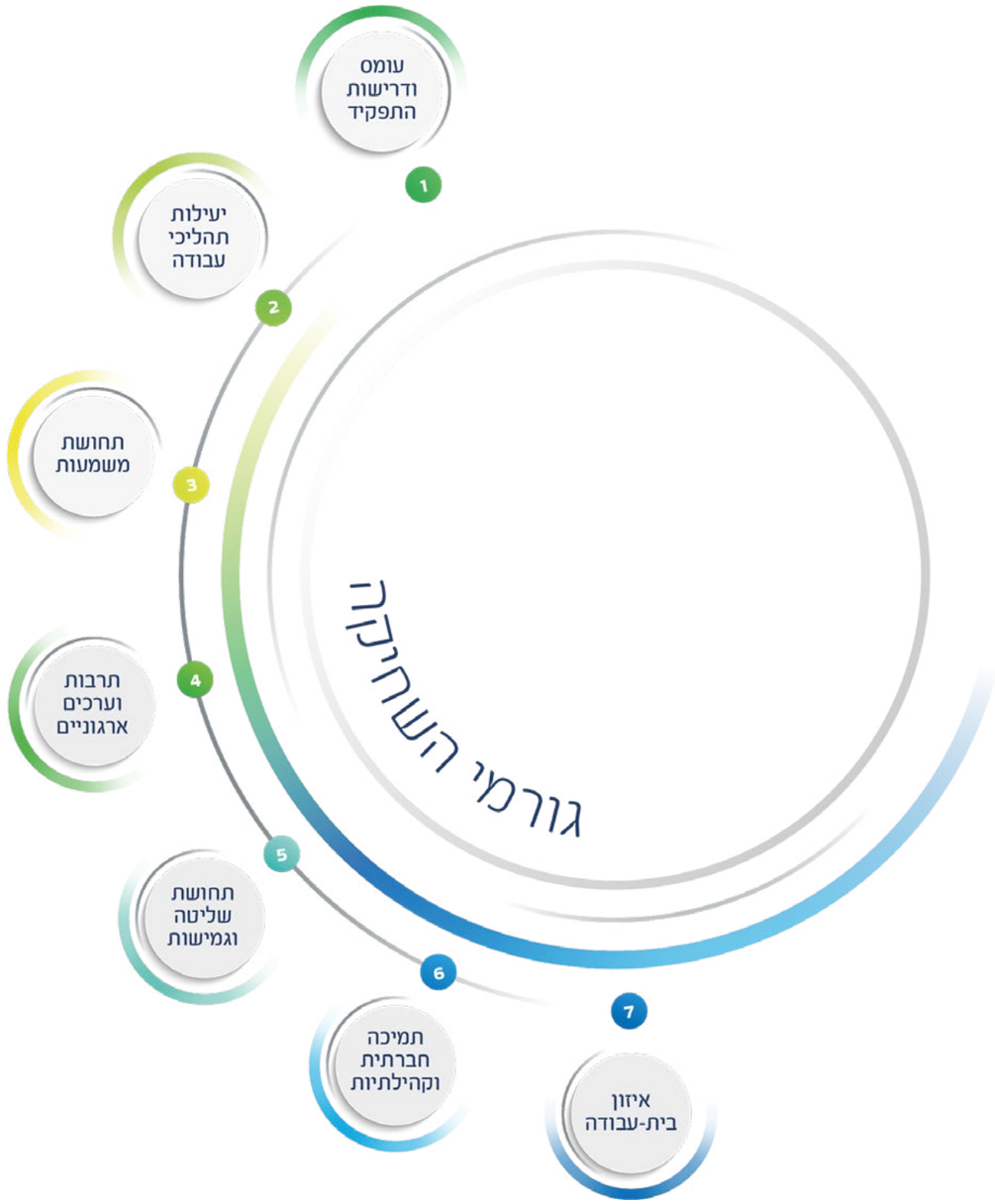
מחקרים רבים בשנים האחרונות מנסים לזהות את הסיבות והגורמים העיקריים לאחוזי השחיקה הגבוהים של עובדי מערכת הבריאות העולמית. בעקבות הפעילות המחקרית הענפה נמצאו גורמים רבים ושונים, התורמים כולם לרמות השחיקה, ביניהם גם מאפיינים אישיים, דמוגרפיים ואישיותיים של עובדי מערכת הבריאות. למשל, נמצא כי נשים, צעירים מתחת לגיל 55, הורים לילדים קטנים, ועובדים שבני זוגם עובדי מערכת הבריאות (לא כרופאים), נמצאים בסיכון גבוה יותר לשחיקה (Dyrbye et al., 2017).

עם זאת, ישנה הסכמה גורפת כי למערכת עצמה יש את ההשפעה הגדולה ביותר על רמות השחיקה של עובדיה, וכי התרבות הארגונית, הנהלת הארגון, סביבת העבודה ומאפייני התפקיד, הם המשתנים העיקריים שיקבעו את רמות השחיקה בארגון.

מספר גדול של מחקרים משקפים את ההשפעה של גורמי לחץ בעבודה המהווים כ"חומר בעירה" לשחיקה בקרב עובדי מערכת הבריאות. תהליכי עבודה שאינם מותאמים (למשל, מערכות ממוחשבות לתיעוד ונטל אדמיניסטרטיבי), מקצועות הרפואה הינם מקצועות בהם מספר המטלות הטריוויאליות הוא הכי גבוה ביחס לשכר משולם, עומס עבודה רב (שעות עבודה, תדירות כוננויות, יחס צוות סיעודי-מטופלים), העדר משאבים בצד ציפייה ליצרנות גבוהה, קונפליקט בית-עבודה (עבודה בלילות ובסופי שבוע, עבודה מהבית), אקלים ארגוני (תרבות ניהולית, היעדר שיתוף פעולה בין רפואה לסיעוד, ערכים והאופן בו הם באים לידי ביטוי בארגון, הזדמנויות להתפתחות מקצועית ולקידום, תמיכה חברתית), ירידה בתחושת השליטה, האוטונומיה והמשמעות בעבודה, עבודה במצבים טעונים רגשית (מוות, סבל של פציינטים, פחד, אינטראקציות מכבידות עם פציינטים, בני משפחה ואנשי צוות אחרים, טעויות, כישלונות, איום לתביעות בגין רשלנות רפואית). כולם נמצאו קשורים לשחיקה בקרב רופאים וצוותים סיעודיים (Dyrbye et al., 2017).

2 Job burnout: How to spot it and take action, Mayo Clinic Staff.
https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/burnout/art-20046642?pg=1

(Shanafelt & Noseworthy 2017), קיבצו את גורמי השחיקה בארגון ל-7 קטגוריות מרכזיות, אשר כל אחת מהן מושפעת גם מהרמה האישית וגם מהרמה המערכתית:

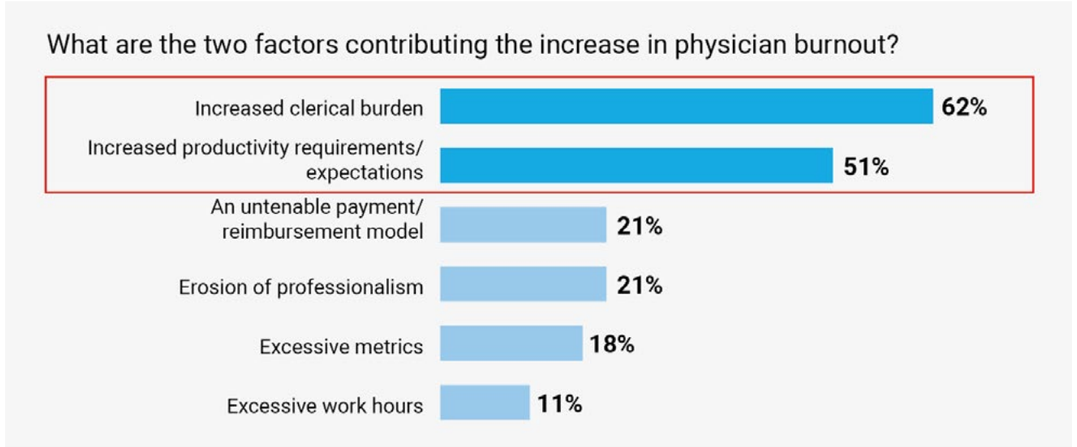


1. **עומס העבודה ודרישות התפקיד** - תחום התמחות, כמות ההשקעה האישית, יעילות עבודת הצוות, יעדים ומטרות מחלקתיות וארגוניות, מבנה השכר והתגמולים ועוד.
2. **יעילות תהליכי עבודה וזמינות משאבים** - ניסיון העובד, יכולת תעדוף וניהול זמן, זמינות התמיכה הצוותית, יעילות תהליך הקבלה המחלקתי, שימוש במערכות ממוחשבות (EHR, תיאום תורים, הזמנות), השפעות רגולטוריות ועוד.
3. **תחושת משמעות בעבודה** - יכולת העובד לעסוק בעבודה משמעותית עבורו, הכרה והוקרה, התאמה בין היכולת האישית לדרישות התפקיד, הזדמנויות להתפתחות אישית ומקצועית, תרבות ואווירה ארגונית, אחוז העבודה האדמיניסטרטיבית ביחס לעיסוק בליבת המקצוע ועוד.
4. **תרבות וערכים ארגוניים** - ערכים אישיים ומקצועיים של העובד, מחויבות העובד לארגון, הנורמות, הציפיות וההוגנות בתוך היחידה הארגונית ומחוצה לה, התנהגות המנהל הישיר וההנהלה הבכירה, ערכי הארגון, תקשורת ושקיפות ועוד.
5. **תחושת שליטה וגמישות** - יכולת השפעה על המתרחש בעבודה, יכולת החלטה לגבי שיטות עבודה ונהלים, חופש ליזום דברים שונים בעבודה, השפעה על מדיניות מקום העבודה, שותפות בקבלת החלטות הנוגעות לעבודה, מידת הגמישות שמאפשרת היחידה (בשעות העבודה, בימי העבודה, בימי החופשה), נהלים ארגוניים ועוד. בקרב מקצועות הבריאות נושא אי השליטה קשור פעמים רבות בסידור לא מתחשב של תורנויות וכוננויות.
6. **תמיכה חברתית וקהילתיות בעבודה** - מאפייני אישיות והיכולת לבנות קשרים בעבודה, אווירה וסביבת עבודה צוותית-חברתית, מבנה הצוות ומיקומו, קיומם של אירועים חברתיים ומקומות כינוס בארגון, יצירת קהילתיות ועוד.
7. **איזון בית-עבודה** - סדרי עדיפויות, ערכים אישיים ומצב משפחתי של העובד, ציפיות מנהל היחידה, לו"ז תורנויות, נהלים המאפשרים גמישות בעבודה (חצי משרה, הפחתת שעות, התחלת עבודה שלא במסגרת המשמרות הנוקשה), מדיניות חופשים ורווחה בארגון ועוד. במחקר אחר, נמצא כי הקרבה של החיים האישיים לטובת הארגון עלולה בטווח הארוך לפגוע בתחושת ה well-being של העובד ולהגביר את הסיכון לשחיקה (Peña-Sánchez et al., 2014).

בנייר עמדה שקרא לכל מובילי מערכת הבריאות להתייחס לתופעת השחיקה (Noseworthy & et al., 2017) כאל משבר של מערכת הרפואה הציבורית, הגורמים העיקריים לתופעת השחיקה יוחסו לתחושת אובדן השליטה בעבודה, לעליה בשימוש המערכת במדדי איכות המודדים ביצוע (איכות, עלות, חווית המטופל), לעלייה במורכבות הטיפול הרפואי, למחסור העמוק והמתמשך במשאבים בסביבת העבודה ולשימוש במערכות ממוחשבות לניהול תיקי מטופלים (EHR). במחקרים נוספים נמצא כי יותר ממחצית זמן העבודה של רופא משפחה, במהלך ומחוץ לשעות פעילות המרפאה, מושקע בעבודה עם מערכת ממוחשבת לניהול תיקי מטופלים (EHR) (Brian,

2017 ,.Arndt et al), וכי העלייה הדרמטית בשימוש במערכות ממוחשבות (EHR, פורטל/אונליין ועוד) הובילה לעליה בעומס, ב-Stress ובסיכון לשחיקה של עובדי מערכת הבריאות (.Linzer et al 2014; Shanafelt, Dyrbye, et al., 2016).

בנייר עמדה בנושא בריאות הרופא, של ההסתדרות הרפואית הקנדית, זוהו מספר סיבות לשחיקה ביניהן, עומס ונפח עבודה, חסך בשינה, דרישות להוראה ולמחקר (במקביל לטיפול במטופלים), הסכנה המרחפת לתביעות רשלנות רפואית מצד מטופלים, והעלייה בדרישות ציבור המטופלים מהרופא (Puddester, 2001).



במחקר איכותני שנערך בישראל בקרב רופאי משפחה, נמצא כי הגורמים לשחיקה הם עומס-יתר של חולים במרפאות וזמן התורים הקצוב, אווירה של איום בתביעות משפטיות, עומס של טלפונים ודרישה בלתי פוסקת לזמינות, בעבודה ובקבלת החלטות, הגבלות תקציביות, תובענות גבוהה של מטופלים, ודרישות גוברות לעמידה ביעדים של ההנהלה לצד חוסר פרגון (סטנלי, מעוז ושורר, 2010).

על פי ממצאי הסקר של NEJM Catalyst, הגורמים שזוהו כמשפיעים ביותר על שחיקת רופאים הם העלייה בעומס ובנטל האדמיניסטרטיבי (נבחר על ידי 62% מהמשתתפים) והעלייה בציפיות ובדרישות לפרודוקטיביות (נבחר על ידי 51% מהמשתתפים). בהתאם לכך במחקרים נוספים נמצא כי 24% מזמן העבודה של רופא מושקע בביצוע מרכיבי תפקיד אדמיניסטרטיביים באופיים (Rao et al., 2017), וכי שביעות הרצון של רופאים המשקיעים זמן רב יותר בעבודה אדמיניסטרטיבית נמוכה יותר, והשחיקה גבוהה יותר (Bovier & Perneger, 2003). העלייה בעומס ובנטל האדמיניסטרטיבי הם גורמים מרכזיים לשחיקה, המאפיינים גם סקטורים רבים אחרים במערכת הבריאות (מקצועות הבריאות, מינהל, משק ועוד).

במחקרים רבים אחרים נמצא כי כישורי המנהיגות והתנהגויות המנהל הישיר נמצאו קשורות לשחיקה, כמו למשל, הכרה והערכה, מתן אפשרות לפיתוח מקצועי ולאוטונומיה, מתן משוב, עידוד ועוד (Broome, Knight, Edwards, & Flynn, 2009; Rao, Kimball, & Torchiana, 2015; Shanafelt et al., 2015; Williams, Manwell, Konrad, & Linzer, 2007).

ארגז הכלים



התמודדות עם שחיקת עובדים בראיה מערכתית מחייבת אימוץ תפיסות חדשות ומצריכה שינוי מתמשך בתרבות הארגונית, בתהליכי ניהול, בתהליכי העבודה ויצירת סביבת עבודה מונעת שחיקה כחלק ממחויבות אנושית ומקצועית של הנהגת הארגון. מדריך הפעולה המוצג כאן הוא חלק מהחלטה אסטרטגית של משרד הבריאות להוסיף את שחיקת עובדי מערכת הבריאות ורווחתם (Well-being) לעוגנים האסטרטגים ארוכי הטווח של מערכת הבריאות בישראל.

התמודדות עם שחיקה ומניעתה מצריכים ראיה תהליכית ארוכת טווח ומחויבות למסע תמידי של למידה ושיפור. אין פתרון קסם לנושא השחיקה ואין פתרון אחד ויחיד שאם רק ייושם תעלם השחיקה. נקודת ההתחלה היא להפוך את נושא מניעת השחיקה לחלק בלתי נפרד מסדר היום הניהולי של כל מנהלי המוסדות, הארגונים, היחידות הארגוניות והסקטורים המרכיבים את מערכת הבריאות. מחקרים עדכניים מראים כי התערבויות ברמת הארגון יכולות להפחית את רמות השחיקה בקרב עובדים[3], ולעתים די אפילו בהשקעה צנועה ומינימלית כדי לייצר שינוי משמעותי[4].

מסגרת הפעולה (Framework) תסייע בהנחיית הנהלות הארגונים בצעדים הראשונים של גיבוש תכניות והתערבויות ארגוניות להתמודדות עם שחיקה בעבודה ומניעתה. למרות שכל ארגון יידרש ליותר מתכנית אחת וליותר מהתערבות אחת אנו ממליצים על אימוץ גישה הדרגתית שתאפשר למידה והכרות עם נושא מורכב ומאתגר זה. לאורך זמן יתווספו כלים ומהלכים ארגוניים - מערכתיים נוספים, יפותחו תכניות שיפור להתמודדות עם שחיקה וכל ארגון ילמד תוך התנסות פעילה מהו המסלול האפקטיבי ביותר עבורו. בשל מורכבותה של מערכת הבריאות, סקטורים מקצועיים ותפעוליים שונים, מוסדות שמהותם נבדלת, יחידות, תפקידים ועיסוקים שונים מצריכים התייחסות מותאמת וממוקדת. לכן לא ניתן להציע 'תכנית מדף' אחידה אבל נוכל להציע עקרונות מנחים על בסיסם ניתן יהיה לבנות תכניות ומתוכם אפשר לצאת למסע ארגוני מותאם, לכל ארגון, סקטור ודרג, על פי צרכיו ומאפייניו. חשוב לציין שגם באותו הסקטור, אותה יחידה, עובדים שונים יכולים להציג בעיות שונות וחשוב שההתערבות מעבר להיותה מותאמת ארגונית או סקטוריאלית תהא מותאמת אישית.

