

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

תפקיד חדש בסיעוד: אחות מומחית קלינית באונקולוגיה- הערכת צרכים, אפיון והגדרת התפקיד בקהילה ובבתי חולים

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

ד"ר אסנת בשקין – החוג לבריה"צ, המכללה האקדמית אשקלון
 ד"ר קרן דופלט - החוג לבריה"צ, המכללה האקדמית אשקלון
 ד"ר נעם אסנה – המערך האונקולוגי, המרכז הרפואי זיו
 גב' מזל אמויאל – המכון האונקולוגי, בית החולים ברזילי

מילות מפתח

מומחית קלינית, סיעוד, אונקולוגיה, מחלימים מסרטן, הערכת צרכים

תקציר

תקציר שאורכו עד **200 מילים**, אשר יכלול כותרים אלה: (1) רקע (2) מטרות (3) שיטה (4) ממצאים עיקריים (5) מסקנות (6) המלצות / השלכות לקובעי המדיניות

רקע מדעי: אחת האסטרטגיות להתמודדות עם המחסור ברופאים היא הכשרת אחיות מומחיות קליניות. בישראל תוכניות הכשרה למומחיות קליניות בשישה תחומים בלבד. לאור העלייה במספר חולי הסרטן- אחות מומחית קלינית באונקולוגיה עשויה לתרום רבות לחולים ולמערכת, בדגש על הנגשת שירותים ושמירה על הרצף הטיפולי.

מטרות המחקר: לבחון ולהעריך את הצורך באחיות מומחיות קליניות באונקולוגיה והחסמים בהטמעת התפקיד ע"פ תפיסת אחיות, רופאים ומחלימים מסרטן.

שיטה: מחקר איכותני אשר כלל 40 ראיונות עומק עם צוותים סיעודיים ורפואיים ועם מחלימים מסרטן. כמו כן, נערכה סקירה שיטתית של מודלים לשילוב אחיות מומחיות באונקולוגיה במדינות שונות בעולם. הנתונים נותחו בשיטת ניתוח תמות באמצעות תוכנת Atlas.

ממצאים עיקריים: מחד, נראה כי לתפקיד השפעה פוטנציאלית על איכות הטיפול, מניעת אשפוזים, הורדת לחץ ועומס מהרופאים וחיסכון בעלויות למערכת הבריאות; ומאידך עלה חשש מכרסום בסמכויות הרופאים, חוסר הכרה בתפקיד ובזבז כוח אדם סיעודי שלא לצורך.

מסקנות: מהסקירה השיטתית של הקורה בעולם ומדברי המרואיינים עולה כי התפקיד נדרש בשטח ויוכל לסייע לפיתוח המקצועי של האחות, למטופלים ולרופאים בשטח, במידה ויוגדרו סמכויותיה של האחות הקלינית בצורה ברורה.

המלצות לקובעי מדיניות: על משרד הבריאות להתערב ולייצר פלטפורמה של שיח בין סקטור הסיעוד והרפואה על מנת לשים בצד את האגו המקצועי והמחלוקות הפרופסיונליות כאשר טובת המטופלים היא זו העומדת מול עיניהם של כלל הגורמים.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

A new role in nursing: Nurse Practitioner in Oncology - Needs assessment, characterization and definition of the NP role in community and hospitals settings

Investigators: full name and affiliations

Bashkin Osnat Ph.D., Department of Public Health, Ashkelon Academic College
 Keren Dopelt Ph.D., Department of Public Health, Ashkelon Academic College
 Noam Asna MD LLB MHA, Ziv Medical Center
 Mazal Amoyal, RN MHA, Barzilai Medical Center

Key Words

Nurse practitioner, Oncology, Nursing, Patients recovering from cancer, Needs assessment

Abstract

An abstract of up to **300 words** should include these headings: (1) Scientific Background (2) Objectives (3) Methodology (4) Findings (5) Conclusions (6) Policy Implications / recommendations

Scientific Background: One of the strategies for dealing with to the physicians' shortage is to initiate a nurse practitioner role (NP). Israel has begun to introduce NPs in 6 fields only in the last years. In light of the increase in the number of cancer patients, a NP in oncology may contribute to patients and the system, with an emphasis on accessing services enhancing continuity of care.

Objectives: To examine and assess the needs and barriers for NP in Oncology, according to perceptions of nurses, physicians, and patients who recovered from cancer.

Methods: Qualitative methods: 40 in-depth interviews with physicians, nurses, and patients who recovered from cancer. Also, a review of implementation models of NP role in Oncology in different countries. We analysed the data using ATLAS software.

Findings: On the one hand, the role seems to have a potential impact on the quality of care, prevention of hospitalizations, lowering stress and workload for physicians and saving costs for the health care system; On the other hand, there was a fear of taking powers from the doctors, a lack of recognition of the position and an unnecessary waste of nursing staff.

Conclusions: The systematic review and the interviewees' statements indicate that NP is required in the field of Oncology and can assist the professional development of the nurse, patients, and physicians, if the powers of the NP are clearly defined.

Policy recommendations: The Ministry of Health needs to produce a platform for dialogue between the nursing and medical sectors in order to put aside the professional ego and disputes when the well-being of patients is the most important thing for all parties.

חלק ה': Executive Summary- English

“A new role in nursing: Nurse Practitioner in Oncology - Needs assessment, characterization and definition of the NP role in community and hospitals settings”

Scientific Background: Half of Israel's medical doctors are projected to retire in the next decade, and less pursued medical fields, including Oncology, are expected to face the most severe workforce shortages. Despite a recent amelioration of the overall nursing workforce shortage, a product of focused efforts in nursing education programs, nurses' retirement rate, and Israel's demographic trends still outpace nurse recruiting and competency development. To address an impending healthcare workforce crisis, a key governmental and policy makers' strategy has been the designation and implementation of novel healthcare roles, including the Clinical Nurse Specialist (CNS), designed to more skillfully address patients' needs as well as further materialize nursing mission. Along with some obvious challenges, the aggregate of evidence, including clinical studies and rigorous population-based epidemiology studies, hints at a myriad of gains directly associated with the introduction of the CNS role.

The abovementioned challenges to the healthcare workforce are descriptive of the state of Israel's Oncology practice, yet unlike the Palliative, Geriatric, and other fields, a CNS role in Oncology has yet to be implemented. On the one hand, a lack of advanced Oncology nursing practice is congruent with an overall paucity in Israeli CNS, 200 in number, which represents a minuscule fraction of the country's nursing workforce, in contrast to the higher 6% observed in other countries. Other considerations include Israel's cancer epidemiology, consisting of a prevalence of 200 thousand patients and an annual incidence of 30 thousand cancer patients. Hence, competency in Oncology, including continuous innovation and cross-practice communication and collaboration, will continue to be advocated.

Skepticism and disagreements relating to the prospects of introducing a CNS role in Oncology are not unfounded and are compounded by the high degree of flexibility

and ambiguity that are featured in the role of the CNS in other countries. For example, studies evaluating the role perceptions of Oncology CNS draw discrepancies between managers and Oncology physicians who perceive CNS as "helpers" in managing their own professional workloads, and nurse specialists who perceive their role to be transformed from that of the traditional Oncology nurse, providing patient-centered, holistic, and proactive support based on cancer patients' unique needs. Conflicts and anxieties regarding the Oncology CNS role, such as a concern that new CNS could potentially replace the role of the medical doctor, along with role implementation diversity across health systems can overshadow its important contributions to high-quality healthcare in Oncology and may potentially limit the CNS role unnecessarily. These implementation challenges bring forth the importance of a thorough investigation into the Oncology CNS role and teasing apart its advantages and its more challenging aspects, as well as emphasizing the importance of a specific CNS role definition tailored to meet the needs of cancer patients cared for by Israel's health system.

Objectives: To examine and assess the needs and barriers for CNS in Oncology, according to perceptions of nurses, physicians, and patients who recovered from cancer.

Methods: Qualitative methodology: 40 in-depth interviews were conducted with physicians, nurses, and patients who recovered from cancer. Data were analysed using ATLAS software. In addition, a literature review on implementation models of CNS role in Oncology in different countries was carried out.

Findings: All interviewee groups expressed appreciation for the potential utility provided by the Oncology CNS. Physicians expected a CNS will help them better deal with impossible workloads and provide some relief from issues associated with workload stress. In addition, physicians mentioned improving the therapeutic care provided, reducing expenditure associated with hospitalization, and the benefits of fostering dialogue and fertilization between professions. All interviewees associate the CNS role with providing a holistic, comprehensive, individualized, more accessible, and efficient (from the patient's perspective) therapeutic service. Similar qualities were described in the literature, where globally CNS have been shown to increase health equity and accessibility, promote better precision in clinical decision making, decrease physician's workload, and provide excellent care continuity.

Ambivalence regarding the level of autonomy with which the Oncology CNS should be able to operate was described by both the interviewees and the literature.

Conclusions: This qualitative study along with the literature review clarifies that a CNS role in Oncology promises a myriad of gains for cancer patients, their physicians, and the Israeli health system and that interviewees believe it is a required role, albeit a role that carries specific implementation challenges.

Policy Implications and Recommendation: To maintain the flexibility and autonomy integral to the CNS role, it is recommended that both the recognition and authority of the Oncology CNS be affirmed in official regulations by the ministry of health or similar bureaucratic power. The authors of this study believe it is futile for organizational leaders to shy away from potential tensions associated with the introduction of the Oncology CNS role, and that respecting professionals' ability to find creative solutions and negotiate a workflow that is effective at the local level would maximize the CNS' new mandate while allowing continuous merit-based growth. The ministry of health may choose to occasionally intervene and facilitate a dialogue between the Oncology CNS and other Oncology professionals as means of exemplifying a creative cross-professional dialogue, without detracting from professionals' ability to solve tensions at the local level. It is important to recognize that it is in both the cancer patient's and the health system's best interest that caregivers work in tandem to create "new and efficient ways of working", commensurate with their professional beliefs.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

רקע מדעי

הקדמה

מערכת הבריאות בישראל, בדומה למערכות בריאות בעולם, מתמודדת עם אתגרים רבים, ביניהם שינויים בהרכב הדמוגרפי של האוכלוסייה, מחסור בכוח אדם ובפרט ברופאים ובאחיות, מאפיינים אפידמיולוגיים משתנים והתפתחות טכנולוגיות טיפול חדשניות. הצורך בשרותי בריאות הולך וגדל כתוצאה מהתרחבות האוכלוסייה (שיעורי ילודה גדלים) כמו גם הגדילה בשיעורי ההזדקנות. השינויים הדמוגרפיים והשינויים באורח החיים הביאו עימם עליה בתחלואה במחלות כרוניות כגון סוכרת ומחלות לב ולחץ דם, ובמחלות ממאירות. אתגרים נוספים כוללים התפתחות של טכנולוגיות חדשניות ויקרות לטיפול במצבי חולי מורכבים כגון מחלת הסרטן אשר אינן נכללות בסל התרופות, פערים בצריכת שירותי בריאות הנובעים ממגבלות סוציאקונומיות, העברת חלק מהטיפולים מבתי חולים לקהילה ודרישה להתייעלות כלכלית של מערכת הבריאות, תוך שמירה על איכות הטיפול. אחד התחומים המתמודדים עם אתגרים אלו הוא אונקולוגיה. בארץ ישנם כ-200 אלף חולי סרטן, עם היארעות של כ-30 אלף מקרים חדשים מדי שנה. השדה האונקולוגי הוא שדה מאתגר ומתפתח מבחינה רפואית וטכנולוגית, ומצריך טיפול מורכב גם בהיבטים הקליניים וגם בהיבטים הנפשיים והחברתיים של החולה ובני משפחתו. המדיניות המקובלת כיום, הכוללת העברת סמכויות וטיפולים מבתי החולים לקהילה, מוסיפה על המורכבות ומצריכה מתן דגש על הנגשת שירותי הרפואה ושמירה על הרצף הטיפולי. בעולם פותחו תפקידים תומכי רפואה, דוגמת אחות מומחית-קלינית, כאסטרטגיה להתמודדות עם אתגרי מערכת הבריאות בעשורים האחרונים. מחקרים מראים כי אחות מומחית קלינית יכולה להעניק טיפול רפואי נדרש במצבים אשר הוגדרו בתפקיד, ובאופן הנותן מענה מיטבי לצורכי החולים. בעוד שבארה"ב 300,000 אחיות מומחיות קליניות ובאנגליה כ-3,300, בישראל הופעלו לאחרונה רק מספר מצומצם של תוכניות למומחיות קלינית בתחומי הטיפול התומך, גריאטריה, סוכרת, כירורגיה, פגים, ובתחום מומחיות נוסף הנוגע למדיניות ומנהל.

מערכת הבריאות בישראל: מחסור בכוח אדם וההתמודדות עימו

על פי נתוני דוח כוח אדם במקצועות הבריאות שפרסם משרד הבריאות בשנת 2015, מספרם של רופאים ביחס לאוכלוסייה הכללית בישראל ירד מ-3.4 לאלף נפש בשנת 2005 ל-3.1 לאלף נפש בשנת 2014. מספר הרופאים עם מומחיות באונקולוגיה לאלף נפש נכון לשנת 2014, עמד על 0.024 ללא שינוי משמעותי בעשור האחרון. מספרן של אחיות בוגרות קורס על בסיסי באונקולוגיה לאלף נפש עמד בשנת 2018 על 0.193 (מנהל הסיעוד, 2019).

עפ"י תחזיות שונות, קרוב למחצית מהרופאים יפרשו בעשר השנים הקרובות והמחסור הגדול ביותר צפוי להיות במקצועות שאינם מבוקשים, כגון רופאים ראשוניים המטפלים בקהילה ובפריפריה (אפק ואחרים, 2011; Aaron & Andrews, 2016). המחסור ברופאים נובע ממגוון סיבות הכוללות פרישה של הדור המבוגר, הגירה, עזיבת הפרקטיקה הקלינית, שחיקה ועוד

(Aaron & Andrews, 2016). מחסור ברופאים עשוי להוביל לעומס עבודה רב אשר פוגע באיכות הטיפול הרפואי ומגדיל את הסבירות לטעויות (Siegel-Itzkovich, 2010). עומס יתר והשלכותיו מאפיינים את מקצוע הרפואה, עם זאת הם עשויים להיות ניכרים יותר בחלק מהמקצועות הרפואיים כמו אונקולוגיה. לעובדה זו עשויה להיות השלכה על בחירת מקצוע רפואי מסוים ואף על עזיבתו, ובכך לתרום להפיכתו למקצוע במצוקה (נירל ואחרים, 2008).

גם במקצוע הסיעוד, בדומה לרפואה, קיים מחסור בכוח אדם. ע"פ תכנית העבודה של מנהל הסיעוד לשנת 2020, שיעור האחים והאחיות גדל מ- 5.96 ל- 1000 נפש בשנת 2015, ל- 6.2 בשנת 2019, בעקבות הפעלת מודל תמרוץ להגדלת היקף הלומדים. אולם, על אף העלייה במספר בתי הספר לסיעוד בשנים האחרונות, קיים עדיין פער בין שיעור בוגרי בתי הספר לסיעוד לבין שיעורי הפרישה מהמקצוע ושיעור הגידול באוכלוסייה. המחסור העולמי בכוח האדם בסיעוד קשור לשכר נמוך, תנאי עבודה קשים, דומיננטיות של הרופאים על המקצועות הפרא-רפואיים ולהעדר הכרה והערכה ציבורית מספקת (אדמי, זהר ורודנר, 2014; Gordon 2005).

עם שיעורי הזדקנות גדלים באוכלוסייה, ריבוי מחלות כרוניות מורכבות ושיעורים גבוהים של תחלואה נלווית, המחסור הנוכחי והמתמשך ברופאים ובאחיות בישראל מוביל לדאגה רבה ונמצא בעדיפות לאומית גבוהה עבור משרד הבריאות וקובעי מדיניות (Aaron & Andrews, 2016). על מנת להתמודד עם המחסור בכוח אדם רפואי וסיעודי מחד, ועם אתגרי התחלואה, אי שוויון ואיכות הטיפול מאידך, נעשים ניסיונות לפתח תפקידים חדשים, ביניהם הגדרת תפקיד אחות מומחית קלינית, על מנת לתת מענה טוב יותר לצורכי החולים, ולהגשים את הערכים המקצועיים של הסיעוד. בדומה למגמה במערכות בריאות בעולם, משרד הבריאות בישראל מקדם את הטמעתו של תפקיד אחות מומחית קלינית תוך התאמות למערכת הבריאות הישראלית.

הגדרת התפקיד והסמכויות של המומחית הקלינית בישראל, מבוססת על ההגדרה הבינלאומית של (ANP) Advanced Nurse Practitioner. תפקיד זה הינו תפקיד קליני נרחב המבוסס על עקרונות מתן טיפול ראשוני וטיפול ממוקד מטופל (Lewandowski & Adamle, 2009). דרישות התפקיד כוללות ידע מעמיק, מיומנויות קליניות, כישורי הדרכה, מנהיגות, יכולת הכוונה וייעוץ, קידום מצוינות בטיפול ויכולת מציאת פתרונות מתקדמים למצבי חולי מורכבים, תוך הקפדה על מתן טיפול איכותי (הארון ואחרים, 2014; AACN, 2012; AGSEP, 2012). הרחבת הידע המקצועי בסיעוד למומחיות קלינית מספקת ממד ייחודי לטיפול בחולים מורכבים ובחולים כרוניים. תפקיד אחות מומחית קלינית מיושם במדינות רבות בעולם המערבי במרפאות, במרכזים קהילתיים, במרפאות חוץ, בבתי מטופלים, ועוד ומראה תוצאים חיוביים, כגון: הגדלת הנגישות לטיפול רפואי באוכלוסיות פריפריאליות, שיפור בשביעות רצון בקרב מטופלים ועמידה במבחן עלות-תועלת למערכת הבריאות (Sheer & Wong, 2008). תפקיד האחות המומחית נתפס גם כמצמצם אי-שוויון ויש בו ממד של הערכת הסביבה והמצב הסוציאלי של המטופל (Poulton, 2009).

חוקרים אשר ביצעו סקירה של 69 מחקרים שפורסמו בין השנים 1990-2008 ודיווחו על תוצאות שילובן של אחיות מומחיות במערכת הבריאות הציגו ממצאים חיוביים. נמצא כי שילוב אחיות מומחיות הוביל לעליה בשביעות רצון של מטופלים, תפיסה עצמית חיובית יותר של המצב הבריאותי, שליטה ברמות סוכר, שומנים בדם וברמות לחץ הדם, ירידה במדדי אשפוז, במדדי תמותה ובשיעורי סיבוכים באשפוז, וירידה במשך שהיה בבתי חולים (Newhouse et al. 2011).

במחקר מעקב פרוספקטיבי שבוצע ע"י מנהל הסיעוד במשרד הבריאות (2012-2014), נבחן הליך הטמעת תפקיד המומחית הקלינית בגריאטריה בשלבים המוקדמים, תוך זיהוי הגורמים המשפיעים על הטמעת ויישום התפקיד בשנה הראשונה. ממצאי המחקר העלו כי מנהלי מוסדות, רופאים בכירים ואחיות אחראיות, ומנהלי מחלקות הציגו עמדות חיוביות כלפי התפקיד אשר נתפס כחיובי במערכת הבריאות ונחוץ הן במערכת האשפוז והן בקהילה. כמו כן, הובעה הערכה לגבי הידע והכישורים הקליניים של המומחיות וצוינו היתרונות של התפקיד הבאים לידי ביטוי בזמינות לחולים ולמשפחות, במתן מענה למצבים שונים ובסיוע לניהול הרפואי של המחלקה. החוקרים ציינו כי ניכר שהאחיות והרופאים במוסדות הגריאטריים שזוהו כסקפטיים בתחילת התהליך (טרם יישום התפקיד) שינו את עמדותיהם בסיום שנה של הטמעת התפקיד. עוד צוין כי רופאים אשר נחשפו לתפקיד בחו"ל היו בעלי עמדות חיוביות באופן בולט כבר בתחילת התהליך.

