



הסוכנות היהודית לארץ ישראל
The Jewish Agency for Israel



מאירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE
مايرس - جويנט - معهد بروكديل



Jewish Federation
OF CLEVELAND

תכנית "אישה" ללימודי המשך של רופאים בשירותי בריאות כללית: דוח הערכה

יעל אשכנזי ♦ רויטל גרוס ♦ יעל רוקוף ♦ ברוך רוזן

דוח זה נכתב כחלק מהערכה של התכנית לקידום בריאות האישה בישראל (ISHA), המשותפת לפדרציה היהודית של קליבלנד ולסוכנות היהודית. "אישה" היא תכנית רב-ארגונית ובין לאומית ייחודית, המכשירה ומפגישה בין רופאים ראשוניים, אנשי מקצועי בתחום הבריאות, פעילים למען בריאות האישה, אנשי אקדמיה וחוקרים, בשותפות עם ארגונים מובילים במטרה לקדם את בריאות האישה בישראל.

ההערכה התבצעה בסיוע הסוכנות היהודית והפדרציה היהודית של קליבלנד



פרסומים נוספים של המכון בנושאים קשורים

אלרועי, א.; גרוס, ר.; אשכנזי, י.; רוזן, ב. 2008. "פרויקט אישה" – הערכת התכנית לפיתוח מנהיגות נשים בקהילה לקידום בריאות נשים – דוח מסכם. דמ-513-08

אשכנזי, י.; גרוס, ר. 2004. מצב הבריאות של נשים בישראל – סקירת נתונים. מ-117-04

ניסנהולץ, ר.; רוזן, ב. 2011. כוח אדם רפואי וחינוך רפואי בתמיכת הממשלה. מ-137-11. (באתר המכון בלבד)

להזמנת הפרסומים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל,

ת"ד 3886, ירושלים 91037

טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391,

דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il;

ניתן למצוא את הפרסומים גם באתר המכון: jdc.org.il/brookdale

תמצית מחקר

רקע: תכנית "אישה" ללימודי המשך של רופאים

תכנית אישה, המתבצעת ביוזמתה של הפדרציה היהודית של קליבלנד וממומנת בסיועה, מוקדשת לשיפור בריאותן של הנשים בישראל. התכנית, שהיתה מפעל משותף של הפדרציה היהודית בקליבלנד והסוכנות היהודית, עוצבה באופן אסטרטגי כמאמץ רב-מערכתי שמטרתו להביא לשינוי באמצעות סדרת פרויקטים שכוונו הן אל ספקי שירותי בריאות והן אל צרכני שירותים אלו. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל היה מעורב בתכנון התכנית מראשיתה וגם ליווה אותה וביצע הערכה שוטפת שלה.

רכיב עיקרי של התכנית הוא תכנית ללימודי המשך של רופאים (תכנית CME) שביצעה שירותי בריאות כללית בשנים 2004-2008. מטרת התכנית הייתה לשפר את הטיפול בנשים במרפאות כללית באמצעות תכנית הכשרה שנועדה להגביר את המודעות, הידע, הכישורים ותחושת המסוגלות של הרופאים. בנוסף, התכנית יצרה הזדמנות לפתח שיטה חדשה של למידה קבוצתית של רופאים במרפאות, המבוססת על למידה מרחוק. ההנחה הייתה שהתמקדות בסוגיות בריאות האישה ושיפור היכולת להתמודד עם סוגיות אלה יביאו ל:

(א) הגברת המוטיבציה של רופאים לתת קדימות גבוהה יותר לסוגיות בריאות האישה

(ב) שיפור באפקטיביות של הטיפול

התכנית התבססה של שיטה חדשנית של למידה מרחוק: למידה מתוקשבת א-סינכרונית בקבוצות עמיתים קטנות, שהתקיימו במרפאות הראשוניות עצמן, ושולבו בתוך לוח הזמנים של העבודה השוטפת. אחד מרופאי המרפאה הנחה את השיעורים, שהיו אינטר-אקטיביים ודרשו השתתפות פעילה. אמצעי הלמידה העיקרי היה דיון בקבוצה. השיעורים התקיימו במרפאות במשך שעות העבודה, וכל מרפאה התקדמה בקצב שלה. ככל הידוע לנו, ייתכן שזוהי הפעם הראשונה – בישראל או בעולם – שפותחה מערכת מעין זו ללמידת עמיתים בקבוצות בתוך המרפאות עצמן.

התכנית כללה 18 שיעורים העוסקים בנושאים מרכזיים בבריאות האישה. כך, לגבי כל שיעור, הקופה פיתחה מודולה ללמידה מתוקשבת. המודולות פותחו בעזרת הוועדה המייעצת של הפדרציה של קליבלנד.

מספר יחידות משירותי בריאות כללית היו מעורבות בפיתוח התכנית: אגף רפואה, מחלקת המחשוב ומחלקת ההדרכה. הוקמה ועדת היגוי לפרויקט ובה נציגים של המחלקות השונות בשירותי בריאות כללית שהיו מעורבות בתכנית וכן מומחים מאוניברסיטת תל אביב שגם ליוו את התכנית וסיפקו קרדיטים אקדמיים לרופאים המשתתפים.

כל שיעור הוכן בידי שני רופאים ישראלים: מומחה בנושא השיעור ורופא משפחה שהביא את נקודת המבט של רפואת המשפחה. מפתחי התוכן היו בקשר עם מומחים מובילים מקליבלנד אשר נתנו תשומות לגבי כל שיעור. לאחר מכן, חברה מסחרית המתמחה בלמידה מרחוק (בריטניקה) הכינה את החומר בצורת שיעור ממוחשב אשר הועלה לאתר האינטרנט. הנושאים שנכללו היו – מבוא לרפואה

מגדרית, נערות מתבגרות, גיל המעבר, אוסטאופורוזיס, תסמונת קדם-וסתית, דיכאון אחרי לידה, אלימות במשפחה, תכנון משפחה, מעקב הריון, אל-וסת, סרטן השד, קרדיולוגיה, אי-שליטה בשתן, מיניות ומחלות אוטו-אימוניות. התקשורת עם קליבלנד התמקדה בהגדרת הטיפול הטובים ביותר לפי הספרות, הדרכים הטובות ביותר להעביר את המסרים הללו במסגרת המרפאה, וכיצד לנצל בצורה הטובה ביותר את יתרונות התקשורת האלקטרונית. היה על צוות התכנית לאתר את המומחים הטובים והמתאימים ביותר בישראל לכל נושא, להכיר להם את שיטת הלימוד החדשה ולתווך בינם לבין עמיתיהם בקליבלנד.

אחד האתגרים המרכזיים, מעבר לאתגר של פיתוח השיעורים, היה הפעלת התכנית במאות המרפאות המפוזרות ברחבי הארץ. האתגר היה קשה במיוחד לאור העובדה שביצוע התכנית היה תלוי ביוזמת כל צוות בכל מרפאה ובמחויבותם להתמודד עם הלמידה השוטפת במסגרת סדר היום העמוס שלהם, ללא תוספת שכר. יתר על כן, ייתכן שלפני התכנית, נושא בריאות האישה לא עמד בראש סדר העדיפויות של רבים מן הרופאים. אם כן, המרפאות התבקשו למעשה להתמודד בעת ובעונה אחת עם

(א) הענקת קדימות לנושא בריאות האישה

(ב) למידת שיטת לימוד ממוחשבת שלא הכירו קודם לכן

(ג) פיתוח נורמה של למידת עמיתים בקבוצה שלא בהכרח היתה קיימת קודם לכן ברוב המרפאות.

היישום הכולל של התכנית דרש שדרוג משמעותי של תשתית המחשוב וכן מתן תמיכה משמעותית בנושא זה בתוך המרפאות. כמו כן היה צורך להכשיר צוות מיוחד של מנחים. בכל מחוז, התבקשו מנהלי המחוזות להתגייס לצורך ביצוע התכנית, לעודד את המרפאות המשתתפות, ולמנות רכוז מטעם המחוז. כל מרפאה שהשתתפה בתכנית מינתה מנחה, שעבר הכשרה קצרה.

מכאן ניתן לראות שתכנית אישה בשירותי בריאות כללית הייתה יוזמה שאפתנית וחדשנית ללמידה מתוקשבת קבוצתית לרופאים. התכנית פותחה תוך יצירת קשר ייחודי שכלל חילופי ידע וניסיון בין קבוצות מותאמות של מומחים, מישראל ומקליבלנד, בכל אחד מן הנושאים העיקריים.

הפילוט והערכתו

התכנית החלה בביצוע פילוט בן שבעה שיעורים ב-27 מרפאות בשני מחוזות בשנים 2004-2005. מטרת הפילוט הייתה לבדוק האם מבנה השיעורים הוא טוב, האם ניתן להעבירם במרפאות במסגרת קבוצתית, ומהן התרומות הנתפסות של השיעורים. הפילוט נועד לסייע בהמשך פיתוח התכנית. בוצעה הערכה רב-ממדית שבמסגרתה נעשה שימוש הן בכלים כמותיים (שאלונים למשתתפים, טופסי משווא מובנים) ואיכותניים (ראיונות עומק, תצפיות). הממצאים הצביעו על שיפור בידע, בתחושת מסוגלות, ביחס למטופלות ובטיפול, זאת בכמחצית מנושאי הקורס. רוב הרופאים דיווחו שהם ביצעו או שהם מתכננים לבצע שינויים בדרכי הטיפול שלהם בנשים. רובם גם היו מרוצים מאוד משיטת הלימוד החדשה. בעקבות הפילוט, ובשיתוף עם הוועדה המייעצת של קליבלנד, אותרו מספר דרכים לשיפור השיעורים, ושיפורים אלה אכן הוכנסו.

התכנית המלאה והערכה

בהתבסס על המשוב שהתקבל מן הפילוט, פותחו 11 שיעורים נוספים. התכנית הופצה לכל המרפאות הראשוניות של כללית שיש בהן לפחות שלושה רופאים. בסך הכל השתתפו בתכנית המלאה יותר מ-200 מרפאות ולמעלה מ-1000 רופאים. מכיוון שכל רופא מטפל במאות נשים, הרי לתכנית זו פוטנציאל להשפיע על בריאותן של מאות אלפי נשים בישראל.

מטרות

ההערכה נועדה

1. לבדוק את יישום התכנית בקנה מידה נרחב
2. לבחון את תרומת התכנית לשיפור יחס הרופאים, הידע שלהם, תחושת המסוגלות, כישוריהם, ודפוסי הטיפול שלהם בכל הנוגע לסוגיות שונות בבריאות האישה שבהן התמקדה התכנית, כמו גם את חוויית הטיפול ושביעות הרצון של המטופלות.

שיטות

ההערכה בוצעה בשני מחוזות: שרון-שומרון וירושלים. במחוזות אלה יש אוכלוסייה יהודית ואוכלוסייה ערבית, וכן יישובים עירוניים וכפריים. שני המחוזות הצטרפו לפרויקט אחרי שלב הפילוט, כך שכל המרפאות החלו לעבוד עם השיעורים המשופרים.

הערכת הביצוע נסמכה על בסיס הנתונים המנהליים של התכנית וכן על ראיונות עם הרופאים.

הערכת תרומת התכנית כללה שלושה רכיבים: סקר שנערך בקרב הרופאים במרפאות שבתכנית, סקר שנערך בקרב נשים שביקרו במרפאות ובחינה של שינויים על פני זמן שהתבססה על אינדיקטורים קליניים מתוך מסד הנתונים של כללית. הסקרים בוצעו במערך לפני-אחרי, שבו נערכה השוואה בין תשובות הרופאים והמטופלות (לא אותן הנשים) לפני ואחרי הפעלת התכנית. בכל קבוצה שאלנו שאלות שסברנו שהקבוצה תוכל לענות עליהם היטב; המטרה העיקרית הייתה ליצור תמונה מלאה ומדויקת ככל האפשר של הטיפול שהנשים מקבלות במרפאות וכן של השפעת ההתערבות על הטיפול.

לא ניתן היה להשתמש בפורמט של ניסוי אקראי להגדרת קבוצת ביקורת, משום שכמעט כל המרפאות במחוזות ירושלים ושרון-שומרון השתתפו בתכנית, לפחות בתחילה.

סקר הרופאים נערך בשלושה סבבים: לפני, במשך ואחרי התכנית. סקר הנשים נערך לפני ואחרי התכנית. לא כל המרפאות בשני המחוזות סיימו את כל השיעורים (הדבר נכון גם במחוזות האחרים) וההערכה נעשתה רק באותן מרפאות שסיימו לפחות 11 שיעורים עד לתאריך מסוים. מתוך 26 המרפאות שסיימו 11 שיעורים, הרוב (19 מרפאות) סיימו 17 או 18 שיעורים. שאר 7 המרפאות סיימו 11-16 שיעורים¹.

¹ מספרים אלה מתייחסים לסקר הרופאים. המספרים לגבי סקר הנשים שונים במקצת. ראו פרטים בדוח המלא.

שאלנו את הרופאים על היחס שלהם, תחושת המסוגלות שלהם והטיפול שהם נותנים, כל זאת בהקשר לנושאים שנדונו בקורס וביחס לשיחות שלהם עם המטופלות ולטיפול עצמו. בנוסף, ביקשנו מהרופאים לציין את שביעות רצונם הכללית מן הקורס, מתכניו ומשיטת הלמידה הייחודית שהופעלה בתכנית.

הנשים נשאלו בתחילה על מצב בריאותן ועל הרקע הסוציו-דמוגרפי שלהן. לאחר מכן שאלנו אותן על היבטים ספציפיים של הקשר עם הרופא: השיחות שקיימו עם הרופאים (בנושאים הקשורים לתכנית), הפניה על ידי הרופאים לבדיקות שונות, ושביעות רצוןן ודעתן על הטיפול שקיבלו. הייתה חפיפה חלקית בין שני השאלונים – היו שאלות ששאלנו הן את המטופלות והן את הרופאים (שיחות), והיו שאלות ששאלנו רק את הרופאים (מסוגלות, יחס, ידע) או רק את המטופלות (שביעות רצון מהטיפול, הפניות, מדידות). כאמור, שאלנו בכל קבוצה רק את השאלות שסברנו שיוכלו לענות עליהן היטב.

האינדיקטורים הקליניים נבחרו על פי שני קריטריונים: (א) אינדיקטורים הקשורים לנושאי השיעורים, ועל כן היו יכולים להיות מושפעים מן ההשתתפות בשיעורים; (ב) נתונים על האינדיקטורים היו זמינים ברשומות האלקטרוניות וניתן היה לשלוף אותם מתוך מסוד הנתונים של כללית. את האינדיקטורים בחרו מנהלי התכנית משירותי בריאות כללית ביחד עם ועדת הייעוץ מקליבלנד. הנתונים על האינדיקטורים נשלפו מתוך מסד הנתונים הממוחשב של כללית על ידי מחלקת המידע והסטטיסטיקה שלהם. השוונו בין השינויים על פני זמן שהתרחשו במרפאות שסיימו את השיעורים לבין השינויים שהתרחשו במרפאות ההשוואה (אלה שלא סיימו את השיעורים).²

ממצאים

ממצאים לגבי הפעלת התכנית

אחת הסוגיות שנבחנה בתכנית הייתה יכולתן של המרפאות להפעיל את התכנית ומידת המחויבות שלהן אליה. התכנית הייתה ארוכה, ולא כל המרפאות סיימו אותה. היא כללה 18 שיעורים שלפי התכנון היו אמורים להתפרס על פני 18 חודשים, ובפועל נמשכו יותר. הדבר דרש התמדה רבה מהנהלת המרפאה ומהצוות במשך תקופה ארוכה (כשנתיים). מתוך 53 המרפאות שהצטרפו לתכנית באמצע שנת 2006 בשני המחוזות שבדקנו, 27 (51%) סיימו לפחות 11 שיעורים עד לפברואר 2008. מתוכן, 19 מרפאות (36% מתוך 53 המקוריות) סיימו 17 או 18 שיעורים עד לינואר 2009. מתוך ראיונות ושיחות שקיימנו עולה, כי עומס העבודה הכבד, חוסר זמן ותכניות מתחרות היוו את הסיבות העיקריות לאי-השלמת התכנית. ייתכן גם שלאור הצרכים הרבים, בריאות האישה איננה עומדת בראש מעייניהן של חלק מהמרפאות. ייתכן, אם כן, שהציפייה שכל המרפאות יסיימו את מלוא התכנית לא הייתה ראלית. יחד עם זאת יש לזכור שגם מי שלא סיימו את כל השיעורים נחשפו לידע חדש ולגישות חדשות.

מעבר לשאלת מספר השיעורים, בדקנו גם את האיכות הנתפסת של השיעורים. המשתתפים שראינו במשך הפילוט ציינו כמה חשובים היו הדיונים בקבוצה לתהליך הלמידה, ועד כמה מרכזי היה המנחה

² מכיוון שלא בכל מרפאה נלמדו כל השיעורים, אלה שלא השתתפו בשיעור מסוים נחשבו לקבוצות השוואה לגבי אותו אינדיקטור בלבד. ראו סעיף 5.2 בדוח המלא.

בתהליך זה. הן הראיונות והן התצפיות שערכנו בשיעורים הצביעו על כך שאיכות ההנחיה השפיעה במידה רבה על האפקטיביות של השיעורים, אם כי הייתה שונות בין המרפאות השונות.

ממצאים מן הסקרים שנערכו לפני הקורס

הסבב הראשון של הסקרים סיפק בסיס נתונים תחילי להערכת השפעת התכנית. סקר הרופאים שנערך לפני הקורס העלה שרוב הרופאים אינם יוזמים שיחות עם רבות מן המטופלות לגבי רוב הנושאים. סוגיות נפשיות-חברתיות כגון אלימות במשפחה, ומיניות/התנהגות מינית התגלו כנושאים מוזנחים במיוחד. גם לגבי הטיפול עצמו נמצא שרוב הרופאים לא טיפלו בבעיות מסוימות.

בסך הכל, לפני הקורס, נראה שלרופאים נוח היה לעסוק בסוגיות ביו-רפואיות ולא חברתיות-נפשיות; זאת הן לגבי שיחות עם המטופלות והן לגבי טיפול בהן. דוגמאות לנושאים "חזקים" שהרופאים הרגישו לגביהם בנוח הן: היסטוריה משפחתית של סרטן השד ואוסטאופורוזיס; דוגמאות לנושאים "חלשים": מיניות, אלימות במשפחה ותכנון משפחה. כמו כן מצאנו שהרופאים דיווחו על תחושת מסוגלות נמוכה באשר לחלק מהבעיות – איתורן, הטיפול בהן והשיחה עליהן. מבחן הידע הראה פערים משמעותיים בידע לגבי חלק מן הנושאים האלה. כל הממצאים הדגישו את החשיבות של התערבות מתוכננת.

כפי שניתן היה לצפות מסקר שנערך במרפאות ראשוניות, הנשים שנסקרו היו מבוגרות יותר ובעלות שיעור גבוה יותר של תחלואה כרונית מאשר כלל אוכלוסיית הנשים. כמעט לכל הנשים היה רופא משפחה קבוע ויותר ממחציתן היו בטיפולו למעלה מחמש שנים. רוב הנשים נתנו ציון גבוה לטיפול שקיבלו מהרופא שלהן. שיעור גבוה מהן הופנו לבדיקות כולסטרול ועברו מדידת לחץ דם במרפאה, זאת בהתאם להמלצות. אחוז נמוך בהרבה הופנו לבדיקות ראייה ושמיעה.

הראיונות שנערכו לפני הקורס איששו את דיווח הרופאים על כך שהם אינם נוטים ליזום שיחות על רבים מן הנושאים שעליהם שאלנו. כמו כן מצאנו מקבילות בין דיווחי הרופאים לדיווחי המטופלות באשר לנושאים שעליהם הרופאים נוטים לשוחח עמן יותר מנושאים אחרים. בנוסף, לא הרבה נשים דיווחו שהן עצמן יזמו שיחות כאלה, דבר המדגיש את הצורך שהרופאים יעשו זאת.

ממצאים מסקרי הרופאים שנערכו בזמן הקורס ואחרי הקורס

בסקרי הרופאים שנערכו תוך כדי הקורס ולאחריו מצאנו שיפורים בכל הנוגע לשיחות ולטיפול בנושאים מסוימים (לדוגמה, אלימות במשפחה, תסמונת קדם-וסתית, אי-שליטה בשתן) ואילו בנושאים אחרים לא נמצא שיפור (לדוגמה הפרעות אכילה, אוסטאופורוזיס, מעקב הריון). התכנית שמה דגש רב על התקשורת בין הרופאים למטופלותיהם, ועל שיפור כישוריהם לשוחח עם המטופלות על נושאים רגישים. מצאנו שהיה קשר בין מידת השיפורים לבין המצב ששרר לפני הקורס לגבי שיחות וטיפולים. השיפור הרב ביותר נמצא בנושאים שהיו "חלשים" מלכתחילה: אלימות במשפחה, תכנון משפחה, תסמונת קדם-וסתית, אי-שליטה ומיניות. לדוגמה, אחוז הרופאים שדיווחו ששוחחו על אי-שליטה בסוגרים עם חצי או יותר ממטופלותיהן עלה מ-47% ל-64%; ואחוז הרופאים שדיווחו ששוחחו על נושאים הקשורים למיניות עלה מ-15% ל-25%. מידה פחותה של שיפור נמצאה לגבי: דיכאון שלפני ואחרי לידה, מצוקה נפשית ודיכאון, גיל המעבר וסוגיות הקשורות להריון (אך לא מעקב

הריון). לגבי חלק מהנושאים לא נמצא כל שיפור: היסטוריה משפחתית של סרטן השד ומחלות לב, אוסטאופורוזיס, מחלות אוטו-אימוניות, אל-וסת, מעקב הריון והפרעות אכילה. שלושת הנושאים הראשונים היו "חזקים" מלכתחילה. עוד לפני הקורס, רוב הרופאים דיווחו שהם יוזמים שיחות עם רוב הנשים לגבי נושאים אלה ובמקרה של אוסטאופורוזיס הם גם דיווחו שהם מטפלים ברוב הנשים עם בעיה זו.

מעניין לציין שהנושאים שבהם מצאנו את רוב השיפור לאו דווקא היו אלה שהרופאים דירגו את השיעורים עליהם כתורמים להם ביותר. השיעור בנושא אי-שליטה בשתן, נושא שהיה בו שיפור ניכר, דורג בין הגבוהים ביותר, אך הנושאים האחרים שהיה בהם שיפור רב (לדוגמה מיניות ואלימות במשפחה) לא דורגו גבוה.

ייתכן שהדבר קשור לכך שהשאלות ששאלנו אינן משקפות את מלוא תרומת השיעורים. במיוחד, שאלנו האם ניתנים סוגי טיפול שונים והאם נערכים סוגי שיחות שונות. לא ניסינו לאמוד את איכות הטיפול או השיחות. ייתכן שלמרות שהרופאים לא יזמו יותר שיחות בנושא מסוים בעקבות התכנית, עדיין חל שיפור באיכות השיחות המתקיימות או באיכות הטיפול עצמו.

בנוסף לניתוח הכולל, נערכו גם שני ניתוחי משנה:

1. השוואה בין הרופאים שסיימו את כל השיעורים או את רובם (17-18) לבין הרופאים שסיימו 11-16 שיעורים.

2. השוואה בין הרופאים שהיו מרוצים מאוד מן הקורס לבין הרופאים שהיו פחות מרוצים.

יש לציין כי מצאנו שיפור רב יותר בשיחות בקרב רופאים במרפאות שסיימו 17-18 שיעורים ובקרב הרופאים שהיו מרוצים מאוד מן הקורס.

שביעות הרצון של הרופאים מן הקורס הייתה גבוהה. שלושה רבעים מהם היו מרוצים מאוד מן הקורב באופן כללי ואחוז דומה – או גדול יותר – הביעו הסכמה עם משפטים חיוביים שהתייחסו להיבטים שונים של הקורס, כגון: "למדתי דברים חדשים מעמיתי במרפאה", "האווירה הייתה נעימה ותרמה לתהליך הלמידה", "למדתי דברים חדשים מן החומר שהוצג בקורס". תשעים אחוזים נהנו מן הקורס. שלושה רבעים היו רוצים ללמוד על נושאים נוספים בפורמט דומה ו-80% היו מרוצים משיטת הלימוד. נמצאה שביעות רצון גם בתשובות לשאלה פתוחה על ההיבטים הטובים ביותר של הקורס – כמעט כל הרופאים ציינו פריטים הקשורים לשיטת הלמידה.

ממצאים מסקר הנשים שנערך אחרי הקורס

שאלוני הנשים כללו כמה נושאים, שחלקם היו קשורים לתכנית וחלקם לא. הנושא שהיה קשור לתכנית בצורה הישירה ביותר היה שיחות שייזמו הרופאים. כמו כן היו שאלות על הפניה למדידת לחץ דם ובדיקות כולסטרול, שהיו קשורות במידת מה לשיעורים, וכן שאלות לגבי גובה, משקל, ראייה ושמיעה שלא היו קשורים ישירות לשיעורים. נושא אחר, שביעות הרצון מהטיפול, עשוי להיות מושפע מגורמים שמחוץ לתכנית, בנוסף להשפעות התכנית עצמה. לכן, הממצאים הם מעבר להערכת השפעת התכנית ומספקים תמונה רחבה יותר של הטיפול הניתן לנשים.

כמובן שבסקר הנשים לא כללנו שאלות שנגעו לכלל ההשפעות שנבחנו בסקר הרופאים, כגון שינויים בתחושת המסוגלות ובידע של רופא. בסקר הנשים, כבכול סקר לקוחות, יכולנו רק לשאול על הניסיון האישי של כל מרואיינת ועל הדעה שלה לגבי הטיפול שקיבלה.

בניגוד למה שנמצא בסקר הרופאים, סקר הנשים לא הצביע על שינויים משמעותיים בשיחות שיזמו הרופאים, למעט בהקשר של שאלות הרופאים לגבי ביצוע ממוגרפיה בקרב נשים שעברו את גיל 50. כמו כן לא ראינו שינוי בדפוסי ייזום שיחות על ידי הנשים עצמן.

בדומה למה שנמצא לגבי הרופאים, מצאנו שדיווחי הנשים במרפאות שהשלימו 17-18 שיעורים ובמרפאות שבהן הרופאים היו מרוצים מאוד מהקורס הצביעו על שיפור רב יותר בהיקף השיחות.

ייתכנו מספר הסברים לכך שהרופאים דיווחו על שיפור רב יותר בשיחות מאשר הנשים. הסיכוי שאישה תרגיש בשינוי תלוי בשכיחות הביקורים שלה אצל הרופא מאז שהשתתף בשיעור הרלבנטי. ייתכן שלא מספיק זמן חלף בין התכנית לבין ראיון האישה בכדי שנוכל לעמוד על השינויים בדפוסי השיחות. למרות שהרופאים החלו להכניס שינויים בעבודתם, יעבור זמן בטרם הנשים יחושו בשינויים אלה. ייתכן גם שהכלי שהשתמשו בו בראיון הנשים לא היה רגיש מספיק בכדי לאמוד סוגיות אלו.

דיווחי הנשים הצביעו על שיפור בהפניה לכמה בדיקות, כגון מדידת גובה ומשקל. לא היה גידול בבדיקות לחץ דם וכולסטרול, שההפניה אליהן הייתה גבוהה גם קודם לכן.

מצאנו גם שיפור בשביעות הרצון של הנשים מטיפול הרופא ביחס לשישה ממדי טיפול: קבלת טיפול טוב, לרופא אכפת מבריאות האישה, הרופא מקשיב, הרופא עונה לשאלות, הרופא מסביר והרופא מתייחס לחולה בכבוד.

ממצאים מניתוח האינדיקטורים הקליניים

בלמעלה ממחצית האינדיקטורים מצאנו שיפורים, כמה מהם הגיעו אף ל-40 נקודות אחוז (מדידות משקל וגובה) וכמה קטנים הרבה יותר. בשני אינדיקטורים מצאנו הרעה קטנה מאוד (אל-וסת וצפיפות עצם) ובאחרים לא נמצא שינוי. באופן כללי, השיפורים נמצאו באינדיקטורים המבוססים על מדידה, ואילו הרעות קטנות או אי-שינוי נמצאו באבחונים ובביצוע בדיקות.

יחד עם זאת, באופן כללי, השינויים באינדיקטורים היו דומים במרפאות שהשלימו את השיעורים וגם במרפאות ההשוואה, ולא נמצא כל יתרון עקיב למרפאות שהשלימו את הקורס על אלה שלא השלימו. מממצאים אלה נראה שהשינויים אינם נובעים מהתכנית אלא מגורמים אחרים, כגון שינויים ארגוניים ויוזמות בכללית (לדוגמה, שינויים הקשורים בתכנית שיפור האיכות של כללית). על כן, לא נוכל לשייך את השינויים לתכנית, ולא מצאנו הוכחות עקיבות להשפעתה.

מגבלות המחקר

למחקר זה כמה מגבלות. שתיים מהן מרמזות על כך שייתכן שעלולה להיות הערכת-יתר של הממצאים לגבי השפעת התכנית על הרופאים, ואילו שתי מגבלות אחרות מצביעות דווקא על כך שייתכן שיש בהם הערכת-חסר.

המגבלות הקשורות לאפשרות של הערכת-יתר של השפעת התכנית הן: ראשית, מכיוון שלא הייתה קבוצת ביקורת עלינו להביא בחשבון את האפשרות שייתכן שבשירותי בריאות כללית חלו שינויי מדיניות או שינויים ארגוניים אחרים אשר יכלו להשפיע על המדדים שנבחנו במחקר. ניסינו כמיטב יכולתנו לברר לגבי שינויים מעין אלו בכללית, ומצאנו שינויים בארבעה נושאים. במהלך תקופת ההפעלה, הנהלת כללית עודדה את הרופאים להיות פעילים יותר בכל הנוגע למדידות BMI, ממוגרפיות וחסונים נגד שפעת. בנוסף, בעת ההפעלה, חברי ועדות מניעת אלימות בבתי חולים ובהקהילה השתתפו בתכנית הכשרה בנושא אלימות במשפחה. נציין, יחד עם זאת, כי תכנית זו נועדה לחברי הוועדות למניעת אלימות בלבד ואיננו יודעים באיזו מידה הם יזמו פעילויות שהגיעו לרופאים אחרים. מבדיקות שערכו עם הנהלת כללית ברמות שונות לא מצאנו שינויים ספציפיים נוספים שהיו יכולים להשפיע על המדדים שבדקנו.

שנית, הממצאים שלנו מבוססים על דיווח עצמי של הרופאים. דיווחים אלה עלולים להיות מוטים אם הרופאים ענו בהתאם למה שחשבו שמצופה מהם. יחד עם זאת, מצאנו שונות עקיבה בקרב הרופאים ולפי נושא באחוז המדווחים שביצעו את הפעולות המומלצות. מכאן נובע שהרופאים לא סיפקו באופן אוטומטי את התשובות הרצויות. הדבר תומך בתקפות הדיווחים.

לגבי מספר לא מבוטל של משתתפים בסבב הראשון (כ-40%), בשאלון שאחרי ההתערבות לא היה לנו שאלון מזווג. הדבר מגביל את יכולתנו להכליל מתוך הממצאים. עם זאת, אין אנו יודעים לאיזה כיוון הדבר היה יכול להטות את הממצאים.

שני גורמים מצביעים על כך שהממצאים שלנו עלולים ללקות בהערכת-חסר לגבי השפעת התכנית: ראשית, ייתכן שתשובות הנשים על שאלות לגבי הקשר שלהם עם הרופא (שיחות, הפניות) מאופיינות בהטיית זיכרון: ייתכן שמטופלות אינן זוכרות במדויק האם שוחחו על סוגיות שונות עם רופאיהן.

שנית, הסבירות שאישה תחוש בשינוי תלויה בשכיחות הביקורים שלה אצל הרופא, מאז התקיימו השיעורים. ייתכן שלא עבר זמן מספיק בין התכנית לבין ריאיון הנשים בכדי שניתן יהיה לעמוד על השינוי בדפוס השיחות. למרות שהרופאים החלו להכניס שינויים בעבודתם, יעבור זמן בטרם הנשים יוכלו להרגיש בשינויים אלה.

סיכום ומסקנות

תכנית אישה ללמידה מתוקשבת קבוצתית בשירותי בריאות כללית הייתה יוזמה שאפתנית וחדשנית בלמידה מרחוק בעבור קבוצות של רופאים. התכנית פותחה על בסיס חילופי ידע וניסיון בין קבוצות מזווגות של מומחים מקליבלנד ומישראל בכל אחד מן הנושאים העיקריים. התכנית הגיעה ללמעלה מ-1000 רופאים, ובאמצעותם היה לה פוטנציאל להשפיע על הטיפול במאוד אלפי נשים.

ההערכה הצביעה על כך שהתכנית השפיעה על יחס הרופאים, על הידע שלהם, מסוגלותם ועבודתם בכמחצית התחומים, אך לא הייתה לה השפעה ברת-מדידה בתחומים אחרים. בעיקר בולטת השפעתה בתחומים שהיו חלשים מלכתחילה – תחומים שהרופאים נטו להזניח ושלגביהם לא היה להם ביטחון ביכולותיהם.

בעקבות התכנית, מצאנו עלייה בשביעות הרצון של הנשים מן הטיפול שקיבלו מרופאיהן. כמו כן מצאנו עלייה בהפניה לבדיקות, במדידות שבוצעו במרפאות ובשיעור הרופאים ששאלו על ממוגרפיה. בניגוד לכך, מדיווחי הנשים לא עולה שיפור משמעותי בשיחות שיוזם הרופא, להוציא באותן מרפאות שבהן הרופאים היו שבעי רצון מאוד מהתכנית. זאת בניגוד לממצאים העולים מדיווחי הרופאים. ייתכן שהבדל זה נובע מפער הזמן, כפי שמוזכר בסעיף הנוגע למגבלות המחקר, או לבעיה ברגישות השאלון למטופלות.

ראיונות העומק שערכנו במהלך הערכת הפילוט שופכים אור על חלק מתוצאות התכנית שלא נמדדו בהערכה המלאה. רבים מן המרואיינים הדגישו את תרומת השיעורים להעלאת המודעות וחיוזק ידע קיים, גם כאשר לא סיפקו ידע חדש. יתרון משני נוסף שהוזכר היה שלשעורים בקבוצות הייתה השפעה חיובית על היחסים בתוך המרפאה – הם סיפקו הזדמנות לצוות המרפאה לדון יחדיו במקרים ולהחליף רעיונות, דבר שבדרך כלל אין להם זמן לעשות. כלומר, השיעורים עודדו פיתוח של תרבות של חילופים הדדיים בתוך כותלי המרפאה.

בבדיקת האינדיקטורים הקליניים לא נמצאה עדות עקיבה להשפעה של התכנית. אין להסיק מכך שלתכנית לא הייתה השפעה. ייתכן שהשפעת התכנית טושטשה על יד פרויקטים אחרים שהתקיימו במקביל בכללית, או שמרפאות ההשוואה לגבי האינדיקטור המדובר השתתפו גם הן בחלק מן השיעורים, או שהאינדיקטורים לא הצליחו לזהות את השינויים באיכות הקשר שבין הרופאים למטופלותיהם.

בהקשר זה יצוין כי תכנית כמו ה-CME, המשפרת גישות, ידע וכישורים, מהווה השלמה חשובה לצעדים ארגוניים שמטרתם למקד תשומת לב בבעיות בריאות ספציפיות (כגון תכנית מדדי איכות). בעוד צעדים מסוג זה נותנים תמריצים וממקדים תשומת לב בנושאים מסוימים, תכנית ה-CME מלמדת רופאים איך לשוחח על נושאים רגישים עם מטופלים ואיך לגשת לבעיות בצורה שונה.

מעבר לתוצאות המיידיות שיכולנו למדוד, התכנית תרמה גם בהעלאת רגישותם של הרופאים לסוגיות של בריאות האישה ובהעלאת חשיבותן בסדר העדיפויות של כללית. תרומה חשובה נוספת הייתה שכללית צברה ניסיון בשימוש בכלי חדש ללמידה מתקשבת, שניתן להשתמש בו בנושאים שונים ועם קהלים מגוונים בתוך הארגון. כבר כיום כללית מנצלת את הכלי להכשרת אחיות וצוותי משאבי אנוש וכן במסגרת קורס על רפואה מונעת לרופאים העובדים בקופה. קופות חולים נוספות בודקות כיום את האפשרות להשתמש בשיעורים המתקשבים האלה על בריאות נשים.

דברי תודה

תכנית זו היא דוגמה לשותפות אמיתית בין התפוצות לישראל. אנשים רבים מקליבלנד ומישראל שיחקו תפקיד חשוב בתכנית אישה בכלל, ובתכנית לימודי ההמשך של כללית.

ראשית ברצוננו להודות לסטיב הופמן וללי קורמן שהיו, בהתאמה, הנשיא ויו"ר הפרויקטים שמחוץ לארה"ב של הפדרציה היהודית בקליבלנד כאשר נולדה היוזמה לתכנית אישה. אנו רוצים גם להודות לדוד פלשער שהיה באותו זמן מנהל התכניות שמחוץ לארה"ב, ולאורן ברץ שנכנס לתפקיד אחריו, על תפקידם החשוב בפיתוח התכנית ובתמיכה המתמשכת לתכנית.

ברצוננו להודות לאנשי הפדרציה היהודית של קליבלנד החברים בוועדה המייעצת לפרויקט "אישה" וללייסי רות' שהיתה המרכזת המקצועית של ועדה זו. תודה מיוחדת לחברי תת הוועדה על התכנית ללימודי המשך בכללית, בראשית ד"ר שריל ויינשטיין, בעבור תרומם המשמעותית לעיצוב התכנית, ליישומה ולהערכתה. בתת הוועדה שירתו חברים מובילים בקהילה הרפואית של קליבלנד שתרמו בנדיבות מזמנם.

אנחנו מודים גם לוונדי כתר, לציפי קידר ולחנה סולץ-אהרונזי מהסוכנות היהודית לישראל, אשר ניהלו בתקופות שונות את תכנית אישה, על השותפות והתרומה שלהן.

בתוך שירותי בריאות כללית, ד"ר נילי בן-צבי ריכזה את התכנית וד"ר מיכאל רוזנבלוט פיקח על התכנית מטעם הנהלת כללית. המנהיגות הייחודית שלהם היא שהפכה את התכנית המאתגרת והחדשנית הזאת לאפשרית. אנחנו גם מודים להם ביחד עם חברי ועדת ההיגוי הישראלית של התכנית על תרומתם לתהליך ההערכה.

אנו אסירי תודה לרכזי התכנית המחוזיים, מנהלי המרפאות, צוות המחלקה למידע ולסטטיסטיקה בשירותי בריאות כללית, והרופאים והמטופלות שהסכימו להתראיין. כולם מילאו תפקיד חשוב בכך שאפשרו לנו לאסוף את הנתונים הדרושים למחקר.

תודתנו לפרופ' ג'ק חביב ולחברינו במרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות על הערותיהם השוטפות למחקר.

תודה לחברינו ביחידה לעבודת שדה במאיירס-ג'וניט-מכון ברוקדייל – הרכזים, המראיינים והקלדניות – אשר עבדו במחקר.

ולבסוף, תודה לנעמי הלסטד שנערכה את הדוח, לג'ני רוזנפלד שתרגמה לעברית, לדורית גנות-לוינגר על התמיכה המנהלית וללסלי קליינמן שהביאה את הדוח לדפוס.

תוכן העניינים

1	1. מבוא
1	1.1 התכנית
2	1.2 הערכת הפיילוט
2	1.3 הערכת התכנית המלאה
3	2. סקר נשים
3	2.1 מבוא
3	2.2 שיטות ואוכלוסייה
6	2.3 ממצאים
13	3. סקר רופאים
13	3.1 מבוא
13	3.2 שיטות ואוכלוסייה
15	3.3 ממצאים
28	4. מגבלות של שני הסקרים
29	5. ניתוח אינדיקטורים קליניים
29	5.1 מבוא
30	5.2 שיטות
32	5.3 ממצאים
34	6. דיון
36	נספח א: סיכום של ממצאים לפני-אחרי: ייזום שיחות, טיפול בבעיות, כישורים וידע
38	נספח ב: לוחות

רשימת לוחות

פרק 2: סקר נשים

- | | |
|----|--|
| 5 | לוח 1 : מרפאות בניתוח המשני |
| 7 | לוח 2 : מאפיינים סוציו-דמוגרפיים |
| 9 | לוח 3 : מדידות במרפאות |
| 10 | לוח 4 : מטופלות במרפאות שביצעו את כל התכנית ובמרפאות שביצעו תכנית חלקית |
| 11 | לוח 5 : מטופלות במרפאות עם שביעות רצון גבוהה ובמרפאות עם שביעות רצון נמוכה |
| 12 | לוח 6 : נושאי שיחה שבהם היה שיפור מובהק במרפאות עם שביעות רצון גבוהה |

פרק 3: סקר רופאים

- | | |
|----|---|
| 13 | לוח 7 : איסוף נתונים : מרפאות, שאלונים ושיעורי היענות |
| 14 | לוח 8 : שאלונים מזווגים |
| 15 | לוח 9 : נושאים שנכללו בשאלון הרופאים |
| 20 | לוח 10 : רופאים שענו לשאלות נכון |
| 21 | לוח 11 : מספר הרופאים המרוצים מאוד והפחות מרוצים |
| 22 | לוח 12 : שינויים מובהקים בקרב רופאים מרוצים מאוד לרופאים פחות מרוצים |
| 23 | לוח 13 : מספר הרופאים במרפאות שהשלימו תכנית מלאה ובמרפאות שהשלימו תכנית חלקית |
| 23 | לוח 14 : שינויים מובהקים בקרב המשתתפים בתכנית המלאה ובתכנית החלקית |

פרק 5: ניתוח אינדיקטורים קליניים

- לוח 15 : אינדיקטורים קליניים
- לוח 16 : סיכום הממצאים

לוחות בנספח ב

פרק 2: סקר נשים

- לוח ב-1 : שיחות עם רופאים במשך השנה החולפת, ביוזמת האישה או ביוזמת הרופא
- לוח ב-2 : הערכת הטיפול
- לוח ב-3 : פרק הזמן עם הרופא

פרק 3: סקר רופאים

- 40 לוח ב-4: המידה שבה רופאים סבורים שרצוי שרופאים ראשוניים ישאלו את המטופלים על מצבים מסוימים
- 42 לוח ב-5: המידה שבה הרופאים מרגישים שהם מסוגלים ליזום שיחה ולייעץ לחולה על מצבים מסוימים
- 44 לוח ב-6: המידה שבה הרופאים יוזמים שיחות עם המטופלות על מצבים מסוימים
- 45 לוח ב-7: המידה שבה הרופאים סבורים שיש להם את הכישורים והידע לזהות בעיות
- 47 לוח ב-8: המידה שבה הרופאים סבורים שרצוי שרופא ראשוני יטפל במצבים מסוימים
- 49 לוח ב-9: המידה שבה הרופאים מרגישים שהם מסוגלים לטפל באישה עם מצבים מסוימים
- 50 לוח ב-10: המידה שבה הרופאים מרגישים שהם מסוגלים לבצע מעקב הריון במצב של הריון תקין
- 51 לוח ב-11: המידה שבה רופאים מטפלים במצבים מסוימים בעצמם
- 52 לוח ב-16: פעולות שננקטו בידי רופאים כאשר הם מזהים אישה שהיא קורבן לאלימות

רשימת תרשימים

פרק 3: סקר רופאים

- 17 תרשים 1: ייזום שיחות: לפני הקורס, נושאים נבחרים
- 18 תרשים 2: כישורים וידע בייעוץ לאישה
- 26 תרשים 3: שביעות רצון עם היבטים שונים של הקורס