

מחקר: 10% מהחולים בטיפול נמרץ לא מקבלים טיפול

נותנים לחולים למות

כשהרופאים משוכנעים שאין טעם להאריך חיים של חולה, הם מונעים ממנו טיפול – לרוב בלי ליידע את המשפחה ובלי לרשום זאת בתיק הרפואי • בממוצע חולפות 11 שעות מהרגע שבו החלט לא לטפל בחולה ועד לרגע מותו

שרית רוזנבלום

להאריך את חייהם.

ההחלטות בנוגע לטיפול הרפואי שניתן

לכל חולה חולקו לחמש קבוצות:

● החלטה לתת טיפול החייה.

● הכרזה על מוות מוחי.

● החלטה להימנע ממתן טיפול, דהיינו לא לה-

תחיל או לא להגביר טיפול שמוגדר מציל חיים.

● החלטה להפסיק מתן טיפול להצלת חיים

שכבר ניתן ונמצא בעיצומו.

● החלטה להמית את החולה, דהיינו לבצע

פעולה שתחיש את בוא המוות.

ממצאי המחקר הישראלי הושוו למוצאי

המחקר בשלושה אזורים באירופה: צפון איר-

פה (דנמרק), פינלנד, אירלנד, הולנד, שוודיה

ואנגליה), מרכז אירופה (אוסטריה, בלגיה,

צ'כיה, גרמניה ושווייץ) ודרום אירופה (יוון,

איטליה, פורטוגל, ספרד וטורקיה).

ממצאי המחקר בישראל עולה כי הצוותים

הרפואיים החליטו להגביל את הטיפול ב-10%

מהחולים שאושפזו בשלושת המרכזים הרפואיים

בתקופת המחקר (270 חולים מתוך 2,778), 99%

מהחולים שהטיפול הרפואי בהם הוגבל מתו

בתוך זמן קצר. בממוצע חלפו 11 שעות מהמועד

שבו החליט הצוות הרפואי להפסיק את הטיפול

או להימנע מלתת אותו ועד מות החולה.

252 מתוך 270 החולים לא קיבלו טיפול,

ול-18 חולים הופסק הטיפול הרפואי באמצע.

אף אחד מהחולים לא הומת באופן אקטיבי.

הרופאים דיווחו על כמה סיבות עיקריות

להגבלת הטיפול הרפואי: חוסר תגובה לטיפול

(69% מהחולים), קריסת מערכות (10% מהחו-

לים), סיבות נירולוגיות (7%), מחלה כרונית

שמגיע לטיפול נמרץ זוכה לקבל טיפול מציל

חיים, אך הרופאים מפסיקים אותו באמצע אם

הם רואים שאין בו טעם. הסיבה המרכזית להב-

דלים האלה בין מדיניות הרופאים בישראל

ובאירופה היא כנראה ההלכה היהודית: זו אוס-

רת להחיש את המוות על ידי הפסקת הטיפול.

לעומת זאת מותר להימנע ממתן טיפול אקטי-

בי בחולה סופני.

החוקרים קובעים עוד כי אף שההימנעות ממ-

תן טיפול היא נוהג נפוץ יחסית בישראל, הרי רק

לעיתים רחוקות נכתבות בתיק הרפואי הנחיות

רשמיות לא להחיות את החולים. אחת הסיבות

האפשריות לכך היא שהרופאים הישראליים אינם

מעוניינים שהנחיות כאלה יופיעו בכתב, משום

שטרם פורסמו הנחיות מקצועיות רשמיות או חור-

קים בתחום הטיפול בסוף החיים, ולכן הם חור-

שים מבעיות משפטיות או מתביעות פליליות.

אשר להתייעצות עם משפחות החולים בה-

חלטות הנוגעות לסיום החיים קובעים החוקרים

כי תוצאות המחקר מצביעות על

תחושת פטרנלי-

זם בקרב הרר

פאים ביש-

ראל.

(6%), אלה דם (3%), בקשת החולה או בני משפ-

חתו (2%), איכות חיים ירודה הצפויה בהמשך

(0.4%) וגיל מבוגר (0.4%).

רק אצל 132 חולים מתוך 270 (49%) קי-

בלו הרופאים את ההחלטה להגביל את הטיפול

הרפואי יחד עם החולים או עם בני משפחו-

תיהם. ב-91% מהמקרים שבהם שותפו בני המ-

שפחות בהחלטות האלה דובר על אי מתן טי-

פול. רק ב-9% מהמקרים דובר עם המשפחות

על הפסקת טיפול שכבר ניתן.

רצונותיהם של 63 מהחולים בנוגע לאופן

הטיפול בהם היו ידועים לבני משפחותיהם. במ-

רבית המקרים שבהם לא שיתפו הרופאים את

החולה בהחלטות בנוגע להמשך הטיפול בו נבע

הדבר מכך שהחולה היה מחוסר הכרה או שלא

היה מסוגל להבין את משמעויות ההחלטה.

ב-75 מקרים יידעו הרופאים את בני המשפ-

חה בנוגע להחלטה שקיבלו, אולם לא שיתפו

אותם בדיון שקדם לה. אי השיתוף נבע מכך

שהם העריכו שבני המשפחה לא יבינו את הנא-

מר להם או שהם לא היו זמינים.

ההוראה הרשמית לא להחיות תועדה רק

בשליש (91 מקרים) מהתיקים הרפואיים של

270 החולים שהטיפול בהם נמנע או הופסק.

מצייתים להלכה

מהמחקר עולה כי בישראל מרבית הרופאים

לא להתחיל טיפול מציל חיים אך ממעטים לה-

פסיק טיפול מציל חיים שכבר החלו לתת, ואי-

לו באירופה נוהגים בדיוק להפך: כמעט כל מי

