



מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל  
MYERS-JDC-BROOKDALE  
مایرس - جوینت - بروکدیل



## דוח מחקר

# שירותים פליאטיבים בבתי חולים כלליים ובבתי חולים גריאטריים בישראל

נטע בנטור ✦ מיכל לרון ✦ דניאל אזולאי ✦ אמיתי אוברמן

המחקר מומן בסיוע מענק מחקר מהמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

# שירותים פליאטיביים בבתי חולים כלליים ובבתי חולים גריאטריים בישראל

נטע בנטור<sup>1</sup>    מיכל לרון<sup>1</sup>    דניאל אזולאי<sup>2</sup>    אמיתי אוברמן<sup>3</sup>

המחקר מומן בסיוע מענק מחקר מהמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

<sup>1</sup> מאירס-ג'וינט-ברוקדייל  
<sup>2</sup> מרכז רפואי ע"ש פדה, פוריה  
<sup>3</sup> מרכז רפואי הדסה הר הצופים

ספטמבר 2015

ירושלים

אלול תשע"ה

עריכה: ענת ברבריאן  
תרגום לאנגלית (תמצית מחקר והודעת פרסום): נעמי הלסטד  
הפקה והבאה לדפוס: לסלי קליינמן

**מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל**

ת"ד 3886

ירושלים 91037

טלפון: 02-6557400

פקס: 02-5612391

כתובת באינטרנט: [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale)

דואר אלקטרוני: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)

## פרסומים נוספים של המכון בנושאים קשורים

בנטור, נ' ; רזניצקי, ש' ; אילת-צנעני, צ' ; בליצר, ר'. דפוסי השימוש בשירותי בריאות, איכות הטיפול ועלותו בחולים שנפטרו מסרטן ממושט. דמ-14-657.

בנטור, נ' ; שטרנברג, ש' ; ספלטור, ט' ; למברגר, י' ; שרון, א'. 2011. מרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בישראל. דמ-11-568.

בנטור, נ' ; רזניצקי, ש'. 2009. תמיכה רוחנית בישראל: הערכת התכניות שמומנו על-ידי הפדרציה היהודית של ניו-יורק. דמ-09-530.

בנטור, נ' ; צ'חמיר, ס'. 2007. תכנית ארצית להכשרה פליאטיבית בישראל: מחקר הערכה. דמ-07-498.

בנטור, נ' ; רזניצקי, ש' ; שנוור, י'. 2005. שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל. דמ-05-459.

בנטור, נ' ; רזניצקי, ש'. 2002. טיפול בית רפואי במערכת הבריאות בישראל. דמ-02-393.

להזמנת הפרסומים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 91037

טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)

ניתן למצוא את הפרסומים גם באתר המכון: [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale)

# תמצית מחקר

## 1. רקע, מטרת ושיטות המחקר

טיפול פליאטיבי הוא גישה טיפולית לשיפור איכות חייהם של חולים במחלות חשוכות מרפא ושל בני משפחותיהם. השיטה מתמקדת בהקלת סבלם של החולים ובמניעתו באמצעות זיהוי והערכה קפדנית של הסימפטומים, טיפול בכאב ובעיות גופניות אחרות וטיפול בבעיות נפשיות ורוחניות. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 30/2009 קבע שעל בתי החולים, המוסדות הסיעודיים וקופות החולים להקים ולהפעיל בתוך ארבע שנים שירות פליאטיבי ולהכשיר לכך אנשי צוות ייעודיים. עוד נקבע בחוזר, שהצוות הייעודי למתן טיפול פליאטיבי יכלול לפחות רופא, אחות, פסיכולוג ועובד סוציאלי. מחקר זה מציג תמונה מקיפה ועדכנית של התפתחות השירותים הפליאטיביים ושל מצבם, בבתי החולים הכלליים ובמרכזים רפואיים גריאטריים (מר"גים), שש שנים לאחר צאת החוזר.

המחקר נערך באמצעות ראיונות אישיים, פנים מול פנים עם מנהלי בתי חולים, עם אחיות ראשיות, עם מנהלי מחלקות ויחידות ב-25 בתי חולים כלליים וב-10 מרכזים רפואיים גריאטריים (מר"גים). בסך הכול רואינו כ-50 רופאים, 30 אחיות, 2 עובדות סוציאליות ו-2 מנהלים אדמיניסטרטיביים.

## 2. ממצאים

### 2.1 ארגון השירותים בבתי חולים כלליים

#### מחלקות אונקולוגיות משולבות (שירות אונקו-פליאטיבי) ומחלקות הוספיס

♦ בשלושה בתי חולים יש מרכז משולב אונקולוגי-פליאטיבי במרכז אונקולוגי כוללני, הכולל שירות פליאטיבי כחלק אינטגרלי מרכיבי הטיפול, ובשני בתי חולים יש הוספיס אשפוזי. חמשת השירותים האלה פועלים כבר משנות ה-80-90 של המאה העשרים. השירותים האלה כוללים צוות רב-מקצועי, המטפל אך ורק בחולי סרטן (מלבד בבית חולים אחד, שבו רופא הוספיס מספק ייעוץ, ללא תקן נוסף, לשאר מחלקות בית החולים). לשלושה מתוכם יש קשר הדוק עם יחידות הוספיס בית ויחידות לטיפול בית בקהילה, דבר שמבטיח את רציפות הטיפול. כל חמשת השירותים נמצאים בבתי חולים אקדמיים, גדולים ובעלי מוניטין, בין ירושלים לחיפה.

#### שירות ייעוץ פליאטיבי

- ♦ עד שנת 2009, לא היה בבתי החולים, למעט אלו שצוינו לעיל, שירות ייעוץ פליאטיבי. לאחרונה פיתחו עשרה בתי החולים מגוון שירותי ייעוץ פליאטיבי אך באף בית חולים אין צוות פליאטיבי רב-מקצועי, בהתאם למה שנקבע בחוזר מנכ"ל.
- ♦ בתי החולים הקצו לכך 1-½ תקן ייעודי מתוך משאביהם הפנימיים. רוב התקנים מאוישים בידי אחיות בעלות הכשרה על-בסיסית באונקולוגיה או בטיפול פליאטיבי, ורק בשני בתי חולים התקן מאויש בידי רופא מומחה בטיפול פליאטיבי.

- ◆ היועצים מגיעים למחלקות על פי פנייה (בדומה לכל ייעוץ אחר בבית חולים כללי) אך הם גם פונים למחלקות ביוזמתם כדי לברר האם יש בהם חולים קשים הזקוקים לייעוץ פליאטיבי. במהלך הזמן גוברת ההיכרות וההכרה בייעוץ הפליאטיבי ומספר הפניות אליהם עולה.
- ◆ אף על פי שרצוי שהייעוץ יינתן לכל סוגי החולים הזקוקים לו, בפועל, לרוב נקראים היועצים לחולים הלוקים בסרטן ממושט ולרוב הם עוסקים רק באיזון סימפטומים ובתמיכה בבני משפחה. רוב שירותי הייעוץ ניתנים רק בתוך בית החולים ומיעוטם גם ביחידות לטיפול-יום ובמרפאות חוץ אונקולוגיות.
- ◆ שישה בתי החולים לא הקצו תקן ייעודי לייעוץ פליאטיבי, אך הם מכירים בחשיבות הנושא. באחד מהם יש רופא מומחה בתחום ובאחר יש אחות מומחית; הם מופרים בבית החולים כ'מובילים' בתחום, אך אינם עוסקים בכך כחלק ממשרתם הקבועה.
- ◆ בארבעה בתי חולים נוספים אין התייחסות לטיפול פליאטיבי ואין אנשי מקצוע בעלי הכשרה בתחום.

### **כוח אדם והכשרה פליאטיבית בבתי החולים כלליים**

- ◆ בכל 15 בתי החולים הכלליים שיש בהם תקנים (חלקיים או מלאים) לטיפול ולייעוץ פליאטיבי, הם מאוישים בידי אנשי מקצוע בעלי מומחיות או הכשרה פליאטיבית. רוב האחיות רכשו הכשרה על-בסיסית באונקולוגיה או בטיפול פליאטיבי, ובשמונה בתי חולים יש רופאים מומחים. ואולם, בחמישה בתי חולים הרופאים המומחים עובדים אך ורק במחלקות אונקו-פליאטיביות משולבות ובהוספיס, ורק בשלושה מקומות הרופא משמש יועץ בכל המחלקות האחרות של בית החולים.
- ◆ ברוב בתי החולים יש אנשי צוות שהשתתפו בהכשרות ובהשתלמויות פליאטיביות, כמו זו שנערכת באוניברסיטת בן גוריון, באוניברסיטת תל אביב ובסדנאות במרכז לסימולציה (מס"ר).
- ◆ בחלק מבתי החולים יש ימי עיון והרצאות בנושא. לרוב אלה בתי חולים אוניברסיטאיים בעלי יוקרה, גדולים או בינוניים, במרכז הארץ, שבחלקם יש אגף אונקולוגי גדול. לא נמצאה פעילות כזו בבתי חולים קטנים בפריפריה.
- ◆ בכל בתי החולים, והדבר בולט בבתי חולים קטנים בפריפריה, מאפשרים לרבים מאנשי הצוות המעוניינים כך, להשתתף בכנסים ובימי עיון על נושאים פליאטיביים מחוץ לבית החולים, כדי להתעדכן ולחוות מעורבות עם אנשי מקצוע אחרים.
- ◆ בריאיון עם 15 רופאים ואחיות שקיבלו ייעוץ פליאטיבי במחלקה שבה הם עובדים עולה, שהייעוץ עזר להם בשיפור הטיפול בכאב ובסיוע ובתמיכה למשפחת החולה. השירות תרם למחלקה מבחינת הידע, כמו, למשל, שילובים שונים של תרופות לשיכוך כאבים ומינון התרופות. כמו כן תרם הייעוץ במתן טיפול בגישה הוליסטית לחולים האלה. רוב המרואיינים דיווחו שהיום, יותר מבעבר, הם מזמינים יועץ פליאטיבי, ומקצתם אמרו שבדיעבד הם הבינו שכדאי לקרוא לו בשלב מוקדם יותר. עם זאת, רובם מזמינים יועץ בעיקר לחולים הלוקים בסרטן ממושט, הסובלים מכאבים חזקים.

## **2.2 ארגון השירותים במרכזים רפואיים גריאטריים**

- ◆ טיפול פליאטיבי במרכזים רפואיים גריאטריים ניתן בשלוש דרכים: בארבעה מהם הוא ניתן כחלק אינהרנטי לטיפול הגריאטרי הכולל בכל מחלקות בית החולים. הגישה המובילה היא יותר טיפולי

(care) ו'פחות ריפוי' (cure), כדי להקל את הסימפטומים ולהפחית את הסבל. בשני מרכזים גריאטריים מוטמעת גישה פליאטיבית רק במחלקות לסייעוד מורכב תומך, אך לא בשאר המחלקות, ובארבעה מרכזים הפעילות בנושא מצומצמת ביותר ומתבטאת בעיקר בוועדה פליאטיבית שעוסקת בהתוויית הנחיות טיפול, בהגדרת מאפייני הזקוקים לטיפול פליאטיבי ובפיתוח נוהלי עבודה, אך היישום בטיפול היום-יומי מועט.

- ◆ קיימים הבדלים גדולים בין המר"גים. בעוד שבאלה שבבעלות משרד הבריאות ושירותי בריאות כללית קיימים שלושת סוגי השירותים, וחלקם אף הקצו לכך כוח אדם ייעודי, במר"גים שבבעלות פרטית השירותים האלה מצומצמים הרבה יותר.
- ◆ אחד הנושאים שבהם קיימים הבדלים הוא הנחיות טיפול מקדימות. ברוב המרכזים הגריאטריים מתקיימות שיחות תיאום ציפיות וביורר העדפות בקבלה לאשפוז ולעת שינוי במצב החולה, וההחלטות מתועדות בגיליון הרפואי. במקצת המרכזים, זה מתקיים באופן חלקי ולא קבוע.

### 3. חסמים ואתגרים לפיתוח השירותים

כל בתי החולים מתמודדים עם קשיים וחסמים משמעותיים בפיתוח השירותים הפליאטיביים. העיקריים שבהם:

- ◆ בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות לא הוקצו תקנים ייעודיים לפיתוח שירותי ייעוץ פליאטיבי, ובתי החולים נדרשו לעשות זאת באמצעות משאביהם; אלא שרבים מהם מתקשים בכך, במיוחד בתי חולים קטנים ובינוניים, שגמישותם לשינויים בתקנים נמוכה מזו של בתי חולים גדולים.
- ◆ מרואיינים בחלק מבתי החולים סבורים שאין בחוזר המנכ"ל הנחיות ברורות ומפורטות, ולכן הם אינם יודעים מה נדרש מהם. רבים טענו שיש צורך בהנחיות מפורטות לגבי הפעילות הפליאטיבית.
- ◆ בבתי חולים שהקצו תקן ייעודי לייעוץ פליאטיבי, היועץ עובד לבד, ללא צוות בין-מקצועי, אף על פי שתיאום ועבודת צוות הוא עיקרון חשוב בטיפול פליאטיבי.
- ◆ קיים מחסור חמור ברופאים ובאחיות מומחים בתחום. יתר על כן, רופאים ממקצועות אחרים אינם נלהבים מהעיסוק בנושא ולפיכך קשה למצוא מתמחים ומי שיפתחו את השירותים.
- ◆ כיום, בישראל, רוב הייעוץ בבתי החולים מתמקד בעיקר בטיפול בסימפטומים ובתמיכה בבני משפחה, ואינו נוגע בנושאים אחרים. אחת הסיבות לכך, לדברי רופאים ואחיות כאחד, היא, שאחיות אינן יכולות לתת מענה לכך וכמעט אין רופאים שעוסקים בכך. עם זאת, יש לתת את הדעת לכך שבשנים האחרונות הטיפול הפליאטיבי מתרחב, ובנוסף על מניעה ועל איזון סימפטומים, הוא עוסק גם בסיוע לרופאי משפחה ולמטפלים ראשוניים, לחולים ולבני משפחתם בתהליכי קבלת החלטות לגבי הטיפול, בסיוע בהתמודדות עם דילמות טיפוליות ואתיות, בתיאום ציפיות מהטיפול ובבחירת העדפות טיפוליות, וכן בתיאום בין גורמי טיפול שונים ושמירה על רצף הטיפול.
- ◆ רבים 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. גם בקרב הציבור הרחב יש לעתים התנגדות לגישה שנתפסת כוויתור על החיים.

## 4. מסקנות והשלכות למדיניות

חוזר מנכ"ל 30/09 הביא, אם כי באיחור מסוים, לפיתוח ולתמורות בגישה לטיפול ולייעוץ פליאטיבי, וכיום בתי חולים כלליים ומרכזים גריאטריים בישראל מקצים ממשאביהם לשם כך. בעוד שהחוזר הקצה ארבע שנים לפיתוח שירותים פליאטיביים בבתי חולים, נראה שרק בשנה-שנתיים האחרונות, חמש-שש שנים לאחר פרסומו, נערכים בתי החולים ופועלים ליישומו.

ממצאי המחקר מלמדים שכיום רוב בתי החולים הכלליים בארץ מודעים לנושא ופועלים לפיתוחו. עשרה בתי חולים הקצו לכך לפחות חצי תקן מתוך משאביהם הפנימיים. רוב התקנים האלה מאוישים בידי אחיות; רק בשני בתי חולים יש רופא מומחה שעוסק ביעוץ פליאטיבי, ובאף לא בית חולים אחד פועל צוות פליאטיבי רב-מקצועי. כמו כן, בחמישה בתי חולים קיימים שירותים פליאטיביים (בהוספיס אשפוזי או באגף אונקו-פליאטיבי משולב) מזה שנים רבות. ואולם, קיימים הבדלים גדולים בין בתי החולים עד שכמעט אין שירות אחד דומה למשנהו. כך, למשל, בחלק מבתי החולים היועץ הפליאטיבי מטפל רק בלוקים בסרטן מפושט אך לא בכל המאושפזים בבית החולים הזקוקים לכך. מלבד זאת, בשישה בתי חולים מודעים לחשיבות הנושא, אך אין בהם תקנים ייעודיים לשירות פליאטיבי, ובארבעה בתי חולים אין התייחסות לנושא.

בצד ההתקדמות שהושגה, דיווחו כל בתי החולים על קשיים ועל חסמים רבים לפיתוח ולשיפור השירותים הפליאטיביים. לאור זאת נראה, שיש צורך בפעולות לקידום הנושא, חלקן ללא עלות וחלקן בעלות תשומות תקציביות. הפעולות העיקריות הדרושות הן:

- ◆ להגדיר בחוזר מנכ"ל את הדרישות המפורטות משירות פליאטיבי בבית חולים ואת המקצועות ואת היקף כוח האדם הנדרשים.
- ◆ להקצות לבתי חולים תקציב לכוח אדם ייעודי לשירותים האלה, משום שחלקם אינם יכולים לעמוד בעלויות הכרוכות בכך, בעיקר בתי חולים קטנים ובינוניים שגמישותם בהקצאת כוח אדם למשימות מיוחדות קטנה מזו של בתי חולים גדולים.
- ◆ להתמודד עם המחסור ברופאים ובאחיות מומחים בתחום ולפתח תמריצים לרופאים שיבחרו להתפתח בתחום הזה.
- ◆ להביא לידיעת קובעי המדיניות והמנהלים ולחזור ולהדגיש בפניהם שלא זו בלבד שהטיפול הפליאטיבי מגביר את איכות הטיפול הוא גם עשוי לחסוך משאבים.
- ◆ להגביר את הידע וההבנה של אנשי הצוות, בעיקר של רופאים, בנושא הגישה הפליאטיבית והנחיות הטיפול המקדימות. לשם כך צריך לפתח לומדה ייעודית ולחייב את כל אנשי הצוות בבית החולים להפעילה, בדומה ללומדות של זיהומים, של מתן דם או של נפילות. מלבד זאת, ראוי לשאוף לכך שכל הצוות הבכיר בבית החולים, בעיקר רופאים ואחיות, ישתתף פעם אחת לפחות בהשתלמות פליאטיבית



או בסדנת מס"ר. במקומות שבהם מפנים חולים לשירותים הפליאטיביים יש צורך לחנך אותם להפנות בשלב הרבה יותר מוקדם מהנהוג בקרבם כיום.

◆ להוסיף לגיליון הרפואי הממוחשב שדות וקישור ייעודי לנושאים המתייחסים להעדפות טיפוליות ולהנחיות טיפוליות מקדימות, לאיזון סימפטומים ולרכיבים פליאטיביים אחרים שיאפשרו המשכיות ורציפות טיפול במעבר בין מטפלים, בין מחלקות ובין מוסדות.

◆ להכניס למבדקים לחידוש רשיון בתי חולים ומרכזים רפואיים גריאטריים רכיבים על טיפול פליאטיבי, כגון: היקף כוח אדם ייעודי לנושא; פרטים על חולים שקיבלו טיפול ושאלות רלוונטיות אחרות. זאת, לאור ההתרשמות שלפיה מבדק העמיתים שנערך בנושא בשנה האחרונה המריץ את בתי החולים לפתח שירותים ונוהלי עבודה בתחום.

◆ לפתח 'מסלול ירוק' בחדר מיון וקוד במחשב בית החולים, כדי לאפשר לחולים במצבי סוף החיים להתקבל לבית חולים ישירות וללא התהליכים הנהוגים במיון.

לסיכום, על אף הפיתוח והתמורות שהתרחשו בשירותים הפליאטיביים בבתי החולים הכלליים בעקבות חוזר המנכ"ל משנת 2009, עדיין קיימים פערים גדולים בין הרצוי לבין המצוי.

## דברי תודה

במהלך המחקר הסתייענו באנשים רבים, ואנו מכירים להם על כך תודה. אנו מבקשים להודות למנהלי בתי החולים והמרכזים הגריאטריים, לאחיות הראשיות, לרופאים ולאחיות ששיתפו עימנו פעולה, הקדישו לנו מזמנם היקר, והציגו בפנינו, בכנות ובאומץ, את הפעילות הפליאטיבית בבית החולים.

אנו מכירים תודה לאנשים שקראו את הגרסאות השונות של הדוח על הערותיהם והארותיהם המועילות, ובמיוחד לג'ק חביב מנהל המכון.

תודה לכל חברינו במכון ברוקדייל אשר סייעו במהלך העבודה בעצות ובהערות. תודה לענת ברבריאן שערכה את הדוח בשום שכל, לג'ני רוזנפלד, מנהלת יחידת הפרסומים על הערותיה והארותיה המועילות וללסלי קליינמן על ההפקה וההבאה לדפוס.

## תוכן העניינים

1	1. מבוא
1	2. סקירת ספרות
6	3. מטרות המחקר ומערך המחקר
6	3.1 מטרות המחקר
6	3.2 מערך המחקר
7	4. בתי חולים כלליים
7	4.1 השירותים הפליאטיביים בבתי חולים בישראל - רקע
7	4.2 מודלים ליעוץ ולטיפול פליאטיבי בבתי חולים כלליים
10	4.3 היקף כוח האדם
11	4.4 השכלה והכשרה פליאטיבית
13	4.5 התנהלות בתי החולים בממשק שבין טיפול פליאטיבי לבין חוק החולה הנוטה למות והנחיות טיפול מקדימות
15	4.6 חסמים ואתגרים לפיתוח השירותים בבתי חולים כלליים
16	5. תרומת היעוץ הפליאטיבי לצוות הרפואי בבתי חולים כלליים
16	5.1 רקע
16	5.2 ממצאים
18	6. מרכזים רפואיים גריאטריים
18	6.1 התפתחות הגישה הפליאטיבית במרכזים רפואיים גריאטריים
18	6.2 מודלים ליעוץ ולטיפול פליאטיבי במרכזים רפואיים גריאטריים
19	6.3 כוח אדם והכשרתו
19	6.4 עקרונות הטיפול
20	6.5 הנחיות מקדימות
21	6.6 מכשולים במתן טיפול פליאטיבי
21	7. מסקנות והשלכות למדיניות
23	ביבליוגרפיה

## 1. מבוא

טיפול פליאטיבי הוא גישה טיפולית לשיפור איכות חייהם של חולים במחלות חשוכות מרפא ושל בני משפחותיהם. השיטה מתמקדת בהקלת סבלם של החולים ובמניעתו באמצעות זיהוי והערכה קפדנית של הסימפטומים, טיפול בכאב ובבעיות גופניות אחרות וטיפול בבעיות נפשיות ורוחניות. הטיפול נועד להקל על החולה מבלי להחיש את מותו, וניתן לקבלו יחד עם התערבויות קונרטיביות מתאימות, אם הוא מעוניין בהן.

אף על פי שנמצא כי הטיפול הפליאטיבי הוא המתאים ביותר לחולים הסובלים ממחלות שאינן ניתנות לריפוי ולחולים במצבי סוף החיים שתסמיניהם הולכים ומתעצמים, הוא איננו ניתן במידה המרבית והמיטבית, בקהילה ובבתי חולים כאחד.

ביוני 2009 פרסם משרד הבריאות חוזר מנכ"ל המחייב את קופות החולים, את בתי החולים ואת המוסדות הסייעדיים לספק טיפול פליאטיבי ולהכשיר כוח-אדם מתאים לשם כך.<sup>1</sup> בשש השנים שחלפו מאז פרסום חוזר המנכ"ל נעשו בבתי חולים פעולות לפיתוח השירותים האלה, אולם עד היום אין מידע מקיף ועדכני על כך. מחקר זה מציג תמונה מקיפה ועדכנית של השירותים הפליאטיביים הפועלים כיום בבתי חולים כלליים ובמרכזים גריאטריים. זאת, במטרה ללמוד על ההצלחות בפיתוחם ובהפעלתם ועל האתגרים הכרוכים בכך, וכדי לסייע בהרחבתם בכל בתי החולים בארץ.

בפרק 2 מובאת סקירת ספרות, בפרק 3 מפורטים מטרות המחקר ומערך המחקר. בפרק 4 מוצג ניתוח של השירותים הפליאטיביים בבתי החולים הכלליים, בפרק 5 מוצגים ממצאי הראיונות עם רופאים ואחיות על תרומת הייעוץ הפליאטיבי בבתי חולים ובפרק 6 מוצגים השירותים הפליאטיביים במרכזים הגריאטריים. בפרק 7 מובאת המסקנות וההשלכות למחקר.<sup>2</sup>

## 2. סקירת ספרות

בעקבות התפתחויות רפואיות וטכנולוגיות אשר מאפשרות מתן טיפול מתמשך ללוקים במחלות כרוניות, יחד עם 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, דמנצייה ומחלות ניווניות. רוב החולים במחלות אלו חיים בקהילה, אך הם מבקרים בחדרי מיון ומתאשפזים לעתים תכופות; רבים מהם מסיימים את חייהם בבית חולים. כשני שלישים (68%) מכלל בני 65+ הנפטרים בישראל נפטרו בשנת 2011 בבתי חולים, מחציתם במחלקות פנימיות (שנתון סטטיסטי קשישים, 2012). עם זאת, במקום המוות יש הבדלים משמעותיים בין מדינות שונות. 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

---

<sup>1</sup>חוזר המנהל הכללי, 30/09: "הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי", משרד הבריאות, 12.7.09

<sup>2</sup> בהתאם להתחייבותנו לבתי החולים, לא צוין שם, והשתדלנו שלא ניתן יהיה לזהות את פרטיהם. במקרים בודדים, שבהם המידע התבסס על מקורות כתובים ולא על הראיון, צוין שם בית החולים. הדוח מוצג בלשון זכר לשם נוחיות בלבד, ועם הנשים הסליחה.

במוסדות סיעודיים (Broad, Gott et al., 2013). החל בשנות השמונים של המאה העשרים שיעור הנפטרים בבתי חולים בארצות הברית נמצא במגמת ירידה משמעותית (Flory, Young et al., 2003). בשנת 2011 נפטרו בבתי חולים בארצות הברית 33% מבני 67 ומעלה, ו-20% נוספים נפטרו במוסדות סיעודיים (The Dartmouth atlas of Health Care).

רבים מהנפטרים בבתי חולים שסבלו ממחלות כרוניות קשות וממושכות לא קיבלו טיפול באיכות נאותה (Linn, 2001; Sachs, Shega, Cox-Hayley, 2004). מחקרים שנערכו בבתי חולים כלליים מלמדים על שיעור נמוך של חולים שקיבלו טיפול מתאים בכאב, בקוצר נשימה ובסימפטומים פיזיים אחרים ועל שיעור גבוה של חולים שסבלו מסימפטומים נפשיים כמו חרדה, כעס ופחד ועקה רוחנית (The Support Study, 1995; ) (Toscani, Di Giulio et al., 2005; Becker et al., 2007). זאת ועוד, חלקם קיבלו טיפול אינטנסיבי ופולשני (אינטנסיבי, תומכי נשימה, דיאליזה וכימותרפיה) בסמוך למוות מבלי שנשאלו האם הם רוצים בכך, המעיטו לשוחח עמם (Casarett & Quill, 2007), ולרבים לא היו הנחיות מקדימות, כדוגמת הנחיות DNR והנחיות לטיפול בנינוחות לפני המוות (comfort care) (Teno, Lynn et al., 1997); נמצא כי גם העומס שמוטל על בני משפחתם של החולים הוא עצום, ושביעות רצונם ושל בני משפחתם משירותי הבריאות נמוכה (Teno, Claridge, Casey, 2004).

בשל חשיבותה הרבה של איכות הטיפול בחולים במחלות מסכנות חיים, ולאור העובדה שרבים מהם נפטרים בבית חולים, השירותים לטיפול פליאטיבי בבתי החולים חיוניים. על פי ארגון הבריאות העולמי, הטיפול הפליאטיבי "נועד לשפר את איכות חייהם של חולים במחלות מסכנות חיים ובמצבי סוף החיים ושל בני משפחתם, תוך כדי הקלת סבלם ומניעתו, באמצעות זיהוי מוקדם, הערכה וטיפול בכאב ובתסמינים פסיכולוגיים, חברתיים ורוחניים. זאת באמצעות חיזוק משמעות החיים וההתייחסות אל המוות כאל תהליך טבעי, מבלי לזרז את תהליך המיתה או להאריכו. כמו כן הוא מציע תמיכה לבני המשפחה, כדי להקל את התמודדותם עם הטיפול בחולה במהלך מחלתו ולנחם אותם לאחר מותו" (WHO, 2002). כאמור, ניתן לספק לחולה טיפול פליאטיבי בבית החולים בצד מתן טיפול מרפא (קורטיבי), אם הוא מעוניין בכך (Meier, Morrison & Meier, 2004).

בעשור האחרון חלה בארצות הברית עלייה חדה במספר בתי החולים שיש בהם שירות לטיפול פליאטיבי. 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, Dietrich et al., 2011). נמצא כי בתי חולים שמפעילים שירות פליאטיבי הם גדולים, הם פועלים ללא כוונת רווח (לעומת בתי חולים פרטיים); שייכים לשירות רפואי גדול (לעומת בתי חולים עירוניים); יש בהם הוראה אקדמית, והם השתתפו בתכנית הכשרה והדרכה שנועדה להרחיב את השירותים הפליאטיביים. עם זאת, בהיקף השירותים הפליאטיביים בבתי חולים נמצאו הבדלים גדולים בין המדינות, כמו גם הבדלים בסוגי השירותים; הבדלים המתבטאים גם בתוצאות האשפוז. במדינות שבהן יש שיעור גבוה של שירותים פליאטיביים בבתי חולים נמצא כי יש פחות תמותה בבית חולים, פחות אשפוז בטיפול נמרץ בששת החודשים האחרונים לחיים, ופחות קבלה לאשפוז במצב סופני מאשר בבתי חולים שאין בהם שירות כזה (Goldsmith, Dietrich et al., 2008). במחקר שנערך בבית חולים גדול בארצות הברית השוו בין נפטרים שקיבלו טיפול פליאטיבי לבין מי שלא קיבלו טיפול כזה. נמצא ששיעור נמוך יותר מהחולים שקיבלו טיפול פליאטיבי נפטרו ביחידה לטיפול נמרץ וקיבלו טיפול אינטנסיבי

ופולשני (אינטוּפְצִיָה, תומכי נשימה, דיאליזה וכימותרפיה), שיעור גבוה יותר מהם קיבלו טיפול נפשי וליווי רוחני, היו להם הנחיות טיפול מקדימות (advanced care planning - ACP), הוראות DNR (do not resuscitate) והוראות לטיפול נינוחות (comfort care); (Parikh, Brokaw et al., 2012); במחקר פורץ דרך הפנו טמל ואחי (Temel, 2010) חולים בסרטן ריאות גרורתי לשירות פליאטיבי שהיה משולב בשירות האונקולוגי מיד לאחר אבחונם, ומצאו שאיכות חייהם הייתה טובה יותר משל מי שלא הופנו לשירות פליאטיבי, וכי שיעור נמוך יותר מהם סבלו מדיכאון. זאת ועוד, אף על פי שפחות חולים שקיבלו טיפול פליאטיבי בסמוך לאבחונם קיבלו טיפולים אגרסיביים בסוף חייהם, משך הישרדותם החציוני היה ארוך יותר משל מי שלא קיבלו טיפול פליאטיבי.

