



# אחיות מומחיות בישראל בתחומי הגריאטריה והטיפול התומך

רחל ניסנהולץ גנות יפית כהן

עריכת לשון: רעיה כהן  
תרגום לאנגלית (תקציר ותמצית): עמי אשר  
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות ומומן בסיועו ובסיוע המכון הלאומי  
לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | תמוז תשפ"ג | יולי 2023

# תקציר

## רקע

תפקידה של אחות מומחית הוא להעניק טיפול רפואי למטופלים על פי הכשרתה ובהתאם לפעולות שמנכ"ל משרד הבריאות אישר. סמכויותיהן של אחיות מומחיות רחבות מאלו של אחיות שאינן מומחיות, והן נדרשות להשלים הכשרה רחבה יותר. בשנת 2009 החל משרד הבריאות בהכשרה של אחיות מומחיות בטיפול תומך (טיפול פליאטיבי). בשנת 2012 החלה גם הכשרה בתחום הגריאטריה ונוספו עוד תחומי מומחיות: סוכרת, פגים, כירורגיה, מדיניות ומינהל סיעוד, כאב ושיקום.

הנהגת תפקיד חדש במערכת בריאות היא מורכבת ודינמית, אורכת זמן רב ודורשת השקעה רבה של משאבים ושיתוף פעולה מצד כל בעלי העניין. תרומתן של אחיות מומחיות כבר נבחנה בספרות ונמצא כי הן מונעות אשפוזים ומשיגות תוצאות טיפול טובות. כמו כן נמצאה מידה רבה של שביעות רצון של מטופלים מן האחיות המומחיות.

שינויים דמוגרפיים, ובעיקר העלייה בתחלואה כרונית מורכבת, מציבים אתגרים של ממש למערכת הבריאות בישראל, ואחיות מומחיות עשויות לסייע באתגרים אלו. בשל כך, פנה מינהל הסיעוד במשרד הבריאות אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך מחקר שיבחן את תפקיד האחיות המומחיות ואת תרומתה.

## מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לבחון את תרומתן של האחיות המומחיות למערכת הבריאות ואת פוטנציאל ההתפתחות של תפקידן בטיפול תומך ובגריאטריה.

## שיטות המחקר

במחקר שולבו שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות, והוא כלל:

- 26 ראיונות עומק מובנים-למחצה עם אחיות מומחיות ואנשי מקצוע רלוונטיים, וכן עם אנשי מקצוע העובדים איתן או לוקחים חלק בעיצוב המדיניות בנוגע להן
- סקר אינטרנטי בקרב 89 אחיות מומחיות בגריאטריה (29) ובטיפול תומך (60)
- סקירת ספרות על מקצוע האחיות המומחיות בעולם

המחקר קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של מכון ברוקדייל ואת אישורו של מינהל הסיעוד במשרד הבריאות.

## ממצאים עיקריים

**מאפייני רקע:** מרבית האחיות המומחיות הן נשים (84%) ילידות ישראל (69%) ויהודיות (64%). ל-53% מן האחיות המומחיות יש ותק של 1-4 שנים בתור מומחיות, ו-71% מועסקות במשרה מלאה.

**סביבת העבודה:** האחיות מרגישות כי מנהלים ומטופלים מעריכים את עבודתן וכי הן מהוות סמכות מקצועית.

**אתגרים:** (1) נדרש ביסוס מעמד האחות המומחית אל מול צוותים ומטופלים; (2) יש צורך בהמשך למידה מעשית ותיאורטית על פני הזמן; (3) יש להתגבר על מחסור בתקנים; (4) יש לפעול להפחתת העומס (בין השאר עומס רגשי) ולצמצום הקושי בהטמעת הטיפול התומך במערכת הבריאות.

**הכשרה מקצועית:** 58% מן האחיות היו שבעות רצון מקורס ההכשרה; 71% סברו כי חסרו תכנים בקורס.

**עתיד המקצוע:** 76% מן האחיות המומחיות סברו שחמש שנים קדימה יתרחב תפקיד האחות המומחית; 88% מן המשיבות היו ממליצות לאחיות אחרות להצטרף למקצוע.

## מסקנות

לתפקידן של האחיות המומחיות יש פוטנציאל רב, והוא עשוי לתרום למטופלים, לצוותים המטפלים ולמערכת. הרחבת סמכויותיהן ועיגון חשובים מאוד לקידום מהלך של שילוב אחיות מומחיות במערכת הבריאות.

## המלצות

- יש לחדד את הגדרת תפקיד האחות המומחית ולהסדיר את סמכויותיה.
- יש להתאים את ההכשרה המקצועית לדרישות התפקיד ולפתח מנגנון לעדכון שוטף של ידע.
- יש לחזק את הקשרים והאמון בין הממסד הרפואי ובין האחיות המומחיות.
- יש למצב את תפקיד האחות המומחית על ידי מגוון פעולות מיתוג.
- יש לבחון מתן תמיכה רגשית לאחיות מומחיות לטיפול תומך.

## רקע

תפקידה של אחות מומחית הוא להעניק טיפול רפואי למטופלים על פי הכשרתה ובהתאם לפעולות שמנכ"ל משרד הבריאות אישר. סמכויותיהן של אחיות מומחיות רחבות מאלו של אחיות שאינן מומחיות, והן נדרשות להשלים הכשרה רחבה יותר. הכשרת אחיות מומחיות בישראל החלה בשנת 2009 בהכשרה למומחיות בתחום הטיפול התומך (טיפול פליאטיבי) ובשנת 2010 קיבלו אחיות אלו רישיון לעבודה. מאז נוספו תחומי מומחיות, ובהם גריאטריה, סוכרת, פגים, כירורגיה, מדיניות ומינהל סיעוד, כאב ושיקום. המגמה במדינות המערב היא להרחיב את מספר האחיות המומחיות, לא רק בבתי חולים אלא גם בקהילה.

הנהגת תפקיד חדש במערכת בריאות היא מורכבת ודינמית, אורכת זמן רב ודורשת השקעה רבה של משאבים ושיתוף פעולה מצד כל בעלי העניין. תרומתן של אחיות מומחיות כבר נבחנה בספרות ונמצא כי הן מונעות אשפוזים ומשיגות תוצאות טיפול טובות. כמו כן נמצאה מידה רבה של שביעות רצון של מטופלים מן האחיות המומחיות.

דוח זה עוסק באחיות שמומחיותן בטיפול תומך ובגריאטריה. אחיות מומחיות בטיפול תומך עובדות הן בבתי חולים הן בקהילה במסגרות של אשפוז ושל אשפוז-יום. הטיפול התומך כולל טיפול במטופלים בסוף החיים, איזון טיפול תרופתי להקלת סימפטומים ולשליטה עליהם וכן ייעוץ והדרכה למטופל ולמשפחתו. אחיות אלו משמשות עמוד תווך למטופל ולמשפחתו ומתאמות את כלל הטיפולים, ובד בבד מנהלות דיאלוג שוטף עם חברי הצוות המטפל.

אחיות מומחיות בגריאטריה מעניקות טיפול רפואי מקיף לזקנים. העסקתן החלה בשנת 2013 במסגרות אשפוז גריאטרי, ובשנת 2020 הרחיב משרד הבריאות את מסגרת העסקתן לבתי חולים כלליים ולמתן ייעוץ גריאטרי. בשנת 2022 הורחבה העסקתן גם לטיפול בקהילה.

שינויים דמוגרפיים, ובעיקר העלייה בתחלואה כרונית מורכבת, מציבים אתגרים משמעותיים למערכת הבריאות בישראל, ובהם למשל תפקוד יעיל. אחיות מומחיות עשויות לסייע בהתמודדות עם אתגרים אלה. בשל כך, מינהל הסיעוד במשרד הבריאות פנה אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך מחקר שיבחן את תפקיד האחיות המומחיות ואת תרומתה.

## מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לבחון את תרומתן של האחיות המומחיות למערכת הבריאות ואת פוטנציאל ההתפתחות של תפקידן בטיפול תומך ובגריאטריה.

אלו מטרות המשנה של המחקר:

1. לבחון איזו תרומה ייחודית למערכת הבריאות יש לאחיות מומחיות, שמומחיותן בטיפול תומך ובגריאטריה, ולעמוד על תרומתן המיטבית לקהילה (או על המקום שבו עשויה להיות להן תרומה כזאת)

2. לבחון את המצב בעולם בקשר לעבודתן של אחיות מומחיות בתחומים אלו, בין השאר את המסגרות שבהן הן עובדות, את תפקידיהן ואת סמכויותיהן
3. לבחון כיצד ראוי לפתח, לדעת קובעי מדיניות בתחום הבריאות ולדעת האחיות שבשטח, את תפקידן של אחיות מומחיות בתחומים אלו במסגרת הטיפול בקהילה

## שיטות המחקר

במחקר זה שולבו שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות:

1. בוצעו 26 ראיונות עומק מובנים-למחצה עם אחיות מומחיות לגריאטריה ועם אחיות מומחיות לטיפול תומך וכן עם אנשי מקצוע העובדים עם האחיות או השותפים לעיצוב מדיניות בעניין האחיות המומחיות. הראיונות בוצעו פנים אל פנים או טלפונית בין ינואר 2019 ליוני 2021.
2. נערך סקר מקוון לדיווח עצמי בקרב 89 אחיות מומחיות בטיפול תומך (60) ובגריאטריה (29). הסקר נשלח לאחיות בדואר האלקטרוני בין יוני 2020 לאוקטובר 2020.
3. נערכה סקירת ספרות מקיפה לבחינת המצב בעולם, הכוללת סקירת מסגרות וסמכויות של אחיות מומחיות במדינות שונות. המחקר קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של מכון ברוקדייל ואת אישורו של מינהל הסיעוד במשרד הבריאות.

## ממצאים

**מאפייני רקע:** רוב האחיות המומחיות הן נשים (84%), ילידות ישראל (69%) ויהודיות (64%). ל-53% מן האחיות המומחיות יש ותק של 1-4 שנים בתור מומחיות, ו-71% מועסקות במשרה מלאה.

**סביבת העבודה:** האחיות חשות שעבודתן זוכה להערכה של המנהלים והמטופלים שלהן ושהן מהוות סמכות מקצועית.

**פעילות אקדמית:** 51% מן האחיות דיווחו על מידה רבה של יציאה ללימודים במסגרת תפקידן; 27% דיווחו על מידה רבה של שילוב מחקר בעבודתן, ו-72% דיווחו על מידה רבה של שילוב הוראה בעבודתן.

**תרומה למערכת הבריאות:** נמצא כי תרומת האחיות הורגשה בארבעה מעגלים: המטופל, בני המשפחה, אנשי מקצוע אחרים ומערכת הבריאות בכלל. עוד נמצא כי המומחיות תרמה לאחיות עצמן: היא העניקה להן אופק בתעסוקה, מנעה שחיקה ואפשרה להן לטפל באוכלוסייה הספציפית שבה הן מעוניינות לטפל.

**זהות מקצועית ואוטונומיה:** אחיות מומחיות לגריאטריה מרגישות שייכות למגזר הרפואי ולא למגזר הסיעודי יותר מאחיות מומחיות לטיפול תומך. נמצא כי אחיות מומחיות אוטונומיות יותר בפעילותן מאחיות שאינן מומחיות. למרות זאת האחיות המומחיות אינן מצליחות תמיד ליהנות ממלוא האוטונומיה בשטח.

**אתגרים:** (1) נדרש ביסוס מעמד האחיות המומחיות אל מול צוותים ומטופלים; (2) יש צורך בהמשך למידה מעשית ותיאורטית על פני הזמן; (3) יש להתגבר על מחסור בתקנים; (4) יש להתמודד עם עומס (בין השאר עומס רגשי) ועם קושי בהטמעת הטיפול התומך במערכת.

**הכשרה מקצועית:** 58% מן האחיות היו שבעות רצון מקורס ההכשרה; 71% סברו שחסרו תכנים בקורס.

**עתיד המקצוע:** 76% מן האחיות המומחיות סברו שחמש שנים קדימה יתרחב תפקיד האחיות המומחיות; 88% מן המשיבות היו ממליצות לאחיות אחרות להצטרף למקצוע.

**פיתוח תפקיד האחיות המומחיות בקהילה:** לדברי האחיות המומחיות עשויה להיות להן תרומה ניכרת לרפואה בקהילה – בשמירה על רציפות הטיפול ובמניעת אשפוזים וכן בטיפול ביתי באנשים עם צרכים מיוחדים שלרופאים אין די זמן לטפל בהם. הן סבורות כי כדי לפתח את תפקידן יש להרחיב את הידע שלהן ואת סמכויותיהן וכן להעמיק את שילובן בטיפול הרפואי בחולים.

## דיון ומסקנות

'אחיות מומחיות' הוא תפקיד חדש בישראל. מחקר זה תרם להבנת תפקידן של אחיות מומחיות בטיפול גריאטרי ופליאטיבי, יישום תפקיד זה והפיתוח הפוטנציאלי של תפקידים אלו.

השילוב בין גישת המטופל במרכז ובין עקרון ההזדקנות במקום מסמנים ומעצבים בבירור את הצורך הקיים בקהילה בפיתוח ובהרחבה של מקצוע האחיות המומחיות. לכן חשוב מאוד לזהות תחומים הדורשים התערבות שבהם תרומת האחיות המומחיות יכולה להיות מיטבית. נראה ששילוב אחיות מומחיות בגריאטריה – ובייחוד בטיפול בחולים המרותקים לבית, חולים מורכבים וחולים עם דמנציה – יכול לסייע בטיוב הניטור והטיפול באוכלוסיות אלו ולתרום לבניית תוכניות טיפול מיטביות.

## המלצות

מומלץ לשקול את דרכי הפעולה האלה:

1. לחدد את הגדרת תפקידן של האחיות המומחיות ולבסס את סמכויותיהן בחוקים ובתקנות
  2. להתאים את ההכשרה המקצועית של האחיות המומחיות לדרישות התפקיד, בדגש על העבודה הקהילתית של האחיות המומחיות ועל פיתוח מנגנון לעדכוני ידע שוטפים
  3. לחזק את הקשר והאמון בין הממסד הרפואי לאחיות המומחיות באמצעות דיאלוג ומפגשים מקצועיים משותפים, כגון בימי עיון ובפורומים לייעוץ עמיתים
  4. למצב את תפקיד האחיות המומחיות על ידי מגוון פעולות מיתוג
  5. לבחון מתן תמיכה רגשית לאחיות מומחיות לטיפול תומך
- צעדים אלו יובילו לשיפור מעמדה הייחודי של האחיות המומחיות במערכת הבריאות, ויהיה בכך כדי להגדיל את מספר האחיות המומחיות ובד בבד להפחית את התנגדות הממסד הרפואי להרחבת סמכויותיהן. שתי תוצאות אלו חשובות ביותר בהתחשב בהזדקנות האוכלוסייה, ביישום ההולך וגובר של עקרון ההזדקנות במקום ובעלייה בביקוש לטיפול גריאטרי ולטיפול תומך. לסיכום, 'אחות מומחית' הוא מקצוע מתהווה שיש בו תרומה חשובה ורב-היקף. מומלץ אפוא להמשיך לעקוב אחר פיתוחו ויישומו ולתת את הדעת לפוטנציאל של שילוב אחיות מומחיות בתחומים נוספים, בדגש על עבודה קהילתית ועל חלקן המהותי במערכת הבריאות.

## דברי תודה

אנו מודים למינהל הסיעוד במשרד הבריאות ובמיוחד לד"ר שושי גולדברג, האחות הארצית הראשית וראשת מינהל הסיעוד, על שיתוף הפעולה ההדוק שאפשר לנו לבצע את המחקר, לפנות אל האחיות והאחים המומחים בתחומים הנחקרים ולראינם.

תודה על תרומתה למחקר של ד"ר הילה פיגל, מנהלת המחלקה לפיתוח מקצועי, המובילה את הפיתוח, הביסוס וההטמעה של תפקיד האחיות והאחים המומחים בישראל; תודה על תרומתה של ד"ר רבקה חזן-הצורף, מנהלת מחלקת בחינות הרישוי; ותודה גם על תרומתה של ד"ר רמה זילבר, לשעבר ראשת המחלקה למחקר וחדשנות במינהל הסיעוד.

תודה למשרד הבריאות אשר העמיד לרשות מכון ברוקדייל את פרטי הקשר של האחיות והאחים המומחים הרלוונטיים ובכך אפשר את ביצוע המחקר.

אנו מודים מאוד לכל האחיות המומחיות ולאנשי המקצוע אשר העניקו לנו מזמנם בראיונות ובמילוי שאלון הסקר. פעילותם היום-יומית לשיפור איכות הטיפול הניתן לזקנים ראויה להערכה ולהוקרה.



# תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע
3	1.2 מסגרת תיאורטית
4	2. מטרת המחקר
5	3. שיטות המחקר
6	3.1 כלי המחקר
6	3.2 שיטת הניתוח
6	3.3 אתיקה
7	4. ממצאים
7	4.1 אחיות מומחיות בגריאטריה ואחיות מומחיות בטיפול תומך
26	4.2 אחיות מומחיות העובדות בקהילה ואחיות מומחיות העובדות במוסדות
28	4.3 מקצוע האחות המומחית בעולם
30	5. מגבלות המחקר
31	6. סיכום, דיון ומסקנות
31	6.1 תפקיד האחות המומחית, הגדרתו, תכולתו וגבולותיו
32	6.2 תרומת האחות המומחית
32	6.3 מיקום ושילוב של האחות המומחית במערך הטיפול בקהילה
33	7. המלצות
34	עוד פרסומים של המכון בנושא
35	רשימת מקורות

## רשימת לוחות

8	לוח 1: מאפייני רקע של האחיות המומחיות
9	לוח 2: מאפייני תעסוקה של האחיות המומחיות
13	לוח 3: מעטפת התפקיד
16	לוח 4: סיכום התרומה הייחודית של האחיות המומחיות
19	לוח 5: סמכות ואוטונומיה בעבודת האחיות המומחיות
26	לוח 6: מאפיינים נבחרים של תעסוקת אחיות מומחיות ותחושותיהן – בקהילה ובמוסדות
29	לוח 7: אחיות מומחיות בעולם: מסגרות עבודה, תחומי המומחיות וסמכויות

## רשימת תרשימים

- 11 תרשים 1: תוכן התפקיד של אחיות מומחיות בגריאטריה: פעילויות שהן חלק חשוב או חשוב מאוד מתפקידן
- 12 תרשים 2: תוכן התפקיד של אחיות מומחיות בטיפול תומך: פעילויות שהן חלק חשוב או חשוב מאוד מתפקידן
- 22 תרשים 3: תפיסות בעניין סביבת העבודה של האחיות המומחיות
- 25 תרשים 4: שביעות רצון האחיות המומחיות מתפקידן ותפיסותיהן בנוגע לעתיד המקצוע

# 1. מבוא

## 1.1 רקע

### 1.1.1 השינויים הדמוגרפיים והשפעתם על מערכת הבריאות

בישראל חיים כיום כמיליון איש בני 65 ויותר. הם מהווים 12% מאוכלוסיית ישראל. האוכלוסייה בישראל צפויה לגדול, ואחת התמורות הצפויות בעקבות גידולה הוא המשך הזדקנותה. כלומר אחוז בני ה-65 ויותר באוכלוסייה צפוי לעלות ל-13.3% בשנת 2030 ול-14.7% בשנת 2045 וחלקם של בני ה-75 ויותר צפוי להגיע ל-49.7% מסך בני ה-65 ויותר בשנת 2030 ול-51% בשנת 2045 (שנור וכהן, 2021).

בעשורים האחרונים גוברת המגמה לצמצם את אשפוזם של זקנים במוסדות לטיפול ממושך (מוסדות גריאטריים ומוסדות סיעודיים) ולהרחיב את שירותי הטיפול בקהילה (Ouslander et al., 2010; Rechel et al., 2013). מגמה זו הורחבה לנוכח העיקרון 'הזדקנות בקהילה' (aging in place) הנחשב לעיקרון מנחה במדינות רבות. כ-98% מכלל הזקנים בישראל חיים בקהילה (שנור וכהן, 2021), וכ-87% מן הזקנים הנזקקים לטיפול סיעודי חיים גם הם בקהילה (כהן קובץ' ואח', 2018). מערכת הבריאות נדרשת, על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי (התשנ"ד-1994), לספק לחולים זקנים ולחולים בסוף חייהם שירותי בריאות ברמה נאותה בהסתמך על עקרונות הצדק, השוויון והעזרה ההדדית. אספקת שירותים כאלו דורשת הכשרה ומיומנות של צוות טיפול ייעודי.

### 1.1.2 מצוקת כוח האדם בתחומי הגריאטריה והטיפול התומך

למרות העלייה בתוחלת החיים בישראל ובשיעור הסובלים ממחלות הדורשות הן מעקב של רופא או אחות מומחית קלינית (nurse practitioner; להלן: **אחות מומחית**)<sup>1</sup> בגריאטריה או בטיפול תומך, ולמרות הגידול בכוח אדם מומחה בתחום הטיפול התומך, מחקרים מראים כי יש עדיין מחסור בכוח אדם בתחום זה (בנטור, 2017; חסון ודגן-בוזגלו, 2019) ועדיין אין בהכשרה בתחום כדי לספק את היקף כוח האדם הנדרש כדי לתת מענה לצרכים של האוכלוסייה הזקוקה לשירותים אלו. דוח של משרד הבריאות העוסק בתוכנית הלאומית לטיפול במצבי סוף החיים (פישר-רייף ואח', 2016) מצביע על כמה אתגרים בשירותי הטיפול התומך, ובהם: איטיות הפיתוח של שירותים; מחסור בצוות רב-מקצועי מיעף; פיזור גאוגרפי לוקה בחסר של האחיות המומחיות; וכן התמקדות במתן שירותי טיפול תומך בעיקר לחולי סרטן.

בסוף 2019 היו בישראל 275 אחיות מוסמכות בעלות תעודת מומחיות קלינית. אלו היו תחומי מומחיות: 86 – טיפול תומך, 57 – מדיניות ומינהל בסיעוד, 34 – גריאטריה, 32 – סוכרת, 30 – כירורגיה, 28 – פגים ו-8 – טיפול בכאב (משרד הבריאות, 2020). בסוף 2021 היו 453 אחיות מומחיות, ועדיין צפוי כי בעתיד יהיה מחסור באחיות ובתקנים. מציאות זו מכונה בספרות המקצועית 'גירעון טיפולי'. על פי תפיסת הגירעון הטיפולי, על אף העלייה בתוחלת החיים ובשיעור האוכלוסייה המבוגרת בישראל, היצע כוח האדם הפורמלי בשוק העבודה פוחת ויש קושי לגייס כוח אדם חדש למקצועות הטיפול (חסון ודגן-בוזגלו, 2019).

---

<sup>1</sup> מאחר שהרוב במקצוע הסיעוד הוא של נשים החליטו החוקרות להשתמש לתיאור מקצוע זה בלשון נקבה, אך הדברים חלים גם על גברים.

### 1.1.3 אחיות מומחיות קליניות – התפתחות התחום בעולם המערבי

שורשי מקצוע האחות המומחית נטועים בשנות השישים המוקדמות של המאה העשרים, עת נפתחה באוניברסיטת קולורדו בארצות הברית התוכנית האקדמית הראשונה למקצוע האחות המומחיות. מיסוד המקצוע החל בשל מחסור ברופאים ברפואה ראשונית. בשנות התשעים התרחב המקצוע למדינות אחרות, ובהן אוסטרליה, בריטניה ועוד מדינות באירופה. כיום, מומחיות קלינית בקרב אחיות היא מקצוע עצמאי הכולל מסלול מקצועי מוכר, שבו מוגדרים בבירור התנאים להכשרה, לרישוי ולהעסקה של האחות המומחית (Adams et al., 2017; Delamaire & Lafortune, 2010; Maier et al., 2017; Moons et al., 2008). מומחיות מתאפיינת בין היתר בסמכויות רחבות יותר מאלו של אחיות שאינן מומחיות. הסמכויות הרחבות ניתנות בעקבות ההכשרה הרחבה יותר שאחיות מומחיות נדרשות לקבל. במדינות המערב מסתמנת מגמה של הרחבת היקף המומחיות, כלומר של הגדלה במספרים הן של האחות המומחיות הן של התחומים שבהם אפשר להתמחות (בין השאר במסגרת הקהילה). נכון ל-2018, 22 מדינות בארצות הברית מאפשרות לאחות מומחיות חופש פעולה מלא (full practice authority): אבחון, טיפול וכן רישום מרשמים ללא מעורבות של רופא. לעומת זאת, ב-28 המדינות הנותרות אין די בסמכותה של האחות המומחית ונדרשת מעורבות רופא ברמה מסוימת (Yang et al., 2018). יש הבדלים בין מדינות ארצות הברית במסגרות העבודה, בהגדרות התפקיד, בתחומי העיסוק וכן בסמכויות של האחות המומחיות.

### 1.1.4 אחיות מומחיות בישראל

תפקידה של האחות המומחית בישראל הוא להעניק טיפול רפואי למטופלים בהתאם להכשרתה ובהתאם לפעולות שמנכ"ל משרד הבריאות אישר מכוח סמכותו בסעיף 59 לפקודת הרופאים. תפקיד האחות המומחית בישראל פותח בהתבסס על תפקידה של APN Advanced Nurse Practitioner (משרד הבריאות, 2014), הקיים בארצות הברית. מלבד תרומתו למערכת נהוג לייחס לו העצמה ופיתוח של האחות (Barton et al., 2012; Bryant-Lukosius et al., 2010).

משרד הבריאות החל בהכשרה של אחיות מומחיות בשנת 2009 בעקבות צו מיוחד שהוצא לשם כך. הצו אפשר פתיחה של מסלול מומחיות בטיפול תומך. בשנת 2013, עם חקיקת תקנות בריאות העם, החלה גם הכשרה בתחום הגריאטריה ונוספו תחומי מומחיות: סוכרת, כגים, כירורגיה, מדיניות ומינהל סיעוד ותחום הכאב. לאחרונה נוסף גם תחום השיקום. הסדרת הדברים באה לידי ביטוי בשני חוזרים: האחד מסדיר את הליך ההכשרה והרישוי של אחות מומחית בענף מומחיות מוגדר (המנהל הכללי, 2014); השני, מסדיר את אופן הגדרת סמכויותיה של האחות המומחית ואת אופן קביעת נוהלי עבודתה (המנהל הכללי, 2015); משרד הבריאות, 2017). תנאי הקבלה לקורס הכשרה לאחות מומחית הם תואר ראשון ושני מוכרים על ידי המועצה להשכלה גבוהה. אחד התארים חייב להיות בסיעוד, התואר השני חייב להיות בסיעוד/ בריאות הציבור/ גרונטולוגיה; קורס על-בסיסי בקהילה/ גריאטריה/ אונקולוגיה/ טיפול נמרץ; <sup>2</sup> ו-400 שעות ניסיון בפועל (שהן חמש שנות עבודה בקהילה). את תוכנית ההכשרה בונה ועדה מייצעת בהרכב של ארבעה רופאים וארבע אחיות. להלן סקירה על מומחיות בטיפול תומך ועל מומחיות בגריאטריה.

---

<sup>2</sup> קורס על-בסיסי הוא קורס המיועד לאחות מוסמכות המעוניינות להתמקצע בתחום מסוים. אחות בעלת תעודת סיום של קורס על-בסיסי יכולה להתקדם מקצועית בתחום שלמדה בקורס. בישראל ישנם כמה עשרות קורסים על-בסיסיים.

## 1.1.5 אחיות מומחיות בטיפול תומך בישראל

אחיות מומחיות בטיפול תומך פועלות בישראל מאז שנת 2010. מספרן נכון לסוף 2021 היה 133 (משרד הבריאות, 2022). האחיות המומחיות בטיפול תומך עובדות בבתי החולים ובקהילה. הטיפול התומך ניתן כיום הן באשפוז הן בבית החולה; הוא ניתן לא רק לחולים אונקולוגים, אלא גם בתחומים קליניים נוספים כגון אי-ספיקת לב, דיאליזה וגריאטריה. תפקיד האחיות המומחיות בטיפול תומך מגוון מאוד וכולל בדיקת החולה ואומדן מצבו, הפניות לבדיקות אבחון ומעקב, קביעת תוכנית טיפול ומתן הוראות טיפול, איזון סימפטומים, הדרכה ומתן ייעוץ לחולה ולמשפחתו, ניהול הטיפול התרופתי – תחילת טיפול, איזון והפסקת טיפול – ביצוע טיפולים ייחודיים שהוכרו לביצוע האחיות המומחיות, עירוב גורמי טיפול רלוונטיים בקהילה וכן טיפול ישיר בחולה בסוף חייו. למעשה, האחיות המומחיות בטיפול תומך מהווה עמוד תווך בעבור החולה ובני המשפחה וגורם מתאם בין כלל המטפלים ויש לה דיאלוג מתמשך עם כלל חברי הצוות המטפל (Csorba, 2017).

כמו בעולם, האחיות המומחיות מבצעות הערכה וטיפול בחולים הזקוקים לטיפול תומך, ובהם חולים בסוף ימיהם (Bradley et al., 2001; Schroeder, 2018), ומסייעות בהתמודדות עם חרדות ממצבי סוף החיים בשילוב תמיכה בחולה ובבני משפחתו (ELNEC-End of Life Nursing Education Consortium). נוסף על כך, חלק בלתי נפרד מן הטיפול שהן מעניקות הוא שילוב של חמלה, מיומנויות טיפול ומיומנויות תקשורת.

## 1.1.6 אחיות מומחיות בגריאטריה בישראל

אחיות מומחיות בגריאטריה פועלות בישראל מאז 2013, על פי תקנות בריאות העם (גמזו, 2013). הן החלו את פעילותן במסגרות אשפוז גריאטרי במרכזים רפואיים גריאטריים (חטיבת הרפואה, 2020). מספר האחיות המומחיות בגריאטריה נכון לסוף 2021 עומד על 107 (משרד הבריאות, 2022). בחוזר משרד הבריאות (חטיבת הרפואה, 2020) עודכנו נוהלי העבודה של האחיות המומחיות בגריאטריה והוחלט להרחיב את העסקתן לבתי חולים כלליים ולמתן ייעוץ גריאטרי. תפקידה של האחיות המומחיות בגריאטריה מתחלק אפוא לשני תחומים: טיפול ישיר בזקנים בבתי חולים בהתאם לסמכויותיה, ומתן ייעוץ גריאטרי בקהילה (חטיבת הרפואה, 2020). בדומה למתרחש בעולם, השינוי הדמוגרפי והעלייה בתחלואה הכרונית המורכבת מציבים בפני מערכת הבריאות בישראל אתגרים של ממש המהווים איום לעתיד על יכולת המערכת לתפקד ביעילות. לנוכח זאת, ראוי לבחון את שני תחומי פעילותן של האחיות הגריאטריות כדי ללמוד על תרומתן ולבחון כיווני התפתחות לעתיד.

## 1.2 מסגרת תיאורטית

לצורך בחינת תפקידן של האחיות המומחיות, מחקר זה נעזר ב'תיאוריית התפקיד' (Sarbin & Allen, 1968). תיאוריה זו כוללת כמה מושגי מפתח, ובהם 'תפקיד' (סך כל הציפיות של בעל התפקיד ושותפי התפקיד ממנו), 'תפיסת תפקיד', 'כניסה לתפקיד' ו'קונפליקטים בתפקיד'. קפלן (Caplan, 1970) מוסיף כי בכל תפקיד יש שלושה עולמות דעת: (א) מומחיות תוכן – ידע בתוכן ובנושא של התפקיד; (ב) מיומנויות – שליטה במה שדרוש לשם ביצוע התפקיד ובארגז הכלים הרלוונטי; (ג) זהות בתפקיד – עמידה על העצמי המקצועי בתפקיד שהעובד מבצע. הקונפליקטים בתפקיד עלולים להתרחש על רקע אי-הלימה בין הציפיות של בעלי תפקידים, בייחוד בעת מיסודו וביסוסו של תפקיד חדש הכרוך בסמכויות חדשות.

## 2. מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לבחון את תרומתן של האחיות המומחיות למערכת הבריאות ואת פוטנציאל ההתפתחות של תפקידן בטיפול תומך ובגריאטריה.

