

מודל הפעלה לבתי חולים כלליים

זיהוי, טיפול ושחרור
מותאמים לזקנים עם דמנציה ודליריום
המאושפזים בבתי חולים



התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר
ודמנציות אחרות ומניעתן

תקציר

במדריך זה יוצג מודל הפעלה לבתי חולים כלליים בנושא זיהוי, טיפול ושחרור מתאים לאנשים עם דמנציה ודליריום המאושפזים בבתי חולים. המודל מבוסס על למידה מתוכנית פיילוט שפעלה כחלק מיישום התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות ומניעתן. התוכנית התקיימה בין השנים 2017-2021 בארבעה בתי חולים ברחבי הארץ בהובלת אגף הגריאטריה במשרד הבריאות וג'וינט-אשל.

בתי החולים שנטלו חלק בתוכנית הפיילוט הם: המרכז הרפואי בני ציון, המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא, הקריה הרפואית לבריאות האדם - רמב"ם והמרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי - איכילוב. התוכנית נועדה לעודד בתי חולים לפתח מענה מיטבי למאושפזים עם דמנציה ו/או דליריום, ויעדיה כללו את הגברת הידע, המודעות ומיומנויות הטיפול של אנשי הצוות בנוגע לדמנציה ולדליריום; איתור וזיהוי של ירידה קוגניטיבית, דמנציה ו/או דליריום; מתן התערבות וטיפול להפחתת סיכון להתדרדרות תפקודית וקוגניטיבית נוספת במהלך האשפוז ושחרור מתואם עם הקהילה לשם יצירת רצף טיפול.

לתוכנית נערך מחקר מלווה, וממצאיו יפורסמו באמצע שנת 2022. אולם עוד לפני פרסום הממצאים ניכרת ההצלחה של התוכנית בבתי החולים בהם פועלת: מספר המאובחנים עם ירידה קוגניטיבית התחלתית, דמנציה ו/או דליריום בבתי החולים הללו גדלו; שיעור הלוקים בדליריום מקרב מאושפזים אלו פחת; פחתו אירועי הנפילות, ריבוי התרופות, הזיהומים ופצעי הלחץ; פחתו בדיקות מיותרות/לא נדרשות ופחתו ימי אשפוז ואשפוזים חוזרים. נוסף על כך, בבתי החולים שבהם פועלת התוכנית חל שיפור ברצף הטיפול ובקשר עם הקהילה ובכמה מהם אף חלו שינויים בפרוטוקולים הטיפולים, בתפיסות ובתרבות הארגונית.

נוכח הצלחת הפיילוט, אגף הגריאטריה במשרד הבריאות רואה במודל שפותח בסיס לקביעת תקן מחייב בכל בתי החולים הכלליים. אנו תקווה כי מודל זה יביא לפיתוח תוכניות דומות ולשיפור הטיפול באנשים עם דמנציה המאושפזים בכלל בתי החולים בארץ.



התכנים במדריך נכתבו על ידי אנשי הצוות הבאים:

אגף הגריאטריה, משרד הבריאות:

ד"ר אירית לקסר, ד"ר איריס רסולי, ד"ר שלי שטרנברג

מרכז רפואי תל אביב ע"ש סוראסקי - איכילוב:

ד"ר אורלי ברק, ד"ר יעל אדוני-טמיר, ד"ר רתם תלם, ד"ר רון בן יצחק, ד"ר רן שוויד, חנה פטשורניק, קארין קוגן

המרכז הרפואי בני ציון:

ד"ר רוני אוליבן, מיטל טייב-רוטפלד

הקריה הרפואית לבריאות האדם - רמב"ם:

פרופ' צבי דוולצקי, חן בן לולו, גלית גלר-ביגלמן

המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא:

ד"ר חנה קרצמן, רוחמה פרידמן

ג'וינט-אשל: נטע כהן

ריכוז, עיבוד ועריכה מקצועית:

נטע כהן - ג'וינט-אשל

ד"ר איריס רסולי - אגף הגריאטריה, משרד הבריאות

עריכת לשון: יונת הורן

עיצוב גרפי: יסכה כנרת בדיחי

איורים: freepik

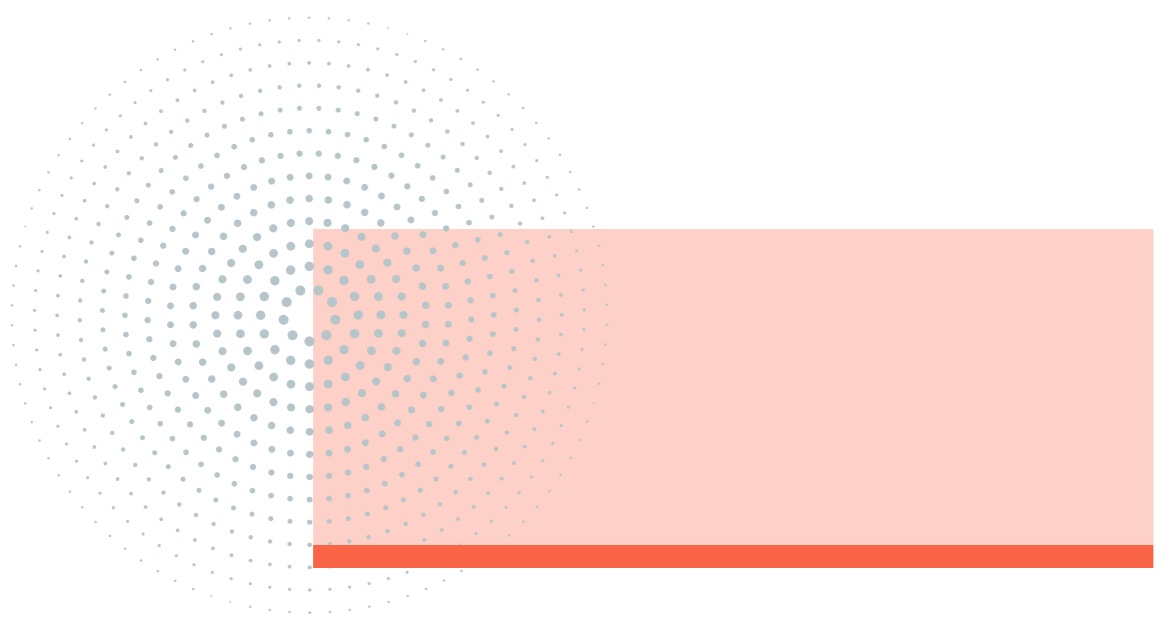
מדריך זה נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד והוא מיועד לגברים ולנשים במידה שווה.

©

כל הזכויות שמורות לג'וינט-אשל,

מאי 2022

[לאתר ג'וינט-אשל](#)



נספחים

קול קורא לתוכנית

38 נספח א

המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב)

43 נספח ב: תיאור התוכנית

50 נספח ג: דוגמאות לחומרי שיווק והפעלת התוכנית

המרכז הרפואי בני ציון

62 נספח ד: תיאור התוכנית

65 נספח ה: דוגמאות לחומרי שיווק והפעלת התוכנית

הקריה הרפואית לבריאות האדם - רמב"ם

72 נספח ו: תיאור התוכנית

75 נספח ז: דוגמאות לחומרי שיווק והפעלת התוכנית

המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

84 נספח ח: תיאור התוכנית

89 נספח ט: דוגמאות לחומרי שיווק והפעלת התוכנית



תוכן העניינים



- 6 פתח דבר
- 7 מבוא
- 8 רקע ורציונל
- 9 אנשים עם דמנציה בבתי חולים - הסקר האנגלי
- 10 מודל לטיפול מיטבי באנשים עם דמנציה בבתי חולים
- 13 יישום המודל בישראל
- 14 יעדי התוכנית
- 15 רכיבי התוכנית
- 16 מדדים להצלחת התוכנית
- 18 תיאור התוכניות בבתי החולים
- 23 מחקר ההערכה של התוכנית
- 24 תוצאות התוכנית
- 28 השפעות התוכנית
- 29 תובנות מהפעלת התוכנית
- 34 סיכום
- 35 רשימת מקורות



זה כ-11 שנים אנו מפתחים ומיישמים תוכניות והכשרות לאנשים עם דמנציה, לבני משפחותיהם ולאנשי המקצוע והסמך המקצועיים המטפלים בהם. תוכניות והכשרות אלו עוסקות ברמת המדיניות הכוללת, בשיפור הפתרונות הניתנים על ידי אנשי המקצוע בקהילה ובמוסדות, בהתייחסות הקהילה אל אנשים עם דמנציה ושיפור יכולות הטיפול וההתנהלות של האדם ומשפחתו. התוכניות כולן מתבצעות בשיתוף פעולה עם משרדי ממשלה, עמותות, חברות וארגונים נוספים. משנת 2013, עת כינונה של התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות ומניעתן בישראל, אנו פועלים עם אגף הגריאטריה במשרד הבריאות כדי ליישם את המלצות התוכנית.

לאורך השנים הופעלו התוכניות בתחום הדמנציה במגוון תשתיות ואופנים. תכליתן - שימור ואף שיפור איכות החיים של אנשים עם דמנציה ושל בני משפחותיהם לצד המחלה. מטרה זו עמדה לנגד עינינו גם בפיתוח התוכנית ל"זיהוי, טיפול ושחרור מתאים לאנשים עם דמנציה ודליריום והמאושפזים בבתי חולים", וזאת מתוך ידיעה שאם אדם עם דמנציה מתאשפז בבית חולים, מצבו התפקודי והקוגניטיבי עלול להתדרדר משמעותית אם לא יטופל כהלכה בידי צוות מיומן המודע למצבו.

במדריך זה מוצגים הרקע שהוביל לפיתוח התוכנית, אופני הפעלתה, תוצאותיה ותובנות שהתגבשו בקרב הצוותים שהובילו אותה לאורך שנות הפיילוט. אנו מקווים שתמצאו עניין בקריאתו ותוכלו ליישם תוכנית בעלת רכיבים דומים גם בבתי חולים, במוסדות ובארגונים שאתם שייכים להם.

אני מבקש להודות בהזדמנות זו לאגף הגריאטריה במשרד הבריאות ולצוותים בבתי החולים שהיו שותפים לתוכנית ותרמו רבות להצלחתה בזכות המקצועיות, הנחישות והאכפתיות הרבה שהם הפגינו לאורך שנות הפיילוט.

בברכה,



יוסי היימן
מנכ"ל ג'וינט-אשל


התוכנית הלאומית לדמנציה פועלת משנת 2013 במטרה לשפר את איכות הטיפול הניתן לזקנים ואת התמיכה הניתנת לבני משפחותיהם התומכים בהם בשלבי המחלה השונים. במסגרת התוכנית מפעיל האגף לגריאטריה במשרד הבריאות תוכניות ומענים לקידום מודעות בקהילה ובבתי חולים, לשיפור המחקר והידע על היקף המחלה ולהקניית מיומנויות וידע רלוונטי לצוותי הטיפול השונים להתמודדות טובה יותר עם המחלה.

בשנת 2017 הבנו שצריך להתבונן גם על חוויית המטופל עם דמנציה בבית החולים. זאת משום שחוויית האשפוז עשויה להיות אירוע מאיץ הידרדרות תפקודית, ללא קשר לסיבת האשפוז, וזרז לאשפוזים חוזרים. בנוסף, הסיכונים הכרוכים בשכיבה הממושכת, שגורמת לירידה במסת השרירים, ובסיכון המוגבר לדליריום, עשויים להחמיר את הירידה הקוגניטיבית הקיימת.

לשם כך יצרנו, בשותפות עם ג'וינט-אשל, תוכנית השמה דגש על אבחון נכון של זקנים עם ירידה קוגניטיבית, דליריום ודמנציה וטיפול מותאם בהם. התוכנית פעלה בבתי החולים איכילוב, רמב"ם, שיבא ובני ציון ואפשרה לצוות רב מקצועי ומיומן, לעיתים גם בשילוב מערך מתנדבים, ליישם התערבות מותאמת. הוגדרו דו"חות המזהים את אוכלוסיית היעד המתאימה לתוכנית ואת דרכי ההתערבות עימה וכן נערכו אבחונים לזיהוי ירידה קוגניטיבית ודליריום. דרך ההתערבות חל שיפור בחוויית המטופל ובאיכות הטיפול הניתן לו. כמו כן המטופל שוחרר עם מכתב להמשך טיפול, ובמידת הצורך אף נוצר קשר ישיר עם הקהילה ליצירת רצף הטיפול הנדרש.

התפישה של מתן טיפול מותאם וייחודי לזקנים המאושפזים בבית החולים צריכה להיות נחלת כל בתי החולים בארץ, ואנו פועלים ליישום תו תקן ליחידות גריאטריות מתמחות שיוכלו לספק ייעוץ וטיפול מותאם.

בברכה,



ד"ר אירית לקסר
ראש אגף הגריאטריה, משרד הבריאות

אנשים עם דמנציה בבתי חולים

הסקר האנגלי

אנשים עם דמנציה מאושפזים, לרוב, בתדירות גבוהה יותר מאנשים אחרים בני גילם, משך האשפוז שלהם ארוך יותר והם מצויים בסיכון גבוה יותר להתדרדרות במצבם התפקודי והקוגניטיבי לאורך האשפוז בבית החולים.

בסקר שנערך באנגליה ב-2016, השתתפו מלווים של 570 אנשים עם דמנציה שאושפזו בבתי חולים (Fix Dementia care: hospitals, 2016). מממצאי הסקר עולה כי קרוב ל-60% מהם סברו שהאדם עם דמנציה לא טופל בכבוד או בהבנה במהלך האשפוז (2% בלבד ממי שהשתתפו בסקר ציינו שכל צוות בית החולים הבין את הצרכים של אנשים עם דמנציה). 92% ציינו שסביבת בית החולים הפחידה את האדם עם דמנציה ו-90% סיפרו כי תחושת הבלבול של האדם גברה במהלך האשפוז. נוסף על כך נמצא כי בשנת 2016 התרחשו בבתי החולים באנגליה 6,834 נפילות של מאושפזים עם דמנציה ו-4,962 אנשים עם דמנציה שוחררו מבית החולים בשעות הלילה. ברבע ממיטות בית החולים אושפזו אנשים עם דמנציה ומשך האשפוז הממוצע שלהם היה ארוך פי שניים ממשך האשפוז של מאושפזים אחרים ללא דמנציה.

בעקבות ממצאי הסקר הסיקו קובעי המדיניות באנגליה ובישראל כי יש לפתח מודל ייעודי לטיפול באנשים עם דמנציה שמתאשפזים בבתי חולים. על מודל זה לכלול את המרכיבים הבאים: אבחון והערכה של המצב הקוגניטיבי ומידת הסיכון של אנשים עם דמנציה לפתח דליריום ולהתדרדר ביכולת התפקוד שלהם במהלך האשפוז; התייחסות לצרכים ולהעדפות של מאושפזים עם דמנציה; שיפור הטיפול בהם משלב המיון ועד השחרור; והכנת תוכנית שחרור והמשך טיפול בקהילה. כדי להפעיל מודל זה, יש לוודא שכל אנשי הצוות יהיו מודעים למחלת הדמנציה ובעלי ידע, כלים ומיומנויות לטיפול במאושפזים אלו, ולשפר את סביבת בית החולים כדי שתהיה ידידותית יותר לאנשים עם דמנציה. על פי ממצאי סקר זה, אפשר היה לחסוך כ-264 מיליון פאונד, אילו היה טיפול מותאם יותר למאושפזים עם דמנציה.



“לטיפול לקוי בבית חולים עלולות להיות השלכות הרסניות ומשנות חיים עבור אדם עם דמנציה. לסבול מתת תזונה בגלל שאתה לא יכול לומר לאנשי הצוות שאתה לא אוכל מספיק או ליפול ולשבור את הירך כי לא עזרו לך להגיע לשירותים יכול להיות ההבדל בין שחרור חזרה הביתה לבין שחרור למוסד.”

Jeremy Hughes, CBE Chief Executive Alzheimers.org.uk

רקע ורציונל

הזדקנות האוכלוסייה מציבה אתגרים רבים בפני החברה בישראל. אחד מן המשמעותיים שבהם הוא ההתמודדות עם המספר ההולך וגדל של אנשים עם דמנציה. נכון לשנת 2020, חיים בארץ בין 120 ל-150 אלף אנשים עם דמנציה, כששיעורם עומד על 6.4-22 אחוזים מכלל אוכלוסיית הזקנים (כתלות בגיל החולה). בדומה למגמה בעולם, מספרם יעלה עם השנים ובשנת 2035 צפוי שיכפיל את עצמו (התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, 2013; סקר דמנציה בקופות החולים, 2019).

מסקר שנערך על ידי משרד הבריאות בשנת 2016 עולה כי אצל אנשים עם דמנציה שכיחות האשפוזים ומשך האשפוזים גבוהים משכיחות האשפוזים ומשכם בקרב בני גילם שאינם לוקים בדמנציה. ממצא זה חשוב ביותר, היות שידוע כי אשפוז חריף עלול להוות נקודת מפנה משמעותית בחייהם של אנשים עם דמנציה ולהעמיד אותם בפני סיכון לירידה תפקודית וקוגניטיבית ניכרת. ירידה זו עלולה לכלול התנהגויות מאתגרות (נוכח חוסר אוריינטציה וקשיי תקשורת), מצב בלבולי חריף (דליריום), וסיבוכים שכיחים של נפילות, אספירציות, פצעי לחץ, תת תזונה ואיבוד שליטה על הסוגרים. התדרדרות זו עלולה להוביל לאשפוז ממושך או לאשפוזים חוזרים, לאשפוז במוסד סיעודי ואף לתמותה.

עם זאת, אפשר להקטין את הסיכון להתדרדרות זו, אם לאנשי הצוות בבית החולים יש מודעות למחלת הדמנציה ולהשלכות האפשריות של האשפוז, בשילוב ידע ומיומנויות התערבות מתאימות. האשפוז יכול להפוך להזדמנות לשיפור הטיפול באדם ולאפשר את

אבחון המחלה, הערכה גריאטרית ופסיכו-סוציאלית מקיפה של מצבו, הגדלת מיצוי הזכויות והשירותים שהוא זכאי להם, הצעת תמיכה וסיוע למטפלים העיקריים בו ויצירת רצף טיפול ותיאום שחרור עם הקהילה.

נוכח הבנה זו, וכחלק מיישום התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות ומניעתן, אגף הגריאטריה במשרד הבריאות וג'וינט-אשל יצאו בסוף 2016 בקול קורא לבתי חולים לפתח תוכנית ל"זיהוי, טיפול ושחרור מתאים לאנשים עם דמנציה ודליריום במערך האשפוז הכללי ובמרכזים הרפואיים הגריאטריים" ולשיפור הרצף בין מערך האשפוז והקהילה.

התוכנית פעלה בין השנים 2017-2021 ונטלו בה חלק ארבעה בתי חולים - המרכז הרפואי בני ציון, המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (איכילוב), הקריה הרפואית לבריאות האדם - רמב"ם והמרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא. במסגרת התוכנית כל אחד מבתי החולים פיתח תוכנית התערבות שכללה את ההיבטים הבאים: אבחון זקנים עם ירידה קוגניטיבית, דמנציה או בסיכון לדליריום בזמן הקבלה למיון או במחלקה, התערבות מותאמת לאנשים אלו על ידי צוות רב מקצועי ושחרור מותאם יחד עם המטפלים העיקריים בהם ומערך השירותים בקהילה.

מדריך זה מיועד לקובעי מדיניות, לאנשי מקצוע ולעובדים סמך-מקצועיים המעוניינים לפתח תוכנית דומה או רכיבים ממנה כדי לשפר את הטיפול באנשים עם דמנציה בבתי חולים. המדריך כולל את הרקע לתוכנית, אופני הפעלתה ותובנות שהופקו מהשנים שבהן נערך הפיילוט.

אנשים עם דמנציה בבתי חולים

מודל לטיפול מיטבי

בהמשך לממצאי הסקר על אודות מאושפזים עם דמנציה בבתי חולים (Dementia and Comorbidities, 2016; Fix Dementia care: hospitals, 2016) פותח מודל לטיפול מיטבי בהם, הכולל את הרכיבים הבאים:

סביבת בית החולים

סביבה 'ידידותית' לאנשים עם דמנציה: סביבת בית החולים עלולה להיות מבלבלת ולהקשות על האוריינטציה של אנשים עם דמנציה ואף להגביר בקרבם התנהגויות מאתגרות וסיכון לנפילות. שינויים פיזיים בסביבה יוכלו להפחית מצבים אלו ולעודד בטיחות, עצמאות, פעילות ואינטראקציה חברתית, כמו גם להפחית רעשים והסחות דעת ולהגביר את ההתמצאות בבית החולים. כך למשל, בבית החולים Bradford Royal Infirmary באנגליה צבעו את קירות המחלקה הגריאטרית בצבעים בולטים (במקום בלבן), הציבו כיסאות קולנוע לצפייה בסרטים מהארכיון המקומי והפכו את אחד המשרדים ל'קפה זיכרון', שבו אנשים עם דמנציה והמטפלים בהם יכולים לשתות קפה ולקבל מידע רלוונטי עבורם. במחלקה האורתופדית בבית חולים זה נתלו תמונות של סצנות מקומיות שצפייה בהן מעודדת אינטראקציות חברתיות והעלאת זיכרונות, והתקינו תאורה שמסייעת לשמר הרגלי שינה. מבית החולים דווח כי בעקבות שינויים אלו השתפרה הרווחה הנפשית של אנשים עם דמנציה, פחתו מצבי אי שקט והתאפשרה יותר התמצאות בסביבה.

מניעת נפילות: מוצע כי הנהלת בית החולים תקבל דו"חות על מספר הנפילות של מאושפזים עם דמנציה ותפעל להפחתתן דרך הכשרות לאנשי הצוות וגיבוש מדיניות בנושא (כיצד למנוע אותן ומה לעשות אם מתרחשת נפילה). מודגש כי במקרה נפילה, יש לעדכן את המטפלים העיקריים באדם מהר ככל האפשר ולנקוט בכל האמצעים כדי למנוע נפילה חוזרת.

קבלה לבית החולים

קבלה מהירה: על אנשי הצוות בבית החולים לזרז את הליך הקבלה: זיהוי, הערכה ומיון ראשוני, של אנשים עם דמנציה ושל אנשים שיש חשד שסובלים מדמנציה. זאת, כדי לקצר את משך ההמתנה שלהם בסביבת חדר המיון, שעלולה ליצור בקרבם לחץ ואי שקט.

איסוף מידע: יש לדאוג למערכת איסוף מידע על האדם עם דמנציה הכוללת את רישום האבחנה שלו במקום ברור ונגיש לכל אנשי הצוות בבית החולים ופרטים שונים עליו (שאפשר לקבל ממנו או מהמטפלים העיקריים בו*). פרטים אלו יכללו: רקע רפואי ואישי, צרכים, העדפות (הנחיות מקדימות, אם יש), תחומי עניין, מצבים העלולים להלחץ אותו ואמצעים להרגעתו אם הופך לחסר שקט. מידע זה יאפשר לאנשי הצוות להעניק לאדם עם דמנציה טיפול ממוקד ומותאם לצרכיו האישיים. קבלת מידע מקיף ומהימן תטיב את הטיפול בו במצבי תת תזונה והתייבשות, תפחית קשיי תקשורת ושימוש בתרופות אנטי פסיכוטיות.

חובה לכבד את זכות האדם לפרטיות ולגבש נהלים ברורים לגבי מצבים שבהם יועבר מידע למטפלים העיקריים.

אשפוז בבית החולים

סימון מיטות האשפוז של אנשים עם דמנציה: מוצע לשים סימול קטן ליד מיטות האשפוז של אנשים עם דמנציה כדי שאנשי הצוות יוכלו לזהות אותם ביתר קלות ולהתייחס אליהם באופן מותאם.

התערבות טיפולית נרחבת: נוסף לטיפול של צוות בית החולים בסיבת האשפוז, על צוות זה לגלות ערנות ולזהות סימנים לכאב או מצוקה, קשיי תזונה או שתיה, מוגבלות בניידות, מצבי הזיות והלוצינציות, דיכאון ובעיות שינה העלולים לגרום לירידה קוגניטיבית ותפקודית. כמו כן על הצוות לעודד את האדם עם דמנציה ואת המטפלים בו לבצע פעולות שיפחיתו את הסיכון להחמרת המצב ולבחון האם יש הנחיות מקדימות לשלבים המתקדמים במחלה, לרבות טיפול פליאטיבי בסוף החיים.

גמישות טיפולית: כדי להקל על התמודדותם של אנשים עם דמנציה עם קשיי האשפוז, מוצע לאפשר להם גמישות מסוימת שתקל על שימור הרגלים היומיומיים, פעילות בשעות היום ורגיעה בשעות הלילה. אם אפשר, מומלץ לקיים במהלך האשפוז פעילויות פנאי, כגון האזנה למוזיקה, יצירה ומשחקי קופסה שיועברו על ידי אנשי צוות בבית החולים או על ידי מתנדבים שהוכשרו לכך.

ניוד במהלך האשפוז: יש להימנע, ככל האפשר, מהעברה של אנשים עם דמנציה בין מחלקות ובין אנשי צוות שונים, כדי להפחית סיכון ללחץ ובלבול נוספים. אם ההעברה הכרחית, יש לבצע בשעות היום ולעדכן בכך את המטפלים העיקריים.

מעורבות של אנשים עם דמנציה והמטפלים העיקריים בהם: במידת האפשר, יש להתייחס לאנשים עם דמנציה ולמטפלים העיקריים בהם כשותפים לטיפול. לשם כך, יש לשתף אותם במידע על הטיפול הצפוי ותכנון השחרור ולסייע להם בקבלת החלטות רלוונטיות. מודגש כי תקשורת אפקטיבית הכוללת התייחסות לצרכים ולציפיות שלהם ולמידע שהם יכולים לספק, תבטיח טיפול ושחרור מותאמים ומיטביים.

רכזי דמנציה (אנשי צוות התומכים באנשים עם דמנציה): מוצע למנות אנשי צוות ייעודיים שיעניקו לאנשים עם דמנציה ולמטפלים בהם מידע מותאם, הדרכה מעשית ותמיכה לפני האשפוז, במהלכו ואחריו. אנשי צוות אלו יוכלו, למשל, לשוחח עימם על חששותיהם לפני האשפוז, לתווך את הצרכים שלהם לאנשי צוות אחרים בבית החולים, לסייע להם בהבנת ההליך הצפוי ולהעניק להם מידע על המשך הטיפול בקהילה. נקודת ההנחה היא שמעורבות של רכזי דמנציה תסייע גם למנוע אשפוזים חוזרים.

שימוש במתנדבים: מלבד אנשי צוות 'נאמני דמנציה', מוצע להיעזר במתנדבים שיוכשרו לסייע לאנשים עם דמנציה ולמטפלים העיקריים בהם במתן מידע, תמיכה ופעילויות הפגה ופנאי*.

על המתנדבים לפעול בפיקוח ותפקידם צריך להיות מוגדר וידוע להם, לאנשי הצוות ולמטפלים באנשים עם דמנציה.

אנשים עם דמנציה בבתי חולים

יישום המודל בישראל

מלמידה על הנעשה באנגליה ומרצון לשפר את הטיפול באנשים עם דמנציה המאושפזים בבתי חולים בארץ, הוחלט לפתח תוכנית בנושא (כחלק מיישום התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות ומניעתן).

אגף הגריאטריה במשרד הבריאות וג'וינט-אשל יצאו ב"קול קורא לבתי חולים כלליים ומרכזים רפואיים גריאטריים (מר"גים) להגשת הצעות למיזם לפיתוח והפעלת שירותים בבתי חולים בתחום הזיהוי, הטיפול והשחרור המתאים עבור מאושפזים עם דמנציה ודליריום".

לפרטים ראו נספח: [א | קול קורא לתוכנית](#)

ארבעה בתי חולים נבחרו להשתתף בפיילוט - איכילוב, בני ציון, שיבא ורמב"ם.

מודל התוכנית

התוכנית פעלה בארבעת בתי החולים שנבחרו להשתתף בפיילוט וכללה חמישה רכיבים: העלאת המודעות לדמנציה, איתור, זיהוי ואבחון ירידה קוגניטיבית, דמנציה ודליריום בקרב מאושפזים, התערבות מותאמת לאנשים עם דמנציה ותיאום השחרור שלהם עם הקהילה, אליה הם שייכים. כל אחד מבתי החולים פיתח תוכנית התערבות ייחודית לו על פי רכיבים אלו. המודל הכוללני והיישום הייחודי בכל אחד מבתי החולים יתוארו להלן.

אוכלוסיית היעד

- 1 מאושפזים בני 65 או 70 ומעלה אשר בבואם לבית החולים או במהלך האשפוז מאותרים עם ירידה קוגניטיבית/דמנציה/דליריום או גורמי סיכון להתפתחות דליריום.
- 2 מטפלים עיקריים במאושפזים עם ירידה קוגניטיבית, דמנציה ודליריום.
- 3 אנשי הצוות בבתי החולים.

מטרת התוכנית

לעודד בתי חולים לפתח תוכנית לטיפול מיטבי במתאשפזים עם דמנציה ו/או דליריום הכוללת:

- 1 זיהוי חולים אלו כבר עם קבלתם;
- 2 מתן טיפול מתאים להם, תוך מניעת סיבוכים שכיחים, לרבות דליריום;
- 3 שחרור מתואם עם בני המשפחה המטפלים בהם ועם מערך השירותים בקהילה.

שחרור מבית החולים

תכנון שחרור: יש לתכנן את מתווה השחרור של אדם עם דמנציה מבעוד מועד, ובתוך כך לעדכן אותו ואת המטפלים בו לפחות 24 שעות לפני מועד השחרור הצפוי. יש לוודא שהמתווה כולל את עדכון רופא המשפחה ושירותי הבריאות בקהילה ואת התאמת הסביבה הביתית של האדם.

הערכה לפני השחרור: בעת השחרור של מאושפזים עם דמנציה יש לסכם את הצרכים הרפואיים והפסיכו-סוציאליים שלהם ולוודא שיש לצרכים אלו מענים מתאימים להמשך הטיפול בקהילה. כמו כן, יש לתת להם ולמטפלים בהם עותק של מכתב השחרור ולוודא שההוראות בו מובנות ויועברו גם לגורמים הרלוונטיים לביצוען בקהילה.

תיאום השחרור: יש למנות איש צוות שיהיה אחראי לתיאום השחרור וירכז אותו. פונקציה זו תאפשר מעבר מהיר יותר למוסדות טיפול בקהילה (למשל במקרה של שיקום) ותמנע מעבר בין כמה אנשי צוות, שחרור בשעות הערב והלילה או שחרור ללא עדכון על סיבת השחרור.

מטפלים עיקריים

נוכח עומס הטיפול באדם עם דמנציה והאתגרים הכרוכים בכך, ייתכן שהמטפלים העיקריים בו יסבלו בעצמם מבעיות בריאות פיזיות ונפשיות שיפגעו ביכולתם לטפל. לכן מוצע לנצל את תקופת האשפוז להערכת מצבם, צורכיהם והתמודדותם ולהציע להם תמיכה מעשית ורגשית. נוסף על כך, יש לאפשר למטפלים שעות ביקור גמישות הכוללות גם לינה או סיוע בזמן הארוחות.

הכשרת הצוות בבית החולים

כדי לממש את המודל שהוצג לעיל יש להכשיר את אנשי הצוות בבית החולים לטיפול באנשים עם דמנציה. על הכשרה זו לכלול העלאת מודעות ומתן ידע מעמיק על מחלת הדמנציה ועל כלים להתערבות עם אנשים עם דמנציה. הכשרה זו הכרחית כדי שאנשי הצוות יוכלו לאתר אנשים עם דמנציה, להעריך את מידת הדחיפות של הטיפול בהם, לזהות בקרבם סימני מצוקה וכאב, לתקשר עימם, להבין את צורכיהם ולבצע את הליך ההתערבות המתאים ביותר עבורם.

הכשרה זו צריכה להיות מתמשכת וחלק אינטגרלי מהעבודה של כל אנשי הצוות בבית החולים (מקצועי וסמך מקצועי) ולהיכלל באוריינטציה לאנשי צוות חדשים. במידת האפשר, מוצע לשלב בתכני ההכשרה גם שיח עם אנשים עם דמנציה ועם המטפלים העיקריים בהם.



רכיבי התוכנית

בכל בית חולים גובש צוות רב מקצועי להפעלת התוכנית, שכללה חמישה רכיבים עיקריים:



הגברת מודעות וידע

העלאת המודעות והידע של אנשי הצוות בנוגע לנושאים הבאים: מחלת הדמנציה והדליריום, סימני זיהוי, דרכי טיפול והפחתת הסיכון להתדרדרות תפקודית וקוגניטיבית במהלך האשפוז של אנשים עם דמנציה. זאת, באמצעות הכשרות לצוות וחלוקת חומרי ידע כתובים.



איתור וזיהוי

זיהוי מאושפזים עם ירידה קוגניטיבית התחלתית/דמנציה/דליריום או שנמצאים בקבוצת סיכון לאבחנות אלו. הזיהוי נעשה בשלב המיון או עם האשפוז במחלקה באמצעות דו"ח ייעודי ממוחשב שכלל את כל החולים בני 65 או 70 ומעלה בבית החולים או במחלקות שבהן מבוצעת התוכנית.



אבחון

ביצוע אבחון קוגניטיבי (בשאלוני 4AT, CAM Mini-Cog, Cog-Sym) למאושפזים שאותרו כבעלי פוטנציאל להתאים לתוכנית. האבחונים האלה הוטמעו במערכות הממוחשבות בכל בית חולים.



התערבות מותאמת

מתן התערבות מותאמת למאושפזים שאותרו כמתאימים לתוכנית. ההתערבות בוצעה על ידי צוות רב מקצועי שכלל רופאים/אחיות שזיהו ראשונית (ובחלק מבתי החולים אף אבחנו) את החולים המתאימים לתוכנית; רופאים גריאטריים שערכו יעוץ גריאטרי מקיף, לרבות אבחון קוגניטיבי ורביזיה תרופתית; פיזיותרפיסטים שעודדו הליכה וניידות של החולים; עובדים סוציאליים שביצעו התערבות ביו-פסיכו-סוציאלית, בחנו את מיצוי הזכויות ותיאמו את השחרור עם הקהילה; ומתנדבים/כוחות עזר שסייעו בהולכה של החולים ובשיחות אוריינטציה עימם. בחלק מבתי החולים נוספו לאנשי צוות אלו גם מרפאים בעיסוק ותזונאים. ההתערבות של כל אחד מאנשי הצוות בוצעה לפי פרוטוקולים מובנים שנכתבו עבור התוכנית.



תיאום שחרור עם הקהילה

נוסף על תיאום השחרור עם הגורמים הרלוונטיים בקהילה (שביצעו במידת הצורך העובדים הסוציאליים), יצרו בבתי החולים קשר עם קופת החולים של המטופל והעבירו ישירות/דרך המטופל את מכתב השחרור לרופא המשפחה כדי לשפר את רצף הטיפול. בשלושה מתוך ארבעת בתי החולים שהשתתפו בתוכנית בוצע גם מעקב טלפוני מול החולה או המטפלים העיקריים בו כעבור שבוע-שלושה שבועות מהשחרור כדי לוודא האם מיישמים את ההמלצות.

יעדי התוכנית



1 הגברת המודעות

הגברת המודעות, הידע והמיומנויות של אנשי הצוות בבתי החולים בנוגע לטיפול באנשים עם דמנציה ודליריום ותמיכה במטפלים העיקריים בהם.



2 איתור וזיהוי

איתור וזיהוי ירידה קוגניטיבית, דמנציה ודליריום בעת קבלת מטופלים לאשפוז בבית החולים וניתוב לגישה הטיפולית המתאימה להם.



3 גישה טיפולית

גיבוש גישה טיפולית מותאמת לצרכים של אנשים עם דמנציה ו/או דליריום ושל המטפלים העיקריים בהם, תוך שימוש במודל רב מקצועי וביו פסיכו סוציאלי (כדי להפחית התדרדרות תפקודית וקוגניטיבית אפשרית וסיבוכי אשפוז שכיחים בקרב חולים אלו).



4 שחרור מתואם

שחרור מתואם תוך יצירת רצף טיפולי בין בית החולים לבין הקהילה או המוסד אליו האדם שייך.

מדדים להצלחת התוכנית

להלן פירוט מדדי ההצלחה שהוגדרו בקול הקורא למחקר והמדדים לבחינת מידת השגתם בתוכנית:

01

שיפור הזיהוי של מאושפזים עם דמנציה ודליריום

- קיומו של תהליך מובנה לזיהוי אנשים עם דמנציה ודליריום;
- מספר המאושפזים עם דמנציה ודליריום שאותרו במהלך התוכנית בהשוואה למספרם לפני ביצוע התוכנית;
- היקף המאושפזים שנחשפו לתוכנית.

02

שיפור בזמינות של ייעוץ מומחה (גריאטר ו/או נירולוג ו/או פסיכיאטר)

מספר הייעוצים שנעשו בהשוואה להיקף המאושפזים שנחשפו לתוכנית.

03

שיפור באיכות הטיפול בעת האשפוז

- היקף המאושפזים שנחשפו לתוכנית;
- היקף ההתערבויות שביצע צוות התוכנית (יועצים ומתנדבים);
- מידת שביעות הרצון של בני משפחה של מאושפז עם דמנציה;
- ירידה בשכיחות מקרי דליריום ונפילות בהשוואה לשכיחותם טרם התוכנית.

04

שיפור בתהליכי השחרור של אנשים עם דמנציה

- מידת שיתוף הפעולה עם גורמים בקהילה;
- מידת שביעות הרצון של בני משפחה של מאושפז עם דמנציה;
- הפחתה במספר האשפוזים החוזרים;
- קיומה של תוכנית שחרור הכוללת גם היועצות עם בני המשפחה של האדם עם דמנציה.

