

# גובה הכנפיים כגובה החלום: תהליך הקמת שירות לרפואה פליאטיבית בבית חולים כללי

"פרפר בן יום שאל פרפר בן יומיים  
עד איזה גובה עפות הכנפיים?  
ענה פרפר בן יומיים לפרפר בן יום:  
גובה הכנפיים כגובה החלום"

(דתיה בן דור)

קציעה כהן, ד"ר אהוד פז

אך עדיין היקף השירותים אינו נותן מענה למספר הנזקקים לו ההולך וגדל. מאמר זה יתאר את תהליך הקמתו של שירות לרפואה פליאטיבית במרכז רפואי אקוטי, בבית חולים בצפון מזרח המדינה. יוצגו אבני דרך מרכזיות וחלק מהכלים המשמשים את צוות השירות הפליאטיבי בהטמעת הגישה, ולבסוף יוצגו תוצאים והמלצות, שנרכשו מניסיון של שנתיים ראשונות לפעילותו של השירות.

רפואה פליאטיבית הינה התמחות רפואית, העוסקת בשיפור איכות חייהם של חולים הסובלים ממחלות חשוכות מרפא, במטרה לתת מענה לצרכיהם הפיזיים, הרגשיים, החברתיים והרוחניים בכל שלב של המחלה, ובפרט לקראת סוף החיים. שירותים פליאטיביים התפתחו לראשונה באירופה ובארצות הברית לפני כשלושים שנה, והתרחבו בעשור האחרון. במקביל למתרחש בעולם, גם בישראל חלה התעוררות ציבורית וחוקית בנושא בעשור זה,

## רקע

התפתחות טכנולוגיות, תרופות וטיפולים רפואיים במאה העשרים הביאו להארכת החיים, לעיתים על חשבון פגיעה באיכותם. מערכת הבריאות המודרנית מתמודדת עם חולים במחלות כרוניות חשוכות מרפא המתאפיינות בהידרדרות הדרגתית, לעיתים מהירה ולעיתים לאורך שנים ואשר ברובן כרוכות בסבל פיזי, רגשי, חברתי ורוחני, לחולה ולסובבים אותו. כפי העולה ממחקרים, נראה שקרוב ל- 50% מהחולים עם מחלות מתקדמות סובלים מריבוי תסמינים המחמירים

קציעה כהן, RN, MSc - אחות מתאמת, השירות לרפואה פליאטיבית, מרכז רפואי העמק, עפולה. Kzia1971@gmail.com

ד"ר אהוד פז, MD, מומחה ברפואה פנימית ובטיפול נמרץ כללי, מנהל השירות לרפואה פליאטיבית, מרכז רפואי העמק, עפולה. Ehud.paz@gmail.com

זה את זה, שאינם קשורים ישירות למחלתם הבסיסית (Kelley & Morrison, 2015; Tranmer et al., 2003). בשל כך החודשים האחרונים לחיים מאופיינים בפניות תכופות לחדרי מיון ובאשפוזים חוזרים, עד לסיומם במחלקות אשפוז אקוטיות וביחידות לטיפול נמרץ, בסביבה שאינה מותאמת לצרכיהם, תוך כדי קבלת טיפולים קשים ויקרים, לעיתים חסרי תוחלת (Meier, 2014), שלא רק שאינם מקלים על הסבל אלא הופכים מקור לסבל חדש.

בשנות השבעים התפתחה תנועת ההוספיס המודרנית בהובלתה של Cicely Saunders, שהביאה לשינוי תודעתי בגישת הטיפול בחולים בסוף החיים. בתחילת שנות האלפיים התפתחה הרפואה הפליאטיבית, שהרחיבה את קהל היעד לחולים עם מגוון מחלות חשוכות מרפא ובשלבם מוקדמים יותר של המחלה. יעדיה העיקריים הם: איזון סימפטומים והגדרת יעדי טיפול, במטרה להתאים את ההחלטות הטיפוליות לעמדות ורצונות החולה ולהקל

פליאטיבית או מיטות ייעודיות, ובנוסף אליהן גם מרפאה פליאטיבית אמבולטורית. הצוותים הפליאטיביים מורכבים מאנשי מקצוע מתחום הרפואה, הסיעוד והתמיכה הרגשית, לרוב עבודה סוציאלית. איתם משולבים מקצועות פרה רפואיים נוספים כגון פיזיותרפיה, תזונה, ריפוי בעיסוק, רפואה משלימה, מלווים רוחניים ועוד (Kelley & Morrison, 2015).

לפני שנים עשרה שנים פרסמו בביטאון זה רבקה גולן ועליזה יפה, שתי אחיות ותיקות ומנוסות בתחום האונקולוגיה מאמר שכותרתו "טיפול תומך בבי"ח כללי - משימה קשה אך אפשרית" (גולן ויפה, 2003). מאמרם המקיף היווה אבן יסוד ומקור השראה לבחירת דרכה המקצועית של כותבת מאמר זה, המתאר את תהליך הקמתו של שירות ייעוץ פליאטיבי בבית חולים אקוטי בישראל.

### מרכז רפואי העמק

מרכז רפואי העמק הינו בית חולים אקדמי שניוני בצפון מזרח ישראל, המשרת אוכלוסייה של חצי מיליון איש. במרכז הרפואי 537 מיטות אשפוז הנפרסות על פני חמש מחלקות פנימיות, שתי מחלקות כירורגיות, אורולוגיה, אורתופדיה, שיקום, גינקולוגיה, שתי מחלקות ילדים, יחידת טיפול נמרץ נשימתי וטיפול נמרץ לב, פגיה, יולדות, ומחלקה לבריאות הנפש. מרפאות החוץ מטפלות בכאלף ביקורים ליום, ובמכונים להמטולוגיה, אונקולוגיה ונפרולוגיה מטופלים כ- 4700 חולים פעילים. בשנת 2014 שירת צוות המחלקה לרפואה דחופה 135,000 פניות.

### תהליך הקמת השירות הפליאטיבי

#### בבית חולים העמק

בשנת 2009 הוקמה ועדת היגוי מוסדית ליישום חוק החולה הנוטה למות, שעיקר המלצותיה היו להקים שירות פליאטיבי במתכונת של יחידה יועצת. אף שלא מונה צוות רשמי, נעשו נסיונות מגוונים להתנעת התהליך, בהצלחה חלקית, שכללו התנסות בייעוץ באופן לא רשמי על בסיס היכרות אישית, וביקור בחלק מהשירותים הפליאטיביים שהיו קיימים אז בבתי החולים בישראל. המפנה המשמעותי חל בשנת 2012, לאחר שכותבי המאמר, רופא ואחות, השתתפו בכנס השנתי של ארגון ה- CAPC - Center to Advance Palliative Care, שהינו הארגון המוביל בארצות-הברית בהקמת שירותים פליאטיביים. הכנס חשף עולם ידע ותשתית ארגונית עתירת ניסיון, בהקמה ותחזוקה של שירותים פליאטיביים במודלים מגוונים. חומרי הלימוד ומקורות הידע שנרכשו בכנס, היוו מקור

על סבלו (www.capc.org). הרפואה הפליאטיבית אינה עוסקת בהארכה או בקיצור החיים, אלא מתמקדת בשיפור איכותם תוך מתן מענה למגוון הצרכים של החולה ומשפחתו, במטרה לאפשר חיים עם כבוד, איכות ומשמעות לאורך המחלה בכלל, ובסוף החיים בפרט.

חוק החולה הנוטה למות, שנחקק בישראל בשנת 2006, מעגן את החובה להעניק טיפול מקל לקראת סוף החיים (מדינת ישראל, 2005), וחוזר מנכ"ל שיצא שלוש שנים לאחר מכן, חייב את כל שירותי הבריאות להעניק טיפול פליאטיבי והגדיר מי הם המטופלים הזכאים לו (משרד הבריאות, 2009). חולי הסרטן בשלבים שונים של המחלה מופיעים בראש הרשימה, אך רשימת הזכאים לטיפול מקל כוללת מגוון רחב של מחלות נוספות: אי ספיקת לב, מחלות ריאה כרוניות, אי ספיקת כבד, אי ספיקת כליות בשלבים מתקדמים, מחלות נוירולוגיות ועוד. בשנת 2009 הוכר הטיפול התומך כמומחיות הקלינית הראשונה בסיעוד. הוגדרה קבוצת אחיות וותיקות בתחום שהוכרה כ"אבות המקצוע" (חוזר מנהל הסיעוד, 2009) ובשנת 2012 נפתחה תכנית הכשרה ראשונה. מאז לא התקיימה הכשרה נוספת, ואף שההתמחות ברפואה פליאטיבית הוכרה כתת-התמחות ברפואה בשנת 2013, טרם סוכם על מבחן הסמכה. אלו הן חלק מהסיבות לקושי בהטמעת גישת הטיפול הפליאטיבי בישראל. על-פי אטלס ארגון הבריאות העולמי (WPCA, 2014) מצב השירותים הפליאטיביים בישראל מדורג כשלב 4a, שמשמעותו: קיימת פעילות פרואקטיבית לקידום הנושא הפליאטיבי, אופיאטים נגישים, ורמות השירות מגוונות ומשתנות ממקום למקום. ההכשרה מתבצעת במנעד רחב ועל-ידי ארגונים שונים, הפעילות נובעת מהשטח ועדיין לא קיימת מדיניות לאומית.

הקמת שירותים פליאטיביים הינה תהליך ממושך, הדורש שינוי תרבותי וארגוני במערכת הבריאות. את החולים הנזקקים לטיפול פליאטיבי ניתן למצוא בקהילה, במוסדות לאשפוז ממושך, ובבתי חולים אקוטיים. המודלים הקיימים בעולם למתן טיפול פליאטיבי כוללים הוספיס אשפוזי, הוספיס בית, מחלקות סיעוד מורכב המתמחות בתחום, מיטות ייעודיות בבתי חולים אקוטיים ועוד. הטיפול הפליאטיבי במסגרת בתי החולים האקוטיים עומד בפני אתגרים ייחודיים, הכוללים ציפיות לא ריאליות של החולה ומשפחתו בשל תפיסת בית החולים כמקום בעל טכנולוגיות ריפוי אינסופיות, סביבה פיזית לא מותאמת, חוסר ידע של צוותים בטיפול בסוף החיים, חסר במיומנויות תקשורת, מחסור בכוח אדם, חשש מתביעות, משך אשפוז קצר ועוד (Al-Qurainy, Collis & Feuer, 2009). המודל הבסיסי המקובל והנפוץ בעולם לשירותים פליאטיביים בבתי חולים כלליים, הוא מודל של צוות יועץ רב מקצועי. במרכזים רפואיים גדולים ומפותחים קיימות יחידת אשפוז

טבלה 1: הקמת שירות לטיפול תומך: אבני דרך

תאריך יעד	מי אחראי	פעולות לביצוע	מפרט	אבני דרך
			זיהוי צרכים: <ul style="list-style-type: none"> <li>• מטופלים/משפחות</li> <li>• צוותים</li> <li>• הנהלה</li> </ul>	אומדן צרכים What's broken?
			המערך הפליאטיבי משולב במבני השירות של המוסד ובהתאמה ליעדים ולתוכנית האסטרטגית שלו. בחירת מודל: <ul style="list-style-type: none"> <li>• שירות יועץ למאושפזים</li> <li>• מרפאה אמבולטורית</li> <li>• יחידת אשפוז פליאטיבית/ מיטות ייעודיות במחלקה קיימת/ מחלקת הוספיס</li> </ul>	מבנה המערך ודגם השירות
			הגדרת קהל היעד של השירות: <ul style="list-style-type: none"> <li>• צוותי ביה"ח</li> <li>• מטופלים ומשפחותיהם</li> <li>• הסדרת קריטריונים לזימון יועץ</li> </ul>	קהל היעד
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• צוות בסיסי: רופא ואחות</li> <li>• לשאוף להכשרה והסמכה של שניהם.</li> <li>• צוות רב מקצועי: פסיכולוג, עו"ס המוכשרים בתחום הפליאטיבי</li> <li>• מזכירות</li> <li>• הגדרת תפקיד לכל חברי צוות השירות</li> </ul>	הרכב הצוות
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• הסדרת אופן ההפניה/זימון</li> <li>• משך ההמתנה המקסימלי</li> <li>• זמינות טלפונית</li> </ul>	זמינות השירות
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• מדדי ביצוע (Operational metrics)</li> <li>• מדדים קליניים (Clinical metrics)</li> <li>• מדדי שירות (Customer metrics)</li> <li>• מדדים כלכליים (Financial metrics)</li> </ul>	בחירת מדדי איכות Measures
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• כתיבת מדיניות טיפול בחולים בסוף החיים</li> <li>• מדיניות השירות הפליאטיבי</li> <li>• קווים מנחים לאיזון תסמינים</li> <li>• קידום החתמת ייפוי כוח רפואי</li> <li>• יישום חוק החולה הנוטה למות</li> </ul>	מדיניות
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• הנהלה</li> <li>• צוות רפואי</li> <li>• משפחות ומטופלים</li> </ul>	שיווק
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• הכשרת צוותים בשלוש רמות:</li> <li>• הכשרה בסיסית</li> <li>• נאמני תחום</li> <li>• מומחים</li> </ul>	הכשרה
			תכנית ליווי / תמיכה במשפחות לאחר פטירה	תמיכה באבל
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• מדיניות או תהליכים שמטרתם להגדיר כיצד תתבצע התקשורת לשימור רצף הטיפול:</li> <li>• בין גורמים מטפלים בתוך בית החולים</li> <li>• עם גורמים מטפלים בקהילה</li> </ul>	רצף טיפול
			מדיניות או תהליכים לשימור הרווחה של צוות היחידה	רווחה של מטפלים
				מחקר
			גיוס מימון להרחבת השירות ופיתוחו	קיימות
				התאמת השירות לקבלת תו תקן של JCI

מבוסס על: Manni-Fogelman & Bakitas, 2015; Weissman & Meier, 2008

# ALIMTA® pemetrexed



ALIMTA®  
pemetrexed



## Establish survival

## Maintain control

- ▲ ALIMTA / cisplatin is the first line choice that can benefit a wide range of nonsquamous NSCLC patients (1,2,3)
- ▲ ALIMTA/cisplatin followed by ALIMTA provides extended OS benefits for nonsquamous NSCLC patients:
  - 16.9 month median survival from induction
  - 32% 2 years survival (3,4,5)

למידע מלא נא עיין בעלון לרופא כפי שאושר ע"י משרד הבריאות

#### References:

1. Scagliotti GV, et al. J Clin Oncol 2008;26:3543-3551 2. Scagliotti G, et al. Oncologist. 2009; 14:253-263 3. Alimta PPL approved 23.07.12 4. Paz-Ares L, et al. Oral abstract presented at: American Society of Clinical Oncology Annual Meeting; June 1-5,2012; Chicago, IL. Abstract LBA7507. 5. Paz-Ares L, et al. Lancet Oncol. 2012;13:247-255

Therapeutic indications: Malignant pleural mesothelioma. ALIMTA in combination with cisplatin is indicated for the treatment of patients with malignant pleural mesothelioma whose disease is unresectable or who are otherwise not candidates for curative surgery. Non-small cell lung cancer: ALIMTA in combination with cisplatin is indicated for the first line treatment of patients with locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer other than predominantly squamous cell histology. ALIMTA is indicated as monotherapy for the maintenance treatment of locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer other than predominantly squamous cell histology in patients whose disease has not progressed immediately following platinum-based chemotherapy.

