



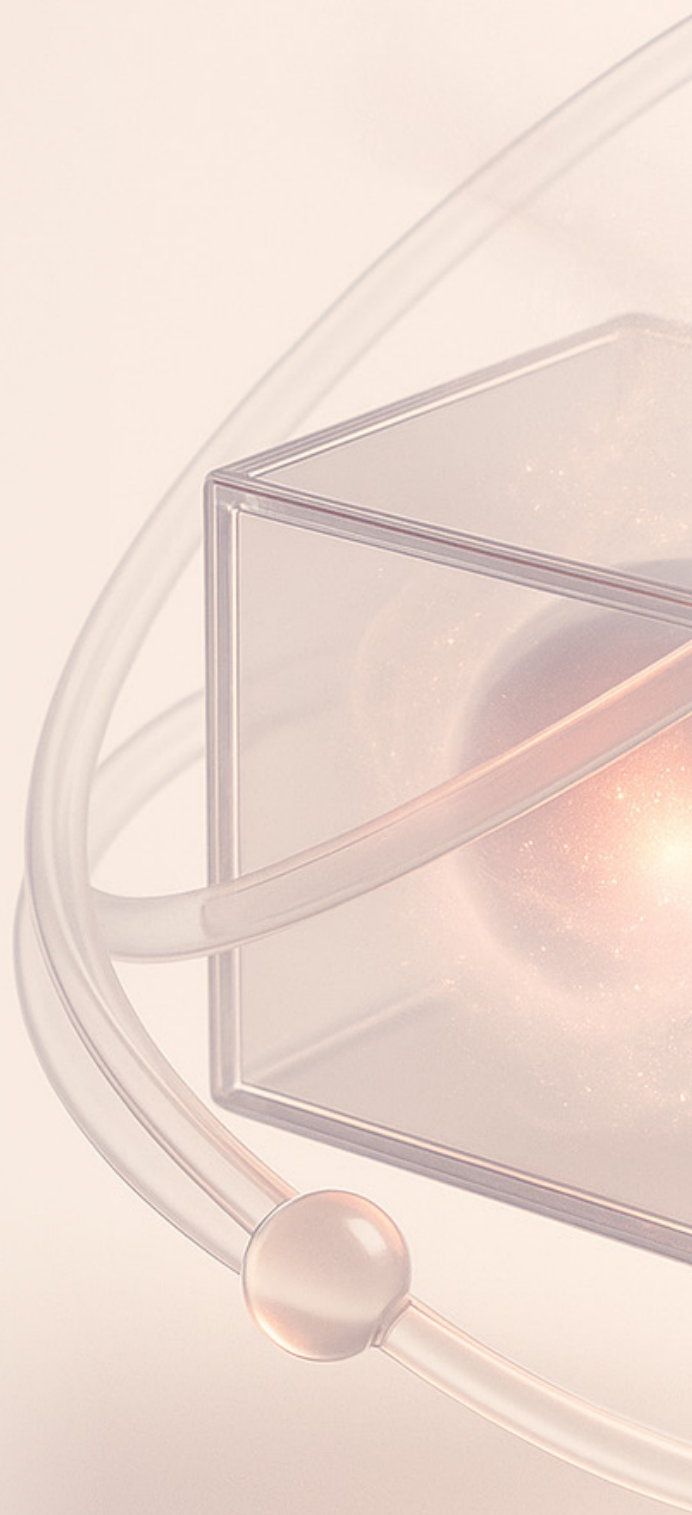
אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה בישראל מחקר הערכה יישומי

אריאל נחמיאס • פרופ' נחמן אש

אוניברסיטת
אריאל
בשומרון

הג'וינט 

13 ביולי 2025
י"ז תמוז תשפ"ה





המחקר בוצע במסגרת מלגת עמית ע"ש יוסי בכר, להובלת שינוי מערכתי בישראל בתחום "חיזוק רפואת הקהילה בפריפריה",

מלגת בכר, ג'וינט אלכא

אליעזר קפלן 9, גבעת רם ירושלים

<https://bachar-fellowship.org>

fellow-bachar@jdc.org

ירושלים | תמוז תשפ"ה | יולי 2025

עריכת לשון: אריאל נחמיאס

ניהול אומנותי ועיצוב: Alfabees Creative Studio

הכשרת אחים ואחיות מומחים בישראל החלה בשנת 2009 בתחום הטיפול התומך. המהלך לשילוב התפקיד החדש במערכת הבריאות הואץ עם פרסום תקנות בריאות העם בשנת 2013, שסיפקו הכרה רשמית בתפקיד החדש והגדירו את תהליך ההכשרה והרישוי. מספרם של האחים והאחיות המומחים הלך וגדל והם פועלים בתחומים רבים ומעניקים טיפול לחולים בבתי החולים ובמרפאות הקהילה. האחים והאחיות המומחים זוכים כיום להכרה ביכולת שלהם לסייע בשיפור שירותי הבריאות ובמתן מענה לאתגרי מערכת הבריאות בישראל, כגון הזדקנות של האוכלוסייה, עלייה בהיקף התחלואה הכרונית, מחסור בכוח אדם ובתשתיות ופערים באיכות השירותים בפריפריה הגאוגרפית והחברתית ובנגישות אליהם. על אף ההכרה בחשיבות הנושא, ההטמעה של אחים ואחיות מומחים בקהילה מתקדמת באיטיות על רקע אתגרים רבים וחסמים המעכבים את הרחבת פעילותם במתארי הקהילה.

מטרת המחקר

לבחון את הטמעת תפקיד האחים והאחיות המומחים במתארי קהילה בישראל, בדגש על מרפאות בפריפריה, ולמפות את האתגרים והחסמים הקיימים כיום בתפקידם ומעכבים את הרחבת פעילותם.

שיטות המחקר

המחקר שבוצע הינו מחקר איכותני. איסוף הנתונים למחקר בוצע בשלושה שלבים עיקריים: שלב ראשון שכלל איסוף נתונים אודות מספר האחים והאחיות המומחים המועסקים בכל קופת חולים; שלב שני שכלל 50 ראיונות עומק עם אחים ואחיות מומחים, רופאים ומטופלים; ושלב שלישי שכלל שש קבוצות מיקוד עם מנהלים ואנשי מקצוע בקופות החולים ובמשרד הבריאות. בוצע ניתוח תמטי לנתונים שנאספו, כולל חלוקה לקטגוריות ואיגוד קטגוריות בעלות משמעות משותפת לתמות.

ממצאים עיקריים

גובשו שש תמות מרכזיות כאשר כל תמה מייצגת קבוצת חסמים בעלי מכה משותפת וכוללת מספר קטגוריות. החסמים המרכזיים כוללים: סמכויות מוגבלות לאחים והאחיות המומחים שאינן תואמות את הצרכים בשטח; קושי בהבנת נוהל משרד הבריאות ויישום; חוסר היכרות עם תפקידם של האחים והאחיות המומחים בקרב רופאים, גורמים מקצועיים בקופות החולים ובמערכת הבריאות, מטופלים והציבור בכלל; קיומן של גישות המתנגדות לתפקיד מצד גורמים במערכת ובכללן רופאים עצמאיים שרואים עצמם נפגעים כלכלית מהטמעת התפקיד; ריבוי דרישות סף ותנאי קבלה ללימודי המומחיות; ומחסור בתקנים לתפקיד החדש שהתווסף למערכת.

מסקנות

שילובם של אחים ואחיות מומחים במרפאות בקהילה עשוי לתרום לשיפור מערכת הבריאות על ידי צמצום זמני ההמתנה וחיזוק המענה השלם למטופלים, בדגש על אוכלוסיית החולים הכרוניים. ככל ששילוב האחים והאחיות המומחים במרפאות הקהילה מתרחב כך גוברת ההבנה והתמיכה בתפקידם מצד גורמים רפואיים ומקצועיים בקופות החולים ובמשרד הבריאות. כדי להתמודד עם אתגרי מערכת הבריאות בקהילה כיום ובעתיד יש צורך במציאת פתרונות לחסמים המרכזיים שעלו במחקר זה, תוך הובלה נחושה של משרד הבריאות והנהלות קופות החולים את תהליך הטמעת התפקיד במרפאות בקהילה.

המלצות

הקמת ועדת היגוי שתוביל את תהליך הטמעת מקצועות המומחיות של אחים ואחיות בקהילה, בהשתתפות הגורמים הרלוונטיים ממשרד הבריאות ומשרד האוצר ונציגי קופות החולים.



תכנון הצבת אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה בהתאם ליעדים רב שנתיים, קביעת תקנים (או תקציב לאיוש) בהתאם, ומיסוד תהליכי ההכשרה הנדרשים לאיוש התפקידים.



בחינה של סמכויות האחים והאחיות המומחים בקהילה במקצועות השונים, ובתוך כך בחינה של מתן גמישות להעסקתם תחת רופא אחראי, אך ללא שייכות המטופלים לרופא.



חיזוק ההסברה בנוגע לתפקיד האחים והאחיות מומחים במתארי הקהילה בקרב גורמים במערכת הבריאות ובקרב מטופלים.



התאמת מערכות המידע של קופות החולים לצורכי התפקיד של האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה.



בחינה של אפשרות לשיתוף פעולה עם האיגודים המקצועיים המתאימים בהר"י לקיום השתלמויות המשך לאחים ואחיות מומחים.



שינוי השם של תחום המומחיות "אחים ואחיות מומחים בקהילה" ל"אחים ואחיות מומחים ברפואה ראשונית".



אנו מודים למנהל האֶחָיוֹת במשרד הבריאות ולקופות החולים על שיתוף הפעולה והסיוע באיסוף הנתונים למחקר ויצירת החיבור לאחים והאחיות המומחים, הרופאים והמטופלים שרואינו במסגרתו ובמיוחד לשותפות למחקר:

ד"ר הילה פיגל

מנהלת המחלקה לפיתוח מקצועי, מנהל האֶחָיוֹת.



ספי סובל-רויטבלט

ראש אגף האֶחָיוֹת בקהילה, שירותי בריאות כללית.



שרה קויטי

מנהלת מבחני תמיכה, מחקר ופיתוח אסטרטגי, מכבי שירותי בריאות.



קטיה דידיק

מנהלת המחלקה לרפואה ראשונית, אגף אֶחָיוֹת וניהול אוכלוסיות, קופת חולים מאוחדת.



חגית איתמרי

מנהלת האֶחָיוֹת הארצית, חטיבת רפואה, לאומית שירותי בריאות.



על הזמינות והנכונות שלכן לסייע לקדם את המחקר במסגרת זמנים קצרה ועל העשייה והתרומה הגדולה שלכן לתחום בעבודתן השוטפת.

תודה לכל המרואיינים והמשתתפים בקבוצות המיקוד על זמנכם היקר ועל הפתיחות והשיתופים הכנים. שאיפתכם לתרום לקידום מערכת הבריאות בישראל ניכרה בכל מילה שאמרתם.

תודה לג'וינט אלכא אשר אפשרה את ביצוע המחקר במסגרת "מלגת בכר", ובאופן ספציפי לאור הרמן שליווה את המחקר מקרוב.

תוכן עניינים

10	רקע
10	מבוא
11	אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה בישראל
12	גישות ועמדות בנוגע לתפקיד האחים והאחיות המומחים
13	מטרת המחקר
14	שיטות המחקר
14	שלב ראשון- איסוף נתונים מקופות החולים
14	שלב שני- ראיונות עומק עם גורמי שטח
15	שלב שלישי- קבוצות מיקוד עם גורמי מטה ואנשי מקצוע
16	כלי המחקר
17	שיטת ניתוח הנתונים
17	אתיקה
18	ממצאים
18	מספר האחים והאחיות המומחים המועסקים בקופות החולים
19	מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים של האחים והאחיות המומחים
21	חסמים בהטמעת והרחבת מקצוע אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה
21	תמה 1: חסמים בהגדרת התפקיד, סמכויות ואוטונומיה מקצועית
25	תמה 2: חסמים הנובעים מחוסר היכרות עם תפקידם של האחים והאחיות המומחים
28	תמה 3: חסמים הקשורים לממשק עם רופאים
33	תמה 4: חסמים בתחום ההכשרה והפיתוח המקצועי
35	תמה 5: חסמים הקשורים לתנאי העסקה ותגמול
38	תמה 6: חסמי מערכת ומדיניות
43	מגבלות המחקר
43	גודל המדגם וגיוונו
43	ראיונות מטופלים
43	מגבלות ניתוח הנתונים האיכותני
44	סיכום, דיון ומסקנות
44	יתרונות בשילוב אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה ותרומתם למערכת הבריאות
45	הטמעת תפקיד האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה
45	חסמים משמעותיים
48	המלצות
49	רשימת מקורות

רשימת טבלאות

- 14 טבלה מספר 1: שלבי איסוף הנתונים למחקר
- 15 טבלה מספר 2: מספר ראיונות עומק
- 19 טבלה מספר 3: מספר האחים והאחיות המועסקים במתארי הקהילה
- 20 טבלה מספר 4: מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים של האחים והאחיות המומחים

מערכות הבריאות בעולם עומדות בפני אתגרים ושינויים מהותיים בשנים הקרובות הנובעים משינויים דמוגרפיים ורגולטוריים, מקצב התקדמות הטכנולוגיה וכן מדרישות וציפיות המטופלים. על מנת להתמודד עם אתגרים אלו, לצד משברי בריאות עולמיים, ולהצליח לספק שירותי בריאות איכותיים ונגישים, ידרשו קובעי המדיניות וספקי שירותי הבריאות לעבוד בשיתוף פעולה ולהתאים את עצמם לאתגרי העתיד (Mantaleon, 2023).

אחד המענים הקיימים בעולם לאתגרים אלו הינו פיתוח מקצוע אחים ואחיות מומחים. מדינות רבות ברחבי העולם אימצו תפקידי אחים ואחיות מומחים (Nurse Practitioners) במטרה לשפר מדדים שונים כמו תוצאות בריאותיות, שביעות רצון של מטופלים, זמני המתנה וניהול הטיפול במחלות כרוניות (Htay & Whitehead, 2021). אחים ואחיות מומחים הינם בעלי השכלה והכשרה מתקדמת מעבר לאחים ואחיות מוסמכים והינם בעלי תחומי עיסוק נוספים מעבר לתפקידי אחיות גנריים במטרה לספק צורכי טיפול רפואי לאוכלוסיות ותת-התמחויות שונות ברחבי העולם. (Boehning & Punsalan, 2023). בשנת 2020 הופצו הנחיות המועצה הבין לאומית לאחיות (The International Council of Nurses) בנוגע להנחות יסוד ומאפיינים מרכזיים של תפקידי אחים ואחיות מתקדמים במטרה לקדם חזון משותף ולעודד פיתוח תפקידים אלו ברמה הבין-לאומית (Schober et al., 2020, p.6). על אף זאת, הגדרות התפקיד וסמכויות האחים והאחיות המומחים משתנים ממדינה למדינה וניתן אף למצוא שוני בהגדרת התפקיד גם בתוך מדינות (Unsworth et al., 2024).

מערכת הבריאות בישראל מתמודדת ועתידה להמשיך להתמודד עם אתגרים רבים וביניהם הזדקנות האוכלוסייה, עליית היקף התחלואה הכרונית ומחסור בכוח אדם ובתשתיות (חורב, 2013). הצורך במענה לאתגרים אלו הוביל בין היתר לפיתוח תפקידי האחים והאחיות המומחים גם בישראל. מערכת הבריאות בישראל היא מערכת ציבורית בעיקרה. על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, זכאי כל תושב לביטוח בריאות הכולל סל שירותים שנקבע בחוק ומסופק על ידי ארבע קופות החולים (כללית, מכבי, לאומית ומאוחדת). (חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994). קופות החולים הן גם הספקיות העיקריות של שירותי הרפואה בקהילה שמטרתה לספק רפואת שגרה בסביבה הקרובה של צרכני הבריאות ולמנוע ככל הניתן את הצורך באשפוזים בבתי החולים על ידי שירותי רפואה מונעת, קידום בריאות ושיקום במסגרות קהילתיות. מערכת הבריאות בישראל מתאפיינת בפערים בשירותי הבריאות בין ערי המרכז לפריפריה (דוידוביץ' ואחרים, 2023). ברפואת הקהילה פערים אלו באים לידי ביטוי בעיקר במחסור כללי בשירותי בריאות בפריפריה ביחס למרכז, במחסור בכוח אדם ובתשתיות (לוי ודוידוביץ', 2022) ובדפוס צריכת שירותי בריאות דוגמת מספר הביקורים אצל רופא משפחה ורכישת ביטוחי בריאות (דוידוביץ' ואחרים, 2023). קופות החולים נבדלות זו מזו בגודלן, בסוג המרפאות ובצורת ההעסקה של הרופאים והאחיות (שכירים או עצמאים). מכאן, שגם מספר האחים והאחיות המועסקים בכל קופה וכן אופי תפקידם ותפקודם שונה בין קופה לקופה.

אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה בישראל

האחים והאחיות המומחים בישראל הינם אחים ואחיות בעלי השכלה גבוהה ולרוב בעלי ותק וניסיון משמעותי במערכת הבריאות. הכשרת המומחיות בישראל נחשבת למעמיקה ומקיפה וכוללת לימודים תיאורטיים לצד הכשרה מעשית. היקף ההכשרה הינו כ- 1,240-750 שעות לימוד בהתאמה לתחום המומחיות הנלמד. על מנת להתקבל ללימודי מומחיות, על האחים והאחיות המוסמכים לעסוק בתחום ולהיות בעלי השכלה הכוללת תואר ראשון ותואר שני (כאשר אחד מהתארים חייב להיות באֶקְיוֹת) וקורסים על בסיסיים בתחומים הרלוונטיים לתחום המומחיות כפי שמוגדרים בתקנות (<https://www1.health.gov.il/nursing/study/specialization-studies>).

הכשרת אחים ואחיות מומחים בישראל החלה בשנת 2009 בתחום הטיפול התומך (פליאטיבי) (משרד הבריאות, 2009). לאורך השנים התרחבו תחומי המומחיות באֶקְיוֹת ונכון למועד פרסום המחקר ישנם 18 תחומי מומחיות שונים (תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה באֶקְיוֹת) (סיעוד), תשע"ד-2013), מתוכם 5 תחומי מומחיות מרכזיים בהם פועלים אחים ואחיות במתארי הקהילה: רפואה ראשונית (קהילה), סוכרת, גריאטריה, טיפול תומך וטיפול בפצע, סטומה ואי-שליטה. על פי נתוני מנהל האֶקְיוֹת, נכון לחודש נובמבר 2024, ישנם 448 אחים ואחיות מורשים בעלי מומחיות היכולות לפעול במתארי הקהילה. מתוכם: 18 מומחים בקהילה, 70 מומחים בסוכרת, 144 מומחים בגריאטריה, 190 מומחים בטיפול תומך ו- 26 מומחים בטיפול בפצע, סטומה ואי-שליטה (<https://practitioners.health.gov.il/Nurses>). מספרם של האחים והאחיות המומחים גדל מדי שנה עם הרחבת תחומי המומחיות ומסלולי ההכשרה (Figheh & Hefetz, 2023).