מטרות משנה:

1. לבחון את התרומה הייחודית למערכת הבריאות של אחיות שמומחיותן בטיפול תומך ובגריאטריה, ולעמוד על תרומתן המיטבית לקהילה (או על המקום שבו עשויה להיות להן תרומה כזאת)
2. לבחון את המצב בעולם בכל הקשור לעבודתן של אחיות מומחיות בתחומים אלו, בין השאר את המסגרות שבהן הן עובדות, את תפקידיהן ואת סמכויותיהן
3. לבחון כיצד ראוי לפתח, לדעת קובעי מדיניות בתחום הבריאות ולדעת האחיות שבשטח, את תפקידן של אחיות מומחיות בתחומים אלו במסגרת הטיפול בקהילה

## 3. שיטות המחקר

במחקר שולבו שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות (mixed methods), כמפורט להלן:

1. בוצעו 26 ראיונות עומק מובנים-למחצה עם שתי קבוצות של אנשי מקצוע:
  - א. אחיות מומחיות בגריאטריה (6) ואחיות מומחיות בטיפול תומך (5)
  - ב. אנשי מקצוע העובדים עם האחיות או שותפים לעיצוב מדיניות בעניין האחיות המומחיות: נציגים ממשרד הבריאות (2), רופאים המנהלים מחלקות גריאטריות (3), רופאים בקהילה (2), רופאים ומנהלים של שירותי אשפוז והוספיס בקהילה (2), מנהל בבית ספר לסייעוד (1), מנהל דיור מוגן (1) וכן מנהלים בתפקידי מפתח במערכת הבריאות בקהילה (4)הראיונות בוצעו פנים אל פנים או טלפונית בין ינואר 2019 ליולי 2021.
- המשיבים נבחרו בשיטת כדור השלג ועל פי המלצות של אנשי מקצוע. נעשה ניסיון לבחור משיבים שהוותק וסביבת העבודה שלהם שונים אלה מאלה, כדי למקסם את השונות ולהציג מגוון של נקודות מבט והתנסויות.
- הראיונות נבנו במתכונת של מחקר גישוש ובו שני שלבים:
  - א. פיילוט קצר של 3-4 ראיונות, שסייע לכוון ולמקד את שאלות הראיונות שתוכננו להמשך בנושאים החשובים והרלוונטיים
  - ב. ראיונות נוספים על בסיס התובנות והדיוקים שהושגו מביצוע ראיונות הפיילוט
2. נערך סקר מקוון למילוי עצמי בקרב 89 אחיות מומחיות בגריאטריה ובטיפול תומך. משרד הבריאות סיפק רשימה של 119 אחיות שלמדו בקורס מומחיות, גם אם במועד הסקר לא עסקו בפועל בתחום מומחיות זה. הסקר נשלח בדוא"ל לכל מי ששמותיהן הופיעו ברשימה; כלומר, הפנייה הייתה לכלל אוכלוסיית האחיות המומחיות בתחומים הרלוונטיים. מן הרשימה נופו 18 שמות של אחיות, רובן משום שפרשו מתפקידן. נותרו 101 שמות. 10% מהן לא נכללו במדגם (אם בשל סירוב אם משום שלא התקבל מהן מענה); עוד 2% מן האחיות המומחיות השיבו רק חלקית על השאלון. המשיבות מילאו את שאלון הסקר בעצמן. כאמור, 89 המשיבות מייצגות אחיות משני סוגי המומחיות (גריאטריה וטיפול תומך), ויש להן רקע, ותק וניסיון מגוונים. למרות אחוזי ההיענות הגבוהים, זוהי קבוצה קטנה לצורך ניתוחים סטטיסטיים מורכבים, ולפיכך מוצגות בדוח זה גם תוצאות שאינן מובהקות. הנתונים נאספו בין יוני 2020 לאוקטובר 2020.

נערכה סקירת ספרות מקיפה לבחינת המצב בעולם, הכוללת סקירת מסגרות וסמכויות של אחיות מומחיות במדינות שונות. בסקירה נערך שימוש במנוע החיפוש Google Scholar ובמילות החיפוש "nurse practitioners"; "clinical nurse practitioner"; "nurse practitioner in geriatrics"; "nurse practitioner in palliative care"; "satisfaction of nurse practitioner"; "work experiences of nurse practitioner"; "training for nurse practitioner" כדי לאתר ספרות ומסמכים העוסקים בסמכויות של אחיות מומחיות. צוות המחקר בחר להתמקד בחמש מדינות נבחרות שהשפה בהן אנגלית ושבהן מקצוע האחות המומחית נחשב מקצוע מפותח: ארצות הברית, הולנד, קנדה, אוסטרליה וניו זילנד.

### 3.1 כלי המחקר

כלי המחקר התבסס על שני מסמכים:

1. מדריך שאלון לריאיון האיכותני עם אחיות מומחיות, אנשי מקצוע וקובעי מדיניות העוסק בשאלות על תרומתן של האחיות המומחיות בגריאטריה ובטיפול תומך, על דרכים לפיתוח מקצוע האחות המומחית, על ההכשרה המקצועית לאחיות מומחיות, על סמכויות האחות המומחית ועל האתגרים בתפקיד.
2. שאלון אינטרנטי למילוי עצמי על ידי האחיות המומחיות. השאלון הורכב מ-90 שאלות – רובן סגורות – בשישה תחומים: מאפייני דמוגרפיה ותעסוקה, תוכן התפקיד ותפקוד בעבודה, סמכויות ואוטונומיה, הכשרה מקצועית, מעמד האחות המומחית ותפיסות בנוגע לעתיד המקצוע.

### 3.2 שיטת הניתוח

1. ראיונות העומק נותחו בשיטת ניתוח תוכן תמטי (thematic analysis) (שקדי, 2004), ובה שלבים אחדים: החוקרות תמללו את הראיונות ואז קראו את התמלולים קריאה חוזרת ונשנית ורשמו נושאים שעלו מהם. בשלב השני פורק הטקסט ליחידות משמעות המהוות אבני יסוד לניתוח. בהמשך נעשה קידוד פתוח של החומר, במטרה ליצור קטגוריות המייצגות נושאים שעולים מן הראיונות. לאחר מכן חולצו הקטגוריות העיקריות והחוקרות גיבשו אותן לכדי תמות. השלב האחרון היה המשגת הקשרים והיחסים ביו התמות.
2. הסקר האינטרנטי נותח באמצעות תוכנת SPSS: נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית לתיאור אוכלוסיית היעד של האחיות המומחיות וכן לתיאור התפלגות התשובות. כמו כן נעשה שימוש במבחני  $t$  למדגמים בלתי-תלויים ובמבחן קרמר לבירור השערות המחקר ולבחינה של קשרים בין משתנים ושל הבדלים בין קבוצות (טיפול תומך מול גריאטריה). בחלק מן המקרים אף צוין ערך  $Cohen's d$ , אשר מבטא את מובהקות הקשר בין המשתנים הקיימים: ככל שהערך גבוה יותר, הקשר חזק יותר. כלומר,  $Cohen's d$  מציג עד כמה המובהקות משמעותית: 0–2 אפקט נמוך מאוד, 2–5 אפקט נמוך, 5–8 אפקט בינוני,  $>8$  אפקט גדול. בכך יש כדי להקל את הדיון ואת הסברת הממצאים.

### 3.3 אתיקה

מחקר זה קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של מכון ברוקדייל ואת אישורו של מינהל הסייעוד במשרד הבריאות. למרואיינים הוסברו מטרות המחקר ונאמר להם כי ההשתתפות בו היא על בסיס התנדבות בלבד. הובטח למרואיינים כי פרטיהם יישמרו בסודיות. תמלולי הראיונות נשמרו במחשבי החוקרות בלבד על פי נוהלי אבטחת מידע, ובדוח המחקר לא מצוינים פרטים מזהים של המשתתפים. כל המשתתפים נתנו הסכמה בעל פה להשתתף במחקר.



## 4. ממצאים

הממצאים בפרק זה יוצגו על פי חלוקה לתמות, על בסיס שתי השוואות בין קבוצות נבחרות:

א. **אחיות מומחיות בגריאטריה לעומת אחיות מומחיות בטיפול תומך:** (1) מאפייני רקע ומאפייני תעסוקה; (2) תרומת האחיות המומחיות בארבעה מעגלי השפעה; (3) מעמד האחיות המומחיות; (4) אתגרים בתפקיד האחיות המומחיות; (5) הכשרה מקצועית; (6) תפיסות האחיות בנוגע לעתיד המקצוע. כמו כן תוצג התמה 'עמימות בתפקיד' החוצה את שש התמות האחרות.

ב. **אחיות מומחיות העובדות בקהילה לעומת אחיות מומחיות העובדות במוסדות:** (1) מאפייני תעסוקה; (2) דרכים לפיתוח תפקידן של האחיות המומחיות בקהילה.

ההשוואה בין אחיות מומחיות בגריאטריה ובין אחיות מומחיות בטיפול תומך נעשתה כדי לזהות את האתגרים הייחודיים בכל תחום. ההשוואה בין אחיות מומחיות בקהילה ובין אחיות מומחיות במוסדות נעשתה כדי לבחון את ההבדלים בין שתי סביבות העבודה בשל הצורך לפתח את תפקידה של האחיות המומחיות בקהילה, מקום הימצאה של מרבית אוכלוסיית הזקנים.

בסוף פרק הממצאים תובא בחינה של מסגרת העבודה, של תחומי המומחיות ושל סמכויות האחיות המומחיות בעולם.

### 4.1 אחיות מומחיות בגריאטריה ואחיות מומחיות בטיפול תומך

#### 4.1.1 מאפייני רקע ומאפייני תעסוקה

29 מן האחיות המומחיות שהשתתפו בסקר הן מומחיות בגריאטריה ו-60 מומחיות בטיפול תומך (**לוח 1**). מניתוח מאפייני הרקע של המשיבות עלה כי 84% מן האחיות המומחיות הן נשים. בתחום הגריאטריה יש יותר אחים מומחים גברים מאשר בתחום הטיפול התומך (31% לעומת 8%); גילן הממוצע של כלל האחיות המומחיות הוא 53; 69% מהן נולדו בארץ; אחוז גבוה יותר בקרב האחיות המומחיות בטיפול תומך מאשר בקרב המומחיות בגריאטריה (75% לעומת 59%); 88% מכלל האחיות הן יהודיות ו-64% הן בעלות השקפה חילונית.

**לוח 1: מאפייני רקע של האחיות המומחיות**

טיפול תומך	גריאטריה	סך הכול	
60	29	<b>89</b>	מספר משיבות (N)
67	33	<b>100</b>	%
			<b>מגדר</b>
8	31	<b>16</b>	גברים (%)
92	69	<b>84</b>	נשים (%)
55	52	<b>53</b>	<b>גיל ממוצע (N)</b>
			<b>מקום לידה</b>
75	59	<b>69</b>	ישראל (%)
25	41	<b>31</b>	אחר (%)
			<b>לאום</b>
88	86	<b>88</b>	יהודי (%)
7	10	<b>8</b>	ערבי מוסלמי (%)
3	3	<b>3</b>	ערבי נוצרי (%)
2	0	<b>1</b>	אחר (%)
			<b>מידת דתיות</b>
10	18	<b>13</b>	דתי (%)
28	14	<b>23</b>	מסורתי (%)
62	68	<b>64</b>	חילוני (%)

מאפייני התעסוקה מוצגים ב**לוח 2**. אפשר לראות כי האחיות המומחיות הן אחיות ותיקות. רובן עובדות במשרה מלאה ובמגוון מתארים (מסגרות טיפול). להלן פירוט מאפייני התעסוקה של האחיות המומחיות:

**ותק:** 80% מן האחיות המומחיות הן בעלות ותק עבודה בתור אחיות של יותר מעשרים שנה. מבחינת ותק במומחיות: 53% מכלל האחיות הן בעלות ותק של 1-4 שנים, 37% הן בעלות ותק של 5-10 שנים ו-11% הן בעלות ותק של יותר מ-10 שנים.

מכלל המשיבות לסקר, 48% מבעלות המומחיות בגריאטריה עובדות בפועל בתור אחיות מומחיות, לעומת 73% מן האחיות המומחיות בטיפול תומך. נתון זה עשוי להצביע על ביקוש גבוה לאחיות מומחיות בטיפול תומך או על עניין של האחיות המומחיות עצמן לעסוק בתחום זה. הסבר נוסף לנתון יכול להיות שרבות מן המומחיות בגריאטריה עובדות בקהילה ושם הן אינן יכולות להפעיל את סמכויותיהן, ולכן, בפועל, הן אינן מתפקדות בתור אחיות מומחיות.

**היקף משרה וניהול:** מתוך כלל האחיות המומחיות, 71% מועסקות במשרה מלאה ו-29% עובדות במשרה חלקית. 93% מן האחיות המומחיות בגריאטריה מועסקות ב-100% משרה לעומת 64% בקרב האחיות המומחיות בטיפול תומך. נוסף על כך, מבחן קרמר מציג הבדל של ממש בין האחיות בכל הנוגע לתפקידי ניהול: 67% מן האחיות המומחיות בטיפול תומך מועסקות בתפקיד ניהול לעומת 7% בלבד בקרב האחיות המומחיות בגריאטריה ( $\chi^2 = .52, p < .001$ ).

**מקום עבודה:** 64% מן האחיות המומחיות בגריאטריה דיווחו שהן עובדות בבית חולים גריאטרי, 4% דיווחו שהן עובדות בבית חולים כללי, 7% בבית חולים שיקומי, 7% במרפאה ראשונית ו-18% בהוספיס בית. בקרב אחיות מומחיות בטיפול תומך, 35% דיווחו שהן עובדות במערך יועץ בבית חולים כללי, 23% עובדות בהוספיס בית, 9% ביחידת מטה ניהולית, 5% במחלקה בבית חולים כללי, 5% ביחידה לטיפול בית, 7% במרפאות בקהילה (מרפאה ראשונית/ מרפאה יועצת/ מרפאת מומחים), 5% במרפאת-חוץ בבית חולים, 5% ביחידה לאשפוז בית בקהילה, ו-2% במערך יועץ בבית חולים גריאטרי.

**עומס בטיפול:** בקרב אחיות מומחיות בגריאטריה המועסקות במשרה מלאה 62% דיווחו שהן מטפלות ב-10–30 מטופלים בשבוע, ו-39% דיווחו שהן מטפלות ביותר מ-30 מטופלים בשבוע. בקרב אחיות מומחיות בטיפול תומך המועסקות במשרה מלאה, 30% דיווחו שהן מטפלות ב-5–10 מטופלים בשבוע, 26% מטפלות ב-10–30 מטופלים בשבוע, ו-30% מטפלות ביותר מ-30 מטופלים בשבוע. 15% מן האחיות המומחיות בטיפול תומך דיווחו כי הן אינן מטפלות ישירות בחולים, ואילו בקרב האחיות המומחיות בגריאטריה לא דווח כלל על אי-טיפול ישיר בחולים. ממצא זה מחזק את הממצא שצוין קודם, ועל כיון אחיות מומחיות בטיפול תומך עוסקות יותר בתפקידי ניהול מאשר אחיות מומחיות בגריאטריה.

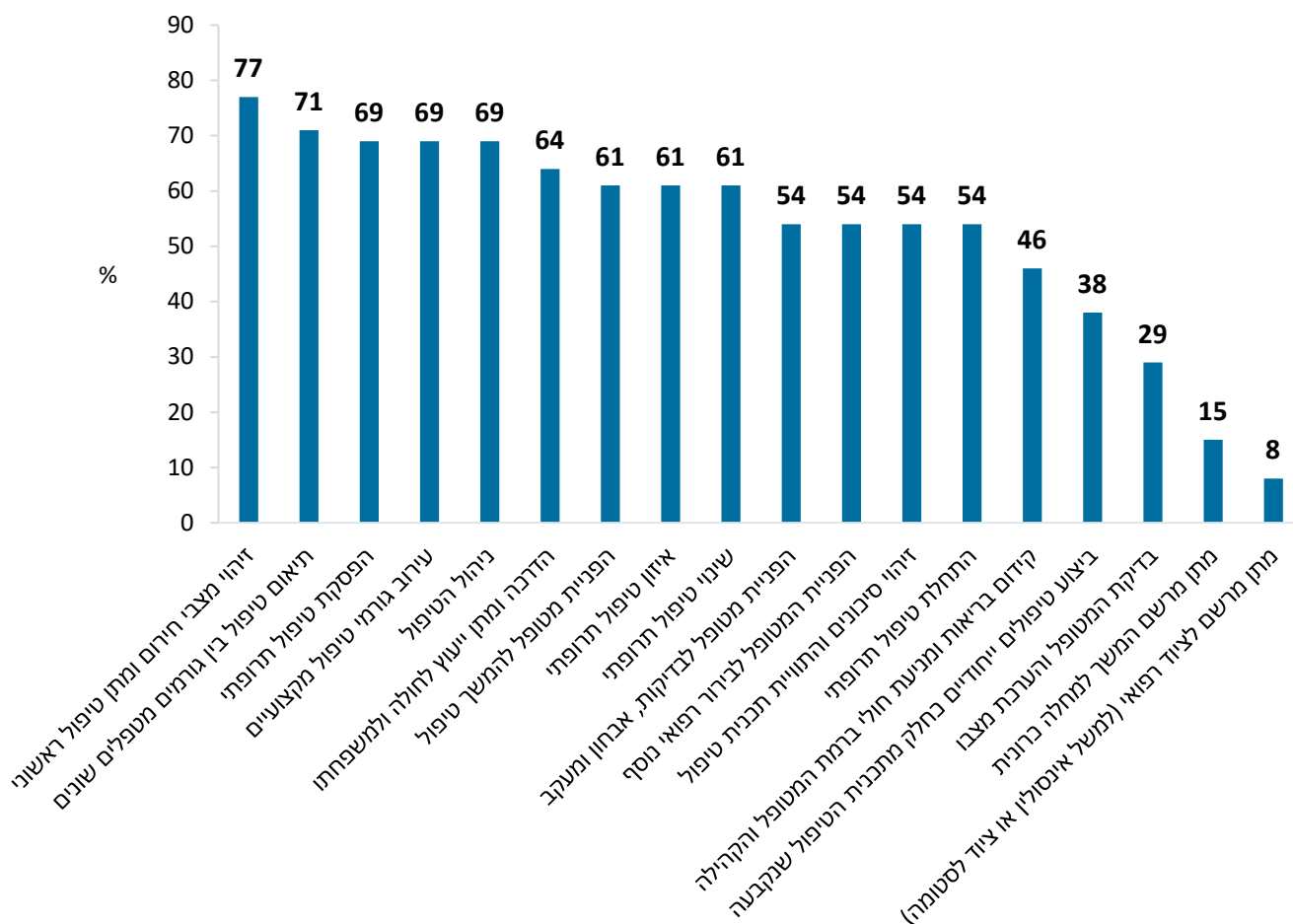
**לוח 2: מאפייני תעסוקה של האחיות המומחיות (באחוזים)**

