
Trends in the Employment of Occupational Therapists in Geriatric Nursing Institutions over the Course of Ten Years (1998-2008) / מגמות בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות גריאטריים סיעודיים במהלך עשר שנים (2008 - 1998)

Author(s): ליניאל רונית and Ronit Lineal

Source: *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי כרך 19, חוברת 3/4, Special Issue on Geriatrics: In memory of Dr. Nurit Weinblatt / גיליון מיוחד בנושא גריאטריה, מוקדש לזכרה של ד"ר נורית וינבלט ז"ל (אוגוסט - נובמבר 2010), pp. H179-H195

Published by: Israeli Society of Occupational Therapy / העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/23470031>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy* / כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק

JSTOR

מגמות בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות גריאטריים סיעודיים במהלך עשר שנים (1998 - 2008)

רונית ליניאל

מילות מפתח: מרפאים בעיסוק, העסקה, מוסדות גריאטריים, מוסדות גריאטריים סיעודיים.

תקציר

לרפוי בעיסוק במוסד הגריאטרי סיעודי תפקיד חשוב ומשמעותי בשיקום יכולותיו של המטופל ובשיפור איכות חייו. במשך שנים רבות הועסקו במרבית המוסדות הגריאטריים סיעודיים מדריכות תעסוקה בלבד. בשנים האחרונות הרושם המתקבל מן השדה הוא שחלה עלייה כלשהי בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות הגריאטריים סיעודיים וכי יש מודעות רבה יותר לצורך בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות אלה. כמו כן, החל משנת 2008, בשל שינוי שחל בדרישות משרד הבריאות, מחוייבים מרבית המוסדות הגריאטריים סיעודיים בהעסקת מרפאים בעיסוק על פי התקינה הנדרשת.

מטרת מחקר זה הייתה לבחון את השינויים שחלו בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות הגריאטריים סיעודיים במהלך השנים 1998 - 2008. לצורך המחקר נערכה השוואה בין תקינת הרפוי בעיסוק בפועל בשמונה-עשר מוסדות גריאטריים סיעודיים בשלוש נקודות זמן במהלך השנים 1998 - 2008. כמו כן נבחנו ההבדלים בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות הציבוריים והפרטיים, במוסדות הגדולים והקטנים, וכך נבחנו ההבדלים בהעסקה בכמה אזורים ברחבי הארץ. כלי המחקר כללו דוחות בקרה המצויים באגף הגריאטרי, במשרד הבריאות, ונערך איסוף נתונים לגבי פרופיל המוסדות, תקינת הרפוי בעיסוק הנדרשת על פי רישיון ההפעלה של כל מוסד, ותקינת הרפוי בעיסוק המצוייה בפועל בכל מוסד.

תוצאות המחקר מראות על ירידה בתקינת הרפוי בעיסוק בפועל מנקודת הזמן הראשונה לשנייה, ירידה שעשויה להיות קשורה בשינויים כלכליים שאירעו בתקופה

רונית ליניאל, MSc, OT, השירות הארצי לרפוי בעיסוק והאגף לגריאטריה, משרד הבריאות. ronit.linieal@moh.health.gov.il

המאמר מבוסס על פרויקט גמר לקראת תואר מוסמך במדעי הבריאות, במסגרת החוג לרפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב, בהנחיית ד"ר נורית וינבלט ז"ל וד"ר מירי שריד. תודות לגב' אורלי בוני ולגב' מעין כץ על העידוד והסיוע בכתיבת המאמר. המאמר מוקדש לזכרה של ד"ר נורית וינבלט ז"ל שבעזרתה נולד הרעיון לקיום מחקר זה ואשר הנחתה אותי בשלבי הראשוניים. לא זכיתי להמשיכו עמה. יהי זכרה ברוך.

כתב עת ישראלי לרפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (4-3)

רונית ליניאל

זו במשק הישראלי. לעומת זאת חלה עלייה בתקינת הריפוי בעיסוק בפועל מנקודת הזמן השנייה לנקודת הזמן השלישית, עלייה שעשויה להיות קשורה למודעות רבה יותר של מנהלי המוסדות והצוות הבכיר לצורך במרפאים בעיסוק במוסדות, במקביל לעלייה ברמתם המקצועית של המוסדות ולמאמצים הנעשים על מנת לשפר את תדמיתם. תוצאות ההשוואה שנערכה בין שלושת המחוזות הדגימו תקינה גבוהה באופן מובהק באזור הצפון לעומת אזור תל אביב ואזור הדרום. הבדלים בתקינה נמצאו גם בין המוסדות הציבוריים למוסדות הפרטיים: במוסדות הציבוריים נמצאה תקינה גבוהה יותר וכן נמצאה תקינה גבוהה יותר במוסדות הגדולים לעומת המוסדות הקטנים. המחקר מדגים את הצורך בעריכת מחקרים נרחבים בתחום זה, בייחוד לנוכח הדרישות החדשות של משרד הבריאות, שיתמכו ויעזרו למעצבי המדיניות ולגורמים המקצועיים המובילים בתכנון עתידי של שירותי הריפוי בעיסוק במוסדות הגריאטריים.

מבוא

לריפוי בעיסוק במוסד הגריאטרי סיעודי תפקיד חשוב ומשמעותי ביותר בשיקום יכולותיו של המטופל ובשיפור איכות חייו. על המרפאים בעיסוק לנהל את שירות הריפוי בעיסוק והתעסוקה במוסד, לאבחן ולטפל במטופלים הסובלים מליקויים בתחום המוטורי והקוגניטיבי ולשפר מיומנויות בפעילויות היום-יומיות. כמו כן על המרפאים בעיסוק להדריך את מדריכות התעסוקה להפעלה ולתעסוקה מותאמת וכן להגביר את מעורבות צוות המוסד ומשפחות המטופלים ולהדריך בתחומים הרלוונטיים (מנהל רפואה, משרד הבריאות, 2006). במשך שנים רבות מיעוט קטן של מוסדות גריאטריים סיעודיים העסיק מרפאות בעיסוק ובמרבית המוסדות הגריאטריים סיעודיים הועסקו מדריכות תעסוקה בלבד. בשנים האחרונות מתקבל מן השטח הרושם שחלו שינויים בדפוסי ההעסקה של מרפאים בעיסוק. נראה כי יש עלייה כלשהי בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות הגריאטריים סיעודיים, וכי יש מודעות רבה יותר לצורך בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות האלה. עם זאת, לא ברור אם אכן מדובר במגמה של שינוי ומה מאפיין מגמה זו (אם אכן היא רווחת). בחינת המגמה חשובה, בייחוד לנוכח העובדה שיש הזדקנות מואצת של האוכלוסייה בישראל ועלייה חדה במספר המוסדות הגריאטריים (יאול, 2004), וכן לאור השאיפה הרווחת להעלאת איכות הטיפול ולמצוינות. משום כך גוברת עד מאוד חשיבותם ונחיצותם של שירותי הריפוי בעיסוק בתחום זה היכולים לסייע רבות לאוכלוסייה השוהה במוסדות הגריאטריים למיניהם. עם זאת, סקירת הספרות בנושא העלתה כי לא התפרסמו מחקרים הסוקרים באופן שיטתי את שירותי הריפוי בעיסוק בתחום הגריאטריה בארץ וכן כי מעט מאמרים פורסמו בתחום זה בעולם והמחקרים רובם עוסקים בתחום השיקום בלבד. מטרת מחקר זה הייתה אפוא לבחון את השינויים שחלו בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות הגריאטריים סיעודיים במהלך עשר שנים (1998 – 2008). ובאופן

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

ממוקד: 1. לבחון אם חל שינוי במספר המוסדות הגריאטריים סיעודיים המעסיקים מרפאים בעיסוק. 2. לבחון אם חל שינוי במספר שעות העסקתם של המרפאים בעיסוק במוסדות. 3. לבחון את ההבדלים בהעסקה בין המוסדות הממשלתיים והציבוריים לבין המוסדות הפרטיים. 4. לבחון את ההבדלים בהעסקה בין מוסדות קטנים לגדולים. 5. לבחון את ההבדלים בהעסקה באזורים שונים בארץ.

סקירת ספרות

במדינת ישראל, בשנת 2008, חיו 711,700 קשישים בני 65 ומעלה המהווים כ-13% מכלל האוכלוסייה. שיעור הזקנים בארץ נחשב נמוך יחסית לארצות אירופה, אך האוכלוסייה מזדקנת בקצב מואץ ובעשרים השנים הבאות צפויה אוכלוסיית הקשישים בני 75 ומעלה לגדול ב-77% (שנתון סטטיסטי לישראל, 2009). אריכות ימים טומנת בחובה גם שנים של תלות ובבדיקת היחס בין תוחלת החיים הפעילה לתוחלת החיים התלותית נמצא כי בקבוצת גילאי 85 ומעלה יותר ממוחצית האנשים חיים את השנים הנותרות כשהם תלויים בחברה הסובבת. כ-80% מן הזקנים המוגבלים שוהים בקהילה וכ-20% מהם מאושפזים במוסדות גריאטריים. רוב רובם של המאושפזים הם במצב סיעודי ו/או תשוש נפש (יאל, 2004).

עם זאת, אנו עדים להארכת תוחלת החיים בגיל המבוגר, דבר המאפשר ומחייב הגברת הפעילות והיצירתיות בקרב אוכלוסיית הזקנים. ואכן מחקרים מדגישים את הזיקנה הפעילה והיצירתית ותרומתה הרבה לאיכות חייהם ולרווחתם של הקשישים (Rowe & Kahn, 1997).

בד בבד עם הארכת תוחלת החיים חלה גם התפתחות חשובה בתחום השירותים לקשישים. התשתית המנימליסטית שנבנתה בעבר במתכונת של מוסדות צדקה הפכה למערך שירותים מקיף ומגוון באחריות ממלכתית. כיום מודגשת השאיפה למקצוענות, להרחבת הממלכתיות ולאימוץ מדיניות של רווחה חברתית, אם כי חשוב לציין כי בשנים האחרונות התחזק מאוד גם השיקול הכלכלי (רוזין, 2003).

מגמות התפתחות בשירותים המוסדיים גריאטריים בישראל

המוסדות הראשונים הוקמו בארץ בסוף המאה ה-19, הם נקראו בשם "מושב זקנים" ודמו לבתי אבות יהודיים במזרח אירופה שהיו סמוכים על שולחן הקהילה היהודית. המוסדות הוקמו בידי נדבנים, מומנו בידי מוסדות צדקה ורובם הוקמו בירושלים. בהמשך, בתקופת השלטון המנדטורי בלטו המוסדות ההסתדרותיים שעל פי האדאולוגיה שלהם האחריות לסיפוק צרכי הקיום של קבוצות חלשות באוכלוסייה הייתה מוטלת על הקולקטיב. השירות סופק בזכות ולא בחסד, אך כלל רק את חברי ההסתדרות (רוזין, 2003).

רונת ליניאל

עם קום המדינה פותחה תשתית מוסדית מסודרת על ידי הסוכנות היהודית, הג'וינט וממשלת ישראל. בסוף 1949, בשיא העלייה ההמונית, הוקם ארגון "מלבן" כדי לספק ריפוי, שיקום וטיפול לקשישים ולנכים. "מלבן" היה הספק הגדול ביותר של מיטות מוסדיות לטיפול בקשישים, והמוסדות השתרעו מנהרייה בצפון ועד באר יעקב ואשקלון בדרום (מרגולץ, 1963).

ב-1968 היו בארץ 75 מעונות לקשישים ובהם כ-7000 דיירים. בשנה זו חוקק חוק הפיקוח על המעונות המחייב רישוי ועמידה בתקנים ובפיקוח ממשלתי על המעונות. ב-1969 הוקמה "אשל" (האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הקשיש) בשיתוף פעולה בין הג'וינט וממשלת ישראל וזו הרחיבה את רשת בתי האבות באזורים הדרושים, כלומר בצפון ובדרום. ב-1976 הועברו כל מוסדות "מלבן" לבעלות משרד הבריאות (רוזין, 2003).

בחינת מגמות התפתחותה של מערכת השירותים לקשישים בישראל לעומת מגמות התפתחותן של מערכות השירותים לקשישים בשמונה מדינות מערביות העלתה, כי יש קשר בין התמורות בישראל לתמורות הכלל עולמיות שהתחוללו בדרכי החשיבה בעבר ובהווה. בעבר תכנית "Beveridge" שהונהגה בבריטניה כחלק מתהליך בניית החברה ושיקומה לאחר מלחמת העולם השנייה, שימשה דגם לפיתוח מדיניות רווחה. דגם זה אומץ בידי מדינות שונות, ובכללם ישראל. כיום ננקטת מדיניות של צמצום האחראיות הקולקטיבית והפחתת המעורבות הממשלתית באספקת הגנה חברתית. מדיניות זו הונהגה בתקופת ממשלת תאצ'ר בבריטניה ובממשל רייגן בארה"ב. ההתחזקות הפוליטית של מעמד ההון והעולם העסקי גורמת לנקיטת מדיניות שמרנית שדוגלת בצמצום ההוצאות הממשלתיות והטמעת עקרונות השוק החופשי, היוזמה הפרטית והאחראיות האישית בתחומי החיים החברתיים (Doron, 1979).

גם בישראל, החל משנות ה-80 חל שינוי ניכר במבנה המערך המוסדי ובהיקפו. בתקופה שבין 1981 ל-1995 חל גידול של 160% במספר המוסדות ובמספר המיטות לטיפול ממושך (90%). מ-120 מוסדות שבהם 12,500 מיטות בשנת 1981 עלה המספר ל-300 מוסדות שבהם 23,600 מיטות בשנת 1995. הרכב המיטות השתנה, חלקן של המיטות המיועדות לקשישים מוגבלים עלה בהשוואה למיטות לקשישים עצמאיים. כמו כן בשנת 1995 המגזר הפרטי בלט ביותר בתחום מתן השירותים המוסדיים (באר, 1997).

מתחילת שנות השמונים החלה להסתמן חלוקת תפקידים בין המגזר הפרטי והמגזר הוולונטרי לבין הגורמים הממלכתיים. הגורמים הממלכתיים מתמקדים בתכנון מדיניות, בחקיקה, במימון, בפיקוח ובבקרה, ולעומתם המגזר הפרטי והמגזר הוולונטרי נוטלים חלק פעיל בפיתוח התשתיות המבניות והארגוניות הנדרשות לאספקת שירותי טיפול בקשישים במערך המוסדי. בשנים האחרונות, נוכח המשבר בשירותי הבריאות ומתוך שאיפה לריסון עלויות, אומצו המלצות ועדת נתניהו לרפורמה בשירותי הבריאות. למכלול השיקולים לפיתוח השירותים לקשישים נתווסף בשנים האחרונות השיקול הכלכלי המתבטא בשיקולי רווח

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

וכדאיות מצד המגזר הפרטי והמגזר העסקי ובהגבלת עלויות ציבוריות וחסכון מצד המגזר הממלכתי (רוזין, 2003).

שירותי הריפוי בעיסוק במוסדות הגריאטריים

שירות הריפוי בעיסוק במוסד הגריאטרי פועל כחלק משירותי הבריאות הטיפוליים הניתנים בבתי חולים, בבתי אבות או בכל מוסד או מסגרת טיפולית אחרת שבה מצויות מחלקות גריאטריות שיקומיות, סיעודיות, סיעודיות-מורכבות ומחלקות לתשושי נפש. השירות כולל צוות מקצועי טיפולי הכולל מרפאים בעיסוק וצוות מדריכי פעילות ותעסוקה המסייע להפעלת הלקוחות (מנהל רפואה, משרד הבריאות, 2006).

תפקיד המרפא בעיסוק הוא לשפר ולשמר מיומנויות, ליצור שינויים בתפקוד ובפעילות הלקוח בסביבת חייו הרלוונטית, לתכנן ולבנות פעילות בעלת משמעות וסביבת פעילות מכוונת למטרה תוך המלצה ליצירת שינויים והתאמות סביבתיות. כמו כן, תפקיד המרפא בעיסוק לעשות שימוש בטכנולוגיות מסייעות וכן להתאים וליצור אמצעים מכשירים ואביזרי עזר לשם השגת תפקוד מרבי בפעילויות ובתחומי עיסוק שונים של המטופל בתחומי החיים השונים: פעילויות יום-יום, תעסוקה, למידה, פנאי וחברה (ילון-חיימוביץ, זק"ש, ויינטראוב, נוטה, מזור ושות', 2006).

במסגרת שירות הריפוי בעיסוק במוסדות הגריאטריים נערכת גם הפעלה ותעסוקה על ידי מדריכי תעסוקה. האחריות המקצועית על עבודת המדריכים מוטלת על המרפא בעיסוק, בהנחייתו ובפיקוחו מפעילים מדריכי התעסוקה את הדיירים ומסייעים לכל מטופל למצות את יכולותיו וכישוריו במטרה לשפר את איכות חייו ואת רווחתו. תכנית פעילות פרטנית או קבוצתית נקבעת לכל מטופל בהנחיית המרפא בעיסוק. מדריכי התעסוקה מיישמים את תכנית הפעילות בטכניקות השונות ובכלים העומדים לרשותם ותואמים את הכשרתם ומדווחים למרפא בעיסוק האחראי למעקב אחר תוצאות ההפעלה (קובץ נוהלי בתי חולים גריאטריים, 2007).

יש אפוא חשיבות רבה להימצאות של שירותי ריפוי בעיסוק במוסדות הגריאטריים וניכר הצורך במידע באשר למתרחש בשדה.

שירותי הריפוי בעיסוק בגריאטריה במבחן השדה

סקירת הספרות בנושא העלתה כי לא התפרסמו מחקרים הסוקרים סקירה שיטתית את שירותי הריפוי בעיסוק בתחום הגריאטריה בארץ. כמה מאמרים הדנים בהיבטים של שירותי הריפוי בעיסוק במוסדות גריאטריים פורסמו באירופה ובארה"ב. המאמרים דנים בעיקר בשירותי השיקום על רקע שינויים מרחיקי לכת במדיניות הכלכלית של שירותי הבריאות הממלכתיים במדינות השונות. הטיפול השיקומי בריפוי בעיסוק כאמצעי יעיל להפחתת עלויות (בשל השיפור

רננית ליניאל

בתפקוד המטופלים הגריאטריים) הוא נושא שנבדק בכמה מחקרים. במחקר שנערך באלברטה שבקנדה ב-1996 נבדקה השפעת הגדלת תקני ריפוי בעיסוק על תוצאות הטיפול בלקוחות המאושפזים במוסדות גריאטריים. המטרה הייתה לבדוק אם תקן שלם של ריפוי בעיסוק ותקן שלם של פיזיותרפיה ל-50 מיטות יביא לשינוי בתפקוד המטופלים בהשוואה לתקן שלם של ריפוי בעיסוק ותקן שלם של פיזיותרפיה ל-200 מיטות. במסגרת המחקר קיבלו שתי הקבוצות טיפול זהה בריפוי בעיסוק ובפיזיותרפיה, אך קבוצת המחקר קיבלה שעות טיפול רבות יותר. הערכת רמת התפקוד נעשתה על ידי FIM (Functional Independence Measure), על ידי FAM (Functional Assessment Measure) ועל ידי COVS (Clinical Outcome Variables Scale), ההערכה נערכה מידי 6 חודשים במשך שנתיים. התוצאות הראו שינויים של ממש בתוצאות שלושת המבחנים. ההתערבות הישירה המוגברת של הריפוי בעיסוק והפיזיותרפיה הביאה לשיפור ניכר בקבוצת המחקר לעומת קבוצת הביקורת. השיפור הניכר התבטא בכל מרכיבי התפקוד, ומלבד זאת הוכח גם כי מרכיבי התפקוד השונים קשורים זה בזה - כך ששינוי במרכיב אחד משפיע גם על האחרים. כתוצאה מן השיפור הניכר במרכיבי התפקוד חלה ירידה בצורך בטיפול סיעודי דבר שהביא להפחתת ההוצאות (Przybylski, Dumont, Watkins & Warren, 1996).

חשיבותו של המרכיב הכלכלי והשפעתו על מקבלי ההחלטות באה לידי ביטוי גם במחקר שנערך בצפון קרוליינה ב-1994 ובו נבדקו עמדותיהם של מינהלנים במוסדות גריאטריים בהקשר של שירותי השיקום (ובכללם ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה והפרעות בתקשורת). נמצא שהתייחסותם לשירותי השיקום הייתה חיובית יותר כשהאמינו כי הטיפול יגרום לשיפור בתפקוד, דבר שיביא לעצמאות ולשחרור המטופל, והשקפה זו היא שגרמה להם לספק שירותי שיקום רבים יותר למוסד. כמו כן נמצא באותו מחקר שמרפאים בעיסוק ומטפלים אחרים המועסקים באופן ישיר על ידי המוסד (לעומת מטפלים המועסקים בשירות קנוי) מביאים לתוצאות טובות יותר, כלומר לשחרור מהיר יותר של המטופלים (Kochersberger, Westlund & Hielema, 1994).

שינויים במדיניות הכלכלית של שירותי הרפואה הממלכתיים במדינת אוהיו שבארה"ב גרמו אף הם לשינויים בשירותי השיקום ובכללם בשירותי הריפוי בעיסוק במוסדות הגריאטריים המסורתיים (מבוססי קהילה) שבמדינה. במחקר שהתקיים ב-1999 וכלל את כל בתי האבות באוהיו, נדגמו 52,705 מטופלים שאושפזו במוסדות בשנים 1994-1995. המחקר התבצע באופן רטרוספקטיבי ובדק את משך הטיפול שסיפקו שירותי השיקום השונים: ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה וקלינאי תקשורת. נבדקה תקופה של שנתיים שחולקה ל-8 רבעונים. ואלה התוצאות שהתקבלו: 50.5% מכלל השהים במוסדות קיבלו 90 דקות או יותר שירותי שיקום בשבוע. סך הכול הממוצע השבועי היה 412 דקות, מתוכן 53% פיזיותרפיה, 37% ריפוי בעיסוק ו-10% תקשורת. נצפתה עלייה בכל שלושת סוגי השיקום בכל רבעון. העלייה הגדולה ביותר הייתה בריפוי בעיסוק: 4.3 דקות

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

בממוצע בכל רבעון. בפיזיותרפיה - 1.6 דקות ובתקשורת - 0.65 דקות בכל רבעון בממוצע. כמו כן נמצא שמוסדות גדולים ומוסדות המצויים באזורים עירוניים סיפקו שירותי שיקום רבים יותר משסיפקו מוסדות קטנים באזורים כפריים. וכן נמצא כי מוסדות שהם למטרות רווח סיפקו שירותי שיקום רבים יותר משסיפקו מוסדות ציבוריים ומוסדות שלא למטרות רווח. מסקנת המחקר הייתה שהמוסדות הגריאטריים המסורתיים (מבוססי הקהילה) מתחילים לקחת חלק חשוב באספקת שירותי השיקום בנוסף למרכזי השיקום הגריאטריים הצמודים לבתי החולים וכן שעל מומחי שיקום להתחשב בכך בתכנון עתידי (Murray, Singer, Fortinsky, Russo & Cebul, 1999).

מגמה של מתן שירותי שיקום במוסדות גריאטריים פרטיים בנוסף למרכזי השיקום הצמודים לבתי החולים נבחנה גם בבריטניה. הבחינה בוצעה על ידי סקר שבמהלכו נבדקו 400 מוסדות גריאטריים פרטיים באנגליה, בסקוטלנד ובוויילס ועסקה בהיבט הכמותי, לנוכח העובדה שלדעת החוקרים גוברת הנטייה לראות במוסדות הגריאטריים הפרטיים מקום פוטנציאלי למתן שירותי שיקום לקשישים מוגבלים. תוצאות הסקר הן שרק 3.3% מן המאושפזים במוסדות קיבלו טיפול בריפוי בעיסוק, ורק 10% מן המאושפזים קיבלו טיפול בפיזיותרפיה, רוב הטיפול ניתן בידי פיזיותרפיסטים פרטיים ששכרו המטופלים. עורכי הסקר משווים את התוצאות (מבחינת שירותי הפיזיותרפיה) לאיטליה - 14%, לארה"ב - 11%, לאיסלנד - 31%, ליפן - 30% ולדנמרק - 23% (אין אזכור במאמר לגבי שיעור הטיפול בריפוי בעיסוק במדינות אלה). מסקנת הסוקרים הייתה שהקשישים השוהים במוסדות גריאטריים פרטיים בבריטניה מקבלים מעט מאוד טיפול בריפוי בעיסוק ובפיזיותרפיה, ולמעשה הם מבודדים ומנותקים משירותי הבריאות הלאומיים-ממלכתיים (Barodawala, Kesavan & Young, 2001).

היבט נוסף הוא בחינת איכות חייהם ורווחתם של הדיירים הגריאטריים במוסדות הסיעודיים והקשר בינם לבין שירותי הריפוי בעיסוק הניתנים במוסדות. מחקר שבחן את תוצאות הטיפול בריפוי בעיסוק ואת מידת השפעתה על שיפור איכות חייו של המטופל נערך בצפון מערב בריטניה בשנת 2000. במהלך המחקר נבחנו 20 מוסדות. החוקרים בדקו את סוגי ההפעלות, את הגישות והפילוסופיות הטיפוליות, את שגרת היום-יום ואת יחסם של המטופלים לפעילויות שניתנו. נמצא כי הגמישות והיצירתיות בפעילויות הניתנות הן בעלות משמעות רבה ובעלות השפעה מרבית על איכות חייהם של המטופלים וכן כי פעילויות משמעותיות הן צורך הכרחי וחשוב בתנאי שהן נעשות בהתאם למצבם הפיזי והמנטלי של המטופלים. הצורך בעיסוק הוא צורך חיוני בכל גיל והוא נמשך לכל אורך החיים, אבל כשמדובר באוכלוסייה במוסדות סיעודיים יש צורך ביתר גמישות ויצירתיות בשל מצבם של המטופלים, ולא תמיד אפשר לבצע את ההפעלות בגישות המסורתיות. כמו כן לעתים יש צורך בשינוי ובהתאמת הסביבה בהתאם ליכולות המשתנות. המרפאים בעיסוק הם אנשי המקצוע בעלי הידע והמיומנויות, המתמחים בעיסוק האנושי והם בעלי היכולת לעבוד עם המטופל בסביבתו

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (4-3)

רונית ליניאל

הטבעית. המרפאים בעיסוק מסוגלים אפוא גם להדריך את הצוות המטפל במוסדות, כיצד לעזור למטופלים לממש את מלוא הפוטנציאל שלהם ולתרום לרווחתם האישית (Green & Acheson-Cooper, 2000). לסיכום: סקירת הספרות מדגישה את חשיבותם הרבה של שירותי הריפוי בעיסוק לאיכות חייהם ולרווחתם של הלקוחות המטופלים במוסדות הגריאטריים. יש לציין כי חלק מקצת המאמרים הם מאמרים ישנים יחסית, היות שלא נמצאו מאמרים ומחקרים חדשים יותר הדנים בנושא זה. יש אפוא חשיבות רבה לחקר הנושא גם בארץ כדי שמעצבי המדיניות, מקבלי ההחלטות והגורמים המקצועיים המובילים יביאו זאת בחשבון בתכנון העתידי הן בתחום האקדמי והן בתחום הקליני.

שיטה

אוכלוסיית המחקר

בוצעה דגימה אקראית של 18 מוסדות גריאטריים סיעודיים מתוך רשימות ממוחשבות של כלל המוסדות בארץ. הרשימות נלקחו מן האגף הגריאטרי במשרד הבריאות האחראי, בשיתוף עם לשכות הבריאות המחוזיות, על ביצוע בקורות ועל מתן רישוי למוסדות הגריאטריים.

במדינת ישראל ב-2008 היו 346 מוסדות גריאטריים סיעודיים. סך המיטות למחלות ממושכות (מרביתן מיטות גריאטריה סיעודית ותשושי נפש) ב-2008 היה 23,401 מהן 10,212 בבעלות ממשלתית וציבורית ו-13,189 בבעלות פרטית (שנתון סטטיסטי לישראל, 2009). המוסדות מחולקים מבחינה אדמיניסטרטיבית ל-6 מחוזות: צפון, חיפה, מרכז, תל אביב, ירושלים, דרום. למדגם נבחרו 3 מחוזות: הצפון, הדרום ומחוז תל-אביב, מכל מחוז נדגמו 6 מוסדות. במדגם כלולים מוסדות גריאטריים ציבוריים ומוסדות גריאטריים פרטיים, כלולים מוסדות בגדלים שונים: ממוסדות שבהם מחלקה אחת ובה 36 מטופלים, ועד מוסדות שבהם 4 מחלקות שסך כל המאושפזים במוסד מגיע לכ-140 מטופלים. במדגם מוסדות שהוקמו לפני שנת 2001 ואינם מחויבים בהעסקת מרפאים בעיסוק, ומוסדות שהוקמו לאחר שנת 2001 ומחויבים על פי הרפורמה בהעסקת מרפאים בעיסוק (מן המוסדות שברפורמה 2 ממחוז הצפון ו-1 ממחוז הדרום). במחלקות נכללו מחלקות סיעודיות ומחלקות לתשושי נפש. הוצאו מן המדגם מוסדות שבהם מחלקה אחת שבה פחות מ-30 מטופלים. מכיוון שרוב המוסדות האלה מצויים בקיבוצים, מרבית המוסדות שבקיבוצים אינם כלולים במדגם (ראו טבלה 1).

מגמות בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות גריאטריים סיעודיים

טבלה 1: פרופיל המוסדות במדגם

| סוג מוסדות | בתקינה ע"פ הרפורמה* | בתקינה שלא ע"פ הרפורמה** | סה"כ | גודל מוסד*** | | מחוז | |
|------------|---------------------|--------------------------|------|--------------|------|----------|-----------|
| | | | | קטן | גדול | צפון ת"א | דרום סה"כ |
| ציבוריים | 1 | 10 | 11 | 7 | 4 | 3 | 4 |
| פרטיים | 2 | 5 | 7 | 1 | 6 | 3 | 2 |
| סה"כ | 3 | 15 | 18 | 8 | 10 | 6 | 6 |

* תקינה על פי הרפורמה מחייבת העסקת מרפאים בעיסוק ב-0.18 תקן למחלקה סיעודית וב-0.18 תקן למחלקה לתשושי נפש. תקן שלם הוא 40 שעות שבועיות.

** תקינה שלא על פי הרפורמה אינה מחייבת העסקת מרפאים בעיסוק אלא העסקת מדריכי תעסוקה בלבד.

*** בהגדרת "מוסד קטן" נכללים מוסדות בעלי 1 עד 2 מחלקות, בהגדרה "מוסד גדול" נכללים מוסדות בעלי 3 עד 4 מחלקות (מוסדות גדולים יותר לא עלו במדגם). בכל מחלקה 36 מיטות.

כלי המחקר

נסקרו דוחות בקרה הלקוחים מתיקי המוסדות הגריאטריים שבהם מופיעים נתוני התקינה. בדוחות פירוט של מספר המרפאים בעיסוק במוסד, שעות עבודתם במהלך ימות השבוע, סך שעות הריפוי בעיסוק בפועל במוסד וכן סך השעות הנדרש על פי התקן על פי גודל המוסד וסוגי המחלקות שבו. התיקים מצויים במשרדי האגף הגריאטרי שבמשרד הבריאות. כל מוסד גריאטרי, קודם לפתיחתו, מחויב ברישיון מטעם משרד הבריאות ומחויב, לאורך כל משך הפעלתו, לעמידה בדרישות ובתקנים הקבועים בנהלים. לצורך פיקוח על העמידה בדרישות ובתקנים הוקם במשרד הבריאות מערך פיקוח ובקרה הכולל גם בקרה על שירותי הריפוי בעיסוק. הנתונים שנאספו במהלך הבקרה, ובהם כאמור גם נתוני התקינה, מתועדים בתיק המוסד.

הליך

נסקרו טופסי הבקרה של כל אחד משמונה-עשר המוסדות שבמדגם. בכל מוסד נערכו במהלך עשרת השנים האחרונות כמה בקרות ולכן נבדק רצף של מספר טופסי בקרה שמולאו לאורך עשרת השנים בכל אחד מהמוסדות. מן הטפסים הוצאו נתונים לגבי מאפייני המוסד: המחוז שבו מצוי המוסד, שנת הקמתו, אם הוא

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

רונית ליניאל

משתייך למוסדות שברפורמה ומחויב בהעסקת מרפא בעיסוק או שאינו מחויב בכך, מה תקינת הריפוי בעיסוק המתחייבת על פי הרישוי, גודל המוסד: מספר המחלקות ומספר המיטות שבו, אם המוסד הוא מוסד פרטי או ציבורי ונתוני תקינת הריפוי בעיסוק שנמצאה בפועל במוסד בעת הבקרה. הנתונים שנאספו שימשו בסיס לבדיקת המגמות:

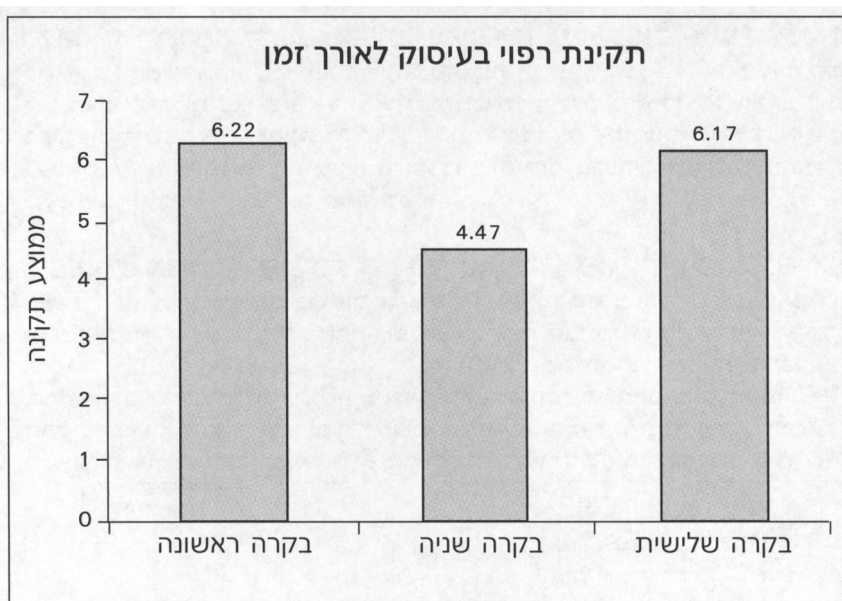
1. מגמת השינוי בהעסקת המרפאים בעיסוק במוסדות במהלך עשרת השנים.
2. ההבדלים בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות במחוזות השונים.
3. ההבדלים בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות הציבוריים ובמוסדות הפרטיים.
4. ההבדלים בהעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות הקטנים, הכוללים 1 עד 2 מחלקות, והמוסדות הגדולים, הכוללים 3 עד 4 מחלקות.

ניתוח הנתונים

לצורך השוואה בין שלושת האזורים שנדגמו נערך מבחן א-פרמטרי (Kruskal Wallis) הכולל את נתוני תקינת הריפוי בעיסוק בפועל שנאספו בכל המוסדות בכל אחת משלוש הבקרות. לבדיקת תקינת הריפוי בעיסוק בפועל במוסדות לאורך זמן חושב ממוצע התקינה בבקרה ראשונה, שנייה ושלישית בכל המוסדות. לצורך השוואת תקינת הריפוי בעיסוק בפועל במוסדות הפרטיים והציבוריים ובין מוסדות קטנים לגדולים חושבו ממוצעי התקינה בבקרה הראשונה, השנייה והשלישית ונערך מבחן א-פרמטרי Mann-Whitney.

