

עקרונות ודילמות אתיות בסוף החיים בגיל המבוגר

אפרים יאול

מנהל המחלקה הגריאטרית לסייעוד מורכב, בית-החולים שרה הרצוג מסונף לבית-הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית ו"הדסה", ירושלים

הטיפול באדם המבוגר מציב בפנינו בעיות אתיות מרובות. זאת היות שכיום החולים מאריכים ימים, חיים שנים רבות עם מחלותיהם הכרוניות, ורבים שוהים בשנותיהם האחרונות במסגרות אשפוז ממושך.

בשנים האחרונות מתחולל שינוי, המתבטא בכך שהמטופל עומד במרכז והוא זה שמחליט, בעוד שהמטפל נדחק הצידה. האוטונומיה של המטופל גברה אם כן על הפטרנליזם של המטפל. עם זאת, שינוי זה מחלחל לאט. לפיכך הדילמה הרפואית-אתית מתעצמת בגיל המבוגר, שבו האדם תלתי במטפל, חלש ולעיתים לא צלול בסוף חייו, ורוב ההחלטות מתקבלות על-ידי אחרים במצבי לחץ שדורשים החלטות מיידיות.

רבות מההחלטות המתקבלות בגיל המבוגר, אינן מתחשבות בחולה מבחינה רגשית וערכית ואינן מכבדות את רצונותיו והעדפותיו. כך למשל, הימנעות מטיפול פולשני בחולה הסופני צריכה להינקט תוך הדגשת הטיפול התומך שנועד למנוע כאב, סבל ואי-נוחות. ליווי החולה והמשפחה בתהליך הגסיסה ואי-נטישת החולה לפני מותו הם חובתו של המטפל, שכן המוות הוא טבעי ואינו בהכרח כישלון רפואי.

בעיה נוספת היא שהחולים ומשפחותיהם אינם מוכנים להתמודד עם דילמות אתיות ורואים בהם טאבו. כתוצאה מכך, רבות מהדילמות נשארות בלתי פתורות בסוף החיים.

המאמר הנוכחי דן, מנקודת מבט גריאטרית, במושגים באתיקה הרפואית שמתייחסים לחולה בסוף ימיו, כגון: עיקרון האוטונומיה, כשירות רפואית (קומפטנטיות), הסכמה מדעת והנחיות מוקדמות. בנוסף לכך המאמר עוסק בדילמות אתיות יומיומיות המתרחשות במסגרות לאשפוז ממושך (LTC – Long Term Care) וקשורות למטופלים שרובם תלתיים ובעלי תפקוד גופני וקוגניטיבי ירוד. הדילמות הן: מתן הזנה דרך צנרת לקיבה, ביצוע קשירות והגבלת המטופלים, העברה לבית-חולים, טיפול תומך בחודשי החיים האחרונים ושמירה על זכויות החולים.

עקרונות האתיקה

שלושת הקודקודים במשולש הנצחי של כל הזמנים – חולה (מטופל), מחלה ורופא (מטפל) – עוברים בשנים האחרונות טלטלה עזה. המטוטלת שבמשך עשרות שנים נטתה להתמקד במטפל (רופא) שבידיו כל המידע הרפואי והוא זה שיודע מה טוב למטופל,

שינתה כיוון בשנים האחרונות וכעת מתמקדת בחולה. למטפלים – רופאים, אחיות ומטפלים מקצועיים אחרים – לא קל להשלים עם המצב החדש, שבו החולה נמצא במרכז ועל פיו ישק דבר. האוטונומיה של המטופל ניצחה את הפטרנליזם של המטפל והפכה לקודש הקודשים, בעוד שהפטרנליזם הפך למוקצה.

אין ספק שהתהליך הוא נכון ביסודו ועל האוטונומיה לדחוק את הפטרנליזם. יחד עם זאת, אם טובת החולה עומדת לנגד עינינו, יש להיזהר מהכללות ולשמור על מידתיות, איזון ומינון נכון כדי למצוא את שביל הזהב.

הטיפול באדם המבוגר מציב בפנינו בעיות אתיות רבות. טווח הבעיות הוא רחב, החל מהחלטות על מיקום הטיפול ומקורות המימון שלו וכלה בהתייחסות לזכויות החולה ולמידת שיתופו בהחלטות. שאלות אתיות מהותיות נוגעות להתחשבות בהעדפות החולה בהחלטה על סוגי הטיפול השונים, למידת האינטנסיביות של הטיפול במחלות סופניות ומתקדמות ולקבלת החלטות במצבים שבהם החולה אינו מסוגל להחליט.

הדילמה הרפואית-האתית בטיפול באדם המבוגר מתעצמת בשל היותו תלתי, חלש ולעיתים לא צלול בסוף חייו. אי לכך, רוב ההחלטות נעשות על-ידי אחרים ובמצבי לחץ. בעבר נעשו ההחלטות על הטיפול על-ידי הרופא, ליד מיטת החולה בביתו יחד עם משפחתו. כיום החולים מאריכים חיים ואינם נפטרים ממחלותיהם הכרוניות, אלא להיפך, חיים איתן לאורך שנים רבות טרם מותם, הודות לטיפול הרפואי והסיעודי ולטכנולוגיה הרפואית המתקדמת. רובם נפטרים במסגרות מנוכרות וטכניות כגון מחלקת טיפול נמרץ והמחלקות הפנימיות בבתי-החולים.

ניתן למנות מספר היבטים בעייתיים בטיפול בחולה המבוגר. ראשית, רבות מההחלטות הרפואיות שמתקבלות אינן מתחשבות בחולים וברצונם. חסרה התייחסות לחולה ולמשפחתו במישור הרגשי והערכי באופן שיכבד את רצונותיו וימלא את העדפותיו. שנית, יש הדגשה של הטיפול הפולשני והטכני והזנחה של הטיפול התומך, האנושי, למניעת כאב, סבל ואי-נוחות. שלישית, המוות ממשיך להיתפס ככישלון רפואי וחסר ליווי של החולה בתהליך הגסיסה (Lynn, 1996).

דילמות אתיות רבות נשארות בלתי פתורות, שכן החולים המבוגרים ובני משפחותיהם אינם מוכנים להתמודד עם דילמות אלו ואף נרתעים מהן.

שאלה מהותית בתחום האתיקה היא האם ראוי לראות בחולים הזקנים קבוצת התייחסות נפרדת. ניתן לטעון שהאוכלוסיה המבוגרת "חיתה את חייה" ואם נטפל בה כפי שמטפלים בצעירים ונאריך את חייה, הדבר יוריד את זמינות המשאבים וירושש את עוגת התקציב המידלדלת. על-פי גישה זו, בעיות אתיות בגיל המבוגר הן בעיות יחודיות שאינן קשורות לאתיקה הכללית. זוהי מחשבה שטעות ביסודה. אומנם הבעיות האתיות שכיחות יותר אצל זקנים ושונויות מאלו של הצעירים, אך ראוי שהפתרונות שנאמץ בגריאטריה יהיו בהתאם לעקרונות האתיים הנהוגים בכל תחום אחר.

ראוי לפיכך לפרט תחילה את העקרונות האתיים ואחר-כך לדון באופן שבו הם באים לידי ביטוי בטיפול בחולה המבוגר. עקרונות האתיקה הרפואית הם:

1. אוטונומיה. כיבוד רצון החולה וזכותו להחליט מה ייעשה לגופו ואיזה טיפול רפואי יקבל ובעיקר לא יקבל.
2. עשיית טוב. החובה להיטיב עם החולה ולפעול לטובתו.
3. צדק. החובה לטפל ביושר ולחלק את המשאבים בצורה שווה.
4. מניעת נזק. החובה לא להזיק לחולה.
5. נאמנות. החובה לשמור על נאמנות לחולה (Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Abrass, I. B., 2004).

נדון כעת בכמה מושגים בסיסיים באתיקה הרפואית, תוך הבאת מקרים לדוגמה. המושגים הם: עיקרון האוטונומיה, כשירות רפואית (קומפטנטיות), הסכמה מדעת והנחיות מוקדמות.

א. עיקרון האוטונומיה הרפואית הוא מימוש זכות החולה על גופו בהתאם לרצונותיו. המטופל הוא זה שיחליט, בניגוד לגישה הפטרנליסטית שבה המטפל מקבל את ההחלטות. השאלה המתעוררת היא האם המטופל מסוגל להעריך את המצב ולקבל החלטות נכונות. עיקרון האוטונומיה עלול להתנגש בעקרונות של עשיית טוב ומניעת נזק. במקרה שהיעדר טיפול יפגע בחולה ואילו מתן טיפול ישפר את מצבו באופן משמעותי, ניתן לפיכך להצדיק פטרנליזם. מצב נוסף שבו קשה לשמור על האוטונומיה הוא כאשר החולה מותש ממחלתו ומתקשה להחליט.

להלן סיפור חריג שבו כדי למנוע את מות החולה, הופעל פטרנליזם רפואי והופרה האוטונומיה של החולה. המקרה הנדון מתייחס לגבר בן 60 שסבל ממחלת סוכרת עם פגיעה בכל אברי המטרה. לחולה היה כיב סוכרתי בכף-רגלו שהזדהם וסיכן את חייו. שנה קודם לכן הוא שבר את ראש צוואר הירך ולא נותח, ומאז היה מרותק לכיסא גלגלים. לחולה נאמר שיש לקטוע את רגלו, אך הוא התנגד לקטיעה בכל תוקף והבהיר שזאת לא הפעם הראשונה שבה נאמר לו שחייבים לקטוע את רגלו. הזיהום התפשט בדם (ספסיס) ותפקוד הכליות הידרדר. לא ניתן היה לצאת ממעגל הקסמים הקטלני ללא קטיעת הרגל. לאחר שהחולה שקע בדליריום, נקראו ילדיו והובהר להם כי מצבו הרפואי של אביהם קשה ואם לא ינותח, ימות. הם התבקשו להתמנות כאפוטרופוסים על אביהם ולקבל החלטה הנוגדת את רצונו. באותו יום בית-המשפט מינה אותם אפוטרופוסים והאב נשלח לניתוח לקטיעת רגלו. החולה חזר למחלקה לאחר הקטיעה, וכיום שחרורו מבית-החולים ערך מסיבת הודיה, שבעבורי היתה רגע של אושר נדיר שחוה מי שזכה להציל נפש אחת.

ב. כשירות רפואית. כדי לממש את האוטונומיה, על המטופל להיות בעל כשירות (קומפטנטיות). הכשירות מתבטאת בהבנת הסיטואציה שבה הוא נמצא, ביכולתו להביע את רצונותיו והעדפותיו ולהבין את ההשלכות של כל החלטה, בין אם מדובר בהסכמה מדעת או בסירוב מדעת.

עלינו להבחין בין כשירות משפטית (legal competence) לבין כשירות רפואית.

הראשונה היא מונח משפטי המתייחס לכל אדם מגיל 18 ומעלה היודע להבחין בין טוב לרע. מי שלא מסוגל לכך, זקוק לאפוטרופוס שאותו ממנה בית-המשפט.

לעומת זאת, כשירות רפואית נתונה לסמכות הרופא ונוגעת לכשירותו של המטופל לקבל החלטה ביחס למצבו הרפואי. עליו להבין את מצבו ולשקול את ההשלכות של טיפול או אי-טיפול הנובעות מהחלטתו. ההחלטה על כשירות רפואית צריכה להתבסס על יכולות שכליות (קוגניטיביות). קיימות שיטות שונות למדידתן של יכולות אלו: מבחנים מנטליים, מבחנים תפקודיים ומבחנים נירופסיכולוגיים. ההחלטה על כשירות רפואית צריכה להתבסס בעיקר על מבחנים תפקודיים. המבחנים התפקודיים בודקים את ביצועי החולה במטלות של פעילויות יומיומיות (Activity of Daily Living – ADL) אשר משקפות את מידת כשירותו הרפואית. קיימות כמה רמות של אומדנים להערכת תפקודית והן: ביצוע מטלות בתפקוד היומיומי הבסיסי (Basic Activity of Daily Living – BADL) כגון רחצה, אכילה, התלבשות, ביצוע העברות, שמירה על היגיינה ושלטה על הסוגרים; ביצוע מטלות מורכבות (אינסטרומנטליות) שקשורות בדרך כלל לניהול משק הבית (Instrumental Activity of Daily Living – IADL), למשל הכנת ארוחות, הפעלת מכונת כביסה, ניקוי הבית, עריכת קניות, שימוש בתחבורה, שימוש בטלפון, נטילת תרופות וניהול כספים; ביצוע מטלות מתקדמות (Advanced Activity of Daily Living – AADL) כמו התנהגות בעת נהיגה ברכב, בילוי ושיחה בבית-קפה, חציית כביש, משיכת כסף מכספומט ורכישת מצרכים בחנות.

ביצוע מטלות מורכבות ומתקדמות דורש הפגנת יכולות קוגניטיביות של שיפוט, תכנון, קבלת החלטות ותקשורת בין-אישית שחשובות להערכת הכשירות הרפואית (אריאל, אוסימי וקורצין 2002).

בדמנציה בשלב הראשוני והמתון, תפקודי היומיום הבסיסיים (BADL) לא נפגעים, ואילו תפקודי המטלות המורכבות (IADL, AADL) נפגעים. אומדנים מנטליים כמו מבחן קוגניטיבי (Mini Mental State Examination – MMSE) אינם מדד טוב להערכת של כשירות רפואית משום שהם כוללים הערכה על יכולת השיפוט, קבלת החלטות ושינויים באישיות (היינק, 1998). יתכן גם שקיימת אי-כשירות רפואית זמנית עקב אירועים חריפים, כמו אשפוזים בבתי-חולים ומחלות זיהומיות ומטבוליות. לא כל בעית זכרון או איבוד התמצאות (אוריינטציה) בזמן ובמקום הם מדד לאי-כשירות רפואית. לעיתים במצבים אלה עדיין יש הבנה של הסיטואציה ויכולת לקבל החלטות ולהביע העדפות. בנוסף לכך, לא כל רמת תפקוד ירודה המלווה בתלות גבוהה מצביעה על כשירות רפואית ירודה, והראיה הם חולי טרשת אמיוטרופית צדית (Anyotrophic Lateral Sclerosis – ALS) ופגועי עמוד שדרה, שעדיין מבינים את הסיטואציה ולפיכך מוגדרים כבעלי כשירות רפואית.

ג. הסכמה מדעת מתחייבת לפי חוק זכויות החולה לפני כל פעולה רפואית. עם זאת, יש מקום להבהיר כיצד על ההסכמה להתבצע ומתי יש לה חשיבות. השפה הרפואית אינה תמיד מובנת לחולים ועל כן יש לדבר בשפה ברורה ללא מונחים רפואיים. יש להבהיר את הסיכונים מול התועלת שבפעולה הרפואית המתבקשת. יש לתת מרחב אפשרויות ולראות

מיהו האדם שעומד מולנו. יש אנשים שרוצים לשמוע הכול בפרטי פרטים, ומנגד אחרים שתיאור מפורט מפחיד אותם. לעיתים המטופל מטיל על הרופא את ההחלטה: "אתה הרופא, אז תחליט. למה אתה שואל אותי?" בנוסף לכך, ההחלטה צריכה להיות ממוקדת בבעיה מסוימת אחת ולא החלטה גורפת לגבי מספר בעיות. כך למשל, אין לכוון החלטה על ניתוח עם החלטה על מעבר לבית־אבות. יש להתאים את רמת המידע הנמסר להבנתו של החולה, ולא להסתפק בקריאת הטופס כדי לצאת ידי חובה. הרופא שנותן את המידע צריך לראות לנגד עיניו את טובת המטופל בלבד ולנסות לשכנעו, אך לא לכוף את דעתו.

ד. הנחיות מקדימות הן הנחיות שימשו בסיס להחלטות בנוגע לסוף החיים במידה שברגע האמת החולה לא יוכל לבטא את העדפותיו. אם נשוחח עם המטופל על הנושא ונקבל החלטה מוקדמת, נדע מהן העדפותיו וכך תיחסך פנייה לקבלת אישור מבית־משפט. חוקים פדרליים בארצות־הברית ואף משרד הבריאות בארץ מעודדים את הנכנסים לבתי־אבות ולמסגרות אשפוז ממושכות לתת הנחיות מקדימות שעל פיהן הצוות הרפואי יוכל לפעול. המטופל יתן צוואת חיים או יפוי כוח לבן־משפחה לקבל את ההחלטה. נשאלת השאלה האם ההחלטות הללו יהיו זהות לאלו שעתידות להתקבל ברגע האמת? כידוע ברגע האמת ההחלטות משתנות ואנו נאחזים בחיים "בשיניים ובציפורניים". דילמה זו עדיין אינה פתורה. קשה לדעת האם הוראות מקדימות שבאות לבטא אוטונומיה אכן משקפות את העדפותיו והחלטותיו האמיתיות של החולה, או שמא הן משמשות עלה תאנה כדי להימנע מטיפולים מאריכי חיים משיקולים כלכליים. עקב הספקות בשאלה אם ההנחיות המקדימות תואמות את אלו שעתידות להתקבל ברגע האמת, חוק החולה הנוטה למות קובע שיש לחדש את ההנחיות מדי חמש שנים (שטינברג, תשס"ו).
המטרות שיש להציב בשיחה עם מטופל לגבי הנחיות מקדימות הן:

1. מתן מידע למטופל על סוג ההתערבות וההשלכות האפשריות.
2. הבהרת הערכים של החולה.
3. החלטה על מינוי מיופה כוח או כתיבת צוואת חיים לשעת הצורך.
4. הצבת מטרות טיפוליות במקרים של אי־יכולת להחליט במחלות סופניות או במצב של דמנציה.

רמות ההתערבות בסדר יורד הן:

1. החייאה והנשמה (Cardio Pulmonary Resuscitation – CPR).
2. אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או ביצוע פעולה כירורגית.
3. ביצוע דיאליזה.
4. מתן דם ואנטיביוטיקה.
5. הזנה אנטרלית ונוזלים.
6. טיפול סיעודי בלבד.

יש להבהיר שהחלטה של חולה על אי־ביצוע החייאה או הנשמה (Do Not Resuscitate – DNR) אינה כוללת טיפולים אחרים כגון מתן הזנה, אנטיביוטיקה, מוצרי דם

וחמצן. במחלקה הגריאטרית לסייעוד מורכב, שהישרדות החולים בה היא נמוכה, החולים מוגדרים כ-DNR כאשר הפעולות הן עקרות ולא יועילו להשארת החולה בחיים. במידה שניתן לגמול מההנשמה וההחייאה אינה עקרה, או במקרה שהמשפחה מבקשת לבצע החייאה, לא נגדיר את החולה כ-DNR. עם זאת, גם במקרה של אי-ביצוע פעולות אלו, ניתן לעשות הרבה כדי לטפל בבעיות המציקות לחולה כמו כאב, אי-נוחות, בחילות, עצירות, גרד וקוצר נשימה.

דילמות אתיות של סוף החיים במסגרות לאשפוז ממושך

במסגרות אלו רוב החולים הם תלתיים ובעלי תפקוד גופני וקוגניטיבי ירוד. חיים נראים לכאורה חסרי ערך ותקווה, וקל להצדיק הפסקת טיפול. אך אל לנו לשכוח את זכויותיהם של החולים ואת החובה לשתפם בהחלטות הנוגעות לחייהם. ישנן דילמות המתייחסות למתן הזנה דרך צנרת, לביצוע קשירות והגבלות, להעברות לבתי-חולים, לטיפול תומך בחודשי החיים האחרונים ולשמירה על זכויות החולים.

נדון כעת בהרחבה במספר בעיות אתיות יומיומיות הנוגעות לזקן במסגרות האשפוז הממושך, והן:

1. הזנה דרך צנרת – היבטים קליניים, אתיים ומוסריים.
2. קשירה המטופלים והגבלתם.
3. זכויות החולה במסגרות אשפוז.
4. העברות לבתי-חולים.
5. שינוי מטרת הטיפול בחודשי החיים האחרונים מרפוי לטיפול תומך.

א. הזנה דרך צנרת – היבטים קליניים, אתיים ומוסריים

הארכת תוחלת החיים העלתה את שכיחות מחלות הלב וכלי-הדם, מחלת הסוכרת ומחלות ניווניות של המוח כגון אלצהיימר ופרקינסון. מחלות אלו בשלב מתקדם שלהן גורמות לפגיעה ביכולת לאכול דרך הפה מסיבות שונות כמו הפרעות בבליעה, קושי בלעיסה, סירוב, חוסר הבנה, אי-רצון ותשישות. עם זאת, במקביל חלה התקדמות בטכנולוגיה הרפואית בטיפול בהזנה דרך החדרת צנרת מלעורית (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy – PEG). כתוצאה מכך, עלה מספר החולים המוזנים דרך צנרת והתחדדה הדילמה של מתן או אי-מתן הזנה דרך צנרת לחולי דמנציה. ההזנה מתבצעת בשתי דרכים עיקריות: מחדר אפי-קיבתי (זונדה) וגסטרוסטומיה בשיטת PEG ישירות לקיבה.

קיימת הסכמה שההזנה ניתנת כטיפול רפואי במטרה לשפר את מצבם הרפואי של החולים, כמו כל טיפול רפואי אחר. מחקר רפואי (Finucane, Christmas, & Travis, 1999) סקר את הספרות בין השנים 1966–1999 במטרה למצוא תוצאות התומכות במתן הזנה דרך צנרת לחולים דמנטיים כדרך המסייעת למניעת אספירציות, לשיפור מצבי תת-תזונה, להטבה במצבם של פצעי לחץ, לירידה בזיהומים, לשיפור המצב התפקודי והנוחות

ולהארכת תוחלת החיים של החולים. התוצאה היתה מאכזבת ולא נמצאה תמיכה בהזנה דרך צנרת בחולי דמנציה באף אחד מהפקטורים שנבדקו.

גיליק (Gillick, 2000) ממליצה לרופאים בכתי-החולים ובכתי-האבות לאמץ את הגישה שלפיה אין לבצע הזנה דרך צנרת בחולי דמנציה מתקדמת. לטענתה התועלת שבמתן הזנה אנטרלית לחולים דמנטיים היא מעטה, אם בכלל, והשמוש השיגרתי בהזנה כזו אינו מחויב המציאות. המלצתה העיקרית למשפחות היא לתת את ההזנה דרך הפה בשלבים המתקדמים של הדמנציה. הביקורת העיקרית של התומכים בהזנה על מחקרים מסוג זה של גיליק היא שמחקרים אלה מבוססים על חולים שחלקם נמצאים במצבים רפואיים חריפים שתוחלת החיים בהם קצרה ממילא, בעוד שאצל חולים דמנטיים שמצבם יציב, התוצאות של מתן הזנה דרך צנרת טובות (Van Dijk, Y., & Sonnenblick, M., 2006).