טיפול תומך (N=60)	גריאטריה (N=29)	סך הכול (N=89)	ותק בתור אחות (בשנים)
17	28	20	20–10
38	38	38	30–21
46	35	42	50–31
			<b>עובדת בפועל בתור אחות מומחית</b>
73	48	65	כן
			<b>ותק בתור אחות מומחית (בשנים)</b>
56	43	53	4–1
30	57	37	10–5
14	-	11	יותר מ-10

טיפול תומך (N=60)	גריאטריה (N=29)	סך הכול (N=89)	
			<b>אחוזי משרה</b>
36	7	<b>29</b>	משרה חלקית
64	93	<b>71</b>	משרה מלאה
			<b>תפקיד ניהולי</b>
67	7	<b>53</b>	כן
			<b>מקום עבודה</b>
5	4	<b>5</b>	מחלקה בבית חולים כללי
35	-	<b>18</b>	מערך יועץ בבית חולים כללי
2	64	<b>21</b>	מחלקה בבית חולים גריאטרי
-	7	<b>2</b>	מערך יועץ בבית חולים גריאטרי שיקומי
5	-	<b>2</b>	מרפאת חוץ בבית חולים
2	7	<b>4</b>	מרפאה ראשונית בקהילה
7	-	<b>4</b>	מרפאת מומחים בקהילה
7	-	<b>2</b>	מרפאה יועצת בקהילה
5	-	<b>2</b>	יחידה לטיפול בית בקהילה
5	-	<b>5</b>	יחידה לאשפוז בית בקהילה
-	-	<b>4</b>	הוספיס באשפוז
23	18	-	הוספיס בית
9	7	<b>21</b>	יחידת מטה ניהולית/הנהלה
			<b>מספר חולים בשבוע (למשרה מלאה)</b>
30	-	<b>20</b>	10-5
26	62	<b>38</b>	30-10
30	39	<b>33</b>	יותר מ-30
15	-	<b>10</b>	<b>לא מטפלת ישירות</b>

**תוכן התפקיד:** משרד הבריאות (2021, 2023, א, ב) פרסם רשימה של פעולות הנתונות לסמכותן של אחיות מומחיות. החוקרות שאלו כל אחות, על פי מומחיותה, איזה חלק מהוות פעולות אלו מתפקידה. בתרשימים 1 ו-2 מוצגות פעולות האחיות המומחיות. האחוזים מעידים באיזו מידה כל אחת מן הפעולות מהווה חלק חשוב מתפקידה של האחיות המומחיות. כפי שמוצג ב**תרשים 1**, האחיות המומחיות בגריאטריה דיווחו כי הפעולות התופסות חלק חשוב בעבודתן כוללות זיהוי מצב חירום ומתן טיפול ראשוני (77%), תיאום טיפול בין גורמים מטפלים (71%), עירוב גורמי טיפול מקצועיים (69%) והפסקת טיפול תרופתי (69%). פעולות אלו אינן מחייבות בהכרח קשר רגשי עם המטופלים ומשפחותיהם, אלא נוגעות יותר לטיפול רפואי. פעולה שהאחיות דיווחו באחוז גבוה שאינן עוסקות בה כלל היא מתן מרשמי המשך לתרופות לטיפול במחלות כרוניות (85%).

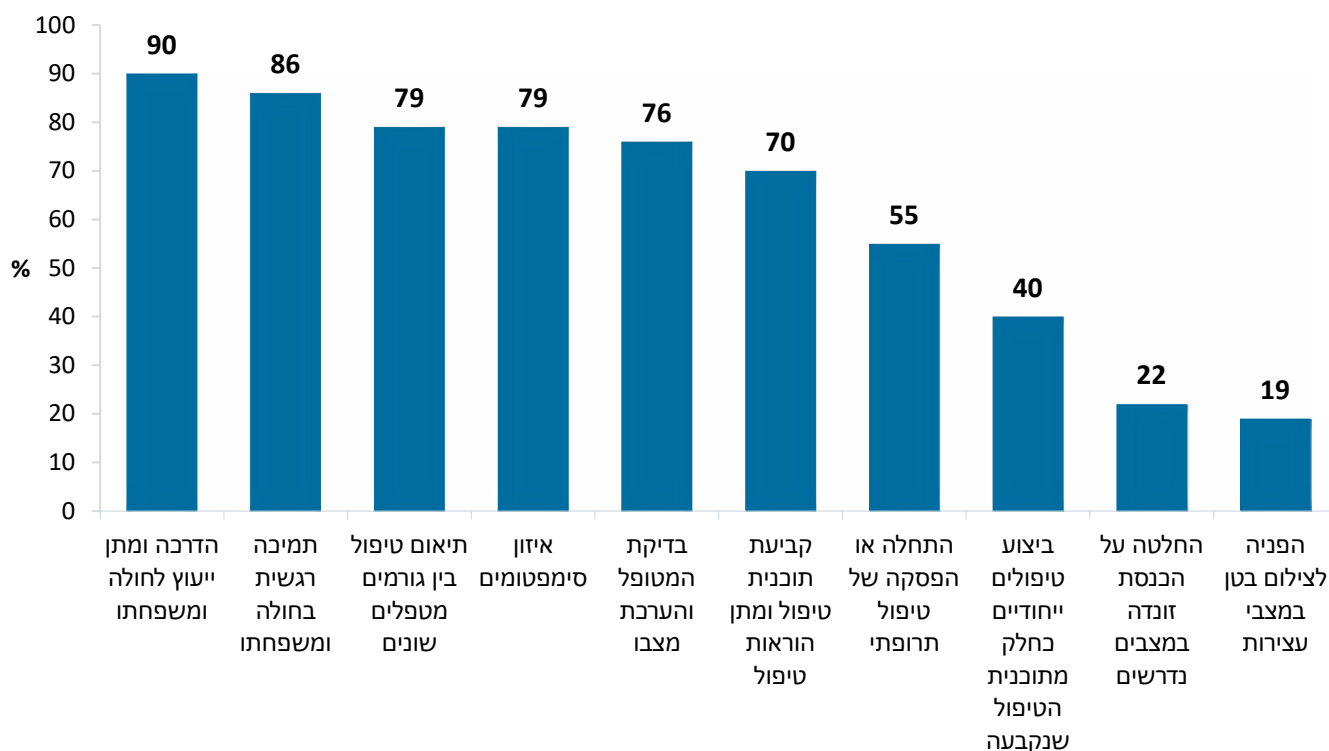
**תרשים 1: תוכן התפקיד של אחיות מומחיות בגריאטריה: פעילויות שהן חלק חשוב או חשוב מאוד מתפקידן (באחוזים)**



האחיות המומחיות בטיפול תומך דיווחו כי חלק חשוב מעבודתן **(תרשים 2)** כולל הדרכה ומתן ייעוץ לחולה ולמשפחתו (90%), מתן תמיכה רגשית לחולה ולמשפחתו (86%), תיאום טיפול (79%), איזון סימפטומים (79%), בדיקת המטופל והערכת מצבו (76%) וכן קביעת תוכנית טיפול ומתן הוראות טיפול (70%). מן הנתונים עולה כי שתי הפעולות שבהן האחיות המומחיות עוסקות באחוזים הגבוהים ביותר כוללות קשר ישיר ורגשי עם החולים. שתי הפעולות שהאחיות המומחיות בטיפול תומך דיווחו כי הן כמעט אינן עוסקות בהן כלל הן הפניה לצילום בטן במצבי עצירות (19%) והחלטה על הכנסת זונדה במצבים נדרשים (22%).

נמצאו תחומים שבהם עוסקות גם האחיות המומחיות בגריאטריה וגם האחיות המומחיות בטיפול תומך: ניהול הטיפול/ קביעת תוכנית טיפול ומתן הוראות טיפול, איזון טיפול תרופתי/ הפסקה או התחלה של טיפול תרופתי.

**תרשים 2: תוכן התפקיד של אחיות מומחיות בטיפול תומך: פעילויות שהן חלק חשוב או חשוב מאוד מתפקידן (באחוזים)**



**מעטפת התפקיד:** מעטפת התפקיד כוללת פעילויות שאינן בגדר טיפול ישיר, כגון העשרה מקצועית או השתלמויות ואת האפשרויות שהתפקיד טומן בחובו, כגון עיסוק במחקר והוראה **(לוח 3)**. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין אחיות מומחיות בטיפול תומך לאחיות מומחיות בגריאטריה בכל הנוגע ליציאה להשתלמויות והעשרה מקצועית וכן בנוגע לשילוב הוראה ומחקר בעבודתן.

לוח 3: מעטפת התפקיד (באחוזים)

$p$	טיפול תומך (N=43)	גריאטריה (N=14)	סך הכול (N=57)	
				<b>"אני יוצאת ללימודים ואו להשתלמויות במסגרת עבודתי כאחות מומחית"</b>
0.34	59	29	<b>51</b>	במידה רבה/רבה מאוד
	22	42	<b>27</b>	במידה בינונית
	19	29	<b>22</b>	במידה מועטה/כלל לא
				<b>"אני משלבת מחקר בעבודתי"</b>
0.33	29	21	27	במידה רבה/רבה מאוד
	25	36	27	במידה בינונית
	46	43	<b>46</b>	במידה מועטה/כלל לא
				<b>"אני משלבת הוראה בעבודתי"</b>
0.25	71	71	<b>71</b>	במידה רבה/רבה מאוד
	21	15	<b>20</b>	במידה בינונית
	8	14	<b>9</b>	במידה מועטה/כלל לא

#### 4.1.2 תרומת האחות המומחית בארבעה מעגלי השפעה

כדי לעמוד על תרומתה הייחודית של האחות המומחית, המשיבות נשאלו במסגרת הסקר על אודות הערך המוסף של תפקידן: עד כמה הן חשות שתפקידן חיוני, עד כמה הן חשות שהן מבצעות את תפקידן ביעילות ובמה מתבטאת תרומתה הייחודית של האחות המומחית. לדעת האחיות, הערך המוסף של תפקידן הוא בשישה תחומים עיקריים: איזון סימפטומים (88%), תרומה להכשרה ולפיתוח צוות (81%), יכולת לספק הדרכה (77%), יותר סמכויות לעומת אחיות שאינן מומחיות (77%), שמירה וקידום של רצף טיפול (72%) ומתן טיפול הוליסטי (68%). לעומת זאת, רק 19% מן האחיות המומחיות סברו שהערך המוסף הוא הזמן שהן משקיעות במניעת תחלואה. לפי תפיסת האחיות המומחיות, תפקידן נחוץ ביותר: 98% השיבו כי תפקיד האחיות המומחית נחוץ במידה רבה. 87% סבורות שבמידה רבה הן מבצעות את תפקידן ביעילות.

מראיונות העומק עלה כי תרומת המומחיות מתבטאת בארבעה מעגלים: למטופל, לבני המשפחה המטפלים, לאנשי המקצוע ולמערכת הבריאות. כמו כן עלה כי המומחיות מועילה לאחות עצמה, מאחר שהיא מספקת אופק תעסוקה, היא עשויה למנוע נשירה מן העיסוק והיא מספקת אפשרות לאחות לטפל באוכלוסייה הממוקדת שבה היא מעוניינת לטפל.

## מעגל השפעה 1: תועלת למטופל

**א. עיסוק ברפואה מונעת** – עיסוק ברפואה מונעת נחשב חיוני בשל יכולתו למנוע בקרב מטופלים מצבים אקוטיים, אשפוזים והידרדרות ולשפר את איכות חייו של המטופל. המיומנויות של האחות המומחית מאפשרות לה להעריך את מצבם של מטופלים לפני הידרדרות, ובכך לשפר את בריאותם ולמנוע תחלואה. חלק מן האחיות אף רואות בכך חלק מרכזי בעבודתן אף שאין להן פנאי רב לעסוק בכך:

” אני יכולה גם לעשות הערכה לבד למטופל שיגיע אליי [...] אני עכשיו בונה את זה בדיוק, על מטופלים בני 65–75 שהם עדיין בריאים ללא אשפוזים חוזרים, [...] עדיין במצב תפקודי טוב [...]” (מרואיינת #10, אחות מומחית בגריאטריה)

**ב. ראייה הוליסטית של המטופל** – לאחות המומחית יש יכולת להסתכל על המטופל הסתכלות הוליסטית: לא רק על הפן הרפואי אלא על היבטים נוספים כגון המערכת המשפחתית והמצב החברתי-כלכלי. ההסתכלות ההוליסטית מאפשרת לשפר את איכות חייו של המטופל ועשויה לתרום גם למניעתם של תחלואה, העברה למוסד ואשפוזים, מאחר שהיא מסייעת בבניית תוכנית טיפול מיטבית ומותאמת אישית:

” האומדן של אחות מומחית הוא באמת מכף רגל ועד ראש. בהיבט הפיזי והמשפחתי והסוציאלי והמאפיינים הנרחבים... את מסתכלת על הצעד הבא, לאן הוא הולך מפה, אם זה לקהילה או לאשפוז, אני כל הזמן מתעסקת בלצפות מה האתגרים הבאים שצריך להתמודד איתם ולנסות לתת מענה הרבה יותר כוללני שהוא גם רפואי, הוא גם סוציאלי, הוא גם רגשי. וזה משהו שאחות מן השורה, אין לה לא את הזמן וגם בדרך כלל לא את היכולות.” (מרואיינת #9, אחות מומחית בטיפול תומך)

**ג. יכולת לטפל במקרי קצה מורכבים** – מדברי המרואיינים עלה כי לאחות המומחית יש יכולת להקדיש זמן לטיפול במקרי קצה מורכבים אשר האחיות הרגילות מתקשות להתמודד עימם בשל מורכבותם. על פי תפיסתו של אחד המרואיינים, האחות המומחית אמורה לטפל במקרים המורכבים בלבד – 5% לערך מכלל המטופלים – והיא למעשה הופכת להיות מנהלת הטיפול של המטופל על כל ההיבטים הנדרשים:

” אחות מומחית יכולה לתקשר עם החולה יותר טוב אפילו מרופא גריאטר, וזה יהיה לטובתו של המטופל בכל היבט שרק תחשבי עליו... בתשושי נפש, כל הבעיות ההתנהגותיות, שאין לצוות סבלנות אליהם, צריך לדעת 'לשוט ביחד עם החולה.'” (מרואיין #19, מנהל דיור מוגן)

**ד. שיפור איכות הטיפול הרפואי** – מנהלים במערכת הבריאות העידו על תרומתה של האחות המומחית בסיוע לרופאים לשפר את איכות הטיפול הרפואי, בזכות הידע הרב שהיא מביאה עימה:

” האחות המומחית הפליאטיבית הביאה איתה רמת ידע שלא זכינו עד כה למישהי עם רמת ידע כזאת... זה חד וחלק, זה חד משמעי. ממש תרומה ניכרת לאיכות הידע ולאיכות הטיפול... היא הביאה ידע שלא היה בארגון לפנייה.” (מרואיין #1, רופא ומנהל מחלקה גריאטרית)



## מעגל השפעה 2: תועלת לבני המשפחה המטפלים

**נגישות וזמינות גבוהה של האחות המומחית** – לאחות המומחית יש אפשרות במסגרת תפקידה לקיים קשר הדוק ושוטף עם בני המשפחה המטפלים, בנגישות וזמינות גבוהים מאלה של הרופא המטפל, ובכך יש כדי לשפר את איכות הטיפול:

”היום, כדי לדבר עם רופא, בני המשפחה צריכים לחכות הרבה זמן... אחות מומחית יכולה ליצור קשר עם המשפחה ולתת להם תשובה, כי היא במשרה מלאה וזה מאוד חשוב. המשפחה צריכה לדעת שיש מישהו מקצוען שיש לו רמה מקצועית מעולה, לא סתם טובה, והוא נותן תשובות ברורות ורציניות. זה יפחית המון חוסר שקט שיש למשפחות.“ (מרואיין #19, מנהל דיור מוגן)

## מעגל השפעה 3: תועלת לאנשי המקצוע

**א. סמכותה הרפואית של האחות המומחית וההישענות עליה בתור מקור לידע מקצועי** – האחות המומחית מגיעה עם הכשרה, ותק, ידע רב וניסיון שצברה ושהיא ממשיכה לצבור בשטח. לפיכך היא מספקת לרופאים ולעמיתיה בכלל עוד כתובת מקצועית וסמכותית להיוועצות.

**ב. הפחתת עומסי עבודה מן הרופאים** – אנשי המקצוע מזהים את תרומת האחות המומחית לעבודתם ולמערכת הרפואית כולה בהפחתת עומס מן הרופאים וביכולת שיש לאחיות מומחיות לקבל החלטות שאחות רגילה אינה יכולה לקבל:

”המומחית היא באמת ממלאת מקום של הרופא ביום-יום... יש לה יכולת דיאגנוסטית טובה ויש לה כתפיים מספיק רחבות... היא הדמות שתסייע בתחום הסייעודי וגם תקבל החלטות סמי-רפואיות נכונות.“ (מרואיין #19, מנהל דיור מוגן)

## מעגל השפעה 4: תועלת למערכת הבריאות

תרומת האחות המומחית למערכת הבריאות נובעת הן מתרומתה למטופל ולמשפחתו הן מתרומתה לאנשי המקצוע, והיא מאפשרת להיטיב את תפקודה של מערכת הבריאות כולה. תרומה זו מתבטאת בשני תחומים:

**א. תכלול טיפול** – האחיות המומחיות מתמקצעות ומעמיקות בתחומים של גריאטריה וטיפול תומך, ובכך יש כדי לאפשר להן לא רק לתרום תרומה פרטנית למטופל או לאנשי מקצוע, אלא גם לבצע תיאום ותכלול של כל הטיפול. מניתוח תוכן התפקיד של האחיות עלה כי 70%–80% מהן עוסקות בניהול טיפול ובתיאום טיפול.

**ב. הפחתת שיעורי אשפוז ואו מיסוד** – עבודתה של האחות המומחית (בייחוד בקהילה) עשויה לסייע במניעת אשפוזים ומיסוד, מאחר שהאחות יכולה לעקוב אחר אוכלוסיות בסיכון וליזום פעולות מניעה:

”האחות המומחית תוכל לעקוב אחריהם... בכל מרפאה יש חולים קשישים ויש להם מחלות כרוניות ואם אני רוצה לקחת את כל הקבוצות הללו ולעקוב אחר המחלות ולעשות reaching out ולשמר את איכות החיים שלהם, אני אחסוך המון ימי אשפוז.“ (מרואינת #20, מרצה בבית ספר לסייעוד)

#### לוח 4: סיכום התרומה הייחודית של האחות המומחית

הנתרם	מהות התרומה
מטופל	- רפואה מונעת - ראייה הוליסטית של המטופל - יכולת לטפל במקרי קצה מורכבים - שיפור איכות הטיפול
בני משפחה מטפלים	- נגישות וזמינות גבוהות לבני המשפחה המטפלים - סמכות בייעוץ רפואי - מקור לידע מקצועי
מערכת הבריאות	- הפחתת עומסי עבודה מהרופאים - תכלול טיפול - הפחתת שיעורי אשפוז ו/או מיסוד

יכולתה של האחות המומחית לתרום בתפקידה ולמצות את מלוא יכולותיה מושפעת גם מן המעמד של המקצוע ומן המקום שהוא תופס במערכת הבריאות.

#### 4.1.3 מעמד האחות המומחית

מן הסקר ומן הראיונות עלה כי מעמד האחות המומחית הוא תמה מרכזית וחשובה. המעמד נובע משילוב בין שלושה עניינים:

- א. **זהות** – שיוך מקצועי וגיבוש זהות מקצועית בין סיעוד לרפואה
- ב. **תפקוד מקצועי** – הכולל שני גורמים: (1) אוטונומיה, סמכויות ואחריות לעומת כפיפות מקצועית; (2) מיסוד לאומי לעומת יוזמה מקומית
- ג. **סביבה** – סביבת העבודה של האחות המומחית והשקה של תפקידה עם תפקידם של בעלי תפקיד נוספים

א. זהות – שיוך מקצועי וגיבוש זהות מקצועית: בין סיעוד לרפואה  
היבט מרכזי בתפקיד האחות המומחית המשפיע על מעמדה הוא תפיסתה של האחות בנוגע לשיוך המקצועי שלה. המשיבות נשאלו אם הן חשות שהן שייכות למגזר הרפואי או למגזר הסיעודי. בסקר עלה כי 80% מן האחיות משייכות את עצמן הן למגזר הרפואי הן למגזר הסיעודי. האחיות המומחיות בגריאטריה מרגישות במידה רבה שייכות יותר למגזר הרפואי מאשר למגזר הסיעודי (71% לעומת 50%;  $p < .001$ ,  $d = 3.4$ ). האחיות המומחיות בטיפול תומך מרגישות יותר מן המומחיות בגריאטריה שהן במידה רבה חלק מן הצוות הסיעודי (90% לעומת 50%,  $p < .001$ ,  $d = 3.8$ ).

גם בראיונות עלתה אמביוולנטיות (דו-ערכיות) בנוגע לשיוך המקצועי. רופאים בדרך כלל ראו באחות המומחית חלק מהצוות הרפואי; אך דווקא האחיות היו אמביוולנטיות יותר בנוגע לשיוכן המקצועי. אחת המרואיינות סיפרה:

” [אני] על הגדר, רגל פה, רגל שם. אני לא רואה את עצמי שייכת לאף סקטור, 'נקי'. אני לא יכולה שלא להיות אחות ולראות את הפן הסייעודי, אבל אני כבר לא רואה את זה כמו אחות רק, אני מוסיפה את הפן הנוסף... בגדול אני רואה את עצמי יותר בקטע של הרפואה, כי זה מה שמצופה ממני בהגדרת התפקיד... אני יושבת בסוויטה של הרופאים, אני לא יושבת בסייעוד.” (מרואיינת #4, אחות מומחית בגריאטריה ומנהלת בכירה)

בראיונות עלה גם כי האמביוולנטיות בשיוך המקצועי והעובדה שכל מגזר מנסה למשוך לצד שלו עלולות ליצור בלבול בזהות המקצועית ובשיוך התפקיד. היבט נוסף של השייכות למגזר מסוים הוא הכפיפות המקצועית. מצד אחד האחיות כפופות לרופאים שאיתם הן עובדות אבל מצד שני, מבחינה מנהלית הן משויכות לתחום הסייעודי; ומציאות זו יוצרת בלבול נוסף:

” המערכת שלנו מאוד היררכית [...] מייצרים פה יצור היברידי, הכפיפות של האחיות היא לרופא שתחתיו היא עובדת, אבל הכפיפות המנהלית היא לסייעוד, וזה מייצר קשיים.” (מרואיין #24, רופא בקהילה)

## ב. תפקוד מקצועי

### בין אוטונומיה, סמכויות ואחריות ובין כפיפות מקצועית

אחד ההיבטים אשר מרכיבים את מעמד התפקיד הוא היקף הסמכויות, האוטונומיה והאחריות הכרוכות בו. חוזר מנכ"ל משנת 2020 העניק לאחות המומחית בגריאטריה סמכויות רפואיות שלא ניתנו כדוגמתן לאחיות מומחיות בישראל קודם לכן (חטיבת הרפואה, 2020). הסמכויות שנוספו כוללות אבחון עצמאי של מצבים רפואיים רבים, סמכויות להפניה לכלל מערך הבריור והייעוץ הרפואי, למקצועות הבריאות ולבדיקות העזר הקיימות, בלי צורך בבדיקה או אישור של רופא המשפחה וכן סמכויות חלקיות לטיפול ולרישום מרשמים. האחיות נשאלו למי הן מדווחות על פעילותן, מי קובע את סידור העבודה שלהן, מי קובע את אופי המטופלים שלהן, מי הוא הממונה המקצועי שלהן, עד כמה הן חשות אוטונומיה בעבודה ובאיזו מידה השתנה מעמדן בתור סמכות מקצועית בעקבות היותן אחיות מומחיות.

כלל האחיות המומחיות:

- 70% מכלל האחיות דיווחו על פעילותן למנהל הרפואי של היחידה ו-53% למנהלת הסייעוד של בית החולים או של הארגון שבו הן עובדות; דהיינו ישנם מצבים לא מעטים של 'דיווח מרובה' – גם לרופא וגם למנהלת הסייעוד. (לוח 5)
- לעומת 24% מכלל האחיות שדיווחו על גורם אחד שאליו הן כפופות, 28% דיווחו כי הן כפופות לשני גורמים, 9% דיווחו כי הן כפופות לשלושה גורמים, ו-1% אפילו דיווחו על כפיפות לארבעה גורמים במערכת.
- האחיות נשאלו כמה גורמים מחליטים על זהות המטופלים שלהן: 37% מן האחיות דיווחו על גורם אחד שקובע זהות זו, 18% דיווחו על שני גורמים, 3% דיווחו על שלושה גורמים ו-2% אף דיווחו על ארבעה גורמים.

## אחיות מומחיות בטיפול תומך לעומת אחיות מומחיות בגריאטריה:

- נמצאו הבדלים מובהקים בנוגע לגורם שהאחות מדווחת לו על פעילותה ( $t_{89} = 2.01, p < .05$ ): אחיות בטיפול תומך דיווחו על יותר גורמים ממונים מאשר אחיות בתחום הגריאטריה (ממוצע 1.22 ו-0.79 בהתאמה).
- לא נמצאו הבדלים מובהקים בין תחומי המומחיות בנוגע לדיווח על מספר הגורמים הקובעים את זהות המטופלים.
- 86% מן האחיות המומחיות בגריאטריה דיווחו כי הממונה על זהות המטופלים שלהן הוא המנהל הרפואי של היחידה, ובקרב האחיות המומחיות בטיפול תומך הייתה חלוקה בין המנהל הרפואי של היחידה (40%), בין מנהלת הסיעוד של בית החולים (23%) ובין האחות אחראית המחלקה (21%). (לוח 5)
- מבחינת הממונה המקצועי, בקרב האחיות המומחיות בגריאטריה 86% השיבו כי המנהל הרפואי של היחידה הוא הממונה המקצועי, ואילו בקרב האחיות המומחיות בטיפול תומך יש חלוקה בין המנהל הרפואי (47%) ובין מנהלת הסיעוד (30%), אחות אחראית מחלקה (2%) ו'אחר' (21%). הבדלים אלו אינם מובהקים. (לוח 5)
- לעומת האחיות בגריאטריה, האחיות בטיפול תומך דיווחו שיש להן יותר אוטונומיה בעבודה (64% לעומת 86%). (לוח 5)
- בשונה מכך, 100% מן האחיות המומחיות בגריאטריה דיווחו על תחושה שמעמדן בתור סמכות מקצועית השתנה בעקבות המומחיות, כלומר שהמומחיות הקנתה להן סמכות מקצועית ומעמד, לעומת רק 67% מן האחיות המומחיות בטיפול תומך. הבדלים אלו אינם מובהקים. (לוח 5)

לוח 5: סמכות ואוטונומיה בעבודת האחיות המומחיות (באחוזים)

טיפול תומך (N=43)	גריאטריה (N=14)	סך הכול (N=57)	
			<b>"למי את מדווחת על פעילותך"</b>
56	43	<b>53</b>	מנהלת הסייעוד של ביה"ח/הארגון
63	93	<b>70</b>	המנהל הרפואי של היחידה
7	14	<b>9</b>	מנהל בכיר שאינו מתחום הסייעוד
19	-	<b>14</b>	אחות אחראית המחלקה
12	7	<b>10</b>	אחר
			<b>"מי המחליט על זהות המטופלים עליהם את ממונה"</b>
23	29	<b>25</b>	מנהלת הסייעוד של ביה"ח/הארגון
40	86	<b>51</b>	המנהל הרפואי של היחידה
7	7	<b>7</b>	מנהל בכיר שאינו מתחום הסייעוד
21	--	<b>16</b>	אחות אחראית המחלקה
37	14	<b>28</b>	אחר
			<b>ממונה מקצועי</b>
30	7	<b>25</b>	מנהלת הסייעוד של ביה"ח/הארגון
47	86	<b>56</b>	המנהל הרפואי של היחידה
2	-	<b>2</b>	אחות אחראית המחלקה
21	7	<b>18</b>	אחר
			<b>תחושת אוטונומיה בעבודה</b>
86	64	<b>81</b>	במידה רבה מאוד/רבה
7	29	<b>12</b>	במידה בינונית
5	-	<b>4</b>	במידה מועטה מאוד/מועטה
2	7	<b>4</b>	כלל לא
			<b>שינוי במעמד כ'סמכות מקצועית' בעקבות המומחיות</b>
67	100	<b>75</b>	במידה רבה מאוד/רבה
29	-	<b>21</b>	במידה בינונית
5	-	<b>4</b>	במידה מועטה/כלל לא

אפשר היה לסמן יותר מתשובה אחת

המשיבות גם נשאלו אילו סמכויות שהכשרתן העניקה להן מסייעות להן בעבודתן היום-יומית. המומחיות בגריאטריה מנו את הסמכויות לפעולות האלה: שינוי טיפול תרופתי, בדיקת חולה, ניהול טיפול ומתן הוראות טיפול, קבלת מטופלים למחלקה והפניה למומחים. האחיות המומחיות בטיפול תומך מנו את הסמכויות לפעולות האלה: אומדן הוליסטי בקביעת תוכנית טיפול ומעקב, אומדן פיזיקלי מתקדם ואיזון סימפטומים. נוסף על כך ציינו כי הכשרתן שכללה היכרות והבנה של מנגנוני טיפול תרופתי מקנה להם יכולת וסמכות לנהל טיפול תרופתי. המשיבות ציינו שלוש סמכויות עיקריות החסרות להן בעבודתן: סמכות כללית למתן מרשמים, עבודה עצמאית בקהילה והפניית מטופלים לבדיקות ואבחון. חלק מאנשי המקצוע העובדים עם האחיות המומחיות הביעו תמיכה בהרחבת סמכויות של האחיות המומחיות, מאחר שהמומחיות מקנה לאחיות יכולת לטפל במרבית המקרים ובכך להפחית עומס מהרופאים:

” הסמכויות צריכות להיות דרמטיות יותר גבוהות ממה שהן היום. המיינד-סט צריך להיות שהן יודעות לטפל בשמונים אחוז מהבעיות בתחום שלהן, לשם צריך לכוון אותן... 80% ממה שאנחנו עושים הוא בגדול רוטינה שחוזרת על עצמה. (רופא ומנהל יחידה לאשפוז בית, #1)

עם זאת היו גם שהתנגדו להרחבת סמכויותיה של האחיות, ובייחוד למתן מרשמים על ידי אחיות, וזאת בשל פגיעה אפשרית במעמד הרפואה וערעור מקומו של הרופא:

” ברגע שאנחנו, הרופאים, ניתן לאחיות אפשרות לרשום מרשמים, תרופות, אופיואידים, זה אומר שנגמר מקצוע הרפואה. זה נגמר. הורסים כאן שני מקצועות – את הרופאים ואת האחיות. (מרואינת #21, מנהלת הוספיס)

נושא נוסף שעלה מן הראיונות הוא סוגיית האחריות הסופית לפעולות האחיות המומחיות. אנשי המקצוע הביעו אמביוולנטיות בעניין. חלקם ראו באחות אחראית בלעדית לפעולותיה, גם אם היא כפופה לרופא:

” זה העניין המרכזי – סמכות ואחריות. לאחיות המומחיות יש גם אחריות על מה שהן מחליטות, למי שלא מומחית יש גב של רופא, שלוקח את האחריות על מה שהיא מבצעת אבל למומחית לא. זה לא שהיא לא מתייעצת עם רופא, אבל בסוף ההחלטה היא שלה. (מרואינת #13, מנהלת בית ספר לסייעוד)

לעומת זאת, חלק מאנשי המקצוע הצביעו על היותו של הרופא אחראי לפעולותיה של האחיות:

” נתנו לאחות לעשות מעקבים לחולי כבד מורכבים אבל אמרו לרופא שאחריותו לבדוק אחת לכמה זמן שהיא עושה את הדברים כמו שצריך, שנותנת את הטיפול הנכון ובקיצור הוא צריך לפקח עליה ויש לו אחריות אם היא עושה את הטיפול בצורה לא מקצועית. (מרואינת #25, מנהלת מרפאה בקהילה)

מלבד ההגדרות הרשמיות של הסמכויות הניתנות לאחיות מומחיות עלה כי ישנם גם גורמים לא רשמיים המשפיעים על מרחב הפעולה של האחיות המומחיות, כפי שיפורט להלן.

