



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

תוכנית

התערבות בבית

לקשישים עם ירידה בתפקוד השכלי

הערכה מחקרית והנחיות הפעלה

סקר מס' 119

ירושלים, סיון התשנ"ד, מאי 1994



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

חמוסד לביטוח לאומי
המחלקה לתיעוד
ע"ש ד"ר ג. לוטן, ירושלים

חמוסד לביטוח לאומי
המחלקה לתיעוד
י"ס תל"ד

תוכנית התערבות בבית
לקשישים עם ירידה בתפקוד השכלי

הערכה מחקרית
והנחיות הפעלה

ירושלים, סיון התשנ"ד, מאי 1994

**חלק א'
הערכה מחקרית**

שרית בייץ-מוראי

ה ק ד מ ה

דו"ח זה מסכם ניסיון חדשני נוסף של אירגון מלב"ב (מרכז לטיפול בקשיש בקהילה) בירושלים, לפתח שרותים לקשישים הסובלים מירידה קוגניטיבית ולבני משפחותיהם.

דו"ח זה הוא השני בפירסומי המוסד לביטוח לאומי המלווים את פיתוח שרותי מלב"ב. הראשון התייחס לפעילות המועדונים הפסיכוגריאטריים, והדו"ח הנוכחי מתייחס לתוכנית המשך טיפול, הכולל מתן שרותי טיפול, יעוץ והדרכה בבית, לקשישים הזקוקים לכך ולבני משפחותיהם.

פעילות מלב"ב, שהחלה כארגון התנדבותי בראשותם של פרופ' רוזין והגב' לאה אברמוביץ מבי"ח שערי צדק הוכרה כפעילות חשובה ותורמת לאוכלוסיית היעד וזכתה לסיוע מכספי ביטוח סיעוד המיועדים לפיתוח שירותים ומגופים ציבוריים אחרים.

בדו"ח שני חלקים: הראשון מציג את הליווי המחקרי, שבוצע על ידי הגב' שרית כייץ-מוראי חוקרת במינהל מחקר ותכנון והחלק השני נכתב על ידי צוות מלב"ב ומציג פרוט של מרכיבי התוכנית, ומיועד להיות מסמך הנחיות להקמת שרות דומה במקומות אחרים.

אנו תקווה שהדווח יתרום להעלאת המודעות לצרכי האוכלוסייה הסובלת מירידה שכלית ולפיתוח השרותים הקהילתיים הדרושים לאוכלוסייה זו ולבני משפחותיהם. בהזדמנות זו אנו רוצים להודות מקרב לב לכל בני המשפחה שהסכימו להתראיין ולשתף אותנו בתהליך הקשה אותו הם עוברים.

חובה נעימה היא לי לציין את תרומתו של הצוות המסור של מלב"ב ולהודות במיוחד לחדווה לינצר, דבי צבינק ודבורה לוי שתרמו מניסיוןן ומזמנן בכל שלבי המחקר.

תודה מיוחדת לגב' רכקה ורטמן שריכזה את עבודת השדה במקצועיות רבה. לגב' ברנדה מורגנשטיין, מנהלת גמלאות ארוכות מועד ולגב' לאה אברמוביץ משערי צדק על הערותיהן לדווח.

לגב' אורלי אבוטכול על הרצון הטוב שגילתה בהדפסות חוזרות ונשנות של הדווח ולשרה גרג'י על עזרה בעריכה והדפסה באנגלית.

שלמה כהן

סמנכ"ל מחקר ותכנון

תוכן עניינים

עמוד

1	פתח דבר
2	רקע לפיתוח השירות
3	מטרות, כוח אדם ושיטות התערבות
4	סקירת ספרות
9	הערכה מחקרית
	מטרות ותחומי הערכה
	מערך המחקר - שיטה, כלים ואוכלוסייה
	ביצוע המחקר
	מצאים
13	פניות, סיבות וציפיות
14	בחירת האוכלוסייה לתוכנית
15	מאפייני המופנים והמתקבלים לתוכנית
16	מצב רפואי ותפקודי
19	מטפלים ראשיים - משאבים, קשיים והתמודדות
26	התערבות טיפולית - תוכנית מול ביצוע
	הערכת התוכנית
29	תרומות להתמודדות
32	השגת יעדי התוכנית
34	שביעות רצון והמלצות
36	סיכום
40	ביבליוגרפיה
	נספחים: א. שאלון קבלה והתערבות
	ב. שאלון למטפל העיקרי

פתח דבר

החל מתחילת שנות ה-80, מפתח אירגון מלב"ב בירושלים (מרכז לטיפול בקשיש בקהילה), שירותי טיפול ויעוץ לקשישים הסובלים מירידה בתפקוד השכלי ולבני המשפחה המטפלים בהם בבית.

המוסד לכיטוח לאומי, באמצעות הקרן לפיתוח מפעלים מיוחדים, היה שותף במימון המועדונים הפסיכוגריאטריים, שהיו השלב הראשון במערך השירותים לקשישים הדמנטיים שהארגון פיתח, וביצע הערכה מחקרית שתיעדה את מרכיבי התוכנית ואת תרומתה למשתתפים (ש. בייץ, ב. מורגנשטיין, מ. כרמלי, 1985).

כעשור מאוחר יותר התגבשה בארגון מלב"ב תוכנית המשך, המבוססת על ההכרה שיש בקהילה קשישים רבים הסובלים מירידה שכלית ושאינם יכולים מסיבות שונות להגיע למועדונים, ועל כן יש לפתח תוכנית להספקת שירותי טיפול, יעוץ והדרכה לקשישים ולבני משפחתם בבית.

המוסד לכיטוח לאומי, באמצעות תקציבי פיתוח שרותי הסיעוד בענף ביטוח סיעוד, אישר ב-1990 השתתפות במימון התוכנית לפיתוח שירותים בבית. השתתפות זו היתה מותנית בשתי דרישות: ביצוע ליווי מחקרי לתוכנית והוצאת חוברת הנחיה שתשמש כחומר עזר למעוניינים להקים שירות במתכונת דומה.

הדווח הנוכחי כולל שני חלקים. החלק הראשון מוקדש להצגת ממצאי הליווי המחקרי שבוצע על ידי מינהל המחקר והתכנון במוסד לכיטוח לאומי והחלק השני, שנכתב על ידי צוות מלב"ב, מציג בפירוט את התוכנית ומביא דוגמאות להתערבויות בקרב הקשישים ובני משפחותיהם.

שני חלקי הדו"ח משלימים בדרך כלל זה את זה, וגם כאשר יש פרקים העוסקים בנושאים זהים (כמו פירוט מטרות התוכנית או רקע תאורטי) ההדגשים הם שונים.

רקע לפיתוח השירות

המועדונים הפסיכוגריאטריים של מלב"ב, מרכזי טיפול לקשישים דמנטיים, פועלים בירושלים משנת 1980. בשנים 1984/5 בוצע ליווי מחקרי אשר עסק בהערכת פעילות המועדונים. הממצאים וההתרשמויות מהמחקר הצביע על חשיבות שירות זה לקשישים המבקרים בהם ולבני משפחותיהם. בדווח המסכם צויינינו מספר נקודות אשר דרשו התייחסות מצד המפעילים. הנקודות נגעו לצורך בפיתוח כלי איבחון להערכת מוגבלות של המופנים למועדון לשם קביעת תוכנית טיפול מתאימה, שיטות ההתערבות, קביעת גורם אחד המופקד על שמירת הקשר עם הקשיש וביצוע מעקב שוטף, ולבסוף צויין שלמרות שביעות הרצון הגבוהה של בני המשפחה מהמועדונים, הודגש צורך של בני המשפחה בקבלת ידע, הדרכה ויעוץ בנושאים הקשורים למצבו של הקשיש ולטיפול היומיומי בו. לצוות העובדים במועדוני מלב"ב, התכרר שבנוסף לצרכים של המטפלים העיקריים בבית, עובדים רבים בקהילה (מטפלות, אחיות, עובדים סוציאליים) מתקשים לטפל באוכלוסייה יחודית זו, או שאין בידם הכלים המקצועיים להדריך את בני המשפחה בבעיות המתעוררות על רקע הירידה השכלית. מלבד שתי קבוצות יעד אלה, זוהתה, קבוצת היעד שלישית והיא קשישים הסובלים מירידה מנטלית אולם אינם מסוגלים להמשיך לבקר במועדונים, או לא הגיעו לשם מהסיבות הבאות:

- א. בעיות לוגיסטיות כגון: מדרגות רכות, העדר עזרה בבית בהכנת הקשיש לצאת וכו';
- ב. אי יכולת לשלוט על הסוגרים;
- ג. אי יכולת להשתלב מבחינה חברתית;
- ד. קשישים בשלבים ראשונים של מחלה, ואשר עדיין אינם מתאימים למרכז.

זיהוי הצרכים ואוכלוסיית היעד הביאו לגיבוש ההצעה שבמרכזה פיתוח שירותים גריתיים לקשישים דמנטיים שאינם יכולים להגיע למועדון מלב"ב, ומתן תמיכה ומידע למטפלים השונים (בני משפחה ומטפלים סיעודיים בתשלום ועובדים מקצועיים).

מטרות, כח אדם, ושיטות התערבות

המטרה הכללית של התוכנית היא שיפור באיכות החיים של הקשיש ושל המטפלים, המטרות הספציפיות הן:

1. מניעת הדרדרות במצב השכלי-תפקודי של הקשיש.
2. הדרכה מעשית למטפלים בקשיש, בתחומי תפקוד והתארגנות יומיומית בבית.
3. תמיכה מקצועית במטפל העיקרי בהתמודדות עם נטל הטיפול (נפשי ומעשי).
4. פיתוח שיטות עבודה, ידע וכלים בנושא של טיפול באוכלוסייה הדמנטית.

פעילות השירות מקיפה מספר תחומים והם:

- הפעלה קוגניטיבית
- הדרכה ויעוץ
- תמיכה נפשית
- הכשרת כח אדם

חשוב להדגיש שהשירות אינו מיועד לתת מענה מלא לצרכים הטיפוליים הסיעודיים ואיננו בא במקומם. בשל המגוון הרחב של המטלות, צוות המשך טיפול בנוי מצוות רב מקצועי הכולל: אחות, עובדת סוציאלית, מרפאה בעיסוק, ומטפלים מיוחדים להפעלה קוגניטיבית.

הפרק הבא מציג סקירה ספרותית בנושא העומס והלחץ על בני המשפחה המטפלים בקשיש המוגבל והצגת תוכניות ההתערבות להקלת העומס. דיון בתוכניות אלה מהווה מסגרת התייחסות להצגת תוכנית המשך טיפול של מלב"ב, ולליווי המחקרי המוצג בהמשך הדו"ח.

סקירת ספרות

אחד הנושאים הנחקרים בספרות המקצועית בתחום של הטיפול באדם המוגבל (בכל גיל) הוא התופעה הקשה של העומס, הנטל (stress), הלחץ הנפשי והפיזי המוטל על בני המשפחה המטפלים בקרוב הנכה.

המחקרים בנושא זה נחלקים לכמה סוגים: מחקרי מקרו העוסקים בהיבט התאורטי יותר כגון הבנה ותיאור התופעה, בניית מודלים פסיכולוגיים או סוציולוגיים לשם סווג הסימפטומים, הסבר ההבדלים האישיים, ניתוח דפוסי ההתמודדות וכו'. סוג אחר של מחקרים עוסק בתאור ניתוח והערכה של תוכניות התערבות ספציפיות המתבססות במידה זו או אחרת על המודלים התאורטיים, ושמטרתן לבחון דרכים ופתרונות להקל על העומס ולשפר צורות התמודדות של המטפלים.

הטענה הכסיסית בספרות היא (Toseland, 1989), שמתן טיפול לאדם המוגבל גורם ללחץ (stress) אצל המטפל בשל דרישות המצב הטיפולי, המרוקנות את המטפל העיקרי ממשאבים פנימיים וכוחות נפשיים ופיזיים.

מצב זה גובה את מחירו בצורות שונות. בספרות מדווח על שכיחות גבוהה של תגובות דכאוניות, תרדות, קונפליקטים במשפחה, רגשי אשמה וכו' בקרב המטפלים העיקריים (Gallagher, 1985).

ביטויי מצוקה אלו יכולים להיות פסיכולוגיים, פיסיים, חברתיים וכלכליים, כאשר התחושה והתפיסה של העומס הן סוביקטיביות.

אולם גם אם התחושות הן סוביקטיביות, מתעוררות מספר שאלות בסיסיות סביבן כגון: מה גורם לעומס? מה הם המצבים הגורמים יותר לעומס מאחרים והאם יש מטפלים שנוטים להרגיש את הלחץ יותר מאחרים?

תשובות לשאלות אלה עשויות לעזור בתכנון ההתערבויות המתאימות לאלה הנמצאים בסיכון יתר להרגיש בלחץ.

נמצא (Brodaty, 1990) שחומרת הפגיעה הקוגניטיבית ומשך הזמן שהקשיש סובל מירידה זו לא נמצאו קשורים באופן חד משמעי למצוקה הפסיכולוגית של המטפל. לעומת זה איפיונים של הקשיש כמו אפאטיה, חוסר שליטה על הסוגרים, חוסר ניידות, בעיות בתקשורת, בעיות בשינה ותובענות מתמדת, תורמים לתחושת העומס. מחקר מצביע גם על כך שנשים סובלות יותר מעומס מאשר גברים ובני זוג יותר מילדים. קבוצה רגישה אחרת היא מטפלים המוגבלים בעצמם או מנותקים מבחינה

חברתית. כצפוי, תחושת העומס גבוהה יותר בקרב קרובי משפחה מדרגה ראשונה וכאשר יש יותר מחוייבות ריגשית.

קבוצת משתנים אחרת, התורמת להבדלים בין המטפלים היא באופן התגובה לארועים השונים. מתברר שלסגנון התמודדות והגדרת מצב סוביקטיבי יש השלכות משמעותיות על תחושת העומס. נמצא שנטיה לפאסיביות, חשיבה מאגית או נטיה לפנטזיות (יהיה בסדר) קשורה לעליה בתחושת הלחץ. לעומת זה נטיה לפתרון בעיות, ניסיון לפתח רשת תמיכה חברתית או לשתף אתרים, נמצאו קשורים להתמודדות חיובית.

מעניין לציין שתמיכה לא פורמלית קשורה להפחתה בהרגשת הלחץ ולא כך תמיכה פורמלית. תמיכה פורמלית נמצאה קשורה יותר לדפוס מיסוד.

במחקרו משרטט ברודטי (1990) את המטפלת הטיפוסית הסובלת מעומס ונמצאת תחת לחץ. "היא מתגוררת עם בעלה הזמנטי, היושב כד"כ אפאטי מלבד כרגעים שבהם הוא דורש ומפריע. אם היו להם בעבר יחסים קרובים, הרי כל תחושת ה"ביחד" נעלמה. היא פאסיבית נוטה לדמיין שימצא פתרון מידי ותרופה למצב ומאשימה את עצמה בחוסר יכולת להתמודד עם הקשיים".

סוג אחר של מחקרים עסקו בשאלון כגון: האם יש שיטות התמודדות להפחית מהעומס? האם ניתן ללמד את המטפלים שיטות ולהקנות כישורים להפחית מהלחץ? האם ניתן להראות שתוכניות אלה אפקטיביות ומשפרות את איכות החיים של המטפלים והקשישים בטיפולם? האם ההתערבות יכולה למנוע מיסוד או הוצאות ציבוריות יקרות?

יש להדגיש שתוכניות ההתערבות עבור מטפלים בקשישים מוגבלים מתבססים על מודלים כללים שפותחו סביב נושא ה-stress, במשפחות המטפלות בילד נכה. מודלים אלה מבחינים בכמה מרכיבים.

1. גורמי הלחץ לעומס;
2. המשאבים והמקורות שיש למטפל להתמודד עם גורמי הלחץ;
3. האופן והצורה שבה המטפל או המשפחה תופסים ומעריכים את גורמי הלחץ;
4. התוצאה של הארוע כמונחים של משבר או התמודדות והסתגלות למשבר.

המודלים שהתפתחו מדגם יסודי זה, מנסים למפות ולזהות את המשתנים שקשורים להסתגלות חיובית ושילית (Singer and Irvin, 1989) וזאת על מנת לבנות תוכניות התערבות שיעזרו להסתגלות חיובית. הסתגלות חיובית על פי מחקרים אלה מובילה לשיפור באיכות החיים ולתחושת שליטה גדולה יותר על הארועים המלחיצים.

גלהר (1985) המציגה את המודלים ותוכניות ההתערבות המיועדים לעזור למטפלים בקשישים להתמודד עם העומס מביאה את המודל של כוהן, קנדי ואיסדורפר (1984).

לפי המודל, ההסתגלות של בני המשפחה לירידה במצב הקשיש הסובל מאלצהיימר, מאופיינת משלבים, כאשר השלב שלפני האבחנה היא של דאגה, ואחרי האבחנה כולטת ההכחשה ואח"כ מתעוררים רגשות של כעס, רגשי אשמה ועצב. בכל שלב יש ניסיון להתמודד עם הרגשות והמצב. בשלב הטרימינלי יש מידה של "בגרות" מצד המטפל והכרה בכך שהחולה השתנה ללא הכר ולא יהיה עוד אותו האדם.

מודל זה של שלבים, שימש בסיס לפיתוח התערבויות בהתאם לשלבים השונים. פיתוח כזה אפשרי כאשר התפתחות המחלה צפויה פחות או יותר. המודל ישים פחות כאשר המחלה מורכבת והתהליכים אינם מובחנים ומדורגים.

גלהר (1985) מבחינה בארבעה סוגי התערבויות, או תוכניות המיועדות למטפל בקשיש המוגבל.

- התערבויות שנועדו להגדיל את הידע של המטפל ואת ההשתייכות החברתית שלו. התערבויות מסוג זה כוללות בד"כ סדרת הרצאות, קבוצות דיון, קבוצות תמיכה או שילוב ביניהן.

- תוכניות הכוללות מתן שירותים בפועל כמו מרכזי-יום וטיפול סיעודי לקשיש או מנוחה למטפל העיקרי. תוכניות אלה מתבססות על ההנחה ששחרור המטפל העיקרי מחלק מחובות היומיום יביא להקטנת העומס וישפר את יכולתו לתפקד כמטפל.

- תוכניות פסיכוטראפויטיות - התערבות ברמה אישית, משפחתית או קבוצתית, לשם התחלקות עם האחרים, תמיכה יעוץ וכו'. התוכניות נועדו לעזור למטפל להתמודד עם בעיות ספציפיות, ולעיתים מטרתן להקנות טכניקות התמודדות התנהגותיות או קוגניטיביות לפתרון בעיות.

- קבוצות לעזרה עצמית, המתמקדות במתן מידע תמיכה והפניה לשירותים המתאימים.

כדוגמא לסוג ההתערבות הראשון, ניתן להזכיר ניסיון להדרכת בני משפחה המטפלים בקשישים מוגבלים בכיתם (מורגנשטיין ואחרים, 1985). תוכנית זו במימון המוסד לביטוח לאומי ואש"ל היתה ניסיון מבוקר להפגיש בני משפחה להרצאות וקבוצות דיון. תוכנית זו תועדה, הוערכה מכחינה מחקרית וסרט וידאו הופק במיוחד לשימוש אנשי מקצוע במקומות שונים בארץ.

יש לציין שכמאמרים מסכמים ומעריכים התערבויות מסוג זה (Brodsky, 1990; Clark, 1983; Toseland, 1989) הטענה היא שהתערבויות אלה לא הראו תוצאות ברורות וחד משמעיות. אמנם הערכה הכללית של המשתתפים היתה חיובית ביותר, אולם התרומה היתה בד"כ לטווח קצר בלבד.

מספר מחקרים הראו על נטייה למניעת מיסוד, שיפור ביצוע ובשיטות ההתמודדות ובעיקר קבלת תמיכה נפשית, הזדמנות להשתחרר מהלחץ ולהיות פנוי יותר מאחריות מתמדת.

בדיקת התרומות של התוכנית בארץ (מורגנשטיין, 1985) מורה שהתרומה עם סיום התוכנית היתה גבוהה באספקטים הריגשיים ואילו התרומה המעשית כלטה יותר בשלב המעקב שהתבצע כתצי שנה לאחר סיום הקורס.

בספרות הרלוונטית מודגש שרוב הערכות המחקריות של תוכניות ההתערבות לוקות בחולשות מתודולוגיות וסטטיסטיות, כגון: העדר קבוצת ביקורת, מספר נמוך של משתתפים או יתר הטרוגניות בסוג המשתתפים. אין כחירה מקרית של קבוצת ניסוי ולקבוצת ביקורת, מעקב קצר מועד בלבד, השפעת המדידה עצמה על התוצאות או מדידות של התערבות והערכה ביחד ולבסוף קושי להעריך את תרומת ההתערבות מאחר שבמקרים רבים מצב הקשיש הוא חמור ביותר, וקשה לשפר.

קלרק (1983), ניסה לזהות את כל התפקידים שבני המשפחה מבצעים כמטפלים וגורמים להרגשת עומס. התברר שקשיים רבים מתעוררים בתחום של ארגון זמן, קשרי גומלין עם שירות בריאות ובעצם מתן הטיפול הפיסי.

מבדיקת תוכניות ההתערבות נמצא שלקשיים אלה אין כדרך כלל מענה בתוכניות השונות ולכן המלצתו היא להדגיש בתוכניות השונות היבטים כמו אירגון זמן יעיל יותר, שיתוף בני משפחה, חלוקת תפקידים ופיתוח כישורים לשיפור קשר יעיל יותר עם גורמי הכריאות.

על בסיס הידע מהמחקרים השונים ממליץ קלרק (1983) לקחת בחשבון שינויים
ושלבים שחלים במצב החולה ובמצב המטפלים, לחפש את ההתאמה הטובה ביותר, בין
מאפייני התוכנית ומאפייני המשתתף. להערכתו מחקרים שיתמקדו בתחומים אלה
עשויים להגדיל את התרומה של התוכניות למטפלים ולקשישים שבטיפולם לטווח קצר
וארוך.

הערכה מחקרית

מטרות ותחומי הערכה

תוכנית המשך טיפול של מלב"ב היא תוכנית מורכבת וכוללנית מכחינת ההיבטים הבאים: הגדרה מורחבת של אוכלוסיית היעד (קשישים, בני המשפחה, מטפלים בשכר, עובדי מקצוע בקהילה), סוגי התערבויות מגוונים (גרייטי, תמיכתי, יעוצי, חינוכי), שילוב של צוות רב מקצועי (פארה רפואי, סוציאלי, תעסוקתי).

בשל מורכבות זו, יש חשיבות רבה בלימוד ותאור מרכיבי התוכנית. תוכנית מסוג זה מעלה שאלות עקרוניות, כגון: מה ייחודה של תוכנית זו, או מה תרומתה לאוכלוסיית היעד בהשוואה לשירותים אחרים? באילו תחומים היא תורמת? האם כתוצאה מההתערבות חל שיפור באיכות חיי הקשישים ובני משפחתם? האם בשל ההתערבות ניתן להצביע על שינויים ביכולת ההתמודדות של המטפלים הישירים עם העומס והלחץ הכרוך בטיפול? האם המטפלים למדו או רכשו שיטות, אמצעים, מושגים חדשים על מנת להתמודד טוב יותר עם התפקיד?

תשובות אמינות לשאלות אלה מחייבות מערך מחקר מבוקר, הכולל קבוצת ביקורת ברת השוואה והשמה מקרית של קשישים ובני משפחתם לקבוצת ניסוי וביקורת. כמו במחקרי הערכה עליהם דווח בסקירה הספרותית, לא היתה גם כאן אפשרות מעשית לדחות מתן שירותים לחלק מהקשישים שפנו לשירות על מנת ליצור קבוצת ביקורת.

בנוסף לכך התברר שקשה מאוד להגדיר כתוכנית מסוג זה יעדים לשיפור או לשינוי, בשל מצבם הירוד של הקשישים ובני משפחותיהם.

יש גם לזכור שמדובר בתוכניות התערבות ספציפיות, שכללו יעדים והתערבויות מותאמות לצרכי הפרט, שנמשכו על פני טווח של פגישה אחת בלבד עד מפגשים שנמשכו שנתיים.

בשל מגבלות אלה הוחלט להתמקד בהערכה תאורית של התוכנית, שתוצאותיה יעזרו להשגת היעדים הבאים:

- להיות מקור מידע אודות התוכנית, שישלים את חוברת ההנחיות של אירגון מלב"ב (ראה חלק ב') ויעזור לפיתוח תוכניות דומות במקומות אחרים.

- לעזור בזיהוי תחומי פעילות והתערבות שנמצאו תורמים לקשישים ולכני משפחתם ובכך להגדיל את ההלימה שבין צרכי המשתמשים לשיטות ההתערבות,

וזאת באמצעות הצגת התפיסות והערכות של "הקליינטים" ואנשי הצוות בנושאים של "הצלחה" והמלצות לשיפורים.

- כלי עזר לבניית קריטריונים לקבלה לתוכנית על ידי זיהוי איפיוני המתקבלים לתוכנית, לעומת אלה שלא התקבלו.
- תאור אוכלוסיית הפונים והמטפלים העיקריים מכחינת משתנים דמוגרפיים, רמות מוגבלות, קשיים בטיפול של המטפלים ודרכי ההתמודדות עם המצב.
- תאור הגורמים המפנים, סיבות הפניה, ציפיות משירות מלב"ב, שירותים אחרים הניתנים לקשיש ולמשפחתו.
- תאור ההחלטה הטיפולית, הסיבות לקבלה או אי קבלה לשירות, תאור תוכנית ההתערבות.
- תאור התוצאות התורמות לאוכלוסיית היעד, הערכת הצלחת התוכנית לקשיש ולמשפחתו, פירוט המלצות ושיפורים לעתיד.

מערך המחקר - שיטה, כלים ואוכלוסייה

על מנת לקבל את המידע כתחומים שפורטו לעיל, הוחלט להשתמש בשני מקורות מידע עיקריים:

א. עובדים בצוות מלב"ב שהיו בקשר עם הקשיש ומשפחתו. אוכלוסיית המחקר בחלק זה כללה את הקשישים שהופנו לשירות בתקופת המחקר והמטפלים הראשיים שלהם. המידע לגבי כל הקשישים ולגבי בני משפחה, נאסף באמצעות שאלון מקיף, סגור בחלקו, שאותו מילא צוות מלב"ב. במילוי השאלון התבסס הצוות על תצפיות, הערכה ובעיקר ראיון המטפל הראשי.

השאלון כלל שני חלקים עיקריים:

1. מידע על הקשיש;
2. מידע על המטפל הראשי;

השאלות לגבי הקשישים התייחסו לשלבים הבאים:

- מידע על שלב הפניה ומידע ראשוני על הקשיש כולל נתונים דמוגרפיים, הערכה תיפקודית וזיהוי צרכים לשם קבלת החלטה טיפולית;
 - מידע על שלב החלטת הצוות ותאור תוכנית ההתערבות, לגבי קשישים שהוחלט לקבלם לתוכנית;
 - מידע מסכם עם סיום ההתערבות, סיום המחקר, פטירת הקשיש או מעבר למוסד. המידע בשלב זה כלל פרוט התוכנית שבוצעה והערכת התוכנית לקשיש.
- השאלות לגבי המטפלים הראשיים התייחסו למשתנים דמוגרפיים, מערך תמיכה, קשיים בטיפול, תפיסות והתמודדות עם המצב והערכת התרומות למטפל העיקרי.
- ב. בן משפחה שזוהה כמטפל ראשי בקשיש. זיהוי המטפל הראשי נעשה על ידי צוות מלב"ב. המטפל הוגדר כמי שלקח על עצמו את האחריות לטיפול האישי בקשיש או לאירגון הטיפול בו. על מנת לקבל מידע מפורט יותר על ההשפעה של תוכנית ההתערבות על הקשישים ובני משפחותיהם הוחלט לראיין את המטפלים העיקריים בקשישים שהתקבלו לתוכנית.
- המטרה בראיון זה הייתה לקבל בצורה ישירה, את תגובות המטפלים הראשיים. הראיון בוצע על ידי מראיינים חיצוניים (לא מלב"ב) כאמצעות שאלות פתוחות שהתייחסו למצב הקשיש, מצבם כמטפלים ובעיקר איסוף מידע לגבי הערכת התוכנית והמלצות לשינויים.
- הנתונים במחקר זה נאספו אם כן בשתי שכבות - בסיס ומעקב. נתוני הבסיס נאספו על ידי הצוות לגבי כל המופנים והמידע המתייחס לכל התהליך, החל משלב הפניה ועד שלב הסיום הטבעי (סיום ההתערבות, מוות, פטירה) או סיום המחקר (כחצי שנה לאחר הפניה).
- המידע בשלב הבסיס התקבל משילוב אמצעים כמו תצפיות, הערכה מקצועית וראיון על פי שאלות מובנות ופתוחות.
- יש לציין שהמידע בשאלון הבסיס משקף לעיתים את דעת הצוות כולו ולעיתים את דעת העובד שהיה בקשר קרוב עם המשפחה.
- שלב המעקב מתייחס רק לחלק מהאוכלוסייה (מתקבלים לתכנית בלבד). הנתונים נאספו כאמצעות כלי אחיד (שאלון) שהועבר ע"י שני מראיינים שקבלו הדרכה

והכשרה לכך ולא היו מעורבים בתהליך הטיפול.

למרות שהנתונים נאספו ממקורות מידע שונים כל כך, שולבו כשני השאלונים מספר שאלות סגורות וזהות, שבאמצעותן ניתן לזהות את השינויים שחלו משלב הבסיס לשלב המעקב ולהציג את נקודות המבט של הצוות והמטפלים הראשיים.

ביצוע המחקר

לצורך ביצוע המחקר הוחלט לעקוב אחר פונים חדשים לשרות בלבד. הניסיון הראה שלשירות מופנים בממוצע בין 5 ל-10 קשישים בחודש, ולכן על מנת להגיע לאוכלוסייה של 50 מופנים לפחות, הוחלט שאיסוף הנתונים ימשך עד שאוכלוסיית המחקר תגיע לפחות ל-50 מופנים חדשים.

מינואר 1992 עד אוגוסט 1992, מולאו על ידי הצוות שאלונים לגבי 56 מופנים חדשים.

במרץ 1993, כחצי שנה לאחר סיום איסוף הנתונים הבסיסי נערכו ראיונות עם בני המשפחה של הקשישים שלגביהם היתה החלטה לקבלם לשירות. מתוך 36 קשישים שהתקבלו לתוכנית, נערכו ראיונות עם 30 בני משפחה, והיתר לא שיתפו פעולה או לא היתה אפשרות להשיגם.

מ מ צ א י ם

פניות, סיבות וציפיות

בתקופה שבין ינואר 1992 לאוגוסט 1992, התקבלו במשרדי מלב"ב 56 פניות חדשות, בין 5 ל-9 פניות חדשות בחודש. מאחר ותוכנית של המשך טיפול החלה לפעול ב-1990, היה ענין לבחון מי הם מקורות ההפניה העיקריים. התברר ש-36% מכל ההפניות היו מאחיות ורופאי קופ"ת. מקור ההפניה השני בחשיבותו (22%) היו עובדים סוציאליים כלשכות הרווחה. ב-20% מהמקרים ההפניות היו ממרכזי יום ומועדוני מלב"ב ואירגונים וולונטריים וב-9% רופאים גריאטריים ובתי חולים. רק כ-10% מהפניות היו של אנשים פרטיים כגון בני משפחה, שכנים מודאגים וכו'.

מענין לציין שכאשר בני המשפחה של המתקבלים לתוכנית רואינו בשלב המעקב (30 בני משפחה), שליש מתוכם ציינו שהגורם שהפנה אותם לשירות היו רופאים גריאטריים מומחים, ואותו השיעור ציינו שגורמים לא פורמליים סיפרו להם על השירות כמו בני משפחה אחרים, חברים או שכנים. בשיעור נמוך יותר הזכירו את קופ"ת או את לשכות הרווחה. לדיווח זה לא נמצא אישור ברישומי מלב"ב. על מנת להבין סתירה זו יש לקחת בחשבון שפניה למלב"ב מהווה במקרים רבים כתובת אחת מיני רבות אליה פונים בני משפחה בחיפוש עזרה. בראיון בני המשפחה התברר ששני שליש מהם פנו לרופאים מומחים בגריאטריה בנוסף לפניה לרופאי המשפחה. כרבע פנו לעובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק או מרפאים בדיבור. מספר קטן של בני משפחה פנו גם לפסיכולוגים או לפסיכיאטרים. רובם פנו ליותר מאשר לגורם אחד. הפניות למלב"ב היו בדרך כלל לשם איבחון, חוות דעת לתוכנית טיפול או טיפול בבעיות רפואיות. רק בשליש מהמקרים הפניות היו לצורך קבלת עזרה ושירותים.

הממצאים מכהירים שלעיתים קרובות המטפלים העיקריים מתקשים לזהות גורם יחיד וברור שהיפנה אותם לשירות, ובתהליך המורכב של חיפוש אחר עזרה בולט שלרופאים (מומחים בקופ"ת ובבתי חולים) יש תפקיד חשוב בהפניה לשירות המתאים, מאחר ובני המשפחה פונים אליהם לעיתים קרובות למציאת תוכנית טיפול כוללנית.

הסיבות של המפנה או הפונה לשירות (בהתאם לנתונים שהתקבלו בפניה) היו כדלקמן: 60% הזכירו חיפוש מסגרת או חיפוש תוכנית (חלק מהמפנים הזכירו מספר

סיבות) טיפול לקשיש עצמו, כשליש ציינו שהפניה היתה לשם קבלת הערכה ואיבחון מצב הקשיש, בשיעור זה מצב המטפל העיקרי הוזכר כסיבה לפניה (לשם יעוץ תמיכה, הדרכה), וכ-6% הפניה לשירות היתה לשם עזרה בסידור מוסדי.

בראיון המטפלים העיקריים 47% אמרו שחיפוש מסגרת ותוכנית טיפול לקשיש הניע אותם לפנות למלב"כ, אותו שיעור ציינו שמצבו הקשה או החמרה במצב הקשיש גרם להם לנסות גם את שירותי מלב"כ, פחות מרבע מהמטפלים ציינו את הצרכים שלהם כמו הצורך בידע, בהכוונה או בתמיכה כסיבה לפניה למלב"כ.

בחירת האוכלוסיה לתוכנית

ההחלטה לגבי קבלה או זחיה של אדם לתוכנית, התקבלה בצוות הרב מקצועי, לאחר ביצוע שלב האינטק, שבו נפגש הצוות עם הקשיש, בני משפחתו ובעת הצורך עם עובדים מקצועיים אחרים. בשלב זה נאסף מידע כללי, בוצעה הערכה תפקודית וקוגניטיבית וזוהו הצרכים והקשיים של המטפלים העיקריים. מתוך 56 הפניות, 40 קשישים (71%) נמצאו מתאימים לתוכנית. מתוך ה-40 שנמצאו מתאימים, בשני מקרים המשפחה לא שיתפה פעולה עם הצוות ובשלושה נוספים המשפחה החליטה לבחור במוסד במקום המשך טיפול בקהילה. יחד עם זאת הצוות קבע שבשני מקרים נוספים שנמצאו לא מתאימים, תהיה התערבות טיפולית. ההחלטה לגבי אי התאמה לתוכנית נבעה מהערכת הצוות שהמופנה לא סובל מירידה קוגניטיבית, (7 קשישים), והבעיות שלו קשורות כד"כ למצב נפשי או חברתי. קשישים אלה הופנו למסגרות אחרות כגון מרכזי יום מועדונים או מתנסים. ניתן לציין אם כן שהרוב המכריע של ההפניות התאימו לקריטריונים של הצוות, מלבד הפניות מקופ"ח, ששליש מהמופנים לא התאימו.

מאפייני המופנים והמתקבלים לתוכנית

בהצגת הנתונים בפרק זה יושם דגש מיוחד על מאפייני המתקבלים לתוכנית, בהשוואה לכלל המופנים, וזאת מתוך כוונה לזהות את פרופיל המתקבלים לתוכנית מבחינת תפקוד פיזי וקוגניטיבי.

לוח מס. 1 - מופנים ומתקבלים לתוכנית, לפי מין

מתקבלים*	מופנים	
30	56	סה"כ מספרים
100	100	סה"כ אחוזים
56	66	זכר
44	34	נקבה

* יש לשים לב שחדיון בפרק מתייחס לקשישים שהמטפל העיקרי שלהם רואין בשלכ המעקב, ולא כל אלה שהתאימו לתוכנית ונשרו או שהמטפל לא רואיין.

אוכלוסית המופנים והמתקבלים לתוכנית מורכבת משיעור גבוה יותר של גברים מנשים, למרות שבאוכלוסית הקשישים בארץ (מגיל 65 ויותר) הנשים מהוות רוב (55%). פער זה ניתן להסביר בהנדלים כדפוסית תמותה, מגורים ומיסוד בין נשים וגברים. כך לדוגמא בין הגברים המופנים לתוכנית 60% התגוררו עם בת הזוג לעומת פחות משליש בין הנשים. כרבע מהמופנים התגוררו לבד, קבוצה זו היתה מורכבת בעיקר מקשישים שלא התאימו לתוכנית ויש להניח שאחד הסיבות להפניתם היה בחיפוש אחר מסגרת טיפולית.

75% מהמופנים לשירות הם בני 80 ויותר, ואילו בקרב אוכלוסית הקשישים בארץ קבוצת גיל זו מהווה רק כ-15%.

כמחצית מהמופנים עלו לארץ עד 1948, בד"כ ממזרח אירופה. 27% עלו מארצות אסיה ואפריקה והיתר הם ילידי הארץ.

מצב רפואי ותפקודי

זיהוי מצבו הרפואי ורמת תפקודו של הקשיש חשובים לקביעת ההחלטה הטיפולית של הצוות ותוכנית ההתערבות.

אבחנה רפואית התקבלה לגבי שני שלישי מהמופנים בלבד. מתוכם, לגבי כמעט מחצית צוינה ירידה כללית בתפקד השכלי, רבע אובחנו כסובלים מאלצהיימר, ושיעור דומה עברו ארוע מוחי.

רוב רובם של המופנים (87%) סובלים מבעיות רפואיות נוספות. כ-20% נעזרים בהליכון, חצובה או מקל ו-6% ניידים בעזרת כיסא גלגלים.

לגבי רבע מהמופנים צוין שהם מאושפזים לעיתים תכופות. מלבד מגבלה קשה בנידות, המקיפה כשליש מהמופנים, אותו שיעור מתקשים בהלבשה ושני שלישי זקוקים לעזרה רבה ברחצה. התחומים שבהם רוב רובם של המופנים נזקקים לעזרה רבה הם תחומי IADL (הכנת ארוחות, חימום אוכל, ניקיון הבית, כביסה קלה, קניות). ככל התחומים האלה בין 80% ל-90% מהקשישים זקוקים לעזרה פיסית רבה או להשגחה מתמדת והכוונה.

מאחר והבעיות העיקריות בגללן הקשישים התקבלו לתוכנית, הן בתחום של התפקוד הקוגניטיבי (זכרון, הבנה, התמצאות, ושיפוט), התבקשו העובדים לברר בשלב האינטק (על ידי ראיון המטפל או בשלב הערכה) האם הקשיש סובל מסימפטומים אלה או לא.

הלוח הבא מציג את שיעור המופנים המתקבלים לתוכנית לגביהם צוין שהבעיה קיימת.

בבחינת נתוני הלוח יש לזכור שמדובר בנתונים גולמיים ביותר, שנועדו לתת תמונה כללית ביותר על היקף הבעיות הקוגניטיביות באוכלוסיה ולא כמדדים אמינים של התפקוד הקוגניטיבי.

לוח מס. 2 - קיום כעיות קוגניטיביות בקרב המופנים, הנדחים והמתקבלים
(אחוז)

מתקבלים	נדחים	סה"כ	הבעיה
*79	50	65	בזכרון לטווח ארוך
82	73	77	בזכרון לטווח קצר
55	50	53	בהתמצאות במקום
62	50	57	בהתמצאות לאנשים
41	52	44	בהתמצאות לזמן
52	57	54	בשיפוט לסכנה
28	29	28	בהתנהגות לא מתאימה בחברה
41	50	45	בשיתוף פעולה
38	48	42	'כנטיה למצב רוח רע, לבכי לדכאון
32	26	28	נטיה לתוקפנות פיסית
36	25	30	נטיה לתוקפנות מילולית
41	39	40	חרדה
28	26	27	חוסר שקט מוטורי
34	39	37	שינה לא סדירה
38	43	40	בעל מחשבות פארנואידיות

* הבדל מובהק $P < 0.05$

מהלוח ניתן לראות שהתחומים שבהם כמחצית ויותר מהקשישים סובלים מבעיות קוגניטיביות הן בזכרון (לטווח קצר וארוך) בהתמצאות (לאנשים ולמקום) ובשיפוט לסכנה.

מתברר שהתחום היתיד שבו שיעור הסובלים מסימפטום בקרב המתקבלים לתוכנית גבוה יותר הוא בזכרון לטווח ארוך (50% לעומת 79%), בתחומים האחרים השיעורים דומים.

יש להוסיף שכראיון עם המטפלים העיקריים לגבי הבעיות של הקשישים שבטיפולם, התקבלה התמונה הבאה.

לוח מס. 3 - קיום בעיות* בקרב הקשישים שהתקבלו לתוכנית (אחוז)

שיעור	בעיה
33	פאסיביות
93	בעיות בזכרון
63	אי תיפקוד
27	צורך בהשגחה
27	אי שיתוף פעולה
17	צורך במיסוד
17	אישיות קשה
10	פארנויה
7	מסכן את עצמו

* החשובות מתבססות על ניתוח תוכן של שאלה פתוחה. השיעור משקף את מספר המטפלים שהזכירו שהבעיה קיימת. מטפלים רבים הזכירו מספר בעיות.

מהנתונים מתברר שבעיות בזכרון ואי תפקוד כללי, הן הבעיות השכיחות ביותר, וכמעט שליש הזכירו אי שיתוף פעולה, הצורך בהשגחה ופאסיביות. בעיות בתחומים אלה צוינו בספרות (Brodaty, 1990) כסיבות עיקריות להרגשת העומס והלחץ של המטפלים.

תחום אחר שלפי הספרות מהווה מקור לקושי למטפל הוא הצורך להשאר בבית בשל הטיפול בקשיש. מתברר שכמעט מחצית (45%) מהמטפלים לא משאירים את הקשיש לבד בבית, ו-13% משאירים לתקופה קצרה מאוד (רק שעה, שעתיים).

לסיכום פרק זה ניתן לציין שאוכלוסיית המופנים להמשך טיפול במלב"ב מורכבת מקשישים השייכים לקבוצות הגיל הגבוהות ביותר. יותר ממתציתם גברים, המתגוררים עם בת הזוג, או עם ילדים. מתהליך האינטק הראשוני שאותו ערך צוות מלב"ב ומראיון המטפלים, התברר שרוב הקשישים (גם אלה שלא התקבלו) סובלים מירידה קוגניטיבית (לא תמיד ברור על איזה רקע) והתיפקוד הפיסי והמנטלי שלהם פגוע. חלק ניכר מהם זקוקים לעזרה רבה בכל הנוגע לתיפקוד היומיומי וטיפול האישי.

מהשוואה בין אלה שהתקבלו לתוכנית ואלה שנדחו¹, התברר שההבדלים בין שתי הקבוצות אינם רבים. בקרב אלה שנדחו שיעור הקשישים העצמאיים יותר בתיפקוד אישי (רתצת פנים וידיים) גבוה יותר באופן מובהק מאשר בקרב המתקבלים, ואילו בקרב המתקבלים יש שיעור גבוה יותר הסובלים מבעיות בזכרון לטווח ארוך. שלא כמצופה, לא נמצאו הבדלים במצב הרפואי ולא בצורך בהשגחה.

ביחס לבחינה של קריטריונים לקבלה ולדחיה, ממצא זה מעורר את השאלה האם יש לצוות המשך טיפול קריטריונים ברורים של קבלה או דחיה. האם ניתן להגדיר קריטריונים ברורים, והאם הגדרה זו יכולה לעזור בהפניה מתאימה של מקרים חדשים לשירות. יש לזכור שבכל תהליך של קבלת החלטה לגבי מתן שירותים יש סיכוי לטעות בכיוון של הכללת יתר או סינון יתר, והשאלה איזה מחיר מוכן השירות לשלם - של ביקורי סרק עודפים לצורך ביצוע האינטק או איתור חסר של מקרים שלא מתאימים לקריטריונים.

מטפלים ראשיים - משאבים, קשיים והתמודדות

בחלק זה יוצגו נתונים שלפי ממצאי הספרות המקצועית קשורים להתמודדות חיובית עם העומס והלחץ בטיפול. נתונים אלה יבהירו מי הם המטפלים, מה הקשיים שהם מרגישים בטיפול, על מי הם נשענים ובמי הם נעזרים בטיפול וכיצד הם מגיבים למצב. השאלה עליה ננסה לענות בהמשך היא האם משתנים אלה קשורים במידה זו או אחרת ל"הצלחת" ההתערבות של תוכנית המשך טיפול.

מתוך השאלון הבסיסי שהצוות מילא יש מידע על 47 מטפלים ראשיים.

45% מתוכם הם בני זוג (רוכן נשים כפי שראינו קודם) 30% הן בנות, 11% בנים. ביתר המקרים (14%) לא זוהה מטפל יחיד, אלא בן-זוג וילדים או מספר ילדים.

70% מהמטפלים התגוררו עם הקשיש באותה הדירה 23% נוספים באותה עיר, ורק ב-3 מקרים המטפל הראשי התגורר בעיר אחרת. רק רבע מהמטפלים עבדו בזמן איסוף הנתונים, רובם במשרה מלאה.

1. ההשוואה נעשתה בעזרת מבחן סטטיסטי חמותאס למדגמים קטנים (FISHERS-EXACT TEST), והפועל על עיקרון של CHISQUARE.

למחצית מהמטפלים (52%) עוזרים בטיפול בני משפחה אחרים. מעניין לציין שהעזר עזרה מבני משפחה נובע מכך שאין אחרים שיכולים לעזור (מתגוררים רחוק, נמצאים בחו"ל וכו') ובחלק מהמקרים חוסר העזרה נגרם בשל יחסים מתוחים בתוך המשפחה, או משום שהמטפל לא רוצה להכביד על הילדים או הנכדים.

נתון נוסף המאשר את העובדה שהטיפול מהווה מוקד למתח משפחתי הוא בכך שרק ב-31% מהמקרים נמצא שיש הסכמה בין בני המשפחה לגבי דרך הטיפול בקשיש. ביתר המקרים אין הסכמה כלל או שיש יחסים מעורערים בתוך המשפחה.

מקור מתח נוסף שיש למטפל הראשי היא מערכת היחסים בינו ובין הקשיש. מתברר שכמחצית מהמטפלים מדווחים על יחסים תקינים עם הקשיש והיתר הצביעו על מתח במערכת היחסים.

בשלב הפניה לשירות נאסף גם מידע לגבי היקף העזרה בטיפול אישי בבית או מחוץ לבית במימון גורמים פורמליים ובמימון עצמי. עזרה זו מהווה גם מקור תמיכה נוסף למטפל העיקרי.

לוח מס. 4 - מספר מופנים ומתקבלים לתוכנית המקבלים עזרה בטיפול אישי, לפי מקורות עזרה - (מספרים)

מקבלים עזרה		גורם מממן
מתקבלים לתוכנית**	מופנים*	
12***	21	חוק סיעוד
1	1	רווחה
2	3	קופ"ח
11	13	מימון פרטי (כולל מטפל זר)

* מחוץ 56 פונים. חלק מהקשישים מקבלים עזרה ממספר מקורות.

** מחוץ 30 מתקבלים

*** 5 קשישים מתוכם מקבלים שרותי טיפול באופן פרטי בנוסף למימון באמצעות ביטוח לאומי.

מהלוח מתברר שמקורות העזרה העיקריים לקשישים ולבני משפחתם הם שרותים כמימון חוק סיעוד ושרותי טיפול אישי במימון פרטי. יש לשים לב ששיעור ניכר מהמשפחות נעזרים במטפלים ומטפלות זרים (מפיליפינים, בורמה, פולין וכו').

אם מסכמים את מערך העזרה בתשלום (ציבורי או פרטי) בקרב הקשישים שחתקבלו לתוכנית מתברר של-3 קשישים אין כלל עזרה פורמלית, ל-16 קשישים יש עזרה מגורם אחד ול-11 יש עזרה משני גורמים או יותר.

לגבי אוכלוסיית המתקבלים מתברר גם של-7 מטפלים ראשיים אין עזרה מבני משפחה אחרים והיתר (כ-75%) מקבלים עזרה לא פורמלית.

משילוב בין שני מקורות עזרה אלה (פורמלי ולא פורמלי) מתברר שהמטפל העיקרי הוא בד"כ חלק (עיקרי) מרשת צפופה יותר של מטפלים.

בהינתן תמונה זו, נשאלת השאלה אילו תחומים מהווים תחומי קושי למטפלים הראשיים. נתונים לגבי שאלה זו נאספו על ידי הצוות בשלב האינטק. על מנת לבחון באיזו מידה הקשיים של המטפלים העיקריים קשורים למאפייני הקשישים, מוצגים קשיי המטפלים לפי סה"כ המופנים, נדחים ומתקבלים.

לוח מס. 5 - שיעור הקשיים של מטפלים עיקריים, לפי תחום וקבוצה

(אחוז)

מטפלים בקשיים		מטפלים בסך הכל המופנים	תחום קושי
מתקבלים	נדחים		
30	26	56	סה"כ (מספרים)
*83	63	74	קשיים פיזיים בטיפול בקשיש
52	63	57	קיום מתחים וסכסוכים עם בני משפחה
24	29	26	בכך שהקשיש לא מבטא הערכה כלפיו
30	33	31	בכך שהקשיש מתקיף ומאשים
*59	33	47	הבושה והמבוכה בשל מצב הקשיש
60	54	57	לעשות דברים לא נעימים עבור הקשיש
47	58	52	העדר זמן לבני משפחה אחרים
63	63	63	העדר זמן לניהול וטיפול במשק הבית
73	58	67	העדר זמן לחברים, תחביבים, לחופש
77	58	69	העדר זמן לטיפול עצמי
70	79	74	הצורך להשגיח, להיות נוכח
47	33	41	המעמסה הכספית
80	88	83	הדאגה והחרדה למצב הקשיש
*50	29	41	הירידה במצב הפיסי של המטפל עצמו
24	25	25	קושי לתפקד בעבודה - מאחר, מחסיר
14	9	12	קושי להמשיך לעבוד כאותו היקף משרה
10	4	8	קושי להמשיך לעבוד בכלל
45	48	46	קשיים לישון בלילה
70	76	76	אי הידיעה מה לעשות, כיצד להתנהג

* בתחומים אלה המימצאים מעידים על מגמה להבדלים משמעותיים, בין נדחים ומתקבלים, אם כי לא מובהקים מבחינה סטטיסטית.

מהלוח מתברר ששלושה רבעים ויותר מהמטפלים הראשיים מתקשים בתחומים הבאים:

- קשיים פיזיים בטיפול בקשיש
- הצורך להשגית, להיות נוכח
- הדאגה והחרדה למצב הקשיש
- אי הידיעה מה לעשות וכיצד להתנהג.

הקשיים בתחומים אלה משותפים לכלל המטפלים, כאשר התחום שבו קשה יותר למטפלים בקשישים שהתקבלו לתוכנית הוא בעצם הטיפול הפיזי (כדאי להזכיר שקשישים שהתקבלו לתוכנית נמצאו מוגבלים יותר ביכולת התפקוד הפיסית).

40% עד 67% מהמטפלים מציינים שהתחומים הבאים מהווים מקור קושי:

- קיום מתחים עם בני משפחה
- לעשות דברים לא נעימים עבור הקשיש
- העדר זמן לבני משפחה אחרים, לניהול משק הבית, לחופש, לחברים ולעצמם
- הבושה והמבוכה בשל מצב הקשיש
- המעמסה הכספית
- הירידה במצב הפיסי של המטפל העיקרי
- קשיים לישון בלילה.

כאן יש לציין שהבושה והמבוכה בשל מצב הקשיש והירידה הפיסית של המטפלים עצמם, מבדילה באופן ניכר בין מטפלים בקשישים שלא התקבלו לתוכנית לבין אלה שהתקבלו.

בתחומים האחרים שיעורי הקושי בשתי הקבוצות דומים. נתון זה מעיד על כך שגם המטפלים העיקריים בקשישים שנדחו נמצאים תחת עומס רב והשאלה היא איזו מסגרת מציעה להם עזרה? על שאלה זו אין מענה כמתקן זה.

התחום האחרון של הקשיים הוא בתעסוקה. הלות מבהיר שהטיפול בקשיש פוגע ביכולת המטפלים לתפקד בעבודה (25% מאחרים או מחסירים) עוד 12% מתקשים לעמוד באותו היקף משרה ו-8% מתקשים להמשיך ולעבוד בכלל. שיעור זה אמנם אינו גבוה, אולם הוא מקיף חלק ניכר מהמטפלים שעדיין עובדים.

לסיכום מתברר: שני התחומים שגורמים לעומס למטפלים הם מצב הקשיש ותחושת המתח והאחריות בטיפול. יש להוסיף שיותר ממחצית מהמטפלים נמצאים בתפקיד זה שנתיים ויותר.

השאלה היא כיצד המטפלים מגיבים לקשיים אלה, במישור הנפשי, הקוגניטיבי והריגשי. על מנת לזהות תגובות אלה, הוצגו בפני המטפלים, הקשישים שהתקבלו לתכנית סידרה של משפטים (מתורגמים ממחקר של G.A.Hinrichsen, 1992) המטפלים התבקשו לציין האם הם מגיבים כך ובאיזו תכיפות. הניסיון הוא לזהות דפוסי תגובה אקטיביים לעומת פאסיביים, ניסיון לשליטה על המצב לעומת קבלה והשלמה. ההנחה היא שתפיסה אקטיבית קשורה להתמודדות ולהפחתה בהרגשת העומס.

לוח מס. 6 - תגובות המטפלים למצב הטיפולי (אחוז)

לעיתים קרובות*	בכלל לא*	תגובה
8	46	האם מנסה ללמוד יותר על המצב
35	4	האם מדבר עם קרובי משפחה על הבעיות
30	22	האם מעסיק את עצמך שלא לחשוב על הבעיות
39	9	האם שומר את הכל בפנים, לא נותנת שירגישו
30	35	האם נמנע מלהיות עם אנשים
48	9	האם מקבל את המצב, אומר אין מה לעשות
4	60	האם מחפש אנשים, קבוצה עם בעיות דומות
15	30	האם כועס על כך שדווקא לך זה קרה
0	35	האם מנסה להקטין את המתח ע"י שינה/שתייה/אכילה
48	4	האם מרגיש עצוב, לא נהנה ממה שאתה עושה

* משקף רק את שיעור המטפלים שציינו שבכלל לא מגיבים כך וכאלה שציינו שמגיבים כך לעיתים קרובות. לגבי כל משפט המרואיין יכול לבחור בין בכלל לא מגיב כך, לעיתים רחוקות, לפעמים ולעיתים קרובות, בלוח מוצגים אם כן רק הערכים הקיצוניים ולא ההתפלגות כולה.

נתוני הלוח משקפים נטיה ליותר פאסיביות מאשר אקטיביות, כגון מעטים מנסים ללמוד יותר על המצב, או מחפשים אנשים עם בעיות דומות.

יש נטיה להשלמה (48%) או שומרים את הכל בפנים (39%), לא רוצים לחשוב על הבעיות.

התערבות טיפולית - תוכנית מול ביצוע

לאחר קבלת החלטה בדבר קבלה או דחית מופנים, התבקש הצוות לציין באילו תחומים יש להערכתם להתמקד בתוכנית ההתערבות, או מה הם מוקדי השינוי העיקריים באוכלוסיית היעד. התברר שבמחצית מההתערבויות נקבע שהמוקד הוא בצורך לידע את המשפחה בנושא שירותים נחוצים, ולגבי שיעור דומה נקבע שיש צורך לעבוד באופן פרטני עם הקשיש עצמו (הפעלה גרייתית). ברבע מהתוכניות נקבע שיש לידע את המשפחה גם בנושא המחלה והסימפטומים ולגבי אותו היקף נקבע שיש לעזור למשפחה להתמודד נפשית עם הטיפול והקשיש. רק ב-10% מתוכניות ההתערבות נקבע שהיעד הוא בתחום הכטיחותי, הארגוני של הבית והציוד.

בהתאם לדיווח הצוות כ-40% מההתערבויות הסתיימו תוך פחות מחודש. 17% נשאו אופי של הפניה לשירות אחר (מועדון) או הדרכה חד פעמית למטפל עיקרי בנושא התאמת אביזרי בטיחות בדירה וכו'. יתר ההתערבויות נמשכו חצי שנה ויותר ובמספר מקרים הקשר נפסק בשל פטירה, מעבר למוסד או אי שיתוף פעולה.

לוח מס. 7 - מרכיבי תוכנית טיפולית, לפי תיכנון, ביצוע ותרומה למטפלים
(אחוז)

מרכיבי התוכנית	תכנון*	ביצוע**	שיעור שציינו תרומה רבה***
- הדרכה אינסטרומנטלית למטפל בחיי היום-יום (כגון התאמת אמבטיה, כיריים וכו', אמצעי בטחון	31*	31**	29
- הדרכה התנהגותית למטפל (למשל כיצד להתנהג במצב של חוסר שיתוף פעולה, כיצד להגיב לשאלות תוזרות וכו')	44	32	33
- הדרכת משפחות בנושא של ירידה קוגניטיבית	38	25	66
- הפעלה גרייתית (מתן גירויים, הפעלה פיסית וכו') של הקשיש	57	50	42
- אירגון ועזרה בקבלת שירותים בקהילה (חוק סיעוד, נופשון, עזרה ביתית)	29	36	25
- עזרה בחיפוש סידור מוסדי למשפחות	67	46	13
- עזרה בהוצאת הקשיש למסגרת טיפול יומית (מועדון)	24	86	26
- עזרה במציאת מסגרת חברתית תומכת למטפל העיקרי (מועדון, מתנדבים וכו')	41	29	17
- התערבות כלל משפחתית (למשל שיתוף בני משפחה נוספים בטיפול, חלוקת אחריות)	60	36	20
- עזרה נפשית למטפל (תמיכה, מתן אפשרות לונטילציה, קבלת מצב וכו')	31	36	71
- יעוץ והדרכה למטפל בנושאי הגיינה, תרופות, תזונה	60	21	50
- הכוונה לקבלת אבחנה רפואית	7	4	-
- הדרכה למטפלות בבית (מידע והדרכה מעשית)	-	-	****
- הדרכה, יעוץ לעובדי מקצוע בקהילה	25	-	****

- * שיעור חקשישים לגביהם הוחלט שמרכיב זה יהיה בתוכנית התערבות. יש לזכור שלכל קשיש יש יותר ממרכיב אחד בתוכנית.
- ** שיעור המטפלים העיקריים שבראיון המעקב ציינו שקיבלו שירות זה, ללא קשר אם המרכיב נקבע בתוכנית.
- *** שיעור המטפלים העיקריים שציינו שמרכיב זה בתוכנית תרם להם מאוד, כאשר הסקלה בראיון היתה: המרכיב לא תרם כלל, תרם מעט ותרם הרבה.
- **** לגבי מרכיבים אלה לא ניתן היה לקבל מידע מחמטפלים.

התברר שחלק מהקשישים והמטפלים קיבלו שירות מסויים שלא הופיע כתוכנית המקורית ולהפך, חלק מהתוכנית לא בוצעה. יש להניח שהשינויים נקבעו במהלך ההתערבות, בשל צרכים שהתגלו, שינויים במצב וכו'.

מהתוכניות ניתן לראות שלחלק ניכר מהקשישים נקבעה הפעלה גרייתית (ב-57%) עזרה בסידור מוסדי (67%), התערבות משפחתית (60%) יעוץ והדרכה בנושא הגיינה (60%) והדרכה התנהגותית למטפל (44%).

בפועל מחצית מהמתקבלים לתוכנית קיבלו שירותי הפעלה קוגניטיבית (50%). לגבי רוב הקשישים (86%) היה ניסיון מצד צוות מלב"ב למצוא להם מסגרת לטיפול יומי וכמעט לגבי מחצית (46%) היה ניסיון לעזור בסידור מוסדי.

יש לציין שאם כי רק כשליש מהמטפלים ציינו שהם קיבלו עזרה נפשית, 71% מהם ציינו שזה תרם להם הרבה. 25% ציינו שקיבלו הסבר על המחלה ותהליך הירידה הקוגניטיבית 66% מתוכם הרגישו שהשירות תרם להם בכך הרבה מאוד. שיעור גבוה של מטפלים (50%) ציינו תרומה רבה כאשר קיבלו יעוץ והדרכה בנושא הגיינה, תרופות או תזונה.

הניסיונות של הצוות בתחומים של סידור מוסדי, הוצאת הקשיש למסגרת טיפול יומית לא תרמו למטפלים בצורה משמעותית (יתכן מאוד שמדובר במקרים שקשה מאוד למצוא להם פתרון מניח את הדעת).

הפרק הבא מוקדש בהרחבה לתאור התרומות והערכות של התוכנית לקשישים ולמטפלים העיקריים. ניתן לראות מהנתונים עד כה שהתרומה מורגשת יותר בתמיכה, ובהעברת הידע בתחומים הקשורים למצב הקשיש.

הערכת התוכנית

תרומות להתמודדות

פרק זה מוקדש לברור תרומתה והצלחתה של התוכנית לקשישים ולמטפלים העיקריים שלהם. בחינת היבטים אלה חשובה הן להערכה כוללת של התוכנית והן לזיהוי אותם מרכיבים בתוכנית שנמצאו קשורים להערכה חיובית יותר מהיבטים אחרים.

השאלה המהותית עליה המחקר מנסה לענות היא, מה היא בעצם התרומה או ההצלחה של התוכנית? מה הביטויים שלה? מה התוצאות? וכיצד זה עוזר?

הערכת התוכנית מוצגת בפרק משתי נקודות מבט והן:

- הערכת הצוות את התרומות וההצלחות של התוכנית לקשישים ולמטפלים.
- הערכת המטפלים העיקריים את התוכנית לעצמם ולקשישים שבטיפולם.

שתי נקודות המבט מוצגות בנפרד ותוך השוואה ביניהן.

בפרק הקודם אשר דן בתיכנון מול ביצוע, הוצגה התרומה של כל אחד ממרכיבי התוכנית כפי שהוערכה על ידי המטפלים הראשיים. מהנתונים הנ"ל מתברר שמטפלים העריכו מאוד התערבות שהיו בה מרכיבים של קבלת מידע על המחלה, יעוץ והדרכה בנושא אביזרי עזר ועזרה נפשית. חשוב לציין שהתערבויות מסוג זה ניתנו רק לחלק מהמטפלים ויתכן שיש מקום להרחיב בתחומים אלה לכל המטפלים גם אם הצרכים לא תמיד בולטים.

כאשר ויצוות התבקש להעריך את תרומת התוכנית למטפלים, בשכיחות גבוהה צוינו, תחומים של חברת השירותים בקהילה, הבנת הסיפטומים והמחלה ובתמיכה הנפשית (התחלקות באחריות, הרגשת הקלה שישנה כתובת לפניות וכו').

מכאן שניתן להצביע על הסכמה בין הצוות והמטפלים בכך שהעברת מידע ותמיכה נפשית תורמים להתמודדות טובה יותר עם הטיפול.

מאחר ויכולת ההתמודדות של המטפל עם הקשיים והלחצים בטיפול קריטית לעצם המשך טיפול בקשיש ולאיכות חייו של המטפל עצמו, התבקש הצוות להעריך את יכולת ההתמודדות של המטפלים על פני סולם סגור שהוצג גם בפני המטפלים בזמן הראיון.

לוח מס. 8 - התמודדות המטפלים להערכתם ולהערכת הצוות (אחוז)

התמודדות לפי המטפלים	לפי הצוות		תאור הסולם*
	מתקבלים לתוכנית	כלל הפונים	
25	29	53	סך הכל - מספרים אחוזים
100	100	100	
4	17	26	לא מתמודד
44	62	44	מתמודד
52	21	30	מתמודד טוב מאוד

הסולם בנוי מסקלה מ-1 = לא מתמודד עד 6 = מתמודד טוב מאוד. בלוח מוצגים ערכים מקובצים של 1 ו-2, 3 ו-4, 5 ו-6.

בחינת הלוח מורה שלהערכת הצוות, ואף יותר מכך להערכת המטפלים עצמם, רוב רובם של המטפלים מתמודדים עם הקשיים והלחצים. בולט שבדיווח העצמי בזמן הראיון 52% מהמטפלים בוחרים להציג את עצמם בקצה החיובי של ההתמודדות. נמצא שהערכה של יכולת ההתמודדות קשורה לצורך לעזור בטיפול האיש והמידה שבה המטפל מרגיש בוש ומבוכה בשל מצב הקשיש. רמת ההתמודדות לא נמצאה קשורה למשתני המטפל עצמו כגון מצב בריאותו.

למרות שהמקורות הם שונים, מעניין להשוות בין הערכות הצוות לאלו של המטפלים את עצמם, קרי, האם הדרוגים זהים, גבוהים יותר או נמוכים יותר.

לוח מס. 9 - השוואה* בדרוג ההתמודדות בין הערכות הצוות לאלו של המטפלים

(אחוז)

דרוג המטפלים			סך הכל		דירוג לפי הצוות
גבוה יותר מהצוות	זהה לצוות	נמוך יותר מהצוות	אחוזים	מספרים	
-	100	-	100	1	1
100	-	-	100	4	2
84	16	-	100	6	3
43	14	43	100	7	4
34	66	-	100	6	5
-	-	-	-	-	**6

* ההשוואה רק לגבי אותם מטפלים שנשאלו בשלב המעקב ויש לגביהם הערכה של הצוות.

** לא היו נתונים בקטגוריה זו של חיתוך צוות ומטפלים.

למרות שמדובר ב-24 מטפלים בלבד, ניתן להצביע על כך שדירוג המטפלים גבוה בד"כ מזה של הצוות. להבדל זה יתכנו לפחות שני הסברים: ראשית, יתכן שמדובר כאן בשיפור בקרב אוכלוסייה זו, כתוצאה מההתערבות או שלמטפלים חשוב להציג את עצמם כמתמודדים ואילו לעובדים המקצועיים יש קריטריונים מחמירים יותר כתחום זה.

יש להוסיף כאן שמידע על 46 קשישים מורה שרק לגבי שניים היתה פניה למשרד הבריאות לצורך מיסוד ולגבי חמישה קשישים נוספים, המטפלים ציינו שהם מעוניינים להתחיל בסידורים למיסוד. מכאן שכ-80% מהמטפלים מוכנים להמשיך ולהתמודד עם הטיפול בבית למרות הקשיים והלחצים ויתכן שניתן לראות בנתון זה אינדיקטור עקיף ליכולת ההתמודדות של המטפלים.

השגת יעדי התוכנית

על מנת לענות על שאלה זו, התבקש הצוות לציין האם להערכתם מטרות ויעדי התוכנית לקשיש ולמטפל העיקרי הושגו? שאלה זהה הופנתה למטפלים עצמם בשלב ראיון המעקב.

לוח מס. 10 - השגת יעדי התוכנית, לפי הצוות והמטפלים (אחוז)

לפי המטפלים		לפי צוות			השגת יעדים
למטפל	לקשיש	למטפל	לקשיש	השגת יעדים	
29	27	31	32	סה"כ במספרים באחוזים	
100	100	100	100	במידה רבה	
36	22	40	42	במידה מסויימת	
25	19	32	16	לא כל כך	
39	59	28	42		

ההשוואה מורה שבסך הכל הצוות מעריך בצורה חיובית יותר את הישגי התוכנית לקשיש ולמטפל העיקרי מאשר המטפלים עצמם. כולט גם ש-59% מהמטפלים מציינים שהתוכנית לא תרמה כל כך לקשישים שבטיפולם.

מגמה ברורה נוספת היא שקיימת הסכמה בין הצוות למטפלים על כך שהתוכנית השיגה את יעדיה בשיעור גבוה יותר בקרב המטפלים מאשר בקרב הקשישים. כך לדוגמא להערכת הצוות מטרות התוכנית הושגו במידה רבה או חלקית לגבי 58% מהקשישים, ולגבי 72% מהמטפלים לעומת 41% ו-61% בהתאמה לפי המטפלים. יתכן מאוד שפער זה נובע מהקשיים הרכיים להביא לשינויים כמצב הקשישים, למצוא מסגרת טיפולים מתאימה, או שלמטפלים היו ציפיות גבוהות יותר מהתוכנית.

השוואת הדרוגים מורה שיש הסכמה רבה בין הצוות והמטפלים לגבי המידה שבה הושגו או לא הושגו יעדי התוכנית למטפלים (כ-70% הסכמה) ורק כ-50% הסכמה לגבי המידה שבה הושגו יעדי התוכנית לקשישים. נתון זה מבליט את הפער בתפיסות הצוות והמטפלים ומרמז על הקשיים בהגדרת "הצלחה" באוכלוסייה זו,

המאופינת ביריזה שכלית ופיסית.

על מנת להבין טוב יותר כיצד רואה הצוות והמטפלים את השגת יעדי תוכנית ההתערבות, הם התבקשו להסביר את בחירתם.

את השגת מטרות התוכנית למטפלים רואה הצוות בשלושה תחומים והם:

- למידת אמצעים להתמודד וקבלת תמיכה נפשית.
- קבלת הדרכה להכרת שירותים וקיום כתובת לפנייות.
- מציאת מסגרת מתאימה לקשיש מחוץ לבית, דבר שהקל על העומס והנטל של המטפלים.

אי הצלחה של יעדי התוכנית נמצאה קשורה לסיבות הנאות:

- אי הצלחה במציאת מסגרת מתאימה לקשישים.
- אי שיתוף פעולה מצד הקשיש או משפחתו, או אי הסכמה לתוכנית בתוך המערכת המשפחתית הרחבה.
- ירידה במצב הקשיש.

את ההצלחה בהשגת מטרות התוכנית לקשיש ראה הצוות בתחומים הבאים:

- מתן מסגרת תעסוקתית גרייתית בתוך הבית.
- השגת טיפול מקצועי מגורמים אחרים בקהילה.
- השגת שינוי בהתייחסות ובהתנהגות אל הקשיש.

אי השגת מטרות לקשיש התבטאה בדברים הבאים:

- לא נמצאה מסגרת מתאימה לקשיש או שהקשיש לא מרוצה מהמסגרת.
- היתה החמרה במצב הקשיש ולכן היה שינוי בצרכים שדרשו פתרון אחר כמו מוסד, בי"ח וכו'.
- חוסר שיתוף פעולה או אישיות קשה של הקשיש.

כאשר נשאלו המטפלים העיקריים, להסביר כיצד הם רואים הצלחה ואי הצלחה בהשגת יעדי התוכנית, ציינו תחומים זהים.

את ההצלחה לגביהם ולקשיש הם רואים בעיקר בקבלת התמיכה ואמצעים להתמודד עם הקשיים ומציאת מסגרת טיפולית לקשיש מחוץ לבית. מספר מטפלים מועט ציינו שהצלחה לגביהם היתה בהכרת השירותים או מוסדות לקשיש ובשיפור היחסים בבית.

אי הצלחה קשורה בעיקר לאי מציאת מסגרת טיפולית לקשיש, או באי שיתוף פעולה מצד הקשיש או אי הסכמה במשפחה לתוכנית המוצעת.

מטפל אחד ציין שהתוכנית לא עזרה לו והניסיון לא היה חיובי ושישה אחרים ציינו שהניסיון לא היה חיובי מבחינת הקשיש.

נמצא שהשגת יעדי התוכנית למטפל קשורה קודם כל להשגת יעדי התוכנית לקשיש. משתנה שני שנמצא קשור באופן מובהק להצלחה היה יכולת ההתמודדות של המטפל עם העומס והקשיים בטיפול. קבוצת משתנים נוספת קשורה לתרומה של התוכנית להבנת המטפל את המחלה והסימפטומים, לתחושה שיש להם עם מי להתחלק בטיפול וכתובת לפניית, הכרת מכשירי עזר מתאימים ובקבלת מצב הקשיש.

שביעות רצון והמלצות

בסיום ראיון המעקב נשאלו המטפלים העיקריים ממה היו מרוצים וממה לא נקשר הטיפול עם צוות המשך טיפול, אילו שירותים נוספים נחוצים לקשיש והאם יש להם המלצות לשינויים ושיפורים בשירות.

מתוך 30 המטפלים שרואיינו, 12 העלו נקודות ביקורת (חלק מהמטפלים הכיעו שבח וביקורת). בחלק ניכר הטענה לא התייחסה לאופן ההתערבות אלא לכך שסוג ההתערבות לא התאים לקשיש או להם.

במקרים מועטים צויין שהתוכנית לא ענתה לציפיות, ההתערבות לא היתה מספקת לגרום לשינוי או שיחס הצוות היה לא אדקוואטי.

שני שלישי מהמטפלים מרגישים שיש להם כתובת לפניית כאשר מצב הקשיש יחמיר, ורק 10% מהם ציינו שמלב"ב היא הכתובת.

23 מטפלים בסה"כ ציינו היבטים חיוביים. כשליש הביעו שביעות רצון מפעילות מלב"ב (בעיקר מועדוני מלב"ב) אולם מרבית שביעות הרצון היתה קשורה ליחס, למסירות ולקשר האישי עם צוות המשך הטיפול. חשוב לציין שהערכה חיובית כללית לתוכנית הוזכרה על ידי 11 מהמטפלים גם כאשר הקשיש סירב להשתתף או לשתף פעולה.

80% מהמטפלים הרגישו שהשירותים הניתנים (פורמליים ולא פורמליים) אינם עונים על צרכי הקשישים בטיפולם. יותר ממחציתם ציינו צורך בהפעלת הקשיש בבית, ליווי טיולים וכו'. כ-20% מהם ציינו את הצורך במסגרת מחוץ לבית לקשיש ואותו השיעור ציינו את הצורך בעזרה כללית בבית.

כאשר המטפלים התבקשו לציין לאיזה שירותים או עזרה הם זקוקים, 5 מטפלים היו רוצים שירות שיחליף אותם מפעם לפעם בטיפול, אותו מספר הזכיר צורך בעזרה כללית. 8 הרגישו שהם זקוקים לעזרה כללית כולל סידורים וקניות. מעניין ש-4 מטפלים (ניתן להזכיר יותר משירות אחד) הזכירו את הצורך במידע על שירותים, ויותר הסברים ויעוץ על המחלה. בסה"כ 17 הזכירו צורך בשירותים נוספים.

מספר מטפלים ציינו את השינויים הרצויים הבאים: 7 מטפלים שהתייחסו למועדון מלב"ב טענו שיש להוסיף טיפולים רפואיים, מתן תרופות, פיזיותרפיה, ארוחות חמות וחוגים.

5 מטפלים טענו שיש לשפר עוד יותר את ההיבט התמיכתי של ההתערבויות, ו-2 מטפלים המליצו למצוא פתרונות אינדיבידואליים למקרים.

2 מטפלים הרגישו שיש לפרסם יותר את השירות כדי שכל המערכות המטפלות בקשיש יכירו אותם, וליצור מוקד יחיד וכתובת לפניות במקרים כמו שלהם.

המלצה נוספת היתה שצוות מלב"ב ילווה את המשפחות בכל תהליך המחלה ויתן תמיכה גם לאחר פטירה.

ס י כ ו ם

כעשור לאחר הקמת מועדונים לקשישים הסובלים מפגיעה אורגנית (דמנציה), פיתח אירגון מלב"ב (מרכז לטיפול בקשיש בקהילה) בירושלים, תוכנית המשך שבמרכזה צרכי האוכלוסיה הסובלת מפגיעה זו ושאיננה יכולה מסיבות שונות להגיע למועדונים הפסיכוגריטאריים.

זיהוי הצרכים בקרב אוכלוסיה זו והמטפלים בה וגיבוש תוכנית הטיפול, נעשה על ידי פרופ' רוזין והגב' לאה אברמוביץ מהמחלקה הגריאטרית בני"ח שערי צדק וצוות העובדים במועדוני מלב"ב.

התוכנית החלה לפעול ב-1990 וכללה צוות רב מקצועי שהיה מורכב מעובדת סוציאלית, מרפאה בעיסוק, אחות וארבעה עובדי תעסוקה (כולם במשרות חלקיות). עד 1992 מלב"ב היה אתראי מבחינה אירגונית ומינהלית לתוכנית, ולאחר הקמת מרכז יום לתשושי נפש בירושלים עבר הצוות לפעול מהמרכז.

דו"ח זה מציג מימצאים מלייווי מחקרי שנועד לתעד את התוכנית ולבחון את תרומות ההתערבות לאוכלוסיית היעד.

בתקופת המחקר, שכללה שמונה חודשים, נאסף מידע לגבי 56 פונים חדשים לשירות.

המידע מלמד שרוב המפנים לשירות הם עובדים מקצועיים באירגונים כמו קופ"ח, בתי תולים ושרותי רווחה. הפניה היתה בדרך כלל לקביעת תוכנית טיפול לקשיש, ביצוע הערכה ואבחון. בשליש מהמקרים ההפניה היתה גם בשל צרכים של המטפל העיקרי. התברר שמאפייני אוכלוסית המופנים והמטפלים כם דומה מאוד למאפייני המבקרים במועדוני מלב"ב (ש. בייץ ואחרים 1985).

הדימיון בין המבקרים במועדונים ומקבלי השירות בבית הוא כתכונות הסוציו-דמוגרפיות, מאפייני המוגבלות ותחומי הקושי של המטפלים. אוכלוסיית המופנים להמשך טיפול במלב"ב מורכבת מקשישים השייכים לקבוצות הגיל הגבוהות ביותר. יותר ממחציתם גברים, המתגוררים עם בת הזוג, או עם ילדים. רוב הקשישים סובלים מירידה קוגניטיבית והתיפקוד הפיסי והמנטלי שלהם פגוע. חלק ניכר מהם זקוקים לעזרה רבה בכל הנוגע לתיפקוד היומיומי ובטיפול האישי.

ההחלטה לגבי אי התאמה לתוכנית נבעה מהערכת הצוות שהמופנה לא סוכל מפגיעה אורגנית ושהבעיות שלו קשורות למצב נפשי או חברתי. ניתוח מאפייני הנדחים מורה שגם אוכלוסייה זו מאופיינת בליקויים פיזיים וקוגניטיביים ניכרים ולא תמיד ברור מה הוא קריטריון הקבלה לתוכנית.

70% מהמטפלים העיקריים (בעיקר בני זוג וילדים) מתגוררים עם הקשיש באותו משק בית, כ-40% מהמופנים נמצאו זכאים לגמלת סיעוד וכרבע מהם קונים גם שרותי עזרה באופן פרטי. בדיקת מערך העזרה של קשישים שהתקבלו לתוכנית המשך טיפול, מורה שרק 10% מהם לא מקבלים עזרה בתשלום (ציבורי או פרטי). היתר מקבלים עזרה במימון מביטוח לאומי, מימון פרטי או משניהם.

למרות שהנתונים מורים על קיום רשת תמיכה, שאיתה המטפל העיקרי מתחלק בטיפול היומיומי, שלושה רבעים מהמטפלים מעידים שקשה להם להתמודד פיזית עם הטיפול, להיות במצב של ערנות ונוכחות מתמדת למצב הקשיש ולא לדעת מה לעשות במצבים שונים. רבים מהמטפלים נוטים להיות פאסיביים כנגד הקשיים, משלימים עם המצב, שומרים את הכל בפנים וכצפוי מרגישים עצובים וכלל לא נהנים מהדברים שעושים.

חלק ניכר מתוכניות ההתערבות (52%) היו לטווח קצר והסתיימו תוך פחות מחודש, או נשאו אופי של הפניה לשירות המתאים או ניתנה הדרכה קצרה למטפלים.

מתברר שאכן לגבי 86% מהמופנים הצוות ניסה לעזור במציאת מסגרת טיפולית מחוץ לבית (לעיתים מוסד).

מחצית מהקשישים שהתקבלו לתוכנית קיבלו הפעלה גרייתית על ידי עובדי התוכנית. בשיעורים נמוכים יותר (כשליש) ניתן יעוץ לגבי התאמת בית, ציוד, הדרכה התנהגותית במצבים קשים או עזרה נפשית.

מכלול הנתונים לגבי תרומת התוכנית (תחומים והיקף) מצביעים בברור על כך שהפעולות שהיו מכוונות למטפלים, היו בדרך כלל מאוד אפקטיביות. בעיקר יש לציין את התרומה של התמיכה הנפשית, מתן מידע אודות המחלה או מתן הדרכה בנושא הגיינה, תרופות או תזונה (שני שליש ויותר מהמטפלים שקיבלו עזרה בתחומים אלה דווחו שזה תרם להם הרבה).

הערכה כללית של השגת יעדי התוכנית מורה שהצוות והמטפלים עצמם מרגישים שהתוכנית השיגה (כמידה רבה או מסויימת) את יעדיה בשיעור גבוה יותר (בכ-20%) בקרב המטפלים מאשר בקרב הקשישים. כך לדוגמא 61% מהמטפלים מעריכים שהתוכנית הצליחה לגביהם לעומת 41% הצלחה לגבי הקשישים.

יש להניח שהסיבה העיקרית לפער זה נעוצה במצב הקוגניטיבי והפיסי הירוד של הקשישים, המקשה על מציאת מסגרת טיפולית או גרימת שיפור במצב הקוגניטיבי.

המטפלים העיקריים אכן הגדירו "הצלחה" בכך שקיבלו תמיכה ולמדו כיצד להתמודד עם הקשיים או קיבלו עזרה במציאת מסגרת טיפולית לקשיש מחוץ לבית.

לסיכום הדיון בתרומת התוכנית יש לזכור שהשגת יעדי התוכנית למטפל קשורה במידה רבה להשגת יעדי התוכנית לקשיש. הקושי האוביקטיבי להביא לשינוי במצב הקשיש או למצוא מסגרת טיפולית הולמת הוא מכשול בפני "הצלחה". יחד עם זאת שלושה רבעים מהמטפלים ציינו הבטים חיוביים בתוכנית שמהם היו מרוצים, בעיקר הבטים הקשורים ליחס, למסירות ולקשר האישי עם צוות התוכנית. מתוכם היו גם רבים שהקשיש בטיפולם לא שיתף פעולה או סרב לתוכנית המוצעת. במקרים מועטים צויין שהתוכנית לא ענתה לציפיות, ההתערבות לא היתה מספקת על מנת להביא לשינוי או שיחס הצוות לא היה אדקוואטי. אכן מספר מטפלים טענו שיש לשפר עוד יותר את ההבט התמיכתי של התוכנית ואחרים הזכירו שיש לפרסם יותר את השירות וליצור כתובת אחת לפניית במקרים כמו שלהם. במכלול זה לא ברור לגמרי מה התרומה של עובדים האחראים להפעלה קוגניטיבית של הקשיש. כאמור, רק חלק מהמטפלים ציינו שפעולה זו תורמת לקשיש ומאחר ומדובר במרכיב חדשני יש מקום לבחון אותו לעומק.

בתקופת הליווי המחקרי, הופנו לשירות בין 5 ל-9 מקרים חדשים כל חודש. בהתאם לדוח הארגון (ראה חלק ב') לאחר כשלוש שנות הפעלה, הצוות היה בקשר עם יותר ממאה משפחות ונמצא בקשר אינטנסיבי עם כ-30 משפחות בחודש.

השינויים החלים במצב הקשישים הסובלים מפגיעה אורגנית, מורכבות מצבם הבריאותי והתפקודי, הגורם בין היתר לריבוי מגעים עם גורמים מקצועיים מכליט את תרומתו הסגולית של שירות המשך טיפול, המגיע לבית "הלכות" ולוקח על עצמו ריבוי תפקידים כמו הדרכה, תמיכה, קוארדינציה בין שירותים וכו'.

מורכבות המצב גם מדגישה ביתר שאת צורך שגם בוטא על ידי המטפלים לקיום כתובת אחת ויחידה לפניות שתסווג את הפניה לגורם המתאים, ושכאמצעותה ניתן יהיה לעבור ממסגרת אחת לשניה במהירות ובקלות יחסית.

Bibliography

ש. בייץ, ב. מורגנשטין, "מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים", סקר מס. 21, המוסד לביטוח לאומי, 1985.

ב. מורגנשטין ופ. ורנר, "הזרכת בני משפחה המטפלים בקשישים מוגבלים בביתם", סקר מס. 23, המוסד לביטוח לאומי, 1985.

H. Brodaty, "Effect of a training programme to reduce stress in carers patients in dementia", British Medical Journal, December 1989.

N. Clark and W. Rakowskie, "Family caregivers of older adults: Improving helping skills", The Gerontologist, Vol. 23, No. 6, 1983.

D. E. Gallagher, "Intervention strategies to assist caregivers of frail elders: current research status and future research directions", Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Vol. 5, edited by C. Eisdorfer, Springer Publications, 1985.

G. H. Singer and L. K. Irvin, "Family caregiving stress and support", in Support for Caregiving Families, edited by Singer and Irvin, Paul H. Brookes Publishing Company, 1989.

R. Toseland, "Group interventions to support family caregivers: a review and analysis", The Gerontologist, Vol. 29, 1989.

נספחים



ה מ ו ס ד ל ב י ט ו ח ל א ו מ י
סינהל המחקר והתכנון

ש א ל ו נ ק ב ל ה ו ה ת ע ר ב ו ת

המשך טיפול - מלב"ב

חלק I

חלק זה מיועד לאיסוף מידע אודות הקשיש בשלב האינטק בלבד, על בסיס שיחות עם בני משפחה ואחרים המטפלים בקשיש.

תאריך הפניה _____
תאריך האינטק _____

פרטים אישיים:

שם המופנה	גורם מפנה
ת.ז.	1. לשכה לשירותי רווחה
כתובת	2. קופ"ח/רופא/אחות
טלפון	3. בי"ח שערי צדק
מצב משפחתי	4. מועדוני מלב"ב
שנת לידה	5. מרכזי יום
ארץ עליה	6. בני משפחה
שנת עליה	
מקצוע	
שפות	
מגורים 1. לבד	7. שכנים/חברים
2. עם אחרים (פרט עם מי)	8. אחר _____

סיבת הפניה (לפי המפנה) _____

1. בעיות רפואיות, תרופות, אביזרי עזר (על סמך אבחון רפואי קיים או שיחה עם רופא)

	אבחנה עיקרית (קשורה למצב קוגנטיבי)
	בעיות רפואיות אחרות
	תרופות
	אביזרי עזר

2. שירותים לטיפול אישי או טיפול יום שהקטיש מקבל בעת ההפניה לשירות.

מספר ימים	מספר שעות	לא		תאור השירות
		מקבל	מקבל	
בשבוע	בשבוע			טיפול אישי או עזרה ביתית מטעם חוק סיעוד
				טיפול אישי במימון לשכת הרווחה
				טיפול אישי במימון קופ"ח
				מועדון מלב"ב
				מרכז יום
				טיפול אישי במימון עצמי
				עזרה ללא תשלום (בני משפחה ואחרים)
				אחר

3. רמת תפקוד של הקשיש

לציון רמת תיפקוד על פי דיווח מבני משפחה או מאחרים (לציון V)

עצמאי לא זקוק לעזרה, דיכבון או הכוונה	זקוק לעזרה חלקית, מעשית, דיכבון קל או הכוונה חלקית	זקוק לעזרה רבה מעשית, או בהשגחה והכוונה
<p>הלבשה</p> <p>רחצת פנים וידיים</p> <p>אכילה ושתיה</p> <p>רחיצת גוף</p> <p>הליכה בבית</p> <p>הליכה מחוץ לבית</p> <p>שימוש בשירותים ביום</p> <p>שימוש בשירותים בלילה</p> <p>הכנת ארוחות קלות</p> <p>חימום אוכל או שתיה</p> <p>ניקיון וסידור הבית</p> <p>כביסה קלה</p> <p>קניות ליומיום</p> <p>שמוש והכרת כסף</p>		

האם אוזכרו הבעיות הבאות:

כן	הערות
	נטיה לנפילות
	בעיה בראיה
	בעיה בשמיעה
	אשפוזים תכופים

4. מצב קוגנטיבי ונפשי

נא לציין האם אוזכרו בעיות וסימפטומים בתחומים הבאים, (האם אוזכרו כבעיות על ידי בני משפחה או זוהה על ידי הצוות בעת המפגש עם הקשיש).

הערות	לא ידוע	לא קיים	קיים	סימפטום ובעיה
				בזכרון לטווח ארוך
				בזכרון לטווח קצר
				בהתמצאות במקום
				בהתמצאות לאנשים
				בהתמצאות לזמן
				בשיפוט לסכנה
				בהתנהגות לא מתאימה בחברה
				בשיתוף פעולה
				בנטיה למצב רוח רע, לבכי לדכאון
				נטיה לתוקפנות פיסית
				נטיה לתוקפנות מילולית
				חרדה
				חוסר שקט מוטורי
				שינה לא סדירה
				בעל מחשבות פארנואידיות
				אחר

האם הקשיש נשאר בבית לבד במשך היום

1. כן, ללא הגבלת זמן
2. רק לתקופה קצרה (למשל לשעה שעתיים)
3. לא נשאר לבד
4. נשאר לבד, אבל מחוסר ברירה (אין פתרון אחר).

האם הוחל בטיפול לקראת כניסה למוסד

1. לא, לא מעוניינים
2. לא, ומעוניינים
3. פנו אך חזרו בהם
4. היתה פניה למשרד הבריאות
5. נמצא ברשימת המתנה

המטפל העיקרי בקשיש

שם _____ כתובת _____ טלפון _____
קרבה לקשיש _____

איש קשר לצורך הטיפול בקשיש
שם _____ כתובת _____ טלפון _____
קרבה לקשיש _____

- קרבת מגורים לקשיש של המטפל העיקרי: 1. אותה דירה/בנין
2. אותה שכונה
3. אותה עיר - שכונה אחרת
4. עיר אחרת

מצב משפחתי _____
גיל _____
תעסוקה: 1. לא עובד
2. עובד משרה חלקית
3. עובד משרה מלאה

מצב בריאות של המטפל העיקרי:
1. אין תלונות מיוחדות
2. יש תלונות מועטות
3. יש תלונות רבות

צפיות המטפל העיקרי/איש הקשר מהפניה לשירות

1. _____

2. _____

האם יש בני משפחה אחרים הנוטלים חלק פעיל בטיפול?

1. כן, מי _____

2. לא, כי אין בני משפחה אחרים

3. לא

1. כי האחרים מתגוררים רחוק

2. כי האחרים לא מוכנים לעזור

3. אחר _____

האם בני המשפחה האחרים מסכימים לדרך שבה מטפלים היום בקשיש?

1. קיימת הסכמה

2. יש אי הסכמה: פרט על מה _____

מערכת היחסים בין המטפל העיקרי לקשיש?

1. טובה, אין בעיות מיוחדות

2. יש בעיות, אילו _____

5. "זיהוי קשיים של המטפל העיקרי: אילו מן הקשיים הנאים צוינו על ידי המטפל העיקרי?"

(לציון ' אם צוין או לא רלוונטי למצב הטיפול)

לא רלוונטי	צוין	
		- קשיים פיזיים בטיפול בהקשיש
		- קיום מתחים וסכסוכים עם בני משפחה
		- בכך שהקשיש לא מבטא הערכה כלפיו
		- בכך שהקשיש מתקופ ומאשים אותו
		- הבושה והמבוכה בשל מצב הקשיש
		- לעשות דברים לא נעימים עבור הקשיש
		- העדר זמן לבני משפחה אחרים
		- העדר זמן לניהול וטיפול במשק הבית שלו
		- העדר זמן לחברים, תחביבים, לחופש
		- העדר זמן לטיפול בעצמו
		- הצורך להשגיח, להיות נוכח
		- המעמסה הכספית
		- הדאגה והחרדה למצב הקשיש
		- הירידה במצב הפיסי של המטפל עצמו
		- קושי לתפקד בעבודה-מאחר, מחסיר
		- קושי להמשיך לעבוד באותו היקף משרה
		- קושי להמשיך לעבוד בכלל
		- קשיים לישון בלילה
		- אי הידיעה מה לעשות, כיצד להתנהג
		- אחר -----

* נא למלא חלק זה בשלב האינטקט ושלב הערכה.

כללית, איך להערכתך מתמודד המטפל העיקרי עם הקשיים והלחצים בטיפול?

6 5 4 3 2 1



לא מסתדר מתמודד

לא מתמודד טוב מאוד

שם _____

תפקיד _____

חלק II - החלטה - תאריך _____

שם הקשיש _____

האם הקשיש מתאים לתוכנית 1. מתאים והתקבל, מדוע _____
2. לא, מדוע לא

הופנה לגורם אחר ולמי _____

3. מתאים ולא התקבל, מדוע?

6. פרוט יעדים ומטרות לשינוי: (כולל גם התערבות קצרת מועד) כפי שנקבעו בצוות.

תאור הבעיה/הקושי שאותה רוצים לשנות, לשפר	המטרה, היעד בתחום	
		.1
		.2
		.3
		.4

11. תוכנית ההתערבות

שיטות ההתערבות: נא לצרף בקצרה ובצורה מדויקת את אמצעי ההתערבות המתוכננים, למי מיועד, מי מצוות העובדים יפעל בכל תחום.

הערות	למי מיועד	על ידי מי יבוצע	
			הדרכה אינסטרומנטלית בחיי היום-יום (כגון התאמת אמבטיה, כירום וכו')
			הדרכה התנהגותית למטפל(למשל כיצד להתנהג במצב של חוסר שיתוף פעולה, כיצד להגיב לשאלות חוזרות וכו')
			הדרכת משפחות בנושא של ירידה קוגניטיבית
			הפעלה התנהגותית (מתן גירויים, הפעלה פיסית וכו')
			אירגון ועזרה בקבלת שירותים בקהילה (חוק סיעוד, נופשון, עזרה ביתית)
			עזרה בסידור מוסדי
			עזרה בהוצאת הקשר למסגרת טיפול יומית (מועדון)
			עזרה במציאת מסגרת חברתית תומכת למטפל העיקרי (מועדון, מתנדבים וכו')
			התערבות משפחתית (למשל שיתוף בני משפחה נוספים בטיפול, חלוקת אחריות)
			עזרה נפשית (תמיכה, מתן אפשרות לונטילציה, קבלת מצב וכו')
			יעוץ והדרכה בנושאי הגיינה, תרופות, תזונה
			הכוונה לקבלת אבחנה רפואית
			הדרכה למטפלות בבית (מידע והדרכה מעשית)
			הדרכה, יעוץ לעובדי מקצוע בקהילה
			אחר

זמן משוער לסיום ההתערבות

1. כ-3 חודשים

2. כ-6 חודשים

3. כשנה

4. יותר משנה

5. אחר

שם

תפקיד

תאריך

חלק III. הערכת ההתערבות על ידי הצוות

שם הקשיש _____
נא לציין באיזה שלב נעשתה הערכה.

תאריך _____

1. לאחר סיום ההתערבות המתוכננת (זמן ההתערבות _____)

2. לאחר 6 חודשים מביצוע האינטה

3. לפני הסיום המתוכנן בשל:

א. פטירת הקשיש

ב. מעבר למוסד

ג. הועבר לטיפול לגורם אחר איזה _____

ד. היעדים הושגו לפני הסיום המתוכנן

ה. היעדים שוננו בשל השינוי בצרכים, פרט _____

אילו מן הפעולות הבאות בוצעו במהלך ההתערבות הנוכחית ועל ידי אילו אנשי צוות.

תאור הפעולה	כן	לא	על ידי מי
1. הפעלה תעסוקתית של הקשר			
2. פגישות עם המטפל העיקרי			
3. פגישות עם בני משפחה נוספים			
4. הדרכת מטפלים אישיים (מט"ב)			
5. הדרכת מפעילים תעסוקתיים			
6. הדרכת מתנדבים			
7. קשר עם עובדים, איש מקצוע בקהילה			
8. הדרכה קהילתית/שכונתית			
9. אחר			
10. אחר			

האם התוכנית תרמה למטפל העיקרי להתמודד טוב יותר עם הטיפול בתחומים הבאים:

פרוט	רלוונטי	לא	כן	
				1. בהכרת השירותים בקהילה
				2. בשימוש בשירותים/ארגונים בקהילה
				3. בהכרת מכשירי עזר מתאימים
				4. בשימוש במכשירי עזר מתאימים
				5. בהבנה והכרת סימפטומים/מצבים של הקשיש/תהליך המחלה
				6. בתחום של התנהגות, תגובות לקשיש
				7. בשיפור ביחסים הבין אישיים עם הקשיש
				8. בשיפור ביחסים הבין אישיים עם בני משפחה אחרים
				9. בהרגשת ההקלה הכללית בהבלת מצב הקשיש
				10. בהרגשת הקלה שמתחלקים איתו בטיפול
				11. בהרגשת הקלה שישנה כתובת לפנות
				12. בשיפור במצב הרוח של המטפל
				13. בשיפור שינה בלילה
				14. בתיפקוד בעבודה
				15. התארגנות עם זמן
				16. אחר

האם מטרות ויעדי התוכנית הושגו?

א. למטפל העיקרי

1. הושגו במידה רבה

2. הושגו במידה מסוימת

3. לא כל כך הושגו

נא להסביר

ב. לקשיש

1. הושגו במידה רבה

2. הושגו במידה מסוימת

3. לא כל כך הושגו

שם

תפקיד

תוכנית מלכ"ב שאלון למטפל העיקרי

שלום רב,

אנו באים אליך מטעם אגף מחקר ותכנון במוסד לביטוח לאומי, על מנת לראות אותך
נקשר לתוכנית מלכ"ב, שעם העובדים שלהם הייתם נקשר נחודשים האורונים. המוסד
לביטוח לאומי עזר לממן תוכנית זו ומאחר ומדובר בתוכנית חדשנית ונסיונית, אנו
מעוניינים ללמוד על הניסיון שהיה לך עם התוכנית, להבין איזו עזרה קיבלתם והאם
שירות כזה עוזר לאנשים במצבך או שיש לשפר ולשנות.

כל הפרטים שאתם מוסרים, כולל הפרטים האישיים ישמשו לצרכי מחקר בלבד.

למילוי לפני הראיון

שם הקשיש _____

1. חי בבית _____ 2. עבר למוסד (תאריך) _____ 3. נפטר (תאריך) _____

שם המטפל העיקרי _____

קירבה לקשיש _____

כתובת _____

טלפון _____

א. פניה

1. קודם כל היינו רוצים לדעת כיצד נוצר הקשר ביניכם לבין עובדי מלב"ב?
(למראיין: מי היפנה, מי סיפר, כיצד ידעו וכו')

2. מה הביא אתכם לצעד זה? מדוע החלטתם לפנות או לנסות את השירות? (למראיין:
לנסות ולברר האם היה משבר, משהו קריטי, שינוי חד במצב וכו')

3. כאשר פניתם/הופניתם לתוכנית, מה קיוויתם לקבל מתוכנית מלב"ב? איך חשבתם
שזה יכול לעזור? (למראיין: ציפיות ראשוניות, תקוות).

ב. תאור המצב

היינו רוצים להבין טוב יותר את הקשיים שלך כמטפל.

4. מתי שמת לב לשינויים במצב הקשיש? (למראיין: לציין בעלך, אמך וכו'), מתי
הופיעו לראשונה בעיות בזכרון, בהתנהגות בטיפקוד?
תאריך או מספר חודשים/שנים _____

5. מה היו הבעיות אז ומה המצב היום?

6. האם מאז שהופיעו הבעיות, פניתם לגורמים שונים כמו רופאים, עבדים סוציאליים, פסיכיאטרים בשביל לקבל עזרה והכוונה בטיפול? אם כן למי פניתם ובשביל מה? (למראיין: כולל אבחנה רפואית, הכוונה, טיפול וכו').

למז פנו	הגורם אליו פנו

7. איזה טיפול ועזרה את/ה נותן/ת לקשיש?

8. כמה זמן את/ה עושה זאת? _____

9. האם יש עוד מישהו שעוזר בטיפול ואיך עוזרים? כמו בני משפחה זחרים, מטפלת בתשלום, וכו'.

פורמלי (סיעוד, פרויי)	לא פורמלי (משפחה/שכן וכו')

10. מה הדברים שאיתם קשה לך במיוחד בטיפול ובמצב? (למראיין: לכו קשיים פיזיים, נפשיים, כלכליים)

11. האם את/ה מרגיש/ה שהיום יש לך מספיק ידע על המחלה, הניימפטובים, וכיצד להתנהג במצבים שונים? הסבר!

12. האם את/ה מרגיש/ה שיש לך כתובת למי לפנות אם המצב יחמיר?

1. כן, למי תפני

2. לא

13. האם הקשיש נשאר לבד בבית במשך היום?

1. כן ללא הגבלת זמן

2. רק לתקופה קצרה (שעה שעתיים)

3. נשאר לבד, אבל מחוסר בררה כי אין פתרון אחר

4. לא נשאר לבד

5. אחר

14. האם שקלת אי פעם פתרון של מוסד? (לאלה ששואהים בבית)

1. אף פעם לא

2. שקלו/חשבו לא עשו דבר

3. שקלו פנו, התעניינו וביקרו במוסדות

4. הקשיש ברשימת המתנה

5. שקלו אבל הטיפול של מלכ"ב (או טיפול אחר) דחו מיסוד

6. אחר

ג. תגובה*

15. אנשים במצב כמו שלך מגיבים בצורות שונות לבעיות שסיפות לנו גליהן. אקריא לך רשימה של תגובות אפשרויות, ואבקש שתציין/י ואם את/ז מגיב/ה כך ובאיזו תכיפות. כמובן שאין תשובות נכונות ולא נכונות וכל אחר מגיב בצורה שונה, חלק מהמשפטים לא יתאימו לך וחלק כן. (למראיין: להקריא כל משפט ולשאול האם את/ה בכלל לא חושב או ארגיש כך, לפעמים, לעיתים רחוקות או לעיתים קרובות)

לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	בכלל לא	
				1. האם אתה מנסה ללמוד יותר על המצב
				2. האם את מדברת עם הקשיש על הבעיות
				3. האם את מדברת עם קרובי משפחה על הבעיות
				4. האם את מתפללת לעזרה
				5. האם את מדברת על הבעיות עם אנשי מקצוע
				6. האם את חושבת על הגרוע ביותר
				7. האם את מוציאה את הכל על אנשים אחרים
				8. האם את מעסיקה את עצמך שלא לחשוב על הבעיות
				9. האם את מחפשת דרכים שונות לטפל בבעיות
				10. האם את מסתמכת על ניסיון העבר כדי להתמודד
				11. האם את שומרת את הכל בפנים, לא נותנת שירגישו
				12. האם את מנסה להיות יותר אוביקטיבית פחות מעורבת
				13. האם את מנסה להשתחרר לפעמים מהמצב
				14. האם את נמנעת מלהיות עם אנשים
				15. האם את מקבלת את המצב, אומרת אין מה לעשות
				16. האם את מחפשת אנשים, קבוצה עם בעיות דומות
				17. האם את כועסת על כך שדווקא לך זה קרה
				18. האם את מנסה להקטין את המתח ע"י שינה/שתייה/ אבילה
				19. האם את מספרת לעצמך זברים שיעזרו לך להרגיש טוב יותר
				20. האם מרגישה עצובה, לא נהנית ממה שאת עושה

* להתאים את משפטי התגובה למין המרואיין.

ד. התערבות והתמודדות

16. היינו רוצים לשמוע ממך, מה היה הקשר שלכם עם מלכ"ב? (למראי : מה קיבלו, איזו התערבות וכו')

17. האם הקשר נמשך עד היום?
1. כן
2. לא (מדוע נפסק) _____

18. כמה זמן נמשך הקשר? _____

19. מה דעתך על השירות? ממה היית מרוצה וממה לא?

20. בתוכנית מלב"ב מנסים לעזור בתחומים שונים, היינו רוצים לשמוע האם ניסו לעזור לכם בתחומים השונים, והאם את/ה חושב/ת שתרמו ונזרו לכם ועד כמה? כמובן שכל אחד קיבל עזרה בבעיות שונות: (למראיין: להנריא כל תחום ולשאול האם קיבלו עזרה בתחום ואם כן האם עזר הרבה, מעט או בכלל לא)

כן	לא	תרם/נזר הרבו	תרם/עזר מנט	בכלל לא תרם או עזר	
					1. האם קיבלת הדרכה בנושאים של בטיחות בדירה באמבטיה, מטבח וכן התאמת הדירה, הכלים, החפצים...
					2. האם קיבלת הדרכה כיצד להתנהג, למשל כאשר אין שיתוף פעולה מצד הקשיש, כאשר יש שאלות חוזרות
					3. האם קיבלת מידע על המחלה, התפתחותה וכו'
					4. האם קיבלת מידע על שירותים בקהילה, למי לפנות
					5. האם קיבלת עזרה ויעוץ בנושא של סידור מוסדי
					6. האם קיבלת עזרה במציאת מסגרת מתאימה לקשיש (כמועדון, מרכז יום)
					7. האם קיבלת עזרה במציאת מסגרת תומכת לך (מועדון, מתנדבים וכו')
					8. האם קיבלת הדרכה ויעוץ בנושא מכשירי עזר שונים?
					9. האם קיבלת עזרה נפשית, תמיכה, אפשרות לשפוך את הלב
					10. האם קיבלת יעוץ והדרכה בנושא תרופה, תזונה הגיינה
					11. האם קיבלת הכוונה לאבחנה רפואית לקשיש
					12. האם הגיעה עובדת של מלב"ב להפעיל את הקשיש?
					13. האם שוחחו עם בני משפחה אחרים/ניסו לשתף אחרים בטיפול

21. האם שירותי מלב"ב עזרו לך ולקשיש להתמודד טוב יותר עם הקשייוז בחיי היום-יום?

לך

לקשיש

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. עזרו מאוד | 1. עזרו מאוד |
| 2. עזרו במידה מסוימת | 2. עזרו במידה מסוימת |
| 3. לא כל כך עזרו | 3. לא כל כך עזרו |

פירוט:

22. איך היית אומר/ת שאת/ה מתמודד/ת עם הקשיים והלחצים של המצב נא דרג/י את עצמך על סקלה מ-1 - לא מתמודד עד 6 - מתמודד טוב מאוד.

לא מתמודד	1	2	3	4	5	6	מתמודד טוב מאוד
-----------	---	---	---	---	---	---	-----------------

23. האם את/ה חושב/ת שהקשיש זקוק ליותר טיפול/שירותים ממה שהוא נוקבל היום? אם כן למה הוא זקוק/ה?

24. אם את/ה היית יכול/ה לקבל עזרה נוספת לעצמך, באיזה 2 סוגי ערה היית בוחר/ת? מה נחוץ לך?

25. לסיכום רצינו לשאול אותך אם אפשר היה לשפר או לשנות אז שירווי מלב"ב לטובת קשישים במצב של (הקשיש) ולבני משפחתם, מה היית מציע/ה לשנות ולשפר?

חלק ב'
הנחיות להקמת שירות המשך טיפול*

* חלק זה נכתב על-ידי ארגון מלב"ב.

תוכן עניינים

עמוד

1	מ ב ו א
2	מהי דמנציה
4	צרכי המשפחה המטפלת בתשׁוש נפש כבית
7	תאור מלב"ב
9	היחידה להמשך טיפול
10	המטרות
10	דרכי פעולה
13	העובדים בשירות
18	הדרכה ופיקוח
18	מינהל וארגון
21	הצגת מקרים
	ביבליוגרפיה

נספחים: א. דף מידע על היחידה להמשך טיפול
ב. המלצות לקריאה נוספת.

מ ב א

תשישות נפש נובעת מבעיות בתפקוד המוחי. מאחר שהרפואה בת זמננו חסרה תשובות לרפוי תשישות נפש נודע תפקיד מרכזי לטיפול הקהילתי בנפגעים, וליכולת ההתמודדות של קרובי החולה.

המטרה היא לאפשר לזקן להמשיך לחיות ולגור בביתו ובסביבתו המוכרת לו כל עוד הוא מסוגל ורוצה בכך - אך יש לדאוג לכך שיהיו שירותים המבטיחים מתן סיוע לזקן הנזקק בבית.

מסגרת היחידה להמשך טיפול של מלב"ב נועדה לשרת זקנים מוגבלים מבחינה קוגניטיבית לרוב על רקע אורגני עם השלכות לגבי המצב הנפשי והתיפקודי בתוך ביתם.

לאחר כשנתיים של פעילות היחידה, למד הצוות להכיר את הבעיות הקשורות בטיפול ובאחזקה של קשיש דמנטי בבית ואת הקשיים המתעוררים עקב כך במשפחתו. היחידה מנסה לתת עזרה במסגרת הבית בהתמודדות עם קשיים אלו. מהמשוב שהתקבל מהמשפחות אחרי ההתערבות נמצא שהתועלת היא:

1. בני משפחה מדווחים על הרגשת תמיכה, עדוד ואוזן קשבת ככל מצב.
 2. חלק מהקשישים שנהג לשהות בבית החל להשתתף באופן חלקי עד מלא בפעילויות מועדוני מלב"ב או מרכז יום משולב לתשושי נפש.
 3. קשישים שהיו בשלבים ראשוניים של המחלה הופנו למרכזי יום ולמועדונים אחרים לקשישים בעיר.
 4. המשפחות מדווחות על שיפור ביכולת ההתמודדות עם הטיפול בקשיש הדמנטי בבית וזה מאפשר להן להחזיקם תקופות ארוכות יותר במסגרת הבית לפני הפניה לסדור מוסדי.
- לאור מספר הפניות ההולך וגדל, נראה שפעולות היחידה מגיעה לידיעתו של צבור רחב יותר.

לאוכלוסית תשושי הנפש בקהילה יש היצע קטן של שירותים, עד עכשיו תשושים דמנטיים שלא היו מסוגלים ללכת למועדון ועדיין לא היו במוסד לא זכו לטיפול מקצועי, נוסף שרות שמשלים את רצף השרותים לאוכלוסית תשושי הנפש. השרות יחודי בירושלים.

בעודד הביטוח הלאומי הוחלט להציג את השרות לגורמים ציבוריים נוספים לרופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ומרפאות בעיסוק המטפלים באוכלוסיה זו לשם יישום אפשרי במקומות אחרים. שרותים דומים שיתאימו למציאות בסביבתם. בעתיד ישנה אפשרות לעשות מאגר של ידע ורעיונות שיוכל להעשיר שרות אחד את השני.

מהי דמנציה?

בדורנו שומעים הרבה על דמנציה. האם היא מחלה? האם כל זקן יסבול ממצב זה? מה תופעותיה?

מסתבר כי דמנציה היא לא מחלה אלא נגרמת ברוב המקרים ע"י מחלה. היום יודעים כי דמנציה או ירידה מנטלית או תשישות נפש (כפי שקוראים לתופעה הזו) היא תוצאה של מחלת אלצהיימר (ב-60% מהמקרים), אירוע מוחי (כ-20%) או מחלות אחרות כגון: פרקינסון וכ"ו. עוד אחוז קטן של חולים דמנטיים סובלים ממצבים הניתנים לטיפול (דמנציה הפיכה), כמו גידולי ראש, הרעלת תרופות, זיהומים, חוסר תזונה או נוזלים.

למרות שמספר חולים אלו קטן באופן יחסי, חשוב בכל מקרה של דמנציה לגשת לרופא ולבצע בדיקות ע"מ לגלות מקרים הניתנים לשיפור ולטפל בהם מהר ככל האפשר.

דמנציה פוגעת בתפקוד המנטלי ומאופינת ע"י שינויים בחשיבה ושינויים באישיות.

תשושי הנפש מאופיינים ע"י אבדן תפקודים קוגניטיביים חשובים שיכולים לכלול בשלבים השונים של ההדרדרות את החשיבה, הלמידה והריכוז, הזכרון, ההתמצאות בזמן במקום ובאנשים, ירידה בהכנה ובשפוט, חוסר יוזמה ותושיה, פגיעה ביכולת הדיבור והתנועה.

הזקן עשוי להתקשות במציאת מילים שיביעו את מחשבותיו, עשוי לשכוח פעילויות שונות בבית וכמשך הזמן יתקשה בפעילויות פשוטות כגון לבישת בגדים, אכילה והגינה אישית.

הוא עלול לסבול מהפרעות התנהגותיות כגון דכאון, אי שקט מוטורי-שוטטות WANDERING הליכה הלוך ושוב PACING, חשדנות ומחשבות רדיפה, תוקפנות מילולית ופיזית, הזיונות שווא, חשפנות, התעסקות מינית, אכילת יתר BULEMIA ועוד.

אלו תופעות טיפוסיות הנפוצות בין תשושי הנפש אך הן אינן מופיעות אצל כל תשושי הנפש. יש הבדלים ניכרים במספר התופעות המאפיינות כל חולה, בתכיפות הופעתן ובעוצמת התבטאותן.

אין קשר מחייב בין המאפיינים האלה, וכל הצירופים ביניהם אפשריים. במשך הזמן המתלה מתפתחת וחלה ירידה במצבם של כל החולים. תהליך התפתחות הדמנציה שונה ממקרה למקרה ואין אפשרות לצפות מהלכו או אפילו מה צפוי לכל מקרה. תהליך האובדנים הוא איטי ושונה מאיש לאיש. האתגר לפי דנה כהן וג'וליה שפירא, להכיר את הכוחות הנשארים ולבנות עליהם, להשאיר את החולה פעיל ככל האפשר ולשחרר את הלחץ מן המטפלים. "הוכח ככל שהחולים הדמנטים מקבלים תוכנית יום מובנת וגם תמיכה, מצבם שופר וחוזרת נימה של תקווה ומטרה לחייהם."

Dona Cohen & Julia Shapiro, "clinical manifestations of non reversible demetion."

**התמודדות עם ה"לוויה המתמשכת"
צרכי המשפחה המטפלת בתשׁוש נפש בבית**

דמנציה היא מחלה משפחתית. לא החולה לבד סובל או במקרים רבים סובל בכלל. אלא כני המשפחה, בן הזוג, הילדים ואף הנכדים הם מרגישים היטב את השינוי הדרסטי ביקירם. הם ערים לעובדה כי המצב אינו יכול להשתפר, והם נמצאים במצב של "הלוויה המתמשכת" (1) לדברי LISA KAPUST.

המשפחות בארץ רוצות לטפל בחולה תשׁוש הנפש בבית וברוב המקרים הן עושות זאת מסיבות חיוביות, כתוצאה מקשר משפחתי עמוק, ומהרגשות של אחריות ואהדה אמיתית. אך ישנם גם מקרים הממשיכים להתזיק קרוביהם בבית מסיבות שליליות או מהרגשות מעוותות, להוכיח משהו לקרוביהם האחרים, מתחושה של נקמה מרגשי אשמה עמוקים וכמובן לא החולה ולא הקרוב מרויחים ממצבים אלה (2).

החזקת החולה הדמנטי בביתו המוכר לו בוודאי פועל לטובת הנפגע. מתקרים רבים מראים כי החולה תשׁוש הנפש הנשאר בבית מתדרדר בקצב איטי יותר מהחולה שעובר למוסד, אך יש מחיר להחזקת החולה בביתו המתכטא במישורים פסיכולוגיים, פיזיים ומשפחתיים. מחקרים שונים בין משפחות המטפלות בחולים דמנטיים בבית, גילו עליה גבוהה בבעיות בריאותיות אצל המטפל המשפחתי העיקרי. "מצב הבריאות של המטפל ירד ככל שאורך הטיפול המשיך" (3). כמו כן כל המטפלים מתלוננים על עייפות עצומה ועל מתח ורגישות המביא אותם לעיתים קרובות לבכי, כעס, יאוש ודכאון. (4)

מעניין להוסיף לא המצב הרפואי הוא הגורם המוצהר לירידה בבריאות ולמצב רוח, אלא השינויים באישיות והיחס כלפי המטפל גורם לקשיים אצל המטפלים ברוב המקרים. "הוא לא אותו אדם שאיתו התחתנתי" היא תגובה שכיחה. "איך הוא נעשה תוקפני, או אנוכי, או מוזנח, או אדיש, כשבאישיותו הוא היה בדיוק להפך" נשמע שוב ושוב.

כמו בכל מצב של מתח ממושך, טיפול בחולה היורד בתפקודו השכלי גורם לקשיים בין-אישיים, בעיקר ביחסים בין קרובים, בין שכנים ובין עמיתים בעבודה. לעיתים בן הזוג המטפל בחולה כועס על ילדיו שאינם עוזרים מספיק או אינם "מבינים" את מצבו. לעתים בנים או בנות המחזיקים חולה דמנטי בבית רבים עם אחיהם או בן זוגם על רקע של הטיפול. הוכח שגם נכדים סובלים ממצבי לחץ כאלה

המתבטאים בירידה בציונים בלימודיהם, ביחס עם חברים ואפילו בהופעת גמגום והרטבת לילה. (5) המתח התמידי יכול בקלות לעורר קונפליקטים משפחתיים ישנים שהיו נסתרים כל השנים.

המטפלים המשפחתיים עוברים כל שלכי האבל המוזכרים בספרי KUBLER - ROSS: הכחשה - "לא יכול להיות שאנא חולה אלצהיימר!" כעס - "למה דווקא אני סובל?" או מופנה החוצה: "הרופא אשם שלא הכחין בזמן בשינויים" התמקחות - "אם רק יחזור לעצמו אני אתנהג הרבה יותר יפה אליו." צער - "עצוב לראות אותו כל כך ירוז" ולעיתים רחוקות השלמה עם המצב. (6)

כמו כן שכיח ביותר שבנים מגלים רגשות אשמה על יחסים בין דורות לא תקינים, על מחשבות סתר: "שימות כבר" ועל הרגשות נושה המתעוררות עקב התנהגות מביכה של החולה הדמנטי.

ישנה עייפות עצומה מהצורך להשגיח ללא הרף שמא החולה ילך לאיבוד, יכרח מהבית או יזיק לעצמו בדרכים שונות. קשה לבני המשפחה לשאת את התרחקות החברה מבית בו מתגורר קשיש דמנטי והבדידות שנוצרת כשאינן אפשרות להתחלק עם אחרים בקשיים. לא הבעיות הפיזיות (להלביש או לרחוץ את החולה) גורמים למשפחה להתמוטט, אלא אי יכולת לישון והתנהגות עוינת, אפילו תוקפנית כלפי המטפלים, הם נחשבים כבעייתיים ביותר.

חוסר שירותים לעזור למשפחה או חוסר ידע איך להשיג את הזכויות המגיעות לחולה דמנטיה ולמשפחותיהם גורם לתיסכול מיותר.

כמו כן תהליכים בירוקרטים הדרושים לקבלת עזרה של מטפל או יחס של זלזול מרופא המשפחה מוסיפים צער וקשיים לאנשים שעל סף שבירה נפשית ופיזית. יש הבדל ברור אם המטפל העיקרי בחולה הדמנטי הוא בנו/בתו או בן זוגו; כשהמטפל הוא בן הזוג, שכיח שהעול נופל על אדם שאינו בריא או חזק בעצמו עם הכנסות מוגבלות ועם פחות מידע איך להסתדר.

ישנו קושי גדול יותר לבן הזוג להודות בירידה המנטלית ("מי רוצה להיות נשוי למבולבל?"); ילדים אף מסוגלים לקבל את השינויים בקשיש ביתר קלות מבני הזוג.

גברים ככלל מתמודדים פחות טוב מנשים ולפי מחקרים רבים, גברים נוטים להכניס חולים למוסד מוקדם יותר מנשים. (7) כשהמטפל הוא בן/בת מבוגר או כלה יש יותר הרגשה של הקרבה וככל שהחולה זקוק לטיפול אישי ההרגשה מתגברת. לפעמים המטפלים קרועים בין אחריות למשפחתם הגרעינית ולהורה התלוי בו. כמו כן מוכר הכאב המיוחד כשבנים חייבים לקחת את התפקיד של ההורה ולהחליט עבורו, לטפל בענייניו הכספיים או אפילו בטיפול האישי. ובסוף, טיפול באדם דמנטי מעלה חששות אצל הדור הצעיר-האם זה יקרה גם לי?.

התמודדות המשפחה עם חולה דמנטי תלויה בהרכב גורמים: ביחסים המשפחתיים הקודמים, גמישות המשפחה לגבי שינויים בחיים, נציפיות ובמידע אשר בידי המטפל המשפחתי על טבע המחלה. כמו כן השירותים הקהילתיים העומדים לרשות המטפלים חשובים ביותר. למשל עזרה של מט"ב, שירותי כביסה, חיתולים, מרכזי יום ומועדונים מיוחדים לתשושי נפש, מיטות חופש אשר יכולות לתת מנוחה ואפשרות איורור לבני המשפחה וכן קבוצות תמיכה אשר בהן מתקיימת היזכרות בין עמיתים בהתמודדות היום יומית.

צוות רב מקצועי המכיר היטב את נושא הדמנציה יכול לטפל במשפחות החולים ולעזור להן: 1. בהכרת המחלה

2. בהבנת רגשותיהם המעורבים

3. נתינת אישור לכל התיסכולים, הכעס, רגשות האשמה והביעות

המתעוררות סביב הטיפול ביקירם הסובל מירידה מנטלית.

4. להכיר את זכויותיהם בקבלת עזרה מהקהילה, כולל הכנסת

חולה דמנטי למחלקות לתשושי נפש, ואיך ומתי להרשם

אליהם.

5. צוות מקצועי מסוגל לתווך בין בני משפחה החלוקים

בדעותיהם לגבי הטיפול בחולה או הנעלמים מהתערבות

ואחריות. יכול אף ללוות את בני המשפחה תוך תמיכה נפשית

או על-ידי תמיכה מעשית בשלבים הקשים של הדמנציה.

המשפחות נשארות המשאב החשוב ביותר שיש לקהילה לטיפול בקשיש הדמנטי וכדאי לפתח כל גורם אשר ישמור על התהליך הטבעי והטיפול המסור בחולים אלו ימשיך ויעשה על ידם, כפי שכל הגורמים רוצים, אך ככל שניתן במינימום של טירדה וסבל.

תאור מלב"ב

מלב"ב הוקם לפני עשר שנים לתת מענה למשפחות ולחולים דמנטיים שלא קיבלו עזרה מהקהילה. כארגון וולנטרי בשנים הראשונות שלו מלב"ב (מרכז לטיפול בקשיש בקהילה) פתח 4 מועדונים במתנ"סים בשכונות שונות בירושלים, כאשר נהגים מתנדבים מביאים ומחזירים את החולים למועדון.

במסגרת המועדון, המשתתפים מקבלים תראפיות שונות: תראפיה כריקוד, מוסיקה, אומנות ופיסיותרפיה התואמת ליכולתם ולמצבם. בכל מועדון ישנן פעולות חברתיות כי ידוע שהקבוצה בעצמה פועלת ככלי טיפולי (האדם הוא יצור חברתי).

המדריכות המקצועיות משתדלות לקבוע תוכניות קבועות כי החולה הדמנטי מרגיש יותר בטוח במסגרת קבועה, סדירה. מנסים לשמור על סביבה מוכרת, ז.א. לא לגרום לשינויים במקום המפגש וגם לא בסדר היום. עיקרון נוסף במועדון הוא לספק יחס אישי לכל אחד ואחד למרות המסגרת הקבוצתית. יש אווירה של קבלה וטיפול במועדוני מלב"ב, בו כל חולה פועל לפי רצונו ומשתדלים לפתח כישורים אישיים של כל אחד.

תוכנית המועדון בנויה לתת גירויים ככל האפשר לחולים הדמנטיים אך במידה מבוקרת, כי גירוי יתר עלול לגרום לאי שקט והפרעות. המדריכות מעונינות לעורר את המשתתפים לעולם שסביבם ולנצל באופן מקסימלי את הכוחות הקוגניטיביים אשר נשארו להם. אך יחד עם זאת חשוב ביותר לשמור על הכבוד העצמי של האדם ולכן מקפידים תמיד לא לתת פעולות אשר עלולות להעמיד את הזקן במבוכה או להוכיח לו שהוא אינו מסוגל לבצען.

צוות מלב"ב למד כי למרות הירידה בכושר המנטלי, הכוחות הרגשיים של החולה הדמנטי קיימים כמו תמיד והם ערים מאד ליחסי אנוש כלפיהם, לכעס, תסכול וזלזול המופנה אליהם מהסביבה. המועדון מהווה למשתתפים מקור לכבוד עצמי לעולם שהפך להיות עויין כלפיהם וכן מסגרת חברתית הנותנת להם להרגיש שייכות. הם כמו כל זקן אחר שהולך בבוקר למועדון קהילתי משלו.

במשך השנים מלב"ב הוסיף שרותים נלווים. בעיקר לבני המשפחות עליהם מוטל רוב העול והטיפול. כבר מהשנים הראשונות המדריכות שהן ברובן עובדות סוציאליות נתנו טיפול והדרכה לבני הזוג ולילדים של חברי מלב"ב. לפני מספר שנים נוספו

שתי קבוצות תמיכה לדוברי אנגלית ועברית.

ע"מ לתת השתלמות לעובדי הארגון הוקמה מסגרת לימודית - המכון הגריאטרי, שהיום גם נותן קורסים וימי עיון לעובדים עם קשישים ממסגרות שונות. עובדי מלב"כ נפגשים פעם בחודש ל- Journal CLUB וכן עורכים Case Conference עם פרופ' רוזין פעם בחודשיים על כל מקרה ומקרה. למען המשפחות שהיו זקוקות לחופש או לסידור חירום לחולים פותחה תוכנית "מיטות חופש" בה מתאפשר אשפוז הזקנים הדמנטיים במוסד לתשושי נפש לתקופה של 10-14 יום.

היחידה להמשך טיפול

על רקע תרומתם החשובה של המועדונים ומידת שביעות הרצון של המטופלים והמטפלים התבלטה קבוצה של זקנים הסובלים מירידה מנטלית בשלבים שונים אשר אינם יכולים להגיע למועדון מסיבות שונות. קבוצה זו לא קיבלה עזרה יעוץ או תמיכה משרותים אחרים בקהילה.

1. זקנים שהתחילו במועדון וחלה התדרדרות במצבם - פיזית או מנטלית.
2. זקנים הסובלים מתשישות נפש קשה בדרגה שאינה מאפשרת השתתפות במועדון.
3. זקנים הסובלים מקשיים בניידות: מדרגות מרובות
העדר עזרה בבית בהכנת הקשיש בקר
וצהרים.
4. זקנים שאינם שולטים על הסוגרים.
5. זקנים שלהם קשיים בהשתלבות חברתית כולל חוסר רצון לצאת מהבית.
6. זקנים בשלבים הראשונים של המחלה שעדיין אינם מתאימים למועדוני מלב"כ.

עבור קבוצת קשישים זו ולמטפליהם בעיקר בני משפחה הוקמה היחידה להמשך טיפול, הנותנת שרותים לתשושי הנפש ולמשפחות בבית.

תאור היחידה

הצוות הטיפולי של היחידה כולל עובדת סוציאלית, מרפאה בעיסוק, אחות ועובדת תעסוקה.

הצוות מעניק לזקן ולמשפחה שירותים במסגרת הבית, הדרכה ויעוץ לבני המשפחה ו/או למטפלים העיקריים בבית.

המטרות

1. מניעת הדרדרות קוגניטיבית תיפקודית - שמירה על הקיים.
2. הדרכה מעשית למטפלים כקשיש בפעילויות ADL ובהתארגנות בבית.
3. תמיכה במטפל העיקרי בהתמודדות עם הנטל הכבד - נפשית ומעשית.
4. שילוב וקשר בין השירותים השונים בקהילה במטרה להביא לתאום וניצול מקסימלי של הגורמים הציבוריים העומדים לרשותם. הצוות משתדל להעביר את הטיפול הממושך למטפלים הממסדיים ככל האפשר וע"י כך מתאפשר מענה לפניית חדשות להתערבות קצרה.

ישנם מקרים המטופלים לאורך זמן בגלל חוסר גורם אחר היכול לטפל ולעקוב אחריהם.

השירותים הנלווים הללו מאפשרים למלב"ב לספק רצף של שירותים לחולה הדמנטי הנמצא בקהילה וגר בביתו ולבני משפחתו וע"י כך מאריכים את התקופה שניתן להחזיקו בבית במסגרת מוכרת, חמה, מכינה ותומכת.

היחידה אינה מאריכה בטיפול במקרה ששירות אחר כגון קופת חולים, השירות הסוציאלי של העיריה או כל שירות או אירגון אחר מטפל בחולה ובמשפחתו.

דרכי הפעולה

ההפניות אל היחידה להמשך טיפול מגיעות ממועדוני מלב"ב, מרופאי משפחה, אחיות קשישים, בתי חולים, לשכות רווחה ואנשים פרטיים. הן מגיעות למשרד מלב"ב שם נעשה מיון ראשוני למועדונים או להמשך טיפול. לאחר קבלת ההפניה הצוות עורך ביקור בית ראשון משותף בבית המטופל ומשפחתו.

ההערכה צריכה לכלול את רמת התיפקוד המירבית של המטופל בתחומים השונים ואת התופעות ההתנהגותיות בתחומים הבאים:

1. כשר תיפקוד גופני: פעילות יומיומית (ADL)
פעילות משק בית (IADL)

2. כשר תיפקוד קוגנטיבי: זכרון לטווח קצר וארוך.
התמצאות במקום, בזמן ובאנשים.
הבנה ושיפוט.

3. כשר תיפקוד חברתי: יכולת תקשורת מילולית.
יצירת קשר עם אחרים, מוכרים וזרים.
יכולת דיבור

4. תופעות התנהגותיות: תוקפנות פיזית ומילולית.
שוטטות.
אי שקט מוטורי.
השפנות.
חזיונות שווא.

כמו כן נעשית ההערכה של המצב והכוחות של המשפחה המטפלת:

1. מה היה התיפקוד הקודם - הדינמיקה במשפחה.
2. התיפקוד היום יומי העכשוי.
3. הכרת השירותים הסוציאליים, המשפטיים והרפואיים בקהילה.
4. ידע על אביזרים ומערכות לשעת חירום בהתאם לצרכים של המטופל שלהם.
5. ארגון הבית בהתאמה לתפקוד של המטופל תשום הנפש המתגורר בו.

לאחר ההערכה מתקבלות ההחלטות:

1. האם הקשיש מתאים לתכנית?
2. הערכת הצרכים של הקשיש ושל המשפחה ו/או המטפל העיקרי.
3. תכנית טיפול מתאימה ע"כ אישיותו של המטופל, עברו והרקע התרבותי חברתי שלו.
4. מי מהצוות אחראי על התכנית של המטופל ומשפחתו.

בד"כ יש שתוף פעולה מלא בצוות, חפיפה בין התפקידים מתקבלת בברכה. ריכוז הטיפול נקבע לפעמים בשל הקשר האישי שנוצר, שפת דיבור, עומס עבודה או הבעיה הדומיננטית.

תהליך האיבחון והערכה לפעמים דורש ביקורים נוספים או הערכה נוספת, כל התהליכים מלווים ברישום ודווח על הפעילויות.

אחת החברות בד"כ משמשת כראש צוות.

את ה- INTAKE הראשוני עושה הצוות כולו יחד ואח"כ כל אחת עובדת לפי המטלות שחולקו לה.

ישנן פגישות צוות קבועות, כמו כן יושב הצוות לפגישות שיטתיות אחת ל- 6-8 שבועות עם פרופ' רוזין לשם הצגת המטופלים, דיון והמלצות הקשורות במדיניות הטיפול.

עובדות צוות המשך טיפול גם משתתפות כאופן קבוע בפגישות היותר רחבות של כל צוות מלב"ב כראשותה של הגב' לאה אברמוביץ כהן ניתן מידע שוטף על הפעילויות וכן חידושים בנושאים אקדמיים הקשורים לעבודה.

העובדים בשירות

בצוות המשך טיפול מספר בעלי מקצועות והם: עובדת סוציאלית, אחות, מרפאה בעסוק ומפעילים תעסוקתיים.

תפקידי כל אחד מבעלי המקצועות הם:

- עובדת סוציאלית:

השתתפות כאבחון ובהערכה - אבחון סוציאלי.

השתתפות בהכנת תכנית טיפול ובמעקב.

הדרכה ותמיכה לקשיש ולמשפחה.

תמיכה ולגיטימציה לרגשות תסכול, כעס וזכאון. אפשרות ונטילציה למטפלים והפניה לקבוצות תמיכה.

עזרה בהשגת שרותים בקהילה - חוק סעוד, ארוחות חמות, מרכזי יום, מועדונים או עזרה בהפניה למוסד סיעודי.

קשר עם גורמים בקהילה.

העובדת הסוציאלית רצוי שתהיה בעלת ניסיון נרחב בעבודה עם קשישים ומוגבלים במסגרות שונות.

רצוי שתכיר ותהיה בקשר טוב עם השירותים בקהילה.

- אחות:

השתתפות בהכנת תכנית טיפול, הפעלתה ומעקב אחריה.

קשר עם מרפאות, דופאי משפחה, אחיות בקהילה כולל שירותים לבריאות הנפש ומרפאות נוירוגריאטריות.

הכוונת המטופלים ובני המשפחה לאבחון נוירוגריאטרי.

הדרכה בנושאי בריאות לזקן ולמשפחה תוך התמקדות בטיפול מונע בנושאי תזונה, הגיינה ותרופות.

האחות צריכה להיות אחות מוסמכת, רצוי אחות שעברה השתלמות בגריאטריה או בבריאות הציבור.

ניסיון בעבודה עם זקנים במסגרות שונות, שתכיר היטב את מערכת השרותים השונים לזקנים בקהילה.

- מרפאה בעיסוק:

תפקידיה מתמקדים בתחום פעילויות הטיפקוד היומיומי (ADL) ובתחום הטיפקוד הקוגניטיבי בין משימותיה העיקריות:

השתתפות באיבחון והערכה.

השתתפות בהכנת תכנית טיפול ומעקב.

מתן טיפול אחזקה ומניעה - שמוש ושמירה על המיומנויות הקיימות והכונה לעצמאות מקסימלית בגדר היכולת של המטופל.

הדרכה לזקן ולמשפחה ולמטפלים אחרים בכל הקשור ב-ADL. בטיחות בחיי היום יום (באמבטיה, אמצעי חימום ובישול).

הדרכה לאנשי הצוות (עובדות תעסוקה).

בנית תכנית טיפול למפעילים התעסוקתיים - הדרכה ומעקב.

צריכה להיות מרפאה בעיסוק מקצועית, רצוי מאד ניסיון עבודה עם זקנים ומוגבלים, יכולת הדרכה וארגון צוות מפעילים. צריכה להיות יצירתית ובעלת יוזמה, אחראית ובעלת יכולת לעבודה עצמאית.

מפעילה תעסוקתית:

אחת הבעיות של הטיפול בתשושי נפש היא הפעלה מועטה של המטופלים והשארתם במצב של חוסר מעש במשך שעות רבות דבר הגורם תסכול, עצבנות, כעס וחוסר אונים ע"י המטופל ובני משפחה.

חוסר גרויים יכול להביא לירידה מהירה יותר בתיפקוד המנטלי. חשוב לזכור שפעילויות הכוללות תקשורת חברתית ויצירתית ובילוי משמעותי של הפנאי הם מרכיבים חשובים בחייו של האדם בתכרה והן הנותנות לו הרגשה של תועלת ויעילות. כאשר אדם הסובל מדמנסייה אינו מסוגל להמשיך בפעילותו הרגילה, צריך לעזור לו למצא זכרים בעלי משמעות שיוכל לבצעם במסגרת היכולת שלו.

הפעילויות צריכות להיות משמעותיות וחשובות עבורו. יש לעודד אדם לפעילות מתוכננת העשויה להביא לשפור באיכות החיים, להוסיף הנאה וספוק, לשמר יכולות שהיו ואולי למתן את ההדרזרות הצפויה עקב מחלתו. תרגול פעילויות ה-ADL שומר על העצמאות וע"י כך תורם לשמור על הערך העצמי של המטופל, על ההנאה והעניין בחיים.

הפעלה של המטופלים נעשית ע"י מפעילות תעסוקתיות שתפקידן: לספק גירויים לשם אתזקה ומניעה.

התרכזות בדברים שהמטופל יודע לבצע, לשמר אותה לפי יכולתו ונטיתו האישית.

הקפדה על תחומי העניין, לרמת המוגבלות ולתכנית הטיפול שהתקבלה מהמרפאה בעיסוק. (קריאה, שיחה, תרגילים פשוטים, הולכה, מוסיקה וכו'). מעקב אחרי המטופל ודווח מסודר על הפעילויות ועל השינויים החלים. לעודד ביקור סדיר במועדון מלב"ב, דבר שהחולה ו/או המשפחה זחו בעבר. על המפעילה התעסוקתית להיות בעלת הכשרה לעבודה עם זקנים בנושאי תעסוקה ומלאכת יד. יש אפשרות גם לקבלת הכשרה והדרכה מהמרפאה בעסוק תוך כדי עבודה.

המפעילה צריכה להיות קבועה, בעלת גמישות ויוזמה.

יש צורך לידע אותה על היכולות והמגבלות של תשושי הנפש שתוכל להיות אמפטית וסבלנית.

עליה להיות מסוגלת להטות אוזן קשבת לבני המשפחה תוך כדי תמיכה ללא שיפוט וללא התערבות יתרה בעניני המשפחה.

סוגי הפעילויות כוללים:

1. הפעלה מוטורית
2. אוריינטציה והפעלה קוגניטיבית
3. פעילות תפקודית
4. מוסיקה

1. הפעלה מוטורית: גסה

עדינה

הפעלה מוטורית גסה - מטרתה לשחרר שרירים ולעודד זרימת דם בעזרת התעמלות קלה וריתמיקה.

ציוד: כדורים, חישוקים, גומיות וכ"ד.

הפעלה מוטורית עדינה - עבודות יד שונות, ציור, כתיבה, משחקי הרכבה, פיסול, אריגה.

ציוד: גירים, צבעים, עטים, עפרונות, מברשות, חוטים, חימר, פלסטלינה.

2. אוריינטציה, הפעלה קוגניטיבית:

אוריינטציה - עבודה על התמצאות בזמן, במקום ובאנשים דרך תמונות נוף, אלבומים של תמונות המשפחה, משחקי זיכרון, חישובים. נעזרים בקריאת עתונים, ספרים, תפילה, למוד תורה, הרכבות, תשבצים ומשחקים.

3. פעילות תפקודית: פעילות יום יום

עבודות בית

מטבח

פעילות יום יום - עבודה על נקיון אישי, הגיינה, לבוש, ניידות.

עבודות בית - עבודה על נקיון הבית, הסניבה, כניסה וכ"ו.

עבודות מטבח - מתרכזת על בשול, אפיה, שטיפת כלים, ניקוי ירקות אורז שעועית.

4. מוסיקה: שמוש בשירים, קסטות, כלי נגינה, רקוד. משלבים מוסיקה ביחד עם מוטוריקה.

בדרך כלל משלבים פעילויות שונות יחד לא עובדים עם כל חומר בנפרד. למשל משלבים התעמלות וריתמיקה עם מוסיקה ובעזרת תרגילים קבועים שתוזרים על עצמם אפשר גם לשפר זכרון.

בדרך כלל הפעילויות מותאמות ליכולת של המטופל משתדלים שתהיינה בעלות משמעות למטופל. נמנעים מפעילויות סתמיות שאין להן משמעות או תוכן. התוכניות מותאמות לשעות העירנות של המטופלים. לא דורשים מאמץ שמעבר ליכולת בכדי למנע סיכון אך גם לא דורשים תפקוד למטה מהיכולת בכדי למנע תסכול של המטופל ושל המשפחה.

יש מעורבות של המשפחה בתהליכי ההפעלה. יש הדרכה למשפחה ולמטפלים האחרים בבית איך להפעיל את המטופלים גם בשעות אחרות של היום. דבר הנותן כלי עבודה למשפחות שלא ידעו לתפעל את המטופלים.

הדרכה ופיקוח

צוות היחידה להמשך טיפול העובד עם תשושי הנפש בביתם חייב להיות מסוגל לתפקד רב הזמן בהיעדר פקוח. אנשי הצוות חייבים להיות מיומנים ומקצועיים מאד ויכולים לבצע מטלות במסגרת עצמאית.

תכנית הטיפול צריכה להיות מנוסחת בבהירות ומפורשות, חלוקת התפקידים ומי נושא באחריות למה, צריכים להיות ברורים.

כדי למנוע בלבול גם המשפחה צריכה לדעת מי מגיש הטיפול העיקרי שהמשפחה תזהה ותכיר אותו.

מאד חשוב שכל אנשי הצוות ידעו לעבוד בעבודת צוות, אך כל אחד חשוב שיהיה בעל יכולת לעבוד בצורה עצמאית, להיות יצירתי ובעל יוזמה.

ישנן פגישות קבועות של אנשי הצוות בינם לבין עצמם, עם מדריכים ועם יועצים במקצועות השונים.

בפגישות מתקיימים דיונים על מקרים, הערכה מחודשת של הצרכים ושינוי תכניות הטיפול בהתאם.

בין אנשי הצוות יש שיתוף פעולה ולפעמים חפיפה בתפקידים שמתקבלת בברכה. לאנשי הצוות השונים יש הדרכה מותאמת מקצועית ע"י מדריכים בעלי ניסיון וידע נרחב, שתפקידם העיקרי הוא לעזור לעובדים לעבד את הרגשות המתעוררים תוך כדי בצוע עבודתם כמו כעס, תסכול מהמערכת, משירותים אחרים בקהילה שמערימים לפעמים מכשולים, על אכזבה ממשפחות הפועלות נגד הקו שנראה לנו כנכון.

כמו כן לישר הדורים בין אנשי הצוות אם מתעוררת מחלוקת.

הפיקוח וההדרכה הם חלק אינטגרלי של כל שירות על אחת כמה וכמה חיוני במסגרת דיפוסית של טיפולי בית.

מנהל וארגון

תוכנית המשך טיפול אורגנה ע"י מלב"כ בעזרת תקציב מיוחד שהתקבל מביטוח לאומי, באמצעות הקרן לפיתוח שירותים בענף סיעוד, בהשתתפות אש"ל ועיריית ירושלים. כל גורם התחייב להשתתף בהוצאות התוכנית לפי סולם יורד של תשלומים במשך המשך שנים. מלב"כ עורכת חוברת הדרכה וכן מחקר בשיתוף הביטוח הלאומי כתמורה להשתתפות זו.

התקציב המשוער של התוכנית היה 96,000 ש"ח לשנה, אך מאחר ולא התקבלו כל הכספים כפי שתוכנן, הפעולות הצטמצמו מעט לפי התקציב הרצ"ב. מועסקות בתוכנית 3 עובדות מקצועיות כל אחת בחצי משרה. כמו כן עובדות כ-10 מפעילות ב-15 בתים למפגש עם חולה דמנטי של שעה עד שעתיים כל שבוע. המרפאה בעיסוק מדריכה את המפעילות ומכניסה אותן לבתים של הקשישים הנראים זכאים להפעלה ע"י הצוות המקצועי. המשפחות משלמות בשלב זה סכום סמלי של 5 - ש"ח לשעה עבור הטיפול של מפעילה. הן אינן משלמות עבור ביקור הצוות המקצועי הבא לשם הערכה בבתיהן היום.

יש פיקוח ע"י עובדת וותיקה המכירה היטב את השירות. העבודה האדמיניסטרטיבית נעשתה ע"י המזכירות של מלב"כ. היא גובה את דמי ההשתתפות, משלמת משכורות, דואגת לפרסום ומקבלת הפניות חדשות המגיעות מעובדות סוציאליות, עובדי בתי חולים, צוות קו"ח, עובדי המתנ"סים, המשפחות בעצמם וצוות מלב"כ. המזכירות מתאמת פגישות עם פרופ' רוזין והצוות לשם קביעת מדיניות ודיון על כל מקרה ומקרה. וכן מבצעת דו"חות בכתב או קשר עם משרדים שונים.

הצוות עורך דיווחים קבועים בכתב והמפקחת והמרכזת מקבלות דיווח על הנעשה לעיתים קבועות. לתוכנית יש קופה קטנה שמנוהלת ע"י המרכזת של התוכנית, שהיא אף דואגת לתיאום עם המזכירות וגורמי חוץ.

ישנם כ- 30 מקרים פעילים מטופלים כל חודש ועוד כ- 20 מקרים הנמצאים במסגרת "בלתי פעילים", אך כמעקב. הצוות מבקר בכ- 5 בתים של חולים חדשים כל שבוע ובממוצע אורך הטיפול כפעם בשבוע - שבועיים במשך 3 חודשים. ישנם תיקים של למעלה מ- 100 מטופלים, שכבר עברו טיפול של אנשי צוות מלב"כ במשך השנתיים וחצי הראשונות של התוכנית.

תקציב המשך טיפול של מלכ"ב
תשנ"ב (1992)

	<u>ש"ח</u>	<u>הוצאות</u>
		משכורות:
	27,000	עו"ס - 1/2 משרה
	27,000	אחות - 1/2 משרה
	<u>27,000</u>	מרפא בעיסוק - 1/2 משרה
33,175	81,000	
19,672	48,000	12 - 15 מפעילות
901	2,200	מינהל
1,311	3,200	מזכירות
901	2,200	פיקוח
<u>409</u>	<u>1,000</u>	הוצאות חד פעמיות
<u>56,000</u>	<u>137,600</u>	סה"כ הוצאות
		<u>הכנסות</u>
9,836	24,000	השתתפות הקשישים
13,935	34,000	עיריית ירושלים
7,377	18,000	אש"ל (לתקופה מוגבלת)
14,754	36,000	הקצבה מיוחדת מניטוח לאומי
<u>10,500</u>	<u>25,600</u>	תרומות
<u>56,000</u>	<u>137,600</u>	סה"כ הכנסות

הצגת מקרים

מקרה ראשון:

מרים בת 80 הופנתה ליחידה להמשך טיפול של מלב"ב ע"י אחות קו"ח. מרים גרה לבד ובנה וכלתה הם המטפלים העיקריים בה.

צוות המשך טיפול הכולל אחות + עו"ס + מרפאה בעיסוק קבע להפגש עם הגב' מרים בביתה.

מרים קיבלה את הצוות בחום רב, השיחה נסבה על אודות עצמה, על תרומתה למדינה, על חששותיה שיגזלו את ביתה. סיפרה על בעלה למרות שנפטר כמצפה לו כל רגע שיבוא. סיפרה שעוסקת בעבודות בית ובארגוני התנדבות. הצהירה שלא אכלה דבר במשך היום.

היתה במשך כל הבוקר חסרת מנוחה ודיברה ללא הפסקה. הבית היה נקי ומסודר. הדירה נמצאה ע"י המרפאה בעיסוק מתאימה לצרכיה של מרים ולבטחונה. המפגש השני היה עם כלתה לאה. היא סיפרה שמצב הבריאות של מרים תקין חוץ מבעיות ראייה כתוצאה מניתוחי קטרקט שלא הצליחו. גם בהליכה זקוקה למקל. לאה ציינה שהתחלת הבלבול והחשדנות של מרים התחילו בשנת 1984 אחרי מות בעלה. תחילה התגוררה עם בנה וכלתה כביתם אך לאחר מכן החלה לחשוד בהם שהם גונבים ממנה ולכן תזרה לביתה. הם שכרו מטפלים שיגורו עמה, יטפלו בה וישמשו לה לחברה אך כולם עזבו משום שטפלה עליהם האשמות שונות.

לאה ובעלה מנקים את ביתה של מרים בכל יום, מכינים את מזונה ורוחצים אותה. היא מתלבשת לכד אך לא כצורה מסודרת והיא ישנה בבגדיה.

יש שליטה על הסוגרים ובשימוש בשרותים, יש עצמאות.

לאה טוענת שהזכרון של מרים לא תמיד פועל - לעיתים היא צלולה ולעיתים מתבלבלת בזמן, במקום ובאנשים.

יש בעיות שיפוט - משאירה דלת פתוחה ומזמינה זרים לביתה.

המשפחה נאלצה לנתק את הגז בדירתה כדי להגן עליה. מרים אינה מודעת למצב. לאחר הראיונות הוחלט על תוכנית טיפול, וחולקו התפקידים בין אנשי הצוות.

אחות:

1. ליצור קשר עם רופא המשפחה והאחות של קו"ח.
2. הערכה תזונתית.

מרפאה בעסוק:

1. הערכה תפקודית
2. בהתאם להערכה התפקודית הדרכת מפעילה תעסוקתית בפעילויות ADL.

עובדת סוציאלית:

1. עזרה ויעוץ לבני המשפחה.
2. הפגיה לשרותים המתאימים לקבלת עזרה בתוך הבית.
3. הפניה למועדון מתאים.
4. להעלות רעיון קבלת אפוטרופסות.

במשך כשלושה חודשים עבדו אנשי הצוות עם מרים ומשפחתה. מהשיחה עם רופא המשפחה התברר לאחות שמרים סובלת מחוסר ויטמין B12, האחות נתנה הדרכה מתאימה למשפחה - המשמעות של מחסור מסוג זה על הטיפול ועודדה את המשפחה לשכנע את מרים לקבל את הטיפול המתאים.

מרים קבלה ויטמין B12 כמשך 6 שבועות בזריקות, והתנהגותה החלה להשתפר - הכלבול פחת במידה ניכרת.

בקשר לעתיד בנושא התזונה הוחלט שהמשפחה תספק ארוחה עיקרית כל יום ותגיש ארוחת ערב, ואילו המט"ב תכין ארוחת בקר ותחמם את הארוחה העיקרית ותגיש אותה למרים.

העו"ס שוחחה עם המשפחה על תופעות ההתנהגות של מרים, ענתה לשאלות ונתנה הסברים. אח"כ חפשו יחד דרכים להתמודד עם המצב. הם עסקו גם ברגשות שמעוררים בהם הטיפול באם, על חילופי תפקידים, על התגובות של הנכדים ובעיות הכריאות

שלהם עצמם שהתפתחו בעקבות הטיפול במרים, הביעו רגשות צער ותסכול.

פתרונות מעשיים שנדונו:

פניה לבטוח לאומי לקבלת עזרה בתוך הבית.
הגשת בקשה לאפטרופסות.

עזרה כמילוי טופס הפניה לאשפוז כבית אבות לשעת הצורך.
שיתוף פעולה בין כל הגורמים להשפיע על מרים שתוכל ותרצה להצטרף למועדון מלב"ב והערכות מתאימה למצב החדש כאשר היא תסכים.

עובדת תעסוקה החלה לעבוד עם מרים פעמיים בשבוע כשעה בהזרכת המרפאה בעסוק.
הן תירגלו פעולות יומיומית כמו הכנת קפה, שטיפת כלים, סידור מגירות בתוך הבית. יצאו לטיולים וניסו לקבוע סימנים שיעזרו למרים לזכור את הדרך הביתה בעצמה.

כאשר גבר בטחונה העצמי של מרים והאמון שלה בעובדת התעסוקה נוצר הן החלו לבקר יחד במועדון מלב"ב עד שמרים הרגישה שם מספיק נח וממשיכה לבקר בו כעקביות. בשלב זה נגמר תפקידה של היחידה להמשך טיפול של מלב"ב והאחריות עוברת לצוות המועדון.

מקרה שני:

גב' ש. נולדה ב-1911 למשפחה ידועה בעלת אמצעים. קבלה השכלה פורמלית רחבה בעלת תרבות. נשואה +7 ילדים.

הופנתה למלב"ב ע"י כחה לבדק התאמה למועדון.

בעיות רפואיות: עברה החלפת מסתם בלב.
שבר בצוואר הירך בשני הצדדים.
עירורן.
חרשות באוזן אחת.

בעלה חולה אלצהיימר כמצב סעודי. הילדים ערים ומודעים למצב, מטפלים ודואגים להורים. כבית 3 מטפלות לכל שעות היממה.

כביקור הראשון של הצוות מצאו אשה נקיה ומטופחת, אינטליגנטית מאד, דוברת 9 שפות היתה פעם מעורבת בעסקים - נסיעות רבות לחו"ל עם בעלה. לדברי המשפחה יש ירידה בתפקוד בשנתיים האחרונות לאחר השבר בצואר הירך השני. נעשתה אפטיה, איבדה ענין בסביבה. עקב התחרשות החלקית גם אינה שומעת כבר קלטות שהיתה שומעת קודם לכן כתחליף לקריאה שנמנעה ממנה בגלל העיוורון.

הצוות החליט אין צורך בהתערבות האחות והעו"ס. המרפאה בעיסוק תמשיך לטפל במשפחה. יש צורך באבחון קוגניטיבי לבדוק מהי מידת הירידה המנטלית נעשה מבחן ע"י מרפאה בעסוק שהראה כי היא זקוקה לעזרה בכל פעולות ADL פרט לאכילה באופן עצמאי.

בבדיקה נמצא כי זכרון לטווח קצר לא שמור - לא זכרה מאורעות שארעו לאחרונה. חוסר התמצאות כללית.

התמצאות בזמן לקויה - מצלצלת הרבה לכת לברר מתי מדליקים נרות שבת. המטפלת מספרת על בלבול בין יום ולילה, תלות בכל התחומים, הפסיקה להתייחס לבעלה ולצרכיו.

פתרון מעשי שנדון:

להכניס מטפלת להפעלה - בליווי והזרחה של מרפאה בעסוק. לצורך מתן גירויים מוטוריים, להתמצאות בזמן ובמקום וכן מציאת ענין בחיי היום יום. התגובה לעובדת תעסוקה היתה טובה והיא ממשיכה לטפל בה כ- 3 חודשים.

מקרה שלישי:

התקבלה פניה אל צוות המשך טיפול ממרכז יום קרית מנחם.

סיבת הפניה - מציאת תעסוקה ומסגרת חברתית למר חיים הנמצא בתהליך דמנטי.

נפגשנו עם מר חיים ואשתו.

חיים בן 78. בעבר סוחר במקצועו. יליד הונגריה. לחיים ואשתו שתי בנות המתגוררות בירושלים. עד לפני כ- 7 שנים התגוררו בפתח-תקוה, באו בעקבות הילדים לירושלים. מר חיים אינו עובד כ- 10 שנים.

מזה כ- 3 שנים נצפתה ירידה בזכרון, בהתמצאות, בארגון המחשבה וההתבטאות. בזמן האחרון חוסר יכולת להמשיך במלוי התפקידים אותם מלא בעבר ברצון ובהצלחה.

אשתו של חיים הראתה סימני מצוקה, מצב רוח ירוד, חוסר הכנה למה שקורה והרגשת עומס תפקידים ואחריות.

בפגישה, בבית המטופח של בני הזוג, צוות המשך טיפול שכלל עו"ס, אחות ומרפאה בעסוק שמע את הבעיות שהועלו וניסה להכין למר חיים ואשתו תכנית טיפול שתענה על הצרכים של בני הזוג. הצורך הראשוני של מר חיים ואשתו היה מסגרת חברתית תעסוקתית למר חיים.

חלוקת התפקידים:

הואיל והאחות יצרה קשר מידי וטוב עם המשפחה וגם היה צורך בברור רפואי מקיף הצוות החליט שאין צורך בהתערבות מרפאה בעסוק ועו"ס והאחות היא תמשיך לטפל במשפחה.

פתרונות מעשיים שנדונו:

הואיל ומועדון מלב"ב עדיין לא מתאים לרמה הקוגניטיבית של מר חיים. בני הזוג גילו התנגדות רצינית למרכז יום בקרית מנחם ("כולם שם חולים ומסכנים") הוצע לגב' חיים ליצור קשר עם המתנ"ס המקומי.

הוחלט לברר את המצב הרפואי. בשיחה עם רופא המשפחה התברר שמר חיים אובחן ע"י נוירוגריאטר וכן ע"י פסיכיאטר ונקבע כסובל מדמנציה בשלבים ראשוניים. נוצר מגע עם המתנ"ס המקומי, שבו מועדון לקשישים ולאחר הסבר קצר על מצבו של חיים הסכימו לצרפו למועדון וביחד עם האחות שהיתה אחראית על הטיפול נמצאה פעילות שתתאים לו, כמו כן נעשה ניסיון לשלב בפעילויות המועדון גם את אשתו.

למרכזת המועדון ניתן הסבר על היחידה להמשך טיפול וגם מספר הטלפון לשעת הצורך.

חיים החל ללכת למועדון, ועדיין זקוק לדרבון וזרוז. אשתו של חיים מקבלת תמיכה קבועה. פעם בשבועיים נערכים מפגשים עם גב' חיים מחוץ לבית בכדי לתת למפגשים נופך חברתי וגם בכדי להוציא את הגב' חיים למקום נייטרלי לצורך התאוררות.

המפגשים מלווים כשיתות ארוכות בהן יכולה גב' חיים לכטא רגשות כעס, חרדה ותסכול. כמו כן בפגישות מתקיימת הדרכה בנושאי דמנציה והתנהגות. יש תמיכה ועודד לגב' חיים להמשך פעילויותיה היום יומיות, כמו חוגים ופגישות עם חכרות.

הומלץ לקרא ספר בנושא הדמנציה לצורך העמקת הידע וההבנה בתהליכים. הטיפול עדיין נמשך, מוקד הטיפול במשפחה הוא כרגע הגב' חיים המגישה העקרית של הטיפול בבעלה. הבנות מעורבות מעט מידי והאם מגנה עליהן ומסרבת לערב אותן בשלב זה בטיפול, עדיין אינה מוכנה שנפגוש אותן. הטיפול נועד לעודד, לתמוך, לאפשר כוחות להמשיך ולטפל. הגדלת הידע וההבנה גרמו למחשבות פחד מה יביא עמו העתיד, דבר שגרם לנו להתחיל לחשוב ולדבר על האפשרויות השונות לקבלת עזרה ותמיכה משרותים נוספים בקהילה.

יחידה להמשך טיפול

היחידה להמשך טיפול של מלב"ב נותנת שרותים טיפוליים למשפחות קשישים אשר להן חולה הסובל ממחלת אלצהיימר ומחלות אחרות הגורמות לירידה מנטלית אצל קשישים.

צוות היחידה להמשך טיפול כולל אחות, עובדת סוציאלית, מרפאה בעסוק ומטב"ית תעסוקתית. הצוות מעניק שרותים במסגרת הבית או עוזרים לחליפין למשפחות בתהליך העברת הקשיש למסגרת מתאימה.

צוות היחידה עורך הערכה תפקודית לקשיש ומברר דרכי התמודדות המשפחה עם הקשיש ומצבו המיוחד.

לאחרי כרוור הצרכים מציע הצוות תכנית טיפול כוללנית למשפחה ונמצא במעקב עם המשפחה.

הצוות נענה לפניית מהמשפחות או כל גוף אחר שאתו נמצאת המשפחה בקשר.

לפניות נא להתקשר בטלפון לאחד המספרים הרשומים בראש הדף.

שמחים לשרתכם
צוות המשך טיפול
מלב"ב

נספח ב' :

המלצות לקריאה נוספת:

36 שעות ביממה.
כאשר המח בוגד בגוף.
מדריך למשפחות תשושי נפש.
מדריך לשירותים פסיכוגריאטריים בישראל.

Bibliography of Home Care Team Services

Since little reference material was found, many texts and journals which even suggest the topic have been included here.

1. Courtrice, Katie and Powell, Lenore S., Alzheimer's Disease: A Guide for Families. (Reading, Mass: Addison Wesley Pub. Co.) 1983. 277 pp.

The caregiver is provided with factual information ranging from what to expect as the illness progresses to the criteria of picking nursing homes. Some practical advice is given to the caregiver on understanding and dealing with the patient's problems. A review of community services and references for national resources are briefly noted.

2. Osterbusch, Lori, Rusinowitch, Simon, and Keigher, Sharon M., "Community Agency Support of Family Caregiving". Health and Social Work Journal 13:3, Summer 1988.

Agencies that provided home care services for the elderly were surveyed, in order to identify the services they provide the family caregiver. More than one third of the responding agencies provided various family supports including referral information, training and support groups, counseling and hiring of family members as caregivers.

3. Cole, Laura, Grioffith, Karla and Ruiz, Barbara. A Comprehensive Approach to Working with Families of Alzheimer's Disease Patients. In "Social Work and Alzheimer's Disease", Editor: Rose Dobros, Haworth Press, N.Y., 1986.

Social work practices with families of Alzheimer's patients including managing daily activities, alleviating stress, planning for long term care.

4. Kalicki, Anne C., and Karp, Herbert, eds. Principles for the Health Care Team. National Health Publishing, 1987.

The Health Care Team are the individual professionals who have contact with the patient or family in the community. The role of each individual is briefly discussed.

4A. Gaitz, Charles and Wilson, Nancy. "Organization of Services". In: Kalicki, A. and Karp, H. Principles for the Health Care Team.

Different community services are briefly explored. The need for coherent, comprehensive services by a multidisciplinary knowledgeable team are explored.

5. Age Concern, Coping with a Confused Elderly Person at Home: Carer Guide. Scotland, 1986.

A complete chapter refers to the Community Services which are available for the confused elderly, and their uses. These services include District Nursing Services, Health Visitors, Social Work Departments, Meals on Wheels, Respite Care, Physical and Occupational Therapies.

6. Murphy, Elaine, Dementia and Mental Illness in the Old: How to Manage - Surviving Yourself. (London: Papermac Macmillan Pub.) 1987.

Practical Guide on services of help including general practitioners. Medication, Neurologist, Psychiatrist, Psycho-geriatrician, nursing services, occupational therapy, laundry services, home help, meals on wheels, day care and night sitters, and respite beds.

7. Barisonet, Lucille, Sasman, Maxine, Green. Nora Mary, Health Care at Home: A Resource Guide. Shield Health Care Centers, Inc. 1984. 97 pp.

The publication serves as a guide in planning and organizing home care with emphasis on resources available. Areas discussed: basics of home care, planning for home care including the home health team, financing home care, the home environment, health care products for the home, organizational resources.

8. Miner, Gary and Winters-Miner, Linda. Caring for Alzheimer's Patients: A Guide for Family and Home Care Providers.

A guide for home care including changes which should be made in the home to ease the burden on the primary caregiver. Support systems in the community for the caregiver are discussed. The focus of the text is on understanding of the illness of Alzheimers, medications and legislation.

9. Fincucane, P., Mohanaruban, K., and Sasty B.S.D., "Managing Dementia in the Community: Who Can Help?" in: Geriatric Medicine August 1989, pp. 49-51.

Management of people with dementia in the community must be the responsibility of the general practitioners. The supports which are available are informal carers, voluntary organizations, private sectors and statutory bodies.

10. Rowland, Diane. "The Elderly's Need for Home Care." Health Affairs 8: 4 Winter 1989 pp. 39-51.

Discussion of the elderly's need for assistance in their homes based on their activities of daily living functions (ADL's). ADL limitations are used as indicators of eligibility criteria for respite care benefits from major medical and Medicare insurance.

11. Gilmore G., Whitehouse, P. and Wykle M. Memory, Aging and Dementia. Springer Pub. 1987. 268 pp.

The volume presents vast information on the specialization of memory, aging and dementia. It includes the specialty areas of Gerontology, Geriatrics, Psychology, Nursing, Social Work, etc.

12. Priss, Lynn; "A Model State Level Approach to Family Survival for Caregivers of Brain Impaired Adults". The Gerontologist 30:1 February 1990.

Profile of a state-wide program to support family caregivers of brain impaired adults. Identifies the major needs and problems of these family caregivers and delineates service interventions to meet these needs. Addresses brain impairment as a broad category of disability needing an array of policies and programs.

13. Brody, Elaine, Saperstein, A., and Lawton, M. Powell. "A Multi-service Respite Program for Caregivers of Alzheimers Patients. Journal of Gerontological Social Work 14:1/2, 1989.

Services and procedures for multi-service respite demonstration project.

14. Cantor, Marjorie H., "Family and Community Support Systems" in: Annals of the American Academy of Political and Social Sciences vol. 503, May 1989.

Most older people manage independently with only the ordinary assistance family members provide each other. Growing numbers of the oldest old and persons suffering from frailty and incapacity require more extensive social care. Social care is directed towards needs critical to independence: socialization and self-development, help in tasks of daily living and assistance in personal care. Usually this care is given within the family context. Due to restructuring of the family, more working women, and changing attitudes about the community's role as service provider, more joint family and community services are needed.



THE NATIONAL INSURANCE INSTITUTE
Research and Planning Administration

**Intervention Program
for
Cognitively Impaired Elderly at Home**

Research Evaluation and Operational Manual

SURVEY No. 119

JERUSALEM, MAY 1994

NATIONAL INSURANCE INSTITUTE
Research and Planning Administration

**Intervention Program for Cognitively Impaired Elderly
at Home**

**Research Evaluation
and Operation Manual**

Jerusalem, May 1994

SUMMARY OF RESEARCH EVALUATION

About a decade after the establishment of clubs for the elderly suffering from dementia, the "Melabev" (Center for Care of the Elderly in the Community) organization in Jerusalem developed a follow-up program focussing on the needs of those demented elderly who cannot reach the clubs.

Professor Rosen and Mrs. Lea Abramovitch of the geriatric ward of the Shaarei Zedek Hospital, together with the staff of the Melabev clubs, were responsible for identifying the needs of the elderly and of their caregivers and for formulating a care plan to meet these needs in their homes.

The program began to operate in 1990, with an interdisciplinary staff composed of a social worker, an occupational therapist, a nurse and four occupational workers (all part-time). The main services given by the staff are counselling, psychotherapy, referrals to other organizations, cognitive stimulation and diagnosis for care plans.

Part A of this report presents findings from the research follow-up, which aimed at documenting the program and examining the various contributions of the program interventions to the target population. Part B presents a detailed description of the program, in order to serve as a guidance to implementation in other places.

In the 8-month period of the study, information was gathered on 56 new clients referred to the service. The information shows that most of these clients were referred by professional workers in organizations such as the sick funds, hospitals and social workers, who generally turned to the service for help in

formulating a care plan for the elderly or in carrying out evaluation and diagnosis. It was found that the characteristics of the elderly referred to the service and their caregivers were similar to those of the visitors to the "Melabev" clubs (S. Baich et al, 1985).

The elderly referred to the service for follow-up care at "Melabev" belong to the highest age-group and over half of them are men living with their wives or with children. Most suffer from a cognitive deterioration as well as damage to their physical and mental functioning. A significant proportion of them are in need of a great deal of help in their daily functioning and personal care.

Only 10% of the elderly who were accepted to the follow-up program do not receive any paid help (public or private); the remainder receive help paid for by the National Insurance Institute, private sources or both.

The data relating to the program's contributions point clearly to the fact that activities aimed at the caregivers were generally very effective. Particularly worthy of note are the contributions of the emotional support, provision of information about the disease and guidance on the subjects of hygiene, medication and nutrition. (About two-thirds of the caregivers who received assistance in these fields reported that the assistance contributed a great deal to them.)

The main caregivers considered the program a "success" if it gave them support and showed them how to cope with difficulties, or gave them help in finding a care framework for the elderly person outside the home. Both staff and caregivers felt that the program achieved its aims at a higher rate for the caregivers

than for the elderly persons. While the achievement of the program's aims for the caregiver is related to the achievement of its aims for the elderly person, there is an objective difficulty in bringing about a change in the condition of the elderly person or in finding him an adequate care framework.

According to the financial report, after about three years of operation, the staff was in contact with over a hundred families and in intensive contact with about 30 families a month. The annual budget of the program was about NS 80,000 in 1993 prices.