כמו בנושאים מורכבים אחרים, אין 'מהלך אחד ויחיד' המהווה פתרון קסם לבעיית השחיקה של עובדי מערכת הבריאות. התמודדות עם חוסן ושחיקה בעבודה מחייב אוסף מהלכים בזירות שונות תוך שימוש במודלים שונים, בעוצמות שונות ובהיקפים שונים אשר שילובם לאורך זמן אמור לייצר השפעה מטיבה מצטברת משמעותית.

כדי לתת מענה להטרוגניות הרבה של מערכת הבריאות העדפנו להציע מגוון רחב של אפשרויות, כלים ודרכי פעולה, במקום לצמצם אפשרויות ולכוון דווקא לפעילות מסוימת. כל ארגון יצטרך לחשב את דרכיו, לבחור לעצמו את הכלים בהם ירצה להשתמש ולהתאימם לצרכיו ומאפייניו הייחודיים.

3) Panagioti et al., 2017; West, Dyrbye, Erwin, & Shanafelt, 2016
4) Dunn, Arnetz, Christensen, & Homer, 2007; Shanafelt & Noseworthy, 2017; Swensen, Kabcenell, Shanafelt, & Clinic, 2016; West et al., 2014



ארגז הכלים שאנו מציעים כולל ששה פרקים. שני הפרקים הראשונים עוסקים בתפקיד ההנהלה והמנהלים הישירים בהתמודדות עם שחיקה ובעיקר מכוונים לתפקיד ההנהלה ביצירת סביבת עבודה ותרבות ארגונית שמונעים שחיקה.

הפרק הראשון - **'הנהלה מחוללת שינוי'**, מפרט מהלכי הנהלה הכוללים פעילות בארבע זירות ארגוניות: מודעות, שיח, מדיניות ארגונית ומנגנונים תומכים. הפרק מדגיש את חשיבות ההנהלה בעיצוב ראיה מערכתית הכוללת עיצוב חזון השם את העובד במרכז, העלאת נושא השחיקה לסדר היום הארגוני, הקצאת משאבים, הטמעת שגרות עבודה וניהול ייעודיות לנושא ופיתוח תכניות ארוכות טווח למניעת שחיקה.

הפרק השני מוקדש לחשיבות **המנהל הישיר** והשפעתו על חווית העובד. הפרק מציג שלושה ערוצי פעולה להתמודדות עם שחיקה ולקידום Well being של העובדים. שלושת הערוצים מהווים חלק מתפקידי הליבה של המנהל, והם כוללים: הכללת מרכיבים של גישה לעובדים, יחסי אנוש וכישורים בין אישיים כחלק מהקריטריונים לבחירה ומינוי של מנהלים חדשים, פיתוח והכשרה של מנהלים קיימים כדי להקנות כלים ומיומנויות למניעת שחיקה, והוספת מדדים של שחיקת עובדים כחלק מתהליכי ההערכה והמשוב למנהלים.

ארבעת הפרקים הנוספים של ארגז הכלים מציעים מיקודים שונים להתמודדות עם נושא השחיקה. כל פרק עומד בפני עצמו ומציע מגוון דרכי פעולה, רעיונות וכלים. ארגון הפרקים נועד לאפשר גמישות והתאמה של הקריאה לצרכים של כל ארגון. בכוונה תחילה ארגז הכלים מאפשר בחירה ומיקוד.

הפרק השלישי - **'תרבות וסביבת עבודה'** מציג מגוון של מהלכים, כלים ורעיונות למניעת שחיקה המבוססים על עבודות ומודלים אמפיריים בנושא. סל הכלים כולל נושאים כמו יצירת תחושת שייכות לכידות וקהילתיות, שימוש בתמריצים משמעותיים ורלוונטיים, שינוי סביבה ותנאי עבודה. כל הכלים המוצגים בפרק זה נמצאו קשורים למניעת שחיקה והעלאת שביעות רצון בקרב עובדים ומנהלים.

הפרק הרביעי עוסק ב**טיפוח הפרט** ופורט כלים המשפיעים על הפחתת שחיקה כגון הגברת השליטה והמעורבות של העובד, עידוד התפתחות מקצועית באמצעות העצמת העובד, הוקרה, יצירת תחושת משמעות וערך ומהלכים ארגוניים שמדגישים איזון בית - עבודה, פתוח פעילות פנאי, וכד'. הפרק מציג גם כלים לזיהוי סמנים לשחיקה ותכניות התערבות לסיוע ותמיכה בעובדים שחוקים.

הפרק החמישי - **התערבויות ברמת יחידה ארגונית וסקטורים** מציע כלים המתאימים למצבים בהם קיימים פערים משמעותיים בנושא שחיקה ברמת יחידה (מחלקה, ענף, מערך) או סקטור. התייחסות בפרק היא לגישות שיפור שתפניות ולהתערבות קבוצתית לשם התמודדות עם עומס רגשי בקרב צוותים.

הפרק השישי והאחרון מציג כלים לעבודה עם הסקר הלאומי למדידת חוסן ושחיקה במערכת הבריאות. הפרק מציע 'בנק רעיונות' הכולל מגוון של דרכי פעולה כמענה לכל אחת משאלות הסקר.



1. הנהלה מחוללת שינוי

תפיסת האחריות להובלת נושא החוסן ומניעת שחיקה

העת הזו הינה מאתגרת עבור מנהלי מערכות בריאות בארץ ובעולם. בצד תחרות הולכת וגוברת, אתגרים תקציביים, רגולציות מוגברות, דרישות לעמידה במדדי איכות ובטיחות ושיפור השירות, קיים מחסור מתמשך במשאבים ובכח אדם בחלק מהמקצועות והתפקידים והתפתחויות טכנולוגיות המכתיבות קצב שינוי מהיר. גם המטופלים המהווים צרכני מערכת הבריאות משתנים, הם מחזיקים מידע שלעיתים עולה על זה של המטפל (זו המחלה היחידה של המטופל והוא מומחה בה) ודרישות לזמינות, למענה בזמן אמת ולשיח מקיף עולות גם הן. שחיקה לא פעם צומחת בשל הפער בין הציפיות ודרישות התפקיד לבין האפשרויות לעמוד בציפיות ובדרישות. כל אלה הם רק תמונה חלקית של המורכבות איתה מתמודדים ארגוני הבריאות כיום. האתגרים הללו ממקדים את תשומת הלב של ההנהלות ומובילים לדרישות לעליה בתפוקות לצד התייעלות. נוסיף לכך את העומס הרגשי והקוגניטיבי המהווה חלק משגרת העבודה של מקצועות טיפוליים רבים ונקבל מגזר תעסוקתי המועד לשחיקה מואצת. ואכן, בשנים האחרונות גוברת ההכרה וההבנה ששחיקת עובדי מערכת הבריאות הוא נושא המצריך טיפול והתמודדות, הן בשל הירידה בביצועים כתוצאה משחיקה ("פרדוקס הלחץ לתפוקות") והן בשל המחויבות האתית והמקצועית לדאוג לרווחת העובדים ולבריאותם הגופנית והנפשית.

ארגונים יכולים להוביל שינויים משמעותיים ואפקטיביים בהפחתת שחיקה על ידי טיפול בגורמי הלחץ שמניעים שחיקה. אף על פי שלרוב מהלכים למניעת שחיקה אינם מצריכים השקעה תקציבית גבוהה, הם כן דורשים השקעת משאבים ארגוניים מסוג אחר - תכנון ותעדוף, מחויבות ניהולית לאורך זמן וליווי הוצאת שינויים בתהליכי עבודה וניהול בפועל, על ידי הדרג הבכיר בארגון.[5] למעשה, מחויבות הנהגת הארגון הינה תנאי מקדים הכרחי לכל ניסיון למניעה ולטיפול בתופעת השחיקה.

5) Shanafelt & Noseworthy, 2017

מהלכי ההנהלה כוללים פעילות ב-4 זירות ארגוניות:



מודעות



שיח



מדיניות ארגונית



מנגנונים תומכים

ממודעות למדיניות - באמצעות שיח ארגוני

מודעות:

העלאת נושא הגברת חוסן ומניעת שחיקה למודעות מובילי הארגון והפיכתו לחלק מהשיח וסדר היום הארגוני הוא נקודת המוצא להתמודדות עם הנושא.

הכרה בשחיקה כגורם שראוי ואף הכרחי לקשב ארגוני והקדשת המשאבים הראויים לצורך בחינה ראשונית של התופעה מהווים תנאי מקדים להתנעה ראשונית של תהליך ההתמודדות והמניעה. הנהלה הלוקחת אחריות ובעלות על הטיפול בבעיה, מעוררת תחושת אמון וביטחון ומעודדת שיתוף פעולה בקרב העובדים, תוכל בהמשך גם למקד את הפעילות בארגון לצורך צמצום ממדי התופעה.

"מודעות" משמעה:

- הפנמת ההכרח להתמודד עם נושא השחיקה ועם העומס האיכותי בטיחותי וכלכלי שאי התמודדות עימו גוררת.
- היכרות עם מושג השחיקה ועם מושגים נלווים, כגון: מחוברות (Engagement), שביעות רצון, Well-being, חוסן (Resilience), מוטיבציה ועוד, והכרה בחשיבות של נושאים אלה במניעת שחיקה בעבודה.
- מודעות לתופעת השחיקה והכרה בסימפטומים ובהשלכות המקצועיות והאישיות.
- היכרות עם ממדי תופעת השחיקה במערכות בריאות בעולם ובישראל.
- הבנה של גורמי הלחץ במערכת הבריאות שמגבירים ומחמירים שחיקה.
- הבנה עם גורמים התורמים להגברת חוסן.
- זיהוי ההשלכות הייחודיות של תופעת השחיקה במערכת הבריאות והשפעתן על יעדים מרכזיים של הארגון - איכות, בטיחות, עזיבת עובדים, השלכות כלכליות, שירות וחווית מטופל ועוד.
- הכרות ולמידה של גורמי השחיקה ומוקדי השחיקה הארגוניים מתוך ממצאי הסקר הלאומי.

שיח ארגוני:

הובלת שיח פתוח, כן ודו-כיווני של ההנהלה עם העובדים בארגון, שבבסיסו המסר -"להנהגת הארגון אכפת מעובדיה וחשוב לה לקדם את רווחתם". השיח הארגוני מהווה ביטוי לנכונות ההנהלה להקשיב וללמוד מהעובדים על צרכיהם, תוך מתן אפשרות ביטוי ויצירת תחושה אותנטית לקשב לצרכים ולמצוקות העובדים ושיפור על ידי פיתוח והטמעת תכניות ומענים ספציפיים, ממוקדים וכלל ארגוניים. מעבר ליצירת תחושת מעורבות ואכפתיות, השיח הוא כלי חשוב לאיתור צרכים, פערים, זיהוי נושאים לשיפור ואיתור מוקדי שחיקה המצריכים טיפול והתערבות. 'שיח ארגוני' הינו מתודולוגיה המחייבת את ההנהלה לרכוש מיומנויות לניהול נכון של מפגשי שיח, הובלה של שיח ארגוני והגדרה של מתווה לקיום מפגשי שיח והכרות עם טכנולוגיות היכולות לסייע בהתנעה והובלה של שיח חוצה ארגון.

תרבות של שיתוף:

אחד המרכיבים בעלי השפעה משמעותית על מניעת שחיקה והגברת 'מחוברות' לארגון הוא שיתוף העובדים בשיח ארגוני-אסטרטגי:

- שיתוף ושיח מתמיד על ערכי הארגון, האסטרטגיה הארגונית, חזון הארגון.
- הצגת תכניות עבודה, שיתוף באתגרים, בהצלחות ובהישגים.
- מתן אפשרות השפעה ומעורבות על עיצוב החזון, הערכים, המטרות ותהליכי העבודה.

הבנת החזון הארגוני, הזדהות עם ערכי הארגון, הבנת האתגר הארגוני והייעוד הארגוני תוך יצירת תחושת משמעות ושייכות נמצאו באופן עקבי כמפחיתים שחיקה.

דוגמאות למהלכים להעלאת מודעות:

קמפיין ארגוני | כתבות ומאמרים בעיתונות פנים ארגונית | כנסים וימי עיון | פרסום סקר שחיקה | תיקשור תכניות ומהלכים ארגוניים להתמודדות עם שחיקה |

דוגמאות להובלת שיח ארגוני בנושא מניעת שחיקה:

ההנהלה משלבת דיון בנושא שחיקה במסגרת פגישות מחלקתיות | שולחנות עגולים | הקמת פורומים וצוותי חשיבה לנושא השחיקה | הכנסת נושא מניעת שחיקה כרכיב בתכניות עבודה ארגוניות ומחלקתיות | שיתוף עובדים ומנהלים בפתוח תכניות למניעת שחיקה

גיבוש מדיניות להתמודדות ומניעת שחיקה:

מתוך המודעות והשיח מתגבשת 'מדיניות ארגונית' להתמודדות ולמניעת שחיקה בעבודה. המדיניות מעגנת את נושא השחיקה כחלק מסדר היום הארגוני, בראייה מערכתית, ארוכת טווח. מדיניות ארגונית כוללת בדרך כלל מרכיבים כמו:

1. הצהרה והגדרת מטרות ארוכות טווח לצמצום ולמניעת שחיקה בעבודה.
2. גיבוש תוכנית לצמצום השחיקה ולהטמעת תרבות "האדם במרכז"
3. החלטה על הקצאת משאבים (זמן , קשב, כח אדם, ותקציב) להתמודדות עם נושא השחיקה
4. קביעת לוחות זמנים, מדדי בקרה והערכה.
5. גיבוש עקרונות מנחים, הנחיות, נהלים הממוקדים בהטמעת ומימוש תפיסת 'העובד במרכז'.

דוגמה ל'עקרון מנחה' במסגרת מדיניות ארגונית:

הכנסת השיקול של "עלות השחיקה" ותחושת ה-well-being של העובדים בעת קבלת כל החלטה ניהולית, בקביעת סדרי עדיפויות, הקצאת משאבים, קידום יוזמות, הטעמת טכנולוגיות, תכנון שינויים ארגוניים ועיצוב תהליכי עבודה (בחינת כל פעולה בירוקרטית האם היא נדרשת, מה הערך שהיא מייצרת, האם ניתן לבטל אותה? לפשט אותה?).

בניית אג'נדה והתאמת ערכים:

המטרה היא הטמעת נושא השחיקה והחוסן כחלק מסדר היום הארגוני והטמעת תרבות "העובד במרכז" כתפיסה ארגונית. אחד הכלים להפניית קשב ניהולי ויצירת מחויבות לנושא הוא "התאמת ערכים"[6]. מהלך של התאמת / מיקוד ערכים הוא הזדמנות ליצירת שיח ארגוני משמעותי סביב הנושא, ולייצר הצהרה מחייבת.

6) עוד על נושא התאמה / הלימה ערכית ניתן למצוא ב:

4 STEPS TO ENSURE VALUES ALIGNMENT AND REDUCE WORKPLACE STRESS.
https://blog.hrps.org/blogpost/4-Steps-to-Ensure-Values-Alignment-and-Reduce-Workplace-Stress

HOW ORGANIZATIONAL VALUES CREATE AN ENGAGED WORKFORCE.
https://www.tinypulse.com/blog/sk-organizational-values-engaged-workforce

Addressing Conflicting Values and Burnout. At: Preventing Physician Burnout.
http://www.pauldechantmd.com/conflicting-values-2/

"התאמת ערכים" או הלימה ערכית - הוא אחד המהלכים החשובים ביותר שעל הנהלת הארגון להוביל בנושא השחיקה. חוסר הלימה ערכית הוא מצב בו העובד חווה פער בין האמירות, הערכים המוצהרים, השיח הפורמלי וההצהרות המדוברות של המנהלים לבין הפעילות והמעשים בפועל. כך למשל, כאשר הנהלה מצהירה שהיא מחויבת לערך מסוים (למשל: איכות) אך בפועל נוקטת מהלכים הסותרים ערך זה (למשל, שימוש בציוד בטוח ואיכותי פחות כדי לחסוך בכסף) נוצר דיסוננס, או 'חוסר הלימה' בין הערכים המוצהרים ובין הערכים המיושמים. פער זה לכשעצמו מהווה גורם מתסכל המעורר חוסר אמון, ציניות, חוסר בטחון, פוגע במוטיבציה ומגביר שחיקה). הצורך ביצירת הלימה ערכית בנושא השחיקה מחייב את ההנהלה להתאים את המהלכים בפועל לערכים ולכוונות המוצהרים.

עקרונות ומטרות:

- התאמת החזון הארגוני וערכי הארגון ליצירת תרבות השמה את האדם במרכז ומבטאת מחויבות ארגונית לדאוג לרווחת העובד.
- בחינה מחודשת של ההלימה בין החזון והערכים לבין פעילות ארגונית אותנטית ליצירת סביבת עבודה מונעת שחיקה
- עידוד תרבות של מעורבות העובדים, שיתוף, שקיפות, חשיבה ביקורתית ויצירתית
- תקשור ערכי הארגון

דוגמאות לפעולות ומהלכים אפשריים ביצירת חזון / התאמת ערכים:

- מתן ביטוי לערכים הממוקדים בעובד כחלק מערכי הליבה הארגוניים
- יצירת מדד הלימה ערכית
- הקמת צוות משימה, הכולל עובדים מכל הדרגים בארגון לגיבוש הערכים
- בחינת ערכי הארגון בקבוצות מיקוד של עובדים, תוך הקשבה אמפתית, רגישה ומאפשרת
- תקשור ערכי הארגון על ידי ההנהלה בכנסים, ישיבות הנהלה, אירועים בתוך הארגון, ישיבות צוות ועוד
- הדגשת האופן שבו ערכי הארגון באים לידי ביטוי, הלכה למעשה, בכל תהליך קיים וחדש, בכל פרויקט או יוזמה ארגוניים

מנגנונים תומכים:

בהמשך לפיתוח מודעות ומחויבות של דרג הנהלה בכיר להבנת ממדי תופעת השחיקה בתוך הארגון, פיתוח שגרות עבודה וניהול ייעודיות ויצירת מעורבות פעילה של כלל הדרגים הניהוליים יספקו את ה"אנרגיה" להנעת הארגון לפעולות.

"מנגנונים תומכים" הם משאבים, תהליכים, מנגנונים ומשאבי ניהול שנועדו לייצר רצף ומסה ניהולית ביישום והטמעת תוכניות ארגוניות ומימוש המדיניות הארגונית להתמודדות ומניעת שחיקה.

1. מינוי גורם ניהולי בכיר אשר ירכז ויוביל את הפעילות בנושא מניעה והתמודדות עם שחיקה

'מוביל התחום' יהיה בעל כישורים וידע בניהול המשאב האנושי, הכרות עם מערכות בריאות ובעל מעמד משמעותי בצוות הניהולי הבכיר בארגון. מרכיבי התפקיד המרכזיים של 'מוביל תחום מניעת שחיקה":

- משמש גורם מקצועי - מנחה בהנהלה לקידום הפעילות הארגונית למניעת שחיקה בראיה אינטגרטיבית, מקצועית וניהולית.
- מאתר צרכים מערכתיים ומקומיים (ביחידות, מגזרים, תחומים, סקטורים) ומקדם פעילויות ותוכניות להתמודדות עם מוקדי שחיקה ולמניעת שחיקה.
- מרכז הכנת תוכניות עבודה בתחום התמודדות ומניעת שחיקה, תוך קביעת סדרי עדיפויות וניהול מושכל של התקציב והמשאבים שיוקצו להתמודדות עם נושא השחיקה.
- אחראי על יצירת והפעלת ממשקים ומנגנונים ארגוניים למדידה והערכה של ממדי התופעה, לאיתור הגורמים לשחיקה, לניהול ובקרה של תהליך השינוי ותהליכי ההתערבות וללמידה מתוך ההתנסות.

מרכיבי תפקיד אלה מהווים דוגמה ופרוט חלקי של מרכיבי תפקיד אפשריים. כל ארגון יתאים ויטייב את הגדרת התפקיד על פי צרכיו ומאפייניו הייחודיים.

2. הקמת וכינוס ועדת היגוי של הנהלה בכירה

מינוי צוות ארגוני בכיר לצורך גיבוש תכניות אב לצמצום השחיקה ולהטמעת תרבות "העובד במרכז". הועדה, בראשותו של מוביל תחום מניעת שחיקה תדון בממצאי סקר השחיקה שעורך משרד הבריאות, תגבש מסקנות והמלצות בעקבות ניתוח הממצאים, תדון בהשלכות התופעה בארגון ובגיבוש דרכי פעולה (התערבויות מערכתיות ונקודתיות) המותאמות לארגון. מומלץ כי בתחילת הדרך הועדה תתכנס לפחות אחת לחודש-חודשיים לצורך גיבוש התכנית הראשונית, וכי בהמשך תדירות המפגשים תפחת ותעמוד על לפחות אחת לרבעון, לצורך עדכונים, לצורך

עדכוני סטאטוס והתאמות נדרשות. ועדת ההגוי תיישם כלים להערכת תכניות ההתערבות, הסרת חסמים בהטמעת כלים למניעת שחיקה ובקרה שוטפת על התקדמות.

מעבר להיות הועדה מנגנון מרכזי לניהול תהליכי מניעת השחיקה והטיפול בשחיקה, לעצם הקמת הועדה ומעורבות הנהגת הארגון בעבודתה יש חשיבות רבה בסימון נושא השחיקה כחשוב ומרכזי וחלק ממימוש 'הדוגמה האישית' שעל ההנהלה להוביל.

3. הכנסת נושא ההתמודדות עם מניעת שחיקה לתכניות העבודה השנתיות והרב שנתיות:

תכנון מהווה כלי ניהולי רב עוצמה הממקד את הקשב והמשאבים של הארגון להשגת מטרות משותפות. כדי להפוך את הטיפול במניעת שחיקה למהלך ארגוני מחייב וארוך טווח יש לשלבו בכלי הניהול הארגוניים: תכנון, הקצאת משאבים, פתוח תכניות ובקרה.

4. מיסוד תרבות של שיתוף, דיאלוג והקשבה:

שיתוף עובדים בתהליכי קבלת החלטות, הקשבה ויצירת דיאלוג פתוח וישיר בין מנהלים (בעיקר בכירים) ובין העובדים מוכרים כמסייעים בביסוס חוסן ארגוני, הגברת תחושת שייכות ומעורבות והפחתת שחיקה. שיתוף, דיאלוג והקשבה משפיעים במגוון דרכים, ביניהם:

- הגברת ההבנה וההזדהות עם מטרות הארגון, ערכיו, והרציונל מאחורי החלטות ומהלכים ארגוניים
- מתן אפשרות למעורבות והשפעה על החלטות
- הגברת תחושת הלכידות והשותפות, ועוד...

5. מנגנוני ושגרות ניהול:

הכנסת נושא החוסן והשחיקה למעגל תוכניות העבודה והפיכתו לתחום מנוהל בדומה לנושאים אחרים שעל סדר היום בשיח הניהולי שבין ההנהלה ומנהלי דרג הביניים (כמו איכות, תקציב, שירות, ניהול סיכונים, וכד').

- גיבוש מדדים וכלים להערכת הטיפול במניעת שחיקה.
- דיווח התקדמות הפעילות למניעת שחיקה באופן שוטף בישיבות הנהלה
- ניתוח 'עלות השחיקה' ודיון ברמת הנהלה באמצעות דו"ח שנתי.
- איתור הזדמנויות ואפשרויות לשילוב נושא השחיקה בפרויקטים קיימים או חדשים - ובשגרת העבודה של משאבי אנוש ומנהלים ישירים.

מהלכים מרכזיים, כלים ודוגמאות להגברת שיח הנהלה - שטח:

- מינוי "נאמני שחיקה" ביחידות וסקטורים בארגון, ושילובם מעת לעת בישיבות הנהלה ובתהליכי קבלת החלטות
- פתיחת פלטפורמות להעברת מסרים וניהול שיח ארגוני משמעותי, כגון: פורום שולחנות עגולים, כנסים, פורטל עובדים, אפליקציה לעובדים, מסרי וידאו, מסכים/ שלטים ברחבי הארגון, מפגשים אישיים עם גורמי הנהלה (ברמת יחידה או בקבוצות הטרוגניות) וכד'.
- פעילויות לדוגמא:
  - פורום שולחנות עגולים (חוצה-ארגון ורב סקטוריאלי) לזיהוי גורמי הלחץ המשמעותיים, איתור צרכים וחשיבה על פתרונות
  - פינה באתר העובדים/ באפליקציה - "תיבת הצעות" - רעיונות להפחתת שחיקה
  - ארוחת צהריים עם מנהל בכיר לאיתור צרכי העובדים ביחידות ארגוניות בהן מדד השחיקה נמצא גבוה
  - הצטרפות חברי הנהלה לישיבות צוות מחלקתיות שייוחדו לנושא השחיקה במחלקה
  - פרסום של רעיונות/ בקשות שהעלו עובדים ושל תהליכי התערבות שנעשו והצליחו

6. סקר חוסן ושחיקה במערכת הבריאות ככלי עבודה ומנגנון תומך

עקרונות ומטרות:

מיפוי מוקדים להתערבות בהמשך לממצאי הסקר. שחיקה נמדדה בסקר באמצעות המדד של שירום ומלמד (Shirom-Melamed Burnout Measure – SMBM). הרקע התיאורטי לפיתוח המדד מופיע אצל Shirom (2011). המדד בודק את 3 מרכיבי השחיקה : תשישות רגשית, עייפות פיזית ונפשית ולאות מחשבתית. המהימנות והתקיפות של המדד הוכחו במחקרי אורך רבים שהקיפו למעלה מ-15,000 נבדקים (Shirom, 2011 ; Toker & Melamed , 2017 ;2012 Toker , Melamed Berliner et al).[7]

7) הנורמות של ציוני השחיקה ומבחר מאמרים בנושא שחיקה מופעים באתר http://shirom.org/arie/index.html.
המדד תורגם עד כה ל-9 שפות שונות ונעשה בו שימוש במחקרים שהתבצעו ביבשות שונות. הממצאים מאותם מחקרים משחזרים ומרחיבים את אלה שנמצאו במחקרים שבוצעו בארץ ,בין היתר, אלה שנערכו בקרב עובדי בריאות (Kushnir & Cohen, 2008; Shirom Nirel & Vinokur, 2006) . ה-SMBM מהווה את מדד השחיקה הפורמלי בשבדיה.

השימוש במדד זה מאפשר:

- זיהוי היחידות בהן אחוז השחיקה הוא הגבוה ביותר או שנמצאו בהון גורמי שחיקה רבים, זיהוי יחידות עם הפוטנציאל הגבוה ביותר לשיפור או כאלו שבהן מדד השחיקה גבוה מהממוצע הלאומי (בהשוואה לארגונים דומים אחרים). חשוב לציין שעובד אחד שחוק ביחידה לא שחוקה יכול להוות גורם משפיע ביותר ויש לעיתים להתערב פרטנית כדי לסייע ליחידה שלמה.
- הובלת מהלכים של התערבויות מקומיות ביחידות המתאימות תוך שיתוף מנהלים בממצאים ובהתוויית דרכי הפעולה
- התייחסות לשונות באופן בו באים לידי ביטוי הגורמים לשחיקה בכל חטיבה/ יחידה/ מחלקה/ סקטור/ מקצוע
- גיבוש פתרונות מקומיים ואיתור המענה המיטבי באופן ממוקד ומותאם
- העצמת מנהלים על ידי ליווי בהובלת תהליך ההתערבות
- העצמת עובדים על ידי שילובם בשלבי תהליך ההתערבות השונים (החל משלב איתור גורמי השחיקה וכלה בשלב גיבוש הפתרונות וההטמעה)

פעולות ומהלכים:

- הקמת צוות מייעץ המורכב ממנהלים בכירים בארגון / שילוב יועץ חיצוני לצורך ליווי התערבויות ביחידות שנבחרו:
  - מפגש הצוות המייעץ עם מנהלי היחידה והבנת הצרכים והקשיים שהועלו על ידם
  - הקמת צוותי עבודה הטרוגניים (קבוצות מיקוד, צוותי חשיבה, צוותי שיפור) ביחידה לזיהוי האתגרים הספציפיים והמקומיים (על פי סדר דחיפות וחשיבות) ולהעלאת רעיונות לפתרונות מותאמים (בדגש על כאלה שניתנים ליישום ברמת היחידה)
  - ליווי מנהלי היחידה בבחירת 2-3 תהליכי שינוי והטמעה ובבניית תכנית עבודה לביצוע (הכוללת מדדים ויעדים)
  - ליווי מנהלי היחידה והצוותים בהטמעת התהליכים (גם על ידי מינוי סוכני שינוי בשטח)
  - מדידה והערכת האפקטיביות של ההתערבות לצורך למידה והפקת לקחים מהצלחות ומכישלונות (ברמת היחידה והארגון)

7 . סביבת עבודה בטוחה והוגנת - מניעת התעמרות, העסקה פוגענית ואלימות בעבודה:

אחד התנאים הבסיסיים ביותר למניעת לחץ בעבודה הוא חובתו המוסרית של המעסיק לייצר סביבת עבודה בטוחה פיזית ופסיכולוגית לעובדיו. בהקשר של בטחון פסיכולוגי - יש לפעול למניעת העסקה פוגענית (התעמרות בעבודה) הבאה לידי ביטוי בניצול לרעה של כוח המעסיק כלפי עובדיו.

התנהגויות פוגעניות נפוצות במקום העבודה:

- זלזול והמעטה בערכו של העובד, לרוב באופן מילולי
- הקצאת עבודה רבה מדיי והמעטה בחשיבות החיים הפרטיים של העובד (במיוחד עבור עובדים שאינם מקבלים גמול שעות נוספות)
- הטרדת העובד על ידי ניהול-מיקרו (ניטור-יתר, בקרת-יתר, דקדקנות-יתר והפגנות שליטה) של משימותיו וזמנו
- ביצוע הערכות תכופות מדיי וביצוע מניפולציות למידע (למשל, התמקדות במאפיינים שליליים ובכישלונות והקצאת משימות אשר נועדו ותוכננו להיכשל)
- ניהול על ידי איומים והפחדות
- גניבת קרדיט וניצול העובד באופן לא הוגן
- מניעת גישה להזדמנויות
- המעטה ביכולות העובד כדי להצדיק את פיטוריו
- התנהגות הרסנית אימפולסיבית
- מניעה מהעובד מלהשיג גישה למידע אשר ביכולתו להשפיע על ביצועיו
- חשיפת העובד לעומס עבודה שלא ניתן להתמודד איתו
- הקצאת משימות עם מטרות או לוחות זמנים בלתי-הגיוניים או בלתי-אפשריים
- דרישה מהעובד לבצע את משימותיו מתחת לרמת יכולותיו
- התעלמות מהעובד, או קבלתו בעוינות כאשר הוא ניגש
- השפלת העובד או השמתו לצחוק בקשר לעבודתו
- הפצת רכילות
- השמעת הערות מעליבות או פוגעות על העובד בקשר לעצם מי שהוא - למשל, תחביביו, הרקע שלו, הגישה שלו וחייו הפרטיים
- נטילת תחומי אחריות מהעובד או החלפתם במשימות יותר טריוויאליות או לא נעימות

על המעסיק לדאוג באופן יזום ועקבי למניעת העסקה פוגענית בכל צורה, ולקבוע מנגנון משמעתי גלוי, שקוף ומוצהר לטיפול בכל מקרה או חשד למקרה של התעמרות בעובד. יש לייצר מנגנון באמצעותו עובדים יוכלו לדווח על העסקה פוגענית בצורה בטוחה ומוגנת.

בטחון פיזי - אימוץ המלצות הועדה למניעת אלימות

בשלהי כתיבת 'ארגז הכלים' בנושא שחיקה פורסמו המלצות ועדת שר הבריאות למיגור אלימות כלפי צוותים רפואיים ומנהליים במערכת הבריאות. הביטחון הפיזי של הצוותים הטיפוליים הוא נדבך חשוב במניעת שחיקה ויצירת סביבת עבודה בטוחה. לפיכך, חלק מהמהלכים למניעת שחיקה יכללו את אימוץ מסקנות, ביניהן אנו בוחרים להדגיש את מחויבות הנהלות ארגוני הבריאות:

- מינוי ממונה על מניעה וטיפול באלימות
- הקמת ועדה למניעה וטיפול באלימות, אשר תתכנס לפחות אחת לרבעון, בכל קופה עד לרמת המחוז ובכל בית חולים. לראשות הועדה ימונה חבר הנהלה בכיר. תפקידי הועדה יכללו גם: כתיבת נוהל מוסדי הכולל פרוטוקול פעולה מרגע התרחשות האירוע ועד לסיומו, בניית מערך תומך ומלווה לעובדים שנפגעו מאלימות, קביעת מסלולי דיווח, תחקור ולמידה מאירועים, מדידה קבועה של מספר האירועים על סוגיהם, הפקת דוחות שנתיים לטיפול ומעקב
- ביצוע בקרה ביחידות המוסד על הטמעת הפעולות
- כתיבת פרק חובה בנושא אלימות בתוכניות העבודה של הארגון
- חיבור למערכת דיווח ממוחשבת מרכזית פנים ארגונית ומקושרת למשרד הבריאות
- יצירת מיתוג-עיצובי בנקודת המגע של המטופל ומלוויו עם המוסד, שילוט אינפוגרפי, שיפור תנאי המתנה

מומלץ לעיין בדוח המלא ובמיוחד להתמקד בפרק ההמלצות (עמ' 18-21).
https://www.health.gov.il/publicationsfiles/violence_commitee_report12022018.pdf

לסיכום

התמודדות עם חוסן ושחיקה בעבודה מהווה נושא המחייב התייחסות מערכתית תוך השקעת משאבי ניהול, מנהיגות והשפעה על התרבות והשיח הארגוני. העיסוק בשחיקה ובעיקר מניעתה משלב התבוננות מחודשת על תהליכי עבודה, תהליכי ניהול המשאב האנושי, תקינה, תקצוב וניהול שוטף. כל אלה מחייבים 'מבט על' אינטגרטיבי, מנהיגות כלל ארגונית, ראייה ארוכת טווח והשקעת משאבים שלא יתאפשרו ללא הובלה ומעורבות של הנהגת הארגון. הפרק הציג את הדגשים והעקרונות המרכזיים לבניית הנהלה מחויבת ומעורבת לא רק באמירה אל בשותפות ומעורבות בעשיה. כמו בכל פרקי המדריך גם פרק זה מותיר מקום רב ומתבקש להתאמות ארגוניות, להמשך חשיבה ופיתוח לפי צרכים מקומיים ולהמשך למידה והתמקצעות בתחום.



2. המנהל הישיר

מחקרים עדכניים מראים שלמנהל הישיר יש השפעה ישירה ומרכזית על תחושת ה-Well-being ועל רמות השחיקה של עובדיו[8]. בסקר שהתפרסם ב-2017 (McKinzey Quarterly,) כ-75% מהעובדים טוענים שהמנהל הישיר מהווה גורם מרכזי ביצירת לחץ בעבודה. למנהלים הישירים השפעה דרמטית על מחוברות (Engagement), הנעה, עומס ושחיקה של עובדיהם, והם מהווים מקור תמיכה מרכזי בסיוע בהתמודדות עם שחיקה ועומס.

המטרה המרכזית היא להפוך את נושא מניעת שחיקה וקידום ה-Well-being של העובדים כחלק אינטגרלי מתחומי האחריות וממרכיבי הליבה של תפקיד המנהל הישיר. כדי לממש מטרה זו יש לפעול ב-3 ערוצים מקבילים, אחד מהם מתמקד בבחירת מנהלים חדשים ושני האחרים מתייחסים לכלל המנהלים בכל הדרגים.

בחירה ומינוי מנהלים

- באיוש תפקידי ניהול יש לתת משקל ליכולות וכישורים בין אישיים כחלק משיקולי הבחירה לצד יכולות וכישורים מקצועיים.
- תקשור הציפיות מהמנהלים והדגשת המרכיב של 'ניהול אנשים' בראיה אנושית, תומכת ומאוזנת כחלק מהגדרת התפקיד.

פיתוח והכשרה

- הקניית כלים והכשרה מתאימה לכל השדרה הניהולית בארגון (כולל מנהלים ותיקים ומכהנים) בבחינת 'יישור קו'. ההכשרה תכלול מגוון כלים, מיומנויות ועקרונות להתנהגות ניהולית המונעת שחיקה, המנהל כגורם תומך ומאזן, ובעל יכולות לזהות מצבי שחיקה והכרות עם מערך כלים להתמודדות.
- נושא השחיקה ותפקיד המנהלים בהתמודדות עם שחיקה יהווה חלק בכל תהליכי ההכשרה ופיתוח המנהלים במערכת הבריאות

8) Shanafelt et al., 2015; Williams, Manwell, Konrad, & Linzer, 2007

- לרשות המנהלים יועמדו משאבי חניכה, ליווי אישי וייעוץ בהתמודדות עם חוסן ושחיקת עובדים.
- מיקוד בנושא הקשב, שהעובד יחוש שרואים אותו ומקשיבים לו והוא לא עוד אחד מני רבים...

דוגמאות להתנהגות מנהל ישיר התורמת להפחתת לחץ ולמניעת שחיקה בקרב עובדיהם:

<דוגמה>	<פירוט>
יושרה	• מתייחס לעובדים בכבוד • מהווה דוגמה אישית • פועל בהלימה ערכית
מנהל פרואקטיבית את העבודה	• מפתח תכניות פעולה • מתקשר בצורה ברורה ציפיות ויעדים • מעודד את העובדים לבחון את הדרך בה הם מארגנים את עבודתם • מונע לקיחת עבודה נוספת כשרואה שהיא תפגע באיכות או בעובד • מלווה את העבודה לאורך כל השלבים והתחנות • מנתח את תהליכי העבודה כדי לבחון האם ניתן לשפרם
התמודדות עם בעיות	• מתמודד עם בעיות בצורה רציונלית ועניינית תוך שימת לב להיבטים רגשיים של הבעיה • מנטר בעיות בשם הצוות (דואג שהפתרונות ישרתו את הצוות כמו גם את המטרות והתפוקות) • מטפל בבעיות מיד עם היווצרותן
משתף ומעצים	• נותן לעובדיו רמה מותאמת של אחריות • שופט נכון מתי להתייעץ עם הצוות ומתי להכריע • מעדכן את עובדיו באופן שוטף על הנעשה בארגון • פועל כמנטור • מאציל ומחלק את העבודה והעומסים בצורה שוויונית • מסייע לחברי הצוות להתפתח בתפקידם • מקיים ישיבות צוות קבועות

<דוגמה>	<פירוט>
ניהול קונפליקטים בצוות	• מתווך ומגשר במצבי קונפליקט • מטפל בתלונות בשלבים מוקדמים לפני שהן מועצמות • מתערב ביישוב עימותים באופן אקטיבי והוגן ולוקח אחריות למציאת פתרונות ומתן תשובות • מבצע מעקב לוודא שקונפליקטים הוסדרו • תומך בעובדים במצבי פגיעה • מרחיק גורמים פוגעים מתוך הצוות
נגיש ואמפתי	• מייצר הזדמנויות לדבר איתו באופן ישיר ואישי • מגיב להודעות ודוא"ל בזמן סביר • מעודד עובדים לקחת חלק פעיל בדיונים • מקשיב כאשר עובדיו מבקשים סיוע • מנסה להבין מה מניע את עובדיו • מנסה לראות את זווית הראיה של חברי הצוות • מתעניין בחיי חברי הצוות מחוץ לעבודה • שואל באופן קבוע "מה שלומך"?

ההתנהגויות מוצגות כדוגמאות בלבד. אין להניח שהקניית מיומנויות ניהוליות כגון אלה המתוארות היא משימה הדרכתית פשוטה או אפשרית. קיימת מחלוקת מתמשכת בספרות המקצועית לגבי מידת ההשפעה של הכשרות והדרכות על כישורים ומיומנויות ניהול 'רכות'. בחלק מהמקרים מדובר בהשקעה מתמשכת ועמוקה ובחלק מהמקרים שיעורי השינוי המופקים הם זעומים. לפיכך מומלץ במקביל לקיום הכשרות והדרכות למנהלים בנושאים אלה להכניס כישורים ומיומנויות מסוג זה לתוך מערכת המיון והגיוס של מנהלים, בתהליכי קידום לתפקידי ניהול ובתהליכי הערכת ביצועים ומשוב למנהלים. לפרוט נוסף על כלים ועקרונות ניהוליים להפחתת לחץ בעבודה:
http://www.hse.gov.uk/stress/

הערכה ומשוב

- הערכת מנהלים תכלול רכיבים של "הערכה על ידי כפיפים" שבין היתר יעריכו את המנהל הישיר על מדדים של אנושיות, תמיכה, מודעות ומעורבות במניעת שחיקה.
- ציוני המנהל במדד שחיקה / Engagement יהיו חלק מהערכת המנהל על ידי ממוניו.
- מתן כלים למנהלים לצורך התמודדות עם הערכות העובדים וגיבוש תוכניות לסיוע למנהלים שבאופן עקבי מקבלים דירוג נמוך מעובדיהם.

שאלות שהמנהל שואל את עובדיו	שאלות שהנהלה שואלת את עצמה
האם אתה חושב שאני מנהל אותך באופן הדוק ומפורט מדי? (Micromanaging)	האם אנחנו נותנים לעובדים שלנו מספיק חופש פעולה? ומספיק מרחב להחליט ולהפעיל שיקול דעת?
האם הטלתי עליך יותר מדי מטלות לאחרונה? אתה צריך קצת 'אוויר לנשימה'?	האם אנחנו מטילים יותר מדי מטלות על העובדים שלנו? האם בחנו את עצמנו שבאמת כל המטלות האלו הכרחיות? ואם כן, האם הסברנו את הסיבות לעומס ונתנו אומדן מתי הדברים אמורים להירגע?
האם אני נותן לך מספיק מידע שאתה צריך כדי לבצע את העבודה שלך בצורה טובה?	האם לעובדים שלנו יש מספיק מידע הדרוש להם לביצוע עבודתם בצורה טובה?
האם אני יכול להשתפר בדרך בה אני מסביר לך את החזון שלנו, המטרות שלנו והכיוון אליו אנחנו הולכים?	האם לכל העובדים שלנו ברור החזון שלנו, ברורות המטרות שלנו והם יודעים את הכוון אליו אנחנו הולכים?
האם לוחות הזמנים שנקבעו עדיין נראים הגיוניים?	האם אנחנו בודקים באופן ריאלי לוחות זמנים שאנו קובעים?
האם אני מפריע לך במהלך היום בבקשות וישיבות שלא מקדמות את העבודה שלך?	האם אנחנו בטוחים שכל הדרישות והבקשות שלנו מהעובדים באמת משרתות את השגת המטרות?



3. תרבות וסביבת עבודה

מטרת פרק זה להציג מגוון רחב של דוגמאות, מהלכים, כלים ורעיונות היכולים לשמש בסיס לתכנון וביצוע פעילויות להגברת חוסן ומניעת שחיקה על ידי עיצוב והשפעה על התרבות הארגונית, תרבות העבודה, ארגון ועיצוב סביבת העבודה, בעיקר סביבת העבודה הפסיכולוגית ו'האקלים התעסוקתי', ניהול עומסים ועוד.

כל הכלים, העקרונות, המודלים והפעילויות המוצגים בפרק זה מבוססים על עבודות שתועדו והוערכו במסגרת התמודדות עם שחיקה. בחרנו להציג רק מודלים וכלים שמצאנו להם ביסוס אקדמי ממקורות בלתי תלויים והערכה אמפירית. מגוון הכלים והרעיונות המופיעים בפרק זה מבוססים על המחקר הקיים בנושא שחיקה ובנושאים קרובים (שביעות רצון עובדים, מחוברות, מוטיבציה וכד'), תוך מיקוד בהתערבויות שנערכו במערכות בריאות בארץ ובעולם.

שייכות, לכידות וקהילתיות

תחושת שייכות לקהילה, לכידות והלימת ערכים ומטרות מגבירים חוסן ומאפשרים התמודדות טובה יותר במצבי עומס ולחץ. שותפות 'חברית' (Comradery) מאפשרת תמיכה, עזרה הדדית, סיוע והתנהגויות נוספות הקשורות להתמודדות טובה יותר עם שחיקה.

דוגמאות למהלכים אפשריים לחיזוק שייכות, לכידות וקהילתיות:

- יצירת מרחבים לקיום אינטראקציות פורמאליות ובלתי פורמאליות (חדרי אוכל, פינות קפה, אזורי מנוחה, Lounge לצוותים). לא די ביצירת מרחב אלא במתן לגיטימציה ומרחב זמן לקיום אינטראקציות אלו.
- בניית שיתופי פעולה ושיח בין מחלקתי, עידוד פורומים ופרויקטים חוצי מחלקות וסקטורים
- מיתון תרבות תחרות שלילית בין יחידות וסקטורים ועידוד תחרות חיובית.
- שיפור תהליכים והידברות בעבודת ממשקים כדי למנוע 'חיכוך' מיותר.

- פעילויות לגיבוש צוותים בתוך מחלקות, למשל: חוגים או פעילויות לצוותים הטרוגניים מרחבי בית החולים בנושאים מגוונים (ספרות, מוזיקה, קבוצת כדורסל, מקהלה...)
- עידוד השתתפות בפעילויות חברתיות, ארוחות מחלקתיות, מחלקות מארחות מחלקות אחרות לארוחות משותפות ואירועים משותפים נוספים, וכד'.
- הוגנות ושקיפות בחלוקת משאבים, תמריצים ומשימות
- טיפול מחמיר בתלונות על התעמרות, גזענות אפליה הטרדה, חוסר הוגנות, אלימות בתוך צוותים, בין עובדים ובין ממונים לעובדים
- שיפור תהליכי קליטה של עובדים חדשים, עם דגש על קליטה חברתית (כגון: פתוח והפעלת תכנית חונכים - Mentorship - לקליטה חברתית)

והמנהלים....

- הוספת מדד 'לכידות' או 'שיתוף פעולה' כחלק מסקרי אקלים / תרבות שוטפים.
- רגישות לסימנים להיווצרות תחושות של חוסר הוגנות בתגמולים או בנשיאה בנטל (למשל, הוגנות בשיבוץ למשמרות)
- הוקרה וציון לשבח של מהלכים לקידום שיתוף פעולה, לכידות ותחושת שייכות

ישנם כלים רבים למדידת אקלים ארגוני, לכידות, מחוברות ותרבות ארגונית. להלן כמה דוגמאות לשאלות המבוססות על כלי מחקר מתוקפים[9] שניתן לשלב בסקרים ארגוניים כמדד:

שאלות המתייחסות ל"גיבוש": מגע חברתי בין העובדים במשך יום העבודה, שיתוף פעולה בין העובדים על מנת להשיג מטרות משותפות, הערכת הממונה את העובדים והבאת יכולותיהם לידי ביטוי:

- בביה"ח משתפים פעולה זה עם זה כדי להשיג מטרות מקצועיות משותפות
- בעבודתי בביה"ח אני מרגיש חופשי לפעול עפ"י יוזמתי
- העוסק בעבודה כשלי בביה"ח הזה אינו נתון לפיקוח ולהשגחה מתמידים
- הממונה עלי מעריך את עבודת העובדים
- במשך יום העבודה העובדים בביה"ח נהנים ממגע חברתי ביניהם
- הממונה עלי דואג שעובדיו יממשו את מלא יכולותיהם במהלך עבודתם

שאלות המתייחסות לשביעות רצון וחיבור רגשי למקום העבודה:

- אני מרוצה מסוג עבודתי הנוכחית
- הייתי שמח מאוד לעבוד בארגון הזה עד לפרישתי מהעבודה
- אני מרוצה מהממונים עלי
- אני מרוצה מחברי לעבודה
- אני חש שאני קשור רגשית לארגון הזה

9) מקורות לכלי המחקר שצוינו:

Anne S. Tsui, Terri D. Egan and Charles A. O'Reilly III. Being Different: Relational Demography and Organizational Attachment. Administrative Science Quarterly Vol. 37, No. 4 (1992), pp. 549-579

Jaros, Stephen. (2007). Meyer and Allen Model of Organizational Commitment: Measurement Issues. ICFAI Journal of Organizational Behavior. 6. 7-25.

ענת בן צבי, הבדלים בשביעות הרצון ובמחויבות ארגונית, אפקטיבית והמשכית, של מדריכי מע"ש במגזרים: הציבורי והשלישי. עבודה לקבלת תואר מוסמך הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות בי"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה, 2006.

Halpin, A. W., & Croft, D. B. (1963). The organizational climate of schools. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Kristensen, Tage & Borritz, Marianne & Villadsen, Ebbe & Christensen, Karl. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. Work and Stress - WORK STRESS. 19. 192-207. 10.1080/02678370500297720.

Schaufeli, Wilmar & Leiter, Michael & Maslach, Christina & Jackson, Susan. (1996). Maslach Burnout Inventory -- General Survey (GS). Maslach Burnout Inventory Manual. 31.

אחד הכלים הידועים ביותר הוא שאלון Gallup למדידת מחוברות המבוסס על 12 שאלות:

1. אני יודע מהן הציפיות ממני במקום העבודה.
2. עומדים לרשותי החומרים הדרושים לי, כדי לבצע את עבודתי כהלכה.
3. מקום העבודה נותן לי את האפשרות לעשות מידי יום את הדברים, שבהם אני מצטיין/ת.
4. במהלך שבעת הימים האחרונים, קבלתי הכרה או שבח על כך שביצעתי את עבודתי היטב.
5. נראה לי, שהממונה עלי, או מישהו אחר במקום העבודה, מתעניין בי כאדם.
6. יש במקום העבודה מי שמעודד את התפתחותי.
7. נראה לי, שבמקום העבודה יש משקל לדעותי.
8. הייעוד/המטרה של החברה, שבה אני עובד/ת, גורמים לי לחוש שעבודתי היא בעלת חשיבות.
9. עמיתי (חברי לעבודה) חשים מחוייבות לביצוע עבודה איכותית.
10. יש לי חבר טוב מאוד במקום העבודה שלי.
11. במהלך ששת החודשים האחרונים, מישהו במקום העבודה שלי שוחח איתי בקשר להתקדמותי.
12. במהלך השנה האחרונה היו לי במקום העבודה הזדמנויות ללמוד דברים חדשים ולהתפתח.

למידע נוסף על כלי המחקר והמדידה של Gallup בנושא מחוברות:

http://www.gallup.com/services/190118/engaged-workplace.aspx

תמריצים משמעותיים ורלוונטיים

למרות שאינטואיטיבית רובנו נוטים לחשוב על תמריצים במונחים של תגמול חומרי ובעיקר כספי, קיימת הסכמה גורפת בקרב חוקרי הנעה שדווקא תמריצים לא חומריים מייצרים השפעה רבה יותר על הנעה, תחושת הישג, חוסן ומשפרים התמודדות עם שחיקה. כדי שתמריצים יהיו גורם משפיע, עליהם להיות רלוונטיים, משמעותיים והוגנים.

דוגמאות למהלכים אפשריים לשימוש מושכל בתמריצים המקושרים לחוסן ולמניעת שחיקה:

- הבעה מילולית של הערכה באופן אישי ובפורום רלוונטי
- יצירת תהליך משוב בונה ומקדם
- מתן אפשרות לגמישות בשעות העבודה
- פינוי זמן ייעודי לפעילות משמעותית
- אפשרויות לקידום אישי ומקצועי באמצעות הכשרות, לימודים וגוון בעבודה
- מענקי מחקר, השתתפות בקבוצות מחקר
- יציאה לכנסים בארץ ובחו"ל
- שי אישי רלוונטי באירועים אישיים
- הוקרה

תרבות ארגונית, סביבת ותנאי עבודה

התרבות הארגונית מעצבת ערכים, נורמות וציפיות. כך למשל, ערכים של הישגיות, תחרותיות, השקעת מאמץ יכולים להוביל להתנהגויות המגבירות לחץ ושחיקה. כחלק מהתמודדות עם מניעת שחיקה יש לפעול ליצירת תרבות ארגונית המכבדת ומקדמת גם ערכים של איזון בין עבודה לחיים האישיים, מקדמת תרבות פנאי ומאפשרת שליטה ברמות של לחץ ומאמץ המושקעים בעבודה. כך יופחתו גורמי לחץ, עומס ושחיקה בסביבת העבודה הארגונית.

דוגמאות למהלכים אפשריים לעיצוב תרבות ארגונית לקידום חוסן ומניעת שחיקה:

אופק קריירה, התפתחות, משמעות ולמידה:

- בניית מסלולי התפתחות בתפקיד ובמעבר בין תפקידים
- השקעה בלמידה ומתן אופק להתפתחות מקצועית
- בניית אפשרויות למימוש עצמי וביטוי אישי במסגרת התפקיד, על ידי העשרת עיסוק או אפשרות ניוד וקידום בין תפקידים

איזון בית - עבודה:

- קשב ארגוני לאירועים וצרכים אישיים ומשפחתיים
- יצירת זמן, Facilities וסביבה המאפשרים עיסוק בפעילויות פנאי לקידום Self-care
- פעילויות ומתקנים לקידום בריאות העובד
- גמישות בשעות העבודה (למשל: רופא שמעדיף לבוא ב-12 במקום בשעה 7:00 יכול לתת כיסוי של בכיר עד הערב)
- מעורבות בקביעת לוח תורנויות /כוננויות ושיח מכבד בהקשר זה
- מתן אפשרות לצמצום שעות עבודה / חלקיות משרה (שכר בהתאם)
- מתן אפשרות לשילוב עבודה מהבית
- הקמת משפחתונים, פעוטונים, גני ילדים, קייטנות במקום העבודה
- כיבוד שעות פנאי: הגבלת מיילים מחוץ לשעות העבודה, פנייה לטלפונים אישיים במקרים דחופים בלבד
- ליווי מנהלים בנושאי ניהול זמן
- צמצום הציפייה/ האפשרות לעבודה מהבית, מעבר לשעות העבודה הרשמיות
- ארגון פעילויות משפחתיות
- מעורבות במעגל חיי העובד (התייחסות לאירועים אישיים, לשינויים ולצרכים משתנים לאורך השנים)
- מתן כלים למנהלים לדרכי התייחסות לאירועים חריגים בחיי העובד (מחלות, שכול ועוד)
- הקמת מרכז למידה לשיעורי עזר לילדי עובדים (עובדים מלמדים ילדי עובדים)
- הקמת/ סבסוד מסגרת לפעילויות פנאי
- אפשרות לכנסים/ הכשרות בנושאים (בריאות פיזית, נפשית, מערכות יחסים, רפואה מונעת, הרגלי שינה, תחביבים ועוד)
- סבסוד פעילות גופנית (מנוי לחדרי כושר) או הקמת מתקנים לפעילות גופנית במקום העבודה
- ארוחות לצוותים בזמן משמרות (שעות אחר הצהריים והלילה)
- מוקד שירות אישי: אפליקציה לקביעת מועד פגישה לפי נושאים

טיוב שירותים, מתקנים ומשאבים

- יצירת תשתיות נוחות והתאמת סביבת העבודה לצרכי העובדים ולדרישות העבודה
- זרימה זמינה ונגישה של ציוד, חומרים ותשתיות
- תחזוקה וטיפול במתקנים וציוד כדי למנוע תסכול, עומס ולחץ
- בחינת אופן ניצול המשאבים הקיימים והתאמתו באופן המיטבי לעומסים ולצרכי העובדים
- הגדלת אזורי חניה ייעודיים לעובדים
- הנגשת שירותי כביסה
- יצירת סביבה נוחה ומותאמת לעבודה במשמרות לילה - התאמת חדר רופא תורן לצרכי הרופאים
- ארגון המרחב וסביבת העבודה (ארגונומיה)
- הקמת מוקד שירות טלפוני/ אפליקציה לפניות ולטיפול במכלול צרכים הנוגעים לשירות העובד, תקלות בציוד ותשתיות בעמדות העבודה.

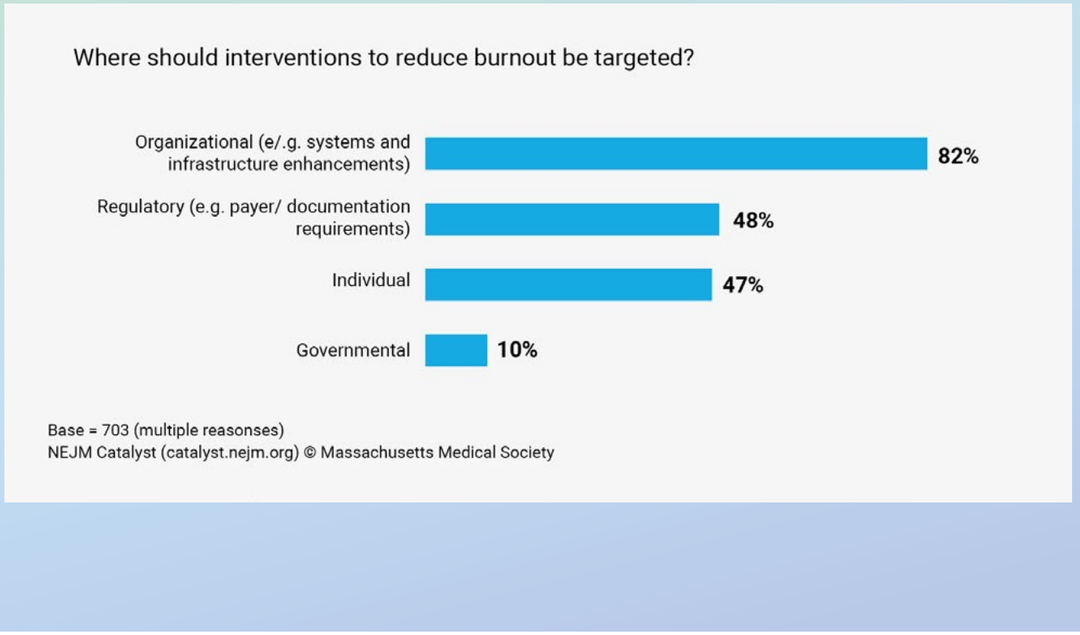
צמצום עומסי עבודה

- בחינה מעמיקה של סביבת העבודה כולל בחינת תהליכי עבודה, ציוד, ממשקים, צווארי בקבוק, גורמי שחיקה ועומס.
- טיפול והשקעת משאבים ביחידות ומחלקות בהן עומס העבודה אינו סביר בעצמתו או במשכו ויישום שיטות ניתוח וכלים ארגוניים לעיצוב מחדש של תהליכי עבודה במטרה לצמצום גורמי העומס המרכזיים בעבודה השוטפת.
- יוזמות לצמצום בירוקרטיה בממשקי העובדים עם הארגון, צמצום מרכיבים אדמיניסטרטיביים מיותרים, התאמת מערכות ממוחשבות וכד'.
- שילוב שיקולי עומס בהחלטות ניהוליות וארגוניות

דוגמאות למהלכים אפשריים לצמצום עומס בעבודה:

- יצירת הגדרה בארגון ל"עומס עבודה סביר"
- "מרתון ארגוני" להצעות שיפור לצמצום עומס, שיפור תהליכי עבודה והתייעלות
- קביעת מדד ארגוני לצמצום עומס / בירוקרטיה והכשרת צוותי שיפור לביצוע מהלכי שיפור מחלקתיים
- הקמת צוותי חשיבה הטרוגניים לאיתור הגורמים ולגיבוש הצעות לצמצום בירוקרטיה ועומסים ושיפור עבודת ממשקים
- מתן דגש לתעדוף משימות, הפרדת עיקר מטפל
- הקצאת זמן בישיבות צוות לאיתור התהליכים והשגרות שמקשים ומהווים גורם לחץ על העבודה השוטפת (מה ניתן לעשות כדי להפחית את הלחץ ביחידה? מה מקשה עלינו בעבודה השוטפת? למה אנחנו עובדים בצורה הזו? האם ניתן לעשות דברים אחרת?

במחקר[10] שבוצע בקרב 700 רופאים מרבית המשיבים ציינו את הגורמים הארגוניים כמקום החשוב ביותר בו צריך לרכז את המאמצים להפחתת שחיקה. כמו כן צוינו גורמים רגולטורים (בעיקר אלה הקשורים למטלות ודרישות תיעוד ורישום). מערכת קשובה צריכה לראות בכך מחויבות מרכזית ולפעול ללא לאות ליצירת סביבת עבודה, תנאי עבודה ותהליכי עבודה המכוונים למניעת שחיקה.



10 Sandra Gittlen, Survey Snapshot: Admitting We Can't Do This — Interventions and Tools to Reduce Clinician Burnout. NEJM Catalyst, April 2018.



4. טיפוח הפרט

עיצוב מקום עבודה המטפח ומפתח את הפרט כאדם, בראיה מלאה של כל מעגלי חייו וראיית המורכבות הנובעת מריבוי הדרישות, המשימות והמרכיבים התעסוקתיים והקיומיים הנובעים מעבודה בארגון מורכב, דינמי, הנדרש לעמוד בדרישות ותפוקות גבוהות, לאורך זמן ובמשאבים שלעתים קרובות נמצאים בחסך.

שלושה מרכיבים נמצאו כמשמעותיים ביותר בהשפעה על מגוון רחב של משתנים הקשורים להגברת מוטיבציה ומניעת שחיקה[11]:



(11) Daniel Pink: Drive: The Surprising Truth About What Motivates Us. Riverhead Books 2008

התמקצעות, פיתוח מקצועי והעצמה

מקום העבודה מאפשר התפתחות מקצועית, תחושת הישג ומימוש הפוטנציאל האישי הטמון בעובד באמצעות למידה מתמדת והתמקצעות.

דוגמאות למהלכים אפשריים לטיפוח התמקצעות, פיתוח מקצועי והעצמה:

- מעורבות המנהל הישיר בגיבוש תכניות התפתחות מקצועיות לעובדיו ולווי העובד במסלולי ההתפתחות וההתמקצעות שנבחרו
- אפשרות להתפתחות מקצועית באמצעות הכשרות, למידה והתקדמות במסלול המקצועי
- שיח פתוח ושקיפות בנוגע לאפשרויות קידום, העשרת תפקיד והתפתחות מקצועית
- פיתוח חונכים (mentors) כאפשרות התפתחות והתמקצעות הן לחונכים והן לנחנכים
- שילוב עובדים במקצועות הטיפוליים בהוראה ומחקר
- יציאה לכנסים, הכשרות והשתלמויות
- מתן הזדמנות לעובדים לקדם ולפתח יוזמות, לחלוק את הרעיונות שלהם ולהוביל פרויקטים, יוזמות ומהלכים לשינוי הסטטוס קוו, שיפור וחדשנות

הוקרה

הוקרה מהווה תגמול רגשי, חברתי ומנטלי רב עוצמה. הוא משדר לעובד "שמים לב אליך", "מה שאתה עושה חשוב, ראוי להערכה" ובכך מספק לעובד תחושת הישג, משמעות וערך. הוקרה מוסיפה גם לתחושת השייכות לארגון ולצוות, משפרת מוטיבציה וחוסן וקשורה למניעת שחיקה.

דוגמאות למהלכים אפשריים להוקרה:

- התייחסות אישית וצוותית להישגים, השקעה ומאמץ
- משוב ממנהלים
- תקשור ושיתוף עובדים במשוב ממטופלים או לקוחות, פרסום מכתבי תודה או הוקרה על עבודה טובה בפורטל הפנים-ארגוני, בשטח ציבורי, בישיבות צוות, וכד'
- ציון לשבח של עובדים על הישגים, ביצועים, מאמץ
- ערבי הוקרה ביחידה / במחלקה

במה להתמקד:

בדרוג ארגוני הבריאות שהכי טוב לעבוד בהם (ארה"ב), בתי החולים המדורגים גבוה ברשימה מקבלים את הציונים הגבוהים ביותר של הערכת עובדיהם במשתנים הבאים:

"I'm proud to tell others I work here"

<אני גאה לספר לאחרים שאני עובד כאן>

"I feel good about the ways we contribute to the community"

<אני מרגיש טוב לגבי הדרכים בהן אנו תורמים לקהילה>

"My work has special meaning: this is not "just a job"

<לעבודה שלי יש משמעות מיוחדת, זו לא 'סתם עוד עבודה>

"I feel I make a difference here"

<אני מרגיש שאני משמעותי כאן>

"People care about each other here"

<לאנשים כאן אכפת האחד מהשני>

מומלץ להיכנס לאתר http://www.bestplacestoworkhc.com ולהתרשם מהמהלכים והמאפיינים שבולטים בארגוני הבריאות שברשימה. רשימה מקוצרת ניתן לראות באתר Fortune:
http://fortune.com/2017/04/12/best-companies-health-care/



התערבויות ברמת הפרט

מרבית הארגונים, בתוכם גם ארגוני בריאות, פועלים תחת ההנחה השגויה כי שחיקה ותחושת Well-being בעבודה היא בעיקר תוצאה של השפעת גורמים הקשורים בעובד. ההנחה הזו מובילה לעתים את הארגונים לטפל בבעיית השחיקה על ידי "פתרונות" ברמה האישית, שלרב אינם מספקים מענה מספיק רחב ומשמעותי (למשל, סדנאות לניהול לחץ בעבודה, אימון אישי, מיינדפולנס ועוד). שימוש באסטרטגיות הללו, חשוב מאוד במניעת שחיקה אך לא לבדן! שימוש בלעדי באסטרטגיות הללו ללא אסטרטגיות ארגוניות מתעלם מתפקיד המערכת ביצירת גורמי הלחץ המובילים לשחיקה ומטיל את "האשמה" על העובד, בין אם הוא שחוק או שאינו. כתוצאה מכך העובדים נוטים להתייחס לפתרונות מעין אלו בסקפטיות וציניות, וכאל "בריחה" של הארגון לפתרונות קלים ושטחיים לטיפול בבעיית עומק מערכתית ומורכבת, והצדק עימם (Shanafelt & Noseworthy, 2017).

להלן מספר דוגמאות ורעיונות לשימוש בכלים להתערבות ברמת הפרט:

1. פעולות ומהלכים בדגש על מניעה והגברת חוסן:

כתוספת או כפעילות משלימה לתהליך התערבות מערכתי:

המטרה של כלים וסדנאות מעין אלה היא העצמה, טיפוח ופיתוח העובד/ המנהל ברמה האישית, הן לרב מאפשרות גם ונטילציה ולמידת עמיתים:

- ייעוץ וליווי אישי (Counseling)
- סדנאות Mindfulness,[12] רפלקציה, מדיטציה, קבוצות באלינט
- סדנאות לרכישת כלים ומיומנויות כמו למשל (ניהול זמן, מיומנויות תקשורת, ניהול והובלת תהליכים, ניהול קונפליקטים ועוד)
- הקניית כלים לפתוח מודעות עצמית לתסמינים של לחץ כרוני ושחיקה
- טיפוח מודעות והכשרות ל'טיפוח עצמי'- אימוץ אורח חיים בריא, פתוח ועיסוק בתחביבים, פעילות פנאי פעילה, פעילות חברתית וכד' - באמצעות תכניות חניכה, אימון והנחייה אישית וקבוצתית, סדנאות בתחומי העשרה, פתוח תחביבים, ספורט, תזונה וכד'
- כלים להתמודדות אפקטיבית עם חשיבה שלילית וביקורתיות
- הקפדה על איזון בית - עבודה, ועוד...

12) חשוב לציין כי סדנאות Mindfulness נמצאו במספר רב של מחקרים כיעילות ביותר בהפחתת שחיקה בקרב צוותים רפואיים, בעיקר כשהן מובילות לתרגול וליישום באופן הדרגתי ומתמשך ולא כסדנה חד פעמית.

מיינדפולנס (Mindfulness), או קְשיבוּת בעברית, הוא התהליך הפסיכולוגי של הבאת תשומת לב מכוונת ובלתי שיפוטית לחוויות המתרחשות בזמן הווה, ושאפשר לטפחה באמצעות תרגילי מדיטציה. המונח מתייחס לגישות נוספות כגון הפחתת מתחים באמצעות מודעות קשובה (MBSR), טיפול קוגניטיבי מבוסס קשיבות (MBCT) ותרפיה התנהגותית דיאלקטית (DBT). (מקור: ויקיפדיה)

סקירת ספרות עדכנית בנושא קשיבות בארגוני בריאות פורסמה ב-The American Journal of Medicine (2017)
https://goo.gl/nwRzKS

דוגמאות מהשטח[13]:

חדר כושר לאושר

בשירותי בריאות כללית, למשל, הוקם לשם כך "חדר כושר לאושר", שאליו מגיעים עובדים ומתאמנים. האימון נעשה באמצעות מתודות חווייתיות וטכנולוגיות, וכלים מעשיים להגברת שביעות הרצון מאיכות החיים ותחושת האושר. התוכנית כוללת סדנה התנסותית חדשנית, המשלבת למידה חווייתית וסימולציות קולנועיות. בסדנה מקנים כלים מעשיים להכרת נושא האושר, עקרונותיו וחשיבות הבחירה בו ותרגולו כדרך חיים. אחרי הסדנה זוכים המשתתפים לליווי בתהליך הטמעה מבוסס אמצעים טכנולוגיים ללמידה מתמשכת, שמסייעים להם להמשיך לתרגל את הכלים שנלמדו במקום העבודה ובחיים הפרטיים.

פסיכולוגיה חיובית

בנק ישראל הטמיע תרבות ארגונית של פסיכולוגיה חיובית, באמצעות סוכני שינוי פנימיים בארגון. העובדים עצמם בנו כלים יצירתיים ליישום בבנק. אחד מרואי החשבון למשל, בנה משחק בשם "פרגן לי", לעידוד הפרגון ביחידות שונות. כ-120 עובדים, מיחידות הארגון השונות השתתפו במשחק המקדם תרבות של פרגון הדדי, תורם לשיפור קשרים בין-אישיים ומעודד תקשורת חיובית. המשתתפים בתוכניות השונות מעידים על שיפור באווירה הארגונית, ברמת המעורבות ובתחושת המחוברות לארגון.

חיבור התחביבים האישיים לעבודה

בבסיס הגישה הזאת עומדת ההנחה שמתן אפשרות לחשיפה של חוזקות העובדים בתחומים שונים (תחביבים בדרך כלל) מייצרת רשת חיבורים חדשה מבוססת תחומי עניין, מספקת מקור לגאווה לעובדים ומחזקת את תחושת המחוברות שלהם לארגון המכיר ביכולותיהם המגוונות ונותן להן במה. למשל: חברת ורינט, מקיימת תערוכות אמנות של עובדים בתחומי הצילום, הפיסול, הצורפות ועוד, ומפיקה אירועים גסטרונומיים ומופעים מוסיקליים של עובדים. ב-yes, עובדים בעלי ידע ייחודי וכישורים מעבירים מגוון נרחב של סדנאות לחבריהם – בתחומי הספורט, הבישול, האפייה ותחביבים אחרים. במרכז הרפואי סורוקה נתנו במה וירטואלית לסיפורים מרגשים של עובדים, וסיפקו במה מכובדת למגוון תחביבים של עובדים, בכל הדרגים.

אפשרויות של פיתוח אישי

חברת Jolt, סטארט־אפ ישראלי מתל אביב, המעניק לכל עובד ליווי מקצועי לבניית תוכנית פיתוח אישי, שתכשיר אותו בטווח של שנתיים למוכנות לתפקיד הבא (גם אם התפקיד הבא לא יהיה בג'ולט). מדובר בהכשרות מגוונות, הנגזרות ממאוויי העובד. לדוגמה, עובד פיתוח המביע משאלה להתפתח כמנהל מכירות, או עובד שרצה לקבל הכשרה לתחום היזמות. תוכניות פיתוח אישיות מגוונות ומעניינות קיימות גם בחברות ותיקות יותר כגון בזק, המאפשרת לאנשי מקצוע להתלוות לבעל תפקיד שמסקרן אותם, על מנת לבחון אם זהו כיוון קריירה רלוונטי עבורם.

13) כל הדוגמאות בחלק זה לקוחות מתוך: חדר כושר לאושר - ועוד 9 דרכים לגרום לעובדים וללקוחות מרוצים, טלי חרותי-סובר, דהמרקר, 31.05.2018

המנהל שהופך למאמן

התפקיד המשתנה של המנהל כיום רואה בו מעין מנטור - שמפתח, מאמן וחונך את עובדיו. מגמה זו משנה את מערך יחסי עובד־מנהל, מעצימה ומפתחת עובדים. באסם למשל, הכשירו את כל מנהלי החברה להיות מאמנים, בתוכנית סדורה ומובנית, ושינו בכך את התרבות בארגון כולו. התוכנית מבוססת על הקניית מדרג מיומנויות אימון לאוכלוסיות יעד שונות - החל מבניית כישורים לשיח אימוני יומיומי בין מנהל לעובדיו, באמצעות שימוש במודל GROW (מודל הכולל בחינה של מטרת הארגון, מציאות, מכשולים ויצירת מטרה עתידית), ועד לרמה הגבוהה ביותר של אימון, אימון פנים־ארגוני בן עשרה מפגשים, סביב מטרה אימונית שהגדיר המתאמן בשיתוף מנהלו הישיר ומשאבי אנוש יחידתי.

בשירותי בריאות כללית הכשירו מנהלים כמנטורים, אך פה משימת החניכה ניתנה לאנשים מחוץ לארגון, הקשורים לעמותות. בכך הגשימו בחברה גם את ערך הנתינה, והעניקו משמעות למנהלים החונכים.

החברה ממגדל העמק שהחליטה להפוך את העובדים שלה למאושרים

בחברת ההיי־טק KLA–Tencor ממגדל העמק החליטו שהדרך להפוך עובדים למאושרים יותר היא לחבר אותם למשפחה - מה שהוביל אותה לנקוט שני מהלכים מהותיים.

המהלך הראשון היה קיצור שעות העבודה: פעמיים בשבוע מגיעים העובדים לעבודה מאוחר מהרגיל, ופעמיים בשבוע הם יוצאים מוקדם - כדי לאפשר להם לבלות יותר זמן עם משפחותיהם. הפיילוט זכה לתגובות נלהבות מהעובדים שהשתתפו בו, וכעת יורחב לכלל העובדים בחברה.

במקביל, ניתנה לעובדים אפשרות לעבוד מהבית, ככל שהעבודה מאפשרת זאת. לצורך כך סופקו לעובדים שהיו זקוקים לכך לפטופים ומכשירים אחרים המאפשרים עבודה מרחוק. העבודה מהבית לא מוגבלת ליום בשבוע, כפי שמקובל למשל באינטל.

מהלך נוסף שיוזמים בחברה הוא קידום של פעילויות חברתיות, ספורטיביות וקהילתיות לעובדים. כך לדוגמה, עובד ממגדל העמק ביקש סיוע להקמת ספרייה - והחברה ועובדים רבים התגייסו לפרויקט.

2. פעולות התערבות לטיפול בעובדים שחוקים:

התערבויות ופעילויות לעובדים שמתחילים לחוש בירידה ב-Well being שלהם במקום העבודה, מתחילים לפתח תסמינים של שחיקה או נמצאים בסיכון וחשיפה למצבי דחק משמעותיים.

- יצירת מענה מערכתי אשר יסייע בהערכה, ייעוץ וטיפול "שיקומי" קצר מועד לעובדים "פגועים": תכניות סיוע וטיפול פרטניות וקבוצתיות. המענה יכול להיות באמצעות פיתוח תוכניות סיוע לעובדים (Employee Assistance Programs - EAPs). ראה סקירה אצל Cooper, Dewe & O'Driscoll 2011.
- Restorative Supervisions - ימי הדרכה, מפגשי ליווי אישיים ומפגשים קבוצתיים נמצאו קשורים חיובית להפחתת שחיקה ולחץ בעבודה
- קבוצות תמיכה (כגון קבוצות באלינט, היכולות לשמש גם למניעת שחיקה וגם כהתערבות תומכת בעובדים שחוקים.

- ריפוי בעיסוק (Occupational therapy)
- טיפול פסיכולוגי - קוגניטיבי-התנהגותי (CBT)
- אימון פסיכו-סוציאלי
- "פסק זמן" מהעבודה (חופשה, שבתון, חל"ת)
- הקמת מערך טיפולי תומך על ידי הנגשת שירותי ייעוץ וטיפול מאנשי מקצוע (בדר"כ עובדים סוציאליים או פסיכולוגים). השירות יכול להינתן על ידי מטפלים המעניקים שירות פנים - ארגוני או על ידי קניית שירותי תמיכה, טיפול וייעוץ מגורמים חיצוניים.

דוגמה לכלי ברמת הפרט ניתן למצוא באתר:
https://tinyurl.com/ycy2vhvp
המדגים כלים לטיפול קוגניטיבי - התנהגותי עצמי להתמודדות עם שחיקת עובדים.

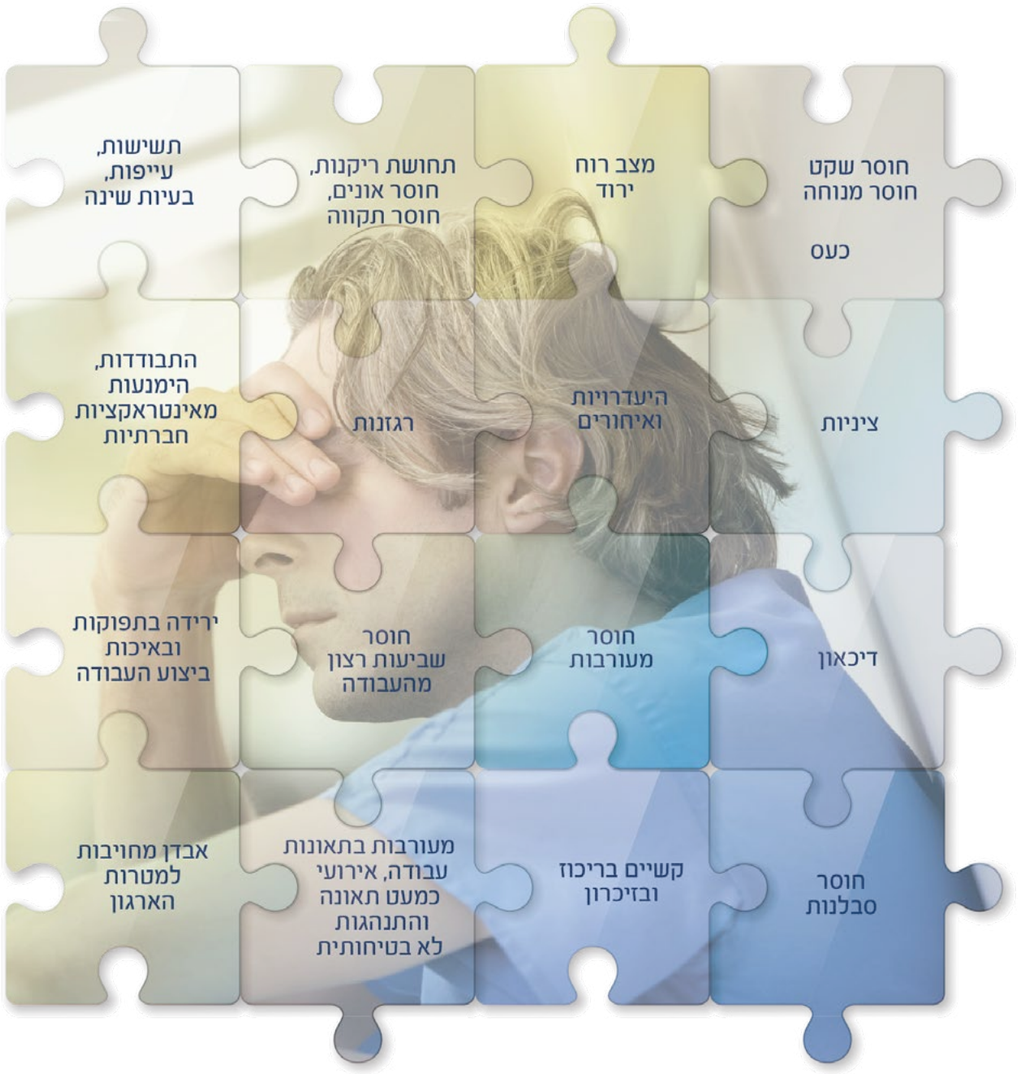
קבוצת באלינט

קבוצת באלינט הוא כינוי למסגרת של קבוצת דיון ותמיכה המיועדת לרופאים ומקצועות טיפול דומים, ומתמקדת ביחסי מטפל-מטופל באוריינטציה פסיכואנליטית. מיקוד הקבוצות התרחב במהלך השנים מעיסוק ממוקד-מטופל לעיסוק המתרכז גם ברופא עצמו (מ-Patient centered ל-Doctor centered). חלק מציפיות יחידת ההנחיה הן שהמטפל יבנה לעצמו "סיפור" ונרטיב בין-אישי שונה, מעובד ומובן יותר, ופחות מטריד. כמו כן נועדו המפגשים לאפשר לרופא לראות היבטים אחרים של הסיטואציה שהוצגה. הנחת העבודה היא שתהליך זה מביא לעלייה בסיפוק המקצועי, להפחתת השחיקה ולהעלאת שביעות הרצון יחד עם שיפור באיכות הטיפול ובהתייחסות למטופל.

מקורות: ויקיפדיה.

עוד על קבוצות באלינט ניתן למצוא באתר http://americanbalintsociety.org/

סימנים לשחיקה:



יש להקפיד על זהירות יתרה בהתבוננות דרך הפרספקטיבה של סימני השחיקה; יש לקחת בחשבון את משך הסמנים, עוצמתם, תנודתיות וקשר לגורמים חיצוניים זמניים וחולפים בעבודה או בחיים האישיים. בכל מקרה הם נועדו לשמש 'נורה אדומה' שמחייבת בדיקה עמוקה ומקצועית יותר מול העובד המעורב.



5. התערבויות ברמת יחידה ארגונית וסקטורים

התערבויות ברמת יחידה ארגונית (מחלקה, מערך, אגף) או סקטור (סיעוד, מתמחים, מנהל ומשק וכד') נועדו לתת מענה כאשר קיימים אינדיקטורים המצביעים על פער משמעותי באותה יחידה או סקטור. קיימות אינספור שיטות, גישות ומתודולוגיות להתערבות עומק. רוב השיטות מציעות בסיס מתודולוגי שניתן ליישמו במגוון תחומים המצריכים שיפור, כגון: איכות, ניהול סיכונים, שירות, בטיחות, וכד'. במסגרת ארגז הכלים נוכל להציג מסגרת מתודולוגית כללית בלבד. כמובן שבכל התערבות יהיה צורך לבצע התאמה של העקרונות הכלליים ולשקול האם להשתמש במתודולוגיות וגישות נוספות אפשריות.

1. גישות שיפור שתפניות (Co-Creation)

הדגשים בגישות אלה והקשרן למניעת שחיקה ובניית חוסן:

- דגש על עיצוב מחדש של תפקידים, תהליכי עבודה, שיתוף פעולה בצוות ויחסים בצוות - מתוך הבנה ששיפור במרכיבים אלה יוביל ליצירת סביבת עבודה יעילה יותר, אקלים תומך יותר ובכל יתרום למניעת שחיקה ושיפור אפקטיביות אישית וצוותית
- נמצא במחקרים רבים ששיתוף עובדים בתהליכי פתרון בעיות, קבלת החלטות ושיפור תהליכי עבודה מוביל לשיפור במחוברות, התמודדות טובה יותר עם שינויים ותחושה כללית של מעורבות, אוטונומיה והשפעה

הרווח מיישום גישות ממשפחת 'תהליכי השיפור' בגישות שתפניות הוא כפול: גם שיפור תהליכי עבודה ופתרון בעיות וגם עליה במחוברות ובתחושת הערך של העובדים - שני תחומים הקשורים למניעת שחיקה.

2. Schwartz Rounds - מתודולוגיה להתערבות קבוצתית להתמודדות עם עומס רגשי של צוותים טיפוליים:

'סבבי שוורץ' הם דוגמה לכלי שנועד לתמוך בעומס הרגשי והחברתי של צוותים טיפוליים על ידי יצירת מרחב בטוח בו הצוות יכול לשתף ולדבר בפתיחות על הקשיים הרגשיים והחברתיים שעולים במהלך העבודה. עיקרי המתודולוגיה:

1. מפגשי צוות חודשיים, בהשתתפות כל הצוות.
2. בכל מפגש, 3-4 מחברי הצוות לוקחים את תפקיד 'הפאנליסטים'. כל פאנליסט מציג במשך 5 דקות אירוע מתוך עבודתו (זה יכול להיות מקרה של מטופל, או תאור הקשור לנושא / תמה). לאחר שכל הפאנליסטים סיימו להציג את המקרים / תמות שלהם יש התייחסות מצד 'הקהל' (שאר הצוות), והתייחסות של מנחה המפגש.

מדריך שלם להטמעת הגישה ניתן למצוא בכתובת: https://goo.gl/TSxBSa

ה-NHS השלים בימים אלה מחקר אורך להערכת המתודולוגיה. המחקר פתוח לעיון בכתובת:
https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/programmes/hsdr/130749/#/

התערבות קבוצתית - מערכתית: רשת המרכזים הרפואיים Novant Health - תאור מקרה[14]

רשת המרכזים הרפואיים Novant Health השיקה תכנית לבניית חוסן והתמודדות עם שחיקת הרופאים באמצעות תכנית שכללה יציאה למספר ימים מחוץ לארגון ('Wellness retreat') ומפגשי אימון וחניכה אישיים שהתמקדו ב-9 מרכיבי הליבה של התכנית:

1. ללמוד לפעול מתוך הבנה אישית עמוקה של ייעוד
2. פיתוח מודעות אישית להשפעה של דפוסים לא מודעים, הטיות, התנהגויות ודרכי חשיבה על שחיקה
3. מיקוד ביצירת 'Attraction to wellness' במקום להתמקד במציאת פתרונות לשחיקה
4. פיתוח הרגלים, Mindset ומחויבות לאורח חיים המורכב מ-: עבודה - מנוחה - התאוששות - התחדשות
5. פעולה מתוך 'ליבה אישית'
6. פיתוח הבנה מעמיקה של 'מנהיגות משפיעה' כמיומנות קריטית של מנהלים

(14) Carl S. Armato, MBA, CPA & Tom E. Jenike, MD Physician Resiliency and Wellness for Transforming a Health System NEJM Catalyst may 2018

7. שיפור האפקטיביות האישית
8. פיתוח קהילת רופאים תומכת וחזקה, תרבות של תקשורת ושייכות חברית (Camaraderie)
9. בוגרי התכנית משולבים הלכה למעשה כמובילים בהתמודדות עם גורמי שחיקה ארגוניים (למשל תמכו בהטמעת מערכת תיקים רפואיים אלקטרוניים, הקימו צוותי שיפור

ההשתתפות בתכנית היא התנדבותית ויש היענות גדולה להשתתפות בה. עד כה השתתפו בתכנית כ-800 רופאים (כמחצית מרופאי הרשת). משתתפי התכנית קבלו ציונים הגבוהים עד 50% בהשוואה לרופאים שלא השתתפו במדדים כמו תחושת סיפוק אישית, הזדהות עם הייעוד הארגוני, עמדות חיוביות כלפי הארגון ועוד. הנתון המעניין הוא שלאורך השנים חלה עליה במדדים אלה גם בקרב הרופאים שלא השתתפו בתכנית ומפעילי התכנית רואים בכך עדות לחלול 'החוסן' הארגוני וההשפעה 'המדבקת' שיש למשתתפי התכנית - על ידי השינוי האישי שעברו, מעורבותם בפעילות במוקדים של גורמי שחיקה והחיכוך המתמיד שלהם תוך כדי עבודה עם רופאים אחרים - יצרה השפעה מתמשכת.

דוגמא נוספת להתערבות מערכתית מוצגת במחקר של (Linzer, Poplau, Grossman, et al., 2015). זו הייתה התערבות מבוקרת בקרב רופאי משפחה שנמשכה מעל שנה וחצי. מדדי תוצאה נלקחו עבור הרופאים ועבור המטופלים.

ההתערבות כללה בין היתר:

- מתן משוב על מדדי איכות ותוצאה שונים כבסיס לדיון במחלקות השונות.
- שיפור התקשורת בין ספקי השירות, הרופאים לבין הצוות (פגישות דיון חודשיות).
- פגישות אישיות של הרופאים עם המנהלים הישירים שלהם לדיון בסידור העבודה ובעיות הקשורות לעבודה.
- שינויים בזרימת העבודה (כמו שחרור צווארי בקבוק, הכנסה של עוזרי רופא). הפחתת עומס אדמיניסטרטיבי אצל הרופאים.
- שיפור איכות השירות.

ממצאים: ירידה בשחיקה, עליה בשביעות רצון בעבודה ופחות נטייה לעזוב (לא היה שינוי עקבי לגבי שיפור באיכות הטיפול).



6. עבודה עם הסקר הלאומי למדידת חוסן ושחיקה במערכת הבריאות

סקר מדידת חוסן ושחיקה מהווה כלי עבודה משמעותי באיתור, מיפוי ואפיון אזורי שחיקה, איתור תחומי התערבות נדרשים ויצירת מדד המאפשר לבחון שיפור ושינוי לאורך זמן. מעבר לשאלון השחיקה, כלל הסקר כעשרים שאלות העוסקות בגורמי לחץ ושחיקה.

פרק זה משקף 'בנק רעיונות' (Idea Market) לפעילויות אפשריות לשאלות מרכזיות בסקר בהן התוצאה שהתקבלה מצביעה על צורך בהתערבות ושיפור. כמובן שהפעילויות המוצעות מהוות דוגמאות וגירוי ראשוני לכווני פעולה אפשריים. כל ארגון וכל יחידה יצטרכו לשקול התאמה, לפתח ולהוסיף דרכי התמודדות ופעולה. יחד אם זאת, יתכן ותמצאו ברעיונות להלן נקודת אחיזה ליציאה ממוקדת יותר למסע שיפור, התמודדות ושינוי. להלן הצעות להתערבויות ממוקדות הקשורות לציון שקיבלו השאלות הבאות בסקר:

שאלות המשקפות משאבים ארגוניים

בשאלות הבאות, ציון נמוך שהתקבל בסקר משקף רמה נמוכה של המשאב. במידה והתקבל ציון נמוך במיוחד מומלץ לשקול התערבות ממוקדת בנושא זה.

השאלה בסקר: העבודה שלי מגוונת ומעניינת

1. לשאול את העובד, מה אתה מחפש? מה חשוב לך בתפקיד ומה חסר לך בתפקיד / בעבודה כפי שזו מתבצעת כיום? מה היית משנה?
2. בירור מה החלקים הקשים יותר "האפורים" ובדיקה לגבי נחיצותם. האם ניתן לבצע את המטלות הפחות נעימות בסבב? האם יש אמצעים להקל? (מנוף להרמת חולים כבדים)
3. להנגיש אפשרויות למחקר, ניהול, הוראה, הרחבה מקצועית, שיתוף בנושאים רוחביים, מתן תחום אחריות (כולל הצגה לרמות ממונות)

4. למידת עמיתים - יציאה לביקור אצל עמיתים למקצוע
5. הרחבת סמכויות על ידי צבירת כישורים מקצועיים נוספים - השתלמויות
6. חיבור למשמעות התפקיד או המקצוע
7. חיבור לערכים של הארגון
8. ניוד עובדים
9. מפגש עם המנהל - "עדכון", "מה עובר עלייך"

השאלה בסקר: אני מסוגל/ת להשפיע, לקבל החלטות וליזום דברים שונים בעבודתי

1. קבלת החלטות משתפת - ישיבות צוות רב-סקטוריאלית, סקרים פנימיים שוטפים, תיבת הצעות
2. "פיענוח אתגר" - איתור בעיה בממשק בין מחלקות/ סקטורים/ ארגונים המועד לשחיקה ומציאת פתרון יחדיו
3. שיקוף תובנות, החלטות וסטאטוסים
4. לגיטימציה להעלאת בעיות ונושאים לטיפול ורעיונות ליישום, כולל יצירת פלטפורמה מתאימה
5. הצגת הנושאים שעלו בהנהגת הארגון ושיקוף הנושאים שטופלו/ קיבלו התייחסות באופן שוטף ושגרתי, למשל פעם בחודש.
6. לגיטימציה לקריאת תיגר על תהליכים כפי שהם מתקיימים כיום ובחינת תהליכים חליפיים על פי קריטריונים של איכות בטיחות יעילות ומועילות.

השאלה בסקר: אני מרגיש/ה שיש למי לפנות במקום העבודה שלי כאשר עולות בעיות אישיות הקשורות לעבודה, יחסים עם ממונים, קשיים אישיים וכו'

מנהל ישיר:

- גיבוש נהלים לטיפול והגדרת תפקיד המנהל הישיר במקרים של בעיות אישיות של עובד, תהליך השיתוף של משאבי אנוש וגורמים מקצועיים נוספים במידת הצורך
- פיתוח מיומנויות רכות אצל מנהלים (שיחות קשות, משוב וכד') והנגשת מידע של זכויות עובדים, זכאויות וכו'
- יצירת מחויבות צוותית לסיוע בעת בעיה אישית (החלפה בעבודה, הסעה לטיפול רפואי, תרומת ימי מחלה לסיוע כלכלי ועוד)

מנהלים בכירים:

- יצירת "דלת פתוחה" (למשל ע"י שולחנות עגולים) עם עובדים מכלל הארגון.

מש"א:

- יצירת מנגנוני מש"א יחידתיים/ סקטוריאליים המאפשרים לעובדים לפנות בסוגיות אישיות הקשורות לעבודה, יחסים עם ממונים, קשיים אישיים וכד'
- פיתוח חונכים לליווי אישי של עובדים חדשים
- הנגשת מידע לגבי מהלכים ארגוניים הקשורים ברווחת העובד, זכויות ובקשות מיוחדות.
- הקמת מרכז תמיכה אליו ניתן לפנות במצבי דחק ואירועים חריגים. במרכז יהיה צוות טיפולי שהוקצה והוכשר לנושא.
- התייחסות בעת אירועי חיים לטוב או לרע (כיתה א', גיוס לצבא, עריכת ימי אבל, סיוע בעת מחלה ועוד)

השאלה בסקר: אני חש שהארגון שלי מפגין מחויבות לבריאות הפיזית והנפשית שלי

- יצירת סביבת עבודה בטוחה, נקיה מסכנות בריאותיות
- לגיטימציה לחולי ומנגנון למציאת מחליף ללא הטלת המשימה על העובד (החולה)
- תקשור פעילויות בתחום:
  - סדנאות לבריאות וכושר
  - מפגש עם דיאטנית אחת לרבעון למדידת אחוזי שומן / תפריט בסיסי
  - מזון בריא בארגון
  - ארוחות מסודרות לעובדים
  - ארוחות לצוותים ולעובדים בתורנות, בדגש על קבוצות עובדים, מחלקות יחידות ומערכים בהם עבודה מעבר למשמרת בוקר ועבודה במשמרות ותורנויות ארוכות.
- בירור צרכים בקרב העובדים - זיהוי הנקודות בהן בריאות פיזית ונפשית של עובדים נמצאת בקונפליקט עם מטרות ארגוניות אחרות
- טיפוח הצרכים הרגשיים של העובד - עבודת צוות, משוב חיובי וטיפוח חוזקות
- דאגה לצרכים בסיסיים: ארונית לנעילת תיק, שירותים נקיים, מדים נקיים מקום למנוחה ולשתייה וזמן להשתמש בם
- מוקד תמיכה רגשי להתמודדות עם מצבי לחץ הנובעים מחשיפה לאירועים קשים בשגרת העבודה

השאלה בסקר: קיימת אווירת שיתוף פעולה ועזרה הדדית בין העובדים בצוות שלי

1. פיתוח מנהלים - הובלה, הנעה, ניהול
2. שגרות עבודה צוותיות/ מחלקתיות / יחידתיות
3. הגברת זהות יחידתית - ייעוד, סממנים

4. חגיגת ניצחונות והצלחות - העלאת מקרה מוצלח ולמידה ממנו
5. גיבושים
6. העצמת עובדים בכל צוות ברמה אישית ומקצועית - הצגת נושא, הצגת תחביבים וסיפורי חיים מעניינים

שאלות המשקפות גורמי לחץ ושחיקה

בשאלות הבאות, ציון גבוה שהתקבל בסקר משקף רמה גבוהה של גורם לחץ זה. במידה והתקבל ציון גבוה במיוחד מומלץ לשקול התערבות ממוקדת בנושא זה.

השאלה בסקר: אני חש/ה שהממונים עלי מתעמרים בי או משתמשים בכוחם לרעה כלפיי

חינוך הארגון והמנהלים:

1. יצירת מדד ארגוני להערכת תפקוד המנהל במניעת שחיקה, התעמרות וניצול לרעה של כוחו של המנהל
2. שימוש בהערכת כישורים בין אישיים ו'אנושיים' בשיקולים לקידום מנהלים
3. הפעלת ענישה למנהלים מתעמרים
4. הכשרות למנהלים הכוללות דגש בנושא התעמרות - ליצירת מודעות והכרה של ההשלכות (הארגונית, האנושיות)
5. מתן "כתובת" לעובד: שיחות חתך של עובד עם הממונה של הממונה אחת לשנה-שנתיים, תיבת דואר לפניות אנונימיות, מינוי מנהלי משנה (כמו chief residents) שיוכלו להיות מעורבים.

השאלה בסקר: אני חש שמתחים בין בעלי תפקידים שונים (סקטורים) בארגון משפיעים לרעה על העבודה שלי (למשל חוסר תיאום בין עובדים ממחלקות שונות)

1. קביעת יעדים משותפים בעבודה ממשקים
2. בניית תהליכי עבודה מוסדרים שמייצרים פתרונות משותפים
3. שאלון שירות פנים-ארגוני
4. פרויקטים חוצי-סקטורים / יצירת פעילויות ארגוניות שמשלבות בין סקטורים

כלים: ישיבת צוות רב-סקטוריאלית קבועה, שולחנות עגולים, יצירת אחראי לכל תהליך תוך יצירת תחושת בעלות לנושא (גם אם חוצה מחלקות וסקטורים)

השאלה בסקר: אני חשופ/ה לאלימות פיזית במקום העבודה שלי

1. נוהל התמודדות ודיווח במקרי אלימות
2. למידה ארגונית של תקשורת מפחיתת אלימות (ראה דוח הועדה למניעת אלימות)
3. יצירת מנגנוני מניעה וטיפול חוצי ארגון או ברמת יחידות בהם הנושא תדיר:
   - קב"ט
   - נעילת חדרים
   - דיילי שירות - שיהוו גורם מווסת במקרים של אלימות מצד מטופלים
   - סביבה פיזית מותאמת (פרטיות)
   - שיטור
4. הגדרת נאמנים / רפרנטים יחידתיים מרכזים מקרים ופניות. באחריותם, תחקור, הפקת לקחים, הכשרת צוותים, הטמעת נוהל, שילוב צוות רב-מקצועי לטיפול בעובד
5. תקשור - קמפיין בארגון ולמטופלים. תקשור מקרים ספציפיים הכוללים תיאור המקרה והפעולות שבוצעו ברמת הארגון וברמת הפרט.
6. מומלץ לעיין בדוח למיגור אלימות כלפי צוותים רפואיים ומנהליים במערכת הבריאות ובמיוחד להתמקד בפרק ההמלצות (עמ' 21-18).

https://www.health.gov.il/publicationsfiles/violence_commitee_report120222018.pdf

השאלה בסקר: אני חשופ/ה לאלימות מילולית במקום העבודה שלי

- מדיניות אפס סובלנות לאלימות
- משוב / סקר אנונימי
- מנגנון דיווח יעיל לוועדה מקומית פעילה
- גיבוי משמעותי לעובדים שהותקפו

השאלה בסקר: סביבת העבודה הפיזית שלי מקשה עלי לבצע את תפקידי

1. בחינת מכלול תהליכים ונהלים בארגון לגבי נחיצותם ככלל, חיוניות כל השלבים ורמת המועילות שלהם לעומת הנזק
2. בחינת נושא המחשוב, טפסים, אדמיניסטרציה, מרחקים להליכה, לשינוע
3. אפיון מרחב העבודה עבור כלל הגורמים המקצועיים (כ"ע, פרא, נקיון, אחיות, רופאים...)
4. יצירת סביבת עבודה העוסקת בצרכים הבסיסיים של העובד - חדר אוכל, חדר הלבשה עם לוקר, מקלחות, שירותים, אוכל זמין ונוח במשמרות
5. ניהול מושכל + רזרבות של ציוד רפואי

השאלה בסקר: אני חווה אפליה במקום העבודה שלי (על רקע מין, מגדר, דת, צבע עור, מוצא וכיוצא בזה)

שימוש בממצאי ועדה למיגור גזענות, הדרה ואפליה במשרד הבריאות

- העצמה ומתן ביטוי לקבוצות מוחלשות - חגיגת חגים מכל הדתות למשל
- סדנאות למנהלים - היכרות עם תרבויות ומגזרים, כדי להכיר יותר טוב את המאפיינים הייחודיים
- הפעלת תוכנית מנטורים פנימית ומתן קדימות לבעלי פוטנציאל מקבוצות מוחלשות
- בחינת הייצוג של אוכלוסיות מוחלשות בעמדות ניהול
- גיבוי ניהולי במקרים של גזענות, אפליה והדרה

השאלה בסקר: יש לי יותר מדי מטלות אדמיניסטרטיביות בתפקיד (אחיות, רופאים ופרא בלבד)

1. תקינה למזכירות וכח עזר
2. אבחון מצב:
   - בחינת תהליכי העבודה
   - בחינת אופן השקעת המשאבים
   - אפיון המטלות האדמיניסטרטיביות (מה מטרת המטלה, ידע ומיומנויות נדרשות לביצוע המטלה, תדירות וזמנים)
   - בחינת ביטול המטלה, העברתה לגורם אחר ועוד

השאלה בסקר: חסרה לי הדרכה ותמיכה כיצד להתמודד עם מצבי חולי, מוות וקשיים אישיים של מטופלים

1. כתובת מחלקתית לתמיכה אישית באיש צוות באמצעות "נאמני חוסן" . הכשרה לנאמני חוסן שתעניק כלים ותניע תרבות ארגונית של תמיכה (מומחה בפסיכיאטריה למתמחה וכיו"ב)
2. מוקד סיוע ארגוני להתייעצות ותמיכה
3. אפשרויות לפניה למוקד סיוע חיצוני
4. הכשרות וסדנאות לכל העובדים בנושא התמודדות
5. קבוצות באלינט / קבוצות עמיתים בהנחיית איש מקצוע / סדנאות מיינדפולנס
6. הקמת מרכזי תמיכה / הסכמי שרות עם גורמים מקצועיים מחוץ לארגון להפעלת שירותי תמיכה - בהם ניתן לקבל סיוע מקצועי
7. פגישת צוות לאחר אירוע משמעותי במחלקה ושיתוף
8. מנטורינג / חניכה על-ידי איש צוות בכיר יותר שניתן להתייעץ איתו לקבל ממנו סיוע

השאלה בסקר: יש לי עומס פיזי רב מדי בעבודה (סחיבה/הרמה/שעות ארוכות על הרגליים)

1. יישום הנהלים שמוגדרים, לדוגמה: צינון בין תורנויות - 24 שעות לאחר תורנות לילה
2. יישום הנהלים שמוגדרים
3. כאשר העבודה מחייבת מאמץ פיזי- הנחיה ארגונומית לביצוע מאמץ פיזי בצורה נכונה, תוך בחינה של אמצעי עזר חיוניים
4. צוותים "תומכי לחימה" המסייעים בביצוע המטלות הפיזיות
5. שתיה, אוכל, חדר מנוחה
6. עידוד מנהלים לשימוש נכון בכוח אדם, גמישות ואוטונומיה בשעות
7. שימוש בטכנולוגיה
8. אימוני כושר, חינוך מערכתי למזער פניות בשעות הלילה.

השאלה בסקר: מערכות המחשוב העומדות לרשותי מקשות על העבודה השוטפת שלי

1. תהליך UX - חווית משתמש: לעצב את ממשק המשתמש בצורה ידידותית ואינטואיטיבית
2. לדאוג לתשתיות מחשוב התואמות את צרכי המידע והעבודה (מהירות תגובה של מחשבים, קישוריות Wi-Fi מהירה ובאיכות גבוהה, יכולת שימוש בחומרה קלה ונוחה (iPad, סמרטפון), לאפשר גישה ועבודה מרחוק וכד'
3. הסרת כפילויות במערכות - דיווחים מיותרים הנדרשים במערכות שונות, מאנשי צוות שונים
4. סנכרון בין מערכות
5. קלדנים רפואיים - או מערכות הכתבה (Dictation) להפחתת נטל ההקלדה מהמטפל
6. טופס מילוי ממוחשב ע"י המטופל שייכנס אוטומטית לגיליון הרפואי
7. שימוש בטכנולוגיות שמדווחות ישירות נתונים לתיק הרפואי

אחרית דבר

התמודדות עם שחיקה היא פעילות מורכבת, המצריכה התמדה ולמידה לאורך זמן.