קיימים חילוקי דעות קוטביים בשאלה האם ההזנה דרך צנרת מאריכה את חיי החולים. יש הטוענים שלא זו בלבד שהיא אינה מאריכה את החיים, אלא היא אף מקצרת אותם עקב סיבוכי ההזנה. גרנט ועמיתיו (Grant, Rudberg, & Brody, 1998) מצביעים על תמותה גבוהה לאחר ביצוע PEG בחולים מאושפזים במהלך מחלתם החריפה. מחקרים נוספים (Niv & Abuksis, 2002; Rimon, Kagansky, & Levy, 2000) תומכים בהימנעות מביצוע PEG בחולים מאושפזים במהלך מחלתם החריפה וממליצים לדחות את ביצועה עד לאחר התייצבות המצב הרפואי. לעומת זאת, ישנם מחקרים המצביעים על תוחלת חיים ארוכה בהזנה עם צנרת של חולים במסגרות לאשפוז ממושך (Dwolatzky, Berezovski, & Friedmann, 2001; Jaul, Singer, & Calderon-Margalit, 2006) – הישרדות חצינית של 256 יום בזונדה ו-350 יום ב-PEG.

שאלה נוספת שגם בה חלוקות הדעות היא האם החולים סובלים עקב ההזנה? יש הטוענים כי החולים סובלים עקב הצורך בקשירתם (Finucane, Christmas, & Travis, 1999; Gillik, 2000). לעומתם סבורים אחרים (Jaul, Singer, & Calderon-Margalit, 2006) כי מאחר שהחולים נמצאים במצב של דמנציה מתקדמת וחלקם אף במצבי צמח, קשה לקבוע את מידת הסבל שלהם. בניגוד לאלה שמוזנים בזונדה, החולים המוזנים באמצעות PEG אינם זקוקים לקשירה, ולפיכך מידת אי-הנוחות שנגרמת להם מוטלת בספק.

גם בעניין סיבוכי ההזנה עולה השאלה האם החולה נפטר ישירות מסיבוכי ההזנה, או שמא מסיבוכים במצבו הרפואי הקשה? התשובה היא שהמצב הרפואי החריף (זיהומים ומחלות כלי-דם) הוא שמכתיב את התמותה. נמצא שדמנציה אינה נחשבת למצב מסכן חיים והחולים בה שורדים, בעוד שחולים שסבלו ממחלת סוכרת וכלי-דם, היו בסיכון גבוהה לתמותה (Jaul, E., Singer, P., & Calderon-Margalit, R., 2006). למרות ההתנגדות בארצות-הברית להזנה דרך צנרת של חולים עם דמנציה, אנו מוצאים שכיחות גבוהה של חולים שמקבלים הזנה כזו (Teno, Desilva, & Kabumato, 2002).

במישור האתי עלינו לשאול האם הזנה דרך צנרת היא טיפול "בסיסי" שנחון לקיום החיים, כמו טיפולים רפואיים אחרים שאנו מבצעים ביומיום, טיפולים כגון הכנסת קטטר לכיס השתן או צנתר לווריד, או שמדובר בטיפול "חריג"? הדעות בעניין זה חלוקות בין

משפטנים, רופאים, רבנים ואנשי אתיקה רפואית. חלקם סבורים שמדובר בטיפול חריג ומעלים תהיות בדבר כדאיות הטיפול והצורך בהתערבות, ואילו אחרים טוענים שמדובר בטיפולים שגורתיים בסיסיים המיועדים לצורך קיום החיים. בספרות מוזכרים מספר משפטים מפורסמים כגון משפט קונרוי (1986) ומשפט קרוזן (1988), וכן המקרה האחרון של טרי שייבו (2005), שבו פסק בית-משפט שיש להוציא את הזונה שבה הזונה החולה לפי בקשת הבעל, למרות התנגדות הוריה. בארץ ידוע משפט לובצקי (1998) שבו השופט טלגם התיר בפסק דינו להוציא את הזונה של החולה לבקשת הבן שהיה אפטרופוס, אך היועץ המשפטי לממשלה עצר בעדו. הוועדה האתית של ההסתדרות הרפואית פרסמה נייר עמדה (Israel Medical Association, 2005) שלפיו ניתן להוציא את צנרת ההזנה אצל חולים במצב של צמח (Persistent Vegetative State – PVS), בכפוף להחלטת הוועדה האתית המוסדית. ההלכה היהודית גורסת שהזנה אינה נחשבת לטיפול "חריג", ולפיכך חובה על הצוות להמשיך במתן נוזלים והזנה כל עוד החולה חי, שכן קדושת החיים היא הקובעת. מבחינת ההלכה, אין שוני באיכות החיים של חולה דמנטי לזו של חולה אחר. חוק החולה הנוטה למות שהתקבל לאחרונה, מתיר אי-ביצוע הזנה דרך צנרת במידה שהחולה עתיד למות בוודאות במהלך השבועיים הקרובים, ושנקבע לגבי שאינו מעוניין בהארכת חייו (שטינברג, תשס"ו).

בכל מקרה שבו חולה בעל כושר שיפוט מסרב לאכול, יש לבדוק אם מדובר ב"סירוב מדעת", כלומר בחולה שקיבל את ההחלטה בדעה צלולה ומתוך כושר שיפוט תקין, שאכן הבין את הטיפול המוצע, ושסירובו או הסכמתו אינם פרי לחץ חברתי, משפחתי או אחר. לעיתים אנו עדים לכך שהפסקת אכילה המלווה בקושי בדיבור ובתקשורת מתפרשת על-ידי הסובבים (צוותים רפואיים וסיעודיים או בני-משפחה) כהחלטה רצונית של החולה לשים קץ לחייו. חשוב להדגיש ולהיות ערניים לכך שברוב המקרים הפסקת אכילה נגרמת עקב מצב רפואי.

מעניין לבחון את עמדת החולים ובני-משפחותיהם לגבי הזנה. במחקר שבדק את ההחלטות שקיבלו ילדיהם של חולים סופניים (Sonnenblick, Friedlander, & Steinberg, 1993), נמצא כי 66% מבני-המשפחה של חולים זקנים במצבים סופניים דרשו להמשיך בהזנה. לעומת זאת, בסקר שביצעו אוסלנדר ועמיתיו (Ouslander, Tymchuk, & Kaynski, 1993) בקרב זקנים צלולים ומתפקדים, מחציתם הסכימו לביצוע הזנה עם צנרת במידה שיהיו זקוקים לכך בעתיד. נטייה להימנע מהזנה נמצאה בקרב קבוצת המבוגרים יותר, קבוצת המתגוררים במוסדות וקבוצת החולים הדיכאוניים. לעומת זאת, הצעירים יחסית (בני 75 ומטה), המתגוררים בקהילה ואלה שאינם סובלים מדיכאון, הסכימו להזנה. 58% ציינו שהסיבה העיקרית להסכמתם היא הרצון להמשיך לחיות. הסיבות השכיחות להימנעות היו הרצון במוות מהיר (53%) והפחד מאיכות חיים ירודה (21%). במחקר נוסף (ניב, לוי, וניב, 2004) נבדקו העדפותיהם של 61 זקנים (בעיקר נשים) המתגוררים בדיוור מוגן במרכז הארץ. 75% מהמשיבים (מחצית מהנשאלים לא ענו) התנגדו לביצוע הזנה דרך צנרת במידה שיזדקקו לה בהיותם דמנטיים. ההזנה נתפסה כאמצעי מאריך חיים שאינו רצוי במצב של דמנציה.

נושא ההזנה מעורר ומערב רגשות רבים, והתמודדות אינה קלה למשפחה שצריכה לקבל ההחלטה ולצוות המטפל בחולה. יש לשתף את המשפחות בהתמודדות, להתייחס אליהן ולתמוך בהן בשלבי ההחלטה השונים. יש להדגיש בפניהן שהזנה דרך צנרת אינה פוגעת בכבוד האדם ואף יכולה להיטיב איתו.

אביא מקרה של חולה עם הזנה ממושכת דרך צנרת. החולה אושפז לפני יותר מעשרים שנה. בעשר השנים הראשונות שהה במחלקה הפסיכוגריאטרית, ואחר-כך הועבר למחלקה הסייעודית המורכבת. בעשר השנים האחרונות היה מרותק למיטה ולכיסא גלגלים, הוזן דרך זונדה (אשתו התנגדה לביצוע גסטרוסטומיה) וסבל מקונטרקטורות קשות.

כשהחלה הירידה הקוגניטיבית הוא היה אדם צעיר כבן חמישים. אשתו טיפלה בו בבית במשך עשר שנים ואף נהגה לקחת אותו למקום עבודתה כשלא היה מי שישמור עליו. בגיל שישים, בעודו צעיר יחסית, הוא אושפז בבית-החולים, ובגיל שמונים נפטר. אשתו היתה צעירה ממנו ועשר שנים קודם שנפטר ביקשה ממני שלא אאריך את חייו. כששאלתי מה עלי לעשות, ענתה שעלי להוציא את הזונדה ולא לתת לחולה אנטיביוטיקה במהלך זיהום. מאחר שהיא היתה אפוטרופוסית, הבהרתי לה שכרופא מחובתי לתת טיפול רפואי והחוק, כמו גם מצפוני, אינם מאפשרים לי להפסיק מתן הזנה דרך הזונדה. המלצתי בפניה לפנות לבית-המשפט או לוועדה האתית המוסדית, ואז נפעל על-פי החלטתם. הצעתי לה גם את האפשרות לקחת את החולה הביתה ולנהוג בו לפי הבנתה ומצפונה (להוציא את הזונדה ולהאכילו דרך הפה). הבטחתי שאמשיך לבקר לפי בקשתה. היא הקשיבה, אך לא נקטה בשום פעולה מאלו שהצעתי לה.

לאחר שהחולה נפטר, אשתו הודתה לי על הטיפול המסור והארוך וביקשה שאבוא לשבעה לשם סגירת מעגל. הבנתי שהיתה חצויה כל חייה בשאלת ההזנה. מצד אחד, היא ביקשה ממני שאמנע ממנה, ומצד שני, לא נקטה כל פעולה כדי לנסות לממש את רצונה.

ב. קשירה והגבלת מטופלים

קשירת החולה והגבלת תנועתו מיועדת בראש ובראשונה למנוע נזק של החולה לעצמו ואף לסובבים אותו (הצוות המטפל או החולים השכנים). במצבים רבים קיים אי-שקט בולט (דליריום) שגורם לו לתלוש את הצנרת (מחטים מהווריד, זונדה מהאף וקטטר מכיס השתן). יתכנו מצבים שמצריכים להגביל את החולה מתוך חשש לנפילות או לגלישה מכיסא הגלגלים והתפתחות פצעי לחץ, או חשש שילך לאיבוד. במקרים אלה ואחרים מתעוררת השאלה האם ראוי להגביל את האוטונומיה של החולה, או שיש להימנע מכך?

קיימות שתי צורות עיקריות של הגבלה: הגבלה פיזית (קשירה) והגבלה כימית (תרופות). ההגבלה הפיזית, הנראית לעין, גורמת לצמצום מרחב התנועה של הזקן. היא כוללת אמצעים כגון קשירת היד, הרמת דפנות המיטה, חיבור שולחן לכיסא הגלגלים וסגירת דלתות. ההגבלה הכימית, הסמויה, גורמת להרגעת הזקן ולהשראת שינה דרך תרופות מרגיעות. הגבלות פיזיות וכימיות חייבות להיות מוצדקות ולא מוטלות לפי דרישת הצוות הסייעודי. אין לקבל למשל דרישה של אחות למתן תרופות הרגעה משום שהחולה מרעיש אם הדבר אינו מפריע לו ולשכניו. מאז החלת הרפורמה על בתי-האבות בארצות-

הברית), חלה ירידה משמעותית בהטלת הגבלות פיזיות ובמתן תרופות פסיכותרופיות (Kane, Williams, & Williams, 1993).

במידה שהחולה הוא בעל כשירות רפואית, יש לשתפו בהחלטה על הטלת הגבלות. כך למשל, בשאלת הרמת דפנות המיטה, אנו משתפים את החולה ומקבלים את הסכמתו או את סירובו, לאחר שהבין את התועלת והסיכון שבפעולה. זכורה לי מטופלת שביקשה להימנע מהרמת הדפנות משום שזה גורם לה להרגיש כלואה, דבר שמזכיר לה את מחנות ההשמדה. בקשתה אף נתמכה על-ידי בני-משפחתה. קיבלתי את עמדתה לאחר שהבהרתי לכולם את הסיכונים הטמונים בנפילות מהמיטה או בקימה בלילה ללא השגחה. למותר לציין שתיעדתי את השיחה בתיק הרפואי והחתמתי את החולה. במקרה זה האוטונומיה של המטופל על גופו היתה חזקה מן הפטרנליזם של הרופא.

אך מה עלינו לעשות במטופל לא צלול וחסר כושר שיפוט? האם יש לאפשר לו לשלוף את הצנרת או ללכת לאיבוד? ודאי שאין מקום לסכן אותו ביודעין. אם ידועות העדפותיו או עמדת האפותרופוס שלו, יש לפעול על-פיהן (ברזובסקי ורוזין, 1997).

ג. זכויות החולה במסגרות אשפוז

במסגרות אלו קיים משטר של סדר יום קפדני ושעות קבועות לקימה, לארוחות ולשינה. המטופל ניצב בתווך בין החובה למלא את רצונותיו לבין דרישות הצוות והמחלקה. זכותו להתלונן מבלי להרגיש שהוא נטל. זכותו לא ללכת לישון מוקדם למרות שכולם עשו זאת, ואפילו לקום מאוחר. אל לו לחשוש פן יכולע לו אם יתלונן. יש לשתפו בכל החלטה טיפולית ולתת לו הסבר לפני כל פעולה רפואית ואחרת, כמו לקיחת דמים, צילומים, הורדות ורחצה. אין להכניס קטטר לשלפוחית השתן, לחבר אינפוזיה ולנקוט בכל התערבות ללא הסכמתו של המטופל, למרות שאין צורך בחתימתו או בהסכמת אפותרופוס.

בשנת 1996 (תשנ"ו) נחקק חוק זכויות החולה, שנועד להבטיח את זכות החולים לקבל טיפול רפואי הולם ולהגן על כבודם ופרטיותם. לפני שנתייחס ללשון החוק ולפרשנותו מנקודת מבטו של המטופל המבוגר, יש לשאול אם יש בכלל צורך בחוק. האם זכויותיו של המטופל אינן ברורות? מסתבר כי התשובה היא שלילית. המטופלים המבוגרים ובני-משפחותיהם אינם מודעים לזכויותיהם ואינם עומדים עליהן. יש ערפול ועמימות במתן המידע (יאול, 2004).

לגבי זקנים תלתיים, בפרט במסגרות האשפוז, יש לעמוד על זכותם לקבל טיפול ושירותים בהתאם לחוק. להלן נתעכב על פרשנות מספר היבטים בעייתיים בחוק מנקודת מבטו של המטופל התלתי במסגרות אשפוז ממושך:

- (1) פרק ג', פסקה 4 — איסור האפליה המופיע בחוק מדבר על דת, גזע, מין ולאום. מה לגבי גיל? תפקוד או תלות? מוגבלות גופנית או נפשית? אסור שחלילה יאמרו למטופל כי עקב גילו או הידרדרותו הקוגניטיבית, לא יטפלו בו. נושא הגיל תוקן רק בשנת 2000, בחוזר של משרד הבריאות למוסדות הגריאטריים שהכליל את הגיל באיסור האפליה. עם זאת, לשון החוק נשארה כשהיתה.
- (2) פרק ג', פסקה 5 — סעיף זה מחייב מתן טיפול רפואי נאות הן מבחינה מקצועית

והן מבחינת יחסי-האנוש. אולם איך מודדים רמה מקצועית? והיכן לומדים אנושיות מהי? (3) פרק ג', פסקה 6 – סעיף זה בחוק מחייב מסירת מידע בדבר זהות המטפל. הוא מתקשר לעניין הפטרנליזם הרווח עדיין, במיוחד בטיפול בחולים סיעודיים. לעיתים ניגשים לחולה ללא הזדהות מוקדמת בהנחה שהחולה אינו מבין ואינו מתקשר.

