

המלצות לתכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים

2016

התכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי ולטיפול באנשים במצבי סוף חיים היא פרי של עבודה שהתקיימה בשנת 2015, בעקבות בקשת מנכ"ל משרד הבריאות מג'וינט ישראל-אשל וממאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, מתוך הכרת החשיבות למתן מיטב הטיפול לחולים הסובלים ממחלות קשות וחשוכות מרפא. התכנית נכתבה על ידי ועדת היגוי ושישה צוותי עבודה, בהם השתתפו נציגים ממשרד הבריאות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, קופות החולים, המוסד לביטוח לאומי, אוניברסיטאות ונציגי ציבור. המסמך הסופי כולל את המלצותיהם בתחומים הבאים: קהילה, אשפוז כללי, גריאטריה פעילה, מיסוד ממושך, רצף טיפול, חינוך הכשרה ומחקר, מודעות הציבור והנחיות מקדימות, אתיקה, זכויות וזכויות.

הגישה הפליאטיבית מאפשרת לחולים ולבני משפחותיהם להיות שותפים מלאים בקבלת ההחלטות הטיפוליות הנוגעות להם ולקבל טיפול התואם את העדפותיהם וערכיהם. הטיפול הזה גם מנתב את העלויות של מערכת הבריאות בצורה נכונה ויעילה יותר.



מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
MYERS-JDC-BROOKDALE
مأيرس-جوينت بروكدیل

משרד
הבריאות
מיים בריאות

ג'וינט ישראל אשל
יחד בעשייה חברתית למען הזקנים

www.eshelnet.org.il



המלצות לתכנית לאומית

לטיפול פליאטיבי
ומצבי סוף חיים

2016

המלצות לתכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף חיים

עריכת לשון: אלישבע מאי
עריכה מקצועית: אירית פישר-רייף, ג'וינט ישראל-אשל; פרופ' נטע בנטור, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל;
ד"ר אירית לקסר, אגף גריאטריה, משרד הבריאות
עיצוב והפקת דפוס: פנינה נחמיאס, ג'וינט ישראל
תיאום הפקה: סימונה דוד, ג'וינט ישראל-אשל
מנהלת הפצת ידע ופרקטיקות: חני רוזה, ג'וינט ישראל-אשל
מנהל ההוצאה לאור: רן רובנר, ג'וינט ישראל
הדפסה: דפוס מאור וולך בע"מ, ירושלים
כל הכתוב בחוברת זו בלשון זכר או בלשון נקבה מכוון לשני המינים כאחד
© כל הזכויות שמורות לאשל
הודפס בירושלים תשע"ו, 2016

7	פתח דבר
8	משתתפי הוועדה
	חלק א' - תקציר מנהלים
11	מבוא
12	חזון התכנית
12	מטרת התכנית
12	יעדי התכנית
13	עיקרי המלצות התכנית
15	סיכום
	חלק ב' - פירוט ההמלצות לתכנית הלאומית
19	1. מבוא
20	1.1 שירותים פליאטיביים בעולם
21	1.2 שירותים פליאטיביים בישראל
23	1.3 האתגרים והקשיים המרכזיים של השירותים הפליאטיביים בישראל
25	1.4 חזון התכנית
25	1.5 מטרת התכנית
25	1.6 יעדי התכנית
25	1.7 רקע דמוגרפי ואפידמיולוגי
	2. עלות הטיפול בחולים במצבי סוף החיים ועלות-תועלת של השירותים הפליאטיביים
28	2.1 מבוא
28	2.2 עלות הטיפול בחולים במצבי סוף החיים בעולם
29	2.3 עלות הטיפול בחולים בסרטן בישראל בשנה האחרונה לחיים
30	2.4 עלות-תועלת של טיפול פליאטיבי
32	3. המלצות
32	3.1 עקרונות פעולה מומלצים של השירותים הפליאטיביים בישראל
34	3.2 שירותים פליאטיביים בקהילה
34	3.2.1 מבוא
34	3.2.2 המצב בישראל
35	3.2.3 המלצות
41	3.3 בתי חולים כלליים
41	3.3.1 מבוא
42	3.3.2 המצב בישראל

43	3.3.3 המלצות
47	3.4 גריאטריה פעילה בבתי חולים כלליים ובמרכזים גריאטריים
47	3.4.1 מבוא
47	3.4.2 המצב בישראל
48	3.4.3 המלצות
51	3.5 מיסוד ממושך
51	3.5.1 מבוא
51	3.5.2 המצב בישראל
53	3.5.3 המלצות
53	3.6 רצף טיפול
53	3.6.1 מבוא
54	3.6.2 המצב בישראל
54	3.6.3 המלצות
55	3.7 חינוך והכשרה
55	3.7.1 מבוא
56	3.7.2 המצב בישראל
57	3.7.3 המלצות
59	3.8 מחקר
59	3.8.1 מבוא והמצב בארץ ובעולם
60	3.8.2 המלצות
61	3.9 קידום הנחיות טיפול מקדימות ושיתוף הציבור
61	3.9.1 מבוא
62	3.9.2 המצב בישראל
62	3.9.3 המלצות
63	3.10 אתיקה, זכויות וזכאויות
63	3.10.1 מבוא
64	3.10.2 המצב בישראל
65	3.10.3 המלצות
69	רשימת מקורות
75	נספחים

רשימת תרשימים

תרשים 1:

תוחלת חיים בלידה, לפי קבוצות אוכלוסייה ולפי מגדר, 1975-2013

תרשים 2:

סיבות המוות המובילות בכלל האוכלוסייה בישראל, 2011

תרשים 3:

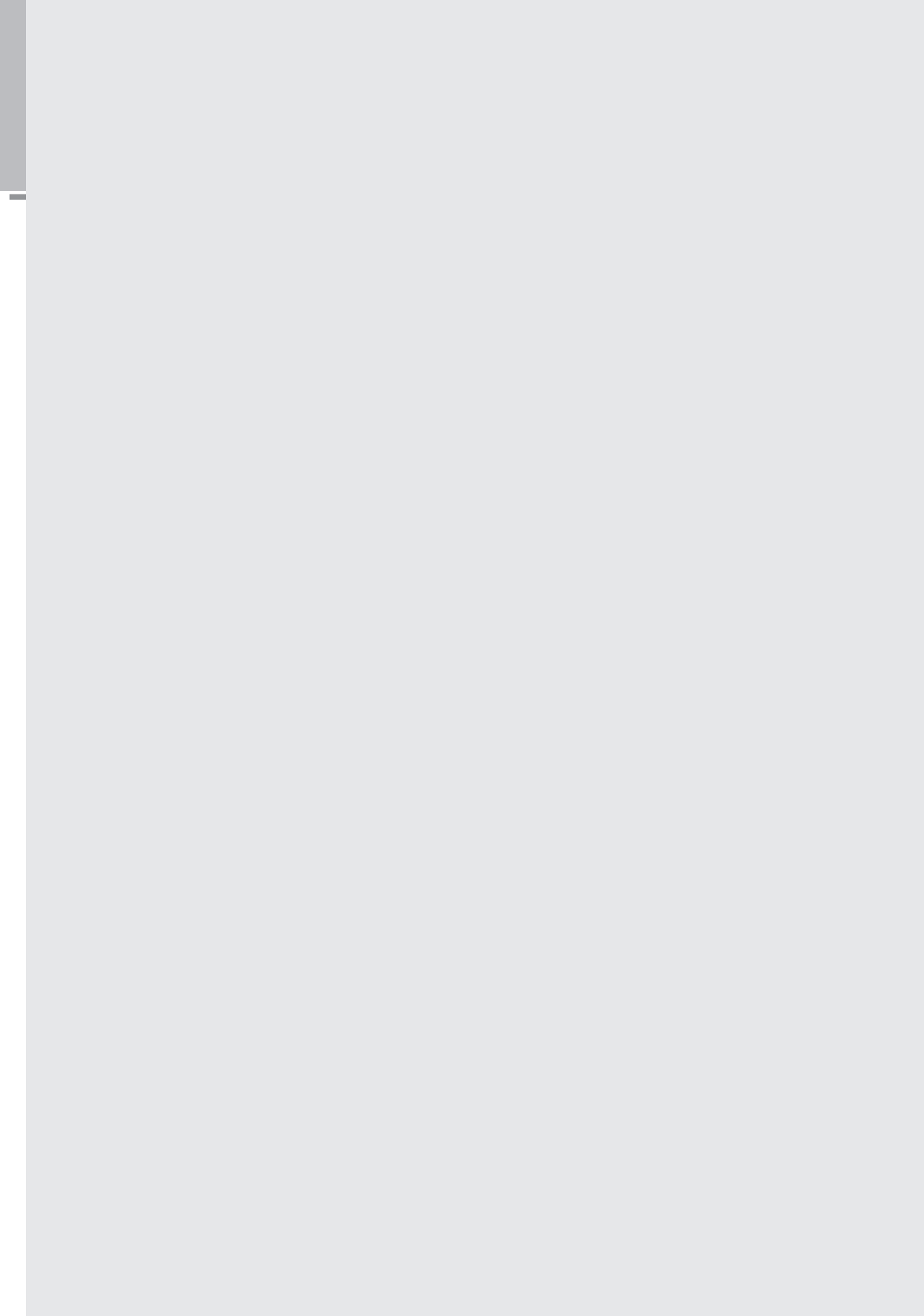
עלות ממוצעת של חולי סרטן בכל חודש בחצי השנה האחרונה לחיים

תרשים 4:

התפלגות ההוצאות לחולי סרטן לפי דפוסי שימוש

תרשים 5:

עקרונות פעולה של השירותים הפליאטיביים בישראל



התקדמות הטכנולוגיה והרפואה המודרנית מאפשרת מתן טיפול מתמשך ללוקים במחלות כרוניות. כתוצאה מכך, לצד הזדקנות האוכלוסייה, גדל מספר האנשים הסובלים בשנים האחרונות לחייהם ממחלות כרוניות וחשוכות מרפא, ובהן סרטן, אי ספיקת לב, אי ספיקה נשימתית, אי ספיקת כליות, דמנציה ומחלות ניווניות.

רוב האנשים האלה עלולים לסיים את חייהם בסבל פיזי, נפשי ורוחני. הטיפול הפליאטיבי הוא חלק מגישה 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 גופניות ונפשיות. זאת, עם או בלי, שילוב של טיפולים מרפאים שונים. הניסיון שהצטבר בארץ ובעולם מעיד שהטיפול הפליאטיבי מפחית אשפוזים מיותרים, משפר פרוגנוזה בחולי סרטן המקבלים טיפולים כימותרפיים ומעלה את שביעות רצון המטופלים. יתר על כן, גישה זו מאפשרת לחולים ולבני משפחותיהם להיות שותפים מלאים בקבלת ההחלטות הטיפוליות הנוגעות להם, לקבל טיפול התואם את העדפותיהם וערכיהם ובאותה עת לנהל חיים עצמאיים ומכבדים ולסיים את חייהם בכבוד בביתם או במקום שבו יחפצו. שיטת הטיפול הזאת חוסכת אפוא לחולים, לבני משפחותיהם ולמערכת הציבורית משאבים יקרים ועלויות מיותרות. למרות שיפור שחל בנושא, היקף השירותים הפליאטיביים הניתנים בישראל עדיין קטן, רחוק מלענות על צרכי האוכלוסייה ואינו משתווה ברמתו לשירותים זהים הקיימים במדינות המתקדמות בעולם.

התכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי ולטיפול באנשים בסוף החיים היא פרי עבודה שהתקיימה בשנת 2015 בעקבות בקשת מנכ"ל משרד הבריאות מג'וינט ישראל-אשל וממאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. בוועדת ההיגוי של התכנית השתתפו נציגים ממשרד הבריאות, משרד הרווחה, קופות החולים, המוסד לביטוח לאומי, אוניברסיטאות וכן נציגי ציבור.

תחת ועדת ההיגוי פעלו שישה צוותים שהתמקדו בתחומים השונים. המסמך הסופי מכיל את המלצותיהם בתחומים הבאים: קהילה, אשפוז כללי, גריאטריה פעילה, מיסוד ממושך, רצף טיפול, חינוך הכשרה ומחקר, מודעות הציבור והנחיות מקדימות, אתיקה, זכויות וזכויות. אנו מקווים שקיומה של תכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ולטיפול באנשים במצבי סוף החיים תעלה את המודעות לנושא הן בקרב בעלי המקצוע והן בקרב הציבור, ותאפשר את הטמעתם של השירותים והפרקטיקות האמורות במדינת ישראל תוך שמירת כבודם של החולים ובני משפחותיהם. תודה לכל השותפים המסורים שהתנדבו לתרום מזמנם, ממרצם ומהידע שלהם לכתיבת התכנית.

ד"ר אהרון כהן

ראש האגף לגריאטריה
משרד הבריאות

יוסי היימן

מנכ"ל אשל, ג'וינט ישראל
יו"ר ועדת ההיגוי

ועדת היגוי

יו"ר יוסי היימן
 אהרון כהן
 ג'ק חביב
 נטע בנטור
 אירית לקסר
 אירית פישר
 פסח שוורצמן
 שרה פריש
 שרה אלון
 מאיר ברזיס
 אמיתי אוברמן
 איל יעקובסון
 יהורם זינגר
 ג'וני למברגר
 דרור רותם
 רון צבר
 פאני יוז
 ארנה זמיר
 אורנה בר
 זוריאן רדומיסלסקי
 שמחה שפירא
 שלי שטרנברג
 כלנית קיי
 הגר וקסלר
 לריסה ראם
 דליה רוזניק
 רנדי גרבר
 שני יונס

תת ועדה מודלים

פסח שוורצמן
 נטע בנטור
 אירית לקסר
 ג'וני למברגר
 רון צבר
 אירית פישר
 שני יונס

תת ועדה זכויות זכאויות

ארנה זמיר
 אורנה בר
 רוני גולדברג
 יורם מערבי
 חיה יוסף
 בינה דיבון
 דליה רוזניק

תת ועדה אתיקה

שרה פריש
 שרה אלון
 אירית פישר
 ג'וני למברגר
 דורית רובינשטיין
 נעמה וישניצר
 טליה אגמון

תת ועדה קהילה

נטע בנטור
 יורם זינגר
 שלי שטרנברג
 איל יעקבסון
 לריסה ראם
 הגר וקסלר
 דפנה רסקין
 נעמה רון
 שמחה שפירא
 ולריה גרופמן
 יהודית גליק
 שרית רבינוביץ
 שני יונס

תת ועדה הכשרה, מחקר ושיתוף הציבור

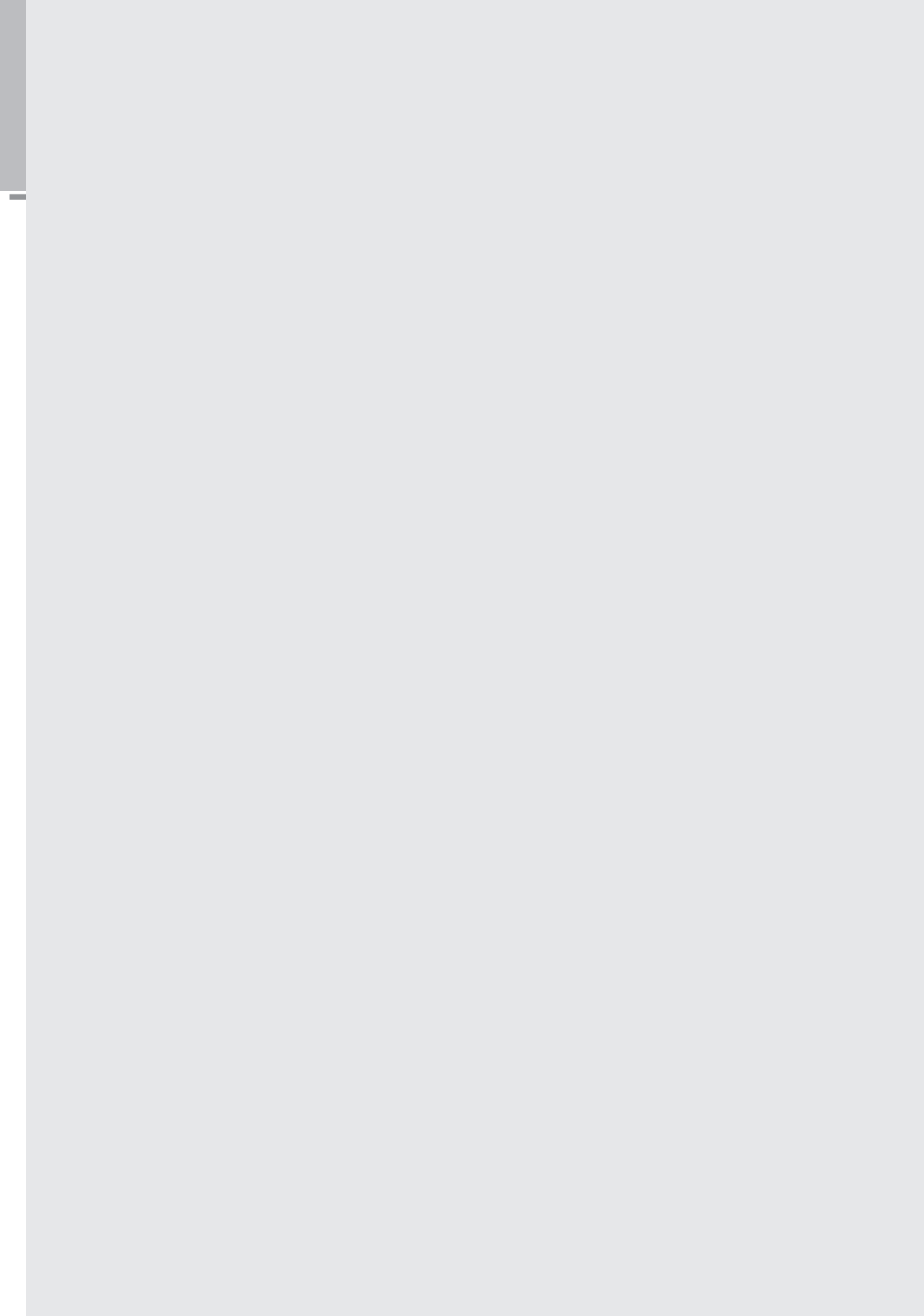
מאיר ברזיס
 אירית פישר
 ישראל דורון
 שלומית גל
 גרי רוט
 הניה פרי
 ויויאן רביד
 טל גרניט
 יוז פאני
 נורית גוטמן
 דליה רוזניק
 שרית אורן
 מירב בן נתן
 ניבה טומא

תת ועדה מוסדות

אמיתי אוברמן
 אירית פישר
 אירית לקסר
 און דולברג
 זהבה ויזר
 אדיר שאולוב
 אהוד פז
 דניאל אזולאי
 אורה רוזנגרטן
 בן קורן
 יעל אוריון
 אירית שחר
 דורית יצחק
 דני בן שטרית
 חנה קפקא
 ניב בן שושן
 לרה לוי
 מיקי ברקוביץ
 שלומית פרי
 תקווה מרון
 קציעה כהן
 רתם תלם

חלק א'

תקציר מנהלים



מבוא

התקדמות הטכנולוגיה והרפואה המודרנית מאפשרת מתן טיפול מתמשך לחולים במחלות כרוניות. כתוצאה מכך, לצד הזדקנות האוכלוסייה, גדל מספר האנשים הסובלים בשנים האחרונות לחייהם ממחלות כרוניות קשות ומעיקות, בהן סרטן, אי ספיקת לב, אי ספיקת ריאות, אי ספיקת כליות, דמנציה ומחלות ניווניות. רוב האנשים האלה עתידים לסיים את חייהם בסבל פיזי, נפשי ורוחני.

בשנת 2012 נפטרו בישראל 42,073 איש, 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.

טיפול פליאטיבי הוא הטיפול המתאים ביותר עבורם, בהיותו גישה טיפולית המשפרת את איכות החיים של חולים ובני משפחותיהם בהתמודדות עם מחלות חשוכות מרפא, בכל גיל, על ידי מניעה והקלה על סבל באמצעות זיהוי והערכה קפדנית של הסימפטומים, טיפול בכאב ובבעיות אחרות: גופניות, נפשיות ורוחניות. מחקרים מן העולם ומישראל מלמדים כי לא רק שטיפול פליאטיבי משפר את איכות הטיפול בחולים ואת שביעות הרצון של בני משפחותיהם, הוא גם מדגיש את חשיבות רצף הטיפול וגם חוסך עלויות מיותרות למערכת הבריאות, באמצעות מניעת פניות תכופות לחדר מיון, אשפוזים תכופים וטיפולים מיותרים. הטיפול הפליאטיבי משפר את הפרוגנוזה בחולי סרטן המקבלים טיפולים כימותרפיים וכן מגביר את שביעות רצונם של המטופלים ובני משפחותיהם.

בעשור האחרון נבנו במדינות רבות ובהן אנגליה, אוסטרליה, אירלנד, ספרד, סינגפור, קנדה וארצות הברית, תכניות לאומיות לפיתוח ולהרחבת השירותים הפליאטיביים. התכניות נועדו להבטיח טיפול הולם בצורכיהם המרובים של חולים במצבי סוף החיים ושל בני משפחותיהם.

למרות הפיתוח והגידול שחל בעשור האחרון בהיקף השירותים הפליאטיביים הניתנים בישראל, הם עדיין מעטים, ורחוקים מלענות על צורכי 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. בהתבסס על אומדן מקובל, מקרב הנפטרים בשנת 2013 בישראל, בין 29,000 ל-34,400 איש היו זקוקים לטיפול פליאטיבי.

לאור זאת, פנה מנכ"ל משרד הבריאות אל ג'וינט ישראל-אשל (העמותה לקידום שירותים לזקנים) ואל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה להכין המלצות לתכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ובמצבי סוף חיים במדינת ישראל. לשם כך הוקמה ועדת היגוי ובה נציגים ממשרד הבריאות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, קופות החולים, המוסד לביטוח לאומי, אוניברסיטאות ונציגי ציבור. הוועדה עיצבה את תהליך

הכנת התכנית ואת כתיבת המלצות. התהליך כלל סקירת מחקרים עדכניים, סקירת תכניות לאומיות במדינות מערביות אחרות, מיפוי מקיף של השירותים הפליאטיביים הקיימים בישראל וזיהוי הפערים בינם ובין צרכים לא מסופקים, וריאיונות עם קובעי מדיניות ואנשי מפתח בתחום. בעקבות תהליך זה הוקמו קבוצות עבודה של מומחים בתחומים ספציפיים, ואלה גיבשו המלצות בהתבסס על המידע שנאסף ועל הידע המקצועי שלהם.

זוהו שמונה תחומים מרכזיים, ובהם התמקדה הוועדה:

- קהילה
- אשפוז כללי
- גריאטריה פעילה
- מיסוד ממושך (באחריות משרד הבריאות ובאחריות משרד הרווחה)
- רצף טיפול
- חינוך, הכשרה ומחקר
- מודעות הציבור והנחיות מקדימות
- אתיקה, זכויות וזכויות

חזון התכנית

התכנית הלאומית שואפת לאפשר לכל האנשים החולים במחלות חשוכות מרפא המאיימות על חייהם ולבני משפחותיהם לנהל חיים מלאים, עצמאיים ומכבדים, ולקבל טיפול התואם את העדפותיהם וערכיהם. התכנית רואה במוקד את האדם החולה במחלה חשוכת מרפא, ולכן הוא שותף מלא בקבלת החלטות הטיפוליות הנוגעות לו, תוך קבלת מידע על מצבו, במידה בה מעוניין, לאורך שלבי ההתפתחות של המחלה. זאת במציאות שתכלול סל רחב של שירותים פליאטיביים שיתייחס לצרכים הפיזיים, הפסיכולוגיים והרוחניים של החולה, ויספק על ידי צוות רב-מקצועי בעל ידע והכשרה בתחום, באיכות ובנגישות גבוהים בכל שלבי המחלה ובכל מקום שבו יבחר החולה לקבל את הטיפול. התכנית שואפת לשמש מנוף לפיתוח ולהרחבת מערכת שירותים פליאטיבית כוללת, זמינה, נגישה ובאיכות גבוהה.

מטרת התכנית

תכנון מדיניות והמלצות לשירותים בתחומי סוף החיים ובטיפול פליאטיבי.

יעדי התכנית

1. להעלות את המודעות של אנשי מקצוע לעקרונות בסיסיים בטיפול פליאטיבי, ובכלל זה קבלת החלטות טיפוליות ביחד עם החולה, בהתאם לערכיו, להעדפותיו ולצרכיו.
2. לפתח מערך הכשרת כוח אדם ולהגביר את החינוך, ההכשרה והשתלמויות בתחום.

3. להגביר את מודעות הציבור לתכנון ולהיערכות למצבי סוף חיים ולמתן הנחיות מקדימות.
4. לפתח בסיס לשיתופי פעולה בין משרדי ממשלה רלוונטיים, קופות החולים, בתי חולים, מוסדות סיעודיים, עמותות, ארגונים התנדבותיים ופרטיים.
5. להרחיב את המחקר בנושא סוף החיים וטיפול פליאטיבי.
6. לשפר ולהתאים את הזכויות והזכאויות של החולים ושל בני משפחותיהם.

עיקרי המלצות התכנית

1. שירותים פליאטיביים בקהילה

- א. רופאי משפחה, אחיות וצוותי יחידות טיפול בית יספקו למטופליהם טיפול פליאטיבי בכל שלבי המחלה, תוך אימוץ הנחיות ברורות וכלים תקפים לאיתור חולים ולמתן טיפול בקהילה.
- ב. יוקמו מרפאות ליעוץ פליאטיבי בקהילה (אם כמרפאות חוץ שלייד בתי חולים ואם כמרפאות מקצועיות של קופות החולים) שיפעלו בזמינות גבוהה לטיפול בחולים קשים ולמתן ייעוץ לרופאי משפחה. את המרפאות יאייש צוות בין-מקצועי מומחה בטיפול פליאטיבי.
- ג. יורחב מערך הוספיס-בית, אם ביחידות לטיפול בית ואם כיחידה עצמאית, לטיפול בחולים בשלבי מחלה סופניים. השירות יהיה זמין 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע, ויאויש על ידי צוות-בין מקצועי מומחה הכולל: רופא, אח, עובד סוציאלי, פסיכולוג רפואי, וכן צוות ממקצועות בריאות ורפוי אחרים, כגון: מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, דיאטן, קלינאי תקשורת.
- ד. יוצע לכל אחד מהחולים למלא הנחיות מקדימות ולמנות מיופה כוח.

2. בתי חולים כלליים

- א. בכל בית חולים תוקם יחידה פליאטיבית התכלול בעלי מקצוע מתחומי הרפואה, הסיעוד והעבודה הסוציאלית. אלה ירכזו את הטיפול הפליאטיבי בבית החולים.
- ב. היחידה תכלול שירות ייעוץ שיפעל בתוך בית החולים (בעדיפות ראשונה), מערך אשפוז ומערך מרפאות אמבולטוריות לחולים הגרים בבית ובאים ליעוץ, ובהם תקן של פסיכולוג רפואי, מרפא בעיסוק, דיאטן, פיזיותרפיסט, קלינאי תקשורת ומלווה רוחני.
- ג. שירות הייעוץ יהיה זמין בתוך 24-48 שעות, ויפעל בזמינות טלפונית 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע. מערך האשפוז יכלול מיטות לטיפול אינטנסיבי בתסמינים עמידים לטיפול, והוא ימוקם במחלקה פנימית או ביחידת אשפוז עצמאית.
- ד. עידוד וסיוע במילוי הנחיות מקדימות ומינוי מיופה כוח.

3. מחלקות לגריאטריה פעילה בבתי חולים כלליים ובמרכזים גריאטריים

- א. יפותח מערך אשפוז פליאטיבי ומיטות הוספיס במסגרת מחלקות לסייעוד מורכב תומך, תוך העלאת מספר המיטות והבטחת פיזור גיאוגרפי הולם.
- ב. יותאם כוח אדם בין-מקצועי ליישום העקרונות הפליאטיביים. הצוות הבסיסי יכלול רופאים מומחים בגריאטריה ובטיפול פליאטיבי, אחים בעלי מומחיות על-בסיסית בגריאטריה ובטיפול פליאטיבי, עובד סוציאלי, פסיכולוג רפואי, דיאטן, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק קלינאי תקשורת, ומדריך תעסוקה שעברו הכשרה בתחום הפליאטיבי. תהיה זמינות של רופא ואח בכל שעות היממה.
- ג. יקבע "מחיר מינימום" ליום אשפוז במערך זה, וקופות החולים תהיינה מחויבות לעמוד בו.

4. מיסוד ממושך

- א. טיפול פליאטיבי יהיה "מטרת על" במחלקות לאשפוז ממושך, ויושם עקרון ה-Aging in Place המאפשר לדיירים להישאר עד סוף חייהם במקום בו הם גרים.
- ב. בכל המוסדות הסייעודיים יועסק צוות פליאטיבי או צוות ליעוץ פליאטיבי.
- ג. בכל המוסדות לאשפוז ממושך יוצע לחולה למלא את הטופס המאחד את ייפוי הכוח לפי סעיף 16 בחוק זכויות החולה עם ההנחיות המקדימות בחוק החולה הנוטה למות.

5. רצף הטיפול

- א. עדכון הרשומה הרפואית בנוגע להחלטות הטיפול, להעדפות הטיפוליות, למיזופה כוח/אפוטרופוס ולמידע ביו-פסיכו-סוציאלי. המידע יהיה נגיש בכל עת לכל הצוות המטפל באמצעות מערכת "אופק".
- ב. ניהול תהליכי עדכון ושיתוף מידע ברורים בין מערכת טיפול אחת לאחרת.
- ג. יצירת מנגנון התרעה ברשומה הרפואית (במלר"ד, במד"א, במשטרה) על קיום מיזופה כוח או על קיומן של הנחיות מקדימות.

6. חינוך, הכשרה ומחקר

- המרכזיות והחשיבות של הכשרה פליאטיבית הודגשה בכל קבוצות העבודה כמפתח לפיתוח השירותים. הוראה והכשרה תתקיים בשלושת שלבי ההכשרה המקצועית:
- א. הוראה בסיסית (Pre-graduate): תהיה חובת הוראה בכל מסגרות הלימודים האוניברסיטאיות העוסקות במקצועות הבריאות, ותגובש תכנית הוראה והכשרה מותאמת לכל מקצוע.
 - ב. הכשרה במהלך העבודה (Post-graduate and continuous learning): יפותחו תכניות הכשרה בפרסה ארצית, המיועדות לאנשי צוות שסיימו את לימודיהם הרשמיים ובאים במגע ישיר ויום-יומי עם חולים כרוניים, עם זקנים ועם אנשים החולים במחלות קשות ובמצבי סוף חיים.
 - ג. ייסוד תת-התמחות (Specialist) ברפואה (באישור הר"י), בסייעוד (באישור משרד הבריאות) ובעבודה סוציאלית.

7. מודעות הציבור וקידום נושא כיבוד העדפות - הנחיות מקדימות

תגובש גישה תקשורתית להעלאת המודעות וההבנה בדבר חשיבותם של ייפוי כוח רפואי והנחיות טיפול מקדימות ו/או מילוי ייפוי כוח משולב, וייערכו מסעי הסברה כדי להעלות את הנושא לסדר היום הציבורי, תוך שימוש בערוצי תקשורת שונים.

8. אתיקה, זכויות וזכאויות

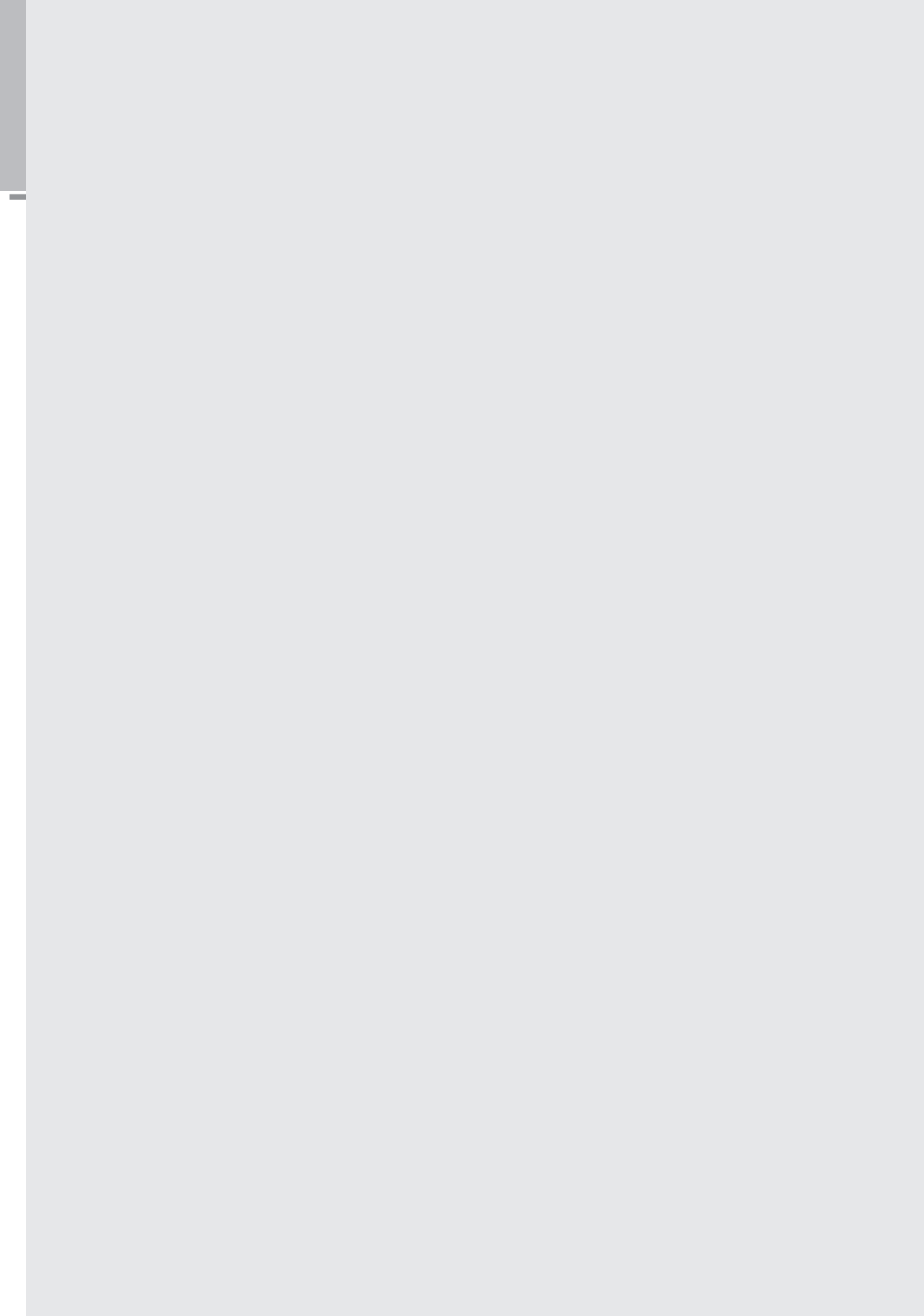
- א. בשיתוף עם המוסד לביטוח הלאומי: שינוי רמות גמלת סיעוד ומתן יותר שעות טיפול אישי במצבי סוף החיים, קיצור משך הזמן לקבלת הזכאות לגמלת סיעוד והארכת תקופת הזכאות בעת אשפוז.
- ב. מתן תמריץ לעובדים זרים העובדים עם חולים בסוף החיים.
- ג. מתן תמיכה והכוונה למשפחות המטפלות בחולה בסוף חיים וקביעת נהלים לגבי מתן ציוד רפואי.
- ד. גיבוש סיוע למשפחות המטפלות באדם בסוף חייו, כגון נקודות זכות במס הכנסה, שמירת מקום עבודה, ליווי ותמיכה ממקום העבודה.

סיכום

טיפול פליאטיבי מוענק כיום לחולים קשים ולאנשים במצבי סוף החיים בישראל בהיקף מצומצם, לכן רק מעטים מן החולים שיכולים היו להסתייע בו זוכים לקבלו. אין עוררין על תרומתו של הטיפול הפליאטיבי לאיכות חייהם של חולים קשים ובני משפחתם, וקיימות עדויות רבות לתרומתו בחיסכון במשאבי הבריאות. אשר על כן עולה צורך אמתי וממשי בתכנון מדיניות ובפיתוח והרחבה של מערך השירותים הפליאטיביים, הן במסגרות הקיימות והן במסגרות חדשות. במקביל, קיימת חשיבות להעלות את המודעות של עובדי מקצועות הבריאות ושל הציבור הרחב לנושא זה.

חלק ב'

פירוט מסמך המלצות
לתכנית לאומית
לטיפול פליאטיבי
ומצבי סוף חיים



שינויים דמוגרפיים ואפידמיולוגים מציבים בפני מדינת ישראל, בדומה למדינות מערב אחרות, אתגרים משמעותיים במתן שירותים לאנשים החולים במחלות חשוכות מרפא ומקצרות חיים. התקדמות הטכנולוגיה והרפואה המודרנית הביאו לעלייה בתוחלת החיים, אך לעתים קרובות במחיר של ירידה באיכות החיים. ההתפתחויות האלו מאפשרות מתן טיפול מתמשך לחולים במחלות כרוניות, וכתוצאה מהן, לצד הזדקנות האוכלוסייה, גדל מספר האנשים הסובלים בשנים האחרונות לחייהם ממחלות כרוניות קשות ומעיקות, ובהן סרטן, אי ספיקת לב, אי ספיקת ריאות כרונית, אי ספיקת כליות, דמנציה ומחלות ניווניות. רוב האנשים האלה עתידים לסיים את חייהם בסבל פיזי, נפשי ורוחני.

אוכלוסיית ישראל צפויה לעבור תהליך הזדקנות. מספרם המוחלט וחלקם באוכלוסייה של בני 65 ומעלה יגדל. כיום עומד שיעורם על כ- 10% מכלל האוכלוסייה, בטווח הקצר שיעורם יגדל לכ-12% מהאוכלוסייה עד שנת 2019, ולכ-14%-15% עד שנת 2034. חלקם של בני 80 ומעלה מתוך קבוצת בני 65 ומעלה יגיע אמנם לכ-25% עד שנת 2019, אך יעלה לכ-30%-34% עד שנת 2034 (פלטיאל ואחרים, 2012).

בשנת 2012 נפטרו בישראל 42,073 איש, 79% מהם בני 65 ומעלה. מתוכם, כ-25% נפטרו עקב סרטן מפושט, כ-23% עקב מחלה של כלי הדם של הלב והמוח, כ-5.4% נפטרו מסוכרת, והשאר ממחלות אחרות, כגון מחלה נירולוגית ניוונית, לרבות דמנציה ומחלות כרוניות אחרות. הטיפול בחולים אלו מהווה נטל עצום על בני משפחתם, פוגע בחיי היום-יום שלהם ובאיכות חייהם ומהווה משא כלכלי, תפקודי ורגשי כבד על החברה כולה. החולים האלה זקוקים לטיפול ולתמיכה מתמשכים מצד בני משפחותיהם ומצד שירותי הבריאות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי מבטיח לאזרחי ישראל, בכל הגילים ובכל שלבי החיים, שירותי בריאות נגישים ובאיכות גבוהה, ובכלל זה טיפול הולם במחלות שאינן ניתנות לריפוי ובמצבי סוף חיים. למרות זאת כיום אנשים רבים נפטרים בסבל ובייסורים, בהיעדר טיפול והתייחסות למכאוביהם הפיזיים, הנפשיים, החברתיים והרוחניים. גם המידע שניתן להם על אפשרויות הטיפול הוא חלקי ואינו מספק, ומקשה עליהם לסיים את חייהם בהתאם להעדפותיהם, ולקבל החלטות מושכלות בנושא.

טיפול פליאטיבי הוא גישה טיפולית המשפרת את איכות החיים של חולים ובני משפחותיהם, ואת ההתמודדות עם מחלות חשוכות מרפא, בכל גיל, על ידי מניעת סבל והקלה עליו באמצעות זיהוי והערכה קפדנית של הסימפטומים, טיפול בכאב ובבעיות גופניות, נפשיות ורוחניות.

העקרונות העומדים בבסיסו של הטיפול הפליאטיבי מתמקדים בראש ובראשונה בתוצאות המחלה ולא בסיביותה ובטיפול בה. גישת הטיפול הפליאטיבי היא פרגמטית, בין-מקצועית וכוללת, ועל פיה טיפול זה משלים את הטיפולים המרפאים (אונקולוגי,

שיקומי, נשימתי וכד'). הוא אינו מחליף אותם, אינו נוטל את מקומם אלא נועד להיות חלק אינטגרלי מכלל השירותים. לפיכך, טיפול פליאטיבי אינו קשור בהכרח רק למצב סופני (טרמינלי) של החיים. אנשים רבים זקוקים לו הן בשלבים מוקדמים של מחלתם ובסמוך לאבחון, תוך כדי מתן טיפולים מרפאים, והן בסוף החיים כדי להקל עליהם ועל בני משפחתם. לפיכך, העקרונות, הידע והגישה הפליאטיבית צריכים להיות דרישות ליבה בכל שירותי הבריאות; בקהילה, בבתי החולים ובמוסדות סיעודיים, לבני כל הגילים ובכל המצבים המאיימים על החיים.

1.1 שירותים פליאטיביים בעולם

באירופה יש מודלים שונים של שירותים פליאטיביים. לדוגמא, באנגליה, בגרמניה, באוסטריה, בפולין ובאיטליה קיים מגוון שירותים פליאטיביים בקהילה, ובכלל זה יחידות הוספיס בית. בצרפת, לעומת זאת, מושם דגש על צוות ייעוץ פליאטיבי בבתי חולים (Centeno et al., 2007). מספר המיטות למיליון תושבים נע בין 45 ל-75 מיטות ברוב מדינות מערב אירופה המפותחות, לעומת מיטות בודדות במדינות מפותחות פחות.

בארצות הברית התרחבו בעשור האחרון, במידה ניכרת, התכנית למתן טיפול פליאטיבי בקהילה ובבתי חולים כאחד. כך למשל, בשנת 2001 19% מהנפטרים שהיו זכאי "מדיקר", קיבלו טיפול פליאטיבי, ובשנת 2007, 30% מהנפטרים קיבלו טיפול זה. מקרב הנפטרים מסרטן ממושט עלה השיעור מ-37% ל-43% ובקרב הנפטרים ממחלות אחרות עלה שיעור מקבלי טיפול פליאטיבי בשנים אלה מ-14% ל-34% (Facts and figures, 2014). בשנת 2013, 44.6% מהנפטרים בארצות הברית קיבלו טיפול פליאטיבי, מתוכם 41% קיבלו טיפול פליאטיבי בבית, 26% במוסדות סיעודיים, ו-33% בבתי חולים כלליים ובהוספיס אשפוזי. המחלות העיקריות של החולים היו סרטן (37% מהמקבלים טיפול) דמנציה (15%) מחלת לב (13%) מחלת ריאות סופנית (10%) ומחלות כרוניות אחרות.

כמה מחקרים ניסו לאמוד את היקף הצרכים לשירותים פליאטיביים ומרביתם הגיעו למסקנה שההערכות המתבססות על מספר נפטרים במדינה מתאימות למטרה זו. Murtagh ועמיתיו (2014) השוו בין שיטות שונות להערכת הצרכים הכוללים לשירותים פליאטיביים. הם הגיעו להערכות דומות לאלו שנעשו בעבר, לפיהן ל-69%-82% מהנפטרים במדינות מפותחות יש צרכים לטיפול פליאטיבי לפני מותם, וכי ניתן להתבסס על תעודות פטירה כדי לחשב את הצרכים האלה בכל מדינה (תוך התייחסות לסיבת המוות הראשונה ולסיבת המוות הנלווית). לפיכך, אין צורך במידע מבתי חולים או משירותי בריאות אחרים.

מדינות רבות (בריטניה, אוסטרליה, ספרד, שוויץ, ארצות הברית, קנדה, סינגפור ואחרות) הכינו בחמש עשרה השנים האחרונות (הראשונה היתה בריטניה, ב-2002) תכניות לאומיות לטיפול פליאטיבי. חלקן בנו שתי תכניות נוספות, הסוקרות את הנעשה עד כה, מעדכנות את הצרכים הלא מסופקים לאור ההתפתחויות, ומתוות את המשך הפעילות בהתאם לכך.

סקירת התכניות מלמדת שבעוד שהמטרות וכיווני הפעולה משותפים לרוב המדינות, ההמלצות והמטרות הספציפיות לכל מדינה, הן בהתאם לשלב פיתוח השירותים הפליאטיביים בה. זאת ועוד, חשוב לתת את הדעת לכך שהבדלים במבנה מערכת הבריאות, בדפוסי ארגון ואספקת השירותים, ובמקורות מימון השירותים משפיעים משמעותית על פיתוח שירותים פליאטיביים ועל אספקתם במדינות שונות. גם להבדלים במבנה הדמוגרפי של האוכלוסייה (אחוז בני 65 ומעלה למשל), לאפידמיולוגיה ולתחלואה הכרונית, למצב הכלכלי, לחינוך, לתרבות ולערכים יש השפעה גדולה על פיתוח השירותים. כל השוואה בין תכניות לאומיות צריכה להתייחס לכך.

כמעט כל התכניות הלאומיות שמו בראש רשימת המטרות וכיווני הפעולה את הצורך לשפר את איכות הטיפול בחולים במחלה חשוכת מרפא או סופנית ובבני משפחתם, תוך התייחסות אליהם כמוקד הטיפול. זאת, באמצעות אספקת טיפול בהתאם לצורכיהם, תוך מתן כבוד להעדפות, לאוטונומיה ולערכי המטופל. מטרות נוספות המשותפות לכל התכניות הן פיתוח והבטחה של טיפול פליאטיבי זמין הן מבחינה פיזית והן מבחינה כלכלית, רצף טיפול ותיאום בין רמות טיפול שונות, מתן טיפול 7/24 לחולים במחלה חשוכת מרפא ובמצבי סוף חיים, תקשורת מטפל-מטופל פתוחה וישירה, שיתוף המטופל ומשפחתו בתהליך קבלת ההחלטות, עידוד לתכנון טיפול מוקדם, קיום צוות בין-מקצועי גרעיני (לרוב רופא, אח ועובד סוציאלי) וצוות נלווה בהתאם לצורך, חינוך והכשרת הצוות.

ראוי לציין שרוב המדינות הקדישו תשומת לב מיוחדת לחינוך ולהכשרת צוות בין-מקצועי למרות ההבדלים בין המדינות, וכתוצאה מכך קיימים הבדלים בדגשים שניתנים לנושא. קיימת הסכמה רחבה בדבר הצורך בהוראה פליאטיבית בשלב לימוד המקצוע (רפואה, סיעוד וכד'), שכיום קיים במידה מרובה ברוב מדינות המערב. נוסף לכך מודגש הצורך להרחיב במידה רבה את ההכשרה וההשתלמות בשלב שלאחר הלימודים ובמהלך התעסוקה המקצועית. גם הצורך במומחיות ברפואה פליאטיבית מועלה במדינות שבהן אין התמחות כזו, ובכולן מודגש המחסור הגדול ברופאים מומחים. בהקשר זה מועלה הצורך לחייב מתן הכשרה פליאטיבית לרופאי משפחה ולאחיות בקהילה, הנושאים, בפועל, בעיקר הטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא.

חלק מהתכניות מציגות מטרות נוספות, ובכללן: הרחבת הטיפול הפליאטיבי לחולים לא אונקולוגים, פיתוח מדדי טיפול (treatment measures) המבוססים על הראיות הטובות ביותר, הבטחת טיפול שוויוני ללא אפליה על רקע כלשהו ופיזור גאוגרפי של שירותים. חלקן שמות כמטרה את התיאום בין שירותי הבריאות לשירותי הרווחה.

1.2 שירותים פליאטיביים בישראל

התפיסה לפיה כל אדם זכאי לקבל טיפול פליאטיבי, בהתאם להעדפותיו, הולכת ומתרחבת גם בישראל, אולם היא טרם קנתה לה אחיזה רחבה דיה במערכת הרפואית ובקרב הציבור הרחב. לפני יותר מעשור, בשנת 2004, מינה מנכ"ל משרד

הבריאות דאז, פרופ' אבי ישראלי, ועדה לקביעת קווים מנחים למתכונת השירותים הפליאטיביים במדינת ישראל. בראש הוועדה עמד פרופ' פסח שוורצמן והיו חברים בה נציגים מהמועצות הלאומיות לבריאות הקהילה, אונקולוגיה, גריאטריה ובריאות הילד. המלצות הוועדה הוגשו למשרד הבריאות בפברואר 2005, ואומצו במלואן על ידי הנהלת המשרד.

בעקבות זאת, בשנת 2009 פרסם מנכ"ל משרד הבריאות חוזר המנחה את קופות החולים, בתי החולים והמוסדות הסיעודיים בישראל להקים תוך ארבע שנים מערך שיספק "טיפול רפואי ונפשי תומך לחולים במחלות חשוכות מרפא". בחוזר נקבע שהקופות נדרשות להפעיל שירותי "הוספיס בית" עבור חולים חשוכי מרפא המטופלים בבתיהם, שיהיה זמין 24 שעות ביממה. בתי החולים הכלליים והמוסדות הסיעודיים נדרשים להפעיל שירותי ייעוץ פליאטיבי, תוך עידודם להקים גם מחלקות ייעודיות לאשפוז חולים חשוכי מרפא. עוד נקבע כי על השירותים והמוסדות להגדיר צוות ייעודי למתן טיפול פליאטיבי אשר יכלול לפחות רופא, אח, עובד סוציאלי ופסיכולוג רפואי. עם זאת בחוזר נקבע כי "השירות נמצא בסל השירותים המפורט בתוספת השנייה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי", ולכן לא הקצו לכך תקציב ייעודי (חוזר 09/30).

אכן בעשור האחרון גברה בישראל ההכרה בדבר החשיבות שיש למתן טיפול בחולים במצבי סוף החיים ובצורך במתן שירותים פליאטיביים. בין ההתפתחויות המרכזיות ניתן לציין את ההתפתחויות האלה:

- קופות החולים ובתי החולים אימצו את חוזר המנכ"ל משנת 2009, אך קיימים הבדלים ביניהם מבחינת ההיקף וההתקדמות בפיתוח השירותים.
- הקופות מספקות שירותי הוספיס בית, אך הן מפעילות בעצמן רק חלק מצומצם מהשירותים האלה וחלק ניתן באמצעות ספקים פרטיים שהקופות רוכשות מהם שירותים.
- בשנת 2009 הוכרה התמחות בסייעוד פליאטיבי על ידי משרד הבריאות.
- בשנת 2012 התקיים קורס אחד לאחיות.
- בשנת 2013 הוכרה תת-התמחות בטיפול פליאטיבי לרופאים.
- מתקיימים קורסים והשתלמויות בטיפול פליאטיבי לאנשי מקצוע.
- בשנת 2015 הפעיל משרד הבריאות מבדק עמיתים שנועד להעלות את המודעות לנושא. ההיערכות של בתי החולים והמוסדות הסיעודיים למבדק אכן העלתה את מודעותם לנושא.
- בשנת 2005 נחקק חוק החולה הנוטה למות, ובשנים האחרונות חלה התקדמות מסוימת בעידוד האוכלוסייה למתן הנחיות רפואיות מקדימות ויפוי כח רפואי. בשנת 2013 הופעל המאגר הארצי הממוחשב להנחיות מקדימות, ובשנת 2015 הופץ טופס קצר לייפוי כוח משולב, המאחד את הנחיות חוק החולה הנוטה למות עם סעיף 16 לחוק זכויות החולה.
- כלי הבקרה של משרד הבריאות לכל השירותים (בקהילה, אשפוז כללי ואשפוז

ממושך) כוללים התייחסות לקיום גישה פליאטיבית, להיקף הצוות בעל הכשרה פליאטיבית ולהנחיות מקדימות.