מלבד תרומתו של השירות הפליאטיבי בבית חולים לשיפור איכות הטיפול בחולים במצבי סוף החיים, נמצא כי יש לו תרומה משמעותית גם להקטנת הוצאות בית החולים (Ciemins, Blum et al., 2007); במחקר שבחן את עלות הטיפול בחולים דומים, הן במי שהשתחררו מבית החולים והן במי שנפטרו בו, שקיבלו ולא קיבלו טיפול פליאטיבי, נמצא כי החיסכון בעלות הטיפול של מי שקיבלו טיפול פליאטיבי בבית החולים הגיע עד כדי 33% מעלות האשפוז הכוללת (Ciemins, Blum et al., 2007). במחקר אחר נמצא שהגורם העיקרי לחיסכון בעלות הטיפול בקרב החולים שלא נפטרו היה בעיקר הקטנת מספר בדיקות המעבדה וצמצום אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ; והגורם העיקרי לחיסכון בקרב הנפטרים היה צמצום השימוש בתרופות, בבדיקות מעבדה ובהעברה לטיפול נמרץ (Morrison, Penrod et al., 2008). גם ליחידת אשפוז פליאטיבית יש תרומה משמעותית לחיסכון (Smith, Coyne et al., 2003). בבחינת גורמי החיסכון עולה שכמחצית מהחולים שהועברו ליחידת אשפוז פליאטיבית הועברו ממחלקה פנימית, שליש ממחלקות לטיפול נמרץ והשאר מחדר מיון; נמצא כי מחצית מהחיסכון בעלות הטיפול ניתן לזקוף לעלות החולים שהועברו מהמחלקה לטיפול נמרץ (Albanese, Radway et al., 2013).

בעוד שבארצות הברית חלה עלייה משמעותית בהיקף השירותים הפליאטיביים בבתי חולים ואף מנסים לשלב טיפול פליאטיבי ביחידות לטיפול נמרץ (O'Mahony, Blank et al., 2010) ובחדרי מיון (Lamba et al., 2013), היקף השירותים הפליאטיביים בבתי חולים במקומות אחרים בעולם מצומצם הרבה יותר. באנגליה ובוויילס מספר השירותים הפליאטיביים גבוה לעומת מספר השירותים הפליאטיביים ברוב מדינות המערב, אך גם שם יש הבדלים גדולים בין בתי חולים באזורים שונים. בעוד שבבתי חולים עירוניים יש שיעור גבוה של שירותים פליאטיביים, הנגישות לשירותים פליאטיביים בבתי חולים מרוחקים ובפריפריה נמוכה (Gatrell & Wood, 2012). בסקר שנערך בבתי חולים בדרום אוסטרליה נמצא כי אחד מכל שלושה חולים היה זקוק לטיפול בגישה פליאטיבית, אולם רק אחד מכל חמישה חולים הופנה לשירות ייעוץ פליאטיבי (To, Greene et al., 2011). גם בישראל יש מעט מאוד שירותים פליאטיביים: על פי עדויות ומחקרים, נמצא כי פחות מעשירית מהנפטרים בעקבות סרטן גרורתי ורק מעטים ביותר מקרב הלוקים במחלות כרוניות מסכנות חיים קיבלו טיפול פליאטיבי (Bentur, Emanuel & Cherny, 2012).

ואכן, ראוי לתת את הדעת גם לכך שקיימים הבדלים במאפייני החולים הזוכים לקבל טיפול פליאטיבי בבתי חולים. כך, למשל, שיעור הלוקים בדמנטיה, שקיבלו טיפול פליאטיבי וטיפול בתסמינים מעיקים אחרים, היה נמוך מזה של מאושפזים בגיל דומה ללא ליקויים קוגניטיביים (Buhgiar, Blood & Cosgrave, 2012). ואולם גם רבים מהחולים הלוקים בסרטן ממושט אינם מקבלים טיפול פליאטיבי, כאשר הם מאושפזים

במחלקה אונקולוגית או במחלקות אחרות (Walsh & Rybicki, 2006; Fadul, Elsayem & Palmer, 2007). זאת ועוד, חלק מהרופאים האונקולוגים מתקשים לבשר בשורות רעות ולנהל תקשורת ישירה עם חולים במצבים קשים.

בעולם פועלים דפוסים שונים של שירות פליאטיבי בבתי חולים. הנפוצים הם:

◆ **שירות ייעוץ פליאטיבי** הכולל צוות פליאטיבי רב-מקצועי (לרוב רופא, אחות ועובדת סוציאלית) שמוזמן על ידי רופאי המחלקה לחולים הסובלים ממחלות כרוניות ולחולים הסובלים מעומס סימפטומים, מקושי בבחירת טיפול ומקונפליקטים משפחתיים ורגשיים. הצוות הפליאטיבי עשוי לבקר את החולה כמה פעמים ולעקוב אחר יישום המלצותיו, אך האחריות לטיפול בחולה נשארת בידי רופאי המחלקה. זהו סוג השירות הנפוץ ביותר והוא פועל בכ-88% מכלל בתי החולים בארצות הברית שיש בהם שירות פליאטיבי (Pantilat, Kerr et al., 2012).

◆ **שירות פליאטיבי ראשוני בבית חולים.** צוות רב-מקצועי מזהה את הלוקים במחלות מסכנות חיים, נותן המלצות לטיפול בהם, מסייע לחולים ולבני המשפחה לקבל החלטות ועוקב אחריהם. הצוות הופך למטפל העיקרי בחולים והם עוברים לאחיות, אף על פי שהם ממשיכים להיות מאושפזים במחלקה (Pantilat, Kerr et al., 2012; Weissman, Morrison & Meier, 2010).

◆ **שירות משולב אונקולוגי-פליאטיבי:** מודל שירות שפותח בידי האגודה לאונקולוגיה באירופה (ESMO, European Society for Medical Oncology), המשלב טיפול פליאטיבי בתוך מחלקות אונקולוגיות. אחת המטרות העיקריות של המודל היא לשפר את איכות המניעה, האבחון, הטיפול, התמיכה, המעקב הרפואי והטיפול הפליאטיבי באנשים עם מחלות ממאירות. הקריטריונים להצטרפות ל-ESMO כוללים מתן שירותים משולבים אונקולוגיים ופליאטיביים, מחויבות לעקרונות של רציפות ושל המשכיות טיפול, מתן טיפול לסימפטומים פיזיים, הקלה של מצוקות פסיכולוגיות וקיומיות, תמיכה סוציאלית, טיפול חירום להקלת סימפטומים ותכניות תמיכה לבני המשפחה. כמו כן, השירות מחויב לטיפול בית עם גיבוי מומחים ובתיאום עם הרופאים בקהילה, למתן טיפול אמבולטורי, ולהספקת שירותים לחולים סופניים וגוססים בקהילה ובאשפוז (Cherny et al., 2010).

◆ **יחידה ייעודית לאשפוז פליאטיבי (הוספיס).** יחידת אשפוז נפרדת לחולים המקבלים טיפול פליאטיבי.

◆ **מיטות גמישות.** מיטות אשפוז בתוך מחלקה רגילה המיועדות לאשפוז פליאטיבי, ואם אינן מלאות ניתן להשתמש בהן לאשפוז חולים אחרים.

הטמעת שירות פליאטיבי בבתי חולים כרוכה בקשיים לא מעטים. אחד העיקריים שבהם הוא הידע המועט של רופאים, של אחיות ושל אנשי צוות רבים אחרים, גם של הטובים והמנוסים שבהם, על הטיפול הפליאטיבי; מלבד זאת, למקצתם יש תפיסות שגויות לגבי טיפול בחולה במצב סופני. הרופאים והאחיות בישראל, כמו גם ברוב העולם, אינם מכירים את הטיפול הפליאטיבי ואינם מקבלים הכשרה בנושא במהלך הלימודים. מקצת מאנשי המקצוע בישראל, בעיקר מי שעובדים בשירותים אונקולוגיים או מי שנחשפו לנושא בעבודתם היום-יומית, משתתפים בקורסים להכשרה פליאטיבית (Shvartzman, Singer et al., 2011). במחקר שנערך בקרב רופאים בקהילה נמצא כי רק מיעוטם הכירו את הנושא ומעטים עוד יותר היו

מעוניינים לעסוק בסוגיות הקשורות לסוף החיים (Bentur, 2008). מריאיון עם מנהלי בתי חולים בארצות הברית עולה, שאף על פי שהם רצו להפעיל שירות פליאטיבי בבית החולים, הם נתקלו בקשיים רבים, בין היתר בקשיים האלה: התרבות השלטת בבית חולים היא של טיפול אגרסיבי; מחסור באנשי מקצוע בעלי ידע פליאטיבי; מיעוט מידע על טיפול פליאטיבי בקרב הצוות וחששות הן מההיבטים הרפואיים והן מההיבטים המשפטיים. בקבוצות מיקוד עם אחיות ורופאים עלה שבעוד שהם סבורים שטיפול פליאטיבי נועד לטפל בסימפטומים לאחר מיצוי כל האמצעים האחרים, הצוות הפליאטיבי תופס עצמו כמנהל טיפול כוללני לשיפור איכות חייהם של חולים במצבי סוף החיים. הפער בין שתי תפיסות אלה יוצר מתחים וגורם לכך שאנשים הזקוקים לטיפול פליאטיבי לא הופנו לטיפול אליו או הופנו מאוחר מדי ולא הפיקו ממנו את מרב התועלת (Johnson, Girgis et al., 2011).

במחקרים שנערכו באירופה זוהו שישה חסמים עיקריים לפיתוח שירותים פליאטיביים: 1. מחסור בתכניות לימוד והכשרה פליאטיביות (בחלק מהמדינות לא נמצאו כלל); 2. קובעי מדיניות, מממנים, ספקים והציבור הרחב אינם מכירים את הטיפול הפליאטיבי ואינם מודעים לחשיבותו; 3. ידע מצומצם ומועט על טיפול בכאב ובסימפטומים אחרים באמצעות אופיאטים, אשר גורם לחשש להשתמש בהם; 4. חוסר תיאום בין שירותים וכתוצאה מכך הפניה מעטה לטיפול פליאטיבי; 5. מחסור במשאבים ובחלק מהמדינות גם העדר כיסוי ביטוחי לשירות הזה (Lynch, Clark et al., 2009); 6. חוסר מודעות לכך שמלבד הלוקים בסרטן גרורתי מפושט, גם חולים הלוקים במחלות כרוניות כמו מחלת ריאות חסימתית ומחלות לב מתקדמת, מחלות נירולוגיות ניווניות ומחלות אחרות זקוקים לטיפול פליאטיבי. הסיבות לכך רבות ובהן: מהלך המחלות האלה גורם לחוסר בהירות ביחס לפרוגנוזה והקרבה למוות, השליטה המלאה של ספקי הטיפול המרפא בחולים האלה והעובדה שלעתים קרובות החולים מרגישים תלות ברופאיהם ואינם מוכנים לקבל טיפול אחר או טיפול נוסף (Ostgathe, Alt-Epping et al., 2011). במחקר שנערך בקנדה דיווחו רופאים מומחים להשתלות שאנשים שממתניים להשתלת ריאה לא רצו לקבל טיפול פליאטיבי עקב ציפיות לא ראליות לגבי ההצלחה וההישרדות; חוסר נכונות לתכנון מתקדם; וחשש שיפסידו את ההשתלה או שיקבלו טיפול פחות טוב להצלת חיים אם יירשמו לטיפול פליאטיבי (Colman, Curtis et al., 2012).

חסם נוסף הוא אי ההבנה של רבים מאנשי המקצוע ושל הציבור הרחב לגבי מהותו של טיפול פליאטיבי והסטיגמה שחלקם מייחסים לו (Cherny, 2009). רבים מאנשי המקצוע, ובכלל זה רופאים בשירותים אונקולוגיים, מעדיפים להשתמש במושג 'טיפול תומך' (supportive care) על פני 'טיפול פליאטיבי' או 'הוספיס'. בשני מחקרים נמצא כי המושג 'טיפול תומך' נתפס כפחות מאיים מאשר 'טיפול פליאטיבי' או 'הוספיס', שמסמלים בעיניהם סופניות וחוסר תקווה, וכי הם אף הפנו אליו מוקדם יותר מאשר להוספיס (Bandieri, Sichetti & Romero, 2011; Fadul, Elyasem & Palmer et al., 2009).

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 30/2009 קרא לכל בתי החולים, למוסדות הסיעודיים ולקופות החולים בישראל להקים ולהפעיל תוך שלוש שנים שירות פליאטיבי ולהכשיר לכך אנשי צוות ייעודיים. מאז פרסום החוזר היו עדויות על התפתחויות בבתי החולים, אולם עד היום לא הייתה תמונה מקיפה לגביהן. לפיכך, המחקר נועד להציג תמונה מקיפה, מפורטת ועדכנית של היקף השירותים הפליאטיביים הקיימים כיום בבתי החולים הכלליים ובבתי החולים הגריאטריים בישראל לסוגיהם וללמוד על תרומתם לאנשי הצוות.



זאת, כדי ללמוד על ההצלחות ועל האתגרים הכרוכים בפיתוחם ובהפעלתם ובכך לסייע בהרחבתם במהירות בכל בתי החולים בארץ.

## 3. מטרות המחקר ומערך המחקר

### 3.1 מטרות המחקר

- ♦ לאתר ולתאר את השירותים הפליאטיביים בבתי חולים כלליים ובמרכזים רפואיים גריאטריים בישראל, להציג את מאפייניהם ולהשוות ביניהם.
- ♦ להציג את החסמים ואת האתגרים לפיתוח השירותים האלה.

### 3.2 מערך המחקר

אוכלוסיית היעד למחקר כללה את כל מנהלי בתי החולים הכלליים והמרכזים הרפואיים הגריאטריים בארץ. פנינו אליהם במכתב אחיד שזה לשונו: "במסגרת סדרת מחקרים על דפוסי הטיפול בחולים במצבי סוף החיים, עורך מכון ברוקדייל סקר על השירותים הפליאטיביים הקיימים והמתוכננים בבתי החולים בארץ. זאת במטרה ללמוד על הפעילות העכשווית והמתוכננת, ולשמש בסיס ללמידה הדדית ולשיפור השירותים. אנו מבקשים לקיים עמך פגישה, כדי ללמוד על הנושא בבית החולים שבניהולך. אנו מעדיפים לקיים השיחה עמך כמנהל בית החולים ולכן נודה לך אם תבקש ממזכירתך לקבוע מועד לפגישה. אם תעדיף שנשוחח עם מישהו אחר מטעמך, נודה לך אם תמסור לנו את פרטיו".

רובם המכריע של המנהלים השיבו לפנייתנו מיד ונענו ברצון לבקשתנו להיפגש. מעטים ביקשו לקבל אישור מהנהלת הקופה. על אף נוסח הפנייה הזהה, כאשר הגענו לפגישות עם המנהלים, חלקם קיבלו את פנינו ושוחחו עמנו לבד, בלא נוכחות אנשי צוות אחרים. חלקם הזמינו איש צוות נוסף או שניים, לרוב האחות הראשית או אחות שאחראית על השירות, ואחרים הזמינו לפגישה 4-8 אנשי צוות הקשורים לדעתם לנושא. חלק מהמנהלים הפנו אותנו לסגניהם או למנהלים בכירים באגף לגריאטריה או לאונקולוגיה והריאיון התקיים אתם. בסך הכול השתתפו בראיונות כ-50 רופאים, כ-30 אחיות, 2 עובדות סוציאליות ואנשי צוות נוספים כמו מנהלת אדמיניסטרטיבית של בית החולים ואחרים, בסך הכול כ-85 איש.

במחקר נכללו 25 בתי חולים כלליים מתוך 31 בתי החולים הכלליים בארץ. לא כללנו 6 בתי חולים: יוספטל באילת, בית חולים בנצרת שאין בו כיום מחלקה פנימית (הייתה בעבר), 2 בתי חולים כלליים במזרח ירושלים ו-2 בתי חולים של המיסיון.

כמחצית מהראיונות נערכו בידי שתי חוקרות יחד וכמחציתם בידי חוקרת אחת, בין המחצית השנייה של שנת 2014 לבין המחצית הראשונה של שנת 2015. כל השיחות נפתחו בשאלה כללית: "ספר לי על הטיפול הפליאטיבי בבית החולים שבהנהלתך, וכיצד אתם מטפלים בחולים במצבי סוף החיים ובנוטים למות?". אפשרנו לכל מנהל להתחיל בתיאור הדברים כראות עיניו ולפי הבנתו. בהמשך שילבנו שאלות וביקשנו הבהרות בהתאם לפרוטוקול ולרשימת הנושאים שהכנו מראש ושהייתה לנגד עינינו. רובם המכריע של הראיונות הוקלדו, מילה במילה, בזמן הריאיון. הממצאים שיוצגו להלן יוצגו בשלושה פרקים: פרק 4 -

השירותים הפליאטיביים בבתי חולים כלליים; פרק 5 - תרומת השירותים האלה לצוות בית החולים; פרק 6- שירותים פליאטיביים במרכזים גריאטריים.

## 4. בתי חולים כלליים

### 4.1 השירותים הפליאטיביים בבתי חולים בישראל - רקע

השירותים הפליאטיביים בבתי החולים בישראל הוקמו בעיקר בזכות שני גורמים: 'משוגעים לדבר', שיזמו את הקמתם וגם פועלים להמשך קיומם ולהרחבתם; ובעקבות חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 30/09. ואכן, עוד בטרם פורסם בשנת 2009 חוזר המנכ"ל בנושא, כבר היו בישראל שירותים פליאטיביים. אחד מהם הוא ההוספיס האשפוזי במרכז הרפואי הדסה בהר הצופים. היוזמה להקמתו בשנת 1985 הייתה של רופא פנימאי שאחיינו היה מאושפז בהוספיס בלונדון. הוא הציג את הנושא בפני מנכ"ל הדסה, פרופ' שמואל פנחס. בארוחה עם תורמים, העלה פרופ' פנחס את הרעיון להקים הוספיס בהדסה הר הצופים, ועוד באותו ערב הוא קיבל למטרה זו תרומה של מיליון דולר. במחצית מהסכום הוא השתמש להקמת ההוספיס, ואת המחצית השנייה הוא שמר בקרן לשם תחזוקת ההוספיס. בכך הוא הבטיח את המשך קיומו. במהלך שלושים השנים שחלפו מהקמתו התמודד ההוספיס בהר הצופים עם מספר איומי סגירה, אך תמיד "ניצל".

דוגמאות נוספות הם השירותים הפליאטיביים באגף האונקולוגי במרכז הרפואי שערי צדק, אשר הוקמו בשנת 1994 בעקבות פגישה בין פרופ' נתן צ'רני לבין פרופ' יונתן הלוי, מנהל בית החולים, והשירותים הפליאטיביים בבית החולים הסקוטי בנצרת, שהתפתחו בתחילת שנות התשעים ביוזמת בני זוג אוסטרלים שעבדו בו בהתנדבות, הקימו יחידה ייעודית ולימדו את אנשי הצוות את עקרונות האיזון הפליאטיביים.

ראוי לתת את הדעת לכך שגם כיום, לאחר הפצת חוזר מנכ"ל, נמצאו מנהלי בתי חולים שהם 'משוגעים לדבר' שמניעים את פיתוח השירותים האלה. לכך יש חשיבות רבה לאור העובדה שמשרד הבריאות לא נתן לבתי החולים תקציב בעבור השירות הזה, ולכן נדרשים רצון, יוזמה, עצמאות ויכולת לגייס משאבים מתוך תקציב בית החולים ומגורמים חיצוניים כדי להפעיל את השירות. דוגמה לכך הוא בית חולים שמנהלו מקציב תקן במשרה מלאה של רופא ושל אחות כיועצים פליאטיביים בכל מחלקות בית החולים.

גורם דומיננטי נוסף שיוזם ופועל למעלה משלושים שנים לפיתוח שירותים פליאטיביים ומחלקות הוספיס הוא האגודה למלחמה בסרטן. ביוזמת האגודה ובשיתוף משרד הבריאות וקופת החולים הכללית הוקם ב-1981 הוספיס אונקולוגי בתל השומר. אלא שעם יציאתה ההדרגתית של האגודה ממימון ההוספיס ולאור הקשיים שקופות החולים מערימות על מתן התחייבות לאשפוז, תפוסתו בשנים האחרונות הולכת ויורדת.

### 4.2 מודלים ליעוץ ולטיפול פליאטיבי בבתי חולים כלליים

בישראל נמצאו שלושה דפוסים עיקריים של שירות פליאטיבי בבתי חולים: שירות ייעוץ למחלקות בית החולים, שירות משולב אונקולוגי-פליאטיבי והוספיס. אין בארץ יחידה פליאטיבית המקבלת עליה אחריות מלאה לטיפול בחולים מאושפזים. במקצת בתי החולים קיימים שירותים משני מודלים, כמו, למשל, הוספיס אשפוזי ויעוץ למחלקות בית החולים.

יש לציין מעין מודל נוסף, שלא נמצא במקומות אחרים והוא, מינוי 'נאמן נושא' לטיפול פליאטיבי, לרוב אחות או רופא בעלי הכשרה בתחום. נאמני נושא אמורים לתת ייעוץ פליאטיבי, להדריך ולקדם את פעילות בית החולים בתחום, נוסף על משרתם המלאה, וללא תקן ייעודי לכך. ואולם, רבים מ'נאמני הנושא' הם מנהלי מחלקות, אחיות ראשיות ורופאים בכירים (בטיפול נמרץ למשל), ולמרות מחויבותם לתחום הפליאטיבי, הם מתקשים לעמוד במשימות הרבות הנדרשות מהם.

קיום 'שירות פליאטיבי' מוגדר בדוח זה על בסיס קיומו של תקן ייעודי שבית החולים הקצה במיוחד למטרה הזו (ולהפך: העדר תקן מעיד על אי קיום השירות). זאת, ללא קשר למספר התקנים ולמקצועו של איש הצוות. בהמשך נפרט את היקף התקנים ואת סוגי המקצועות המשרתים בהם. עם זאת, חשוב לחזור ולהדגיש כי על פי חוזר מנכ"ל 30.09 הגדרת שירות פליאטיבי כוללת צוות רב-מקצועי ולפחות רופא, אחות, עובדת סוציאלית ופסיכולוג.

מתוך 25 בתי החולים הכלליים שנכללו במחקר, ב-15 בתי חולים נמצאו שירותים פליאטיביים מסוגים שונים, דהיינו חצי תקן לפחות המיועד לטיפול פליאטיבי. שישה בתי חולים נוספים לא הקצו אמנם תקן ייעודי למטרה זו, ולכן מוגדרים כחסרי שירות פליאטיבי, אך יש בהם תפיסה וידע פליאטיבי, ונעשות בהם פעולות בנושא, ובשלושה מתוכם יש 'נאמן נושא'. בארבעה בתי חולים אין שירות (אין תקן) ואף לא אוריינטציה פליאטיבית והתייחסות לנושא.

להלן נציג במפורט את המודלים העיקריים של השירותים הפליאטיביים בישראל ואת מאפייניהם:

### הוספיס אשפוזי

בישראל יש שתי מחלקות הוספיס אשפוזי בבתי חולים, בסך הכול 41 מיטות. שתיהן נמצאות בבתי חולים גדולים בעלי יוקרה ומוניטין במרכז הארץ. שתיהן הוקמו בשנות ה-80-90 של המאה העשרים, בעזרת סיוע מתורמים ומהאגודה למלחמה בסרטן. כיום הן ממומנות בידי בתי החולים אך מתמודדות עם תפוסה נמוכה (כ-70%), עקב מגבלות שמציבות קופות החולים למימון אשפוז הוספיס, שאיננו נכלל בסל השירותים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. בשנת 2012 אושפזו בשתיהן יחד 833 איש, ומשך האשפוז לפני המוות היה כשבועיים בממוצע. שתי המחלקות מפעילות גם יחידת הוספיס-בית, בהיקף משתנה, בהתאם לשיתוף הפעולה ולהסכמים עם קופות החולים. יצוין כי מדי שנה נפטרים בישראל כ-41,000 איש, ועל פי הערכות מקובלות בעולם כ-75% מהם נפטרים ממחלה חשוכת מרפא. כלומר, שיעור האנשים המקבלים הוספיס בטל בשישים.

שתי המחלקות נבדלות זו מזו במידת מעורבותן בשאר מחלקות בית החולים. בבית חולים אחד – אף על פי שההוספיס לא קיבל תוספת תקנים וכוח אדם ייעודי לנושא – אנשי הצוות נותנים ייעוץ בכל מחלקות האשפוז והם מופרים בהן היטב. מנתוני ההוספיס עולה כי בשנת 2012 הם נתנו ייעוץ לגבי 49 מאושפזים וערכו 88 ביקורי ייעוץ, ובשנת 2013 הם נתנו ייעוץ לגבי 44 מאושפזים, סך הכול 58 ייעוצים. יצוין כי בשנה זו נפטרו בבית החולים 1,256 חולים (ללא הוספיס). כ-40% מהייעוצים ניתנו באגף הפנימי, כ-25% בכירורגיה וכ-25% במיון והשאר במחלקות אחרות. רוב (70%) הייעוצים ניתנו בידי רופא, והשאר בידי אחות. 75% מהחולים, שניתן להם ייעוץ פליאטיבי סבלו ממחלות אונקולוגיות בשלבים מתקדמים.

ההוספיס השני לעומת זאת, על אף היותו ממוקם במרכז רפואי גדול, הוא אינו מעורב בו ואינו נותן ייעוץ פליאטיבי למחלקותיו.

עוד יצוין כי על פי תקני משרד הבריאות יש כיום בארץ עוד 38 מיטות הוספיס אשפוזי, חלקן במרכז גריאטרי וחלקן בבית החולים הצרפתי.

### **שירות משולב אונקולוגי-פליאטיבי באגף האונקולוגי**

בשלושה בתי חולים פועל שירות משולב בהתאם לעקרונות האגודה האונקולוגית האירופית (ESMO). בכל אחד מהם יש שני רופאים או יותר מומחים באונקולוגיה או בפליאציה, אשר משלבים בין שני המקצועות - כולל שלב האבחון, מהלך הטיפול והמעקב - ודוגלים ברציפות הטיפול לאורך כל שלבי המחלה עד סוף החיים (non abandonment philosophy). זאת ועוד, בשלושתם יש צוות אונקולוגי-פליאטיבי רב-מקצועי, הכולל מלבד רופאים גם אחיות, עובדים סוציאליים ובמקצתם גם פסיכולוגים ואנשי מקצועות תמיכה אחרים.

עם זאת, חשוב לציין שהטיפול הפליאטיבי בשלושת בתי החולים האלה ניתן אך ורק באגף האונקולוגי ורק ללוקים במחלות ממאירות ולא לשאר המאושפזים במחלקות בית החולים הזקוקים לטיפול פליאטיבי.

בשלושתם אין הוספיס אשפוזי, אך הם מצויים בקשר הדוק עם ההוספיסים האשפוזיים ועם שירותי הוספיס הבית, ולעתים אף מאשפזים חולים במחלקה אונקולוגית או במחלקות אחרות לצורך איזון סימפטומים. בשלושתם יש אגף אונקולוגיה גדול, מהמובילים בארץ, ושלושתם נמצאים בבתי חולים גדולים, בעלי יוקרה ומוניטין, במרכז הארץ.

### **שירות ייעוץ פליאטיבי בבית חולים**

בעשרה בתי חולים יש שירות ייעוץ פליאטיבי, אך קיימים ביניהם הבדלים ניכרים רבים.

- ◆ בשמונה בתי חולים ניתן ייעוץ בכל מחלקות בית החולים או ברובן, ובשניים מהם הוא ניתן אך ורק באגף האונקולוגי-המטולוגי ורק לחולים עם סרטן ממושט.
- ◆ שני שירותי הייעוץ שניתנים רק באגף האונקולוגי-המטולוגי שונים זה מזה מבחינות רבות. האחד פועל בבית חולים גדול מאוד במרכז הארץ, בעל אגף אונקולוגי מהגדולים בארץ. למרות זאת, עד לאחרונה, כמעט שלא היה באגף הזה שירות פליאטיבי כלשהו. זאת ועוד, גם כיום השירות הפליאטיבי ניתן רק בידי אחיות מומחיות בפליאציה, ואין בו רופאים מומחים בפליאציה. בית החולים השני שבו ניתן טיפול פליאטיבי רק באגף האונקולוגי-המטולוגי נמצא בפריפריה, גודלו בינוני ורוב הייעוץ הפליאטיבי ניתן בידי ספק פרטי חיצוני, שרופאיו מגיעים לבית החולים פעמיים בשבוע ונותנים ייעוץ לרופאים לגבי טיפול חולים אונקולוגיים באשפוז ובמרפאות חוץ.
- ◆ ברוב בתי החולים שירות הייעוץ הפליאטיבי ניתן רק למאושפזים, אך בחלקם ניתן ייעוץ פליאטיבי גם למבקרים ביחידות לטיפול-יום ובמרפאות החוץ האונקולוגיות.
- ◆ רוב שירותי הייעוץ הפליאטיבי פועלים בשיטה של מתן מענה לבקשת ייעוץ שמופנית אליהם מהמחלקות. מיעוטם גם פועלים באופן פרואקטיבי, דהיינו מגיעים ביוזמתם למחלקות ובודקים האם יש חולים שזקוקים לייעוץ פליאטיבי. קשה להשוות בין היקף הפעילות הראקטיבית לפרואקטיבית,

כיוון שהוא משתנה על פי מספר היועצים, על פי מספר החולים הזקוקים לייעוץ בזמן נתון ועל פי מודעות הצוות הרפואי והסיעודי לזימון יזום. רובם דיווחו שככל שעולה המודעות אליהם וככל שהצוות הרפואי והסיעודי מכיר טוב יותר את יכולותיהם, מספר הפניות אליהם עולה בהדרגה. עם זאת, לדבריהם, עדיין, רק מיעוט מהחולים שהיו יכולים ליהנות מטיפול פליאטיבי בבית החולים, זוכים לקבלו, וחלקם מקבלים אותו בשלב מאוחר מהדרוש.

- ◆ בדומה לשירותים בשלושת בתי החולים שעובדים לפי גישת ESMO, גם שלושה מנהלי בתי חולים אחרים של שירותי בריאות כללית דיווחו כי באפשרותם לאשפז חולים קשים הזקוקים לאיזון סימפטומים ב'מיטות הוספיס וירטואליות' באגף האונקולוגי או הפנימי של בית החולים.
- ◆ בחלק מבתי החולים של שירותי בריאות כללית השירותים הפליאטיביים עובדים בתיאום ובקשר הדוק עם יחידות הוספיס בית ועם היחידות לטיפול בית של הקופה. זה מתבטא בהפניה אינטרנטית וטלפונית עם שחרור חולה מבית החולים, בהתייעצות ובהשתתפות בישיבות צוות הדדיות. באחד מבתי החולים האלה אחות פליאטיבית משמשת בחצי תקן בייעוץ בבית חולים ובחצי תקן ביחידת הוספיס בית, דבר שמבטיח מעבר מתואם היטב בין בית החולים לקהילה.

### שירות פליאטיבי ללא תקן

ראוי לחזור ולציין שיש שישה בתי חולים שאמנם לא הקצו כוח אדם ייעודי למתן שירות פליאטיבי, אבל מהראיונות עמם עולה שיש בהם אוריינטציה פליאטיבית, בחלק מהמחלקות או בכולן. בשלושה בתי חולים מונו 'נאמני נושא' ובאחרים יש אנשי צוות בעלי אוריינטציה והכשרה בנושא. כך, למשל, מנהלי מחלקות לטיפול נמרץ, גריאטריה והמטולוגיה דיווחו על טיפול פליאטיבי כחלק משגרת עבודתם, גם אם אין להם תקן או הגדרה רשמית לכך.

### 4.3 היקף כוח האדם

יש שונות גדולה בין בתי החולים בבחינת כוח האדם המוקצה לשירות הפליאטיבי. את ההבדלים אפשר למיין על פי ממדים כגון: מספר התקנים המוקצים לשירות הפליאטיבי בידי הנהלת בית החולים; מקצועות (רופאים ואחיות); מספר אנשי צוות העוסקים בפליאציה בפועל (מאחר שרובם מועסקים במשרה חלקית); הקשר והתקשורת בין אנשי המקצוע, דהיינו, עד כמה ניתן להגדירם כיחידה פליאטיבית; אנשי מקצוע העוסקים בפליאציה כמשימה נוספת לתפקידם מבלי שהוקצה לכך תקן; באילו מקצועות ועוד.

בחמישה בתי חולים יש תקנים לצוות פליאטיבי רב-מקצועי - בשתי יחידות הוספיס האשפוזי ובשלושת בתי החולים שעובדים לפי עקרונות ESMO. כל חמשת בתי החולים נמצאים במרכז הארץ והם גדולים ובעלי מוניטין. בשלושת בתי החולים שחברים ב-ESMO יש שני רופאים לפחות מומחים בפליאציה שעובדים במשרה מלאה באונקולוגיה ומייחדים חלק מזמנם למרפאה הפליאטיבית, נוסף על טיפול פליאטיבי למטופלים באשפוז. כמו כן, בכלם יש תקן אחד לפחות של אחות מומחית בפליאציה, לעתים שתיים שחולקות תקן אחד. כמו כן יש בכלם תקן אחד לפחות של עובד סוציאלי ו/או פסיכולוגים בחלקיות משרה. בשני בתי חולים יש גם שירות גדול של ליווי רוחני ושל מטפלים בתחום הרפואה המשלימה שעובדים בהתנדבות או בתקציבים נזילים. כמו כן יש בהם מתנדבים שעושים עבודות מנהליות שונות. לפיכך, ניתן לומר כי בחמשת בתי החולים האלה יש עבודת צוות פליאטיבי רב-מקצועי לחולים הלוקים בסרטן.

עשרה בתי חולים נוספים הקצו תקנים ייעודיים לייעוץ פליאטיבי. רובם הקצו לכך חצי תקן של אחות, המשמשת בתפקיד הזה בנוסף לתפקידה באחת המחלקות. רוב האחיות סיימו קורס על-בסיסי באונקולוגיה ומיעוטן בפליאציה, וכולן בעלות ידע וניסיון רב בתחום. שלושה בתי חולים הקצו בנוסף לאחות גם חצי תקן לרופא מומחה או מתמחה בפליאציה. לפיכך, נראה כי ישירות פליאטיבי בישראל כולל לרוב רק אחות שנותנת ייעוץ על פי קריאת המחלקות וכמעט אין כיום עבודת צוות פליאטיבי בין-מקצועי.

שישה בתי חולים נוספים אמנם לא הקצו תקן ייעודי לשירות הפליאטיבי, אך יש בהם רופאים ואחיות שחלקם הוגדרו כינאמני נושא בעלי ידע פליאטיבי. בבית חולים אחד יש רופא מומחה בטיפול פליאטיבי ובבית חולים אחר יש אחות בעלת מומחיות על-בסיסית בנושא. מאחר שמדובר במנהל מחלקה ובאחות אחראית, כמעט שאין להם זמן לעסוק בכך בפועל. הם מופרים בבית החולים כימובילי דעה, הם משתתפים בוועדות ולעתים אף נותנים ייעוץ במחלקות, אך אינם עוסקים בכך כחלק ממשרתם הקבועה. בשלושה בתי חולים נוספים ללא תקן מוטמעת גישה פליאטיבית בחלק מהמחלקות, כמו, למשל, בטיפול נמרץ, בהמטולוגיה, בגריאטרייה ובמחלקה למונשמים. זאת, ביוזמת מנהל המחלקה או האחיות הראשית, שהשתתפו בקורסים בנושא ופיתחו אוריינטציה פליאטיבית חזקה. במקרים אלה כל מנהל מחלקה מחליט על שירותי הפליאציה הרלוונטיים למחלקה שלו. כך, למשל, בגריאטרייה מתמקדים בעבודת צוות רב-מקצועי, בתיאום ציפיות, בטיפול ובשיחות עם בני משפחה וברכיבים רלוונטיים אחרים. בטיפול נמרץ מתייחסים לגורמים שונים כאשר מחליטים על טיפול פליאטיבי כמו, למשל, האם המצב הפיך או לא, לחוסן של החולה ולתגובתו לטיפול, לרצון החולה ובני המשפחה וגורמים רלוונטיים אחרים. באחד מבתי החולים האחות הראשית במחלקה אונקולוגית היא בעלת הכשרה וניסיון פליאטיבי רב, ומשמשת משאב למחלקות הפנימיות המתמודדות עם טיפול בחולים אונקולוגיים, וזאת אף על פי שבית החולים לא הקצה לכך תקן ייעודי. לדברי אחד המרואיינים: "לעתים מזמינים אותה לייעוץ, ובנוסף, כאשר חולה שלנו מתקבל לאשפוז, היא הולכת לבקר אותו".

מלבד רופאים ואחיות, צוות פליאטיבי רב-מקצועי צריך לכלול גם עובדים סוציאליים. ואולם, אף לא אחד מבתי החולים שיש בהם שירות ייעוץ פליאטיבי, הקצה לכך תקן ייעודי. היועצים הפליאטיביים משתפים ונעזרים במקרה הצורך בעובדות הסוציאליות של המחלקות. רבים מהם ציינו שלעתים קרובות יש לעובדים הסוציאליים תפקיד חשוב בטיפול בחולים במצבי סוף החיים. הם צריכים לתאם את המשך הטיפול עם קופות החולים, יחידות לטיפול בית והוספיס בית, מיצוי זכויות וביטוחים, פנייה לביטוח לאומי וסידורים אחרים. באף אחד מבתי החולים לא מעורבים אנשי צוות נוספים בשירותי הייעוץ הפליאטיבי כמו, למשל, פסיכולוג, תזונאי או פרמקולוג קליני.

#### 4.4 השכלה והכשרה פליאטיבית

רוב המרואיינים מייחסים חשיבות, לפחות ברמה ההצהרתית, להשכלה ולהכשרה פליאטיבית. עם זאת, נמצאו הבדלים גדולים בין בתי החולים במספר אנשי הצוות שיש להם הכשרה בנושא ובמאפייניה. להלן סוגי ההשכלה וההכשרה העיקריים:

♦ **אנשי צוות מומחים בתחום.** בשבעה בתי חולים יש רופאים בעלי מומחיות ברפואה פליאטיבית, בחלקם יותר ממומחה אחד, באגף האונקולוגי, בהוספיס ובשני בתי חולים כלליים. שאר הרופאים העוסקים בתחום הם בעלי הכשרה בהרדמה, בטיפול נמרץ או בטיפול בכאב. לעומת זאת, רוב האחיות

העוסקות בכך הן בעלות התמחות פליאטיבית או אונקולוגית, והן גם רכשו הכשרה והשכלה נוספת בקורסים מקצועיים ובהשתלמויות, בארץ ובח"ל.

◆ **אנשי צוות שהשתתפו בהכשרות ובהשתלמויות פורמליות.** אחת ממסגרות ההכשרה הנפוצות היא הקורס הפליאטיבי מטעם אוניברסיטת בן גוריון. בשנים האחרונות השתתפו בקורס למעלה מאלפיים אנשי צוות רפואי, אך רק חלקם מבתי חולים. מקצת בתי החולים קונים את הקורס ומקיימים אותו בין כותליהם, כדי שעשרות אנשי צוות ישתתפו בו מבלי לבזבז זמן נסיעה. מלבד זאת, מתקיימות השתלמויות חד-פעמיות בבתי חולים במרכז ואף בפריפריה, שבהם משתתפים על פי רוב, בעיקר אנשי צוות סיעודי וסוציאלי. זאת ועוד, שירותי בריאות כללית מסייעת לבתי החולים שלה במימון השתתפות הצוות הבכיר ודרגי הביניים בסדנאות שנערכות במס"ר. בשני בתי חולים שמייחדים לנושא תשומת לב רבה במיוחד, משתתפים בהדרגה, כל הצוות הבכיר ודרגי הביניים - רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים - בסדנאות האלה. לדברי נציגת הקופה, למעלה מ-700 אנשי צוות בקופה כבר השתתפו בסדנאות. כמו כן, הצוות שהיה במס"ר מכין סדנאות ומציג אותן בפני צוות בית החולים, תוך קבלת סיוע ממס"ר. זאת ועוד, גם במרכז ההדרכה של שירותי בריאות כללית מתקיימות סדנאות והשתלמויות בנושא, ואנשי הצוות מבתי החולים של הקופה נשלחים להכשרות.

◆ **הרצאות והצגות בפני צוות בית החולים.** הרצאות כאלה ניתנות בפורום של מחלקה אחת או של אגף שלם, כדי להגביר את המודעות לנושא ולהיבטיו השונים. כך, למשל, באחד מבתי החולים האחות הפליאטיבית נותנת הרצאות על חוק החולה הנוטה למות לכל צוות הרופאים והאחיות, ובבית חולים אחר האחות נתנה הרצאה בנושא במחלקה למונשמים. באחד מבתי החולים הדגישו את חשיבות ההרצאות בעיקר לאחיות צעירות, המתמודדות עם שאלות מורכבות ואינן יודעות כיצד לשוחח עם החולים ובני משפחתם. באחת הסדנאות דיברו על מתן בשורה מרה, כיצד לכבד את החולה, וכיצד לשתף את בני המשפחה בקבלת החלטות קשות לגבי הטיפול בחולה.

◆ **פעולות של הצוות הפליאטיבי בקרב אנשי הצוות הכללי של בית החולים.** כך, למשל, במספר בתי חולים מציגים את הנושא בהתכנסויות קליניות קבועות בפני כל צוות בית החולים, במספר בתי חולים ערכו יום עיון בנושא, ובאחרים מציגים בפורום רפואי פנימי חולים שקיבלו טיפול פליאטיבי.

◆ **השתתפות אנשי צוות ממחלקות שונות בכנסים מקצועיים פליאטיביים,** למשל, הכנס השנתי של עמותת תמיכה או העמותה לליווי רוחני. בכמה בתי חולים ציינו כי רבות מהאחיות משתתפות בכנסים האלה.

בחינת הקשר בין פעילויות ההכשרה וההשתלמות השונות לבין מאפייני בתי החולים מלמדת כי בחלק מבתי החולים של שירותי בריאות כללית מושקעים משאבים רבים בהכשרה ובהדרכה בתחום הפליאטיבי. ימי עיון והרצאות במסגרת כנסי בית החולים מאפיינים בתי חולים אקדמיים עם פעילות הוראה ענפה, גדולים או בינוניים, במרכז הארץ, רובם בתי חולים בעלי יוקרה, ובחלקם יש אגף אונקולוגי גדול. לא נמצאה פעילות כזו בבתי חולים קטנים ופריפריאליים. בבתי חולים קטנים בפריפריה מאפשרים לעובדים רבים להשתתף בכנסים שמחוץ לבית החולים כדי להתעדכן ולחוות מעורבות עם אנשי מקצוע אחרים. ואחרון, בארבעת בתי החולים שאין בהם שום שירותים פליאטיביים ואף לא אוריינטציה לכך, גם אין אנשי מקצוע שרכשו השכלה או השתלמות בנושא.

## 4.5 התנהלות בתי החולים בממשק שבין טיפול פליאטיבי לבין חוק החולה הנוטה למות והנחיות טיפול מקדימות (Advance care planning)

אין חולק על כך שאחד העקרונות הפליאטיביים החשובים הוא בירור רצונו של חולה חשוך מרפא בנוגע לטיפול שהוא מעוניין בו ובנוגע לניהול הטיפול, תוך כיבוד תפיסת עולמו ומשאלות לבו. אחד הכלים, אם כי לא היחיד, שעשוי לסייע בכך הוא, הכנת הנחיות טיפול מקדימות לזמנים שבהם האדם לא יהיה צלול או כאשר לא יוכל להביע את רצונו או שחלילה לא יישאל לגביו.

ואולם, בישראל, לעתים קרובות, כאשר שואלים על טיפול פליאטיבי אנשים מתייחסים להנחיות מקדימות ולחוק החולה הנוטה למות. זאת ועוד, בחלקה השני של התקופה שבה ערכנו את הראיונות (תחילת 2015), משרד הבריאות הוביל תהליכים שנועדו להרחיב את הטמעת הנחיות חוק החולה הנוטה למות. זאת, באמצעות מתן 'כרטיס חכם' המשמש 'מפתח' למאגר הממוחשב של טופסי ההנחיות המקדימות למספר בעלי תפקידים בבתי החולים (מנהל מיון, מנהלת סיכונים, מנהל טיפול נמרץ ואחרים). המפתח הזה עשוי לאפשר להם לבדוק האם חולה שמגיע לבית החולים נתן הנחיות מקדימות ולנהוג על פיהן. בפועל, עד אמצע 2015, ברבים מבתי החולים היו אמנם 'כרטיסים חכמים', אך הם טרם השתמשו בהם. עוד יצוין כי חלק מהמרוויינים סבורים כי זה איננו הכלי המתאים לבירור העדפות החולה.

סוגיה שמעסיקה רבים ממנהלי בתי החולים, ממנהלי המחלקות ומאנשי הצוות הרפואי הבכיר, היא, עד כמה ועד מתי לטפל בחולה שלא ניתן להציל או להאריך את חייו; איזה טיפול לתת לנוטים למות כשלו רוב אין בו תועלת? ניתן לחלק את עמדתם של בתי החולים בנושא לשתי קבוצות: כאלה שנדרשים לו, עוסקים בו ומתלבטים לגביו, וכאלה שמתעלמים, אינם מייחסים לו חשיבות, ומיעוטם אף סבורים שיש דברים חשובים ודחופים יותר להתמודד עמם.

החלוקה הזו מקבילה במידה רבה למאמצים המושקעים בבתי החולים לפיתוחם ולהטמעתם של השירותים הפליאטיביים ולחשיבות המיוחסת להם. במקומות שבהם דיווחו על פיתוח שירותים פליאטיביים דיווחו גם על קיום שיחות עם חולים ועם בני משפחתם על רצונם ועל ציפיותיהם מהטיפול, על שיחות חוזרות בעת שינויים משמעותיים במצב החולה ועל רישום מפורט של תוכן השיחות בגיליון הרפואי. במקביל דווח בהם גם על טיפול בכאב ועל איזון סימפטומים ועל תמיכה והקשבה. עם זאת, בבתי החולים האלה גם דיווחו על קשיים בקבלת החלטות לקראת סוף החיים, כשיש חילוקי דעות בין בני המשפחה. לדבריהם, רק למעט מאוד חולים יש הנחיות מקדימות כתובות, ורק חולים מעטים מביאים עמם את המסמכים בהגיעם לחדר מיון או לאשפוז. יש מקרים שבהם בני המשפחה יודעים מה החולים רוצים, ואם אנשי הצוות בטוחים שיש הסכמה בין בני המשפחה, הם מנסים למלא את מבוקשו של החולה. ואולם, כאשר יש ספק, דבר שקורה לעתים קרובות, וכל בן משפחה 'מושך לכיוון אחר', נותנים טיפול 'לפי הספר'. כולם חזרו והדגישו את החשש מתביעות משפטיות.

במספר בתי חולים נוהגים להשתמש בטופס – Medical Order for Life-Sustaining Treatment – MOLST, המושאל מה-Patient Determination Act בארה"ב, המחייב כל זכיון של מדיקר לשאול חולה שמתאשפז, אילו טיפולים הוא רוצה לקבל אם לא יוכל להביע את רצונו בעצמו. ברשימה נכללים טיפולים כגון קבלת אנטיביוטיקה, עירוי נוזלים, החייאה, הנשמה ואחרים. בסיום השיחה נרשמים בגיליון הרפואי רצונות



החולה בנוגע לכל אחד מהטיפולים. גם בבתי חולים נוספים דיווחו כי נערכת שיחה עם החולה, במידת האפשר או עם בני משפחתו, גם אם לא באמצעות טופס מובנה, ופרטיה נרשמים בגיליון הרפואי.

בשירותי בריאות כללית הוכנסו לאחרונה שדות חדשים לתוכנת הקמיליון, המתייחסים לפרוגנוזה של חולה נוטה למות ולהעדפותיו ולטיפול הפליאטיבי שהוא מקבל. עם זאת נראה שהשימוש בשדות האלה עדיין בחיתוליו ולא ברור עד כמה נעשה בהם שימוש, הן מבחינת מילויים והן מבחינת התבססות עליהם בעת קבלת החלטות במצבי סוף החיים.

במספר מועט של בתי חולים, רובם ככולם ללא שירות ואוריינטציה פליאטיבית, כמעט שאין התייחסות להעדפות החולה. מקצתם אמרו שמדברים עם בני המשפחה במצבים קשים, אך לא עם כולם. אחד ממנהלי בתי החולים אמר כי "אנחנו לא שואלים שאלות". אם החולים או המשפחה מעלים את הנושא אז משוחחים ועונים, אך הצוות אינו יוזם ואינו משוחח עם המשפחה כחלק מהשגרה. לדבריו בית החולים "רחוק מאוד מאוד ממצב של שיחה עם החולה ומשפחתו ותיאום ציפיות. לאנשי הצוות אין כלים להתמודד עם הנושא, המערכת המשפטית לא מפותחת, לאחיות אין ידע והשיחות מתסכלות. אנו ניתן כל הטיפול הדרוש מבחינה רפואית. זה לא מתפקידה ולא מקומה של האחות הפליאטיבית – היא לא בשביל זה. היא אמורה לעזור לאנשים להתמודד עם סימפטומים כמו כאב, קוצר נשימה, עצירות, בחילות וכד' ולתת יעוץ לצוות הרפואי והסיעודי".

עם זאת, מעניין לציין שדווקא בבית חולים שמתנהל ברוח ההלכה, שבו עקרון השמירה על קדושת החיים הוא ערך עליון, יש הגדרה של 'שכיב מרע', חולה סרטן סופני, למשל, ושהרבנים מאשרים לגביו את העיקרון של 'שב ואל תעשה'. הרב משמש מתווך, כדי להסביר את המצב לבני המשפחה, ואם הם נותנים את הסכמתם, ולו גם ברמז, מכריזים על חולה כשכיב מרע, ואז לא עושים החיאה. זאת ועוד, הרופאים בבית החולים מכירים במחויבותם לאפשר לחולה לסיים את חייו ללא סבל במידת האפשר ודבקים בה. כאשר הם מזהים חולה הסובל מכאב, או מסימפטומים אחרים, הם מטפלים בו בכל התרופות המתאימות, ובכלל זה אופיאטים בכמויות הנדרשות. עם זאת, נמנעים לחלוטין מתיוג ומהגדרות, כמו, למשל, טיפול פליאטיבי, כדי שלא להיכנס לדילמות אתיות ולפסקי הלכה מחייבים.

לסיכום, נראה שנכון לעת הזאת, זהו נושא קשה להתמודדות בבתי החולים, ואחד הנושאים הכי פחות מוסדרים. פעילות משרד הבריאות לגבי יישום חוק החולה הנוטה למות ומבדק האיכות שיצא לאחרונה לדרך העלו אותו אמנם על סדר היום והגבירו את המודעות לחשיבות שיש לתת להעדפות החולה ולצורך לבחון ולכבד זאת, אך גרמו ללא מעט בלבול, לדילמות ולחששות רבים. נראה שכאשר מנהלי בתי החולים או רופאים בכירים אומרים ש"יש חוק", "אנו מקיימים את החוק" ו"לא נפעל בניגוד לחוק", לא ברור למה הם מתכוונים ועד כמה הם עצמם מכירים את חוק החולה הנוטה למות. זאת ועוד, לא ברור עד כמה הם אכן פועלים בהתאם לעקרונות שהחוק נועד לקדם. מתקבל הרושם שהמנהלים ואנשי הצוות מקדישים את מרב תשומת לבם לחששות מתביעות אפשריות, אך אינם מבינים ומתמודדים עם הדברים החשובים שלשמם נועד החוק.

## 4.6 חסמים ואתגרים לפיתוח השירותים בבתי חולים כלליים

תהליך ההקמה והפיתוח של שירותים פליאטיביים, עד לשלב שבו הם מוטמעים באופן מלא בהתנהלות ובפרקטיקה של בית החולים, הוא אתגר קשה, הדורש תנאים, משאבים, מנהיגות ופתיחות לשינויים (Weissman & Meier, 2008). ואכן, בצד הפיתוח של השירותים הפליאטיביים בארץ, כל המרואיינים סיפרו על קשיים ועל חסמים בפיתוחם. חשוב לציין שהדיווח על קשיים ואתגרים בנושא זה היה נחלתם של כל בתי החולים – כאלה שמייחדים משאבים לשם כך ונרתמים לפיתוחו, קל וחומר בקרב אלה שמתקשים בכך. להלן נציג את האתגרים העיקריים:

◆ **תקצוב השירותים.** משיחות עם כל המרואיינים עלה שהנחיית משרד הבריאות לפיתוח שירותים פליאטיביים לא לוותה בתקציב הדרוש לכך. אמנם, אין זה יוצא דופן, משום שרבות מההנחיות אינן מלוות בתקציב, אלא שבמקרה זה מדובר במשאבי כוח אדם, שהוא המשאב היקר והדחוק ביותר בבית חולים. כתוצאה מכך, חלק ממנהלי בתי החולים אמרו שלמרות ההתייחסות החיובית לנושא, הם אינם מצליחים להקצות לכך כוח אדם, מבלי לקבל את המשאבים הדרושים. לדברי מנהלי בתי חולים קטנים ובינוניים, יש להם פחות גמישות מאשר למנהלים של בית חולים גדול, משום שיש להם הרבה יותר כוח אדם מאשר לבית חולים קטן, ולכן יותר קל להקצות חצי תקן או תקן שלם למטרה זו.

◆ **ניסוח של חוזר מנכ"ל.** מדברי מקצת המרואיינים עלה כי רכיבים רבים לא הוגדרו בחוזר המנכ"ל: הם אינם יודעים מה נדרש מהם מבחינת סוגי המקצועות והיקף כוח האדם; אילו פעולות נדרשות מהצוות הפליאטיבי; מהם מאפייני החולים שיש לתת להם טיפול כזה. לדבריהם, על משרד הבריאות להגדיר בנהלים מפורטים את דרישותיו.

◆ **מחסור ברופאים בעלי התמחות והכשרה פליאטיבית וחוסר עניין של רופאים אחרים בנושא.** כיום יש בארץ רק כ-30 רופאים מומחים בטיפול פליאטיבי, ורק מקצתם עובדים בבתי חולים כלליים ולא באגף האונקולוגי. זאת ועוד, לדברי כמה מנהלי בתי חולים, הם ניסו "לעניין" רופאים מומחים במקצועות אחרים לפתח את השירות בבית החולים – חלקם היו מוכנים להקצות לשם כך חלק מתקן וחלקם הציעו זאת כמשימה נוספת – אך לא נמצא מי שיקבל עליו את המשימה.

◆ **הצורך להנחיל לאנשי הצוות בבתי החולים ידע על קיומו ועל עקרונותיו של הטיפול הפליאטיבי.** זאת, הן משום שחלק מאנשי הצוות, בעיקר רופאים, סבורים שיש להציל את חיי החולים בכל מקרה ובכל מצב, והן משום שאינם מכירים את הגישה הפליאטיבית. לדברי אחד הרופאים שראיינו "צריך לשנות את הנרטיב התרבותי – המוות הוא חלק מהחיים [בעוד ש]רופאים ותיקים רואים במוות כישלון מקצועי". ברבים מבתי החולים, ובכלל זה גם באגף הפנימי, הרופאים אינם נוהגים לשאול את החולה, או את בני משפחתו, אם אינו יכול לדבר, האם יש לו הנחיות מקדימות, לברר מהו רצונו לגבי טיפול מציל חיים ולערוך שיחת תיאום ציפיות. ברוב בתי החולים יש אמנם בידי רופאים 'כרטיס חכם' שנועד לאפשר להם להתחבר למאגר המידע שהוקם בעקבות חוק החולה הנוטה למות במשרד הבריאות, אך לדברי רובם המכריע של המרואיינים, הם טרם התחילו להשתמש במאגר. זאת ועוד, כידוע, רק כמה אלפי אנשים הכינו הנחיות מקדימות המתועדות במשרד הבריאות.

◆ **הצורך להעלות את המודעות בקרב הרופאים והאחיות על קיומו ועל תרומתו הפוטנציאלית, כדי להגביר את ההפניות אליו.** במקצת מבתי החולים עורכים אנשי הצוות הפליאטיבי ביקורים יזומים במחלקות, ו"מחפשים" את החולים הזקוקים לטיפולם, אך מאחר שרובם פועלים רק במענה לפנייה

אליהם, לעתים קרובות הם מגלים שניתן היה להפנות אליהם חולה בשלב מוקדם הרבה יותר. לעתים קרובות הצוות הרפואי פונה ליעוץ פליאטיבי רק לאחר שלא הצליח לשכך כאבים עזים או להתמודד עם סימפטומים פיזיים אחרים שמהם סובלים חולים קשים, או עם מצוקה נפשית או קיומית קשה של חולים במצבי סוף החיים. ואכן, אנשי הצוות הפליאטיבי דיווחו שהם מקדישים הרבה זמן ומאמץ ללמד ולחנך את אנשי הצוות במחלקות.

♦ **התנגדות לטיפול הפליאטיבי בשל אמונה דתית.** בבית חולים אחד שפועל על פי ההלכה מתנגדים לחלוטין לתפיסה הפליאטיבית בכלל, ולקיומם של שירותים כאלה בפרט. אף על פי שמנהל בית החולים מודע היטב להבדל המהותי שבין טיפול פליאטיבי לבין המתת חסד, הוא בחר שלא להכניס את השיח בנושא, קל וחומר את השירותים הפליאטיביים, אל בין כותלי בית החולים. זאת, מתוך כבוד לערכי החברה החרדית שאותה הוא משרת, ומתוך הבנת תפיסותיו של הוועד המנהל העומד בראש בית החולים. בבית חולים אחר התמודדו עם הסוגיה ההלכתית באמצעות היוועצות עם פוסקים גדולים, והגעה להסכמה אתם בנוגע לטיפול בחולים סופניים. לדברי היועץ, הבנה זו סייעה לא פעם בהתמודדות עם "רבנים קיצוניים, שרצו החיאה בכוח גם כנגד רצון החולה". לדבריו: "הקהילה החרדית יודעת שפיתחנו יחסים של אמון עם הפוסקים והם מסכימים עם הטיפול שלנו".

## 5. תרומת היעוץ הפליאטיבי לצוות הרפואי בבתי חולים כלליים

### 5.1 רקע

כדי לבחון את דפוסי השימוש ביעוץ הפליאטיבי ואת תרומתו, ראינו אנשי צוות בשלושה בתי חולים מבין עשרה שבהם מתקיים שירות כזה. הראיונות נערכו בתחילת שנת 2015 באמצעות שאלון למילוי עצמי עם רופאים ואחיות. נמסרו שאלונים לכשלושים אנשי צוות, ונתקבלו בחזרה 15 שאלונים, מ-6 רופאים, ומ-9 אחיות, שעובדים במשרה מלאה במחלקות פנימיות, בגריאטרייה, בנפרולוגיה, בכירורגיה ובטיפול נמרץ. כולם, למעט אחד, לא עברו הכשרה בתחום הפליאטיבי, אך שש אחיות השתלמו בקורס על-בסיסי בנפרולוגיה או בטיפול נמרץ.

### 5.2 ממצאים

♦ לדברי המרואיינים, המחלקה שבה הם עובדים הזמינה בשלושת החודשים האחרונים שלפני הריאיון כ-5 ייעוצים פליאטיביים בממוצע, בעיקר לחולים הלוקים בסרטן ממושט, הסובלים מכאבים חזקים. מלבד זאת, הוזמן ייעוץ כזה עבור חולי דיאליזה ועבור חולים שסבלו מקוצר נשימה ומאי ספיקה רב-מערכתית.

♦ כל המרואיינים סברו שהיעוץ הפליאטיבי עזר לחולים. 9 ציינו שהיעוץ סייע בשיפור ההתמודדות עם סימפטומים, בשיפור ניהול הטיפול בכאב ובאיזון שלו (ולעתים אף אפשר לשחרר את החולה לביתו), ו-4 ציינו שהיעוץ סייע במתן עידוד ותמיכה למשפחת החולה.

♦ כל המרואיינים סברו שהשירות הפליאטיבי תורם למחלקה שלהם ולבית החולים באופן כללי, בין היתר, במתן גישה הוליסטית ורב-תחומית לחולה במחלה קשה וחשוכת מרפא. 10 סברו שהיעוץ תרם לידע האישי שלהם, בחשיבה על דרכים נוספות להקלה על המטופל, בשילובים שונים של תרופות

לשיכוך כאבים, במינונים של תרופות, ובידיעה למי אפשר לפנות בבית החולים כדי לקבל ייעוץ בתחום זה. 3 סברו שהייעוץ לא תרם לידע האישי שלהם.

◆ 10 מרואיינים דיווחו שכל היעוצים ניתנים לאנשי הצוות במחלקה, לאחר בדיקה ושיחה עם החולה או מישהו מטעמו, וארבעה אמרו שמצב כזה קורה, לרוב כאשר החולה מורדם ואינו יכול לדבר בשם עצמו.

◆ חמישה מרואיינים דיווחו שבדיעבד הבינו שהיה כדאי לקרוא לייעוץ הפליאטיבי בשלב מוקדם יותר של הטיפול בחולה.

◆ 11 מרואיינים דיווחו שהיום הם פונים לייעוץ פליאטיבי יותר מבעבר, מפני שהם יותר מודעים לעצם קיומו של השירות, ליתרונותיו ולתרומתו לחולה, לבני משפחתו ולצוות המטפל. הם גם דיווחו על הגברת ההבנה של חשיבות הטיפול ושל איזון כאב. עוד הם סברו שקיומו וזמינותו של השירות שינו את תפיסתם ואת נוהלי העבודה שלהם. אחד המרואיינים סבר שזמן ההמתנה עד לקבלת הייעוץ הפליאטיבי הוא ארוך מדי.

◆ 12 מרואיינים דיווחו שהשירות הפליאטיבי הוצג במחלקה, ובכלל זה נסקרו המצבים הרפואיים והנפשיים שבהם ניתן להיעזר בו, דרכי הטיפול, וכן הסבר על כך שלא מדובר רק בטיפול בכאב אלא בטיפול במכלול סימפטומים, כולל תמיכה רוחנית וסיוע לצוות כאשר מתעוררות דילמות בנוגע לאופן הטיפול הרצוי.

◆ אנשי צוות בשניים מתוך שלושת בתי החולים שבהם נערכו הראיונות דיווחו שהצוות הפליאטיבי עורך הכשרות וימי עיון לצוות בית החולים, ובכלל זה הרצאות בישיבת בוקר שבועית, ואף קורס מעמיק לצוות בית החולים אחת לשנה.

◆ המרואיינים נתבקשו להעלות הצעות לשיפור השירות הפליאטיבי בבית החולים, ולהלן פירוט הצעותיהם:

- שהשירות הפליאטיבי יהיה יותר פרו-אקטיבי, יעבור ביוזמתו במחלקות ויסייע לאנשי הצוות במחלקה לזהות חולה העונה לקריטריונים של חולה פליאטיבי ויכול ליהנות משירותם

- מבחינת כוח האדם, שהשירות יכלול צוות רב מקצועי, ולא רק אחות

- לחשוף יותר רופאים לאפשרויות טיפול פליאטיבי

- לתת יותר הדרכות והרצאות לצוות בית החולים

- ליידע את בני המשפחות של החולים בנוגע לשירות

- לספק ייעוץ פסיכולוגי לרופאים, כדי לסייע באינטראקציה עם החולים וכדי שלא יהפכו לקהי-חושים.

## 6. מרכזים רפואיים גריאטריים

### 6.1 התפתחות הגישה הפליאטיבית במרכזים רפואיים גריאטריים

התפתחות השירותים הפליאטיביים במרכזים הרפואיים הגריאטריים (מר"גים) אטית יותר מאשר בבתי החולים הכלליים, ויש ביניהם הבדלים גדולים. בדומה לבתי החולים הכלליים, גם במר"גים יש 'משוגעים לדבר' שקידמו את הנושא והיו הרוח החיה בפיתוח השירותים. לדברי אחד ממנהלי המר"גים הגדולים במרכז הארץ, דווקא חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, יצר מסגרת ברורה ומובנית יותר לפעילות פליאטיבית, מבחינת סוגי הטיפול שעליהם יכול הרופא לקבל אחריות. גם המבדקים שערך משרד הבריאות בתחילת 2015 האיזו את הפעילות בנושא.

אחת ההתפתחויות העיקריות, ברוב המר"גים, היא הקמת 'ועדה פליאטיבית' שעוסקת בהתוויית הנחיות לטיפול פליאטיבי, בהגדרת מאפייני חולה פליאטיבי ובסוגי הטיפול הפליאטיבי. חלקם גם פיתחו נוהלי עבודה כתובים להטמעת דפוסי הטיפול הרצויים. בד בבד, נשלחו אנשי צוות להכשרות בנושא. עם זאת, רק חלקם עברו את שלב הוועדה והטמיעו גישה פליאטיבית בדפוסי העבודה היום-יומית שלהם. לדברי אחד המנהלים, הסתגלותו של הצוות הרפואי לנושא הפליאטיבי אינה פשוטה: "אנו נמצאים כיום בתקופה של מעבר בגישה – בין 'חייבים לרפא בכל מחיר' לבין 'לשקול [טיפול ב-] כל חולה לגופו בהתאם לפרוגנוזה'". לדברי מנהל אחר, הצוות מאמץ בהדרגה גישה, שלפיה 'צריך לתת טיפול פליאטיבי גם לחולים שאין להם אופק טיפולי; גם אם זה לא אומר שהם ימותו בתוך חצי שנה'".

### 6.2 מודלים לייעוץ ולטיפול פליאטיבי במרכזים רפואיים גריאטריים

ניתן לסווג את הטמעת הגישה והטיפול הפליאטיבי בעשרת המר"גים שבדקנו לשלושה דפוסים:

♦ **טיפול פליאטיבי אינהרנטי לטיפול הגריאטרי** – ארבעה מר"גים שילבו את הגישה הפליאטיבית הגריאטרית בהתנהלותם היום-יומית. לדברי מנהליהם, טיפול פליאטיבי הוא חלק בלתי נפרד ו"לב" הגריאטריה. לדבריהם, הם מיישמים תפיסה מתקדמת יותר מזו של האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, המייחס תשומת לב רבה (מדי לדעתם) לימדיקליזציה של הטיפול הסיעודי, ודוגל בגישות רפואיות שאינן עולות תמיד בקנה אחד עם טיפול גריאטרי פליאטיבי. לדבריהם, מאחר שמרבית המאושפזים במר"גים סובלים ממחלות כרוניות ממושכות שאינן ניתנות לריפוי, כגון: דמנציה או אי ספיקת לב קשה, הרי שצריך להתמקד בטיפול בהם (care) ולא בריפוי (cure); את הטיפול הם מספקים באמצעות הגישה הפליאטיבית. במר"גים האלה מתמקדים, יותר מאשר בעבר, בטיפול בסימפטומים ובהפחתת הסבל. כך, למשל, באחרונה חלה בהם עלייה ניכרת בהיקף השימוש בתרופות אופיאטיות להפחתת כאבים ובתרופות אנטי-דיכאוניות להתמודדות עם סבל נפשי. מלבד זאת, בשלושה מתוכם יש רופא מומחה בטיפול פליאטיבי או רופא בעל ניסיון רב בטיפול או אחיות בעלות הכשרה רבה בטיפול פליאטיבי (כפי שיפורט בהמשך). לדעת המנהלים, מודל פעולה זה מייתר את הצורך בייעוץ פליאטיבי, מפני שהתפיסה הפליאטיבית מוטמעת ומושרשת בקרב כל העוסקים בגריאטריה.

♦ **מחלקה (או חלק ממחלקה) לסייעוד מורכב תומך** הוקצתה לקבלת חולים במצבי סוף החיים בשני מר"גים. המחלקות האלה משמשות, הלכה למעשה, כהוספיס אשפוזי (אחת מהן הוכרה על ידי משרד הבריאות כהוספיס אשפוזי, הכולל 20 מיטות). אחת הסיבות העיקריות להתפתחות המודל הזה היא

העובדה שקופות החולים אינן משלמות עבור אשפוז בהוספיס, ולכן החולים במחלקות האלה נקראים 'סיעודיים מורכבים', אך בפועל הם מקבלים טיפול הוספיס. כדברי אחד המנהלים: "המחלקה מתנהלת כמו הוספיס, רק בלי הכותרת של משרד הבריאות". עם זאת, צוות המחלקה כמעט שלא נותן ייעוצים למחלקות אחרות. זאת ועוד, אין במחלקות אלה רופאים בעלי מומחיות פליאטיבית אלא רק קורסים להשתלמות וניסיון שרכשו במהלך השנים. המחלקות מקבלות חולים מבתי החולים באזור – חולים במצב סופני, בעיקר לוקים בסרטן ממושט, שאינם יכולים לחזור לביתם. עוד צוין כי המוטיבציה לפיתוח המחלקות האלה נובעת מהרצון להעניק לחולים תנאי אשפוז מתאימים (למשל, פרטיות בחדרים) ולעתים ההפרדה בין חולים במצבי סוף החיים לבין אלה שאינם במצבי סוף החיים רצויה גם לצוות המטפל.

♦ בארבעה מר"גים יש אך ורק 'ועדה פליאטיבית' שעוסקת בהתוויית הנחיות בנושא, בפיתוח נוהלי עבודה ובפעילות להרחבת ההבנה לגבי התפיסה הפליאטיבית בבית החולים. עם זאת, הטמעתה בפועל בדפוסי העבודה היום-יומית עדיין מועטה.

### 6.3 כוח אדם והכשרתו

היקף כוח האדם הפליאטיבי במרכזים הגריאטריים והכשרתו אינם קשורים, בהכרח, למודלים שלפיהם מאורגנים השירותים.

♦ בשניים מתוך ארבעת המרכזים הגריאטריים שבהם הטיפול הפליאטיבי אינהרנטי לטיפול הגריאטרי הכללי, יש רופאים מומחים בטיפול פליאטיבי: באחד – מומחה, מאבות המקצוע, ובשני רופאה בעלת ניסיון רב. עם זאת, שניהם משמשים גם כמנהלי מחלקות במקביל לעבודתם הפליאטיבית.

♦ בכל שאר המר"גים, אחות או רופא, ולעתים גם אחות וגם רופא, מונו להיות אחראיים על "ועדה פליאטיבית", כדי שיעסקו בפיתוח נוהלי עבודה בתחום ובהטמעתם. חלקם מוגדרים כ"מתאמי טיפול פליאטיבי", והם מרכזים את הנושא בכל בית החולים. תפקידם לקיים דיון על חולים שמוגדרים פליאטיביים, לתת ייעוצים, לשוחח עם משפחות, לפתור משברים, להדריך את הצוות ולהעלות את מודעותו לטיפול הפליאטיבי. כולם עושים זאת במסגרת משרתם בבית החולים וללא תקן ייעודי לכך, שכן אף לא מר"ג אחד הקצה תקן ייעודי לטיפול פליאטיבי.

♦ המר"גים אימצו גישות ושיטות שונות להכשרה פליאטיבית. במקומות שרואים בגישה פליאטיבית חלק אינהרנטי לגריאטרייה, שולחים להכשרה פליאטיבית אנשי צוות רבים ככל שניתן, ובכלל זה רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ואנשי מקצועות הבריאות. חלקם שולחים את אנשי הצוות לקורסים חיצוניים, וחלקם בנו קורס הכשרה פנימי, בשל עלותו הגבוהה של הקורס החיצוני.

### 6.4 עקרונות הטיפול

בהתאם לאמור לעיל, קיימים הבדלים גדולים מאוד בין המר"גים בבחינת אימוץ הגישה הפליאטיבית והטמעתה. במר"גים שאימצו גישה זו ניתן לזהות דפוסי עבודה אלו:

♦ בכולם מעריכים באופן שוטף סימפטומים (כאבים, בחילות, הפרעות שינה, אי שקט וכדומה) ומשתמשים בתרופות להפחתת הסבל, ובהן תרופות אופיאטיות ותרופות אנטי דיכאוניות, במידת הצורך, ובמיעוטם עושים סדציה פליאטיבית.

- ◆ רובם – למעט אחד שיש בו מחלקת הוספיס אשפוזי – אינם מקבלים חולים חשוכי מרפא שממשיכים לקבל טיפולים רפואיים מאריכי חיים.
- ◆ בכולם ניתן טיפול פליאטיבי לכל מי שזקוק, ולא רק לחולי סרטן, דהיינו לכל החולים שנקבע שהם חשוכי מרפא.
- ◆ ברובם לא עושים, או כמעט שלא עושים החייה.
- ◆ באשר לחולים מונשמים, יש הבדלים בין המר"גים. במקצתם חולים אלה אינם מוגדרים כחולים פליאטיביים ובמקצתם כן.
- ◆ במקצת המר"גים הטיפול בחולים פליאטיביים מוגדר על דרך השלילה, דהיינו החלטה של 'שב ואל תעשה', שלפיה הטיפול היחיד שיינתן לחולה הוא הטיפול שאמור להקל עליו בסוף חייו.

## 6.5 הנחיות מקדימות

- ◆ הגישה הפליאטיבית, הדוגלת בהתייחסות הוליסטית למטופל ולבני משפחתו, מבוססת בין השאר על תקשורת ועל הקשבה הדדית. לאור זאת, נוהלי העבודה במרכזים הגריאטריים כוללים שיחות לתיאום ציפיות ולבירור העדפות החולה ובני משפחתו בשלבים השונים של המחלה, וקבלת החלטות טיפול בהתאם. כפי שציין אחד ממנהלי המוסדות, ההחלטה בנוגע לתכנית הטיפול, בתיאום עם החולה ובני משפחתו, נעה על טווח שבין טיפול רפואי, הכולל גם הארכת החיים, הנשמה והעברה לבית חולים כללי לבין טיפול הכולל איזון סימפטומים בלבד, ללא החייה, ללא הפניה לבית חולים, ללא הנשמה וללא דיאליזה. לדברי אחת הרופאות: *"החלק של הנחיות מקדימות זה לא רק להפוך אותו לכתוב ומובנה ומסודר, זה לא רק טכני, זה עניין של תפיסת עולם"*.
- ◆ לדברי מנהלי שני המר"גים שבהם יש מחלקה לסייעוד מורכב פליאטיבי ושהן למעשה מתפקדות כהוספיס, הצורך בהנחיות מקדימות מתייטר במידה רבה; שכן עצם ההסכמה לעבור למחלקה הזאת היא בבחינת בחירה בטיפול הוספיס, על כל הכרוך בכך.
- ◆ קיימת עמימות רבה לגבי הוראות DNR (Do Not Resuscitate). בחלק מהמקומות, הוראת DNR נרשמת בגיליון הרפואי, ובאחד מהם – אם החולה מסכים, גם על מפרק כף היד (באמצעות צמיד עליו רשום DNR). בחלק מהמקומות הוראה כזו מועברת בעל פה בין אנשי הצוות, ויש מוסדות שמתנגדים לעצם תיוג החולה באופן זה. זאת ועוד, חלק מהמנהלים טענו שאסור לרשום בגיליון הרפואי הוראת DNR ואחרים טענו שהם בדקו זאת ומצאו שמותר. בשני מר"גים כותבים אך ורק אילו טיפולים כן לעשות, על פי המקובל ב-MOLST (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment).
- ◆ רוב המרכזים הגריאטריים אינם מחוברים למאגר המידע הממוחשב של ההנחיות המקדימות שבמשרד הבריאות. מקצת המנהלים לא ידעו על קיומו, חלקם ויתרו עליו בשל עלות ההתחברות (באמצעות חברה פרטית) ומקצתם סבורים שהוא אינו מתאים למרכז גריאטרי.

## 6.6 מכשולים במתן טיפול פליאטיבי

- ◆ הבעיה העיקרית שעמה מתמודדים כל מנהלי המר"גים היא הקושי לקיים שירות פליאטיבי, בהיעדר תשלום הולם מקופות החולים. מאחר שהקופות אינן מכירות בהגדרה של חולה פליאטיבי, אלא רק של חולה במצב סיעודי מורכב, התשלום שהמר"גים מקבלים נמוך מזה הנדרש לטיפול פליאטיבי איכותי ולכן קשה להם לספק שירות איכותי. לאחרונה הרחיב משרד הבריאות את הגדרת המחלקות לסיעוד מורכב כ'סיעוד מורכב תומך' אלא שההרחבה הזאת לא לוותה בשינוי התגמול בעבור יום אשפוז.
- ◆ לאור האמור לעיל ובשל מחסור בכוח אדם, רוב המרכזים הגריאטריים אינם יכולים להרשות לעצמם להקצות כוח אדם מקצועי לטיפול פליאטיבי, ואכן, כוח האדם הייעודי בנושא מצומצם ביותר.
- ◆ בעיה נוספת היא מחסור במידע על דרישות הטיפול בנושא. משרד הבריאות לא פרסם נוהל פליאטיבי מפורט, המאפשר להם לדעת מה עליהם לעשות במקרים שונים ומה נדרש מהם, ואין הנחיות ברורות. חלק מהמר"גים מפתחים נוהלי עבודה פנימיים שלהם, תוך קבלת אחריות כבדה, חלקם פועלים ללא נוהלי עבודה ברורים בנושא ואחרים אינם פועלים בתחום הזה כלל.

