

מבוא 2

פרק 1: תקשורת בין צוות מטפל למטופל 4

1.1 בירור העדפות מטופל 7

1.2 עדכון מטופל על מצבו הסופני 7

1.3: תמיכה למטופל במהלך סוף החיים. 8

1.4. הכשרת אחיות 9

פרק 2: תקשורת בין צוות מטפל למשפחה 10

2.1 בירור העדפות המשפחה לגבי סוף החיים 10

2.2 תמיכה למשפחה במהלך סוף החיים 12

פרק 3. תקשורת בין מטופל למשפחתו 13

3.2 מודלים טיפוליים 15

תכנית לאומית לטיפול פליאטיבי 16

סיכום 18

ביבליוגרפיה 20

מבוא

ישראל, עוברת שינויים דמוגרפיים וטכנולוגיים אשר הביאו לעלייה בתוחלת החיים. בעולם של היום האוכלוסייה מתבגרת עד לגיל מאוחר יותר ולכן הצורך בפעילות גריאטרית עולה ככל השנים עוברות. אוכלוסיית ישראל מזדקנת גם כן. אם כיום שיעורם של אזרחים מעל גיל 65 עומד על עשרה אחוזים הוא אמור להכפיל את עצמו בשנים הבאות (פלטיאל, 2012). בשנת 2012 נפטרו בישראל מעל ארבעים אלף איש ממחלות חשוכות מרפא, כאשר הטיפול בהם עד למותם הביא לנטל חמור וגדול על משפחות אותם חולים.

בשונה ממטופלים צעירים אשר סובלים מבעיה רפואית מסוימת באופן זמני, הטיפול במטופלים בשלבי סיום החיים מצריכים התערבות שונה ומורכבת. כחלק מן הטיפול ההוליסטי, אשר כולל גם מרכיבים אחרים מלבד ההיבטים הטיפולי המקצועיים, חשוב לשים דגש על תקשורת יעילה בין הצוות המטפל ובין המטופלים עצמם כדי ליצור חוויה טיפולית חיובית ככל האפשר. זאת על מנת להבהיר את חומרת המצב הרפואי ואת דרכי הטיפול הטובים ביותר אשר יכולים להתרחש עבורו. הטיפול בחולה סופני מביא מורכבויות רבות, כמו ערך קדושת החיים והרצון להאריך את חייו החולה עד כמה שניתן. מורכבויות אלו לעיתים עומדים בניגוד לאיכות החיים של החולה ומול האוטונומיה של החולה בנוגע לקבלת ההחלטות אשר נוגעות לחייו ולבריאותו.

לעיתים במהלך הטיפול החולה מאבד את היכולת הקוגניטיבית שלו להחלטות אשר נוגעות להליך הרפואי שהוא זקוק לו, גם אם בעבר יכול היה לקבל החלטות מן הסוג הזה, משום המצב הרפואי שלו. במצב כזה ראוי לבדוק מה כדאי לעשות, האם כדאי לבני המשפחה הלא מקצועיים אך המעורבים רגשית ואשר מכירים את החולה, תפיסותיו ואת רצונותיו לגבי החיים, או שמא עדיף לתת לאנשי המקצוע המקצועיים של הצוות הרפואי המטפל לקבל את ההחלטות אשר נוגעות למטופל, מתוך הרצון להביא לטיפול המתאים ביותר בשבילו.

עבודה זו תנסה לעמוד על היחס בין המטופלים לצוותים המטפלים ועל חשיבות התקשורת שבין אותם צוותים מטפלים ובין המטופלים אשר סובלים ממחלות חשוכות מרפא. על מנת לבחון את הסוגיה הזו ראשית אבחן את היחס בין המטופלים עצמם מבחינת הצוות המטפל. לאחר מכן אעמוד על הקשר שבין משפחת המטופל, שלעיתים משמשת לא רק בתור מקור התמיכה והעזרה של הסובל ממחלות חשוכות מרפא אלא גם כשופר של אותו מטופל אשר לא מסוגל לבטא את עצמו או אשר השאיר הנחיות בנוגע לרצונותיו ושאיפותיו הן לגבי הטיפול והן לגבי הדרך שבה הוא רוצה לסיים את חייו. בפרק האחרון אתאר מודלים אפשריים לתיאור של דרכי טיפול בולטים בעולם הסיעוד של חולים סופניים מבחינת שיפור התקשורת בין כל הגורמים לדבר. כמו כן אתאר גם את התכנית לשילוב של טיפול פליאטיבי בחולים סופניים על ידי משרד הבריאות ואראה כיצד ניתן להגשים אותה בפועל (פישר-רייף ובנטור, 2016).

מטרת העבודה אם כן היא להבין את הדרכים והאפשרויות הטובות ביותר בהם ניתן להקל עד כמה שאפשר את רגעיו האחרונים של האדם החולה במחלה סופנית. בישראל מתים בשנה אלפי הרוגים כתוצאה מזקנה וממחלות חשוכות מרפא (פלטיאל, 2012).

חשיבות העבודה מתבטאת בכך שהאוכלוסייה הגוברת תביא לכך שבעתיד כמות החולים המבוגרים אשר ידרשו לעזרה סיעודית תהיה גדולה הרבה יותר מאשר בעבר. האוכלוסייה המזדקנת, שהיא תופעה כלל עולמית מצריכה מן החברה לערוך התאמות ולשפר את עולם הגריאטריה בהתאם למגמות המשתנות של העולם. אם לא נדע להתאים

פרק 1: תקשורת בין צוות מטפל למטופל

חווית המטופל בעת יכולה להתפרש כאינדיקציה של יחס המטופל למערכת הבריאות באופן כללי. המפגשים בין המטופל ובין הצוות המטפל יוצרים את הגדרת היחסים שבין עולם המטפלים ובין עולם המטופלים. כאשר אדם חולה במחלה או נמצא בתקופה בה הוא מטופל הוא לעיתים עשוי לפגוע משמרות שונות של צוותים שונים בפרקים זמן קצרים מאוד. משום כך קיים סיכוי כי התקשורת בין המטופלים ובין הצוותים המטפלים לא יהיו טובים ועל כן תפגע איכות הטיפול. המידע בנוגע לטיפול לא יהיה יעיל ולכן המטופל ירגיש שהוא לא מקבל טיפול נכון או טוב, ולא יהיה חלק אינטגרלי מתוך הליך הטיפול. הנתק התקשורתי הזה מסוכן להליך הטיפולי לא רק משום שהוא גורם לאי שביעות רצון מטעם המטופל. אחת הסכנות הגדולות יותר היא רשלנות רפואית אשר נובעת מתוך אי קיום מערך תקשורתי יעיל בין הצוות המטפל ובין המטופלים (בן דב, 2010).

הצוות הרפואי אשר עובד בבתי החולים או בסביבות טיפוליות אחרות, עובד בסביבת עבודה מורכבת מתנאי לחץ, אי ודאות ומגבלות זמן חמורות אשר נובעים מעצם טיבה של מערכת הבריאות הישראלית. מערכת הבריאות הציבורית מוגבלת מבחינת כוח אדם ומשאבים חומריים אחרים, עובדה אשר משפיעה על איכות הטיפול אשר מוענק למטופל. משום כך חשיבות התקשורת שבין המטופל ובין הצוות הטיפולי חשובה אף יותר. מחקרים הראו כי שיתוף פעולה יעיל שבין הצוות המטפל ובין הצוות המטופל יכולים להביא לצמצום טעויות אשר קשורות לרשלנות ומשפרות את ההליך הטיפולי אשר סובל ממגבלות אלו (בן דב, 2010).

סקר שנערך בבית החולים הדסה שבירושלים ניסה להעריך את מדדי התקשורת החשובים לאיכות הטיפול, הסקר העלה כי חברי הצוות הרפואי מתעניינים מאוד בנושא התקשורת עם המטופלים, והראו חשש גדול מפני עימותים או חיכוכים שונים אשר יכולים לנבוע מתוך ההתמודדות עם המטופלים ובני משפחותיהם (בן דב, 2010). חמישה אחוזים מן הנשאלים ציינו כי הם היו מעורבים בטעות בטיפול שנבעה מתוך חשש מפני התנהגות מאיימת או אלימה. חלק גדול יותר אף אמר כי לעיתים הם לא מבררים שאלות לגבי מתן תרופות או ביצוע הוראות שונות בשל עימותים קודמים אשר אירעו במהלך הניסיון הטיפולי שלהם ואשר גורמים להם להימנע משאלות מן הסוג הזה (בן דב, 2010).

בנוסף לחשש מפני עימותים תוך צוותים ואל מול המטופלים עצמם כארבעים אחוזים מן הנשאלים אמרו כי לעיתים איכות העברת המידע בעת חילופי המשמרות נפגע, אם כי לא באופן שכיח. אובדן המידע אובד בשל חפיפה לא מקצועית ומקיפה והשפעות שונות של הלחץ והתנאים העמוסים שהצוות הרפואי נתקל בהם. בבית החולים של הדסה אין תקנון שיטתי אשר נוגע לדרך העברת המידע, אין בהירות בנוגע לגבי חלוקת האחריות בצוות וקיים שוני רב בדרך העברת המידע על ידי חברי הצוות השונים באופיים ובתרבותם (בן דב, 2010).

רופאים בישראל מודעים למצב הבעייתי של הרפואה הציבורית בישראל, בנושאים של העברת מידע בצורה יעילה בין הרופאים ובין המטופלים, אשר נובעת מן השחיקה הרבה והעומס הרב שהרופאים נאלצים להתמודד עמו. לפני כמה שנים התפרסמה עדות על ידי רופאה ותיקה בקופת החולים הכללית באתר הרופאים: "דוקטורס אונליין", אשר מהווה פלטפורמה לשיתוף מידע בין רופאים אשר נועד לזהות דפוסים בעיתים בתוך הרפואה הציבורית ומנסה לשפר אותם על ידי הצפת הבעיה. הרופאה, דר' מרק בנטקור, תיארה מצב בו דרישה פשוטה לקבלת מידע בנוגע למצב