- יש זמינות מלאה של תרופות (כולל אופיואידים במינונים גבוהים), אם כי בחלק משירותי הבריאות הנגישות הפיזית לתרופות מסורבלת וקשה.
 - יש מודעות גוברת בציבור בנוגע לזכויות החולה ולזכותו להביע את העדפותיו ולהשתתף בהחלטות הרפואיות הנוגעות לו.
- כל אלה תורמים, אם כי במידה מעטה עדיין, להתפתחות השירותים הפליאטיביים בישראל.

1.3 האתגרים והקשיים המרכזיים של השירותים הפליאטיביים בישראל

למרות השינויים שחלו בעשור האחרון בפיתוח שירותים פליאטיביים, הם עדיין מעטים, ורחוקים מלענות על צורכי האוכלוסייה. על פי הערכות, רק אלפים בודדים מקרב הנפטרים בישראל עקב מחלה חשוכת מרפא זוכים לקבל טיפול פליאטיבי, ורק קומץ מהם זוכים ליעוץ ולליווי פליאטיבי שאינו לקראת סוף החיים (Bentur & Emanuel & Cherney, 2012), בעוד שבהתבסס על העיקרון של Murtagh ועמיתיו (2014), לפיו בין שני שלישי לשלושה רבעים מכלל הנפטרים זקוקים לטיפול פליאטיבי, הרי שמקרב 47,000 נפטרים בשנת 2013 בישראל, בין 31,000 ל- 35,000 איש היו זקוקים לטיפול פליאטיבי.

האתגרים העיקריים של השירותים הפליאטיביים כיום:

- רבים מהשירותים מתפתחים בידי "משוגעים לדבר", ובהיעדרם - הפיתוח איטי מאוד. כתוצאה מכך בחלק משירותי הבריאות, באשפוז ובקהילה, אין טיפול פליאטיבי. זאת ועוד, למרות קיום רגולציה ובקרה בנושא, השפעתה על פיתוח השירותים אינה מספקת.
- במקומות שבהם יש שירות או ייעוץ פליאטיבי, לעתים קרובות הוא ניתן בידי איש צוות בודד ולא בידי צוות בין-מקצועי.
- קיים מחסור ברופאים מומחים בטיפול פליאטיבי ובאחיות בעלות מומחיות קלינית. לפיכך, רבים מאנשי הצוות המספקים כיום טיפול פליאטיבי הם חסרי מומחיות וחלקם חסרי הכשרה מספקת.
- הפיזור הגיאוגרפי של השירותים בקהילה לוקה בחסר. בשונה משירותים אחרים, דווקא בצפון הארץ ובדרומה יש יותר שירותים פליאטיביים בקהילה מאשר במרכזה.
- היקף השירותים הפליאטיביים שקופות החולים מפעילות בקהילה או קונות מספקים פרטיים מצומצם ביותר ואינו עונה על צורכי כל החולים הזקוקים להם.
- קופות החולים מפנות מבוטחים לטיפול פליאטיבי רק בשלב מתקדם מאוד של המחלה, כאשר הם כבר זקוקים לטיפול הוספיס ולאחר שסבלו במשך תקופה ארוכה מתסמינים שצוות פליאטיבי מיומן יכול היה למנוע ולצמצם.

- אין אחידות לגבי המושג "הוספיס בית", מה הוא כולל ומהם עקרונות הפעלתו. כתוצאה מכך יש שימוש שונה במושג.
- רובם המכריע של הזוכים לטיפול פליאטיבי כיום הם חולי סרטן ממושט בשלבים מתקדמים. כמעט שלא מופנים אליו אנשים החולים במחלות חשוכות מרפא אחרות כמו אי ספיקת לב סופנית, אי ספיקת כבד או כליות סופנית, חולים בדמנציה, חולים במחלת עצבים ניוונית מתקדמת ואנשים מונשמים. זאת בניגוד להנחיות משרד הבריאות ובשונה מן המתרחש במדינות מערביות אחרות.
- לאור זאת, פנה משרד הבריאות אל ג'וינט ישראל-אשל (העמותה לקידום שירותים לזקנים) ואל מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה להכין תכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ולטיפול באנשים במצבי סוף חיים. במטרה לממש זאת, הוקמה ועדת היגוי אשר עיצבה את תהליך הכנת התכנית וכתיבת המלצות. התהליך כלל:
 - סקירה רחבה של המחקרים והספרות העדכנית בעולם.
 - סקירת תכניות לאומיות במדינות אחרות.
 - בחינה לעומק של השירותים הקיימים בישראל ואיתור פערים בינם לבין צרכים שאינם מסופקים.
 - ריאיונות עם קובעי מדיניות ואנשי מפתח בתחום.
 - הקמת שש קבוצות עבודה, שכללו מומחים בתחומים ספציפיים אשר גיבוש המלצות בהתבסס על החומר שנאסף ובהסתמך על הידע המקצועי שלהם.
- זוהו שמונה תחומים מרכזיים שבהם התמקדו קבוצות העבודה:
 - קהילה
 - אשפוז כללי
 - גריאטריה פעילה
 - מיסוד ממושך (באחריות משרד הבריאות ובאחריות משרד הרווחה)
 - רצף טיפול
 - חינוך, הכשרה ומחקר
 - מודעות הציבור והנחיות מקדימות
 - אתיקה, זכויות וזכויות
- השיקולים שעמדו בבסיס ההתמקדות בתחומים אלה היו, בין היתר, התפיסה שבתחומים ובשירותים אלה יש צורך להתייחס באופן ספציפי לאנשים עם מחלות חשוכות מרפא, משקלם של תחומים אלה לאיכות החיים של החולים ושל בני משפחתם, היקף הצרכים הלא מסופקים בהם, והיותם תחומים שלדעת המומחים ניתן לקדם באופן מעשי.

1.4 חזון התכנית

התכנית הלאומית שואפת לאפשר לכל האנשים החולים במחלות חשוכות מרפא המאיימות על החיים ולבני משפחותיהם לנהל חיים מלאים, עצמאיים ומכבדים, ולקבל טיפול בהתאם להעדפותיהם ולערכים שלהם. התכנית רואה במוקד את החולה במחלה חשוכת מרפא ולכן הוא שותף מלא בקבלת ההחלטות הטיפוליות, תוך קבלת מידע והבנה של מצבו ובהתייחס להתפתחות המחלה. זאת, במציאות שתכלול סל רחב של שירותים פליאטיביים שיקיפו את הצרכים הפיזיים, הפסיכולוגיים והרוחניים, ויסופק על ידי צוות בין-מקצועי בעל ידע והכשרה בתחום, באיכות ובנגישות גבוהים בכל שלביה של מחלה חשוכת מרפא, ובכל מקום שבו יבחרו לקבל את הטיפול. אחד מנדבכי חזון התכנית הוא לשמש מנוף לפיתוח מערכת שירותים כוללנית ובאיכות גבוהה לאנשים במצבי סוף החיים ולבני משפחותיהם, באמצעות הרחבת השירותים הקיימים, פיתוח שירותים חדשים, בחינת חלופות והצעת מודל כוללני למדיניות ולארגון שירותים רב-מערכתיים, זמינים ונגישים, תוך הבטחת פריסה רחבה של שירותים.

1.5 מטרת התכנית

תכנון מדיניות והמלצות לשירותים בתחומי סוף החיים וטיפול פליאטיבי.

1.6 יעדי התכנית

- א. להעלות את המודעות של אנשי מקצוע לצרכים של אנשים במצבי סוף החיים ושל בני משפחותיהם לקבלת טיפול פליאטיבי בהתאם להעדפותיהם ולרצונותיהם, ולהרחבת מעורבותם הפעילה בהתמודדות עם מכשולים בשלבים שונים במהלך המחלה.
- ב. לפתח ולהרחיב את מערך הכשרת כוח האדם המטפל בחולים במחלות חשוכות מרפא כדי להבטיח טיפול איכותי ולמנוע את שחיקתם.
- ג. לפתח בסיס לעבודה משותפת של כל הגורמים הנוגעים בנושא ובכללם: משרדי ממשלה רלוונטיים, קופות החולים, בתי חולים, מוסדות סיעודיים, עמותות, ארגונים התנדבותיים ופרטיים.
- ד. להעלות את מודעות הציבור לתכנון מצבי סוף חיים ולמתן הנחיות מקדימות.
- ה. לבצע מחקר שיסייע בתכנון מדיניות ובפיתוח השירותים.
- ו. להתאים זכויות וזכאויות למטופלים ולבני משפחותיהם.

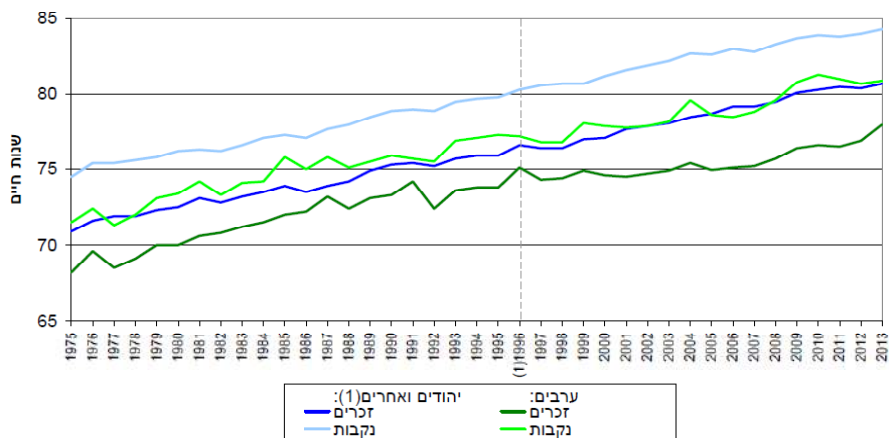
1.7 רקע דמוגרפי ואפידמיולוגי

תוחלת החיים בישראל, כמו ברוב מדינות המערב, נמצאת במגמת עלייה. בארבעת העשורים שבין 1975 ל-2012 היא עלתה כמעט בתשע שנים (תרשים 1). בשנת 2012 היוו בני 65 ומעלה בישראל 10.4% מכלל האוכלוסייה בישראל, ובני 75 ומעלה

היוו 4.8% מכלל האוכלוסייה. זאת לעומת 14% בני 65 ומעלה בארצות הברית, 21% באיטליה ובגרמניה, ו-25% ביפן.

תהליכי הזדקנות האוכלוסייה בישראל ימשיכו ואף יתעצמו בעתיד. אוכלוסיית בני 65 ומעלה צפויה לגדול יותר מכל קבוצת גיל אחרת. בסוף שנת 2035 צפויה אוכלוסייה זו למנות כ- 1.7 מיליון נפש - גידול של 117%, לעומת 763 אלף איש בסוף שנת 2010. חלקם היחסי באוכלוסייה יגדל מ- 10% ל- 14.6% בהתאמה, ועם זאת עדיין יהיה נמוך בהרבה ממדינות מפותחות אחרות. מתוך קבוצת בני 65 ומעלה הגידול המשמעותי יירשם בקרב המבוגרים ביותר, בני 90 ומעלה, גידול של 220%; מספרם יגדל ל-106 אלף איש בסוף 2035 (לעומת 33 אלף בסוף שנת 2010) והם יהוו אחוז אחד מכלל אוכלוסיית ישראל (בסוף שנת 2010 היוו 0.6%).

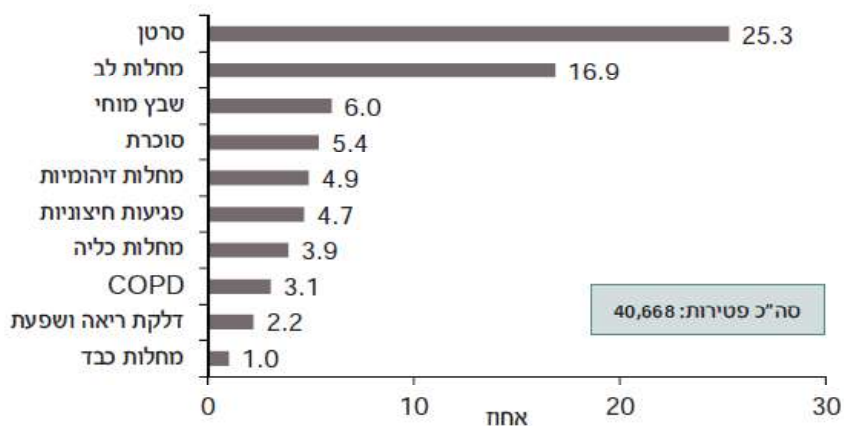
תרשים 1: תוחלת חיים בלידה, לפי קבוצות אוכלוסייה ולפי מגדר, 1975-2013



(1) משנת 1996 - לפי הגדרה חדשה של קבוצת אוכלוסייה. הנתונים עבור יהודים ואחרים דומים לנתונים עבור יהודים.

עם העלייה בתוחלת החיים, חלה עלייה במספר האנשים עם מחלות כרוניות ובמשך השנים שהם חיים עם המחלות האלה ונפטרים מהן (תרשים 2). רבים מהחולים הקשים סובלים מתחלואה כפולה. בין המאפיינים הבולטים של המחלות הכרוניות, מלבד היותן מקצרות חיים, הוא השפעתן המשמעותית על איכות החיים, על רווחת החולה ועל צרכיו הטיפוליים.

תרשים 2: סיבות המוות המובילות בכלל האוכלוסייה בישראל, 2011



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2013

עלות הטיפול בחולים במצבי סוף החיים ועלות-תועלת של השירותים הפליאטיביים

2.1 מבוא

קובעי מדיניות וספקי שירותי בריאות בכל העולם המערבי מתמודדים מעל שני עשורים עם העלייה המתמשכת בהוצאות על בריאות, אשר עלולה להחריף עקב הזדקנות ה-"baby boomers" בעשורים הקרובים, והעלייה בתוחלת החיים ובשיעור החולים במחלות כרוניות חשוכות מרפא החיים למשך תקופות ארוכות. כבר היום, כרבע מההוצאות על בריאות מתרכזות בשנה האחרונה לחיים, חלקן על טיפולים שאין בהם תועלת (Institute of Medicine, 2014). בפרק זה נציג בקצרה את ההשלכות הכלכליות של הטיפול באנשים במצבי סוף החיים בשני היבטים:

- עלות הטיפול בחולים במצבי סוף החיים.
- המידע הקיים כיום על עלות-תועלת של טיפול פליאטיבי.

2.2 עלות הטיפול בחולים במצבי סוף החיים בעולם

נתונים ממדינות המערב מהעשור האחרון מלמדים על העלות הכרוכה בטיפול באנשים במצבי סוף החיים בהיבטים שונים. למשל, למרות שזקנים מהווים 11% מקרב אוכלוסיית ארצות הברית, הם אחראים ל-34% מההוצאות לבריאות. זקנים צורכים כמעט 60% מימי האשפוז ביחידות לטיפול נמרץ שלעיתים קרובות מספקות טיפול אגרסיבי הכרוך בכאב ובסבל, אך תורם בעיקר להארכת משך חייהם. מטבע הדברים, טיפולים אלה מטילים עלויות עצומות על מערכת הבריאות ולא תמיד מניבים תוצאות רצויות (Marik et al., 2014). בקנדה, עלות הטיפול בשנה האחרונה לחיים של אנשים שנפטרו עמדה על כ-10% מההוצאות לבריאות. כ-75% נפטרו בבתי חולים, וצרכו 43% מהעלות הכוללת. עלות הטיפול עולה משמעותית בשלושת החודשים האחרונים לחיים, בעיקר כתוצאה מאשפוז (Tanuseputro et al., 2015). מחקר מאוסטרליה שעסק בעלויות האשפוז בשנה האחרונה לחיים, מצא כי עלות אשפוז ממוצעת של נפטרים מסרטן היתה 16,853 דולר (Kardamanidis et al., 2007).

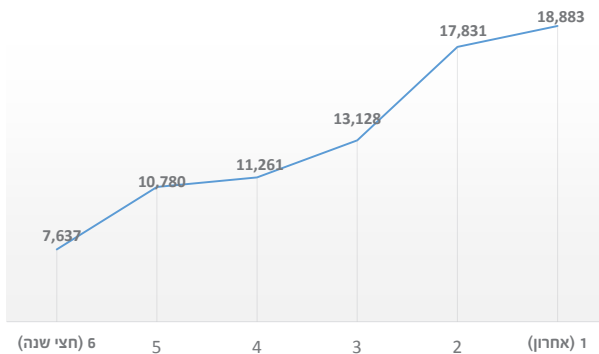
במסמך שפרסם משרד הבריאות האנגלי בנושא אסטרטגיות לטיפול במצבי סוף החיים (Department of Health, 2008), הוערך כי ההוצאה השנתית לאשפוז המסתיים במוות מסתכמת בכ-750 מיליון ליש"ט בשנה. עלות השירותים הפליאטיביים (ובהם גם שירותי הוספיס), מוערכים בכ-450 מיליון ליש"ט בשנה (200 מיליון מתוכם מגיעים מהמגזר הוולונטרי). כמו כן אחיות בקהילה משקיעות כ-40% מזמן במטופלים במצבי סוף החיים, על אף שאלו מהווים 8% מהמטופלים בלבד. בהולנד נמצא כי עלות שירותי הבריאות בשנה האחרונה לחיים עמדה על 14,906 אירו במוצע. כאשר רוב ההוצאות הם על אשפוז בבית חולים (54%) ואשפוז במוסדות סיעודיים (19%). כמו כן 36% מהוצאות הטיפול בשנה האחרונה לחיים משויכות למטופלים שנפטרו מסרטן (Polder et al., 2006).

אכן, אחת המחלות התורמות לעלייה בהוצאות לבריאות בשנה האחרונה לחיים היא מחלת הסרטן, ועלותה צפויה להמשיך ולעלות. כך למשל, מחקר מארצות הברית דיווח על עלייה צפויה של 39% בעלויות לטיפול בסרטן בין שנת 2010 לשנת 2020 (Mariotto et al., 2011). הגידול במספר החולים בסרטן, תכיפות הופעת טיפולים חדשניים וטכנולוגיה יקרה הם חלק מהסיבות לכך. הצלחות הטיפולים מעלות את העלויות, משום שלאור ההצלחות, אנשים שורדים יותר, ומקבלים עוד ועוד סדרות של טיפולים (Yabroff et al., 2011). עלות הטיפול בסרטן, בדומה למחלות קשות אחרות, עולה במיוחד בסמוך למוות. כך למשל, במחקר דווח כי חולה ממוצע עולה \$74,212 בששת החודשים האחרונים לחיים (Chastek et al., 2012) יחד עם זאת חוקרים מדגישים כי יש לתת את הדעת להבדלים משמעותיים בשיטות להערכת העלות בטיפול בסרטן, הבדלים במאפייני אוכלוסייה וסוג הסרטן, שלבי הטיפול, מבנה מערכות השירותים וארגון (Yabroff et al., 2011).

2.3 עלות הטיפול בחולים בסרטן בישראל בשנה האחרונה לחיים

במחקר שנערך בישראל (בנטור ואחרים, 2014) נמצא כי העלות הממוצעת לחולה בסרטן מפושט בחצי השנה האחרונה לחייו בשנת 2011 הייתה 51,169 ₪ והגיעה עד 484,360 ₪ (מתוקנן לפי מחירון משרד הבריאות עבור יום אשפוז). סטיית התקן העצומה (54,396 ₪) והחציון (37,594 ₪) מלמדים כי מעט חולים "יקרים מאוד" הגדילו מאוד את העלות הממוצעת לחולה. זאת ועוד, העלות הממוצעת לחולה בחודשיים האחרונים בחייו הייתה 25,522 ₪, דהיינו 47% מכלל העלות הממוצעת בחצי שנה. העלות בחודשיים האחרונים הגיעה עד 179,085 ₪. גם כאן סטיית התקן הגדולה (24,407 ₪) והחציון (18,439 ₪) מלמדים כי מעט חולים היו יקרים במיוחד. בבחינת הגורמים הקשורים לעלות הטיפול, בפיקוח על מאפייני החולים ועל מאפייני מערכת השירותים, נמצא שחולים צעירים יותר היו "יקרים" יותר, ועלייה בגיל הייתה קשורה לירידה בעלות הטיפול. תרשים 3 מציג את העלות הממוצעת בכל חודש במהלך חצי השנה האחרונה לחיים.

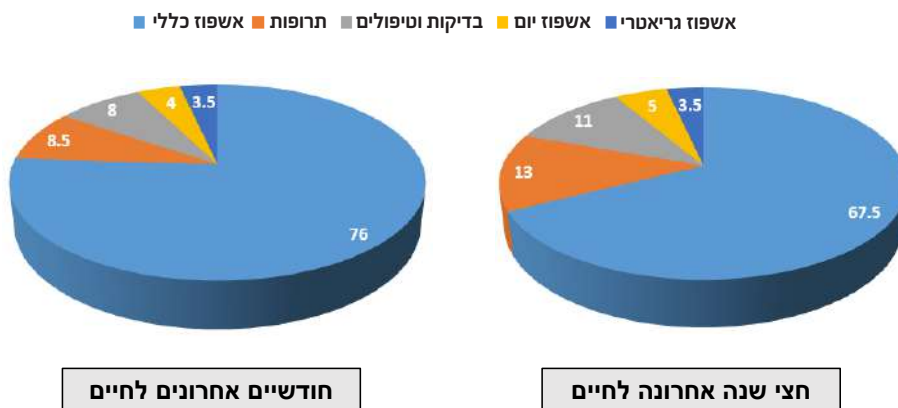
תרשים 3: עלות טיפול ממוצעת בכל חודש בחצי השנה האחרונה לחיים בקרב חולי סרטן (בש"ח)



מקור: בנטור ואחרים, 2014

מתרשים 4 עולה כי שני שליש מההוצאה בחצי השנה האחרונה לחיי החולה הייתה עבור אשפוז כללי, והשאר לתרופות, לטיפולים באשפוז יום ולמוסד סיעודי המשמש במחוז הצפון חלופה להוספיס אשפוזי משום שאין בו שירות כזה. בחינת ההוצאה בחודשיים האחרונים לחיים מלמדת על עלייה בחלקו של האשפוז הכללי לשלושה רבעים מההוצאה ועל צמצום קל בשאר הרכיבים.

תרשים 4: התפלגות ההוצאות לחולי סרטן לפי דפוסי שימוש (N=429); (%)



מקור: בנטור ואחרים, 2014

2.4 עלות-תועלת של טיפול פליאטיבי

מחקרים העוסקים בעלות תועלת של הטיפול הפליאטיבי בוחנים את העלות והתוצאה של התערבות פליאטיבית לעומת העלות והתוצאה של טיפול אחר, לרוב הטיפול המקובל. לעתים התערבות עשויה להיחשב משתלמת גם כאשר היא יקרה יותר מהטיפול החלופי, אם תוצאת הטיפול נמצאה כמצדיקה את ההפרש בעלויות. מחקרים לימדו כי טיפול פליאטיבי הוא בעל פוטנציאל להפחית עלויות של טיפול אקוטי בסוף החיים, על ידי הפחתת אשפוזים מיותרים והתערבויות אקוטיות אחרות. חיסכון מסוג זה יכול לעזור לאזן את ההשקעה בשירותים פליאטיביים (National Audit Office, 2008; The Economist Intelligence Unit, 2010 Smith) להשקעה בשירותים אלו, יישומים של ההערכות הכלכליות מתפתחים לאט (et al., 2014; Haycox, 2009).

יש מחסור במחקרים שבחנו את העלות תועלת של טיפול פליאטיבי, וחלק מהמחקרים הקיימים לוקים במגבלות מתודולוגיות או בפרספקטיבה צרה. עלויות, לרוב, מוערכות מנקודת מבטם של הספקים וההתמקדות היא על עלויות טיפול אקוטי בלבד, בעוד שעלויות רחבות של מערכת הבריאות והשירותים הסוציאליים, כמו גם עלויות עקיפות, אלה שמשולמות על ידי המטופל ובני משפחתו, לרוב אינן נכללות (SCIE, 2013). מגבלות נוספות הן היעדר התייחסות לתוצאות הקשורות באיכות חיים, הבדלים בהגדרה של

טיפול פליאטיבי והבדלים בסוגי ההתערבויות ובאוכלוסיות יעד (Hendry et al., 2011). יתר על כן, מרבית המחקרים נערכו בארצות הברית ולכן קיים קושי להשליך מהן על מערכות בריאות אחרות, בעלות מבנה שונה וארגון שירותים שונה.

רוב המחקרים בחנו את העלות-תועלת של שירותים פליאטיביים בקהילה. בסקירת *cochrane*, העריכו Gomes ועמיתיו (2013) את היעילות והעלות-תועלת של יחידות טיפול בית פליאטיבי (*home palliative care services*) בעיקר עבור חולי סרטן בשלב מתקדם אך גם עבור מחלות חשוכות מרפא אחרות. משישה מחקרים עדכניים עולה כי עלות ההתערבות הפליאטיבית נמוכה ב-18%-36% מטיפול רגיל, אך לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית משום שהמדגמים היו קטנים. במטה-אנליזה נמצא שקבלת טיפול על ידי יחידות בית לטיפול פליאטיבי, מכפילה את הסיכויים למות בבית, ויש ראייה חזקה להפחתה בנטל הסימפטומים. Smith ועמיתיו (2014) מצאו בסקירה של 46 מחקרים באיכות בינונית וגבוהה, כי עלות הטיפול הפליאטיבי נמוכה בהשוואה לטיפול חלופי. במרבית המחקרים התוצאה היתה מובהקת סטטיסטית. במחקר אקראי-מבוקר אשר נערך בארצות הברית נבחנו עלויות הטיפול של מי שקיבלו טיפול פליאטיבי בבית לעומת טיפול רגיל. המחקר העלה כי לא רק שאלו שקיבלו טיפול פליאטיבי הביעו שביעות רצון גבוהה יותר מהטיפול והיה להם סיכוי גבוה יותר לסיים חייהם בבית, אלא שהיו להם פחות ביקורים בחדר מיון ופחות אשפוזים, ועלויות הטיפול בהם היו נמוכות באופן מובהק מעלויות הטיפול הרגיל (95 דולר ליום לעומת 212 דולר ליום) (Brumley et al., 2007). גם מחקרים אחרים מלמדים על ירידה משמעותית בשיעורי האשפוז, ביקורים בחדר מיון, ימי אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ וביקורים אצל רופא משפחה בקרב מי שקיבלו טיפול פליאטיבי בבית (Meier, 2011). יתר על כן, בשני מחקרים אקראיים נמצא שחולים במצב דומה שקיבלו נוסף לטיפול הרגיל גם טיפול פליאטיבי בקהילה, שרדו למשך זמן ארוך יותר (Temel et al., 2010; Gomes et al., 2014). בבחינת בתי חולים, מחקרים מלמדים שליחידה ליעוץ פליאטיבי יש תרומה לחיסכון בעלויות בתי חולים כלליים. חולים שקיבלו ייעוץ והשתחררו מבית החולים עברו פחות ליחידות לטיפול נמרץ ונעשו להם פחות בדיקות מעבדה ופרוצדורות (Morrison et al., 2008). גם במחקר אחר נמצא כי יש סיכוי נמוך יותר לעבור ליחידה לטיפול נמרץ בקרב מי שקיבלו ייעוץ פליאטיבי (Penrod et al., 2006).

May ועמיתיו (2014) סקרו עשרה מחקרים שנערכו בבתי חולים. הם הגיעו למסקנה שקיימת מגמה ברורה של חיסכון בהפעלת שירות ייעוץ פליאטיבי בבית חולים, אך הדגישו את הצורך בביצוע מחקר רחב בנושא שיבחן גם את התוצאות בנוסף לעלות כדי ללמוד באופן מקיף יותר איזה תפקיד ממלא הייעוץ הפליאטיבי בבית חולים. בהקשר זה יצוין שפחות חולים שקיבלו ייעוץ פליאטיבי בבית חולים שכלל תיאום ציפיות וקביעת מטרות טיפול, חזרו לאשפוז תוך 30 יום לעומת חולים שלא קיבלו ייעוץ כזה (O'Connor et al., 2015).

בפרק זה נציג תחילה את עקרונות הפעולה הכלליים של השירותים הפליאטיביים, ואחר כך נציג את ההמלצות ותכנית הפעולה בכל אחד מהתחומים בנפרד.

3.1 עקרונות פעולה מומלצים של השירותים הפליאטיביים בישראל

- טיפול ממוקד מטופל ובני משפחתו (patient centered care).
- אנשים עם מחלות חשוכות מרפא ובני משפחותיהם יקבלו טיפול פליאטיבי בתזמון המתאים, החל מהשלב שלאחר אבחון המחלה, בכל שלביה ועד לסוף החיים.
- הטיפול יהיה זמין בכל שירותי הבריאות, ובכלל זה בביתם שבקהילה, בבתי אבות, בבתי חולים כלליים, במרכזים גריאטריים ובמוסדות סיעודיים בפריסה ארצית, תוך סגירת פערים הקיימים כיום בהיקף השירותים ובפריסתם הגיאוגרפית.
- הרחבת ההוראה בבתי הספר לרפואה, בתי הספר לסייעוד, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תזונה וקלינאות תקשורת כמו גם הרחבת ההכשרה וההשתלמויות לאחר סיום הלימודים הפורמליים.
- הגדלה ניכרת של מספר הרופאים והאחיות המומחים ברפואה פליאטיבית.
- הבטחת רצף טיפול ועבודה בין-מקצועית ומתואמת בין כל שירותי הבריאות, תוך הגברת הממשק, התיאום ושיתוף הפעולה בינם לבין עצמם ובינם לבין מערכת השירותים החברתיים.
- הגברת שיתוף הפעולה בין משרדי הממשלה הרלוונטיים, קופות החולים, שירותים ציבוריים, וולונטריים ופרטיים, תוך פיתוח אפשרויות לאיגום משאבים בין ארגונים ובין שירותים ולניצול מירבי של המשאבים הקיימים.
- פיתוח ההסברה ויידוע הציבור על קיומם של שירותים פליאטיביים, הגברת מודעות האוכלוסייה לגבי זכותם להביע את ההעדפות הטיפוליות שלהם, ולקבל טיפול לשיפור איכות החיים ולמניעת סבל בתקופה הקרובה למוות.
- הרחבת המחקר הבסיסי והיישומי ופיתוח תכניות הדגמה, תוך ליוויים במחקרי הערכה מקיפים ומעמיקים.
- יישום גישה פליאטיבית כחלק מרכזי מתהליך הטיפול יצוין ויודגש בנוהלי משרד הבריאות הרלוונטיים.



3.2 שירותים פליאטיביים בקהילה

3.2.1 מבוא

רוב החולים במחלות כרוניות קשות וחשוכות מרפא גרים בביתם בקהילה, ומטופלים בידי שירותי הבריאות, ביחד עם בני משפחתם. הם זקוקים לטיפול שיקל על מכאוביהם ועל תסמיניהם הפיזיים, הנפשיים, החברתיים והרוחניים, יסייע בתכנון הטיפול בהתאם להעדפותיהם, יתערב במהירות בעתות משבר ויספק מידע ותמיכה לבני משפחתם.

שירותי הבריאות בקהילה ממלאים תפקיד מרכזי בטיפול בחולים האלה, לכן עליהם לספק טיפול פליאטיבי במרפאות הראשוניות בתקופה הסמוכה לאבחון ועד לטיפול בבית עם ההידרדרות במצב, כדי לאפשר לחולים לקבל טיפול המשכי, בהתאם לשינויים במצבם, מבלי שיצטרכו לפקוד חדרי מיון ולהתאשפז, וכדי שלא יסיימו את חייהם במקום שנוגד את רצונם והעדפותיהם.

3.2.2 המצב בישראל

על פי דווחי הקופות שירותים פליאטיביים בקהילה ניתנים:

- במרפאות הראשוניות, בידי הצוותים הראשוניים.
- ביחידות לטיפול בית המופקדות על רצף הטיפול במבוטחים שאינם מסוגלים להגיע למרפאה. היחידות זמינות רק בשעות העבודה המקובלות (8-16), אך אינן זמינות בסוף השבוע ואין בהן יועץ פליאטיבי בעל הכשרה, כאיש צוות גרעיני.
- Shared Care - בחלק מהקופות ובחלק מהמחוזות צוות המרפאות (רופא ואח) משתתפים בטיפול ביחד עם צוות היחידות לטיפול בית, ובחלק מהקופות האחרות לטיפול בחולים האלה עוברת במלואה ליחידה לטיפול בית.
- ביחידת הוספיס בית - במקצת מהקופות ומהמחוזות יש יחידת הוספיס בית כחלק מהשירותים לטיפול בית או כיחידה עצמאית. כל היחידות האלה זמינות 24 שעות ביממה ובחלקן יש אחיות בעלות הכשרה ומומחיות על-בסיסית באונקולוגיה או פליאציה. ברוב הקופות אין יחידות הוספיס בית ייעודיות והשירות הפליאטיבי ניתן על ידי היחידות לטיפול בית.
- ספקים חיצוניים - כל הקופות משתמשות, בהיקפים שונים, בספקים חיצוניים. לעתים מתקיים שיתוף פעולה באספקת הטיפול בין הספק החיצוני לבין היחידות לטיפול בית של הקופה.

למרות האמור לעיל קיימים מכשולים באספקת טיפול פליאטיבי:

- קיים מחסור במידע אודות פעילות יחידות הוספיס-בית ובכלל זה מבנה היחידות, דפוסי העבודה והביקורים, מבנה הצוות והיקף כוח האדם, סוגי המחלות, מאפייני המטופלים ומשך הטיפול.

- קיים מחסור חמור באנשי מקצוע מומחים בטיפול פליאטיבי. לפיכך, גם אם אנשי הצוות ביחידות הוספיס בית עברו הכשרות מסוגים שונים, ברובם המכריע של היחידות אין אנשי הצוות (רופאים ו/או אחיות) מומחים.
- קופות החולים עושות מאמצים כדי לספק הכשרה פליאטיבית לאנשי הצוות ביחידות לטיפול בית וביחידות הוספיס בית, וניתנות השתלמויות רענן מעת לעת, אך תוכן ההשתלמות וטיב המדריכים והמורים אינו אחיד ואינו ברור.
- יחידות ההוספיס-בית מטפלות בעיקר בחולי סרטן ורק במעט מאוד חולים במחלות חשוכות מרפא אחרות.
- משך הטיפול ביחידות הוספיס בית קצר - כשבועיים שלושה במוצע. זאת משום שרוב החולים מופנים אליה כאשר מחלתם מתקדמת ובסמוך לסיום חייהם. זאת ועוד, אין הכרה בעובדה שגם החודשים הראשונים שלאחר המוות נחשבים לתקופה המחייבת ליווי פליאטיבי של בני המשפחה.
- קיימים הבדלים גדולים בדרכי אספקת הטיפול הפליאטיבי בין קופות החולים ובין המחוזות באותה קופה.
- לעתים קרובות אין רציפות והעברת המידע שנצבר בין התיק הרפואי שבבית החולה לבין התיק הרפואי בקופת החולים, וחלק גדול מהמידע לא מועבר לתיק האלקטרוני בקופה.

3.2.3 המלצות

א. ארגון השירותים

במטרה להבטיח טיפול רציף ומתואם, ההמלצות כוללות שלושה גורמי איתור וטיפול בקהילה:

- שירותי רפואה ראשונית ובכלל זה רופאי משפחה, אחיות וצוות היחידות לטיפול בית.
- מרפאות ליעוץ פליאטיבי.
- הוספיס בית.



תרשים 6: ארגון השירותים הפליאטיביים בקהילה

ב. תהליכי עבודה

רפואה ראשונית

- תיעשה הערכה תקופתית, או כאשר חל שינוי במצב, המלווה בסימפטומים פיזיים ו/או שינוי במצבו התפקודי או הנפשי, לכל מטופל הלוקה במחלה כרונית קשה (כמו אי ספיקה כליתית, אי ספיקת לב, מחלת ריאות חסימתית כרונית, מחלה נירולוגית ניוונית, סרטן, דמנציה וכד'). ניתן לבצע את ההערכה בעזרת כלי סינון כדוגמת SPARC¹ (נספחים 1,2). ניתן כמובן לבחון אפשרות שימוש בכלים אחרים, מאחר ובמהלך הזמן מתפתחים כלים חדשים וכלים ישנים מתעדכנים.
- אם יימצא שהחולה זקוק לטיפול פליאטיבי, רופא המרפאה יעזר במרכיבים שנמצאו בכלי הסינון כבעייתיים כדי לטפל בחולה. במקרים שהרופא מתלבט או שאינו יודע מהו הטיפול המתאים, הוא יוכל להפנות את החולה לייעוץ פליאטיבי או להתקשר לייעוץ בעצמו כדי לקבל הדרכה.
- ייעשה מעקב קבוע אחר התסמינים שמהם סובל המטופל. לשם כך יעמדו לרשות הצוות המטפל בקהילה כלי טיפול והערכה מתוקפים ומקובלים הכוללים את כל המרכיבים הרלוונטיים והחשובים בטיפול פליאטיבי (כמו למשל ESAS², IPOS³ ואחרים).
- המידע מתוצאות הסינון (SPARC למשל), מכלי המעקב (IPOS, ESAS ואחרים), מהייעוץ, ומכל שאר הוראות הטיפול הפליאטיבי, יירשמו במערכת הממוחשבת של הקופה, ויהיו נגישים לרופא המשפחה ולכל הצוותים המטפלים בחולה, דרך הגיליון הרפואי הממוחשב של המטופל.
- לצוותי היחידות לטיפול בית תהיה נגישות לייעוץ פליאטיבי שיהיה זמין, ולפי הצורך גם יערוך ביקור בית ביחד עם הצוות המטפל בקהילה (רופא בעיקר) בכל שעות היממה.
- יש לשאוף שלכל המטופלים יהיו הנחיות רפואיות מקדימות ו/או ייקבע מיופה כן כבר בשלביה המוקדמים של המחלה.

שירותי ייעוץ בקהילה לחולים אמבולטוריים שלא לקראת סוף החיים

- ההחלטה על הפנייה לייעוץ פליאטיבי בקהילה תיעשה על סמך הממצאים בכלי הסקירה או בהתבסס על בדיקה קלינית של רופא או אח. ההפניה תיעשה בידי הרופא, האח או העובד הסוציאלי במרפאה הראשונית, ביחידות טיפולי בית ובמחלקות בית החולים.

(1) SPARC - (The Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care) - כלי זה יוצר פרופיל רב-ממדי של היבטים שונים של חיי החולה ונועד לזהות בעיות בתחומים פיזיים, פסיכולוגיים, רוחניים ודתיים, תפקודיים, סוציאליים ומשפחתיים וצורכי עזרה ללא מענה. הכלי איננו מציע אבחון קליני. את הצינונים יש לבחון בנפרד - אין לחבר אותם ל"צינון כולל". התגובה המקצועית לשאלון תלויה בצינונים הפרטניים ובכרונות ולא בצינון כולל.

(2) ESAS- Edmonton Symptom Assessment System, ראה נספח 3.

(3) IPOS- Integrated Palliative Care Outcome Scale, <http://pos-pal.org> דורש הרשמה.

- איש הצוות המפנה חולה לייעוץ פליאטיבי יסביר לו ולבני משפחתו מהי מטרת הייעוץ ומהו טיפול פליאטיבי, ויהיה עליהם לקבל את הסכמת החולה, אפוטרופוס או מיופה כוח לביצוע ההפנייה.
- הייעוץ יינתן במרפאת מומחים של הקופה בקהילה, או במרפאת מומחים (מרפאת חוץ) בבית החולים. הביקור במרפאת ייעוץ ייעשה כמקובל במרפאות מומחים, בדומה למודל הקיים במרפאות ייעוץ גריאטרי.
- תהיה נגישות גבוהה לייעוץ פליאטיבי, דהיינו כל חולה יקבל תור תוך מספר ימים לאחר ההפנייה, ומשך זמן ההמתנה לא יעלה על שבועיים.
- יתאפשר ייעוץ דחוף לאיזון תסמינים על ידי ייעוץ טלפוני עם הרופא המטפל או על ידי תורים שיוקצו לחולים לצורך ייעוץ דחוף.
- לרופא המטפל תהיה נגישות, 24 שעות ביממה, ליועץ פליאטיבי מומחה כדי לאפשר התאמת טיפול בעת שינוי מהיר במצב החולה.
- תשובת הייעוץ תהיה נגישה לרופא המטפל בקהילה ובבית החולים כדי לאפשר לשמור על רציפות ואיכות הטיפול.

הוספיס בית

אוכלוסיית היעד

- זכאים לקבל הוספיס בית, חולים בשלבים הסופיים של מחלתם, עם דרגה תפקודית נמוכה ו/או אשפוזים תכופים חוזרים, ובמצבים בהם ההוצאה מהבית כרוכה בסבל.
- ההחלטה על הפניה להוספיס בית תתבסס על:
 - מידע מהגיליון הרפואי (אם מופנה מבית חולים) וממצאי כלי ההערכה כדוגמת NECPAL אשר ימולא בידי הצוות המפנה ובכלל זה רופא משפחה, אח, יחידה לטיפול בית או כל מחלקה בבית החולים, ויצורף להפנייה כחלק ממנה.
 - הגישה הפליאטיבית מובנת ומקובלת על החולה ועל בני המשפחה המטפלים בו והם מעוניינים לקבל/לתת טיפול במסגרת הבית.
 - נוכחות של מטפל עיקרי בבית החולה, דהיינו יש בבית מערך טיפולי המאפשר מתן טיפול סיעודי מלא וטיפול תרופתי מלא, על פי הנחיות הצוות הרפואי המטפל, ויש מי שייתן דיווח מדויק על מצבו של החולה, על קשיים ועל תגובה לטיפול בכל רגע נתון. אם לחולה אין אפשרות לקבל טיפול במסגרת הוספיס-בית, הוא יופנה להוספיס אשפוזי ללא תשלום, אם יבחר בכך.

אחריות ותהליכי עבודה

- כל קופת חולים תפעיל שירות ייעוץ פליאטיבי ושירותי הוספיס-בית בכל אחד ממחוזותיה. זאת כדי להבטיח קיום גוף ידע משמעותי במחוז, וכדי לשמור ולהבטיח את המשכיות ורציפות הטיפול בחולים במצבי סוף החיים.

- שירות הוספיס בית של הקופה יספק טיפול ישיר ויהיה אחראי על הפצת ידע פליאטיבי לצוות הרפואי בקהילה ועל הבטחת רצף הטיפול.
- בראש מערך הוספיס בית יעמוד רופא מומחה בטיפול פליאטיבי, אשר יישא באחריות הכוללת לתפעול ולאיכות הטיפול. המערך יופעל על ידי צוות בין מקצועי ייעודי קבוע שעבר הכשרה פורמאלית מוגדרת. תוך 10 שנים יש לשאוף שרוב הצוות יהיה עם מומחיות בטיפול פליאטיבי.
- לכל חולה ייקבע צוות קבוע (אורגני) ומנהל טיפול שיקבע את תכנית הטיפול המתאימה, אשר יערוך ביקורי בית יזומים קבועים, בתדירות ביקורים מינימלית כדלקמן: רופא אחת לשבוע, אלא אם יוחלט בישיבת צוות שאין צורך לביקור רופא בכל שבוע. אם לא מתבצע ביקור פעם בשבוע, הרופא יבצע שיחה טלפונית אחת לשבוע. אח יבקר פעמיים בשבוע ועובד סוציאלי על פי צורך, אך לא פחות מפעם אחת בסמוך לקבלת המטופל לטיפול ביחידה. הצוות האורגני של היחידות נותנות השירות (מתוך הקופות או בשירות קנוי) יכלול גם פסיכולוג רפואי, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, דיאטן, קלינאי תקשורת ומלווה רוחני. רופא, אח ועובד סוציאלי יהיו זמינים למענה טלפוני ולביקורי בית לא מתוכננים בכל שעות היממה, בכל ימות השבוע (זמינות 7/24), כאשר זמן הגעת הצוות לבית המטופל לא יעלה על שעה עד שעתיים מזמן הקריאה, הן בשעות העבודה המקובלות והן בשעות שמחוצה להן.
- הוספיס הבית יהיה זמין גם מעבר לשעות העבודה הרגילות והשירות יינתן באמצעות תורנים. יש צורך להבטיח כי לתורנים תהיה נגישות לגיליון הרפואי הממוחשב. התורנים יהיו מגובים על ידי רופא בעל הכשרה מתאימה ובעל ניסיון בטיפול פליאטיבי של לפחות שנה של עבודה רציפה בטיפול פליאטיבי. הכונן (הרופא המגבה) יהיה זמין טלפונית וכן זמין לביקורי בית בזמן הכוננות, וזאת בזמינות של שעתיים.
- לשירות הוספיס בית תהיה נגישות לגיליון הרפואי הממוחשב של החולה בקופה (תיק נגיש), דהיינו תהיה להם הרשאה להכניס ולשלוף מידע ולכתוב בגיליון הרפואי הממוחשב. זאת כדי שכל הצוות (של הוספיס בית ובקהילה) יהיה מעודכן ומעורב בטיפול בחולה לאחר שעבר להוספיס בית.
- ביחידה עם שירות וירטואלי ניתן לנסות לעשות בו שימוש, והמלצה בנושא תיבחן לאחר שייאספו מספיק נתונים בנושא. בכל מקרה, שירות וירטואלי לא יהווה תחליף לקשר טיפולי ולביקורים קבועים.
- הטיפול בבית יכלול:
 1. שיחה עם החולה ובני משפחתו על מטרות הטיפול, בירור העדפות טיפול במצבים שונים, הצעה למלא הנחיות מקדימות או למנות מיופה כוח, מענה לשאלות וקיום שיחות חוזרות עם השינויים במצב החולה. כמו כן, תיערכנה פגישות משפחתיות לתיאום ולעדכון.

2. הקלת סבל גופני - איזון סימפטומים גופניים כגון כאב, בחילה, קוצר נשימה וכו' באמצעים תרופתיים ולא תרופתיים. איזון וטיפול בסימפטומים נפשיים של החולה כולל דיכאון, עצב, פחד, חרדה באמצעים תרופתיים ולא תרופתיים.
 3. טיפול במצוקות קיומיות ורוחניות באמצעות עובד סוציאלי, פסיכולוג רפואי ומלווה רוחני. חלק מהטיפול כולל מתן הדרכה ואפשרות לחולה ולבני משפחתו לבצע פרידה והכנה ראויה למוות.
 4. טיפול בנוזלים ותרופות בדרך תת עורית במסגרת הבית, במקרים בהם לא ניתן לקבל טיפול דרך הפה. טיפולים פולשניים בבית כולל חוקן, ניקור מיימת, החדרת צנתר לשלפוחית השתן, טיפול בצנתרים למיניהם וטיפולים אחרים ומתן סדציה פליאטיבית בבית, כולל הכנת החולה ומשפחתו.
 5. טיפול וייעוץ בנושא התאמת הסביבה של המטופל וסביבת הבית.
 6. התאמת אביזרי נייחות (כגון כסא גלגלים, מיטה, מנופ) במסגרת הבית.
 7. טיפול וייעוץ בהיבטים תפקודיים המשמעותיים למטופל בסוף החיים.
 8. ייעוץ תזונתי למטופל ומשפחתו עם דגש על איכות חיים והעדפות המטופל.
 9. בבוא העת, קיימת עדיפות לכך שהרופא מהצוות האורגני או רופא מיחידת ההוספיס בית יקבע את המוות. במידה והרופא אינו יכול להגיע לבית החולה, איש צוות אחר יגיע לביתו בשעות הסמוכות לשעת המוות.
 10. במטרה למנוע אי נעימות מבני המשפחה, צוות ההוספיס-בית יכין מסמך שיסייע לבני המשפחה במקרה של מוות בבית בעת ביקור המשטרה.
- לאחר מות החולה, אחד או יותר מאנשי הצוות האורגני, יבקר את בני המשפחה, לפחות פעם אחת, במהלך ימי האבל או בסמוך להם. אל מפגש זה יגיעו שניים מאנשי הצוות.
 - הצוות ילווה את המשפחה בחודשי האבל הראשונים, בהתאם לעקרונות הטיפול הפליאטיבי.

אשפוז בקהילה

על מנת לאפשר לחולים עם צרכים פליאטיביים לקבל טיפול קרוב לביתם תוך מניעת פניות תכופות לחדר מיון, אשפוזים מיותרים ומוות בסביבה מנוכרת, ראוי לשקול פיתוח מודל שקיים בבריטניה של אשפוז בקהילה. הכוונה ליחידות אשפוז קהילתיות, המאפשרות קבלת טווח רחב של שירותים רפואיים לחולים שלא יכולים להיות בבית אך לא מתאימים לאשפוז במחלקה לאשפוז מורכב תומך במרכז גריאטרי עקב גילם הצעיר או סיבה אחרת. מסגרת זו מאפשרת לחולה ולבני משפחתו קבלת טיפול בסביבה מוכרת וביתית, קשר מטפל-מטופל, שמירה על רצף טיפולי ומעורבות של בני המשפחה בטיפול. עבור חולים המבקשים למות בבית, אך מצבם הרפואי אינו מאפשר תמיכה במסגרת ביתית, מסגרת זו יכולה להוות פתרון מתאים (Scottish Government, 2012).

ג. כוח אדם ומשאבים

- כל רופא וכל אח במרפאות הראשוניות בקהילה יהיו בעלי ידע בעקרונות הטיפול הפליאטיבי ובעלי ידע ומיומנות לשימוש בכלי הסקירה, מוכנים ומסוגלים לבשר בשורות קשות, לנהל שיחה עם בני המשפחה ולספק טיפול ותמיכה נפשית והדרכות חוזרות.
- יינתנו לצוות הראשוני במרפאות בקהילה (רופא ואח) התנאים הדרושים כדי להמשיך להוביל את הטיפול הפליאטיבי בחולה, ובכלל זה גם זמן ותשלום הולמים.
- בראש צוות מרפאת ייעוץ יעמוד רופא מומחה ברפואה פליאטיבית. הצוות הבסיסי יכלול רופא, אח (רצוי עם מומחיות בטיפול פליאטיבי או הכשרה מעמיקה), עובד סוציאלי ופסיכולוג רפואי (בהתאם לדרישת חוזר מנכ"ל 09/30). תהיה זמינות, על פי הצורך, של פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, דיאטן ומלווה רוחני, הן אם ביחידה אורגנית של הקופה, או בשירות קנוי.
- כל אנשי הצוות במרפאת הייעוץ יהיו בעלי ידע ומיומנויות אשר נרכשו בקורסים ובהשתלמויות ורצוי שיהיו בעלי מומחיות בתחום. מאחר וכיום אין מספיק רופאים מומחים ברפואה פליאטיבית, ייקבע משך זמן להיערכות לכך.
- בראש יחידת הוספיס בית יעמוד רופא מומחה ברפואה פליאטיבית ושאר הרופאים יהיו בשלב ראשון בעלי הכשרה בתחום (עברו קורס אחד לפחות) או במהלך התמחות ברפואה פליאטיבית. יש לשאוף כי בעוד 10 שנים רוב הצוות יהיה בעל מומחיות.
- כל האחיות יהיו אחיות מוסמכות, ולפחות מנהלת הסיעוד תהיה בעלת מומחיות פליאטיבית.
- העובדים הסוציאליים יהיו בוגרי קורס בטיפול פליאטיבי.
- בכל אחד ממקצועות הבריאות (פסיכולוגיה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תזונה, קלינאות תקשורת, לוויו רוחני) יהיה לפחות איש מקצוע אחד, בכל יחידה, בוגר קורס פליאטיבי.
- לפי טיוטה לחוזר מנכ"ל 2007 על כל קופה לספק מתוך משאביה טיפול פליאטיבי בבית, שיהיה זמין 7/24. היקפי המשרה המינימליים שנקבעו בחוזר הם:
 1. 0.25 משרת רופא ל-6 חולים
 2. 0.5 משרת אח ל-6 חולים
 3. 0.5 משרת עובד סוציאלי לכל 18 חולים
 4. 0.5 משרת מזכיר/ה לכל 18 חולים
 5. 0.25 משרת פיזיותרפיסט לכל 18 מטופלים
 6. 0.25 משרת מרפא בעיסוק לכל 18 מטופלים
 7. 0.25 משרת דיאטן לכל 18 מטופלים
 8. 0.1 משרת קלינאי תקשורת לכל 18 מטופלים
 9. כוננות רופא ואח זמינים 24 שעות

- במקרה הצורך ובתנאים שיקבעו, רצוי שתהיה אפשרות למימון מטפל לחולי הוספיס בית במצב סוף חיים בכל שעות היממה.
- יש להמליץ שהחולים יהיו פטורים מכל תשלום עבור התרופות הנחוצות להם, כולל נוזלים לאינפוזיה, ציוד נלווה וחבישות.
- הקופה תהיה אחראית לקבוע בית מרקחת אחד לפחות באזור גיאוגרפי נתון, שבמלאי שלו יימצאו באופן קבוע כל התרופות הדרושות לטיפול במסגרת הוספיס-בית. בנוסף, צוות הוספיס-בית יהיה מצויד בתרופות למתן טיפול ראשוני והמרשמים יהיו תקפים בבתי המרקחת ללא צורך בהמרה בידי הרופא המטפל בקופה.
- הצוות יספק לחולה בביקור הראשון בביתו, ערכת תרופות בסיסית.
- כל איש צוות יתעדכן בידע פליאטיבי באופן שוטף, באמצעות השתתפות בקורסים מובנים ובישיבות צוות תקופתיות שינוהלו על ידי מומחה בטיפול פליאטיבי.

ד. מדדי הערכה ובקרה

- הערכת איכות הטיפול חיונית ונועדה לעקוב אחר דפוסי השירות והטיפול המסופקים בשאיפה לשיפור מתמיד. מדדי האיכות צריכים להתייחס למרכיבי התשומות והתהליכים בשירותים, ובעיקר למדדי תוצאה. זאת בהתייחס למימדים פיזיים, נפשיים, סוציאליים, רוחניים, אתיים, משפטיים ותרבותיים.
- כל שירות יבנה רשימת מדדים רלוונטית עבורו, אשר תיבחן בצורה מקיפה באמצעות כלי הערכה וסקרי עומק אשר יבוצעו בפרקי זמן שייקבעו (פעם בשנה-שנתיים).
- בתוך מערכות המידע של הקופה יוטמעו שדות לתייעוד טיפול, לצורך מעקב, העברת מידע בין גורמי טיפול שונים (למשל רופא משפחה) ולשם ריכוז נתונים על מבוטחים שהוצעה להם גישה זו. ניתן לשקול העברת הנתונים שייאספו לרשם לאומי לצורכי ניטור ומעקב וכן לצורכי מחקר.

3.3 בתי חולים כלליים

3.3.1 מבוא

עם התקדמות הטכנולוגיה, הרפואה המודרנית והזדקנות האוכלוסייה, גדל מספר האנשים הסובלים בשנים האחרונות לחייהם ממחלות חשוכות מרפא המביאות אותם לאשפוזים תכופים ולעתים קרובות גם לסיום חייהם בבתי חולים. כשני שלישים (67%) מהנפטרים בני 65 ומעלה בישראל סיימו את חייהם בשנת 2013 בבתי חולים, חצי מתוכם במחלקות פנימיות (שנתון סטטיסטי קשישים, 2014). 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 ביחידה לטיפול נמרץ בחצי שנה האחרונה לחייהם וכ- 65% מההשקעה בבריאות הופנתה ל-10% החולים הקשים ביותר. (Goodman et al., 2013).

לאור מחקרים, שלימדו על איכות טיפול ירודה בבתי חולים בחולים במצבי סוף החיים (Connors et al., 1995; Teno et al., 2004; Toscani et al., 2005; Becker et al., 2007; Casarett and Quill, 2007), חלה בעשור האחרון עלייה משמעותית באספקת שירותים פליאטיביים בבתי חולים כללים בארצות הברית. כך למשל, בעוד שבשנת 1998 רק ב-7% מבתי החולים בני 300 מיטות או יותר פעל שירות כזה, בשנת 2008 עלה שיעורם ל-60% ובשנת 2011 ל-81% (Morrison et al., 2011). גם באנגליה ובוויילס יש שירותים פליאטיביים ברוב בתי החולים אך גם שם יש הבדלים גדולים בין בתי חולים באזורים שונים. (Gatrell et al., 2012). זאת ועוד, Temel (2010) מצאה במחקר פורץ דרך, שמשך ההישרדות החציוני של חולים בסרטן ריאות גרורתי שקיבלו שירות פליאטיבי שהיה משולב בשירות האונקולוגי, היה ארוך יותר משל אלו שלא קיבלו טיפול פליאטיבי.

3.3.2 המצב בישראל

מתוך 25 בתי חולים כלליים בישראל, בשניים יש הוספיס אשפוזי ובשלושה יש מערך אונקולוגי המשלב טיפול פליאטיבי מזה שנים רבות (רק לחולים במחלות אונקולוגיות). בשנים האחרונות הקצו עשרה בתי חולים 1/2-1 תקן ממשאביהם הפנימיים לנושא, כאשר רוב התקנים מאוישים בידי אחיות בעלות הכשרה ומומחיות בפליאציה או אונקולוגיה, ורק בשני בתי חולים התקן מאויש בידי רופא מומחה. יותר ממחצית הייעוצים ניתנים לגבי חולים החולים בסרטן ממושט, עם הבדלים גדולים בין בתי החולים בשיעור הייעוצים לגבי חולים במחלות אחרות. בשאר בתי החולים, רובם קטנים - בינוניים ובפריפריה, מנסים ליישם גישה פליאטיבית, אך לא הקצו לכך תקן ייעודי ובמיעוטם כמעט שאין התייחסות לנושא (בנטור ואחרים, 2015).

המכשולים המרכזיים לאספקת טיפול פליאטיבי בבתי חולים הם:

- חלק מאנשי הצוות בבתי החולים, בעיקר רופאים, אינם מכירים את הגישה הפליאטיבית, מיעוטם אף מתנגדים לה, לעתים מבלי רצון להכירה. חלקם סבורים שיש לבצע כל התערבות רפואית אפשרית לשם השארת המטופל בחיים, ללא קשר להעדפותיו, לבקשותיו או לסבלו. חלקם אף מתקשים לערוך תיאום ציפיות ושיחה פתוחה וכנה עם חולה הסובל ממחלה כרונית בשלבים מתקדמים.
- לטענת רבים ממנהלי בתי החולים, חוזר מנכ"ל 30.09 קבע כי שירות פליאטיבי נמצא בסל השירותים המפורט בתוספת השנייה לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ולכן הם לא קיבלו תקצוב עבורו (במחיר יום אשפוז או ייעודי), וכי עליהם לעשות זאת באמצעות משאביהם. אלא שרבים מהם מתקשים בכך, במיוחד בתי חולים קטנים ובינוניים, שגמישותם לשינויים בתקנים נמוכה מזו של בתי חולים גדולים.

- גם בבתי חולים שהקצו תקן לאח או לרופא, הם עובדים לבד, ללא צוות בין-מקצועי, אף על פי שתיאום ועבודת צוות הם עקרונות חשובים בטיפול פליאטיבי.
- קיים מחסור חמור ברופאים ובאחים מומחים בתחום. יתר על כן, רופאים ממקצועות אחרים אינם נלהבים מהעיסוק בנושא ולפיכך קשה למצוא מתמחים ומו שיפתחו את השירותים.
- גם בקרב הציבור הרחב יש לעתים התנגדות וחוסר ידע לגישה שנתפסת כוויתור על החיים.

3.3.3 המלצות

א. תהליכי עבודה

בכל בית חולים תוקם יחידה פליאטיבית שתרכז את הטיפול הפליאטיבי בו. צוות היחידה יכלול רופאים ואחיות בעלי מומחיות פליאטיבית, עובד סוציאלי, פסיכולוג רפואי, מלווה רוחני, דיאטן, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, מתנדבים ועוד.

המערך הפליאטיבי בבית החולים יהיה מורכב משלוש זרועות (תרשים 7):

- א. יחידה יועצת
- ב. יחידת אשפוז
- ג. יחידה אמבולטורית

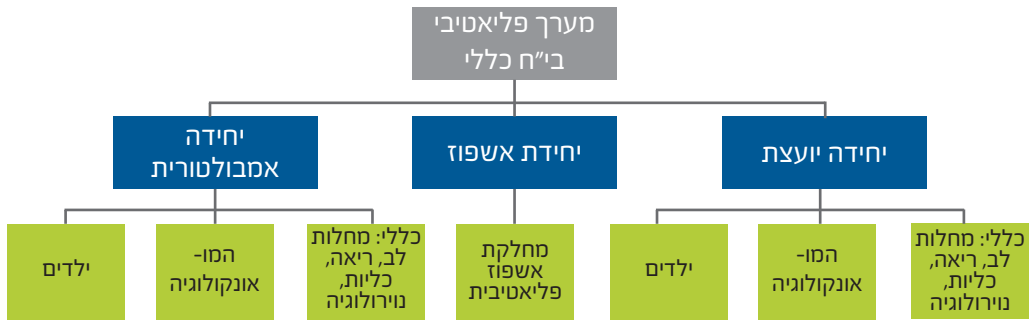
יחידה יועצת

היחידה תיתן מענה לחולים מאושפזים הזקוקים לטיפול פליאטיבי על כל מרכיביו, בכל המחלקות. הייעוץ יינתן בזמינות של תוך 24-48 שעות במחלקות האשפוז, בשעות העבודה בלבד. כמו כן תהיה זמינות טלפונית של 24 שעות ביממה כל ימות השבוע.

הקריטריונים המוצעים לזימון ייעוץ במחלקות האשפוז הם חולה הסובל ממחלה חשוכת מרפא, ובנוסף עונה לאחת מההגדרות הבאות:

- שלושה אשפוזים או יותר תוך חצי שנה.
- תסמינים פיזיים או רגשיים לא מאוזנים (כאב, בחילה, עצירות, חרדה, קוצר נשימה, אי שקט וכו').
- אתגר בקביעת מטרות טיפוליות (לדוגמא: הזנה פולשנית, דיאליזה, סטטוס החיאה ועוד).
- מצוקת משפחה או מטפלים.
- אשפוז ממושך ללא עדות לשיפור.
- חולה המזוהה על פי חוק החולה הנוטה למות.
- נדרשת בניית תכנית שחרור המאפשרת שחרור של החולה במצבו המיוחד.

תרשים 7: יחידה פליאטיבית בבית חולים כללי



הקריטריונים המוצעים לזיהוי מטופלים המגיעים למר"ד, הזקוקים לייעוץ פליאטיבי הם:

- כאבים או תסמינים אחרים שקשים לאיזון ולטיפול.
- טיפול בתסמינים של חולה גוסס.
- אתגר בקביעת מטרות טיפוליות - goals of care, כגון החלטה לגבי אינטובציה, או קבלת החלטות מורכבות.
- מעבר לטיפול שבמרכזו נוחות המטופל - comfort focused care.
- תמיכה באבלים, כגון לאחר מוות פתאומי של נפגעי טראומה או פטירת ילד.
- מצבים מאתגרים הדורשים תיאום טיפול, כגון הוספיס בית.

על פי הנחות שגורות, 5% מכלל המאושפזים בבית חולים זקוקים לייעוץ פליאטיבי. כלומר, בבית חולים עם 500 מיטות וכ-35,000 אשפוזים בשנה, צפויים להיות 1,700 מטופלים בשנה הזקוקים לייעוץ ולהתערבות פליאטיבית. בהנחה שצוות היחידה הפליאטיבית עוקב אחרי כל מטופל במשך 4 ימים, הרי שמדי יום צפויים להיות 18 מטופלים הזקוקים לייעוץ ולהתערבות היחידה הפליאטיבית.

מערך אשפוזי

מערך האשפוז כולל מיטות לטיפול פליאטיבי אינטנסיבי בחולים עם סימפטומים עמידים לטיפול, כגון תמיכה נשימתית מורכבת (High Flow), סדציה פליאטיבית, תרופות הניתנות בטפטוף רציף, מתן אופיאידים (קטמין) ועוד. מערך האשפוז יכול גם מיטות לביצוע פרוצדורות פליאטיביות להקלת מצוקה חריפה, שאינן יכולות להתבצע במסגרת אשפוז יום, כגון ניקורים מורכבים, טיפולים מורכבים לכאב מקומי ועוד.

בבית חולים בן 500 מיטות יוקצו 5 מיטות לאשפוז פליאטיבי, על פי הנחה של מיטה אחת לכל מאה מיטות אשפוז.

קיימות 3 אפשרויות לאשפוז פליאטיבי:
א) הקצאת מספר מיטות לאשפוז פליאטיבי בכל מחלקה פנימית.
ב) מחלקה פנימית אחת המתמחה בטיפול בחולים פליאטיביים.
ג) יחידת אשפוז עצמאית.

אשפוז פליאטיבי יאושר על ידי רופא פליאטיבי אחראי ויתאפשר ממחלקות אחרות, מהמלר"ד ואף ישירות מבית החולה.

מערך אמבולטורי

המערך ייתן מענה לחולים בשלבי מחלה מתקדמים הזקוקים לטיפול פליאטיבי, אך אינם זקוקים לאשפוז. מערך זה יכלול מרפאות שונות בהתאם לאבחנות (אונקו-פליאטיבית למשל) או מרפאה אחת לכל האבחנות. במערך זה יבוצע מעקב תהליכי אחרי החולה המיועד לאורך כל המחלה, שכן הוכח כי זהו גורם המשפר פרוגנוזה ואת היכולת של החולה לקבל מוקדם יותר החלטות בקשר לסוף החיים. המרפאות הפליאטיביות יעבדו בשיתוף פעולה מלא עם מחלקות האם (לדוגמא מרפאה קרדיופליאטיבית תעבוד בשיתוף פעולה עם המחלקה הקרדיולוגית וכו') לפי חישוב של 3.5 ביקורי מרפאה למיטת אשפוז בבית חולים עם 500 מיטות, יהיו 1,750 ביקורי מרפאה בשנה, דהיינו 6 ביקורים ביום (2 חדשים ו-4 חוזרים).

ב. משאבים וכוח אדם

- הכשרה לכלל צוותי בית החולים ללא קשר למרכיבי היחידה.
 - הרופאים, צוותי הסייעוד וצוות השירות הסוציאלי בבית החולים יהיו מחויבים לעבור סדנה בנושא מסירת בשורה מרה, בירור העדפות טיפוליות ותהליך מינוי ייפוי כוח או אפוטרופוס.
 - רופאים ואחיות המטפלים בחולים בסוף חייהם, יהיו מחויבים לעבור הכשרה בנושא טיפול פליאטיבי בעזרת קורסים, סדנאות או לומדות ממוחשבות.
 - מטפל/כוח עזר העובד מעל שנה במחלקות המטפלות בחולים בסוף חייהם, יחויב בסדנה העוסקת בהיענות לצרכים פיזיים, תפקודיים ורגשיים של חולים ובני משפחותיהם במצבי סוף החיים.
 - לגיליון הרפואי/סייעודי הממוחשב (ולמכתבי הקבלה, שחרור ומרפאות) יוספודות וקישור ייעודי לנושאים המתייחסים להעדפות ולהנחיות טיפוליות מוקדמות.
- להלן פירוט היקף כוח האדם הנדרש להפעלת היחידה הפליאטיבית בבית חולים כללי: בן 500 מיטות לפי המלצות מרכז ה- (CAPC) The Center to Advance Palliative Care:

ליחידה היועצת הצפויה לטפל בכ-18 מטופלים ליום:

- 1.5 משרות רופא (יחס 1:12) מתוכם משרה אחת בתקן מנהל יחידה.
- 4 משרות אחיות (יחס 1:4) מתוכן משרה אחת בתקן אחראית יחידה.

- 30 כוננויות רופא.
 - 0.5 משרת עו"ס (בהנחה שרוב עבודת העובד הסוציאלי מסתמכת על צוות המחלקה האורגני).
 - 0.5 משרת תמיכה רגשית: עו"ס או פסיכולוג רפואי או מלווה רוחני וכדומה.
 - 0.5 משרת מזכיר/ה.
- למרפאות פליאטיביות הצפויות לטפל ב- 6 חולים ביום (2 חדשים ו-4 חוזרים):
- 1 משרת רופא מומחה ברפואה פליאטיבית.
 - 0.5 משרת אח מומחה ברפואה פליאטיבית.
 - 0.5 משרת מזכיר/ה רפואית.
 - עובד סוציאלי/פסיכולוג רפואי, עפ"י התקן הנדרש (יכול להתבסס על המרפאה המקצועית אונקולוגיה, קרדיולוגיה וכדומה).
- ליחידת אשפוז פליאטיבית הכוללת 5 מיטות אשפוז ייעודיות בתוך מחלקה פנימית קיימת:
- 0.5 משרת רופא מומחה ברפואה פליאטיבית (יתבסס על מנהל היחידה היועצת).
 - 1 משרת אח מומחה ברפואה פליאטיבית.
 - 30 כוננויות רופא (יתבסס על כוננות הרופא של היחידה היועצת).
 - 0.5 משרת אח בעל הכשרה פנימית.
 - מערך תורנים שישען על המחלקות הפנימיות, אונקולוגיות וגריאטריה.
 - שאר כח האדם יתבסס על תקינת המחלקה ה"מארכת".
- לאור כל זאת להפעלת המערך הפליאטיבי, שיהיה אחראי על שירותי הייעוץ, על המרפאות ועל אשפוז פליאטיבי עצמאי, ניתן להעריך כי כוח האדם הנדרש יהיה:
- 3.5 תקני רופא (מתוכם תקן אחד של רופא מומחה שישימש כמנהל המערך).
 - 6.5 תקני אח (מתוכם אחד אחראי המערך).
 - 0.5 תקן עובד סוציאלי (ל-10-20 מיטות).
 - פסיכולוג רפואי- ע"פ התקן הנדרש.
 - מערכת כוננות.
 - תקן מזכיר/ה.
 - 2 מתמחים.
 - 0.5 תקן של פיזיותרפיסט לכל 18 מיטות.
 - 0.25 תקן של מרפא בעיסוק לכל 18 מיטות.
 - 0.25 תקן של דיאטן לכל 18 מיטות.
 - תקן אחד של קלינאי תקשורת לכל 18 מיטות.

ג. מדדי הערכה ובקרה

תיערך בדיקה תקופתית בבתי החולים לגבי קיום שירותים פליאטיביים, איכותם ופעילותם:

- מספר תקני רופא, אח, עובד סוציאלי, פסיכולוג רפואי, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת ודיאטן.
- תיאור סוג השירות אותו ניתן ביה"ח: מרפאה אמבולטורית, שירות יועץ, מיטות אשפוז ייעודיות.
- מספר ייעוצים פליאטיביים בשנה.
- מספר מיטות פליאטיביות.
- מספר אנשי צוות שעברו הכשרה בחלוקה לשלוש רמות:
 1. ימי עיון, סדנאות והרצאות.
 2. השתלמויות מעל ל-25 שעות.
 3. מספר מומחים מוכרים.
- שימוש בכלי אומדן פליאטיביים (אומדן כאב, קוצר נשימה וכו').
- תהליך מובנה של מינוי מיופה כח ובירור העדפות.
- קיום ישיבות תמותה לעתים קצובות.
- 1. פעילותם ואיכותם של מימדים אלה יהיו חלק אינטגרלי מתהליך הבקרה לחידוש רישיון בכל המוסדות הרפואיים (חריף, פעיל, טיפול ממושך).
- 2. יוכנסו מדדי איכות פליאטיביים כחלק מהתכנית הלאומית למדדי איכות (מינוי מיופה כח, בירור העדפות, תיעוד ברשומה, אומדן סימפטומים ועוד).

3.4 גריאטריה פעילה בבתי חולים כלליים ובמרכזים גריאטריים

3.4.1 מבוא

במחלקות לגריאטריה פעילה מאושפזים חולים הסובלים מבעיות רפואיות, כרוניות ממושכות ומורכבות, המקצרות את משך החיים. לפיכך הן מהוות, מעצם הגדרתן, יעד אידיאלי לטיפול פליאטיבי. רבים מהחולים נמצאים בהן עד מותם. לפיכך עקרונות הטיפול הפליאטיבי הם בסיס מרכזי לטיפול הבין-מקצועי אשר לו זקוקים החולים.

3.4.2 המצב בישראל

המחלקות לגריאטריה פעילה בישראל כוללות את המחלקות לגריאטריה תת חריפה, שיקום גריאטרי, סיעוד מורכב-תומך והנשמה ממושכת. המחלקות האלה נמצאות במסגרות שונות: בבתי חולים כלליים, במרכזים רפואיים גריאטריים (מארג"ים) ובמוסדות פרטיים. האשפוז במחלקות גריאטריה פעילה נכלל בסל השירותים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, וקופות החולים מממנות את האשפוז בהתאם לקריטריונים

הקבועים בנהלי משרד הבריאות. כל המחלקות מפוקחות על ידי האגף לגריאטריה במשרד הבריאות. קיימת מצוקת כוח אדם רפואי וסיעודי בעיקר בתחום הגריאטריה וקיימים תקני כוח אדם שאינם מאוישים.

לפי נתוני משרד הבריאות קיימות בארץ כיום 3658 מיטות לגריאטריה פעילה, הכוללות 1540 מיטות סיעוד מורכב תומך, 414 מיטות לגריאטריה תת-חריפה, 543 מיטות להנשמה ממושכת ו- 1161 מיטות שיקום גריאטרי.

המושג מחלקות ל"טיפול מורכב תומך" הנו חדש, לאחר שהוסיפו לאחרונה את המילה "תומך" לשמן של המחלקות לסיעוד מורכב. זאת, מתוך הבנה שחולים רבים זקוקים לטיפול זה, כגון: חולים המאושפזים במחלקת סיעוד מורכב הסובלים ממחלות קשות, לעתים מריבוי מחלות כרוניות מקצרות חיים ולעתים אף נפטרים במחלקות אלה, כמו גם החולים במחלקות להנשמה כרונית ורוב החולים במחלקות התת חריפות. אל המחלקות לשיקום גריאטרי, מתקבלים לרוב חולים לאחר אירוע אקוטי, הפרוגנוזה של רובם טובה ומשך האשפוז קצר יותר אך גם לשם מתקבלים חולים המתמודדים עם מחלות קשות ומרובות.

במקצת מהמרכזים הרפואיים הגריאטריים בארץ מוטמעת גישה פליאטיבית במידה שונה, כחלק אינהרנטי מהטיפול הגריאטרי הכולל בכל המחלקות. הגישה המובילה בהם היא יותר טיפול (care) ופחות ריפוי (cure), במטרה להקל על סימפטומים ולהפחית סבל. במקצת מהמרכזים הגריאטריים הגישה הזו מוטמעת רק במחלקות לסיעוד מורכב תומך אך לא בשאר המחלקות. עם זאת, ברבים מהמרכזים הגריאטריים, הפעילות בנושא מצומצמת ביותר ומתבטאת בעיקר בוועדה פליאטיבית שעוסקת בהתוויית הנחיות טיפול, בהגדרת מאפייני החולים הזקוקים לטיפול פליאטיבי ובפיתוח נוהלי עבודה, אך היישום בטיפול היום-יומי מועט.

במטרה לספק טיפול פליאטיבי אופטימלי במחלקות לגריאטריה חריפה נדרש שינוי משמעותי בתרבות הארגונית של המרכזים הגריאטריים הרפואיים, נדרשת התאמה של נהלי משרד הבריאות, ונדרשות התאמות ברמת המבנה, כוח האדם והציוד במרכזים הגריאטריים.

3.4.3 המלצות

א. ארגון השירותים

- בכל מרכז רפואי גריאטרי יהיה צוות ייעוץ פליאטיבי בין מקצועי זמין לכל מחלקות המרכז הגריאטרי, שיכלול רופא, אח, עובד סוציאלי, פסיכולוג רפואי, דיאטן, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט וקלינאי תקשורת מומחים בטיפול פליאטיבי.
- הצוות יהיה זמין לייעוץ תוך זמן קצר.
- עקרונות הטיפול הפליאטיבי ייושמו ויוטמעו בכל המחלקות לגריאטריה פעילה, כל החולים ובני משפחתם יהיו זכאים לקבלם.

ב. תהליכי עבודה

- תהיה חובה על הצוות לברר את רצון החולה עם קבלתו לאשפוז במחלקה ולקבל החלטות טיפוליות המותאמת לרצונו. על הצוות לעזור במתן מידע והסברים לגבי אפשרות מתן הנחיות מקדימות, ו/או מינוי מיופה כוח להחלטות רפואיות ולסייע במילוי המסמכים.
- יעשה אומדן סימפטומים באומדנים ובסולמות מקובלים ותהיה התייחסות מקצועית לסימפטומים.
- יספקו כל האמצעים לטיפול בסימפטומים ובכלל זה זמינות של תרופות מתאימות, כולל נרקוטיקה - אופיואידים (פומיים, טראנסדרמלים, בהזרקה, כולל במינונים גבוהים), דורמיקום ותרופות נוספות חיוניות, שייקבעו בנוהל, ובכלל זה סדציה פליאטיבית.
- הצוות יקיים עם החולה ובני משפחתו תקשורת קבועה, זמינה, באמצעות צוות בין מקצועי בעל הכשרה מתאימה, בשפתו של החולה ועם שירותי תרגום בהתאם לצורך.
- תתקיים תקשורת לגבי החלטות ביחס לסוף החיים, אשר יירשמו בצורה ברורה ברשומה הרפואית.
- חובת הגדרת החולה ותייעוד לפי חוק החולה הנוטה למות ובכלל זה הערכת הפרוגנוזה, בירור העדפות, תיעוד רצון החולה להעדפות סוף החיים והחלטה האם להעביר לבית חולים כללי. ההערכה תתבצע באופן שגרתית בקצובות זמן קבועות, ובעת שינוי במצב החולה. חובת תיעוד רצונות החולה תיכלל בכלי הבקרה של משרד הבריאות.
- יועבר מידע בעל פה בצורה מסודרת, גם במקרה של העברת החולה למסגרת אחרת.
- הרשומה הרפואית תכלול ריכוז של ההחלטות החשובות בטיפול (DNR, האכלה פליאטיבית ועוד) והמידע יהיה נגיש לכל אנשי הצוות בכל זמן.
- ייקבעו נוהלי קבלה עבור קבלות דחופות מהקהילה, ממסגרות הוספיס-בית וממוסדות סיעודיים. ערוץ זה מיועד לחולים במצב סופני או בעלי סימפטומים קשים ולא מאוזנים הזקוקים למענה מהיר.
- יקבעו נוהלי עבודה וטיפול במשפחות לאחר הפטירה כחלק מהעבודה (יציאה לניחום אבלים, הזמנת משפחה לשיחות תמיכה). הקצאת זמנים מוגדרים של כוח אדם לצורך זה.
- הצוות הבין מקצועי יעבוד בתיאום, יקיים דיונים בין מקצועיים קבועים ובהתאם לשינויים במצב החולה. דיון וקבלת החלטות לגבי סוף החיים יתקבל בישיבות בין מקצועיות.

- תהיה פעילות לרווחת המטופל להשלמת מעגלי חיים ופרידה ובכלל זה אמבולנס המשאלות, צילום, כתיבה ועוד.
- הבקרה תבדוק את איכות והתאמת הטיפול באופן פרטני לחולה ולמטרותיו.
- תתקיים תקשורת ממוחשבת בין מסגרות הטיפול השונות (בית חולים כללי, קהילה, מרכז גריאטרי) לשיפור העברת מידע ושמירת רצף טיפולי, כולל העברת מסמכים הקשורים לרצון החולה לטיפול בסוף החיים בין המוסדות.
- יקבעו תנאים מתאימים לעישון קנאביס רפואי לפי נוהל משרד הבריאות.

ג. כוח אדם ומשאבים

- אחד העקרונות המרכזיים של הטיפול הפליאטיבי הוא עבודת צוות בין מקצועי. לכך דרושה הגדרה מחודשת ומפורטת של היקף כח האדם ותפקידי אנשי מקצועות הבריאות (פסיכולוג רפואי, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, קלינאי תקשורת ודיאטן, מלווה רוחני ומקצועות בריאות אחרים).
- צוות בסיסי יכלול רופא מומחה ברפואה פליאטיבית, אחים בעלי מומחיות על בסיסית בטיפול פליאטיבי או מומחיות קלינית בטיפול פליאטיבי, עובד סוציאלי, פסיכולוג רפואי, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, דיאטן וקלינאי תקשורת.
- תהיה זמינות גבוהה של אנשי מקצועות הבריאות: פסיכולוג רפואי, מרפא בעיסוק, דיאטן, פיזיותרפיסט, קלינאי תקשורת, רוקח קליני, עובד תעסוקה ואפשרות לחברי צוות נוספים - ליצן רפואי, מלווה רוחני, מטפל ברפואה משלימה, מטפל באומנות ובבעלי חיים, ומתנדבים.
- כל אנשי הצוות הרפואי, הסיעודי ומקצועות הבריאות (פסיכולוג רפואי, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, קלינאי תקשורת ודיאטן, מלווה רוחני ובעלי מקצועות בריאות אחרים) יעברו הכשרה בסיסית בטיפול פליאטיבי שתאשר על ידי משרד הבריאות.
- הצוות יקבל תמיכה רגשית קבועה על ידי אנשי צוות מקצועי מתאים לכך.
- משרד הבריאות יקבע מחיר מינימום ליום אשפוז במחלקות לגריאטריה חריפה, וקופות החולים תהינה מחויבות לעמוד בו. זאת, כדי למנוע לחץ של הקופות על מוסדות פרטיים להוזלת מחיר יום האשפוז וכתוצאה מכך לאלצם לפגוע באיכות השירותים.
- יתקיים דיון מחודש בביטול תשלום השתתפות עצמית לכל החולים ותקצוב קופות החולים בהתאם.
- יוגדל מספר המיטות לסייעוד מורכב תומך ולמונשמים כרוניים כדי לקצר את משך ההמתנה של הזקוקים להם בבתי החולים הכלליים. יש להבטיח פיזור גאוגרפי הולם של מיטות בין מחוזות, כדי לצמצם פגיעה בבני משפחה הנאלצים להגיע למקומות מרוחקים.

- חוזרי משרד הבריאות בנושא קריטריונים לאשפוז במסגרת סיעוד מורכב וטיפול פליאטיבי ירועננו ויותאמו.
- נהלי הבקרה של משרד הבריאות יותאמו לתפיסת הטיפול הפליאטיבי במחלקות לגריאטריה פעילה. במסגרת זו יבוטלו נהלים שאינם רלוונטיים לחולים במצבי סוף החיים וייקבעו נהלים מתאימים שישקפו את איכות הטיפול הפליאטיבי ואיכות הטיפול בסוף החיים. בנוסף, במסגרת התכנית הלאומית למדדי איכות בבתי חולים שמוביל משרד הבריאות, תתווסף דרישה לעמוד במדדי איכות המתייחסים לחולים במצבי סוף החיים וטיפול פליאטיבי ויבוטלו הדרישות למדדי איכות שאינם רלוונטיים לחולים האלה.

3.5 מיסוד ממושך

3.5.1 מבוא

מספר המיטות במוסדות לטיפול ממושך בישראל כיום הוא כ- 30,000, מתוכן 28% בפיקוח משרד הרווחה (מסגרות לתשושים) ו- 72% בפיקוח משרד הבריאות ומיועדות לקשישים סיעודיים ו/או הסובלים מדמנציה. למרות שמסגרת אשפוז זו היא אידיאלית למתן טיפול פליאטיבי, במרבית המוסדות יש לחזק את הגישה המבוססת על העקרונות הפליאטיביים.

3.5.2 המצב בישראל

המכשולים המרכזיים לאספקת טיפול פליאטיבי במוסדות הם:

- אין די סטנדרטים הקובעים את סוג והיקף השירותים בדיירים עם מחלות חשוכות מרפא. לפיכך, גם הרגולטור, גם ספקי השירותים וגם הצרכנים מתקשים לקבוע מהו טיפול מקצועי ואיכותי.
- שיוך המטופל למסגרת לאשפוז כרוני לפי מצבו הרפואי והתפקודי: לעתים קרובות, השלב האחרון בחיים כרוך בבעיות וסיבוכים רפואיים שנובעים ממחלות הרקע, מחלות אקוטיות וסיבוכים כדוגמת פצעי לחץ עמוקים, קשיי נשימה וזיהומים. לכן, דייר שמצבו הרפואי משתנה מועבר לעתים קרובות למסגרת אשפוז אחרת. בשל איסור להשאיר מטופל שמצבו הרפואי משתנה - אלא אם כן קיבל המוסד אישור לכך ממשרד הבריאות - הוא מועבר מהמסגרת שבה התגורר, המהווה "בית" עבורו, ועובר, לעתים נגד רצונו ורצון בני משפחתו, למסגרת אחרת. בכך, נפגע לרוב רצף הטיפול בו משום שהמידע הרלוונטי לגביו אינו מועבר בצורה מלאה ואף לעתים עם טעויות. יצוין שלעתים גם הנהלת המוסד מעדיפה להעביר את הדייר למסגרת אחרת, וכי עשוי להיות בכך גם יתרון, משום שהמטופל מועבר למסגרת שתואמת את צרכיו הרפואיים.
- ידע מקצועי: טיפול בקשיש סיעודי דורש ידע נרחב בתחומי הגריאטריה והטיפול הפליאטיבי. ואולם, קיים מחסור בכוח אדם בעל ידע מקצועי בתחומים אלה, ולכן

מחלקות סיעודיות רבות מעסיקות צוות רפואי, סיעודי ורפואי נלווה ללא התמחות מתאימה.

- ייפוי כוח והנחיות מקדימות: קיימים חוסר הבנה וחוסר מודעות בקרב אנשי מקצוע והציבור הרחב לחשיבות הנושא, ולעתים התנגדות בשל חוסר ההבנה בחשיבותו. כתוצאה מכך, מעט מאוד מטופלים ממלאים, בעודם בעלי כשירות, ייפוי כח והנחיות מקדימות, בכך משאירים לצוותים הרפואיים ולמשפחה את קבלת ההחלטות ברגעי משבר.

- הבדלים תרבותיים: לנוכח הטרוגניות רבה בחברה הישראלית הנובעת מדת, מוצא ותרבויות שונות, קיימת תפיסת עולם שונה בנוגע להתמודדות עם מצבי סוף חיים. עקרונות כמו קדושת החיים, מניעת סבל ואוטונומיית המטופל לרוב מתנגשים זה בזה.

- התמודדות עם מצבי סוף חיים: התמודדות כזו קשה לכל אנשי הצוות, כל אחד בתחמו. מבחינה מקצועית, קיים קושי בהגדרת מטרות טיפול במצבי סוף חיים ולדעת מתי הטיפול "המרפא" כבר לא מאריך חיים אלא רק מאריך סבל. כמו כן קיימים קשיים בתקשורת ובכלל זאת לבשר למטופל ולמשפחתו את האמת הקשה, שתמו האפשרויות לטיפול מרפא או מעכב את התקדמות המחלה.

- מכשולים מבניים: טיפול פליאטיבי בסוף חיים דורש התארגנות מוסדית לא רק בתחום המקצועי וההכשרה אלא גם בשינוי ארגוני ומבני. למשל, מרבית הדיירים במוסדות הסיעודיים גרים בחדרים שבהם שניים, שלושה ואף יותר דיירים. כאשר הדייר זקוק לטיפול בסוף חיים, יש לאפשר לו ולמשפחתו פרטיות, ונוכחותם של דיירים נוספים בחדר מקשה על כך. אלא שהעברת הדייר לחדר נפרד כרוכה לעתים קרובות בהעברתו מסביבתו הטבעית ותלויה בזמינות של חדר כזה במוסד.

- מגבלות בצידוד ותרופות: תהליך הגסיסה כרוך לעתים בקשיי נשימה, דימומים וסימפטומים אחרים, ולכן דורש צידוד ותרופות מתאימים. תרופות נרקוטיות, כמו מורפין ותרופות נגזרות אחרות, הן המתאימות ביותר לטיפול בתסמיני סוף חיים כדוגמת כאב או קוצר נשימה. אלא שתרופות אלו אינן בנמצא במחלקות סיעודיות ובמחלקות לתשושי נפש. אחזקתן דורשת עמידה בנוהל קפדני, ברישום ובאבטחה. זאת ועוד, תהליך ניפוק תרופה נרקוטית דורש מרשם מיוחד, יעודי לחולה ומפורט ולכן בתי מרקחת רבים מקשים על קבלת תרופות נרקוטיות והמלאי בהם מצומצם. לפיכך, מוסדות רבים נמנעים ממתן טיפול בתרופות נרקוטיות בשל הקושי בניהול המלאי וניפוק התרופות.

3.5.3 המלצות

א. ארגון השירותים ותהליכי עבודה

- הגדרת הטיפול הפליאטיבי כ"מטרת על" של המחלקות לאשפוז ממושך, דהיינו שימור מצב קיים ומניעת מחלות, פצעים, עצירות, זיהומים כמו גם מניעת סבל ושמירה על איכות החיים.
- יישום עקרון ה-Aging in Place המאפשר לדייר סיעודי להישאר במקום בו הוא גר באופן קבוע גם אם חלה הדרדרות במצבו הרפואי.
- בכל המוסדות הסיעודיים יהיה צוות פליאטיבי זמין ליעוץ 7/24, תוך יישום אחד משני מודלים:
 - הקמת צוות פליאטיבי ייעודי בתוך המוסד, הכולל נציג מכל איש מקצוע במחלקה - רופא, אח, עובד סוציאלי, פסיכולוג רפואי, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, דיאטן, קלינאי תקשורת.
 - שימוש בצוות ייעוץ חיצוני (קופה, בית חולים או פרטי) המבקר באופן קבוע. זאת, לנוכח המחסור באנשי מקצוע בעלי מומחיות והכשרה בתחום הפליאטיבי.
- בכל המוסדות לאשפוז ממושך יוצע למלא טופס יפוי כח המעודכן על פי חוזר משרד הבריאות, וייערך בירור העדפות. ההחלטות הטיפוליות הנובעות מכך יתועדו ברשומה הרפואית או בטופס ייעודי.
- מומלץ שבכל בית יהיה לחצן מצוקה, ובמידת האפשר חדר נפרד לחולה בסוף החיים.

ב. כוח אדם ומשאבים

- מתן ניקוד (בנוס) למוסדות סיעודיים על אי העברת דיירים למות בבית חולים, על העסקת אנשי צוות בעלי מומחיות ברפואה פליאטיבית, ומומחיות קלינית בסייעוד.
- כל אנשי הצוות במוסד ישתתפו לפחות פעם אחת בסדנאות מיומנויות תקשורת.

3.6 רצף טיפול

3.6.1 מבוא

לעתים קרובות מועברים מטופלים, במיוחד אם הם חולים במחלות קשות ומורכבות, בין שירותים, כמו למשל בין מחלקות בתוך אותו בית-חולים, בינו לבין מסגרות אשפוז והקהילה. למרות שמושגים כמו שיתוף פעולה בין אישי ובין ארגוני, העברת מידע

ותיאום טיפול, שגורים מאוד כיום, בפועל, העברת המידע לוקה לעתים קרובות בחסר, והבטחת המשכיות הטיפול נתקלת בקשיים ובמכשולים. למרות ההסכמה הרחבה בדבר הצורך בקיומו ובהבטחתו של קשר בין השירותים השונים המטפלים באותו אדם, לעתים קרובות הוא מועבר ללא פרטים קריטיים הקשורים למצבו, לרצונותיו ולהמשך הטיפול בו. ליקויים בהעברת מידע מאפיינים לא רק את התחום הרפואי אלא גם את הטיפול הפסיכו-סוציאלי ואת נותני השירותים בשאר מקצועות הבריאות כמו פסיכולוגיה, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תזונה, קלינאות תקשורת ולווי רוחני. זאת למרות שחולים קשים ובמצבי סוף החיים זקוקים במיוחד למערכת טיפול בעלת ראייה מערכתית, עם מגוון מענים לצרכים של המטופל ומשפחתו בנושאים כגון הכרה ומיצוי זכויות תוך גיוס ואיגום משאבי המטופל, המשפחה והקהילה לקידום השיקום וההחלמה.

3.6.2 המצב בישראל

בישראל קיימת הפרדה כמעט מלאה בין שירותי האשפוז לקהילה, עובדה המכבידה במיוחד על רצף טיפולי, וזאת מאחר ורופאים שונים מטפלים באותו חולה במקומות שונים. בנוסף, אין אחדות במערכות המידע במסגרות שונות (אפילו לא בכל בתי החולים הכלליים), לכל מוסד יש מערכת מידע משלו וכמעט שלא מתקיימת העברת מידע. זאת ועוד, אין מערכת מידע אחת משותפת שבה נמצא כל המידע על המטופל. לכן, גם כאשר יש הנחיות מקדימות בכתב או מונה מיופה כוח, המידע אינו מועבר לרשומות. בחלק מבתי החולים הגיליון הרפואי הממוחשב לא כולל שדות לתיעוד סימפטומים ואיזונים, מיופה כוח רפואי, אדם קרוב, הנחיות מקדימות, וביצוע או הימנעות מפעולות מאריכות חיים ובחלק מהמוסדות השדות אינם ידידותיים למשתמש. בנוסף, המאגר הלאומי אינו נגיש לגורמים המטפלים בבתי החולים, במוסדות ובקהילה.

3.6.3 המלצות

- בניית **טופס אחיד** להעברת חולה הנוטה למות ממסגרת רפואית אחת לשנייה (מהקהילה לאשפוז ולהיפך, מאשפוז לקהילה, מאשפוז במסגרת אחת לאשפוז במסגרת שנייה). טופס זה, שיהווה מעין "תעודת זהות ביו-פסיכו-סוציאלית של החולה" יכלול:
 1. ייפוי כוח רפואי משולב (מתוקף חוק זכויות החולה ומחוק החולה הנוטה למות).
 2. פרטים דמוגרפיים.
 3. אבחנות רפואיות.
 4. תולדות המחלה הנוכחית.
 5. בדיקות והדמיות עדכניות.
 6. רשימת בעיות רפואיות ותרופות עדכניות.
 7. המטפלים העיקריים בחולה.

8. הערכה פסיכו-סוציאלית קצרה.
 9. קשיים וחוזקות אישיות ומשפחתיות.
- בניית טופס POLST ישראלי.
 - יצירת ממשק מידע ממוחשב הכולל: שם מיופה כוח ו/או אפוטרופוס ו/או איש קשר במשפחה, הנחיות מקדימות, החלטות בנוגע לביצוע או הימנעות מפעולות מאריכות חיים, מידע ביו-פסיכו-סוציאלי. הממשק יבנה בתכנת אופק, קמיליון, נמ"ר, פרומטיאוס ושאר התכנות בבתי החולים, כדי שיהיה נגיש בכל המקומות (מלר"ד, ב"ח, אשפוז ממושך וקהילה).
 - יצירת מנגנון התראה (POP UP) ברשומה הרפואית על קיום מיופה כוח, אפוטרופוס או הנחיות מקדימות, ומידע על החלטות לגבי פעולות בסוף החיים.
 - שיפור והבטחת הממשק בין המאגר הלאומי של הנחיות מוקדמות לבין בתי החולים, ויצירת ממשק בינו לבין מוסדות סיעודיים ושירותים בקהילה.
 - יצירת מנגנון בקרה על יישום תהליכי העברת המידע.

3.7 חינוך והכשרה

3.7.1 מבוא

החשיבות העצומה שיש לחינוך ולהכשרה פליאטיבית שבה ועלתה בדיוני כל אחד ואחד מהתחומים. זאת לאור ההבנה כי ידע מקצועי מקיף ומעמיק הוא תנאי הכרחי לפיתוח ולקיום השירותים.

למרות שמערכות החינוך הרפואי והסיעודי ברבות ממדינות המערב (למשל: ארצות הברית, קנדה, ספרד, יפן, גרמניה) ואיגודי רופאים ואחיות מייחסים חשיבות להוראת הנושא הפליאטיבי, ההוראה בפועל מצומצמת מאוד. עם זאת, קיימים הבדלים גדולים בין ובתוך מדינות, בהיקף, בדפוסי ובתכני ההוראה (Lloyd-Williams and Macleod, 2014, Walker et al. 2004) והטווח נע בין שעות הוראה בודדות לבין רוטציה בת שבועיים ביחידה לטיפול פליאטיבי (Horowitz et al. 2014). גרמניה עשויה לשמש דוגמה להתפתחות בנושא כשבה נכנסה הוראת הטיפול הפליאטיבי כנושא חובה בתכנית הלימודים בבתי ספר לרפואה (Schulz et al. 2013), בעוד שברוב המדינות, הנושא נכלל ברשימת קורסי הבחירה. דוגמה נוספת היא יפן, שבה נבנה, בתהליך קונסנזוס רב משתתפים, קוריקורלום פליאטיבי מפורט להוראה בבתי ספר לרפואה, הכולל 115 נושאים (Kizawa et al. 2012). הסיבות העקרויות להוראה המצומצמת הן העומס על תכניות הלימודים בבתי הספר לרפואה ולסיעוד והקושי לשלב בהן את המקצוע, מחסור במנהיגות בנושא, דהיינו רופאים ואחיות מומחים ובעלי נסיון בהוראת התחום, ומחסור במחלקות ובמקומות מתאימים להכשרה. בעיה נוספת היא העובדה שהוראת טיפול פליאטיבי מתמקדת במרבית המקומות כמעט אך ורק בסוף החיים וכתוצאה מכך מתפתחות תפיסות מוטעות וחוסר הבנה לכך כי הטיפול הפליאטיבי הוא טיפול ארוך טווח המותאם לחולים כרוניים בכל שלבי המחלה.

ברוב מדינות המערב, ובכלל זה גם בישראל, בתי ספר לרפואה מקדישים שעות בודדות להוראת התחום הפליאטיבי, הן בשנות הלימוד הפרה-קליניות והן בשנות הלימוד הקליניות. בחלק מהמקומות ההוראה מתומצתת לטיפול בכאב בלבד, בעוד שהוראת תפיסה פליאטיבית, מרכיבים תקשורתיים וקשר עם בני משפחה נעדרים לרוב מתכניות הלימוד. גם כאשר ניתנת הכשרה פליאטיבית, הנושא נלמד בנפרד, ולא בצוות בין מקצועי, למרות שטיפול פליאטיבי הוא ביסודו עבודת צוות בין מקצועי. זאת ועוד, רוב ההוראה מתמקדת במחלקות אונקולוגיות, ללא התייחסות לצרכים הפליאטיביים של חולים במחלות כרוניות קשות אחרות. במספר בתי ספר לרפואה בצפון אמריקה יש חובת רוטציה למשך שבוע, משום שהניסיון שם לימד שכאשר מאפשרים בחירה, מעט מאוד סטודנטים בוחרים בנושא.

3.7.2 המצב בישראל

- טיפול פליאטיבי נעדר כמעט לחלוטין מתכנית הלימודים בבתי הספר לרפואה.
- בשנת 2013 הכירה ההסתדרות הרפואית ברפואה פליאטיבית כתת-התמחות. 26 רופאים בעלי ניסיון וותק בנושא, הוכרו כ"אבות המקצוע" וקיבלו הכרה כמומחים. בשנת 2015 נבנתה תכנית התמחות מפורטת שתחל בקרוב.
- גם בבתי ספר לסייעוד היקף ההוראה מצומצם ורק בחלקם יש חובת רוטציה במחלקה אונקולוגית ופליאטיבית.
- הכשרה על-בסיסית ניתנת בישראל במסגרות הבאות:
 1. תכנית לימוד פליאטיבית לרופאים באוניברסיטת תל אביב המעניקה דיפלומה.
 2. קורס פליאטיבי בין מקצועי מתקיים על ידי אוניברסיטת בן גוריון ומועבר ליחידים, בבתי חולים ובקופות. עד כה השתתפו בקורס זה כ-2,400 אנשי מקצוע. קורס דומה הועבר כבר פעמיים בבית הספר לסייעוד בבית החולים הלל יפה.
 3. מספר בתי חולים כלליים וגריאטריים פיתחו ומעבירים קורס פליאטיבי לאנשי הצוות שלהם.
 4. סדנאות סימולציה - הסדנאות נערכות במרכז הארצי לסימולציה רפואית בשיבא (מ.ס.ר). מטרתן המרכזית היא לחולל טלטלה רגשית כדי להביא להבנה שטיפול בכבוד בסוף החיים הוא חלק חשוב מהאחריות הטיפולית. עד כה נחשפו לסדנאות אלה קרוב ל-700 רופאים בכירים ומתמחים, אחים ועובדים סוציאליים מכל בתי החולים בארץ וממחלקות שונות. כמו כן לקחו חלק בסדנאות צוותים ממוסדות סיעודיים (בשיתוף עם ג'וינט ישראל-אשל).
- כיום אין אחידות בין קורסים להכשרה פליאטיבית על בסיסית. הקורסים נרכשים בהתאם לשיקול דעתם ומשאביהם של בתי החולים או מחוזות הקופות ואינם נחלת הכלל.

3.7.3 המלצות

ארגון השירותים ותהליכי עבודה

א. הוראה במהלך הלימודים (Pre-graduate education): להכשרה במהלך החינוך הרפואי יש ככל הנראה ההשפעה המרבית לטווח הארוך על איכות העבודה של הצוות הרפואי. לפיכך, יש לעודד בבתי ספר לרפואה, לסיעוד, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה רפואית, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת, תזונה ומקצועות בריאות אחרים, לכלול הוראה של טיפול פליאטיבי ברמה בסיסית במהלך החינוך הרפואי:

- הוראה פליאטיבית תהיה מקצוע חובה (ולא רשות) בכל תכניות הלימודים.
- לכל מקצוע רפואי (רפואה, סיעוד וכד') תהיה תכנית לימודים אחידה (core syllabus) מחייבת, אשר תילמד בכל האוניברסיטאות והמכללות.
- תכנית הלימודים תכלול הן מרכיב הוראתי (הרצאות) והן התנסות קלינית (רוטציה).
- בחינות הרישוי יכללו שאלות בנושאים פליאטיביים.

כדי להוציא המלצות אלה לפועל, יש צורך לדון עם הגורמים האמונים על תכניות הלימוד במקצועות הבריאות, ובכלל זה דיקני בתי ספר לרפואה, לסיעוד, לעבודה סוציאלית ולפסיכולוגיה ועם האחראים על הרישוי הרפואי, הסיעודי, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת, דיאטה ומקצועות בריאות אחרים במשרד הבריאות.

ב. הוראה והכשרה אחרי הלימודים (Post-graduate education): תכניות הכשרה בנות 30 שעות מינימום, בפריסה ארצית, עבור אנשי צוות שסיימו את לימודיהם הרשמיים ועובדים במחלקות כמו אונקולוגיה, המטולוגיה, נירולוגיה, רפואה פנימית, הרדמה, גריאטריה ומחלות זיהומיות. כלומר, אנשי צוות הבאים במגע ישיר ויומיומי עם חולים כרוניים, זקנים ואנשים החולים במחלות קשות ובמצבי סוף החיים - בקהילה, בבתי חולים ובמוסדות סיעודיים.

- הקורסים יכללו שילוב בין הרצאות (כולל הרצאות למידה מרחוק), לבין הוראה ליד מיטת החולה, הנחיה מקצועית של אנשי צוות מיומנים ודיון במקרים. זאת, משום ששיטות אלו נמצאו כיעילות ביותר בשלב זה של ההתפתחות המקצועית.
- ההכשרה תכלול עבודה ביחידות לטיפול פליאטיבי.
- כל איש צוות שעובד עם חולים אלה מעל שנה, יחויב בהכשרה.
- תכנית הלימודים בשני המרכיבים הראשונים (בסיסי ועל-בסיסי) תכלול עקרונות, ידע ומיומנות, ובהם:
 1. המורכבות של מחלות כרוניות בהיבטים פיזיים, תפקודיים, פסיכולוגיים, חברתיים ורוחניים.

2. הדגמת הגישה הבין-מקצועית של הטיפול הפליאטיבי תוך התייחסות לכל נותני השירותים כולל הצוות הגרעיני והצוות המורחב של פסיכולוג רפואי, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, דיאטן, וקלינאי תקשורת.
3. הבנה כי המשפחה מהווה חלק ביחידת הטיפול.
4. תקשורת עם המטופל ובני משפחתו.
5. גישה נורמטיבית והתמודדות עם מוות.
6. הכרת מערכות טיפול שונות ויחסי הגומלין ביניהן.
7. היבטים של תקופת האבל.
8. ביו-אתיקה ומשפט.
9. ידע ומיומנות בהערכת מצב החולה ובחינת צרכיו והעדפותיו הפיזיים, הפסיכולוגיים, הרוחניים והתפקודיים ומתן ידע ומיומנות לטיפול בהם.
10. טיפול וניהול כאב וסימפטומים פיזיים אחרים.
11. התאמות סביבה, טכנולוגיה מסייעת ואביזרי עזר בסוף החיים.
12. התייחסות לצרכים פסיכו-סוציאליים ורוחניים והתמודדות עם דיכאון וחרדה.
13. כישורי ריאיון, שיטות תקשורת עם המטופל ובני משפחתו לשם תיאום ציפיות.
14. מסירת בשורות קשות ומתן תקווה.
15. תקשורת על הפסקת טיפול מרפא.
16. הכנת חולים ובני משפחה למוות (של מבוגר ושל ילד בנפרד).
17. התמודדות עם התסמינים הנפוצים בשעות האחרונות ובמצבי חירום.
18. כישורי עבודה בצוות בין מקצועי וכישורי קבלת החלטות.
19. התמודדות עם דילמות אתיות.
20. הערכת צורכי הצוות המטפל בזמן שהמטופל חי ולאחר מותו, ואספקת טיפול מתאים.
21. הבנת תפקיד מערכת הבריאות בטיפול.

הוראה והכשרה פליאטיבית תהיה קריטריון בבקרה על מוסדות לימוד ועל מוסדות רפואיים וסיעודיים.

ג. מומחיות: קיימת כיום תת-התמחות ברפואה פליאטיבית באישור המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית, בדומה לזו שקיימת במדינות כגון ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ומדינות אחרות. יש צורך להרחיב במידה רבה את מספר הרופאים המומחים בתחום.

כוח אדם ומשאבים

- במטרה להרחיב את ההוראה וההכשרה הפליאטיבית יש צורך להרחיב במידה רבה את היקף וסוגי ההכשרה ואת אוכלוסיית הלומדים.

- תפוחת תכנית (שלא קיימת כיום) להכשרה פליאטיבית לרופאים, בדומה למודל שקיים בקנדה שבו ניתנת הכשרה של שנה במקומות מוכרים להתמחות. זאת, כדי להגדיל את מספר הרופאים בעלי ידע פליאטיבי, מתוך הנחה שתמיד מספרם יהיה קטן מהדרוש.
- תפוחת תכנית לאח פליאטיבי מומחה (Palliative care nurse practitioner), אשר מוכרת כיום בקנדה, בבריטניה ובארצות הברית. התכנית תכלול מבחן גמר לקבלת רישוי.
- יפוחתו הכשרות וכלים המשלבים שיטות למידה שונות (קורסים, ערכות למידה אינטרנטיות, למידה מרחוק וכו') אשר יכללו מידע עדכני ביותר בתחום, ויותאמו לצרכים הספציפיים של אנשי מקצוע שונים (פסיכולוג רפואי, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, דיאטן, קלינאי תקשורת, עובד סוציאלי), ולמאפיינים התרבותיים והסוציאוקונומיים של המטופלים.
- יתאפשר לאנשי צוות, ובכלל זה גם לצוות זוטר כמו למשל כוח עזר, מדריכי תעסוקה, מטפלים, להשתתף בכנסים ובסמינרים על מנת שיוכלו להתעדכן בהתפתחויות בתחום וליצור קשרים מקצועיים.
- תינתן הכשרה בסיסית לאנשי צוות זוטר ולמתנדבים במסגרת הארגון שמעסיק אותם, כדי שילמדו להכיר בגבולות שלהם ולעבוד עם הצוות המקצועי.

3.8 מחקר

3.8.1 מבוא והמצב בארץ ובעולם

מחקר בסיסי, מחקר קליני, סוציולוגי, פסיכולוגי ואתי הוא תנאי בסיסי להרחבת גבולות הידע בתחום הפליאטיבי ולהבטחת טיפול מיטבי לחולים. בעוד שהאמירה הזו נכונה לכל מקצוע, בתחום הפליאטיבי היא בעלת חשיבות מיוחדת לאור מיעוט של מחקר מבוסס ראיות. המחקר בתחום עוסק בנושאים רבים וביניהם שיפור איכות הטיפול בסימפטומים פיזיים ובכלל זה טיפול תרופתי ומתן אופיואידים, התמודדות עם קשיים פסיכולוגיים, רגשיים ורוחניים ושיטות טיפול משלימות. כמו כן קיים מחקר נרחב העוסק בסוגיות המתייחסות לתקשורת חולה-מטפל, תקשורת בין אישית, מסירת בשורות קשות, תכנון טיפול מוקדם, וסוגיות אתיות. נושאים נוספים שנחקרים יותר ויותר בעשור האחרון הם ארגון, יעילות ומועילות שירותים פליאטיביים ביחידות לטיפול נמרץ, במסודות סיעודיים ובמסגרות שונות בקהילה. זאת, תוך התייחסות לקבוצות אוכלוסייה שונות מבחינת מאפיינים דמוגרפים כמו למשל ילדים וזקנים ומבחינת תחלואה, ובעיקר חולים במחלות חשוכות מרפא לא ממאירות.

נושא חשוב שתופס תאוצה וחשיבות רבה הוא מדידת התוצאות של טיפול פליאטיבי, ופיתוח מדדים וכלים תקפים. זאת, באמצעות מחקרים אקראיים מבוקרים המדגימים את תרומת טיפול זה לא רק לאיכות החיים אלא גם להארכת החיים ולחיסכון בעלויות

(Temel et al. 2010). יחד עם זאת, המאמרים, ובכלל זה העדכניים, מלמדים על הקושי בהשגת תקציבים ומענקי מחקר בתחום (Harding et al. 2011).

גם בישראל קיים מחקר בתחום הטיפול באנשים במצבי סוף החיים ובתחום הטיפול הפליאטיבי. ואולם, היקף המחקר האמפירי עדיין מצומצם, מספר החוקרים המתמחה בנושא קטן, ובתחומים מסוימים כמעט שאין בנמצא מידע. גם התמיכה הכספית, והעידוד המחקרי מוגבל, וקרנות מחקר לא יצאו ב"קולות קוראים" לעידוד המחקר בתחום. זאת ועוד, מאגרי המידע הלונגיטודינאליים (כגון SHARE, או ESS, ודומיהם), כמעט שלא אוספים נתונים בנושא.

3.8.2 המלצות

- עידוד מחקרים רב תחומיים ובין תחומיים המעודדים שיתופי פעולה בין דיסציפלינות: רבות מדובר בעשורים האחרונים על חשיבות המחקר הרב והבין תחומי. עניין זה רלבנטי במיוחד בהקשר של חולים נוטים למות וטיפול פליאטיבי, שמהותם מחייבת עיסוק הוליסטי במכלול אישיותו של החולה, מעבר לסוגיות הביו-רפואיות שלו. מחקרים מסוג זה יכולים להיות משמעותיים רק אם דיסציפלינות מדעיות מאגמות משאבים וידע וחוקרות את הנושא דרך פריזמות תיאורטיות שונות ומגוונות.
- אתיקה: לעודד מחקרים שיעסקו ב"גבולות" של "סוף החיים" מבחינת המחקר והאבחנות השונות שיכולות להיות חשובות לסוג המחקר שחשוב לעודד. האם ישנם אנשים שהם "בסוף החיים" אבל ההגדרות המקובלות לא כוללות אותן? זה מתקשר לשאלה מתי אנשים מתחילים להתמודד עם הנושא של "סוף החיים" לגבי עצמם ולגבי אחרים? מתי החברה מגדירה "סוף החיים"? האם יש הבדלים בין הגדרות חברתיות ורפואיות? (יכולה להיות לכך השפעה מבחינת הקצאת משאבים, מדיניות וכו').
- תמיכה לבני משפחה: לעודד מחקרים שעוסקים בתחום של תמיכה לעובדים במערכת ולמשפחות שיכולים לספק המלצות יישומיות (ראו הערה בהמשך, לגבי ליווי רחני).
- הקצאת משאבים ייעודיים במסגרת "קולות קוראים" לעידוד ולפיתוח מחקר בתחום: בעידן של צמצום משאבים ציבוריים למערכי המחקר ותחרות גדלה והולכת על תקציבי המחקר הקיימים, יש חשיבות להקצות במסגרת קרנות המחקר הציבוריות, כגון ISF, או MOST, תקציבי מחקר ציבוריים מטעם מדענים ראשיים במשרדי הממשלה השונים.
- "פתיחה" והנגשה של מאגרי מידע ונתונים ציבוריים בנושאים הרלבנטיים. מידע רב הנוגע לחולים נוטים למות, ולטיפול פליאטיבי, מצוי בידיהם של ארגונים ציבוריים, כגון משרד הבריאות, קופות החולים וכד'. הנגישות למידע זה מורכבת

בשל סוגיות של פרטיות וחיסיון. יחד עם זאת, יש לעודד איסוף נתונים אנונימי, והגשתו הפומבית, באופן שיאפשר מחקר מדעי ללא פגיעה בצנעת הפרט.

- עידוד מחקרים הנותנים ביטוי ל"קול" האותנטי של אנשים נוטים למות, לאנשים שהינם "צרכני" טיפול פלאיטיבי, לבני משפחותיהם ולמי שמטפל בהם בפועל. המחקר המדעי האמפירי נוטה לעתים "לשכוח" את חשיבות הצורך להאזין ו"ללכוד" את החוויה הישירה של מי שנוגע במישרין בסוגיה המחקרית, במקרה דנן, החולים הנוטים למות, והאנשים הנדרשים לטיפול פלאיטיבי. השתתפותם הפעילה במחקרים, המשגתם את החוויה, ותרומתם לעיצוב השיח המחקרי העתידי הינה קריטית לא רק לקידום המחקר אלא גם לאפשרות הבנת השלכותיו החברתיות והמדיניות. בהקשר זה, עידוד השימוש במתודות מחקר איכותניות, או מתודות המשלבות גישות איכותניות עם כמותניות, הינו חשוב.
- עידוד מחקרים שיתנו תמונה כוללת ומעמיקה של האופן בו "חברה האזרחית" או "המגזר השלישי" מנסה להתמודד בסוגיה של סוף החיים, כלומר, ארגונים כגון לילך, ארגוני תמיכה ומתן שירותים. יש לכך חשיבות כי הם לכאורה "משלימים" או מצביעים על חסך במערכת הממסדית.
- עמדות וגישות: לעודד מחקרים בהיבטים רב תרבותיים, עמדות וגישות. מחקרים כאלה יהוו בסיס חשוב להתייעצות ציבורית בנושאים אלו. מחקר מסוג זה כמובן כולל היבטים של תרבות, דת וכו'.
- מחקר על השפעת סוגי תמיכה, כולל לווין: לאור חשיבות הערכה תכופה ומענה לצרכים הרגשיים, החברתיים והרוחניים של חולים, משפחות ומטפלים ישירים. הנושא אינו נחקר דיו בישראל. למשל, סקרים מראים שגם בארץ עולה הביקוש ללווי רוחני וגם בארץ חסר מידע לגבי שאלות בנושא. כמו כן, יש מקום לעודד מחקרים על גישות אחרות של תמיכה, כגון עזרה פסיכולוגית למשפחות ולצוותים, תמיכה חברתית לחולים ולקרובים, תמיכה למטפלים הישירים, וכן שיקום לאחר אבל.

3.9 קידום הנחיות טיפול מקדימות (Advance Care Planning), שיתוף הציבור במידע על חשיבותן והאפשרויות להכנתן

3.9.1 מבוא

אוטונומיית המטופל ובחירה אישית הם ערכי מפתח ברפואה המערבית וחלק אינטגרלי מתהליך קבלת החלטות במצבי סוף חיים. לכן, ההבטחה להשמעת קולו של החולה ובני משפחתו בקבלת החלטות רפואיות וכיבוד העדפות המטופל במצבי סוף חיים, הם מטרות-על בטיפול ממוקד חולה ובני משפחה. בתהליך כתיבת הנחיות המקדימות נוצרת הזדמנות לבחון את העתיד, ללמוד על מצבים רפואיים צפויים והשלכותיהם על האדם, לשקול אפשרויות קיימות ועתידיות, לקיים שיח על ציפיותיו, רצונותיו, העדפותיו

ותפיסותיו של האדם אודות אפשרויות הטיפול השונות, ועל יכולתו להסכים או לסרב לטיפול בעתיד ולתעד זאת בהצהרה החתומה על ידו.

דיון בהעדפות טיפול במצבי סוף חיים יכול להיות מועיל, ונראה כי הזמן ההולם ביותר לקיים שיחה כזו הוא כאשר אנשים עדיין בריאים. במסמך *Dying in America* נכתב כי חשוב שמסמכי ההנחיות מקדימות יאפשרו לספקי הטיפול הרפואי תקשורת פתוחה ורציפה עם ממלאי המסמך. לפי ועדת IOM אפשר להתחיל בתהליך תכנון טיפול בכל גיל ובכל מצב בריאותי וחשוב שיהיה בשיח רציף עם בני המשפחה וספקי הטיפול.

בעולם קיימים כלים שונים למתן יפויי כוח, הבהרת ערכים, העדפת טיפול בסוף חיים, מידע על צוואה בחיים והנחיות מקדימות, כמו למשל:

My Directives, Five Wishes, Aging with Dignity, Consumer's toolkit, End of Life Decisions Caring, Conversations, Advance Care Planning, Conversation guide.

זאת ועוד, ברבות מהמדינות קיים טופס הנחיות מקדימות המוכר בחוק. רוב מערכות החוק בעולם דורשות מבתי החולים למלא אחר ההנחיות המקדימות במידה וישנן.

3.9.2 המצב בישראל

חוק החולה הנוטה למות נחקק בישראל בשנת 2005 וכלל טופס הנחיות מקדימות. אלא שטופס זה מסורבל ונתפס כקשה למילוי. נכון לשנת 2015, כ-5,000 אנשים מלאו את טופס זה ושלחו למאגר של המרכז להנחיות רפואיות מקדימות במשרד הבריאות. גם רופאים ואנשי מקצוע במערכת הרפואית סוברים שהטופס קשה למילוי ולכן אינם ממליצים עליו למטופליהם, גם אם הם תומכים בקיומו. אי לכך, לאחרונה הוציא משרד הבריאות טופס משולב של יפוי כוח והנחיות מקדימות קל ופשוט למילוי, אלא שטופס זה עדיין אינו מוכר די הצורך.

כאמור, הזמן המתאים לקיום שיחה על העדפות טיפול היא כאשר האדם בריא וכשיר להביע את עמדותיו ורצונותיו בנושא, אולם רבים מהאנשים מתקשים לדון בנושא בעודם בריאים עקב מגבלות רגשיות, דתיות ואחרות.

בנוסף, כאשר לאדם יש הנחיות מקדימות, לעתים פועלת המערכת הרפואית, בעיקר בבתי חולים, בניגוד לבקשתו הכתובה של החולה בטענה שהטיפול הוא לטובתו.

3.9.3 המלצות

- על מנת שרופא יפנה למטופל ויציע לכתוב הנחיות מקדימות או למלא טופס מתאים צריכים להתקיים שלושה תנאים: תשתית רגולטורית, הכשרה ובקרה. זאת על מנת להבטיח כי מספר רב יותר של אנשים יכינו הנחיות מקדימות. ניתן לשקול האפשרות לכלול את מילוי ההנחיות המקדימות כמדד איכות.

- ליצור מנגנונים שיעסקו בהעלאת המודעות לצורך בהכנת הנחיות מקדימות ולאופן בו ניתן לעשות זאת: דיוור אינטרנטי באמצעות דיוור של קופ"ח, חובת הימצאות טופס הנחיות מקדימות בכל אתר של הקופה, קמפיין של משרד הבריאות בנושא הנחיות מקדימות ובכלל זה הפקת תשדירי רדיו, הפקה והפצת חוברות מידע, קיום פעולות הסברה והדרכה במסגרות שונות לזקנים ולבני משפחתם.
- מומלץ לתעד את רצונות האדם ולכלול העדפותיו לגבי טיפול או סירוב לטיפול בעתיד, בטופס. יש להתייחס גם למיופה הכח שיוכל לקבל החלטות במקום החולה כאשר אינו יוכל להביע את דעתו. תהליך זה צריך להיות מתמשך ונבחן מחדש מדי פעם.
- יש לשמור את מסמכי ההנחיות המקדימות באופן אלקטרוני, כדי לשפר את הזמינות והנגישות אליהם.
- על מנת לאפשר רצף טיפול וגישה זריזה למידע על העדפות המטופל בזמן חירום יש לאפשר עדכון טופס ההנחיות המקדימות במערכת "אופק". עם זאת יצוין שישנה תפיסה לפיה המידע הזה מאוד רגיש ולכן הגישה אינה מתאפשרת מבחינה משפטית.
- מומלץ להסתייע בקליניקות של סטודנטים למשפטים אשר יגיעו לבתי אבות ברחבי הארץ ויספקו מידע בנושא הנחיות מקדימות וזכויות. ניתן גם להרחיב את הקליניקה לצוות רב מקצועי של פקולטות: רפואה, סיעוד, עבודה סוציאלית, משפטים וכד'.
- הפקת כרטיס מגנטי / כרטיס זיהוי (כדוגמת כרטיס אדי) לכל מי שהכין הנחיות מקדימות או מינה מיופה כוח. לחלופין ניתן להפיק צמיד המלמד על העדפות והנחיות האדם לטיפול במצבי חרום, כאשר לא יוכל לדבר בשם עצמו.
- מתן הדרכה לאנשי המקצוע: רופאים, אחים, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים רפואיים, פרמדיקים, אפוטרופוסים ואחרים, כיצד לנהל שיחה עם האדם כדי לברר את רצונו לגבי טיפול רפואי במצבים שבהם לא יוכל לדבר בשם עצמו.

3.10 אתיקה, זכויות וזכאויות

3.10.1 מבוא

מטרת הטיפול הרפואי היא לרפא את האדם ממחלתו, או להקל על הסימפטומים מהם הוא סובל. כאשר אין ביכולת המערכת הרפואית להבריא את האדם, עליה לפעול להקלת כאביו הפיזיים והנפשיים ולהקל על סבלו.

עיקרי הערכים המנחים את אנשי המקצוע המטפלים:

- אוטונומיה וכיבוד רצון האדם וזכותו להחליט מה יעשה בגופו (בתנאי של כשירות רפואית). לאדם זכות חוקית ומוסרית לקבל החלטות על גופו, לאחר ששקל את

מצבו ואת השלכות הטיפול או אי הטיפול הנובעות מהחלטתו. יש לו הזכות להביע את רצונותיו והעדפותיו.

- עשיית טוב - להיטיב עם החולה ובני משפחתו ולפעול לטובתם.
- מניעת נזק.
- נאמנות לחולה.

לערכים אלו יש להוסיף את ערכי היהדות, האסלאם והנצרות בהתאם לכלל אזרחי מדינת ישראל.

בבואנו לעסוק בסוגיות אתיות הקשורות לסוף החיים, מתעוררות דילמות באשר להתנגשות אפשרית בין ערכים כמו קדושת החיים לבין העדפות החולה וזכותו על גופו. השאלה האם הארכת חיי החולה היא מטרת הטיפול בכל מצב, מעסיקה אנשי מקצוע, חולים ובני משפחה. לדוגמה: כאשר אין סיכוי לרפא את החולה, משמעות הארכת החיים עלולה להיות הארכת סבלו ללא תועלת. הארכת הסבל יכולה להיתפס גם כהסבת נזק ולא תועלת. לדילמות כבדות משקל אלו מצטרפים שיקולים נוספים כגון מיקום הטיפול, מקורות המימון, זכויות החולה, שיתופו בקבלת החלטות, מקומה של המשפחה בקבלת ההחלטות, הזכויות הבסיסיות של כל אזרח לקבל שירותים בסוף החיים והאם על המדינה לפתח זכויות נוספות לחולים האלה ולבני משפחותיהם.

תמונת המצב בארץ, דומה לזו שבעולם המערבי. במאמר שפורסם ב-(End of 2005) Life Care. An Ethical Overview מוצגים האתגרים האתיים הכרוכים בטיפול במצבי סוף חיים, וביניהם שאלת קביעת תקופת סוף החיים, כלומר מתי מתחילים ששת חודשי החיים האחרונים. מטבע הדברים, מדידה מדויקת אינה אפשרית. סוגיה נוספת בהקשר זה היא האם לומר לחולה את הפרוגנוזה משום שהיא עלולה לפגוע בתקווה שלו ושל בני משפחתו. אתגרים נוספים איתם מתמודדים בעולם היום ניהול הכאב, עיכוב ונסיגה בטיפול הרפואי כגון החייאה, הנשמה מלאכותית, הזנה והשקיה, טיפולי דיאליזה, מתן אנטיביוטיקה, טיפולי סרק ובדיקות יקרות, אמצעי הרגעה (סדציה) סופניים, המתת חסד שבה מעורבים אנשי צוות רפואיים וסוגיית ילדים במצבי סוף החיים ובידי מי ההחלטה לא להאריך חיים ובאילו תנאים.

3.10.2 המצב בישראל

קבלת טיפול הולם בסוף החיים היא זכות בסיסית של כל אזרח. מערכות הבריאות והרווחה בישראל קבעו זכויות וזכויות לאנשים חולים ומוגבלים והן מספקות להם שירותים מותאמים לצורכיהם. אלא שקיימים מכשולים וקשיים רבים בקבלת הזכויות האלה ומימושן, הן בשל היעדר שירותים מספיקים והן בשל סיבות נוספות.

בין האתגרים המרכזיים בתחום זה:

- הגדרת חולה נוטה למות - על פי חוק החולה הנוטה למות, 2005, חולה מוגדר ככזה כאשר "תוחלת חייו אינה עולה על שישה חדשים". ואולם, ההגדרה מדירה

זכויות וזכאויות מחולים הסובלים ממחלות חשוכות מרפא ומקצרות חיים שקיים קושי לקצוב את תוחלת החיים בהן, כמו למשל דמנציה, אי ספיקת כליות, אי ספיקת לב ועוד.

- היעדר ידע, מודעות ונגישות למימוש זכויות וזכאויות - קיים חומר הסברה מועט לחולים ולבני משפחתם לגבי הזכויות והזכאויות שלהם. יתרה מכך, גם כאשר נודע להם על זכויותיהם הם מתקשים למצוא מידע כיצד לממש את הזכאויות, ההטבות וההקלות בתחומים שונים.
- היעדר שיח בין אנשי מקצוע לבין מטופלים ובני משפחה - לרבים מאנשי המקצוע אין די ידע כיצד לקיים שיח כזה ולעתים הם נמנעים מלשוחח בנושאים קשים. לפעמים גם הם עצמם אינם מכירים את הזכויות והזכאויות שמגיעות לחולים.
- היעדר הגדרה ברורה של סל שירותים פליאטיבי ובכלל זה הגדרת הזכאים, הגדרת השירותים להם הם זכאים, תדירותם, מידי מי, איפה ובאילו תנאים. כיום, כל קופה ולעתים גם כל מחוז בקופה, קובע את הסל המתאים לו. כתוצאה מכך קיימים פערים בין קופות החולים ובין אזורים גיאוגרפיים שונים.
- הקריטריונים להפנייה לשירותי הוספיס אינם מעוגנים ואינם מוגדרים בחוק, כתוצאה מכך ההפנייה אליהם מתבצעת בהתאם לשיקול דעת של איש מקצוע מקומי ותלויים בתפיסת עולמו של הרופא המפנה ובהחלטות מנהליות.
- רוב החולים חשוכי המרפא גרים בביתם שבקהילה ורוב רובו של נטל הטיפול נופל על בני משפחתם. כמעט שאין כיום זכויות וזכאויות שמיועדות באופן ספציפי לבני משפחה מטופלים.
- קיים קושי למצוא מטפלים מקומיים או זרים לעבודה עם חולים במצבי סוף החיים, הן מפאת הקושי הפיזי והנפשי הכרוך בכך, והן משום שהם חוששים שמשך הטיפול הקצר יפגע באפשרויות המשך העבודה שלהם בארץ.
- קיימים מעט מדי שירותים פליאטיביים בארץ ואין בהם די כדי לטפל בכל החולים הזקוקים להם.
- כיום, עם פטירת אדם בביתו, נאלצת משפחתו להזמין משטרה שתערוך תחקיר אירוע, מצב המקשה נפשית על בני המשפחה.

3.10.3 המלצות

- זכותו הבסיסית של כל אזרח לקבל מידע והסברים על שירותים וטיפולים לחולים חשוכי מרפא ובמצבי סוף חיים, ובכלל זה על שירותים לטיפול פליאטיבי.
- יש להבטיח שתתקיים עם כל חולה שיחה על העדפות הטיפול שלו, ויוצע ככלל לכל אדם בן 65 ומעלה, ובפרט לכל חולה במחלה חשוכת מרפא למלא טופס ייפוי כוח.

- מומלץ שרופא המשפחה יזמן כל אדם בהגיעו לגיל 65 לשיחה בנושא, כאשר לאותו אדם שמורה הזכות להתנגד לשיחה או למילוי הטופס.
- העלאת המודעות הציבורית - יש לחתור לשינוי תרבותי ולשינוי בתפיסת הציבור את נושא ההנחיות המקדימות ומינוי מיופה כוח.
- לבנות לכל מטופל "חבילת שירותים וטיפולים אישית" בשיתוף פעולה בין אנשי צוות משרדי הממשלה הרלבנטיים ומקופות החולים. אחד מאנשי הצוות הבין מקצועי ישמש כ"מנהל טיפול" העוקב אחר הפעלת התכנית שנקבעה למטופל ונמצא בקשר עם החולה ובני משפחתו.
- לכלול את רמת הסבל שאינו ניתן לשליטה כגורם חשוב בהגדרת המצב הסופני של החולה (ולא רק הערכת כאב).
- ליצור פורומים נוספים להתייעצות בסוגיות ובדילמות אתיות איתם מתמודדים הצוותים הבין מקצועיים.
- להעדיף מתן הזנה דרך הפה כל עוד החולה מסוגל לאכול. ניתן להאריך תקופה זו על ידי הכשרת בני המשפחה והמטפלים.
- לכבד ולאפשר לאדם להישאר במקום בו הוא רוצה לסיים את חייו (בבית או במוסד).
- לקדם נוהלי עבודה בין ארגוניים, שיאפשרו למשרדי ממשלה וארגונים אחרים לעבוד בשיתוף פעולה ובתיאום, כדי שחולים ובני משפחותיהם לא "יפלו בין הכיסאות" ולמניעת סחבת מיותרת.

המוסד לביטוח לאומי

- זירוז הטיפול בתביעות של חולים המוגדרים כחולים במצבי סוף חיים מתוך הבנה שלרוב מדובר במשך חיים קצר.
- קבלת מטפל מיד לאחר אישור התביעה (ולא מהראשון בחודש שלאחר הגשת התביעה).
- אישור בני משפחה, מקרבה ראשונה, כמטפלים עיקריים, בעיקר בני זוג וילדים, בידיעה שמשך הטיפול לא יארך עקב מצבו של החולה.
- רמת הזכאות לחוק סיעוד ולשירותים מיוחדים ייקבעו על פי המלצת רופא מומחה בטיפול פליאטיבי תוך התייחסות לפוטנציאל ההדרדרות וההחמרה במצב.
- זכאות לשירותים מיוחדים תהיה תקפה החל ממועד קביעת הנכות הרפואית.
- אפשרות לקבלת שעות טיפול בבית ושעות ביקור במרכז היום.
- קידום חקיקה לשמירת מקום עבודה של בן משפחה המוגדר כמטפל עיקרי בסוף חייו של אדם. זכאות לימי מחלת הורה וקבלת נקודות זיכוי בביטוח לאומי (בדומה למחלת ילד).

משרד הכלכלה והתעשייה

- מתן תמריץ לעובדים זרים לעבודה עם חולים במצבי סוף החיים ובניית מנגנון שישמר את משך השהות המוקצבת להם בארץ.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים

- פיתוח מענים ייעודים ומהירים לבני משפחה של חולים במצבי סוף חיים ובניהם:
- מתן סיוע כלכלי בתחומים שבהם הרווחה יכולה לסייע (תווי שי, ארוחות).
 - קישור לעמותות הנותנות סיוע בתחומים שונים והעובדות עם משרד הרווחה (לדוגמה: פרויקט אח בוגר עבור ילדיהם הצעירים של חולים).
 - יצירת מערך מתנדבים (לדוגמה: שירות של זקן בריא המתנדב עם חולה במחלה חשוכת מרפא ומלווה אותו לטיפולים בבית החולים, בניית מערך הסעדה בבית ועוד).
 - הקמת קבוצות תמיכה לבני משפחה של חולים חשוכי מרפא והמשכיותה לאחר מות החולה.
 - בניית שירותי השגחה שיאפשרו לשחרר את המטפל העיקרי להתאווורות כאשר יש מי שמשגיח על החולה בביתו.
 - אפשרות לקיום שיחות וייעוץ אישי עם איש מקצוע (פסיכולוג רפואי, עובד סוציאלי, מלווה רוחני).

המשרד לבטחון פנים ומשרד הבריאות

- מתן פטור מתחקיר אירוע במקרה של פטירה בבית, כאשר החולה היה מטופל על ידי הוספיס בית ואיש מקצוע היה מעורב בקביעת המוות.
- מתן פטור מתשלום לאמבולנס לשם קבלת טיפול רפואי, כאשר אין אפשרות לתת טיפול בבית.
- הרחבת האפשרויות להשאלת ציוד (ללא תשלום) גם על מיטות סיעודיות לבית החולה.
- הכשרת שוטרים והגברת רגישותם לביקור במקרי פטירה בקהילה.
- פיתוח שירותים התנדבותיים או מסובסדים לשם עריכת צוואה וכתבת יפוי כוח.

שינויי חקיקה בחוק החולה הנוטה למות, 2005:

- הכללת חולים במחלות נוספות בחוק, כמו למשל חולים בדמנציה בשלב האחרון של מחלתם.
- עיגון בתקנות של נוסח פשוט לטופס הנחיות רפואיות מקדימות על מנת שיהיה נגיש ושימושי.
- הנגשת מאגר הנחיות מקדימות לכל הגורמים המטפלים במערכת הבריאות.
- חיוב מוסדות רפואיים לברר עם כל מטופל מהן העדפותיו לטיפול בסוף החיים, באמצעות יצירת נוהל ונוסח קבוע של הצעה למילוי הנחיות. ההצעה תהיה על ידי רופא המשפחה בהגיע האדם לגיל 65 ו/או אם חלה הדרדרות במצב בריאותו של המטופל, בעת מעבר לדיור מוגן ולאשפוז ממושך.

בנטור נ', רזניצקי ש', אילת-צנעני צ', בליצר ר'. 2014. **דפוסי השימוש בשירותי הבריאות, איכות הטיפול ועלותו בקרב חולים שנפטרו מסרטן ממושט**. המרכז לחקר הזקנה, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, דמ-657-14, ירושלים.

בנטור נ'; אזולאי ד'; אוברמן א'. טרם פורסם. **שירותים פליאטיבים בבתי חולים: היקפם, דפוסי הפעלתם ותרומתם לצוות בית החולים**. המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

משא"ב. 2014. **קשישים בישראל שנתון סטטיסטי**. ברודסקי ג', שנורי', באר ש'. (עורכים). המרכז לחקר הזקנה, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל; ג'וינט ישראל-אשל. ירושלים.

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות (30/09) http://www.health.gov.il/hozer/mk30_2009.pdf

פלטיאל א', ספולקר מ', קורנילנקו א', מלדונדו מ'. 2012. **תחזיות אוכלוסייה לישראל לטווח ארוך: 2009-2059**. אגף דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ירושלים.

פלטיאל א', ספולקר מ', קורנילנקו א', מלדונדו מ'. (2012) **תחזיות אוכלוסייה לישראל לטווח ארוך: 2009-2059 פרסום טכני, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה**. <http://www.cbs.gov.il/www/publications/tec27.pdf>.

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.

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.

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.

Brumley, R.; Enguidanos, S.; Jamison, P.; Seitz, R.; Morgenstern, N.; Saito, S.; McIlwane, J.; Hillary, K.; Gonzalez, J. 2007. "Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of in-home Palliative Care". **Journal of the American Geriatrics Society** 55(7):993-1000.

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.

Centeno, C.; Clark, D.; Lynch, T.; Racafort, J.; Praill, D.; De Lima, L.; Greenwood, A.; Flores, L.A.; Brasch, S.; Giordano, A.; EAPC Task Force. 2007. "Facts and Indicators on Palliative Care Development in 52 Countries of the WHO European Region: Results of an EAPC Task Force". **Palliative Medicine** 21(6):463-471.

Chastek, B.; Harley, C.; Kallich, J.; Newcomer, L.; Paoli, C.J.; Teitelbaum, A.H. 2012. "Health Care Costs for Patients with Cancer at the End of Life". **Journal of Oncology Practice / American Society of Clinical Oncology** 8(6):75s-80s.

Connors, A.F.; Dawson, N.V.; Desbiens, N.A.; Fulkerson, W.J.; Goldman, L.; Knaus, W.A.; Lynn, J.; Oye, R.K.; Bergner, M.; Damiano, 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)". **The Journal of the American Medical Association** 274(20):1591-1598.

Department of Health. 2008. **End of Life Care Strategy – Promoting High Quality Care for all Adults at the End of Life**. London, UK.

Economist Intelligence Unit. 2010. **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.

Facts&Figures,2014<http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2014>

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.

Gelfman, L. P., Du, Q., & Morrison, R. S. 2013. An update: NIH research funding for palliative medicine 2006 to 2010. **Journal of palliative medicine**, 16(2), 125-129.

Gomes, B.; Calanzani, N.; Curiale, V.; McCrone, P.; Higginson, I.J. 2013. "Effectiveness and cost-effectiveness of Home Palliative Care Services for Adults with Advanced Illness and their Caregivers". **The Cochrane Library**.

Gomes, B.; Calanzani, N.; Higginson, I.J. 2014. "Benefits and Costs of Home Palliative Care Compared with Usual Care for Patients with Advanced Illness and their Family Caregivers". **Jama** 311(10):1060-1061.

Goodman, D.; Fisher, E.; Wennberg, J. 2013. "**The Dartmouth Atlas of Health Care**".

Harding, R., Simon, S. T., Benalia, H., Downing, J., Daveson, B. A., Higginson, I. J., & Bausewein, C. 2011. The PRISMA Symposium 1: outcome tool use. Disharmony in European outcomes research for palliative and advanced disease care: too many tools in practice. **Journal of pain and symptom management**, 42(4), 493-500.

Horowitz, R., Gramling, R., & Quill, T. 2014. Palliative care education in US medical schools. **Medical education**, 48(1), 59-66.

Haycox, A. 2009. "Optimizing Decision Making and Resource Allocation in Palliative Care". **Journal of Pain and Symptom Management** 38(1):45-53.

Hearn, J.; Higginson, I. 1999. "Development and Validation of a Core Outcome Measure for Palliative Care: The Palliative Care Outcome Scale. Palliative Care Core Audit Project Advisory Group". **Quality in Health Care** 8(4):219-227.

Hendry, L.; Tumur, I.; Farquharson, R.; Kroes, M. 2011. "PCN155 the Challenges of Estimating Costs of Palliative Care: A Systematic Literature Review". **Value in Health** 14(7):A463.

Institute of Medicine of the National Academies. 2014. **Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life**. The National Academies Press, Washington, D.C.

Kardamanidis, K.; Lim, K.; Da Cunha, C.; Taylor, L.K.; Jorm, L.R. 2007. "Hospital Costs of Older People in New South Wales in the Last Year of Life". **Medical Journal of Australia** 187(7):383.

Kizawa, Y., Tsuneto, S., Tamba, K., Takamiya, Y., Morita, T., Bito, S., & Otaki, J. 2012. Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified Delphi method. **Palliative medicine**, 26(5), 744-752.

Lloyd-Williams, M., & Macleod, R. D. M. 2004. A systematic review of teaching and learning in palliative care within the medical undergraduate curriculum. **Medical teacher**, 26(8), 683-690.

Marik, P.E. 2014. "The Cost of Inappropriate Care at the End of Life: Implications for an Aging Population". **The American Journal of Hospice & Palliative Care**.

Mariotto, A.B.; Yabroff, K.R.; Shao, Y.; Feuer, E.J.; Brown, M.L. 2011. "Projections of the Cost of Cancer Care in the United States: 2010-2020". **Journal of the National Cancer Institute** 103(2):117-128.

May, P.; Normand, C.; Morrison, R.S. 2014. "Economic Impact of Hospital Inpatient Palliative Care Consultation: Review of Current Evidence and Directions for Future Research". **Journal of Palliative Medicine** 17(9):1054-1063.

Meier, D.E. 2011. "Increased Access to Palliative Care and Hospice Services: Opportunities to Improve Value in Health Care". **Milbank Quarterly** 89(3):343-380.

Morrison, R.S.; Penrod, J.D.; Cassel, J.B.; Caust-Ellenbogen, M.; Litke, A.; Spragens, L.; Meier, D.E. 2008. "Cost Savings Associated with US Hospital Palliative Care Consultation Programs". **Archives of Internal Medicine** 168(16):1783-1790.

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.

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.

End of Life Care, Report by the Comptroller and Auditor General, National Adult Office 2008.

O'Connor, N. R., Moyer, M. E., Behta, M., & Casarett, D. J. (2015). The Impact of Inpatient Palliative Care Consultations on 30-Day Hospital Readmissions. **Journal of Palliative Medicine**, 18(11), 956-961.

Oxford Textbook Of Palliative Medicine. Edited by Derek Doyle, Geoffrey Hanke, and Neil MacDonald. 1999 2nd Edition Published by Oxford University Press.

Penrod, J. D., Deb, P., Luhrs, C., Dellenbaugh, C., Zhu, C. W., Hochman, T. & Morrison, R. S. (2006). Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. **Journal of palliative medicine**, 9(4), 855-860.

Polder, J.J.; Barendregt, J.J.; van Oers, H. 2006. "Health Care Costs in the Last Year of life—the Dutch Experience". **Social Science & Medicine** 63(7):1720-1731.

Saunders, C.; Doyle, D.; Hanks, G.; MacDonald, N. 1998. "Oxford Textbook of Palliative Medicine". **Oxford Textbook of Palliative Medicine**.

Scottish Government. 2012. **Community Hospitals Strategy Refresh**.

Smith, S.; Brick, A.; O'Hara, S.; Normand, C. 2014. "Evidence on the Cost and Cost-Effectiveness of Palliative Care: A Literature Review". **Palliative Medicine** 28(2):130-150.

Social Care Institute for Excellence (SCIE). 2013. **Dying Well at Home: The Case for Integrated Working: SCIE Guide**. Social Care Institute for Excellence, London.

Schulz, C., Möller, M. F., Seidler, D., & Schnell, M. W. 2013. Evaluating an evidence-based curriculum in undergraduate palliative care education: piloting a phase II exploratory trial for a complex intervention. **BMC medical education**, 13(1), 1.

Skilbeck JK, Payne S., 2015. End of life care: a discursive analysis of specialist palliative care nursing. **Center for Bioethics University of Minnesota**, 51(4):325-34.

Tanuseputro, P.; Wodchis, W.P.; Fowler, R.; Walker, P.; Bai, Y.Q.; Bronskill, S.E.; Manuel, D. 2015. "The Health Care Cost of Dying: A Population-Based Retrospective Cohort Study of the Last Year of Life in Ontario, Canada". **PloS One** 10(3):e0121759.

Temel, J.S.; Greer, J.A.; Muzikansky, A.; Gallagher, E.R.; Admane, S.; Jackson, V.A.; Dahlin, C.M.; Blinderman, C.D.; Jacobsen, J.; Pirl, W.F. 2010. "Early Palliative Care for Patients with Metastatic non-small-Cell Lung Cancer". **New England Journal of Medicine** 363(8):733-742.

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.

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.

Yabroff, K.R.; Lund, J.; Kepka, D.; Mariotto, A. 2011. "Economic Burden of Cancer in the United States: Estimates, Projections, and Future Research". **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention : A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology** 20(10):2006-2014.

Walker S, Gibbins J, Burnett M, Adams S et al. 2014 Organization, funding and review of undergraduate palliative care (pc) teaching in UK medical schools: a survey of educational leads **BMJ support palliat care** ;4:a31 doi:10.1136/bmjspcare-2014-000654.85

נספח 1: כלי האיתור SPARC באנגלית

(The Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care)

Place for unit logo and name here

SPARC *

We would like to know a bit more about you and your concerns.

Please fill in this questionnaire (with help from a relative or carer if needed) and return it to one of our team.

There are no "right" or "wrong" answers. If you are unsure of a question, please leave it blank.

THANK YOU

* Sheffield Profile for Assessment and Referral for Care
SPARC-45 v1.1

Your initials:.....

Date completed:...../...../.....

COMMUNICATION AND INFORMATION ISSUES		
1. Have you been able to talk to any of the following people about your condition?	Yes	No
a. Your doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Community nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hospital nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Religious advisor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Social worker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Other people (please state): _____		

PHYSICAL SYMPTOMS		Please circle <u>one</u> answer per line			
<i>In the past month, have you been distressed or bothered by:</i>		Not at all	A little bit	Quite a bit	Very much
2.	Pain?	0	1	2	3
3.	Loss of memory?	0	1	2	3
4.	Headache?	0	1	2	3
5.	Dry mouth?	0	1	2	3
6.	Sore mouth?	0	1	2	3
7.	Shortness of breath?	0	1	2	3
8.	Cough?	0	1	2	3
9.	Feeling sick (nausea)?	0	1	2	3
10.	Being sick (vomiting)?	0	1	2	3
11.	Bowel problems (e.g. constipation, diarrhoea, incontinence)?	0	1	2	3
12.	Bladder problems (urinary incontinence)?	0	1	2	3
13.	Feeling weak?	0	1	2	3
14.	Feeling tired?	0	1	2	3
15.	Problems sleeping at night?	0	1	2	3
16.	Feeling sleepy during the day?	0	1	2	3

PHYSICAL SYMPTOMS continued		Not at all	A little bit	Quite a bit	Very much
17.	Loss of appetite?	0	1	2	3
18.	Changes in your weight?	0	1	2	3
19.	Problems with swallowing?	0	1	2	3
20.	Being concerned about changes in your appearance?	0	1	2	3
21.	Feeling restless and agitated?	0	1	2	3
22.	Feeling that your symptoms are not controlled?	0	1	2	3

PSYCHOLOGICAL ISSUES		Please circle <u>one</u> answer per line			
<i>In the past month, have you been distressed or bothered by:</i>		Not at all	A little bit	Quite a bit	Very much
23.	Feeling anxious?	0	1	2	3
24.	Feeling as if you are in a low mood?	0	1	2	3
25.	Feeling confused?	0	1	2	3
26.	Feeling as if you are unable to concentrate?	0	1	2	3
27.	Feeling lonely?	0	1	2	3
28.	Feeling that everything is an effort?	0	1	2	3
29.	Feeling that life is not worth living?	0	1	2	3
30.	Thoughts about ending it all?	0	1	2	3
31.	The effect of your condition on your sexual life?	0	1	2	3

RELIGIOUS AND SPIRITUAL ISSUES		Please circle <u>one</u> answer per line			
<i>In the past month, have you been distressed or bothered by:</i>		Not at all	A little bit	Quite a bit	Very much
32.	Worrying thoughts about death or dying?	0	1	2	3
33.	Religious or spiritual needs not being met?	0	1	2	3

INDEPENDENCE AND ACTIVITY		Please circle <u>one</u> answer per line			
<i>In the past month, have you been distressed or bothered by:</i>		Not at all	A little bit	Quite a bit	Very much
34.	Losing your independence?	0	1	2	3
35.	Changes in your ability to carry out your usual daily activities such as washing, bathing or going to the toilet?	0	1	2	3
36.	Changes in your ability to carry out your usual household tasks such as cooking for yourself or cleaning the house?	0	1	2	3

FAMILY AND SOCIAL ISSUES		Please circle <u>one</u> answer per line			
<i>In the past month, have you been distressed or bothered by:</i>		Not at all	A little bit	Quite a bit	Very much
37.	Feeling that people do not understand what you want?	0	1	2	3
38.	Worrying about the effect that your illness is having on your family or other people?	0	1	2	3
39.	Lack of support from your family or other people?	0	1	2	3
40.	Needing more help than your family or other people could give?	0	1	2	3

TREATMENT ISSUES		Please circle <u>one</u> answer per line			
<i>In the past month, have you been distressed or bothered by:</i>		Not at all	A little bit	Quite a bit	Very much
41.	Side effects from your treatment?	0	1	2	3
42.	Worrying about long term effects of your treatment?	0	1	2	3

PERSONAL ISSUES

	Yes	No
43. Do you need any help with your personal affairs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Would you like to talk to another professional about your condition or treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Would you like any more information about the following?		
a. Your condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Your care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Your treatment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Other types of support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Financial issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Other (please state): _____		

Are there any other concerns that you would like us to know about?

Carry on over the page if needed

You can use this section to jot down any questions that you want to ask your doctors or other caring professionals

Question 1

Question 2

Question 3

נספח 2: כלי האיתור SPARC מתורגם לעברית (ע"י ד"ר יהורם זינגר)
 (The Sheffield Profile for Assessment and Referral to Care)

שאלון SPARC

ברצוננו לדעת קצת יותר עליך ועל מה שמטריד אותך.
 אנא מלא שאלון זה (אם יש צורך היעזר בקרוב משפחה או במטפל) והחזר את השאלון
 לאחד מאנשי הצוות שלנו.
 אין תשובות "נכונות" ו"לא נכונות". אם אינך בטוח בשאלה מסוימת אנא אל תענה
 עליה.

תודה רבה

תקשורת ומידע		
1. האם הצלחת לדבר עם מישהו מהאנשים הבאים על מצבך?		
לא	כן	
		א. הרופא שלך
		ב. אח בקהילה
		ג. אח בית חולים
		ד. איש דת
		ה. עובד סוציאלי
		ו. משפחה
		ז. מישהו אחר (אנא ציין):

תסמינים פיזיים				
בחודש האחרון, האם הפריעו לך או הציקו לך: (אנא סמן בעיגול רק תשובה אחת בכל שורה)				
במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה מועטה	בכלל לא	
3	2	1	0	2. כאב
3	2	1	0	3. אובדן זיכרון
3	2	1	0	4. כאב ראש
3	2	1	0	5. יובש בפה
3	2	1	0	6. רגישות, פצעים או כאב בפה
3	2	1	0	7. קוצר נשימה
3	2	1	0	8. שיעול
3	2	1	0	9. בחילה
3	2	1	0	10. הקאה
3	2	1	0	11. בעיות מעיים (עצירות, שלשול, אי-שליטה בסוגרים)
3	2	1	0	12. בעיות בשלפוחית השתן (אי-שליטה בשתן)
3	2	1	0	13. תחושת חולשה
3	2	1	0	14. תחושת עייפות
3	2	1	0	15. בעיות שינה בלילה
3	2	1	0	16. תחושת ישנוניות במשך היום
3	2	1	0	17. חוסר תיאבון
3	2	1	0	18. שינויים במשקלך
3	2	1	0	19. בעיות בליעה
3	2	1	0	20. דאגה בשל שינויים בהופעתך החיצונית
3	2	1	0	21. תחושת חוסר מנוחה ואי-שקט
3	2	1	0	22. תחושה שאין שליטה על התסמינים שלך

סוגיות פסיכולוגיות				
בחודש האחרון, האם הפריעו לך או הציקו לך: (אנא סמן בעיגול רק תשובה אחת בכל שורה)				
במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה מועטה	בכלל לא	
3	2	1	0	23. תחושת חרדה
3	2	1	0	24. תחושה של מצב רוח ירוד
3	2	1	0	25. תחושת בלבול
3	2	1	0	26. תחושה שאינך מסוגל להתרכז
3	2	1	0	27. תחושת בדידות
3	2	1	0	28. תחושה שהכל כרוך במאמץ
3	2	1	0	29. תחושה שאין טעם לחיות
3	2	1	0	30. מחשבות על לגמור עם הכל
3	2	1	0	31. השפעת מצבך על חיי המין שלך

סוגיות דתיות ורוחניות				
בחודש האחרון, האם הפריעו לך או הציקו לך: (אנא סמן בעיגול רק תשובה אחת בכל שורה)				
במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה מועטה	בכלל לא	
3	2	1	0	32. דאגות הקשורות במוות וגסיסה
3	2	1	0	33. צרכים דתיים או רוחניים שלא מולאו

עצמאות ופעילות				
בחודש האחרון, האם הפריעו לך או הציקו לך: (אנא סמן בעיגול רק תשובה אחת בכל שורה)				
במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה מועטה	בכלל לא	
3	2	1	0	34. איבוד העצמאות שלך
3	2	1	0	35. שינויים ביכולתך לבצע את פעילויות היום-יום, כגון רחצה, מקלחת או הליכה לשירותים
3	2	1	0	36. שינויים ביכולתך לבצע את פעילויות משק הבית הרגילות שלך, כגון בישול לעצמך או ניקיון הבית

חברה ומשפחה				
בחודש האחרון, האם הפריעו לך או הציקו לך: (אנא סמן בעיגול רק תשובה אחת בכל שורה)				
במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה מועטה	בכלל לא	
3	2	1	0	37. תחושה שאנשים אינם מבינים מה אתה רוצה
3	2	1	0	38. דאגות בעניין ההשפעה של מחלתך על משפחתך או על אנשים אחרים
3	2	1	0	39. חוסר תמיכה ממשפחתך או מאנשים אחרים
3	2	1	0	40. צורך ביותר עזרה מזו שמשפחתך או אנשים אחרים יכולים לתת

טיפול				
בחודש האחרון, האם הפריעו לך או הציקו לך: (אנא סמן בעיגול רק תשובה אחת בכל שורה)				
במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה מועטה	בכלל לא	
3	2	1	0	41. תופעות לוואי מהטיפול שלך
3	2	1	0	42. דאגות בעניין השפעות ארוכות-טווח של הטיפול שלך

סוגיות אישיות		
לא	כן	
		43. האם אתה זקוק לעזרה כלשהי בענייניך האישיים
		44. האם תרצה לדבר עם עוד איש מקצוע על מצבך או על הטיפול בך
		45. האם תרצה מידע נוסף על: מצבך
		הטיפול בך
		הטיפולים שאתה מקבל

		סוגים נוספים של תמיכה
		ענייני כספים
		משהו אחר (אנא ציין):
האם יש דברים נוספים שמטרידים אותך שהיית רוצה שנדע עליהם?		

בחלק זה תוכל לרשום כל שאלה לרופא שלך או למטפלים מקצועיים אחרים	
	שאלה 1
	שאלה 2
	שאלה 3

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) נספח 3: כלי המעקב



Edmonton Symptom Assessment System: (revised version) (ESAS-R)

Please circle the number that best describes how you feel NOW:

No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Pain
No Tiredness <i>(Tiredness = lack of energy)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Tiredness
No Drowsiness <i>(Drowsiness = feeling sleepy)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Drowsiness
No Nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Nausea
No Lack of Appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Lack of Appetite
No Shortness of Breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Shortness of Breath
No Depression <i>(Depression = feeling sad)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Depression
No Anxiety <i>(Anxiety = feeling nervous)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Anxiety
Best Wellbeing <i>(Wellbeing = how you feel overall)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Wellbeing
No _____ Other Problem <i>(for example constipation)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible _____

Patient's Name _____

Date _____ Time _____

Completed by (check one):

- Patient
 Family caregiver
 Health care professional caregiver
 Caregiver-assisted

BODY DIAGRAM ON REVERSE SIDE

ESAS-R
Revised: November 2010

Please mark on these pictures where it is that you hurt:

