



דוח מחקר

ידע ועמדות של רופאים בקהילה ושל הציבור הרחב כלפי טיפול במצבי סוף החיים וטיפול פליאטיבי

נטע בנטור ✦ ג'ניפר שולדינר ✦ שירלי רזניצקי ✦ שלי שטרנברג
לאה אהרוני ✦ אבינעם פירוגובסקי ✦ בן קורן

המחקר מומן בסיוע מענק מחקר מהמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

ידע ועמדות של רופאים בקהילה ושל הציבור הרחב כלפי טיפול במצבי סוף החיים וטיפול פליאטיבי

נטע בנטור ג'ניפר שולדינר שירלי רזניצקי שלי שטרנברג¹
לאה אהרוני² אבינעם פירוגובסקי² בן קורן³

המחקר מומן בסיוע מענק מחקר מהמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

¹מכבי שירותי בריאות
²שירותי בריאות כללית
³המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי, איכילוב

עריכה: ענת ברבריאן
תרגום לאנגלית (תמצית מחקר והודעת פרסום): אולין איבל
הפקה והבאה לדפוס: לסלי קליינמן

מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

ת"ד 3886

ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

פקס: 02-5612391

כתובת באינטרנט: <http://brookdaleheb.jdc.org.il>

דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

פרסומים נוספים של המכון בנושאים קשורים

בנטור, נ'; שטרנברג, ש'; שולדינר, ג'. 2015. איכות הטיפול בסוף החיים בזקנים עם דמנציה מתקדמת בקהילה. דמ-652-15

בנטור, נ'; לרון, מ'; אזולאי, ד'; אוברמן, א'; אזולאי, ד'. שירותים פליאטיבים בבתי חולים כלליים ובבתי חולים גריאטריים בישראל. דמ-704-15

בנטור, נ'; שטרנברג, ש'; ספלט, ט'; למברגר, י'; שרון, א'. 2011. מרפאות להערכה גריאטרית כוללת בישראל. דמ-568-11

בנטור, נ'; רזניצקי, ש'. 2009. תמיכה רוחנית בישראל: הערכת התכניות שמומנו על-ידי הפדרציה היהודית של ניו-יורק. דמ-530-09

בנטור, נ'; צ'חמיר, ס'. 2007. תכנית ארצית להכשרה פליאטיבית בישראל: מחקר הערכה. דמ-498-05

בנטור, נ'; רזניצקי, ש'; שנוור, י'. 2005. שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל. דמ-456-05

בנטור, נ'; רזניצקי, ש'. 2002. טיפול בית רפואי במערכת הבריאות בישראל. דמ-393-02

Bentur, N.; Resnizky S.; Eilat-Tsanani, S.; Balicer R. 2013. Use of Healthcare Services, Quality and Cost of Care of Terminal Cancer Patients. RR-647-13

להזמנת הפרסומים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 9103702

טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

ניתן למצוא את הפרסומים גם באתר המכון: <http://brookdaleheb.jdc.org.il>

תמצית מחקר

1. מבוא, מטרות המחקר ומערך המחקר

הטיפול הפליאטיבי מקל על חולים במחלות קשות שאינן ניתנות לריפוי ומשפר את איכות חייהם. זהו הטיפול המתאים ביותר לחולים הסובלים זמן ממושך ממחלות קשות ומתסמינים פיזיים ונפשיים המתעצמים לקראת סוף חייהם אך עדיין הוא זמין בהיקף מצומצם בקהילה בישראל. ביולי 2009 פרסם משרד הבריאות חוזר מנכ"ל המחייב את קופות החולים, את בתי החולים ואת המוסדות הסיעודיים לספק טיפול פליאטיבי ולהכשיר כוח אדם בתחום הזה. אלא שאין די בכך כדי ליצור יש מאין את השינוי הדרוש. כשלב ראשון והכרחי לפיתוח השירותים הפליאטיביים, להרחבתם וליצירת שינוי בנושא כה משמעותי, הקשור לחיים ולמוות, יש צורך במידע על הידע ועל העמדות כלפי השירותים האלה.

א. מטרות המחקר

המחקר הנוכחי נועד לבחון ידע ועמדות בקרב רופאים בקהילה ובקרב הציבור הרחב כלפי השירותים הפליאטיביים ולזהות את החסמים והאתגרים הפרוכים בהספקתם ובהרחבתם. מטרת המחקר הספציפיות מפורטות להלן:

בקרב הרופאים

- ◆ לבחון את היקף הידע, ההכשרה והמיומנות של רופאים בקהילה בנוגע לטיפול הפליאטיבי ואת מעורבותם בפועל בטיפול בחולים במצבי סוף החיים
- ◆ לבחון את עמדות הרופאים כלפי השירותים הפליאטיביים וחשיבותם
- ◆ לזהות את חסמי השימוש שלהם בשירותים האלה

בקרב הציבור

- ◆ לבחון מהו הידע של הציבור הרחב בנוגע לטיפול הפליאטיבי
- ◆ לבחון את עמדות הציבור כלפי טיפול באנשים במצבי סוף החיים וכלפי הנחיות מקדימות
- ◆ להשוות בין ידע ועמדות של אנשים שבן משפחתם או חבר קרוב שלהם נפטרו ממחלה חשוכת-מרפא לבין הידע והעמדות של האחרים

ב. מערך המחקר

נערכו שני סקרים: 1. בקרב 227 רופאי משפחה. הם רואיינו בשאלון מובנה סגור למילוי עצמי; 2. בקרב 721 בני 50 ומעלה מהציבור הרחב. הם רואיינו טלפונית באמצעות שאלון מובנה סגור.

2. ממצאים

א. סקר בקרב רופאי משפחה

- ◆ מאפייני הרופאים. גילם הממוצע 52 (טווח 34-77 שנים), 52% נשים, 39% נולדו בישראל, 24% בברית המועצות לשעבר והשאר במקומות אחרים. כ-80% יהודים, 62% הגדירו עצמם כחילוניים. הם עובדים כרופאים 25 שנים בממוצע, 46% מומחים ברפואת משפחה, 32% בפנימית ו-22% ללא התמחות.

- ◆ **ידע על עקרונות הטיפול הפליאטיבי.** 29% העריכו את הידע שלהם על הטיפול הפליאטיבי כטוב, 46% כבינוני, ול-25% אין ידע בנושא. בעוד של-85% יש ידע בטיפול בכאבים ובנושאים אחרים, 34% סברו שהטיפול הזה מונע אפשרויות לקבל טיפול מרפא או מאריך חיים ו-24% לא ידעו שניתן להתחיל בטיפול פליאטיבי בכל שלבי מחלה חשוכת מרפא.
- ◆ **הכשרה בטיפול הפליאטיבי.** כ-55% סברו שקיבלו הכשרה טובה או טובה מאוד לטיפול בכאבים עזים ובסימפטומים פיזיים ובמתן בשורות קשות, ו-47% סברו שקיבלו הכשרה טובה או טובה מאוד לקיום שיחה פתוחה ולבירור העדפות הטיפול. מלבד זאת, 76% מהרופאים היו מעוניינים לקבל הכשרה נוספת בנושא של הטיפול הפליאטיבי.
- ◆ **מיומנות וביטחון בטיפול הפליאטיבי.** 60%-70% אמרו שיש להם מיומנות וביטחון בניהול כאבים וסימפטומים פיזיים אחרים, במתן בשורות קשות ובבירור העדפות החולים, אך בפועל רק 34% נתנו בשורות קשות ורק 24% ביררו את העדפות החולים. הרבה יותר רופאים שדיווחו שקיבלו הכשרה טובה מאוד או טובה נותנים תרופות אופיאטיות לשיפוך כאבים מאשר רופאים שדיווחו על הכשרה לא טובה או על העדרה.
- ◆ **מעורבות בטיפול.** כ-46% מהרופאים מעוניינים להיות מעורבים בטיפול הפליאטיבי של רוב החולים שלהם כאשר אלה מגיעים למצבי סוף החיים, 37% בטיפול בחלקם, ו-17% בטיפול במעטים מהחולים שלהם. לרופאים שרוצים להיות מעורבים בטיפול ברוב החולים שלהם במצבי סוף החיים יש ידע, הכשרה ומיומנות טובים יותר בטיפול פליאטיבי מאשר למי שמעוניינים להיות מעורבים בטיפול בחלק מהחולים או במיעוטם.
- ◆ **הפניה לטיפול מומחה.** כ-75% מהרופאים הפנו בחצי השנה האחרונה חולים קשים, רובם עם סרטן מפושט, ליחידות לטיפול בית, 53% ליחידת הוספיס בית ו-36% להוספיס אשפוזי. רופאים בעלי יותר הכשרה הפנו יותר חולים להוספיס בית מאשר רופאים חסרי הכשרה.
- ◆ **כתיבת הנחיות מקדימות.** אף על פי ש-67% מהרופאים סבורים שיש לדון בהנחיות מקדימות עם החולים, רק 22% היו מעורבים בכתיבת הנחיות מקדימות - רובם בסיוע לחולים שלהם ומיעוטם כתבו גם לעצמם ולבני משפחתם. עם זאת, 61% מהרופאים מעוניינים במידע או במידע נוסף על כתיבת הנחיות מקדימות, 20% מעוניינים במידה מועטה, ו-19% לא מעוניינים כלל במידע בנושא.
- ◆ **עמדות כלפי מצבי סוף החיים.** הרופאים הציגו תמונה מורכבת בהתייחסותם לנושא. יותר מ-90% סבורים כי צריכה להיות לחולה זכות להחליט האם לקבל טיפול מאריך חיים, כי על הרופא להסביר לחולה ולבני משפחתו מהי הפרוגנוזה ולנהל עמם שיחה פתוחה על מטרות הטיפול, וכי עליו לבדוק מהן העדפות החולה לגבי הטיפול שירצה לקבל בסוף החיים. עם זאת, רק 71% מהרופאים סבורים שצריך להציע לכל חולה במצב סוף חיים למלא מסמך הנחיות מקדימות, 51% אמרו שברוב המקרים ימליצו לחולה לקבל טיפול או תרופה ניסויית שעשויים להאריך את חייהם ו-34% סבורים כי יש לחתור להציל את חיי מטופליהם בכל מצב. עם זאת, 60% מהרופאים סבורים כי חולים במצבי סוף חיים מקבלים יותר מדי התערבויות שלא לצורך, ו-73% סבורים כי מציעים לחולים טיפולים יקרים שאינם בסל בלי להתחשב ביכולתם הכלכלית.

◆ **מכשולים בהפניית חולים לטיפול פליאטיבי.** המכשולים העיקריים הם מחסור בשירותים פליאטיביים (לדברי 65% מרופאים), העדר הנחיות ברורות לגבי התזמון המתאים להפניה לטיפול פליאטיבי (57%), העובדה שהשירותים האלה משרתים רק חולי סרטן ולא חולים במחלות אחרות (56%), חולים ומשפחותיהם חושבים שטיפול פליאטיבי הוא מוות (45%), החשיבות שמייחסים לערך 'קדושת החיים' (41%). כמו כן, בעוד שרוב הרופאים מייחסים חשיבות רבה מאוד לשירותים הפליאטיביים, רק מחציתם סבורים שגם קופות החולים שבהן הם עובדים וקובעי מדיניות במשרד הבריאות מייחסים לשירותים האלה חשיבות רבה.

ב. סקר בקרב הציבור הרחב

◆ **מאפייני האוכלוסייה.** הגיל הממוצע 62, ונע בין 50 לבין 90; 49% נשים; 47% בעלי השכלה על-תיכונית; 46% נולדו בישראל, 20% בברית המועצות לשעבר ו-22% במדינות אחרות; כולם יהודים. כ-80% דיווחו על מצב בריאות מצוין, טוב מאוד או טוב, וכי לא חל שינוי במצב בריאותם בשנה האחרונה.

◆ **ידע על שירותים לטיפול פליאטיבי.** לדברי 16% יש להם ידע טוב מהו טיפול פליאטיבי, ל-40% ידע מועט ו-44% מעולם לא שמעו על הטיפול הזה.

◆ **עמדות כלפי טיפול באנשים עם מחלות חשוכות מרפא במצבי סוף החיים.** מהתייחסות המרואיינים לזכות לקבל החלטות לגבי סוף החיים, לזכות לאיכות סוף החיים ולערך קדושת החיים התקבלה תמונה מורכבת ולא תמיד עקבית. לפיה, מצד אחד רבים מעוניינים להיות מעורבים בקבלת ההחלטות במצבים קשים ומייחסים חשיבות לאיכות סוף החיים יותר מאשר למשכם, אך מצד אחר רבים אינם מתעניינים בהנחיות מקדימות ורבים אף סבורים שעל הרופא להציל חיים בכל מצב.

◆ **תפיסת התמודדות מערכת הבריאות עם הטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא.** כ-77% סבורים שלפעמים מציעים לחולים טיפולים יקרים שאינם בסל הבריאות מבלי להתחשב ביכולתם הכלכלית וכי שירותי הבריאות לא מספיק מתייחסים לפחדים לחרדות ולסימפטומים נפשיים של חולים במחלות חשוכות מרפא. כמו כן, מעניין להיווכח ש-81% רוצים לסיים את חייהם בבית ולא בבית חולים, אך רק 42% סבורים שטיפול רפואי שניתן בבית יכול להיות טוב באותה מידה כמו בבית-החולים.

◆ **עמדות ביחס להנחיות מקדימות ולהתמודדות עם הנושא.** רק 25 איש (4%) כתבו מסמך הנחיות מקדימות, ו-40% נוספים אמרו שהיו רוצים לכתוב מסמך כזה. זאת ועוד, ל-5% היה יפוי כוח רפואי המעניק זכות לקבל החלטות רפואיות עבורם, אם לא יוכלו לקבלן לבד. רק 7 איש (1%) אמרו שמישהו מהמערכת הרפואית דיבר אתם על ההעדפות שלהם בסוף החיים, אך 38% אמרו שהיו רוצים לקיים שיחה כזו.

3. מסקנות והשלכות למדיניות

ממצאי המחקר מלמדים על החשיבות שלמספר כיווני פעולה שעשויים לסייע בשיפור הטיפול הפליאטיבי בקהילה:

- ◆ שיעור גבוה מהרופאים דיווחו אמנם שהם קיבלו הכשרה בעקרונות טיפול פליאטיבי וכי יש להם מיומנות וביטחון טובים בנושא, אך נראה שבפועלהדבר מתבטא בעיקר בטיפול בכאב ובסימפטומים פיזיים אחרים, והרבה פחות בתחומים לא פחות חשובים, כמו מתן בשורות קשות, תיאום ציפיות ובירור העדפות של חולים קשים לגבי הטיפול שיקבלו בסוף החיים. לפיכך, קיימת חשיבות להרחיב את הידע של רופאי המשפחה באמצעות הכשרות וימי עיון, בנושאים כגון מתן בשורות קשות, בירור העדפות החולה ותקשורת פתוחה. כמו כן, חשוב לעדכן אותם בגישה השגורה כיום ולפיה אפשר ורצוי להתחיל להתייחס לחולה בהתאם לעקרונות פליאטיביים בסמוך לקבלת אבחנה של מחלה חשוכת מרפא, וכי יש להגביר את הטיפול הפליאטיבי והטיפול בסימפטומים בהתאם להתקדמות המחלה ולהחמרתה. זאת ועוד, חשוב להנחיל בקרבם את ההבנה כי מתן הטיפול הזה אינו מונע אפשרות להמשיך ולקבל טיפול מרפא ומאריך חיים.
- ◆ העובדה שפחות ממחצית מרופאי המשפחה מעוניינים להיות מעורבים בטיפול של רוב החולים שלהם המגיעים למצבי סוף החיים, מעמידה בפני השירותים בקהילה אתגר של ממש. זאת ועוד, הממצא שלפיו קיים קשר בין הרצון למעורבות בטיפול בחולים בסוף החיים, לבין תפיסת ידע, הכשרה ומיומנות גבוהים יותר, מדגיש את הצורך להרחיב את הידע ולהפעיל תכניות הכשרה, כדי להגביר את נכונותם של רופאי המשפחה לטפל בחולים שלהם עד סוף חייהם.
- ◆ לאור מספרם המועט של הרופאים שמעורבים בכתיבת הנחיות מקדימות מצד אחד, והמספר הגבוה שגילו בכך התעניינות ורצון להרחיב את הידע שלהם מצד אחר, חשוב לתת להם הדרכה והשתלמות בנושא, כדי שתהיה להם מוטיבציה ויחושו ביטחון לשוחח עם המטופלים שלהם בנושא ויוכלו לסייע להם למלא מסמכים של הנחיות מקדימות. לכך יש חשיבות מיוחדת לאור העובדה ששיעור גבוה של הציבור הרחב סבורים שעל הרופאים להציע להם להכין הנחיות מוקדמות.
- ◆ רבים מהרופאים הצביעו על מכשולים בהפניית מטופלים לשירותים פליאטיביים, ובעיקר על המחסור בשירותים פליאטיביים. נראה שיהיה קשה להתמודד עם כל המכשולים האלה בטווח זמן קצר, אך כתיבת הנחיות ברורות לגבי תזמון ההפניה לטיפול פליאטיבי ובכלל זה הגברת הנגישות למי שאינו חולה סרטן הם מכשולים שניתן להתמודד עמם בתוך זמן קצר.
- ◆ רוב הרופאים מייחסים חשיבות רבה מאוד לשירותים הפליאטיביים, אך רק כמחציתם סבורים שגם קופות החולים שבהן הם עובדים וקובעי מדיניות במשרד הבריאות מייחסים לכך חשיבות רבה. לאור מיעוט השירותים הפליאטיביים בארץ, נראה שרופאים מתקשים להפנות אליהם מטופלים. לפיכך, נראה כי יש צורך להרחיב את השירותים האלה בקהילה, אם באמצעות ייעוץ פליאטיבי מומחה ביחידות לטיפול בית שכמעט לא קיים כיום, ואם באמצעות הרחבה ניכרת של יחידות הוספיס הבית הפועלות כיום בישראל.
- ◆ רוב הציבור כמעט שאינו מכיר את השירותים הפליאטיביים המיועדים להקלת הסבל במצבים קשים ובסוף החיים. זאת ועוד, מצד אחד אנשים רבים מייחסים חשיבות לאיכות סוף החיים יותר מאשר למשכם, מצד אחר, רבים אינם מתעניינים בהנחיות מקדימות ורבים אף סבורים שעל הרופא להציל חיים בכל מצב. הסתירה, כביכול, בין הדברים, עשויה להיות קשורה לקושי האנושי להתמודד עם נושא קשה כמו המוות. אנו רוצים שיקירונו יקבל את הטיפול הטוב ביותר, ומאמינים שיש לעשות הכול כדי להציל את חייו משום שאיננו רוצים להיפרד ממנו. עם זאת, איננו רוצים שהוא יסבול ולכן

מייחסים חשיבות רבה לאיכות סוף החיים. לאור זאת, יש לתכנן ולערוך פעולות הסברה רבות ואיכותיות כדי להרחיב את הידע ואת ההבנה של הציבור הרחב על מטרות הטיפול הפליאטיבי ועל עקרונותיו, כדי להפחית חששות מטיפולים שעלולים לקצר את משך החיים ולעורר ביטחון ואמון בהם. פעולות כאלה צריכות להיות מבוצעות בידי קופות החולים וגם שירותי הרווחה עשויים להיות שותפים לכך.

◆ במקביל קיים צורך בפעולות יידוע, הדרכה והכשרה רחבות – בקרב הקהילה הרפואית ובקרב הציבור רחב - כדי להגדיל את הידע והמודעות להנחיות טיפול מוקדמות, להפחית פחדים וחרדות ולשפר עמדות בנושא, כדי להרחיב במידה רבה את מספר האנשים שכותבים אותם.

ממצאי המחקר מוצגים בפני מנהלים בקופות החולים ובמשרד הבריאות. במקביל, הממצאים משמשים כיום בתהליך בניית "התכנית הלאומית לטיפול באנשים במצבי סוף החיים ולטיפול פליאטיבי" שהיא שיתוף פעולה בין משרד הבריאות, אשל ומאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

תודות

במהלך המחקר הסתייענו באנשים רבים, ואנו מכירים להם תודה על כך. אנו מכירים תודה לגיק חביב על הערותיו והארותיו המועילות לטיטת הדוח, ולכל חברינו במכון ברוקדייל אשר סייעו במהלך העבודה בעצות ובהערות. תודה לאנשי הצוות ביחידת עבודת השדה על הסיוע והעזרה בעבודה המאומצת והתובענית הכרוכה בביצוע הראיונות. תודה לענת ברבריאן ולגיני רוזנפלד שערכו את הדוח וללסלי קליינמן שהביאה לדפוס.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	2. סקירת ספרות
3	3. מטרות המחקר
4	4. מערך המחקר
5	ממצאים
5	5. סקר בקרב רופאי המשפחה
5	5.1 מאפייני הרופאים
6	5.2 ידע על עקרונות הטיפול הפליאטיבי
7	5.3 הכשרה בטיפול פליאטיבי
8	5.4 מיומנות הטיפול לפי עקרונות הטיפול הפליאטיבי
9	5.5 מעורבות הרופאים בטיפול לפי עקרונות פליאטיביים (פרקטיקה)
11	5.6 הפניה לשירותים פליאטיביים
12	5.7 נכונות לטפל בחולים במצבי סוף החיים
12	5.8 עמדות כלפי אוטונומיה וזכויות של חולים קשים
13	5.9 עמדות כלפי היקף הטיפול בחולים קשים בסוף החיים
13	5.10 מכשולים בהפניית חולים לטיפול פליאטיבי
14	5.11 תפיסת החשיבות של השירותים הפליאטיביים
15	5.12 קשר בין מאפייני הרופאים לבין ידע, הכשרה ומיומנות בטיפול פליאטיבי ועמדות חיוביות להתמודדות במצבי סוף החיים
15	6. סקר בקרב הציבור הרחב (גילאי 50 ומעלה)
15	6.1 מאפייני האוכלוסייה
17	6.2 התמודדות עם מוות של בן משפחה או של חבר קרוב שלקה במחלה חשוכת מרפא
17	6.3 ידע על שירותים לטיפול פליאטיבי
18	6.4 עמדות כלפי טיפול באנשים במצבי סוף החיים
20	6.5 עמדות כלפי הנחיות טיפול מקדימות
21	6.6 תפיסת התמודדות מערכת הבריאות עם הטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא
22	7. השוואה בין עמדות הציבור הרחב לבין עמדות הרופאים בנוגע לטיפול בסוף החיים
23	8. סיכום והשלכות המחקר
25	ביבליוגרפיה
29	נספח

רשימת לוחות

- 6 לוח 1 : מאפייני רופאי המשפחה במחקר
- 12 לוח 2 : עמדות הרופאים כלפי אוטונומיה וזכויות של חולים קשים
- 13 לוח 3 : עמדות הרופאים כלפי היקף טיפול בסוף החיים
- 14 לוח 4 : היקף המכשולים המשפיעים על הפניה לשירותים פליאטיביים
- 15 לוח 5 : תפיסת הרופאים את חשיבות השירותים הפליאטיביים לגורמים שונים
- 16 לוח 6 : מאפייני אוכלוסיית המחקר לעומת האוכלוסייה הכללית
- 18 לוח 7 : עמדות כלפי טיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא
- 19 לוח 8 : ציון ממוצע, חציון וטווח של ארבעת ממדי עמדות כלפי טיפול בסוף החיים
- 20 לוח 9 : ניתוח רב-משתני ברגרסיה לינארית של עמדות כלפי טיפול באנשים עם מחלות חשוכות מרפא

רשימת תרשימים

- 4 תרשים 1 : אוכלוסיית הרופאים במחקר
- 7 תרשים 2 : רופאים בעלי ידע בעקרונות הטיפול הפליאטיבי
- 8 תרשים 3 : קבלת הכשרה בעקרונות הטיפול הפליאטיבי על פי דיווח רופאים בקהילה
- 9 תרשים 4 : מיומנות בעקרונות הטיפול הפליאטיבי על פי דיווח הרופאים
- 10 תרשים 5 : מעורבות הרופאים בטיפול לפי עקרונות פליאטיביים
- 11 תרשים 6 : מתן מרשמים לתרופות אופיאטיות, לפי הכשרת הרופא
- 21 תרשים 7 : תפיסת הציבור על התמודדות מערכת הבריאות עם הטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא
- 23 תרשים 8 : עמדות הרופאים והציבור כלפי טיפול בסוף החיים

רשימת לוחות בנספח

- 29 לוח א1 : ידע של הרופאים על עקרונות הטיפול הפליאטיבי
- 29 לוח א2 : הכשרה שקיבלו הרופאים על הטיפול הפליאטיבי במהלך חייהם המקצועיים
- 29 לוח א3 : מיומנות הרופאים בטיפול פליאטיבי
- 30 לוח א4 : מעורבות הרופאים בטיפול פליאטיבי ("בחצי השנה האחרונה" לפני הסקר)