



אחות מומחית קהילה במדינת ישראל – נייר עמדה סקירת ספרות, ניתוח המידע והמלצות

מחברים: ענב נוף שדה, גיל צ'פניק, יעל גילרמן, אראלה רוטלוי, אסי סיקורל
עורך: שלמה וינקר

איגוד רופאי המשפחה בישראל והאיגוד הישראלי לרפואת הילדים

תוכן עניינים

- עמ' 3 - תקציר מנהלים
- עמ' 4 – הקדמה: מקצוע רפואי חדש בחסות הרחבת עבודת צוות – האמנם?
- עמ' 5 - פרק א: מהו המודל המוצע על ידי משרד הבריאות? - עצמאות בפועל, סמכויות רחבות והעדר פיקוח
- עמ' 15 - פרק ב: האם יש צורך במקצוע הרפואי החדש של אחות מומחית קהילה?
- עמ' 18 - פרק ג: יעילות? קריאה ביקורתית של המחקרים מארה"ב
- עמ' 25 - פרק ד: פיקוח רפואי על MLP – הניסיון בעולם
- עמ' 27 - פרק ה: הכשרה
- עמ' 32 - פרק ו: חיזוק עבודת צוות הרפואה הראשונית
- עמ' 33 - פרק ז: סוגיות ניהול סיכונים ואחריות משפטית
- עמ' 34 - פרק ח: עמדות – מטופלים, רופאים, אחיות
- עמ' 36 - פרק ט: השפעה עתידית
- עמ' 40 - פרק י: כיצד לחזק באמת את הרפואה הראשונית בישראל?

נייר עמדה זה נכתב בשיתוף פעולה בין איגוד רופאי המשפחה בישראל והאיגוד הישראלי לרפואת הילדים

עקרונות האתיקה הרפואית – הימנעות מנוזק, אוטונומיה, עשיית טוב, קידום שוויון

ראשית אל תזיק

אנו, רופאי משפחה ורופאי ילדים, רופאות ורופאים שבחרו במערכת הציבורית כמקום עבודתנו העיקרי, פועלים מידי יום לטיפול בכל תושב ישראלי וללא מגבלת נגישות, בכוללניות בזמינות ובאיכות גבוהה. ברפואה הראשונית מתקיימת הלכה למעשה הזכות לבחירת הרופא מטפל ללא שירות פרטי וללא מגבלת בחירה.

איגוד רופאי המשפחה בישראל והאיגוד הישראלי לרפואת הילדים פועלים באופן מתמשך להעצמת מערכת הרפואה הציבורית הראשונית מתוך הבנה כי רפואה ראשונית איכותית היא הבסיס עליו משגשגת מערכת בריאות איתנה ושוויונית.

אנו רואים באחיות ובאחים שותפים מרכזים בהישגי הרפואה הראשונית הקהילתית בישראל, ותומכים בהעצמת אחיות ואחים בישראל כחלק מהצוות המטפל.

מתוך תחושת אחריות לרפואה הראשונית ולמערכת הבריאות הישראלית שנמצאת בימים אלה תחת סיכון רגולטורי, אנו מגישים נייר עמדה מקיף זה לעיון מקבלי ההחלטות ועמיתינו. אנו תקווה כי עמדתנו שנכתבה בלב כבד ובדאגה עמוקה, תמצא אוזן קשבת.

אנו חוששים לאיכות הרפואה הראשונית וזמינותה בפריפריה החברתית והגאוגרפית. אנו חוששים כי מהלך נרחב וקיצוני עלול להוביל לפגיעה במודל ההפעלה של מערכת הבריאות הישראלית, לפגוע בעיקרון השוויון ולהשית סיכון על ציבור המטופלים.

אנו רואים בהרחקת המטופלים מהרופאות והרופאים מהלך שיהווה בכיה לדורות. הניסיון לחיסכון כלכלי יוביל להחלשת מערכת הבריאות הציבורית ולהגדלת הפערים בחלוקת משאבי הבריאות בישראל.

תקציר מנהלים

במהלך רגולטורי שנתקל בהתנגדות רחבה מצד רופאי קהילה מכל קצוות המערכת - החל מדרגי הניהול הבכירים דרך האיגודים המקצועיים ועד הרופאים בשטח, מקדם משרד הבריאות את מקצוע " אחות מומחית בקהילה".

במסמך זה מפורט הבסיס המקצועי והמחקרי להתנגדות איגוד רופאי המשפחה בישראל והאיגוד הישראלי לרפואת הילדים למיסוד מקצוע אחות מומחית סיעוד בקהילה במתווה המוצע.

הרפואה הראשונית בישראל כיום מאופיינת במבנה איתן המאפשר נגישות גבוהה לרופאים וביכולת למתן טיפול כוללני ואיכותי לתושבי מדינת ישראל.

מיסוד מקצוע אחות מומחית בקהילה במתווה המוצע, תוך מתן סמכויות רפואיות נרחבות, עלול לפגוע משמעותית באחד ההישגים הגדולים והמוכחים של מערכת הבריאות בישראל, הוא הרפואה הראשונית. כמו כן הוא איננו עומד בקנה אחד עם מחויבות המדינה לטיפול הולם, כפי שמתחייב מסעיף 5 לחוק זכויות החולה, הקובע כי המטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות מבחינת הרמה המקצועית. בין השאר –

- תפגע הנגישות לרפואה ראשונית עליה מתחייבת המדינה על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
 - יפגע הקשר הרציף בין המטופל לרופא שהוא חלק בסיסי ומהותי בטיפול ע"י רופא קהילה.
 - יועמקו הפערים בבריאות בין המרכז לפריריה, בין אוכלוסיות חזקות לחלשות. האוכלוסיות החלשות יותר יאבדו ראשונות את הגישה לטיפול ע"י רופא. יעודד יצירת רפואה ראשונית במודל פרטי.
 - תפגע חלוקת האחריות היעילה בין רפואה ראשונית לשניונית: מצוקת התורים לרפואה היועצת תיגבר, וכך גם העומס על חדרי המיון ובתי החולים.
 - תפגע יכולת אבחון המקרים שאינם שכיחים והמסוכנים אשר מקופלים בתוך סימפטומים בנאליים. הרפואה הראשונית היא "חדר המיון" של מערכת הבריאות, והעברת משימת האבחון והמיון המורכבים לאחיות עלולה לגרום לפגיעה בבריאות הציבור.
 - בטיחות המטופל עלולה להיפגע בשל חוסר התאמה משמעותי בין ההכשרה המקצועית המוצעת לאחות מומחית קהילה לבין מנעד הסמכויות ואיכות הטיפול הנדרשת ממנה.
 - יביא לרישום יתר של תרופות, בדיקות וייעוצים, ויוביל לעלייה בהוצאה לנפש ללא שיפור בבריאות הציבור.
 - ייצור פילוג בין מקצוע הרפואה והסיעוד במקום לייצר עבודת צוות איכותית. ייצר בפועל פרקטיקה עצמאית של אחות בקהילה, ללא יכולת לפיקוח ממשי.
 - יוריד את אטרקטיביות מקצוע רפואת המשפחה בשל שינוי אופי העבודה ותמהיל המטופלים. כך תקטן היכולת לגייס רופאים למקצוע ויחמיר המחסור בכוח אדם רפואי.
- חשוב לציין כי הבסיס המחקרי עליו נשענת התוכנית למיסוד אחות מומחית קהילה שנוי במחלוקת, כפי שמפורט היטב בהמשך המסמך, ואין כל הוכחה לתועלת ביצירת מטפלים מדרג ביניים.
- יש לפעול לחיזוק המודל הקיים והיעיל המבוסס על רפואה ראשונית חזקה, שפועל בהצלחה מרובה במדינת ישראל.

הקדמה – מקצוע רפואי חדש בחסות הרחבת עבודת צוות – האמנם?

משרד הבריאות הציג לאחרונה מתווה סדור ל"אחות מומחית בקהילה" כמענה מרכזי לאתגרי הרפואה הראשונית בישראל. במתווה המוצע, מוצגת לכאורה הרחבת "עבודת צוות" של הרופא והאחות (לשם הנוחות ורציפות הקריאה בלבד השתמשנו לאורך הכתיבה במגדרים אלה) וכפיפות לרופא, אך העמקה במתווה תגלה כי משרד הבריאות יצר מקצוע רפואי חדש ועצמאי בפועל, שונה מהותית מהמודלים הקיימים ל"אחיות מומחיות סיעוד" אחרות בבתי החולים ובקהילה¹⁻⁶. השוני המהותי הוא ברוחב הסמכות לבצע פעולות רפואיות ובהיעדר פיקוח רפואי מספק.

ההמלצות של "וועדת מור יוסף" של משרד הבריאות והמודל העולה מהדו"ח המסכם של הוועדה⁷ מבוססים על מקצועות ה"ביניים" ברפואה הראשונית בארצות הברית. מקצועות אלו החלו כמקצוע אשר תפקידו לסייע לרופא הראשוני ואיש המקצוע היה כפוף לרופא הראשוני, אך עם השנים התפתחו להוות תחליף מלא לרופא הראשוני - כולל עבודה במרפאות עצמאיות ללא נוכחות או מעורבות רופא.

עבודת צוות מורכבת מבעלי תפקידים מקצועיים שונים העובדים יחד למען בריאותו של המטופל, כאשר כל איש מקצוע עוסק בקצה העשייה המקצועית שלו. בניגוד לתפיסה זו - הגדרת תפקיד "האחות המומחית" מקנה לה סמכויות רפואיות בלבד, אשר נועדו להחליף במנעד רחב של תחומי העשייה היומיומית הרפואית מקצועות רפואיים רבים ואף מקצועות בריאות כגון: רופאי המשפחה ופנימאים, רופאי הילדים, רופאי הנשים, רופאי העור, תזונאים, פיזיותרפיסטים ואף פסיכותרפיסטים. כמו כן המודל מביא לשינוי מהותי במבנה רפואת הקהילה בישראל, ובכך פוגע במרקם היחסים, מהיעילים בעולם, בין רפואה ראשונית לשניונית בישראל. עבודה על פי המודל המוצע תכשל ביכולת לתת מענה מקצועי לסוגיות רבות שיוצגו במסמך זה, ביניהן סוגיות של בטיחות הטיפול ושמירת איכות הרפואה הראשונית בישראל, זכות תושבי המדינה, המעוגנת בחוק להיות מטופלים על ידי רופא כקו ראשון במערכת הבריאות, תכנון עתידי של פריסת רופאים מומחים בארץ וסוגיות נוספות. הנושא הכלכלי והצורך בהתייעלות כלכלית של מערכת הבריאות תופסים, להערכתנו, מקום נכבד במערכת השיקולים של ראשי משרד הבריאות בהקשר לאחות המומחית סיעוד בקהילה. עלויות אחות למערכת הן בהכשרה והן בהשתכרות נמוכות יותר מעלות רופא. ומכאן תפקיד האחות המומחית אינו לסייע לרופא בקידום בריאות המטופלים, כי אם להוות תחליף כלכלי אטרקטיבי למדינה ולקופות החולים לעבודת הרופא ולא בהכרח לטובת בריאות המטופלים.

פרק א

מהו המודל המוצע על ידי משרד הבריאות? - עצמאות בפועל, סמכויות רחבות והעדר

פיקוח

מדוע המודל המוצע יוצר לראשונה במערכת הבריאות הישראלית מקצוע רפואי רחב חדש וזאת ללא צורך בלימודי רפואה, ובשונה מאחיות מומחיות סיעוד אחרות בישראל? חוזר מנכ"ל בנושא יוצר מציאות בה לאחות המומחית סיעוד בקהילה סמכויות רפואיות שלא ניתנו בישראל כדוגמתן קודם לכן לאחיות מומחיות. הסמכויות כוללות אבחון עצמאי של מצבים רפואיים רבים, סמכויות להפניה לכלל מערך הברור והייעוץ הרפואי ומקצועות הבריאות ובדיקות העזר הקיימות, ללא צורך בבדיקה או אישור של רופא המשפחה. כמו גם סמכויות טיפול ורישום מרשמים כמעט ללא הגבלות.

רפואת הקהילה שונה באופן מהותי ויסודי מהרפואה במחלקות האשפוז ובמרפאות והמכונים בבית החולים. במחלקות האשפוז הרופא והאחות עוקבים אחר המטופל לאורך זמן ומכירים היטב את מצבו הרפואי המעודכן וכמו כן ממשיכים בטיפול בסביבה "מוגנת" של בית החולים עם ריבוי אנשי צוות במשך כל שעות היממה. הרופא מכיר ומעודכן במצבם של כל החולים כל הזמן ובעצם העבודה של רופאים, אחיות, ואחיות מומחיות סיעוד היא עבודת צוות הכוללת עדכונים הדדיים, ישיבות צוות מובנות וטיפול משותף בחולים.

ברפואת הקהילה, המציאות שונה לחלוטין. במודל המוצע לאחות סמכות לבדוק, להפנות, לאבחן, לטפל ולשחרר ללא כל מעורבות רופא – גם אם האחות יושבת בחדר הסמוך לרופא ועובדת במקביל אליו. האחות למעשה מחליפה את הרופא הראשוני כקו הראשון למטופלים בקהילה ברוב המכריע של המקרים הרופא לא יעודכן על תוצאות הביקורים אפילו בדיעבד. מודל זה מחייב התייחסות מיוחדת וזהירות רבה בעבודה השוטפת ובניית נהלי עבודה לתקשורת צוותית אפקטיבית, ומנגנון חובת יידוע וקבלת אישור רופא להחלטה רפואית המתבצעת ע"י מי שאינו רופא. החוזר המוצע לא עוסק בדקדקנות בסוגיה הזו וללא הנחיה רגולטורית ברורה ומתוך כוונות של התייעלות וחסכון במשאבים נוצרת למעשה עבודה עצמאית לאורך זמן של האחות אל מול מטופלים. גם אם לכאורה ישנה "כפיפות מקצועית" לרופא, במרבית הזמן המטופל יקבל טיפול מגורם שאינו רופא. לאחות המומחית בקהילה יינתנו סמכויות כלליות הלקוחות מעולם הרפואה וניתנות לה אך ורק מכוח חוק פקודת הרופאים – "פעולות חריגות":

- "בדיקת החולה ואבחונו."
 - "הפניית החולה לבדיקות אבחון ולייעוצים לצורך המשך בירור או טיפול."
 - "טיפול במצבים חריפים וכרוניים בהתאם לסמכויותיה המאושרות ע"י מנהל הטיפול"
 - "הדרכה ומתן ייעוץ לחולה ולמשפחתו."
 - "קידום בריאות ומניעת חולי."
- ומוגדרות ל-4 תחומים אשר עד היום היו שמורים למי שעבר הכשרה מלאה של לימודי רפואה בלבד:
- "טיפול במחלות חריפות קלות;"
 - "איזון ומעקב בחולים עם מחלות כרוניות;"
 - "מניעת חולי וקידום בריאות;"
 - "מתן אישורים וייצוג חולים בפני רשויות סטטוטוריות."
- הסמכויות הכלליות מוצגות בטבלה הבאה:

הערות	הסמכות
	הפניה לבדיקות דימות ומעבדה
	הפניה למכוני אבחון
בתאום עם הרופא המטפל (תיאום, שהגדרתו מעורפלת, שייעשה בדיעבד במקרה הטוב)	הפניה לרופאים ומרפאות מייעצות
	הפניה למקצועות הבריאות
	הפניה לשירותי רווחה
	הפניה למיון
	רישום אישורים בהתאם לרשימה המפורטת
	ייצוג במעמד פורמלי וחוקי של החולה מול מוסדות פורמליים

מנעד ומגוון התחומים בהם לאחות המומחית בקהילה סמכות לטפל על פי תכנית זו ללא מעורבות רופא, וללא מנגנון פיקוח אפקטיבי, היא בלתי נתפסת ומסוכנת. זאת כאשר לא נעשתה בחינה מעמיקה מה הם שורשי הבעיה של העומסים ברפואת המשפחה, מה הפתרונות המוצעים ומה הפתרון המועדף. בדוגמאות הבאות יובאו בפירוט המיומנויות הנדרשות מאיש מקצוע במערכת הבריאות על מנת לבצע את הסמכויות הרפואיות המפורטות בחוזר באופן אחראי ובסטנדרט הטיפולי המקובל בישראל.

בתחום התחלואה החדה:

הרפואה הראשונית הנה חדר המיון של הקהילה, המטופל כמעט בכל המקרים חוזר לביתו ולא נשאר במעקב רפואי צמוד. אי לכך היכולת לאבחן היא בעלת חשיבות מכרעת, טעות באבחון עלולה להיות קריטית. בטיפול ובאבחון בתחלואה שכיחה שבמקרים רבים אף מסתיימת מעצמה ללא טיפול (self-limited disease) הנדבך המרכזי הוא "למצוא את המחט בערימת השחת". לימודי הרפואה הממושכים מכינים את הרופאים לזהות את מקרה הקיצון, בניגוד ללימודי הסיעוד, שאופי ומשך הלימודים אינם מאפשר הכנה מסוג זה. עם השנים לומד הרופא שהמחטים הן רבות משחשב בתחילת דרכו, הן מתחפשות בצורות רבות וההבנה ואי הוודאות בטיפול במצבים השכיחים לכאורה, רק הולכות וגדלות. לא בכדי חוזרי משרד הבריאות מחמירים מאוד במתן הסמכות לשחרור ממלר"ד ובחובת נוכחות רופא מומחה בכל מלר"ד בארץ.

אלו סמכויות האחות המומחים באבחון והטיפול בתחלואה אקוטית כפי שהן כתובות בחוזר משרד הבריאות:

- מערכת הנשימה - אבחון ומתן טיפול תרופתי מלא לכלל תחלואת דרכי הנשימה התחתונות והעליונות, כולל התלקחויות של אסטמה ו-COPD. מצבים רפואיים המתבטאים לעיתים כתחלואה פשוטה זיהומית בדרכי הנשימה העליונות והתחתונות, בעיקר בחולים מורכבים ובקשישים, יכולים להיות ביטוי לאי ספיקת לב, התלקחויות של מחלות ריאה כרוניות, מחלות דרכי העיכול, אלרגיה, ממאירות, ועוד. כמו כן נדרש לבצע בשלב האבחון גם שלב קריטי נוסף – שלב הערכה של חומרת התסמינים. לכל אחת ממחלות דרכי הנשימה מדרג

והערכה קלינית של חומרת המחלה הנוכחית. כל דרגת חומרה מצריכה טיפול מסוג אחר – מטיפול שמרני ללא תרופות ועד לכדי פינוי בניידת טיפול נמרץ.

- מערכת המין והשתן – על האחות המומחית להיות בעלת יכולת אבחון בין תחלואה פשוטה לתחלואה מורכבת בדרכי השתן והמין בגברים ובנשים, וזאת בכדי לממש את סמכותה – לדעת להפנות לרופא במקרים "שאינם פשוטים" מחד ולטפל תרופתית בתחלואה אשר נתפסת באופן לא מקצועי בחוזר כתחלואה פשוטה כגון אורטריטיס ופטרט נרתיקית. קיימים גורמים שונים לתסמינים בדרכי השתן והמין: זיהומים שכיחים, זיהומים כגון מחלות המועברות ביחסי מין, זיהומים עליהם יש לחשוב בהתקיים תחלואה צולבת, מצבים שאינם זיהומיים - כאלו שמבטאים לדוגמה בעיות במערכת גוף אחרת כגון מערכת העיכול, מערכת המין- צניחת רחם ויובש נרתיקי ועוד. כיצד תדע האחות המומחית שאכן מדובר בפטרט נרתיקית? האם מצופה ממנה לעשות בדיקה וגילית? ואם לא – כיצד תדע שלא מדובר בדלקת של האגן PID? או בוגיניטיס? או בהרפס? לכל אחד ממצבים אלו טיפול אחר עם דחיפות שונה להתחלת הטיפול, כולל השלכות אפשרויות על הפריון העתידי של האישה.
- מערכת העיכול - על האחות המומחית להיות בעלת יכולת לאבחן מתי התסמינים מתאימים לטיפול "רק" בנוגדי חומצה, נוזלים ונוגדי בחילות, טיפול אנטיביוטי להסתמנות קלינית של הליקובקטר פילורי, ומתי שינוי ביציאות (שלשול) מייצג "רק" גסטרואנטריטיס (לא מצוין בחוזר איזה סוגים של גסטרואנטריטיס מותר לאחות לאבחן ובאיזה לטפל). מיותר לציין כי אין כל התייחסות לאבחנה המבדלת הרחבה של מצבים אלו, כולל תחלואה כירורגית חריפה (כגון: אפנדיציטיס, פנקראטיטיס, קוליטיס מסוגים שונים, כולציסטיטיס ועוד), תחלואה לבבית חריפה מסכנת חיים וכמובן ממאירות אשר איחור באבחנתם משמעותו פגיעה בפרוגנוזה הצפויה למטופל.
- מערכת העור - הסמכויות בתחום רפואת העור רחבות במיוחד. מצוין במפורש שבסמכות האחות לבצע אבחון תפרחות - באופן כללי. תסמינים עוריים מאתגרים גם את טובי הרופאים מבחינת אבחנה, במיוחד מאחר ואלו פעמים רבות, התסמינים הראשונים למחלה סיסטמית, ולעיתים סימן ראשון של מחלה דוהרת ומסכנת חיים. מן הסמכות הכתובה בחוזר עולה כי על האחות המומחית בקהילה לרכוש ידע ומיומנות אבחון בין תחלואת עור מסוכנת / סיסטמית / אוטואימונית / זיהומית מורכבת / פראנאופסטית ועוד, על מנת שתוכל לממש סמכותה לתת טיפול תרופתי אנטי אלרגי ואנטיביוטי.
- כאב - הסמכות בתחום הטיפול בכאב לטפל באופן כוללני ב"כאבי גב" ללא כל סייג, מסתמכת, קרוב לודאי, על היכולת של האחות המומחית בקהילה לאבחן בין תסמינים רפואיים שאינם מסוכנים ושאינם מעידים על תחלואה הדורשת טיפול רפואי לבין תסמינים אשר בסמכותה של האחות המומחית להתחיל בגינם טיפול תרופתי. כמו כן במתן הסמכות לטפל תרופתית בתחום הכאב משתמעת היכולת של האחות המומחית לשלוט ולהכיר את הניהול המורכב של תחלואה צולבת. כמו גם האפשרות לבחור טיפול תרופתי מכלל תכשירי האנלגטיקה הקיימים ולהתאימו לכל גיל ותחלואה כרונית נלווית למצב האקוטי המטופל. הנוסח הלאקוני "טיפול בכאב אקוטי – התחלת טיפול" מטריד ואמור להדיר שינה מעיני המטופלים והמנהלים כאחד. כל עולם האבחון והטיפול בכאב אקוטי הועבר לאחות המומחית בקהילה בחמש מילים בלבד. כך לדוגמה: יש לאבחן את כאב הגב, אשר יכול להיות מכני, דלקתי, כתוצאה מזיהום – ואז מדובר בזיהום מסכן חיים, כתוצאה מפריצת דיסק עם

חסר נויורולוגי עד כדי צורך בניית דחוף, כתוצאה ממאירות ועוד ולהחליט על הטיפול התרופתי.

- טראומה וכירורגיה זעירה – מאחר ובסמכות האחות המומחית להחליט בעצמה ללא התייעצות וקבלת אישור מרופא "לתפור" את החתך ומתי נדרש רופא לשם כך, עליה לאבחן למפרע את כלל מצבי החתכים העוריים הקיימים. קיימת אבחנה מבדלת רחבה גם בתחום זה, חתכים עלולים להיות עמוקים ולהצריך תפירת גידים. גם רופא ותיק ומנוסה מתלבט לעתים וזקוק ליעוץ עמיתים. שברים בעצמות עלולים להיות מלווים בפגיעות בכלי דם.
- "דלקות עיניים" - דלקת עיניים היא דוגמא בולטת נוספת לשטחיות שבטבלת הסמכויות. "דלקת עיניים" היא ביטוי עממי ולא רפואי המבטא מגוון רחב של תחלואה. יש דלקת של הלחמית, דלקת של הקרנית וכדומה. יש תסמין שנקרא "עין אדומה" וממנו נגזרת אבחנה מבדלת רחבה, כולל דלקת בלחמית בה ניתן לטפל במרפאה ראשונית במקרים מסוימים בלבד. הפירוט בהערות לגבי המצבים בהם החולה יופנה לרופא מעיד על אי הבנה אודות תסמינים בעיניים הדורשים בדיקה רפואית מקיפה יותר כולל בדיקת רופא עיניים, ובאלו מקרים מדובר על בדיקה שאינה סובלת דיחוי.
- טיפול בחרדה והפרעות שינה – הצמדת שני תחומים אלו וכריכתם זה בזה אינה ברורה. לעיתים קיים קשר בין שני המצבים, אך לרוב מדובר באטיולוגיות שונות ולכן אבחון וטיפול שונה. לעניין החרדה – לפני מתן טיפול לחרדה, גם אם טיפול ראשוני, יש לוודא שאכן מדובר בחרדה שאינה ממקור אורגני (אשר דורש טיפול אחר ולעיתים אף טיפול מידי – כגון במצבים של אירוע לבבי או של יתר פעילות בלוטת התריס), יש לוודא שלא קיימת מסוכנות (לעצמו או אחרים), פסיכזה, שימוש בחומרים ממכרים ועוד. לעניין הפרעות שינה – האבחנה המבדלת רחבה. אחד היעדים המוצהרים של רפואה נכונה הוא הפחתת השימוש בתרופות הממכרות המשרות שינה. יעד זה עומד בסתירה למתן סמכות לאחות המומחית לטפל תרופתית בהפרעות שינה ללא ברור רפואי מקצועי ומעמיק. כמו כן לא ברור מה הכוונה בצמד המילים "שיחות תמיכתיות" המופיעות בחוזר, ומקומן ויעילותן המקצועית בטיפול בחרדה והפרעות שינה.
- טיפול ראשוני דחוף – על האחות המומחית לעבור הכשרה ולרכוש ידע ומיומנות לטפל עצמאית (בכל מצב בו הרופא אינו זמין – ולא קיים פירוט מה הכוונה "רופא אינו זמין") כולל החיאה ואינטובציה, אירוע לבבי, בצקת ריאות, הפרעות קצב, היפו והיפרגליקמיה, פרכוסים, אנפילקסיס, דהידרציה, הרעלות, פגיעות אקלים, פגיעות בעלי חיים – כלל העקיצות/הכשות/נשיכות.

בהקשר זה אוכלוסיית הילדים דורשת התייחסות נפרדת. לאוכלוסיית הילדים מאפיינים ייחודיים הדורשים הכשרה רפואית נפרדת, מורכבת וממושכת. ההבדלים קיימים הן בבריאות, והן בחולי.

בבריאות, עלינו כרופאים הראשוניים, רופאי ילדים ומשפחה, המטפלים באוכלוסייה זו, להכיר את שלבי ההתפתחות מלידה, ינקות, עד לבגרות. לזהות בשלבים מוקדמים חריגות ולו העדינות ביותר בשלבים אלה, כל זאת לעתים בזמן ביקורי שגרה ומחלה. עלינו להכיר את הילד ואת סביבתו, המשפחה, מערכת החינוך, ולדעת לפעול בצורה נכונה ורגישה בתווך המורכב הזה. רפואת הילדים אינה מסתיימת בגיל 6 או 14, ולרפואה במתבגרים מאפיינים ומורכבות ייחודיים.

בחולי, יש להכיר את המחלות הייחודיות לילדים, ואת המופעים השונים של מחלות השכיחות גם בגיל המאוחר יותר. בניגוד לאוכלוסייה הבוגרת שלרוב מתארת את תסמיני המחלה, כאן האתגר האבחנתי הוא רב. רוב הפניות החדות ברפואת ילדים הן בשל מחלות קלות לכאורה, אך דווקא בשל הנתון הזה, הקושי בזיהוי המצב החריג הוא רב יותר כיון שגם מחלה שגרתית עלולה להתקדם במהירות למצבים מסכני חיים. זיהוי הסימנים הראשוניים למחלה משמעותית בין אם מדובר בבעיות התפתחותיות כגון אוטיזם, זיהומיות כגון דלקת קרום המוח, או מחלות גנטיות ומטבוליות נדירות, דורש ידע ונסיון.

חשוב לדעת, בילדים, גם מחלה שגרתית כמו למשל דלקת בדרכי האויר העליונות עלול להתפתח במהירות לדלקת ריאה וכשל נשימתי.

לסיום ההתייחסות לפרק ה"תחלואה האקוטית" נדגיש כי הטבלאות המרכזות את המחלות מבטאות גישה שגוייה מיסודה של עקרונות הרפואה המאבחנת. כל תסמין יכול להיות ביטוי למגוון אבחנות במגוון "מערכות" הגוף. מאחר וסמכויות האבחון והטיפול אינן כוללות את כלל האבחנות המבדלות ברפואה אקוטית, תסמין מסוים עלול להתפרש ע"י האחות המומחית בקהילה כשייך לתחום סמכותה, ולהביא לטעות באבחנה ובטיפול. (למשל כאב ברום הבטן אשר יכול להתפרש ע"י האחות המומחית ככאב ממקור פפטי, למרות שלמעשה הינו אירוע לבבי אקוטי. אירועים לבבים אקוטיים אינם במנעד הסמכויות לאחיות המומחיות לאבחון וטיפול ועל כן עלולים להתפספס. במובן זה הסכנה ש"אינה מודעת למה שאינה יודעת" היא אחד האתגרים והסכנות הממשיות בתחום מתן סמכויות אבחון בתחום התחלואה האקוטית.

בתחום התחלואה הכרונית:

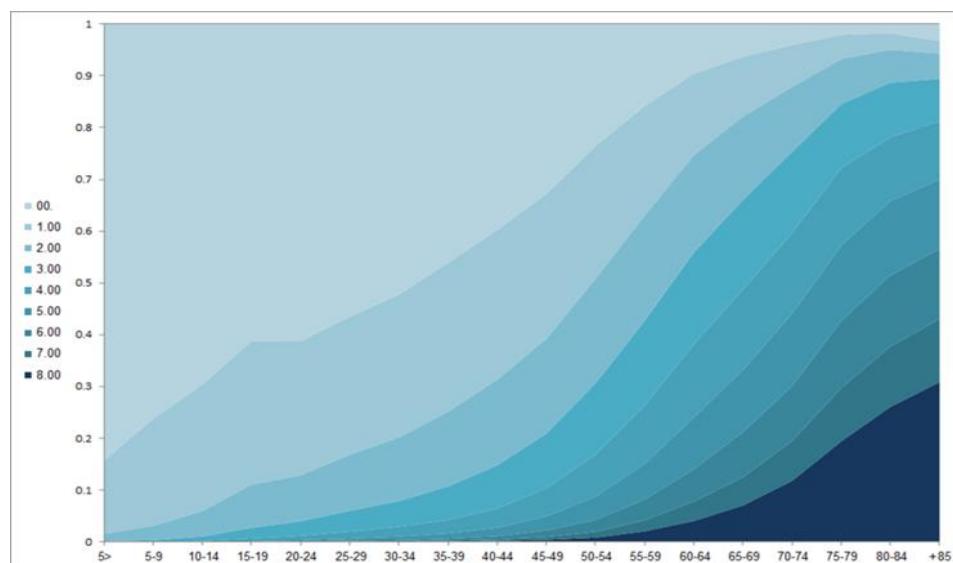
לאחות המומחית בקהילה סמכויות:

- "ניהול הטיפול בחולה (מספר ביקורים מינימלי בשנה יוגדר עם תחילת הטיפול ויכלול לפחות ביקור שנתי אחד אצל מנהל הטיפול);"
- "סמכות להארכת מרשם לטיפול כרוני עד שנה (ללא צורך בביקורת מנהל הטיפול);"
- "טיפול תרופתי בחולים שמצבם מחייב התאמות מינון (במקרים של אי ספיקת כליות וכבד) יתבצע בהתייעצות עם מנהל הטיפול;"
- "טיפול בחולה מדוכא חיסון יתבצע בהתייעצות עם מנהל הטיפול;"
- "שינוי מינון יעשה בהתאם להרשאות שניתנו לאחות על ידי מנהל הטיפול."

גם כאן מפורטות סמכויות האחות המומחית בקהילה בטבלה לפי תחלואה ספציפית. הגישה המתוארת בחוזר, המארגנת את עולם הרפואה הכרונית למחלות נפרדות בטבלאות נכונה, אולי, לסינון ראשוני כללי ומהיר של אוכלוסייה בריאה יחסית. אין זה המצב ברפואת קהילה שנותנת מענה לבריאות כלל הציבור לאורך זמן. מרבית החולים הכרוניים לוקים ביותר ממחלה אחת, בפרט בגילאי

50 ומעלה:

ריבוי תחלואה כרונית כתלות בגיל – הוצג בכנס ים המלח ה-15 – עיצוב מחדש של מערכת הבריאות



ציר ה- X – גיל

ציר ה- Y – מספר מחלות למטופל

במקביל עולם הרפואה עובר ל"רפואה מותאמת אישית", אינטגרטיבית, הרואה את האדם כשלם. לא ניתן היום לתת טיפול רפואי איכותי הקשור ב"פירוק" של המטופל למחלות, ולטפל כל פעם רק במחלה אחת מבלי להתייחס למחלות השונות ולמצבו הכולל של המטופל. תפקידו העיקרי של רופא המשפחה הוא להיות המתכלל של הטיפול, לראות את התמונה הגדולה, ובעקבותיה לכוון את היעוץ המעקב והטיפול הנדרשים על מנת להתאים את שלל ההמלצות למטופל הבודד. לרופא המשפחה שיקול הדעת כיצד לבנות טיפול מותאם מתי לוותר על תרופה גם אם היא מומלצת בהנחיות הקליניות, באיזה תרופה משלל התרופות כדאי לבחור, מתי לסיים את הטיפול וכד'.

רפואת המשפחה מתבססת על המודל הביופסיכוסוציאלי המאפשר לרופא המשפחה מחד לאבחן את המטופל מהבחינה הרפואית, ומאידך ולהעניק לו את הטיפול המתאים ביותר למצבו הכולל ובהתאם להעדפותיו. זאת לאחר שנשקלו החלופות, תוך שיתוף של המטופל בבחירה.

בהכשרת הרופא הראשוני, ובפרט ברפואת המשפחה, מושקע זמן רב ברכישת כלי תקשורת וכלים להנעת המטופל כדי להוביל את השינויים הנדרשים אצל המטופל לקידום בריאותו. הקשר הטיפולי הרציף עם המטופל הוא הכלי הרפואי האפקטיבי ביותר הקיים לרשות רופא המשפחה, אשר נחקר רבות ונמצא יעיל ביותר.

. טיפול בתחלואה כרונית על בסיס פרוטוקולים יכול לקדם את המעקב הסדיר אך איננו יכול להיות תחליף לשיקול הדעת הרפואי הכולל..

העברת סמכות טיפול מלאה בתחלואה כרונית מורכבת למקצוע חדש דורשת הקניית ידע ומיומנויות אלו על מנת, לכל הפחות, לשמר את איכות הטיפול בתחלואה כרונית הקיימת כיום בישראל. אלו סמכויות האחות המומחים באבחון והטיפול בתחלואה כרונית כפי שהן כתובות בחוזר משרד הבריאות:

- טיפול ואיזון סכרת – כלל המעקב הנדרש וכן "החלטה על שינוי מינון בטיפול התרופתי", כאשר רק במקרים של טיפול במשאבת אינסולין נדרש תאום עם רופא הסוכרת. כלומר – כלל הטיפול התרופתי בסוכרת, הטיפול הפומי והטיפול בזריקות (כיום ישנם טיפולים בזריקות שאינם אינסולין) כולל בחירת התרופה ושינויי המינון, הוא בסמכות האחות המומחית

בקהילה, ללא צורך בממשק כלשהו עם הרופא הראשוני. נציין כי סמכות זו רחבה יותר אף מהקיימת ל"אחות מומחית סיעוד בסוכרת". למעשה על פי החוזר תפקידו של הרופא מצטמצם לאבחון הראשוני בלבד. מכאן ואילך – כלל המעקב והטיפול התרופתי בכלל חולי הסוכרת יבוצע ע"י האחות המומחית בקהילה באופן עצמאי למעט החובה לבקר את הרופא הראשוני אחת לשנה. מצב זה מחייב את האחות המומחית להכיר לעומק את ההנחיות הקליניות העדכניות, את המגוון העצום של התרופות החדשות לטיפול בסוכרת והמחקרים הרבים בתחום, הטיפול הבכלל גורמי הסיכון הנילווים לסוכרת, ואת כלל ההתאמות הנדרשות על פי מחלות הרקע של החולה.

- טיפול ואיזון יתר לחץ דם – "ביצוע בירור ראשוני ליתר לחץ דם" וכן "החלטה על שינוי מינון בטיפול התרופתי ובכלל זאת הפסקת טיפול במקרה של תופעות לוואי" על פי "איזון בהתאם לעקרונות טיפול מקובלים". כל זאת ללא תיאום או עדכון של הרופא הראשוני. כלומר – לאחר שלב האבחנה כל המעקב והתאמת הטיפול יבוצע ע"י האחות המומחית בקהילה באופן עצמאי. איזון יתר לחץ דם דורש מיומנות, לעיתים רבה ומורכבת ביותר. מגוון התרופות ומגוון הקבוצות הפרמקולוגיות, הנחיות פחות סכמתיות, שילובים רבים ומגוון מינונים ומשטרי טיפול, ההשפעות הקולטרליות על פעילות הלב, מצב הרוח, מתן שתן ותופעות משמעותיות נוספות, הופכים את הטיפול ביתר לחץ דם למורכב הרבה יותר.
- טיפול ואיזון היפרליפידמיה – סמכות מלאה של האחות המומחית בקהילה לניהול כל הטיפול בתחום זה, כולל בדיקות מעבדה, החלטה על התחלת/הפסקת/שינוי סוג/שינוי מינון סטטינים, שוב ללא צורך במעורבות רופא בשום שלב. חשוב להדגיש את המורכבות והמחלוקות סביב ערכי היעד בטיפול בהיפרליפידמיה והריבוד של גורמי הסיכון, הכרת ה-NNT בהתוויות השונות, התמודדות עם תופעות הלוואי המרובות המיוחסות לתרופות אלו ועוד.
- טיפול ואיזון היפותירואידיזם – בחוזר אין הגדרה באיזה היפותירואידיזם מדובר. היפותירואידיזם הוא מצב קליני ואינו אבחנה ולכן נדרש מהרופא לאבחן מהו הגורם למצב להעריך את משמעותו הקלינית – אשר תלויה לעיתים בגורמים כגון גיל ותחלואה נלווית. בחוזר נכתב כולל "בירור ראשוני" – כלומר כל ממצא של TSH גבוה יכול לעבור להמשך בירור, טיפול ומעקב של האחות המומחית. בנוסף לאחות המומחית סמכות "החלטה על שינוי מינון הטיפול התרופתי ובכלל זאת הפסקת הטיפול במקרה של תופעות לוואי" וכל זאת "בהתאם לעקרונות מקובלים", וללא צורך במעורבות הרופא הראשוני.
- טיפול באי ספיקת לב – הכולל סמכות לביצוע כלל הבדיקות הנדרשות למעקב והערכת חומרה של אי ספיקת לב כולל בדיקות "הדימות הנדרשות". וכן סמכות ל-"שינויי מינון תרופתיים בעת החמרה באי ספיקת לב" בתאום עם הרופא. לאיזה רופא הכוונה - רופא המשפחה? הקרדיולוג? בקהילה? או בבית החולים? כמו כן המינוח "תאום" עמום ויכול להצביע על הכוונה שהדיווח הוא בדיעבד בלבד. כמו כן לא מפורט באילו תרופות לאי ספיקת הלב יכולה האחות המומחית לבצע שינוי.
- טיפול במחלות ריאות כרוניות – החוזר אינו מציין באילו מחלות כרוניות רוכשת האחות המומחית ידע, מיומנות וסמכות לטפל. ניתן להתייחס כאילו ניתנה סמכות בתחום הקרדיולוגיה ל-"טיפול במחלות לב כרוניות". קיימות מחלות ריאה כרוניות רבות. גם באבחנה זו האחות המומחית יכולה לבצע "רישום תרופות, הפנייה לבדיקות אבחון, בדיקות

מעבדה ודימות נדרשות", וכן שינוי טיפול תרופתי ב"תאום עם הרופא". ההסתייגות מה"תאום", ומגוון התרופות שהאחות המומחית רשאית לשנות דומה לסעיף על הטיפול באי ספיקת לב.

- איזון טיפול בנוגדי קרישה – בתחום זה סמכות האחות המומחית ברורה יותר – שינוי מינון בלבד. בסוגיית ה"תאום עם הרופא", במיוחד לאור סמכותה להפסיק טיפול תרופתי זה, חשוב להדגיש שהפסקת טיפול נוגד קרישה מעמידה באופן מיידי את המטופל בסכנה לאירוע טרומבואמבולי
- טיפול באנמיה על רקע חסרים תזונתיים שאובחנו על ידי רופא – סמכות שאיננה מוגדרת בצורה ברורה. צפוי מרופא ראשוני שאיבחן חסר תזונתי להתחיל בטיפול. האחות המומחית תצטרך להכיר את שלל התוספים הקיימים, בדגש על תוספי ברזל פומיים ואחרים.
- טיפול תומך בחולים סופניים – סמכות זו משמעותה כל סמכויות ה"אחות המומחית סיעוד לטיפול תומך". סמכות זו מחייבת הכשרת האחות לכל הסמכויות של האחות המומחית לטיפול תומך. ובין היתר, מתן טיפול תרופתי של נוגדי דיכאון וחרדה, כאב, הפרעות שינה, תרופות לאיזון תסמינים של מערכת העיכול וכן תכשירים המשפיעים על מערכת הנשימה.
- תכנון משפחה ומניעת הריון – לאחות המומחית בקהילה סמכות ל"רישום אמצעי מניעה", כאשר הסייג היחיד הוא " לאישה ללא סיפור אישי או משפחתי של מחלה טרומבואמבולית וללא מחלות רקע". חשוב לציין שהתוויות הנגד למתן אמצעי מניעה הורמונליים רחבות יותר. ועל האחות המומחית להכיר את מגוון התכשירים הקיימים היום מהדורות השונים של גלולות משלב. כמו כן נדרשת "בדיקת גניקולוג תוך שלושה חודשים". לא ברור המקור המדעי מקצועי של הנחיה זו.
- איזון כאב מסיבה ידועה – סמכות זו היא כוללנית ביותר ומוגדרת כ- "רישום תרופות". ללא כל הגדרה של אילו תרופות נוגדות כאב, באילו מצבים קליניים, ואין התייחסות לממשק כלשהו עם הרופא הראשוני. אין כל הייחסות בחוזר לתרופות השונות, לדרגות חומרת כאב, לדגלים אדומים המחייבים בדיקת רופא או למגבלה כלשהי על קבוצות התרופות ובפועל אחות תוכל להתחיל טיפול באופייאטים לכל חולה. למעשה בסמכות זו נכלל כל עולם הידע של איזון כאב כרוני.
- גמילה מעישון – גמילה מעישון דורשת הכשרה ספציפית. אין מקום להעניק את כל מנעד הסמכויות המלא בגמילה מעישון באחות שלא עברה הכשרה מלאה ספציפית בנושא.

לסיכום ההתייחסות לטיפול בתחלואה הכרונית –

הסמכויות בחוזר משרד הבריאות לעניין תחלואה כרונית מאפשרות לאחות המומחית בקהילה להחליף את הרופא הראשוני, ובפרט רופא המשפחה, בטיפול והמעקב במגוון רחב מאוד של מצבים רפואיים שכיחים. במרבית המצבים המפורטים האחות המומחית יכולה לעבוד באופן עצמאי ללא כל מחוייבות לעבודת צוות עם הרופא וללא פיקוח של הרופא. המעבר הפרטני על מגוון הסמכויות המוצעות בחוזר מצביע על עמימות ב"גבולות הטיפול". במצב זה נמצא כי אוכלוסית החולים המורכבת ביותר והקשה ביותר, הזקוקה למירב תשומת הלב, איננה חייבת במעקב רופא, כיון ש בפועל, ההצעה היא לטיפול עצמאי של האחות המומחית בקהילה גם בתחלואה הכרונית השכיחה. החוזר לא מספק מענה להשלכות החמורות ארוכות הטווח שעלולות לנבוע ממהלך זה.

בתחום רפואה מונעת וקידום בריאות –

בפרק זה בחוזר משרד הבריאות האחות המומחית בקהילה היא בעלת אוטונומיה מלאה, ללא כל חובה להתייעץ / לתאם / להפנות / לקבל אישור למפרע או בדיעבד מהרופא הראשוני. אין כל כפיפות לרופא, והאחות המומחית מטפלת במטופלים באופן עצמאי מלא.

בתחום הרפואה המונעת וקידום בריאות בסמכות האחות המומחית "הפנייה לכלל בדיקות הסקר לבריא וביצוע ההמלצות המתחייבות מתכנית מדדי האיכות הלאומית ומהמלצות כח המשימה הישראלי לרפואה מונעת: לרבות מעקב וטיפול בתוצאות ההפניה".

על האחות המומחית לרכוש את הידע והמיומנות הנדרשת לצורך מילוי כלל ההמלצות, כולל התעדכנות מעת לעת בהמלצות חדשות או בשינויים בהמלצות הקיימות. מדובר על מצבור ידע רחב, אשר מבטא המלצות כלליות בלבד, אותן יש להתאים למטופל הבודד. לדוגמא: האם יש מקום לבצע בדיקת סקר לסרטן מעי גס למטופלת עם ממאירות מתקדמת אחרת עם תוחלת חיים צפויה קצרה? או את מי מומלץ לשלוח ל-MRI שדיים כבדיקת סקר? וקיימות דוגמאות רבות נוספות.

"מעקב וטיפול בתוצאות ההפניה" היא הנחיה עמומה, אשר בצידה אין כל חובה להעברת המשך ניהול המקרה לרופא המטפל. האם על האחות לשלוח לביופסיה לאור תוצאת ממוגרפיה חיובית? לקולפוסקופיה לאחר תוצאת PAP חיובית? או האם יש שלב בו המטופל יחזור לאחריותו של רופא המשפחה?

בנוסף בסמכות האחות המומחית לתת "ייעוץ לאורח חיים בריא: תזונה, פעילות גופנית, שינה". גם כאן גבולות סמכותה ואחריותה של האחות המומחית אינם ברורים. ייעוץ תזונתי הוא מקצוע בפני עצמו, לפיזיותרפיסטים המיומנות והידע ליעוץ פרטני למטופל לעניין פעילות גופנית המותאמת לפרופיל המטופל מבחינת גורמי הסיכון, הרגלים ויכולת פיזית.

לסיכום, אין כל מגבלה או פיקוח של הרופא המטפל על פעילות האחות המומחית בקהילה בתחומי הרפואה המונעת וקידום בריאות, תוך הרחבת סמכותה ונגיסת תחומי פעילות וסמכויות מהעוסקים במקצועות בריאות אחרים.

טיפולים שונים

פרק זה מתייחס ל"החלטה על ציוד רפואי", וכולל סמכות לאחות המומחית להתקנת צנתר שתן בנשים ובגברים ולהתחלת טיפול בחמצן, וזאת ללא הפנייה של רופא לביצוע פעולות אלו.

לעניין צנתר שתן מדובר בפעילות פולשנית עם סיכונים משמעותיים לצידה. נדרש להכשיר את האחות לביצוע פעולות אלו (כיום החדרת צנתר לגברים מאושר לביצוע ע"י רופא בלבד). קבלת החלטה להחדיר צנתר מחייבת אבחנה ברורה ובדיקה כי אכן הפעולה נדרשת מבחינה רפואית, ואין חלופה אחרת. קיימים מגוון מצבים בהם מומלץ להחדיר צנתר – חלקם בהתוויות אורולוגיות וחלקם אחרים כגון ברור מעקב מתן שתן בחולי אי ספיקת כליות, ומצבים רבים עם תסמינים בדרכי השתן בהם מומלץ להימנע מצנתר ככל שרק ניתן. יש להכשיר את האחות המומחית לבצע את הברור הנדרש והאבחנה המתאימה לפני ביצוע הפעולה עצמה. במקרים רבים מסוג זה גם רופא המשפחה מפנה את המטופל להערכה במיון, אשפוז או הערכת אורולוג – ואינו מקבל את החלטה להכנסת צנתר בעצמו. לעניין התחלת טיפול בחמצן – החלטה על התחלת טיפול בחמצן היא החלטה כבדת משקל בתהליך הטיפול הדורשת שיקול דעת רפואי משמעותי. חולה הזקוק לחמצן באופן קבוע נמצא במצב קשה. לא עולה על הדעת כי חולה במצב זה אינו חייב לראאות רופא.

רישום אישורים

הרחבת סמכות גורם רפואי כלשהי למתן אישורי מחלה תביא להעברת המטלה הבירוקרטית והחוקית הזו מהרופאים הראשוניים. יש לוודא שאין צורך בשינוי חקיקה על מנת לאפשר העברת סמכות זו.

בסמכות האחות המומחית לנפק "סיכום מידע רפואי" למטופל. סיכום מחלה כולל את מצבו הרפואי הנוכחי של המטופל – כולל אבחנות פעילות, מצבו הכללי, והתרופות אותן נוטל. שירות זה זמין היום למטופל באופן מקוון במרבית הקופות.

לעניין הסמכות לייצוג המטופל בפני גורמים סטטוטוריים – יש להבהיר טוב יותר ולפרט את המטלות האמורות.

אולם, הסוגיה שלפנינו אינה מתי ואיזה אישור להפיק, אלא בעיקר מתי ואיזה אישור לא להפיק. הדבר מצריך ידע רחב וביטחון בקורפוס המקצועי הרפואי.

סמכות מתן מרשמים כללית

סמכות מתן מרשם מחייבת רישיון לעסוק ברפואה, פרט לשני סייגים הקיימים בפקודת הרוקחים: לרוקח קליני ולאחות במצבים מוגדרים ומצומצמים.

מימוש סמכויות הטיפול הנרחבות שבחוזר המוצע דורש שינוי חקיקה לפקודת הרוקחים, ואכן כך מצוין בחוזר. החוזר אינו מתייחס לאופן שבו ישונה החוק ומה יהיו הסייגים והמגבלות על מתן סמכות רישום מרשם לאחות המומחית. יש צורך ברגולציה קפדנית בתחום זה – כפי שקיימת עבור רוקחים קליניים וכפי שמתקיים ברוב מדינות העולם המערבי.

בנוסף רישום תרופות בילדים, תוך התחשבות בהגבלות רישום, תגובות בין תרופתיות, ומינונים לא יכול להלמד בשיעור אחד. כפי שראינו בתכנית הכשרת האחיות המומחיות. דוגמאות אפשריות לרגולציה הקיימות בארה"ב: דרישת "חתימה כפולה" למתן מרשם (אחות ורופא), דרישה לרישיון נוסף מיוחד לאחות שהיא כבר אחות מומחית לצורך מתן מרשמים, ניסיון של 3 שנים קליניות מלאות כאחות מומחית לפני מתן סמכות רישום, מעבר קורסים מתקדמים בפרמקולוגיה קלינית, 2,000 שעות עבודה תחת רופא כאחות מומחית לפני מתן סמכות רישום, רשימת תרופות סגורה כפי שמתקיים עבור רוקחים ועוד.

המודל המוצע לאחות מומחית בקהילה

לסיכום, החוזר שנכתב על ידי משרד הבריאות יצר מקצוע רפואי חדש ואינו מכוון כלל ועיקר לעבודת צוות. המקצוע החדש הוא בעל מנעד סמכויות רפואיות רחב אשר כולל בתוכו עולמות תוכן ממספר התמחויות ברפואה וכן ממקצועות הבריאות, וכולל אבחון, הפניה וטיפול תרופתי. מן העבר השני מתאפיין החוזר בעמימות בהגדרות ובגבולות הסמכויות, אי התאמת אורך ותכני ההכשרה למנעד הסמכויות המוצע, ופגיעה בתפיסת הטיפול הכוללנית והמותאמת אישית המובילה כיום את הרפואה הראשונית בעולם. החמור מכולם הוא היעדר פיקוח רפואי אפקטיבי בזמן אמת ובקרה שוטפת. במובנים אלה יש עצמאות לאחות המומחית שהיא אף רבה יותר מהקיימת ל-NP ברוב מדינות ארה"ב. לאור זאת המקצוע הרפואי החדש המוצע על ידי משרד הבריאות מאפשר בפועל החלפת הרופא הראשוני בפעולות רבות שהן רפואיות בעיקרן, ובאופן אשר מרדד את איכות הרפואה הראשונית בישראל.

האם יש צורך במקצוע הרפואי החדש של אחות מומחית קהילה?

חוסנה הרפואי והכלכלי של מערכת בריאות ציבורית נמדדת באיכותה ונגישותה של הרפואה הראשונית לכלל התושבים. מחקרה של ברברה סטרפילד מראים כי שיעור רופאים ראשוניים גבוה באוכלוסייה קשור בתוצאי בריאות טובים יותר, בעלויות ושימושים נמוכים יותר במערכת, ומשפר את רווחת האוכלוסייה. זמינות הרופא למטופל באופן רציף תוך יצירת קשר טיפולי משמעותי, וזאת במקביל להפחתת ריבוי מטפלים, הוכחה כמשפיעה חיובית על תוצאי הבריאות. הקשר הטיפולי עם רופא ראשוני "Continuity of care" נמצא בקשר חיובי לאיתור מוקדם של תחלואה^{8,9}, לתוצאות טיפול ביתר לחץ דם⁹, להיענות גבוהה יותר לטיפול מונע סכרת¹⁰⁻¹², להיענות גבוהה באופן כללי לטיפול תרופתי¹³, לשיפור איזון ערכי סוכר בחולים סכרתיים^{14,15}, לשיעור נמוך יותר של אשפוזים¹⁶⁻¹⁸, ואף לירידה בתמותה לאורך זמן¹⁹. כמו כן הודגם במחקרים שונים כי תוצאות הטיפול של מטופלים אשר רואים ריבוי מטפלים נמוכות בהשוואה למטופלים אשר זוכים לקשר טיפולי קבוע עם רופא²⁰⁻²³. ריבוי מטפלים נמצא קשור לעלייה בהוצאות על שירותי בריאות¹⁸ במנגנון של ריבוי ביקורים, ריבוי מרשמים, ומספר הרופאים השניוניים אותם רואים המטופלים לפי מחלה²⁴. הקשר הטיפולי הרציף עם רופא נמצא משמעותי במיוחד עבור מטופלים אשר תופסים את מצב בריאותם כירוד²⁵.

בבואנו לשנות מבנית את מערכת הרפואה הראשונית בישראל באופן אשר עלול לפגוע בקשר הטיפולי הרציף בין רופא מטופל, עלינו לשקול השפעה אפשרית לרעה על תוצאי הבריאות באוכלוסייה.

המודל עליו מושתת תפיסת משרד הבריאות ל"אחות מומחית בקהילה" מבוסס על מערכת הבריאות האמריקאית - האם מערכת הבריאות של ארצות הברית צריכה להוות את המודל לחיקוי לפתרון לאתגרי המערכת שלנו?

מערכת הבריאות האמריקאית שונה מהותית מהישראלית בכל המובנים – ריבוי תושבים חסרי ביטוח, שירותי בריאות פרטיים בעיקרם, אלפי סוגי ביטוחים שונים, בכל מדינה מערכת שהיא למעשה עצמאית ואוטונומית לקבוע את הרגולציה שלה על שירותי הבריאות, גאוגרפיה פריפריית ברובה עם מרחקים עצומים בין בתי חולים למקומות יישוב ועוד. על כן האתגרים עמם מתמודדת המערכת האמריקאית שונים מהותית מהאתגרים של המערכת הישראלית, ואין מקום להשליך מאלו על אלו בסוגיות הקשורות למבנה המערכת.

הרפואה הראשונית בארה"ב מצויה במחסור במדינות רבות מזה עשרות שנים. היחס האפקטיבי המקובל בין רפואה ראשונית לשניונית הוא תמהיל של 30-40% רופאי ראשוניים, ו-60-70% שניוניים. אך רק 17% מבוגרי בתי הספר לרפואה בארה"ב בוחרים במקצועות הרפואה הראשונית כבחירה ראשונה. הסיבות מגוונות ומפורטות בדוח²⁶. כמו כן מספר הרופאים לנפש בארה"ב הוא נמוך יחסית לישראל ויחסית למדינות OECD (2.6 איש בארה"ב מול 3.4 בארץ) ומספר האחיות בארה"ב גבוה משמעותית (פי 2 מאשר בארץ).

על רקע מחסור זה נולדו בארה"ב מקצועות הטיפול מדרג ביניים (MLP- MIDLEVEL PRACTITIONER כגון NP (NURSE PRACTITIONER או PA (PHYSICIAN ASSISTANT) ותפסו תאוצה סביב שנות ה-60. חשוב לציין כי ארצות הברית היא המדינה היחידה בעולם בה יש יישום נרחב של מקצועות רפואת דרג הביניים (MLP – Mid level practitioner).

המערכת האמריקאית מאופיינת בהוצאות הבריאות הגבוהות לנפש מכלל מדינות ה-OECD ובפער גדול, תוצאי בריאות נמוכים וחוסר שוויון בבריאות.

בסקירת הספרות לא מצאנו מחקר שנעשה על השפעת MLP כקו ראשון במערכת בריאות כלשהי על תוצאי בריאות והוצאה לבריאות ברמה הלאומית לאורך זמן, וזאת למרות קיום מקצועות MLP בארה"ב קרוב ל-50 שנים. נמצאו מחקרים שעוסקים בהשוואה בין רופאים לבין MLP באותה המדינה עצמה סביב מדדי בריאות מסוימים, הוצאות בריאות וכדומה. ברמה הלאומית בארה"ב תוצאי הבריאות ממשיכים להתדרדר וההוצאה הלאומית לבריאות ממשיכה לעלות. על כן לא נותר לנו אלא להסיק כי לכל היותר ניתן ללמוד מהשוואות נקודתיות אלו בין הרופאים ל- MLP את המסקנה הבאה: הנגשת MLP במקום רופאים ראשוניים בארה"ב לא סייעה לשיפור בתוצאי הבריאות הרצויים, וכן לא להקטנת ההוצאה הלאומית לבריאות.

לכן לא ניתן להסיק מהמודל האמריקאי כי הכנסת אחות מומחית כמקצוע חדש בישראל תביא ליעילות כלכלית לצד שמירה על תוצאי הבריאות המצוינים בישראל – כפי שמוצג לכאורה בדוח של וועדת מור יוסף של משרד הבריאות.

כמו כן לא מצאנו מחקר אשר בחן מהי ההשפעה ברמה הלאומית של העברת סמכויות רופאים ראשוניים ל MLP במדינה עם מערכת בריאות דומה מבנית לישראל. בישראל מלכתחילה תוצאי בריאות מצוינים והוצאה לאומית נמוכה לבריאות, וכן קיימים, היסטורית, שירותי רפואה ראשונית בפריסה טובה ונגישה ולכלל התושבים עם כיסוי ביטוחי מלא. ולכן איננו יכולים להסיק מהמודל האמריקאי מה תהיה ההשפעה הצפויה של הכנסת אחות מומחית בישראל על תוצאי הבריאות ועל ההוצאה הלאומית לבריאות.

רפואה ראשונית בישראל

מערכת הבריאות הישראלית מתאפיינת ברפואה ראשונית חזקה, ומערכות דומות כמו המערכת האוסטרלית והמערכת הבריטית בעשורים הקודמים נשענות על רפואה ראשונית חזקה שבעצמתה מפחיתה שימוש ומגבירה איכות.²⁷⁻³⁰ הרפואה הראשונית בישראל נחשבת לאחת המובילות בעולם. מדובר ברפואה זמינה, כוללת, איכותית וחזקה אשר מגבה ומחפה על מספר מיטות האשפוז הנמוך ביותר לנפש ב-OECD, קשורה קשר חזק לתוחלת החיים מהגבוהות בעולם, ולתוצאי הבריאות הטובים של ישראל³¹

ועדיין בפניה אתגרים חדשים. מתן המענה הרפואי לאוכלוסייה הופך מורכב יותר ויותר. האוכלוסייה מזדקנת, מחלות הופכות כרוניות, למטופל הבודד ריבוי מחלות ומצבים כרוניים, אחריות האבחון תופסת משקל הולך וגדל על רופאי הקהילה הראשוניים, צרכנות הבריאות משתנה, הטיפולים הופכים מורכבים יותר ומגוון הבדיקות רחב יותר. במקביל, למרות הגידול החד במספר מקבלי הרשיונות לעסוק ברפואה בישראל, צפויה ירידה במספר רופאים המשפחה המומחים לנפש בשל גידול האוכלוסייה, פרישת רופאים צפויה והכשרה לא מספקת ביחס לצורך של מומחים ברפואת המשפחה. למרות אתגרים אלו טוענים אנו כי הרפואה הראשונית בישראל אינה מצויה במשבר. היא מצויה בצומת דרכים אשר דורש חשיבה ותכנון קפדני עתידי של כוח האדם ומבנה מתן השירותים על מנת לשמור על הישגיה המרשימים לאורך זמן ועל בריאות מטופליה.

על כן אחות מומחית בקהילה במודל המוצע האמריקאי אינה הפתרון ההולם לאתגרי הרפואה הראשונית בישראל. אחות מומחית קהילה, אשר מחליפה במנעד רחב של סמכויות את הרופא הראשוני, היא הליכה אחורה בזמן לימים בהם היה מחסור ברופאים אשר לא הותיר ברירה אלא

להתפשר על איכות הטיפול. הרפואה הראשונית היא עיסוק מורכב, רב מימדי ורחב שדורש השכלה רחבה, יכולת תקשורת מעולה, וסמכות מקצועית נרחבת. מערכת האשפוז המוחלשת תקציבית של ישראל נשענת על אשפוזים קצרים ושחרור מוקדם של מטופלים (אורך האשפוז הממוצע הקצר ב OECD) לגורמים הקולטים וממשיכים את הטיפול בקהילה. הידע של הרופאים הראשוניים המומחים מאפשר שחרור מהיר לקהילה תוך כדי מחלה אקוטית ובמהלך בירור רפואי מורכב. בישראל מספר המומחים בקהילה נמצא במגמת עלייה מתמדת, וזאת עקב תכנון ועבודת עומק תשתיתית ארוכת שנים של מקימי ומובילי ההתמחות ברפואת המשפחה בארץ. לאור תוצאות סקר הספרות שערכנו, איננו יכולים למצוא הצדקה מוסרית ואחראית כלפי ציבור תושבי ישראל בהחלפת הרופא הראשוני באחות המומחית במודל האמריקאי. כיום בארץ אנו מכשירים מומחים ברפואת המשפחה להתמודד עם המצבים המורכבים ביותר המצויים ברפואה הראשונית.

הרפואה הראשונית זקוקה לתוספת כוח אדם רפואי, ולהעצמת הצוות המטפל אשר בראשו עומד הרופא הראשוני, לצידו נדרשת אדמנסיטרציה אפקטיבית, וחברי צוות מקצועי נוספים ממגוון מקצועות הבריאות: סיעוד, רוקחות, עבודה סוציאלית, פיזיותרפיה, תזונה, פסיכולוגיה ועוד. המערכת זקוקה להעצמת מערכות תומכות החלטה, שיפור המערכת הממוחשבת ולמיקוד זמן עבודת הרופאים ואנשי הצוות לטובת המטופלים תוך הפחתה ניכרת בעיסוק במטלות בירוקרטיות מיותרות. מדינות שונות בעולם, ביניהן קנדה ואנגליה, אימצו תכניות לאומיות בתחילת המילניום על מנת להתמודד עם תופעה- הדומה למצב הקיים בארה"ב – בו בוגרי בתי הספר לרפואה לא מתעדפים את ההתמחות ברפואה ראשונית. התוצאות של תכניות אלו מרשימות בכל קנה מידה³² הבחירה ברפואת משפחה עלתה ב-27%, כך ש-39% מהסטודנטים בחרו בקריירה ברפואת משפחה. באנגליה הצליחו להעלות את שיעור הסטודנטים לרפואה הבוחרים ברפואה ראשונית מ-15% ב-1996 עד 30-35% בשנים 2004-2006.³³

נתוני ה-OECD מראים כי באנגליה אכן נשמרת המגמה של עלייה בתוחלת החיים, כמו גם בקנדה. מדינות אלו ואחרות מדגימות לנו כי המשימה היא בגדר אפשרית – אין צורך למדינה מערבית מתקדמת המושתתת על רפואה ראשונית חזקה לייצר MLP לצורך מילוי שורות נותני הטיפול הרפואי הראשוני בקהילה. ראוי כי מדינת ישראל תעסוק במקום יצירת MLP במודל האמריקאי במילוי שורות רופאים המומחים ברפואה הראשונית.

פרק ג

יעילות האחות המומחית ותוצאי בריאות? קריאה ביקורתית של המחקרים מארה"ב

רקע אקדמי- אחות מומחית קלינית בהודעות לעיתונות, ובדוחות הועדה ⁷ שהוצגו למשרד הבריאות בנושא האחות המומחית בקהילה הוצג התפקיד החדש כשירות רפואי מבוסס מחקרית שקנה לעצמו מקום בעולם המערבי. התנגדות לשירות זה, מוצגת לכן כחסרת בסיס רצינולי ומונעת מניעים זרים. האמנם? פרק זה מהווה סקירה של המחקר הקיים והעדכני בתחום. מצאנו כי הטענה לפיה קיים בסיס מדעי המוכיח כי איכות הטיפול של אחות מומחית במדינת ישראל אינה נופלת מזו של רופא הינה משוללת כל יסוד. מצאנו אף עדויות מחקריות כי ההפך הוא הנכון – איכות הטיפול של רופא ראשוני עדיפה על איכות הטיפול של אחות מומחית.

"רפואה מבוססת ראיות" (EBM) ככלי.

מקצוע הרפואה הפך בעשורים האחרונים, ממקצוע המבוסס על ידע וניסיון מצטברים למקצוע המבוסס במידת האפשר על ראיות מחקריות מדעיות מוצקות. רפואה מבוססת ראיות, לכן הפכה לכלי רב ערך ב"ארגז הכלים" הרפואי שבאמצעותו מתקבלות החלטות, בין אם מדובר בהחלטות קליניות ובין אם מדובר בהחלטות הנוגעות לבריאות הציבור. ואולם, כמו כל כלי, שומה על העושים בו שימוש להבין את מגבלותיו ולעשות בו שימוש נאות.

כידוע תפקיד האחות הקלינית נוצר בארצות הברית בשנות השישים של המאה הקודמת, תקופה בה הנטייה להתמקצעות בתתי- מקצועות רפואיים הותירה את הרפואה הראשונית הציבורית בארצות הברית בחסר. כל זאת במקביל להרחבת כיסוי ה Medicare ו Medicaid ב 1965. מקצוע האחות המומחית הגיע אם כן מתוך צורך, אלפי מחקרים, בעיקר בספרות הסיעודית, נערכו על מנת לבחון בכלים שונים את תפקוד האחות המומחית, ופורסמו אף מטא-אנליזות שניסו להרחיב ולהכליל אותם מחקרים קטנים.

1. האם נעשתה סקירת ספרות מעמיקה וביקורתית מצד מקבלי החלטות טרם החלטה על

אחות מומחית בקהילה כשירות רפואי חדש בישראל?

בבואנו לבחון את הבטיחות והיעילות של שירות רפואי חדש, בין אם מדובר ברובוט לביצוע ניתוחי עמוד שדרה, או תרופה מצילת חיים עלינו לסקור את הספרות בצורה ביקורתית. לצערנו, סקירה שכזו, לא נעשתה טרם קבלת החלטה שהשלכותיה ישפיעו באופן משמעותי כל כך על כל אזרחי המדינה.

לכל כלי, גם לכלים המחקריים שבידינו יש מגבלות, אם נתעלם ממגבלות הכלי, המסקנות שנקבל באמצעותנו עלולות להיות שגויות. יש לבחון את המחקרים ואת הסקירות השיטתיות המוצגים באמצעות מספר קריטריונים.

2. לא ניתן להסיק מהמחקרים כי איכות הטיפול הרפואי הניתנת ע"י אחיות ומקצועות הביניים

זהה לאיכות הטיפול של רופא

החשיבות הקלינית של תוצרי הבריאות הנבדקים – נדגים כי מחקרים רבים, ביניהם המחקרים עליהם מתבססות המלצות וועדת מור יוסף, משווים מדדים שאין להם חשיבות אמיתית לגבי בריאות המטופלים בהסתכלות ארוכת טווח וכוללנית. יתכן כי הסיבה שנבחרו מדדים אלו היא קלות איסופם. המסקנה כי אין הבדל באיכות הטיפול בין רופא ל- MLP בגין השוואה בין מדדים אלו היא מסקנה שגויה ומטעה.

מחקר המשווה את יעילותה של תרופה חדשה לסוכרת, משווה בין קבוצות המחקר השונות. איך נשווה בין רופאים? או בין רופאים למטפלים מדרג משני? הנטייה של החוקרים היא להשוות נתונים מספריים, ערכי איזון סוכר, או ערכי ל"ד. האם העדר הבדל משמעו טיפול באיכות זהה? בטבלה המצורפת, מן המטא-אנליזה של SWAN³⁴ וחבריו ניתן לראות דוגמא ל Outcomes הנבחנים במאמרים מעין אלה. האם ניתן לכמת איכות טיפול אל מדדים מספריים מעבדתיים כמו ערכי השומנים בדם או סוכר? האם העדר הבדל משמעו שגם איכות הטיפול דומה? (זאת בהתעלם מהמדגמים

Author, year, country	Sample, setting	Provider type (number), intervention description	Data collection time points, attrition rate	Main outcomes
Dierick-van Daele, 2009, The Netherlands	APN group N = 817; physician group N = 684 Age (years): 42.8 ± 16.5 APN group, 46.1 ± 16.6 physician group Race/ethnicity: NR 15 general practices	NP (n = 12) vs. general practitioner (n = 50) Single consultation for pre-defined list of problems; any follow-up over 2 week duration	Data collection: • Baseline • Immediately after visit Attrition 32.8% at 2 weeks for follow-up questionnaire data, 6.9% for medical data	Effectiveness of consultation (health status) Patient satisfaction Direct costs ^a Productivity loss ^b Healthcare resource utilization Adherence to guidelines
Houweling, 2009 The Netherlands	APN group N = 50; physician group N = 43 Age (years): 63.1 ± 10.6 APN group, 59.6 ± 10.6 physician group Race/ethnicity: NR 2 hospital associated diabetes outpatient clinics	Nurse specialized in diabetes (n = NR) vs. internist (n = NR) All diabetes care, including blood pressure and lipid management, over 12 month duration	Data collection: • Baseline • 6 months • 12 months Attrition 9.7% at 12 months	Physiologic measures (hemoglobin A1c, blood pressure, lipid profile, BMI) Quality of life, symptoms Patient satisfaction Healthcare costs Healthcare resource utilization
Houweling, 2011 The Netherlands	APN group N = 116; physician group N = 114 Age (years): 67.1 ± 11.0 APN group, 69.5 ± 10.6 physician group Race/ethnicity: NR Single group practice	Practice nurse (n = 2) vs. general practitioner (n = 2) All diabetes care, including blood pressure and lipid management, over 14 month duration	Data collection: • Baseline • 14 months Attrition 10.4% at 14 months	Physiologic measures (hemoglobin A1c, blood pressure, lipid profile, BMI) Quality of life, symptoms Patient satisfaction Process indicators (appropriate preventive care, therapy intensification)
Kinnersley, 2000 England and Wales	APN group N = NR; physician group N = NR; total N = 1465 Age ≥16 years: 62% APN group, 68% physician group Race/ethnicity: NR 10 general practices	NP (n = 10) vs. general practitioner (n = NR) Same-day consultation; any follow-up over 4 week duration	Data collection: • Baseline • Immediately after initial visit • 2 weeks • 4 weeks (audit data) Attrition 25% at 2 weeks for questionnaire data, 11% at 4 weeks for audit data	Symptom resolution Patient satisfaction Healthcare resource utilization Patient education Patient intentions for future care
Mundinger, 2000 and Lenz, 2004 ^b United States	APN group N = 1181 (222 ^b); physician group N = 800 (184 ^b) Age (years): 45.5 ± NR APN group, 46.7 ± NR physician group Race/ethnicity: 90.3% Hispanic 5 primary care clinics at an urban academic medical center	NP (n = 7) vs. physician (n = 17) All primary care services over 1 year duration	Data collection: • Baseline • Immediately after initial visit • 6 months • 1 year • 2 years ^b Attrition 0.05% at 6 months for medical data; 21% at 6 months for interview data	Physiologic measures (glycosylated hemoglobin, blood pressure, peak flow) Health status Patient satisfaction Healthcare resource utilization

באחד המחקרים הגדולים שפורסמו³⁵ נערכה השוואה של נבדקים שהופנו באופן רנדומלי אל 17 רופאים אל מול 7 אחיות במרפאות ראשוניות שונות בארצות הברית. ההשוואה התמקדה במספר מדדים. כך, למשל מבין כל המדדים הפיזיולוגיים שהשוו, היחיד שנמצא בהבדל משמעותי סטטיסטית היה לחץ הדם הדיאסטולי בין מטופלי האחיות (82 מ"מ"כ) למטופלי הרופאים (85 מ"מ"כ). בשאר המדדים לא נמצא הבדל. במחקר זה, כמו גם בכמעט כל המחקרים בתחום נבדקה שביעות הרצון של המטופלים. נתון זה מדווח לעתים קרובות כיתרון מובנה כמעט של NP אל מול רופאים ראשוניים. כך נכתב גם בדוח הוועדה לבחינת התפקיד במשרד הבריאות⁷. אך שביעות הרצון, אינה

בהכרח בריאות טובה יותר. והאם נכון לערוך שינוי דרמטי שכל מטרתו היא שביעות רצון גבוהה יותר בלי שנבדקה המשמעות לתוצאי הבריאות של המהלך?
 כל רופא משפחה נתקל בסוגיה הזו כאשר המטופל שמולו מעוניין בתרופה יקרה או דורש בדיקת הדמיה יקרה ללא הצדקה רפואית ונענה בשלילה. שביעות הרצון של החולה נפגעת, אך האם נפגעת גם בריאותו?
 בשנים האחרונות ניסו חוקרים שונים³⁶ לבחון את הסוגיה החשובה הזו. במחקר ראשוני שכלל 237 קשישים נמצא כי בחולים "שבירים" אין קשר בין מדדי בריאות אובייקטיביים לבין שביעות הרצון המדווחת.³⁷
 הנושא נבדק במחקר חסר תקדים בהיקפו שפורסם בשנת 2012 על ידי Fenton וחבריו.³⁸ אוכלוסיית המחקר מנתה 52 אלף מטופלים מכל רחבי ארצות הברית, החוקרים מצאו כי היה קשר בין שביעות הרצון של המטופלים למדדי בריאות שונים, אך הקשר היה הפוך ממה שהיינו רוצים אולי לחשוב. נמצא כי ככל שהחולים היו יותר שבעי רצון הסיכוי שלהם להתאשפז היה גבוה יותר, צריכת המשאבים שלהם הייתה גבוהה יותר גם מבחינת תקציבית, צרכו תרופות מרשם יקרות יותר ומעבר לכך במעקב ארוך טווח, שיעור התמותה בקרב אותם חולים היה גבוה יותר. הממצאים נותרו ללא שינוי גם לאחר תקנון מדדי תחלואה, וגם לאחר שהחולים הקשים ביותר הוצאו מהניתוח הרב משתני.

יש להדגיש כי אין להסיק מהמחקר ששביעות רצון אינה חשובה או שהעדרה חיוני למתן שירות רפואי טוב, אלא כי שביעות הרצון לא יכולה לשמש כמדד יחיד לאיכות הטיפול הרפואי.

3. יכולת ההכללה - גם אם נקבל את נכונות התוצאות במחקרים הקיימים, האם הם בכלל רלוונטים לישראל?

מחקרים קטנים שבדקו הבדלים בין אחיות לרופאים בטיפול במחלה אחת אינם רלוונטים לתפקיד המוצע בישראל, בו אחיות יתמודדו עם שלל מצבים רפואיים. האם אפשר להסיק כי תפקודה של אחות שהשתתפה במחקר זהה לתפקוד של כל האחיות בכל העולם רק כי התואר שלהן דומה? ומעל כל זאת, נראה כי רק מחקר אחד מבין אלפים בדק אחיות במודל אוטונומי.

יכולת ההכללה (Generalizability) של התוצאות למציאות הקלינית היומיומית הישראלית היא קריטית לפני שאנו מאמצים שינויים משמעותיים במערכת השירות הרפואי בקהילה בישראל. למשל³⁵ נבחן התפקוד של אחיות במסגרת מרפאתית של מרכז רפואי גדול המסונף לבית הספר לרפואה של אוניברסיטת קולומביה. האם ניתן להשליך מהממצאים הללו, למרפאות ראשוניות קטנות ביישוב פריפרי בישראל?

בדוח הועדה⁷ מצוטט מחקר המצביע על הביצועים של אחיות מומחיות באיזון מדדים שונים בחולי סוכרת³⁹ אלא שמדובר במחקר תצפיתי שבו נערכה השוואה בין מרפאות שבהן היתה NP לצד רופאים אל מול מרפאות שבהן רופאים בלבד. המספר הממוצע של אחיות במרפאה היה 1.1 לצד 2-4 רופאים. ההבדל התצפיתי היחיד בין המרפאות שכללו גם אחות מומחית היה סיכוי גבוה יותר שבמרפאות אלה יבדקו HbA1c וליפידים. האם מנתון זה במחקר תצפיתי ניתן להסיק משהו בדבר יעילות הטיפול בחולי סוכרת בישראל? האם היה קשר בין נוכחות האחיות כחלק מצוות והסיכוי לבדוק את ערכי המעבדה הנזכרים? בישראל כבר היום שיעורי הביצוע של בדיקות אלה גבוהים הרבה יותר מההישגים הגבוהים לכאורה שהושגו במחקר זה.⁴⁰

במחקר אקראי מבוקר שבוצע בהולנד ופורסם בשנת 2008, נבדקו 1501 מטופלים (NP-747-GP-650) באופן אקראי במפגש בודד. כל הפונים פנו עקב תלונות שגרתיות. לאחר המפגש הבודד נסקרו מדדים שונים כגון שביעות רצון, חזרה למרפאה, מספר המרשמים וכו' ⁴¹ לא נמצא הבדל בין הקבוצות. מה ניתן ללמוד מהתוצאה של מפגש בודד לגבי התוצאים של מפגשים חוזרים לטווח ארוך? נבדקה כמות המרשמים שנרשמו ואולם לא נבדק מה היו המרשמים והאם הרישום היה נאות (רישום אנטיביוטיקה למשל).

במחקר אקראי נוסף נבחנה יעילות הטיפול כמו גם היעילות הכלכלית באוכלוסיית חולי סוכרת ⁴². נמצא כי לא היה הבדל בין איכות החיים והיעילות הכלכלית בין קבוצת החולים שטופלו על ידי רופא ראשוני (145) לאלה שטופלו על ידי 4 אחיות בעלות ניסיון רב בטיפול בחולי סוכרת, "All four nurses had extensive experience in diabetes care" (149). מחקר זה משמש כדוגמה לרוב המאמרים בספרות בהם נבדקת קבוצת חולים לרוב קטנה, הלוקה במחלה ספציפית. האחיות המנוסות מטפלות בניגוד לרופאים הראשוניים שבמחקר רק בחולים במחלה הנחקרת. האם ניתן להכליל את תוצאותיו מחקר זה, שנכלל במספר מטה אנליזות, למצב בו אחות בקהילה מטפלת במצבים רבים ומורכבים. האם ניתן לקבוע כי רמת הידע של אותן ארבע אחיות מנוסות בטיפול בסוכרת דומה לזו של NP הפועלת באופן עצמאי בקהילה? האם אחיות המשתתפות במחקר הן ייצוג אמין מבחינת ניסיון וידע לאחיות הפועלות במודל שונה לחלוטין במדינה אחרת עם הכשרה אחרת?

רוב המחקרים ההשוואתיים אינם מציינים את מידת האוטונומיות שהייתה לאחיות, סקירה שפורסמה בשנת 2014 היתה היחידה בה נכללו מחקרים מבוקרים בהם דווחה מידת האוטונומיות ושניסתה לענות על מספר שאלות מהותיות- ביניהן איכות הטיפול הניתן על ידי אחות מומחית אוטונומית אל מול רופא ⁴³. מבין מאות מאמרים השוואתיים, רק עבודתם של Munding וחבריו משנת 2000 תאמה את הקריטריון ובוצעה בקהילה ³⁵. חסרונו הבולט של המחקר הוא אורכו, 6 חודשים בלבד. כך, 42% מהנבדקים נפגשו פעם אחת או אף פחות מזה עם איש הצוות הרפואי במהלך המחקר. במאמר המערכת שנילווה למאמר, ציין המחבר כי "אורכו הקצר של המחקר מגביל את האפשרות להעריך את יכולתו של המטפל במנעד הרחב של תחומי הרפואה הראשונית". לא מצאנו מחקרים העוסקים ספציפית באוכלוסית הילדים בקהילה.

4. גודל המדגם - N - רובם המוחלט של המחקרים אשר הוצגו למקבלי ההחלטות כמו גם

בתקשורת, פשוט קטנים מדי מכדי לקבל את המסקנות שלהן.

נראה כי כל הסקירות השיטתיות בתחום מצביעות על הכשל הזה, כולל סקירת הקוקריין האחרונה. משום מה, הכשל הזה המודגש שוב ושוב וספרות לא מוצג לציבור. נדהמנו לגלות שהוא נשמט גם מדוח ועדת מור

כאשר גודל המדגם אינו גדול דיו, קיימת אפשרות לטעות מסוג 2, (Type 2 Error) דהיינו מסקנה שגויה בדבר העדר ההבדל בין הקבוצות הנבדקות וקבלה שגויה של השערת האפס בדבר העדר הבדל בין הקבוצות ⁴⁴. בעיה נוספת הקשורה בגודל המדגם קשורה ליכולת של מחקר בעל מדגם קטן לאתר מצבי חולי משמעותיים ששיחותם נמוכה. בסקירה של Horrocks משנת 2002 ⁴⁵ המופיעה בדוח ועדת מור יוסף מצביעים מחברי הסקירה על מגבלותיה, מגבלות המאפיינות את רוב הסקירות בתחום: "אף אחד מן המחקרים שנכללו בסקירה לא היה גדול דיו על מנת לאתר תופעות לואי נדירות

אך חמורות. מכיוון שאחד מתפקידיה החשובים של רפואה ראשונית הוא לאתר מצבים העלולים להתפתח למחלה קשה בשלב מוקדם, יש לבצע מחקר ארוך טווח על אוכלוסייה גדולה".
 במחקר המוביל של Mundinger וחבריו³⁵ היו 806 נבדקים בקבוצת ה NP ו 501 בקבוצת הרופאים. קל להבין את הבעייתיות שבמחקר הזה כאשר מביאים בחשבון כי במרפאה של רופא משפחה אחד יש יותר מטופלים. מחקר זה נמשך שישה חודשים בלבד והינו אחד המחקרים הגדולים בתחום.
 כך למשל בסקירה הסיסטמית של Horrocks⁴⁶ שבחנה 11 מחקרי RCT גודלה הממוצע של קבוצת המחקר היה 455 נבדקים.

אחד השלבים החשובים בתכנון מחקר הוא חישוב גודל המדגם הנחוץ המשליך על העוצמה הסטטיסטית שלו. בסקירת הקוקריין שפורסמה בשנת 2010, ואיתרה 16 מחקרים מתוך 4253 מאמרים בספרות העונים לקריטריונים שנקבעו מראש⁴⁷. עולה כי גם מתוך "קבוצה מובחרת" זו רק מאמר בודד היה בעל גודל מדגם המאפשר את קבלת השערת האפס שאין הבדל בין רופאים לאחיות בטיפול. במילים פשוטות, כאשר המדגם לא מספיק גדול, התשובה לפיה "אין הבדל סטטיסטי" משמעותה פשוט "המדגם קטן מדי כדי לענות על השאלה".

5. משך המחקר - כמו גודל המחקר הקטן, גם משכם של הרוב המוחלט של המחקרים הוא

פשוט קצר מדי מכדי שניתן יהיה לראות הבדל בתוצאי הטיפול.

אם אנו רוצים להשוות מדי בריאות, בפרט ברפואה ראשונית אשר מתאפיינת במשך טיפול ממושך, בתחלואה כרונית, וכאשר האוכלוסייה שלנו מזדקנת, עלינו להתעלם ממחקרים שמשכם הממוצע הוא שנה ופחות מכך. מחקרים שנמשכים שנה טובים להראות את תוצאות הטיפול בבני שנה, לא בבני 70.

נשאלת השאלה, מה פרק הזמן הנדרש על מנת להעריך את השפעת המטפל על בריאות המטופל. דווקא כאשר מדובר בתחלואה כרונית, הן המהלך והן יעילות הטיפול נמדדים בחודשים ארוכים ואף בשנים. ואולם כאשר אנו בוחנים את המחקרים בתחום הנכללים במטה אנליזות, משך המעקב נע בין חודשים ספורים לעתים פחות מחצי שנה, עד שנה. לעתים נדירות נמצא מחקרים אשר משך המעקב בהם הוא מספר שנים.

במטה אנליזה משנת 2014 של Martinez וחבריו, נכללו 26 מחקרים, משכם נע בין שבועיים לשנתיים כאשר משך המעקב הממוצע היה 8.7 חודשים בלבד.⁴⁸
 במטה אנליזה נוספת של Martinez מאותה שנה אשר התמקדה בפרמטרים קליניים וכללה 11 מחקרים, משך המעקב הממוצע היה 13 חודשים.⁴⁹

6. לא ניתן לאשש את הטענה לפיה איכות הטיפול של אחות ומקצועות הביניים אינה נופלת מזו של רופא ראשוני, בהתבסס על חיבור עשרות מחקרים בעלי מדגם קטן והטרגוני, אשר משכם

קצר.

מצאנו כי קיימת אינפלציה של ממש בסקירות שיטתיות ומטה אנליזות, העוסקות בתפקיד ה MLP. הסקירות מתבססות על אותם המחקרים אשר הביקורת עליהם הוצגה בסעיפים הקודמים. על כן השלם, קרי הסקירה השיטתית, לא טוב יותר מסך חלקיו. במקרה זה ההפיך הוא הנכון.

מאחר וכפי שראינו שלמרות ריבוי המחקרים בתחום לא ניתן להכליל את תוצאותיהם של המחקרים, גם הטובים ביותר, למצב בפועל. נעשה שימוש בכלי הנחשב כ"גביע הקדוש" של הספרות הרפואית-המטה אנליזה. בדוח ה OECD משנת 2017 הובאו 10 סקירות מסוג זה רק מהשנים 2014-2015.
 מחקרים⁵⁰ עשרות הכוללות

לרוב סקירות שיטתיות יכללו מספר רב של מחקרים קליניים התערבותיים, תוך הערכה ביקורתית של המחקרים הללו על מנת לתת תשובה לשאלה קלינית ברורה. סקירה שיטתית היא לרוב איכותנית ואילו מטא-אנליזה מוסיפה את המימד הכמותי. איכות הסקירה תלויה באיכות המחקרים הנכללים בה, כמובן. היא אינה יכולה להחליף מחקר קליני התערבותי גדול ומתוכנן היטב, אולם היא יכולה להתייחס לשאלות קליניות בצורה נרחבת תוך התחשבות בעדויות רבות. קל וחומר בנושא האחות המומחית בו הכלי אותו אנו בוחנים מורכב וכוללני עשרות מונים. למשל, ציינו את גודלם של המחקרים המרכיבים את הסקירות השיטתיות, אם אנו מנסים לאתר אירועים המתרחשים בשכיחות של 1:1,000, וגודלו של כל אחד מעשרות המחקרים בסקירה נמוך ממספר זה וכולל אוכלוסיות שונות, לא יהיה כל ערך לאיחודם. לא לחינם ציינו בסקירתו של Horrocks וחב' משנת 2002⁴⁵ כי קיים צורך במחקר גדול וארוך טווח. מאז ועד היום לא נערך מחקר שכזה.

אחד המאפיינים היחודיים לסקירות השיטתיות שבחנו בתחום היא מידת ההטרוגניות של אוכלוסיות המחקר. המטא אנליזות בוחנות את כל אלפי המחקרים הכוללים תפקיד של MLP/NP כך שבזיקוק המחקרים שנבחרו מדובר באוכלוסיות שונות לגמרי. בהקשר זה מעניין לציין דווקא את המטה אנליזה של Martinez משנת 2014 אשר כללה 11 מחקרים וכ 30 אלף חולים – מדגם גדול לכל הדעות. אולם – המטה אנליזה בחרה להכיל שני מחקרים שכללו 24 אלף חולים מקרב מחקרים שבוצעו בחולי HIV כרוניים בדרום אפריקה, אוכלוסייה ספציפית שבה נבדקו מדדים מסוימים של המחלה⁴⁸. לא ברור כיצד ניתן להסיק מאוכלוסייה ייחודית זו עם צרכים מורכבים בשל המבנה הגאוגרפי ואתגרי מערכת הבריאות בדרום אפריקה, על כלל המטופלים והמטפלים בעולם. שאר הקבוצות שנבדקו במטה אנליזות, היו חולי אי ספיקת לב, סוכרת, אי נקיטת שתן, יתר לחץ דם, אסטמה ופרקינסון.

7. קיימים מחקרים עדכניים ואיכותניים המדגימים ייתרון לרופא הראשוני באיכות הטיפול

בשנים האחרונות הולכים ומצטברים בספרות מחקרים רלוונטיים – מחקרים תצפיתיים ורחבי היקף. התוצאות העולות ממחקרים אלו מטרידות, ומצביעות כי קיים פער בין מסקנות מחקרי העבר לתוצאות הטיפול בשטח. מחקרים אלו משקפים לטעמנו את המסקנה כי איכות הטיפול הניתנת ע"י אחיות ו-MLP נופלת בתחומים שנבדקו מזו של רופא ראשוני.

אחד המדדים החשובים לאיכות הטיפול ברפואה הראשונית הוא נושא רישום האנטיביוטיקה, ובעיקר אנטיביוטיקה רחבת טווח. מעבר לעלויות הכספיות הכרוכות ברישום והסכנה לבריאות הציבור בעידוד יצירת זני חיידקים עמידים לטיפול. רישום נכון של אנטיביוטיקה מהווה מדד לאיכות הטיפול הניתן. רוב הזיהומים בהם נתקלים ברפואה הראשונית הינם ויראליים ואנטיביוטיקה אינה נחוצה. מחקר שפורסם בשנת 2016, בחן 1.56 מיליארד (לא, זו לא טעות) מרשמי אנטיביוטיקה שנרכשו במרפאות קהילה ברחבי ארה"ב במשך 5 שנים⁵¹. ממצאי המחקר עולה כי בעוד שבקרב הרופאים חלה ירידה בשנים הללו ברישום אנטיביוטיקה ובפרט אנטיביוטיקה רחבת טווח, המצב בקרב האחיות היה הפוך, נצפתה עליה ברישום כל סוגי האנטיביוטיקה ובפרט אנטיביוטיקה רחבת טווח, פער זה היה בולט יותר בחודשי החורף.

תחום נוסף שנבדק היה תחום דימות, מחקר שבדק מדגם של 651,074 מפגשי מטפל-מטופל במהלך השנים 2010-2011 בתכנית המדיקייר האמריקאית. מהבדיקה המקיפה, עולה כי הסיכוי לעבור בדיקת הדמיה גבוה ב 34% במפגשים עם NP אל מול מפגש עם רופא⁵². מן הספרות עולה כי שיעור

בדיקות ההדמיה על ידי ה NP נמצא במגמת עליה, מגבה הפוכה לזו הקיימת בקרב רופאים ראשוניים (PCP), זאת על פי מחקר⁵³ שבחן את כל צילומי השלד שבוצע בקרב אוכלוסיית מבוטחי Medicare בארה"ב בשנים 2003-2015. כדאי להדגיש גם פה, כי לא מדובר במדגם של מאות בודדות, אלא נתוני אמת על כלל 37.5 מיליון המבוטחים (נכון לשנת 2015). נמצא כי בעוד ששיעור ההפניות לצילומי שלד ל 1000 מפגשי רופא-מטופל ירד ב 33% לאורך השנים, הוא עלה ב 441% בקרב MLP שכוללים בעיקר NP.

עוד נושא שנבדק במחקרים קודמים בהשוואת טיפול בין רופאים לבין MLP במאות מחקרים קטנים הוא איכות הטיפול בחולי סוכרת, וכביכול הוצג כי אין הבדל באיכות הטיפול. הדגשנו קודם כי יש לבחון, בפרט בתחלואה כרונית וארוכת שנים כגון סוכרת, אוכלוסיה גדולה ומגוונת. ואכן מנגד למחקרים קודמים - במחקר רטרוספקטיבי⁵⁴ שבחן 584,587 ביקורים של 27,225 חולי סוכרת במשך שנתיים במרפאות הקהילה של בית החולים בריגה-יאנג, מסצ'וסטס, הראה כי איכות הטיפול שניתנה למטופלים הייתה טובה משמעותית בביקורים אצל הרופא המטפל בהשוואה ל NP. ההבדל בין מחקר זה לבין מחקרים קודמים באוכלוסיה דומה⁵⁵⁻⁵⁷ שהצביעו על יתרון ל NP על פני הרופא ברור, כאן נבדק המצב בפועל, לעומת מחקרים קטנים בהם האחיות פעלו לפי פרוטוקול מחקרי מסודר. בניגוד למחקר המשווה בין שתי תרופות, כאן עצם ביצוע המחקר על ידי צוות נבחר מהווה Performance Bias המעיב על אמינות התוצאה.

לסיכום – תפקיד האחיות המומחית ברפואת הקהילה בישראל אינו מבוסס מחקרית

אם נדמה את תפקיד האחיות המומחית לטיפול רפואי - חיסון או תרופה, נראה כי יש בידינו מחקרים רבים המוצגים בספרות בשלב הפיתוח שלה, וזאת במקום מחקרים שבאמת ראוי היה להציג, הבוחנים את המציאות הלא פשוטה בפועל.

כרופאים הדואגים כי מטופלינו יקבלו טיפול מבוסס ובטוח, לא היינו מאמצים תרופה שאלה הם מחקרי הבטיחות והיעילות שלה. כפי שנראה בהמשך, ההשוואה הזו ל "תרופה" או "טיפול" היא השוואה מקלה, זאת בשל הפערים בין האחיות שהשתתפו במחקרים השונים לבין האחיות המוכשרות כיום בארה"ב, הפערים בין ההכשרה בארה"ב ובישראל, ומעל הכל - הפער בין מערכת הבריאות האמריקאית לזו הישראלית.

ניסינו על כן, כאנשי רפואה ומדע, הרואים לנגד עיניהם את טובת בריאות הציבור, להציג את מלוא התמונה ממנה נשקף כי בניגוד להצגה המטעה והמסולפת שהוצגה למקבלי ההחלטות במשרד הבריאות, תפקיד האחיות המומחית ברפואת קהילה במדינת ישראל, אינו מבוסס מחקרית. אימוץ המודל ללא בסיס מחקרי, הינו מסוכן ובעייתי.

פיקוח רפואי על MLP – הניסיון בעולם

הדרישות וההכשרה לעבודה כ-NP משתנות בין מדינות שונות כולל בין מדינות שונות בארה"ב. הסמכויות הניתנות ורישוי רישום תרופות משתנה, הפיקוח שונה והיכולת של MLP לעבוד באופן עצמאי ללא פיקוח רופא משתנה.

להלן מספר דוגמאות לפיקוח רפואי נדרש על MLP בארה"ב ביותר ממחצית המדינות: ⁵⁸

- חוזה אישי בין ה- MLP לרופא – בכל מדינה מוגדר מראש מה חוזה זה חייב להכיל, וכן על החוזה להיות מתועד ומוגש לרשויות המתאימות בכל מדינה
- עבודת NP לפי פרוטוקולים שנבנו ע"י הרופא סביב הסמכויות המאושרות לה
- זמינות הרופא לייעוץ
- שעות חובה לעבודה משותפת במרפאה
- רשימה סגורה של התרופות, ההפניות והמכשור אשר מאושר ל-NP למתן
- בניית תכנית מרפאתית לרפואה דחופה
- בקרה על אחוז מסויים מהתיקים הרפואיים בהם מתעדת ה- NP
- הגדרת SCOPE OF PRACTICE ל- NP אשר מעבר אליה קיימת חובה להפנות לרופא
- חובת התייעצות וקבלת אישור רופא לתכנית התערבות אשר נכתבת ע"י NP לאחר בדיקת מטופל
- מתן סמכות לאבחון וטיפול ל- NP בעלת רישיון רק לאחר 3 שנות ניסיון ו-2000 שעות עבודה תחת אישור כל אבחון וטיפול ע"י הרופא
- הגדרת המצבים וסוגי הבדיקות כולל הדמיה בפרוטוקולים מובנים בהם ל- NP סמכות להפנות
- הגדרת זמן ישיבות צוות ומעבר משותף של הרופא וה- NP על מקרים מהמרפאה.

כמו כן ישנם "קיצורים" רבים שמבטאים דרגות חופש שונות לאיש המקצוע. כולם נכנסים תחת הכותרת MLP (MIDLEVEL PROVIDER) לדוגמא - PCP (שמשמעו PRIMARY CARE PROVIDER אבל בעבר או במקומות מסוימים קיבל פרשנות של PRIMARY CARE PHYSICIAN. מבולבלים? גם אנחנו) - APRN (ADVANCED PRACTICE REGISTERED NURSE), DNP (DOCTOR OF NURSE PRACTICE), מכאן שיש אחריות המכנות עצמן "דוקטור" מתוקף הכשרתן (דוקטור, אך לא ברפואה).

כחלק ממעמדן המקצועי יש דרישה בקרב אחריות גם ללבוש זהה וטשטוש הבדלים בין "ספקי בריאות", וגם התנגדות של אחריות לכינויים המציינים את המרכיב הסיעודי בהכשרתן. כל אלה מטשטשים את זהות המטפל ויוצרים מצג שווא של טיפול ע"י רופא גם כשלא מדובר ברופא. (כפי שניתן לראות בחלק מהתביעות הרפואיות ובסקרי עמדות מטופלים: איסוף נתונים לגבי "אמת בפרסום" של AMA).

היבט נוסף של פיקוח רפואי מתבטא בשוני בין המדינות בארה"ב בהתייחס לסמכות רישום תרופות. ⁵⁹

גם כאן השונות רבה בין מדינה למדינה. ניתן להתרשם ממדינות אשר הוסיפו דרישות מעבר לקבלת רישיון ל-NP לצורך מתן סמכות לרישום תרופות כגון: הכשרה נוספת בפרמקולוגיה, צבירת שעות ניסיון עבודה ללא סמכות רישום (כלומר – חתימה כפולה של הרופא על מרשם ה-NP) בסדרי גודל של אלפי שעות, חובת תוספת הכשרות ייעודיות כגון קורס מאושר לרפואת כאב, קבלת אישורים שונים כגון רישום במערכת ממחושבת של המדינה, הגבלת סמכות הרישום בהתאם להגדרות ה-SCOPE OF PRACTICE במדינה. חשוב להדגיש כי ברוב המדינות קיימת הגבלה בסמכות ה-NP למתן מרשמים לתרופות בעלות פוטנציאל התמכרות לפי הדירוג האמריקאי.⁶⁰

ככלל ניתן לומר כי הנטייה בארה"ב היא להפחתת הפיקוח הרפואי על MLP. אנו מוצאים קשר בין הקטנת הפיקוח לבין הנתונים אשר מתחילים להצטבר לאחרונה ממדיניות זו: למשל הפניות פחות איכותיות⁶¹ או שימוש מופרז ברישום אנטיביוטיקה⁶² וביצוע יותר ביופסיות ומציאת פחות מלנומות.⁶³

על כן בבואנו לבנות תפקיד רפואי חדש בישראל עם סמכויות רפואיות אשר נגזרות ומואצלות מהרופא, עלינו לתת את הדעת למנגנון הפיקוח הנדרש בהתחשב במבנה המערכת בארץ. החוזרים המוצעים ע"י משרד הבריאות אינם מתייחסים כלל לסוגיה מורכבת זו, ומכוונים למציאות בה כל ארגון יקבע באופן עצמאי את מנגנון הפיקוח שלו. מצב זה יגרום לנו להידמות לקיים בארה"ב – שוני מהותי בין רמת הפיקוח הרפואי בין ארגון לארגון. שוני מסוג זה אינו רצוי, מאחר ועלול להביא להבדלים משמעותיים באיכות הטיפול. יש להניח כי ארגונים, גם משיקולים כלכליים, וגם משיקולי מחסור ברופאים ראשוניים, יאמצו מנגנוני פיקוח דלים יותר.

פרק ה הכשרה

הכשרת אחות מומחית בישראל נקבעה בתקנות פקודת בריאות העם, וכוללת קורס על בסיסי, תואר שני – שאינו מחויב להיות קליני, וכ-400 שעות ניסיון בפועל. מיפינו את הקיים בהכשרת אחות מומחית בארה"ב לצורך למידה והשוואה, וניתחנו את הצפוי בתחום הכשרה בישראל.

הכשרת האחות המומחית בארה"ב

ברוב המקומות הדרישה הבסיסית היא ראשון תואר בסיסית או רישיון לעסוק בסיסית. בשלב שני יש מסגרות הכשרה שונות, ואף יש מסגרות המספקות הכשרה שהיא 100% ONLINE כלומר ללא כל הכשרה פרונטלית או הכשרה ליד מיטת החולה. הכשרה תיאורטית בלבד, כמו לדוגמא <https://online.uark.edu/programs/doctor-nursing-practice.php> במקביל הסטודנטים לסייעוד לומדים שהם בעלי יכולות של לפחות 80-90% מרופא מומחה בתחום, ואף טובים ממנו, בשל הראיה הסיעודית הייחודית והכוללנית. באוניברסיטת ארלינגטון בטקסס בסרטון המופיע בקישור מדבר ד"ר גונזלס. רק באמצע הסרטון עלה בצורה חצי ברורה שמדובר (כנראה) באח מומחה ולא ברופא, והוא מדבר על כך שעדיף אח מומחה מאשר רופא שתחום התמחותו אינו ספציפי לבעיה האמורה⁶⁴. מעבר בין התמחויות במקצועות האחות המומחית, בניגוד לרפואה, לא תמיד מחייב שינויים בהכשרה הייעודית.

כאן המקום להתייחס לאפקט דאנינג-קרורג. מדובר בכלל פסיכולוגי שניסחו החוקרים דאנינג וקרורג מהמחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת קורנל⁶⁵. הכלל שקבעו מדגים איך עובדים חסרי מיומנות סובלים מתחושת מסוגלות מדומה שכן אינם עושים שימוש במטא-קוגניציה על מנת לקבל את טעויותיהם. בנוסף אדם חסר השכלה מספקת אינו מודע להיקפו של התחום וכך עלול להעריך בחסר את הידע בדבר גבולותיו הרחבים. דאנינג וקרורג מציעים שלתחום התמחות ספציפית, ואצל אנשים ללא הכשרה מתאימה הוא יגרום:¹⁸ להפריז בערך היכולות שלהם.

- לא יזהו כישרון אמיתי אצל אחרים.
- לא יזהו עד כמה הם אינם מוכשרים.
- במקרה שבו הם יכולים להשתפר משמעותית, הם יצליחו לזהות את חוסר היכולת הקודם שלהם.

הכשרת אחות מומחית קהילה בישראל

1. השוואה לאחיות מומחיות במקצועות האחרים בישראל

סמכויות אחות מומחית קלינית כוללות סמכויות רחבות מאלה של ארבעה מקצועות מומחיות קלינית אחרות שהוגדרו על ידי משרד הבריאות כדורשות כל אחת בתחומה שנה של הכשרה קלינית מלאה.

בניגוד להנחיות משרד הבריאות – אחות מומחית בקהילה תקבל את כל הסמכויות המתוארות וסמכויות רבות נוספות בתחומי ידע נרחבים יותר וכל זה בשנת הכשרה אחת בלבד, עם פיקוח ובקרה פחותים. חשוב לציין כי אחות מומחית בבית החולים פועלת במסגרת עבודת צוות הדוקה, בסביבה עם מגוון בעלי מקצוע תומכים ורופאים שנמצאים לצידן במרבית שעות פעילותן ובזמינות גבוהה (כונן) כאשר אין סמיכות פיזית (תורניות). אחות מומחית בקהילה פועלת ללא הנחיה צמודה, במתאר

רופף מבחינת פיקוח ובקרה, ללא הגדרה ברורה של אופן הפיקוח כחלק משגרת העבודה במרפאה, ועם מנעד סמכויות רחב הרבה יותר משהוגדר לאחות מומחית תחומית.

- אחות מומחית סוכרת – סמכויות אחות מומחית בקהילה מכילות כמעט את כל הסמכויות של אחות מומחית סוכרת, חלק מהסמכויות נרחבות יותר, רובן ללא פיקוח ובקרה לעומת סמכויות אחות מומחית סוכרת – על פי הגדרות משרד הבריאות על מנת לזכות בתואר אחות מומחית סיעוד בסוכרת נדרשת שנה שלמה של הכשרה עיונית וקלינית.
- אחות מומחית סיעוד טיפול תומך (רפואה פליאטיבית) – אחות מומחית בקהילה תקבל 13 מתוך 15 סמכויות אחות מומחית טיפול תומך, חלקן עם דרגת חופש גבוהה יותר ודרגות בקרה נמוכות יותר – על פי הגדרות משרד הבריאות על מנת לזכות בתואר אחות מומחית סיעוד בטיפול תומך נדרשת שנה שלמה של הכשרה עיונית וקלינית.
- אחות מומחית בגריאטריה – 20 מתוך 22 סמכויות משותפות, כמעט מחצית מהן נרחבות יותר. על פי הגדרות משרד הבריאות – על מנת לזכות בתואר אחות מומחית סיעוד בגריאטריה נדרשת שנה שלמה של הכשרה עיונית וקלינית.
- אחות מומחית כאב – 9 מתוך 16 סמכויות משותפות, 5 מהן נרחבות יותר – על מנת לזכות בתואר אחות מומחית סיעוד בכאב נדרשת שנה שלמה של הכשרה עיונית וקלינית.
- סמכויות ייחודיות ללא הגדרה ברורה בנוגע להכשרה הנוספת שנגזרת מהן – כוללות בין היתר:
 - טיפול במחלות אקוטיות בכלל הגילאים.
 - טיפול במרבית המחלות הכרוניות השכיחות כולל סמכויות הפסקת התחלת ושינוי מינוני תרופות ללא היוועצות יידוע או פיקוח.
 - סמכויות הפניה נרחבות לבדיקות ולרופאים יועצים כמעט ללא סייגים.
 - ייצוג המטופלים בפני גורמים רשמיים כולל גורמי צבא וגורמים משפטיים.



ברור לכל בר דעת כי לא ניתן להכשיר באופן רציני כל איש מקצוע, מוכשר ככל שיהיה, למנעד הסמכויות הקיימות במתווה הנוכחי לאחות מומחית בקהילה בשנה הכשרה ובהינתן תואר שני שאינו מיועד באופן ספציפי למקצוע המבוקש.

2. התייחסות לרפואת ילדים

רפואת ילדים, פדיאטריה הינה ענף נפרד ברפואה. במשך שנים רופאי ילדים עבדו והכשירו רופאים נוספים על מנת לטפל בצורה מיטבית בילדים, בראש ובראשונה-רופאי משפחה. רופאי המשפחה במדינת ישראל, עוברים במהלך התמחותם הכשרה מקיפה ברפואת ילדים, 5 חודשים מלאים, הכוללים גם תורניות, במחלקת ילדים. ועוד חשיפה קלינית במרפאות הקהילה. מחישוב שערכנו מדובר בכ- 3000 שעות. שיתוף הפעולה הפורה בין שתי האסכולות לא נפסק בהתמחות, ונמשך לאורך כל הקריירה הרפואית. מסמך משותף זה הוא עדות לשיתוף פעולה זה. לעומת ההכשרה הזו, לא ברור כמה מתוך 400 השעות הקליניות בתכנית ההכשרה של אחות מומחית קהילה, מוקדשים לרפואת ילדים.

3. ניסיון קליני

נחשפנו להתבטאויות בתקשורת לפיהן לאחיות אשר יוכרו כמומחיות בקהילה יש ניסיון קליני של 7 שנים. חשוב להדגיש כי הניסיון הקליני אותו רוכשות אחיות כיום בקהילה אינו כולל ולו מעט מהנדרש לצורך מימוש הסמכויות המוצעות במתווה, בדגש על סמכויות אבחון, הפניה ומתן טיפול תרופתי. על כן לא ניתן להישען על שנות הניסיון הקליני אותן צוברות אחיות קהילה בישראל נכון להיום כבסיס לניסיון הקליני הנדרש למימוש סמכויות אלו. שעות הניסיון צריכות להצטבר כפי שנצברות למקצוע הרפואה – מהיום הראשון תחת עבודה הכוללת חשיפה ישירה ועלייה הדרגתית בחופש הפעולה וקבלת ההחלטות ב"עולם האמיתי" של תחום העיסוק. לשם השוואה - בתחומי המומחיות הרלוונטים לרפואה ראשונית בקהילה צוברים הרופאים כ- 20,000 שעות קליניות בתחום הטיפול עצמו בהתמחות טרם עבודתם באופן עצמאי.

4. ההכשרה המתוכננת בישראל

ובכל זאת מה מתוכנן בארץ? ניתן ללמוד ממכרז שפורסם ע"י משרד הבריאות ב- 4.6.18 למוסדות אקדמאיים להגשת תכניות לימוד לאחיות מומחיות, בין השאר לאחות מומחית בקהילה. המכרז יצא טרם יציאת חוזר המנכ"ל והסדרות החוקיות הנדרשות ממנו, וטרם סיום עבודתה של וועדת הסילבוס אשר כונסה לצורך זאת ע"י משרד הבריאות.⁶⁶ בסקירה זו נעסוק בתכנים הרלוונטיים לאחות מומחית בקהילה בלבד.

1. המוסדות המאושרים להגשה –

כלל המוסדות בהן קיים תואר שני בסיעוד. חשוב להדגיש כי תואר שני בסיעוד בישראל ניתן לממש גם במוסדות שאינם אוניברסיטאיים כגון מכללות שונות. אין במכרז חובה כי המוסד שמגיש יהיה מקושר ותחת המניפה האקדמאית של פקולטה לרפואה כלשהי בארץ. ההכשרה באחריות ובנייה בלעדית של בתי ספר לסיעוד. להזכיר כי מדובר בסמכויות רפואיות אשר מוצלות לאחות מהרופא. יוצא מכך כי לראשונה בישראל מלמדים רפואה באופן מלא לא בפקולטה לרפואה, אלא בבתי ספר לסיעוד ולא על ידי רופאים.

2. אורך ההכשרה הקצרה המתוכננת –

שנה אחת, חציה אקדמאית וחציה קלינית, שה"כ 750 שעות גם יחד. חצי השנה הקלינית מתוכננת ל-2-3 ימים בשבוע בלבד. האם ניתן ללמד כל אחד מהבאים ב- 10 שעות הכשרה – הטיפול בסוכרת? ביתר לחץ דם? באי ספיקת לב? אבחון כלל מחלות דרכי הנשימה? וכדומה.

3. הסגל אינו מחייב רופאי משפחה ורופאי ילדים –

רכז התכנית הוא מומחה בסייעוד, מן המכרז עולה כי הסגל הקבוע של התכנית הוא סגל של מומחי סיעוד בתחום. ואין כל חובה למעורבות מומחים ברפואה הראשונית ואחרים בסגל התכנית ובבניית תכנית הלימודים.

4. המבחנים לא נכתבים ע"י המומחים בתחום – הרופאים –

המבחנים ייכתבו ויונהלו ע"י המומחים לסיעוד. נציין כי למיטב ידיעתנו אלו הנם בניגוד להבנות אשר הושגו בוועדת מור יוסף.

5. הדגש אינו על איכות התכנית, כי אם על עלותה למשרד הבריאות –

ומה מתכנן משרד הבריאות מבחינת איכות תכניות ההכשרה? - הערכת הצעות למכרז יבוצעו באופן הבא:

20% משקל לאיכות ההצעה, ו-80% משקל להצעת המחיר. כלומר איכות התכנית תהווה שיקול פחות משמעותית לעומת עלותה. היינו מצפים כי דווקא בבנייתו לראשונה של מקצוע רפואי חדש בישראל ישים משרד הבריאות דגש על איכות ההכשרה, ולא על עלותה. העדפת שיקולים כלכליים גם בהכשרה יש בה לחזק את טענתנו כי המניעים לייסוד המקצוע החדש הם כלכליים מיסודם, ואינם מיועדים בהכרח לשיפור איכות הטיפול בישראל.

6. מימון ההכשרה וקצב "ייצור" תקני המקצוע לפריסה ארצית –

האחות שמתקבלת תשלם 10,000 ₪ מכיסה, ושאר התכנית תמומן ישירות ע"י משרד הבריאות עצמו מכספי הציבור. בכל שנה מוכן לממן משרד הבריאות הכשרה ל-40 אחיות מומחיות. ואומר – משרד הבריאות משקיע באופן ישיר משאבים לא מבוטלים מתקציבו הציבורי לבניית המקצוע החדש, וזאת לפני שבכלל הוכחה יעילותו למערכת הבריאות בישראל.

7. מי יכריע איזו תכנית הכשרה תיבחר –

לא מצוין במכרז מי יושב בוועדת המכרזים אשר קובעת מהי התכנית שתזכה, אך ניתן להסיק מהמכרז כי האחריות הבלעדית היא של מנהל סיעוד ללא מעורבות גורמים מקצועיים רפואיים.

8. כיצד מוגדר תפקידה של האחות המומחית בקהילה בהכשרה –

נדהמנו לקרוא כי בהגדרת תפקיד אחות מומחית בקהילה קיים ציטוט מטיטוט חוזר מנכל משרד הבריאות – טיטה אשר טרם אושרה. על הגדרה זו הועברו השגות רבות למשרד הבריאות מכלל הגורמים בארץ. ובכל זאת בחר המשרד להשתמש בהגדרה זו, אשר תואמת בחלקים רבים את תפקידו של הרופא הראשוני בקהילה: "תרומתה המשמעותית של האחות המומחית בקהילה היא במתן מענה מקצועי ואיכותי למצבי חולי דחופים-פשוטים של הפונים למרפאה בקהילה, ניהול הטיפול ושמירה על הרצף הטיפולי הנדרש לטיפול בחולה הכרוני בקהילה, לרבות וויסות ואיזון המחלה למצב שיאפשר תפקוד יום יומי ואיכות חיים, מניעת חולי וקידום בריאות, מתן יעוץ, הכוונה והדרכה לחולים, למשפחות ולצוות הרפואי וכן לאיתור מוקדם ככל האפשר לחריגות במצבו של החולה והפנייתו להמשך טיפול".

באותו האופן המשך התפקיד המוגדר במכרז לקוח ישירות מטיטוט החוזר אשר טרם אושרה, ואשר זכתה להערות רבות על המודל המוצע ומבנה העבודה של האחות המומחית בקהילה, וטרם נאמרה המילה האחרונה לעניין מנעד הסמכויות. על אף זאת בוחר משרד הבריאות להכשיר את האחות המומחיות בקהילה במגוון הסמכויות כולו.

9. מה כוללת ההכשרה לאחות מומחית בקהילה –

בניגוד לשאר המסלולים לאחיות מומחיות המוצעים במכרז – המסלול לאחות מומחית בקהילה אינו מכיל אף דרישות בהן צריך המוסד האקדמי לעמוד. לדוגמא מאחיות מומחיות אחרות באותו המכרז

– הגדרת מסגרת ושעות ההכשרה הקלינית (לדוגמא מרפאות כאב לאחות מומחית כאב), קורסי חובה ומסגרת שעות נדרשות להכשרה.

יוצא מכך שמשרד הבריאות לא השלים את התהליך של בניית הסילבוס והתנאים המחויבים להתקיים בהכשרה, ולמרות זאת הוציא את ההכשרה למכרז.

פרק 1

חיזוק עבודת הצוות ברפואה הראשונית

על פי דוח וועדת מור יוסף וטיטות חוזר מנכל משרד הבריאות המהלך ליצירת מקצוע אחות מומחית בקהילה מבוצע בכדי לשפר את עבודת צוות הרפואה הראשונית.

עבודת הרפואה הראשונית מורכבת מעבודה קלינית מול קהל, כל איש צוות בחדרו בנפרד. בנוסף, קיים מרכיב מנהלי משמעותי שנעשה גם הוא מול תיק המטופל בחדר ללא עבודת צוות. עבודת הצוות ברוב מרפאות הרפואה הראשונית בישראל מתבצעת ללא פינוי זמן לשיבות צוות הדרכה פעילות אקדמית או לימוד משותף.

חוזר המנכל שמגדיר את מסגרת העבודה של אחות מומחית בקהילה לא מגדיר לצערנו את מסגרת עבודת הצוות הנדרשת. יותר מכך, חוזר המנכל מטיל על הרופאים משימות הכשרה, פיקוח, בקרה ומעקב אחר עבודת האחיות המומחית העובדת תחת אחריותם.

מטלות נוספות על הרופאים הממונים כוללים זמינות לאחות בשעות בהן הרופא לא נמצא במרפאה, יכולת קבלה מיידית של מטופלים שמופנים לאחר 72 שעות מחלה חריפה, או, לפי צרכי האחיות המומחית.

הספרות הרפואית מצביעה על מרכיבים חיוניים לבניית עבודת צוות רב מקצועית נכונה וביניהם – עבודה בחלל משותף שמאפשר אירועי ייעוץ מהירים, החלפת מידע וייעוץ רב ממדי, גמישות בזמן העבודה שמאפשרת ישיבות צוות תכופות לבניית מודלים לעבודה משותפת, הגדרת אחריות וגבולות ברורים, פרוטוקולים מקומיים רפואיים, בקרה ומעקב.⁶⁷⁻⁷¹

במקרה הישראלי, הכשרת רופאים ראשוניים לא כוללת אספקטים של ניהול ובקרת אנשי צוות, ומבנה ההעסקה לא ערוך ליצירת צוות רב מקצועי במובן פינוי הזמן להדרכה פרטנית ודיוני צוות. בנוסף לאלה, מטלת הזמינות המלאה לייעוץ שלא בנוכחות הרופא, וזמינות מיידית לבדיקת מטופלים המופנים לבדיקת הרופא אינם בני קיימא במודל העבודה הישראלי. חשוב לציין כי בניגוד להכשרת רופאים ראשוניים בקהילה בארצות הברית שמבוצעת במרפאות עם צוות רב מקצועי הכולל MID LEVEL PRACTITIONERS, בישראל אין רופאים עם נסיון עבודה משותף עם MLP, ולא מבוצעת הכשרה מסודרת במהלך ההתמחות לעבודה עם אנשי צוות בעלי מנעד סמכויות משתנה.

במערכת הרפואה השכירה – אין זמן מוגן להדרכה, בקרה, הכשרה, ובניית עבודת צוות סדורה. במערכת הרפואה העצמאית ברפואה הראשונית – התגמול מבוסס על תפוקות ואין זמן מוגן להדרכה, בקרה, הכשרה ובניית צוות.

נושא הכפיפות הדואלית – כפיפות מקצועית לרופא המשפחה הממונה וכפיפות מקצועית לשדרת הניהול הסיעודית מייצר אתגרים גדולים למימוש עבודת הצוות.

בתנאים הנגזרים מחוזר המנכל והתהליך הרגולטורי הנוכחי – אין אפשרות ברת קיימא למימוש עבודת צוות אפקטיבית בין הרופאים לאחות המומחית כיון שלא הוגדרו התנאים המינימלים הנדרשים לקיומה ומכאן שהכפיפות המקצועית המוגדרת בחוזר ללא פינוי זמן להדרכה, דיון ועבודה משותפת הינה בגדר משאלת לב שקשה להבין איך תמומש.

פרק ז

סוגיות ניהול סיכונים ואחריות משפטית

הסמכות הניתנת לאחיות מומחיות בישראל נגזרת מפקודת הרופאים. הרופא מאציל באופן אישי לאחות מסמכותו. על כן ברור כי גם על הרופא מושתת אחריות משפטית על פעולותיה של האחות. כל אמירה על אחריות משפטית בלעדית של אחות מומחית בחוזר זה או אחר של משרד הבריאות איננה משנה את המציאות החוקית בישראל.⁷²

יתרה מכך, בחוזר עצמו קיימת התייחסות לאחריות הרופא על עבודת האחות ומכאן נגזר שלמרות שמצוין כי האחות אחראית להחלטותיה, היא אינה אחראית בלעדית והרופא חולק את האחריות ללא כלים סבירים לפיקוח אמיתי.

חלק גדול מעבודת האחות המומחית כפי שמוצע הינו אוטונומי בפועל ללא מעורבות רופא כפי שהדגמנו בפרק א: האחות יכולה להוציא מרשמים, הפניות ואישורים ולשחרר את המטופל מבלי שהרופא ראה אותו. במבנה הקהילתי אין כל מניעה שתהיה עבודת אחות ללא נוכחות רופא בחלק לא מבוטל של הזמן.

תביעות רופאים ובעלי מקצועות הביניים (אחיות ועוזרי רופא) בארה"ב

בארה"ב ניתן לראות כי יש עליה בתביעות של NP ואיתן נתבעות גם המרפאות והרופאים האחראים. בכתבה שהתפרסמה ב-<https://www.medscape.com/viewarticle/884585> (medscape) נמסר כי כמעט בכל תביעה נגד MLP נתבע גם הרופא האחראי. בתי המשפט רואים באחות שליחה של הרופא ולכן הוא נושא באחריות חלקית על כל פעולותיה "Doctors need to remember that while you can delegate a task, you haven't delegated the liability".

בהתייחסויות של עורכי דין אמריקאים וכן בדיונים בין רופאים ניתן למצוא תימוכים לאמור לעיל. למשל קבוצת עורכי דין⁷³ ממליצים לכל רופא להבין מה משמעות אחריותו על MLP שעובדים איתו Any physician who employs an APN should make certain that appropriate liability coverage is in place for the physician, the APN, and any corporate entity in which the physician has an ownership interest . למרות השינוי מרחיק הלכת המתוכנן בישראל לא ניתנה הדעת ולא הוצע כל מתווה ביטוחי שיגן על האחיות, על הרופאים ועל המטופלים. לא נראה כי נשקלו כלל ההשלכות של הצעד המתוכנן על עלויות הביטוחיות של הרופאים שהופכים לאחראים בעל כורחם על אחיות, ולא את ההשלכות על ביטוחי אחיות שיעמדו גם הן לתביעות.

עמדות – מטופלים, רופאים, אחיות**עמדות מטופלים**

למיטב ידיעתנו לא נבדקו עמדות המטופלים, בייחוד במודל המוצע בו למטופל לא יהיה רופא אישי זמין והגורם המטפל העיקרי שלו בתחום רפואת המשפחה יהיה אחות מומחית קהילה. בדיווחים מארה"ב אנו רואים כי גם הציבור האמריקאי מעדיף רופאים. חלק ממגמה זו ניתן להסיק מהעובדה שאחיות בוחרות להציג עצמן כ"דוקטור", או כל שם אחר אשר אינו מכיל בתוכו איזכור למקצוע הסייעוד ממנו הן מגיעות. בנוסף סקרים בקרב מטופלים מראים באופן ברור וגורף כי הציבור מעדיף להיות מטופל רפואית על ידי רופאים, ומעדיף שההגדרות יהיו ברורות ושקופות. למשל 92% חושבים שרופא צריך לאבחן מחלות לבביות, 3 מכל 4 מטופלים מעדיף להיבדק ע"י רופא גם אם זמן ההמתנה יעלה והעלות תגדל⁷⁴ עמדות רופאים ואחיות-

עמדות רופאים בארה"ב

מעיון באתר AMA – AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION – ניתן ללמוד שמושקעים משאבים רבים במאבקים נגד ניסיונות השתלטות על טריטוריות רפואיות ע"י מטפלים מדרג ביניים. דיונים לגבי חקיקה להגבלת עבודה עצמאית של NP, ניהול נכון של הסכמים מול MLP, דיונים לגבי הובלת צוות רפואי ומי צריך לעמוד בראשו. עוד עדויות להתנגדות מתמשכת של רופאים ניתן למצוא בעמוד הפייסבוק Physicians for Patient Protection - Education and Advocacy המנוהל ע"י רופאים המודאגים מהמגמות בשוק האמריקאי של הכשרה ופעילות לא מפקחת של MLP. ומאמר דעה⁷⁵ המתאר גם הוא את הקשיים ואף הסכנות שבאימוץ המודל. מעיון בתוכן ההתנגדויות ניתן ללמוד כי עיקר ההתנגדויות הן על רקע מקצועי ומתוך הבנה של אחריותנו כמטפלים על בריאות המטופלים.

עמדות אחיות בארה"ב

ישנם קולות רבים בקרב הסייעוד האמריקאי שמוביל הנהגה סיעודית שתעמוד בראש מערכת הבריאות. דחיפה לעבודה רפואית כוללת ללא צורך בשיתוף פעולה עם רופאים. לימוד של דור סיעודי חדש שמאמין שלימודים קצרים ושטחיים הם טובים יותר מהלימוד המעמיק של הרופאים (כי לא "מבזבזים" זמן על דברים לא חשובים כמו העמקה בלימודי אנטומיה ופיזיולוגיה). הסיסמא הנפוצה באתרי לימוד סיעוד ל-NP וברשתות היא – brain of a doctor, heart of a nurse. יחד עם זאת מעיון בתגובות לכתבות ברשת ניתן למצוא אחיות מומחיות שיוצאות נגד העבודה העצמאית והכשרות האינסטנט של האחיות המומחיות.

עמדות רופאים בישראל

בחודשים האחרונים בוצע סקר עמדות בקרב רופאים ראשוניים בישראל בנושא אחות מומחית קלינית בקהילה וסמכויותיה.

545 רופאות ורופאים מכלל קופות החולים וממגוון התמחויות רפואה ראשונית ענו על הסקר. עיקרי הממצאים –

93% חושבים כי אחות צריכה לעבוד במרפאת הרופא ובמקביל מבחינת שעות העבודה, לעבודת הרופא ולא בנפרד.

מבחינת הסמכויות –

60% מתנגדים לאפשרות הפניה ישירה לבדיקות מעבדה על ידי האחות.

83% מתנגדים לסמכויות הפניה לבדיקות הדמיה.

87% מתנגדים לסמכויות הפניה לרפואה יועצת.

רוב מכריע של הרופאים מתנגדים לסמכויות הטיפול והאבחון של אחיות בתחום הרפואה החריפה –

בנוגע לסמכויות טיפול בפצעים – רוב הרופאים תומכים באפשרות טיפול אחות בכוויות קלות, ובטיפול בחתכים עוריים קלים.

בבתחום התחלואה הכרונית –

65% מהרופאים מתנגדים לכל סמכות ניהול טיפול בחולה כרוני לאחר קביעת מסגרת עם הרופא למעט טיפול אחד בשנה.

80% מתנגדים לסמכות הארכת מרשם כרוני למשך עד שנה.

80% מתנגדים לשינויי מינון על ידי אחות בטיפול כרוני.

85% מתנגדים לשינוי מינון תרופות בסוכרת.

95% מתנגדים לשינוי מינון תרופות או הפסקתן ביתר לחץ דם.

90% מתנגדים לשינוי מינון או החלפת תרופות בדיסליפידמיה.

90% מתנגדים להחלטה על שינוי מינון או הפסקת טיפול בבעיות בלוטת התריס.

95% מתנגדים לשינוי מינון תרופתי ואיזון באי ספיקת הלב.

93% מתנגדים לשינוי מינון תרופתי בעת החמרה במחלת ריאות כרונית ואיזון הטיפול על ידי אחות.

40% מהרופאים מוכנים למתן סמכויות חלקיות וקטנות יותר מהרשימה בחוזר בטיפול בחולה הנוטה למות.

84% מהרופאים מתנגדים לסמכויות רישום גלולות בידי אחות.

רוב הרופאים מוכנים להגדלת סמכויות הייעוץ וההדרכה של אחות במחלות כרוניות.

הערות מילוליות הצביעו על התנגדות גורפת למהלך חד צדדי מצד משרד הבריאות. בנוסף הובע כעס, אבדן אמון ברגולטור ונכונות למאבק.

פרק ט

השפעה עתידית

חוסנה הרפואי והכלכלי של מערכת בריאות ציבורית נמדדת באיכותה ונגישותה של הרפואה הראשונית לכלל התושבים. רפואת הקהילה הראשונית בישראל, המורכבת מרופאי משפחה, פנימאים, ילדים ונשים, היא מהטובות והיעילות בעולם. הרפואה הראשונית בקהילה בישראל מוכרת ע"י ה-OECD כקשורה קשר ישיר לתוצאי בריאות טובים מחד (הנמדדים במדדים כגון תוחלת חיים, תמותת תינוקות, תחלואה ותמותה, ומדדי איכות שונים), ולעלויות מופחתות למערכת הבריאות מאידך.

חשוב לציין כי הישגים אלו הושגו ללא העברת סמכויות רפואיות למקצועות אחרים, ובאמצעות עבודת רופאים, אחיות ובעלי מקצועות הבריאות הקיימים כיום בקהילה. כמו כן הרפואה הראשונית, ובפרט רפואת המשפחה, הופכת בשנים האחרונות לאטרקטיבית יותר לבוגרי בתי הספר לרפואה, וחלק מתכניות ההתמחות ברפואת המשפחה נאלצות לדחות מועמדים בשל העדר תקינה. הווה אומר, מחסור ברופאי משפחה בישראל אינו הכרח מציאות.

המודל עליו מושתת תפיסת משרד הבריאות ל"אחות מומחית בקהילה" מבוסס על הרפואה הראשונית בארה"ב. ההשלכות האפשריות על כלל מערכת הבריאות הישראלית של העברת סמכויות רפואיות נרחבות ברפואה ראשונית בישראל מרופאים לאחיות, ללא יצירת מודל כפיפות ופיקוח אמיתי וישים לא נבחנו לעומק.

השלכות כלכליות

לא ידוע לנו כי בוצעה הערכה כלכלית למודל המוצע. הוצג בדוח וועדת מור יוסף כי לכאורה אין הבדל בהוצאה הכלכלית בהשוואה בין טיפול אצל רופא ראשוני לעומת MLP, ולכן בהינתן משכורת נמוכה יותר של אחות לעומת רופא – צפוי חיסכון כלכלי למערכת. האמנם? הספרות אינה תמימת דעין בסוגיה. איננו מתיימרים לבצע ניתוח כלכלי של הסוגיה. אך בכדי להדגים את המחלוקת נביא לדוגמא בסקירת קוקריין⁴⁷: פרט למחקר אחד, לא נמצאו מחקרים אשר הוכיחו יעילות כלכלית למתן טיפול של אחות מומחית בהוושאה בהשוואה לרופא במגע ראשוני עם מטופל הזקוק לטיפול אקוטי.

"In all other studies - spanning all three of the nursing roles considered in this review - the lower salary costs of nurses were offset by their increased use of resources or lower productivity". דוגמא נוספת ניתן למצוא במחקרים המדגימים עליה בעלויות במדינות ארה"ב אשר נתנו סמכויות מוגברות לאחיות לעומת מדינות שלא⁷⁶

דוגמא נוספת ליעילות הטיפול של רופא ראשוני לעומת אחות ניתן ללמוד ממחקר שנערך בהולנד והתפרסם ב-2017. המחקר השווה טיפול בגמילה מעישון ע"י טיפול אישי אינטנסיבי של אחות (120 דקות טיפול) או ע"י מפגש קצר ע"י רופא משפחה (20-10 דקות). נראה כעבור שנה גמילה מעישון בשיעור 25.5% בטיפול אחות לעומת 28.8% ע"י רופא (ללא מובהקות).

יעוץ קצר ע"י רופא (כ 10 דקות) הביא להתמדה גבוהה יותר משמעותית בטיפול תרופתי ועלות הטיפול הייתה 818 יורו לרופא לעומת 1230 לטיפול ע"י אחות.⁷⁷

מבנה מערכת הבריאות הישראלית מחייב בחינה כלכלית של ההשפעות האפשריות על עלות תוספת הביטוח לכיסוי האחיות והרופאים, עלות אבחון וטיפול יתר – כפי שהצגנו בפרק ג' – מקצועות MLP

נותנים יותר מרשמים מרופאים, ושולחים יותר לבדיקות הדמיה ולביופסיות מרופאים, עלות הנדל"ן הנוסף הנדרש מהמודל לחדרי טיפול לאחיות במרפאות בקהילה, השפעות אפשריות במנגנון כשל שוק "היצע יוצר ביקוש" בהתחשב במאפייני צרכנות הבריאות בישראל, וכן עלויות ארוכות טווח בשל הבדלים באיכות הטיפול.

בטיחות ואיכות הטיפול

כל מי שעבר הכשרה במקצוע הרפואה בכל מדינה בעולם למד לכבד בראש ובראשונה את אי הידיעה ואת הטלת הספק ביכולותיו ובתמונה הקלינית אותה מציג המטופל בפניו. ברפואה הראשונית בקהילה, מימוש עקרונות אלו מחויב על אחת כמה וכמה. טעות באבחון ב"שער הכניסה" יכולה להיות הרת אסון. העברת סמכות האבחון לגורם פחות מקצועי ופחות מיומן טומנת בחובה סכנה אשר לא נבחנה לעומקה.

בהקשר זה חשוב לציין כי האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים, אחד הגופים הרפואיים החשובים בעולם, בנייר העמדה שהוצג בשנת 2013 הביעה את התנגדותה להרחבת הסמכויות של MLP, ובכלל זה רישום תרופות, רפואה ראשונית עצמאית וסמכויות אשפוז⁷⁸. אנחנו לא רואים לנכון לחרוג במדינת ישראל מהמלצה זו.

אבחון וטיפול יתר

עולם הרפואה לוקח אחריות בשנים האחרונות את המשמעות וההשלכות של אבחון וטיפול יתר על המטופל הבודד, על כלל האוכלוסייה ועל ההשפעה הכלכלית השלילית על המערכת. תכניות כגון CHOOSING WISLEY ומקבילתה הישראלית תופסות תאוצה ומקום של כבוד בעולם התוכן המקצועי הרפואי. בהקשר זה מקומו של הרופא הראשוני הוא מרכזי - הרופא הראשוני הוא "שומר הסף" של המערכת. תפקידו להתאים את המלצות הברור והטיפול למטופל הבודד מתוך שלל ההמלצות הקיימות למטופל מתחומי רפואה אחרים, ממקצועות בריאות, ובעיקר מהמידע הנגיש הקיים היום למטופלים ברשת. תפקיד זה לוקח חלק הולך וגדל מעשייתו היומיומית החשובה של הרופא הראשוני בקהילה. לא בכדי היו אלו רופאי משפחה אשר יזמו והובילו את תכנית "בוחרים בתבונה", ואף הקימו את החברה הישראלית למניעת אבחון וטיפול יתר. אין להקל ראש בנושא זה. נדרש ביטחון מקצועי רב, וחשיבה המבוססת על הכשרה רפואית רחבה המודעת לשלל האבחנות המבדלות הקיימות ושאינה פרוטוקולית, על מנת לעמוד מול מטופל או רופא אחר ולומר "לא". המערכת בישראל מבוססת רבות, גם כלכלית, על יכולת זו של הרופא הראשוני המומחה בארץ. העברת המפגש הראשוני של המטופל במערכת הבריאות בישראל מרופא ראשוני מומחה לאחות יש בה לשנות לרעה את מאזן "שמירת הסף" האפקטיבי הקיים. במקום הליכה קדימה והקטנת אבחון וטיפול יתר לתושבי ישראל, אנו עלולים למצוא עצמנו בטווח המידי מגדילים את מספר הבדיקות, הברורים והטיפול התרופתי המיותר.

מאזן הרפואה הראשונית והשניונית בישראל

חשוב לשקול את ההשלכות האפשריות של מהלך זה על כלל המאזן הטיפולי וחלוקת האחריות בין הרפואה הראשונית לשניונית בארץ. רפואה ראשונית היא שער הכניסה למערכת הבריאות. שינוי שער הכניסה – במקום דרך רופא, דרך אחות - ישנה את מבנה המערכת כולה – כולל רפואה שניונית

בקהילה ובבתי חולים וכן את הרפואה הדחופה. הרפואה השניונית בישראל נשענת על רפואה ראשונית איכותית וטיפול של רופאים.

הרפואה השניונית בישראל מצויה במצוקת תורים אשר עלתה לכותרות לאחרונה. כיצד תשפיע העברת סמכות ההפניה לרפואה שניונית מרופא ראשוני מומחה לאחות, אף עם מומחית? להערכתנו יתרבו ההפניות לרפואה השניונית, אשר יחמירו את מצוקת התורים הקיימת.

כיצד יתנהלו הרופאים השניוניים אל מול הפניה ואבחנה של מי שאינו רופא? האם ימשיכו "לשחרר" למי שאינו רופא את האחריות על טיפול בשלל מצבים רפואיים מתחום סמכותם הרפואי? אנו מעריכים שיותר מטופלים יישארו במעקב ובטיפול ברפואה השניונית, והעומס והביקוש לרפואה השניונית יגדל.

יחסי עבודה בין הסקטורים

יחסי האמון בין סקטור הרפואה לסקטור הסיעוד בקהילה בארץ נפגעו. במקום לחזק את עבודת הצוות, נמצאנו מחלישים אותה. המתווה המוצע מפרק את עבודת הצוות הקיימת. הרפואה הראשונית בארה"ב נקרת כיום בתוך מאבק ענקים של ארגוני הרופאים וארגוני האחיות. משאבים מבוזבזים של הון אנושי, כלכליים, ומחקריים – אשר היו יכולים להיות מושקעים לטובת המטופלים בקידום הרפואה בקהילה, מושקעים במאבק הזה. טוב יעשה משרד הבריאות אם ימנע מאתנו למפרע עתיד עגום זה.

פגיעה בשירות הקיים היום לתושבי ישראל – פגיעה בנגישות והפרטת הרפואה הראשונית

- לקופות נוצר תמריץ חיובי להחליף רופאים באחיות, ובהמשך אף לצמצם את תקני ההתמחות ברפואת המשפחה. החוזר במתכונתו הנוכחית מאפשר לרופא אחד להיות "אחראי" על אלפי מטופלים שלמעשה יטופלו כמעט בלעדית על ידי אחות מומחית קהילה. מודל זה יופעל להערכתנו בראש ובראשונה בפריפריה ובמרפאות קטנות ומבודדות.
- רפואת משפחה וילדים שתינתן על ידי רופא תהפוך לרפואת "פריים" פרטית לבעלי יכולת בלבד. רופאים שירצו להמשיך ולעבוד במודל הקיים תוך קשר אישי רצוף ומקצועי עם מטופליהם לא ימצאו את מקומם במערכת הציבורית והבסיס האיתן של הרפואה הציבורית יקרוס מאיליו.

פגיעה באטרקטיביות ההתמחות ברפואה המשפחה

המודל מביא לשינוי ה-DNA של מקצוע רפואת המשפחה. רופא יהפוך מרופא משפחה, ל"מנהל מקרה" בשלט רחוק כאשר את מרבית העבודה מבצעת האחות המומחית. רופא המשפחה כ"מנהל טיפולי" נותר עם קליניקה לא אטרקטיבית ושוחקת בשל שינוי תהמיל המטופלים. כל מטפל, כמו גם בעל מקצוע העובד עם לקוחות כגון עורך דין, נדרש לתמהיל יומיומי אשר כולל גירוי אינטלקטואלי מתמשך, שילוב של מקרי הצלחה לצד הכשלונות, ושילוב מקרים קלים לצד מורכבים. ללא תמהיל מסוג זה השחיקה מתעצמת. המודל המוצע מותיר את רופא המשפחה:

- ללא הגירוי האינטלקטואלי – אשר קיים לרופא בעולם האבחון
- ללא מקרי הצלחה בטיפול – מאחר והתחלואה הכרונית ה"פשוטה" עוברת לאחות המומחית
- וללא מקרים פשוטים יותר לטיפול – אשר נחוצים לרענון בשגרה ואף לרכישת הניסיון הקליני לצורך הבדלה בין "קל" ל"קשה"

על כן הסיבות והגורמים להגיע למקצוע ישתנו וכך גם הפונים להתמחות. אין זה פלא כי הראשונים להזדעק מהמתווה המוצע היו מתמחים ברפואת המשפחה.

החלפה הדרגתית של שירותי הרפואה הראשונית בקהילה מרופאים מומחים לאחיות מומחיות
לא נותר לנו אלא ללמוד מניסיון המודל בארה"ב. במהלך שמתמשך מספר עשורים והחל במודל דומה למוצע לנו בישראל, ואף פחות נרחב מבחינת הסמכויות והפיקוח הרפואי, רופאים מומחים ברפואה הראשונית בארה"ב מוחלפים ב-NP. נחשפנו בפורומים ובלוגים של רופאים ראשוניים בארה"ב למציאות בה רופאים ראשוניים מומחים מפורטים ממקום עבודתם בשל העסקת NP, כמו גם מקרים בהם רופא ראשוני מומחה ו-NP מתחרים על אותה המשרה, והמעסיק מעדיף את ה-NP על פני הרופא בשל שיקולים כלכליים. המודל העצמאי למעשה המוצע בארץ, כמו גם האטרקטיביות הכלכלית לקופות החולים לצד תכניות ההכשרה הקצרות ומרובות מקומות הרשמה לאחיות ובמימון ציבורי, מציירות להערכתנו תמונה ברורה ועגומה לעתיד רפואת המשפחה בישראל. גם אם היום כוונת הרגולטור היא ליצור מקצוע תומך ועבודת צוות בקהילה, העתיד הטמון לנו במהלך זה אינו ברור לאור השאיפות של מקצוע הסיעוד בישראל – אשר שואב השראתו מהמתרחש בארה"ב. משרד הבריאות לא יצר במודל המוצע מנגנון בקרה לא לצורך שמירה והגדלת תקני ההתמחות ברפואת המשפחה, לא על מספר הנפשות המשוייכות לרופא, ולא על תקני ההכשרה וההשמה של האחות המומחית בקהילה.

כיצד לחזק באמת את הרפואה הראשונית בישראל?

בפתח המלצות וועדת מור יוסף מצוינות התמורות הצפויות במערכת הבריאות: " תחזיות משרד הבריאות מצביעות על עליה בתוחלת החיים, עליה במספר ומורכבות החולים הכרוניים וגידול ניכר באוכלוסיית הקשישים. נתונים ותחזיות אלו דורשים היערכות מיידית במערכת הבריאות למתן מענה לאתגרים אלו כבר בשנים הקרובות וגם בעתיד. למרות העומסים הצפויים מכל נותני השירותים במערכת הבריאות, על נותני השרות להעניק טיפול מקצועי, איכותי וזמין לכלל המטופלים באשפוז ובקהילה. מדיניות משרד הבריאות הרואה בקהילה את המקום הטבעי והנכון להעניק את מירב השירותים הרפואיים לאזרחי מדינת ישראל, נדרשת לחיזוק המשאבים הקיימים בקהילה ומתן אפשרות לאנשי מקצועי מתאימים, להעניק טיפול רפואי נוסף להורדת העומסים הקיימים בקהילה." הוועדה מציעה את הפתרון לאתגרים אלו: " במדינת ישראל, בדומה למגמה העולמית, מתעצמת התחלואה הכרונית בשל הזדקנות האוכלוסייה. על מנת להתמודד עם אתגר משמעותי זה ולתת מענה לאוכלוסיות בעלות מאפייני תחלואה שונים ומתוך הכרה כי אחריות, בהינתן הכשרה מתאימה, יכולות לתת מענה מקצועי איכותי למטופלים ולאור הניסיון ותרומתן של ה – NP למערכות בריאות בעולם." לאור הנתונים והמידע אליו נחשפנו במהלך עבודת המחקר למסמך זה אנו טוענים כי המודל המוצע ע"י משרד הבריאות לאחות מומחית בקהילה אינו נותן מענה לאתגרי הרפואה בקהילה. כאשר מנסים לייצר פתרון לא מתאים לבעיה קיימת, מייצרים למעשה בעיה חדשה. במובן זה המודל המוצע אף עלול לפגוע בהישגים הנוכחיים המרשימים של רפואת הקהילה בישראל.

אנו מציעים למקבלי ההחלטות, ולא לראשונה, מתווה עבודה שונה בתכלית, הכולל בתוכו עבודה סדורה ומעמיקה בשיתוף האיגודים המקצועיים והאמונים על התחומים הרלוונטיים המקצועיים בקהילה עצמה מטעם הקופות לבניית תכנית לאומית לחיזוק הרפואה הראשונית בקהילה בארץ. ראשית עלינו להגדיר, למפות ולהבין את האתגרים של מערכת הבריאות הקהילתית בארץ. אנו מציעים במסמך זה מיפוי ראשוני של האתגרים הבעורים, ולצד כל אתגר את הנדרש התחלתית על מנת לתת לו מענה:

ריבוי תחלואה כרונית

ריבוי התחלואה הכרונית אינו פועל יוצא של הזדקנות האוכלוסייה בלבד, כפי שמוצע בוועדת מור יוסף. הראנו כי ריבוי התחלואה הכרונית מתחיל בגילאים צעירים. הסיבות הן רבות – כולל סיבות סביביות, גנטיות, וכן סיבות הקשורות בשינוי בהנחיות הרפואיות הנוגעות להגדרת מועד תחילת המחלה (לדוגמא הורדת סף הגילוי ליתר לחץ דם וסכרת). הבנת וניתוח הסיבות לריבוי התחלואה הכרונית ייסעו לתכנן את המוקדים היעילים ביותר להתערבות, כולל הגילאים באוכלוסייה בהם יש להשקיע, ושיתופי הפעולה חוצי מערכות הנדרשים – לדוגמא מערכת החינוך, הרווחה, ביטוח לאומי, מעסיקים וכדומה. לעיתים למערכות אלו יכולת השפעה על מניעת תחלואה כרונית שאינה פחותה מלמערכת הבריאות עצמה.

הזדקנות האוכלוסייה

יש להגדיר ראשית מהם הצרכים של אוכלוסיית הגיל השלישי בישראל. הפתרונות ייגזרו מהצרכים עצמם. מה משפיע על שמירת בריאותו של קשיש בישראל? האם אלו בעיקר גורמים רפואיים, או שמא

גורמי תמך קהילתיים ואחרים? אילו מתוך כלל הגורמים הרפואיים הם בעלי יכולות ההשפעה המירבית על בריאות הקשיש ואותם יש לחזק? רק לאחר בחינת הסוגיה נוכל לייצר תכנית סדורה לשיפור בריאותו ורווחתו של הקשיש בישראל.

עומס ושחיקה בקרב כלל נותני השירותים הרפואיים בקהילה בישראל

וועדת מור יוסף מתייחסת לאתגר זה בהקשר של רופאים בלבד, וקובעת כי הדרך להתמודד עם עומס זה הוא הוספת בעלי מקצוע חדשים למערכת, תוך העברת סמכויות אשר הן בעיקרן רפואיות מהרופאים. קביעה זו אינה מתבססת על הידוע לנו כיום בתובנות המחקר המקצוע הקיים בעולם בנושא שחיקה ועומס. ראשית העומס הקיים אינו בלעדי לרופאים. כל מטפל בקהילה חווה כיום את העומס השוחק. שנית הפחתת העומס ותחושת השחיקה אפשרית רק ע"י הבנת הגורמים להם, והיא קריטית למניעת טעויות כמו גם לתכנון כוח אדם עתידי. תחושת עומס ושחיקה נוצרת בעיקר כאשר איש מקצוע אינו עוסק בייעוד המקצועי שלו, ופחות קשורה לשעות העבודה אותן בוחר העובד לממש. ברפואת המשפחה בארץ ובעולם עוסקים בנושא זה רבות. ברור כי עיקר תחושת השחיקה והעומס נובעת ממשימות אשר נכון להיום מושתות על רופא המשפחה שהן בעיקרן אינן רפואיות ואינן ממשות את המקצוע בו הוכשר⁷⁹ ולכן, העברת עבודה רפואית מרופא לאיש מקצוע אחר לא תסייע בהפחתת העומס ותחושת השחיקה לרופא המשפחה. ההפיך הוא הנכון. רופא המשפחה נותר עם עיקר המשימות הקיימות כיום שאינן רפואיות (אישורי מחלה הן חלק מזערי ופשוט משלל משימות אלו). יתרה מזו – כפי שצינו בהשפעות לטווח ארוך על מקצוע רפואת המשפחה – המודל המוצע עלול להביא לעלייה בשחיקה הקיימת כיום מאחר ומשנה לרעה את תמהיל המטופלים.

מחסור עתידי ברופאים מומחים ברפואה ראשונית בקהילה, בדגש על רפואת המשפחה, בישראל

על מנת לשמור על איכות הטיפול הזמינה כיום לרוב תושבי הארץ עלינו לתכנן עתידית את כוח האדם הנדרש בקהילה. וועדת מור יוסף עוסקת רק בפן אחד של כוח אדם זה, ומציגה אותו כפתרון לכלל התכנון העתידי הנדרש. אנו פונים מזה מספר שנים למשרד הבריאות לצורך תכנון מעמיק של כוח האדם הטיפולי הנדרש בקהילה לצורך ביסוסה על עבודת צוות איכותית המובלת ע"י רופא משפחה מומחה. ראשית נדרש מיפוי כלל ארצי של פריסת שירותי רפואה ראשונית מומחית, בדגש על רפואת המשפחה. שנית עלינו לתת מענה לסוגיות כגון ייעול זמנם הקיים כבר כיום כמשאב מבוזבז בסדרי גודל של 30% מזמני רופאי המשפחה במערכת. בהמשך ובשילוב שני הני"ל יש לקיים תכנון והשקעת משאבים במילוי השורות הנדרשות של רופאי משפחה מומחים בפריסה ארצית. בהמשך לאלו יש לאפיין מהם המקצועות האפקטיביים ביותר ברמה לאומית לחיזוק בקהילה – תוך הסתכלות כוללת על היבטים כגון אדמיניסטרציה לטובת המטופלים והמטפלים, מקצועות תומכים אשר מצויים בחסר בקהילה ואשר להם תפקיד ייחודי אשר הולך ותופס מקום מרכזי יותר בצרכי המטופלים המשתנים ובמימוש פוטנציאל הבריאות של המטופל – עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, פיזיותרפיה, תזונה ועוד. לצד כל אלו נדרשת הגדרה של תפקיד מקצוע הסיעוד בקהילה מרמת אחות מעשית, דרך מוסמכת ועד למומחית.

שינוי מגמות בתחלואה ובצרכנות בריאות

אחד האתגרים המשמעותיים והלא מדוברים ברפואת הקהילה הוא הצורך המתגבר ועולה למתן מענה לתחלואה הנילווית לדחק (STRESS MANEGMENT) המאפיין את העולם המערבי

המתקדם, ולשינוי בצרכנות ורצונות המטופלים גם לנגישות ותקשורת דיגיטלית עם הרופאים וגם לגישה למידע הרפואי שלהם. עלינו לבחון מחדש גם את התכנים הרפואיים אליהם נדרשים רופאי המשפחה תוך מתן כלים ומענה לתכנים חדשים, וכן את אופי הקשר הטיפולי – דרכי הנגישות וטיפול מרחוק והעברת המידע.

העברת כובד המשקל הטיפולי מבתי החולים לקהילה

אבחון תחלואה אקוטית וכרונית, ומתן הטיפול בקהילה. בהקשר זה יש לציין גם את הרצף הטיפולי – אתגרים אלו של הרפואה הראשונית בקהילה מחייבים אותנו לבחון מחדש את רמת ורוחב הידע הנדרש מכלל הרופאים בקהילה, כאשר חלקם אינם עוברים הכשרה כמומחים ברפואת המשפחה, רצף הטיפול בפני עצמו הוא – עולם ומלואו, אשר גם בו חוזר זה או אחר אינם מספקים על מנת לייצר את המציאות הרצויה. עלינו למפות את הקיים בארץ ובעולם ולתכנן עתידית יעדים ברורים וישימים.

נציין כי קיימים אתגרים נוספים ברפואת הקהילה הראשונית בישראל, והתעדוף אשר ביצענו במסמך זה הוא הצעה בלבד.

אנו באיגוד רופאי המשפחה בישראל ובאיגוד הישראלי לרפואת הילדים קוראים

למשרד הבריאות להיענות לאתגר ולשלב עימנו ידיים בבניית תכנית לאומית

לחיזוק רפואת הקהילה הראשונית בישראל, וכן להחזיר לשולחן הדיונים את

המודל המוצע ל"אחות מומחית בקהילה".

1. .חוזר מינהל רפואה : נהלי עבודה לאחות מומחית בסייעוד גריאטרי ; 2014.
2. .חוזר מינהל הסייעוד : אחות מומחית בטיפול תומך ; 2009.
3. .חוזר מינהל הסייעוד : אחיות מומחיות בפגים ; 2015.
4. .חוזר מינהל הסייעוד : אחיות מומחיות בסוכרת ; 2015.
5. .חוזר מינהל הסייעוד : אחיות מומחיות בכירורגיה ; 2015.
6. .חוזר מינהל רפואה : אחות מומחית בסוכרת ; 2017.
7. דו"ח הועדה לבחינת תפקיד אחות מומחית בקהילה. 2017: 1-27.
https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/NURSE_23012018.pdf%0A.
8. Koopman RJ, Mainous III AG, Baker R, Gill JM, Gilbert GE. Continuity of Care and Recognition of Diabetes, Hypertension, and Hypercholesterolemia. *Arch Intern Med.* 2003; 163(11): 1357.
doi: 10.1001/archinte.163.11.1357
9. Konrad TR, Howard DL, Edwards LJ, Ivanova A, Carey TS. Physician-patient racial concordance, continuity of care, and patterns of care for hypertension. *Am J Public Health.* 2005; 95(12): 2186-2190.
doi: 10.2105/AJPH.2004.046177
10. O'Connor PJ, Desai J, Rush WA, Cherney LM, Solberg LI, Bishop DB. Is having a regular provider of diabetes care related to intensity of care and glycemic control? *J Fam Pract.* 1998; 47(4): 290-297.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9789515>. Accessed May 8, 2018.
11. Parchman ML, Burge SK. The patient-physician relationship, primary care attributes, and preventive services. *Fam Med.* 2004; 36(1): 22-27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14710325>.
Accessed May 8, 2018.
12. Atlas SJ, Grant RW, Ferris TG, Chang Y, Barry MJ. Patient-physician connectedness and quality of primary care. *Ann Intern Med.* 2009; 150(5): 325-335.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19258560>. Accessed May 8, 2018.
13. Brookhart MA, Patrick AR, Schneeweiss S, et al. Physician Follow-up and Provider Continuity Are Associated With Long-term Medication Adherence. *Arch Intern Med.* 2007; 167(8): 847.
doi: 10.1001/archinte.167.8.847
14. Mainous AG, Koopman RJ, Gill JM, Baker R, Pearson WS, Pearson WS. Relationship between continuity of care and diabetes control: evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Public Health.* 2004; 94(1): 66-70.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14713700>. Accessed May 8, 2018.
15. Dearing AT, Wilson JF, Griffith CH, Scutchfield FD. The effect of physician continuity on diabetic outcomes in a resident continuity clinic. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(7): 937-941.
doi: 10.1007/s11606-008-0654-5
16. Mainous AG, Gill JM, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health.* 1998; 88(10): 1539-1541. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9772859>. Accessed May 8, 2018.
17. Knight JC, Dowden JJ, Worrall GJ, Gadag VG, Murphy MM. Does higher continuity of family physician care reduce hospitalizations in elderly people with diabetes? *Popul Health Manag.* 2009; 12(2): 81-86. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19361251>. Accessed May 8, 2018.
18. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: The effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health.* 1996; 86(12): 1742-1747.
doi: 10.2105/AJPH.86.12.1742
19. Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, et al. Continuity of Care with a Primary Care Physician and Mortality in Older Adults. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2010; 65A(4): 421-428.
doi: 10.1093/gerona/glp188
20. Sweeney KG, Gray DP. Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner--are they a vulnerable group? *Br J Gen Pract.* 1995; 45(392): 133-135.

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7772390>. Accessed May 8, 2018.
21. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *JAMA*. 1984; 252(17): 2413-2417.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6481927>. Accessed May 8, 2018.
 22. Parchman ML, Burge SK, Residency Research Network of South Texas Investigators. Continuity and quality of care in type 2 diabetes: a Residency Research Network of South Texas study. *J Fam Pract*. 2002; 51(7): 619-624. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12160500>. Accessed May 8, 2018.
 23. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005; 3(2): 159-166. doi: 10.1370/afm.285
 24. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care*. 1999; 5(6): 727-734. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10538452>. Accessed May 8, 2018.
 25. Rodriguez HP, Rogers WH, Marshall RE, Safran DG. The effects of primary care physician visit continuity on patients' experiences with care. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(6): 787-793.
doi: 10.1007/s11606-007-0182-8
 26. COGME: Council On Graduate Medical Education. Advancing primary care: twentieth report. 2010: 53.
 27. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)*. 2004, Suppl Web Exclusives: W4-184-197. doi: 10.1377/hlthaff.w4.184
 28. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3): 457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
 29. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract*. 1999; 48(4): 275-284. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10229252>. Accessed April 22, 2018.
 30. Melinda K. Abrams. Achieving Person-Centered Primary Care: The Patient-Centered Medical Home.
http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/testimony/2008/jul/testimony--achieving-person-centered-primary-care--the-patient-centered-medical-home/abrams_aging_testimony_figures-ppt.ppt. Accessed April 22, 2018.
 31. OECD. *Health at a Glance 2017*. OECD Publishing; 2017. doi: 10.1787/health_glance-2017-en
 32. Rosser WW, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Patient-centered medical homes in Ontario. *N Engl J Med*. 2010; 362(3): e7. doi: 10.1056/NEJMp0911519
 33. BMA. Cohort Study 2006 Medical Graduates: Tenth Report. 2016; (June): 1-42.
<http://bma.org.uk/working-for-change/negotiating-for-the-profession/workforce/cohort-study>.
 34. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: A systematic review. *Int J Qual Heal Care*. 2015; 27(5): 396-404.
doi: 10.1093/intqhc/mzv054
 35. Munding MO, Kane RL, Lenz ER, et al. Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. 2000.
 36. Sequist TD, Schneider EC, Anastario M, et al. Quality Monitoring of Physicians: Linking Patients' Experiences of Care to Clinical Quality and Outcomes. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(11): 1784-1790.
doi: 10.1007/s11606-008-0760-4
 37. Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, et al. Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Ann Intern Med*. 2006; 144(9): 665-672.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16670136>. Accessed April 19, 2018.
 38. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The Cost of Satisfaction. *Arch Intern Med*. 2012; 172(5): 405. doi: 10.1001/archinternmed.2011.1662
 39. Ohman-Strickland PA, Orzano AJ, Hudson S V, et al. Quality of diabetes care in family medicine

- practices: influence of nurse-practitioners and physician's assistants. *Ann Fam Med*. 2008; 6(1): 14-22. doi: 10.1370/afm.758
40. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. דוח ,מנור א, אבו-אחמד ויסאם, בן-יהודה א לשנים 2013-2015; 2016.
41. Dierick-Van Daele ATM, Metsemakers JFM, Derckx EWCC, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJM. Nurse practitioners substituting for general practitioners: Randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009; 65(2): 391-401. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04888.x
42. Arts EEA, Landewe-Cleuren SANT, Schaper NC, Vrijhoef HJM. The cost-effectiveness of substituting physicians with diabetes nurse specialists: A randomized controlled trial with 2-year follow-up. *J Adv Nurs*. 2012; 68(6): 1224-1234. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05797.x
43. McCleery E, Christensen V, Peterson K, Humphrey L, Helfand M. Evidence Brief: The Quality of Care Provided by Advanced Practice Nurses. *Veterans Aff Evidence-based Synth Progr Evid Briefs*. 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/libproxy.usouthal.edu/books/NBK384613/pdf/Bookshelf_NBK384613.pdf.
44. Goodman SN. Toward Evidence-Based Medical Statistics. 1: The P Value Fallacy. *Ann Intern Med*. 1999; 130(12): 995. doi: 10.7326/0003-4819-130-12-199906150-00008
45. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002; 324(7341): 819-823. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11934775>. Accessed March 2, 2018.
46. Horrocks S. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj*. 2002; 324(7341): 819-823. doi: 10.1136/bmj.324.7341.819
47. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (2). doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub2. www.cochranelibrary.com
48. Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14(1). doi: 10.1186/1472-6963-14-214
49. Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Huber-Geismann F, Markun S, Rosemann T. Effects of physician-nurse substitution on clinical parameters: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014; 9(2). doi: 10.1371/journal.pone.0089181
50. Maier C, Aiken L, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Heal Work Pap*. 2017; (98): 1-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>
51. Suda KJ, Roberts RM, Hunkler RJ, Taylor TH. Antibiotic prescriptions in the community by type of provider in the United States, 2005-2010. *J Am Pharm Assoc*. 2016; 56(6): 621-626.e1. doi: 10.1016/j.japh.2016.08.015
52. Hughes DR, Jiang M, Duszak R. A comparison of diagnostic imaging ordering patterns between advanced practice clinicians and primary care physicians following office-based evaluation and management visits. *JAMA Intern Med*. 2015; 175(1): 101-107. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.6349
53. Mizrahi DJ, Parker L, Zoga AM, Levin DC. National Trends in the Utilization of Skeletal Radiography From 2003 to 2015. *J Am Coll Radiol*. March 2018. doi: 10.1016/j.jacr.2017.10.007
54. Morrison F, Shubina M, Goldberg SI, Turchin A. Performance of primary care physicians and other providers on key process measures in the treatment of diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36(5): 1147-1152. doi: 10.2337/dc12-1382
55. New JP, Mason JM, Freemantle N, et al. Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT): A randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2003; 26(8): 2250-2255. doi: 10.2337/diacare.26.8.2250
56. Taylor CB, Miller NH, Reilly KR, et al. Evaluation of a Nurse-Care Management System to

- Improve Outcomes in Patients With Complicated Diabetes. *Diabetes Care*. 2003; 26(4): 1058-1063. doi: 10.2337/diacare.26.4.1058
57. Denver EA, Barnard M, Woolfson RG, Earle KA. Management of uncontrolled hypertension in a nurse-led clinic compared with conventional care for patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003; 26(8): 2256-2260. doi: 10.2337/diacare.26.8.2256
58. AMA. *State Law Chart: Nurse Practitioner Practice Authority*.; 2017. [https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/specialty group/arc/ama-chart-np-practice-authority.pdf](https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/specialty%20group/arc/ama-chart-np-practice-authority.pdf).
59. Stokowski LA. APRN Prescribing Law: A state-by-state summary. *Medscape*. 2016; 2. <https://www.medscape.com/viewarticle/440315>.
60. DEA / Drug Scheduling. <https://www.dea.gov/druginfo/ds.shtml>. Accessed May 5, 2018.
61. Beckman TJ, Lohr R, West CP, et al. Comparison of the quality of patient referrals from physicians, physician assistants, and nurse practitioners to an academic general internal medicine practice. *J Gen Intern Med*. 2013; 28(November): S52. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed12&AN=71292711>
<http://oxfordsfh.hosted.exlibrisgroup.com/oxford?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:&issn=0884-8734&isbn=&volume=28&issue=&spage=S52&pages=S52&date=2013&title=Journal+of+>
62. Sanchez G V., Hersh AL, Shapiro DJ, Cawley JF, Hicks LA. Outpatient antibiotic prescribing among United States nurse practitioners and physician assistants. *Open Forum Infect Dis*. 2016; 3(3): 1-4. doi: 10.1093/ofid/ofw168
63. Jalian HR, Avram MM. Mid-level practitioners in dermatology: a need for further study and oversight. *JAMA dermatology*. 2014; 150(11): 1149-1151. doi: 10.1001/jamadermatol.2014.1922
64. NP Scope of Practice with Dr. John Gonzalez - YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=j8LY8mwHBYM>. Accessed May 6, 2018.
65. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol*. 1999; 77(6): 1121-1134. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10626367>. Accessed April 19, 2018.
66. מכרז פומבי מס' 2018/47 להפעלת תכניות לימודים למומחיות בסייעוד עבור מנהל הסיעוד במשרד הבריאות 2018. https://www.health.gov.il/Services/Tenders/Documents/M47_2018.pdf. Accessed May 8, 2018.
67. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings. *JBI Database Syst Rev Implement Reports*. 2017; 15(11): 2723-2788. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003016
68. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. "Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*. 2016; 17(1). doi: 10.1186/s12875-016-0492-1
69. Ghorob A, Bodenheimer T. Building teams in primary care: A practical guide. *Fam Syst Heal*. 2015; 33(3): 182-192. doi: 10.1037/fsh0000120
70. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K, Care UC for E in P. The 10 Building Blocks of Primary Care Forming Stable Teamlets Stable Teamlets. *Ann Fam Med*. 2014; 12(2): 166-171. doi: 10.1370/afm.1616. INTRODUCTION
71. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(7): 1217-1230. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008
72. תשל"י (נוסח חדש), פקודת הרופאים -1976. https://www.nevo.co.il/law_html/Law01/p208_001.htm. Accessed May 6, 2018.

73. Physician Liability for Acts of Nurse Practitioners – KDDK. <http://www.kddk.com/physician-liability-for-acts-of-nurse-practitioners/>. Accessed May 6, 2018.
74. Medical Association A. Advocacy Resource Center Truth in Advertising survey results. *Am Med Assoc.* 2008; (1). https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/premium/arc/tia-survey-2008-2015_0.pdf. Accessed April 23, 2018.
75. REBEKAH BERNARD. Independent practice: Both nurse practitioners and physicians should be outraged. <https://www.kevinmd.com/blog/2018/01/independent-practice-nurse-practitioners-physicians-outraged.html>. Accessed May 5, 2018.
76. Muench U, Coffman J, Spetz J. Does Independent Scope of Practice Affect Prescribing Outcomes, Healthcare Costs, and Utilization? 2016; i: 1-6.
77. van Rossem C, Spigt M, Viechtbauer W, Lucas AEM, van Schayck OCP, Kotz D. Effectiveness of intensive practice nurse counselling versus brief general practitioner advice, both combined with varenicline, for smoking cessation: a randomized pragmatic trial in primary care. *Addiction.* 2017; 112(12): 2237-2247. doi: 10.1111/add.13927
78. Scope of Practice Issues in the Delivery of Pediatric Health Care. *Pediatrics.* 2013; 131(6): 1211 LP-1216. <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/6/1211.abstract>.
79. Wright AA, Katz IT. Beyond Burnout — Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians. *N Engl J Med.* 2018; 378(4): 309-311. doi: 10.1056/NEJMp1716845