## מימוש סמכויות: בין מיסוד לאומי ליוזמה מקומית

מן הראיונות עלה כי מרחב הסמכויות של האחות המומחית והמעמד שלה בשטח קשורים לא רק להגדרות רשמיות, אלא גם לרכיב סמוי, החיוני לתפקוד מיטבי של האחות המומחית – מידת האמון והיחסים של האחות המומחית עם הרופא שהיא כפופה לו ומערכות היחסים שהיא יוצרת עם עמיתיה למקצוע:

” נכון שיש לה מגבלות והיא צריכה אישור מרופא, למשל לתת מורפיום, אבל יש אחיות שיש להן יחסים טובים ואז הרופא סומך עליה ואומר לאחות 'תעשי ואל תשאל' כי האחיות האלה גדלו במסלול הזה, האחיות האלה הן הדובדבן שבקצפת.” (מרויין #19, מנהל דיור מוגן)

אחת המרואיינות ציינה כי מרחב סמכויותיה של האחות נגזר מאישיותה וממידת האחריות והמקצועיות שהיא מוכנה לקבל עליה:

” הסמכויות שלי לא באות רק מהתוקף החוקי שלהן, לא, הרבה מאוד מתוקף היותי מי שאני, חד משמעית. אבל שליחה, הן כולן עברו את אותה הכשרה כמוני. כל אחת מצופה ממנה שתפגין רמת ידע גבוהה, שתפגין רמת אחריות גבוהה” (אחות מומחית בגריאטריה, #4)

גם רופא בקהילה ציין כי חלוקת התפקידים בינו ובין האחיות המומחיות נגזרת מן הקשר והיחסים הנוצרים בינו ובין:

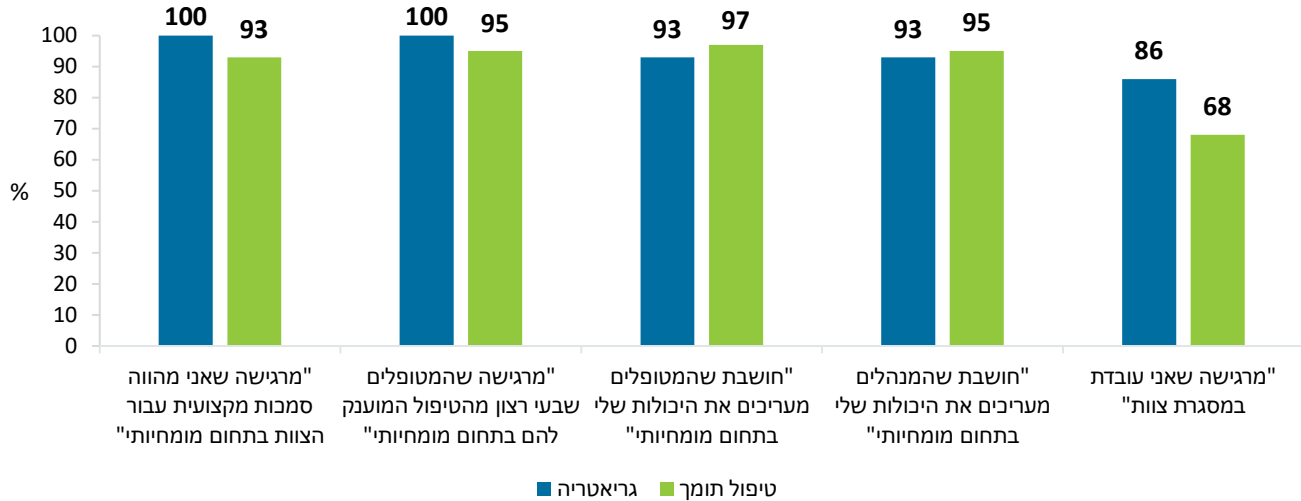
” ברמת השטח אין קונפליקט, בתוך היחידה שלי יש המון מקומות שמנהל המחלקה במר"ג (מרכז רפואי גריאטרי) אומר לאחות 'קחי דברים שחתומים ותעשי מה שאת רוצה', כי בשטח יש אמון גבוה מאוד ואין בעיה. הבעיה היא כשמתחילים לייצר דברים שהם חוצי... ואז ההתנגדות מגיעה.” (מרויין #24, רופא בקהילה)

מכאן עולה כי האחות המומחית מעצבת בסביבת העבודה שלה, ברמה המקומית, את יחסי העבודה הייחודיים לאותה סביבה, ואלה עשויים לקבוע במידה רבה את חופש הפעולה שלה ואת מרחב סמכויותיה.

ג. סביבה – סביבת העבודה של האחות המומחית והשקה של תפקידה עם תפקידם של בעלי תפקיד נוספים ברוב ההיבטים של תפיסות בעניין סביבת העבודה לא היו הבדלים בין שני סוגי האחיות (**תרשים 3**).

מן הנתונים עלה כי בממוצע בין המומחיות בגריאטריה למומחיות בטיפול תומך, 94% מכלל האחיות המומחיות חשות שהמנהלים שלהן מעריכים את היכולות שלהן בתחום מומחיותן. 95% גם חשות שהמטופלים שלהן מעריכים את עבודתן כמומחיות ושהם שבעי רצון מן הטיפול המוענק להם על ידי האחיות המומחיות. 95% חשות שהן מהוות סמכות מקצועית עבור שאר הצוות. ההיבט היחיד שבו ניכר הבדל בין שני סוגי האחיות הוא במידת התחושה שהן עובדות במסגרת צוות. האחיות המומחיות בגריאטריה חשות יותר מן האחיות המומחיות בטיפול תומך כי במידה רבה הן שייכות לצוות (86% לעומת 68% בהתאמה). הבדל זה נמצא מובהק ( $p < .05$ , Cohen's  $d = 1.22$ ).

### תרשים 3: תפיסות בעניין סביבת העבודה של האחות המומחיות (באחוזים)



#### 4.1.4 אתגרים בתפקיד האחות המומחית

המרואיינים ציינו שלושה אתגרים במסגרת התפקיד והמערכת וכן שני אתגרים ייחודיים לטיפול תומך:

##### א. אתגר ביסוס מעמדה של האחות המומחית

תחום זה כולל את האתגרים שהעלו המרואיינות בקשר להתמודדות עם התנגדויות מצד הממסד רפואי, הגדרת התפקיד של האחות המומחית, הרחבת סמכויותיה של האחות המומחית, התמודדות עם ניהול יחסי עבודה, עבודה מתחת למנהלי מחלקות, צורך להוכיח מקצועיות, הכרת המקצוע בבתי חולים והתמודדות עם דעות קדומות כלפי התפקיד. ביסוס המעמד של האחות המומחית כולל גם את הצורך לפעול להטמעת מקצוע האחות המומחית בהכרתם של המטופלים והציבור הרחב, שכן אלו עשויים לחשוש מקבלת טיפול רפואי מאחות ולהעדיף קבלת טיפול מרופאים:

”אתגר נוסף הוא האזרחים. הם רוצים רופאים. הם באים בגלל מנהל המחלקה [...] וזה אתגר לא פשוט.”  
(מרואיינת #20, מרצה בבית ספר לסיעוד)

התחושה כי יש התנגדות מצד הממסד הרפואי לתפקידה של האחות המומחית ולהרחבת סמכויותיה עלתה בדברי כל האחות המומחיות כמעט, בתור עניין מהותי וקריטי לעבודתן. מן הראינות עלה כי ההתנגדות מגיעה בעיקר מן ההסתדרות הרפואית בישראל ומצד רופאים ורוקחים. ההתנגדות מקבלת מגוון ביטויים בחוויות האחות, וההסבר לה בעיניהן הוא בעיקר חשש מפגיעה במעמד הרופאים והרוקחים וזליגת סמכויות. תחושות אלו מקבלות ביטוי בהתנגדות לעצם מקצועה של האחות המומחית, בשל החשש שאיכות הטיפול תיפגע על רקע היעדרן של מיומנויות מספקות ובשל הצורך לחסוך בתקנים של רופאים:



” אני נגד העניין של אחיות מומחיות, כי פה בארץ זה לא בא מהמקום של להקל על הרופאים, אלא ממקום שלא מוכנים להוסיף תקנים של רופאים ורוצים לתת לאחיות לעשות עבודה של רופאים... איך? על הגב של המטופלים. המטופלים שלנו קשישים, לא יכולים לצעוק שרוצים טיפול איכותי אז קל לתת להם טיפול עם צוותים פחות מיומנים. ” (מרוזיין #23, רופא ומנהל מחלקה גריאטרית)

רופא נוסף ציין כי ההתנגדות העיקרית מצד הממסד הרפואי היא לשימוש במושג 'מומחיות' ולא לעצם הרחבת סמכויותיה של האחות המומחית. לטענתו, המונח 'אחיות מומחיות' עשוי לבלבל את המטופלים ומומחיות האחות פוגעת במובן מסוים במעמדו של הרופא.

יש לציין שבתהליך הגדרת סמכויותיה של האחות המומחית עלתה התנגדות מצד הממסד הרפואי גם לשימוש במונח 'אבחון'. חלק מן הרופאים אשר התראיינו למחקר זה טענו שמקצוע האחות המומחית מאפשר בפועל החלפת הרופא הראשוני בפעולות רבות שהן רפואיות בעיקרן ובאופן אשר מרדד את איכות הרפואה הראשונית בישראל.

### ב. אתגר ההכשרה והלמידה

האחיות חילקו אתגר זה לשניים: (1) צורך בהרחבת ידע תיאורטי, הכולל התעדכנות בספרות מקצועית, קביעת מדדי איכות לעבודת האחות ושילוב אקדמיה בעשייה היום-יומית; (2) צורך בהרחבת ידע מעשי, הכולל לימוד שיטות טיפול כגון טיפול הוליסטי וקידום גישת הטיפול התומך.

### ג. אתגר התקנים

אחד האתגרים של מערכת הבריאות הוא מחסור בתקנים לאחיות מומחיות. האחיות וגם אנשי המקצוע האחרים דיווחו שזהו אחד האתגרים המרכזיים של המקצוע והחסמים המונעים ממנו להתפתח ולהתרחב. אף שיש הסכמה כי הוספת תקנים לאחיות מומחיות עשויה לחסוך בתקנים של רופאים (שהם יקרים יותר מן התקנים של האחיות), לפנות זמן ולהוריד עומס מן הרופאים, כיום אין עדיין די תקנים לאחיות מומחיות.

האחיות המומחיות בטיפול תומך העלו שני אתגרים נוספים ייחודיים לתחומן:

**אתגר עומס העבודה** – האחיות תיארו שני עניינים הקשורים לעומס: (1) ניהול זמן וחלוקת משאבים בין המטופלים – הצורך לתעדף מתן טיפול; (2) עומס רגשי ותחושת שחיקה בשל אופי התפקיד: ליווי מטופלים ובני משפחה במצבי סוף חיים והתמודדות עם אובדן מטופלים. ממצא זה עלה גם בסקר: לאחיות המומחיות בטיפול תומך יש קשיים רגשיים במידה רבה, יותר מאשר לאחיות המומחיות בגריאטריה (40% לעומת 14%) והן גם מעוניינות בתמיכה רגשית במידה רבה, יותר מאשר האחיות בתחום הגריאטריה (51% לעומת 14%). הבדלים אלו נמצאו מובהקים ( $p < .05$ ).

**אתגר הטמעת הטיפול התומך במערכת הבריאות** – אתגר זה כולל בתוכו: (1) הטמעתו של התפקיד; (2) הטמעתם הן של הגישה הן של הטיפול התומך עצמו, משום שזה עדיין אינו רווח בכל בתי החולים ובשירותי הבריאות בקהילה. האחיות המומחיות לטיפול תומך ציינו שיש להגביר את המודעות לתחום בקרב רופאים במחלקות, לאתר מטופלים הזקוקים לטיפול תומך, לספק טיפול

כזה לכל מטופל הזקוק לו, להטמיע את גישת הטיפול התומך גם במחלקות שאינן מחלקות אונקולוגיות, לגייס משאבים להקמת מערך טיפול תומך כולל, לשלב צוות רב-תחומי ולשפר את הטיפול הניתן בהוספיס בית.

נראה כי מרבית האתגרים שהעלו האחיות צריכים להיות מטופלים ברמת המערכת. ישנם אתגרים הכרוכים זה בזה, למשל העומס והצורך בתקנים נוספים. האתגרים של ביסוס מעמדה של האחיות המומחית והרחבת הידע הקליני ניצבים לפתחו של מינהל הסייעוד ועשויים להוות בסיס לפעולה בעתיד.

#### **4.1.5 ההכשרה המקצועית של האחיות המומחית**

אופן הכשרת אחות מומחית בישראל נקבע בתקנות פקודת בריאות העם (תקנות בריאות העם [אישור תואר מומחה בסייעוד], התשע"ד-2013), ותנאי הקבלה להכשרה כוללים ארבעה קריטריונים: (1) תואר ראשון ושני מוכרים על ידי המועצה להשכלה גבוהה (אחד התארים חייב להיות בסייעוד); (2) התואר השני חייב להיות בסייעוד/בריאות הציבור/גרונטולוגיה; (3) קורס על-בסיס בקהילה/ גריאטריה/ אונקולוגיה/ טיפול נמרץ; (4) 400 שעות ניסיון בפועל (5 שנות עבודה בקהילה).

ההכשרה כוללת קורס של כ-750 שעות לימוד: 350 שעות של לימוד תיאורטי ו-400 שעות קליניות. הקורס כולל שלושה חלקים: לימודים תיאורטיים, התנסות קלינית ודיונים קליניים אינטגרטיביים.

#### **א. שביעות רצון כללית מן ההכשרה**

58% מכלל האחיות השיבו שככלל היו מרוצות במידה רבה מן הקורס ו-74% מן המשיבות השיבו שהקורס העשיר את ידיעותיהן המקצועיות במידה רבה. עם זאת, האחיות הצביעו על דרכים אחדות להמשיך ולשפר את הקורס (ר' סעיף ב' להלן).

#### **ב. תכנים חסרים בקורס**

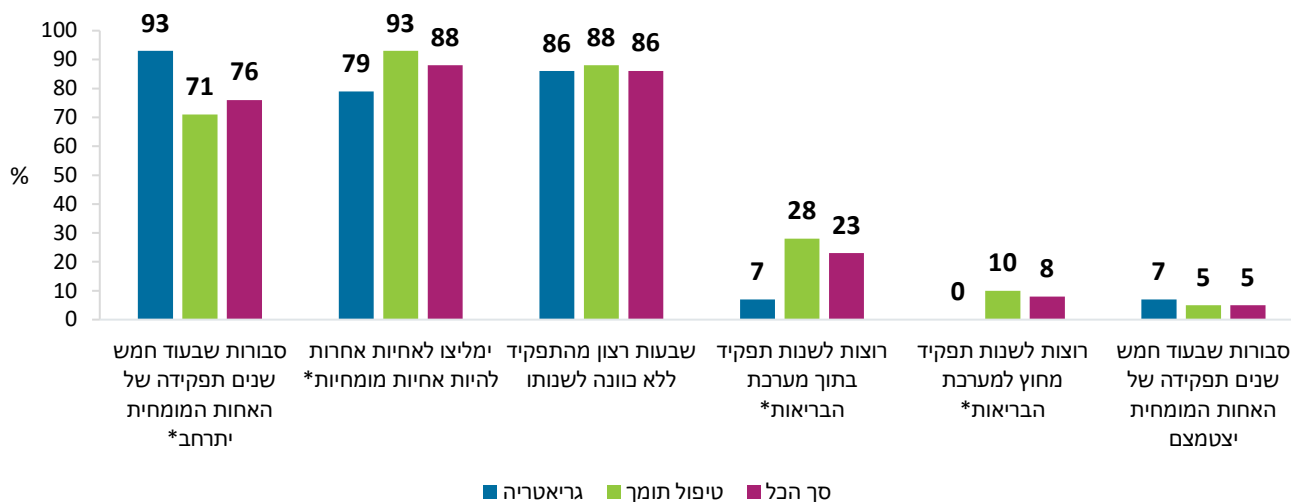
על פי חלק מן המרואיינות היה הקורס קצר מדי, והיה בו ריבוי של תכנים במסגרת זמן מצומצמת. בתכנים החסרים שהוזכרו היו למשל מיומנויות כגון אומדן פיזיקלי, הדרכת המשפחה של המטופל, ליווי רוחני, פרמקולוגיה, עבודה מול רופאים, תכנון וקבלת החלטות וכן תרגול מעשי. בראיונות העומק הוזכרו גם תכנים חסרים כגון עבודת האחיות המומחית בקהילה, הערכה גריאטרית, קבלה ושחרור של חולה, התנסויות מובנות בשטח, תרגול מעשי של החומר ואינטגרציה בין תיאוריה לפרקטיקה. חלק מן המרואיינות ציינו כי הייתה חסרה להן העמקה תיאורטית בנושאים כגון הערכות גריאטריות, קבלת חולים וטיפול בחולים עם אפיונים מיוחדים, ובהם למשל 'החולה השברירי'.

