

האונקולוג והרפואה הפליאטיבית

החלוקה של טיפול בסרטן לשלבים, כאשר בשלב הראשון ניתן טיפול ראשוני, אנטי-גידולי, ולאחר מכן בשלב שני ניתן טיפול פליאטיבי בלבד למטופלים שמחלתם התקדמה, היא אנכרוניסטית. יש צורך בהמשכיות בטיפול בחולה, עם אינטגרציה של הטיפולים האנטי-גידוליים וההתערבויות הפליאטיביות, ואין לחלק באופן שרירותי את מהלך מחלתו של חולה הסרטן לשלב "אקטיבי" ולשלב "פליאטיבי". יש הכרח שהאונקולוג ישלב וירכז את הטיפול בחולה בכל שלב. לרוב המטופלים, האונקולוג הוא זה הממלא את תפקיד הרופא הראשוני, שאחראי לטיפול האונקולוגי. התפקיד הוא מאתגר מאוד ודורש מגוון רחב של מיומנויות קוגניטיביות, קליניות ובין-אישיות

דר' נתן צ'רני, דר' שני פאלוך-שמעון, פרופ' רפאל קטן

באופן מסורתי, המטרה של הטיפול האונקולוגי היתה ריפוי. בזכות המאמצים האלה הושגו שיפורים ניכרים בטיפול של מספר גידולים, כולל גידולי germ cell, לימפומות, סרטן שד ומעי גס בשלבים מוקדמים ולוקמיות. חשוב לזכור שאחוזי הריפוי בסרטן הם עדיין בסביבות 50 אחוז והסרטן ממשיך להיות גורם המוות הראשון (ב-25 אחוז ממקרי המוות). הרבה חולי סרטן לא נרפאים, ועבורם, נושא איכות החיים בזמן שנותר להם הוא קריטי, ללא קשר למהלך הקליני של מחלתם או לאורך הישרדותם.

המלצות ארגון הבריאות העולמי לגבי האינטגרציה של אונקולוגיה ורפואה פליאטיבית הן ברורות. צוות המומחים של הארגון קבע שיש צורך לאחד את המאמצים לשמירת איכות חיים בכל שלבי מחלת הסרטן. דו"ח זה מדגיש שהגורמים למצוקה אצל חולים קיימים בעת האבחנה, והתערבויות תומכות ופליאטיביות דרושות בזמן עם המאמצים להשתלט על המחלה היסודית.

טיפול תומך או פליאטיבי

האיגוד האירופאי לאונקולוגיה רפואית (ESMO) ניסה להפחית את הבלבול בין המושגים "תומך" ו"פליאטיבי" על ידי אימוץ הגדרות פרגמטיות שמבדילות בין טיפול תומך וטיפול פליאטיבי וכן טיפול בחולה הסופני.

טיפול תומך מוגדר כטיפול שמטרתו לשפר את התפקוד והנוחות של המטופל ומשפחתו בכל שלבי המחלה. טיפול פליאטיבי מוגדר כטיפול שמטרתו לשפר את התפקוד והנוחות של המטופל ומשפחתו כשריפוי אינו אפשרי. טיפול "סופני" הוא טיפול פליאטיבי כשהמוות קרוב.

אונקולוגיה, הוספיס ורפואה פליאטיבית - חלוקת עבודה

מתן טיפול משולב דורש היכרות עם מגוון טיפולים תרפויטיים, הערכת מטופל מתאימה ומדויקת, ומערכת יחסים טובה עם המטופל ושאר הצוות הבינתחומי. האונקולוג הוא תמיד המטפל הרפואי

המתאם בשלב האבחנתי, במאמצים לריפוי ובשלב האמבולטורי של הטיפול הפליאטיבי, כשהמטופל עדיין מגיע למרפאה האונקולוגית. בשלבים יותר מתקדמים, טיפול סיעודי ורפואי בקהילה נכנס לתמונה כדי להגביר את הטיפול התומך שמחוץ למוסדות הרפואיים. כשהמטופל כבר לא אמבולטורי, ההחלטה לטפל במטופל בבית, במוסד סיעודי, במסגרת פליאטיבית אשפוזית (הוספיס) או במסגרת אשפוזית אקוטית, מושפעת מסוג ומחומרת הבעיות הקליניות, היקף הטיפול הרפואי והסיעודי הביתי, השירותים הקהילתיים הזמינים והעדפת המטופל (Hinton, 1994). בחלק מהמקרים, האונקולוג ימשיך להיות המטפל הראשוני

Definition of Terms

Supportive Care

– care that optimizes comfort, function and social support of patient (and family) at all stages of illness

Palliative Care

– care that optimizes comfort and function and social support of patient (and family) when cure is not possible

End of Life Care

• palliative care when death is imminent



13 הדרישות לטיפול תומך ופליאטיבי אופטימלי במרכז סרטן

1. המרכז יספק שירות אונקולוגי ופליאטיבי משולב.
2. המרכז יהיה מחויב לפילוסופיה של המשכיות טיפול וחוסר-נטישה.
3. המרכז יספק רמה גבוהה של טיפולי בית עם גיבוי מקצועי ותאום הטיפול בבית עם המטפלים הראשוניים.
4. המרכז משלב תמיכה לבני משפחה.
5. המרכז מספק הערכה שגרתיית של הסימפטומים הפיזיים והפסיכולוגיים וקיימות בו תשתיות המספקות את ההתערבויות המתאימות בעיתוי המתאים.
6. המרכז משלב טיפול רפואי וסיעודי מקצועי בהערכה וטיפול בכאב וסימפטומים אחרים.
7. המרכז משלב טיפול רפואי וסיעודי מקצועי בהערכה וטיפול במצוקה פסיכולוגית וקיומית.
8. המרכז מאפשר טיפול במצבים דחופים כאשר יש סימפטומים שאינם בשליטה (כעין חדר מיון).
9. המרכז מספק שירותים וטיפול מקצועי לאיזון סימפטומים במסגרת אשפוז.
10. המרכז מספק אפשרות לאשפוז של חולים אמבולטוריים אשר אינם מסוגלים להתמודד בבית או במקרים של תשישות המשפחה.
11. המרכז מספק שירותים וטיפול מקצועי לטיפול לקראת סוף החיים ומחויב לספק הקלה מספקת של סבל של החולה הסופני.
12. המרכז משתתף במחקר בסיסי או קליני הקשור לאיכות חיים של חולי סרטן.
13. המרכז מעורב בהכשרת קלינאים כדי לשפר את האינטגרציה בין אונקולוגיה ורפואה פליאטיבית.

חשו מידה מסוימת של שחיקה, ורגשות תסכול וכישלון היו שכיחים (Whippen, 1991). הקושי במתן טיפול פליאטיבי צוטט כגורם עיקרי. הנתונים האלה הביאו לידי קול קורא במאמר מערכת ב-Journal of Clinical Oncology על ידי נשיא ASCO, להכנה טובה יותר של אונקולוגים לאחריות בתחום הפליאטיבי (Abeloff, 1991).

רפואה פליאטיבית כתת תחום באונקולוגיה

יש צורך ביותר אונקולוגים עם הכשרה ברפואה פליאטיבית. השכיחות של חולים שזקוקים לשירות כזה מרמזת לכך שכל מכון ו/או מחלקה יפיקו תועלת אם לפחות אונקולוג אחד יהיה עם מיומנות ברפואה פליאטיבית. מעבר לכך, אם לכל אונקולוג תהיה בקיאות ברפואה פליאטיבית, הרי שיכולת זו תרחיב את הרפרטואר התרפויטי, תפחית מהקושי הנובע מטיפול בחולים עם סרטן שאינו בר רפוי, תשפר את התוצאה למטופל ותספק אפיקים חדשים למחקר קליני. רפואה פליאטיבית מאתגרת באופן קליני ואינטלקטואלי.

רפואה פליאטיבית משפרת את הטיפול האונקולוגי

קידום המודעות, הידע, המיומנות והמחקר ברפואה פליאטיבית יעלה את סדר העדיפות של הטיפול הפליאטיבי כמטרה בטיפול סרטני. הדבר צריך להתבטא בחלוקת משאבים, פיתוח תכניות ומיומנויות קליניות. יש להעלות את סדר העדיפות של הטיפול הפליאטיבי. תהליך זה דורש שינוי פרדיגמטי בכל רמות התשתית של אונקולוגיה. לאור התשתיות הנוכחיות לפיתוח מקצועי וחלוקת משאבים לתכניות קליניות

להישרדות, הביא בעקבותיו לעבודות נוספות בנושא והערכת איכות חיים הפכה להיות חלק שגרתי בניסויים קליניים באונקולוגיה.

אונקולוגים מילאו תפקיד עיקרי בפיתוח אסטרטגיות משופרות למניעה וטיפול בבחילות והקאות הנגרמות על ידי כימותרפיה וכמו כן היו אלה אונקולוגים אשר פיתחו שיטות לטיפול בסימפטומים פיזיים ופסיכולוגיים ספציפיים ולשיפור התקשורת רופא-מטופל.

בארה"ב, שני המרכזים הגדולים, Memorial Sloan Kettering Center וה-University of Texas MD Anderson Cancer Center, מובילים בפיתוח שירותים קליניים ומחקריים מיוחדים להערכה וטיפול בכאב ובסימפטומים פיזיים ופסיכולוגיים אחרים הנובעים מסרטן. בעשר השנים האחרונות, 60 אחוז מבתי החולים הכלליים בארה"ב פיתחו ושילבו תכניות פליאטיביות. בישראל, התהליך איטי יותר. למעט מאוד בתי חולים יש צוות ושירות פליאטיבי בינתחומי. רוב בתי החולים הישראליים (או השירותים האונקולוגיים שלהם) מציעים שירות פליאטיבי מוגבל, שלא מספיק לסיפוק הצרכים של רוב המטופלים. יש צורך דחוף ביותר באונקולוגים עם הכשרה בתת תחום זה.

בסקר של חברי ESMO, בנוגע למעורבות בטיפול פליאטיבי (שכלל גם קבוצה של ישראלים), נמצא שרוב האונקולוגים האירופאים הרגישו שהם לא קיבלו הכשרה מספקת בטיפול פליאטיבי. ISCORט אישר ואימץ את המדיניות החינוכית של ESMO בנוגע לדרישות ההכשרה בטיפול פליאטיבי (ראו Chemy & Cohen).

סקר על שחיקה בקרב 598 אונקולוגים, שנערך על ידי Whippen and Cannelos, גילה ש-56 אחוז מהאונקולוגים שהשתתפו בו

המספק את הטיפול הפליאטיבי עד מותו של המטופל. במקרים אחרים, צריך שיהיה מעבר חלק בין תפקוד יותר ויותר מרכזי של שירותי תמיכה קהילתיים לבין התפקיד של האונקולוג כדמות תומכת בלבד. עם שמירה על המשכיות הטיפול, האונקולוג מוודא שהבעיות האונקולוגיות מקבלות את היחס והטיפול הראויים וכך תימנע גם הרגשת נטישה שעלולה להגביר את המצוקה של המטופל והמשפחה (Quill, 1995).

רפואה פליאטיבית באונקולוגיה היומיומית

המודעות המוגברת של פליאציה כחלק מפעילותו של האונקולוג משתקפת בהתפתחויות האחרונות במדיניות, במחקר, בהתמחות ובהדרכה.

המדיניות הברורה שגובשה על ידי ASCO (ארגון האונקולוגים האמריקני) ו-ESMO (ארגון האונקולוגים האירופאי) מדגישה את אחריות האונקולוג למטופל עם מחלה שאינה בררת רפוי. ESMO נקט בצעד נוסף, כאשר הגדיר שש דרישות מינימליות ממרכזים לטיפול בסרטן:

1. חולי סרטן המקבלים טיפול אקטיבי במרכזי סרטן, ובעיקר אלה עם מחלה מתקדמת, צריכים לעבור הערכות שגרתיים לגבי נוכחות וחומרת סימפטומים פיזיים ופסיכולוגיים.
2. כשמתגלים סימפטומים שאינם בשליטה כראוי, צריכה להתבצע הערכת הסימפטומים ולטפל בדחיפות המתאימה (בהתאם לסוג וחומרת הסימפטומים).
3. מרכזי סרטן חייבים לספק טיפול מיומן לסימפטומים פיזיים ופסיכולוגיים שלא בשליטה ויש להתייחס לכך כאל מצב חירום.
4. מרכזי סרטן חייבים להבטיח תכנית פליאטיבית מתמשכת לחולי סרטן עם מחלה מתקדמת, גם אם הפסיקו לקבל טיפול אנטי סרטני.
5. מרכזי סרטן צריכים לשלב עבודה סוציאלית וטיפול פסיכולוגי כחלק מטיפול שגרתי.
6. כשמטופל נזקק לטיפול לקראת סוף החיים, צוות המרכז לסרטן צריך לספק את הטיפול האשפוזי הדרוש או לארגן טיפול מספק בהוספיס או במסגרת פליאטיבית אלטרנטיבית מתאימה.

איכות חיים וטיפול

המחקר האוסטרלי בסרטן שד, שהשווה טיפול כימי מתמשך לעומת טיפול כימי לסירוגין והעריך איכות חיים בנוסף

חומר קריאה מומלץ

Major Texts
Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, ed. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1993
Holland JC, Rowland JH, ed. Handbook of Psychooncology. New York: Oxford University Press, 1989
Handbooks and Monographs
Agency for Health Care Policy and Research: Cancer Pain Management Panel. Management of Cancer Pain. Washington: U.S. Dept. of Health and Human Services., 1994: Clinical Practice Guideline Number 9
Billings JA, ed. Outpatient Management of Advanced Cancer. Philadelphia: Lippincott, 1985
Saunders C, Baines M, ed. Living With Dying: the management of terminal illness. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1989
Twycross RG, Lack SA. Therapeutics in Terminal Cancer. (2nd ed.) Edinburgh: Churchill Livingstone, 1990
Walsh TD, ed. Symptom Control. London: Blackwell, 1989
Woodruff R. Palliative Medicine. Melbourne: Asperula, 1993
Journals
Journal of Pain and Symptom Management
Journal of Palliative Care
Palliative Medicine
Supportive Care in Cancer
Psychooncology

ומחקריות באונקולוגיה, יוזמות כמו זו של ESMO דרושות כדי להעלות את הרפואה הפליאטיבית בסדר העדיפויות. מרכזים בודדים מסוגלים לספק שירותים קליניים ודוגמאות אישיות, ולנהל מחקר קליני ובסיסי בטיפול הפליאטיבי של חולי סרטן. בשלוש השנים האחרונות סיפק ESMO מסגרת שבה מרכזי סרטן עם שירותים פליאטיביים משולבים יכולים לזכות בהכרה מיוחדת. המרכזים האלה מחויבים למלא את 13 הדרישות שמעידות על רמה גבוהה של אינטגרציה בין אונקולוגיה ופליאטיבי (ראו טבלה 1). עד כה, שני מרכזים בארץ (בית החולים שערי צדק ובית החולים רמב"ם) זכו במינוי המכובד הזה. הרפואה הפליאטיבית פותחת מערך עצום של שאלות מחקר פוטנציאליות: אתיקה, תקשורת, דרכי התמודדות, טיפול רגשי ורוחני, כימותרפיה, קרינה ואימונו-תרפיה. יש להשתמש בניסיון של ביצוע ניסויים קליניים, הקיים אצל האונקולוגים, כדי לטפל בענייני שליטה על סימפטומים (כמו דיספניה, בחילה ודליריום) או סיבוכים מסרטן (כמו פלקסופטיות או חסימת מעיים).

הספרים והעיתונים של הרפואה הפליאטיבית ופסיכו-אונקולוגיה צריכים להיות חלק מן הטקסטים המומלצים למתמחים.

על כל אונקולוג להתמקד בצרכים הפליאטיביים של המטופלים שלו.

קווים מנחים, עיתונות רפואית, יועצים ומשאבים אחרים הם כלי עזר לאונקולוג. רופאים יכולים להזכיר לעצמם, לקולגות שלהם ולסטודנטים, לחשוב על הטיפול בסימפטומים פיזיים ופסיכולוגיים ועל תמיכה בחולה בכל שלבי המחלה ולא רק בשלב הטרמינלי. אונקולוגים יכולים לפתח מערכות יחסים עם ארגוני הוספיס מקומיים ולוודא שיש שיתוף פעולה ומעבר חלק עם המשכיות טיפולית לחולים המועברים לטיפול בהוספיס. אלה המעורבים בחינוך יכולים להדגיש את ההערכה והטיפול בסימפטומים הפיזיים והפסיכולוגיים, דרכי

המיזוג הזה ידרוש השתתפות של רופאים ומתמחים, מורים ומנהלים, קובעי מדיניות, ארגונים מקצועיים ורשויות בריאות. זהו שלב הכרחי באבולוציה של האונקולוגיה המודרנית.

דר' נתן צ'רני, מנהל היחידה לטיפול פליאטיבי, המכון האונקולוגי בית החולים שערי צדק, ירושלים.
דר' שני פאלוך-שמעון, המערך האונקולוגי, מרכז רפואי שיבא, תל השומר.
פרופ' רפאל קטן, מנהל המערך האונקולוגי, מרכז רפואי שיבא, תל השומר.

תקשורת והגישות למטופל בכל שלבי המחלה, כולל שלבים טרמינליים.

סיכום

אינטגרציה של רפואה פליאטיבית באונקולוגיה יכולה לתרום לשיפור רמת הטיפול, להפחית את הסיכוי לשחיקה באונקולוגים ולהעלות את הסיכוי לסיפוק של המטופל, משפחתו והמטפל. אין מקום לפיצול בין האונקולוגיה והרפואה הפליאטיבית ורק ביחד הן מייצגות טיפול הוליסטי ומקיף בסרטן. מימוש של

הזמנת פרסומי האגודה למלחמה בסרטן עבור מוסדות, בתי חולים, מרפאות ובאופן פרטי:

המזמין. על ההזמנה לכלול את השם מלא של מבצע ההזמנה, הכתובת למשלוח, שם המחלקה, או קופת החולים, ומספרי טלפון.
למידע ולהזמנת חוברות הסברה באופן פרטי ניתן לפנות למוקד ה'טלמידע' של האגודה למלחמה בסרטן בטל. 1800-599-995.

הזמנת חומר הסברה של האגודה למלחמה בסרטן בנושאי מחלות הסרטן ודרכי מניעתן ניתן לבצע באמצעות פנייה למחלקת ההסברה וההדרכה של האגודה למלחמה בסרטן בפקס. 03-7322780.
מומלץ לוודא הגעת הפקס בטל. 03-5719577. על גבי הפנייה יש לציין באופן ברור מהו החומר המבוקש, הכמות הנדרשת, ופרטי