## 7. מסקנות והשלכות למדיניות

עד שנת 2009 הטיפול הפליאטיבי ניתן רק במעט בתי חולים בישראל, ורק ללוקים במחלות ממאירות ולא לכל הזקוקים לו. חוזר מנכ"ל 30/09 הביא, אם כי באיחור מסוים, להתפתחות ולתמורות בנושא. בעוד שהחוזר הקצה ארבע שנים לפיתוח שירותים פליאטיביים בבתי חולים, נראה שרק בשנה-שנתיים האחרונות, חמש-שש שנים לאחר פרסומו, נערכים בתי החולים ופועלים ליישומו.

ממצאי המחקר מלמדים שרוב בתי החולים הכלליים בארץ מודעים כיום לנושא ופועלים לפיתוחו. בשנים האחרונות הקצו כעשרה בתי חולים מתוך משאביהם הפנימיים חצי תקן לפחות לייעוץ פליאטיבי. רוב התקנים מאוישים בידי אחיות ורק בשני בתי חולים רופא מומחה עוסק בייעוץ פליאטיבי. כמו כן, בחמישה בתי חולים קיימים שירותים פליאטיביים (בהוספיס אשפוזי או באגף אונקו-פליאטיבי משולב) מזה שנים רבות. בשישה בתי חולים אין תקנים פליאטיביים למרות מודעותם לחשיבות הנושא. זאת ועוד, קיימים הבדלים גדולים מאוד בין בתי החולים, עד שכמעט אין שירות אחד דומה למשנהו. כך, למשל, בחלק מבתי החולים שירות הייעוץ הפליאטיבי מיועד רק ללוקים בסרטן ממושט, אך לא לכל המאושפזים בבית החולים הזקוקים להם.

בשנים האחרונות הטיפול הפליאטיבי התרחב, ונוסף על מניעת סימפטומים ואיזונים הוא עוסק גם בסיוע לרופאי משפחה ולמטפלים ראשוניים, לחולים ולבני משפחתם בתהליכי קבלת החלטות לגבי הטיפול, בסיוע בהתמודדות עם דילמות טיפוליות ואתיות, בתיאום ציפיות מהטיפול ובבחירת העדפות טיפוליות, וכן בתיאום בין גורמי טיפול שונים ושמירה על רצף הטיפול. כיום, בישראל, רוב הייעוץ בבתי החולים מתמקד בעיקר בטיפול בסימפטומים ובתמיכה בבני משפחה, ואינו נוגע בנושאים אחרים. אחת הסיבות לכך, לדברי רופאים ואחיות כאחד, היא, שאחיות אינן יכולות לתת מענה לכך וכמעט אין רופאים שעוסקים בכך.



בצד הפיתוח, כל בתי החולים דיווחו על קשיים ועל חסמים רבים לפיתוח ולשיפור השירותים הפליאטיביים. לאור זאת נראה, שיש צורך בפעולות משמעותיות לקידום הנושא, חלקן כרוכות בתשומות תקציביות וחלקן לא. הפעולות העיקריות הדרושות הן:

- ◆ להגדיר בחוזר מנכ"ל את הדרישות המפורטות משירות פליאטיבי בבית חולים ואת המקצועות והיקף כוח האדם הנדרשים.
- ◆ לתת לבתי חולים תקציב לכוח אדם ייעודי לשירותים האלה, משום שחלקם אינם יכולים לעמוד בעלויות הכרוכות בכך, בעיקר בתי חולים קטנים ובינוניים שגמישותם בהקצאת כוח אדם למשימות מיוחדות קטנה מזו של בתי חולים גדולים.
- ◆ להתמודד עם המחסור ברופאים ובאחיות מומחים בתחום ולפתח תמריצים לרופאים שיבחרו להתפתח בתחום הזה.
- ◆ להביא לידיעת קובעי המדיניות והמנהלים ולחזור ולהדגיש בפניהם שלא זו בלבד שהטיפול הפליאטיבי מגביר את איכות הטיפול הוא גם עשוי לחסוך משאבים.
- ◆ להגביר את הידע וההבנה של אנשי הצוות, בעיקר של רופאים, בנושא הגישה הפליאטיבית והנחיות הטיפול המקדימות. לשם כך צריך לפתח לומדה ייעודית ולחייב את כל אנשי הצוות בבית החולים להפעילה, בדומה ללומדות של זיהומים, של מתן דם או של נפילות. מלבד זאת, ראוי לשאוף לכך שכל הצוות הבכיר בבית החולים, בעיקר רופאים ואחיות, ישתתף פעם אחת לפחות בהשתלמות פליאטיבית או בסדנת מס"ר. במקומות שבהם מפנים חולים לשירותים הפליאטיביים יש צורך לחנך אותם להפנות בשלב הרבה יותר מוקדם מהנהוג בקרבם כיום.
- ◆ להוסיף לגיליון הרפואי הממוחשב שדות וקישור ייעודי לנושאים המתייחסים להעדפות טיפוליות ולהנחיות טיפוליות מקדימות, לאיזון סימפטומים ולרכיבים פליאטיביים אחרים שיאפשרו המשכיות ורציפות טיפול במעבר בין מטפלים, בין מחלקות ובין מוסדות.
- ◆ להכניס למבדקים לחידוש רשיון בתי חולים ומרכזים רפואיים גריאטריים רכיבים על טיפול פליאטיבי, כגון: היקף כוח אדם ייעודי לנושא; פרטים על חולים שקיבלו טיפול ושאלות רלוונטיות אחרות. זאת, לאור ההתרשמות שלפיה מבדק העמיתים שנערך בנושא בשנה האחרונה המריץ את בתי החולים לפתח שירותים ונהלי עבודה בתחום.
- ◆ לפתח 'מסלול ירוק' בחדר מיון וקוד במחשב בית החולים, כדי לאפשר לחולים במצבי סוף החיים להתקבל לבית חולים ישירות וללא התהליכים הנהוגים במיון.

לסיכום, על אף הפיתוח והתמורות שהתרחשו בשירותים הפליאטיביים בבתי החולים הכלליים בעקבות חוזר המנכ"ל משנת 2009, עדיין קיימים פערים גדולים בין הרצוי לבין המצוי.

Albanese, T.H.; Radwany, S.M.; Mason, H.; Gayomali, C.; Dieter, K. 2013. "Assessing the Financial Impact of an Inpatient Acute Palliative Care Unit in a Tertiary Care Teaching Hospital". **Journal of Palliative Medicine** 16(3):289-294.

Aapro, M.S. 2012. "Supportive Care and Palliative Care: A Time for Unity in Diversity". **Ann Oncol** 23(8):1932-1934.

Back, A.L.; Arnold, R.M. ; Baile, W.F.; Tulsky, J.A.; Fryer-Edwards, K. 2005. "Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology". **CA Cancer J Clin** 55(3):164–177.

Becker, G.; Sarhatlic, R.; Olszewski, M.; Xander, C. 2007. "End-of-Life Care in Hospital: Current Practice and Potentials for Improvement". **Journal of Pain and Symptom Management** 33(6):711-719.

Bandieri, E.; Sichetti, D.; Romero, M. 2011. "Association Between a Name Change from Palliative to Supportive Care and the Timing of Patient Referrals at a Comprehensive Cancer Center". **Oncologist** 16:105-111.

Bentur, N. 2008. "The Attitudes of Physicians Toward the New 'Dying Patient Act' Enacted in Israel". **American Journal of Hospice and Palliative Medicine** 25:361-365

Bentur, N; Emanuel, L.; Cherney, N. 2012. "Progress in Palliative Care Services in Israel: Comparative Mapping and Next Steps". submitted to **Israel Journal of Health Policy Research** 1:9

Broad, J.B.; Gott, M.; Kim, H.; Boyd, M. 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.

Buhgiar, K.; Blood, J.; Cosgrave, M. 2010. "Quality of End-of-life Care for Dementia Patients During Acute Hospital Admission: A Retrospective Study in Ireland". **General Hospital Psychiatry** 32(2):141-146.

Ciemins, E.L.; Blum, L.; Nunley, M.; Lasher, A.; Newman, J.M. 2007. "The Economic and Clinical Impact of an Inpatient Palliative Care Consultation Service: a Multifaceted Approach". **J Palliat Med** 10(6):1347-1355.

Cherny, N.I. 2011. "On Behalf of the Palliative Care Working Group of the European Society for Medical Oncology, Factors Influencing the Attitudes and Behaviors of Oncologists Regarding the Truthful Disclosure of Information to Patients with Advanced and Incurable Cancer". **Psycho-Oncology** 20:1269-1284.

- Cherny, N.I. 2009. "Stigma Associated with 'Palliative Care'". **Cancer** 115:1808–1812.
- Cherny, N.I. 2001. "Integrating Palliative Care in Oncology". **Cancer Control** 8(1):32-35
- Casarett, D.J.; Quill, T.E. 2007. "'I'm Not Ready for Hospice': Strategies for Timely and Effective Hospice Discussions". **Ann Intern Med** 146(6): 443-449.
- Colman, R.B.; Curtis, J.R.; Nelson, J.E, Efferen, L. 2012. "Barriers to Optimal Palliative Care of Lung Transplant Candidate". **Chest** 23(2): 382-387
- Fadul, N; Elsayem, A.; Palmer, J.L. 2007. "Predictors of Access to Palliative Care Services Among Patients Who Died at a Comprehensive Cancer Center". **J Palliat Med** 10: 1146-1152.
- Flory, J.; Young-Xu Y.; Guro, I.; Levinsky, N.; Ash, A.; Emanuel, E. 2004. "Place of Death: U.S. Trends Since 1980". **Health Aff** 23(3): 194-200
- 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.
- Goldsmith, B.; Dietrich, J.; Du, Q.; Morrison, R.S. 2008. "Variability in Access to Hospital Palliative Care in the United States". **Journal of Palliative Medicine** 11(8): 1094-1102.
- Higginson, I.J.; Finlay, I.; Goodwin, D.M.; Cook, A.M. 2002. "Do Hospital-Based Palliative Teams Improve Care For Patients or Families at the End of Life?". **J Pain Symptom Manage** 23(2):96-106.
- Johnson, C.; Girgis, A.; Paul, C.; Currow, D.C.; Adams, J.; Aranda, S. 2011. "Australian Palliative Care Providers Perceptions and Experiences of the Barriers and Facilitators to Palliative Care Provision". **Supportive Care in Cancer** 19(3):343-351.
- Lynch, T.; Clark, D.; Centeno, C.; Rocafort, J. 2009. "Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States". **Journal of Pain and Symptom Management** 37(3):305
- Lynn, J. 2001. "Perspectives on Care at the Close of Life. Serving Patients Who May Die Soon and their Families: the Role of Hospice and Other Services". **JAMA** 285(7): 925-932
- Meier, D.E. 2006. "Palliative Care in Hospitals". **J Hosp Med** 1:21–28.
- Morrison, R.S.; Meier, D.E. 2004. "Clinical Practice: Palliative Care". **N Engl J Med** 350(25): 2582-2590.
- Morrison, S.R.; Penrod, J.D.; Cassel, J.B.; Caust-Ellenbogen, M. Litke, A. 2008. "Cost Savings Associated With US Hospital Palliative Care Consultation Programs". **Arch Intern Med.** 168(16):1783-1790.

Morrison, S.R.; Dietrich, J.; Ladwig, S.; Quill, T.; Sacco, J. 2011. "Palliative Care Consultation Teams Cut Hospital Costs For Medicaid Beneficiaries". **Health Aff** 30(3):454-63.

O'Mahony, S.; Blank, A.E.; Zallman, L.; Selwyn, P.A. 2005. "The Benefits of a Hospital-Based Inpatient Palliative Care Consultation Service: Preliminary Outcome Data". **J Palliat Med** 8(5): 1033-1039.

Ostgathe, C.; Alt-Epping, B.; Golla, H.; Gaertner, J. 2011. "Non-Cancer Patients in Specialized Palliative Care in Germany: What are the Problems?" **Palliat Med** 25(2): 148-152

Pantilat, S.Z.; Kerr, K.M.; Billings, J.A.; Bruon, K.A.; O'Riordan, D.L. 2012. "Palliative Care Services in California Hospitals: Program Prevalence and Hospital Characteristics". **J Pain Symptom Manage** 43(1): 39-46.

Parikh, P; Brokaw, F.C.; Saggat, S; Graves, L; Balan, S; Li, X.; Tosteson, T.D.; Bakitas, M. 2012. "Has There Been Any Progress in Improving the Quality of Hospitalised Death? Replication of a US Chart Audit Study". **BMJ Support Palliat Care** 2:17-23

Sangeeta-Lamba, S.; Nagurka, R.; Zielinski, A.; Scott, S.R. 2013. "Palliative Care Provision in the Emergency Department: Barriers Reported by Emergency Physicians". 2013.. **Journal of Palliative Medicine** 16(2): 143-147.

Smith, T.J.; Coyne, P.; Cassel, B.; Penberthy, L.; Hopson, A.; Hager, M.A. 2003. "A High-Volume Specialist Palliative Care Unit and Team May Reduce in-Hospital End-of-Life Care Costs". **J Palliat Med** 6(5): 699-705.

Temel, J.S.; Greer, J.A.; Muzikansky, A.; Gallagher, E.R. 2010. "Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer". **NEJM** 363:733-42.

Teno, J.M.; Lynn, J.; Wenger, N.; Phillips, R.S.; Murphy, D.P.; Connors, A.F. 1997. "Advance Directives for Seriously Ill Hospitalized Patients: Effectiveness with the Patient Self Determination Act and the SUPPORT Intervention. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment". **Journal of American Geriatric Society** 45:500-507.

Teno, J.M.; Clarridge, B.R.; Casey, V. 2004. "Family Perspectives on End-of-Life Care at the Last Place of Care". **JAMA** 291(1): 88- 93.

To, T.M; Greene, A.G.; Agar, M.R.; Currow, D.C. 2011. "A Point Prevalence Survey of Hospital Inpatients to Define the Proportion with Palliation as the Primary Goal of Care and the Need for Specialist Palliative Care". **Internal Medicine Journal** 41: 430-433.

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.

The Dartmouth Atlas of Health Care. <http://www.dartmouthatlas.org/data/table.aspx?ind=15>

The SUPPORT Principal Investigators: A Controlled Trial to Improve Care For Seriously Ill Hospitalized Patients: The Study To Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. 1995. **The Journal of the American Medical Association** 274:1591-1598.

Sachs, G.A.; Shega, J.W.; Cox-Hayley, D. 2004. "Barriers to Excellent End-of-life Care for Patients with Dementia". **J Gen Intern Med** 19(10):1057–1063.

Shvartzman, P.; Singer, Y.; Bentur, N.; Aaberman, A.; Kabilo, Y. 2011. "Constructing a Post-Graduate Palliative Care Curriculum: The Israeli National Palliative Care Training (INPACT) Experience". **J Palliative Care** 27(3):238-43.

Weissman, D.E.; Meier, D.E. 2011. "Identifying Patients in Need of a Palliative Care Assessment in the Hospital Setting a Consensus Report from the Center to Advance Palliative Care". **Journal of Palliative Medicine** 14(1): 17-23.

Weissman, D.E.; Morrison, R.S.; Meier, D.E. 2010. "Center to Advance Palliative Care Palliative Care Clinical Care and Customer Satisfaction Metrics Consensus Recommendations". **J Palliat Med** 13(2):179-184.

Weissman D.E.; Meier, D.E. 2008. "Operational Features for Hospital Palliative Care Programs: Consensus Recommendations". **J Palliat Med** 11:1189-1194.

Walsh, D.; Rybicki, L. 2006. "Symptom Clustering in Advanced Cancer". **Supportive Care in Cancer** 14(8): 831-836

WHO 2004: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/98418/E82931.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf)