



# קורסי הכשרה והשתלמויות בטיפול פליאטיבי בישראל - תמונת מצב

נטע בנטור

המחקר מומן בסיוע משרד הבריאות

# קורסי הכשרה והשתלמויות בטיפול פליאטיבי בישראל - תמונת מצב

נטע בנטור

המחקר מומן בסיוע משרד הבריאות

עריכת לשון : רעיה כהן  
תרגום לאנגלית (תקציר ותמצית מנהלים) : נעמי הלסטד  
עיצוב גרפי : ענת פרקו-טולדנו

**מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל**

ת"ד 3886

ירושלים 9103702

טלפון : 02-6557400

פקס : 02-5612391

כתובת האינטרנט : [brookdaleheb.jdc.org.il](http://brookdaleheb.jdc.org.il)

# תקציר

## רקע

אף שקובעי מדיניות, אנשי מפתח, ספקים ומממני שירותים בתחום הבריאות מכירים בהדרגה ביתרונותיו של הטיפול הפליאטיבי, הוא עדיין מסופק במידה תת-מרבית ותת-מיטבית. אחת הסיבות לכך היא מיעוט מומחים ואנשי צוות בעלי השכלה, ידע ומיומנות בטיפול פליאטיבי. תנאי בסיסי והכרחי לקבלת החלטות ביחס לפיתוח ההכשרה בתחום הוא קיום מידע מקיף, עקבי ומהימן על קורסי ההכשרה הקיימים. מחקר זה נועד לאתר את כל הפעילויות החינוכיות בטיפול פליאטיבי שנערכו בישראל בעשור השנים האחרון, לתאר אותן ולנסות לסווג אותן לקטגוריות רלוונטיות נפרדות.

## שיטות

המחקר נערך בסוף שנת 2017 בשיטות חקירה איכותניות וכמותניות שכללו ראיונות פתוחים עם אנשי מפתח לאיתור המסגרות שמספקות הכשרה בתחום וראיונות עם מנהליהן באמצעות שאלון מובנה למילוי עצמי.

## ממצאים

נמצאה שונות עצומה בין המסגרות לחינוך ולהכשרה פליאטיבית, ולכן סיווגנו אותן לשלוש קטגוריות מובחנות, בהתאם למספר שעות הלימוד בהן:

**קורס הכשרה פליאטיבית:** 40 או יותר שעות לימוד פרונטלי, במשך 6 או יותר ימי לימוד;

**השתלמות:** 8-24 שעות לימוד (לא נמצאו השתלמויות בטווחי זמן אחרים), במשך 2-4 ימי לימוד;

**סמינרים וסדנאות:** 2-6 שעות ביום אחד.

- איתרנו 9 מסגרות שבהן מתקיימים קורסי הכשרה פליאטיבית: 8 בבתי חולים כלליים או מסונפות אליהם, ואחת בקהילה. כולן יחד העבירו 84 קורסים, ומשכם נע בין 43 ל-112 שעות. רוב הקורסים גבו שכר לימוד אך ביססו את פעילותם גם על מקורות מימון אחרים. 7 קורסים מזכים בגמול השתלמות.
- עד דצמבר 2017 השתתפו בכל הקורסים יחד 2,241 איש, כ-85% נשים; גילם הממוצע כ-40. 67% מהם היו אחים ואחיות, 17% רופאים, 8% עובדים סוציאליים ו-8% אנשי מקצועות בריאות אחרים. בשישה קורסים השתתף צוות רב-מקצועי ובשלושה רק אחיות. מקרב כלל המשתתפים, 45% עבדו בבתי חולים כלליים, 38% במרכזים גריאטריים ובמוסדות סיעודיים ורק 17% בקהילה.
- נוסף על קורסי ההכשרה, בתי החולים וקופות החולים קיימו השתלמויות וסמינרים בטיפול פליאטיבי, בהיקפים שונים.

## דיון והשלכות

לנוכח מיעוט המסגרות להכשרה פליאטיבית יש צורך להגדיל במידה ניכרת את היקפן ואת כוח האדם בתחום. לשם כך מומלץ:

- להגדיר מהו "קורס הכשרה פליאטיבי" מבחינת דרישותיו, היקפו, תכניו ורכיבי הליבה שלו
- להכין מתווה של קורס בסיסי מוסכם ולדרוש לפעול בהתאם לו
- להגדיל את מספר המשתתפים בקורסים, ובמיוחד מקרב אנשי צוות מהקהילה
- להקצות לקורסי הכשרה פליאטיבית משאבים ולבחון אפשרויות לתגמול הבוגרים שיעבדו בתחום במשרה מלאה.

לסיכום, לנוכח מספרם המועט של אנשי מקצוע בעלי ידע, הכשרה ומיומנות בטיפול פליאטיבי מצד אחד והגידול במספר האנשים שיהיו זקוקים לטיפולם מצד שני, יש צורך דחוף וממשי להרחיב את היקף ההכשרות בתחום ואת כוח האדם שילמד בהן ושיוכל לספק את הטיפול בעתיד.

# תמצית מנהלים

## מבוא

קובעי מדיניות, אנשי מפתח, ספקים ומממני שירותים בתחום הבריאות מכירים בהדרגה בזכותם של חולים עם מחלות קשות המאיימות על משך החיים לקבל טיפול פליאטיבי, בד בבד עם הטיפול הרגיל שהם מקבלים. ארגונים רפואיים ממליצים לשלב רכיבים פליאטיביים כבר בתחילת הטיפול בחולה עם מחלות קשות, ומחקרים מלמדים על תרומתו של טיפול זה הן לתוצאות טיפול חיוביות והן לחיסכון בעלויות. אך למרות זאת, טיפול פליאטיבי עדיין מיושם במידה תת-מרבית ותת-מיטבית.

אחת הסיבות לכך היא מיעוטם של אנשי מקצוע מומחים בתחום ושל אנשי צוות בעלי השכלה, ידע ומיומנות בטיפול פליאטיבי, לעומת מספרם ההולך וגדל של חולים קשים. כדי להכשיר כוח אדם נוסף בתחום דרוש מידע מפורט על היקף תוכניות ההכשרה הפליאטיבית הקיימות כיום. זהו תנאי בסיסי והכרחי לקבלת החלטות ביחס לצורכי הפיתוח של מסגרות חינוך והכשרה נוספות. אלא שבישראל, מלבד עדויות אנקדוטליות, אין מידע מקיף, עקבי ומהימן על קורסי ההכשרה בטיפול פליאטיבי. מחקר זה נועד לאתר את כל הפעילויות החינוכיות בטיפול פליאטיבי שנערכו בישראל בעשור השנים האחרון, לתאר אותן ולנסות לסווג אותן לקטגוריות רלוונטיות נפרדות.

## מערך המחקר

המחקר נערך בסוף שנת 2017 בשיטות חקירה איכותניות וכמותניות: הן איתור המסגרות שמספקות פעילות חינוכית בטיפול פליאטיבי – באמצעות אנשי מפתח (informants) המכירים את התחום בארץ, והן ריאיון של מנהלי המסגרות – באמצעות שאלון מובנה למילוי עצמי.

## ממצאים

המאפיין העיקרי של המידע שקיבלנו היה שונות עצומה בין המסגרות להכשרה פליאטיבית: אין כמעט פעילות חינוכית אחת דומה לאחרת, ואנשים שונים תופסים ומגדירים "פעילות חינוכית בטיפול פליאטיבי" באופן שונה. כדי להציג את הממצאים בצורה ברורה ורלוונטית סיווגנו את מסגרות החינוך הפליאטיבי לשלוש קטגוריות מובחנות, על בסיס מספר שעות הלימוד ומספר המפגשים בהן:

**קורס הכשרה פליאטיבית:** 40 או יותר שעות לימוד פרונטלי, במשך 6 או יותר ימי לימוד;

**השתלמות:** 8-24 שעות לימוד (לא נמצאו השתלמויות בטווחי זמן אחרים), במשך 2-4 ימי לימוד;

**סמינרים וסדנאות:** 2-6 שעות ביום אחד.

## קורסים להכשרה פליאטיבית

- איתרנו 9 מסגרות שבהן מתקיימים קורסי הכשרה פליאטיבית (40 שעות לפחות) בעשור האחרון, 8 מתוכן ממוקמות בבתי חולים כלליים או מסונפות אליהם במסגרת בתי ספר להוראת רפואה וסיעוד

ותוכניות ללימודי-חוץ, ורק אחת מתקיימת באופן מובהק בקהילה. עם זאת, כולן מקבלות לומדים גם מהקהילה, מבתי חולים גריאטריים וממוסדות סיעודיים.

- כל המסגרות יחד העבירו 84 קורסים להכשרה פליאטיבית (אחת מהן העבירה 51 מהם), ומשך הקורסים נע בין 43 ל-112 שעות. רוב הקורסים גבו שכר לימוד וביססו את פעילותם גם על מקורות מימון אחרים, למשל קרנות מחקר, תקציב בית חולים, אוניברסיטאות ועמותות. ב-7 קורסים היו הלומדים זכאים לגמול השתלמות.
- עד דצמבר 2017 השתתפו בכל הקורסים יחד 2,241 איש, כ-85% מהם נשים; גילם הממוצע של המשתתפים היה כ-40. 67% מהם היו אחים ואחיות, 17% רופאים, 8% עובדים סוציאליים, ו-8% אנשי מקצועות בריאות אחרים. 45% עבדו בבתי חולים כלליים, 38% במרכזים גריאטריים ובמוסדות סיעודיים ורק 17% בקהילה.

### **השתלמויות בטיפול פליאטיבי**

- נוסף על קורסי ההכשרה, בתי החולים קיימו השתלמויות בטיפול פליאטיבי, שמשכן נע בין 8 ל-24 שעות, אך לא ניתן היה לקבל מידע על מספר האנשים שהשתתפו בהן. בנוסף, בתי החולים מציעים סמינרים וסדנאות בנושאים הפליאטיביים. אלו מועברים בידי אנשי מקצוע שעובדים בבתי החולים, וגם בפעילות זו יש הבדלים גדולים מאוד בין בתי החולים.
- ארבע קופות החולים מייחסות חשיבות רבה לחינוך ולהכשרה בטיפול הפליאטיבי. האחריות לנושא מוטלת בשתי קופות על מנהלות אגף הסיעוד, באחת על השירות לטיפול בית, ובקופה אחת על הגריאטר הארצי. רוב ההשתלמויות שהקופות מציעות נערכו במחוזות, ולא בהיקף ארצי.

### **סדנאות וסמינרים בנושאים של טיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים**

- כל בתי החולים וכל המחוזות של קופות החולים מקיימים סדנאות וסמינרים לטיפול פליאטיבי, בני 2-6 שעות. הפעילות מתקיימת במסגרת מקומית או מחוזית, אך לא ניתן היה לקבל מידע מלא ומהימן על היקפה.
- חלק מבתי החולים והקופות שלחו אנשי צוות לפעילות ב"מסר" – מרכז ארצי לסימולציה רפואית בבית החולים שיבא – אשר מציע סדנאות ברכיבים של הטיפול הפליאטיבי.

### **דיון והשלכות**

- בעבודה זו הוצגה הפעילות החינוכית בטיפול פליאטיבי בישראל, וממצאיה מלמדים שקיימת פעילות כזו אך היא מעטה. בישראל, בדומה למדינות מערב אחרות, היקף הפעילות החינוכית בתחום רחוק מלמלא את הצרכים ויש מחסור בכוח אדם בטיפול פליאטיבי. לפיכך יש צורך להגדיל במידה ניכרת את היקף ההכשרה הפליאטיבית וכוח האדם בתחום.
- חשוב להגדיר מהו "קורס הכשרה פליאטיבי" מבחינת דרישותיו, היקפו ותכניו.

- יש צורך להכין מתווה של קורס בסיסי מוסכם, לבדוק אותו בטרם יופץ לכל הגורמים המספקים הכשרה ולחייב גורמים אלו לפעול בהתאם למתווה שיוסכם עליו.
  - יש להגדיל בדחיפות את מספר המשתתפים בקורסים האלה, ולכן ראוי לעודד אנשי צוות שמטפלים בחולים קשים להשתתף בהם.
  - ראוי לתת תשומת לב מיוחדת להגדלת מספר המשתתפים בקורסים שעובדים בקהילה.
  - יש צורך להקצות את המשאבים הדרושים להגדלת מספרם של הקורסים ואת מספר הלומדים בהם.
  - ראוי לשקול מתן תגמול לאנשי צוות שישתתפו בקורסי הכשרה ושיעבדו בתחום במשרה מלאה לאחר סיום הכשרתם.
- עם זה חשוב לציין מגבלה של המחקר. על אף מאמצינו לאתר את כל קורסי ההכשרה בטיפול פליאטיבי בארץ, ייתכן שיש מסגרות שלא איתרנו.
- לסיכום, לנוכח מספרם המועט של אנשי מקצוע בעלי ידע, הכשרה ומיומנות בטיפול פליאטיבי מצד אחד, והגידול הצפוי במספרם של האנשים שזקוקים לטיפול מצד שני, יש צורך דחוף וממשי להרחיב את כוח האדם שילמד את התחום ושיוכל לספק את הטיפול בעתיד. יש אפוא דחיפות רבה בהגדלת מספר הקורסים להכשרה פליאטיבית בישראל ובהגדלת מספר המשתתפים, וחשוב ביותר להגדיל מאוד את מספר משתתפי הקורסים שעובדים בקהילה.



## דברי תודה

במהלך המחקר הסתייענו באנשים רבים, ואנו מכירים להם על כך תודה. אנו מבקשים להודות למנהלים בקופות החולים, בעמותת תמיכה ובבתי החולים על שסייעו לנו לאתר את התוכניות להכשרה פליאטיבית, אנו מודים למנהלי ההכשרות על ששיתפו עימנו פעולה והקדישו לנו מזמנם היקר כדי לאתר מידע ונתונים מהעשור האחרון ולמלא את השאלונים באופן מפורט ומדויק.

תודה לרעיה כהן שערכה את הדוח בשום שכל, לגיני רוזנפלד, מנהלת יחידת הפרסומים על הערותיה והארותיה המועילות ולענת פרקו-טולדנו על ההפקה.

## תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע
5	1.2 מטרת המחקר
5	2. מערך המחקר
6	3. ממצאים
7	3.1 קורסים להכשרה פליאטיבית
10	3.2 השתלמויות בטיפול פליאטיבי
10	3.3 סדנאות וסמינרים בנושאים של טיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים
11	4. דיון והשלכות המחקר
13	מקורות

## רשימת לוחות

9	לוח 1 : מאפייני קורסי ההכשרה בטיפול פליאטיבי
---	--

# 1. מבוא

## 1.1 רקע

אנשי מקצועות הבריאות אמונים, מאומנים ומיומנים בבדיקה, באבחון ובטיפול באנשים חולים, ובכלל זה בלוקים במחלות קשות המקצרות את משך החיים. מטרתם העיקרית היא למקסם את אפשרויות הריפוי ולהאריך את משך חייו של החולה. הרבה פחות הם מאומנים ומיומנים בטיפול שישפר את איכות חייו של החולה ויקל עליו את סבלו הפיזי, הנפשי והרוחני, דהיינו – טיפול פליאטיבי. רבים מהם אינם מכירים את תפיסת העולם ואת עקרונות הטיפול הפליאטיבי, וגם בקרב רבים מהסבורים שהם מכירים את הטיפול הזה, רווחת הדעה שטיפול פליאטיבי מתמצה באיזון כאבים ותסמינים פיזיים אחרים (Kavalieratos et al., 2014). רוב אנשי הצוות הרפואי אינם מכירים את הרכיבים האחרים של הטיפול הזה, כגון תכנון טיפול עתידי ותיאום ציפיות, תקשורת פתוחה עם החולה ובני משפחתו והיענות לצרכים הנפשיים והרוחניים שלהם (Visser, Deliens, & Houttekier, 2014) זאת ועוד, התפיסה שיש להתחיל במתן טיפול פליאטיבי רק לאחר שהסתיימו אפשרויות הטיפול הקורטיבי עדיין רווחת בקרב רבים מהם (Johnson, Girgis, Paul, & Currow, 2008; Wentlandt et al., 2012).

בהדרגה, קובעי מדיניות הבריאות, מטפלים, ספקים ומממני שירותים מכירים בכך שטיפול פליאטיבי הוא הטיפול המתאים ביותר לשיפור איכות החיים של חולים הלוקים במחלות קשות המאיימות על משך החיים, למשל מחלות לב וריאה מתקדמות, דמנציה ומחלות נוירולוגיות אחרות – ולא רק לטיפול בחולים במחלות ממאירות. אלא שלמרות ההכרה המתרחבת לגבי חשיבותו של הטיפול הפליאטיבי, הוא עדיין מיושם במידה תת-מרבית ותת-מיטבית (Institute of Medicine, 2015; Kamal et al., 2013). ארגונים רפואיים בארצות הברית ממליצים אמנם לשלב רכיבים פליאטיביים כבר בתחילת הטיפול בחולה עם מחלה המאיימת על משך החיים (Ferrell et al. 2016; Smith et al., 2012) ומחקרים מהעשור האחרון מלמדים ששילוב מוקדם של טיפול פליאטיבי בטיפול הקורטיבי בחולים עם סרטן מפושט משפר את איכות חייהם ואת איכות חיי בני משפחתם מבלי לקצר את חייהם וגם תורם לחיסכון ולעילות של מערכת הטיפול (Temel et al., 2010; Zimmermann et al., 2014), אבל ההמלצות והלקחים האלה מיושמים רק במידה חלקית.

כדי לספק טיפול פליאטיבי רב-מקצועי ומותאם למספר הגדל והולך של חולים במחלות קשות וארוכות, במקום שבו הם נמצאים – אם בבית, אם בבית חולים ואם במוסד סיעודי, על המקצוע להיערך כדי להיענות לצרכים הנוכחיים ולגידול בעתיד. אחד האתגרים המרכזיים כיום במתן טיפול פליאטיבי איכותי נובע ממיעוטם של אנשי מקצוע מומחים בפליאציה ושל אנשי צוות בעלי ידע ומיומנות בתחום (Lupu, 2010; Meier, 2011).

כדי לתכנן כוח אדם לטיפול פליאטיבי כיום ובעתיד דרוש מידע מפורט על היקפו ועל מאפייניו כיום. מידע הנוגע לשאלות מי הם אנשי המקצוע המאיישים את השדה כיום, מהי הכשרתם, איפה הם עובדים, מה

הם תחומי האחריות שלהם ומה הן תוכניותיהם המקצועיות לעתיד, הוא מידע קריטי לתכנון השירותים הפליאטיביים בעתיד (Kamal et al., 2016). אלא שהמידע הזה חסר כיום ברוב מערכות הבריאות במדינות המערב, ובכלל זה גם בישראל. אחת העדויות הבודדות בנושא היא סקר שנערך בארצות הברית בשנת 2013, בקרב אנשי צוות רפואי שעובדים במסגרות לטיפול פליאטיבי (Kamal et al., 2016). בסקר נמצא שכמחציתם היו רופאים וכמחציתם עוזרי רופא, אחיות, עובדים סוציאליים ואנשי מקצועות בריאות אחרים. מהסקר עלה עוד שיותר משני שלישים מהם היו נשים, וגילם הממוצע של אנשי הצוות היה גבוה במעט מהגיל הממוצע במקצועות אחרים. בקרב הרופאים, יותר ממחצית עבדו בתחום פחות מעשר שנים, וליותר ממחצית הייתה התמחות קודמת ברפואה פנימית (Kamal et al., 2017).

ממחקר אחר שנערך בארצות הברית עלה שחלה עלייה של 150% במספרם של אנשי מקצוע מומחים בפליאציה בבתי חולים בעשור האחרון (Center to Advance Palliative Care, 2014), ומספרם גדל בהדרגה הן בקהילה והן מבחינת פיזורם הגיאוגרפי (Hui et al., 2010; Kamal, Currow, Ritchie, Bull, & Abernethy, 2013; Pantilat, Kerr, Billings, Bruno, & O'Riordan, 2012). אלא שהגידול המהיר בהיקף השירותים הפליאטיביים אינו מדביק את הדרישות לאנשי מקצוע מומחים, וכבר כיום אינו ממלא את הצרכים ההולכים והגדלים, הן מבחינת מספר החולים הזקוקים לטיפול הזה ודרישות הטיפול בהם והן מבחינת צורכי ההוראה (Lupu, 2010).

רוב המאמרים על הכשרה פליאטיבית מתמקדים בהוראה במהלך הלימודים המקצועיים (pre-clinical and under-graduate education) של רופאים ואחיות. לפי מאמרים אלו, אף שמערכות החינוך הרפואי והסיעודי, כמו גם איגודי רופאים ואחיות, מייחסים חשיבות רבה להוראת הנושא – בפועל ההוראה מצומצמת וקיימים הבדלים גדולים בין ובתוך מדינות, מבחינת ההיקף, הדפוסים ותוכני ההוראה (Lloyd-Williams & Macleod, 2004; Walker et al., 2014). בתי ספר לרפואה ברוב מדינות המערב מקדישים רק שעות בודדות להוראת טיפול פליאטיבי, הן בשנות הלימוד הפרה-קליניות והן בשנות הלימוד הקליניות (Horowitz, Gramling, & Quill, 2014). בחלק מהמקומות ההוראה מתמצית בעיקר בטיפול בכאב ובסימפטומים פיזיים; והוראת רכיבים נוספים, כמו למשל תקשורת עם החולה ובני המשפחה, לרוב נעדרים לחלוטין מתוכניות הלימוד. גם כאשר ניתנת הכשרה פליאטיבית, היא נעשית בנפרד, ולא בצוות רב-מקצועי, אף על פי שטיפול פליאטיבי הוא ביסודו עבודת צוות ומחקרים לימדו על יתרונה של הוראה רב-מקצועית (Fineberg Wenger, & Forrow 2004; Koffman & Higginson 2005; Shvartzman et al., 2011). זאת ועוד, רוב ההוראה מתמקדת במחלקות אונקולוגיות, ללא התייחסות לצרכים הפליאטיביים של חולים במחלות כרוניות קשות אחרות.

דיקנסון (Dickinson, 2011) בדק במספר סקרים את היקף ההוראה הפליאטיבית בקרב סטודנטים לרפואה ולסיעוד בארצות הברית ובבריטניה, ומצא שאמנם חל גידול הדרגתי בהוראת התחום במשך השנים, אך גידול זה מתמצה לרוב בהרצאות חד-פעמיות או בקורס קצר, ורק במיעוט מבתי הספר לרפואה (21% בשנת 2010) יש קורס נפרד. משך הזמן שמוקדש להוראת נושאים הקשורים לסוף החיים נע בין שתי שעות הוראה לבין 80 שעות, ובממוצע 17 שעות בשנת 2010. בשנת 2000, כחצי מבתי הספר לרפואה שילבו טיפול פליאטיבי

בקורס רחב יותר, אך קורס נפרד ניתן רק בכרבע מבתי הספר. עם זאת ראוי לציין שסקרים שנערכו בקרב סטודנטים שהשתתפו בקורס לטיפול פליאטיבי לימדו על השפעתו לאורך זמן על העמדות, הידע והביטחון לטפל בחולים במצבי סוף החיים בהשוואה למי שלא השתתפו בקורס כזה (von Gunten, 2012).

גרמניה עשויה לשמש דוגמה חיובית להתפתחות ההוראה בנושא: הוראת הטיפול הפליאטיבי הוכנסה בה נושא חובה בתוכנית הלימודים בבתי ספר לרפואה בשנת 2013 (Schulz, Möller, Seidler, & Schnell, 2013) ובעקבות זאת חלה בה עלייה דרמטית במספר בתי הספר שעומדים בדרישות, וברבים מהם יש כיום גם קורסים שבהם שחקנים עוזרים בהדמיית מקרים רלוונטיים (Ilse et al., 2015). דוגמה נוספת היא יפן: בתהליך קונסנזוס רב-משתתפים הוכן בה קוריקולום פליאטיבי מפורט להוראה בבתי ספר לרפואה, ובו 115 נושאים (Kizawa et al., 2012). עוד ראוי לציין כי בבתי ספר לסייעוד בעולם וגם בישראל, הוראות הנושאים הקשורים לטיפול בסוף החיים וטיפול פליאטיבי רחבה יותר מאשר בבתי ספר לרפואה, ורובם כוללים גם התנסות קלינית (Gillan, van der Riet, & Jeong, 2014; Malloy, Paice, Virani, & Ferrell., 2008).

בסקר שבדק את היקף ההכשרה הפליאטיבית בכל האוניברסיטאות באירופה, ובהן גם בישראל, נמצא שב-13 מדינות (מתוך 43) מלמדים טיפול פליאטיבי בכל האוניברסיטאות, וב-6 מתוכן זהו קורס חובה. ב-14 מדינות חלק מהאוניברסיטאות מלמדות קורס בטיפול פליאטיבי וחלקן לא, וב-14 מדינות קורס כזה לא נכלל בתוכנית הלימודים. בנוסף, ב-40% מהמדינות יש בסגל האקדמי מומחה לטיפול פליאטיבי בדרגת פרופסור מלא. ישראל נכללת ברשימת 8 המדינות שבהן יש הכי הרבה הוראת טיפול פליאטיבי (Carrasco et al., 2015). עם זאת, חשוב לציין שגם בישראל יש הבדלים בין התוכניות. בעוד שבאחת מהן עקרונית הטיפול הזה משולבים במהלך כל שנות הלימודים, הרי שבבתי ספר אחרים ההוראה מתמצית בהרצאות בודדות.

לנוכח מיעוט הוראת הטיפול הפליאטיבי במהלך הלימודים הפורמליים בבתי הספר לרפואה, לסייעוד ולמקצועות בריאות אחרים, רבים מבוגריהם נחשפים לעקרונות הטיפול הזה רק לאחר סיום הלימודים הפורמליים, במהלך הכשרתם המקצועית, כאשר הם צריכים להתמודד עם הטיפול בחולים עם מחלות קשות המאיימות על משך החיים ועם חולים במצבי סוף החיים.

לכאורה, הם יכולים לפנות למומחים בתחום כדי לקבל ייעוץ או להפנות את החולים הקשים למומחים בטיפול פליאטיבי, בדומה לפרקטיקה המקובלת במקצועות רפואיים אחרים. אולם הקושי הוא שבכל העולם (Lupu, 2010; Quill & Abernethy, 2013) וגם בישראל (Bentur, Emanuel, & Cherney, 2012), אין כיום די מומחים בטיפול פליאטיבי אשר יוכלו להיענות לצורכי הייעוץ ולטיפול בחולים הרבים הזקוקים להם. כך למשל, כיום יש בישראל כ-30 רופאים ורופאות שהוכרו כמומחים בטיפול פליאטיבי על ידי המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית, וכ-40 אחים ואחיות בעלי מומחיות בתחום שהוכרו על ידי משרד הבריאות. זאת ועוד, יש לתת את הדעת לכך שבישראל, כמו במדינות אחרות (Kamal et al., 2016), רבים מהמומחים אינם עובדים כמומחים בטיפול פליאטיבי במשרה מלאה, אלא משמשים גם בתפקידים אחרים.

יש אפוא צורך באנשי מקצוע בעלי השכלה, ידע ומיומנות בטיפול פליאטיבי שיוכלו לטפל במספרם ההולך וגדל של חולים קשים. במאמר מוביל ומצוטט בנושא הציעו קוויל ואברנטי (Quill & Abernethy, 2013)

מודל המבחין בין טיפול פליאטיבי ראשוני (בסיסי) לבין טיפול מומחה. לפיהם, הטיפול הפליאטיבי שוטף צריך להיות מסופק בידי אנשי מקצוע שירכשו מיומנות וידע בתחום, ואילו המומחים יטפלו במקרים הקשים והמסובכים וייתנו ייעוץ לאנשי המקצוע בשדה; שכן לא ניתן לצפות שמומחה פליאטיבי יספק טיפול ישיר לחולים הרבים הזקוקים לטיפול הזה. לדבריהם, מתן טיפול פליאטיבי שוטף צריך להינתן בידי אנשי כל הצוותים, בתחומים כגון רפואת המשפחה, גריאטריה, קרדיולוגיה, אונקולוגיה ורפואת חירום, והם יספקו טיפול פליאטיבי שוטף למטופלים שלהם כחלק משגרת הטיפול. את הידע והמיומנות במתן טיפול פליאטיבי הם צריכים לרכוש בקורסי הכשרה בתחום. למתן הטיפול על ידי אנשי מקצוע שקיבלו הכשרה פליאטיבית, ולא דווקא על ידי מומחים לטיפול פליאטיבי, יש יתרונות רבים, הן מבחינת רצף הטיפול בחולה, דהיינו העובדה שהוא אינו מועבר ליועץ או למסגרת טיפול אחרת, והן מבחינת יעילות הטיפול והחיסכון בעלויות. עם זאת החוקרים מדגישים כי אין במודל זה כדי לטעון שאין צורך במומחיות בטיפול פליאטיבי או כדי לבטל את תפקידם המרכזי של המומחים. מודל כזה יכול להתקיים הן בקהילה הן במערכת האשפוז ולסייע מאוד להרחיב את הטיפול לחולים כרוניים וחולים קשים וכן להרחיב את מתן הטיפול הפליאטיבי לשלבים מוקדמים יותר של המחלה.

כבר כיום אפשר לרכוש השכלה פליאטיבית במסגרות הכשרה ובקורסים ברבות ממדינות המערב (Back et al., 2009; Sullivan, Lakoma, Billings, Peters, & Block, 2005). אחת המסגרות הראשונות, המובילות והיוקרתיות היא The Education in Palliative and End-of-Life Care (EPEC) שהוקם ופועל באוניברסיטת Northwestern בשיקגו. הארגון שם לו למטרה להגביר את הידע והמיומנויות בטיפול פליאטיבי בקרב כל חברי הצוות הרב-מקצועי שמטפלים בחולים קשים, במסגרות הטיפול שבהן החולה נמצא. החזון של הארגון הוא לתת לאנשי צוות ממקצועות שונים יכולות בסיסיות ומיומנות טיפול כדי לשלב ולשפר את הטיפול הפליאטיבי שניתן לחולה, בהתאם לצרכיו, וזאת מבלי לצמצם את המשך הטיפול הרגיל בו, במקום שבו הוא נמצא – אם במחלקות בית החולים ואם בבית. הארגון מדגיש כי התוכנית מתאימה לאנשי צוות מכל מקצועות הבריאות וכי היא מכשירה אותם לספק טיפול פליאטיבי מותאם לפעילות שלהם במסגרת תפקידם ומקצועם. ארגון מוביל נוסף הוא The Center to Advance Palliative Care (CAPC). הוא פועל בבית החולים "מאונט סיני" (Mount Sinai) בניו יורק ושם לו למטרה להגביר את ההיקף והאיכות של השירותים הפליאטיביים שניתנים לאנשים עם מחלות קשות. לשם כך הארגון מפעיל תוכניות הכשרה פליאטיביות מותאמות לצורכי הלומדים ולמקום עבודתם המרכזי, כמו למשל יחידות לטיפול נמרץ, הוספיס-בית וקהילה, והוא אף מכשיר אנשי צוות לטפל בקבוצות חולים ספסציפיות, למשל חולי סרטן, מחלות לב ודמנציה.

דוגמה להכשרה נוספת היא תוכנית הפועלת באונטריו, קנדה – Learning Essential Approaches to Palliative and End-of-Life Care (LEAP). זוהי תוכנית קצרה המבוססת על מודל שנבנה בידי ארגון הטיפול הפליאטיבי הקנדי, והיא נועדה לספק ידע ויכולות בסיסיות לטיפול בחולים עם מחלות קשות ומתקדמות ולאנשים במצבי סוף החיים. גם תוכנית זו מיועדת לצוות רב-מקצועי הכולל רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים ורוקחים.

באירופה פועלות מסגרות להכשרה פליאטיבית, כמו למשל The European Certificate in Essential Palliative Care Programme, המספק קורסים בני 8 שבועות לצוות רב-מקצועי שכולל רופאים, אחיות ורוקחים. הקורסים מבוססים על עקרונות הכשרה שנבנו ומיושמים בבריטניה זה שנים רבות. נוסף על הכשרה כללית בטיפול פליאטיבי כוללים הקורסים גם עקרונות ופרקטיקות טיפול בחולים במחלות קשות שונות.

בישראל מתנהלים מספר קורסים להכשרה פליאטיבית (בנטור וציחמיר, 2007). עדויות אנקדוטליות מלמדות על הבדלים עצומים ביניהם מבחינת היקף ההוראה, תכניה, הכשרת המרצים ומאפיינים חשובים אחרים של הכשרה מקצועית. אין כיום בישראל מידע מקיף, עקבי ומהימן על קורסי ההכשרה האלה, אף שמידע כזה הוא תנאי בסיסי והכרחי לקבלת החלטות ביחס לצורכי פיתוח מסגרות חינוך והכשרה נוספות.

## 1.2 מטרת המחקר

לנוכח כל האמור לעיל, מטרתה של עבודה זו היא לאתר את כל הפעילויות החינוכיות בטיפול פליאטיבי שנערכו בישראל בעשור השנים האחרון, לתאר אותן ולסווג אותן לקטגוריות רלוונטיות נפרדות.

## 2. מערך המחקר

המחקר נערך בסוף שנת 2017 באמצעות שיטות חקירה איכותניות וכמותניות ובכמה שלבים:

- בשלב הראשון איתרנו את המסגרות המספקות פעילות חינוכית בטיפול פליאטיבי. לשם כך פנינו לאנשי מפתח (informants) המכירים את התחום בארץ ושאלנו אותם בראיונות פתוחים אילו מסגרות חינוך, לימוד והכשרה בטיפול פליאטיבי הם מכירים. בשיטה של כדור שלג (חבר מביא חבר) זיהינו כ-15 מסגרות פוטנציאליות. בנוסף, ערכנו חיפוש באינטרנט באמצעות מילות מפתח מתאימות. בשלב השני שלחנו שאלון מובנה למילוי עצמי אל מנהלי המסגרות שאיתרנו וכן שאלון אל האחראים לנושא בארבע קופות החולים. השאלון כלל שאלות ביחס לקיומן ומאפייניהן של הפעילויות להוראה פליאטיבית שהם מקיימים (מספר קורסים, מספר שעות הוראה ומספר מפגשים, מקצועות המורים, מקורות מימון, שכר לימוד, חובת השתתפות וזכאות לגמול השתלמות). כמו כן כלל השאלון שאלות על מאפייני הלומדים (מקצועם, גילם, מינם, מקום עבודתם).
- בתוך כחודשיים קיבלנו תשובות ומידע מקיף מכל מי שפנינו אליו ושלחנו אליו שאלון, חוץ מאשר מהנהלת קופת החולים הגדולה בישראל.
- במקביל, המשכנו באמצעות שיטת כדור שלג לאתר ולזהות מסגרות חינוך נוספות. הממצאים שיוצגו להלן מבוססים על המידע שקיבלנו מהשאלונים ומהראיונות הפתוחים.

### 3. ממצאים

כצפוי, ובהתאם לעדויות אנקדוטליות, קיבלנו מידע שהמאפיין העיקרי שלו היה שונות עצומה בין המקומות השונים. ככל שכדור השלג שלנו הלך ותפח התברר לנו שהפעילות החינוכית בתחום מאופיינת בעשייה לא מעטה אך כמעט אין פעילות חינוכית אחת שדומה לחברתה. זאת ועוד, אנשים שונים תופסים ומגדירים "פעילות חינוכית בטיפול פליאטיבי" באופן שונה, לעיתים שונה עד מאוד. כתוצאה מכך יצרנו רשימת פעילויות שכללה הרצאה בת שעתיים על חוק החולה הנוטה למות ביחד עם קורס בן עשרות שעות שכלל נושאים רבים וכמה מרצים.

הממצא הזה עורר אצלנו שאלות כגון: מהו פשר הדברים? האם לדיווח המגוון יש משמעות? וכמובן – איך נסווג ואיך נמפה את הפעילות הזאת? במיוחד שאלנו את עצמנו איך נוזהה מתוך כל המידע הזה את ה"הכשרות בטיפול פליאטיבי". ניסיון לענות על שאלה זו הוא אחת המטרות המרכזיות של המחקר. בהקשר זה ראוי לתת את הדעת לכך שהרבה יותר קשה להגדיר הכשרה בטיפול פליאטיבי מאשר במקצועות הכשרה אחרים. הסיבות לכך רבות, ובהן מאפייניו ומורכבותו של המקצוע, מיעוט המקומות שיש בהם שירותים פליאטיביים בכלל וכאתרי הוראה בפרט ומיעוט המומחים ואנשי המקצוע שיכולים לספק הוראה, הכשרה והנחיה.

לאחר שיחות עם עמיתים מתחום החינוך וההכשרה הרפואית החלטנו, שלמרות שמטרתו המוצהרת של המחקר הייתה למפות קורסי הכשרה בתחום הפליאטיבי, ראוי וחשוב להציג את כל המידע שקיבלנו, כולל השתלמויות וסדנאות קצרות. זאת בשל שלוש סיבות עיקריות: ראשית, כדי לכבד את העושים במלאכה, שנית, מתוך הבנה והסכמה שגם לפעילויות חינוכיות קצרות עשויה להיות חשיבות ותרומה, שלישית, והחשוב ביותר, כבסיס לדיון ולקבלת החלטות לגבי צרכי פיתוח הפעילות החינוכית בטיפול פליאטיבי בעתיד.

כדי להציג את הממצאים בצורה ברורה ורלוונטית סיווגנו את מסגרות החינוך הפליאטיבי לשלוש קטגוריות מובחנות, על בסיס מספר שעות הלימוד ומספר המפגשים בהן:

- קורס הכשרה פליאטיבית: 40 או יותר שעות לימוד פרונטלי, במשך 6 או יותר ימי לימוד;
- השתלמות: 8-24 שעות לימוד (לא נמצאו השתלמויות בטווחי זמן אחרים), במשך 2-4 ימי לימוד;
- סמינרים וסדנאות: 2-6 שעות ביום אחד.

מניתוח השאלונים למדנו שמקצת קורסי ההכשרה כוללים, נוסף על לימודים פרונטליים והרצאות, גם התנסות קלינית בשדה. ואולם, מאחר שלא כללנו שאלה על כך בשאלון, לא ניתן היה ללמוד כמה קורסים אכן כוללים גם התנסות קלינית, ולא נוכל להתייחס לכך.

להלן נציג את הפעילות החינוכית בהתאם לשלוש הקטגוריות, אך נתמקד בקורסים. זאת, משום שאיתור קורסים אלו ותיאורם הוא מטרת המחקר למעשה.



### 3.1 קורסים להכשרה פליאטיבית

איתרנו תשעה מקומות שבהם מתקיימים או התקיימו קורסי הכשרה פליאטיבית (40 שעות לפחות) בעשור האחרון:

- אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
- המרכז הרפואי רמב"ם, חיפה
- המרכז הרפואי לגליל, נהריה
- המרכז הרפואי אסף הרופא, צריפין
- בית הספר לסייעוד בבית החולים הלל יפה
- המרכז הרפואי על שם שיבא בתל השומר - אגף הסייעוד
- העמותה לקידום סיעוד קרדיאלי וטיפול נמרץ בישראל - בית הספר לסייעוד על שם זיווה טל בתל השומר
- צבר רפואה
- מינהל הסייעוד בשירותי בריאות כללית.

להלן פירוט:

**מאפיינים מבניים:** בחינה של מאפייני תשעת המקומות שמקיימים קורסים להכשרה פליאטיבית לימדה אותנו שיש ביניהם הבדלים עצומים:

- מספר הקורסים - עד דצמבר 2017 הועברו 84 קורסים (51 מהם באוניברסיטת בן-גוריון, בעוד ששאר המקומות לימדו 1-6 קורסים).
- משך הקורסים - ההוראה הפורמלית בקורסים השונים נמשכה בין 43 ל-112 שעות, ומספר המפגשים נע בין 6 ל-16.
- המורים בקורסים - המורים בכל הקורסים הם אנשי מקצוע בעלי ידע וניסיון בטיפול פליאטיבי ומוכרים בקהילה המקצועית, אך רק מיעוטם הם בעלי מומחיות בטיפול פליאטיבי. רוב המורים הם רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים, ומיעוטם באים ממקצועות בריאות אחרים ועובדים במסגרות שבהן הקורס ניתן ומחוצה להן.

**מקורות המימון:** שמונה קורסים גובים שכר לימוד (בין 500 ₪ ל-2,500 ₪) ומתבססים גם על מקורות מימון אחרים, למשל קרנות מחקר, תקציב בית חולים (בעיקר עבור שעות הוראה שנעשות במסגרת הפעילות השוטפת), תקציב בית ספר ללימודי-חוץ ועמותות (אחיות נפרולוגיות ואחיות טיפול נמרץ).

**חובות וזכויות של הסטודנטים:** בכל הקורסים יש חובת השתתפות לפחות ב-80% מהשיעורים, ובכולם נערכת בחינה בסיום הקורס (אם כי באחד מהם עברו לאחרונה להגשת עבודת גמר). ארבעה קורסים מוכרים לקבלת גמול השתלמות, אחד מוכר לאחיות בלבד, ושניים אינם מוכרים לגמול השתלמות.

**מספר המשתתפים:** בסך הכול השתתפו בכל הקורסים יחד 2,241 איש. בקורסים של אוניברסיטת בן-גוריון לבדה השתתפו 1,400 איש; בשישה קורסים אחרים השתתפו כ-100-150 איש בכל אחד, ובשני קורסים השתתפו כמה עשרות אנשים.

**מאפייני המשתתפים:** כ-85% מהמשתתפים הם נשים, וגילם הממוצע של המשתתפים הוא כארבעים. מבחינת מקצועותיהם, 67% מהם הם אחים ואחיות, 17% הם רופאים, 8% הם עובדים סוציאליים, ו-8% הם אנשי מקצועות בריאות אחרים. שלושה מהקורסים הופעלו בידי עמותות והנהלת הסיעוד, ובהם השתתפו אך ורק אחיות ואחים.

**מקומות עבודה של המשתתפים:** מקרב כלל המשתתפים, 45% עובדים בבתי חולים כלליים, 38% במרכזים גריאטריים ובמוסדות סיעודיים ורק 17% בקהילה. כאשר בוחנים כל אחד מהקורסים בנפרד עולה תמונה מעניינת: בארבעה קורסים שנערכים בבתי חולים כלליים משתתפים בעיקר עובדי בתי חולים (79%-100%); בשני קורסים אחרים שנערכים בבתי חולים כלליים, כרבע עד מחצית מהמשתתפים הם עובדי בתי חולים והשאר – בין מחצית לשלושה רבעים – עובדים במרכזים גריאטריים ובמוסדות סיעודיים, ורק מעטים עובדים בקהילה. קורס אחד נערך בארגון שפועל בקהילה וכל משתתפיו עובדים בארגון זה. הקורס האחרון הוא המגוון ביותר מבחינת משתתפיו: כ-20% עובדים בקהילה, 28% בבית חולים כללי ו-52% במרכזים גריאטריים ומוסדות סיעודיים. ראוי לציין ששלוש קופות חולים שולחות אנשי מקצוע, בעיקר רופאים ואחיות, לקורס הזה ולעיתים הן "קונות" אותו ומעבירות אותו במתקני הקופה. למרות זאת, מספר העובדים בבתי חולים שעברו קורסי הכשרה פליאטיבית גבוה מאלה שעובדים בקהילה.

**הנושאים העיקריים שנלמדים בקורסים:** מטבע הדברים, מאחר שרובם המכריע של הקורסים מיועדים לצוות רב-מקצועי, נלמדים בהם נושאי ליבה, כגון טיפול בתסמינים פיזיים ונפשיים, טיפול בחולים במחלות כרוניות מקצרות חיים לא אונקולוגיות, מצבי חירום, חוק החולה הנוטה למות וטיפול בבני משפחה. עם זאת, יש ביניהם גם הבדלים מסוימים, הנובעים בעיקר ממאפייני הגורם האחראי לקורס. להלן פירוט מכלול הנושאים שנמצאו בתוכניות הלימוד של הקורסים:

- עקרונות הטיפול התומך
- תפקיד הצוות הרפואי בתחום הפליאטיבי
- מושגי יסוד בטיפול בכאב: אופיאואידים ולא אופיאואידים
- טיפול בתסמינים פיזיים אחרים: בחילות והקאות, עצירות, כולל חסימת מעיים, תשישות ועייפות, מצוקה נשימתית, חוסר תיאבון ואנורקסיה, דליריום
- תזונה והידרציה בסוף החיים, חוסר תיאבון ואנורקסיה, בעיות בליעה, ריור-יתר
- הטיפול בחולים עם אי-ספיקת לב, COPD, אי-ספיקת כליות
- טיפול בחולים עם דמנציה ומחלת שרירים ניוונית (ALS למשל)
- התערבות במשבר ומצבי חירום
- ניהול הטיפול התרופתי

- התמודדות עם תסמינים נפשיים כגון חרדה ודיכאון
- תקשורת בטיפול פליאטיבי, אמירת אמת ומסירת בשורות קשות
- המשפחה : מערכות תמיכה, תמיכה במשפחה ובמטפל העיקרי
- השעות האחרונות, הכנת החולה ובני משפחה למוות, והכנת ילדים לאובדן בן משפחה
- חוק החולה הנוטה למוות והנחיות רפואיות מקדימות
- רצף, המשכיות ותיאום הטיפול
- רוחניות והתייחסות לבני דתות שונות
- שיטות טיפול ברפואה משלימה
- סוגיות אתיות
- עקרונות עבודת צוות ביחידה לטיפול פליאטיבי.

#### לוח 1: מאפייני קורסי ההכשרה בטיפול פליאטיבי

מאפיינים	פירוט
שנת הקורס הראשון	בין 2004 ל-2016
מספר קורסים עד היום	84 (51 מהם בתוכנית אחת)
מספר לומדים עד כה	2,241 (1,400 מהם בתוכנית אחת)
מספר קורסים מתוכננים לשנה הקרובה	9
מקצועות המורים	רפואה, סיעוד, עבודה סוציאלית, מקצועות בריאות אחרים
מספר שעות כולל	112-43 (ממוצע משוקלל: 55 שעות)
מספר מפגשים כולל	16-6 (ממוצע משוקלל: 7.6)
מקורות הכנסה	שכר לימוד, בתי חולים, אוניברסיטאות, עמותות
גובה שכר לימוד	בין 500 לבין 2,500 ₪
חובת השתתפות	ב-80% מהשיעורים
חובת בחינה	יש
זכאות לגמול השתלמות	יש ב-7 (מתוך 9 אתרים)
מקצועות המשתתפים	67% אחים ואחיות, 12% רופאים ורופאות, 13% עובדים סוציאליים ו-8% אנשי מקצועות בריאות אחרים
מקומות העבודה של המשתתפים	27% בקהילה, 38% בבתי חולים כלליים, 35% בבתי חולים גריאטריים ומוסדות סיעודיים
מגדר וגיל ממוצע	85% נשים, הגיל הממוצע 40

### 3.2 השתלמויות בטיפול פליאטיבי

נוסף על קורסי ההכשרה שתוארו בפירוט לעיל, מתקיימות גם השתלמויות בטיפול פליאטיבי במשך שניים עד ארבעה ימים. השתלמויות אלו נמשכות בין 8 ל-24 שעות. להלן נציג את פעילות ההשתלמויות בתחילה בבתי החולים ואחר כך בקהילה.

#### בבתי החולים

רוב בתי החולים הכלליים בישראל מקיימים כיום סמינרים וסדנאות בנושאים הפליאטיביים, לרוב באמצעות אנשי מקצוע שעובדים בבית החולים. במסגרת מחקר זה לא יכולנו לאסוף מידע מפורט על הפעילות בכל אחד ואחד מבתי החולים בארץ, אך מהנתונים והמידע שקיבלנו עולה שגם כאן יש הבדלים עצומים בין בתי החולים. בעוד שבקצתם יש פעילות לא מעטה בנושא, ברובם הפעילות מצומצמת מאוד. להלן נביא לדוגמה את בית החולים אסף הרופא, שבו יש פעילות רבה בתחום. מלבד העובדה שבעשור האחרון נערכו בבית החולים שני קורסי הכשרה בטיפול פליאטיבי, נערכו בו גם שלוש השתלמויות: האחת בשנת 2015, במשך 24 שעות, ובה השתתפו 29 רופאים ורופאות ממחלקות בית החולים ומהמרכז הגריאטרי שמואל הרופא; השנייה בשנת 2016 במשך 16 שעות, ובה השתתפו 20 אנשי צוות רב-מקצועי (רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים) מבית החולים; השלישית בשנת 2017, בהנחיית שתי עובדות סוציאליות, התמקדה בהתמודדות עם המוות, והשתתפו בה 15 אחיות מהמחלקה הפנימית וממחלקת האונקולוגיה. כמו כן נערכו בבית החולים סמינרים רבים כפי שיופרט בהמשך.

#### בקופות החולים

מהדיווח של אנשי מפתח ומנהלים בקופות החולים עולה כי ארבעתן מייחסות חשיבות רבה לחינוך ולהכשרה בטיפול הפליאטיבי. בשונה מבתי החולים, הן מייחסות חשיבות רבה להכשרה המכוונת לטיפול בחולים עם מחלות כרוניות שנמצאים בביתם שבקהילה במשך תקופה ארוכה, כגון חולים במחלת לב חסימתית סופנית, מחלת ריאות סופנית ודמנציה. רמז לכך ניתן למצוא בכך שבשתי קופות הנושא נתון לאחריות הנהלת אגף הסיעוד, בשלישית לאחריות הנהלת השירות לטיפול בית וברביעית לאחריות הגריאטר הראשי בהנהלת הקופה.

פעילות הכשרה נוספת של הקופות היא במסגרת קורסים שהן עורכות למתמחים ולמומחים ברפואת המשפחה. הקורסים כוללים רשימה ארוכה של נושאים חשובים ורלוונטיים לרופאי משפחה, וביניהם עקרונות הטיפול הפליאטיבי, טיפול בחולים קשים והתמודדות עם מחלות קשות המאיימות על משך החיים.

### 3.3 סדנאות וסמינרים בנושאים של טיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים

נוסף על קורסי הכשרה והשתלמויות, בתי החולים וקופות החולים מקיימים סמינרים וסדנאות בטיפול פליאטיבי. גם כאן לא יכולנו לאסוף מידע מקיף על הפעילות בכל בתי החולים בארץ, אך מהתמונה שנתקבלה מהראיונות עולה שלמשל ברבים מבתי החולים אנשי צוות רב-מקצועי משתתפים בהרצאה (כגון clinical conference) שבה מוצגים הפעילות של צוות הייעוץ הפליאטיבי בבית החולים או חוק החולה הנוטה למות ונושאים כלליים אחרים.

פעילות נוספת מתקיימת בחלק מבתי החולים במסגרות מחלקתיות; כך למשל היועץ הפליאטיבי של בית החולים מציג את פעילותו, נותן הסבר על עקרונות פליאטיביים ומנסה להדריך את הצוות באילו מצבים ומתי לקרוא לו להתייעצות ולערב אותו בטיפול בחולים קשים. מידע נוסף בתחום זה מוצג בדוח על איכות פעילויות בתי החולים למתן טיפול בסוף החיים (עקה זוהר, עין-גל, שביט דידי וחזן צדיק, 2016).

דוגמה חיובית בולטת לפעילות בתחום היא כאמור בית החולים אסף הרופא. בבית חולים זה נערכו בין שנת 2013 לשנת 2017 12 סמינרים בני 1-4 שעות, בנושאים מגוונים כגון טיפול תומך באי-ספיקת לב סופנית, הוספיס-בית לחולים, מתן בשורה רעה, חוק החולה הנוטה למות, תקשורת עם בני משפחה ואתיקה מקצועית בטיפול תומך. בסמינרים השתתפו רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים מכל מחלקות בית החולים, וחשוב במיוחד לציין ששניים מהסמינרים יועדו והותאמו לכוחות עזר ולאחיות מעשיות, ושניהם עסקו בתקשורת עם מטופלים ובני משפחה.

פעילות נוספת, משיקה לתחום, נערכת ב"מסר" – מרכז ארצי לסימולציה רפואית במרכז הרפואי שיבא בתל השומר. המרכז מציע סדנאות שנועדו לחולל טלטלה רגשית כדי להביא להבנה שטיפול בכבוד בסוף החיים הוא חלק חשוב מהאחריות הטיפולית. משתתפי הסדנאות הם רופאים בכירים ומתמחים, אחים ועובדים סוציאליים ממחלקות שונות בבתי החולים ומהקהילה בארץ. כמו כן משתתפים בסדנאות צוותים ממוסדות סיעודיים (מסר).

בחינת היקף הסמינרים והסדנאות שעורכות קופות החולים בנושא מעלה מידע חלקי בלבד, אנקדוטלי. המאפיין הבולט של פעילות זו הוא שהיא נעשית במסגרת המחוזות של הקופות ולא בהיקף ארצי (ומשום כך לא ניתן לאסוף מידע מקיף, מהימן ותקף). ככל הידוע לנו, באף אחת מהנהלות קופות החולים אין מדיניות מוגדרת בנושא; וקל וחומר אין מדיניות שמיושמת.

## 4. דיון והשלכות המחקר

בעבודה זו הצגנו את היקף הפעילות החינוכית בטיפול פליאטיבי בישראל. בחינת השאלה אם היקף הפעילות הזה ממלא את הצרכים כיום ובעתיד היא מעבר למטרות מחקר זה, אך על בסיס עבודות מישראל וממדינות מערב אחרות המלמדות על מחסור בכוח אדם בטיפול פליאטיבי (Bentur, Emanuel & Cherney, 2012; Carrasco et al., 2015; Lupu, 2010) נראה כי היקף הפעילות הזה רחוק מלמלא את הצרכים. לפיכך, יש צורך להגדיל בצורה משמעותית את היקף ההכשרה הפליאטיבית כדי להבטיח את גידולו של כוח האדם מיומן בתחום.

הגדלה ניכרת של היקף כוח האדם בתחום דורשת פעולות רבות, הן ברמת המדיניות – במשרד הבריאות ובקופות החולים, והן ברמת השטח – בשירותים בקהילה ובמערכת האשפוז האקוטי והממושך. מספרם המצומצם של הרופאים והאחיות המומחים בטיפול פליאטיבי בישראל לא יאפשר למלא את צורכי הטיפול בחולים קשים בישראל כיום ובעתיד. זאת ועוד, הגישה שמומחים בטיפול פליאטיבי מספקים בעיקר ייעוץ לאנשי צוות בעלי הכשרה פליאטיבית מתאימה ולמטפלים בחולים קשים במיוחד, שגורה ומקובלת כבר

כיום בישראל, בדומה למצב ברוב מדיניות המערב. לפיכך, נראה שיש צורך בהרבה אנשי צוות בעלי הכשרה פורמלית בטיפול פליאטיבי, שהם לאו דווקא בעלי מומחיות בתחום, כדי שיספקו טיפול לחולים הקשים ובד בבד ייתנו ייעוץ לאנשי צוות שאין להם הכשרה בתחום.

מלבד החשיבות שיש להגדלת היקף הקורסים להכשרה פליאטיבית, חשוב להבטיח את איכותם של הקורסים. לפיכך:

- יש צורך לערוך דיון מעמיק על הגדרת "קורס הכשרה פליאטיבי" ולהסכים בשאלות: מהו היקף ההוראה הנדרש מבחינת מספר שעות ומספר מפגשים? האם נדרשת התנסות קלינית? אילו מקצועות ומאפיינים צריכים להיות למורים? מה הם התכנים שיילמדו? וכך-מי יהיו הלומדים? החלטה בשאלות אלו יכולה לקבוע אילו סוגיות ליבה יהיו בגדר חובה בכל הקורסים, ובמקביל היא תאפשר לקבוע רכיבים רלוונטיים לכל קורס, בהתאם ליעדיו ולצורכי הלומדים. יש צורך להכין מתווה של קורס בסיסי מוסכם, לבדוק אותו בטרם יופץ לכל הגורמים המספקים הכשרה ולדרוש מהם לפעול בהתאם למתווה שיוסכם עליו.
- במקביל, יש צורך דחוף להגדיל את מספר המשתתפים בקורסים האלה. ראוי לתת תשומת לב מיוחדת להגדלת מספר המשתתפים בקורסים שעובדים בקהילה ולעודד אנשי צוות בית חולים ממחלקות שמטפלות בחולים קשים, כמו למשל מחלקות פנימית, גריאטריה, נפרולוגיה ואונקולוגיה, להשתתף בקורסים כאלה.
- יש צורך להקצות את המשאבים הדרושים להגדלת מספרם של הקורסים להכשרה פליאטיבית ואת מספר הלומדים בהם. במקביל, ראוי לבחון איך אפשר לצמצם את התשלום מהכיס בעבור השתתפות בקורס כדי להסיר מחסומים להשתתפות ולהגדיל את מספר הלומדים.
- ראוי למצוא דרכים כדי לחייב את הלומדים לעסוק בטיפול פליאטיבי לאחר סיום הקורס. בד בבד, ראוי לשקול מתן תגמול לאנשי צוות שישתתפו בקורסי הכשרה ושיעבדו בתחום לאחר סיום הכשרתם; שכן כיום, בהעדר תגמול ראוי, חלק מהאחיות המומחיות בטיפול פליאטיבי אינן עובדות בתחום, משום שהן יכולות לקבל תגמול דומה בתפקידים אחרים.

למחקר זה יש מגבלה שראוי לתת עליה את הדעת. על אף מאמצינו לאתר את כל קורסי ההכשרה בטיפול פליאטיבי בארץ, ייתכן שיש מסגרות שלא איתרנו. כמו כן, ראוי לציין שלא כללנו בעבודה את הקורס לרופאים שהתקיים במסגרת לימודי החוץ של אוניברסיטת תל אביב וכן קורסים במסגרת השתלמויות והתמחויות של רופאים ברפואת המשפחה.

לסיכום, לנוכח מספרם המועט של המומחים בטיפול פליאטיבי מצד אחד, מיעוט האנשים שמקבלים טיפול כזה כיום והגידול הצפוי במספרם בעתיד, נראה שיש צורך דחוף וממשי להגדיל את כוח האדם שיספק טיפול פליאטיבי. קורסים להכשרה פליאטיבית עשויים להוות מענה טוב ויעיל להתמודדות עם האתגר הזה. בישראל, בדומה למדינות אחרות במערב, אנשי צוות בעלי הכשרה מתאימה יכולים לספק טיפול בצורה איכותית, חסכונית ויעילה. לאור זאת יש צורך להגדיל במידה רבה את מספר תוכניות ההכשרה לטיפול פליאטיבי שמתקיימות בארץ.

## מקורות

בנטור, נ. וציחמיר, ס. (2007). תכנית ארצית להכשרה פליאטיבית בישראל: מחקר הערכה. ירושלים: מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, המרכז לחקר הזיקנה.

מסר (2017 21 בדצמבר). נדלה מ- <https://www.msr.org.il/59582>

עקה זוהר, ע., עין גל, י., שביט דידי, א. וחזן צדיק, א' (2016). מבדק איכות 2015 היערכות המוסדות הרפואיים למתן טיפול בסוף החיים. משרד הבריאות, מנהל איכות שירות ובטיחות. נדלה מ- <http://www.qualityandsafety.co.il/Conference2016Presentation/Slideshow?fileName=A%2Fp2.pdf>

Anneser, J., Kunath, N., Krautheim, V., & Borasio, G. D. (2014). Needs, expectations, and concerns of medical students regarding end-of-life issues before the introduction of a mandatory undergraduate palliative care curriculum. *Journal of Palliative Medicine*, 17(11), 1201-1205.

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulskey, J. A., Barley, G. E., Pea, R. D., Fryer-Edwards, K. A. (2009). Faculty development to change the paradigm of communication skills teaching in oncology. *J Clin Oncol.*, 27, 1137-1141.

Bentur, N., Emanuel, L. L., & Cherney, N. (2012). Progress in palliative care in Israel: Comparative mapping and next steps. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1(1), 9.

von Gunten, C. F., Mullan, P., Nelesen, R. A., Soskins, M., Savoia, M., Buckholz, G., & Weissman, D. E. (2012). *Journal of Palliative Medicine*, 15(11), 1198-1217. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0502>

Carrasco, J. M., Lynch, T. J., Garralda, E., Woitha, K., Elsner, F., Filbet, M., ...& Centeno, C. (2015). Palliative care medical education in European universities: A descriptive study and numerical scoring system proposal for assessing educational development. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(4), 516-523.

Center to Advance Palliative Care. National Palliative Care Registry 2012 Annual Survey Summary. (2014). Available at [https://registry.capc.org/cms/portals/1/reports/national\\_palliative\\_care%20registry\\_annual\\_survey\\_summary\\_9.2.2014.pdf](https://registry.capc.org/cms/portals/1/reports/national_palliative_care%20registry_annual_survey_summary_9.2.2014.pdf). Accessed December, 2017

Dickinson, G. E. (2007). End-of-life and palliative care issues in medical and nursing schools in the United States. *Death Studies*, 31(8), 713-726.

Dickinson, G. E., Clark, D., & Sque, M. (2008). Palliative care and end of life issues in UK pre-registration, undergraduate nursing programmes. *Nurse Education Today*, 28(2), 163-170.

Dickinson, G. E. (2011). Thirty-five years of end-of-life issues in US medical schools. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 28(6), 412-417.

- Ferrell, B. R., Temel, J. S., Temin, S., Alesi, E. R., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... & Stovall, E. L. (2016). Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 34(1), 35-45.
- Fineberg, I. C., Wenger, N. S., & Forrow, L. (2004). Interdisciplinary education: evaluation of a palliative care training intervention for pre-professionals. *Academic Medicine*, 79(8), 769-776.
- Gillan, P. C., van der Riet, P. J., & Jeong, S. (2014). End of life care education, past and present: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 34(3), 331-342.
- Goodman, D. C., Stukel, T. A., Chang, C. H., & Wennberg, J. E. (2006). End-of-life care at academic medical centers: Implications for future workforce requirements. *Health Affairs*, 25(2), 521-531.
- Horowitz, R., Gramling, R., & Quill, T. (2014). Palliative care education in US medical schools. *Medical Education*, 48(1), 59-66.
- Hui, D., Elsayem, A., De La Cruz, M., Berger, A., Zhukovsky, D. S., Palla, S., & Bruera, E. (2010). Availability and integration of palliative care at US cancer centers. *Jama*, 303(11), 1054-1061.
- Ilse, B., Alt-Epping, B., Kiesewetter, I., Elsner, F., Hildebrandt, J., Laske, A., ... & Schiessl, C. (2015). Undergraduate education in palliative medicine in Germany: A longitudinal perspective on curricular and infrastructural development. *BMC Medical Education*, 15(1), 151.
- Institute of Medicine (2015). *Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Johnson, C. E., Girgis, A., Paul, C. L., & Currow, D. C. (2008). Cancer specialists' palliative care referral practices and perceptions: Results of a national survey. *Palliative Medicine*, 22(1), 51-57.
- Kamal, A. H., Bull, J., Wolf, S., Samsa, G. P., Swetz, K. M., Myers, E. R., ... & Abernethy, A. P. (2016). Characterizing the hospice and palliative care workforce in the US: Clinician demographics and professional responsibilities. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(3), 597-603.
- Kamal, A. H., Bull, J. H., Swetz, K. M., Wolf, S. P., Shanafelt, T. D., & Myers, E. R. (2017). Future of the palliative care workforce: Preview to an impending crisis. *The American Journal of Medicine*, 130(2), 113-114.
- Kamal, A. H., Currow, D. C., Ritchie, C. S., Bull, J., & Abernethy, A. P. (2013). Community-based palliative care: The natural evolution for palliative care delivery in the US. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(2), 254-264.
- Kavalieratos, D., Mitchell, E. M., Carey, T. S., Dev, S., Biddle, A. K., Reeve, B. B... & Weinberger, M. (2014). "Not the 'grim reaper service'": An assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *Journal of the American Heart Association*, 3(1), e000544.



- Kizawa, Y., Tsuneto, S., Tamba, K., Takamiya, Y., Morita, T., Bito, S., & Otaki, J. (2012). Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: A modified Delphi method. *Palliative Medicine*, 26(5), 744-752.
- Koffman, J., & Higginson, I. J. (2005). Assessing the effectiveness and acceptability of interprofessional palliative care education. *J Palliat Care*, 21(4), 262-269.
- Lloyd-Williams, M., & Macleod, R. D. M. (2004). A systematic review of teaching and learning in palliative care within the medical undergraduate curriculum. *Medical teacher*, 26(8), 683-690.
- Lupu, D. (2010). Estimate of current hospice and palliative medicine physician workforce shortage. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(6), 899-911.
- Malloy, P., Paice, J., Virani, R., & Ferrell, B. R. (2008). End-of-life nursing education consortium: 5 years of educating graduate nursing faculty in excellent palliative care. *Journal of Professional Nursing*, 24(6), 352-357.
- Meier, D. E. (2011). Increased access to palliative care and hospice services: Opportunities to improve value in health care. *The Milbank Quarterly*, 89(3), 343-380.
- Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care—Creating a more sustainable model. *New England Journal of Medicine*, 368(13), 1173-1175.
- Ramchandran, K., & Von Roenn, J. H. (2013). Palliative care always. *Oncology*, 27, 13-16, 27-30, 32-14
- Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... & Peppercorn, J. M. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(8), 880-887.
- Pantilat, S. Z., Kerr, K. M., Billings, J. A., Bruno, K. A., & O'Riordan, D. L. (2012). Palliative care services in California hospitals: Program prevalence and hospital characteristics. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(1), 39-46.
- Schulz, C., Möller, M. F., Seidler, D., & Schnell, M. W. 2013. Evaluating an evidence-based curriculum in undergraduate palliative care education: Piloting a phase II exploratory trial for a complex intervention. *BMC Medical Education*, 13(1), 1.
- Shvartzman, P., Singer, Y., Bentur, N., Oberman, A., Kabilu, Y., Cohen, R., & Tandeter, H. (2011). Constructing a post-graduate palliative care curriculum: The Israeli National Palliative Care Training (INPACT) experience. *Journal of Palliative Care*, 27(3), 238-243.
- Sullivan, A. M., Lakoma, M. D., Billings, J. A., Peters, A. S., & Block, S. D. (2005). Teaching and learning end-of-life care: Evaluation of a faculty development program in palliative care. *Academic Medicine*, 80(7), 657-668.

- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... & Billings, J. A. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, *363*(8), 733-742.
- Visser, M., Deliens, L., & Houttekier, D. (2014). Physician-related barriers to communication and patient-and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: A systematic review. *Critical Care*, *18*(6), 604.
- Walker, S., Gibbins, J., Burnett, M., Adams, S. et al. (2014). Organization, funding and review of undergraduate palliative care (pc) teaching in UK medical schools: A survey of educational leads *BMJ Support Palliat Care*, *4*:a31 doi:10.1136/bmjspcare-2014-000654.85
- Wentlandt, K., Krzyzanowska, M. K., Swami, N., Rodin, G. M., Le, L. W., & Zimmermann, C. (2012). Referral practices of oncologists to specialized palliative care. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(35), 4380-4386.
- Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Hannon, B., Leighl, N., Oza, A., ... & Donner, A. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, *383*(9930), 1721-1730.