

# הסיעוד האונקולוגי בקהילה-מהיכן ולאן?

רינה דיכל, רבקה גולן

הקהילה למתן טיפול כוללני ורציף, משלב האבחנה ועד סיום הטיפול, כולל התייחסות לסוגיות הייחודיות של המחלימים בקהילה, או במידה והמחלה מתקדמת - מתן טיפול פליאטיבי מיטבי בסוף החיים. הגדרת תפקיד אחיות הקהילה השתנתה במהלך שלושת העשורים, והושפעה ממגוון תהליכים בארץ ובעולם. בתחילת הדרך, התמקדה האחות האונקולוגית בקהילה במתן מענה "אחד על אחד" לחולי הסרטן ולבני משפחותיהם. במהלך השנים חלה עלייה חדה במספר המאובחנים, במגוון הטיפולים, כולל כאלה שעברו ממתן טיפול בבית-החולים לטיפול בקהילה. בה בעת הועצם המחסור בכוח האדם הסיעודי במערכת הבריאות. כל אלה, כמו גם ההתפתחות המואצת בטכנולוגיה, המגמות החדשות בתחום הטיפול הפליאטיבי, הארכת תוחלת חיי החולים שאובחנו בשלבי מחלה מוקדמים יותר, והמגמה של מערכת הבריאות להעביר את הטיפול בחולים למסגרת הבית, יחד עם הרצון של החולים ובני המשפחה לשהות בבית ככל שניתן, הכתיבו שינויים בהגדרת תפקיד האחות האונקולוגית בקהילה.

העמותה לקידום הסיעוד האונקולוגי בישראל הוקמה לפני שלושים שנה, ביוזמתה ובהנחייתה של עליזה יפה, האחות הראשית של האגודה למלחמה בסרטן דאז. ראוי לציין, שאחיות האונקולוגיה בקהילה היו חלק אינטגרלי מהעמותה עם הקמתה. חשוב להדגיש עובדה זו, מאחר שבשנים שקדמו לכך, התנהל רוב הטיפול והמעקב בחולי הסרטן בבתי החולים, ואילו אחיות הקהילה, כמעט שלא היו מעורבות בטיפול בהם ובבני משפחותיהם, אף לא במעקב אחר מצבם. זאת ועוד, במקרים רבים כלל לא נוצר קשר, בין הצוות האונקולוגי שטיפל במחלת הסרטן והשלכותיה לבין הצוות המטפל בקהילה, שביצע את הטיפול והמעקב בתחלואות הנלוות, כדוגמת: סכרת, בעיות קרדיאליות וכדומה.

מיד עם הקמת העמותה, ראו אחיות הקהילה לנכון לשנות גישה זו. בתהליך הדרגתי, אָתְרוּ אחיות הקהילה את צרכי המטופלים שחלו בסרטן והגדירו מחדש את תפקידן. לתפיסתן, הערך המוסף של האחות האונקולוגית בקהילה הוא, היכרותה המוקדמת עם המטופל, משפחתו וקרוביו. היות המטופל בביתו, מאפשר תנאים אופטימליים לאחות

בעיקר באירופה. ההתפתחות הטכנולוגית, מגוון הטיפולים: הכימי, הקרינתי, הביולוגי, השתלות מח העצם ועוד, כל אלו הובילו להקמת מחלקות אונקולוגיות ייעודיות. עד אז הטיפולים ניתנו במחלקות כלליות, כגון פנימית וכירורגית.

## מבוא

בשנות השבעים הכיר הממסד בארצות-הברית במחלת הסרטן, כבעיה לאומית חשובה, המחייבת הקצאת משאבים רבים. מגמה דומה נצפתה במדינות מתקדמות נוספות,

רינה דיכל, RN, MA - מומחית קלינית בטיפול תומך, האגודה למלחמה בסרטן. rinad@cancer.org.il  
רבקה גולן, RN, MA - אחות אונקולוגית, מומחית קלינית בטיפול תומך.

ויצירת תפקידים חדשים, כגון: אחות מרכזת תחום הטיפול הסיעודי בחולות סרטן השד בקהילה, צוות אחיות לטיפול פליאטיבי, מרכזות טיפול בבעלי סטומה ופצעים ועוד. כל זה נובע מכך, שיותר מטופלים מעדיפים לשהות בביתם ואף נותנים יותר אמון בצוותי הקהילה מאשר בעבר. במקביל, חל שיפור מבחינת האפשרויות למתן טיפולים בקהילה, כמו טיפולים הניתנים באופן פומי וטיפולים באמצעות משאבות הניתנים לווריד מרכזי. תהליכים מעודדים כגון אלה שתוארו, מחייבים הערכות מתאימה מבחינת תשתיות, נהלי עבודה והכשרת צוותים רב מקצועיים. בפועל, אחיות המרפאות הראשוניות חסרות עדיין ידע ומיומנויות, אשר נדרשים לניהול הטיפול בבעיות הייחודיות שכרוכות במחלת הסרטן ובטיפולים בה. מתן מענה לאתגר זה מחייב פעילות ברמות שונות, החל מהכשרה ברמת המחוזות, אשר ייבנו וירוכזו על ידי האחיות האונקולוגיות המחוזיות, כמו גם הכשרות ברמה הארצית של קופות החולים ועד תכנית לאומית להכשרת אחיות קהילה בנושא אונקולוגיה, המהווה חלק מתכנית כוללת לפיתוח התחום, בדומה לזו שפותחה באירלנד - National Cancer Control Program (Hanan et al., 2014). על מנת לאפשר הפעלת תכניות אלה, יש צורך בהקצאת תקנים לאחיות מומחיות באונקולוגיה, אשר ילוו וינהלו את הטיפול במטופלים אונקולוגיים בקהילה, ויתנו מענה מקצועי לצרכיהם הספציפיים בכל שלבי המחלה, במיוחד בשלבים מתקדמים בביתם (פלדמן, 2012). על פי המלצות ארגון האחיות Macmillan, יחד עם משרד הבריאות באנגליה והנחיות דומות של ארגון הבריאות האוסטרלי, כפי שיפורט להלן, טיפול המנוהל על ידי מטפלים ראשוניים בשיתוף פעולה עם צוות רב מקצועי בקהילה, הוכח כיעיל יותר.

#### מה קורה בעולם?

באלברטה שבקנדה, הוקמה בשנות התשעים תכנית לטיפול תומך, ביחס לסיעוד האונקולוגי בקהילה, שמטרתה ליצור רצף טיפולי בין בית החולים, הקהילה וכל המסגרות שמטפלות בחולי הסרטן. התוכנית אושרה והופעלה בפברואר 1995 ובכך תרמה לחיסכון של 25% בהוצאות הבריאות, לעליה בזמינות מיטות אשפוז בבתי החולים ולשינוי מהותי בגישה הטיפולית עבור 85% מחולי הסרטן, שהיו עלולים למות תוך כדי אשפוז. התכנית הביאה לשיפור ניכר בתחום הבריאות ונחשבה להצלחה גדולה (Fainsinger, Brenneis & Fassbender, 2007). באנגליה פורסמו הנחיות (NHS, 2004), לטיפול בתופעות הלוואי ובהשלכות מחלת הסרטן והטיפול בהן. המסקנות של מהלך זה היו, שלרפואה הראשונית השפעה מכרעת על הצלחת הטיפול ועל הישרדות החולים, וכי מעורבות רציפה של רופא ראשוני בקהילה, יכולה לתרום לחולה מבחינה

במקביל להקמת המערך האונקולוגי, התפתחה גם ההתמקצעות בתחום הסיעוד האונקולוגי, אשר התבססה על עקרונות הטיפול הסיעודי הפרופסיונלי הכללי ועל מהות העבודה היומיומית של האחיות (Yarbro, 2000). התפתחות הסיעוד האונקולוגי בארץ, התבססה על הידע וההתפתחויות בארצות-הברית ובאירופה. כך למשל, בתכניות הלימוד של בתי הספר לסיעוד, שולבו נושאים הקשורים לאונקולוגיה ואף פותחה התמחות ייעודית בסיעוד אונקולוגי, שהוכרה על ידי משרד הבריאות. עם הזמן, הוחמרו הקריטריונים להתמחות ולהכשרה ונדרש תואר אקדמי (פיקאר לויתן, 2013).

בנוסף להתפתחות הטכנולוגית ולמגוון הטיפולים, חלו שינויים ומגמות עולמיות נוספות, שהשפיעו על התפתחות ועל התמקצעות התחום האונקולוגי, כדוגמת: הארכת תוחלת החיים, תפיסת מחלת הסרטן כמחלה כרונית (ולאו דווקא סופנית) וכתוצאה מכך, נוצרו התמודדויות הקשורות למחלימים. ביחס להארכת תוחלת החיים, ראוי להדגיש, שמחלת הסרטן מאפיינת יותר את הגיל המבוגר, ועל כן, עלייה כללית בתוחלת החיים בעקבות הקדמה הגלובלית בעולם המערבי, משמעה עלייה במספר המאובחנים, אשר רק תלך ותתעצם עם הזמן (WHO, 2016). עובדה זו מתקשרת לטיפולים החדשים והאיכותיים יותר, המעלים את שיעור המחלימים. בפני הצוות המטפל, כולל צוותי הקהילה, עומד אם כן, אתגר גדול שלא היה בעבר, והוא התמודדות עם אוכלוסייה מבוגרת, הסובלת, לא רק מריבוי תחלואה כרונית (פלדמן, 2012), אלא גם מריבוי תסמינים ארוכי טווח של מחלת הסרטן והטיפולים בה. זאת ועוד, ראוי לציין שלמרות הנכתב לעיל, סרטן ממשיך להוות הסיבה מספר אחת לתמותה מסיבות רפואיות (WHO, 2016). מגמות אלה דורשות מהמטפלים בבתי החולים ובקהילה, להתאים את עצמם ולאמץ גישות טיפוליות נוספות, השמות דגש על תופעות לוואי לטווח הארוך וכן גישה פליאטיבית כלפי החולים בכל שלבי המחלה, במיוחד בשלבי התקדמותה והחמרת המצב וכלפי האדם הנוטה למות ומשפחתו.

אחת המטרות העומדות בפני אחיות בתי החולים ואחיות הקהילה היא, בניית רצף טיפולי ביניהן. שאיפה זו נמצאת בראש מעייניהן של האחיות האונקולוגיות, כולל במרפאות החוץ, מחלקות האשפוז ומרכזות תחומי הסיעוד השונים (פלדמן, 2012).

עדות למודעות ההולכת וגוברת לנחיצות הטיפול בסרטן בקהילה, היא הקמת מרפאות שונות למעקב ולטיפול באנשים שחלו בסרטן (מרפאות לטיפול בבעלי סטומה, מרפאות לטיפול תומך ועוד), מרכזי בדיקות הדמיה לאבחון סרטן, מרכזים לקבלת טיפולים תומכים (דוגמת מתן עירווי נזולים ותרופות שונות) ואף הרחבת התקנים

פיזיותרפיסטית, מרפאה בעיסוק וכדומה. מכל הנאמר לעיל משתמע, שכחלק מתפקיד האחות האונקולוגית בקהילה, היא מחויבת לעסוק באופן ניכר ומשמעותי בניהול כולל של הטיפול, הכולל הגדרת מדיניות, ניסוח נהלי עבודה, קווים מנחים וסטנדרטים, יצירת קשרים בין אנשי המקצוע השונים, כמו גם גיבוש הצוות והעצמתו. אחד התפקידים החשובים של האחות האונקולוגית, הוא להוות מודל לחיקוי לצוותי המרפאות הראשוניות במתן טיפול אנושי ומקצועי. לאחרונה, יותר מתמיד, מחויבת האחות האונקולוגית בקהילה לפעול להידוק הקשר בין המטפלים בבתי החולים ובקהילה ולשיפור רצף הטיפול. ובנוסף, להשתלב בתחום המחקר בסיעוד (Smith & Waltman, 1994).

#### תפקידי האחות האונקולוגית בקהילה על הרצף הטיפולי

מנקודת המבט של הרצף הטיפולי (The Rapid Referral guidance, 2015), לאחות האונקולוגית בקהילה תפקיד משמעותי בכל שלב ושלב, בקרב האוכלוסיה הבריאה, **ברמת המניעה**, האחות האונקולוגית בקהילה יוזמת ומיישמת תכניות לקידום הבריאות, הכוללות חינוך אוכלוסיה לאורח חיים בריא, קבלת חיסונים ועוד. אחיות יוזמות ולוקחות חלק בארגון ימי עיון וסדנאות בנושאים רלוונטיים כמו מניעה וגמילה מעישון, עידוד לפעילות גופנית, חינוך מיני ועוד.

**ברמת הגילוי המוקדם** של סרטן, קיימים נתונים מהתכנית הלאומית של ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2016), על פיהם ניתן למנוע למעלה משלושים אחוזים ממקרי המוות מסרטן, על ידי איתור גורמי סיכון והפחתתם במידת האפשר. האחות האונקולוגית המחוזית בקהילה יוזמת ושותפה בהקמה וביישום של תכניות לאומיות לבדיקות סקר, דוגמת ממוגרפיה, צואה לדם סמוי, משטח מצוואר הרחם, בדיקת רופא עור ועוד. בחלק מקופות החולים, אנו עדים לתהליך מתרחב, אשר בו **אבחון** מחלת הסרטן נעשה במסגרות שונות בקהילה. מטבע הדברים, לאחות מקום חשוב בהכנת המטופלים לבדיקות האבחון, בסיוע בביצוען ואף בתהליך מסירת הבשורה למאובחנים החדשים ובני משפחותיהם ותמיכה בהם.

כמו כן, בשנים האחרונות יותר ויותר **טיפולים** ניתנים במסגרות קהילתיות שונות. החידושים הדינמיים בתחום הטיפול התרופתי, כולל טיפולים כימיים, ביולוגיים והורמונליים, מחייבים את האחיות האונקולוגיות ללמוד ולהתעדכן על מנת לעמוד בסטנדרטים גבוהים בתחום הדרכת המטופלים, הנחיות לדרכי מתן התרופות, לאיתור והתמודדות עם תופעות הלוואי, ומתן מענה סיעודי הולם. עם סיום הטיפולים האקטיביים, על אחות הקהילה לערוך תרשימי זרימה, הכוללים **תכניות מעקב** אחר תופעות לוואי לטווח ארוך: פיזיות, רגשיות, חברתיות ורוחניות, כמו גם

פסיכולוגית ולהעצים את הטיפול, שכולל מתן מידע על המחלה ואפשרות לשיתוף בקבלת החלטות (Smith & Toonen, 2007).

באוסטרליה המערבית, פורסמו בשנת 2008 הנחיות לטיפול בחולי הסרטן בקהילה על ידי משרד הבריאות. גם בהן נקבע שניהול הטיפול יתבצע בצורה יעילה יותר על ידי המטפל הראשוני בקהילה, יחד עם הצוות הרב מקצועי שעובד אנו, תוך התייחסות להבנת הרקע החברתי של כל חולה (WA Cancer & Palliative Care Network, 2008).

### אחות אונקולוגית בקהילה בישראל -

#### הגדרת תפקיד

הגדרת התפקיד של האחות האונקולוגית בקהילה בישראל נגזרת, למעשה, מתחומי תפקידה של האחות האונקולוגית בכלל והאחות הפליאטיבית בפרט (Davies & O'Berle, 1990; O'Berle & Davies, 1992;) (Mulvihill, Harrington & Robertson, 2010).

ראוי להדגיש, שהתפקיד יכול להיות שונה בין קופות החולים השונות ואף בין המחוזות של אותה קופה. בעוד שבחלק מהקופות קיים התפקיד שנים רבות, והיקפו מתפתח ומורחב כל הזמן, הרי שבקופות אחרות, עדיין נמצא התפקיד בחיתוליו, כך שהנאמר לעיל מבטא, למעשה, שאיפה להגדרה כוללת ברמה הארצית של תפקיד האחות האונקולוגית בקהילה כיום.

**בהיבט הקליני**, אמנם יש מחוזות בהם האחות האונקולוגית המחוזית מטפלת באופן ישיר במטופלים שאובחנו כחולי סרטן, אולם המטרה היא, שהאחות תרכז את כל המטופלים במחוז בו היא עובדת, ותטפל באופן ישיר רק במטופלים המוגדרים כמורכבים יותר. הטיפול הקליני כולל ניהול הטיפול בתסמינים פיזיים, פסיכו-חברתיים ורוחניים, בהיבט האדמיניסטרטיבי - איתור וארגון משאבי הקהילה, מתן מידע והדרכת המטופלים והמטפלים העיקריים, בכל הנוגע לטיפול באדם החולה בניתו. לשם כך, על האחות מרכזת הטיפול, לתכנן ולבנות מערכת מובנית לאיתור המטופלים האונקולוגיים במחוז בו היא מועסקת, להגדיר סדרי עדיפות להתערבות סיעודית, לערוך תרשימי זרימה של התערבות סיעודית ולבחור ולהכשיר "רפרנטיות" / נאמנות נושא במרפאות האם.

**חינוך והדרכת צוותים בקהילה** מהווים נדבך חשוב בתפקיד אחות הקהילה, הכולל, בין השאר: בנייה וריכוז של השתלמויות, ימי עיון לעדכוני ידע שוטפים ועידוד להשתתפות בימי עיון וכנסים של ארגונים מקצועיים שונים, כמו גם השתתפות פעילה בדיונים מקצועיים.

**ייעוץ, תיאום והפניית** מטופלים בהתאם לצרכיהם הם תפקידים חיוניים לא פחות, תוך גיבוש נהלי עבודה עם צוות רב מקצועי: דיאטנית, עובדת סוציאלית, קלינאית תקשורת,

לאחות אי שקט, חוסר נינוחות ואף לחץ נפשי. לא פעם היא עלולה לחוש בדידות ותחושת אחריות גבוהה, מעבר לתפיסת מסוגלותה. לעיתים נתפסת האחות כ"super women", הן על ידי הממונים עליה והן על ידי צוותי המרפאות הראשוניות, אשר אינם בקיאים מספיק בתחום האונקולוגיה המשתנה באופן מהיר ותדיר. כל אלה, על רקע המגמות העולמיות והמקומיות שהוזכרו בתחילת המאמר, כאשר אליהן מתווספת מצוקת כוח אדם מחד והגדלה משמעותית במספר המטופלים האונקולוגיים הזקוקים למענה בקהילה מאידך, עלולים לבוא לידי ביטוי בתחושת שחיקה ועייפות של האחות. בשנים האחרונות הספרות המחקרית עסקה בנושא זה, אשר כונה "תשישות החמלה" (Compassion fatigue) בקרב הצוותים המטפלים באונקולוגיה (לאוננקו ביריוקוב, לאוננקו וקדמון, 2013; Joinson, 1992). נושא זה נחקר, לרוב, בהקשר של חשיפה ממושכת לסבל גופני ונפשי הכרוך בשלבי סוף החיים. יחד עם זאת ראוי לציין, שנחקרו גם השלכות חיוביות על המטפלים העוסקים בטיפול פליאטיבי. בהקשר זה מוזכר מונח הפוך ל"תשישות החמלה" והוא "סיפוק החמלה" (Joinson, 1992) (Compassion satisfaction), שמקורו בצמיחה רוחנית, סיפוק ומציאת משמעות. נובע מכאן תפקיד נוסף של האחות האונקולוגית, להיות מודעת להשפעתם האפשרית של תופעות מנוגדות אלה, הקיימות בקרב המטפלים, כולל היא עצמה, ולהתחשב בהם בעבודתה.

לסיכום, תפקיד האחות האונקולוגית בקהילה, אשר הוקם בארץ לראשונה לפני כשלושים שנה, התפתח וממשיך להתרחב בהיקפו ללא הרף, בהתאמה למגמות בארץ ובעולם. הגדרת התפקיד מתייחסת להיבט הקליני, הניהולי, החינוכי והמחקרי במקביל. מנקודת המבט של מושאי התפקיד, אלה כוללים את המטופל עצמו ובני משפחתו לאורך כל שלבי המחלה וההחלמה, הצוות הסיעודי במרפאות הראשוניות וכן הצוות הרב מקצועי המורחב. ראוי לציין ולהדגיש שוב, את חובת האחות להמשיך ולהתעדכן בידיע באופן שוטף, יחד עם הצורך להיות מודעת ללחצים ולאתגרים הנפשיים שהיא חווה, עקב הציפיה ממנה לתת מענה מקצועי עתיר היבטים.

### סיכום מפגש קבוצתי של אחיות קהילה

לצורך כתיבת מאמר זה, שלחנו לאחיות אונקולוגיות בקהילה שאלון על התפתחות התפקיד והתכנסנו, מספר אחיות אונקולוגיות בקהילה והעלנו זיכרונות - כיצד נולד התפקיד וכיצד הגיע לגיל שלושים. להלן סיכום המפגש המרגש הזה. השתתפו במפגש או ענו על השאלון: רבקה גולן, אחות אונקולוגית ופליאטיבית, רכות תחום אונקולוגיה וסטומה אזורית במחוז שרון שומרון, מנהלת

היבטים אדמיניסטרטיביים בתהליך ההחלמה ופעולות הדרכה וחינוך האוכלוסיה למזעור הסיכון לחזרת המחלה. במקביל, עליה לבנות תרשימי זרימה ותכניות טיפול לחולים **בשלבי מחלה מתקדמים ובסוף החיים**. הטיפול **בשלב האבל** של בני המשפחה לאחר מות יקירם, רצוי שייכלל אף הוא בהגדרת התפקיד של האחות האונקולוגית בקהילה, למרות שעדיין, ברוב המקומות, אינו מוכלל באופן שיטתי בתכנית הטיפול של אחיות הקהילה.

סיכום תפקידיה של האחות האונקולוגית בקהילה, כפי שתואר לעיל, אינו פשוט ליישום. אין ספק, שהציפייה הנרחבת מהאחות לממש את תפקידה בתחומים השונים ולאורך כל שלבי המחלה, מחייבת אותה, לא רק ללמוד מיומנויות רבות וייחודיות, אלא אף לאמץ ולתרגל אותן באופן שוטף. שאיפה זו מקבלת חיזוק במאמר חשוב שהתפרסם בכתב העת Oncology Nursing Forum, אשר במרכזו עומד המסר החיוני שמצופה מכל אחות אונקולוגית - ללמוד ולהתעדכן ללא הרף ובכל דרך אפשרית (Rishel, 2013). Lifelong Learning הוא מושג מפתח במאמר, המתבסס על נייר עמדה שנוסח בנושא בשנת 2012 על ידי ה-ONS (Oncology Nursing Society) ומבטא דרך חיים מקצועית שכל אחות אונקולוגית צריכה לנהוג על פיה.

אין זה מפתיע שהמסר מכוון דווקא לאחות האונקולוגית, משום שהשינויים בתחום האונקולוגיה מתרחשים בקצב מהיר במיוחד, ומחייבים את האחיות האונקולוגיות להתעדכן באופן שוטף ולהדביק את הקצב, תוך התאמתן למגמות החדשות העולמיות. בנוסף, ראוי להדגיש את חשיבות הבניית מערכת קפדנית לתייעוד פעילותה, שמהווה אף היא אתגר לאחות האונקולוגית בקהילה (Mulvihill, Harrington & Robertson, 2010).

זאת ועוד, תפקידה הנרחב של האחות האונקולוגית בקהילה, מבוסס על הממדים המוזכרים בספרות העוסקת בטיפול פליאטיבי (Davies & O'Berle, 1990). כך לדוגמה, כל התערבות סיעודית, תהא אשר תהא, תתמקד בראש ובראשונה ביצירת קשרי אמון עם הזולת (Connecting). כמו כן, היא תתבסס על ייחודיותו של האדם (Valuing), על כוחותיו הקיימים, תוך עידודו והעצמת יכולותיו (Empowering) (O'Berle & Davies, 1992). ממדים אלה ואחרים, מתורגמים בשדה הקליני לפעולות ספציפיות שעל האחות לכלול בהתערבותה הסיעודית, כמו: מתן לגיטימציה לביטוי רגשות, מציאת משמעות והגדרה אישית של תקווה, מתן מענה כאשר אין הלימה בין צרכי המטופל ובני משפחתו ועוד (Smith & Waitman, 1994).

### היבטים רגשיים בחוויית האחות האונקולוגית בקהילה

הציפיות למימוש הגדרת תפקידיה הנרחבים של האחות האונקולוגית בקהילה, כפי שתוארו לעיל, עלולות לגרום

כולל אחיות הקהילה. אחת המטרות הראשונות היתה להגדיר את תפקיד האחות האונקולוגית.

- "ביוזמת עליזה יפה, האחות הראשית באגודה למלחמה בסרטן, נבחרה קבוצת אחיות ארצית, תוך העדפה לאחיות אקדמאיות, בוגרות קורס על בסיס. האחיות התבקשו לחשוב יחד על הגדרת התפקיד של אחות אונקולוגית בקהילה, תחומי עניין, סמכות ואחריות. התפקיד נוצר ממצאות ומצורך" (מרגלית)
- "באחד המפגשים הראשונים של הקבוצה, ביקשה עליזה מהאחיות להגדיר את אופי ומהות התפקיד. האמנתי שמהות התפקיד תהיה כמו של האחות בקיבוץ, שמלווה את החולה ומשפחתו מרגע האבחנה ועד להחלמה, או לחילופין עד הגסיסה, המוות ותהליך האבל של המשפחה והאחרים המשמעותיים" (רבקה)
- ראוי לציין, שהאגודה למלחמה בסרטן הכירה בצורך זה ויזמה הצעה למימון התקנים הראשונים של אחיות האונקולוגיה בקהילה. האגודה התנתה את המימון בהתחייבות קופות החולים להטמעת התפקיד לאחר מספר שנות מימון, ובכך הובטחה המשכיות התפקיד מאותה עת ואילך. מדיניות זו של האגודה נמשכת עד עצם היום הזה.
- "האגודה קיימה משא ומתן עם קופות החולים וסוכם על חצי תקן של אחות אונקולוגית אזורית, שימומן על ידי האגודה למשך 5 שנים עם התחייבות לקליטה בקופה בהמשך" (רבקה)
- "נולד תפקיד חדש. חיפשו אחיות אונקולוגיות לחצי תקן ללא כל תנאי שכר". (יפעת)
- דיווחי האחיות הינם עדות לתחושות מעורבות שהן חוו בתחילת דרכן:
- "היתה תחושה של התחדשות. מצאתי את הייעוד שלי בחיים המקצועיים" (מישל)
- "חשבתני שאני ואונקולוגיה הן שתי דרכים שלא נפגשות. פחדתי מהמילה סרטן, אך בעידוד נמרץ של עליזה וגם עקב צורך אישי (הוריי היו שניהם חולי סרטן), נרשמתי לקורס על בסיס באונקולוגיה" (חיה)
- עם ייסוד התפקיד, כך גם מספר החולים שאחיות הקהילה הכירו ואף טיפלו בהם הלך ועלה. בעקבות כך, גם הדרישה להרחבת היקף המשרה עלתה. דיווחה של רבקה מעיד על כך.
- "בשנת 1986, אחרי מספר חודשים בתפקיד ולאחר שניסיתי לרכז בדרכים שונות את הטיפול בחולי הסרטן בקהילה, הבנתי שהצורך גדול בהרבה ממה ששיערת. פניתי לאחות המחוזית בבקשה לאפשר הגדלת התקן, וכמובן שנעניתי בשלילה" (רבקה)

#### התפתחויות

לא רחק היום ומטבע הדברים עלה הצורך בהכשרה ייעודית לאחיות אונקולוגיה, שבה השתתפו גם אחיות הקהילה. זכורים במיוחד הקורסים הראשונים, שריכזו שולה ויתקון

מוקד טלפוני אונקולוגי, שירותי בריאות כללית, בדימוס; היה הרשקו, אחות אונקולוגית ופליאטיבית מחוזית במחוז ירושלים והשפלה, מכבי שירותי בריאות; מרגלית דן עזרא, אחות אונקולוגית ופליאטיבית מחוזית במחוז מרכז, מכבי שירותי בריאות; יפעת רווה, מנהלת תחום אונקולוגיה וטיפול תומך, מחוז שרון שומרון, שירותי בריאות כללית, בדימוס; מישל דיטשי, אחות אונקולוגית ביחידה להמשך טיפול, מחוז תל אביב יפו, מנהלת מוקד טלפוני אונקולוגי בדימוס, שירותי בריאות כללית; ליויה כסלו, אחות אונקולוגית, אחות ראשית, האגודה למלחמה בסרטן; רינה דיכל, אחות אונקולוגית מחוזית במחוז דן פתח-תקווה, שירותי בריאות כללית, בדימוס, אחות אונקולוגית ופליאטיבית, האגודה למלחמה בסרטן; תרצה שילר, מרכזת תחום אונקולוגיה מחוזית במחוז דן פתח-תקווה, בדימוס, מנהלת הסיעוד ביחידה לטיפול ביתי תומך, מחוז דן פתח-תקווה, שירותי בריאות כללית.

#### הרקע טרם לידת תפקיד האחיות בקהילה

דברי האחיות המובאים כאן מצביעים על כך, שהדעה הרווחת באותם ימים היתה, כי סרטן דינו מוות בייסורים. כל מי שאובחן כסובל מסרטן, קיבל טיפולים בבתי החולים בלבד ולרוב סיים את חייו במסגרת אשפוז. מרגע האבחנה, היה מקובל שהמטופל "מתנתק" מהטיפול בקהילה ועובר לאחריית צוות בית החולים. מכאן, שאחיות הקהילה כמעט שלא נחשפו לטיפול באוכלוסייה זו, למעט מקרים בודדים בהם החולה החליט לסיים את חייו בביתו ומשפחתו קיבלה על עצמה את הטיפול בו בבית.

- "משמעות מחלת הסרטן בעבר, היתה שנגזר גורלו של האדם לסבול. בהשוואה למחלות כרוניות אחרות מהלך מחלת הסרטן היה דינמי: אבחנה, טיפולים, סבל ומוות מלווה בייסורים" (רבקה)
- "כתוצאה ממצב מערכת הבריאות וגם עקב התפיסה המקובלת אז, חולי הסרטן היו רוב הזמן במסגרת אשפוז" (רבקה)
- "מהרגע שאובחנה מחלת הסרטן, נותק הקשר של החולה עם הצוות המטפל בקהילה. לעתים, כאשר ביקש החולה לחזור לביתו כדי לסיים את חייו במיטתו, נוצר צורך לטפל בו בקהילה" (יפעת)

#### "איך תפקיד נולד?"

אחיות רבות חשו, שבאותה תקופה היה צורך בהקמת תפקיד חדש שלא היה קודם לכן. רבקה גולן מספרת, שלמעשה עליזה יפה, האחות הראשית של האגודה למלחמה בסרטן זיהתה צורך זה והיא שהגתה את הרעיון - הקמת קבוצת עניין של אחיות אונקולוגיה ברמה ארצית,

כרוניים אחרים. לדוגמא, הפורום לאחיות ועובדות סוציאליות שהוקם על ידי חיה"

בשדה הקליני, דיווחו האחיות על זיכרונות בנוגע להתפתחויות שחלו בשימוש באופיואידים בקהילה. הן הדגישו את חששות הרופאים, באותה תקופה, לרשום מרשמים לאופיואידים, בשל הספק שנתנו במטופלים שישכילו ליטול תרופות אלה בצורה הולמת. הציטוט שלהלן מצביע על השינוי ההדרגתי שנעשה בשימוש בתרופות אלה בקהילה, לא אחת בזכות האחיות, שייצגו נאמנה ובנחישות את צרכי המטופלים.

- "בשנת 1986, היה מצב הטיפול בכאב בארץ בחיתוליו. אז הוכנסה לשימוש בארץ "תרופת פלא", שהיתה כבר בשימוש נרחב באנגליה - כדורי מורפין בשחרור מושהה לטווח ארוך - Morphine Controlled Release - MCR, ולכאב המתפרץ ולצורך כיוול (טיטריציה), שימשו נרות מורפין ו/או אמפולות מורפין. לימדנו את החולים כיצד לשבור את האמפולה ולשתות את המורפין. הרופאים בבתי החולים ובקהילה, חששו לרשום מרשמים ולתת הוראה לטיפול במורפין, עקב חוסר ידע וחשש מהתמכרות. במיוחד היה קשה להשאיר אמפולות מורפין בבית החולה, מחשש לשימוש לא הולם מצד בני משפחה "מסוימים". עקב צורך ודרישה מהשטח שהעבירו האחיות האונקולוגיות בקהילה לגורמים המתאימים, החלו לייצר כדורי מורפין Morphine Immediate Release - MIR לכאב מתפרץ וטיטריציה, שהחליפו את אמפולות המורפין. שינוי הטיפול מאמפולות מורפין לכדורי מורפין, הקל על שכנוע הרופאים להתחיל טיפול באופיואידים. לא פעם עמדנו חסרי אונים מול חולה שגנח מכאבים, כשהרופא לא היה מוכן להקשיב לנו ולהתחיל טיפול במורפין. לעיתים, נאלצנו להפנות חולה להוספיס למספר ימים, גם בשלבי מחלה מוקדמים יחסית, אך ורק לצורך איזון כאבים. עם כל הצלחה, הקלה ואיזון הכאבים והסימפטומים הנלווים, יותר רופאים השתכנעו ואף יזמו טיפול מתאים, תוך התייעצות טלפונית איתנו" (רבקה)

עם הזמן, אחיות הקהילה הרחיבו את הגדרת תפקידן לתחומי המניעה, קידום הבריאות וליווי המטופל לאורך כל שלבי המחלה, משלב האבחנה ועד טיפול בסוף החיים. כמו כן, כחלק בלתי נפרד מתפקידן, נכללו גם תפקידי ייעוץ, ניהול, מתן מענה למקרים מורכבים וגיבוש צוות מקצועי.

- "נושא איתור, גילוי מוקדם ומניעה מהווה חלק חשוב בתפקיד האחיות האונקולוגיות בקהילה" (יפעת)
- "האחות האונקולוגיות בקהילה מהווה סמכות מקצועית בתחום האונקולוגיה, הטיפול התומך

וחיבה רכס בארץ וההכשרה הראשונה של האחיות בלונדון. ראוי לציין, שבאותה השתלמות שהתקיימה בלונדון, נבנה כלי לאיתור מטופלים שחלו בסרטן והערכת צרכיהם, אשר נעשה בו שימוש בארץ בהמשך.

- "שולה ויתקון, שהיתה אחות מפקחת על הסיעוד האונקולוגי במרכז הרפואי שיבא - הקימה וריכזה קורס התמחות ראשון לאחיות אונקולוגיה" (רבקה)
- "רק לאחר מספר שנים, פיתח משרד הבריאות בבית החולים אסף הרופא בריכוזה של חיבה רכס, קורס השלמה לאחיות אונקולוגיות לצורך הכרה בתפקידן כמומחיות בתחום" (יפעת)

- "באמצע שנות התשעים, נבחרנו, קבוצת אחיות אונקולוגיה שהיו גם מורות בבתי ספר לסיעוד ברחבי הארץ, לעבור קורס טיפול תומך בלונדון בסיוע אחיות בכירות מקרן מקמילן. יחד בנינו תכנית לימודים סיעודית, גנרית ועל בסיסית, בתחום האונקולוגיה והטיפול הפליאטיבי" (רבקה)

- "במסגרת קורס פליאטיבי בלונדון, בחסות קרן מקמילן, בנינו שאלון לבדיקת הידע של אחיות הקהילה לגבי חולי סרטן. בחזרתנו, כשהעברנו את השאלון, רוב האחיות ציינו שאין חולי סרטן באחריותן, למרות שמספר החולים שאני עצמי ראיתי במחוז בו עבדתי, היה עצום" (חיה)

מסתבר שקבוצת העניין ראתה חשיבות רבה, לא רק בהכשרה עצמית חד פעמית, אלא בעדכון ידע מתמשך ובהפצתו לאנשי מקצוע שונים.

- "בנוסף לטיפול בחולים ועבודת ההסברה מול הרופאים והאחיות בקהילה, הפצנו מידע באמצעות הרצאות, מצגות ומאמרים, לאנשי צוות במרפאות ובבתי החולים. ביוזמת האגודה למלחמה בסרטן ובסיוע חברות התרופות, ערכנו כנסים, ימי עיון והשתלמויות לרופאים ואחיות בנושא הטיפול בכאב. לחיזוק, הבאנו רופאים מחו"ל עם ניסיון של שנים בשימוש באופיואידים, שהציגו ממצאים משכנעים" (רבקה)

- "במחוז שרון שומרון בכללית, בנינו קורסים לאחיות הקהילה בתחום האונקולוגיה והטיפול התומך" (יפעת)

בנוסף לכך, הוקמו קבוצות עניין שונות, שהמרכזית שבהן מתקיימת במסגרת האגודה למלחמה בסרטן מזה שנים רבות. אל מפגשי הלימוד של קבוצה זו מוזמנות אחיות העוסקות בטיפול פליאטיבי מכלל בתי החולים בארץ ומהקהילה. בנוסף לכך, מתקיימות קבוצות נוספות, דוגמת זו המתקיימת ב"מכבי שירותי בריאות", כפי שמתארת חיה הרשקו, אחות אונקולוגית מחוזית במכבי:

- "הוקמו בתקשורת פורומים של אנשי צוות רב מקצועיים, שמטפלים בחולים אונקולוגיים וחולים

הכשרה ומתמחות במתן מענה טלפוני לחולים אונקולוגיים וגריאטריים ולקרוביהם, בתחום הטיפול הפליאטיבי. לאחרונה הורחבה פעילות המוקד למתן מענה ותמיכה לאוכלוסיית המחלימים ממחלות סרטן שונות, שמתמודדים עם שאלות והתלבטויות הקשורות למחלתם והשלכותיה. בקופות האחרות הוקמו מוקדים טלפוניים במתכונת דומה, אך במאפיינים אחרים. לדוגמא, במוקד הטלפוני של "מכבי" אחיות אונקולוגיות נותנות מענה לפניות וגם יוזמות שיחות עם המטופלים לתמיכה, ייעוץ ומעקב". זאת ועוד, פרויקט "כללית לידיעתך" מהווה עדות נוספת

לזיהוי צרכי המבוטחים, כפי שמעיד הציטוט הבא:

• "מטרת "כללית לידיעתך" היא להביא לידיעת החולים האונקולוגיים נושאים שונים, כגון: זכויות, שירותים, גופים התנדבותיים, טיפולים, תופעות לוואי ועוד. הערכה ניתנת לחולה בשלב האבחנה על ידי אחות, בליווי הסבר על תכולתה. מטרה נוספת של הפרויקט היא, לוודא המשכיות הקשר של החולים עם המרפאה ולצוות הראשוני שאמור לטפל בו בקהילה" (יפעת)

הצעת "חוק הסיעוד" של חבר הכנסת אריה אלדד משנת 2008, אפשרה למסד את נושא המומחיות הקלינית לאחיות, מטרת החוק היתה "להסדיר את העיסוק במקצוע הסיעוד לשם שמירה על רמה מקצועית והתנהגות הולמת של העוסקים במקצוע". כחלק מהגדרות החוק נכתב "אחות בעלת תואר מומחה - אחות מוסמכת שקבלה תואר מומחה בהתאם לסעיף 18 בחוק" (משרד הבריאות, 2013). בשנת 2009 קיבלו רוב האחיות האונקולוגיות בישראל הכרה כמומחיות קליניות בטיפול תומך, מטעם משרד הבריאות. בנוסף לריכוז הטיפול בחולה האונקולוגי, הוכרו כמומחיות קליניות אחיות המרכזות את הטיפול בבעלי סטומה וטיפול בפצעי לחץ, פצעים ממאירים, סוכרת, גריאטריה ואחרים. כיוון נוסף שהתפתח, הוא הקמת תפקיד של "אחות מתאמת בריאות השד בקהילה", שלה תפקיד משמעותי בשיפור תהליכי העבודה, קיצור משך האבחון, ליווי הנשים הנמצאות במצב של חוסר ודאות ובלבול, תוך יצירת אמון וביטחון במערכת המטפלת (שילר ועמיתים, 2015). כיום ישנו מספר מצומצם של אחיות כאלה. ניתן להניח ולקוות שמגמה זו תתרחב, לא רק בתחום סרטן השד, אלא אף לתחומים נוספים באונקולוגיה.

### סיכום

במאמר זה הצגנו את התפתחות תפקיד האחות האונקולוגית בקהילה בשלושים השנים האחרונות, מאז נוסדה קבוצת העניין הראשונה של האחיות האונקולוגיות על ידי עליזה יפה, האחיות הראשית של האגודה למלחמה בסרטן. לאור המגמות העולמיות והמקומיות בתחום

והוספיס בית לחולה האונקולוגי" (חיה)

• "אחד התפקידים החשובים של האחיות האונקולוגיות בקהילה, הוא הדרכה וסיוע לצוותי המרפאות הראשוניות בנושא איזון סימפטומים ומתן תמיכה רגשית למטופלים אונקולוגים חדשים וותיקים, ליווי מטופלים שהוגדרו בקבוצות סיכון כמו צעירים בעלי משפחה, חולים עירייים או בעלי מוגבלות, או חולים הסובלים מבעיות פסיכיאטריות, תוך השקעת מאמצים רבים ליצירת בסיס לעבודה משותפת עם צוותי בתי חולים ומסגרות טיפול אחרות, במטרה להבטיח המשכיות ורצף טיפולי" (תרצה)

• "תפקידיה של האחיות האונקולוגיות, הכפופה למנהלת הסיעוד המחוזית במכבי מגוונים מאד וכוללים: השתתפות בפורומים להגדרת מדיניות בתחום האונקולוגיה והטיפול התומך כולל שרותי הוספיס, בניית נהלי עבודה, פרוטוקולים קליניים, הפצתם, הטמעתם ובקרת יישומם, בניית מדדי איכות קליניים לטיפול בחולה האונקולוגי, פיתוח, קידום תהליכים וממשקי עבודה עם הגורמים השונים המטפלים בחולים אונקולוגים, במכבי ומחוצה לה, מתן מענה שוטף לבעיות מקצועיות המתעוררות בתחומי אחריותה וסמכותה, ליווי והדרכת אחיות מתאמות אונקולוגיה במרכזים רפואיים במחוז, אומדן, הערכה והחלטה לגבי התאמת החולה והפנייתו להמשך טיפול במסגרות שונות הכוללות גם טיפול פליאטיבי (הוספיס, בית-חולים סיעודי או שיקומי), בקרה כמותית ואיכותית על תהליכי עבודה מול ספקי שירותי חיצוניים בתחום הטיפול התומך, הסטת טיפולים לקהילה עם כל מה שנובע מכך, ריכוז נתונים מרישומים הקיימים בתחום האונקולוגיה, תכנון וביצוע הדרכות, ימי עיון וקורסי הכשרה לאחיות ולצוותים רב מקצועיים בתחומים הקשורים באונקולוגיה וטיפול תומך, הובלת תחום המחקר, כתיבה מדעית וייצוג בכנסים, כמו גם השתתפות בפורומים מחוזיים וארציים בתחום האונקולוגי" (חיה)

### בשנים האחרונות

אין ספק, שהאחיות האונקולוגיות בקהילה יזמו, מתכננו ושותפות בהקמת מערך פעילויות בהתאם לצרכי העידן החדש. כך לדוגמא, הוקמו מרכזי מידע ייחודיים עבור מטופלים שחלו בסרטן, כאשר הראשון מהם הוקם במסגרת "כללית שירותי בריאות". על כך מספרת רבקה גולן:

• "בשנת 2008 הקמנו ב"כללית" מוקד טלפוני אונקולוגי, שמטרתו מתן מענה ותמיכה לחולי סרטן ובני המשפחה, ובהמשך הורחב המענה גם לחולים כרוניים גריאטריים אחרים. אחיות המוקד האונקולוגי, הן מהקהילה והן מבתי החולים, עוברות

Fainsinger, R. L., Brenneis, C., & Fassbender, K. (2007). Edmonton, Canada: A regional model of palliative care development. *Journal of Pain Symptom Management, 33*(5), 634-639.

Hanan, T., Mullen, L., Laffoy, M., O'Toole, E., Richmond, J., & Wynne, M. (2014). Delivering care to oncology patients in the community: an innovative integrated approach. *British Journal of Community Nursing, 19*(8), 382-387.

Joinson, C. A. (1992). Coping with compassion fatigue. *Cancer Nursing, 22*(4), 116-121.

Mulvihill, C., Harrington, A., & Robertson, A. (2010). A literature review of the role of the specialist palliative care community nurse. *International Journal of Palliative Nursing, 16*(4), 163-172.

NHS. (2004). Cancer in primary care - a guide to good practice. Macmillan Cancer Relief. *The National Cancer Action Team*. Retrieved on 10.10.16 from: <http://www.natpact.info/uploads/Good%20Practice%20Guide%20sml%20FV%209.7.04.pdf>

O'Berle, K., & Davies, B. (1992). Support and caring: Exploring the concepts. *Oncology Nursing Forum, 19*(5), 763-767.

Rishel, C. J. (2013). Professional development for oncology nurses: a commitment to lifelong learning. *Oncology Nursing Forum, 40*(6), 537-539.

Smith, F. G., & Toonen, T. R. (2007). Primary care of the patient with cancer. *American Family Physician, 75*(8), 1207-1214.

Smith, J. E., & Waltman, N. L. (1994). Oncology clinical nurse specialists' perceptions of their influence on patient outcome. *Oncology Nursing Forum, 21*(5), 887-893.

The Rapid Referral guidance. (2015). Retrieved on 10.10.16 from: [Macmillan.org.uk/professionals](http://www.maccmillan.org.uk/professionals)

WA Cancer & Palliative Care Network. (2008). Integrated primary, care & cancer services: Model of care, Department of Health State of Western Australia, 1-20. Retrieved on 10.10.16 from <http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Integrated>

WHO. (2016). Retrieved on 10.10.16 from [www.who.int/cancer/en](http://www.who.int/cancer/en)

Yarbro, C. H. (2000). Cancer Nursing: The Second Century. *Seminars in Oncology Nursing, 16*(1), 1-2.

הסיעוד האונקולוגי בכלל והפליאטיבי בפרט, אין ספק שלאחות אונקולוגית בקהילה מקום משמעותי, שמתפתח ומתעצם בצעדי ענק. תפקידה של האחות כולל, בראש ובראשונה את הטיפול הישיר בחולה הסרטן ובמשפחתו בביתו בכל שלבי המחלה, בנוסף, מחייב התפקיד לעסוק בהדרכת מטופלים ואנשי צוות, בניהול ובמחקר. המאמר מהווה עדות לרוח היצירתית של אחיות הקהילה, ליוזמה, למוטיבציה להתעדכן בידע באופן שוטף, ואף ליכולתן לעמוד מול אתגרים לטובת המטופלים ובני משפחותיהם. האתגרים העומדים בפני אחיות הקהילה כיום, בין היתר הם: שיפור ההמשכיות ורצף הטיפול בין בתי החולים והקהילה, יישום חוק החולה הנוטה למות בקהילה, הכולל גם הטמעת הנושא הרגיש של "צוואה בחיים", התאמת העבודה הסיעודית להתפתחות הטכנולוגית המואצת, יחד עם מתן דגש לפן האנושי ולמפגש האישי עם המטופלים. לצורך כך, מחויבת האחות להמשיך ולנסח סטנדרטים לטיפול סיעודי אונקולוגי בקהילה, תוך למידת תחום המחלימים, על ההיבטים הייחודיים שלו. הדרך לעולם אינה מסתיימת. אנו מאמינות באמונה שלמה שאנו, האחים והאחיות ליד מיטת החולה בביתו, יכולים להשפיע על האופן שבו האדם שחלה ובני משפחתו יחוו את המצב, אליו נקלעו בעל כורחם.

### ביבליוגרפיה

יפה, ע. וגולן, ר. (2003). טיפול תומך בבי"ח כללי - משימה קשה אך אפשרית. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, כ"ג, 14-7.

לאוננקו ביריוקוב, א., לאוננקו, מ., וקדמון, א. (2013). תשישות החמלה בקרב הצוותים המטפלים באונקולוגיה. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, כ"ג(2), 36-40.

משרד הבריאות (2013). תקנות בריאות העם. אישור תואר מומחה בסיעוד. התשע"ד - 2013. נדלה מהאינטרנט בתאריך 1.12.16 מהאתר: <http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Briut53.pdf>

פיקאר לויתן, ע. (2013). ההיסטוריה של הסיעוד האונקולוגי. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, כ"ד (3), 6-13.

פלדמן ש. (2012). מקומה של אחות הקהילה בטיפול ובתמיכה בחולי סרטן. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, כ"א(1), 18-22.

שילר, ת., צונץ, ע., ריכטר, פ., שרון, ע., ארליך, ד., יעקובסון, א., וכץ, נ. (2015). מתאמת שד בקהילה: אתגר חדש לסיעוד בקהילה. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, כ"ז (1), 49.

Davies, B., & O'Berle, K. (1990). Dimensions of the supportive role of the nurse in palliative care. *Oncology Nursing Forum, 17*(1), 87-94.

