

השיקום הרפואי מוסיף חיים לשנים

דב אלבווקר^{1,2}

¹מרכז רפואי שיקומי רעות תל אביב
²הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

תחומי השיקום הכללי והגריאטריה השיקומית הם חוליות מרכזיות בטיפול ההמשכי החדיד (Sub acute), לאחר הטיפול הראשוני מציל האיבר ומציל החיים בבית החולים הכללי. לעיתים קרובות המטופל המחלים ממחלה או ממצב חד (Acute) הוא בעל יכולות תפקודיות ירודות בהיבטים שונים: קוגניטיביים, תקשורתיים, מוטוריים, רגשיים. כך ייתכן שמצב תפקודו של אדם שהחלים לכאורה משבר בגף או מדלקת ריאות קשה, החמיר עד שאינו מסוגל להלך ולבצע תפקודים בסיסיים המאפשרים שילוב מחדש בחברה, במשפחה ובתחום התעסוקה. מטופל הנתפש במחלקת האשפוז החד כהצלחה רפואית עשוי בפועל להיות מוגבל ומסווג כסיעודי או סיעודי מורכב, עם יכולות תפקוד מוגבלות ודימוי אישי ירוד. מטופל כזה זקוק לעיתים קרובות להמשך שיקום רב מקצועי כדי להשיג את מלוא הפוטנציאל הפיסי, הרגשי, החברתי והתעסוקתי באופן המותאם לצרכיו ולשאיפותיו של המטופל.

רצף הטיפול ובתוך כך על הרצף השיקומי. לעיתים קרובות המעבר מחוליה לחוליה בשרשרת הטיפול הרפואי ובתוך כך הקפדה על ביצוע תהליך שיקום הולם, מהווה צומת דרכים שיכול להשפיע באופן מהותי על גורל המטופל ואיכות חייו. רצף הטיפול ואתו רצף השיקום צריך להתקיים בתוך המוסד הרפואי, דהיינו, במעבר ממחלקה למחלקה באותו בית חולים; עבור לרצף בהעברת המטופל לבית חולים אחר ובוודאי בתהליך החזרה של המטופל לקהילה ומגוון המטפלים בה. כשל בקיום רצף טיפול מהווה עקב אכילס במערכת ונובע מסיבות רבות: פער במידע הרפואי המועבר לחוליה הבאה בשרשרת; אי הפניה לשירותים רפואיים נדרשים בשל חוסר ידע ומודעות של הצוות (כמו אי הפניה לשיקום); ופעור ביכולות ובאמצעים (אנשי מקצוע, תשתית פיסית וטכנולוגית) [3]. הפער ברצף הטיפול בכלל ורצף השיקום בפרט אף יכול להיגרם מסיבות של מדיניות המבטח שלא לעשות שימוש בשירות זמין מסיבות של ריסון תקציבי.

חשיבות הנושא מטילה אחריות על המטפלים לתת את דעתם ולהשקיע ממצבם כדי לוודא שניתנות ההמלצות הראויות והנכונות להמשך השיקום, וכן על המבטח (לרוב קופות החולים) שעליו להבטיח את יישום ההמלצות ותכנית הטיפול הנדרשת.

מענה לצרכי מערכת הבריאות בישראל בשירותים בתר-חדים (Post acute)

במרכז הרפואי רעות יש מחלקות לשיקום נשימתי והנשמה ממושכת לילדים ולמבוגרים, מחלקות לשיקום כללי וגריאטריה שיקומית ומחלקות

ובוגרים ששרדו, ומתמודדים עם מחלות ותוצאות של תאונות וחבלות שונות, וגם להם צריך להתאים שירותים רפואיים הכוללים את צרכיהם הייחודיים [2]. לרפואת השיקום והגריאטריה השיקומית תפקיד מפתח בגישור על הפער ההולך ומתרחב ברפואה המודרנית. דהיינו, תפקידה הוא להעניק כלים לחולים כך שיוכלו לחזור לתפקוד מלא ככל האפשר בתחומי החיים השונים, עם תלות קטנה ככל האפשר באחרים ובכך ולהעניק לאותם חולים איכות חיים מיטבית בנתונים הקיימים. **הרפואה החדה מוסיפה שנים לחיים, השיקום מוסיף חיים לשנים.** אי ביצוע תהליך השיקום בהיקף הנדרש ובעיתוי הרצוי עלול להוביל לתוצאות קשות. בצומת הדרכים, לאחר טיפול דחוף מציל חיים, תהליך השיקום עשוי להוות הגורם שימנע את החמרת מצבו של המטופל למצב סיעודי ונטל על המשפחה והחברה. השיקום עשוי להוביל את המטופל לרמת תפקוד גבוהה עד כדי עצמאות תפקודית, תעסוקתית וכלכלית.

השיקום הוא חוליה חשובה ומשמעותית ברצף הטיפול הרפואי. ככל שהרפואה מתקדמת, מתבררת החשיבות המהותית של שמירה על

בתי החולים הכלליים מספקים טיפולים ראשוניים מצילי חיים המשמרים את המערכות החיוניות. אין ספק שהתפתחות הרפואה החדה (acute medicine) בבתי החולים הכלליים, לצד רפואה איכותית בקהילה, ממלאת תפקיד מרכזי בהארכה המתמשכת בתוחלת החיים של אזרחי ישראל ובהצלת חיי חולים רבים בכל הגילאים, אשר בעבר הקרוב לא היו שורדים. הארכת החיים מציבה אתגרים רבים למערכת הבריאות ומחייבת את היערכותה לטיפול בתר-חד (post acute treatment) במטופלים מורכבים ושבירריים יותר. בנוסף, הארכת החיים מחייבת את מערכת הבריאות לתת את דעתה להיבטים משמעותיים של איכות חיים. איכות חיים אינה מותרות; בלעדיה המערכת הרפואית המודרנית דנה את המטופל לשנים רבות נוספות של סבל. מכאן, שירותי הבריאות צריכים לתת מענה להמשך טיפול בחולים קשים ומורכבים יותר ולאפשר להם איכות חיים טובה ככל האפשר במצבם.

בניגוד לתפישה הקיימת בציבור שעל פיה הזקוקים להמשך טיפולים רפואיים בתר-חדים מתקדמים הם קשישים בלבד, הרי שבפועל שיעור ניכר מחולים אלו הם ילדים, צעירים

מילות מפתח:
מרכז רפואי רעות;
רפואה שיקומית;
שיקום גריאטרי;
גישה הומניסטית
רב תחומית;
גישה
שיקומית.

Key words:
Reuth Medical Center;
Rehabilitation medicine;
Geriatric rehabilitation;
Multi-disciplinary-comprehensive humanistic approach;
Continuum of care; Quality of life; Rehabilitative approach.

האשפוז והן השירותים האמבולטוריים, היא גישה שיקומית. זו מתמקדת במימוש הפוטנציאל לחזרתו של המטופל ליכולותיו ולתפקודו הפיסי, החושי, השכלי, הרגשי והחברתי ברמה הפרטנית, המשפחתית והחברתית, ובכך לסייע לחולה להשיג עצמאות תפקודית מיטבית. החשיבות בגישה זאת היא בכך שאנו איננו מסתפקים בקידום מדדים רפואיים לערכים תקינים ככל האפשר; למדדים מסוג זה ערך מוגבל אם המטופל אינו מתפקד ובעל ערך עצמי ירוד. מטרנתנו, אם כן, היא לטפל באדם ולא להסתפק בטיפול במחלה. כל זאת בגישה שיקומית הוליסטית כוללת על ידי כלל המטפלים בצוות רב מקצועי. גישה זאת הוכיחה את עצמה במרכז הרפואי בתהליכי שיקום נשימתי, בטיפול בתסמונות כאב כרוניות ובהפרעות אכילה [11-14]. יש מקום לבחון אימוץ גישה שיקומית זאת בתחומים רבים נוספים ברפואה כדי להעצים את המטופלים ואת ההצלחה הרפואית.

מחקר אקדמי במרכז הרפואי שיקומי רעות תל אביב

בגיליון זה של 'הרפואה' אנו מציגים מדגם מהפעילות בתחום המחקר, האקדמיה, והפעילות הרב תחומית הענפה של המרכז הרפואי שיקומי רעות תל אביב.

• **מדדים לנהיגה בטוחה: בכר וחב' [15]** בדקו מדדים ניהוליים ותפקודיים בזיהוי נהיגה בטוחה בקרב אוכלוסייה לאחר אירוע מוח ובאוכלוסייה בריאה. תוצאות המחקר הצביעו על דרכים להערכת פוטנציאל נהיגה בטוחה.

• **דפוס גיוס שרירים בהמיפרזיס: ברטור וחב' [16]** שמו להם למטרה לאפיין הימצאות של הפרעת שרירים בלתי מודעת של מישרי שורש כף היד הסביל, בזמן הפעלה חד צדדית של אחת הידיים, בקרב נבדקי ביקורת בריאים ובקרב חולים שעברו אירוע מוח בעלי רמות שונות של יכולת מוטורית; נמצאה כי הקרנה כזו מתקיימת בזמן הפעלה של היד המשותקת, אך לא בזמן הפעלת היד הלא משותקת, ונמצא גם קשר ליכולת המוטורית של אותה היד.

הדרישה והצורך בשירותי שיקום במסגרת אשפוז ובשירותי שיקום אמבולטוריים נמצאת בעלייה מתמדת. הרפואה המודרנית והישרדותם של חולים במצב קשה, הזדקנות האוכלוסייה, תחיקת השיקום המתקדמת, העלייה במודעות הציבור ליכולות הקיימות, דרישת הציבור לטיפולים שיקדמו את איכות חייו, התפתחות רפואת השיקום והיכולת לתת מענה וקיום פתרונות מתקדמים בשיקום – כל אלה תורמים לצורך הגובר. אל מול הצרכים המתרחבים קיים פער לאומי חמור כבר היום, ובוודאי אל מול הצורך העתידי הגדל ביכולת להעניק שירותים נדרשים בתחום רפואת השיקום והגריאטריה. הפער קיים בכל ההיבטים, הן באשפוז והן בקהילה, הן בכמות והן באיכות. הפער בשירותים השיקומיים והגריאטריים מוביל מצדו גם לעומסים ופגיעה בתפקוד המערכים החדים (האקוטיים) בבתי החולים הכלליים, המתקשים לשחרר את מטופליהם למסגרות הולמות. הפער נובע ממחסור חמור ברופאים בתחומים אלה, פער במיטות ובתשתיות פיזיות וטכנולוגיות. כמו בתחומים נוספים היעדר תמריצים כלכליים ותמיכה מתחיבת מובילים לקיפאון בתחום ומחסום מפני פיתוח חיוני של מנהיגות רפואית ופיתוח שירותים [6].

מתוך הבנה לחשיבות הפיתוח של אותה מנהיגות רפואית שתוביל את תחום השיקום בעשורים הבאים, מתקיימים במרכז הרפואי רעות תהליכים רבים להתמודדות עם האתגר. בתוך כך אנו שמים דגש רב על הוראת סטודנטים לרפואה, לצד מאות סטודנטים בשנה במקצועות הבריאות, בהעברת המסר של חשיבות רצף הטיפול בכלל ורצף השיקום בפרט, חשיבות הגישה השיקומית והרב מקצועית. כמו כן אנו מציעים תמריץ כלכלי המשלים את התמריץ הלאומי למתמחים איכותיים ברפואה פסיקלית ושיקום ובגריאטריה העומדים בקריטריונים [7-10].

גישה שיקומית כראיית עולם רפואית

הגישה המובילה בכלל השירותים הרפואיים במרכז הרפואי, הן שירותים

לסיעוד מורכב לילדים ולמבוגרים. לצידן, פועל מערך אמבולטורי גדול ומקיף הכולל מחלקה לאשפוז יום שיקומי, מכון לטיפול בכאב, מכון לטיפול בהפרעות אכילה ומירפאות רופאים ומקצועות בריאות מגוונות. כלל היחידות והמחלקות בבית החולים פועלות מתוך גישה שיקומית הוליסטית, רב מקצועית ובין תחומית. לקיום מערך שירותים רחב ומגוון זה בבית חולים שיקומי יתרון ברור. השילוב והסינרגיה של שירותי השיקום הכללי ביחד עם השירותים בתחום הגריאטריה מאפשרים טיפול בחולים קשים ומורכבים במיוחד. במרכז הרפואי רעות מתקיימים תהליכי שיקום מתקדמים למטופל בהכרה ירודה ומונשם, ביצוע תהליכי גמילה מהנשמה וקיום תהליכים לקידום מצב ההכרה תוך הפעלה פיזית, חושית וקוגניטיבית כבר בשלב מוקדם תוך כדי הטיפול המשולב [4]. עם השיפור במצבו, ממשיך המטופל בתהליך שיקום אינטנסיבי במחלקות השיקום הכללי או בגריאטריה השיקומית ובשלב הבא, עם שחרורו מאשפוז, הוא יכול לקיים תהליכי שיקום אינטנסיביים וטיפולים במחלקת אשפוז יום שיקומי, במכון לשיקום תסמונות כאב ובמירפאות השונות.

קיום One Stop Shop זה, המאפשר רצף שיקום עם מנעד כה רחב, הוא ייחודי בישראל ואף בעולם, ותורם למיצוי פוטנציאל השיקום הטמון גם בחולים במצבים שהיו עלולים להיות מוסטים לאפיקי טיפול כרוניים בשל מצבם הנשימתי והנירולוגי ובכך מחמיצים את ההזדמנות לשיקום. בנוסף, מתקיימים במרכז הרפואי רעות תהליכים ייחודיים, שמטרתם להעצים את המטופל ומשפחתו במשבר החמור שבו הם נתונים על ידי הצוות הרב מקצועי (פרויקט "מתן בצמיחה" המבוסס על עקרונות צמיחה ממשבר). כמו כן, קיימת פעילות המכוונת להבטחת רצף הטיפול באמצעות שירות ייחודי, לליווי מטופלים ומשפחתם בחודשים לאחר שחרורם על ידי אנשי מקצוע, להבטחת מימוש זכויותיהם וקיום ההמלצות בשחרור במורכבות של ההתנהלות מול שלל הגורמים והרשויות על ידי צוות היחידה לרצף טיפול [5].

לסיכום

בגיליון זה של 'הרפואה' מתפרסם מגוון עבודות המשקפות את הגישה הטיפולית והפעילות הקלינית והאקדמית של המרכז הרפואי שיקומי רעות, תל אביב. במאמרים אלו מודגשת שימת המטופל ומשפחתו במרכז לצד מצוינות מקצועית, חדשנות ויוזמה. ●

מחבר מכותב: דב אלבוקרק

הנהלת מרכז רפואי שיקומי רעות
שדרות החי"ל 2, תל אביב

טלפון: 03-6383674

פקס: 03-6383649

דוא"ל: dov.albukrek@reuth.org.il

פרפרזיס עקב רבדומיוליזיס: עורי וחב' [19] מדווחים על חמש פרשות חולים נדירות (4 מהארץ ואחת מקרואטיה) שהופנו לשיקום וייתכן שלקו בתסמונת חדשה המתוארת במאמר.

גישות לטיפול באפזיה: בסקירה החותמת את הגיליון מובאת סקירת שלוש הגישות השונות להסתכלות על אפזיה: הגישה לתסמונות אפזיות; הגישה הפסיכר-בלשניות; והגישה הסוציאלית. באמצעות גישות אלה מסוגלים קלינאי התקשורת לאבחן באופן מדויק יותר את קשיי המטופל ולהעניק לו טיפול מותאם [20].

ניבוי נפילות וחומרתן בשיקום: מתחום בטיחות הטיפול מציגים לפיד וחב' [17] מודל לקשר בין מדד ניבוי נפילות לבין חומרת הנפילה ותוצאותיה. במערכת שיקומית ערך רב לידיעת הקשר במניעת נזק ועל כך תרומת המחקר לתחום.

מודל לשליפת מילים ותיקופו: גביעון וחב' [18] מציגים מודל תיאורטי המסביר כיצד אנשים בריאים שולפים מילים ומובאות הוכחות מהתחום הקליני לתיקוף מודל זה.

שילוב הרוקח בבקרת תרופות: יריב וחב' [3] מעלים את תרומת הרוקח בזיהוי הוריה שגויה של תרופות ("אי התאמה תרופתית") בעת אשפוז מטופלים בבית החולים.

ביבליוגרפיה

1. Seventy years of "Reuth". Published by "Reuth" Association, Tel Aviv, 207, 103
2. Heruti RJ & Ohry A, The rehabilitation team. Am J Phys Med Rehabil. 1995;74(6):466-8.
3. Yariv H & Dvir D, An investigation into the role of a rehabilitation hospital pharmacist in determining discrepancies and medication errors during patients' admission. Harefuah, 2018;157:576-581
4. Ohry A, Clinical and ethical aspects of patients in chronic vegetative state. Harefuah, 1993;125:426-8.
5. Sharon M & Yelma B, Growth from a crisis & continuity of Care. Rehab Science & Technology the 6th conference, Dec 2017.
6. The 15th Dead Sea Conference, 14-15 January 2015, Redesigning the Health System, Rehabilitation of Patients with Special Needs, National Institute for Health Policy and Health Services Research (RA). 198-208.
7. Ohry A & Ring H, Rehabilitation medicine in Israel. Disabil Rehabil, 1997;19(9):382-4.
8. Ohry A & Ring H, The disabled in the community-towards equal opportunity. Harefuah, 1996;130(7):483-5. Review.
9. Ohry A & Ring H, Rehabilitation medicine in Israel, toward the year 2000. Harefuah, 1993;124(4):210-2.
10. Ohry A, Notzer N & Rozin R, On the teaching of rehabilitation medicine. Harefuah, 1983;104(5):199-200. Review
11. Gross D, Ohana N & Lazary A, Multi-Disciplinary management of the chronic ventilated patients from the ICU to home. The international conference TA, June 2008.
12. Vatine JJ, Rehabilitation Medicine in the pain management of the pain patient. In: Ohry A, Lazary A, Heruti R (Editors). Rehabilitation Medicine in Israel. Dyonon/Probook, Tel-Aviv, 2011, Chapter 22, pp 309-318
13. Vatine JJ & Magora A, The role of the rehabilitation medicine in the management of the pain patient. Pain Digest, 1992; 2:102-105.
14. Zendakovich A, Albukrek D, Dvir D & al, Applying rehabilitation approach in eating disorders interventions. APA annual convention, 2017.
15. Bachar Y, Karpin H, Dror G & al, Executive Functions and daily functions, Road Sign Recognition and Driving Self-Report among Healthy and Post-Stroke Drivers. Harefuah, 2018;157:556-560.
16. Bartur G, Ohry A & Keren O, Recruitment patterns of homologous muscles during unilateral movement in hemiparetic subjects. Harefuah, 2018;157:561-565.
17. Lapid H, Weinberg I, Shacked H & al, Fall prediction and fall severity in rehabilitation hospital. Harefuah, 2018;157:566-569.
18. Gvion A, Biran M & Shemesh F, From theory to the clinic - Is it possible to detect different types of anomia according to the lexical retrieval model? Harefuah, 2018;157: 570-575.
19. Ohry A, Shemesh F, Haddad N & al, Paraparesis due to rhabdomyolysis and a compartment syndrome in five patients who had been in a prolonged sleep in a sitting position. Harefuah, 2018;157:582-584.
20. Gvion A, Faran M & Shemesh F, Changes in the way we observe, assess and treat aphasia: From the traditional approach to the psycholinguistic and social approaches Harefuah, 2018;157:585-589.

לעצירות קשה יש פתרון גליצרין פורטה משחרר במהירות מהעצירות



ניתן
להשיג
בקופ"ח
כללית
ומכבי!

גליצרין פורטה-פתילת גליצרין אחת במקום שתיים

בסקר שנערך בקרב גסטרואנטרולוגים נמצא כי יותר מ-40% מהמטופלים משתמשים ביותר מפתילת גליצרין אחת להקלה חד פעמית.

- שימוש בפתילה אחת, במקום בשתיים.
- מקל על העצירות בתוך כ-15 דקות עד כשעה.
- מאפשר הרגשת שיחרור מהירה ושליטה על זמני יציאה.
- מסייע במתן פתרון למצבים של נפיחות בבטן, חוסר נוחות, גזים וכאבי בטן הנובעים ממצבים של עצירות קשה.
- פתילה לטיפול מקומי, שאינה גורמת לכאבי בטן המאפיינים משלשלים.
- מקל על כל סוגי העצירות, זו הנובעת מתנועה פריסטלטית איטית במעי (עצירות תפקודית) או בקושי במעבר היציאה בחלחולת (כגון: אנזימוס).
- משלשל היפראוסמוטי ולובריקנט, המיועד להקלה בעצירות.
- מכיל Glycerin 3.2 gr



ניתן להשיג בבתי המרקחת המובחרים.