

תמורות בעבודת האחות בקהילה בישראל¹

רחל ניסנהולץ-גנות,² ברוך רוזן,³ מרים הירשפלד⁴ ויאיר שפירא⁵

בשנים האחרונות התפתחו במערכת הבריאות מגמות חדשות, ובהן שינוי במאפייני החולים, התארכות תוחלת החיים ותוכניות לשיפור איכות הטיפול הרפואי, המשפיעות על תפקיד האחיות בקהילה.

מטרת המחקר היא לתעד ולנתח את התמורות המתחוללות בתפקידי אחות הקהילה בעקבות השינוי בעולם התוכן של רפואת הקהילה, ולבחון עמדות מנהלים בנוגע לשינויים הקורים בפועל ואלה הנדרשים.

המחקר כלל 55 ראיונות עומק עם מנהלים ומנהלות בקופות החולים, במשרד הבריאות ובמערכת הבריאות כולה, שנבחנו בהם תפיסות המנהלים את האחיות ואת התהליכים העוברים על מקצוע הסיעוד.

מהמחקר עולה שהאחיות בכל קופות החולים עוסקות בתחומי פעילות מגוונים: טיפול בחולים במחלות כרוניות, קידום בריאות, שיפור מדדי איכות ועוד. עוד נמצא שבכל הקופות יש מחסור באחיות, כמו גם מגמה של הרחבת הידע שלהן וההכשרות הניתנות להן.

הממצא העיקרי הוא שחל שינוי משמעותי בעבודת אחות הקהילה, ונראה שמגמה זו תתרחב בעתיד. אחיות הקהילה הן בעלות ידע ומיומנויות, המאפשרים להן ליטול חלק נכבד בתהליך הטיפול במטופל. עם זאת נראה שעדיין יש מקום להרחיב את מוטת תפקידן, והמחקר אכן מדגיש את יכולתן לפעול בגזרות טיפוליות מגוונות.

-
- 1 המחקר נתמך בידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות. תודה לקבוצת המחקר תמורות בתפקידי אחיות הקהילה שסייעה בתהליך הכתיבה.
 - 2 המחלקה למינהל מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
 - 3 מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
 - 4 הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל.
 - 5 המחלקה למינהל מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל.

ביטחון סוציאלי, אדר ב תשע"ו, מרץ 2016, מס' 99 : 121-147

נשלח לפרסום ב-30.7.14, התקבל ב-14.1.15

העיסוק של אחיות הקהילה בתחומים רבים מניח בסיס לאפשרות להכיר בהן כמומחיות בתחומים שונים, באמצעות מיסוד מעמדן בחקיקה ומתן סמכויות רחבות יותר, פעולה המשתלבת במגמה העולמית.

מלות מפתח: אחיות קהילה, סיעוד, קופות החולים, רופאים, תמורות

מבוא

בישראל מועסקות כיום כ-47,000 אחיות (משרד הבריאות, 2013), 25% מהן עובדות בקהילה.⁶ בשנים האחרונות אנו עדים למגמות חדשות במערכת הבריאות, המשפיעות על תפקידן של האחיות בקהילה. מגמה בולטת היא שינוי במאפייני החולים: מספר הקשישים בישראל עולה וצפוי להמשיך ולעלות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2013). מגמה זו מחייבת היערכות לטיפול מתאים בחולים ממגזר זה (Linden, 2006; McKee, 2008), כאשר לאחיות תרומה ייחודית לטיפול בחולים הקשישים בכלל (King & Pappas, 2011) ולחולים המרותקים לביתם בפרט. יש עלייה גם במספר החולים הכרוניים ובעומס התחלואה, המתבטא בשילוב של מספר מחלות לכל חולה. לאחיות יש יכולת ומחויבות לבחון את מצבם של חולים אלה ולהדריך אותם. מבחינתן זוהי הזדמנות להוביל נושאים חדשים ומשמעותיים בניהול הטיפול בחולים (Baker & Heitkemper, 2005; Cruz-Jentoft, 2009; Levin, 1996). לרשותן עומדים גם כלים טכנולוגיים, המאפשרים לעקוב אחר חולים כרוניים ולהדריכם ביעילות גדולה יותר מאשר בעבר (Cassalino et al., 2003).

עוד מגמה בולטת היא תוכניות שונות שבנתה מערכת הבריאות, כדי לשפר את איכות הטיפול והשירות ולקדם את בריאות האוכלוסייה. ביניהן ניתן למנות את אלה: התוכנית למדידת איכות בקופות החולים, שבמסגרתה אחיות תופסות מקום מרכזי בהגעה ליעדי המדידה שמציבות הקופות (רוזן וניסנהולץ-גנות, 2010); הרפורמה בבריאות הנפש, המעבירה את האחיות לטיפול בתחום זה לקופות, ופותחת לפני האחיות תחום עיסוק חדש ומלא אתגרים; פעילויות אקטיביות של הקופות לצמצום האי-שוויון, נושא התופס מקום נכבד בשיח הציבורי על בריאות (Bauer, 2014; Board of Health Services).

6 לא כל אחיות הקהילה עובדות בקופות החולים. חלק מהן עובדות במסגרות פרטיות או במסגרות של המדינה. על כן שיעור האחיות העובדות בקופות החולים נמוך מ-25%.

Policy, Institute of Medicine, 2003; Mackenbach, Bakker, Sihto, & Diderichsen, 2002; United States National Institute of Medicine, 2003). העיסוק בתחום זה פותח לפני האחיות אפשרות להביא לידי ביטוי מיומנויות ייחודיות שלהן ולהשפיע על צמצום האי-שוויון.

שינויים במבנה מקצועות הבריאות משפיעים על האחיות. כך, למשל, האיצה העלייה בשכר הרופאים בשנים 2008-2011 את המגמה של הקופות להעביר לאחיות (מטעמי התייעלות כלכלית) חלק מתפקידי הרופאים, בייחוד במקרים שבהם יש פרוצדורות שאחיות מורשות לבצע, שכן יש חפיפה בין חלק מתפקידי הרופא לחלק מתפקידי האחות (Israel National Institute for Health Policy, 2008; Laurant, 2007). המחסור ברופאים, המצוי במגמת גדילה (OECD, 2013), עשוי להעמיד גם הוא אתגר והזדמנות לאחיות להשתלב בעשייה רחבה יותר. ואולם מחסור צפוי גם אצל האחיות (משרד הבריאות, 2013; ניראל ועמיתים, 2014).

מגמה אחרת המשפיעה על תפקידן של האחיות בקהילה היא האקדמיזציה של מקצוען – הגידול במספר האחיות שסיימו קורסים על-בסיסיים⁷ (מ-39% בשנת 2000 ל-43% בשנת 2012) ובמספר האחיות הממשיכות בלימודים לתארים מתקדמים. בד בבד צומצמו בשנים האחרונות, כמעט עד כדי ביטול, ההכשרות לאחיות מעשיות והכשרת אחיות מעשיות למוסמכות (בשנת 2012 הוכשרו 191 אחיות מעשיות בלבד למוסמכות) (משרד הבריאות, 2013).

הספרות המחקרית עוסקת רבות במעורבות אחיות בקידום הבריאות בקהילה. אחיות שעברו הכשרה בתחום זה (nurse practitioner) מעניקות טיפול רפואי באיכות שאינה נופלת מזו של הרופאים, הן בהיבט של תוצאות הטיפול והן בהיבט של חיסכון במשאבים (Bauer, 2010; Bissinger et al., 1997; Laurant et al., 2007; Niezen & Mathhijssen, 2014).

גם בכל הנוגע לטיפול בית, מעורבות של אחיות בטיפול משפיעה לחיוב על מצב הבריאות והתפקוד של המטופלים המרותקים לביתם (Markle-Reid et al., 2006), בלי לייקר את עלויות הטיפול בהם (Markle-Reid et al., 2006).

נתונים אלה מסבירים את המגמה הרווחת במדינות שונות, לשלב יותר את האחיות בתחום קידום הבריאות. באוסטרליה (Keleher & Parker, 2013), למשל, אחיות קהילה עוסקות יותר בתחומים של מניעה וחינוך רפואי, ובשוודיה (Jerde'n et al., 2006)

7 קורס על-בסיסי הוא הכשרה על-מקצועית לאחיות אקדמאיות, שמטרתה להעמיק את הידע המקצועי של האחות בתחומים קליניים מוגדרים. הקורסים נערכים מטעם מינהל הסיעוד במשרד הבריאות, ומקנים לאחות סמכויות ייחודיות בתחום הנלמד.

המגמה היא להרחיב את הפעילות בתחום קידום הבריאות בקהילה (The Swedish Parliament, 2003).

שיחות עם גורמים במערכת הבריאות העלו וחיזקו את ההשערה שתפקידה של אחות הקהילה בישראל עובר תמורות בשנים האחרונות. ואולם אין מחקר הסוקר תמורות אלה ואת משמעותן. מלבד זאת לא מצאנו מקור הכולל את מגוון תחומי פעילותן של אחיות הקהילה כיום, וכן לא מצאנו מידע על עמדותיהם של מנהלים במערכת הבריאות, בדרגות הניהול השונות, בנוגע למגמות השינוי.

מטרות

מטרת המחקר היא לתעד ולנתח את התמורות בתפקידיה של אחות הקהילה בשנים האחרונות, הנובעות מהשינוי הגדול בעולם התוכן של רפואת הקהילה, וכן לבחון את עמדתן של אחיות מנהלות בנוגע לשינויים הקורים בפועל ואלה הנדרשים.

מהמטרה העיקרית נגזרות מטרות המשנה האלה:

1. לתעד את עבודת האחיות בקהילה כיום;
2. לבדוק אם תפקידן של אחיות הקהילה העובדות בקופות החולים השתנה מאז שנת 2000;
3. לאתר חסמים לשינויים היום ובעתיד;
4. לאתר נקודות דמיון ושוני בין קופות החולים.

שיטות

סוג המחקר

המחקר הוא מחקר תיאורי המתבסס על שיטות איכותניות לאיסוף מידע (Qualitative Research) – ראיונות עומק מובנים למחצה, שתכליתם להציג את מגוון העמדות והתפיסות במספר דרגי ניהול ובקופות השונות ולנתחן.

מרואיינים

ביקשנו להביא מגוון של מרואיינים מרמות שונות של ניהול ומאזורים שונים בארץ. לשם כך ערכנו 55 ראיונות עומק עם מנהלים ומנהלות, בתחומי הסיעוד ובתחומים אחרים, של קופות החולים בקהילה ועם אנשי מקצוע רלוונטיים ממשרד הבריאות, מההסתדרות הרפואית, מבתי חולים ומהאיגודים המדעיים השונים (להלן המרואיינים). המחקר בחן את תפיסתיהם בנוגע למקצוע הסיעוד ולאחיות, ומגוון המרואיינים אפשר לקבל מגוון נקודות מבט על התהליכים שעוברים על מקצוע הסיעוד.

את המחקר ליוותה ועדת היגוי, שישבו בה כל האחיות הראשיות של כל קופות החולים ונציגות של מינהל הסיעוד במשרד הבריאות. כל אחות ראשית הוזמנה לצרף עוד אחות מהקופה. בסך הכול כללה ועדת ההיגוי 11 אחיות. הוועדה סייעה לצוות המחקר לחדד את מטרת המחקר, את שאלות המחקר ואת השיטות, וכן סייעה בפרשנות הממצאים. עוד סייעה ועדת ההיגוי בהמליצה על שמות המרואיינים, והעבירה את פרטי ההתקשרות איתם.

המדגם נבחר לא באקראי. כל אחת מהאחיות הראשיות בקופה (החברות, כאמור, בוועדת ההיגוי של המחקר) התבקשה להציע רשימה של כ-10 אחיות, רופאים ואנשי מנהלה בדרגי ניהול שונים – ההנהלה הראשית, המחוז, האזור (מנהלת/מרחב/אשכול) והמרפאה. עוד התבקשה כל אחת מחברות הוועדה להעביר רשימה של "מנהיגים" בתחומי הסיעוד והרפואה, שראוי לדעתה לראיינם במסגרת מחקר מסוג זה (ראו נספח א: רשימת תפקידי המרואיינים לפי "שכבות").

היתרון הבולט של דרך בניית המדגם היה מידת שיתוף הפעולה של המרואיינים. כמעט כל המרואיינים שהציעה ועדת ההיגוי רואיינו בפועל. רק חמישה מהם לא רואיינו עקב בעיות טכניות (חופשה ממושכת, לא נמצא מועד נוח). יתרון אחר היה השיחה עם האנשים הנמצאים במוקדי המידע הרלוונטיים למחקר. חיסרון מסוים של הדרך שבה נבנה המדגם הוא ההטיה העולה לנבוע מכך שהיו אלה מנהלות הסיעוד בקופות החולים שבחרו במרואיינים, וייתכן שמשום כך אין הוא משקף את התפיסות של כלל המנהלים במערכת.

השאלות והראיונות

השאלות בריאיון כללו תחומים שונים (מתווה השאלות מוצג בנספח ב). הן התבססו, בין היתר, על הספרות ועל הצעותיהן של חברות ועדת ההיגוי. הראיונות נערכו בין ינואר לאוגוסט 2013, רובם בחודשים אפריל-יולי. כל ריאיון נמשך בין 50 דקות לשעה וחצי ונערך פנים אל פנים במקום ובמועד שבחר המרואיין. כל הראיונות נערכו בידי אותו מראיין. הם סוכמו ולא הוקלטו, כדי לאפשר פתיחות ולהפיג חששות אפשריים של

המרואיינים. סיכום הריאיון הוקלד למחשב בידי המראיינת, ולמרואיינים הובטחה אנונימיות.

הראיונות היו פתוחים ומוכּנים למחצה (Patton, 1987). את כיוון השיחה הוביל המרואיין, אך המראיין הקפיד שלא לסטות מהנושא, מה שהבטיח גמישות עם המרואיין תוך הקפדה על מסגרת נושאי הריאיון (צבר-בן יהושע, 2001). המרואיינים התייחסו לעבודת אחות הקהילה כיום, למגוון התחומים שהיא חולשת עליהם, לשינויים המרכזיים בעבודתה בשנים האחרונות, לאתגרים הניצבים לפניה, לאופן שבו היא רואה את עתיד המקצוע ולחסמים הצפויים בדרכן של האחיות.

ניתוח הראיונות

ניתוח המידע התבסס על שיטת המיון והקטגוריזציה, וביקש למצוא דפוסים חוזרים, מגמות וקטגוריות מושגיות שימושיות (שקדי, 2006; Strauss; Lincoln & Guba, 1985; Corbin, 1990).

הניתוח כלל השוואה בין קופות, בין דרגי ניהול שונים ובין אזורים. זיהינו נושאים שהעלו מרואיינים רבים, אך התייחסנו גם לנושאים שהעלה רק מרואיין אחד. מלבד זאת ניתחנו דוחות ומסמכים (כמו נוהלי עבודה) שהעבירו לנו המרואיינים.

כדי לקבל את הסכמת הקופות למחקר ואת שיתוף הפעולה שלהן, נדרשנו להבטיח את חיסיון הראיונות. על כן הנתונים מוצגים ללא זיהוי של הקופות.

ממצאים

מגמות כלליות

התמונה שהצטיירה מהראיונות מראה שעבודת האחיות בקהילה התפתחה במהלך השנים האחרונות ושמגמת התפתחות זו עומדת בעינה וככל הנראה תמשיך גם בעתיד. המרואיינים היו תמימי דעים שהשינוי בעבודת האחיות בקהילה הוא חלק מתהליך ההתפתחות של המקצוע. ניתן לראות ביטוי לשינויים שעברו על המקצוע במגמות המפורטות להלן:

1. מעבר מעבודה מגיבה לעבודה יזומה – בעבר סבבה עבודת האחות בעיקר סביב מטופלים שהגיעו למרפאה עם בעיה רפואית. כיום האחות עוסקת יותר באיתור, במניעה וביזום של בדיקות וטיפולים נדרשים.
2. התמקצעות האחיות – בעבר כללה השדרה המרכזית של האחיות בקהילה אחיות מוסמכות; כיום רוב האחיות הן בעלות תואר אקדמי, וחלק מהקופות מקבלות לעבודה רק אחיות בעלות תואר ראשון לפחות. זאת ועוד, רבות מהאחיות עוברות קורסים על-בסיסיים בתחומים שונים.
3. עבודה במעגלים שונים – רוב עבודת האחות בעבר היתה תלויה בהוראותיו של הרופא, וסדר יומה היה נקבע לפי הצרכים המתפתחים של המטופלים שהגיעו לחדרה. היום במקביל למעגל העבודה אחות-מטופל האחות עובדת במעגלים אחרים, הנוגעים לפעילות יזומה שלה וכן לפעילות מול גורמים שונים בתוך המרפאה ומחוצה לה; לדוגמה: אם בעבר היה מטופל חולה סוכרת מגיע למרפאה מיוזמתו לצורך הדרכה וביצוע בדיקות לפי הוראת רופא, היום אחיות מזמנות מטופלים באופן יזום, ועורכות בדיקות שונות (למשל בדיקת כף הרגל).
4. העברת פעילות לקהילה – חלק מהפעילות הרפואית שנעשתה עד כה בבתי החולים (למשל טיפול בפצעים קשים, מתן תרופות דרך הווריד, טיפולי כימותרפיה וטיפולים ביולוגיים שונים) הועבר לקהילה. מגמה זו מחייבת את האחיות הקהילה לקחת חלק בפעילות קלינית רחבה יותר מזו שנדרשו לה בעבר.

תחומי פעילות האחיות

הרחבת הפעילות של אחיות הקהילה הדגישה את החשיבות של איגום התחומים שהן עוסקות בהם. בראיונות זוהו מספר תחומים עיקריים, והם יורחבו להלן:

1. טיפול סיעודי שוטף (עבודה שגרתית);
2. טיפול בחולים כרוניים;
3. קידום בריאות;
4. מדרי איכות ובטיחות המטופל;
5. טיפולי בית;
6. תחומים מקצועיים שונים;
7. תחומים ייחודיים.

טיפול סיעודי שוטף

במסגרת עבודתה השגרתית של האחות היא מבצעת פעולות שונות, רובן פעולות שעסקה בהן בעבר, כמו נטילת דגימות דם, מדידת לחץ דם, בדיקת אק"ג, הזרקת תרופות, חבישות שונות ואינהלציה. בעבר היו פעולות אלה נעשות לפי הוראת רופא, וכיום רבות מהן נעשות באופן עצמאי בידי האחות. כך, למשל, התפתחה מאוד מיומנות החבישות, וחלק מהאחיות עוברות הכשרה מיוחדת בנושא (ראו להלן בחלק הדין בתחומים ייחודיים). האחיות בודקות את המטופל ומטפלות בו לפי החלטתן, כולל מתן מרשמים לחומרי חבישה.

גילינו הסכמה רחבה לכך שהאחיות משקיעות זמן רב ויקר בשגרת הפעולות במרפאה, וחלק מהקופות אף החלו להכשיר צוותים אחרים לבצע חלק מפעולות אלה; לדוגמה: בחלק מהקופות ובחלק מהסניפים טכנאים מופקדים על נטילת דגימות הדם, וכך מתפנה זמן יקר שהאחיות יכולות להקדישו לעניינים אחרים.

במהלך הראיונות זיהינו שתי גישות כלפי העברת העבודה השגרתית מאחיות לטכנאים. כשליש מהמראיינים (בעיקר אחיות שהיה להן מגע שוטף עם מטופלים) סברו שהעבודה השגרתית תורמת ליצירת קשר עם המטופל ומחזקת את הקשר עמו. לעומתם סברו כשני שלישים מהמראיינים, שחלק מהעבודה השגרתית (בעיקר הצד הטכני שלה, כמו נטילת דגימות דם ובדיקת אק"ג) גוזלת מהאחיות זמן יקר, ונכון לפנותן למשימות אחרות באמצעות הכשרת צוותי טכנאים.

טיפול בחולים כרוניים

הארכת תוחלת החיים וריבוי התחלואה חוללו עלייה תלולה במספר החולים הכרוניים המטופלים במסגרת הקהילה. אחיות בכל הקופות נוטלות חלק פעיל ונכבד בטיפול בחולים הכרוניים, אך יש הבדלים בהיקף מעורבותן בניהול הטיפול בחולים אלה. בשתיים מהקופות האחיות נדרשות לנהל את הטיפול כמעט לבדן; עליהן לבנות תוכנית התערבות שנתית ואף להוציאה לפועל – לשמור על קשר רציף עם המטופל, לוודא שהוא עורך את הבדיקות הרלוונטיות ומקבל את הטיפול הנחוץ, להפנות אותו במידת הצורך לטיפול אצל הרופא ולעמוד לרשותו בשאלות שיש לו במהלך הטיפול.

בשתי קופות אחרות הציפייה העיקרית מהאחות היא שתטפל במטופל שהרופא מפנה אליה. ואולם במסגרת המפגש עם המטופל נדרשת האחות, לא רק לבצע את הוראת הרופא, אלא לבדוק מדדים אחרים, לשאול את המטופל אם הוא מבין את הוראות הטיפול, להדריך אותו כשאינן הוא מבין אותן ועוד.

אחיות מקדישות, כאמור, חלק נכבד מזמנן להדרכות של חולים כרוניים, הן יחידים (למשל איך מזריקים אינסולין) והן קבוצות (הפחתה במשקל, פעילות גופנית ועוד). הדרכות אלה מציבות את האחות במעמד של יוזמת ומטפלת ולא רק "מבצעת פקודות". חלק מההדרכות משולבות בטיפול הרפואי, וניתנות בהמשך לביקור אצל הרופא, וחלקן ניתנות בידי האחיות באופן יזום. בקופות השונות יש יוזמות הדרכה שונות, שתכליתן להגיע לקהלים רחבים על פי צורכיהם.

הצורך להדריך, כמו גם הצורך להגיע למספר רב ככל האפשר של חולים, מחייבים את הקופות להציע פעילויות לקהל יעד רחב ולא רק ליחידים. כך, למשל, כל הקופות יוזמות ימים מרוכזים, רובם בהובלת האחיות, שבמסגרתם מגיעים חולים מתחום מסוים (למשל חולי סוכרת) ועורכים להם את כל הבדיקות השגרתיות.

בהקשר של הטיפול בחולים כרוניים הדגישו כמחצית מהמרוואיינים שלדעתם עתיד הסייעוד טמון בפיתוח העבודה מול חולים אלה. המחסור החמור הצפוי ברופאים והעלייה במספר החולים הכרוניים, הזקוקים ברובם למעקב ולשמירה על איזון, מעניקים, לדעתם, לאחיות הזדמנות ואתגר להתפתח כמטפל העיקרי שלהם או לכל הפחות המשמעותי יותר.

קידום בריאות

התפיסה המקובלת היום בעולם הבריאות היא שמתן כלים לאדם לשלוט על בריאותו ישפר את בריאות האוכלוסייה (Canadian Council of Learning, 2007; Heneghan et al., 2006; Kinnersley et al., 2008; McGowan, 2005).

שליטתו של האדם על בריאותו מאפשרת לו להיות אחראי עליה בכל שלב בחייו (הן בחולי והן בבריאות) ומעודדת את העצמתו. זאת ועוד, דאגה של אדם לבריאותו חוסכת משאבים למערכת (Bodenheimer et al., 2002; Bourbeau, 2006; Lau, 2002) כל קופות החולים פועלות אפוא מיוזמתן למען קידום הבריאות בקהילה. הן רואות באחיות את הכוח המקצועי המתאים יותר להוביל משימה זו, משום שהן משלבות ידע קליני וגישה נעימה כלפי המטופל. על כן מעורבות האחיות בתחום זה בולטת מאוד.

קידום הבריאות נעשה במספר דרכים עיקריות:

- פעילות יזומה בתוך הקופה – אחיות יוזמות ימי בריאות וסדנאות שונות, ובמסגרות אלה מביאות הרצאות בנושאים שונים; למשל: במסגרת יום הפנינג לחולי סוכרת

במרפאה מקימים תחנות של מדידת לחץ דם, בדיקת BMI,⁸ בדיקת כף רגל⁹ ובדיקת רופא עיניים,¹⁰ ובסוף מוגשת ארוחת מזנון עם אוכל מותאם לחולים. במסגרת הפעילות היזומה מוקדש מאמץ נרחב להגברת מעורבות המטופל בטיפול ולעידודו להקפיד על יישום המלצות הטיפול.

- יציאה לקהילה – בכל הקופות אחיות יוצאות לקהילה לפעילות שתכליתה קידום בריאות; למשל: הדרכת ילדי הגנים בצחצוח שיניים (יחד עם סייעת ממרפאת שיניים); הקמת דוכן בקניון למדידת לחץ דם; הרצאות לבני נוער על יחסי מין. אחיות מתאמות את הימים האלה, ובמקרים רבים גם יוזמות אותם. ביציאה לקהילה הפנייה היא לאוכלוסייה הכללית ולא דווקא לאוכלוסייה מאותה קופה.

מהראיונות עולה שכל הקופות עוסקות בקידום הבריאות, הן ברמת הקהילה (יציאה למוסדות), הן ברמת המרפאה (ימי בריאות) והן ברמת הפרט המופנה לאחות בידי הרופא. עם זאת יש הבדלים בעצימות הפעילות בין קופה לקופה וגם בתוך הקופות עצמן. ההבדל בהשקעה בתחום זה הוא בין אזורים שונים ותלוי בצורכי האוכלוסייה ובהיענות השטח. למשל: באחד הראיונות סיפרה מנהלת סיעוד של מרפאה על יוזמות שהם קידמו, אך הציבור לא השתתף ולכן הפסיקו ליזום. ואילו באותה קופה, באזור אחר, סיפרה לנו מנהלת הסיעוד של המרפאה על פעילות ענפה של הסניף, הן בקניון המקומי לכלל אוכלוסיית האזור והן במסגרת המרפאה עצמה.

עוד מצאנו שכאשר יש מחסור בכוח אדם בכלל ובאחיות בפרט, הפעילות הראשונה שנפגעת היא קידום הבריאות והיציאה לקהילה.

מדדי איכות ובטיחות המטופל

אחיות מעורבות מאוד גם בתוכניות מדידת איכות. בישראל מתנהלת תוכנית לאומית למדידת איכות בקהילה, המאפשרת בדיקה שוטפת של שירותים נבחרים שמציעות קופות החולים בתחומי המניעה, האבחון, הריפוי והשיקום. במחקר שנערך על התוכנית נמצא שהרופאים הראשונים בישראל סבורים שלאחיות תפקיד משמעותי בכל הנוגע למדידת איכות (Nissanholtz-Gannot & Rosen, 2012).

8 BMI: Body Mass Index – מדד כמותי לבחינת משקל הגוף: משקל הגוף בק"ג מחולק בריבוע הגובה במטרים.

9 פצעים בכף הרגל, הגרמים עקב מחלת הסוכרת, נחשבים סיכון נפוץ. ככל שמגלים את הפצע מהר יותר ומטפלים בו, נמנעת החמרתו.

10 מחלת הסוכרת עלולה לפגוע ברשתית ובראייה. איזון הסוכרת חיוני לצמצום חומרתה של הפגיעה בעין.

מהראיונות למדנו שבכל הקופות רווחת התפיסה שאחיות מקדישות חלק גדול מזמנן לנושא מדדי האיכות ובטיחות המטופל במסגרת תוכניות העבודה ובמסגרת שגרת העבודה. ביטוי לכך מצאנו במעורבותן הרבה בתוכניות המדדים ובציפיות של המנהלים מהן, לקחת על עצמן לקדם את המדדים הרלוונטיים. יש תחומים מסוימים, כמו איתור מוקדם ומניעה, המהווים חלק מרכזי יותר בעבודת האחיות בהקשר זה ומנהלים בידן (מתן חיסונים, למשל).

אלה תחומי מדידת האיכות העיקריים שאחיות מעורבות בהם:

- חיסונים – זהו תחום עיסוק סיעודי מסורתי. האחיות עוסקות במגוון רחב של חיסונים בכל הקופות, החל בחיסוני טיפת חלב וכלה בחיסונים עונתיים ובחיסונים לחולים במחלות מסוימות. בכל הקופות אחיות מעורבות מאוד בחיסונים. עם זאת יש הבדלים בין הקופות. באחת הקופות אחיות מנהלות את המדדים הקשורים לחיסונים ברמות השונות, ובקופה אחרת הן נדרשות לבצע את החיסונים ותו לא.
- ממוגרפיה – אחיות מעורבות בתוכנית להעלאת ההיענות לבדיקות ממוגרפיה. בכל הקופות אחיות מזמנות נשים לבדיקת ממוגרפיה. במהלך השיחה עם המטופלת הן מסבירות את חשיבות הבדיקה ואת נחיצותה. בשלוש קופות שמענו שאחיות משתמשות בכלים יצירתיים כדי לעודד נשים לערוך בדיקות ממוגרפיה; למשל: נסיעה משותפת עם נשים אחרות, המשולבת בארוחת בוקר, או הבאת ניידת ממוגרפיה ליישוב, תוך תיאום מועד בדיקה לכלל הנשים.
- צואה לדם סמוי – בכל הקופות אחיות מיידעות מטופלים בנוגע לבדיקת דם סמוי בצואה, נותנות הסבר על חשיבותה, מספקות את ערכות הבדיקה ומדריכות איך לערוך אותה.
- מדידות – אצל חלק מהמטופלים נערכות מדידות שגרתיות; לדוגמה: אצל חולי הסוכרת מודדים לחץ דם, בודקים את כף הרגל ועוד. אצל כל המטופלים בודקים מדדים כלליים כמו משקל, גובה, BMI. בכל הקופות אחיות יוזמות מדידות מסוג זה, הן כאשר מגיע אליהן מטופל והן ביוזמות ייחודיות, כמו יום בריאות לילדים העולים לכיתה א, שבמסגרתו הילדים והוריהם עוברים סדנאות, מקבלים הפתעות וגם נמדדים. ההבדל בין המרפאות הוא ברמת היצירתיות של הפעילות. התרשמנו שזה תלוי במרפאה שבה נעשית הפעילות (ללא קשר לקופה).
- הדרכות – הדרכות מטופלים גם הן חלק מתפקידי האחיות. הדרכות מהוות חלק חשוב מעבודת האחיות, ובכלל הקופות יש הדרכות, הן אישיות והן לקבוצות; למשל: קבוצת מטופלי סוכרת, העוברים הדרכה על אופן ההזרקה של אינסולין.

טיפול בית

טיפול בית ניתנים לחולים המרותקים לביתם. חלקם לא יכולים להגיע למרפאה עקב בעיה אקוטית (אחרי תאונת דרכים למשל), אבל רובם חולים כרוניים, מבוגרים, המרותקים לביתם מפאת מחלה שאינה חולפת. לא נמצא שוני בין הקופות בהיקף טיפולי הבית שהן מעניקות באמצעות האחיות. בכל הקופות אחיות עושות את רוב טיפולי הבית, הכוללים את אלה:

- נטילת אומדנים כלליים, כמו אומדן כאב, אומדנים תפקודיים פסיים ומנטליים שונים;
- מתן תרופות וטיפולים שונים, לרבות הזרקת אינסולין, טיפול בפצע, החלפת צנתר (קטטר);
- עריכת בדיקות מעבדה באמצעות נטילת דגימות דם והעברתן למעבדה.

אצל רוב האחיות טיפולי הבית נעשים כחלק מעבודתן בסניף או במרפאה; רק מיעוטן מתמקדות בטיפול בית ותו לא. טיפולי הבית מתייחדים בתקשורת של האחות עם ממשקים שונים, כגון רופא, עובד סוציאלי, פיסיותרפיסט וכדומה. בכל הקופות האחות פועלת כמתאמת בין הצוות למטופל. בדרך כלל העבודה של האחות עצמאית יותר, לא מבחינת הסמכויות, אלא מבחינת המציאות הפרקטית, המחייבת אותה לקבל החלטות הנוגעות למטופל.

טיפול הבית מתייחדים גם בעבודה עם המטופל, עם בני משפחתו ועם מטפלים סיעודיים. בדרך כלל המטופל המרותק לביתו נעזר במטפל (בן משפחה או מטפל אחר). האחות מתייחסת בעבודתה גם לאותו מטפל; לעתים היא מדריכה אותו בנוגע לאופן הטיפול (זריקה, חבישה פשוטה), נותנת הוראות למעקב ועוד. חלק מהמרואיינים ציינו שמצפים מהאחות המגיעה לטיפול בית להיות "ראש גדול", למשל לאתר ולהתריע אם יש בעיה סוציאלית.

נציין שאף שסמכויות האחיות הורחבו בשנים האחרונות, עדיין אין לכך ביטוי מלא (ראו להלן בפרק העוסק בהבדלים בין הקופות).

תחומים מקצועיים שונים

אחיות צוברות ידע וניסיון בתחומים שונים, כמו סוכרת, סטומה, טיפול בפצעים, גריאטריה, הן דרך לימודים, כמו קורסים על-בסיסיים והכשרות שונות, והן דרך עבודתן היומיומית. ידע וניסיון אלה הופכים נכס, כאשר האחיות מתמקצעות בתחום עיסוקן והופכות "מומחיות" בו.

קופות החולים מעודדות לימודים ועיסוק בתחומים ספציפיים, התורמים ליכולת הטיפול של האחיות וגם לשביעות רצונן. רוב האחיות עוסקות בתחום המקצועי לצד עבודתן ה"רגילה", אך חלק מהן, למשל אחיות במרפאת סוכרת או במרפאת פצע, מקדישות את כל זמנן לעיסוק המקצועי.

תחומים ייחודיים

בכל קופה יש מיזמים ייחודיים שבהם משולבות אחיות. מיזמים אלה מאפשרים לקופה להתמקצע ולהתמחות בתחום זה ומטייבים את הטיפול הניתן במסגרת הקופה. מיזם ייחודי נוגע בקשת רחבה של עיסוקים של הקופה, והוא נבחר, כדי להעצים את יכולתה לטפל במטופלים ולבסס תחומים שהיא חזקה בהם. להלן מספר דוגמאות למיזמים כאלה:

- אחת הקופות השקיעה בהקמת מרפאות פצע; אחיות רבות התמחו בתחום, וממלאות בהן תפקיד משמעותי.
- קופה אחרת הקימה מיזם מפות שיחה לסוכרת. המיזם כולל מתווה שיחה ופעילות אינטראקטיבית עם המטופל הסוכרתי. במהלך האינטראקציה עמו האחות מקבלת מידע ונתונים ויודעת להציע את הטיפול המתאים.
- קופה אחרת הקימה מיזם של "רופא אישי", אחיות המגיעות למרפאות עצמאיות ומשתלבות בעבודת הרופא, בעיקר בכל הנוגע למעקב אחר חולים כרוניים. האחיות פועלות עם הרופא כצוות טיפולי ומנהלות את המעקב אחר החולה. גישה טיפולית זו מסייעת בשיפור הטיפול ומעצימה את האחות.

ממצאים שונים

מלבד הממצאים שהוצגו לעיל עלו בראיונות עוד מספר תמות המשותפות לכל הקופות:

1. מחסור באחיות – בכל הקופות מורגש מחסור כבד באחיות, הן בשל המשאבים שמעמידה הנהלת הקופה ומספר התקנים והן בשל הקושי לגייס אחיות. המחסור באחיות רווח בכל הקופות ובכל המחוזות, למעט מחוז הצפון (בכל הקופות), שם קל יותר לגייס כוח אדם סיעודי.
2. מחשוב – למרות הקשיים של חלק מהאחיות, ובמיוחד הוותיקות שבהן, להסתגל לחידושים הטכנולוגיים, חלה בתחום זה התקדמות גדולה, המקלה על עבודתן. אחד מביטוייה הוא תיק החולה, שהיום הוא ממוחשב, רחב יותר ועל כן ניתן להזין לתוכו נתונים שונים.

3. לימודים והכשרה – כיום אחיות לומדות יותר ועוברות הכשרות רבות יותר מאשר בעבר. בהקשר זה גם בוטל מסלול ההכשרה של אחיות מעשיות. רוב האחיות הנקלטות היום בקופות החולים הן בעלות תואר אקדמי, ובכל הקופות רווחת התחושה שאחיות צעירות מעוניינות להמשיך וללמוד לתארים מתקדמים. רבות מהן לומדות קורס על-בסיסי בתחום המאפשר להן להתמקצע. עוד חשו מרואיינים רבים שאחיות צעירות מעוניינות להגיע לתפקידי ניהול הרבה יותר מאשר אחיות ותיקות.
4. יצירתיות – אחיות מובילות תהליכים הנוגעים לאוכלוסיות רחבות, ובמסגרת עבודתן הן נדרשות לפעול בדרכים יצירתיות, כדי לעודד אנשים לעבור בדיקות, להגיע למעקבים וליטול תרופות. המרואיינים סיפרו על ביטויי יצירתיות שונים של אחיות, כמו למשל תחרות בישול לחולי סוכרת, כתיבה והוצאה לאור של ספר בערבית העוסק במניעת השמנה של ילדים, המצאת משחקי קלפים בנושא מניעת תאונות ועוד.

מוקדי האחיות

בשתיים מהקופות פועלים מוקדי אחיות טלפוניים, המעניקים מענה למבוטחים.

בקופה אחת פועלים שלושה סוגים של מוקדי אחיות: מוקד אחיות כללי ושני מוקדים ייעודיים. מטרתו של מוקד האחיות הכללי היא לתת מידע רפואי בטלפון. המוקד פעיל 24 שעות ביממה, ומבוטחי הקופה יכולים להתקשר אליו ולקבל סיוע ראשוני. האחיות במוקד עובדות לפי פרוטוקולים רפואיים, ובמקרים מסוימים בסמכותן להפנות חולים למיון, כפי שנקבע בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות. המוקד מאויש באחיות בכירות ומנוסות מהקהילה ומבתי החולים. תפקידן לתת מידע בריאותי, ואין להן גישה לתיק המטופל.

אחד המוקדים הייעודיים הוא לחולים אונקולוגיים. המוקד פעיל בעיקר בשעות הערב והלילה ובשבתות וחגים ומאויש באחיות אונקולוגיות בכירות. אלה עוזרות לפונים בהתמודדות הרגשית עם מחלת הסרטן, מעניקות כלים להתמודדות עם שאלות הקשורות במחלה ועם השינויים העוברים על המטופל ומדריכות בהתמודדות עם תסמינים ועם תופעות לוואי, כמו כאב, בחילות, פצעים, נשירת שיער. הן מורשות להיכנס לתיק הרפואי של המטופל (לרבות סיכומי אשפוזים, בדיקות הדמיה ומעבדה), ודואגות להעביר לרופא המשפחה המטופל במטופל את הפנייה למוקד.

המוקד הייעודי השני מוקדש לקשישים, שם עובדות אחיות שהתמחו בגריאטריה.

בקופה אחרת יש מוקד אחיות למחלות כרוניות, שהוקם כדי לתת מענה לחולים כרוניים רבים (עד 10,000 חולים), המצויים בפריסה גיאוגרפית רחבה. בין היתר מטפל המוקד באלה: אי ספיקת לב; מחלת ריאה חסימתית; פצעים קשים; סוכרת; סטומה; חולים

המרותקים לביתם. המוקד מפעיל כ-150 אנשי צוות, רובם אחיות, וכן רופא, עובדות סוציאליות ורוקח קליני. הוא פועל בשיטות מקוונות שונות, כגון שיחות טלפון, שיחות וידיאו (סקיפ למשל) ואחות ממוחשבת (רובוט שמבין שפת אנוש). באמצעותו ניתנים למטופל כלים לניהול עצמאי של הטיפול, לרבות הדרכות והסברים (למשל כיצד להשתמש במשאבת אינסולין, כיצד לערוך בדיקת סוכר), ובאמצעותו גם נצפות תוצאות של בדיקות שהמטופל מבצע בעצמו בזמן אמת (למשל בדיקות דם וסוכר), ונמסרות לו הנחיות כיצד לפעול בעקבותיהן. האחות היושבת במוקד יכולה להיכנס לתיק הרפואי של המטופל ולקבל לאלתר מושג על מצבו. לאחר מכן היא יכולה להיכנס למערכת ממוחשבת התומכת בהחלטות קליניות. בעזרתה היא יכולה לקבל החלטות בנוגע למטופל: אם לשלוח אותו למיון או להמליץ לו לפנות לרופא מקצועי או, במקרים חריגים, ליצור קשר עם מטפלים אחרים.

רוב האחיות בקופה שרואיינו למחקר ראו במוקד מקור העצמה שלהן ושל המטופלים, המאפשר שימוש מושכל יותר במשאבי הקהילה (מכיוון שחולים כרוניים, המקבלים דרך המוקד את הטיפול מהאחות, מגיעים למרפאה פחות).

מטלות שאחיות לא מעוניינות בהן

מהראיונות עלה שרובן המכריע של האחיות, מכל הקופות ומכל הדרגים, סבורות שהן מקדישות חלק מזמנן למטלות שהן "בזבוז זמן" מבחינתן ושניתן לנצל את זמן העבודה שלהן בצורה טובה יותר, בעיקר בתקופה שבה מקצוע הסייעוד מצוי במחסור כרוני. בין המטלות מבזבזות הזמן הן מנו זימון מטופלים, נטילת בדיקות למעבדה, ספירת חלוקים (אחיות סופרות את מלאי החלוקים הנמצאים במרפאה), ניקוי וחיטוי מכשירים (כגון קולונוסקופ, מגיני שיניים) ועבודה משרדית. כל אלה הן מטלות טכניות, ולדעתן ניתן להכשיר בעלי מקצוע אחרים, גם כאלה ללא השכלה רפואית, לבצען במקומן. כך גם אפשר לחסוך זמן יקר ומשאבים כספיים.

לעומתן סברו כל הרופאים שרואיינו, למעט אחד, שנכון שהאחיות ימשיכו לבצע מטלות אלה, הן משום ששכירת כוח אדם נוסף לא תחסוך לדעתם בעלויות, והן משום שאחיות יכולות למלא מטלות אלה, בייחוד זימון מטופלים וניקוי מכשירים, טוב יותר מכוח אדם שאינו בעל השכלה רפואית.

באשר לנטילת דמים מצאנו הבדל בתפיסות בין אחיות הפועלות בשטח לבין אחיות העוסקות רק בניהול. הראשונות סבורות שיש להשאיר תפקיד זה בידי האחיות, משום שהוא פתח לקשר עם המטופלים, והאחרונות סבורות שיש להעביר את התפקיד לבעלי מקצוע אחרים.

הבדלים בין הקופות

מצאנו שלצד הדמיון הרב בין תפקידי האחיות בקופות יש מספר הבדלים במקומן ובפעילויות שהן מעורבות בהן:

1. יישום מתן הסמכויות הייחודיות – אף שמשרד הבריאות הרחיב את הסמכויות של אחיות הקהילה, לא כל הקופות מיישמות זאת. כך, למשל, בקופה אחת אחיות מורשות, בתנאים מסוימים, לרשום מרשמים לתרופות המשך, ובשלוש הקופות אחרות אין הן מורשות לעשות זאת. בשלוש קופות אחיות רשאיות לרשום מרשמים לחבישה או לציוד רפואי.
2. שילובן של האחיות בתוכנית המדדים – כפי שצינו לעיל, כל הקופות נוטלות חלק בתוכנית המדדים בקהילה, ואחיות משולבות בהשגת יעדיהם. עם זאת, יש הבדל בין הקופות בהיקף מעורבותן של האחיות בתוכנית ובתפקידן כאחראיות על חלק מהמדדים. בשלוש קופות אחיות אחראיות על חלק מהמדדים ומנהלות אותם ברמה המקומית, המחוזית והארצית. ויש קופות שבהן האחיות עוסקות אך ורק בהיבטים הטכניים של המדידה, כמו חיסונים וזימון חולים לממוגרפיה ולבדיקות אחרות.
3. שילובן של האחיות בדרגי הניהול השונים של הקופה – בחלק מהקופות אחיות משמשות בתפקידי ניהול בכירים ומשולבות בהנהלות הסניפים, המחוזות והקופה עצמה. יש קופות שבהן אחיות מאיישות תפקידי ניהול בכירים, שלא בהכרח קשורים לסיעוד. לעומתן יש קופות שבהן אחיות מנהלות רק את המגזר הסיעודי, ואין הן נמנות עם ההנהלה המצומצמת שלהן. יש לציין שזיהינו בחלק מהקופות דינמיות בנושא, ובאחת הקופות, שבה לא היו האחיות חלק מההנהלה, השתנתה הגישה ומתנהל תהליך מיצוב שיאפשר להן להשתלב בשדרת הניהול.
4. פיתוח והתמקדות בתחומי התמחות שונים – קופות שונות מנהלות מדיניות שונה; למשל: יש קופות המשקיעות ביעוץ גנטי יותר מקופות אחרות ומפתחות מערך ייעודי לעניין זה. כך גם בתחום הפצע, אף שכל הקופות עוסקות בו, יש כאלה המשקיעות בו משאבים גדולים, וההתפתחות שם ניכרת לעין. הבדל בעניין זה ניתן לראות גם בין מחוזות שונים של אותה קופה; למשל: בתוך קופה אחת יש מחוזות שבהם אחיות מובילות נושאים שונים ומפתחות אותם הרבה יותר מאשר אחיות במחוזות אחרים.

תפיסות בנוגע לחסמים בהתפתחות המקצוע

למרות הפוטנציאל הנכבד של התפתחות מקצוע הסיעוד בקהילה, המרואיינים מזהים חסמים אפשריים שיעכבו אותה. בין החסמים הבולטים הזכירו המרואיינים את אלה:

1. **כוח האדם (תקינה)** – זה הגורם שהוזכר יותר מכל האחרים כחסם להתפתחותן המקצועית של האחיות. ברוב הקופות אין תקינה כלל, ובקופה היחידה שבה יש מפתח תקינה, זהו מפתח ישן, שאינו מתאים לצורת העבודה הנוהגת של אחות הקהילה. כל המרואיינים שהתייחסו לשאלת התקינה סברו שהנהגתה מאפשרת לחשוב על הצרכים ולמקד את עבודת הסיעוד בתחומים החשובים לקופה. העדר תקינה אחידה ומקובלת מעמיד את עבודת הסיעוד תחת לחץ תמידי והצורך "לכבות שריפות" ומקשה לגבש ראייה מערכתית הצופה פני עתיד. בשל כך מתמקדת עבודת האחיות בהיבט הטכני-הכמותי, וכמעט אין היא מתפנה להיבט היצירתי-החשיבתי.
2. **תפיסות הרופאים** את המקצוע – המאבק על גבולות המקצוע מציב מול האחיות חזיתות מספר. ואולם החזית המרכזית היא מול הרופאים. אלה לא מצליחים לעמוד בכל המשימות המוטלות עליהם מחד גיסא, אבל לא מעוניינים בהעברת חלק מסמכויותיהם לאחיות מאידך גיסא. כך מתעכבת התקדמות מקצוע הסיעוד והתפתחותו. חלק מהמרואיינים טוענים שלאחיות יש די ידע מקצועי ויכולת לבצע חלק מהפעולות המצויות היום באחיות הרופאים, אך החשש של אלה מפגיעה במעמדם גורר מאבק על כל צעד בהקשר זה.
3. **התנהלות האחיות** – רוב המרואיינים, ובעיקר האחיות, ראו בדרך התנהלותן חסם להתפתחותן המקצועית. חסם זה מתבטא, לדעתם, בשני אופנים:
 - א. העדר שיתוף פעולה בין כלל האחיות – אחיות מקופות שונות לא משתפות בידע שלהן את עמיתותיהן מקופות אחרות ולא משלבות ידיים כדי לקדם נושאים חוצי מערכת. אחיות מנהלות עוסקות בקידום נושאים פנים-קופתיים, כל אחת והנושאים העומדים על סדר יומה, ואין חשיבה רחבה וכלל מערכתית על תחומים הנוגעים לכולן. הפיצול הזה מוביל לכך שמעמד האחיות בקופות השונות ומעמדן מול משרד הבריאות תלויים באדם המייצג אותן; אין הן נתפסות כגוף אחד, אלא כפרטים.
 - ב. פער בין שאיפות ורצונות של אחיות – רוב האחיות מעוניינות בהתפתחות מקצועית ובקידום. אחיות אלה רואות בתוספת עבודה ואחירות אתגר, ומבקשות להרחיב את העשייה הסיעודית בקהילה. ואולם לעומתן יש מיעוט של אחיות שמעוניינות "לעשות את העבודה וללכת". אין הן מעוניינות לקבל על עצמן עוד תפקידים וסמכויות, וקשה לעורר אצלן רצון לקידום מקצועי.
4. **בתי הספר לסיעוד** – מבין המרואיינים שהתייחסו ללימודים בבתי הספר לסיעוד הצביעו שלושה רבעים ויותר על שינוי מגמה בתוכניות הלימודים הנוהגות בהם. הלימודים, לטענתם, מקבלים אופי אקדמי יותר וטיפולי פחות. אחות יוצאת היום מבית הספר לסיעוד עם פחות כלים טיפוליים מאשר בעבר. זאת ועוד, בתי הספר

לסיעוד מתמקדים בעבודת האחות בבית החולים, והחלק המוקדש ללימוד הקהילה מצומצם ואינו חושף את התלמידה למגוון ולעושר של עבודת הסיעוד בקהילה. אין ההכשרה של בתי הספר לסיעוד מותאמת דיה לקהילה, ועל כן נפגעות היכולת לגייס אחיות ויכולת ההתפתחות הכללית מקצועית.

דיון

מקומה של אחות הקהילה

הממצא העיקרי העולה מראיונות העומק הוא שחל שינוי מרחיק לכת בעבודתה של אחות הקהילה, וככל הנראה תלך מגמה זו ותתרחב בעתיד. לאחיות הקהילה ידע ומיומנויות המאפשרים להן ליטול חלק גדל והולך בתהליך הטיפול.

עם זאת, לאור השינויים במערכת הבריאות שהוצגו לעיל, נראה לנו שעדיין יש מקום להרחיב את התפקיד של אחות הקהילה. נראה שהוא טרם מיצה את פוטנציאל ההתפתחות שלו, ומחקר זה מלמד על כישוריהן הרבים של האחיות בגזרות טיפוליות מגוונות.

אפשרויות לעתיד

המחסור הצפוי ברופאים והגידול בתחלואה מהווים הזדמנות לאחיות לקדם את המקצוע ולהביא לחלוקת תפקידים נכונה יותר. נראה שגם רופאי הקהילה מכירים היום בחשיבות העשייה של האחיות. כך, למשל, במחקר שנערך בקרב רופאי קהילה (Nissanholtz- et al., 2012) על תוכנית מדידת האיכות בקהילה עולה, שהם רואים באחיות שותפות לקידום המדדים ושתרומתן בכל הנוגע לקידום בריאות המטופלים גדולה מאוד. הכרה זו פותחת פתח להעביר לאחיות סמכויות אחרות, בהתאם לכישוריהן, אשר יקלו על רופאי הקהילה את העומס.

מודל הטיפול האינטגרטיבי עשוי להיות גם הוא הזדמנות לשילוב אחיות בתפקידים משמעותיים יותר. הספרות מצביעה על חשיבות העצמתן ועל תוצאות טובות בטיפול אינטגרטיבי שבו מעורבות אחיות הן בבתי החולים (Nelson et al., 2011) והן בקהילה (Schöttle et al., 2014; Weinstein et al., 2011). לאחיות מתאפשר להשתמש יותר ויותר ביכולות שלהן, ולהיות שותפות מלאות לטיפול המקיף במטופל.

שינוי מעמדן של אחיות הקהילה

עיסוקן של האחיות בתחומים כה רבים הרחיב מאוד את תפקידן, והן בעלות ידע רב. ראוי להכיר בכך ולעגן את מוטת פעילויותיהן בחקיקה. מהלך כזה ישתלב היטב במגמה העולמית, ולפיה אחיות קהילה מקבלות מעמד של מומחיות בתחומים שונים וכן סמכויות רבות הנובעות ממעמד זה. בישראל אין אחיות במעמד של NP (Nurse Practitioners) ו-ANP (Advanced Nurse Practitioner).. לעומת זאת אחות NP בארצות הברית ובבריטניה, למשל, מהווה גורם חשוב בטיפול הרפואי; היא מעניקה טיפול מתקדם ורושמת מרשמים (Pearson, 2005; Pulcini & Vampola, 2002; Riegel et al., 2012). הספרות מדגישה שאין טיפול של אחות NP נופל מבחינה רפואית מטיפול של רופא (Bauer, 2010; Horrocks, Anderson, & Sailsbury, 2002; Sakr et al., 2003). ראוי אפוא לשקול גם בישראל מודל טיפולי המשלב אחות NP בקהילה, אשר יקל על העומס המוטל על הרופא ובד בבד ימצה את כישורי האחיות.

אמנם בחלק מהתחומים החל משרד הבריאות בתהליך של הכרה ב"אחות מומחית" (חוזר מנהל סיעוד 13/99), אבל הכרה זו ויישומה נתקלים במכשולים, כמו התנגדויות של מקצועות שונים (רופאים בעיקר) והחלה חלקית מאוד של הסמכויות הניתנות. מחקר של ניזן ומטהיג'סן (Niezen & Mathhijssen, 2014) בחן את המכשולים, שהספרות דנה בהם, בדרך להעברת סמכויות לאחיות ולהרחבת מקצוע הסייעוד. הוא מצא שביני הגורמים המעכבים יש גורמי ידע ומיומנויות, כמו ידע אישי של האחיות, ועל כן ככל שהאחיות מרחיבות את הידע שלהן, כך רמת הטיפול משתפרת וגובר ביטחונן ביכולתן למלא משימות שקודם לכן לא היו באחריותן. גורם אחר הוא הגבולות מקצועיים – החשש של הרופאים בנוגע לביטחון התעסוקתי שלהם. גורמים מעכבים יש גם בסביבה הארגונית, העדר משרד לאחות ושיתוף פעולה לקוי עם עמיתים למשל, וגם בסביבה המוסדית – השפעה של גופים פוליטיים על העברת תפקידים וסמכויות לאחיות. הגורמים שאינם קשורים להיקף ההכשרה של האחיות מחזקים את ההבנה שהאפקטיביות של עבודתן מושפעת גם מאופן התכנון הארגוני, ממערכת התמריצים ומגבולות המקצוע, ולא רק מהידע ומהיכולות שלהן. אם מנהיגי מערכת הבריאות יפנימו הבנה זו ויקדמו אותה, ניתן יהיה לחולל שינוי אמיתי, שיביא לידי מימוש את כישורי האחיות.

צעד אחד קדימה

מהמחקר עולה באופן בולט שבכירי המערכת חשים שמקצוע הסייעוד בקהילה משתנה במהירות והופך להיות מקצועי יותר, מתוחכם יותר, ועל כן דורש ידע רב יותר והכשרה מקיפה יותר.

הראיונות מלמדים שהאחיות מוכנות לשינויים אלה, כך שאם יושקע המאמץ הארגוני הנחוץ, ניתן יהיה להציע את מקצוע הסיעוד לרמות עשייה גבוהות.

מעודד לראות שהגבול בין עבודת האחות לעבודת הרופא בקהילה, שנשמר בקפדנות לאורך שנים, משתנה, ויש נכונות, הן של רופאים והן של אחיות, לחולל את השינויים הדרושים. מהלך זה עשוי להעשיר את עבודת האחיות ולהגביר את הסיפוק שלהן מזה ולהפחית את העומס על הרופאים מזה. לדעתנו הוא גם יועיל למטופלים. אנו מניחים שהעשרת מקצוע הסיעוד, כמו גם מיתוגו מחדש בציבור, יעלו את יוקרתו, ימשכו יותר בוגרי תיכון ללימודי סיעוד ויאפשרו לתת מענה למחסור הצפוי באחיות.

על בסיס ההבנות מהמחקר הנוכחי אנו עורכים כעת סקר הבוחן את עמדותיהן של אחיות בשטח. נקווה להציג לפניכם בקרוב את תוצאותיו ואת התובנות העולות מהן.

מקורות

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013). נתונים לרגל יום הקשיש הבינלאומי, 1.10.2013. אוחזר מ

http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201311267

משרד הבריאות (2013). חוזר מנהל סיעוד 99/13, מומחיות בסיעוד.

משרד הבריאות (2013). כוח אדם במקצועות הבריאות. אוחזר מ

<http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/manpower2013.pdf>

ניראל, נ', גרינשטיין-כהן, א', אייל, י', סמואל, ה' ובן-שוהם, א' (2014). בחינת תחזיות הביקוש לאחיות למול תחזיות ההיצע. (טרם פורסם)

צבר בן יהושע, נ' (2001). מסורות וזרמים במחקר האיכותני. לוד: דביר.

שקדי, א' (2006). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום. תל אביב: הוצאת רמות, אוניברסיטת תל אביב.

Baker, M. & Heitkemper, M. (2005). The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*, 53 (5), 253-259.

- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10.
- Bauer, J. C. (2010). Nurse practitioners as an underutilized resource for health reform: Evidence-based demonstrations of cost-effectiveness. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22 (4), 228-231.
- Bissinger, R. L., Allred, C. A., Arford, P. H., & Bellig, L. L. (1997). A cost-effectiveness analysis of neonatal nurse practitioners. *Nursing Economics*, 5 (2), 92-99.
- Board of Health Services Policy, Institute of Medicine. (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. Washington, D.C.: The National Academies Press .
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grombach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288 (19), 2469-2475.
- Bourbeau, J., Collet, J. P., Schwartzman, K., Ducruet, T., Nault, D & Bradley, C. (2006). Economic benefits of self-management education in COPD. *Chest*, 130, 1704-1711.
- Canadian Council of Learning. (2007). *Patient self-management: Health-literacy skills required*. Retrieved from <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/LessonsInLearning/Jun-19-07-Patient-Self-mana.pdf>
- Casalino, L., Gillies, R. R., Shortell, S. M., Schmittdiel, J. A., Bodenheimer, T., Robinson, J. C., Rundall, T., et al. (2003). External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. *JAMA*, 289, 434-441.
- Cruz-Jentoft, A. J., Franco, A., Sommer, P., Baeyens, J. P., Jankowska, E., Maggi, A., Ponikowski, P., et al. (2009). European silver paper on the future of health promotion and preventive actions, basic research, and clinical aspects of age-related disease. *European Journal of Ageing*, 6, 51-57 .

- Heneghan, C., Alonso-Coello, P., Garcia-Alamino J., Perera, R., Meats, E., & Glasziou, P. (2006). Selfmonitoring of oral anticoagulation: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 367, 404-411 .
- Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324, 819-823.
- Israel National Institute for Health Policy. (2006). *The seventh Dead Sea conference: Healthy behaviors as a national objective*. Tel Hashomer .
- Israel National Institute for Health Policy. (2008). *The ninth Dead Sea conference: Human resources in the health professions*. Tel Hashomer.
- Jerde'n, L., Hillervik, C., Hansson, A. C., Flacking, R., & Weinehall, L. (2006). Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and a patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 448-454.
- Keleher, H. & Parker, R. (2013). Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. *Collegian*, 20, 215-221.
- King, M. A. & Pappas-Rogich, M. (2011). Faith community nurses: Implementing healthy people standards to promote the health of elderly clients. *Geriatric Nursing*, 32 (6), 459-464.
- Kinnersley, P., Edwards, A., Hood, K., Ryan, R., Prout, H., Cadbury, N., MacBeth, F., et al. (2008). Interventions before consultations to help patients address their information needs by encouraging question asking: Systematic review. *BMJ*, 337, a485 .
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2007). *Substitution of doctors by nurses in primary care (Review)*. The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons, Ltd.
- Lau, D. H. (2002). Patient empowerment – A patient-centred approach to improve care. *Hong Kong Med Journal*, 8, 5.
- Linden, A. (2006). Is Israel ready for disease management? *IMAJ*, 8, 667-671.

- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Sihto, M., & Diderichsen, F. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In J. P. Mackenbach & M. Bakker (Eds.), *Reducing inequalities in health: A European perspective* (pp. 25-49). New York: Routledge.
- Mål För Folkhä, I. (2003). *Public healths goals in Sweden*. Sweden: Swedish Parliament.
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., & Henderson, S. R. (2006). The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: A review of the literature. *Med Care Res Rev*, 63, 531.
- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., & Henderson, S. R. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (3), 381-395.
- McGowan, P. (2005). *Self-management: A background paper*. Paper presented at New Perspectives: International Conference on Patient Self-Management, September 2005.
- McKee, M. (2008). The control of chronic non-communicable disease in the 21st century: An integrated approach. In B. Rosen, S. Saltman, & M. Shani (Eds.), *Health systems: Are we in a post reform era?* Israel National Institute for Health Policy.
- Nelson, J. E., Cortez, T. B., Curtis, J. R., et al. (2011). Integrating Palliative Care in the ICU: The nurse in a leading role. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 13 (2), 89-94.
- Niezen, M. G. H. & Mathijssen, J. J. P. (2014). Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy*, 117, 151-169.
- Nissanholtz-Gannot, R., Rosen, B., & The Quality Monitoring Study Group (2012). Monitoring quality in Israeli primary care: The primary care

- physicians' perspective. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1, 26.
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Pearson, L. J. (2005). The Pearson report. *American Journal for Nurse Practitioners*, 9 (1), 9-10, 13-16 .
- Pulcini, J. & Vampola, D. (2002). Tracking NP prescribing trends. *Nurse Practitioner*, 27 (10), 38-43
- Riegel, B., Sullivan-Marx, E., & Fairman, J. (2012). Meeting global needs in primary care with nurse practitioners. *The Lancet*, 449-450, 380.
- Rosen, B. & Nissanholtz-Gannot, R. (2010). *From quality information to quality improvements*, RR-562-10. Jerusalem: Myers-Joint-Brookdale Institute.
- Sakr, M., Kendall, R., Angus, J., Saunders, A., Nicholl, J., & Wardrope, J. (2003). Emergency nurse practitioners: A three parts study in clinical and cost effectiveness. *Emergency Medicine Journal*, 20 (2), 158-163.
- Schöttle, D., Schimmelmann, B. G., Karow, A., Ruppelt, F., et al. (2014). Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: The 24-month follow-up ACCESS II study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, PMID:25188752.
<http://europepmc.org/abstract/MED/25188752>
- Srivastava, N., Tucker, J., Draper, E., & Miller, M. (2008). A literature review of principles, policies, and practice in extended nursing roles relating to the UK intensive care settings. *J Clin Nurs*, 17 (20), 2671-2680.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage Publications .

United States Department of Health and Human Services (2004). *National healthcare disparities report: Summary*.

<http://www.ahrq.gov/qual/nhdr03/nhdrsum03.htm>

United States National Institute of Medicine. (2003). *Unequal treatment – Confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. Washington D.C .

Weinstein, L. C., Henwood, B. F., Cody, J. W., Jordan, M., & Lelar, R. (2011). Transforming assertive community treatment into an integrated care system: The role of nursing and primary care partnerships. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17 (1), 64-71 .

נספח א

רשימת תפקידי המרוואיינים לפי "שכבות"

אינו אחות (רופא/מנהל)	אחות		
	אחות ראשית של קופה או מנהלת סיעוד מחוזית או אחות בכירה בארגון	מנהלת סיעוד באזור (מנהלת/אשכול/מרחב) או במרפאה גדולה	
2	5	3	כללית
2	3	4	מכבי
1	5	9	מאוחדת
2	2	4	לאומית
1	5	-	משרד הבריאות
4	3	-	אחר (הר"י/ אקדמיה/ ארגוני אחיות)
12	23	20	סך הכול

נספח ב

שאלות מנחות לראיונות למחקר "תמורות בתפקידי אחיות בקהילה"

- מה הם תפקידיה של אחות הקהילה היום? (קליני/אדמיניסטרטיבי)
- מה הן צורות העבודה הנהוגות בקרב אחיות הקהילה?
- האם היה שינוי בתפקיד אחות הקהילה בעשור האחרון? אם כן, מהו השינוי?
- מה היו הסיבות העיקריות לשינוי בתפקיד האחות בקהילה?
- באיזו מידה קיימת אוטונומיה לאחות הקהילה? מה הן סמכויותיה? האם ראוי להרחיב או לצמצם אותן?
- מה הם המאפיינים של סביבת העבודה של אחות הקהילה?
- באיזו מידה משולבת אחות הקהילה בתוכניות מדידת האיכות? מה הם תפקידיה, ובאיזו מידה היא מעורבת בכל אחד מהמדדים הרלוונטיים?
- מה הם מאפייני ההשכלה וההכשרה של אחיות הקהילה? האם היה שינוי בהם בעשור האחרון? ואם כן, מהו?
- מה הם החסמים להתפתחות מקצוע האחות בקהילה?
- היכן תהיה אחות הקהילה בעוד 10 שנים?