(4) פרק ג', פסקה 7 – סעיף זה עוסק בזכות לקבל חוות דעת נוספת. שמיעת דעה נוספת היא זכותם של המטופלים ויש לאפשר להם לממשה.

(5) פרק ג', פסקה 8 – סעיף זה תובע הבטחת המשך טיפול נאות. אולם נשאלת השאלה, כיצד הדבר ניתן לביצוע כשמדובר במטופל שמתאשפז לעיתים קרובות ובמסגרות שונות, עם מטפלים שונים שאין קשר ביניהם.

(6) פרק ג', פסקה 10 – סעיף זה דורש שמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל. אולם מהו הכבוד שיש לתת לו? האם ראוי לקום לכבודו? אולי לנקות את הפרשותיו לא רק בזמן הסיבוב? אולי להיענות לו מייד כאשר הוא מבקש? זאת ועוד, נשאלת השאלה מהי שמירה על פרטיות, בשעה שלא סוגרים את הדלת או לא שמים פרגוד במהלך טיפול, או שמדברים על המטופל בנוכחות זרים ולעיתים אף בודקים אותו בחדר-האוכל לעיני כול. לסיכום, במסגרת זכויות החולה יש לזכור שהמטופל זכאי לקבל לא רק שירותי רפואה וסיעוד, אלא גם טיפול שיקומי – פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק – כדי לשמור על טווחי התנועה ולמנוע הידרדרות במצבו. יש לספק למשפחה הדרכה לגבי העברות ומניעת נפילות וחבלות. יש להעניק לחולה טיפול למניעת קונטרקטורות ועיוותים בגפיים, אפילו אם הוא מוגדר כמטופל סיעודי. יש לקבל את דעתו אם אינו מעוניין להתאשפז או לקבל טיפול, אף אם דעתו עומדת בניגוד להמלצת המטפל. יש לספק את צרכיו החברתיים והאישיים, כגון הצורך בפרטיות ובאינטימיות (יקוביץ, 1999).

ד. העברות לבתי-חולים

זקנים רבים המתגוררים במסגרות לאשפוז ממושך, מועברים לבתי-חולים כלליים אם חלה חרפה במחלתם או הידרדרות במצבם. אצל הרופאים קיימת התלבטות יומיומית אם להפנות את הזקן החי במסגרת הסיעודית לאשפוז בבית-חולים כללי, או להשאירו במחלקה (Buchanan, 2006). ההחלטה תלויה במצבו הרפואי של המטופל או במידת החרפות והחומרה של מחלתו. ברור שאם המצב החרף או הורע באופן פתאומי וקיימים סימנים שמצביעים על חומרת המצב (דופק מהיר, נשימות מהירות, לחץ דם נמוך, כיחלון, חום גבוה, תפוקת שתן נמוכה והכרה מעורפלת), יש להעבירו לאשפוז. אין חולק על כך שצריך לאשפז מטופל שהידרדר ושכאמצעות טיפול בבית-חולים ניתן להחזירו למצבו הקודם. אבל מה נעשה אם מצבו מידרדר בהדרגה, או אם אושפז בעבר בשל אותה בעיה והמצב לא השתפר? האם נחזור ונאשפז? האם איננו לוקים ביתר אשפוז של מטופלים שעקב מורכבות בעיותיהם הדורשות זמן והתעסקות, אנו נוטים להסיר מעלינו את האחריות ולאשפזם? אולי דווקא במסגרת האשפוז המוכרת ניתן לטפל בצורה טובה יותר, המשכית ויעילה, בעזרת צוות שמכיר את החולה.

דוגמה שממחישה את סוגיית ההעברות לבתי-חולים היא הופעת דלקת ריאות

במטופלים המאושפזים במחלקה הסיעודית. במחקר השוואתי שבחן מטופלים עם דלקת ריאות שטופלו במסגרת הסיעודית לעומת מטופלים שהועברו לבית-חולים, לא נמצא יתרון לאשפוז (ירצקי, 1998; Loeb, Causone, Goeree, & Walter, 2006).

לפני כל הפניית חולה, עלינו לברר מהי התועלת שבאשפוז לעומת הסיכון שבו. התועלת של אשפוז בבית-חולים ברורה: יש השגחה רפואית צמודה עם כל האמצעים הטכניים המשוכללים לריפוי החולה ולשיפור מצבו. לעומת זאת, הסיכונים, תופעות הלוואי והמפגעים הקיימים בבתי-החולים, במיוחד ביחס למטופלים מבוגרים, הם רבים ביותר. כל נשכח שהמטופל הסיעודי פגיע לכל הליך רפואי, התערבות פולשנית, תרופה חדשה, צוות מטפל חדש ושינויים בסביבה ובסדר-היום.

בבתי-החולים אפשר להידבק בזיהומים המועברים מחולה לחולה (זיהומים נרכשים). החיידקים בבתי-החולים הם בדרך כלל אלימים יותר מאלה שהמטופל פוגש בקהילה או במחלקה הסיעודית (ראו למשל בהלת הקלכסיאלה העמידה). בנוסף לכך, האשפוז פוגע בשגרת החיים ובסדר-היום הרגיל של המטופל וגורם לשיבוש פעילויות בסיסיות כגון פעולת מעיים, אכילה ושתייה והורדה לכיסא – פעילויות שלעיתים אינן מתבצעות עקב השתלטות סדר-היום של בית-החולים. אפילו שכיבה במיטה במשך ימים ספורים מסכנת את המטופל המבוגר וחושפת אותו לסיכונים של ריתוק. על סיכונים אלה נמנות בעיות כגון היווצרות קרישי דם ברגליים (Deep Venous Thrombosis – DVT) ותסחיפים בריאות (Pulmonary Embolism – PE); חוסר שליטה על סוגר השתן; עצירות כרונית ואבני צואה; הפרעה במטבוליזם של הסיידן והמים; ויציאה מהאיזון (הומוסטזיס).

בסביבה הזרה של בית-החולים, עם צוות לא מוכר, המטופל נעשה מבולבול. הוא חרד פן ינטשו אותו, מאבד את המוטיבציה וגולש לדיכאון.

מאחר שבכל התערבות אבחנתית או טיפולית קיימות תופעות לוואי, אנו נכנסים למפל של סיכונים. למטופל המבולבול נותנים תרופות הרגעה, או קושרים אותו למיטה כדי שלא יפול. ההגבלות הפיזיות והכימיות יגרמו להופעת פצעי לחץ. הפסקת אכילה תגרור הכנסת זונדה. חוסר שליטה בסוגרים יוביל להכנסת קטטר לכיס השתן. יוצא אפוא שהמטופל שהגיע עקב דלקת ריאות, שהשתפרה במהלך האשפוז לאחר מתן אנטיביוטיקה לווריד, מידרדר במצבו התפקודי הכללי, והתלות שלו בזולת גוברת.

סיפורה של בת שהביאה את אימה לחדר מיון ונאלצה להשאירה שם, ממחיש את הסיכון למטופל. כשחזרה הבת למחלקה הגריאטרית, תיארה את מה שראתה: "מצאתי את אמא שוכבת במיטה חצי עירומה עם חיתול, והרי אמא שולטת על סוגר השתן". כשפנתה לצוות, נענתה בתשובה: "אנחנו לא יכולים להוריד אותה לשירותים כל רגע!".

