



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

אחות מומחית קלינית בגריאטריה
ד"ח מחקר מעקב פרוספקטיבי (2012-2014)

החוקרים

ד"ר יפה הארון – מינהל הסיעוד
ד"ר דורית רובינשטיין – אגף הגריאטריה
ד"ר הילה פיגל – מינהל הסיעוד
ד"ר שושנה ריב"א – מינהל הסיעוד

תודות

למזל אלבגלי – מינהל הסיעוד (גימלאית)
לד"ר שרה לוי (ז"ל) – אגף הגריאטריה
לד"ר כהן אהרון – ראש האגף לגריאטריה
למנהלי בתי החולים הגריאטריים
למנהלות הסיעוד בבתי החולים הגריאטריים



מחקר מעקב אחות מומחית קלינית בגריאטריה

רקע

מדינת ישראל, בדומה למגמה העולמית, מתעצמת התחלואה הכרונית בשל הזדקנות האוכלוסייה. על מנת להתמודד עם אתגר משמעותי זה ועל מנת לתת מענה לאוכלוסיות בעלות מאפייני תחלואה שונים ומתוך הכרה כי אחיות, בהינתן הכשרה מתאימה, יכולות לתת מענה מקצועי איכותי למטופלים ולאור הניסיון ותרומתן של ה-NP – למערכות בריאות בעולם, מקדם משרד הבריאות בשנים האחרונות הטמעתו של התפקיד גם בישראל, תוך התאמתו לצרכים הייחודיים בארץ. בהתאם לכך, פותח מסלול ייחודי המאפשר לאחיות בכירות, בעלות השכלה אקדמית רחבה והכשרה מתאימה להתמחות בתחומים ייעודיים בסיעוד בהתאם לתחומים שנקבעו בתקנות בריאות העם (תואר מומחה בסיעוד), התשע"ד - 2013.

בישראל, מתפתחת המומחיות בסיעוד בשני כיוונים מרכזיים: הכיוון הראשון, הוא מתן מענה מקצועי בתחום רפואי מוגדר, כמו: בתחומים כירורגיה, פגים וגריאטריה, במתארי האשפוז. הכיוון השני, הוא התמחות בטיפול בנושא רוחב בו קיימת סוגיה בעלת השפעה מרכזית על החולה שעמה יש להתמודד בתוך מכלול של מצבים שונים, כמו לדוגמא, כאב וסוכרת, בו לאחיות מומחיות בסיעוד יכולת לתת מענה לחולים ולהעניק טיפול כוללני ואיכותי. לצורך כך, האחיות המומחיות צריכות להיות בעלת הכשרה רחבה מאוד ובמקביל בעלות סמכויות טיפול רחבות. תפקידיה של האחות המומחית, כוללים בין היתר את בדיקת החולה והערכת מצבו, הפניות לבדיקות אבחון ומעקב, קביעת תכנית הטיפול ומתן הוראות טיפוליות, איזון הטיפול התרופתי, ביצוע טיפולים ייעודיים כחלק מתוכנית הטיפול שנקבעה, איזון סימפטומים, הפניית המטופל להמשך טיפול או בירור רפואי נוסף, הדרכה ומתן ייעוץ לחולה ולמשפחתו ולצוות הרפואי.

תפקיד המומחית הקלינית (NP) Nurse Practitioner מיושם בעולם בנסיבות שונות ופותח בין היתר בקנדה בשנות ה-80 המאוחרות, בשל עליה במורכבות הטיפול הרפואי, העומס באשפוז האקוטי, העדר רצף הטיפול והצורך ברפואה ראשונית בקהילה. סיבות נוספות היו שאיפה של הרשויות לצמצום כמות הסיבוכים והפחתת עלויות הטיפול הרפואי. תפקיד המומחית הקלינית נתפס כדרך להעצמה ופיתוח תפקיד האחות. (Barton, Bevan, & Moony, 2012; Bryant-Lukosius, Carter, Kilpatrick et al, 2010).



הגדרת התפקיד וסמכויותיה של המומחית הקלינית בישראל, מבוססת על ההגדרה של Advanced Nurse Practitioner (ANP). זהו תפקיד קליני נרחב המבוסס על עקרונות מתן טיפול ראשוני וטיפול ממוקד מטופל (Lewandowski, & Adamle, 2009). דרישות התפקיד כוללות ידע מעמיק, מיומנויות קליניות, כישורי הדרכה, מנהיגות, יכולת הכוונה וייעוץ, קידום מצוינות בטיפול ויכולת אלתור ומציאת פתרונות מתקדמים למצבי חולי מורכבים, תוך הקפדה על מתן טיפול איכותי (AGSEP, 2012; AACN, 2012).

פיתוח התפקיד כלל הנחת היסוד כי הצלחת הטמעת התפקיד מחייבת עמדות חיוביות של אנשי המקצוע והעמיתים בתחום הגריאטרי (רופאים ואחיות) כלפי התפקיד. יתרה מכך, המשך פיתוח של תחומי המומחיות נוספים בישראל, יושפע ממידת הצלחה של הטמעת התפקיד בתחום הגריאטריה שהינו אחד מתחומי המומחיות החלוציים בישראל.

בספרות, מדווחים לרוב הגורמים המסייעים והמעכבים להתפתחות, הטמעה ויישום תפקיד המומחית הקלינית כנוגעים למאפיינים אישיים כמו: בטחון עצמי, מקצועיות, מוטיבציה, ניסיון קודם של העוסק במומחיות (Lloyd, 2005) השפעת מאפיינים מקצועיים כמו: שליטה במיומנויות קליניות, יישום טיפול מבוסס ראיות (Evidence Based Care), שיפור איכות הטיפול (Marks, 2011). המאפיינים הארגוניים, המאפשרים התפתחות התפקיד ויישום התפקיד של האחות, כמומחית קלינית, ניתן לייחס לאי בהירות תפקידי – Role Ambiguity, תרבות ארגונית/פוליטית, מוכנות הארגון לשינוי, בניית יחסים חיוביים בין הנהלה/צוות רב מקצועי לאחיות המומחיות (Niezen & Mathijssen, 2014; Sangster-Gormley, Misener, Wambolt & DiCenso, 2011), כמו גם מאפיינים מתגמלים כמו שביעות רצון של המטופלים והמשפחות (Marks, 2011), שביעות רצון של המטפלים, (Survey of Nurse Practitioners 2013). מכאן, זיהוי העמדות של אנשי הצוות כלפי התפקיד, משמעותי בתהליך פיתוח התפקיד והטמעתו בשדה הקליני בשלבים השונים ובמיוחד בשלבים המוקדמים של ההטמעה. בישראל, שירותי האשפוז הגריאטרי ניתנים כיום באמצעות בתי חולים כללים, במרכזים רפואיים גריאטריים ממשלתיים ציבוריים ופרטיים, לטיפול במחלות כרוניות ממושכות ובתי חולים סיעודיים. קיימת אבחנה בין האוכלוסייה הסובלת מתחלואה חריפה ובשל כך נזקקת לשירותי הרפואה החריפה לבין האוכלוסייה הסובלת מתחלואה כרונית ונזקקת לשירותי רפואה כרונית.

אשפוז חריף – רוב המאושפזים בבתי החולים הכלליים הם קשישים בני 65+ אשר תופסים בו חלק ממוצע הגבוה פי כמה משיעורם באוכלוסייה. במחלקות מסוימות ובאזורים מסוימים בארץ, הקשישים מהווים רוב מוחלט בתוך מחלקות אשפוז. שיעור המאושפזים בני 65+ בממוצע במחלקות הפנימיות הוא כ- 60% וביחידות לטיפול נמרץ הוא כ- 50% לעומת שיעורם של הקשישים בכלל האוכלוסייה העומד על מעט מעל ל- 10%. מכאן שהשינויים הדמוגרפיים משפיעים לא רק על המערכות הגריאטריות אלא גם ובמידה רבה על אופי דפוסי מחלקות האשפוז בבתי החולים הכלליים (שטסמן, 2011).

Nursing Division Ministry of Health P.O.B 1176 Jerusalem 91010 call.habriut@moh.health.gov.il Tel: * 5400 Fax:02-5655949	קול הבריאות 	מינהל הסייעוד משרד הבריאות ת.ד. 1176 ירושלים 91010 call.habriut@moh.health.gov.il טל: *5400 פקס: 02-5655949
---	---	--



מינהל הסייעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

אשפוז כרוני – הקושי של המשפחה והמטפלים העיקריים להתמודד עם עומס הטיפול, מוביל לרוב לדרישה למציאת מסגרת התואמת את מורכבות מצבם של הקשישים. מסגרת זו יכולה להיות באשפוז במחלקות סיעודיות ותשושי נפש או במחלקות לסייעוד מורכב, גריאטריה תת חריפה והנשמה ממושכת (שטסמן, 2011). אשפוז כרוני לחולים סיעודיים ותשושי נפש ניתן בסיוע מימוני של משרד הבריאות בהתאם לתוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד, 1994. מרבית האשפוז הסיעודי שבאמצעות משרד הבריאות, מתבצע על ידי רכש שירותי אשפוז ממוסדות פרטיים, ציבוריים ואחרים ופחות מ- 5% מהאשפוז הסיעודי מתבצע במחלקות המתאימות בבתי חולים גריאטריים ממשלתיים. תחום הגריאטריה הוא תחום המומחיות השני שפותח בסייעוד בישראל. כחלק מהליך פיתוח והטמעת תפקיד האחות המומחית בגריאטריה בשטח, יש לוודא כי אנשי המקצוע והעמיתים בתחום הגריאטרי (רופאים ואחיות), תומכים בהטמעת התפקיד בתחום הגריאטריה. יתרה מכך, מאחר ומומחיות בתחום הגריאטריה היה בין התחומים הראשונים שהוטמעו, קיימת חשיבות רבה ללמידת אופן הטמעתו טרם המשך הפיתוח של תחומי מומחיות נוספים.

מטרות המחקר

לבחון את הליך הטמעת תפקיד המומחית הקלינית בגריאטריה, בשלבים המוקדמים תוך זיהוי הגורמים המשפיעים על הטמעת ויישום התפקיד בשנה הראשונה.

שאלות המחקר

1. מהם העמדות הכלליות כלפי תפקיד המומחית (שותפי התפקיד)?
2. מהי התפיסה לגבי תחומי העשייה של המומחית (מומחיות ושותפי התפקיד)?
3. באיזו מידה מיושם התפקיד בשטח?
4. מהם הגורמים המעכבים/המסייעים ליישום התפקיד?
5. האם יש קשר בין תפיסת תחומי העשייה, העמדות הכלליות של שותפי התפקיד לבין היישום של התפקיד בשטח על ידי האחיות המומחיות?

שיטות

מערך המחקר – מעקב פרוספקטיבי (Cohort follow up study).
מחקר משולב איכותני וכמותי.
המעקב נעשה בשלוש נקודות זמן החל מתהליך הפיתוח ועד להטמעת התפקיד.

אוכלוסיית המחקר

אחיות מומחיות קליניות בגריאטריה
רופאים בכירים ואחיות בכירות במחלקות בתי החולים בשמונה מרכזי אשפוז גריאטריים בהם השתלבו/יעבדו האחיות המומחיות



מינהל הסייעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הכלים והשיטות לאיסוף הנתונים

שאלונים מובנים לשתי האוכלוסיות, לאחיות המומחיות ולצוותים. קבוצות מיקוד של האחיות המומחיות, אחיות אחראיות ומנהלי מחלקות. ראיונות אישיים של מנהלי המוסדות, האחיות המומחיות.

הליך המחקר

איסוף הנתונים נעשה בשילוב שיטות איכותניות וכמותיות בשלוש נקודות זמן של מדידה (ראה טבלה).

זמן 1 – בתחילת ההכשרה

אוכלוסיית היעד – אחיות מומחיות.

איסוף הנתונים נעשה באמצעות קבוצת מיקוד בכיתת הלימוד ביום הראשון ללימודים בהנחיות החוקרים.

זמן 2 – סיום הקורס/ההכשרה

אוכלוסיית היעד – אחיות מומחיות, צוות במחלקות אחיות ורופאים.

איסוף הנתונים נעשה באמצעות שאלונים מובנים למילוי עצמי תוך שמירה על אנונימיות המשיבים. השאלונים נאספו על ידי אנשי קשר שמונו בתוך כל מוסד.

זמן 3 – כעבור שנה מסיום הקורס

אוכלוסיית היעד – אחיות מומחיות, הצוותים במוסדות.

איסוף הנתונים נעשה באמצעות ראיונות אישיים של המומחיות ומנהלי המוסדות על ידי צוות החוקרים וכן מפגשים עם הצוותים במחלקות לקבלת משוב מובנה והערכת היישום.

זמן מדידה	אוכלוסיית היעד	השיטות לאיסוף הנתונים	הנושאים שנבדקו
זמן 1 – תחילת הקורס	אחיות מומחיות קליניות	קבוצות דיון (מיקוד)	✓ תפיסת גורמים מסייעים/מעכבים לתפקיד ✓ תפיסת התפקיד ומאפיינים נדרשים
זמן 2 – סיום ההכשרה	אחיות מומחיות קליניות	שאלונים מובנים (זהים בשתי האוכלוסיות)	✓ תפיסת תחומי העשייה בתפקיד
	רופאים בכירים ואחיות בכירות במוסדות האשפוז הגריאטריים	שאלונים מובנים	✓ השפעה על מדדי איכות במחלקה
זמן 3 – כעבור שנה מסיום ההכשרה	אחיות מומחיות קליניות	ראיונות אישיים	✓ היקף יישום התפקיד ✓ שביעות רצון מהתפקיד
	רופאים ואחיות בכירים במוסדות	✓ קבוצות דיון ✓ ראיונות אישיים	✓ יישום התפקיד ✓ שביעות רצון מהתפקיד



כלי המחקר – שאלון

השאלון פותח על סמך סקירת ספרות ושאלונים קיימים בתחום

(Holloway, 2012; Faris, Douglas, Maples, Berg, & Thrailkill, 2010; Malone 2008).

כמו גם קבוצות דיון שנערכו עם מומחים בתחום שסייעו לגיבוש השאלון במתכונתו הסופית. השאלון עבר פיילוט. מהימנות השאלון הייתה 0.89.

מבנה השאלון

השאלון מורכב מ- 4 חלקים:

- חלק 1 – מתייחס לפרטים דמוגרפיים (גיל, מין, השכלה, תפקיד, מקצוע, וותק מקצועי, חשיפה לתפקיד המומחית הקלינית).
- חלק 2 – מתייחס ל- 29 היגדים העוסקים בפעילות המומחית הקלינית. המשיבים נתבקשו לענות באיזו תדירות להערכתם המומחית תעסוק בכל פעילות במסגרת תפקידה בסולם מ- 1 עד 5 (רשימת הפעילויות ראה טבלה 1)
- חלק 3 – המשיבים נתבקשו לענות האם מסכימים או לא לשבעה היגדים המתייחסים לדימוי/סטטוס האחות המומחית.
- חלק 4 – כלל 12 היגדים המתייחסים לאיכות הטיפול במחלקה. המשיבים נתבקשו לענות על מידת ההשפעה של תפקיד המומחית על כל אחד מהאינדיקטורים כגון, הפחתת סיבוכים, הפחתת אשפוזים חוזרים, הגברת היענות לטיפול הרפואי. בנוסף שאלה כוללנית אחת – "באיזו מידה אתה מעריך את החשיבות של פיתוח תפקיד המומחית הקלינית בגריאטריה במערכת הבריאות בישראל?" בסולם מ- 1 עד 10.

ניתוח הנתונים

השאלונים נותחו ב- SPSS גרסה 20, בוצעה סטטיסטיקה תיאורית להצגת ההתפלגויות והמוצעים של המשתנים, השוואת ממוצעים ושכיחויות בין הרופאים והאחיות באמצעות Chi Square, T – Test. מהימנות השאלון נבחנה על ידי Alpha Cronbach.

החלק האיכותני של המחקר נעשה על ידי ניתוח תוכן וזיהוי הנושאים המרכזיים שעלו בקבוצות הדיון ובראיונות האישיים. הניתוח נעשה בשיטות המקובלות למחקר איכותני על ידי צוות המחקר.

<p>Nursing Division Ministry of Health P.O.B 1176 Jerusalem 91010 call.habriut@moh.health.gov.il Tel: * 5400 Fax:02-5655949</p>	<p>קול הבריאות </p>	<p>מינהל הסייעוד משרד הבריאות ת.ד. 1176 ירושלים 91010 call.habriut@moh.health.gov.il טל: *5400 פקס: 02-5655949</p>
---	---	--



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

פרק הממצאים

ממצאי קבוצות הדין של האחיות המומחיות בתחילת ההכשרה (ביום הראשון ללימודים)

בנקודת זמן 1 הוצגו 3 שאלות ל-3 קבוצות דיון של אחיות שהיו מועמדות לתוכנית הלימודים עוד טרם נחשפו לתפקיד אף לא ברמה התיאורטית. האחיות נתבקשו להעלות את תפיסתם ועמדתם לגבי 3 השאלות א-ג. להלן עיקרי הדברים שעלו בקבוצות הדין:

א. מהו הפרופיל המקצועי של המומחית הקלינית?

- משמשת כמקור לידע, יוזמת שינויים, משמשת כמודל לחיקוי / דגם תפקיד במקצוע הסיעוד.
- בעלת יכולת לנהל ולרכז את הטיפול בחולה, לקדם את המערך הסיעודי בראייה כוללנית כגון: תזונה, שיחות עם משפחה.
- בעלת בגרות אישית ומקצועית + ניסיון בעבודה.
- בעלת ידע תאורטי ומעשי.
- בעלת בטחון עצמי.
- בעלת יכולת ניהולית, אסרטיבית, בעלת אני מאמין ובעלת יכולת להנהיג אחרים. להיות אחות גדולה ולא רופא קטן.
- בעלת יכולת לקבל החלטות נכונות ומדויקות ובכך לשפר את איכות הטיפול. בעלת יכולת לבצע ניהול טיפול ומעקב אחר המטופל לאורך זמן ובאופן תדיר יותר.
- האחיות תהיה זמינה לפניית החולה ומשפחתו.
- בעלת יכולת לבנות מפה טיפולית למצבי חולי משתנים עפ"י ניסיון קודם כדי למזער סיבוכים ולשפר סיכוי החלמה.
- לצמצם אשפוזים חוזרים.
- תוכל ליצור רצף טיפולי בכדי ליצור רשת בטחון והמשך איכות טיפול.
- בעלת יכולת לשמור על איכות טיפול.
- עם כניסתה של האחיות המומחית תעלה איכות הטיפול בחולה.
- לשמש כמקור לגאווה סיעודית.
- בעלת יכולת לשמור על עדכון ידע מתמיד. להיות update לגבי שינויים וחידושים ברפואה ושיטות טיפול בתחום הטיפול בגריאטריה.

ב. מהם התנאים המקדימים הדרושים לתפקוד אופטימלי בשדה שלך כאחות מומחית?

תנאים ארגוניים:

- שיתוף פעולה ברמת הארגון.
- פתיחות מצד הארגון, בעיקר ההנהלה הרפואית וההנהלה הסיעודית.
- הכנה טובה של הנהלת הארגון את אנשי המקצוע לקראת התפקיד שלנו.
- הגדרת התפקיד בתוך הארגון.
- הגדרת הכפיפות שלנו (יתכנו הבדלים בין בתי"ח כלליים, בתי"ח גריאטריים וקהילה).



מינהל הסייעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

תנאים מקצועיים:

- הגדרת תפקיד ברורה.
 - הגדרת תחומי האחריות והסמכות.
 - הכנת השטח לכניסת המומחית.
 - המומחית צריכה לבנות את התפקיד, להביא את ה"אני מאמין" שלה אבל בעדינות וברגישות כדי "לא לדרוך על יבלות", בעיקר של רופאי הבית.
 - תיאום ציפיות מול כל קבוצה בנפרד: רופא מנהל מחלקה, רופאי בית, אחות אחראית מחלקה וכו'.
 - בקהילה יש מקום גדול יותר לפעילות מקצועית של המומחית (הדרכה, מעקב, ביקורים, חינוך, טיפול תרופתי וכו').
 - התנאי הבסיסי: השדה בו מתפקדת המומחית (בי"ח כללי, בי"ח גריאטרי, קהילה) ישפיע ככול הנראה על המוכנות של המוסד לקבל את המומחית.
 - להשתדל להתאים את המחלקה בה עובדת ה-NP לניסיון האישי שלה ולעברה המקצועי, התחום שהיא מתחברת אליו ואוהבת אותו.
 - תאום ציפיות מול אנשי צוות ממקצועות שונים.
 - לזהות צוות שמעוניין בתרומה של האחות.
 - בקהילה יש מקום יותר גדול (במוסדות, בבית).
 - שילוב המומחית לפי תחומי עניין לדוגמא, מחלקה פליאטיבית.
- ג. מהם הגורמים שיחזקו את מעמדה של המומחית?
- שיתוף פעולה בין האחות/רופא – האצלת סמכויות, הורדת עומס מהרופא.
 - הסמכויות של האחות – ייעול טיפול / רצף טיפולי.
 - אישיים – כישורים/מיומנויות/ניהול מקצועי.
 - תמיכה של הנהלת ביה"ח לאוטונומיה.
 - הקצאת תקציב של ביה"ח לתפקיד (תקן).
 - המידע של הרופאים לגבי מומחית קלינית (חשיפה קודמת).
 - כאשר יש מחלוקת מקצועית לגבי פרוטוקולים או הנחיות מקצועיות (לנקוט עמדה).
 - להבדיל את התפקיד של האחות האחראית או למזג? דילמה של מי האחריות כלפי החולה?
 - מקום עבודתה – היכן תעבוד יכול לחזק או להחליש. לדוגמא, בקהילה – היכן שאין רופאים.
 - המשכיות הטיפול בקהילה – לאחר שחולה משתחרר.
 - הופעתה בשלב שבו החולה הזקוק לשיקום או מיד לאחר האשפוז. אלו תקופות "קריטיות" לפעילותה של האחות המומחית.



מינהל הסייעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הממצאים בזמן 2 – עם סיום ההכשרה טרם יישום התפקיד

מאפייני המדגם – במחקר השתתפו 148 רופאים בכירים ואחיות בכירות העובדים בשמונה מרכזי אשפוז גריאטריים. 89% מהם אחיות בכירות (מנהלות שירותי הסייעוד, אחיות אחראיות מחלקה ומפקחות קליניות) ורופאים בתפקידים בכירים (מנהלי המוסדות, מנהלי מחלקות ורופאים בכירים). הוותק המקצועי הממוצע של האחיות 18 שנים ושל הרופאים 15 שנים.

עמדות אנשי המקצוע בתחום הגריאטריה לגבי חשיבות התפקיד

ממצאי המחקר מראים שתפקיד האחיות המומחית הקלינית בגריאטריה נתפס באופן חיובי ורצוי הן על ידי האחיות והן על ידי הרופאים בתחום הגריאטריה. לשאלה "עד כמה חשוב לפתח את התפקיד של המומחית במערכת הבריאות בישראל בסולם מ-1 עד 10, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין האחיות והרופאים, האחיות ענו בממוצע 7.82 והרופאים 6.81

תפיסת תחומי העשייה של המומחית

תפיסת תחומי הפעילות של המומחית הקלינית נבדקה באמצעות שאלון המפרט את מגוון הפעילויות כאשר הנבדקים נתבקשו לענות בסולם מ-1 עד 5 עד כמה להערכתם האחיות המומחית תעסוק בכל פעילות (טבלה 1). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין האחיות והרופאים ברוב הפעילויות, אם כי בממוצע האחיות העריכו יותר מהרופאים שהמומחית תעסוק בפעילויות: איזון הטיפול התרופתי לחולה הכרוני 3.51 לעומת 2.87 אצל הרופאים, קבלת חולה חדש 3.81 לעומת 3.31, שחרור חולה 3.57 לעומת 2.73, וטיפול בחולה המורכב 3.55 לעומת 3.07. רק במספר פעילויות הערכת הרופאים בממוצע היתה גבוהה יותר מהאחיות כמו טיפול ישיר בפצעים 4.06 אצל הרופאים, לעומת 3.44, אצל האחיות הפנייה לצילומי חזה וגפיים 3.66 לעומת 3.36, אומדן סטטוס נפשי של הזקן, אומדן איכות חיים. בפעילויות כמו ניהול כאב כרוני, איזון טיפול פליאטיבי, אבחון מצבים שכיחים, הדרכת מטופלים ומשפחות, לא נמצאו הבדלים בין האחיות והרופאים.



טבלה 1 - תפיסת מידת הפעילות של האחות המומחית במחלקה/ביה"ח (ממוצעים, בסולם מ - 1 עד 5)
 1 - במידה מועטה מאד ; 5- במידה רבה מאד

רופאים	אחיות	תפקיד/פעילות המומחית הקלינית
4.06	3.76	1. אומדן תפקודי של הזקן
3.62	3.47	2. אומדן סטטוס נפשי של הזקן
3.31	3.78	3. אומדן גופני של הזקן
3.68	3.36	4. אומדן איכות חיים
4.06	*3.44	5. טיפול ישיר בפצעים
3.87	3.80	6. ניהול כאב כרוני
3.50	3.59	7. איזון טיפול פליאטיבי
2.87	*3.51	8. איזון הטיפול התרופתי לחולה הכרוני
3.93	3.90	9. שמירה על זכויות המטופל ומשפחתו
3.00	3.25	10. ניהול קבוצות מטופלים
3.62	3.52	11. הדרכת צוותים אחרים
2.93	*3.41	12. ייעוץ לאנשי מקצוע אחרים
3.93	3.92	13. הדרכת מטופל
4.00	3.90	14. הדרכת משפחה
3.37	3.43	15. קשר עם הקהילה לרצף הטיפולי



רופאים	אחיות	תפקיד/פעילות המומחית הקלינית
3.60	3.62	16. אבחון מצבים שכיחים
3.31	*3.81	17. קבלת חולה חדש
2.73	*3.57	18. שחרור חולה מאשפוז
3.81	3.79	19. הזמנת בדיקת
3.25	*3.62	20. פענוח בדיקת עזר שגרתיות
2.93	*3.38	21. רישום מרשמי המשך
3.20	3.30	22. הפניה למומחים/מטפלים אחרים
3.06	3.14	23. ביצוע פעולות חודרניות מוגדרות
3.66	3.36	24. הפניה לצילומים (חזה וגפיים)
2.07	2.66	25. רישום תרופות נרקוטיות
1.80	*2.38	26. החלטה על ביצוע פרוצדורות מורכבות
3.26	*3.74	27. זיהוי מצבי חירום ומתן טיפול ראשוני
3.78	3.72	28. קביעת המצבים המחייבים היוועצות עם הרופא הבכיר
3.07	3.55	29. טיפול בחולה מורכב

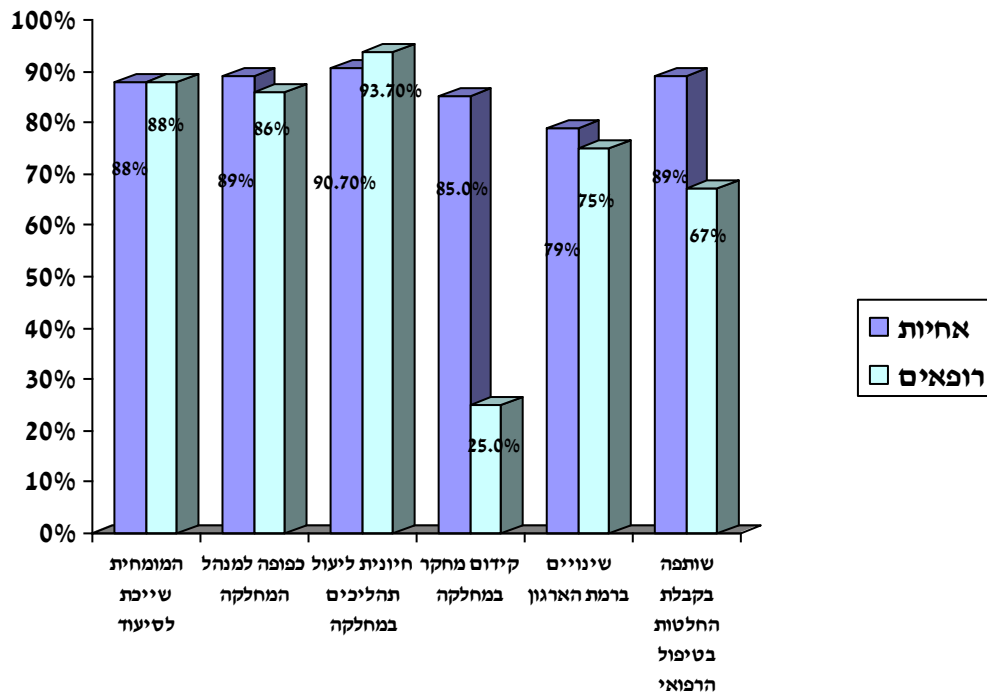
* רמת מובהקות סטטיסטית – $P < 0.05$



הדימוי המקצועי של האחות המומחית

תפיסת הדימוי המקצועי של המומחית הקלינית נבחן עפ"י שיוכה המקצועי, יחסי הכפיפות, תפקידה בצוות הרב מקצועי ותרומתה בניהול המחלקה. רוב המשתתפים (88%) ללא הבדלים בין האחיות והרופאים תופסים את האחות המומחית כשייכת למקצוע הסיעוד והיא אינה תחליף לרופא. הכפיפות היא למנהל המחלקה (87%) כבעלת השפעה על הכנסת שינויים ברמת הארגון (77%), 85% מהאחיות השיבו שהיא גם תתרום לקידום המחקר במחלקה לעומת 25% מהרופאים. בצוות הרב מקצועי האחות המומחית נתפסת כשותפה בקבלת החלטות רפואיות על ידי כ- 90% מהאחיות ו- 67% מהרופאים (גרף 1).

גרף 1 – תפיסת הדימוי המקצועי של האחות המומחית הקלינית בגריאטריה





מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

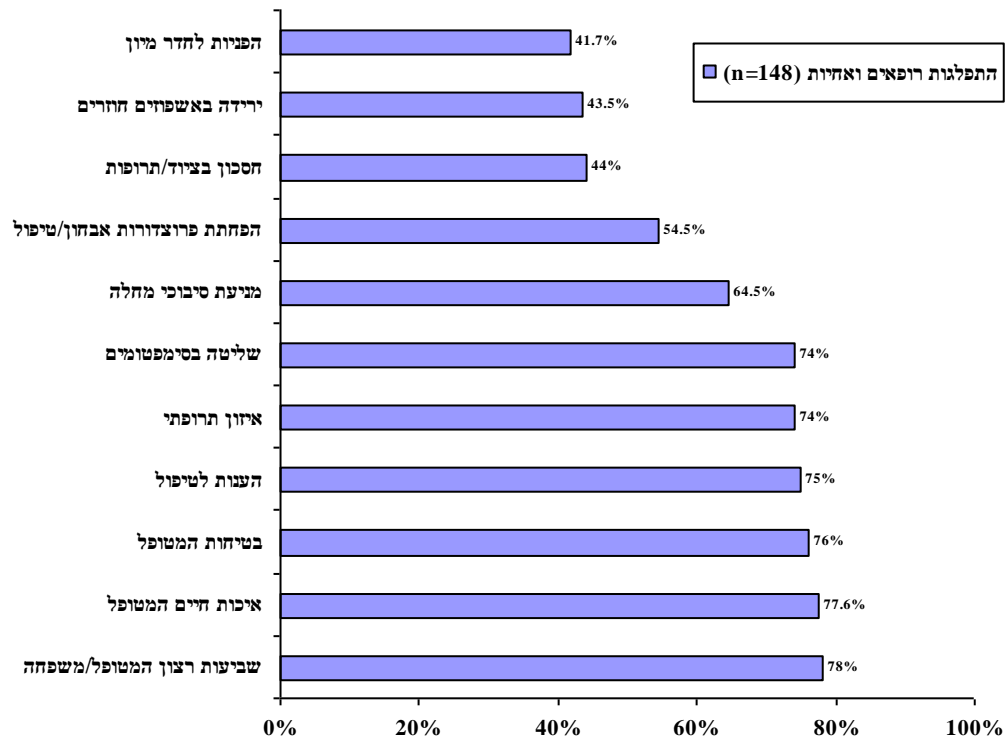
לחיים בריאים יותר

תפיסת התפקיד כמשפיעה על איכות הטיפול במטופלים

תפקיד האחות המומחית נתפס כבעל השפעה חיובית על הטיפול בחולים במחלקה על ידי רוב האחיות והרופאים (כ-75%) בנושאים כמו: הגברת ההיענות לטיפול, שליטה בסימפטומים, איזון טיפול תרופתי, עליה בשביעות הרצון של המטופל ומשפחתו, בטיחות המטופל ואיכות חיים של המטופל. מחצית מהמשיבים חושבים שתהיה למומחית השפעה במספר היבטים בטיפול כמו הפחתה בפניות לחדר מיון, ירידה באשפוזים חוזרים, ירידה במספר פרוצדורות טיפול/אבחון, חסכון בצידוד או בתרופות (גרף 2).

כמו כן, נמצא שכ-70% מהאחיות והרופאים תופסים את תרומתה של המומחית כחיובית במחלקה בנושאים כמו ייעול תהליכים במחלקה (91%), העלאת איכות הטיפול (91.4%, 84.6%), סיוע משמעותי לרצף הטיפולי (91%) בהיבט הכלכלי התועלת הצפויה של המומחית במחלקה נתפס כחיובי על ידי רוב האחיות 73% לעומת 50% מהרופאים.

גרף 2- התפלגות הרופאים והאחיות (באחוזים) לפי הערכת מידת ההשפעה של האחות המומחית על המדדים במחלקה




זמן 3 – שנה לאחר סיום ההכשרה

המונחים/העמיתים	המומחיות הקליניות	הנושאים
<ul style="list-style-type: none"> ✓ מרביתם מתפקדים באופן מלא ובמשרה מלאה ✓ מבצעים כל הפעילויות שבסמכותם לרבות קבלות ושחרורים, התחלת טיפול, ויסות טיפול תרופתי, אומדנים ✓ הבניה שיטתית של מעקבים כפי שנדרש ✓ רכשו אמון מקצועי של המשפחות ✓ החולים נתרמו בעיקר ב- 2 ממדים – מניעת סבל ומענה זמין ✓ קיימת הפחתה משמעותית במספר התרופות למטופלים 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ התפקיד השתפר עם הזמן (בפעילויות כמו קבלות, מינון תרופות ✓ יישום מלא של התפקיד לרבות איזון תרופות, הוראות לאינסולין, הפניה לבדיקות וליועצים ✓ מתן מענה מידי למצבים הדורשים טיפול ✓ הוספה של בדיקות מעקב ✓ שביעות רצון גבוהה של המשפחות ✓ ביקור חולים שיגרתי יומי ✓ מעקב שיטתי עפ"י תכנית כל 3 חודשים 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ יישום התפקיד והשפעה על מדדי איכות
<ul style="list-style-type: none"> ✓ בתחילת התהליך הייתה סקפטיות ובתום שנה שביעות רצון גבוהה שלנו כממונים ✓ יש הערכה לידע המקצועי והכישורים הקליניים של האחיות המומחית ✓ מאפשר לצוות הרפואי להתפנות לנושאים מעבר לרוטינה ✓ אני סומך על ה"חוש הקליני" ויודע שלא תפעל אם לא בטוחה (מנהלי מחלקות) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ זמינות גבוהה למטופלים ולמשפחות והמשובים מהם מצוינים ✓ שיתוף פעולה מלא עם הרופאים והאחיות ✓ רופאים מומחים כגון הדמיה וזיהומים אינם מקבלים את ההפניות של המומחיות 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ שביעות הרצון מהתפקיד
<ul style="list-style-type: none"> ✓ התפקיד מוריד עומס במחלקה מהרופאים ✓ הסטטוס שלה ממוקם בין האחיות לרופא ✓ בעלת ידע מקצועי נרחב ✓ מהווה "ספק ידע" למטופלים ולמשפחות 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ הרקע המקצועי כאחות בגריאטריה מסייע לדימוי המקצועי החיובי ✓ קשר טוב עם האחיות האחראית ✓ המטופלים מייחסים אותנו לסקטור הרפואי 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ הדימוי המקצועי, תפיסת התפקיד
<ul style="list-style-type: none"> ✓ להקצות תקנים לתפקיד מראש 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ הגישה של מנהל המחלקה משפיעה מאוד (אם לחיוב אם לשלילה) ✓ תרבות של עבודת צוות במחלקה (מסייע) ✓ תפקיד במשרה חלקית (פוגע) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ גורמים מעכבים/מסייעים
<ul style="list-style-type: none"> ✓ נדרשת תקופת "חונכות ולמידה" בחודשים הראשונים ✓ חשובים הכישורים התקשורתיים ולא רק המקצועיים של המומחית כדי להשתלב בצוות ✓ יישום התפקיד מאוד תלוי במאפיינים של האדם שממלא את התפקיד ולכן חשוב לבחור נכון את האחיות 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ נדרש לימוד עצמי מרובה (הקורס רק הכנה ראשונית) ✓ מילוי תפקידים נוספים כמו אחות כללית מסייעים ליישום התפקיד של המומחית 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ תובנות מהתהליך
<ul style="list-style-type: none"> ✓ יש לבנות תכנית להשלמת הידע בתהליך היישום 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ להכין את השטח בעיקר את סקטור הרופאים ✓ להבהיר התפקיד לשטח ✓ להביא "צניעות לשטח" ✓ לתגבר תחומים קליניים כמו אומדן גופני, פרמקולוגיה בתכנית ההכשרה 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ המלצות



סיכום ודיון עפ"י שאלות המחקר

- ✓ שאלת מחקר – מהם העמדות הכלליות של שותפי התפקיד כלפי המומחית הקלינית?
הממצאים מהראיונות האישיים של מנהלי המוסדות רופאים ואחיות ומהדיונים בישיבות משותפות עם מנהלי המחלקות רופאים בכירים ואחיות אחראיות, מציגים עמדות חיוביות כלפי התפקיד. המקום של אחות מומחית בגריאטריה נתפס כחינוכי במערכת הבריאות ונחוץ הן במערכת האשפוז והן בקהילה. הרופאים במוסדות האשפוז ציינו שהאחות המומחית שייכת למעשה לסקטור האחיות אבל מתפקדת בפיקוחם ובהנחייתם המקצועית. היתרונות של התפקיד שלה למערכת באים לידי ביטוי בעיקר בזמינותה לחולים ולמשפחות, במתן מענה למצבים השכיחים ובהורדת עומסים, ובכך מסייעת לניהול הרפואי של המחלקה.
- האחיות האחראיות והבכירות במוסדות תופסות את האחות המומחית כשייכת לסקטור הסייעודי עם היתרון שיש להן הניסיון כאחיות בגריאטריה. הן תופסות את התפקיד כמסייע הן לצוות הסייעודי והן לצוות הרפואי במחלקה והתפקיד לדעתן נחוץ למעשה בכל מחלקות האשפוז הגריאטרי.
- ✓ שאלת המחקר – מהם תחומי העשייה של המומחית?
כפי שעולה מהמחקר, הרופאים תופסים את התפקיד מעט שונה מהאחיות. תחומים כמו עשייה מחקרית, יעילות כלכלית נתפסים כלא שייכים לליבת התפקיד של המומחית הקלינית. היקף הפעילויות כפי שנתפסת ע"י האחיות והרופאים דומה לרוב אם כי נמצאו במספר פעילויות הבדלים. לדוגמא, האחיות מייחסות לה יותר קבלות, שחרורים, איזון וטיפול תרופתי, זיהוי מצבי חירום ומתן טיפול ראשוני, פענוח בדיקות מאשר הרופאים. הרופאים מייחסים לה פעילויות כמו, אומדן נפשי ותפקודי, טיפול ישיר בפצעים, איזון כאב, הפניה לצילומים, הדרכת משפחות בשכיחות גבוהה יותר לעומת האחיות. הממצאים שהוצגו לע"ל נבדקו טרם יישום התפקיד ולאחר שנה התמונה השתנתה. מתוך הראיונות וקבוצות המיקוד עולה שגם הרופאים לאחר שנה ציינו שהמומחית עוסקת לרוב בפעילויות כמו, קבלות ושחרורים, הזמנת בדיקות, פענוח תוצאות בדיקות, זיהוי מצבי חירום ומתן טיפול ראשוני. יש להניח שמידת הסקפטיזם בתחילת התהליך מצד הרופאים התפוגגה לאור יישום התפקיד של המומחית בשטח.
- ✓ שאלת מחקר – באיזו מידה מיושם התפקיד?
מתוך הדיווחים של האחיות המומחיות הקליניות עולה שהן מיישמות את התפקיד במלואו למעט הפנייה ליועצים, שם הן נתקלות בקשיים של קבלת ההפניה ע"י הרופאים המומחים כמו זיהומים, הדמיה ועוד. בנוסף התפקיד אינו מיושם במשרה מלאה ע"י כל המומחיות (3 עוסקות בתפקידים נוספים כמו אחות כללית, מפקחת) אולם המומחיות שעובדות במשרה מלאה ממלאות את התפקיד במלואו. לפי הדיווחים של הממונים, התפקיד אכן מיושם במלואו כפי שפורסמו הסמכויות גם בחוזרי מינהל הרפואה ומינהל הסייעוד. הובעה הערכה לגבי הידע והכישורים הקליניים של המומחיות. בעיקר עלתה שאלת האמון המקצועי מצד הרופאים. לשיטתם, כאשר הם חשים שהמומחית מתייעצת במצבים שאינה בטוחה ומשתפת אותם, כך הם סומכים עליה יותר מקצועית ולכן חשובה להערכתם "תקופת חניכה" כדי לבדוק ולהעריך את היכולות של המומחית הקלינית עד לתפקוד עצמאי.
- ✓ שאלת מחקר – מהם הגורמים מעכבים/מסייעים ליישום התפקיד?
כפי שפורט בממצאים בתחילת התהליך ובסיום התהליך עולים מספר גורמים מסייעים בולטים כמו גישה חיובית של מנהל המחלקה, ידע נרחב וכישורים קליניים של המומחית, תקן מוגדר. הגורמים המעכבים שבלטו במהלך התהליך הם: אי בהירות התפקיד ע"י הצוותים, תרבות ארגונית של העדר הסתגלות לשינויים והעדר עבודת צוות, מילוי התפקיד במשרה חלקית.



✓ שאלת מחקר – האם יש קשר בין תחומי העשייה, העמדות הכלליות לבין יישום התפקיד בשטח? במחקר מעקב ניתן ליחס השפעה של הגורמים לתוצאות הסופיות. במחקר הנוכחי ניכר שהאחיות והרופאים במוסדות הגריאטריים שזוהו כסקפטיים בתחילת התהליך (טרם יישום התפקיד) שינו את עמדותיהם בסיום שנה של הטמעת התפקיד. יש לציין שהרופאים שנחשפו לתפקיד בחו"ל היו בעלי עמדות חיוביות באופן בולט כבר בתחילת התהליך.

כל האחיות המומחיות הציגו בתחילת התהליך עמדות חיוביות כלפי התהליך תוך ראייה מפוכחת של הגורמים המסייעים והמעכבים היכולים להשפיע ביישום התפקיד והתמודדו לאורך התהליך עם גורמים כמו גישה שלילית או ספקנית של רופאים בכירים. ניכר שיש קשר בין העמדות החיוביות של רופאים ואחיות לבין יישום התפקיד במלואו בבתי החולים הגריאטריים. במרכז גריאטרי בו הייתה עמדה שלילית כלפי התפקיד מצד מנהל המוסד, היישום של התפקיד ע"י האחיות המומחיות הקלינית התעכב עד למספר חודשים ולבסוף האחיות המומחיות עזבה את המרכז.

ניכר שגם באותם המרכזים בהם הייתה עמדה שלילית או סקפטיות של מנהלי המוסד, מנהלי המחלקות והאחיות האחראיות, לא הושפעו והביעו בראיונות האישיים או בשאלונים שהוחזרו אנונימיים עמדות חיוביות ותומכות ליישום תפקיד המומחיות.



מינהל הסיעוד

Nursing Division

**משרד
הבריאות**

לחיים בריאים יותר

ביבליוגרפיה

חוק בריאות ממלכתי, תשנ"ד, 1994, תוספת שלישית (תיקון: תשנ"ה, תשנ"ו, תשנ"ז, תשע"ב)
קובץ תקנות התשע"ד - 2013 - 7307 - תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד), 251-260.
שטסמן, י. (2011) הועדה לתכנון המערך הגריאטרי הלאומי, 2010 - 2020 ו- 2020 - 2030,

דין וחשבון הועדה והמלצותיה מוגש לפרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות.
American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2012). Adult-Gerontology Acute Care
Nurse Practitioner Competencies. The Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York
University and the National Organization of Nurse Practitioner Faculties.

American Geriatrics Society Expert Panel (AGSEP) on the Care of Older Adults with
Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity:
An approach for clinicians. Journal of American Geriatric Society, 60 (10), 1957-1968.

Barton, T. D., Bevan, L., & Moony, G., (2012). The development of advanced nursing roles.
Nursing Times, 18, 18-20.

Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Misener, R. M., Donald, F., Kaasalainen, S.,
Harbman, P., Bourgeault, I. & Alba, D., (2010). The clinical nurse specialist role in Canada.
Nursing Leadership, 23, 140-166.

Faris, J. A., Douglas, M. K., Maples, D. C., Berg, L. R., & Thrailkill, A. (2010). Job satisfaction of
advanced practice nurses in the Veterans Health Administration. Journal of the American
Academy of Nurse Practitioners, 22 (1), 35- 44.

Holloway, K., (2012). The New Zealand Nurse Specialist Framework: Clarifying the Contribution
of the Nurse Specialist. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 13 (3), 147-153.

Iglehart, J. K., (2013). Expanding the role of advanced nurse practitioners: Risks and rewards. *New
England Journal of Medicine*, 368 (20), 1935-1941.



Lewandowski, W. & Adamle, K. (2009). Substantive areas of clinical nurse specialist practice: A comprehensive review of the literature. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 23 (2), 91-92.

Lloyd, J. M., (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: Systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (2), 191–209.

Malone, L. K., Penny, J. & Fleming, M. E. (2008). Clinical practice characteristics of gerontological nurse practitioners: A national study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 17-27.

Marks, C. D. (2011). The gerontological clinical nurse specialist's role in prevention, early recognition, and management of delirium in hospitalized older adults. *Urologic Nursing*, 31(6), 337-342.

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.

Sangster-Gormley, E., Misener, R.M., Wambolt, B.D. & DiCenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canada practice settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (6), 1178-1190.

Survey of Nurse Practitioners: Practice Trends and Perspectives, conducted by Staff Care's Advanced Practice Division on behalf of the American Nurse Practitioner Foundation (ANPF). 2013.