

בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים

**הצורך בטיפול פליאטיבי בקרב מאושפזי המחלקות  
הפנימיות בבית החולים**

*A need for a palliative care program among  
hospitalized patients in the departments of internal  
medicine*

עבודת הגמר של התלמידה  
רינת שטרן

ינואר 2007

כמילוי חלק מהדרישות לשם קבלת תואר דוקטור לרפואה  
מטעם ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.

בהזרכתם של:

**פרופ' גדעון פרידמן**  
מנהל היחידה לטיפול בקשיש  
ואשפוז יום פנימי  
ביה"ח הדסה עין-כרם  
ירושלים.

**פרופ' אריה בן-יהודה**  
מנהל מחלקה פנימית ג'  
ביה"ח הדסה עין-כרם  
ירושלים.

**פרופ' מאיר ברזיס**  
מנהל המרכז לאיכות ובטיחות  
ביה"ח הדסה עין-כרם  
ירושלים.

## הקדשה

ראשית ברצוני להודות לשלושת המדריכים שלי:

פרופ' ברזיס, מנהל המרכז לאיכות ובטיחות, ביה"ח הדסה עין-כרם - על כך שהשקיע רבות מזמנו וניסיונו, והנחה אותי במסירות לאורך כל הדרך.

פרופ' בן-יהודה, מנהל מחלקה פנימית ג', ביה"ח הדסה עין-כרם, ופרופ' פרידמן, מנהל היחידה לטיפול בקשיש ואשפוז יום פנימי, ביה"ח הדסה עין-כרם - על הדרכתם, הערותיהם, הארותיהם והקדשת המשאבים הדרושים לצורך המחקר.

ד"ר איתמר גרוסקופ, מחלקה פנימית ג', ביה"ח איכילוב, ביה"ס לרפואה של אוניברסיטת ת"א - על המעורבות, היד המכוונת, הידע הרב שהעשיר את עבודתי והליווי המסור. גב' טלי בדולח, סטטיסטיקאית של ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים – על הדרכתה והכוונתה.

ד"ר רוני בראונשטיין, אוניברסיטת ת"א - על הערותיו ועזרתו בשיטות המחקר. צוות המראיינות המסור - גב' חמוטל ליגומסקי, אחות ראשית מרכזת תחום גריאטריה ביחידה לטיפול בקשיש, וגב' שרה הלוי-לוין, עו"ס ביחידה לטיפול בקשיש - על השקעתן ותרומתן לאיסוף המידע ועל שיתוף הפעולה הפורה.

וכמובן, תודה מיוחדת לגב' יהודית ברוך על הכל.

## תוכן העניינים

5	מבוא
7	הערכה וטיפול בסימפטומים
8	תקשורת החולה ומשפחתו עם הצוות המטפל
9	תמיכה רגשית, פסיכוסוציאלית ורוחנית
10	בעיות כלכליות בקרב המשפחה התומכת בחולה
11	תאום הטיפול
11	ליקוי באיתור חולים הנזקקים לטיפול פליאטיבי
13	מטרות
13	השערה
14	שיטות
14	מערך המחקר (Study design)
14	אוכלוסיית המחקר (Subjects)
14	הטיות אפשריות
15	שיטות עבודה
16	שאלון
17	שאלון לרופאי הבית
17	שאלון טלפוני לאחר השחרור
17	משתנים
18	שיטות סטטיסטיות
18	היבטים אתיים
19	תוצאות
21	תקשורת בין הרופא לבין החולה ומשפחתו
21	מידת הסבל והסימפטומים מהם סובלים החולים
24	כלי סריקה לגילוי הצורך בטיפול תומך
25	שאלון ה- "Palliative Care Screening Tool"
28	תוצאות משנה
29	הקשר בין 3 המדדים העיקריים
29	הקשר בין מדדי סבל ומצוקה
30	הקשר בין PCST למשתנים סוציודמוגרפיים ורפואיים
31	הקשר בין הערכת הרופאים למשתנים סוציודמוגרפיים ורפואיים
31	הקשר בין קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול למשתנים סוציודמוגרפיים ורפואיים
31	הקשר בין מדדים שונים
32	שאלון השחרור
33	הקשר בין שאלון השחרור למדדים שונים
33	מודל רגרסיה לוגיסטית
35	דיון
36	דמוגרפיה

36	..... מצוקה פסיכוסוציאלית וגופנית, פניות חוזרות לבי"ח ואומדן תפקודי
38	..... הערכת סימפטומים
38	..... תקשורת
39	..... הערכת החולה לאחר השחרור
40	..... מודל רב-משתני
40	..... מגבלות
41	..... איכות שלושת הכלים המחקריים
43	..... תקציר
45	..... Abstract
48	..... ביבליוגרפיה
51	..... נספח א'
55	..... נספח ב'
56	..... נספח ג'
57	..... נספח ד'
58	..... נספח ה'
59	..... נספח ו'
60	..... נספח ז'
61	..... נספח ח'
64	..... נספח ט'

## מבוא

טיפול פליאטיבי מבוסס על גישה בין תחומית, שמטרתה הקלת סבל ושיפור איכות החיים של חולים עם מחלות כרוניות מתקדמות ובני משפחותיהם, באמצעות ידע ומיומנויות מסוימים, הכוללים תקשורת עם החולים ובני משפחותיהם, טיפול בכאב וסימפטומים אחרים, תמיכה פסיכו-סוציאלית ורוחנית ותאום בין שרותי רפואה ורווחה שונים (1).

טיפול פליאטיבי התחיל להיחשב כענף בעל ערך פרקטי, שיש לו מקום עצמאי בהתייחסות לחולה הנוטה למות, לאחר מלחמת העולם השנייה. הייתה זו Cicely Saunders, אשר הצביעה על כך, שלחולים נוטים למות מספקים לכל היותר מחסה (מיטה, מקלחת ואוכל), אך לא טיפול רפואי אפקטיבי בבעיות המלוות את מחלתם. חוסר זה הודגש לאור ההתפתחויות, שהושגו בהבנת הבעיות האלה, ובאמצעים לטפל בהם (לדוגמא: תרופות נוגדות כאב) (2).

יוזמתה של Cicely Saunders הובילה במשך מספר עשורים לפיתוח של הוספיס לחולי סרטן על צורותיו השונות, הכוללות: טיפול בית, מרפאות-חוץ, מרכזי-יום ומרכזי תמיכה במשפחה (2). רק בהמשך הופיעה היוזמה להרחיב את היריעה, ולהחיל את עקרונות הטיפול הפליאטיבי, לא רק על חולי סרטן סופניים, אלא גם על אוכלוסיית חולי מחלות כרוניות מתקדמות אחרות (2). בישראל הגיעה יוזמה זו לאחד משיאייה בחקיקתו של חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005 (עיקרי החוק בנספח ט').

העיסוק בהקלה על סבל כרוני, לעיתים קרובות, אך בהחלט לא תמיד, חופף לעיסוק בנושא החולה הנוטה למות, דהיינו המסלול של החולה הנוטה למות מסרטן שונה מזה של החולה הסובל ממצב רפואי כרוני אחר. לפיכך סוגיות, שנראו חשובות לטיפול איכותי של סוף החיים, אשר זהו ע"י חוקרים בעבר, לאו דווקא ניתנות להכללה לגבי אוכלוסיית החולים הקשים עם מחלה מתקדמת השונה מסרטן, להם יש פרוגנוזה פחות ברורה (3).

Emanuel EJ וחב' בדקו את צרכי חולים סופניים בקבלת עזרה מבני-משפחה, חברים, מטפלים בשכר ומתנדבים, ומצאו שחולים שנטו למות מסרטן היו זקוקים לפחות עזרה, היו להם פחות צרכים בלתי מסופקים, והסתמכו פחות על מטפלים בשכר, מאשר חולים עם מחלות סופניות אחרות. יתכן שזה נובע מכך, שלרופאים יותר נוח לראות חולים עם סרטן כגוססים, ולכן הם יותר מוכנים לארגן שירותי תמיכה המתאימים להם. בנוסף, הרופאים פחות מיומנים בהערכת צרכיהם של חולים סופניים עם מחלות השונות מסרטן. יתר על כן, בגלל ההחרפות וההפוגות הרבות שהם חווים, חולים סופניים עם אי-ספיקת לב ועוד מחלות השונות מסרטן עלולים להזדקק לעזרה

למשך תקופה ארוכה יותר, ולכן הם ידרשו יותר עזרה ע"י מטפלים בשכר וייצרו יותר צרכים בלתי מסופקים (4).

למעשה, החולה אשר ייהנה ביותר מקבלת טיפול פליאטיבי הוא החולה עם מחלה הכרוכה בסבל, ואשר אינה ניתנת לריפוי.

הטיפול בחולה הפליאטיבי יכול להיות קצר-טווח ולהמשך מספר ימים עד חודשים אחדים, או ארוך-טווח, כזה הנמשך אפילו מספר שנים. צרכיהם של החולים הינם שונים, ותלויים בגורמים שונים ומגוונים.

במאמרים, שפורסמו לאחרונה, הוגדרו מטרות הטיפול הפליאטיבי ורכיביו:

המטרה של טיפול פליאטיבי היא הקלת הסבל ושיפור איכות החיים של חולים עם מחלות כרוניות מתקדמות ובני-משפחותיהם. הטיפול מבוסס על גישה בין תחומית אשר מוצעת בו-זמנית עם טיפולים רפואיים מתאימים נוספים, וכרוכה בהתמקדות בצרכיהם הרגשיים, הרוחניים והפרקטיים של החולים והאנשים הקרובים אליהם (5). טיפול פליאטיבי כולל מגוון של משאבים פרמקולוגיים, אמצעים טכניים, שירותים רפואיים ומיומנויות אנושיות שניתנות ללימוד (6). הטיפול כולל את ליווי החולה ומשפחתו במהלך ההתקדמות למחלה חשוכת מרפא, בשלבים המתקדמים של המחלה, ובשעות האחרונות לחיים, ומבוסס על האינטגרציה של טיפולים רפואיים וטיפולים הוליסטיים נוספים (7).

הטיפול הרפואי בחולים עם מחלות כרוניות קשות מאופיין במספר נקודות תורפה (10-8,4):

- א. טיפול בלתי מספק בסימפטומים.
- ב. ליקוי בתקשורת של החולה ומשפחתו עם הצוות המטפל בנוגע להחלטות טיפוליות.
- ג. העדר תמיכה רגשית ופסיכולוגית בחולה ובאלו המטפלים בו.
- ד. בעיות כלכליות בקרב המשפחה התומכת בחולה.
- ה. העדר תאום בין מסגרות טיפוליות בקהילה הנותנות שרותי רפואה ורווחה שונים, להם נזקקים החולה ומשפחתו.
- ו. ליקוי באיתור אותם חולים הנזקקים, יותר מאחרים, לטיפול פליאטיבי.

בין הסיבות הרבות לכך, שחולים עם מחלות כרוניות מתקדמות מקבלים טיפול פליאטיבי לא מספק, אפשר למנות: א. חוסר מיומנות הרופאים בהערכתם ובטיפול בהם. ב. חוסר מסגרת מתאימה, הכוללת את מגוון השירותים להם נזקקים החולים. ג. בעיה כלכלית לממן את כל צרכי החולים. ד. איתור נכון ומתוזמן של אותם החולים. אך כפי שמציינים Morrison RS וחב' בסקירתם על טיפול פליאטיבי, רוב הסיבות הללו מושרשות בפילוסופיה הרפואית, אשר ממוקדת

באופן כמעט מוחלט על ריפוי המחלה והארכת תוחלת החיים, יותר מאשר על שיפור איכות החיים והקלה על הסבל (5).

באופן מסורתי, לטיפול הרפואי יש שתי מטרות בלעדיות נפרדות: לרפא מחלה ולהאריך חיים, או לספק טיפול תומך (1). בגלל דיכוטומיה זו, ההחלטה להתמקד בהקלה על הסבל נעשית רק לאחר שטיפול מאריך חיים נכשל, והמוות הינו ודאי (11). בניגוד לכך, החולים יוכלו ליהנות יותר משילוב של טיפול מאריך חיים וטיפול פליאטיבי, הכולל הקלה בסימפטומים, שיקום החולה, ותמיכה בקרב אלו המטפלים והעוזרים לחולה (5). למרבה הצער, הרבה רופאים מטפלים בימינו הוכשרו בתרבות רפואית, אשר לעיתים קרובות לא הדגישה את אחריות הרופא המטפל לספק תמיכה או להקל על סבל החולה (6). בכדי להתמודד עם צרכי החולים, יש צורך בכך שהרופאים ירכשו מיומנויות, שאינן נלמדות באופן מסורתי בבתי הספר לרפואה (12). מספר כישורים בסיסיים, כגון טיפול בסימפטומים, מתן פרוגנוזה, ותקשורת עם החולה, דרושים כדי לתת טיפול נאות לחולים הנוטים למות, ולכן הם צריכים להיכלל בקוריקולום הבסיסי של כל הרופאים המטפלים בחולים כאלו (13).

## **הערכה וטיפול בסימפטומים**

כפי שצוין, מטרה בסיסית של טיפול פליאטיבי היא הקלה בכאב וסימפטומים אחרים (14,15). Steinhauser KE וחב' בדקו את הגורמים החשובים לחולה, משפחתו ולרופאים בסוף החיים, ומצאו שהקלה בכאב דורג כראשון בחשיבותו (14). מחקרים מבוקרים הוכיחו גישות מוצלחות שונות להערכה וטיפול בכאב, ובסימפטומים גופניים ופסיכולוגיים אחרים (5). חוקרי (the Study to Understand Prognoses and Preferences for SUPPORT Outcomes and Risks of Treatments) (8), וגם Bernabei R וחב' (16), הוכיחו שלמרות ההתקדמות בתחום, טיפול זה עדיין לוקה בחסר אצל רב החולים. הקלה בסבל צריכה להתחיל בהערכת סימפטומים שגרתית וסטנדרטית באמצעות שימוש בכלים מתוקפים. הערכת סימפטומים בצורה מקיפה נחוצה לשם טיפול טוב בסימפטומים, ומהווה מרכיב חשוב בהערכת איכות החיים (17). Bookbinder M וחב' וגם Manfredi PL וחב', הראו בעבודותיהם, שהערכת סימפטומים שגרתית הוכיחה עצמה באיתור סימפטומים לא מטופלים ולא מדווחים ע"י החולים, בקידום טיפול, ובשיפור שביעות רצון אצל החולה ומשפחתו (18,19). טיפול יותר טוב

בסימפטומים כרוך בשיפור שביעות הרצון של החולה ומשפחתו, הסטאטוס התפקודי, איכות החיים, ומדדים קליניים אחרים (18).

## **תקשורת החולה ומשפחתו עם הצוות המטפל**

התקשורת עם החולים הינה מיומנות מרכזית בחשיבותה בטיפול הפליאטיבי (14). עבודות הראו, שבמפגש קליני אופייני, רופאים מצליחים לאתר פחות ממחצית דאגותיו של החולה, ובאופן עקבי לא מצליחים לגבש עם החולה את מטרות הטיפול בו, והעדפותיו בנוגע לטיפול (20). Tulsy JA דיין את חשיבותה של התקשורת בין הרופא והחולה, והדגיש את יעילות השימוש במיומנויות תקשורתיות ספציפיות ע"י הרופאים בהשגת חשיפת סוגיות שמטרידות את החולה, בהפחתת החרדה שלו, בהערכת מידת הדיכאון, ובשיפור רווחת החולה, ורמת שביעות רצון החולה ומשפחתו מהטיפול (20).

Kirk P וחב' בדקו מה רוצים לדעת חולים, שמקבלים טיפול פליאטיבי לסרטן ובני-משפחותיהם, וגילו שכל החולים רצו מידע לגבי מחלתם, ורצו לחלוק מידע זה באופן מלא עם משפחותיהם. כמעט כל החולים רצו מידע פרוגנוסטי, ובני-משפחותיהם כיבדו את רצונם (21). המשתתפים במחקר ראו במידע-מכניזם ששיפר יכולת בקבלת החלטות, ושמירה על שליטה מסוימת. לעומת זאת, תחושה של מידע בלתי-מספק גרמה למתח, תסכול וחוסר ודאות (21).

Pierce SF בדק בעבודתו את הצרכים של משפחות של חולים שנפטרו, ומצא שרוב המשפחות של הנפטרים (62%) היו רוצים שהצוות המטפל היה נותן למשפחות יותר מידע על מצב החולה, והיו רוצים שהמידע היה מועבר בצורה ישירה וגלויה יותר מכפי שהתרחש בד"כ (22).

טיפול פליאטיבי מתחיל עם קביעת מטרות הטיפול. התוויית מטרות מציאותיות וניתנות להשגה תופסת חשיבות גוברת בהקשר של מחלה כרונית מתקדמת, אשר טיפולים, שמטרתם לרפא אותה ולהאריך חיים, הינם לעיתים יותר מכבידים, מאשר מועילים. Steinhauser KE וחב' (14) וגם Singer PA וחב' (15), הראו שמה שרב החולים הקשים רוצים, זה הקלה בכאב ובסימפטומים אחרים, שיפור באיכות חייהם, הימנעות מלהוות נטל על משפחותיהם, חיזוק מערכות יחסים עם קרוביהם, ושמירה על תחושת שליטה.

קביעת מטרות ברורות יכולה לקדם בקבלת החלטות בנוגע לטיפול, בעוד שמטרות לא מבוססות או סותרות עלולות להוביל לאשפוזים תכופים וארוכים, תחושת תסכול, כעס או חוסר אוניס מצד הרופא, ותחושת החולה שהינו מהווה נטל על המטפלים בו (5).

מתוך הכרה בחשיבות התקשורת במסגרת הטיפול הפליאטיבי, פותחו קווים מנחים להשגת מטרות הטיפול הרפואי, העברת בשורות רעות, והחלטה על מניעת או הפסקת טיפול רפואי (5).

### **תמיכה רגשית, פסיכוסוציאלית ורוחנית**

מתן תמיכה פסיכוסוציאלית, רוחנית ורגשית לחולים, ולאלו המטפלים והעוזרים להם, הינו מרכיב חיוני בטיפול פליאטיבי. McClain CS וחב' מצאו במחקרם, שחולים אשר חווים מצוקה רוחנית ופסיכולוגית, יבטאו בסבירות גבוהה יותר רצון למות, מאשר חולים ללא מצוקה כזו (23). מסקירתם של Stroebe MS וחב' עולה, כי קרובי משפחתם של חולים במצוקה כזו יסבלו בסבירות גבוהה יותר מתהליך שכול ואבל ממושך או מורכב, והינם בסיכון גבוה יותר לחלות ולמות (24).

משפחות החולים זקוקות לתמיכה והדרכה כשהמוות מתקרב. הטיפול לא מסתיים עם מות החולה, אלא ממשיך דרך הכרזת המוות, הודעת המוות למשפחה, דיון על נתיחה, ותמיכה מיידית בתהליך האבל (13).

הרופאים צריכים להיות מסוגלים לעזור לבני-משפחת החולה, ולאנשים הקרובים לו, בחוויית האבל לאחר מות החולה (25).

Ehman JW וחב' הראו בעבודתם, שחולים מקבלים בברכה התעניינות על רווחתם הרוחנית מצד הרופאים שלהם (26), אך התערבויות המתייחסות למצוקה רוחנית עדיין בחיתוליהן. Mittelman MS וחב' מצביעים ב-2 עבודות שעשו, על חשיבות קבוצות התמיכה בהפחתת לחץ ודיכאון בקרב אלו המטפלים בחולה (27,28).

נקודה נוספת, המדגישה את חשיבות התמיכה הרגשית בחולה, היא הקשר בין קיום תמיכה כזו לבין הסיכוי למות. במחקרם של Berkman LF וחב' על תמיכה רגשית והישרדות אחרי התקף-לב, נמצא שלחולים אשר לא היה להם על מי לסמוך שיספק להם תמיכה רגשית – היה סיכון פי 2 למות, תוך 6 חודשים מהתקף-הלב, בהשוואה לאלו אשר היו להם שנים או יותר מקורות של תמיכה (P=0.02) (29).

## בעיות כלכליות בקרב המשפחה התומכת בחולה

למחלה קשה יש השלכות בלתי-רצויות על החולים, המשפחה והחברים. בנוסף לבעיות בריאותיות ודחק פסיכוסוציאלי בקרב המטפלים, קיימות גם השלכות כלכליות על משפחות של חולים סופניים (9). חוקרי SUPPORT בדקו את השפעות מחלה קשה על משפחות החולים, ודווחו על הוצאות כלכליות ניכרות בקרב משפחות של חולים כאלו. בנוסף, הם הראו את הקשר בין הסטאטוס התפקודי של החולה והכנסות נמוכות לבין הנטל הכלכלי, וכך הסיקו שקשיים כלכליים נובעים מהצרכים הטיפוליים המרובים של חולים סופניים (10).

מחלה סופנית יוצרת נטל כבד – כלכלי ופסיכוסוציאלי – על החולים, ואלו המטפלים בהם. צרכי טיפול ניכרים עקב סימפטומים גופניים ונפשיים, מהווים גורם חשוב לנטל זה, שנוצר ע"י מחלה סופנית (9).

יש לציין, כי פחד החולה מלהוות נטל הוא גורם מניע עיקרי לבקשת המתת חסד או התאבדות בעזרת רופא (PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE), על-פי עבודות שנעשו בנושא (9).

Emanuel EJ וחב' בדקו את הסיבות לנטל הכלכלי והפסיכוסוציאלי במחלה סופנית. במחקרם- נטל כלכלי משמעותי הוגדר כהוצאות על בריאות של 10% ומעלה מההכנסות הביתיות, מכירת נכסים של החולה או משפחתו, לקיחת הלוואה או משכנתא, או צורך לעבוד בעבודה נוספת. הם מצאו, שהגורמים היסודיים, שקשורים לצרכי טיפול משמעותיים ונטל כלכלי הינם: גיל מבוגר, הכנסה נמוכה, סטאטוס תפקודי נמוך, ואי-שליטה על סוגרים, אך הם לא ניתנים לתיקון בקלות, ולא מושפעים בקלות מהתערבות רפואית. לפיכך, ההתערבות היחידה שיכולה להפחית מהנטל, תהיה כנראה מכוונת להתייחסות לצרכי הטיפול בחולה (9). רופאים אמפטיים, אשר מקשיבים לחולים ולמטפליהם, יכולים להפחית חלק מהנטל של המטפלים. הכשרת הרופאים להקשיב, והעלאת המימון של שירותי טיפול ביתיים נוספים – בעיקר עזרה לא מקצועית - מבלי להעלות את הוצאות החולים ומשפחותיהם, יכולים להקל באופן אפקטיבי על הנטל הכלכלי והפסיכוסוציאלי (9).

## תאום הטיפול

Morrison RS וחב'י, בסקירתם על טיפול פליאטיבי, מציינים, שצרכי הטיפול האישיים והמעשיים של החולים במחלות קשות ומשפחותיהם אינם מסופקים כראוי ע"י ביקורים שגרתיים במרפאה, או במהלך שהות בבי"ח, או בתי אבות, ושכישלון זה מוביל לנטל ניכר – רפואי, פסיכולוגי וכלכלי – על החולים ועל המטפלים בהם (5).

יכולת הרופא לתאם בין שרותי רפואה ושרותי רווחה שונים למען החולים במחלות כרוניות מתקדמות ומשפחותיהם תופסת חשיבות גוברת (5). בכדי לעזור לרופאים לנהל את הטיפול בחולים עם מחלות קשות ומורכבות, הוקמו בארה"ב תוכניות טיפול מקיפות שונות, וכך מושתתות בהדרגה תוכניות של טיפול פליאטיבי במסגרת ארגוני "HOME CARE", בי"ח ובתי אבות, והן מציעות טיפול בין תחומי מקיף לחולים ומשפחותיהם, בשיתוף ויעוץ עם הרופא המטפל (5). הפנית החולים לתוכניות טיפול פליאטיבי והוספיס, כפי שמציינים Morrison RS וחב'י בסקירתם על טיפול פליאטיבי, מביאה להקלה בסימפטומים החולים, הפחתת עלויות בי"ח, סבירות גבוהה יותר לפטירה בבית, ורמה גבוהה יותר של שביעות רצון החולה ומשפחתו בהשוואה לטיפול קונבנציונאלי (5).

עד שתוכניות מקיפות של טיפול פליאטיבי יהיו זמינות בהיקף נרחב, האחריות על תיאום הטיפול נופלת על הרופא המטפל, מאחר ולחולים ומשפחותיהם יש לעיתים קרובות בעיות בניהול משא ומתן עם מוסדות הבריאות השונים (5).

## ליקוי באיתור חולים הנזקקים לטיפול פליאטיבי

רוב האנשים נפטרים בבי"ח, ורובם הינם חולים זקנים שנפטרים מסיבות שאינן קשורות לסרטן (3). מאחר וחווית המוות מתרחשת בדרך כלל בין כתלי בי"ח, חשוב לבדוק טיפול איכותי של סוף החיים בתוך בי"ח אצל חולים קשים ובני-משפחותיהם (3). ראוי לציין, שסקרים, שנערכו בקרב חולים מבוגרים בארץ ובעולם, גילו שרובם מעדיפים למות בבית.

האתגר גלום, למעשה, בזיהוי אותם החולים הזקוקים לטיפול פליאטיבי, ובהכרה בצרכיהם האישיים על-פי מידת הסבל שלהם ועל-פי גישתם לחיים והערכים שלהם. השונות בתפיסת עיקרי הטיפול של סוף החיים מצביעה על צורך בגישה אינדיבידואלית, בכדי להעניק טיפול הולם (3). הכלים, בהם נשתמש כדי למדוד את איכות הטיפול, צריכים לכלול הערכה אינדיבידואלית, בכדי ללמוד מה כל חולה ומשפחתו חווים, מה חשוב להם, ומה ניתן לעשות כדי לשפר את טיפול סוף

החיים. כך שבדומה לגישה, לפיה מעריכים כאב ועוד סימפטומים בצורה אינדיבידואלית לכל חולה, יש להעריך ולעשות תוכניות טיפול מותאמות אישית לחולה ומשפחתו (3).

ניתן לקבל המחשה להערכה אינדיבידואלית מעבודתם של Heyland DK וחב' מקנדה, אשר בדקו את המרכיבים החשובים ביותר בטיפול של סוף החיים מבחינת החולים במחלות כרוניות קשות ובני-משפחותיהם. במחקר זה, אשר נערך על 440 חולים מאושפזים עם מחלות מתקדמות וקרובי משפחותיהם (160 איש), התגלה שהמרכיבים החשובים ביותר בטיפול של סוף החיים, הינם (3): (ע"פ סדר חשיבות יורד בעיני החולה)

1. אמון וביטחון ברופא המטפל.
2. הימנעות מהארכת חיים מלאכותית במקרה שיש תקווה מועטה להחלמה משמעותית.
3. העברת אינפורמציה כנה לגבי המחלה מהרופא.
4. תהליך הכנה לסיום החיים ולהשלמת דברים (כגון פתירת קונפליקטים, פרידה מהסובבים).
5. לא להוות נטל רגשי או פיסי על המשפחה.
6. קיום סידור נאות להמשכיות הטיפול בקהילה לאחר השחרור מאשפוז.
7. הקלה בסימפטומים (כגון כאב, קוצר נשימה, בחילה).

## מטרות

מטרת המחקר היא הערכת היקף, מידה וסוג הסבל של החולים המאושפזים במחלקות הפנימיות, וקביעת צרכיהם בקבלת ייעוץ וטיפול פליאטיבי.

## מטרות משנה

- הערכת תקיפותו של כלי סריקה הקיים בספרות לגילוי צורך בטיפול פליאטיבי, תוך בדיקת ההתאמה בינו ובין שאלון מורחב ומפורט.
- בדיקת הקורלציה בין הערכת רופאי-הבית של המחלקה, לגבי הצורך של החולים בקבלת טפול פליאטיבי, לבין הערכת צרכיהם ע"פ השאלונים.
- איתור שאלות המסייעות בזיהוי החולים הזקוקים לטיפול פליאטיבי.
- בדיקת הקשר בין הצורך בטיפול פליאטיבי לגיל, מין, מצב משפחתי, צפיפות מגורים, השכלה, מקורות הכנסה, אורך האשפוז ואשפוזים חוזרים לאחר השחרור.
- הערכת החולים לאחר שחרורם מאשפוז מבחינת שיפור במצבם, קיום סימפטומים, והערכתם לגבי ניסיון הטיפול בסימפטומים שלהם במהלך האשפוז, ומועילות האשפוז עבורם.

## השערה

חולים מאושפזים במחלקות הפנימיות סובלים מסימפטומים גופניים ונפשיים רבים, ומבעיות פסיכוסוציאליות אחרות, אשר אינם מטופלים במידה מספקת. הנחת היסוד הייתה, שכ- 80% מחולים אלו זקוקים לייעוץ ו/או טיפול פליאטיבי בתחום זה או אחר.

## שיטות

### מערך המחקר (Study design)

- המחקר הינו תצפיתי במהותו – מסוג מחקר חתך, מאחר והוא סוקר באמצעות שאלונים את מידת הסבל של המאושפזים.

- המחקר הינו תיאורי, מאחר והוא בודק את התפלגות החולים והסימפטומים שלהם, ובנוסף מכיל גם ניתוחים משניים הבוחנים את הקשר בין מידת הסבל ומשתני רקע אחרים לבין הצורך בטיפול פליאטיבי ע"פ כלי סריקה.

### אוכלוסיית המחקר (Subjects)

במחקר כלולים כל "המתאשפזים החדשים" (החולים שהתאשפזו ביממה האחרונה) בשלוש המחלקות הפנימיות בבית החולים הדסה עין-כרם, לרבות חולים דמנטיים, אשר היה לצידם בן-משפחה או מטפל, שיכול היה לענות בשמם, וחולים, שאינם יכולים להתבטא בשפה העברית או בשפה האנגלית, קרי, שפת האם שלהם הייתה ערבית או רוסית, וזאת באמצעות מתורגמן (בד"כ מהצוות הסיעודי במחלקה). לא נכללו במחקר חולים שאינם "מתאשפזים חדשים", חולים דמנטיים ללא בן-משפחה או מטפל לצידם, וחולים בעלי מוגבלות רפואית, שאינה מאפשרת להם לענות על השאלון (כגון מונשמים).

הערכת גודל המדגם: בהנחה ש-80% מהחולים זקוקים לטיפול פליאטיבי וגודל המדגם הוא 150 נבדקים, רווח סמך ברמת ביטחון של 95% יהיה בין הערכים 72.5% ל-85.9%. בפועל המחקר כלל 165 חולים.

### הטיות אפשריות

- חולים דמנטיים ללא בן-משפחה או מטפל לצידם, חולים שאינם מאושפזים חדשים, וחולים בעלי מוגבלות רפואית נמצאים אולי ברמת סבל גבוהה יותר.
- חולים, אשר אינם יכולים להתבטא בשפה העברית או בשפה האנגלית, יכולים לבטא רמת סבל שונה משאר הנבדקים, מתוך הנחה שהסבל הוא עניין תלוי תרבות.

- הסקר, שבוצע בעונת החורף, עלול היה לשקף במידה רבה סימפטומים אשר הינם תלויי עונה, כגון סיבוכי שפעת של חולים כרוניים קשים.
- במחקר השתתפו שלוש מראיינות שונות (כמפורט בהמשך), אשר יתכן ותיקשרו בצורה שונה עם החולים ובני-משפחותיהם, הבינו בצורה שונה את חומרת סבלם של החולים, ולכן יתכן שזה היווה גורם מטה בקביעת הניקוד בשאלון, המעריך את צורך החולה בטיפול פליאטיבי (Palliative Care Screening Tool).

## שיטות עבודה

המחקר התבצע באמצעות שאלונים (נספח א'), הבוחנים את מידת הסבל והמצוקה של המאושפזים, ואת מידת הצורך שלהם בטיפול פליאטיבי. המחקר התבצע בשלוש המחלקות הפנימיות בבית החולים הדסה עין-כרם, בתקופה שנמשכה שלושה שבועות - מסוף אוקטובר עד אמצע נובמבר 2004. במחקר השתתפו שלוש מראיינות (אחות ועובדת-סוציאלית מהמחלקה הגריאטרית בהדסה עין-כרם, וכותבת עבודה זו). בשלב ראשון התבצע pre-test, בכדי לבדוק את ניסוח השאלות. כל חלקי השאלון מולאו ע"י הסוקרת בסיוע החולה ובני-משפחתו או מטפליו. בחלקים 3 ו-4 של השאלון, הכוללים פרטי מידע לגבי נתונים דמוגרפים ורפואיים, הסתייעו הסוקרות במדבקת החולה ובתיקו הרפואי.

בסמוך למילוי השאלון, התבצע סקר (נספח ב') בקרב רופאי-הבית של המחלקות השונות, לגבי הערכתם את מידת הצורך בטיפול פליאטיבי לחולים שנסקרו. הסקר התבצע לאחר שנשלח לכל אחד מרופאי-הבית מכתב (נספח ה'), המסביר על עבודה זו, בצירוף מאמר (5) שהתפרסם באותה שנה, וסוקר את נושא הטיפול הפליאטיבי.

כחודש לאחר שחרורם מאשפוז, רואיינו טלפונית 75 החולים האחרונים שנסקרו בסקר הראשוני, באמצעות שאלון קצר (נספח ג') הבודק שיפור במצבם, קיום סימפטומים, ואת הערכתם לגבי ניסיון הטיפול בסימפטומים שלהם במהלך האשפוז, ומועילות האשפוז עבורם.

## שאלון

השאלון מורכב מארבעה חלקים עיקריים (נספח א'): :

חלק ראשון : שאלות הלקוחות מתוך סעיף 4 של הכלי המחקרי המתוקף: Palliative Care Screening Tool (PCST) (30 ונספח ד'), אשר מהווה את חלקו השלישי של השאלון. שאלות אלו תורגמו לעברית ועברו התאמה לאוכלוסיית המאושפזים בבית החולים. אחת השאלות לקוחה מתוך מאמר, העוסק בקשר בין תמיכה רגשית והישרדות לאחר התקף לב (29).

חלק שני : מורכב מ- 3 חלקים :

חלק א' : מתבסס על כלי מחקרי מתוקף: (C-MSAS)

Condensed Memorial Symptoms Assessment Scale (17,30).

כלי זה תורגם לעברית, ועבר התאמה לצורך המחקר הנוכחי. כמו כן, הוספו בחלק זה סעיפים מתוך כלי מחקרי נוסף: Edmonton Symptom Assessment Scale (30) ומתוך: ICD-9 CODES (30). השאלות שהופיעו בשאלונים המקוריים (C-MSAS, Edmonton), עברו שינוי והתאמה לשאלה: "האם אתה מעוניין לקבל טיפול עבורו: ...כך/לא".

חלק ב' : חלק זה מקביל לחלק א', והוא מכיל שאלות המופנות למשפחת החולה או למטפלו, במידה והחולה אינו מסוגל לענות על חלק א'.

חלק ג' : שאלות הלקוחות מתוך שאלון של מחקר, שעסק בשביעות רצונם של חולי סרטן, שמקבלים טיפול פליאטיבי, מתהליך העברת המידע הרפואי מהצוות הרפואי (21). לשאלות אלו הותאמה סקאלה של תשובות, והן עברו התאמה לאוכלוסיית המאושפזים בבית החולים.

**חלק שלישי:** Palliative Care Screening Tool (30 ונספח ד') מהווה את הכלי המחקרי המתוקף, שבבסיס מחקר זה, והינו מבוסס על הספרות ועל הניסיון בבי"ח Mount Sinai בניו-יורק. כלי זה נותן את הסף לקביעת הצורך בטיפול פליאטיבי (אם החולה צובר 4 נקודות ומעלה). מתוך סעיף 4 של כלי זה הוצאו מספר שאלות המשובצות גם בתחילת השאלון. סך כל הניקוד הסופי ישווה לסף קביעת הצורך בטיפול פליאטיבי.

**חלק רביעי:** נתונים דמוגרפים ופרטי אשפוז. בחלק זה הודבקה מדבקת החולה, והושלמו פרטיו הדמוגרפים והרפואיים של החולה.

## **שאלון לרופאי הבית**

כלל בתוכו שאלה אחת בלבד (נספח ב'): מי מהחולים המאושפזים במחלקה עלול לדעתכם ליהנות מטיפול פליאטיבי?

