Professional Development among Self-Employed Occupational Therapists / עצמאות ובצדה אחריות - התפתחות מקצועית בקרב מרפאים בעיסוק עצמאיים

Author(s): נעה כץ-אוצר, נירית ליפשיץ, Noa Kats Otsar and Nirit Lifshitz

Source: *IJOT: The Israeli Journal of Occupational Therapy / כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק*, חוברת‎ 21, מאי 2012, כרך 2 (מאי 2012), pp. H89-H99

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

Stable URL: https://www.jstor.org/stable/23470342

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

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

עצמאות ובצדה אחריות - התפתחות מקצועית בקרב מרפאים בעיסוק עצמאיים

נעה כץ-אוצר, נירית ליפשיץ

מילות מפתח: התפתחות מקצועית, התערבות על בסיס ראיות, כשירות מקצועית ומטפלים עצמאיים

תקציר

התפתחות מקצועית היא תהליך מדורג המתמשך לאורך החיים. מאמר זה סוקר גישות שונות המתארות מהי מקצועיות, מהי התפתחות מקצועית, כיצד אפשר להעריך התפתחות מקצועית ואיכות מקצועית. המאמר מתמקד במיוחד במשתנים המתערבים בתהליך ההתפתחות המקצועית ובמיקוד צרכים וקשיים בקרב סקטור ייחודי של מטפלים והוא המרפאים בעיסוק העצמאיים. מטרת המאמר היא להעלות למודעות את הצרכים המקצועיים של מרפאים בעיסוק עצמאיים. כמו כן, ליצור בסיס חשיבה למציאת פתרונות להתפתחות מקצועית מתאימה.

מבוא

בשנים האחרונות אפשר לראות גידול ניכר במספר המטפלים העצמאיים בריפוי בעיסוק (http://www.isot.org.il). המושג "עצמאי" מתייחס ליכולת של היחיד להסתדר בכוחות עצמו, לפעול לפי שיקול דעתו והבנתו בלא לקבל תכתיבים מאחרים (שוויקה, 1997). המטפלים יכולים לעבוד בתור קבלנים הנותנים שירות למוסדות, אך אינם שכירים של אותו גוף (Courtney & Farnworth, 2003). מבחינה מקצועית המטפלים העצמאיים אחראים לאיכות הטיפול ונדרשים לעמוד בדרישות סף של משרד הבריאות (חוזר מנהל הרפואה, 2003).

האפיון המיוחד של המטפלים העצמאיים, כמתואר כאן, מעלה גם את הצורך לעמוד על הקשיים העלולים להיגרם מהשתלבות בעבודה במסגרת זו. אחד מן הקשיים החשובים שעמם מתמודדים המטפלים העצמאיים הוא היכולת לשמור על מקצועיות תוך שימור של רכישת ידע במסגרת של טיפול מבוסס ראיות.

להיות מטפל עצמאי משמעותו אוטונומיה רבה ואפשרות גמישה יותר לרווח כלכלי לעומת עובד שכיר. לעומת זאת, חלק מן המטפלים שעובדים כעצמאיים

נעה כץ-אוצר, MSc, OT, בוגרת החוג לריפוי בעיסוק, תואר ראשון אוניברסיטת תל אביב ותואר שני בבית הספר לריפוי בעיסוק של הדסה והאוניברסיטה העברית בירושלים, מרפאה בעיסוק בעלת מכון להתפתחות הילד בפתח תקווה, עובדת בגן תקשורתי במשרד החינוך. noa_kats_otsar@walla.co.il

נירית ליפשיץ, PhD, OT, מרצה בחוג לריפוי בעיסוק בקריה האקדמית אונו, מאבחנת ומטפלת בילדים ומתבגרים בר.ב. הקליניקה לטיפול בילד ובמשפחה בע"מ.
niritlif@gmail.com

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, מאי 2012, 21(2)

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

בקליניקה מדווחים על תחושת בידוד מקצועית (professional isolation) והיעדר פיתוח מקצועי (Courtney, 2005). תורמים לתחושה זו גורמים כגון היעדר קשר יום-יומי עם עמיתים, היעדר ישיבות צוות, דיונים, מערך הדרכה ופיקוח עקבי (Brosky & Scott, 2007).

הפיתוח, ההתנסות וההתעדכנות לכל אורך דרכם המקצועית של המרפאים בעיסוק העצמאיים חשובים גם לכלל המרפאים בעיסוק. מטפלים הבוחנים את יעילותם של חידושים כמענה לצורך של המטופל, עשויים להיחשב כמתקדמים בתחום ויוצרים את הבסיס לגישות ולרעיונות חדשים למקצוע (Law & Baum, 2001).

מאמר זה מעלה לדיון את חשיבות הנושא ואת הפתרונות האפשריים לפיתוח מקצועי שיוכלו להתאים לאוכלוסיית המטפלים העצמאיים בריפוי בעיסוק.

התנאים להגדרה מקצועית של מרפאים בעיסוק

החל מה-30.7.2008 אושר חוק העיסוק במקצועות הבריאות אשר מקצוע הריפוי בעיסוק הוא חלק ממנו (חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, התשס"ח-2008). מטרתו של החוק להבטיח רמה מקצועית הולמת של העוסקים בתחום ולהגן על בריאות הציבור.

תנאי הכשירות הנדרשים ממרפאים בעיסוק לפי החוק הם: תואר אקדמי ראשון כפי שניתן על ידי מוסד להשכלה גבוהה. הכשרה מעשית במשך תקופה שנקבעה בתקנות. עמידה בבחינות שקבע המנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיך לכך (כפי שמוגדר בחוק המוזכר לעיל). כל אלה מקנים למרפאים בעיסוק תעודה לעסוק בתחום מקצועי זה.

החוק אינו נדרש לאופי ההעסקה של מרפאים בעיסוק שמעוניינים לעבוד בתור פרטיים או בתור עצמאיים בהסכם עם קופות החולים. אבל קופות החולים, בהתאם להנחיות של משרד הבריאות, מגדירות תנאים ודרישות סף לגבי כשירות מקצועית של מרפאים בעיסוק עצמאיים שבהסדר אתן. הקופות רשאיות להתקשר עם עובדים חדשים רק אם הם עומדים בדרישות סף. דרישות הסף הן כי המטפלים צריכים להיות נושאי תעודת הכרה במעמד ממשרד הבריאות ותואר בתחום מוסד אקדמי מוכר על ידי מועצה להשכלה גבוהה. בעלי ניסיון של שנתיים לפחות במכון מוכר או יחידה מוכרת לטיפול בילדים ולפחות בהיקף של חצי משרה. אשר קיבלו לפחות 100 שעות הדרכה על ידי גורמים מוסמכים בתחום או בעלי ניסיון של 5 שנים ומעלה שקיבלו במסגרתם 150 שעות הדרכה, דרישות לעדכון עיתי - השתתפות בהשתלמויות והדרכה באופן שוטף כמקובל במקצוע" לפי חוזר מנהל הרפואה (2003).

גישות המתייחסות לפיתוח מקצועי

בסקירת הספרות, כפי שתוצג כאן, אפשר לראות כי במשך השנים חל שינוי בהתייחסות לפיתוח המקצועי של המטפל. הגישה המסורתית העריכה כי פיתוח

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

מקצועי איכותי מבוסס בעיקר על הניסיון המקצועי. ואילו הגישה העכשווית מוסיפה לכך את רכישת הידע והשימוש בראיות מחקריות עדכניות ומוצקות.

Norman (1991) תיאר תהליך הערכה של רמת מקצועית כמבוסס על ניסיון קליני. התהליך כלל שלושה שלבים היררכיים להתמקצעות: (Know, Can, Do) השלב הראשון הוא שלב היעדר הניסיון - "Know" - המטפל הוא בעל ידע תיאורטי נרכש למקצוע או לתהליך עבודתו. השלב השני הוא שלב היכולת - "Can" - המטפל מסוגל להשתמש בידע שרכש בסיטואציות מובנות אבל הוא עדיין זקוק לשליטה רבה בתהליך הטיפולי ולהכוונה של מטפל מוסמך. השלב הגבוה ביותר הוא השלב השלישי, שלב העשייה - "Do" - בשלב זה המטפל מסוגל לבצע את עבודתו הקלינית ללא השגחה תוך שימוש ביכולת של תגובה אינטואיטיבית, לפי מידע קודם, למצבים שעולים. לדעתו, ידע הוא חשוב אך אינו תנאי מספק.

חוקרים אחרים הציעו היררכיות נוספות לדירוג רמת המקצועיות של מטפלים. כולם גורסים שככל שהמטפלים מנוסים יותר, הם יוכלו לפתור בעיות שעולות בטיפול בגמישות ובמהירות רבה יותר על סמך ניסיון העבר (Cervero, 1990; Queeney, 1996). במקביל החלו להתפתח גישות המתארות את התמקצעות המטפל כתהליך של רכישת ידע תיאורטי. Van Leeuwen (1995) שואל מן המדע את המושג "מחצית החיים", הזמן שבו נדרש לחומר כימי להתפרק, לתיאור פרק הזמן שבו מתחיל הידע של אנשי המקצוע להיות לא מעודכן. ב"מחצית החיים המקצועיים" הידע התיאורטי מתחיל להיות מיושן עקב חידושים ושינויים במושגים ועקרונות מנחים במקצוע או עקב שכחה של החומר שנלמד בעבר בתהליך ההכשרה המקצועית. החוקר מציג הערכות סטטיסטיות לגבי מחצית החיים של מקצועות שונים באופן כמותי: לדוגמה: שנה אחת למחשבים, 2 עד 5 שנים לסיעוד, 5 עד 8 לראיית חשבון. לכן, לפי גישה זו סביר להניח שגם למטפלים בריפוי בעיסוק, כמקצוע המבוסס על ידע תיאורטי, עלולה להיות שחיקה בידע אם הם אינם מעדכנים אותו.

ב-1990 הציג Cervero את המושג "knowing in action". הוא הגדיר את המושג כ"יכולת של המטפלים להגיב באופן ספונטני למצב נתון בהסתמך על ידע פנימי" (p. 97). החוקר טען כי כשהידע הפנימי של המטפלים אינו מספק, לדוגמה כשהמטפלים נתקלים בסיטואציה חדשה, הם יחפשו דרכים לפתור את הסיטואציה על ידי חקירה פעילה ואיסוף ידע (השתתפות בהשתלמויות ובקורסים מקצועיים, קריאת חומר מקצועי, השתתפות בכנסים, קבלת הדרכה ועוד). למאמצים האלה יש השפעה על יצירת שינוי ועל רכישת מקצועיות. ואולם, כיום מקובל לחשוב כי כדי לשמור על יעילות, ליצור חידושים ולהתעדכן נדרש מאמץ נוסף. מאמץ זה הוא הפרדיגמה של התערבות על בסיס ראיות (Holm, 2000; Law & MacDermid, 2008).

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

הערכת איכות הפיתוח המקצועי

ברוב המקצועות הטיפוליים וכן גם בריפוי בעיסוק, ההערכה הרשמית היא הערכה בסיסית של הגופים המבקרים לשם השגת תעודה ורישיון לעסוק במקצוע. בדרך כלל, לאורך חייהם המקצועיים של המטפלים אין הערכה רשמית נוספת המתעדת את השמירה ואת הפיתוח המקצועי שלהם (Courtny & Farnworth, 2003).

הערכה עצמית מתוארת כהערכה שבה המטפל בוחן את כישוריו באמצעות עבודתו עם המטופל. ההערכה מתבצעת במהלך הטיפול ועם סיומו, במהלך הטיפול המטפל מנסה להתאים את הטכניקות, את האביזרים ואת אמצעי הטיפול באופן הולם ודינמי כתגובה למשוב שהוא מקבל מן המטופל. לאחר סיום הטיפול ייחד זמן לחשיבה רפלקטיבית תוך התבססות על ראיות, על מהלך הטיפול ועל השגת מטרותיו. בדרך כלל, תהליך החשיבה הרפלקטיבית נדרש יותר כשהמטפל נתקל בסיטואציה חדשה שהוא אינו כשיר דיו להתמודד עמה (Cusick & McCluskey, 2000). חסרונה של ההערכה העצמית היא בכך שלעתים למטפל חסר הידע כיצד לערוך תהליך ביקורתי מבוסס ראיות, חסר זמן פנוי לחפש ראיות מחקריות, יש לו קושי בהערכת ספרות מקצועית, או שחסרות בספרות ראיות מחקריות רלוונטיות לגבי החלטות קליניות שעל המרפאים בעיסוק לקבל יום-יום (גולדסטנד, 2005).

דרך נוספת להערכת המקצועיות היא באמצעות הלקוח. הלקוח יכול להיות המטופל או הגורם המממן את הטיפולים. הלקוח מצפה לקבל שירות איכותי ואחראי ממטפל מקצועי, המתאים את הטיפול על פי העדפותיו וצרכיו של המטופל והוא מסוגל להוכיח את יעילות הטיפול שהוא מספק. אבל חסרונה של הערכה כזאת היא בכך שהלקוח עלול להסתמך בעיקר על איכויות מקצועיות להערכה כגון: מידת הקשר האישי שיש לו עם המטפל, מחיר הטיפול, מראהו של המתקן הטיפולי ונגישותו. ללקוח חסר לעתים הידע המקצועי להערכת המטפל. לכן, המטפלים עצמם יכולים להעשיר את רמת הידע של הלקוחות שלהם על ידי דפי מידע, שיחות וספרים שאפשר לפזר בפינות המתנה. באופן כזה, הלקוחות יכולים להיות שותפים בשאילת השאלות הנכונות לקראת קבלת החלטות טיפוליות המבוססות על ידע ועל ראיות.

כמו כן, כמטפלים אנו יכולים להיעזר בעמיתים לשם הערכה מקצועית. ביקורת של עמיתים מתבצעת כשיש מפגשים של מרפאים בעיסוק ודו שיח מקצועי. במפגשים האלה למשל מציגים תיאורי מקרה בדיון או דרך צפייה בטיפול שבו נראות אינטראקציות של המטפל עם הלקוחות. מפגשים כאלה מעודדים הכרה במטפלים כמטפלים מוכשרים ועוזרים למקד את הטיפול הנכון למצבים המתאימים. חסרונם הוא בכך שבגלל שכמות הדעות רבה בשל מספר רב של אנשים, יתקשו המטפלים לפעמים להגיע להסכמה ולפתרון מועדף (Lysaght & Altschuld, 2000).

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

Cusick and McCluskey (2000) מציעות למרפאים בעיסוק ליישם קבוצות למידה קולגיאליות המבוססות על הפרדיגמה של ביסוס ראיות. המשתתפים יערכו דיונים בממצאי מאמרים ויעריכו את איכות הממצאים ואת הדרכים ליישומם. כמו כן, המשתתפים יוכלו לנסות לפתח שאלה קלינית משותפת ולבחון את הפתרונות ואת יישומם בקליניקה לאחר מעשה.

זאת ועוד, במקומות עבודה מוסדיים אחד הגורמים המעריכים הם המעסיקים. הערכת המעסיקים נעשית, בדרך כלל, על ידי האחראים בתחום באמצעות תצפיות, הצגות תיאורי מקרה, הערכות מובנות, שאלונים ומבחנים למקום העבודה. כמו כן, סקרים הבודקים את מידת שביעות הרצון של המטופלים מן הטיפול. מקומות עבודה המאמצים התערבות מבוססת ראיות יעודדו שימוש במחקר לשיפור איכות ויעילות השירות בתהליך הערכה, בטיפול ולבסוף בתכניות השחרור. המקומות האלה יעודדו קריאת ספרים לשם סקירה מקצועית, ישיבות צוות ודיונים בראיות, יצירת קרנות ותקציבים למחקר. מומלץ כי מקומות העבודה יישמו מדיניות שדורשת שימוש בראיות כבסיס למימון ושימור איכות ויעילות הטיפול. חסרונם הוא בכך שלעתים שיקולים ניהוליים וכלכליים יניעו את המעסיקים להחלטות העלולות לפגוע בשיקולים מקצועיים (Lysaght & Alltschuld, 2000).

מטפלים עצמאיים בריפוי בעיסוק

המטפלים העצמאיים, הפרטיים, הם סקטור שמראה צמיחה בתוך המקצוע. המטפלים העצמאים אינם מועסקים על ידי גוף מסוים כשכירים, הם עצמאים בבחירות שלהם מבחינה עסקית (כל עוד הם ממלאים את דרישות רשויות המס), המטפלים עצמאים גם מבחינת יישום הטיפול וההחלטות המקצועיות באופן מלא או חלקי (כל עוד הם מבוטחים). הם קובעים לעצמם את היקף משרתם ואת מיקום הקליניקה ומייצגים את השונות שיש במקצוע הריפוי בעיסוק במגוון הרב של התמחויות או מיקום הטיפול (בית הלקוח, מקום העיסוק או קליניקה).

מטפלים עצמאיים יכולים לחתום על חוזים עם כמה לקוחות הדורשים שירות (כמו למשל כמה קופות חולים) אך אינם מועסקים דרכם. אין הם עוברים את תהליכי ההיררכיה המצויים במסגרות ציבוריות. כמו כן, על פי רוב, אין הם מחויבים בתהליכים ובנורמות של מסגרות ציבוריות (ישיבות צוות תכופות, הדרכות וכפיפות ל"בוס", כפיפות לגישות טיפול נהוגות ועוד) (Courtney, 2005; Courtney & Farnworth, 2003).

לעומת זאת, נדרשים מהם ידע בעסקים, יכולת התנהלות עם בירוקרטיה, יכולת ניהול, יכולת שיווק, ויכולת מימון עצמי. רוב המטפלים זקוקים לקשרים ולמקורות הפניה קבועים לשם עבודה שוטפת. בתחילת דרכם המטפלים נדרשים להון עצמי לשם ביסוס הקליניקה (Brosky & Scott, 2007).

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

התפתחות מקצועית בקרב מטפלים עצמאיים

התפתחות מקצועית נרכשת כתהליך מתמשך ומתפתח לאורך החיים. פיתוח הכשירות המקצועית ייעשה כשהמטפל ייחד זמן וחשיבה קלינית לסוגיות העולות בטיפול ובעיסוק במקצוע. על מנת לענות על סוגיות אלו, בהתערבות הטובה ביותר המטפל יתבסס על ראיות באופן יום-יומי. זהו תהליך מתמשך לאורך חייו המקצועיים של המטפל, ללא יעד סופי אשר עם הזמן הופך להרגל (Leach, 2002).

לרבים מן המטפלים העצמאיים יש היסטוריה של התמודדות עצמאית עם סוגיות מקצועיות (Courtney & Farnworth, 2003). אף על פי שאין ויכוח בקרב מטפלים עצמאיים על הצורך ברכישה ובשמירה על כשירות מקצועית, ובשימוש בתמיכה של ראיות לשם התערבות יעילה ועדכנית יותר - יש קושי להגדיר כיצד להעריך את רמת ההתערבות וליישם אותה. בסקר שנערך ל-16 מרפאים בעיסוק עצמאיים לגבי נושאים הקשורים לכשירות מקצועית, המטפלים ידעו לזהות אי כשירות מקצועית אצל אחרים ויכלו לספר על מטפל עצמאי שהתיימר להיות כשיר לטיפול מסוים ולא היה. לעומת זאת, הם התקשו לזהות את המגבלות שלהם כמטפלים שיגרמו להם לבקש הדרכה (Courtney & Farnworth, 2003). מחקר שבדק תפיסות ומגבלות של מרפאים בעיסוק עצמאיים לגבי שימוש בהתערבות מבוססת ראיות, הראה כי למטפלים קושי במיומנויות הערכה ויישום. המטפלים דיווחו כי רוב מקור הידע שלהם נצבר מקורסים מקצועיים ומניסיון מקצועי ולא מממצאי מחקר או ממקורות ידע כתובים עדכניים (Barrett & Paterson, 2008).

הערכת מקצועיות ואיכות טיפול בקרב מטפלים עצמאיים בריפוי בעיסוק בארץ

בארץ כמעט אי אפשר למצוא מחקרים העוסקים באיכות ההתערבות של מרפאים בעיסוק עצמאיים/פרטיים. זינגרביץ וזק"ש (1998) בדקו את הערכת איכות טיפול בקרב מטפלים פרטיים העובדים בתחום הפדיאטרי. הן ציינו כי כדי לבסס את תחום השירות כחשוב, מועיל ויעיל בתרומתו להתפתחות הילד, יש להגדיר מהו טיפול איכותי ומי יכול לספק אותו. איכות טיפול מתייחסת לבדיקה ולבקרה של כל ההיבטים הקשורים למאפייני השירות שניתנים בטיפול, כגון: ציוד, שיטות כלים והכשרה. החוקרות ניסו להגדיר סטנדרטים בסיסיים של איכות טיפול ולבדוק באיזו מידה יש התאמה בין הסטנדרטים האלה לבין סטנדרטים המצויים בקרב אוכלוסיית המרפאות בעיסוק הפרטיות בישראל. הורכב שאלון שכלל רשימת מדדים וסטנדרטים מומלצים להבטחת איכות טיפול על סמך ספרות מקצועית וניסיון קליני. המדדים שנבדקו קובצו לשלוש קטגוריות: מבנה, תהליך ותוצאה לפי שיטת הגדרה ומדידת איכות טיפול של Donabedian (1982). מדדי המבנה מתארים אספקטים ארגוניים ומתייחסים לציוד, למבנה פיזי של הקליניקה ולכישורי כוח האדם הכוללים: רישוי, השתלמויות, הסמכה, הדרכה ועוד. מדדי התהליך מתייחסים לשימוש בכלי אבחון סטנדרטים, הגדרת מטרות ויעדי טיפול,

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

הגדרת לוח זמנים משוער להשגת מטרות הטיפול ותיעוד מהלך הטיפולים. מדדי התוצאה מתייחסים לשביעות רצון הלקוח והשגת מטרות הטיפול. כשירות מקצועית היא אחת מתוך שלוש הקטגוריות וקשורה למדדי המבנה. היא נוגעת לרישוי ולהכרה במעמד על ידי משרד הבריאות, למיומנות ולהכשרה מקצועית של המרפאים בעיסוק. בתחום הכשירות המקצועית דיווחו החוקרות כי 94.6% (N=56) מן המרפאים בעיסוק היו בעלי ניסיון בפועל בתחום הפדיאטרי לפחות יותר מ-5 שנים. רובן (94.6%) היו חברות בארגון מקצועי הקשור לתחום הריפוי בעיסוק. לגבי רישוי והכרה במעמד על ידי משרד הבריאות נמצאו תוצאות לא מספקות (87.3%). ואולם, חשוב לציין כי כיום, תעודת מרפא בעיסוק (כפי שצוין כאן, שהיא תחליף לרישיון ולתעודת הכרה במעמד) היא תנאי בסיסי לעבודה במקצוע ומעוגנת בחוק (חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, 2008). ראוי לציין, שמחקר זה נעשה לפני שפרדיגמת טיפול מבוסס ראיות נלמדה באופן נרחב בריפוי בעיסוק ועל כן יש מקום לחזור על מחקר מעין זה כיום.

על אף שריפוי בעיסוק בתחום הפרטי בארץ הוא תחום מתפתח עדיין אין לכך התייחסות מספקת בספרות. יש מקום לקלינאים עצמאיים שיהיו שותפים בחקר הנושא, שיסייעו בזיהוי חולשות ובדרכים לשמירה על איכות הטיפול. כמו כן, יציעו מתוך ניסיונם האישי תהליכים לתיקון ולשיפור.

פתרונות אפשריים לפיתוח מקצועי בקרב מטפלים עצמאים

מטפלים עצמאיים מדווחים על קשיים בשמירה על מקצועיות יעילה. במקרים שבהם המרפא בעיסוק הוא עובד יחיד בקליניקה עלולה להיות חסרה לו ההפריה ההדדית שמזמנת עבודת צוות. גורמים נוספים העלולים להגביל פיתוח כשירות מקצועית והתערבות טובה יותר בקרב מטפלים עצמאיים הם: מחסור בזמן ללמידה ובמשאבים כלכליים. המטפלים העצמאיים עוסקים באדמיניסטרציה רבה הכרוכה בניהול העסק, אינם מתוגמלים עבור שעות הניהול ושעות כתיבת הדוחות. כמו כן, אין מעסיק שישתתף בעלות ההשתלמויות.

למטפלים יש כמה דרכים לשמור על התפתחותם המקצועית, ולהציע למטופלים פתרונות קליניים מבוססים: השתתפות בקורסים מבוססים על ראיות, ימי עיון וכנסים וקריאת ספרות מקצועית עדכנית. וכן, השתתפות בקבוצות למידה ודיון מקצועיות ושמירה על קשר עם אוניברסיטאות ומכללות דרך הנחיית סטודנטים.

יכולתו של המטפל להתעדכן בספרות המקצועית הרלוונטית והחדשנית דורשת, לרוב, נגישות למחשבים ושימוש קבוע במאגרי מידע אלקטרוניים. אפשרות נוספת היא ביקור בספרייה מקצועית המצויה באוניברסיטאות ומאפשרת נגישות לחומר מקצועי. אמצעי נוסף הוא לרכוש מינוי לכתב עת מקצועי מוכר. מטפלים שקוראים יותר מאמרים בכתבי עת מקצועיים הם לרוב מטפלים שמעריכים יותר את חשיבות המחקר והידע התיאורטי (Dysart & Tomlin, 2002).

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

כמו כן, השתתפות בקבוצות דיון ולמידה עם עמיתים או באינטרנט, הסוקרות ידע על בסיס ראיות וממצאי מחקר בשיתוף פעולה מאפשרת למטפל נגישות למגוון מאמרים וידע נרחב יותר מאשר חיפוש ידע עצמאי. בקבוצות, אפשר לדון כיצד אפשר ליישם את הממצאים בקליניקה באופן ביקורתי ושיטתי, ולהעריך יחדיו את איכות הממצאים מן המאמרים ומקורות הידע. אפשר לשלב בקבוצות האלה מנחה בעל ידע במחקר שיסייע למטפלים לנסח שאלה קלינית, לבקר את ממצאי המחקר שמעמידים בסיס למציאת פתרונות, ולתכנן דרך מתאימה ביקורתית ושיטתית ליישום הפתרונות ולבחינת התוצאות (Barrett & Paterson, 2008).

בישראל פועלות כמה קבוצות עניין מקצועיות[1] של מרפאות בעיסוק שמטרתן למידה משותפת ופיתוח התחום המקצועי שהן עוסקות בו. בחלק מקבוצות אלו פעילות מרפאות בעיסוק המשתלבות במסגרות עבודה פרטיות/עצמאיות. לדוגמה: הפורום להערכה ואבחון ילדים בריפוי בעיסוק, פורום ליקויי למידה וקבוצת עבודה-מרפאים בעיסוק בבתי אבות.

מלבד זאת, הנחיית סטודנטים בקליניקה פרטית משמשת גם היא דרך לשמור על כשירות מקצועית ומחדדת את הצורך להציג את ההתערבות הטובה ביותר. המפגש עם הסטודנט ושאלותיו מציב למרפאים בעיסוק העצמאיים אתגר להיות בקשר עם האוניברסיטאות, להתעדכן ולהשתמש בידע העדכני שרכשו ולדעת לתת מענה לצורכי הסטודנט במהלך ההדרכה (Sloggette, Kim, & Cameron, 2003).

סיכום

מרפאים בעיסוק עצמאיים שייכים לסקטור ייחודי שבו הם מתווים לעצמם את אופי המסגרת המקצועית שבה הם עובדים. בד בבד עם מגמת הצמיחה של מקצוע הריפוי בעיסוק (Faith, 2011), באתר העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק (http://www.isot.org.il) אפשר לראות, תחת הקטגוריה של "קליניקות ומטפלים", רשימה הולכת וגדלה של מרפאים בעיסוק עצמאיים ופרטיים. עד כה, המרפאים בעיסוק המצוינים כאן לא יצרו לעצמם פורום שיעמיד בסיס לחשיבה משותפת על אודות קידומם המקצועי.

על רקע של הצמיחה של תת קבוצה מקצועית זו ובהיעדר מסגרת אחרת לדיון, מטרתו של מאמר זה הוא ליצור בסיס חשיבה למיקוד הצרכים והקשיים שבהם נתקלים מרפאים בעיסוק עצמאיים.

התפיסה המעניינת של Wood (2004) למושג "מקצועיות" יכולה לסייע בדיון. Wood מחלקת את המושג לשלושה מאפיינים: הלב, הדעת והנשמה. הלב מייצג את הגאווה, המוטיבציה וההנאה מהמקצוע. הדעת מייצגת רכישת ידע ולמידה

[1] קבוצות עניין מקצועיות מוצגות באתר העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק http://www.isot.org.il/emall/shopDepartment.asp?sc=1872&id=57630&fid=16579

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

אקדמית לאורך שנות העבודה במקצוע והנשמה מייצגת עבודה שיתופית עם עמיתים ושיתוף ברעיונות, בדעות ובשיח. יש צורך בשמירה ובפיתוח של שלושת המאפיינים כדי שמטפל ירגיש סיפוק, עניין והנאה לאורך חייו המקצועיים.

כמו כן, חשוב לציין כי יצירת בסיס חשיבה לאפשרויות פיתוח מקצועי שיתאימו לדרך העבודה והמגבלות של המטפל העצמאי, מאפשרת מענה לשמירה על כשירות מקצועית לכלל המרפאים בעיסוק (זינגרביץ וזק"ש, 1998). כמו כן היא מאפשרת קידום מתן השירות לצרכנים.

מקורות

גולדסטנד, ש' (2005). ריפוי בעיסוק על בסיס ראיות מחקריות: פרדיגמה חדשה להתערבות הטובה ביותר. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 14*(3), H165-H157.

העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק, אתר קליניקות ומטפלים. http://www.isot.org.il.

זינגרביץ, ח' וזק"ש, ד' (1998). קביעת סטנדרטים להערכת איכות טיפול בריפוי בעיסוק פדיאטרי פרטי. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 7*(1), H22-H3.

חוזר מנהל הרפואה מס' 46 (2003). דרישות מינימום לעובדי מקצועות בריאות המטפלים בתחום "התפתחות הילד". הוצא בתאריך 11 ביוני 2003, מתוך: תיק מס' 113/7/5 http://www.health.gov.il.

חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, כ"ז בתמוז תשס"ח (2008). הוצא בתאריך 9.7.2009 מתוך:
http://www.justice.gov.il/NR/rdonlyres/EBBC59946351F-4021-81F7-453ED648F2C9/11280/2172

ילון חיימוביץ, ש', זק"ש, ד', וינטראוב, נ', נוטה, א', מזור, נ' ועמיתים (2006). *מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל (מתע"מ)*. תל-אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.

שוויקה, י' (1997). *רב מילים - המילון השלם לעברית החדשה*. הוצאת מט"ח, ישראל.

Barrett, D., & Paterson, M. (2008). Evidence-based practice in private practice occupational therapy: Perceptions, barriers and solutions. *Occupational Therapy Now, 11*(3), 8-10.

Brosky, J. A., & Scott, R. (2007). Professional competence in physical therapy. *Journal of Allied Health, 36*, 113-118.

Cervero, R. (1990). *A model of professionals as learners: Visions for the future of continuing professional education.* Georgia: University of Georgia.

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

Cervero, R. M., & Yang, B. (1994). Can Houle's typology of professionals predict participation in continuing education? *The Journal of Continuing Higher Education, 42,* 2-9.

Courtney, M. (2005). The meaning of professional excellence for private practitioners in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal, 52,* 211-217.

Courtney, M., & Farnworth, L. (2003). Professional competence for private practitioners in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal, 50,* 234-243.

Cusick, A., & McCluskey, A. (2000). Becoming an evidence-based practitioner through professional development. *Australian Occupational Therapy Journal, 47,* 159-170.

Donabedian, A. (1982). *Exploration in quality assessments and monitoring: The criteria and standards of quality.* Michigan: Health Administration Press.

Dysart, A. M., & Tomlin, R. (2002). Factors related to evidence-based practice among U.S occupational therapy clinicians. *American Journal of Occupational Therapy, 56,* 275-284.

Faith, E. A. (2011). Helping more practitioners become academics. *OT Practice, 16*(3), 8-12.

Holm, M. B. (2000). Our mandate for the new millennium: Evidence-based practice, 2000 Eleanor Clarke Slagle Lecture. *American Journal of Occupational Therapy, 54,* 575-585.

Law, M., Baum, C., & Winnie, D. (2005). *Measurement in occupational therapy: Measuring occupational performance.* USA: Slack.

Law, M., & MacDermid, (2008). *Evidence-based rehabilitation. A guide to practice.* Thorofare, NJ: Slack.

Leach, D. (2002). Competence is a habit. *JAMA, 287,* 226-235.

Lysaght, R., & Altschuld, J. (2000). Beyond initial certification: The assessment and maintenance of competency in professions. *Evaluation and Program Planning, 23,* 95-104.

Norman, G. (1991). Can an examination predict competence? The role of recertification in maintenance of competence. *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 24,* 121-124.

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms

Queeney, D. S. (1996, October). *Redefining competency from a systems perspective for the 21st century.* Paper presented at the Annual Meeting of American Association for Adult and Continuing Education, Charlotte, NC.

Sloggette, K., Kim, N., & Cameron, D. (2003). Private practice: Benefits, barriers and strategies of providing fieldwork placements. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 70,* 42-50.

Van Leeuwen, Y., Mol, L., Pollemans, C., Drop, M., Grol, R., & Van der Vleuten, C. (1995). Change in knowledge of general practitioners during their professional careers. *Family Practice, 12,* 313-317.

Wood, W. (2004). The heart, mind, and soul of professionalism in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy, 58,* 249-257.

This content downloaded from
132.74.55.200 on Thu, 15 Sep 2022 20:59:30 UTC
All use subject to https://about.jstor.org/terms