

האוניברסיטה העברית בירושלים

ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית
"הדסה", ירושלים

**"קבלת החלטות בסוף-החיים: עמדות, התנהגות וידע בקרב רופאים
במחלקות פנימיות בבי"ח הדסה עין כרם ובתי חולים נוספים בישראל"**

"End-of-life decision making : attitudes, behavior, and
knowledge among physicians in wards of internal
medicine of Hadassah Hospital Ein Kerem and other
hospitals in Israel"

עבודת הגמר לשם מילוי חלק מהדרישות לקבלת התואר דוקטור לרפואה
מטעם ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

יולי 2006
ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית
"הדסה", ירושלים

תמוז תשס"ו
האוניברסיטה העברית בירושלים

**"קבלת החלטות בסוף-החיים: עמדות, התנהגות וידע בקרב רופאים
במחלקות פנימיות בבי"ח הדסה עין כרם ובתי חולים נוספים בישראל"**

"End-of-life decision making : attitudes, behavior, and
knowledge among physicians in wards of internal
medicine of Hadassah Hospital Ein Kerem and other
hospitals in Israel"

עבודת הגמר לשם מילוי חלק מהדרישות לקבלת התואר דוקטור לרפואה
מטעם ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

מאת הבוגרת

עירית טלר

בהנחיית

פרופ' מאיר ברזיס

בי"ס לבריאות הציבור



מדריכים נוספים:

פרופ' אלן רובינוב, מחלקה פנימית
פרופ' צ'רלס ספרונג, מחלקת הרדמה
ביה"ח האוניברסיטאי הדסה, ירושלים

מבוא:

ההתפתחות האדירה באמצעים טכנולוגיים מאפשרת היום להאריך חיים בשלבים סופניים בתנאים שבעבר היו בלתי אפשריים. הטיפול הרפואי, שניתן על בסיס עקרונות שהיו מקובלים במשך מאות שנים בחברות המערביות, הפך לבעייתי כאשר הוא מכוון לחולים במצב סופני או לחולים במצבי מוגבלות קשים. לעתים קרובות תורם הטיפול החדשני להארכת חייהם של חולים אלו, אולם משאיר אותם בתנאי קיום ירודים ביותר, המלווים בסבל גופני ונפשי. ישנם אפוא מצבים ברפואה המודרנית בהם השאלה היא לא האם ניתן להאריך את חיי החולה הסופני אלא האם ראוי להאריכם. הדילמות הקשורות בנושא זה הן רבות ומורכבות, וניתן למצוא צידוקים פילוסופיים, משפטיים ודתיים לכל כיוון של פעולה וחשיבה.

כמענה לבעיה זו, בחלק ממדינות העולם הציעו פתרונות שונים. באופן כללי רופאים מבדילים בין מניעת טיפול להפסקת טיפול (מאמר 2):

מניעת טיפול (withhold) - קבלת החלטה עקרונית להימנע מהתחלת טיפולים נוספים ייחודיים, או העלאת מינון של טיפולים קיימים, אם וכאשר מתעורר הצורך בהם, בהווה ובעתיד, בחולה הנוטה למות. לקבוצה זו שייכת גם פקודת ה-DNR-DO NOT RESUSCITATE- שמשמעה המנעות מביצוע החייאת לב ריאה (CPR) במקרה של הפסקת נשימה או דום לב.

הפסקת טיפול (withdrawal) - קבלת החלטה להפסיק טיפול שכבר הוחל בו בעבר ועדיין ניתן לחולה. יש לציין שגמילת חולה מתרופות אינטרופיות או הנשמה מלאכותית על פי הוריות רפואיות אינה מוגדרת כהפסקת טיפול.

בנושא של החלטות בסוף החיים יש התחבטות בין שני עקרונות:

העיקרון הראשון - "עקרון קדושת החיים": זה עקרון בסיסי באתיקה היהודית והוא מקובל כערך דומיננטי במסגרת האתיקה הרפואית בישראל (מאמר 3).

העיקרון השני- "עקרון האוטונומיה" של החולה שעל פיו החולה בר-השיפוט הוא המחליט על עצמו . עקרון זה שונה מהגישה הפטרנליסטית שהייתה מקובלת בעבר הלא רחוק ועדיין מקובלת בבתי חולים רבים, שלפיה הרופא קובע בלעדית את שנראה בעיניו הטוב ביותר לחולה . המגמה המתחזקת כיום בעולם המערבי היא לדווח לחולה בצורה גלויה על אבחנות רפואיות, גם כאשר הן אבחנות של מצבים סופניים ולשתף אותו בהחלטות הטיפוליות לגביו. (מאמר 1)

הספרות מראה הבדלים בין רצונות של רופאים לבין רצונות של חולים לגבי טיפולים בסוף החיים. ברוב המקרים הרופאים נוטים לתת יותר טיפול ממה שהחולים היו רוצים במצבים דומים(מאמר 4,17). יתר על כן, הציבור מביע ברובו רצון בתקשורת פתוחה יותר בין הרופא לחולה בקבלת מידע על פרוגנוזה וטיפול במצבי חולי קשים, ואף מביע רצון להיות מעורב בהחלטות הנוגעות לטיפול הרפואי בסוף החיים גם אם הן היו החלטות קשות ביותר(מאמר 5) ממצאים אלה חוזרים על עצמם באופן שיטתי במדינות שונות. הציבור אינו מודע מספיק לנוהל שבעזרתו ניתן לעשות זאת. (מאמר 17).

מצד שני, מרבית הרופאים מכירים בזכותו של החולה להיות המשפיע העיקרי על החלטות לגבי טיפול מאריך ימים בסוף החיים. אבל, מדווח על חסר בניהול שיחות עם החולים בנושאים אלה בגלל קשיים של הצוות הרפואי, הן מצד הרופאים והן מצד החולים. ממצאים אלו מדווחים גם במדינת ישראל וגם במדינות המערב שבהם דרכי התקשורת פתוחים יותר. (מאמר, 6,1,15).

הפערים הקיימים בין הרופאים לציבור מצביעים על מבוכה חברתית הנובעת מחשיפה חברתית למצבים חדשים שאין לגביהם נורמות התנהגות ברורות. הנורמות הישנות אינן מתאימות עוד, ונורמות מספקות חדשות הן בתהליכי התהוות.

קיימת גם השפעה ניכרת של הצורה בה מציג הרופא מידע על החולה בפני המשפחה על החלטת המשפחה לגבי המשך או מניעת טיפול בחולה (מאמר 16).

הספרות מראה שרופאים נמנעים מלדבר עם חולים על מוות ואפילו נמנעים ממגע עם חולים סופניים (מאמר 6). במחקר גדול (ה-SUPPORT) שכלל 5 מרכזים רפואיים בארה"ב שמטרתו היתה לשפר תהליכי קבלת החלטות סוף-חיים ולמנוע תהליך גסיסה ארוך וכואב, נבדקו תוצאות התערבות שנועדה

לשפר דפוסי תקשורת בין רופאים לחולים ביחס לטיפולים בסוף החיים. לאחר שנתיים של התערבות מבוקרת שנועדה לשפר דפוסי התקשורת בין הרופאים לחולים ביחס לטיפולים רפואיים בסוף החיים, לא נמצאו הבדלים בין קבוצת הביקורת לקבוצת הניסוי ומזה הסיקו שמאוד קשה לשנות דפוסי התנהגות של רופאים (מאמר 7).

במחקר אחר שנעשה בארה"ב, שבו נבדקה גישתם של רופאים פנימיים לגבי מניעת טיפול בסוף החיים במצבים היפותטיים שונים, נראה כי אחוז גבוה מהרופאים לא היו מונעים טיפול בחולה, גם אם החולה עצמו ביקש זאת, דבר המביא להארכת תהליך הגטיסה. אחד הגורמים לכך הוא חוסר הבנה וידע של הנושאים האתיים והחוקיים בנושא החלטות בסוף החיים. באותו מחקר – לרופאים קל יותר למנוע הנשמה ודיאליזה מאשר למנוע הזנה מלאכותית והידרציה (מאמר 17).

בישראל- החלטות אם יש לתת טיפול תומך חיים ואם לאו מתקבלות כיום על ידי הרופאים.

יש צורך לבחון באיזו מידה קיים שוני ממרכז רפואי אחד למשנהו, ממחלקה אחת לאחרת, ומרופא אחד לחברוביחס המעשי לחולים הנוטים למות בישראל נכון להיום. הנוהג היישומי בישראל ביחס לחולים הנוטים למות לא נחקר רבות, והוא איננו אחיד. במחקר שנערך על ידי פרופ' שטיינברג בבית החולים שערי צדק בירושלים, נמצא כי רק בשליש מהחלטות על אי מתן טיפול מאריך חיים נעשה שיתוף המשפחה

קיימת חובה בכל חברה ללבן עמדותיה, למצוא פתרונות ולגרום ולשינויים שיענו על המצוקה הקיימת, וליישם בהנחיות ברורות שתובאנה לידיעת הציבור והמטפלים. בישראל (כמו גם במדינות דמוקרטיות רבות בעולם) קיימת מגמת שינוי בכיוון של קבלה חברתית של החלטות ביחס למניעת טיפול לחולים קשים בסוף החיים. מגמה זו לוותה בשנים האחרונות בפיתוח דרכים למימוש עקרון האוטונומיה של הפרט על ידי יצירת מנגנונים חוקיים המאפשרים לפרט להביע את רצונו ביחס לטיפול בו בסוף החיים.

לאחרונה אושרה בישראל הצעת חוק שנכתבה בראשותו של פרופסור אברהם שטיינברג. להלן סקירה של עקרונות החוק ועיקריו.

חוק ועדת שטיינברג:

כפי שכבר נאמר, הבעיות המוסריות, האתיות, ההלכתיות והרפואיות הכרוכות בשאלת הטיפול בחולה נוטה למות הן מהקשות ביותר שנדונות כיום ברפואה המודרנית.

ניסיון לפתור את הבעיות והדילמות הללו, מחייב איזון ראוי בין הערך של קדושת החיים של האדם מחד, לבין הערך של אוטונומיית האדם והחשיבות שמייחס כל אדם לאיכות החיים, לכאב וסבל, מאידך.

במארכ 2001 הוגשה הצעת חוק פרטית המכירה בזכות של חולה סופני לא להאריך את חייו בניגוד לרצונו, והיא אושרה בקריאה ראשונה. שר הבריאות דאז, ח"כ הרב ניסים דהאן (ש"ס), הקים ועדה ציבורית שתפקידה היה לנסח הצעת חוק ממשלתית בעניין זה. בוועדת החוקה סוכם אז שהצעת החוק תאוחד עם הוועדה הציבורית שגיבש משרד הבריאות.

הוועדה פעלה בראשותו של חתן פרס ישראל (1999), הפרופ' אברהם שטיינברג, מנהל היחידה לנוירולוגיה של הילד בבית-החולים "שערי צדק" בירושלים ומומחה להלכה בתחומי הרפואה. בוועדה היו יותר משישים חברים. היא נחלקה לארבע ועדות משנה: (א) ועדה רפואית-מדעית בראשותו של הפרופ' צ'רלס ספרונג, מנהל היחידה לטיפול נמרץ בבי"ח הדסה עין-כרם ויושב-ראש היחידה לאתיקה של האיגוד האירופאי לטיפול נמרץ. וועדת משנה זו מנתה 26 רופאים, אחיות ועובדות סוציאליות. (ב) ועדה פילוסופית-אתית בראשותו של הפרופ' אסא כשר, מופקד הקתדרה לאתיקה רפואית בחוג לפילוסופיה באוניברסיטת תל-אביב וחתן פרס ישראל (2000). וועדת משנה זו מנתה 12 פילוסופים, אתיקאים ואישי דת (רב אורתודוקסי, רב קונסרבטיבי, רב רפורמי, כהן דת נוצרי, מומחה דת מוסלמי וקאדי דרוזי). (ג) ועדה הלכתית בראשותו של הרב יעקב אריאל, רבה הראשי של רמת גן. וועדת משנה זו מנתה 7 אנשי הלכה מעולם הרבנות והרפואה. (ד) ועדה משפטית בראשותו של השופט בדימוס הפרופ' אמנון כרמי, נשיא האגודה לרפואה ומשפט בישראל וראש המרכז הבינלאומי לבריאות משפט ואתיקה. וועדת משנה זו מנתה 13 שופטים, משפטנים ועורכי דין.

מטרת-העל של ההצעה שגיבשה הוועדה הציבורית היא לפתור את המצוקה הקשה של האי-בהירות החוקית הקיימת בישראל ביחס לאפשרויות הטיפול או ההימנעות מטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא, בסוף ימיהם, לפי בקשתם המפורשת והבעת רצונם הברור. מהוועדה עברו ההצעות למליאה, נידונו בהרחבה, עד שהתקבל נוסח שזכה להסכמה רחבה, בכל פרט ופרט.

בגיבוש ההצעה התקיימו שני עקרונות יסודיים: (א) חזקה על האדם שהוא רוצה לחיות. אם לא ידוע עליו שום דבר ונשקפת סכנה לחייו, חובה להציל אותו ממוות. (ב) עיקרון יסוד נוסף קובע שיש לכבד את רצון החולה הנוטה למות כשהוא כשיר לקבל החלטות, שלא לקבל טיפול אם הוא אינו רוצה בו, כיוון שהוא סובל.

הדו"ח אושר בקריאה שנייה ושלישית בכנסת.

הצעת החוק שהתקבלה קובעת מנגנונים שיאפשרו לחולה להודיע מראש על רצונו בגמר הטיפול בו, במידה שיגיע לשלב של חולה הנוטה למות, כאשר הוא עדיין כשיר ובריא, או כאשר כבר חלה. עקרונות הצעת החוק:

באופן כללי, ניתן למנות ארבע פעולות שניתן לנקוט ביחס לחולה הנוטה למות:

1. המתת חסד.

2. סיוע רפואי להתאבדות.

3. ניתוק ממכשירים. יש להבדיל בין טיפולים רציפים או בדידים.

4. הימנעות מחיבור למכשירים.

הצעת החוק של ועדת שטיינברג מתירה רק את האפשרות המינימלית: להימנע מטיפול רפואי מעכב מוות (כגון: אי-חיבור למכשיר) כשמתקיימים חמשת העקרונות והתנאים הבאים שכל חברי הוועדה מסכימים עליהם:

1. איסור מוחלט על המתה אקטיבית – ב"המתת חסד אקטיבית" מבקש החולה הסופני לזרז את מותו על-ידי נקיטת פעולה אקטיבית, כגון מתן תרופות במינון קטלני, הזרקת רעל וכיוצא בזה. יש הרואים גם

בפעולת ניתוקו של חולה ממכשירי החייאה משום פעולה אקטיבית, אך הדבר נתון למחלוקת משפטית ואולי אפילו הלכתית.

2. היתר להימנע מטיפול רפואי מעכב מוות – במצב של "המתת חסד פסיבית" מבקש החולה הסופני שלא לחברו למכונות תומכות חיים במגמה להאריך את חייו באופן מלאכותי. הדגש הוא על התנהגות פסיבית של הרופאים, אשר מתבקשים להימנע מכל פעולה שיש בה כדי להאריך את החיים. קיימת הסכמה רבתי בין חברי הוועדה על סעיף זה, רק כשמתקיימים שלושה תנאים יסודיים: החולה נוטה למות (אדם הסובל ממחלה חשוכת מרפא, שלפי הערכה רפואית משך חייו הצפוי אינו עולה על חצי שנה), החולה סובל מאוד והחולה לא רוצה לעכב את מותו. היתר זה כולל גם הימנעות מחיבור למכונת הנשמה, בהתקיים התנאים הנ"ל.

3. לראשונה בישראל תהיה קיימת חובה חוקית לתת טיפולים מונעי סבל הן לחולה הנוטה למות, והן לבני משפחתו.

4. חלה חובה לקיום נוהל דיונים שקוף ומסודר בהשתתפות החולה או נציגיו.

5. אפשר להיענות גם להנחיות מקדימות ("צוואה בחיים"), בהתקיים התנאים הנ"ל. בנוסף לכך, יש גם שלוש נקודות מיוחדות:

1. אי-חידוש טיפול שנפסק יכול להיות מוגדר כהימנעות מטיפול.

2. ככלל אין להרעיב או לייבש חולה למוות, גם כאשר מותר להימנע מטיפול רפואי דוחה למוות.

3. אין לנתק חולה מקוצב לב או ממכונת הנשמה, אך ניתן לחבר חיבור זמני למכונת הנשמה, אשר יפסק אוטומטית במועד שנקבע מראש. לאחר הפסקה כזו מותר יהיה להימנע מחיבור מחדש, בהתקיים התנאים הנ"ל.

בעניין הניתוק ממכשירים מבדילה הוועדה בין מה שמכונה בעגה הרפואית "טיפול

בדיד" לבין "טיפול רציף". טיפול בדיד מאופיין במחזוריות – למשל הקרנות, טיפולים כימותרפיים

או דיאליזה – ובסיום כל מחזור, מותר לא לחדשו. בעניין הזה בעצם אין כל חידוש בהצעת החוק לעומת

כן, הוחלט בוועדה רעיון לעקיפת הטיפול הרציף: למשל, הקביעה שאי-חיבור כמוהו כניתוק או הפטנט הישראלי לחבר מעין "שעון שבת" (טיימר אלקטרוני) בעל מרווחי פעולה קבועים למכונת ההנשמה. פתרון זה מאפשר לנתק את החולה הסופני, ממכונות שיאריכו את חייו, על-ידי אי-חידוש הפעולה המחזורית של המכשירים ויאפשר לחולה למות בכבוד במסגרת המוסר וההלכה. כאשר תיפסק פעילות המכונות המנשימות במחזוריות ידועה מראש, יישבר רצף הטיפול, ויותר לא לחבר מחדש את החולה למכונה. שכן, הצעת החוק קובעת שאסור יהיה להפסיק טיפול רפואי בבני אדם, אבל יהיה אפשר לא לחדש טיפול כזה – על-פי בקשת החולה. הטיימר יאפשר הפעלת מכונת ההנשמה למשך מספר שעות ואז את הפסקתה אוטומטית במועד שנקבע מראש, וכך יוכל החולה להחליט שאינו רוצה להתחבר שוב, וחיו יסתיימו.

הסיוע להתאבדות הוא אסור, בין אם נעשה מתוך חסד וחמלה, ובין אם לבקשת החולה הנוטה למות. כלומר, "לא" רבתי להמתה אקטיבית.

הצעת החוק שהתקבלה קובעת כי בקביעת הטיפול הרפואי בחולה סופני, השיקולים הבלעדיים הם מצבו הרפואי, רצונו ומידת סבלו. ההצעה גם קובעת כי חולה הנוטה למות שהוא בעל כשירות, כלומר מלאו לו 17 שנה ומסוגל להביע את רצונו, והוא אינו רוצה שחיו יוארכו – יש לכבד את רצונו ולהימנע מהטיפול בו. ושעל המטפלים לעשות מאמץ סביר לשכנע את החולה הסופני לקבל חמצן וכן מזון ונוזלים כמו גם טיפולים שגרתיים.

ישראל היא המדינה הראשונה בה הצליחו הדתיים והחילונים להגיע לנוסחת פשרה מוסכמת כמעט בכל היבטים של הטיפול בחולה הסופני.

שיטות:

המחקר בבית החולים "הדסה עין כרם" התבסס על ראיונות מובנים מוקלטים של רופאים ללא רישום שמות עם שאלות סגורות ופתוחות שעברו עיבוד איכותני וכמותי.

המחקר בבתי החולים הנוספים התבסס על מילוי שאלונים עם שאלות סגורות בלבד, הזדהות לשאלות הסגורות שנשאלו ב"הדסה עין כרם", ועברו עיבוד כמותי.

הראיונות מבוססים על מס' שאלות מנחות המתייחסות לבעיות הקשורות להחלטות סוף-חיים, והם נערכו טרם קבלת הצעת ועדת שטיינברג כחוק.

א. מערך המחקר (Study design):

המחקר הוא מחקר חתך כמותי אשר בחלקו גם מחקר איכותני (Qualitative research ע"י ראיונות איכותניים (Qualitative interviews) מסוג "Semi-structured".

ראיון כזה מבוסס על "שאלות פתוחות" שמגדירות את הנושאים שמעוניינים לחקור, לפחות בצורה התחלתית. מהשאלות האלה המראיין יכול לסטות כדי להעביר רעיונות, תגובות, דעות ביתר פירוט. (נספח -שאלות הראיון). חלק מהשאלות סגורות ועברו עיבוד כמותי.

הראיונות הוקלטו בעילום שם ואחרי קבלת רשות הקלטה מהמראיין. ההקלטה אפשרה איסוף ועיבוד נתונים בצורה יותר יעילה. לאחר סיום ההקלטה שוכתב המלל, ועל מלל זה התבססו התוצאות.

ב. אוכלוסיית המחקר (Subjects):

אוכלוסיית המחקר היא הרופאים של המחלקות הפנימיות של בי"ח הדסה ע"כ ומדגם של שני בתי חולים אחרים מחוץ לירושלים: צוות של מח' פנימית בבי"ח רמב"ם בחיפה ובבי"ח איכילוב בת"א. בתי חולים אלו נבחרו כמייצגים בתי חולים שלישוניים בשלושת הערים הגדולות בישראל.

ג. משתנים:

נתונים סוציו-דמוגרפים של הרופאים: גיל, מין, ותק כרופא, ותק במחלקה פנימית, מוצא, מצב משפחתי, מספר ילדים, דת, דתיות.

נתונים הנגזרים מהשאלות הכמותיות. למשל:

1. מידת חשיבות שיתוף החולה או המשפחה בעיני הרופא.

2. ידע משפטי של הרופא בנושא DNR.

3. מידת חשיבות הצוות הרפואי בעיני הרופא

תוקף: חלק גדול של השאלות נלקחו מסקרים אחרים בספרות ותוקפן מבוסס על at face value או תוקף consensus.

מהימנות: חלק מהשאלות החשובות חוזרות על עצמן בגוף השאלון בצורות שונות וכך נוכל לבצע בדיקת מהימנות פנימית.

ד. שיטות סטטיסטיות:

המחקר ברובו תיאורי, מבקש לבדוק את כל אוכלוסיית הרופאים במחלקה ולכן אין שאלת "גודל מידגם". עם זאת, אפשר בשאלה מרכזית כגון "האם תכבד רצון חולה ומשפחתו לקביעת DNR" לערוך חישוב עצמה. מנתונים ראשונים ניתן להניח שבירושלים כ-60% יענו כן לשאלה זו. אם בבית חולים קיים נוהל מוסדר, יתכן ששיעור זה יהיה בסביבות 90%. במובהקות של 5% ועוצמה של 80% דרוש מדגם של 25 רופאים לפחות בכל אחד מהמרכזים על מנת להוכיח שההבדל מובהק סטטיסטית. (החישוב מסתמך על הספר (jacob cohen) statistical power analysis for the behavioral sciences)

ה. ניתוח תוצאות:

על-מנת לבחון קשר בין התשובות לשאלות השונות לבין משתני רקע (גם התשובות וגם משתני הרקע הינם משתנים איכותיים) נעשה שימוש במבחן Chi-square. בכדי לבחון קשר בין תשובות לשתי שאלות

שונות באותו רופא (הן בדיקת מהימנות והן השוואה בין גישות) הופעל מבחן McNemar למדגמים
מזווגים, עבור משתנה איכותי.

ערך p של 5% או פחות נחשב כמובהק סטטיסטית..

בתוצאות של חלק השאלות הפתוחות המלל מייצג דעות שונות של רופאים כפי שענו על השאלות
הפתוחות. הטבלאות מייצגות כימות של התשובות לשאלות הפתוחות לחלק מהשאלות.

תוצאות

חלק א': עמדות רופאים באגף הפנימי בהדסה ע"פ ראיון אישי

להלן תיאור עמדות רופאים מהאגף הפנימי בהדסה כפי שעולה מראיון אישי עם 21 מהם- מתוכם 2 מנהלי מחלקה, 9 רופאים בכירים ו-10 מתמחים. הראיון כלל שאלות פתוחות וחצי פתוחות. הרופאים נבחרו אקראית מתוך רשימה שמית של רופאי המחלקות ולפי זמינותם. ההיענות היתה טובה, רופאים רבים פינו מזמנם לצורך הראיון. המפגשים כולם התקיימו בבית החולים במסגרת שעות העבודה של הרופא. הראיונות נמשכו בין 15 דקות לשעה, בהתאם לשיתוף הפעולה של הנשאל ולאורך תשובותיו. רב הרופאים הביעו עניין רב בנושא וענו בהרחבה לשאלות.

בחלק זה נעשה ניתוח הן איכותני והן כמותי של הנתונים שהתבססו על שאלות פתוחות. הניתוח הכמותי נגזר משאלות שהתשובות להן דיכוטומיות, ומוצג באחוזים מכלל הרופאים הנשאלים.

1. לשאלה "עד כמה מעסיקה אותך שאלת החלטות בסוף החיים בשגרת היום-יום במחלקה?" ענו הרופאים כלהלן:

מעסיקה לעתים קרובות- 73%

מעסיקה לעתים רחוקות- 18%

אינה מעסיקה כלל- 5%

את רוב הרופאים מעסיקה שאלת החלטות בסוף החיים על בסיס יומיומי.

2. לשאלה "איך אתה מתמודדת עם שאלות החלטות בסוף החיים בפועל?" ענו הרופאים כלהלן:

1. עושים תחילה הערכה בסיסית של מצב החולה. אם לחולה מסוים פרוגנוזה גרועה מאוד, ויש סיכוי סביר

שיגיעו למצב של החייאה, הנשמה וכו', הם ישוחחו עם משפחת החולה. במקרים מסוימים, כשמתאפשר, הם

ישוחחו עם החולה עצמו.(לרוב לא ניתן לתקשר עם החולה בשל מצבו ההכרתי). לאחר מכן מתקיימת שיחה בתוך הצוות עצמו.

2. המטרה היא לברר באמצעות המשפחה או החולה מה החולה עצמו ביקש או מה הגישה של המשפחה. זאת כאשר מגיע חולה במצב קשה מאוד. במידה והמשפחה מעוניינת בגישה לא פולשנית מערבים רופא בכיר, מעוררים שיח וממלאים טופס מיוחד ביחד עם המשפחה, בו מבטאים את רצון המשפחה. (אך ורק במקרים שבהם אין סיכוי להחלמה). זו החלטה מורכבת, ועושים שקלול של דעת הצוות ורצון החולה\משפחתו.

3. המטרה העיקרית היא למנוע מצב שתורן מחלקה יצטרך להחליט בעצמו החלטות כאלו בזמן אמת בלי להיוועץ בצוות הרפואי. בפועל, התורנים הם אלו שלוחצים לקבל החלטה בתחילת התורנות.

4. ישנן ישיבות DNR, שבהן, בהתאם להחלטה אגפית, יושבים הרופאים, האחיות הראשית או נציג מטעמה, עובדת סוציאלית והמשפחה הקרובה (אין צורך באפוטרופוס), ודנים עם משפחת החולה (לרב החולה אינו צלול). בישיבות אלו נוכח תמיד רופא בכיר, ולעתים מנהל המחלקה. נוהל DNR מחייב את כל הצוות, והוא מופעל ברגע שסבורים שחולה עונה להגדרות DNR. אם לא ניתן לתקשר עם חולה סופני ואין לו משפחה- לא מתייחסים לחולה כ-DNR.

5. בדרך כלל הפנייה לדיון בנושא באה מהצוות הרפואי אל המשפחה ולא להיפך.

6. לדעת שני רופאים, נכון היה לדבר עם כל חולה שמתאשפז במחלקה, מכיוון שיש חולים שמהלך מחלתם אינו צפוי, והם עשויים להגיע להחייאה, וכשהם עדיין בדעה צלולה הם יכולים לבטא את מה שחשוב להם, את הערכים שלהם ואת רצונם לגבי טיפול בסוף חייהם. אך הם מודעים לכך שהדבר אינו מעשי. (מחוסר זמן).

7. לדברי רופא אחד, קורה שמחליטים על DNR בלי להתייעץ עם המשפחה.

8. לדעת רופא אחד, הרופאים אינם צריכים להיות אלו שקובעים החלטות מסוג זה מבחינה משפטית. ייתכן מצב שבו המשפחה אינה באמת מייצגת את המניעים של החולה, אלא מניעים אישיים של.

9. רופא בכיר אחד מתנגד אישית ל-DNR. הוא לא כופה את עמדתו על דעת המתמחים או הרופאים האחרים במחלקה. הוא סבור, שבניגוד להחלטות רפואיות אחרות, שבהן יש הירארכיה בהחלטה, כאן ישנו אלמנט מוסרי, אישי, תלוי רקע ותרבות, ובנושא זה אתה לא יכול לחייב אחרים. אין כאן הירארכיה של החלטות. רופא זה מבצע את הנוהל בגלל עצם היותו נוהל, אך אינו פועל לפי מה שנכון לדעתו.

3. לשאלה "האם קיים נוהל DNR במחלקתך?" ענו הרופאים כלהלן:

95% מהמרואיינים אמרו שקיים נוהל DNR במחלקתם.

5% אמרו שלא קיים נוהל DNR במחלקתם.

תיאור הנוהל על-ידי המרואיינים: זהו נוהל כתוב (על גבי טופס) שקיים מעל שנה. הנוהל נכתב על ידי מנהלי המחלקות הפנימיות ב"הדסה עין כרם". מטרת הטופס היא לתעד דיון בין המשפחה לצוות הרפואי לגבי רצון המשפחה והראייה הרפואית של הצוות. בשיחה עם המשפחה מנסים לקבל מידע לגבי רצון החולה ומשפחתו. מסבירים למשפחה, שהטיפול האופטימלי בחולה יימשך, ובמידה ויהיה צורך בפעולה פולשנית שהתועלת שלה היא זמנית לחלוטין ולא תשפר את מצב החולה, ינהגו לפי הסיכום בשיחה עמם. משתמשים בטופס אך ורק שהצוות הרפואי או המשפחה סבורים שהחולה הינו סופני. בטופס זה מתועדות החלטות כגון עד איזו רמה מתערבים במידת הצורך (כן/לא החייאה קרדיאלית, הנשמה, דיאליזה וכו'). לעתים יורדים לפרטים, תלוי במידת שיתוף הפעולה של המשפחה. בטופס מצוין גם מי היה נוכח בשיחה. מחתימים עליו את בני המשפחה או את החולה עצמו, אם הוא צלול. חלק מהרופאים סבורים שיש להחתיים תמיד רופא בכיר או מנהל מחלקה, וחלק סבורים שאפשר להחתיים גם מתמחה בלבד. בכל מקרה, מנהל המחלקה מאשר כל החלטת DNR. את הטופס החתום מכניסים לגיליון החולה. הנוהל הוא חסר מעמד חוקי. רופא אחד טוען שאין זהו ממש נוהל, אלא קיים למעשה לצורכי האגף הפנימי בלבד.

4. לשאלה "אם קיים נוהל DNR במחלקתך, האם אתה פועל לפיו?" ענו הרופאים

כלהלן:

91% מהמרואיינים פועלים לפי הנוהל הקיים.

9% מהמרואיינים אינם פועלים לפי הנוהל הקיים.

לדברי רופא אחד, הנוהל לא שינה בהרבה את ההתנהלות. גם בעבר היו שואלים את החולה ולא בני משפחתו, ולא החליטו לבד שהחולה הוא DNR.

מספר רופאים, מסיבה לוגיסטית, לא משתמשים תמיד בטופס. הם מעלים את השאלה לגבי החלטות סוף החיים בפני המשפחה, ומבהירים להם, שכל עוד לא יאמרו אחרת, הם לא יתייחסו לחולה כ-DNR. הסיכום עם המשפחה נעשה אז בע"פ ואינו מתועד.

רופא אחד מלא את הטופס בעבר, אך מכיוון שאין לו משמעות משפטית, ומטרתו היחידה, לדעתו, היא ליצור מעמד של שיחה עם המשפחה, הוא אינו ממלא טופס זה עוד. הטופס מיותר בעיניו.

5. א: לשאלה "האם לדעתך צריך לשפר את המצב מבחינת הנוהל?"-

59% ענו שצריך לשפרו, 27% ענו שלא צריך לשפרו. 5% ענו שתלוי.

ב: לשאלה "אם כן, כיצד יש לשפר את המצב?" ענו הרופאים:

אחד הרופאים סבור שהמצב כרגע "לא רע", מכיוון שכל הרופאים מודעים לשאלת החלטות בסוף החיים, מתי צריך להעלות אותה, איך לנהוג, וישנם קוים במחשבה ובעשייה בין הרופאים.

רופא אחר סבור שהנוהל לא מספק. לדעתו משפטן צריך להחליט החלטה כזו, או לפחות יש לעגן החלטות אלו בחוק. הוא אישית היה מעדיף לא להתעסק בסוגיות אלו. על הרופא לתת ייעוץ, אך הוא לא הוכשר לקבוע החלטות בענייני מוסר, ולכן הוא לא צריך להיות זה שמחליט.

לדעת רופא אחר, הנוהל כפי שהוא הינו התקדמות עצומה לעומת מה שהיה לפניו. הוא לא

פותר את כל הבעיות, למשל מצבים קצת יותר "אפורים". הוא מכניס אותנו למסגרת שהיא לפעמים נוקשה מדי מבחינת היכולת להחליט. הוא נותן זכות אך גם יוצר קושי אצל אנשים וגורמים רבים.

לדעת רופא נוסף, בכיר, המצב מבחינה חוקית אינו ברור כפי שהוא. יש מקום לשפר את הטופס, ויותר מכך לשפר את הנוהל, כך שיקבעו מדיניות באופן חד משמעי, עם גיבוי משפטי, כמו בארצות המפותחות בעולם. הגיבוי המשפטי יכול להיות של כל רשות שהיא (בית משפט או בית החולים), העיקר שהרופאים יפעלו לפי הסמכות או הרשות, למנוע מצב שבו משפחה או גורם אחר יטענו שלא נהגו לפי הנוהל. לדעתו, אין זה

מתפקידו של הרופא להתעסק בסוגיות אלו. השאלה אינה רפואית, אלא מוסרית, אתית ודתית. בפועל הרופאים מתעסקים בנושא זה רק משום שהחולה נמצא פיסיית במחלקה. לדעת רופא אחר, ישנם "חורים" רבים בנוהל, בעיקר לגבי הרכב המשפחה הנוכחת. קיים, למשל, חשש שכן משפחה שהעניין מאוד חשוב לו, לא יהיה נוכח בדיון מסיבות שונות, ויהיו לא השגות רבות. גם לא ברור עם איזה הרכב בדיוק כדאי להתיעץ. לדעת מספר רופאים, יש צורך לבדוק את רצונות החולה לגבי החלטות בסוף חייו על ידי רופא המשפחה, מעבר לתחום בית החולים.

6. א: לשאלה "האם קורה לפעמים שהצוות מבצע החייאה "כאילו"?": ענו הרופאים:

59% מהמרואיינים מסרו שקורה לפעמים שהצוות מבצע החייאה "כאילו".

ב: לשאלה: "אם מבוצעת החייאה "כאילו", איך אתה מרגיש עם זה?" ענו הרופאים:

23% מהמרואיינים מסרו שירגישו בנוח .

68% מהמרואיינים מסרו שלא ירגישו בנוח

לדעת רופא אחד, למרות שאינו עושה החייאות מסוג זה, ניתן להבין קיום החייאות אלו, מכיוון שעבודה זו ריקה מתוכן ואינה מוסיפה כלום לחולה. מצד שני, בדרך זו מרמים את המשפחה, ובעצם משמשים כמוציאים להורג.

לדעת רופא אחר, קיום החייאות כאלה הוא מזעזע. יש לעמוד באומץ מול המשפחה, ולהגיע אתם להסכמה מראש על DNR. אם לא מגיעים להסכמה כזו, יש לעשות החייאה אמיתית.

רופא אחר, שמשתתף בהחייאות מסוג זה, מרגיש מאוד לא בנוח. לעתים המשפחה דורשת החייאה, אך אין פרוגנוזה כלל, והוא מרגיש שביצוע החייאה דינה כהתעללות בגופה. לדעתו יש ללכת "עם הלב", לעתים להתאמץ, לעתים להתאמץ פחות, בהתאם למה שמרגישים בנוח.

מספר רופאים אמרו, שמאז קיום נוהל DNR צומצם מאוד מספר ההחייאות מסוג זה.

אחד הרופאים הבכירים מרגיש מצוין עם קיום החייאות אלו. לדבריו, הפתרון של מה שנקרא "מיני החייאה" בעולם המערבי הוא מוגדר ונחקר באוכלוסיה הירושלמית שברובה אינה מוכנה להצהיר על הסכמה ל-DNR, למרות שהיא רוצה שיהיה DNR. פתרון זה פותר לרופא מבחינה חוקית של אי ביצוע החייאה, ולמשפחה את הצורך לומר שהם לא רוצים החייאה. בצורה זו בוצע שקר, אך שני הצדדים מרוצים. על מספר רופאים מקובל הנושא של עד כמה להיות עקשני בניסיונות החייאה. בחולה שמראש סיכוי נמוכים לשרוד, אין צורך להתעקש על החייאה ממושכת, אך יש לעשות את הפעולות הבסיסיות בהחייאה. לדעת רופא אחר, במקרים בהם הרופאים סבורים שאין פרוגנוזה לחולה, אך לא נעשתה ישיבה עם המשפחה, או שהמשפחה לא הבינה את חומרת מצבו של החולה, מוצדק לעשות החייאה "כאילו". רב הרופאים שצינו שהחייאות "כאילו", פירושן שלא משתמשים בכל האמצעים, אך עושים פעולות מינימליות כלשהן.

7. לשאלה "איך אתה מתמודד עם האמביוולנטיות הקיימת אצל החולה, בני משפחה או בתוך הצוות הרפואי?" ענו הרופאים:

לדעת רב הרופאים רצון החולה וטובתו נמצא בראש סולם העדיפויות. אם מדובר בחולה טרמינלי צלול, המודע היטב למצבו הבריאותי, ואינו מעוניין לסבול, רצונו לפני הכל, ויש לו זכות מלאה להתחרט. רצונו האחרון של החולה קובע. לעתים חולה, לאחר טיפול שגורם לו סבל, משנה דעתו ואינו מעוניין עוד בהארכת הסבל.

רופא אחד סבור שאם לדעתו אין טעם בהארכת חיים בגלל הפרוגנוזה של החולה, למרות שהחולה מעוניין בהארכת חיו, הוא לא יבצע בו החייאה.

לדעת אחד הרופאים, ניתן לשנות בקשת חולה מ"אל תעשו כלום" ל"תעשו משהו" ללא בעייה, אך יש לשקול היטב שינוי בכיוון ההפוך.

רב הרופאים סבורים, שאם יש חילוקי דעות בין בני המשפחה, יש ללכת לחומרה ולעשות החייאה. לדעת מספר רופאים, יש תחילה לנסות לערב גורמי חוץ, למשל רבנים במקרה של משפחות דתיות.

לדברי מספר רופאים, אם יש חילוקי דעות בין בני המשפחה, ואין הם מגיעים להסכמה, הצוות עושה את ההחלטה.

אם יש חילוקי דעות בתוך הצוות- לדברי רב הרופאים, אם אין אחדות דעים לקביעת DNR, אין לקבוע DNR, ויש ללכת לחומרה ולעשות החייה. לדברי רופא אחד-דעת הרוב קובעת. מספר רופאים סבורים שאם הרופא שבפועל מטפל בחולה דעתו שונה משאר הצוות, עליו להחליט לגבי הטיפול בהתאם לצו מצפוניו, אך רק בכונן של טפל במקום לא לטפל, ולא להיפך. לדברי מספר רופאים, במקרה של חילוקי דעות בצוות יחליט מנהל המחלקה.

8. לשאלה "חולה סופני שהחייה בו כשלה- האם תחוש רגשות אשם?" ענו הרופאים:

אחוש רגשות אשם- 14%

לא אחוש רגשות אשם- 82%

תלוי- 5%

רב הרופאים הסבירו, שיש להם רגשות אשם כשהם יודעים שעשו משהו לא כשורה. בהחיות אלו הם מרגישים שעשו מה שצריך, ולכן לא חשים רגשות אשם. בנוסף, אם החייה היתה מצליחה, סביר שהחולה היה חי בסבל מתמשך.

הרופאים שיש להם רגשות אשם הסבירו שביצוע החייה משמעו שלא נלקחה החלטה על DNR (שהרי אחרת לא היתה מבוצעת החייה), משמע- היתה החלטה לעשות הכל כדי שהחולה יחיה, והמטרה, שהיא החייה מוצלחת, לא הושגה. הרופאים חשים תחושה של כשלון מהולה בתחושת אשם.

9. א: לשאלה "האם ידועים לך עיקרי הצעת חוק ועדת שטיינברג הדנה בחולה הנוטה למות?" ענו הרופאים:

32% מהמרואיינים מכירים את עיקרי הצעת חוק ועדת שטיינברג, הדנה בחולה הנוטה

למות.

68% מהמרוויינים לא מכירים את; עיקרי הצעת חוק ועדת שטיינברג, הדנה בחולה הנוטה

למות.

הרופאים שמכירים את עיקרי ההצעה:

1. ההצעה דנה בחולה הנוטה למות, ואומרת שבמקרים מסוימים שלא מאוד רחוקים מהנוהל במחלקה ניתן לקבל החלטה שלא מאריכים חיים באמצעים מלאכותיים או לא עושים פרוצדורות של החייאה, זאת בהתאם להחלטת החולה, או אפטרופוס מוסמך או מי שהחולה הסמיך שיחליט עבורו. יש מנגנון שעל פיו צוות רפואי יכול ביחד עם קרובי המשפחה מדרגה ראשונה להחליט שלא לבצע פעולות להארכת חיים. אין בהצעה זו התייחסות להמתת חסד.

2. הנקודות העיקריות מתבססות על הנושא של "שב ואל תעשה" ואופציה

להגדרת DNR. יש מחשבות לגבי אפשרות של שימוש במכשירים שיאפשרו תחנות יציאה, כלומר הפעלת מכונות שיפסיקו לעבוד באופן עצמאי.

ב: לשאלה "אם עיקרי הצעת חוק ועדת שטיינברג מקובלים עליך?" ענו הרופאים:

מקובלים - 86%

לא מקובלים - 5%

תלוי - 9%

יש לציין שהראיון התקיים במהלך שנת 2005 לאחר פרסום מסקנות הועדה של שטיינברג.

דעות הרופאים:

1. זהו צעד בכיוון הנכון. שני דברים מטרידים בהחלטות אלו: החשש שהחוק לא עומד לצד הרופא, (חשש מתביעות) שזו למעשה הסיבה העיקרית להחייאה "כאילו", והחשש שרופאים רבים מחליטים בנושא זה החלטות לא סבירות. לא סביר לסמוך על המצפון והמוסר של כל רופא ורופא. החברה חייבת לתת הנחיות, ולעגן בחוק. הנחיות אלו חייבות להנתן לרופאים על ידי בית המשפט.

2. מקובל עלי מאוד שיהיה משהו חוקי ומסודר לפיו צריך לנהוג. זו אינה החלטה רפואית, אלא אתית, מוסרית,

דתית, חברתית

3. רופא אחד מתנגד להצעת החוק. הוא למעשה מתנגד לכל DNR ברמה העקרונית. לדעתו "אלוהים נמצא

בשמיים והאנשים על פני האדמה", ואין לערבב ביניהם ובין סמכויותיהם. מבחינה מוסרית לא ניתן להחליט

החלטות כאלו.

4. מספר רופאים אינם מקבל שאפוטרופוס או בן משפחה יקבעו DNR, אלא רק החולה בעצמו, עקב מניעים

אישיים שיכולים להיות מעורבים.

10. לשאלה "אם החוק ייקבע שיש לכבד את רצונו של המטופלות ולהורות על DNR

אם הוא או היא מבקשים זאת" ענו הרופאים:

82% מהמרואיינים היו פועלים כך.

18% מהמרואיינים לא היו פועלים כך.

דעות הרופאים:

דעתו של החולה היא הראשונה שקובעת.

אם לא מכבדים דעתו של חולה, תהיה זו תקיפה כל עוד החולה הוא אכן סופני.

1. לדעת אחד הרופאים, ברגע שחולה הגיע למחלקה הוא נתון לשיקול דעתם של הרופאים. אם החולה רוצה

למות ללא טיפול, עליו להישאר בבית ולא להגיע לבית החולים.

11. לשאלה "אם דעת הצוות המטפל היא שהחייאה מיותרת (בגלל הפרוגנוזה של

החולה)" ענו הרופאים:

לדעת 14% מהמרואיינים ניתן לקבוע DNR מבלי לשתף את החולה ולאו משפחתו.

לדעת 86% מהמרואיינים לא ניתן לקבוע DNR מבלי לשתף את החולה ולאו משפחתו.

דעות הרופאים:

1. גם אם אין אפשרות טכנית לשתף את החולה או משפחתו, אסור לקבוע DNR.
2. במדינתנו יש אמונות שונות, ולכן חשוב מאוד להתחשב ברצון החולה ומשפחתו.

12. לשאלה "האם אתה מוכנה לתת מורפין להקל על קוצר נשימה לחולה שהוחלט

שלא יחובר למכונת הנשמה?" ענו הרופאים:

82% מהמרואיינים מוכנים לתת מורפין להקל על קוצר נשימה לחולה שהוחלט שלא יחובר למכונת הנשמה.

18% מהמרואיינים אינם מוכנים לתת מורפין להקל על קוצר נשימה לחולה שהוחלט שלא יחובר למכונת הנשמה.

13. לשאלה "האם אתה מוכנה לתת מורפין להקל על כאבים לחולה אשר סובל גם

ממחלת ריאות והוחלט שלא יחובר למכונת הנשמה?" ענו הרופאים:

73% מהמרואיינים מוכנים לתת מורפין להקל על כאבים לחולה אשר סובל גם ממחלת ריאות והוחלט שלא יחובר למכונת הנשמה.

17% מהמרואיינים אינם מוכנים לתת מורפין להקל על כאבים לחולה אשר סובל גם ממחלת ריאות והוחלט שלא יחובר למכונת הנשמה.

לדברי מספר רופאים, מורפין במינון מתאים אינו אמור לדכא את מרכז הנשימה, ולכן אין בעיתיות.

מספר רופאים היו נותנים תרופות אחרות לשיכוך כאב, שאינן מדכאות את הנשימה.

רב הרופאים שהיו נותנים מורפין אמרו שהיו נותנים זאת מתוך מטרה להקל על סבל, ולא מתוך מטרה להמית, והיו משתדלים מאוד לתת מינון שלא ידכא את מרכז הנשימה, ובהדרגה.

רב הרופאים לא רואים הבדל משמעותי בטיפול בחולה עם או בלי מחלת ריאות כרונית.
מספר רופאים אמרו שאם מתן מורפין יקדם את המוות של החולה, למשל במחלת ריאות כרונית, הם לא היו
נותנים.

חלק ב' - עמדות רופאים בבתי חולים שונים ע"פ תשובות לשאלון סגור

להלן תיאור תשובות רופאים לשאלון הסגור אשר כלל שאלות על תסריטים שונים (ראה נספח). הרופאים
נבחרו במדגם נוחיות ממחלקות פנימיות של 3 בתי חולים שונים (הדסה, איכילוב ורמב"ם). חולקו שאלונים ל-
150 רופאים. לציין ש-21 מהשאלונים מולאו על ידי הרופאים שנשאלו שאלות פתוחות.
חלק מהשאלונים ניתנו ידנית לרופאים, וחלקם הונחו במחלקה במרוכז. הטפסים נאספו כעבור מספר ימים
מחלוקתם. מספר העונים היה 68 (היענות של 45%). כשהונחו הטפסים במרוכז היתה היענות נמוכה יותר
מאשר כשחולקו ידנית באופן אישי. בבית החולים רמב"ם היתה הענות גבוהה מאוד (כמעט 100%). בבית
החולים איכילוב היתה היענות נמוכה מאוד (40%).
להלן פרטים על העונים לשאלונים:

מין

25% מהנשאלים הן נקבות.

75% מהנשאלים הם זכרים.

ותק ברפואה פנימית

60% עוסקים בפנימית 1-4 שנים (מתמחים).

40% עוסקים בפנימית מעל 4 שנים (בכירים).

בית החולים

37% מהנשאלים הם מבי"ח הדסה עין כרם.

26% מהנשאלים הם מבי"ח איכילוב.

37% מהנשאלים הם מבי"ח רמב"ם.

ארץ לידה

70% מהנשאלים נולדו בישראל.

30% מהנשאלים לא נולדו בישראל.

סטטוס אישי

21% מהנשאלים הם רווקים.

72% מהנשאלים הם נשואים.

6% מהנשאלים הם גרושים.

מספר ילדים

ל-37% מהנשאלים אין ילדים.

ל-35% מהנשאלים 1-2 ילדים.

ל-25% מהנשאלים מעל 3 ילדים.

דת

92% מהנשאלים הם יהודים.

6% מהנשאלים אינם יהודים

דתיות

12% מהנשאלים מתפללים כל יום.

30% מהנשאלים מתפללים לפעמים.

55% מהנשאלים אינם מתפללים.

גיל, ותק, מספר ילדים:

ממוצע	מקסימום	מינימום	
37	59	27	גיל
8.9	35	1	שנות ותק ברפואה
6.7	30	0.08	שנות ותק ברפואה פנימית
1.47	5	0	מספר ילדים

בשלב ראשון, מוצגות התשובות של כלל הרופאים של כל בתי החולים לתסריטים השונים (טבלאות 1-10). בהמשך, מוצגים ההבדלים בתשובות בין בתי החולים. ככלל, מספר הנשאלים היה $n=68$, מספר העונים לכל שאלה היה לרוב זהה. באחוז נמוך של השאלות היתה חסרה תשובה של נשאל או מספר נשאלים (לא סומנה תשובה).

תשובות הרופאים לתסריטים השונים בחלק זה מוצגות בטבלאות מספר 1-10. מספר הנשאלים הוא $n=68$.

1. התייחסות הרופאים לתסריט מס' 1:

נניח שאתה מטפל בחולה הסובל מסרטן ריאות עם גרורות ומחוסר הכרה. לחולה אין משפחה.

טבלה מס' 1 - התפלגות הרופאים לפי תשובותיהם לשאלה:
"באיזו מידה תהיה מעוניין/ת בטיפולים המצויינים כשלחולה אין משפחה"

מורפין	אינטובציה	החייאה	אנטיביוטיקה	זונדה	נוזלים	
3	85	81	30	31	12	במידה מועטה
7	6	13	30	23	31	במידה בינונית
90	9	6	40	46	57	במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

2. התייחסות הרופאים לתסריט מס' 2:

נניח שאתה מטפל בחולה הסובל מסרטן ריאות עם גרורות ומחוסר הכרה. המשפחה מבקשת לעשות הכל כדי להאריך חיים.

טבלה מס' 2 - התפלגות הרופאים לפי תשובותיהם לשאלה:

"באיזו מידה תהיה מעוניין/ת בטיפולים המצויינים כש המשפחה מבקשת לעשות הכל כדי להאריך חיים"

מורפין	אינטובציה	החייאה	אנטיביוטיקה	זונדה	נוזלים	
3	40	46	12	15	6	במידה מועטה
9	37	31	26	31	26	במידה בינונית
88	23	23	62	54	68	במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

3. התייחסות הרופאים לתסריט מס' 3:

נניח שאתה מטפל בחולה הסובל מסרטן ריאות גרורות ומחוסר הכרה. המשפחה מבקשת לעשות הכל כדי להקל סבל.

טבלה מס' 3 - התפלגות הרופאים לפי תשובותיהם לשאלה:

"באיזו מידה תהיה מעוניין/ת בטיפולים המצויינים כשהמשפחה מבקשת לעשות הכל כדי להקל סבל"

מורפין	אינטובציה	החייאה	אנטיביוטיקה	זונדה	נוזלים	
3	90	91	41	32	13	במידה מועטה
7	6	7.5	22	25	32	במידה בינונית
90	4	1.5	37	43	55	מידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

4. התייחסות הרופאים לתסריט מס' 4:

נניח שאתה מטפל בחולה בן 80, עם סרטן ריאות עם גרורות. החולה הוא בעל כושר החלטה ואינו בדיכאון. החולה מבקש הקלה על סבל ללא כל טיפול מאריך חיים.

טבלה מס' 4 - התפלגות הרופאים לפי תשובותיהם לשאלה:
"באיזו מידה תהיה מעוניין/ת לתת את הטיפולים הבאים?"

מורפין	אינטובציה	החייאה	אנטיביוטיקה	זונדה	נוזלים	
12	92.5	91	23	25	9	במידה מועטה
26	6	6	27	34	21	במידה בינונית
62	1.5	3	50	40	70	מידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

5. התייחסות הרופאים לתסריט מס' 5:

קשיש עם סוכרת, מחלת לב וכלי דם, חוזר בשל ספסיס כחודש לאחר כריתת רגל, ונפטר תוך יממה למרות אנטיביוטיקה,

כחלק מהצוות שטיפל בחולה זה, 45% חשו שהטיפול לא היה נכון, 9% אינם בטוחים לגבי נכונות הטיפול, 46% חשו שהטיפול היה בסדר.

טבלה מספר 5 - התפלגות הרופאים לפי תשובותיהם לשאלה:
"באיזו מידה את/ה חש/ה החמצה ובאיזו מידה את/ה חש/ה רגשות אשם?"

רגשות אשם	תחושת החמצה	
50	54	יש
19	18	אינני בטוח
31	28	אין

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

6. התייחסות הרופאים לתסריט מס' 6:

קשישה עם דמנציה מתקדמת ומוכרת היטב לצוות עם אי ספיקת לב קשה ביותר, מגיעה שוב לחדר מיון בגלל קוצר נשימה קשה. המשפחה מבקשת לא לחבר את החולה למכונת הנשמה ולא לבצע החייאה בעת הצורך, זאת בעקבות דיונים חוזרים עם הרופא הבכיר המכיר היטב את החולה ואף תועדה בכתב.

כרופאים בחדר מיון, 15% היו מטפלים בתרופות ואינטובציה, 23% היו מטפלים בתרופות בלבד, 62%

היו מטפלים בתרופות בלבד כולל מורפין.

7. להלן התייחסות הרופאים לנושא שיתוף החולה, משפחתו או הצוות הרפואי בהחלטות סוף החיים.

טבלה מס' 6 - התפלגות הרופאים לפי תשובותיהם לשאלה:

"עד כמה את/ה משתף את החולה, משפחתו או הצוות הרפואי בהחלטות סוף החיים? באיזו מידה עזרה שיחה לקבל החלטה?"

שיתוף החולה	שיתוף המשפחה	שיתוף הצוות	עד כמה עזר לקבל החלטה	
3	0	0	1.5	בכלל לא
32	21	3	27	לפעמים
34	38	28	48	לרוב
31	40	69	23.5	תמיד

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

הרופאים נשאלו "כמה פעמים בשנה האחרונה שיתפת חולה או משפחתו בהחלטות אלו?"

9% ענו שאף פעם, 15% ענו 1-3 פעמים, 74% ענו 4 פעמים או יותר.

8. להלן דעות הרופאים לגבי קיום מחסום לקביעת DNR.

טבלה מס' 7 - התפלגות הרופאים לפי תשובותיהם לשאלה:
 "האם לדעתך יש מחסום משפטי או מנהלי כרופא לקבוע או לכתוב בגיליון DNR?"

כתיבה בגיליון DNR	קביעת DNR	
60	53	יש מחסום
22	29	אין מחסום
18	18	אינני יודע

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

9. התייחסות הרופאים לתסריט מס' 7:

ההיגד: "בסוף החיים, להקל על סבל
 חשוב יותר מאשר להאריך חיים".

טבלה מס' 8 - התפלגות הרופאים לפי תשובותיהם לשאלה:
 "באיזו מידה, בעיניך, כלל זה נכון? באיזו מידה כלל זה מיושם במחלקתך?" (כלומר האם אכן נוהגים
 מסביבך לפי הכלל שבסוף החיים להקל על סבל חשוב יותר מאשר להאריך חיים)

באיזו מידה נכון?	באיזו מידה מיושם?	
4	1.5	אף פעם
31	53	לעתים קרובות
21	41	לפעמים
44	3	תמיד

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

10. להלן התייחסות הרופאים למצבים שונים כפי שהוצגו לרופאים.

טבלה מס' 9 - התפלגות הרופאים לפי תשובותיהם לשאלה:

"אם היית, חלילה, מאובחן/נת בעצמך כחולה בסרטן עם גרורות, במקרה הצורך, האם היית רוצה:"

אינטובציה	זונדה	החייאה	לא מעוניין
81	54	78	
17.5	31	19	לפעמים מעוניין
1.5	15	3	מעוניין

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

טבלה מס' 10 - התפלגות הרופאים לפי תשובותיהם לשאלה:

"אם היית, חלילה, מאובחן בעצמך כסובל מדמנציה חמורה, במקרה הצורך, האם היית רוצה:"

אינטובציה	זונדה	החייאה	לא מעוניין
90	73	74	
7	16	16	לפעמים מעוניין
3	11	10	מעוניין

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

11. התייחסות הרופאים לתסריט מס' 8:

"באיזו מידה קיימת אצלך תחושה שהטיפול שאת/ה נותן/נת לחולה סופני מיותר?"

3% ענו שאף פעם לא מיותר, 72% ענו שלפעמים מיותר, 25% ענו שלעתים קרובות מיותר.

חלק ג' - השוואה בין העדפת הרופא לגבי טיפול בחולה לעומת טיפול

ברופא עצמו אם היה חולה

התייחסות הרופאים לתסריט :

שני מצבים היפותטיים: מצב אחד בו הרופא עצמו מאובחן כחולה בסרטן גרורתי. מצב שני בו החולה סובל מסרטן גרורתי, ואין לו משפחה. נבדקו רצונות הרופאים לסוגי טיפול שונים בשני המצבים.

1. נמצא הבדל מובהק ($p < 0.05$) ברצון להזנה בזונדה בין מצב בו החולה הוא הרופא עצמו לבין מצב שהחולה הוא מישהו אחר: רופא אינו מעונין בטיפול עבור עצמו בו בזמן שהוא היה ממליץ על טיפול כזה לחולים שלו. לא נמצא הבדל כזה ביחס להחייאה או אינטובציה.

טבלה מספר 11 - השוואה בין מידת העניין של הרופאים בהזנה מלאכותית אם החולה מאובחן כחולה בסרטן גרורתי לבין אם הרופא עצמו מאובחן כחולה בסרטן גרורתי

לרופא סרטן גרורתי	לחולה סרטן גרורתי		
	מעוניין במידה מועטה	מעוניין במידה בינונית	מעוניין במידה רבה
לא מעוניין	25	15	15
לפעמים מעוניין	4	9	17.5
מעוניין	1.5	0	13

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

חלק ד'-השפעת הותק במחלקה פנימית

הערה: נבדקו כל המשתנים הדמוגרפיים והשפעתם על דיעות הרופאים, אך בכלום, מלבד הבא, לא נמצא קשר מובהק.

התסריט:

החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי מחוסר הכרה ללא משפחה, או שהמשפחה מבקשת לעשות הכל להארכת חיי החולה

נמצא כי קיים קשר מובהק בין ותק הרופאים במחלקה הפנימית לבין הרצון לוותר על מתן טיפול אנטיביוטי ($p < 0.05$). בטבלאות מספר 12 ו-13 ניתן לראות כי ככל שמספר שנות הותק גדול יותר, אחוז הרופאים המעוניינים בטיפול אנטיביוטי נמוך יותר, הן כשלחולה אין משפחה, והן כשהמשפחה מבקשת לעשות הכל להארכת חיי החולה.

טבלה מספר 12 - השפעת מספר שנות הותק על מידת העניין בטיפול אנטיביוטי בחולה בסרטן גרורתי ללא משפחה

מעל 4 שנות ותק	0-4 שנות ותק	
46	19	מעוניין במידה מועטה
27	32	מעוניין במידה בינונית
27	49	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

טבלה מספר 13 - השפעת מספר שנות הותק על מידת העניין בטיפול אנטיביוטי בחולה בסרטן גרורתי כשהמשפחה מבקשת לעשות הכל להארכת חיי החולה

מעל 4 שנות ותק	0-4 שנות ותק	
23	5	מעוניין במידה מועטה
38.5	20	מעוניין במידה בינונית
38.5	75	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

חלק ה' - השוואה בין שלושת בתי החולים

להלן ניתוח השוואתי של התשובות לשאלות הסגורות בין שלושת בתי החולים.

1. המקרה: החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי מחוסר הכרה ללא משפחה,

נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס לרצון לתת עירוי נזלים ($p < 0.05$). בטבלה מספר 14

ניתן לראות כי בבי"ח רמב"ם אחוז המעוניינים במתן עירוי נוזלים הינו נמוך יותר מאשר באיכילוב או הדסה.

טבלה מספר 14 - מידת העניין במתן נוזלים לחולה בסרטן גרורתי מחוסר הכרה ללא משפחה

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
28	0	4	מעוניין במידה מועטה
32	22	36	מעוניין במידה בינונית
40	78	60	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

2. בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי מחוסר הכרה ללא

משפחה, נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס לרצון להכניס זונדה ($p < 0.05$). בטבלה

מספר 15 ניתן לראות כי בבי"ח רמב"ם אחוז המעוניינים בהכנסת זונדה הינו נמוך יותר מאשר באיכילוב

או הדסה.

טבלה מספר 15 - מידת העניין בהכנסת זונדה לחולה בסרטן גרורתי מחוסר הכרה ללא משפחה

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
52	22	16	מעוניין במידה מועטה
20	28	24	מעוניין במידה בינונית
28	50	60	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

3. בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי מחוסר הכרה ללא

משפחה, נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס לרצון לתת אנטיביוטיקה ($p < 0.05$).

בטבלה מספר 16 ניתן לראות כי בבי"ח רמב"ם אחוז המעוניינים במתן אנטיביוטיקה הינו נמוך יותר

מאשר באיכילוב או הדסה.

טבלה מספר 16 - מידת העניין במתן אנטיביוטיקה לחולה בסרטן גרורתי מחוסר הכרה ללא משפחה

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
48	17	20	מעוניין במידה מועטה
28	33	28	מעוניין במידה בינונית
24	50	52	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

4. בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי מחוסר הכרה

כשהמשפחה מבקשת לעשות הכל להארכת חיי החולה, נמצא כי קיים הבדל

מובהק בין בתי החולים ביחס לרצון לתת אנטיביוטיקה ($p < 0.05$). בטבלה מספר 17 ניתן לראות

כי בבי"ח רמב"ם אחוז המעוניינים במתן אנטיביוטיקה הינו נמוך יותר מאשר באיכילוב או הדסה.

טבלה מספר 17 - מידת העניין במתן אנטיביוטיקה לחולה בסרטן גרורתי מחוסר הכרה כשהמשפחה מבקשת לעשות הכל להארכת חיי החולה

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
12	5	16	מעוניין במידה מועטה
48	17	12	מעוניין במידה בינונית
40	78	72	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

5. בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי מחוסר הכרה

כשהמשפחה מבקשת להקל על סבל החולה, נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים

ביחס לרצון במתן נזלים תוך ורידי ($p < 0.05$). בטבלה מספר 18 ניתן לראות כי בבי"ח רמב"ם אחוז

המעוניינים במתן נוזלים תוך ורידי נמוך יותר מאשר באיכילוב או הדסה.

טבלה מספר 18 - מידת העניין במתן נוזלים תוך ורידי לחולה בסרטן גרורתי מחוסר הכרה כשהמשפחה מבקשת להקל על סבל החולה

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
28	0	8	מעוניין במידה מועטה
32	22	40	מעוניין במידה בינונית
40	78	52	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

6. בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי מחוסר הכרה

כשהמשפחה מבקשת להקל על סבל החולה, נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים

ביחס לרצון במתן אנטיביוטיקה ($p < 0.05$). בטבלה מספר 19 ניתן לראות כי בבי"ח רמב"ם אחוז

המעוניינים במתן אנטיביוטיקה נמוך יותר מאשר באיכילוב או הדסה.

טבלה מספר 19 - מידת העניין במתן אנטיביוטיקה לחולה בסרטן גרורתי מחוסר הכרה כשהמשפחה מבקשת להקל על סבל החולה

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
60	28	32	מעוניין במידה מועטה
24	22	20	מעוניין במידה בינונית
16	50	48	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

7. בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי שמבקש הקלה על

סבלו, נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים לבין הרצון במתן נוזלים תוך ורידי ($p < 0.05$).

בטבלה מספר 20 ניתן לראות כי בבי"ח רמב"ם אחוז המעוניינים במתן נוזלים תוך ורידי נמוך יותר

מאשר באיכילוב או הדסה.

טבלה מספר 20 - מידת העניין במתן נוזלים תוך ורידי לחולה בסרטן גרורתי המבקש הקלה על סבלו

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
20	5.5	0	עוניין במידה מועטה
20	5.5	32	עוניין במידה בינונית
60	89	68	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

8. בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי שמבקש הקלה על

סבלו, נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס לרצון בהכנסת זונדה ($p < 0.05$). בטבלה מספר

21 ניתן לראות כי בבי"ח רמב"ם אחוז המעוניינים בהכנסת זונדה נמוך יותר מאשר באיכילוב או הדסה.

טבלה מספר 21 - מידת העניין בהכנסת זונדה לחולה בסרטן גרורתי המבקש הקלה על סבלו

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
36	29	12	עוניין במידה מועטה
40	24	36	עוניין במידה בינונית
24	47	52	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

9. בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי שמבקש הקלה

על סבלו, נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס לרצון במתן אנטיביוטיקה ($p < 0.05$).

בטבלה מספר 22 ניתן לראות כי בבי"ח רמב"ם אחוז המעוניינים במתן אנטיביוטיקה נמוך יותר מאשר

באיכילוב או הדסה.

טבלה מספר 22 - מידת העניין במתן אנטיביוטיקה לחולה בסרטן גרורתי המבקש הקלה על סבלו

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
40	17	12	עוניין במידה מועטה
28	22	28	עוניין במידה בינונית
32	61	60	מעוניין במידה רבה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

10. בכל המקרים בהם חולה עבר אמפוטציה ונפטר מספסיס נמצא כי קיים

הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס לתחושת ההחמצה ($p < 0.05$). בטבלה מספר 23 ניתן לראות כי בבי"ח הדסה אחוז בעלי תחושת ההחמצה גבוה יותר מאשר באיכילוב או רמב"ם.

טבלה מספר 23 - מידת תחושת ההחמצה כשנפטר חולה מספסיס לאחר אמפוטציה

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
40	45	76	יש לי תחושת החמצה
28	22	4	לא בטוח לגבי תחושת החמצה
32	33	20	אין לי תחושת החמצה

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

11. בכל המקרים בהם החולה הינו דימנטי שבתיקו כתובה הוראת DNR

נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס לרצון במתן טיפול תרופתי הכולל מורפין ($p < 0.05$). בטבלה מספר 24 ניתן לראות כי בבי"ח רמב"ם אחוז המעוניינים בטיפול במורפין גבוה יותר מאשר באיכילוב או הדסה.

טבלה מספר 24 - סוג הטיפול המועדף בחולה דימנטי שבתיקו כתובה הוראת DNR.

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
8	33	8	תרופות ואינטובציה
16	6	44	תרופות בלבד
76	61	48	תרופות כולל מורפין

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

12. נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס למידת שיתוף משפחת

החולה בהחלטות סוף החיים ($p < 0.05$). בטבלה מספר 25 ניתן לראות כי בבי"ח הדסה אחוז

הרופאים המדווחים כי הם משתפים את משפחת החולה בהחלטות סוף החיים גבוה יותר מאשר

באיכילוב או רמב"ם.

טבלה מספר 25- מידת שיתוף משפחת החולה בהחלטות סוף החיים

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
33	33	0	לפעמים
34	45	40	לעתים קרובות
33	22	60	תמיד

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

13. נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס להערכה שנתית של

שיתוף החולה או משפחתו בהחלטות סוף החיים ($p < 0.05$). בטבלה מספר 26 ניתן

לראות כי בבי"ח הדסה מספר המדווחים כי הם משתפים את משפחת החולה בהחלטות סוף החיים גבוה יותר מאשר באיכילוב או רמב"ם.

טבלה מספר 26- כמות שנתית של שיתוף משפחת החולה בהחלטות סוף החיים

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
8	18	4	אף פעם
29	12	4	1-3 פעמים
63	70	92	4 פעמים או יותר

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

14. נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס למידת שיתוף הצוות

הרפואי בקבלת החלטות בסוף החיים ($p < 0.05$). בטבלה מספר 27 ניתן לראות כי בבי"ח הדסה אחוז המדווחים כי הם משתפים את הצוות הרפואי בהחלטות סוף החיים גבוה יותר מאשר באיכילוב או רמב"ם.

טבלה מספר 27- מידת שיתוף הצוות הרפואי בהחלטות סוף החיים

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
0	11	0	לפעמים
44	22	16	לעתים קרובות
56	67	84	תמיד

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

15. נמצא כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס לדעה לגבי קיום

מחסום לכתיבת DNR ($p < 0.05$). בטבלה מספר 28 ניתן לראות כי בבי"ח הדסה אחוז הסבורים

שקיים מחסום משפטי או מנהלי לכתיבת DNR נמוך יותר מאשר באיכילוב או רמב"ם.

טבלה מספר 28- הדעה לגבי קיום מחסום לכתיבת DNR

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
72	78	36	יש מחסום
20	0	40	אין מחסום
8	22	24	אינני יודע

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

16. בכל המקרים בהם הרופא עצמו היה מאובחן כחולה בסרטן גרורתי נמצא

כי קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס לרצון בהזנה מלאכותית ($p < 0.05$). בטבלה מספר 29 ניתן

לראות כי בבי"ח הדסה אחוז המעוניינים בהזנה מלאכותית נמוך יותר מאשר באיכילוב או רמב"ם.

טבלה מספר 29- מידת העניין בהזנה מלאכותית אם הרופא עצמו מאובחן כחולה בסרטן גרורתי

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
68	72	28	לא מעוניין
24	17	48	לפעמים מעוניין
8	11	24	מעוניין

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

17. בכל המקרים בהם הרופא היה מאובחן כסובל מדמנציה חמורה, נמצא כי קיים הבדל מובהק בין

בתי החולים ביחס לרצון לבצע החייאה ($p < 0.05$). בטבלה מס' 30 ניתן לראות כי בבי"ח איכילוב אחוז המעונינים בביצוע החיאה נמוך יותר מאשר בהדסה או רמב"ם.

טבלה מספר 30- מידת העניין בהחייאה אם הרופא עצמו מאובחן כסובל מדמנציה חמורה

בי"ח רמב"ם	בי"ח איכילוב	בי"ח הדסה ע"כ	
80	100	48	לא מעוניין
12	0	32	לפעמים מעוניין
8	0	20	מעוניין

*המספרים מבטאים את אחוז הרופאים לגבי כל טיפול

נמצא כי לא קיים הבדל מובהק בין בתי החולים ביחס לנקודות הבאות:

1. הדעה אם חשוב יותר להפחית סבל מלהאריך חיים.
2. הנהג לפי הכלל שבסוף החיים חשוב יותר להקל על סבל מאשר להאריך חיים.
3. הנהג בהתאם לצוואת חולה.
4. המידה שבה שיתוף החולה או משפחתו עזר לרופא לקבל החלטה.
5. מידת שיתוף החולה בהחלטות סוף החיים
6. דעות הרופאים בנושא מגבלות משפטיות או מנהליות לקביעת DNR.
7. התחושה שהטיפול בחולה סופני מיותר.
8. הרצון להחייאה בכל המקרים בהם הרופא עצמו היה מאובחן כחולה בסרטן גרורתי
9. הרצון לזונדה או הנשמה מלאכותית בכל המקרים בהם הרופא עצמו היה מאובחן כסובל מדמנציה חמורה
10. הרצון בהנשמה מלאכותית בכל המקרים בהם הרופא עצמו היה מאובחן כחולה בסרטן גרורתי.

11. רצון לבצע החייאה או אינטובציה בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי המבקש הקלה על סבלו החולה.

12. תחושת נכונות הטיפול ולתחושת האשם של הרופאים בכל המקרים בהם חולה עבר אמפוטציה ונפטר מספסיס.

13. הרצון להכניס זונדה, לבצע החייאה, אינטובציה או לתת מורפין בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי מחוסר הכרה כשהמשפחה מבקשת להקל על סבל החולה.

14. הרצון לבצע החייאה, אינטובציה או לתת מורפין בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי מחוסר הכרה ללא משפחה.

15. הרצון לתת נוזלים תוך ורידיים, להכניס זונדה, לבצע החייאה, אינטובציה, לתת מורפין בכל המקרים בהם החולה הינו עם סרטן ריאות גרורתי מחוסר הכרה כשהמשפחה מבקשת לעשות הכל להארכת חיי החולה.

דיון

נושא קבלת החלטות בסוף החיים עורר באחרונה עניין בציבור הרחב כפי שהתבטא בכנסת בשנה שעברה בחקיקת חוק החולה הנוטה למות. החוק מדגיש את החובה של טיפול מקל הן לחולה והן למשפחתו. מטופלים רבים הסובלים ממחלה כרונית חשוכת מרפא מתאשפדים חדשות לבקרים במחלקות פנימיות. המחקר שלי ביקש לברר כיצד רופאים במחלקות אלה רואים את תפקידם ביחס לשאלות של החלטות בסוף החיים.

בעת תחילת ביצוע העבודה עדיין לא עברה הצעת החוק של ועדת שטיינברג אישור בכנסת. בנוסף, עצם קיומו של חוק יבש אין משמעותו שיבוצע יישום מיידי של עיקרי חוק זה.

לכן היה מאוד חשוב לעמוד על העמדות של הרופאים בקשר להחלטות סוף-חיים, איך ההחלטות מתקבלות, מה מידת שיתוף הפעולה של החולים ובני משפחותיהם, מהן הבעיות הקשורות לנושא זה.

בדיוני אתיחס לחלקים השונים של התוצאות.

מהראיונות הפתוחים בבי"ח הדסה עולות הנקודות הבאות:

- החלטות בסוף החיים מעסיקות את רוב הרופאים על בסיסי יומיומי.

-למרות קיומו של נוהל DNR (Do Not Resuscitate), שני שלישים מהרופאים מדווחים שמתבצעות החיאות "כאילו" במחלקתם והרוב מרגיש שקיום החיאה כזו אינו הולם.

-לאחר כשלון החיאה בחולה סופני רוב הרופאים לא ירגישו תחושת אשם.

-עיקרי חוק החולה הנוטה למות אינם מוכרים לרוב הרופאים, אולם לאחר שהוסברו להם, הם מקובלים על רוב מוחלט של הרופאים.

-רוב הרופאים לא היה קובע DNR מבלי לשתף את החולה או משפחתו.

מהשאלונים הסגורים עולות הנקודות העיקריות הבאות:

- בחולה סופני עם סרטן גרורותי, רוב הרופאים היו נמנעים מניסיון החייאה והנשמה, ורופאים רבים היו נותנים נוזלים, הזנה בזונדה ואנטיביוטיקה, גם אם החולה או המשפחה הייתה מבקשת "הקלה על סבל ללא כל טיפול המאריך חיים".

-בקשיש עם סוכרת, מחלת לב וכלי דם, החוזר בשל ספסיס כחודש לאחר כריתה רגל, והנפטר תוך יממה למרות אנטיביוטיקה, כמחצית הרופאים הביעו תחושת החמצה ורגשות אשם.

לגבי מחלה גרורתית, רופא אינו מעונין בטיפול עבור עצמו בו בזמן שהוא היה ממליץ על טיפול כזה לחולים שלו. לא נמצא הבדל כזה ביחס להחייאה או אינטובציה.

-למרות בקשת המשפחה שלא להנשים שוב קשישה עם דמנציה מתקדמת ואירועים חוזרים של אי ספיקת לב, כ-15% מהרופאים היו מחברים אותה למנשם ועוד כ-23% היו נמנעים מלתת מורפין.

-רוב הרופאים סבורים כי יש מחסום משפטי ומנהלי לקבוע DNR ולכתוב זאת בגליון והם יפעלו לפי צוואת חיים של החולה.

-בשלושת בתי החולים קיימת אצל הרוב תחושה שלפעמים הטיפול בחולה סופני מיותר.

- רב הרופאים אינם משתפים תמיד את החולה או משפחתו בהחלטות אלו (31% ישתפו תמיד את החולה, ו-40% ישתפו תמיד את המשפחה), למרות שמידת השיתוף באופן כללי גבוהה.

- רב הרופאים חשים שלפעמים הטיפול שהם נותנים לחולה סופני הוא מיותר.

קיימות דילמות רבות ומורכבות הקשורות להחלטות סוף-חיים. ואכן, את רוב הרופאים מעסיקה שאלת החלטות בסוף החיים מדי יום.

בולטת מאוד השונות בין דיעות הרופאים, על אף היותם מאותו מוסד ומאותו אגף, בתשובותיהם לרב השאלות. מצב זה נובע מהבדלים תרבותיים, אמונות, ותק הרופא (כפי שמשתקף בחלק ד' של התוצאות), המחלקה בה הוא נמצא, ועוד גורמים רבים המעצבים את אישיותו ודעותיו של הרופא כאדם.

בנוסף, קיים הרושם שרופאים רבים אינם מרוצים מהמצב כפי שהוא בנוגע להחלטות בסוף החיים, והמחשבה הרווחת היא שיש לערב גורם חיצוני ממערכת המשפט בנוגע להחלטות כאלו.

בישראל אושרה לאחרונה הצעת חוק הדנה בחולה הנוטה למות, שמטרתה לקבוע נוהל אחיד בעל תוקף משפטי לגבי החלטות בסוף החיים, דבר האמור להקל מאוד על הרופא העומד בפני דילמות קשות אלו, ולענות על מצוקתם הקיימת, כפי שמשתקף בתשובות הרופאים.

בהשוואה בין עיקרי חוק ועדת שטיינברג לעמדות הרופאים לגבי טיפול בחולה סופני עם סרטן גרורותי, נראה כי עמדות הרופאים והחוק עולים בקנה אחד. לפי עקרונות החוק של ועדת שטיינברג, חולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות, אשר אינו רוצה שחיו יוארכו, יש לכבד את רצונו ולהימנע מטיפול רפואי בו. אך על הרופאים לעשות מאמץ סביר לשכנע החולה לקבל מזון, נוזלים וטיפולים שגרתיים. ואכן, רוב הרופאים היו נמנעים מניסיון החיאה והנשמה, ורופאים רבים היו נותנים נוזלים וטיפולים שגרתיים. ואכן, רוב ואנטיביוטיקה, גם אם החולה או המשפחה הייתה מבקשת "הקלה על סבל ללא כל טיפול המאריך חיים".

בהשוואה בין עיקרי חוק ועדת שטיינברג לעמדות הרופאים לגבי טיפול בחולה סופני נראה כי החוק אינו תמיד בכפיפה אחת עם דעות הרופאים. החוק עצמו קובע, שאם אין הוראה ע"י החולה, הוראה מוקדמת אם אינו כשיר, החלטה של מיופה כח, החלטה של ועדה מוסדית או החלטה של רופא אחראי בהתחשב בהצהרה מפורשת של אדם קרוב ולפיה החולה הנוטה למות אינו רוצה להוסיף לחיות או בהתחשב בעמדת אפטרופסו של החולה הנוטה למות, אז יש לנטות לטובת הרצון להוסיף לחיות, אפילו אם הרופא נוטה לכוון השני, של הקלה על סבל. אצל רוב הרופאים קיימת תחושה שלפעמים הטיפול בחולה סופני מיותר.

בראיונות הפתוחים התקבל הרושם לצורך הרופאים בגורם חיצוני שיעזור לפתור דילמות בסוף החיים. נשאלת השאלה מי צריך להיות אותו גורם חיצוני. אפשרות אחת היא מערכת חוק המוכתבת מחוץ לבית החולים, אחידה בבתי החולים השונים. אפשרות שנייה היא כפי שנהוג בחלק מבתי החולים בחו"ל, ייעוץ בנושאי אתיקה למחלקות ע"י ועדה מיוחדת שממונה. האם מודל כזה היה יכול לעזור לספק את הצורך

של הרופאים לגורם חיצוני?

במאמר בנושא ייעוץ בנושאים אתיים (20) ישנה התייחסות לכך שוועדה פנימית מייעצת בבית החולים יכולה לשפר רבות את איכות החינוך הרפואי, לאתר נושאים שזקוקים לשיפור, כגון תקשורת בין רופא לחולה ומשפחתו, ולחנך רופאים לבצע איחוד של מיומנויות לפתירת דילמות אתיות רפואיות.

במחקר שנעשה בישראל (4), שכלל שאלות רבות ברירה לרופאים ולאנשים מבוגרים, נעשתה השוואה בין רצונות הרופאים ורצונות המבוגרים. מתוצאות המחקר עולה, כי רופאים היו רוצים לעצמם הרבה פחות הזנה מלאכותית, הנשמה והחייאה מאשר היו רוצים לחולים מבוגרים, אלו היו מאובחנים כחולים בסרטן גרורתי. תוצאות אלו דומות לתוצאות עבודה זו מבחינת הזנה מלאכותית, אך בעבודתי לא נראה הבדל מובהק לגבי הנשמה והחייאה.

בהשוואה בין בתי חולים (חלק ה') עלה הבדל משמעותי לגבי מספר שאלות. בבית חולים רמב"ם קיימת פחות נטייה לתת טיפול בסוף החיים, ויש שימוש רב יותר במורפין להקלה על סבל (חלק ה'), טבלאות (14-24). בבית החולים רמב"ם קיים נוהל מסודר לגבי החלטות בסוף החיים מזה מספר שנים, ופועלת ועדה קבועה הדנה בנושאים אלו (על פי הודעה אישית של רופא בכיר משם). קיום נוהל זה וועדה מסודרת מדמים בצורה חלקית קיום של חוק פנימי הקיים בבית החולים, ולפיו נוהגים הרופאים. ניתן להסיק כי כשיש הנחיות מסודרות והכרה של מערכת מובנית של נהלים (דהיינו מעין חוק), אזי יש פחות פחד ליישם החלטות אלו וללכת עם הלך הרוח הכללי הקיים בבית החולים. מאידך, יכול להיות שניסוח ההנחות ביטא תרבות אחרת מלכתחילה של רופאים מנהיגים בארגון. קרוב לוודאי שקיים שילוב של שני הגורמים הנ"ל.

בנוסף, משתקף מהתוצאות שבבית חולים הדסה יש יותר נטייה לשתף את החולה ומשפחתו בהחלטות סוף החיים, וכן הרופאים חשים יותר תחושת החמצה בכישלון החייאה של אדם בסוף חייו. יתכן שהדבר נובע מחינוך הרופאים על ידי הצוות הבכיר ותרבות של מצויינות המקצינה את הרצון לנסות כל טיפול אפשרי. ייתכן גם שהדבר נובע מהבדלי תרבות של הציבור, שכן בירושלים אוכלוסיה דתית יותר ובעלת אופי שונה מערים אחרות בישראל, וכתוצאה מכך בעלת ערכים שונים.

אם הבדלים בין בתי החולים לגבי החלטות בסוף החיים משקפים רצונות שונים של אוכלוסיות שונות, עולה השאלה האם יש מקום לנהלים אחידים בכל בתי החולים בישראל.

נושא קבלת החלטות בסוף החיים הינו אוניברסלי, ומעורר דיונים והדים רבים במדינות רבות בעולם המערבי.

במאמר שהשווה מדינות שונות בארופה ואוסטרליה לגבי קבלת החלטות בסוף החיים (24), נראה כי יותר ממחצית מהרופאים ייתנו סדציה חזקה שאף תגרום למוות בחולה סופני עם סרטן גרורתי. הגורם המנבא החזק ביותר לקבלת החלטות בסוף החיים היה בקשה מהחולה אם הוא בעל כושר החלטה. גורמים מנבאים חלשים יותר הם תוחלת חיים קצרה וכאב בלתי נשלט של החולה. נצפו הבדלים בין המדינות השונות, כנראה על רקע הבדלי תרבות וחוק, אך באופן כללי התוצאות הנ"ל נצפו ברוב המדינות.

במחקר שהשווה מדינות שונות באירופה לגבי קבלת החלטות בסוף החיים ביחידות טיפול נמרץ (19) נמצא, כי מניעת טיפול בחולים בטיפול נמרץ מקובלת מאוד על הרופאים. נמצא עוד כי בצפון אירופה יש נטייה לבצע פחות החייאות, ולמנוע טיפול בשלב מוקדם יותר מאשר בדרום אירופה. נראה שהבדלים אלו נובעים מהבדלי תרבות, דת וערכים בין מדינות אירופה השונות.

תוצאות אלו משתקפות גם בהתנהגות ועמדות הרופאים בארץ, כפי שמשקף הן מהראיונות הפתוחים והן מהשאלונים הסגורים, ומתבטאות בשוני בין בתי החולים.

במחקר שנעשה בארה"ב (25), הוצגו תסריטים שונים בפני 400 רופאים פנימיים, ונבדקה עמדתם לגבי מניעת טיפולים והפסקת טיפולים מסוגים שונים. רק כמחצית הרופאים היו נמנעים מטיפול אם החולה הביע רצונו בכך. לסוג הטיפול יש השפעה ניכרת על עמדתם לגבי מניעה או אי מניעה של טיפול. כמו במחקר שלהם, גם במחקר שלי הרופאים פחות נוטים למנוע נזלים הזנה מלאכותית ואנטיביוטיקה ויותר נוטים למנוע המודיאליזה והנשמה. במחקר בארה"ב נראה כי בחולים דמנטיים וסופניים היתה יותר נטייה למניעת טיפול מאשר בחולים מתמצאים או לא סופניים. לפי חוקת ארה"ב, זכותו של אדם להמנע מטיפול רפואי. למרות זאת, רבים הרופאים המתנגדים למניעת טיפול וסוגיה זו עוררה בארה"ב וויכוחים

רבים. אציין את פרשת TERRI SCHIAVO, בחורה צעירה שהיתה במצב וגטיבי עקבי במשך 15 שנים, לאחר ארוע דום לב ודום נשימה. בעלה דרש הוצאה של הגסטרוסטום, ועל ידי כך זרוז מותה, והוריה דרשו להשאירו בכל תוקף ולהאריך חייה. נושא זה עורר תהודה עצומה בארה"ב, כולל מעורבות של פוליטיקאים והפגנות ציבוריות. לבסוף הכריע בית המשפט לטובת הבעל, הגסטרוסטום הוצא, והיא נפטרה כעבור 13 יום מהוצאתו.

הרפואה הפליאטיבית מתקשרת גם היא לנושא הקלה על סבל בסוף החיים, והינה חלק ממערכת החלטות לגבי חולה בסוף החיים. היא משפרת את איכות חיי החולה הנטה למות. היא מערבת תשומת לב רגשית, רוחנית ומשרתת את צרכי החולה והקרובים לו. במאמר בנושא רפואה פליאטיבית שפורסם בארה"ב (26), מוצע אלגוריתם לטיפול בחולה סופני, שכולל ייעוץ של "צוות פליאטיבי" שיבנה תוכנית טיפולית לחולה לאחר הערכה של מצבו ושל רצונותיו, תוך תיעוד ההחלטות בטופס מיוחד.

כפי שצוין, במדינות רבות בעולם וכן בישראל רופאים רבים אינם מוכנים לקבל החלטות של מניעת טיפול. השערה אחת לכך היא (25), שהרופאים רואים במניעת טיפול את קידום מוות החולה, והם אינם מעוניינים בהשלכות הפסיכולוגיות של תחושת האחריות לכך. בנוסף, רופאים מפחדים שאם ישתפו חולה בהחלטות הם יאבדו את תחושת האוטונומיה כרופאים. לבסוף, חוסר נסיון והבנה של נושאים אתיים ומשפטיים מביא לכך שלרופאים שאלות רבות ללא כתובת אליהן, והם נשארים ללא תשובה.

מגבלות

למחקר זה מספר מגבלות. ראשית, כל המידע שנאסף בעבודה דווח על ידי רופאים פנימיים. לא נעשתה תצפית אמיתית על התנהגות הרופאים בפועל. כך, ייתכן שרופאים דווחו על התנהגות מסוימת שלפיה היו נוהגים, כשבפועל היו נוהגים אחרת. שנית, המספר הנמוך יחסית של המרואיינים וההיענות הנמוכה עשויים שלא לשקף מדגם מייצג של אוכלוסיית הרופאים בארץ. שלישית, לא בוצע ניתוח רב משתנים, שייטכן והיה מבודד משתנים בנתוני הרופאים וחושף תוצאות מובהקות חדשות. רביעית, לא נעשה ניתוח איכותני שיטתי של הראיונות.

לסיכום, כפי שמשתקף מתוצאות עבודה זו, יש צורך בחינוך ו"שיווק" חכם של התנהגות המתאימה לדילמות השונות בהן נתקלים הרופאים. כמו כן, יישום חוק בבתי החולים אינו ברור מאליו, והוא מותנה בהכרה של הצוות הרפואי בנכונותו של החוק ובצורך לגבש חוק אחיד שיכתיב התנהלות בסוף החיים. נראה שיש צורך בחינוך לטיפול מקל ולמיומנות תקשורת בתוך הצוות הרפואי. יש לערוך בראש ובראשונה שינויים חברתיים בציבור, שכוללים הגברת המודעות של הרופאים לבעיות המיוחדות של החולים הנוטים למות ולרצונותיהם, פיתוח יכולת תקשורת פתוחה וגלויה בין רופאים לחולים ובני משפחותיהם, והיכולת להתאים את התקשורת לצרכים הייחודיים לחולה ובני משפחתו. נדרשת השקעה משמעותית בשינוי אוריינטציות רפואיות רווחות ביחס לטיפול בחולה הנוטה למות, ובפיתוח מיומנויות הטיפול והתקשורת של רופאים.

כאמור, ההתקדמות המטאורית של המדע והטכנולוגיה הביאו לדילמות אתיות רבות. הנושא נמצא בחשיבות עליונה בעולם וזוכה להתייחסות רבה. ארגון UNESCO

(united nations educational, scientific, and cultural organization) העולמי דירג את האתיקה בתחום המדע והטכנולוגיה כאחד מחמשת הנושאים החשובים בו הוא עוסק. הארגון הגה את ההכרזה האוניברסלית של זכויות האדם בנושא מידע גנטי וביואתיקה. לארגון מייעצים הארגון העולמי לביואתיקה וגופים נוספים.

עקב החשיבות המרובה של נושא החינוך הרפואי, הועלתה הצעה ע"י פרופ' ליסה להמן, מנהלת מרכז לביו-אתיקה בהרווארד, להקמת מרכז ביו-אתי בהדסה עין כרם, שייתן ייעוץ לרופאים וחוקרים שנתקלים בבעיות אתיות במסגרת עבודתם. בנוסף גוף זה יעסוק בחינוך לאתיקה וקידום תחום הביו-אתיקה באמצעות מחקרים אמפיריים ופילוסופיים. הגוף ישאף להוביל בתחום הביו-אתיקה העולמית. זוהי למעשה אבן דרך בתהליך החינוך הרפואי.

סיכום

מבוא ומטרה: החלטות סוף החיים הן מהקשות ביותר בתחום הרפואה המודרנית. מטרתנו הייתה לבדוק עמדות רופאים במחלקות פנימיות בבתי חולים בארץ, ערב כניסת חוק החולה הנוטה למות, על-מנת לעמוד על הבעיות הקשורות בהחלטות סוף-חיים כדי להכין התערבות לקראת יישום החוק.

שיטות: בבית החולים "הדסה עין כרם" נערכו 23 ראיונות מובנים מוקלטים עם רופאים בעילום שם מהאגף הפנימי ונותחו בעזרת עיבוד איכותני. הראיונות התבססו על מס' שאלות מנחות המתייחסות לבעיות הקשורות להחלטות סוף-חיים. בנוסף, בעזרת שאלונים סגורים סביב תיאורי מקרים, נאספו נתונים על 68 פנימאים מבי"ח הדסה, איכילוב ורמב"ם. הסקר כלל מתמחים ומומחים במדגם נוחות.

תוצאות: הראיונות הפתוחים: החלטות בסוף החיים מעסיקה את רוב הרופאים על בסיסי יומיומי.

למרות קיומו של נוהל DNR (Do Not Resuscitate), שני שלישים מהרופאים מדווחים שמתבצעות החיאות "כאילו" במחלקתם והרוב מרגיש שקיום החיאה כזו אינו הולם. לאחר כשלון החיאה בחולה סופני רוב הרופאים לא ירגישו תחושת אשם. עיקרי חוק החולה הנוטה למות אינם מוכרים לרוב הרופאים, אולם לאחר שהוסבר להם, הם מקובלים על רוב מוחלט של הרופאים. הרוב הרופאים לא היה קובע DNR מבלי לשתף את החולה או משפחתו.

שאלות סגורות: בחולה סופני עם סרטן גרורותי, רוב הרופאים היו נמנעים מניסיון החיאה והנשמה, ורופאים רבים היו נותנים נוזלים, הזנה בזונדה ואנטיביוטיקה, גם אם החולה או המשפחה הייתה מבקשת "הקלה על סבל ללא כל טיפול המאריך חיים". בקשיש עם סוכרת, מחלת לב וכלי דם, החוזר בשל ספסיס כחודש לאחר כריתה רגל, והנפטר תוך יממה למרות אנטיביוטיקה, כמחצית הרופאים הביעו תחושת החמצה ורגשות אשם. למרות בקשת המשפחה שלא להנשים שוב קשישה עם דמנציה מתקדמת ואירועים חוזרים של אי ספיקת, כ-15% מהרופאים היו מחברים אותה למנשם ועוד כ-23% היו נמנעים מלתת מורפין. רוב הרופאים סבורים כי יש מחסום משפטי ומנהלי לקבוע DNR ולכתוב זאת בגליון והם יפעלו לפי צוואת חיים של החולה. בשלושת בתי החולים קיימת אצל הרוב תחושה שלפעמים הטיפול בחולה סופני מיותר. רב הרופאים לא היו מעוניינים בהזנה מלאכותית אם בעצמם היו במצב סופני, למרות שהיו נותנים טיפול זה לחולים במצב דומה.

דין ומסקנה: רוב מוחלט של רופאים נחשפים לדילמות בסוף החיים באופן יום-יומי. לעיתים קרובות ההחלטות כרוכות בסתירות להעדפות מוצהרות של החולה, משפחתו או הרופא עצמו. לרופאים חשש משימוש במורפין ותחושות החמצה ואשם כאשר החולה נפטר. נראה שיש צורך בחינוך לטיפול מקל ולמיומנות תקשורת לקראת החלת חוק החולה הנוטה למות.

ABSTRACT

Aims: Decision making in the wake of life are amongst the most difficult issues in modern medicine. Upon the impending implementation of the dying patient's law, we aimed to determine the attitude of physicians in departments of internal medicine in Israel, and to assess the problems associated in decision making towards the end of life, in order to advocate proper intervention schemes prior to the introduction of the new law.

Methods: Twenty three structured anonymous interviews were conducted with internal medicine physicians and were recorded and analyzed by qualitative processing. The interviews

were based on several guided questions related to problems linked to end-of-life decisions. Additionally, using closed questionnaires encompassing case presentations, data were collected from 64 internists from Hadassah Ichilov and Rambam Hospitals. The survey included residents as well as specialists in a convenience sample.

Results: Open interviews: Most physicians are preoccupied by end-of-life decisions almost daily. Despite the availability of DNR (Do Not Resuscitate) protocols, two-thirds of doctors report that such resuscitations are being “seemingly” performed in their departments, while most feel such action is inappropriate. Following a failed resuscitation in a terminal patient, most physicians would not experience a sense of guilt. Most physicians are not familiar with the highlights of the dying patient’s law. However, after receiving detailed explanation, it is well accepted by most if not all doctors. Most doctors would not resort to a DNR protocol unless it was also shared by the patient or his family.

Closed questions: In a terminal patient with metastatic cancer, most physicians would refrain from performing a resuscitation or provide respiratory support, while most would administer intravenous fluids, gastric tube feeding and antibiotics. This approach would have been adopted even if the patient or his family were asking to minimize suffering without resorting to life-prolonging treatment. In an elderly patient suffering from diabetes and cardiovascular disease, who was re-admitted because of sepsis one month following amputation of leg, and who died within one day despite antibiotic treatment, about half of the doctors felt they 'missed their goal' and experienced a sense of guilt. In an elderly woman suffering from dementia and recurrent episodes of cardiac insufficiency, about 15% of doctors reported they would put her on a respirator (despite an explicit request on behalf of her family not to do so) and another 23% said they would refrain from administering morphine. Most physicians

believe there is a legal and an administrative barrier to determine DNR and document it in the patient's chart. They would rather act according to the life's will of their patient. In the three hospitals there is a general feeling that in many cases treating the terminal patient is unnecessary. Most doctors would refuse artificial alimentionation if they were in a terminal state, despite offering such treatment to their terminal patients.

Conclusions: The absolute majority of internists are exposed to dilemmas of the end of life, nearly on a daily basis. In many cases the decisions made are not in accordance - and even contradict - with the declared preference of the patient, his family or even the caring physician himself for that matter. Many doctors are afraid of using morphine and experience a sense of guilt and misachievement when the patient dies. It seems that there is a need for education towards palliative treatments and for dexterous communication towards the implementation of the dying patient's law.

רשימת ספרות:

1. Carmel S: Euthanasia : attitudes, wishes , and behavior of the public, patients and physicians.Harefuah.2002 Jun ;141(6):538-43,578.
2. L.A. Eidelman et al:Forgoing life-sustaining treatment in an Israeli ICU. Intensive Care Med(1998)24:162-166.
3. Arnold J Rosin and moshe sonnenblick: Autonomy and paternalism in geriatric medicine .The Jewish ethical approach to issues of feeding terminally ill patients, and to cardiopulmonary arrest .Journal of medical ethics 1998;24:44-48.
- 4.Carmel S.: Life- sustaining treatments: what doctors do ,what they want for themselves and what elderly persons want .Soc Sci Med ,1999;49:1401-1408.

5. Carmel S & Lazar A , Giving bad news :to what extent do elderly persons want to know and to participate in the process of medical decision making. Harefuah ,1997 ;133:505-509.
6. Carmel S. : Behavior ,attitudes, and expectations ragarding the use of Life–sustaining treatments among physicians in Israel :An exploratory study .Soc. Sci .Med .Vol.43 ,No.6,pp.955-965,1996.
7. Connors AF ,Dawson NV ,Desbeins NA & al:A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients.JAMA,1995;274:1591-1598.
8. Jan Hoffman: Doctorws delicate balance in keeping hope alive. The New York Times, Dec.2005.
9. David Casarett, Jennifer kapo, Arthur Kaplan: Appropuate use of artificial nutrition andhydration- fundamental principles and recommendations. The New England Journal Of Medicine, Dec 2005, pp.2607-2612.
10. Carmel S: Medical students' attitudes regarding the use of life sustaining treatment for themselves and for elderly persons. Soc. Sci. Med. Vol.46, No. 4-5,pp.467-474,1998.
11. Carmel S: Wishes regarding the use of life sustaining treatments among elderly persons in israel: An explanatory model. Soc.Sci.Med.Vol.45.No.11,pp.1715-1727,1997.
12. Carmel S: Stability of elderly person's expressed preferences regarding the use of life sustaining treatments.
13. Michael w. Rabow, Joshua M Houser, Jocelia Adams: Supporting family caregivers at the end of life- "they don't know what they don't know". Jama, January

28 2004, Vol.291, No.4, 483-491.

14. Michael Cantor, Clarence Baddock: Do not resuscitate orders and medical futility. Arch. Intern. Med. Vol.163, Dec 2003, 2689-2694.

15. Frank, Heyland, Chen, Myers: Determining resuscitation preferences of elderly inpatients: A review of the literature. CMAJ, October 14, 2003, 169.

16. Jeffrey, Drazen: Decisions at the end of life. The New England Journal Of Medicine, Sep.18 2003, Vol.349, 1109-1110.

17. Neil, Simpson, Salam, Virginia: Physicians decisions to withhold and withdraw life sustaining treatment.

18. Zonnenblik, Steinberg: שיעורי החלטה לאי-מתן טיפול תומך חיים , באגף לרפואה פנימית. Harefua, Vol.142, Oct.2003.

19. Sprung CL, Cohen SL, Simon L., Peter S Jokvist: End of life practices in european intensive care units. Jama, Aug.13, 2003, Vol. 290, No.6.

20. Bernard Lo: Answers and questions about ethics consultations. Jama, Sep.3, 2003, Vol 290, No. 9.

21. Lawrence J., Todd Gilmer, Holly D. Dugan: Effect of ethics consultation on nonbeneficial life sustaining treatments in the intensive care settings. Jama. Vol. 290, No. 9, September 3, 2003.

22. Gail Gazelle: The slow code- Should anyone rush to it's defence? The New England Journal Of Medicine. Vol. 338, Feb. 12, 1998, No.7.

23. statistical power analysis for the behavioral sciences \ jacob cohen

24. Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Susanne Fisher, Colleen Cartwright: End-of-Life Decision Making in Europe and Australia- A Physician Survey. Archives of Internal Medicine. Vol.166, No.8, April 24, 2006.
25. Neil j. Farber, Pamela Simpson, T. abassum S. alam. Physicians' Decisions To Withdraw And Withhold Life Sustaining Treatment. Archives of Internal Medicine. Vol. 166, March 13, 2006.
26. R. Sean Morrison, Diane E. Meiere. Palliative Care. The New England Journal Of Medicine 2004, Vol. 350 pp. 2582-90.

נספח:

מבנה ותוכן הראיון:

הראיון מחולק לשני חלקים :

החלק הראשון :

שאלות פתוחות:

1. -עד כמה מעסיקה אותך שאלת החלטות בסוף החיים בשגרת היום-יום במחלקה
-איך את/ה מתמודד/ת עם השאלות האלו במחלקה (בפועל)?

-האם יש נוהל DNR?(לתאר / האם קיים נוהל כתוב)

- אם ישנו, האם אתה פועל לפיו?

-האם לדעתך צריך לשפר את המצב? כיצד?

2. האם קורה לפעמים שהצוות מבצע החייה "כאילו"? איך אתה מרגיש/ה עם זה?

3. בהחלטות כאלו קיימת לעיתים קרובות אמביוולנטיות. האמביוולנטיות של החולה עצמו או בני המשפחה (דעתו של החולה עצמו יכולה להשתנות עם הזמן, דעות שונות של בני המשפחה,

דעות שונות בצוות). איך אתה מתמודד/ת עם האמביוולנטיות הקיימת בהחלטות אלו?

4. חולה סופני שההחיה בו כשלה- האם תחוש רגשות אשם?

5. בשנת 2002 הוצעה הצעת חוק בראשות ועדת שטיינברג, הדנה בחולה הנוטה למות.

א. האם ידועים לך עיקרי ההצעה?

ב. האם עיקריה מקובלים עליך?

ג. אם החוק יקבע שיש לכבד את רצונו/ה של המטופל/ת ולהורות על DNR אם הוא או היא

מבקשים זאת, האם היית פועל כך?

ד. אם דעת הצוות המטפל היא שהחייה מיותרת (בגלל הפרוגנוזה של החולה), האם ניתן

לקבוע לדעתך DNR מבלי לשתף את החולה ומשפחתו?6. האם אתה מוכן לתת מורפין להקל

על קוצר נשימה לחולה אשר הוחלט שלא יחובר למכונת הנשמה?

6. האם אתה מוכן לתת מורפין להקל על כאבים לחולה אשר סובל גם ממחלת ריאות והוחלט שלא

יחובר למכונת הנשמה?

החלק השני:

שאלות כמותיות

שאלה מס' 1

**בניח שאתה מטפל בחולה הסובל מסרטן ריאות עם גרורות ומחוסר הכרה.
באיזו מידה תהיה מעוניין/ת בטיפולים המצויינים בכל אחד משלושת הטורים?**

עמדת משפחת החולה הטיפול	לחולה אין משפחה	המשפחה מבקשת "לעשות הכל כדי שהחולה יישאר בחיים"	משפחה מבקשת "הקלה על סבל ללא כל טיפול המאריך חיים"
נזלים לווריד	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1
כלכלה לזונדה	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1
טייביוטיקה במקרה הצורך	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1
CPR במקרה הצורך	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1
הנשמה במקרה הצורך	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1
מורפין נגד כאבים	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1	במידה רבה במידה בינונית במידה מעטה 3 2 1

שאלה מס' 2

בניח שאתה מטפל בחולה בן 80, עם סרטן ריאות עם גרורות. החולה הוא בעל כושר החלטה ואינו בדיכאון. החולה מבקש הקלה על סבל ללא כל טיפול מאריך חיים.

באיזה מידה תהיה מעוניין/ת לתת את הטיפולים הבאים?

- | | | | |
|---|-----------|---------------|-------------|
| 1. נזלים | במידה רבה | במידה בינונית | במידה מועטה |
| | 3 | 2 | 1 |
| 2. כלכלה לזונדה | במידה רבה | במידה בינונית | במידה מועטה |
| | 3 | 2 | 1 |
| 3. אנטיביוטיקה במקרה הצורך | במידה רבה | במידה בינונית | במידה מועטה |
| | 3 | 2 | 1 |
| 4. CPR במקרה הצורך | במידה רבה | במידה בינונית | במידה מועטה |
| | 3 | 2 | 1 |
| 5. הנשמה במקרה הצורך | במידה רבה | במידה בינונית | במידה מועטה |
| | 3 | 2 | 1 |
| 6. להגדיל מינון הנרקוטיקה עד שיכוך הכאבים - למרות חששך שזה יכול להביא לדיכוי נשימתי | במידה רבה | במידה בינונית | במידה מועטה |
| | 3 | 2 | 1 |

שאלה מס' 3

אתה מטפלת בחולה סוכרת בן 85 עם מחלת לב וכלי דם קשים, שעבר לפני כחודש כריתה מתחת לברך בגלל זיהום ברגל. עתה הוא חזר בגלל חום 40 מעלות. בבדיקה, יש מעט הפרשה סרוזית מאיזור הגדם. בתרבית דם צמח חיידק. קיבל אנטיביוטיקה לווריד בהתאם. החולה החל להשתפר, אולם למחרת, החום עלה שוב, לחץ הדם ירד וכעבור כמה שעות הופיע דום לב. ניסיון החייאה נכשל. השאלה המתעוררת בצוות לאחר מכן היא: האם היה צריך לטפל אחרת או האם זה מהלך שאיננו בלתי צפוי.

דרג באיזו מדה אתה חשה/ה כי היה אפשר לטפל בצורה יותר טובה במקרה - למשל היה צריך לפתוח את הגדם באופן כירורגי, להחליף את האנטיביוטיקה ו/או להעביר את החולה ליחידה לטיפול נמרץ.

כחלק מהצוות שטיפל בחולה זה, מה הרגשתך?

1. הטיפול לא היה נכון.
2. יתכן שהטיפול לא היה שלם.
3. אינני בטוח/ה.
4. הטיפול היה בסדר.
5. הטיפול היה בסדר לחלוטין.

דרג באיזו מדה אתה חשה/ה החמצה:

1. יש לי בהחלט תחושת החמצה.
2. יש לי מעט תחושת החמצה.
3. אין לי תחושה חד משמעית של החמצה.
4. אין לי תחושת החמצה.
5. אין לי כלל וכלל תחושת החמצה.

דרג באיזו מדה את/ה חש/ה רגשות אשם:

1. יש לי בהחלט רגשות אשם.
2. יש לי מעט רגשות אשם.
3. אין לי תחושה חד משמעית של רגשות אשם.
4. אין לי רגשות אשם.
5. אין לי כלל וכלל רגשות אשם.

שאלה מס' 4

חולה קשישה עם דמנציה מתקדמת ומוכרת היטב לצוות עם אשפוזים חוזרים בשל אי ספיקת לב קשה ביותר, מגיעה שוב לחדר מיון בגלל קוצר נשימה קשה. המשפחה חוזרת ומבקשת שלא לחבר שוב את חולה למכונת הנשמה ולא לבצע החייאה בעת הצורך. בקשה זו באה בעקבות דיונים חוזרים עם הרופא

הבכיר המכיר היטב את החולה ואף תועדה בכתב. את/ה הרופא/ה בחדר מיון -איך תטפלי/י?

1. חיבור למכונת הנשמה למרות בקשת המשפחה - בנוסף לטיפול התרופתי
2. טיפול תרופתי באי ספיקת הלב ללא הנשמה
3. טיפול תרופתי באי ספיקת הלב ללא הנשמה, כולל מתן מורפין להקלה על קוצר הנשימה ועל אי ספיקת הלב

שאלה מס' 5

עד כמה את/ה משתף את החולה ואת המשפחה בהחלטות סוף החיים?

<u>חולה</u>	תמיד	לרוב	לפעמים	לעיתים נדירות	בכלל לא
	5	4	3	2	1
<u>משפחה</u>	תמיד	לרוב	לפעמים	לעיתים נדירות	בכלל לא
	5	4	3	2	1

תמיד	לרוב	לפעמים	לעיתים נדירות	בכלל לא
5	4	3	2	1

שאלה מס' 10

אם לחולה יש "צוואת חיים" (living will), באיזו מידה תפעלי לפיה:

במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	בכלל לא
4	3	2	1

שאלה מס' 11

כעת יוצגו לפניך מצבים היפותטיים שונים. נא לענות כיצד היית רוצה שיטפלו בך בכל אחד מהמצבים הבאים:

1. אם היית, חלילה, מ אובחן/נת בעצמך כחולה בסרטן עם גרורות, במקרה הצורך, האם היית רוצה:

א. CPR

רצוי מאוד	רצוי	לפעמים רצוי	לא רצוי	מאוד לא רצוי
5	4	3	2	1

ב. הזנה מלאכותית

רצוי מאוד	רצוי	לפעמים רצוי	לא רצוי	מאוד לא רצוי
5	4	3	2	1

ג. להיות מחובר למכונת הנשמה

רצוי מאוד	רצוי	לפעמים רצוי	לא רצוי	מאוד לא רצוי
5	4	3	2	1

2. אם היית, חלילה, מאובחן בעצמך כסובל מדמנציה חמורה, במקרה הצורך, האם היית רוצה:

א. CPR

רצוי מאוד	רצוי	לפעמים רצוי	לא רצוי	מאוד לא רצוי
5	4	3	2	1

ב. הזנה מלאכותית

רצוי מאוד	רצוי	לפעמים רצוי	לא רצוי	מאוד לא רצוי
5	4	3	2	1

ג. להיות מחובר למכונת הנשמה

רצוי מאוד	רצוי	לפעמים רצוי	לא רצוי	מאוד לא רצוי
5	4	3	2	1

שאלה מס' 12

באיזו מידה קיימת אצלך תחושה שהטיפול שאת/ה נותן/נת לחולה סופני מיותר?

תמיד	לרוב	לפעמים	לעיתים נדירות	בכלל לא
5	4	3	2	1

נתונים אישיים:

גיל:

מין:

ותק כרופא (כמה שנים אתה עוסק ברפואה):

ותק במחלקה פנימית:

בית החולים והמחלקה בה אני עובד כרופא:

מוצא: מוצא של ההורים:

מצב משפחתי: רווק נשוי אלמן גרוש

מס' ילדים:

דת:

דתיות: מתפלל כל יום כל שבוע לפעמים(בחגים) לעיתים רחוקות אף פעם