מהצלת חיים לחזרה לחיים: הגיע הזמן לחשוב אחרת על שיקום

נעמה קשת, מנהלת שירות הפיזיותרפיה בבית החולים השיקומי 'רעות תל-אביב', עד לאחרונה כיהנה כיו"ר העמותה לקידום הפיזיותרפיה. פיזיותרפיסטית, בעלת תואר שני בניהול מערכות בריאות, למעלה מ-20 שנות נסיון מקצועי במערכת הבריאות, מהן שנים רבות בניהול שירותים, הובלת צוותים ופעילות מקצועית ברמה הארצית. עוסקת בקידום בריאות, הטמעת חדשנות במערכת הבריאות, ייזום והובלת פיתוח פתרונות טכנולוגיים בתחום.

מטופל במרכז, רצף טיפולי, שיקום, עצמאות, תפקוד, מטרות – המילים האלה מוכרות לכולנו. אלה אינם רק מושגים תיאורטיים השייכים למקצוע אחד. הם נמצאים בלב העשייה היומיומית של רופאים.ות, אחים.יות, עו"סים.יות, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, פיזיותרפיסטים.ות וכל מי שעוסק בטיפול באדם.

אבל לפעמים, דווקא בתוך מערכת שהמילים האלה אמורות לשמש לה מצפן ערכי ומקצועי, נוצר פער כואב בין מה שאנחנו שואפים להעניק למטופל לבין מה שהמציאות בשטח מאפשרת.

אני רוצה לספר על מאיר, בן 73, שהגיע אלינו לשיקום ממחלקה פנימית, שם אושפז בעקבות אירוע מוחי קל. מאיר הוא אדם פעיל מאוד, בריא בדרך כלל, ועד ליום האירוע עבד במלוא המרץ כעורך דין.

הוא הובהל לבית החולים לאחר שחש בלבול פתאומי במהלך אירוע משפחתי. המהירות שבה הגיע למיון הייתה קריטית. הצוות פעל במקצועיות, מצבו יוצב והוא הועבר למחלקה פנימית להמשך טיפול.

במחלקה הפנימית טופל מאיר במשך ארבעה ימים, ובהמלצת הצוות המקצועי המתין להעברה למסגרת שיקומית. עד כאן כולנו שבעי רצון מהמענה הרפואי האקוטי ומהסוף הטוב של המערכה הראשונה.

אלא שאז מגיע הצפי להעברה לשיקום: **שלושה שבועות.**

שלושה שבועות שבהם מצבו הרפואי של מאיר אולי יציב, אבל הגוף שלו בהמתנה מוחלטת.

שלושה שבועות שבהם מאיר יכול וצריך לתרגל, לקום, ללכת ולחזור לעצמו. במקום זאת, הוא מבלה את רוב שעות היממה בשכיבה במיטה במחלקה פנימית. חוסר תנועה ממושך עלול להוביל לירידה בכוח ובמסת השריר, לפגיעה בסבולת ובביטחון העצמי, לפחד מנפילה ולעלייה בתלות.

מאיר נכנס לבית החולים כאדם עצמאי לחלוטין, ועלול לצאת ממנו כמי שתלוי בעזרה בפעולות יומיומיות בסיסיות.

מאיר אינו מקרה חריג. הוא דוגמה לפער מערכתי שאנחנו פוגשים מדי יום.

המערכת הצליחה להציל את מאיר, אבל זו הייתה המערכה הראשונה. המערכה הבאה היא להחזיר אותו לחיים שהכיר – ללכת, להתלבש, להתקלח, להיות עצמאי ולחזור לעבוד.

שיעור מיטות השיקום בישראל עומד על 0.3 מיטות ל-1,000 נפש, כמחצית מהממוצע במדינות ה-OECD. לתמונה הזו מתווספים פערים עמוקים בין הפריפריה למרכז ומחסור חריף עוד יותר במיטות שיקום גריאטריות. התוצאה היא צוואר בקבוק כרוני: מחלקות האשפוז "פקוקות" במטופלים שממתינים למסגרת שיקומית, העלויות למערכת גדלות, והמטופלים עצמם עלולים לאבד בזמן ההמתנה עוד מיכולתם התפקודית.

ופה נמצאת אחת הבעיות המרכזיות: התרגלנו להתייחס לשיקום כאל שלב שמתחיל רק כשהמטופל עובר את סף דלתה של מחלקת השיקום. אבל השיקום חייב להתחיל כבר במהלך האשפוז האקוטי.

מיטות שיקום הן אולי משאב מוגבל – אבל התנועה לא חייבת להיות.

גם כשאין מיטת שיקום פנויה באופן מיידי, אסור לעצור את הרצף הטיפולי. חובה עלינו לפעול כבר במחלקה האשפוזית לניידות מוקדמת, למניעת הידרדרות תפקודית, להערכת יכולות ולהכנת המטופל לשלב הבא.

כאשר המטופל מגיע סוף סוף למחלקת השיקום, מתחילה המערכה השנייה באמת. שיקום אינו "עוד סדרה של טיפולים". זהו תהליך אינטנסיבי וממוקד מטרות, שבו הצוות הרב מקצועי עובד יחד כדי להפוך יכולת רפואית ליכולת תפקודית: לקום מהמיטה, ללכת, להתלבש, להתקלח, לעלות מדרגות, לצאת מהבית ולחזור לחיים.

כל יום בשיקום הוא הזדמנות לתרגל, לחזק, להתנסות ולצבור מחדש ביטחון. אבל גם הזמן הזה אינו בלתי מוגבל. במיוחד בשיקום הגריאטרי, שבו משך האשפוז קצוב ומדוד, זמן ההמתנה לשיקום אינו "זמן ניטרלי" שאפשר פשוט להשלים אחר כך. כאשר המטופל מגיע פחות תפקודי, חלק מהתקופה שאמורה להיות מוקדשת להתקדמות מוקדש קודם כל להחזרת היכולות שאבדו.

והעבודה אינה מסתיימת ביום השחרור. כדי שההישגים שנרכשו באשפוז יהפכו לעצמאות אמיתית בחיי היומיום, נדרש רצף טיפולי עם הקהילה – בבית, במרפאות ובמסגרות המשך. הרצף הזה אינו רק העברת מידע בין אנשי מקצוע. הוא המשך של אותה מטרה: לאפשר לאדם לחזור, ככל שניתן, לחיים שלו.

לכן, כשאנחנו מדברים על פיזיותרפיה ועל מקצועות השיקום, אנחנו לא מדברים רק על סך שעות טיפול. אנחנו מדברים על היכולת של מערכת שלמה לשמר ולקדם תפקוד לאורך כל הדרך – מרגע האשפוז, דרך השיקום ועד החזרה המלאה הביתה.

השנים האחרונות – ממגפת הקורונה, דרך 7 באוקטובר והמלחמות והמבצעים שבאו בהמשך, הציפו במלוא העוצמה את החשיבות הקריטית של מערך השיקום הלאומי. אולם אסור שההתעוררות הזו תישאר מוגבלת למצבי חירום נקודתיים או לפצועי מלחמה.

הגיע הזמן לשינוי פרדיגמה. פיזיותרפיה ומקצועות השיקום אינם "שירות משלים" או פריבילגיה שממתינים לה בתור כשמתפנה תקציב. הם תשתית רפואית, חברתית וכלכלית לשימור ולהשבת התפקוד.

השקעה בהרחבת תקנים באשפוז האקוטי, בהוספת מיטות שיקום ובהנגשת שיקום אינטנסיבי בקהילה ובבית אינה רק חובה מוסרית כלפי מאיר וכלפי אלפי מטופלים כמוהו. היא השקעה במערכת בריאות יעילה יותר, שמטרתה אינה רק להציל חיים – אלא לאפשר לאנשים לחזור לחיות אותם.

כי בסופו של דבר, השאלה היא לא רק אם הצלחנו להציל את מאיר.

השאלה היא איזה מאיר אנחנו מחזירים הביתה.