בשנת 2013 פורסמו "תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד)" המעגנות את תפקידם של האחים והאחיות המומחים ומגדירות את דרישות הסף, הליך ההכשרה והרישוי (תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה באֶקְיוֹת) (סיעוד), תשע"ד-2013). כשנה לאחר מכן הופץ חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא אחות מומחית שמנחה את כלל הגורמים במערכת הבריאות להיערך להטמעת התפקיד החדש (משרד הבריאות, 2014). השלב הראשון של ההטמעה נעשה בעיקר בבתי חולים, אך בהמשך, החל שילוב גם במרפאות הקהילה. האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה אחראים על ניהול הטיפול במצבי שגרה, ביצוע אבחנות ראשוניות, כתיבת תוכניות טיפול, מתן ייעוץ מקצועי, הפנייה לבדיקות או יועצים רפואיים לפי הצורך, עיסוק במניעת תחלואה ובקידום בריאות וזיהוי מצבי חירום וחריגים (משרד הבריאות, 2013). עבודתם מבוצעת במרפאות בקהילה, במרפאות יועצות ובמסגרות טיפול ביתיות. שילובם של אחים ואחיות מומחים במרפאות בקהילה תורם לא רק לשיפור באיכות הטיפול ובשביעות רצון המטופלים, אלא גם להפחתת העומס במערכת הבריאות, לירידה בשיעור האשפוזים ולמניעת החמרת מצבים רפואיים, תוך ביצוע מעקב מתמשך במסגרת הקהילה. (ניסנהולץ-גנות וכהן, 2023).

גישות ועמדות בנוגע לתפקיד האחים והאחיות המומחים

בעוד תפקיד האחים והאחיות המומחים תופס תאוצה ומתרחב לתחומי מומחיות רבים, ישנם אתגרים המהווים חסמים להטמעתו ולהרחבתו במתארי הקהילה. בין החסמים המרכזיים ניתן למנות גישות ותפיסות מסורתיות המתייחסות לסמכויות של מקצועות האֶחָיִוִת ביחס למקצוע הרפואה והתנגדות של רופאים בארגוני הבריאות להצבת אחים ואחיות מומחים במרפאות הקהילה. גישות אלו מוצגות במסמך עמדה מטעם איגוד רופאי המשפחה בישראל שנכתב בשנת 2018 ובו מביעים הכותבים חשש כי מיסוד תפקיד אחים ואחיות מומחים ברפואה ראשונית (קהילה) יוביל לפגיעה באיכות הרפואה הראשונית וזמינותה בפריפריה החברתית והגיאוגרפית בישראל וכן לפגיעה בקשר הרציף בין הרופאים למטופלים (איגוד רופאי המשפחה בישראל והאיגוד הישראלי לרפואת ילדים, 2018). המקצוע החדש יחסית הושפע גם בעקבות חוקים והנחיות כמו למשל פקודת הרופאים הכוללת סעיפים שמגדירים את מעמד המקצועי של האחים והאחיות ביחס לרופא עימם הם עובדים. סעיף 7 בפקודה זו קובע: "רופא מומחה רשאי להעסיק, בפיקוחו האישי, אחיות [...] אך לא יתיר למי שאינו רופא מורשה לטפל בחולה [...] כשהעניין דורש שיקול דעת או מיומנות מקצועיים של רופא". לצד זאת, סעיף 59(1), קובע כי מנכ"ל משרד הבריאות יכול לאשר הענקת טיפול על ידי אחים ואחיות מומחים על פי הסמכתם: "המנהל רשאי לפטור מהוראה של פקודה זו את המנויים להלן: המועסקים כאחים או כאחיות או כעוזרים שהמנהל קבעם והסמיכם לאבחן ולרפא במצבים כפי שהורה או שהתיר, במרפאות...". (פקודת הרופאים [נוסח חדש], תשל"ז-1976). חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא אחות מומחית בקהילה מסתמך על סעיף זה בפקודת הרופאים ומגדיר מגוון סמכויות אבחון וטיפול, אך קובע בסעיף 5.4 כי "הרופא המטפל יגדיר בכתב את סמכויותיה בהתייחס לחולה פרטני, קבוצת חולים או מקרה ספציפי, ובכל מקרה לא יחרוג מהרישוי שניתן לה". בכך למעשה סמכותם של האחים והאחיות המומחים עלולה להיות מוגבלת בהתאם להחלטת הרופא הספציפי, ויכולה להשתנות במעבר של אחות מרופא אחד לשני (משרד הבריאות, 2019).

למרות אתגרים אלו, אחים ואחיות מומחים זוכים יותר ויותר להכרה בפוטנציאל שלהם לשפר את שירותי הבריאות בקהילה ובכלל. ככל שהתפקיד ממשיך להתפתח, הם צפויים למלא חלק מכריע בשיפור הנגישות והאיכות של שירותי הבריאות בקהילה בישראל. בדו"ח הוועדה לבחינת תפקיד אחות מומחית בקהילה משנת 2017 צוין כי שילוב אחים ואחיות מומחים בקהילה תסייע בהתמודדות עם אתגרים צפויים, תוביל לשיפור באיכות וזמינות הטיפול ותתרום לעבודת צוותים הרפואיים (מנהל האֶחָיִוִת, 2017). לאחים ואחיות מומחים תפקיד חשוב בהתמודדות עם אתגרי חוסר כוח אדם במערכת הבריאות לצד עלויות גבוהות (Maier et al., 2017) ובשיפור הנגישות לשירותי בריאות ציבוריים, בדגש על אזורים כפריים ובקרב אוכלוסיות מוחלשות (Boehning & Punsalan, 2023).

מטרת מחקר זה הינה לבחון את הטמעת תפקיד האחים והאחיות המומחים במתארי קהילה בישראל, בדגש על מרפאות בפריפריה, ולמפות את האתגרים והחסמים הקיימים כיום בתפקידם ומעכבים את הרחבת פעילותם.

באתר מנהל האֶחָיוֹת קיים מאגר מידע מתעדכן המרכז את כלל האחים והאחיות המומחים בעלי רישוי בתחומי המומחיות השונים, אך עדיין ישנו פער בריכוז נתונים אודות העסקתם בפועל במתארי קהילה בקופות החולים השונות וכן לא ידוע מהו היקף פעילותם במרפאות בהן הם מועסקים בארץ, בדגש על מרפאות בפריפריה.

על מנת לבחון את התמונה השלמה אודות הטמעת מקצוע אחים ואחיות מומחים במתארי קהילה במרפאות קופות החולים, יש צורך לבצע בחינה מעמיקה של היקף פעילותם, תחומי האחריות והסמכויות שניתנו להם, הממשקים והתקשורת שלהם מול הצוותים הרפואיים, הניהוליים והרב-תחומיים; וכן מול המטופלים במרפאות עימם באים במגע.

שיטות המחקר

איסוף הנתונים למחקר בוצע בשלושה שלבים עיקריים: שלב ראשון שכלל איסוף נתונים אודות מספר האחים והאחיות המומחים המועסקים בכל קופת חולים; שלב שני שכלל 50 ראיונות עומק עם גורמי שטח (28 אחים ואחיות מומחים, 16 רופאים ו-6 מטופלים); ושלב שלישי שכלל ביצוע שש קבוצות מיקוד עם מנהלים ואנשי מקצוע בקופות החולים ובמשרד הבריאות (ראה טבלה מספר 1- שלבי המחקר ואיסוף הנתונים). השלב השני והשלב השלישי במחקר התבססו על מדריך ראיון כאשר לכל קבוצת מרואיינים הותאם מדריך ראיון על פי מאפייני הקבוצה. על מנת לשמור על חיסיון, בשני החלקים העיקריים במחקר המרואיינים סומנו באופן הבא: "PrN" (Primary Care Nurse Practitioner), "PaN" (Palliative Care Nurse Practitioner), "GN" (Geriatric Nurse Practitioner), "DN" (Diabetes Nurse Practitioner), "WOCN" (Wound, Ostomy and Continence Nurse Practitioner), "Dr" (Physician), "P" (Patient), HMO FG (Health Maintenance Organization Focus Group) and "MoH FG" (Ministry of Health Focus Group).

שלב המחקר	אופן איסוף הנתונים	כמות	הערות
שלב ראשון	טבלת נתונים כמותיים ומאפיינים נוספים	4	מכל קופת חולים - טבלה המפרטת את כמות האחים והאחיות המומחים ופרטים משלימים
שלב שני	ראיונות עומק	50	28 ראיונות עם אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה השונים
			16 ראיונות עם רופאים
			6 ראיונות עם מטופלים
שלב שלישי	קבוצות מיקוד	6	4 קבוצות מיקוד עם קופות החולים
			2 קבוצות מיקוד עם אנשי מקצוע ממשד הבריאות

שלב ראשון - איסוף נתונים מקופות החולים

נאספו נתונים אודות כמות האחים והאחיות המומחים המועסקים בכל קופה, במתארי הקהילה (קהילה, סוכרת, גריאטריה, טיפול תומך וטיפול בפצע, סטומה ואי-שליטה). על כל אחד מהאחים והאחיות המומחים נאספו נתונים שכללו פרטים אישיים: שם, תחום מומחיות, ותק בתפקיד הנוכחי, מספר טלפון; פרטים לגבי מתאר ההעסקתם: סוג מרפאה בה מועסקים (ראשונית, יועצת, מחוזית), היקף פעילות האחות (על פי כמות מפגשים עם מטופלים בתאריכים נקובים); פרטים על המרפאה בה מועסקים: עיר, כתובת המרפאה, מספר מטופלים משויכים, מאפיין סוציו-דמוגרפי, מספר אנשי צוות במרפאה, מאפיינים ייחודיים של המרפאה (מגזר, מרפאה כפרית); פרטים על מאפייני המטופלים המשויכים למרפאה: גיל ממוצע, אחוז זקנים (מעל גיל 65), אחוז החולים הכרוניים, אחוז החולים המורכבים; ופרטים של הרופא המלווה את האח או האחות המומחים: שם, תחום מומחיות, טלפון. הנתונים הועברו מקופות החולים בין החודשים אוקטובר-נובמבר 24.

שלב שני - ראיונות עומק עם גורמי שטח

איסוף הנתונים למחקר בוצע באמצעות ראיונות עומק על בסיס מדריך ריאיון. ראיונות עומק מאפשרים להבין את הנושא הנחקר מתוך ההקשר הרחב המשפיע על המרואיינים בדגש על הסביבה והקהילה אליה הם משתייכים והמערכות המשפיעות (Patton, 2015, p.60). בשלב הראשון בוצעו 50 ראיונות עומק עם אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה, רופאים המלווים אחים ואחיות מומחים ומטופלים המלווים על ידי אחים ואחיות מומחים במשך חצי שנה או יותר (ראה טבלה מספר 2- מספר ראיונות עומק) הראיונות בוצעו באופן מקוון ומשך כל ראיון היה כשעה. שיטת דגימת המרואיינים הייתה דגימה מכוונת (Purposeful Sampling) בה החוקרים בוחרים מרואיינים בעלי ידע וניסיון בתחום הנחקר, שיכולים לספק מידע מפורט וניתן להכללה (Palinkas et al., 2015). האחים והאחיות שרואיינו נבחרו מתוך הנתונים שהועברו על ידי קופות החולים בשלב הראשון, בהתאם לכמות המרואיינים שהוגדרה מראש מכל תחום מומחיות ולקריטריוני ההכללה במחקר (בדגש על הוותק שלהם בתפקיד כאחים ואחיות מומחים) ותוך ניסיון לדגום מרואיינים ממרפאות בעלות מאפיינים שונים מכל רחבי הארץ. הרופאים שרואיינו הינם רופאים המלווים חלק מן האחים והאחיות המומחים במתארים השונים שנדגמו גם הם למחקר. כמו כן, רואיינו למחקר מטופלים של חלק מהאחים והאחיות המומחים (בקהילה בלבד). דגימת המטופלים למחקר נעשתה על ידי קופות החולים, ללא התערבות החוקרים על מנת להבטיח שמירה על סודיות רפואיות ומניעת דלף מידע רפואי אישי. הפנייה הראשונית לכלל המרואיינים במחקר נעשתה על ידי נציג מטעם קופת החולים ולאחר קבלת הסכמה ראשונית פנו החוקרים למרואיינים לתיאום פרטני של ביצוע הריאיון.

טבלה מספר 2

מספר
ראיונות
עומק

סך הכל	גברים	נשים	
28			אחים ואחיות מומחים
11	1	10	קהילה
6		6	גריאטריה
6		6	סוכרת
3		3	טיפול תומך
2	1	1	טיפול בפצע סטומה ואי-שליטה
16			רופאים
9	4	5	קהילה
3	2	1	גריאטריה
2	1	1	סוכרת
2	1	1	טיפול תומך
6	2	4	מטופלים
50	12	38	סך הכל

שלב שלישי - קבוצות מיקוד עם גורמי מטה חולים ואנשי מקצוע

שלב זה כלל שש קבוצות מיקוד עם גורמי מטה מקופות החולים ואנשי מקצוע משרד הבריאות. תחילה בוצעו ארבע קבוצות מיקוד עם קופות החולים, כל קבוצת מיקוד בוצעה בנפרד. בקופות החולים מכבי, מאוחדת ולאומית השתתפו בקבוצות המיקוד סמנכ"ל רפואה ואחות ראשית מכל קופה, בקופת חולים כללית השתתפו ראש אגף האֶחֻיות בקהילה וסגנית ראש אגף רפואה בחטיבת הקהילה. לאחר ביצוע קבוצות מיקוד עם כל קופות החולים, נערכו שתי קבוצות מיקוד עם אנשי מקצוע מאגף רפואה ומנהל האֶחֻיות במשרד הבריאות. מטעם אגף רפואה השתתפו ראש חטיבת רפואה וראש אגף קהילה. מטעם מנהל האֶחֻיות השתתפו האחות הראשית הארצית וראש מנהל האֶחֻיות, מנהלת המחלקה לפיתוח מקצועי, מנהלת בית הספר האקדמי לאחיות ומנהלת המרכז להכשרה מתקדמת. המפגש עם קבוצות המיקוד נוהל באמצעות מדריך ריאיון שכלל שאלות באותם תחומים עליהם נשאלו גורמי השטח בראיונות עומק בשלב הראשון למחקר, לאחר ביצוע התאמות לתחומי העיסוק של המשתתפים בקבוצות המיקוד ולעיקרי הנתונים שנאספו בשלב הראשון למחקר. קבוצות המיקוד הוקלטו ותומללו ולאחר מכן התווספו לניתוח הנתונים האיכותני למציאת תמות משותפות בהתאם למטרות המחקר.

כלי המחקר

ראיונות עומק מהווים כלי מחקר המתאים לחקר תופעות חברתיות שלא ניתן ללמוד עליהן לעומק באופן ישיר כמו רגשות, תפיסות ומחשבות של בני אדם (Kvale & Brinkmann, 2008). הראיונות לוו במדריך ריאיון (Interview Guide) המאפשר למראיינים לייצר שיחה ולתת לריאיון להתפתח לכיוונים שונים וייחודיים תוך התמקדות בנושאים או שאלות שנקבעו מראש ומשרתות את נושא המחקר ומטרתו (Patton, 2015, p. 867). בדרך זו ניתן היה להתעמק גם בנושאים לא צפויים שעלו ביוזמת המראיינים, כל זאת במטרה להשיג את מטרות המחקר (Lindlof & Taylor, 2017, pp. 194-195). שיטה זו איפשרה לתת דגש שונה על כל ראיון, בהתאם לנושאים הרלוונטיים בעיני המראיין ומאפייני התעסוקה שלו.

בתחילת כל ריאיון התבקשו המראיינים לענות על מספר שאלות אישיות לצורך מיפוי המאפיינים הדמוגרפים של המשתתפים במחקר במטרה לוודא שניתן ביטוי למראיינים מרקעים שונים שהינם בעלי מאפיינים מגוונים. מדריכי הריאיון לשלב השני במחקר (ראיונות שטח) פותחו על בסיס מחקרי עבר שבוצעו בנושא ובהתייעצות עם חוקרים בכירים בתחום ועם אנשי מקצוע ממנהל האֶחֻיות במשרד הבריאות. לכל קבוצת מראיינים פותח מדריך ריאיון מותאם שכלל שאלות באותם נושאים מזוויות שונות. שני הראיונות הראשונים שבוצעו בכל קבוצת מראיינים (אחים ואחיות מומחים, רופאים ומטופלים) היוו פיילוט לבחינת מדריך הריאיון ואחריהם בוצעו תיקונים והתאמות לשאלות במדריך הריאיון. מדריכי הריאיון לשלב השלישי במחקר (קבוצות המיקוד)

פותחו לאחר סיום שלב ראיונות השטח והתבססו על אותם הנושאים שנשאלו בו, בתוספת נושאים משמעותיים או חוזרים שעלו בראיונות עם גורמי השטח ואליהם נדרשה התייחסות של הדרגים הניהוליים ואנשי המקצוע.

מדריכי הראיון כללו שאלות פתוחות שנועדו לאפשר למשתתפים לבטא את עמדותיהם, חוויותיהם ותפיסותיהם בנוגע להטמעת מקצוע אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה בישראל. כלל המרואיינים נשאלו מזוויות שונות על נושאים הקשורים למתאר העבודה של האחים והאחיות המומחים במתארי קהילה, לסמכויות הניתנות להם, לממשקים וקשרי העבודה שלהם ולאתגרים והחסמים בעבודתם, בהכשרתם ובתנאי העסקתם. ביצוע ראיונות עם אחים ואחיות מומחים, רופאים, מטופלים, גורמי מטה בקופות החולים ואנשי מקצוע במשרד הבריאות איפשרו קבלת נקודת מבט מזוויות שונות על אותו הנושא הנחקר.

שיטת ניתוח הנתונים

בוצע ניתוח איכותני של המידע שנאסף במסגרת ראיונות העומק וקבוצות המיקוד שנערכו עם מגוון משתתפים בעלי זיקה ישירה או עקיפה לתפקיד האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה. הניתוח האיכותני כולל בבסיסו תהליך סיווג על ידי יצירת קטגוריות חדשות שהן בסיס לתובנות ותיאוריות חדשות (Grodal et al., 2021). כלל הראיונות תומללו במלואם ונותחו בגישת ניתוח תמטי (Thematic Analysis), תוך שימוש בגישה אינדוקטיבית. תהליך הניתוח כלל קריאה חוזרת של התמלולים וקידוד ראשוני של מקטעים בעלי משמעות. לאחר מכן רוכזו הנושאים החשובים ביותר שעלו ממנו וכן המונחים שחזרו על עצמם מספר פעמים רב, בוצע מיון נתונים וחלוקה לקטגוריות בעלות משמעות (קטגוריזציה) אשר אפשרו סידור המידע וזיהוי רעיונות חוזרים תוך מתן משמעות למידע שהתקבל (שקדי, 2003). קטגוריות בעלות משמעות משותפת אוגדו לתמות עיקריות ולאחר מכן בוצע מיון וסידור של החומר בתוך התמות עצמן תוך זיהוי עמדות ותפיסות שונות ובחירת ציטוטים רלוונטיים. כל זאת במטרה לתת פרשנות, משמעות והכללה למידע שנאסף. מהנתונים עלו שש תמות עיקריות שכל אחת מהן משקפת קבוצה שונה של חסמים המעכבים את יישום המקצוע או את הרחבתו. הבחירה במתודולוגיה איכותנית אפשרה לחשוף תובנות עמוקות, מורכבות ולעיתים סמויות- הנוגעות להיבטים מערכתיים, מקצועיים, תפיסתיים ותרבותיים, אשר לא ניתן היה לזהותם באמצעים כמותניים בלבד.

המחקר התבצע לאחר קבלת אישור ועדת אתיקה מוסדית של אוניברסיטת אריאל (AU-HEA-NA-20241214) וקבלת אישור מקופות החולים כללית, מכבי ולאומית לבצע את המחקר ללא צורך באישור נוסף מוועדת הלסינקי מוסדית. בנוסף התקבל אישור ועדת הלסינקי של קופת חולים מאוחדת. בתחילת כל ראיון, התבקשו המרואיינים להביע בעל פה את הסכמתם להשתתפות במחקר ולהקלטת הראיונות.

מחקר זה מצא כי מספר האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה המועסקים בקרב קופות החולים נמוך ביחס למספר האחים והאחיות המוסמכים כמומחים במתארים המאפשרים העסקה בקהילה. יש לקחת בחשבון כי במרבית המתארים, פרט לאחות מומחית קהילה (רפואה ראשונית), יש אפשרות להעסקה גם בבתי החולים.

בראיונות עם הגורמים השונים אותרו חסמים בתחומים רבים ומשמעותיים המשפיעים על הטמעת התפקיד במערכת הבריאות הקהילתית ועל ההיתכנות להגדיל את מספר האחים והאחיות במרפאות. החסמים באים לידי ביטוי בשישה תחומים עיקריים: הגדרת תפקיד וסמכויות האחים והאחיות המומחים, היכרות עם תפקיד האחים והאחיות המומחים, ממשקי עבודה עם רופאים, הכשרה ופיתוח מקצועי, תנאי העסקה ותגמול והיבטי מערכת ומדיניות.

מספר האחים והאחיות המומחים המועסקים בקופות החולים

בשלב הראשון באיסוף הנתונים, רוכזו נתוני האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה המועסקים על ידי קופות החולים. מנהל האֶחִיּוֹת מציג נתונים אודות מספר האחים והאחיות המורשים בתחומים השונים, כלומר שסיימו את הכשרת המומחיות ורשאים לעסוק בתחום, אך בהעדר נתוני העסקה, לא ברור אם כל המורשים לעסוק בתחום אכן עושים זאת. במחקר זה רוכזו לראשונה נתוני העסקתם של האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה מארבע קופות החולים (ראה טבלה מספר 3- מספר האחים והאחיות המומחים המועסקים במתארי הקהילה). מהשוואת הנתונים ניתן לראות כי פחות מ-30% מקרב כל האחים והאחיות המוסמכים כמומחים, מועסקים בפועל בתפקיד זה במרפאות קופות החולים. לא ידוע לנו מספר המועסקים בבתי החולים וכמה מהאחים והאחיות המומחים, שעברו הכשרה ממושכת, לא מועסקים כלל במקצוע המומחה אליו הוכשרו.

סך הכל	פצע	טיפול תומך	סוכרת	גריאטריה	קהילה (רפואה ראשונית)	
63	5	15	17	20	6	כללית
32	2	6	14	9	1	מכבי
20	0	3	8	6	3	מאוחדת
8	0	3	0	3	2	לאומית
123	7	27	39	38	12	סך הכל

* על פי נתוני קופות החולים, נובמבר 2024.

מהנתונים ניתן לראות כי פחות מ-30% מקרב כל האחים והאחיות המוסמכים כמומחים, מועסקים בפועל בתפקיד זה במרפאות קופות החולים. לא ידוע לנו מספר המועסקים בבתי החולים וכמה מהאחים והאחיות המומחים, שעברו הכשרה ממושכת, לא מועסקים כלל במקצוע המומחה אליו הוכשרו. בהשוואה לנתוני משרד הבריאות על מספר האחיות והאחים שהוכשרו למומחיות, מועסקים בקהילה 12 מתוך 18 אחים ואחיות מומחים בקהילה (66% מהמוכשרים), 38 מתוך 144 אחים ואחיות מומחים בגריאטריה (26%), 39 מתוך 70 מומחים בסוכרת (56%), 27 מתוך 190 אחים ואחיות מומחים בטיפול תומך (14%) ו-7 מתוך 26 מומחים בטיפול בפצע (27%).

מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים של האחים והאחיות המומחים

במחקר השתתפו 28 אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה: 11 אחים ואחיות מומחים בקהילה, 6 אחים ואחיות מומחים בגריאטריה, 6 אחים ואחיות מומחים בסוכרת, 3 אחים ואחיות מומחים בטיפול תומך ו-2 אחים ואחיות מומחים בטיפול בפצע, סטומה ואי-שליטה. בנוסף השתתפו במחקר 16 רופאים: 9 רופאים המלווים אחות מומחית בקהילה ו-7 רופאים המלווים אחיות מומחיות במתארים השונים בקהילה. עוד השתתפו במחקר 6 מטופלים המלווים במשך חצי שנה או יותר על ידי אחות מומחית בקהילה. מניתוח מאפייני הרקע והתעסוקה של האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה עלה כי רוב המומחים במתארי הקהילה שרואיינו למחקר הן נשים (93%), יהודיות (64%). הגיל הממוצע של המרואיינים מקרב האחים והאחיות המומחים הינו 48 ומרבית המרואיינים ציינו כי הם נשואים (89%). נתונים אלו עשויים להצביע על ההשלכות של המסלול המקצועי הארוך אותו נדרשים האחים והאחיות לעבור על מנת להיות מועסקים כמומחים. רוב מוחלט מהמרואיינים, 26 אחים ואחיות, מועסקים כמומחים בקופות החולים לעומת 2 אחיות מומחיות שאינן מועסקות כמומחיות ורואיינו למחקר בעיקר לצורך למידת הסיבות לאי העסקתן בתחום המומחיות. מבין האחים והאחיות המומחים המועסקים בקופות החולים, הוותק הממוצע בתפקיד הנוכחי אותו מבצעים עומד על 1-5 שנים. כמו כן, מרבית האחים והאחיות המומחים מועסקים בקופה במשרה חלקית ובשאר הזמן מועסקים בקופה בתפקיד אחר (קליני / ניהולי) או מועסקים במשרה משולבת

טבלה מספר 4
מאפיינים
דמוגרפיים
ותעסוקתיים
של האחים
והאחיות
המומחים

סך הכל	פצע	טיפול תומך	גריאטריה	סוכרת	קהילה	
28	2	3	6	6	11	כמות מרואיינים
						מגדר
26	1	3	6	6	10	נשים
2	1				1	גברים
48	47	57	50	46	46	גיל ממוצע
						מקום לידה
17	1	2	3	5	6	ישראל
11	1	1	3	1	5	אחר
						לאום
18	1	3	6	1	7	יהודי
6				3	3	ערבי מוסלמי
2	1			1		ערבי נוצרי
2				1	1	אחר
						מידת דתיות
7		1	3		3	דתי
9			1	4	4	מסורתי
10	2	2	2	1	3	חילוני
2				1	1	אחר
						מצב משפחתי
25	2	3	5	5	10	נשוי/אה
2				1	1	גרוש/ה
1			1			אלמן/ה
						עובד/ת כמומחה/ ית בקופת החולים
26	2	3	6	6	9	כן
2					2	לא
						וותק בתפקיד הנוכחי כמומחה (בשנים)*
3		1		1	1	פחות משנה
20	2	2	6	3	7	1-5
2				2		5-10
						אחוזי משרה
7			1	3	3	משרה מלאה
17	2	3	5	3	4	משרה חלקית

*יש לקחת נתון זה בערבון מוגבל מאחר ותשובות המרואיינים לשאלה זו לא היו אחידות. חלק ענו כמה זמן הם בתפקיד הנוכחי כמומחים, חלק ענו ממתו הם מומחים וחלק ענו כמה זמן הם מועסקים במרפאה הספציפית.

(כמומחים וגם לא כמומחים) במסגרות מחוץ לקופה כדוגמת בתי חולים ומרפאות פרטיות.
(טבלה מספר 4 - מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים של האחים והאחיות המומחים)

חסמים בהטמעת והרחבת מקצוע אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה

מן הניתוח האיכותני עלו שש תמות מרכזיות הנוגעות לחסמים בהטמעת המקצוע והרחבתו: תמה 1 - חסמים בהגדרת התפקיד, סמכויות ואוטונומיה מקצועית; תמה 2 - חסמים הנובעים מחוסר היכרות עם תפקיד האחים והאחיות המומחים; תמה 3 - חסמים הקשורים לממשק עם הרופאים; תמה 4 - חסמים בתחום ההכשרה והפיתוח המקצועי; תמה 5 - חסמים הקשורים לתנאי העסקה ותגמול; ותמה 6 - חסמי מערכת ומדיניות. בחלק מהתמות מוצגים גם חסמים ספציפיים לאחים ואחיות מומחים בקהילה (רפואה ראשונית) בשל המורכבות הייחודית של מומחיות זו למול תחומי מומחיות אחרים במתארי הקהילה. כל תמה מייצגת קבוצת חסמים בעלי מכנה משותף וכוללת מספר קטגוריות המבטאות את החסמים עצמם כפי שעלו מהמראיינים.

תמה 1

חסמים בהגדרת התפקיד, סמכויות ואוטונומיה מקצועית

תמה זו מתאפיינת בחסמים הנובעים מהגדרת התפקיד והסמכויות בנוהל משרד הבריאות, מתצורת העבודה של האחים והאחיות המומחים במרפאות בקהילה ומהעבודה עם מערכות המידע בקופות החולים.

סמכויות מוגבלות לאחים ואחיות מומחים

המראיינים תיארו פער בין ההכשרה הרחבה שמקבלים האחים והאחיות המומחים לבין גבולות הסמכות בפועל. ההחלטה על הגבלת הסמכויות יכולה להיות ברמת הרופא או ברמת קופת החולים. בחלק מקבוצות המיקוד עם קופות החולים עלה הנושא וניכר כי יש שוני בגישה הכללית של כל קופת חולים באשר למרחב הסמכות והאוטונומיה המקצועית של האחים והאחיות המומחים בארגון: "יש סמכויות שהחלטנו לא לתת אותם בקופה בתחומים מסוימים אבל זה באמת היה מיעוט, רוב הועדות החליטו לאשר את כל הסמכויות." [HMO FG 3]; "הסמכויות לא אומצו פה באופן מלא, הם אומצו בתיאום ובהסכמת הרפואה [...] יש מקצועות שקיבלו קצת יותר חופש פעולה יש מקצועות שפחות [...] היו התנגדויות שדרשו פיצוח לא פשוט בחלק מהדברים." [HMO FG 4].

בקרב האחים והאחיות המומחים, קיימת תחושת תסכול מחוסר היכולת לרשום אבחנה או לנפק מרשם לתרופות במצבים מסוימים. כתוצאה מכך חשים המראיינים כי אין ביכולתם

של האחים והאחיות המומחים "לסגור" את הטיפול באופן עצמאי, דבר שפוגע בתחושת המימוש המקצועי שלהם. אח מומחה בטיפול בפצע, סטומה ואי-שליטה תיאר: "אנחנו מוגבלים מבחינת רישום אבחנות. אנחנו לא יכולים להוסיף אבחנה חדשה" [WOCN1]. אחיות מומחיות בגריאטריה פירטו לגבי המגבלה בקביעת אבחנה בתחומן: "מותר לנו לרשום אבחנה אחת של הערכה גריאטרית. אני לא חושבת שיש לי בעיה לרשום אבחנה של נפילות חוזרות שזו תסמונת גריאטרית" [GN2]; "אם צריך לקבוע אבחנה של דמנציה אז אני לא יכולה לקבוע אבחנה [...] שיש כאלה שזה מאוד חשוב בשביל תהליך משפטי כלשהוא או בשביל ביטוח לאומי [...] אז הם חייבים גריאטר." [GN5]. ואחות מומחית בסוכרת תיארה את התסכול מחוסר היכולת לתת מענה שלם למטופלים עקב חוסר הסמכות להתחיל טיפול תרופתי: "אני משכנעת את המטופל לקבל אינסולין [...] בסופו של דבר אני לא יכולה לרשום [...] זה קצת מתסכל." [DN1]. גם הרופאים שותפים לתחושת התסכול נוכח המצב, כפי שתיארה רופאה המלווה אחות מומחית בקהילה: "היא מוגבלת במתן הפניות [...] היא לא יכולה לתת הפנייה נגיד לבדיקות מסוימות [...] היא תיתן לו הפניות לחלק מהבדיקות דם, חלק אני אתן לו [...] כלומר מה הרווחנו?" [Dr4].

מגבלות אלו עלולות לייצר תפיסה בקרב מטופלים כי לאחים והאחיות המומחים אין את היכולת להעניק להם טיפול שלם ומפחיתות את הרצון לפנות אליהם לקבלת מענה רפואי. אחים ואחיות מומחים בקהילה הציגו את המורכבות מול המטופלים: "מטופל מגיע לכל מיני דברים אז אני יכולה לטפל בזה אבל לזה חייבים ללכת לרופא, וזה יכול להיות כאילו תסכול גם למטופל" [PrN9]; "יש פה אי בהירות של התפקיד וכמובן זה שהם (המטופלים) רואים שאני צריך כל פעם להיכנס לרופא ולבקש ממנו אישור לזה ואישור לזה אז הם מבינים שאין טעם לפנות רק אלי." [PrN6]

לעומת זאת, בחלק מהראיונות עלתה תמונה שונה באשר לסמכויות שניתנו לאחים והאחיות המומחים. רופאה מומחית ברפואת משפחה ציינה כי לדעתה הסמכויות שניתנו לאחים והאחיות המומחים בקהילה רחבות ומקיפות בצורה מספקת: "אין הרבה דברים שהן לא יכולות [...] אם אנחנו היינו חושבים להגדיל את הסמכויות של האחיות המומחיות זה כבר רופא, אין משהו אחר" [Dr3]. באופן דומה תיארה אחות מומחית בקהילה, שעובדת בליווי אותה רופאה, כי לתחושתה הסמכויות מאפשרות לה לבצע את תפקידה כפי שהיא תופסת אותו: "יש לנו סמכויות במגוון דברים שאני יכולה לטפל בהם מא' ועד ת' ואז המטופל יכול להגיע אלי ולהתחיל אצלי את הטיפול ולסיים אותו. כי אני יכולה גם לרשום לו את הטיפול וגם לתת לו אותו." [PrN3].

נוהל משרד הבריאות לא ברור וניתן לפרשנות

ניכר כי קיים שוני בתצורת עבודתם של האחים והאחיות המומחים במתארים השונים. חוסר האחידות בהגדרת התפקיד ובתצורת העבודה של האחים והאחיות המומחים בא לידי ביטוי בין קופות החולים השונות ואף בין מרפאות באותה קופת חולים. מצב זה נגרם כתוצאה מכך שנוהל משרד הבריאות ניתן לפרשנות ומאפשר שונות על פי החלטת הקופה והרופא האחראי. במקרים רבים תצורת העבודה של האח או האחות המומחים תלויה בגישתו,

תפיסתו וצרכיו של הרופא. כך למשל תיארה אחות מומחית בגריאטריה: "יש תפקידים שונים, הגדרות שונות [...] הכל כזה גמיש והכל תלוי במנהל רפואי בכל מקום ורופא שאת עובדת איתו." [GN1]. רופאה מומחית ברפואת משפחה תיארה את המצב מזווית מבטה: "מכיוון שלא הגדירו בדיוק [...] הבנתי שהכל גם תלוי בי ובה ולבנות מה שנכון לנו מבחינה אישיותיות, מבחינת אפשרויות וידע ויכולות, אנחנו נחליט ביחד" [Dr3]. האתגר בקבלת סמכויות שונות על פי החלטת הרופא המלווה עלה גם בקבוצת מיקוד עם אחת מקופות החולים: "בקהילה, אם היא עובדת עם שלושה רופאים כל אחד מהרופאים יכול לתת לה סמכויות אחרות [...] אתם מבינים את הקושי ואת הניהול של הדבר הזה." [HMO FG 1].

רבים מהמרווינים חשים כי בנוהל משרד הבריאות ישנם תחומים אפורים המובילים לחוסר הבנה וחוסר בקיאות בסמכויות התפקיד מצד האחים והאחיות המומחים עצמם וכן מצד גורמים נוספים במרפאות: "אני לא מודעת לכל הסמכויות [...] קראתי נוהל של משרד בריאות בקשר לעבודה שלה. הנוהל למעשה הוא לא כל כך ברור" [Dr4]; "מנסים להבין מה בדיוק התכוון המשורר בנוהל כי זה לא הכי ברור." [GN3]; "לא כל הסעיפים מספיק ברורים [...] לפענח את זה בעבודת שטח, לצוות שעובד במרפאה זה קצת מסובך." [DN4]. הניסיון לייצר בהירות ויציבות מצד האחים והאחיות המומחים נמשך כל הזמן בעודם מציפים את הפערים לגורמים הרלוונטיים: "להגיד לך שכל הסמכויות שם ברורות? לא. יש הרבה שטחים אפורים ואת הדברים האלו אנחנו מעבירים הלאה תמיד להנהלה לגורמים הרלוונטיים כדי שיעשו את התיקונים [...] למזער את השטח האפור הזה כדי שאנחנו נוכל למצות את הפוטנציאל כמו שצריך." [PrN5]. ניכר כי הקושי קיים גם בדרגים הניהוליים בקופות החולים כפי שצוין באחת מקבוצות המיקוד שבוצעו: "המתווים של משרד הבריאות הם מאוד מאוד כלליים ובסופו של דבר שרוצים לפרוט את זה אז אני חושבת שיש גם המון קשיים." [HMO FG 2]. כתוצאה מהמצב, המרווינים מביעים חשש מנטילת אחריות למתן טיפול וקבלת החלטות כפי שמתואר על ידי אחיות מומחיות בקהילה: "אנחנו מתנהלות לפי איזשהו חוזר ממשרד הבריאות שמגדיר לנו את הסמכויות ואוי ואבוי אם יקרה משהו אף אחד לא יגבה אותי" [PrN3]; "צריכות כל הזמן להסתכל בדף מה מותר לה לעשות ומה לא מותר לה כדי שלא ליפול מבחינה משפטית." [PrN10].

קושי בהתאמת מערכות המידע של קופות החולים לצורכי התפקיד

קיים צורך לבצע פיתוחים והתאמות של מערכות המידע בקופות החולים לתפקיד החדש שנוסף למערכת. האתגר הזה מלווה את האחים והאחיות המומחים מתחילת הטמעת התפקיד בקופות החולים ונמשך גם כיום: "פעם הן עבדו על שני קליקסים אחד דמוי קליקס של הרופא ואחד קליקס אחיות שזה מאוד קשה להם לעבוד על שתי תוכנות אז עשו להם תוכנה אחת למומחית [...] אבל פתאום הן מגלות מלא חסמים" [Dr3]. כתוצאה מחוסר ההתאמה של מערכות המחשוב קיימים פערים ביכולתם של האחים והאחיות המומחים לעבוד עם מערכות המידע בהתאם לסמכויות שלהם ולהעביר מידע בינם לבין גורמים אחרים בצורה נוחה. בנוסף, יש קושי בזימון וקביעת תורים ישירות לאחים והאחיות המומחים במרפאה: "למטופלים לא היה אפשרות לקבוע תור אונליין דרך אפליקציה לכן חוב העבודה נעשתה בצורה יזומה" [PrN5]. האתגר נובע ברובו מחוסר בהירות ואחידות

של הגדרת התפקיד והסמכויות בו, כפי שתיארה אחת האחיות המומחיות: "לבנות משהו במערכת זה מאוד קל, אפשר להוסיף בשניה כאילו אופציה למישהו הרשאה [...] הם פשוט לא יודעים מה יהיו ההרשאות בסופו של דבר אז הם לא יכולים לבנות משהו." [PrN11]. בקבוצת מיקוד עם אחת מקופות החולים עלה גם כן הקושי הנובע מהגדרת התפקיד הלא ברורה: "יש דברים שהם היו קצת בתחום אפור שלא ממש ידענו איך לגשת אליהם [...] בקליקס [...] או שיש לך הרשאה לרשום או שאין לך הרשאה לרשום [...] זה העלה כל מיני דיונים. התחומים האפורים בהנחיות מעט הקשו." [HMO FG 2]. אתגר זה הוביל גם לביקורת מצד האחים והאחיות המומחים על ההגבלות הטכניות במערכות שמעצמות את תחושתם כי אינם מקבלים מספיק אמון בתפקידם: "צריך להיות רמה שאתם סומכים עלי שאני לא אעשה משהו שאני לא אמור לעשות. איפה האמון ההדדי? ברגע שהכל פתוח זה לא אומר שאני עכשיו אתחיל לזרוק כל אחד ל-MRI או ל-CT ולבדיקות יקרות." [PrN6].

האחים והאחיות המומחים רואים במערכות הטכנולוגיות כלי עזר להתמודדות עם אותה חוסר בהירות בהגדרת התפקיד והסמכויות: "אני לא רוצה לחרוג מסמכויות [...] הייתי רוצה [...] שהקליקס המחשובי יהיה מותאם לפי הסמכויות, שברגע שאני עושה משהו שהוא לא בסמכות אז הוא לא ייתן לי גם לעשות אותו ולא היום כמו שהוא פתוח להכל." [GN2]. גישה זו נתמכת גם על ידי הנהלות קופות החולים כפי שעלה בקבוצת מיקוד שבוצעה עם אחת מקופות החולים: "אנחנו רוצים שאפשר יהיה לעשות את המגבלות כבר מחשוביות ולא בדיעבד ובדוחות כי זה הרבה מאוד אנרגיות וזמן שצריך להשקיע." [HMO FG 1] אך ביצוע ההתאמות לכל תפקיד במערכות המידע הוא תהליך ארוך, מורכב ויקר הדורש מקופות החולים השקעת משאבים רבים הן בתכנון והן בביצוע.

חסמים ייחודיים לאחים ואחיות מומחים בקהילה - סמכויות מוגבלות ביחס

למגוון המצבים הרפואיים של המטופלים

מתוקף תפקידם, אחים ואחיות מומחים בקהילה נתקלים במנעד רחב של מצבים רפואיים במרפאה ומעניקים טיפול רפואי הן לחולים כרוניים והן לחולים אקוטיים. מן הראינות עלה פער בין המגוון הרחב של המטופלים והמצבים הרפואיים בהם נדרשים לטפל לבין הסמכויות המוגדרות בנוהל. אחת האחיות שרואיינו ציינה: "הסמכויות האלו לא מספיקות בפועל למה שאנחנו עושות [...] כי אנחנו מטפלים בהרבה מקרים" [PrN4]. אחרת הוסיפה: "הסמכויות שלי הן מאוד מוגבלות ביחס לטווח הפניות והנושאים שאני צריכה לטפל בהם" [PrN7]. כתוצאה מכך עצמאותם בתפקיד של האחים והאחיות המומחים בקהילה מוגבלת וישנה תלות משמעותית שלהם ברופא, הפוגעת ביכולתם לספק מענה שלם למטופלים: "אני נגיד לוקח איזשהו מטופל [...] מגיע לאבחנה ולא יכול לסגור שום טיפול וחוזר לרופא בעצם [...] אין את האוטונומיה של התפקיד." [PrN6]. תלות זו עלולה לפגוע גם בממשק של האחים והאחיות המומחים בקהילה עם הרופאים איתם הם עובדים וביכולתם לסייע לרופא בעבודתו במרפאה: "אני חושבת שנוהל חייב להיות רחב יותר כדי לתת להם אפשרות [...] חייבת להיות הרחבה פה." [Dr2]; "הכל מתחיל והכל נגמר בסמכויות. ברגע שהיא תדע מה היא יכולה לעשות, אנחנו נהיה יותר בטוחים לתת לה ולסמוך עליה." [Dr5].

תמה 2

חסמים הנובעים מחוסר היכרות עם תפקידם של האחים והאחיות המומחים

חסמים משמעותיים מאוד, שעלו במרבית הראיונות שבוצעו, נובעים כתוצאה מחוסר היכרות עם תפקיד האח והאחות המומחים בקרב גורמים רבים במערכת. חוסר ההיכרות עם התפקיד מקשה על האחים והאחיות המומחים לממש את ייעודם וסמכויותיהם ואף פוגע בפוטנציאל יציאה ללימודי מומחיות בקרב אחים ואחיות צעירים.

חוסר היכרות עם תפקיד אחים ואחיות מומחים בקרב גורמים מקצועיים

הקושי הנובע מחוסר היכרות של גורמים מקצועיים במרפאות ובקופת החולים עם תפקיד האחים והאחיות המומחים בא לידי ביטוי עם קליטתם של האחים והאחיות המומחים במרפאות, כפי שתיארו המשתתפים באחת מקבוצות המיקוד עם אנשי מקצוע משרד הבריאות: "לא תמיד השדה הקולט את הבוגרים מוכן לשלב אותם בעשייה, לא תמיד יש מודעות מה הם הצרכים גם בנושא של קליטה [...] וגם בנושא של ליווי מקצועי ופיתוח מקצועי." [MoH FG 1]. בהמשך, לתחושתם של האחים והאחיות המומחים, חוסר ההיכרות פוגע ביכולתם לממש את הסמכויות בתפקיד. חוסר ההיכרות בקרב רופאים וצוותים מקצועיים דורש מהאחים והאחיות המומחים להציג פעמים רבות את הגדרת התפקיד שלהם והסמכויות: "רופאים לא יודעים את התפקיד [...] הוצאתי את הנוהל ועברתי עם הרופא על כל הסמכויות שלי." [PzN5]. למרות זאת, חשים האחים והאחיות המומחים כי לצוותים במרפאות קשה לתפוס את התפקיד החדש: "ברמת השטח אין כל כך הבנה לצוות שעובד מה זה אחות מומחית" [DN4]. אחות מומחית בגריאטריה תיארה את הקושי בחוסר ההיכרות של הגורמים במרפאה עם תפקידה: "רציתי שאנשים יקבעו אלי תור [...] המזכירה אמרה: "אין לי מושג איך עושים את זה. איך אפשר לקבוע תור לאחות?" כאילו יש הרבה במונח הארגוני-מערכתי שחסר עדיין." [GN1]. חלק מהרופאים שהתראיינו למחקר הדגישו כיצד חוסר ההיכרות עם התפקיד פוגע במיצועי היכולות והסמכויות של האחים והאחיות המומחים במרפאות: "המזכירות אצלי בהתחלה לא היו שולחים אליה אף מטופל. היא אחות, לא שולחים לה." [Dr1]; "צריך גם להגביר את המודעות בקהילה בין האנשים [...] גם צוותים רפואיים לא מכירים [...] צריך לעשות נוהל מסוים מי צריך להפנות לאחות [...] כי אחרת היא תשב בלי ביקורים פרונטליים ותעבוד על מדדים כל היום, זה בסדר אבל זה לא מספיק, זה לא מקל על העומס." [Dr16]. המרואיינים תיארו כי נדרש תהליך גם עם הגורמים הפרא-רפואיים והרוקחים שבתחילת הדרך לא קיבלו הפניות או מרשמים שהופקו על ידי אחים ואחיות מומחים. אחות מומחית בגריאטריה ציינה: "זה לקח זמן למשל

עד שהמקצועות בריאות הסכימו לקבל מאיתנו הפניות, זה לא בא בקלות" [GN3]. אחות מומחית בקהילה חידדה את המגבלות החוקיות שנדרשו לשינוי על מנת שהאחים והאחיות המומחים יוכלו לממש את סמכויותיהם בהקשרים הללו: "רישום מרשמים זה חלק מהסמכויות שלנו אבל רק לאחרונה מאוקטובר זה נכנס לתוקף [...] ששינוי את חוק פקודת הרוקחים [...] זה היה איזשהו נקודה שעיכבה לממש את כל הפוטנציאל שלנו כאחיות" [PrN5]. אח מומחה בטיפול בפצע, סטומה ואי-שליטה הוסיף גם כן בנושא זה: "בתחילת הדרך פיזיותרפיסטים לא קיבלו ממני את ההמלצה שלי [...] לא הבינו שיש מומחית ובמשרד הבריאות אישר שתשלח הפניה [...] בבית מרקחת לא קיבלו מרשם של אחות. אז עד ששינוי את פקודת הרוקחים ועד... זה תהליך" [WOCN1]. האחים והאחיות המומחים אומנם הציגו מגמה חיובית ברמת ההיכרות והקבלה של תפקידם במשך הזמן אך ציינו כי יש עוד מקום לשיפור בתחום.

חוסר היכרות עם תפקיד אחים ואחיות מומחים בקרב מטופלים

חוסר ההיכרות עם התפקיד ניכר במיוחד בקרב מטופלים: "בישראל הציבור לא יודע ולא מכיר. וצריך [...] ברמה הלאומית לעשות תהליכי הסברה ולחשוף יותר" [HMO FG 1]. אחות מומחית בגריאטריה תיארה את הקושי הנובע מכך: "יש גם קצת אתגרים מול המטופלים כי לא ברור להם בדיוק מי אנחנו ומה המסגרת ומה המשמעות" [GN3]. גם לאחר היכרות עם האח או האחות המומחים במרפאה, בחלק מהמקרים המטופלים לא יודעים באילו מצבים הם יכולים לפנות אליהם: "לא ברור לאנשים בדיוק מה התפקיד ומה כן מותר מה לא מותר לי, כי יכול להיות מטופל שקובע תור למשהו שאני לא יכולה לעשות." [PrN9] ובמקרים אחרים הם אינם מבדילים בין אחים ואחיות מומחים לרופאים: "יש איזשהו בלבול במטופלים שהם קוראים לה רופאה והם חושבים שהיא רופאה מחליפה" [Dr4]. לתפיסתם של חלק מהרופאים, חוסר ההיכרות עם התפקיד מוביל למצב בו מטופלים מסתייגים, לפחות בהתחלה, מקבלת טיפול על ידי אח או אחות מומחים: "בהתחלה זה היה שוק, אנשים כעסו, היו הרבה כעסים. אפילו סירוב, גם לא רצו להיכנס." [Dr3]; "הוא (המטופל) לא מבין מה זה אחות מומחית קלינית [...] הוא לא ירצה להיכנס לאחות, הוא רוצה רופא, אז הייתה בעיה שאנשים לא נכנסים לשם" [Dr16]. הסירוב בקבלת טיפול רפואי על רקע חוסר ההיכרות עם התפקיד מועצם בקרב מגזרים מסוימים האוחזים בחסמים נוספים באשר לקבלת טיפול רפואי מאחים ואחיות בכלל: "החברה הערבית שגם שם לפעמים יותר קשה כניסה של אחיות מומחיות, בעיקר דרך אגב אם היא [...] אישה שנכנסת לצד רופאים שהם גברים. קשה עדיין לקבל חלק מההמלצות וההסכמות והמחשבות." [HMO FG 2]. ניכר כי בקרב קבוצות אוכלוסייה אלו ידרש פרק זמן ארוך יותר וגישה אקטיבית יותר להטמעה מוצלחת של התפקיד.

על אף זאת, ניכר כי לאחר הקושי ההתחלתי, מטופלים המלווים משך זמן על ידי אח או אחות מומחים מביעים שביעות רצון גבוהה מהטיפול וזמינות השירות כפי שתיאר אח מומחה בטיפול בפצע, סטומה ואי-שליטה: "ברגע שהם כבר מכירים אותי ומכירים אותי עם הפצע אז הם יותר סומכים [...] אתה בונה את האמון לאט לאט" [WOCN1]. גם בקרב חלק מהמרוויינים ננקטת גישה לפיה למטופלים לא הכרחי להכיר את התפקיד

כל עוד יש עוד גורם מטפל אליו הם יכולים לפנות ולקצר את זמני ההמתנה לרופאים. אחת האחיות תיארה: "בהתחלה הייתי מאוד מסבירה לכל מטופל מה אני [...] הם לא כל כך מתעמקים בזה, אני פשוט עוד אחות ואני כנראה יודעת לעשות כמה דברים אז כדאי להשתמש בשירות הזה" [PrN3] ורופאה נוספת חיזקה: "אני לא חושבת שאנשים עד הסוף מבינים את זה אבל מבינים שיש להם עוד אפשרות לפנות" [Dr14]. רופא המלווה אחות מומחית בסוכרת ציין גם הוא: "המטופלים זה לא כזה מעניין אותם אם היא רופאת סוכרת או אחות סוכרת [...] הם מרגישים את המקצועיות שלה" [Dr17].

על מנת להתמודד עם החסם יש צורך בחשיפת הציבור הכללי לקיומם של האחים והאחיות המומחים במערכת הבריאות הקהילתית אולם קיים פער תפיסתי בין קופות החולים למשרד הבריאות באשר לזהות הגוף שעליו לקדם תהליך זה. בעוד שקופות החולים רואות במשרד הבריאות הגורם האחראי לנושא: "הציבור צריך לדעת שיש מקצוע חדש במדינת ישראל [...] דרך משרד הבריאות כפי שהדוברות יודעת לשווק." [HMO FG 3]; בקבוצת מיקוד של משרד הבריאות התייחסו המשתתפים גם לאחירות של קופות החולים לשווק את התפקיד בקרב הציבור: "שיהיו יותר אחיות מומחיות אנחנו מניחים שתהיה היכרות יותר משמעותית עם הקהל [...] הקופה תיקח על עצמה לפרסם את זה ולשווק את זה." [MoH FG 1].

חוסר היכרות עם תפקיד אחים ואחיות מומחים בקרב אחים ואחיות צעירים

חוסר ההיכרות עם התפקיד קיים גם בקרב אחים ואחיות בתחילת דרכם המקצועית: "אני פוגשת סטודנטיות לסייעוד שאני מסבירה להן מי אני ומה אני והן מתלהבות מאוד. הן לא ידעו שיש כזה דבר." [PrN2]. בשל חוסר ההיכרות עם התפקיד, אחים ואחיות בתחילת דרכם לא לוקחים אותו בחשבון בתכנון דרכם המקצועית: "לא מדברים על זה, לא מעלים את זה לרמת הידיעה של הרופאים, לא מעלים את זה ברמת הסייעוד שכביכול יש איפה לשאוף ולהתקדם" [PrN4]. אחות אחרת הוסיפה כי ככל שיהיו יותר אחיות מומחיות כך תגבר החשיפה וההיכרות עם התפקיד: "ברגע שיהיו יותר אחיות מומחיות אז התפקיד הזה יהיה יותר ידוע, ונראה לי זה יהיה טבעי שאחיות יגיעו" [PrN7].

תמה 3

חסמים הקשורים לממשק

עם רופאים

האחים והאחיות המומחים בתפקידם יוצרים ממשקים עם גורמים רבים כאשר המשמעותיים ביותר הינם הרופאים המהווים סמכות מקצועית ומספקים חניכה וליווי לאחים והאחיות המומחים. תמה זו עוסקת בחסמים הנובעים כתוצאה מתצורת העבודה ומהקשר האישי והמקצועי בין הרופאים לאחים והאחיות המומחים וכן מהגישות השונות הקיימות בעולם הרפואה ביחס לתפקידם של האחים והאחיות המומחים.

גישות שונות בקרב רופאים

מן הראינות עולה כי בקרב הרופאים קיימות מספר אסכולות בנוגע לתפקידם של האחים והאחיות המומחים, לצורך בתפקיד, לתצורת העבודה המקצועית ולמתן הסמכויות לאחים והאחיות המומחים. חלק מהרופאים רואים בתפקיד האחים והאחיות המומחים ערך גדול עבורם ועבור המטופלים. אחות מומחית מתארת מזווית מבטה את גישת הרופא איתו עבדה: "מאוד מוקיר, מאוד רואה בחשיבות, מאוד רואה בראייה העתידית איך התפקיד הזה משתלב ואיך הוא עוזר, בהקלה על עומסים, במתן שירות יותר זמין ויותר טוב ואיכותי למטופלים" [PrN5]. לעומת זאת, חלק מהרופאים לא רואים את הצורך באחים ואחיות מומחים או חולקים על היקף הסמכויות הניתנות להם. אחות מומחית אחרת תיארה: "דיברתי עם רופאים [...] המון מהם הם לא מבינים כל כך למה והם כל כך מפחדים שאנחנו ניקח את המטופלים שלהם, ניקח את העבודה שלהם" [PrN11]. רופאה המלווה אחות מומחית בקהילה ציינה שיתכן ותוספת של בעלי מקצוע אחרים במרפאה היו תורמים לה יותר: "אני לא יודעת אם אנחנו צריכים את התפקיד [...] אם אני הייתי מקבלת נגיד עוד אחות במרפאה [...] או שעוד רופא במרפאה [...] אולי נגיד הייתי יותר מרוצה מזה." [Dr4].

מרבית הרופאים שהתראיינו למחקר הביעו שביעות רצון מהעבודה המשותפת עם האחים והאחיות המומחים וציינו כי העבודה המשותפת משפרת את איכות הטיפול. רופאה המלווה אחות מומחית בגריאטריה ציינה: "זה לא מפריע [...] אני עדיין אשאר רופאה [...] עדיין אני אדע יותר אבל ביחד אנחנו כוח." [Dr7]. רופאים המלווים אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה (סוכרת, גריאטריה, טיפול תומך וטיפול בפצע) רואים בהם אוטוריטה מקצועית בשל הניסיון והידע הרחב שלהם בתחום המומחיות. רופא המלווה אחות מומחית בטיפול תומך תיארה: "אני מאוד סומך עליהם, על שיקול הדעת שלהם ומהניסיון שלי, דברים שהן לא בטוחות או לא בטוחים הם שואלים [...] אני חושב שזה מאוד מקל על עבודת הרופאים." [Dr8]; "אני מדברת איתה כמו קולגה, זאת אומרת, זה לא מרגיש לה שיש מישהו מעל או מתחת, כאילו זה... לגמרי התייעצות משותפת." [Dr17]. ועדיין, אחים ואחיות מומחים רבים נתקלים בקשיים בעבודתם

כתוצאה מהתנגדויות של רופאים לתפקידם כפי שתיארה אחות מומחית בסוכרת: "היום רופאים גם בארץ שמתנגדים לתפקיד של המומחית ויש כאלה במרפאות, זה אתגר גדול. אני למשל נכנסתי למרפאה שהיה שתי מומחיות לפני באותה מרפאה ולא שרדו" [DN2]. מהראיונות עולה כי המפתח לעבודה מוצלחת טמון בשיתוף הפעולה בין הגורמים, שלעיתים מהווה אתגר בפני עצמו.

אתגרים ביצירת שיתוף פעולה ובניית אמון בין רופאים לאחים ואחיות מומחים

כניסת אח או אחות מומחים חדשים למרפאה מלווה באתגרים. רופאה שליוותה אחות מומחית בקהילה תיארה כי לא ידעה כיצד לנהל את תהליך קליטת האחות המומחית במרפאה וכיצד לחנוך אותה בעבודתה המקצועית: "ברגע שהתחלנו לעבוד ביחד, אני חייבת להתוודות, לא היה לי שום ידע איך עושים את זה" [Dr2]. רופאה אחרת ציינה כי חסרה הדרכה והכוונה מקצועית לצליחת התהליך: "אף אחד לא הגיע והסביר לי [...] היה לנו בהתחלה כאילו מיליון שאלות [...] הרבה דברים ככה לא ברורים" [Dr15]. עבור חלק מהרופאים, תהליך של מתן סמכויות לאח או אחות מומחים מלווה בקושי: "ברירת המחדל זה שאני אפתור את כל הבעיות בעצמי והוא יושב ליד" [Dr10] ואילו בקרב רופאים אחרים, נדרש פרק זמן של עבודה משותפת שלאחריו הם מרגישים שהם יכולים לתת אמון בעבודתם של האחים והאחיות המומחים: "ראיתי שאני יכולה לסמוך ואני לא צריכה לבדוק כל דבר [...] היא יכולה לעבוד לבד, לא חייבת ממש לערב אותי בכל דבר" [Dr14]. במרבית המקרים, לאורך העבודה המשותפת נרקמים יחסי אמון שנתפסים כהכרחיים הן עבור הרופאים והן עבור האחים והאחיות המומחים: "צריכה להיות איזושהי תחושת אמון ותחושת ביטחון, ביני לבין אותו רופא שמלווה אותי." [PrN4]; "צריכים לעבוד יחד [...] אם אין אמון [...] זה יוצר מתח, יוצר קונפליקטים וזה לא יעבוד" [Dr18]. האמון שנותנים הרופאים באחים והאחיות המומחים משפיע באופן ישיר גם על המטופלים: "את רואה את הרופא כמה הוא סומך עליה [...] באופן אוטומטי את מקבלת ביטחון" [P4]. האתגרים בתצורת העבודה הזו נובעים לא פעם מהקושי של הרופאים לאפשר עבודה עצמאית לאחים והאחיות המומחים. ככל שהאח או האחות המומחים מתחילים לעבוד בצורה עצמאית, חלק מהרופאים חשים תחושת איבוד שליטה וקושי בשמירת הרצף הטיפולי: "באיזשהו שלב שמת לי שיש מטופלים שכבר מזמינים תורים ישירות אליה למעקבים [...] ולפעמים אני קצת יכולה לאבד את הרצף." [Dr3]; "יש לי לפעמים הרגשה שאני מפסיקה לשלוט על מה שמתרחש, זה מוציא אותי מדעתי שאני מפספסת דברים או שיש לי הרגשה של חוסר שליטה." [Dr4].

תפיסות ודעות מקצועיות שונות עלולות להוות חסם ליצירת ממשק מקצועי בין הרופאים לבין האחים והאחיות המומחים: "קורה שיש מין כזה חוסר שיתוף פעולה עם הרופא. הרבה פעמים אני רואה צורך שהמטופל נגיד פחות מאוזן או יש תרופות אחרות שאפשר להוסיף לו, לתת מינון או דברים כאלו והרופא חושב נגיד שלא." [PrN2]. אחות מומחית בסוכרת מתארת את יחסי הכוחות לתפיסתה: "את לא עובדת לבד [...] יש את הרופא שהוא לפעמים עם ידע פחות ממך הוא עדיין מעליך, והוא זה שרושם, אם אני אלך ראש בראש, חבל." [DN1]. בחלק מהמקרים העבודה המשותפת נפגעת כתוצאה

מאגו של הגורמים השונים שמקשה על יצירת שיתוף פעולה. אחיות מומחיות בסוכרת מתארות את התופעה: "בתחילת דרכי זה היה התנגדות גדולה, בעיקר מהרופאים [...] זה סוג של איום [...] זה עניין של אגו" [DN2]; "יודעים שיש לי ידע, יודעים שאני אחות סוכרת יודעת ויכולה, אבל יש דברים שהם אומרים: "את עדיין אחות." [DN1].

עומס על הרופאים

אחד היעדים בשילוב אחים ואחיות מומחים במרפאות הקהילה הוא להפחית את העומס במערכת הבריאות ובעיקר העומס על הרופאים. למרות זאת, בקרב רופאים רבים קיימת תחושה כי העומס עליהם דווקא גדל. רופא המלווה אחות מומחית בגריאטריה מתאר: "מבחינת היעילות, מבחינת הביצועים, מבחינת המטופל זה המון, זה ממש יעיל. אבל מבחינת להוריד את העומס - לא עובד." [Dr12]. בשל האחריות של הרופאים למטופלים המשוויכים אליהם, פעמים רבות עולה בקרבם תחושה כי התוספת של אח או אחות מומחים במרפאה מייצרת עבורם עבודה כפולה. הם מרגישים צורך לוודא את הטיפול שניתן למטופלים: "האחריות תמיד תהיה עלי, בכל מה שהוא עושה [...] לא יהיו חולים שהוא יראה באופן עצמאי ואני לא אראה אותם אחר כך. באותו יום." [Dr10]; "אחרי שהיא בודקת אחרי הכל אני אוהב לבדוק בידיים שלי" [Dr1]. אחות מומחית תיארה גם היא כיצד באה לידי ביטוי תחושת האחריות מצד הרופא שמלווה אותה: "נגיד אני בודקת את הריאות אז הוא גם ישים סטטוסקופ בסופו של דבר [...] בגלל שהכל על השם שלו זה אחריות שלו גם." [PrN11]. רופא המלווה אחות מומחית בטיפול תומך תיאר את המתח הקיים בהקשר הזה אצל הרופאים ביחס לאחים והאחיות המומחים: "אם האחות תעשה טעות כלשהי והמטופל יינזק מזה, אז יבואו לרופא והרופאים מאוד חוששים מהדבר הזה." [Dr18]. הם נדרשים לעיתים לבצע בקרה רטרואקטיבית אחרי פעולות האח או האחות המומחים, כפי שתיאר רופא המלווה אחות מומחית בגריאטריה: "מי שמקבל תוצאות [...] זה על ידי מי הופקו הפניות. אז אני בכלל לא יודע. אז פעם, פעמיים אני במקרה נכנסתי לתיק וראיתי שיש בדיקות כולל ממצאים חריגים. אז יתכן והיא כבר טיפלה בממצאים האלה. אז שוב, אני לא יודע, אז אני נאלץ להתחיל הכל מחדש." [Dr12]. ובמקרים מסוימים הם מקבלים בקשות ממטופלים בנושאים בהם קיבלו מענה מהאח או האחות המומחים: "המטופלים שלי הם וותיקים אצלי והם מכירים אותי היטב כרופאת משפחה שלהם [...] הם מקבלים ממנה איזושהי עצה ואחר כך מתייעצים איתי, זאת אומרת זה כפל בקשות." [Dr4].

מלבד העבודה הכפולה ותחושת האחריות, הרופאים חשים כי העומס הגדול נובע כתוצאה מהליווי והחניכה של האח או האחות המומחים. החניכה והליווי מבוצעת על ידי רופאים המלווים אחים ואחיות מומחים בכל מתארי הקהילה, אך ניכר כי בקרב רופאים המלווים אחים ואחיות מומחים בקהילה, הממשק הקרוב וריבוי המצבים הרפואיים מוביל לעומס משמעותי במיוחד. מרבית הרופאים שדיווחו על עומס רב יותר בתפקידם, הם רופאים המלווים אחים ואחיות מומחים בקהילה: "זה הרבה השקעה של אנרגיה וזמן [...] וכשרופא הוא כבר שחוק ואין לו דקה לפעמים לאכול יום שלם [...] פתאום צריך גם להשקיע בעוד עובד שבהתחלה הוא לא כל כך יתרום לנו בחזרה, אני יכולה להבין שאין

כוח לזה. [Dr3]; "זה מעמיס מבחינה יום-יומית עבודה, זה כאילו אני עובדת בשני חדרים" [Dr5]; "זה בעצם תוספת עבודה בשבילי" [Dr10]; "מצד אחד זה עזרה, מצד שני זה באמת להיות זמינה גם לשאלות בין לבין [...] זה לא אותו דבר כמו שיושב פה עוד רופא משפחה ואנשים באים אליו ולא צריך את העזרה שלי" [Dr14]; "תתארי לעצמך שאני אחרי יום עבודה, צריך לפי תעודת זהות, לכל אחד להיכנס ולראות שזה נזלת, זה שפעת, זה חידוש מרשמים [...] אז זה גם היה מקשה עלי" [Dr15]. הקושי מוכר גם בקרב הנהלות קופות החולים: "בהמון נקודות היא צריכה לשבת עם הרופא ולהתלבט איתו, להחליט איתו [...] אנחנו לא מקצים זמן ייעודי לרופא המשפחה כדי לנהל את המקרים הללו עם האחות [...] אם אנחנו מדברים על הפחתת עומסים, בסוף אנחנו נותנים לו עוד מטלה שאין לו שום זמן מוקצה לזה." [HMO FG 2]. מעבר לזמנם של הרופאים והעומס הרב, מסתמן גם חוסר שביעות רצון מהתגמול שניתן להם עבור החניכה של האחים והאחיות המומחים. באחת מקבוצות המיקוד עם משרד הבריאות עלה כי מדובר בנושא לא פתור: "השכר שלהם בעצם הוא שכר נוסף, כי עושים את זה תוך כדי עבודה [...] אין לנו הרבה יכולת לתמך בתחום הזה, גם אין לנו תקציבים, וזה באמת אתגר." [MoH FG 1]. הקשיים הנערכים על הרופאים בהקשר הליווי והחניכה של האחים והאחיות המומחים עשויים לפגוע הן בתהליך החניכה עצמו והן בתפיסה הכללית של הרופאים בחישוב עלות מול תועלת של שילוב אח או אחות מומחים במרפאתם. נדרש למצוא את האיזונים הנכונים בין הצורך בליווי צמוד של הרופא לבין הקשיים הנוצרים בשל כך.

חסמים ייחודיים לאחים ואחיות מומחים בקהילה - תלות משמעותית ברופא

בשל ההגדרות בנוהל משרד הבריאות, האחים והאחיות המומחים בקהילה תלויים באופן משמעותי ברופא אליו הם כפופים מבחינה מקצועית: "בכל שאר המומחיות זה מאפשר לאחות באמת טיפה אוטונומיה [...] בטיפול תומך, בגריאטריה, בסוכרת, אנחנו צריכים להיות תחת מנהל התחום [...] זה רק ברפואה הראשונית" [HMO FG 3]. מלבד העומס הגדול המוטל על הרופא בליווי וחניכת האחים והאחיות המומחים כפי שתואר, תלות זו מובילה לא פעם למצב בו תצורת העבודה לא מאפשרת לאחים והאחיות המומחים לממש את סמכויותיהם ואלו יכולים לחוות תסכול וחוסר מיצוי בתפקיד כפי שתואר באחת מקופות החולים: "רופאה שמאוד מאוד רצתה את זה [...] אבל בפועל היא לא שיחררה מטופלים והיא לא איפשרה לאחות המומחית לעשות דברים. עכשיו בגלל שהאחות כל כך תלויה ברופאה, בפעילות שלה, לפי ההנחיות אז היא לא יכלה לעשות שם פעילות משמעותית [...] ברגע שהרופא הוא לוקח את המושכות ולא מאפשר לאחות לעשות את הדברים והאחות תלויה באישורים שלו אז זה מורכב." [HMO FG 1]. אח מומחה בקהילה מתאר: "ברגע שאני מוגבל לרופא ספציפי אז כל מה שמשתמע מזה: הוא לא עובד - אז גם אני לא עובד, הוא בכנס - אני לא עובד." [PrN6]. התלות ברופא עלולה גם להוביל לפגיעה בתדמית האחים והאחיות המומחים בקהילה בעיניהם של המטופלים: "החיבור הבלתי אפשרי הזה הוא בסוף גורם לקושי, לבעיה ביישום, משדר משהו לא טוב, שאנחנו לא סומכים." [HMO FG 3] ובכך לפגוע בתהליך הטמעת המקצוע במרפאות קופות החולים.

חסמים ייחודיים לאחים ואחיות מומחים בקהילה- פגיעה

בשכר הרופאים העצמאיים

חשש מרכזי מצד הרופאים שמהווה חסם משמעותי בחלק מקופות החולים לשילוב אחים ואחיות מומחים בקהילה נובע מתצורת ההעסקה והתגמול של רופאים עצמאיים. אחד הרופאים תיאר: "אם אני מוריד את הנפח של העברת כרטיס לרבעון [...] צריך פה להתחשב בפוליטיקה. בלי זה - זה לא יעבוד, כי לא יהיה שיתוף פעולה של הרופאים" [Dr10]. גם האחים והאחיות המומחים תיארו את הקושי מזווית מבטם: "רופאה אחת היא עצמאית [...] היא סוג של מאוימת שאם נגיד אני אקבל מטופל והוא לא יראה אותה אז היא לא תתגמל על זה" [PrN6]. אחות מומחית בקהילה תיארה: "אני עוסקת שם בעבודה פרואקטיבית ובלי קבלת קהל, הסוגייה הזאתי נובעת מהיות שהתגמול של הרופאים, יכול להיות שנפגע מהעברת כרטיסים אצל אחות מומחית" [PrN8]. הסוגייה עלתה גם במסגרת קבוצות המיקוד עם המנהלים בקופות החולים: "יש פה כל מיני איומים בדרך שהם גם כלכליים, כי באמת רופא עצמאי, כל דרך ההשתכרות היא שונה [...] זה לא צלח עד כה" [HMO FG 4]. הקופות נאלצות לאלתר פתרונות יצירתיים, גם אם זמניים, על מנת להתגבר על חסם זה ולצלוח את התנגדויות הרופאים בתחום: "התגמול של הרופא והמוצמדים אליו הם בלתי תלויים באחות [...] בעולם העתידי זה לא אמור להיות ככה אבל כרגע כדי לצמצם קצת את ההתנגדויות [...] זה נשאר ככה." [HMO FG 1]. סוגיית הפגיעה בתגמול הרופאים העצמאיים בקופות החולים עלתה גם במסגרת קבוצות המיקוד עם משרד הבריאות: "זה מאוד מאוד מאתגר במקומות שזה נוגע למודלים של תשלום. שם אנחנו בחסמים כרגע." [MoH FG 1]. הגורמים המקצועיים ציינו כי הנושא מוכר ונעשים מאמצים להגיע לתמהיל שיאפשר את עבודתם של האחים והאחיות המומחים ללא פגיעה ברופאים העצמאיים אך לגישתם הפתרונות צריכים להגיע מקופות החולים עצמן.

תמה 4

חסמים בתחום ההכשרה והפיתוח המקצועי

תמה זו מתייחסת לחסמים הנובעים מריבוי תנאי הקבלה ללימודי מומחיות, מהכשרת מומחיות הדורשת השקעת זמן ומשאבים רבים כדי לעמוד ברמה הגבוהה וכן מאתגרים בהמשך למידה והתפתחות מקצועית גם לאחר סיום לימודי המומחיות.

ריבוי דרישות סף ותנאי קבלה ללימודי מומחיות

על מנת להתקבל ללימודי מומחיות נדרשים האחים והאחיות להיות בעלי ותק והכשרות מקדימות מתאימות. המרוויינים תיארו שני צדדים למטבע: מחד גיסא, תנאי הסף הגבוהים מבטיחים כוח אדם איכותי ומקצועי שיכול להתקבל אך מאידך גיסא מקשים על רבים וטובים אחרים להתקבל ללימודי מומחיות וגם גורמים לאחים ואחיות צעירים לוותר מראש על לימודי מומחיות: "לשמור על סוג של יוקרה לתפקיד אבל יחד עם זאת [...] להרחיב את האופציות לאחיות שעברו עוד הכשרות בתחומים נוספים, כן לבוא ולהתקבל ללימודים הללו" [PrN5]. אחות מומחית בקהילה שעברה הכשרת מומחיות בארצות הברית ולאחר מכן עשתה השלמות נדרשות כדי להיות מוכרת כמומחית בישראל ציינה כי בין המדינות קיימים הבדלים בתנאי הקבלה ללימודי מומחיות והציגה עמדה רווחת כי תנאי הקבלה להכשרת מומחיות בישראל גבוהים במיוחד: "מה שהם צריכים לעבור זה המון [...] תואר ראשון, תואר שני, קורס על-בסיסי מדברים על [...] 8 שנים עד שמתחילים את הלימודים (מומחיות). אז אני חושבת שהם מבקשים קצת יותר מידי." [PrN11].

בקבוצות המיקוד עם קופות החולים המשתתפים הביעו גישה אמביוולנטית התומכת מצד אחד בתנאי הסף הגבוהים באופן שיבטיח כוח אדם איכותי שיוצא להכשרות המומחיות במתארים השונים, ומצד שני מזהה צורך בפתרונות שיובילו להגדלת פוטנציאל האחים והאחיות המתאימים למומחיות: "לא צריך לשנמך את תנאי הסף כי אנחנו בסוף באמת רוצים את האחיות הטובות [...] בעיקר שהיום רוב הסקטורים מגיעים אלינו בעצם מהסבה של מנהל מערכות בריאות." [HMO FG 3]; "יש הרבה מאוד אחיות שעשו תארים שהם לא בסיעוד או יש היום כמעט חצי מהאחיות שנבחנות הן אחיות ממסלולי הסבת אקדמאיים [...] ולכן תואר משולב של תואר שני בסיעוד ומסלול של מומחיות יכול להגדיל את הפוטנציאל של אחיות שיצאו ללימודים. בעיניי היום זה אחד החסמים הגדולים" [HMO FG 1]. משרד הבריאות מכיר באתגר הקיים בשטח ופועל באופן מבוקר לספק מענה לשני צידיו של המטבע: "קצת הגמשנו את הדרישות [...] ואנחנו רוצים לעשות עוד איזשהו תהליך ולעדכן את חוזר המנ"כל כך שיאפשר לנו באמת, לגייס מועמדים מתאימים" [MoH FG 1].

תוכנית לימודים ברמה גבוהה הדורשת השקעה רבה

לאחר הקבלה ללימודי המומחיות, מרבית האחים והאחיות המומחים ציינו כי מדובר בלימודים ברמה מקצועית גבוהה מאוד: "זה היה באמת ברמה אחרת שזה שילב גם את הרפואה וגם את הסייעוד ביחד." [GN6]. יחד עם זאת, הם ציינו כי מדובר בלימודים קשים ותובעניים שדרשו מהם השקעה אישית רבה: "למידה של שעות ארוכות ולקום לעזוב את הבית וללמוד מהבוקר עד הערב בספרייה בלי טלפון בלי כלום, להתנתק מכל העולם כדי להצליח" [PrN8]; "זה מסלול לימודים לא קל לא פשוט זה המון למידה זה המון נסיעות [...] אני הייתי נוסע לירושלים הייתי יוצא בשעה 4 וחצי בבוקר וחוזר בשעה 20 בערב" [WOCN1]. לדבריהם, עובדה זו לעיתים מובילה אחים ואחיות לוותר מראש על יציאה ללימודי מומחיות, בעיקר כאשר לתפיסתם התגמול במקצוע לא תואם את ההשקעה הנדרשת. הגורמים הניהוליים בקופות החולים התייחסו לקושי בהוצאת אחים ואחיות ללימודי מומחיות מבלי לקבל מענה לפער שנוצר כתוצאה מהיעדרותם בימי הלימודים: "היציאה ללימודים צריך לזכור שהיא גם חסם מאוד משמעותי כי הן בעצם יוצאות ללמוד תוך כדי עבודה ואז בעצם נדרש עוד תקציב גם למילוי מקום שלהן" [HMO FG 1].

צורך בהשתלמויות ולמידה מקצועית לאחר סיום הכשרת המומחיות

גם לאחר סיום ההכשרה המקיפה, עולה רצון וצורך מן האחים והאחיות המומחים להמשיך ללמוד, להרחיב את הידע ולהשתלב בהשתלמויות מקצועיות כדי לשמר את הרמה הגבוהה ולהבטיח איכות טיפול: "חשוב לי מאוד להבין ולדעת וזה אתגר בשבילי להמשיך ולהתקדם" [PrN7]. צורך זה מקבל חיזוק גם מצידם של הרופאים: "אני חושבת שאחות מומחית קלינית היא באמת צריכה מיומנות גבוהה, היא צריכה כל הזמן לקרוא ולהמשיך להעמיק את הידע וכל הזמן להמשיך ללמוד" [Dr13]. המרואיינים תיארו את האתגר שבלמידה העצמאית ואת הצורך ביצירת מסגרת להכשרות והשתלמויות מקצועיות עבור אחים ואחיות מומחים: "חסרה הכשרה מתמשכת [...] מאוד קשה לעשות את זה לבד." [GN3]; "אני חושבת שאנחנו צריכות לצאת להכשרה כמו שהרופאים יוצאים." [PrN2]; "הייתי שמחה אם היו יותר מפגשים מקצועיים של למידה של מומחיות [...] את הימי השתלמות שלנו, כמו שלרופאים יש, לא נהיה נספח." [PrN3]. הצורך בשמירת הכשירות של האחים והאחיות המומחים מוכר גם בקרב הנהלות קופות החולים אך לא תמיד הפתרונות נמצאים בהישג ידם, בעיקר בקרב קופות החולים הקטנות: "זה אתגר לשמור על הכשירות שלהן לאורך זמן. אז אנחנו בקהילה נגיד מוסיפים אותן להכשרות שאנחנו עושים לרופאים ראשוניים אבל בעולמות של סוכרת, של גריאטריה אין לנו תוכניות הדרכה מובנות" [HMO FG 1].

תמה 5

חסמים הקשורים לתנאי העסקה ותגמול

תמה זו מבטאת קול משמעותי העולה בעיקר מצד האחים והאחיות המומחים, אך לא רק. מן הראיונות עולה תחושת חוסר הערכה ומכשולים רבים הנובעים כתוצאה מתגמול לא מספק ומתנאי עבודה טעונים שיפור על מנת שהאחים והאחיות המומחים יוכלו לבצע את תפקידם באופן מיטבי ולממש את ייעודם המקצועי.

חוסר התאמה בין מידת האחריות וההשקעה בתפקיד לתגמול

שכר האחים והאחיות נקבע על בסיס דרגות ייחודיות וכולל שכר בסיס ותוספות לדרגות כמו השכלה וותק בתפקיד. השכר בתפקיד הוסדר יחד עם נציבות שירות המדינה (משרד הבריאות, 2015). מרבית המרואיינים הביעו חוסר שביעות רצון מהתגמול בתפקיד אח או אחות מומחים. לדבריהם, קיים פער בין מידת ההשקעה של האחים והאחיות המומחים בהכשרה וגם לאחר מכן, בביצוע התפקיד, לבין השכר אותו הם מקבלים. אחות מומחית בגריאטריה הציגה את הפער: "אני לא חושבת שזה מתוגמל כראוי, בכלל לא [...] ביחס לאחריות שיש [...] מצמצים תורים מרופא של כמה חודשים, אז אני מתארת לעצמי שזה כן חוסך גם לקופה וגם למטופל. וזה לא מתוגמל כמו שרופא מתוגמל" [GN5]. גם אחות מומחית בסוכרת התייחסה לנושא וציינה: "אנחנו עובדות קשה ואנחנו עובדות לפעמים ברמה של מומחה, רופא מומחה, לא סתם רופא. המשכורת שלנו בכלל לא מתבטאת בזה" [DN1]. האחים והאחיות המומחים ציינו כי שכרם כמעט ולא השתנה במעבר מהתפקיד שביצעו לפני הכשרת המומחיות לתפקידם כמומחים: "קיבלתי דרגה יותר גבוהה אבל הדרגה לא באמת מעלה את המשכורת בצורה משמעותית" [GN3]. מרבית האחים והאחיות המומחים מביעים סיפוק רב מעבודתם ושואפים לעבוד כמומחים במשרה מלאה אך לעיתים השיקול הכלכלי משפיע על בחירתם לעבוד כמומחים במשרה חלקית ובמקביל לשמר משרה בבתי החולים או במוקדי הרפואה הדחופה של קופות החולים: "אני אוהבת שיש לי סמכויות יותר ככה גבוהות ומורחבות בתור מומחית אבל בגלל הותק בהדסה והמשכורת בסך הכל יותר גבוהה, אני לא מצליחה עדיין לעבור להיות רק מומחית כי זה עדיין תפקיד שמתפתח ועדיין לא מספיק מועצם ולא מספיק מתוגמל." [PaN3]. חלק מהאחים והאחיות המומחים שרואיינו אף הציגו מצב לפיו הם אינם מתוגמלים על חלק מהפעולות שהם מבצעים במסגרת תפקידם כמומחים: "חלק מן הנוהל אפילו של משרד הבריאות הוא לעשות הדרכות. ללמד, להוציא קורסים, להנחות, ללוות [...] את זה לא מחשבים כאילו שזה אחוז מהעשייה." [WOCN1]; "עכשיו הכניסו לנו ייעוץ מרחוק, לא רק המרפאות שלנו, אלא עוד מרפאות שיכולות לשלוח כמו לרופא מומחה [...] וזה גם ללא תגמול, זה על חשבוננו." [DN2]. מדברי המרואיינים עולה כי השכר הנמוך ביחס לתפיסת התפקיד

והאחריות בו מהווה חסם מוטיביציוני בראש ובראשונה לעבודה בתפקיד זה וגם עבור אחים ואחיות צעירים הפוסלים יציאה ללימודי מומחיות בשל כך: "מה אומרים לאחיות? [...] אם יהיה לך ותק גבוה אז בסוף השכר שלך הוא יהיה יותר גבוה מאשר מישהי שלמדה ולמדה ולמדה ולמדה. אז בשביל מה להתאמץ?" [PrN3]. סוגיית התגמול מוכרת גם להנהלות קופות החולים שציינו כי מדובר בחסם משמעותי אך לקופה עצמה אין את הכלים לצלוח אותו ויש להציף את הקושי לגורמים מעל הקופה: "מאוד הגיוני שאחות מומחית תרוויח יותר מאחות. אז זה לא כל כך פשוט כי מגיעות לשם אחיות מאוד מנוסות, מאוד ותיקות [...] יוצא שהן לא עולות בשכר, שזה לא הגיוני. אנחנו צריכים להילחם שהן לא ירדו בשכר." [HMO FG 1].

חלק מהמרוויינים הציגו עמדה מעט שונה בנושא וציינו כי לתפיסתם על מנת לדרוש תגמול גבוה יותר נדרשים קודם האחים והאחיות המומחים לעבוד בצורה שתאפשר להם לממש את מלוא סמכויותיהם: "אני כן מרגישה שכאילו מגיע לנו יותר אבל זה גם יהיה תלוי [...] איך משתמשים בנו [...] אין לי את כל הסמכויות וזה לא שאני יכולה לקבל מטופל ממש בנפרד ולרשום ולעשות הכל ולסגור [...] אז עד שיש את זה אני לא יודעת אם זה פייר בואי נגיד לבקש עוד" [PrN11]. כמו כן, הם מציינים כי יש צורך להוכיח קודם לדרישת התגמול את נחיצות התפקיד במערכת: "הרבה אנשים יגידו שהוא לא מתגמל. יכול להיות מאוד שהוא צריך להיות מתוגמל יותר [...] אני חושבת שזה באמת אחרי שהתפקיד הזה אולי יוכיח את עצמו, יהיה לנו קל יותר לדרוש." [PrN5].

תנאי העסקה והבטחת תעסוקה

בנוסף לסוגיית התגמול, המרוויינים מציגים חסם נוסף בהטמעת והרחבת תפקיד האחים והאחיות המומחים במרפאות הקהילה שבא לידי ביטוי באלמנטים הקשורים לתנאי העסקה. בשל מחסור בתקנים אחים ואחיות מומחים נאלצים לעבוד במרפאות מרוחקות ממקום מגוריהם: "עברתי למקום רחוק [...] לוקח לי שעה לנסוע [...] אז מבחינת התפקיד, וואו. אבל מבחינת תנאים מסביב: משכורת, מקום עבודה ואני עושה שני פיצולים שמה, זה קצת לא מתאים." [PrN1]. העבודה במקום מרוחק ממקום המגורים מובילה אחים ואחיות מומחים לעבודה במשרה חלקית גם כאשר יכלו לעבוד במשרה מלאה: "אני גרה בצפון והעבודה שלי היא במרכז. בגלל הזמן כאילו המעבר מצפון למרכז בגלל זה אני לא עובדת מאה אחוז. קשה כל יום לנסוע" [DN5].

הצבת אחים ואחיות מומחים במרפאות הקהילה כרוכה בסנכרון צרכים וגורמים רבים כאשר המרכזיים שבהם הם מאפייני המרפאה והמטופלים; התאמת הרופא מבחינה מקצועית, תפקודית וכן מבחינת יכולתו לבצע חניכה; ותנאים פיזיים מאפשרים במרפאה. האתגר בסנכרון גורמים אלו ונוספים עלול לעיתים לעכב את האחים והאחיות המומחים מלהתחיל בביצוע תפקידם, גם לאחר שסיימו את הכשרת המומחיות. אחות מומחית בקהילה מתארת את הקושי: "למצוא רופא שילווה אותך, שיהיה לך חדר, שיהיה לו זמן פנוי בשבילך, זה ממש פרוצדורה." [PrN4]. הנושא עלה גם מצד קופות החולים: "עניין של נדל"ן היום הוא נקודה גם כן מאוד משמעותית. זאת אומרת אם אין

לי חדר פנוי אני לא יכולה להושיב מומחית" [HMO FG 2]; "בעיה של חדרים בקופות חולים היא בעיה מורכבת [...] אחות חייבת לשבת, האחות המומחית בקהילה, ליד עוד חדר של הרופא באותן שעות שבו הרופא עובד. זה הופך את זה למאוד מאוד מסורבל לניהול." [HMO FG 3]. על אף כל העוסקים בנושא, עדיין ישנם אחים ואחיות מומחים שלא מועסקים בתפקיד בשל האתגרים הללו ונוספים: "אני עדיין מנסה למצוא תפקיד ואתם כאילו לא מצאתם לי איפה להציב אותי, אתם הבטחתם שאתם מעסיקים את כולנו" [PrN10].

תמה 6

חסמי מערכת ומדיניות

תמה זו כוללת חסמים להטמעת והרחבת מקצוע האחים והאחיות המומחים במרפאות הקהילה הנובעים מחסמים מנהליים על רקע המדיניות של קופות החולים ומשרד הבריאות. המרואיינים מתארים מצב של מחסור בתקנים, צורך במעורבות גבוהה יותר של קופות החולים בתהליך שילוב האחים והאחיות המומחים, מדדי הערכה שאינם תואמים את יעדי התפקיד וכן צורך בהקמת איגוד אחים ואחיות מומחים.

צורך במעורבות וקידום הטמעת התפקיד על ידי הגורמים הניהוליים בקופות

החולים ובמשרד הבריאות

תהליך הטמעת תפקיד חדש במערכת מלווה באתגרים רבים להם נדרשים הגורמים הניהוליים וקובעי המדיניות לספק מענים. בין המרואיינים במחקר רואיינו גם אחים ואחיות מומחים שלא מועסקים כמומחים בפועל על ידי קופת החולים. אחת האחיות הדגישה את הצורך בגדול באחים ואחיות מומחים במערכת הבריאות בכלל ובמרפאות בקהילה בפרט למול הפער שקופות החולים לא מעסיקות את כל הפוטנציאל הקיים: "אנשים עכשיו חיים יותר זמן, יש לנו יותר תרופות, יותר טיפולים, זה לא שכל האנשים הולכים למות בגיל 60-70, הולכים ל-80-90 יותר. אז צריכים אנשים שיטפלו בהם [...] יש אנשים שיש שם את הידע, הם יכולים לעזור ופשוט המערכת לא נותנת." [PrN11]. אחות אחרת שאינה מועסקת כמומחית תיארה את הגורמים שהובילו לכך: "נתקעתי, כל הזמן היו תירוצים: "לא מוצאים רופא משפחה מומחה, לא מוצאים איפה להעסיק אותך, ההוא לא מסכים, אין לו מרפאה גדולה" כאילו היה כל הזמן בירוקרטיה של הנהלה". [PrN10]. בתהליך הטמעת מקצוע חדש במערכת נדרשת גם מעורבות של גורמים ניהוליים בקופות החולים ובמשרד הבריאות שמסתמנת כלא מספקת בשלב זה של התהליך. מצד אחת מקופות החולים נמתחה ביקורת כללית על אופן הטמעת התפקיד במערכת: "אנחנו מאוד איטיים בתהליכים שאנחנו עושים, אנחנו מאוד מאוד שמרנים, מאוד זהירים באופן שהוא לא מתאים לצורך ולמגמות" [HMO FG 3]. רופאה שהתראיינה הוסיפה את זווית מבטה על היותם של הרופאים גורם תורם לתהליך ההטמעה שלא מנוצל כראוי על ידי הגורמים הרלוונטיים: "הרופאים שעובדים ביחד

עם האחיות המומחיות לא כל כך שותפים לדיונים שיש ביניהם עם ההנהלה של הקופה או עם משרד הבריאות [...] אם כבר אנחנו בונים תפקיד במערכת אז יש לנו הרבה מה להגיד, נקודת המבט שלנו היא גם משלימה את התמונה. " [Dr3]. המרואיינים טענו כי מבחני תמיכה עשויים לקדם את הטמעת התפקיד והגדלת כמות האחים והאחיות המומחים במרפאות הקהילה: "אם למשל היה מבחן תמיכה שהיה משמעותי והיו אומרים "אוקיי זה אתם תקבלו אם יהיה לכן מומחית קלינית", יכול להיות שהיה יותר מאמץ. כי איפה שמשרד הבריאות שם כסף לשם הקופות הולכות. " [GN3]. בהקשר הזה הוסיפו המשתתפים באחת מקבוצות המיקוד עם משרד הבריאות כי מבחני התמיכה צריכים להיות מדויקים מספיק כך שהתמרוץ שינתן לקופות יוביל לתוצרים חיוביים: "השיטה הטובה ביותר זה לתמרץ את הקופות [...] והדיוק של כתיבת מבחן התמיכה הזה, בתמרוץ המתאים באמת יעשו את הדברים מדויקים יותר ויכוונו למקומות הנכונים [...] זה לא רק קחו כסף, רק תעסיקו אלא עוד כמה דברים קריטריונים. " [MoH FG 2].

פיתוח מדדי הערכה מותאמים לאחים ואחיות מומחים

נדבר נוסף של הטמעת התפקיד הינו פיתוח מדדי הערכה מותאמים למקצוע החדש, להגדרת התפקיד ולמטרות שלשמן פותח: "מודדים אותנו בכלים לא רלוונטיים [...] מודדים אותי באותם כלים שמודדים את האחות במרפאה הראשונית אבל אני לא אחות במרפאה הראשונית [...] אף אחד עדיין לא הצליח להביא את האומדנים או את הכלים או מה למדוד כדי להבין מה עושה מומחית קלינית [...] לקחת תפקיד חדש ואתה מודד אותו בכלי הישן. זה לא מתאים. " [GN3]. תפקיד אח או אחות מומחים עומד בפני עצמו ולא ניתן להשוות אותו לתפקידים אחרים במערכת: "מפעילים עלינו עומסים מטורפים [...] ואז הם מתחילים להשוות אותנו לאנדוקרינולוגים [...] והעבודה שלנו היא שונה מהאנדוקרינולוגים, היא כוללת הדרכה, הסבר [...] זה עבודת איכות, תבואו תבדקו אותי כמה אחוז עליתי ב-a1c, כמה ביצעתי כף רגל, איזה אחוז המרפאה עומדת, אבל כל הזמן לבדוק אותי שלא עמדתי ביעד החודשי או עמדתי ביעד החודשי" [DN2]. גם ברמת הקופות קיים קושי בהערכתם של האחים והאחיות המומחים: "עדיין כל הזמן בצורה זו או אחרת אנחנו צריכים להצדיק את הערך מהעבודה של המומחיות. שזה מאוד קשה כי גם הן נכנסו בשלבים שונים, גם במחוזות שונים, גם בתהליכים שונים [...] יש גם קושי לראות את העיסוק העיקרי של אותן מומחיות גם ברמת התוצאות וגם ברמת האיכות הטיפולית. " [HMO FG 2].

מחסור בתקנים

המחסור ברופאים ובכוח אדם רפואי מחייב שילוב של אנשי מקצוע מוכשרים ומיומנים בתחומים השונים כדי לתת מענה למטופלים ולהפחית עומסים במערכת הבריאות. על אף זאת, ולמרות המשך ביצוע הכשרות מומחים בתחומים השונים, המרואיינים מתארים מצב של מחסור בתקנים לאחים ואחיות מומחים בקופות החולים: "כשסיימתי לא היה להם תקן לתת לי כמומחית ורציתי באמת לעבוד במה שלמדתי" [GN1]. בשל

כך, קופות החולים מתקשות להוציא אחים ואחיות ללימודי מומחיות מאחר ואינן יכולות להבטיח להם עבודה בתקן מומחים עם סיום הלימודים וכן בשל הקושי לספק כוח אדם חלופי עבור אח או אחות הנעדרים מתפקידם במהלך הלימודים ואחריהם. "אנחנו צריכים תקנים [...] אי אפשר להגדיל ולשלוח כל הזמן ללמוד וללמוד [...] ובסופו של דבר שאין תקנים" [HMO FG 2].

קופות החולים נדרשות לממן את התקן התוספתי וגם את האיוש החליפי של האחיות והאחים שיוצאים להכשרה: "את אותה אחות היא בעצם לוקחת מאיזושהי מסגרת והיא הולכת לשים אותה במסגרת אחרת, זאת אומרת שגם לה איזשהו מחסור של אותם התקנים או מחסור של כוח אדם." [PrN4]. הפער שנוצר פוגש את הנהלות קופות החולים כבר בשלב לימודי המומחיות כאשר האח או האחיות נאלצים להיעדר לטובתם: "היציאה ללימודים צריך לזכור שהיא גם חסם מאוד משמעותי כי הן בעצם יוצאות ללמוד תוך כדי עבודה ואז בעצם נדרש עוד תקציב גם למילוי מקום שלהן" [HMO FG 1]. פערים אלו עלולים למנוע או לעכב את הקופה מלעודד הכשרת והצבת אחים ואחיות מומחים ובכך פוגעים בהטמעת והרחבת המקצוע במתארי הקהילה: "לקופה זו תוספת הוצאה [...] ברור שזה טוב למערכת, ברור שזה גם חוסך למערכת [...] אבל מבחינת הקופה, היא רואה בטווח המיידית, היא רואה תוספתי." [HMO FG 3]; "מאחר שההסתכלות שלנו באופן טבעי היא קצרת טווח וקצרת טווח זה עולה להם יותר כסף הם צריכים להוסיף את האחיות זה לא מחליף אף אחד." [MoH FG 2].

אתגר נוסף שנוצר עקב המחסור בתקנים נובע מאחים ואחיות מומחים שבשל עבודתם במשרה חלקית כמומחים, משלבים גם משרות אחרות, בקופת החולים או מחוץ לה, כאחים ואחיות במרפאת אחיות או בתפקידים ניהוליים. עקב כך עשוי להיווצר בלבול בזהות האחים והאחיות בהיבט הגדרות התפקיד והסמכויות הן בעיני עצמם והן בעיניהם של המטופלים והגורמים הרפואיים והאדמיניסטרטיביים במרפאות, שפוגשים את אותם אחים ואחיות בשני הכובעים: "אי אפשר להיות אחות, לשעתיים אחות ובערב להיות אחות מומחית, בטח לא באותו סניף זה לא עובד." [HMO FG 1]. אחות מומחית בגריאטריה תיארה את הקושי בשילוב המשרות: "צריך להבין שאחות מומחית זה תפקיד אחד, אחות רגילה זה תפקיד שני [...] אי אפשר לעשות גם וגם [...] הקטע הזה שאני אחות רגילה, זה לוקח ממני הרבה יותר." [GN6]. אחת הרופאות שליוותה אחות מומחית בקהילה במשרה חלקית שעבדה באותה מרפאה גם כאחות רגילה תיארה זאת כאתגר לכל הגורמים: "הרבה יותר יעיל זה היה יכול להיות שבאותו מקום לא היו מערבים שני תפקידים שלה. זה הפריע לי וזה הפריע לה [...] זה מבלבל את המטופלים לפני הכל." [Dr2].

צורך בהקמת גוף מאגד לאחים והאחיות המומחים

המרוויינים מתארים צורך הולך וגובר בגוף שיאגד את כל האחים והאחיות המומחים בארץ. האחים והאחיות המומחים לא משתייכים לקבוצת הרופאים אך גם נבדלים מקבוצת האֶחֶיות: "בשנה ראשונה שהתחלנו לעבוד [...] הרגשנו מבודדות, כאילו

לא שייכות לאחיות, סוג של לא שייכות לרפואה, אנחנו לא נמצאות בישיבות של זה, ולא נמצאות בישיבות של זה" [PrN4]. ככל שאוכלוסייה זו גדלה, כך עולה הצורך בגוף שיוכל לייצג את האחים והאחיות המומחים בפני גורמים שונים וידאג לקידום זכויותיהם וצרכיהם המקצועיים: "אנחנו לאט לאט מתגבשים כקהילה [...] אז עכשיו אנחנו בונות קהילה שכזו, ארגון שכזה בארץ שמתגבש ממש בימים אלה [...] לקדם את התפקיד הזה, לעמוד על העקרונות שלו, לשווק אותו, על זכויות שלנו, לעצב אותו יותר נכון [...] שיהיה איזשהו גוף שייצג אותנו וידבר מול גורמים אחרים נוספים" [PrN5].

חסמים ייחודיים לאחים ואחיות מומחים בקהילה- השוואה לבעלי תפקידים

אחרים במערכת ומחוץ למערכת

הגדרת התפקיד והסמכויות של האחים והאחיות המומחים בקהילה נמצאת עדיין בתהליך דיוק ומיצוב. חלק מהמרוויינים הביעו חשש באשר לעתידו של התפקיד על רקע התנהלות וקביעת מדיניות: "אני מפחדת שאנחנו הראשונות והאחרונות כי יש איזושהי הרגשה שאנשים לא כל כך רוצים להירשם לדבר הזה [...] והדיבורים על עוזר רופא שככה מנשבים [...] אנשים הם עושים את החישובים." [PrN3]. לחשש זה מתלוות השוואות שנעשות בין תפקיד האח או האחיות המומחים בקהילה לתפקידים אחרים במערכת כמו למשל אחים ואחיות מומחים בתחומים אחרים במתארי הקהילה: "אני משווה נגיד לתחומים אחרים נגיד של אחות סוכרת [...] אתה לא מוגבל לרופאים ספציפיים, כל הסביבה יכולה להפנות אליך [...] אני מוגבל לצוות שבחרו עבורי, של שלושה רופאים." [PrN6]. השוואה זו תוארה גם על ידי המשתתפים באחת מקבוצות המיקוד עם קופות החולים: "בכל המקומות שבהם זאת התמקצעות ומומחיות שהיא בזירה ספציפית כמו גריאטריה, כמו סוכרת, כמו פצע, כמו פליאציה, החיוניות של התפקיד הזה והמשמעות שלו היא ברמה מאוד מאוד גבוהה. קודם כל קיים הצורך [...] הן גם נותנות ייעוץ לרפואה הראשונית בכל התחומים האלה, זה גם מתקבל הרבה יותר בהכלה" [HMO FG 4]. השוואה נוספת נעשת בין הגדרת התפקיד של האחים והאחיות המומחים בקהילה בישראל לבין הגדרת ואופי התפקיד של אחים ואחיות מומחים בקהילה בארצות הברית (Family Nurse Practitioner). אחות מומחית בקהילה שלמדה אחיות ומומחיות בקהילה בארצות הברית ממליצה לבחון את התפקיד ביחס לארצות הברית כדי לצמצם חסמים הקיימים כיום בישראל: "אני חושבת שמשרד הבריאות גם כן צריך להסתכל על אחות מומחית מה היא עושה מחוץ לישראל כאילו בארצות הברית. שם המון סמכויות [...] לא להגביל [...] זה נותן לאחרים להסתכל על מומחית "אוי היא לא יודעת לתת תרופה כזאת, היא לא יודעת לאבחן כזאת" אז למה להכניס כאילו לעשות את המטופל שיעשה שני סיבובים? פעם אצל אחות מומחית ועוד פעם אצל רופא משפחה. כאילו זה מחסיר מהערך המקצועי של האחות" [PrN10].

החשש לעתיד תפקידם של האחים והאחיות המומחים גובר גם לאור התפתחות מקצוע עוזר רופא בישראל: "מתעוררת שאלה אם התפקיד החדש הזה שמשרד הבריאות כרגע יוצר, עוזר רופא, ואנחנו שעוד לא ממש עובדים נגיד בתחום ולא מתממשים, איפה ההבדל? [...] למה ליצור שני תפקידים מקבילים?" [PrN6]. גם בקרב קבוצות

המיקוד עם קופות החולים הנושא עלה וניכר כי הערפל סביב עוזר הרופא לצד חוסר היציבות הנוכחית בתפקיד האחים והאחיות המומחים בקהילה משאיר סימני שאלה רבים באשר לקיום שני התפקידים הללו זה לצד זה במרפאות הקהילה: "אני בהחלט חושבת שכניסה של תפקיד כזה יכול להשפיע או לקחת תיאורטית נתח ממקום של אחות מומחית בטח אם יהיה לרופא יותר קל להפעיל אותו עם פחות מגבלות." [HMO FG 1]; "כל הזמן מעופפת העננה של "עמית רופא" [...] מה הערך, מה ההבדל." [HMO FG 2]; "מקצועות אחרים שהם סוג של מתחרים כמו עוזר רופא [...] שגם כן נותנים היום איזשהו מענה לרפואה ראשונית שנמצאת בעומס ואז השאלה באמת מי נכנס פה, האם האחות המומחית או הם." [HMO FG 4].

למחקר שבוצע היו מספר מגבלות שככל הנראה השפיעו במידה מסוימת גם על תוצאותיו.

גודל המדגם וגיוונו

כמות המרואיינים במחקר ומגוון התפקידים ותחומי המומחיות המשולבים בו מגבילים את היכולת להשליך את הממצאים על כלל אוכלוסיית האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה. במטרה להקיף את תחומי המומחיות במתארי הקהילה, רואיינו למחקר זה אחים ואחיות מומחים ורופאים מתחומי מומחיות שונים כאשר לכל אחד מהם מאפיינים שונים וחסמים ייחודיים בהתאם.

ראיונות מטופלים

ראיונות המטופלים לא הניבו מידע משמעותי למחקר ממספר סיבות עיקריות: המטופלים נבחרו על ידי האחים והאחיות המומחים, ללא התערבות של החוקרים בדגימה, מה שככל הנראה הוביל לבחירת מטופלים עם קשר קרוב יותר האוחזים בדעות חיוביות יותר כלפי תפקיד האחים והאחיות המומחים. נוסף על כך, בחלק מקופות החולים היה קושי בתיאום הראיונות עם המטופלים שניכר כי הרגישו פחות רתומים ומחויבים לנושא המחקר. לבסוף, חלק מן הראיונות המתוכננים עם המטופלים לא בוצעו הן בשל תצורת עבודתם של חלק מהאחים והאחיות שלא מלווים מטופלים באופן קבוע ולקראת סוף המחקר גם נוכח המידע הדל שהתקבל מהראיונות עם אוכלוסייה זו.

מגבלות ניתוח הנתונים האיכותני

ניתוח הנתונים האיכותני מתבסס על ממצאים קונטקסטואליים התלויים בהקשר התרבותי, החברתי והאישי של כל אחד מן המרואיינים ולא תמיד ניתן לגבש מהם מסקנות חד משמעיות. כמו כן, על פי רוב, נושאים שעלו על ידי מרואיינים בודדים לא קיבלו ייצוג בפרק התוצאות. בנוסף, ניתוח הנתונים מושפע מפרשנות החוקרים מה שעלול להוביל להטיות לא מודעות.

סיכום, דיון ומסקנות

הכשרת אחים ואחיות מומחים החלה לפני יותר מ-15 שנים. תחילה שולבו האחים והאחיות המומחים בבתי החולים ובהמשך גם בקהילה. מחקר זה בחן את הטמעת תפקיד האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה יחד עם מיפוי החסמים הקיימים כיום בעבודתם במרפאות קופות החולים והמקשים על הרחבת הצבתם של אחים ואחיות המומחים בהתאם כמתבקש לאור הצרכים במערכת הבריאות.

יתרונות בשילוב אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה ותרומתם

למערכת הבריאות

מן הראיונות עם הגורמים השונים עלו מספר תחומים בהם באה לידי ביטוי התועלת והתרומה של האחים והאחיות המומחים בקהילה הן לרופא ולצוות המרפאה והן למטופלים ולמדדי האיכות בטיפול. תרומתם של האחים והאחיות המומחים בקהילה באה לידי ביטוי ביכולתם לסייע בצמצום זמני ההמתנה של המטופלים לקבלת מענה רפואי ובהמשך ישיר לכך בפוטנציאל להורדת עומסים מהרופא. זאת בתנאי שהאח או האחות המומחים עובדים באופן עצמאי יחסית ומקבלים מטופלים. המטופלים שמלווים על ידי האחים והאחיות המומחים במתארי השונים מקבלים מפגש רפואי ארוך יותר ובמרבית המקרים גם כולל הדרכה והסבר מפורט יותר אודות מצבם הרפואי. הידע המקצועי הנרחב אותו רוכשים האחים והאחיות המומחים בהכשרתם ומתוקף תפקידם יחד עם המאפיינים האֶחֱוִיתִים שכוללים הקשבה לצורכי המטופל ומתן יחס אישי, יוצרים שילוב ייחודי שבזכותו יכולים המטופלים לקבל מענה הוליסטי שכולל הערכת מצבם הפיזי, הרגשי והסוציאלי והתחשבות בכלל הפרמטרים הללו בהתאמת הטיפול הרפואי. בנוסף, הכשרתם הבסיסית כאחים ואחיות לצד הסמכויות הרחבות יותר שניתנו להם מתוקף תפקידם, מאפשר לאחים ולאחיות המומחים לצמצם בירוקרטיות וריבוי תורים למטופלים בכך שהם יכולים להדריך אותם ולהעניק להם את הטיפול עליו הם ממליצים במסגרת אותו מפגש רפואי. אף כי מחקר זה לא בדק מדדי בריאות, מהראיונות עולה כי במקרים רבים בהם האחים והאחיות המומחים מממשים את מרבית סמכויותיהם, ניתן להבחין בשיפור בתוצאים בריאותיים ובמדדי איכות הטיפול ושיעור הרצון בקרב המטופלים, בעיקר בקרב חולים במחלות כרוניות הדורשות מעקב צמוד ואיזון בתדירות גבוהה.

נקודה משמעותית נוספת עלתה בעיקר במגזר הערבי שם על אף האתגרים בקבלת אחים ואחיות מומחים (בדגש על אחיות) על ידי רופאים, גורמים מקצועיים ומטופלים, ניכר כי תרומתם משמעותית מאוד ובאה לידי ביטוי בשני פרמטרים מרכזיים: ראשית, שילוב אחיות מומחיות במרפאה בה יש רופא משפחה מספק מענה להעדפות המטופלים בנוגע לזהות המגדרית של המטפל מטעמי דת ובכך מסייע בהגדלת היענות המטופלים לטיפול. שנית, במגזר הערבי נתוני סוכרת גבוהים ביחס לאוכלוסייה הכללית במדינת

ישראל (מכון מאיירס ג'וינט ברוקדייל, 2023) ושילוב אחים ואחיות מומחים בסוכרת במרפאות שנותנות מענה למגזר מסייעות באיזון החולים ובהגברת ההיענות לטיפול על ידי היכרות עם מאפייני האוכלוסייה והתאמת הטיפול והגישה הטיפולית למאפיינים אלו.

הטמעת תפקיד האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה

בהסתכלות כוללת על הנושא ניתן לומר כי לאורך השנים חלה התפתחות הנובעת מהרחבת תחומי הפעילות של אחים ואחיות מומחים והכשרתם לתפקידים השונים. על אף זאת קצב ההצבה של האחים והאחיות המומחים בשטח, בדגש על תפקיד אחים ואחיות מומחים בקהילה, הינו נמוך ולא מביא להשפעה המערכתית הנדרשת. יש לציין כי חלה התפתחות בקבלת המקצועות השונים על ידי גורמים במערכת וכיום אין התנגדות גורפת לתפקיד האחים והאחיות המומחים, לא בקהילה ולא במקצועות אחרים. ככל שחולף הזמן וישנם יותר אחים ואחיות מומחים במתארים השונים בקהילה, ניתן להבחין בתמיכה רחבה יותר מצידם של רופאים וגורמים ניהוליים בקופות החולים (במטה ובמחוזות) ובמשרד הבריאות, לעומת התנגדויות שהיו בעבר כלפי המקצוע. הגישה הרווחת כיום הופכת להיות חיובית ומקבלת יותר. קיימת יותר הבנה בנוגע לערך המוסף שמביאים האחים והאחיות המומחים, הגורמים השונים מרגישים פחות מאוימים מאשר בעבר על ידי שילובם במערכת ובעיקר גוברת ההבנה כי האחים והאחיות המומחים מסוגלים לספק מענה אל מול אתגרי מערכת הבריאות בהווה ובעתיד וזאת על ידי חיזוק עבודת הצוות של הגורמים השונים במערכת במטרה לתת מענה לצרכי המטופלים.

יש לציין כי חלק ממטרות המחקר היה לבחון את הטמעת תפקיד האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה במרפאות בפריפריה הגאוגרפית של מדינת ישראל, אולם לא ניתן היה להתייחס לסוגייה זו בתוצאות ובמסקנות המחקר עקב שתי סיבות מרכזיות: בעת ביצוע המחקר היו מעט אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה שהועסקו במרפאות בפריפריה. בתחום המומחיות בקהילה (רפואה ראשונית) זה היה בולט במיוחד כאשר היו שתי אחיות מומחיות המועסקות בפריפריה בלבד, בשתי קופות חולים שונות. במסגרת המחקר רואיינה אחות מומחית אחת בקהילה המועסקת במרפאה בפריפריה אך לא צוינו מצידה חסמים ואתגרים הקשורים לסוגייה הגאוגרפית כלל.

האחים והאחיות המומחים במתארי הקהילה מתארים רמות גבוהות של סיפוק מקצועי מהעבודה. על אף תחושתם כי אינם מתוגמלים כראוי ואינם מוערכים על ידי כלל הגורמים המקצועיים, הם אינם מתחרטים על שביצעו את ההכשרה הארוכה ורובם אף ממליצים לאחים ואחיות בתחילת דרכם המקצועית לצאת ללימודי מומחיות, תוך שמירה על שקיפות מלאה בכל הנוגע לתנאי העסקה והתגמול ולתפיסות של גורמי המקצוע השונים במערכת ביחס לתפקיד, נכון למועד פרסום המחקר.

לצד היתרונות הרבים בהצבת אחים ואחיות מומחים במתאר קהילתי, יש לשים לב לחסמים שעלו במחקר זה והם רבים ומגוונים. נראה כי יש צורך במהלך ממוקד בהובלת משרד הבריאות ובו יידונו החסמים השונים והדרכים להתמודד איתם, שכן מרבית החסמים צריכים לקבל מענה ברמת המדיניות וההובלה הלאומית.

צורך משמעותי ביותר שעולה מהשטח הוא ביצירת הגדרות ברורות ואחידות של תפקידים וסמכויותיהם של האחים והאחיות המומחים. הגדרת תפקיד ברורה וסמכויות מוגדרות יאפשרו צמצום אתגרים עימם מתמודדים האחים והאחיות המומחים והרופאים המלווים אותם מקצועית החל מכניסתם לתפקיד ולאחר מכן. הגדרות ברורות יאפשרו לאחים והאחיות להציג את תפקידם בפני הגורמים השונים והמטופלים ביתר קלות ויתרמו לתדמיתם המקצועית. כמו כן, יסייעו בהעלאת הביטחון העצמי שלהם בביצוע תפקידים ויפחיתו חששות לחריגה מהסמכויות. על ידי חידוד הגדרת התפקיד והסמכויות בנוהל משרד הבריאות, יתאפשר לכל אחת מקופות החולים לבצע את ההתאמות הנדרשות במערכות המידע כך שישרתו בצורה מיטבית את האחים והאחיות המומחים ובעלי הממשקים איתם ועל ידי כך ליצור יציבות ורציפות בעבודתם של האחים והאחיות המומחים. השוני בתצורת העבודה של האחים והאחיות המומחים בכל אחת מקופות החולים מאפשר להגיע למסקנה כי ככל שההגדרות יותר ברורות וקבועות כך נרשמת הצלחה גדולה יותר בהטמעה של תפקיד האח או האחיות המומחים במרפאה ובעבודת הצוות עם הרופא ושאר הגורמים המקצועיים.

בנוסף להסדרת הסמכויות של תפקידי האחים והאחיות המומחים בקהילה, יש צורך לנתח את הצרכים ולתכנן את ההצבה שלהם בתפקידים השונים בקהילה. כיום נראה כי אין תכנון מבוסס צרכים ולא ברור היכן נכון וצריך להציב אחים ואחיות מומחים. אף שיש שונות בין הקופות ובין המחוזות בקופות נדרש לקבוע הנחיות מכוונות למקומות המועדפים להצבת מומחים ולתקנן את התפקידים הנדרשים כדי שיהיה אפשר לעקוב אחר הצבת המומחים בתפקיד. בהסתכלות על מספרי האחים והאחיות המומחים במקצועות השונים ניכרת השונות בין הקופות ולא ברור כיצד מתקבלות ההחלטות על כך. כפי שמשרד הבריאות פועל לתכנון ההתמחויות ברפואה, כך צריך לפעול גם בנוגע לאחיות ואחים.

חסם משמעותי נוסף הוא העלאת המודעות של כלל הגורמים לתפקידם של האחים והאחיות המומחים בכלל ובמתארי הקהילה בפרט. לאחר פרק זמן משמעותי בו עובדים בפועל אחים ואחיות מומחים בתחומים שונים במרפאות בקהילה ובהתאם לשאיפה להגדיל עוד את כמותם, יש צורך בהצגת התפקיד החדש במערכת באופן רשמי הן לגורמים המקצועיים במערכת והן למטופלים ובכך לצמצם חיכוכים על רקע מקצועי או סמכותי, לתמוך את עבודתם של האחים והאחיות המומחים ולעודד אחים ואחיות צעירים להתפתח מקצועית ולהתקדם אל עבר לימודי מומחיות.

האחים והאחיות המומחים יועדו מלכתחילה לעבוד בליווי מקצועי של רופאים ועל אף האתגרים המובנים בכך, יש לחזק ולתמוך את הקשר ביניהם באמצעות ביצוע התאמות של הקווים המנחים לעבודה המשותפת. מאחר ואין באפשרות הרופאים לפקח על כל צעד של

האחים והאחיות המומחים, מתבקש שעבודתם של האחים והאחיות המומחים תתבצע באופן עצמאי יותר במסגרת הסמכויות שניתנו להם. כנגזרת מכך, נדרש להגדיר באופן ברור באילו מצבים האחריות לפעולות המבוצעות על ידי האחים והאחיות המומחים הינה שלהם בלבד ובאילו מצבים יש לרופא אחריות ובאיזו מידה. בנוסף, קופות החולים ומשרד הבריאות נדרשים לספק לרופאים מסגרת זמנים לחניכה וליווי, שלא בשעות קבלת המטופלים שלהם.

בתחום ההכשרה והפיתוח המקצועי יש לתת את הדעת על תנאי הקבלה המרובים ללימודי המומחיות ולבחון קיומם של מסלולי הכשרה שונים בהתאם לעמידה בתנאי הקבלה כמו למשל מסלול המשלב תואר שני עם לימודי מומחיות או שילוב בין קורס על-בסיסי ללימודי מומחיות, כך שמשך הזמן הכולל להכשרה מתקצר. כמו כן, כעת, עם הגדלת כמות האחים והאחיות המומחים במתארים השונים, נכון לייצר השתלמויות מקצועיות והכשרות המשך בתדירות קבועה מראש ובהובלת גורמים מקצועיים עבור כל האחים והאחיות מאותו תחום מומחיות בקופות החולים השונות.

נדרש לתת מענה לפער שמעלים האחים והאחיות המומחים בנוגע לגובה השכר שלהם בתפקיד מאחר וסוגייה זו עלתה באופן חד משמעי ממרבית המרואיינים שתיארו גם את השפעתה על ביצוע התפקיד, תחושת חוסר ההערכה שהם חווים ועל המוטיבציה של אחים ואחיות צעירים לצאת ללימודי מומחיות. הדבר צריך לקבל ביטוי בדיונים סביב הסכם השכר עם האחיות והאחים. כמו לאחים והאחיות המומחים כך גם לרופאים העצמאיים יש לספק פתרון לפגיעה הפוטנציאלית בתגמול שלהם בשל שילוב אח או אחות מומחים במרפאתם. החשש מפגיעה זו מהווה חסם משמעותי מאוד ומגבילה את יכולת קופות החולים להציב אחים ואחיות מומחים במרפאות עצמאיות בקהילה. על קופות החולים לפתח מודל עבודה חדש שייתמך על ידי נוהל משרד הבריאות לתפקיד האחים והאחיות המומחים במסגרת עצמאית.

במחקר זה בחרנו לבחון באופן ממוקד את החסמים בתפקידים של האחים והאחיות המומחים בקהילה בשל הצורך הדחוף בתמיכת הרפואה הראשונית במערכת הבריאות בישראל והפוטנציאל הגלום בתפקיד לתת מענה לצורך זה. הטמעת תפקיד האחים והאחיות המומחים מוגבלת עקב החסמים הרבים שהעלו המרואיינים במחקר כאשר בתחום הקהילה נראה כי השפעתם של כל אחד מהחסמים משמעותית אף יותר. למשל בתחום הסמכויות, מאחר והאחים והאחיות המומחים בקהילה נתקלים במנעד רחב מאוד של מצבים רפואיים הם נדרשים לסמכויות ביותר תחומי טיפול, בהתאם להכשרתם שהינה ארוכה ומקיפה יותר מהכשרות מומחיות בתחומים אחרים. על מנת לתרום למערכת ולא להעמיס על הרופאים, האחים והאחיות המומחים בקהילה צריכים לקבל יותר עצמאות בתפקידים על ידי הגדרת אוכלוסיית המטופלים שלהם ואופן קביעת התורים, הגדרת המצבים הרפואיים בהם הם יכולים ולא יכולים לטפל וצמצום התלות ברופא שבה לידי ביטוי כיום באישור שלו כמעט לכל פעולה שמבוצעת על ידם. ההשוואות שנעשות בין תפקיד האחים והאחיות המומחים בקהילה לתפקידים אחרים בתוך המערכת ומחוצה לה יכולים לסייע למקבלי ההחלטות וקובעי המדיניות לגבש את הגדרת התפקיד בהתבסס על למידה והתבססות על הצלחות בתחומים אחרים ובהתאם לצרכים הפרטניים של מערכת הבריאות.

הטמעה של מקצוע חדש הינה תהליך מורכב, המחייב נחישות מערכתית כדי לממש את החזון בעצם מיסוד המקצוע. אם התפיסה של משרד הבריאות היא שאחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה מהווים גורם חשוב בשיפור השירות הרפואי, חייב להיות ניהול מרכזי של תהליך ההטמעה שלהם בהובלה נחושה של גורמים שונים במשרד הבריאות ובקופות החולים. במחקרנו עלו חסמים רבים, שלא את כולם ניתן לפתור, אך חייבים לתת מענה לאלה המרכזיים אם שואפים לממש את יישום המקצוע בשטח. הדבר נכון לכל תחומי המומחיות במתארי הקהילה, בדגש על אחים ואחיות מומחים בקהילה. אין להשאיר את הובלת ההטמעה של אחים ואחיות מומחים למנהל האֶחִיות, שכן הראייה צריכה להיות רחבה יותר ומשפיעה על כל גורמי הרפואה בקופות החולים. אנו ממליצים כי תוקם וועדת היגוי רחבה שישתתפו בה כלל בעלי העניין במשרד הבריאות, נציגים רלוונטיים מקופות החולים וגורמים מחוץ למערכת הבריאות כגון נציגי משרד האוצר.

נדרש להגדיר את הצרכים בצורה ברורה יותר ולתכנן את ההצבה של אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה בהתאם ליעדים רב שנתיים. בכל תחום מקצועי צריך לקבוע היכן נכון להציב את האחים והאחיות המומחים, בהתאם לאילו קריטריונים ולעקוב אחר איוש התפקידים. ברור כי מדובר בתהליך של שנים, אבל נכון לבצעו בצורה מתוכננת ומסודרת, שלא כפי שמתבצע כיום. בהתאם לצורך יש למסד גם תהליכי הכשרה מוסדרים.

מומלץ לבחון את הסמכויות של מקצועות המומחים בקהילה ואת הגדרות האחריות של הרופא שתחתיו עובדים המומחים, על מנת לשפר את האחידות בעבודת המומחים בתוך קופת החולים (במחוזות שונים) ובין קופות החולים, להרחיב סמכויות היכן שנדרש ונכון ולאפשר עבודת אח ואחות מומחים תחת רופא, אך גם על מטופלים שאינם משויכים אליו. כמתואר לעיל, הועלו טענות רבות על כך שהסמכויות במקצועות השונים מצומצמים מדי, אך אין בידינו לקבוע אם נכון להרחיבם - יש לבחון זאת באופן מעמיק.

בשולי הדברים נציין כי נתקלנו בקושי טרמינולוגי בנוגע ל"אחים ואחיות מומחים בקהילה". נראה כי יש צורך לשנות את השם של המקצוע שבו עוסקים האחים והאחיות ברפואה ראשונית ולקרוא לו "אחים ואחיות מומחים ברפואה ראשונית". כך יימנע הבלבול בין המונח הזה למונח הכולל של מקצועות המומחיות שפועלים בקהילה (סוכרת, גריאטריה, טיפול תומך, פצע).

יש לחזק את ההסברה בנוגע למקצוע האחים והאחיות המומחים במתארי קהילה, הן בקרב בעלי התפקידים בקופות החולים והן בקרב מטופלים. משרד הבריאות וקופות החולים צריכים לפעול להטמעת ההבנה של התפקידים הללו של האחים והאחיות, כך שהערך שלהם יהיה מובן לכולם.

מערכות המידע המפותחות של קופות החולים צריכות להיות מותאמות לתפקידי האחים והאחיות המומחים, הן בהיבט של זימון התורים והן מבחינת ניהול התהליך

הטיפול שהם מבצעים, ובכלל זה מחשוב של הסמכויות המותרות. מאחר שמדובר בעלויות גבוהות ובאתגר של תיעדוף מול משימות מחשוב אחרות, מומלץ כי משרד הבריאות יתמוך במהלך במסגרת מבחני תמיכה מתאימים.

אף שהקשר בין הרופא לאח או האחות המומחים חשוב ואין על כך עוררין, אנו ממליצים להקל על הרופא מבחינת מחויבותו למעקב ובקרה אחר האחים והאחיות המומחים. ככל שהניסיון בפעילות שלהם יגדל, כך גם יגדל הביטחון בעשייתם. ככל הנראה שלא ניתן להסיר את האחריות הכוללת של הרופא על מה שמתרחש במרפאתו ותחת אחריותו, אך יש להשאיר את האופן בו יממש הרופא את אחריותו זו להחלטתו. בהמשך לכך, יש לקבוע מדדי פעילות ובקרה שינוהלו על ידי קופות החולים ויבוקרו על ידי משרד הבריאות. במקביל, יש לפעול להמשך הכשרה של האחים והאחיות המומחים - אנו ממליצים לבחון לעשות זאת בהסכם עם האיגודים המקצועיים המתאימים בהר"י.

מקורות עיקריים

איגוד רופאי המשפחה בישראל והאיגוד הישראלי לרפואת ילדים. (2018). *אחות מומחית קהילה במדינת ישראל - נייר עמדה: סקירת ספרות, ניתוח המידע והמלצות*.

[קישור למקור](#)

דוידוביץ', נ', לב, נ' ולוי ב'. (2023). *מערכת הבריאות בישראל: בין "הנורמלי החדש" ל"נורמלי הישן"*. דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2023.263-301. מרכז טאוב לחקר המדיניות בישראל.

[קישור למקור](#)

חורב, ט. (2013). *אתגרים במערכת הבריאות 2013-2030*. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות.

[קישור למקור](#)

חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.

[קישור למקור](#)

לוי, ב' ודוידוביץ', נ'. (2022). *מערכת הבריאות בישראל: מבט-על*. דוח מצב המדינה, 47-84.

[קישור למקור](#)

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל. (2023). *השמנה וסוכרת באוכלוסייה הערבית בישראל: הימצאות, אורח חיים ושימוש בשירותי בריאות*.

[קישור למקור](#)

מנהל האֶחֶיות. (2017). *דו"ח הוועדה לבחינת תפקידי אחות מומחית בקהילה*.

[קישור למקור](#)

משרד הבריאות. (2009). *חוזר מינהל הסיעוד -79 "אחות מומחית בטיפול תומך"*.

[קישור למקור](#)

משרד הבריאות. (2013). *חוזר מינהל הסיעוד 99/13 - "מומחיות בסיעוד"*.

[קישור למקור](#)

משרד הבריאות. (2014). *חוזר המנהל הכללי 9/14 - "אחות מומחית"*.

[קישור למקור](#)

משרד הבריאות. (2015). *חוזר מינהל הסיעוד 110/15 - "תפקידי אח/ות מומחה/ית - פתיחת תפקיד ותנאי העסקה"*.

[קישור למקור](#)

משרד הבריאות. (2019). חוזר המנהל הכללי 7/2019 - "אחות מומחית בקהילה".

[קישור למקור](#)

ניסנהולץ גנות, ר', רוזן, ב' והירשפלד, מ'. (2017). תמורות בתפקידן של האחיות בקהילה. מאירס ג'וינט ברוקדייל.

[קישור למקור](#)

ניסנהולץ-גנות, ר' וכהן, י'. (2023). אחיות מומחיות בישראל בתחומי הגריאטריה והטיפול התומך. מאירס ג'וינט ברוקדייל.

[קישור למקור](#)

פקודת הרופאים [נוסח חדש], תשל"ז-1976.

[קישור למקור](#)

שקדי, א'. (2003). מילים המנסות לגעת מחקר איכותני - תאוריה ויישום. הוצאת רמות - אוניברסיטת תל אביב.

תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה באחיות (סיעוד)), תשע"ד-2013.

[קישור למקור](#)

Boehning, A. P., & Punsalan, L. D. (2023). Advanced Practice Registered Nurse Roles. PMID: 36944002

Fighel, H., & Hefetz, T. (2023). From dream to reality: Nurse practitioners in Israel. *Nurse Leader*, 21(1), 113-117.

[Link](#)

Grodal, S., Anteby, M., & Holm, A. L. (2021). Achieving rigor in qualitative analysis: The role of active categorization in theory building. *Academy of Management Review*, 46(3), 591-612.

[Link](#)

Htay, M., & Whitehead, D. (2021). The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3.

[Link](#)

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2008). *Inter views: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2nd ed.). SAGE Publications.

Lindlof, T. R., & Taylor, B. C. (2017). *Qualitative communication research methods*. SAGE Publications Inc.

[Link](#)

Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation*, *OECD Health Working Papers, No. 98*, OECD Publishing, Paris.

[Link](#)

Mantaleon, D. (2023). The Evolving Landscape of Healthcare: Challenges, Innovations, and a Vision for the Future. *Health Science Journal*, 17(8), 1-3. DOI:10.36648/1791809X.17.8.1049

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533–544.

[Link](#)

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). SAGE Publications.

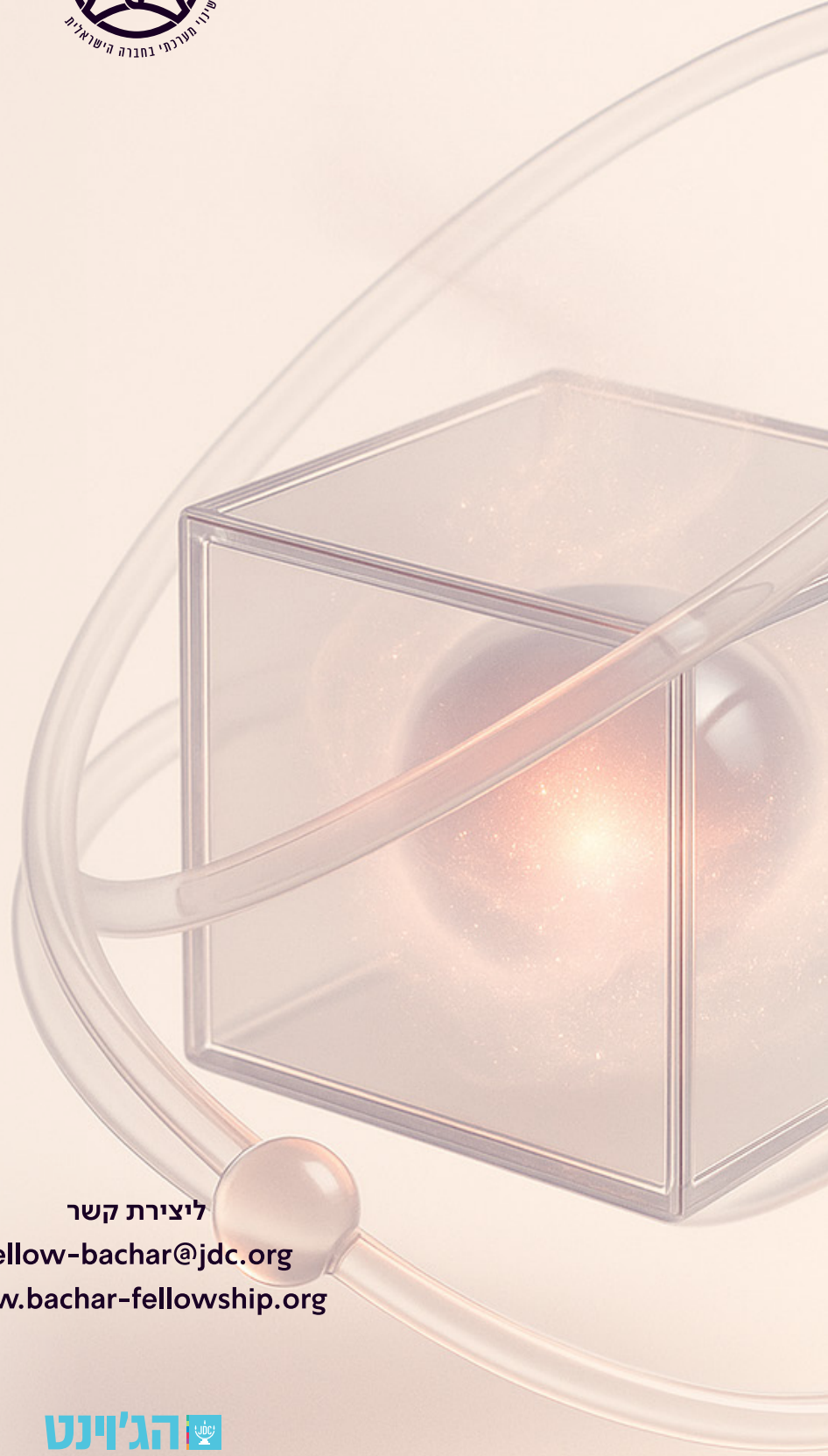
[Link](#)

Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Stewart, D. (2020). Guidelines on advanced practice nursing.

[Link](#)

Unsworth, J., Greene, K., Ali, P., Lillebø, G., & Mazilu, D. C. (2024). Advanced practice nurse roles in Europe: implementation challenges, progress and lessons learnt. *International Nursing Review*, 71(2), 299-308.

[Link](#)



ליצירת קשר
fellow-bachar@jdc.org
www.bachar-fellowship.org

