

למידה ארגונית במחלקות האשפוז בבית חולים

חקר מקרה

אורית שמיר בלדרמן¹

תקציר

מטרת מחקר זה הינה לבדוק את הלמידה הארגונית במחלקות האשפוז בבית חולים תוך השוואת המאפיינים שלהן, כגון תרבות ארגונית, מנגנונים המעודדים למידה ארגונית ומבנה ארגוני. למרות שמחקרים רבים בדקו את הקשר בין למידה ארגונית לתרבות ארגונית, אף אחד לא בדק האם רמות הלמידה שונות בתוך ארגון נתון ואם כן, אילו גורמים מובילים להבדל זה. המחקר נערך ב-17 מחלקות רפואיות של בית חולים גדול בישראל. נבדקו שלוש קטגוריות עיקריות של משתנים: מיפוי מנגנוני הלמידה; אפיון התרבות הארגונית; ובחינת המבנה הארגוני של מחלקות שונות. הלמידה הארגונית נמדדה באמצעות מערך מנגנוני למידה ארגוניים (מנגנוני הלמידה) המשמשים בכל מחלקה רפואית כפי שהיא נתפסת על ידי צוות הרופאים בכל מחלקה. בהתאם למשוער, נמצא שהמחלקות אכן שונות אחת מהשנייה, במידה שבה נעשה שימוש שיטתי במנגנוני-למידה ארגוניים. המאמר מציג ודן בהשפעות של כמה גורמים מבניים ותרבותיים וההשפעה שלהם על רמות הלמידה הארגונית של אותן מחלקות. לפיכך, המאמר שופך אור חדש על הרעיון של למידה ארגונית. המחקר מצביע על החשיבות והצורך של ארגונים לאמץ תרבות המעודדת שימוש במנגנוני למידה ארגוניים אלו ליצירת למידה ארגונית יעילה ומתמשכת. מבחינה יישומית המאמר מדגיש את הצורך בהגברת המודעות בקרב מנהלי מחלקות בתי החולים ללמידה ארגונית כתהליך חיוני להתמודדות עם שינויים סביבתיים תכופים.

מבוא

בשנים האחרונות, ידע זמין והון אנושי נתפסים יותר ויותר כמשאבים קריטיים עבור מוסדות בריאות, במיוחד בבתי חולים המתמודדים עם דפוסי חברתיים ותעשייתיים משתנים. צוות בית החולים בכלל, והרופאים בפרט, נדרשים להיות מעורבים בתהליך מתמשך של למידה ארגונית במטרה לשפר את בסיס הידע הרפואי שלהם, לתת שירות מעולה למטופליהם, לבנות תרבות למידה ולחזק את המחויבות הארגונית של הצוות הרפואי (Schwandt & Marquardt, 2000; Tsai, 2014).

כיום, הדעה הרווחת היא שיכולתם של ארגונים ללמוד היא יתרון תחרותי שבא לידי ביטוי במאמצי הצמיחה וההישרדות שלהם (Nielsen et al., 2011). לכן למידה ארגונית חיונית כאשר החברה מאופיינת בעומס מידע ובצבירת ידע מואצת. ההנחה העומדת בבסיס מחקר זה היא שהתאמה בין מאפיינים ארגוניים וסביבתיים משפיעה על האפקטיביות הארגונית. במילים אחרות, יעילות הארגון תלויה במידת ההתאמה בין מאפייני הארגון לבין מאפייני הסביבה הארגונית (Pennings, 1998). הנחה זו נובעת מגישת התיאוריה של המערכת הפתוחה (Open-system theory). לפי גישה זו, מערכת מוגדרת כאוסף של אלמנטים ארגוניים משותפים וקשורים זה לזה, התורמים לתפקודה כמערכת (Katz & Kahn, 1978).

¹ ד"ר אורית שמיר בלדרמן, החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה והחוג למדעי ההתנהגות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל, orits@yvc.ac.il

ההנחה היא שארגונים בסביבה דינמית ומשתנה שבה ידע הוא משאב קריטי פיתחו רמות שונות של למידה המעוגנות בתרבות ארגונית תומכת למידה (Talbot et al., 2015) יתרה מכך, ואסאלו (Vassalou, 2001) מצביעה במחקרה על חשיבות הלמידה הארגונית בארגוני בריאות: "למידה עשויה להפוך ליתרון תחרותי בר-קיימא עבור כל הארגונים, במיוחד בתעשיות עתירות ידע. לפיכך, ארגוני-בריאות לא רק מייצגים מגזר עתיר ידע, אלא הם גם מספקים שירות מורכב במיוחד, המאופיין באינטראקציה של ריבוי דיסציפלינות ובצורך בעדכון מתמיד בטכניקות הרפואיות העדכניות ביותר" (עמ' 355). אבל האם יש רמה אחידה של למידה בתוך ארגון נתון? מטרת מחקר זה היא לבחון את הגורמים המשפיעים על הבדלים ברמות הלמידה בבית חולים כארגון מבוסס-ידע (Knowledge-based organization).

סקירת ספרות

ארגונים מבוססי ידע והייטק

הספרות מציגה מספר הגדרות של ארגוני היי-טק וארגונים מבוססי-ידע הנגזרות מגישות שונות לחקר תופעה זו. הול ועמיתיו (Hall et al., 1987) חשפו חמישה מאפיינים של ארגונים מבוססי-ידע: (א) סוג התפוקה (מוצרים או שירותים המבוססים על חדשנות או טכנולוגיות חדשות); (ב) סוג הטכנולוגיה; (ג) מידת ההשקעה במחקר ופיתוח; (ד) סביבה סוערת המאופיינת בשינוי מתמיד (כגון, התמודדות עם מתחרים, צרכי לקוחות ורגולציה של מוצרים חדשים); וכן (ה) מידת ההתמחות של מקצועות, התפקידים והמוצרים בארגון. מאפיין נוסף של ארגונים מבוססי-ידע הוא קריטריון ההשכלה, הקובע כי 10% או יותר מכלל המועסקים הם בעלי יכולת טכנית גבוהה. המאפיין האחרון מדגיש סביבה המאופיינת בשינויים תכופים, בעיקר בשל טכנולוגיה, מוצרים ושוקים חדשים (Chorev & Anderson, 2006). מכאן שבתי חולים מתאימים להגדרה זו, משום שאחוז גדול מעובדי הליבה (רופאים) הם אנשי מקצוע בעלי השכלה גבוהה העוסקים בקדמת הידע בתחום פעילותם.

למידה ארגונית

למרות שהמושג למידה ארגונית נמצא בשימוש נרחב על ידי חוקרים ואנשי מקצוע זה זמן רב, נראה שאין הגדרה סטנדרטית ומקובלת (Örtenblad, 2002). לפיכך, חוקרי ארגונים עדיין שונים בהשקפתם ודרכי המדידה הנכונות של המושג למידה ארגונית. אולם עבור מספר חוקרים, למידה ארגונית מייצגת דפוס התנהגות המאפשר לארגון נתון להתאים את עצמו באופן יעיל ומהיר לסביבה המשתנה במהירות (Jones, 2013; Schein, 1999). יכולת זו מתאפשרת באמצעות הפקת לקחים מניסיון ותיקון שגיאות עבר (Khalifa & Ayoubi, 2015).

כדי להסביר את המשמעות של למידה ארגונית, פופר וליפשיץ (Popper & Lipshitz, 2000) טענו כי יש צורך להבחין בין למידה בארגונים (למידה ברמת הפרט) לבין למידה על ידי ארגונים (למידה ברמת הארגון). זו האחרונה מתרחשת ברגע שחברי הארגון מחליפים מידע, חולקים ידע ומשתפים פעולה באופן הדדי כדי לשפר את ביצועי הארגון שלהם. אורטנבלד (Örtenblad, 2018) מנה שלושה מאפיינים של למידה ארגונית: ראשית, היות הארגון מאפשר למידה המתרחשת בארגון, המבוצעת על ידי יחידים ("Organization as facilitator"); שנית, הארגון הוא יחידת למידה נוספת ("Organization as learning unit"); ושלישית, הארגון הוא תהליך הקצה (בניגוד לתוצר הסופי) התלוי בלמידה ומסתמך על קיום למידה מתמשכת ("Organization as end process").

גישה אחרת, בה התמקד המחקר הנוכחי, שהוצעה על ידי ארגיריס ושוין (Argyris & Schön, 1996) רואה בלמידה ארגונית תהליך שינוי המאופיין בשתי רמות: למידת לולאה אחת ולמידת לולאה כפולה. המודל הידוע הזה הורחב על ידי שניל וצ'ק (Snell & Chak, 1998) לשלוש רמות למידה, תוך הוספת לולאת למידה משולשת. בקצרה, הלולאה הראשונה מתייחסת לרמה הנמוכה והנפוצה ביותר של למידה ארגונית - כלומר, יחסים אישיים ובינאישיים. זהו השינוי הנפוץ ביותר שמתרחש ברמה זו. עם גילוי טעות או תקלה בהשגת המטרות, אנשים או ארגונים מנסים דרכים שונות להשיג את מטרותיהם במצב נתון. מכיוון שסוג זה של למידה מתרחש במסגרת נתונה של מטרות והנחות יסוד, ניתן לטפל בשגיאות ותקלות משמעותיות על ידי שינוי אסטרטגיות. עם זאת, שינוי פשוט של אסטרטגיות לרוב אינו מספיק לפתרון בעיות ודילמות בלתי פתירות יותר ואף עלול להחמיר את המצב. למידת לולאה כפולה, לעומת זאת, מתייחסת לשינויים בהנחות הבסיסיות הארגוניות ודורשת מהארגון להעריך חלופות שונות לשינוי תפיסת המציאות, שינוי בהנחות היסוד, שינוי היעדים והערכים של המשתתפים. לולאה משולשת מתייחסת לרמת הלמידה הגבוהה הנדירה ביותר בארגונים ומבוססת על שתי שאלות עיקריות: "למה אנחנו עושים את זה?" ו"מה המטרה שלנו?". לפיכך, הלולאה המשולשת מייצרת תהליכים שמטרתם יצירת חשיבה חדשה ומפות מנטליות ברחבי הארגון. למידה כזו מובילה לשינויים מהותיים בתכונות הארגון, המבנים והתהליכים; מעל לכל, הוא מביא לשינוי בהנחות היסוד העומדות בבסיס המחשבות וההתנהגויות של המשתתפים. לפיכך, למידה בלולאה משולשת משפרת את יכולתם של ארגונים לשמור על תהליכי למידה מתמשכים. רמות הלמידה הגבוהות יותר מאופיינות אפוא בהפצת מידע חדש, מסגור מחדש של בעיות, הפקת לקחים מניסיון קודם ושיתוף של ידע חדש שהושג. מאפיינים אלו ודומים להם קיבלו ביטוי קונקרטי יותר בצורה של מנגנוני למידה ארגוניים (Popper & Lipshitz, 1998, p. 170).

מנגנוני למידה ארגוניים

מנגנוני למידה מייצגים "הסדרים מבניים ופרוצדורליים ממוסדים המאפשרים לארגונים לאסוף, לנתח, לאחסן, להפיץ ולהשתמש באופן שיטתי במידע הרלוונטי לביצועי הארגון וחבריו" (Popper & Lipshitz, 1998, p. 170). נחמקין (2002) גוזר שישה מנגנוני למידה מובחנים מתוך ההגדרה הרחבה שמציעים פופר וליפשיץ (Popper & Lipshitz, 1998). (א) איסוף נתונים: איסוף וסריקה שיטתית של נתונים שניתן להשיג בסביבת הארגון (למשל, ביצוע סקרים ומחקר שיווקי, קריאת חומר מקצועי). (ב) אחסון נתונים: אחסון שיטתי של נתונים בצורת מסמכים, דוחות וקבצים ממוחשבים וכן יכולת מהירה של אחזור נתונים. (ג) ניתוח נתונים: עיבוד ותחושה שיטתית של נתונים זמינים. הנתונים עשויים להיות בצורה של נתונים כמותיים (למשל סטטיסטיקה) או מידע איכותי (למשל חקר מקרה). (ד) הפקת לקחים: עזרה לארגון להפיק לקחים ראויים מהנתונים המנותחים (למשל, מסקנה שיש לשנות שיטות שיווק או תהליכי עבודה מסוימים). (ה) הפצת ידע: מתן אפשרות להפצת ידע חדש שנרכש ברחבי הארגון. העברה כזו מתבצעת באמצעות הרצאות, מצגות, דואר אלקטרוני ואמצעי תקשורת פנימיים אחרים. (ו) ניצול ידע: טיפול בהפיכת תובנות ורעיונות מופשטים לפרקטיקות קונקרטיות (כלומר, משוב, הדרכה, ריענון נהלים ויישום שיטות עבודה חדשות).

השימוש במנגנונים אלו במחקר הנוכחי מבוסס על ההנחה שהם משמשים כאינדיקטורים מדידים של למידה ארגונית. במילים אחרות, ההנחה היא שככל שארגון מיישם את המנגנונים הללו בצורה אינטנסיבית יותר על בסיס קבוע, כך רמת הלמידה הקולקטיבית באותו ארגון גבוהה יותר. מכאן שמנגנונים אלו משמשים כמנועי למידה המייצרים ידע חדש בארגון וכן שינוי ופיתוח ארגוני כתוצאה מלמידה ארגונית.

מערכות הבריאות בארץ ובעולם

בסביבה הארגונית של מערכת הבריאות בארץ ובעולם חלו שינויים שהביאו בעקבותיהם לרפורמות ולשינויים אסטרטגיים, הן בדרכי הפעולה של מרפאות ובתי החולים והן במבנה הארגוני שלהם (שאשא, 1999; שלום והריסון, 1999). הספרות מציעה מספר גורמים המסבירים את מגוון השינויים שהתרחשו במערכת הבריאות: ראשית, **הפחתה במימון הציבור** כתוצאה מנטיית של המדינה לבלום את העלויות ההולכות וגדלות של הוצאות הבריאות ברמה הלאומית. הטענה היא שגידול זה עלול להביא להתמוטטות המערכת הציבורית והמערכת הכלכלית כאחד (גרוס ורוזן, 1992; דין וחשבון, 1990; ישי 1994). שנית, **שינויים דמוגרפיים** הכוללים גידול באוכלוסייה והזדקנותה. שינויים אלה מביאים לכך שמרבית צרכני שירותי הבריאות הינם מבוגרים וקשישים, הסובלים לרוב ממחלות כרוניות וחלקם בעלי הכנסה נמוכה, מה שגורם לעלייה בהוצאות הבריאות הממשלתיות (יובל ואחרים, 1997; Fennell & Alexaner, 1993). שלישית, **המהפכה השלישית (מהפכת המידע)** המאופיינת בהצפת מידע ובגישה מהירה וחופשית למאגרי מידע רבים. שינויים אלה יצרו מצב שבו הלקוחות יודעים יותר, מודעים יותר ולכן גם דורשים יותר, הן בכל הנוגע לרמת השירות והן בנוגע למידע וקבלת חוות דעת מקצועיות נוספות (O'Donovan & Dymna, 1995). רביעית, **שינויים בסביבת בתי החולים**. שינויים אלו מחולקים לשני סוגים עיקריים: הראשון, שינויים בסביבה הלאומית - החלת הרפורמה במערכת הבריאות (סוגיה אשר תורחב בהמשך הסקירה) והטלת תשלום דיפרנציאלי על שירותים רפואיים מסוימים; השני, שינויים בסביבה המקומית - שינויים שקשורים בתחרות על מוניטין ויוקרה רפואית (גרוס ואחרים, 1999; שלום והריסון, 1999), תחרות הבאה לידי ביטוי בחיזוק קשרים עם הקהילה, מכירת שירותים בשעות אחר הצהריים, פרסום בכלי התקשורת ואף תחרות בהעסקת רופאים בעלי שם (Chinitz & Rosen, 1993) ולבסוף, **ידע וטכנולוגיה רפואית**. התפתחות טכנולוגית מואצת, מתקדמת ויקרה שמובילה לגידול הן בהוצאות הרכישה והן בהוצאות הקשורות לאבחון וטיפול (דין וחשבון, 1990). שינויים טכנולוגיים אלה הביאו לשורה של שינויים נוספים בבתי החולים, כגון ריבוי מקצועות רפואיים ופרה-רפואיים, שינויים בתהליכי ודפוסי הטיפול בחולים והתמקצעות גוברת (שלום והריסון, 1999). באופן כללי מערכת הבריאות בישראל, בדומה לשאר המערכות החברתיות, נמצאת בעיצומם של תהליכי שינוי.

מערכת הבריאות בישראל

בישראל, בדומה לשאר המדינות המפותחות בעולם קיימים שלושה סוגים עיקריים של בתי חולים: בתי חולים פרטיים המופעלים למטרות רווח, בתי חולים ציבוריים שבהם הרווחים מיועדים להשקעה חוזרת בפעילות הארגון (מלכ"ר) ובתי חולים בבעלות ממשלתית. בישראל קיימת קטגוריה נוספת והיא בתי חולים בבעלות קופת חולים כללית (ישי, 1994, ניראל ושטרן, 1992). החלק הגדול ביותר מבתי החולים במדינה הוא בבעלות פרטית (29%), וחלק קטן יותר בבעלות ממשלתית (23%). בחינת התפלגות ספקי מיטות האשפוז מעלה שרוב מיטות האשפוז נמצאות בתי החולים שבבעלות ממשלתית (27.2%). בתי החולים שבבעלות קופות החולים כוללים 30% מכלל מיטות האשפוז בישראל. בתי החולים הציבוריים מאיישים 20% ממיטות האשפוז, ואילו בתי החולים הפרטיים כוללים 35% מכלל מיטות האשפוז (קוך דבידוביץ', 2015).

כפי שצוין קודם לכן, בדומה למערכות הבריאות בעולם כולו, גם מערכת הבריאות בישראל נמצאת בעיצומם של תהליכי שינוי. שני תהליכים מרכזיים השפיעו על מבנה ותפקודה של מערכת זו. התהליך הראשון הינו החלת חוק בריאות ממלכתי, שנכנס לתוקפו ב-1995, ועיקרו הפרדה בין המימון המרכזי של מערכת הבריאות באחריות המדינה לבין ביזור מתן השירות בין קופות החולים שתפעלנה במסגרת של תחרות מנוהלת. החוק למעשה אינו עוסק באופן ישיר בבתי החולים אך הוא בהחלט משפיע עליהם, בעיקר בכל הקשור ללקוחות ולתחרות עליהם (שירום, 1992). התהליך השני הוא תאגוד בתי החולים. מניעי המדינה לתהליך זה היו

צמצום עלויות וריסון העלייה בהוצאה על שירותי הבריאות וזכייה בתמיכה ציבורית כתוצאה מייעול ושיפור שירותי הבריאות (ברג ואחרים, 1997; ישי, 1994).

לסיכום, ארגוני בריאות מאופיינים כשילוב מעניין של ארגונים חברתיים המספקים שירותים לאוכלוסייה מצד אחד, וארגונים פורמליים-מכניים המתנהלים על בסיס בירוקרטי ומאופיינים בחלוקת עבודה, חוקים ותקנות כתובים ומבנה היררכי של סמכות ואחריות מצד שני. השוואת ארגוני הבריאות בארץ לארגוני בריאות שונים בעולם מראה שלמרות הדמיון הרב ביניהם, מאפיינים היסטוריים, פוליטיים וביטחוניים מייחדים אותה ממערכות הבריאות האחרות (מילגרום ונבו, 1991).

למידה ארגונית בארגוני בריאות

למידה ארגונית בארגוני בריאות (HCOs) חיונית ללמידה במערכות דינמיות מורכבות ומקושרות זו בזו באמצעות העברת מידע רלוונטי ותכופ (Tsai, 2014; Schwandt & Marquardt, 2000). למידה ארגונית בארגוני בריאות אינה התערבות חד פעמית, אלא תופעה ארגונית מתמשכת המתרחשת באמצעות למידה פורמלית ובלתי פורמלית הקשורה, למשל, לשינוי ארגוני. ככזה, שינוי ארגוני מעודד את הלמידה הארגונית ובכך מיישמת ידע ושיטות חדשות ליצירת שינוי ארגוני (MacKenzie et al., 2008; Ratnapalan & Uleryk, 2014).

החשיבות של למידה ארגונית בארגוני הבריאות היא לספק את הבסיס למערכות דינמיות מורכבות ומקושרות זו בזו שבהן כל מחלקות האשפוז (המהוות את הליבה הטכנית) חייבות ללמוד ולבצע את תפקידן כדי לשפר את הטיפול ברמה הארגונית (Katz & Kahn, 1978; Gonçalo & Borges, 2010). לפיכך ניתן לומר שהתפקיד העיקרי של מחלקת האשפוז הוא לספק שירותי בריאות בצורה יעילה ובטוחה תוך חינוך דורות צעירים יותר של אנשי מקצוע בתחום הבריאות (Rondeau & Wagar, 2002). למידה רק על ידי יחידים אינה יכולה להניב את התוצאה הרצויה. לפיכך, למידה ארגונית מתרחשת כאשר צוותים לומדים, מבצעים תהליכים, מיישמים מנגנוני למידה כדי להפיק את התוצאה הרצויה ומעריכים את התוצאות שלהם כדי לבצע שינויים בתהליכים ובנהלים שלהם.

במקביל, לתרבות בארגונית יש גם תפקיד מכריע בהנחלת הלמידה הארגונית. מאחר והתרבות הארגונית ממלאת תפקיד חשוב במיוחד בארגוני בריאות, אשר יכולה לתרום רבות ליתרון תחרותי ולסייע בזיהוי ופתרון בעיות (Lipshitz & Popper, 2000; Rondeau & Wagar, 2002).

תרבות ארגונית

אחד הגורמים החשובים שיכולים להשפיע רבות ולעצב את הלמידה הארגונית הוא התרבות הארגונית. מיותר לציין שקשה להגדיר את המושג תרבות ארגונית ולכן אין זה מפתיע שהספרות מכילה מספר הגדרות של מושג זה (Hatch, 1997; Kapetaneas et al., 2015). בנוסף, חוקרים מצביעים על הקשר שבין תרבות ארגונית המעודדת למידה מצטברת ובין תהליך הלמידה (Schein, 1985; Lipshitz & Popper, 2000; Weick & Westley, 1996).

במחקר זה, תרבות ארגונית נתפסת כמערכת של ערכים ואמונות משותפים לחברי ארגון המנחים אותם כיצד עליהם לחשוב ולהתנהג בהקשר הארגוני (Schein, 1999). במובן זה, תרבות ארגונית המטפחת חדשנות, שינוי ויצירתיות משמשת, ככל הנראה, כאדמה פורייה עבור למידה ארגונית. לפיכך, היא עשויה להיחשב כתרבות תומכת למידה (Argyris & Schön, 1996; Cook & Yanow, 2012; Friedman et al., 2005; Popper & Lipshitz, 1998).

בהקשר זה, תרבות תומכת למידה מכילה בין היתר את הערכים הבאים. (א) שקיפות: ערך זה מעודד את המשתתפים לחשוף בגלוי מידע זמין לקבוצת היעד הרלוונטית, אשר יכול לנצל אותו כקלט למטרות למידה (פתיחות לביקורת). (ב) אחריות: ערך זה מצפה מחברי הארגון לקחת אחריות אישית על התוצאות החיוביות והשליליות של החלטותיהם ומעשיהם. (ג) למידה מתמשכת: ערך זה מעודד את חברי הארגון, במיוחד מנהלים, לשמור על תחושת מחויבות מתמדת ללמידה ארגונית ביחידות שבהנהלתם. (ד) התייחסות עניינית: ערך תרבותי זה מכון את חברי הארגון להסתכל בביקורתיות על הטעויות ולא על האנשים שביצעו אותן. (ה) מידע תקף: ערך זה נותן השראה לחברי הארגון להפוך מידע חדש שנרכש לידע טוב, שניתן להשתמש בו למטרות מעשיות (Argyris & Schön, 1996; Popper & Lipshitz, 1998). פופר וליפשיץ (Popper & Lipshitz, 2000) טוענים שכאשר תרבות הניהול שמה דגש על נושא הלמידה, דרך עידוד נורמות ההתנהגות המאפשרות למידה מכישלונות כמו גם מהצלחות ופתיחות והיחשפות לביקורת בונה, גוברת האפשרות ללמידה ארגונית. מכאן, ההנחה הבסיסית מציבה קשר בין תרבות ארגונית ולמידה ארגונית ומכאן נגזרת ההשערה הראשונה:

השערה 1: תרבות תומכת למידה קשורה באופן חיובי למידה בארגונית. כך שככל שקיימת תרבות תומכת למידה ברמה גבוהה יותר כך רמות הלמידה הארגונית תהיינה גבוהות יותר.

מבנה ארגוני

למרות שניתן לראות את התרבות הפנימית של ארגון כתוכנה שלו, ניתן לראות את מבנה הארגון כחומרה שלו (Popper & Lipshitz, 1998). האחרון מוצג בדרך כלל על ידי תצורה של יחידות משנה, דרגים היררכיים, ריכוזיות ופורמליזציה. לפיכך, המבנה הארגוני שונה במידת הנוקשות שלו. הבדלים אלה מוכרים בספרות המחקרית כמבנים ארגוניים "מכניסטיים" לעומת מבנים ארגוניים "אורגניים". מכיוון שמבנים אלה מגיבים באופן שונה לתנאים סביבתיים, ניתן להניח שארגונים בעלי מבנים שונים נבדלים ביכולתם לבצע שינוי, לחדש וללמוד (Lawrence, 1999).

מחקר זה התמקד בשלושה מהמאפיינים שהוזכרו קודם לכן, מתוך הנחה שמאפיינים אלו רלוונטיים במיוחד לבחינת הקשר בין סוג המבנה הארגוני והיתכנות של למידה ארגונית. ריכוזיות מוגדרת כמידת קבלת ההחלטות בדרגים ניהוליים גבוהים. תקינת המשימות היא מאפיין מבני של ארגון, המוגדר כ"אחידות הפעילות הארגונית" (Daft, 1995, p. 16); כלומר, עד כמה התפקוד של האנשים כולל פעילות חזרתית מדודה. בבחינת הקשר בין מבנה ארגוני לתהליכים ארגוניים אחרים, מצאו החוקרים כי בארגונים בעלי שגרת עבודה אחידה, קשה להכניס שינויים וחידושים אסטרטגיים (Lawrence, 1999). פורמליות היא "המידה שבה התנהגות ודרישות תפקודיות בארגון מוגדרות באופן מפורש ופורמלי" (Daft, 1995, p. 16). במחקר זה, המידה שבה מבנה הארגון נוטה לצורה מכניסטית או אורגנית מוגדרת על ידי שלושה ממדים: סטנדרטיזציה, פורמליזציה וריכוזיות. בהקשר זה, בארגון פורמלי המתאפיין בשימוש נרחב בהגדרות כתובות, הנחיות רשמיות להתנהגות ותיעוד, קשה להתאים ולבצע התאמות נדרשות בהתאם לאילוצי הסביבה. מבנה ארגוני אורגני, לעומת זאת, היא מבנה ארגוני שבו תהליכים, פעילויות ויחסים בין אישיים מאופיינים בחוסר פורמליות, פתיחות וגמישות, המאפשרים חדשנות ויזמות (סמואל, 2012). על בסיס הנחה זו, נגזרת ההשערה השנייה:

השערה 2: ארגון בעל צורת מבנה מכניסטי נוטה ליישם פחות מנגנוני למידה מאשר ארגון בעל צורת מבנה אורגני.

שיטה

חלק זה מתאר את השיקולים העומדים בבסיס עיצוב המחקר ומציג את משתני המחקר, כלי המחקר והאפיון של משתתפי המחקר.

מחקר זה נערך כחקר מקרה, מכיוון שספרות המחקר לא התייחסה למדידת למידה ארגונית במחלקות של ארגון נתון. שיטת חקירה זו גמישה ומאפשרת צפייה בו-זמנית במשתנים וגורמים רבים בניסיון להבין תופעה אחת לעומקה ובכך להניח בסיס למחקרים עתידיים (Ridder, 2017). ההנחה העומדת בבסיס מחקר זה היא שקיימים הבדלים משמעותיים בין יחידות משנה ארגוניות (לדוגמה, מחלקות אשפוז) בארגונים. כלומר, יחידות ארגוניות אינן זהות מבחינה מבנית ותפקודית, ולכן סביר להניח שכל מחלקה אשפוזית תתאפיין בת-תרבות או מערכת מנגנוני-למידה שונים, מה שעשוי להשפיע על רמת הלמידה הארגונית.

הספרות המחקרית מציגה מקרים שונים שנערכו במוסדות בריאות ובתי חולים. העיקריים שבהם נערכו על ידי Vassalou (2001) ופופר וליפשיץ (Popper & Lipshitz, 2000), שחקרו את נושא של למידה ארגונית בבית חולים. המחקר הראשון בחן את הנושא של למידה ארגונית בניסיון להבין את ההבדלים בין למידה ארגונית ללמידה אינדיבידואלית. המחקר השני בחן נושא זה בהתבסס על הגישה המבנית-תרבותית של למידה. בשני המחקרים לא נבדקו רמות הלמידה הארגונית, כמתואר במודל Argyris & Schön (1996), ולא ניתנה התייחסות לגורמים המשפיעים על ההבדלים בין המחלקות השונות בארגון. המחקר הראשון ניתח את הארגון כמערכת שלמה, ואילו המחקר השני ניתח שתי מחלקות רק לפי גורמים מבניים ותרבותיים. לכן, כדי לבחון הבדלים ברמות הלמידה ארגונית של מחלקות שונות באותו ארגון, המחקר הנוכחי ערך מחקר גישוש המבוסס על גישת חקר מקרה שלוקח בחשבון את שני גורמים אלה - הגורם התרבותי והגורם המבני.

אוכלוסייה ודגימה

המחקר הנוכחי נערך במרכז רפואי ציבורי גדול בישראל. לפיכך, מחקר זה התמקד למעשה בחקר מקרה של בית חולים כללי המייצג ארגונים דומים מבוססי-ידע המספקים שירותי בריאות. היות שלהנהלת המרכז ולרופאים שהשתתפו במחקר זה הובטח לשמור על סודיות, שמו של הארגון וכן פרטים שעשויים לזהותו לא יצינו כאן. באופן כללי, המבנה, הרכבו, הניהול והטכנולוגיה שלו דומים לבתי חולים כלליים מתקדמים רבים בעולם המערבי. בחירת בית החולים המסוים התאפשרה בשיתוף פעולה של ההנהלה הבכירה שלו.

כפי שתואר קודם לכן, סיווג המבנה לאורגני או מכאני מבוסס על שלושה ממדים: סטנדרטיזציה, פורמליזציה וריכוזיות. מכיוון שהארגון מאופיין ברמת ריכוזיות ופורמליות גבוהה יותר, הוא מסווג כארגון בעל מבנה מכניסטי. לצורך מחקר זה שימשו מחלקות האשפוז הפועלות בבית חולים זה כיחידות הניתוח (טבלה מספר 1 מפרטת את שמות המחלקות). בית החולים כולל 22 מחלקות אשפוז; מתוכם, 17 (77%) שיתפו פעולה עם המחקר וסיפקו את כל הנתונים המבוקשים. מחלקות אלו מייצגות שלושה סוגים עיקריים של אוריינטציה מקצועית: (א) טיפול פנימי ברפואה, (ב) ניתוחים וטיפולים פולשניים מסוגים שונים ו-(ג) טיפול רפואי מיוחד בילדים.

מדגם הרופאים להם נמסרו שאלונים כלל מנהלי מחלקות וסגניהם, רופאים בכירים, מומחים ומתמחים. מתוך 193 רופאים המועסקים במרכז הרפואי, 138 השתתפו במחקר (כ-70% אחוז היענות). מן הראוי להדגיש כי יחידות הניתוח במחקר זה הן מחלקות רפואיות ולא הרופאים המשיבים עצמם, שכן מדובר בלמידה ארגונית ולא אישית.

טבלה מספר 1: התפלגות הרופאים לפי מחלקות

המחלקה	שם המחלקה	מספר הרופאים במחלקה	מספר המשיבים
1	פנימית ה'	15	6
2	נשים	15	11
3	אורטופדיית ב'	7	5
4	פנימית א'	5	5
5	כירורגיה א'	14	7
6	פנימית ג'	14	9
7	המטולוגיה	16	9
8	ילדים ב'	15	9
9	פנימית ד'	10	10
10	ראומטולוגיה	14	10
11	ילדים א'	12	9
12	קרדיולוגיה	7	6
13	פנימית ב'	18	10
14	כירורגיית חזה	11	5
15	עיניים	15	9
16	אורטופדיית א'	15	10
17	עור	16	8
סך הכל		193	138

כלי המחקר

כדי להעריך את השימוש במנגנוני-הלמידה, תרבות תומכת למידה ומבנה ארגוני, הועברו שלושה שאלונים, ולגבי כל הפריטים, המשתתפים התבקשו לציין הסכמה בסולם של 5 נקודות, כאשר 1 = לא מסכים מאוד ו-5 = מסכים מאוד. כל השאלונים מקוריים אך תורגמו לעברית לנוחות המשתתפים:

- שאלון תהליכי למידה במחלקה (Ellis et al., 1998), נועד לאפיין את התרבות הארגונית של יחידות רפואיות. בניגוד למחקרים קודמים בהם השאלון הועבר לאחיות, המחקר הנוכחי הועבר בפעם הראשונה בקרב רופאים. השאלון מכיל 38 פריטים, מקובצים בחמישה אינדקסים, המציינים את חמשת הערכים התומכים בלמידה שתוארו קודם לכן: שקיפות ($\alpha = .84$ של קרונברג), אחריות ($\alpha = .95$), למידה מתמשכת ($\alpha = .89$), ענייניות ($\alpha = .96$) מידע תקף ($\alpha = .75$).
- שאלון למידה מבוסס ניסיון (Popper & Lipshitz, 1998), נועד למדוד את המידה שבה יחידות ארגוניות מיישמות את מנגנוני הלמידה. השאלון מורכב מ-48 פריטים, מקובצים לחמישה אינדקסים כדלקמן: איסוף נתונים ($\alpha = .85$), אחסון נתונים ($\alpha = .75$), הפצת נתונים ($\alpha = .92$), הפצת ידע באמצעות הכשרת עובדים ($\alpha = .81$), ותהליכי למידה פורמליים ($\alpha = .76$).
- שאלון מבנה ארגוני, מורכב מ-21 פריטים המקובצים בשלושה אינדקסים: ריכוזיות ($\alpha = .85$), סטנדרטיזציה ($\alpha = .72$) ופורמליזציה ($\alpha = .64$) (נחמקין, 2002). על מנת לוודא שהשאלונים אינם מודדים את אותו הדבר בדרכים שונות - כלומר, כדי למנוע קולינאריות בין משתנים - בוצע ניתוח תוקף הבחנה על ידי חישוב מקדמי המתאם של פירסון בין המדדים הכוללים של מנגנוני-הלמידה (X_1), תרבות תומכת למידה (X_2) ו- X_3) OS. ממצאי הניתוח מראים כי השונות המשותפת של משתנים אלה נמוכה למדי ($.47 \leq R_2 \leq .002$) והם חולקים רק 23% מהשונות המשותפת.

ממצאים

לפני הצגת הממצאים, ראוי לציין שמכיוון שהנתונים נאספו באמצעות שאלונים, הממצאים משקפים את התפיסות הסובייקטיביות של המשיבים לגבי המתרחש במחלקות שלהם. תחילה, נבדקו הבדלים במידת היישום של מנגנוני-הלמידה במחלקות הרפואיות. הממצאים חושפים שונות ניכרת בין המחלקות בהקשר זה. הבדלים אלו נבדקו עוד באמצעות מבחן א-פרמטרי של Kruskal-Wallis² (טבלה מספר 2)

טבלה מספר 2: תוצאות ניתוח שונות- שימוש נתפס במנגנוני למידה (n=17)

משתנה	ממוצע	סטיית תקן	ערך X ²	df
תהליכי למידה פורמליים	2.788	0.816	58.099	16
ביזור מידע	3.227	0.769	44.622	16
הכשרת עובדים	2.828	0.805	64.152	16
איסוף מידע	2.848	0.767	51.036	16
שימור מידע	3.547	0.825	37.574	16

P<0.05

מניתוח הטבלה עולה שהבדלים בשימוש במנגנוני הלמידה מובהקים סטטיסטית ביחס לכל ממד של למידה ארגונית שנמדד במחקר זה. בהתבסס על סקירת הספרות, ההנחה הייתה שרמת הלמידה תלויה ומושפעת מהיקף השימוש במנגנוני הלמידה, כך ששימוש רב יותר במנגנוני הלמידה יוביל לרמת למידה גבוהה יותר. כמו כן, הונח כי למחלקות השונות דפוסי התנהגות שונים ותרבות שונה, המשפיעים יחד על השימוש במנגנונים אלו. טבלאות מספר 3 ו-4 ממפות את המחלקות השונות ביחס לממדים אלו. בצעד הבא, כדי למפות את המחלקות על פי שימוש במנגנונים שונים, אוחדו חמשת מנגנוני הלמידה (איסוף נתונים, אחסון נתונים, הפצת נתונים, הפצת ידע ותהליכי למידה פורמליים) לאינדקס משולב אחד המשקף את מנגנוני הלמידה. לפיכך, ככל שהציון גבוה יותר של מחלקה נתונה, כך מיושמים יותר מנגנוני למידה. תרשים מספר 1 מציג את התוצאות של השוואה זו. עיון במוצעי המחלקות מצביע על כך שבמחלקה מספר 5 (כירורגיה א'), השימוש במנגנוני למידה הוא הגבוה ביותר במוצע (4.40); ואילו במחלקה מספר 12 (קרדיולוגיה) קיימת הרמה הנמוכה ביותר של שימוש במנגנונים אלה (2.00). סטיות התקן הקטנות יחסית במחלקות אלו מחזקות טענה זו. בשתי מחלקות בלבד, המטולוגיה וילדים ב' (מספר 7 ו-8 בהתאמה) נמצאו סטיות תקן גדולות. סטיות התקן הגדולות מצביעות על כך שבמחלקות אלו אין תמימות דעים לגבי רמת הלמידה הקיימת במחלקה. ניסיון לבדוק את שכיחות הציונים הגבוהים שקיבלו המחלקות השונות לגבי השימוש במנגנונים או נוכחותם של ערכי תרבות למידה, אינו מספק תשובה חד משמעית לגבי רמת הלמידה זאת בשל המספר המועט של הנחקרים בכל מחלקה ומחלקה והפיזור הגדול בין התשובות.

כמו כן עולה כי ברוב המחלקות השימוש במנגנוני הלמידה הינו נמוך יחסית במיוחד במחלקות שבהן התרבות הארגונית מאופיינת במוצעים נמוכים לגבי עידוד לאחריות, ענייניות, מידע תקף וכמובן שקיפות. מכאן ניתן להסיק כי במחלקה 5 קיימת רמת הלמידה הגבוהה ביותר.

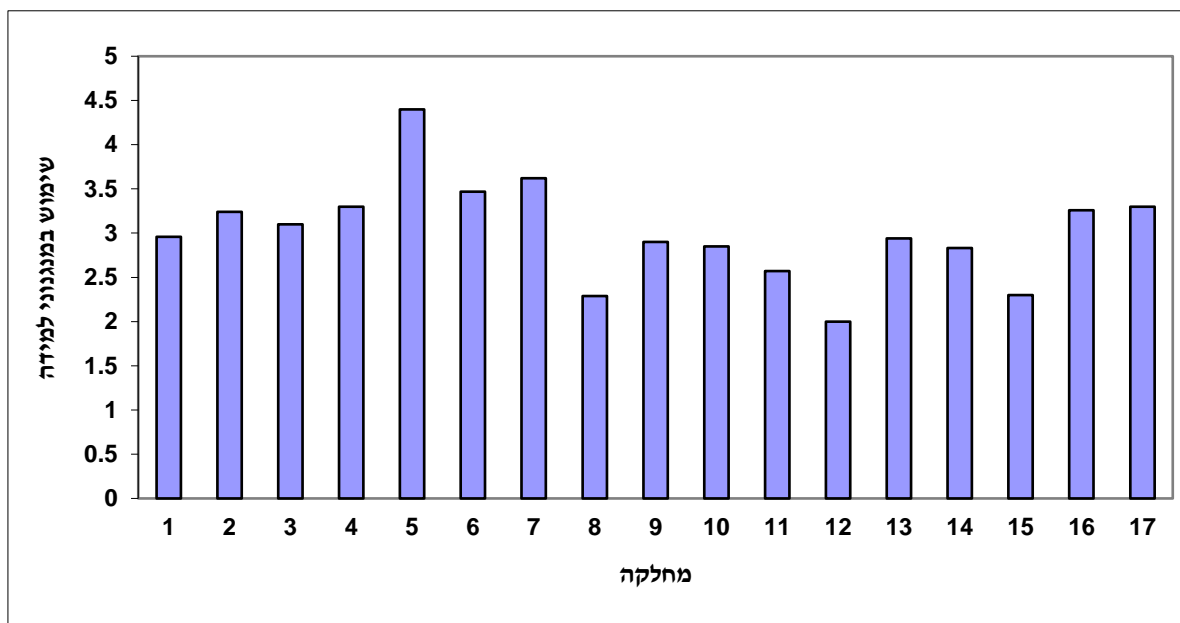
² מאחר וכל קבוצה מכילה מעט מקרים, נערך מבחן Kruskal-Wallis Test – מבחן מקביל ל-One way Anova. הערך שמתקבל הינו X²

טבלה מספר 3: ממוצעי המחלקות בנוגע לשימוש במנגנוני הלמידה*

המחלקה	תהליכי למידה פורמליים	הפצת מידע	הכשרת עובדים	איסוף מידע	שימור מידע
1	2.2889 (0.536)	3.370 (0.181)	2.50 (0.340)	2.833 (0.136)	3.8 (0.529)
2	2.876 (0.458)	3.414 (0.614)	2.889 (0.603)	3.306 (0.699)	3.695 (0.615)
3	2.909 (0.738)	3.425 (0.795)	3.020 (0.914)	2.433 (1.00)	3.710 (0.612)
4	3.132 (0.575)	3.923 (0.693)	2.491 (0.401)	3.106 (3.669)	3.850 (0.675)
5	4.112 (0.425)	3.944 (0.394)	4.050 (0.303)	3.806 (0.429)	4.314 (0.474)
6	3.231 (0.782)	3.716 (0.656)	3.212 (0.708)	3.268 (0.944)	3.911 (0.878)
7	3.787 (0.616)	3.540 (0.915)	3.644 (0.517)	3.439 (0.604)	3.711 (1.162)
8	2.793 (1.010)	2.927 (1.00)	2.701 (0.863)	2.838 (0.979)	3.333 (1.191)
9	2.497 (0.780)	3.204 (0.547)	2.845 (0.7988)	2.785 (0.586)	3.620 (0.511)
10	2.604 (0.565)	2.939 (0.795)	2.736 (0.819)	2.454 (0.621)	3.536 (0.605)
11	2.388 (0.447)	2.827 (0.465)	2.201 (0.512)	2.457 (0.609)	2.977 (1.050)
12	1.772 (0.298)	1.745 (4.339)	2.090 (0.694)	2.111 (0.433)	2.300 (0.701)
13	2.865 (0.421)	3.225 (0.362)	2.535 (0.509)	2.807 (0.255)	3.300 (0.216)
14	2.012 (0.580)	3.022 (0.635)	2.682 (0.997)	2.250 (0.606)	4.200 (1.019)
15	2.114 (0.736)	2.654 (0.758)	1.761 (2.985)	2.015 (0.491)	2.822 (0.971)
16	2.7538 (0.779)	3.375 (0.631)	3.252 (0.552)	2.90 (1.021)	4.020 (0.484)
17	2.967 (0.577)	3.661 (0.291)	3.288 (0.356)	3.072 (0.361)	3.462 (0.611)

* המספרים בסוגריים מציינים את סטיית התקן

תרשים מספר 1 : ממוצעי שימוש נתפס במנגנונים לפי מחלקות



מתרשים מספר 1 ניתן ללמוד כי בממוצע, המחלקות הרפואיות אינן משקיעות מאמצים גדולים בלמידה ארגונית. עם זאת, יש להכיר בכך שהשימוש בממוצע מאוחד (כלומר, הממוצע של חמישה מנגנוני הלמידה) כמדד כולל מחליש סטטיסטית את הערכים ההתחלתיים שהתקבלו על ידי השאלונים. לפיכך, היישום של מנגנוני הלמידה באותן יחידות ארגוניות גבוה במידת מה מהציונים המוצגים בתרשים זה.

כדי לבדוק את ההשערה הראשונה לפיה היישום של מנגנוני הלמידה קיים קשר בין מאפייני התרבות-הארגונית לבין רמת הלמידה הארגונית, חושבו מקדמי פירסון (טבלאות מספר 5 ו-6). מניתוח הממצאים עולה שקיימים קשרים מובהקים ($p < .01$) המצביעים על חשיבות התרבות הארגונית עבור למידה ארגונית.

טבלה מספר 4 : ממוצעי המחלקות בנוגע לערכי תרבות הלמידה*

המחלקה	שקיפות	אחריותיות	ענייניות	למידה רצופה	מידע תקף
1	4.100 (3.286)	4.000 (0.862)	3.902 (0.777)	2.722 (0.490)	3.166 (1.091)
2	3.670 (1.159)	3.719 (1.079)	3.159 (0.792)	3.181 (1.109)	3.218 (1.044)
3	3.920 (0.715)	3.825 (0.534)	3.700 (0.688)	3.050 (1.545)	3.200 (0.836)
4	4.960 (0.894)	4.975 (0.055)	4.883 (0.139)	5.00 (0.00)	4.733 (0.596)
5	3.685 (0.885)	4.178 (0.717)	4.119 (0.716)	3.964 (0.419)	3.666 (0.838)
6	3.866 (0.817)	3.875 (1.343)	4.000 (0.970)	3.666 (1.125)	3.481 (1.028)
7	3.222 (0.586)	3.277 (1.092)	3.546 (0.881)	3.777 (0.939)	3.592 (0.400)

3.222 (1.105)	2.944 (1.021)	3.175 (1.200)	2.930 (1.116)	3.466 (0.728)	8
3.233 (0.667)	3.200 (0.814)	3.716 (0.597)	3.825 (0.530)	3.560 (0.770)	9
3.366 (0.366)	3.425 (0.726)	3.575 (0.821)	4.112 (0.616)	3.20 (0.679)	10
3.62 (0.824)	4.055 (0.463)	3.944 (0.562)	3.847 (0.651)	3.111 (0.843)	11
1.944 (0.250)	2.791 (0.332)	2.138 (0.319)	2.270 (0.310)	1.566 (0.294)	12
2.766 (0.817)	2.850 (0.875)	3.241 (0.992)	3.225 (0.877)	2.520 (1.059)	13
3.466 (0.447)	3.250 (0.306)	4.016 (0.531)	4.050 (0.590)	3.560 (0.357)	14
2.740 (0.682)	2.250 (0.976)	2.821 (0.771)	3.069 (0.910)	2.733 (0.387)	15
3.100 (0.445)	3.225 (0.545)	3.916 (0.715)	3.775 (0.516)	3.240 (0.487)	16
40.41 (0.653)	3.718 (0.761)	4.114 (0.572)	4.343 (0.533)	3.875 (0.913)	17

* המספרים בסוגריים מציינים את סטיית התקן

טבלה מספר 5: מתאמים בין תפיסת ערכי תרבות למידה ותפיסת השימוש במנגנוני למידה

שימור מידע	איסוף מידע	הכשרת עובדים	הפצת מידע	תהליכי למידה פורמליים	
0.60***	0.50***	0.46***	0.67***	0.44***	אחריות
0.58***	0.57***	0.52***	0.71***	0.46***	ענייניות
0.40***	0.54***	0.40***	0.54***	0.53***	למידה רצופה
0.40***	0.48***	0.39***	0.56***	0.54***	מידע תקף
0.29***	0.28***	0.24***	0.46***	0.24***	שקיפות

*** p < 0.01

כדי לבדוק את ההשערה השנייה של מחקר זה, חושבו מקדמי המתאם של פירסון עבור המדדים הנבחרים של מבנה ארגוני ומנגנוני הלמידה (טבלה מספר 5).

טבלה מספר 6: מתאמים בין מבנה ארגוני ושימוש במנגנוני למידה (n=17)

שימור מידע	איסוף מידע	הכשרת עובדים	הפצת מידע	תהליכי למידה פורמליים	
0.30*	0.37*	0.34*	0.5*	0.35*	האצלת סמכויות
-0.40*	-0.40*	-0.42*	-0.40*	-0.485*	גיוון
-0.42*	-0.38*	-0.43*	-0.39*	0.44*	בלתי-פורמליות

כצפוי, כל המתאמים היו מובהקים סטטיסטית, מה שמעיד כי מנגנוני הלמידה אכן קשורים למבנה הפנימי של המחלקה. יחד עם זאת השערה זו אוששה חלקית שכן על פי ההשערה, הקשרים בין סטנדרטיזציה, פורמליזציה ומנגנוני הלמידה הם שליליים, אך בניגוד למשוער קיים מתאם חיובי בין הריכוזיות למנגנוני הלמידה.

דיון ומסקנות

מטרתנו של מחקר זה היתה לבחון את רמות הלמידה הארגונית בארגון נתון מתוך הנחה שיימצאו ביחידות משנה ארגוניות כגון חטיבות או מחלקות השוכנות תחת קורת הגג של ארגון. ארגוני בריאות עומדים בפני שינויים סביבתיים תדירים בשל טכנולוגיות חדשניות ומוצרים חדשים המתפתחים חדשות לבקרים. בתי חולים, למשל, חשופים לחידושים בתהליכי אבחון, בתהליכי טיפול ובתרופות, כמו גם הכנסת מכונות ומערכות משוכללות חדשות כחלק משגרת האבחון והטיפול.

כפי שנטען קודם לכן, למידה ארגונית משמשת כאמצעי יעיל שבאמצעותו ארגונים יכולים להתאים עצמם לסביבה סוערת כזו (Kipley et al., 2018; Korsakiene et al., 2018; Kraatz & Zajac, 2001). מחקר זה נשען על הגישה המבנית-תרבותית של למידה ארגונית (Popper & Lipshitz, 1998) על פיה מנגנוני למידה מקשרים בין למידה אישית לבין למידה ארגונית. הסוג האחרון של למידה עשוי להתמש במידה שמערכת של מנגנונים כאלה מיושמת ללא הרף בארגון.

המחקר הנוכחי הוא ניסיון לבחון את ההצעה המבנית-תרבותית של פרספקטיבה זו. הצעה זו מעידה על כך שלמידה ארגונית קשורה ומושפעת משני ממדים עיקריים של ארגונים - המבנה והתרבות שלהם. הממצאים האמפיריים של מחקר זה תומכים בשתי ההשערות. בהתייחס להשערה הראשונה, המדדים של מנגנוני למידה נמצאו קשורים לכל המדדים של מבנה ארגוני והתרבות הארגונית שנחקרו במחקר זה.

ההשערה השנייה התייחסה לקשר בין מאפיינים מבניים ושימוש במנגנוני הלמידה. ככלל, השערה זו אוששה רק באופן חלקי, אם כי היו מתאמים ברורים אך חלשים בין ריכוזיות ותהליכי למידה פורמליים, הכשרת עובדים, איסוף מידע ושימור מידע. בנוסף, נמצא קשר מתון בין ריכוזיות והפצת מידע. במילים אחרות, ככל שמידת הריכוזיות גדולה יותר, כך השימוש במנגנוני למידה גדול יותר. על פי ההנחות שהוצגו בסעיף התיאורטי, נמצאו מתאמים שליליים ומובהקים בין גורמי הסטנדרטיזציה והפורמליזציה לבין השימוש במנגנוני למידה. ממצא זה תואם מחקרים קודמים ומראה כי ארגונים בעלי רמה גבוהה של סטנדרטיזציה ופורמליזציה מתקשים להכניס שינויים וחידושים בהתאמה לסביבה (Daft, 1995). עם זאת, התוצאות מצביעות על מתאם חיובי בין ריכוזיות למנגנוני למידה. ניתן להסביר ממצא זה בשתי דרכים. ראשית, בחינה של המבנה הארגוני של בית החולים מגלה כי מדובר במבנה של מומחיות. מבנה ארגוני, המבוסס על מומחיות הארגון המקצועי, הוא דפוס ארגוני המאחד יחידות משנה לפי המקצועות והכישורים של בעלי התפקידים השונים בארגון, וכל יחידה בארגון מרכזת מומחים בתחום מקצועי ספציפי (סמואל, 2012).

ההסבר השני סובב סביב אופי עבודת הרופאים. על מנת לשמור על בטיחות המטופל ולספק טיפול יעיל ואיכותי, נדרשת רמה גבוהה של סטנדרטיזציה ופורמליזציה (Rondeau & Wagar, 2002). מכאן, מצב זה מחייב את בתי החולים ומנהלי המחלקות, ככל הנראה, לעקוב אחר נהלים וסטנדרטיים ולפקח בצורה קפדנית ורשמית על הפעילויות השונות המתקיימות בארגונים. כלומר, ייתכן שהמאפיינים הייחודיים של בתי החולים משקפים מחד גיסא ארגון ביורוקרטי ציבורי, ומאידך גיסא ארגון עתיר-ידע הנמצא בסביבה יציבה יחסית, המאפשרת למידה בעיקר באמצעות יישום, תהליכים פורמליים וקביעת סטנדרטים (Lam & Lundvall, 2007; Martínez-León & Martínez-García, 2011).

תוצאות המחקר הנוכחי מראות הבדלים מובהקים סטטיסטית בין מחלקות של אותו ארגון. שונות זו מצביעה על כך שלמרות שיחידות-משנה ארגוניות דומות במובנים רבים, הן מצליחות לפתח מאפיינים מבניים, תרבותיים והתנהגותיים משלהן. ממצא זה תומך ב"תאוריית התלות" (Contingency theory), שכן נראה שכל מחלקה מפתחת מאפיינים ארגוניים שונים על מנת להתמודד ביעילות עם הסביבה ומכאן גם מפתחת תרבות ארגונית שונה. לכן, ניתן להסיק שכל מחלקה, למשל, מתאפיינת בתת-תרבות. תרבות מחלקתית מתבטאת, בין היתר, באופן הטיפול בידע בכלל ובלמידה ארגונית בפרט.

אחת ממטרות המחקר היתה למפות את המחלקות בהתאם לרמות הלמידה המאפיינות אותן. לכן, בפרק הממצאים נעשתה השוואה בין הממוצעים שקיבלה כל מחלקה, לגבי ערכי תרבות הלמידה, מאפייני המבנה הארגוני והשימוש במנגנוני למידה. ההנחה שלא נבדקה במחקר זה הייתה, שככל שקיים שימוש נרחב יותר במנגנוני הלמידה כך קיימת רמת גבוהה יותר של למידה ארגונית. כלומר, ציון גבוה בשימוש במנגנונים מעיד על קיומה של לולאת למידה גבוהה יותר. כמו כן, הונח ששלוש רמות הלמידה ממוקמות על רצף, כאשר בצדו האחד נמצאת "למידת לולאה יחידה" (Single Loop) ואילו בקצהו השני "למידה משולשת" (Triple Loop). למעשה, זוהי הפעם הראשונה שבה נעשה ניסיון לשלב בין שני מודלים; המודל המבני-תרבותי (Popper & Lipshitz, 1998) ומודל שלוש רמות הלמידה (Snell & Chak, 1998). לצורך מיקום המחלקות על רצף זה נערך, כאמור, מבחן שונות א-פרמטרי שבו נמצא כי קיימים הבדלים מובהקים בין המחלקות השונות בנוגע לשימוש במנגנוני הלמידה. חסרונו של מבחן זה הוא שהוא אינו מודד במה שונות המחלקות ומהו הגורם לשוני זה. במילים אחרות, המבחן אינו עונה על השאלה מה משפיע יותר על השוני בין המחלקות? האם זוהי התרבות הארגונית או שמא זהו המבנה הארגוני? ממצאי המחקר ניתן לראות שכאשר למחלקה יש ציונים נמוכים בשימוש במנגנונים, ממוצעי ערכי התרבות נמוכים אף הם. כך למשל, מחלקות ילדים ב', קרדיולוגיה ועיניים (מספר 12,8 ו-15, בהתאמה) בהן רמת הלמידה נחשבת לנמוכה בשל שימוש מועט במנגנוני למידה לעומת מחלקה מספר 5 (כירורגיה א') הנחשבת למחלקה שבה רמת הלמידה גבוהה. זהו אומנם אינו הסבר מדעי-אמפירי מובהק, אך ייתכן והוא מרמז על נטייה זו. כמו כן, הספרות המקצועית שמה דגש על התרבות הארגונית המטביעה חותם על תהליכי הלמידה.

ככלל, הממצאים מראים כי מחלקות בית החולים במחקר זה לא הראו רמות גבוהות של למידה ארגונית או שונות רחבה מבחינה זו. במילים אחרות, מכיוון שנאספו נתונים מיחידים, היה צורך לשלוט ולהתגבר על הטיית דיווח עצמי (Podsakoff et al., 2003). עם זאת, ממצאים אלו עשויים להעיד על נטייתם של חלק מהמומחים הבכירים בתחומי התמחות רפואיים שונים לשמור על הידע המתקדם שלהם ולא לחלוק אותו עם רופאים זוטרים יותר, בעיקר מתמחים, במחלקותיהם.

שולץ (Schulz, 2001) מגדיר ידע כתוצר של למידה, הכשרה, התנסות ופתרון בעיות. קרי, אוסף המסקנות, התובנות והפרשנות שנותנות למשתמש מידע כבסיס לקבלת החלטות. למעשה, גם ידע וגם מידע מהווים את הבסיס ללמידה ארגונית. בנוסף, לפי שולץ (2001), רכישת ידע ושיתוף הם מנגנון מרכזי בלמידה ארגונית. מכאן שיצירת ידע במחלקה אחת בארגון נתון משפיעה על זרימת הידע למחלקות אחרות. העיקרון המנחה

הוא שתהליך הלמידה במחלקה מושפע מכמות ואיכות הידע המופק, ובכך ממריץ את זרימת הידע והעברת הידע למחלקות אחרות. בנוסף, שולץ (2001) ציין שני סוגים של העברת ידע, אנכית ואופקית, תלויה בסוג הידע המועבר. בעוד שהעברת ידע אנכי כרוכה בידע חדש, בהעברה רוחבית, הידע שעובר הוא ידע שנרכש על ידי מחלקות אחרות. בהקשר של בית החולים, למידת מתמחים מרופאים בכירים (ידע אופקי) והעברת מידע מכנסים ומחקרים עדכניים בישיבות מחלקות (ידע אנכי) חשובים מאוד ללמידה ארגונית. שני סוגי העברת הידע תואמים לשתי לולאות הלמידה (יחידה וכפולה) המפורטות בסעיף סקירת הספרות.

בית החולים עשוי להגדיל את יתרונו אם עובדיו יהיו מוכנים לחלוק ידע וניסיון שלהם עם אחרים. מאידך, העברת ידע בין עובדים במחלקה לאלה שמחוץ לה עלולה להיות כרוכה בבעיות. הנסן (Hansen, 1999) טען שכאשר התרבות הארגונית מתאפיינת בסודיות ובתחרותיות, מעבר הידע יאיים על המעמד המקצועי. בנוסף, כאשר קיימים הבדלים מבניים ותרבותיים בין המחלקות, ייתכן שלא יועבר מידע. אם יעבור, האיכות שלו תיפגע. לכן, תפיסת הכוח והמעמד בארגון עשויה להשפיע על הרצון לחלוק ידע ושקיפות נתונים.

תרומה וכיווני מחקר עתידיים

אחת הבעיות המרכזיות של רופאים היא התהליך המהיר של התיישנות מקצועית. לכן, הצורך בשיתוף מידע וידע הפך לכוח דוחק בארגונים בכלל ובמחלקות בפרט. למרות שמידע הוא אמצעי חיוני בלמידה ארגונית, בתי חולים מחויבים להטמיע למידה קולקטיבית מתמשכת. לשם כך, עליהם ליישם באופן שיטתי את מנגנוני הלמידה כדי לדרבן את חברי הארגון לעקוב אחר דפוסי התנהגות או שגרה ספציפיים המאפשרים שיתוף ויישום ידע. בהתאם לגישה המבנית והתרבותית של פופר וליפשיץ (Popper & Lipshitz, 1998) מחקר זה תומך בהנחה שכדי להפוך לארגון לומד, יש צורך להתאים את המבנה הארגוני ולטפח תרבות תומכת למידה, שבה חברי הארגון חולקים ומשתפים ידע כחלק מערכי העבודה והאמונות שלהם.

תפקיד ההנהלה בהקשר זה הוא בעיקר לספק משאבים נחוצים, תמיכה מוסרית ותגמול חומרי (García-Morales et al., 2009). החוקרים מצביעים על הקשר בין תרבות ארגונית המעודדת למידה מצטברת לבין תהליך הלמידה (Popper & Lipshitz, 2000). על ידי כך, למידה ארגונית עשויה להפוך לנכס ולא לנטל. אנשי מקצוע (כלומר רופאים) המועסקים בארגונים, עשויים לקחת חלק ביישום מנגנוני למידה ברגע שהם ישתכנעו שמנגנונים אלה אכן מועילים לא רק לארגון בלבד אלא גם להם, ועל ידי חשיפה לכך שמצבם של ארגונים לומדים טובים יותר מאלה שאינם לומדים, כמו גם שחברי הראשונים זוכים לתגמולים גדולים יותר מאלו של האחרונים (נחמקין, 2002; Popper & Lipshitz, 2000).

בגרסה מאוחרת יותר של תיאוריה זו, מוסיפים ליפשיץ ואחרים (Lipshitz et al., 2002) שלושה ממדים (מעבר לממד המבני והממד התרבותי) אותם הם מכנים שטחות: השטחה הפסיכולוגית, שמגדירה את התנאים והמצבים שבהם הפרטים ירגישו ביטחון לבצע טעויות ולהודות בהן, שטחת המדיניות, המאופיינת במחויבות הפרטים ללמידה ובסובלנות לטעויות ושטחת ההקשר, שמשפיעה על היתכנותה של הלמידה והגורמים הקובעים את סבירותה של התפתחות הלמידה הארגונית. לכן מומלץ במחקרים עתידיים לבחון ולמפות את הלמידה הארגונית בין המחלקות השונות על בסיס חמשת השטחות ובכך לקבל ראיה כוללת ורחבה יותר על הגורמים המשפיעים על מאפייני הלמידה הארגונית בכל מחלקה.

מחקרי אורך על למידה ארגונית באמצעות תצפיות או קבוצות מיקוד יכולים להשלים שאלוני דיווח עצמי במאמץ להבין יותר את המשמעות וההזדמנויות עבור למידה ארגונית. בנוסף, המחקר כלל רק רופאים על בסיס ההנחה שרופאים הם יצרני הידע העיקריים במחלקות. מחקר עתידי צריך לכלול גם בעלי תפקידים המסייעים לאנשי הצוות (למשל, אחיות).

יתרה מכך, כחלק מתרבות ארגונית, ניתן לבחון את נושא הפוליטיקה הארגונית כגורם שעשוי להשפיע על למידה ארגונית. פוליטיקה ארגונית מתקיימת ברמות שונות ברחבי הארגון (Samuel, 2005). למשל, למעמד הפורמלי של רופאים עשויה להיות השפעה על סוג הלמידה, מכיוון שהם נהנים מכוח המבוסס על ידע, מומחיות, כישורים מיוחדים, ניסיון וכדומה. ככל שכוחם של הרופאים גדול יותר, כך הם יכולים להשפיע יותר על תהליכים ארגוניים, כולל על תהליכי למידה ארגונית. המיקום הארגוני (כלומר, תפקידו של רופאים במערכת הארגונית) משפיע על רמת הכוח. רופאים נהנים ממעמד תפקודי גבוה זה משום שהם נתפסים כבעלי תפקיד חשוב ומרכזי בארגון (גרעין טכני; Katz & Kah, 1978). לכן, מומלץ לבחון את הלמידה הארגונית מנקודת מבט מיקרו שלא רק לוקחת בחשבון את מאפייני המחלקות (מאקרו), אלא גם את המאפיינים והתפיסות של אנשים המשתייכים ופועלים בתוך המערכת הארגונית.

לבסוף, ניתן לבחון את הקשרים בין המבנה הארגוני לתרבות ארגונית ואת השימוש במנגנוני למידה במחקר השוואתי בין ארגונים, הן ברמת המחלקה והן ברמה הארגונית. במילים אחרות, כדי להגביר את יכולת ההכללה ובכך לספק הבנה מעמיקה יותר של הגורמים המשפיעים על רמות הלמידה ארגונית בכלל ובבריאות בפרט, מחקרים עתידיים צריכים להרחיב את הבדיקה לבתי חולים ממגזר אחר (לדוגמה, המגזר הפרטי לעומת ציבורי) ולבחון ארגונים בעלי מבנים ארגוניים שונים (מכניסטי לעומת אורגני). בחינת הקשרים בין הבעלות או מיקומו של הארגון (בתי חולים במרכז הארץ לעומת פריפריה) לבין דפוסי למידה קיימים או עריכת מחקרי המשך הבודקים את הקשר בין גודל המחלקה לוותק שלה (כלומר, כמה זמן המחלקה קיימת) והשימוש במנגנוני למידה, יכול לשפוך אור על גורמים נוספים שעשויים להשפיע על למידה ארגונית.

לסיכום, בסביבה דינמית ומשתנה בה ארגון פועל בתנאי תחרות, משאבים מוגבלים ושינויים תכופים, הישרדות הארגון תלויה ביכולתו להסתגל לסביבה וללמוד מהר יותר ממתחריו. בתי החולים נדרשים כל הזמן לשפר את איכות השירות. דרישה זו היא תוצאה של תחרות, שינויים גלובליים בשוק העבודה וציפיות של לקוחות (מטופלים) לשירותים רפואיים איכותיים ומקצועיים (Ratnapalan & Uleryk, 2014). בתי חולים המורגלים לעבוד בסביבה יציבה יחסית מתמודדים עם האתגר של הסתגלות ושינוי מהיר תוך חתירה לחשיבה יצירתית, שילוב ידע, ניתוח, תכנון, יישום ופתרון בעיות יעיל. במציאות זו נדרש בית החולים ליישם מנגנונים ותהליכים עבור למידה ארגונית בפעילותו ובמבנהו. בנוסף, על הארגון לאמץ תרבות המעודדת שימוש במנגנונים אלו ליצירת למידה יעילה ומתמשכת (Ratnapalan & Uleryk, 2014). מחקר זה שופך אור על ההשפעה של מבנה ארגוני ותרבות ארגונית על למידה ארגונית ויכול לשמש פלטפורמה לקבלת החלטות, יישום תהליכים והטמעה של ערכים בתרבות הארגונית המעודדים למידה ארגונית. בנוסף, הגברת המודעות בקרב מחלקות בית החולים ללמידה ארגונית כתהליך חיוני להתמודדות עם שינוי סביבתי היא גם תרומה יישומית.

לפיכך, לממצאי מחקר זה יש השלכות חשובות על מנהלי בתי חולים ורופאים. מבנה הארגון מבוסס הידע מדגיש את הצורך בפיתוח תרבות למידה בארגון על ידי תמיכה בשיתוף פעולה והעברת ידע בתוך ובין מחלקות. לכן, מנהלים, במיוחד בארגונים מבוססי ידע, צריכים לשקול את החשיבות של המבנה הארגוני שלהם כדי להקל על יצירה, העברה ושיתוף של ידע.

רשימת מקורות

ברג, א., גרוס, ר., רוזן, ב., וחיניץ, ד. (1997). מערכת הבריאות בעיני הציבור בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי: ממצאים עיקריים מסקר באוכלוסייה הכללית. גיוינט - מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה, ירושלים. נדלה מתוך: https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2021/05/RR-284-97_00050027.pdf

גרוס, ר., רוזן, ב., ושירום, א. (1999). מערכת הבריאות בישראל בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בטחון סוציאלי, 54, 11-34.

גרוס, ר., ורוזן, ב. (1992). דו"ח ועדת נתניהו: ניתוח המלצות לגבי חלוקת הסמכויות במערכת הבריאות - דו"ח מחקר. ירושלים: גיוינט - מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה. נדלה מתוך: https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2020/11/R-73-92_00070019.pdf

דין וחשבון (1990). ועדת החקירה הממלכתית לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל. ירושלים.

יובל, ד., ברג-ורמן, א., דובני, א., דובנר, ש., וזלצברג, ס. (1997) השהות בבית החולים מנקודת ראותו של המאושפז: ממצאים ראשוניים מסקר מאושפזים 1995 והשוואה ל-1993. תוכנית משותפת לחקר מדיניות בריאות של ממשלת ישראל, גיוינט-מכון ברוקדייל וגיוינט-ישראל, ירושלים. נדלה מתוך: https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2021/05/RR-278-97_00050003.pdf

ישי, י. (1994). רופאים ומדינה: תאגוד בתי החולים בישראל. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.

מילגרם, ד., ונוב, י. (1991). מערכת הבריאות בחמש מדינות נבחרות. *בטחון סוציאלי*, 37, 5-31.

ניראל, נ., ושטרן, צ. (1992). תפקיד מנהל בית החולים- השוואה בין ארגונית. ירושלים: גיוינט מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.

נחמקין, ש. (2002). הקשר בין סביבה ארגונית ללמידה ארגונית, פיתוח מודל תלותיות תהליכית רב ממדי. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור, אוניברסיטת בר-אילן.

סמואל, י. (2012). ארגונים: מאפיינים, מבנים, תהליכים. הוצאת זמורה-ביתן.

קוך דביבוץ, פ. (2015). סוגיות מרכזיות בתחום הבריאות. הכנסת, מרכז מידע ומחקר: נדלה מתוך: <https://main.knesset.gov.il/Activity/Info/MMMSummaries19/Health.pdf>

שאשא, ש. (1999). תאגוד בתי חולים - לאן? *ביטחון סוציאלי*, 54, 130-151.

שירום, א. (1992). היבטים ארגוניים ומנהליים של תאגוד בתי-חולים. *משאבי אנוש: ירחון*, 50, 17-20.

שלוס, נ., והריסון, מ. (1999). השינויים האסטרטגיים בבתי החולים הציבוריים בעקבות הרפורמה במערכת הבריאות בישראל. *ביטחון סוציאלי*, 54, 152-168.

Argyris, C., & Schön, D.A. (1996). *Organizational learning II: Theory, method, and practice*. Addison-Wesley, Reading, MA.

Chinitz, D., Rosen, R. (1993). A tale of tow Markets: Hospital Competition in Israel. Brookdale Institute of Gerontology and Adult Human Development and JDC Israel, Jerusalem.

Chorev, S., & Anderson, A.R. (2006). Success in Israeli high-tech start-ups; Critical factors and process. *Technovation*, 26, 162-174.

Cook, S. N., & Yanow, D. (2012). Culture and organizational learning. *Journal of Management Inquiry*, 20, 362-379.

Daft, R.L. (1995). *Organizational theory and design*. West Publishing, St. Paul, MN.

Ellis, S., Caridi, O., Lipshitz, R., & Popper, M. (1998). Error criticality and organizational learning: An empirical investigation. *Knowledge and Process Management*, 6, 166-175.

Fennell, M. L., & Alexander J. A. (1993). Perspectives on organizational change in the US medical care sector. *Annual Reviews Social*, 19, 89-112.

Friedman, V. J., Lipshitz, R., & Popper, M. (2005). The mystification of organizational learning. *Journal of Management Inquiry*, 14, 19-30.

- García-Morales, V. J., Verdú-Jover, A. J., & Lloréns, F. J. (2009). The influence of CEO perceptions on the level of organizational learning. *International Journal of Manpower*, 30, 567-590.
- Gonçalo, C. R., & Borges, M. D. L. (2010). Healthcare services based on knowledge structure. *Journal of Health Management*, 12(4), 553-572.
- Hall, P., Brehem, M., McQuaid, R., & Hart, D. (1987). *Western sunrise: the genesis and growth of Britain's major high-tech corridor*. Allen & Unwin, London, England.
- Hansen, M.T. (1999). The search transfer problem: The role of weak ties in sharing knowledge across organization subunits. *Administrative Science Quarterly*, 44, 82-111.
- Hatch, M.J. (1997). *Organization theory: modern, symbolic, and postmodern perspectives*. Oxford University Press, New York, NY.
- Jones, G.R. (2013). *Organizational theory, design, and change*, Pearson, Upper Saddle River, NJ.
- Kapetaneas, N., Kastanioti, C., Lazakidou, A., & Prezerakos, P. (2015). Organizational culture and individual values in Greek public hospitals: a competing values approach. *Journal of Health Management*, 17, 119-137.
- Katz, D., & Kahn, R.L. (1978). *The Social Psychology of Organizations*. New York: Wiley & Sons.
- Khalifa, B., & Ayoubi, R.M. (2015). Leadership styles at Syrian higher education: What matters for organizational learning at public and private universities?. *International Journal of Educational Management*, 29, 477-491.
- Kipley, D., Helm-Stevens, R. & Lookinbee-Kipley, M. (2018). The impact of environmental turbulence on organizational Learning. *Archives of Business Research*, 6, 214-221.
- Korsakiene, R., Smaliukiene, R., & Bileisis, M. (2018). Knowledge sharing in defence and security organisations: Insights into particular practices. In European Conference on Knowledge Management, pp. 407-413, XXI, available at <https://search.proquest.com/docview/2116815594?accountid=27657>
- Kraatz, M.S., & Zajac, E.J. (2001). How organizational resources affect strategic change and performance in turbulent environments: Theory and evidence. *Organization Science*, 12, 632-657.
- Lam, A. & Lundvall, B.A. (2007). The learning organisation and national systems of competence building and innovation. In N. Lorenz & B.A. Lundvall (Eds.), *How Europe's economies learn: coordinating competing models* (pp. 110-139). Oxford University Press, New York, NY.
- Lawrence, T.B. (1999). Institutional strategy. *Journal of Management*, 25(2), 161-187.
- Lipshitz, R., & Popper, M. (2000) Organizational Learning in a Hospital. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 36 (3), 345-361.
- Lipshitz, R., Popper, M., & Friedman, V. J. (2002). A multifaced model of organizational learning. *Journal of Applied Behavioral Science*, 38 (1), 78-98.
- MacKenzie, R., Capuano, T., Durishin, L. D., Stern, G., & Burke, J. B. (2008). Growing organizational capacity through a systems approach: one health network's experience. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 24(2), 63-73.

- Martínez-León, I.M., & Martínez-García, J.A. (2011). The influence of organizational structure on organizational learning. *International Journal of Manpower*, 32, 537-566.
- Nielsen, P., Rasmussen, P., Wang, Y. L., & Ellinger, A. D. (2011). Organizational learning. *International Journal of Manpower*, 32, 512-536.
- O'Donovan, O., & Dymna, C (1995). Converting Patient into Consumers. *Consumerism and Charter of Rights for Hospital Patient, Irish Journal of Sociology*, 5, 43-66
- Örtenblad, A. (2002). A typology of the idea of learning organization. *Management Learning*, 33, 213-230.
- Örtenblad, A. (2018). What does 'learning organization' mean?. *Learning Organization*, 25, 150-158.
- Pennings, J.M. (1998). Structural contingency theory. In P.J.D Drenth, H. Thierry & C.J. De Wolff (Eds.), *Organizational psychology* (pp. 39-60). England: Psychology Press, East Sussex.
- Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B., Lee, J.Y., & Podsakoff, N.P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88, 879-903.
- Popper, M., & Lipshitz, R. (1998). Organizational learning mechanisms: A structural and cultural approach to organizational learning. *Journal of Applied Behavioral Science*, 34, 161-179.
- Popper, M., & Lipshitz, R. (2000). Organizational learning: Mechanisms, culture and feasibility. *Journal of Management Learning*, 31, 181-196.
- Ratnapalan, S., & Uleryk, E. (2014). Organizational learning in health care organizations. *Systems*, 2, 24-33.
- Ridder, H.G. (2017). The theory contribution of case study research designs. *Business Research*, 10, 281-305.
- Rondeau, K.V., & Wagar, T.H. (2002). Organizational learning and continuous quality improvement: examining the impact on nursing home performance. *Healthcare Management Forum*, 15, 17-23.
- Samuel, Y. (2005). *The Political Agenda of Organizations*. Transaction, Brunswick, NJ.
- Schein, E. H. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. Jossey-Bass Publishers.
- Schein, E.H. (1999). Three cultures of management: The key to organizational learning in the 21st century. *Sloan Management Review*, 38, 47-69.
- Schulz, M. (2001). The uncertain relevance of newness: Organizational learning and knowledge flows. *Academy of Management Journal*, 44, 661-681.
- Schwandt, D.R., & Marquardt, M. (2000). *Organizational learning: From world class theories to global best practices*. CRC Press, Boca Raton, FL.
- Snell, R., & Chak, A.M.K. (1998). The learning organization: Learning and empowerment for whom?. *Management Learning*, 29, 337-364.
- Talbot, S., Stothard, C., Drobnjak, M., & McDowall, D. (2015). Learning organisations: A literature review and critique. Retrieved from: <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA625029.pdf>

- Tsai, Y. (2014). Learning organizations, internal marketing, and organizational commitment in hospitals. *BMC Health Services Research*, *14*, 152-160.
- Vassalou, L. (2001). The learning organizational in health-care services: Theory and practice. *Journal of European Training*, *25*, 345-365.
- Weick.K.E., Westley, F (1996) Organizational Learning: Affirming an Oxymoron.
In S.R. Clegg, C. Hardy & W.R. Nord (Eds.), *Handbook of Organization Studies* (pp. 440-458). London: Sage.