05

הגברת המודעות של הצוות המטפל

- היקף אנשי הצוות בבית החולים שנחשפו לתוכניות הכשרה;
- מגוון אנשי הצוות בבית החולים שנחשפו לתוכניות הכשרה;
- מידת שיתוף הפעולה עם מומחים מתוך צוות בית החולים (כגון צוותי מרפאת הזיכרון/גריאטריה).

06

הרחבת הידע של הצוות המטפל

- היקף אנשי הצוות שנחשפו לתוכנית;
- מידת השינוי בידע של אנשי הצוות בתום התוכנית (דרך שאלון "לפני ואחרי").

07

שיפור במדדי תוצאה של אשפוזים כגון משך האשפוז, אשפוזים חוזרים

- נתונים על משך האשפוז של כל מאושפז;
- נתונים על מספר האשפוזים החוזרים של כל משתתף בתוכנית (תוך שבוע ותוך 30 יום).

08

שיפור בשביעות הרצון של בני המשפחה

סקר שביעות רצון של בני משפחה.

09

מודלים של BEST PRACTICES להפצה בבתי חולים אחרים

תיאור התוכניות בבתי החולים

איכילוב, בני ציון, רמב"ם ושיבא

בפרק זה יתוארו בקצרה תוכניות ההתערבות הייחודיות שהופעלו בכל אחד מבתי החולים שהשתתפו בפיילוט, כפי שנכתבו מטעם (ראו תיאור מלא של התוכניות בנספחים ב', ד', ו', ח').

המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי

איכילוב

אנשי הצוות

ד"ר יעל אדוני-טמיר, ד"ר רתם תלם, ד"ר אורלי ברק, אנגילה מושחיב, קארין קוגן (ד"ר רון בן יצחק, ד"ר רן שוייד וחנה פטשורניק היו חלק מצוות התוכנית עד עזיבתם).

מטרות

- 1 זיהוי חולים עם דמנציה כבר בעת קבלתם לאשפוז חריף;
- 2 מניעת סיבוכי אשפוז, דליריום ואי-מוביליות;
- 3 שימור יכולות תפקודיות וקוגניטיביות בקרב כלל החולים המבוגרים במהלך האשפוז;
- 4 השגת עצמאות תפקודית וקוגניטיבית מרבית בזמן השחרור;
- 5 בניית תוכנית שחרור הולמת המתאימה לצרכים האישיים של המטופל;
- 6 מניעת אשפוזים חוזרים;
- 7 הטמעת תרבות ארגונית של עבודה בצוותים רב-מקצועיים לטובת הזקנים בכלל והסובלים מדמנציה בפרט.

תכנית ההתערבות

הפעלת תוכנית ¹HELP - Hospital Elder Life Program בבית החולים במחלקות כירורגיה, טראומה, אורולוגיה ואורתופדיה. התוכנית כוללת את הרכיבים הבאים:

1 זיהוי חולים מתאימים לתוכנית מדי יום בעזרת דו"ח ממוחשב.
2 סקירת החולים המתאימים על ידי אחות התוכנית (כולל ביצוע סקר CAM-1 Mini-Cog) וכתיבת המלצות להתערבות.

3 הפעלת תוכנית התערבות מותאמת לכל מטופל על פי ממצאי הסקירה. על פי רוב התוכנית כוללת: מעקב יומי שעורכת האחות (סקר CAM), פעילות מתנדבים (לביקור יומי הכולל שיח והפעלות לגירוי קוגניטיבי, עידוד אכילה ושתייה וסיוע בניידות) ומעקב גריאטר (סיכום ממצאי הסקירה, רביזיה תרופתית ובמידת הצורך ייעוץ למחלקה המאשפזת וכתיבת המלצות להמשך בירור/מעקב בקהילה). במידת הצורך התוכנית כוללת גם ייעוץ אנשי צוות רב מקצועי נוספים (למשל רוקחות, תזונה, פיזיותרפיה ועבודה סוציאלית).

4 הדרכת משפחות - מתן הסבר וחומר כתוב על התוכנית ועל מניעת דליריום.
5 הכנסת המלצות התוכנית למכתב השחרור והעברת המכתב ישירות לחולה או לבן משפחתו ולרופא המטפל בקהילה (אם אפשר).

1 לקריאה בנוגע לתוכנית HELP בישראל, [ראו קישור](#)

אנשי הצוות

ד"ר רוני אוליבן, מיטל טייברוטפלד, אירנה סרברניק, ראניה מוגרבי, עינת פסח אהרון, הילני הופמן, 5 מוליכים (מתוך כוח העזר בבית החולים).
(אברהים סמנייה ויוליה אסטרין היו חלק מצוות התוכנית עד עזיבתם).

מטרות

- 1 הגברת המודעות, הידע והמיומנויות של אנשי צוות ושל בני משפחה בכל הנוגע לדמנציה;
- 2 איתור וזיהוי חולים עם דליריום ודמנציה בעת הקבלה לבית החולים ובמהלך האשפוז;
- 3 גיבוש גישה טיפולית מותאמת למאושפזים עם דמנציה ודליריום;
- 4 שחרור מתואם עם הקהילה.

תוכנית ההתערבות

- 1 הפעלת תוכנית ההתערבות בכל מחלקות בית החולים למעט טיפול נמרץ כללי, מחלקת נשים ומחלקת ילדים. התוכנית כוללת את הרכיבים הבאים:
- 2 ביצוע סקר 4AT לכל בני 70 ומעלה עם הגעתם למיון כדי לאתר חולים עם חשד לדליריום.
- 3 התייחסות יזומה של צוות היחידה הגריאטרית לכל מאושפז שנמצא בסקר לעיל שהוא סובל מדמנציה או מדליריום. ביצוע הערכה קוגניטיבית (לנוכחות של דליריום ו/או ירידה קוגניטיבית קודמת) ותפקודית, וניתוב אל אנשי מקצוע נוספים במידת הצורך.
- 4 הדרכת עובדת סוציאלית לבני המשפחה ולמטפלים העיקריים, הכוללת מתן מידע על ההתמודדות עם דמנציה ודליריום וחומר הדרכה בכתב בנוגע לנושאים אלו.
- 5 הפעלת סטודנטים למקצועות הבריאות/כוח עזר מבית החולים כמוליכים של מאושפזים עם דמנציה או דליריום, וזאת לצורך עידוד הניידות שלהם במהלך האשפוז. במקרים מתאימים, הכנסת הייעוץ הגריאטרי למכתב השחרור.
- 6 יצירת קשר טלפוני של העובדת הסוציאלית עם החולה או עם בני משפחתו לאחר כשבוע מהאשפוז כדי לוודא שהם מיישמים את ההמלצות שנכתבו במכתב השחרור.

רמב"ם

אנשי הצוות

פרופ' צבי דוולצקי, גילה היימס, חן בן-לולו, גלית גלר-ביגלמן, ג'קלין כהן, אסתי רווח, ראזי סעיד, רותי אגמון, רועי מילר, אהובה אליה רוזנר, חנין עובד, מיכל דובדבני, יונס מאיס, אלעד רובין.

מטרות

- 1 מתן טיפול מיטבי למתאשפזים עם דמנציה על ידי זיהוי מוקדם שלהם כבר עם קבלתם למיון.
- 2 מתן טיפול מתאים ומיטבי למאושפזים עם דמנציה, תוך מניעת סיבוכים שכיחים ושחרור מתואם עם בני המשפחה המטפלים ועם מערך השירותים בקהילה. הטיפול מתבצע בעבודת צוות רב מקצועי עם תחומי הסיעוד, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, תזונה, פיזיותרפיה, רוקחות וקלינאות תקשורת.

תוכנית ההתערבות

- 1 הפעלת תוכנית ההתערבות במחלקות האורתופדיה והכירורגיה. התוכנית כוללת את הרכיבים הבאים:
- 2 ביצוע אומדן קוגניטיבי (4AT ו-CogSym) לכל פצוע בגיל 65 ומעלה המתאשפז במחלקות האורתופדיות והכירורגיות.
- 3 הכנסת הפצועים המתאימים לתוכנית הטיפול, הכוללת אחות המוגדרת כמנהלת טיפול והמפעילה התערבות של צוות רב מקצועי בתחומים: סיעוד, גריאטריה, פיזיותרפיה, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, תזונה, פרמקולוגיה קלינית, טראומטולוגיה ומתנדבים, בהתאם לצרכים של הפצוע.
- 4 ביצוע אומדן קוגניטיבי יומי לפצועים שאובחנו כלא מתאימים לתוכנית ויודא שאינם מפתחים דליריום.
- 5 הכנסת הייעוץ הרב מקצועיים למכתב השחרור והדרכת הפצוע ובני משפחתו לפני השחרור.
- 6 יצירת קשר טלפוני עם הפצוע או עם בני משפחתו כשבוע-שלושה שבועות מהאשפוז כדי לוודא שהם מיישמים את המלצות השחרור כנדרש וממציים את הזכויות והמענים שהוצעו להם.

אנשי הצוות

ד"ר חנה קרצמן, רוחמה פרידמן, פרופ' דן ג'וסטו, ד"ר אלכסנדר קפלן, ד"ר וונדי חן, שרון חנניה, ליאת פירשטיין, אירית שיפר-מנשה, פרופ' דורון גרפינקל, ד"ר איל צימלמן, ענבר מרום.

מטרה

התווית מדיניות בנושא זיהוי, טיפול ושחרור של מטופלים עם דמנציה.

תוכנית ההתערבות

הפעלת תוכנית ההתערבות ב-6 מחלקות פנימיות. התוכנית כוללת את הרכיבים הבאים:

1 בחינת רמת הידע של אנשי הצוות הסיעודי, המודעות והעמדות שלהם בנוגע לזיהוי מטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום וטיפול בהם.²

2 זיהוי דליריום בקרב מטופלים המתקבלים לאשפוז במחלקות פנימיות, עם או ללא אבחנה של דמנציה באמצעות אומדן CAM.

3 קביעת נתיבי טיפול רפואיים בהתאם לממצאי האומדן CAM.

4 קביעת תוכנית טיפול סיעודית למטופל המאובחן עם דמנציה, הכוללת מינוי מרכז 'נאמן דמנציה' מצוות הסיעוד במחלקה. תפקיד 'נאמן הדמנציה' לרכז את הטיפול במאושפזים עם דמנציה ולוודא שהצוות מיישם את הנהלים, ההנחיות, הפרוטוקולים הקליניים וההמלצות המקצועיות שנקבעו בתוכנית.

5 הדרכה של עובדת סוציאלית - בעל פה, בכתב ובאמצעות סרטון - למטופלים עם דמנציה ולמטפלים העיקריים בהם, בנוגע לדרכי ההתמודדות והטיפול בדמנציה ו/או דליריום.

6 הפעלת מתנדבים לצורך תמיכה, פעילות פנאי ויצירת קשר אישי עם המטופלים עם דמנציה או עם בני משפחתם.

7 יעוץ של גריאטר לקראת שחרור למטופלים מעל גיל 65 המאובחנים בדליריום ללא אבחנה ידועה של דמנציה ולמטופלים מעל גיל 65 עם פגיעה קוגניטיבית ללא אבחנה ידועה של דמנציה (לרבות בדיקת ריבוי תרופות והזמנת פיזיותרפיה).

8 הערכת פיזיותרפיסט לפני השחרור והדרכת המטופל והמטפלים בו.

9 מעקב טלפוני של עובדת סוציאלית עם המטופל או המטפלים העיקריים בו כשבוע עד שבועיים לאחר השחרור, כדי לבחון האם הם מיישמים את תוכנית השחרור ואת המשך טיפול בקהילה.

2 לסרטון להעלאת מודעות וידע לדמנציה שהופק במסגרת התוכנית במרכז הרפואי שיבא, [ראו קישור](#)

מחקר ההערכה של התוכנית³

התוכנית מלווה במחקר הערכה שמטרתו הן:

1. מעקב ובקרה:

מעקב ובקרה אחר יישום התוכנית לרבות תהליכי גיבוש התוכנית, התנעתה והבניית שותפויות פנימיות.

2. מעקב אחר השגת תוצאות התוכנית:

- שינוי לחיוב בזיהוי מאושפזים עם דמנציה ודליריום;
- זמינות ומספר ייעוצים (אבסולוטית ופרופורציונלית);
- שיפור באיכות הטיפול במאושפזים עם דמנציה ודליריום במהלך האשפוז;
- שיפור בתהליכי השחרור של מאושפזים עם דמנציה;
- הגברת המודעות ושינוי בידע של הצוות המטפל בנוגע לדמנציה ודליריום;
- שינוי לחיוב במדדי התוצאה האובייקטיביים של האשפוזים;
- שביעות רצון של בני המשפחות ושל המלווים של אנשים עם דמנציה.

3. סיוע בגיבוש Best Practice:

- סיוע בכתיבת תורה המבוססת על איחוד הממצאים שעלו מבתי החולים שהפעילו את תוכנית הפיילוט ובהתבסס על סקירת ספרות מקיפה והשוואתית מהארץ ומהעולם.
- סיוע בהטמעת מתודולוגיה, כלים והליך למדידה ולהערכה שוטפים לתוכנית לאחר המחקר.

המחקר יכלול מדידה כמותנית של המדדים שהוצגו לעיל וכן הערכה איכותנית שתכלול ראיונות עם אנשי הצוות בתוכנית בכל בית חולים.

3 נכון למועד כתיבת חוברת זו, המחקר עדיין לא הסתיים. תוצאות הביניים שעלו בתוכנית יוצגו בפרק הבא.

תוצאות התוכנית

בפרק זה נציג תוצאות ביניים של התוכנית שנאספו משיחות שנערכו עם אנשי הצוות בארבעת בתי החולים שהשתתפו בה. בהצגת התוצאות נתייחס לשלבי השהייה השונים בבית החולים - מיון, אשפוז ושחרור - ולהשפעות נרחבות של התוכנית. תוצאות המחקר המלווה יתפרסמו עם סיומו.

חדר המיון

הפחתת סיכון לדליריום

ידוע כי זקנים רבים מגיעים מדי יום למחלקה לרפואה דחופה (כ־80-90 איש ביום בבית החולים איכילוב, למשל). בחדר המיון של בתי החולים איכילוב ובני ציון יש גריאטר שיכול לבצע כבר שם אבחון מדויק של מצב הזקנים שמגיעים אליו. אבחון זה מאפשר:

- א. להעביר אותם באופן מהיר יותר להמשך טיפול במחלקה;
- ב. לזוּסַת אשפוזים ישירות למחלקה הפנימית/גריאטרית;
- ג. לזהות צורך בהערכת כשירות לפני ניתוח ולבצעה כבר במיון;
- ד. לנתב את הזקנים האלה לעובד הסוציאלי של חדר המיון ולהגדיל את מיצוי המענים שלהם בקהילה.

הפעולות האלה הפחיתו את משך הזמן שבו הזקנים שהו במיון, ובכך צמצמו את הסיכון שלהם לפתח דליריום (נהוג לחשוב שהסיכון לכך גובר ב־20% החל משהות של 12 שעות במיון).

אשפוז

גדלת מספר המאובחנים עם ירידה קוגניטיבית, דליריום ודמנציה, הפחתת שיעורי הדליריום, הפחתת אירועי נפילות, הפחתת ריבוי תרופות (polypharmacy), הפחתת זיהומים ופצעי לחץ, הפחתת בדיקות מיותרות/לא נדרשות, צמצום שיעורי הירידה התפקודית, האטה אפשרית של קצב התקדמות המחלה (בהשוואה לקצב התקדמותה ללא ההתערבות) והפחתת ימי אשפוז⁴.

