תוכנית "נטע – מנהיגות מצמיחה שינוי בבריאות"

מחקר הערכה

פאדי ח'ורי

טליה חסין

מאיירס ג'וינט ברוקדייל

עריכת לשון: סיגל אשכנזי
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר הוזמן על ידי ג'וינט-תבת ומומן בסיועו

הצעה לציטוט (APA):
ח'ורי, פ', וחסין, ט' (2026). *תוכנית "נטע – מנהיגות מצמיחה שינוי בבריאות": מחקר הערכה*. דמ-105-26. מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

מכון מאיירס ג'וינט ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

תקציר

רקע

תוכנית "נטע – מנהיגות מצמיחה שינוי בבריאות" החלה לפעול בשנת 2023, והיא מיועדת לאחיות ולאחים ולעובדי מקצועות הבריאות בדרגי ניהול ביניים בארגוני הבריאות. התוכנית פותחה בג'וינט-תבת בשיתוף מִנהל האחיות במשרד הבריאות ואגף בכיר "עתודות לישראל" במשרד ראש הממשלה. מטרתה לחזק כישורי ניהול ומנהיגות, להעמיק את ההיכרות עם מערכת הבריאות, ליצור רישות ולבסס תפיסת תפקיד רחבה ומובילת שינוי. התוכנית נמשכת כשנה ומשלבת למידה עיונית ויישומית, למידת עמיתים ומיזם שינוי בארגון.

ג'וינט-תבת פנה למכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה להעריך את שני המחזורים הראשונים של התוכנית ולבחון את תרומתה להשגת יעדיה.

מטרות המחקר

מטרת המחקר הייתה להעריך את תוכנית נטע על פי שלושה מיעדיה המרכזיים: פיתוח כישורי המנהיגות של המשתתפים, יצירת רשת מקצועית בין משתתפי התוכנית ובוגריה וקידום המוביליות התעסוקתית של המשתתפים.

שיטה

המחקר נערך בשנים 2024-2026 בשיטות מחקר מעורבות בקרב שני המחזורים הראשונים של התוכנית. בסקר שנערך מייד לאחר סיום התוכנית השתתפו 58 מתוך 60 משתתפים (97%). בסקר מעקב כחצי שנה לאחר מכן 58 משתתפים (97%), ובסקר מעקב נוסף כשנה לאחר הסיום, בקרב מחזור א', 29 בוגרים (97%). שאלון נפרד הופץ גם לממונים הישירים של משתתפי התוכנית, ועליו השיבו 27 ממונים (45%). נוסף על כך נערכו עשרה ראיונות עומק עם משתתפים, מנחי התוכנית ואנשי מטה במשרד הבריאות, ונסקרה הספרות המקצועית על תוכניות לפיתוח מנהיגות במערכות בריאות במגוון מדינות בעולם.

ממצאים עיקריים

- ההשוואה בין מתווה ההפעלה של נטע לתוכניות בעולם העלתה כי נטע משלבת מאפיינים של כמה מודלים להכשרת מנהיגות, ובהם למידה יישומית, פעילות פנים-ארגונית ורשת מקצועית בין-ארגונית, שהיא מאפיין מרכזי בתכנון התוכנית.
- **יישום התוכנית וציפיות המשתתפים.** כלל המשיבים דיווחו כי התוכנית הגשימה את כל ציפיותיהם או חלק גדול מהן. במחזור ב' ניכרה הערכה חיובית יותר לזמן שהוקדש ללמידת תחומי התוכן, להיכרות עימם ולתרגום הלמידה לפרקטיקה. מנחי התוכנית ייחסו זאת להתאמות שנעשו אחרי מחזור א', ששימש תוכנית חלוץ, ובהן שילוב מוקדם ומובנה יותר של העבודה על מיזמי השינוי.
- **פיתוח מנהיגות וראייה מערכתית.** 94% מן המשיבים דיווחו על תרומה רבה או רבה מאוד של התוכנית להיבטים של תפיסת המנהיגות, ו-90% דיווחו כי שינו את דפוסי הניהול והמנהיגות שלהם. התוכנית נתפסה כתורמת לפיתוח יכולות מנהיגות ולשינוי באופן שבו המשתתפים תופסים את תפקידם במערכת הבריאות. גם הממונים תיארו שינויים דומים, אך בשל שיעור ההיענות הנמוך ממצאיהם משמשים מקור משלים.
- **ידע, כלים ורשת מקצועית.** 94% מן המשיבים בממוצע דיווחו כי התוכנית הקנתה להם ידע חדש במידה רבה או רבה מאוד, ו-85% דיווחו על רכישת כלים ומיומנויות ניהוליות במידה רבה או רבה מאוד. כל המשיבים דיווחו כי התוכנית תרמה במידה רבה או רבה מאוד ליצירת שפה מקצועית משותפת ורשת עמיתים, ו-78% בממוצע דיווחו כי התוכנית סייעה להם ביצירת קשרים עם גופים מקצועיים. רשת העמיתים הייתה התרומה השכיחה ביותר גם כחצי שנה לאחר הסיום (59%).
- **מיזמי השינוי.** המיזמים עסקו בין היתר בשיפור תהליכים ארגוניים וניהוליים, באיכות הטיפול, בפיתוח המשאב האנושי ובחיזוק מקצוע האֲחִיוּת. במחזור א' עלה שיעור המשתתפים שדיווחו כי המיזם נמצא בשלב היישום וההטמעה מ-50% כחצי שנה לאחר סיום התוכנית ל-76% לאחר שנה, ובמחזור ב' דיווחו על כך 34% כחצי שנה לאחר סיום התוכנית. המחקר לא מאפשר להסביר את ההבדלים בין המחזורים.
- **מוביליות תעסוקתית.** בקרב משתתפי מחזור א' דיווחו 40% על קידום לתפקיד חדש כחצי שנה לאחר סיום התוכנית, ושיעורם עלה ל-55% כעבור שנה. בקרב משתתפי מחזור ב' דיווחו 28% על קידום בתוך כחצי שנה.
- **תחומים להמשך פיתוח.** המשתתפים ביקשו לחזק את ההיבט היישומי ולהעמיק את העיסוק בקהילה, ברצף הטיפול, בכלי ניהול ובהיכרות עם גופי מטה ומקבלי החלטות.

סיכום וכיווני פעולה

ממצאי ההערכה הצביעו על תרומה נתפסת של תוכנית נטע לפיתוח תפיסת מנהיגות, להרחבת הראייה המערכתית, לרכישת ידע וכלים ולבניית רשת עמיתים מקצועית, וכן על התקדמות ביישום מיזמי השינוי ועל קידום בתפקיד לאחר סיום התוכנית. עם זאת בשל הסתמכות על דיווח עצמי, היעדר קבוצת השוואה ומדידה ישירה לפני ההכשרה, שיעור ההיענות הנמוך של הממונים ותקופת המעקב הקצרה, אין אפשרות לייחס את השינויים לתוכנית בלבד או להעריך את השפעותיה הרחבות ברמת הארגון ומערכת הבריאות.

מומלץ להרחיב את העיסוק בקהילה, ברצף הטיפול ובשיתופי פעולה בין ארגונים; לחזק את ההיבט היישומי באמצעות זמן רב יותר לתרגול, לליווי אישי ולעבודה במיזמי השינוי; להגביר את מעורבותם של ממונים ישירים, מנהלים בכירים ומקבלי החלטות בתהליך; לשמר ולפתח את רשת הבוגרים באמצעות מפגשי המשך וקהילות למידה. מומלץ גם להמשיך במעקב אחר בוגרי התוכנית כדי לבחון את התפתחות המיזמים, את המוביליות המקצועית ואת ההשפעות הארגוניות והמערכתיות לאורך זמן.

תוכן עניינים

1. מבוא **1**

2. מטרות המחקר **2**

2.1 שאלות המחקר 2

3. שיטות המחקר **3**

3.1 מערך המחקר 3

3.2 שיטת הניתוח 4

3.3 אתיקה 5

4. ממצאים מסקירת הספרות המקצועית **6**

4.1 מודלים להפעלת תוכניות במערכת הבריאות 6

4.2 תוכנית נטע: ההקשר הישראלי והזיקה למודלים 8

4.3 תוכניות לפיתוח מנהיגות בעולם: דוגמאות להשוואה 9

4.4 תובנות מרכזיות על תוכניות לפיתוח מנהיגות אחיות 14

5. ממצאי המחקר **16**

5.1 ממצאי הסקר הראשון – מייד לאחר סיום התוכנית 16

5.2 ממצאי המעקב – סקר שני 26

5.3 הסיור הלימודי בחו"ל 29

5.4 ממצאי שאלון הממונים על משתתפי התוכנית 29

6. מגבלות המחקר **31**

7. סיכום ודיון **32**

7.1 התוכנית משמשת פלטפורמה לפיתוח מנהיגות מערכתית ורישות 32

7.2 שילוב של למידה עיונית ויישום 33

7.3 התוכנית מחזקת את הקשר בין משתתפיה למערכת הבריאות כולה 33

7.4 אינדיקציות להשפעת התוכנית גם לאחר סיומה 33

7.5 הבדלים בין מחזורי התוכנית ביישום התוכנית ובהתקדמות המקצועית 33

7.6 גבולות ההשפעה 34

8. כיווני פעולה והמלצות **36**

רשימת מקורות **37**

נספח א: פרק משלים לסקירת הספרות בנושאים שימור, מוביליות וקידום מקצועי בקרב אחיות **41**

נספח ב: שינויים בתפקיד בקרב משתתפי התוכנית **47**

רשימת לוחות

לוח 1: תוכניות מנהיגות לדרגי ביניים באַחֲיוּת ומקצועות הבריאות בעולם ובישראל 13

לוח 2: מאפייני משתתפי התוכנית, לפי מחזור 16

לוח 3: הקצאת הזמן לפעילויות בתוכנית לדעת המשתתפים, לפי מחזור (באחוזים) 18

לוח ב-1: שינויים בתפקיד בקרב משתתפי התוכנית אחרי שנה במחזור א' וחצי שנה במחזור ב' 47

רשימת תרשימים

תרשים 1: הקצאת הזמן לעיסוק בנושאי התוכנית לדעת המשתתפים, לפי מחזור 17

תרשים 2: הגשמת ציפיות המשתתפים בתוכנית 19

תרשים 3: ציפיות שלא התממשו בתוכנית 20

תרשים 4: התרומה הנתפסת של התוכנית למיומנויות המנהיגות בקרב המשתתפים 21

תרשים 5: השפעת התוכנית על עמדות המשתתפים כלפי מערכת הבריאות ותפקידם בה 22

תרשים 6: תרומה נתפסת של התוכנית בהקניית ידע ושותפויות בקרב המשתתפים 23

תרשים 7: התרומה הנתפסת של התוכנית במתן כלים ומיומנויות במגוון תחומים בקרב המשתתפים 24

תרשים 8: הסיבות השכיחות ליצירת קשר עם גופים מקצועיים 25

תרשים 9: המסגרות שבהן מיושם מיזם השינוי, לפי מחזור 26

תרשים 10: התקדמות ביישום מיזם השינוי שהחל במסגרת התוכנית, לפי מחזורים 27

תרשים 11: התרומות המשמעותיות של התוכנית לטווח הארוך לדעת המשתתפים 28

1. מבוא

בעשורים האחרונים גוברת ההבנה בדבר חשיבותם של מנהיגות אפקטיבית, תקשורת, שיתופי פעולה ותכנון אסטרטגי להצלחתן העתידית של מערכות בריאות הציבור וארגוני בריאות (MacKechnie et al., 2022). בתחום הרפואה התפתחה תפיסת המנהיגות ממודל היררכי מסורתי, שלפיו התבסס הקידום על הישגים אקדמיים או קליניים, למודל הרואה במנהיגות תהליך רב-ממדי ולא לינארי (Detsky, 2011). היכולות להדריך עובדים וצוותים, להניע אותם ולהוביל שיתופי פעולה בינם ובין גופים במערכת הבריאות סביב מטרה משותפת נתפסות כמיומנות מוערכת של מנהיגים יעילים. מאפיינים התנהגותיים לא-קליניים אלו חיוניים להצלחה בתחום הבריאות, והם בסיס חשוב למיומנויות הקליניות ולמומחיות של אנשי המקצוע (MacKechnie et al., 2022).

ההתעניינות בהכשרה לפיתוח מיומנויות אלו בקרב אנשי מקצוע במערכת הבריאות מתגברת והולכת, וההשתתפות בתוכניות מנהיגות נהפכה לפעילות בעלת ערך אקדמי מוכר בשל ההכרה בתרומתן לשיפור איכותם של שירותי הבריאות (Frenk et al., 2010). מגמה זו משתלבת במהלך רחב יותר של פיתוח עתודות ניהוליות ומנהיגות בשירות הציבורי. במדינות רבות מופעלות תוכניות לפיתוח מנהיגות ועתודות ניהוליות של אנשי מקצוע במערכת הבריאות כחלק ממדיניות ארוכת טווח לפיתוח הון אנושי איכותי בשירות המדינה. ברוב מדינות OECD מושם דגש בבניית מסלולים תומכים למנהיגות ציבורית, ובכלל זה תהליך מיון סדור, הכשרה אינטנסיבית, חשיפה בין-מגזרית וליווי מתמשך (OECD, 2023). תוכניות אלו לא רק מקנות למשתתפיהן כלים מקצועיים אלא גם מעצבות זהות מנהיגותית מגובשת ותחושת שליחות ציבורית (OECD, 2001).

מערכות בריאות מאופיינות במורכבות רבה הן מבחינה ארגונית הן מבחינה תפקודית, ולכן פיתוח מנהיגות בהן מחייב התאמות ייחודיות לתחום. תוכניות ייעודיות בתחום הבריאות, הפועלות במגוון מדינות דוגמת ארצות הברית, קנדה, בריטניה ואוסטרליה, תוכננו בהתאם למאפיינים המערכתיים, הדמוגרפיים והארגוניים המקומיים. תוכניות אלו פועלות במגוון מודלים אקדמיים, פנים-ארגוניים, רשתיים ובין-לאומיים, והן מכוונות לטיפוח מנהיגות מערכתית ורב-תחומית (Chen et al., 2022; Frich et al., 2015; West et al., 2015).

בתוך מגמה זו גבר גם העיסוק בפיתוח מנהיגות בקרב אחיות, בין היתר באמצעות תוכניות עתודה המיועדות לחיזוק יכולתן להוביל שינוי במערכת הבריאות (MacKechnie et al., 2022; World Health Organization [WHO], 2020). בכך משתלב פיתוח המנהיגות באַחֶיוּת במגמה הרחבה יותר של חיזוק יכולות ניהול ומנהיגות בקרב אנשי מקצוע במערכות בריאות.

גם בישראל ניכרת התפתחות בתחום פיתוח המנהיגות, בעיקר במסגרת המהלך הלאומי "עתודות לישראל", המקדם תוכניות במגוון תחומים בשירות הציבורי, ובהן תוכניות לפיתוח

עתודות ומנהיגות במערכת הבריאות. עם תוכניות אלו נמנות התוכניות "נטע", "ענבר", "אילנות", "כרם" ו"זמן עתיד" (עתודות לישראל, 2023). הדגש בתוכניות אלו הוא בשילוב אוכלוסיות מגוונות, בטיפוח שפה משותפת ובהכשרה מעשית המובילה להשתלבות במשרות השפעה. תוכניות אלו נועדו לתמוך בצמיחת דור העתיד של מקבלי החלטות בשירות הציבורי בישראל.

תוכנית "נטע", שפותחה בג'וינט-תבת בשיתוף מִנהל האחיות במשרד הבריאות ואגף בכיר "עתודות לישראל" במשרד ראש הממשלה, משתייכת לתוכניות אלו ומתמקדת בפיתוח מנהיגות בקרב דרגי הביניים במערכת הבריאות ממקצועות האַחֶיוּת ומקצועות הבריאות האחרים. ג'וינט-תבת פנה למכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לעשות מחקר הערכה של שני המחזורים הראשונים בתוכנית נטע, לערוך סקירה השוואתית של תוכניות עתודה לשירות הציבורי ולמנהיגות במערכות בריאות ברחבי העולם ולנתח את מאפייני פעילותן ודרכי יישומן.

2. מטרות המחקר

מטרת המחקר הייתה להעריך את תוכנית נטע על פי יעדיה המרכזיים: פיתוח כישורי המנהיגות של המשתתפים, יצירת רשת מקצועית בין משתתפי התוכנית ובוגריה וקידום המוביליות התעסוקתית של המשתתפים.

2.1 שאלות המחקר

1. עד כמה שיפרה התוכנית את כישורי המנהיגות של משתתפיה לדעת המשתתפים והממונים עליהם?
2. כמה מבוגרי התוכנית קודמו במערכת הבריאות?
3. האם בוגרי התוכנית טווים רשת מקצועית להתייעצות ולשיתופי פעולה ביניהם כדי לשפר את תפקודה של מערכת הבריאות?

3. שיטות המחקר

3.1 מערך המחקר

המחקר נערך בשנים 2024-2026, ונעשתה בו הערכה של שני המחזורים הראשונים בתוכנית. המחקר נערך בשיטות מחקר מעורבות: השיטות האיכותניות כללו ראיונות עומק וסקירת ספרות, והשיטות הכמותיות כללו סקרים בקרב משתתפים ובקרב ממונים ישירים.

3.1.1 שיטות מחקר איכותניות

ראיונות

א. שישה **ראיונות עם משתתפי התוכנית.** בסוף כל מחזור הכשרה נערכו ראיונות עם שלושה מבוגריו. הראיונות עסקו בתוכנית, בכישורים ובתרומה הנתפסת של התוכנית.

ב. **שני ראיונות עם מנחי התוכנית.** ריאיון בסוף כל מחזור הכשרה עם רכז התוכנית או עם האחראי לתוכנית – הראיונות עסקו בתהליך, בבחירת המשתתפים, בהשגת מטרות התוכנית ובהמלצות לשימור ולשיפור.

ג. **שני ראיונות עם אנשי המטה של משרד הבריאות.** ראיונות עם שניים מאנשי המקצוע במטה במשרד הבריאות הקשורים לייזום התוכנית. המרואיינים חידדו את מטרות התוכנית, לתפיסתם, והסבירו כיצד היא משתלבת במהלך אסטרטגי כולל.

בסך הכול נערכו 10 ראיונות.

סקירת ספרות

הסקירה התבססה על מקורות מידע ממגוון מדינות. במסגרת הסקירה ההשוואתית נבחרו להצגה מפורטת תוכניות לפיתוח מנהיגות מבריטניה, מאוסטרליה ומקנדה שנמצאו רלוונטיות להשוואה לתוכנית נטע, שכן הן עוסקות בפיתוח מנהיגות במערכות בריאות ובקרב דרגי ביניים, בייחוד במקצוע האַחֶיוּת:

א. נבחנו תוכניות עתודה לשירות ציבורי ולמנהיגות ממערכות בריאות בשלוש המדינות הנבחרות – חוזקות, שיטות עבודה והמלצות המדיניות.

ב. נבחנו פרקטיקות מיטביות מן העולם העוסקות בהגדלת כוח האדם האַחֶיוּתי, ובהרחבת חלוקת התפקידים והאחריות בין אחיות לפי הכשרתן, ניסיונן וכישוריהן כדי לאפשר ניצול מיטבי של היכולות המקצועיות ושיפור התפקוד של המערכת.

המידע נאסף מפברואר 2025 עד יולי 2025 ובכלל זה:

- **מאמרים אקדמיים** מן הספרות המקצועית הישראלית והבין-לאומית אשר אותרו במנועי החיפוש Google Scholar ו-Elicit לפי שימוש במילות חיפוש הרלוונטיות למחקר: **בעברית –** מנהיגות סיעודית, פיתוח מנהיגות במערכת הבריאות, מנהלי סיעוד בדרגי ביניים, עתודות הון אנושי, למידה יישומית וחונכות, רשתות מקצועיות והובלת שינוי; **באנגלית –** Nursing Leadership, Healthcare Leadership Development, Middle Nursing Management, Leadership/Talent Pipeline, Experiential Learning and Mentoring, Professional Networks and Change Leadership
- **ספרות אפורה:** דוחות מחקר ומסמכים רשמיים של ארגוני בריאות בעולם.

3.1.2 שיטות מחקר כמותיות

א. **סקר בקרב משתתפים בסיום תוכנית ההכשרה.** הסקר כלל שאלות משוב על התוכנית ושאלות בנושא השליטה בכישורים שהתוכנית נועדה להקנות. על הסקר השיבו 58 מ-60 משתתפי התוכנית, כלומר שיעור ההיענות היה 97%.

ב. **סקרי מעקב בקרב בוגרי התוכנית.** הסקרים הופצו כחצי שנה וכשנה לאחר סיום התוכנית והתמקדו ברישות ובמוביליות תעסוקתית במערכת הבריאות. בסקר שנערך כחצי שנה לאחר סיום התוכנית השיבו 58 משתתפים – שיעור ההיענות היה 97%. בסקר שנערך כשנה לאחר סיום התוכנית בקרב בוגרי מחזור א' השיבו 29 משתתפים – שיעור ההיענות היה 97%. הסקרים נבנו במכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, הופצו על ידי מובילי התוכנית בג'וינט ונותחו במכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

ג. **סקר בקרב הממונים הישירים של בוגרי התוכנית.** הסקר הופץ לממונים כשלושה חודשים לאחר סיום התוכנית ועסק בכישורי הבוגרים, ביוזמות שהובילו ובתפקודם. על הסקר השיבו 27 ממונים, שהם 45% מן הממונים שנשלח אליהם הסקר: 18 ממונים של בוגרי מחזור א' ו-9 ממונים של בוגרי מחזור ב'.

הסקרים היו סקרים מקוונים למילוי עצמי. במידת הצורך נעשו ראיונות טלפוניים כדי להעלות את שיעור ההשבה.

3.2 שיטת הניתוח

הסקרים נותחו באמצעות תוכנת SPSS. נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית לתיאור המאפיינים של משתתפי התוכנית ולהצגת התפלגות התשובות. בכמה מן הנושאים נכללו היגדים אחדים. להצגה מסכמת של כל נושא, חושב ממוצע של שיעורי המשיבים שבחרו בתשובות "במידה רבה" או "במידה רבה מאוד" בכל ההיגדים שנכללו בו. נוסף על כך נעשה שימוש במבחני חי

בריבוע לבחינת הבדלים בין משתתפי מחזור א' למשתתפי מחזור ב' במשתנים קטגוריאליים וכן במבחני t למדגמים בלתי תלויים לבחינת הבדלים במשתנים רציפים.

3.3 אתיקה

מחקר זה קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. למרואיינים הוסברו מטרות המחקר ונאמר להם כי ההשתתפות בו היא על בסיס התנדבות בלבד. הובטח למרואיינים כי פרטיהם יישמרו בסודיות. תמלולי הראיונות נשמרו בתיקייה מאובטחת בלבד על פי נוהלי אבטחת מידע, ובדוח המחקר לא מצוינים פרטים מזהים של המשתתפים. כל המשתתפים נתנו הסכמה בכתב ובעל-פה להשתתף במחקר.

4. ממצאים מסקירת הספרות המקצועית

בפרק זה יוצגו ממצאי סקירת הספרות המקצועית על תוכניות לפיתוח מנהיגות במערכות בריאות. תחילה יתוארו מודלים להפעלת תוכניות אלו, לאחר מכן תוצב תוכנית נטע בהקשר הישראלי ובזיקה למודלים אלו ויוצגו שלוש תוכניות מייצגות מבריטניה, מאוסטרליה ומקנדה, ולבסוף יסוכמו התובנות המרכזיות מן הסקירה.

4.1 מודלים להפעלת תוכניות במערכת הבריאות

מודלים לפיתוח מנהיגות במערכת הבריאות מבוססים על שילוב של מגוון תחומי ידע ושיטות למידה, כגון למידה אישית, חונכות, ניתוח מקרים וניהול מבוסס נתונים. לרוב יש בתוכניות אלו למידה קבוצתית, ליווי אישי של מנהלים בכירים ויישום מעשי של מיומנויות ניהוליות בסביבת העבודה (Chen et al., 2022). נמצא כי השפעתן של התוכניות גוברת כאשר הידע שנרכש מוטמע ומתורגם מייד לפעולה בארגון. זאת ועוד, על פי דוח של OECD (2001), נדרשות הן הכשרה אישית הן יצירה של מסגרות ארגוניות מאפשרות התומכות בצמיחה מקצועית ובהטמעת שינוי לאורך זמן.

תוכניות מנהיגות נבדלות בתכנים, בשיטות הלמידה ובמודל ההפעלה שלהן. בסקירה זו נעשתה ההבחנה בין המודלים לפי השילוב של ידע תאורטי, התנסות מעשית, מסגרת ארגונית וקהל יעד. להלן תיאור של חמישה מודלים מרכזיים, לפי המטרה, מבנה התוכנית, אוכלוסיית היעד והפעילויות העיקריות. לאחר הצגתם תיבחן מידת ההתאמה של מאפייני תוכנית נטע למודלים אלו. בהמשך יוצגו שלוש תוכניות לפיתוח מנהיגות במערכות בריאות בעולם כדי להשוות בין מאפייני התכנון וההפעלה שלהן ובין אלו של תוכנית נטע.

מודל ניהול הבריאות (Health Management Model – HMM) – זה אחד המודלים הבולטים לפיתוח תוכניות עתודה בעולם. המודל משמש מסגרת יסוד להבניית תפקידי מנהיגות בדרג הביניים בסביבות בריאות ומדגיש את הצורך בשיטות הכשרה המותאמות למאפיינים המגוונים של המשתתפים (Hartviksen et al., 2019). הכשרה אפקטיבית משלבת כמה דרכי למידה, ובהן למידה מקוונת, פעילויות קבוצתיות פרונטליות ויישום מעשי בעבודה. גישה זו מאפשרת פיתוח ידע בסיסי לצד טיפוח מיומנויות פרקטיות. רכיבים מרכזיים ביוזמות הכשרה מוצלחות הם גמישות, הזדמנויות להערכה עצמית ויישומים מעשיים. יחד הם משפרים את מוכנותם של מנהיגי האַחֶיוּת להתמודד עם דינמיקות בין-אישיות וארגוניות מורכבות (Giovanelli et al., 2024).

המודל האקדמי-מעשי – מודל זה לפיתוח תוכניות עתודה מבוסס על שיתוף פעולה הדוק בין מוסדות אקדמיים ובין מערכות בריאות פעילות ומציע אינטגרציה בין ידע תאורטי-אקדמי

להתנסות מעשית (Frich et al., 2015). המשתתפים לומדים במסגרות אקדמיות פורמליות לתואר שני או להסמכה רשמית, ובד בבד הם מתנסים ברוטציות קליניות ומנהליות במוסדות בריאות מגוונים. חלק מרכזי בתוכנית הוא ביצוע מחקר יישומי שמטרתו להציע פתרונות מעשיים לבעיות במערכת הבריאות. הלמידה היא אינטנסיבית ונעשית בקבוצות קטנות, ומושם בה דגש בניתוחי מקרה, בסימולציות ובדיון ביקורתי. המנחים הם מרצים מן האקדמיה ומנהלים בכירים מהשטח. הרוטציות מתוכננות לחשוף את המשתתפים למגוון אתגרים וסביבות, ממישור הקהילה ועד מישור ההנהלה הבכירה. יתרונותיו של מודל זה הם שילוב בין בסיס תאורטי איתן להתנסות מעשית, גישה למחקר עדכני ולמומחים בין-לאומיים ויצירת רשת מקצועית ענפה. בוגרי התוכנית מקבלים תעודה אקדמית יוקרתית המקנה להם יתרון תעסוקתי.

המודל הפנים-ארגוני – במסגרת מודל זה פיתוח התוכנית והפעלתה הם בתוך ארגון הבריאות עצמו, לעיתים בסיוע מומחים חיצוניים, כדי להתאימה לצורכי הארגון ולתרבות הארגונית (West et al., 2015). תוכניות אלו מתמקדות בפיתוח מנהיגות לפי צורכי הארגון והתרבות בו. ההכשרה כוללת סדנאות והרצאות תוך כדי עבודה שוטפת או במסגרת תפקידים ייעודיים זמניים. הדרכה וליווי אישי הם רכיב מרכזי – כל משתתף מלווה במנהל בכיר, זוכה למשימות מאתגרות, למשוב שוטף ולהזדמנויות להשתתף בתהליכי קבלת החלטות. המשתתפים גם מובילים פרויקטים פנים-ארגוניים לשיפור תהליכים, לאיכות וליעילות. היתרון המרכזי של מודל זה הוא התאמה מדויקת לצרכים הארגוניים והאפשרות ליישום מיידי של הכלים הנרכשים. זה מודל די חסכוני, שכן הוא נשען על משאבים פנימיים. עם זאת יש חשש לחשיפה מוגבלת לשיטות עבודה בארגונים אחרים ולתלות גבוהה באיכות המנחים ובמחויבות הארגונית.

מודל רשתי-לאומי – המודל מבוסס על שיתוף פעולה בין גופים במערכת הבריאות להקמת רשת לאומית של מנהיגים. המשתתפים נפגשים לסדנאות ולכנסים, משתפים בידע ובניסיון שלהם ונחשפים למגוון רחב של שיטות עבודה. הם מובילים פרויקטים חוצי-ארגונים, כגון רצף הטיפול, פערי בריאות והטמעת טכנולוגיות. ביקורים הדדיים בין ארגונים מאפשרים היכרות עם אתגרים למיניהם ועם פתרונות מגוונים והעמקת ההבנה המערכתית. דוגמה בולטת למודל מסוג זה היא תוכנית LENS (Leadership Excellence Networks) של National Center for Healthcare Leadership (NCHL) (2023) בארצות הברית, הפועלת כרשת לאומית לקידום מצוינות ניהולית במערכת הבריאות. התוכנית מקשרת בין מנהיגים ממוסדות מגוונים, מפעילה סדנאות וכנסים משותפים ומקדמת קהילות פרקטיקה לשיתוף ידע, לפיתוח מיומנויות מנהיגות וליזמות מערכתית. המודל הרשתי-לאומי מקנה פרספקטיבה רחבה, תורם לשיפור המערכת כולה ויוצר רשת עמיתים ברמה הלאומית. עם זה הוא כרוך בקשיי תיאום בין ארגונים, במורכבויות לוגיסטיות ובאתגר שביישום התובנות מן התוכנית בארגוני האם.

המודל הבין-לאומי-משולב – במודל זה יש שיתופי פעולה בין מדינות ותוכניות עתודה למיניהן (Streeton et al., 2021). משתתפי התוכנית לומדים על מערכות בריאות מגוונות, מזהים מגמות עולמיות ומתנסים בפרויקטים גלובליים. לרוב משולבים בתוכניות חילופי סטודנטים,

סיורים והדרכות עם מרצים בין-לאומיים. המיקוד הוא בסוגיות גלובליות, כגון פערים בין קבוצות אוכלוסייה במצב הבריאות שלהן ובנגישות לשירותי בריאות, מגפות והשפעת שינויי האקלים. המודל מפתח כישורי עבודה רב-תרבותיים ומעודד חדשנות. מצד אחד יתרונותיו הם חשיפה לגישות מגוונות, רישות עסקי גלובלי (נטוורקינג) והעשרת ארגז הכלים הניהולי. מצד שני עלויותיו גבוהות ויש אתגר בהעתקת פתרונות של סוגיות בריאות ממדינה למדינה.

4.2 תוכנית נטע: ההקשר הישראלי והזיקה למודלים

"עתודות לישראל" היא תוכנית אסטרטגית לאומית הפועלת בחסות אגף בכיר במשרד ראש הממשלה שהוקם מתוקף החלטת ממשלה מספר 1653 בשנת 2016. התוכנית נועדה לפיתוח עתודות הון אנושי איכותיות ומגוונות שיחזקו את השירות הציבורי בישראל באמצעות איתור אנשים בעלי פוטנציאל מנהיגות מכלל החברה הישראלית והכשרתם כדי שיאיישו כ-10,000 משרות מפתח בשירות הציבורי (עתודות לישראל, 2023). תוכנית עתודות לישראל מתמקדת בהקניית מיומנויות וערכים של מקצועיות, ערכיות, ממלכתיות, מכוונות לאזרח וראייה ארוכת טווח. בבסיס התוכנית ההבנה כי בעידן של שינויים מהירים נדרש צוות מנהיגות מגוון ומשולב שיפעל יחדיו. לכן התוכנית כוללת תהליך מיון קפדני, הכשרה קבוצתית אינטנסיבית, ליווי מקצועי וייצוג לכלל הקבוצות באוכלוסייה בישראל. כיום פועלות במסגרת תוכנית עתודות לישראל 39 תוכניות, ובהן 14 תוכניות צוערים, 20 תוכניות למנהלים בדרגי ביניים ובכירים וחמש תוכניות שמטרתן לאתר ולהכשיר מועמדים מצטיינים להשתלבות בשירות הציבורי.

תוכנית נטע

אחת התוכניות לדרגי הביניים של עתודות לישראל היא תוכנית נטע (להלן: התוכנית), שהחלה לפעול בשנת 2023 ומיועדת לאחיות ולאחים ולעובדי מקצועות הבריאות בדרגי ניהול ביניים בארגוני הבריאות (מנהל האחיות, 2023). התוכנית נולדה בעקבות ההכרה כי מגזר האַחֶיוּת בישראל הוא הגדול ביותר בהקיפו במקצועות הבריאות – כ-60% מכוח האדם במערכת הבריאות – והוא ממלא תפקיד מכריע בגישור בין המדיניות ובין המתרחש בשטח. התוכנית נועדה לחזק כישורי ניהול ומנהיגות, להעמיק את ההיכרות עם מערכת הבריאות, לפתח רשתות השפעה ושיתופי פעולה ולבסס תפיסת תפקיד רחבה ומובילת שינוי, ובכך לחזק את תרומת משתתפי ומשתתפות התוכנית למערכת הבריאות לשיפור השירות למטופלים (מנהל האחיות, 2023). התוכנית נמשכת כשנה ומשלבת הרצאות וסדנאות, סיורים וביקורים, למידת עמיתים ועבודה על מיזם שינוי שמקדמים המשתתפים בארגון שבו הם עובדים.

בחינת תוכנית נטע על פי מסמכי התוכנית והמודלים שתוארו העלתה שאינה מתאימה למודל מסוים, אלא היא תוכנית היברידית המשלבת כמה מאפייני הפעלה בעת ובעונה אחת: (א) יש בתוכנית מאפיינים של מודלים מבוססי למידה יישומית (HMM) בשל שילוב בין הכשרה תאורטית ובין פרויקטים המיושמים בשדה. (ב) היא כוללת רכיבים פנים-ארגוניים, שכן המשתתפים

מיישמים את הכלים הנרכשים בתוך הארגונים שהם פועלים בהם מתוך התאמה לצורכי הארגון. (ג) מאפיין אחר של התוכנית הוא אופייה הרשתי-לאומי: התוכנית מפגישה משתתפים ממגוון ארגונים ומסגרות במערכת הבריאות ומבקשת ליצור רשת עמיתים בין-ארגונים המשמשת פלטפורמה לשיתופי פעולה, ללמידה הדדית ולהובלת תהליכי שינוי חוצי-גבולות ארגוניים. בהיבט זה התוכנית חורגת מן המודל הפנים-ארגוני הקלאסי ומתקרבת למודלים רשתיים-לאומיים המתוארים בספרות המקצועית. (ד) בתוכנית משולבת גם חשיפה למודלים ולניסיון ממערכות בריאות מחוץ לישראל, אך היבט זה אינו רכיב מרכזי בתוכנית. לכן אפשר לראות בתוכנית נטע מודל היברידי שהרכיב הרשתי-לאומי בו משמש מנגנון מרכזי, ואילו הרכיבים הפנים-ארגוניים והיישומיים משמשים מנגנוני הטמעה של הלמידה בשדה.

4.3 תוכניות לפיתוח מנהיגות בעולם: דוגמאות להשוואה

תוכניות פיתוח מקצועי לשירות הציבורי מופעלות ברוב מדינות OECD, ובהן הכשרות למנהלים בדרגי הביניים והבכירים (OECD, 2023). גם במערכת הבריאות במדינות אלו יש יוזמות נרחבות לפיתוח מקצועי, ובהן תכנון עתידי של צורכי מיומנויות בקרב אנשי צוות רפואיים, פיתוח מיומנויות משותפות למגוון תפקידים במערכת הבריאות, כגון עבודת צוות, חשיבה מערכתית ושימוש בטכנולוגיות דיגיטליות וכן מערכות הכשרה מתקדמות לאחיות ולמנהלים רפואיים (OECD, 2021, 2022).

בשיטות הלמידה בתוכניות ההכשרה בתחום הבריאות נכללת הכשרה המבוססת על התנסות מעשית, למידה חווייתית והדרכה על ידי מנהלים מנוסים. ממחקרים עלה כי תוכניות הכשרה המשלבות עבודה מעשית לצד הדרכה תאורטית משפרות את יכולות הניהול של המשתתפים ומובילות ליישום מוצלח יותר של אסטרטגיות בריאות שנלמדו בתוכנית (Cleary et al., 2020; West et al., 2015). נוסף על כך הכשרות אלו משפיעות לא רק על כישורי הניהול של המשתתפים אלא גם על התפיסה העצמית שלהם כמנהיגים.

לצד המיפוי המושגי של מודלי ההפעלה נבחנו תוכניות קונקרטיות המדגימות כיצד עקרונות של פיתוח מנהיגות מיושמים במערכות בריאות למיניהן. להלן סקירה של שלוש תוכניות מרכזיות בבריטניה, באוסטרליה ובקנדה לפיתוח מנהיגות בקרב דרגי ביניים במערכות הבריאות, בייחוד במקצועות האַחֶיוּת. בסקירה נבחנו מקורות ומודלים ממגוון מדינות, ונעשה חיפוש ממוקד אחר תוכניות עתודה ומנהיגות ייעודיות למקצוע האַחֶיוּת גם בארצות הברית. למרות המגוון הרחב של תוכניות לפיתוח מנהיגות במערכת הבריאות האמריקנית, כגון תוכנית LENS של NCHL ותוכניות פנים-ארגוניות לפיתוח מנהיגות במרכזים רפואיים אקדמיים, לא אותרו תוכניות ייעודיות הדומות באופיין לתוכנית עתודה לאומית לדרגי הביניים במקצוע האַחֶיוּת.

בריטניה – NHS Leadership Academy

האקדמיה למנהיגות של שירות הבריאות הלאומי של בריטניה (National Health Service – NHS) הוקמה מתוך הבנה אסטרטגית כי נדרשת מסגרת מובנית לטיפוח דור חדש של מנהיגים במערכת הבריאות הציבורית בבריטניה (NHS Leadership Academy, n.d.a). האקדמיה מבקשת לטוות רשת רחבה של מנהיגים בכל רמות המערכת, המבוססת על שפה ארגונית אחידה וערכים משותפים. ייחודה טמון בשילוב בין פיתוח כישורים ניהוליים מתקדמים ובין אמפתיה קלינית – רגישות לצורכי המטופלים ולנקודת מבטם, לפי התפיסה שמנהיגות אפקטיבית במערכת הבריאות מחייבת שילוב בין ידע ניהולי ובין רגישות אנושית.

במסגרת זו פותחו כמה תוכניות ייעודיות למגוון רמות מנהיגות, ובהן תוכנית Elizabeth Garrett Anderson, המיועדת למנהלים בדרגי ביניים ולמנהלים בכירים (NHS Leadership Academy, n.d.b). תוכנית זו מתמקדת בפיתוח יכולות ניהול מורכבות בקרב מנהיגי ביניים האחראים לניהול מחלקות, שירותים וצוותים רב-מקצועיים. אוכלוסיית היעד כוללת אנשי מקצוע בעלי ניסיון בניהול, ובכלל זה אחיות, רופאים ואנשים ממקצועות קליניים אחרים ומנהלים ממקצועות לא-קליניים. מדובר בתוכנית אקדמית המקנה למשתתפיה תואר שני במנהיגות במערכת הבריאות.

התוכנית אורכת כשנתיים, ושיטות ההוראה המגוונות בה משלבות למידה תאורטית ויישום מעשי, ובכלל זה למידה מקוונת, סדנאות לפיתוח מיומנויות התנהגותיות וכן למידה מבוססת עבודה (התנסות מעשית) המאפשרת למשתתפים ליישם את הכלים בארגון שהם עובדים בו. התוכנית מתמקדת בפיתוח חשיבה מערכתית, בהובלת שינוי ותהליכי שיפור ובהעמקת המחויבות למתן טיפול ממוקד מטופל. התוכנית מאפשרת למשתתפים לא רק לימוד תאורטי אלא גם יישום הכלים הניהוליים שהם רכשו. נוסף על כך התוכנית מעודדת בניית רשת עמיתים מקצועית שתמשיך לשמש קהילה לתמיכה וללמידה גם לאחר סיום הלימודים.

מהערכות שנעשו ב-NHS Leadership Academy ובגופים חיצוניים עלה כי התוכנית מצליחה מבחינת הפיתוח האישי ומבחינת הקידום המקצועי של משתתפיה. במחקרי הערכה שנערכו באוניברסיטת ברמינגהם נמצא כי כ-50% ממשתתפי התוכנית קודמו לתפקידים בכירים יותר במשך הלימודים או בסמוך לסיומם, וכ-90% מאלו שקודמו ייחסו את הקידום ללמידה ולכלים שרכשו בתוכנית (University of Birmingham, 2019; 2023). המשתתפים ציינו שיפור ניכר ביכולות ההובלה, בניהול הצוותים, בקבלת ההחלטות ובהבנת אתגרי מערכת הבריאות הציבורית. השילוב בתוכנית של פיתוח מיומנויות ניהוליות, אמפתיה למטופל בעבודה הקלינית וערכי שירות ציבורי תרם לחיזוק זהותם המקצועית של המשתתפים כמנהיגים בשירות הבריאות. עם זאת הוזכרו גם מגבלות בהערכת התוכנית. הראיות בנוגע להשפעה ארוכת הטווח של התוכנית על ביצועי הארגונים ועל תוצאות מערכתיות נותרו מוגבלות (Institute for Employment Studies, 2020). מרבית ההערכות התמקדו ברמת הפרט ולא כללו קבוצות ביקורת או מדדים כמותיים לבחינת השפעת התוכנית על המערכת כולה.

התוכנית הבריטית היא תוכנית רחבה ומבוססת בפריסה ארצית, היא מיועדת לכלל אנשי הבריאות ואינה מוגבלת למקצוע האֲחִיוּת בלבד. כמו תוכנית נטע בישראל, המיועדת לאחיות ולעובדי מקצועות הבריאות בדרגי ניהול ביניים, היא מתמקדת במנהלים בדרגי הביניים, ומטרתן של שתי התוכניות להעצים את יכולת ההשפעה של מנהלים בדרג זה על איכות השירות ועל התרבות הארגונית. אולם התוכנית הבריטית היא תוכנית אקדמית מקיפה, ותוכנית נטע אינה תוכנית אקדמית.

Take the Lead – אוסטרליה

במדינת ניו-סאות' ויילס (NSW) שבאוסטרליה משרד הבריאות מפעיל מערך תוכניות מנהיגות ייעודיות למנהלי יחידות האֲחִיוּת והמיילדות מתוך הבנה שיש חשיבות מכרעת למנהיגות בדרגי ביניים ביכולת המערכת להתמודד עם אתגרי איכות, בטיחות ושימור כוח אדם (NSW Health, n.d.). התוכנית המרכזית המיועדת למנהלים בדרגי הביניים היא Take the Lead המיועדת למנהלי יחידות אֲחִיוּת ומיילדות בעלי ותק של שנה לפחות בתפקיד. מטרתה לתת למנהלים כלים להובלת שינוי ולהבטחת סביבת עבודה תומכת בצוות.

התוכנית נמשכת כשנתיים, ומשולבות בה סדנאות פרונטליות ומשימות יישום המאפשרות למשתתפים להטמיע את הידע בשטח, תהליכי התייעצות עם עמיתים לתמיכה בהתמודדות עם אתגרי מנהיגות יום-יומיים, מפגשי למידה מקוונים בנושאי מנהיגות וממשל מקצועי וכן חונכות אישית לליווי, למשוב ולהכוונה. התוכנית משלבת אפוא כמה רכיבי למידה משלימים: פיתוח אישי, תמיכה קבוצתית ויישום מעשי בתוך סביבת העבודה.

בשנת 2017 פרסם משרד הבריאות של NSW דוח הערכה על המחזור השני של התוכנית כשישה חודשים לאחר סיומו. ממצאי הדוח הצביעו על שיפור ניכר בביטחון העצמי וביכולות המנהיגות של המשתתפים. רוב המשתתפים דיווחו כי הם מיישמים את הכלים שרכשו, ובכלל זה שיטות לניהול זמן, תקשורת אפקטיבית עם צוותים והובלת יוזמות שינוי ביחידות שלהם (Debono et al., 2016; Ministry of Health & Nursing and Midwifery Office, 2017). ממצאי ההערכה העלו כי השפעת התוכנית לא נותרה ברמה האישית בלבד אלא גם התבטאה במערכת עצמה: הוטמעו שיטות עבודה חדשות, חל שיפור בתפקוד הצוותים, והייתה השפעה חיובית על איכות השירות ותוצאות המטופלים. המשתתפים תיארו תחושת מסוגלות גבוהה יותר בהובלת פרויקטים של שינוי ובשיפור סביבת העבודה.

Inspire Nursing – קנדה

התוכניתInspire Nursing הוקמה בקנדה בשנת 2023, והיא יוזמה משותפת של Canadian College of Health Leaders (CCHL) ואיגוד האחיות בקנדה (Canadian Nurses Association [CNA], 2023; Canadian College of Health Leaders [CCHL], 2023). התוכנית נוצרה כדי לפתח יכולות מנהיגות בקרב אחיות ולעודד אותן ליזום שינויים במערכת הבריאות. התוכנית

מיועדת לאחיות בשלבים שונים של ההתפתחות המקצועית והניהולית – החל באחיות מעשיות ומוסמכות, המשך באחיות בתחילת דרכן בתפקידי מנהיגות וניהול ומנהלות חדשות, וכלה באחיות מנוסות בתפקידי מנהיגות ומנהלות בכירות. מטרת התוכנית היא לתת מסגרת למנהיגות בתחום אַחֶיוּת שמשלבת ידע, מיומנויות והזדמנות ליישום מתוך תפיסה שמנהיגות זו חשובה להובלת שינויים מערכתיים.

התוכנית נפתחת בהערכת LEADS-360 ובה משוב רב-ממדי מצד ממונים, עמיתים ועובדים ישירים כדי לספק תמונה כוללת על סגנון המנהיגות של המשתתפת, נקודות החוזק שלה ותחומים לשיפור. בהמשך מתקיים מפגש עומק אישי עם מאמן מנהלים מוסמך שבו מפוענחות תוצאות ההערכה ומוגדרים יעדים מעשיים להתפתחות מקצועית. על בסיס תהליך זה כל משתתף מגבש תוכנית פיתוח מנהיגות אישית הכוללת מטרות ממוקדות לשיפור כישורי ההובלה והניהול. בד בבד הוא נדרש להוביל פרויקט שינוי יישומי בארגון שהוא עובד בו שנועד לשפר תהליך עבודה, להטמיע חדשנות או לחזק תרבות ארגונית המעודדת שיתוף פעולה, למידה ויוזמה. רכיב זה משמש גשר מרכזי בין למידה לתוצאה ארגונית, והוא מבטיח שהתוכנית תוביל לשינוי ממשי בשטח.

לאורך התהליך משולבים חונכות אישית וליווי מקצועי המסייעים בתרגום התובנות מן המשוב לתוכנית פעולה מתמשכת. התוכנית מדגישה למידה מבוססת ניסיון, קהילה מקצועית תומכת ויישום בשטח ומאפשרת לאחיות לממש תפקידי מנהיגות בכל רמות המערכת – מן הדרג הקליני ועד הדרג הניהולי הבכיר.

עד פרסום דוח זה לא פורסמו מחקרי הערכה על תוכנית Inspire Nursing. אפשר שהתוכנית עדיין בשלבי יישום ראשוניים, שכן היא הושקה בשנת 2023.

לוח 1 מציג השוואה בין התוכניות. מן הלוח עולים קווי דמיון מובהקים לצד הבדלים מהותיים במיקוד ובאופי היישום. כל התוכניות עוסקות בפיתוח מנהיגות בקרב אנשי מקצוע במערכת הבריאות ומבוססות על שילוב של למידה תאורטית והתנסות מעשית, והן נבדלות באוכלוסיית היעד, בשיטות הפיתוח ובתפיסת המנהיגות שהן מקדמות. התוכנית בבריטניה פתוחה למנהיגים קליניים ולא-קליניים ממקצועות בריאות מגוונים, ואילו התוכנית באוסטרליה מתמקדת במנהלי יחידות אַחֶיוּת ומיילדות בדרגי ביניים, ותוכנית נטע מתמקדת במנהלי אַחֶיוּת ובאנשי מקצועות בריאות נוספים בדרג ביניים. התוכנית בקנדה מאופיינת בגישה כוללנית ופונה לאחיות במגוון תפקידים ורמות ניסיון, מאחיות קליניות ועד מנהלות בכירות, והיא מבוססת על מודל LEADS להערכת מנהיגות ולפיתוח מנהיגות. בכל התוכניות משולבים רכיבים יישומיים, כגון פרויקטים לשינוי בארגון, חונכות ולמידת עמיתים, אך ההבדלים ניכרים בדגשים: התוכנית בבריטניה שמה דגש בחשיבה מערכתית ובפיתוח היכולת לגלות אמפתיה במסגרת העבודה הקלינית, התוכנית באוסטרליה שמה דגש בתרבות בצוות ובטיפול ממוקד אדם, התוכנית בקנדה שמה דגש בפיתוח אישי ומקצועי ממוקד-משוב, ותוכנית נטע שמה דגש בבניית עתודת מנהיגות אַחֶיוּת לאומית.

ניתוח מאפייני ההפעלה של התוכניות מצביע על שילובים מגוונים של רכיבי הכשרה שנדונו בסקירה, ובהם למידה אקדמית, למידה יישומית, חונכות ופיתוח רשתות מקצועיות. בתוכנית נטע משולבים, על פי מסמכי התכנון, רכיבי למידה יישומית, קידום מיזמי שינוי בארגוני המשתתפים ופיתוח רשת עמיתים בין-ארגונית. ההשוואה **בלוח 1** מתייחסת למאפייני התכנון וההפעלה של התוכניות ואינה מאפשרת להסיק על יעילותן היחסית.

לוח 1: תוכניות מנהיגות לדרגי ביניים באַחָיוּת ומקצועות הבריאות בעולם ובישראל

נושא / תוכנית	NHS Leadership Academy – בריטניה (Elizabeth Garrett Anderson)	Take the Lead – אוסטרליה (NSW Health)	Inspire Nursing – קנדה	נטע – ישראל
משך התוכנית	כשנתיים	כשנתיים	כשנה	כשנה
מטרות	לפתח מנהיגים במערכת הבריאות הציבורית, לשלב בין פיתוח כישורים ניהוליים ואמפתיה למטופל בעבודה הקלינית	להעצים מנהלי יחידות אַחָיוּת ומיילדות בדרגי ביניים, לבנות תרבות צוות חיובית ולקדם טיפול ממוקד אדם	לפתח יכולות מנהיגות בקרב אחיות כדי להוביל שינוי במערכת הבריאות הקנדית, לפי מודל LEADS	לפתח עתודת מנהיגות אַחָיוּת בדרגי ביניים בישראל כדי להתמודד עם אתגרי מערכת הבריאות
אוכלוסיית יעד	אנשי מקצועות הבריאות מתחומים מגוונים: אַחָיוּת, רפואה, מקצועות קליניים אחרים ומנהלים לא-קליניים בדרגי ביניים ומתקדמים בעלי ניסיון ניהולי קודם	מנהלי יחידות האַחָיוּת והמיילדות בעלי ניסיון של שנה לפחות בניהול יחידה קלינית	אחיות בכל הרצף: אחיות קליניות, מנהלות חדשות, מנהלות מנוסות ומנהלות בכירות	מנהלי אַחָיוּת ואנשי מקצועות בריאות נוספים בדרג ביניים
שיטות למידה	למידה מקוונת, סדנאות, למידה מבוססת עבודה	סדנאות פרונטליות, למידה מקוונת, חונכות, למידת עמיתים, סמינרים מקוונים (וובינר)	למידה מקוונת, מפגש פרונטלי בן יומיים; חברות מקצועית ב-CCHL ו-CNA	הכשרות ניהוליות, חשיפה למערכת הבריאות כולה, בניית רשתות מקצועיות ופיתוח מיזם אישי להובלת שינוי בארגון
רכיבי התוכנית	פיתוח חשיבה מערכתית, הובלת שינוי, פרויקטים יישומיים בארגון, בניית רשת עמיתים מקצועית	משימות יישום בשטח, חונכות אישית, יישום פרויקטים לשינוי, תמיכת עמיתים	הערכת LEADS-360, אימון אישי, פרויקט שינוי יישומי בארגון, קבוצות דיון וקהילת למידה מקצועית	פיתוח כישורי ניהול ומנהיגות, בניית רשת השפעה, יצירת שיתופי פעולה, חיבור לאקוסיסטם של מערכת הבריאות
זיקה למודלים שתוארו בסקירה	זיקה בעיקר למודל האקדמי-מעשי לצד מאפיינים של למידה יישומית בשל השילוב של לימודים אקדמיים, למידה מבוססת עבודה ויישום מעשי	מאפיינים של למידה יישומית (HMM) בשל השילוב של סדנאות, למידה מקוונת, חונכות ומשימות יישום בסביבת העבודה	מאפיינים של למידה יישומית (HMM) לצד יישום פנים-ארגוני באמצעות פרויקט שינוי בארגון שבו המשתתפת עובדת	מודל היברידי המשלב מאפיינים של למידה יישומית (HMM), רכיבים פנים-ארגוניים ורכיב רשתי-לאומי לצד חשיפה מוגבלת למודלים ממערכות בריאות מחוץ לישראל

הערה: מיפוי מאפייני ההפעלה מבוסס על ניתוח השוואתי של תיאורי התוכניות במקורות שנסקרו. הוא אינו משקף שיוך רשמי של התוכניות למודלים מצד הגופים המפעילים אותן. תוכנית אחת עשויה לכלול מאפיינים התואמים ליותר ממודל הפעלה אחד.

4.4 תובנות מרכזיות על תוכניות לפיתוח מנהיגות אַחֲיוּת

מסקירת הספרות המקצועית על התוכניות בעולם עלה כי הצלחתן של תוכניות עתודה ומנהיגות במערכות בריאות תלויה בשילוב של עקרונות למידה חווייתיים, מסגרות התומכות ביישום הלמידה, כגון חונכות, ליווי מקצועי ורשתות עמיתים, ומחויבות מוסדית. שלוש התוכניות שנסקרו מדגישות את הצורך בחיבור הדוק בין למידה לפרקטיקה גם אחרי תקופת ההכשרה. נמצא כי למידה יישומית, ובה פרויקטים מעשיים בארגוני הבריאות, היא מאפיין מרכזי להטמעת מיומנויות ניהול ולהשפעה ישירה על סביבת העבודה. התוכניות המבוססות על שילוב בין תאוריה ליישום – NHS Leadership Academy ו-Take the Lead – הצליחו להעצים את המשתתפים ולתרום לשיפור בביצועים הארגוניים (Ministry of Health & Nursing and Midwifery Office, 2017; University of Birmingham, 2019).

זאת ועוד, הוכח שחונכות מקצועית ולמידת עמיתים הן רכיב משמעותי בהעמקת התהליך, כי הן מאפשרות תמיכה רגשית, רפלקציה והטמעת ידע בסביבה דינמית ומאתגרת. מחקרים הראו שחונכות מקצועית מסייעת גם ברכישת ידע וגם בחיזוק תחושת המסוגלות וההזדהות עם המקצוע (West et al., 2015; Giovanelli et al., 2024).

בצד גורמי ההצלחה התגלו גם אתגרים המשותפים למרבית התוכניות. ראשית, יש שונות ניכרת באיכות ההנחיה ובמחויבות הארגון לחונכות, והיא מובילה לעיתים להבדלים בין המשתתפים במידת היישום של הכלים שנרכשו. שנית, נמצאו היעדר מדדים עקביים וקושי לשמר את רשת הבוגרים לאורך זמן, אף על פי שמדובר ברכיב חשוב ביותר להבטחת המשך השפעתן של התוכניות. לבסוף, מודלים המבוססים על למידה אקדמית פורמלית בלבד מתקשים לעיתים ליצור שינוי מעשי במערכות המאופיינות בסגנון ניהול היררכי או ריכוזי.

השוואה של תוכנית נטע לתוכניות שנבחנו העלתה כי בהגדרתה במסמכי התוכנית היא מתבססת על עקרונות מרכזיים של פיתוח מנהיגות במערכות בריאות. בתכנון התוכנית שולבו רכיבים שנמצא בספרות המקצועית שהם בעלי חשיבות מכרעת להצלחת תוכניות מסוג זה בעולם, ובהם למידה תאורטית לצד למידה יישומית, ובכלל זה הובלת פרויקט יישומי, חונכות מקצועית ורשת בוגרים. נוסף על כך תוכנית נטע היא חלק ממערך התוכניות של "עתודות לישראל" לפיתוח עתודות מנהיגות בשירות הציבורי, והיא פותחה בשותפות עם מנהל האחיות במשרד הבריאות ועם אגף בכיר "עתודות לישראל" במשרד ראש הממשלה. בכך היא משתלבת במהלך רחב יותר של פיתוח מנהיגות במערכת הבריאות ובשירות הציבורי. חשוב לציין כי התיאור בפרק זה מתייחס למאפייני התוכנית כפי שהוגדרו בתכנון, ואין הוא עוסק ביישומם למעשה.

מן הסקירה עלה כי אפשר לחזק את ההשפעות של תוכנית נטע. יש לעגן תהליך חונכות רציף הממשיך גם לאחר סיום ההכשרה, כמו באוסטרליה ובקנדה, וכן לשקול הרחבה מדורגת של אוכלוסיית היעד כדי שתכלול בעתיד גם אחיות בתחילת דרכן. הרחבה זו תאפשר יצירת רצף מנהיגות והעמקת תחושת ההזדהות עם המערכת לאורך הקריירה.