לנוכח הסיכונים שפורטו לעיל, סיכונים שקיימים בבתי-חולים ובביצוע התערבויות אבחנתיות וטיפוליות, יש לשקול היטב האם התועלת גדולה מהסיכון. יש לשאול מהן מטרות האשפוז והאם לא ניתן לטפל בחולה במסגרת שבה הוא נמצא. אל לנו לגרום לסיכון המטופל אם התועלת היא מעטה. יש להתייעץ עם המטופל ובני-משפחתו בשאלת ההפנייה לבית-חולים. רבים מהמטופלים ובני-משפחותיהם מתנגדים להפניית המטופלים

לבתי-חולים או לביצוע התערבויות. ההעברה עצמה גורמת אי-נוחות וזרעת חוסר ודאות ופחדים. אם התועלת אינה רבה, אכן מוטב להימנע מאשפוז. כך או אחרת, ההתמקדות במה שטוב לחולה צריכה להנחות את ההחלטה בדבר העברת המטופל, ולא הורדת האחריות מהמטפל.

ה. שינוי מטרת הטיפול בחודשי החיים האחרונים מריפוי לטיפול תומך הדבר המייחד את החולים המבוגרים המצויים בשלב הסופני, הוא שרבים מהם סובלים ממוגבלויות גופניות ושכליות ותלותם באחרים גבוהה. רובם נפטרים ממחלות לא אונקולוגיות. המהלך מתאפיין בהידרדרות איטית שמואצת עקב התלקחויות של אירועים חריפים. הודות לטיפול לעיתים חלה נסיגה (remission) וההידרדרות מתמתנת. בזמן האירועים החריפים החולים מופנים לבתי-חולים ולחדרי-מיון המאוישים בצוותים שונים שאינם מכירים את מצבם הרפואי. כתוצאה מכך, פעמים רבות החולה "נופל בין הכיסאות" וההחלטות הרפואיות והאתיות בקשר לסוף החיים מתקבלות על-ידי רופאים שאינם מכירים את ערכי החולה ובני-משפחתו ואת העדפותיהם (זוננבליק, גרץ, רוה, שטינברג וינון, 2003). המטופל אינו מקבל טיפול שתואם את מצבו. חסר יעד ברור לטיפול כשידוע שהמוות הולך וקרוב. לעיתים יש עודף טיפול (הפניה ליחידה לטיפול נמרץ וביצוע טיפולי החייאה והנשמה עקרים) ולעיתים תת-טיפול (הרמת ידיים, הודאה בכישלון והעברת החולה לחדר האחרון במחלקה). בסופו של דבר, החולה נפטר ללא קבלת טיפול תמיכתי רגשי ורוחני, ללא התייחסות לכאב, לסבל ולאי-הנוחות שהוא חש וללא ניסיון למנוע אותם (Lynn, 1996).

גם חולים במחלקות סיעודיות נשלחים לבתי-חולים בזמן החמרה במצבם. לא קיים קו טיפולי ברור במהלך החודשים האחרונים לחייהם, והחולים נשלחים הלך ושוב בין חדרי מיון ומחלקות אשפוז לבתי-חולים. הן החולים והן המשפחות עייפים ומותשים (יאול ורוזין, 1998).

כיום חסרה תוכנית מרכזית כוללת שיכולה לתת טיפול בסוף החיים. על הטיפול להקיף את מצב החולה על כל היבטיו: הגופני, הנפשי, החברתי והרוחני. יש צורך בטיפול רציף שכולל את כל המסגרות של החולה ומקיף את שהותו בבית בקהילה, בבית-האבות ובבית-החולים. יש צורך בתוכנית שתיושם על-ידי צוותים מטפלים שמכירים את החולה ומלווים אותו לאורך זמן, עד סוף ימיו.

תוכנית שמתווה מדיניות ציבורית כוללת ביחס לצורכי הזקן באחרית ימיו הוצגה בפני המועצה הלאומית לגריאטריה, בנוכחות נציגי הגריאטריה ממשרד הבריאות, נציגי קופות-החולים ובכירי הגריאטריה בארץ (Jaul & Rosin, 2005). התוכנית מציגה שיתוף-פעולה בין הצוות הראשוני בקהילה (רופאי משפחה, אחות, עובד סוציאלי) לבין צוות היחידה לטיפול תומך במחלקה הגריאטרית לסייעוד מורכב (רופאים, אחיות, עובד סוציאלי ותומך רוחני). הצוות הראשוני בקהילה דן באפשרות להעביר את החולה שמצבו מידרדר ואינו יכול עוד לשהות בביתו, ליחידה לטיפול תומך. הצוות ביחידה מקבל מידע על החולה מהצוות הראשוני בקהילה, אשר מברר מהן העדפות החולה.

מספר מכשולים עומדים בפני קבלת התוכנית של טיפול בסוף החיים במטופלים סופניים. מכשולים אלה נובעים מהגורמים הבאים (Feinberg, 1997):

1. קושי בתקשורת בין הצוות המטפל – הרפואי, הסיעודי והחברתי – לבין החולה ומשפחתו וליקויים בהסברת המצב הקשה והשלכותיו.
2. ראיית המוות ככישלון טיפולי מצד הרופאים, ולפיכך מתן טיפול פולשני (טיפול נמרץ).
3. ציפיות לא מציאותיות מהרופא מצד המשפחה ולעיתים אף מצד החולה לשנות מהלך של מחלות.
4. נטייה הקיימת בחברה לא לקבל את המוות ואת התלות כחלק מהחיים ובמקום זה להדחיק אותם.
5. קושי בהחלטה הרפואית-האתית בשאלה היכן נמצאת נקודת ה"אל-חזור", שבה המטרה הטיפולית משתנה מריפוי לטיפול תומך (פליאטיבי).

נתמקד בנקודת ה"אל-חזור" שבה הכיוון הטיפולי משתנה. לשם הגדרתה נייער במספר קריטריונים קליניים:

1. המהלך רפואי של החולה בשנה האחרונה: מספר האשפוזים בבתי-חולים כלליים, מספר הפניות לחדר-מיון, עקומת ההידרדרות במוגבלות ובתלות התפקודית, הגופנית והקוגניטיבית.
2. תצפית יומיומית שבמסגרתה הצוות המטפל והמשפחה מבחינים בחוסר תגובה לטיפול, חשים את סבלו של החולה ורואים עד כמה המחלה מתישה אותו.
3. מדדים קליניים המצביעים על הידרדרות בסימנים החיוניים, הגופניים והנפשיים:
 - (א) מדדים גופניים: ירידה במשקל, ירידה ברמת האלבומין והכולסטרול, ירידה בסימנים חיוניים כגון לחץ הדם, הדופק, הנשימות, כאב, תפוקת שתן וחמצון הרקמות.
 - (ב) מדדים נפשיים: ירידה ברמת ההכרה, העירנות, החיוניות, החיוך, המבט; התמעטות תגובות שמובעות באמצעות שפת גוף והבעות פנים.

לאחר שמתקבלת ההחלטה כי מטרת הטיפול היא מתן טיפול תומך, עלינו:

1. לתת טיפול רפואי, רציף, המשכי ולא מקוטע.
2. למעט בשימוש בשירותי טיפול נמרץ ובטכנולוגיה אם הסבל עולה על התועלת או שהטיפול עקר.
3. להקל על כאבים, חרדות, אי-שקט ואי-נוחות.
4. לשפר את התקשורת בין הרופא לחולה ולמשפחה באמצעות הקשבה ונוכחות.
5. לתת כבוד, לאפשר פרטיות, למנוע אי-נוחות והעברות למסגרות אחרות.

להלן תיאור מקרה של חולה סופני עם פצע לחץ שנועד להבהיר מתי מחליטים על שינוי במטרות הטיפול והפיכתו מטיפול ריפוי לטיפול תומך (פליאטיבי):
 הבת שישבה מחוץ לחדר, מיררה בככי. גניחות הכאב של האב שעלו מתוך החדר,

נשמעו היטב במסדרון. נכנסתי לחדר ומצאתי את שני רופאי הבית בליווי שתי אחיות מבצעים הטריה של פצע לחץ.

זה היה פצע לחץ עמוק, ענק, שגודלו 20×20 סנטימטרים, מלא הפרשות וכיסים מוגלתיים, עם פיסטולות לפי הטבעת על כל הגב התחתון.

החולה היה בן 90. הוא היה עצמאי עד חודש לפני-כן, אז נפל ושבר את צוואר הירך. הוא נותח, אך עקב הרקע הרפואי של מחלותיו (סכרת, מחלת כלי-דם והמודיאליזה), הסתבך מצבו והוא פיתח פצע לחץ. החולה אכל מעט דרך הפה, נראה סובל וכאוב ורוב הזמן היה ישנוני ובדליריום.

בביקור הרופאים שערכתי לאחר ההטריה, התעוררה השאלה מהן מטרות הטיפול בחולה. האם מדובר בטיפול לשם ריפוי הפצע, או בטיפול פליאטיבי, מאחר שאין סיכוי לרפא את הפצע בהתחשב במצבו הרפואי של החולה? האם הסבל של החולה אינו עולה על התועלת שנפיק מניקוי הפצע? התשובה שקיבלתי היתה שהפצע לא יתרפא, החולה סובל ומוגדר כסופני. אם כך, אמרתי, מדובר בטיפול פליאטיבי ועלינו לתת טיפול בהתאם, דהיינו למנוע סבל, כאב ואי-נוחות ולהימנע ככל הניתן משינוי תנוחה של החולה. שוחחתי עם הבת שהיתה אפטרופוסית. הבהרתי לה את המצב ושאלתי מה רצונה. קיבלתי את הסכמתה לאי-הכנסת זונדה, לאי-ביצוע המשך דיאליזה ולמתן טיפול מוגבר נגד כאבים. החולה נפטר למחרת, רגוע וללא כאב.

ההחלטה לא לחדש טיפול (דיאליזה) ולא לתת טיפול (זונדה) היא קשה למטופל ולבני-משפחתו. לרופא יש תפקיד חיוני במתן המידע הקליני והפרוגנוסטי, תוך תמיכה רגשית וחברתית בחולה ובמשפחתו. למשפחה יהיה קל יותר לקבל החלטות אם ידעו שלמרות אי-חידוש טיפול מסוים, ממשיכים לטפל בתסמינים המציקים לחולה, כמו כאב ואי-נוחות, מנעים מלטלטל אותו על-ידי שינוי תנוחה ומקלים על קוצר נשימה.

מקורות

- אריאל, א., אוסימני, א. וקורצין, ע. (2002). המצוי והרצוי בהערכה של מסוגלות תפקודית בחולי דמנציה. *הרפואה*, 141, 795–798.
- ברוובסקי, ס. ורוזין, א. (1997). קשירת חולים זקנים מאושפזים מוצדקת או יש לגנותה. *הרפואה*, 133, 180–183.
- היינק, י. (1998). הכשרות הרפואית משפטית של החולה השטיוני להתקין צוואה: חוות הדעת הרפואית. *הרפואה*, 134, 476–481.
- זוננבליק, מ., גרץ, ל., רווה, ד., שטינברג, א. וינון, ע. (2003). אפידמיולוגיה של טיפולים תומכי חיים במחלקות פנימיות. *הרפואה*, 142, 650–654.
- חוק זכויות החולה (התשנ"ו-1996), פרק ד', פסקה 13. קבלת הסכמה מודעת.
- יאל, א. ורוזין, א. (1998). מחשבות על הטיפול בקשישים החולים במחלות לא אונקולוגיות בשלב הסופני. *גרונטולוגיה*, כ"ה, 141–147.
- יאל, א. (2004). *הזקן הטיעודי – שלבי הירידה התפקודית, ההתמודדות והטיפול*. ירושלים: אשל – האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן.

- יקוביץ, א. (1999). חוק זכויות החולה במסגרות מוסדיות — החוק והעבודה סוציאלית, מתוך רב-שיח בנושא זכויות החולה הזקן: החוק, האתיקה והטיפול. *גרונטולוגיה, כ"ו*, 63–67.
- ירצקי, א. (1998). דלקות ריאות במחלקה סיעודית — הנחיות להפניה לאשפוז. *הרפואה, 134*, 516–518.
- ניב, י., ניב, ג., לוי, ז. וניב, י. (2004). זכות האדם על גופו: סקר עמדות של קשישים כלפי הזנה במצבי שיטיון. *הרפואה, 43*, 652–655.
- שטינברג, א. (התשס"ו). חוק החולה הנוטה למות. מדינת ישראל.
- Buchanan, J. L. (2006). Nursing home capabilities and decisions to hospitalize: a survey of medical directors and directors of nursing. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*, 458–465.
- Dwolatzky, T., Berezovski, S., & Friedmann, R. (2001). A prospective comparison of the use of nasogastric and percutaneous endoscopic gastrostomy tubes for long-term enteral feeding in older people. *Clinical Nutrition, 20*, 535–540.
- Feinberg, A. W. (1997). The care of dying patients. *Annals of Internal Medicine, 126*, 164–165.
- Finucane, T. E., Christmas, C., & Travis, K. (1999). Tube feeding in patients with advanced dementia. A review of the evidence. *Journal of the American Medical Association, 282*, 1365–1370.
- Gillick, M. R. (2000). Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *New England Journal of Medicine, 342(3)*, 206–209.
- Grant, M. D., Rudberg, M. A., & Brody, J. A. (1998). Gastrostomy placement and mortality among hospitalized Medicare beneficiaries. *Journal of the American Medical Association, 279*, 1973–1976.
- Israel Medical Association (2005). Position paper, Ethics Office. *Zman Harefuah, 62*, 13.
- Jaul, E., & Rosin, A. (2005). Planning care for non-oncologic terminal illness in advanced age. *Israel Medical Association Journal, 8*, 503–504.
- Jaul, E., Singer, P., & Calderon-Margalit, R. (2006). Tube feeding in demented elderly with severe disabilities. *Israel Medical Association Journal, 8(12)*, 870–874.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., & Abrass, I. B. (2004). *Essentials of Clinical Geriatrics* (5th edition). New York: McGraw-Hill publication.
- Kane, R. L., Williams, C. C., & Williams, T. F. (1993). Restraining restraints: changes in a standard of care. *Annual Review of Public Health, 14*, 545–584.
- Loeb, M., Causon, S., Goeree, R., & Walter, D. (2006). Effect of clinical pathway to reduce hospitalization in nursing home residents with pneumonia. *Journal American Medical Association, 295*, 2503–2510.
- Lynn, J. (1996). Caring at the end of life. *New England Journal of Medicine, 335*, 201–202.
- Niv, Y., & Abuksis, G. (2002). Indications for percutaneous endoscopic gastrostomy insertion: ethical aspects. *Digestive Diseases, 20(3-4)*, 253–256.
- Ouslander, J. G., Tymchuk, A. J., & Kaynski, M. D. (1993). Decision about enteral tube feeding among the elderly. *Journal of the American Geriatric Society, 4*, 170–177.
- Rimon, E., Kagansky, N., & Levy, S. (2000). Percutaneous endoscopic gastrostomy; evidence of different prognosis in various patient subgroups. *Age and Aging, 34*, 353–357.
- Shapiro, D. S., & Friedmann, R. (2006). To feed or not to feed the terminal demeted patient: is there any question? *Israel Medical Association Journal, 8*, 507–508.

- Sonnenblick, M., Friedlander, Y., & Steinberg, A. (1993). Dissociation between the wishes of terminally ill parents and decisions by their offspring. *Journal of the American Geriatric Society, 41*, 599–604.
- Teno, J. M., Mor, V., DeSilva, D., & Kabumoto, G. (2002). Use of feeding tubes in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Journal of the American Medical Association, 287*, 3211–3212.
- Van Dijk, Y., & Sonnenblick, M. (2006). Enteral feeding in terminal dementia – a dilemma without a consensual solution. *Israel Medical Association Journal, 8*, 503–504.