



כדי להקל על השיטוט במסמך זה, יש לפתוח את "סימניות (Bookmarks)"
על ידי לחיצה על הלשונית המתאימה או באמצעות הקשה על F6.



תקציר

מבוא ומטרות המחקר

אחד הכלים הנפוצים לטיפול בחולים קשים ובחולים כרוניים המרותקים לביתם בקהילה – רבים מהם קשישים ורבים שוחררו זה מכבר מאשפוז בבית חולים – הוא שירות לטיפול בית רפואי. על אף שקופות החולים מפעילות שירותים לטיפול בית מסוגים שונים מזה כשלושים שנה (משנת 1973), אין מידע מאורגן ומקיף לגביהם. לפיכך, מחקר זה נועד למפות את השירותים לטיפול בית רפואי המופעלים כיום בארץ בידי ארבע קופות החולים, ולספק תמונה מקיפה עליהם: פריסתם, דפוסי אספקתם, תהליכי העבודה הנהוגים בהם, סל השירותים וסוגי טיפולים, מאפייני המטופלים, מדיניות הקופות כלפי המטופלים האלה ופעילותן בתחום זה. בכך, יסייע המחקר בפיתוח מדיניות כלל ארצית לאספקת השירותים לטיפול בית וישמש בסיס בקבלת ההחלטות לגבי פיתוחם, בעיצוב דפוסי עבודה שוויוניים ואחידים ובקביעת התקנות להפעלתם.

מערך המחקר

המחקר בוצע בשיטה איכותנית, ובמסגרתו רואיינו שתי קבוצות של מנהלים במערכת הבריאות. הקבוצה הראשונה כללה 37 מנהלים בכירים בתחומי הרפואה, הסיעוד והמינהל בהנהלות הראשיות של ארבע קופות החולים ובהנהלות המחוזות של הקופות אשר רואיינו בריאיון עומק, פנים אל פנים. הקבוצה השנייה כללה 47 מנהלי יחידות לטיפול בית ברחבי הארץ שרואיינו בעזרת שאלון מובנה למילוי עצמי שנשלח אליהם בדואר.

ממצאים עיקריים

מאפייני היחידות לטיפול בית

- ♦ כל קופות החולים מפעילות שירותים לטיפול בית רפואי, סיעודי ושיקומי בכל המחוזות שלהן ברחבי הארץ. בסך הכול מופעלות בארץ 76 יחידות וצוותים לטיפול בית, המשרתים כעשרת אלפים נפש.
- ♦ בכל הקופות חלים בשנים האחרונות שינויים בשירותים אלה, הקשורים לשינויים הכלליים המתרחשים במערכת הבריאות ובקופות החולים בעקבות החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי. באופן ספציפי השינויים קשורים לקביעה בחוק המחייבת את קופות החולים לספק למבוטחיהן, ובכלל זה גם למבוטחים המרותקים לביתם, סל שירותים מוגדר, וללחץ החיצוני והפנימי המופעל על הקופות לחיסכון ולייעול השירותים. גם שינויים דמוגרפיים והזדקנות האוכלוסייה, ביחד עם שינויים טכנולוגיים המאפשרים לספק טיפול רפואי בבית ושינויים בדפוסי האשפוז, השפיעו על-פיתוח השירותים האלה.
- ♦ כחלק מתהליכי השינוי, הקופות פיתחו ועדכנו בשנים האחרונות את הנהלים והתקנות בנושא טיפול בית רפואי ומינו בעלי תפקידים שיפתחו את השירותים האלה ויעקבו אחרי הפעלתם. בשלוש קופות נקבע בנהלים כי שירותים לטיפול בית יסופקו למבוטחים הסובלים ממצבים רפואיים תת-חריפים המרותקים לביתם, עד להתייצבות מצבם וחזרתם לטיפול במתקני הקופה בקהילה. רק בקופה אחת נקבע כי שירותים אלה יינתנו גם לחולים הסובלים ממחלות כרוניות יציבות, אם רופאי המשפחה אינם עורכים אצלם ביקורי בית ולא מתנהל מעקב קבוע אחריהם. ההבדלים בנהלי הקופות נובעים

מהמבנה הארגוני שלהן, מדפוס העסקת רופאים וצוות רפואי אחר, ומתפיסת העולם של המנהלים בקופות.