## **שאלון טלפוני לאחר השחרור**

השאלון מורכב מארבע שאלות (נספח ג'), המתייחסות לשיפור במצב החולים, נכון ליום השאלון הטלפוני, בהשוואה לתקופת אשפוזם, קיום סימפטומים נכון ליום זה, ואת הערכתם לגבי ניסיון הטיפול בסימפטומים שלהם במהלך האשפוז, ומועילות האשפוז עבורם.

## **משתנים**

המשתנה התלוי הינו הצורך של החולה בטיפול פליאטיבי (ע"פ תוצאות שאלון ה- Palliative Care Screening Tool (30 ונספח ד')). זהו משתנה איכותי, אשר נקבע ע"פ ערך סף של 4 נקודות ומעלה כחיובי, ומתחת לו כשלילי.

המשתנים הבלתי תלויים הינם:

1. התוצאות משאלון הסימפטומים, המתבסס על ה-C-MSAS (17,30), ותשובות

לשאלות אחרות בשאלון (נספח א').

2. הערכת רופאי-הבית של המחלקה, לגבי הצורך של החולים בקבלת טפול פליאטיבי (נספח ב').
3. התוצאות מהשאלון הטלפוני (נספח ג').
4. משתני רקע: משתנים סוציודמוגרפים ומשתנים רפואיים.

## **שיטות סטטיסטיות**

בדיקת הקשר בין שני משתנים איכותיים התבצעה באמצעות שימוש במבחן Chi Square (ערך P של פחות מ- 5% נחשב כמובהק סטטיסטית). בדיקת הקשר בין משתנה כמותי לאיכותי (עם שתי קבוצות) התבצע באמצעות מבחן t. בכדי לבדוק את מידת ההסכמה בין שתי שיטות להערכת הצורך בטיפול תומך, חושב מדד Kappa. המשתנים, שנמצאו קשורים ברמה חד-משתנית למשתנה התלוי, הוכנסו למודל רב-משתני של רגרסיה לוגיסטית.

## **היבטים אתיים**

למרכז לבטיחות ואיכות, בבית החולים הדסה, יש אישור מועדת הלסינקי לערוך סקרים, במטרה לשפר את הטיפול, בכפוף להסכמת מנהל המחלקה בה נערך הסקר. מנהל האגף הפנימי, בבית החולים הדסה עין-כרם, אישר עריכת סקר זה.

## תוצאות

במחקר שנערך בשלוש המחלקות הפנימיות בבי"ח הדסה עין-כרם השתתפו 165 חולים אשר רואיינו ביום השני לאשפוזם בתקופה שנמשכה 3 שבועות בין אוקטובר לנובמבר 2004. מתוך 164 חולים 139 (85%) ענו בעצמם על השאלון, 17 (10%) מהשאלונים נענו ע"י קרוב משפחה או מטפלת ו-8 (5%) נענו ע"י החולה וקרוב משפחה/מטפל יחדיו. טבלה 1 מציגה את הנתונים הדמוגרפיים ופרטי האשפוז. ניתן לראות כי הגיל הממוצע הינו 66, עם התפלגות דומה בין גברים לנשים. רוב החולים התגוררו בביתם והייתה להם משפחה קרובה וכמחציתם דיווחו על קשיים כלכליים. אורך האשפוז הממוצע היה 7 ימים ולרבע מהם היו אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות מהשחרור. בטבלה 2 מוצגת התפלגות החולים ע"פ הסיבה לאשפוזם. ניתן להתרשם כי הסיבה העיקרית לאשפוז הייתה החמרה במחלת לב איסכמית או הופעת תסמונת כלילית חריפה חדשה (כרבע מהחולים).

**טבלה 1:** התפלגות החולים ע"פ נתונים דמוגרפיים ופרטי האשפוז. הנתונים מוצגים כמספר

(אחוז) החולים עבור משתנים קטגוריאליים, כממוצע וסטיית תקן עבור משתנים כמותיים:

גיל (שנים)	66.3 (סטיית תקן: $\pm 18.7$ )
מין (n=165) גברים נשים	88 (53%) 77 (47%)
מצב משפחתי (n=165) רווק נשוי גרש אלמן	20 (12%) 90 (55%) 9 (6%) 46 (28%)
מגורים (n=165) בית בית אבות דירת מוגן אחר	148 (90%) 11 (7%) 5 (3%) 1 (1%)
רמת השכלה (n=156) ללא השכלה יסודית תיכונית לימודי תעודה תואר אקדמאי	15 (10%) 35 (22%) 53 (34%) 20 (13%) 33 (21%)
צפיפות מגורים* (n=134)	0.95 (סטיית תקן: $\pm 0.73$ )
משפחה קרובה (n=163) לא כן	4 (3%) 159 (97%)

106 (66%) 12 (8%) 19 (12%) 23 (14%)	<b>מטפל עיקרי (n=160)</b> אין עובד זר קרוב משפחה מט"ב**
86 (55%) 49 (31%) 21 (14%)	<b>קשיים כלכליים (n=156)</b> אין במידה בינונית במידה רבה
30 (19%) 131 (81%)	<b>מקורות הכנסה (n=161)</b> ללא מקור הכנסה או בט"ל בלבד*** מקור הכנסה אחר
6.9 (סטיית תקן: $± 0.65$ חציון: 5)	<b>אורך האשפוז (n=165)</b>
119 (72%) 32 (19%) 9 (6%) 5 (3%)	<b>מס' אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות מהשחרור (n=165)</b> ללא אשפוז חוזר אשפוז 1 חוזר 2 אשפוזים חוזרים 3 אשפוזים חוזרים
33 (20%) 56 (34%) 75 (46%)	<b>אשפוז במחלקה (n=165)</b> פנימית א' פנימית ב' פנימית ג'

\* צפיפות מגורים מוגדרת כמספר הנפשות לחדר. הערך ניתן כממוצע.  
\*\* מטפלת מטעם ביטוח לאומי.  
\*\*\* ביטוח לאומי.

**טבלה 2:** התפלגות החולים ע"פ סיבת האשפוז. הנתונים מוצגים כמספר (אחוז) החולים:

n	(%)	הסיבה לאשפוז הנוכחי (n=164)
38	(23)	החמרה במחלת לב איסכמית/הופעת ACS חדש*
17	(10)	החמרה באי ספיקת לב
20	(12)	החמרה במחלת ראות כרונית
21	(13)	הופעת זיהום חריף
1	(1)	החמרת/הופעת אי ספיקת כליות/צורך בדיאליזה
6	(4)	החמרת מחלת כבד/שחמת
17	(10)	הידרדרות במצב הכללי
2	(1)	סכרת וסיבוכיה
13	(8)	אשפוז אלקטיבי/לצורך התקדמות באבחנה
3	(2)	פקקת ורידים עמוקה
26	(16)	סיבה אחרת

ACS=Acute Coronary Syndrome\*

## תקשורת בין הרופא לבין החולה ומשפחתו

כדי לברר את מידת שביעות הרצון לגבי תקשורת רופא-חולה נשאלו החולים ובני משפחותיהם בחלקו השני של השאלון לגבי מידת קבלת המידע הרפואי מהצוות הרפואי ומידת מעורבותם בהחלטות הטיפוליות. התוצאות מפורטות בטבלה 3. כמחצית מהחולים או בני משפחותיהם חשו כי קיבלו מידע לגבי המחלה במידה רבה. כ-40% מהחולים או בני משפחותיהם חשו כי היו מעורבים בהחלטות הטיפוליות במידה מועטה מדי אם בכלל.

### טבלה 3: תחושת החולים ומשפחותיהם לגבי קבלת מידע רפואי ומעורבות בהחלטות הטיפוליות.

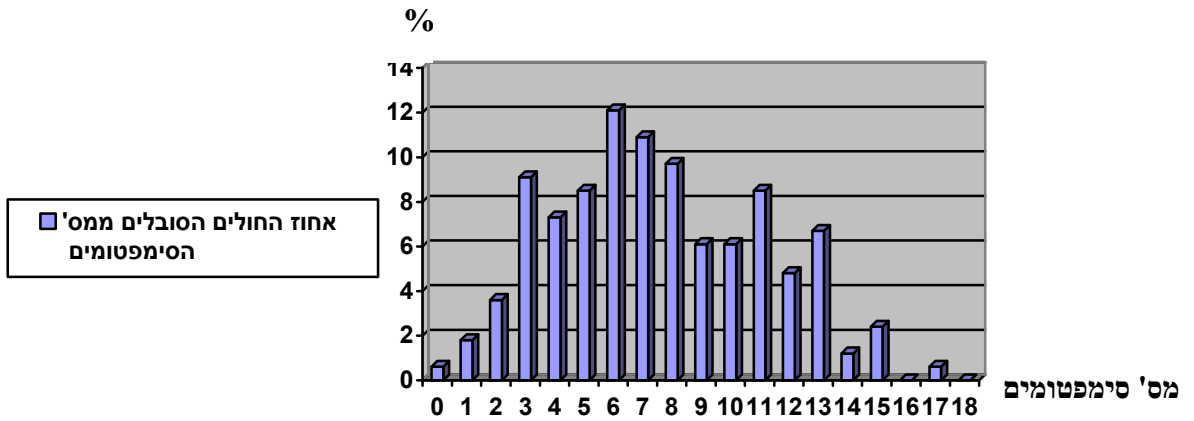
הנתונים מוצגים כמספר (אחוז) החולים:

כלל לא	במידה מועטה	במידת בינונית	במידה רבה	
15 (11%)	23 (16%)	33 (23%)	72 (50%)	1 באיזו מידה הרגישה החולה שניתן לו/ה מספיק מידע לגבי מחלתו/ה (n=143)
40 (28%)	16 (11%)	25 (18%)	61 (43%)	2 באיזו מידה הרגישה החולה מעורבת/ת בהחלטות בנוגע לאופן הטיפול בו/ה (n=142)
8 (20%)	4 (10%)	10 (25%)	18 (45%)	3 באיזו מידה הרגישה משפחת החולה שניתן לה מספיק מידע לגבי מחלתו/ה (n=42)
14 (36%)	2 (5%)	4 (10%)	19 (49%)	4 באיזו מידה הרגישה משפחת החולה מעורבת בהחלטות בנוגע לאופן הטיפול בו/ה (n=41)

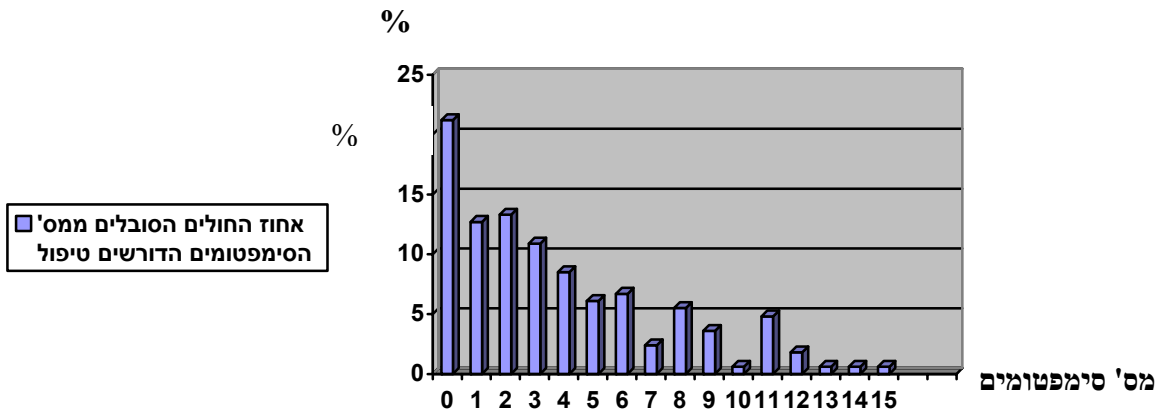
## מידת הסבל והסימפטומים מהם סובלים החולים

חלקו השני של השאלון עוסק במידת וסוג הסבל ממנו סובלים החולים. החולים נשאלו לגבי קיום של 18 סימפטומים (שיפורטו בהמשך) והאם הם מעוניינים לקבל טיפול עבורם. גרף 1 מציג את התפלגות מספר הסימפטומים הקיימים וגרף 2 מציג את התפלגות מספר הסימפטומים הדורשים טיפול מבחינת החולה. מגרף 1 עולה שרוב החולים סובלים באופן כללי מ-3 עד 11 סימפטומים (שאינם בהכרח דורשים טיפול). ממוצע מספר הסימפטומים מהם סובלים החולים הוא 7.5 עם סטיית תקן של 3.6. בגרף 2 ניתן לראות כי 21% מהחולים לא סובלים מאף סימפטום הדורש טיפול. בגרף 3 מוצג אחוז החולים הסובלים מלפחות מספר סימפטומים הדורשים טיפול וממנו עולה כי ל-53% מהחולים יש לפחות 3 סימפטומים הדורשים טיפול. לנתון האחרון בחרתי להתייחס כערך סף מבחינת מדד לקביעת הצורך בטיפול פליאטיבי (אתייחס לכך בהמשך).

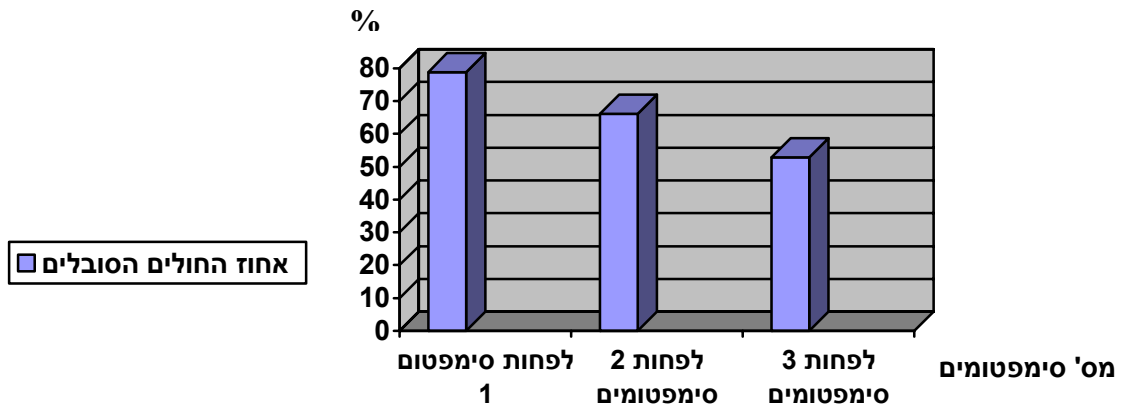
**גרף 1: התפלגות מספר הסימפטומים:**



**גרף 2: התפלגות מספר הסימפטומים הדורשים טיפול:**



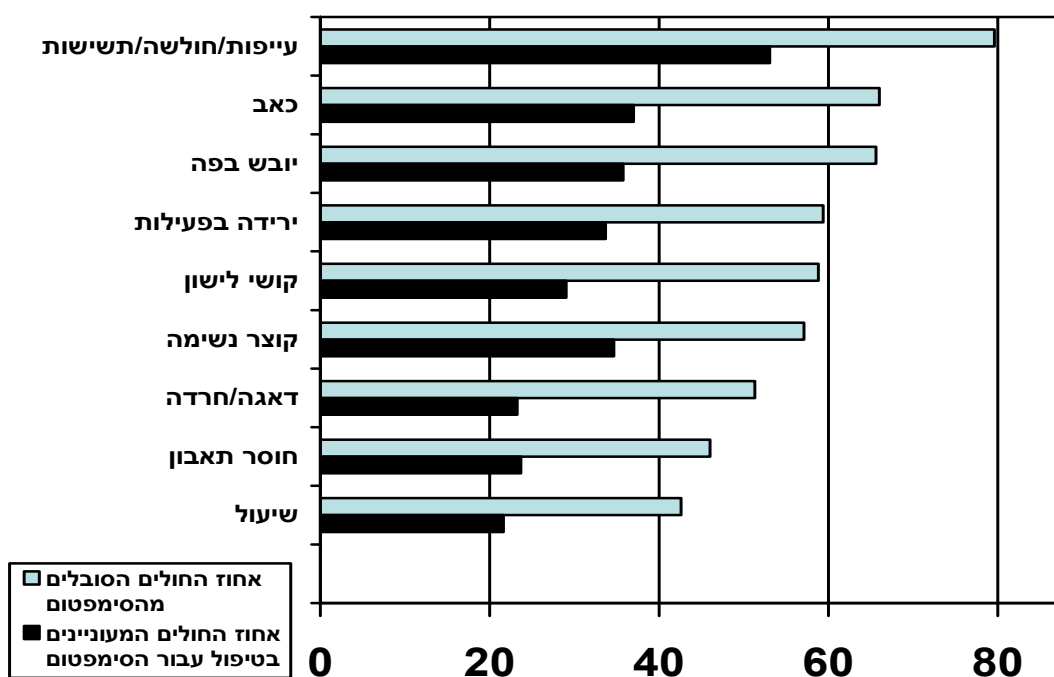
**גרף 3: אחוז החולים הסובלים מלפחות מספר סימפטומים הדורשים טיפול:**



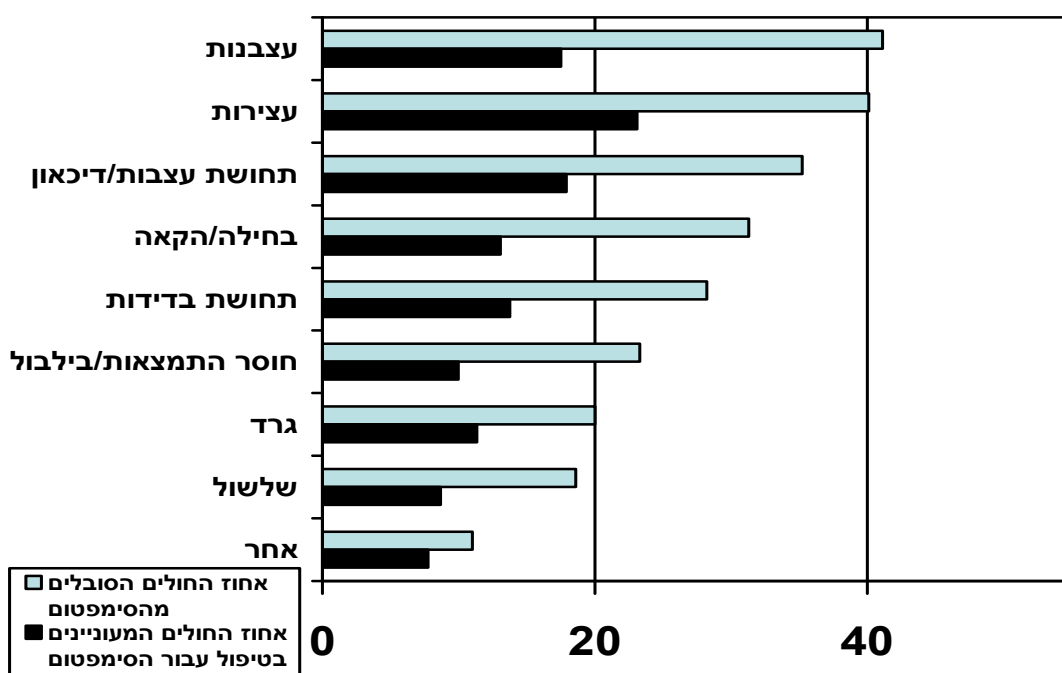
החולים נשאלו לגבי קיום הסימפטומים השכיחים הגורמים לסבל, ומבין אלו שהתלוננו על קיומם נשאלו החולים האם היו מעוניינים לקבל עבורם טיפול. בגרפים 4 (הסימפטומים השכיחים יותר) ו-5 מוצגים נתונים אלו כדיאגרמת מקלות ע"פ סדר שכיחות יורד של הסימפטומים. רוב החולים סבלו (לפי סדר יורד) מעייפות, כאב, יובש בפה, ירידה בפעילות, קושי לישון, קוצר נשימה

ודאגה/חרדה. אלו גם הסימפטומים השכיחים ביותר שדרשו טיפול (מוצג כ-% מתוך כלל החולים). בנספת ו' מוצגת טבלה, המהווה חלק מהשאלון, ומציגה נתונים לגבי מספר (אחוז) החולים אשר סובלים מכל סימפטום ומתוכם מספר (אחוז) החולים המעוניינים בטיפול עבור אותו סימפטום ממנו הם סובלים.

**גרף 4:** אחוז החולים הסובלים מכל סימפטום ואחוז החולים המעוניינים בטיפול עבורו:



**גרף 5:** אחוז החולים הסובלים מכל סימפטום ואחוז החולים המעוניינים בטיפול עבורו:



## כלי סריקה לגילוי הצורך בטיפול תומך

השאלון נפתח, למעשה, במספר שאלות מתוך ה- PCST אשר נבחרו עקב חשיבותן במתן תמונה כללית על מידת המצוקה בה שרוי החולה. בטבלה 4 מפורטות תשובות החולים לשאלות אלו, המוצגות כמספר (אחוז) החולים אשר ענו על כל שאלה. לרוב החולים יש מצוקה גופנית ו/או פסיכולוגית. ראוי לציין שרבע מהחולים עברו אשפוז או פנו למיון בחודש הקודם לאשפוזם עקב תלונה זהה.

### טבלה 4: תשובות החולים לשאלות מתוך ה- PCST המעידות על מצוקת החולה.

הנתונים מוצגים כמספר (אחוז) החולים:

השאלה	(%)	n
1. האם קיים כאב חזק או סבל שגרם למצוקה ונמשך מעל 24 שעות? (n=163) כן לא	(56) (44)	91 72
2.א. האם קיימים לאחרונה תסמיני מצוקה פסיכולוגית? (n=158) כן לא	(48) (52)	75 83
2.ב. האם קיים אדם המספק תמיכה רגשית? (n=155) כן לא	(87) (13)	135 20
2.ג. מיהו האדם המספק תמיכה רגשית? (n=135) קרוב משפחה חבר עו"ס*/גורם רווחה/גורם רפואי גורם דתי/רוחני	(90) (5) (3) (2)	121 7 4 3
3. האם הייתה פנייה נוספת לבי"ח בחודש האחרון עם תלונה זהה? (n=162) לא למיון לאשפוז	(74) (5) (21)	120 8 34

\*עו"ס=עובד/ת סוציאלי/ת

## שאלון ה- "Palliative Care Screening Tool"

החלק השלישי של השאלון הינו הכלי המחקרי המתוקף שבבסיס מחקר זה: "Palliative Care Screening Tool" (30 ונספח ד'). כלי זה נותן את הסף לקביעת הצורך בטיפול פליאטיבי (אם החולה צובר 4 נקודות ומעלה). טבלה 5 מציגה את חלקו הראשון והשני של השאלון PCST ובה מפורטת התפלגות החולים הסובלים מכל מחלה (בחלוקה ל-2 קטגוריות). הניקוד לחלקים אלו של השאלון הינו כדלקמן: עבור כל מחלה עיקרית - 2 נקודות. עבור מחלה נלווית אחת או יותר – סך הכל נקודה אחת. מהנתונים עולה כי בקטגוריה הראשונה פחות ממחצית החולים סבלו ממחלות עיקריות קשות. המחלה העיקרית השכיחה ביותר הייתה מחלת לב מתקדמת, ממנה סבלו 10% מהחולים. כמובן שקיימת חפיפה בין מספר מחלות באותה הקטגוריה ואף יותר בין הקטגוריות. באשר למחלות הנלוות (מחלות בדרגת חומרה פחותה מ"המחלות העיקריות"), חלק ניכר מהחולים סבל ממספר מחלות כאלו בו זמנית, ובעיקר ממחלת כליות בינונית ואי ספיקת-לב בינונית (15% כל אחת). 91% מהחולים סבלו מ"מצבים נוספים המקשים על הטיפול" אשר כוללים מחלות כרוניות אחרות הפוגעות באיכות החיים.

**טבלה 5: מספר (אחוז) החולים הסובלים מכל מחלה (בחלוקה לשתי קטגוריות). (לקוח מתוך PCST):**

n	(%)	(n=165)
<b>1. מחלות עיקריות:</b>		
8	(5)	א. סרטן (מפושט/חוזר)
11	(7)	ב. מחלת ראות מתקדמת (COPD)
12	(7)	ג. שבץ מוחי עם ירידה תפקודית של לפחות 50%
15	(9)	ד. מחלת כליות סופנית
16	(10)	ה. מחלת לב מתקדמת – CHF, severe CAD, CM (LVEF<25%)
19	(12)	ו. מחלות מקצרות-חיים אחרות
<b>2. מחלות נלוות:</b>		
15	(9)	א. מחלת כבד
25	(15)	ב. מחלת כליות בינונית
14	(9)	ג. מחלת ריאות (COPD) בינונית
25	(15)	ד. אי ספיקת לב בינונית
150	(91)	ה. מצבים נוספים המקשים על הטיפול

הערה: ייתכן שלחולה אחד יש מספר מחלות, ולכן יש חפיפה בין המספרים וסך כל המחלות עולה על סך החולים.  
 COPD=Chronic Obstructive Pulmonary Disease, CHF=Congestive Heart Failure,  
 CAD=Coronary Artery Disease, CM=Cardiomyopathy, LVEF=Left Ventricular Ejection Fraction

חלקו השלישי של ה-PCST עוסק באומדן התפקודי של החולה ( ECOG=Eastern Cooperative Oncology Group), כלומר נותן הערכה לגבי מידת ניידות ועצמאות החולה. טבלה 6 מציגה אומדן זה עם התפלגות החולים על פי הדרגות השונות. רב החולים (58%) היו עצמאיים ולכן לא קיבלו ניקוד בחלק זה של השאלון.

**טבלה 6: אומדן תפקוד החולה.** הנתונים מוצגים כמספר (אחוז) החולים בכל דרגה. (לקוח מתוך PCST):

מצב	טווח	(%)	N (n=165)
*0	פעילות מלאה. מסוגלת לבצע את כל פעילויות היום יום ללא כל מגבלות.	(58)	96
*1	הגבלה בפעילות מאומצת אך נייד/ת ומסוגלת לבצע עבודה פיזית קלה. לדוגמא: עבודת בית קלה, עבודה משרדית.	(9)	14
2	עצמאי בניידות, מסוגל לטפל בעצמו אך אינו מסוגל לכל עבודה. קם ונייד ביותר מ 50% משעות היום.	(16)	27
3	מסוגל לטפל בעצמו חלקית בלבד. מרותק למיטה או לכיסא יותר מאשר 50% משעות היום.	(17)	28
4	מוגבל לחלוטין. אינו מסוגל כלל לטפל בעצמו. מרותק לחלוטין למיטה או לכיסא.		

ניקוד ניתן על-פי דרגות אלו כלדקלמן: מצבים 0 ו-1 - 0 נקודות, מצב 2 - נקודה 1, מצב 3 - 2 נקודות ומצב 4 - 3 נקודות. \*מצב 0 ו-1 נכללו יחדיו כקבוצה אחת מבחינה סטטיסטית עקב ניקוד דומה עבור שני מצבים אלו.

חלקו הרביעי של ה-PCST מעריך את צורך החולים בטיפול תומך על-פי קריטריונים נוספים. תשובה חיובית עבור כל קריטריון נותנת נקודה 1. כאמור, חלק מהשאלות של חלק זה הופיעו, לאחר שעברו שינויים קלים, בתחילת השאלון. בטבלה 7 מפורט מספר (ואחוז) החולים אשר ענו תשובה חיובית לכל שאלה. ניתן לראות (סעיף א') שהמראיינות העריכו ש-39% מהחולים זקוקים לייעוץ של צוות פליאטיבי.

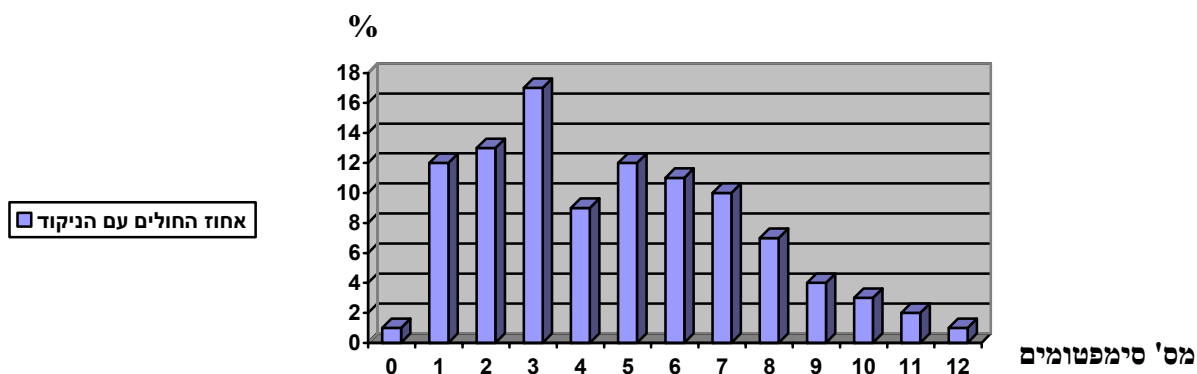
**טבלה 7:** קריטריונים נוספים המעריכים את מידת צורך החולה בטיפול פליאטיבי. הנתונים מופיעים כמספר (אחוז) החולים. (לקוח מתוך PCST):

n	(%)	הקריטריונים הנוספים:
64	(39)	א. צוות/חולה/משפחה זקוקים לעזרה בקבלה של החלטות מורכבות והגדרת מטרת טיפול. (n=165)
90	(55)	ב. לחולה רמת כאב בלתי נסבלת או תסמיני אי-נוחות < 24 שעות ביממה. (n=163)
108	(66)	ג. לחולה סוגיות פסיכוסוציאליות / רוחניות בלתי פתורות. (n=163)
12	(7)	ד. לחולה ביקורים חוזרים בחדר-מיון. (יותר מפעם בחודש בשל מחלה עיקרית). (n=162)
34	(21)	ה. אשפוזים חוזרים ( יותר מאשפוז אחד בחודש ) בשל אותה אבחנה. (n=164)
2	(1)	ו. אשפוז בביה"ח ( < מ – 5 ימים ) ללא עדות לשיפור במצבו. (n=165)
0	(0)	ז. שהות ממושכת ביחידה לטיפול נמרץ ICU / או יחידת ביניים ללא עדות לשיפור במצבו. (n=165)
0	(0)	ח. החולה שוהה בסביבת טיפול נמרץ ICU setting עם פרוגנוזה מתועדת שאינה צופה שיפור. (n=165)

ICU=Intensive care unit

סך כל הניקוד המצטבר עבור חלקיו השונים של כלי הסקר המתוקף PCST הווה לערך סף של 4 נקודות הקובע צורך בטיפול פליאטיבי (ערך של 3 נקודות מורה על צורך בהמשך מעקב). טווח הנקודות אשר קיבלו החולים השונים נע בין 0 ל-12. הערך הממוצע היה 4.62 עם סטיית תקן של 2.71. גרף 6 מציג את התפלגות החולים על-פני הניקוד הכללי השונה לכלי הסקר המתוקף PCST. מגרף זה עולה כי רוב החולים קיבלו ניקוד בין 1 ל-8. 17% מהחולים קיבלו 3 נקודות (כאמור, צורך בהמשך מעקב). 57% מהחולים קיבלו ניקוד של 4 ומעלה ולכן זקוקים לטיפול פליאטיבי ע"פ ה-PCST.

**גרף 6:** התפלגות הניקוד הכללי של כלי הסקר PCST:



## תוצאות משנה-

### האם החולה זקוק לטיפול פליאטיבי על-פי מדדים שונים?

בדקתי את הערכת הצורך לטיפול תומך על-פי 3 מדדים (מוצג בגרף 7):

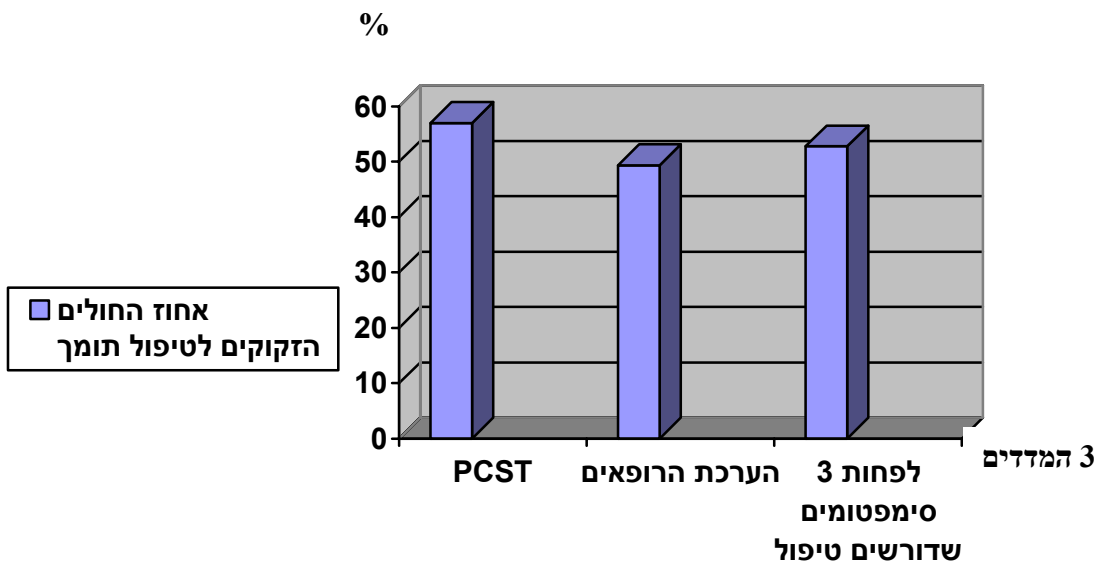
1. כלי הסקר המתוקף PCST (n=165) - 94 חולים (57%).

2. הערכת הרופאים (n=160) – 79 חולים (49%).

3. קיום 3 סימפטומים לפחות שדורשים טיפול (n=165) – 87 חולים (53%).

גרף 7: השוואת תוצאות הערכת הצורך בטיפול תומך על פי 3 המדדים השונים. הנתונים מוצגים

כאחוז החולים הזקוקים לטיפול תומך:



מהשוואת התוצאות עולה כי הכלים השונים מעריכים צורך בטיפול בכמחצית החולים. יש לציין שכלים שונים לא מזהים בהכרח את אותם חולים. כלי הסקר המתוקף-PCST נותן את ההערכה המרבית לצורך בטיפול, לעומתו הערכת רופאים לבדה עושה מעט תת-הערכה לצורך זה באופן יחסי.

### הקשר בין 3 המדדים העיקריים

נמצא קשר מובהק לגבי הצורך לקבל טיפול פליאטיבי בין ה- PCST (57%) לבין הערכת הרופאים (49%) ( $P<0.001$ ). 72% מהחולים היו על אלכסון ההסכמה בין שתי שיטות הערכה אלו ( $Kappa=0.439$ ). בטבלה 8 מוצג הקשר בין שני מדדים אלו.

טבלה 8: התפלגות מספר (אחוז) החולים הדורשים טיפול פליאטיבי לפי ה- PCST ולפי הערכת הרופאים.

לפי ה- PCST			בטיפול	
סה"כ	כן	לא	לא	לפי הערכת הרופאים
81 51%	29 18%	52 33%	לא	
79 49%	63 39%	16 10%	כן	
160 100%	92 57%	68 43%	סה"כ	

$P<0.001$

נמצא קשר מובהק לגבי הצורך בטיפול פליאטיבי בין ה- PCST (57%) לבין קביעת צורך זה ע"פ קיום 3 סימפטומים לפחות אשר החולה מעוניין לקבל טיפול עבורם (53%) ( $P=0.019$ ). 59% היו על אלכסון ההסכמה ( $Kappa=0.182$ ) (טבלה א' בנספח ז').

לא נמצא קשר לגבי הצורך בטיפול בין הערכת הרופאים לבין קביעת צורך זה ע"פ קיום 3 סימפטומים לפחות אשר החולה מעוניין לקבל טיפול עבורם ( $P=0.626$ ) (טבלה ב' בנספח ז').

### הקשר בין מדדי סבל ומצוקה

נמצא קשר מובהק בין המצאות כאב חזק או סבל אחר אשר גרם לחולה למצוקה ונמשך מעל 24 שעות (56%) לבין המצאות תסמיני מצוקה פסיכולוגית (48%) ( $P=0.005$ ).

נמצא קשר מובהק בין המצאות תסמיני מצוקה פסיכולוגית (48%) לבין חוסר תמיכה רגשית בחולה (13%) ( $P=0.033$ ).

לא נמצא קשר בין המצאות כאב חזק או סבל אחר אשר גרם לחולה למצוקה ונמשך מעל 24 שעות לבין חוסר תמיכה רגשית בחולה.

## הקשר בין PCST למשתנים סוציודמוגרפיים ורפואיים

בטבלה 9 מוצגים המאפיינים הסוציודמוגרפיים והרפואיים אשר נמצאו קשורים באופן מובהק לצורך בטיפול פליאטיבי על-פי ה-PCST. המאפיינים אשר נמצאו קשורים באופן מובהק הינם: גיל מבוגר יותר, מצב משפחתי (אלמן, גרוש), קיום קשיים כלכליים, הכנסה נמוכה, אשפוז ממושך, אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות מהשחרור, קיום כאב חזק או סבל שגרם למצוקה ונמשך מעל 24 שעות, קיום תסמיני מצוקה פסיכולוגית, פנייה נוספת לבי"ח בחודש הקודם עם תלונה זהה, אומדן תפקודי נמוך של החולה (ECOG).

לקיום כאב או סבל שגרם למצוקה ולרמת ההשכלה היה קשר לא מובהק לצורך בטיפול פליאטיבי על-פי ה-PCST ( $P=0.073$  ו- $P=0.105$  בהתאמה).

בין המשתנים אשר לא נמצאו קשורים לצורך בטיפול פליאטיבי על-פי ה-PCST נכללים: מין החולה, צפיפות מגורים, קיום משפחה קרובה, המחלקה בה התאשפו (פנימית א', ב' או ג'), קיום תמיכה רגשית ומידת תחושת החולה ומשפחתו לגבי קבלת מידע רפואי ומעורבות בהחלטות הטיפוליות.

**טבלה 9:** התפלגות החולים הזקוקים לטיפול פליאטיבי לפי ה-PCST, על-פי מאפיינים סוציודמוגרפיים ורפואיים. הנתונים מוצגים כמספר (אחוז) החולים עבור משתנים קטגוריאליים, כממוצע וסטיית תקן עבור משתנים כמותיים:

המאפיין	n מספר החולים הכללי	מספר (%) החולים הזקוקים לטיפול PCST תומך לפי	מספר (%) החולים אשר לא זקוקים לטיפול PCST תומך לפי	P Value
<b>גיל</b>	165	69.6 (ס.ת.±17.4)	62 (ס.ת.±19.6)	0.01
<b>מצב משפחתי</b>	165			0.027
רווק	20	10 (50%)	10 (50%)	
נשוי	90	46 (51%)	44 (49%)	
גרוש	9	9 (100%)	0 (0%)	
אלמן	46	29 (63%)	17 (37%)	
<b>קשיים כלכליים</b>	156			<0.001
אין	86	36 (42%)	50 (58%)	
במידה בינונית	49	33 (67%)	16 (33%)	
במידה רבה	21	20 (95%)	1 (5%)	
<b>מקורות הכנסה</b>	161			0.004
ללא מקור הכנסה/בט"ל בלבד**	30	24 (80%)	6 (20%)	
מקור הכנסה אחר	131	67 (51%)	64 (49%)	
<b>אורך האשפוז</b>	165	7.8 (ס.ת.±7.8)	5.8 (ס.ת.±4.2)	0.036

0.006			165	אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות מהשחרור ללא אשפוז חוזר אשפוז/ים חוזר/ים
	59 (50%) 12 (26%)	60 (50%) 34 (74%)	119 46	
0.073			163	האם קיים כאב חזק או סבל שגרם למצוקה ונמשך מעל 24 שעות? כן לא
	34 (37%) 37 (51%)	57 (63%) 35 (49%)	91 72	
0.005			158	האם קיימים לאחרונה תסמיני מצוקה פסיכולוגית? כן לא
	25 (33%) 46 (55%)	50 (67%) 37 (45%)	75 83	
<0.001			162	האם הייתה פנייה נוספת לבי"ח בחודש האחרון עם תלונה זהה? לא למיון לאשפוז
	63 (52%) 1 (12%) 6 (18%)	57 (48%) 7 (88%) 28 (82%)	120 8 34	
<0.001			165	אומדן תפקוד החולה (***ECOG) פעיל לגמרי (0-1) עצמאי חלקי (2) סיעודי חלקי (3) סיעודי לגמרי (4)
	67 (70%) 2 (7%) 2 (14%) 0 (0%)	29 (30%) 25 (93%) 12 (86%) 28 (100%)	96 27 14 28	

\* ס.ת.=סטיית תקן.

\*\* ביטוח לאומי.

\*\*\*ECOG=Eastern Cooperative Oncology Group

### הקשר בין הערכת הרופאים למשתנים סוציודמוגרפיים ורפואיים (פרוט בנספח ח')

הרופאים מצאו צורך בטיפול פליאטיבי אצל חולים מבוגרים יותר, גרושים ואלמנים, בעלי רמת השכלה נמוכה יותר, חולים עם אשפוז ממושך, אצל מי שחזר לאשפוז נוסף, וחולים עם אומדן תפקודי נמוך (ECOG).

### הקשר בין קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול למשתנים סוציודמוגרפיים ורפואיים (פרוט בנספח ח')

חולים שנמצאו זקוקים לטיפול פליאטיבי ע"פ קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול הינם חולים שסבלו מכאב חזק או סבל אחר אשר גרם להם למצוקה ונמשך מעל 24 שעות, חולים ללא תמיכה רגשית, חולים שפנו פעם נוספת לבי"ח בחודש הקודם עם תלונה זהה, וחולים עם אומדן תפקודי נמוך (ECOG).

### הקשר בין מדדים שונים

נמצא קשר מובהק בין פנייה נוספת לבי"ח בחודש הקודם עם תלונה זהה לבין קיום כאב או סבל שגרם למצוקה ונמשך מעל 24 שעות כך שכל החולים שפנו בחודש הקודם לאשפוזם למיון ומעל

למחצית החולים (53%) שהתאשפזו בחודש הקודם לאשפוזם סבלו מכאב או סבל אחר, מאידך גם רוב החולים (54%) אשר לא פנו לבי"ח בחודש הקודם סבלו מכך (P=0.036). נמצא קשר לא מובהק בין פנייה נוספת לבי"ח בחודש הקודם עם תלונה זהה לבין קיום תסמיני מצוקה פסיכולוגית (P=0.078).

לא נמצא קשר בין אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות מהשחרור לבין אורך האשפוז, פנייה נוספת לבי"ח בחודש הקודם עם תלונה זהה, קיום כאב או סבל שגרם למצוקה ונמשך מעל 24 שעות וקיום תסמיני מצוקה פסיכולוגית.

## שאלון השחרור

בראיון טלפוני שנערך חודש לאחר שחרורם מהאשפוז, נשאלו 81 החולים האחרונים שנסקרו בסקר הראשוני 4 שאלות (נספח ג') הבודקות שיפור במצבם נכון ליום השאלון הטלפוני בהשוואה לתקופת אשפוזם, קיום סימפטומים נכון ליום זה ואת הערכתם לגבי ניסיון הטיפול בסימפטומים שלהם במהלך האשפוז ומועילות האשפוז עבורם. מתוך 81 החולים אליהם התקשרתי נענו 75 (93%) חולים. בטבלה 10 מוצגת התפלגות תשובות החולים לסקר הטלפוני. ראוי לציין, כי מעל למחצית החולים השתפרו, אך הרוב עדיין סבלו מסימפטומים אולם חשבו שהאשפוז עזר להם.

**טבלה 10: התפלגות תשובות החולים לסקר הטלפוני.** הנתונים מוצגים כמספר (אחוז) החולים:

השאלה	(%)	N
1. האם מצבך הבריאותי/כללי השתפר, החמיר או לא השתנה מאז שחרורך מאשפוז ביחס לתקופת אשפוזך? (n=75)	(55%) (21%) (24%)	41 16 18
2. האם אתה עדיין סובל מסימפטומים? (n=74)	(76%) (22%) (3%)	56 16 2
3. האם היה ניסיון לטיפול בסימפטומים/בסבל שלך במהלך האשפוז? (n=74)	(92%) (7%) (1%)	68 5 1
4. האם היה שיפור בסימפטומים/בסבל באשפוז או מיד לאחריו? כלומר, האם האשפוז עזר לך? (n=72)	(76%) (18%) (6%)	55 13 4

## הקשר בין שאלון השחרור למדדים שונים

נמצא קשר מובהק בין המצב הבריאותי של החולה לאחר שחרורו מאשפוז (שאלה מספר 1) לבין הצורך בטיפול ע"פ ה-PCST. חולים אשר מצבם הבריאותי החמיר או לא השתנה מאז שחרורם היו זקוקים יותר לטיפול פליאטיבי ע"פ ה-PCST (81% ו-56% בהתאמה) בהשוואה לחולים אשר מצבם הבריאותי השתפר (42%) ( $P=0.025$ ). לא נמצא קשר בין שאלה זו לבין אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות מהשחרור.

נמצא קשר מובהק בין סבל מסימפטומים לאחר השחרור מאשפוז (שאלה מספר 2) לבין הצורך בטיפול ע"פ ה-PCST (63% מהסובלים לעומת 19% מהלא סובלים) ( $P=0.008$ ). לשאלה זו היה קשר לא מובהק לקיום תמיכה רגשית ( $P=0.071$ ) ולא נמצא קשר בינה לבין קיום כאב או סבל שגרם למצוקה, תסמיני מצוקה פסיכולוגית, פנייה נוספת לבי"ח בחודש הקודם עם תלונה זהה או אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות מהשחרור.

לא נמצא קשר בין תחושת החולה לגבי ניסיון הצוות הרפואי לטפל בסימפטומים שלו (שאלה מספר 3) או בין תחושת החולה שהאשפוז עזר לו (שאלה מספר 4) לבין הצורך בטיפול ע"פ ה-PCST.

לא נמצא קשר בין מצב החולים לאחר שחרורם מאשפוז ע"פ תשובותיהם ל-4 השאלות לבין הצורך בטיפול פליאטיבי ע"פ הערכת הרופאים או ע"פ קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול.

## מודל רגרסיה לוגיסטית

טבלה 11 מציגה את המודל הסופי של הרגרסיה הלוגיסטית עם כל המשתנים אשר נמצאו קשורים באופן מובהק לצורך בטיפול פליאטיבי ע"פ ה-PCST, לאחר סינון של משתנים אשר היוו חלק מתוך שאלון ה-PCST כגון: הערכת המראיין, קיום בעיות פסיכוסוציאליות ורוחניות (קשיים כלכליים, תסמיני מצוקה פסיכולוגית), פנייה נוספת לבי"ח בחודש הקודם עם תלונה זהה ואומדן תפקודי של החולה (ECOG). משתנים נוספים אשר נמצאו קשורים באופן מובהק לצורך בטיפול ע"פ ה-PCST לא נכנסו למודל עקב היותם רטרוספקטיביים ולכן לא יוכלו לעזור בחיזוי הצורך בטיפול בחולה כאשר הוא מתקבל לאשפוז למשל: אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות

מהשחרור, המצב הבריאותי של החולה לאחר שחרורו מאשפוז וסבל מסימפטומים לאחר השחרור מאשפוז.

המודל מתבסס על 156 חולים מתוך 165 החולים. הרגישות של כל המשתנים יחדיו באיתור החולים הזקוקים לטיפול פליאטיבי ע"פ ה- PCST הייתה 79.8% והסגוליות הייתה 70.1%. משתנים אשר איבדו את המובהקות הסטטיסטית שלהם בשקלול המשתנים במודל כגון: מצב משפחתי ואורך האשפוז, הושארו במודל עקב השפעתם על שאר המשתנים אך לא צוין ה- Odds Ratio שלהם עקב אובדן המובהקות. מתוך המודל בולטת ההשפעה הדומיננטית של הערכת הרופאים.

**טבלה 11:** חיזוי הצורך בטיפול פליאטיבי ע"פ ה- PCST לפי הערכת הרופאים, קיום 3

סימפטומים לפחות הדורשים טיפול, גיל, מצב משפחתי, אורך האשפוז ומקורות הכנסה:

המשתנה	המובהקות (P Value)	Odds Ratio (95% CI)
הערכת הרופאים	<0.001	7.05 (3.04-16.35)
3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול	0.049	2.2 (1.00-4.86)
גיל	0.02	* 1.03 (1.01-1.06)
מצב משפחתי	**0.277	
אורך אשפוז	**0.449	
מקורות הכנסה	0.029	3.85 (1.15-12.85)

CI=Confidence Interval

\* O.R. הם 1.03 לכל שנה נוספת בגיל.

\*\*משתנים אלו איבדו את מובהקותם הסטטיסטית במודל רב-משתנים ולכן לא ציינתי את ה-O.R. שלהם.

ארגון הבריאות העולמי (1990) הגדיר את הטיפול הפליאטיבי בחולה כ"גישה הוליסטית לטיפול בחולים עם מחלה מתקדמת סופנית". הטיפול הפליאטיבי הינו מולטי-דיסציפלינארי, המערב תחומים כמו: טיפול בכאב וסבל אחר, מתן שרותי סיעוד, תזונה, תמיכה נפשית, תקשורת וקבלת החלטות - עימם מתמודדים הן החולה והן מטפלו. בשנים האחרונות עלתה בארץ המודעות לנושא, ואף נחקק לפני כשנה חוק, על מתן טיפול מקל בחולה הנוטה למות, בו הוגדר: ש"על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה כל שניתן כדי להקל על כאבו וסבלו של חולה הנוטה למות...לרבות באמצעות תרופות, משככי כאבים או באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול מקל...ובכפוף לרצון החולה הנוטה למות...". בנוסף לכך, החוק מתייחס לבני משפחתו של החולה: "על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה...כל שניתן כדי להקל על בני משפחתו של חולה הנוטה למות ולדאוג לרווחתם בעת שהותו של החולה במוסד הרפואי, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול סוציאלי וטיפול מקל..." (נספח ט'). הספרות עוסקת בעיקר בחולי סרטן בהקשר זה, אך בשנים האחרונות החלו להופיע מחקרים אודות חולים עם מחלות סופניות שאינן ממאירות. מאחר ורוב האנשים נפטרים בבית (מסיבות שאינן קשורות לסרטן), וחווית המוות מתרחשת בד"כ בין כתליו, חשוב לבדוק טיפול איכותי של סוף החיים אצל חולים מאושפזים ובני-משפחותיהם (3).

עבודה זו בדקה את היקף, מידה וסוג הסבל של חולים במחלקות הפנימיות, והעריכה על-פי מדדים אובייקטיביים וסובייקטיביים את צרכיהם בקבלת ייעוץ וטיפול פליאטיבי. בהתאם להשערת המחקר, שרוב המאושפזים (80%) במחלקות הפנימיות זקוקים לייעוץ ו/או טיפול פליאטיבי עקב סבל מסימפטומים גופניים ונפשיים, ומבעיות פסיכוסוציאליות אחרות, אשר אינם מטופלים במידה מספקת, מחקר זה הראה שאכן היקף הצורך נרחב.

בעבודה זו הראיתי ש- 57% מהחולים זקוקים לטיפול פליאטיבי ע"פ כלי הסקר המתוקף PCST. כלי סקר זה נתן את ההערכה הגבוהה ביותר. הכלים הנוספים שבדקתי להערכת צורך בטיפול (הערכת הרופאים, קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול), נתנו הערכה נמוכה יותר. הערכת הרופאים לבדה נתנה את ההערכה הנמוכה ביותר לצורך זה. כמובן, שהכלים השונים לא זיהו בהכרח את אותם החולים, ולכן נבדק הקשר בין הכלים השונים, ונמצא שיש קשר מובהק בין ה-PCST לבין שני הכלים האחרים.

## דמוגרפיה

גיל החולים נמצא בקשר מובהק באנליזה חד-משתנית לצורך בטיפול פליאטיבי ע"פ ה-PCST והערכת הרופאים. גם באנליזה רב-משתנית הוא נמצא קשור באופן מובהק ל-PCST, ועל כל שנה נוספת בגיל גדל הסיכוי לצורך בטיפול (ע"פ ה-PCST) פי 1.03.

למצב המשפחתי היה קשר מובהק באנליזה חד-משתנית לצורך בטיפול פליאטיבי ע"פ ה-PCST והערכת הרופאים, כך שרוב החולים הגרושים והאלמנים היו זקוקים לטיפול ע"פ שני כלים אלו. מובהקות זו אבדה באנליזה רב-משתנית.

כמחצית החולים התלוננו על קשיים כלכליים, וחמישית מהם הצהירו שאין להם מקורות הכנסה או שהם מקבלים דמי ביטוח-לאומי בלבד. לגורמים אלו היה קשר מובהק לצורך בטיפול (PCST). במודל רב-משתני נמצא, שחולים חסרי מקורות הכנסה הם בעלי סיכוי גדול פי 4 להזדקק לטיפול פליאטיבי (PCST).

לבעלי השכלה תיכונית ומעלה הייתה סבירות נמוכה באופן מובהק להזדקק לטיפול פליאטיבי (הערכת הרופאים).

אורך האשפוז היה קשור באופן מובהק לצורך בטיפול (PCST והערכת הרופאים), אך מובהקות זו אבדה באנליזה רב-משתנית.

לרבע מהחולים היו אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות מהשחרור, ולהם היה סיכוי מוגבר באופן מובהק להזדקק לטיפול (PCST והערכת הרופאים). משתנה זה לא הוכנס למודל הרב-משתני עקב היותו נתון רטרוספקטיבי, ולכן לא יוכל לעזור בחיזוי הצורך בטיפול בחולה, כאשר הוא מתקבל לאשפוז.

### **מצוקה פסיכוסוציאלית וגופנית, פניות חוזרות לבי"ח ואומדן תפקודי**

השאלון נפתח בסדרת שאלות קצרה, אשר נותנת תמונה כללית על מידת המצוקה בה שרוי החולה. שאלות אלו לקוחות מתוך סעיף 4 של הכלי המחקרי PCST והן עברו התאמה לאוכלוסיית המאושפזים בבית החולים, כך למשל השאלה המופיעה ב-PCST לגבי קיום סוגיות פסיכוסוציאליות/רוחניות בלתי פתורות (66% מהחולים) פורטה ל-3 שאלות נפרדות, המופיעות בתחילת השאלון, ובדקות סימני מצוקה פסיכולוגית, קיום קשיים כלכליים והעדר תמיכה

רגשית (48%, 45% ו-13% בהתאמה). כך ניתן לראות למעשה את החפיפה הגדולה הקיימת בין מדדים אלו בחלק גדול מהחולים.

כאמור, במחקרי הסתבר שמחצית החולים סבלו ממצוקה פסיכולוגית, ולכך היה קשר מובהק ל-PCST. לחולים עם מצוקה כזו היה בסבירות גבוהה גם כאב או סבל אחר.

לרוב המוחלט של החולים הייתה תמיכה רגשית, וכמעט בכל המקרים היה מדובר בקרוב משפחה. מדד זה לא נמצא קשור ל-PCST או להערכת הרופאים, אך נמצא קשור באופן מובהק לקיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול. לחולים חסרי תמיכה רגשית הייתה בסבירות גבוהה גם מצוקה פסיכולוגית. במחקרם של Berkman LF וחב' על השפעת תמיכה רגשית על הישרדות לאחר התקף לב, נמצא ש-53% מהחולים, אשר לא הייתה להם תמיכה רגשית, נפטרו תוך 6 חודשים מהתקף הלב, בהשוואה ל-36% מהחולים, להם היה מקור אחד לתמיכה רגשית, ול-23% מהחולים, להם היו שנים או יותר מקורות לתמיכה רגשית. ברגרסיה לוגיסטית בעבודתם, נראה קשר מובהק בין חוסר תמיכה רגשית לתמותה תוך 6 חודשים מהתקף הלב (O.R.- 2.9) (29).

רבע מהחולים פנו למיון או התאשפזו בחודש הקודם לאשפוזם עקב תלונה זהה. מדד זה הראה קשר מובהק לשלושת הכלים שבדקתי. קשר זה מוכיח את העובדה, שחולים הזקוקים לטיפול פליאטיבי, אינם מטופלים כראוי, ולכן נוטים לפנות לאשפוזים חוזרים.

ממחקרי עולה, שליותר ממחצית החולים הייתה מצוקה גופנית, שהתבטאה בכאב או סבל אחר הנמשך מעל ל-24 שעות. באופן מפתיע, למדד זה היה קשר בלתי מובהק בלבד לצורך בטיפול ע"פ ה-PCST, אך נמצא קשור באופן מובהק לקיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול. בנוסף, הוא נמצא קשור לפנייה חוזרת לבי"ח בחודש שקדם לאשפוזם עקב תלונה זהה. מכך ניתן אולי להסיק, שכאב הוא גורם חשוב בהחלטה לפנות למיון.

ראוי לציין, שקיים הבדל קטן בין תשובות החולים לשאלות אלו, המופיעות פעמיים בתוך השאלון, וזה עלול לנבוע מחוסר עקביות של החולים או מחוסר דיוק של המראיינות (חוסר מהמנות פנימי).

באשר לאומדן התפקודי של החולה (ECOG), רבע מהחולים היו סיעודיים במידה זו או אחרת, ולכך היה קשר מובהק לשלושת הכלים שבדקתי. מעניין לציין, שדווקא בקרב רוב קבוצת החולים הסיעודיים לחלוטין, לא נמצאו 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול, דבר זה נובע אולי מחוסר יכולתם של החולים הסיעודיים להתלונן על הסימפטומים שלהם, או לחלופין על חוסר עניין מצידם לקבל טיפול עבור הסימפטומים שלהם עקב מצבם הירוד.

## הערכת סימפטומים

הערכת סימפטומים הינו מרכיב מהותי בהערכת איכות החיים בטיפול פליאטיבי, אך הערכה מקיפה יכולה להיות גוזלת זמן ומקשה על החולים להשלימה, ולכן יש צורך בכלים קצרים יותר להערכת סימפטומים (17). במחקרי בדקתי את קיומם של 18 סימפטומים, ומצאתי שממוצע מספר הסימפטומים מהם סבלו החולים היה 7.5. הסימפטומים השכיחים ביותר, מהם סבלו החולים, ע"פ סדר יורד היו עייפות, כאב, יובש בפה, ירידה בפעילות, קושי לישון, קוצר נשימה ודאגה/חרדה. אלו גם הסימפטומים השכיחים ביותר שדרשו טיפול מבחינת החולה. ההבדל, בין הסימפטומים הקיימים לבין אלו הדורשים טיפול, נעוץ בהתייחסות אליהן מבחינת החומרה, כלומר גם אם קיימים סימפטומים אין הדבר אומר שהם מספיק חמורים ומפריעים לחולה כך שיהיה מעוניין בטיפול עבורם, כך שבעבודתי נתתי משקל מכריע יותר לאותם סימפטומים שעוררו אצל החולה צורך בקבלת טיפול עבורם. לנתונים דומים מתייחסים Chang VT וחב', אשר העריכו כלי מחקרי מקוצר לסריקת סימפטומים: (MSAS-SF)

The Memorial Symptoms Assessment Scale Short Form. במחקרם, הסימפטומים הגופניים השכיחים ביותר כללו (ע"פ סדר שכיחת יורד): כאב, חוסר אנרגיה, יובש בפה וקוצר נשימה. הסימפטום הפסיכולוגי השכיח ביותר היה דאגה (17). Hallenbeck J סקר במאמרו מחקרים, שמצאו מבין הסימפטומים הגופניים החשובים, שכאב וקוצר נשימה הינם שכיחים וגורמים למצוקה אם הם לא מטופלים בצורה נאותה (13). כאמור, אותם הסימפטומים, אשר דרשו טיפול מצד החולים, היו מבחינתי משקל מכריע יותר לגבי החלטת הצורך בטיפול פליאטיבי, ולכן אחד הכלים שבדקתי בעבודתי כמדד לצורך בטיפול פליאטיבי היה קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול. ל- 53% מהחולים היה צורך בטיפול פליאטיבי ע"פ מדד זה.

## תקשורת

ככל שהטכנולוגיה הרפואית מתקדמת, הקו המפריד בין טיפול מאריך חיים לבין טיפול פליאטיבי מטשטש. לאחרונה, יש עדויות לכך, שרופאים עושים שימוש יתר על המידה בטיפולים טכנולוגיים אגרסיביים מאריכי חיים, ועושים שימוש מועט מידי במיומנויות של תקשורת, אשר יכולות לעזור לחולים בבחירת טיפול מבין טווח של אפשרויות טיפוליות (31).

בעבודתי מצאתי, שכמחצית מהחולים או בני משפחותיהם חשו כי קיבלו מידע לגבי המחלה במידה רבה. בדומה לממצאים בעבודתי, Kirk P וחב' בדקו מה רוצים לדעת חולים שמקבלים טיפול פליאטיבי לסרטן ובני-משפחותיהם, ומצאו שרובם דיווחו שהם היו מרוצים לבסוף עם כמות המידע שניתנה להם (21). כמו כן, מידע לגבי פרוגנוזה, דווח כחשוב למשפחות החולים, המקבלים טיפול פליאטיבי, אך חשוב שיימסר בצורה, המכבדת את סגנון ההתמודדות האינדיבידואלי של החולה ומשפחתו (21). Tulsky JA סקר במאמרו מחקרים, המראים באופן קונסיסטנטי, שרוב החולים רוצים לקבל כמה שיותר מידע, אולי כדרך להתמודד עם חוסר ודאות (32).

לעומת מתן מידע מספק, כ-40% מהחולים או בני משפחותיהם חשו כי היו מעורבים בהחלטות הטיפוליות במידה מועטה מדי, אם בכלל. חוסר שביעות רצון זה בנושא אי שיתוף החולה ומשפחתו בהחלטות הטיפוליות, המשתקף מעבודתי, תואם את ממצאי עבודתו של Tulsky JA, המצביעה על כך שרוב החולים מעדיפים להשתתף בקבלת החלטות, אך רוצים לקבל עצת רופא לגבי האופציות המומלצות (32). לעומתו, מחקרם של Heyland DK וחב' הראה, שמעט חולים החשיבו את נושא השליטה על קבלת החלטות כחשוב מאוד (17%), ואף פחות מכך החשיבו את נושא העזרה בקבלת החלטות טיפוליות קשות (15%) (3).

ראוי לציין, שתחושת החולה או משפחתו, לגבי קבלת מידע רפואי ומעורבות בהחלטות הטיפוליות, לא נמצאה קשורה באופן מובהק לאף אחד משלושת הכלים שבדקתי. עדיין יש לזכור, שעל פי הספרות, שיפור תקשורת הוא חלק אינטגרלי מהטיפול הפליאטיבי, ולכן יש מקום לשפר את ה- PCST ע"י הכללת מימד התקשורת בתוכו, בכדי להעלות את רגישות הכלי בזיהוי החולים, אשר זקוקים לעזרה בקבלת החלטות טיפוליות ובהגדרת מטרות הטיפול.

## **הערכת החולה לאחר השחרור**

התמונה המשתקפת מתשובות החולים לשאלון השחרור היא, שהמצב הבריאותי של מעל למחציתם השתפר, אך רובם עדיין סבלו מסימפטומים, אולם חשבו שהאשפוז עזר להם. מצבו הבריאותי של החולה לאחר השחרור היה קשור בצורה מובהקת לצורך בטיפול ע"פ ה- PCST. לחולים, אשר עדיין סבלו מסימפטומים לאחר השחרור, הייתה סבירות גבוהה באופן מובהק להזדקק לטיפול פליאטיבי (PCST). ניתן להסיק מכך, שחולים הזקוקים לטיפול

פליאטיבי לפי ה-PCST, מבטאים סבל מתמשך ומורכב, אשר קשה לתת לו מענה יאות במהלך האשפוז, מבלי להתייחס פרטנית לצרכיו המיוחדים של כל חולה.

## מודל רב-משתני

למודל זה הוכנסו כל המדדים, אשר נמצאו קשורים באופן מובהק לצורך בטיפול ע"פ ה-PCST, לאחר סינון של משתנים אשר היוו חלק מתוך שאלון ה-PCST, ומדדים רטרוספקטיביים. להערכת הרופאים במודל זה הייתה ההשפעה הדומיננטית ביותר על הסיכוי שהחולה צריך טיפול פליאטיבי ע"פ ה-PCST (O.R.- 7.05, CI: 3.04-16.35). דבר זה נובע בחלקו מיכולתם האינטואיטיבית של הרופאים להעריך, בדומה ל-PCST, את רקע החולה ויכולת ההתמודדות שלו עם סבלו. המדד השני בחשיבותו היה מחסור במקורות הכנסה, עם סיכוי גדול פי 4 להזדקק לטיפול פליאטיבי. כנראה שלגורם הכלכלי יש חשיבות מכרעת בהשגת האמצעים הדרושים לחולה, בכדי לסייע לו להתמודד עם מחלתו וסבלו. אם לחולה נמצאו 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול, היה לו סיכוי פי 2.2 להזדקק לטיפול פליאטיבי. לכלי זה יש קורלציה ל-PCST, אך פחות טובה מזו של הרופאים, כי הוא לא לוקח בחשבון את גורמי הרקע של החולה ואת יכולת התמודדותו עם סבלו. עם זאת, זהו כלי חשוב, ולו בשל העובדה, שהוא מתרגם את סבל החולה לבעיות קונקרטיות, אשר מאפשרות לרופאים לתת את המענה המהיר ביותר להקלה על סבל החולה. ולבסוף, השפעת הגיל על הצורך בטיפול, עם עלייה בסיכוי של פי 1.03 על כל שנה. במודל הושארו שני משתנים (מצב משפחתי ואורך אשפוז), אשר איבדו את מובהקותם הסטטיסטית במעבר ממודל חד-משתני לרב-משתני. הרגישות של כל המשתנים יחדיו באיתור החולים הזקוקים לטיפול פליאטיבי ע"פ ה-PCST, הייתה 79.8%, והסגוליות הייתה 70.1%.

## מגבלות

ראשית, במחקר השתתפו שלוש מראיינות שונות, אשר יתכן ותיקשרו בצורה שונה עם החולים ובני-משפחותיהם, הבינו בצורה שונה את חומרת סבלם של החולים, והחמירו או הקלו לגבי מתן ניקוד בשאלון, המעריך את צורך החולה בטיפול פליאטיבי ( Palliative Care Screening Tool). במחקר זה ניסיתי להימנע מחוסר אחידות במילוי השאלון, ע"י תדרוך המראיינות, והעלאת נקודות בעייתיות בניהול הראיון. יחד עם זאת, העובדה שהשתתפו שלוש מראיינות שונות יכולה דווקא לחזק את התוקף החיצוני של העבודה.

שנית, יתכן שקיימת תת-הערכה של הצורך בטיפול פליאטיבי, מאחר ומחקר זה לא כלל חולים דמנטיים ללא בן-משפחה או מטפל לצידם, חולים שאינם מאושפזים חדשים, וחולים בעלי מוגבלות רפואית, אשר נמצאים אולי ברמת סבל גבוהה יותר. דבר זה מחזק אף יותר את תוצאות עבודתי בדבר הצורך הרב והבלתי מאובחן בטיפול פליאטיבי.

דבר שלישי, יתכן שקיימת הטיה נוספת בהערכת הצורך בטיפול, מאחר וחולים, אשר אינם יכולים להתבטא בשפה העברית או בשפה האנגלית, יבטאו אולי רמת סבל שונה משאר הנבדקים, מתוך הנחה שהסבל הוא עניין תלוי תרבות. דבר זה דורש, כמובן, מחקר נוסף לגבי הסבל והצרכים של אוכלוסיות אתניות שונות בארץ.

דבר רביעי, הסקר, שבוצע בעונת החורף, עלול היה לשקף במידה רבה סימפטומים אשר הינם תלויי עונה, כגון סיבוכי שפעת של חולים כרוניים קשים. יתכן ושימוש שיגרתי רב-עונתי בכלי מחקרי זה יחשוף תמונת מצב מעט שונה, וככל הנראה, חמורה פחות, בדבר מספר הסימפטומים מהם סובלים החולים, וצורכיהם בטיפול פליאטיבי.

## **איכות שלושת הכלים המחקריים**

כאמור, בעבודתי בדקתי את היכולת של שלושה כלים בקביעת הצורך בטיפול פליאטיבי. ההערכה המרבית והרגישה ביותר התקבלה ע"י ה- PCST והייתה 57%. כלי זה נמצא קשור להרבה מדדים סוציו דמוגרפיים ורפואיים. כמו כן, הוא נמצא קשור למצב החולים לאחר שחרורם. נראה, שיצירת גרסה אלקטרונית של PCST כחלק מהרשומה הרפואית של החולה, תאפשר זמינות של הכלי ושימוש רוטיני בו.

הערכת הרופאים עשתה מעט תת-הערכה לצורך בטיפול יחסית ל-PCST, כי הניחה שרק 49% מהחולים צריכים טיפול. הערכת הרופאים הייתה קשורה אף היא להרבה מדדים, וביניהם רמת-ההשכלה. ככל שהחולה היה פחות משכיל נטה הרופא לסווגו לקבוצת החולים הנוזקים לטיפול, אולי דבר זה נובע מתפיסת הרופאים, שככל שהחולה פחות משכיל ופחות מבין את מחלתו, כך הוא זקוק יותר לייעוץ פליאטיבי. מעניין לציין שהרופאים לא כל כך הושפעו בהחלטתם ממצבו הכלכלי של החולה, ממצוקותיו הגופניות והנפשיות.

ע"פ קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול, 53% מהחולים זקוקים לטיפול פליאטיבי. כלי זה לא הוכיח עצמו כקשור למדדים רבים.

הכלים השונים לא זיהו בהכרח את אותם החולים, ולכן נבדק הקשר בין הכלים השונים, ונמצא, שיש קשר מובהק בין ה- PCST לבין שני הכלים האחרים, אך לא נמצא קשר בין הערכת

הרופאים לבין קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול. ההסבר לחוסר ההתאמה בין הערכת הרופאים לקיום 3 סימפטומים, נעוץ בכך, שהרופא מעריך את החולה באופן אינטואיטיבי, ורואה את מכלול הגורמים המשפיעים על מצב החולה (בדומה ל-PCST), אך אינו מתייחס באופן פרטני לסבל מסוים שלו מסימפטום כזה או אחר. אפשר להבין, לפיכך, את הקשר הטוב הנמצא בין הערכת הרופאים ל-PCST. שני כלים אלו לוקחים בחשבון, במסגרת הערכת החולה, את מחלות הרקע שלו, מצבו התפקודי, חברתי, נפשי-רגשי, וכך נותנים הערכה המשקללת בתוכה את יכולת התמודדות החולה עם סבלו.

אומנם ה-PCST וקיום 3 סימפטומים נמצאו קשורים, מדד ההסכמה ביניהם היה נמוך ( $Kappa=0.182$ ). הסבר לכך יכול לנבוע מהעובדה, שה-PCST כולל הערכה של רקע החולה מבחינה רפואית, פסיכוסוציאלית ותפקודית, ולכן לוקח בחשבון את יכולת ההתמודדות של החולה עם סבלו. לעומתו, קיום סימפטומים הינו כלי המעריך סבל מסוים, אשר מאפשר מתן פיתרון נקודתי במהלך האשפוז, אך אינו לוקח בחשבון את יכולת ההתמודדות של החולה. לדוגמה, חולה עם תמיכה רגשית יכול לסבול ממספר סימפטומים ולהזדקק לטיפול פליאטיבי ע"פ כלי זה, לעומת זאת, ניקוד ה-PCST שלו יכול להיות נמוך יותר עקב התמיכה הרגשית בו, ולכן אולי לא יזדקק לטיפול פליאטיבי ע"פ כלי זה. לפיכך שני הכלים יזוהו את אוכלוסיית החולים הסובלים, אך כל אחד מהם יתייחס לקבוצת חולים שונה. הסבל הינו גורם חשוב, שבזכותו יש קורלציה בין שני כלים אלו, אך יש חשיבות לרקע החולה מבחינת יכולת התמודדותו מעבר לסבלו הגופני, ודבר זה בא לידי ביטוי ב-PCST. עם זאת, לא ניתן להמעיט בערכו של כלי המעריך את הסימפטומים של החולה, מאחר והוא מכוון את הרופאים לטיפול פרטני בסבל מסוים של החולה, במסגרת האשפוז.

לסיכום, רוב החולים המאושפזים במחלקות הפנימיות זקוקים לטיפול פליאטיבי. PCST הינו כלי סקר פשוט בעל יכולת טובה בזיהוי החולים עם צורך בטיפול. הערכת הרופאים מסייעת בזיהוי אותם חולים, ונמצאה ככלי ניבוי טוב. זיהוי כזה מחייב את הערכת סבלו וצרכיו של החולה ומשפחתו, ובהמשך דיון בתוך הצוות ועם המטופל ומשפחתו, על מטרות והעדפות להמשך הטיפול בתוך בית החולים ובקהילה.

## תקציר

**רקע:** טיפול פליאטיבי (תומך) נועד להקל על סבלם של חולים במחלות כרוניות מתקדמות ובני משפחותיהם, על מנת לשפר את איכות חייהם. הטיפול הפליאטיבי הינו רב תחומי ומתמקד בצרכיהם הרגשיים, הרוחניים והגשמיים של החולים והקרובים אליהם (5). הטיפול הרפואי בחולים עם מחלות כרוניות קשות מאופיין בהעדר מענה מספק לסימפטומים, עדיין קיים קושי בהגדרת הגורם מקבל ההחלטות לגבי הטיפול בחולה, בעיות בריאותיות ופסיכולוגיות בקרב המטפלים והעוזרים לחולה, ובעיות הקשורות באמצעים כלכליים בקרב המשפחה התומכת אינן זוכות להתייחסות יעילה (4,8-10). בעבודה זו הוערכו, סוג הסבל של חולים עם מחלות כרוניות מתקדמות, המאושפזים במחלקות הפנימיות, דרגת חומרתו, וכן הצורך בטיפול פליאטיבי.

**שיטות:** הסקר כלל 165 מאושפזים, ונערך ביום השני לאשפוז במחלקות הפנימיות של בית החולים הדסה עין-כרם באופן הבא: א. הנבדקים ענו, בעזרתה של סוקרת, על שאלון המבוסס על ה-PCST (Palliative Care Screening Tool) על מנת להעריך את מידת הסבל והמצוקה שלהם ואת מידת הצורך שלהם בטיפול תומך. ב. רופאי המחלקות נתבקשו להעריך את מידת הצורך בטיפול תומך של החולים שנסקרו. ג. כחודש לאחר אשפוזם, נערך סקר טלפוני בקרב 75 מכלל הנסקרים בכדי להעריך את מצבם הבריאותי ואת טיב הטיפול שקיבלו.

**תוצאות:** הגיל הממוצע של החולים היה  $66 \pm 19$ , סטיית תקן). אורך האשפוז הממוצע היה 7 ימים. רוב החולים התגוררו בביתם והיתה להם משפחה קרובה. ל-87% מהחולים היה על מי להסתמך בקבלת תמיכה רגשית. כמחצית הנשאלים דיווחו על קשיים כלכליים. 56% דיווחו על מצוקה גופנית ו-48% על מצוקה פסיכולוגית. כמחצית מהחולים או בני משפחותיהם חשו כי קיבלו מידע מספק לגבי המחלה. בכ-40% מהמקרים דיווחו הנשאלים או בני משפחותיהם על מעט מידי שיתוף בהחלטות הטיפוליות. מספר הסימפטומים הממוצע מהם סבלו הנשאלים היה  $7.5 \pm 3.6$ , סטיית תקן). בלטה שכיחותם של הסימפטומים הבאים: עייפות/חולשה-80%, כאב-66%, יובש בפה-66%, ירידה בפעילות-60%, קושי לישון-59%, קוצר נשימה-57%, דאגה/חרדה-

51%, חוסר תאבון-46%, שעול-43%, עצבנות-41%, עצירות-40%, תחושת עצבות/דיכאון-35%. 53% מהנשאלים סבלו משלושה סימפטומים ומעלה הדורשים טיפול. 57% מהנסקרים התאימו לטיפול פליאטיבי על פי PCST. הרופאים העריכו כי 49% מהחולים נזקקו לטיפול כזה. נמצא קשר בין הצורך לטיפול פליאטיבי כפי שנקבע ע"י ה-PCST והערכת הרופאים ( $P<0.001$ ), כמו כן נמצא קשר מובהק בין הצורך בטיפול פליאטיבי כפי שנקבע ע"י ה-PCST לבין הימצאותם של 3 סימפטומים ומעלה, עבורם מעוניין החולה לקבל טיפול ( $P=0.019$ ).

נמצא קשר בין ממצאי ה-PCST לבין מדדים סוציודמוגרפיים ורפואיים של החולים. לדוגמא: גיל, מצב משפחתי (אלמן, גרוש), קשיים כלכליים, אשפוז ממושך, אשפוזים חוזרים, כאב חזק או סבל רב, תסמיני מצוקה פסיכולוגית, אומדן תפקודי נמוך של החולה (ECOG).

הסקר הטלפוני לאחר השחרור העלה כי 55% מהחולים חוו שיפור במצבם ביחס לתקופת האשפוז, ל-76% עדיין נותרו סימפטומים, 92% חשו שהיה ניסיון משמעותי לטפל בסבלם במהלך האשפוז ואילו 76% מהחולים דיווחו שהאשפוז עזר להם. נמצא קשר בין הצורך בטיפול ע"פ ה-PCST לבין המצב הבריאותי של החולה לאחר שחרורו מאשפוז ( $P=0.025$ ) וקיום סימפטומים לאחר השחרור ( $P=0.008$ ).

במודל רגרסיה רב-משתני, נמצא כי להערכת הרופאים, המובהקות הסטטיסטית הבולטת ביותר לעומת ניקוד ה-PCST ( $P<0.001$ , OR 7.05).

**מסקנות:** רוב החולים עם מחלות כרוניות מתקדמות, המאושפזים במחלקות הפנימיות, זקוקים לטיפול פליאטיבי. PCST הינו כלי סקר נוח לשימוש המזהה היטב חולים עם צורך בטיפול. הערכת הרופאים באשר לצורך בטיפול פליאטיבי נמצאה ככלי ניבוי טוב בהשוואה ל-PCST, אך איתרה מספר נמוך יותר של חולים בהשוואה אליו. נראה, שיצירת גרסה אלקטרונית של PCST כחלק מהרשומה הרפואית של החולה, אשר תאפשר זמינות של הכלי ושימוש רוטיני בו, תביא לשיפור באיכות הטיפול.

# Abstract

Background: Palliative care is intended to ease chronic patient's suffering and help patients and families improve life quality. Palliative care is interdisciplinary, focusing on emotional, spiritual and physical needs of patients and their families (5). The overall treatment of severe chronic disease patients is characterized by inadequate symptom management, difficulties to decide on who should be responsible for treatment decision making, impairments in caregivers' physical and psychological health, and depletion of family resources (4,8-10). In this work we have estimated the scale and type of patient's suffering in the internal department setting and determination of their needs in receiving palliative care.

Methods: The survey included 165 inpatients on the second day of hospitalization in internal medicine wards at Hadassah Ein Kerem hospital and included: (a) Filling out the PCST (Palliative Care Screening Tool) based questionnaire with the help of a surveyor in order to assess patients' extent of suffering and distress and subsequent need for palliative care. (b) Simultaneously, a survey among ward physicians was held in order to assess the patients' need for palliative care. (c) A telephone survey was held among 75 study patients a month following their discharge in order to assess general well being and quality of care received.

Results: The average age of patients was 66 ( $\pm 19$  S.D.) while average stay was 7 days. Most patients lived at home and had a close family member. 87% of patients had an individual to rely on for emotional support. About half of the patients reported having financial difficulties. 56% reported having physical complaints while 48% of patients had psychological distress. About half of patients or families felt they received adequate information with respect to their illness while 40% of patients or family members felt they had an insufficient part in decision making. The average number of symptoms suffered was 7.5 ( $\pm 3.6$  S.D.) with the following prevalence: fatigue/weakness-80%, pain-66%, dry mouth-66%, decrease in activity-60%, difficulty sleeping-59%, shortness of breath-57%, worrying/anxious-51%, lack of appetite-46%, cough-43%, feeling irritable/nervous-41%, constipation-40%, feeling sad/depressed-35%.

53% of patients had at least 3 symptoms requiring treatment, 57% of surveyed patients needed palliative care according to the PCST while 49% of patients were eligible for palliative care according to evaluation by ward physicians. A statistically significant association was found between physician assessment for palliative care need and the PSCT score ( $P < 0.001$ ). An association was found between the PSCT score and the presence of at least three symptoms requiring treatment according to the patients ( $P = 0.019$ ).

The following sociodemographic and medical characteristics were associated with the need for palliative care according to the PCST: advanced age, family status (widowed, divorced), having financial difficulties, prolonged hospitalization, readmissions, the presence of agonizing pain or other

suffering, the presence of psychological distress, low performance status of the patient (ECOG).

On follow up calls 55% of interviewed patients reported improvement in symptoms relatively to their hospital stay. 76% of patients still reported the presence of symptoms. 92% of patients felt there was a meaningful attempt to treat their symptoms during their hospital stay, 76% of patients felt the treatment improved their suffering. A statistically significant association was found between the need for palliative care according to the PCST and patients' well being following discharge ( $P=0.025$ ) and the presence of symptoms ( $P=0.008$ ).

According to a multivariable logistic regression analysis, a highly significant association was found between ward physicians' evaluation for palliative care need and the PCST score ( $P<0.001$ , OR 7.05).

**Conclusions:** Most chronic illness patients admitted to internal wards require palliative care. PSCT is a good and simple assessment tool with the ability to detect the need for palliative care. Assessment for palliative care by ward physicians was found predictive with respect to the PSCT score but detected a lower number of patients in need. It seems that routine use of PSCT in the form of electronic charts as part of the medical file, could improve the quality of care.

1. Field MJ, Cassel CK, eds. Approaching death: improving care at the end of life. Washington, D.C.: National Academy Press, 1997.
2. Carter R: Cicely Saunders – Founder of the Hospice Movement: Selected Letters 1959-1999. J R Soc Med 2003; 96(3): 149-151.
3. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, et al: What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. CMAJ 2006; 174(5): 1-9.
4. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Alpert H, Baldwin D, Emanuel LL: Assistance from family members, friends, paid care givers, and volunteers in the care of terminally ill patients. N Engl J Med 1999; 341: 956-963.
5. Morrison RS, Meier DE: Clinical practice: Palliative Care. N Engl J Med 2004; 350: 2582-2590.
6. Emanuel L: Relief of Suffering is the Business of Every Discipline. Arch Intern Med 2006; 166: 149-150.
7. Ventafridda V: According to the 2002 WHO Definition of Palliative Care... Palliative Medicine 2006; 20: 159.
8. The SUPPORT Principal Investigators: A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcome and Risks of Treatments (SUPPORT). JAMA 1995; 274: 1591-1598.
9. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL: Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness: The Experience of Patients and Their Caregivers. Ann Intern Med 2000; 132: 451-459.
10. Covinsky KE, Goldman L, Cook EF, et al: The impact of serious illness on patients' families. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. JAMA 1994; 272: 1839-1844.

11. Christakis NA, Escarce JJ: Survival of Medicare patients after enrollment in hospice programs. *N Engl J Med* 1996; 335:172-8.
12. Sullivan AM, Lakoma MD, Block SD. The Status of Medical Education in End-of-life Care: a National Report. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 685-695.
13. Hallenbeck J: Palliative Care in the Final Days of Life "They Were Expecting it at Any Time". *JAMA* 2005; 293: 2265-2271.
14. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA: Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000; 284: 2476-2482.
15. Singer PA, Martin DK, Kelner M: Quality end-of-life care: patients' perspectives. *JAMA* 1999; 281: 163-168.
16. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al: Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA* 1998; 279: 1877-1882.
17. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS, Thaler HT: The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF) Validity and Reliability. *Cancer* 2000; 89: 1162-1171.
18. Bookbinder M, Coyle N, Kiss M, et al: Implementing national standards for cancer pain management: program model and evaluation. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12: 334-347.
19. Manfredi PL, Morrison RS, Morris J, Goldhirsch SL, Carter JM, Meier DE: Palliative care consultations: how do they impact the care of hospitalized patients? *J Pain Symptom Manage* 2000; 20: 166-173.
20. Tulsky JA: Doctor-patient communication. In: Morrison RS, Meier DE, eds. *Geriatric palliative care*. New York: Oxford University Press, 2003; p. 314-331.
21. Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ: What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ* 2004; 328 (7452): 1343.
22. Pierce SF: Improving end-of-life care: gathering suggestions from family members. *Nurs Forum* 1999; 34: 5-14.

23. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W: Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361: 1603-1607.
24. Stroebe MS, Stroebe W: The mortality of bereavement: a review. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, eds. *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1993; p. 175-195.
25. Snyder L, Leffler C: Ethics Manual – Fifth Edition. *Ann Intern Med* 2005; 142: 560-582.
26. Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J: Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med* 1999; 159: 1803-1806.
27. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B: A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 1996; 276: 1725-1731.
28. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, et al: A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *Gerontologist* 1995; 35: 792-802.
29. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI: Emotional Support and Survival after Myocardial Infarction: A Prospective, Population-based Study of the Elderly. *Ann Intern Med* 1992; 117: 1003-1009.
30. Meier DE, Spragens LH, Sutton S: *A Guide To Building A Hospital-Based Palliative Care Program*. Center to Advance Palliative Care & Mount Sinai School of Medicine, New York NY 2004.
31. Weissman DE: Decision Making at a Time of Crisis Near the End of Life. *JAMA* 2004; 292: 1738-1743.
32. Tulsky JA: Beyond Advance Directives – Importance of Communication Skills at the End of Life. *JAMA* 2005; 294: 359-365.

## נספח א'

### בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים

תאריך: \_\_\_\_\_

#### שאלון - הצורך בטיפול פליאטיבי

שלום, שמי \_\_\_\_\_, ואני עורכת סקר מטעם מרכז האיכות של בי"ח הדסה. אנו מתעניינים בשיפור איכות הטיפול התומך במחלקות האשפוז. לשם כך אנו מנסים להבין את צרכי המאושפזים ומידת הסבל שלהם מבעיות שונות.

נודה לך אם תעזור/תעזרי לנו במילוי השאלון הבא

#### 1. האם יש לך כאב חזק או סבל אחר אשר גרם לך למצוקה ונמשך מעל 24 שעות?

כן      לא

אם כן, פרט סוג: \_\_\_\_\_

#### 2. האם יש לך בעיות קשות הנוגעות למצבך המשפחתי-חברתי כגון:

א. מתוך היכרותך את עצמך והתמודדותך בעבר עם מצבי דחק ומתח, האם בתקופה האחרונה מופיעים או מתגברים תסמיני מתח, חרדה ודחק שמעידים על מצוקה נפשית?

כן      לא

ב. האם יש אדם עליו תוכל/י לסמוך שיספק לך תמיכה רגשית (לדבר על בעיות ולעזור לך לקבל החלטה קשה)?

כן      לא      אם כן, מיהו אותו אדם: \_\_\_\_\_

#### 3. האם הייתה לך במהלך החדש האחרון עוד פניה לבית החולים עם תלונה זזה?

לא      כן, למיון      כן, לאשפוז במחלקה

**יש לסמן בטבלה בהתאם למצב:**

	האם קיים סימן המחלה בשבוע האחרון?		האם את/ה מעוניין/ת לקבל טיפול עבורו?	
	כן	לא	כן	לא
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18	אחר – פרט			
	_____			
	_____			

**אם החולה אינו/אינה מסוגלת לענות יש לשאול את המשפחה או מטפל נלווה:**

1. האם יש סבל שאת/ה חושב/ת שהחולה סובל/ת ממנו? לא כן, סוג הסבל הוא:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. האם את/ה מתרשם/מת שהחולה זקוק/ה לטיפול עבור סבל זה? לא כן, הסבל דורש טיפול:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**יש לסמן בטבלה את התשובה המתאימה ביותר למצב:**

	כלל לא	במידה מועטה	במידת בינונית	במידה רבה
1				
2				
<b>אם החולה אינו/אינה מסוגלת לענות ו/או נוכח בן/בת משפחה יש לשאול:</b>				
3				
4				

קריטריונים: יש להתייחס ולנקד את הקריטריונים הבאים לקבלת אומדן לטיפול תומך:

<b>ניקוד</b> 2 נקודות לכל סעיף	<b>1. מחלות עיקריות:</b>	
	א. סרטן (מפושט / חוזר).	ד. מחלת כליות סופנית.
	ב. מחלת ריאות מתקדמת (COPD).	ה. מחלת לב מתקדמת (CHF, severe CAD, CM (LVEF <25%)).
ג. שבץ מוחי עם ירידה תפקודית של לפחות 50%.		ו. מחלות מקצרות-חיים אחרות.

<b>ניקוד</b> 1 נקודה בסה"כ	<b>2. מחלות נלוות:</b>	
	א. מחלת כבד.	ד. אי-ספיקת לב בינונית.
	ב. מחלת כליות בינונית.	ה. מצבים נוספים המקשים על הטיפול.
ג. מחלת ריאות (COPD) בינונית.		

**3. אומדן תפקוד החולה**  
**ניקוד**  
(כמפורט להלן)

מצב	טווח	ציון/ניקוד
0	פעילות מלאה. מסוגלת לבצע את כל פעילויות היום יום ללא כל מגבלות.	0
1	הגבלה בפעילות מאומצת אך ניידת ומסוגלת לבצע עבודה פיזית קלה. לדוגמא: עבודת בית קלה, עבודה משרדית.	0
2	עצמאי בניידות, מסוגל לטפל בעצמו אך אינו מסוגל לכל עבודה. קם ונייד ביותר מ 50% משעות היום.	1
3	מסוגל לטפל בעצמו חלקית בלבד. מרותק למיטה או לכיסא יותר מאשר 50% משעות היום.	2
4	מוגבל לחלוטין. אינו מסוגל כלל לטפל בעצמו. מרותק לחלוטין למיטה או לכיסא.	3

<b>ניקוד</b> (נקודה אחת (1) לכל סעיף)	<b>4. קריטריונים נוספים</b>	
	• צוות/חולה/משפחה זקוקים לעזרה בקבלה של החלטות מורכבות והגדרת מטרות טיפול.	
	• לחולה רמת כאב בלתי נסבלת או תסמיני אי-נוחות < 24 שעות ביממה.	
	• לחולה סוגיות פסיכוסוציאליות / רוחניות בלתי פתורות.	
	• לחולה ביקורים חוזרים בחדר-מיון. (יותר מפעם בחודש בשל מחלה עיקרית).	
	• אשפוזים חוזרים (יותר מאשפוז אחד בחודש) בשל אותה אבחנה.	
	• אשפוז בביה"ח (< מ – 5 ימים) ללא עדות לשיפור במצבו.	
	• שהות ממושכת ביחידה לטיפול נמרץ / ICU / או יחידת ביניים ללא עדות לשיפור במצבו.	
	• החולה שוהה בסביבת טיפול נמרץ ICU setting עם פרוגנוזה מתועדת שאינה צופה שיפור.	
	<b>סה"כ נקודות כללי</b>	

הנחיות ניקוד:  
 סה"כ נקודות 2 = אין צורך בהתערבות.  
 סה"כ נקודות 3 = המשך מעקב.  
 סה"כ נקודות 4 = יש לשקול ייעוץ פליאטיבי – (דרושה פקודת רופא).

**נתונים דמוגרפים ופרטי אשפוז:**

הדבק כאן מדבקת אשפוז / חולה

טלפון 2: \_\_\_\_\_

איש קשר: \_\_\_\_\_: טלפון: \_\_\_\_\_ סולארי: \_\_\_\_\_

סיבת אשפוז נוכחי: \_\_\_\_\_

מגורים: \_\_\_\_\_ מספר חדרים: \_\_\_\_\_ מספר נפשות: \_\_\_\_\_ מטפל עקרי: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: רווק נשוי גרוש אלמן

משפחה קרובה: \_\_\_\_\_

השכלה: יסודית תיכונית על תיכונית-תעודה על תיכונית-תואר

האם יש לך קשיים כלכליים? קשים בינוניים אין

מקורות הכנסה: \_\_\_\_\_

תאריך שחרור: \_\_\_\_\_ מספר ימי אשפוז נוכחי: \_\_\_\_\_

האם יש לך משהו אחר שמצייק לך שלא חשבנו עליו?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## נספח ב'

### בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים

תאריך: \_\_\_\_\_

#### שאלון לרופאי הבית

שלום, שמי רינת שטרן, סטודנטית לרפואה, ואני עורכת סקר מטעם מרכז האיכות של בי"ח הדסה. אנו מתעניינים בשיפור איכות הטיפול התומך במחלקות האשפוז. לשם כך אנו מנסים להבין את צרכי המאושפזים ומידת הסבל שלהם מבעיות שונות.

אודה לכם אם תוכלו לענות על השאלון הבא.

לאחרונה יש ניסיון לפתח שרות פליאטיבי לחולים המאושפזים במחלקות הפנימיות בבית החולים.

מי מהחולים המאושפזים במחלקה עלול לדעתכם ליהנות מטיפול פליאטיבי?

שם החולה		הצורך בטיפול פליאטיבי	
		כן	לא
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			



# נספח ד'

## PALLIATIVE CARE SCREENING TOOL

*Source: Adapted from Palliative Care Center of the Bluegrass, Lexington, Kentucky*

<b>Criteria—Please consider the following criteria when determining the palliative care score of this patient</b>																									
<b>1. Basic disease process</b> a. Cancer (Metastatic/Recurrent) b. Advanced COPD c. Stroke (with decreased function by at least 50%)	d. End stage renal disease e. Advanced cardiac disease—i.e., CHF, severe CAD, CM (LVEF<25%) f. Other life-limiting illness	<b>SCORING</b> SCORE 2 POINTS EACH																							
<b>2. Concomitant disease processes</b> a. Liver disease b. Moderate renal disease c. Moderate COPD	d. Moderate congestive heart failure e. Other condition complicating care	SCORE 1 POINT OVERALL																							
<b>3. Functional status of patient</b> Using ECOG Performance Status (Eastern Cooperative Oncology Group)		SCORE AS SPECIFIED BELOW																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 10%;">ECOG</th> <th style="text-align: left; width: 10%;">Grade</th> <th style="text-align: left; width: 80%;">Scale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td> <td>Fully Active, able to carry on all pre-disease activities without restriction</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td>Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light housework, office work</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td>Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities, up and about more than 50% of waking hours</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td>Capable of only limited self-care; confined to bed or chair more than 50% of waking hours</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> <td>Completely disabled, cannot carry on any self-care, totally confined to bed or chair</td> </tr> </tbody> </table>	ECOG	Grade	Scale	0		Fully Active, able to carry on all pre-disease activities without restriction	1		Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light housework, office work	2		Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities, up and about more than 50% of waking hours	3		Capable of only limited self-care; confined to bed or chair more than 50% of waking hours	4		Completely disabled, cannot carry on any self-care, totally confined to bed or chair		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">SCORE 0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SCORE 0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SCORE 1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SCORE 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SCORE 3</td> </tr> </tbody> </table>	SCORE 0	SCORE 0	SCORE 1	SCORE 2	SCORE 3
ECOG	Grade	Scale																							
0		Fully Active, able to carry on all pre-disease activities without restriction																							
1		Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light housework, office work																							
2		Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities, up and about more than 50% of waking hours																							
3		Capable of only limited self-care; confined to bed or chair more than 50% of waking hours																							
4		Completely disabled, cannot carry on any self-care, totally confined to bed or chair																							
SCORE 0																									
SCORE 0																									
SCORE 1																									
SCORE 2																									
SCORE 3																									
<b>4. Other criteria to consider in screening</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Team/patient/family needs help with complex decision-making and determination of goals of care</li> <li>• Patient has unacceptable level of pain or other symptom distress &gt; 24 hours</li> <li>• Patient has uncontrolled psychosocial or spiritual issues</li> <li>• Patient has frequent visits to emergency department (&gt;1 x mo for same diagnosis)</li> <li>• Patient has more than one hospital admission for the same diagnosis in last 30 days</li> <li>• Patient has prolonged length of stay (&gt; five days) without evidence of progress</li> <li>• Patient has prolonged stay in ICU and/or transferred from ICU to ICU setting without evidence of progress</li> <li>• Patient is in an ICU setting with documented poor prognosis</li> </ul>		SCORE 1 PT EACH _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																							
<b>TOTAL SCORE</b>		_____																							
<b>SCORING GUIDELINES:</b> TOTAL SCORE = 2 No intervention needed TOTAL SCORE = 3 Observation only TOTAL SCORE = 4 Consider Palliative Care Consult (requires physician order)																									

## נספח ה'

לכבוד

תאריך: \_\_\_\_\_

ד"ר \_\_\_\_\_

מחלקת פנימית \_\_\_\_\_

בית החולים הדסה עין-כרם

### הנדון: הערכת צורך החולים בטיפול פליאטיבי

לאחרונה מתגבשת תוכנית לייעוץ וטיפול פליאטיבי בחולים המאושפזים באגף הפנימי בבית החולים הדסה עין-כרם. בימים אלו נאספים נתונים מהשטח להעריך צורך חולים בטיפול זה.

צוות, הכולל אחיות, עובדת-סוציאלית וסטודנטית לרפואה, עורך סקר חולים באמצעות שאלונים במחלקות הפנימיות של בית החולים. סקר זה יעריך את מידת הסבל של החולים ואת צרכיהם בטיפול פליאטיבי.

הסטודנטית המעורבת בסקר זה, רינת שטרן, תפנה אל רופאי הבית של המחלקות בכדי שיעריכו את מידת הצורך של החולים הנסקרים בייעוץ וטיפול פליאטיבי.

רצ"ב מאמר שהתפרסם באחרונה והסוקר נושא זה לעיונכם.

אנו מודים לכם מראש על שיתוף פעולה בסקר זה.

בברכה,

פרופ' מאיר ברזיס  
פרופ' אריה בן-יהודה  
פרופ' גדעון פרידמן  
הועדה המוסדית לטיפול תומך

## נספח ו'

**טבלה: מספר (אחוז) החולים הסובלים מכל סימפטום ומספר (אחוז) החולים המעוניינים בטיפול עבור הסימפטום ממנו הם סובלים:**

		האם את/ה מעוניין/ת לקבל טיפול עבורו ?			האם קיים הסימפטום בשבוע האחרון ?				
		לא	כן	n	לא	כן	n		
1	עייפות/חולשה/תשישות	41 (33%)	82 (67%)	123	33 (20%)	129 (80%)	162		
2	חסר תאבון	33 (48%)	35 (52%)	68	87 (54%)	74 (46%)	161		
3	עצירות	25 (42%)	34 (58%)	59	97 (60%)	65 (40%)	162		
4	שלשול	16 (53%)	14 (47%)	30	131 (81%)	30 (19%)	161		
5	בחילה/הקאה	28 (58%)	20 (42%)	48	110 (69%)	50 (31%)	160		
6	יובש בפה	45 (45%)	54 (55%)	99	55 (34%)	105 (66%)	160		
7	גרד	13 (43%)	17 (57%)	30	128 (80%)	32 (20%)	160		
8	כאב	44 (44%)	56 (56%)	100	55 (34%)	107 (66%)	162		
9	קצר נשימה	33 (39%)	51 (61%)	84	70 (43%)	93 (57%)	163		
10	שיעול	31 (49%)	32 (51%)	63	93 (57%)	69 (43%)	162		
11	קשי לישון	44 (51%)	43 (49%)	87	66 (41%)	94 (59%)	160		
12	ירידה בפעילות	39 (43%)	51 (57%)	90	65 (41%)	95 (59%)	160		
13	עצבנות	35 (57%)	26 (43%)	61	93 (59%)	65 (41%)	158		
14	דאגה/חרדה	41 (55%)	34 (45%)	75	76 (49%)	80 (51%)	156		
15	תחושת עצבות/דיכאון	26 (49%)	27 (51%)	53	103 (65%)	56 (35%)	159		
16	תחושת בדידות	22 (51%)	21 (49%)	43	112 (72%)	44 (28%)	156		
17	חסר התמצאות/בלבול	16 (57%)	12 (43%)	28	112 (77%)	34 (23%)	146		
18	אחר	5 (29%)	12 (71%)	17	146 (89%)	18 (11%)	164		

## נספח ז'

טבלה א': התפלגות מספר (אחוז) החולים הדורשים טיפול פליאטיבי לפי ה-PCST ולפי קיום 3

סימפטומים לפחות הדורשים טיפול:

לפי ה-PCST			הצורך בטיפול פליאטיבי	
סה"כ	כן	לא		
78 47%	37 22%	41 25%	לא	לפי קיום 3 סימפטומים
87 53%	57 35%	30 18%	כן	
165 100%	94 57%	71 43%	סה"כ	

P=0.019

טבלה ב': התפלגות מספר (אחוז) החולים הדורשים טיפול פליאטיבי לפי הערכת הרופאים ולפי

קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול:

לפי הערכת הרופאים			הצורך בטיפול פליאטיבי	
סה"כ	כן	לא		
74 46%	35 22%	39 24%	לא	לפי קיום 3 סימפטומים
86 54%	44 28%	42 26%	כן	
160 100%	79 50%	81 50%	סה"כ	

P=0.626

## נספח ח'

### הקשר בין הערכת הרופאים למשתנים סוציודמוגרפיים ורפואיים

המאפיינים הסוציודמוגרפיים והרפואיים אשר נמצאו קשורים באופן מובהק לצורך בטיפול פליאטיבי לפי הערכת הרופאים הינם :

1. גיל החולה : הגיל הממוצע של החולים אשר הרופאים העריכו אותם כזקוקים לטיפול היה 71.7 (סטית תקן 14.7) לעומת גיל החולים שלא הוערכו כזקוקים לטיפול ע"י הרופאים 60.7 (סטית תקן 21) ( $P < 0.001$ ).
2. מצב משפחתי : רוב הגרושים והאלמנים היו זקוקים לטיפול פליאטיבי ע"פ הרופאים (78% ו- 70% בהתאמה) לעומת הרווקים והנשואים (25% ו- 41% בהתאמה) ( $P = 0.001$ ).
3. רמת השכלה : ככל שרמת ההשכלה הייתה נמוכה יותר הרופאים העריכו את החולה כזקוק לטיפול (64% מבין חסרי ההשכלה ו- 71% מבין החולים בעלי השכלה יסודית נזקקו לטיפול ע"פ הרופאים) לעומת בעלי ההשכלה התיכונית ומעלה אותם נטו הרופאים להעריך כפחות זקוקים לטיפול (41% מבעלי השכלה תיכונית, 45% מבעלי השכלה על-תיכונית ו- 34% מבעלי תואר אקדמאי נזקקו לטיפול ע"פ הרופאים) ( $P = 0.019$ ).
4. אורך האשפוז : יש הבדל מובהק בין משך האשפוז בקרב החולים שהיו זקוקים לטיפול ע"פ הרופאים (8.3 ימים בממוצע, סטית תקן 8.2) לעומת משכו בקרב אלו שלא היו זקוקים לטיפול (5.8 ימים בממוצע, סטית תקן 4.2) ( $P = 0.019$ ).
5. אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות מהשחרור : ע"פ הרופאים 68% מהחולים אשר התאשפזו פעם נוספת תוך 6-10 שבועות משחרורם היו זקוקים לטיפול פליאטיבי, לעומת 42% מהחולים אשר לא התאשפזו פעם נוספת בתקופה זו ( $P = 0.003$ ).
6. פנייה נוספת לבי"ח בחודש הקודם עם תלונה זהה : רוב החולים אשר פנו למיון או התאשפזו בחודש הקודם עקב תלונה זהה היו זקוקים לטיפול פליאטיבי ע"פ הרופאים (88% ו- 61% בהתאמה) לעומת החולים אשר לא פנו לבי"ח (42%) ( $P = 0.013$ ).

7. אומדן תפקוד החולה (ECOG): 28% מהחולים אשר הינם עצמאיים ופעילים לחלוטין היו זקוקים לטיפול ע"פ הרופאים לעומת 69% מהחולים אשר הינם עצמאיים חלקית, 93% מהחולים אשר הינם סיעודיים חלקית ו-82% מהחולים אשר הינם סיעודיים לחלוטין ( $P < 0.001$ ).

לתחושת משפחת החולה לגבי קבלת מידע רפואי מהצוות המטפל לגבי המחלה היה קשר לא מובהק להערכת הצורך בטיפול ע"פ הרופאים אך בכיוון הלא צפוי – רוב החולים שהיו צריכים טיפול לפי הערכת הרופאים היו דווקא חולים אשר בני-משפחותיהם הרגישו שקיבלו מידע במידה רבה או בינונית ( $P = 0.097$ ). כמו כן, למדד צפיפות המגורים (מספר הנפשות לחדר) היה קשר לא מובהק להערכת הרופאים בצורך בטיפול וגם במקרה זה הכיוון היה לא צפוי – ממוצע צפיפות המגורים בקרב אלו הזקוקים לטיפול ע"פ הרופאים היה נמוך יותר מאלו הלא זקוקים לטיפול ( $P = 0.062$ ).

בין המשתתפים אשר לא נמצאו קשורים לצורך בטיפול פליאטיבי לפי הרופאים נכללים: מין החולה, קיום משפחה קרובה, קשיים כלכליים, מקורות הכנסה, המחלקה בה התאשפו (פנימית, א', ב' או ג'), כאב או סבל שגרם למצוקה, קיום תסמיני מצוקה פסיכולוגית, קיום תמיכה רגשית, מידת תחושת החולה לגבי קבלת מידע רפואי ומעורבות בהחלטות הטיפוליות ומידת תחושת משפחת החולה לגבי מעורבות בהחלטות הטיפוליות.

### **הקשר בין קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול למשתתפים סוציודמוגרפיים ורפואיים**

המאפיינים הסוציודמוגרפיים והרפואיים אשר נמצאו קשורים באופן מובהק לצורך בטיפול פליאטיבי לפי קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול הינם:

1. קיום כאב חזק או סבל אחר אשר גרם לחולה למצוקה ונמשך מעל 24 שעות: 64% מהחולים שהתלוננו על כאב או סבל אחר שגרם להם למצוקה היו זקוקים לטיפול פליאטיבי ע"פ קיום לפחות 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול לעומת 40% מהחולים אשר לא התלוננו על כאב או סבל אחר ( $P = 0.003$ ).
2. קיום תמיכה רגשית: 80% מהחולים אשר לא הייתה להם תמיכה רגשית היו זקוקים לטיפול ע"פ קיום 3 סימפטומים לעומת 51% מהחולים אשר הייתה להם תמיכה כזו ( $P = 0.015$ ).

3. פנייה נוספת לבייח בחודש הקודם עם תלונה זהה : רוב החולים אשר פנו למיון או התאשפזו בחודש הקודם עקב תלונה זהה היו זקוקים לטיפול פליאטיבי ע"פ קיום 3 סימפטומים (88% ו- 68% בהתאמה) לעומת החולים אשר לא פנו לבייח (47%)  
(P=0.013).

4. אומדן תפקוד החולה (ECOG) : 47% מהחולים אשר הינם עצמאיים ופעילים לחלוטין היו זקוקים לטיפול ע"פ קיום 3 סימפטומים לעומת 74% מהחולים אשר הינם עצמאיים חלקית ו- 71% מהחולים אשר הינם סיעודיים חלקית. באופן מפתיע רק 43% מהחולים אשר הינם סיעודיים לחלוטין היו זקוקים לטיפול ע"פ קיום 3 סימפטומים (P=0.025).  
למצב המשפחתי של החולה היה קשר לא מובהק לצורך בטיפול פליאטיבי ע"פ קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול (P=0.101).

בין המשתנים אשר לא נמצאו קשורים לצורך בטיפול פליאטיבי ע"פ קיום 3 סימפטומים לפחות הדורשים טיפול נכללים : גיל החולה, מין החולה, רמת השכלה, צפיפות מגורים, קיום משפחה קרובה, קשיים כלכליים, מקורות הכנסה, אורך האשפוז, אשפוזים חוזרים תוך 6-10 שבועות מהשחרור, המחלקה בה התאשפז (פנימית א', ב' או ג'), קיום תסמיני מצוקה פסיכולוגית ומידת תחושת החולה ומשפחתו לגבי קבלת מידע רפואי ומעורבות בהחלטות הטיפוליות.

## נספח ט'

סימן ה': מתן טיפול מקל

23. (א) על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה כל שניתן כדי להקל על כאבו וסבלו של חולה הנוטה למות, אף אם הדבר כרוך בסיכון סביר של חייו של החולה, לרבות באמצעות תרופות, משככי כאבים או באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל, ובכפוף לרצון החולה הנוטה למות, בהתאם להוראות חוק זה ובהתאם להוראות חוק זכויות החולה.

(ב) על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה, במידת האפשר, כל שניתן כדי להקל על בני משפחתו של חולה הנוטה למות ולדאוג לרווחתם בעת שהותו של החולה במוסד הרפואי, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול סוציאלי וטיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל.