

תמיכה ארוכת טווח לאחר חבלה מוחית - התבוננות מערכתית בשיקום בקהילה

ד"ר אילה בלוך

יו"ר מועצת הפסיכולוגים במשרד הבריאות

המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת אריאל

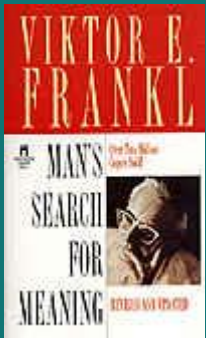
מדינת ישראל
משרד הבריאות
Ministry of Health Israel



אוניברסיטת
אריאל
בשומרון



What matters, is **not** the **meaning of life in general** but rather the specific **meaning** of a person's life **at a given moment**. To put the question in general terms would be comparable to the question posed to a chess champion: "Tell me, Master, what is the best move in the world?"

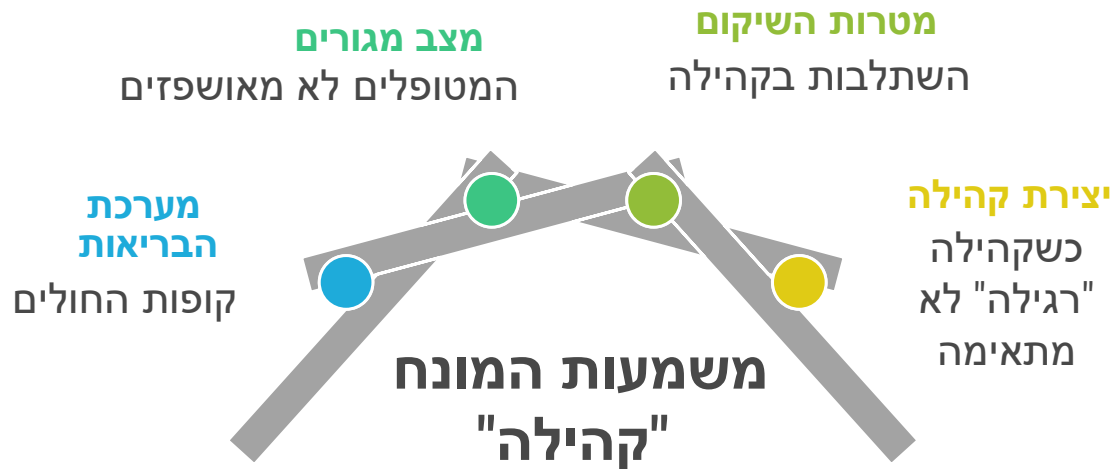


– Viktor Frankl

הבלבול המושגי – מהו "שיקום בקהילה"?

- יש להבדיל בין "שיקום בקהילה" לבין "שירותים בקהילה" (כגון תעסוקה, מועדוני פנאי, דיור מוגן).

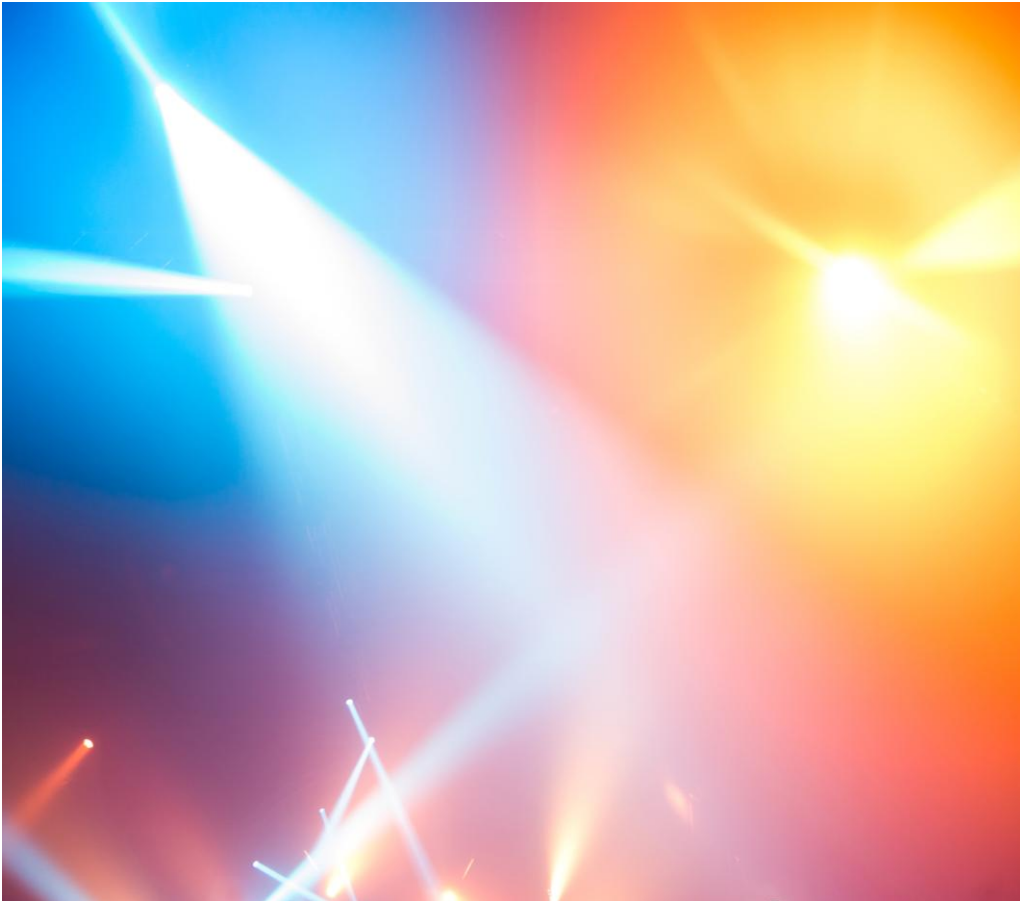
- שיקום בקהילה:** תהליך טיפולי אינטנסיבי, מוגבל בזמן, המנוהל על ידי צוות רב-מקצועי (פסיכולוגים, עו"ס, מרפאים בעיסוק, רופאי שיקום, פסיכיאטרים ועוד), שמטרתו שיפור אקטיבי של התפקוד והחזרה למעגלי חיים (תעסוקה, חברה).



השוואה בין שיקום "רפואי" ל"שיקום בקהילה"

מאפיין	שיקום באשפוז	שיקום בקהילה
מיקוד הטיפול	טיפול בליקוי הביולוגי/פיזיולוגי (Body) ושיפור הפעילות (Activity)	שיפור ההשתתפות החברתית (Participation)
סביבת הטיפול	סטרילית, מובנית, מלאכותית	טבעית, דינמית, משתנה
תפקיד המטופל	פסיבי ("חולה"), מקבל טיפול	אקטיבי ("משתקם/חבר"), שותף בקבלת החלטות
מסגרת זמן	קצובה בזמן, עד ל"מיצוי פוטנציאל" רפואי	מתמשכת, משתנה בהתאם לצרכי החיים (Lifelong)
צוות מטפל	היררכי, רפואי-מקצועי	רב-תחומי, כולל מנטורים, משפחה וקהילה
מטרת העל	שחרור הביתה, יציבות רפואית	איכות חיים, שילוב תעסוקתי וחברתי

זרקור על שיקום בקהילה לאחר פגיעה מוחית



- תוכניות הוליסטיות בהובלה נירופסיכולוגית שכוללות התערבויות פרטניות וקבוצתיות אינטנסיביות בתקופה מוגבלת בזמן.
- פותחו לראשונה בישראל לאחר מלחמת יום הכיפורים ומיושמות כיום במקומות נוספים בעולם.
- מתאים להגדרות של שיקום.
- המטרות הן השתתפות חברתית בתעסוקה, בקהילה, במשפחה וכו', כלומר השיקום ממוקד בשיפור ההשתתפות החברתית.

47.7%

מהמשתקמים במכון הלאומי לשיקום נירופסיכולוגי (ע"ר) השתלבו בתעסוקה בשוק החופשי לאחר תוכנית שיקום נירופסיכולוגית יומית הוליסטית בקהילה שארכה 10 חודשים. הנבדקים הפגינו יציבות תעסוקתית של לפחות 3 שנים, גם לאחר שנים ארוכות ללא עבודה לאחר פגיעה מוחית.

מספר גבוה מאוד בהשוואה למענים אחרים בארץ ובעולם.

(Shani-ur et al., 2020)

המיתוס של "חומרת הפגיעה"

- **המבט הרפואי (השלב האקוטי):** מיד לאחר הפגיעה, חומרת המצב מוגדרת על ידי מדדים ביולוגיים נוקשים, כגון משך חוסר ההכרה (LOC - Length of Coma) או מדד גלאזגו (GCS). אלו מדדים מצילי חיים שמסווגים את הפגיעה ל"קלה", "בינונית" או "קשה".
- **המבט השיקומי (הטווח הארוך):** במחקר שנערך על 157 משתקמים, נמצא כי משך התרדמת לא ניבא את ההצלחה לחזור לעבודה או את איכות החיים הסובייקטיבית לאחר תוכנית השיקום (Bloch, 2023).
- **המסקנה:** התיוג הרפואי הראשוני ("פגיעה קשה") לא צריך לקבוע את רף הציפיות השיקומי. אדם יכול להגיע עם "פגיעה קשה" ולהשיג איכות חיים גבוהה ותפקוד תעסוקתי מלא. לצערנו, גם להיפך.
- **קריאה לפעולה:** להטמיע במערכות השונות מדידה לחומרת הפגיעה בשלב הכרוני.

הפרדוקס בין תפקוד למצוקה

- **השיפור בתפקוד:** מחקרי אורך מראים כי מדדים של תעסוקה, יציבות בעבודה והשתתפות בקהילה משתפרים באופן עקבי במהלך השיקום וממשיכים להשתפר גם שנים לאחר סיומו.
- **אתגר המצוקה הרגשית:** לעומת התפקוד, מדדי מצב רוח ומצוקה לעיתים אינם מראים את אותו גרף שיפור ליניארי ונותרים יציבים גם כאשר התפקוד עולה.
- **למה זה קורה?**
 1. הפגיעה השקופה: הפער בין תפקוד חיצוני גבוה לבין החוויה הפנימית.
 2. מחיר המודעות: ככל שהאדם משתקם ומודעותו עולה, כך הוא עשוי לחוש יותר בכאב על מה שאבד.
- **המסקנה:** אסור להסתנוור מחזרה לעבודה. יש להמשיך ולתת מענה פסיכולוגי גם כשהאדם נראה "משוקם" כלפי חוץ.



שיקום בקהילה – נקודות המבט האפשריות

- האדם עם הפגיעה המוחית
- המשפחה
- הצוות המטפל
- המדינה

ועכשיו הגענו לעיקר של ההרצאה:

נקודת המבט
המערכתית על
שיקום בקהילה
לאחר פגיעה מוחית

המודל האינטגרטיבי של מערכות הביטחון



- **מערכת הפולי-טראומה של ה-VA בארה"ב:**
פותחה כתגובה לפציעות המורכבות של הלוחמים בעיראק ובאפגניסטן. **העקרונות:**
ניהול מקרה לכל זכאי ו-shop-one stop.
- **אגף שיקום במשרד הביטחון:** מיישם באופן חלקי את אותם העקרונות. קיימת מודעות לצורך במודל אינטגרטיבי שבא לידי ביטוי ביוזמות שונות (רפורמת נפש אחת, ובעקבות חרבות ברזל: צוות מתכלל לפגיעות מוחיות, תקשורת עם ארגון הורים, פיתוח מענים בתחום התעסוקה, חדשנות ועוד).

לעומת המערכת הביטחונית הריכוזית,
המערכת האזרחית בישראל ובעולם
מאופיינת בביזור (Decentralization)
ובחוסר תיאום.

השילוש הלא קדוש

- משרד הבריאות / קופות החולים
- המוסד לביטוח לאומי
- משרד הרווחה

מערכות שיקום אזרחיות





הזדקנות עם TBI – שיקום בהמשך החיים

המחקר הרפואי בעשור האחרון חושף קשר מדאיג בין פגיעות ראש בעבר לבין תחלואה נוירו-דגנרטיבית בגיל המבוגר.

1. TBI כגורם סיכון לדמנציה

- גורם סיכון משמעותי להתפתחות מוקדמת של אלצהיימר, פרקינסון ודמנציה.
- תהליכים דלקתיים כרוניים (Neuroinflammation) והצטברות חלבונים פתולוגיים עשויים להימשך שנים רבות לאחר הפציעה המקורית.

2. צורך בשיקום לאורך החיים

- מערכות הבריאות מממנות באופן מסורתי שיקום רק כאשר יש "צפי לשיפור תפקודי".
- מצב כרוני פרוגרסיבי, מצריך מודל של "שיקום תחזוקתי" שמטרתו מניעת התדרדרות ושימור הקיים.



המשפחה והמערכת האקולוגית התומכת

המשפחה היא "המטופל הסמוי". בני המשפחה הם ספקי השירות העיקריים, המממנים, ומנהלי המקרה בפועל.

- עומס המטפל (Caregiver Burden)

- שירותי הפוגה

- טיפול מערכתי במשפחה

סיכום והמלצות אופרטיביות למדיניות

כדי למצות את הפוטנציאל הכלכלי והאנושי, אנחנו חייבים לעבור ממודל של התערבות אקוטית קצרת טווח, למודל הוליסטי שמבין שמדובר באירוע כרוני. זה דורש מאיתנו שלושה צעדים מעשיים...

המלצות ליבה – מדיניות מקצועית

1. שינוי ההגדרה הרגולטורית: TBI כמחלה כרונית

- ❖ מעבר מתפיסה של "אירוע חד-פעמי" לניהול רפואי וסוציאלי לכל החיים.
- ❖ הכרה רשמית בכך שהפגיעה דורשת מניעת התדרדרות (שיקום תחזוקתי) ולא רק שיפור תפקודי.

2. פתרון לכשל המבני: מיסוד "מנהל מקרה" (Case Manager)

- ❖ יצירת כתובת מקצועית אחת שתלווה את המשתקם לאורך כל הרצף.
- ❖ פונקציה מתכללת שתחבר בין גופי המימון והטיפול המפוצלים (בריאות, רווחה, ביטוח לאומי) ותמנע את "נפילת המשתקם בין הכיסאות".

3. סגירת הפער: אימוץ המודל הביטחוני באזרחות

- ❖ החלת עקרונות ה-One Stop Shop של משרד הביטחון על המערכת האזרחית.
- ❖ שימוש בתשתיות קהילתיות קיימות לפיתוח מרכזי שיקום הוליסטיים בקהילה.



**בואו נשפר את התשתית המאפשרת לכל אדם להציב את הסולם,
ולמצוא מחדש את משמעות חייו הייחודית, בכל רגע על רצף השיקום.**

ayalablo@ariel.ac.il, 052-6522782