- ♦ נמצאו שני דפוסים עיקריים של שירותים לטיפול בית. הדפוס הראשון, הקרוי "יחידות להמשך טיפול ומעקב", הוא ותיק יותר ומופעל בידי קופת חולים אחת אשר מפעילה במקביל גם יחידות מהדפוס השני. תפקיד היחידות האלה הוא לתת ייעוץ, הדרכה ותמיכה לצוותי המרפאות בקהילה, אולם הן אינן נוטלות את האחריות לטיפול ישיר בחולה, הנשארת בידי רופא המשפחה והמרפאה בקהילה. הדפוס השני, הנפוץ כיום, הוא "יחידות לטיפול בית" שבהן נוטל צוות היחידה בפועל את האחריות לטיפול בחולים המרותקים לבית. בשתי קופות נוטל צוות היחידות את מלוא האחריות לטיפול בחולים, והם למעשה נגרעים ממצבת המטופלים של רופא המשפחה. בשתי הקופות האחרות לא נמצא דפוס אחד קבוע בחלוקת העבודה, ואף לא באחריות הכוללת לטיפול בחולה. כאן עשויים להיות מעורבים בטיפול גורמים שונים, ובעיקר צוות היחידה, צוות המרפאה בקהילה וספקי שירותים הנשכרים לשם כך. יצוין, שבכל היחידות בכל הקופות משתדלים להקפיד למנוע כפילות בטיפול.

- ♦ כוח האדם ביחידות לטיפול בית בכל קופות החולים מבוסס על צוות גרעיני קבוע הכולל רופא ואחות, ולרוב גם עובד סוציאלי ופיזיותרפיסט, רובם המכריע שכירים של הקופות. בעלי מקצועות שיקומיים אחרים (כגון מרפאים בעיסוק) נמצאו בצוותים של חלק גדול מהיחידות בשלוש קופות ובמיעוט היחידות בקופה רביעית, אולם נמצאו הבדלים גם בין יחידות בתוך אותה הקופה. עם זאת, ברוב היחידות נמצאים פתרונות שעונים לצורכי הטיפול בחולים, אם בידי בעלי מקצוע שכירים בקופה או בשירות קנאי.

מאפייני החולים המטופלים בידי היחידות לטיפול בית

- ♦ קיימת הסכמה רחבה בכל הקופות כי הסיבה המכרעת בהחלטה על קבלת חולה לטיפול היא ריתוקו לבית והעובדה שהוא לא יכול להגיע למרפאה או לרופא המשפחה. עם זאת, יש הבדלים במידת החשיבות שמייחסים לעיקרון זה בעת ההחלטה על טיפול בחולה בבית ובמידת ההקפדה בין הקופות ובין יחידות באותה הקופה, לגבי טיפול בחולים המסוגלים להגיע למתקני הקופה בקהילה. בחלק מהיחידות, בעיקר בשתי קופות, מקבלים לטיפול היחידה גם חולים המסוגלים להתיינד מעט או להגיע למרפאת הקופה בעזרת בני משפחה.

- ♦ בכל הקופות מטופלים בחולים הסובלים ממצבים רפואיים תת-חריפים, בחולים במצב סופני ובחולים הזקוקים לשיקום בעקבות אירוע חריף כמו שבץ מוח או שבר הירך. עם זאת, רבים מהמטופלים בבית בכל הקופות סובלים ממצבים רפואיים כרוניים פעילים שבגללם חלים שינויים תכופים במצבם הרפואי, הם מועדים לאשפוזים חוזרים וזקוקים למעקב רפואי צמוד. אולם, על אף המדיניות של שלוש קופות לשחרר חולים "כרוניים יציבים" ולהעבירם לאחריות השירותים בקהילה, רוב היחידות מטפלות גם בחולים כאלה, ושיעורם נע בין חולים בודדים במקצת היחידות לבין רובם המכריע של החולים ביחידות אחרות, עם הבדלים גדולים מאוד בין יחידות שונות באותה הקופה ובין הקופות.

- ♦ רוב היחידות בשלוש קופות מטפלות בחולים במצבים רפואיים תת-חריפים. הן מספקות עירוי תרופות, נוזלים והזנה בבית, אולם קיימים הבדלים גדולים בין הקופות ובין היחידות באותה הקופה

בהיקף החולים החריפים, ושיעורם נע בין חולים בודדים בכל היחידות בשתי קופות לבין למעלה ממחצית החולים ביחידות בודדות בשתי קופות אחרות. ההבדלים בהיקף החולים החריפים קשורים למדיניות השחרור מבית חולים של הקופה, למשאבי השירותים הקהילתיים, להבדלים בין מחוזות ואזורים בארץ, ולתפיסה הכוללת של הקופה את השירותים לטיפול בית. הטיפול בחולים במצב תת-חריף דורש ביקורי בית תכופים של רופא ואחות מצוות היחידה, ולעתים קרובות מעורבים בטיפול בחולים אלה גם ספקי שירותים חיצוניים ואף צוות המרפאה המקומית.

- ♦ ברוב היחידות לטיפול בית - בשתי קופות יותר מאשר באחרות - דווח על חולים ה"תקועים" ביחידה במשך זמן רב, אפילו שנים, מבלי שניתן יהיה לשחררם. זאת, בגלל סיבות שונות ובעיקר קושי של שירותים קהילתיים לשאת בעול הטיפול בהם, התנגדות של רופאי משפחה בחלק מהקופות לקחת את האחריות לטיפול בחולים קשים ולערוך ביקורי בית תכופים ו"רחמנותם" של אנשי הצוות ביחידות לטיפול בית.

סל השירותים

- ♦ הטיפול בכל היחידות לטיפול בית, בכל הקופות, כולל מעקב רפואי וסיעודי קבוע אחרי מצב החולה והתוויית שינויים בטיפול בהתאם לשינויים במצב החולה. משך הטיפול ביחידות נע בין שבועיים לבין חודשים ושנים, לעתים "לנצח" כדברי מנהלי היחידות. תדירות הביקור של רופא ואחות נעה בין מספר פעמים בשבוע, לבין פעם בחודש או חודשיים, בהתאם למצבו הרפואי של החולה, לדפוס אספקת הטיפול ולמדיניות הקופה.
- ♦ היחידות בכל הקופות אחראיות לאספקה ולטיפול במכשור תומך נשימה ובבלוני חמצן, וקופה אחת מספקת גם טיפול ומכשור לחולים הזקוקים להנשמה מלאה בבית.
- ♦ כל היחידות מטפלות בחולים במצב סופני. חלקן מספקות רק טיפול פליאטיבי תומך, ומיעוטן מספקות גם טיפול כימותרפי. הטיפול ניתן בעיקר בידי אחות ורופא היחידה המגיעים לבית החולה בין מספר פעמים בשבוע לפעם אחת בשבוע. לעתים מעורב גם צוות המרפאה המקומית וספקי שירותים בטיפול בחולים אלה.
- ♦ טיפול שיקומי ניתן בכל היחידות לטיפול בית, אולם ברובן המכריע הוא כולל בעיקר פיזיותרפיה, וטיפול שיקומי אחר ניתן בהיקף מצומצם יותר. משך הטיפול נע בין חודשיים לבין ארבעה חודשים, ותדירותו נעה בין פעמיים לשלוש פעמים בשבוע ברוב היחידות (בקופה אחת התכיפות גבוהה יותר). בכל היחידות יש צורך לקבל אישור לאספקת הטיפול, וכן גם לתוספת טיפולים מעבר למכסה שנקבעה. אישור ניתן בידי הרופא האחראי על היחידה ובמקצת מהיחידות, בעיקר בשתי קופות, מגורמים שונים בהנהלת המחוז.
- ♦ ברובן המכריע של היחידות יש עובדת סוציאלית אשר מעורבת בטיפול בחלק מהחולים. היא מספקת תמיכה נפשית לחולה ולמשפחתו ומסייעת במידע על השירותים הנחוצים לחולים בקהילה.
- ♦ כל היחידות לטיפול בית בכל הקופות נעזרות בספקי שירותים חיצוניים בטיפול בחולים הזקוקים לעירוי, בחולים מונשמים ובחולים בעלי מאפיינים חריפים אחרים. בחלק מהיחידות נוטלים ספקי השירותים את מלוא האחריות לטיפול בחולה, ובחלקן הטיפול ניתן במשותף בידי הספקים וצוות היחידה, ולעתים גם בשיתוף עם השירותים בקהילה. נמצאו הבדלים גדולים בין הקופות מבחינת היקף השימוש בספקי שירותים וסוגי הטיפולים שהם נותנים: בשתי קופות מעורבים ספקים רק

במקצת היחידות ובטיפול בחולים מעטים, ובשתי קופות הטיפול בידי ספקים שכיח הרבה יותר. ההבדלים נובעים מהבדלים במאפייני המטופלים, בהיקף והרכב הצוות של היחידות לטיפול בית והשירותים הקהילתיים ובמדיניות הקופות. בכל הקופות נדרש אישורו של המנהל הרפואי במחוז להתקשרות עם ספק שירותים. רשימת הספקים החיצוניים להתקשרות נקבעת בהנהלת הקופה או בהנהלת המחוז.

- ♦ רובן המכריע של היחידות בשלוש קופות חולים מספקות מטפלת בית על חשבון הקופה למספר קטן של חולים; והקופה הרביעית מספקת מטפלות בית רק לעתים נדירות. המניעים העיקריים לאישור המטפלת על חשבון הקופה, מלבד המניע ההומניטרי, הם מניעת אשפוז, מניעת סיבוכים אצל חולים תת-חריפים וחלופה לאשפוז שיקומי בשלבי השיקום הראשונים. נעשה מאמץ לקצר את תקופת מימון המטפלת, ויש שהגדירו זאת כ"הלוואת גישור", עד לקבלת מטפלת מטעם חוק סיעוד של הביטוח הלאומי, במסגרת הזכויות של הביטוח המשלים או ממקור אחר.

דפוסי עבודה ביחידות

- ♦ בקרי הקופה בבתי החולים הכלליים ורופאי המשפחה בקהילה, הם אלה שמפנים בדרך כלל את החולים אל היחידות לטיפול בית. בשתי קופות הבקרים דומיננטיים ביותר, ובשתיים אחרות נמצא איזון בין שני מקורות ההפניה. גם עובדים סוציאליים ואחיות בבתי החולים, שירותי רווחה בקהילה ובני המשפחה של החולים מפנים את מקצת החולים אל היחידות לטיפול בית.
- ♦ בכל היחידות לטיפול בית, בארבע הקופות, מתקבלות הפניות חדשות מדי חודש, אולם שיעור התחלופה נע בין אחוזים בודדים מכלל הרשומים ביחידה ועד כמחצית החולים. ההבדלים קשורים בתפיסות הקופות את יעדי השירות, בדפוסי מתן הטיפול ובמקבלי ההחלטה על קבלת החולים.
- ♦ ההחלטה על קבלת חולה חדש ליחידה מתקבלת בכל הקופות בביקור בית ראשון שנערך כדי להעריך את התאמת החולה לטיפול היחידה וכדי לקבוע לו תכנית טיפול. בשתי קופות מתקיים הליך מובנה וקבוע, שלפיו הרופא האחראי על היחידה (בקופה אחת) או הרופא והאח האחראי (בקופה שנייה) עורכים ביקור בית ראשון וקובעים את תכנית הטיפול. בשתי הקופות האחרות, לא נמצאו דפוסי קבלה אחידים וקבועים, עם הבדלים גדולים בין היחידות באותה קופה. הסיבות לחוסר העקביות קשורות בין השאר לסיבות היסטוריות ולשינויים המתחוללים בקופות אלה.
- ♦ ההחלטה על שחרור חולים מתקבלת ברוב היחידות בשתי קופות בישיבת הצוות, בקופה אחת - בידי הרופא האחראי, ובקופה אחת מתייעצים גם עם צוות המרפאה אם הם מעורבים בטיפול. הגורם המכריע בהחלטה זו היא הקביעה שהחולה מסוגל להגיע לבד או בעזרת בני משפחה למרפאה, ושצוות המרפאה המקומית מסוגל להתמודד באופן עצמאי עם הטיפול בחולה. בחלק מהיחידות, בעיקר בשתי קופות, מתחשבים גם בתנאים הפיזיים והסוציאליים של החולה ובסיכויים שלו להמשיך להיות תחת אחריות רפואית ובמעקב לאחר השחרור מהיחידה.
- ♦ בשלוש קופות נתפס הטיפול בחולה כטיפול רב-מקצועי, גם אם הרופא הוא הגורם הדומיננטי בהחלטות על קבלה, על שחרור ועל קביעת תכנית טיפול. בקופה רביעית נמצא הרבה פחות שיתוף פעולה בין אנשי צוות היחידה, וכך, גם ההחלטות נתפסות כסמכותו הכמעט בלעדית של הרופא.

המלצות למדיניות

ממצאי המחקר מלמדים על קווים משותפים בין היחידות לטיפול בית בארבע קופות החולים בארץ, אך גם על הבדלים רבים ומשמעותיים בין שירותי הקופות ובין יחידות שונות באותה הקופה באזורים שונים בארץ. ההבדלים מתבטאים במאפייני החולים המטופלים בהן, כמעט בכל תחומי הארגון והפעלת השירותים ובדפוסי אספקת הטיפול. נראה כי שני חולים קשים בעלי מאפיינים דומים המרותקים לביתם עשויים לקבל טיפול שונה בתכלית, אם הם גרים באזורים שונים בארץ או מבוטחים בקופות חולים שונות. לאור זאת, נראה שיש מקום לפתח מדיניות ארצית לכל קופות החולים בנושא טיפול בית רפואי; ולהחליט על דפוסי הטיפול והשירותים שעל הקופות לספק למבוטחיהן המרותקים לבית, על אוכלוסיית היעד המתאימה לקבלתם ועל הגורמים המתאימים להספקתם, בהתאם למבנה הארגוני של הקופות ולתהליכי העבודה הנהוגים בהן. זאת, כדי להבטיח את השוויוניות באספקת השירותים ולאפשר לחולים הזקוקים לשירותים אלה לקבלם. לשם כך, נמסרו ממצאי המחקר למנהלי קופות החולים ונערך עמם דיון לגבי משמעות הממצאים והשינויים הדרושים בהן. בנוסף, נמסרו הממצאים לאגף הגריאטרייה במשרד הבריאות, אשר יעשה בהם שימוש במסגרת מאמציו להכללת השירותים לטיפול בית בסל שירותי הבריאות.

תוכן העניינים

1	הרקע למחקר
3	יעד המחקר
3	המטרות הספציפיות של המחקר
3	מערך המחקר
3	א. אוכלוסיית המחקר
4	ב. כלי המחקר והשיטות לאיסוף הנתונים
4	ממצאים
4	א. מאפיינים כלליים של היחידות לטיפול בית
6	ב. מאפייני החולים המטופלים בידי היחידות לטיפול בית
7	ג. תהליכי העבודה ביחידות לטיפול בית
7	1. הליך הפניית חולים
8	2. אבחון והחלטה על קבלת חולה חדש לטיפול היחידה
8	3. קריטריונים לקבלה
9	4. דפוסי שחרור
10	ד. סל השירותים ביחידות לטיפול בית
11	1. טיפול רפואי וסיעודי
13	2. זמינות הצוות הרפואי והסיעודי
14	3. ביקור בית של רופאים מומחים
14	4. בדיקות הדמיה
14	5. טיפול רפואי נלווה (Allied Profession)
16	6. מטפלת בית
16	ה. דפוסי ניהול, עבודת צוות, רישום ודיווח
17	1. ישיבות צוות
17	2. תקשורת בין חברי הצוות
18	3. דיווח ורישום
19	ו. הקשר בין השירותים לטיפול בית לבין שאר שירותי הקופה בקהילה
21	דיון והשלכות על המדיניות
25	רשימת מקורות