

למה המדינה מקשה עלינו למות בכבוד?

בסוף החיים, נדרשת מיומנות אחרת לסעוד חולים ומשפחות לקראת פרידה ואובדן, אך זו נעדרת בתוך מערכת עמוסה, טכנולוגית וממוקדת רווחים ■ הכשרת צוות דורשת שינוי פרדיגמטי והסימולציה נמצאה יעילה, אבל היא דורשת משאבים ■ מאיפה יבוא המימון?

מאיר ברזיס / 20.10.2015



הוספיס תל השומר צילום: עופר וקנין

טיפול בכבוד בסוף החיים הוא אתגר, כפי שעולה מסקר של מגזין "אקונומיסט" וממסמך [Dying in America](#) של מכון הרפואה בארה"ב, שפורסמו באחרונה. לרוב, חולים מתים בסביבת אשפוז מנוכרת, תוך סבל רב ועודף טיפול פולשני, עם עלויות המגיעות בשנה האחרונה לחיים לכדי רבע מכל תקציב הבריאות.

בישראל דרוש מערך לטיפול פליאטיבי, המקל על סבל כמו כאב, קוצר נשימה וחרדה, וכן תמיכה נפשית, חברתית ורוחנית לחולה ולמשפחתו. חשוב שזה יהיה שירות באיכות גבוהה ובזמינות בכל מקום, 24 שעות ביממה ושבעה ימים בשבוע, עם הכשרת צוותים לטיפול תומך במוסדות אשפוז ובקהילה.

אם כן, מדוע אין מערך כזה בישראל? משום שאין תקציב להפעלה ולהטמעה של שירות כזה, אף שהשירות פשוטות ומוכרות, ואף שלפי מחקרים רבים, הגישה חוסכת משאבים בהקטנת אשפוזים, בדיקות יקרות וטיפולים פולשניים מיותרים. נוסף על כך, מחקרים הראו שטיפול זה אף הביא להארכת חיים בארבעה עד שישה חודשים יותר [מטיפולים שהוכנסו לסל הבריאות](#). איך נוצר מצב שטיפול יעיל להקלת סבל, החוסך כסף ואף מאריך חיים, אינו מיושם דיו?

סיבה אחת היא הכשרת רופאים לאבחון ולרפא, אך לא להקל על סבל כשריפוי אינו מושג. תובנה זו עולה מסדנאות שנערכו עבור כ-1,000 רופאים ואחיות במרכז לסימולציה רפואית. לרופאים מיומנות קוגניטיבית גבוהה לאבחון ולטיפול. בסוף החיים, נדרשת מיומנות אחרת לסעוד חולים ומשפחות לקראת פרידה ואובדן. נחוצה אז תקשורת רגשית, עם מבט בגובה העיניים, הקשבה ונוכחות. הכשרת צוות לטיפול בקץ החיים דורשת שינוי פרדיגמטי. הסימולציה נמצאה יעילה, אבל היא דורשת משאבים. מאיפה יבוא מימון להכשרה זו ?



מטפלת סועדת אישה מבוגרת צילום: אלון רון

סיבה נוספת למחסור בטיפול פליאטיבי היא המנגנון של עדכון סל הבריאות להכנסת טכנולוגיות חדשות. אף שהוא מועיל וחסר, טיפול מקל לא יגיע לדיוני הסל, כי הוא אינו טכנולוגיה חדשה ואין הקצאת משאבים להטמעת גישה טיפולית שיעילותה הוכחה מזמן, אבל אינה מיושמת.

כך מובנת הטיה להעדפת טכנולוגיה חדשה - לרוב לפני שהתבהרו תועלתה וסיכונה באופן בלתי תלוי מהתעשייה המציעה אותה; וכך נזנחת הטמעה של גישות ראויות, כמו ייעוץ לשיפור אורחות חיים מזיקות, שהן תורם מרכזי לתחלואה בעולם המודרני; כמו שיתוף המטופל בהחלטה על הטיפול בו, תוך הסבר, הקשבה וכבוד להעדפותיו; וכמו טיפול פליאטיבי.

מאיפה יגיע מימון להכשרה ולהפעלת טיפול פליאטיבי? כיום, התגמול לשירותי רפואה הוא עבור מספרם - אשפוזים, בדיקות, ביקורי מרפאה, פרוצדורות, ניתוחים - ולא עבור ערכם. תגמול זה מתמרץ עשייה טכנולוגית חסרת נוכחות אנושית, שיקול דעת והתייעצות. יש לעבור לתגמול עבור ערכו של טיפול על פי מדדים שיש לבנותם בצורה מושכלת, ולהקצות משאבים להטמעת גישות טיפוליות ראויות.

קץ החיים הוא הזדמנות להחזיר אנושיות וכבוד בקשר מטפל-מטופל, ההולכים לאיבוד במערכת עמוסה, טכנולוגית וממוחשבת, וממוקדת רווחים או הישרדות כלכלית.

קץ החיים הוא גם הזדמנות לשיח משמעותי על ערכים עם האדם הנוטה למות, עם הקרובים הנפרדים ממנו, ועם מטפלים שלא למדו לפגוש סופיות והמספקים טיפולים חסרי תוחלת במקום נוכחות, הקשבה וכבוד. אלה ירויחו מתנה — למנוע שחיקה, כפי שכתב אטול גאואאנדה - כירורג, סופר ופרופסור מאוניברסיטת הרווארד - בספרו החדש Being Mortal :

"מעולם לא ציפיתי שההתנסויות המשמעותיות ביותר כרופא- ובאמת כאדם- יבואו מלעזור לאחרים במה שהרפואה אינה יכולה לעזור באותה מידה".

הכותב הוא פרופסור בפקולטה לרפואה ובית הספר לבריאות הציבור הדסה והאוניברסיטה העברית- וחבר בוועדת משרד הבריאות לבחינת חוק החולה הנוטה למות