חיזוק למידת העמיתים במתכונת בין-ארגונית באמצעות פרויקטים משותפים לקופות החולים ולבתי החולים עשוי להעמיק את הבנת המערכת כמכלול. פיתוח מערך לשימור רשת הבוגרים והפעלת קהילת למידה פעילה יבטיחו את המשך השפעת התוכנית ויחזקו את תרומתה לטיפוח הנהגה מקצועית ומערכתית.

לצד סקירת הספרות המקצועית על תוכניות עתודה ופיתוח מנהיגות במערכות בריאות, נסקר גוף ידע רחב העוסק בדרכים לשימור כוח האדם האַחֲיותי ולהפחתת תחלופה במקצוע. נושא זה מאיר את ההקשר המערכתי להבנת ההיגיון שבבסיס יוזמות דוגמת תוכנית נטע, שכן פיתוח מסלולי מנהיגות וקידום מקצועי נתפסים בספרות המקצועית כאחד המנגנונים המרכזיים לחיזוק המחויבות הארגונית ולשימור עובדים לאורך זמן (להשלמת הסקירה התאורטית הרחבה, ראו **נספח א**).

5. ממצאי המחקר

5.1 ממצאי הסקר הראשון – מייד לאחר סיום התוכנית

5.1.1 מאפיינים של משתתפי התוכנית

בסקר הראשון השתתפו 58 משתתפים, מהם 28 במחזור א' ו-30 במחזור ב' (**לוח 2**). גילם הממוצע של המשתתפים היה 46.4 שנים, הוותק המקצועי הממוצע היה 21.6 שנים, והוותק הממוצע בארגון היה 17.1 שנים. מרבית המשתתפים היו נשים (75%) והגיעו מתחום האַחֶיוּת (83%). המשתתפים באו ממחוזות שונים בארץ, ו-58% השתייכו למחוז המרכז.

מאפייני המשתתפים היו דומים ברובם בשני המחזורים. במחזור ב' נמצא ייצוג גבוה יותר של נשים (83% לעומת 67%) ושל משתתפים ממחוזות הצפון והדרום, והגיל הממוצע היה גבוה יותר (47.7 לעומת 45.1 שנים), אך הבדלים אלו לא היו מובהקים. ההבדל המובהק היחיד בין המחזורים היה בוותק במקצוע – גבוה יותר בקרב משתתפי מחזור ב' לעומת מחזור א'.

לוח 2: מאפייני משתתפי התוכנית, לפי מחזור

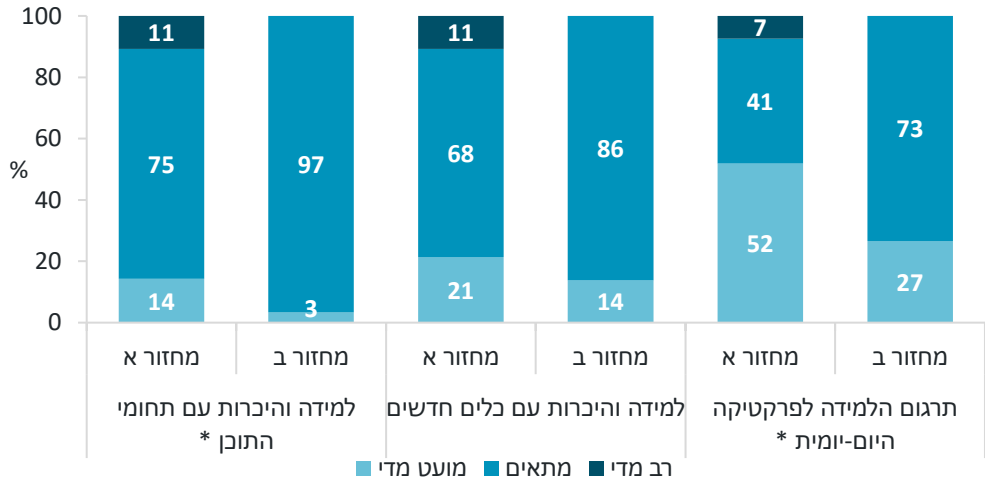
מאפיינים	מחזור א' (*n* = 28)	מחזור ב' (*n* = 30)	סך הכול (*n* = 58)
מגדר (%)			
גברים	33	17	25
נשים	67	83	75
גיל			
ממוצע (וסטיית תקן)	45.1 שנים (5.9)	47.7 שנים (5.7)	46.4 שנים (5.9)
טווח	55-35	59-39	59-35
מחוז (%)			
צפון	20	33	27
מרכז	67	50	58
דרום	13	17	15
תחום מקצועי (%)			
אַחֶיוּת	87	80	83
מקצועות בריאות	13	20	17
ותק במקצוע*			
ממוצע (וסטיית תקן)	20 שנים (5)	23.3 שנים (5.7)	21.6 שנים (5.5)
טווח	28.0–13.0	35.0–13.0	35.0–13.0
ותק בארגון			
ממוצע (וסטיית תקן)	16 שנים (7.2)	17.7 שנים (9.3)	17.1 שנים (8.2)
טווח	28.0–2.5	34.0–3.0	34.0–2.7

* הבדל מובהק בין המחזורים ($p < .05$)

5.1.2 יישום התוכנית לדעת המשתתפים

כדי לבחון את יישום התוכנית, התבקשו המשתתפים להעריך עד כמה הספיק הזמן שהוקצב לעיסוק בנושאי התוכנית – למידה והיכרות עם תחומי התוכן, למידה והיכרות עם כלים חדשים ותרגום הלמידה לפרקטיקה היום-יומית (**תרשים 1**). בהשוואה בין המחזורים ניכרה עלייה בשיעור המשתתפים שסברו כי הקצאת הזמן לכל אחד משלושת הנושאים מתאימה. בלמידה ובהיכרות עם תחומי התוכן עלה שיעור זה ממחזור א' ל-ב' (75% לעומת 97%, בהתאמה; ההבדל מובהק). בלמידה ובהיכרות עם כלים חדשים חלה עלייה ממחזור א' ל-ב', אך ההבדל אינו מובהק (68% לעומת 86%, בהתאמה). השינוי הבולט ביותר, והוא מובהק, נמצא בתרגום הלמידה לפרקטיקה היום-יומית: שיעור המשתתפים שסברו כי הזמן שהוקדש לרכיב זה הספיק עלה מאוד ממחזור א' ל-ב' (41% לעומת 73%, בהתאמה).

תרשים 1: הקצאת הזמן לעיסוק בנושאי התוכנית לדעת המשתתפים, לפי מחזור (*n* = 58; באחוזים)



* הבדל מובהק בין המחזורים ($p < .05$)

לוח 3 מציג את הקצאת הזמן לפעילויות בתוכנית – הרצאות, סדנאות, סיורים וביקורים, למידת עמיתים, שיח קבוצתי, פעילויות בהנחיית צוות המנחים, אינטראקציות בלתי פורמליות ועבודה על הובלת שינוי בארגון – לדעת המשתתפים במחזור א' לעומת ב'.

מן הלוח עולה כי ההבדל הבולט ביותר בין מחזור א' ל-ב' נרשם בפעילויות בהנחיית צוות המנחים: במחזור א' העריכו 57% כי הזמן שהוקצה לפעילות הספיק (43% העריכו כי היה רב מדי) לעומת 90% במחזור ב'. הבדל מובהק אחר בין המחזורים נמצא בפעילות סיורים

וביקורים: במחזור א' העריכו 71% כי הזמן שהוקצה התאים לעומת 93% במחזור ב'. בשני המחזורים נמצא שיעור נמוך יחסית של משתתפים שהעריכו כי הוקצה זמן מספיק לפעילות אינטראקציות בלתי פורמליות בין המשתתפים ולעבודה על הובלת שינוי בתוך הארגון – 30% ו-31% ממשתתפי מחזור ב' לעומת 43% ו-44% ממשתתפי מחזור א', בהתאמה, העריכו כי הזמן שהוקדש למרכיבים אלה היה מועט מדי. ההבדלים בין המחזורים בשני רכיבים אלו לא נמצאו מובהקים.

לוח 3: הקצאת הזמן לפעילויות בתוכנית לדעת המשתתפים, לפי מחזור (באחוזים)

	מחזור א'			מחזור ב'		
הפעילות	מועט מדי	מספיק	רב מדי	מועט מדי	מספיק	רב מדי
הרצאות	11	78	11	–	90	10
סדנאות	22	63	15	17	83	–
סיורים וביקורים*	25	71	4	7	93	–
למידת עמיתים בקבוצות קטנות	19	74	7	7	87	6
שיח קבוצתי	11	78	11	17	80	3
פעילויות בהנחיית צוות המנחים*	–	57	43	7	90	3
אינטראקציות בלתי פורמליות בין המשתתפים	43	57	–	30	70	–
עבודה על הובלת שינוי בתוך הארגון	44	52	4	31	69	–

* הבדל מובהק בין המחזורים ($p < .05$)

הערה: מקף (–) מציין שלא היו משתתפים שבחרו בקטגוריית תשובה זו.

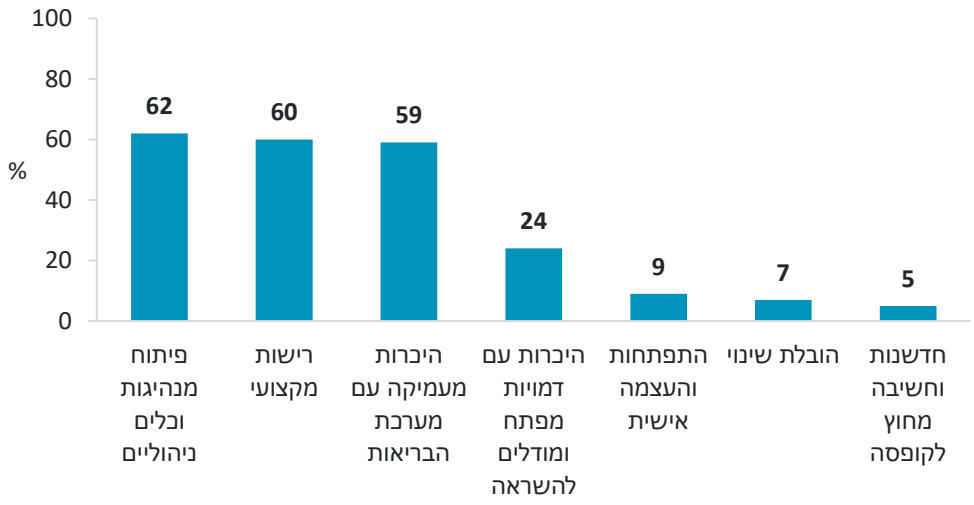
מנחי התוכנית שיתפו בראיונות כי במחזור ב' שולבה העבודה על מיזמי השינוי מוקדם יותר ובאופן מובנה וממוקד יותר ממחזור א', ששימש למעשה תוכנית חלוץ (פיילוט).

> "במחזור ב' כבר ידענו לעשות את המשימות המקדימות, את השיחות האישיות המותאמות. זה היה גם במחזור א', זה לא שזה לא היה, אבל הכול היה יותר מדויק ומותאם ומוחזק תהליכית, ולפי השלבים המתאימים, וזה היה הרבה יותר בפוקוס." (מנחי התוכנית)

5.1.3 ציפיות המשתתפים מן התוכנית

המשתתפים התבקשו להתייחס לציפיותיהם מן התוכנית ולמידת הגשמתן. כלל המשתתפים (100%) דיווחו כי התוכנית הגשימה את כל ציפיותיהם או חלק גדול מהן. בשאלה הפתוחה הם התבקשו לפרט על הציפיות שהתוכנית הגשימה. המשיבים הזכירו פיתוח מנהיגות וכלים למיומנויות ניהול (62%), רישות מקצועי (60%) והיכרות מעמיקה עם מערכת הבריאות (59%). שיעור נמוך מקרב המשתתפים ציינו היכרות עם דמויות מפתח ומודלים להשראה (24%), התפתחות והעצמה אישית (9%), הובלת שינוי (7%) וחדשנות וחשיבה מחוץ לקופסה (5%; **תרשים 2**).

תרשים 2: הגשמת ציפיות המשתתפים בתוכנית (*n* = 58; באחוזים)



הערה: התשובות לשאלה פתוחה בסקר אינן מסתכמות ב-100%.

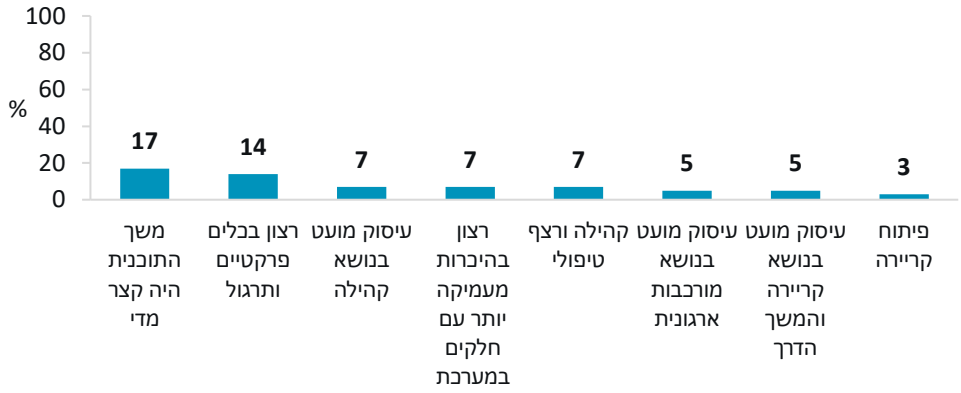
היבטים אלו התבטאו גם בראיונות עם משתתפים:

> "התפתחות אישית ומקצועית כמנהיגה, ביטחון עצמי, רכישת כלים מעשיים ורלוונטיים להובלת שינוי בשטח, ראייה מערכתית רחבה ומעמיקה, להכיר אנשים מעוררי השראה, שותפות ושיתופיות – הציפייה התממשה במלואה. היה בי הרצון לצמוח, להעז ולהוביל שינוי אמיתי. קיבלתי הרבה מעבר למה שציפיתי – כלים, השראה, ביטחון ובעיקר תעוזה לחלום ולהגשים. גאה ונרגשת להיות חלק מבוגרי תוכנית נטע." (משתתף/ת בתוכנית 9).

אף על פי כן בתשובות לשאלה הפתוחה עלו גם נושאים אחדים שהציפיות בהם לא התממשו בתוכנית. יצוין כי רק 25 משתתפים השיבו לשאלה הזאת. הנושאים – משך התוכנית היה קצר מדי (17%) ורצון בכלים פרקטיים ובתרגול (14%). עוד עלו בשיעור נמוך עיסוק מועט בנושא

הקהילה (7%), רצון בהיכרות מעמיקה יותר עם חלקים במערכת (7%) וקהילה ורצף טיפולי (7%) וכן עיסוק מועט בנושא מורכבות ארגונית (5%), עיסוק מועט בנושא קריירה והמשך הדרך (5%) ופיתוח קריירה (3%; **תרשים 3**).

תרשים 3: ציפיות שלא התממשו בתוכנית (*n* = 25; באחוזים)

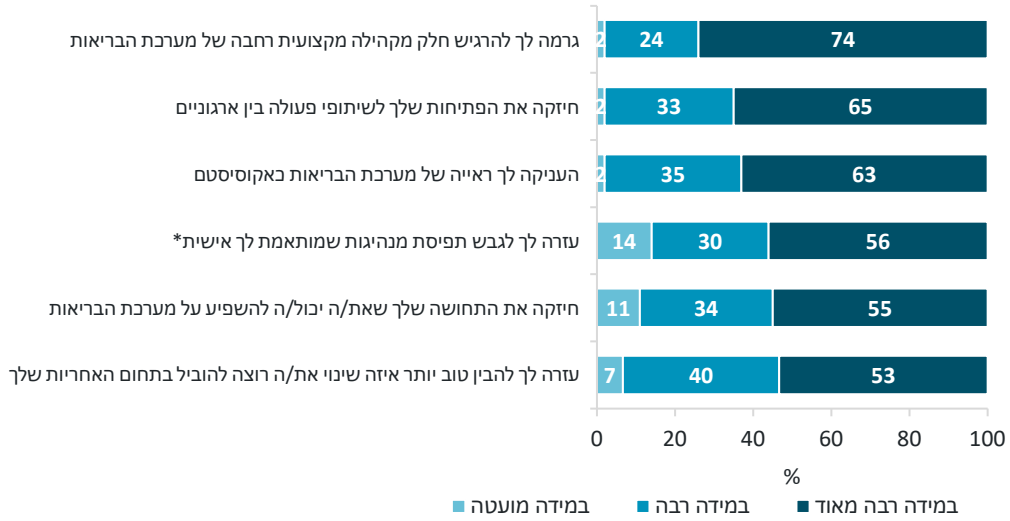


הערה: התשובות לשאלה הפתוחה בסקר אינן מסתכמות ב-100%.

5.1.4 התרומה הנתפסת של התוכנית בקרב משתתפיה

94% מן המשתתפים דיווחו כי התוכנית השפיעה במידה רבה או רבה מאוד על תפיסתם העצמית כמנהיגים וכמנהלות במערכת הבריאות בחישוב ממוצע של כל המדדים. **תרשים 4** מציג את התרומה הנתפסת של התוכנית למיומנויות המנהיגות בקרב המשתתפים. התרומה הרבה ביותר של התוכנית הייתה בתחושת השייכות לקהילה מקצועית רחבה של מערכת הבריאות (74%), בפתיחות לשיתופי פעולה בין-ארגוניים (65%) ובראיית מערכת הבריאות כאקוסיסטם (63%). תרומה נמוכה ממנה נמצאה בגיבוש תפיסת מנהיגות אישית (56%), בתחושת היכולת להשפיע על מערכת הבריאות (55%) ובהבנה טובה יותר של השינוי שהמשתתפים רוצים להוביל בתחום אחריותם (53%).

תרשים 4: התרומה הנתפסת של התוכנית למיומנויות המנהיגות בקרב המשתתפים (*n* = 58; באחוזים)



* הבדל מובהק בין המחזורים (*p* < .05)

זאת ועוד, בבחינת ההבדלים בין המחזורים נמצא שיעור גבוה של משתתפים במחזור ב' שדיווחו שהתוכנית סייעה להם במידה רבה או רבה מאוד בגיבוש תפיסת המנהיגות האישית לעומת משתתפי מחזור א' (90% לעומת 81%, בהתאמה). נתונים אלו אינם מוצגים בתרשים.

בראיונות עלה כי התוכנית הרחיבה את נקודת המבט של המשתתפים מן ההיבט האישי או התפקודי הצר לראייה רחבה ומערכתית, וחיזקה את הבנתם בדבר הצורך בכלים ניהוליים ובמנהיגות להובלת שינוי.

> התוכנית הזאת נתנה לי לעלות עוד קפיצה במדרגות של החשיבה. ואני חושב שהיא יותר עיצבה את [שם המשתתף] עצמו כמנהל, כמנהיג גם איך שהוא מציג את הבעיות ויכול להציג את הדברים שיש לו וגם איך שהוא יכול לחשוב [...] על דברים בצורה יותר רחבה, יותר עמוקה, יותר אופקית ויותר אנכית, בכל המובנים של זה." (משתתף/ת בתוכנית 13).

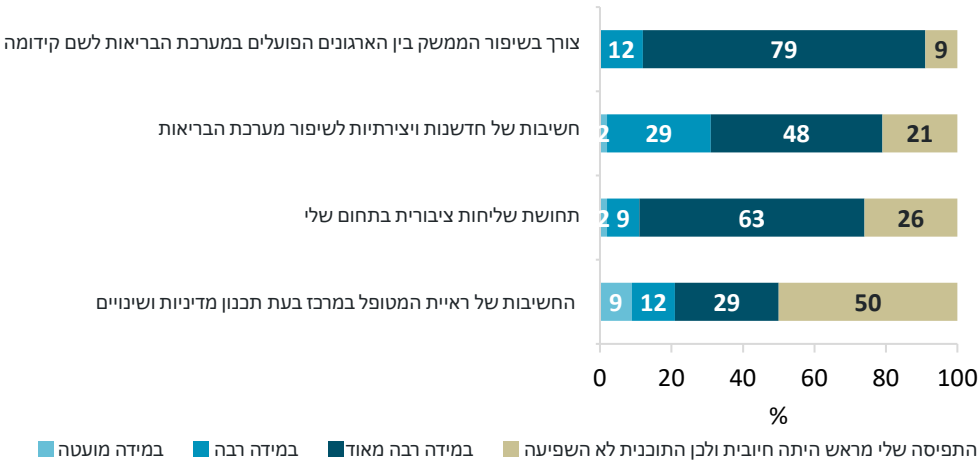
ועוד עלה מתוך שאלה פתוחה בסקר:

> הרבה מאוד דברים ברמה האישית בתפיסה ובדרכי החשיבה: 1. אומץ; 2. שכולנו מערכת בריאות אחת גדולה ובאותו צד; 3. הסתגלות לשינויים הוא מצרך בסיסי בניהול ומנהיגות; 4. כמנהיג הערכים והאובססיה לשינוי או להובלה שאני רוצה להוביל משמעותי מאוד; 5. מה שעובד בשגרה עובד גם בחירום ועוד ועוד." (משיב/ה 2 לסקר מייד לאחר סיום התוכנית).

נוסף על כך בשני המחזורים דיווחו רוב המשתתפים כי הם חשים שהתוכנית חיזקה את דעתם על צורך בשיפור הממשק בין הארגונים הפועלים במערכת הבריאות לשם קידומה (89% במחזור א' ו-93% במחזור ב').

80% מן המשתתפים בשני המחזורים בממוצע דיווחו כי התוכנית השפיעה במידה רבה או רבה מאוד על עמדותיהם כלפי מערכת הבריאות ותפקידם בה (נתון מסכם שאינו מוצג בתרשים 5). **תרשים 5** מציג את השפעת התוכנית על עמדות המשתתפים כלפי מערכת הבריאות. 91% ממשתתפי שני המחזורים דיווחו כי התוכנית השפיעה במידה רבה או רבה מאוד על עמדתם בנוגע לצורך בשיפור הממשק בין הארגונים הפועלים במערכת הבריאות לשם קידומה. 77% מן המשתתפים דיווחו כי התוכנית השפיעה במידה רבה או רבה מאוד על עמדתם בנוגע לחדשנות וליצירתיות בשיפור מערכת הבריאות, ו-72% דיווחו כי התוכנית חיזקה במידה רבה או רבה מאוד את תחושת השליחות הציבורית בתחום עיסוקם. אשר לחשיבות ראיית המטופל במרכז בעת תכנון מדיניות ושינויים, 41% דיווחו כי התוכנית השפיעה על עמדתם במידה רבה או רבה מאוד. זה שיעור נמוך לכאורה, כי הוא משקף בחלקו את "אפקט התקרה" (מצב שבו עמדתם של המשתתפים הייתה חיובית מלכתחילה): 50% מן המשתתפים דיווחו כי עמדתם הייתה חיובית מראש, ולכן התוכנית לא השפיעה על עליה.

תרשים 5: השפעת התוכנית על עמדות המשתתפים כלפי מערכת הבריאות ותפקידם בה (*n* = 58; באחוזים)

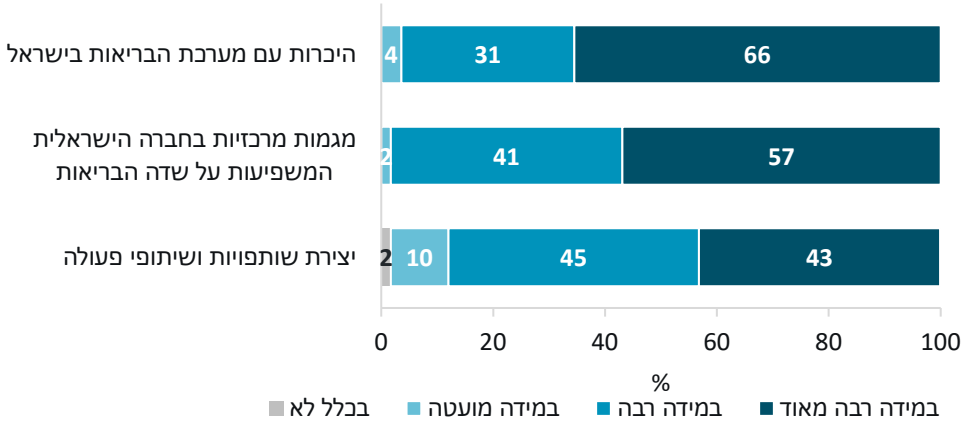


מממצאים אלו עולה שהמשתתפים תפסו את התוכנית כתורמת לחיזוק עמדות המשתתפים כלפי עקרונות מרכזיים במערכת הבריאות וכלפי תפקידם בה, בייחוד בנוגע לשיתוף פעולה בין ארגונים, לחדשנות ולתחושת השליחות הציבורית.

5.1.5 הקניית ידע, כלים ורשת עמיתים

94% מן המשתתפים בממוצע בשני המחזורים דיווחו כי התוכנית הקנתה להם ידע חדש במידה רבה או רבה מאוד (נתון זה הוא נתון מסכם ואינו מוצג **בתרשים 6**). הנושא השכיח ביותר בקרב המשתתפים (סומן במידה רבה מאוד) היה היכרות עם מערכת הבריאות בישראל (66%), ואחריו באו מגמות מרכזיות בחברה הישראלית המשפיעות על מערכת הבריאות (57%). נוסף על כך שיעור די נמוך מן המשתתפים (43%) דיווחו כי התוכנית הקנתה להם ידע חדש בנושא יצירת שותפויות ושיתופי פעולה (**תרשים 6**).

תרשים 6: תרומה נתפסת של התוכנית בהקניית ידע ושותפויות בקרב המשתתפים (*n* = 58; באחוזים)



גם בראיונות תיארו המשתתפים כי הידע שרכשו בתוכנית כלל היכרות רחבה יותר עם מערכת הבריאות ועם יחסי הגומלין בין ארגונים, תהליכים ונקודות ממשק.

> אימצתי ראייה מערכתית. במקום לראות רק את המטלה או הבעיה המקומית, אני בוחנת את ההקשר הרחב ואת השפעת ההחלטות על כלל הצוות והמערכת." (משתתף/ת בתוכנית 25)

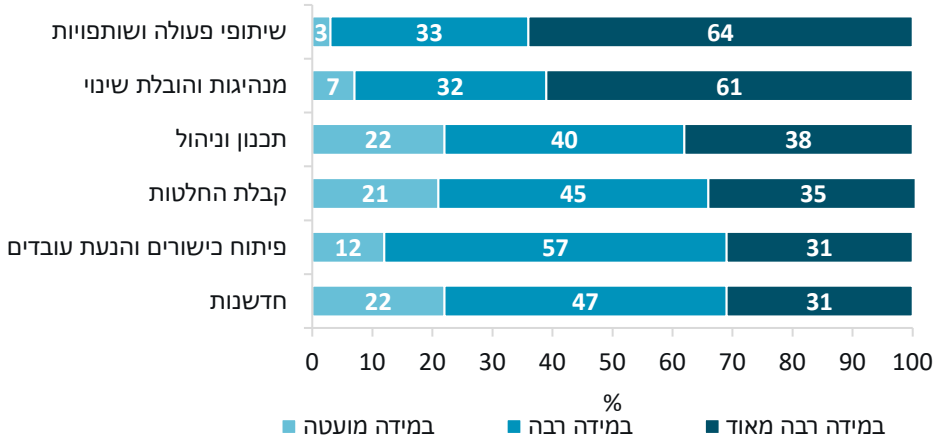
ועוד נאמר:

> [קיבלתי] הבנה עמוקה יותר של הקשר בין תהליכים ניהוליים, תרבות ארגונית, שינוי וחדשנות." (משתתף/ת בתוכנית 10)

זאת ועוד, בממוצע דיווחו 85% מן המשתתפים בשני המחזורים כי רכשו במסגרת התוכנית כלים חדשים ומיומנויות ניהוליות מגוונות במידה רבה או רבה מאוד (נתון זה הוא נתון מסכם ואינו מוצג **בתרשים 7**). הכלים והמיומנויות שהמשתתפים חשבו שקיבלו במידה רבה מאוד

בתוכנית הם: כלים לקידום שיתופי פעולה ושותפויות (64%) ומנהיגות והובלת שינוי (61%). הם דיווחו פחות מזה על כלים בתחום התכנון והניהול (38%), בתחום קבלת ההחלטות (35%) ובתחומים פיתוח כישורים והנעת עובדים וחדשנות (31% בכל אחד; **תרשים 7**).

תרשים 7: התרומה הנתפסת של התוכנית במתן כלים ומיומנויות במגוון תחומים בקרב המשתתפים (*n* = 58; באחוזים)



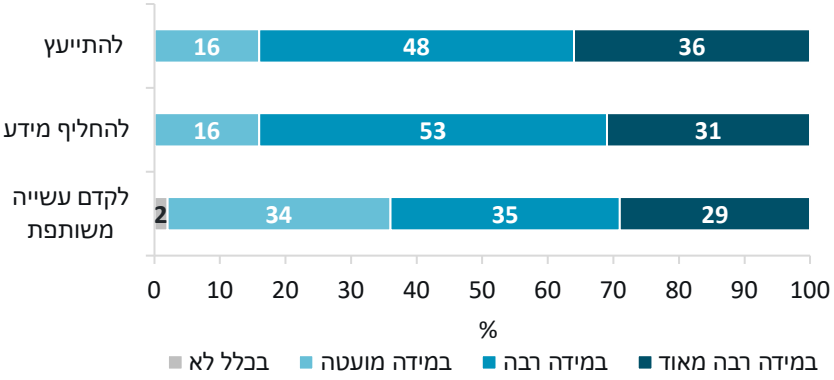
חוץ משאלות על תרומת התוכנית ועל קבלת כלים ומיומנויות, נשאלו המשתתפים אם שינו את אופן הניהול והמנהיגות שלהם בעקבות התוכנית. נמצא כי 90% מן המשתתפים בממוצע דיווחו ששינו את דפוס הניהול והמנהיגות שלהם בעקבות התוכנית (82% במחזור א' ו-97% במחזור ב'). בראיונות תיארו המשתתפים שינויים בהתנהלותם, ובהם חיזוק התקשורת ושיתופי הפעולה, האצלת סמכויות, אימוץ גישה ניהולית פתוחה וגמישה ושימוש בכלים לניהול פרוצדורות שהם קיבלו בתוכנית. נוסף על כך תיארו המשתתפים עלייה בתחושת הביטחון העצמי ובאומץ הניהולי לצד ניהול מודע ומכוון.

> "חלו בי שינויים באופי הניהול והמנהיגות שלי. רכשתי כלים שהפכו אותי למנהלת קשובה ומכילה יותר, עם דגש על תקשורת פתוחה, העצמת הצוות ומתן מקום לשיח רגשי. התחדדה אצלי ההבנה שמנהיגות אינה רק הובלה אלא גם שירות, דוגמה אישית ויכולת לזהות צרכים עמוקים של עובדים, גם כאלה שלא תמיד נאמרים בקול. למדתי לשלב בין קבלת החלטות ניהוליות לבין התחשבות בפרט ולפעול מתוך ראייה מערכתית שמקדמת שיתופי פעולה ופתרונות יצירתיים." (משתתף/ת בתוכנית 4)

כלל המשתתפים (100%) גם דיווחו כי נוצרה בקבוצה שפה מקצועית משותפת וכי הם התגבשו לכדי רשת עמיתים במידה רבה או רבה מאוד. נוסף על כך דיווחו 78% מן המשתתפים בממוצע

כי התוכנית סייעה להם ביצירת קשרים עם גופים מקצועיים (שני נתונים אלו מסכמים ואינם מוצגים **בתרשים 8**). 84% מן המשתתפים דיווחו כי התוכנית סייעה להם במידה רבה או רבה מאוד להתייעץ עם גופים מקצועיים ולהחליף מידע, ו-64% מן המשתתפים ציינו כי היא סייעה להם לקדם עשייה משותפת במידה רבה או רבה מאוד (**תרשים 8**).

תרשים 8: הסיבות השכיחות ליצירת קשר עם גופים מקצועיים (*n* = 58; באחוזים)



לסיכום, מנקודת מבטם של המשתתפים תרמה להם התוכנית בפיתוח שלושה רכיבים משלימים: הרחבת הידע, הקניית כלים יישומיים ובניית רשת מקצועית, ויחד הם עשויים לשמש בסיס להמשך הובלת שינוי גם לאחר סיום התוכנית. הרשת שימשה מאוד להתייעצות ולהחלפת מידע, אולם השימוש בה לקידום עשייה משותפת היה מצומצם יותר.

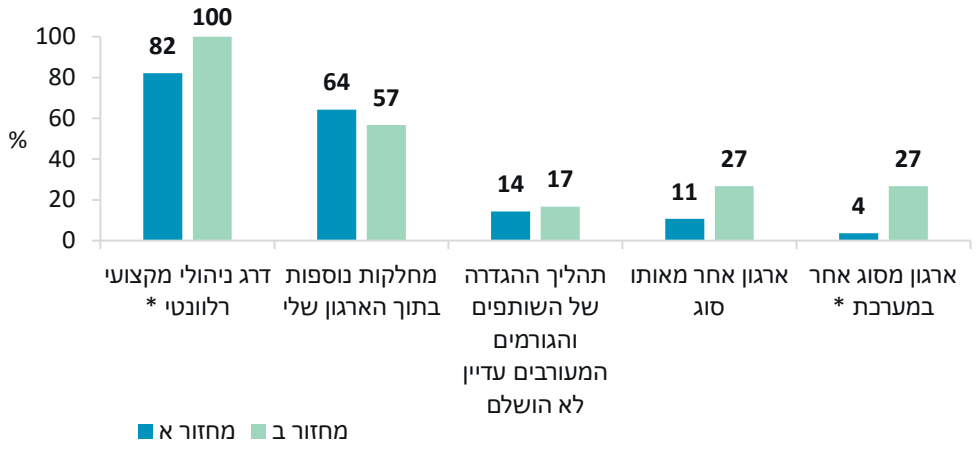
5.1.6 מיזם אישי – השינוי שכל משתתף ביקש לקדם

השינוי שהמשתתפים ביקשו לקדם במסגרת התוכנית עסק במגוון רחב של תחומים: שיפור תהליכים ארגוניים וניהוליים, שיפור איכות הטיפול וחוויית המטופל, פיתוח המשאב האנושי והעצמתו, חיזוק מקצוע האחיות ומנהיגות אחיות והעצמתו, יצירת שיתופי פעולה ורצף טיפולי ופיתוח חדשנות וטכנולוגיה. בעת סיום התוכנית העריכו כלל המשתתפים (100%) כי יש סיכוי גבוה ליישום המיזם האישי שלהם.

כדי לבחון את היקף השינויים שהמשתתפים מובילים באמצעות המיזמים שלהם, הם נשאלו באילו רמות בארגון ובמערכת מיושם השינוי. מן הממצאים עלה כי השינוי מיושם בעיקר בתוך הארגון שהמשתתפים עובדים בו, ורובם ציינו כי הוא מיושם ב"דרג ניהולי מקצועי רלוונטי" (82% במחזור א' ו-100% במחזור ב'; ההבדל מובהק). יותר ממחציתם ציינו כי הוא מיושם גם ב"מחלקות נוספות בתוך הארגון שלי" (64% במחזור א' ו-57% במחזור ב'). שיעור נמוך מזה מקרב המשתתפים דיווחו על יישום השינוי ב"ארגון אחר מאותו סוג" (11% במחזור א' ו-27% במחזור ב') או ב"ארגון מסוג אחר במערכת" (4% במחזור א' ו-27% במחזור ב'; ההבדל

מובהק). אולם 14% ממשתתפי מחזור א' ו-17% ממשתתפי מחזור ב' ציינו כי תהליך ההגדרה של השותפים והגורמים המעורבים עדיין לא הושלם (**תרשים 9**).

תרשים 9: המסגרות שבהן מיושם מיזם השינוי, לפי מחזור (*n* = 58; באחוזים)



*הבדל מובהק בין המחזורים ($p < .05$)

למעשה מיזמי השינוי האישיים אינם מתמקדים רק ברמת היחידה, אלא רבים מהם משלבים בעלי תפקידים וגופים אחרים בארגון ולעיתים אף מחוצה לו. ממצא זה עשוי להעיד על פוטנציאל להרחבת היוזמות מחוץ ליחידה.

5.2 ממצאי המעקב – סקר שני

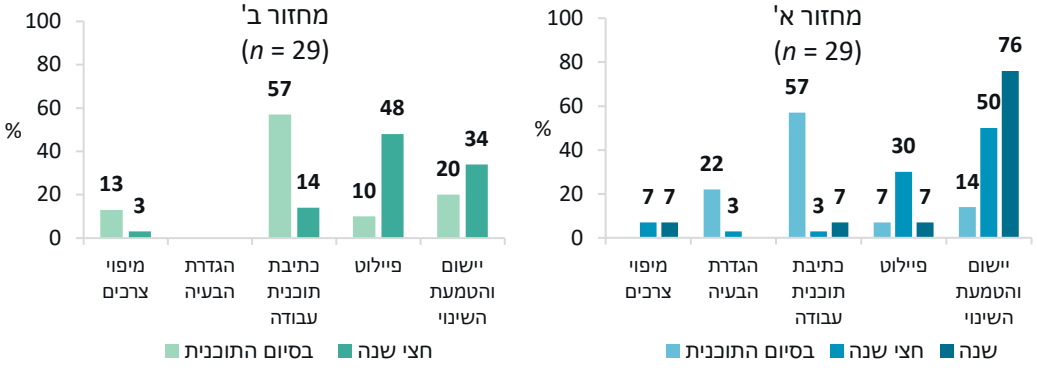
5.2.1 התקדמות המיזמים ליישום שינויים בארגון

כדי לבחון את יישום השינויים, התבקשו המשתתפים לדווח על התקדמות מיזם השינוי שהובילו בסיום התוכנית וחצי שנה לאחר סיומה (**תרשים 10**). במחזור א' נערכו שלוש מדידות: בסיום התוכנית, חצי שנה לאחר סיומה ושנה לאחר סיומה. חצי שנה לאחר סיום התוכנית דיווחו 50% ממשתתפי מחזור א' כי המיזם בשלב ההטמעה, ושיעורם עלה ל-76% שנה לאחר סיום התוכנית. במקביל חלה ירידה בשיעור המיזמים שנותרו בשלב כתיבת תוכנית העבודה (מ-57% בסיום התוכנית ל-7% לאחר שנה) ובשלב הפיילוט חלה ירידה (מ-30% ל-7%). בקרב משתתפי מחזור ב', כחצי שנה לאחר סיום התוכנית דיווחו 34% מהם כי המיזם כבר בשלב ההטמעה, ואילו 48% ציינו כי הוא עדיין מצוי בשלב הפיילוט ו-14% בשלב כתיבת תוכנית העבודה.

