פינוי וניוד

חשוב מאוד להיות קשובים לבקשות ולהמלצות המטופל ומלוויו; יש לזכור שהם יוכלו להמליץ על פתרונות פינוי וניוד על סמך ניסיונם. יתרה מזאת, יש ליזום את השיחה, לשאול אותם לדעתם ולפעול לפי המלצתם אם הדבר אפשרי טכנית ותקין על פי הנהלים.

עם זאת - בכל מצב הכרוך בסכנת חיים, יש לפנות ולטפל במהירות האפשרית, גם אם זה יהיה כרוך באי־נוחות או בצורת פינוי השונה מדרך ההתניידות הרגילה של המטופל.

עיוורים, חירשים או אילמים

הטיפול באנשים עם מגבלה באחד מחמשת החושים: ראייה (עיוורים), שמיעה (חירשים) או באדם עם בעיית תקשורות מילולית (אילמים, חירשים) מציב בפני המטפל כמה אתגרים שחשוב להביא בחשבון מראש כדי להקל את התקשורת ולאפשר לתת את הטיפול המיטבי. עם זאת יש לזכור כי מדובר באדם עם מוגבלות ולא באדם מוגבל. לכן התקשורת המיטבית תביא בחשבון את האדם שיש לו מגבלה הספציפית.

(א) אנמנזה

בעיית התקשורת יכולה להיות הן בהבנת הצוות המטפל (בקרב אילמים) והן בהבנת המטופל (בקרב החירשים).

(ב) זרות

המגבלות החושיות עלולות ליצור אווירת חשדנות כלפי זרים בכלל וכלפי הצוות המטפל בפרט. החשדנות עלולה להתגבר בייחוד כשאנשים זרים (הצוות הרפואי) נכנסים למסגרת הביתית הפרטית. הדבר בולטת במיוחד בקרב אנשים עיוורים.

(ג) גישה מומלצת

הצוות שמגיע לטפל באנשים עיוורים, חירשים או אילמים צריך להיות סבלני וקשוב יותר מתמיד, לבקש רשות לקראת כל מהלך ולהסביר את העומד לקרות לפני כל שלב בטיפול. מצופה מהמטפל לסייע במידת האפשר אף בנושאים הלא רפואיים דוגמת כיבוי המזגן והגז, נעילת הדלת, סחיבת ציוד אישי ואריזת בגדים. אשר לבעיית התקשורת, אפשר להיעזר בדוחות רפואיים מן העבר ולתקשר בסיוע כתיבה או מלווה היכול לתרגם לשפת הסימנים (לחירשים ואילמים).

מטופלים סיעודיים

ישנה הבחנה בין מטופל סיעודי למטופל סיעודי מורכב.

מטופל סיעודי

מטופל מוגדר כמטופל סיעודי כאשר מתקיימים שני התנאים הבאים גם יחד:

1) מצב בריאותו ותפקודו ירודים כתוצאה ממחלה כרונית או מליקוי קבוע, גופני או מנטלי, והוא סובל מבעיות רפואיות הדורשות מעקב רפואי מיומן במסגרת בעלת אופי רפואי, לתקופה ארוכה.

2) מתקיים אחד או יותר מהמצבים האלו:

א. הוא מרותק למיטה או לעגלת נכים.

ב. אין לו שליטה על הסוגרים.

ג. הוא מתהלך בקושי רק עקב פתולוגיה או סיבוכי מחלות.

מטופל סיעודי מורכב

מטופל סיעודי מורכב הוא אדם המוגדר כחולה סיעודי או תשוש נפש באופן קבוע ובנוסף נדרשים טיפול והשגחה של צוות עם מיומנויות מקצועיות גבוהות בגלל עומס טיפולי סיעודי ומצב רפואי כמפורט להלן:

1) מטופל סיעודי במצב בלתי יציב, עם בעיות רפואיות שלא נדרש להן אשפוז בבית חולים אך נדרשים טיפול רפואי וניטור רפואי.

2) מטופל עם פצע לחץ (בדרגה 3-4) בעור. פצע בדרגה 3 הוא כיב שטחי עם אובדן העור וחלק מהרקמה התת־עורית. פצע בדרגה 4 הוא כיב עמוק המגיע עד לרקמת השריר או העצם.

3) כאשר יש צורך במתן עירוי נוזלים או טיפול תרופתי תוך־ורידי לזמן ממושך או שניהם גם יחד.

4) מטופל עם בעיות נשימתיות הדורשות:

א. טיפול סעודי ורפואי קבוע כגון טרכאוסטומיה

ב. הנשמה ללא טרכאוסטומיה דרך מכשיר BIPAP

ג. טיפול צמוד עם עומס טיפולי רב, כגון אינהלציות או סקשיין יותר מפעם ביום, ניטור מצב חמצוני בדם מדי משמרת.

5) מטופל סיעודי הזקוק באופן קבוע לדיאליזה פריטונאלית או המו־דיאליזה.

6) מטופל עם מחלות ממאירות הדורשות טיפול אקטיבי לרבות עירויי דם, ניקוזים פלאורליים, איזון כאב, מתן תרופות דרך הוריד, כימותרפיה, רדיותרפיה.

7) מטופל עם מחלות שבעטיין יש לתת עירויי דם חוזרים לפרק זמן ארוך, בתדירות העולה על פעם בחודש.

עקרונות טיפולי החירום וטיפולי השגרה זהים בין חולים סיעודיים ובין מטופלים לא סיעודיים או קשישים.

מן המטפל נדרשת מודעות להתאמות הנדרשות למטופל.

אנשים עם מוגבלות קוגניטיבית או פיגור

בטיפול באנשים עם מוגבלות קוגניטיבית חשוב לדבר גם עם ההורה או המטפל העיקרי. יש לזכור כי גם המטופלים עצמם יתקשו לפעמים להסביר לצוות הרפואי מה הבעיה.

הדברים שמקשים על לקיחת אנמנזה ואבחון הם: קשיי תקשורת עם המטופל, המטופל עצמו לא תמיד מודע לבעיה שממנה הוא סובל. יש מטופלים שנמצאים בהשפעת תרופות, והמוגבלות שלהם מתבטאת בתגובה דלה לגירויי הסביבה.

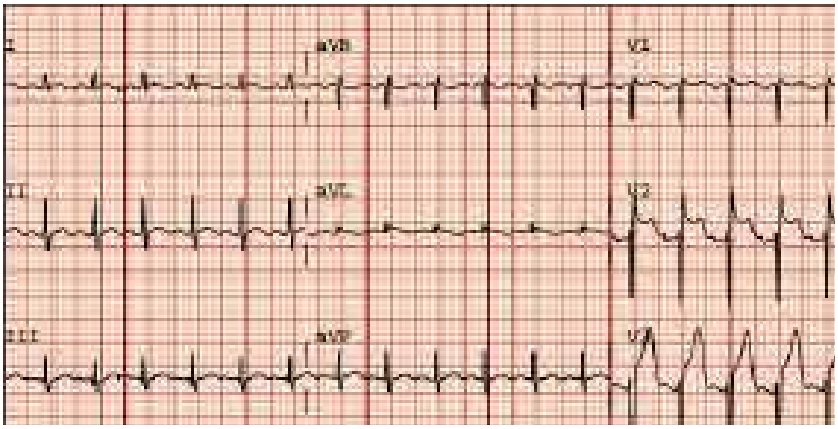
לכן חשוב לתשאל את המלווה - ההורה או המטפל העיקרי, ולהשוות למצב הבסיס כדי שלא להגיע לאבחון שגוי ובעקבותיו לתת טיפול שגוי.

בנוגע לטיפול ולפינוי חשוב לברר אם המטופל עבר ניתוח, אם יש שתל זר בגופו, וכן חשוב לבדוק מה צורת התקשורת המתאימה וכיצד הכי טוב לטפל בשתל כדי למנוע החמרה וכן כדי לבדוק שהמצב הרפואי אינו קשור אל השתל.

פגועי נפש, מתמודדי נפש

טיפול חירום בפגועי הנפש ומתמודדי נפש מעמיד בפני המטפלים אתגרים מכמה כיוונים. ראשית, שיתוף הפעולה יכול להיות מוגבל או כלל לא קיים. לעיתים המטפל עלול להיתקל בתגובה אלימה עד כדי סיכון הצוות המטפל, ולעיתים יש צורך להזעיק כוחות ביטחון.

שנית, אף אם שיתוף הפעולה משביע רצון, יש להביא בחשבון שבוחן המציאות של המטופל יכול להיפגע, ולכן ייתכן שהמטופל ימציא בעיות או ביטויים קליניים שאינם פעילים או למסך בעיות פעילות. המטופל יכול לנסות להסיט את השיחה לדיון בנושאים שאינם רלוונטיים. נוסף על כך, יש לזכור שמנעד תופעות הלוואי של התרופות הפסיכיאטריות הוא רחב ביותר ויכול להתבטא בהפרעות נפשיות, אריתמיות, בעיות מוטוריות, שינויים אלקטרוליטריים או בספירת הדם, בפריחות בעור והפרעות באוטונומיות (תרשים 18.4). תרופות אלו עשויות להתנגש עם התרופות שניתנות בטיפולי השגרה ברמת השטח.



תרשים 18.4 הפרעת קצב כתופעת לוואי של תרופות פסיכיאטריות

בתמונה מופיעה דוגמה של אק"ג של מטופל צעיר הנוטל תרופה פסיכיאטרית מסוג Clozapine. באק"ג רואים סינוס טכיקרדיה, LVH Anterior ST elevation.