#### **4.1.6 תפיסות האחיות בנוגע לעתיד מקצוע האחיות המומחית**

המשיבות נשאלו על תפיסותיהן בנוגע לעתיד המקצוע של אחיות מומחיות ממגוון היבטים (**תרשים 4**). הן הביעו שביעות רצון גבוהה מן התפקיד הנוכחי שלהן (כ-86% שבעות רצון). רק 23% הביעו רצון בעת המחקר לשנות תפקיד בתוך מערכת הבריאות, ו-8% בלבד הביעו רצון לעזוב את מערכת הבריאות. עם זאת, בעת המחקר 23% מן האחיות הביעו רצון לשינוי מקצועי בתוך המערכת. בכלל אפשר לראות כי האחיות המומחיות בטיפול תומך מרוצות פחות מתפקידן מאשר המומחיות בגריאטריה ושוקלות ופועלות יותר מהן לביצוע שינוי בתוך מערכת הבריאות או מחוץ לה. ואולם, ממצאים אלו אינם מובהקים.

עוד עלה כי בממוצע 76% מכלל האחיות המומחיות סבורות במידה רבה שעם חלוף חמש שנים נוספות יתרחב תפקיד האחות המומחית. האחיות המומחיות בגריאטריה סבורות כך בשיעור גבוה יותר מן האחיות המומחיות בטיפול תומך (93% לעומת 71%). בממוצע 88% מן המשיבות היו ממליצות לאחיות אחרות להצטרף למקצוע, ממגוון סיבות: יש צורך באחיות מומחיות נוספות; זהו מקצוע מאתגר, מספק ובעל משמעות; המקצוע תורם למטופלים; המקצוע מפתח, ממקצע, מעצים את האחות ומאפשר לה לממש את עצמה מבחינה מקצועית; וכן, חשוב שבכל מחלקה בבית חולים תהיה אחות כזו בשל תרומתה הייחודית. ההבדלים בין תחומי המומחיות אינם מובהקים בנקודות אלו.

תרשים 4: שביעות רצון<sup>^</sup> האחיות המומחיות מתפקידן ותפיסותיהן בנוגע לעתיד המקצוע (באחוזים)



<sup>^</sup>דיווח: "במידה רבה" / "במידה רבה מאוד"  
\* $p < .05$

#### 4.1.7 תמה חוצה: עמימות בתפקיד

מן הראינות עלה כי ברקע של כל התמות שעלו יש תמה משותפת והיא אי-הבהירות מה כולל התפקיד. עמימות זו מאפיינת את כל ההיבטים במקצוע האחות המומחית: הגדרת תפקיד, מעמד, סמכויות, אחריות, אוטונומיה, כפיפות במקצוע ושיוך מקצועי.

## 4.2 אחיות מומחיות העובדות בקהילה ואחיות מומחיות העובדות במוסדות

אחת ממטרות מחקר זה הייתה לבחון כיצד ראוי לפתח את תפקידה של האחיות המומחיות בגריאטריה ובטיפול תומך במסגרת הקהילה. לשם כך נערכה השוואה של היבטים נבחרים בין אחיות מומחיות המועסקות בקהילה לאחיות מומחיות המועסקות במוסדות.

### 4.2.1 מאפייני תעסוקה

**לוח 6** מציג את ההבדלים בין האחיות המומחיות המועסקות בקהילה ובין האחיות המומחיות המועסקות במוסדות, מבחינת מאפייני תעסוקה. אחד ההבדלים המובהקים ( $p < .001$ ) שנמצאו הוא שהאחיות העובדות בקהילה מועסקות יותר בתפקידי ניהול ביחס לאחיות העובדות במוסדות, כגון בתי חולים ומרכזים רפואיים גריאטריים (75% לעומת 36%).

כמו כן עבודתן של האחיות המומחיות העובדות בקהילה מאופיינת בעומס טיפול נמוך ביחס לזה של האחיות המומחיות בבתי חולים ובפחות תחושת אוטונומיה (75% לעומת 85% בהתאמה, חשות אוטונומיה במידה רבה). הבדלים נוספים שנמצאו מובהקים נגעו לתחושה שחל שינוי במעמדם המקצועי של האחיות המומחיות: האחיות בקהילה חשו פחות שחל שינוי במעמדם בתור סמכות מקצועית, ביחס לאחיות העובדות במוסדות (57% לעומת 88%). האחיות בקהילה דיווחו ששקלו שינוי מקצועי במידה רבה יותר משדיווחו על כך האחיות במוסדות (29% לעומת 19%). האחיות העובדות בקהילה הביעו שביעות רצון נמוכה יותר מן ההכשרה מהאחיות העובדות במוסדות (40% לעומת 60%). האחיות בשתי מסגרות התעסוקה סבורות כי תפקיד האחיות המומחיות חיוני. רובן שבעות רצון מתפקידן במידה רבה (84% מן האחיות המומחיות בקהילה ו-88% מן האחיות המומחיות במוסדות).

**לוח 6: מאפיינים נבחרים של תעסוקת אחיות מומחיות ותחושותיהן – בקהילה ובמוסדות (באחוזים)**

$p$	אחיות מומחיות במוסדות		תפקיד ניהול
	אחיות מומחיות בקהילה	אחיות מומחיות במוסדות (בתי חולים, מ"ג)	
0.02	75	36	<b>עומס מטופלים שבועי</b>
	38	15	10–5 מטופלים
	33	46	30–10 מטופלים
	8	36	יותר מ-30 מטופלים
0.002	21	3	לא מטפלת ישירות
	77	88	<b>חשה שתפקיד האחיות המומחיות חיוני</b>
	17	12	במידה רבה מאוד
	6	-	במידה רבה במידה מועטה

$p$	אחיות מומחיות במוסדות (בתי חולים, מר"ג)	אחיות מומחיות בקהילה	
0.79	88	84	<b>שבעת רצון מהעבודה</b>
	12	8	במידה רבה מאוד/רבה
	-	8	במידה בינונית
	-	-	במידה מועטה כלל לא
0.29	85	75	<b>חשה אוטונומיה בתפקיד</b>
	12	13	במידה רבה מאוד/רבה
	-	8	במידה בינונית
	3	4	במידה מועטה מאוד/מועטה כלל לא
0.03	60	40	<b>שבעת רצון מן ההכשרה</b>
	27	40	במידה רבה מאוד/רבה
	10	20	במידה בינונית
	3	-	במידה מועטה כלל לא
0.01			<b>חשה שחל שינוי במעמד הסמכות המקצועית בעקבות המומחיות**</b>
	88	57	במידה רבה מאוד/רבה
	9	39	במידה בינונית
	3	-	במידה מועטה מאוד
	-	4	כלל לא
			<b>שוקלת לעשות שינוי מקצועי בתוך מערכת הבריאות</b>
	19	29	במידה רבה מאוד/רבה
	22	5	במידה בינונית
	19	19	במידה מועטה
	40	47	כלל לא

## 4.2.2 דרכים לפיתוח תפקידה של האחות המומחית בקהילה

מן הראיונות עלה שהרחבת הסמכויות חיונית ביותר לפיתוח תפקיד האחות המומחית בקהילה וכן כי יש לשים דגש בהכשרה המקצועית על עבודת האחות המומחית בקהילה. עוד עלה כי מנקודת המבט של אנשי המקצוע, לאחיות מומחיות יכולה להיות תרומה רבה בקהילה במיוחד בתחום הגריאטריה, בשלושה מוקדים עיקריים:

א. **קופות החולים** – יתרונה של האחות המומחית עשוי להיות בשמירה על רצף הטיפול וניהול הטיפול, איזון טיפול תרופתי, מניעת סיבוכים ונפילות, מניעת אשפוזים ומתן ייעוץ בתחום הגריאטרי:

” המקום הכי משמעותי לדעתי זה בקהילה, בבתי אבות... אם נכנסת לשם אחות מומחית מהקופה, הרי הרופאים לא נמצאים שם כמעט... מטופל שהוא עם מחלה ממארת וצריך טיפול תומך ורוצה לצאת הביתה, השיקול אם לצאת הביתה או לצאת להוספיס הוא אם יש מומחית בקופה.“ (מנהלת בית ספר לסיעוד)

ב. **טיפולי בית** – תחום זה עשוי לצאת נשכר מכניסה של אחיות מומחיות, משום שיש להן זמן רב יותר ביחס לרופאים, להשקיע במעקב אחר חולים כרוניים, לעסוק בשימור תפקוד ולנהל בכלל את הטיפול במטופלים הבוחרים להישאר בביתם.

ג. **טיפול בחולים עם צרכים מורכבים** – תרומתן של האחיות המומחיות יכולה להיות רבה בקרב קבוצות אוכלוסייה מובחנות ומורכבות, כגון חולים עם דמנציה או חולים עם בעיות התנהגות, מאחר שהרופאים אינם מתפנים לטפל בהן.

## 4.3 מקצוע האחות המומחית בעולם

מטרה נוספת של מחקר זה הייתה לבחון את מסגרת העבודה, את תחומי המומחיות ואת הסמכויות של אחיות מומחיות בעולם. **לוח 7** מציג השוואה בין ישראל לחמש מדינות נבחרות שבהן מקצוע האחות המומחית נחשב מקצוע מפותח: ארצות הברית, הולנד, קנדה, אוסטרליה וניו זילנד. אפשר לראות כי מסגרות העבודה של האחיות המומחיות דומות בחמש המדינות. בארצות הברית מספר האחיות המומחיות הוא הגבוה ביותר ל-100,000 תושבים. מבחינת סמכויות, בחמש המדינות לאחיות המומחיות יש סמכות לאבחון, אך מרחב הסמכויות הגדול ביותר שיש לאחיות המומחיות הוא בקנדה.

לוח 7: אחיות מומחיות בעולם: מסגרות עבודה, תחומי המומחיות וסמכויות

מדינה	מספר אחיות מומחיות לכל 100,000 תושבים	מסגרות עבודה	תחומי המומחיות	סמכויות
ארצות הברית	40.5	בתי חולים; מרפאות בקהילה; מוסדות גריאטריים	מיון; גריאטריה; משפחה ( <a href="https://www.aanpcert.org">https:// www.aanpcert.org</a> )	אבחון וטיפול; נתינת מרשמים (בחלק מן המדינות ללא צורך באישור רופא)
הולנד	12.6	בתי חולים; מרפאות בקהילה; שירותי טיפול ביתי	טיפול נמרץ; טיפול מניעתי; בריאות הנפש	הערכה ואבחון של מצב החולה; מתן מרשמים (תחת הגבלות כגון אישור רופא, עבודה לפי פרוטוקול ורק בתחום המומחיות)
קנדה	9.8	בתי חולים; מרפאות בקהילה; מוסדות גריאטריים	אונקולוגיה; טיפול נמרץ; מיון; רפואת תינוקות	ניהול טיפול; רישום מרשמים לטיפול תרופתי (לפי רשימה); מתן הפניות ליועצים רפואיים להמשך בדיקות ואבחון; פענוח בדיקות; הפניות לחדר מיון; ביצוע טיפולים ופרוצדורות רפואיות מסוימות; התערבות ישירה בטיפול; סיוע בתכנון ובתיאום של טיפולים; ניטור תוצאות הטיפול
אוסטרליה	4.4	בתי חולים; מרפאות בקהילה; מוסדות גריאטריים	גריאטריה; טיפול תומך; אונקולוגיה; בריאות הנפש סוכרת (33+ מומחיות נוספות)	אבחון וטיפול; מתן מרשמים; הפניית מטופלים לבתי חולים ולמומחים; הזמנת בדיקות אבחנתיות

מדינה	מספר אחיות מומחיות לכל 100,000 תושבים	מסגרות עבודה	תחומי המומחיות	סמכויות
ניו זילנד	3.1	בתי חולים; מרפאות בקהילה; מוסדות גריאטריים	מיון מבוגרים; רדילוגיה מבוגרים; קרדילוגיה; גריאטריה;	אבחון והערכה של מצב החולה; הזמנת בדיקות אבחנתיות ובדיקות מעבדה ופענוח; אשפוז ושחרור של חולה; רישום תרופות מסוימות שבתחום התמחות האחות המומחית, לתקופה של חודש עד שלושה חודשים, כפוף לסוג התרופה; הוראה, ניהול ומחקר; פיתוח מדיניות בריאות מקומית ולאומית
ישראל	3.0	בתי חולים; מרפאות בקהילה; מוסדות גריאטריים	גריאטריה; טיפול תומך; סוכרת; פגים; מדיניות ומינהל בסיעוד; כירורגיה; כאב; שיקום (חדש)	אומדן הערכה לבני 65 ויותר; בדיקה פיזית וטיפול שגרת במחלות שכיחות; מעבדה ודימות; הכנה ותיאום של תהליכי שיקום; העברה למסגרות אחרות; גמילה מהנשמה; אומדן גריאטרי

מקורות הנתונים: American Academy of Nurse Practitioners; Australian College of Nurse Practitioners (ACNP), 2022; Canadian Nurses Association, 2022

## 5. מגבלות המחקר

מחקר זה מציג את תפיסותיהן של אחיות מומחיות, אך מספר האחיות הקטן יחסית בתחומים שנבדקו, לא אפשר לבצע ניתוחים מורכבים ולעיתים אף השפיע על היכולת להציג נתונים מובהקים.



## 6. סיכום, דיון ומסקנות

מחקר זה עסק בבחינת תרומתן של האחיות המומחיות ובסימון דרכים אפשריות להתפתחות בעתיד של מקצוע האחות המומחית, בדגש על עבודת האחיות המומחיות בגריאטריה ובטיפול תומך בקהילה.

### 6.1 תפקיד האחות המומחית, הגדרתו, תכולתו וגבולותיו

על פי תיאוריית התפקיד (Sarbin & Allen, 1968), תפקיד הוא סכום כל הציפיות של בעל התפקיד ושותפי התפקיד. ביצוע התפקיד מושפע מן הסביבה החברתית המעצבת ומגדירה את הציפיות מן התפקיד.

ממחקר זה עולה כי הטמעה של תפקיד חדש, בין השאר במערכת רפואית מורכבת ודינמית, אורכת זמן רב ודורשת השקעת משאבים ושיתוף פעולה מצד כל בעלי העניין. קונפליקט ומתח בתפקיד עשויים להתעורר אם יש מגוון ציפיות, לעיתים מנוגדות זו לזו, למשל מצד עמיתים למקצוע ואנשי המקצוע עצמם, בנוגע להגדרת התפקיד, תכולתו ומידת העצמאות בו. פערים והתנגשויות בין ציפיות אלו עלולים לגרום לאי-מיצוי הפוטנציאל בתפקיד ולחסמים בהתפתחותו. לכן חשוב לתאם ציפיות בין העמיתים ובעלי העניין כבר בראשית העבודה המשותפת ובד בבד ליצור הידברות ותקשורת פתוחות.

מחקר זה עסק בתפקיד האחות המומחית בגריאטריה ובטיפול תומך שהוטמע בשנים האחרונות במערכת הבריאות בישראל. הוא מצביע בין השאר על עמימות בהגדרת תפקידה של האחות המומחית, גבולותיה והסמכויות הנכללות בו. העמימות גוברת מפני שהשיוך המגזרי של האחות והכפיפות המקצועית שלה מוצלים בין עולם הרפואה לעולם הסייעות. עם זאת יש לציין כי מן המחקר הנוכחי עולה שהעמימות המגזרית מאפשרת לאחות מנעד רחב של פעילויות והתאמתן לצורכי המטופל על פי העיקרון המנחה 'המטופל במרכז'. המנעד הרחב ויכולת התמרון מקנים לאחות יתרונות רבים בטיפול ובהתנהלות במרחב המקצועי.

עוד עולה מן המחקר כי יש פער בין ההכשרה ובין מרחב הפעולה של האחות המומחית בשטח. נראה כי אי-שימוש במשאב הידע של האחות המומחית עשוי לפגוע בכל מעגלי ההשפעה שלה ואף בשביעות רצונה. מחקר על אחיות מומחיות בטיפול תומך בישראל (Haron et al., 2019) מצא כי שביעות הרצון של אחות קשורה לארבעה רכיבים: (1) מערכת היחסים עם חברי צוות אחרים; (2) ההערכה המקצועית של רופאים; (3) היכולת למזער סיבוכים רפואיים אצל המטופל; (4) מידת האוטונומיה בתפקיד. גם ממצאים אלו מדגישים את חשיבות הקשר עם הרופאים והעמיתים למקצוע.

סוגיית הגדרת תפקידה של האחות המומחית, העצמאות בו, ההכשרה לקראתו וגבולותיו נדונה גם במדינות אחרות. העמימות בתפקיד של האחות המומחית היא סוגיה שעלתה גם בהולנד (Boeijen et al., 2020). בארצות הברית נטען שהסדרי הממשל מגבילים את עצמאותה של האחות המומחית (Feyereisen & Goodrick, 2020). סקירה שיטתית של מחקרים בתחום האחיות המומחיות העלתה כי מומלץ להסיר רגולציה ומדיניות שמונעות מן האחות המומחית לספק את מלוא השירות הרפואי שאליו הוכשרה ואומנה, מאחר שפעילותה משפיעה לטובה על תוצאות הטיפול ואף מפחיתה את עלויותיו (Yang et al., 2021). עוד נמצא כי הגדלת האוטונומיה של האחות המומחית עשויה לתרום לשימור אחיות בעיסוק (Hagan & Curtis, 2018).

במחקר זה מצאו החוקרות כי האחיות חשות רמה גבוהה של אוטונומיה בתפקידן, אך רק חלקן חשות שמעמד 'הסמכות המקצועית' שלהן השתנה בעקבות המומחיות. שיעור גבוה יותר של אחיות בקהילה מרגישות אוטונומיה פחותה מזו של אחיות במוסדות, ושיעור גבוה יותר בקרבן שוקלות שינוי מקצועי.

## 6.2 תרומת האחות המומחית

לאחות המומחית תרומה בארבעה מעגלי השפעה: המטופל, בני המשפחה המטפלים, אנשי המקצוע ומערכת הבריאות. תרומה נוספת של המומחיות היא לאחות עצמה, מאחר שהמומחיות עשויה למנוע שחיקה ונשירה מן העיסוק בקרב אחיות והיא פותחת אפשרויות קידום וגיוון בתחומי הפעילות, באפשרות לשנות סביבת עבודה ובאפשרות להשפיע בממוקד על האוכלוסייה שבה האחות מעוניינת לטפל. תרומתה של האחות המומחית כבר נבדקה בספרות, ומחקרים מראים כי אחיות מומחיות משפרות את הטיפול בחולים באוכלוסיות מוחלשות ומונעות אשפוזים (DesRoches et al., 2017). גם בבחינת תרומתן למעקב אחר חולים כרוניים, למשל חולי סוכרת, נראה כי רמת המעקב והתוצאים הקליניים של המטופלים זהים לאלו שבעקבות מעקב המבוצע על ידי רופאים (Yang et al., 2018). בסקירה מקיפה של לוויניק ואח' (Lovink et al., 2017) נמצא כי במדדים של תוצאות הטיפול ותהליך הטיפול, אחיות מומחיות משיגות תוצאות טיפול טובות לפחות כמו אלו של רופאים. בבחינת התפקוד של אחיות מומחיות לעומת רופאים נצפה מספר דומה של הפניות להמשך טיפול אצל גורמים מטפלים אחרים. עוד נמצאה רמה גבוהה של שביעות רצון של המטופלים מן האחיות המומחיות. הגורמים המשפיעים על שביעות הרצון היו מיומנויות תקשורת טובות ואף טובות יותר מאלה של הרופאים, משך מפגש ארוך יותר ממשיך המפגש עם הרופאים, זמינות ונגישות גבוהות מן הנגישות והזמינות של הרופאים.

## 6.3 מיקום ושילוב של האחות המומחית במערך הטיפול בקהילה

השילוב בין גישת 'המטופל במרכז' ובין עקרון ה'הזדקנות במקום' מסמן ומעצב בבירור את הצורך בפיתוח והרחבה של מקצוע האחות המומחית בקהילה. זאת, נוסף על השינויים הדמוגרפיים שבעקבותיהם האוכלוסייה מזדקנת ונדרש עוד כוח אדם לטיפול בה. לפיכך חשוב מאוד לזהות את המקומות הדורשים התערבות ושבהם תרומתן של האחיות המומחיות יכולה להיות מיטבית. נראה כי הכנסת אחיות מומחיות לתחומי הגריאטריה, ובייחוד לתחומי מרותקי הבית, החולים המורכבים וחולי הדמנציה, תסייע לטיוב הטיפול באוכלוסיות אלו, לניטור מיטבי שלהן ולבניית תוכניות לקידום בריאותן. תועלת בתחומים אלו עשויה לשפר את רווחתם של הזקנים ואף להפחית את שיעורי האשפוז והמיסוד. בד בבד היא תאפשר למצות ולמקסם את היכולות של האחיות המומחיות ולפתוח לפניהן מסלולי התקדמות נוספים.

## 7. המלצות

לטובת המשך פיתוח תפקיד האחות המומחית ולמען התמודדות עם האתגרים שהוזכרו מוצע לשקול כיווני פעולה אלו:

א. חשוב לחדד את הגדרת התפקיד של האחות המומחית וכן לעגן ולהסדיר את סמכויותיה.

ב. יש להתאים את ההכשרה המקצועית לדרישות התפקיד על פי שלושת העולמות שבו:

- מומחיות תוכן – ידע בתוכן ונושא התפקיד
- מיומנויות – שליטה במיומנויות הדרושות לביצוע התפקיד ורכישת ארגז כלים רלוונטי
- זהות בתפקיד – בשימת דגש על עבודת האחות המומחית בקהילה ופיתוח מנגנון לעדכון ידע שוטף

ג. מומלץ לחזק את הקשרים והאמון בין הממסד הרפואי ובין האחיות המומחיות על ידי הידברות ויצירת מפגשים מקצועיים משותפים, כגון ימי עיון ופורום עמיתים להתייעצות.

ד. כדאי לשים דגש על מתן תמיכה רגשית לאחיות מומחיות בטיפול תומך.

ה. מומלץ למצב את תפקיד האחות המומחית על ידי שימוש באמצעי מיתוג כגון תג מיוחד על דש הבגד ולוגו ייחודי כדי להבליט את ייחודיותה של האחות המומחית במערכת הבריאות.

באמצעות צעדים אלו ייתכן כי מאגר האחיות המומחיות יגדל ובד בבד יופחתו התנגדויות מצד הממסד הרפואי בנוגע להרחבת סמכויותיה של האחות המומחית. שתי התוצאות הללו חשובות לנוכח הזדקנות האוכלוסייה, התגברות החשיבות המיוחדת לעיקרון של 'הזדקנות במקום' והעלייה בביקוש לטיפול גריאטרי ולטיפול תומך.

החוקרות ממליצות גם לבחון את נקודות המבט של המטופלים ומשפחותיהם ואת חוויות הטיפול שלהם מן הקשר עם האחיות המומחיות, וכן את התפיסות של האחיות המומחיות בשאר תחומי המומחיות. ראוי יהיה להמשיך ולחקור אוכלוסייה זו במחקרים בעתיד.

לסיכום, מקצוע האחות המומחית הוא מקצוע בהתהוות, ותרומותיו רבות וחשובות. מומלץ אפוא להוסיף לעקוב אחר התפתחותו והטמעתו ולחקור גם את השתלבותן האפשרית של אחיות מומחיות בתחומים נוספים, בדגש על עבודה בקהילה ועל היותן חלק חיוני ממערכת הבריאות.

## עוד פרסומים של המכון בנושא

ניסנהולץ-גנות, ר., רוזן, ב. והירשפלד, מ. (2017). תמורות בתפקידן של האחיות בקהילה. דמ-17-756  
לרון, מ., בנטור, נ., אזולאי, ד. ואוברמן, א. (2015). שירותים פליאטיביים בבתי חולים כלליים ובמרכזים גריאטריים בישראל. דמ-15-704  
ניראל, נ., גרד שטיין-כהן, א., אייל, י., סמואל, ה. ובן-שוהם, א. (2014). תחזיות הביקוש לאחיות למול תחזיות ההיצע. דמ-14-665  
ניראל, נ., יאיר, י., סמואל, ה., ריב"א, ש., רייכר, ס. ותורן, א. (2010). אחיות מוסמכות בישראל: כוח העבודה – דפוסים ומגמות.  
דמ-10-557

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

## רשימת מקורות

- בנטור, נ. (2017). קורסי הכשרה והשתלמויות בטיפול תומך בישראל – תמונת מצב. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.  
[https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2017/04/Heb\\_Report\\_762-17.pdf](https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2017/04/Heb_Report_762-17.pdf)
- חוק ביטוח ממלכתי התשנ"ד-1994. [https://www.nevo.co.il/law\\_html/law01/036\\_001.htm](https://www.nevo.co.il/law_html/law01/036_001.htm)
- חטיבת הרפואה. (2020). נהלי עבודת אחות מומחית לסייעוד גריאטרי במערך האישיפוז הכללי. חוזר 8/2020, מ-10 באפריל 2020. משרד הבריאות. [https://www.health.gov.il/hozer/mr08\\_2020.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/mr08_2020.pdf)
- חסון, י. ודגן-בוזגלו, נ. (2019). הגירעון הטיפולי בישראל: מי נושאות בנטל וכיצד ניתן לצמצמו? מרכז אדוה.
- כהן קובץ, ג., רמות ניסקה, ת. והרן רוזן, מ. (2018). הביטוח הסייעודי בישראל. י' פרידמן, עור'. בנק ישראל, חטיבת המחקר.
- המנהל הכללי. (2014). אחות מומחית. חוזר 9/14, מ-9 בפברואר 2014. משרד הבריאות.  
[https://www.health.gov.il/hozer/mk09\\_2014.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/mk09_2014.pdf)
- המנהל הכללי. (2015). אחות מומחית במערך האשפוז והקהילה. חוזר 6/2015, מ-10 במאי 2015. משרד הבריאות.  
[https://www.health.gov.il/hozer/mk06\\_2015.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/mk06_2015.pdf)
- משרד הבריאות. (2017). דו"ח הוועדה לבחינת תפקיד האחיות המומחית בקהילה. מנהל הסייעוד.  
<https://www.health.gov.il/publicationsfiles/manpower2019.pdf>
- משרד הבריאות. (2020). כוח אדם במקצועות הבריאות 2019. <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/manpower2019.pdf>
- משרד הבריאות. (2021). ריכוז הסמכויות שנוספו מעת לעת לליבת העיסוק המקצועי של האחיות המומחיות בחלוקה לתחומי מומחיות. <https://www1.health.gov.il/media/e3ffetu/specialization-responsibilities.pdf>
- משרד הבריאות. (2022). כוח אדם במקצועות הבריאות 2021. [https://www.gov.il/BlobFolder/reports/health-professions-manpower/he/files\\_publications\\_units\\_info\\_manpower2021.pdf](https://www.gov.il/BlobFolder/reports/health-professions-manpower/he/files_publications_units_info_manpower2021.pdf)
- משרד הבריאות. (2023א). מומחיות בסייעוד גריאטרי. נדלה ב-8 באוגוסט 2021, מתוך <https://www1.health.gov.il/nursing/study/specialization-studies/specialization-list/geriatrics-specialization>
- משרד הבריאות. (2023ב). מומחיות בטיפול תומך. נדלה ב-8 באוגוסט 2021, מתוך <https://www1.health.gov.il/nursing/study/specialization-studies/specialization-list/palliative-care/>
- פישר-רייף, א., בנטור, נ. ולקסר, א. (עור'). (2016). המלצות לתכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים. ג'וינט ישראל אשל, משרד הבריאות ומכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.  
[https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/palliativeCare\\_brochure.pdf](https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/palliativeCare_brochure.pdf)

שנוה, י. וכהן, י. (עור'). (2021). בני 65+ בישראל – שנתון סטטיסטי 2021. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.  
סקדי, א. (2004). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני- תיאוריה ויישום. רמות – אוניברסיטת תל-אביב.  
תקנות בריאות העם (אישור תואר מומחה בסיעוד), התשע"ד-2013. ק"ת 7307, התשע"ד (21.11.2013), 251.  
<https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Briut53.pdf>

American Academy of Nurse Practitioners. (2019). Retrieved November 8 2022, from <https://www.aanp.org>

ACNP (Australian College of Nurse Practitioners). (2022). *Nurse practitioners*. Retrieved November 8 2022, from [Nurse Practitioners \(acnp.org.au\)](https://www.acnp.org.au/aboutnursepractitioners), <https://www.acnp.org.au/aboutnursepractitioners>

Adams, E., Maier, C. B., Buchan, J., & Cash-Gabison, L. (2017), *Good Practice Brief: Advancing the role of nurses and midwives in Ireland: Pioneering transformation of the health workforce for non-communicable diseases in Europe*. World Health Organization.

Barton, T. D., Bevan, L., & Moony, G. (2012). The development of advanced nursing roles. *Nursing Times*, 18, 18-20.

Boeijen, E. R., Peters, J. W., & van Vught, A. J. (2020). Nurse practitioners leading the way: An exploratory study on the added value of nurse practitioners in outpatient care in the Netherlands. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 32(12), 800-808.

Bradley, E. H, Cherlin, E., McCorkle, R., Fried, T. R., Kasl, S. V., Cicchetti, D. V., Johnson-Hurzeler R., Horwitz, S. M. (2001). Nurses' use of palliative care practices in the acute care setting. *Prof Nurs*, 17(1), 14-22

Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Misener, R. M., Donald, F., Kaasalainen, S., Hardman, P., Bourgeault, I. & Alba, D., (2010). The clinical nurse specialist role in Canada. *Nursing Leadership*, 23(special issue), 140-166.

Canadian Nurses Association. (2022). *Clinical nurse specialists*. Retrieved November 8 2022, from <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/advanced-nursing-practice/clinical-nurse-specialists>

Caplan, G. (1970). *The theory and practice of mental health consultation*. Basic Books.

Csorba, S. (2017). The role of a nurse specialist in palliative care: An Israeli experience. *Asia Pac J Oncol Nurse*, 4(2), 112-115.

Delamaire, M. L. & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. *OECD Health Working Paper*, 54 DELSA/HEA/WD/HWP (2010)5.

DesRoches, C. M., Clarke, S., Perloff, J., O'Reilly-Jacob, M., & Buerhaus, P. (2017). The quality of primary care provided by nurse practitioners to vulnerable Medicare beneficiaries. *Nursing Outlook*, 65(6), 679-688.

- Feyereisen, S., & Goodrick, E. (2020). Examining variable nurse practitioner independence across jurisdictions: A case study of the United States. *International Journal of Nursing Studies*, 103633.
- Hagan, J., & Curtis Sr, D. L. (2018). Predictors of nurse practitioner retention. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(5), 280-284.
- Haron, Y., Romem, A., & Greenberger, C. (2019). The role and function of the palliative care nurse practitioner in Israel. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(4), 186-192.
- Lovink, M. H., Persoon, A., Koopmans, R. T., Van Vught, A. J., Schoonhoven, L., & Laurant, M. G. (2017). Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2084-2102.
- Maier, C. B., Aiken L. H., & Busse, R. (2017), Nurses in advanced roles: Policy levers to implementation. *OECD Health Working Paper*. OECD
- Moons, P., Callens, B., Gut, C., & Lindpaintner, L. (2008). Introducing advanced practice nurses/nurse practitioners in health care systems: A framework for reflection and analysis. *Swiss Medical Weekly*, 138(4344), 621-628.
- Ouslander, J. G., Lamb, G., Perloe, M., Givens, J. H., Kluge, L., Rutland, T., Hatherley, A., & Saliba, D. (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: Frequency, causes, and costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 627-635.
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J. M., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C., & McKee, M. (2013). Ageing in the European union. *The Lancet*, 381(9874), 1312-1322.
- Sarbin, T. R. & Allen, V. L. (1968). Role theory. In G. Lindzey, & E. Aronson, (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 488-567). (2nd Ed.) Addison Wesley Company.
- Schroeder, K. (2018). Nursing and the future of palliative care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 5(1), 4-8.
- Yang, Y., Long, Q., Jackson, S. L., Rhee, M. K., Tomolo, A., Olson, D., & Phillips, L. S. (2018). Nurse practitioners, physician assistants, and physicians are comparable in managing the first five years of diabetes. *The American Journal of Medicine*, 131(3), 276-283
- Yang, B. K., Johantgen, M. E., Trinkoff, A. M., Idzik, S. R., Wince, J., & Tomlinson, C. (2021). State nurse practitioner practice regulations and US health care delivery outcomes: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 78(3), 183-196.