בחרנו להציג בפניכם 'ארגז כלים' המבוסס על שני רבדים: מסגרת תאורטית מארגנת להבנת תופעת השחיקה בדגש על שחיקה בקרב עובדי ארגוני בריאות, ומסגרת יישומית בה הצגנו מגוון רחב של כלים, רעיונות ודרכי פעולה בחמישה מוקדים: ניהול ומנהיגות, תרבות וסביבת עבודה, טיפוח הפרט, התערבות ביחידות וסקטורים וטיפול בממצאי הסקר הלאומי לחוסן ושחיקה. המסגרת התיאורטית הכרחית, שכן לא ניתן להבנתנו לפעול בצורה מעמיקה ומקצועית ללא הבנה של המשתנים, הקשרים והדינמיקה המובילה לשחיקה. הבנת הגורמים לתופעה היא הבסיס למציאת הדרכים למניעה והתמודדות, מתוך בחירה מושכלת של כלים ודרכי התערבות.

בחלק היישומי המטרה הייתה לפרוש בפניכם עולם מגוון של אפשרויות שניתן להתחיל לעבוד איתן, לבחור מהן ולהתאים אותן בצורה הטובה והמדויקת ביותר לצרכי ומאפייני הארגון שלכם.

כעת מוטלת על כולנו המשימה החשובה של יצירת סביבת עבודה בריאה, משמעותית ואנושית, תוך לקיחת אחריות על מניעת שחיקה ודאגה כנה לשְׁלוֹמוּת (Well-being) עובדי מערכת הבריאות בישראל. ארגז הכלים נועד להוות נקודת פתיחה לבחירת ועיצוב פתרונות מותאמים, נקודת פתיחה ללמידה, לשיח ארגוני ולשינוי.

מקורות

מקורות לפרק המבוא:

Bakhamis L, Patel A, Smith H, Coustasse A, Paul III DP. Burnout Syndrome in Hospital's Nurses: Causes and Consequences. Poster presented at: The Lewis College of Business Research Day; 2017 Nov 10; Huntington, WV.

Balch, C. M., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Colaiano, J. M., Satele, D. V., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2011). Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. Journal of the American College of Surgeons, 213(5), 657–667. http://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.08.005

Bovier, P. A., & Perneger, T. V. (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. European Journal of Public Health, 13(4), 299–305.

Brian G. Arndt, M., John W. Beasley, M., Michelle D. Watkinson, M., Jonathan L. Temte, MD, P., Wen-Jan Tuan, MS, M., Christine A. Sinsky, M., & Valerie J. Gilchrist, M. (2017). Tethered to the EHR: Primary Care Physician Work- load Assessment Using EHR Event Log Data and Time-Motion Observations. Annals of Family Medicine, 1515(5), 419–426. http://doi.org/10.1370/afm.2121

Broome, K. M., Knight, D. K., Edwards, J. R., & Flynn, P. M. (2009). Leadership, burnout, and job satisfaction in outpatient drug-free treatment programs. Journal of Substance Abuse Treatment, 37(2), 160–170. http://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.12.002

Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., … Silverman, M. M. (2003). Confronting Depression and Suicide in Physicians. Jama, 289(23), 3161. http://doi.org/10.1001/jama.289.23.3161

Cherniss, C. (1980). Professional Burnout in Human Services Organizations.

Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. American Journal of Infection Control, 40(6), 486–490. http://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.029

Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. BMC Health Services Research, 14(1), 325. http://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325

DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., … Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. Health Psychol, 12(2), 93–102.

Doris C. Vahey, Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. NIH Public Access, 42(2), 57–66. http://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a.Nurse

Dyrbye, L., Shanafelt, T., Sinsky, C., Cipriano, P., Bhatt, J., Ommaya, A., … Meyers, D. (2017). Burnout Among Health Care Professionals A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care. National Academy of Medicine, 1–11. Retrieved from https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/07/Burnout-Among-Health-Care-Professionals-A-Call-to-Explore-and-Address-This-Underrecognized-Threat.pdf

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. New York: Human Science Press.

Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., … Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. Bmj, 336(7642), 488–491. http://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE

Fibuch, E., & Ahmed, A. (2015). Physician Turnover: A Costly Problem. Physician Leadership Journal, 2(3), 22–25.

Halbesleben, J. R. B., & Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. Health Care Management Review, 33(1), 29–39. http://doi.org/10.1097/01.HMR.0000304493.87898.72

Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. Journal of Applied Psychology, 71, 630–640.

Jones, C. B. (2008). Revisiting Nurse Turnover Costs. Journal of Nursing Administration, 38(1), 11–18. http://doi.org/10.1097/01.NNA.0000295636.03216.6f

Kushnir, T., Greenberg, D., Madjar, N., Hadari, I., Yermiahu, Y., & Bachner, Y. G. (2014). Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics. Family Practice, 31(1), 44–50. http://doi.org/10.1093/fampra/cmt060

Kushnir, T., Levhar, C., & Cohen, A. H. (2004). Are burnout levels increasing? The experience of Israeli primary care physicians. Israel Medical Association Journal, 6(8), 451–455.

Lee, H. F., Kuo, C. C., Chien, T. W., & Wang, Y. R. (2016). A Meta-Analysis of the Effects of Coping Strategies on Reducing Nurse Burnout. Applied Nursing Research, 31, 100–110. http://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.001

Leiter, M. P., Harvie, P., & Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. Social Science and Medicine, 47(10), 1611–1617. http://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00207-X

Linzer, M., Levine, R., Meltzer, D., Poplau, S., Warde, C., & West, C. P. (2014). 10 Bold Steps To Prevent Burnout in General Internal Medicine. Journal of General Internal Medicine, 29(1), 18–20. http://doi.org/10.1007/s11606-013-2597-8

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory: Second Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual research edition. University of California, Palo Alto, CA.

Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 1–16). http://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008

McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2011). Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care Matthew. NIH Public Access, 30(2), 202–210. http://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100.Nurses

Noseworthy, J., & et al. (2017). Physician Burnout Is A Public Health Crisis: A Message To Our Fellow Health Care CEOs. Health Affairs Blog, (March 28). Retrieved from http://healthaffairs.org/blog/2017/03/28/physician-burnout-is-a-public-health-crisis-a-message-to-our-fellow-health-care-ceos/

Oreskovich, M. R., Kaups, K. L., Balch, C. M., Hanks, J. B., Satele, D., Sloan, J., … Shanafelt, T. D. (2012). Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. Archives of Surgery, 147(2), 168–174. http://doi.org/10.1001/archsurg.2011.1481

Parks, T. (2017). Report reveals severity of burnout by specialty | AMA Wire. AMA Wire. Retrieved from https://wire.ama-assn.org/life-career/report-reveals-severity-burnout-specialty

Peña-Sánchez, J. N., Lepnurm, R., Morales-Asencio, J. M., Delgado, A., Domagała, A., & Górkiewicz, M. (2014). Factors identified with higher levels of career satisfaction of physicians in Andalusia, Spain. Health Psychology Research, 2(2).

http://doi.org/10.4081/hpr.2014.1527

Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). Career Burnout: Causes and Cures. New York: Free Press.

Puddester, D. (2001). The Canadian Medical Association's Policy on Physician Health and Well-being. Western Journal of Medicine, 174(1), 5–7. http://doi.org/10.1136/ewjm.174.1.5

Rao, S. K., Kimball, A. B., Lehrhoff, S. R., Hidrue, M. K., Colton, D. G., Ferris, T. G., & Torchiana, D. F. (2017). The Impact of Administrative Burden on Academic Physicians. Academic Medicine, 92(2), 237–243. http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001461

Rao, S. K., Kimball, A. B., & Torchiana, D. F. (2015). Teachable Action for Leaders Committed to Improving Physician Work Life: Continuing Education. Mayo Clinic Proceedings, 90(10), 1455–1456. http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.07.020

Russell, T., Satele, D., Rummans, T., Swartz, K., Novotny, P. J., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2011). Special Report: Suicidal Ideation Among American Surgeons. ARCH SURG, 146(1), 54–62.

Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., … Freischlag, J. (2010). Burnout and Medical Errors Among American Surgeons. Annals of Surgery, 251(6), 995–1000. http://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., … Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. Archives of Internal Medicine, 172(18), 1377. http://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199

Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Hasan, O., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2016). Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. Mayo Clinic Proceedings, 91(7), 836–848. http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.05.007

Shanafelt, T. D., Gorringe, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., … Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. Mayo Clinic Proceedings, 90(4), 432–440. http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012

Shanafelt, T. D., Mungo, M., Schmitgen, J., Storz, K. A., Reeves, D., Hayes, S. N., … Buskirk, S. J. (2016). Longitudinal Study Evaluating the Association between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. Mayo Clinic Proceedings, 91(4), 422–431. http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.001

Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. Mayo Clinic Proceedings, 92(1), 129–146. http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004

Shanafelt, T., Goh, J., & Sinsky, C. (2017). The Business Case for Investing in Physician Well-being. JAMA Internal Medicine. http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.4340

Shanafelt, T., Sloan, J., Satele, D., & Balch, C. (2011). Why do surgeons consider leaving practice? Journal of the American College of Surgeons, 212(3), 421–422. http://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.11.006

Shirom, A. (2003) . Job-related burnout. In : Quick, J.C. & Tetric, L.E. (Eds). Handbook og Occupational Health Pschology . Wasington, D.C. : American Psychological Association, 245 -265.

Swensen, S., Shanafelt, T., & Mohta, N. S. (2016). Leadership Survey: Why Physician Burnout Is Endemic, and How Health Care Must Respond. NEJM Catalyst, 1–20. Retrieved from https://catalyst.nejm.org/physician-burnout-endemic-healthcare-respond/

Tzischinsky, O., Zohar, D., Epstein, R., Chillag, N., & Lavie, P. (2001). Daily and yearly burnout symptoms in Israeli shift work residents. Journal of Human Ergology, 30(1-2), 357–362. Retrieved from http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=14564908&retmode=ref&cmd=prlinks

Welp, A., Meier, L. L., & Manser, T. (2014). Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. Frontiers in Psychology, 5(OCT), 1–13. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01573

Williams, E. S., Konrad, T. R., Scheckler, W. E., Pathman, D. E., Linzer, M., McMurray, J. E., … Schwartz, M. (2001). Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. Health Care Management Review, 26(1), 7–19. http://doi.org/10.1177/108482239500700204

Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care. Health Care Management Review, 32(3), 203–212. http://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59

Yea-Wen Lin. The causes, consequences, and mediating effects of job burnout among hospital employees in Taiwan. Journal of Hospital Administration, 2013, Vol. 2, No. 1

ד"ר סטנלי רבין, פרופ' בנימין מעוז, ד"ר יובל שורר, ד. א. מ. (2010). פרק 3 - תסמונת השחיקה המקצועית אצל רופאים ואנשי מקצועות הבריאות. In משיב הרוח (pp. 28-40).

Robert E. Potter The I ncidence of Professional Burnout Among Canadian Speech Language

Pathologists. Journal of Speech-Language Pathology and Audiology· Vo!. 19. No. 3. September 1995.

Nóbrega CB, Barboza P The Speech Therapist Gets Sick: Burnout Syndrome And Hospital Speech Therapy – A Review. CEFAC. 2014 Mai-Jun; 16(3):985-990

Balogun JA, Titiloye V, Balogun A, Oyeyemi A, Katz J. Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists. J Allied Health. 2002 Fall;31(3):131-9.

Radiologist burnout: Worse than we thought? By Kate Madden Yee, AuntMinnie.com http://www.auntminnie.com/index.aspx?sec=ser&sub=def&pag=dis&ItemID=116171

Singh, N., Knight, K., Wright, C., Baird, M., Akroyd, D., Adams, R. D. and Schneider, M. E. (2017), Occupational burnout among radiographers, sonographers and radiologists in Australia and New Zealand: Findings from a national survey. J Med Imaging Radiat Oncol, 61: 304–310.

מקורות לפרק 'ארגז הכלים':

Bakker, A. B., Van Emmerik, H., & Van Riet, P. (2008). How job demands, resources, and burnout predict objective performance: A constructive replication. Anxiety, Stress and Coping, 21(3), 309–324. http://doi.org/10.1080/10615800801958637

Cooper, C.L.,Dewe, P.D. , & O'Driscoll, M.P. (2011). Employee assistance programs: Strenghts, challenges, and future roles. In : Quick, J.C. & Tetric, L.E. (Eds). Handbook og Occupational Health Pschology . Wasington, D.C. : American Psychological Association, 2 ed , 337 -356.

Dunn, P. M., Arnetz, B. B., Christensen, J. F., & Homer, L. (2007). Meeting the imperative to improve physician well-being: Assessment of an innovative program. Journal of General Internal Medicine, 22(11), 1544–1552. http://doi.org/10.1007/s11606-007-0363-5

Dyrbye, L., Shanafelt, T., Sinsky, C., Cipriano, P., Bhatt, J., Ommaya, A., … Meyers, D. (2017). Burnout Among Health Care Professionals A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care. National Academy of Medicine, 1–11. Retrieved from https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/07/Burnout-Among-Health-Care-Professionals-A-Call-to-Explore-and-Address-This-Underrecognized-Threat.pdf

Linzer M, et al. (2015). A cluster randomized trial of interventions to Improve work conditions and clinician burnout in primary care; Results from the Healthy Work Place (HWP) study. J Gen Intern Med 30 (8); 1105 -1011.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry, 15(2), 103–111. http://doi.org/10.1002/wps.20311

Morgan, P., Simpson, J., & Smith, A. (2015). Health care workers' experiences of mindfulness training: a qualitative review. Mindfulness, 6(4), 744-758. DOI: 10.1007/s12671-014-0313-3

Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., … Esmail, A. (2017). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians. JAMA Internal Medicine, 177(2), 195. http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674

Shanafelt, T. D., Gorringe, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., … Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. Mayo Clinic Proceedings, 90(4), 432–440. http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012

Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. Mayo Clinic Proceedings, 92(1), 129–146. http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004

Shanafelt, T., Goh, J., & Sinsky, C. (2017). The Business Case for Investing in Physician Well-being. JAMA Internal Medicine. http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.4340

Shirom, A. (2011). Job-related burnout: A review of major research foci. In : Quick, J.C. & Tetric, L.E. (Eds). Handbook og Occupational Health Pschology. Wasington, D.C. : American Psychological Association, 2 ed , 223 -242.

Shirom,A., Nirel, N., & Vinokur, A. (2006). Overload, authomy , and burnout as predicors of phycicians' qulity of care . J Occup Health Psychol, 11: 328 -342.

Swensen, S., Kabcenell, A., Shanafelt, T., & Clinic, M. (2016). Physician-Organization Collaboration Reduces Physician Burnout and Promotes Engagement: The Mayo Clinic Experience. Journal of Healthcare Management, 61(2), 105–128.

Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., et al., (2012). Burnout and risk of coronary heart disease: A prospective study of 8838 employees. Psychosom Res, 74: 840 -847.

Toker, S.,& Melamed, S. Stress, recovery and sleep. In: Cooper,C.L. & Quick, J.C. (Eds). The handbook of stress and health: A guide to research and practice. Chichester, UK: Wiley, 168 -185.

Wellness at work: The promise and pitfalls. (2017). McKinsey Quarterly. Retrieved from https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/wellness-at-work-the-promise-and-pitfalls?cid=other-eml-nsl-mkq-mck-oth-1711- nct&hlkid=fd71880a4d1741ba8878dd3940dc4845&hctky=10209485&hdpid=9c93aea9-c2da-457f-ab65-7d3618e698e6

West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 388(10057), 2272–2281.

West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., … Shanafelt, T. D. (2014). Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism. JAMA Internal Medicine, 174(4), 527.

Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care. Health Care Management Review, 32(3), 203–212.

סמפטומים לשחיקה בעבודה:

מלאך-פינס, א'. שחיקה נפשית: מהותה ודרכי התמודדות עימה. תל אביב, צ'ריקובר, 1983.

Job burnout: How to spot it and take action: https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/burnout/art-20046642

Maslach,C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. : Maslach Burnout Inventory Manual Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press,,1996.

Kristensen, Tage & Borritz, Marianne & Villadsen, Ebbe & Christensen, Karl. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. Work and Stress - WORK STRESS. 19. 192-207. 10.1080/02678370500297720.

התעמרות בעבודה:

ויקיפדיה: https://tinyurl.com/ycwg5ljq

אסף רוזנברג, התעמרות בעבודה, באתר נציבות שירות המדינה, 29 באוגוסט 2016

Bassman ES Abuse in the workplace: management remedies and bottom line impact (1992)

Hoel, H. & Cooper, C.L. Destructive Conflict and Bullying at Work, Sponsored by the British Occupational Health Research Foundation, Manchester School of Management, UMIST (2000)

תפקיד המנהל במניעה והשפעה על לחץ ושחיקה בעבודה:

Preventing stress: promoting positive manager behavior. Chartered Institute of Personnel and Development. https://goo.gl/D4MH9H

Reducing work related stress-a guide for managers. https://goo.gl/gpP4sK

Line management behavior and-stress-at-work line manager's guidance. https://goo.gl/36NqVX