

## היבטים מיוחדים במפגש בין מטפל למטופל בסוף החיים

דניאל אזולאי, מלכה יחזקאל, רות שחליגסנר, אליענה עין-מור

### שלושה מסרים נלמדים

1. לא חייבים לסבול בסוף החיים: לצוות הטיפול התומך כלים רבים ומגוונים להקלת הסבל.
2. יצירת אמון בין מטפל ובין מטופל היא מפתח למפגש מוצלח, לתמיכה ראויה ולטיפול נכון בסוף החיים.
3. שימוש נכון בתרופות (מתן מורפין, טיפול בסדציה ועוד) הכרחי, אך אינו מספיק בטיפול תומך. טיפול בתרופות אינו תחליף לתקשורת כנה, לאהדה, לחמלה ולתמיכה רגשית בחולה ובמשפחתו.

### תקציר

סוף החיים מזוהה לעיתים קרובות עם סבל פיזי, עם סבל נפשי, עם בדידות ועם חוסר האונים הכרוך בקבלת החלטות קשות. כל אלה ועוד יכולים לאפיין את החולה בסוף חייו וכן את משפחתו או את קרוביו.

מטרת הטיפול התומך היא לאפשר לחולה הנוטה למות לסיים את חייו ללא סבל, כאב או מצוקה. בשנים אחרונות נפתחו אפשרויות רבות לאבחון תסמינים של סבל בסוף החיים ולטיפול בהם, כגון תרופות אופיואידיות רבות, שימוש בסדציה פליאטיבית (הרדמה סופנית) והקמת צוותים ייעודיים לתמיכה בחולה ובמשפחתו, אך לא די בכל אלו להבטיח את הצלחת הטיפול. בתחום הטיפול התומך, יותר מאשר במצבים אחרים, יש חשיבות עליונה לקשר בין הצוות המטפל ובין החולה ומשפחתו. הצלחת המפגש בין מטפל למטופל הנוטה למות היא אתגר מורכב ובעל חשיבות קריטית להצלחת הטיפול כולו. לשם כך חובה על המטפלים להכיר לעומק את תחום הטיפול התומך על היבטיו השונים ולהבין את מורכבותו. על המטפל להתמודד עם דעות קדומות בקרב הציבור הרחב, עליו להבין את החשיבות הרבה בעבודת צוות, להיות ער למרכיבי תרבות של סוף החיים, להכיר את ההתפתחויות בתרופות חדשות לטיפול בכאב ובסבל, להיות בקיא בחוקים החדשים המאפשרים אוטונומיה רבה יותר למטופל ועוד.

קשר רגשי כן, אמיץ ואותנטי שיחבר בין מטפל למטופל ומשפחתו יאפשר לא רק הקלה בסבל אלא גם תמיכה אמיתית נפשית ורוחנית, ובזכות אלה יהיה המפגש בין המטופל והמטפל ייחודי ובעל משמעות אנושית עמוקה.

### 1. הקדמה: דברים שרואים מכאן לא רואים משם

כל מי שיזכה לטפל בחולה הנוטה למות חייב להבין את זווית הראייה הייחודית של החולה. הוא חווה סבל, לעיתים קרובות מצוקה, משברים וחרדה נוכח מצבו ונוכח אי-הוודאות בנוגע למה שעלול להתרחש.

הבנת המטפל את המטופל היא הבסיס למימוש מלא של הגישה הפליאטיבית והענקת תמיכה נכונה למטופל. הערכה מדויקת של מצב החולה – מחלתו, סבלו, רצונותיו, קשרי עם משפחתו ועם קרוביו ותוחלת חייו – היא אבן פינה בליווי החולה בסוף חייו. על המטפל להבין שתמונת מצב זאת יכולה להשתנות מיום ליום, מביקור לביקור, ממטופל אחד לאחר. במאמר זה נעסוק בנושאים אשר יאפשרו הבנה טובה יותר של צביונו המיוחד, המרתק והמורכב של המפגש בין החולה הנוטה למות ובין המטפלים בו.

### 2. מי הוא חולה נוטה למות ומה חשוב לדעת על חוק החולה הנוטה למות ועל הנחיות המקדימות?

חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 נועד להסדיר את הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות אגב איזון ראוי בין ערך קדושת החיים לערך אוטונומיית הרצון של האדם והחשיבות של איכות חייו.

המחוקק מציע גישה חדשה מאוזנת יותר לטיפול בחולה הנוטה למות ומאפשר לו יותר אוטונומיה בנוגע להחלטות רפואיות בעניינו בסוף חייו.

על פי החוק, חולה מוגדר נוטה למות אם הוא סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא, ואשר תוחלת חייו אף אם יינתן לו טיפול רפואי אינה עולה על שישה חודשים.

הזמן – שישה חודשים – נקבע לאחר דיונים של ועדה ציבורית שקידמה את גיבוש החוק, לפי ידע רפואי על מחלות חשוכות מרפא, ואף שברור לכולם שאין אפשרות לקבוע מראש תוחלת חיים מדויקת של חולה בסוף חייו (דוח ועדת שטינברג 2002; Steinberg and Sprung 2005).

על הרופא המומחה לקבוע שחולה מוגדר נוטה למות ואף להודיע לחולה על כך. החולה הנוטה למות רשאי לסרב לטיפולים מאריכי חיים (כגון החיאה, כימותרפיה ודיאליזה). והוא יכול להביע את רצונו ולציין את מבוקשו במסמך הנחיות מקדימות. החלטותיו של החולה יהיו תקפות ומחייבות, גם אם בשלב כלשהו במחלתו מצבו לא יאפשר לו להביע את דעתו. בכל מקרה יש להמשיך לתת טיפולים שגרתיים, כגון טיפול בזיהום, לתת דם וחמצן לפי הצורך ולספק לחולה אוכל ומים.

נוסף על כך, המחוקק מערכות חיוניות בטיפולים שבועיים ימים. מדובר בטיפולים מאריכי חיים זאת החוק מחייב להמשיך החוק מגדיל מאוד את החוק שולל כל אפשרות של חוק החולה הנוטה למות את מידת הפטרנליזם ההחלטות גורליות במקום המטפל חייב ליידע את דרכו. החוק מאפשר יותר מקדימות בנוגע להעדר החידושים של החוק לקבוע תוחלת חיים, מתנגדות למסירת חשב שהמטפל יכיר את הרפואית, הרגשית והמחשבת האתגר האמיתי של יותר מכול איך אומרים רוצה בכך. כאן ייבחנו מורכבת של אמירת

3. התפתחות הטיפול בישראל

טיפול תומך (או פליאטיבי בעקיפין וגם להקלה) של בני משפחותיהם גישה זו מאפשרת מנייה כאב ותסמינים אחרים – הטיפול התומך יכול מהותי יותר בשלבים מתאפיין בדגש מיוחד על המקרים הוא מציע טיפול המחלה או לטיפול בה

נוסף על כך, המחוקק קבע כי חולה נוטה למות מוגדר "בשלב סופי" אם כשלו כמה מערכות חיוניות בגופו ואם תוחלת חייו, גם אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שבועיים ימים. מדובר בימיו האחרונים של החולה אשר בהם החוק מאפשר להימנע לא רק מטיפולים מאריכי חיים אלא גם מטיפולים שגרתיים (ובהם אספקת דם ומזון למשל). עם זאת החוק מחייב להמשיך במתן נוזלים לחולה (אם הדבר לא יזיק לו). יש לציין שאומנם החוק מגדיל מאוד את האוטונומיה של החולה בנוגע להחלטות רפואיות בסוף חייו, אך הוא שולל כל אפשרות של המתת חסד וסיוע להתאבדות.

חוק החולה הנוטה למות משפיע רבות על הקשר בין מטופל למטפל. הוא מקטין מאוד את מידת הפטרנליזם הרפואי שהתאפיין ביכולת של הרופא ושל המטפלים האחרים להחליט ההחלטות גורליות במקום החולה עצמו. מלבד זה, החוק מאפשר תקשורת כנה ואמיצה יותר; המטפל חייב ליידע את המטופל שלו על כך שהוא עומד למות כדי לאפשר לו להעריך להמשיך דרכו. החוק מאפשר יותר כבוד ואוטונומיה לחולה נוטה למות בהעניקו לו זכות להשאיר הנחיות מקדימות בנוגע להעדפותיו הרפואיות בסוף חייו, ועל הסובבים אותו מוטלת החובה לכבדן. החידושים של החוק מציבים גם אתגרים חדשים למטפלים. לעיתים הרופא מתקשה לקבוע תוחלת חיים, רבים חוששים ליידע חולה על היותו נוטה למות, ומשפחות רבות מתנגדות למסירת המידע הרגיש הזה לחולה, "שגם כך מיואש" (Sanders 2015). מכאן, חשוב שהמטפל יכיר את החוק, וחשוב לא פחות להשתמש בו ברגישות לפי המורכבות הרפואית, הרגשית והמשפחתית ואף התרבותית של כל חולה וחולה.

האתגר האמיתי של צוות טיפול תומך יהיה לבחור למי אומרים, מה אומרים ומתי אומרים, ויותר מכול איך אומרים את האמת ואיך עוזרים לחולה להשאיר הנחיות מקדימות אם הוא רוצה בכך. כאן ייבחנו המיומנות, המקצועיות, הרגישות והניסיון של המטפל במשימה כה מורכבת של אמירת אמת ושיתוף בחלטות גורליות של החולה הנוטה למות.

### 3. התפתחות הטיפול התומך והמרכז לטיפול תומך (הוספיס) בעולם ובישראל

טיפול תומך (או פליאטיבי, מהמילה הלטינית palliatus, שמשמעותה "לפתור בעיה בעקיפין וגם להקל"), הוא טיפול לפי גישה אשר נועדה לשפר את איכות החיים של חולים ושל בני משפחותיהם המתמודדים עם בעיות שקשורות למחלות אשר מאיימות על החיים. גישה זו מאפשרת מניעה והקלה של הסבל באמצעות אבחון מוקדם ואומדן מקצועי של כאב ותסמינים אחרים - גופניים, פסיכו-סוציאליים ורוחניים (Sepúlveda et al. 2002). הטיפול התומך יכול להשתלב בטיפול במחלה הכרונית הקשה של החולה, אך ייעשה מהותי יותר בשלבים מתקדמים ולא הפיכים של המחלה, ובייחוד בסוף החיים. הוא מתאפיין בדגש מיוחד על שיפור איכות החיים, ולא רק על הארכת תוחלת חיים. ברוב המקרים הוא מציע טיפולים פולשניים פחות, מכוונים יותר להקלת הסבל, ולא לבירור המחלה או לטיפול בה, אגב דאגה להיבטים נפשיים ורוחניים, ולא רק להיבטים הפיזיים.

תחתו יאפשר לא רק הקלה  
היה המפגש בין המטופל

אייה הייחודית של החולה.  
מצבו ונוכח אי-הוודאות

ישה הפליאטיבית והענקת  
תו, סבלו, רצונותיו, קשריו  
חולה בסוף חייו. על המטפל  
ביקור, ממטופל אחד לאחר.  
של צביונו המיוחד, המרתק

ל חוק החולה הנוטה

טיפול הרפואי בחולה הנוטה  
הרצון של האדם והחשיבות

נוטה למות ומאפשר לו יותר

רפואית חשוכת מרפא, ואשר  
ה חודשים.

ציבורית שקידמה את גיבוש  
לכולם שאין אפשרות לקבוע  
ת שטינברג 2002; Steinberg

להודיע לחולה על כך. החולה  
זיאה, כימותרפיה ודיאליזה.  
יות מקדימות. החלטותיו של  
מצבו לא יאפשר לו להביע את  
לטפל בזיהום, לתת דם וחמצן

בטיפול זה נשאר מקום מיוחד למשפחת החולה, שגם היא זקוקה לתמיכה מהצוות המטפל (Rome et al. 2011).

בתחילת התפתחותו של הטיפול התומך בעולם הוא היה מזוהה בעיקר עם החולים האונקולוגיים בסוף חייהם, אך כיום הוא מיועד לכל חולה בשלבים מתקדמים של מחלה, כגון אי-ספיקת לב, אי-ספיקת ריאה, אי-ספיקת کلیה או כבד, טרשת נפוצה, ניוון שרירים וקיהיון (דמנציה).

את הטיפול התומך מעניק צוות רב-מקצועי ובו לכל הפחות רופא, אחות ועובדת סוציאלית. הוא מוענק בבית החולה, בקהילה, במוסד רפואי, בבית חולים או במרכז לטיפול תומך (הוספיס). המונח הוספיס נגזר מהמילה הלטינית Hospitium, שמשמעותה "מקום לקבלת עניים וחולים". במקום ייחודי זה מוענק טיפול תומך לחולה הנוטה למות וסובל קשות. פילוסופיית הוספיס מבוססת על הגדרת הטיפול התומך אגב שימת דגש על כבוד החולה בסוף חייו והקלה של סבלו. ברוב המרכזים לטיפול תומך, בייחוד בישראל, אין מבצעים המתת חסד אך נמנעים מטיפולים פולשניים מאריכי חיים.

המרכז הראשון לטיפול תומך נוסד במאה האחת עשרה, בעת התחלת מסעות הצלב למרכזים אלו קיבלו הצלבנים את כל מי שסבל ממחלות חשוכות מרפא. במשך הזמן נתקבעה מטרתם של הוספיסים כמתן מקלט לנוסעים ולצליינים ובדאגה לחולים סופניים, וברובם האוריינטציה הייתה דתית קתולית (Aries 1974).

את רפואת הוספיס המודרנית, ובה טיפול רפואי מקל לחולה הנוטה למות, פיתחה בשנות החמישים של המאה העשרים סיסלי סנדרס, שפתחה בלונדון ב-1967 את המרכז הרפואי הראשון לטיפול תומך, סנט כריסטופר (Saunders 2003). באותה תקופה ניסחה פסיכיאטרית בשם אליזבת קובלר-רוס את מודל חמשת השלבים לתיאור התהליך שאנשים חווים משנודע להם כי הם חולים במחלה סופנית: הכחשה, כעס, מיקות, דיכאון וקבלה (Kübler-Ross 1969). עבודתה רבת-השנים של קובלר-רוס עם חולים סופניים ומשפחותיהם השפיעה רבות על התפתחות הטיפול התומך בארצות הברית בשנות השבעים. מאז נפתחו בעולם מאות הוספיסים ויחידות לטיפול תומך, אשר מעניקים טיפול בבתי חולים, במוסדות או בבתיים של החולים.

בשנת 1983 נפתח בישראל הוספיס הראשון בבית חולים תל השומר, והשני נפתח ב-1986 בהדסה הר הצופים (Laron et al. 2015). להוספיסים אלו מתקבלים חולים נוטים למות שסובלים מאוד אשר מצבם מצריך טיפול תומך ייחודי שקשה לקבל במקום אחר. לפני האשפוז יש צורך לתאם ציפיות עם החולה ועם בני משפחתו, לבדוק את מידת הבנתם לגבי טיב הטיפול המוענק בהוספיס, וכן לשאול אם ברצונם לקבל את עקרונות הטיפול התומך. אנשי הצוות (עובדת סוציאלית או אחות) יבדקו את מצבו הרפואי ואת מצבו הנפשי של החולה כדי לוודא שאכן, הוספיס הוא המקום המתאים ביותר להמשך הטיפול בו. בישראל קופות החולים מממנות את האשפוז לאחר שיתרשמו כי החולה אכן זקוק לאשפוז בהוספיס. מלבד שני הוספיסים הייחודיים האלו, בשלושה בתי חולים בארץ קיים מרכז משולב אונקולוגי-פליאטיבי, ומוסדות רפואיים אחרים, בעיקר גריאטריים, מעניקים טיפול תומך. כמו כן, יחידות רבות של טיפול תומך נפתחות בביתם של החולים.

בשנת 2009 פרסם מנכ"ל החולים הכלליים ולמוסדות הטיפול רפואי ונפשי תומך להפעיל שירותי "הוספיס בבית" זמין 24 שעות ביממה. על השירותים זה מרפא. על השירותים זה מרפא. עובדת סוציאלית ופסיכיאטרית באותה שנה הכיר כשר הבריאות את התמחות בטיפול פליאטיבי בעשור האחרון גברה בשירותים החיים ולצורך לפתח שירותים פליאטיביים הם הערכות, רק אלפים אחרים טיפול פליאטיבי הולם

#### 4. הרגע שאין בו עוד טיפול

ההמלצה היא להעניק טיפול מהחולים יזכו בו רק לאחר אונקולוגיים, דיאליזה וטיפול לאחר קבלת הבשורה

האכזרית מכה שוב: אין עוד מעקב, בדיקות וטיפול, זה המטופל למעשה אינו מספיק תקווה. הסבל נעשה מכה

הסוף, התנהגות המטופלים ושל הסבל. מכאן שצוות צריך להיות מוכן להתמודד עם המטופל אינו מודע לחי

מחליטה בנוגע לטיפול מטופל אחר נלחם על למצבו - "למה אני לא

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות כללי ובמוסד סיעודי

בשנת 2009 פרסם מנכ"ל משרד הבריאות חוזר ובו הנחיה לקופות החולים, לבתי החולים הכלליים ולמוסדות הסיעודיים בישראל להקים בתוך ארבע שנים מערך שיספק "טיפול רפואי ונפשי תומך לחולים במחלות חשוכות מרפא".<sup>1</sup> בחוזר נקבע שעל הקופות להפעיל שירותי "הוספיס בית" עבור חולים חשוכי מרפא אשר מטופלים בבתייהם, שיהיה זמין 24 שעות ביממה. עוד נקבע בחוזר כי על בתי החולים הכלליים והמוסדות הסיעודיים להפעיל שירותי ייעוץ פליאטיבי ולהקים גם מחלקות ייעודיות לאשפוז חולים חשוכי מרפא. על השירותים ועל המוסדות להגדיר צוות ייעודי למתן טיפול פליאטיבי, ובו רופא, אחות, עובדת סוציאלית ופסיכולוג רפואי לפחות.

באותה שנה הכיר משרד הבריאות בהתמחות בסיעוד פליאטיבי, ובשנת 2013 הכיר גם בתת-התמחות בטיפול פליאטיבי לרופאים.

בעשור האחרון גברה בישראל המודעות לצורך במתן טיפול פליאטיבי לחולים במצבי סוף החיים ולצורך לפתח שירותים פליאטיביים. למרות ההתקדמות העצומה בפיתוח שירותים פליאטיביים הם עדיין מעטים ואינם עונים על צורכי האוכלוסייה במדינה. על פי הערכות, רק אלפים אחדים מקרב הנפטרים ממחלה חשוכת מרפא בישראל זוכים לקבל טיפול פליאטיבי הולם (משרד הבריאות 2016).

#### 4. הרגע שאין בו עוד טיפול מרפא...

ההמלצה היא להעניק טיפול תומך בכל שלב של מחלה קשה שמלווה בסבל, אך רבים מהחולים יזכו בו רק לאחר הפסקת הטיפולים במחלה המאיימת על חייהם (טיפולים אונקולוגיים, דיאליזה וטיפולים אחרים).

לאחר קבלת הבשורה המרה על המחלה, ולאחר תקופה של טיפול ותקווה, המציאות האכזרית מכה שוב: אין עוד טיפול יעיל, ואין תקווה לריפוי. לרופא המטפל, שעד כה דרש מעקב, בדיקות וטיפול, יש עכשיו פחות אתגר ופחות עניין מקצועי בחולה ובמחלה. בשלב זה המטופל למעשה אינו מטופל עוד, והוא בודד יותר, מיואש יותר, חרד מפני נטישה וחסר תקווה. הסבל נעשה מפחיד יותר ומתקשר ישירות למוות. כאשר המצב מידרדר, ובהתקרב הסוף, התנהגות המטופלים משתנה, וכל אחד מגיב בדרכו לשלבים השונים של המחלה ושל הסבל. מכאן שצוות הטיפול התומך, שנעשה לעיתים המטפל העיקרי, ואף האחרון, צריך להיות מוכן להתמודד עם מגוון תגובות של המטופלים. להלן כמה דוגמאות:

- המטופל אינו מודע לחומרת המחלה (לפעמים בגלל הפרעה קוגניטיבית), ומשפחתו מחליטה בנוגע לטיפול, ולעיתים מונעת העברת מידע מדויק אליו "כדי שלא יתייאש".
- מטופל אחר נלחם על חייו ודורש התערבויות רפואיות רבות שלפעמים אינן מתאימות למצבו - "למה אני לא מקבל טיפול, איך אתרפא כך?"

1 חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 30/09, הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי, 12.7.2009.

- המטופל מיואש ומבקש את נפשו למות, ואם אפשר לזרו את הרגע: "תהרוג אותי, אין טעם לחיות כך!"
- המטופל מקבל את המצב ומשתדל לחיות באחרית ימיו ללא סבל מיותר – "רק תבטיח לי שלא אמות מחנק".

אלו הן תגובות אחדות מתוך שלל אפשרויות לתגובות בעניין המחלה המתקדמת, הסבל או המוות המתקרב. קובלר-רוס תיארה בספרה תגובות לבשורות הקשות בשלבים השונים. תגובות אלה יכולות לרמוז על המורכבות של כל מטופל ועל השוני בין מטופלים בהתמודדות עם המחלה בשלביה השונים (Kübler-Ross 1969).

לחולים הנוטים למות יש ציפיות דומות מהצוות המטפל ומהטיפול התומך (Steinhauser et al. 2000). החולה מבקש לפני הכול להקל את התסמינים של סבלו – כאב, חנק, חולשה, בחילה, אי-שקט, חרדה ותסמינים קשים אחרים, המשפיעים כל כך על איכות חייו. הוא מבקש מענה יעיל, מהיר וזמין לסבל בביתו או במיטתו בבית החולים. המטופל מחפש אמון וביטחון ברופא המטפל ובצוות הטיפול התומך, שהוא התקווה אחרונה להקלת המצוקה והסבל שלו. החולה מצפה מאותו צוות להעברת מידע כנה על מחלתו ועל מצבו. הוא זקוק גם להקשבה לעמדותיו בנוגע לעתיד, ולעיתים אף יבקש הכוונה כדי להכין הנחיות מקדימות שיבטאו את העדפותיו בהחלטות רפואיות של סוף החיים. החולה יצפה לתמיכה רבה מהצוות כדי לא להרגיש נטל על המשפחה וכדי לשמור על הרגשת שליטה וכבוד (Krik et al. 2004).

על המטופלים של צוות הטיפול התומך מוטלת האחריות "לתפור את החליפה המתאימה" לכל מצב, להתחבר לצרכים, לציפיות ולעיתים אף לאשליות של החולה ומשפחתו. במצבים מורכבים אלו, בהיעדר טיפול למחלה, ולעיתים בשל סבל פיזי או נפשי, החולה ומשפחתו עלולים לאבד את האמון בצוות הרפואי, לאבד תקווה ולכעוס. זוהי נקודה מכרעת ביחסים בין המטפל והמטופל הנוטה למות, ועל כן דרושה עבודה של צוות רב-מקצועי, ייחודי, מיומן וזמין שיקפיד על תקשורת כנה עם המטופל ועם משפחתו, מתוך הרבה אמפתיה וכבוד כלפיהם (Spruyt 2011).

## 5. מאפיינים וייחודיות של עבודת צוות בטיפול תומך

בצוות הטיפול התומך יש לכל הפחות רופא, אחות ועובדת סוציאלית. החזון המשותף לכל אנשי הצוות הוא להעניק טיפול תומך ראוי לחולה הנוטה למות (או חולה במחלה קשה) ולהקל את סבלו. לפי הצורך יצטרפו לצוות המטפל פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, דיאטנית, פסיכולוג ועוד (שם). הטיפול מתאפיין בין השאר במיומנות בטיפול בתסמינים, בתמיכה רגשית ובשימוש מושכל בתקשורת בין-אישית, כפי שיורחב בהמשך הדברים.

עבודת הצוות מתבססת על עקרונות הטיפול התומך, שלפיהם הצוות תומך בחולה ובמשפחתו ושם דגש על איכות החיים ועל טיפול בתסמינים, ופחות על בירורים ועל טיפולים פולשניים. הצוות ישאיר מקום מיוחד לאוטונומיה ולרצון החולה. צוות טיפול תומך ייעודי, מיומן ומקצועי יזהה את מקורות הסבל, יאזן את התסמינים ויתמודד טוב יותר

עם הצרכים הייחודיים של המטופל (Higginson 1998).

זמינות מלאה היא אחד המרכיבים החשובים להנפשת בשיאה. המטופל ימצא מענה איכותי לתקשורת טובה בתוך הצוות.

תקשורת פתוחה, כנה וייעילה לא רשמיות בין אנשי הצוות.

חנק, "הוא לא שותה ככה", "האם לקרוא למד"א?"

ליישב חילוקי דעות במיטתו על כולם בטיפול ובתמיכה.

והרגיש של העבודה עם הצוות ובסוף החיים והצורך לתמוך. חזון משותף.

ומקשיב שלא רק מחלה אלא אשר מסוגלת לנהל את לפחות) של ההיררכיה.

תקשורת טובה עם החולה אמון, לטיפול ולתמיכה בצורה הטובה ביותר.

- היכרות מעמיקה עם הבנת הצרכים הפיזיים זיהוי מדויק של השיחה עם החולה בירור העדפות סיפוק הצעה למטופל למה מענה לשאלות וקיום ניהול משברים, פחד תמיכה בזמן המחלה.

התמודדות עם דילמות מורכבות ועם דילמות חולה מבקש סדנה המשפחה דורשת

- חולה מבקש סדנה המשפחה דורשת

- חולה מבקש סדנה המשפחה דורשת

- חולה מבקש סדנה המשפחה דורשת

עם הצרכים הייחודיים של חולים במחלה חשוכת מרפה ושל משפחותיהם (Hearn and Higginson 1998).

זמינות מלאה היא אחד המרכיבים הבולטים של איכות הטיפול (Seow et al. 2017). הזמינות המלאה חשובה במיוחד בימים ובשעות האחרונות של החיים, אז המצוקה הפיזית והנפשית בשיאה. האמון בצוות מתבסס על הביטחון של החולה ושל משפחתו שבכל עת ימצא מענה איכותי להקלת הסבל (ובייחוד כאב, חנק, חרדה או אי-שקט).

תקשורת טובה בתוך הצוות – לדיווחים על מצב החולים ולניהול העבודה השוטפת נדרשת תקשורת פתוחה, כנה וסדירה בין כל חברי הצוות. לעיתים קרובות יש צורך בהתייעצויות לא רשמיות בין אנשי הצוות בנוגע לאירועים לא צפויים ובנוגע למשברים: "הוא מרגיש חנק", "הוא לא שותה כלום", "הוא לא שקט", "הוא לא נותן שתן", "למה הוא לא מדבר", "האם לקרוא למד"א?" תקשורת טובה בין אנשי הצוות תסייע לחלק תפקידים ביעילות, ליישב חילוקי דעות בנושאים רגישים שנוגעים לסוף החיים, לקבוע מדיניות מקובלת על כולם בטיפול ובתמיכה בחולה ולאפשר חיזוק הדדי של אנשי הצוות. הצביון המיוחד והרגיש של העבודה עם חולה נוטה למות, העיסוק המשותף של כל אנשי הצוות בסבל ובסוף החיים והצורך לחלוק חוויות מיוחדות קיימים ברוב הצוותים העוסקים בטיפול תומך. חזון משותף, כבוד הדדי, תקשורת טובה, גמישות בתפקידים השונים, רופא תומך ומקשיב שלא רק מחלק תרופות, אחות אשר מבינה היטב בטיפול בכאב ועובדת סוציאלית אשר מסוגלת לנהל את המשברים הרבים, כל אלה מביאים לעיתים קרובות לביטול (חלקית לפחות) של ההיררכיה הקיימת בצוותים רפואיים כלליים (שם).

תקשורת טובה עם החולה ועם משפחתו – תקשורת טובה ואמפתית היא כלי הכרחי לבניית אמון, לטיפול ולתמיכה ראויה ומקצועית (Tulsky 2005). תקשורת כזו תאפשר לצוות לבצע בצורה הטובה ביותר את המשימות המורכבות הרבות המוטלות עליו (משרד הבריאות 2016):

- היכרות מעמיקה עם המטופל ועם משפחתו.
- הבנת הצרכים הפיזיים, הנפשיים והרוחניים של המטופל.
- זיהוי מדויק של התסמינים הגורמים סבל.
- שיחה עם החולה ועם בני משפחתו על מטרות הטיפול.
- בירור העדפות טיפול במצבים שונים.
- הצעה למטופל למלא הנחיות מקדימות או למנות מיופה כוח.
- מענה לשאלות וקיום שיחות חוזרות בעקבות שינויים במצב המטופל.
- ניהול משברים, פתרון בעיות.
- תמיכה בזמן המחלה, לאחר הפטירה של החולה ובעת האבל של המשפחה.

התמודדות עם דילמות – צוות הטיפול התומך נדרש פעמים רבות להתמודד עם שאלות מורכבות ועם דילמות שקשורות להחלטות בעניין סוף החיים:

- חולה מבקש סדציה והמשפחה מתנגדת.
- המשפחה דורשת הזנה מלאכותית לחולה גוסס.

זאת את הרגע: "תהרוג אותי, אין

ללא סבל מיותר – "רק תבטיח

יין המחלה המתקדמת, הסבל  
לבשורות הקשות בשלבים  
טופל ועל השוני בין מטופלים  
(Kü).

מהטיפול התומך (Steinhauser)  
של סבלו – כאב, חנק, חולשה,  
כל כך על איכות חייו. הוא  
החולים. המטופל מחפש אמון  
קווה אחרונה להקלת המצוקה  
נה על מחלתו ועל מצבו. הוא  
קש הכוונה כדי להכין הנחיות  
החיים. החולה יצפה לתמיכה  
מור על הרגשת שליטה וכבוד

פור את החליפה המתאימה" לכל  
לה ומשפחתו. במצבים מורכבים  
החולה ומשפחתו עלולים לאבד  
עת ביחסים בין המטפל והמטופל  
מיומן וזמין שיקפיד על תקשורת  
פיהם (Spruyt 2011).

## תומך

סוציאלית. החזון המשותף לכל  
למות (או חולה במחלה קשה)  
פיסט, מרפא בעיסוק, דיאטנית.  
ת בטיפול בתסמינים, בתמיכה  
ב בהמשך הדברים.

שלפיהם הצוות תומך בחולה  
מיניים, ופחות על בירורים ועל  
יה ולרצון החולה. צוות טיפול  
ת התסמינים ויתמודד טוב יותר

- אין הסכמה בין הילדים אם לבצע החייאה או להימנע ממנה.
- אמירת האמת לחולה על חומרת המצב הרפואי בניגוד לרצון המשפחה.
- בקשת המשפחה להפחית את מינון המורפין לחולה בסבל רב שאינו בהכרה.

כאן נמדדת המקצועיות של צוות הטיפול התומך: היכולת להקשיב לכל המעורבים, להבין את מכלול הדעות, להכיר במורכבות של הדילמה ולהחליט יחד את ההחלטות אשר ימנעו סבל מהחולה אגב כיבוד רצונו, ולפי עקרונות הטיפול התומך.

## 6. יחידה חולה-משפחה

בטיפול תומך, בייחוד בסוף החיים, החולה ומשפחתו הם יחידה אחת שזקוקה לטיפול ייחודי ומשותף. לרוב המשפחה היא חומת המגן התומכת של החולה, מעורבת ודואגת, וגם היא חסרת אוניס וחווה אחריות כבדה לטיפול בחולה (Kristjanson and Aoun 2004). המשפחה זקוקה להתייחסות המיוחדת של המטפל, ולעיתים מדובר מבחינת המטפל באתגר גדול יותר מהטיפול בחולה עצמו.

לעיתים המטפל יפגוש משפחות חזקות עם כוחות מגובשים, שעובדות בשקיפות מול החולה ומול המטפל, והעבודה המשותפת תסייע לטיפול בחולה. אך לעיתים יפגוש המטפל גם משפחות לא מתפקדות שמתקשות להתאחד בנושא הדאגה לחולה. מצב זה עלול לגרום התפרצות של מתחים, סכסוכים וחילוקי דעות אשר נובעים מרגשי אשם או מסכסוכים נושנים או מחוסר הבנה או קבלה של חומרת המצב. במקרים כאלה נדרשת עבודת צוות יסודית כדי להבין את הקשיים של כל אחד מבני המשפחה, לשפר את האמון במטפלים, ללוות את המשפחה (שלעיתים היא מפולגת ומפורקת) ולתמוך בה ואף לעזור לבני המשפחה לחזור להיות שותפים וממוקדים בתמיכה בחולה.

להלן כמה דוגמאות למצבי מתח בין מטפל למשפחה:

- "למה אתם לא מורידים אותו מהמיטה", כאשר המטופל לא מסוגל, ולעיתים לא רוצה.
- "למה הוא ישנוני כל כך, אתמול הוא דיבר..." במצב שהחולה מטופל במשככי כאבים בגלל סבל רב ונוטה לישון יותר.
- "למה אתם לא נותנים לו זריקה, אתם לא רואים שהוא סובל?" כאשר החולה רגוע, ישן ונראה כי אינו זקוק לטיפול נוסף.
- "למה הפסקתם את כל התרופות ללחץ דם ולסוכרת שהוא מקבל עשרות שנים?"
- "תעזרו לו לגמור עם הסבל המיותר הזה, כך הוא היה רוצה".

"כולנו באותו צד כדי לעזור לאהוב שלך לא לסבול. בוא נראה איך לעשות את זה הכי טוב ביחד" - משפט זה הוא בסיס ליצירת אמון ועבודה משותפת בין צוות למשפחה במצוקה. ברגע שהמשפחה תרגיש כי הצוות נרתם למציאת הכלים המתאימים ביותר לשיפור מצב המטופל תיווצר יחידה חדשה: מטפל-מטופל-משפחה. לשם כך דרושה עבודת צוות מתואמת, מקצועית ואמפתית, כפי שצוין לעיל.

7. שני מיתוסים שכוחם  
 "הוא הולך למות, אין מה לעשות"  
 פעמים רבות הצוותים המטופלים  
 שמירה על איכות החיים.  
 ומעבירים את המסר המטופלים  
 האמירה "אין מה לעשות"  
 ומאכזב. אך אין לזה יסודות  
 קצר והמצוקה והסבל בה  
 כאב, מצוקת נשימה, בחילות  
 שקט, ופחד מפרידה ומסוגל  
 מקור הסבל ולנסות להקל  
 עם המשפחה. דרך הטיפול  
 המאמץ רציף, כן, מקצועי  
 "המורפין הורג, מקצר את החיים"  
 יש דעות קדומות רבות במשפחות  
 2009). זו אחת הסיבות  
 כאבים ללא כל הצדקה במשפחה  
 מטפל-מטופל שנכשל בה  
 ובכעס רב. למרות עבודת  
 להפחתת ניכרת בסבל  
 ומהאפשרות שהאופיאידים  
 2009). פחד מהמורפין  
 יעיל ויגרום למטפל המטופל  
 במורפין ומתקשה להקל  
 לסבול. לכן על צוות הטיפול  
 הנכון בתרופות האופיאידים  
 הנכון ויפוגג את החששות  
 בשנים האחרונות של  
 באופיאידים. תרופות חזקות  
 מבעבר (ראו בנספח). בכוח  
 ניתן לפי כללים ברורים  
 הכאב - סוגו, מקורו ותדירות  
 בנוגע לסוג הטיפול ולעוצמת  
 להקל על הצוות בהחלטה  
 דרך הטיפולים הרבים  
 יתחזק האמון בצוות, והספח



## 7. שני מיתוסים שכיחים כמקור למכשול המפגש ולהצלחת הטיפול

"הוא הולך למות, אין מה לעשות..."

פעמים רבות הצוותים המטפלים אינם מודעים ליתרונות הרבים של הטיפול התומך - שמירה על איכות החיים, הקלת הסבל, דאגה לאוטונומיה של החולה, תמיכה בו ובמשפחתו - ומעבירים את המסר המוטעה הזה, העברה גלויה או סמויה, לחולה או לבני משפחתו. האמירה "אין מה לעשות" די בה כדי שהמפגש מטפל-מטופל יהיה מתוח, מתסכל ומאכזב. אך אין לזה יסוד; ההפך הוא הנכון - אפשר לעשות הרבה מאוד, גם כאשר הזמן קצר והמצוקה והסבל כה איומים. התסמינים השכיחים והמוכרים ביותר של סבל הם כאב, מצוקת נשימה, בחילות והקאות, ירידה בתיאבון, ירידה בתפקוד, עייפות, חרדה ואי-שקט, ופחד מפרידה וממוות (Von Gunten 2005). צוות הטיפול התומך ישתדל לזהות את מקור הסבל ולנסות להקל עליו בעזרת האמצעים הרבים שברשותו אגב שיתוף פעולה עם המשפחה. דרך הניסיון להקל את הסבל יצליח המטפל להתקרב לחולה, בייחוד כאשר המאמץ רציף, כן, מקצועי וגם דואג ואוהב.

"המורפין הורג, מקצר את החיים..."

יש דעות קדומות רבות בנוגע להשפעת הטיפול באופיואיד בתור "מורזו המוות" (Oldenmenger et al. 2009). זו אחת הסיבות לשימוש המופחת בו באיזון כאבים, ומכאן שחולים רבים יסבלו כאבים ללא כל הצדקה בסיום חיים. מידע מוטעה זה בנוגע לאופיואיד יוצר לעיתים מפגש מטפל-מטופל שנכשל בגלל חוסר ידע מקצועי או חוסר הבנה של המשפחה, המלווה בסבל ובכעס רב. למרות עבודות מחקר רבות שנעשו בנושא השימוש באופיואידים ובתרומתם להפחתת ניכרת בסבלם של החולים הסופניים, עדין קיים פחד מהתמכרות, מדיכוי הנשימה ומהאפשרות שהאופיואידים יאיצו את המוות (Azoulay et al. 2008; Oldenmenger et al. 2009). פחד מהמורפין ("אופיופוביה") יגרום לעיתים לחולה או למשפחתו לסרב לטיפול יעיל ויגרום למטפל תסכול רב. ייתכן גם מצב הפוך - הצוות המטפל חושש להשתמש במורפין ומתקשה להקל את הסבל של החולה, ובכך פוגע באמון של המטופל, וזה ממשיך לסבול. לכן על צוות הטיפול התומך להכיר את הדרכים השונות להקלת הכאב ואת השימוש הנכון בתרופות האופיואידיות הרבות הקיימות. כך ישכנעו את החולה לקבל את הטיפול הנכון ויפוגגו את החששות הרבים הקשורים לשימוש במורפין ובאופיואידים אחרים. בשנים האחרונות חל שיפור של ממש במודעות ובידע בנוגע להצדקה לשימוש באופיואידים. תרופות חדשות רבות שנכנסו לשימוש מאפשרות טיפול יעיל ובטוח יותר מבעבר (ראו בנספח). בעבודות שונות הוכח ששימוש במורפין אינו מקצר חיים כאשר הוא ניתן לפי כללים ברורים וידועים (Azoulay et al. 2008). יש חשיבות רבה לאפיון נכון של הכאב - סוגו, מקורו ועוצמתו. נתונים אלו וכן תגובת החולה לכל טיפול יעזרו בהחלטה בנוגע לסוג הטיפול ולעוצמתו. בנספח מוצג גיליון אשר חולק לצוותים הרפואיים שמטרתו להקל על הצוות בהחלטה על מתן הטיפול הנכון במינוגים מתאימים.

דרך הטיפול הרבים והמגוונים לכאב ולסבל ואגב התייחסות עמוקה לחולה ולסבלו יתחזק האמון בצוות, והמפגש מטפל-מטופל יהיה מוצלח יותר.

למנה.

ד לרצון המשפחה.

בסבל רב שאינו בהכרח.

להקשיב לכל המעורבים, להבין  
יש יחד את ההחלטות אשר ימנעו  
נומך.

יש יחידה אחת שזקוקה לטיפול  
של החולה, מעורבת ודואגת,  
(Kristjanson and Aoun 2004).  
לעיתים מדובר מבחינת המטפל

מגובשים, שעובדות בשקיפות  
טיפול בחולה. אך לעיתים יפגוש  
בנושא הדאגה לחולה. מצב זה  
יש אשר נובעים מרגשי אשם או  
המצב. במקרים כאלה נדרשת  
לבני המשפחה, לשפר את האמון  
מפורקת) ולתמוך בה ואף לעזור  
בחולה.

ל לא מסוגל, ולעיתים לא רוצה.  
החולה מטופל במשככי כאבים

סובל?" כאשר החולה רגוע, ישן

הוא מקבל עשרות שנים?"

יוצא."

אך איך לעשות את זה הכי טוב  
בין צוות למשפחה במצוקה.  
המתאימים ביותר לשיפור  
לשם כך דרושה עבודת צוות

## 8. הרדמה סופנית כאפשרות לטיפול במצב שכלו כל הקיצים

"דוקטור, אני מתחנן, תהרוג אותי".

"בבקשה, תקצרו את החיים שלכם, הוא סבל יותר מדי".

אלו הן בקשות מוכרות (ולא נדירות) של מטופלים שבאחרית ימיהם סבלם רב ולא נשלט מספיק. מפגש של המטפל עם המטופל ומשפחתו בנושא המתת חסד בשל סבל קיצוני ואי-הצלחת הטיפול המקל (החולה ממשיך לסבול גם לאחר טיפול של הצוות) הוא מפגש טעון שצריך להתנהל במקצועיות ומתוך אמפתיה מרבית. במפגש אפשר להסכים על שיתוף פעולה בין המטופל, המשפחה והמטפל במקרים מיוחדים של שימוש הולם בהרדמה סופנית.

הרדמה סופנית היא כלי טיפול ייחודי אשר מאפשר מתן תרופות הרגעה לחולה שסבלו רב בשלב הסופי (ימים אחרונים או שעות אחרונות) אשר לא הגיב לטיפולים פליאטיביים אחרים.<sup>2</sup> הטיפול יגרום ירידה חלקית או מוחלטת בהכרה של החולה, וכך יביא להקלה ניכרת בסבלו (Azoulay et al. 2016). הרדמה סופנית תבצע אגב שקיפות ושיתוף פעולה ובהסכמה מלאה של כל המעורבים. יש להדגיש כי מדובר בפעולה רפואית חוקית ושונה מהמתת חסד; היא מורידה את רמת ההכרה, ואין בה כוונה לקצר את החיים (Broeckeaert 2011). החולה, המשפחה או הצוות עצמו יכולים ליזום הרדמה סופנית, אך החלטה היא החלטה רפואית של הצוות כולו לאחר בדיקה קפדנית שכל התנאים מתקיימים: חולה בשלב סופי, סבל לא נשלט, הסכמה רחבה, ושקיפות.

הכלי הרפואי האולטימטיבי הזה מאפשר לעיתים מימוש של ההבטחה "רק לא למות בסבל", וכך פרידה מכובדת ושקטה יותר, מתוך עבודה משותפת ולטובת כל המעורבים.

## 9. עדיין יש תקוות חדשות

במפגש עם החולה ומשפחתו בסוף חייו, במקום שנעלם לכאורה כל ניצוץ של תקווה, מתגלות לפעמים תקוות חדשות. לא תקוות שווא או הבטחות מדומות, אלא יצירה אמיתית של תקווה מסוג אחר. לא רק התקווה להבריא, ואפילו לא התקווה לחיות, אלא התקווה לא לסבול, ההבטחה לא להיחנק. תקווה לחידוש האמון בצוות המקצועי ותמיכה משותפת בחולה, לשיפור בתקשורת וביחסים בתוך המשפחה, אפשרות לפרידה מכובדת, אירועים משמחים וסגירת מעגל: בריתות, חתונות, בר מצווה, בקשות מיוחדות אחרונות (לראות את הים עוד פעם אחת אחרונה) (Sullivan 2003).

יצירה ומימוש של תקוות חדשות יכולים לרכז את המפגש מטפל-מטופל ולבנות ערוצי תקשורת משוחררים ועמוקים יותר. לשם כך דרושים אמון ותקשורת פתוחה וכנה, אשר מאפשרת לבטא את האכזבות, התסכולים והחרדות נוכח המצב הירוד. מהמקום הזה,

2 חוזר משרד הבריאות מס' 4/2015, קווים מנחים לסדציה פליאטיבית לחולה הנוטה למות, 22.3.2015.

- מהמפגש האינטימי מאוד שונות, מפתיעות, ולעיתים מפתיעות להלן דוגמאות אחדות למפגשים
- חולה בימיו אחרונים
- למשימה: "אני עומד במשפחה"
- חולה צעירה ששאלה
- ונושמת לרווחה לשכנע
- "אני כל כך שמחה לשכנע"
- שאני כותבת"
- "הוא כל כך אוהב רגלי"

## 10. תעזרו לי למות בבית

רוב המטופלים היו רוצים לסיים זו (Sen-Gupta and Sen-Gupta 2000) טיפול תומך אשר בידו לסיים שילווה את החולה ואת המשפחה ביותר שלהם - הבית, החדר הסבל, ככל שיתעצמו הכניסו טעונים יותר.

הצלחת המפגש בבית ובמוכנות של הצוות להביא משפחה, בכל יום מחדש, להם יחד, כל אחד בתחום שמתאים מטופל ומשפחה שמקרים מדוקדקת של כל מקורות ולהיערך כראוי: איזון מחדש בידי המשפחה גם באמצע הרכבת עירוני תת-עורי לחולה החשובה והמורכבת של הצוות לצרכים, הדרכה למשפחה לסוף רגוע.

אין משימה נעלה יותר מ- ומהעולם, בסביבה האהובה

מהמפגש האינטימי כאשר המטופל בוטח במטפל, יש סיכוי לגלות ניצוצות של תקוות שונות, מפתיעות, ולעיתים אף משחררות ומרוממות (Kirkland 2017).

להלן דוגמאות אחדות לתקוות שביטאו חולים:

- חולה בימיו אחרונים ולאחר חודשים במיטה חולם לעמוד, וכולם סביבו מתגייסים למשימה: "אני עומד משמע אני חי", כך תתממש תקוותו אחרונה.
- חולה צעירה ששואלת בלחש ובחרדה גדולה: "האם אמות עוד היום?", ואז מחייכת ונושמת לרווחה לשמע ההערכה שכנראה תחיה יותר. "אז אוכל לחבק עוד את הבן שלי".
- "אני כל כך שמחה לשמוע שכנראה יש לי עוד קצת זמן, רציתי מאוד לסיים את הספר שאני כותבת".
- "הוא כל כך אוהב רוג'לך, לא אכפת לו להקיא או לכאוב, רק לאכול רוג'לך כל בוקר..."

### 10. תעזרו לי למות בבית!

רוב המטופלים היו רוצים לסיים את חייהם בבית, אבל מעטים בלבד יממשו את שאיפתם זו (Higginson and Sen-Gupta 2000). כאן מתגלה התרומה הייחודית של צוות מיומן של טיפול תומך אשר בידו לסייע במשימה המורכבת לאפשר למטופל למות בביתו. הצוות שילווה את החולה ואת המשפחה ברגעים המיוחדים האלו יפגוש אותם במקום האינטימי ביותר שלהם - הבית, החדר, המיטה של החולה. ככל שיידרדר מצב החולה, ככל שיגבר הסבל, ככל שיתעצמו המצוקות, כך ייעשו המפגשים תכופים יותר, אינטנסיביים יותר וגם טעונים יותר.

הצלחת המפגש בביתו של החולה לקראת סוף החיים תלויה בזמינות, במקצועיות ובמוכנות של הצוות לתמיכה רפואית ורגשית, לפי הצרכים הייחודיים של כל מטופל וכל משפחה, בכל יום מחדש. לעיתים מזדמנים מפגשים משותפים שאנשי צוות מנסים להקל בהם יחד, כל אחד בתחומו ועל פי הבנתו, את המצוקה. מעין ריקוד בין צוות רב-מקצועי, מטופל ומשפחה שמקווים לזכות בהקלה ובמנוחה בסיום התהליך. זה הזמן לבדיקה מדויקת של כל מקורות המצוקה, גם אלה שעלולים להתגלות בשעות או בימים הבאים ולהיערך כראוי: איזון מחדש של כאב או קושי בנשימה, הכנת מנות של מורפין להזרקה בידי המשפחה גם באמצע הלילה, הדרכת המטפל העיקרי לשימוש באינהלציה ובחמצן, הרכבת עירוני תת-עורי לנוזלים וטיפול בפצע לחץ וחבישתו, חיזוק המשפחה במשימה החשובה והמורכבת של השארת החולה בבית לפי רצונו. אין-סוף משימות אגב הקשבה לצרכים, הדרכה למשפחה, הכנת ציוד ותרופות, חיזוק ועידוד, עצב של פרידה ותקווה לסוף רגוע.

אין משימה נעלה יותר מזו - לאפשר פרידה רגועה, רכה, שקטה, של החולה ממשפחתו ומהעולם, בסביבה האהובה עליו, כפי שביקש: "תעזרו לי למות בבית".

אחרית ימיהם סבלם רב ולא ננושא המתת חסד בשל סבל לאחר טיפול של הצוות) הוא בית. במפגש אפשר להסכים מיוחדים של שימוש הולם

תרופות הרגעה לחולה שסבלו הגיב לטיפולים פליאטיביים של החולה, וכך יביא להקלה ע אגב שקיפות ושיתוף פעולה בפעולה רפואית חוקית ושונה לקצר את החיים (Broeckaert) ומה סופנית, אך ההחלטה היא כל התנאים מתקיימים: חולה

של ההבטחה "רק לא למות" ותפת ולטובת כל המעורבים.

ה כל ניצוץ של תקווה, מתגלות, אלא יצירה אמיתית של תקווה חיות, אלא התקווה לא לסבול, תמיכה משותפת בחולה, לשיפור בדת, אירועים משמחים וסגירת (לראות את הים עוד פעם אחת

ש מטפל-מטופל ולבנות ערוצי ותקשורת פתוחה וכנה, אשר המצב הירוד. מהמקום הזה,

## סיכום

כיצד יישמר האדם מפני רמ"ח איבריו?

כיצד יישמר האדם מפני רמ"ח איבריו?

שאל יקום מי מהם עליו!

והם רבות רמ"ח רמ"ח

והם רבות שס"ה שס"ה

והאדם אחד

איך יקום?

רחל

(מתנת מטופלת לצוות המטפל, 2017)

לעיתים חולה מרגיש מעין מאבק אכזרי עם מחלתו וגופו בוגד בו, והכאב מסרב להיכנע. אכן, המפגש המתגורר עם המטופל בסוף חייו דורש מהמטפל ידע רב, מימוגנות וגם תשוקה להתקרב, להבין את המצוקות, לגלות דרכים בטוחות להקלת הסבל, ללוות ולתמוך. במפגש הזה יטפל הצוות הרב-מצועי בכאב, בחרדה, באישקט, בחנק המפחיד כל כך, ועוד בתסמינים רבים אחרים של סבל. יש לזכור שאחת המצוקות הגדולות ביותר בסוף החיים היא הבדידות: בדידות פיזית, נפשית או רוחנית. בדידות של המטופל, בדידות של בני משפחה, ולפעמים אפילו בדידות של המטפל עצמו. הטיפול המתאים ביותר לבדידות נמצא בידיים (או בלב) של כל אחד מאיתנו: יד מושטת ואהבה. ואם לא אהבה אז לפחות הקשבה, תמיכה, נוכחות, אמפתיה, חיוך. כך, בעזרת הכלים המצועיים הרבים והמגוונים של הטיפול התומך, יש למטפל הזדמנות לגרום שהמפגש עם המטופל ועם משפחתו יהיה חם יותר, לא רק עבור החולה אלא גם עבורו (Kirkland 2017).

## רשימת המקורות

דוח ועדת שטינברג, 2002. דוח הוועדה הציבורית לענייני החולה הנוטה למות, ירושלים: משרד הבריאות.  
משרד הבריאות, 2016. המלצות לתכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף חיים, ירושלים: ג'וינט ישראל אשל, משרד הבריאות, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

Aries, P., 1974. "Tamed Death," *Western Attitude toward Death: From the Middle Ages to the Present*, trans. Patricia M. Ranum, Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, pp. 1-26.

Azoulay, D., R. Hammerman-Rozenberg, R. Cialic, E. E. Mor, J. M. Jacobs, and J. Stessman, 2008. "Increasing Opioid Therapy and Survival in a Hospice," *Journal of the American Geriatrics Society* 56(2), pp. 360-361.

- Azoulay, D., R. Shahal-Gassner, M. Yehezkel, E. Eliyahu, N. Weigert, E. Ein-Mor, and J. M. Jacobs, 2016. "Palliative Sedation at the End of Life," *American Journal of Hospice & Palliative Care* 33(4), pp. 369-373.
- Broeckaert, B., 2011. "Palliative Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Euthanasia: "Same, Same but Different?," *The American Journal of Bioethics* 11(6), pp. 62-64.
- Hearn, J., and I. J. Higginson, 1998. "Do Specialist Palliative Care Teams Improve Outcomes for Cancer Patients? A Systematic Literature Review," *Palliative Medicine* 12(5), pp. 317-332.
- Higginson, I. J., and G. J. A. Sen-Gupta, 2000. "Place of Care in Advanced Cancer: A Qualitative Systematic Literature Review of Patient Preferences," *Journal of Palliative Medicine* 3(3), pp. 287-300.
- Kirk, P., I. Kirk, and L. J. Kristjanson, 2004. "What Do Patients Receiving Palliative Care for Cancer and their Families Want to Be Told? A Canadian and Australian Qualitative Study," *BMJ* 328(7452), pp. 1343-1346.
- Kirkland, K. B., 2017. "Finding Joy in Practice," *JAMA* 317(20), pp. 2065-2066.
- Kristjanson, L. J., and S. Aoun, 2004. "Palliative Care for Families: Remembering the Hidden Patients," *Canadian Psychiatric Association* 49(6), pp. 359-365.
- Kübler-Ross, E., 1969. *On Death and Dying*, New York: The Macmillan Company.
- Laron, M, N. Bentur, D. Azoulay, and A. Oberman, 2015. *Palliative Services in General Hospitals and Geriatric Medical Centers in Israel*, Research Report, Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute.
- Oldenmenger, W. H., P. A. E. Sillevius Smitt, S. van Dooren, G. Stoter, and C. C. D. van der Rijt, 2009. "A Systematic Review on Barriers Hindering Adequate Cancer Pain Management and Interventions to Reduce Them: A Critical Appraisal," *European Journal of Cancer* 45(8), pp. 1370-1380.
- Rome, R. B., H. H. Luminais, D. A. Bourgeois, and C. M. Blais, 2011. "The Role of Palliative Care at the End of Life," *Ochsner Journal* 11(4), pp. 348-52.
- Sanders, J., 2015. "Finding the Right Words at the Right Time: High-Value Advance Care Planning," *New England Journal of Medicine* 372(7), pp. 598-599.
- Saunders, C., 2003. "The Evolution of Palliative Care," *Alpha Omega Alpha Honor Medical Society* 66(3), pp. 4-7.
- Seow, H., D. Bainbridge, M. Brouwers, D. Bryant, S. Tan Toyofuku, and M. Lou Kelley, 2017. "Common Care Practices among Effective Community-Based Specialist Palliative Care Teams: A Qualitative Study," *BMJ Supportive & Palliative Care*, 001221.
- Sepúlveda, C., A. Marlin, T. Yoshida, and A. Ullrich, 2002. "Palliative Care: the World Health Organization's Global Perspective," *Journal of Pain and Symptom Management* 24(2), pp. 91-96.
- Spruyt, O., 2011. "Team Networking in Palliative Care," *Indian Journal of Palliative Care* 17(4), pp. 17-19.
- Steinberg, A., and C. L. Sprung, 2007. "The Dying Patient Act, 2005: Israeli Innovative Legislation," *The Israel Medical Association Journal* 9(7), pp. 550-552.

בו, והכאב מסרב להיכנע.  
 ע רב, מיומנות וגם תשוקה  
 ת הסבל, ללוות ולתמוך.  
 ט, בחנק המפחיד כל כך.  
 קות הגדולות ביותר בסוף  
 של המטופל, בדידות של  
 המתאים ביותר לבדידות  
 ואם לא אהבה אז לפחות  
 צועיים הרבים והמגוונים  
 טופל ועם משפחתו יהיה

ירושלים: משרד הבריאות,  
 סוף חיים, ירושלים: ג'וינס

Aries, P., 1974. "Tamed  
 to the Present, trans.  
 University Press, pp.  
 Azoulay, D., R. Hamn  
 Stessman, 2008. "In  
 American Geriatrics

Steinhauser, K. E., N. A. Christakis, E. C. Clipp, M. McNeilly, L. McIntyre, and J. A. Tulsky, 2000. "Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers," *JAMA* 284(19), pp. 2476-82.

Sullivan, M. D., 2003. "Hope and Hopelessness at the End of Life," *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 11(4), pp. 393-405.

Tulsky, J. A., 2005. "Beyond Advance Directives," *JAMA* 294(3), pp. 359-365.

Von Gunten, C. F., 2005. "Interventions to Manage Symptoms at the End of Life," *Journal of Palliative Medicine* 8(supplement 1), s-88-s-94.



מתוך קוים מומחים

כלים

ד"ר הירש

פרופ' מאיר ברייט

חובה לזהות כאב ולטפל בו בהתאמת הטיפול עד הקלה מרבית לטיפול קבוע לכאב כרוני.

לא קשה לטפל בכאב: יש כלים וכללים בסיסיים.

טיפול במורפין יכול גם להקל על טיפול במחמיר, תרופות מקילות.

טיפול הדרגתי

Options for Severe Pain	
Immediate release (IR)	
Controlled release (CR)	
Transdermal patch	
Abstral, (fentanyl)	

תופעות לוואי של opioids

אין דיכוי נשימתי אם מטפלים בהתאמה  
 עצירות (כמעט 100 אחוזים) - טיפול  
 בחילות והקאות (10-30 אחוזים) - טיפול  
 אחרות - נמנום, אי-שקט, בלבול



## נספח: עקרונות טיפול בכאב

(מתוך קווים מנחים לטיפול תומך - בית החולים הדסה ירושלים)



### כלים ראשוניים לטיפול בכאב

ד"ר דניאל אזולאי וצוות ההוספיס, הדסה הר הצופים  
פרופ' מאיר ברזיס, המרכז לאיכות ובטיחות קלינית, הדסה עין כרם

חובה לזהות כאב ולטפל בו מהר, אגב מעורבות החולה והמשפחה ואגב הערכת תגובה והתאמת הטיפול עד הקלה ניכרת בכאב. אין להסתפק בפקודה "לפי הצורך" אלא כתוספת לטיפול קבוע לכאב כרוני.

לא קשה לטפל בכאב: יש כלים רבים, ואין מה לחשוש מ-opioids, אבל יש להקפיד על כללים בסיסיים.

טיפול במורפין יכול גם להקל מצוקה נשימתית וחרדה שמלוות לעיתים קרובות כאב. יש להכיר את החולה ולאפיין את הכאב שלו: עוצמה, סוג, מקור, מקום, תדירות, גורם מחמיר, תרופות מקילות.

טיפול הדרגתי לפי עוצמת הכאב (בסוגריים שם תרופה גנרי)

Non-opioids	Opioids for Mild Pain	Opioids for Severe Pain
		Morphine IV/SC, controlled release (MCR), immediate release (MIR) Oxycontin, Targin, Percocet, Oxycod (oxycodone)
	Tramadex, Tramal (tramadol)	Fenta (transdermal patch), Actiq, PecFent, Abstral, (fentanyl) Fentora
Acamol (paracetamol)	BuTrans (patch) (buprenorphine)	Methadone
Optalgin (dipyron)	Percocet (מינון קטן) (oxycodone + paracetamol)	
NSAIDs		

#### תופעות לוואי של opioids

אין דיכוי נשימתי אם מטפלים נכון. שיעור ההתמכרות נמוך. עצירות (כמעט 100 אחוזים) - טיפול קבוע: Avilac (lactulose), Laxadin (bisacodyl) או Glycerine. בחילות והקאות (10-30 אחוזים) - טיפול: 1-5 mg/d Halidol (haloperidol). אחרות - נמנום, אי-שקט, בלבול (יש להפחית מינון), יובש בפה (להציע קרח למציצה), אצירת שתן.

Steinhauser, K. E., N. Tulskey, 2000. "Fact Physicians, and Oth Sullivan, M. D., 2003. of Geriatric Psychia Tulskey, J. A., 2005. "B Von Gunten, C. F., 200 of Palliative Medici

תרופות ומינונים לדוגמה

שם	דרך מתן	מינון	הערות
<b>NON-OPIOIDS</b>			
Acamol	PO	1 gm x 3-4/d	
Optalgin	PO or IV	1 gm x 3-4/d	
NSAIDs	רצוי לא בקשישים בגלל תופעות לוואי: דימום מהקיבה ונזק כלייתי		
<b>OPIOIDS FOR MILD PAIN</b>			
Tramadox	PO tabs or drops	100-200 mg x 1-2/d 10-20 drops x 2-4/d	לעלות מינון בהדרגה 10 drops=25 mg
BuTrans	weekly patch	5 mcg/h	יש מדבקות של 5, 10, 20

רצוי לשקול גם טיפולים לא תרופתיים, כגון הרפיה, עיסוי, תמיכה פסיכולוגית או בלוק עצבי.

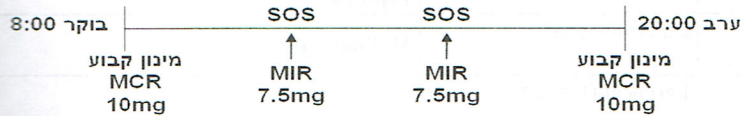
מפתחות לטיפול ב-opioids

- להתחיל במינון נמוך ולהעלות בהדרגה לפי התגובה.
- עלייה הדרגתית ב-30-50 אחוזים בכל פעם: למשל, להעלות מ-MCR 60 mg/d ל-MCR 90 mg/d.
- מינון SOS = 1/6 ממינון הקבוע: למשל, עבור MCR 200 mg/d יש לתת SOS 30 mg MIR.
- במעבר למתן דרך הפה מ-IV/SC יש להעלות פי שלושה במינון: למשל, MCR 90 mg/d = Morphine IV 30 mg/d, ל-SOS: 15 mg MIR = Morphine IV 5 mg.

OPIOIDS FOR SEVERE PAIN

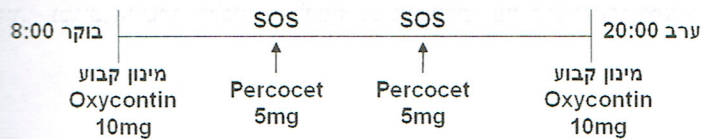
שם	דרך מתן	מינון לדוגמה	הערות
MCR	PO every 12 hours	10 mg x 2/d	
MIR	PO every 4 hours	15 mg SOS (3-6/d)	בוהירות: אם אין תגובה, אפשר לתת שוב לאחר שעה (במתן PO) או לאחר חצי שעה (IV/SC)
Morphine	SC or IV	5 mg SOS (3-6/d)	

לדוגמה:



Oxycontin	PO every 12 hours	10 mg x 2/d	
Targin	PO every 12 hours	10 mg x 2/d	מכיל Naloxone נגד עצירות
Percocet	PO every 4 hours	5 mg SOS (3-6/d)	יש גם כדור עם 10 mg (oxycodone)
Oxycod	PO syrup every 4 hours	6 mg SOS (3-6/d)	1 cc = 2 mg

לדוגמה:



יש מדבקות של 5, 12, 25 (bilingual tablet) =

מומלץ להתחיל במינון נמוך

mcg/h/72h

טיפול

- להפחתת לחץ (עמוד)
- לגוררות בעצמות -

הערות

לעלות מינון בהדרגה

לעלות מינון בהדרגה

עשוי לעזור גם לדיכאון

תופעות לוואי: אצירת שתן, גלוקומה

רצוי מעקב רמות בדם

לזכור עורך הדין יתכן ויחייב



Fenta	patch every 72 hours	12 mcg/h	100, 75, 50, 25, 12	יש מדבקות של 12, 25, 50, 75, 100
Actiq (lozenge), PecFent (nasal spray), Abstral, Fentora (sublingual tablet) = short-acting Fentanyl				
Methadone	PO syrup every 12 hours	5 mg x 2/d	מומלץ להתחיל במינון נמוך	

opioid conversion: MCR 30 mg/d = Oxycontin 20 mg/d = Fenta 12 mcg/h/72h

טיפולם שעשויים להועיל להקטנת כאב במנגנונים מיוחדים  
(הטיפול נקרא אדז'וונט)

- להפחתת לחץ (עמוד השדרה, מוח, עצב): Dexamethasone (8-24 mg/d).
- לגירורות בעצמות - biphosphonates: Zomera (zoledronate), Aredia (pamidronate).

ADJUVANTS FOR NEUROPATHIC PAIN

שם	דרך מתן	מינון להתחלה	מינון מרבי	הערות
Lyrica (pregabalin)	PO	50 mg x 3/d	300 mg/d	לעלות במינון בהדרגה
Neurontin (gabapentin)	PO	300 mg x 1/d	1800 mg/d	לעלות במינון בהדרגה
Cymbalta (duloxetine)	PO	30 mg x 1/d	60 mg/d	עשוי לעזור גם לדיכאון
Elatrol (amitriptyline)	PO	25 mg x1/d	100 mg/d	תופעות לוואי: אצירת שתן, גלוקומה
Tegretol (carbamazepine)	PO	100 mg x 2/d	400 mg/d	רצוי מעקב רמות בדם

כל הזכויות שמורות להדסה © 2017

לזכר עורך הדין יעקב רובין ז"ל

שם	מתן
Acamol	PO
Optalgin	PO or IV
NSAIDs	ייתי
Tramadox	PO tabs o
BuTrans	weekly pa

MCR 90 mg/d ל-MCR 60  
לתת 30 mg SOS MIR.

15 mg MIR = Morphine IV

שם	מתן
MCR	PO every 12
MIR	PO every 4
Morphine	SC or IV

בוקר 8:00  
מינון קבוע  
MCR  
10mg

Oxycontin	PO every 12
Targin	PO every 12
Percocet	PO every 4 h
Oxycod	PO syrup ev

בוקר 8:00  
מינון קבוע  
Oxycontin  
10mg