

# מקומה של אחות הקהילה בטיפול ובתמיכה בחולי סרטן

שרונה פלדמן

הרבות והייחודיות של חולי הסרטן, קל וחומר לנהל את הטיפול בהם. לפיכך עולה הצורך בהכשרת אחיות ובהקצאת תקנים לאחיות מומחיות באונקולוגיה, אשר ילוו וינהלו את הטיפול בחולי הסרטן בקהילה, ויתנו מענה מקצועי לצרכיהם הספציפיים. במאמר זה יוצגו נתונים מספרות בארץ ובעולם המתייחסים לסוגיה זו. כמו כן יוצג תיאור מקרה.

ההתקדמות ברפואת הסרטן הובילה לכך, שמחלת הסרטן הפכה למחלה כרונית. חולי הסרטן שוהים פחות בבתי חולים, ורבים מהטיפולים ניתנים כיום במסגרת הקהילה. התפתחויות אלו מצריכות היערכות מתאימה, מצד שירותי הבריאות הקהילתיים. לעומת אחיות בתי החולים אשר להן ניסיון ומומחיות בתחום האונקולוגי, אחיות הקהילה לעיתים חסרות את הכישורים והמיומנויות לטפל בבעיות

## מבוא

משמעותי בתמיכה ובטיפול בחולי הסרטן, גם בשלביה המוקדמים של המחלה.

המסגרת הקהילתית בישראל מספקת שירותי סקר ומניעה של מחלות הסרטן, כמו גם מתן שירותים לחולי סרטן סופניים בביתם, אך מרבית התהליכים אותם עובר החולה האונקולוגי עדיין מתנהלים בבתי החולים. בהיכנסו לבית החולים, החולה נטמע בין מאות ואלפי מטופלים אחרים ועובר מסכת בדיקות, הליכים רפואיים ופגישות עם רופאים מומחים. במרכזים הרפואיים הגדולים עומדים לרשותו טכנולוגיות אבחון וטיפול מתקדמות, מהמפותחות בעולם, וצוות רב מקצועי עם מומחיות ספציפית למצבו. החולה מקבל מידע רב לגבי המחלה והתהליכים שעליו לעבור, בנוסף למגוון של אופציות טיפוליות העומדות לרשותו. בד בבד עליו להתמודד עם תחושת האיום על חייו, ולעיתים קרובות הוא נמצא במצב של חוסר וודאות וחרדה מפני הטיפולים ועתידו הבריאותי. המתח בו נמצאים החולים הוא רב, ומוביל לירידה באיכות חייהם (Kreitler, Peleg & Ehrenfeld, 2007). כמו כן, ההשלכות של תופעות הלוואי מהטיפולים במחלת הסרטן, לרבות הניתוחים

מחלת הסרטן הוכרזה על ידי ארגון הבריאות העולמי כמחלה כרונית (WHO, 2008). דו"ח "מבט על הבריאות", אשר פורסם לאחרונה על ידי הארגון לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי (OECD) Organization for Economic Co-operation and Development מצוין כי: "הטיפול הרפואי במחלות הכרוניות הוטב, אך דרושות יותר פעולות מניעה וניהול של מחלות אלו על מנת להקטין עלויות" (משרד הבריאות, 2011). עוד עולה מן הדו"ח, ששיעורי ההישרדות ממחלות הסרטן השונות עלו, הודות לגילוי מוקדם ולשיפור בטיפול, כמו כן, שיעור התמותה מסרטן בישראל נמוך יותר, בהשוואה למדינות ה-OECD. רפואת הסרטן המתפתחת, הובילה לכך שתרופות כימיות ניתנות יותר באמצעות כדורים, וניתן לקבל גם טיפולים ביולוגיים במסגרת הקהילה. כמו כן, משך האשפוז לצורך קבלת טיפול התקצר באופן משמעותי. כל אלה תורמים לכך, ששירותי הבריאות בקהילה הופכים לגורם

שרונה פלדמן, RN, MA, ONS, מחלקת אשפוז יום, מרפאת מומחים, מרכז רפואי בת-ימן, קופת-חולים כללית.  
sharonafe@clalit.org.il

המטפל הראשוני בקהילה, ביחד עם הצוות הרב מקצועי שעובד איתו, תוך התייחסות להבנת הרקע החברתי של כל חולה (WA) (Cancer & Palliative Care Network, 2008).

### שירותי הבריאות בקהילה בישראל והחולה האונקולוגי

בקופות החולים בישראל ישנם תקנים ספורים לאחיות אונקולוגיות. להלן תיאור תמונת המצב בקופות חולים כללית, המשקפת פחות או יותר את הנעשה בשאר קופות החולים. בקופת חולים כללית ניתן תקן לאחות אונקולוגית מחוזית, ולמספר מועט של אחיות עם מומחיות בתחום האונקולוגיה העובדות במסגרת היחידות להמשך טיפול. עבודתן מתמקדת בסיעוד חולי סרטן סופניים. להבדיל מבתי החולים, אין תקנים למתאמות אונקולוגיות בקהילה, כך שליווי החולה האונקולוגי והמעקב אחריו מרגע האבחון ובמהלך הטיפולים ולאחריהם, נעשה ברובו על ידי האונקולוג בבית החולים. במקרה הטוב ישנו שיתוף פעולה עם רופא המשפחה והצוות הסיעודי במרפאת האם. פרויקט חדש בשם "כללית לדיעתך" חושף בפני חברי הקופה את כל המידע, הזכויות והזכאויות המגיעות להם בסל הבריאות הממלכתי ובביטוח המושלם. בפרויקט זה הושם דגש על מספר אוכלוסיות הדורשות תשומת לב מיוחדת, ביניהן חולי הסרטן. אחות הקהילה מהווה משאב חשוב ומשמעותי שבו יכול החולה להיעזר, החל מתהליך האבחון ובמהלך שלבי מחלתו השונים (Perry & Thurston, 2008). לאחות בקהילה יש פעמים רבות היכרות אישית עם החולה וידע על מצבו בצורה כוללת ומקיפה. בנוסף לכך, הנגישות הרבה אליה מקנה לה את היכולת לתמוך ולסייע באופן אישי ומשמעותי לאורך כל שלבי המחלה. ביכולתה להפחית בצורה יעילה מחסומים אישיים של החולה, המונעים ממנו לבצע בדיקות או לקבל טיפולים להם הוא נזקק. מטופלים אשר אובחנו לאחרונה כחולי סרטן, מוזמנים לפגישה עם אחות במרפאת האם להם שייכים, לשם היכרות אישית עם האחות ומתן כתובת נוספת להתייעצות ותמיכה. בנוסף, הורכבה ערכה מיוחדת לחולים אונקולוגיים הכוללת מידע בסיסי על מחלת הסרטן, מקורות תמיכה בהם ניתן להיעזר ומידע על זכויות ומשאבים העומדים לרשותם. מנהלות הסיעוד במרפאות הראשוניות קיבלו הדרכה ועברו סדנא לקידום הפרויקט, רובן ככולן הביעו רצון לשתף פעולה.

מודל ניהול הטיפול בחולה האונקולוגי בקהילה כולל שלושה היבטים חשובים:

- ניהול הסימפטומים מהם סובל חולה הסרטן עקב מחלתו – היבט ראשון שיש לדאוג לטפל בו במטרה להקל על סבלו של החולה;
- טיפול בהשלכות הנפשיות של המחלה;
- טיפול בהשלכות של מחלת הסרטן על תפקודי ה-ADL (Activities of Daily Living).

והבדיקות התכופות, מביאים לפגיעה תפקודית, והירידה באיכות החיים הופכת למשמעותית ביותר. על מנת לפשט ולזרז את תהליך האבחון והטיפול בחולי הסרטן, פעלה מערכת הבריאות להקמתם של מרכזים אונקולוגיים בבתי החולים, בהם מרוכז הטיפול במחלת הסרטן על כל שלביו במקום אחד. לשם זירוז קבלת הטיפול, ישנן רשימות תורים מיוחדות לחולים אונקולוגיים במכוני הדימות, חדרי הניתוח וכדומה. בתחום הסיעוד הוקצו תקנים לאחיות מתאמות עם מומחיות במחלות סרטן ספציפיות, ביניהן נמנות מתאמות שד, ריאות, מערכת עיכול, ראש-צוואר ועוד. כל אלה מסייעים רבות לייעול השירות למען חולי הסרטן והתמיכה בהם, אך עדיין העומס על הצוותים המטפלים גובר, עקב מספרם הגדל וצרכיהם הרבים של החולים, בצד העלייה בהישרדות. הופעתן של עמותות נוספות למען חולי הסרטן מחוץ למסגרת מערכת הבריאות בישראל, ייתכן וגם היא מעידה על הצורך בשיפור וייעול השירות, מאחר שרבים מהחולים פונים אליהן לשם קבלת סיוע ותמיכה. במחקרים וסקרים על שביעות רצון של חולי סרטן משירותי הרפואה בעולם, אכן מתברר שדרוש שיפור הן בבתי החולים (Hjorleifsdottir, Hallberg & Gunnarsdottir, 2010) והן בקהילה (NHS, 2004; Perry & Thurston, 2008).

### שירותי הבריאות בקהילה והחולה האונקולוגי

בשנת 2004 פורסמו הנחיות (Guidelines) לניהול הטיפול בחולי סרטן על ידי משרד הבריאות האנגלי, בשיתוף ארגון האחיות מק'מילן (Macmillan Cancer Support), שהינו ארגון אחיות מומחיות באונקולוגיה ובטיפול פליאטיבי, המספק תמיכה וייעוץ לחולי סרטן. ההנחיות קבעו שלרפואה הראשונית השפעה מכרעת על הצלחת הטיפול ועל הישרדות החולים (NHS, 2004). כמו כן מעורבות רציפה של רופא ראשוני בקהילה מעצימה את הטיפול, ויכולה לתרום לחולה מבחינה פסיכולוגית, לתת מידע על המחלה, לקבל החלטות לגבי הטיפול המתאים, ולטפל במחלות האחרות מהן הוא סובל, כמו גם בתופעות הלוואי ובהשלכות של מחלת הסרטן והטיפולים בה (Smith & Toonen, 2007). מאחר שמתן מידע מהווה חלק בסיסי ומשמעותי בכל שלבי הטיפול בחולה האונקולוגי, יש לחזק היבט זה. לעיתים קרובות מתקשים החולים להגיע להחלטה בנוגע לטיפול המועדף עליהם, מאחר שלא ניתן להם המידע הנכון, בזמן הנכון. מינויו של איש צוות אחראי בקהילה על תיאום ומתן המידע לחולה, היא אחת מההנחיות הראשונות לניהול הטיפול בחולי סרטן. בנוסף, נקבעו נתיבי הטיפול (תרשים 1) וצמתים בהם מתעורר הצורך במתן מידע למטפל/מטופל, ו/או קיים צורך בתקשורת בין אנשי הצוות הרב מקצועי (NHS, 2004).

בשנת 2008 פורסמו הנחיות נוספות לטיפול בחולי הסרטן בקהילה, הפעם על ידי משרד הבריאות באוסטרליה המערבית. גם בהן נקבע שניהול הטיפול יתבצע בצורה יעילה יותר על ידי

תוצאות מירביות (NHS, 2004). כמו כן, טיפול מקצועי ותיאום על ידי מתאמת אונקולוגית בקהילה, תורם ומקדם את מצבם הבריאותי והנפשי של חולי הסרטן, משפר את ההיענות לטיפולים ואת איכות החיים, יחד עם ירידה בעלויות (Cooper, Loeb & Smith, 2010) והפחתת העומס על מרפאות החוץ (Cooper et al., 2010; Lewis et al., 2009).

לנוכח מצבה של מערכת הבריאות בישראל, המחסור במשאבים והעלייה במספר חולי הסרטן (בנוסף למחסור הגובר ברופאים), יש לשקול כיצד לתכנן מחדש את ניהול הטיפול בחולי הסרטן בקהילה ולשקול הקצאת תקנים למתאמות אונקולוגיות מומחיות, על מנת שיוכלו לקחת על עצמן את כובד המשימה ולשפר את השירות הניתן.

להלן יוצג מקרה, אשר תומך בנחיצותן של אחיות מתאמות אונקולוגיה בקהילה.

### תיאור מקרה

שרה (שם בדוי), בת 59, חלתה בסרטן השד לפני כ-8 שנים. לאחר ניתוח lumpectomy טופלה בכימותרפיה והקרנות לשד ולבית השחי. בתום הטיפול היתה במעקב. בחודשים האחרונים הופיעו כאבים באזור עצם הזנב, ולאחר צילום רנטגן עלה חשד לגרורה באזור. עקב כך נשלחה לבדיקות נוספות, במסגרתן נמצאה גרורה נוספת בעצם כתף ימנית ומספר מוקדים זהו גם בריאות. שרה נשלחה לבית החולים בו טופלה בעבר ונקבע שעליה לעבור 10 הקרנות, ולאחר מכן יהיה עליה לקבל טיפול כימי וביולוגי וגם טיפול בביספוספנטים. לאחר פגישה עם האונקולוג בבית החולים נשלחה לביתה, ונאמר לה שתקבל הודעה טלפונית על מועד הקרנות. עברו שבועיים ושרה עדיין לא קיבלה תאריך לתחילת הטיפול, ובצר לה פנתה לאחות בקהילה. בשיחה עם שרה עלו חששות וחרדה לגבי הטיפול וחזרת המחלה, האחות זיהתה חוסר ידע אצל שרה לגבי תופעות הלוואי הצפויות. בנוסף, שרה היתה חרדה לגבי עתידה הבריאותי והייתה מעוניינת בקבלת מידע על הפרוגנוזה הצפויה לה.

שרה קיבלה מהאחות הדרכה על תופעות הלוואי האפשריות של טיפולי הקרינה לעצם הזנב והכתף. כמו כן, בבירור עם מכון הקרינה התברר, שתוכנית הקרינה מוכנה והטיפול יחל בעוד כחמישה ימים לכל המאוחר. האחות הדריכה את שרה לשמירה על היגיינת הפה, והיפנתה אותה לבדיקת שיניים וקבלת טיפול במידת הצורך, לפני קבלת הטיפול בביספוספנטים (תפקידן העיקרי של קבוצת תרופות זו הוא לטפל ולמנוע את הסימפטומים של גרורות בעצמות, בעיקר את הכאבים ויש לדאוג קודם קבלתן לסיים טיפולי שיניים, בשל תופעת לוואי אפשרית של נמק בלסת). בנוסף, האחות דנה עם שרה על אפשרויות החלמה במקרה שלה, תוך מתן דגש לכך שעליה לפנות לרופא האונקולוג המטפל בה, כדי לקבל פרוגנוזה מדויקת יותר. שרה היתה שבעת רצון מההדרכה והתמיכה שקיבלה. היא היתה רגועה יותר, ויכלה להכין את עצמה בצורה הטובה ביותר לתקופת הטיפולים שעמדה לפניה.

בנוסף לכך, הושם דגש מיוחד על הצורך בתיאום בין החולה ובין הגורמים המטפלים בו, מאחר שאין עדיין מנגנון המקשר ביניהם ביעילות (Sada, Street, Singh, Shada, & Naik, 2011; WA Cancer & Palliative Care Network, 2008).

תפקידה של האחות כמתאמת (navigator/coordinator) בין חולי הסרטן למערכות השונות נחקר רבות בשנים האחרונות, והממצאים הם חד משמעיים: התיאום מקדם ומשפר את מצבם של חולי הסרטן באופן מובהק, מפחית עיכובים ומזרז את התחלת הטיפול, והחולים עצמם מביעים שביעות רצון רבה משירות זה (Campbell, Craig, Eggert, & Bailey-Dorton, 2010; Frelick, Strusowski, Petrelli, & Grusenmeyer, 2006; Robinson-White, Conroy, Slavish, & Rosenzweig, 2010; Shockney, 2010; Vargas, Ryan, Jackson, Rodriguez, & Freeman, 2008; Seek & Hogle, 2007; Steinberg et al., 2006).

תפקידה של המתאמת האונקולוגית בקהילה הוא ללוות את החולה ומשפחתו, מהנקודה שבה עולה החשש לסרטן ואילך. בסך הכל ישנם ארבעה תחומים באחריותה:

מתן פתרונות למחסומים במערכת הבריאות - על ידי תיאום בין כל הגורמים, עזרה למטופל בהשגת תורים, אישורים והתחייבויות, הנגשת משאבים העומדים לרשותו, קבלת התשובות מהבדיקות והעברתן לגורמים המטפלים וכדומה.

הדרכה על הטיפול והשליבים במחלת הסרטן - הסברים בעל פה ומתן מידע כתוב, הדרכה על בדיקות אבחנתיות וגנטיות, אופציות טיפוליות ומענה לשאלות המטופל ומלוויו.

עידוד המטופל לשמירה על רצף טיפולי - מתן פתרונות לבעיות המונעות ו/או מעכבות את המטופל מלקבל טיפול כגון: חששות ופחדים של המטופל ובני משפחתו, קשיים בהגעה לטיפול, קושי בהשגת התחייבויות ואישורים, קושי בהבנת הטיפול ומהלכו בשל קשיי שפה ועוד.

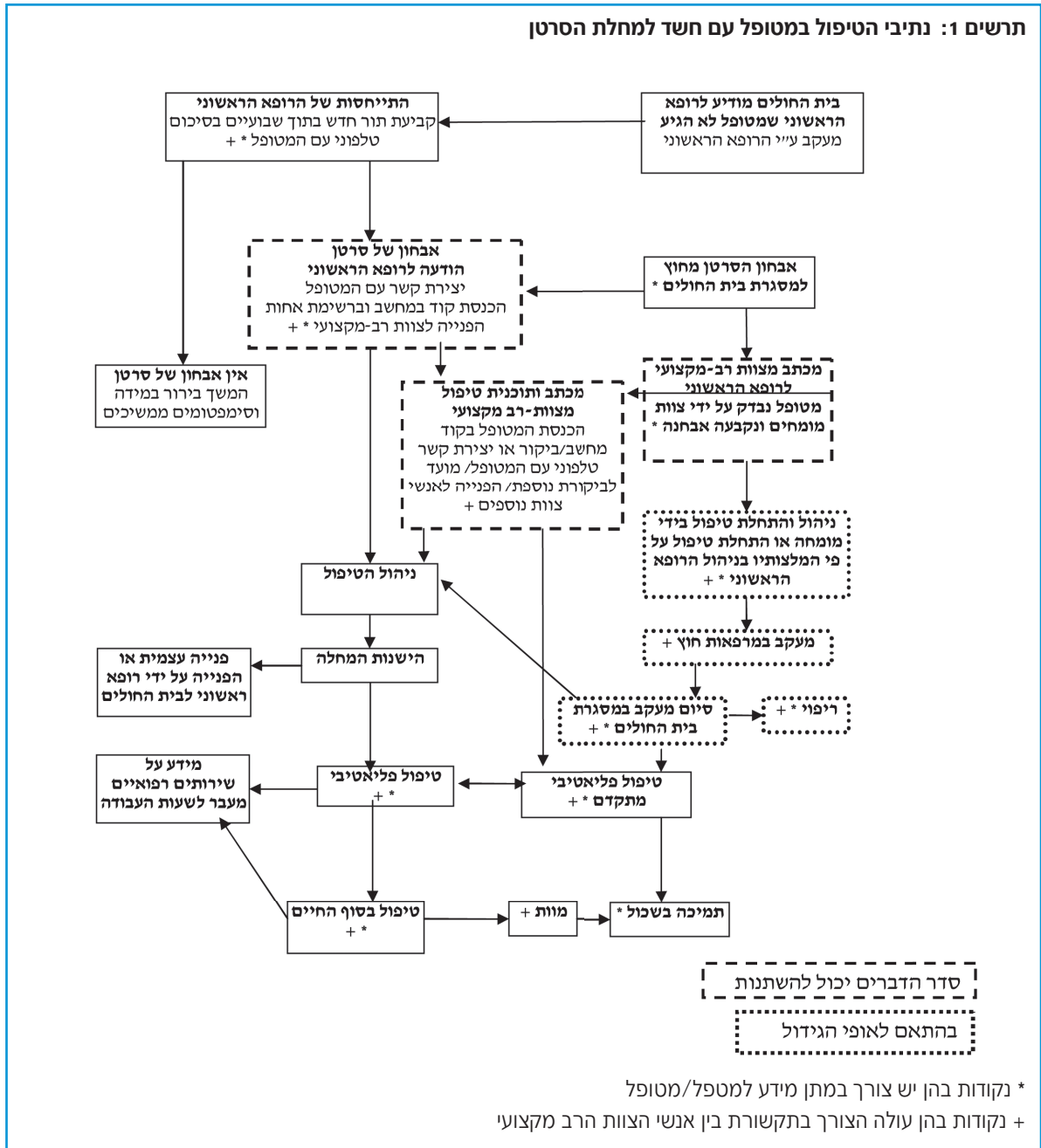
תמיכה פסיכוסוציאלית - התמיכה יכולה להינתן ישירות על ידי המתאמת או באמצעות הפנייה לגורמים אחרים, כמו קבוצות תמיכה, עובדת סוציאלית, פסיכולוגים וכדומה (Wells et al., 2008). בנוסף לכך, על המתאמת להדריך ולעודד את החולה או את המטפל העיקרי בו לנהל תיק רפואי מעודכן משלו. למסור מידע על ניסויים/מחקרים עדכניים לחולים המעוניינים בכך, ולתאם ולהעביר מידע לכל המטפלים בקהילה על שינוי בסטאטוס החולה כגון: אשפוז, שחרור מאשפוז ועוד (Frelick et al., 2006).

לסיכום, ישנה חשיבות רבה לכך, שלרופא הראשוני ולצוות הרב מקצועי בקהילה יהיה תפקיד פעיל בטיפול בחולי הסרטן, מרגע האבחון, במהלך הטיפולים והמעקב עד סוף החיים. יש לקחת בחשבון את השפעתה של מחלת הסרטן גם על אחרים משמעותיים בחיי המטופל, וקיימת השפעה מרעת להעברת המידע ברצף למטפלים הראשוניים בקהילה, על תפיסתו של המטופל את מחלת הסרטן (WA Cancer & Palliative Care Network, 2008). שיפור בתיאום עם הגורמים השונים ומתן המידע לחולה לאורך כל שלבי הטיפול, הוא קריטי ליישום ההנחיות המומלצות ולהשגת

הכימותרפי, מאחר שלא קיבלה מידע מספק מבית החולים. לאחר בירור עם מתאמת השד של בית החולים, נאמר שהטיפול יוכל להתחיל רק כשבועיים שלושה מתום טיפולי הקרינה, כדי לתת לגופה זמן להתחזק.

שרה נמצאת כעת במחציתו של הטיפול הכימי, היא סובלת מחולשה לסירוגין, אך מאוזנת מבחינת כאב ועומדת ברצף הטיפולי. למרות הכל היא משתדלת ללכת לעבודה מספר פעמים בשבוע ואופטימית לגבי עתידה הבריאותי.

במשך הטיפולים כאבי העצמות של שרה גברו, והיא התייעצה עם האחות בקהילה לגבי נטילת משככי כאב מתאימים. האחות הפנתה אותה לרופא התורן במכון הקרינה בו טופלה, לקבלת טיפול מתאים. שרה פחדה ליטול את משככי הכאבים שנרשמו לה, מאחר שנאמר לה ש"אלה תרופות חזקות מאד", אך בעידוד האחות ובעזרת הסברים נוספים לגבי מהות התרופות ומטרתן, החלה ליטול את התרופות ועוצמת הכאב פחתה. לאחר תום הטיפולים שוב התקשרה שרה לאחות ושאלה לגבי תחילת הטיפול



(NHS, 2004)

- Sada, Y. H., Street, R. L., Singh, H., Shada, R. E., & Naik, A. D. (2011). Primary care and communication in shared cancer care: a qualitative study. *The American Journal of Managed Care*, 17(4), 259-265.
- Seek, A. J., & Hogle, W. P. (2007). Modeling a better way: navigating the healthcare system for patients with lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 81-85.
- Shockney, L. D. (2010). Evolution of Patient Navigation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 405-407.
- Smith, F. G., & Toonen, T. R. (2007). Primary care of the patient with cancer. *American Family Physician*, 75(8), 1207-1214.
- Steinberg, M. L., Fremont, A., Khan, D. C., Huang, D., Knapp, H., Karaman, D., Forge N., . . . Streeter O. E. (2006). Lay patient navigator program implementation for equal access to cancer care and clinical trials. *American Cancer Society*, 107(11), 2669-2677.
- Vargas R. B., Ryan G. W., Jackson C. A., Rodriguez R., & Freeman H. P. (2008). Characteristics of the original patient navigation programs to reduce disparities in the diagnosis and treatment of breast cancer. *American Cancer Society*, 113(2), 426-433.
- WA Cancer & Palliative Care Network (2008). Integrated primary care & cancer services – model of care, Department of Health, State of Western Australia, 1-20. Retrieved from [http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Integrated\\_Primary\\_Care\\_&\\_Cancer\\_Services\\_Model\\_of\\_Care.pdf](http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Integrated_Primary_Care_&_Cancer_Services_Model_of_Care.pdf)
- Wells, K. J., Battaglia, T. A., Dudley, D. J., Garcia, R., Greene, A., Calhoun E., Mandelblatt, J. S., . . . Raich P. C. (2008). Patient navigation: state of the art or is it science? *Cancer*, 113(8), 1999-2010.
- WHO (2008). Cancer control – knowledge into action, WHO Guide for Effective Programmes, retrieved from <http://www.who.int/cancer/FINAL-Advocacy-Module%206.pdf>
- דו"ח מבט לבריאות (2011). הוצא מאתר משרד הבריאות בכתובת: [http://www.health.gov.il/newsandevents/spokemanmesseges/pages/23112011\\_2.aspx](http://www.health.gov.il/newsandevents/spokemanmesseges/pages/23112011_2.aspx)
- Campbell, C., Craig, J., Eggert, J., & Bailey-Dorton, C. (2010). Implementing and measuring the impact of patient navigation at a comprehensive community cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 61-68.
- Cooper, J. M., Loeb, S. J., & Smith, C. A. (2010). The primary care nurse practitioner and cancer survivorship care. *Journal of the Academy of Nurse Practitioners*, 22(8), 394-402.
- Frelick, R. W., Strusowski, P., Petrelli, N., & Grusenmeyer, P. (2006). Oncology nurse care coordinators as navigators. *Oncology Issues*, 21(4), 26-30.
- Kreitler, S., Peleg, E. D., & Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psychooncology*, 16(4), 329-341.
- Lewis, R., Neal, R. D., Williams, N. H., France, B., Wilkinson, C., Hendry, M., Russel, O., . . . Weller, D. (2009). Nurse-led vs. conventional physician-led follow-up for patients with cancer: systemic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 706-723.
- NHS (2004). Cancer in primary care - a guide to good practice, The National Cancer Action Team. Retrieved from: <http://www.natpact.info/uploads/Good%20Practice%20Guide%20sm%20FV%209.7.04.pdf>
- Perry, C., & Thurston, M. (2008). Introduction of the primary cancer nursing role in GP practice. *British Journal of Community Nursing*, 13(8), 367-372.
- Robinson-White, S., Conroy, B., Slavish, K. H., & Rosenzweig, M. (2010). Patient navigation in breast cancer: a systemic review. *Cancer Nursing*, 33(2), 127-140.