חוק החולה הנוטה למות

דגשים לרופא.ת הילדים

יעל סימפסון לביא

ת.ל-

- ילודה בשבוע 35, משקל 1990 גרם. מההריון ידוע על טריזומיה 18, האם לא הייתה מעוניינת בהפסקת ההריון
- ידוע על אומפלוצלה ועל מום לבבי כולל פגם במחיצה הבין חדרית והיצרות של מוצא חדר ימין, מומים נוספים
- **שיחה מקדימה עם האם בחדר לידה** על אופציות טיפוליות, כולל **היעדר הנשמה פולשנית** במידת הצורך
- מעורבות בשיחה של עובדת סוציאלית, ליווי בכל שלבי האשפוז
- אשפוז בפגייה עם טיפול מוכוון טיפול תומך, צמצום פעולות פולשניות ככל הניתן **והכנה לשחרור הביתה**
- קשר עם גורמי בקהילה לצורך ליווי ותמיכה
- הכנת הבית והמשפחה
- שוחררה בגיל חודשיים עם חמצן, מד סטורציה והזנה בזונדה

- אשפוז בגיל שלושה חודשים בשל החמרה נשימתית- אשפוז בטיפול נמרץ עם צורך בתמיכה נשימתית בלתי פולשנית וטיפול אנטיביוטי. לאחר התייצבות הועברה למחלקת ילדים להמשך טיפול
- **ההורים הביעו רצון להימנע מאמצעים פולשניים והחייאה להארכת חיים** (שיחות חוזרות)
- החמרה נשימתית ופטירה במחלקת ילדים

נושאי השיח - חוק החולה הנוטה למות

- משמעות חוק במדינת ישראל
- מהות החוק – מאפשר, מגבלות, חובות
- נקודות עיקריות
- דגשים לרופא.ת ילדים

שאלה 1- האם חשבת פעם על הימים האחרונים שלך או של קרוב שלך? מה חשוב לך ברגעים אילו ?



פסק דין שפר-

- איך ילדה קטנה ואימה משנות את מערכת החוקים של מדינת ישראל
- 1988, יעל שפר בת שנתיים, חולה בטיי- זקס, הרופאים מסרבים לבקשת האם להימנע מטיפול
- האם פונה לבית המשפט
- שאלת קדושת החיים למול אוטונומיה של המטופל
- הבקשה נדחית- לאור מצבה היציב והיעדר הכאב של הילדה
- 1993- נימוקי פסק הדין, מערכת איזונים בין קדושת החיים לאוטונומיה ולכבוד הפרט
- 2000- וועדת שטינברג- וועדה ציבורית לענייני חוק החולה הנוטה למות

חוק זכויות החולה/ חוק החולה הנוטה למות

- 1996- חוק זכויות החולה, מדבר על הזכות של מטופל לסרב לטיפול רפואי.
- במקרה של סיכון חיים- ניתן לפנות לוועדת אתיקה
- חוק החולה הנוטה למות 2005- מקרה ספציפי של חוק זכויות החולה בשלב הסופני
- נועד להגן על זכות המטופל שלא יכפו עליו טיפולים מאריכי סבל באופן מלאכותי
- פתרון לבעיית חולה שאינו כשיר (הנחיות מקדימות)
- קו אתי והגנה משפטית לצוותים הרפואיים

חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו–2005*

פרק א': מטרה ועיקרון יסוד

מטרה

1. (א) חוק זה בא להסדיר את הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות תוך איזון ראוי בין ערך קדושת החיים, לבין ערך אוטונומיית הרצון של האדם והחשיבות של איכות החיים.

(ב) חוק זה מבוסס על ערכיה של מדינת ישראל כמדינה יהודית ודמוקרטית ועל עקרונות יסוד בתחום המוסר, האתיקה והדת.

עקרון יסוד

2. בקביעת הטיפול הרפואי בחולה הנוטה למות, מצבו הרפואי, רצונו ומידת סבלו הם השיקולים הבלעדיים.

פרק ד': הטיפול בחולה הנוטה למות

סימן א': כללי

קביעת מצבו הרפואי של מטופל

8. (א) רופא אחראי מוסמך לקבוע כי מטופל הוא חולה הנוטה למות, אם נוכח כי המטופל סובל מבעיה רפואית חשוכת מרפא ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים.

(ב) רופא אחראי מוסמך לקבוע כי חולה הנוטה למות הוא חולה בשלב סופי, אם נוכח כי הוא מצוי במצב רפואי שבו כשלו כמה מערכות חיוניות בגופו ותוחלת חייו, אף אם יינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על שבועיים.

(ג) קביעת רופא אחראי לפי סעיף זה תיעשה לאחר התייעצות עם הרופאים המומחים המטפלים במטופל ובמידת האפשר גם עם רופאו האישי.

פרק ג': הרצון לחיות וכשרות – חזקות

חזקת הרצון לחיות

4. חזקה על אדם שהוא רוצה להוסיף לחיות, אלא אם כן הוכח אחרת; לא הוכח אחרת מעבר לכל ספק סביר – יש לנטות לטובת הרצון להוסיף לחיות.

סימן ג': חולה הנוטה למות אשר אינו רוצה שחייו יוארכו

הימנעות ממתן טיפול רפואי לחולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות

15. (א) חולה הנוטה למות שהוא בעל כשרות, אשר אינו רוצה שחייו יוארכו, יש לכבד את רצונו ולהימנע מטיפול רפואי בו.

(ב) על המטפלים בחולה הנוטה למות כאמור בסעיף קטן (א) לעשות מאמץ סביר כדי לשכנעו לקבל חמצן, וכן מזון ונוזלים, אף באמצעים מלאכותיים, וכן לקבל טיפולים שגרתיים הנחוצים לטיפול במחלות בו־זמניות או במחלות רקע וטיפול מקל.

סימן ו': טיפול בקטין הנוטה למות

סמכות הורי קטין

24. הורה של קטין מוסמך לייצגו בענין הטיפול הרפואי בו, בין לענין הארכת חייו ובין לענין הימנעות מהארכת חייו; אפוטרופוס של קטין, שהוא אדם קרוב, רשאי להשמיע את עמדתו לענין זה והרופא האחראי רשאי לפעול על פיה; היה הקטין חסר הורים, או שנשללה אפוטרופסות ההורים ולא נקבע לקטין אפוטרופוס או שאפוטרופסו אינו אדם קרוב, תבריע בענינו הוועדה המוסדית.

שמיעת עמדתו של קטין

25. קטין שהוא חולה הנוטה למות, זכאי להשתתף בקבלת החלטה על הטיפול הרפואי בו, בהתקיים שניים אלה:

(1) הקטין מודע למצבו, ומבקש להשתתף בקבלת ההחלטה בענינו;

(2) הרופא האחראי קבע שבושרו ובשלותו השכליים והנפשיים של הקטין מאפשרים את שיתופו בקבלת ההחלטה בענינו.

סימן ד': פעולות אסורות

איסור המתה במעשה

19. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, המכוונת להמית, או שתוצאתה, קרוב לוודאי, היא גם גרימת מוות, בין שהיא נעשית מתוך חסד וחמלה ובין שלא, ובין לבקשת החולה הנוטה למות או אדם אחר ובין שלא.

איסור סיוע להתאבדות

20. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר עשיית פעולה, אף אם היא טיפול רפואי, שיש בה סיוע להתאבדות, בין שהיא נעשית מתוך חסד וחמלה ובין שלא, ובין לבקשת החולה הנוטה למות או אדם אחר ובין שלא.

איסור הפסקת טיפול רפואי רציף

21. אין בהוראות חוק זה כדי להתיר הפסקת טיפול רפואי רציף בחולה הנוטה למות, העלולה להביא למותו, בין שהוא בעל כשרות ובין אם לאו; ואולם מותר להימנע מחידוש טיפול רפואי רציף, שנפסק שלא במכוון או שלא בניגוד להוראות כל דין וכן מותר להימנע מחידוש טיפול רפואי מחזורי, והכל בכפוף להוראות סימן ג'.

סימן ה': מתן טיפול מקל

מתן טיפול מקל

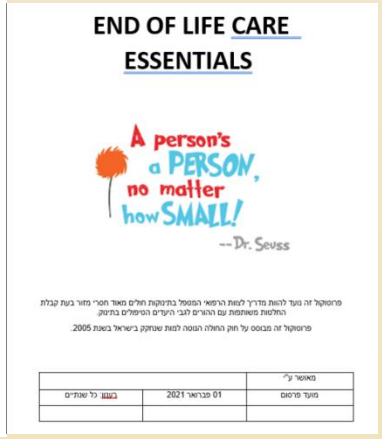
23. (א) על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה כל שניתן כדי להקל על כאבו וסבלו של חולה הנוטה למות, אף אם הדבר כרוך בסיכון סביר לחייו של החולה, לרבות באמצעות תרופות, משככי כאבים או באמצעים פסיכולוגיים, סיעודיים וסביבתיים, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל, ובכפוף לרצון החולה הנוטה למות, בהתאם להוראות חוק זה ובהתאם להוראות חוק זכויות החולה.

(ב) על הרופא האחראי לגרום לכך שייעשה, במידת האפשר, כל שניתן כדי להקל על בני משפחתו של חולה הנוטה למות ולדאוג לרווחתם בעת שהותו של החולה במוסד הרפואי, והכל על פי עקרונות נאותים של טיפול סוציאלי וטיפול מקל, ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנוהגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל.

דגשים -

- טיפול פליאטיבי מחוייב על פי חוק, זכותו של המטופל לקבל טיפול זה
- מי נכלל בחוק החולה הנוטה למות ומי לא
- מניעת סבל בסוף החיים, לא קיצור תוחלת החיים
- חשיבות Shared decision Making ופעולה לפי רצון ההורים/ החולה
- הפסקת טיפול מול הימנעות מחידוש טיפול
- חשיבות "פריטת" החוק להנחיות מקומיות פרקטיות ורלוונטיות
- רופא אחראי/ צוות פליאטיבי/ וועדה מוסדית







ת.ל-

- ילודה בשבוע 35, משקל 1990 גרם. מההריון ידוע על טריזומיה 18, האם לא הייתה מעוניינת בהפסקת ההריון
- ידוע על אומפלוצלה ועל מום לבבי כולל פגם במחיצה הבין חדרית והיצרות של מוצא חדר ימין
- **שיחה מקדימה עם האם בחדר לידה** על אופציות טיפוליות, כולל **היעדר הנשמה פולשנית** במידת הצורך
- מעורבות בשיחה של עובדת סוציאלית, ליווי בכל שלבי האשפוז
- אשפוז בפגייה עם טיפול מוכוון טיפול תומך, צמצום פעולות פולשניות ככל הניתן **והכנה לשחרור הביתה**
- קשר עם גורמי בקהילה לצורך ליווי ותמיכה
- הכנת הבית והמשפחה
- שוחררה בגיל חודשיים עם חמצן, מד סטורציה והזנה בזונדה

- אשפוז בגיל שלושה חודשים בשל החמרה נשימתית- אשפוז בטיפול נמרץ עם צורך בתמיכה נשימתית בלתי פולשנית וטיפול אנטיביוטי. לאחר התייצבות הועברה למחלקת ילדים להמשך טיפול
- **ההורים הביעו רצון להימנע מאמצעים פולשניים והחייאה להארכת חיים** (שיחות חוזרות)
- החמרה נשימתית ופטירה במחלקת ילדים

בחזרה למקרה- רעיונות לטיפול מיטבי



חזרה למקרה- רעיונות לטיפול מיטבי

- ניהול על ידי רופא/ה בכיר קבוע- מתווה קו טיפולי, מונע שיחות חוזרות עם ההורים
- הנחיות ברורות, כתובות כהוראה רפואית
- התייחסות להערכת כאב בכל דיווח רפואי וסיעודי, במידה ויש פרכוסים, דיספניאה, הקאות, תסמינים נוספים- יש להתייחס לתסמינים, לאו דווקא למדדים
- ייעוץ וליווי צוות פליאטיבי
- ליווי עובדת סוציאלית ותמיכה במהלך ולאחר האשפוז
- מעורבות אנשי דת/ תמיכה לפי רצון ההורים
- אין צורך בהחתמה על טפסי DNR מיוחדים
- שיח על תהליך הפרידה- מה חשוב להורים
- ליווי ותמיכה בצוות המטפל במהלך הטיפול ולאחר תהליך הפטירה

תודה על ההקשבה !





The Kappy and Eric Flanders
NATIONAL PALLIATIVE CARE RESOURCE CENTRE
המרכז הארצי לטיפול פליאטיבי ע"ש קאפי ואריק פלנדרס



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
Ben-Gurion University of the Negev

הטיפול הפליאטיבי בפגייה

יעל סימפסון לביא 2026

The Kappy and Eric Flanders
NATIONAL PALLIATIVE CARE RESOURCE CENTRE
המרכז הארצי לטיפול פליאטיבי ע"ש קאפי ואריק פלנדרס

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
Ben-Gurion University of the Negev

ח.ל

- הריון ראשון, ספונטני, תאומים להורים חוזרים בתשובה. לידה בשבוע 31, תאום ראשון נולד חיוני במשקל 1.57 ק"ג. תינוקת שנייה נזקקה למעט סיוע נשימתי, 1.47ק"ג.
- ביום 10 לחיים – ריבוי אירועי דהסטורציה לבן, התפתחות מהירה של Necrotizing enterocolitis.
- בלילה עבר אינטובציה, הדרדרות כללית ונשימתית.
- בבוקר – ניתוח דחוף, נכרת חלק מעי אך נותרו חלקים שאינם בריאים לחלוטין. לאחר הניתוח קושי להתאושש, לחצי דם נמוכים, חמצת לקטטית משמעותית, אי-ספיקת כליות עד כדי אנוריה, היפרקלמיה, היפונטרמיה.

- טופל בנוזלים ובפוסיד, דופמין, אדרנלין, דריפ ביקרבונט. אנהלציות וונטולין. דריפ מורפין.

גם תינוקות מתים-

- שיעור התמותה ל-1000 לידות חי (מעל 500 גרם) עומד על 1.2 עד גיל 6 ימים, ו-1.8 עד גיל 27 יום.
- שיעור התמותה בגילאי 1-4 שנים עומד על 1.5 ל-1000 לידות חי
- שיעור התמותה ביחידה לטיפול מיוחד בילוד עומד על כ-4.4 ל-100 לידות חי

הפגייה כמקום לטיפול פליאטיבי

- מה בין טיפול נמרץ לטיפול פליאטיבי?
- היכן עובר הגבול כאשר הפרוגנוזה אינה וודאית?
- טיפול פליאטיבי נמרץ- מה תפקידנו מבחינה פליאטיבית כאשר ההידרדרות מהירה?
- הקשר הקרוב כל כך בין הצוות המטפל לבין ההורים- האם מועיל או מקשה? האם יש צורך בצוות פליאטיבי ייעודי?
- חשיבות התיעוד מול היכולת של ההורים לחתום על הפסקת טיפול לילדם
- מתן פליאציה ללא שם ?
- חמלה לילד מול רצון ההורים?

התערבויות טיפוליות – אספקט פליאטיבי

- **<u>שיח עם ההורים, עדכון ריאלי ותקווה-</u>**
- בקבלה לחדר לידה בוצעה שיחת הסבר קצרה עם ההורים על לידת פג. הוסבר כי יש סיכונים וסיבוכים אך הובטח **שהצוות של הפגייה ילווה אותם וידאג לילדיהם** בכל השלבים מרגע הלידה (ואפילו קצת לפני) ועד לשחרור (ואפילו קצת אחרי).
- שיחות עדכון יומיות על התקדמות הילודים
- בעת גילוי המחלה (NEC) הוסבר המצב כולל סיכון ודרכי טיפול
- עם הדרדרות המצב ההורים עודכנו במצב הילוד ובמאמצים הנעשים לשיפור מצבו
- לקראת הניתוח- שיחה נוספת עם הצוות הרפואי ועם הכירורג. בנוסף ליווי של העובדת הסוציאלית. ההורים הבינו את חומרת המצב ואמרו שהם מעוניינים בכל דבר שניתן לעשות כדי להציל את הילד
- בשיחה נכחו סבים וסבתות משני הצדדים (**תמיכה משפחתית**)

חזרה למקרה-

- לאורך הלילה מצב בשיפור קל אך עדיין לא יציב, בהמשך החמרה נוספת עם אנוריה ולחץ דם נמוך.
- מה הייתם עושים עכשיו ? מה חשוב לכם מבחינת הטיפול?



הדרדרות המצב- הימים שלפני המוות

- בשיח עם ההורים, הובהר המצב וההורים **ביקשו להחזיק את האמונה** שהילד יתאושש, ביקשו מהצוות להאמין בילד, **ניתן שם-** חיים. ביקשו להשתמש בשמו.
- המשך טיפול מבחינה נשימתית, המודינמית, בדיקות דם, איזון אלקטרוליטרי, לצד אופטימיזציה של שיכוך כאב
- בדיון רפואי צוותי - הצעה של אחת הרופאות להוריד מינון מורפין ("כי כבר לא צריך כל כך הרבה")- נדחית על ידי הצוות המטפל לאור מצבו הקשה של הילוד והקושי להעריך בצורה טובה כאב וסבל בילודים

הדרדרות נוספת-

- ההורים מבקשים שבשיחות איתם יתמקדו בדברים החיוביים ושהצוות יעשה הכל ולא יאבד תקווה
- ההורים ביקשו מהקהילה שלהם להפיץ את המצב ולהתפלל בשביל הילד (**תמיכה קהילתית, רוחנית**)
- האם מעודדת לשאוב חלב לתאומה, אך גם לילוד- ניתן SWAB חלב אם לילוד (**הזנה פליאטיבית**)
- אישור של ההורים לצלם אותם עם הילד, ההורים מסכימים אך מבקשים שלא לראות את התמונות או לקבל אותן. (**יצירת זכרונות**)

רגעי הפרידה-

- אירועים מרובים של ברדיקרדיות
- האם מזהה את ההדרדרות ושואלת האם כדאי לקרוא לאב
- הרופאה אומרת שאולי זה הדרך של הילד להגיד להורים שהוא מוכן להיפרד
- **לבקשת האם הרופאה** יוצאת לקרוא לאב.
- ההורים מחבקים את הילד, סבים וסבתות נכנסים בהדרגה לפגייה ומקיפים את ההורים.
- הצוות המטפל מסביב אך במרחק
- היילוד ממשיך בברדיקרדיה עד אסיסטולה, נפטר חבוק על ידי הוריו, בחיק משפחתו

לאחר המוות

- לצוות הרפואי מבוצעת התערבות "באלינט" לאחר המוות, כל הצוות מוזמן
- ההורים ממשיכים להגיע לפגייה לטפל בתאומה
- כעבור כ-10 ימים שיחה של הרופאה המטפלת בתינוק עם האם- "לא היה לו קיום מחוץ לפגייה", "אתם אמרתם לי ולא הייתי מוכנה להקשיב". "רק אתם הכרתם אותו", "איך ממשיכים בשבילה..."
- לאחר השחרור מהפגייה- הזמנת ההורים לשיחת סיכום, הקראת מכתב פטירה –

"חיים נפטר בתאריך, תאריך עברי, בשעה 10:43,
במיטתו, חבוק על ידי הוריו, בחיק משפחתו."

- כעבור שלוש שנים האם מתקשרת לעדכן שנולדה להם בת בריאה, להודות על הטיפול בתאומים

סוף החיים בפגייה

- **שיח** – שיתוף ההורים והצוות בהחלטות הטיפוליות ובטיפול עצמו, העצמה הורית
- **סיפור** – חיזוק המשפחה, תמיכה בהחלטות, נרטיב ההורים והמשפחה שעברה אובדן ויצאה מחוזקת
- **זיכרון** – יצירת זכרונות וקיום לילוד, מציאת משמעות לחייו (אפילו בזמן הקצר שהיה), תיעוד והנצחה

- קשיים מיוחדים-
  - פרידה מילד ש"איש לא הכיר"
  - תאומים מאושפזים

הנחיות האיגוד הנאונטולוגי

תוכן העניינים

פתח דבר 4

מטרה 4

האם מותר לבצע אקסטובציה כאשר מטפלים בילוד הנוטה למות? 4

האם שימוש בתרופות נגד כאב ולהרגעה 5
עלולות לגרום לדום נשימה ולזרז מוות?

קווים מנחים לטיפול בילוד בסוף החיים 5
כשהוחלט לגביו על טיפול פליאטיבי

מקורות 9

נספח 1 10

נספח 2 14

- מעבר מהנשמה פולשנית להנשמה לא פולשנית בילוד הנוטה למות **אם יש רושם שיעמוד בכך**.
- **וזאת, בהתבסס על הוראות סעיף 21 לחוק החולה הנוטה למות:**
  - **אין לנתק** יילוד ממכונת הנשמה אם ידוע כי פעולה זו תביא למותו
  - ניתן לבצע אקסטובציה אם נראה שיש אינדיקציה רפואית המאפשרת זאת (כגון לחצי הנשמה שאינם גבוהים, ריכוז חמצן נמוך ודחף ("drive") נשימתי.
  - אם הילוד מסתדר עם הנשמה לא פולשנית ורק בהמשך מופיעה אי ספיקה נשימתית, ניתן, כחלק מטיפול פליאטיבי, לא לבצע אינטובציה.
  - משך הזמן לאחר אקסטובציה אשר אחריו עלולה להופיע אי ספיקה נשימתית, שלא תיקשר ישירות לאקסטובציה עצמה, אלא למצבו הבסיסי של התינוק ולא תהווה אינדיקציה לרה-אינטובציה, יקבע בתאום בין ההורים והצוות ובהתחשב במצבו של המטופל.

מניעת כאב, ולא רק

פירוט טיפולים פרמקולוגיים (תרופתיים) להפחתת תחושת כאב ו/או מצוקה – מופיע בנספח 1.

איזון סימפטומים נוספים - יש חשיבות לטפל בתסמינים הגורמים אי-נוחות או סבל:

- ריבוי הפרשות - ניתן לבצע שאיבת הפרשות או לשנות מנח. ניתן לטפל גם תרופתית כגון מדבקת Scopolamine
- מצוקה נשימתית - שימוש באופיאטים מקל על מצוקה נשימתית ותחושת הרעב לאוויר.
- אי-שקט - אמצעי הרגעה שאינם פרמקולוגיים, ניתן גם להשתמש בבנזודיאזפינים.
- פרכוסים - יש לטפל פרמקולוגית מתוך גישה כי פרכוסים מלווים בתחושת סבל.
- עצירות - ניתן לתת נרות גליצרין.
- טיפול בעור ובעיניים למניעת ארוזיות ופצעי לחץ העלולים להסב כאב.

ככלל, יש להעדיף ככל שניתן טיפול אנטרלי/ תת- לשוני/ עורי בילוד ללא גישה ורידית קיימת.

הדרדרות במצב

ח. קוים מנחים לאירוע החייאה בתינוק בסוף החיים

בהתאם להסכמות עם ההורים יש להתוות הנחיות טיפול ברורות וכתובות לצוותים, כגון:

- ללא שימוש באדרנלין כתרופת החייאה.
- ללא אינטובציה כפעולת החייאה.
- ללא הנשמות בלחץ חיובי על ידי אמבו או ניאופף.
- ללא עיסויי לב.
- המשך תמיכה נשימתית לא פולשנית.
- גמילה ממדדי תמיכה נשימתית במידת האפשר, מבלי להעלות את התמיכה בחזרה.
- המשך תמיכה עם העשרת חמצן.

הצוות

"Life isn't a destination, but a journey" - Buddha

ב. התנהלות הצוות הרפואי-סיעודי-פארא (נלווה)-רפואי בעת טיפול פליאטיבי בתינוק

- ההחלטה שהתקבלה עם ההורים תועבר לכל הצוות.
- כעקרון רצויה תמימות דעים בקרב הצוות המטפל, הרפואי והסיעודי, ואחידות בהחלטות ובביצוען.
- יש לעשות ככל הניתן לתמוך במשפחה על - ידי צוות המחלקה כולו כולל עו"ס, פסיכולוג, מלווה רוחנית, טיפול במוסיקה ועוד.
- רצוי לשים לב לנקודה הבאה: ניתן להעריך מחדש את ההחלטות ולשנות את תכנית הטיפול בכל עת. ההורים רשאים לשנות את דעתם, בחלוף הזמן, או משהתווספו ממצאים חדשים גם הצוות המוביל רשאי לשקול מחדש את ההחלטה בדיון עם ההורים.

יג. תמיכה בצוות המטפל

טיפול ותמיכה במשפחות בשעת אבל ואובדן במסגרת פליאטיבית היא אינטנסיבית וכרוכה בדחק נפשי של הצוותים הרפואיים, הסיעודיים והפרא-רפואיים הנמצאים בסיכון לשחיקה, עייפות, תסמונת דחק טראומטית משנית/ PTSD. חשוב שהצוות יקבל את התמיכה הרגשית והנפשית והמרחב לעיבוד ושיתוף. מומלץ לכל מחלקה לפתח מנגנוני תמיכה מחלקתיים ותוכניות הכשרה לצוותים בנושאים של בשורה מרה, הטיפול הפליאטיבי והחולה הנוטה למות.

עם המבט קדימה-

- רצף טיפולי עם הריון בסיכון, חדר לידה
- וועדה להפסקת הריון מול הוספיס פליאטיבי
- גבול החיות
- טיפול פליאטיבי שלא לקראת סוף החיים
- שילוב בהכשרות, בחינות, מחקר
- פרוטוקולים מחלקתיים

תודה על ההקשבה

yaelsi1@clalit.org.il



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
Ben-Gurion University of the Negev

www.palliative-care.org.il

המרכז הארצי לטיפול פליאטיבי
ע"ש קאפי ואריק פלנדרס
הפקולטה למדעי הבריאות
אוניברסיטת בן גוריון בנגב