ALIMTA is indicated as monotherapy for the second line treatment of patients with locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer other than predominantly squamous cell histology.

Manufacturer: Lilly France, S.A.S F-67640 Fegersheim, France  
Licence Holder: Eli Lilly Israel Ltd., POB 2160 Herzelia Pituach 46120 Israel

*Lilly*

ONCOLOGY

לצוותי מחלקות ויחידות בית החולים, קידום מדיניות ארגונית לטיפול במחלות מתקדמות וסוף חיים, ומהווה משאב לידיע והכשרה של צוותי בית החולים בעקרונות הרפואה הפליאטיבית, תוך מתן כלים בסיסיים לטיפול.

תכנית העבודה והפיתוח של השירות, התבססה בתחילתה ומתבססת גם כיום, על המטריצה האמריקאית להקמת שירותים פליאטיביים, עם שינויים ותוספות מקומיות בהתאמה למבנה הארגוני בישראל (טבלה 1). בנוגע לכל אחד מאבני הדרך המופיעים בטבלה, מתקיימים דיון וסיעור מוחות כיצד ליישמו, ובסופם נבחרת אסטרטגיה המפורטת למשימות אופרטיביות ונקבעים תאריכי יעד. המטלות מחולקות, וצוות השירות נפגש על בסיס קבוע לדיווח הדדי ולעדכון בהתקדמות.

במסגרת מאמר זה נדגים את תהליך העבודה, באמצעות אבני דרך נבחרות מתוך טבלה 1.

### אומדן צרכים: שאלת ה- WHAT'S BROKEN?

הנחת היסוד היא, שלגורמים שונים בבית החולים ציפיות שונות מהשירות הפליאטיבי. השלב הראשון בתכנית העבודה הינו מיפוי הצרכים של הלוקוחות הפוטנציאליים: מטופלים, בני משפחה, צוותים רפואיים והנהלה, באמצעות ניסיון להיכנס לנקודת מבטם ולשאול מה מפריע, או מה "כואב" להם, בטיפול בחולים לקראת סוף החיים? שאלה זו מהווה אבן יסוד, ואליה יש לשוב לפני כל צעד בהטמעת השירות. בכדי לרתום צוותים להטמעת גישת טיפול חדשה ולשינוי שגרת עבודה, לא די בסיפוק צרכי החולים, אלא יש לוודא שהתכנית נותנת מענה גם למצוקות הצוות. באותה המידה, לא די שהצוותים יהיו מרוצים, אלא יש לוודא שהפעילות עולה בקנה אחד עם יעדי ההנהלה. הצבת השאלה What's Broken הינה אבן יסוד מרכזית בקביעת

השראה ונקודת התחלה לתוכנית עבודה מסודרת להקמת השירות. בינואר 2014, בסיוע האגודה למלחמה בסרטן, הוקם באופן רשמי השירות לרפואה פליאטיבית במרכז רפואי העמק. כותבי המאמר, מונו באופן רשמי כצוות השירות, בהיקף משרה חלקי. במהלך שנה זו זכה צוות השירות בביקור מקצועי במוסדות הבריאות בפייטסבורג, בתמיכתה של קרן הבריאות היהודית בפייטסבורג (- JHF Jewish Healthcare Foundation) ובהשתלמות בקורס הכשרה פרטני, שהתמקד בצדדים הארגוניים של הקמת שירות פליאטיבי בבית חולים כללי. לקורס קדמה עבודת הכנה, שכללה מטלות מגוונות ששימשו את מעבירי היחידות הלימודיות, במטרה להתאים את התכנים לצרכי בית החולים ומערכת הבריאות הישראלית (השונה מהותית ממערכת הבריאות האמריקאית). דוגמאות לנושאים שנידונו בקורס: מרכיבי השירות לטיפול תומך - מה הכרחי, מה רצוי, אומנות התכנון האסטרטגי, תעדוף, זיהוי הזדמנויות בסביבה עם משאבים מצומצמים, עבודת צוות רב מקצועי; צוות יועץ - כללי התנהגות, דינמיקה ובניית מערכת קשרים עם צוותים מפנים, מדדי איכות ועוד. ביום האחרון נכתבה טיוטת תכנית עבודה שנתית ונקבעו מועדי שיחות טלפוניות להמשך חניכת המומחים, עד לתום שנת הפעילות הראשונה. הקורס התקיים בריצ'מונד וירג'יניה, במרכז הרפואי VCU - Massey Cancer Center, אחד מתוך שמונה מרכזי ההכשרה של ארגון ה- CAPC בארצות הברית. בבסיס תכנית העבודה של השירותים הפליאטיביים בעולם עומדת תפיסה ארגונית, הרואה את השירות הפליאטיבי כיחידה עצמאית הכפופה ישירות להנהלת בית החולים. היחידה כוללת אנשי צוות מומחים ממגוון הסקטורים המטפלים, מנהלה ומזכירות. יחידה זו עוסקת במתן שירות ישיר לחולים ובני משפחותיהם, ייעוץ

טבלה 2: מיפוי צרכים

חולים	צוות רפואי	הנהלה
<ul style="list-style-type: none"> <li>איזון סימפטומים</li> <li>שליטה: מעורבות פעילה בקבלת החלטות</li> <li>תקשורת כנה עם הצוות המטפל</li> <li>מוכנות לשוחח על המוות</li> <li>הימנעות משימוש מוגזם בטכנולוגיה רפואית</li> <li>קיצור הליכים בירוקרטיים</li> <li>רצף טיפול בתוך ביה"ח ומול הקהילה</li> <li>זיהוי צרכים פליאטיביים בזמן</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מחסור בכוח אדם</li> <li>סיוע בהגדרת יעדי טיפול</li> <li>סיוע בהתמודדות עם קונפליקטים (בצוות ומול המשפחות)</li> <li>סיוע באיזון סימפטומים</li> <li>שיפור מיומנויות וידע קליני</li> <li>תיאום בין מטפלים/ דיסציפלינות</li> <li>מניעת אשפוזים חוזרים</li> <li>היעדר צוות ייעודי</li> <li>הכשרה</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מניעת אשפוזים חוזרים</li> <li>קיצור משך אשפוז</li> <li>שימוש מושכל במשאבים</li> <li>שם טוב למוסד</li> <li>קידום שיתוף פעולה עם הקהילה</li> <li>מחקר</li> <li>עמידה בדרישות החוק, יעדי הקופה, ועמידה בסטנדרטים בינלאומיים (JCI)</li> </ul>

