



26.81x31.97	1/2	18	עמוד	י ו מ ן -	07/2024	91010506-2
בית חולים רענן - 13730						



מי יעזוב את העיקום

המספר העצום של פצועי המלחמה מטיל עומס חריג על מחלקות ומרכזי השיקום, שגם לפני שבעה באוקטובר התמודדו עם מחסור חמור בכוח אדם. מומחים ומנהלים מתריעים: אם לא יבוצע שינוי מיידי, מערך השיקום בישראל עלול להגיע לקריסה

לטפל בצנרת המים. לשם כך נדרש קבלן ביצוע, שמסנכרן ביניהם. בדומה לזה, הרופא השיקומי הוא אדם שרכש ידע ומומחיות בתחומי השיקום השונים. הוא מכיר את השלבים שהמטופל צריך לעבור, "עושה סדר" בין בעלי המקצוע, ובונה תוכנית שיקומית שתביא לתוצאות האופטימליות ביותר למטופל, בצורה בטוחה ומהירה.

תחום נטול זוהר

מאז תחילת המלחמה נעשו צעדים שונים, ובהם הקדמת פתיחת מרכז השיקום החדש בבית החולים הדסה הר הצופים. אלא שהדבר הבליט את הבעיה המרכזית בתחום: מחסור בכוח אדם, בעיקר ברופאי שיקום, אבל גם באחיות ובכל המקצועות הפארארופאיים, המוכרים גם כמקצועות הבריאות. המחסור צפוי כאמור להעמיק עוד כיוון שחוקי מפתח המלחמה הרבים הזקוקים לשיקום, גם בשגרה קיימים בעלי נכויות ומוגבלויות שצריך לתת להם מענה. גם אם לא מביאים בחשבון את המלחמות, הנתח הזה הולך וגדל בשל הזדקנות האוכלוסייה, כאשר ההערכות הן שבתוך עשור, 15% מהאוכלוסייה יהיו קשישים.

"דיברנו על מרכז השיקום הזה עשרים שנה, אבל התחלנו לבנות אותו רק לפני חמש שנים", אומרת פרופ' איזבלה שוורץ, מנהלת מרכז השיקום בהדסה הר הצופים. "שיעור המיטות לשיקום בירושלים היה הרבה יותר נמוך מבפריפריה; בכל ירושלים רבתי היו רק 24 מיטות לשיקום צעירים. זו הסיבה שהחלטנו להרים את הרגל. המלחמה תפסה אותנו עוד במחלקה הישנה, אבל זירזנו את הקמת המרכז החדש. זה היה אירוע לא שגרתי, בתוך חודשיים הקמנו ופתחנו יש מאין מחלקה לתפארת. מבחינת תשתיות וציוד היא הכי מתקדמת שיש, אבל הציוד עצמו לא יכול לשקם, ולא יכול להחליף אף מטפל.

"כבר שלושים שנה אני בתחום, ומאז ומתמיד התחום הזה בארץ לא היה מספיק אטרקטיבי. זה עיוות בהשוואה לרפואה

"המלחמה הציבה בפנינו אתגרים עצומים, שפגשו מערכת רעבה מאוד", אומרת ד"ר שטיינרדיון. "אין פתרונות בזק. גם אם יתחילו להפנות עכשיו יותר מתמחים למסלול שיקום, את התוצאות נראה רק בעוד כמה שנים, כי תהליך הכשרה של מתמחה הוא ארבע וחצי שנים. בזמן הזה אנחנו מתמודדים במקביל עם גידול של האוכלוסייה ושל הצרכים, ודורפים אחרי הזנב של עצמנו. למשוואה הזו צריך להוסיף מספר גדול של רופאים מברית המועצות לשעבר, שכעת פורשים לגמלאות. לאור הנתונים אנחנו צופים גידול בפער בטווח הקרוב. אנחנו נמצאים שנים בסטגנציה. הנושא מדובר בעיקר בימים אלה, כשזה 'פרצוף' ואי אפשר להתעלם, אבל אנשי המקצוע התריעו לפני שנים ולא זכו לתהודה".

נכון לסוף שנת 2023 היו בישראל 1,001 מיטות במחלקות השיקום השונות, הכוללות שיקום כללי, ילדים, אורתופדי, נירולוגי, נשימתי וטיפול נמרץ שיקומי למחוסרי הכרה. שיעור המיטות היה 0.3 מיטות ל-1,000 נפש, לעומת ממוצע של 0.5 מיטות במדינות ה-OECD. המשמעות היא שמצבת השיקום בישראל נמוכה ממדינות שאינן מתמודדות עם מלחמות כמו צ'כיה, גרמניה ואוסטריה.

בעיה חמורה אף יותר היא מספר הרופאים והמטפלים. "אם לוקחים את כל הרופאים המומחים בישראל שעובדים בתחום השיקום, מדובר על פחות מ-200", אומר ד"ר חגי אמיר, מנהל המרכז הרפואי לשיקום לוינסקי. "זה מספר קטן מאוד, וזו הבעיה העיקרית. מאז המלחמה בתי חולים פתחו מרכזי שיקום ענקיים, אבל מי יאיש אותם? מאיפה יביאו צוותים שיעשו את העבודה? הם לא קיימים בשטח". הרופא השיקומי הוא האדם שמרכז את כל העבודה במערך השיקום ומפעיל את הצוות הרב-מקצועי, הכולל פיזיותרפיסטים, אורתופדים, נירולוגים, פסיכולוגים ועוד. אפשר להשוות זאת לתחום הבנייה והשיפוצים: אם "נזרוק" את כל בעלי המקצוע לחדר ונבקש מהם לעשות את עבודתם, כל אחד יפריע לשני; אחד יתחיל לרצץ, בזמן שהאחר צריך

אלינו פבריקר

"כשהגעתי לבית החולים היום, קיבל את פניי חייל שנפצע ב-7 באוקטובר, כדי להראות לי איך הוא מצליח להזין את האצבעות. זו יד שהייתה משותקת לחלוטין, וכולנו בצוות הרפואי שמחנו איתו", מספרת בהתרגשות ד"ר אורית שטיינרדיון, מנהלת בית החולים השיקומי "רעות" בתל-אביב. "אני מכירה את החייל באופן אישי, וזו הייתה הפעם הראשונה מזה תשעה חודשים שראיתי על פניו חיוך מהסוג הזה. מהרגע שהוא התאשפז במחלקה, הצוות השיקומי והחייל נלחמו יחד, יום יום, כדי להחזיר לו את העצמאות שלו.

"תהליך השיקום הוא נקודה קריטית", מוסיפה שטיינרדיון. "זה לא מספיק שניתחנו מישוה בהצלחה. אם לא נשקם ונחזיר אותו לתפקוד, הוא יהפוך לנטל. לנכות זהו יש כמוכן גם משמעות רגשית. האדם מתחיל להיכנס למעגל של דיכאון, תסכול ופגיעה בדימוי ובערך העצמי שלו. הבעיה היא שבמשך שנים רבות תחום השיקום נחשב ל'חצר האחורית' של מערכת הבריאות, ונוצר מחסור עמוק ברופאים המתמחים בשיקום".

הצורך הגובר בשיקום לנפגעי המלחמה הנוכחית, שם זרקור על מערך השיקום בישראל ועל החסר רב השנים בתחום. הנתונים אינם מעודדים, הן מבחינת תשתיות ובעיקר מבחינת כוח האדם. לפי נתוני משרד הבריאות, בסוף 2022, מתוך 9,157 מתמחים ברפואה, 105 בלבד בחרו בתחום השיקום. למעשה המספרים קטנים אף יותר, כיוון שמספר התקנים השנתי בבתי החולים למי שסיימו הכשרה בתחום השיקום ומבקשים לעבוד התמחות, נע בין 20 ל-25. כל המומחים ששוחחנו איתם מתריעים כי אם לא יינקטו פעולות ממשיות בקרוב, מערך השיקום עלול לקרוס כליל.



ד"ר אורית שטיינרדיון
ציילום: איציק שוקל



ד"ר קובי חביב
ציילום: המרכז הרפואי הרצוג



91010507-3	07/2024	מקור ראשון - יומן	עמוד 19	2/2	27.08x31.16
בית חולים רעו - 13730					

פרופ' איזבלה שוורץ, מנהלת מרכז השיקום בהר הצופים: "לא מספיקים חמישה פיזיותרפיסטים ל-36 מיטות. יש שחיקה של הצוות, אי אפשר לבנות על פטריטיות לאורך זמן"

אדם מבוגר שזקוק לשיקום, הסיכוי שלו להתאשפז ולקבל שיקום ירד באופן משמעותי. זה אירוע טרגי. אדם שהיה יכול להשתקם ולהישאר עצמאי עוד עשרות שנים, אנחנו למעשה תורמים להידרדרותו והופכים אותו לסייעודי ולנטל חברתי, רגשי, משפחתי וכלכלי. אדם פעיל ששיחק עם הנכדים ויצא לקניות, שאולי אפילו עדיין עבד, ושבשיקום קצר היה יכול לחזור לחיות חיים מלאים ועצמאיים – הופך לאדם תלוי וחסר ישע, לפעמים רק בגלל נפילה קטנה במקלחת. זו חוכמה קטנה לטפל בחיילים על חשבון הקשישים, וזה הפוך מהמטרה שלשמה למדנו רפואה. אנחנו מנסים 'לכבות' את השריפה על ידי פתרון כלשהו לחיילים, ויוצרים בעיה חדשה. יש פה כשל מערכתי אמיתי. מגלגלים את הטיפול בצעירים על חשבון המבוגרים, וגוררים חוב יותר גדול. בתוך כמה שנים נאלץ להתמודד עם בעיה קשה יותר. זה נכון אפילו רק מהבחינה הכלכלית, עוד לפני הרמה הערכית-רפואית."

"יש מה לעשות עם זה?"

בעיני פרופ' ישראל דודקביץ', מנהל האגף לרפואה שיקומית ומנהל התוכנית להכשרות מתמחים בשיקום בשיבא, מדובר בעניין של תקצוב, תעודף והבנת הצרכים. "אני חושב שמשרד הבריאות יודע מה הצרכים, אבל נכון להיום, בהגדרות התקנים למחלקה לשיקום לא לוקחים בחשבון הרבה מאוד פרמטרים. חלק מההבנה של מה זה באמת שיקום, היה 'קבור' במשך זמן רב. במשך שנים זה לא היה בחזית הרפואה, זה לא מקצוע שנמצא בכל בתי הספר לרפואה. כשאני למדתי רפואה לא נחשפתי לשיקום, אפילו לא ידעתי מה זה."

לפני כעשור, אומר דודקביץ', הוגדר תחום השיקום כ"מקצוע במצוקה", והוקצו מענקים לצעירים שבחרים בו. "זה הגביר חלקית את הגעת המתמחים, אבל לא באופן מהותי. מעט מאוד מבוגרי הרפואה מגיעים להתמחות בזה, רובם הולכים למקצועות אחרים, 'זוהרים'. שיקום הוא מקצוע שנמצא יחסית מאחורי הקלעים. עיקר החשיפה לצעדנו הוא באירועי מלחמות וכדומה, שמציפים את הצורך. מדינת ישראל, גם בשגרה ובטח בזמן מלחמה, לא יודעת לתת מענה מספק לאנשים הזקוקים לשיקום. צריך ליכוד שאנשים מסתכלים גם על כושר ההשתכרות. התפיסה היא שבכירורגיה למשל יש יותר אפשרויות להתפרנס במגזר הפרטי. אחת השאלות שמתמחים שואלים אותי היא 'האם יש מה לעשות עם זה אחר כך', והכוונה היא מחוץ לבתי החולים. צריך לראות איך דואגים להביא אנשים טובים למקצוע – לדעת לשווק אותו, להעניק תנאים טובים, לבנות תוכניות עם אופק תעסוקתי הוגן. אלה דברים שבמערכת הבריאות יודעים לעשות, צריך רק שמישהו יחליט שזה מספיק חשוב".

תגובת משרד הבריאות: "המשרד שם דגש על השיקום הנפשי והפיזי לכל מי שזקוק לכך בעקבות המלחמה. בשנה האחרונה נפתחו מרכזי שיקום בהרצליה, בירושלים ובפרייה לתושבי הצפון. מספר מיטות השיקום בדרום גדל ב-2023 עם פתיחת בית החולים עדי נגב. בנוסף, התווספו השנה כ-80 מיטות שיקום גריאטריות. לשיקום הפיזי מוקצים מעל 200 מיליון שקלים בתקציב 2024, שכוללים הגדלה של כוח האדם בתחום. לצד זאת, פועל המשרד להגדיל גם את מספר המטפלים במקצועות הפארא-רפואיים. יצוין כי לא נסגרו מחלקות שיקום גריאטריות בעקבות המלחמה.

"בנוגע למתמחים, תכנון כוח האדם במערכת הבריאות עומד בליבת העבודה. במסגרת זו מוביל המשרד מהפכת נתונים ותכנון אקטיבי של כוח אדם, ובשנים האחרונות בוצע איסוף נתונים נרחב לרבות נתוני מתמחים. בסיום טיוב הנתונים, הם יוצגו בשקיפות לציבור".

גרוע ב'אשפוז יום'. זמן ההמתנה של מטופלי שיקום כלליים, לא פצועי מלחמה, לקבלה למחלקה, עומד על חודשים. כבר רואים שחיקה של הצוות, אנשים מותשים. אי אפשר לבנות על פטריטיות לאורך זמן."

משרד הבריאות יכול לעשות יותר, אומרים גורמים במערכת, ומדברים על מהלכים כמו עידוד רופאים להתמחות בתחום השיקום, תמרוץ מקצועות הבריאות במגזר הציבורי, והגדלת תקנים בבתי החולים. לדבריהם, המשרד מאפשר לפתוח מרכזי שיקום, אבל לא מטפל בבעיית כוח האדם.

הצעירים דוחקים את הזקנים

מספר הפצועים הגדול הציב את מערכת הבריאות בכלל ואת מחלקות ומרכזי השיקום בפרט בפני אתגר כבד. למעשה, קשה לחשוב על מערכת שיקום בעולם שהתמודדה עם מספרים כאלה, במסגרת זמן כזו. כדי לתת מענה ראוי, המחלקות נדרשו לגלות יצירתיות, אלתור וחשיבה דינמית. "כבר ביום הראשון של המלחמה הבנו שמחכים לנו שני 'צונאמים' – הצונאמי של השיקום, והצונאמי של רפואת הנפש", מתאר פרופ' אמיתי זיו, מנהל בית החולים השיקומי המשולב במרכז הרפואי שיבא. "האתגר היה לעבוד מהר מאוד משגרה לחירום. בשגרה יש לנו 140 מיטות שיקום לצעירים, שמאוישות דרך קבע ב-100% תפוסה, עם רשימת המתנה, ו-72 למבוגרים. חלק מהחולים הגריאטריים השתחררו הביתה בשלב מסוים, חלקם הועברו למחלקות פנימיות, ולמעשה בפרק זמן של פחות מחודש 72 החולים הללו פינו את המיטות מסיבות כאלו ואחרות. כך שהייתה לנו מחלקה ריקה שאפשר לאשפז בה חיילים ואנשים צעירים. שבוע וחצי מפרוץ המלחמה פתחנו את המחלקה, שהתמלאה מהר מאוד, ומאז קלטנו כ-600 חולים במחלקת השיקום לבדה."

"כששחררנו את החולים הגריאטריים, נותרנו עם שני צוותים מלאים של גריאטריה: צוותי רפואה, סיעוד ומעט ממקצועות הבריאות, שהחלטנו להכניס לסביבת השיקום. 'מהלנו' אותם עם צוות מקצועי שיקומי: אחיות השיקום המקצועיות הדריכו את הצוות הסיעודי הלא-שיקומי. גם ברפואה – 'עטפנו' את הרופאים הגריאטריים ברופאי שיקום בכירים ומתמחים, וכך שני צוותי הרפואה והסיעוד הפכו לצוותים גבוליים, בין שיקום וגריאטריה, שלומדים את המלאכה תוך כדי תנועה. הרופאים היו צריכים ללמוד מאפס את רפואת השיקום, תוך כדי טיפול."

לטיובת המשימה גויסו גם רופאים שיקומיים שכבר פרשו לפנסיה, ושחלקם הסכימו לסייע בהתנדבות בתקופת המלחמה. "לצורך המלחמה הגרלנו את הצוותים בשיקום באופן עצמאי", מספר פרופ' זיו. "לא קיבלנו הגדלה של כוח האדם ממשרד הבריאות אפילו בתקן אחד. בהמשך הדרך נצטרך לחזור למספרים המקוריים של כוח האדם, אבל מספר המטופלים במחלקות יהיה הרבה יותר גדול. אנחנו מותחים את השמיכה הקצרה בכל מקצועות השיקום."

גם בבית החולים הגריאטרי והפסיכיאטרי "הרצוג" בירושלים נאלצו לפנות חלק מהמטופלים המבוגרים. "בהתחלה רידדנו את כמות מטופלי השיקום הגריאטריים לטיובת הפצועים החדשים", מתאר מנהל בית החולים, ד"ר קובי חביב. "נשארו כמעט חודש עם מחלקת שיקום ריקה, שהוגדרה כמחלקת שיקום 'זורבית' לצורכי ביטחון, להיתכנות של אירוע בצפון. אחרי חודשיים-שלושה פתחנו אותה מחדש, אבל בשל הביקוש האדיר היא הוסבה למחלקת שיקום לצעירים בלבד. כיום הגברנו עוד יותר את השיקום הגריאטרי, כיוון ששמנו לב שהרבה מרכזים אחרים, בצדק ושלא בצדק, הסיטו את הטיפול במבוגרים לטובת הצעירים". ד"ר חביב מצר על השלכותיו של המצב הזה: "היום,

מחלקת השיקום
בבית החולים
שיבא
צילומים: המרכז הרפואי
שיבא



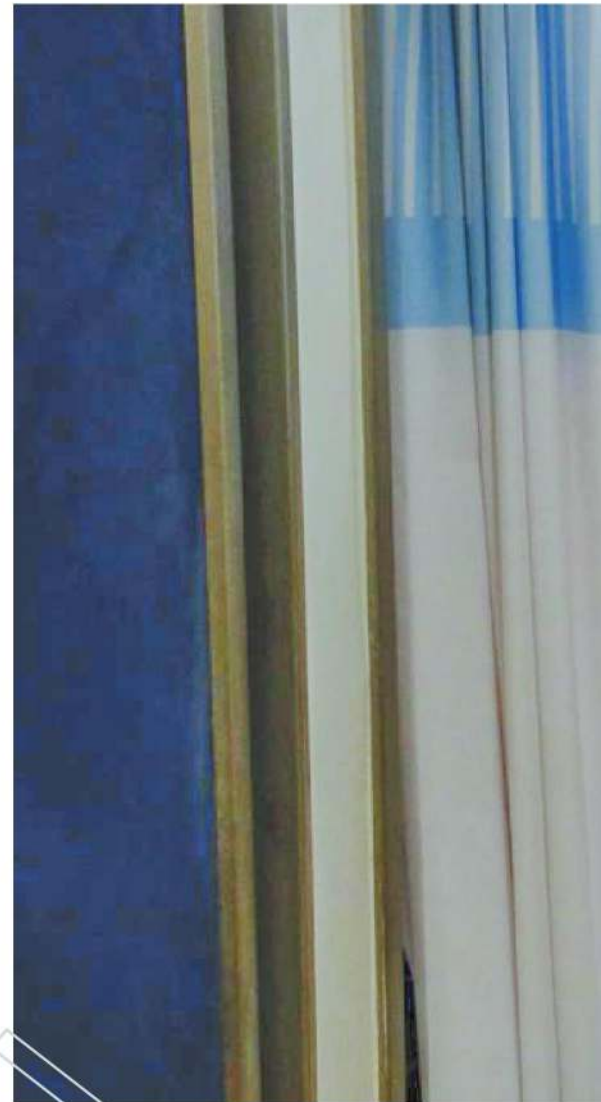
ד"ר חגי אמיר
צילום: רמי זרנגר



פרופ' אמיתי זיו



פרופ' ישראל
דודקביץ'



המערכת באירופה ובארה"ב, שם הרפואה הפיזיקלית ותחומי השיקום הם מקצועות מבוקשים ואטרקטיביים. זה אבסורד, כי המדינה שלנו עמוסה במלחמות ובמבצעים שדורשים מערך שיקום חזק, אבל זה כנראה לא תפס מקום בתודעה של מקבלי ההחלטות, שלא השקיעו משאבים וכוח אדם בנושא".

מומחי השיקום מספרים כי מי שנשאר לעבוד בבתי החולים, עושה זאת מתוך תחושת שליחות. בכל שנה עוזבים את מערך השיקום עשרות מטפלים, לטובת הצעות שחר מפתות מחוץ למערכת הציבורית. כך קורה שפיזיותרפיסט צעיר או מרפאה בעיסוק מתקבלים לעבודה בבית חולים מיד אחרי הלימודים, רוכשים מיומנויות וידע, ואז עוברים למשרה חלקית או עוזבים את בית החולים.

גורם נוסף שמשפיע על ההחלטה לעזוב את המערכת הציבורית הוא עומס העבודה האינטנסיבי, הנובע ממפתח תקינה מיושן של משרד הבריאות, המתבסס על חזור משרד הבריאות משנת 2003. מפתח התקינה קובע את היקף הצוות המטפל ואת זמן הטיפול, לפי מספר המאושפזים בזמן נתון. "בפועל יש מעט רופאים במחלקה", אומרת פרופ' שוורץ. "אלה תנאי עבודה שבסופו של דבר עם כל התשוקה, המוטיבציה והרצון, גורמים לעומס לא הגיוני, ומתוך כך גם לשחיקה בקצב מוגבר. כולנו רוצים לתת טיפול מהמעלה הראשונה: פיזיותרפיסט רוצה להשתמש בדיוכטים ובמכשור המקצועי המתקדם ביותר, והוא גם יודע לעשות את זה היטב, אבל יש לו מעט מאוד זמן עם כל מטופל, ובסוף יוצא שהוא נותן את הטיפול הבסיסי האפשרי. אנחנו יודעים לתת הרבה יותר, והייתי עושה את זה אילו היה לי יותר כוח אדם."

"אני לא מבינה בכלכלה, אני מבינה ברפואה, ויודעת שחסר. לא מספיקים חמישה פיזיותרפיסטים ל-36 מיטות. אנחנו כל הזמן מניידים אנשי טיפול ממחלקות אחרות כדי לאפשר טיפול מיטבי. כמובן שכעת יש הערפה לחיילים פצועים, ואף חייל לא מחכה לשיקום. המדיניות היא אכלוס מהיום למחר לכל המאוחר, אבל זה גורם לכך שאנחנו במצב