תוצאות

השוואת ממוצעי תקינת הריפוי בעיסוק בפועל לאורך זמן
תוצאות בדיקת העסקת מרפאים בעיסוק במוסדות הגריאטריים סיעודיים במהלך עשרת השנים האחרונות מדימות ממוצע תקינה בפועל בנקודת הזמן הראשונה שהוא כמעט שווה לממוצע התקינה בפועל בנקודת הזמן האחרונה (ראו תרשים 1): 6.22 שעות בבקרה ראשונה (סטיית תקן 11.9) לעומת 6.17 שעות בבקרה שלישית (סטיית תקן 12.0). בנקודת הזמן האמצעית חלה ירידה בממוצע התקינה בפועל: 4.47 שעות (סטיית תקן 6.5). בבדיקת ההבדלים בין נקודות הזמן לא נמצא הבדל מובהק בממוצע תקינת הריפוי בעיסוק בפועל בשלוש נקודות הזמן. יש לציין כי סטיות תקן גדולות נמצאו בשלוש נקודות הזמן.



תרשים 1: תקינת רפוי בעיסוק בשלוש הבקורות

השוואת ממוצעי תקינת הריפוי בעיסוק בפועל על פי סוג מוסד
 בבחינת התוצאות באשר להעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות הגריאטריים סיעודיים הציבוריים בהשוואה למוסדות הגריאטריים סיעודיים הפרטיים נמצאה תקינה גבוהה יותר במוסדות הציבוריים בשלוש נקודות הזמן שנבדקו, אך ההבדלים לא נמצאו מובהקים מבחינה סטטיסטית (ראו טבלה 2).

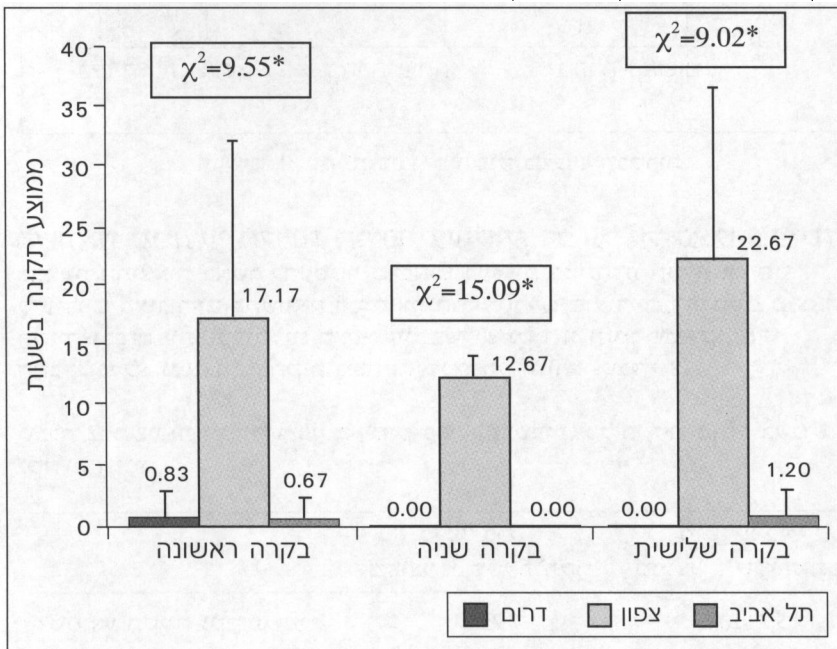
טבלה 2: השוואת תקינת רפוי בעיסוק בפועל (בשעות) על פי סוג מוסד בשלוש נקודות הזמן

| מוסד פרטי | מוסד ציבורי | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| ממוצע \pm סטיית תקן | ממוצע \pm סטיית תקן | |
| 7.7 \pm 14.4 | 5.2 \pm 10.6 | ממוצע תקינה נקודת זמן 1 |
| 4.5 \pm 7.0 | 4.5 \pm 6.5 | ממוצע תקינה נקודת זמן 2 |
| 0 \pm 0 | 6.2 \pm 12.0 | ממוצע תקינה נקודת זמן 3 |

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (4-3)

השוואת ממוצעי תקינת הריפוי בעיסוק בפועל על פי גודל מוסד
 השוואת ממוצעי תקינת הריפוי בפועל במוסדות הקטנים שבהם 1 עד 2 מחלקות למוסדות הגדולים שבהם 3 עד 4 מחלקות (מוסדות גדולים יותר לא עלו במדגם) בשלוש נקודות הזמן העלתה כי 20% מן המוסדות הגדולים מעסיקים מרפאים בעיסוק, ואילו 12.5% מן המוסדות הקטנים מעסיקים מרפאים בעיסוק. ההבדלים לא נמצאו מובהקים מבחינה סטטיסטית.

השוואת ממוצעי תקינת הריפוי בעיסוק בפועל על פי מחוזות
 השוואת העסקת מרפאים בעיסוק בשלושת המחוזות שנדגמו: מחוז הצפון, מחוז הדרום ומחוז תל אביב, בכל אחת משלוש הבקורות שנדגמו, שנבדקה על ידי מבחן פרמטרי Kruskal-Wallis, העלתה כי בשלוש הבקורות ממוצעי תקינת הריפוי בעיסוק בפועל במוסדות שבאזור הצפון הייתה גבוהה באופן מובהק מממוצעי התקינה באזור הדרום ובאזור תל אביב. לא נמצאו הבדלים מובהקים בממוצעי תקינת הריפוי בעיסוק בפועל בין אזור הדרום לאזור תל אביב (ראו תרשים 2).



* $p < 0.01$; ** $p < 0.001$

תרשים 2: השוואת התקינה בריפוי בעיסוק במחוזות השונים, בשלוש הבקורות

דיון

השוואת ממוצעי תקינת הריפוי בעיסוק בפועל במוסדות הגריאטריים סיעודיים בשלוש נקודות הזמן העלתה כי התקינה בנקודת הזמן הראשונה הייתה כמעט שווה לתקינה בנקודת הזמן השלישית, ואילו בנקודת הזמן השנייה חלה ירידה בהעסקה. את הירידה בהעסקה בין נקודת הזמן הראשונה לשנייה אפשר להסביר בשינויים הכלכליים שאירעו בתקופה זו במשק הישראלי, שינויים המקבילים לאלה שאירעו בארצות המערב. בארץ, בשל המשבר בשירותי הבריאות ומתוך שאיפה לריסון עלויות וכן בשל המלצות ועדת נתניהו לרפורמה בשירותי הבריאות בארץ, התווסף ביתר שאת השיקול הכלכלי למכלול השיקולים לפיתוח השירותים לקשישים. שיקול זה מתבטא בשיקולי רווח וכדאיות מצד המגזר העסקי והפרטי והגבלת העלויות והחיסכון מצד המגזר הציבורי והממלכתי (רוזין, 2003).

את העלייה בתקינת הריפוי בעיסוק בפועל מנקודת הזמן השנייה לשלישית אפשר להסביר בעלייה במודעות מנהלי המוסדות והצוות הבכיר לצורך במרפאים בעיסוק וביכולתם לתרום לשיפור ולשימור המיומנויות הנדרשות לצורך תפקודם היום-יומי של הדיירים הסיעודיים ולשיפור איכות חייהם. שיפור ושימור המיומנויות האלה עשוי לתרום גם לחיסכון בעלויות. תימוכין לכך אפשר למצוא במחקר שבדק את עמדותיהם של מינהלנים במוסדות גריאטריים בצפון קרוליינה. נמצא שיחסם של המינהלנים לשירותי השיקום (ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, קלינאי תיקשורת) היה חיובי יותר כשהם סברו שהשיקום אכן יגרום לשיפור בתפקוד המטופל (Kochersberger et al., 1994). הסבר נוסף אפשרי הוא עלייה במודעות הציבור, ובכלל זה בני משפחותיהם של הדיירים, לתרומתו של הריפוי בעיסוק לאיכות חייו ולרווחתו של המטופל הגריאטרי במוסד הסיעודי. הכרה זו מביאה לדרישה ולציפייה של בני משפחות הדיירים להימצאות מרפא בעיסוק במוסד. משום כך הנהלת מוסד המעוניינת להציגו ולשווקו כמוסד גריאטרי ברמה מקצועית גבוהה תעסיק מרפאים בעיסוק מלבד מדריכי תעסוקה. נושא העיסוק נחקר בעבר ונמצא כי פעילויות משמעותיות הן צורך חשוב והכרחי לשמירה על איכות חייהם של המטופלים הגריאטריים סיעודיים, בתנאי שהפעילויות נעשות בהתאם למצבם הפיזי והמנטלי (Green et al., 2000). יש גם אפשרות כי העלייה בהעסקה נובעת במידה כלשהי גם מן הרפורמה שבמסגרתה מוסדות הפועלים משנת 2001 ואילך מחויבים על ידי משרד הבריאות בהעסקת מרפאים בעיסוק. אפשרות זו להסבר מוגבלת, מכיוון שבמדגם הכולל שמונה-עשר מוסדות מצויים שלושה מוסדות בלבד המחויבים בתקינה על פי הרפורמה.

עם זאת, חשוב לציין כי ההבדל בממוצעי תקינת הריפוי בעיסוק בפועל בשלוש נקודות הזמן לא נמצא מובהק. הסבר אפשרי לכך הוא גודל המדגם שכלל שמונה-עשר מוסדות בלבד כאשר שליש מתוכם הם מאזור הדרום, אזור שבו יש מחסור ניכר במרפאים בעיסוק. עקב מחסור זה גם מנהלי מוסדות גריאטריים שמודעים לתרומתו של הריפוי בעיסוק ומעוניינים להעסיק מרפאים בעיסוק,

רזנית ליניאל

מתקשים מאוד למצוא מרפאים בעיסוק המעוניינים לעבוד במוסדות הגריאטריים סיעודיים. הדבר מתבטא גם בשונות הגדולה שנמצאה לגבי התקינה בכל נקודת זמן, דבר המעמיד הסבר אפשרי נוסף לאי מציאת ההבדל המובהק. בהשוואת ממוצעי תקינת הריפוי בעיסוק בפועל בין שלושת המחוזות שנבדקו: מחוז הצפון, מחוז תל אביב ומחוז הדרום, נמצאו תוצאות מובהקות שהעלו כי תקינת הריפוי בעיסוק בפועל בשלוש נקודות הזמן, הייתה גבוהה במידה ניכרת באזור הצפון בהשוואה לאזור תל אביב ולאזור הדרום. הסבר אפשרי לפער בתקינת הריפוי בעיסוק בפועל שנמצא בין אזור הצפון לאזור תל אביב עשוי להיות בכך ששניים מתוך ששת המוסדות שנדגמו באזור הצפון הם מוסדות שברפורמה ומחויבים בהעסקת מרפא בעיסוק (באזור תל אביב לא נדגם אף מוסד שברפורמה). הסבר אפשרי נוסף הוא עלות שכרם של המרפאים בעיסוק הנמוכה יותר באזור הצפון יחסית לאזור תל אביב, העלות הנמוכה יחסית ייתכן שתרמה למוכנות רבה יותר מצד מנהלי המוסדות בצפון להעסיק מרפאים בעיסוק במוסדותיהם. בהמשך, ייתכן שהתחרות בין המוסדות תרמה לכך שיותר ויותר מוסדות העסיקו מרפאים בעיסוק, העסקתם של מרפאים בעיסוק תרמה להעלאת מודעותם של מנהלי המוסדות (והמטופלים ובני משפחותיהם) לתרומתו הרבה של הריפוי בעיסוק, והעלאת המודעות הביאה להעסקה של מרפאים בעיסוק נוספים. הסבר אפשרי לפערים בתקינה בין אזור הצפון לאזור הדרום הוא המחסור במרפאים בעיסוק באזור הדרום וכן עצם הדבר שאין חוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת בן גוריון בנגב, מה שייתכן שגורם למודעות פחותה מצד הציבור באזור, ובכללם מנהלי המוסדות הגריאטריים, למקצוע הריפוי בעיסוק ולתרומתו לאוכלוסייה הגריאטרית.

השוואה בין תקינת הריפוי בעיסוק במוסדות הגדולים, הכוללים 3 עד 4 מחלקות למוסדות הקטנים, הכוללים 1 עד 2 מחלקות, העלתה כי יש העסקה גבוהה יותר של מרפאות בעיסוק במוסדות הגדולים (20% במוסדות הגדולים לעומת 12.5% במוסדות הקטנים). הסבר אפשרי לכך הוא הרווחיות הגבוהה יותר של המוסדות הגדולים, המאפשרת העסקת כוח אדם מקצועי ומיומן יותר. הסבר אפשרי נוסף הוא התכיפות הגבוהה יותר של הבקורות הנערכות על ידי משרד הבריאות במוסדות הגדולים. עם זאת יש לציין כי ההבדל לא נמצא מובהק מבחינה סטטיסטית. העסקה גבוהה יותר של מרפאים בעיסוק במוסדות גריאטריים גדולים נמצאה גם בתוצאות מחקר שנערך במדינת אוהיו. נמצא כי המוסדות הגריאטריים הגדולים סיפקו שירותי שיקום רבים יותר (נבדקו שירותי הריפוי בעיסוק, הפיזיותרפיה וקלינאי תקשורת) משסיפקו מוסדות קטנים (Murray et al., 1999). בהשוואת תקינת הריפוי בעיסוק בפועל במוסדות הציבוריים לעומת המוסדות הפרטיים לא נמצאו הבדלים מובהקים. עם זאת, עיון בנתונים מראה כי התקינה במוסדות הציבוריים גבוהה מן התקינה במוסדות הפרטיים. ייתכן שגם בהשוואה זו החסר במרפאים בעיסוק באזור הדרום גורם להטיה של התוצאות וכי במדגם

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט - נובמבר 2010, 19 (3-4)

גדול יותר שבו תיבדק התקינה בכל המחוזות בארץ (שבעה במספר) תתקבל תוצאה מובהקת. סימוכין לפערים בין מוסדות ציבוריים לפרטיים אפשר למצוא בתוצאות מחקר שנערך בבריטניה שבו נמצא כי קשישים השוהים במוסדות גריאטריים שיקומיים פרטיים, מקבלים מעט מאוד שעות טיפול בריפוי בעיסוק ובפזיותרפיה בהשוואה למוסדות הגריאטריים שיקומיים הציבוריים (Barodawala et al., 2001). לעומת זאת חוקרים במדינת אוהיו – ארה"ב מצאו כי מוסדות גריאטריים שהם למטרות רווח סיפקו שירותי שיקום רבים יותר משיפוקן מוסדות גריאטריים ציבוריים ומוסדות שאינם למטרות רווח (Murray et al., 1999). עם זאת יש לסייג ולומר כי במחקר האחרון מדובר במחלקות גריאטריות שיקומיות, ואילו כשמדובר במחלקות גריאטריות סיעודיות השיקום מוגבל, ומושם דגש רב יותר על איכות חייו ורווחתו של המטופל.

מגבלות המחקר

למחקר זה כמה מגבלות שהיו עשויות להשפיע על התוצאות. המגבלה המרכזית היא היקפו הקטן יחסית של המדגם שכלל 18 מוסדות בלבד. מגבלה נוספת היא השונות הגבוהה של המוסדות שבמדגם שכלל מוסדות גדולים וקטנים, פרטיים וציבוריים וכן מוסדות המחויבים לתקינה על פי הרפורמה ומוסדות שאינם ברפורמה. כמו כן העובדה שהמדגם כלל מוסדות משלושה אזורים שונים בארץ, אפשר שתרמה לתוצאות הבלתי מובהקות, שכן ההעסקה הנמוכה מאוד באזור הדרום (בשל מחסור במרפאים בעיסוק באזור זה) השפיעה על הממוצע הכלל ארצי. במדגם ניתן לאזור הדרום משקל שווה לשאר האזורים בעוד שמספר המוסדות שבדרום נמוך בהרבה ממספר המוסדות באזורים האחרים בכלל ובאזור המרכז בפרט. מגבלה נוספת היא חוסר במחקרים קודמים בתחום זה בארץ ומיעוט המחקרים שנעשו בתחום זה בעולם.

הצעות למחקרים עתידיים

- ביצוע מחקר פרוספקטיבי שיבדוק את העסקתם של מרפאים בעיסוק במוסדות הגריאטריים סיעודיים בשנים הבאות. חשיבותו של מחקר זה רבה, בייחוד לאור השינויים בדרישות והחובה להעסקת מרפאים בעיסוק במוסדות.
- עריכת מחקרים שיבדקו את הסיבות להבדלים בהעסקה במחוזות השונים ברחבי הארץ ואת הסיבות להבדלים בהעסקה בין המוסדות הגריאטריים הציבוריים למוסדות הגריאטריים הפרטיים.
- עריכת מחקר פרוספקטיבי שיבדוק לאורך זמן את מידת מודעותם של מנהלי המוסדות ומשפחות המטופלים למטרות ההתערבות בריפוי בעיסוק ולתרומתה של ההתערבות לשיפור איכות חייהם של הלקוחות במוסדות הגריאטריים סיעודיים.

סיכום

המחקר הנוכחי בחן את השינויים שחלו בהעסקת מרפאים בעיסוק, במוסדות גריאטריים סיעודיים בישראל, במהלך עשר שנים (2008-1998). לחקר הנושא חשיבות רבה בשל חיוניותם של שירותי הריפוי בעיסוק לשיפור ולשימור איכות חייהם ורווחתם של הלקוחות המטופלים במוסדות הגריאטריים. תוצאות המחקר מראות על שינויים שחלו בהעסקת מרפאות בעיסוק בעשר שנים אלו: בין נקודת הזמן הראשונה לשנייה ניכרת ירידה בהעסקה ובין נקודת הזמן השנייה לשלישית ניכרת עלייה בהעסקה. התוצאות שהתקבלו אינן בעלות מובהקות סטטיסטית ולכן לא ברור אם מדובר במגמה. שינויים כלכליים שאירעו בחלקה הראשון של התקופה בעולם המערבי בכלל ובמשק הישראלי בפרט והביאו להגבלת עלויות ולחיסכון עשויים להסביר את הירידה בהעסקה בשנים אלה. עם זאת, סקירת הספרות מראה גם על עלייה במודעות הציבור ובכללו מנהלי המוסדות ומקבלי ההחלטות, לצורך ריפוי בעיסוק במוסדות הגריאטריים סיעודיים, דבר שעשוי להסביר את העלייה בהעסקה לקראת סופה של התקופה האמורה. עם זאת, היות שהספרות מתייחסת לעולם המערבי בכלל ולארה"ב בפרט ואינה מתייחסת לישראל, ייתכן שבארץ פעלו שיקולים אחרים שהשפיעו על מקבלי ההחלטות וייתכן שזו הסיבה לתוצאה הבלתי מובהקת שהתקבלה. גורם נוסף שייתכן שהביא לעלייה בהעסקה הוא הרפורמה שבוצעה על ידי משרד הבריאות החל משנת 2001 ואשר במסגרתה נדרשו חלק מהמוסדות הגריאטריים סיעודיים להעסיק מרפאים בעיסוק. מתחילת שנת 2008, בשל המכרז החדש והדרישות ששוננו בעקבותיו, חלה חובת העסקתם של מרפאים בעיסוק במרבית המוסדות. מ-2011 יחויבו כל המוסדות בהעסקת מרפאים בעיסוק במלוא התקינה הנדרשת. שומה על מעצבי המדיניות, מקבלי ההחלטות, והגורמים המקצועיים המובילים להביא זאת בחשבון בתכנון העתידי. לאור השינויים האלה יש חשיבות רבה אף יותר לבצע מחקר דומה למחקר זה במהלך השנים הבאות.

מקורות

- באר, ש' (1997). המערכת המוסדית לטיפול ממושך בראי המספרים 1981-1995. גרנטולוגיה, 77, 19-37.
- ברודסקי, ח' ודיוויס, מ' (2003). דמוגרפיה ואפידמיולוגיה של ההזדקנות ואוכלוסיית הזקנים. מתוך א' רוזין (עורך). הזדקנות וזקנה בישראל (עמ' 289-313). ירושלים: אשל.
- גולנדר, ח' ובריק, י' (2003). התפתחות השירותים לזקנים בישראל - מבט היסטורי. מתוך א' רוזין (עורך). הזדקנות וזקנה בישראל (עמ' 17-57). ירושלים: אשל.
- האגף לגריאטריה. (2007). קובץ נהלים לבתי חולים גריאטריים. ירושלים: משרד הבריאות.

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2009). שנתון סטטיסטי לישראל. ירושלים.
 יאול, א' (2004). הזקן הסיעודי. ירושלים: אשל.
- ילון-חיימוביץ, ש' זק"ש, ד' ויינטראוב, נ' נוטה, א' מזור, נ' ושות' (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.
- מינהל רפואה. (2006). נהלי עבודה - השירות לריפוי בעיסוק. ירושלים: משרד הבריאות.
- מרגולץ, י' (1963). פעולות מלב"ן- גוינט בישראל בשטח בריאות הציבור (1960-1962). תל אביב: מלב"ן.
- רוזין, א' (2003). חיים בריאים בעת זיקנה. מתוך א' רוזין (עורך). הזדקנות וזקנה בישראל (עמ' 803-808). ירושלים: אשל.
- Barodawala, S., Kesavan, S., & Young, J. (2001). A survey of physiotherapy and occupational therapy provision in UK nursing homes. *Clinical Rehabilitation*, 15, 607-610.
- Green, S., & Acheson-Cooper, B. (2000). Occupation as a quality of life constituent: A nursing home perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63, 17-24.
- Kochersberger, G., Hielema, F., & Westlund, R. (1994). Rehabilitation in the nursing home: How much, why, and with what results. *Public Health Reports*, 109, 372-376.
- Larson, K. O., Stevens-Ratchford, R. G., Pedretti, L., & Crabtree, J. L. (1996). *Role: The role of occupational therapy with the elderly*. Bethesda, MD: The American Occupational Therapy Association.
- Murray, P., Singer, M., Fortinsky, R., Russo, L., & Cebul, R. (1999). Rapid growth of rehabilitation services in traditional community-based nursing homes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 372-378.
- Przybylski, R., Dumont, D., Watkins, M., & Warren, S. (1996). Outcomes of enhanced physical and occupational therapy service in a nursing home setting. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 1-21.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.