קווים מנחים לביצוע סדציה פליאטיבית מתמשכת בסוף החיים

נכתב על-ידי:
ד"ר דודי האוזנר
ד"ר דניאל דיין

בשם:
האיגוד לרפואה פליאטיבית

יולי 2026

ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה

הנחיות קליניות מתפרסמות ככלי עזר לאנשי צוות רפואי ואינן באות במקום שיקול דעתו/ה בכל מצב נתון

עורכים:
ד"ר רון צבר
ד"ר אור דוכין

רקע

סדציה פליאטיבית הינה פעולה רפואית, במהלכה נעשה שימוש מפוקח ומבוקר בתרופות סדטיביות משרות שינה על מנת להשרות מצב של נינוחות/ירידה במצב ההכרה, במטרה להקל על סבל עמיד לטיפול של החולה הנוטה למות בשלב סופי, כלומר בשעותיו או בימיו האחרונים. השימוש בסדציה פליאטיבית הינו בבחינת "מוצא אחרון" לאיזון סימפטומים עמידים בסוף החיים, על מנת לאפשר לחולה מינימום סבל ומיתה נוחה ככל הניתן.

היכולת להציע למטופלים בשלב זה היא פעולה רפואית מוכרת ומוסדרת, שמאפשרת הקלה על תסמינים עמידים לטיפול, מעוגנת כחובה החוקית, המוסרית אנושית של כל מטפל להיטיב עם המטופל ולהקל על סבלו. למען הסר ספק, מטרת הסדציה אינה גרימה או החשת מוות, האסורים בחוק.

מבחינה חוקית חובת הטיפול בכאב ובסבל בסוף החיים מעוגנת בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ו - 2005, המחייב מטפל לעשות כל שניתן כדי להקל על כאבו וסבלו של חולה הנוטה למות, לפי החוק ובהתאם לתנאים ולהסדרים במערכת הבריאות, וכן בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 04/2015 - "קווים מנחים לסדציה פליאטיבית לחולה הנוטה למות".

סדציה פליאטיבית מתבצעת במגוון מסגרות - בתי חולים, מוסדות גריאטריים והוספיס בית. מבין מחלקות האשפוז בולטות המחלקות הפנימיות והאונקולוגיות. סדציה פליאטיבית לעולם תינתן במסגרת רפואית מסודרת ומפוקחת, הכוללת נהלים ופרוטוקולים מסודרים לנושא, ולא כשירות מזדמן הניתן על ידי אנשי צוות בודדים. על כל מסגרת טיפול - בתי חולים, מוסדות גריאטריים ויחידות הוספיס בית - לכתוב או לאמץ פרוטוקול סדציה פליאטיבית בהתבסס על מסמך זה ו/או המסמכים שלעיל, ובנוסף לקיים צעדי פיקוח ובקרה על ההליך.

מטרתן של הנחיות מקצועיות אלו היא יצירת מסגרת אחידה להליך הסדציה הפליאטיבית, שתאפשר לכל הגורמים המיישמים אותו בפרקטיקה הרפואית לעשות זאת בצורה בטוחה, מקצועית ומבוססת ראיות, תוך הקפדה על האיזון בין מניעת סבל ואי-החשת מוות.

עקרונות ותנאים לסדציה פליאטיבית

אוכלוסיית היעד

אוכלוסיית היעד שנקבעה בחוזר מנכ"ל 04/2015: "חולים שנקבע שהם נוטים למות, המצויים במצב של סבל רב". אנו ממליצים להחמיר עם הגדרה זו ולהקפיד שסדציה פליאטיבית תוצע כאפשרות טיפול רק למטופלים שניתן להגדירם כ- 'חולים הנוטים למות בשלב סופי', היינו שתוחלת חייהם הצפויה היא של עד שבועיים בלבד. מהכרותינו העמוקה את הפעילות הנעשית כיום בישראל ובעולם, במסגרות טיפול מוכרות, המלצה זו היא הנורמה המקובלת בפועל.

תנאים קליניים

קיימים שלושה תנאים קליניים, אשר צריכים להתקיים בו-זמנית בכדי לקבל החלטה על סדציה פליאטיבית:

1. **חולה נוטה למות בשלב סופי** - חולה המצוי במצב רפואי שבו כשלו מספר מערכות חיוניות בגופו ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינו עולה על שבועיים. הגדרת החולה בשלב זה יכולה להיעשות על פי חוק רק על ידי "רופא אחראי" (מנהל מחלקה או מנהל יחידה האחראי על הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, או רופא מומחה שמינה מנהל בית החולים, מנהל מחלקה או מנהל יחידה) לאחר התייעצות עם הרופאים המומחים המטפלים במטופל (כגון אונקולוג מטפל) ובמידת האפשר גם עם רופאו האישי (רופא המשפחה של המטופל או רופא המרכז את הטיפול במטופל בקהילה או במוסד הרפואי) וככל שנדרש גם עם רופא מומחה ברפואה פליאטיבית.

2. **סבל משמעותי** - כאב או סבל נוכחים בהווה שאדם סביר מוכן לעשות מאמץ ניכר כדי להימנע ממנו או לסלקו, אף אם הדבר כרוך בפגיעה משמעותית באיכות חייו או בתוחלת חייו.
3. **קיום סימפטום עמיד לטיפול** - סימפטום אשר גורם לסבל משמעותי של המטופל ואשר חלופות הטיפול בו מוצו או שאינן מסוגלות להביא להקלת סבלו במסגרת הזמן שנותר לו או שהן כרוכות בסבל נוסף. הסימפטומים העמידים הנפוצים ביותר המצריכים שימוש בסדציה פליאטיבית הם דליריום, כאב וקוצר נשימה. סבל קיומי קשה במטופל בימיו האחרונים יכול להיחשב אף הוא כסימפטום עמיד בכפוף לשיקול דעת של הצוות הרפואי. חשוב להבהיר שסדציה פליאטיבית אינה חלופה לטיפול אנלגטי. מטופלים שסובלים מכאבים לא מאוזנים, גם אם בשלב סופי של החיים, יש קודם לחתור לאזנם מבחינת כאב, ואם התגובה אינה מספקת או מהירה דיה, יש לשקול ביצוע סדציה פליאטיבית.

בהיעדר תנאים אלו, בקשה לסדציה פליאטיבית על ידי החולה או משפחתו אינה מספקת, ומחייבת הנגשת טיפול פליאטיבי מיטבי וסיוע בקבלת החלטות טיפולית על ידי צוות פליאטיבי רב-מקצועי.

הסמכות לקבלת ההחלטה על טיפול בסדציה פליאטיבית

ההמלצה וההחלטה על מתן טיפול בסדציה פליאטיבית תינתן ע"י רופא מומחה, בעל ניסיון במצבים פליאטיביים, בעדיפות לרופא מומחה ברפואה פליאטיבית, וזאת רק אחרי שוידא שהוא מכיר את פרטי המקרה על בוריים, שאכן התקיימו כל התנאים לביצוע סדציה פליאטיבית, תוך תיאום ההחלטה עם אנשי הצוות הרפואי הרלבנטיים המטפלים במטופל. בהחלטה על סדציה פליאטיבית יש רגישות ומורכבות רבה, ולכן היא אינה יכולה להילקח על ידי איש צוות רפואי בודד.

קבלת הסכמה

- מטופל כשיר - יש לקבל את הסכמתו לטיפול לאחר שהוסברו לו משמעויותיו לרבות הסיכונים שבו. מומלץ בהסכמת המטופל גם לשתף את קרוביו
- מטופל שאינו כשיר או אם מצבו הרגשי כבר אינו מאפשר קיום שיחה ולא הורה בעצמו מראש שאין ברצונו לקבל טיפול בסדציה פליאטיבית - ניתן לתת את הטיפול על סמך שיקול דעת רפואי בלבד, בהנחה שלא ידוע כי בא כוחו של המטופל מתנגד לכך, או שאין אפשרות לקבל את הסכמת בא כוחו של המטופל (סעיף 15-1 לחוק זכויות החולה). בכל מקרה יש לחתור להסכמת אדם קרוב/מיופה כוח/אפוטרופוס לתהליך

הדיון עם המטופל ו/או קרוביו

מחויב להתקיים דיון עם המטופל ו/או קרובי המטופל על העדפותיו בנוגע לטיפולים רפואיים בסוף החיים שמטרתם הקלה על סבל, לרבות האפשרות של שימוש בסדציה פליאטיבית במקרה של החמרה בתסמינים ועמידותם לטיפול אחר. ההסבר צריך לכלול:

- דיון על מצב המטופל, הרקע והסיבות לסבלו
- מגבלותיהן של החלופות האחרות לטיפול בגורמי הסבל
- הרציונל להחלטה על סדציה פליאטיבית, ההשלכות הצפויות במקרה של אי-ביצועה
- הליך הסדציה, עומקה, ניטור המטופל במהלכה, אפשרות להפסקתה במצבים מסוימים
- ההשפעות הצפויות של הסדציה - הירידה במצב ההכרה, ההשפעה המוערכת על היכולות המנטליות, היכולת לתקשר ועל נטילה פומית של מזון ותרופות

- סיבוכים אפשריים שאינם שכיחים כגון אי- שקט פרדוקסלי, השפעה מאוחרת או לא מספקת, והחשת מוות (לרוב במנגנון של אספירציה או סדציית יתר)
- אשרור סטטוס DNR/DNI/AND אצל המטופל
- הסבר לגבי ההמלצה לנתק דפיברילטור במטופל עם קוצב + דפיברילטור
- הדגשה שהטיפול הרפואי והסיעודי במטופל ימשיך להינתן בהתאם למצבו של המטופל, תוך כדי התחשבות מרבית בערכי ובצרכי המטופל ומשפחתו
- במקרים בהם עולה חשש מצד המטופל/המשפחה שהליך הסדציה הפליאטיבית הוא למעשה סוג של המתת חסד, או במקרים בהם המטופל או המשפחה מבקשים לקדם המתת חסד, שאסורה על פי החוק בישראל, ניתן להיעזר בדגשים הבאים לצורך הסבר ההבדל המהותי בין שני ההליכים:

סוגייה	המתת חסד	סדציה פליאטיבית
מטרת הפעולה	גרימת מוות	הקלה על סבל
הפיכות	בלתי הפיכה	יכולה להיות זמנית
מדתיות	אין מדתיות. אין מוות חלקי	צריך להתאים את מידת הסדציה לעוצמת התסמינים
חוקיות בישראל	לא חוקי	חוקי ומוסדר בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות

תיעוד

יש לתעד ברשומה הרפואית את מצב החולה ותסמיניו, הטיפולים הפליאטיביים שנוסו, הערכת תוחלת החיים, התקיימות של כלל הקריטריונים לסדציה. יש לתעד את השיחות עם המטופל ומשפחתו אודות מטרות טיפוליות ותהליך הסדציה, וקבלת ההסכמה לתהליך. בנוסף יש לתעד את מהלך הסדציה לרבות התרופות והמינונים שניתנו.

המסגרת הרפואית במסגרתה נעשה הליך הסדציה

סדציה פליאטיבית יכולה להינתן למטופלים במסגרת אשפוזית/מוסדית או למטופלים בקהילה הנמצאים בביתם במסגרת של הוספיס בית.

בתי חולים ומר"גים

האחריות הכוללת להוצאה לפועל של תהליך הסדציה בהתאם לנוהל זה היא על הרופא המנהל במחלקה, תוך כדי התייעצות במידת הצורך עם צוות טיפול תומך. האחריות לטיפול והשגחה במטופל המקבל סדציה פליאטיבית היא של אחות מוסמכת. שמירה על קשר קבוע עם קרובי המטופל תוך מתן עדכון שוטף ותמיכה פסיכוסוציאלית היא באחריות משותפת של הרופאים, עו"ס והאחיות המשתתפים בטיפול במטופל. חייבת להיות נגישות לרופא פליאטיבי מהמוסד הרפואי (בבתי חולים מחויב להיות רופא פליאטיבי מומחה. במר"גים - מומלץ) להתייעצות, בייחוד במקרים בהם יש ספק לגבי התקיימות התנאים לסדציה או שקיימת מורכבות אחרת בהליך - תרופתית או פסיכוסוציאלית.

הוספיס בית

האחריות הכוללת להוצאה לפועל של תהליך הסדציה היא על הרופא הפליאטיבי האחראי על יחידת הוספיס הבית. או רופא מומחה אחר מטעמו. לא תתאפשר פעולה של סדציה פליאטיבית על ידי אחות לרבות אחות מומחית קלינית, שאינה פועלת תחת סמכות של ארגון רפואי מוכר. האחריות לטיפול והשגחה במטופל המקבל סדציה פליאטיבית

היא של אחות מוסמכת. שמירה על קשר קבוע עם קרובי המטופל תוך מתן עדכון שוטף ותמיכה פסיכוסוציאלית היא באחריות משותפת של הרופאים, עו"ס והאחיות המשתתפים בטיפול במטופל. בכל יחידת הוספיס בית, בהגדרה, צריכים להיות ידע ויכולת לביצוע סדציה פליאטיבית.

מחלקות סיעודיות

במחלקה סיעודית (שיכולה לכלול תשושים, תשושי נפש, עצמאיים), האחריות הכוללת של הטיפול השוטף במטופל היא של הצוות הרפואי במקום. בנושא של סדציה פליאטיבית, ההליך יבוצע על ידי הצוות הרפואי במידה והינו מנוסה בנושא. בכל מקרה, ההמלצה היא שלכל מוסד סיעודי תהיה נגישות לרופא מומחה פליאטיבי לייעוץ במקרי סדציה פליאטיבית וכן במקרים אחרים המחייבים התייחסות פליאטיבית מקצועית.

דגשים קליניים

- דרגת הסדציה הרצויה היא המינימלית והפרופורציונלית הנדרשת להקלה על התסמינים, ותהיה לשיקול דעת הצוותים המטפלים בהתאם למצב הקליני ולמטרות הטיפוליות של המטופל ומשפחתו
- אין לתת מנה תרופתית שתביא בוודאות קרובה למותו המיידי של החולה
- על מנת להשיג רגיעה ונינוחות של המטופל יש צורך בהתאמה חוזרת של מינון התרופה הסדטיבית. לרוב תינתן התרופה מסביב לשעון ובנוסף ייעשה שימוש ב'מנות הצלה' לפי הצורך, כאשר מידת השימוש בהן תקבע את הצורך בהעלאת המינון המתמשך
- יש לוודא ניתוק פונקציית הדפיברילטור במטופל מושתל קוצב + דפיברילטור, על מנת להימנע ממצב בו ניתנים שוקים חשמליים במטופל גוסס
- פעמים רבות יכולות להתעורר תחושות קשות אצל קרובי המטופל העובר סדציה פליאטיבית כגון צער, אשמה, פחד, חוסר ודאות ועוד. יש לשמור עמם על קשר קבוע תוך מתן עדכון שוטף, הסברים וטיפול תומך כמתחייב מחוק החולה הנוטה למות
- הזנה במהלך הסדציה - לפי חוק החולה הנוטה למות ניתן להימנע מטיפול נלווה (הכולל מזון) בחולה הנוטה למות בשלב סופי. בדרך כלל ההזנה תופסק במהלך הסדציה, אולם ההחלטות לגבי הזנה צריכות להתקבל תוך התחשבות במצבו הקליני של המטופל, השקפתו והשקפת קרוביו לגבי הנושא, תוך חתירה להסכמת כל הגורמים המעורבים
- הידרציה במהלך סדציה - ההנחיות בנושא המשך הידרציה אינן חד-משמעיות. מקובל להמשיכה בכמות מוגבלת של 0.5-1 ליטר ליממה. אם מתקבל הרושם שעודף נוזלים מביא להחמרת הסבל או נזק למטופל (כגודש ריאתי, ריבוי הפרשות, בצקת מפושטת) ניתן להוריד את קצב מתן הנוזלים או אף להפסיקם (הנחיה זו מבוססת על סעיף 17 בחוק החולה נוטה למות)
- סדציה פליאטיבית זמנית - מסמך זה אינו מתייחס לסוג זה של סדציה, היכולה להינתן לזמן קצוב של מספר שעות על מנת להקל באופן נקודתי על סימפטומים של מטופל.

עקרונות לטיפול התרופתי

- **תרופות אופיואידיות** אינם יעילות כתרופות סדטיביות במינונים אנלגטיים מקובלים ולכן אין להשתמש בהן למטרת השריית שינה. מתן מינון מופרז, שאינו תואם את עצמת הכאב, עלול לגרום לרעילות עצבית (כגון מיוקלונוס, אי שקט, דליריום) ולדיכוי נשימתי המביא לקיצור תוחלת החיים. ניתן ורצוי להמשיך טיפול באנלגטיקה בכלל ואופיואידים בפרט, במקביל לתרופות לסדציה, למטרות שיכוך כאב ו/או להקלה על קוצר נשימה - על פי

הפרוטוקול המתאים. במידה וקיימים סימנים של מינון יתר או רעילות עצבית יש להפחית את מינון האופיואידים בהדרגה ולאמוד את עצמת הכאב. כמו כן אין להפסיק אופיואידים באופן חד מחשש להתפתחות תופעות גמילה.

- ניתן להמשיך לתת תרופות החשובות להקלה על הסימפטומים .תרופות שאינן הכרחיות לצורך שמירה על נוחות מירבית ומניעת סבל יופסקו או יופחתו בהדרגה.
- במתאר בית חולים ומר"ג מתן תרופות בצורה תוך-ורידית IV מועדף, אלא אם כן יש בעייה של access ורידי. במקרה זה ניתן לתת חלק מהתרופות המצוינות מטה בצורה תת-עורית SC. במתאר הוספיס בית. צורת המתן המועדפת היא SC.

התרופות המומלצות לסדציה פליאטיבית

בכל מסגרת רפואית מחויבת להיות נגישות מיידית ומלאי הולם של התרופות המשמשות לסדציה.

קו ראשון

Midazolam

תהיה לרוב תרופת הבחירה בביצוע סדציה פליאטיבית בשל השפעה מהירה, פוטנטיות גבוהה ואפשרות להתאמת מינון באופן מהיר יחסית. כמו כן יש לה השפעות נוגדות חרדה ופרכוסים, היא מרפת שרירים ובעלת השפעה אמנסטית (אבדן זיכרון לטווח קצר). יש לקחת בחשבון שתיתכן שונות גדולה במינונים בין מטופלים ולעתים יכולה להתפתח סבילות ואף עמידות בזמן קצר. במטופלים שקיבלו Benzodiazepines באופן מתמשך לפני הסדציה, עלולה להיות סבילות לטיפול בעיקר במינונים גבוהים. במקרים אלו סביר כי יידרש שילוב של תרופות אחרות.

דרך מתן	מנת העמסה ומינון מתמשך	מנות הצלה	תופעות לוואי	הערות
IV/SC	מנת העמסה - **2-5 מ"ג.** ניתן לחזור על המנה אחת ל- 10 דקות עד השגת נינוחות עירוי מתמשך - קצב התחלתי **1-2 mg/h** אם מנת ההעמסה הייתה גדולה מ- 5 מ"ג ניתן להתחיל בקצב של 50% ממנת ההעמסה לשעה. (לדוגמה - אם נדרשו 10 מ"ג למנת העמסה אז הקצב ההתחלתי יכול להיות גם 5 מ"ג לשעה). בכל **60 דקות** ניתן להעלות במידת הצורך בקפיצות של **1-2mg/h** עד ההגעה למינון שבו המטופל נינוח. קצב מקסימלי **20mg/h** במקרים בהם נדרש קצב מעל **10mg/h** מומלץ לשלב את אחת מהתרופות הרשומות מטה	אם המטופל מתעורר ו /או כאשר נראה כי אינו נינוח ניתן להשתמש במנת ההעמסה שנדרשה להשראת הסדציה וניתן לחזור עליה כל **30 דקות** לפי הצורך עד השגת נינוחות המטופל. אם מנת ההצלה איננה אפקטיבית ניתן להגדיל אותה עד 50% כל פעם	אגיטציה פרדוקסלית, דיכוי נשימתי (במנות גבוהות, בקצב מהיר, בשילוב עם אופיואידים או כשיש cardiac output נמוך), תסמיני גמילה אם המינון הורד באופן מהיר לאחר מתן מתמשך, התפתחות עמידות (Tolerance) לאחר מספר ימים של שימוש מתמשך	במקרה של אירוע אקוטי בסיום החיים המחייב סדציה מהירה. יש לתת 5-10 מ"ג כל 5 דקות עד מנה של 20mg

קו שני - תרופות תרופות נוירולפטיות

Levomepromazine/Methotripmeprazine

תרופות הללו השפעה רחבת טווח, מהירה יחסית, ללא דיכוי נשימתי.

דרך מתן	מינון מתמשך	מנות הצלה	תופעות לוואי
IV/SC	**6.25-50 מ"ג** כל 4-12 שעות או עד **12.5 מ"ג לשעה** בעירוי מתמשך	**25-50mg** בכל 2-4 שעות במידת הצורך	אפקט אנטיכולינרגי (למשל יובש בפה, קושי במתן שתן, הלוצינציות, עצירות), אגיטציה פרדוקסלית, סימפטומים אקסטרה-פירמידלים, הורדת סף פרכוס, הארכת מקטע QTc

Chlorpromazine

דרך מתן	מינון מתמשך	מנות הצלה	תופעות לוואי
IV בלבד! אין לתת SC מחשש לנזק רקמתי מקומי	**12.5-50 מ"ג** כל 4-8 שעות או **3-6 מ"ג לשעה** בעירוי מתמשך	**25-50mg** בכל 2-4 שעות במידת הצורך	אפקט אנטיכולינרגי (למשל יובש בפה, קושי במתן שתן, הלוצינציות, עצירות), אגיטציה פרדוקסלית, סימפטומים אקסטרה-פירמידלים, הורדת סף פרכוס, הארכת מקטע QTc



המכון לאיכות ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
ISRAELI MEDICAL ASSOCIATION

ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה