

הוספיס בית בעמקים

הסיעוד יוזם פיתוח טיפול תומך קהילתי בצפון

מלי שליפר

4

"אתה חשוב בגלל היותך אתה, אתה חשוב עד הרגע האחרון של חיך, ואנו נעשה הכל כדי שתמות בשלווה ושתחייה עד אשר אתה תמות".

"ד"ר סטיל סאונדרס, מייסדת ומנהלת הוספיס "סנט כריסטופר"

סביבה, טבריה ויישובי המועצה האזורית יזרעאל. לשירות היו מספר מטרות: מתן מענה מיטבי לצורכיהם של החולים ושל בני משפחתם, פיתוח משאבים ארגוניים וקהילתיים בתחום זה, פיתוח תוכנית הוראה וקידום המחקר והפרסום.

מילות מפתח: טיפול תומך - קהילה - הוספיס - מודלים.

התפתחות תנועת הוספיס בעולם ובארץ

רעיון הוספיס החל בימי הביניים: הוא הציע מחסה, אוכל וקורת גג לנוודים, לחולים, למקקים ולעניים. בעידן המודרני המילה הוספיס מתייחסת להתארגנות מוסדית בתוך או מחוץ למסגרת אישפוזית, שמעניקה טיפול תומך.

תנועת הוספיס המודרנית התפתחה באנגליה. ד"ר סטיל סאונדרס, שהייתה אחות, למדה עבודה סוציאלית ובהמשך רפואה והדירה עצמה כצוות רב מקצועי, פיתחה באמצע המאה ה-20 שיטה לטיפול בכאב. שיטה זו הפכה לאבן הפינה בנישה ונטיפול בחולים גוססים ברחבי העולם. היא יסדה את הוספיס הראשון ב-1967 באנגליה כשבמרכזו השיטה: קבלת המוות כחלק טבעי ובלתי נמנע בחיים, ומטרתו שיפור איכות חייו של החולה הסופני ושל משפחתו (Madonna, 1998).

בארץ הוספיס הוא שירות חדש יחסית, והוא מרכיב חשוב ברצף הטיפול הממושך. בהיעדר מדיניות תכנון פיתוח ברורה ומוגדרת, התפתח השירות בזכות יוזמות אישיות ומקומיות. בשנת 1993 פעלו בארץ 14 תוכניות הוספיס שונות, שהופעלו על ידי 11 ארגונים שונים, וביניהם בתי חולים, קופות חולים וארגונים פרטיים וציבוריים (פרימק וברודסקי, 1995).

בסל שירותי הבריאות שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לא הגדרו השירותים שחולים במצב סופני זכאים לקבל בביתם או במערכות האשפוז. קיימים הבדלים גדולים בין השירותים הפליאטיביים הניתנים בין הקופות ובין אזורי בארץ, ואין כיום מידע ברור ומפורט על השירותים שהחולים האלה מקבלים. התפיסה, שלפיה שירות הוספיס עשוי לשמש מסגרת טיפול הולמת לחולים במצב סופני, נמצאת בתהליך של גיבוש והתבססות בשירותי הבריאות בארץ, אולם היא טרם קנתה לה אחיזה נרחבת במערך השירותים

תקציר

ההתפתחות הטכנולוגית ברפואה איפשרה להאריך את חייהם של חולים, חוללה תמורה בנישתם של בעלי המקצוע ושל הציבור לצרכיו של החולה הסופני, ובעקבותיה התגבשה תפיסת טיפול חדשה - ההוספיס.

באמצע המאה ה-20 פיתחה ד"ר סטיל סאונדרס שיטה לטיפול בכאב. שיטה זו הפכה לאבן הפינה בטיפול בחולים גוססים ברחבי העולם. מאז פיתוחו של מודל זה באנגליה התפתחה תנועת הוספיס במהירות בארצות הברית ובעולם הרחב, והשפעתה על הטיפול בחולים הנזקקים למות היתה דרמטית.

ההוספיס נועד להעניק, במידת האפשר, נוחות ושלווה לחולה הסופני אשר תוחלת חייו קצרה, במטרה למצות את מלוא יכולת תפקודו ולאפשר לו ליהנות מאיכות חיים טובה יותר. התפיסה המרכזית שעומדת בבסיס שירות זה היא של "טיפול" ולא של "ריפוי". גישה זו, המעמידה במרכז את ההיבטים הפליאטיביים, מטרתה: שליטה בסימפטומים, שמירה על איכות החיים של החולה ומשפחתו, חיזוק הצד האנושי בטיפול באמצעות הגשת השירות בסביבה ובאווירה שונה מזו השוררת במתקנים רפואיים קונוונציונליים, ומתן הסיוע הדרוש לחולה להישאר בבית בקרב בני המשפחה עד יום מותו. (More & Greer & Kastenbaum, 1988; Kaye & Dovitt, 1998; Smeenk et al, 1998)

מיועדת להקל מבחינה גופנית, נפשית ורוחנית גם יחד. לפי תפיסה כוללת זו, התמיכה צריכה להיות מושתתת על עבודת צוות רב מקצועי בסיוע מתנדבים בעלי מקצועות שונים.

למרות הקושי בהשוואה בין הממצאים המחקריים השונים בעולם, רובם מעידים שטיפול הוספיס על מגוון מתכונותיו זול יותר מכל צורת טיפול אחרת.

ביולי 1999, במסגרת תוכנית "שותפות 2000" שבה מעורבת הקהילה היהודית בדטרואיט, פותח שירות הוספיס בית בעמקים בצפון הארץ. השירות שהתגבש תוך שיתוף פעולה בין מספר גורמים וביניהם שירותי בריאות כללית במחוז הצפון ואש"ל, מתפרס על פני חמישה אזורים: פעולה רבתי, מגדל העמק, צרת עילית, צרת ומספר כפרים

מלי שליפר, R.N., B.A. - מנהלת אבטחת איכות בסיעוד, שירותי בריאות כללית - מחוז הצפון.

6. אשפוז יום פליאטיבי.
 7. מערך רב מקצועי מטפל בקהילה.
 8. צוות רב מקצועי ומיינץ ומתאם בקהילה.
- (National Hospice Organization, 1996; I.A.P.C., 1999)

השוואה בין טיפול מסורתי וטיפול תומך

השוני בין טיפול תומך לטיפול מסורתי מאופיין במספר גישות שונות: **גישה למוות**: טיפול תומך מקבל את המוות כחלק טבעי במעגל החיים, לעומת הגישה המסורתית הרואה במוות כשלון טיפולי.

יחידת הטיפול: כוללת את החולה ואת משפחתו. ההגדרה משפחה חלה על כל מי שמעורב בטיפול ובתמיכה בחולה הנוטה למוות.

מעורבות החולה ומשפחתו בתהליך קבלת החלטות: החולה ומשפחתו שותפים מלאים בכל החלטה טיפולית. זו הסכמה מדעת כאשר נפרשו בפניהם כל האופציות האפשריות והשלכותיהן.

צוות רב מקצועי: הצוות כולל רופא, אחות, עובד סוציאלי, צוות ראשוני, וכל מטפל נוסף דרש כמו מתנדבים, אנשי דת, דיאטן, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, מרפאים לא קונוונציונליים ועוד, לשם מתן מענה הולם לצורכיהם של החולה ושל משפחתו. איפיון נוסף לעבודת צוות זו הוא העדר מדרג. כל הצוות שותף בתהליך בנייה, יישום וניסיון תוכנית הטיפול. על כן, על אנשי הצוות לשמור על קשר הדוק ולהיפגש לעיתים קרובות כדי לדון בתוכנית ההתערבות.

מטרת הטיפול: טיפול תומך מתמקד בשיפור איכות חייהם של החולה ושל משפחתו ולא בריפוי.

הקהילתיים ו/או האשפוזיים. טיפול תומך בהוספיס נועד להעניק במידת האפשר נוחות ושלווה לחולה הסופני, שתוחלת חייו קצרה, ולמשפחתו, כדי שיוכלו למצוא את מלא יכולת התפקוד ויהנו מאיכות חיים טובה יותר. ההוספיס מתמקד בטיפול ולא בריפוי.

הגדרות

טיפול פליאטיבי - טיפול תומך כוללני הניתן על ידי צוות רב מקצועי לחולה הסובל ממחלה סופנית, או ממחלה כרונית המאיימת על חייו, ולמשפחתו. טיפול תומך אינו מותנה במקום. זו גישה טיפולית הניתנת ליישום בכל מתקן רפואי.

רפואה פליאטיבית - טיפול רפואי הולם לחולים הסובלים ממחלות סופניות אשר הפרוגנוזה שלהם צופה מוות קרוב ובלתי נמנע. זו מתמקדת בשיפור איכות החיים, מתייחסת לצרכים של המשפחה לפני ולאחר מותו של החולה.

גישה פליאטיבית - מטרתה לקדם את איכות חייו של החולה הסופני ושל בני משפחתו כחלק חיוני ובלתי נפרד של העשייה הקלינית. היא מיישמת את עקרונות הטיפול הפליאטיבי שמרכזו: התמקדות באיכות חיי החולה, איזון סימפטומים, גישה הוליסטית לאדם, התייחסות שווה לחולה ולבני משפחתו, כיבוד אוטונומיית החולה, תקשורת פתוחה ורגישה עם החולה ועם מטפלים נוספים (פורמליים ובלתי פורמליים) ועם עמיתים.

שירות פליאטיבי - שירות של מתן טיפול תומך על ידי אנשי מקצוע מומחים לתחום.

עקרונות השירות הפליאטיבי:

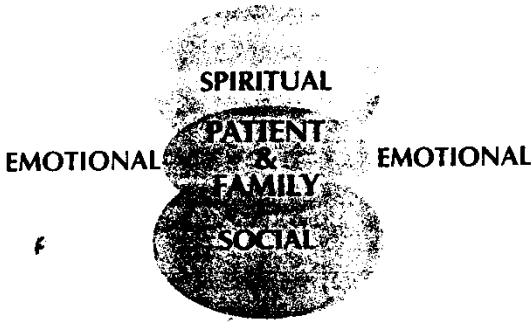
1. מתן תמיכה ביו-פסיכו-סוציאלית לחולה ולמשפחתו על ידי צוות רב מקצועי העובד בשיתוף פעולה הדוק.
2. לפחות אחד מאנשי הצוות הוא בעל הכשרה ומומחיות בתחום.
3. החולים ומשפחותיהם שותפים להחלטות הקשורות לתוכנית הטיפול.
4. החולים מקבלים עידוד להביע את רצונותיהם לגבי סוג הטיפול, והיכן ברצונם לסיים את חייהם.
5. המשפחות מקבלות ליווי ותמיכה בתקופת המחלה, ולאחר מות יקיריהם - בתהליכי האבל.
6. השירות זמין 24 שעות ביממה.
7. צוותים פליאטיביים עובדים בשיתוף פעולה ומתאמים את הטיפול עם צוותים בקהילה, בבית חולים, בבתי אבות ובמוסדות אחרים.
8. תרומה של מתנדבים היא חיונית ומבורכת.
9. קידום תוכניות לפיתוח מומחיות של צוותים בנושא.
10. מוגדרים ומיושמים סטנדרטיים טיפוליים.
11. קיימת בקרת איכות על השירות.
12. ביצוע מחקרים לבחינת התוצאות הטיפוליות.

תמהיל שירותים פליאטיביים:

1. הוספיס אשפוזי - מוסד אשפוז, רפואי ייחודי לתחום.
2. מחלקה פליאטיבית בבית חולים כללי.
3. מחלקה פליאטיבית במוסד לחולים כרוניים.
4. צוות רב מקצועי מטפל ומתאם במחלקות בית החולים.
5. מומחה פליאטיבי מיינץ.

טיפול תומך	טיפול מסורתי	גישה
התמקדות הטיפול	מחלה, ריפוי - מוות כשלון	טיפול - מוות ומחלה אירוע טבעי במהלך החיים
תפקיד המטפל	בעל סמכות, בעל הידע, אוטוריטה	מנחה, שותף
תפקיד החולה	פסיבי, לא מעורב	יזום, מעורב
יחס מטפל חולה	מנותק, מקצועי, מרוחק	אמפתיה, אישי, קרוב
קשר רופא/אחות/מטפלים נוספים	מדרג מובנה וברור	שווים, שיתוף פעולה הדוק
גישה טיפולית	שימוש בכל הטכנולוגיות הקיימות ללא התחשבות באיכות החיים	שימוש בטכנולוגיות לאיזון סימפטומים ולשיפור איכות חיים
סביבה טיפולית	סטרילית, יעילה, בית חולים	בית החולה, המימה, ידידותית, נוחה
התארגנות מוסדית	על פי נוחות המוסד/צוות	על פי נוחות החולה/המשפחה
מודל טיפולי	פטרנליסטי	משתף
הצדקה	חולים אינם מבינים מספיק ברפואה כדי לקבל את ההחלטה הנכונה	רק האדם עצמו יודע מה טוב יותר בשבילו

(Madona, 1998)



צרכים רגשיים ופסיכולוגיים: מתמקדים ביכולת ההתמודדות עם מחלה סופנית, עם בעיות אישיות או משפחתיות העולות באופן ישיר עקב המחלה והמוות הקרב.

צרכים חברתיים: מתמקדים ביחסים בין אישיים של החולה בתוך המשפחה, בתורה ובצרכיו הכלכליים.

צרכים רוחניים: מתמקדים בניסיון העבר האישי ובחיפוש אחר משמעות, קשרים דתיים ותרבותיים.

צרכים ספציפיים: מתמקדים באיוון סימפטומים ובטיפול ישיר. הגישה ההוליסטית הנקוטה בהוספיס מנישה את הקשר ההדוק בין צרכיו של האדם, ומאמינה שטיפול לא יכול להינתן באופן חלקי ללא בדיקת השפעתו על מימדים נוספים של האדם.

אומדן רגשי - חברתי - רוחני

אומדן הצרכים והמשאבים הרגשיים, החברתיים והרוחניים חיוני על מנת לבנות תוכנית טיפול אישית מותאמת ליכולות ולצרכי החולה ומשפחתו. תקופת משבר זו יכולה להיות מנוף לגדילה ולהתפתחות אישית, לחולים, למשפחות ולמטפלים. בעיות נפוצות באומדן זה הן: אובדנים מרובים או בלתי מצוידים, הכחשה, מידת המוכנות למוות, אפשרויות טיפול שונות, השפעות תרבותיות ודתיות, חרדה, פחד, רגשות אשם, תקוות בלתי מציאותיות, דיכאון, שינוי בתפקידים במשפחה, נטיות אובדניות, כעס, איבוד שליטה, חוסר יכולת להתמודד עם ההגבלות, בעיות בעצמאות, עייפות, בדידות, אי תמיכה חברתית, שינוי בתדמית נוף, בלבול, בעיות תקשורת במשפחה, ירידה קוגניטיבית ועוד. יחד עם זאת יש להיזהר מרצון לפתור בעיות שאינן קשורות ישירות למוות הקרב. יש להיזהר מרצון לפתור בעיות שאינן קשורות ישירות למוות הקרב.

מוות וגסיסה

מוות וגסיסה היו טאבו בחברה המערבית במשך שנים רבות. התרבות התמקדה ביופי, בפיתוח הגוף, בשימור הנעורים, בריפוי חולי וסבל. בעלי מקצוע רפואיים התקשו להתמודד עם אבחנות סופניות ומנעו מלדון על כך עם לקוחותיהם. "קונטיננט השתיקה" מנעה מחולים לדון עם משפחותיהם ומטפליהם על רגשותיהם, חששותיהם, תסכוליהם או תוכניותיהם.

אנשים פוחדים מהמוות בגלל הלא נודע לאחריו, ומאחר שלא ניתן לשוחח על כך. הפחד מהמוות מורכב מכמה מרכיבים: כאב, סבל, פרידה מאהובים, נטל על הקרובים, איבוד שליטה, בדידות, כניסה למימד בלתי ידוע ומשמעות החיים. מרכיבי הפחד שנקשרים למוות מאפשרים התבוננות בצורכי החולים הנוטים למוות ואימוץ הגישות הטיפוליות המתאימות כדי לספק תמיכה לחולים אלה (Paice, 1997).

לכל תרבות המנהגים, המסורות והאמונות הקשורים במוות, דרכים שונות להכין את הגוף והנפש לקראת המוות, ואמונות שונות על מה שקורה לאחר המוות. מנהגים ואמונות אלה הועברו במשך דורות ומשפיעים על האופן שבו אנשים חיים.

חשוב לאפשר פתיחות וכנות. לספק מידע, לאפשר השתתפות בקבלת החלטות ובבניית תוכניות טיפול. להבין, להעריך, לכבד ולהזין. לשחרר מכאב ומסימפטומים נוספים. לאפשר שינה. לספק טיפול תומך כולל הוגע ותקווה. תקשורת פתוחה וליבון מרדות, פחדים ורצונות, מאפשרים לעיתים קרובות לחולה ולמשפחתו להתכונן לקראת פרידה, ולחיות טוב יותר עד המוות (Pace, 1997).

הרב ארל גרולמן, יצר את מגילת הזכויות של החולה הנוטה למוות שאומצה על ידי ארגון ההוספיסים בארה"ב.

מגילת הזכויות של החולה הנוטה למוות

1. שיתייחסו אלי כאדם חי עד אשר אמות.
2. לשמור על תקווה, גם אם התכנים משתנים.
3. לדבר ולהביע את רגשותי על מותי הקרב בדרכי המיוחדת.
4. להיות משוחרר מכאב ומסימפטומים נוספים.
5. לקבל טיפול ממטפלים בעלי ידע, שמשוגלים להתמודד עם מותי הקרב.
6. לאפשר למשפחתי לשהות במחיצתי.
7. למוות במקום המתאים ביותר בשבילי.
8. לא למוות לבד.
9. שישמרו על כבוד הגוף שלי לאחר מותי (Madonna, 1998).

צורכי החולה הנוטה למוות

התגובות הרגשיות והנפשויות הן ביטוי לצרכים רב מימדיים של החולה ומשפחתו: צרכים רוחניים, רגשיים, חברתיים וגופניים. צרכים אלה משפיעים זה על זה באורח משמעותי. אי התייחסות לאחת מקבוצות צרכים אלו תשפיע על מגוון תגובות רגשיות וגופניות אצל החולה ומשפחתו. על מנת לתת מענה איכותי לצרכים של החולה הנוטה למוות, יש צורך לאמוד את מגוון הצרכים ולהבין את השפעתם ואת הקשר בין כולם. שימוש במודל הוליסטי שממחיש את הקשר הוא הכרחי.



Madonna, 1998

מודלים לטיפול תומך

מאז פיתוחו של מודל ההוספיס באנגליה התפתחה תנועת ההוספיס במהירות בארצות הברית ובעולם הרחב והשפעתה על הטיפול בחולים הננטים למות היתה דרמטית. התפתחו שני מודלים עיקריים למתן טיפול תומך: המודל האנגלי והמודל האמריקני.

המודל האנגלי: מאפשר מתן טיפול תומך לחולים בכל שלבי המחלה. הוא מתמקד באיזון סימפטומים הקשורים למחלה ו/או לטיפולים הניתנים למחלה. עם התקדמות המחלה לקראת המוות, חלקו של הטיפול התומך מתעצם. אין הוא מוגדר בזמן. הוא ניתן לחולי סרטן בלבד (הגבלה זו משתנה לאחרונה).

מאפשר מתן טיפול תומך לחולים בכל שלבי המחלה. הוא מתמקד באיזון סימפטומים הקשורים למחלה ו/או לטיפולים הניתנים למחלה. עם התקדמות המחלה לקראת המוות, חלקו של הטיפול התומך מתעצם. אין הוא מוגדר בזמן. הוא ניתן לחולי סרטן בלבד (הגבלה זו משתנה לאחרונה).

להתמודד ולאזן את מרבית הסימפטומים המתעוררים. לצערנו, לרבים מהחולים בארץ אין שירותים פליאטיביים זמינים. כמו כן, אין מספיק אנשי מקצוע שהפנימו את הגישה הפליאטיבית ומסודות אקדמיים המקנים ידע ומיומנויות ספציפיות ובין-מקצועיות.

טיפול פליאטיבי הוא מרכיב חשוב ברצף הטיפול הממושך. בהיעדר מדיניות תכנון פיתוח ברורה ומוגדרת, הוא התפתח הודות ליוזמות אישיות. לכן אינו אחיד בסל השירותים הניתן, וטרם הוגדרו סטנדרטים טיפוליים. מחקרים שנוהלו בארה"ב, בקנדה ובאמריקה הלטינית, מרמזים שהגורמים המעכבים פיתוח שירותים פליאטיביים הם:

1. היעדר ידע ופתיחות לגישה הפליאטיבית אצל מנהיגים וקובעי מדיניות בממשל ובאוניברסיטאות.
2. היעדר ידע ופתיחות לגישה הפליאטיבית אצל מנהיגים וקובעי מדיניות במערכת הבריאות.
3. מחסור של אנשי צוות מומחים לטיפול פליאטיבי (Salomon & Romer & Sallers, 1999).

בארה"ב הוגדרו סטנדרטים טיפוליים, כוח אדם כולל תמחיל המקצועות שמעניק טיפול פליאטיבי, וגם מסודו שירותי הליווי הרוחני וליווי המשפחה בתקופת האבל. מספר החולים שקיבלו שירותים פליאטיביים גדל פי שלושה במשך 14 שנים האחרונות, וזאת בעידוד הממשל שכלל את השירותים הפליאטיביים בביטוח ה-Medicare המבטח אזרחים מעל גיל 65, וזאת לאחר תחשיב של עלות-תועלת של השירות (Tierney & Wilson, 1994).

איטליה הכניסה לאחרונה את השירותים הפליאטיביים לסל הבריאות, וכל מרכז רפואי נדרש לפתוח יחידות פליאטיביות.

בישראל נוסד ההוספיס הראשון ב-1982 בתל השומר. היום קיימים כ-16 הוספיסים בארץ, חלקם מופעלים על ידי אנשי מקצוע וחלקם על ידי מתנדבים. הם נבדלים במימנם, בסל שירותים מוצע, בכוח אדם, ובהכשרה של אנשי הצוות. חלקם הם יחידות אישפוז, חלקם בבית החולה, וחלקם מעורבים. אין חובה על גורמים מבטחים או על ספקי שירותי בריאות לפתח שירותים אלה. שירותי הוספיס עדיין אינם כלולים בסל הבריאות הממלכתי ולכן אינם זמינים ונגשים לכל תושבי המדינה.

לאחרונה הורכבה ועדה שדנה ארוכות בסוגיית זכויות החולה הנטם למות (ועדת שטיינברג) בהמלצותיה, מתנה הוועדה את זכות החולה לתת הנחיות מקדימות להימנעות מטיפולים מאריכי חיים או להפסקתם, במתן טיפול פליאטיבי.

המגמה העולמית, התעוררות תנועת ההוספיס בישראל והפצת בשורתה בקרב אנשי מקצוע והציבור הרחב, גרמו בסופו של תהליך להכללת הטיפול הפליאטיבי בסל הבריאות הממלכתי בישראל. לכן, גורמים מבטחים יכולים להפיק תועלת כלכלית מפיתוח שירותים פליאטיביים בקהילה ובבתי חולים (Mellar et al, 2001).

הוספיס בית בעמקים

השירותים הפליאטיביים במחוז הצפון היו מוגבלים, וחולים סופניים ומשפחותיהם לא קיבלו מענה הולם לצרכיהם. הצורך בשדרוג השירותים הפליאטיביים עלה בפרום אחיות אונקולוגיות במחוז.

טיפול מסיבי

מטרת הטיפול: ריפוי מתחיל עם איבחון

טיפול תומך

מטרת הטיפול: איזון סימפטומים הקשורים למחלה או טיפולים

המודל האמריקני - בשנת 1982 אימץ ה-Medicare את הטיפול התומך והפך אותו זמין ונגיש לכל אזרח ארה"ב בן 65 ומעלה. טיפול זה ניתן ברמות טיפול שונות על פי הצורך, אך הוא מוגבל לחולים סופניים שהפרוגנוזה מצביעה על תוחלת חיים של חצי שנה. חולה המקבל טיפול תומך צריך להפסיק לקבל כל טיפול מרפא. אין הוא מוגבל לסוג מחלה מסוים.

טיפול מסיבי

מטרת הטיפול: ריפוי מתחיל עם איבחון

טיפול תומך

מטרת הטיפול: איזון סימפטומים הקשורים למחלה או טיפולים

בשני המודלים ישנו ליווי של המשפחה בתקופת האבל, כשנה לאחר פטירת החולה.

המגמה העולמית היא מיוזג של המודלים, דהיינו: יש נטייה להרחיב את הטיפול התומך לכל המחלות המוגדרות כסופניות, לא להגביל אותו בזמן ולאפשר טיפול תומך שמתמקד באיזון סימפטומים, גם כאשר החולה מקבל עדיין טיפול מרפא (Salomon & Romer & Sallers, 1999).

סטנדרטים לטיפול בהוספיסים בעולם ובישראל

מרבית החולים הסובלים מסרטן וממחלות סופניות נוספות יסבלו ממגוון תופעות גופניות, נפשיות ורוחניות. שירות פליאטיבי מסוגל

ולהבטחת יישום תוכנית הטיפול (Phillips-Harris, 1998; Zerull, 1999).

כל הצוות עוסק בהוספיס בתוספת לעבודה במרפאות הקהילה. מרבית האחיות תופסות את עבודת ההוספיס כחלק היותר איכותי בעשייתן. ייתכן שזה גם נובע מהסיפוק בעיסוק, מאוטונומיה, מתהליך קבלת החלטות עצמאי, ממידת האתגר, מקשר משמעותי עם מטופלים ומתהליך מתמשך של למידה והתמקצעות, המלווים בהרגשה של עשייה משמעותית. כל אלה גורמים למימוש הצורך בבדילה ובהתפתחות מקצועית (אליקים, 1981).

הכשרת סגל הטיפול

מחסור בתוכנית הכשרה מובנית ובאנשי מקצוע מומחים בתחום אילצו אותנו להכשיר תוך כדי עבודה את הצוות הטיפול. אימצנו את העקרונות שהגדירה Patricia Benner בספרה "מטיחנת למומחית". התיאוריה מתארת כיצד ניתן לבנות מומחיות קלינית ומהם המרכיבים שיש להביא בחשבון.

כלים לארגון וניהול הטיפול

בספרה מתארת Banner (1984) את הצורך של אחיות טירוניות בשלבים הראשוניים של התמחותן בכלים יעילים ושיטתיים אשר יובילו אותן ויעזרו להן במלאכתן.

בתחילת הפרויקט הוכנסו כלים לניהול וארגון הטיפול בחולים. כלים אלה נבחרו ממבחר כלים שנבדקו ונמצאו מתאימים לרמת המיומנות של הצוות שברובו לא היה מומחה לטיפול תומך. הם שיטתיים, מדידים, ואינם דורשים כתיבה רבה. כל הכלים הוכנסו לבסיס נתונים ממוחשב המשמש אותנו להבטחת איכות הטיפול וכבסיס למחקר ופיתוח התחום. אומדן סיעודי, טופס קבלה להוספיס, מעקב רב מקצועי שוטף, הכולל אומדן אדמונטון לאומדן סימפטומים, שממולא בכל ביקור; בנסף, נערכות ישיבות שבהן חברי הצוות המורחב של ההוספיס דנים במטופלים ובחולים השונים. מאז הפעלת הפרויקט, טופלו 364 חולים, מתוכם 126 הופנו בשנה האחרונה.

סיבות להפניה היו: (תתכן יותר מסיבה אחת)

סיבות להפניה

3.85%	קושי באיזון סימפטומים
4.80%	תמיכה נפשית לחולה ולמשפחתו
9.69%	צורך בהדרכת מומחה
2.55%	בעיה בתפקוד יום יומי
2.11%	סצעים מורכבים
3.6%	פרצדות סיעודיות מורכבות

בקרב רוב החולים נצפתה ירידה משמעותית בעוצמת הסימפטומים (בסולם מ-10) לאחר שבועיים מקבלתם לתוכנית. מידת מורכבות החולים עולה עם השנים, היות שחלק מהחולים מטופלים על ידי

הוספיס בית בעמקים נוסד בשנת 1999 ביוזמת הנהלת הטיפול במחוז ובתמיכת הקהילה היהודית בדטרויט, אש"ל, ושיירות בריאות כללית - מחוז הצפון. הוא הוגדר כשירות פליאטיבי בבית החולה, מטפל בחולים הסובלים ממחלות סופניות בצורת ובכפרים ערביים לידו, בצורת עלית, מגדל העמק, יישובי עמק יזרעאל, בטבריה ובעפולה.

חזון הוספיס בית בעמקים

להצטיין במתן טיפול לחולים ולמשפחות בסוף החיים (End of Life Care). להרחיב אותו לכל אוכלוסיית המחוז. להיות בין המובילים בארץ בקביעת מדיניות טיפולית, לפתח את המחקר והפרסום ולפעול להכללת הטיפול התומך בסל הבריאות הלאומי.

מטרת התוכנית

- לתת מענה מיטבי לצרכים הביו-פסיכוסוציאליים לחולה הסופני ולמשפחתו כתוצאה מהמחלה.
- לאפשר איכות חיים טובה יותר לחולה הסופני אשר עבר את שלב הטיפול הפעיל ורוצה להישאר בביתו בחיק משפחתו.
- לאפשר התמודדות עם תופעות הכרוכות במחלה והטיפול הזמין בהן 24 שעות ביממה.
- לתת טיפול תומך של צוות רב מקצועי המסוגל להתמודד עם המורכבות וההשלכות הביו-פסיכו-סוציאליות.
- פיתוח משאבים ארגוניים, קהילתיים ואנושיים בתחום.
- פיתוח תוכניות הוראה מקומיות לרופאים, לאחיות, לפרא-רפואיים ולמתנדבים.
- קידום המחקר והפרסום.

בתחילת התוכנית נקבעו מדדי איכות לתוכנית

- מספר הפניות.
- מקום פטירת החולה.
- איזון סימפטומים.
- שביעות רצון הלקוחות.
- שביעות רצון העובדים.
- פרסומים.

אומצו כלים מדידים וכל הפרמטרים הוכנסו למסד נתונים ממוחשב, המשמש לבקרת איכות הטיפול והתוכנית.

צוות ההוספיס מונה היום 28 אנשי מקצועות ו-15 מתנדבים, כולם עובדים במשרות חלקיות בתוכנית ומחולקים לחמישה צוותים רב מקצועיים אזורים. בכל אזור מאפיינים תרבותיים ודתיים שונים הדורשים התייחסות מיוחדת והתארגנות בהתאם.

סגל הטיפול ביחידה

ביחידה ההוספיס הוגדרה האחות כמנהלת הטיפול בחולה (Case Manager).

מינוי האחות כמנהלת טיפול בחולה נעשה בהנחה שניהול הטיפול יביא לשיפור איכות הטיפול, לשיפור איכות החיים של הלקוחות, לתיאום בין כל הגורמים המטפלים (גורמי פנים וחוץ), להזלת העלויות, להורדת מספר המשברים העוברים על החולה ועל משפחתו

סיכום

מרבית החולים הסובלים מסרטן וממחלות סופניות אחרות יסבלו ממגוון תופעות גופניות, נפשיות ורוחניות. שירות פליאטיבי מסוג להתמודד ולאזן את מרבית הסימפטומים המתעוררים. בנוסף, שירותים אלה יכולים לחסוך משאבים כספיים למערכת הבריאות. לצערנו, לרבים מהחולים בארץ אין שירותים פליאטיביים נגשים וזמינים. שירותי הוספיס המסוגלים לתת מענה לצרכים המורכבים של חולים סופניים מצויים בתהליך התבססות במערכות הבריאות בישראל. הסייעוד, ובפרט אחיות אונקולוגיות, מסוגלים לתרום רבות לפיתוח התחום: קביעת סטנדרטים טיפוליים במסגרות השונות, פיתוח מודעות אצל אנשי מפתח במערכות הבריאות, אצל אנשי מקצוע ובקרב הקהל הרחב, ולפעול להקמת מערך הכשרה מובנה שיוביל להתפתחות מומחיות קלינית בטשא. חשוב לקדם את המחקר הקליני, השפעות דתיות ותרבותיות ובפרט לבחון עלות-תועלת של השירות.

הצוות הראשוני בתמיכה של הצוותים האזוריים. במקביל, גם הסגל הסייעודי התמקצע ויודע לצפות מראש בעיות ולתת להן מענה עוד לפני שהתעוררו. היום אנו רואים מגמה של יותר עבודה מתוכננת והפחתה במספר הקריאות הדחופות ככל שהאחות המטפלת צברה יותר מיומנות.

328 חולים נפטרו מאז הפעלת הפרויקט, 72% מהם נפטרו בבית בחיק משפחותיהם. מבדיקת שאלון שביעות רצון המשפחות, עולה שביעות רצון גבוהה מאוד מהטיפול הניתן, מזמינות הצוות וממתן מענה לצרכים המפניים, החברתיים והרוחניים.

תוכנית העבודה לשנה הקרובה כוללת מיסוד הכשרה פליאטיבית נרחבת רב-מקצועית לצוות הוספיס ולאנשי מקצוע נוספים במחוז ובאזור, ובדיקת עלות-תועלת של התוכנית.

מקורות

Benner, P.(1984). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Addison-Wesly pub. Menlo Park, USA.
I.A.P.C.(1999). Position paper on the development of hospice & specialist palliative care services in Ireland.
Kaye, L.W. , Dovitt, J.K.(1998). Comparison of the high-tech service delivery experiences of hospice and non-hospice home health providers. The Hospice Journal, 13,1-20.
Madona (1998) Palliative Care for Hospice Practicioners, Liviona MI University ,USA.
Meller, D. P., Walsh, D., Konrad, K., Susan, B. LeGrand(2001). The business of palliative medicine: management metrics for acute-care inpatient unit, American Journal of Hospice & Palliative Care, january/february.
Mor, V.,Greer, D.S., Kastenbaum, R. (1988). The hospice experience. Johns Hopkins, Baltimore.
National Hospice Organization(1996). Hospice services guidelines and definitions. The Hospice Journal 11,65-73.
Pace, J.C. (1997). Palliative Care, A Cancer Source Book for Nurses, 7th edition ,American Cancer Society , 260-283
Phillips-Harris, C.(1998). Case management: high-intensity care for frail patients with complex needs. Geriatrics, feb, 53-62, 61-68.

אליקים, נ' (1981). ההבדלים בתפיסת עושר הניסוק, תוצאות בעבודה ולחצים, בקרב אחיות באגף ילדות. העובדות משיטת הבית לעומת השיטה המסורתית, אוניברסיטה תל-אביב.
פרימן, ח', בורסקי, ג' (1995). מערך שירותי הוספיס בישראל, מכון בחקר ייל ירושלים.
Smeenk, F.W., Van Haastregt, J.C.,Witte, P., Crebolder, F.J.(1998). Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. BMJ, 316,1939-1934.
Solomon, M.Z., Romer, A., Sellers, D.(1999).Meeting the Challenge Twelve recommendations for improving. End of Live Care in Manage Care, Education Development center, Inc MA USA .
Tierney, J., Wilson, D.(1994). Hospice care versus home health care: Regulatory distinctions and program intent. The American journal of hospice and palliative care March/April, 14-22.
Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., Gandek, B. (1993). SF-36 Health Survey: Manuall and Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical CenterBruera E., Organizing palliative care, Edmonton, Canada.
Zerull, L.(1999). Community Nurse Case Management: Evolving over time to Meet New Demands. Family and Community Health, 22, 12-29.