

מחלום למציאות

עשרה קורסים להכשרת עובדים במקצועות הפליאטיביים יוצאים לדרך ברחבי ישראל



צוות המורים בתכנית ההכשרה הארצית במקצועות הפליאטיביים

במיוחד בשלבים האחרונים לחיים. שירותי הבריאות אינם ערוכים לענות לצרכים המתרבים ולמספרם הגדל של אנשים המתמודדים עם תקופה מתמשכת של מחלה פרוגרסיבית ומוגבלות. טיפול פליאטיבי מוגדר כגישה טיפולית כוללת, שמטרתה לשפר את איכות החיים ולהקל את סבלם של חולים ובני משפחתם המתמודדים עם מחלה חשוכת מרפא, עם מאפיינים וקשיים הקשורים למצבי סוף

פרופ' פסח שורצמן, מלי שליפר,
יעקב קבילו

עידן המחלות הזיהומיות כמעט ותם בעולם המערבי, ואת מקומן תופשות המחלות הכרוניות למיניהן. כך, אנשים רבים מתמודדים עם מחלה המביאה להתפתחות הדרגתית של מגוון רחב של מוגבלויות וליקויים פיזיים וקוגניטיביים,

החיים. הטיפול הפליאטיבי כולל מתן טיפול להקלת כאבים וסימנים אחרים של המחלה, שילוב בין המרכיבים הפיזיים, החברתיים, הנפשיים והרוחניים בטיפול בחולה, מתן משמעות לחיים והתייחסות אל המוות כאל תהליך טבעי, מבלי לזרז או להאריך את תהליך המיתה. עוד נותן הטיפול הפליאטיבי מערכת תמיכה שנועדה להקל על בני המשפחה להתמודד עם הטיפול בחולה במהלך מחלתו ולנחם אותם לאחר מותו. השירות ניתן בגישה רב מקצועית, הכוללת רופא, אחות ועובדת סוציאלית, בהתאם לצורכי החולה ובני משפחתו. גישה זו ישימה גם בשלב מוקדם של המחלה, במקביל לטיפולים מאריכי חיים.

קיימת הסכמה רחבה בדבר חיוניות הטיפול הפליאטיבי בחולים הלוקים בסרטן, ומתרחבת הדעה שיש צורך לתת טיפול פליאטיבי גם לחולים הסובלים ממצבים דומים אחרים, כגון: מחלות שריר ניווניות, אי ספיקת לב, ריאות, כבד או כליות סופנית, שבץ מוחי וכל מחלה חשוכת מרפא אחרת.²⁻⁵

מחקרים לימדו כי שירותים פליאטיביים רבים אינם מספקים בקרב חולים הלוקים באי ספיקת לב ובמחלות ריאה חסימתיות⁶.¹⁰ נמצא כי למרות שיותר אנשים נפטרים ממחלת ריאות כרונית חסימתית (COPD) מאשר מסרטן ריאות, אף לא אחד מהחולים שנבדקו במחקר קיבל טיפול פליאטיבי, לעומת 30 אחוז מהלוקים בסרטן ריאות במצב סופני¹¹. תמונה דומה מתקבלת לגבי קשישים רבים הסובלים ממוגבלות וממחלות כרוניות בשנים האחרונות לחייהם⁵. קשישים רבים סובלים גם מדמנציה בשלבים מתקדמים אך כמעט אינם מקבלים שירותים פליאטיביים, ומיעוט משירותי ההוספיס ערוכים לטפל בהם¹².

בין שנת 1992 לשנת 2000 עלה שיעור מקבלי שירות הוספיס בקרב זכאי "מדיקר" בארה"ב מתשעה אחוזים ל-23 אחוז ובין שנת 2000 לשנת 2004 חל גידול של 45 אחוז בהיקף השירותים הפליאטיביים בבתי חולים¹³. למרות זאת, עדיין קיים מחסור משמעותי בשירותים האלה¹⁴. גם באירופה חל גידול בהיקף השירותים הפליאטיביים בעשורים האחרונים, אולם הם עדיין ניתנים רק למקצת מהחולים¹⁵. באנגליה, 70 אחוז מהאוכלוסיה זוכה לנגישות לטיפול פליאטיבי, ובאוסטרליה, באזור מלבורן, חלה עלייה ב-87 אחוז בשימוש בשירותים פליאטיביים על רקע ממאירות וב-144 אחוז על רקע מחלות שאינן ממאירות¹⁶. בעיית המחסור בשירותי

הוספיס ושירותים פליאטיביים ייעודיים נמצאת על סדר היום ברוב מדינות המערב. מחקרים מכל העולם, ובכלל זה גם ממקומות שיש בהם שירותים פליאטיביים טובים, מדגישים את הצורך הדחוף להרחבת שירותים אלה^{17,18}. הממצאים בישראל דומים לאלה שברוב מדינות המערב. על מערכת הבריאות להתחשב בערכים, בצרכים האישיים וביכולות השונות של החולה ומשפחתו ולספק טיפול פליאטיבי לכל חולה, בכל מחלה, במסגרת מערך השירותים הקהילתיים ובמערכת האשפוזי כאחד.

טיפול פליאטיבי במדינת ישראל

בשנת 2003 היו בארץ ארבע מסגרות אשפוזיות: שתי מחלקות הוספיס בבתי חולים כלליים, בהדסה בהר הצופים ובתל השומר, ומיטות לאשפוז פליאטיבי בשני מוסדות סיעודיים, בנוף הדר (מוסד פרטי) בחיפה ובסנט לואיס (מיסיון) בירושלים. בסך הכל היו בשנת 2003 בישראל 78 מיטות לאשפוז פליאטיבי, אליהן התקבלו כ-1,000 חולים. משך האשפוז הממוצע בשני בתי החולים ובנוף הדר נע בין שבועיים לארבעה שבועות, ובסנט לואיס כשלוש שנים. בסנט לואיס אין מחלקה פליאטיבית ייעודית (עובדה המלמדת על כך שאיננו הוספיס).

בבתי חולים כלליים בודדים קיים ייעוץ פליאטיבי מצומצם ולא מסודר. רוב אנשי הצוות הרפואי בבתי החולים שבהם פועל שירות כזה אינם מודעים לקיומו. לרוב בתי החולים אין מענה למתן טיפול פליאטיבי לחולים המאושפזים, על אף שכמה מהם מתחילים להכיר בחשיבות הנושא. ברוב בתי האבות ובמוסדות לטיפול ממושך אין שירותי טיפול פליאטיבי. רוב המוסדות מספקים טיפול מסורתי, בעיקר תרופתי, ולרוב אינם נותנים טיפול פליאטיבי כוללני לקשישים במצב סופני ולבני משפחותיהם.

בשנת 2004 היו בארץ כ-80 יחידות לטיפול בית שטיפלו בכ-10,000 איש, רובם קשישים. כוח האדם בהן כולל לרוב צוות גרעיני קבוע של רופא, אחות, עובד סוציאלי ופיזיותרפיסט, הזמן פיזית וטלפונית בשעות העבודה הרגילות בלבד. אוכלוסיית החולים במצב סופני, רובם המכריע לוקים בסרטן, מהווה כ-30 אחוז בלבד מהמטופלים ביחידות אלו. צוות היחידות לטיפול בית, בעיקר

בשירותי בריאות כללית ובמיעוט מהיחידות של קופות אחרות, כולל אחיות אונקולוגיות קהילתיות, ובסך הכל יש בקהילה כ-20-30 יחידות כאלו. בארץ יש שבע יחידות הוספיס בית, המספקות טיפול מקיף לפי תפיסת ההוספיס לחולים הנוטים למות בקהילה ולבני משפחתם. השירות אינו נכלל בסל השירותים שהקופות מחויבות לו. ארבע יחידות הוקמו ומופעלות בידי שירותי בריאות כללית, יש שתי מחלקות הוספיס אשפוזי וכן עמותה עצמאית. מספר המטופלים ביחידות אלו נע בין 14 ל-56 בנקודת זמן. בשנת 2003 טופלו ביחידות אלו כ-1,000 חולים, רובם המכריע חולי סרטן.

בכל יחידות הוספיס בית יש צוות גרעיני הכולל רופאים, אחיות ועובד סוציאלי, רק מיעוט מקרב הרופאים ורוב האחיות הם בעלי הכשרה פליאטיבית. צוותי כל היחידות זמינים טלפונית ופיזית במשך כל שעות היממה, גם לאחר שעות העבודה הרגילות.

שירות למעטים

בכל שנה נפטרים בישראל כ-37 אלף איש (1997). בהנחה ששני שלישים מסיבות המוות הן על רקע כרוני (20 אלף איש), הרי שרק עשרה אחוזים מהמטופלים "זכר" בשלבים האחרונים לחייהם לטיפול של שירותי הוספיס ייעודיים בקהילה, או לשירותי הוספיס אשפוזי. ב-1999 נפטרו 37,300 איש במדינת ישראל (מתוך 6,200,000), שיעור התמותה הוא 601 ל-100 אלף נפש, שיעור הפטירה מממאירות הוא 140 איש ל-100 אלף, שיעור הפטירות מגורמים אחרים (77 אחוז) הוא 461 איש ל-100 אלף. באופן גס, ניתן להעריך ששיעור הנזקקים לשירותי טיפול פליאטיבי מבין הנפטרים שלא סבלו ממאירות הוא לפחות 250 איש ל-100 אלף. רובם המכריע של החולים הנוטים למות אינם זוכים לקבל שירותים פליאטיביים ייעודיים. חלק מהחולים מגיע לטיפול השירותים הפליאטיביים מאוחר מדי, לאחר שהם כבר סובלים מסימני מחלה רבים, ונפטרים בסמוך לקבלתם. כמה מהקופות משתדלות לצמצם ברכישת שירותים פליאטיביים מומחים, ועושות שימוש בשירותים ללא מומחיות בתחום זה. מצב זה מדגיש את הצורך לעגן את השירותים הפליאטיביים בסל שנקבע בחוק, כדי להבטיח יציבות אספקתם בידי כל הקופות,

באיכות, בהיקף ובפריסה הנדרשים. תהליך עיגון השירותים הפליאטיביים ידרוש הגדרת תכניות הכשרה בנושא.

מומחיות לקויה

לרוב המכריע של המטפלים הישירים בחולים, ובכלל זה רופאים בקהילה ובמערכת האשפוז, אחיות ואנשי צוות אחרים, יש ידע מועט בטיפול פליאטיבי ולכן הם זקוקים להרחבה ולשיפור השכלתם בנושא. שיעור נמוך של רופאים ואחיות מדווחים על קבלת הכשרה פליאטיבית בתקופת הלימודים ולאחריהם, ועל העדר ידע וכישורים הדרושים כדי לטפל בסימפטומים, לקיים תקשורת פתוחה עם חולים במצב סופני ועם בני משפחתם, ולתת תמיכה פסיכולוגית וסעד נפשי.^{19,20}

אנשי הצוות הראשוני בקהילה מעוניינים ללמוד ולהרחיב את הידע שלהם בטיפול פליאטיבי, ובמיוחד בשליטה בסימפטומים²¹ ובנושאים אחרים הקשורים לטיפול בחולים במצב סופני, כמו תקשורת עם החולה והמשפחה, ועוד.^{22,23} המחקרים מלמדים שליווי של מומחה פליאטיבי שיפר את התפקוד ואת הביטחון של רופאי משפחה בטיפול בחולים במצב סופני בקהילה.²⁴ על אף הצורך הדחוף והעולה למתן טיפול פליאטיבי הולם לתושבי מדינת ישראל, תהליך ההכשרה בנושא זה כמעט ואינו קיים הן בקרב הסטודנטים לרפואה, סיעוד ועבודה סוציאלית ואף לא בקרב העובדים בשדה או בתכניות ההתמחות השונות במקצועות הרפואה והסיעוד.

בישראל, השירותים הפליאטיביים וההכשרה הפליאטיבית פחות מפותחים מאשר בבריטניה^{25,26}. רוב הרופאים והאחיות בקהילה, במערכת האשפוז ובמוסדות הסיעודיים לא קיבלו הכשרה פליאטיבית במהלך לימודיהם הפורמליים, לא כל שכן לאחר מכן. בארץ יש מעט מאוד מסגרות להשתלמות בנושא, ולא קיים קוריקולום אחיד ומשותף לכל מסגרות ההוראה. לפיכך, הקמת תכנית ארצית להכשרה פליאטיבית היא ניסיון ייחודי, ראשון וחשוב במטרה לשפר את איכות הטיפול בחולים במצבי סוף החיים בישראל.²⁷ לאור הצורך הדחוף והעולה במתן טיפול פליאטיבי לאוכלוסייה ההולכת וגדלה, לאור העובדה שפחות מ-20 אחוז מהאוכלוסייה הנזקקת זוכה לטיפול פליאטיבי, ולאור העובדה שרוב ההתמחויות ברפואה ובסיעוד ורב התכניות לסטודנטים ברפואה ובסיעוד אינם כוללים כלל פרקים בטיפול פליאטיבי,

או למצער, כוללים פרקים בודדים וקצרים, הוחלט לעשות מאמץ לאומי ליצור תכנית הכשרה ארצית, לה שותפים אוניברסיטת בן גוריון בנגב, "אשל", עמותת תמיכה, האגודה למלחמה בסרטן, משרד הבריאות וקופות החולים. התכנית נתמכת על ידי הפדרציה היהודית בניו יורק (UJA) והוקמה ועדת היגוי לתכנית, הכוללת נציגים של כל השותפים בפרויקט ייחודי זה.

תכנית הכשרה לטיפול פליאטיבי

העקרונות העומדים בבסיס התכנית מדגישים כי טיפול פליאטיבי כוללני צריך להוות חלק אינטגרלי משירותי הבריאות בישראל, ועל מערכת הבריאות בארץ לאפשר לכל אדם הזקוק לטיפול כזה נגישות אליו, בזמן ובמרחק גיאוגרפי סבירים. שירותים פליאטיביים צריכים להינתן בהתאם להעדפות החולה ובני משפחתו, ללא קשר למחלתו, מקום מגוריו, מצבו הסוציו-אקונומי ומאפיינים אחרים. כמו כן, שירותים פליאטיביים צריכים להינתן בקהילה, בבית החולה, בבתי חולים כלליים, בבתי אבות ובמוסדות סעודיים. לשם כך יש צורך בצוות רפואי. בעל השכלה והכשרה מתאימה, שיוכל לתת טיפול באיכות גבוהה למספר רב של חולים הזקוקים לכך בסוף חייהם.

קיימת חלוקה לשתי רמות טיפול: הראשונה, טיפול פליאטיבי כללי הניתן בידי המטפלים הראשוניים של החולים - בקהילה, על ידי רופאי המשפחה ורופאים ראשוניים אחרים ואחיות. בבתי חולים ובמוסדות סיעודיים הטיפול צריך להינתן על ידי הרופאים המטפלים והאחיות במחלקות השונות (אונקולוגים, פנימאים, נפרולוגים, אורתופדים, גריאטרים, כירורגים, נויורולוגים ורופאי ילדים). הרמה השנייה היא שירות פליאטיבי ייעודי-מומחה, הניתן על ידי צוותים רב מקצועיים, המספקים ייעוץ למטפלים ברובד הראשון ומטפלים במקרים המורכבים ישירות. אנשי מקצוע ברמה זו צריכים להיות מצויים בקהילה, בבתי חולים כלליים, בבתי חולים גריאטריים ובהוספיס, ומאחר שכיום רוב אנשי המקצוע והצוותים הראשוניים אינם מיומנים בטיפול כזה, יש צורך בתכנית הכשרה בהיקף רחב.

בשלב הראשון נערך קורס הכשרה למורים (Train the trainers). בפברואר 2005 הסתיים קורס הכשרה ראשון לקבוצה של כ-30 אנשי מקצוע בכירים העוסקים בטיפול

פליאטיבי ולהם גם ניסיון מסוים בהדרכה והוראה. הפנייה לאנשים אלה היתה על סמך היכרות אישית וכל מועמד התבקש להמליץ על שלושה אנשים שלדעתו יתאימו להיות חלק מסגל המורים בתכנית. כל משתתפי קורס ההוראה התנדבו אליו והתחייבו ללמד בקורסי ההכשרה הפליאטיבית שיתקיימו בעתיד. המטרה היתה להכשירם לתפקידי ההוראה בקורסים שיערכו בשנים הבאות. מאחר שלא קיימת בארץ תכנית הוראה פליאטיבית אחידה המקובלת על כל הגורמים העוסקים בנושא, נבנתה במסגרת הקורס תכנית הוראה משותפת, מוסכמת על כולם, שתשמש בסיס להוראה אחידה בקורסים שיתקיימו בעתיד. קורס ההוראה נערך בין דצמבר 2004 לפברואר 2005, בשני ימי למידה מלאים בכל חודש, ובסך הכל שישה ימים. תכנית הקורס הבסיסית כוללת נושאים הקשורים לאיזון סימפטומים, תקשורת בנושאים הרלבנטיים בטיפול פליאטיבי ודילמות בטיפול פליאטיבי, ובסך הכל 43 שעות. בקורס משתתפים רופאים, אחיות, אנשי מדעי ההתנהגות ופרה-רפואיים. עד כה התקיימו שלושה קורסים, אחד בצפון ושניים באזור המרכז, וסיימו 89 בוגרים. בשנה האקדמית הנוכחית יתקיימו עשרה קורסים נוספים: שניים בצפון, אחד במרכז, שניים בדרום, שניים בבתי חולים, אחד לקופת חולים מאוחדת וקורס נוסף למורים לטיפול פליאטיבי בילדים. הקורסים למשתתפים ניתנים חינם והמעסיקים תורמים בכך שהם מקצים את ההשתלמות כחלק מימי העבודה. הקורס מוכר למתן נקודות זכות להשתלמות למועצה המדעית וכגמול השתלמות לאחיות. התכנית כוללת גם בניית אתר אינטרנט הנמצא כעת בשלבי בנייה מתקדמים.

אנו תקווה שתכנית ייחודית זאת אכן תביא לשינוי פני ההכשרה בנושא טיפול פליאטיבי ובסופו של דבר לטיפול פליאטיבי טוב יותר לכל הנזקקים.

רשימת המקורות נמצאת במערכת

פרופ' פסח שורצמן, היחידה לטיפול פליאטיבי, אוניברסיטת בן גוריון בנגב ושירותי בריאות כללית מחוז דרום. מלי שליפר, יו"ר ארגון "תמיכה" האגודה הישראלית לטיפול תומך. יעקב קבילו, "אשל", אגודת שירותים לקשיש ירושלים.