השירות: אנשי הצוות המטפלים בחולה ומבקשים דעת מומחה בנוגע לאיזון סימפטומים, סיוע בהגדרת יעדי טיפול, ניהול קונפליקטים (בצוות, במשפחה, ובין הצוות למשפחה), מתן בשורה קשה, התאמת מסגרת טיפולית ועוד. ככל שהצוות המטפל ידע יותר, הטיפול הפליאטיבי הראשוני יהיה טוב יותר. משום כך מושקע מאמץ רב בהקניית ידע לצוותי מחלקות בית החולים. על מנת להציג את השירות הפליאטיבי לצוותים המטפלים, התקיימו שני ערבי השקה במחלקות הפיילוט אליהם הוזמנו רופאים, צוות סיעודי, כוחות עזר ועובדות סוציאליות של המחלקה. במפגשים אלו הוצגה תפיסת העולם הפליאטיבית, ובאילו תחומים יוכל השירות לסייע. מרכזי היעוץ הפליאטיבי בבית חולים כללי הם ייחודיים, ואינם דומים ליעוצים קלאסיים המוכרים מתחומי מומחיות אחרים. על כן בשלב ראשון ומקדים הוגדרה לצוותים אוכלוסיית החולים ונלמדו הקריטריונים לזיהוי מטופלים שיוכלו ליהנות ממעורבותו של השירות (Weissman & Meier, 2011). הקריטריונים לזיהוי החולים שגובשו לחטיבה הפנימית במרכז רפואי העמק הוגשו בכרטיס כיס המכונה "הכרטיס הירוק" ומוצגים בתרשים 2. בשלב הבא מתקיימת למידה מתמשכת, תוך כדי מתן הייעוצים בפועל יחד עם צוותי המחלקות, ליד מיטת החולה. אמנם, השירות הפליאטיבי הגביל עצמו תחילה לשתי מחלקות הפיילוט בלבד, אך כפי שיוצג בהמשך, ככל שהחשיפה לשירות עלתה, כך עלה הביקוש לעזרת השירות וכיום ניתנים ייעוצים גם ביתר יחידות ומחלקות בית החולים, לפי זמינות ויכולת.

יעדי השירות והטמעתם. דוגמא למיפוי צרכים שנערך במרכז רפואי העמק, ניתן למצוא בטבלה 2.

### דגם השירות והרכב הצוות

על פי החלטת הנהלת בית החולים, כוח האדם שהוקצה לשירות הוא רופא ממונה, שעובד בנוסף למשרתו המלאה ביחידה לטיפול נמרץ, אחות בחצי משרה, ואת ההיבט הסוציאלי ממלאות העובדות הסוציאליות האינטגרליות של המחלקות. כיוון שהוערך שבכוח האדם הנתון לא ניתן יהיה לספק את צרכי כל המחלקות, נבחרו שתי מחלקות שהיו פיילוט לבחינה עתידית של אסטרטגיית השירות. לאחר קבלת הסכמתם של מנהלי המחלקות והאחיות האחראיות, התחיל השירות לפעול במודל של צוות יועץ על-פי דרישה, תוך קביעת מחויבות הדדית לשיתוף פעולה בין צוות המחלקה לצוות השירות הפליאטיבי. הגדרת תפקידם של חברי הצוות הפליאטיבי נלמדה תוך כדי עבודה: תחילה על בסיס ידע קליני קודם, מיומנויות וכישורים אישיים, ובהמשך הוגדרו התפקידים באופן רשמי, בהתבסס על הניסיון שנצבר והספרות המקצועית בתחום.

תפקידה של האחיות המתאמת מובא בתרשים 1.

### קהל היעד

יעדו המרכזי והחשוב מכל של השירות, הוא לתת מענה לחולים ובני משפחותיהם, ואכן חלק ניכר מפעילותו של הצוות הפליאטיבי מתבצעת במעורבות ובמגע ישיר עם החולה ויקיריו. קהל יעד לא פחות חשוב הוא מזמין

#### תרשים 1: תפקידה של האחיות המומחית בשירות הפליאטיבי

- האחיות הפליאטיבית חברה או מובילה בצוות רב מקצועי, שמטרתו לתמוך ולאפשר למטופל ומשפחתו לקבל החלטות, על בסיס מידע עדכני ורלוונטי.
- משתמשת בידע לאומדן, לאבחון, ולניהול הטיפול בסימפטומים האופייניים לחולים אלו.
- נותנת מענה למגוון הצרכים הרגשיים, החברתיים והרוחניים של המטופלים ובני משפחותיהם.
- מבטיחה את הרצף הטיפולי, תוך שמירה על קשר בין השירות האמבולטורי ובין מחלקות האשפוז והגורמים השונים בקהילה.
- שותפה לגיבוש הנחיות טיפוליות, קביעת מדדי הערכה והרחבת גוף הידע המחקרי לטיפול תומך על בסיס ראיות.
- מקדמת עשייה סיעודית בהיותה מודל מקצועי באמצעות הנהגה, מתן ידע, ומיומנויות.
- משפיעה על מערכת הבריאות בהיותה סגור לעשייה סיעודית פליאטיבית מקצועית. משפיעה על קידום המערכת ע"י מתן טיפול איכותי, העומד בדרישות עלות תועלת, ומקדמת חשיבה מערכתית לטובת חולים במחלות מאיימות חיים, על כל רצף הטיפול.
- מייצגת את השירות ואת בית החולים בפעילותה בארגונים מקצועיים בתחום הטיפול הפליאטיבי.

(גולן ויפה, 2003; משרד הבריאות, 2009; Wieneck, 2015)

**תרשים 2:** הכרטיס הירוק - קריטריונים לזימון ייעוץ פליאטיבי

#### מתי לשקול הזמנת צוות ייעוץ?

כאשר הנך מטפל בחולה במחלה כרונית מאיימת חיים ואשר בנוסף אליה המטופל עונה על אחת מההגדרות הבאות:

- שלושה או יותר אשפוזים תוך חצי שנה.
- תסמינים פיזיים או רגשיים לא מאוזנים (כאב, בחילה, עצירות, חרדה, קוצר נשימה, אי שקט וכדומה).
- צורך בקבלת החלטות בנוגע לטיפולים מיוחדים: הזנה פולשנית, דיאליזה, סטאטוס החייה וכדומה.
- מצוקת משפחה או מטפלים.
- אשפוז ממושך ללא עדות לשיפור.

מבוסס על: Weissman & Meier, 2011

**תרשים 3:** מרכיבי הייעוץ הפליאטיבי בבי"ח כללי

1. אמדן ואיזון סמפטומים פיזיים
2. הערכת פרוגנוזה ומסירתה לחולה ומשפחתו
3. סיוע לחולה ומשפחתו בהגדרת יעדי טיפול
4. אמדן וטיפול בצרכים פסיכולוגיים ורוחניים
5. הערכת מערכת התמיכה של החולה
6. תכנית שחרור

Weissman, 1997

עקרונות הרפואה הפליאטיבית. זאת על מנת שידעו לזהות את החולים הזקוקים לטיפול פליאטיבי, ובהמשך ידעו להעניק טיפול תומך בסיסי. לשם כך נדרש השירות לבצע ייעוצים יזומים במחלקות, ללמד ולהעשיר את הצוותים בנושאים של זיהוי החולים, איזון סימפטומים, פרוגנוסטיקה, טיפול בשעות האחרונות לחיים, מיומנויות תקשורת ועוד. מטרת העל היא, שעקרונות הטיפול התומך יוטמעו כחלק משגרת הטיפול בחולים המאושפזים הנזקקים לכך, והמקרים המורכבים יוצגו ליחידה הפליאטיבית. מאז הקמתו של השירות בעמק, מתקיימים ניסיונות מגוונים להכשרת צוותים: הראשונה והחשובה היא ניצול זמן הייעוץ ללמידת עמיתים - Bed side teaching, באמצעות בקשה מהרופא, האחיות או העובדת הסוציאלית המטפלים בחולה, להצטרף כפי יכולתם למפגש עם החולה ו/או המשפחה, להקשיב לטכניקות התשואול ולמיומנויות התקשורת הבאות לידי ביטוי בשיחות המורכבות הללו, לצפות בבדיקה הגופנית ובאומדן הסימפטומים הכוללני. לאחר מכן מתקיים שיתוף בדילמות, דיון באפשרויות הטיפול המוצעות, וקבלת החלטות מתואמת בנוגע לתוכנית הטיפול, בטרם כתיבת הייעוץ. אמצעי העשרה נוסף הינו הכשרה פורמאלית: מאז הקמת השירות התקיימו כ-20 הרצאות בפורומים מקצועיים בתוך בית החולים, בפני צוותי רפואה, סיעוד, דיאטה, עבודה סוציאלית ושרותי פיזיותרפיה. בשתי מחלקות הפיילוט מתקיימות ישיבות צוות רפואי מסודרות אחת לשבועיים-שלושה, להצגת מקרים קליניים ודיון. בהתחשב בעומסי העבודה ובמגבלות התקציב, התבצעו מספר ניסיונות הכשרה לצוותי סיעוד. המודל הנוכחי הוא קיום מפגשים קצרים בני 10-15 דקות הקרויים "עשר בעשר" (עשר דקות בעשר בבוקר) תוך כדי עבודה, לצורך מתן מידע קצר וממוקד בנוגע לסימפטום, טיפול, או עיקרון מוביל ברפואה פליאטיבית. קיום המפגשים והנוכחות בהם מהווים אתגר גדול לצוות השירות ולצוות הסיעודי, ונעשים ניסיונות לבחון את

#### אופיו של הייעוץ הפליאטיבי

הטיפול הפליאטיבי מוכר בישראל, בעיקר במסגרת הוספיס בית או הוספיס אשפוזי. הוא ניתן לרוב על-ידי צוות רב מקצועי, אשר מוביל את הטיפול. במודל השירות בבתי חולים כלליים, צוות המחלקה הוא זה שמתווה דרך ומוביל את הטיפול, והשירות הפליאטיבי משמש כיועץ בלבד. הייעוץ הפליאטיבי, בשונה מיתר ייעוצי מומחים מקובלים, כולל מספר מרכיבים ייחודיים שיוזכרו כאן בקצרה (ראה תרשים 3): אמדן ואיזון סמפטומים פיזיים, הערכת פרוגנוזה ומסירתה לחולה ומשפחתו, סיוע לחולה ומשפחתו בהגדרת יעדי טיפול, אמדן וטיפול בצרכים פסיכולוגיים ורוחניים, הערכת מערכת התמיכה של החולה, ובניית תכנית שחרור (Weissman, 1997). במהותו נוגע הייעוץ הפליאטיבי בסבל של החולה ומשפחתו. הוא כרוך בבירור תפיסות עולמו ואמונותיו, גילוי פחדיו ותקוותיו וחשיפה רגשית של המטופל, ולכן, לעיתים קרובות מלווה בחשיפה רגשית גם של המטפל עצמו. בירור מידע זה הכרחי, בטרם יוצגו לחולה אפשרויות הטיפול, יתקבלו החלטות משותפות ויכתבו המלצות להמשך. מכאן, שיעוץ פליאטיבי דורש זמן רב, לעיתים מספר שיחות ומפגשים חוזרים עם בני משפחה שונים, וכרוך בדילמות ואתגרים ייחודיים בדינמיקה העדינה והמורכבת שבין יועץ למטפל.

#### הכשרה

תנאי בסיסי לשיתוף פעולה עם הצוות הפליאטיבי הוא הכרה, היכרות וידע בסיסי של הצוותים המטפלים את

הפליאטיבי יהווה גורם מקשר בין יחידות בית החולים השונות ובין בית החולים לקהילה. נוכחותן של דמויות קבועות מהשירות הפליאטיבי, מאפשרת היכרות עמוקה עם החולה ומשפחתו ובניית יחסי אמון לאורך מספר אשפוזים. השירות הפליאטיבי מהווה גורם מקשר בין ריבוי המטפלים וההמלצות ומשמש כעוגן עבור המשפחה, כמו כן מסייע גם ליתר הצוותים בשימור רצף הטיפול.

במהלך השנתיים האחרונות, קיים הצוות הפליאטיבי 13 פגישות עם גורמים מטפלים במרחב אותו משרת בית החולים, לצורך היכרות הדדית והסדרת רצף הטיפול. מתוך מפגשים אלו נבנתה מערכת תקשורת יעילה ונטולת בירוקרטיה, המאפשרת הפנייה מהירה וקלה של חולים למסגרת הוספיס בית, ולחילופין קליטה יעילה יותר של חולים מטופלי הוספיס בית במחלקה לרפואה דחופה, מתן טיפולים במסגרת אשפוז יום ומניעת אשפוזים מיותרים. כמו כן נולד "פורום שולה", שהינו פורום לאנשי מקצוע מאזור העמקים והצפון, העוסקים בטיפול בחולים עם מחלות כרוניות בשלב מתקדם ומצבים רפואיים מסכני חיים (צוותי יחידות להמשך טיפול, הוספיס בית, חלופות אשפוז ורפואת משפחה, צוותים פליאטיביים בבתי חולים באזור, וצוותי מוסדות לאשפוז ממושך). לפורום כחמישה מפגשים בשנה, אשר מטרתם העשרה מקצועית-קלינית והיכרות בין צוותים מטפלים.

יעילותם בהתחשב במשאב הזמן המצומצם העומד לרשות צוותי הסייעוד.

מרכז רפואי העמק שותף לפרויקט של מרכז הסימולציה מס"ר בתל השומר, שירותי בריאות כללית וארגונים נוספים, שחברו לפיתוח סדנה לקידום מיומנויות תקשורת באמצעות תרחישים המוצגים על-ידי שחקנים מקצועיים המדמים סיטואציות מהשטח, בהן נדרשים מטפלים להתמודד עם נושאים הקשורים לסוף החיים. חברי השירות הפליאטיבי משמשים כמנחים בסדנאות, וצוותי בית החולים שותפים כלומדים.

### רצף הטיפול

לאורך תקופת מחלתו ובעיקר בשלביה המתקדמים, נפגש החולה הסובל ממחלה חשוכת מרפא במטפלים רבים, ביניהם צוות חדר מיון, צוותים מתחלפים במחלקות אשפוז, צוות יחידת האם ורופא המשפחה, שירותי רפואה תומכים בקהילה, יועצים מומחים ועוד. באופן פראדוקסלי, ככל שגדל מספר המטפלים כך גדלה בדידותו של החולה, הזקוק לכתובת ברורה בעת מצוקה. המקרה המובא בתרשים 4 מציג חולת סרטן צעירה, שמרגע האבחון ועד לפטירתה חלפו שמונה חודשים, בהם טופלה על ידי שבעה צוותים שונים. בשל אופייה הכוללני של הגישה הפליאטיבית, הרואה את כלל מצוקותיו של החולה ואת כל הטיפולים שמקבל כיחידה אחת, טבעי שהשירות

### תרשים 4: תיאור מקרה

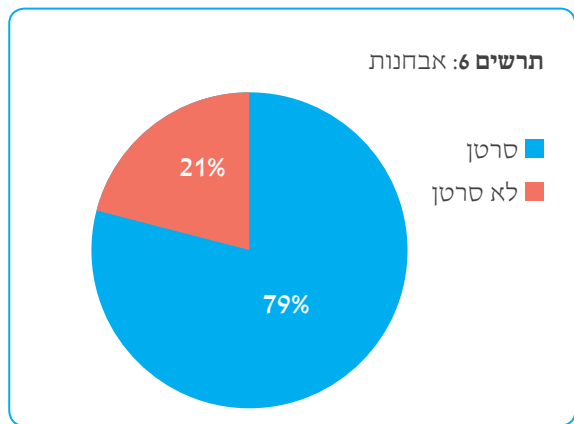
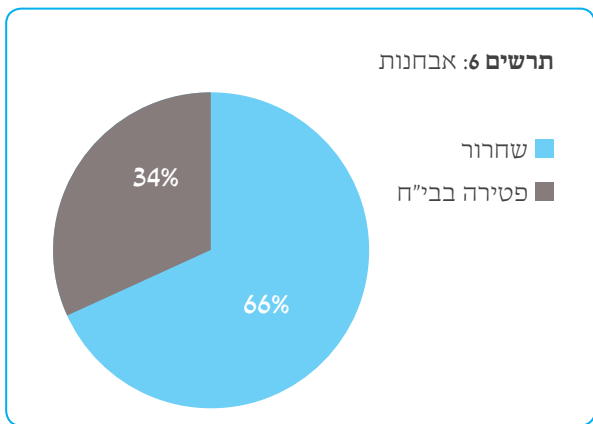
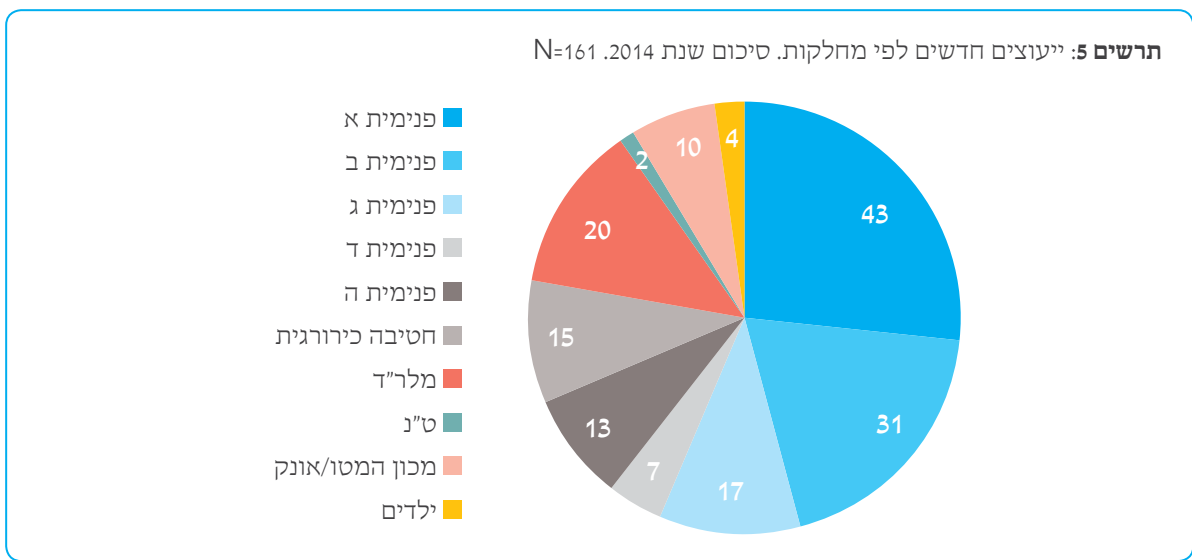
- ינואר 2014: ר', בת 42, נ+3, מתאשפזת בפנימיית ד' לבירור כאבי גב. מאובחן גידול גרורתי בקיבה.
- פברואר: טיפול כימותראפי ראשון במכון האונקולוגי
- סוף פברואר: אשפוז בפנימיית א' בעקבות פרכוס שאירע בבית.
- בשל פרוגנוזה גרועה מעורב השירות הפליאטיבי. לאחר אשפוז של שבועיים היא משוחררת לביתה עם הוספיס בית.
- מרץ: פניה למיון בשל קוצר נשימה וכאב. נוקז נזל פלאורלי ואיזון כאב. שוחררה לביתה.
- אמצע מרץ: בתיאום בין רופא הוספיס בית והשירות הפליאטיבי מופנית לניקור פלאורלי נוסף - מתבצעת הכנסת נקז פלוירקס ולמחרת משוחררת לביתה.
- אפריל: טיפול כימותראפי במכון האונקולוגי
- סוף אפריל: אשפוז דחוף במחלקה כירורגית בשל דמם מדרכי עיכול עליונות.
- בעקבות מעורבות השירות הפליאטיבי מתקבלת החלטה להקפיא בשלב זה את הטיפולים הכימותראפיים. בעלה מונה כמיופה כוחה הרפואי.
- מאי: קשר טלפוני עם בעלה של ר' ורופא הוספיס בית. נערכו מספר שינויים תרופתיים לצורך איזון כאב וחרדה. ר' מבלה ככל יכולתה בחיק המשפחה.
- תחילת אוגוסט: אשפוז בשל אי-שקט גובר. ניסיון איזון כושל, השירות הפליאטיבי מאבחן דליריום טרמינאלי עמיד, ולאחר שיחה עם בעלה של ר' מתקבלת החלטה על סדאציה פליאטיבית. ר' נפטרה לאחר יומיים בפנימיית ב'.

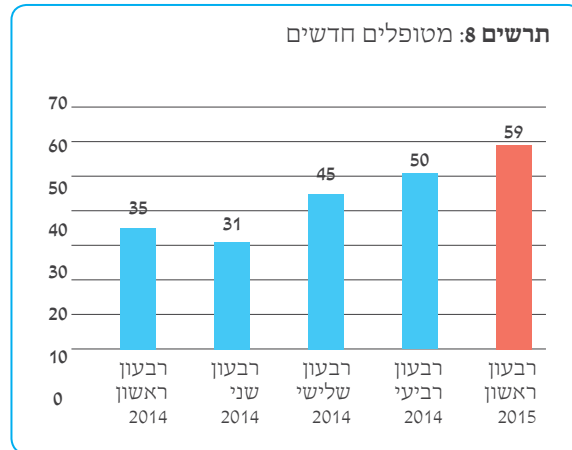
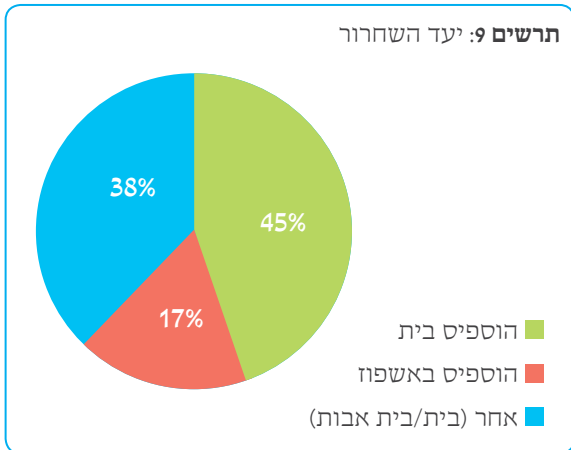


**מדדים**

השימוש במדדי איכות ברפואה נועד לצורך מעקב אחר איכות הטיפול הניתן לחולה, וכדי להציב יעדים להשגת טיפול מיטבי בסטנדרטים מקובלים. בארצות הברית ובאירופה קיימים מספר מדדים לאומיים בתחום הפליאטיבי, הנדרשים לצרכי דווח במאגר הלאומי. מדדים אלו משמשים בעיקר לצורכי מחקר, ופחות לקידום איכות הטיפול בשדה הקליני (Morss Dy et al., 2015). הרפואה הפליאטיבית מאתגרת באופן מיוחד, בשל הקושי לחקור את איכות הטיפול באוכלוסיה רגישה כל-כך, שאחד ממאפייניה הבולטים הוא הידרדרות קלינית מתמדת (De Roo, Leemans, Claessen, Cohen, Pasman, Delliens & Francke, 2013). נכון להיום, תהליך גיבוש המדדים עדיין בעיצומו וטרם נקבעו סטנדרטים בינלאומיים אחידים בנושא. בבחירת מדדים להערכת פעילות השירות בעמק, נעזרנו בהצעות של פרויקט Measuring What Matters (MWM) (Morss Dy et al., 2015) ובמדדי האיכות המומלצים על-ידי ארגון ה-CAPC (שאומצו ברובם על-ידי ארגון Joint Commission Certification). ככלל, מדדי האיכות מתייחסים לארבעה רבדים, וההמלצה היא לבחור במרכיבים המותאמים לסוג ולאופי השירות שנותן המוסד (Weissman, Meier & Sprangens, 2008). ארבעת סוגי המדדים כוללים: מדדי ביצוע הכוללים את מבנה השירות המייעץ וביצועיו (מספר ייעוצים, דמוגרפיה, אבחנות, אורך אשפוז וכדומה), מדדים קליניים המייצגים את איכות הטיפול בחולה, מדדי שביעות רצון הכוללים את שביעות רצון צוותים רפואיים משירותי הייעוץ, שביעות רצון מטופלים ו/או משפחתם, ומדדים כלכליים המתייחסים לעלות הטיפול, חסכון במשאבים וכדומה. מתחילת עבודתו הרשמית של השירות הפליאטיבי, נאספו מדדי הביצוע וחלקם יוצגו להלן. נבחרו מדדים קליניים ומדדי שביעות רצון, אך בשל מצוקת כוח אדם, בשלב זה איסופם מתבצע באופן חלקי.

השימוש במדדי איכות ברפואה נועד לצורך מעקב אחר איכות הטיפול הניתן לחולה, וכדי להציב יעדים להשגת טיפול מיטבי בסטנדרטים מקובלים. בארצות הברית ובאירופה קיימים מספר מדדים לאומיים בתחום הפליאטיבי, הנדרשים לצרכי דווח במאגר הלאומי. מדדים אלו משמשים בעיקר לצורכי מחקר, ופחות לקידום איכות הטיפול בשדה הקליני (Morss Dy et al., 2015). הרפואה הפליאטיבית מאתגרת באופן מיוחד, בשל הקושי לחקור את איכות הטיפול באוכלוסיה רגישה כל-כך, שאחד ממאפייניה הבולטים הוא הידרדרות קלינית מתמדת (De Roo, Leemans, Claessen, Cohen, Pasman, Delliens & Francke, 2013). נכון להיום, תהליך גיבוש המדדים עדיין בעיצומו וטרם נקבעו סטנדרטים בינלאומיים אחידים בנושא. בבחירת מדדים להערכת פעילות השירות בעמק, נעזרנו בהצעות של פרויקט Measuring What Matters (MWM) (Morss Dy et al., 2015) ובמדדי האיכות המומלצים על-ידי ארגון ה-CAPC (שאומצו ברובם על-ידי ארגון Joint Commission Certification). ככלל, מדדי האיכות מתייחסים לארבעה רבדים, וההמלצה היא לבחור במרכיבים המותאמים לסוג ולאופי השירות שנותן המוסד (Weissman, Meier & Sprangens, 2008). ארבעת סוגי המדדים כוללים: מדדי ביצוע הכוללים את מבנה השירות המייעץ וביצועיו (מספר ייעוצים, דמוגרפיה, אבחנות, אורך אשפוז וכדומה), מדדים קליניים המייצגים את איכות הטיפול בחולה, מדדי שביעות רצון הכוללים את שביעות רצון צוותים רפואיים משירותי הייעוץ, שביעות רצון מטופלים ו/או משפחתם, ומדדים כלכליים המתייחסים לעלות הטיפול, חסכון במשאבים וכדומה. מתחילת עבודתו הרשמית של השירות הפליאטיבי, נאספו מדדי הביצוע וחלקם יוצגו להלן. נבחרו מדדים קליניים ומדדי שביעות רצון, אך בשל מצוקת כוח אדם, בשלב זה איסופם מתבצע באופן חלקי.





במחלות חשוכות מרפא. שינוי מרכז הכובד, מטיפול שמטרתו העיקרית להאריך חיים לטיפול המכוון לשיפור איכות החיים, לעיתים אינו עולה בקנה אחד עם התוכנית הטיפולית שהותוותה על-ידי צוות המחלקה. ייחודו של הייעוץ הפליאטיבי, בשונה מהמקובל בתחומי ייעוץ אחרים, הינו במחויבותו להיכרות מעמיקה עם החולה - קלינית ורגשית. נראה כי לב ליבו של השירות, הינו המפגש הבלתי אמצעי בין המטפל היועץ לחולה ומשפחתו. אולם, מפגש זה עשוי לאבד מכוחו אם בעקבותיו לא יוקל סבלו של החולה, או לא ייבדו רצונותיו בנוגע לטיפול העתידי בו. בכדי להפיק את המיטב מהייעוץ, נדרש הצוות הפליאטיבי לעבוד בשיתוף פעולה מלא ובכבוד מקצועי, עם הצוות הרפואי המוביל את הטיפול. לא די בשירות יועץ המסתפק במתן המלצות טיפול דרך המחשב, אלא שעל מנת להטמיע גישה המתווה תכנית טיפולית כוללת ונוגעת בשאלות של חיים ומוות כמשמעם, נדרש שיח בלתי פוסק עם הצוותים ופעילות יזומה לבניית תשתית ארגונית, המבססת את התפיסה הפליאטיבית במעגלים רחבים. תשתית זו כוללת התוויית מדיניות מחלקתית ומוסדית, הגדרת תפקידים, הסדרת אופן קבלת החלטות, העשרת ידע, הכשרת מגוון הסקטורים המטפלים להכיר את אמצעי הטיפול העומדים לרשותם, שיפור מיומנויות תקשורת, שיווק פנים ארגוני, הובלת שינוי תודעתי ציבורי ועוד. כל אלו לתפיסתנו, הינם חלק מתפקידיה של היחידה הפליאטיבית בבית חולים כללי.

בכדי להגיע ליעדים אלו נדרשת **מחויבות ארגונית, מוסדית ואישית. מחויבות ארגונית** מצד משרד הבריאות וקופות החולים, הבאה לידי ביטוי בחקיקה ומדיניות מותאמת, קידום ההתמחות, הקצאת משאבים לכוח אדם, להכשרה, למודעות ציבורית, להתאמת התשתית הפיזית במוסדות האשפוז ועוד. בימים אלו מסתיימת כתיבת המלצותיה של ועדה לאומית בנושא, שמונתה מטעם משרד הבריאות

להלן נתוני מדדי הביצוע לשנת 2014 בשנה הראשונה להקמת השירות (תרשימים 5-9). יצוין כי לפי נתוני ארגון ה-Center to Advance Palliative Care (CAPC) כמנטור של השירות בשנתו הראשונה, ובהתאם לנתוני מרכז רפואי העמק ומצבת כוח האדם, הוצב כיעד להגיע בשנת הפעילות הראשונה ל-100 מטופלים חדשים. בשנת 2014 ניתנו ייעוצים ל-161 מטופלים חדשים, שכללו 321 מגעים מתועדים.

**מדדי שביעות רצון של צוותים מהשירות**

שאלוני שביעות הרצון של צוותי המחלקות מהשירות הפליאטיבי (נספח 1) נבדקו במחלקות הפיילוט. להלן ממצאים מתוך 23 שאלונים שמולאו על ידי רופאים, אחיות ושתי עובדות סוציאליות. יותר מ-95% דרגו את מהירות המענה של השירות הפליאטיבי כ"טוב מאד" עד "מצוין". כך גם דורגו התקשורת עם צוות השירות, יעילות ההמלצות, מידת זיהוי הסימפטומים והמלצות הטיפול, ומידת התמיכה הרגשית שניתנה על-ידי השירות לבני המשפחה (הציונים נעו בחמש דרגות: גרוע, חלש, סביר, טוב מאד, מצוין).

בנוסף, התבקשו חברי הצוות לציין את הסיבות להזמנת ייעוץ פליאטיבי. 65 אחוזים מהמשיבים ציינו שלעיתים קרובות זמנו ייעוץ, במקרה של חוסר תגובה לטיפול הרפואי שניתן, לצורך איזון סימפטומים, ולשם סיוע בהגדרת יעדי טיפול. 78 אחוזים מהמשיבים ציינו, שיזמינו ייעוץ במקרים של תקשורת מורכבת וקונפליקטים עם המטופל או משפחתו, ו-83% מהמשיבים ציינו שיזמינו ייעוץ לעיתים קרובות לצורך איזון כאב, הגדרת סטאטוס החייה או לסיוע בהתאמת מסגרת להמשך טיפול, כמו הוספיס בית או סידור מוסדי.



**דיון והמלצות**

הקמת שירות פליאטיבי בבית חולים כללי מתברר כתהליך מורכב, המצריך שינוי תפיסתי בגישה הטיפולית

הנדרשים להפנים את חשיבות בניית התוכנית באופן שיטתי לצד גמישות מחשבתית, לזהות הזדמנויות ולגלות ערנות לשינויים בשטח. כאמור, נדרשת מחויבות למאמץ ולאתגרים הנוגעים בעולם הרגש, המוסר והמשפט, שיביאו את העוסקים במלאכה לסיפוק, לצמיחה אישית ומקצועית, תוך שילוב מופלא של עשייה קלינית, הוראה

בראשות ארגון אש"ל והג'וינט, ואנו תקווה כי יישומן תקדם את הרפואה הפליאטיבית בישראל צעד נוסף. **מחויבות מוסדית** של המרכזים הרפואיים מתבטאת בתעדוף הנושא, בחירת כוח אדם מתאים, עידוד הכשרה בתחום לכל הסקטורים והקצאת משאבים לשם כך. ולבסוף, נדרשת **מחויבות אישית** של אלו הבוחרים לעסוק בכך,

**נספח 1: שאלון שביעות רצון צוותים**

**מטפל נכבד,**

**על מנת לשפר את המענה הניתן לצוותים ולמטופלים ע"י השירות לרפואה פליאטיבית בעמק, נודה אם תוכל להשיב על השאלון המצ"ב.**

בשלושת החודשים האחרונים היה לי מגע עם השירות הפליאטיבי: כן / לא.  
 במידה ונחשפת לפעילות השירות. נא סמן את התשובה המתאימה ביותר לפי הערכתך.

5	4	3	2	1	
מצוין	טוב מאד	סביר	חלש	גרוע	
					כיצד הנך מעריך את מהירות המענה של השירות הפליאטיבי מרגע שזומן
					כיצד הנך מעריך את התקשורת בינך לבין חברי צוות השירות הפליאטיבי?
					עד כמה היו המלצות הצוות הפליאטיבי יעילות עבורך או עבור החולה?
					באיזו מידה זיהה הצוות הפליאטיבי סימפטומים (כגון: כאב, קוצר נשימה, אי שקט, בחילות, תשישות) והציע עבורם תוכנית טיפולית?
					כיצד הנך מעריך את התמיכה הרגשית שניתנה ע"י הצוות הפליאטיבי למטופל ומשפחתו?

אילו מבין המשתנים הבאים יהווה עבורך סיבה לזמן ייעוץ פליאטיבי?

5	4	3	2	1	
תמיד	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	לעולם לא	
					חוסר תגובה לטיפול רפואי
					איזון כאב
					איזון סימפטומים אחרים
					הגדרת יעדי טיפול
					קבלת החלטות בנוגע לסטאטוס החיאה
					תקשורת מורכבת וקונפליקטים עם מטופל או משפחתו
					צורך בהעברת מטופל למוסד או הוספיס בית
					אחר:

במידה ויש לך הצעות לשיפור, שאלות או הערות, נשמח אם תציין כאן:

---

תפקידי בצוות: רופא / אחות / עו"ס  
 תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_\_

בתודה ובברכה,

ד"ר אהוד פז – מנהל השירות קציעה כהן – אחות מתאמת

Morss Dy, S., Kiley, K. B., Ast, K., Lupu, D., Norton, S. A., McMillan, S. C., Herr, K., Rotella, J. D., & Casarett, D. J. (2015). Measuring what matters: Top-ranked quality indicators for hospice and palliative care from the American academy of hospice and palliative medicine and palliative nursing association. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(4), 773-781.

Tranmer, J. E., Heyland, D., Dudgeon, D., Groll, D., Squires-Graham, M. & Coulson, K. (2003). Measuring the symptom experience of seriously ill cancer and non-cancer hospitalized patients near the end of life with the MSAS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(5), 420-429.

Weissman, D. E. (1997). Consultation in palliative medicine. *Archives of Internal Medicine*, 157, 733-747.

Weissman, D. E. & Meier, D. E. (2008). Operational features for hospital palliative programs: consensus recommendations. *Journal of Palliative Medicine*, 11(9), 1189-1194.

Weissman, D. E. & Meier, D. E. (2011). Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital: a consensus report from the center to advance palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), 1-7.

Weissman, D. E., Meier, D. E. & Spragens, L. H. (2008). Center to advance palliative care palliative care consultation service metrics: Consensus Recommendations. *Journal of Palliative Medicine*, 11(10), 1294-1300.

Wieneck, C. (2015). The advanced practice registered nurse. In: Ferrell, B. R., Coyle, N. & Paice, J. A. (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (pp.961-967). USA: Oxford University Press.

Worldwide Palliative Care Alliance. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

וניהול. אנו רואים בעבודה בשירות הפליאטיבי זכות וחובה, הכרוכים בהזדמנות הניתנת לנו מדי יום לקחת חלק ברגעים מהמשמעותיים ביותר בחיים ובעולם הרפואה, להשתמש בידע המקצועי ובטכנולוגיה שרכשנו בכדי להקל מסבלם של החולים ובני משפחותיהם, בשלבים האחרונים לחייהם. להפיח תקווה במקום שבטעות חושבים שכבר איננה, ולהחזיר את שיח החמלה במקום שנדמה שהיא קצת נשכחה.

## מקורות

גולן, ר. ויפה, ע. (2003). טיפול תומך בבי"ח כללי: משימה קשה אך אפשרית. ביטאון הסייעוד האונקולוגי בישראל, 13-7 (ג'), 2.

משרד הבריאות. (2009). הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי. חוזר מנכ"ל 30/09.

משרד הבריאות. (2009). אחות מומחית בטיפול תומך. חוזר מנהל הסייעוד מס' 79.

מדינת ישראל. (2005). חוק החולה הנוטה למות התשס"ו - 2005. ספר החוקים 2039.

תקנת בריאות העם (2013). אישור תואר מומחה בסייעוד, תשע"ד.

Al-Qurainy, R., Collis, E. & Feuer, D. (2009). Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions *The International Journal of Clinical Practice*, 63(3), 508-515.

Center to Advance Palliative Care, [www.capc.org](http://www.capc.org)

De Roo, M. L., Leemans, K., Claessen, S. J. J., Cohen, J., Pasman, H.R.W.P., Deliens, L., & Francke, A. L. (2013). Quality indicators for palliative care: Update of a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16(4), 556-570.

Kelley, A. S. & Morrison, R. S. (2015). Palliative care of the seriously ill. *The New England Journal of Medicine*, 373, 747-755.

Maani-Fogelman, P. & Bakitas, M. A. (2015). Hospital based palliative care. In: Ferrell, B. R., Coyle, N. & Paice, J. A. (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (pp.35-42). USA: Oxford University Press.

Meier, D. (2014). Focusing together on the needs of the sickest 5%, who drive half of all healthcare spending. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62, 1970-1972.