

תוכן העניינים

1	פתח דבר
	אורלי תורן, אורלי פיקר
5	ניהול סיעוד בבתי חולים
	אורלי פיקר, אורלי תורן
27	מדיניות מקצועית ברמה הלאומית
	נורית פורת, דן גרינברג
	מדדי איכות רגישים לסיעוד ככלי ניהולי לשיפור איכות:
41	סקירת ספרות
	דורית גולדמן
57	איכות בסיעוד במערכת האשפוז: מודלים ויישומם
	רותי פרוינד
87	נהלים והנחיות מקצועיות
	דינה סילנר, מיכל רסין, תמי קנטי
121	ניהול כוח אדם בסיעוד
	אורלי תורן, רותי בלבן
151	פיתוח המשאב האנושי
	רותי בלבן, אורלי תורן
208	הערכת עובדים
	פנינה שלפר, ריקי ביינר, ענת גונן
237	תפקידים בסיעוד
	שושנה גולדברג
272	מנהיגות
	נורית וגנר, נילי טבק
307	אתיקה בסיעוד
	איילה גונן, עמיר גרינברג
341	מערכות מידע בסיעוד
	דפנה הלר-מירון
369	כלכלת בריאות ותקציב

407	יצחק זיידיס, ארנון אפק, זאב רוטשטיין ניהול בתי החולים בעידן המשאבים המוגבלים
446	שלמה מור-יוסף, יאיר בירנבאום בית החולים העתידי
460	המשתתפים בספר

פתח דבר

בריאות נתפסת היום בכל העולם המערבי כערך יסוד שלמדינה מחויבות לשמרו ולקדמו. עוד בשנת 1948 הגדיר ארגון הבריאות העולמי בריאות באופן כוללני וראה את התפקוד החברתי, הפיזי והנפשי כחלק ממנו. כפועל יוצא מהגדרה זו מחויבים כל מקצועות הבריאות לפעילויות בתחומים רחבים של מניעה, טיפול ומחקר.

שינויים ותמורות מאפיינים את מערכת הבריאות בעולם כולו. אי לכך, בעשור השנים האחרונות עוסקות מדינות רבות ברפורמות נרחבות ובחקיקה בנושאי בריאות וזכויות אדם כדי לתת מענה הולם לפרט ולחברה בנוגע לצורכי הבריאות ההולכים ומתרחבים. מקצוע הסייעוד הוא שותף מרכזי בתהליכי השינוי, ולכן לתמורות העולמיות והמקומיות השפעה רבה בנושאים הקשורים למקצוע – הגדרות של תחומי עיסוק ופעילות, גבולות מקצועיים, ערכים, וחינוך מקצועי. למרות חשיבותו של מקצוע הסייעוד ומקומו המרכזי בתפעול בתי חולים, לא התפתחה בישראל ספרות מקצועית סיעודית בתחומים הקליניים והיא חסרה לחלוטין בתחום הניהול. מכיוון שבתי החולים כיום הנם ארגונים גדולים הדורשים מיומנויות ניהול רבות, האחיות הולכות ותופסות מקום משמעותי בכל תחומי הניהול, מרמת ניהול הביניים (אחות אחראית במחלקה ומעלה) ועד לדרגי הניהול הבכירים.

מהפכת המידע הביאה עמה שינויים מרחיקי לכת בעולם הרפואי. ממצב שבו המטפל היה בעל הידע היחיד, הופך המטופל להיות שותף למידע (לעתים בעל הידע הרב ביותר), והוא מצפה ליטול חלק במערך השיקולים בבחירת הטיפול המתאים. הכרה בזכויות המטופלים היא חלק מחוקי הבסיס שעליהם מושתתת הרפואה בישראל היום. חלק ממשימות הצוות הרפואי, ובכללם האחיות, הנו להעצים את החולה ולתת בידו כלים לקבל את ההחלטה הנכונה, ולאפשר לו לקבל את מירב הטיפול הן באופן עצמאי והן על ידי גישה לאנשי המקצוע הנכונים.

התמורות החברתיות מכתובות גם ציפיות לאיכות בשירות ולטיפולם חדשים, חלקם עתירי טכנולוגיה. השאיפה לאיכות הופכת להיות חלק מאסטרטגיה של כל ארגון באשר הוא. ארגוני הבריאות החלו לאמץ אסטרטגיות להגדרת איכות ולמדידתה, תוך יישום של מדיניות של שקיפות בכל הנוגע לתוצאי בריאות. פרויקט המדדים הלאומיים בקהילה פועל מזה כמה שנים תוך ביסוס מדדים של

איכות רפואית במחלות שונות. אף שבתחילת הדרך נטו ארגוני הבריאות לשמר את ההישגים לעצמם, מושג השקיפות הולך ומתבסס בישראל ובעולם המערבי. בפרויקט הכוכבים באנגליה, שהוא אחד המובילים בנושא זה, ניתן ציון בדמות כוכבים המדרגים את בתי החולים מבחינת איכותם. ציפיות החולים לקבל שירות מהיר ואיכותי הן חלק מההוויה של בתי החולים, ובצד הציפיות מתפתח הליך של תביעות רפואיות הן על רשלנות רפואית והן על יחס מצופה ותביעה אזרחית בגין עוגמת נפש.

בתי החולים הם ארגונים שבהם מתרחשים שינויים מהירים ביותר המחייבים הסתגלות מהירה לטיפול בחולים במחלות קשות ומורכבות. בתי החולים כיום הם מרכזי מצוינות לידע וטיפול בחולים קריטיים, ולפיכך הם מחויבים בפיתוח מנהיגות ניהולית וקלינית כאחד. בצד כל אלה חווים בתי החולים שינויים מבניים הגורמים לקיצור בימי האשפוז, תחלופה מהירה של חולים, הקמת יחידות למתן מענה לטיפולים מורכבים הניתנים בטיפולי יום, ושינוי אופי האשפוז הכללי לאשפוז הדומה לטיפול נמרץ ומאופיין בריבוי טכנולוגיה ומכשור המחברים לחולה. בקצה השני ישנם בבתי החולים מחלקות לטיפול בחולים בסוף החיים ובחולים הזקוקים לטיפול שיקומי ארוך טווח. הצורך ביד מלטפת מחד גיסא וידע מקצועי מאידך גיסא מאפיין את כלל בתי החולים ומהווה אתגר למנהלות הסיעוד לכוון את מקצוע הסיעוד ליעדים שמציבה מציאות זו.

מרבית האחיות בישראל מועסקות על ידי בתי החולים, ובתוך בתי החולים בין 30–40 אחוז מכוח האדם נמנה עם סגל הסיעוד. עם השרשת מקומם של בתי החולים כמרכזים עתירי ידע וטכנולוגיה, יש לצפות למספר הולך וגדל של אחיות העובדות בהם. לניהול מספר כה גדול של אחיות הנמצאות ליד מיטת החולה ושיש להן השפעה מכרעת על איכות הטיפול והשירות, יש אפוא חשיבות מכרעת בהשגת יעדי הבריאות של המדינה ושל בתי החולים. יתרה מזאת, להתפתחות ולשינויים המתחוללים בשטח יש השלכה ישירה על כיווני ההתפתחות של המקצוע ואופיו. ניהול הסיעוד הוא מקצוע ייחודי הנלמד באוניברסיטאות וגם הפרקטיקה היא ייחודית. בכל הנהלת בית חולים משמשת אחות בתפקיד מנהלת הסיעוד וסמכויותיה משתרעות על פני רצף הניהול: ניהול המשאב האנושי ופיתוחו, ניהול תקציב, הכנסת שינויים, הבטחת איכות ובטיחות, יישום טכנולוגיות חדשות ועוד. השינויים המתמידים מחייבים את מנהלות הסיעוד לנהל את כוח האדם על פי שיטות מודרניות שיענו לאתגרים החדשים. שכבת הניהול חייבת להכיר את כלל המושגים הלקוחים מעולם הניהול הכללי ואת המושגים והצרכים הנובעים מניהול סביבה כה ייחודית כסביבה הרפואית. ספר זה נועד לחשוף בפני מנהלים פועלים ואחיות בכלל את סביבת העבודה ואת מורכבות העשייה הניהולית בבתי החולים. איכות הטיפול הסיעודי וחשיבותן של אחיות באיכות הטיפול והשגת תוצאים רפואיים רצויים הוכחו במחקרים רבים. בשל המגבלות התקציביות, היקפו של כוח

3 פתח דבר

האדם הסייעודי והמחסור בו, ורמת השכר, הולך וגובר הצורך להשתמש במשאב הסייעודי לביצוע התפקידים אליו הוכשר ולהשאיר פעולות בלתי מקצועיות שהיו בעבר חלק ממקצוע האחות לאחרים. האחיות חייבות ללמוד ולהתעדכן באופן סדיר בתחום המקצועי, להכניס שיטות עבודה חדשות ומתקדמות ולתת מענה מקצועי. כל זאת, על בסיס מחקר ושיטות עבודה וטיפול הנשענות על עובדות מוכחות. למערכת הבריאות בישראל מבנה ומאפיינים ייחודיים. הספר מציג עקרונות ניהול כלליים אך מתמקד בניהול סיעוד לאור התרבות והמאפיינים של ישראל. הספרות המקצועית בחו"ל בנושאים אלה ענפה (בעיקר בארצות הברית), אבל אין בנמצא ספר בעברית בנוגע לתחום. חשיבותו של ספר בשפה העברית הנה, בין השאר, זיקתו לתרבות המקומית, לחוקים למבנה מערכת הבריאות והממסד הישראלי.

הספר עוסק בניהול סיעוד בבתי חולים מדרגי הביניים ומעלה. נכללים בו תכנים ודוגמאות מהעולם, אך הוא מתמקד בכל פרק בסוגיות הקשורות או המאפיינות את הסיעוד בישראל ומשליכות על הרמה הקלינית והניהולית. סוגיות אלה כוללות היבטים וזוויות שונות של ניהול הסיעוד בבתי חולים כגון: מדיניות הסיעוד ברמה הלאומית, תפקידים בסייעוד, נהלים והנחיות מקצועיות, מרכיבי איכות ותבחינים ייחודיים למדידת איכות בסייעוד, ניהול כוח אדם, פיתוח מקצועי, אתיקה והערכת עובדים. פרקיו האחרונים מביאים ניתוח של בתי החולים בעידן של משאבים מוגבלים ומבט על בית החולים העתידי. כותבי הפרקים הנם מומחים בתחומם. בספר נספחים רבים המפרטים פעילויות או דוגמאות פרקטיות לעולם העבודה והניהול ונספחים משמשים כעין רשימות תיוג בנושאים הרלוונטיים לניהול. יבואו על הברכה המחברים, מומחים בתחומיהם, שתּרמו ידע ומידע עדכני ביותר בכל אחד מפרקי הספר. תודות לשותפים להפקתו, שלא חסכו זמן, מאמץ וכישרון בכתביה ובעדכון. תודה מיוחדת לעורכות, דפנה בראון וד"ר אילנה שמיר, אשר עמלו על עריכתו המקצועית, תמכו וסייעו להביאו לכלל סיום. אנו מאמינות ומקוות שספר זה יהיה מקור שימושי הן לעוסקים במלאכת הניהול והן לאנשי המקצוע בתהליכי ההכשרה השונים.

ניהול סיעוד בבית חולים

אורלי תורן, אורלי פיקר

מבוא

שינויים ותמורות מאפיינים את מערכת הבריאות בעולם כולו. בעשר השנים האחרונות מדינות רבות עוסקות ברפורמות רחבות ובחקיקה בנושאי בריאות וזכויות אדם, וזאת כדי לתת מענה הולם לפרט ולחברה בקשר לצורכי הבריאות ההולכים ומתרחבים. נוסף על כך, התמורות החברתיות מכתובות עלייה בציפיות לאיכות ולטיפולים חדשים, חלקם עתירי טכנולוגיה. בד בבד, ובשל עלייה בעלויות הבריאות, נאלצות מדינות רבות להגביל את המשאבים המופנים למערך הבריאות. הגבלה זו גורמת לקונפליקטים יומיומיים, אתיים ותפעוליים, דווקא בשל קיומם של הידע, היכולת ואף הרצון האנושי לתת את הטיפול.

ארגון הבריאות העולמי הגדיר עוד בשנת 1948 את הבריאות הגדרה כוללת וראה את התפקוד החברתי, הפיזי והנפשי כחלק מהמכלול: 'בריאות איננה רק מצב של היעדר מחלה, אלא מצב הכולל רווחה פיזית, נפשית וחברתית' (WHO, 1948). כפועל יוצא מהגדרה זו מחויבים כל מקצועות הבריאות לפעילויות בתחומים רחבים של מניעה, טיפול ומחקר. במהלך השנים הרחיב ארגון הבריאות העולמי את פעילותו ביוזמות גלובליות הנשענות על תפיסה של 'בריאות כולל'. מיסוד מדיניות זו הוצע לראשונה בוועידת אלמה אטה (1978), ואחריה אושרה אמנת אוטווה לקידום בריאות תוך מיקוד הפעילות ביצירת אווירה בריאה ובהעצמת האזרחים לשליטה על בריאותם (Messias, 2001). ועידות אלה קראו לקידום חמישה תחומים: (א) פיתוח מדיניות לבריאות הציבור; (ב) יצירת אווירה תומכת; (ג) חיזוק פעילויות קהילתיות; (ד) פיתוח יכולות אישיות; (ה) ארגון מחדש של שירותי בריאות.

בשל תהליכים של גלובליזציה, שינויים טכנולוגיים מהירים, תנועות הגירה גדולות וכלכלה עולמית בלתי יציבה ובעלת שונות רבה, האתגר להשגת המטרה של בריאות לכולל בין מדינות ובתוכן הוא גדול. מקצוע הסיעוד הנו שותף מרכזי בכל התהליכים לקידום הבריאות, ולכן

לתמורות העולמיות יש השפעה רבה על נושאים הקשורים להגדרות של תחומי העיסוק והפעילות בסיעוד, גבולותיו המקצועיים של המקצוע, ערכים הכרוכים בו והחינוך המקצועי לקראתו.

שינויים ותמורות המשפיעים על מערכת הבריאות

בעולם קיימים הבדלים בין מדינות ובתוכן במצב הבריאות של האוכלוסיות, וזאת כתוצאה מפיזור שונה, של מחלות וחלוקת משאבים שונה, מבנה של רפואה ראשונית שאיננה תואמת את הצרכים ורקע פוליטי שאיננו תומך מהווים את החסמים במתן טיפול משולב והולם (Messias, 2001). קיימים עם זאת תהליכים כלליים המאפיינים את מערכת הבריאות בעולם המערבי.

א. שינויים במאפייני התחלואה

מחלות כרוניות – אנו עדים לעלייה בתחלואה במחלות כרוניות, כמו מחלות לב, כלי דם, סוכרת, סרטן, מחלות נפש וכדומה. היארעות המחלות והתגברותן הן תוצאה של עלייה בתוחלת החיים ושינויים באורח החיים המודרני.

מחלות הלב האיסכמיות הן הסיבה המובילה לתמותה בעולם – בשנת 1999 נפטרו כתוצאה מהן כ-7.1 מיליון בני אדם (WHO, 2000). תרומתן של מחלות הלב לעלייה בהוצאות הבריאות היא הגבוהה ביותר – עד כ-10% מההוצאות לבריאות של המדינות המערביות מיוחסות למחלות אלה (OECD, 2002).

סרטן השד הוא הנפוץ בין מחלות הסרטן ויש עלייה מתמדת וקבועה בשכיחותו, בפרט אצל נשים מעל גיל 50. הטיפול הרפואי במחלה זאת מורכב וכולל התערבויות כירורגיות (חלקן משולבות), טיפולים הורמונליים, כימותרפיים ורדיותרפיה. ההוצאה לבריאות על מחלה זו משתנה בין המדינות המתועשות השונות; נורווגיה מאופיינת בהוצאה המקומית הגולמית הנמוכה ביותר המתוקנת לנפש (26%) וארצות הברית הגבוהה ביותר (41%-61%) (OECD, 2002).

בתחום בריאות הנפש ניכרת עלייה חדה בתופעות כדיכאון, חרדה, מחלות פסיכוסומטיות, שימוש בסמים ופוסט-טראומה. יותר מ-150 מיליון בני אדם סובלים מדיכאון בכל נקודת זמן בכל שנה, ובשנת 2002 סבלו מסכיזופרניה 25 מיליון איש ומאפילפסיה כ-38 מיליון (WHO, 2003). למרות חריפותה של הבעיה, ביותר משליש מהמדינות מוקצה פחות מאחוז אחד מתקציב מערכת הבריאות לטיפול בחולי הנפש.

מחלות אקוטיות – פגיעות, פציעות וחבלות הן תופעה המאפיינת כ-14% מכלל המחלות בשנת 2002 (WHO, 2003). באירופה ובמזרח התיכון, יותר מ-30% מנטל המחלות של בני 44 ומטה קשור לפציעות. בקרב גברים, תאונות דרכים,

7 ניהול סיעוד בבתי חולים

פציעות, אלימות ומלחמה הנן בין עשר הסיבות העיקריות של מחלות צעירים בגיל 15-44 (WHO, 2003).

הופעה של מחלות חדשות – העידן החדש מציב בפני החברה אתגרים טיפוליים הקשורים במחלות 'מודרניות' המשלבות היבטים כרוניים והתנהגותיים. השמנת היתר היא אחת המחלות המאופיינת בעלייה בשכיחות לאורך השנים, מ-19.4% בשנת 1997 לכמעט 25% מבני ה-20 ומעלה בארצות הברית בשנת 2004. מחלת הסוכרת נמצאת בעלייה מתמדת בקרב בני 18 ומעלה ושכיחותה מגיעה ל-7.1% בשנת 2004 לעומת 5.1% בשנת 1997. לעומת זאת, התנהגויות אחרות המשפיעות על בריאות, כגון עישון, נמצאות ברידה. בארצות הברית בשנת 1997 היה אחוז המעשנים בקרב בני 18 ומעלה 24.7%, לעומת 20.7% בשנת 2004 (CDC, 2005).

מחלות זיהומיות – המחלות הזיהומיות מהוות כיום, למרות האנטיביוטיקה, גורם דומיננטי בתחלואה. דוגמאות למחלות זיהומיות הנן מחלות ה-HIV, SARS, שחפת, זיהומים שונים הנרכשים בבתי החולים ועמידות חיידקים. יש מחלות אשר דוכאו בעשורים האחרונים, אך לאחרונה מתחוללות התפרצויות, חלקן אפידמיות. לדוגמה: שיעור השחפת בישראל ל-100,000 איש בשנת 1989 היה 3.8 לעומת 6.8 בשנת 2003 (אתר משרד הבריאות, 2005).

עמידות חיידקים לאנטיביוטיקה היא תופעה של השנים האחרונות, והיא גורם מאיים ואף קטלני בעיקר בטיפול בחולים בבתי חולים. חיידקים כמו VRE (Vancomycin Resistant Enterococcus) ו-MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus) הם תופעה של השנים האחרונות, המסכנת את המאושפזים. שיעור הזיהומים הנרכשים הללו במוסדות האשפוז נמצא במגמת עלייה, בעוד סוגי האנטיביוטיקה המתאימה לטיפול מצטמצמים (Ramakrishnan et al., 2004).

פגות – כתוצאה מהתפתחויות טכנולוגיות בתחום הפריון והטיפול ביילוד אנו עדים לגידול במספר הפגים הנולדים, חלקם בשבועות מוקדמים מאוד של ההיריון ובמשקלים נמוכים מאוד. יש עלייה במספר הפגים הנולדים מתחת למשקל של 1.5 ק"ג. בארצות הברית 7.8% מהילדים נולדים כשמשקלם נמוך מ-2.5 ק"ג (OECD, 2002). ההתמודדות עם תופעה זו הביאה להתפתחות של יחידות מיוחדות לטיפול נמרץ פגים, אשר לזכותן נוקפת ההצלחה בהורדת אחוז התמותה של הפגים. המשך הטיפול והמעקב בהתפתחות הילד מוטל על מערכת הבריאות למשך שנים ארוכות.

ב. עלייה באי-השוויון ובבלתי מבוטחים
בארצות הברית מספר האזרחים הבלתי מבוטחים יציב לאורך השנים ועומד על כ-15%. אחוז האנשים שלא הצליחו להשיג טיפול רפואי בשל עלויות טיפול

במהלך שנת 2005 עלה מ-4.2% ל-5.4%. אי-השוויון ופערי בריאות בין גברים לנשים, עשירים לעניים משכילים לבלתי משכילים וכו' הולכים וגדלים במהלך השנים (CDC, 2005). מספר המדינות המאפשרות ביטוח בריאות לכלל האזרחים קטן ביותר, ולכן ככל שהפערים הכלכליים גדלים, לפחות אזרחים יש יכולת לרכוש ביטוח בריאות או שירותי בריאות בעת הצורך, ולכן יש השפעה גדולה על התחלואה.

ג. שינויים טכנולוגיים והחדרת טכנולוגיות רפואיות בשנים האחרונות חלה התקדמות אדירה בהחדרת טכנולוגיות רפואיות וטיפוליות חדשות. לתופעה זו השפעה בתחומים שונים: עלייה במגוון המקצועות הרפואיים והפְּרָה-רפואיים ובמספרם, מיקוד הטיפול באיבר הנגוע וריבוי תת-התמחויות, הסטה של אבחון וטיפול באמצעי הדמיה שונים ושימוש בטכנולוגיה זעיר פולשנית (minimal invasive).

לשינויים הטכנולוגיים יש השפעה על סביבת העבודה: (א) הסביבה הקלינית – ריבוי אמצעי מכשור וניטור ומגוון רחב של שיטות להתערבות פולשנית, גידול בהיצע התרופות והשתנות האינדיקציות ובהתאם גם הפרוטוקולים הטיפוליים; (ב) הסביבה הניהולית – מאפשרת ומחייבת בקרה ומדידת איכות תוך ניתוח נתונים השוואתי וזמין. תכנות ואמצעי מחשוב שונים מאפשרים עיבוד המידע לצרכים קליניים וניהוליים. בדרך זו ניתן להעריך ולהשוות תוצאים קליניים ואדמיניסטרטיביים. כמו כן ניתן לנתח את המידע, לבחון את השונות ולבנות אסטרטגיות ותכניות עבודה מתאימות; (ג) הסביבה החינוכית – התפוצצות המידע וקיומם של נתונים זמינים מחייבים עדכון ידע מתמיד ושימוש מושכל בנתונים הקיימים. שיטות ההדרכה המודרניות התפתחו במהלך השנים וכוללות היום אמצעי לימוד שונים לרבות סימולציה, למידה ותמיכה מרחוק, טֵלֶרפואה, אינטרנט וכו'.

ד. כוחות כלכליים

העלייה המתמשכת בעלויות הבריאות מביאה ללחצים כלכליים הגורמים לצורך בהתייעלות, לעתים תוך קיצוץ במשאבים. יש הסכמה בין-לאומית שלפיה האחריות לבריאות התושבים חלה על הממשלות. מידת המעורבות, תקרת ההוצאה לבריאות ואופן חלוקת המשאבים שונה ומשתנה בין המדינות (Shmueli et al., 1998). רוב הגידול בהוצאה לבריאות כיום נובע מההוצאות של בתי החולים (Heffler, 2004). למרות שיפור מתמיד בבריאותם של תושבי המדינות המתועשות, הבעיה המרכזית שעמה מתמודדות רוב המדינות היא אופן חלוקת המשאבים ויעילותה ואופן צריכת השירותים. מעורבות ממשלות במערכת הבריאות בכללותה היא בלתי נמנעת. המטרה היא להגביר שוויוניות, יעילות ואפקטיביות של שירותי הבריאות (Huber, 1999).

9 ניהול סיעוד בבתי חולים

ה. לחץ לאיכות

שינויים תרבותיים, שינויים בחקיקה, זמינות ושקיפות המידע הכללי והאישי ותביעות ביטוח, כל אלה משפיעים על דרישות הצרכנים לטיפול ברמה מקצועית גבוהה ואיכותית. הלקוח המודרני מושכל ובעל נגישות למידע, הוא בעל רצון למעורבות בקבלת ההחלטות ומחפש חופש בחירה. שינויים בדפוסי הצרכנות ועלייה במודעות לצרכנות נבונה מוסיפים לתחרותיות בין מוסדות הבריאות ומביאים לפיתוח שירותים הנוגעים לא רק למתן טיפול אלא אף לאורח החיים ורווחת הפרט. הדרישה לאיכות באה לא רק מצד הצרכנים אלא גם מהפרופסיות עצמן. איכות נתפסת כמחויבות ראשונה במעלה של המטפלים, והיא תנאי בסיסי להישרדות בעולם תחרותי כלכלי.

המגמות העיקריות בשירותי הבריאות בכל רחבי העולם מאופיינות לפיכך בהוצאות גדולות והולכות, המחייבות את כל העוסקים במלאכה בהתייעלות וחסכון. במדינות המתועשות מגמה זו באה לידי ביטוי בשני אופנים: (א) סגירה ואיחוד של בתי חולים עקב ירידה בימי האשפוז, קיצור משך השהייה בבתי חולים והעברת שירותים מתוך בתי החולים לקהילה; (ב) גידול במספר המיטות לטיפול נמרץ ולטיפול כרוני-סיעודי, עלייה במספר הביקורים אצל רופא וגידול בהוצאות השוטפות.

מאפיינים ייחודיים של מערכות הבריאות בישראל

רבים מהמאפיינים שתוארו לעיל מתקיימים גם בישראל. עם זאת קיימים מאפיינים ייחודיים הקשורים לישראל כמדינה צעירה, ארץ הקולטת עלייה ומתמודדת עם צרכים ביטחוניים המשפיעים הן על הכלכלה והן על הבריאות. שירותי הבריאות בישראל התפתחו במהלך השנים מארגונים שלא למטרות רווח, כגון הדסה, קופות החולים והממשלה. עד שנת 1995 היה הביטוח הרפואי וולונטרי, רובו ניתן על ידי קופות החולים וכיסה 95% מאזרחי המדינה. שירותי הרפואה המונעת, בריאות הנפש וחלק מהשירותים לטיפול במחלות כרוניות וזקנה ניתנו על ידי המדינה. כתוצאה מלחץ ציבורי לאיכות ושירותי בריאות מתקדמים נוצר מצב של אי-שביעות רצון של המבוטחים ופער הולך וגדל בין כמות המשאבים הזמינים לבין העלייה המתמדת בהוצאות לבריאות. הגירעונות הגדולים, בעיקר של קופת החולים הכללית, הביאו להקמת ועדה ממלכתית בראשותה של שופטת בית המשפט העליון, הגב' שושנה נתניהו, לבחינת התפקוד והיעילות של מערכת הבריאות בישראל. הוועדה מצאה חוסר שוויוניות בקבלת השירותים, סתירה מובנית בתפקיד הדואלי של משרד הבריאות כספק שירותים ורגולטור, חוסר בהירות של תקצוב המערכת,

יעילות חלקית בלבד של המערכת וחוסר שביעות רצון של העובדים (Rosen & Goldwag, 2003).

עיקר המלצות הוועדה: חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, רה-ארגון וביזור של משרד הבריאות, מימון ותקצוב בשיטת הקפיטציה, הכללת הרפואה הפרטית במסגרת הציבורית ותמריצים להעלאת התפוקות. ההמלצה העיקרית שיושמה היה חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שהוחל בישראל בינואר 1995.

א. חקיקה

שני חוקים מרכזיים השפיעו על מערכת הבריאות בשני העשורים האחרונים: חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה. שני ההישגים הגדולים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי הם: (א) הגברת השוויון בין קבוצות אוכלוסייה – ביטוח אוניברסלי לכלל האזרחים תוך הגדרת סל שירותים אחיד וחופש מעבר בין הקופות; (ב) יציבות כלכלית תוך ריסון הוצאות והתייעלות – באמצעות קביעת מסגרת תקציב מחייבת והקצאת משאבים לפי נוסחת קפיטציה. כיום, כ-13 שנים לאחר חקיקת החוק, ניתן לומר כי בצד ההישג החברתי של החוק יש מגבלות קשות שעמן האזרחים והמערכת מתמודדים (בן-נון וכ"ץ, 2005). המגבלות העיקריות הן: (א) עלייה במימון הפרטי לבריאות – שיעור ההוצאה הפרטית במימון מערכת הבריאות בישראל עמד בשנת 2005 על כ-32% והנו מהגבוהים בעולם המערבי (בן-נון וקידר, 2007); (ב) חוסר עדכון הולם של סל הבריאות וצורך להתמודד על המשאבים בתקציב המדינה מדי שנה; (ג) היעדר מדדי איכות לאומיים אשר יאפשרו למערכת הבריאות ולכלל אזרחי המדינה להעריך את השירותים הניתנים.

בשנת 1996 קיבלה הכנסת את חוק זכויות החולה, שמטרתו 'לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ופרטיותו' (סעיף 1 לחוק). החוק מסדיר את מערכת היחסים בין האנשים הנזקקים לטיפול רפואי וסיעודי לבין הצוות הרפואי, ומעגן נורמות וכללי התנהגות הקשורים בזכויות החולה, בצורה המחייבת את כל העוסקים ברפואה. החוק הביא למהפך במערכת יחסי חולה-רופא – הפטרנליזם המסורתי נתפס כגישה בלתי מוסרית ובלתי חוקית. על פי התפיסה הזו מועצמת האוטונומיה של החולה, ורק הוא מוסמך וראוי לקבל החלטות הנוגעות לבריאותו ולחיו.

במהלך העשור האחרון, כתוצאה מיישום חלקי של המלצות ועדת נתניהו ומשינויים וצרכים שונים שהתעוררו במערכת הוקמו ועדות ציבוריות נוספות: ועדת אמוראי, שדנה במעמד הרופא (בשנת 2000) וועדת ליאון, שהוקמה לבחינת התפעול, הניהול, התקצוב והבעלות על בתי החולים הממשלתיים (בשנת 2004). אף על פי שהמלצותיהן של הוועדות התקבלו על ידי ממשלת ישראל, יישומן עדיין נתקל בקשיים.

ב. דמוגרפיה ומדדי בריאות

בניגוד למדינות המערביות גדלה אוכלוסייתה של מדינת ישראל בהתמדה ומנתה בינואר 2005 כ-6.8 מיליון נפש לעומת 5.9 מיליון בתחילת 1997 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2005). העשור של שנות התשעים אופיין בעלייה מסיבית בעיקר ממדינות ברית המועצות לשעבר, ובמהלכן הגיעו לישראל קרוב למיליון איש. מתחילת שנות האלפיים מספר העולים השנתי יורד בהתמדה, ועמד בשנת 2004 על כ-20,000.

מאפייני האוכלוסייה בישראל. האוכלוסייה בישראל הנה מהצעירות מבין הארצות המערביות המתועשות. אחוז בני ה-65 ו-75+ נמוך מישראל רק במדינות מקסיקו, טורקיה וקוריאה. עם זאת אחוז האוכלוסייה הקשישה עולה בהתמדה. אחוז בני ה-75+ עמד בשנת 1980 על 2.8 ובשנת 2000 הגיע ל-4.4 (בן-נון וכ"ץ, 2003).

תוחלת החיים של הגברים בישראל מצויה במקום גבוה (רביעי) מבין המדינות המתועשות (בשנת 2000 – 77.7 שנים), בעוד תוחלת החיים של הנשים בישראל נמוכה יותר בהשוואה לכלל המדינות (מקום 13) ועומדת על 80.9 שנים (שם). שיעור תמותת התינוקות בישראל עומד על 5.7 (ל-1,000 לידות חי) ומצוי מעל לשיעור השכיח בארצות המערב המפותחות (OECD), אך ניכרת מגמת שיפור לאורך השנים. כמו כן ישראל נמצאת במקום גבוה באחוז היילודים שמשקלם פחות מ-2,500 גרם (8.5%), מגמה הנמצאת בעלייה (שם). אחוז ההוצאה הלאומית לבריאות הוא קרוב לממוצע בארצות ה-OECD, בעוד מיקומה של ישראל בהוצאה לבריאות לנפש נמוך יותר. בשנת 2000 הוא עמד על 8.3% מהתמ"ג (שם).

שיעור הרופאים והאחיות בישראל. שיעור הרופאים לאלף נפש בישראל הוא מהגבוהים מבין מדינות ה-OECD ועומד על 3.5 ל-1,000 נפש. שיעור האחיות לאלף נפש בישראל נמוך בהרבה מהממוצע של ארצות אלה ועומד על 5.2 ל-1,000 נפש. שיעור האחיות נמצא במגמת ירידה במהלך 20 השנה האחרונות, בעוד שיעור הרופאים נמצא בעלייה (שם). תמהיל האחיות הרשומות במדינת ישראל בדצמבר 2004 עמד על 68% אחיות מוסמכות והשאר אחיות מעשיות (מינהל הסיעוד, 2005). שיעור בעלות התואר האקדמי מסך האחיות המוסמכות עמד בסוף 2004 על 33% (שם).

המאפיינים של בתי החולים

בתי החולים הם מרכיב מרכזי בכל מערכת בריאות, והם אחראים על חלק ניכר מהפעילות בתחום הבריאות ועל הנתח הגדול ביותר בתחום ההוצאה הלאומית

12 אורלי תורן • אורלי פיקר

לבריאות. בקנדה, 30% מההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2005 הייתה בבת חולים והסתכמה ב-42 מיליארד דולר, גידול של 6.4% משנה קודמת (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2006). בארצות הברית 53% מההוצאה הלאומית לבריאות בשנת 2003 הייתה של בתי החולים, בעוד בישראל היא הגיעה לכמעט 40% בשנת 2001 (אתר משרד הבריאות, 2005).

א. התפלגות מיטות

במהלך העשורים האחרונים ניכר גידול במספר מיטות האשפוז, כאשר הגידול המשמעותי מאפיין את המיטות הסיעודיות-גריאטריות. ניכרת ירידה חדה במספר מיטות האשפוז בבריאות הנפש, וכמעט אין שינוי במערכת האשפוז הכללי. שיעור סך כול מיטות האשפוז בישראל קרוב למוצע בארצות ה-OECD. שיעור המיטות הכלליות, לעומת זאת, הנו מהנמוכים מבין המדינות הללו (בן-נון וכ"ץ, 2003).

לוח 1:

מספר מיטות אשפוז בבתי חולים כלליים, בריאות הנפש וגריאטריים

מספר מיטות	2003	1995	1990
כללי	14,349	13,105	12,205
בריאות הנפש	5,489	6,789	7,123
סיעודי-גריאטרי	20,560	12,689	9,287

מקור: חקלאי (2004)

השינויים באופי התחלואה האקוטית והכרונית מחייבים התאמה של שירותי הבריאות, הן מההיבט של המשאבים המוקצים, האמצעים והטכנולוגיות החדשות והן מההיבט הפרופסיונלי של מקצועות הבריאות השונים. לדוגמה, נראה כי מתן טיפול אגרסיבי יותר למצבים המשתנים ולתחלואה המודרנית מתבטא בעלייה של כ-40% במספר המיטות המיועדות לטיפול נמרץ כללי בעשר השנים האחרונות בישראל (משרד הבריאות, 2003).

ב. תפוסה

שיעור התפוסה בישראל הוא הגבוה ביותר ביחס למצוי בארצות ה-OECD. התפוסה הממוצעת בבתי חולים כלליים בשנת 2005 נעה בטווח של 63.9% בהולנד ו-90% בקנדה (בן-נון וקידר, 2007). התפוסה בישראל בבתי החולים הכלליים עולה

ניהול סיעוד בבתי חולים 13

בהתמדה לאורך השנים, מ-88% בשנת 1990 עד לכ-96% בשנת 2003 (חקלאי, 2004).

ג. ממוצע שהייה בבתי החולים בישראל השהייה הממוצעת הולכת ויורדת.

לוח 2:

שהייה ממוצעת בבתי חולים כלליים, בריאות הנפש וגריאטריה

	1975	1995	2003	
כלליים	8.0	4.5	4.1	
בריאות הנפש	166	204	102	
סיעודי-גריאטרי	230	162	163	

מקור: בירנבאום, אתר המכון הלאומי למדיניות בריאות

ד. יחידות אשפוז יום

שיפורים טכנולוגיים הביאו להתפתחותן של יחידות אשפוז יום והעברתן של התערבויות שנעשו בעבר באשפוז ליחידות אלו. בעתיד צפוי כי מגמת העלייה במיטות היום תימשך. נוסף על כך תימשך המגמה של פיתוח טכנולוגיות לא פולשניות לטיפולים שבעבר נעשו בטכניקה כירורגית מלאה, כדוגמת ריסוק אבנים בכליה, הוצאת מיומות מהרחם ועוד. כמו כן צפוי פיתוח נוסף של יחידות מיוחדות והסבת יחידות מסורתיות למענה ספציפי כדוגמת הדמיה, רנטגן ויחידות צנתורים למיניהן.

בשל מאפייני התחלואה ותוחלת החיים צפוי כי החולים שיאושפזו יהיו מורכבים יותר, יתאפיינו במספר גדול יותר של מחלות כרוניות בתוספת לבעיות אקוטיות, מבוגרים יותר ותלויים במידה רבה בטיפול וסיוע סיעודי. המגמה של פיתוח שירותים אמבולטוריים ואשפוזי יום תורחב.

מגמות בסיעוד

לתהליכים ולתמורות בעולם ניכרת השפעה מכרעת על כיווני התפתחותו של מקצוע הסיעוד, על רמותיו השונות, ועל תפקידי האחיות בארגונים ובמסגרות השונות. תהליכים אלו הביאו לשינויים באופי העשייה המקצועית כמו גם בהיצע ובביקוש לאחיות.