

# מבדק איכות היערכות המוסדות הרפואיים למתן טיפול בסוף החיים

האגף להבטחת איכות  
המחלקה למבדקי איכות



**משרד  
הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

חטיבת הבריאות  
האגף להבטחת איכות | המחלקה לייזום וביצוע מבדקי איכות  
Quality Survey Department

---

## מבדק איכות

### היערכות המוסדות הרפואיים למתן טיפול בסוף החיים

---

האגף להבטחת איכות

המחלקה למבדקי איכות

ד"ר ענת עקה-זוהר

גב' אסתי דידי

גב' איילת צדיק

ד"ר יפה עין-גל

## תוכן עניינים

8	תקציר
12	חברי ועדת ההיגוי
13	1. מבוא
14	1.1 ההיערכות למתן טיפול פליאטיבי בעולם
16	1.1.1 ברור העדפות בסוף החיים והנחיות רפואיות מקדימות
17	1.2 ההיערכות למתן טיפול פליאטיבי בישראל
18	1.2.1 מחקר בישראל
19	1.2.2 עמדות הצוות וההכשרה הפליאטיבית
21	2. מטרות ושיטות
21	2.1 מטרות המבדק
21	2.2 שיטות
21	2.2.1 שאלון המבדק
21	2.2.2 בשאלון המאפיינים המוסדי
21	2.2.3 שאלון המאפיינים המחלקתי
22	2.2.4 שאלון למשפחות נפטרים
22	2.2.5 שאלון עומק איכותני
22	2.3 הליך ומתודולוגיה
23	3. ממצאים
24	3.1 מדיניות מחלקתית
30	3.2 תהליכי עבודה
30	3.2.1 ברור העדפות בסוף החיים (שיחה, תיעוד והעברת מידע)
31	3.2.2 הרצף הטיפולי
33	3.2.3 הנחיות רפואיות מקדימות
33	3.2.4 מינוי מיופה כח
35	3.2.5 תהליכי עבודה קליניים
35	3.2.6 סיכום הליכי עבודה
39	3.3 בקיאות הצוות והכשרתו
39	3.3.1 הכשרת הצוות
40	3.3.2 מיומנות ברור העדפות בסוף החיים
41	3.3.3 בקיאות והתמצאות ארגונית
41	3.3.4 ידע קליני בטיפול בהקלה על סימפטומים מציקים
43	3.3.5 בקיאות והכשרה סיכום כללי

44	3.4 טיפול פליאטיבי
44	3.4.1 השרות הפליאטיבי
45	3.4.2 תכנית טיפול
48	3.4.3 סיכום הטיפול הפליאטיבי
49	3.5 הוועדה המוסדית
50	3.6 סיכום המבדק
50	3.6.1 מדדים לשימור (נקודות חוזק)
50	3.6.2 מדדים לשיפור (נקודות חולשה)
51	3.6.3 סיכומי פרקים
52	4. מאפייני התשתיות
52	4.1 מאפיינים מוסדיים
52	4.1.1 הטיפול הפליאטיבי
52	4.1.2 כח אדם העוסק במתן ייעוץ פליאטיבי
54	4.1.3 זמינות השירות הפליאטיבי
54	4.1.4 ייעוצים פליאטיביים
55	4.1.5 התארגנות ל"ישום חוק החולה הנוטה למות" והאמצעים ליישמו
59	4.1.6 תמיכה לצוות
59	4.1.7 חומרי הסברה
60	4.2 מאפיינים מחלקתיים
60	4.2.1 הטיפול הפליאטיבי
60	4.2.2 כח אדם העוסק במתן ייעוץ פליאטיבי
61	4.2.3 זמינות הצוות הפליאטיבי
61	4.2.4 ייעוצים פליאטיביים
62	4.2.5 הדרכות מצוות ייעוץ פליאטיבי מחלקתי
62	4.2.6 תמיכה רגשית
62	4.2.7 התארגנות ל"ישום חוק החולה הנוטה למות" והאמצעים ליישמו
63	4.2.8 רצף טיפול
63	4.2.9 חומרי הסברה
64	5. סקר משפחות נפטרים
64	5.1 שיטות
64	5.1.1 כלי המחקר
64	5.1.2 דגימה
64	5.1.3 נבדקים
65	5.2 ממצאים
65	5.2.1 אופן הטיפול בחולה
67	5.2.2 יחס לקרובי המשפחה המלווים
69	5.2.3 שיתוף החולה ומשפחתו בקבלת החלטות
71	5.2.4 סיכום

72.....	6. ראיונות עומק איכותניים עם קובעי מדיניות
72.....	6.1 שיטה
72.....	6.1.1 איסוף הנתונים
73.....	6.1.2 ניתוח הנתונים
73.....	6.2 תוצאות
75.....	6.2.1 חסמים של הצוות המטפל
80.....	6.2.2 חסמים של החולה ומשפחתו
83.....	6.2.3 מאפשרים
83.....	6.2.4 המלצות
87.....	7. סיכום והמלצות
87.....	7.1 סיכום לפי פרקי המבדק
89.....	7.2 המלצות
91.....	8. מקורות ספרות

## רשימת תרשימים

- תרשים 1: מדיניות ברורה במחלקה אודות הטיפול הרפואי בסוף החיים - ריבוד לפי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 24
- תרשים 2: מדיניות ברורה במחלקה אודות הטיפול הרפואי בסוף החיים - ריבוד לפי גודל ב"ח..... 24
- תרשים 3: קיום מדיניות ברורה במחלקה אודות הטיפול הרפואי בסוף החיים - ריבוד לפי מחלקות (ממוצע % עמידה במדד)..... 25
- תרשים 4: קיום פרוטוקול מובנה לטיפול בכאב - ריבוד לפי אנשי הצוות לעדכן..... 26
- תרשים 5: הצוות המטפל מקבל תמיכה רגשית - ריבוד לפי אנשי הצוות..... 26
- תרשים 6: המדיניות במחלקה - ריבוד לפי סוג ב"ח..... 27
- תרשים 7: המדיניות במחלקה - ריבוד לפי גודל בית החולים..... 28
- תרשים 8: המדיניות במחלקה - ריבוד לפי בעלות בית החולים..... 29
- תרשים 9: סיכום המדיניות - ריבוד לפי סוגי מחלקות (ממוצע % עמידה במדד)..... 29
- תרשים 10: במחלקה נערכה שיחה יזומה עם החולה בסוף החיים ו/או משפחתו (ממוצע % עמידה במדד).... 31
- תרשים 11: ברור העדפות טיפול בסוף החיים (ממוצע % עמידה במדד)..... 32
- תרשים 12: רצף הטיפול על פי מקורות שונים (ממוצע % עמידה במדד)..... 32
- תרשים 13: הנחיות רפואיות מקדימות (ממוצע % עמידה במדד)..... 32
- תרשים 14: מינוי מיופה כח (ממוצע % עמידה במדד)..... 34
- תרשים 15: תהליכי עבודה קליניים (ממוצע % עמידה במדד)..... 34
- תרשים 16: תהליכי עבודה קליניים - ריבוד על פי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 35
- תרשים 17: ריבוד הליכי עבודה לפי גודל ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 36
- תרשים 18: ריבוד הליכי עבודה לפי בעלות ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 38
- תרשים 19: ריבוד הליכי עבודה לפי מחלקות (ממוצע % עמידה במדד)..... 38
- תרשים 20: הצוות עבר הדרכה / הכשרה בנושא לפי דיווחי המנהלים - ריבוד לפי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 39
- תרשים 21: פיתוח המיומנות לברור העדפות בסוף החיים (ממוצע % עמידה במדד)..... 40
- תרשים 22: בקיאות וידע ארגוני של הצוות (ממוצע % עמידה במדד)..... 41
- תרשים 23: בקיאות וידע קליני של הצוות (ממוצע % עמידה במדד)..... 41
- תרשים 24: סיכום פרק בקיאות והכשרת הצוות - ריבוד על פי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 42
- תרשים 25: סיכום פרק בקיאות והכשרת הצוות - ריבוד על פי גודל ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 42
- תרשים 26: סיכום פרק בקיאות והכשרת הצוות - ריבוד על פי בעלות ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 43
- תרשים 27: סיכום פרק בקיאות והכשרת הצוות ריבוד על פי מחלקות (ממוצע % עמידה במדד)..... 43
- תרשים 28: זמינות הצוות הפליאטיבי לצוות במחלקה - ריבוד לפי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 45
- תרשים 29: תיעוד הגדרת החולה באופן רשמי כ"נוטה למות" או "במצב סופי" - ריבוד על פי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 46
- תרשים 30: תיעוד דיונים בצוות לגבי הגבלת הטיפול טרם הפטירה - ריבוד על פי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 46
- תרשים 31: תיעוד תכנית הטיפול (ממוצע % עמידה במדד)..... 46
- תרשים 32: תיעוד תכנית הטיפול - ריבוד על פי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 47
- תרשים 33: סיכום פרק טיפול פליאטיבי - ריבוד על פי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 47
- תרשים 34: סיכום פרק טיפול פליאטיבי - ריבוד על פי גודל ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 47
- תרשים 35: סיכום פרק טיפול פליאטיבי - ריבוד על פי בעלות ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)..... 48
- תרשים 36: סיכום פרק טיפול פליאטיבי - ריבוד על פי מחלקות (ממוצע % עמידה במדד)..... 48

50	תרשים 37: סיכום פרקי המבדק (ממוצע % עמידה במדד).....
53	תרשים 38: משרות מומחים ברפואה פליאטיבית ל-1000 מיטות - ריבוד לפי גודל בי"ח.....
54	תרשים 39: משרות מומחים ברפואה פליאטיבית ל-1000 מיטות - ריבוד לפי סוג בי"ח.....
55	תרשים 40: מספר ייעוצים פליאטיביים חצי שנתי ל-1000 מיטות.....
57	תרשים 41: אנשי צוות מורשים לכניסה למאגר הארצי ל-1000 מיטות.....
58	תרשים 42: עובדים מקצועיים עם הכשרה פורמאלית ל-1000 מיטות - ריבוד לפי גודל בי"ח.....
58	תרשים 43: עובדים מקצועיים עם הכשרה פורמאלית ל-1000 מיטות - ריבוד לפי סוג בי"ח.....
58	תרשים 44: עובדים מקצועיים עם סדנת מיומנות תקשורת ל-1000 מיטות - ריבוד לפי גודל בי"ח.....
59	תרשים 45: עובדים מקצועיים עם סדנת מיומנות תקשורת ל-1000 מיטות - ריבוד לפי סוג בי"ח.....
61	תרשים 46: מספר מיטות במחלקה לייעוצים פליאטיביים - ריבוד לפי סוג מחלקה.....
62	תרשים 47: מספר מיטות במחלקה להדרכות מצוות פליאטיבי - ריבוד לפי סוג מחלקה.....
65	תרשים 48: התפלגות משיבים לפי הקשר בין המנוח למרואיין.....
65	תרשים 49: שביעות רצון מהטיפול – על פי סטנדרט רצוי.....
66	תרשים 50: שביעות רצון מהטיפול - % הסכמה חיובי - ריבוד לפי גודל בי"ח.....
66	תרשים 51: שביעות רצון מהטיפול - % הסכמה חיובי - ריבוד לפי סוג בי"ח.....
67	תרשים 52: תחושות קרוב משפחה בנוגע ליחס שהוא קיבל.....
68	תרשים 53: יחס כלפי קרוב המשפחה - % הסכמה חיובי - ריבוד לפי גודל בי"ח.....
68	תרשים 54: יחס כלפי קרוב המשפחה - % הסכמה חיובי- ריבוד לפי סוג בי"ח.....
69	תרשים 55: יחס כלפי קרוב המשפחה - % הסכמה חיובי - ריבוד לפי בעלות.....
69	תרשים 56: אופן קבלת החלטות לגבי הטיפול בסוף החיים - התפלגות ארצית.....
70	תרשים 57: אופן קבלת החלטות לגבי הטיפול בסוף החיים - ריבוד לפי גודל בי"ח.....
70	תרשים 58: אופן קבלת החלטות לגבי הטיפול בסוף החיים - ריבוד לפי בעלות.....

## תקציר

### מבוא

במסגרת הפעילות לשיפור איכות הטיפול בבתי החולים, ביצע האגף להבטחת איכות מבדק איכות לבחינת היערכות המוסדות הרפואיים למתן טיפול בסוף החיים. המבדק בדק שני נושאים עיקריים: ברור העדפות החולה וחשיפת המטופל לאפשרות לתת הנחיות מקדימות ואת איכות הטיפול הפליאטיבי הניתן לחולים הרלבנטיים כולל התשתית למתן טיפול זה.

### רקע

חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 מסדיר את הטיפול הרפואי בחולה המוגדר כ"נוטה למות", תוך איזון בין ערך קדושת החיים לבין ערך אוטונומית הרצון של האדם והחשיבות של איכות חיים. החוק מבוסס על ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית ועל עקרונות יסוד בתחום המוסר, האתיקה והדת. החוק נכנס לתוקף ב-15 בדצמבר 2006. העקרונות בבסיס החוק מסדירים את המצב המשפטי בנושא קבלת החלטות רפואיות בסוף החיים. החוק מאפשר לאדם לקבוע מראש הוראות לגבי הטיפול בו או הימנעות מטיפול בו בעת שיהיה חולה נוטה למות באמצעות מתן הנחיות מקדימות בכתב או מינוי מיופה כח שיוכל להחליט במקומו. חשוב להדגיש כי, החוק והתקנות הנלוות לו מעניקים הגנה לעובדי המערכת הרפואית אם הם נמנעים מהארכת חיים במצבים המוגדרים בחוק ובהתאם לכללים הקבועים בו. בשנת 2008 הופץ חוזר מנכ"ל משרד הבריאות ובו הנחיות ליישום חוק החולה הנוטה למות (7/08). בנוסף, בשנת 2009 הופץ חוזר מנכ"ל נוסף (30/09) בנושא הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי שעל פיו נדרשו המוסדות להיערך לאספקת השירותים תוך ארבע שנים.

### מטרות המבדק

- להעלות את נושא היערכות לסוף החיים למודעות הנהלות בתי החולים, מטפלים ומטופלים;
- לשקף את הפעילות המתבצעת כיום בבתי החולים בנושא מתן טיפול בסוף החיים;
- להגדיר ולהטמיע תהליכי עבודה נאותים, שיאפשרו את יישום החוק בארץ;
- להמליץ על דפוסי עבודה מקצועיים אחידים במוסדות הרפואיים.



## שיטות

ועדת היגוי ייעודית הגדירה סטנדרט איכות של עשייה. הסטנדרט תוקף בקבוצות מיקוד של מומחים בתחום. המבדק נערך ב- 37 בתי חולים, 25 בת"ח כלליים ו- 12 מרכזים רפואיים גריאטריים (מר"ג). המבדק בוצע בשיטה של **בקרת עמיתים**. כל בית חולים הקצה לצורך ביצוע המבדק צוות בכיר של רופאים, אחיות ועו"ס.

## תוצאות

### **א. ממצאים כלליים**

1. הממוצע הכללי בציוני פרקי המבדק הראה עמידה במדד ברמה בינונית (71.5%). נושא בקיאות והכשרת הצוות נמצא ברמה גבוהה יחסית (86.5%), לעומת רמות בינוניות בנושאים: מדיניות מחלקתית (75.8%), תהליכי עבודה (66.1%) וטיפול פליאטיבי תומך (69.1%).
2. בריבוד לפי סוג בית החולים, בבתי החולים הגריאטריים ניכרו יותר כלים ליישום המדיניות בפועל לעומת בתי החולים הכלליים, כגון כלי לאומדן כאב (76% לעומת 72% - בהתאמה) וכלי לאומדן העדפות טיפול (57% לעומת 52% - בהתאמה).
3. בריבוד לפי גודל בית החולים - בתי החולים הקטנים (עד 300 מיטות) השיגו ציון ממוצע גבוה יותר מבתי החולים האחרים בנושאים: תמיכה רגשית בצוות (65% לעומת 49% בבינוניים) וקיום פרוטוקול מובנה לכאב (79% לעומת 70% בבינוניים).

### **ב. ברור העדפות בסוף החיים**

1. מראיון אנשי צוות עולה, כי מתקיימת שיחה יזומה עם המטופלים ו/או בני משפחה או מיופי כח (על העדפות לגבי הטיפול ב- 83% מהמקרים, אולם מתוך תיעוד ברשומת המטופל נמצא, כברור העדפות הרפואיות של החולה נערך תוך כשבוע מקבלתו רק ב- 47% מהמקרים ותיעוד העדפותיו הרפואיות נמצא ב- 42% מהרשומות בלבד).
2. מראיון נאמני מאגר המידע עולה, כי 22.73% מההנחיות הרפואיות המקדימות הועברו למאגר המידע הארצי במשרד הבריאות, ומאיסוף הנתונים בשאלון המאפיינים עולה, כי לא היו כלל פניות מכל סוג שהוא למאגר בשנה שקדמה למבדק.
3. נמצא תיעוד להגדרת החולה באופן רשמי כנוטה למות או במצב סופי ב- 43.36% רשומות.

### **ג. טיפול פליאטיבי**

1. ב- 81% מבתי החולים קיים צוות ייעודי למתן טיפול פליאטיבי בהתאם לחוזר מנכ"ל, אולם קריטריונים ברורים להזמנת יעוץ מהשירות הפליאטיבי ידועים רק ל- 63% מהצוותים בממוצע הארצי.
2. מתיעוד רשומות המטופלים עולה כי בממוצע הארצי קיימת התייחסות בתוכנית הטיפול לסימפטומים מציקים (קוצר נשימה, כאב, בעיות במערכת העיכול, אי שקט/בלבול) במידה בינונית (65.7%-79%).
3. תמיכה רגשית בחולה מתועדת בממוצע של 42.49% בלבד.

4. תמיכה רגשית בצוות מתקיימת באופן חלקי ונמוך. 57% בממוצע מהצוות המטפל שרואין דיווח על קבלת תמיכה רגשית בשעה ש- 24 בתי חולים (65%) דיווחו על קיום מערך תמיכתי לצוותים המטפלים בסוף החיים.

#### ד. מאפייני מוסדות ומחלקות

1. התשתית עליה מתבססת העבודה בתחום דלה. מעט מאוד מומחים קליניים עוסקים בייעוץ בנושא: 16.79 משרות רופאים ו- 28.45 משרות אחיות מומחיות קליניות בתחום. מיטות ייעודיות לטיפול פליאטיבי מהוות 1% בלבד מסך המיטות בבתי החולים.
2. "שירות ייעוץ פליאטיבי" ייעודי קיים ב- 30 בתי"ח (81%). השירות קיים ב- 21 בתי חולים כלליים (84%) וב- 9 (75%) בתי חולים גריאטריים. בכל בתי החולים הגדולים ניתן שירות זה. רק בשני בתי חולים כל השירות הפליאטיבי זמין 24/7.

#### ה. סקר משפחות נפטרים

סה"כ ישנה שביעות רצון טובה בקרב משפחות הנפטרים הן לגבי אופן הטיפול במנוח והן לגבי היחס שהן קיבלו, אולם עדיין יש מקום לשיפור. בכל השאלות כ- 40% מהמשיבים הביעו שביעות רצון חלקית בלבד.

#### ו. ראיון קובעי מדיניות

מראיון 8 קובעי מדיניות בכירים במשרד הבריאות ומומחים קליניים בתחום עולה, כי קיימים חסמים לטיפול פליאטיבי בקרב המטפלים כמו גם בקרב המטופלים ובני משפחותיהם. ניתוח עומק איכותני העלה תמה מרכזית שהיא תרבות הציבור הישראלי ותרבות הצוות הרפואי המטפל כגורם משמעותי המשפיע על הענקת הטיפול בסוף החיים. המרואיינים מצביעים על תחילתו של שינוי חברתי, תהליך שישנה את התרבות הישראלית, ויאפשר את הכללת הנושא בקרב הציבור ובקרב המטפלים. הם מדגישים כי תהליך חברתי מטבעו אורך זמן ויש להתאזר בסבלנות מתאימה.

## מסקנות והמלצות

במהלך ההיערכות למבדק היינו עדים למאמצים ותוכניות התערבות במוסדות הרפואיים להסדרת תהליכים נאותים לטיפול בחולה הנושא למות, כמו: כתיבת נהלים, הכשרת צוותים, מינוי נאמן מאגר ארצי, מינוי צוות פליאטיבי מוסדי, העברת מידע והבניית רצף טיפולי, בניית מסד נתונים והתראה ממוחשבת להנחיות רפואיות מקדימות.

פעולות אלו הובילו להעלאת המודעות לנושא תוך כדי הפחתת המחסומים בקרב צוות המטפלים, פיתוח ידע ומתן כלים על מנת להעלות את רמת המוכנות לחתימה על הנחיות מקדימות ולקידום הטיפול התומך בסוף החיים. ניכרת ראשיתה של הדרך, אך עדיין בכל הנושאים שנבחנו נדרשים מאמצים נוספים על מנת להמשיך ולבנות תרבות ארגונית בנושא הטיפול הפליאטיבי.

מהמבדק עולה, כי יש לפתח מודעות לנושא והכרת הגישה הפילוסופית הטיפולית של טיפול תומך לעומת טיפול קורטיבי. מכאן עולות המלצות בתחומים: קליניים, מנהליים, חינוכיים ומנהליים.

ובהן:

- ✓ להמשיך ולגבש מדיניות ברורה, המגובה בנהלים בתחום הפליאטיבי;
- ✓ להציע למטופלים למלא טפסי הנחיות רפואיות מקדימות ויפוי כח;
- ✓ לגבש קריטריונים ברורים להזמנת השירות לייעוץ פליאטיבי;
- ✓ לשפר את היכרות הצוות עם נאמני המאגר הארצי להנחיות רפואיות בבתי החולים;
- ✓ למנות "רופא אחראי" – לחולה בסוף החיים, כנדרש על פי החוק;
- ✓ להרחיב את ההכשרות הבסיסיות והעל בסיסיות לכלל הצוותים המטפלים בחולה הנוטה למות;
- ✓ לשפר את העברת המידע לגבי העדפות המטופל לטיפול בסוף החיים במעבר בין מוסדות;
- ✓ לפתח מערך לתמיכה נפשית למטופלים ולצוותים המטפלים;
- ✓ לפרסם את "חוק החולה הנוטה למות" לציבור הרחב.

מומלץ לערוך מבדק חוזר בעוד שנה על מנת לאמוד את רמת השיפור ביישום החוק.

## חברי ועדת ההיגוי

מנהלת הפרויקט	ד"ר ענת עקה זוהר
לשעבר מנהל מרכז גריאטרי שוהם – יו"ר הוועדה	ד"ר שוני בן ישראל
מנהלת המרכז הרפואי שמואל הרופא	ד"ר ורה רוזנפלד
מנהל המערך לגריאטריה שיקומית, ב"ח הדסה הר הצופים	ד"ר מערבי יורם
מנהל המרכז לאיכות ובטיחות קלינית, ב"ח הדסה עין כרם	פרופ' ברזיס מאיר
מנהל ב"ח גריאטרי בית רבקה	ד"ר שי בריל
מנהל מחלקה, מרכז גריאטרי דורות	ד"ר זאב קורשון
מנהל מח' פנימית ד', ויו"ר האיגוד לרפואה פנימית, ב"ח השרון	ד"ר דרור דיקר
מנהל מח' פנימית ו' והיחידה לגריאטריה שיקומית, ב"ח מאיר	פרופ' יצהל ברנר
מנהל מחלקה פנימית ו', ב"ח סורוקה	ד"ר לאוניד ברסקי
עוזר ראש מנהל רפואה, משרד הבריאות	ד"ר אייל יעקובסון
מנהל מח' פנימית ו', מרכז רפואי רבין	פרופ' אילן קראוזה
אגף סיעוד בחטיבת בתי החולים, שרותי בריאות כללית	גב' הניה פרי-מזרה
מנהלת המח' לסטנדרטים ואכיפה, אגף גריאטריה, משרד הבריאות	ד"ר אירית לקסר
אחראית ארצית על הסיעוד בגריאטריה, משרד הבריאות	ד"ר שרה לוי (ז"ל)
אחות אחראית מח' לטיפול תומך, מרכז גריאטרי דורות	גב' שולה ג'רבי
אחות ראשית, מרכז גריאטרי שוהם	גב' רונית הר נוי
אחות ראשית, ב"ח הרצוג	גב' צביה לוי
אחות ראשית, ב"ח פלימן	גב' נאוה יהודה
מנהלת סיעוד מח' פנימית, ב"ח השרון	גב' סמדר קיטאי
מנהלת סיעוד חטיבתית, ב"ח הכרמל	גב' אתי דורי לויתן

## 1. מבוא

הרפואה המודרנית תרמה להארכת תוחלת החיים בכלל ושל חולים עם מחלות מאיימות חיים בפרט. כתוצאה מכך, לצד הזדקנות האוכלוסייה, גדל מספר האנשים הסובלים בשנים האחרונות לחייהם ממחלות כרוניות קשות ומעיקות, ובהן סרטן, אי ספיקת לב, אי ספיקת ריאות, אי ספיקת כליות, דמנציה ומחלות ניווניות. רוב האנשים האלה עתידים לסיים את חייהם בסבל פיזי, נפשי ורוחני.

לצד ההתפתחות הניכרת בשימוש בטכנולוגיות רפואיות מצילות חיים, הולכת ומתפתחת גישה טיפולית המתמקדת באיכות חייהם של המטופלים הנוטים למות. גישה זו, המייצגת את השקפת העולם של הטיפול התומך, מאופיינת בטיפול כוללני, רב-ממדי הניתן על ידי צוות רב מקצועי, השואף להעניק את מירב התמיכה והנוחות לחולה ולמשפחתו. (Billing,2000)

משרד הבריאות אימץ את הגדרת הטיפול התומך של ארגון הבריאות העולמי, לפיה טיפול פליאטיבי הוא גישה טיפולית אשר משפרת את איכות החיים של חולים ובני משפחותיהם, בהתמודדות עם מחלות חשוכות מרפא, על ידי מניעה והקלה על סבל באמצעות זיהוי והערכה קפדנית של הסימפטומים, טיפול בכאב ובבעיות אחרות, גופניות, נפשיות, רוחניות. (W.H.O (2012)

על פי חוק בריאות ממלכתי על המדינה לדאוג לשיפור מתמיד בארגון שירותי הבריאות ומתן שירותי בריאות איכותיים. בשנת 2005 מונתה ועדה מטעם משרד הבריאות לקביעת קווים מנחים לפיתוח מתן שירותים פליאטיביים בישראל. ממצאי הוועדה היו כי רובם המכריע של החולים הנוטים למות אינם זוכים לקבל שירותים פליאטיביים ייעודיים. מבין המלצות הוועדה הייתה ההמלצה כי יש לדון עם כל חולה ועם משפחתו על העדפותיהם לגבי מרכיבי הטיפול בו ומקום מתן הטיפול (שורצמן ושות', 2005).

צעד חשוב, דרמטי ומרכזי לקידום הנושא נעשה בדצמבר 2005 כאשר התקבל בכנסת "חוק החולה הנוטה למות". החוק אמור להסדיר את דרכי הטיפול בחולה חשוך מרפא הנוטה למות, תוך איזון בין ערך קדושת החיים לבין ההכרה ברצונו האוטונומי של החולה והחשיבות שיש לייחס מעבר לעצם קיום חייו, גם לאיכות חייו (השופט אליהו מצא, 2006). בחוק מוצע כלי יישומי שהוא ההנחיות הרפואיות המקדימות (הר"מ). בחתימה עליהן האזרח מפרט את רצונו לגבי צורת הטיפול בו אם ילקה במחלה סופנית ולא ימצא בהכרה צלולה. מצב בו לא יוכל ליטול חלק פעיל בקבלת החלטות, כמו למשל: החלטה על ביצוע החייאה והנשמה מלאכותית.

אפשרות נוספת הינה למנות מיופה כוח שיחליט במקום החולה בבוא העת. ההנחיות מאפשרות לצוות המטפלים להתייחס לרצונות המטופל, לשפר את איכות הטיפול בסוף החיים ולהפחית את המצוקה הרגשית של החולה, של המשפחה ושל המטפלים.

בנוסף, מכיר החוק במתן טיפול מקל (תומך) (סימן ה': מתן טיפול מקל) "על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה כל שניתן כדי להקל על כאבו וסבלו של חולה הנוטה למות, אף אם הדבר כרוך בסיכון סביר לחייו של החולה, לרבות באמצעות תרופות, משככי כאבים או אמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל, ובכפוף לרצון החולה הנוטה למות, בהתאם להוראות חוק זה ובהתאם להוראות חוק זכויות החולה".

בהמשך הותקנו גם תקנות החולה הנוטה למות (ועדות, מסמכים, מאגר מידע ודיווח), התשס"ח-2007, המשלימות את הוראות החוק. תקנות אלה בתוקף מ-17 בדצמבר 2007.

בישראל, בבתי החולים ובקהילה קיימים שירותים המתבססים על הגישה הפליאטיבית ובהם גם ההוספיס וההערכה היא כי הם משרתים פחות מ-15%-10% מהמטופלים היכולים ליהנות משירותים אלו. לא קיימים נתונים ברורים לגבי מספר האנשים הפוני לטיפול פליאטיבי, אך בהתחשב במחסור בשירותים ומיסקונספציות בנושא, כנראה שרמת הפנייה וההתארגנות בנושא נמוכה. (Bentur, Emanuel, Cherney, 2012)

על מנת לפתח מערכות לטיפול פליאטיבי מומלץ לפתח תרבות ארגונית של טיפול פליאטיבי. (Bruera, 2004). לאור ניסיונו הרב בפיתוח תכניות לטיפול תומך בקנדה וארה"ב פיתח ברוארה מודל תרבות ארגונית של טיפול תומך. לפי תפישתו טיפול תומך זוהי מן תרבות שצריכה להתקבל במוסד הרפואי. ההכרה בשלבי ההתפתחות יכולה לעזור בהצלחת התוכנית. 4 השלבים בהתפתחות תרבות הטיפול התומך כוללים:

1. שלב ההכחשה Denial - אנשים וארגונים אינם מודעים לצורך בתוכנית של טיפול תומך.
2. שלב הפחד מהנושא Palliphobia - פחד מתמשך מתוצאות הבעיה ומפתרונותיה. פחדים מהלא ידוע, הגורמים לעיתים לתגובה בכעס רב, ורבים מגיבים בשלילה לפיתוח צוות פליאטיבי. הצוות מרגיש מאוים על ידי צוות פליאטיבי מקצועי.
3. שלב הדיבור Pallilallia - מופיע בד"כ 2-4 שנים לאחר יסוד ארגון פליאטיבי. מאופיין במשפטים כגון הטיפול הפליאטיבי חשוב אך לא מצינינים מהם המשאבים לקידום הנושא.
4. שלב העשייה Palliative - השלב הסופי בו מעצבים מבנה אדמיניסטרטיבי כמו מחלקה או יחידה. ההתקדמות בכך שהצוות מפנה לצוות הפליאטיבי ומעודד עמיתים למקצוע לעשות כך. אדוארד ברוארה מסכם כי הארגון הפליאטיבי זקוק למנהיגות שתצעיד אותו.

## 1.1 ההיערכות למתן טיפול פליאטיבי בעולם

במערכות הבריאות בעולם המערבי גוברת ההכרה בכך כי שירותים לטיפול פליאטיבי (שירותי הוספיס) הם מסגרת הטיפול המתאימה ביותר לחולים במצב סופני. שירותים אלה פועלים בהתאם לגישת ההוספיס המודרני לפיה, הם נועדו לשפר את איכות החיים של החולים הנוטים למות מבלי להאריכם שלא לצורך, באמצעות שליטה בסימנים הפיזיים של המחלה כמו כאבים וסימפטומים אחרים, מתן תמיכה פסיכולוגית, נפשית, קיומית ורוחנית והתחשבות ברצונות החולה ובני משפחתו. אמנם קיימים שירותים וטיפולים שונים לחולים במצב סופני, אולם אין כיום תמונה כוללת וברורה אודותיהם.

The 2015 quality of death index ranking palliative care across - ביוני 2015 פורסם דו"ח ה- the world , A report by The Economist Intelligence Unit. הסקר בחן מדיניות והענקת טיפול תומך בסוף החיים ב- 80 מדינות בעולם וביניהן ישראל. האינדקס החדש והמורחב העריך שימוש ב- 20 אינדיקטורים כמותיים ואיכותניים ב- 5 קטגוריות: סביבת הטיפול הרפואי והפליאטיבי, משאבי אנוש, נגישות והתאפשרות הטיפול הפליאטיבי, איכות הטיפול ורמת המחויבות הציבורית. לבניית האינדקס נעשה שימוש בידע קיים רשמי ומחקרים בכל מדינה וראיון מומחים בטיפול פליאטיבי מסביב לעולם. במדינות רבות שיעור התושבים הזקנים באוכלוסייה הולך וגדל ומחלות לב וסרטן בעלייה. הצורך בטיפול פליאטיבי הולך ומתעצם משמעותית. למרות השיפור שנמצא מהדו"ח הקודם ב- 2010 מחקר זה מעלה נקודות רבות לשיפור נוסף. אפילו מדינות עם ציון גבוה נאבקות כעת לספק שירותי טיפול פליאטיבי נאות לכל אזרח. כמובן, דרושים שינויים תרבותיים וביניהם שינוי תפיסות עולם הנותנות עדיפות לטיפולים מרפאים לעומת העמדה, כי גישה פליאטיבית היא ערך וגסיסה היא מצב נורמלי. לאור תפישה זו, יש לפתח גישה טיפולית אשר מטרתה לקדם איכות חיים למטופלים הגוססים ומשפחותיהם. המדינות המובילות בעולם אופיינו במספר אלמנטים בולטים:

- מסגרת של מדיניות לאומית חזקה ומיושמת של טיפול פליאטיבי;
- הוצאות גבוהות של שירותי בריאות הציבור;
- משאבי אימון והכשרה נרחבים עבור כלל עובדי הבריאות ומומחים בתחום;
- מימון נדיב כדי להפחית עומס כלכלי על המטופלים בטיפול פליאטיבי;
- מודעות חזקה וגבוהה של הציבור בנושא טיפול פליאטיבי.

מסקנה חשובה נוספת שנכללה בדו"ח היא כי איכות הטיפול הפליאטיבי תלויה בגישה לאופיאואידים ותמיכה פסיכולוגית. רק ב- 33 מתוך 80 מדינות באינדקס אופיאואידים נגישים באופן חופשי וישראל בתוכן. במדינות רבות הגישה לאופיאואידים עדיין מוגבלת חוקית, הדרכה מועטה לצוותים, מודעות חסרה וסטיגמה חברתית. הטיפול הטוב ביותר כולל צוותים אינטרדיספלינרים המספקים תמיכה פסיכוסוציאלית ורוחנית ורופאים המשתפים מטופלים בקבלת החלטות ומתאימים טיפול לפי בחירת המטופלים.

בסקר בין-לאומי רחב-היקף משנת 2010 נמצא שכ- 54% מכלל הפטירות התרחשו בבתי חולים ונעו בין 78% ביפן לבין 20% בסין, וכי כ- 18% מקרב בני 65 נפטרו במוסדות סיעודיים, (Broad et al., 2013). 15%-65% מהחולים אושפזו לפחות פעם אחת ביחידות לטיפול נמרץ בחצי שנה האחרונה לחייהם וכ- 65% מההשקעה בבריאות התרכזה ב- 10% החולים הקשים ביותר (Goodman et al., 2013).

לאור מחקרים שלימדו על איכות טפול ירודה בבתי חולים בחולים במצבי סוף החיים (Connors et al., 1995; Teno et al., 2004; Toscanie al., 2005; Becker et al., 2007; Casarett and Quill, 2007) חלה בעשור האחרון עלייה משמעותית בהיקף השירותים פליאטיביים בבתי חולים הכלליים.

כך למשל, בעוד שבשנת 1998 רק ב- 7% מבתי החולים בני 300 מיטות או יותר בארצות הברית פעל שירות כזה, בשנת 2008 עלה שיעורם ל- 60% ובשנת 2011 ל- 81% (Morrison et al., 2011). באנגליה ובוויילס יש שירותים פליאטיביים ברוב בתי החולים אך גם שם יש הבדלים גדולים בין בתי חולים באזורים השונים. (Gatrell et al., 2012).

### 1.1.1 ברור העדפות בסוף החיים והנחיות רפואיות מקדימות

הנחיות רפואיות מקדימות מקובלות כמדד איכות בניהול ותכנון הטיפול המתקדם בסוף החיים. מאז חקיקת חוק ה- PSDA בארה"ב מספר המטופלים הממלאים הוראות מקדימות לא עלה באופן משמעותי. למידת מילוי ההנחיות הרפואיות דיווחים שונים וסותרים. למרות מספר הולך וגובר של מחקרים וחוקים פדראליים בנושא, מספר האנשים להם יש הנחיות מקדימות נשאר נמוך מ- 20% מסך האוכלוסייה הכללית. (Jezewski, 2003, Dexter et al., 1998, Goodman, Tarnoff, ) (Siotman, 1998; Wallace, Martin, Shaw, Price, 2001 Watch, 2005). ממצא שונה דיווחו: (Pollack, Morhaim, Williams, 2010) דיווחם עומד על 34% מילוי הנחיות רפואיות מסך האוכלוסייה.

סקר שנערך בקרב 252 מטופלים במוסדות טיפול פליאטיבי בארה"ב, גרמניה ויפן הצביע כי שכיחות המילוי היא: 18% בגרמניה ו- 9% ביפן (Voltz, Akabayashi, Reese, Ohi, Sass 1998). סקירת הספרות מעלה כי גורמים המשפיעים על מילוי ההנחיות הם גיל, מין, השכלה, מוצא, רצון לשליטה בטיפול ורצון להימנע מלהיות לנטל על בני המשפחה. המטופלים אשר מילאו הנחיות ביקשו בעיקר הגבלת הטיפולים וטיפול תומך ומקל בסוף החיים. יחד עם זאת, רמת ההיענות לחתימה ומילוי ההנחיות הייתה נמוכה יחסית גם בארצות בהן קיימים חוקים ונהלים בנושא.

על מנת לאתר את הגורמים המשפיעים על ההחלטה של חולים מאושפזים למלא (AD) Advanced Dairctives נערכו מספר מחקרים. (Alano et all. 2010), ב- 3 מרכזים שלישוניים בניו יורק, ראינו 200 קשישים מאושפזים וקשישים במצב הכרה תקין המתגוררים בקהילה. 125 (63%) חתמו על הנחיות מקדימות. בהשוואה בין קבוצת החותמים לקבוצת הלא חותמים, נמצא כי לגיל, מין, גזע, השכלה ודת קשר מובהק סטטיסטית לחתימה. הפקטורים המנבאים מילוי הנחיות מקדימות הם: מחשבה כי חתימה על הנחיות תעזור בהקלה על הסבל בסוף החיים ( $O.R=76.3, p<0.001$ ), התבקשו למלא הנחיות ו/או קיבלו הסבר לגבי ההנחיות ( $O.R=55.2, p<0.001$ ), עברו ניתוח גדול ( $O.R=6.3, p<0.001$ ), נשים ( $O.R=11.1, p<0.001$ ) וגיל מתקדם 76-85 לעומת 59-75 ( $O.R=3.4, p=0.054$ ) ומעל 85 לעומת 59-75 ( $O.R=6.3, p=0.026$ ).

(Houben, Spruit, Groenen, Wouters and Janssen, 2014) במטה אנליזה של 55 מחקרים שפורסמו 1996-2013 בנושא יעילות ההתערבויות בזמן תכנון הטיפול בסוף החיים בקבוצות מבוגרים נבחנו התערבויות לקידום הנושא. ההתערבויות כללו AD ותקשורת. מדדי התוצאה הורכבו ממדדים ראשוניים: מילוי AD ושיחה בנושא סוף החיים. מדדים שניוניים: ידע לגבי ACP (Advance Care Planning), העדפות טיפוליות וקבלת טיפול בסוף החיים, איכות התקשורת, שביעות רצון מטיפול בקונפליקטים של עובדי הבריאות, שימוש בשירותי בריאות וסימפטומים. תוצאות הסקירה מראות



כי התערבויות שהתמקדו בהנחיות מקדימות כמו גם התערבויות שכללו תקשורת לגבי הטיפול בסוף החיים העלו את רמת מילוי ה-AD ואת שכיחות השיחה והדיונים בין המטופלים ובין עובדי הבריאות.

בנוגע ליישום ההנחיות המקדימות, נמצא במחקרים רבים כי גם כאשר ישנן AD, הרופאים לא תמיד מכבדים אותן, והשדה הקליני אינו ערוך ליישומן בפועל. במחקרה של (Heintz, 1997). ב- 5% מכלל מקרי המוות נעשה שימוש בפועל ב-AD בשדה הקליני.

בניסיון להסדיר את יישום החוק ולהשתמש בהנחיות מקדימות כאשר הן קיימות נערך מחקר ע"י Aronsky, Kaswom, Jacobson, Haug and Dean ב-2004, אשר פיתחו ותיקפו שיטה ממוחשבת לחיפוש מושגי ה-DNR, כך שהצוות יוכל לראות על מסך המחשב דיווח כתוב של מטופל במצב של DNR.

למרות המספר המצומצם יחסית של מטופלים עם AD, עולה ממספר מחקרים כי החולים רוצים מידע בנושא AD ומעוניינים לדון בנושא עם המטפלים שלהם, לעומת הרופאים החוששים לקיים דיון כזה עקב חשש מתגובתם השלילית של המטופלים (Reilly, Magnussen, Ash, Papa & Wanger 1994, Tierney et al., 2001).

## 1.2 ההיערכות למתן טיפול פליאטיבי בישראל

תוחלת החיים בישראל כיום היא 79.9 שנים לגברים ו-83.6 שנים לנשים (לשנת 2012 לפי שנתון סטטיסטי, 2013). בתחילת המילניום השלישי, מהנפטרים כ-79% מהם בני 65 ויותר, כשלושה רבעים מהם עקב מחלות קשות וחשוכות מרפא. הטיפול בהם מהווה נטל עצום על בני משפחותיהם, ומשא כלכלי ותפקודי כבד על החברה כולה. מכאן שמרבית החולים הזקוקים לטיפול תומך בסוף החיים הם קשישים. מרבית הקשישים בארץ חיים בקהילה ורובם מסיימים את חייהם במהלך אשפוז בבית חולים (אוברמן, 2006), מחציתם במחלקות פנימיות (שנתון סטטיסטי קשישים, 2014). למרות השינויים שחלו בעשור האחרון בפיתוח שירותים פליאטיביים בישראל, הם עדיין מעטים, ורחוקים מלענות על צרכי האוכלוסייה. על פי הערכות, רק אלפים בודדים מקרב הנפטרים בישראל עקב מחלה חשוכת מרפא זוכים לקבל טיפול פליאטיבי, ורק קומץ מהם זוכים לייעוץ ולליווי פליאטיבי שאינו לקראת סוף החיים (Bentur & Emanuel & Cherney, 2012) בהתבסס על Murtagh ועמיתיו (2014), בשנת 2012, כ-29,500 איש היו זקוקים לטיפול פליאטיבי (כ-70% מכלל הנפטרים).

לאחר חקיקת חוק החולה הנוטה למות בשנת 2005, ותיקון התקנות בשנת 2007, הוקם במשרד הבריאות המרכז להנחיות רפואיות מקדימות. במרכז זה קיים מאגר ארצי של הנחיות רפואיות מקדימות וייפוי כוח שמולאו בהתאם להנחיות החוק. לאור אי בהירות בציבור ובצוותים המטפלים לגבי ההבדלים בין ייפוי כוח לפי חוק זכויות החולה וייפוי כוח לפי חוק החולה הנוטה למות, פורסם בחודש מאי 2015, חוזר מינהל הרפואה 8/2015 "ייפוי כוח משולב לפי חוק זכויות החולה וחוק החולה הנוטה למות" שבנספח אליו מופיע נוסחו של טופס ייפוי כוח המשלב בין שני החוקים.

עד כה אושרו והופקדו במאגר 5,259 טפסים מתוכם: 3,622 הנחיות רפואיות מקדימות (תוספת ראשונה לחוק), 1,142 ייפוי כוח (תוספת שניה לחוק), 495 ייפוי כוח משולבים.

בשנת 2015 הוחל בהנפקת כרטיס 'הנחיות רפואיות מקדימות' לכל אדם שהפקיד הנחיות רפואיות מקדימות ו/או ייפוי כוח במאגר הארצי. בנוסף, כדי להקל על נגישות אנשי הצוות הרפואי למאגר, ביה"ח הכלליים והגריאטריים קיבלו הרשאה להתחברות מאובטחת למאגר הממוחשב באמצעות אנשי צוות שמונו למטרה זו. הללו אנשי הצוות ייעודיים המכונים "נאמני החוק".

בנוסף, דחיפה חשובה לנושא חלה בשנת 2008 כאשר הופץ חוזר מנכ"ל משרד הבריאות ובו הנחיות ליישום חוק החולה הנוטה למות (7/08).

בשנת 2009 הופץ חוזר מנכ"ל נוסף (30/09) בנושא הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי. על פי החוזר נדרשו המוסדות להיערך לאספקת השירותים תוך ארבע שנים! בחוזר פורטו הדרישות ליישום הטיפול הפליאטיבי לפי אמות מידה מקצועיות בינלאומיות מקובלות להערכה ולטיפול במערך האשפוזי, האמבולטורי ובקופות החולים. כמו כן צוינה אוכלוסיית היעד שכוללת חולים עם מחלות כרוניות סופניות שונות בנוסף לחולי הסרטן.

כיום למעלה מארבע שנים לאחר פרסום החוזר מתבקש לבחון את השירותים שהתגבשו כמו גם את סטנדרטים של עשייה איכותית.

נושא הענקת הטיפול בסוף החיים מהווה כר פורה ונרחב למחקרים וסקרים רבים. להלן מספר עבודות שנערכו בישראל.

### 1.2.1 מחקר בישראל

לאחר חקיקת חוק החולה הנוטה למות, חקרה (Bentur 2008 40) רופאי משפחה ורופאים גריאטריים בקבוצות מיקוד, וראיינה 10 קובעי מדיניות בתחום. מטרת המחקר הייתה לאמוד ולבחון ידע, עמדות ותפישות של רופאים אודות החוק, ולהתרשם מרצונם להיות מעורבים בתכנון מקדים של הטיפול בסוף החיים (A.C.P). הרופאים גילו רמת ידע נמוכה ודעות קדומות והצביעו על חסמים ליישום החוק. החסמים חולקו ל- 3 קטגוריות: מערכת הבריאות, החוק עצמו ומאפייני האוכלוסייה הישראלית. הקטגוריה של מערכת הבריאות מתייחסת בעיקר לחוסר הזמן של הרופאים וחוסר במיומנויות תקשורת. רבים הודו כי הם פוחדים לומר לחולה ולמשפחתו כי אין להם דבר להציע מלבד טיפול תומך. יתרה מכך, אין להם כלים לדבר על המוות ולענות על שאלות קשות לגבי סוף החיים. חסם נוסף הוא החוק עצמו. ראשית, טופס ההנחיות המקדימות ארוך ומסובך להדיטות למלאו. שנית, גם כאשר קיימות בקשות כתובות של החולים לגבי הטיפול הרצוי להם בסוף החיים, הרופאים בבתי החולים אינם מכבדים בקשות אלו. הרופאים מתעלמים מבקשות החולים כי אין מדיניות ברורה בנושא והם חוששים לקחת אחריות למרות שעל ידי החיאה הם פועלים נגד רצונו של החולה. בעיה משמעותית נוספת היא קביעת האבחנה, שהיא בעצם קביעת תוחלת החיים. לפי החוק, רק מי שלא צפוי לחיות יותר מ- 6 חודשים רשאי שמשאלתו תכובד. מחקר זה מצביע כי בישראל ערים לנושא של המטופל הנוטה למות ורופאים רבים רוצים לשפר את איכות הטיפול בחולים.

Shvartzman, Reuven, Halperin and Menachem. (2014) בדקו את מאגר הנחיות המקדימות של משרד הבריאות בישראל. עד שנת 2013 נאגרו 2,662 הנחיות רפואיות. החוקרים בחנו 1,167 הנחיות רפואיות שהתקבלו בין השנים 2007-2010 במטרה לאפיין את אוכלוסיית החותמים. הממצאים העיקריים הראו כי הייתה עלייה בשיעור החתימה במהלך השנים. למעלה מ-95% היו בריאים בזמן מילוי ההנחיות. 2% בלבד הוגדרו כחולים נוטים למות. 99% היו יהודים, 90% בני 65 ומעלה, 68% נשים, 48% נולדו באירופה, 41% ילידי ישראל, 61% גרו בביתם והשאר בדירור מוגן. 64% גרו בערים ו-27% בקיבוצים. ההבדלים נמצאו מובהקים סטטיסטית. ממצא מעניין וחשוב נוסף היה כי מי שעזר במילוי הטפסים היו: 60.2% רופאי משפחה, 30.9% רופאים פנימיים, רק 2.2% היו רופאים אונקולוגים. רופאים גריאטריים כלל לא עזרו במילוי. ניכר כי הדרך ליישום החוק עוד ארוכה ודורשת מאמצים חינוכיים, מנהליים ומחקריים.

עין-גל ושורצמן (2015) ערכו מחקר בקרב 336 קשישים ברחבי הארץ, שבחן גורמים מעודדים וגורמים מעכבים מוכנות לחתימה על הר"מ בקרב קשישים בדירור מוגן ובקהילה בישראל. במהלך המחקר ניתנו הרצאות על ידי החוקרת ונערכו דיונים ציבוריים פתוחים בנושא זה הטעון רגשית. הקשישים שהשתתפו בהרצאות נתרמו ממידע עדכני וממוקד בנושא. נמצא כי 256 (76.2%) נבדקים ציינו כי הם מוכנים לחתימה, מתוכם 97 (28.9%) נבדקים חתמו עליהן בפועל. המנבאים למוכנות לחתימה: השתתפות בהרצאה ( $O.R=3.3, p=0.01$ ), שיחה קודמת שקיימו עם בני משפחתם או חברים בנושא ( $O.R=1.49, p=0.002$ ), נימוקים בעד החתימה ( $O.R=2.42, p<0.001$ ), ונימוקים נגד החתימה ( $O.R=0.245, p<0.001$ ). רוב (60%-81%) הנבדקים מעוניינים להימנע מטיפולים: מצילי חיים, פולשניים והידרציה והזנה מלאכותית ורק 17%-44% מעוניינים להימנע מטיפולים תומכים.

## 1.2.2 עמדות הצוות וההכשרה הפליאטיבית

בהקשר ליישום החוק חשוב לחקור את העמדות, האמונות וגישות הצוות המטפל בנושא. הנושא נבדק במספר מחקרים תיאוריים, כמו למשל, במחקר שבדק כיצד תפישת המחסומים החוקיים משפיעים על קבלת ההחלטות הרפואיות (Swanson & McCrary, 1999) בו נבדק מושג "ההגנתיות החוקתית". ההגנתיות החוקתית נמדדה במחקר בין יתר המדדים כתפישת של הרופא המוטרד לגבי תביעה אזרחית של רשלנות רפואית והמידה שבה הרופא חש מחויבות להשתמש בכל טכנולוגיה נגישה בטיפול בחולה טרמינלי. במחקר נכללו רופאים המטפלים בחולים סופניים מאושפזים, והשוו 62 רופאים מדנמרק ל-301 רופאים מארה"ב מבחינת עמדותיהם לגבי השפעת החוק על קבלת החלטות טיפוליות עבור מטופלים הנוטים למות. הרופאים הדניים הפגינו ידע רב יותר בנושאי החוק הרפואי הרלוונטיים לטיפול בסוף החיים לעומת הרופאים האמריקאים, ואף דיווחו על תחושה של מוגנות חוקתית גבוהה יחסית לרופאים מארה"ב וחשש נמוך יותר מתביעות.

צוות רפואי בעל ידע לא מספק ומיסקונספציות מהווה מחסום משמעותי בהענקת הטיפול התומך ולכן מודגשת ברוב המדינות חשיבות החינוך הרפואי וההכשרות הצוות הבין-מקצועי בתחום. למרות ההכרה בחשיבות הנושא עדיין ההוראה הפליאטיבית בשלבי לימודי הליבה המקצועיים ובשלבי ההכשרה וההשתלמות בסיום הלימודים, קיימת במידה מועטה ברוב מדינות המערב.

בישראל, קיימת מודעות לחשיבות הדרכה והכשרת צוות רפואי בנושא ואף מוכרת מומחיות בתחום. מינהל הסייעוד הכריז על מומחיות קלינית של אחיות בטיפול תומך כבר בשנת 2009 והוקמה

תכנית הכשרה ייחודית. בשנת 2013 הוכרה תת התמחות ברפואה פליאטיבית לרופאים. ארגון INPACT הוקם בשנת 2005 בניהולו של פרופ' פסח שורצמן מאוניברסיטת בן גוריון המורכב מ-33 רופאים אחיות ועו"ס מרחבי הארץ. הצוות בנה את תכנית ההכשרה הראשונה בארץ הכוללת מודולת לימודים בהיקף של 40 שעות להכשרת צוות בין-מקצועי בנושא. לפי דיווח החטיבה לבריאות בקהילה באוניברסיטת בן גוריון מאז תחילת הקורסים ב-2005 ועד היום התקיימו 47 קורסים פליאטיביים, בכל רחבי הארץ. עברו עד כה ישנם 1285 בוגרים של קורסים אלה בהם: 741 סיעוד, 247 רופאים, 300 עו"ס/מרפאה בעיסוק/פיזיותרפיסט.

כמו כן נערכות סדנאות לפיתוח מיומנויות תקשורת בין אישיות, ובהן במ.ס.ר, בראשות פרופ' מאיר ברזיס. לפי דיווח ממרכז מ.ס.ר, למעלה מ-1150 רופאים, אחים/יות ועובדים סוציאליים הוכשרו בסדנאות אלה.

לסיכום, הענקת טיפול תומך ובירור העדפות המטופל בסוף החיים מהווים משימה חשובה ומאתגרת העומדת בפתחם של רופאים ומטפלים בישראל. חוק החולה הנוטה למות מחייב לברר ולכבד את העדפות המטופל בסוף החיים. טרם נחקר בישראל באיזו מידה מיושם חוק החולה הנוטה למות ועד כמה הצוותים הרפואיים מעניקים טיפול תומך ומבררים את העדפות החולה בסוף ימיו. כמו כן טרם נבדקה שביעות הרצון של משפחות החולים מהפעלת החוק ומהתייחסות המערכת הרפואית לרצונותיו ולזכותו של החולה לקבלת החלטות על גופו.

מבדק זה מהווה הזדמנות שבה תעמיק הכרת הצוותים הרפואיים את החוק, תאמוד את יישומו הלכה למעשה ואת שביעות רצונם של האוכלוסיות המועדות ומשפחותיהם מיישום חוק זה.

## 2. מטרות ושיטות

### 2.1 מטרות המבדק

- להעלות את נושא היערכות לסוף החיים למודעות הנהלות בתי החולים, מטפלים ומטופלים;
- לשקף את הפעילות המתבצעת כיום בבתי החולים ביחס לבירור העדפות ולמתן טיפול פליאטיבי;
- להגדיר ולהטמיע תהליכי עבודה נאותים, שיאפשרו את יישום החוק בארץ;
- להמליץ על דפוסי עבודה מקצועיים אחידים.

### 2.2 שיטות

לצורך ניסוח סטנדרט איכות לטיפול בסוף החיים הוקמה ועדת היגוי בה חברו נציגים מקצועיים בכירים מבתי החולים הכלליים והגריאטריים השונים בארץ ובהם רופאים ואחיות. הוועדה גיבשה סטנדרט מקיף לטיפול בסוף החיים התואם ל"חוק החולה הנוטה למות", התשס"ו-2005, תוך התחשבות בנקודות מבט של כלל בעלי העניין.

הוועדה גיבשה 4 סוגי שאלונים:

- שאלון מבדק;
- שאלוני מאפיינים: מוסדי ומחלקתי;
- שאלון למשפחות נפטרים;
- שאלון עומק איכותני לראיון צוות.

**2.2.1 שאלון המבדק** כולל היגדים המשקפים הטמעת דרכי העבודה שהוגדרו על-ידי ועדת ההיגוי המקצועית. השאלון בדק בעיקר מרכיבים תהליכיים בשני נושאים מרכזיים: מילוי הנחיות רפואיות מקדימות וטיפול פליאטיבי. איסוף הנתונים התבצע ממקורות שונים: רשומות רפואיות, קלסר נהלים, ראיונות עם צוותים רפואיים ובדיקה במאגר הארצי של משרד הבריאות.

**2.2.2 בשאלון המאפיינים המוסדי** התבקש מנהל המוסד לתאר את הפעילות בתחום ברמת המוסד ובחינת המדיניות הנהוגה בו.

השאלון כולל תיאור הפעילות בנושא העדפות הטיפול בסוף החיים, פעילות הוועדה המוסדית לנושא, מאפייני כוח אדם ופעילותו של הצוות הפליאטיבי.

**2.2.3 שאלון המאפיינים המחלקתי** בוחן את פעילות המחלקה / אגף בנושא בירור ותיעוד העדפות סוף החיים ומתן טיפול פליאטיבי.

#### 2.2.4 שאלון למשפחות נפטרים – שאלון זה מולא טלפונית ע"י הבודקים ביום המבדק.

הבודקים קיבלו רשימת נפטרים, שנפטרו חודש עד שלושה חודשים קודם למבדק ומרשימה זו דגמו אקראית 5 שמות נפטרים לכל בית חולים.

הבודקים הציגו את עצמם כנציגי משרד הבריאות וציינו את מטרת הסקר: "לבדוק עד כמה יחס הצוות באשפוז האחרון היה תוך כדי כבוד אל המטופל ואל המשפחה מתוך מטרה לשפר".

השאלון שיקף את חווייתם האישית מהטיפול שקיבל יקירם המנוח בבית החולים ומהיחס שהם קיבלו כמלווה משמעותי למנוח.

סה"כ מולאו 209 שאלונים.

**2.2.5 שאלון עומק איכותני** - שאלון זה מטרתו לבדוק עם אנשי צוות בבית החולים השקפות עולם בנושא, להעמיק את ההבנה לגבי התנהלות הארגונית בטיפול בחולה בסוף חייו ולאתר אתגרים בטיפול.

המרואינים היו: מנהל בי"ח/סגנו, מנהלי מחלקות, אחיות אחראיות, קובעי מדיניות, סה"כ רואיינו 8 בעלי תפקידים. הראיונות בוצעו ע"י סטודנטית לרפואה במקביל להיערכות לקראת המבדק ולביצועו.

לאחר שחברי ועדת ההיגוי הגיעו להסכמה על התכנים, כל השאלונים תוקפו בתיקוף מומחים על ידי מומחים בטיפול פליאטיבי בקבוצות מיקוד במהלך סדנת ההכשרה לעורכי המבדק. המבדק נערך בחודשים מרץ-מאי 2015.

### 2.3 הליך ומתודולוגיה

מבדק האיכות התבצע בשיטה של **בקרת עמיתים**. כל בית חולים נדרש להעביר שמות של כ- 6 אנשי צוות הכוללים רופאים, אחיות ועו"ס שיבצעו את המבדק בבתי חולים שונים בצוותים מעורבים. הצוות הוכשר ע"י האגף להבטחת איכות לביצוע המשימה.

בקרת עמיתים מאפשרת חשיפה של אנשי צוות רבים לתחום, העלאת הנושא לתודעת הצוותים, יצירת "שגרירים" בבתי החולים שיסייעו בהטמעת הסטנדרט המוצע בבתי החולים שלהם, הפריה הדדית ולמידה האחד מהשני של שיטות עבודה איכותיות.

בתי החולים קיבלו את השאלונים המייצגים את סטנדרט העשייה הנדרש כ- 6 חודשים טרם המבדק ונדרשו להטמיע את הסטנדרט בבית החולים שלהם עד לביצוע המבדק.

### 3. ממצאים

המבדק מורכב ממספר פרקים: מדיניות מחלקתית, תהליכי עבודה, בקיאות והכשרת הצוות, טיפול תומך והוועדה המוסדית הממצאים מוצגים כערכי עמידה במדד. כל היגד בשאלון מוגדר כמדד, והיעד המתבקש הוא עמידה מלאה בביצוע ההיגדים, משמע 100% עמידה במדד. לכן כל רמה של אי-ביצוע, מן הראוי שתתוקן. בטבלה מספר 1 מוצגים משתתפי הסקר ומקורות המידע.

טבלה מס' 1: מאפייני היחידות הנבדקות ומקורות המידע

מרכיבים נבדקים	מספר	אחוז	מספר מחלקות שנבדקו	% מחלקות שנדגמו
<b>סוג בית החולים</b>				
כללי	25	67.6%	49	67.1%
מרכז רפואי גריאטרי	12	32.4%	24	32.9%
<b>סה"כ</b>	<b>37</b>		<b>73</b>	
<b>גודל בית החולים</b>				
עד 300 מיטות	12	32.4%	22	30.1%
300-800 מיטות	18	48.6%	34	46.6%
מעל 800 מיטות	7	18.9%	17	23.3%
<b>בעלות</b>				
ממשלתית	15	40.5%	28	38.4%
שרותי בריאות כללית	9	24.3%	18	24.7%
ציבורית	10	27.0%	20	27.4%
פרטית/קופות	3	8.1%	7	9.6%
<b>סוגי המחלקות</b>				
הוספיס	2	2.7%		
פנימית גריאטרית	9	12.3%		
אונקולוגיה	11	15.1%		
סיעוד מורכב	13	17.8%		
מונשמים	13	17.8%		
פנימיות	25	34.2%		
<b>סה"כ</b>	<b>73</b>			
<b>מקורות מידע</b>				
מנהלי מחלקות	73			
אחיות אחראיות מחלקה	73			
רופאים	147			
אחיות	148			
עו"ס	83			
רשומות מחלקתיות	71			
רשומות מטופלים	469			

### 3.1 מדיניות מחלקתית

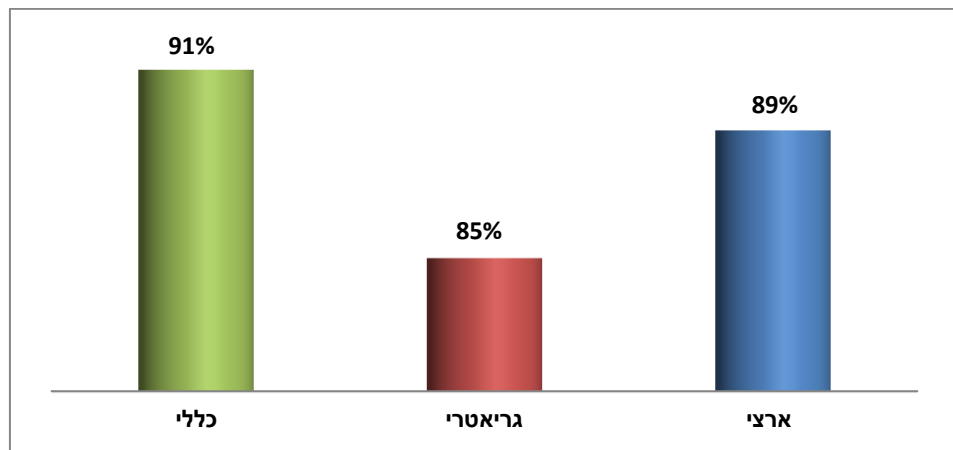
בנושא מורכב וטעון רגשית העלול לעורר סערת רגשות ואי ודאות כמו העדפות וטיפול במטופל בסוף החיים בזמן אשפוז, מדיניות ברורה ומכוונת את המטפלים וכל הגורמים המעורבים קריטית על מנת להוביל ולקדם את איכות הטיפול. ממצאי המבדק מעלים כי:

א. רוב אנשי הצוות הנבדקים מצהירים על קיום מדיניות ברורה במחלקה אודות הטיפול הרפואי בסוף החיים: 89.14% במוצע הצהירו על קיומה של מדיניות זו. ניתן להתרשם מפער קל בהצהרה על המדיניות מאנשי צוות שונים:

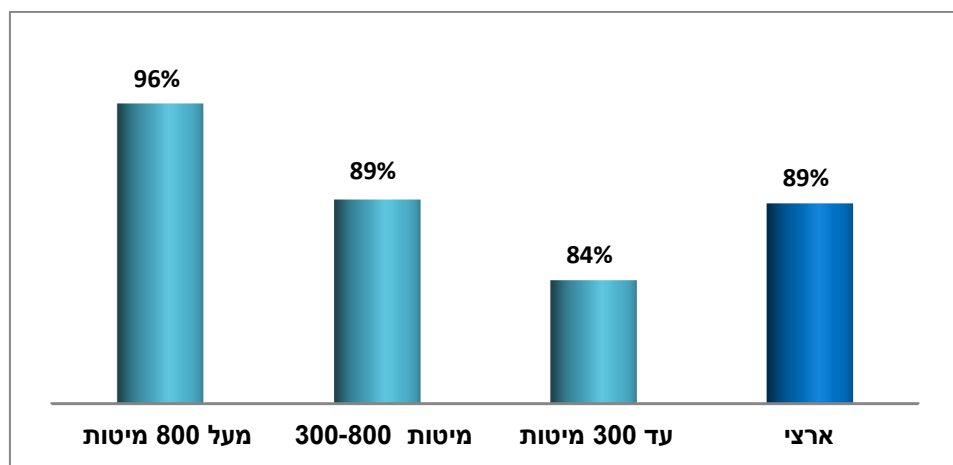
מנהל מחלקה  $92.65\% \pm$ , עו"ס  $92.14\% \pm$ , אחיות  $87.12\% \pm$ , רופא  $87.5\% \pm$ .

בהתפלגות לגבי ההסכמה לקיום מדיניות ברורה במחלקות בבתי חולים כלליים לעומת בתי חולים גריאטריים, בולטת ההצהרה של הצוות על מדיניות ברורה ברמה גבוהה יותר בבתי חולים כלליים לעומת בתי חולים גריאטריים (% 91.1 ס.ת 28 לעומת % 84.6 ס.ת 34.4). (תרשים 1)

תרשים 1: מדיניות ברורה במחלקה אודות הטיפול הרפואי בסוף החיים - ריבוד לפי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



תרשים 2: מדיניות ברורה במחלקה אודות הטיפול הרפואי בסוף החיים - ריבוד לפי גודל ב"ח

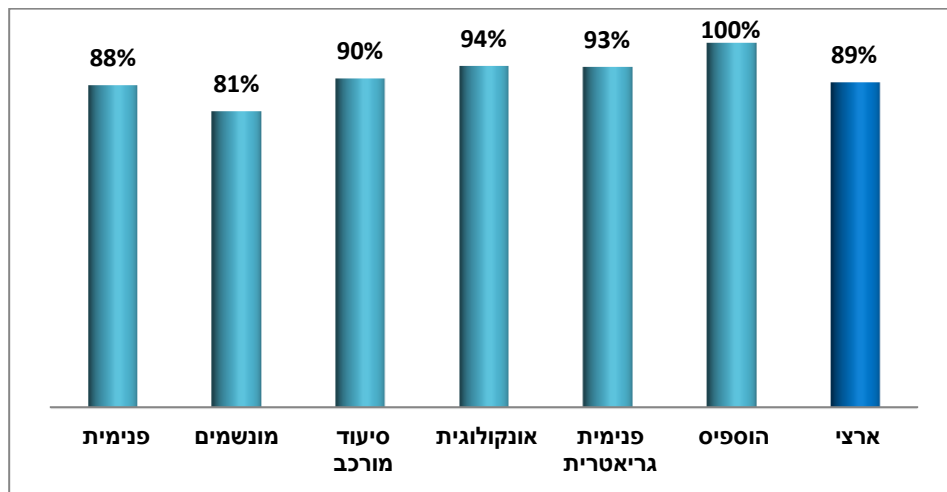


מעניין כי קיימת מדיניות ברורה יותר אודות הטיפול הרפואי בסוף החיים בקבוצות גודל בתי חולים הגדולות יותר. (תרשים 2)



בהתפלגות התשובות לפי קיום מדיניות ברורה במחלקות שונות נצפים ציונים גבוהים בכל סוגי המחלקות כאשר תמימות דעים בין אנשי הצוות השונים לגבי קיומה של מדיניות ברורה במחלקה אודות הטיפול הרפואי בסוף החיים - קיימת בהוספיס ובגריאטריה. (תרשים 3)

**תרשים 3: קיום מדיניות ברורה במחלקה אודות הטיפול הרפואי בסוף החיים - ריבוד לפי מחלקות (ממוצע % עמידה במדד)**



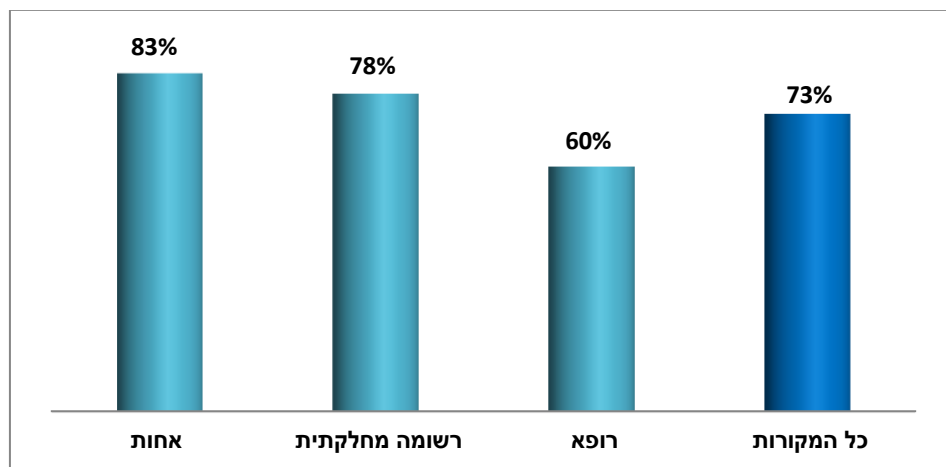
**ב.** לעומת אחוז עמידה במדד גבוה במדיניות ברורה בנושא ניכרת ירידה כאשר מתבקשים הנבדקים לענות על השאלה האם המדיניות מגובה במסמך כתוב (נוהל מחלקתי / מוסדי) רשומה מחלקתית: 82.5% בממוצע מבתי החולים עמדו במדד.

**ג.** מצב המטופלים בסוף החיים מעלה דילמות מקצועיות, אתיות ורבות אחרות. מצב המעורר לבטים רבים ומאלץ את אנשי הצוות לערוך דיונים משותפים בעניין. אנשי הצוות דיווחו על מידת הדיונים המתקיימים בצוות ובמחלקה בנוגע לדילמות טיפול בסוף החיים (כגון הזנה פולשנית, דיאליזה, החיאה, הנשמה, טיפול פעיל במחלה): מנהל מחלקה 88.24, עו"ס 87.5, אחות 83.46, רופא 94.69, כל המקורות בממוצע 88.39.

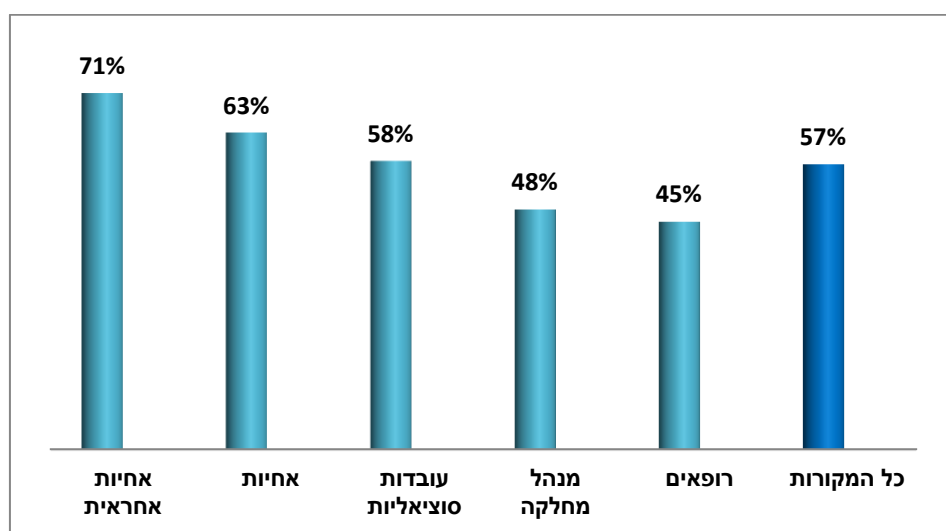
**ד.** הטיפול האיכותי והמיטבי מושתת על אומדן רצונותיו של המטופל (אף בהתאם לחוק זכויות החולה) אי לכך ראוי לתעד העדפותיו של המטופל הנוטה למות במדד חשוב הוא קיום שאלון מובנה לברור העדפותיו הרפואיות של החולה הכולל התייחסות לנושאים כגון: החיאה, הנשמה, הזנה, דיאליזה, מתן דם, מתן אנטיביוטיקה, טיפול פעיל במחלה. בבדיקת הרשומות המחלקתיות נמצא כי, 53.85% בממוצע בלבד הציגו טופס רלוונטי.

**ה.** אומדן וטיפול בכאב הן מעמודי התווך של הטיפול הפליאטיבי. שכן בהגדרה של הטיפול התומך יש להקל על סימפטומים מציקים ולהגיע לאיכות חיים. כאב הוא סימפטום שכיח ביותר בקרב חולי הסרטן וחולים בסוף החיים וקיום פרוטוקול מובנה לטיפול בכאב הוא ביטוי למדיניות מכוונת לנושא זה. 73% בממוצע של מקורות המידע השונים, הציגו פרוטוקול מובנה לטיפול בכאב ודיווחו כי תכני הפרוטוקול מוכרים לצוות. חשוב לציין כי, האחיות מכירות ומודעות יותר לנוהל זה יחסית לרופאים. רשומה מחלקתית בממוצע נצפתה ב- 77.5% מבתי החולים, 82.9% אחיות בממוצע מדווחות ומכירות נוהל לטיפול בכאב לעומת 59.55% בלבד מהרופאים. (תרשים 4)

תרשים 4: קיום פרוטוקול מובנה לטיפול בכאב - ריבוד לפי אנשי הצוות לעדכן



תרשים 5: הצוות המטפל מקבל תמיכה רגשית - ריבוד לפי אנשי הצוות



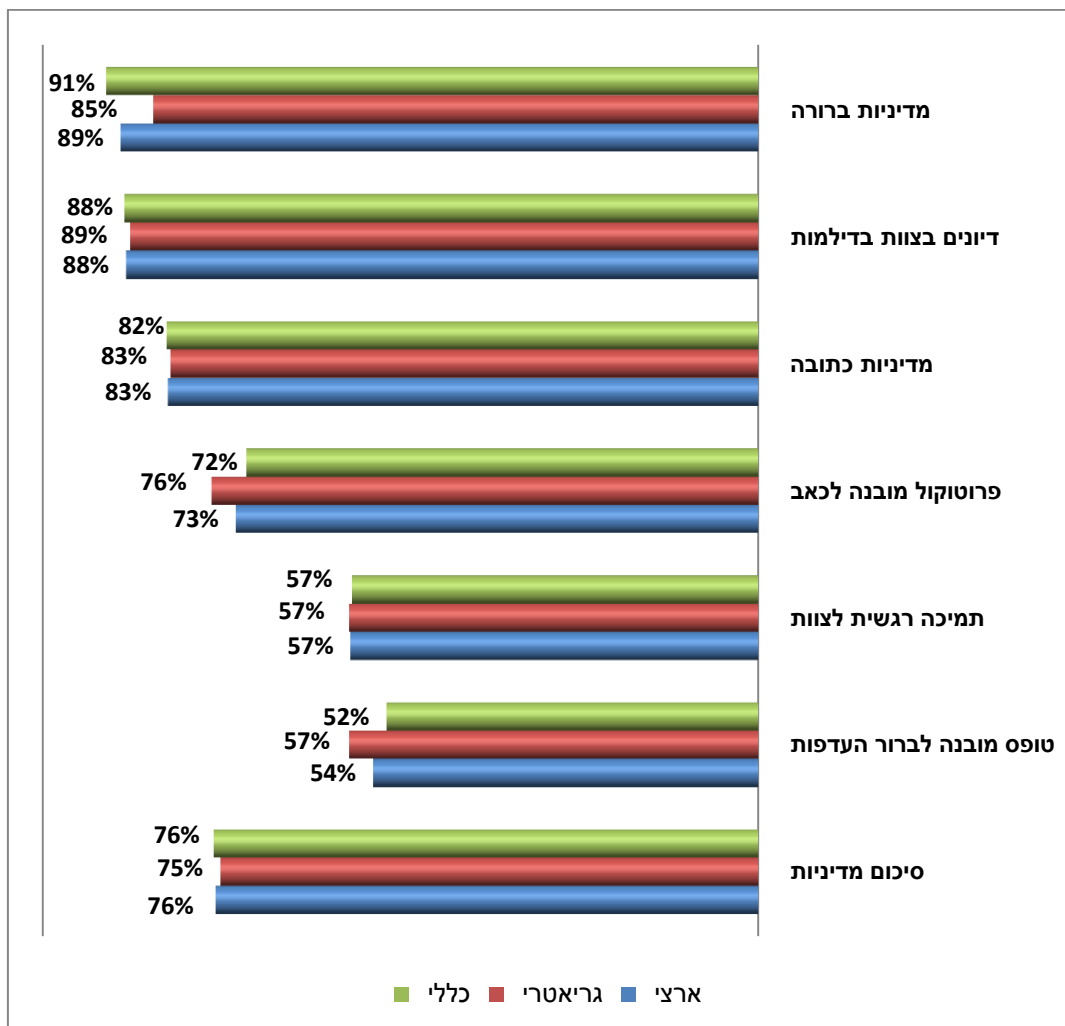
ה. הצוות המטפל בחולים הנוטים למות מקבל תמיכה רגשית באופן חלקי ונמוך. 57% במוצע ציינו קבלת תמיכה רגשית. בהחלט מדד הראוי לשיפור. (ידוע מהספרות כי תמיכה רגשית בצוות המטפל היא קריטית למתן טיפול תומך איכותי). הרופאים ומנהלי המחלקות התרשמו מקבלת תמיכה רגשית בצוות במידה המועטה ביותר לעומת האחיות האחראיות שציינו כי קיימת תמיכה רגשית במידה הגבוהה יותר יחסית לחברי הצוות האחרים. אולי כי האחיות האחראיות זוכות להכשרה רבה יותר בנושא ומודעות לחשיבות הנושא ואולי אף דורשות יותר תמיכה מהמערכת המוסדית. נושא חשיבות התמיכה הרגשית אף מבוסס בהכשרתן של האחיות. מעניין כי קיים פער בין דיווחן של האחיות האחראיות לבין דיווחן של האחיות מן השורה. שיחסית ציינו גם הן כי קיימת תמיכה רגשית נמוכה. בסה"כ ציוני האחיות גבוה יותר יתכן כי הן מודעות יותר לנושא ומשתמשות יותר במשאבי תמיכה מקצועיים ואישיים אחרים.

במטרה לאפיין את מכלול המדיניות לגבי היערכות בתי החולים למתן טיפול בסוף החיים נבדקה המדיניות המחלקתית בכל בית חולים על פי ריבודים שונים: סוג (כללי או גריאטרי), גודל ובעלות.

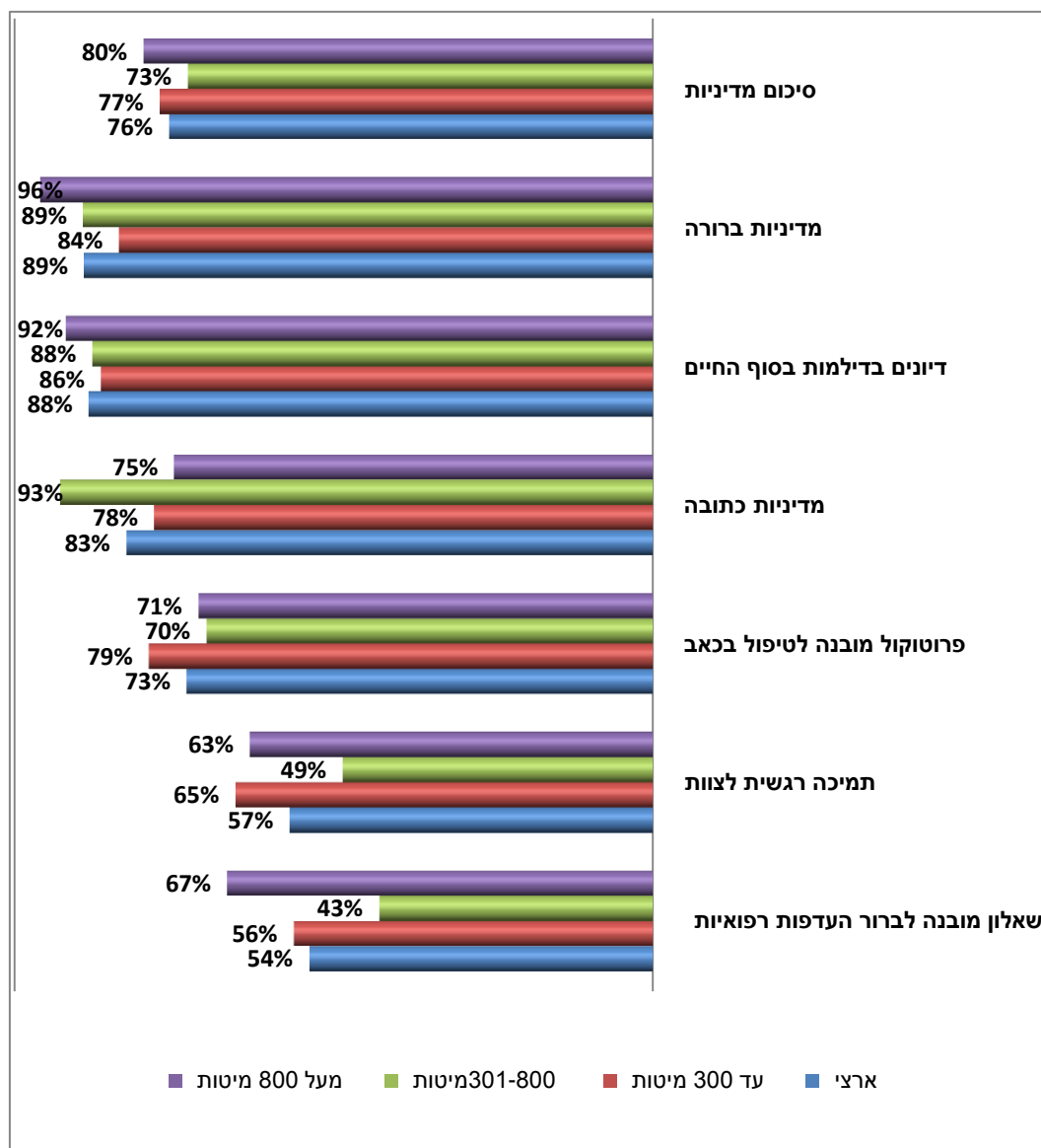
בהשוואה בין בתי חולים כלליים לבתי חולים גריאטריים נמצאו הבדלים מעטים במרכיבי מדד המדיניות. אולם ניכר כי בבתי חולים כלליים קיימת מדיניות ברורה יותר במחלקות אודות הטיפול

הרפואי בסוף החיים לעומת זאת, בבתי חולים הגריאטריים כל המקורות דיווחו במידה רבה יותר על קיום פרוטוקול מובנה לטיפול בכאב וקיום שאלון מובנה לברור העדפותיו הרפואיות של החולה. מעניין כי לא נמצא הבדל באחוז ממוצע נמוך לגבי תמיכה רגשית לצוות, שדיווחו הצוותים בשני סוגי בתי החולים. (תרשים 6)

תרשים 6: המדיניות במחלקה - ריבוד לפי סוג ב"ח



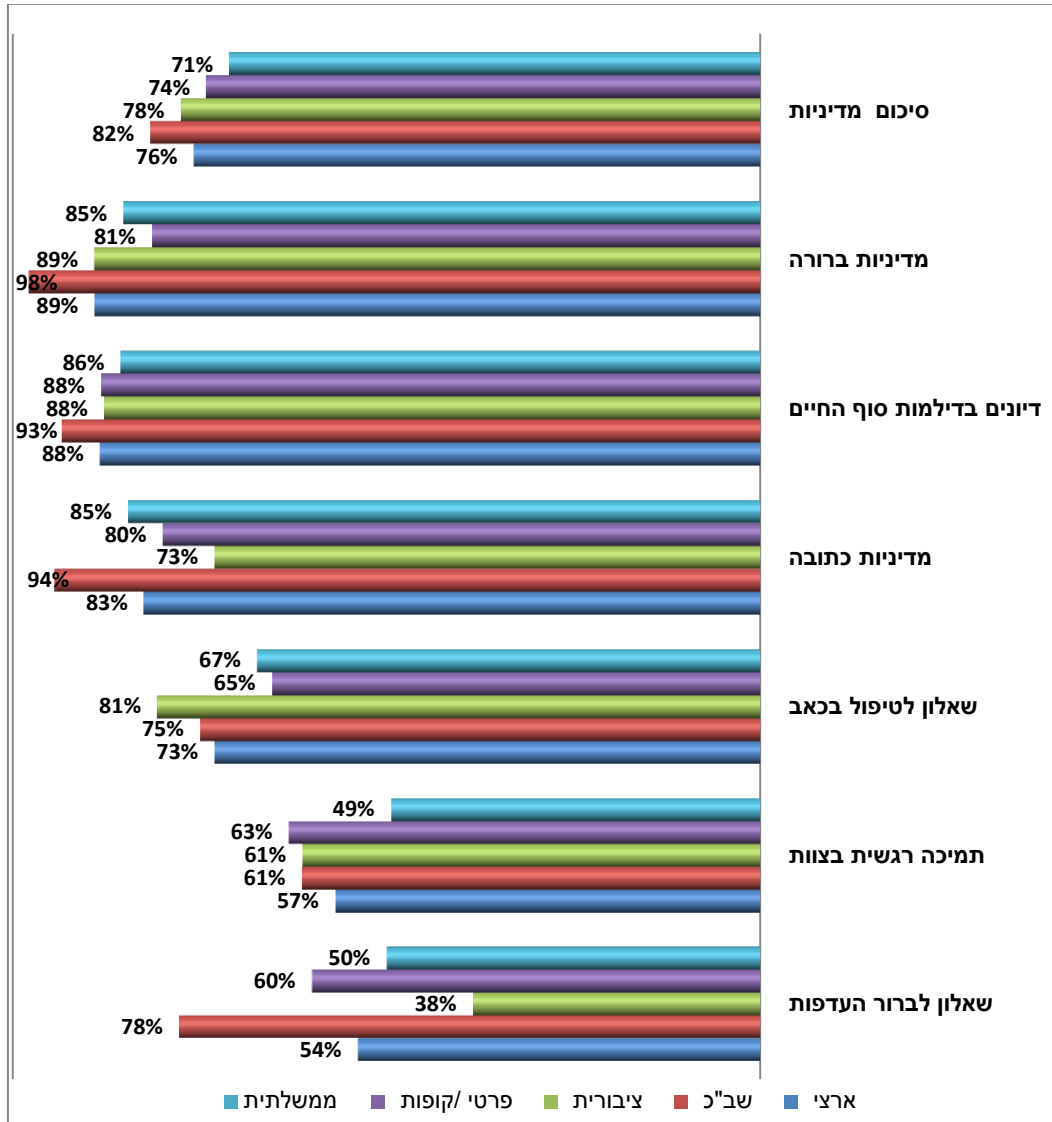
תרשים 7: המדיניות במחלקה - ריבוד לפי גודל בית החולים



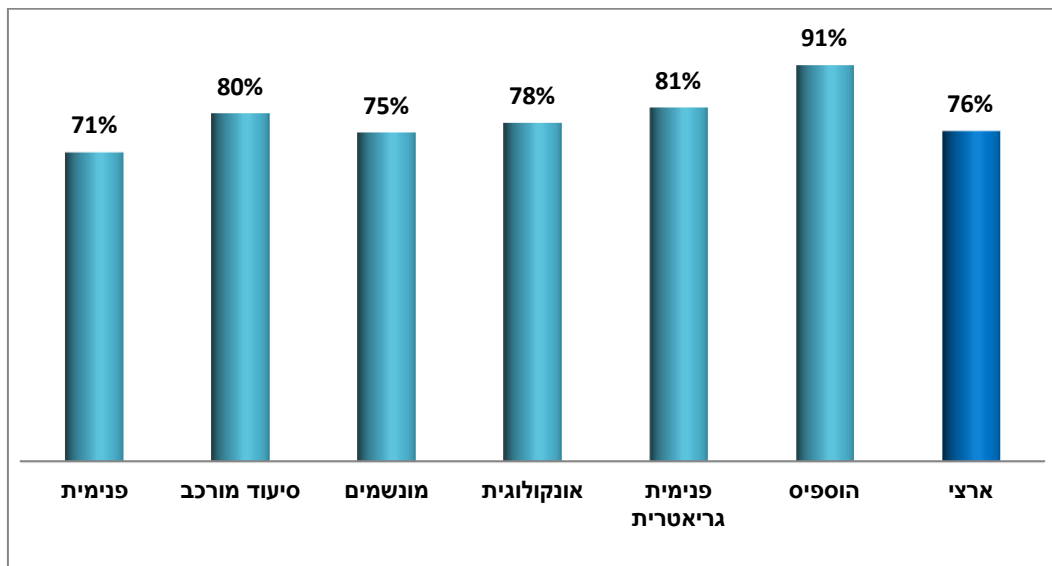
בהשוואת בתי החולים על פי גודל לגבי מדדי מדיניות שונים, הממצאים הבולטים: בבתי חולים גדולים המדיניות ברורה למדי לצוות המטפל – 95.98%, הם מרבים בדיונים בצוות בדילמות בסוף החיים – 91.95%, וציון הסיכום הכללי של המדיניות הגבוה ביותר – 79.93%. בבתי החולים הבינוניים בולטת רמת המדיניות הכתובה – 92.86%. בבתי החולים הקטנים – נמצא פרוטוקול מובנה לטיפול בכאב - 79.98% ותמיכה רגשית לצוות 65.41% יחסית גבוהה יותר מבתי חולים עם מספר מיטות גבוה יותר. בבתי חולים בינוניים רמת התמיכה הרגשית לצוות הנמוכה ביותר – 48.59% (תרשים 7)

בריבוד על פי בעלות ביה"ח בבתי החולים נמצא כי במחלקות בתי החולים של שרותי בריאות כללית המדיניות ברורה ביותר (97.89%) ומגובה בכתובים (94.44%) כמו כן בולט קיום שאלון מובנה לברור העדפות בסוף החיים (77.78%) ועריכת דיונים לגבי דילמות בסוף החיים (87.5%). בבתי חולים הציבוריים בלט קיום שאלון מובנה לטיפול בכאב (80.72%). בבתי החולים הפרטיים / קופות (ייחוס הבעלות מוצג בנספח מס' 1) בלטה התמיכה הרגשית לצוות המטפל (63.1%) לעומת הממוצע הארצי 56.9% ס.ת. 41.29. (תרשים 8)

תרשים 8: המדיניות במחלקה - ריבוד לפי בעלות בית החולים



תרשים 9: סיכום המדיניות - ריבוד לפי סוגי מחלקות (ממוצע % עמידה במדד)



במרכיבי המדיניות במחלקות השונות בולט כי: המדיניות הברורה המגובה בכתב וקיום פרוטוקול כאב בהוספיסים - 100%! עומדים במדד. (תרשים 9). לעומת זאת לא קיים שאלון העדפות לטיפולים רפואיים כלל בהוספיס (זה לא מפתיע מהבחינה כי הפילוסופיה הפליאטיבית מכוונת לחוסר התערבויות טיפול רפואיות בעיקר פולשניות, יחד עם זאת קיימים טיפולים פליאטיביים תומכים ואולי לגביהם כן יש צורך לברר מראש העדפות) אך קיים במידה הרבה ביותר בפנימית גריאטרית (100%). דיונים בדילמות מתקיימים במידה רבה בכל המחלקות (88.39% ס.ת. 26.08). התמיכה הרגשית בצוות הבולטת ביותר מתקיימת בהוספיס (90% ס.ת. 21.08) וזקוקה לשיפור רב ביתר המחלקות הנבדקות (ממוצע ארצי 56.9% ס.ת. 41.29) ובמיוחד בפנימיות (49.39%).

### לסיכום המדיניות המחלקתית

מדיניות במחלקה הברורה לצוות דורגה כגבוהה יחסית אם כי מגובה קצת פחות בכתובים (נהלים מחלקתיים או מוסדיים) ואף הצוותים הצהירו על קיום דיונים בצוות בנוגע לדילמות טיפול בסוף החיים כגון הזנה פולשנית, דיאליזה, החייאה, הנשמה, טיפול פעיל במחלה). לעומת זאת התקבל ציון נמוך יחסית לגבי פרוטוקול מובנה לטיפול בכאב והכרת תוכנו וציון נמוך ביותר לקיום שאלון מובנה במחלקה לברור העדפותיו הרפואיות של החולה. כמו כן, ניתן להתרשם מתמיכה רגשית לא מספקת לצוותים המטפלים בחולים הנוטים למות.

## 3.2 תהליכי עבודה

פרק תהליכי העבודה מתייחס למספר מישורים: ברור העדפות בסוף החיים, מינוי מיופה כח, מילוי הנחיות רפואיות מקדימות והתייחסות לתהליכי עבודה קליניים בסוף החיים. הנתונים נשאבו ממספר מקורות: תיעוד ברשומות המטופלים, שיחה עם הצוות המטפל: מנהל המחלקה, רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים. הציון הכולל שנתקבל לפרק 66.13% (אחוז ממוצע של עמידה במדד).

### 3.2.1 ברור העדפות בסוף החיים (שיחה, תיעוד והעברת מידע)

על פי חוק החולה הנוטה למות, אדם כשיר יכול למלא הנחיות רפואיות מקדימות כך ששלב ראשון בברור העדפות המטופל יש להתייחס למצבו הקוגניטיבי של המטופל וזאת בנוסף לחוק זכויות המטופל אשר לפיו יש לברר העדפות טיפוליות, הסכמה או סירוב לטיפול. לכן שלב בסיסי בטיפול הוא אומדן מצב ההכרה. כך שבמדד הראשון במרכיב ההעדפות מתבקשת התייחסות מקצועית עדכנית למצבו הקוגניטיבי של החולה ויכולתו לקבל החלטות (=בר כושר שיפוט) בעת ברור העדפותיו לגבי הטיפול בו בסוף החיים. הציון שהתקבל למדד זה בהתבסס על רשומות המטופלים - 81.12%. יחסית גבוה אם כי מתבקש שהציון יהיה 100%.

במצב של אדם הנוטה למות לעיתים קרובות האדם אינו בהכרה מלאה ובנוסף סובל סבל משמעותי לכן מתקשה להביע דעתו. כך שאיסוף הנתונים בבסיס הטיפול חייב לכלול התייחסות לאדם קרוב משמעותי, כלומר האם ברשומה הרפואית, מצוין שם של אדם אחר משמעותי, המכיר את העדפות החולה, הציון שהתקבל - 74.71%.

לעומת זאת, הסתבר כי פחות ממחצית מבין הצוותים במחלקות רק 47.24% בממוצע בררו את העדפותיו הרפואיות של החולה תוך כשבוע מקבלתו. ברור ההעדפות מתבסס על תקשורת בינאישית של הצוותים עם המטופלים.

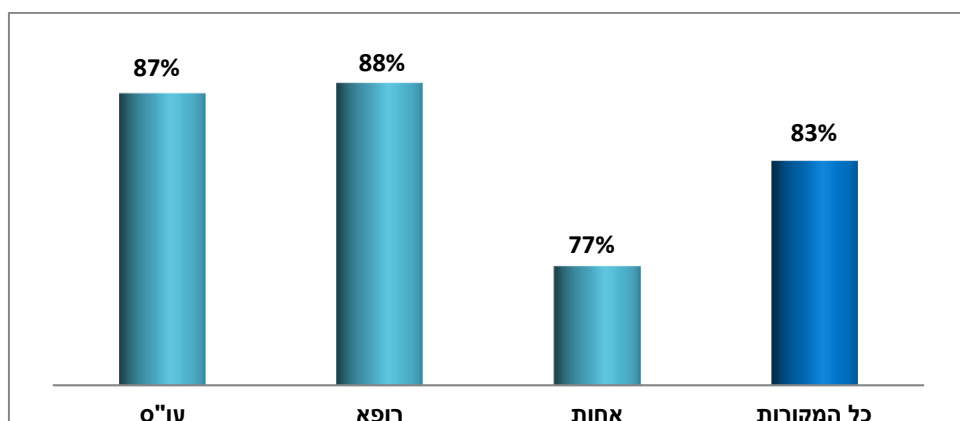
**תקשורת עם מטופלים הנוטים למות היא מרכיב משמעותי בטיפול.** צוות רב מקצועי עליו לאמוד ולברר את העדפותיו של המטופל. יש לערוך במחלקה שיחה יזומה עם החולה בסוף החיים ו/או בני משפחתו / מיופה כח / אפוטרופוס על העדפותיו לגבי הטיפול בו. נראה כי ההתייחסות של הצוות לשיחה מעין זו, היא בהתאמה: עו"ס 87.14%, אחיות 76.92%, רופאים 87.61%, בממוצע כל המקורות 83.07% (תרשים 10).

בעקבות השיחה והדיונים בצוות, יש לתעד את ההחלטות המתקבלות במהלך האשפוז בנוגע להימנעות מטיפול (לדוגמא: לא לבצע אינטובציה, לא לבצע דיאליזה, הימנעות מהכנסת זונדה) מתועדות ברשומה הרפואית / סיעודית. יש לציין כי, הממצאים נלקחו מתיקי מטופלים במהלך האשפוז. בחלק מהמחלקות כמו למשל מחלקות פנימיות המטופלים מאושפזים לטווח קצר יחסית ולכן הוחלט להתייחס לרשומות של מטופלים שנפטרו בלבד לאורך כל השאלון כך שברור שהחולה ענה לקריטריונים שבהגדרת החוק. מרשומות המטופלים עולה כי רק ב- 49.5% בממוצע בלבד במקורות שנבדקו תועדו ההחלטות לגבי ההעדפות הטיפול הרפואיות. כאשר העדפותיהם של המטופלים לגבי הטיפול בהם בסוף החיים מתועדות ברשומה הרפואית במידה נמוכה אף יותר רק ב- 41.92% בממוצע. אומדן מרכיבי ברור העדפות בסוף החיים מפורט בתרשים 11.

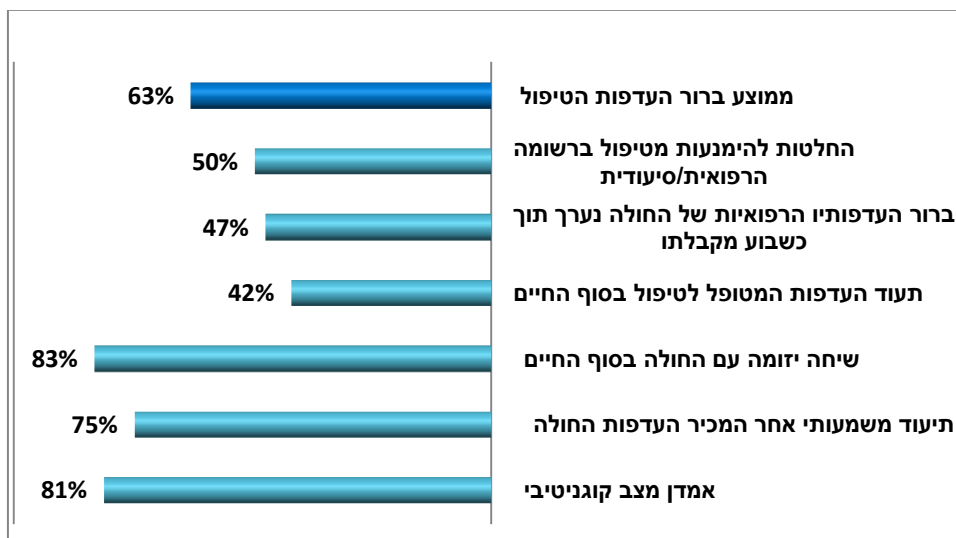
### 3.2.2 הרצף הטיפולי

לאחר מאמץ של שיחה ותיעוד ההחלטות וההעדפות חשוב וקריטי לשמר רצף טיפולי, ראוי להעבירם באופן מסודר וברור בין אנשי הצוות עו"ס 94.2%, אחיות 89.62%, רופאים 94.35% ובממוצע כל המקורות 92.36%. נראה כי כאשר קיימות ההחלטות וההעדפות של המטופל הן מועברות במידה גבוהה יחסית בין אנשי הצוות המטפל לעומת זאת הרצף הטיפולי נפגע במעבר בין המוסדות כאשר, במעבר בין מוסדות מועבר מידע על העדפות המטופל לטיפול בסוף החיים, על פי דיווחי: מנהלי מחלקות 70.75%, אחיות אחראיות 77.69%, רשומות מטופלים שהועברו מבתי אבות 9.21% (תרשים 12), כל המקורות בממוצע 48.97%.

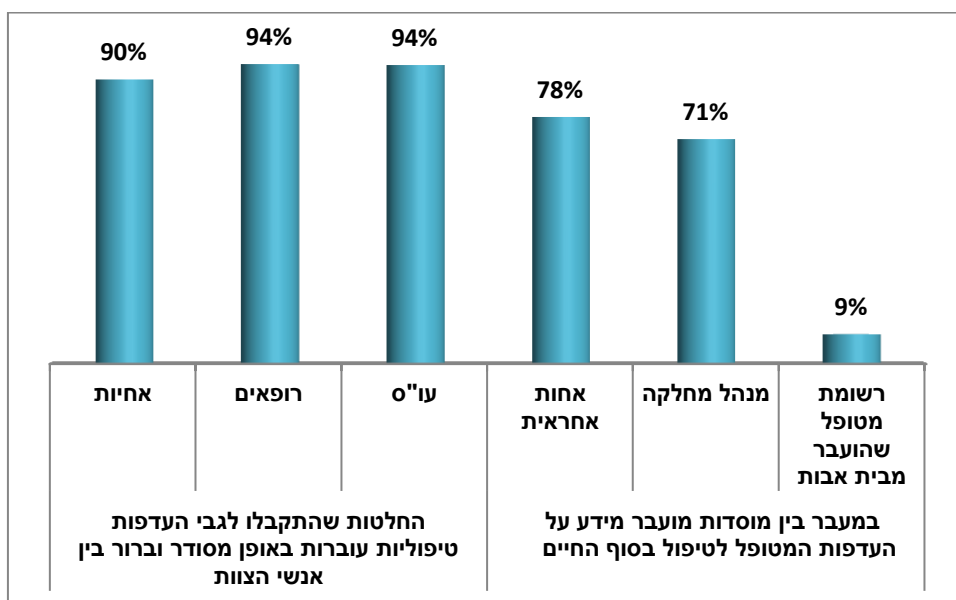
תרשים 10: במחלקה נערכה שיחה יזומה עם החולה בסוף החיים ו/או משפחתו (ממוצע % עמידה במדד)



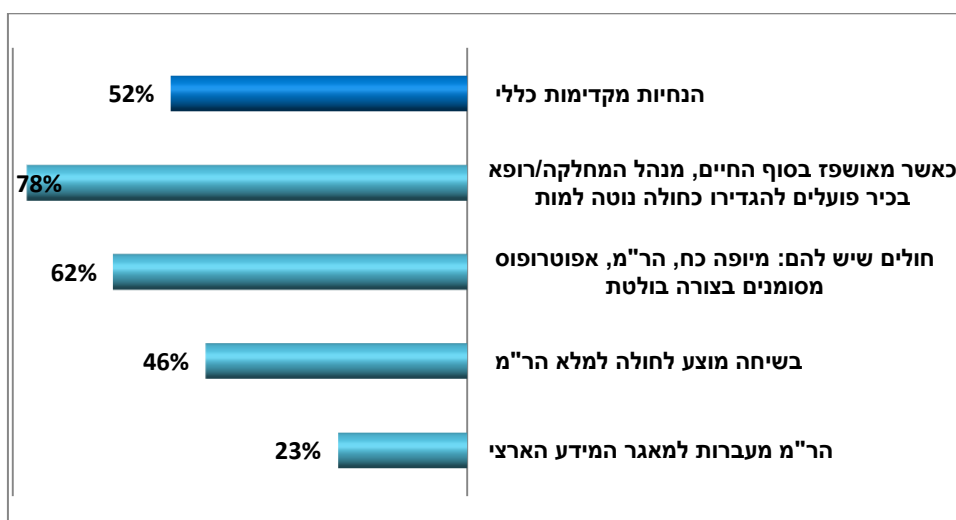
תרשים 11: ברור העדפות טיפול בסוף החיים (ממוצע % עמידה במדד)



תרשים 12: רצף הטיפול על פי מקורות שונים (ממוצע % עמידה במדד)



תרשים 13: הנחיות רפואיות מקדימות (ממוצע % עמידה במדד)





### 3.2.3 הנחיות רפואיות מקדימות

בהתייחס למילוי הנחיות רפואיות מקדימות (הר"מ), בפחות מ- 46% במוצע מהמקורות דווח כי ישנה התייחסות לשיחה בה מוצע לחולה למלא הר"מ. עו"ס (64.3%) ואחיות (60.7%) הביעו הסכמה גבוהה יחסית. ייתכן כי הן המציעות ומשוחחות יותר על הנושא יחסית לרופאים (42.2%) בכל מקרה רמת התייעוד של ההנחיות המקדימות נמוכה מאד 33.33%! במוצע כל המקורות (רופאים, אחיות, עו"ס, תיעוד ברשומות) 46.04% עמידה במדד.

לחולים שלהם יש אחד מהבאים: מיופה כח, הנחיות מקדימות, אפוטרופוס קבוע, תיעוד העדפות טיפוליות בסוף החיים, נבדק האם הם מסומנים בצורה ברורה הבולטת לכל הצוות: דווח על ידי: עו"ס 61.94%, אחיות 70.47%, רופא 64.78%, רשומת מטופל 57.87%, כל המקורות דיווחו במוצע 62.35%. יש מקום רב לשיפור סימון הר"מ.

בתהליכי הסדרת החוק וקידום יישום חוק החולה הנוטה למות מונו נאמני מאגרי מידע ארציים. ובבדיקת המדד: הנחיות רפואיות מקדימות שנתן החולה הועברו למאגר המידע הארצי על ידי נאמן המאגר הארצי - 22.73%. מה שמצביע על ראשיתו של תהליך.

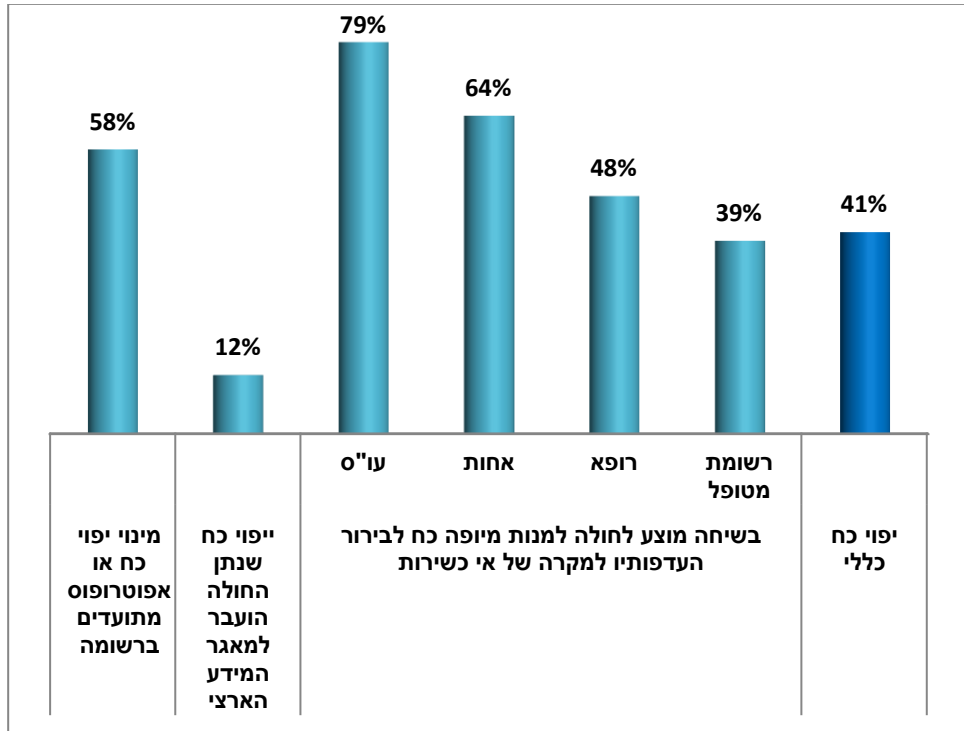
תנאי הכרחי להחלת החוק ויישומו ביישום ההנחיות הרפואיות המקדימות הוא הגדרת המטופל כחולה הנוטה למות. 78% במוצע של מנהלי המחלקות ציינו כי הם פועלים להגדיר את החולה בסוף החיים כחולה הנוטה למות. ניכרת נטייה הולכת וגוברת לכיוון אך בוודאי יש מקום לשיפור רב במיוחד לנוכח הממצא, שתיעוד הגדרת החולה באופן רשמי כ"חולה נוטה למות" נמצא רק ב- 48% מהרשומות. (תרשים 13, תרשים 29)

### 3.2.4 מינוי מיופה כח

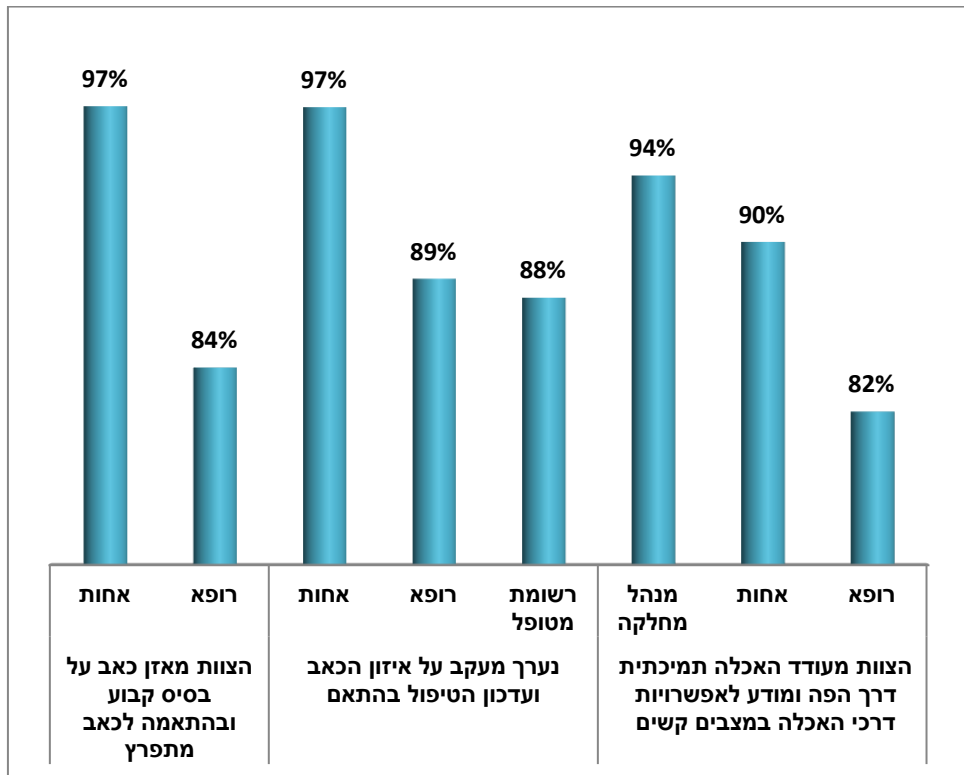
בתהליך ההצעה של הנחיות רפואיות מקדימות ראוי שתכלול גם הצעה למנות מיופה כח לבירור העדפות המטופל למקרה של אי כשירות (תוספת שנייה לחוק החולה הנוטה למות). בשיחה במחלקה בה מוצע לחולה למנות מיופה כח לבירור העדפותיו למקרה של אי כשירות, הצוות מגלה מעורבות על פי הדירוג: עו"ס 79.37%, אחיות 64.41%, רופא 48.17%, רשומת מטופל 39.05%, כל המקורות במוצע 53.27%. תיעוד מינוי מיופה כח או אפוטרופוס ברשומות המטופל נמצאה ב- 57.57% במוצע ארצי.

גם כאשר קיים ייפוי כח שנתן החולה, נאמן מאגר ארצי כמעט ואינו מעביר אותו למאגר המידע במשרד הבריאות, וזאת רק ב- 11.9% במוצע. סה"כ ממוצע כללי נמוך למדי בנושא מינוי מיופה הכח 40.9%. (תרשים 14). נושא הראוי לשיפור וקידום רב.

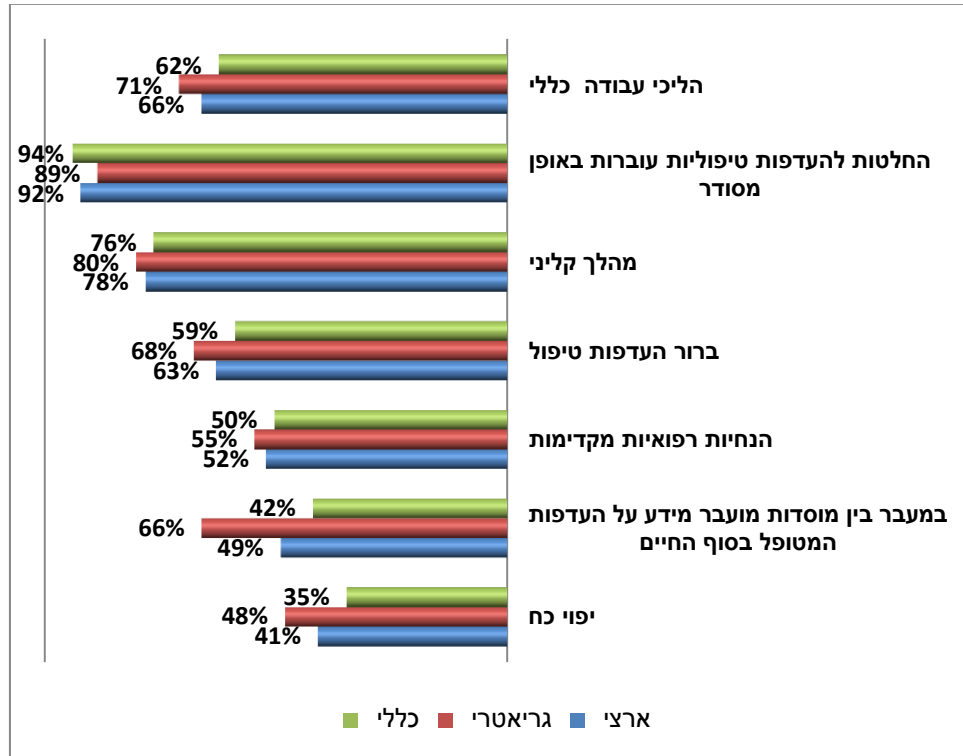
תרשים 14: מינוי מיופה כח (ממוצע % עמידה במדד)



תרשים 15: תהליכי עבודה קליניים (ממוצע % עמידה במדד)



תרשים 16: תהליכי עבודה קליניים - ריבוד על פי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



### 3.2.5 תהליכי עבודה קליניים

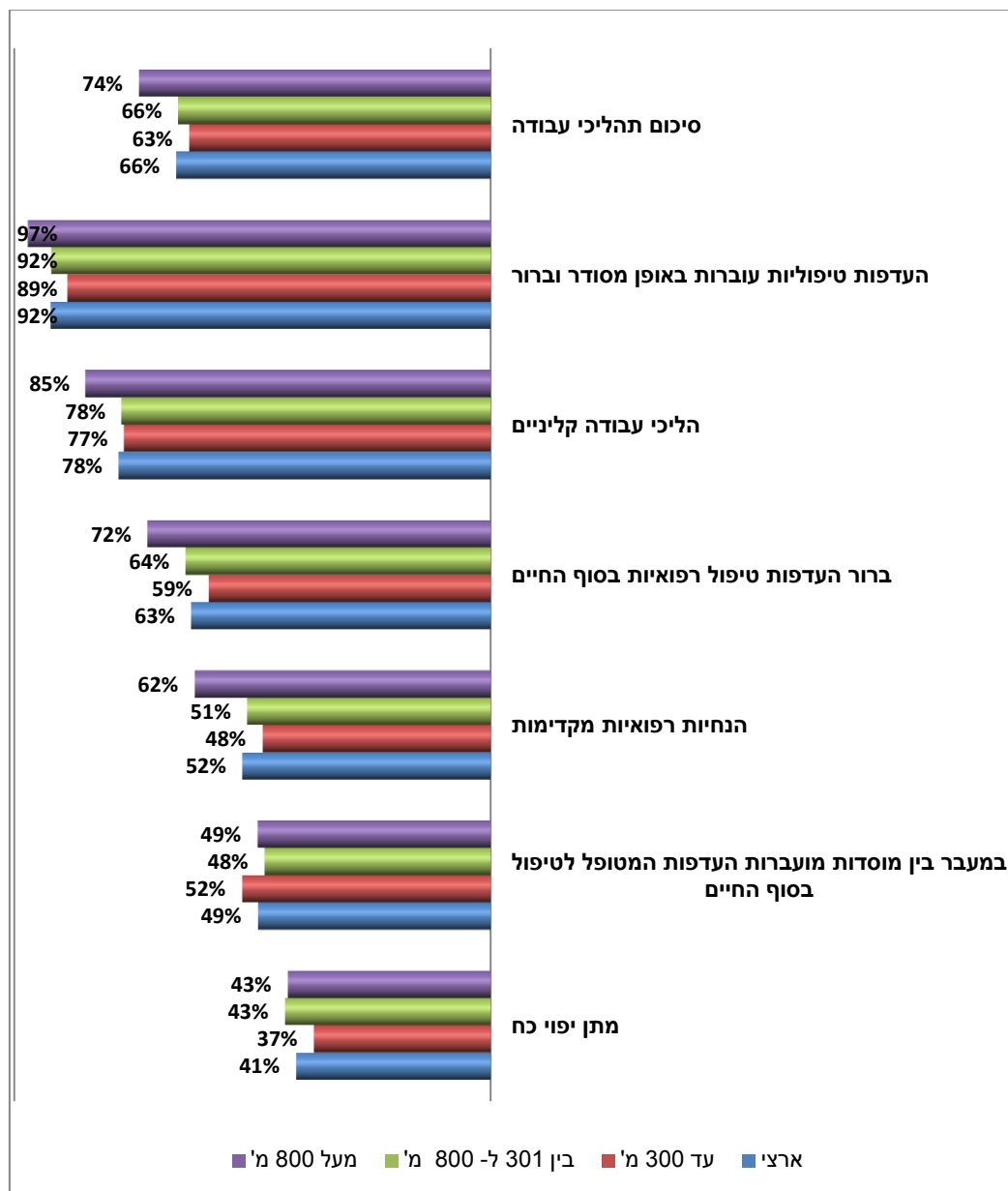
בתהליכי עבודה קליניים נבחנו איזון כאב ותמיכה הזנתית כמרכיבים משמעותיים. נמצא כי הצוות מאזן כאב על בסיס קבוע ומתאים טיפול לכאב מתפרץ בציונים גבוהים: רופא 84% אחות 97%. יש מקום לשיפור אצל הרופאים שכן לא ראוי שחולה יסבול כלל. כמו כן נערך מעקב ואיזון כאב 88% - 97%. לגבי ההזנה התמיכתית ניכר פער בין הרופא במחלקה לבין דיווחו של מנהל המחלקה. ראוי לציין כי, דיווחה של האחיות גבוה 90% (תרשים 15)

### 3.2.6 סיכום הליכי עבודה

לסיכום, המרכיבים השונים של מדד הליכי העבודה נבחנו בריבוד של בתי החולים השונים על פי חלוקה לסוג, גודל ובעלות. כמו גם בחינת סוגי המחלקות השונות.

בריבוד על פי סוג בתי החולים ניכר כי בתי החולים הגריאטריים מקבלים ציונים גבוהים יחסית לבתי החולים הכלליים כמעט בכל המרכיבים. מעניין כי בולט הציון הגבוה ברצף הטיפולי במעבר בין מוסדות בבתי חולים הגריאטריים אך בהעברת ההחלטות באופן מסודר בין אנשי הצוות, ציונם נמוך יותר יחסית לבתי החולים הכלליים. (תרשים 16)

בריבוד מרכיבי הפרק על פי גודל בית החולים (תרשים 17) נמצא כי בתי החולים הגדולים קיבלו ציונים גבוהים יותר כמעט בכל מרכיבי הליכי עבודה, למעט העברת מידע בין המוסדות ומתן יפוי כח.



בריבוד מרכיבי הפרק על פי בעלות בית החולים (תרשים 18) נמצא כי בתי החולים של שרותי בריאות כללית קיבלו ציון ממוצע הגבוה ביותר ולאחריהם בתי החולים הפרטיים / קופות. כאשר בתי החולים פרטיים / קופות בלטו בציונם בנושא רצף טיפולי במדד המעבר של מידע על העדפות לטיפול בסוף החיים בין מוסדות. אולם דווקא בנושא הנחיות רפואיות מקדימות ציונם הנמוך ביותר.

שב"כ בלטו ברצף הטיפול במדד העברת מידע לגבי העדפות באופן מסודר בין אנשי הצוות וכמו כן בלטו בנושא ההנחיות הרפואיות המקדימות ותהליכי עבודה קליניים.

בריבוד על פי מחלקות בהליכי עבודה בולטים עמידה במדד בעיקר הוספיס לאחריו פנימית גריאטרית ומונשמים. מחלקות פנימיות קיבלו ציונים נמוכים יחסית למחלקות אחרות כמעט בכל מרכיבי הליכי העבודה. (תרשים 19)

**לסיכום**, ברור ההעדפות בסוף החיים. מחד, מתועד אומדן מצב קוגניטיבי במידה של 81% במוצע ונערכת שיחה לברור ההעדפות על ידי אנשי הצוות במידה של 83% במוצע ומאידך, תיעוד ההעדפות והחלטות להימנעות מטיפול ברשומות רפואיות / סיעודיות לוקה בחסר 50%-47%.

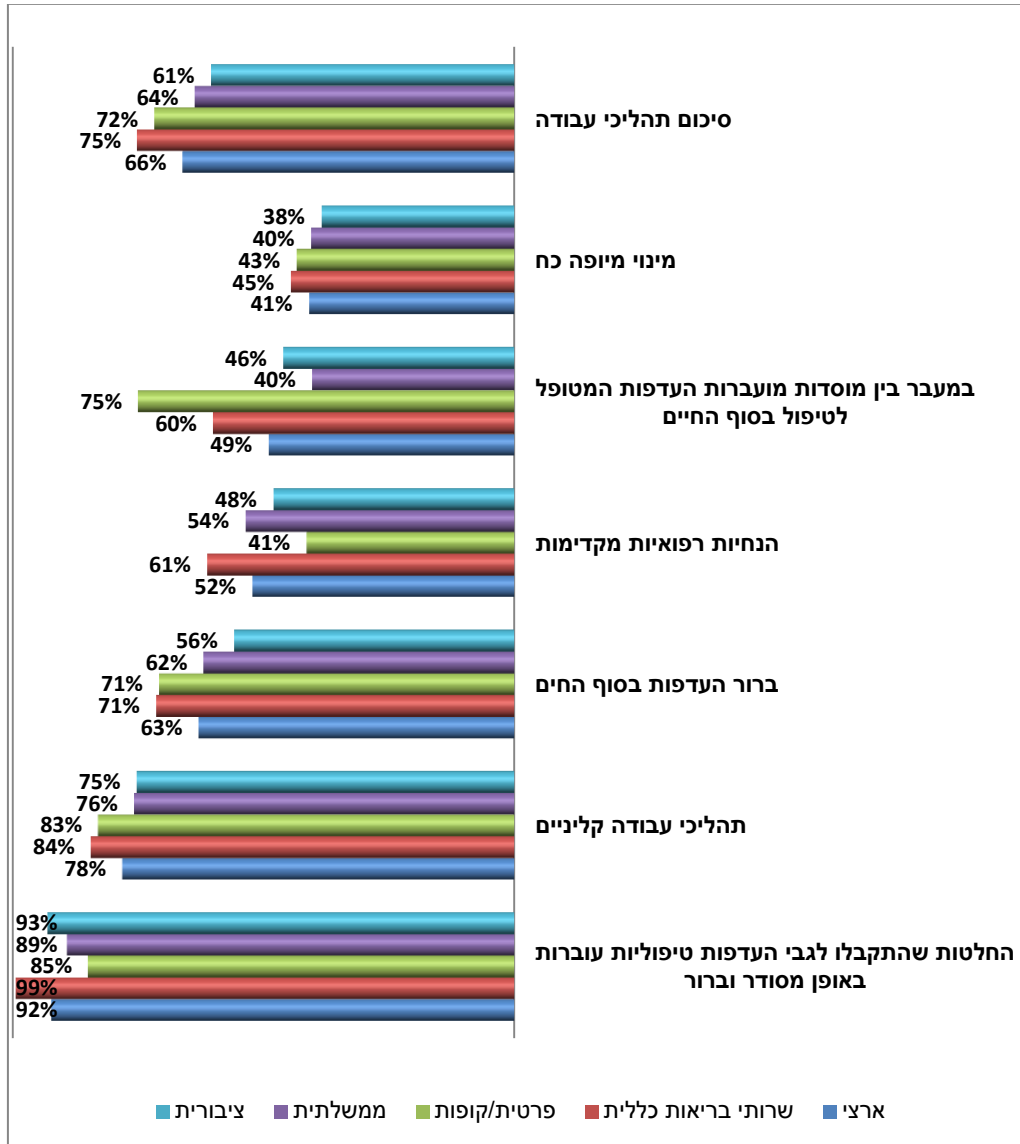
הציון הממוצע בעמידה במדד בנושא ההנחיות הרפואיות המקדימות (התוספת הראשונה לחוק) במחלקות הנבדקות נמוך (52%). לפחות ממחצית מהחולים מוצע בשיחה למלא הנחיות רפואיות מקדימות (הר"מ). מעניין כי כשכבר קיימות הר"מ מידת הסימון הבולט לצוות עולה ל-62%, (אחיות מציינות דיווח ברמה הגבוהה יותר) והעברה למאגר ארצי לוקה בחסר ומהווה מחסום בולט!!! 53% מהמקורות דיווחו על שיחה והצעת מינוי מיופה כח לחולים. רמה נמוכה של תיעוד ייפוי הכח וגם כשקיימים ייפויי כח 12% בלבד מועברים למאגר הארצי. ניכרת בקיאות בידע קליני לגבי טיפול בכאב והאכלה תמיכתית. ראוי כי רמת הידע תעלה בקרב הרופאים.

במרכיבי הליכי העבודה בתי החולים הגריאטריים השיגו ציונים גבוהים יותר ברוב המרכיבים יחסית לבתי החולים הכלליים. כמו כן בתי החולים הגדולים בלטו בציון גבוה יחסית של עמידה במדדים בהליכי העבודה למעט הרצף הטיפולי בין המוסדות ומרכיב של ייפוי הכח.

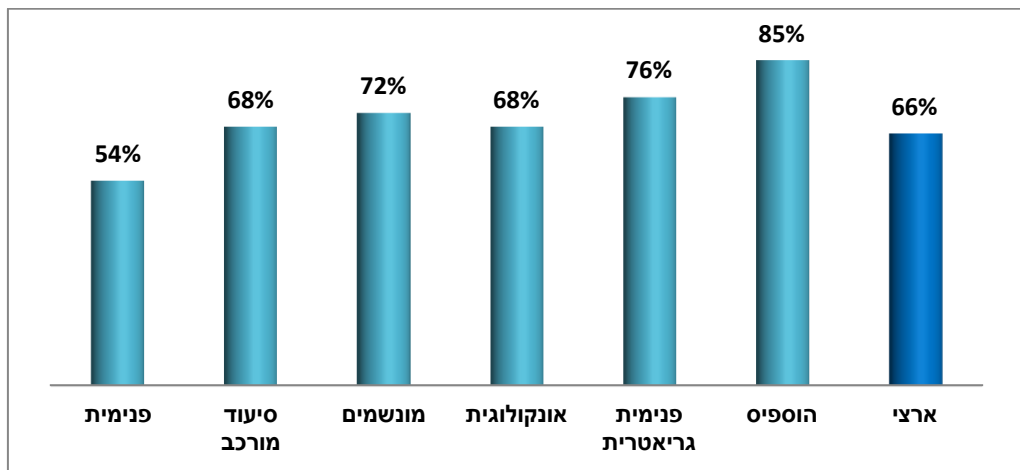
בהוספיס המייצג את הפילוסופיה הטיפולית הפליאטיבית הפגינו עמידה במדד הגבוה ביותר בהליכי העבודה. זו המחלקה היכולה לשמש כמודל לחיקוי בנושא. לעומת זאת יש לשים לב כי דווקא מחלקות פנימיות אולי אינן המקום המועדף לאשפוז מטופלים בסוף חייהם.

סה"כ התקבל ציון בינוני נמוך לפרק הליכי עבודה (63%). על פי הציונים שהתקבלו במרכיבי המדד ניכר כי ישנה מגמה להתחלה של הסדרת והבניית הליכי עבודה אך עדיין יש מקום להשקעת מאמצים רבים נוספים בשיפור ייעול וגיבוש הליכי עבודה הולמים לאפשר יישום החוק והענקת טיפול תומך בסוף החיים.

תרשים 18: ריבוד הליכי עבודה לפי בעלות ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



תרשים 19: ריבוד הליכי עבודה לפי מחלקות (ממוצע % עמידה במדד)



### 3.3 בקיאות הצוות והכשרתו

בחוזר מנכ"ל (2009) "הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי" מפורטות דרישות ההכשרה: "על כל אנשי הצוות הרפואי לקבל הכשרה בתחום הטיפול הפליאטיבי" ובנוסף, פורטו בו הדרישות על פי המקצועות השונים. בהתאם לכך, התארגנות המוסדות הרפואיים לקראת יישום חוק החולה הנוטה למות ראוי שתכלול פיתוח הכשרת הצוות המטפל ותעלה בקרב המטפלים את רמת הידע, הבקיאות והמיומנויות השונות הנדרשות בטיפול המורכב בחולה בסוף ימיו.

בפרק זה נבדקה ההתייחסות להתמצאות הצוות המטפל בנושאים קליניים והקלת סימפטומים יחד עם הטמעת נהלי עבודה והתמצאות ארגונית. כמו כן, נבחנה ההתמצאות והמיומנויות הקליניות שנרכשו לגבי יישום חוק החולה הנוטה למות, הנחיות רפואיות מקדימות וברור העדפות בסוף החיים.

בסה"כ התקבל ציון גבוה לנושא בקיאות והכשרת הצוותים המטפלים בחולים בסוף החיים.

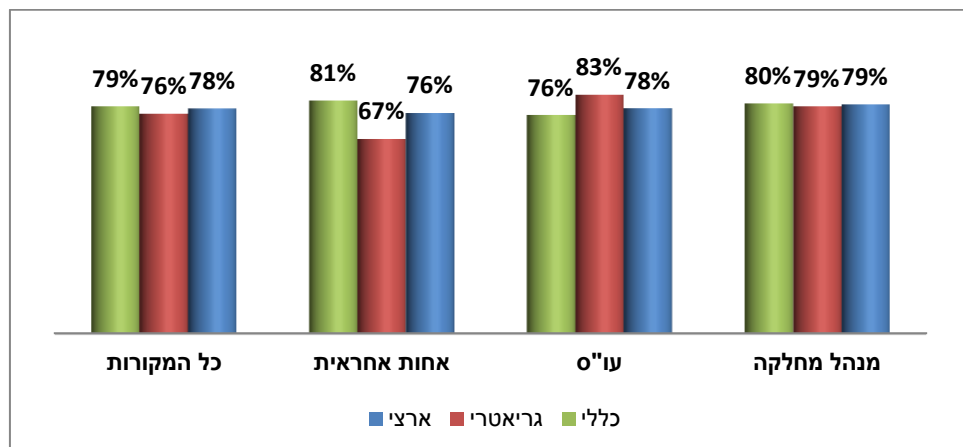
#### 3.3.1 הכשרת הצוות

על מנת לעמוד במשימה המורכבת והטעונה של הטיפול במטופל בסוף החיים וברור העדפות הטיפול יש לרכוש ידע ומיומנויות תקשורת בנושא העדפות הטיפול בסוף החיים ולהכיר את חוק החולה הנוטה למות שמהווה משאב ובסיס לטיפול תומך מקצועי וכוללני. על פי חוזר המנכ"ל (2009) על כל אנשי הצוות הרפואי לקבל הכשרה בתחום הטיפול הפליאטיבי. הכשרה בטיפול פליאטיבי תינתן באחריות המוסד הרפואי, לרבות קופות החולים.

המנהלים בצוות: רופא מנהל המחלקה, אחות אחראית מחלקה והעו"ס נשאלו האם הצוות עבר הדרכה והכשרה בנושא. הציונים בממוצע ארצי של עמידה במדד זה היו לפי הדיווחים ברמה בינונית גבוהה: מנהלי המחלקות - 79.3% אחיות אחראיות - 76.39% עו"ס - 77.9%, כל המקורות בממוצע 77.8%.

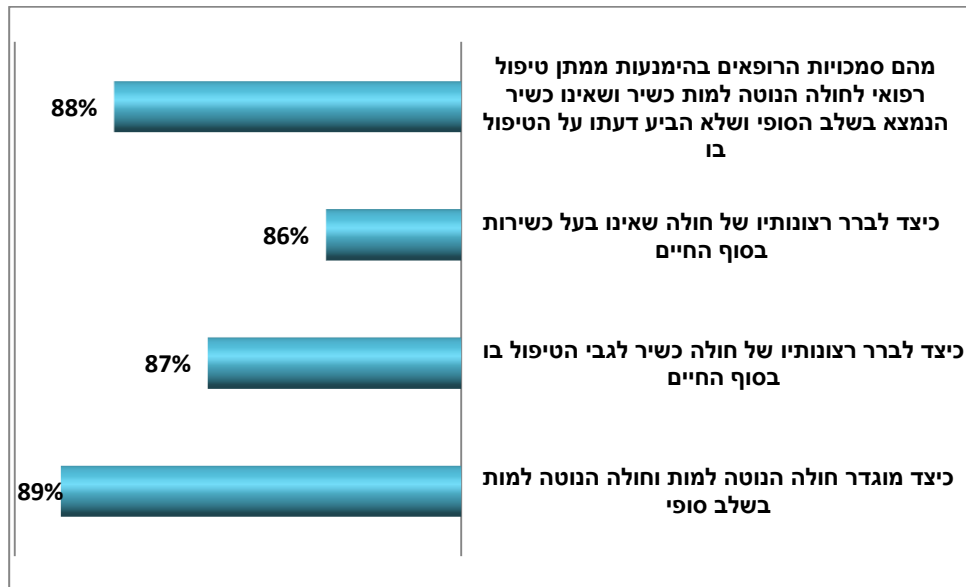
בפילוח על פי סוג בתי החולים (תרשים 20), נמצא כי לבתי החולים הכלליים ציונים גבוהים יותר לעומת בתי החולים הגריאטריים, למעט העובדים הסוציאליים אשר דיווחו על הכשרה רבה יותר בבתי החולים הגריאטריים (כלליים: 75.5%, גריאטריים: 82.6%).

תרשים 20: הצוות עבר הדרכה / הכשרה בנושא לפי דיווחי המנהלים - ריבוד לפי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



נושא ההכשרה והדרכת העובדים הנכללים בצוות המטפל בחולים בסוף החיים, מהווה בסיס חשוב להענקת טיפול איכותי ועדכני. הנושא נבחן גם בריבודים הבאים: בריבוד על פי גודל ביה"ח - בבתי חולים גדולים ציונים גבוהים מהממוצע 83.7%. בבתי חולים בינוניים (77.7%) ציון דומה לממוצע הכללי לעומת בבתי חולים קטנים בהם הציונים מתחת לממוצע הכללי 73.4%. בריבוד לפי בעלות ביה"ח - הציונים הבולטים הם הציונים הגבוהים במיוחד (87.3%) בשרותי בריאות כללית ונמוכים יותר בבעלות ציבורית (72%). במחלקות השונות הסתמנו ציונים נמוכים מהממוצע הארצי במחלקות פנימיות ובסיעוד מורכב וציונים גבוהים למחלקות פנימית גריאטרית 86.5%.

**תרשים 21: פיתוח המיומנות לברור העדפות בסוף החיים (ממוצע % עמידה במדד)**



**3.3.2 מיומנות ברור העדפות בסוף החיים**

הצוות נשאל לגבי ידע בנושא ברור העדפות מטופל בסוף החיים. (תרשים 21)

ציונים גבוהים התקבלו בממוצע הכללי, מבין הצוות בולטת העו"ס עם ציון של 95%. בריבוד על פי סוג ביה"ח מעניין כי בנושא הגדרת מצבו של המטופל וידע על סמכויות הרופאים בבתי חולים כלליים התקבלו ציונים גבוהים יותר מהממוצע הכללי ואילו לגבי מיומנות הצוות בברור רצונותיו של חולה כשיר ושאינו כשיר בסוף החיים בבתי חולים גריאטריים הצוות מיומן יותר.

בריבוד על פי בעלות, ניתן לציין כי הציונים הגבוהים יותר התקבלו בשרותי בריאות כללית. בריבוד על פי מחלקות התקבלו ציונים גבוהים יותר במחלקות הוספיס, אונקולוגיה ופנימית גריאטרית.

מעניין לציין לגבי, השאלה האם הצוות יודע כיצד מוגדר חולה הנוטה למות וחולה הנוטה למות בשלב הסופי, כל המקורות דיווחו בממוצע 88.59% ס.ת 27.48. ציון גבוה במיוחד דיווחו הצוותים בשב"כ 96.8% ונמוך בעלות הפרטית / קופות 63.8% בלבד עמידה במדד. ציונים גבוהים במיוחד התקבלו בבתי החולים הגדולים 94.6%.

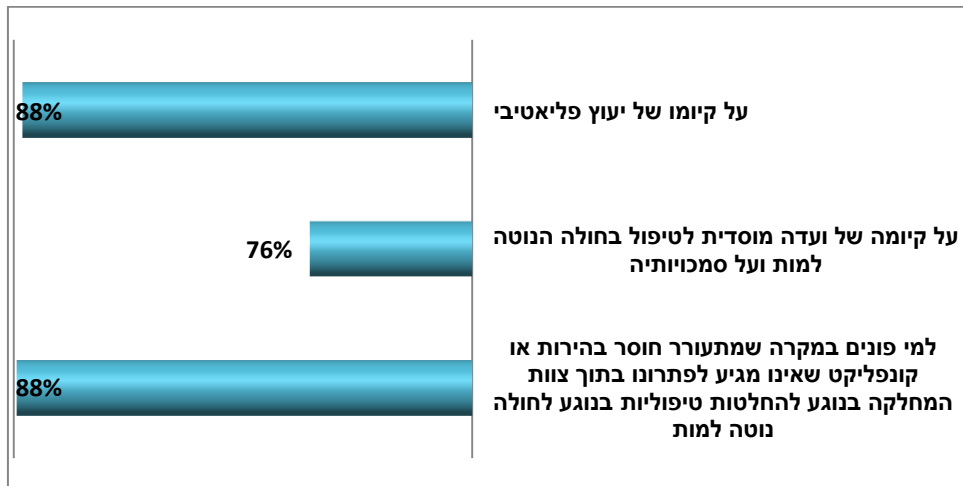
נושא ידע הרופאים לגבי סמכויותיהם בנוגע להימנעותם ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות. מעניין כי הרופאים במחלקות מונשמים קיבלו ציון נמוך יחסית 78.6%.



### 3.3.3 בקיאות והתמצאות ארגונית

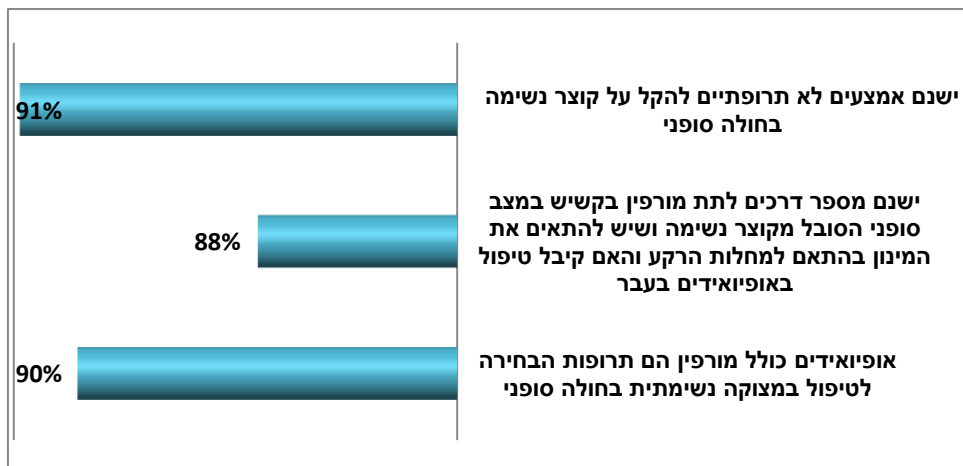
אנשי הצוות במחלקה, רופא, אחות, עו"ס ומנהל המחלקה נשאלו האם יודעים: למי פונים במקרה שמתעורר חוסר בהירות או קונפליקט שאינו מגיע לפתרונו בתוך צוות המחלקה בנוגע להחלטות טיפוליות בנוגע לחולה נוטה למות, על קיומה של ועדה מוסדית לטיפול בחולה הנוטה למות ועל סמכויותיה ועל על קיומו של יעוץ פליאטיבי. (תרשים 22). ידע ובקיאות ארגונית מלמדים על תרבות פליאטיבית ארגונית ותהליך גיבושה במוסד הרפואי. בסה"כ התקבלו ציונים גבוהים במרכיבי המימד למעט הידע אודות קיומה של ועדה מוסדית. מעניין כי, בבתי חולים כלליים (89%) לעומת גריאטריים (85.55) הצוות יודע יותר למי לפנות במקרה חוסר בהירות או קונפליקט שאינו מגיע לפתרונו בתוך צוות המחלקה בנוגע להחלטות טיפוליות בקרב חולים הנוטים למות. ובדומה לכך בבתי חולים גדולים (93.2%) לעומת בינוניים או קטנים (86%). בבתי חולים גדולים הצוות מפגין ידע ארגוני רב יותר ומדווח על ידע לגבי ועדה מוסדית (89.2%) וקיומו של יעוץ פליאטיבי בביה"ח (96%).

תרשים 22: בקיאות וידע ארגוני של הצוות (ממוצע % עמידה במדד)



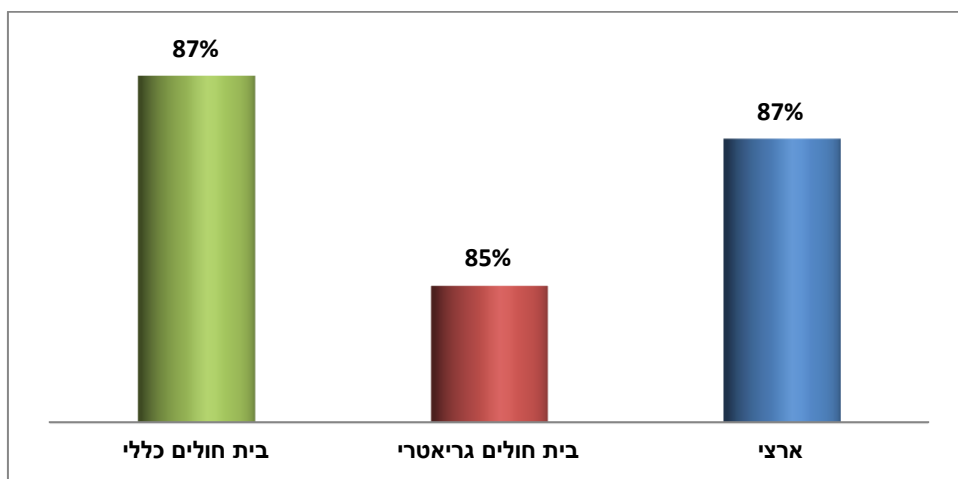
### 3.3.4 ידע קליני בטיפול בהקלה על סימפטומים מציקים

תרשים 23: בקיאות וידע קליני של הצוות (ממוצע % עמידה במדד)

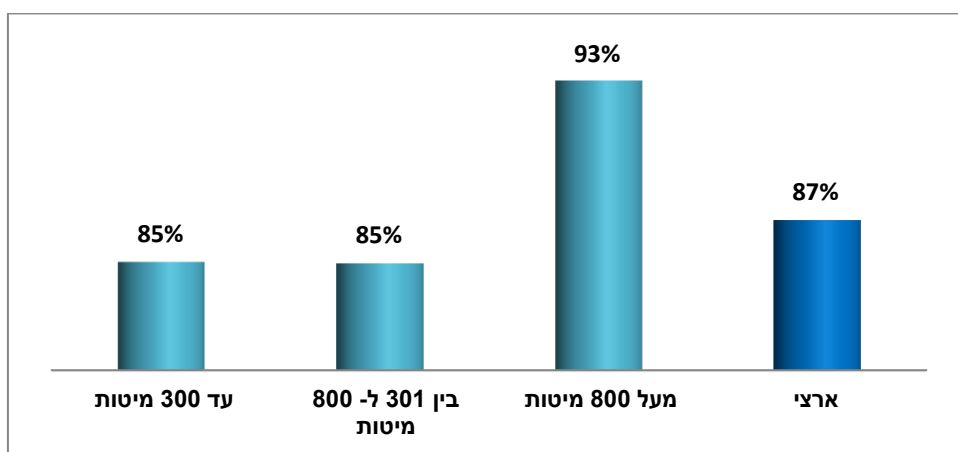


ידע קליני לגבי הקלה על סימפטומים מציקים והשכיחים שביניהם כאב וקוצר נשימה הוא אחד הממדים החשובים והמשמעותיים ביותר בטיפול התומך. הצוות נשאל האם יודע לגבי אמצעים תרופתיים כגון אופיאואידים ואמצעים לא תרופתיים אחרים. בתרשים 23 ניתן להבחין בידע ברמה גבוהה יחסית, אם כי בידע צריך לשאוף ל- 100% במטרה להפחית סבל ככל הניתן. בהתפלגות על פי גודל ביה"ח בולטים ציונים גבוהים מהממוצע בבתי החולים הגדולים (95%-98%) ויחסית לממוצע נמוכים יותר בבתי החולים הבינוניים (84%-87.5%). בולטת רמת ידע גבוהה ביותר במחלקות אונקולוגיה והוספיס (97%-100%) ורמת ידע נמוכה מהממוצע במחלקות מונשמים ופנימיות (-83% 86%). בהתפלגות הידע הקליני בבעלויות שונות בולטת השאלה לגבי אמצעים לא תרופתיים להקלה על קוצר נשימה בחולה הסופני ציונים גבוהים לשב"כ (96%) וציבוריים (92%) ונמוך יותר בפרטיים ובקופות (80%). בשאלה זו בתי החולים הגריאטריים קיבלו ציון נמוך יותר (84.5%) והכלליים גבוה יותר (93.7%). בבתי החולים הגריאטריים היו מודעים יותר לטיפולים התרופתיים.

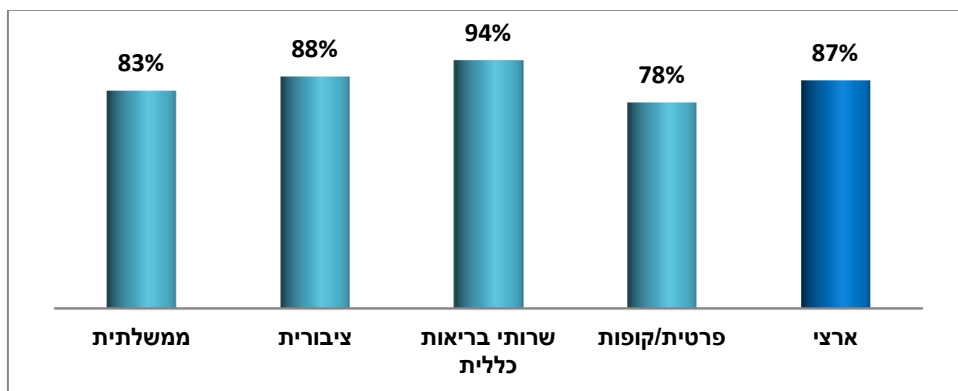
תרשים 24: סיכום פרק בקיאות והכשרת הצוות - ריבוד על פי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



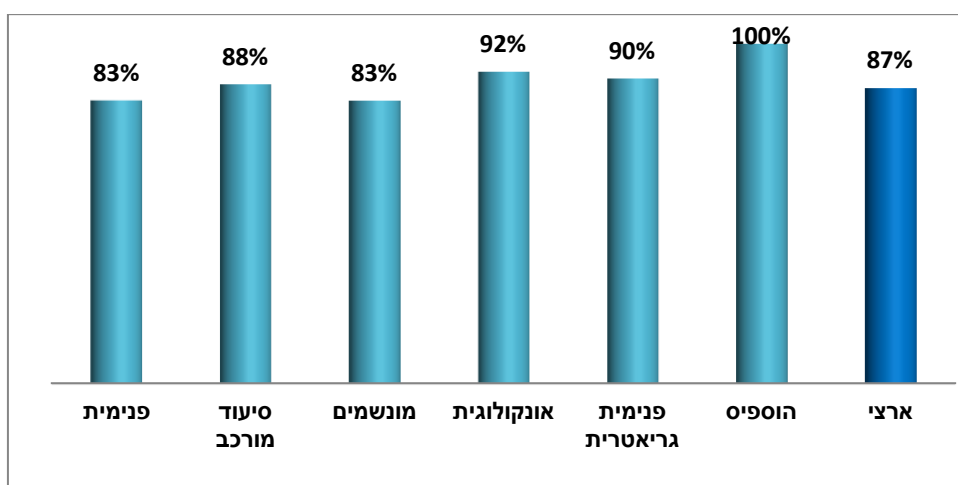
תרשים 25: סיכום פרק בקיאות והכשרת הצוות - ריבוד על פי גודל ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



תרשים 26: סיכום פרק בקיאות והכשרת הצוות - ריבוד על פי בעלות ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



תרשים 27: סיכום פרק בקיאות והכשרת הצוות ריבוד על פי מחלקות (ממוצע % עמידה במדד)



### 3.3.5 בקיאות והכשרה סיכום כללי

בסה"כ התקבל ציון גבוה בפרק זה. ניכר כי בתי החולים מעודדים הכשרה ומפתחים בקיאות ארגונית בטיפול בחולה בסוף החיים. בריבוד מדד ההכשרה ובקיאות הצוות על פי סוג בית החולים ניכר כי בבתי חולים כלליים לעומת גריאטריים ניכרת נטייה לציונים גבוהים יותר בבתי החולים הכלליים. (תרשים 24)

בריבוד על פי גודל ביה"ח ציונים גבוהים יותר התקבלו בבתי החולים הגדולים בארץ. (תרשים 25).  
בריבוד על פי בעלות, שרותי בריאות כללית מובילים. (תרשים 26)

בריבוד על פי סוגי המחלקות הוספיסים, אונקולוגיה ופנימית גריאטרית בולטים ברמה הגבוהה יחסית של בקיאות הצוות כאשר מעניין כי מחלקות מונשמים קיבלו ציון נמוך יחסית יתכן ויש לשנות תפישה טיפולית ולעודד יציאה להכשרות במחלקות אלו. (תרשים 27). מחלקות בהן עמידה גבוהה במדד הן הוספיס ואונקולוגיה ולאחריה פנימית גריאטרית. הטיפול הפליאטיבי הוא פילוסופיה טיפולית העולה בקנה אחד ומותאמת לגישה הטיפולית של הוספיס ואונקולוגיה בעיקר. הציון הנמוך בעמידה במדד זה התקבל במחלקות מונשמים ופנימיות שם הגישה היא קורטיבית יותר ופחות פליאטיבית. כמו כן ראוי לבחון חסמים אפשריים במחלקות אלו.

### **3.4 טיפול פליאטיבי**

בפרק זה נבחן השרות הפליאטיבי הניתן למטופלים הן מבחינת קיום צוות ייעודי ונגישות השרות לצוות המטפל במחלקה כמו כן נבחנת תכנית הטיפול לחולה בסוף החיים. טיפול הכולל אספקטים פיזיים, נפשיים, חברתיים ואף דיון בדילמות בסוף החיים וכל זאת מנקודת מבטם של הצוות המטפל במחלקה ובעיקר מתוך תיעוד ברשומות המטופלים.

#### **3.4.1 השרות הפליאטיבי**

ראשית נבחן את השרות הפליאטיבי בבית החולים מבחינת זמינותו לצוות במחלקה. ההיגדים הנכללים בתת פרק זה הם:

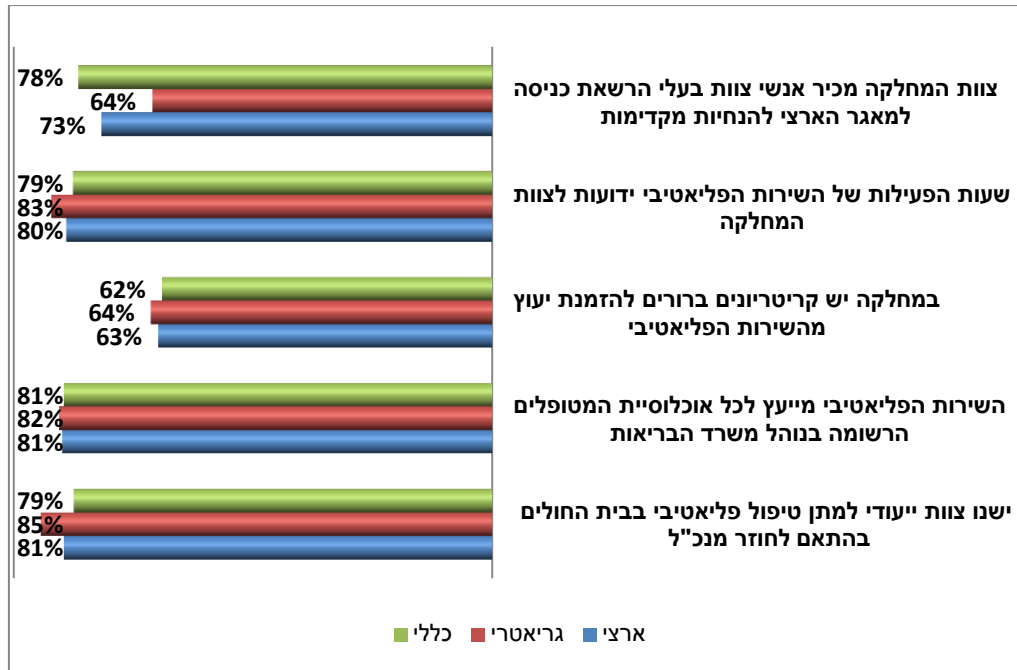
"ישנו צוות / שירות ייעודי (שזהו תפקידו המוגדר) למתן טיפול פליאטיבי בבית החולים, בהתאם לחוזר מנכ"ל 30/09"; הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי; השירות הפליאטיבי מיעץ לכל אוכלוסיית המטופלים הרשומה בנוהל משרד הבריאות; במחלקה יש קריטריונים ברורים להזמנת ייעוץ מהשירות הפליאטיבי; שעות הפעילות של השירות הפליאטיבי ידועות לצוות המחלקה; צוות המחלקה יודע את שמותיהם של אנשי הצוות בעלי הרשאת כניסה למאגר הארצי להנחיות מקדימות במשה"ב; בבתי החולים בממוצע לפי דיווחי הצוותים קיים שרות ייעודי למתן טיפול פליאטיבי (80.6%) כאשר בבתי חולים גריאטריים השרות קיים במידה רבה יותר לעומת בתי חולים כלליים.

על השירות הפליאטיבי ליעץ לכל אוכלוסיית המטופלים הרשומה בנוהל משרד הבריאות הכוללים חולים עם סרטן חשוכי מרפא, אי ספיקת לב סופנית, אי ספיקת ריאות סופנית, אי ספיקת כבד סופנית, שבץ מוחי קשה, מחלת עצבים ניוונית מתקדמת, מחוסרי הכרה. חשוב שלא רק חולי סרטן יזכו לטיפול תומך. הציון הממוצע הכללי 80.87%. שעות הפעילות ידועות לצוות במחלקה 80.13%, וצוות המחלקה יודע את שמותיהם של נאמני המאגר הארצי להנחיות מקדימות.

בולט החסם של מחסור בקריטריונים ברורים במחלקה להזמנת שרות פליאטיבי. (62.79%) והכרת נאמני המאגר הארצי להנחיות רפואיות מקדימות במשה"ב (73.46%).

בהשוואה של בתי החולים הכלליים לגריאטריים (תרשים 28) ניכר כי בבתי החולים הגריאטריים הצוות הפליאטיבי פעיל וזמין יותר לאנשי הצוות במחלקה, אולם הצוות במחלקה לא ידע למנות שמותיהם של חברי נאמני המאגר (ייתכן בגלל מיעוט מספר נאמני המאגר או אי הצגת הנאמנים לצוותים).

תרשים 28: זמינות הצוות הפליאטיבי לצוות במחלקה - ריבוד לפי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



לגבי זמינות הצוות הפליאטיבי בריבוד לפי גודל, בעלות ומחלקות נמצא כי:

בבתי החולים הגדולים ניכרת עמידה טובה במדד (87.3%-88.9%), יחסית לבתי החולים בסדר גודל בינוני ונמוך. בריבוד על פי בעלות ביה"ח עמידה במדד גבוהה יחסית לשב"כ ונמוכה יחסית (אף מדאיגה) ביותר לבתי החולים הממשלתיים. במחלקות אונקולוגיה והוספיס עמידה במדד של זמינות הצוות הפליאטיבי גבוהה יחסית ובמחלקות פנימית ופנימית גריאטרית נמוכה ביותר.

### 3.4.2 תכנית טיפול

תכנית טיפול למצב מתקדם בסוף החיים ראוי שתתייחס ותכלול טיפול בסימפטומים מציקים כגון: כאב, קושי בנשימה, הפרעות במערכת העיכול, אי שקט ודליריום. כמו גם התייחסות לסבל ומצוקה נפשית וחברתית (מרשומות מטופלים).

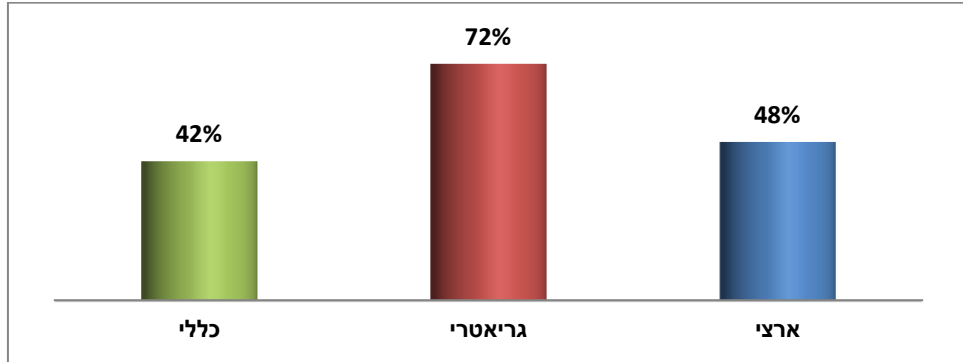
מתיעוד הרשומות עולה כי קיימת התייחסות בתוכנית הטיפול לסימפטומים מציקים במידה בינונית (65.7%-79%) כאשר התייחסות הנמוכה יותר לאי שקט/בלבול.

לעומת זאת התמיכה הרגשית לחולה מתועדת בממוצע של 42.49% בלבד, ואף במידה פחותה יותר יושמו המלצותיו של היועץ הפליאטיבי (39%). התייחסות לשיח ותמיכה במשפחה תועדה בשני שלישים (66.48%) מהרשומות. (תרשים 31)

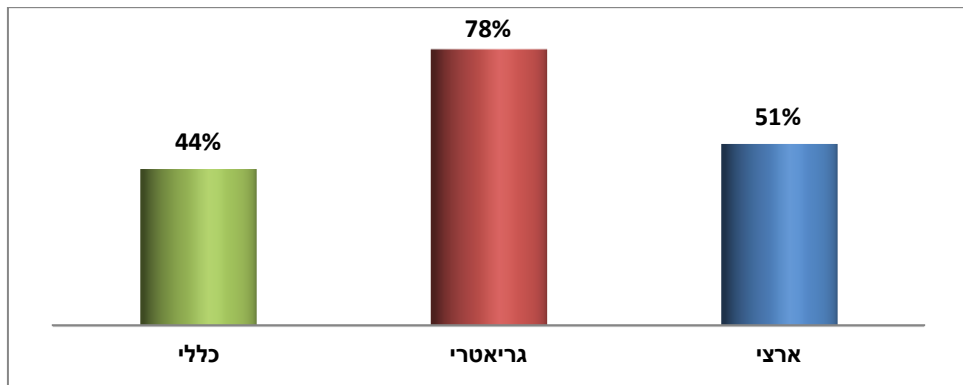
בראשית בחינת יישום תכנית הטיפול, נבחנה השאלה האם בתיעוד ברשומת המטופל החולה הוגדר באופן רשמי כ"נוטה למות" או ב"מצב סופי". הממצאים נלקחו מתיקי מטופלים, ממצאים בריבוד על פי סוג ביה"ח מתוארים בתרשים 29. בשלב הבא נבחן תיעוד תכנית הטיפול למטופל שהוגדר כנזקק לטיפול תומך וכן נבדק, האם מתועד דיון בצוות לגבי הגבלת הטיפול, והאם הדיון נעשה ימים עד שבועיים לפני הפטירה. בכל המדדים האלה ניכרת אי עמידה במדד באחוזים גבוהים. ראה תרשים 30. מעניין הפער בין התיעוד ובין הדיווח של הצוות בנושא בדומה לפרק המדיניות.

בריבוד תכנית טיפול על פי סוגי בתי החולים ניכר פער בעמידה במדד בין בתי החולים הכלליים לבין בתי החולים הגריאטריים. בתי החולים הגריאטריים הציגו עמידה במדד טוב בולטת יחסית (תרשים 32). בריבוד על פי מחלקות שונות מחלקות שונות בולטת עמידה במדד במחלקות מונשמים, אונקולוגיה וסיעוד מורכב לעומת קושי רב בפנימיות ופנימיות גריאטריות.

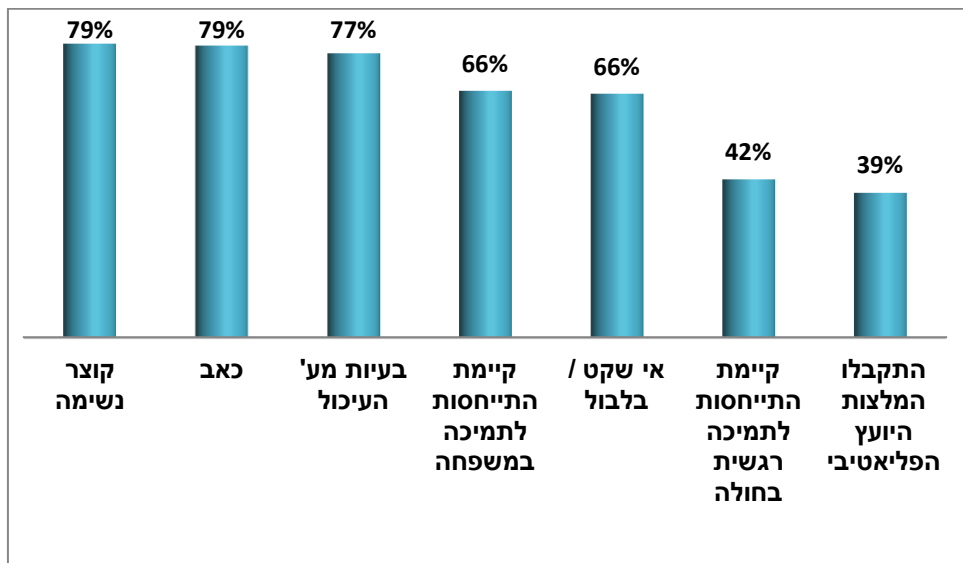
תרשים 29: תיעוד הגדרת החולה באופן רשמי כ"נוטה למות" או "במצב סופי" - ריבוד על פי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



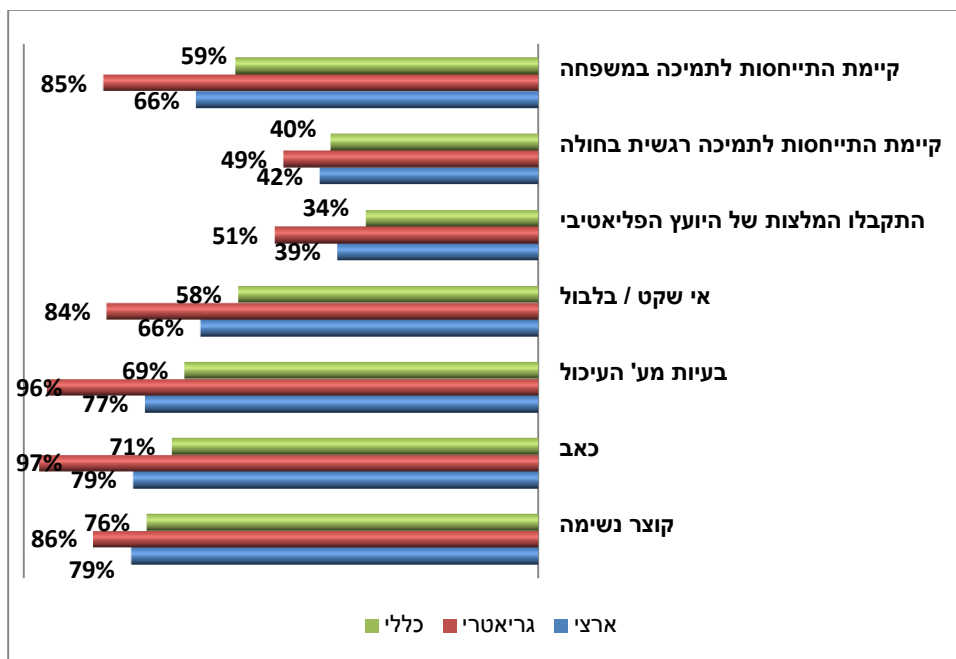
תרשים 30: תיעוד דיונים בצוות לגבי הגבלת הטיפול טרם הפטירה - ריבוד על פי סוג ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



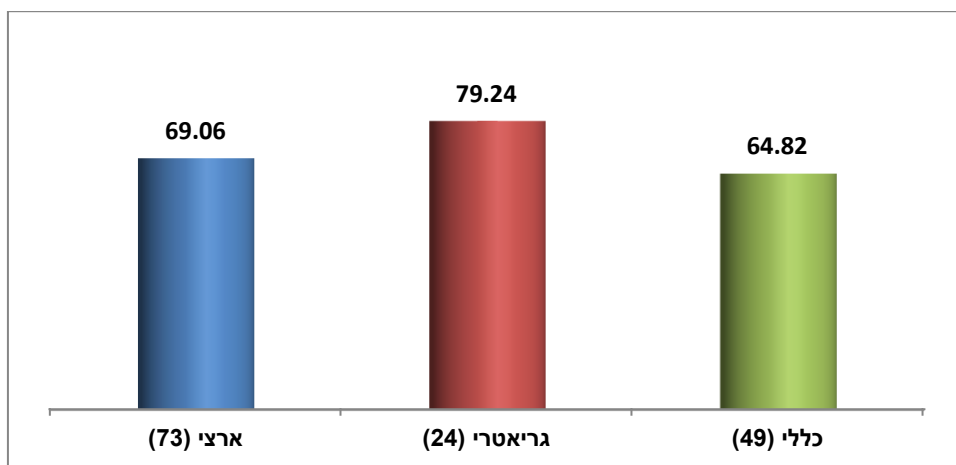
תרשים 31: תיעוד תכנית הטיפול (ממוצע % עמידה במדד)



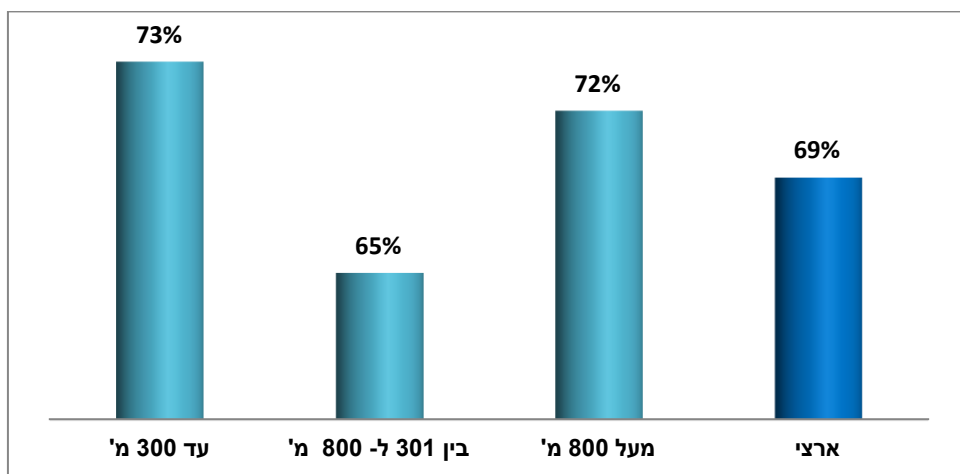
תרשים 32: תיעוד תכנית הטיפול - ריבוד על פי סוג בלי"ח (ממוצע % עמידה במדד)



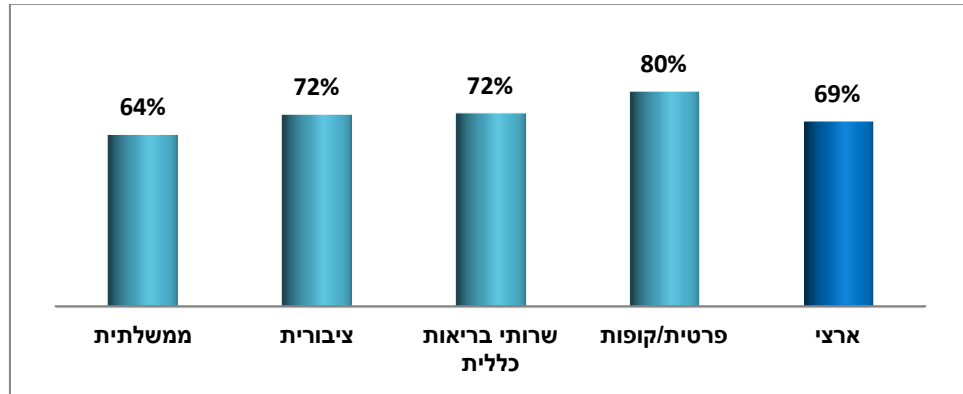
תרשים 33: סיכום פרק טיפול פליאטיבי - ריבוד על פי סוג בלי"ח (ממוצע % עמידה במדד)



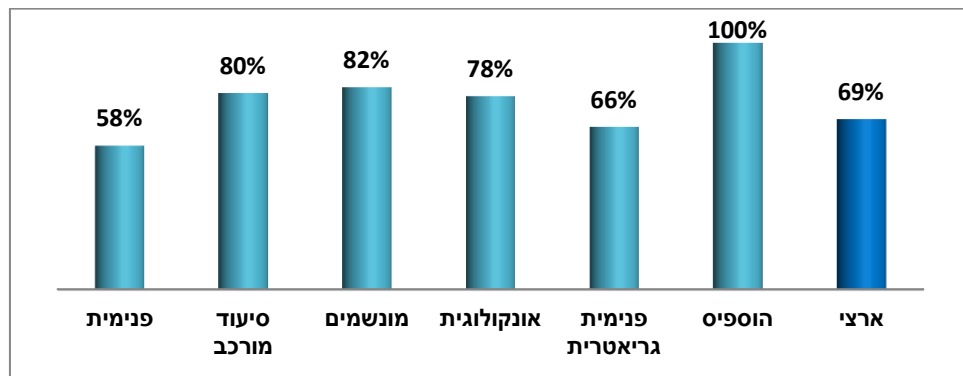
תרשים 34: סיכום פרק טיפול פליאטיבי - ריבוד על פי גודל בלי"ח (ממוצע % עמידה במדד)



תרשים 35: סיכום פרק טיפול פליאטיבי - ריבוד על פי בעלות ב"ח (ממוצע % עמידה במדד)



תרשים 36: סיכום פרק טיפול פליאטיבי - ריבוד על פי מחלקות (ממוצע % עמידה במדד)



### 3.4.3 סיכום הטיפול הפליאטיבי

בסיכום ממוצע עמידה במדד של כל מרכיבי הטיפול הפליאטיבי, הציון הכללי שהתקבל 69.1% ציון יחסית נמוך כאשר נמדדת הענקת טיפול ובהשוואה לציונים שהתקבלו בפרקים מדיניות במחלקה והכשרה ובקיאות הצוות. לציון מסכם של הפרק נערך ריבוד על פי פרמטרים חוזרים של סוג ביה"ח, גודל, בעלות וסוגי מחלקות.

ניכר כי בבתי החולים הגריאטריים אחוז עמידה במדד גבוה יותר יחסית לבתי החולים הכלליים (79.24% לעומת 64.82%), (תרשים 33). בבתי החולים הגריאטריים בולט יישום הטיפול הפליאטיבי. כמו כן בקבוצת בתי החולים הקטנים עמידה במדד יישום הטיפול הפליאטיבי גבוהה. מעניין כי במקום השני של העמידה במדד בתי החולים הגדולים. (תרשים 34). במקביל בהתייחס לבעלות בתי החולים היישום רב יותר בבתי החולים הפרטיים (80%!!!). (תרשים 35)

בריבוד לפי מחלקות ההוספיס קיבל ציון 100% עמידה במדד. מפתיע כי הציון הגבוה אחריו התקבל במחלקות המונשמים, שהשיגו ציונים נמוכים יותר במרכיבים אחרים של המבדק. ייתכן ויש לפתח יותר מדיניות ופילוסופיה טיפולית פליאטיבית אך בפועל מיושם הטיפול המתבקש בחולים בסוף החיים. המחלקות שהתקשו ביותר לעמוד במדד ועל פי התייעוד להעניק טיפול פליאטיבי הולם הן המחלקות הפנימיות. על פי סיכום המדד מחלקות פנימיות ופנימית גריאטרית הן הסביבה הטיפולית המועדפת פחות לקבלת טיפול בסף החיים. (תרשים 36)



### **3.5 הוועדה המוסדית**

הוועדה המוסדית היא הכתובת לפתרון ספקות ומחלוקות באשר יש לנהוג במקרה מסוים של חולה הנוטה למות.

לפי החוק, המנהל הכללי של משרד הבריאות רשאי להורות על מינוי ועדה מוסדית.

על-פי חוזר מנכ"ל 7/08, מתאריך 17/3/08, ועדות מוסדיות יוקמו בשלב הראשון, רק בבתי החולים העל אזוריים: רמב"ם, בלינסון, שיבא, איכילוב, הדסה וסורוקה, ואלה ישרתו את כל בתי החולים ואת הקהילה באותו אזור.

במבדק נבחנו כתבי המינוי של הוועדות, טפסי הפנייה לוועדות, תשובות הוועדה והפרוטוקולים של דיוני הוועדות.

במבדק **כתבי המינוי של הוועדות**, עלה כי בכל בתי החולים הנ"ל מונתה ועדה מוסדית לנושא החולה הנוטה למות וכתב מינוי הוועדה בתוקף. בכל המוסדות הרכב הוועדה כמפורט בחוק כללה: 3 רופאים מומחים, פסיכיאטר שאינו מטפל בחולה, אחות מוסמכת, עו"ס או פסיכולוג קליני ואיש אקדמיה המומחה בתחום הפילוסופיה / האתיקה.

בנוסף נבדקו 5 **טפסי פנייה לוועדה** וטופס תשובת הוועדה. טפסי הפנייה לוועדה כללו את הפרטים: שם המוסד הרפואי ושם הרופא המטפל; שם הרופא האחראי לטיפול; שם המטופל; פרטי הפונה; העובדות העיקריות הנוגעות לפנייה וקרבת הפונה למטופל.

עניינו של הפונה בקביעת הוועדה המוסדית נעדרה בטופס פנייה אחד ודתו של המטופל צוינה רק בשלושה טפסים מתוך חמשת הטפסים שנבדקו.

נבדקו שלושה טפסים מלאים של **תשובת ועדה** – תשובת הוועדה נמצאה כתובה ומנומקת בשלושתם ובשניים מהם נמצא תיעוד לתאריך מתן התשובה, והוא ענה לדרישה של מתן תשובה תוך 10 ימים.

#### **ב- 5 ועדות נמצאו פרוטוקולים לדיוני הוועדות.**

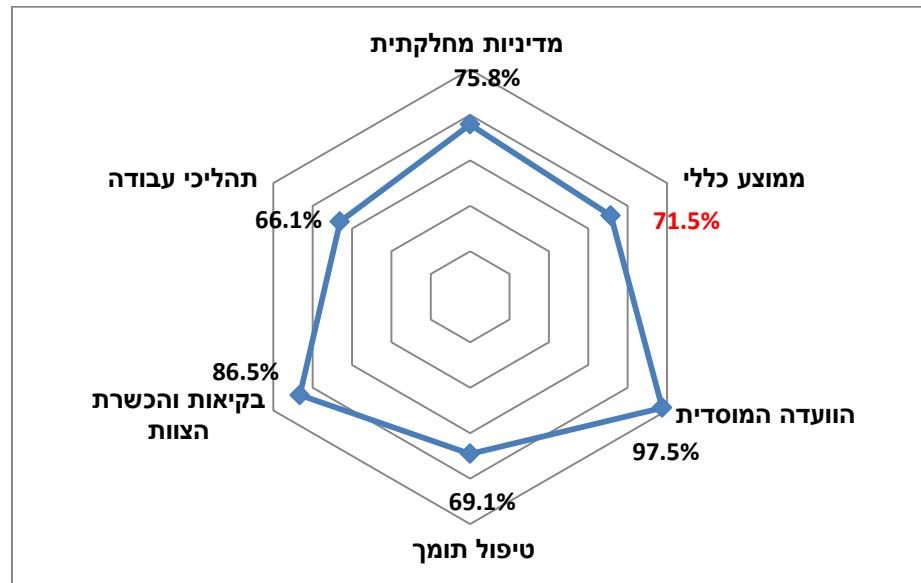
נראה, כי השלב הראשון בהקמת הוועדות בוצע, אולם פעילות הוועדות עד כה הייתה מצומצמת למדי. נתון זה מתברר גם מדיווח בתי החולים – בשאלון המאפיינים המוסדי (ראה פרק מאפייני התשתיות בהמשך) ממנו עולה כי כל בתי החולים יודעים מי הוועדה מוסדית אליה הם משויכים, אולם כל בתי החולים יחדיו דיווחו על 10 פניות לוועדות המוסדיות, מהן 5 פניות שייכות לבית חולים אחד. יצוין, כי בית חולים זה מפעיל ועדה בעצמו.

על פי דיווחי הוועדות התקבלו 6 פניות שנתיות אליהן, מהן 5 הפניות עליהן דווח קודם ואחת בבית חולים אחר. דהיינו לגבי 4 פניות לא ברור מה עלה בגורלן. יש להסדיר נושא הרישום והתיעוד בוועדות ולעודד את הפניות אליהן.

### 3.6 סיכום המבדק

הממוצע הכללי בציוני הפרקים הראה עמידה במדד ברמה בינונית למדי. בקיאות והכשרת הצוותים נמצאו ברמה גבוהה יחסית, לעומתן התקבלו רמות בינוניות עד נמוכות לפרקים: מדיניות מחלקתית, תהליכי עבודה ומדידת הסטנדרטים של הענקת הטיפול הפליאטיבי התומך. (תרשים 37). לפיכך, נראה כי במקביל להשקעה בהכשרות הצוות ראוי לקדם תשתיות, נהלי עבודה ומדיניות מחלקתית בתחום הטיפול הפליאטיבי.

תרשים 37: סיכום פרקי המבדק (ממוצע % עמידה במדד)



#### 3.6.1 מדדים לשימור (נקודות חוזק)

בקיאות ארגונית והכשרת הצוותים זכו לציון גבוה יחסית לשאר הפרקים. ניכר כי נעשים מאמצים להכשיר את הצוותים השונים בנושא הטיפול הפליאטיבי, אם כי יש לשמר את המגמה ולהתמיד בהליכים. יש לצייין כי הצוותים השונים גילו ידע לגבי מיומנות ברור העדפות בסוף החיים (86%-89%) ורמת ידע קליני גבוהה (88%-91%). ציונים גבוהים יותר השיגו בתי חולים כלליים וגדולים ומחלקות הוספיס ואונקולוגיה לעומת ציונים נמוכים יותר במחלקות מונשמים ופנימיות.

#### 3.6.2 מדדים לשיפור (נקודות חולשה)

מדיניות מחלקתית הברורה לצוות דורגה כגבוהה יחסית אם כי מגובה פחות בכתובים (נהלים מחלקתיים או מוסדיים) ואף הצוותים הצהירו על קיום דיונים בצוות בנוגע לדילמות טיפול בסוף החיים כגון הזנה פולשנית, דיאליזה, החייאה, הנשמה, טיפול פעיל במחלה). לעומת זאת התקבלו ציונים נמוכים יחסית לגבי קיום פרוטוקול מובנה לטיפול בכאב והכרת תוכנו וציון נמוך ביותר לקיום שאלון מובנה במחלקה לברור העדפותיו הרפואיות של החולה. כמו כן, ניתן להתרשם מתמיכה רגשית לא מספקת לצוותים המטפלים בחולים הנוטים למות. בבתי חולים גריאטריים יש לשפר מדד של מדיניות ברורה וכתובה. יש לשפר קיום פרוטוקול מובנה לטיפול בכאב, טופס מובנה לברור העדפות טיפול בסוף החיים ותמיכה רגשית לצוות המטפל בכלל בתי החולים ובפרט בבתי החולים הכלליים ובסדר גודל בינוני וכמו כן, ראוי לשפר במידה ניכרת מדדים אלו במחלקות הפנימיות.

### 3.6.3 סיכומי פרקים

**טיפול פליאטיבי תומך** - בפרק זה נבחן יישום הטיפול והציון עמידה במדד לא גבוה. נבחנו קיום צוות מייעץ לטיפול פליאטיבי וזמינותו לצוות במחלקה בנוסף נבדקו תיעוד תכניות טיפול בזיקה לאיזון סימפטומים פיזיים כמו גם תמיכה נפשית בחולה ובמשפחתו. מדד קיום והכרת הצוות הפליאטיבי המייעץ ראוי לשיפור בבתי חולים כלליים. אנשי הצוות במחלקות מציינים כי ישנו צוות ייעודי למתן טיפול פליאטיבי בבית החולים בהתאם לחוזר המנכ"ל והשירות מייעץ לכל סוגי אוכלוסיות המטופלים. הרשומות בנוהל משה"ב ואף שעות הפעילות ידועות לצוות. אולם יש לשפר את הידע לגבי הכרת אנשי הצוות בעלי הרשאת כניסה למאגר הארצי להנחיות מקדימות ובמידה קריטית חשוב ביותר לפתח קריטריונים ברורים להזמנת ייעוץ מהשירות הפליאטיבי. שכן זהו קריטריון משמעותי הגורם להפחתה בעמידה במדד זה. כמו כן יש לשפר את הכרת נאמני המאגר באם קיימים בבית החולים.

**תהליכי עבודה** - בהיערכות המוסדות ליישום החוק ראוי להסדיר הליכי עבודה הולמים שיאפשרו מתן טיפול תומך בסוף החיים. ניכר קושי בעמידה במדדים שנכללו בהליכי העבודה כגון **ברור העדפות טיפול בסוף החיים** ובמיוחד ברור העדפות המטופל נערך כשבוע מיום קבלתו, החלטות להימנעות מטיפול מתועדות ברשומה הרפואית, תיעוד משמעותי אחר המכיר העדפות החולה. **הרצף הטיפולי במעבר בין מוסדות, הנחיות רפואיות מקדימות ומינוי מיופה כח** כאשר כמעט ולא מוצע בשיחה לחולים למלא הר"מ או למנות מיופה כח וגם כאשר קיימות הוראות או ייפוי כח הם כמעט ולא מועברים למאגר הארצי על ידי נאמני המאגר. **לגבי תהליכי עבודה קליניים** יש לשפר נושא איזון כאב ועידוד האכלה תמיכתית במיוחד בקרב הרופאים.

בריבוד מדד הליכי העבודה **יש לשפר** מרכיבי המדד במיוחד בבתי חולים כלליים, בתי חולים קטנים, בבעלות ציבורית ובמחלקות פנימיות.

**בנושא ועדה מוסדית** נבחנו 6 בתי חולים בלבד בהם מתקיימת ועדה מוסדית. נבחנו פרמטרים טכניים כגון כתבי מינוי של חברי הוועדה, טופסי פנייה לוועדה ותשובות הוועדה. לא נבחנו תכני הפעילות לעומק. הציון שהתקבל גבוה ביותר אך ניתן ללמוד יותר על הנושא מתוך פירוט מאפייני המוסדות בפרק הבא. הפרמטר הראוי לשיפור הוא מידע של הצוות על קיומה של ועדה מוסדית לטיפול בחולה הנוטה למות וסמכויותיה (76.38%).

## 4. מאפייני התשתיות

### 4.1 מאפיינים מוסדיים

הנתונים דווחו ע"י בתי החולים ובאחריותם.

הנתונים מתארים את הפעילות המוסדית בתחום. בכדי להשוות בין בתי החולים ולאמוד את העומס המוטל עליהם בתחום ולהסיק מסקנות ברמה הלאומית שיעורי כח האדם והאחרים בעיבוד המאפיינים המוסדיים תוקננו ל- 1000 מיטות.

#### 4.1.1 הטיפול הפליאטיבי

ל- 32 בת"ח (86%) מדיניות כתובה/נוהל לגבי הטיפול הפליאטיבי.

כל בתי החולים הגדולים הסדירו מדיניות זו ובכל שבעת בתי החולים הגדולים ישנו נהל כתוב בנושא.

ב- 10 בת"ח (27%) ציינו כי יש במוסד מיטות פליאטיביות ייעודיות. סך המיטות הפליאטיביות 238, מהן 107 (45%) בבתי חולים כלליים ו- 131 (55%) בבתי החולים הגריאטריים.

% המיטות מסך כלל המיטות הארצי עומד על אחוז אחד בלבד.

ב- 30 בת"ח (81%) ישנו "שירות ייעוץ פליאטיבי" ייעודי. השירות קיים ב- 21 בתי חולים כלליים (84%) וב- 9 (75%) בתי חולים גריאטריים. בכל בתי החולים הגדולים ניתן שירות זה.

#### 4.1.2 כח אדם העוסק במתן ייעוץ פליאטיבי

##### א. אחיות

סך משרות אחיות בעלות מומחיות קלינית פליאטיבית 28.45. מרבית המומחיות נמצאות בבתי החולים הגדולים 19.83 משרות (70%). כאשר, רק 3 משרות שייכות לבתי החולים הגריאטריים.

משרת אחות מומחית קלינית פליאטיבית ל- 1000 מיטות 1.55 בממוצע הארצי. חציון 0, מינימום 0 מקסימום 8.6.

## ב. רופאים

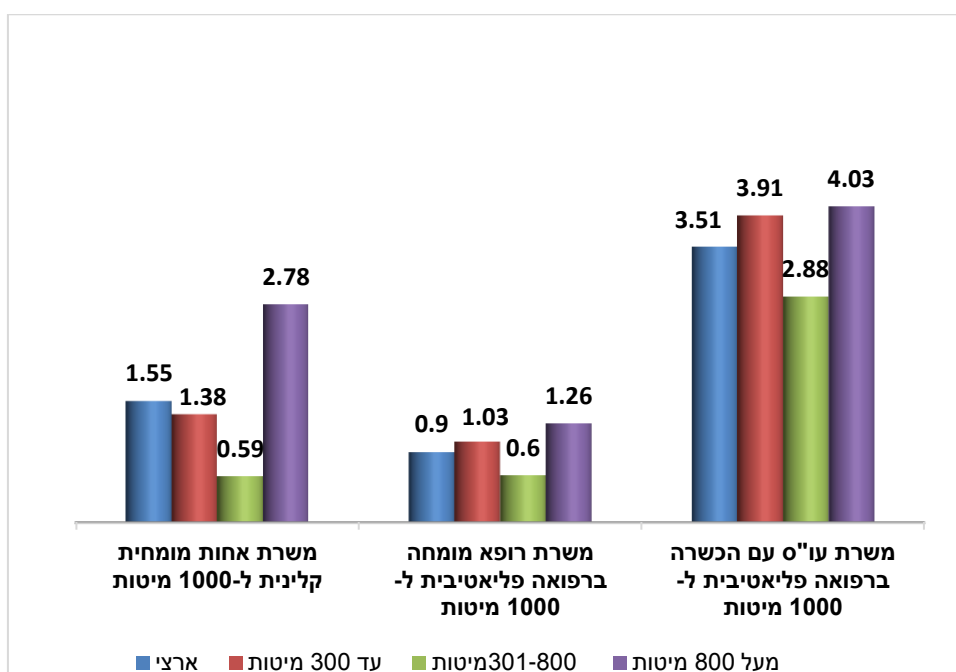
סך משרות רופאים מומחים ברפואה פליאטיבית 16.79. משרת רופא מומחה ברפואה פליאטיבית ל-1000 מיטות 0.9 בממוצע הארצי, חציון 0 (טווח 0-9.8). יותר מומחים נמצאים בקבוצות גודל בתי החולים הגדולות יותר (2.6 משרות, 5.19 משרות ו-9 משרות - בהתאמה), אולם ביחס למספר המיטות השיעור הגבוה נמצא בבתי החולים הגדולים ולאחריהם בקטנים. מרבית המומחים נמצאים בבתי החולים הכלליים (12.69 משרות לעומת 4.1 משרות בבתי"ח גריאטריים), אולם גם כאן השיעור המתוקנן ל-1000 מיטות גבוה יותר בבתי החולים הגריאטריים.

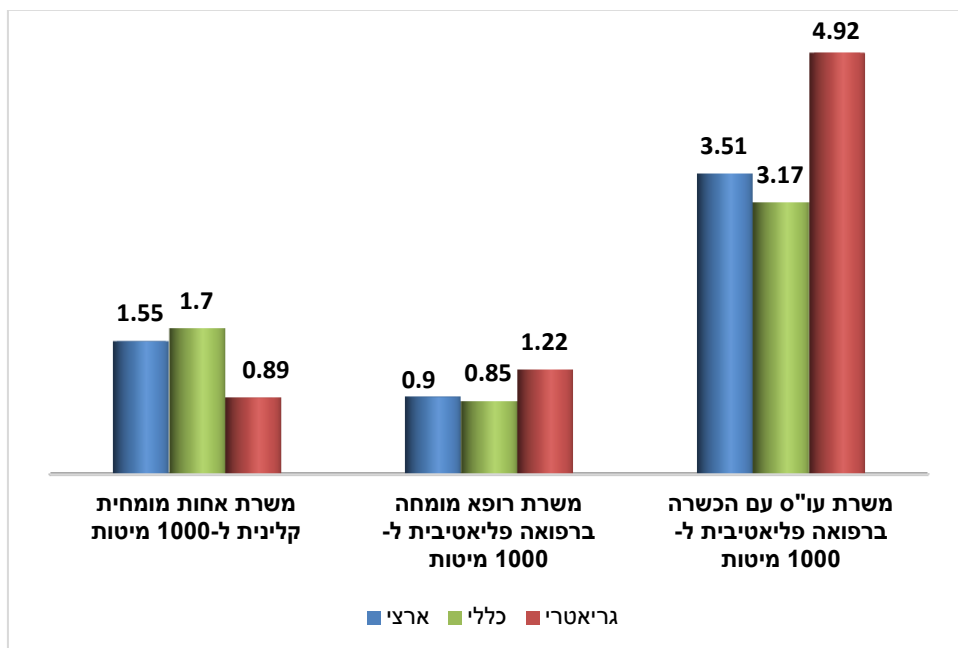
## ג. עו"ס

סך משרות עו"ס, העוסקות בייעוץ פליאטיבי, שעברו הכשרה בתחום הפליאטיבי 60.02. גם במקצוע זה סך משרות אבסולוטי של עו"ס עם הכשרה גבוה יותר בבתי החולים הגדולים ובבתי החולים הכלליים, אולם ביחס למיטות עו"ס עם הכשרה בתחום הפליאטיבי נמצאות יותר בבתי החולים הגריאטריים, ובריבוד לפי גודל בית חולים עדיין מובילים בתי החולים הגדולים. משרת עו"ס עם הכשרה ברפואה פליאטיבית ל-1000 מיטות 3.51 בממוצע הארצי, חציון 2.61 (טווח 0-22.8).

ההכשרות שדווחו: קורס פליאטיבי כללי בארץ או בחו"ל (76%), קורס ייעודי לעו"ס (16%), קורס פנימי בביה"ח (8%), סדנא או קורס אחר, דוגמת העברת בשורות מרות (4%).

תרשים 38: משרות מומחים ברפואה פליאטיבית ל-1000 מיטות - ריבוד לפי גודל ב"ח





**ד. אנשי מקצוע אחרים העוסקים בטיפול תומך**

בנוסף לצוות שלעיל, דווח גם על סך של 23.13 משרות של רופא מומחה כאב, 12.38 משרות של פסיכולוג ו-13.79 משרות של מלווה רוחני/איש דת.

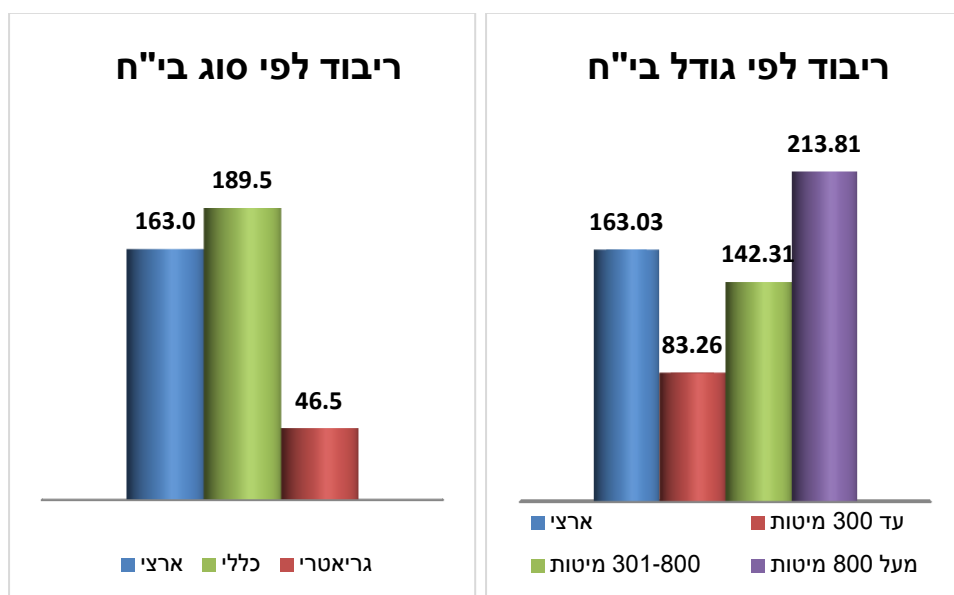
**4.1.3 זמינות השירות הפליאטיבי**

רק בשני בתי חולים כל השירות הפליאטיבי זמין 24/7.

- ב-16 בת"ח (43%) ישנה זמינות של רופא בכל ימות השבוע ובכל שעות היממה. זמינות כזאת של אחות נמצאה ב-12 בת"ח (32%) ושל עו"ס ב-5 בת"ח (14%).
- ב-11 בת"ח (30%) אין זמינות 24/7 כלל.

**4.1.4 ייעוצים פליאטיביים**

לייעוצים הפליאטיביים מקום ייעודי ברשומה הרפואית ב-27 בתי חולים (73%), בהם כל שבעת בתי החולים הגדולים.  
 סך הייעוצים הפליאטיביים המתועדים בחצי השנה האחרונה בכל בתי החולים שנבדקו 2,952, חציון (מינימום 0 מקסימום 604).  
 מספר ייעוצים חצי שנתי ל-1000 מיטות 163 בממוצע הארצי, חציון 54.36 מינימום 0, מקסימום 628.8. המקסימום נמצא בבית חולים כללי. ריבוד לפי גודל בית חולים נראה, כי בתי החולים הגדולים עושים את השימוש המרבי בשירות זה.



ב- 28 בת"ח (78%) השירות הפליאטיבי זמין לכל מחלקות בית החולים.

חולים אונקולוגיים בעדיפות ראשונה לקבל עזרה מהשירות הפליאטיבי, כאשר השירות אינו זמין לכל המחלקות.

#### 4.1.5 התארגנות ל"יישום חוק החולה הנוטה למות" והאמצעים ליישום

ב- 32 בת"ח (86%), ישנו נוהל המחייב לברר את העדפות החולה בטרם קבלת החלטות טיפוליות בנוגע לסוף החיים. בכל בתי החולים הגדולים קיים נוהל זה. בבתי החולים הגריאטריים הפעילות פחותה 75% (9 בת"ח) לעומת 92% (23 בת"ח) בתי החולים הכלליים.

ב- 32 בת"ח (86%), יש הנחיה מחייבת לתיעוד תוצאות הברור / שיחה על העדפות הטיפול.

ב- 24 בת"ח (65%) ישנו מקום ייעודי ברשומה הרפואית לתיעוד העדפות הרפואיות של החולה.

טופס הנחיות רפואיות מקדימות זמין ב- 33 בת"ח (89%). במרבית המקרים (39%) ניתן להשיג דרך קלסר נהלים / רשומה מחלקתית, לאחר מכן (32%) ניתן לאתרו באתר ביה"ח הפנימי או החיצוני, ב- 26% מבתי"ח ניתן להשיג דרך הער"ס וב- 16% דרך אחיות המחלקה או צוות המחלקה.

טופס ייפוי כח לפי חוק "זכויות החולה" נגיש לחולים ולמבקרים מאוד (ב- 95% מבתי"ח), אולם טופס ייפוי כח לפי "חוק החולה הנוטה למות" נמצא בזמינות פחותה (ב- 76% מבתי"ח). האמצעים להנגשת הטפסים דומים לאמצעים שתוארו קודם בטופס הנחיות רפואיות מקדימות.

33 בת"ח (89%) מיידעים את המאושפזים על האפשרות למנות מיופה כח.

בכל בתי החולים הגדולים עושים זאת. בבתי החולים הגריאטריים פחות מיידעים את המטופלים על האפשרות (83% - 10 בתי"ח) לעומת (92% - 23 בתי"ח) בבתי החולים הכלליים. אופן ביצוע ההליך נעשה ב- 79% באמצעות עו"ס, ב- 48% ע"י שיחה עם צוותים רפואיים, ב- 15% באמצעות שיחה עם מנהל המחלקה וב- 9% ע"י אמצעי פרסום: עלוני מידע, כרזות וכד'.

ל- 23 בתי"ח (62%) קיימת הנחיה בנוהל בית החולים בנוגע לאופן העברת מידע על החלטות שהתקבלו באשפוז לגבי העדפות טיפוליות בעת העברת מטופל מביה"ח לקהילה או למוסד אחר. גם כאן הנחיה זאת קיימת בכל בתי החולים הגדולים. ב- 72% מבתי החולים הכלליים (18 בתי"ח) קיימת הנחיה זאת, ובבתי החולים הגריאטריים רק ב- 42% (5 בתי"ח) ההנחיה מוסדרת בנוהל.

לגבי הנחיה / נוהל בנוגע לאופן העברת מידע על מינוי מיופה כח שהתבצע באשפוז בעת העברת מטופל מבי"ח לקהילה או למוסד אחר – אחוז הביצוע עומד על 76%, 84% בבתי החולים הכלליים ו- 58% בבתי החולים הגריאטריים.

התראה ייעודית ברשומה הרפואית הממוחשבת, המסמנת את החולים שעבורם התקבלו החלטות לגבי הטיפול בסוף החיים קיימת ב- 17 (46%) בתי חולים.

התראה דומה לגבי חולים שיש להם מיופה כח, אפוטרופוס או טופס הנחיות מקדימות קיימת בשכיחות זהה להתראה הקודמת.

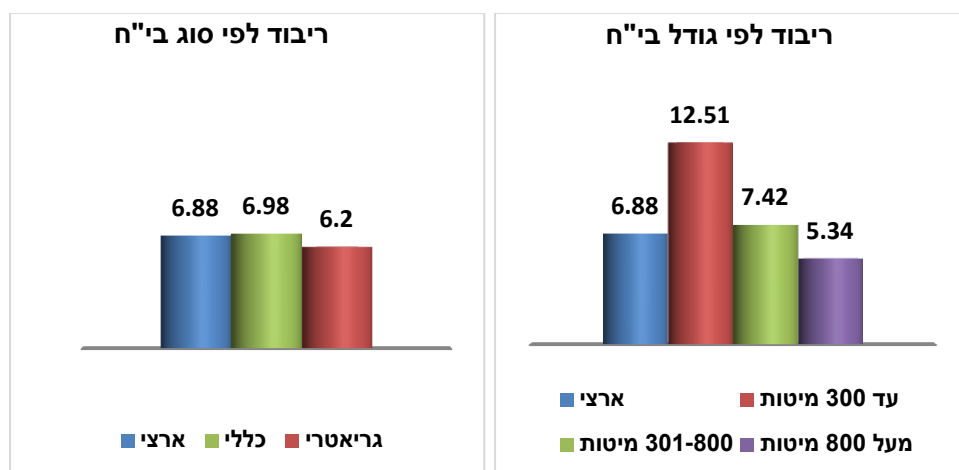
#### ממשקים עם המאגר הארצי להנחיות מקדימות במשרד הבריאות

29 בתי חולים (78%) הסדירו לצוות בית החולים הרשאה לכניסה למאגר הארצי להנחיות מקדימות במשרד הבריאות.

לכל בתי החולים הגדולים ישנה הרשאה זאת, חרף זאת השיעור המתוקנן של המורשים להיכנס למאגר ל- 1000 מיטות בבתי החולים הגדולים הוא הנמוך ביותר. ל- 88% מבתי החולים הכלליים ישנה הרשאה לכניסה למאגר הארצי במשרד הבריאות, ואילו בבתי החולים הגריאטריים ההרשאה ניתנה רק ב- 58% מבתי החולים.

סך אנשי הצוות המורשים להיכנס למאגר הארצי להנחיות מקדימות במשרד הבריאות הינו 102, חציון 4, מינימום 1 ומקסימום 14. מספר אנשי צוות בעלי הרשאה לכניסה למאגר הארצי להנחיות מקדימות ל- 1000 מיטות 6.9 חציון וממוצע (טווח 2.8-16.6).





20 בת"ח (54%) הצהירו שהם מדווחים למאגר הארצי של משרד הבריאות על הנחיות מקדימות לגבי טיפול בסוף החיים, שהתקבלו אצלם. אולם מדיווחי המחלקות, שהשתתפו במבדק (ראה בהמשך שאלון מאפיינים מחלקתי) עולה, כי לא דווח בשנה האחרונה אף לא מקרה אחד. פעילות הוועדה המוסדית – והממשקים עמה, דווחו ע"י בתי החולים ותוארו לעיל.

#### הכשרות צוותים במוסד ליישום החוק

ל- 29 בת"ח (78%) קיימת תכנית רב שנתית להכשרה בנושא סוף החיים לרופאים, ל- 33 בת"ח (89%) קיימת תכנית זאת עבור אחיות ול- 30 בת"ח (81%) עבור עו"ס. בכל בתי החולים הגדולים קיימת תכנית עבור שלושת המקצועות הללו. סוגי ההכשרות כוללים: הכשרה פנימית/ימי עיון, ישיבות צוות, קורס חיצוני/הכשרה על בסיסית, סדנת מסר או אחרת ולמידה באמצעות לומדה.

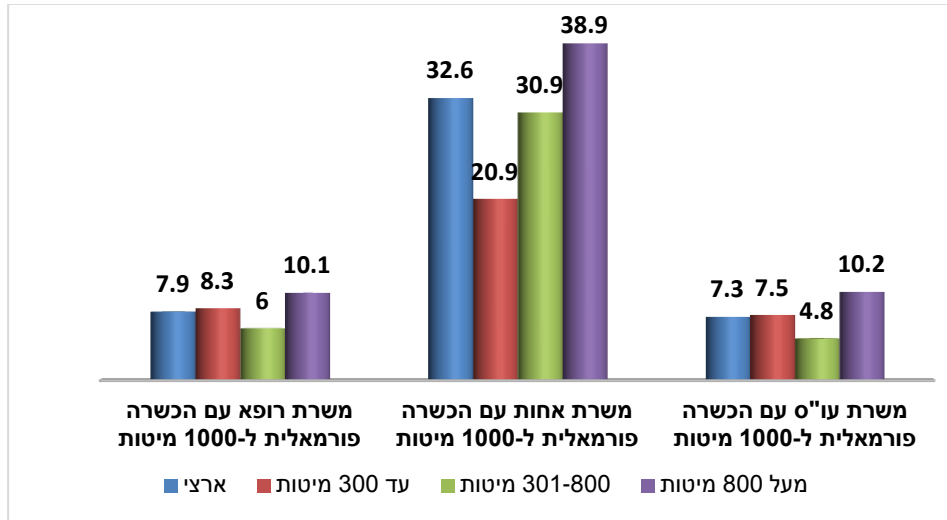
סך אנשי צוות שעברו השתלמות פורמאלית בטיפול פליאטיבי מינימום 40 שעות 145 רופאים, 599 אחים/יות ו- 134 עו"ס.

מספר רופאים שעברו השתלמות פורמאלית מינימום 40 שעות ל- 1000 מיטות 7.9 במוצע הארצי, 32.6 אחיות בעלות הכשרה זו ל- 1000 מיטות ו- 7.3 עו"ס בעלת הכשרה בתחום ל- 1000 מיטות.

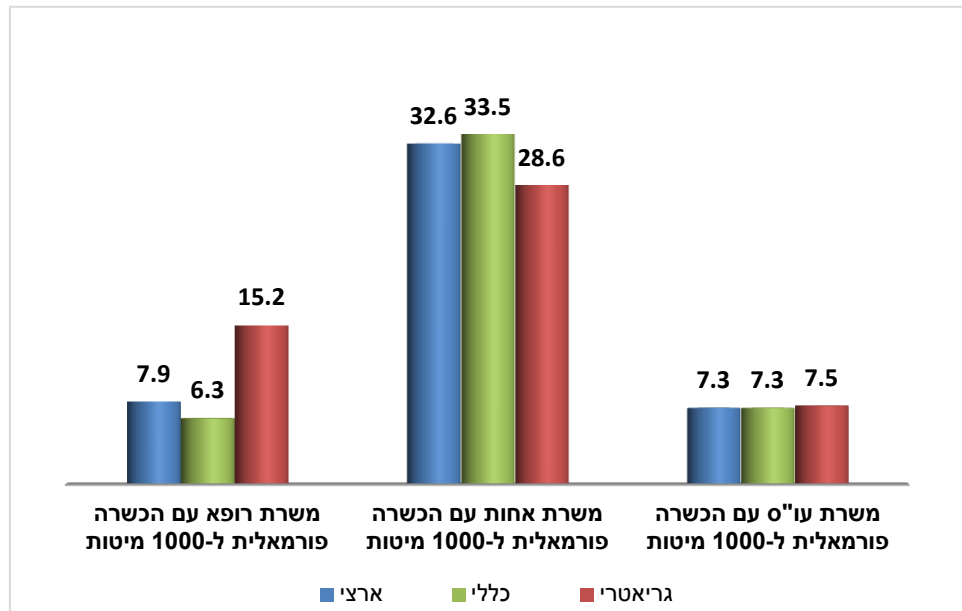
סדנא למיומנות תקשורת בנושא סוף החיים של 8 שעות לפחות – הועברה ל- 857 רופאים, 1520 אחיות ו- 181 עו"סים.

מספר רופאים ל- 1000 מיטות שעברו סדנת תקשורת 46.7 במוצע הארצי, מספר אחים/יות עם הכשרת סדנת מיומנות תקשורת ל- 1000 מיטות 82.8 ועובדים סוציאליים עם הכשרת סדנא ל- 1000 מיטות 9.9.

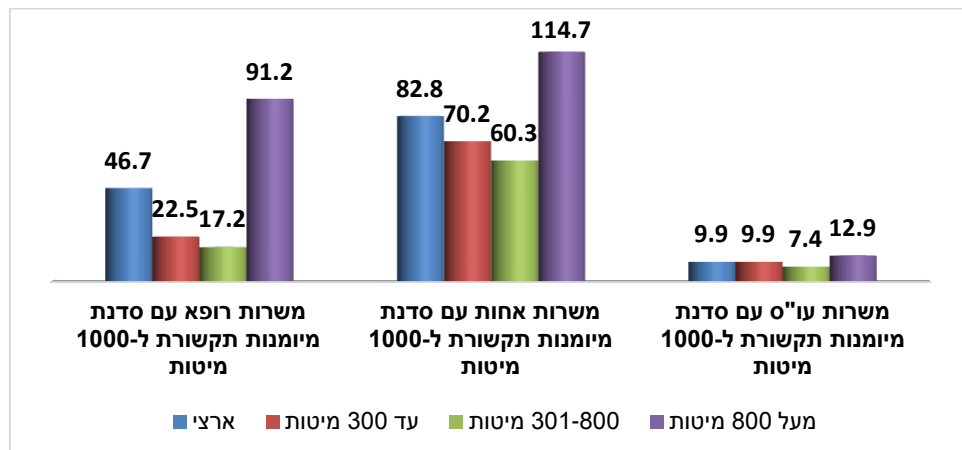
תרשים 42: עובדים מקצועיים עם הכשרה פורמאלית ל-1000 מיטות - ריבוד לפי גודל ב"ח

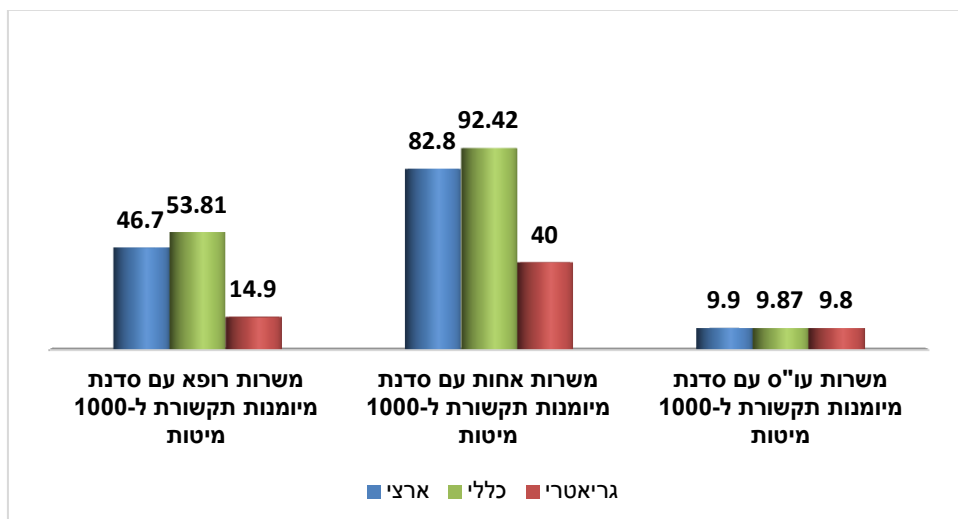


תרשים 43: עובדים מקצועיים עם הכשרה פורמאלית ל-1000 מיטות - ריבוד לפי סוג ב"ח



תרשים 44: עובדים מקצועיים עם סדנת מיומנות תקשורת ל-1000 מיטות - ריבוד לפי גודל ב"ח





ניתן לראות, כי בתי החולים הגדולים השקיעו בהכשרות השונות בתחום בכל המגזרים יותר מאשר בקבוצות גודל בתי החולים האחרות. כמו כן ניתן לראות, כי סקטור האחיות הוא הסקטור שהשתתף יותר בהכשרות השונות.

#### 4.1.6 תמיכה לצוות

ב- 24 בתי חולים (65%) ישנו מערך תמיכתי לצוותים המטפלים בסוף החיים. בכל בתי החולים הגדולים קיים מערך זה. בבתי החולים הכללים המערך קיים ב- 72% ובבתי החולים הגריאטריים ב- 50%.

התמיכה ניתנת עפ"י רוב ע"י עו"ס (57%) ולאחר מכן ע"י פסיכולוג (33%). כמו כן ב- 33% מבתי החולים נערכות סדנאות להתמודדות ושיבות צוות.

#### 4.1.7 חומרי הסברה

ב- 23 בתי"ח (62%) ישנם חומרי הסברה למטופל ולבני משפחתו בנושא העדפות בסוף החיים. בודדים בתי החולים שלהם חומרי הסברה ברוסית או בערבית. על פי רב מדובר בעלוני מידע / דפי הסברה. בבתי חולים בודדים תלויה כרזה בנושא.

## 4.2 מאפיינים מחלקתיים

הנתונים דווחו ע"י בתי החולים ובאחריותם.

הנתונים מתארים את הפעילות המחלקתית בתחום.

בכדי לבחון את פעילות המחלקות בתחום והעומס המוטל על כל מחלקה ומחלקה השיעורים בדוח זה חושבו לפי מספר המיטות במחלקה לגבי כל גורם ופעילות.

### 4.2.1 הטיפול הפליאטיבי

ב- 55 מחלקות מתוך 72 מחלקות שנבדקו (76%) ישנו מקום ייעודי ברשומה הרפואית לתיעוד הייעוצים הפליאטיביים.

במחלקות בבתי"ח הגריאטריים האפשרות קיימת ב- 15 מחלקות 63%, ובבתי"ח הכלליים ב- 40 מחלקות 83%. בכל בתי החולים הגדולים קיימת אפשרות זאת.

ב- 64 מחלקות (89%) ישנו מקום ברשומה הרפואית או הסיעודית לתיעוד אומדן וטיפול בסימפטומים השכיחים סוף החיים. גם כאן שכיחות גבוהה יותר נמצאה בבתי החולים הכלליים ובבתי החולים הגדולים.

הגורם המרכזי הנותן טיפול פליאטיבי במחלקות השונות ב- 40% הוא צוות פליאטיבי של המחלקה, ב- 44% שילוב צוות מוסדי ומחלקתי וב- 15% רק צוות השירות המוסדי.

השירותים הפליאטיביים השכיחים הניתנים במחלקות הם: איזון כאב, איזון קוצר נשימה, איזון סימפטומים נפשיים ותמיכה במשפחות.

### 4.2.2 כח אדם העוסק במתן ייעוץ פליאטיבי

ב- 59 מחלקות (82%) ישנו צוות שהוכשר למתן טיפול פליאטיבי.

בכל המחלקות: סיעוד מורכב, אונקולוגיה והוספיס ישנו צוות שהוכשר למטרה זו.

#### א. אחיות

סך משרות אחיות בעלות מומחיות קלינית פליאטיבית במחלקות שנבדקו 32.22.

מספר מיטות במחלקה למשרת אחות מומחית קלינית פליאטיבית בממוצע הארצי 162.76, חציון 36, מינימום 4.67 מקסימום 277.

#### ב. רופאים

סך משרות רופאים מומחים ברפואה פליאטיבית במחלקות שנבדקו 19.

מספר מיטות במחלקה למשרת רופא מומחה ברפואה פליאטיבית בממוצע הארצי 276, חציון 32, מינימום 7.33 מקסימום 186.

סך משרות עו"ס שעברו הכשרה פליאטיבית במחלקות שנבדקו 67.75.

מספר מיטות במחלקה למשרת עו"ס שעברה הכשרה בתחום הפליאטיבי בממוצע הארצי 71.63, חציון 36, מינימום 8.5 מקסימום 328.

ההכשרות שדווחו: קורס פליאטיבי / תומך חיצוני בארץ או בחו"ל, קורס פליאטיבי / תומך פנימי, סדנאות מסר בנושא סוף החיים, סדנאות אחרות, כגון: העברת בשורות מרות / ליווי רוחני / הנחיית קבוצות או במסגרת לימוד בתחום אונקולוגיה / גריאטריה / רפואה פליאטיבית.

### 4.2.3 זמינות הצוות הפליאטיבי

ב- 23 מחלקות (35%) הצוות הפליאטיבי זמין 24/7.

במחצית (50%) ממחלקות סיעוד מורכב זמינות זו קיימת ובשני ההוספיסים גם כן. ביתר המחלקות הזמינות בשכיחות נמוכה יותר.

זמינות טלפונית ישנה בכל ימות השבוע ובכל שעות היממה ב- 42 מחלקות (69%).

### 4.2.4 ייעוצים פליאטיביים

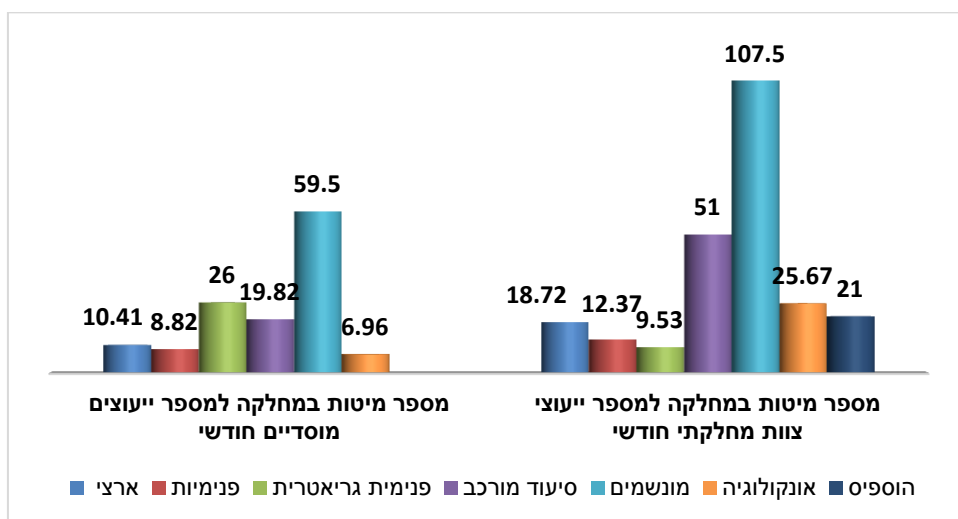
סך ייעוצים שהתקבלו במחלקות מצוותים מוסדיים בחודש נתון 402, חציון 1, טווח 0-40.

מספר מיטות במחלקה למספר ייעוצים מוסדיים 10.41 בממוצע הארצי, חציון 7.6 (0.7-72).

מספר ייעוצים שהתקבלו במחלקה מצוות טיפול פליאטיבי מחלקתי בחודש נתון 130, חציון 0.5, טווח 0-30.

מספר מיטות במחלקה למספר ייעוצי צוות מחלקתי חודשי 18.72 בממוצע הארצי, חציון 13 (0.73-70).

תרשים 46: מספר מיטות במחלקה לייעוצים פליאטיביים - ריבוד לפי סוג מחלקה



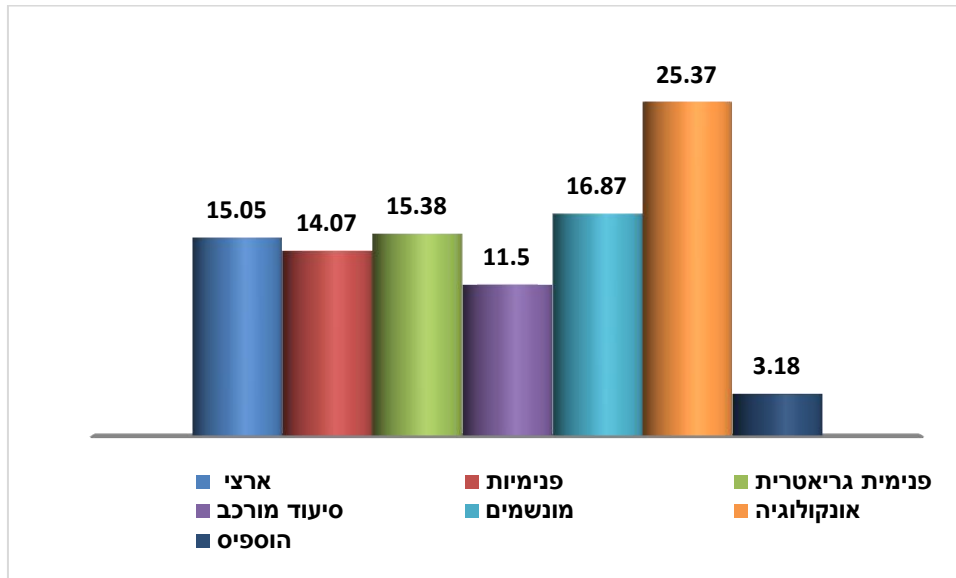
מתרשים זה עולה, כי במחלקות המונשמים נעשה שימוש מועט בייעוצים פליאטיביים.

## 4.2.5 הדרכות מצוות ייעוץ פליאטיבי מחלקתי

סך הדרכות שניתנו ע"י הצוותים המחלקתיים לצוותים במחלקות השונות בחצי השנה האחרונה 231, חציון 2 (טווח 0-36).

מספר מיטות במחלקה למספר הדרכות צוות מחלקתי חצי שנתי 15.05 במוצע הארצי, חציון 15.5 (טווח 1.4-114).

תרשים 47: מספר מיטות במחלקה להדרכות מצוות פליאטיבי - ריבוד לפי סוג מחלקה



ניתן לראות, כי בהוספיס ניתנות מרב ההדרכות ולאחר מכן במחלקות סיעוד מורכב.

## 4.2.6 תמיכה רגשית

61 מחלקות (85%) מספקות תמיכה רגשית לבני משפחתו של המטופל.

השירות ניתן בד"כ על ידי עובדים סוציאליים.

תמיכה רגשית בצוות המטפל בחולה הנוטה למות – ניתנת ב- 44 מחלקות (64%).

גם לצוות התמיכה ניתנת בעיקר ע"י עו"ס.

## 4.2.7 התארגנות ל"ישום חוק החולה הנוטה למות" והאמצעים ליישום

ב- 43 מחלקות (60%) ישנו מקום ייעודי ברשומה הרפואית לתיעוד העדפות רפואיות של חולה בסוף החיים.

ב- 19 מחלקות (26%) מתקיימות שיחות לכל המאושפזים, הנמצאים בסוף החיים, בנוגע להעדפות הטיפול בסוף החיים. 12 מחלקות מהן הן סיעוד מורכב ו- 2 הן הוספיס.

ברוב המחלקות 38% שיחות אלה מתבצעות רק לגבי חולה שמצבו מדרדר.

תיעוד העדפות נעשה ברובו 49% רק לגבי חולה שמצבו מדרדר.

ב- 47% מהמחלקות מנהל המחלקה נוהג למנות רופא אחראי לכל חולה הנוטה למות, שכיחות גבוהה יותר נמצא במחלקות האונקולוגיות ובהוספיס.

מקום ייעודי ברשומה הרפואית לתיעוד קיומו של מיופה כח ישנו ב- 89% מהמחלקות. האפשרות קיימת בכל המחלקות: סיעוד מורכב, מונשמים והוספיס.

טופס מינוי ייפוי כח לפי חוק "זכויות החולה" זמין ב- 94% מהמחלקות, אולם טופס מינוי ייפוי כח לנושא העדפות סוף חיים זמין פחות (80%).

טופס הנחיות רפואיות מקדימות זמין ב- 83% מהמחלקות. הטופס זמין בכל המחלקות: הגריאטריות, אונקולוגיות והוספיס.

#### ממשקים עם המאגר הארצי להנחיות מקדימות במשרד הבריאות

לא התקיימה כל אינטראקציה בין המחלקות הנבדקות לבין המאגר הארצי להנחיות מקדימות במשרד הבריאות בשנה האחרונה לא לבירור העדפות של חולה ולא לדיווח העדפות של חולה.

0 פניות!

#### **4.2.8 רצף טיפול**

רצף פנימי תוך מחלקתי- דרך העברת העדפותיו של המטופל בסוף החיים בתוך הצוות ובין המשמרות נעשית ברובה באמצעות הרשומה הרפואית (80%) ובאחוז דומה גם בעל פה.

רצף חיצוני בין ארגוני – בעת העברת מטופל לארגון אחר ההעדפות מועברות בד"כ באמצעות מכתב השחרור (86%).

#### **4.2.9 חומרי הסברה**

לכמחצית מהמחלקות ישנן חומרי הסברה עבור המטופל ובני משפחתו בנושא העדפות הטיפול בסוף החיים.

ב- 8 מחלקות החומרים מתורגמים גם לרוסית, ב- 6 לערבית, ובמחלקה אחת נמצא תרגום לאנגלית. ב- 10 מחלקות נהוג לחלק את חומרי ההסברה לכל החולים ומשפחותיהם בתחילת האשפוז.

## 5. סקר משפחות נפטרים

### רקע

כחלק נלווה למבדק בוצע סקר טלפוני בקרב משפחות של נפטרים לבחינת שביעות רצון מהטיפול שניתן בבית החולים ולבחינת אופן הטיפול במנוח. נבחנו היבטים של טיפול בסוף החיים והלימתם לנדרש על פי "חוק החולה הנוטה למות" התשס"ו-2005.

### 5.1 שיטות

#### 5.1.1 כלי המחקר

בניית השאלון התבססה על שני שאלונים המקובלים בעולם להערכת איכות הטיפול בסוף החיים:

**Quality of Dying and Death – QODD**, שאלון שפותח ע"י Patrik & Curtis (2002)

**Toolkit of Instruments to Measure End-of-life-care (2000)– TIME**, שאלון שפותח ע"י

Teno וחבריו

השאלון הותאם למציאות הישראלית ותוקף תיקוף מומחים על ידי מומחים בתחום הפליאטיבי.

#### 5.1.2 דגימה

הדגימה הייתה דגימת נוחות מסוג מכסה (Convenience Quota Sampling). עורכי המבדק התקשרו לחמש משפחות נפטרים מכל בית חולים, שנפטרו בחלון הזמן של חודש ועד 3 חודשים מיום המבדק.

#### 5.1.3 נבדקים

סה"כ השיבו לסקר 209 אנשים קרובי משפחה של הנפטרים.

139 משיבים היו קרובי משפחה של מטופלים מבתי החולים הכלליים, 70 משיבים היו קרובי משפחה של מטופלים בבתי החולים הגריאטריים.

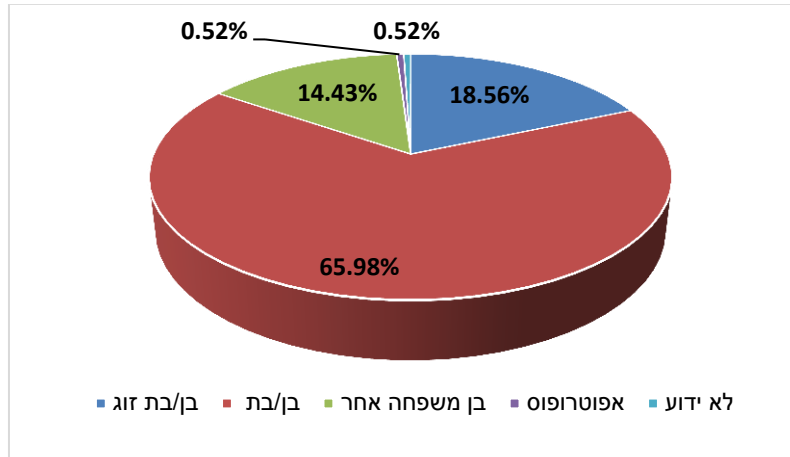
86 משיבים התייחסו לבתי החולים הקטנים (עד 300 מיטות), 90 לבינוניים (301-800 מיטות) ו- 33 משיבים לבתי החולים הגדולים (מעל 800 מיטות).

64 משיבים היו קרובי נפטרים שאושפזו בבתי חולים בבעלות ממשלתית, 54 של נפטרים שאושפזו בבעלות שירותי בריאות כללית, 66 של מאושפזים בבעלות ציבורית והיתר - 26 מאושפזים בבעלות פרטית.

מרבית המשיבים (66%) מהמשתתפים היו ילדי הנפטרים, 19% בני זוג והיתר קרבה אחרת.



תרשים 48: התפלגות משיבים לפי הקשר בין המנוח למרואיין



60.5% מהנפטרים עליהם נשאלו היו בני 80 ומעלה. התפלגות הנפטרים הייתה דומה מבחינת המין 52.45% נשים ו- 47.55% גברים. במשיבים היו יותר נשים 62% והיתר גברים.

## 5.2 ממצאים

### 5.2.1 אופן הטיפול בחולה

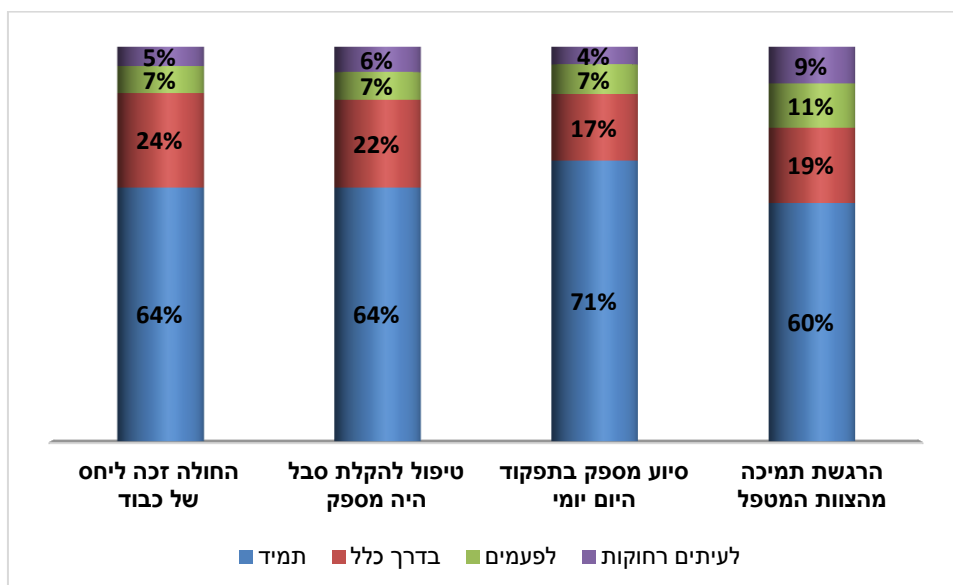
בחלק הראשון של הסקר נשאלו שאלות לגבי אופן הטיפול בחולה. השאלה הביעה סטנדרט טיפולי רצוי, והתשובה עליה הייתה מידת העמידה בסטנדרט / תדירות הביצוע בסולם של 4 דרגות:

תמיד, בדרך כלל, לפעמים, לעתים רחוקות.

הנשאלים הביעו שביעות רצון גבוהה בכל 4 המדדים שנבדקו.

שלב הסולם הגבוה "תמיד" – להלן אחוז הסכמה חיובי, קיבל את אחוז ההסכמה הגבוה ביותר.

תרשים 49: שביעות רצון מהטיפול – על פי סטנדרט רצוי

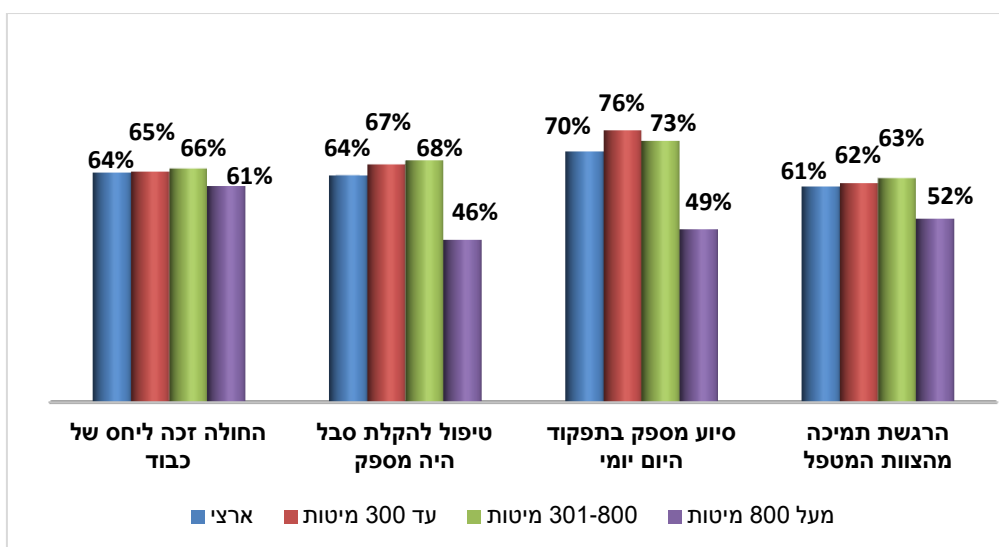


נראה, כי שביעות הרצון הגבוהה ביותר הייתה מהטיפול הפיזי, מהסיוע בתפקוד היום יומי הכולל: מקלחת, הלבשה, האכלה, החלפת מצעים, הושבה עזרה בהליכה לשירותים וכדומה.

פרמטר זה זכה לאחוז הסכמה חיובי של כ- 70% ושאר הנושאים: יחס של כבוד, הקלת סבל, תמיכה מהצוות זכו לאחוז הסכמה חיובי של כ- 60%.

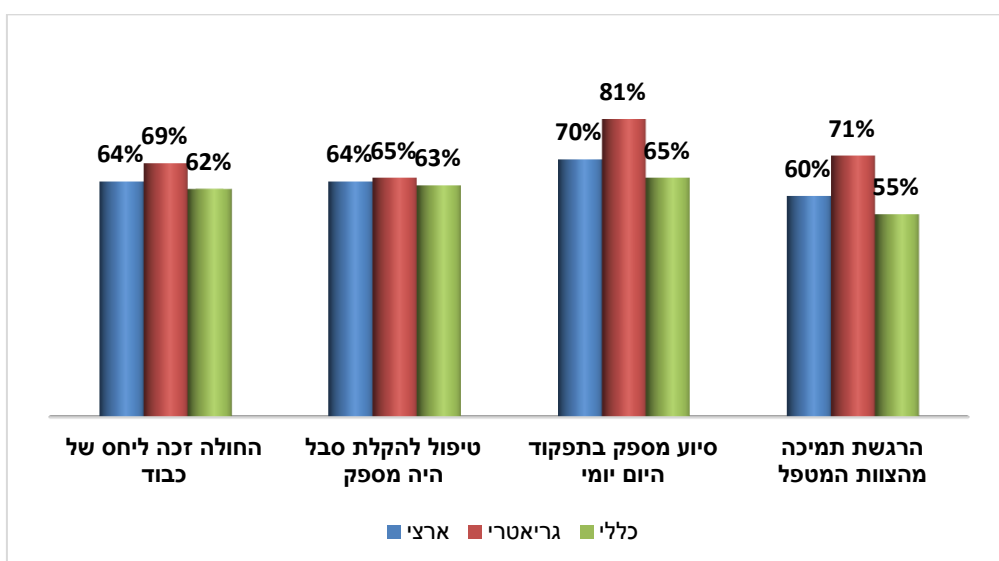
בריבוד לפי גודל בית חולים, נראה כי שביעות הרצון נמוכה ביותר בכל השאלות שהתייחסו לטיפול בחולה במוצע בתי החולים הגדולים ובבתי החולים הבינוניים והקטנים היא דומה, כפי שניתן לראות זאת בתרשים הבא:

תרשים 50: שביעות רצון מהטיפול - % הסכמה חיובי - ריבוד לפי גודל ב"ח



בהשוואה בין בתי חולים גריאטריים לבתי חולים כלליים, המשפחות הביעו שביעות רצון גבוהה יותר מהטיפול על כל מרכיביו בבתי החולים הגריאטריים מאשר בבתי החולים הכלליים.

תרשים 51: שביעות רצון מהטיפול - % הסכמה חיובי - ריבוד לפי סוג ב"ח



כפי שנראה לעיל, הפערים הבולטים הם ביכולת לספק סיוע בתפקוד היום יומי ובהענקת תמיכה.

## 5.2.2 יחס לקרובי המשפחה המלווים

חלק אחר של השאלון התייחס לתחושותיו של המשיב בעת שלווה את קרובו במהלך הטיפול.

יצוין, כי על-פי החוק יש להעניק טיפול תומך גם לבני משפחתו של החולה, המהווים חלק משמעותי ובלתי נפרד מהמטופל, ולפיכך גם פרק זה בודק, למעשה, את יישומו של החוק.

השאלות נוסחו באופן שלילי ונתנו לגיטימציה להביע רגשות שליליים.

הסולם בשאלות אלה היה בן 5 דרגות:

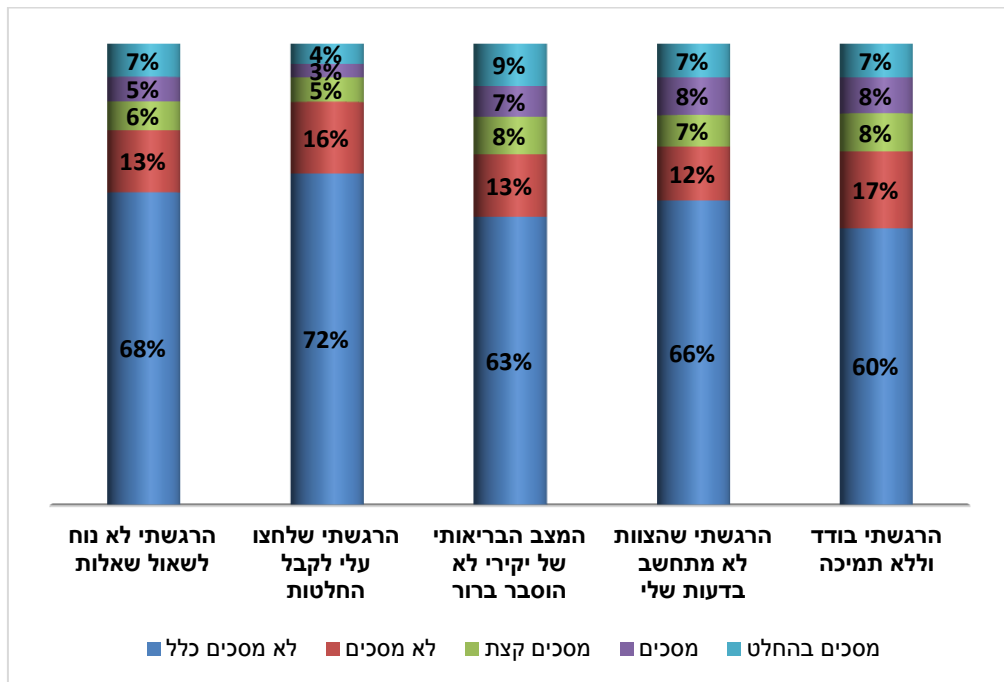
לא מסכים כלל, לא מסכים, מסכים קצת, מסכים, מסכים בהחלט.

מכיוון שהשאלות נוסחו בצורה שלילית שלב הסולם "לא מסכים כלל" משקף את היחס הטוב ביותר שקיבל המשיב, והוא זה שיחשב להלן אחוז הסכמה חיובי.

נראה שגם בנושא היחס, שקיבל קרוב המשפחה המלווה, ישנה שביעות רצון גבוהה.

"לא מסכים כלל" קיבל את מרב האחוזים בכל 5 השאלות שנשאלו.

תרשים 52: תחושות קרוב משפחה בנוגע ליחס שהוא קיבל

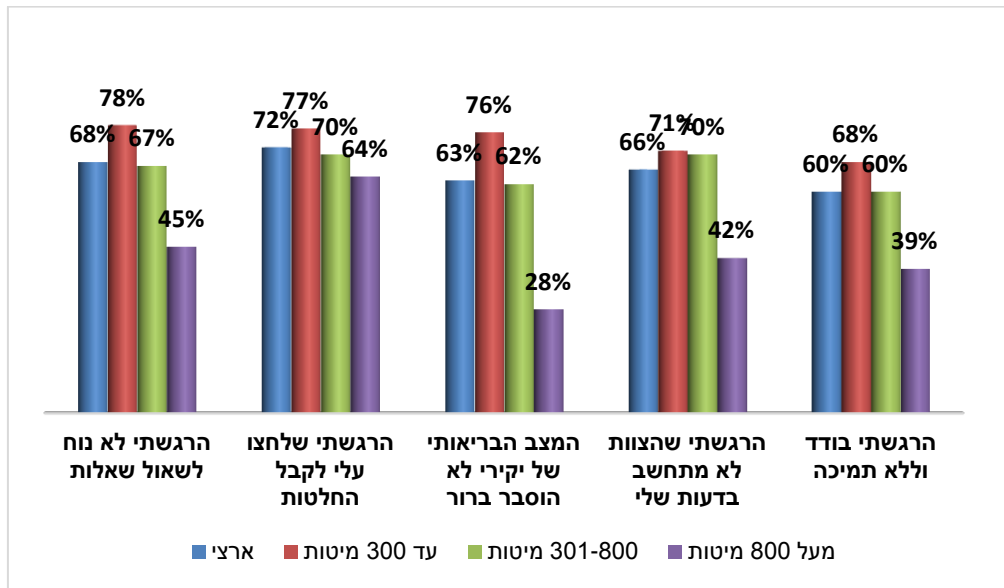


בתי החולים הקטנים קיבלו אחוז הסכמה חיובי גבוה יותר מבתי החולים הבינוניים והגדולים בכל שאלות הפרק, ובתי החולים הגדולים קיבלו את אחוז ההסכמה החיובי הנמוך ביותר בכל השאלות.

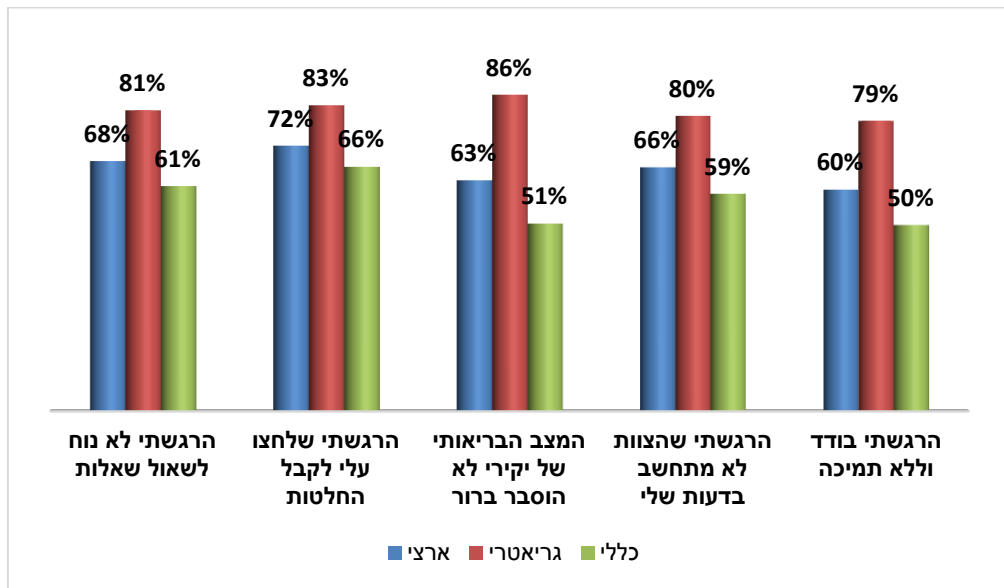
גם בנושא זה וכן בתי החולים הכלליים קיבלו אחוז הסכמה חיובי נמוך יותר מבתי החולים הגריאטריים.

נתונים אלה מוצגים בתרשימים להלן:

תרשים 53: יחס כלפי קרוב המשפחה - % הסכמה חיובי - ריבוד לפי גודל ב"ח



תרשים 54: יחס כלפי קרוב המשפחה - % הסכמה חיובי- ריבוד לפי סוג ב"ח

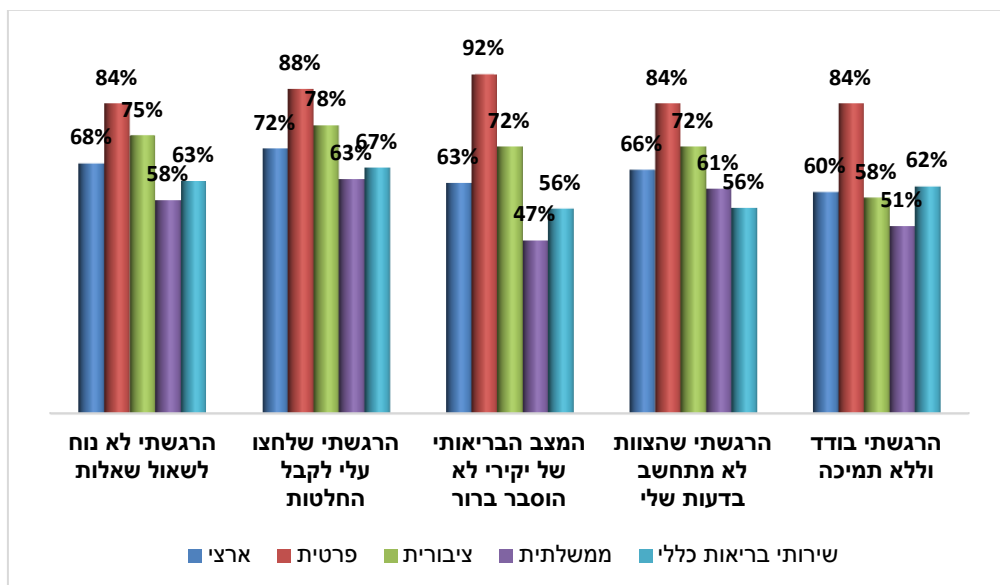


נראה, כי היחס הוא הצד החזק בבתי החולים הגריאטריים, ולפיכך בפרק זה הפערים בין בתי החולים הגריאטריים לכלליים גדלו עוד יותר מאשר בפרק הקודם, שעסק במרכיבי הטיפול.

עוד בלטו לחיוב בנושא יחס כלפי קרוב משפחתו של המטופל בתי החולים הפרטיים.

אחוז ההסכמה החיובי אצלם היה גבוה יותר מיתר הבעלויות בכל סעיפי הפרק.

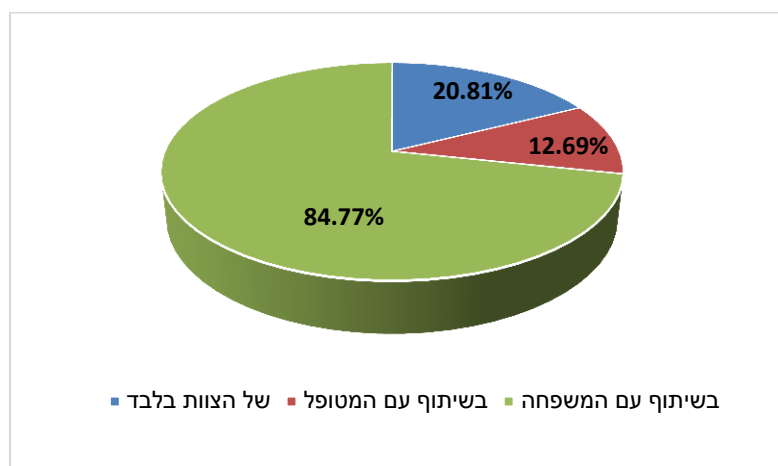
תרשים 55: יחס כלפי קרוב המשפחה - % הסכמה חיובי - ריבוד לפי בעלות



5.2.3 שיתוף החולה ומשפחתו בקבלת החלטות

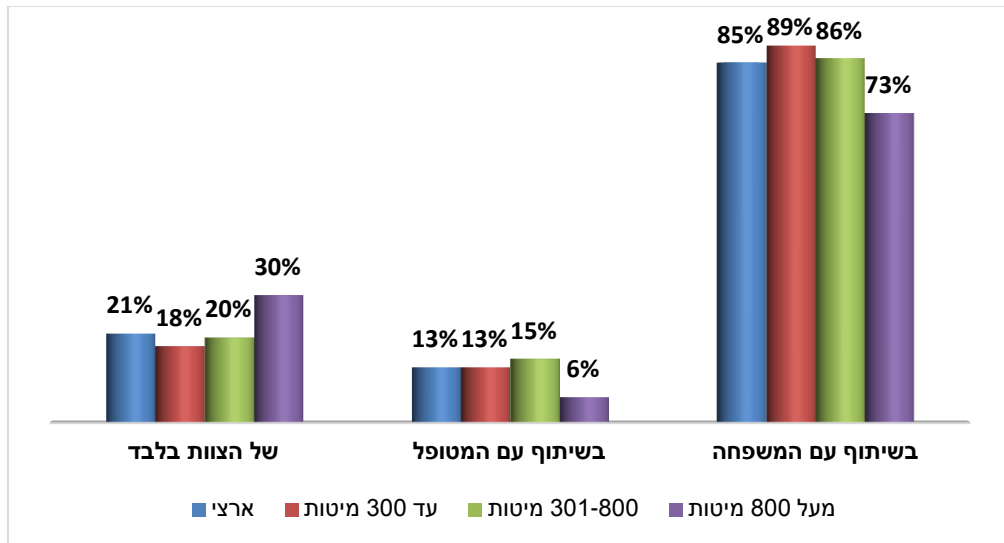
נושא שיתוף החולה ומשפחתו נבדק גם בשאלה ישירה: של מי היו ההחלטות לגבי הטיפול בסוף החיים.

תרשים 56: אופן קבלת החלטות לגבי הטיפול בסוף החיים - התפלגות ארצית

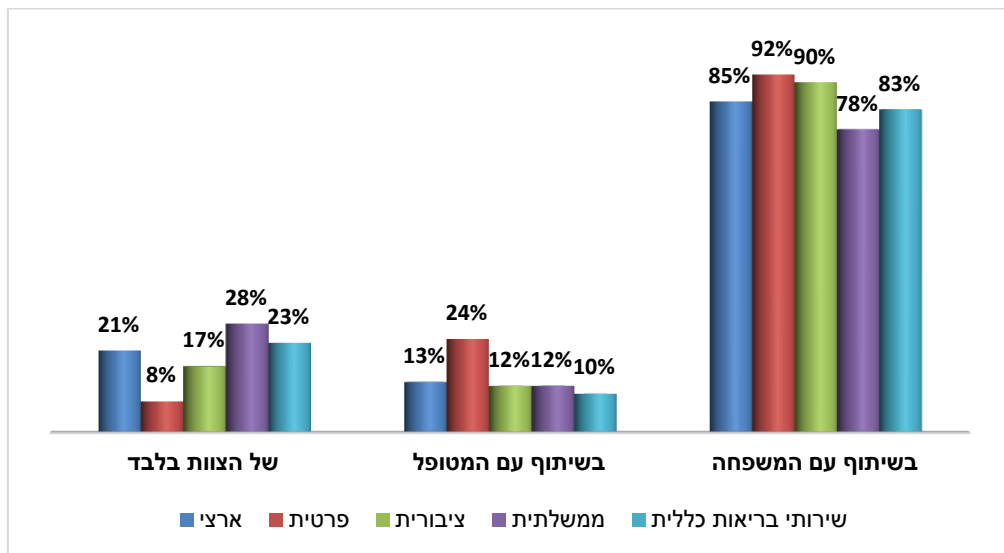


לדברי המשיבים, ב- 20.81% מהמקרים ההחלטות היו של הצוות בלבד. בבתי החולים הגדולים משתפים פחות את המשפחות בהשוואה לבתי החולים הבינוניים והקטנים (70% בבתי"ח הגדולים לעומת כ- 90% באחרים), ובבתי החולים הפרטיים מרבים בשיתוף המשפחה בהשוואה ליתר הבעלויות (כ- 90% שיתוף בבתי החולים הפרטיים והציבוריים לעומת כ- 80% בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים של הכללית). נתון זה אולי מסביר מדוע שביעות הרצון נמוכה יותר בבתי החולים הגדולים מיתר קבוצות גודל בתי החולים, ובבתי החולים הפרטיים שביעות הרצון גבוהה יותר מיתר הבעלויות, כפי שהוצג לעיל. 88.57% שיתוף המשפחה בבתי החולים הגריאטריים ו- 82.68% שיתוף בבתי החולים הכלליים.

תרשים 57: אופן קבלת החלטות לגבי הטיפול בסוף החיים - ריבוד לפי גודל ב"ח



תרשים 58: אופן קבלת החלטות לגבי הטיפול בסוף החיים - ריבוד לפי בעלות



בנושא השימוש בטיפול רפואי בסוף החיים נשאלה השאלה: האם במהלך האשפוז המנוח היה צריך לעבור איזשהו טיפול או פרוצדורה (כגון הכנסת צינור) או העברה למוסד אחר בניגוד לרצונו, 84% ענו "לא" והיתר ענו כן.

השאלה היחידה שבה התקבל רוב לסולם שלילי הייתה: האם לדעתך המנוח סיים את חייו בדרך שהיה רוצה.

התשובות ניתנו על פני סולם ליקרט בן 5 דרגות: במידה רבה מאוד, במידה רבה, במידה בינונית, במידה מועטה, כלל לא.

40% מהמשיבים ענו "כלל לא". ניתן אולי להסביר זאת לא כחוסר שביעות רצון מהשירות שניתן, אלא בתפיסת המוות או בתפיסת השאלה.

#### 5.2.4 סיכום

נראה, כי סה"כ ישנה שביעות רצון טובה בקרב משפחות הנפטרים הן לגבי אופן הטיפול במנוח והן לגבי היחס שהן קיבלו, אולם עדיין יש מקום לשיפור. בשני הנושאים האלה בכל השאלות כ- 40% מהמשיבים הביעו שביעות רצון חלקית בהיגדים השונים.

בנוסף יש להתייחס למגבלות הסקר. הסקר לא כלל בחינת הידע של המשפחות בנושא "חוק החולה הנוטה למות", ולא ברור עד כמה המשפחות מודעות לחוק, דוגמת דרישת החוק להעניק גם למשפחה טיפול תומך ולפיכך לא ברור עד כמה תשובותיהן משקפות שביעות רצון מיישום החוק.

בבתי החולים הגריאטריים שביעות הרצון גבוהה יותר מבתי החולים הכלליים.

שביעות רצון גבוהה יותר נמצאה גם בבתי החולים הפרטיים בהשוואה ליתר הבעלויות.

נראה כי בתי חולים אלה ערוכים יותר להעניק יחס אישי הן לחולה והן למשפחתו, דבר שבא לידי ביטוי גם בשיתוף החולה ומשפחתו בקבלת החלטות, הליך המשפיע על שביעות הרצון.

לעומתם בבתי החולים הגדולים, הכוללים רק בתי חולים כלליים, שביעות הרצון פוחתת, כנראה בגין אותה הסיבה – יחס אישי, שהם פחות ערוכים להעניק, ותהליך קבלת החלטות, אצלם, המשתף פחות את החולה ומשפחתו.

## 6. ראיונות עומק איכותניים עם קובעי מדיניות

כפרויקט נלווה למבדק, ביצענו ראיונות עומק איכותניים עם קובעי מדיניות, מנכ"ל משרד הבריאות, מנהלי בתי חולים, מנהלי מחלקות ואחיות העוסקות בתחום הפליאטיבי. סה"כ בוצעו 8 ראיונות. המרואיינים היו מבתי חולים הכלליים ומהמרכזים הרפואיים הגריאטריים.

### 6.1 שיטה

כנהוג במחקרים איכותניים, נעשה שימוש בדגימה מכוונת (purposeful sample) בה בחירת המרואיינים נעשית על מנת לקבל תמונת מצב כוללנית ומלאה לגבי שאלות המחקר.

פרויקט זה נעשה במטרות הבאות:

- ✓ לברר את הסיבות / החסמים לביצוע שיחות עם מטופלים ובני משפחותיהם לבירור העדפות בסוף החיים;
- ✓ לעמוד על יחסי הגומלין בין הצוותים המטפלים השונים בבית החולים;
- ✓ להבין את מורכבות הטיפול בחולה בסוף החיים.

הוספת מידע זה אפשרה לנו הבנה עמוקה יותר של הקשיים בתחום ברמה הלאומית והמערכתית בנוסף לנושאים שהובאו במבדק.

#### 6.1.1 איסוף הנתונים

איסוף הנתונים התבצע על ידי ראיונות עומק עם הצוותים. הראיונות היו מובנים ותחומי התוכן לדיון עם המרואיינים נקבעו מראש, כדלקמן:

##### תחומי הראיון:

חסמים בביצוע שיחות עם החולה ומשפחתו, תפיסת העולם של המרואיין בנושא, היערכות בית החולים ליישום החוק, מדיניות בית החולים בנושא, הערכת מסוגלות הצוות לטפל בנושא, ידע והכשרת הצוותים, רצף טיפולי והצעות לשיפור.

השאלות בשאלון שונו והתחדדו מראיון אחד למשנהו. הראיונות בוצעו על ידי גב' קירה קגנוב, סטודנטית לרפואה, מביה"ס לרפואה בבית חולים "הדסה". הראיונות הוקלטו ושוקלטו ומאמץ רב הושקע בבדיקת איכות ומהימנות השקלוט.

הפנייה למרואיינים הייתה ישירה לאחר קבלת הסכמתם להתראיין. הובטחה אנונימיות הן של המרואיין והן של בית החולים אליו הוא משתייך.



## 6.1.2 ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים נעשה בשיטה איכותנית קונסטרוקטיביסטית. הניתוח הינו ניתוח נושאי ( thematic analysis), אינדוקטיבי (זיהוי הקטגוריות מתוך הראיונות), וכולל את השלבים הבאים: 1. חלוקת החומר ליחידות משמעות 2. קטגוריזציה (ניתוח ממה) 3. ניתוח ממקד.

## 6.2 תוצאות

נושא טיפול בחולה בסוף החיים ויישום "חוק החולה הנוטה למות" נתקלים בקשיים הן בשל חסמים הנובעים מתפיסת העולם של המטפלים השונים והן מתפיסת העולם של החולה ומשפחתו, כחלק מהציבור הישראלי.

מהראיונות עם הצוותים עלתה תְּמָה מרכזית והיא התרבות של הציבור הישראלי בכללו והתרבות של הצוות הרפואי וממנה נגזרות מספר קטגוריות בעלות השפעה על יישום "חוק החולה הנוטה למות".

- ✓ החסמים בניהול שיחות בנושא סוף החיים;
- ✓ המאפשרים ניהול שיחות בנושא סוף החיים (לעתים זהו "הצד השני של המטבע");
- ✓ המלצות.

להלן תרשים המציג את התמה המרכזית שעלתה מהראיונות ומהקטגוריות הנגזרות ממנה:

**התמה המרכזית: תרבות הציבור הישראלי בכללו ותרבות הצוות הרפואי**



## 6.2.1 חסמים של הצוות המטפל

העיסוק בנושא קשה רגשית לצוות המטפל. הסיבות לכך רבות ומגוונות:

*"הצומדה שמוות הוא נושא כואב, שקשה לדבר אותו עם לחולה ומט לרופא".*

*"הקושי בצמודה. היא "קשה" כלומר היא קשה לנפש".*

תפיסת העולם, פילוסופיית הטיפול התומך הוגדרה על ידי אחת האחיות:

*"כי בעיניי פליאציה זה להקשיב, לדעת להקשיב, ולהיות צנוע וצנוי, ולהבין את המקצועיות, חשוב לתת להם למוות כבוד. זה כאילו לא פחות הרואי מלהציף אותם במיון, בעיניי".*

מיפוי החסמים הבא יכול למקד ולהסביר את מקור הקשיים ליישום תפיסה זו:

### א. תפיסת תפקיד הרופא

רופאים וגם אחיות שדיברו על תפיסת הרופאים אמרו שהרופא מונע מהרצון להציל חיים וכי המוות נתפס ככישלון.

*"הצוות שם מונע מהרצון להציף חיים, המוות נתפס ככישלון".*

*"מהות מקצוע הרפואה זה לנסות להציף. ובצבט שאתה מביע למקום הזה, אתה נמצא באינשהו, באינשהי סינה, שלק, או למקצוע שנוצד כאמור להציף, והנה הוא צריך להתמודד עם הכישלון, ואף אחד מאתנו, אני מאמין, לא אהב, להתמודד עם כישלונות".*

*"הרופא מתקשה לדבר על זה כי אין לא, הוא מאולץ להציף חיים בלבד. לא לימדו אותו להתמודד עם מוות אני מתכוון במובן של אינשהו של להציף חיים בכל מצב יש התניה שיוצרים ברפואה, וכך מוות נתפס ככישלון ולכן אנחנו נטפל בהיפונתרמיה עם כשחולה סובל מדמנציה סופנית ומט כשהוא כבר עם פצעי לחץ וקונטרקטורות, נדקור את החולה וניקח לו קטטר שתן כי צריך לדעת את הסיבה המדויקת כאשר הקרה הוכרע".*

אחד הרופאים אמר אף יותר מכך, כמו שבצבא לא מלמדים שיעור בתבוסה, כך גם ברפואה לא מלמדים על המוות.

*"ולחשאי את הרפואה בעסיס שלה, ברצון להציף חיים. האט היינו לוקחים עכשיו אה, קורס בבה"ד אחד ומלמדים אותו, בשיעור התבוסה בשדה הקרב? אני לא סתם אומר את זה, כי בעיניי הרופא, ובעיניי הצוות הרפואי, יש כאן התמודדות עם אינשהו אלמנט של תבוסה, כי לא לזה אנחנו מכשירים אותם".*

אותו דובר רואה את הבעיה כבר בבית הספר לרפואה. למורים בביה"ס לרפואה יש קושי להנחיל את הנושא.

*"אני עכשיו מסתכל על הכובע האקדמי שלי, לא מאוד אהבים לחשוף את הסטודנטים שלנו לסיטואציה הזו. ואומרים להם, כמו כל דבר אחר, תשמעו, בואו, אנחנו נכשיר אתכם להיחט, ובכישלון, ובחוסר יכולת שלק לעזור, ומתוצאה, הוא נאמר, הבלתי נסבלת שלי, אה, אתה תלמד, והפרופסורים ילמדו אותך, והחיים ילמדו אותך, והמציאות תלמד אותך, ולכן אנחנו נמנעים מהדבר".*

## ב. חשש מפגיעה בחולה

מעבר לרצון להציל ישנו חשש של הצוות ששיחה עם החולה עלולה לפגוע במצב בריאותו ולדרדר אותו.

"יש צד שני שקשה לקושי הרעשי שיש חשש שנדכא את החולה נדכא את המשפחה בזה שנדבר על מוות, זה לא טוב מוריד מורל".

"אני חוזר לקושי לדבר על מוות, מוות זה לא דבר פשוט לדבר עליו במיוחד עם כשיש מחלות מסכנות חיים, זה לכאורה המקום הכי האינטימי לדבר על זה, אבל התחושה היא שאת נדבר על זה, זה ירפה את ידיו של החולה יחיש את מותו, זה יעורר לו להיות בדיכאון ולכן יש את ניסיון המאוד אמיתי לא לפתוח את זה".

"חשבנו לבחון עם חולי השיקום שלנו שילמס 81 בממוצע את השאלה "האם יש לך הנחות סוף חיים?" ואז מיד הם ישאלו "מה? אני הולך למות? הרי האתי לשיקום?" ואז נכנסו לאי שקט והצוות שאף לא היה אנחנו עושים להם את זה. זה לא הטרדי אותם והשאלה הזאת מלחיזה אותם".

"את אותה הסוגיה מציבים עם יתר הרופאים - רופא המשפחה יאמר שהחולה הניצח אלו פשוט יותר לחץ דם אז איך יכול להיות שאפול עליו עם שאלה כזאת? רופא ה-COPD, יאמר שהחולה הוא רק בתחילת הדרכה אז למה לדבר אתו עכשיו על המוות. אותו הדבר אומר חדר המיון: עכשיו כשהוא בקוצר נשימה ואני מנשים אותו אתה רוצה שאדבר איתו על זה? אז בסוף יוצא שאף אחד לא רוצה לדבר על מה יהיו האפשרויות בסוף החיים, אי אפשר היום לקבל החלטה".

## ג. קושי רגשי של הצוות

הצוות ובעיקר הרופאים אינם מורגלים לעסוק ברגשות, הם רגילים לעשייה, התעסקות ברגשות מביכה אותם וגורמת להם להרגשת חוסר עשייה, שאינו עולה בקנה אחד עם תפיסתם שעליהם להציל חיים. העיסוק במוות והדיבור עליו קשים להם רגשית

"זה יחסית קל להתמקד בטכנולוגיות. כי, שאתה עושה תהליכים שהם בסופו של דבר רציונליזציה, ומתעסק עם דברים שהם טכניים, אתה לא נכנס לרגשות".

"ואני חושבת שאת רוב הצוות הצניין של השתיקה מאוד מביך. הם מחפשים להגיד משהו, לייצף, להסביר, לתת מידע, ובמצב כזה שאין הרבה דברים טכניים מהבחירה הזאת, אלא יותר אווירה של שתיקה, של השתתפות, של מצורבות באופן אחר, אני חושבת שזה מאוד קשה לצוות".

"קשה לרופאים לדבר, קשה להם להתייחס לכל הדברים האלה, הם רואים את זה כחלק מהפרופסיונאליזם שלהם להיות מנותקים רגשית ומסוגלים להתמודד עם כל דבר מבלי להיות מוצפים רגשית ולכן זאת בעיה".

"זה הרבה יותר קל כנראה לצוות, כמטפלי, לצוות עשייה אופטימית, לצוות עשייה, אני לא רוצה להגיד עם happy end, אבל כאילו שיש לה, ככה, אופק ארוך, זה מאוד קשה להיות במקום הזה כמטפלי".

"אתה רוצה באמת לתת לו מצנה לסבל, שיוכל לסיים את חייו בכבוד. מאוד קשה הרבה יותר קשה. קל להגיד - קח עוד תרופה. כאילו, לשחק את המשחק הזה של הנדמה לי. הרבה יותר קל".

#### ד. ידע ומיומנות

כל המרואיינים הצביעו על בעיית חוסר ידע בנושא הטיפול הפליאטיבי על כל היבטיו ועל חוסר במיומנויות תקשורת מתאימות. הידע הנדרש הוא בכל המישורים:

*"ידע פיזיולוגי, ידע רגשי, ידע סוציאלי, ידע תרבותי"*

*"צריך אישיות מסוימת שביד הדברים האלה. מי שאין לו תקשורת טובה עם המטופל והמשפחה, ואני לא מדבר רק על שפה אלא גם על יכולת תקשורת ויצירת קשר כי פה כבר מדברים על אלמנטים רבים של אישיות וגם על יכולת לחדור לתודעה של המטופל."*

המיומנות נרכשת עם הזמן, צריך בשלות לנושא ולכן ממליצים הדוברים שרופא צעיר לא יעסוק בנושא.

*"ואני עוד פעם בא ואומר, החברה הצעירים, הרופאים הצעירים שהם מצוינים וההרבה מאוד אספקטים, יותר טובים מאתנו, לתת להם את הזמן, ללמוד, להבין, ופלאה הראשון בוודאי אנחנו, צריכים לקחת על עצמנו את האחריות, ועד ליום שבו נוכל להוריד אותה ולהעביר אותה לאחרים. והאחריות, ועוד מש, מינה אחת אה, אבי, האחריות היא משותפת, מתוק כבוד, גם לדור הצעיר, אבל גם למקצועות שפועלים יחד אתנו."*

#### ה. חוסר בהליכי עבודה מוסדרים

הבסיס ליישומו של חוק החולה הנוטה למות הוא בהגדרת החולה ככזה, שתוחלת חייו אינה עולה על 6 חודשים. הדוברים השונים העידו על כך שהבעיה בראשיתה היא חוסר הגדרה של חולים כנוטים למות. אין תהליך מוסדר, מתי ע"י מי ואיך צריך הדבר להתבצע.

*"אני חושבת שהדבר הציקרי הוא שברגע שאנחנו צריכים להגדיר, אני יודעת אצלנו שנה כבר כמה שנים שאנחנו עושים את זה, לפחות יותר משנתיים, אני לא רואה חוץ מרופאה אחת, יכול להיות שהם מדברים בעצם פה, בטוח שהם מדברים בעצם פה, כשהם אומרים לפחות, אחראית משמרת או אחראית מחלקה - לא משנה, שהם אומרים - לחלופין הנה לא נשאר הרבה זמן, אז אי לכך נעשה כק וכק. אבל הם לא מוכנים לתעד את זה."*

*"לקבוע סטנדרטים שיכללו את האוכלוסייה, להחליט מתי שמיס ברקסיס לפני טיפול."*

*"אני חושב שנה צריך להתחיל מהחלטה רפואית, יש איזו החלטה של רופא, שצריכה להיות שאין תוחלת. צריכה להיות החלטה גם של רופא, אבל צריכה להיות רב מקצועית, שאין תוחלת לטיפול, ואז לקבוע את מדיניות הטיפול, וצריכים לתת לצוותים הרפואיים את הכלים, כולל הכלים החוקיים, לממש את הדבר הזה."*

*"ההתנגדות שלנו לתחום, הקושי בפרואנסטיקה"*

ובכלל כדי שתהליכים יבוצעו כראוי צריך מדיניות ברורה

*"אני מרגישה שכל עוד לא תהיה מדיניות שיוצאת מהנהלת בית החולים של החלטה על היישום של החוק, אני לא חושבת שנה יתקדם, גם לא מבחינת הצניין של הכשרה. אני לא מכירה רופא שבאופן מכוון, בלי שנה יהיה יוצאה של החלטה או המשפחה, הוא יועט את השיחה על הצניין הזה. כלומר, אולי באונקולוגיה אני שומעת פה ופעם שנה קורה"*

## ו. רצף טיפולי

נושא רצף טיפולי מתחלק לשני נושאים עיקריים:

- א. רצף טיפולי פנימי – בתוך בית החולים
- ב. רצף חיצוני – עם הקהילה או מוסדות אחרים

נושא הרצף הפנימי כולל בתוכו מתח וניגוד אינטרסים בין המחלקות השונות בבית החולים ובין מקצועות הרפואה השונים.

"אשכול חולה עם משבר כאב או משבר נשימתי מביא להתנגשות בין תחומי רפואה ורופאים שונים, צריק משהו יצא סדר. קושי נוסף הוא כקב שיש רופאים שחושבים שזה לא התפקיד שלהם, שזה התפקיד של האונקולוג או רופא המשפחה, וזה לא התפקיד שלו לעשות ברור על סוף החיים".

"אז את אנחנו מסתכלים על נקודת מבט של החולה, הוא נמצא כל הזמן במצב של מסר אמביוולנטי מצד המערכת הרפואית, מצד אחד האונקולוג אומר לא נרפא אבל נצור, נאט אבל מצד שני משהו פליאטיבי אומר כן, אבל תראה את תופעות הלוואי אתה יכול למות מנוירתרופניה ואז כאילו מה עושים".

"צריק להיות שיתוף פעולה בין הפנימאי לאונקולוג, מי אחראי על ההחלטה. התפיסה היא שתפקיד הפליאטיבי היא לייצג את החולה ומשפחתו. ברור שכולם רוצים בטובתו של החולה, אבל עם כל אחד עם המטען שלו מביע להחלטה ולטיפול. האונקולוג מלווה אדם כבר 5 שנים, הוא רואה בעיניו את המטופל כשהוא מביע לאמבולטורי על הרגליים וחוזר הביתה, והפנימאי מקבל אדם בהתדרדרות שוכה ונאנח מכאבים, הם מדברים על מטופל שונה לגמרי. הרבה פעמים הפנימאים מרגישים שאונקולוגים נוטים את המטופל וזה לא נכון, האונקולוג לא מביע לעתים כי הוא לא מצליח לעמוד בזה, ולעומת זאת האונקולוג מביע עוד טיפול ועוד אחד ולפעמים ההכרות הארוכה היא רק לרצתו של החולה. יש שני דגלי מאז בין בתי החולים בתקשורת הזו, זה מצד לחיכוכים מאז משמעותיים בין רופא-רופא, רופא-אחות, רופא-מטופל, זה המון המון תלוי הרופאים הבכירים".

נראה, כי תפיסת העולם של האחיות תואמת יותר לתפיסה של הטיפול הפליאטיבי, מאשר תפיסתם של הרופאים. ניגוד זה יוצר לפעמים מתח וחיכוך בין שני מקצועות אלה.

להלן ציטוטים מדברי אחיות:

"אני חושבת שרופאים הכי קשה. הם לא משחררים. והם מודים בזה, מודים קשה להם לשחרר".

"בסיצור הביופסיכוסוציאלי, א', היא הרבה יותר חזקה בכל התהליך של ההכשרה, ודבר שני, כשאת בסיצור, את לא באה עם הפנטזיה, שאני מניחה שיש לחלק דגול מהרופאים לבוא ולהציף אנשים. הסיצור בא לתת טיפול, לתמוך".

"זה לא תלוי בי, אלא ברופאים. והרופאים לא מפסיקים את הטיפולים לחולים האונקולוגיים, הם משיכים לתת טיפולים בלי סוף, עם כשהחולה יום לפני מותו, הוא צדיין מקבל טיפול".

"תראו, אני אישית לא יצרתי את זה כי אני לא יכולה לבוא על דעת עצמי כשרוא נותן חולצה צ'אנס להמסק, אני לא יכולה לבוא בתור אחות ולומר לק- תשמע, אל תשמע למה שהוא אומר לק".

"שהאחיות שנכנסות לחדר 5 פעמים במסגרת לפחות הרבה יותר מודעות למספחה ולצרכים, הן הרבה יותר צרניות אבל אני לא חושבת שיש מצב של אינפורמציה לרופאים. יש הפרדה בין הרופאים לאחיות ובהיבט הזה אין ספק שטעם זה החולצה טוב".

## ז. משאבים

ממד נוסף שעלה מדברי המרואיינים הוא מחסור במשאבים: זמן, כח אדם, ואף תנאים פיזיים המאפשרים שיחה בפרטיות.

"לא ניתן לנהל מספיק קשה במסגרת כלל המשימות והמטלות שצומדות בפני הצוות של צומס צבודה, דרישה לאיכות טיפול, מתן שירות הולט ויחס ושחרור מהיר ככל האפשר".

"יש קשר למסק הלאחר שיש לנו לנהל שעות כאלה".

"בעיה סביבתית - מטופל עם צורך 5 אנשים באותו החדר, ולפעמים יכול להיות מקסימום צורך בן מספחה אחד - איך תנהלי ככה שיחה משמעותית?"

"צריך גם לצייין שחולצה סימפוטומתי מצריק המון המון התעסקות, הטיפול הפזיאטיבי בקביעה הוא מאוד דורש, זה לתת תרופה ולבוא אחרי חצי שעה ולראות מההשפעה ומה עושים עם זה. זה דורש כוח אדם מאוד משמעותי ויש היום 3 אחיות על 50 חולים זה לא באמת אפשרי".

## ח. בעיות טכניות

בין הבעיות הטכניות שנמנו היו סרבול של החוק, חוסר הגדרות, מאגר ממוחשב שאינו נגיש, טפסים מסורבלים ועוד

"כל החוק שחוקק הוא מאוד מאוד קשה ליישם, החוק הוא מאוד מורכב, התחיל כיוון אחד אבל הלך להרבה כיוונים אחרים, ולכן באלל המורכבות שלו, כל התהליך הוא מאוד מורכב באופן בסיסי".

"גם האתר של משרד הבריאות שיצרו הוא בלתי נגיש בעצמו... כלומר, כל התהליך הזה צדיין מאוד מאוד ממושך".

"ההנחיות המקדימות, אני לא מאמינה שבאף בית חולים משהו יושם עם החולצה עם 12 הצמודים האלה וצובר דבר, דבר, דבר ומסמן".

סוג אחר של בעיה טכנית קשור למטופל - האם הוא מאפשר שיחה או לאו

"אני חושב שיש אנשים שהם יותר פתוחים וקל לי שיחה, ויש אנשים שפחות".

צריך להכיר את החולה כדי לדעת איך לפנות אליו, אולם היכרות זו אינה מתאפשרת.

"יש חולים שמתקשים לדבר, חלקם יש ירידה קואניטיבית, חלקם אנחנו רוצים להכיר אותם יותר טוב".

"שאנחנו לא מכירים את הרקע שלהם (של החולים בעיקר הכרוניים)".

ט. חשש מתביעות

"אני מרגישה שיש גם כחך מתביעות".

"הם מחדדים שיקרה משהו במסמכת שלהם, אבל זה שהחולה סובל, הם מודעים, אבל פוחדים שיקרה משהו, שתהיה תביעה בגלל שנתנו לו יותר מידע".  
MO.

"והוא נובע הרבה מרפואה מתאננת".

אחת האחיות אמרה, שאם התפיסה תשתנה והאיום יהיה מתביעה בגין אי מתן טיפול תומך, הנושא יתקדם:

"אני תכינו שפעם אתם החדתם משפחה תתבצע אתכם שלא צייתם אינסטרוציה  
אני צכשיו זה יהיה הפוק, אני הוא שתק לרצף ואמר שצכשיו הוא מתחיל  
להבין מה הולך להיות. זה אחד הדברים שיכול להניע את אמות הסיפים".

כלומר, ההיבט המשפטי יכול להפוך מחסם למאפשר.

6.2.2 חסמים של החולה ומשפחתו

א. ידע

לחולה ולמשפחתו מחד ידע מועט בנושא "חוק החולה הנוטה למות" ומאידך הרופאים משתפים אותו מעניקים ידע, אך המסרים אינם ברורים ומבלבלים.

"מצער לזה, אני חושבת עם האנשים עצמם לא מודעים לחוק. צובדה היא  
שיש לנו מצט מאוד הנחיות במאזר".

"אני חושב שאנחנו בהצבת מידע כלפי החולה שכעת מתקשה מאד לקבל  
החלטה, מצד אחד אנחנו מביקים בו תקוה לצתיים זו תקוות שווא ולצתיים  
יש יתרונות של דישה פליאטיבית של לתת את אותו הזמן רק ללא תופעות  
לוואי, ותמיד יש את סיפורי יוצאי הדופן שהטיפול האט את המחלה והחולה  
חי עוד שנה שנתיים וכו'".

"החולה באמת מתקשה לקבל החלטה כי אין דישה חד משמעית לצעות את  
זה".

ב. הדחקה של נושא המוות

החולה מדחיק את נושא המוות, ולא רוצה לשמוע שהולך למות.

"אני חושב שהבציה של החולה היא שהוא הרבה יותר מתקשה לדמיין לצמח  
השלב של התחלת מחלה כרונית את השלב של סוף החיים, סרטן, COPD, אי  
ספיקת לב ובסוף כשואלים אנשים בריאים אז כולט לא רוצה להיות מונשם  
ומשותקים, אבל האדם הוא חיה מאד אדפטיבית, אנחנו מתאימים עצמנו  
למצבים חדשים, יצר חיים הוא יצר חלק, ולכן עם כשאנשים באים ואומרים  
לנו משהו אז לא תמיד זה מסונכרן מבחינה רגשית".

"אבל זו שאפה לא טריוויאלית כמה אנשים מוכנים לדבר על מותם, כלומר  
אני לא, אני יכול להגיד לך מתוך מחקר שאנחנו עושים שכפונים לאנשים  
ושואלים אותם מה הן תפיסות סוף החיים שלהם – איך הם היו מצדיקים  
למות, אם הם היו מוצגים בבית המוסד, משפחה או צובד זר שיטפל בהם,



90 אחוז מסרבים לצנות לנו על הפנייה, אומרים תודה רבה לא רוצים לצנות לנו על הפנייה, זאת אומרת שאני לא בטוח שיש לנו פרטנרים ללינווי רוחני אולי, זה דבר אחד אם היה מסתובב לו פה מלווה רוחני ומתחיל בשיחה עם אנשים והיה שואל אותם מה ניתן להקלה אבל אני לא בטוח, אני יודע שיש אנשים שבשילם הדיון על המוות מבחינתם זה ממש מחיש את מותם ויש כאלה שמוכנים ופתוחים לדבר על זה".

"כי יצר החיים הוא חזק, כי הפחד מהמוות הוא גדול, המון סיבות לדבר הזה".

### ג. תפיסת המצב

לעתים החולה תופס באופן שונה את מצבו מאשר הצוות. השקפות העולם שונות.

"ויועט את הנושא של הרבה פעמים אנחנו, כלומר אנשים מתנדדים לאילו פעולות מסוימת כי הם אולי לא רואים את הטוב שיווצר אלא רק את הרע, לדוגמא amputation אז חושבים אני לא אוכל לרוץ עם הנכד אבל אני כן אוכל להסיע אותו בכיסא ואני כן אוכל להקריא לו סיפורים ואני אוכל לראות אתו טלוויזיה, אז עט כאן זה מאד תלוי בספקטרום שתואר לחולה".

### ד. קושי של המשפחה להיפרד

"יש אימפקט מאד חזק למשפחה שהרבה פעמים מאד מתקשה להיפרד - אף תדבר על זה, אנחנו לא מוכנים וכו'".

### ה. המוות כמפתיע

"בסוף שמי שמנצח בסוף זו המחלה האקוטית, חולה יכול לקבל החלטה, לא נעשה וכן נעשה, ויכולה להיות הסכמה של כולם, ובסוף יש קוצר נשימה שהמערכת הרפואית לא ערוכה לטפל בו, בבית הזמן ריאלי ולא במיון, ואז אומרים "תעשו לו אינטובציה, אני לא יכול לראות את אבא נחנק", ואז כאילו עושים פעולות שכולם הסכימו לא לבצע בעלף האיילוף של בעיה פתאומי שבעצם לא הכינו את החולה ומשפחתו אליה ולכן אנחנו בעצם מנימים גישה".

### ו. ריצוי המשפחה / החברה

אחת הדוברות הוסיפה היבט נוסף ליחסי חולה - משפחה. לעתים החולה רוצה לבחור את סוף חייו אך חושש מתגובות משפחתו.

"אבל אני שומעת דברים כמו - אני רוצה להיות בבית, אבל אני לא יודע איך המשפחה תגיב לזה; אני רוצה להיות בבית, אבל היילדים מאוד עסוקים; אני רוצה להיות בבית, אבל זה לא החלטה שלי, זה החלטה שלהם; אני הייתי רוצה להיות במיטה שלי עד הסוף, אבל אני לא יודע אם אני יכול להעמיס את זה עליהם".

"אנחנו רצימים לדבר בעיקר על החולים האונקולוגיים במונחים של מלחמה - אנחנו הולכים להילחם במחלה, את רואה מודעות אבל - נפטר אחרי מאבק קשה, אחרי מחלה ממושכת, שזה מאוד ברור שזה סרטן, והרבה מטופלים שאני מדברת איתם זה מאוד לא מתאים להם. להגיד - אני הולכת לפוצץ אותו בכימותרפיה, בהקרנות, בתרופות נגד כאבים כשמדובר על חולה בסוף החיים, ואנשים קולטים את זה, אנשים בסוף החיים מבינים,

שאת הט יולחמו הט ירצו אותנו, ואט הט לא יולחמו, אפילו שהט נמצאים בסוף החיים, הט לא מרצים אותנו. לא מרצים אותנו, לא מרצים את המשפחות שלהט, כי הט, כביכול, במרכאות, מותרים."

## ז. תרבות, אמונות ומגזרים

נושא מרכזי שעלה מדברי כל המרואיינים היה התרבות הישראלית. גם בעיני הציבור הישראלי המוות נתפס ככישלון, והוא חושב שצריך לעשות הכל כדי להציל, בדומה לתפיסת העולם של הרופאים.

"אני חושבת שיש בתרבות שלנו, שוב, אני מניחה, את יודעת, בתרבויות מסוימות, בבודהיזם וכו', שיש להט הרבה יותר קבלה, בתרבות שלנו יש קושי לקבל את המוות. מוות זה כישלון אפילו אולי להרבה אנשים, בטח בתחום הזה של אנשים מטפלים. מוות זה כישלון.

שטט המטופל שלרוב לא רוצה למות, טט המשפחה שכמובן מאוד לא רוצה שהיקר לה ילך לעולמו, אז את כאילו נאד הלט. ממש כל הזמן נאד הלט. בצוד שאני מניחה שאת הייתי, אולי, לא יודעת, חיה בסביבה שחיה לפי התרבות הבודהיסטית שמאמינה שהמוות וזה, אז יכול להיות שזה היה ההיפך."

"ואט מבחינה חברתית, הקונספט הזה של קבלת החלטות בסוף החיים זה לא משהו שהוא מאוד מוסרש בחברה הישראלית על כל מאוניה המאזניות. כלומר, אנחנו להיפך, כמות האנשים שיש בהט, החולמים והמשפחות שלהט, שיש פתיחות לקבלת החלטות בסוף החיים היא קטנה ביותר. ברוב האנשים, להיפך, אנחנו צריכים להתמודד ולשכנע אותט, שלא צריך לעשות הכל."

"התהליך הוא תהליך לא פשוט. זה תהליך שייקח הרבה מאוד שנים. זה תהליך חברתי בכלל, הרבה יותר מתהליך של בית החולים."

"זה תפקיד של החברה, טט בין הצוותים המטפלים אין זהות מוחלטת, וזה לא משהו שאתה יכול לבוא ולהגדיר את זה כנוהל מחייב. כלומר, יש פה פן אישי-חברתי מאוד משמעותי, שאני יש לי את הדעות שלי."

"אני חושב שהדבר השני זה האווירה, אווירה שהיא מאיימת, שוב פעם, הזכרתי את זה כבר כמה פעמים, התובנות של החברה, תלכי למשפחה מטבריה ותלדי שמישהו הולך למות טט, זה חוויה מצניינת, זה לא פשוט. אני חושב שזה הדבר הכי מאתגר, הסביבה שאנחנו צובדים בה. שוב פעם, חברתית, תרבותית, דתית."

"לכל אחד מאיתנו יש איזה וקטור מוכלל של קצת דת, קצת ליברליזם, קצת אמנות טפלות וקצת איזה משהו שאנחנו לא תמיד יודעים להגדיר מאיפה הוא בא. יש פה התייחסות שיותר מבנה מה משפיע ואז מנסה לראות איך משנים. כל צוד הדברים נעלמים אז אנחנו יכולים להגיד איזה אחוז הוא כזה ואיזה אחר, אבל בסך הכל אנחנו לא יכולים לשנות צמדות."

"בבסיס של הצניין זה כנראה תצרוכת של נורמות חברתיות בצירוף השונות האיטיות של כל פרט שבסוף מסבירים 0.29 אחוז מההתנהלות."

"המוות נתפס כמשהו שהוא לא בסדר. טט הסדרות בטלוויזיה שבהן אחוזי ההחייאה בחדר מיון הן 80% בצוד שבפועל זה צומד על 10%. יש ציפייה שהרפואה תעשה הכל, המוות ישנו אבל הוא מעבר להרי החושך."

"הקשר הזה, בישראל כמובן צריכה להיות התייחסות לאלאמנט הדתי/ תרבותי- אין יכולת לזכור על התחום הזה ללא התייחסות לפן ההלכתי. המצרכת צריכה לקבל החלטה - מי מקבל את ההחלטות."

### 6.2.3 מאפשרים

המאפשרים במקרים רבים הם ה"צד השני של המטבע" של החסמים. כך לדוגמא, חוסר מיומנות מהווה מכשול, אולם מיומנות טובה היא מאפשר. מטבע הדברים, "המאפשרים" סוללים את הדרך לביצוע ולפיכך הם נכללים גם בהמלצות. בדוגמא זו יומלץ על הכשרה לצוות. לפיכך לא תורחב כאן היריעה, וההתייחסות למאפשרים תהיה דרך החסמים או בהמלצות.

### 6.2.4 המלצות

ההמלצות הן המלצות של המרואיינים והן נגזרת של הקשיים שהועלו.

#### א. צוות ייעודי מוביל

דוברים רבים הצביעו על כך, שכשיש מנהיגות, כשיש מי שיוביל את הנושא, הנושא יתקדם. ולפיכך המלצתם היא למנות צוות ייעודי מולטידיספלינרי לנושא אתו ניתן יהיה גם להתייעץ.

"צוות ייעודי שהוא מצל המחלקה שמוביל את התחום עם מחינה ארגונית וצמ מחינה ביצועית."

"גישת כוללת, מולטידיספלינארית, רפואית, סוציאלית, סוציאלית, עם גיבוי על טיפול תרופתי נכון..."

"יש שתי אופציות, או שכולם ידעו מה צריך לעשות או שיהיה צוות שיהיה אחראי על זה. צריך להחליט, וצוות פליאטיבי לפחות להתחלה זה הרבה יותר פרקטי. הצוות הייעודי."

#### ב. פיתוח מומחיות בתחום

"אבל צוקדה יצרנו את הרפואה הפליאטיבית. אנחנו מבינים שיש כאן כשירות מיוחדת, אנחנו מבינים שיש כאן התמודדות מאוד מאוד קשה... ויצרנו מומחיות, כי אנחנו מבינים שזו התמודדות, סופר קשה, ואנחנו בצצט, התפקיד שלנו כרופאים, זה להביא את זה למקום שאתם המומחים תוכלו להתמודד עם זה, כי לנו זה מאוד קשה. וזה הרקע אולי לכל המומחיות."

#### ג. חינוך והכשרת הצוות הרפואי

מעבר להמלצה על הכשרת צוותים דיברו המרואיינים על חינוך הצוותים הרפואיים לא רק הכשרה, שתהווה כלי ביצוע, אלא קודם לה חינוך שונה, הנחלת גישה שונה עוד בבסיס בביה"ס לרפואה.

"אני חושב שקודם כל בבית הספר לרפואה צריך להתחיל להסביר שמטרת הרופא היא לא רק להציל חיים אלא גם ללוות את החולה למותו."

"איק אתה יוצר תפיסת עולם שאומרת: איך אני נצרך למותי אני חושב שבדברים האלה זה מחייב אותנו, במקביל לרפואה, גם להכין את זה כחלק ממיומנויות חיים."

"אני חושבת, שבבתי ספר לרפואה זה צריך להיות שט מ-day one, בלי קשר לחולה. תקשורת."

"אני חושבת שבכל המוסדות, בכל המקצועות הנלמדים - רפואה, סיצור, עבודה סוציאלית - זה צריך להיות חלק מהצניין."

זה יהיה החינוך מ-day one, כולל גם אחר כך ניתן את הידע"

"אני צריך פה המון הכשרה של תקשורת בינאישית, איך מדברים עם מטופל בכלל, איך רואים מטופל."

"בשיא שיהיו כליט צריך הכשרה, ההכשרה צריכה להיות על התקשורת, איך לעשות את השיחות הללו עם החולים,"

בהקשר של מיומנות הומלץ, כי השיחות ייעשו ע"י בכירים

"אני חושב שראוי שמי שיופיל את השיחות האלה יהיה מישהו בכיר. קודם כל צריך לעשות את השיחות האלה בשעות הבוקר. על ידי מישהו ותיק יותר, מישהו עם ניסיון."

ד. רצף טיפול עם הקהילה

דובר על רצף טיפול עם הקהילה ומיסוד מסגרות מתאימות בקהילה. בנוסף דובר על הרצף עם מד"א ומוסדות אחרים.

"טיפוח הסוף החיים הוא לא רק בבית החולים, הוא גם בקהילה."

"האידיאלי חולים כאלה צריך להימצא להם פתרון שאיננו בית החולים בכלל, שהמזכרת הקהילתית, שבמדינת ישראל היא ברמה מאוד מאוד גבוהה, אבל לא עוסקת כל כך בתחום הזה ... החולים האלה צריכים להיות כבר מוכנים, לא להגיע כמעט לבית חולים בכלל, אין שום תוחלת בזה, זה סתם עומס על המזכרת שאין בו צורך."

"בצולט אידיאלי הוא לא צריך להיעשות בבית חולים. בצולט אידיאלי טיפוח הסוף החיים הוא באמת נתון לרצונו של המטופל. מהניסיון שלי, חלק גדול מהאנשים היו רוצים שזה יהיה בבית, ולא באיזושהי מסגרת מוסדית."

"דבר נוסף, אני חושבת, זה להעביר חלק גדול מהדבר הזה לקהילה."

"כל החולים האחרים, הכרוניים, הם צריכים לבוא מוכנים, שידעו שיש התייחסות, לא הולכים הביתה סתם ללמטה, הולכים הביתה כי הטיפוח צכשיו הוא לא בבית החולים, לא במכון האונקולוגי אלא בבית, שיש איזשהו רצף."

"אי אפשר לקחת את בית החולים כיחידה נפרדת, זה רצף טיפוח, זה צריך להתחיל מהקהילה, וזה צריך להמשיך ברפואת החירום. הרי מד"א, מד"א פר הדירה, ההנחיות שלהם זה לעשות אינטובציה, או להנשים, או לעשות פעולות. אסור להם לקבל החלטה לא לעשות. ואז פתאום נופל עלינו חולה בזה, שאנחנו לא מכירים אותו, לא מכירים את המשפחה שלו, לא מכירים את הרקע שלו, וקבלת ההחלטות בסיטואציה כזאת שהיא כמוך מלחיצה, היא לא פשוטה."

"זה אחד הדברים שהסטפ הבא יהיה למד"א וזה חשוב."

ובנוסף גם רצף בין בתי חולים שונים:

"עכשיו, הבעיה היא, כשהוא בא לבית חולים אחר. אין לנו שום ציון השם מקום, הוא לא עשה הנחיות מקדימות וזה לא הניע למשרד הבריאות, אבל לי, את החולה לא בא ואמר - עשיתי, יש לי, וזה - אף אחד לא ידע. אז זאת הבעיה, אין קשר בין בתי החולים, אין רצף בין מצרכת אחת לאחרת".

#### ה. היבטים משפטיים

המלצות אחרות התייחסו להיבטים משפטיים ובהם: שינוי חקיקה, מתן הגנה משפטית ואכיפה ורגולציה:

שינוי חקיקה - "כי ברמת מדינת ישראל צריך לשנות את רוח החוק. כי החוק רחוק מהמציאות שלו. מישהו כתב אותו שם למצאה".

הגנה משפטית - כמה דוברים ביקשו שתהיה הגנה משפטית על מנת שיוכלו לפעול בביטחון.

אכיפה ורגולציה - הדוברים השונים העידו שמבדק האיכות הנוכחי עזר לקדם את התחום. ומכאן שברגע שיש אכיפה ורגולציה נושאים מתקדמים.

עוד ביקשה אחת הדוברות, שתהיה כתובת ברורה במשרד הבריאות למתן תמיכה לצוותים המובילים בתחום.

"זה צריך לבוא כדרישה של מדיניות. הלא משרד הבריאות יצא בחוזר המנכ"ל ב-2009, שאמר היה להיכנס לתוקף ב-2013, אבל אף אחד לא עשה כלום לאכול את זה, אז אני חושבת שבאמת אין מה לעשות, אבל אכיפה מצד משרד הבריאות, אני מניחה שהיא תיאלץ".

"ואני מרשימה, נסיד, שהאחיות אצלי עוסקות בזה הן מקבלות, נסיד, תמיכה שהן צריכות ממני, ואני למשל עוסקת בזה ומנסה לנהל את כל הסיפור הזה, ממי אני אמורה לקבל תמיכה? למה שאני לא אקבל תמיכה ממשרד הבריאות.

אבל בסך הכל ברוב הפעמים אני מרשימה מאוד לברך בזה. מאוד לברך. אז למה לנו חוזר ולהגיד לנו ליישם אותו ולהשאיר אותנו מכלל ההחלטות לברך, אני חושבת שזה לא הולך. ממה לא הולך".

#### ו. הסדרת מדיניות ודרכי עבודה

חשוב שבכל בית חולים תהיה מדיניות ברורה, כתובת להתייעצות, ואף אביזרים טכניים שיעזרו לביצוע, כגון התראה ממוחשבת.

חשיבות הסדרת מדיניות ודרכי עבודה תוארו הן בחסמים והן במאפשרים.

#### ז. הקצאת משאבים

כאמור לעיל, ישנה בקשה להקצאת משאבים של כח אדם וזמן.

"את אתה חושב זה שירות חשוב לאוכלוסייה. ברצף אתה מדיר שנה חשוב וזה משהו שאתה רוצה להתעסק - המשמעות של זה היא שאת כספית, צריך לשכור אנשים לזה, צו"ס ורופאים שנה מרכז ההתעניינות שלהם".

"ואני חושבת שמשרד הבריאות היה צריך להקצות יותר תקנים לצניין, למה לנו יותר תקציבים לצניין".

"צריך לחשוב הרבה על הקטע של טרפיה נפשית למי שעושה את זה."  
"אני חושבת שצריך הרבה מאוד זיווי ותמיכה למהיבטים הרגשיים, מצד אידיע,  
של הצוות שצמא במקומות האלה".

"לא מדברים בארץ על רגשות ושחיקה. התמיכה הציקרית שלק זה ה-peers  
שלק. זה בנוי בציקר מרופאי valenting group יש את זה בציקר לרופאי משפחה  
וצריך להסב את זה גם לאחיות ולפאונקולואטים".

ט. ביצוע מחקר להבנת התנגדויות

רעיון נוסף שהעלה אחד הדוברים הוא ביצוע מחקר להבנת התנגדויות.

"התייחסות שיותר מינה מה משפיע ואז מנסה לראות איך מנסים. כל עוד  
הדברים נעלמים אז אנחנו יכולים להגיד איזה אחוז הוא כזה ואיזה אחר,  
אבל בסך הכל אנחנו לא יכולים לשנות צמדות. שנוי צמדות הוא נוסא  
מורכב... לבחון את הסיבות הציקריות שמפיעות ואז לראות איך אני בונה  
את התוכנית להתמודדות עם המוות".

י. פרסום ושיווק הנושא לציבור

לשינוי התרבות הישראלית בנושא ושינוי תפיסת המוות בציבור הומלץ על ידי דוברים רבים לערוך  
מסע פרסום ושיווק לנושא.

"לדעתי הפרסום יכול לעשות את הכל, שברצו שזה יהיה מפורסם אז אנשים  
יהיו מודעים ואנשים יבקשו וירצו כבר וידעו שזה קיים ואז הם יוכלו לבצע"  
"אני חושבת שגם חינוך של הציבור צריך".

"אם הייתי משרד הבריאות, הייתי באמת מנסה לחשוב על זה כמו מישהו  
שעשה קמפיין, נגיד יש את הקמפיין של האגודה למלחמה בסרטן של 'חכת  
השמש', אני זוכרת אותו, לראות איך משווקים את זה, אני לא יודעת  
לשווק".

"אני חושבת שצריך לשווק את הצניין הזה של הזכות למות בכבוד. לחיות  
ככבוד ולמות בכבוד. ובכבוד זה שאתה בוחר איך. זה לא דרך אחת. זה נורא  
חשוב לי להדגיש. נראה לי שגם כל זה ייעשה, אנחנו מצבנו יהיה מושלם".

"זה צריך לעבור במדינה. אם גם נעשה קמפיין ציבורי, אז אולי גם אנשים  
יבינו, המשפחה תרגיש נגיד, שגם הם לא דרשו החייאה זה לא שהם ויתרו על  
האהבה שלהם, זה לא שהם היו לא בסדר".

לסיכום, החלק האיכותני של עבודה זו חשף בפנינו את הקשיים וההתנגדויות לנושא.

ברור כי מדובר בתהליך חברתי שהחל, ומטבעו של תהליך הוא אורך זמן.

הפתרונות שהוצעו ע"י המרואיינים עולים בקנה אחד עם ההמלצות שעלו ממבדק האיכות ונותנים  
להם משנה תוקף.

## 7. סיכום והמלצות

במהלך המבדק היינו עדים למאמצים ותוכניות להיערכות המוסדות הרפואיים להטמעת הנושא, כמו: כתיבת נהלים, הכשרת צוותים, מינוי נאמן מאגר ארצי, העברת מידע והבניית רצף טיפולי. בניית מסד נתונים והתראה ממוחשבת להנחיות רפואיות מקדימות. פעולות אלו הובילו להעלאת המודעות לנושא תוך כדי הפחתת המחסומים בקרב צוות המטפלים, פיתוח ידע ומתן כלים על מנת להעלות את רמת המוכנות לחתימה על הנחיות מקדימות ולקידום הטיפול התומך בסוף החיים. ניכרת כאן ראשיתה של הדרך אך עדיין בכל התחומים הללו נדרשים מאמצים נוספים על מנת להמשיך ולבנות תרבות ארגונית בנושא הטיפול הפליאטיבי.

במבדק נבחנו היבטים שונים של הטיפול בסוף החיים, במטרה לאמוד את יישום החוק, הכולל ברור העדפות טיפול בסוף החיים ואת הענקת הטיפול הפליאטיבי במחלקות בתי החולים.

בפרק המאפיינים נבדקו מאפייני התשתיות לטיפול הפליאטיבי בהם מאפייני כח אדם ייעודי והתארגנות המוסדות ליישום החוק.

חשוב לציין, כי נמצאה הלימה בין ממצאי המאפיינים שדווחו על ידי בתי החולים וממצאי המבדק עצמו אשר בחן מדיניות, הליכי עבודה, הכשרת הצוותים, טיפול פליאטיבי שניתן בבתי החולים בכלל ובמחלקות השונות בפרט.

### 7.1 סיכום לפי פרקי המבדק

**מדיניות מחלקתית** – מדיניות במחלקה דורגה כגבוהה יחסית אם כי מגובה קצת פחות בכתובים (נהלים מחלקתיים או מוסדיים) ואף הצוותים הצהירו על קיום דיונים בצוות בנוגע לדילמות טיפול בסוף החיים כגון הזנה פולשנית, דיאליזה, החיאה, הנשמה, טיפול פעיל במחלה. לעומת זאת התקבל ציון נמוך יחסית לגבי פרוטוקול מובנה לטיפול בכאב והכרת תוכנו וציון נמוך ביותר לקיום שאלון מובנה לברור העדפותיו הרפואיות של החולה. כמו כן ניתן להתרשם מתמיכה רגשית נמוכה ביותר לצוות המטפל בחולים הנוטים למות.

בבתי החולים הגריאטריים ובבתי החולים הקטנים ניכרו יותר כלים ליישום המדיניות בפועל כגון כלי לאומדן כאב וכלי לאומדן העדפות טיפול כמו גם תמיכה רגשית בצוות המטפל. ייתכן שניתן להסביר ממצא זה בכך, שמצב רגיש וייחודי כמו סוף החיים דורש מקום ייעודי בעל סביבה טיפולית מכוונת ומקצועית עם גישה טיפולית ייחודית לסוף החיים. ואילו בפועל, ממאפייני התשתיות המוסדיות והמחלקתיות ניכר חוסר רב במשאבי מבנה וכוח אדם ייעודים לנושא.

בבחינת הריבודים על פי גודל ביה"ח בלטו בתי החולים הגדולים בהתארגנות ליישום הטיפול הפליאטיבי: נהלים, כח אדם, הכשרה יחד עם זאת, שביעות רצון של משפחות הנפטרים לא עלתה בקנה אחד עם המאמצים ליישום החוק ודווחה שביעות רצון נמוכה ביותר. ייתכן כי ההסבר לכך הוא כי בבתי החולים הקטנים ישנה אפשרות רבה יותר ליחס אישי הדרוש במיוחד במצבי מצוקה קשים כגון השלבים הקריטיים של סוף החיים או שמא הנהלים שדווחו כברורים אך הוסדרו לאחרונה וטרם הספיקו להיטמע ולהשפיע על הצוותים ועל המטופלים ובני משפחותיהם.

בקיאות ארגונית והכשרת הצוותים זכו לציון גבוה יחסית לשאר הפרקים. ניכר כי נעשים מאמצים להכשיר את הצוותים השונים בנושא הטיפול הפליאטיבי. ציונים גבוהים יותר הושגו בבתי חולים כלליים וגדולים ומחלקות הוספיס ואונקולוגיה. בבדיקת מאפייני בתי החולים נמצא כי חברי הצוות השונים משתתפים בהכשרות מגוונות וברמות שונות בטיפול תומך בסוף החיים, אולם מספר המומחים הקליניים ברפואה ובסיעוד בטיפול תומך זעום.

**תהליכי עבודה** – נושא זה קיבל את הציון הנמוך ביותר מבין כל הנושאים שנבדקו במבדק (66.1%). תהליכי עבודה נאותים, הכוללים שיחה עם המטופל לגבי העדפותיו, מילוי טופס הנחיות רפואיות מקדימות, מינוי מיופה כח וכד', מבטיחים את יישום החוק. אולם נמצאה עמידה נמוכה במדדים העוסקים בברור העדפות טיפוליות רפואיות וכן בתהליכי עבודה קליניים, העוסקים באיזון כאב וסימפטומים מטרידים.

**טיפול פליאטיבי תומך** – צוות ייעודי למתן טיפול פליאטיבי בבית החולים בהתאם לחוזר המנכ"ל חסר בכשליש מבתי החולים. גם בבתי החולים בהם קיים שירות ייעוץ פליאטיבי נעשה שימוש מועט בשירות, כפי שעולה מדיווחי בתי החולים בשאלוני המאפיינים. ייתכן שניתן להסביר זאת מתוך ממצאי המבדק בפרק הטיפול הפליאטיבי מהם עולה, כי המחסום הבולט למיעוט השימוש בייעוץ הוא קיום קריטריונים ברורים במחלקה להזמנת ייעוץ פליאטיבי.

הקשר עם המאגר הארצי לבירור הנחיות מקדימות במשרד הבריאות נמצא חלש ביותר. מוסדות רבים מינו נאמן מאגר לנושא, אך דיווחי הפעילות היו אפסיים.

מדד הליכי העבודה טעון שיפור רב במיוחד בבתי חולים הכלליים, הקטנים, בתי חולים בבעלות ציבורית ובמחלקות הפנימיות.

**סיכום כללי** ניכר פיתוח של מדיניות והכשרת הצוותים. יש צורך להשקיע מאמצים רבים נוספים בגיבוש הליכי עבודה וקידום יישום הטיפול התומך במחלקות הרלוונטיות בבתי החולים.



## 7.2 המלצות

המלצותינו הן בתחומים: קליני, מינהלי, חינוכי, מחקרי.

### א. המלצות קליניות

- ✓ להמשיך ולגבש מדיניות מחלקתית ברורה המגובה בנהלים בתחום הטיפול הפליאטיבי;
- ✓ לקבוע מדד איכות בנוגע לבירור העדפות טיפול בסוף החיים;
- ✓ יש לחזק את הקשר עם המאגר הארצי לברור הנחיות מקדימות במשרד הבריאות;
- ✓ לשפר את הכרות הצוות עם נאמני המאגר הקיימים בבית החולים;
- ✓ לגבש קריטריונים ברורים להגדרה של "החולה הנוטה למות";
- ✓ לגבש קריטריונים ברורים להזמנת השירות לייעוץ פליאטיבי;
- ✓ להגביר ולפרסם שימוש בטפסי הנחיות רפואיות מקדימות ומומלץ להציע שימוש בטופס יפוי כח משולב;
- ✓ להקפיד למנות "רופא אחראי" לכל חולה נוטה למות, כנדרש על פי החוק, מנהל מחלקה או מנהל יחידה, במוסד רפואי, האחראי הישיר על הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות;
- ✓ להרחיב את שיתוף המטופל ומשפחתו בתהליך קבלת ההחלטות;
- ✓ לפתח תשתית לתמיכה במשפחה;
- ✓ לבנות ולפתח מערך תמיכה נפשית לצוותים המתמודדים עם הטיפול בחולים בסף החיים.

### ב. המלצות מנהליות

- ✓ שיפור רצף טיפולי בהעברת מידע אודות המטופל בין המוסדות;
- ✓ לפתח את ההכרה בקיומן של הוועדות המוסדיות ותפקידיהן במערך הפליאטיבי ולעודד פניות אליהן כחלק אינטגרלי מהטיפול בסוף החיים;
- ✓ פרסום החוק לציבור הרחב;
- ✓ הערכות לבניית ופתיחת הוספיסים נוספים;
- ✓ בניית ופיתוח מערך מוביל בנושא במשרד הבריאות שיהווה כתובת לצוותים בשדות הקליניים;
- ✓ עדכון חוזר מנכ"ל הנחיות ליישום חוק החולה הנוטה למות 7/08, 2008.

### ג. המלצות חינוכיות

- ✓ יש לפתח מודעות לנושא והכרת הגישה הפילוסופית הטיפולית של טיפול תומך ולא טיפול קורטיבי במחלקות השונות בכלל ובמחלקות פנימיות ומונשמים בפרט;
- ✓ להרחיב את ההכשרה הבסיסית בנושא לכלל הרופאים, האחיות והעובדים הסוציאליים;
- ✓ להמשיך להכשיר צוותים מקצועיים בנושא הטיפול התומך ובכללו יישום חוק החולה הנוטה למות, לרבות מילוי הנחיות רפואיות מקדימות;
- ✓ הכשרת צוותים עליה לכלול מיומנויות תקשורת בינאישית להסרת מחסומים מביצוע שיחות עם החולה ומשפחתו בנושא סוף החיים;
- ✓ יש לפתח ולעודד מומחיות קלינית בטיפול פליאטיבי תומך בקרב רופאים ואחיות.

ד. המלצות למחקר

- ✓ סקר ידע, עמדות והתמודדות רגשית של הצוות המעניק טיפול לחולים בסוף החיים.
- ✓ לחקור את נושא מתן טיפול בסוף החיים באוכלוסיות מטופלים נוספות כמו למשל באגף מילדות (יולדות, פגים) ובילדים.
- ✓ עריכת מבדק איכות אשר יבחן את הערכות שרותי הבריאות בקהילה לטיפול בחולה בסוף החיים.

לאחר יישום ההמלצות, ראוי לערוך מבדק חוזר על מנת לאמוד את רמת השיפור ביישום החוק.

## 8. מקורות ספרות

1. אוברמן, א. (2006). טיפול תומך בגיל המבוגר ב.מ.ה, 16 פברואר. 45-47.
2. בנטור, ג., רזניצקי, ש., שנוור, י. (2005). שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל. המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות ואשל.
3. ברודסקי, ג., שניר, י., באר, ש. (עורכים). 2013. שנתון סטטיסטי 2012 ירושלים: מאייר ג'וינט ברוקדייל.
4. גפן, ר., ברזיס, מ., רובינוב, א.; פרנקל, מ., (2014) איכות הטיפול בסוף החיים בבית החולים הדסה, עבודת גמר. האוניברסיטה העברית, ירושלים.
5. השופט אליהו מצא. (2006). לחיות בכבוד, למות בכבוד. ביטאון עמותת ליל"ך, 3-4.
6. חוק החולה הנוטה למות התשס"ו 2005. ספר החוקים- כנסת ישראל.  
<http://www.knesset.gov.il/Laws/Data/law/2039/2039.pdf>
7. מדינת ישראל, משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי, הנחיות ליישום חוק החולה הנוטה למות 7/08, 2008.
8. מדינת ישראל, משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי, הפעלת שירות פליאטיבי(הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי 30/09, 2009.
9. משא"ב. (2014). קשישים בישראל שנתון סטטיסטי. ברודסקי, ג', שנוור, י', באר, ש'. (עורכים). המרכז לחקר הזקנה, מאיירס-ג'וינט- מכון ברוקדייל; ג'וינט ישראל-אשל. ירושלים.
10. עין-גל, י., שורצמן, פ., 2014 גורמים מעודדים לגורמים מעכבים מוכנות לחתימה על הנחיות רפואיות מקדימות בקרב קשישים בישראל. עבודת דוקטורט, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
11. שורצמן, פ. ושות' (2005). המלצות הועדה לקביעת קווים מנחים לפיתוח מתן שירותים פליאטיביים בישראל. משרד הבריאות.
12. Alano, G.J., Pekmezaris, R., Tai, J.Y., Hussain, M.J., Jeune, J., Louis, B., Wolf-Klein, G.P. (2010). Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliative Support care*, 8(3),267-275.
13. Aronsky, O., Kasworm, E. Jacobson, J.A., Haug, P.J., Dean, N.C. (2004). Electronic Screening of dictated reports to identify patients with Do- Not Resuscitate status. *Journal of the American Medical Informatics Association*. Sep-Oct; 11(5), 403-409.
14. Becker, G.; Sarhatlic, R.; Olschewski, M.; Xander, C.; Momm, F.; Blum, H.E. 2007. "End-of-Life Care in Hospital: Current Practice and Potentials for Improvement". *Journal of Pain and Symptom Management* 33(6):711-719.
15. Bentur, N. (2008). The attitudes of physicians toward the new "Dying Patient Act" Enacted in Israel. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 25(5). 361-365.
16. Bentur, N.; Emanuel, L.L., Cherney, N. 2012. "Progress in Palliative Care in Israel: Comparative Mapping and Next Steps". *Isr J Health Pol Res* 1(9):10.1186.
17. Billings, J.A. (2000). Palliative care (clinical review). *British Medical Journal*, 321, 555-558.

18. Broad, J.B.; Gott, M.; Kim, H.; Boyd, M.; Chen, H.; Connolly, M.J. 2013. "Where do People Die? an International Comparison of the Percentage of Deaths Occurring in Hospital and Residential Aged Care Settings in 45 Populations, using Published and Available Statistics". *International Journal of Public Health*, 58(2):257-267.
19. Bruera, E. (2004). The Development of a Palliative Care Culture. *Journal of Palliative Care*, 20(4), 316-319.
20. Carr, D., Moorma, S.M., Boerner, K. (2013). End of Life planning in a family context: does relationship quality affect whether (and with whom) older adults plan? *Journal Gerontology By Psychological Science & Social Science*,68(4),586-592.
21. Casarett, D.J.; Quill, T.E. 2007. "'I'm Not Ready for Hospice": Strategies for Timely and Effective Hospice Discussions". *Annals of Internal Medicine* ,146(6):443-449.
22. Connors, A.F., Dawson, N.V., Desbiens, N.A., Fulkerson, W.J., Goldman, L., & Knaus, W.A. (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *Journal of the American Medical Association*, 274(20), 1591-1598.
23. Mayland,C.R., EMIWilliams, J.E., ELLershaw, E. (2008). How well do current instruments using bereaved relatives' views evaluate care for dying patients?, *Palliative Medicine* ,22,133-144.
24. Morrison, R.S.; Dietrich, J.; Ladwig, S.; Quill, T.; Sacco, J.; Tangeman, J.; Meier, D.E. 2011. "Palliative Care Consultation Teams Cut Hospital Costs for Medicaid Beneficiaries". *Health Affairs (Project Hope)* 30(3):454-463.
25. Murtagh, F.E.; Bausewein, C.; Verne, J.; Groeneveld, E.I.; Kaloki, Y.E.; Higginson, I.J. 2014. "How Many People Need Palliative Care? A Study Developing and Comparing Methods for Population-Based Estimates". *Palliative Medicine* 28(1):49-58.
26. Detering, K.M., Hancock, AD., Reade, M.C., Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. *BMJ*, 340,1136-1345.
27. Dexter, P. R. et al. (1998). Effectiveness of computer-generated reminders for increasing discussions about advance directives and completion of advance directives forms. A randomized, controlled trial. *Annual Internal Medicine*, 128(2).102-110.
28. Economist Intelligence Unit. 2015. The Quality of Death: Ranking End-of-Life Care Across the World. A Report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by LIEN Foundation. Economist Intelligence Unit, London.
29. Gatrell, A.C.; Wood, D.J. 2012. "Variation in Geographic Access to Specialist Inpatient Hospices in England and Wales". *Health & Place* 18(4):832-840.

30. Goodman, M.D., Tarnoff, M., Slotman, G.J. (1998). Effect of advance directives on the management of elderly critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 26 (4), 701-704.
31. Hales, S., Zimmermann, C., Rodin G. (2010). The quality of dying and death: a systematic review of measures. *Palliative Medicine*, 24 (2) 127-144.
32. Heintz, L.L.(1997). Efficacy of advance directives in a general hospital. *Hawaii Medical Journal*, 56(8), 203-206.
33. Houben, C.H., Spruit, M.A., Groenen, M.T., Wouters, E.F., Janssen, D.J. (2014). Efficacy of Advance Care Planning: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of American Medical Association*, (Epub ahead of print).
34. Jezewski, M.A., Meeker, M.A., Schrader, M. (2003). Voices of oncology Nurses, What is needed to Assist Patients with advance directives. *Cancer Nursing*, 26(2); 105-112.
35. Randall C. J. , Patrick,D.L., Engelberg,R.A., et al. (2002). A Measure of the Quality of Dying and Death: Initial Validation Using After-Death Interviews with Family Members. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24 (1),17-31.
36. Kossman, D.A. (2014). Prevalence, Views and Impact of Advance Directives Among Older Adults. *Journal of Gerontologic Nursing*, (Epub ahead of print).
37. McCrary, S.V. & Swanson, J.W. (1999). Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law: Comparing Denmark and the USA, *Scandinavian Journal of Public Health* 1: 18-21.
38. Pollack, K.M., Morhaim, D., Williams, M.A. (2010). The public's perspectives on advance directives: Implications for state legislative and regulatory policy. *Health Policy*, 96(1), 57-63.
39. Reilly, B.M., Magnussen, R., Ash, J., Papa, L., Wanger, M. (1994). Can we talk? Inpatient discussions about advance directives in a community hospital: attending physicians' attitudes. Their inpatients wishes and reported experience. *Arch Internal Medicine*: 154, 2999-3008.
40. Schvarzman, P., Reuven, Y., Halperin, M., Sasson, M. (2014). Implementing Advance Directives. Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, Israel. Unpublished.
41. Silveira, MJ., Wiitala, W., Piette, J. (2014). Advance directive completion by elderly americans: a decade of change. *Journal American Geriatric Society*, 62(4), 706-710.
42. Voltz, R., Akabayashi, A., Reese, C., Ohi, G., Sass, H.(1998). End-of-Life Decisions and Advance Directives in Palliative Care: A Cross-Cultural Survey of Patients and Health-Care Professionals. *Journal of Pain and Symptoms Management*,16(3), 153-162.
43. Tamayo-Velazquez, M.I., Simon-Lorda, P., Villegas-Portero, R., Higuera-Callejon, C., Garcia-Gutierrez, J.F., Martinez-Pecino, F., Barrio-Cantalejo, I.M. (2010). Interventions to

- promote the use of advance directives : an overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 10-20.
44. Tang EE, North F. (2009). Advanced Care Planning in the Primary Care Setting: A Comparison of Attending Staff and Resident Barriers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 26(6):456-463.
  45. Teno, J.M.; Clarridge, B.R.; Casey, V.; Welch, L.C.; Wetle, T.; Shield, R.; Mor, V. 2004. "Family Perspectives on End-of-Life Care at the Last Place of Care". *The Journal of the American Medical Association* 291(1):88-93.
  46. Toscani, F.; Di Giulio, P.; Brunelli, C.; Miccinesi, G.; Laquintana, D. 2005. "How People Die in Hospital General Wards: A Descriptive Study". *Journal of Pain and Symptom Management* 30(1):33-40.
  47. TIME-Toolkit of Instruments to Measure End-of-life-care  
<http://www.chcr.brown.edu/pcoc/toolkit.htm>
  48. Wallace, S.K., Martin, C.G., Shaw, AD., Price, K.J. (2001). Influence of an advance directive on the initiation of life support technology in critically ill cancer patients. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2294-2298.