

תכנית פיילוט של הוספיס בית לחולי קיהיון (Dementia) מתקדם

תקציר

הקדמה: קיהיון הוא מחלה חשוכה מרפא המתאימה לטיפול פליאטיבי בשלב הסופי במסגרת הוספיס.

מטרות: לבחון את תוצאות הטיפול במסגרת פיילוט של הוספיס בית לאנשים מבוגרים עם קיהיון מתקדם.

שיטות מחקר: חולים בני 65 ומעלה העונים לקריטריונים של קיהיון מתקדם ומרותקים לבית טופלו במסגרת תכנית פיילוט של הוספיס בית לחולי קיהיון של שירותי בריאות כללית בבאר שבע. הטיפול כלל ביקורי בית של צוות רב מקצועי וכוונות 24/7. במהלך הטיפול נעשה שימוש בשאלונים מתוקפים להערכת מצב החולים, עומס על המטפלים ושביעות רצון של המטפלים מהטיפול.

תוצאות: בתקופה בין אוגוסט 2017 עד יולי 2020 נכללו 44 חולים. הגיל הממוצע היה 86.1 ± 6.2 שנים, 26 (59%) מהם היו נשים ו-38 (86.4%) מהחולים אובחנו כמחלת אלצהיימר. זמן ההייה הממוצע בהוספיס היה 129.4 ± 155.5 יום (חציון 68 יום) ורוב החולים (36) נפטרו בבית. במהלך הטיפול חל שיפור מובהק סטטיסטית בעוצמת הפרעות ההתנהגות הקשורות לקיהיון, בעוצמת הכאבים ובמידת הסבל של החולים. במקביל, חל שיפור מובהק סטטיסטית ברמת המצוקה ובעוצמת הפרעות חרדה ודיכאון של המטפלים העיקריים, ונמצאה רמה גבוהה של שביעות רצון מהטיפול בסוף החיים.

מסקנות: טיפול במסגרת תכנית פיילוט של הוספיס בית לחולים עם קיהיון מתקדם, המבוסס על צוות גריאטרי רב מקצועי ושימוש בכלים ייעודיים להערכת יעילות ההתערבות, מאפשר למנוע סבל של חולים ולבני משפחותיהם ולמות במקום המועדף עליהם.

דיון: הוספיס בית הוא חלופה טיפולית ראויה לחולי קיהיון סופניים, אשר מעוניינים לסיים את חייהם בבית.

סיכום: הטיפול במסגרת תכנית פיילוט של הוספיס בית מביא לתוצאות טובות הן בצורת הקלת הסבל של המטופל הזוכה לסיים את חייו במקום המועדף עליו והן בצורת הקלת מצוקת המטפלים העיקריים, המביעים שביעות רצון רבה מהטיפול.

מילות מפתח: קיהיון מתקדם; הוספיס בית; מצוקת מטפל עיקרי; עומס טיפולי; טיפול פליאטיבי.

Keywords: Advanced dementia; Home hospice; Caregiver distress; Care burden; Palliative care.

עם קיהיון סופני זוכים לטיפול במסגרת הוספיס. הסיבות העיקריות לכך הן שירותי רפואה שאינם מותאמים למתן טיפול פליאטיבי, קשיים בהגדרת דרגת חומרת הקיהיון וקושי לקבוע כי החולה סופני, קושי של בני המשפחה לקבל את העובדה שהמחלה סופנית ומצריכה טיפול פליאטיבי, וחוסר הכשרה וידע אודות טיפול פליאטיבי בחולי קיהיון מתקדם בקרב צוותים רפואיים.

בשירותי בריאות כללית מחוז דרום בשנת 2017 הוחלט לקדם תכנית פיילוט של הוספיס בית לחולי קיהיון. מטרת התכנית הייתה לתת מענה כוללני לחולים הסובלים מקיהיון מתקדם במסגרת הוספיס בית, לאפשר לחולים למות בכבוד בבית בהתאם לרצונם, למנוע הגעה לאשפוז ולתת רשת ביטחון ותמיכה מספקת לבני משפחותיהם של החולים.

הקדמה

קיהיון מתבטא בירידה בתפקודי המוח השונים ובירידה בתפקוד, ובעשורים האחרונים הוא גורם התמותה המוביל במדינות מפותחות. קיהיון מתקדם נחשב למחלה סופנית כוללית מתן טיפול פליאטיבי שמטרתו הפחתת כאב וסבל של המטופל, תוך הימנעות מטיפולים מכבידים או חסרי תועלת, יחד עם מתן אפשרות למטופל למות במקום המועדף עליו. יש הסכמה רחבה בקרב המומחים בעולם בדבר מתן טיפול בקיהיון מתקדם במסגרת הוספיס [1]. ממצאי המחקר שבוצע בישראל [2] - שבו נמצאו שיפור ניכר בטיפול בתסמינים הקשורים לקיהיון, שיפור במצוקת המטפלים העיקריים ושביעות רצון גבוהה שלהם מהטיפול - אף הם תומכים בכך. יחד עם זאת, מעט חולים

טבלה 1: נתונים סוציו-דמוגרפיים ונתוני קבלה של החולים והמטופלים העיקריים

N	max	min	SD	תמוצע	
44	97	69	6.2	86.1	גיל המטופל
44				18 (41%)	גברים, N (%)
44	744	4	155.8	129.4	ימי שהייה (עד לתמותה או עד 22.7.2020)
מקום פטירה					
				1 (2.3%)	אשפוז
				36 (81.8%)	בית
44				7 (15.9%)	שחרור מהוספיס
נתוני כניסה של החולים					
41	5	0	1.2	0.8	MMSE
39	26	1	6.6	13.7	NPI
37	8	0	2.4	2.7	PAINAD
39	7	1	1.6	3.8	MSSE
נתוני כניסה של המטופלים העיקריים					
41	29	1	6.8	14.7	ZARIT
42	23	0	5.2	7.4	PHQ-9
42	19	0	4.9	6.6	GAD-7

MMSE – Mini-Mental State Examination

NPI – Neuropsychological Inventory

PAIN-AD – Pain Assessment in Advanced Dementia

MSSE – Mini-Suffering State Examination

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire 9-item

GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder 7-item

גבוה יותר; חישוב עומס תחלואה בעזרת סולם בשם Charlson Comorbidity Index (CCI) [9] ובאמצעות סולם Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics (CIRS_G) [10].

הערכה של חומרת הקהיון בוצעה באמצעות מבחן Functional Assessment Staging of Alzheimer Disease [4] שמחולק ל-7 דרגות חומרה, כאשר דרגה 7 מתייחסת לחומרה המרבית של המחלה, עם צמצום היכולת להגיד עד 6 מילים במהלך היום (שלב 7A), להגיד רק מילה אחת במהלך היום (שלב 7B), איבוד היכולת ללכת ללא עזרה (שלב 7C), איבוד היכולת לשבת (שלב 7D), לחייך (שלב 7E) ולהחזיק את הראש (שלב 7F). במהלך הביקור נעשתה שיחת תיאום ציפיות אודות מטרות הטיפול עם בני המשפחה כולל בירור רצון מוקדם של החולה ובני משפחתו למוות בבית ומסקנותיה תועדו בתיק הרפואי של הנבדק. אם החולה עמד בקריטריונים והתקבל, הודעה על קבלתו הועברה לבני המשפחה ולרופא המטפל, למטפל העיקרי נמסר דף קשר עם פרטי צוות ההוספיס הכולל מספרי טלפון ושעות פעילות של משרד היחידה. רופאים ואחיות ביקרו את החולים באופן יזום 2-3 פעמים בחודש,

מטרת המחקר

המחקר נועד לתאר את תוצאי תכנית פיילוט של הפעלת הוספיס בית לחולים עם קהיון מתקדם והשפעתה על החולים ועל בני משפחותיהם.

שיטות מחקר

מסגרת הפעולה: תכנית פיילוט ייחודית של הוספיס בית לחולים עם קהיון מתקדם החלה בשנת 2017 בבאר שבע, כשיתוף פעולה בין שירותי בריאות כללית ועמותת "עמדה". צוות כלל עובדי היחידה לטיפול בתי תומך של שירותי בריאות כללית (רופאים גריאטריים, אחיות, מרפאות בעיסוק, פיזיותרפיסטים ודיאטנית) ועובדת סוציאלית שמומנה על ידי "עמדה". החולים הופנו על ידי רופאי המשפחה, על ידי הצוות של מחלקות האשפוז של המרכז הרפואי סורוקה או שאותרו על ידי הצוות של היחידה לטיפול בתי תומך במהלך עבודתם השגרתית. מענה לחולים ובני משפחותיהם ניתן ע"י ביקורי בית של רופא ואחות כולל כוננות 24/7, ביקורי בית של צוות פארה-רפואי לפי הצורך ושירותי משרד בשעות העבודה. תדירות ביקורי הבית של הרופאים והאחיות נעה בין 1-2 פעמים בחודש לבין מספר פעמים ביום בהתאם למצב הקליני של החולה.

קריטריונים לקבלת חולים: חולים התקבלו לתכנית פיילוט הוספיס בית בהתאם לקריטריונים המקובלים [3]: אדם עם אבחנת קהיון, מוגדר כסיעודי, עם חומרת קהיון ברמת 7 c ומעלה בסולם Functional Assessment Staging of Alzheimer Disease (FAST) [4], מתגורר עם משפחתו או עם עובד זר בבית (אך יש מטפל עיקרי המנהל את הטיפול וגר בקרבת המקום), ללא אמצעי האכלה מלאכותיים, ולפחות בעיה פעילה אחת נוספת כמפורט לעיל: אשפוזים חוזרים (יותר מאשפוז אחד בחצי שנה אחרונה), מצוקה של המטפל העיקרי, הפרעות התנהגות, הפרעות אכילה, זיהומים חוזרים (דלקת ריאות, אלח דם או זיהום עולה בדרכי השתן), עליות חום חוזרות, פצעי לחץ (דרגה 3-4), ירידה במשקל של 10% או יותר או רמת אלבומין בדם נמוכה מ-2.5 ג'ג/ד"ל. לאחר איתור החולה בוצע ביקור בית של רופא גריאטר לצורך הערכה ראשונית ובדיקת התאמת החולה לשירות. המידע שנאסף בביקור הראשון כלל פרטים סוציו-דמוגרפיים, מידע אודות מחלות רקע וטיפול תרופתי קבוע ופרטי המטפל העיקרי, ממצאי הערכה גריאטרית כוללת (Mini Mental State Examination (MMSE) [5] להערכת מצב קוגניטיבי, עם טווח ציונים בין 0-30 כשציון גבוה יותר מצביע על מצב קוגניטיבי טוב יותר; מבחן על שם נורטון [6] להערכת סיכון להיווצרות פצעי לחץ, עם טווח ציונים בין 0-20 כשציון גבוה יותר מצביע על סיכון גבוה יותר; מבחן על שם ברטל [7] להערכת רמת תפקוד בסיסי, כשציונים נמוכים יותר מצביעים על רמת תפקוד נמוכה יותר; מבחן Mini-Nutritional Assessment (MNA) [8] להערכת סיכון לתת תזונה, עם טווח ציונים בין 0-14 כשציון נמוך יותר מצביע על סיכון

בחדש, שאלון SWC - EOLD מולא כחודש לאחר פטירת המטופל.

ניתוח הנתונים: משתנים קטגוריים הוצגו כשכיחויות ומשתנים רציפים הוצגו באמצעות ממוצע וסטית תקן. השוואת השינוי בציוני כלי ההערכה בין מועד הקבלה להוספיס בית לבין הערכה האחרונה הושוה באמצעות מבחן Wilcoxon. $P < 0.05$ נחשב כמובהק סטטיסטית. המחקר קיבל אישור ועדת הלסינקי של בית החולים מאיר מספר 0073-15-COM2.

תוצאות

בתקופה שבין אוגוסט 2017 עד יולי 2020 הופנו לתכנית פיילוט הוספס בית 58 חולים, 44 מהם התקבלו וטופלו במסגרת התכנית, גיל הממוצע היה 6.2 ± 86.1 שנים, עשרים ושש (59%) היו נשים ו-38 מהחולים (86.4%) אובחנו עם מחלת אלצהיימר (4 חולים נוספים היו בעלי אבחנה של קיהיון על רקע מחלת פרקינסון ו-2 חולים נוספים היו בעלי אבחנה של קיהיון מסוג גופיפי לוי) (טבלה 1). זמן השהייה הממוצע בהוספס היה 155.5 ± 129.4 ימים (חציון 68 ימים). רוב החולים (36) נפטרו בבית במהלך הטיפול ורק חולה אחד נפטר באשפוז. שבעה חולים שוחררו מההוספס אחרי שהייה ארוכה של מעל לשנה בשל התייזבות מצבם והעדר צורך בטיפול במסגרת הוספס בית. בתקופת הטיפול בוצעו בממוצע 23.9 ± 32.3 ביקורי בית לחולה (בממוצע 12.3 ביקורי רופא, 13.6 ביקורי אחות, 3.4 ביקורי עובדת סוציאלית, 1.3 ביקורי מרפא בעיסוק, 1.3 ביקורי פיזיותרפיסט ו-0.7 ביקורי דיאטנית).

במהלך טיפול במסגרת הוספיס בית, נצפו שינויים מובהקים סטטיסטית בציוני המבחנים המעידים על השינוי מצבם של החולים. ציון הממוצע של שאלון NPI ירד מ-13.7 ל-5.4 נקודות (הפחתה של 60.6%), הציון הממוצע של שאלון MSSE ירד מ-3.8 ל-0.9 נקודות (הפחתה של 76.3%), והציון הממוצע של שאלון PAINAD ירד מ-2.7 ל-1.4 נקודות (הפחתה של 55.6%). כמו כן, חל שינוי מובהק סטטיסטית במצבם של המטופלים העיקריים. הציון הממוצע של שאלון זריט ירד מ-14.7 ל-6.5 נקודות (הפחתה של 55.8%), הציון הממוצע של PHQ-9 ירד מ-7.4 ל-3.8 נקודות (הפחתה של 45.9%), והציון הממוצע של GAD-7 ירד מ-6.6 ל-2.4 נקודות (הפחתה של 63.6%) (טבלה 2). בשאלון של שביעות רצון של מטופלים עיקריים מהטיפול הניתן בסוף החיים התקבל הציון הממוצע 36.1 ± 2.98 מתוך 40 (טבלה 3). הציון הממוצע של שביעות רצון של המטופלים העיקריים מאופן מסירת מידע במהלך הטיפול היה 6.09 ± 2.15 (טבלה 4).

דין

המחקר הנוכחי נועד לתאר את תכנית הפיילוט של הוספיס בית לחולי קיהיון מתקדם בשירותי בריאות כללית מחוז דרום. מתן טיפול לחולים במסגרת התכנית היה מלווה בהפחתה בעוצמת הפרצות ההתנהגות

טבלה 2: שינויים בציוני המבחנים במהלך הטיפול

הציונים	בכניסה	ממוצע	הפרש	הפרש %	P-value
נתוני חולים (טווח)					
NPI(0-144)	13.7	5.4	-8.3 ± 6.6	-60.6	<0.0001
MSSE(0-10)	3.8	0.9	-2.9 ± 2.3	-76.3	<0.0001
PAINAD(0-10)	2.7	1.4	-1.5 ± 2.4	-55.6	<0.0001
נתוני מטפלים עיקריים					
ZARIT(0-48)	14.7	6.5	-8.2 ± 7.2	-55.8	<0.0001
PHQ-9(0-27)	7.4	3.8	-3.4 ± 4.1	-45.9	<0.0001
GAD-7(0-21)	6.6	2.4	-4.2 ± 4.3	-63.6	<0.0001

אנשי צוות נוספים - בתדירות נמוכה יותר או לפי הצורך. לכל מטופל בקבלה ובמהלך השירות מולאו השאלונים הבאים: שאלון Neuropsychiatric Inventory [11] המערך קיום ועוצמת התסמינים ההתנהגותיים והפסיכולוגיים הקשורים לקהיון, עם טווח ציונים של 0-144 כאשר ציון גבוה יותר מצביע על עוצמה גבוהה יותר; שאלון Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) [12] המערך את עוצמת הכאב בחולי קהיון, טווח ציונים בין 0-10 כאשר ציון יותר גבוה מצביע על רמת כאב גבוהה יותר; שאלון Mini-suffering state examination [13] המערך את רמת הסבל ואת סיכויי ההישרדות של חולי קהיון בששת החודשים האחרונים לחייהם, טווח ציונים בין 0-10 כאשר ציון יותר גבוה מצביע על רמת הסבל גבוהה יותר. קרובי משפחה שהוגדרו כמטפלים העיקרים עברו את הערכה הבאה: שאלון על שם זריט [14], אשר בודק את מצוקת המטפל העיקרי, את רמת השחיקה ואת תחושת העומס הטיפולי עם טווח ציונים בין 0-48 כאשר ציון יותר גבוה מצביע על רמת המצוקה גבוהה יותר; שאלון Patient Health Questionnaire for Depression (PHQ-9) [15] להערכת הפרעות במצב הרוח, עם טווח ציונים 0-27 כאשר ציון מעל 10 מצביע על דיכאון משמעותי; ושאלון Generalized Anxiety Disorder-7 Item Scale (GAD-7) [16] להערכת הפרעות חרדה, עם טווח ציונים 0-21 כאשר ציון מעל 5 מצביע על הפרעת חרדה משמעותית. כחודש לאחר פטירת החולה, המטפל העיקרי מילא שאלון המערך את שביעות הרצון מהטיפול בסוף החיים עם ערכי הייחוס בסולם ליקרט: 1 - לא מסכים בהחלט, 2 - לא מסכים, 3 - מסכים, 4 - מסכים בהחלט [17] (EOLD-SWC, end of life in dementia) satisfaction with the terminal care) ואת אופן מסירת המידע לבני משפחת המטופל במהלך הטיפול עם ערכי הייחוס בסולם ליקרט: 1 - מצוין, 2 - טוב מאוד, 3 - טוב, 4 - סביר, 5 - גרוע, 6 - לא רלוונטי (טבלה 4). שאלון NPI מולא כל שבועיים (במידה ומטופל סבל מהפרעות בהתנהגות) או פעם בחודש (במידה ולא היו הפרעות בהתנהגות), שאלוני PAIN AD ו-MSSE מולאו פעם בחודש. שאלוני PHQ-9, GAD-7 וזריט מולאו פעם

טבלה 3: שביעות רצון של מטפלים העיקריים מהטיפול הניתן בסוף החיים (על פי שאלון EOLD-SWC, end of life in dementia-satisfaction (with the terminal care)

max	min	SD	ממוצע	
4	3	0.448	3.7	הרגשתי שאני שותף מלא בקבלת החלטות
4	2	0.615	3.5	סביר שהייתי מחליט אחרת לו היה לי יותר מידע *
4	2	0.629	3.7	ננקטו כל האמצעים כדי לשמור על נוחות המטופל שלי
4	2	0.646	3.6	הצוות המטפל הקשיב לי והיה קשוב לצרכים שלי
4	1	0.827	3.4	לא הבנתי באמת את מצבו של המטופל שלי*
4	2	0.697	3.6	תמיד ידעתי איזה רופא ואיזו אחות הם אחראיים לטיפול במטופל שלי
4	1	0.825	3.5	הרגשתי שהמטופל שלי קיבל את כל הטיפול הסייעודי לו היה זקוק
4	2	0.524	3.7	הרגשתי שהוסברו לי היטב כל הסוגיות הקשורות לתרופות
4	2	0.459	3.8	המטופל שלי קיבל את כל הטיפולים או ההתערבויות שיכלו להועיל לו
4	2	0.652	3.6	אני מרגיש שהמטופל שלי היה זקוק לטיפול רפואי טוב יותר בסוף חייו *
40	25	2.982	36.1	סה"כ

ערכי הייחוס – על בסיס טולם ליקרט (1 – לא מסכים בהחלט, 2 – לא מסכים, 3 – מסכים, 4 – מסכים בהחלט)
* שאלות שבהן בוצע היפוך סקלה לשם חישוב התוצאה הכוללת

עם מדדים קליניים כגון אשפוזים חוזרים, מצוקת מטפל העיקרי, הפרעות התנהגות, הפרעות אכילה, זיהומים חוזרים, עלויות חום חוזרות, פצעי לחץ (דרגה 3-4) או ירידה במשקל של 10% או יותר עם רמת אלבומין בדם פחות מ-2.5. בנוסף, נעשה שימוש בסולם MSSE. בדומה למחקרים קודמים גם בתכנית הפיילוט הנוכחית ראינו שימוש ב-FAST וב-MMSE לא הצליח לנבא את תוחלת החיים הצפויה של חלק מהחולים ששרדו תקופה ארוכה מעל שנה. העובדה הזאת מדגישה את הצורך בפיתוח שיטות נוספות שיאפשרו בחירת חולים מתאימים לטיפול במסגרת הוספיס לחולים עם קהיון.

תרומתה של תכנית פיילוט של הוספיס בית למטפלים העיקריים מוכחת על ידי התוצאות של מבחן זריט [14], שהראה שיפור ברמת המצוקה של המטפלים במהלך הטיפול (ירידה בציון הממוצע מ-14.7 ל-6.5 נקודות (שיפור של 55.8%). שאלון נוסף אשר בדק שביעות רצון של מטפלים העיקריים מהטיפול בסוף החיים הצביע על שביעות רצון גבוהה מהטיפול בסוף חיים ומהאיכות הטיפול הניתן לקראת המוות, עם ציון ממוצע גבוה מאוד (36.1 מתוך 40). חשיבות התמיכה במטפל העיקרי מוכרת בספרות [19], והיא מורכבת בדרך כלל מעירוב של צוות היחידה פליאטיבית בשלבים המוקדמים של המחלה, ממתן מידע לבני המשפחה של החולה על מהלך המחלה בסוף החיים, מעירוב בני המשפחה בהליך קבלת החלטות [20], מתכנון מראש של הטיפול בסוף החיים ומחידוק שיתוף הפעולה בין נותני השירות השונים.

נקודה חשובה נוספת היא עלות הפעלת תכנית הפיילוט. במהלך השהייה של החולים בהוספיס בית בוצעו בממוצע 3 ביקורי בית של רופא, 3.4 ביקורי בית אחות ו-0.85 ביקורי בית של עובדת סוציאלית בחודש לחולה. חלק מהביקורים בוצעו בשעות המשרה של הצוות ולכן לא היו

הקשורות לקהיון, בהורדת רמת הסבל של החולים, בהפחתת הכאב ובשיפור מצוקת בני משפחה הקרובים של החולים. התכונות הייחודיות של התכנית היו התמקדות בטיפול בקבוצת חולים מובחרת הסובלת מקהיון, צוות רב מקצועי המבוסס על רופאים גריאטריים עם הכשרה בתחום הפליאטיבי ואחיות עם ניסיון רב בתחום הטיפול בזקן, שימוש בכלים ייעודיים לצורך ניתור השפעת על החולים ועל מטפלים העיקריים. חשוב לציין שגם פיילוט אחר של הוספיס בית שבוצע בישראל על ידי Sternberg וחב' [2] דיווח על ממצאים דומים. במסגרת הפיילוט הנוכחי, 36 חולים (81.8%) נפטרו בבית. המחברים רואים בזה הישג חשוב לנוכח העובדה ששיעור חולי קהיון בעולם שנפטרו בבתי חולים כלליים או בבית אבות הוא גבוה יחסית. זמן השהייה הממוצע בתכנית הפיילוט הנוכחית היה ארבעה חודשים (129.4 יום, ציון 68 יום), בדומה לממצאי מחקרים קודמים. לא הייתה מגבלה מבחינת זמן השהות במסגרת פיילוט הוספיס בית, והשיקול היחיד להשאיר את החולה בטיפול היה שיקול רפואי.

זיהוי חולים המתאימים לטיפול במסגרת הוספיס לחולי קהיון מהווה אתגר עקב הקושי בניבוי תוחלת החיים צפויה. סולם FAST בלבדו שהשימוש בו נפוץ ברחבי העולם, לא נמצא כמנבא מספק לתקופת ההישרדות הצפויה של חולי קהיון [18]. במהלך השנים פותחו מבחנים נוספים לצורך הערכת תוחלת חיים בחולי קהיון מתקדם, כגון מבחן Mortality Risk Index, אשר נמצא מהימן יותר ממבחן ה-FAST בהערכת תוחלת החיים בחולי קהיון סופני במסגרות אשפוזיות סיעודיות או מבחן Mini-Suffering State Examination (MSSE). בתכנית הפיילוט הנוכחית השתמשנו בקריטריונים המקובלים לבחירת החולים להוספיס [3], המתבססים על שימוש בסולם FAST יחד

חיים, וקיהיון נכלל במפורש ברשימת המחלות המתאימה לטיפול פליאטיבי. יחד עם זאת, העובדה שלעומת חולי סרטן ממושט, רק מעטים מהחולים במחלות חשוכות מרפא אחרות, כמו קיהיון סופני, מופנים לטיפול במסגרת הוספיס, מדגישה את הצורך בקידום הנושא של הוספיס לחולי קיהיון מתקדם בכל הרמות.

הרכב הצוות של הוספיס בית היווה נקודת חוזקה. שילוב של רופאים גריאטריים, אחיות ואנשי צוות נוספים עם ניסיון רב בתחום הזקנה ומודעות גבוהה לצרכיהם המיוחדים של החולים הזקנים איפשר לבנות תכנית התערבות ייחודית. צוותים של הוספיס ברוב התוכניות מבוססים על רופאים כלליים/רופאי משפחה עם הכשרה בתחום הפליאטיבי [2] ורק מעטים כוללים רופא מומחה בגריאטריה. נקודות חוזקה נוספות היו שימוש בכלים מתוקפים להערכת מצב החולים ושל מטפלים עיקריים והעדר מגבלת זמן שהייה.

נקודת החולשה העיקרית של התכנית היא העדר קבוצת בקרה, מכיוון שלא היה מדובר בתכנית מחקר אלא בתכנית טיפולית. מגבלה נוספת היא המספר הנמוך יחסית של החולים. בנוסף, בתכנית לא נכללו חולים עם אמצעי הזנה אנטרלית וגם חולים אשר התגוררו עם עובדים זרים ללא מעורבות של מטפל העיקרי, לכן לא ניתן להרחיב מסקנות העבודה הנוכחית על אוכלוסיות אלו.

סיכום ומסקנות

הוספיס בית הוא חלופה טיפולית ראויה לחולי קיהיון סופניים, אשר מעוניינים לסיים את חייהם בבית. ממצאי המחקר הנוכחי תומכים בהשערה שטיפול במסגרת תכנית פיילוט של הוספיס בית מביא לתוצאות טובות הן במובן הקלת הסבל של החולה הזוכה לסיים את חייו במקום המועדף עליו, והן במובן הקלת מצוקה של המטפלים העיקריים, המביעים שביעות רצון רבה מהטיפול. המחקר הנוכחי לא השווה בין אפשרויות הטיפול השונות כמו הוספיס בית, הוספיס באשפוז, מסגרת סיעודית או מחלקה לאשפוז חריף, ואין בו כדי לשלול מסגרות טיפוליות אחרות. אנו סבורים שיש להתאים את המסגרת הטיפולית לכל מטופל, בהתאם לרצונו ולאפשרויותיו. עבודות נוספות שישו בין סוגי הטיפול השונים יכולות לעזור בבחירת המסגרת המתאימה לכל מטופל.

מחבר מכתב: בוריס פונצ'יק

היחידה לטיפול ביתי תומך

שירותי בריאות כללית, רחוב שלמה המלך 17, באר שבע

דוא"ל: borispu@clalit.org.il

טבלה 4: שביעות רצון של המטפלים העיקריים מאופן מסירת המידע

N	max	min	SD	תמוצ	
34	3	1	0.436	1.15	נגישות המידע
34	3	1	0.496	1.24	הבנת המידע
34	4	1	0.592	1.21	כנות המידע
34	4	1	0.618	1.26	שלמות המידע
34	3	1	0.606	1.24	עקביות המידע
34	17	5	2.151	6.09	סה"כ

ערכי הייחוס – על בסיס סולם ליקרט (1 – מצוין, 2 – טוב מאוד, 3 – טוב, 4 – סביר, 5 – גרוע, 6 – לא רלוונטי).

כרוכים בעלות נוספת (כשליש מסך כל הביקורים), עבור ביקורי בית מחוץ לשעות משרה (שעות כוננות) הועבר תשלום נוסף בגובה של 250 ש"ח לרופא ו-150 ש"ח לאחות עבור כל ביקור. העלויות האלו נמוכות בהרבה בהשוואה לעלויות הוספיס במסגרת אשפוז. מחברי המאמר רואים שתי אפשרויות העיקריות להפחתת העלויות. אפשרות ראשונה היא כניסה יותר מסיבית של אחיות מומחיות קליניות בסיעוד גריאטריה וברפואה פליאטיבית למערך הוספיס בית ומימוש מירבי של סמכויותיהן הנרחבות, כאלטרנטיבה לביקורי בית של רופאים. אפשרות שניה היא הכנסת טכנולוגיות מתקדמות, על מנת לאפשר הן לבני משפחה של החולים והן לצוות שליטה מרחוק בלי לבצע ביקור בפועל, כגון שימוש באפליקציות שונות המאפשרות שיחות וידאו, ניטור סימנים חיוניים מרחוק, פתיחת מוקד תמיכה טלפוני מאויש לפניות דחופות לחולים ובני משפחה וכדומה.

במהלך מגפת הקורונה, נצפו ירידה משמעותית במספר ביקורי בית ועלייה בשימוש בשיחות וידאו/טלפון עם בני המשפחה של החולים לעומת התקופה שקדמה למגפת הקורונה, אך המחקר הנוכחי לא בדק את הנושא ולכן יידרש מחקר נוסף.

בישראל, נעשו בשנים האחרונות מאמצים לקדם את הנושא של טיפול פליאטיבי בקרב חולים עם קיהיון מתקדם. בחוזר משרד הבריאות משנת 2009 בדבר הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) נקבע, כי השירות הפליאטיבי נועד לחולים הסובלים ממחלה חשוכת מרפא מתקדמת (כגון מחלת עצבים ניוונית כמו קיהיון) וכולל תכנית משולבת של טיפול רפואי, סיעודי ופסיכו-חברתי. בשנת 2016 בשיתוף פעולה של משרד הבריאות, אשל ג'וינט ישראל ומאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל פורסמו ההמלצות לתכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ולמצבי סוף

ביבליוגרפיה

1. McCallion P, Hogan M, Santos FH, McCarron M, Service K, Stemp S, et al. Consensus statement of the International Summit on Intellectual Disability and Dementia related to end-of-life care in advanced dementia. Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID. 2017;30(6):1160-4.
2. Sternberg SA, Sabar R, Katz G, Segal R, Fux-Zach L, Grofman V, et al. Home hospice for older

- people with advanced dementia: a pilot project. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2019;8(1):42.
3. *Stuart B*. The NHO Medical Guidelines for Non-Cancer Disease and Local Medical Review Policy: Hospice Access for Patients with Diseases Other Than Cancer. *The Hospice journal*. 1999;14(3-4):139-54.
 4. *Sclan SG, Reisberg B*. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *International psychogeriatrics*. 1992;4 Suppl 1:55-69.
 5. *Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR*. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12.
 6. *Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN*. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone; 1975.
 7. *Mahoney FI, Barthel DW*. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14.
 8. *Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al*. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *The journal of nutrition, health & aging*. 2009;13(9):782-8.
 9. *Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR*. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40.
 10. *Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, et al*. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry research*. 1992;41(3):237-48.
 11. *Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J*. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-14.
 12. *Warden V, Hurley AC, Volicer L*. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2003;4(1):9-15.
 13. *Aminoff BZ, Adunsky A*. Their last 6 months: suffering and survival of end-stage dementia patients. *Age and ageing*. 2006;35(6):597-601.
 14. *Iecovich E*. Psychometric properties of the Hebrew version of the Zarit Caregiver Burden Scale short version. *Aging & Mental Health*. 2012;16(2):254-63.
 15. *Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB*. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16.
 16. *Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B*. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
 17. *Volicer L, Hurley AC, Blasi ZV*. Scales for evaluation of End-of-Life Care in Dementia. *Alzheimer disease and associated disorders*. 2001;15(4):194-200.
 18. *Brown MA, Sampson EL, Jones L, Barron AM*. Prognostic indicators of 6-month mortality in elderly people with advanced dementia: a systematic review. *Palliative medicine*. 2013;27(5):389-400.
 19. *Shega JW, Levin A, Hougham GW, Cox-Hayley D, Luchins D, Hanrahan P, et al*. Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): a program description. *Journal of palliative medicine*. 2003;6(2):315-20.
 20. *Bartley MM, Suarez L, Shafi RMA, Baruth JM, Benarroch AJM, Lapid MI*. Dementia Care at End of Life: Current Approaches. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(7):50.

כרוניקה

וריאנט האומיקרון גורם הדבקות חוזרות בלא מחוסנים



שלוש פעמים בקורונה, כאשר הווריאנט האחראי היה אומיקרון, עם המוטציות הרבות בחלבון הזיץ (spike). עם זאת, וריאנט זה אינו מתגבר בדרך כלל על החיסון עקב קבלת תרכיבים, והחוקרים מציינים כי רק שכבות אוכלוסייה אמידות מפיקות תועלת מחיסונים בדרום אפריקה (Science 2022;376:596).

איתן ישראלי

בתחילת חודש נובמבר 2021, מדעני דרום אפריקה זיהו הדבקות חוזרות בקורונה שהתאימו להופעת הווריאנט אומיקרון (B.1.1.529). פוליאם וחב' מצאו כי בקרב אוכלוסייה שלא הייתה מחוסנת, הדבקות חוזרות בווריאנטים ביתא ודלתא היו נדירות. אך לאחר 31 באוקטובר, נמצאו אנשים שהודבקו