במחזור א', שכאמור נערכו בו שלוש מדידות, ניכרה התקדמות של המיזמים עם הזמן אל שלב היישום וההטמעה. בהשוואה בין המחזורים חצי שנה לאחר סיום התוכנית, שיעור המשתתפים

שדיווחו כי המיזם בשלב היישום וההטמעה היה נמוך במחזור ב' מבמחזור א' (34% לעומת 50%), ואילו שיעור המדווחים כי המיזם בשלב הפיילוט היה גבוה במחזור ב' מבמחזור א' (48% לעומת 30%).

תרשים 10: התקדמות ביישום מיזם השינוי שהחל במסגרת התוכנית, לפי מחזורים (באחוזים)



5.2.2 שינויים בתפקיד לאחר התוכנית

בסקר נבדק אם חל שינוי בתפקידם המקצועי של המשתתפים לאחר סיום התוכנית. 40% ממשתתפי מחזור א' דיווחו על קידום לתפקיד חדש בתוך חצי שנה מסיום התוכנית, ושיעור זה עלה ל-55% כעבור שנה. בקרב משתתפי מחזור ב' דיווחו 28% על קידום לתפקיד חדש בתוך חצי שנה מסיום התוכנית. תפקידי הקידום היו מקצועיים וניהוליים, ובהם ניהול מחלקות ויחידות, מינוי לתפקידי הנהלה, הרחבת תחומי אחריות ומעבר לתפקידי רוחב בעלי השפעה ארגונית (ראו **נספח ב**).

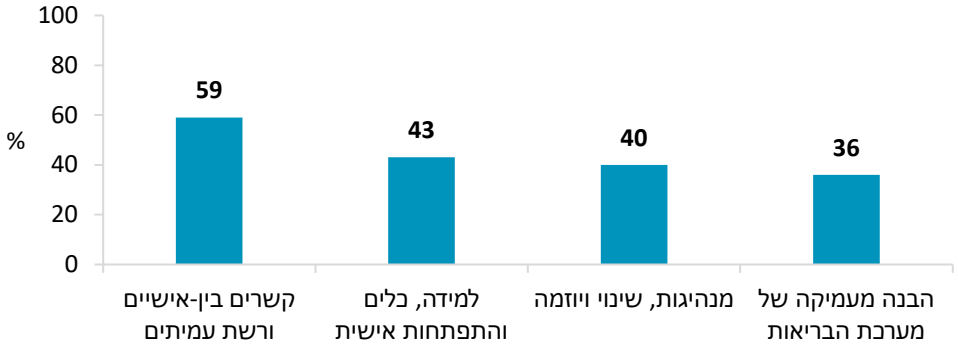
מנחי התוכנית סברו כי הקידום בתפקיד בקרב משתתפים נבע לא רק מהשתתפותם בתוכנית אלא גם מתהליך מתמשך של מימוש הפוטנציאל המקצועי שלהם והבשלתם לתפקידי ניהול ואחריות.

> כל מי שנמצא בנטע, אני אומר את זה בצורה חיובית, לא מסופק מהמקום המקצועי שלו כרגע, הוא רואה אפשרויות נוספות כל הזמן. אז יש פה איזושהי מוביליות תעסוקתית שכבר קורית, אבל יש בעיקר רצון והבנה לאיזה [לאילו] תפקידים אולי יותר אני רוצה למצוא את עצמי בעתיד. בשלבי המיון הם לא יודעים להגיד: 'אני רוצה משהו רוחבי, רוצה משהו במדיני', הם לא יודעים להגיד מה הם רוצים. הם רוצים משהו גדול, זה בשלבי המיון. בתוכנית כבר יותר יודעים להגיד מה היכולת שלהם לתת ואיזה [אילו] תפקידים יכולים להיות קיימים ואולי לעשות את זה." (מנחי התוכנית)

5.2.3 התרומות המשמעותיות של התוכנית לטווח הארוך לדעת המשתתפים

כשנשאלו המשתתפים משני המחזורים, בסקר המעקב שנערך כחצי שנה לאחר סיום התוכנית, על "הדבר המשמעותי ביותר שלקחו מהתוכנית", ציינו 59% מהם כי התרומה המרכזית של התוכנית היא |קשרים בין-אישיים ורשת עמיתים". במידה פחותה הם ציינו "למידה, כלים והתפתחות אישית" (43%), "מנהיגות, שינוי ויוזמה" (40%) וכן "הבנה מעמיקה של מערכת הבריאות" (36%; **תרשים 11**).

תרשים 11: התרומות המשמעותיות של התוכנית לטווח הארוך לדעת המשתתפים (*n* = 58; באחוזים)



הערה: התשובות לשאלה הפתוחה אינן מסתכמות ב-100%.

5.2.4 המלצות המשתתפים לנושאים להשלמה ולהעמקה

מן השאלות הפתוחות בסקר עלו כמה תחומים שמשתתפי התוכנית משני המחזורים ביקשו להעמיק בהם. 29% מן המשתתפים ציינו שאין צורך בהשלמות או בחרו לא להשיב לשאלה. המשתתפים פירטו צרכים מגוונים, ויכלו לציין יותר מנושא אחד בשאלה הפתוחה.

התחום השכיח ביותר בקרב המשתתפים היה חיזוק ההיבט היישומי של הלמידה: 26% מן המשתתפים הצביעו על הרחבת התרגול, ההתנסות המעשית, הדוגמאות מן השטח או משך הזמן ליישום הכלים שנלמדו.

22% מן המשתתפים הצביעו על צורך בהעמקת ההיכרות עם מערכת הבריאות בקהילה, כלומר עבודת קופות החולים והממשק שבין בתי החולים לקהילה, ובכלל זה רצף הטיפול. נוסף על כך ציינו 10% מן המשתתפים צורך בהעמקת ההיכרות עם מקצועות הבריאות ובהגברת שיתופי פעולה רב-מקצועיים. המשתתפים גם העלו את הצורך בהרחבת ההיכרות והקשרים עם גופים אחרים במערכת: 12% מן המשתתפים ביקשו להדק את הקשרים ולהרחיב את השותפות עם גופי מטה, עם מקבלי החלטות, עם ארגונים אחרים ועם רשתות מקצועיות (רישות).

במישור הניהול ביקשו 17% מן המשתתפים העמקה בלימוד כלים ניהוליים, ובהם בניית אסטרטגיה ותוכניות עבודה, תכנון, הובלת תהליכים וניהול זמן. נוסף על כך עלה הצורך בעיסוק בנושאים הקשורים לפוליטיקה ארגונית ובין-ארגונית ובהתמודדות עם חסמים בתהליכי שינוי ופיתוח (9%) והצורך בהנעה ובשימור עובדים (7%).

במישור החברה הצביעו 16% מן המשתתפים על צורך בהעמקת הגיוון התרבותי ובהיכרות עם קבוצות אוכלוסייה מגוונות, ו-12% ביקשו לעסוק בפערים בין המרכז לפריפריה ובאי-שוויון בבריאות.

תחומים אחרים עלו בשכיחות נמוכה: היערכות לחירום וחוסן (10%), כלכלת בריאות, תקצוב, תקינה ונתונים (9%), העמקה בתחומי תוכן בריאותיים נוספים כגון גריאטרייה, שיקום וקידום בריאות (9%) וכן חדשנות, טכנולוגיה וחשיבה יצירתית (5%).

5.3 הסיור הלימודי בחו"ל

הסיור הלימודי התקיים לאחר סיום תקופת ההכשרה והפצת הסקר המסכם, ולכן המידע על הסיור בפרק זה מבוסס על הראיונות עם מנחי התוכנית ועל חלק מן הראיונות עם המשתתפים. משתתפי התוכנית ומוביליה תיארו את הסיור להולנד כהזדמנות להרחבה של נקודת המבט על מערכת הבריאות ולבחינת המערכת הישראלית מתוך פרספקטיבה השוואתית. המשתתפים ציינו כי ההיכרות עם מערכת הבריאות ההולנדית חידדה את ההבנה בחוזקות מערכת הבריאות בישראל, ובהן רמת האקדמיה והמחקר, לצד חשיפה לדרכי עבודה שונות מאלו שבישראל, המאופיינות בבירוקרטיה פחותה, בשיח פתוח יותר בין דרגים מקצועיים ובתרבות ארגונית רגועה יותר.

בצד התרומה המקצועית אמרו המשתתפים כי רצוי שהסיור ייערך בסמוך לסיום שנת ההכשרה, משום שהוא משמש שלב מסכם של תהליך הלמידה. לדבריהם, דחיית הסיור בעקבות המלחמה פגעה ברצף הלמידה, הקשתה על השתתפות חלק מן הבוגרים וצמצמה את האפשרות לבסס את השפה המשותפת שנבנתה במשך התוכנית.

המרואיינים גם אמרו כי הסיור תרם לחיזוק הקשרים בין מחזורי התוכנית. כמה משתתפים ממחזור א' הצטרפו לסיור של מחזור ב' בשל אילוצים. המשתתפים ציינו כי שילובם של משתתפים משני המחזורים אפשר למידה הדדית, שיתוף ניסיון וחיזוק הרשת המקצועית.

5.4 ממצאי שאלון הממונים על משתתפי התוכנית

פרק זה מציג את ממצאי שאלון הממונים הישירים על בוגרי התוכנית. בשל שיעור היענות נמוך בשני המחזורים (27 ממונים, 45%; ראו **פרק השיטה**), הממצאים מבוססים על קבוצה קטנה של ממונים. לכן יש לראות בהם רק מקור מידע משלים לסקר המשתתפים ולראיונות העומק. עם זאת הם הוסיפו נקודת מבט חיצונית ותרמו להשלמת התמונה על השינויים שחלו בעקבות ההשתתפות בתוכנית.

כמו שדיווחו המשתתפים, גם הממונים דיווחו על שינוי בחשיבה ובהתנהלות המקצועית של המשתתפים. השינוי התבטא בהרחבת הראייה המערכתית, בחיזוק היכולת להוביל תהליכי שינוי ובהגברת המוטיבציה ליזום ולהשפיע.

> "הראייה הארגונית שלה [של המשתתפת] התרחבה, הבנת המערכת והיכולת ליישם שיתופי פעולה רוחביים בארגון." (ממונה של משתתף/ת בתוכנית 4)

הממונים שיתפו גם כי המשתתפים מגלים הבנה רחבה יותר מבעבר של מערכת הבריאות ושל הקשרים בין ארגונים, מפגינים ביטחון רב יותר מבעבר בהובלת יוזמות ומרבים ליצור שיתופי פעולה הן בתוך הארגון הן מחוצה לו.

> "השינוי המרכזי שחל הינו היכולת לראות את כלל צורכי הארגון וטובתו ולסנכרן בין המדיניות הכללית מדיניות המקומית של המחלקה במקביל לעבודה משותפת עם מחלקות שונות." (ממונה של משתתף/ת בתוכנית 5).

נוסף על כך סברו הממונים שהתוכנית תרמה לחיזוק החשיבה המערכתית וליכולת לראות את צורכי הארגון מנקודת מבט רחבה יותר, מעבר לגבולות התפקיד או היחידה.

לצד התרומה המקצועית הדגישו הממונים גם שינויים בהתפתחות האישית של המשתתפים, ובהם עלייה בתחושת המסוגלות, ביוזמה ובאחריות וכן בנכונות להוביל תהליכים מורכבים ולרתום עובדים ושותפים לקידום שינוי.

> "פיתוח אישי מקצועי, יוזמה ומוטיבציה להוביל פרויקטים בראייה מערכתית מנהיגותית, יצירת קשרים עם חברים ברשת נטע בארגונים אחרים וחשיבה משותפת על הובלת שינוי." (ממונה של משתתף/ת בתוכנית 17).

הממונים הצביעו גם על תחומים אחדים שבהם לדעתם אפשר להמשיך ולפתח את המשתתפים. התחום השכיח ביותר היה חיזוק היכולות בניהול עובדים ובהובלת תהליכי שינוי, בייחוד בהתמודדות עם התנגדויות ובהנעת עובדים לשיתוף פעולה. אחד הממונים כתב כי יש מקום לחזק את יכולות המשתתפים בניהול עובדים, ובכלל זה עובדים "מאתגרים", כדבריו, עבודה עם התנגדויות והנעת עובדים לשותפות בפרויקטים. היו שהציעו להרחיב את ההכשרה בנושאים מערכתיים, כגון שיתוף פעולה עם בעלי תפקידים במטה, היכרות עם מנגנוני מערכת הבריאות והבנת סוגיות של תקציב ותקינה. לדוגמה, צוין הצורך בעבודה משותפת עם בעלי תפקידים במטה מקצועי-מנהלי וביחידות במערכת הבריאות לקידום יעדי עבודה. הוצע גם להוסיף תכנים של הבנת המורכבות של מערכת הבריאות, בייחוד בנושאים תקציב ותקנים, ועלו המלצות נקודתיות לחיזוק החוסן האישי, החשיבה החדשנית וכן היכולת לרתום שותפים ולהוביל פרויקטים.

הממונים תיארו שינויים ניכרים ביכולותיהם של המשתתפים, בעיקר בתחומים מנהיגות, יוזמה וראייה מערכתית, אולם הם היו זהירים בהערכת השפעתם של המשתתפים על הארגון כולו.

כמה מן הממונים ציינו כי מוקדם עדיין להעריך השפעות ארגוניות רחבות או מדדי תוצאה, וגם כאשר זוהו השפעות ארגוניות הודגש כי מדובר בתהליכים המתפתחים לאורך זמן.

> כמובן ההשפעה איננה נראית בצורה מיידית, אולם לאורך זמן אנו רואים את השיפור בביצוע תהליכים והובלת צוותים לפרויקטים משמעותיים." (ממונה של משתתף/ת בתוכנית 11).

6. מגבלות המחקר

יש להתחשב במגבלות אחדות בפירוש הממצאים. המגבלה הראשונה, רוב הממצאים מבוססים על דיווחיהם העצמיים של המשתתפים, ולכן הם משקפים את תפיסותיהם בנוגע לתרומת התוכנית ולא מדידה אובייקטיבית של שינוי. השנייה, המחקר לא כלל קבוצת השוואה ולא מדידה ישירה של יכולות המשתתפים לפני ההכשרה, ולכן אין אפשרות לייחס את השינויים שדווחו לתוכנית בלבד. השלישית, שיעור ההיענות של הממונים לשאלון היה קטן (45%), ולכן הממצאים המוצגים מנקודת מבטם מבוססים על קבוצה מצומצמת של משיבים ויש לראותם כמקור מידע משלים. המגבלה הרביעית, השפעת ההקשר הארגוני והתקופתי, ובכלל זה האירועים בתקופת המעקב של מחזור ב', לא נבחנה במישרין במחקר. החמישית, ההערכה נעשתה בסמוך לסיום ההשתתפות בתוכנית (עד לשנה מסיומה) ומתייחסת למחזוריה הראשונים, ולכן אין היא מאפשרת להעריך את השפעותיה ארוכות הטווח על המשתתפים, על הארגונים ועל מערכת הבריאות.

7. סיכום ודיון

ממצאי ההערכה סיפקו עדויות לתרומה נתפסת של תוכנית נטע בפיתוח יכולותיהם של המשתתפים בתחומים שנקבעו כיעדי התוכנית, ובראשם מנהיגות, ראייה מערכתית, הובלת שינויים והקמת רשת קשרים מקצועית. ממצאים אלו התקבלו בעקביות מכמה מקורות מידע, ובהם סקרי המשתתפים, ראיונות עומק ומשוב מן הממונים, אף כי שיעור ההיענות של הממונים היה נמוך. לצד זאת העדויות להשפעות ברמת הארגון היו מצומצמות, כצפוי לנוכח עיתוי המדידה הסמוך למועד סיום התוכנית. בפרק זה יידונו הממצאים המרכזיים גם על פי הספרות המקצועית, ותיבחן משמעותם להמשך פיתוחה של התוכנית.

7.1 התוכנית משמשת פלטפורמה לפיתוח מנהיגות מערכתית ורישות

הממצאים מעידים שהתוכנית נתפסת כפלטפורמה משמעותית לפיתוח מנהיגות במערכת הבריאות. תרומת התוכנית אינה מתמצה בהקניית ידע מקצועי אלא מתבטאת בשילוב של הרחבת הראייה המערכתית, פיתוח תפיסת תפקיד מנהיגותית, הקניית כלים יישומיים והקמת רשת עמיתים מקצועית. שילוב זה עשוי לסייע למשתתפים להבין את קשרי הגומלין במערכת הבריאות, לבחון סוגיות מעבר לגבולות תפקידם או יחידתם ולקדם שיתופי פעולה ותהליכי שינוי.

ממצא אחר הוא הקמת רשת העמיתים והבוגרים. רישות היה אחד הרכיבים הבולטים בתוכנית בעיני המשתתפים, והוא התבטא בתחושת השייכות לקהילה מקצועית רחבה – 59% מן המשתתפים ציינו את רשת הקשרים כתרומה השכיחה ביותר שלקחו מן התוכנית כחצי שנה לאחר סיומה – וכן בדיווחים על יצירת קשרים מקצועיים, התייעצות והחלפת מידע עם גופים מקצועיים גם לאחר סיום התוכנית. עם זאת שיעור המשתתפים שדיווחו כי הקשרים סייעו להם לקדם עשייה משותפת היה נמוך משיעור המדווחים על התייעצות והחלפת מידע. כלומר, אפשר שעד לכתיבת דוח זה הרשת משמשת יותר לשיתוף ידע ולהתייעצות ופחות לעשייה משותפת.

לצד התרומה הנתפסת של התוכנית בפיתוח מנהיגות, בהרחבת הידע ובבניית רשתות מקצועיות, ביקשו המשתתפים להרחיב את הרכיבים היישומיים ואת הליווי לאחר סיום ההכשרה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם הספרות המקצועית מן העולם המדגישה כי הטמעה מתמשכת של הלמידה באמצעות ליווי, חונכות וקהילות עמיתים היא תנאי מרכזי למיצוי השפעתן של תוכניות מנהיגות לאורך זמן (Chen et al., 2022; West et al., 2015).

7.2 שילוב של למידה עיונית ויישום

המשתתפים העריכו כי התוכנית תורמת ידע חדש, כלים מעשיים ותפיסת מנהיגות רחבה, וכולם דיווחו כי התוכנית הגשימה את כל ציפיותיהם או חלק גדול מהן. עם זאת עלה מן הממצאים צורך להרחיב את רכיבי ההתנסות המעשית. המשתתפים ביקשו להקדיש זמן רב יותר לתרגול, לניתוח מקרים, לליווי תהליכי שינוי ולהעמקת הקשר בין התכנים הנלמדים ובין אתגרי הניהול שהם מתמודדים איתם בעבודתם. נדמה כי חיזוק רכיבים אלו עשוי להעצים את תרומת התוכנית ליישום השינוי בשטח.

7.3 התוכנית מחזקת את הקשר בין משתתפיה למערכת הבריאות כולה

חוץ מתרומה להתפתחות האישית והמקצועית דיווחו המשתתפים שהם שינו את התפיסה שלהם מהתמקדות בארגון הבודד להסתכלות מערכתית רחבה. הם דיווחו על העמקת ההיכרות עם מערכת הבריאות, על הרחבת רשת הקשרים המקצועיים ועל העמקת ההבנה של החשיבות שבשיתופי פעולה בין מקצועות, בין ארגונים ובין מסגרות טיפול. לצד זאת המלצות המשתתפים הצביעו על רצון להעמיק את היכרותם עם הקהילה, עם קופות החולים, עם אוכלוסיות מגוונות ועם גופי ממשל ומקבלי החלטות. רכיבים אלו יכולים לחזק את אופייה המערכתי של התוכנית.

7.4 אינדיקציות להשפעת התוכנית גם לאחר סיומה

ממצאי סקר המעקב הראו שהידע, הכלים והקשרים שנרכשו ממשיכים לשמש את המשתתפים גם חודשים לאחר סיום התוכנית. לאורך זמן ניכרת גם התקדמות ביישום מיזמי השינוי, ויותר ויותר משתתפים עוברים משלב התכנון לשלב ההטמעה בפועל, וכן יש קידום בתפקידים והרחבת סמכויותיהם של המשתתפים. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ההנחה כי מדובר בתהליך מתמשך של פיתוח מנהיגות ולא בהתערבות נקודתית.

7.5 הבדלים בין מחזורי התוכנית ביישום התוכנית ובהתקדמות המקצועית

מאפייני המשתתפים היו דומים למדי בשני המחזורים, ולא נמצא הבדל נרחב בהרכב המשתתפים שעשוי להסביר את ההבדלים ביניהם. עם זאת במחזור ב' היה הוותק המקצועי גבוה יותר במובהק, ולכן אין לשלול אפשרות שלהבדל זה הייתה השפעה על הממצאים.

בהשוואה בין המחזורים עלו הבדלים בכמה היבטים. למשתתפי מחזור ב' הייתה הערכה חיובית יותר מלמשתתפי מחזור א' להקצאת הזמן ללמידה ולהיכרות עם תחומי התוכן ולתרגום

הלמידה לפרקטיקה; ההבדל בהקצאת הזמן ללמידה ולהיכרות עם כלים חדשים לא היה מובהק. ממצא זה עשוי לשקף את ההתאמות שנעשו בתוכנית בין שני המחזורים. מנחי התוכנית דיווחו כי במחזור א', ששימש תוכנית חלוץ, פותח חלק מתהליך העבודה במיזם השינוי תוך כדי הפעלת התוכנית. במחזור ב' שולבה העבודה במיזם קודם ובאופן מובנה ומדורג, והיא כללה משימות מקדימות, שיחות אישיות מותאמות, משימות בין המפגשים וחיבור הדוק יותר למודל המנהיגות וליתר תוכני התוכנית.

לעומת זאת בהשוואה בין המחזורים חצי שנה לאחר סיום התוכנית נמצאה התקדמות רבה יותר בקרב משתתפי מחזור א' בשני מדדים – התקדמות במיזם השינוי וקידום בתפקיד. 50% ממשתתפי מחזור א' דיווחו כי מיזם השינוי שלהם בשלב היישום וההטמעה לעומת 34% ממשתתפי מחזור ב'. 40% ממשתתפי מחזור א' דיווחו על קידום לתפקיד חדש לעומת 28% ממשתתפי מחזור ב'.

בסקר המעקב שנערך בקרב משתתפי מחזור א' שנה לאחר סיום התוכנית נמצא שההתקדמות נמשכת בשני המדדים: שיעור המשתתפים שדיווחו כי מיזם השינוי כבר בשלב היישום וההטמעה עלה ל-76%, ושיעור המדווחים על קידום לתפקיד חדש עלה ל-55%. ממצאים אלו מחזקים את ההנחה כי שני התהליכים עשויים להמשיך ולהתפתח לאורך זמן, אך אין הם מסבירים את הפער שנמצא בין שני המחזורים לאחר חצי שנה.

השינוי באופן העבודה במיזם השינוי עשוי להיות רלוונטי לפירוש הפער בסטטוס המיזמים. תהליך מובנה ומדורג יותר עשוי להשפיע על קצב ההתקדמות משלב התכנון לשלב ההרצה ולשלב ההטמעה. לפיכך השיעור הנמוך של משתתפי מחזור ב' שדיווחו על שלב ההטמעה במיזם אינו מעיד בהכרח על התקדמות פחותה ועשוי לשקף גם הבדלים במבנה התהליך ובאופן התקדמותו. הממצאים אינם מאפשרים לקבוע כי השינוי באופן העבודה במיזמים גרם פער בין המחזורים בהתקדמות בהם. הסבר זה גם אינו מתייחס במישרין להבדל שנמצא בקידום לתפקיד.

אחד ההסברים האפשריים לפער הוא האירועים בתקופת המעקב של מחזור ב', מבצע "שאגת הארי", שהשפיעו על סדרי העדיפויות בארגון, על זמינות המשאבים ועל האפשרות לקדם יוזמות שינוי ותהליכי קידום מקצועי. השפעה זו לא נבחנה במישרין במחקר, ולכן אין אפשרות לקבוע אם היא מסבירה את ההבדלים שנמצאו. הנתונים מצביעים אפוא על הבדלים בין המחזורים, אך הם אינם מאפשרים לקבוע אם מקורם בהבדלים בין התוכנית בשני המחזורים, במאפייני המשתתפים, בהקשר הארגוני והתקופתי או בשילוב ביניהם.

7.6 גבולות ההשפעה

לצד הממצאים שהעידו על תרומתה של התוכנית לפיתוח יכולות המשתתפים, עלו ממצאים שהצביעו על גבולות ההשפעה עד כתיבת דוח זה. המשתתפים והממונים תיארו בעקביות

שינויים ביכולות אישיות ומקצועיות, ואילו העדויות להשפעות רחבות ברמת הארגון היו מצומצמות וזהירות. כמה מן הממונים ציינו כי מוקדם עדיין להעריך את השפעת התוכנית על מדדי תוצאה או על תהליכים רחבי היקף בארגון, ואחרים הדגישו כי השפעות מסוג זה צפויות להתפתח לאורך זמן. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם הספרות המקצועית, ולפיה העדויות להשפעתן של תוכניות לפיתוח מנהיגות מבוססות בעיקר על תוצאות ברמת הפרט, ואילו הראיות להשפעות ברמה הארגונית והמערכתית מצומצמות. נוסף על כך יישום הכישורים שנרכשו בתוכניות אלו תלוי גם בתנאים ובתמיכה בסביבת העבודה (Chen et al., 2022; Frich et al., 2015). אפשר לראות בממצאי ההערכה אינדיקציה ליצירת התנאים הנדרשים לשינוי בתוכנית, אך אין די ראיות כדי להסיק על השפעות ארגוניות או מערכתיות רחבות. זאת ועוד, כמה מן העדויות להשפעה ברמת הארגון התבססו על דוגמאות נקודתיות מצד המשתתפים והממונים ולא על מדדים ארגוניים שיטתיים.

8. כיווני פעולה והמלצות

להלן כמה כיווני פעולה להמשך פיתוח התוכנית. ההמלצות מתמקדות בתוכן התוכנית, בניהולה ובשימור הקהילה המקצועית שנוצרה בה, והן מבוססות על בקשות המשתתפים ועל ממצאי סקירת הספרות. בשל מגבלות המחקר, ובהן הסתמכות על דיווח עצמי והיעדר קבוצת השוואה, אין בהן כדי להצביע על קשר סיבתי בין רכיבי התוכנית לתוצאותיה.

א. תוכן התוכנית

- מומלץ להרחיב את העיסוק בהיבטים מערכתיים של מערכת הבריאות, בייחוד בעבודה בקהילה, ברצף הטיפול ובשיתופי הפעולה בין בתי החולים, קופות החולים וגופים נוספים במערכת.
- מומלץ להעמיק גם בנושאים דוגמת פוליטיקה ארגונית, קבלת החלטות, חדשנות וחוסן ארגוני ולהרחיב את החשיפה לקבוצות אוכלוסייה מגוונות ולהיבטים חברתיים ותרבותיים המשפיעים על מערכת הבריאות.

ב. ניהול התוכנית

- מומלץ לחזק את ההיבט היישומי של התוכנית באמצעות הרחבת ההתנסות המעשית והקצאת זמן רב יותר לתרגול, לניתוח מקרי בוחן, לליווי אישי ולהובלת תהליכי שינוי.
- מומלץ לייעד זמן רב יותר לעבודה במיזמים של המשתתפים בתוכנית ולהרחיב את מעורבותם של מנהלים בכירים ומקבלי החלטות כדי לחזק את הקשר בין הלמידה לאתגרי הניהול והמערכת בשטח.
- מומלץ לחזק את מעורבותם של הממונים הישירים במשך התוכנית באמצעות עדכון שוטף, תיאום ציפיות ושילובם בליווי המיזמים של המשתתפים. מעורבות זו עשויה לחזק את תמיכת הארגון ביישום הנלמד ולסייע בהטמעת תהליכי השינוי במקום העבודה.

ג. הקהילה המקצועית

- מומלץ להמשיך ולחזק את רשת הקשרים המקצועית שנוצרה בתוכנית גם לאחר סיומה באמצעות מפגשי המשך, קהילות למידה ופורומים מקצועיים.
- מומלץ לעודד שיתופי פעולה בין בוגרי מחזורים שונים ובין ארגונים שונים במערכת הבריאות, ולהמשיך במעקב אחר בוגרי התוכנית לבחינת התרומה הנתפסת של התוכנית בטווח הארוך להתפתחותם המקצועית ולהובלת תהליכי שינוי במערכת.

רשימת מקורות

מנהל האחיות. (2023). *הכירו את תוכנית נטע*. משרד הבריאות. נדלה ב-1 באפריל, 2025, מתוך

עתודות לישראל. (2023). *אגף עתודות לישראל*. נדלה ב-1 באפריל, 2025, מתוך

Andrew, M., Briscombe, B., Vardavas, R., Wolters, N., Qureshi, N., Nham, W., & Abir, M. (2024). Identifying strategies for strengthening the health care workforce in the commonwealth of Virginia. *Rand Health Quarterly*, *11*(2), 1.

Alkan, E., Cushen-Brewster, N., & Anyanwu, P. (2024). Organisational factors associated with healthcare workforce development, recruitment, and retention in the United Kingdom: A systematic review. *BMC Nursing*, *23*, 604.

American Association of Colleges of Nursing. (n.d.). *Nurse residency program*.

American Nurses Credentialing Center. (n.d.). *Magnet model - Creating a magnet culture*.

Aqtash, S., Alnusair, H., Brownie, S., Alnjadat, R., Fonbuena, M., & Perinchery, S. (2022). Evaluation of the impact of an education program on self-reported leadership and management competence among nurse managers. *SAGE Open Nursing*, *8*, 23779608221106450.

Benner, P. (1984). From novice to expert. *Menlo Park*, *84*(1480), 10-1097.

BHM Healthcare Solutions. (2025). *Smart strategies to retain nurses*.

Blegen, M. A., Spector, N., Lynn, M. R., Barnsteiner, J., & Ulrich, B. (2017). Newly licensed RN retention: Hospital and nurse characteristics. *Journal of Nursing Administration*, *47*(10), 508–514.

Canadian College of Health Leaders. (2023). Inspire Nursing: A LEADS-based leadership program.

Canadian Nurses Association. (2023, April 17). CCHL and Canadian Nurses Association unveil new nursing leadership program.

Chen, W., Modanloo, S., Graham, I. D., Hu, J., Lewis, K. B., & Gifford, W. (2022). A mixed-methods systematic review of interventions to improve leadership competencies of managers supervising nurses. *Journal of Nursing Management*, *30*(8), 4156–4211.

Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2020). A systematic review of behavioral outcomes for leadership interventions among health professionals. *Journal of Nursing Research*, *28*(5), e118.

Debono, B. P. H. D., Travaglia, P. J. F., Dunn, P. A. G., Thoms, D., Hinchcliff, P. R., Milne, P. J., ... & Braithwaite, M. J. (2016). Strengthening the capacity of nursing leaders through multifaceted professional development initiatives: a mixed method evaluation of the 'Take The Lead'program. *Collegian*, *23*(1), 19-28.

Detsky, A. S. (2011). How to be a good academic leader. *Journal of General Internal Medicine*, *26*, 88–90.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, *376*(9756), 1923–1958.

Frich, J. C., Brewster, A. L., Cherlin, E. J., & Bradley, E. H. (2015). Leadership development programs for physicians: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine, 30*(5), 656–674.

Giovanelli, L., Rotondo, F., & Fadda, N. (2024). Management training programs in healthcare: Effectiveness factors, challenges and outcomes. *BMC Health Services Research*, *24*, 904.

Hartviksen, T. A., Aspfors, J., & Uhrenfeldt, L. (2019). Healthcare middle managers' experiences of developing capacity and capability: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, *19*, 546.

Hughes, R., Meadows, M. T., & Begley, R. (2022). AONL nurse leader competencies: Core competencies for nurse leadership. *Nurse Leader*, *20*(5), 437–443.

Institute for Employment Studies. (2020). The impact and effectiveness of leadership development activities for senior leaders. NHS Leadership Academy.

Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F., & Jun, J. (2014). What does nurse turnover rate mean and what is the rate? *Policy, Politics, & Nursing Practice*, *15*(3–4), 64–71.

van Kraaij, J., de Vries, N., Wessel, H., Vermeulen, H., van Oostveen, C., & RN2Blend Consortium. (2025). Enhancing work environments and reducing turnover intention: A multicenter longitudinal cohort study on differentiated nursing practices in Dutch hospitals. *BMC Nursing*, *24*, 39.

Laitsch, M., Merwin, T., Torres, K., Coto, J. A., McGuire, J. M., & Bell, R. (2024). The relationship between a professional nurse advancement program and nurse retention. *Nurse Leader*, *22*, 593-596.

MacKechnie, M. C., Miclau, T. A., Cordero, D. M., Tahir, P., & Miclau, T III. (2022). Leadership development programs for healthcare professionals in low- and middle-income countries: A systematic review. *International Journal of Health Planning and Management*, *37*(4), 2149–2166.

McComiskey, C., Simone, S., Fitzpatrick, S., & Andersen, B. (2024). Advanced practice provider professional advancement model: A 10-year experience. *Journal for Nurse Practitioners*, *20*(7), 105054.

Ministry of Health & Nursing and Midwifery Office. (2017). *Take the Lead 2 (ttl2) post-program evaluation summary*. Nous Group.

Mohamed, Z., & Al-Hmaimat, N. (2024). The effectiveness of nurse residency programs on new graduate nurses' retention: Systematic review. *Heliyon*, *10*(5), e26272.

National Center for Healthcare Leadership. (n.d.). *Leadership Excellence Networks* (LENS).

NHS Employers. (2024). *Staff development pathways*.

NHS Leadership Academy. (n.d.a). *Home*.

NHS Leadership Academy. (n.d.b). *Elizabeth Garrett Anderson programme*.

NSW Health. (n.d.). *Leadership programs*.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *The future of nursing 2020–2030: Charting a path to achieve health equity*. National Academies Press.

OECD. (2001). *Public sector leadership for the 21st century*. OECD Publishing.

OECD. (2021). *Skills for the future health workforce*. OECD Publishing.

OECD. (2022). *Equipping health workers with the right skills: Skills anticipation in the health workforce*. OECD Publishing.

OECD. (2023). *Public employment and management 2023*. OECD Publishing.

Rodríguez-García, M. C., Márquez-Hernández, V. V., Belmonte-García, T., Gutiérrez-Puertas, L., & Granados-Gámez, G. (2020). How Magnet hospital status affects nurses, patients, and organizations: A systematic review. *American Journal of Nursing*, *120*(7), 28–38.

Savitsky, B., Shvartsur, R., & Kagan, I. (2024). Predictors of intention to stay in the profession among novice nurses: A cross-sectional study. *Israel Journal of Health Policy Research*, *13*, 75.

Slagle, A., Wakim, N., & Gray, S. E. (2023). A global examination of clinical ladder programs–A synthesis of commonalities and opportunities for standardization. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *20*(1), 56-63.

Stoye, G., & Warner, M. (2024). *Progression of nurses within the NHS* (IFS Report R310). Institute for Fiscal Studies

Streeton, A. M., Kitsell, F., Kung, M., Oo, M., Rowse, V., Wadd, V., Shere, H., et al. (2021). The improving Global Health Programme - Leadership development in the NHS through overseas placement. *BMJ Global Health*, *6*(Suppl. 6), e004533.

Tate, K., Penconek, T., Booth, A., Harvey, G., Flynn, R., Lalleman, P., Wolbers, I., Hoben, M., Estabrooks, C. A., & Cummings, G. G. (2024). Contextually appropriate nurse staffing models: A realist review protocol. *BMJ Open*, *14*(5), e082883.

UAMS Health. (n.d.). *Professional development Clinical ladder*.

University of Birmingham. (2019). *Celebrating a further 150 graduates with an MSc in Healthcare Leadership*.

University of Birmingham. (2023). *Celebrating 10 years of developing NHS leaders*.

Williamson, L., Burog, W., & Taylor, R. M. (2022). A scoping review of strategies used to recruit and retain nurses in the health care workforce. *Journal of Nursing Management*, *30*(7), 2845–2853.

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*.

נספח א: פרק משלים לסקירת הספרות בנושאים שימור, מוביליות וקידום מקצועי בקרב אחיות

מקצוע האחיות, מוביליות תעסוקתית והגדלת מספר האחיות

המחסור הגלובלי באחיות הוא אתגר במדינות רבות, והפתרונות המוצעים כוללים שיפור תנאי העבודה, הרחבת ההכשרה ומתן אפשרויות קידום מקצועי (Aqtash et al., 2022). אחד הפתרונות היעילים הוא פיתוח תוכניות הכשרה ייעודיות לעובדים חדשים בתחום המשלבות הכשרה תאורטית ומעשית. נמצא כי כאשר ניתנת לאחיות אפשרות להתמחות בתחומים ספציפיים, שיעור ההתמדה במקצוע עולה והשחיקה בעבודה פוחתת. תוכניות הכשרה מתמשכות והתפתחות מקצועית עשויות להגביר את שביעות הרצון של אחיות בעבודתן. גם יצירת תמריצים כלכליים ושיפור תנאי העבודה הם משתנים מרכזיים בשימור כוח העבודה האַחֲיותי לאורך זמן (Cleary et al., 2020).

הגדלת מספר האחיות במדינה מחייבת שינוי מערכתי, ובכלל זה התאמת מסגרות ההכשרה לדרישות השוק, הרחבת האפשרויות להתקדמות מקצועית ושיפור תהליכי הרישוי וההסמכה. מחקרים הראו שאם ניתנת לאחיות אפשרות להתקדם לתפקידי ניהול והובלה, גדלה המוטיבציה להישאר במערכת הבריאות ולתרום לשיפור שירותי הבריאות (Chen et al., 2022). לצד הרחבת האפשרויות להתקדמות לתפקידי ניהול והובלה, יש צורך בהתאמת ההכשרות לאחיות גם לדרישות המשתנות בתפקידן ולפיתוח מיומנויות כגון כשירות תרבותית, ניהול טכנולוגי ותכנון לטווח ארוך (Hughes et al., 2022).

ריבוד מקצועי (differentiated practices), כלומר חלוקת תפקידים ואחריות לפי הכשרה, ניסיון ויכולות (לדוגמה, שימוש מושכל בכישורים ייחודיים של האחיות ובתפקידי ביניים), משפר ממדים קריטיים של סביבת העבודה, כגון תפקוד כוח אדם, יחסים בין-מקצועיים והשתתפות בקבלת החלטות. במחקר שנערך בכעשרים בתי חולים עלה כי שימוש בפרקטיקות דיפרנציאליות שיפר את סביבת העבודה (van Kraaij et al, 2025; Tate et al., 2024).

חסמים לקידום הם זרזים מרכזיים לעזיבה, ולכן ריבוד תעסוקתי המלווה במסלולי קידום שקופים ובתגמול דיפרנציאלי עשוי לשפר שימור. מחקר שהתבסס על נתוני שכר לאומיים באנגליה הראה שהזדמנויות התקדמות איטיות ולא עקביות קשורות לנטישה רבה יותר של אחיות מתחילות ומדגיש את מרכזיות הקידום לשביעות רצון בקרב אחיות, לגיוסן ולשימורן (Stoye & Warner, 2024). גם בהנחיות למעסיקים מטעם שירותי הבריאות באנגליה (NHS) נכתב כי היעדר התפתחות וקידום הוא מן הסיבות המרכזיות לעזיבה, ויש בהן המלצה על "אפיקי פיתוח" מובנים (NHS Employers, 2024).

במחקר שבחן במשך עשור מודל מובנה לקידום מקצועי של אחיות מומחיות ואנשי מקצוע קליניים נוספים בעלי הכשרה מתקדמת, מצא כי 74% מן המועמדים קודמו וכי 86% מן העובדים שקודמו לתפקידים בכירים עדיין עבדו במרכז הרפואי. החוקרים הסיקו כי מסלול קידום מובנה עשוי לתרום להתפתחות המקצועית, לשימור עובדים ולשביעות רצון (McComiskey et al., 2024).

הגדלת כוח האדם באַחֶיוּת והפחתת תחלופה

תחלופת אחיות, שחיקה ועזיבת המקצוע הם אתגרים מתמשכים במערכות הבריאות ברחבי העולם. אתגרים אלו מאיימים לא רק על יציבות כוח האדם אלא גם על איכות הטיפול בחולים ועל העלויות הארגוניות. נספח זה סוקר פתרונות מבוססי ראיות לטיפול בבעיה. אסטרטגיות שיעילותן הוכחה בהגדלת כוח האדם האַחֶיותי ושימורו ובהפחתת תחלופת אחיות, שחיקה ועזיבת המקצוע מתרכזות סביב חמישה תחומי פעולה: תנאי העסקה וגמישות; רווחה נפשית ומניעת שחיקה; גיוס, קליטה ושימור לאורך מחזור חיי העובדת; התפתחות מקצועית ומסלולי קריירה; תרבות, מנהיגות וממשל מקצועי.

תנאי העסקה וגמישות

תנאים קונקרטיים, כגון שכר ותגמולים תחרותיים וגמישות בלוחות זמנים ואיזון בית-עבודה, נמצאו בספרות המקצועית כמשתנים ארגוניים משמעותיים הקשורים לגיוס ולשימור כוח אדם באַחֶיות. בסקירות ספרות שיטתיות נמצא כי התאמת מסגרות העבודה לצורכי האחיות תורמת להפחתת שחיקה ולחיזוק נאמנות לארגון (Alkan et al., 2024).

- **שכר ותגמולים תחרותיים** – שכר תחרותי, תגמול בגין קבלת אחריות למילוי משימות נוספות על העבודה השוטפת והטבות מקיפות חיוניים לשימור אחיות בשוק עבודה תחרותי. התאמת השכר כדי שישקף את הניסיון, את רמת ההשכלה ואת עומס העבודה של אחיות מסייעת בהפחתת התחלופה. תמריצים כספיים, כגון בונוסים בעת החתימה, בונוסים בגין צבירת ותק (שימור), החזר שכר לימוד ותשלום הלוואות סטודנטים יעילים במיוחד הן בקרב אחיות חדשות הן בקרב ותיקות (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).
- **גמישות בלוחות זמנים ואיזון בית-עבודה –** אפשרות לבחור במשרות שיש בהן גמישות, כגון תזמון עצמי, משרות חלקיות והחלפת משמרות, מסייעת לאחיות לאזן בין מחויבויות אישיות ומקצועיות ומצמצמת מאוד את התחלופה (BHM Healthcare solutions, 2025). גמישות כוללת גם פיתוח תפקידים חדשניים, רפואה מרחוק ושירותי אַחֶיות ניידים שיכולים לשמר אחיות על ידי מסלולי קריירה חלופיים (Williamson et al., 2022).

רווחה נפשית ומניעת שחיקה

שחיקה היא גורם מרכזי בעזיבת המקצוע, על כן התערבויות מערכתיות להגברת הרווחה הנפשית ולאיזון עומסים ותמיכה מצד המנהל נחשבות תנאי סף לשימור. מחקרים גם מדגישים כי תחושת הישג מקצועי ותמיכה של הממונים וההנהלה קשורות במובהק לרצון להישאר, בייחוד בשלבי קריירה מוקדמים (Savitsky et al., 2024).

- **התמודדות עם שחיקה ותמיכה בבריאות הנפש** – יישום תוכניות לניהול מתחים, פעילויות פרטניות להפגה, לרווחה נפשית ולפיתוח משאבי בריאות הנפש, כגון מדיטציה ויוגה, מפחיתים עייפות רגשית ושחיקה. כך גם תוכניות קבוצתיות הכוללות סדנאות לניהול מתחים, גישה לייעוץ ויוזמות כושר מפחיתות שחיקה ותומכות ברווחה הכללית של האחיות. הכשרה פסיכו-סוציאלית ותוכניות פיתוח זהות מקצועית משפרות את העמדות של האחיות ומפחיתות גם כן את שיעורי השחיקה (Kovner et al., 2014).
- **הכרה, תקשורת ותרבות עבודה חיובית** – תוכניות המספקות הכרה קבועה, כגון תחרויות או לוחות הערכה לצוות, תקשורת אפקטיבית ושיתוף אחיות בפורומים של קבלת ההחלטות מובילים להעצמה ושיפור שביעות הרצון בעבודה. גם תרבות עבודה חיובית ומכבדת המתמודדת עם בריונות ואפליה חיונית לשימור ארוך טווח (World Health Organization [WHO], 2020). תוכניות מוטיבציה, כגון אירועי הוקרה, מגבירות אף הן את המורל ומפחיתות דיכאון ושחיקה (Kovner et al., 2014).
- **הקשבה לאחיות וטיפוח תרבות מקום העבודה** – הקשבה פעילה לצרכים של האחיות מטפחת נאמנות ואמון. האחיות הוותיקות רוצות להרגיש מוערכות, בייחוד כשאחיות צעירות מקבלות לוחות זמנים גמישים יותר ושכר גבוה יותר מאחיות צוות ותיקות. התייחסות לתחושות אלו משפרת את השימור (Andrew et al., 2024). טיפוח תרבות עבודה תומכת, מכבדת ומכילה הכוללת ערוצי תקשורת פתוחים, משוב קבוע ומנגנונים ליישוב סכסוכים מפחיתים אי-שביעות רצון ושחיקה (BHM Healthcare solutions, 2025). גם קידום עבודת צוות, שיתוף פעולה בין-תחומי וסביבת עבודה בטוחה ובריאה משפרים את שביעות הרצון והמעורבות בעבודה (Andrew et al., 2024; WHO, 2020).

גיוס, קליטה ושימור במשך מחזור חיי העובדת

בספרות המקצועית שלבי הכניסה והקליטה לעבודה מוגדרים כתקופה קריטית לשימור אחיות בתחילת דרכן. לפיכך תוכניות מעבר מובנות לבוגרות חדשות, ובהן תוכניות התמחות, נקשרו לשיעורי הישארות גבוהים יותר בשנה הראשונה ולהסתגלות קלינית מהירה (Mohamed & Al-Hmaimat, 2024).

- **גיוס מתוך גישה של שימור** –תהליכי קליטה הכוללים אסטרטגיות שימור, כגון בונוסים בעת החתימה על הסכם ההעסקה, תמריצי הפניה של עובדים חדשים, ימי חופשה בתשלום

והחזר הלוואות לימודים, מעודדים אחיות חדשות להישאר לאחר סיום שנתן הראשונה, שבה שיעור התחלופה הוא הגבוה ביותר (Andrew et al., 2024). תהליכי קליטה משופרים, ובכלל זה חונכות ותמיכה מובנית לעובדים חדשים, מפחיתים תחלופה מוקדמת (Blegen et al., 2017).

התפתחות מקצועית ומסלולי קריירה

השקעה מתמשכת בלמידה ובפיתוח הון אנושי, הכשרות מיוחדות, פיתוח מנהיגות ותוכניות חונכות מטפחים נאמנות וצמיחה מקצועית. ארגונים המציעים זאת דיווחו על שימור גבוה, שהוא עד 30% יותר מארגונים אחרים. תמריצים חינוכיים, כגון החזר שכר לימוד, מלגות ושותפויות עם בתי ספר לאחיות, תומכים בקידום אחיות ומעודדים אותן להישאר במקצוע (Blegen et al., 2017). בסקירה מקיפה נמצא כי תוכניות התמחות לאחיות הן התערבות יעילה לטיפוח אחיות חדשות, מוכשרות ובעלות ביטחון בתפקידן. לתוכניות אלו יש פוטנציאל לשפר את שיעורי השימור ב-12 החודשים הראשונים לתעסוקה (Mohamed & Al-Hmaimat, 2024). ראיות רבות ממחקרים ומסקירות מדגימות כי תוכניות הנמשכות מחודשים אחדים ועד שנה משפרות את שיעורי השימור על ידי מתן הדרכה, תמיכה ולמידה מובנית במעבר הקריטי משלב לימודי האחיות לשלב ההתבססות כאחות בפועל (Blegen et al., 2017). לימודי המשך בתוך מקום העבודה, גישה לסמינרים מקוונים ותמיכה בהסמכה מקצועית עוזרים לאחיות להרגיש מוערכות ומכין אותן לקידום (American Association of Colleges of Nursing, n.d.; American Nurses Credentialing Center. n.d.).

ארגונים המציעים לאחיות מסלולי צמיחה ברורים ותמיכה אקטיבית בהכשרה והשתלמות נוטים לחוות ירידה בתחלופה והתגברות כוונת ההישארות בקרב האחיות: הטמעת תוכנית מובנית לקידום מקצועי המתבססת על ריבוד תעסוקתי, המכונה סולם קליני (Clinical Ladder), או תוכניות לקידום אחיות מקצועיות (PNAP - Professional Nursing Advancement Programs) נמצאו קשורות בקשר מובהק להפחתה בתחלופת אחיות (Laitsch et al., 2024). תוכניות אלו מציעות מסלולי קידום שיש בהם כמה רמות מקצועיות וההתקדמות מרמה לרמה מבוססת על כשירויות, על השכלה, על תרומת האחות לעשייה הקלינית או הארגונית ועל יכולות מנהיגות. לעיתים הן נשענות על מודל "ממתחילה למומחית" של בנר (Benner, 1984), המאפשר קידום לצד המשך עבודה קלינית ישירה (Slagle et al., 2023; UAMS Health, n.d.).

בסקירה בין-לאומית נמצא כי תוכניות לקידום אחיות תורמות למאמצים לשימור כוח אדם ולשביעות רצון שלהן (Slagle et al., 2023). גם בהיבט האקוסיסטם בארגון, נמצא כי בבתי חולים בעלי הסמכת Magnet, המדגישה התפתחות מקצועית, מסלולי קריירה וממשל מקצועי, יש שיעורי עזיבה נמוכים וכוונות עזיבה מופחתות מבבתי חולים אחרים (Rodríguez-García et al., 2020). במחקר מטא-אנליזה עדכני הומלץ על קידום הזדמנויות לפיתוח קריירה כחלק ממדיניות לשיפור השימור של כוח האדם (Alkan et al., 2024).

תרבות, מנהיגות וממשל מקצועי

מן הספרות המקצועית עלה שסביבות עבודה שבהן נשמע קולן של האחיות ויש להן השפעה באמצעות ממשל מקצועי ושקיפות ניהולית מקושרות לשביעות רצון גבוהה ולשיעורי תחלופה נמוכים. מדיניות המקדמת הנהגה משותפת בארגון, כלומר שיתוף אחיות בקבלת החלטות, מגבירה מעורבות ושימור (National Academy of Medicine, 2021). מודל Magnet שהוזכר, המדגיש מנהיגות טרנספורמטיבית והעצמה מבנית, נמצא קשור לשימור טוב יותר של צוותי אַחֶיוֹת ולתוצאות איכות משופרות (Rodríguez-García et al., 2020).

כיווני פעולה אפשריים במערכת הבריאות הישראלית

מן הסקירה הבין-לאומית עלו תחומים אחדים שכדאי לקדמם במערכת הבריאות בישראל כדי להתמודד עם תחלופת אחיות, עם השחיקה במקצוע ועם עזיבתו. הכיוונים המוצגים להלן אינם בגדר מתכון אחיד אלא הצעות שאפשר להתאימן למציאות הישראלית וליעדי מערכת הבריאות.

- **פיתוח מדיניות כוללת לחיזוק תנאי ההעסקה ולהגברת הגמישות התעסוקתית**. התאמת היקפי משרה לצורכי האחיות, הרחבת אפשרויות לשיבוץ גמיש או לתזמון עצמי ומתן תגמולים דיפרנציאליים על פי ותק, השכלה ועומס בתפקיד עשויים לתרום לתחושת ההוגנות ולצמצום השחיקה. אפשר לשקול תמריצים נקודתיים לשימור שבמדינות אחרות נמצא שהם מסייעים בשימור כוח האדם לאורך זמן, כגון תוספות ותק, בונוסים תקופתיים או תמיכה בלימודי המשך.
- **תמיכה ברווחה נפשית ובמניעת שחיקה** לא רק מבחינה אישית אלא להטמיעה בתרבות הארגונית. התמיכה חשובה לנוכח הממצאים מן הספרות המקצועית והמציאות בישראל, בייחוד בעקבות מלחמת "חרבות ברזל" והשפעותיה. אפשר לשקול שילוב של סדנאות לניהול מתחים, פעילויות רווחה קבוצתיות והדרכות פסיכו-חברתיות המעודדות תחושת משמעות וזהות מקצועית. מחקרים הראו שתמיכה עקבית מצד מנהלים ועמיתים תורמת לחיזוק תחושת השייכות ולרצון להמשיך בעבודה לאורך זמן.
- **קליטת אחיות חדשות ושימורן לאורך זמן**. תוכניות מעבר (residency programs) או חונכות מובנית לאחיות חדשות נמצאו יעילות בהפחתת עזיבה מוקדמת ובהאצת ההשתלבות במערכת. מודלים הכוללים ליווי אישי, למידה מדורגת ותמריצי הצטרפות יכולים לספק מענה מתאים לשנים הראשונות, ששיעורי התחלופה בהן הם הגבוהים ביותר.
- **התפתחות מקצועית ויצירת מסלולי קריירה מובְנים**. פיתוח מסגרות מדורגות להתקדמות מקצועית, כגון Clinical Ladder או תוכניות לקידום אחיות מקצועיות, עשוי לאפשר קידום לצד שמירה על העוגן הקליני. תמיכה בהכשרות מתמשכות, בלמידה מקוונת ובהשכלה מתקדמת יכולה לחזק את תחושת הערך העצמי והמוטיבציה.

- **טיפוח תרבות ארגונית המבוססת על מנהיגות ועל שיתוף האחיות בקבלת החלטות מקצועיות וארגוניות.** יוזמות של הנהגה משותפת (Shared Governance) או יצירת מרחבים קבועים לדיאלוג מקצועי עשויות לתרום להגברת המעורבות ולחיזוק תחושת השותפות בארגון. עקרונות אלו שנמצאו יעילים בארגונים בעלי הסמכת Magnet עשויים לשמש מקור השראה למהלכים מערכתיים לקידום שימור ורווחה מקצועית בישראל.

כיווני פעולה אלו מדגישים את חשיבותה של גישה מערכתית ורב-ממדית הרואה ברווחה, בהתפתחות מקצועית ובמנהיגות תחומים שלובים זה בזה. שילוב צעדים בתחום ההעסקה, בתחום הליווי, בתחום ההכשרה ובתחום התרבות הארגונית עשוי לבנות בסיס לתכנון מדיניות שתתמוך בחיזוק מקצוע האַחָיוּת.

נספח ב: שינויים בתפקיד בקרב משתתפי התוכנית

לוח ב-1: שינויים בתפקיד בקרב משתתפי התוכנית אחרי שנה במחזור א' וחצי שנה במחזור ב'

משתתף/ת	מחזור	התפקיד בעת הכניסה לתוכנית	התפקיד כיום
1	מחזור א'	אחות ראשת טיפול נמרץ פנימי, הדסה עין כרם	מנהלת חטיבת טיפולי נמרץ ושלוחות הדסה בבית שמש ובנתיבות
2	מחזור א'	אח אחראי מלר"ד	מרכז תחום שעת חירום ואח כללי
3	מחזור א'	מפקח קליני	אחראי שעת חירום
4	מחזור א'	סגנית אחות מפקחת נפתית, לשכת הבריאות פתח תקווה	סגנית אחות מפקחת מחוזית, מחוז תל אביב
5	מחזור א'	מנהלת האחיות במלר"ד, לניאדו	אחות מְנהלת מחוזית, מחוז שרון – מכבי
6	מחזור א'	אח אחראי טיפול נמרץ, מרכז תחום החייאה	מרכז שעת חירום, אח אחראי טיפול נמרץ ומרכז תחום החייאה
7	מחזור א'	מנהל האחיות, מחלקה לסיעודי מורכב וחיידקים עמידים	מנהל האחיות (אגף לסיעודי מורכב וחיידקים עמידים) ומרצה מן המניין בחוג לאַחֲיוּת, המכללה האקדמית רמת גן
8	מחזור א'	ראש חטיבת אַחֲיוּת האישה, בית הספר לאחיות שיינברון	מנהלת יחידת "המצפן", מחוז השרון, מכבי ורכזת תחום הכשרות והדרכות מחוזית
9	מחזור א'	תפעול בית החולים – מטה הנהלת האחיות, וולפסון	ראש מערך הדרכה קלינית, בית הספר לאחיות וולפסון
10	מחזור א'	רכזת בריאות הנפש באַחֲיוּת ומנהלת אחיות רמת חן	רכזת בריאות הנפש מחוזית
11	מחזור א'	מנהלת יחידת בקרת בתי חולים ואשפוז בית	מנהלת יחידת בקרת בתי חולים ואשפוז בית ומנהלת רופאי מיתאר
12	מחזור א'	מפקדת גף רפואה, בסיס פלמחים	מפקדת מרכז ההחלמה והשיקום לפצועי צה"ל
13	מחזור א'	מנהל אַחֲיוּת יחידה לטיפול נמרץ לב	אחראי שעת חירום, החייאה ומפקח במערך הלב

משתתף/ת	מחזור	התפקיד בעת הכניסה לתוכנית	התפקיד כיום
14	מחזור א'	ניהול מרכז רפואי	ראש ענף במטה
15	מחזור א'	אחראי מערך חדרי ניתוח, בית חולים נצרת	אחראי מערך חדרי ניתוח ואחראי חדשנות בסקטור האַחֲיות
16	מחזור א'	מנהל אחיות בטיפול נמרץ לב, שערי צדק	מנהל אחיות בטיפול נמרץ לב ובנוסף אח כללי
17	מחזור ב'	מיילדת, אחות אחראית חדר לידה	מפקחת קלינית, אגף נשים ויולדות
18	מחזור ב'	מנהלת האחיות, מנהלת גליל, מחוז צפון	מנהלת האחיות, מחוז צפון
19	מחזור ב'	מנהלת חטיבת נשים ומיילדות	מנהלת חטיבת נשים ומיילדות וממלאת מקום מנהלת חטיבת ילדים
20	מחזור ב'	אחות אחראית מערך נשים	מרכזת מדדי איכות לאומיים
21	מחזור ב'	אחות אחראית	אחות כללית (תפקיד ברוטציה)
22	מחזור ב'	אחות אחראית יולדות	מפקחת קלינית
23	מחזור ב'	מפקדת מוקדי השירות בחיל הרפואה	מפקדת מוקדי השירות בחיל הרפואה וקצינת מטה לשירותי רפואת אונליין
24	מחזור ב'	מנהלת האחיות, מרפאת בני ברק אזורית (כללית)	רכזת ניהול כרוניים, הנהלה ראשית אגף הקהילה (כללית), לצד המשך ניהול המרפאה