הדרישות וההכשרה לעבודה כאחות מומחית קלינית משתנות בין מדינות שונות בעולם, כולל בין מדינות שונות בארה"ב. הסמכויות הניתנות ורישוי רישום תרופות משתנה, הפיקוח שונה והיכולת לעבוד באופן עצמאי ללא פיקוח רופא משתנה גם היא בין מדינות שונות. באנגליה הגדרות שונות ומגוונות למומחיות בסיעוד, כגון: NP (Nurse Practitioner), ANP (Advanced Nurse Practitioner), HLP (High Level Practitioner), CNS (Clinical Nurse Specialist). הגדרות אלו מאפיינות את דרגת ההכשרה של האחות ואת סמכויותיה. כמו כן, בדומה לארצות הברית- באנגליה אחיות בעלות מומחיות קלינית הן עצמאיות יותר ובעלות סמכויות טיפוליות נרחבות יותר. כתוצאה מהרחבת הסמכויות נדרשת גם למידה של התחום הרלוונטי ורכישת המיומנויות המתאימות (ניסנהולץ-גנות, רוזן והירשפלד, 2017).

הכשרת אחות מומחית קלינית בישראל כוללת דרישה להשלמת לימודי הסמכה ותואר ראשון בסיעוד, תואר שני, קורס על בסיס וניסיון קליני של שנתיים לפחות בתחום המומחיות. הלימודים למומחיות כוללים 750 שעות הכשרה עיונית ומעשית ומועברים ע"י רופאים מומחים ואנשי מקצוע בכירים. אחות מומחית בבית החולים פועלת במסגרת עבודת צוות הדוקה, בסביבה עם מגוון בעלי מקצוע תומכים ורופאים שנמצאים לצידן במרבית שעות פעילותן ובזמינות גבוהה כאשר אין סמיכות פיזית (תורנויות).

בישראל הוכשרו עד היום כ- 200 מומחיות קליניות בתחומים הבאים: טיפול תומך, גריאטריה, סכרת, פגים, כירורגיה, שיקום, כאב, ומומחיות בתחום המנהל ומדיניות. בעוד שבמדינות העולם שיעור האחיות המומחיות עומד על כ-6%, בישראל שיעור האחיות המומחיות בישראל נמוך מאוד.

קיימים חסמים וחילוקי דעות בהגדרה, בהכשרה ובהכרה בתפקיד במערכת הבריאות בישראל, אשר מקשים על הרחבתו לתחומים קליניים נוספים (Aaron & Andrews, 2016).

מחקר אשר נעשה לאחרונה בישראל בחן את מאפייני תפקיד האחות המומחית בטיפול תומך בישראל, את מאפייני התפקיד וההכשרה הנדרשת אליו, את סמכויות התפקיד ואת שביעות הרצון של אחיות מומחיות מהתפקיד. במחקר, אשר כלל 39 אחיות מומחיות בטיפול תומך, נמצאה שונות גבוהה בהכשרת האחיות המומחיות ויישום חלקי של התפקיד במערכת. עוד נמצא כי על אף דיווח האחיות על שביעות רצון גבוהה מהתפקיד, דווח גם על חוסר שביעות רצון מסביבת העבודה ומאופן הטמעת התפקיד וההכרה בו ע"י צוות הרופאים והמנהלים. בנוסף, דווח על סמכויות מצומצמות שאינן תואמות את הגדרת התפקיד (Haron, Romen & Greenberger, 2019).

ממצאים אלו תואמים ממצאי מחקר קודם אשר הציג את החסמים ביישום והטמעת תפקיד האחות המומחית במערכת, ביניהם: מחסור במודל מבוסס אשר ינחה את הטמעת התפקיד, מחסור בתיאור אחיד ומוסכם של התפקיד וסמכויותיו, מחסור בליווי והדרכה שוטפת לתפקיד (mentorship) (Sangster-Gormley et al, 2011). מכאן ניתן ללמוד כי הטמעת תפקיד האחות המומחית במערכת הבריאות מצריך תכנון מקדים של דרישות התפקיד ושל הממשק בין האחות המומחית לבין אנשי מקצוע נוספים בצוות המטפל.

היבטים בטיפול הרב תחומי בחולה האונקולוגי

מחלת הסרטן היא סיבת המוות השכיחה בישראל כמו גם בעולם המערבי. בישראל, נכון לשנת 2017 נפטרו מסרטן כ-11 אלף תושבים, אובחנו כ-29 אלף מקרים חדשים של תחלואה בסרטן, ונרשמו כ-91 אלף מחלימים מסרטן (סילברמן ואחרים, 2020). הטיפול וההתמודדות עם מחלת הסרטן, בהיותה גורם מוות מוביל בעולם המערבי, כוללים פעילות במערך מקיף ורב תחומי של שרותי הבריאות. מערך זה כולל צוות גרעיני המורכב מאונקולוגים ומאחיות, וצוות מקצועי רחב הכולל פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, מומחים בטיפול תומך, מומחים בטיפול בכאב, מומחים פרא רפואיים, יועצי תזונה, מומחים ברפואה משלימה ועוד (צ'רני, 2011).

טיפול רב תחומי אינטגרטיבי הפך למקובל בשדה האונקולוגי מאחר והוא מהווה כלי חשוב בקבלת-החלטות ובפיתוח תכנית טיפול מתואמת ומובנית למטופל (Sidhom & Poulsen, 2006). מחקרים מציגים את היתרונות הברורים הטמונים בשימוש במודלים לטיפול רב תחומי אינטגרטיבי, אלו כוללים עליה בהיענות המטופל להמלצות הרפואיות, קיצור הזמן בין קבלת האבחנה ועד לקבלת הטיפול, צמצום העיכוב בהתחלת תכנית טיפול מוגדרת והישרדות ארוכה יותר (Chirgwin et al, 2011; Freeman et al, 2010).

יתרון משמעותי נוסף טמון בעובדה שטיפול רב תחומי מובנה ומתואם מאפשר שמירה על רצף טיפולי בטיפול במחלת הסרטן. שמירה על הרצף הטיפולי מקבלת דגש רב בשנים האחרונות בעקבות השינויים הנצפים במהלך המחלה בקרב חולי סרטן רבים והמגמה המתרחבת להעברת המטופל להמשך טיפול בקהילה. לרצף טיפולי השפעה נרחבת על מטופלים אונקולוגיים, מחקרים

מראים קשר לשביעות רצון גבוהה, עליה במדדי איכות חיים ובמדדי בריאות נפשית בקרב חולי סרטן (Hudson et al, 2009; Aubin et al, 2012), לעומת זאת, חוסר רצף טיפולי נמצא קשור לצריכה מוגברת של משאבים רפואיים ובפרט שימוש בשירותים רפואיים שלא לצורך (Skolarus et al, 2012). מחקר שנערך לאחרונה בקרב חולות סרטן השד מצא כי רצף טיפולי בין בית החולים לקהילה ובטיפול אמבולטורי, הגדיל את הסבירות להיענות להמלצות לביצוע בדיקות מעקב בקהילה. בנוסף נמצא קשר בין חוסר רצף טיפולי לבין אשפוזים וביקורים במרכזים לרפואה דחופה. החוקרים ציינו כי רצף טיפולי עשוי גם לקדם תקשורת מטפל-מטופל בכל הנוגע למידע הרלוונטי למחלה ולהקל על המטופל ובני משפחתו בהתמודדות עם מחלת הסרטן (Chen et al, 2019). לעבודת הצוות הרב תחומי חשיבות רבה במסגרת חוויית המחלה של מטופלים. חוויית טיפול הוליסטית מצד הצוות יכולה להעצים את המטופלים בהתמודדות עם המחלה (אדמי, זהר ורודנר, 2014). מחקר שנערך בקרב חולות סרטן שד מצא כי חוויית טיפול הוליסטית כוללת מספר היבטים כגון היבטים אינסטרומנטליים (תיאום הטיפול, הפניות ועוד), היבטים קוגניטיביים (ייעוץ, הסברים, קבלת החלטות משותפת והדרכה) והיבטים רגשיים (אמפתיה, רגישות ותמיכה) המצטרפים להיבטים נוספים מהווים מכלול בתפיסה ובחוויית הטיפול (אדמי, זהר ורודנר, 2014). אבחון מחלת הסרטן מביא עימו התמודדות מורכבת למטופל ולבני משפחתו, ברמה הבריאותית והנפשית כאחד. בנוסף לכך, נדרשת התמודדות מול מערכת הבריאות והגורמים הממסדיים הרבים. טיפול רב תחומי מקצועי, מתואם ובעל תפיסה הוליסטית, עשוי לענות על סוגיות חברתיות, פסיכולוגיות וקליניות כאחד, אשר מאפיינות את השדה האונקולוגי.

משמעות מקצוע הסיעוד וחשיבותו בשדה האונקולוגי: מומחיות קלינית באונקולוגיה

הטיפול בסרטן התפתח מאד בשנים האחרונות הודות לאיתור מוקדם ופיתוח טכנולוגיות וטיפולים חדשניים הכוללים רפואה מותאמת אישית, אימונתרפיה, תרופות ביולוגיות ועוד. התפתחות זו ניכרת הן בשיפור בשיעורי הישרדות החולים והן בשיעור המחלימים. עם זאת, התפתחות זו הביאה עימה גם עליה במורכבות בטיפול בחולה האונקולוגי שבמרכזו תמיכה, סיוע וליווי לחולים במחלה, החל משלב האבחון וכלה במעקב שמתבצע אחריו.

הסיעוד האונקולוגי הוא תחום מאתגר ומתפתח הדורש התעדכנות שוטפת, הן בהיבטים הרפואיים של המחלה, והן בהיבטים הנפשיים והחברתיים הקשורים לאבחון וטיפול במחלה. תפקיד הסיעוד באונקולוגיה מצריך כישורים אישיים מגוונים הכוללים יכולות ומיומנויות בינאישיות, כישורים תקשורתיים, הבנת תהליכים הנוגעים לאבחון, טיפול ושיקום (קדמון וכסלו, 2014).

אחד התחומים האונקולוגיים בהם גברה המודעות לחשיבות תפקידה של האחות בקרב אנשי המקצוע השותפים לטיפול בחולה, הוא תחום סרטן השד. המינוח והגדרת התפקיד הסיעודי בתחום סרטן השד, עברו שינויים במהלך השנים ונראה כי חסרה אחידות בין המדינות השונות, ובישראל חסרה שפה אחידה בין המרכזים הרפואיים השונים (קדמון וכסלו, 2014). מחקר בנושא תפקיד הסיעוד בסרטן השד אשר נערך בישראל בשבעה מרכזים רפואיים, הצביע על תפיסה חיובית מאד

של המטופלות בהתייחס לתפקיד האחות המומחית בסרטן השד בכל התחומים שנבדקו, ביניהם: מתן מידע והסברים לגבי הטיפולים, נגישות וזמינות האחות, תמיכה נפשית, תמיכה בקבלת ההחלטות, תיאום הטיפול, הפנייה לגופים או אנשי מקצוע אחרים ועוד (Kadmon et al, 2015). במערכת הבריאות בישראל רשומות כ-1700 אחיות מוסמכות בוגרות קורס על בסיסי באונקולוגיה, 104 מהן בוגרות שנת 2018 (מנהל הסיעוד, 2019). שיעורן של אחיות בוגרות קורס על בסיסי באונקולוגיה עדיין נמוך ביחס לגידול באוכלוסייה ולעליה בשיעורי החולים והמחלימים ממחלת הסרטן. כמו כן, על אף ההתפתחות בהגדרה ויישום תפקיד אחות מומחית קלינית במספר תחומים במערכת הבריאות בישראל, בשדה האונקולוגי עדיין לא הוגדר תפקיד אחות מומחית קלינית. מחקרים אשר סקרו מערכות בריאות רבות בעולם בהן מיושמת מומחיות קלינית בסיעוד בתחומים שונים, בהם תחום האונקולוגיה, מצביעים על היבטים חיוביים רבים למשל צמצום פערים בנגישות לשירותי בריאות, הקלה בעומס העבודה בקרב הרופאים, שיפור הרצף הטיפולי ועליה בהתערבויות טיפול אופטימליות (Andregård & Jangland, 2015; Kilpatrick et al, 2010). מומחיות קלינית באונקולוגיה עשויה לשפר תוצאי בריאות ותפקוד בקרב המטופלים, לשפר מדדי איכות חיים, להוביל לעליה בשביעות רצון מהטיפול במחלה ולעליה במעורבות המטופל בניהול המחלה (Wall & Rawson, 2016).

על אף העדויות החיוביות בנוגע ליתרונות הטמונים בתפקידה של אחות מומחית קלינית בשדה האונקולוגי, עדיין קיימים חילוקי דעות ואי הסכמה בנוגע למסגרת התפקיד והגדרתו. מחקר אשר בחן לאחרונה את תפיסות הגדרת התפקיד באונקולוגיה, מצא שקיים חוסר בהירות בנוגע לתפקיד. בעוד שרופאים ומנהלים תפסו את תפקידה של אחות מומחית קלינית באונקולוגיה כ"עזרה" לפרקטיקה הרפואית בניהול עומסי עבודה, אחיות מומחיות קליניות תפסו את התפקיד כשונה מתפקידה המסורתי של אחות בפרקטיקה הסיעודית וככזה המקדם טיפול הוליסטי, ממוקד מטופל, העונה לצרכים הייחודיים של המטופל האונקולוגי באופן פרואקטיבי (Wall & Rawson, 2016). נושאים רבים כגון קונפליקטים הנוגעים לגבולות התפקיד, מחסור במשאבים ובתמיכה ארגונית ומערכתית, החשש שאחות מומחית קלינית תחליף את עבודת הרופא, והשונות הגדולה בין מערכות בריאות בהגדרות התפקיד וההכשרה הנדרשת אליו, מגבילים את הפוטנציאל של התפקיד ומצמצמים את תרומתו החשובה לטיפול איכותי באונקולוגיה (Wall & Rawson, 2016). אתגרים אלו מדגישים את חשיבותה של בחינה מעמיקה של התפקיד, יתרונותיו והאתגרים הטמונים בו, כמו גם הגדרה מדויקת התואמת את צרכי המטופל בשדה האונקולוגי במערכת הבריאות בישראל.

שאלות המחקר

1. האם קיימת הסכמה [ומהם החסמים הצפויים] לגבי הצורך בפיתוח הכשרה של אחיות מומחיות קליניות באונקולוגיה בין אונקולוגים, אחיות ומחלימים מסרטן?

2. מה כוללת תפיסת התפקיד של אחיות מומחיות קליניות באונקולוגיה בקרב אונקולוגים, אחיות ומחלימים מסרטן בבית החולים ובקהילה?

שיטות

המחקר כלל סקירת ספרות שיטתית וראיונות עומק מובנים למחצה לפי הפירוט הבא:

1. סקירה שיטתית של מודלים להכשרה ולשילוב אחיות מומחיות באונקולוגיה במדינות שונות
נסקרו מחקרים מדעיים שפורסמו בתחום המומחיות הקלינית בסיעוד האונקולוגי על מנת להציג מודלים/סמכויות/תוכניות הכשרה שקיימים בעולם המערבי, וללמוד מהנעשה במדינות שונות.

2. ראיונות עומק עם אחיות ורופאים קובעי מדיניות וצוותים העובדים במחלקות אונקולוגיות, עם אחיות מומחיות קליניות הפועלות בהתמחויות הקיימות ועם מחלימים מסרטן.

בסה"כ נעשו 40 ראיונות עומק, 24 עם אנשי מקצועות הרפואה ו-16 עם מחלימים ממחלת הסרטן ממגוון בתי חולים ואזורים גאוגרפיים שונים מכל חלקי הארץ. אנשי מקצועות הרפואה: מתוך 24 הראיונות, 7 נעשו עם גברים ו-17 עם נשים. רואיינו 6 רופאים (4 מומחים באונקולוגיה ו-2 מארגוני רופאים), ורואיינו 18 מסקטור הסיעוד (6 אחיות אונקולוגיות, 2 מהנהלת משרד הבריאות, 10 מומחיות קליניות בטיפול תומך שחלקן גם עובדות במחלקות אונקולוגיות). מחלימים מסרטן: מתוך 16 הראיונות, 6 נעשו עם גברים ו-10 עם נשים (ממוצע גילאים 61 ± 13). על מנת לבחון את הצרכים השונים, רואיינו מחלימים מסוגים שונים של סרטן: סרטן במעי הגס, סרטן שד, לימפומה, סרטן ערמונית, סרטן צוואר, סרטן פי הטבעת, סרטן השחלות, סרטן עור וסרטן ראות.

שיטת הדגימה הייתה דגימה מכוונת בשילוב עם "כדור שלג". הראיונות בוצעו על-ידי מרכז המחקר (סטודנט לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית), שהוכשר לצורך ביצוע הראיונות ע"י החוקרים. הראיונות התבצעו טלפונית בשל מגבלות מגפת הקורונה. הודגש בפני המרואיינים כי פרטיהם יישארו חסויים, ואף ממצא לא יפורסם תחת שמם, וכי אינם חייבים לענות על כל השאלות או להפסיק את הריאיון באמצע. כל המרואיינים אליהם פנינו הסכימו להתראיין וחתמו על טופס הסכמה להקלטה ולתמלול הריאיון. בהמשך תומללו ונותחו הראיונות בתוכנת Atlas.

כלי המחקר: הראיונות היו מובנים למחצה (semi-structured interviews). כלומר, נוסח וסדר השאלות השתנו בהתאם לדינאמיקה של הריאיון כדי לשמור על רצף וזרימה ולעודד פתיחות בקרב המרואיינים. את מדרכי הראיונות ניתן לראות בנספחים 1-3. הראיונות נותחו בשיטת ניתוח תמות (thematic analysis) [שקדי, 2003] בתוכנת ATLAS. הניתוח כלל הן תמות דדוקטיביות הנובעות מנושא המחקר וסקירת הספרות והן תמות אינדוקטיביות שצמחו מתוך הנתונים [Charmaz, 2002]. לצורך הניתוח קראו כל החוקרים (בנפרד) את הראיונות ורשמו לעצמם תמות בולטות, בהמשך התקיימו שני דיונים בהם הוחלט על התמות הסופיות. ניתן לומר כי באופן כללי החוקרים זיהו את אותן התמות וצריך היה לנסח את כותרתן בצורה אחידה.

ממצאים

1. סקירה שיטתית של מודלים להכשרה ולשילוב אחיות מומחיות באונקולוגיה במדינות שונות

מפאת קוצר היריעה, הסקירה השיטתית בנושא אחיות מומחיות קליניות בעולם מוצגת בנספח 4.

2. ראיונות עומק עם אחיות ורופאים קובעי מדיניות וצוותים העובדים במחלקות אונקולוגיות,

עם אחיות מומחיות קליניות הפועלות בהתמחויות הקיימות ועם מחלימים מסרטן.

פרק זה יציג את עיקרי התמות שעלו מתוך ראיונות העומק.

א. הצורך בתפקיד אחות מומחית קלינית באונקולוגיה ותפיסות כלפי הגדרת התפקיד בקרב

אנשי צוות רפואי

ראיונות העומק חשפו חמש תמות מרכזיות: הגדרת התפקיד, הכשרה והטמעת התפקיד, תרומת התפקיד למערכת, תרומת התפקיד למטופל ועמדות בעד ונגד פיתוח תפקיד מומחית קלינית באונקולוגיה.

תמה 1: הגדרת התפקיד

במסגרת הגדרת התפקיד הרצוי אחיות אונקולוגיות הציעו שהאחות המומחית תהיה בעלת סמכות ועצמאות לקביעת בדיקות למטופל, הסבר ופענוח שלהם עבורו (לדוג' בדיקות דם, הדמיות), תדע להיעזר באופן נרחב יותר בהפניות לאנשי מקצוע נוספים לטיפולים משלימים (לדוג' תזונה, רוקחות וכו'), תיתן מענה הוליסטי יותר למטופל, תסייע באמצעות קשר אישי וסיוע למטופל ולמשפחתו, גם במענה רגשי וגם בסיוע בירוקרטי (דוג' ביטוח לאומי), תהווה גורם ידע מקצועי לאנשי הצוות הרפואי, הדרכת מטופלים, וסיוע לרופאים ולחולים בקבלת החלטות, ותדאג לניהול הטיפול. בהקשר זה עלתה הצעה לעבודה לפי פרוטוקולים מובנים לתהליך הטיפול: "להחליט על בדיקות דם, בדיקות הדמיה, דחיית טיפול. כמובן לפי פרוטוקולים שהרופא חתום עליהם. נניח במידה וספירת הדם היא כזאת שלא מאפשרת טיפול לפי נגיד פרוטוקולים מובנים מראש שנכתבו והיא רואה שהוא לא עומד בקריטריונים האלה לקבל טיפול, אז יש לה החלטה, היא יכולה לקבל החלטה לדחיית טיפול ומיד אחר-כך כמובן אפשר להודיע לרופא, להתייעץ וכולי." (מרואיינת 3, אחות אונקולוגית)

בדומה, אחיות מומחיות קליניות בתחומים קיימים הציעו לכלול במסגרת התפקיד היבטים נרחבים בניהול הטיפול, כולל קביעת תהליך הטיפול וליווי המטופל (בביה"ח וכן בקשר במעבר לקהילה), עצמאות בשילוב רפואה משלימה והוליסטית בטיפול, סמכות ועצמאות במתן תרופות והפחתת כאבים, וליווי המטופל בקהילה והפחתת הטרחה שבנסיעה למעקב בבית החולים.

רופאים אונקולוגים וקובעי מדיניות בתחום הציעו שהתפקיד יכלול מענה הוליסטי למטופל, בדגש על המעקב והמעבר לקהילה, וליווי המטופלים בשנים שאחרי הטיפול האינטנסיבי כערך מוסף ייחודי לתפקיד. בנוסף, הציעו הרחבת סמכויות למתן תרופות ייחודיות (דוג' קנאביס) ואיזון כאב תרופתי, ופיתוח התמחויות בנישוח בטיפול (דוג' סכרת, שד, ילדים). עם זאת עלה גם חשש בנוגע להיקף הניהול הכולל של הטיפול (החלטה על תהליך הטיפול לדוג'). כך מרואיינת 9 מהנהלת משרד

הבריאות: "יש להן ערך מוסף בכל מתאר שבו יש חולים אונקולוגיים, מחלימים או מחלימים שעדיין בתהליכים של שיקום ומעקב. וגם בפרה. זאת אומרת גם ברפואה המונעת, בכל התהליכים של מניעת מחלה אונקולוגית. אני חושבת שאחיות יכולות לנהל את זה בצורה מושלמת. גם בנושא של חינוך לבריאות וקידום בריאות. בדיקות סקר. בדיקות גנטיות. היום המחלות האונקולוגיות הן מאוד מותאמות אישית ולכל הנושא הגנטי גם באבחון וגם בטיפול יש משמעות מאוד גדולה."

המראיינים הביעו את הפער בין הגדרות התפקיד לנעשה בשטח. אחיות אונקולוגיות תיארו את חשיבות התפקיד, אך העלו חשש מהאופן בו יתקבל ע"י הצוותים הרפואיים. אחיות מומחיות קליניות העלו מספר פערים בין הגדרת התפקיד והסמכויות הקיימות לבין המצב בשטח. הפער המרכזי עלה בנושא ההכרה במרשמים לתרופות שניתנו ע"י אחיות מומחיות ואין מוכרות ע"י רוקחים, כך שעל אף הידע והניסיון המקצועי להפניות, בפועל הסמכות אינה מכובדת. נושא נוסף שעלה הוא היעדר יישום בפועל של כלל הסמכויות של האחיות, המקשה על מתן סמכויות נרחבות יותר וכן צורך בהכשרה מחוברת יותר לצרכים בשטח: "אני לא יודעת אם השטח מוכן. אני מדברת שטח- אנחנו מסתגלות בצוות האחיות. זאת אומרת יש תפקיד כזה, אנחנו נדע מה הפונקציות שלו, אנחנו נעזר בו. אבל אני לא יודעת כמה הצוותים האחרים, כמו הרופאים, או צוותים פרא-רפואיים אחרים מבינים מה התפקיד, מה הוא כולל, איך לשתף פעולה עם אותו תפקיד. פה אני חושבת שאולי זה קצת יותר בעייתי." (מראיינת 2, אחות אונקולוגית). מראיינת 16, מומחית קלינית בטיפול תומך העובדת בקהילה חידדה: "אני חושבת שגם ככה אין ביצוע מלא של הסמכויות שכבר יש. יש המון מורכבות סביב זה. אני לא יודעת אם הייתי עוסקת בניפוח רשימת הסמכויות אלא הייתי עוסקת בלראות שמה שברשימה מבוצע."

תמה 2: הכשרה והטמעת התפקיד

אחיות אונקולוגיות טענו כי באופן כללי ההיכרות בבתי החולים עם התפקיד, הגדרת התפקיד, וסמכויות של אחיות מומחיות קליניות, הן מועטות. הן הדגישו את הצורך בהכשרה מתקדמת (מעבר לקורס על בסיסי) ואת חשיבות הניסיון וההיכרות עם השטח והידע המקצועי הנדרש על מנת לספק מענה מידי לחולים במצבי חירום, או בהקלה על כאבים וסימפטומים בשגרה, לאור הנגישות והזמינות הגבוהה שלהן לחולים לעומת הרופאים. אחיות מומחיות קליניות ציינו כי בבתי חולים שבהם כבר יש הכרה בתפקיד ובתרומה למערכת ולמטופלים, ההטמעה של התפקיד עוברת יחסית בקלות. יחד עם זאת, כאמור, קיים פער בין הידע לסמכויות, בדגש על נושא הכרה ברישום תרופות, והאפשרות להקלה על כאב עצמאית. בנוסף, הועלה חשש מחוסר שיתוף הפעולה מצד הרופאים עם התפקיד החדש. מומחיות קליניות בתחומים קיימים מתארות ידע רב באפשרות ליעץ ולעזור לחולה, אך תלות גדולה ברופאים, בעיקר באישור מרשמים/ מתן תרופות, אך גם בהכרה בכלל בהחלטות לגבי הטיפול. אף על פי כן, הן הביעו ציפייה להכנה לקראת הטמעה של תפקיד חדש של מומחית קלינית באונקולוגיה. מומחיות קליניות תיארו את תפקידן כגורם ידע משמעותי לצוותים הרפואיים, הכולל ייעוצים לגבי מצבים רפואיים בתחום התמחותן, הדרכה ולימוד הצוותים

הרפואיים. מרואיינת 5, אחות אונקולוגית, ציינה: "אני יודעת שזה משהו שהוא קיים כבר הרבה זמן. עושים אותו יפה בבתי חולים אחרים. ונעזרים בפונקציה הזאת. אבל שוב פעם, צריכה להיות הכנה לפני. זאת אומרת צריך להסביר מה זה. מה אומר התפקיד הזה. מה הסמכויות שלו." ומרואיינת 15, מומחית קלינית, הדגישה את חשיבות ההתמקצעות על האחיות המומחיות: "אני מהווה משאב לצוותים האחרים שאני יכולה להעביר את הידע שלי הלאה וגם למתמחות החדשות שאנחנו בעצם מכניסים את דור העתיד בתחום."

בנוגע להכשרה הנדרשת לצורך התפקיד, המרואיינים דיברו על הקצב הגבוה של התפתחות המידע בתחום האונקולוגיה, על הצורך בידע קליני רב (מקורס על בסיסי-אונקולוגי ועד תתי התמחויות, דוגמת שד, ילדים וכו') ובתחומים נוספים שהאחות המומחית הקלינית תדע לתת להם מענה, החל מידע (פענוח בדיקות וכד') ועד מענה הוליסטי יותר (קשר אישי/נפשי עם החולה והמשפחה, הפניה לגורמי טיפול נוספים דוגמת תזונאית, פסיכולוגית וכד'). מחד, עלתה התרומה הפוטנציאלית שביצירת תפקיד חדש של מומחיות קלינית באונקולוגיה. מאידך, הובעו הסתייגויות בנוגע לסמכויות שיינתנו, החסמים הפוליטיים מול הרופאים וההכשרה הנדרשת. כמו כן, עלתה השאלה לגבי החפיפה עם המומחיות הקליניות בטיפול תומך, ועלתה הצעה להכשרה בסיסית רחבה ולאחריה התמחות או תת התמחות ספציפית (דוגמת - שד, פליאטיבי, ילדים). צוין כי הניסיון הנדרש צריך לכלול תואר שני, קורס על בסיסי ומספר שנות ניסיון בעבודה באונקולוגיה. לדוגמה דגשים שנתנה מרואיינת 1, ראש המערך האונקולוגי הסיעודי בבית חולים: "הערך המוסף זה שהיא יכולה לאזן מטופלים. היא בעצם זו שמתווה את הטיפול. יש לה את הידע, ואם יתנו לה את הסמכויות לקבל החלטה והיא זאת שמקבלת, בעצם האחות היא מואצלת בסמכות. היא מקבלת הוראה מרופא. אבל אם יש לה את כל עולם הידע של הטיפולים, של ההתוויות, מרחב של עשייה עצמאית. זה אומר קבלת החלטות רפואיות. זה אומר קבלת החלטה על טיפול תרופתי. זאת אומרת אם יש בחילה, בסדר, שעד היום רק רופא היה יכול לתת הוראה לתרופה חדשה, אם תהיה לנו אחות מומחיות באונקולוגיה או אח מומחה באונקולוגיה, אז היא צריכה להיות בעלת היכולת לתת מענה לדבר הזה ולקבל החלטה רפואית על התחלה של תרופה חדשה. זו דוגמה." מרואיינת 3, אחות אונקולוגית חברה בעמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל: "הקצב המסחרר של החידושים באונקולוגיה מחייב אותה ללמוד כל הזמן כל הזמן כל הזמן. הקצב הוא באמת יוצא דופן באונקולוגיה וזה מצופה ממנה. אבל, ההבדל בינה לבין מומחית קלינית זה הסמכויות בעיניי, הלמידה לעומק, הבחינה, על דברים שאחות מן השורה אין לה סמכות לעשות את זה. מצופה ממנה, מאותה אחות שהיא מקבלת סמכויות קליניות, מצופה ממנה לשכלל בו זמנית גם את המיומנויות הפסיכו-חברתיות, הרוחניות שלה. צריך לדאוג ללמידה מתמדת והשתלמויות וקורסים באיך לתקשר עם אדם, עם משפחות מורכבות, עם אנשים במצבים מורכבים, עם דילמות אתיות, עם ליווי אדם בסוף חיים... כל הנושאים האלה מן הראוי שהיא בו זמנית תשכלל גם אותם. השתלמויות באיך עושים, איך מנהלים תהליך של קבלת החלטות משותפת עם האדם שחלה והמשפחה. איך עושים שיחת משפחה."

לתפיסתם של הרופאים האונקולוגים תכנית הלימודים אמורה להיגזר מהסמכויות שיינתנו לתפקיד בחוק, וזה אמור לכלול את תוכן הלימוד, ההיקף הנדרש, תנאי הסף, ההכשרה המעשית הנדרשת וכו'. הם הדגישו את החשיבות והצורך בלמידה והעמקה בתחום האונקולוגי, מצד שני עלתה ביקורת על מסלול המומחיות הקלינית באופן כללי, בטענה שהוא לא מספיק מקיף ומעמיק, או שהוא לא מספק לאחיות אופק תעסוקתי שונה, כיוון שבסופו עיקרי הסמכויות והגדרות התפקיד שלהן נשארות דומות להתחלה: "איך אנחנו רואים את המדרג ההתפתחותי מבחינת פיתוח מקצועי, ברמה הקלינית, כי יש בכמה רמות. אבל אם אנחנו מדברים על החלק הקליני, אז קודם כל היא מוכשרת כאחות, כאחות אקדמאית. אחר-כך היא אחרי שהיא אחות אקדמאית היא בעצם הולכת לקורסים העל בסיסיים, והשלב הבא זה המומחיות הקלינית." (מראיינת 8, אונקולוגית)

בכל הנוגע להעברת סמכויות במסגרת התפקיד, הרופאים העלו מספר סוגיות: (1) סמכויות למתן תרופות והפניה לבדיקות והשוואת המצב בשטח לסמכויות בכתב - רופאים ציינו כי בפועל אחיות יודעות היום לייעץ ולרשום תרופות נכונות לאיזון כאבים, רק שאין להן הסמכות לאישור שלהם. (2) ההיבט הפוליטי – ההכרח בתיאום המהלך יחד עם איגוד הרופאים כך שיזכה לתמיכה והכרה ולא ייתפס כ"כירסום" במעמד הרופאים, כולל צורך בעבודה של האחיות ע"פ פרוטוקולים, כדי להגדיר נכון את גבולות הגזרה בסמכויות בין הרופא לאחות. (3) מתן מענה וקשר רציף לחולים לאור זמינות ונגישות האחיות לעומת העומס על הרופאים. "זה לא פוגע בכלל במוניטין שלי, אם האחיות המתאמת שלי אמרה לחולה שככה וככה ואם זה לא יסתדר, תהיה איתי עוד פעם בקשר. בכלל לא. הדעה שלי, אולי יש אנשים שחולקים. רק אם אתה חלש, אז אתה פוחד מזה שהאחות עולה." (מראיין 13, אונקולוג)

חוסר ההכרה בחשיבות התפקיד הוצג כגורם מרכזי המהווה חסם בהטמעת התפקיד. אחיות אונקולוגיות רואות במומחית קלינית כמוקד ידע מחלקתי שיסייע גם בהכשרה וחניכה של רופאים צעירים או מתמחים ומתארות את הערך הרב לרופאים המכירים במומחיות של אחיות לייעוץ מקצועי במקרים בתחומי הידע שלהן. אולם, מומחיות קליניות תיארו את האתגר בתהליך ההטמעה וההכרה במומחיות ע"י הרופאים (לעתים איטי/הדרגתי, אך משמעותי ברגע שזכות להכרה), על אף היותן מוקד ידע מחלקתי המסייע להכשרה של צוותים רפואיים מתחילים, של אחיות נוספות וכן לייעוץ למקרים מסוימים. כל האחיות ציינו את חשיבותה של ההכרה בתפקיד ע"י הרופאים לצורך ייעוץ וקבלת החלטות בנוגע לתרופות ומהלך הטיפול. בדומה לכך, גם הרופאים התייחסו לחשיבות שבהטמעה והסברה אודות התפקיד כדי לבנות את ממשקי העבודה וההכרה הנרחבת יותר במומחיות הקליניות בקרב הרופאים - גם כגורם בעל ידע וסמכות לייעוץ, וגם כגורם מלמד/מכשיר. "יש רופאים שמאוד מקבלים את זה ואפילו מודים. ואומרים אוקיי יש לי את המומחית פה וואו מעולה. ויש רופאים שקשה להם עם זה. בעיקר רופאים בקהילה. רופאים בבית החולים מתים על המומחיות כי מבחינתם זה עוד סיוע משמעותי בטיפול בחולה. סיוע משמעותי ביותר." (מראיינת 2, ראש מערך אונקולוגי סיעודי בבית חולים). מראיינת 3, אחות אונקולוגית חברה בעמותה לקידום

הסיעוד האונקולוגי בישראל הוסיפה: "הרבה מאוד פעמים יש לה הרבה מאוד ניסיון, הרבה מאוד ידע ורופאים צעירים או מתמחים שבאים למחלקה, הם לומדים הרבה פעמים מאחיות ותיקות גם בבתי החולים וגם בקהילה." מרואיינת 24, מומחית קלינית חידדה: "אני חושבת שגם הרופאים מבינים שזה חשוב. העתיד הולך לשם. אם בארצות הברית כבר יש את זה כבר לפני שלושים שנה, אחות מומחית מקבלת בצורה עצמאית זה מאוד מקובל שם, אז אין שום סיבה שבישראל זה לא יקרה. במקרה שלי היו כאלה שהרימו גבה ואמרו מי את בתור אחות שתגידי לי מה לעשות. אבל לשמחתי כשקיבלתי את המומחיות, כבר הייתי כל-כך ותיקה וכבר אתה יודע, חושבת שהייתי קונצנזוס מבחינת הידע שלי, אז לא נתקלתי. להיפך."

תמה 3: תרומת התפקיד למערכת

רופאים תיארו את התועלת למערכת בכמה אופנים: (1) צמצום והקלה בעומס על הרופאים. (2) שיפור השירות והטיפול. (3) חיסכון באשפוז. (4) למידה הדדית בין המומחיות. (5) יצירת דרג ביניים מקצועי שיכול לסייע למטופל ולרופא בשלבי הטיפול השונים, כולל אופק מקצועי לאחיות (הכרה, מעמד, הערכה). מומחית קלינית תוכל להקל על עומס העבודה הרבה המוטל על הרופא, דבר אשר שיפנה לו זמן לטפל בסוגיות שבתחומי האחריות הבלעדית שלו. לאחיות המומחיות יועבר חלק מהטיפול הדורש עבודה לפי פרוטוקולים, או טיפול "טכני" יותר, ובכך ישתפרו השירות למטופל והיכולת של הרופאים לתת קשב רב יותר למקרים הדורשים תשומת לב מיוחדת. אחיות אונקולוגיות תיארו את הצורך בסמכויות בעיקר לגבי הפניה לבדיקות ומתן תרופות, תוך עבודה לפי פרוטוקולים מסוימים, כתרומה אפשרית גם לתפקיד, גם להקלה על העומס בקרב רופאים וגם לייעול התהליך למטופל. לאחיות היכרות קרובה עם המטופלים ויכולת לזהות מצבים הדורשים התערבות מצידן, כמובן לאחר הכשרה ותרגול נדרשים. כך הסבירה מרואיינת 22, מומחית קלינית: "זה יכול לחסוך אשפוזים כעיקרון. לדעת לאזן אדם טוב בבית לדוגמה. ברגע שטיפלנו במקרה דחוף ואז חולה יצא הביתה עם הנחיות ואנחנו איתו בקשר, זה חוסך גם ביקורים למיון, גם אשפוזים." מרואיינת 4, אחות אונקולוגית, חידדה את הצורך במומחיות בקהילה: "אם יהיה תפקיד כזה בקהילה, זה גם חוסך מבחינת הביקורים וגם אשפוזים וגם רווחת החולה." מרואיינת 15, מומחית קלינית, ציינה: "יעזור אם יהיו שם אחיות שיוודעות לתת את המענה ולעשות את הבדיקה הפיזיקלית ולשים עין על הבעיות שיש למטופלים לפני שהרופא מספיק להגיע. הרבה פעמים רופא לא רואה את המטופלים האלה. רק עובר על הבדיקות ולא רואה אותם פיזית."

תמה 4: תרומת התפקיד למטופל

כל המרואיינים מתארים את התועלת הרבה למטופלים במענה הוליסטי, מקיף וזמין, ביחס אישי ותשומת לב אישית, קיצור תהליכים וצמצום המתנה, אפשרות לקבל מענה מהיר יותר בבית החולים ו/או בקהילה וחסכון בהגעה מיותרת לביה"ח. מרואיינת 1, ראש מערך סיעוד אונקולוגי בבי"ח: "היא מקצרת תהליכים ומסייעת למטופל שבאמת זקוק והיא יכולה לתת לו את המענה המידי הנכון גם והמקצועי. היא זו שבאה איתו במגע הקרוב ביותר. היא זאת שמכירה אותו. היא

גם מטפלת בו. אז היכולת שלה היא גבוהה ביותר." מרואיינת 4, אחות אונקולוגית, הוסיפה: "יכולים לחסוך הפניות למיון, כי כל דבר הם רצים למיון ומיון זו חוויה מאוד קשה לחולה והרבה שעות המתנה. אם יהיה מישהו בקהילה שאפילו יגיע לחולה לטפל בדברים שהאחות יכולה לעשות בבית זה יהיה מצוין לכולם." גם מרואיינת 15, אחות אונקולוגית בקהילה, סוברת כי בקהילה לתפקיד תהיה תרומה גדולה יותר מאשר בביה"ח: "בקהילה זה יכול לתת יותר אימפקט מאשר בבית החולים. אני יכולה לפתוח מרפאה, אני יכולה לקבל חולים. זה כוח אדם נוסף שיכול לתת מענה למטופלים האלה ולא רק רופאים."

בכל הנוגע לרצף הטיפול, אחיות אונקולוגיות הציגו חשיבות מיוחדת לשילוב תפקיד המומחית בקהילה, לשיפור השירות והמענה למחלימים, תשומת לב וזמינות למחלימים, צמצום הצורך בנסיעה לבית החולים ומתן מענה הוליסטי עם הפניות למטופלים נוספים. עוד צוין כי המענה דרוש במיוחד בפריפריה. אחיות מומחיות קליניות הציגו את התפקיד כחלק מ- case management והדגישו את השמירה על הרצף והמעבר בין בית החולים לקהילה, וליווי לצמצום הצורך להגיע להמשך הטיפול בבית החולים והעברת עיקר הטיפול במחלימים בקהילה, במעטפת הוליסטית ועצמאית יותר לאחיות המומחיות ולמטופלים. מרואיינת 3, אחות מהעמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל הסבירה: "היום הפנים של האונקולוגיה זה עם הפנים לקהילה. זה לא רק בבתי חולים. לאט-לאט יותר ויותר אנשים. ולמה? כי דבר ראשון אנשים חיים עם מחלה גרורתית שנים רבות והם חיים בקהילה. אדם יכול לקבל טיפול כימי או טיפול ביולוגי בכדור בקהילה, בלי לבקר באשפוז יום או במכון קרינה. גם האוכלוסייה יותר מבוגרת, יש כזה תחום שמאוד-מאוד נחקר בשנים האחרונות שקוראים לו "גריאטריה אונקולוגית". אנשים חיים יותר, יש להם בנוסף למחלות רקע שלהם גם סרטן. לכן הטיפולים ניתנים יותר ויותר בקהילה. וזה ילך ויגדל." מרואיינת 9, אחות בהנהלת משרד הבריאות הדגישה: "איפה יש לאחיות המומחיות ערך מוסף משמעותי? בתחומים האקוטיים שבהם אנחנו רוצים לתגבר את השירות הרפואי שאנחנו נותנים כמו למשל במחלקות של הגריאטריה הפעילה ששם יש הרבה חולים. אנחנו רוצים שם לתת טיפול יותר טוב. או במקומות שהאחות יכולה לעשות ניהול טיפול מאוד הוליסטי, מאוד משמעותי כמו בגריאטריה בקהילה או בטיפול התומך שהן יכולות לנהל את מרבית הבעיות של החולה ולשפר את ההיענות שלו לטיפול"

תמה 5: עמדות בעד ונגד פיתוח תפקיד מומחית קלינית באונקולוגיה

האחיות האונקולוגיות, חצי מהאחיות המומחיות הקליניות והרופאים האונקולוגים הביעו עמדות חיוביות כלפי פיתוח המומחיות הקלינית באונקולוגיה בבית חולים ובקהילה, אך זיהו את האפשרות שלהן לתת ערך מוסף רב יותר לחולים בקהילה, בדגש על הפריפריה (שם הפערים במענה גדולים יותר). הן ציינו כי הן רואות לנכון להרחיב סמכויות ולהגדיר את התפקיד והממשק עם הרופאים באופן ברור. מרואיין 21, אח מומחה קליני: "בעניין של הבנה קלינית ואיך לעזור למטופל ולנווט אותו למקום הנכון ובזמן הנכון בלי לבזבז יחידות זמן טיפול, מי שיודע לעשות את זה הכי טוב, זה האחים והאחיות הקליניים. אין מה להתווכח על זה. זה נכון גם בחדר מיון, זה עדיף מלשים חמישה

רופאים מתמחים." ומרואיינת 24, מומחית קלינית הוסיפה: "כמעט בכל תחום צריך אחות מומחית קלינית. בטח ובטח באונקולוגיה שהחולה צריך את הפן הנפשי. שם מאוד-מאוד חשוב הליווי, התמיכה. וגם תחשוב שאחות שמכירה טוב את המטופל תיתן טיפול אישי מותאם למטופל."

יחד עם העמדות החיוביות, הובעו גם חששות וחסמים. האחיות האונקולוגיות העלו חשש מחוסר בהירות בנוגע להגדרות התפקיד, חשש מלקיחת אחריות על ניהול הטיפול או סמכויות מהרופאים, חשש מהאופן בו תתבצע ההטמעה או הבעת חוסר הכרה בתפקיד.

כמחצית מהאחיות המומחיות הקליניות התנגדו לפיתוח מומחיות קלינית באונקולוגיה. חלקן הביעו עמדות אלו לאור הצורך בהכשרה וניסיון נרחבים בתחום, חלקן לאור חשש ממורכבות ההטמעה והיכולת להוביל שינוי להוספת התפקיד במערכת הבריאות, ומחוסר הנכונות של משרד הבריאות להעניק סמכויות אמיתיות לתפקיד. חשש נוסף הובע בהקשר של הצורך הרב בכ"א איכותי במקומות אחרים במערכת הבריאות ומדילמות בנוגע לנכונות של האחיות לקחת על עצמן את האחריות על ניהול הטיפול או מתן תרופות.

שני הרופאים מהאיגודים המקצועיים התנגדו לפיתוח מומחיות קלינית באונקולוגיה. הנימוקים המרכזיים היו חוסר הבשלות של משרד הבריאות ואיגודי הרופאים להגדלת סמכויות לאחיות (ובהתאם - חשש לשינוי במעמד הרופא בעקבות כך, או המצוקה שתיווצר בכוח אדם איכותי של אחיות במערכת הבריאות), ההכשרה והידע הרבים הנדרשים לביצוע התפקיד, וחשש ממתן עצמאות לאחיות: כך מרואיין 12: "הרופאים מרגישים שנוגסים בסמכויות שלהם. במקום לדאוג למצאי מספיק של רופאים ולהכשיר מספיק רופאים ולהעסיק מספיק רופאים, אז מביאים כוח אדם שהוא משונמך באיכותו על מנת למלא פונקציות שהן פונקציות רפואיות פרופר." ומרואיין 11 הוסיף: "אם צריך 'mid-level practitioner' באונקולוגיה זו שאלה שצריך לשאול את האונקולוגים. לדעתי כן. האם צריך שה-'mid-level practitioner' יהיה אחות - לדעתי לא. צריכים לדבר איתנו הרופאים על זה ושזה יהיה בדרך שהיא דרך של עבודה שיתופית ולא עבודה לעומתית... במקצועות רבים זה לא צורך אמיתי של המערכת. אם זה צורך אמיתי של המערכת וחוסר לנו כוח אדם שלא קוראים לו רופאים, צריך לייצר את המקצוע שחסר 'עוזרי רופא' ואז אנחנו מקבלים מקצוע תוספתי ולא גונבים את מיטב המוחות הסיעודיים לכיוון של הרפואה בתנאי חסר בסיעוד."

ב. הצורך בהרחבת תפקיד האחיות באונקולוגיה בקרב מחלימים מסרטן

מראיונות העומק שהתבצעו עם מחלימים מסרטן עלו חמש תמות מרכזיות: ניהול הטיפול, היבטים קוגניטיביים, היבטים רגשיים, היבטים אינסטרומנטליים והיבטים ארגוניים

תמה 1: ניהול הטיפול

רוב המרואיינים רואים באחות גורם המנהל את הטיפול בצד הטכני- תיאום הטיפולים וההפניות, הקשר עם החולה, הרצף הטיפולי וכו'. עם זאת, כמעט כולם הדגישו את החשיבות של הרופא בקבלת ההחלטות. המרואיינים ציינו לטובה במרבית הראיונות את הקשר עם האחיות, הזמינות

שלהן (כולל מתן מספר טלפון ישיר לעזרה), הקשר האישי ותשומת הלב להקשיב לצרכים, הידע והיכולת לייעץ לחולים. מטופלים הביעו אמון באחיות לניהול הטיפול בזכות הזמינות והנגישות שלהן, יחסי האנוש והקשר האישי הקרוב שהפגינו כלפיהם, הידע המקצועי ויכולתן לתת מידע למטופלים, לכוון ולייעץ. "אני חושבת שהאחות צריכה להיות מוציאה לפועל של כל הדברים שהיא יכולה. הרופא הוא קובע את הדיאגנוזה, את מהלך הטיפול. הוא צריך לראות את החולה, לבדוק את הדברים אחת לתקופה. אבל האחיות צריכות להוציא לפועל את הכול. הן צריכות להיות הדומיננטיות בסיפור." (מרואיינת 28). "הרופא מחליט על דרך הטיפול. והאחות היא גורם מבצע. זה מאוד חשוב שתהיה אווירה טובה וגם יש לאחיות הרבה מאוד ידע מצטבר, כי הן בסוף ביום-יום מול האנשים, הן לא בספרים. ואני חושבת שהתיווך הזה בין הרופא למטופלים, הוא מאוד חשוב ואם תהיה הפונקציה הזאת שאחות תהיה לה גם את היכולת לתת לקבל החלטות, אז אני חושבת שזה יצמצם את זמן ההמתנה, את הנגישות." (מרואיינת 26). מרואיינת 31 הוסיפה: "מכיוון שבסופו של דבר מי שפוגש יותר חולים זה אחיות מאשר רופאים, מי שנמצא בקשר כמעט יום-יומי ולאורך היום זה אחיות, חשוב להעביר להן סמכויות."

אך על אף ההערכה הרבה, חשוב למטופלים רבים שרופא יקבל את ההחלטות ויהיה "חתום" על הטיפול. הרופא נתפס כגורם יותר מוסמך ומקצועי, וחלקם אף הסתייגו והעדיפו שהטיפול ינוהל בלעדית על ידי רופא, וסמכויות האחות תישארנה כפי שהן כיום.

המחלימים חשפו מספר צרכים שהיו רוצים שהאחות תדע לתת להם מענה, או שהם רואים ערך מוסף במענה מהאחיות לגביהם: מתן מידע והסברים בנוגע לטיפול, השפעת המחלה והאפשרויות העומדות בפניהם בניהול הטיפול, "החזקת התיק" במהלך בית החולים ובייחוד בשלב המעקב אחרי הטיפול תוך יצירת קשר ייזום ותקופתי עם המחלים; ליווי הוליסטי יותר - מענה ועזרה בחיבור לצרכים נוספים (דוגמאות שעלו - עו"ס, תזונאים, כושר גופני), ייעול הטיפול - בייחוד במתן תרופות, עירויים, הקלה על כאבים - העברת סמכויות אלו לאחיות בלי שיזדקקו לחתימת רופא על כל פעולה, וקשר אישי ותמיכה נפשית במהלך התהליך: "צריך לתת להן הרבה יותר סמכויות בשביל שהדברים ילכו יותר מהר. יש תהליך של קבלת החומר וצריך רופא. זה ממש מיותר. יושבים אנשים שעות, בשביל שיאשרו את התרופות. כל התהליך הזה הוא מסורבל ומיותר ומקשה גם על האחיות וגם על המטופלים. את כל הדברים האלה צריך להעביר לאחיות. הן גם עושות את זה הרבה יותר טוב כשהן עושות את זה." (מרואיינת 28). מרואיינת 26 דיברה על היתרונות של המומחית הקלינית גם "ביום שאחרי": "הכרחי בשנה הראשונה אחרי המחלה וגם תוך כדי להגיע למפגשים עם אחות מומחית. מי מדבר עם מי שמבריא? אולי יש לו דברים שהוא צריך? שצריך לדווח? אף אחד לא מדבר על היום שאחרי. גם בבית חולים אפשר להוסיף את הנושא הזה. התפקיד של אחות שהיא מומחית קלינית צריך להיות גם לדבר על היום שאחרי. לא רק להגיד יהיה בסדר - אלא גם מה את עושה, מה את מתכוונת לעשות, איך את חוזרת לחיים, לאיזה חוגים, אולי יש קבוצות תמיכה."

תמה 2: היבטים קוגניטיביים

מרואיינים תיארו צורך רב בקבלת מידע, בעיקר בתחילת הטיפול (על מצבם הרפואי, על התרופות, על השפעות המחלה, בהיבטים מנהלתיים- כסף, ביטוח לאומי, על תהליך הטיפול). חלקם תיארו שקיבלו בבית החולים מענה מקיף והסבר ברור מהרופא ו/או האחיות (לדוג' מטופלת שקיבלה הנחיות מפורטות בתחילת הטיפול בתל השומר), בעוד שחלקם נדרשו למצוא את המידע לבד (חיפוש המידע ברשת, דרך קרובי משפחה או דרך רופאים או ייעוצים פרטיים). רבים ציינו את הידע והיכולת של האחיות להסביר ולהשלים פערי הבנה וידע לגבי המחלה שהרגישו שלא קיבלו מהרופאים. עלה צורך גם לקבל מענה אחד מקיף ומרוכז בכל הנושאים, זאת לעומת המענה שמרבית החולים תיארו, אשר בו כל בעל תפקיד נתן את המידע על התחום שלו, אך ללא הסתכלות הוליסטית על מכלול הצרכים של החולה. מרואיינים תיארו את האחיות והרופאים כגורמים שעזרו בייעוץ והכוונה לאורך התהליך. בתחום התמיכה בקבלת החלטות - חלק מהמטופלים הביעו שביעות רצון מכך שהמידע ניתן להם והם היו צריכים להחליט בנוגע לטיפול, וחלק חוו קושי בצורך להחליט בעצמם לגבי הטיפול (מתוך היעדר הידע, תחושה שלא כל משמעותיות ההחלטה ברורות להם, יכולים לסמוך על עצמם בנושא וכו'): "אני כן אהבתי לשמוע שהאחות הסבירה לי שעכשיו מכניסים מים כדי לעשות ככה וככה ועכשיו אנחנו בשלב שמכניסים לך את החומר. וכן היא עדכנה אותי והסבירה הכול. ואמרה לי כמה זמן עוד יש ושאלה איך אני מרגישה ואם אני רוצה. ברמה של הטיפולים היא נתנה את התשובות. ברמה של ההחלטות, זאת הייתה הרופאה." (מרואינת 37)

תמה 3: היבטים רגשיים

מרואיינים תיארו את הטלטלה האישית הגדולה שבמעבר לסטטוס של חולה, הצורך בתמיכה רגשית ואמפתיה בשלב הבשורה, ובליזוי בשלבים השונים, ולרוב מציינים לטובה את הקשר האישי והיחס מהאחיות ובד"כ גם מהרופאים. עלה במיוחד צורך בראייה את המטופל שמאחורי הטיפולים והבדיקות, הקשבה לצרכים ומציאת פתרונות מותאמים אישית לחולה בהסתכלות על מכלול החיים (המשפחה, הגיל, הצרכים והרצונות). מרואיין 25 תיאר: "ישבתי כמעט שש-שבע שעות בכל טיפול מחובר לתרופות. היא כל הזמן ניגשת, בודקת, מסתכלת ומתעניינת שהתרופות לא משפיעות יותר מידי לחומרה או לכל מיני תופעות לוואי לא רצויות. אני זוכר שכבר אחרי חצי שעה של הזרקה של התרופות, בן אדם ב-DOWN. ולא פעם כשהיה לה זמן, היא הייתה באה מתיישבת ומדברת ושואלת. לא רק על המחלה – אלא על כל מיני עניינים. כשהיה לה זמן."

תמה 4: היבטים אינסטרומנטליים

מרואיינים רבים תיארו פערים בניהול הטיפול בשלושה היבטים עיקריים: א) בתחילת התהליך בו יש צורך גדול בהבנת עולם המושגים, תהליכי הטיפול ותיאום הטיפולים הראשוניים השונים (ותיארו הרבה צורך בלמידה עצמית, ייעוץ חיצוני, ומעבר בין מספר רב של רופאים); ב) היעדר הסתכלות כוללת תהליך הטיפול, גם בהשפעות נוספות (תזונה, פסיכולוגי-אישי-משפחתי וכו'); ג) בניהול רצף ניהול הטיפול במעקבים, אחרי סיום תקופת הטיפולים הראשונה והאינטנסיבית, בו תיארו היעדר כתובת (למעט הרופא המטפל הראשי אליו מגיעים לביקורת אחת לתקופה). מרואינת 31

שיתפה: "אין כתובת אחת. בסופו של דבר זה חיבור בין דיסציפלינות הכירורגיים והאונקולוגיים. יכול להיות שהם מדברים ביניהם אבל הם לא תמיד משתפים אותי בתור חולה. אז היה הרבה עבודה. בתחילת הדרך אתה לא יודע מי נגד מי ואיך זה עובד. הייתי צריכה ללמוד את הבירוקרטיה". מרואיינת 40 הביע תסכול אף היא: "אין במערכת הרפואית אף אחד שהוא בעצם מנהל המחלה. אתה פונה לרופא נשים, הוא לא יודע. זה לא שד – זה לא אני. הולכים לכירורגית שד – לא אני. אין אף בן אדם שבעצם אחראי לראות. יש כל מיני תרופות שמקבלים שגורמות לכל מיני בעיות... אבל אין אף גורם על כל הדברים האלה שאומר אם את מקבלת את זה, זה לא טוב. אם את מקבלת את זה, זה לא טוב. וזה נורא חסר".

המרואיינים ציינו מקרים של היעדר מענה במהלך הטיפול בעיקר במעקב ובקשר השוטף עם המטפלים בנוגע לרצף הטיפולים, התהליך ופענוח ממצאים; במידע, בזמינות וקשב מהרופא (זמן מועט לפגישה וייעוץ, מרווחים גדולים בין בדיקות להסבר התוצאות, דחייה שמועד קבלת הפניות ובדיקות) ובמענה הוליסטי יותר - במעקב לאחר תקופת הטיפולים, בהיבטים של תזונה, פסיכולוגי-משפחתי, פסי ותרפודי, פוריות וכו'. הם תיארו את הקשר עם האחות כפונקציה המטפלת בתיאום ההפניות ומתן התרופות לחולים במהלך הטיפול - למשל עירויים, בדיקות דם, מתן תרופות לאיזון או הקלה בסימפטומים וכו'. בהקשר זה עלה גם הפער בסמכות הקיימת כיום לאחיות לרשום תרופות להקלה בכאב, והתלות במרשם חתום ע"י רופא, המעקב את מתן התרופות, על אף שהייעוץ והבנת צרכי התרופות של המטופל ניתנים לרוב ע"י האחות. מרואיין 33 נתן דוגמה: "אם אני אומר לאחות שאני ממש חלש ואני לא אכלתי ולא שתיתי, היא לא צריכה להפנות אותי לרופא כביכול ולתת את האסמכתא בשביל שירשום לי את המרשם לגבי עירוי נזלים. היא יכולה לקחת את האחריות היא יודעת בדיוק באיזה סרטן אני נמצא למה אני לא אוכל. היא יודעת את כל התהליך. יש כמה דברים שכן היה אפשר לתת להן את האופציה שהם יבצעו".

תמה 5: היבטים ארגוניים

רוב המחלימים תיארו חוויה של קשר עם מספר רב של רופאים, לפעמים לצורך טיפולים שונים בבתי חולים שונים. ריבוי הדיסציפלינות מוביל לכך שהחולים נדרשים להיות בקשר עם מספר אנשים שונים בנוגע למידע או טיפולים. החולים מחזיקים את המידע ומעבירים את המידע על הטיפול מרופא לרופא (למשל תוצאות בדיקות וכד'), ומתארים מצב בו הרופאים לא תמיד מדברים ביניהם. מרואיינת 40 הלינה: "אני לא מצליחה לתקשר עם כל הגורמים באופן כזה שיהיה קונסורציום אחד שמדבר". מרואיינת 26 הציעה: "הרופא משפחה לא בקשר עם האונקולוג. אז צריך להיות איזשהו רצף שנגיד פעם נפגשים עם אונקולוגית ופעם עם אחות מומחית בתפקיד החדש הזה שאתם חוקרים. שזה יהיה משולב. ואז זה מוריד עומס".

המרואיינים תיארו כי לא חוו כל כך תהליכים של מעבר בטיפול בין ביה"ח לקהילה, וכי עיקר המעקב והליווי אחרי תקופת הטיפולים האינטנסיביים המשיך להתבצע בפועל ע"י בית החולים, לרוב מול הרופא המטפל שניהל את התיק במהלך התקופה. בשלב זה תיארו המחלימים את הצורך בניהול

עצמי של הטיפול והיעדר גורם היוזם פנייה וניהול של הטיפול. במקרים בהם כן היה קשר עם רופא המשפחה, עלו גם תיאורים של קושי בקשר בין קופות החולים לבית החולים, שלעיתים הוביל מטופלים לדחות בדיקות זמן רב, ושל היעדר תיאום בין רופא המשפחה לבית החולים. כמו כן המחלימים הביעו את היתרונות של היכרות האישית של רופאת המשפחה עם המטופל המאפשרת תשומת לב לשינויים במצב הרפואי ומענה לצרכים מיוחדים, ואת הצורך במענה הוליסטי יותר לפרט. בנוסף לכך, המרואיינים תיארו כי בתקופת המעקב לאחר סיום הטיפולים האינטנסיביים קיים פער גדול בקשר עם הרופאים - מרווחי הזמן בין המעקבים נהיים ארוכים יותר, קיים עומס על הרופאים והזמן המוקדש למעקב קצר, ולעיתים מועדי פגישות המעקב נדחה עקב ירידת המחלימים בסדר העדיפויות של הרופאים: "לסרטן יש השפעות ארוכות טווח. זה לא רק השלב מתי את עושה ביקורות, כן חזר לא חזר. יש השפעות ארוכות. פיזיות, רגשיות, תפקודיות... אני כבר לא חולה אונקולוגית. לא חולה של המחלקה, לא שייכת למחלקה. אני כבר לא חולה פעילה. אבל אין ליווי בקהילה לצורך הזה." (מרואינת 31).

מהראיונות עלו הבדלים בשירותים הניתנים בין המרכז לפריפריה - בפריפריה עומסים גדולים על הרופאים המטפלים הגוררים דחיות רבות בקשר עם המחלימים, בעיקר בשלב המעקב (אחרי סיום הטיפולים האינטנסיביים), המשאירים אותם בלי מענה לעיתים במשך חודשים, לאחר שהם יורדים בסדר העדיפויות. בנוסף, פערים במענה ההוליסטי (רפואה משלימה ומענה להיבטים נוספים העולים מהשפעת המחלה) לאלו שנעזרים בנוסף לשירותי הבריאות הציבוריים גם ברפואה פרטית.

דין ומסקנות

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לעסוק בשאלת העמדות והחסמים של צוותים סיעודיים, רפואיים ומחלימים מסרטן באשר לנחיצותו של פיתוח תפקיד חדש בסיעוד: אחות מומחית קלינית באונקולוגיה. בשונה ממדינות רבות בעולם, בישראל טרם פותח והוגדר תפקיד כזה בשדה האונקולוגי.

הממצאים העלו תמונה מורכבת באשר לנחיצות התפקיד, הסמכויות שיתלוו אליו והחסמים בהטמעתו. האחיות האונקולוגיות, חלק מהאחיות המומחיות הקליניות, האחיות מהנהלת משרד הבריאות, הרופאים האונקולוגים והמחלימים מסרטן היו די תמימי דעים באשר לנחיצות התפקיד וליכולתה של האחות לשמש איש מקצוע מומחה שינהל את הטיפול. אחיות רואות בפיתוח תפקיד מומחית קלינית באונקולוגיה אפיק לקידום מקצועי משמעותי, מבחינת הרופאים האונקולוגים זהו כוח מקצועי אמין שיכול לסייע ולהוריד מהם עומס ומטלות, ומנקודת המבט של החולים כך יהיה איש מקצוע זמין ונגיש שיוכל לנהל את הטיפול מול כלל הגורמים, להסביר, להנחות ולסייע במקומות שבהם אין באמת צורך ברופא (לדוגמה, במתן משככי כאבים), כולל "ביום שאחרי" ההחלמה כשכבר אין ליווי, מעבר למעקב אצל האונקולוג אחת לחצי שנה/שנה. באשר להחלטות הטיפוליות המחלימים חושבים שיש להשאיר החלטות אלה באופן בלעדי בידי הרופא.

בדומה לממצאי המחקר הנוכחי, מחקרים שונים בעולם הצביעו על חשיבות האחות המומחית הקלינית באונקולוגיה מכמה זוויות: שיפור שירותי האבחון והטיפול בסרטן (National Cancer Action Team, 2010), מניעת הצורך באשפוז ובשירותי חירום (Corner, 2003; National Cancer Action Team, 2010) ופיחות באשפוזים (Baxter, 2011), כמו גם הנפקת מרשמים טיפוליים זריזים ומדויקים יותר (Tod, 2015).

כפי שזיהינו בראיונות עם המחלימים, מצא גם Kerr (2021) כי מטופלים נתרמים מאחות אונקולוגית קלינית בחמישה תחומים עיקריים: תמיכה פסיכולוגית, אספקת מידע למטופל, ניהול סימפטומים, תיאום הטיפול ושביעות רצון המטופל. כפי שהעידו המחלימים במחקר, הדבר חשוב במיוחד כאשר המטופל סובל מכמה סוגי סרטן וצריך להתנהל מול מספר מומחים במקביל ולקבל טיפול הוליסטי, ואין פונקציה שמנהלת את הטיפול, והמטופלים עושים זאת בעצמם. ואכן במחקר של Griffiths (2013) דווח כי האחות הקלינית המומחית באונקולוגיה רואה את הסרטן בקונטקסט של מכלול חייהם באופן ייחודי בפרספקטיבה הוליסטית. מטופלים רואים באחות איש אמון אליו נגיש זמין (Borland, 2014). בארה"ב המומחיות הקלינית באונקולוגיה מבססות דרגת אמון גבוהה עם מטופלים (Morgan, 2016; Brooten, 2004). מלבד זאת, ישנו בארה"ב גם רציונל כלכלי להרחבה ולשכלול עיסוקיהן של אחיות קליניות מומחיות באונקולוגיה, בשל היותן בעמדה טובה לנהל טיפול המתאפיין באיכות גבוהה מחד, ופוטנציאל לצמצום בעלויות הגבוהות של חולי, לצד היותן כוח אדם זול בהשוואה לרופאים מאידך (Brooten, 2004). כלומר, מודל הכשרה והטמעה של אחות מומחית קלינית באונקולוגיה גם יעצים את האחות, גם ייטיב עם המטופלים, יחסוך עלויות, ויפחית עומס מהרופאים האונקולוגיים, במיוחד באזורי הפריפריה, בהם יש מחסור אדיר באונקולוגים. בהתאם לכך, בבריטניה מגישות האחיות המומחיות טיפול שבעבר בוצע על ידי רופאים (רישום של תרופות ואבחנות), וגם בקרב צוותי בתי חולים ישנה הערכה רבה ליכולותיהן ובתמיכה בהרחבת סמכויותיהן, שמפחית מעומסם של רופאים מומחים שונים (Ream, 2009), מקצר את זמני ההמתנה לקבלת שירותים אונקולוגיים ומנגיש את הטיפול גם לאזרחים שחיים באזורים מרוחקים (Farell, 2011). גם באוסטרליה המשתרעת על פני שטח אדמה נרחב חלק מתחומי המומחיות בסיעוד אונקולוגי נוסדו במטרה ליצור גמישות באספקת השירותים לפי צרכים מקומיים מחוץ לערים הגדולות (Sykes, 2013; Crawford-Williams, 2018; Challinor, 2020). החל משנת 2010 ממשלת אוסטרליה מפעילה קליניקות אונקולוגיות כפריות בניהול מומחיות קליניות באונקולוגיה במטרה לגשר על פערי גישה לשירותים אונקולוגיים בין העיר לבין כפרים מרוחקים (O'Sullivan, 2019).

על אף כל היתרונות והפוטנציאל הטמון בתפקיד, החלק השני של האחיות המומחיות הקליניות וכן רופאים מהארגונים המקצועיים סוברים כי אין צורך בתפקיד כזה, וגם אם יש צורך בסיוע הוא יכול להיות מאויש בתפקיד של עוזרי רופא (לדוגמה, פרמדיקים שיעברו הכשרה מתאימה) ולא דווקא באחות מומחית קלינית. סיבות לכך הן: כרסום במעמד הרופא וחוסר הכרה מצד הרופאים בתפקיד

ובסמכויות הרחבות של המומחית הקלינית, השמה של כ"א פחות מקצועי במקום להגדיל את מספר הרופאים, עמימות בתפקיד וצורך בהגדרה ברורה ומדויקת של הסמכויות. חששות של חוסר הכרה בתפקיד מצד הרופאים עלו גם מדברי האחיות האונקולוגיות. בספרות עלה רבות נושא המתחים מול הפרופסיות האחרות, דריכה על תחומי אחריות של אנשי מקצוע אחרים באופן שפוגע בעבודת הצוות, כמו גם העמימות בתפקיד המומחית הקלינית הפועלת בצוות מולטי-דיסציפלינרי (Cook, 2019). מחקרים נוספים שניתחו את הקשיים בהטמעת התפקיד מצאו כי האתגרים העיקריים היו הבנה לא טובה של התפקיד על ידי מקבלי החלטות, חוסר בהירות של התפקיד, היעדר תמיכה של הדרג הניהולי או אי הבנה של הצוות הרפואי (DiCenso, 2010; Delamare, 2010; Bryant- (Lukosius, 2007). כמו כן, הועלו גם במחקרים קודמים טענות בגנות התפקיד תוך ביקורת על שימוש לא נאות ובזבזני בכוח אדם סיעודי (Kerr, 2021). מכל הסיבות שצוינו, שעלו הן מהראיונות והן ממחקרים קודמים, מסכימים המרואיינים וחוקרים בתחום כי נדרש להגדיר סמכויות ברורות לאחות המומחית ו"גבולות גזרה מקסימליים" (Kerr, 2021; Droog, 2014).

מגבלות המחקר נעוצות בגודל המדגם. המדגם די מצומצם ואינו מייצג, אך נחשב לסביר במתודולוגיית המחקר האיכותני. עשינו מאמצים להביא תמהיל של כלל העלי העניין הנוגעים בנושא המחקר מאזורי הארץ השונים כדי ללמוד מניסיונם של כל המשתתפים.

המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות

הממצאים מספקים לראשונה מידע מקיף בנוגע לצורך בשילוב אחות מומחית קלינית בשדה האונקולוגי בישראל, כמו גם היתרונות הרבים העולים ממנו במדינות בהן קיים התפקיד. ממצאי המחקר שופכים אור גם על צרכי המטופלים ועמדתם באשר לצורך בתפקיד אחות מומחית קלינית באונקולוגיה. נראה כי לתפקיד השפעה פוטנציאלית על איכות הטיפול, מניעת אשפוזים, הורדת לחץ ועומס מהרופאים וחסכון בעלויות למערכת הבריאות, כפי שאמרה מרואיינת 9, אחות בהנהלת משרד הבריאות: "אין תחום במערכת הבריאות שבו אם נשים אחיות מומחיות לא נעשה הבדל משמעותי".

ניכר כי למומחיות קלינית בסיעוד בשדה האונקולוגי יתרונות רבים הן לאחות המועצמת, הן לרופאים האונקולוגים העמוסים במטלות והן למטופלים שלעיתים נופלים בין הכיסאות וצרכיהם אינם נענים בצורה מיטבית, במיוחד באזורים הפריפריאליים. מהראיונות עולה כי התפקיד נדרש בשטח לאור המצוקות הרבות בשדה האונקולוגי במדינת ישראל. יחד עם זאת, התמונה העולה מהמחקר מורכבת ומצריכה תהליך חשיבה מעמיק אודות גבולות התפקיד והטמעתו תוך שיתוף פעולה מלא עם הרופאים האונקולוגים והאיגודים המקצועיים הרלוונטיים בהר", כדי שלא ליצור מתחים וקונפליקטים מיותרים בשדה האונקולוגי. על משרד הבריאות להתערב ולייצר פלטפורמה של שיח בין סקטור הסיעוד והרפואה על מנת לשים בצד את האגו המקצועי והמחלוקות הפרופסיונליות כאשר טובת המטופלים היא זו העומדת מול עיניהם של כלל הגורמים.

רשימת מקורות:

1. אדמי ח, זהר ח, רודנר י. (2014). מגדלור באפלה: תפקיד האחות המומחית בבריאות השד. בטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, כרך כ"ה, חוברת 2.
2. אפק א, טוקר א, ברלוביץ י, שמיס א. (2011). התמודדות עם המחסור ברופאים בישראל. הרפואה.
3. הארון י, רובינשטיין ד, פיגל ה, ריב"א ש. (2014) אחות מומחית קלינית בגריאטריה – דוח מחקר מעקב פרוספקטיבי 2012-2014. מנהל הסיעוד, משרד הבריאות, ירושלים, ישראל.
<https://www.health.gov.il/UnitsOffice/nursing/research/Pages/default.aspx>
4. ליבליך ע, תובל-משיח ר, זילבר ת. (2010). בין השלם לחלקיו ובין תוכן לצורה. בתוך קסן, ל. וקרומר-נבו, מ. (עורכות). ניתוח נתונים במחקר איכותני. באר-שבע: הצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון. עמ' 42-19.
5. משרד הבריאות: כוח אדם במקצועות הבריאות 2014. (2015). ירושלים, ישראל.
<https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/manpower2014.pdf>
6. משרד הבריאות, מנהל הסיעוד: תכנית עבודה לשנת 2019. (2019). ירושלים, ישראל.
<https://www.health.gov.il/UnitsOffice/nursing/Pages/default.aspx>
7. משרד הבריאות, מנהל הסיעוד: תכנית עבודה לשנת 2020. (2020). ירושלים, ישראל.
8. ניסנהולץ-גנות ר, רוזן ב, הירשפלד מ. (2017). תמורות בתפקידן של האחיות בקהילה. מכון-מאיר-ס-ג'ונט-ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.
9. ניראל נ, מצליח ר, בירקנפלד ש, בן-בסט י. (2008). מקצועות רפואיים במצוקה: מחקר גישוש. דוח מחקר, מכון ברוקדייל.
10. סילברמן ב, בן-לסן מ, דיכטיאר ר, קינן בוקר ל. (2020). עדכון נתונים לגבי היארעות סרטן ותמותה מסרטן לשנת 2017, לקראת יום הסרטן הבינלאומי 2020. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.
11. צ'רני נ. (2011). מדריך למטופלים עם סרטן מתקדם. קבוצת העבודה לטיפול תומך, האגודה האירופאית לאונקולוגיה רפואית (ESMO). מהדורה בהוצאת האגודה למלחמה בסרטן.
<https://www.esmo.org/for-patients>
12. קדמון א, כסלו ל. (2014). סרטן השד: משמעות הסיעוד וחשיבותו. במה, בטאון לעובדי בריאות בנושא מחלת הסרטן והשלכותיה. גיליון 20: 154-157.
13. Aaron EM & Andrews CS. (2016). Integration of advanced practice providers into the Israeli healthcare system. IJHPR, 5:7. DOI 10.1186/s13584-016-0065-8
14. American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2012). Adult-Gerontology Acute Care Nurse Practitioner Competencies. The Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University and the National Organization of Nurse Practitioner Faculties.
15. American Geriatrics Society Expert Panel (AGSEP) on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: An approach for clinicians. Journal of American Geriatric Society, 60 (10):1957-1968.
16. Andregård AC, & Jangland E. (2015). The tortuous journey of introducing the nurse practitioner as a new member of the healthcare team: A meta-synthesis. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29: 3-14
17. Aubin M, Giguère A, Martin M, Verreault R, Fitch M.I, Kazanjian A, Carmichael P.H. (2012). Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. Cochrane Database Syst. Rev, 7.
18. Baxter, J., & Leary, A. (2011). Productivity gains by specialist nurses. Nursing times, 107(30-31), 15-17.
19. Borland, R., Glackin, M., & Jordan, J. (2014). How does involvement of a hospice nurse specialist impact on the experience on informal caring in palliative care? Perspectives of middle-aged partners bereaved through cancer. European journal of cancer care, 23(5), 701-711.
20. Brooten, D., Youngblut, J. M., Kutcher, J., & Bobo, C. (2004). Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. Nursing outlook, 52(1), 45-52.
21. Bryant-Lukosius, D., Green, E., Fitch, M., Macartney, G., Robb-Blenderman, L., McFarlane, S., ... & Milne, H. (2007). A survey of oncology advanced practice nurses in

- Ontario: profile and predictors of job satisfaction. NURSING LEADERSHIP-ACADEMY OF CANADIAN EXECUTIVE NURSES-, 20(2), 50.
22. Challinor, J. M., Galassi, A. L., Al-Ruzzieh, M. A., Bigirimana, J. B., Buswell, L., So, W. K., ... & Williams, M. (2016). Nursing's potential to address the growing cancer burden in low-and middle-income countries. *Journal of global oncology*, 2(3), 154.
 23. Chen YY, Hsieh CI, & Chung KP. (2019). Continuity of Care, Follow-Up Care, and Outcomes among Breast Cancer Survivors. *International journal of environmental research and public health*, 16(17): 3050.
 24. Chirgwin J, Craike M, Gray C, et al. (2010). Does multidisciplinary care enhance the management of advanced breast cancer? evaluation of advanced breast cancer multidisciplinary team meetings. *J Oncol Pract*, 6:294–300.
 25. Cook, O., McIntyre, M., Recoche, K., & Lee, S. (2019). " Our nurse is the glue for our team"-Multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the gynaecological oncology specialist nurse role. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 7-15.
 26. Corner, J. (2003). The role of nurse-led care in cancer management. *The lancet oncology*, 4(10), 631-636.
 27. Crawford-Williams, F., Goodwin, B., March, S., Ireland, M. J., Hyde, M. K., Chambers, S. K., ... & Dunn, J. (2018). Cancer care in regional Australia from the health professional's perspective. *Supportive Care in Cancer*, 26(10), 3507-3515.
 28. Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries.
 29. DiCenso, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Donald, F., ... & Charbonneau-Smith, R. (2010). Advanced practice nursing in Canada: overview of a decision support synthesis. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 23, 15-34.
 30. Droog, E., Armstrong, C., & MacCurtain, S. (2014). Supporting patients during their breast cancer journey: the informational role of clinical nurse specialists. *Cancer Nursing*, 37(6), 429-435.
 31. Farrell, C., Molassiotis, A., Beaver, K., & Heaven, C. (2011). Exploring the scope of oncology specialist nurses' practice in the UK. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 160-166.
 32. Freeman RK, Van Woerkom JM, Vyverberg A, et al. (2011). The effect of a multidisciplinary thoracic malignancy conference on the treatment of patients with esophageal cancer. *Ann Thorac Surg*, 92:1239–1242.
 33. Gordon S. (2005). *Nursing Against the Odds*. Ithaca and London: Cornell University Press.
 34. Griffiths, P., Simon, M., Richardson, A., & Corner, J. (2013). Is a larger specialist nurse workforce in cancer care associated with better patient experience? Cross-sectional study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(1_suppl), 39-46.
 35. 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.
 36. Hudson SV, Chubak J, Coups EJ, Blake-Gumbs L, Jacobsen PB, Neugut A.I, Buist DS. (2009). Identifying key questions to advance research and practice in cancer survivorship follow-up care: A report from the ASPO Survivorship Interest Group. *Cancer Epidemiol. Biomark. Prev*, 18: 2152–2154.
 37. Kadmon I, Halag H, Dinur I, Katz A, Zohar H, Damari M. et al. (2015). Perceptions of Israeli women with breast cancer regarding the role of the Breast Care Nurse throughout all stages of treatment: A multi-center study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1): 38-43.
 38. Kerr, H., Donovan, M., & McSorley, O. (2021). Evaluation of the role of the clinical Nurse Specialist in cancer care: an integrative literature review. *European Journal of Cancer Care*, 30(3), e13415.

39. Kleinpell RM, Hudspeth R, Scord, KA, & Magdic K. (2012). Defining NP scope of practice and associated regulations: Focus on acute care. *Journal of the American Academy of Nursing Practitioners*, 24:11–18.
40. Morgan, B., & Tarbi, E. (2016). The role of the advanced practice nurse in geriatric oncology care. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 32, No. 1, pp. 33-43). WB Saunders.
41. National Cancer Action Team (2010). Excellence in cancer care: The contribution of the clinical nurse specialist. NCAT London
42. Newhouse, R P, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, et al. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. In *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]*. Centre for Reviews and Dissemination (UK).
43. Nutt-Williams EN, & Morrow SL. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy Research*, 19:576-582.
44. O'Sullivan B, Loorham M, Anderson L, Solo I, Kabwe M. Subregional nurse-led oncology services supported by an outreach oncology team: building an optimal service framework. [https:// www.imics.org.au/wp-content/uploads/2019/12/Subregional-nurse-led-oncology-services-supported-by-an-outreach-oncology-team-building-an-optimal-service-framework.pdf](https://www.imics.org.au/wp-content/uploads/2019/12/Subregional-nurse-led-oncology-services-supported-by-an-outreach-oncology-team-building-an-optimal-service-framework.pdf) (accessed February 1, 2022).
45. Poulton, B. (2009). Barriers and facilitators to the achievement of community-focused public health nursing practice: a UK perspective, *Journal of Nursing Management*, v. 17, p. 74-83.
46. Ream, E., Wilson-Barnett, J., Faithfull, S., Fincham, L., Khoo, V., & Richardson, A. (2009). Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists: a mixed method investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1345-1354.
47. Sangster-Gormley E, Martin-Misener R, Downe-Wam-boldt B, DiCenso A. (2011) Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *J Adv Nurs*. 67(6):1178–1190. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x>
48. Sheer B, & Wong FKY. (2008). The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh*, 40:204–11.
49. Sidhom MA, & Poulsen MG. (2006). Multidisciplinary care in oncology: Medicolegal implications of group decisions. *Lancet Oncol*, 7:951–954,2006
50. Siegel-Itzkovich J. (2010). Doctor shortage sparks crisis in Israeli hospitals. *BMJ*, 341:320–1.
51. Skolarus TA, Zhang Y, & Hollenbeck BK. (2012). Understanding fragmentation of prostate cancer survivorship care: Implications for cost and quality. *Cancer*, 118: 2837–2845.
52. Sykes, J. (2013). Practice framework and competency standards for the prostate cancer specialist nurse. Sydney: Prostate Cancer Foundation of Australia.
53. Tod, A. M., Redman, J., McDonnell, A., Borthwick, D., & White, J. (2015). Lung cancer treatment rates and the role of the lung cancer nurse specialist: a qualitative study. *BMJ open*, 5(12), e008587.
54. Wall SS, & Rawson K. (2016). The nurse practitioner role in oncology: Advancing patient care. In *Oncology Nursing Forum*, Vol 43, 4:89-496. Oncology Nursing Society.

נספחים

נספח מס' 1 – מדריך לריאיון עם אחיות ורופאים קובעי מדיניות וצוותים העובדים במחלקות אונקולוגיות.

1. ספרי לי מעט על עצמך, על תפקידך הנוכחי ותפקידים בולטים שעשית בעבר.
2. מה את/ה יודע/ת על התפקיד של אחות מומחית קלינית בארץ ובעולם? מה דעתך על פיתוח מומחיות קלינית בקרב אחיות, טיעונים בעד ונגד.
3. בישראל כיום ישנה מומחיות קלינית בסייעוד רק בשישה מקצועות. האם לדעתך תפקיד אחות מומחית קלינית באונקולוגיה נדרש במדינת ישראל? האם רק בבי"ח? בקהילה? בשניהם?
4. באם יפותח תפקיד זה, מה לדעתך הערך המוסף שלו? באילו תחומים?
5. אם היו מטילים עליך לבנות תכנית הכשרה לאחות מומחית קלינית באונקולוגיה, מה היית כולל בהשכרה מבחינת תכנים והתנסות בשטח?
6. מה צריכים להיות התפקידים והסמכויות של אחות כזו במסגרת של ביה"ח?
7. מה לדעתך צריכים להיות התפקידים והסמכויות של אחות מומחית קלינית באונקולוגיה בקהילה?
8. האם לדעתך פיתוח תפקיד של מומחיות קליניות בתחומים השונים מכרסם בסמכויות ובמעמד הרופא או להפך?

נספח מס' 2 – מדריך לריאיון עם אחיות מומחיות קליניות הפועלות בהתמחויות הקיימות.

1. ספרי לי מעט על עצמך, על תפקידך הנוכחי ותפקידים בולטים שעשית בעבר.
2. ספרי על כלל ההכשרות שעברת, עם דגש על ההכשרה למומחית קלינית. מה כללה ההכשרה, כמה זמן, מה היו תנאי הקבלה.
3. מהניסיון שלך בשטח- איך התקבל התפקיד שלך הן בקרב האחיות והן בקרב הרופאים? האם חשת בהתנגדויות ובחסמים שהיה עלייך להסיר? תוכלי לתת דוגמאות?
4. מה לדעתך התרומה של אחות מומחית קלינית, למטופלים ולמערכת?
5. בישראל כיום ישנה מומחיות קלינית בסייעוד בשישה מקצועות. האם לדעתך צריך לפתח תפקיד חדש של אחות מומחית קלינית באונקולוגיה? האם רק בבי"ח? בקהילה? בשניהם?
6. מה לדעתך צריכים להיות התפקידים והסמכויות של אחות כזו במסגרת של ביה"ח?
7. מה לדעתך צריכים להיות התפקידים והסמכויות של אחות מומחית קלינית באונקולוגיה בקהילה?
8. האם תרצי להוסיף דבר מה?

נספח מס' 3 – מדריך לריאיון עם מחלימים מסרטן.

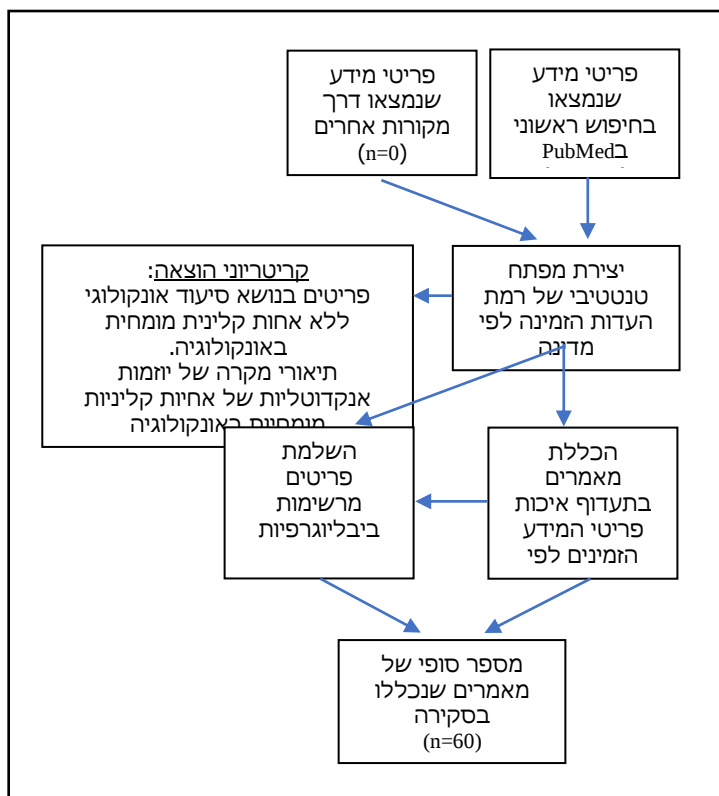
1. ספר לי מעט על עצמך, מתי התגלתה המחלה, כיצד זה השפיע עליך רגשית/ משפחתית/ כלכלית/ בהווה היום יומית?
2. האם היית לך תמיכה מהמשפחה או מאדם קרוב אחר במהלך ההתמודדות עם המחלה?
3. האם קיבלת תמיכה רציפה מגורמים רפואיים במהלך ההתמודדות עם המחלה, בעת הגעתך לטיפולים, בקבלת החלטות וכו'? נסה לתאר את ההתנהלות מול הרופא ואת ההתנהלות מול האחות, והאם היו הבדלים ביניהם?
4. האם קיבלת ייעוץ, מידע רפואי, הסברה והדרכה מקיפים וברורים לאורך ההתמודדות והטיפול במחלה? אם כן, ממי?
5. האם קיבלת עזרה במערך האונקולוגי בו היית מטופל בכל הנוגע לתיאום הטיפול, הפניות לגורמים מקצועיים נוספים, ייצוג מול גורמי בירוקרטיה? אם כן, ממי?
6. האם חשת במידה מספקת אמפתיה והכלה, רגישות לצרכיך האישיים, סבלנות ומסירות מצד הצוות הרפואי במערך האונקולוגי בו היית מטופל? את מי היית מציין בעיקר בהקשר זה?
7. במעבר לטיפול ומעקב בקהילה, האם חשת שמתקיים תיאום בין בית החולים לבין הגורמים בקהילה, שמירה על קשר רציף איתך, שמירה על רצף/המשכיות במהלך הטיפול ברך?
8. האם חשת בריבוי מטפלים בשלב מסוים במהלך הטיפול וההתמודדות עם המחלה, או שחשת שיש לך "כתובת" לטיפול בנושאים השונים?
9. מהחוויה האישית שלך- איך אתה תופס את תפקיד האחות לעומת תפקיד הרופא בטיפול בחולה האונקולוגי?
10. האם לדעתך יש תפקידים שיכולים לעבור מהרופא לאחות כדי לייעל/לשפר את הטיפול? תן דוגמאות
11. האם במעבר לטיפול בקהילה חשת שיש לך צרכים אשר לא מקבלים מענה מצד הצוות הרפואי?
12. האם היית סומך על אחות שתנהל את הטיפול במחלה? האם מהניסיון שלך אחיות עם הכשרה מיוחדת יכולות לנהל את הטיפול כמו רופאים, פחות טוב, יותר טוב?
13. כיצד אתה מסכם את חוויית הטיפול ברך בשלבים השונים של המחלה מהפן של הרופאים ומהפן של האחיות?

נספח מס' 4 – סקירה שיטתית בנושא אחות קלינית מומחית באונקולוגיה

שיטה:

לצורך ביצוע חלק זה של המחקר בוצעה סקירת ספרות אינטגרטיבית. סקירה כזו מסכמת ממצאי עבר אמפיריים או תיאורטיים כדי ליצור הבנה מקיפה יותר של תופעה מסוימת באופן העושה אינטגרציה של ממצאים ניסויים ולא ניסויים (Whittemore & Knafl, 2005). תהליך העבודה כולל חמישה שלבים המתייחסים לזיהוי בעיה, סקירת ספרות, הערכת המידע, ניתוח המידע והצגת המידע (Whittemore & Knafl, 2005).

שיטת החיפוש: בחודשים ינואר ופברואר 2022 הוזנו בבסיס הנתונים pubmed הביטויים לחיפוש: clinical nurse specialist ו-oncology ללא אופרטור בוליאני (AND או OR). פרטי מידע, מסמכים רשמיים ומאמרים שהופיעו ברשימות הביבליוגרפיה של המאמרים שימשו כתוסף לחיפוש במאגר. איתור מאמרים קשים להשגה נעזר במאגרי המידע של ארבעה מוסדות אקדמיים: מכללת אשקלון, אוניברסיטת תל-אביב, האוניברסיטה העברית, אוניברסיטת בן-גוריון.



קריטריונים להכללה והוצאה: אסטרטגיית החיפוש לא הוגבלה בשנת פרסום. קריטריון הכללה - איכות העדות לפי מפתח מדינה: עבור אחיות קליניות מומחיות באונקולוגיה במדינות עבורן נמצאו פריטי מידע גבוהים בפירמידת העדות (מטה-אנליזות, סקירות ספרות שיטתיות, מחקרי עוקבה מבוססי אוכלוסייה), כגון הממלכה המאוחדת, ארצות הברית וקנדה, ניתנה העדפה למאמרים ברמת עדות גבוהה יותר. עבור אחיות במדינות אודותיהן היה פחות פרסום ברמת עדות גבוהה, כגון ברזיל, סין ויפן נכללו גם עדויות מומחים, מאמרים העוסקים בתתי התמחויות באונקולוגיה (כגון אחות קלינית מומחית באונקולוגיה פדיאטרית) ופרסומים ברמת העדות שזמינה במדינה הנדונה.

קריטריון הוצאה – הוצאו פרסומים שעוסקים בסיעוד

אונקולוגי אך אינם עוסקים בתפקיד האחות הקלינית המומחית באונקולוגיה, הוצאו תיאורי מקרה של יוזמות אנקדוטליות של אחיות קליניות מומחיות באונקולוגיה.

תמונת מצב עולמית על אחות קלינית מומחית באונקולוגיה:

למרות שתפקיד האחות הקלינית המומחית (אק"מ) משולב בעשורים האחרונים במערכות בריאות במספר מדינות אירופאיות, כמו גם באסיה, קנדה וארצות הברית, ישנן מדינות שרק מתחילות

לפתח מומחיות קליניות בסייעוד (Fulton, 2018). בהקשר של אונקולוגיה, סיוע של אחות קלינית מומחית באונקולוגיה (אקמ"א) לעמידה ביעדי אבחון וטיפול זריזים נתפס כדבר שלא ניתן לוותר עליו, לדוגמה, בשירות הבריאות הלאומי הבריטי (Corner, 2003). מספר רב של מחקרים מציע שלאקמ"א בעלות ניסיון בטיפול בחולי סרטן ככל הנראה אוסף היכולות המוכרות המתאים ביותר על מנת לתת מענה טיפולי זריז אפקטיבי ואנושי המסייע במסע הארוך, המורכב, ולעתים קרובות מתסכל, של מטופלים המתמודדים עם מחלת הסרטן. מספר אסטרטגיות לאומיות חדשניות הציבו את האקמ"א בראשי סניפים של רשתות קליניקות ארציות לטיפול בחולי סרטן, מתוך רצון לתת אוטונומיה רבה ככל הניתן כמו גם להנגיש את השירות של האקמ"א והכרה באפקטיביות, המגובה במחקרים, של טיפול המנוהל על ידי אקמ"א (Department of Health, 2007), כשסיוע של רופא מומחה מוענק רק מרחוק או על ידי רופאים ברוטציה (O'Sullivan, 2019). אחיות מומחיות אלו זוכות לאוטונומיה רבה בקבלת ההחלטות הקליניות ולרוב הן מומחיות בשליטה בסימפטומים של סרטן (Bryant-Lukosius, 2010), בעלות סמכות לרשום תרופות, ומשלבות באופן דינאמי עבודה עצמאית וכחלק מצוות, בבית החולים, בקהילה ובאקדמיה, כשעיסוקן מתואר "כתפקיד חתך" (Young, 2020). יתרה מכך, מחקר עדכני קורא להרחבת ההכרה באחות האונקולוגית בתור אבן-הבוחן (gold standard) על ידי צוותים מולטי-דיסציפלינריים לטיפול בחולי סרטן, בין היתר בשל היותן איש המקצוע שמכיר באופן אינטימי את הסיטואציות המורכבות, המערבות אנשי מקצוע שונים, של המטופלים יותר מכל איש מקצוע אחר (Challinor 2020).

במקביל למודל ההטמעה המתקדם של מקצוע האקמ"א, המתגבר תפיסות והיררכיות מסורתיות הרואות באחות האונקולוגית בראש ובראשונה גורם המסייע לרופא האונקולוג ורווח כמעט ורק במדינות הממלכה המאוחדת, מבט עולמי השואתי על הטמעת מקצוע האקמ"א מתאר תמונה של התמחות המצויה בתוך תהליכים מורכבים והטרונגניים הקשורים גם למרחב הגאו-פוליטי הגלובלי. ניתוח של ארגון הבריאות העולמי מציע כי באירופה ובצפון אמריקה מגוון התארים המוענקים לאחיות מסתכמים בכ-31 הסמכות ותארים בכל אזור, בעוד בדרום-מזרח אסיה או במזרח-התיכון המזרחי מוענקים כ-10 הסמכות שונות בסה"כ (McCarthy, 2020). במדינות בעלות הכנסה נמוכה ובינונית (LMIC), בהן התמותה מסרטן גבוהה מאשר במדינות בעלות הכנסה גבוהה, הוצע כי הרחבת סמכויותיהן של אחיות אונקולוגיות עשויה להיות בעלת תועלת פוטנציאלית רבה בהתמודדות עם העלייה בנטל הסרטן העולמי (Young, 2020). אך למרות שאחיות המטפלות בחולי סרטן מהוות את עיקר כוח האדם בצוותים האונקולוגיים במדינות אלו, הן לרוב כוח האדם הכי פחות משכיל (Galassi, 2018), והסיעוד האונקולוגי מתואר ככזה שדה-פקטו אינו עומד בצורך הגובר בו (Challinor, 2016). הפערים הרבים בכישורי כוח האדם, וכוח האדם הסיעודי בפרט, המטפל בסרטן במדינות בעלות הכנסה בינונית ונמוכה, מתקיימים בצד מאמצים ממוקדים של ארגון הבריאות העולמי, גופי הסתדרות מקצועיים, וארגונים נוספים בשכלול הסיעוד האונקולוגי, לרבות ייסוד יום ושנת האחות העולמיים, והכרזות שאין בידי ביטוחי בריאות ממלכתיים כדי לשפר את

השרידות לסרטן בלא צוותי אחיות אונקולוגיות קומפטנטיים (McCarthy, 2016; Challinor, 2020). התפתחות והטמעה מוצלחת של אקמ"א במדינות שאינן עשירות עשוי לפיכך להיות מעניין במיוחד מכיוון שהצליח לעקוף מגבלות משאבים חריפות, ולעתים קרובות ספקנות וקונפליקטים, שעוצבו גם על ידי פערים מגדריים, לא פחותים בעוצמתם מאלו שליוו את התפתחות האקמ"א גם במדינות עשירות יותר (Hunt, 1999). להלן סקירה אודות אחיות אקמ"א, סמכויותיהן והערכת חשיבות התפקיד במדינות שונות בעולם.

ארצות הברית

אקמ"א בארצות הברית (מכונות לרוב Oncology Nurse Practitioner) הן בוגרות תואר שני בסיעוד עם ידע אונקולוגי וטיפול באוכלוסיית מטופלים מוגדרת (Kleinpell, 2012), ומיועדות להעניק טיפול מקיף הכולל מיומנויות שונות בדרגת מומחה, לרבות למידת ההיסטוריה הרפואית של המטופל, הזמנה ופענוח של בדיקות רפואיות, אבחון וטיפול כעזרה ראשונה ובמצבים כרוניים, ניהול הסימפטומים של סרטן ורישום טיפולים תרופתיים ולא תרופתיים (כימותרפיה, תרופות נרקוטיות, פסיכותרפיה ומסגרות תומכות) (Mackey, 2018). היקף הפעילות של האקמ"א אינו מוגדר על ידי סביבת העבודה אלא על ידי צרכי המטופל (Kleinpell, 2012). הן בולטות בין גורמי טיפול במערכת הבריאות ביכולתן לבסס דרגת אמון גבוהה עם מטופלים, גם במסגרת מערכות יחסים הנמשכות שנים רבות (Morgan, 2016). האמון הגבוה, המתבטא גם בדירוג שביעות רצון גבוה של מטופלים מהטיפול על ידי אקמ"א (Brooten, 2004), מאפשר לאחות המומחית הזדמנויות מיוחדות להטמעת מודפיקציות התנהגותיות במניעה ובטיפול של מחלת הסרטן תוך רגישות למצב הפסיכו-סוציאלי של המטופל (Murphy, 2014), גם מודפיקציות שחלקן נתפסות על ידי מטופלים ונותני שירותי בריאות כבלתי אפשריות ליישום או לא מספיק חשובות (Kagan, 2008). מלבד שביעות הרצון המדווחת של מטופלים, נראה כי ישנו בארה"ב גם רציונל כלכלי להרחבה ולשכלול עיסוקיהן של אחיות קליניות מומחיות באונקולוגיה, בשל היותן בעמדה טובה לנהל טיפול המתאפיין באיכות גבוהה מחד, ופוטנציאל לצמצום בעלויות הגבוהות של חולי, לצד היותן כוח אדם זול בהשוואה לרופאים מאידך (Brooten, 2004). לימודים מתקדמים בסיעוד בארה"ב ברוב המוחלט של המקרים מציעים רק קורסים נלווים באונקולוגיה, אשר אינה מהווה את המוקד העיקרי של התואר, דבר המתבטא בסקרים המציעים כי רוב מוחלט של האקמ"א בתחילת דרכן אינן חשות כשירות להתמודד עם נושאים קליניים רלוונטיים כמו כימותרפיה, רעילות במתן תרופות, או טיפול במצבי חירום (Rosenzweig, 2012). המכון הלאומי לסרטן (National Cancer Institute) מימן הקמה של תוכניות מבוססות רשת במטרה לגשר על פער זה ולסייע לאקמ"א שזה עתה הגיעו לסביבה הטיפולית האונקולוגית (Hoffman, 2018). בצד ההכשרה שאינה אחידה, ישנם מאמצים ליצירת סטנדרט לאומי של הסמכה ורישוי של אחיות מומחיות, המתייחס גם לחידוש רישיון של אקמ"א. עם זאת, נכון לשנת 2018, פחות ממחצית מדינות ארה"ב פועלות לאור סטנדרט אחיד ברישום אחיות קליניות מומחיות (Mackey, 2018).

קנדה

לפי איגוד האחיות האונקולוגיות הקנדי אקמ"א היא "אחות מורשית עם תואר שני לפחות שרכשה ידע מעמיק וניסיון קליני באונקולוגיה" (CANO, 2001). איגוד האחיות הקנדי מבחין בין אחיות קליניות מומחיות (Clinical Nurse Specialists), מקצוע ותיק בקנדה שהתפתח בתוך בית החולים לא יאחר משנות ה-60 של המאה ה-20 בצורה של מגוון התמחויות (גם אונקולוגית), לבין סוג חדש יחסית של אחות קלינית מומחית המכונה ANP (Advanced Nurse Practitioners), המאופיינת בשילוב מינונים שונים של עיסוקים הכוללים חינוך, מנהיגות ארגונית, מחקר, טיפול ישיר בחולים ולמדנות ופיתוח מקצועי (CANO, 2001). סוג זה של אקמ"א, להבדיל מהאקמ"א הוותיקות יותר, איננו מוגבל רק לגבולות הארגוניים של בית החולים, מתאפיין ברמה גבוהה יותר של אוטונומיה והינו ביטוי של חדשנות אשר החלה להופיע רק במאה הנוכחית (Bryant-Lukosius, 2007). שני תתי הסוגים של האחיות המומחיות באונקולוגיה בקנדה (ANP ו-CNS) גם יחד מלמדים על מקצוע האקמ"א, מכיוון שהמקרה הקנדי מדגים כי גם מדינות בעלות היסטוריות עשירות לכאורה של הטמעת המקצוע מגיבות רק לאחרונה ליישומים חדשניים של המקצוע, בדומה למדינות המתמודדות לראשונה עם הצורך לשכלל את הסיעוד האונקולוגי (Bryant-Lukosius, 2007). מחקרים חדשים זיהו כי גם מערכת הבריאות הקנדית, בדומה למרבית מדינות המערב, מתמודדות עם קשיים בהטמעת חידושים במקצוע האקמ"א באופן המשפיע גם על שביעות הרצון של אחיות קליניות מומחיות באונקולוגיה מתפקידן (Kilpatrick, 2016), כשהאתגרים העיקריים שזוהו הן הבנה לא טובה של התפקיד על ידי מקבלי החלטות, חוסר בהירות של התפקיד, היעדר תמיכה של הדרג הניהולי או אי הבנה של הצוות הרפואי (DiCenso, 2010; Delamair, 2010). במחקרים שקדמו לביצוע רפורמות במקצוע הסיעוד במדינות אירופה, כגון אירלנד, נטען לא פעם כי הניסיון הקנדי מדגים שהאחות הקלינית המומחית הינו מקצוע ותיק (Begley, 2013), תוך התעלמות מקריאות להתמודד עם אתגרים חדשים שמזמינים הגדרה, תכנון, והטמעה טובים יותר של המומחיות הקלינית האונקולוגית בסיעוד (Bryant-Lukosius, 2007). משאל מקיף שבוצע במחוז אונטריו מדגים כי מבין 77 אקמ"א הפועלות במחוז 33% חושבות על עזיבת תפקידן או מחפשות באופן פעיל מקום תעסוקה חדש, ויש הסכמה בקרב מנהלים במחוז ש"דרכי עבודה חדשות" נדרשות כדי לבסס מערכת טיפול בסרטן שהיא איכותית, יעילה, ומרוכזת במטופל (Cancer Care Ontario, 2006).

הממלכה המאוחדת

שיפור החוויה של מטופלי סרטן מצוי בעדיפות גבוהה עבור שירות הבריאות הלאומי (NHS) של הממלכה המאוחדת וכחלק מכך ניהול הטיפול על ידי אקמ"א הינו מרכזי באסטרטגית הבריאות הלאומית של אנגליה. לפי מחקר מבוסס אוכלוסייה שהצליב נתוני רשם הסרטן הלאומי (NCRAS) ומשאלי חווית מטופל הסרטן הלאומיים (CPES) מתוך 100,885 חולים שאובחנו עם סרטן בין השנים 2010-2014, 91.4% קיבלו הפניה לאקמ"א מזוהה בשם, באחד משלבי האבחנה או

הטיפול הראשוניים (Alessy, 2021). החוקרים מציעים שקבלת שם של אקמ"א מסוימת מאפשר למערכת יחסים המתבססת על אמון לצמוח מהר יותר בסמוך לאבחנה, מה שממתן במיוחד את התסכול הכרוך בתהליך הסיזיפי של תיאור הדאגות והצרכים של המטופל למספר רב של קלינאים ובתקופה קשה בחיי המטופל ומשפחתו. מלבד הדאגה הישירה למטפלים, אקמ"א בממלכה המאוחדת מילאו תפקיד חשוב בשיפור שירותי הטיפול בסרטן, וזירוז תהליכי האבחון (Kerr, 2021; Birrell, 2019). אח קליני מומחה באונקולוגיה שסייע בהקמת שירות אונקולוגי במתכונת חירום בבית החולים הממלכתי האוניברסיטאי בליברפול מציין כי "המטופל נמצא בליבה של העיסוק שלי, בין אם אני נותן אינפורמציה, הסברים, מעניק תמיכה הוליסטית, עידוד או מגשר בין דיסציפלינות כדי לייצר בזמן קצר תוכנית מבוססת ידע עבור המטופל והצוות המטפל"¹ (Varey, 2015). לפי משאלי חווית מטופל הסרטן הלאומיים, הפניה לאקמ"א הגבירה את תחושת המעורבות בהחלטה הטיפולית פי 2.69 בסרטן המעי הגס, פי 2.41 בסרטן ריאות, פי 2.68 בסרטן השד, ופי 2.11 בסרטן הערמונית (יחסי סיכויים מתוקננים למין, גיל, מוצא אתני, מחוז גיאוגרפי, סטטוס חברתי-כלכלי, דרך אבחנה וסטייג' הסרטן) (Alessy, 2021). בכל סוגי הסרטן, היה אפקט מובהק להפניה לאקמ"א בתחושות שהטיפול מתואם בין גורמים שונים, שהמטופל זוכה ליחס אנושי ומכבד, ותחושה טובה יותר ביחס לטיפול של שירות הבריאות הממלכתי.

בעוד הסייעוד הקליני המומחה באונקולוגיה אינו בשורה חדשה באנגליה, תחומי האחריות של אקמ"א הלכו והתרחבו בעידוד מערכת הבריאות במטרה מוצהרת להיטיב עם מטופלים, תוך יצירה רמה גבוהה של הטרוגניות, ולא פעם בלבול (Farrell, 2011; Raja-Jones, 2002) בקרב אקמ"א, אך נדמה ש"אסטרטגיית הרפורמה בסרטן" (Department of Health, 2007) היתה ההמלצה הברורה ביותר להעלות את דרגות האוטונומיה והגמישות ביחס לאקמ"א בשירות הבריאות הלאומי, וליצור חדשנות שתגדיל את האפשרות של מטופלים לבחור בין שירותים שונים, כששירותים בניהול אקמ"א מהווים את אחת ההמלצות המרכזיות במסמך. סקר בקרב 103 אקמ"א מצא שמרביתן (76.7%) משמשות כראשי קליניקות לחולי סרטן או (11.7%) שהיו רוצות להקים קליניקות לחולי סרטן (Farrell, 2011). מרבית האחיות המומחיות בסקר מגישות טיפול שבעבר בוצע על ידי רופאים, בפרט ברישום של תרופות ואבחנות, ונראה שגם בצוותי בתי חולים ישנה הערכה רבה ליכולותיהן של אקמ"א והגידול בסמכויותיהן, שמפחית מעומסם של רופאים מומחים שונים (Ream, 2009). ההישג הבולט ביותר של הרפורמה בסרטן והבחירה של מערכת הבריאות של הממלכה המאוחדת לתת אמון מלא באחיות הוא הקליניקות בניהול אקמ"א, שמקצר את זמני ההמתנה לקבלת שירותים אונקולוגיים ומנגיש את הטיפול גם לאזרחים שחיים רחוק מהערים הגדולות בממלכה. לצד הגישה המתקדמת והחדשנות המכוונת ישנה הכרה כי תחומים רבים בעיסוקן של אקמ"א אינם מוסדרים דיים ופתוחים מדי לפרשנות. מעט יטענו כי הגמישות והקדמה שנוקטת

¹ Michael Varey: "The patient is at the heart of what I do, whether it be providing information, explanations, holistic support, reassurance, and bringing together all disciplines to make an informed and timely plan for the patient and the treating team"

מערכת הבריאות של הממלכה המאוחדת אינן צעד נכון באסטרטגיה לשיפור השרידות לסרטן, אך שניונים דרסטיים באחריותה של האקמ"א לצד מיעוט הפיקוח מקשים יותר על ניטור והערכה של הטיפול לו זוכים האזרחים (Farrell, 2011).

יפן

בשנת 1987 דו"ח ממשלתי תיאר לראשונה את "הצורך בטיפול אחיות מומחיות עם ידע סיעודי מומחה" (The Japanese Ministry of Health and Welfare, 1987), בעקבותיו איגוד התוכניות האוניברסיטאיות בסיעוד ומספר ארגוני אחיות החלו בהקמת מערכת הכשרה והסמכה שהחלה לפעול בשנת 1995, במגוון התמחויות לרבות אונקולוגיה (Komatsu, 2010). עד שנת 2010 הוסמכו ושובצו במסגרות רפואיות 193 אקמ"א, מספר שתואר כבלתי מספק, בהלימה עם הערכה של ארגון הבריאות העולמי שביפן בקרוב יחסרו כ-270,000 אחיות (McCarthy, 2020). האחריות למסוגליותיהן המקצועיות של אקמ"א משותפת לאיגוד התוכניות האוניברסיטאיות בסיעוד ואיגוד האקמ"א (Komatsu, 2010). לאחר סיום תואר שני בסיעוד עם תחום מומחיות מוגדר, אחות קלינית יכולה להגיש בקשה להסמכה לאקמ"א לאחר שצברה ניסיון של 5 שנים בעבודה קלינית (מתוכן לפחות 3 בסיעוד אונקולוגי). ההסמכה מעניקה רישיון ל-5 שנים, לאחריו אקמ"א תידרש לחידושו בפני הועדה, תוך הגשת דיווח על פעילותה והכשרות מתקדמות שביצעה. איגוד התוכניות האוניברסיטאיות בסיעוד מעוניין להעביר את הוועדה המסמיכה מידי איגוד האחיות היפני לאיגוד האקמ"א, כמו גם את כל ועדות ההסמכה למומחיות קליניות מסוימות לאיגוד האחיות עם המומחיות האינדיבידואלית התואמת. סקר שבחן סיפוק מקצועי (job satisfaction) בקרב 200 אקמ"א ביפן, מצא שגורמים המגדילים סיפוק הם הערכה חיובית ע"י הצוות הבכיר ($OR=13.2$), עצמאות בעבודה ($OR=11.3$), הערכה חיובית של ההתפתחות המקצועית ($OR=7.4$), מעורבות בפעילויות ותפקידי חתך ($OR=7.1$), הכנסות מטיפולים רפואיים נוספים ($OR=3.8$), עבודה ברדיותרפיה ($OR=2.9$), ועבודה עם צוותי טיפול פליאטיבי ($OR=2.6$) (Kitajima, 2020). 49% מהאקמ"א בסקר הביעו שביעות רצון מעבודתן, בהשוואה ל-38% מהאחיות האונקולוגיות שאינן אקמ"א. בצד המחסור בעובדי בריאות ביפן, ההצלחה היחסית של ייסוד מקצוע האקמ"א ראוי לציון גם בהקשר התרבותי המשותף למדינות השוכנות במערב האוקיינוס השקט, שלפי ארגון הבריאות העולמי מעניקות מגוון מצומצם של הסמכות ותארים מקצועיים לאחיות בהשוואה למדינות אירופה וצפון אמריקה (McCarthy, 2020). בראיית העתיד, המטרה ביפן היא להגדיל את מספר תוכניות ההכשרה של אקמ"א ל-100 תוכניות באוניברסיטאות ברחבי המדינה (Komatsu, 2010).

ברזיל

דרישה להעמקת הידע באונקולוגיה בקרב אחיות החלה להופיע ב-1990 בבתי ספר לסיעוד על ידי סטודנטים לסיעוד, שהביאה לייסוד תפקיד האקמ"א, והאקמ"א הפדיאטרית לפי "המודל הצפון אמריקאי" (Duarte, 2013). הייסוד הרשמי של המומחיות האונקולוגית בסיעוד מזוהה עם 'החלטה 290 של ועד האחיות הפדרלי ב-2004 (Resolução no 293/2004). לפחות בחלק ממקומות

התעסוקה, בהטמעה הארגונית של התפקיד נעשה שימוש במסוגליות שהוגדרו על ידי איגוד אחיות אונקולוגיות (APHON) הכוללות: טיפול ישיר בחולים, ייעוץ סיעודי, מנהיגות מערכתית, שיתוף פעולה עם צוותי אחיות ומקבלי שירות, חניכה, מחקר ומעורבות פעילה בקבלת החלטות אתית (National CNS Competency Task Force, 2010). ההטמעה נעשתה בהשראה ותוך שיתוף פעולה עם אקמ"א שעבדו בבתי חולים בקנדה ובארצות הברית (Duarte, 2013). כדי לזכות בתואר על אחות קלינית לעבור מבחנים בנושאים של כימותרפיה וצנתור ורידי מרכזי, להיות בעלת שנתיים לפחות של ניסיון קליני רלוונטי, ולהיות מעורבת בלימודים מתקדמים (de Gutiérrez, 2014). אקמ"א נדרשת להיות בוגרת לפחות 4,608 שעות התמחות מעשית ו-1,152 שעות התמחות תיאורטית, לאחר ביצוע 360 שעות הכשרה מעשית ותיאורטית באונקולוגיה. בכלליות, התוכן הנלמד כולל נושאים אפידמיולוגיים וביו-אתיים באונקולוגיה, בסיס מושגי וכלים דיאגנוסטיים בשימוש באונקולוגיה, מודלים טיפוליים, פתולוגיות אונקולוגיות, מצבי חירום אונקולוגיים, טיפול פליאטיבי ושליטה בסימפטומים, וניהול באונקולוגיה (de Gutiérrez, 2014). בהשוואה ליתר המדינות המתאפיינות בהכנסה בינונית ונמוכה (LMIC), ברזיל, בעזרת מועצת האחיות הפדרלית, מדגימה בולטות במחויבותה להטמעה של מקצוע האקמ"א (Challinor, 2020). דוגמה לייחודיות במחויבות שלה היא העובדה שאקמ"א שהוכשרו לכך מתקינות צנתור ורידי מרכזי (Santolim, 2017). בצד התשתית הקיימת, הוצע כי הכשרת אקמ"א בברזיל אינה נפוצה או מקיפה דייה. מבין 420 בתי ספר לסיעוד בדרום מזרח ברזיל, האזור המפותח במדינה, רק 31 מציעים קורסים מומחים באונקולוגיה, וההערכה היא כי בין השנים 2005-2013 רק 150 אחיות הוכשרו למקצוע האקמ"א (de Gutiérrez, 2014).

אוסטרליה

תפקידי סיעוד מומחה באונקולוגיה קיימים באוסטרליה וניו זילנד שנים רבות (Fleure, 2020), אך בשנת 2005 ממשלת אוסטרליה החלה לממן את "הפרויקט הלאומי להשכלה בסיעוד חולי סרטן" (EdCaN), שהניח את התשתית לחלוקה של כוח האדם הסיעודי המומחה המטפל בחולי סרטן באוסטרליה לתת התמחויות. בתהליך הוגדרו תפקידי "אחות סרטן מומחית" שיועדו לעבודה במסגרת שירות או מרכז אונקולוגי המתמחה בסוג טיפול או סטייג' סרטני מוגדר, או לחילופין אחיות שיעסקו בתיאום הטיפול לחולים לאורך כל שלביה של מחלה מוגדרת, כדוגמת אחות מומחית לסרטן השד (Aranda, 2009), או סרטן הערמונית (Fleure, 2020). מבחינת דרישות השכלה, נקבע כי תפקידי מומחה אלה ידרשו תואר שני בלא צורך באישורים נוספים אך סמכות לרישום תרופות (וסמכויות נוספות) תינתן רק באישור נוסף. מחקר איכותני באוסטרליה וניו זילנד שבחן תפיסות של 66 אנשי צוות ביחס לעבודה צוותית עם אקמ"א בטיפול בגידולים גניקולוגיים מצא כי הן מהוות רכיב מפתח בצוותים, ועל אף שצוותים אלה מורכבים לרוב מרשימה ארוכה של אנשי רפואה ואחיות מומחיות, האקמ"א מהווה מוקד כמעט בלתי ניתן להחלפה של "קשר, תקשורת, ותיאום" (Cook, 2019). לצד תחושת מחסור באקמ"א בצוותי סרטן גניקולוגי ללא תפקיד מאויש, בצוותים

בהן הייתה אקמ"א הועלו גם חסרונות וחששות, לרבות התפתחות של תלות פוטנציאלית של המטופל באקמ"א, ביצוע משימות 'בתוך הבין-תפקידי' שאנשי צוות ייעודיים היו מסוגלים לבצע לא פחות טוב, דריכה על תחומי אחריות של אנשי מקצוע אחרים באופן שפוגע בעבודת הצוות, וכן העמימות בתפקיד האקמ"א הפועלת בצוות מולטי-דיסציפלינרי ולקחת על עצמה משימות מעמיסות ללא-לאות ולעתים ללא הכרח (Cook, 2019).

אוסטרליה משתרעת על פני שטח אדמה נרחב ומטופלי המחוז ואזורים כפריים סובלים מגישה נמוכה לטיפול רפואי מומחה ונדרשים לחצות מרחבים גדולים עבור בדיקות וטיפולים לסרטן. לפחות חלק מתחומי המומחיות בסיעוד אונקולוגי נוסדו במטרה ליצור גמישות באספקת השירותים לפי צרכים מקומיים מחוץ לערים הגדולות (Sykes, 2013; Crawford-Williams, 2018; Challinor, 2020). החל משנת 2010 ממשלת אוסטרליה מפעילה קליניקות אונקולוגיות כפריות בניהול אקמ"א במטרה לגשר על פערי גישה לשירותים אונקולוגיים בין העיר לבין כפרים מרוחקים. בדוגמה ממחקר שהעריך את אפקטיביות השירות במדינת ויקטוריה תואר צוות המורכב מאקמ"א וכוח רפואי וסיעודי נוסף היושב בקליניקה בעיירה בנדיגו ומצוי בקשר שוטף עם קליניקה בכפר סמוך המונה כ-1,000 איש. האקמ"א ושאר הצוות נוסעים ברכב כשעה וחצי כל כשבועיים על מנת לנהל את הטיפול בכפר המבוצע בפועל על ידי אחות היושבת בכפר (O'Sullivan, 2019). מחברי המחקר הדגישו את הקשרים הטובים ורמת האמון הגבוהה בין כל המעורבים במודל הטיפולי. האקמ"א במחקר אמרה שהם "אוהבים את העבודה כי המטופלים אסירי תודה, זה מספק, והם מקבלים טיפול קרוב לבית"² (O'Sullivan, 2019), למרות שלא בטוח שהשירות בר-קיימא מבחינה כלכלית (Challinor, 2020).

הערכת ההטמעה של המומחיות הקלינית בסיעוד וגורמים התומכים בהצלחתה

הערכות חיוביות: תפקידי האקמ"א הנם בעלי חשיבות בשירות הבריאות הלאומי בממלכה המאוחדת בהטמעה יעילה של יוזמות רבות לשיפור שירותי האבחון והטיפול בסרטן (National Cancer Action Team, 2010). תפקידי אקמ"א נתפסים בבריטניה כתפקידים שלא ניתן לוותר עליהם (essential), והסמכות של אקמ"א לפעול במהירות בזיהוי ותגובה למצבים רפואיים בעודם מתהווים נתפסת כמונעת את הצורך באשפוז ובשירותי חירום (Corner, 2003; National Cancer Action Team, 2010). ניתוח עומסי עבודה בטיפול של אקמ"א בחולים עם סרטן ריאות מצא פחות באשפוזים הניתנים למניעה של בעיות שאינן אקוטיות מ-4 אשפוזים חודשיים בממוצע ל-0.3 (Baxter, 2011). מחקר איכותני בממלכה המאוחדת מצא כי בצוותי טיפול בסרטן ריאות אקמ"א תורמת למרשמים טיפוליים זריזים ומדויקים יותר (Tod, 2015). מחקר קווי-ניסויי מדרום קוריאה מצא כי חולים שטופלו על ידי אקמ"א דירגו את חווית הכאב והתשיות בטיפול כפחותה, ושביעות

² Nurse Practitioner suggested: "We love it because the patients are grateful, it's rewarding, and they get treatment closer to home."

הרצון מהטיפול ואיכות החיים כגבוהה יותר, אך לא נצפו הבדלים בחרדה או אשפוזים לא מתוכננים (Kim, 2011).

סקירת ספרות שהעריכה את תפקיד האקמ"א בדרום קוריאה, אוסטרליה, הולנד, אירלנד, והממלכה המאוחדת זיהתה שבאופן כללי ההערכה לתפקיד הינה חיובית, וניתן לחלק את התוצאים הרלוונטיים למטופלים ואשר נתרמים מאקמ"א לחמישה תחומים עיקריים: תמיכה פסיכולוגית, אספקת מידע למטופל, ניהול סימפטומים, תיאום הטיפול, ושביעות רצון המטופל (Kerr, 2021). מטופלים הסובלים ממגוון סוגי סרטן (Griffiths, 2013) מדווחים כי האחות הקלינית המומחית באונקולוגיה רואה את הסרטן שלהם בקונטקסט של מכלול חייהם, ולא כאוסף של סימפטומים, באופן ייחודי לפרספקטיבה ההוליסטית של האקמ"א. הטיפול הוערך כמוצלח יותר בשליטה בתופעות לוואי של כימותרפיה בקופות חולים בהן היו פחות מטופלים עבור כל אקמ"א. מחקר מהממלכה המאוחדת ציין כי בני זוג של מטופלי אקמ"א ראו בה איש אמון אליו ניתן לפנות עם דאגות וספקות לגבי יקיריהם כשהעדיפו לא להכביד על בני משפחתם (Borland, 2014). הגמישות הרבה בהגדרת התפקיד של האקמ"א וכן האוטונומיה המוענקת לה במקום עבודתה, אשר נזקפו בעבר בגנות התפקיד תוך ביקורת על שימוש לא נאות ובזבזני בכוח אדם, נובעת מצורך אמיתי בתגובה גמישה ורגישות למגוון הקשרים משתנים אשר ככל הנראה אינו מקבל מענה על ידי אף בעל תפקיד אחר במערכת הבריאות (Kerr, 2021).

הערכות ביקורתיות: נטען כי אופני השילוב הקיימים של טיפול האקמ"א אינם מספקים מענה מקיף דיו לצרכיהם של חולי סרטן (Macmillan Cancer Support, 2015), כשקיימת חשיבות להערכת השפעתה על התהליכים הקליניים והתוצאים הבריאותיים גם מזוויתם של המשתמשים בשירותי בריאות וגם מנקודת המבט של ספקי השירות. היות ותפקיד האקמ"א עונה על צרכים רבים ומגוונים שלעתים קרובות קשה להגדיר ולכמת התהליך של הערכת התפקיד הוא מאתגר במיוחד (Royal College of Nursing, 2009). איסוף שיטתי של התוצאים הבריאותיים הקשורים לעבודת האקמ"א חשובים כדי להעריך נכון את תרומתה לתמונה הגדולה יותר (Smy, 2011), ולוודא ניצול נכון של משאבים (Balsdon, 2014). גם באוסטרליה וגם בבריטניה הוצע כי מודלים מסוימים של העסקת אקמ"א הם ככל הנראה 'מותרות ואינם מוצדקים' (O'Sullivan, 2019; Vidall, 2011). מחקר עם מעורב שיטות באירלנד ציין כי 59% מהנשים עם סרטן שד שטופלו על ידי אקמ"א חשו שלא קיבלו מידע מספק על צרכי התזונה שלהן, מה שהוסבר מאוחר יותר כתוצאה של מחסור בכוח אדם ועמימות בהגדרת תפקיד האקמ"א (Droog, 2014). העמימות ביחס לתחומי האחריות של האקמ"א בהיותה חלק מצוות מולטי-דיסציפלינרי סומן כבעל פוטנציאל ליצור מתחים ואתגרים בעקבות חפיפה עם מגוון פרופסיות (Cook, 2019), ורצוי להגדיר "גבולות גזרה מקסימליים" (Kerr, 2021). התכנון, הביצוע, וההערכה של מחקרים הינו רכיב הכרחי בהגדרת התפקיד של אקמ"א, אך ישנו ספק אם קיימת הקפדה מספקת על הכללתו בעת תכנון תפקידי אקמ"א (Ward-Smith, 2002; Kerr, 2021).

שיפור ההכשרה

Kagan טוענת כי האקמ"א כיום (ואחיות אונקולוגיות בכלל) אינן מוכשרות באופן מספק להתמודד עם האוכלוסייה המבוגרת החולה בסרטן, ובהתחשב במגמות דמוגרפיות במקומות רבים בעולם, עתיד המומחיות הקלינית באונקולוגיה להטמיע בתוכה תכנים גרו-אונטולוגיים או גריאטריים, מאחר ומרכיבים רבים בסייעוד האונקולוגי, לרבות תיאום בין גורמי טיפול שונים או הטמעת שינוי התנהגותי, הולך ונעשה מאתגר עם הזדקנות האוכלוסייה (Kagan, 2016). מבחינת אונקולוגיה פדיאטרית, בברזיל דווח כי ההכשרה אינה מדויקת דיה, מאחר ואין פיקוח על הידע הפורמלי המוקנה לאקמ"א. בכל המדינה ישנו מחסור של קורסים בנושא אונקולוגיה פדיאטרית והידע הרלוונטי מושלם בתוך קהילת האחיות המטפלת באוכלוסייה זו (de Gutiérrez, 2014). הידע הנמסר בנוגע לחומרים ציטוטוקסיים איננו מספק ועלול לחשוף אחיות אונקולוגיות לסיכונים תעסוקתיים (Challinor, 2020). הכשרה בנושא קיימת רק ב-27% ממדינות מזרח אירופה, או 65% ממדינות מערב אירופה. באופן דומה אחיות מ-39% ממדינות אירופה בלבד דיווחו על קיום הנחיות כתובות על טיפול בחומרים רדיואקטיביים. כדרך לסייע לאקמ"א בעת הכניסה לתפקיד כמו גם להעצים את דרגות האוטונומיה שלהן, יש ערך בתוכניות הכשרה מבוססות רשת בסגנון אלו הקיימות בארה"ב. הכשרה מרחוק בעזרים דיגיטליים היא בעלת פוטנציאל למנף את האיכויות הייחודיות של אקמ"א (Hoffman, 2018).

רשימת מקורות בסקירה השיטתית

- Alessy, S. A., Lüchtenborg, M., Rawlinson, J., Baker, M., & Davies, E. A. (2021). Being assigned a clinical nurse specialist is associated with better experiences of cancer care: English population-based study using the linked National Cancer Patient Experience Survey and Cancer Registration Dataset. *European Journal of Cancer Care*, 30(6), e13490.
- Aranda S., Yates P. (2009). *A national professional development framework for cancer nursing*. Ed 2. Canberra: The National Cancer Nursing Education Project (EdCaN), Cancer Australia
- Balsdon, H., & Wilkinson, S. (2014). A trust-wide review of clinical nurse specialists' productivity. *Nursing Management*, 21(1).
- Baxter, J., & Leary, A. (2011). Productivity gains by specialist nurses. *Nursing times*, 107(30-31), 15-17.
- Begley, C., Elliott, N., Lalor, J., Coyne, I., Higgins, A., & Comiskey, C. M. (2013). Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1323-1337.

- Birrell, F., & Leung, H. Y. (2019). The Scottish prostate cryotherapy service—the role of the clinical nurse specialist. *British Journal of Nursing*, 28(18), S12-S16.
- Borland, R., Glackin, M., & Jordan, J. (2014). How does involvement of a hospice nurse specialist impact on the experience on informal caring in palliative care? Perspectives of middle-aged partners bereaved through cancer. *European journal of cancer care*, 23(5), 701-711.
- Broton, D., Youngblut, J. M., Kutcher, J., & Bobo, C. (2004). Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. *Nursing outlook*, 52(1), 45-52.
- Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R., Donald, F., Kaasalainen, S., ... & DiCenso, A. (2010). The clinical nurse specialist role in Canada. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 23, 140-166.
- Bryant-Lukosius, D., Green, E., Fitch, M., Macartney, G., Robb-Blenderman, L., McFarlane, S., ... & Milne, H. (2007). A survey of oncology advanced practice nurses in Ontario: profile and predictors of job satisfaction. *Nursing Leadership-Academy of Canadian Executive Nurses*, 20(2), 50.
- Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO) (2001). Standards of Care, Roles on Oncology Nursing, and Role Competencies. Ottawa: Author.
- Cancer Care Ontario (2006). New Ways of Working: A Provincial Strategy for Advanced Practice Roles in Cancer Care. Toronto: Author
- Challinor, J. M., Alqudimat, M. R., Teixeira, T. O., & Oldenmenger, W. H. (2020). Oncology nursing workforce: challenges, solutions, and future strategies. *The Lancet Oncology*, 21(12), e564-e574.
- Challinor, J. M., Galassi, A. L., Al-Ruzzieh, M. A., Bigirimana, J. B., Buswell, L., So, W. K., ... & Williams, M. (2016). Nursing's potential to address the growing cancer burden in low-and middle-income countries. *Journal of global oncology*, 2(3), 154.
- Cook, O., McIntyre, M., Recoche, K., & Lee, S. (2019). " Our nurse is the glue for our team"-Multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the gynaecological oncology specialist nurse role. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 7-15.
- Corner, J. (2003). The role of nurse-led care in cancer management. *The lancet oncology*, 4(10), 631-636.
- Crawford-Williams, F., Goodwin, B., March, S., Ireland, M. J., Hyde, M. K., Chambers, S. K., ... & Dunn, J. (2018). Cancer care in regional Australia from the health professional's perspective. *Supportive Care in Cancer*, 26(10), 3507-3515.

- de Gutiérrez, M. G. R., Duarte, A. M., & Dias, C. G. (2014). The clinical practice of oncology nursing in Brazil: realities and challenges in the training of specialist nurses. *ecancermedicalscience*, 8.
- Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries.
- Department of Health, 2007. The Cancer Reform Strategy. DH, London
- DiCenso, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Donald, F., ... & Charbonneau-Smith, R. (2010). Advanced practice nursing in Canada: overview of a decision support synthesis. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 23, 15-34.
- Droog, E., Armstrong, C., & MacCurtain, S. (2014). Supporting patients during their breast cancer journey: the informational role of clinical nurse specialists. *Cancer Nursing*, 37(6), 429-435.
- Duarte, A. M., Ibanez, A. D. S. S., Rodrigues, D. B., Barros, D. P., Soares, J. D. S., Perin, J. P. M., ... & Gutiérrez, M. G. R. D. (2013). Clinical Nurse Specialist: a model of advanced nursing practice in pediatric oncology in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 1426-1430.
- Farrell, C., Molassiotis, A., Beaver, K., & Heaven, C. (2011). Exploring the scope of oncology specialist nurses' practice in the UK. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 160-166.
- Fleure, L., & Sara, S. (2020, August). An exploration of the role of the prostate cancer specialist nurse from two international perspectives. In *Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 36, No. 4, p. 151043). WB Saunders.
- Fulton, J. S. (2018). Clinical Nurse Specialist International https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=4805470&Journal_ID=54033&Issue_ID=4805459
- Galassi, A., Morgan, C., & Muha, C. (2018). Making the invisible visible: Oncology nursing efforts of NCI-designated cancer centers in LMICs. *Journal of cancer policy*, 17, 34-37.
- Griffiths, P., Simon, M., Richardson, A., & Corner, J. (2013). Is a larger specialist nurse workforce in cancer care associated with better patient experience? Cross-sectional study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(1_suppl), 39-46.
- Hoffmann, R. L., Klein, S., Connolly, M., & Rosenzweig, M. Q. (2018). Oncology nurse practitioner web education resource (ONc-PoWER): an evaluation of a web-enhanced education resource for nurse practitioners who are new to cancer care. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 9(1), 27.

- Hunt, J.A. (1999). A specialist nurse: an identified professional role or a personal agenda? *Journal of advanced nursing*, 30(3), 704-712.
- Kagan, S. H. (2008). Ageism in cancer care. In *Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 24, No. 4, pp. 246-253). WB Saunders.
- Kagan, S. H. (2016). The future of gero-oncology nursing. In *Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 32, No. 1, pp. 65-76). WB Saunders.
- Kerr, H., Donovan, M., & McSorley, O. (2021). Evaluation of the role of the clinical Nurse Specialist in cancer care: an integrative literature review. *European Journal of Cancer Care*, 30(3), e13415.
- Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2016). Relationship between clinical nurse specialist role implementation, satisfaction, and intent to stay. *Clinical Nurse Specialist*, 30(3), 159-166.
- Kim, M. Y. (2011). Effects of oncology clinical nurse specialists' interventions on nursing-sensitive outcomes in South Korea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(5).
- Kitajima, M., Miyata, C., Tamura, K., Kinoshita, A., & Arai, H. (2020). Factors associated with the job satisfaction of certified nurses and nurse specialists in cancer care in Japan: Analysis based on the Basic Plan to Promote Cancer Control Programs. *PloS one*, 15(5), e0232336.
- Kleinpell, R. M., Hudspeth, R., Scordo, K. A., & Magdic, K. (2012). Defining NP scope of practice and associated regulations: Focus on acute care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(1), 11-18.
- Komatsu, H. (2010). Oncology certified nurse specialist in Japan. *Japanese journal of clinical oncology*, 40(9), 876-880.
- Mackey, H., Noonan, K., Kennedy Sheldon, L., Singer, M., & Turner, T. (2018). Oncology Nurse Practitioner Role: Recommendations From the Oncology Nursing Society's Nurse Practitioner Summit. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(5).
- Macmillan Cancer Support (2015). Cancer Clinical Nurse Specialists. Retrieved from <https://www.macmillan.org.uk/documents/aboutus/research/impactbriefs/clinicalnursespecialists2015new.pdf>
- McCarthy, C., Boniol, M., Daniels, K., Cometto, G., Diallo, K., Lawani, A. D., & Campbell, J. (2020). State of the World's nursing 2020: investing in education, jobs, and leadership. *World Health Organization*.
- Morgan, B., & Tarbi, E. (2016). The role of the advanced practice nurse in geriatric oncology care. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 32, No. 1, pp. 33-43). WB Saunders.

- Murphy, M. P., Miller, J. M., Siomos, M. Z., Braun, L., Hinch, B., & Swartwout, K. (2014). Integrating gerontological content across advanced practice registered nurse programs. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(2), 77-84.
- National Association of Clinical Nurse Specialists. (2010). Clinical nurse specialist core competencies: Executive summary 2006–2008. *National CNS Competency Task Force*. Retrieved August, February, 2022.
- National Cancer Action Team (2010). *Excellence in cancer care: The contribution of the clinical nurse specialist*. NCAT London
- O'Sullivan B, Loorham M, Anderson L, Solo I, Kabwe M. Subregional nurse-led oncology services supported by an outreach oncology team: building an optimal service framework. [https:// www.imics.org.au/wp-content/uploads/2019/12/Subregional-nurse-led-oncology-services-supported-by-an-outreach-oncology-team-building-an-optimal-service-framework.pdf](https://www.imics.org.au/wp-content/uploads/2019/12/Subregional-nurse-led-oncology-services-supported-by-an-outreach-oncology-team-building-an-optimal-service-framework.pdf) (accessed February 1, 2022).
- Raja-Jones, H. (2002). Role boundaries-research nurse or clinical nurse specialist? A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 11(4), 415-420.
- Ream, E., Wilson-Barnett, J., Faithfull, S., Fincham, L., Khoo, V., & Richardson, A. (2009). Working patterns and perceived contribution of prostate cancer clinical nurse specialists: a mixed method investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1345-1354.
- Resolução no 293/2004 (2004) [Web Page] Brasil: Conselho Regional de Enfermagem [date accessed February 2022] Fixa as especialidades em Enfermagem available at http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2902004-revogada-pela-resoluco-cofen-n-3892011_4326.html
- Rosenzweig, M., Giblin, J., Mickle, M., Morse, A., Sheehy, P., Sommer, V., & Bridging the Gap Working Group. (2012). Bridging the gap: A descriptive study of knowledge and skill needs in the first year of oncology nurse practitioner practice. In *Oncology nursing forum* (Vol. 39, No. 2, p. 195). NIH Public Access.
- Royal College of Nursing (2009). *Specialist Nurses Make a Difference*. RCN
- Santolim, T. Q. (2017). *Benefícios e riscos do cateter central de inserção periférica (CCIP): experiência em 1023 procedimentos* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Smy, J., Young, A., Barlow, H., Vidall, C., Crowe, M., & Harrison, I. (2011). Making clinical nurse specialists make more of an impact. *Health Service Journal*, 21st March <http://www.hsj.co.uk/resource-centre/best-practice/making-clinical-nurse-specialists-make-more-of-an-impact/5026053>. article [Accessed 7 March 2015].

- Sykes, J. (2013). Practice framework and competency standards for the prostate cancer specialist nurse. *Sydney: Prostate Cancer Foundation of Australia*.
- The Japanese Ministry of Health and Welfare. The Report of Nursing System Advisory Committee (in Japanese). Tokyo: The Ministry of Health and Welfare 1987.
- Tod, A. M., Redman, J., McDonnell, A., Borthwick, D., & White, J. (2015). Lung cancer treatment rates and the role of the lung cancer nurse specialist: a qualitative study. *BMJ open*, 5(12), e008587.
- Varey, M. (2015). The acute oncology clinical nurse specialist. *British Journal of Nursing*, 24(Sup4), S14-S15.
- Vidall, C., Barlow, H., Crowe, M., Harrison, I., & Young, A. (2011). Clinical nurse specialists: essential resource for an effective NHS. *British Journal of Nursing*, 20(Sup10), S23-S27.
- Ward-Smith, P. (2002). Clinical Nurse Specialist Participation in an Epidemiologic Study: Implications for Practice. *Clinical Nurse Specialist*, 16(1), 17-21.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553.
- Young, A. M., Charalambous, A., Owen, R. I., Njodzeka, B., Oldenmenger, W. H., Alqudimat, M. R., & So, W. K. (2020). Essential oncology nursing care along the cancer continuum. *The lancet oncology*, 21(12), e555-e563.