⁴ יש להדגיש כי המדדים נבחנים באופן יחסי למצבו התפקודי של כל מאושפז ועבור כל מחלקה. שחרור ממחלקה אורתופדית, למשל, עלול להתארך בשל חוסר במיטות שיקום, ואין הדבר מעיד על טיב ההתערבות במהלך האשפוז.

תוצאות אלה הושגו בזכות הפעולות הבאות:

א. הכשרת צוותים (רפואיים ופארה־רפואיים) בבתי החולים

ההכשרה סייעה להגביר את המודעות, הידע והמיומנויות בנושאים הבאים: הערכה גריאטרית, דמנציה ודליריום, סיבוכי אשפוז נפוצים ודרכים למנוע אותם.

קיום ההכשרות באופן שוטף איפשר:

1. זיהוי חולים במיון או מאושפזים עם ירידה קוגניטיבית/דמנציה שלא הייתה ידועה טרם האשפוז. בזכות הזיהוי הזה ניתן היה להתחיל בהתערבות מתאימה במועד (לרבות קבלת מענה תרופתי, השתתפות בקבוצות תמיכה ותכנון משפטי להמשך), ובכך להגביר את הסיכוי להאטת קצב ההתקדמות של המחלה ולהתמודדות טובה יותר עימה בעתיד.

2. זיהוי ירידה קוגניטיבית, דמנציה, דליריום או סיכון להם בקרב חולים שהגיעו למיון או מאושפזים ומתן התערבות מותאמת להם ביתר מהירות, לרבות שינוי תרופות שעלולות להחמיר את מצבם והדרכת המלווים ובני המשפחה שלהם בנוגע להתנהלות הרצויה עימם.

3. מודעות גוברת לחשיבות של בדיקת סימנים חיוניים והתאמת הסביבה לאנשים עם דמנציה ודליריום, כאמצעים להימנע מסיבוכי אשפוז. למשל, תשומת לב מוגברת למצבים של התייבשות, עצירות ותזונה מופחתת, הפחתת שימוש בקטטר ובקשירות, הימצאות בחדר מואר וקרוב לעמדת האחיות.

4. מודעות גוברת למצבים שבהם חשוב וצריך לערב גריאטר (ובעקבות זאת, הגדלת מספר הייעוצים של גריאטרים בבית החולים).

5. מודעות גוברת למצבים שבהם חשוב וצריך לערב צוות רב מקצועי בתחומים: עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, תזונה, קלינאות תקשורת, פיזיותרפיה ורוקחות.

6. מודעות גוברת לחשיבות ההערכה הכוללת של אנשים זקנים, בה יש לשים דגש על: המצב התפקודי, הקוגניטיבי, הרגשי והביו־פסיכו־סוציאלי שלהם; קבלת אנמנזה עדכנית על התרופות שהם נוטלים; בחינת מערכות התמיכה שלהם והסביבה שהם משתחררים אליה (כגורמים שעלולים להשפיע על הגעה לאשפוזים חוזרים ועל הישנות המחלה).

7. מודעות גוברת לחשיבות של תשאול כוללני מדויק של זקנים, לרבות הערכת גורמים למצבם התפקודי. כך למשל הסיקו כי אם זקן מתאשפז עקב נפילה, חשוב לבחון האם הנפילה התרחשה עקב גורם חולי אחר, למשל דליריום, שבץ, דלקת ריאות, ולא רק לטפל בפציעה שנגרמה מהנפילה. אם זיהו למשל שהזקן נפל עקב דלקת ריאות שנבעה מאספירציה, יציעו לו להשתמש במסמך וייתכן שכך ימנעו מצבי חולי חוזרים ואשפוזים נוספים. במקרה דנן, לולא המידע שהתקבל מתשאול זה, הזקן היה משתחרר מבית החולים לאחר טיפול בחבלה בלבד ללא זיהוי של מצב אחר שגרם להתרחשותה, ללא טיפול מתאים וללא המענה התרופתי המדויק לפתרון הבעיה.

שחרור

שימור רמת תפקוד (לפני האשפוז ואחריו), הפחתת תחלואה חוזרת, הפחתת אשפוזים חוזרים, התאמת מענים נדרשים בקהילה.

תוצאות אלה הושגו בזכות הפעולות הבאות:

א. התערבות מותאמת בשלב האשפוז

נקודת ההנחה היא שהתערבות זו תאפשר להפחית סיבוכים שכיחים אצל אנשים עם דמנציה ולשמר את תפקודם, ובכך להגדיל את הסיכוי לשחרורם מבית החולים ללא שינוי במצבם התפקודי לפני האשפוז (למעט במקרים שבהם נדרש שיקום כתוצאה של ההתערבות בזמן האשפוז).

ב. מעקב אחר ביצוע ההמלצות שניתנו בעת השחרור

מבוצע על ידי עובד/ת סוציאלי/ת שיוצר/ת קשר עם האדם או עם בני משפחתו כשבוע-שלושה שבועות לאחר השחרור ומוודא/ת שהם מבצעים את כל ההוראות שנכתבו במכתב השחרור וממציים את המענים הקיימים עבורם בקהילה. יש בתי חולים שבהם מעבירים את מכתב השחרור ישירות לרופא המשפחה, וכך גובר הסיכוי לרצף אשפוז-קהילה ולהמשך הטיפול הנדרש לאחר השחרור כדי לשמר את תפקודו של האדם ככל האפשר.

ב. מעורבות צוות רב מקצועי

מלבד התרומה של צוות רב מקצועי לטיפול מותאם באדם ולהפחתת סיבוכי אשפוז, ייתכן שקבלת המלצות לשחרור מצוות כזה מגדילה את הסיכויים לשימור התפקוד הפיזי והקוגניטיבי לאחר האשפוז ולהפחתת אשפוזים חוזרים.

ג. מעורבות מוליכים

כיום ישנה הבנה הולכת וגוברת לפיה הקפדה על הורדה מהמיטה וניידות (ככל האפשר) במשך האשפוז תסייע להפחית דליריום וסיבוכי אשפוז נוספים. כמו כן, ההכרה בחשיבות של הניידות חוללה שינוי גם בדרכי הטיפול במאושפזים עם דמנציה, למשל בהעדפה לקלח אותם במקלחון ולא במיטתם; בהבנה שניתן לקיים שיחות אוריינטציה בזמן ההולכה; ובהכרה בחשיבות ההולכה דווקא בשעות אחר הצהריים, הערב וסופי השבוע שבהן הצוות אומנם פנוי פחות, אבל הסיכון לדליריום עולה.

ד. מעורבות מתנדבים

נמצא כי פעילות של מתנדבים עם מאושפזים עם דמנציה - ניהול שיחות אוריינטציה, משחקי פנאי ועידוד לאכילה ושתייה - מגבירה את הסיכוי לשיפור במצבם הרגשי והקוגניטיבי של מאושפזים אלו ומקטינה את הסיכון שלהם לפתח דליריום.

ה. הימצאות מנהל מקרה (case manager)

נמצא שכאשר ניהל את הטיפול במאושפזים עם דמנציה איש מקצוע אחד, שוידא כי כל אנשי הצוות הרלוונטיים מעורבים בתהליך הטיפול ומבצעים את ההתערבות כנדרש, התקצרו זמני האשפוז ותהליכים התייעלו.

השפעות התוכנית

מלבד השפעת התוכנית על אנשים עם דמנציה, על אנשי הצוות ועל המחלקות שנטלו בה חלק, נמצא כי תוכנית זו השפיעה במידה ניכרת על ההתנהלות הכללית בבתי החולים שבהם היא פועלת.

השפעתה ניכרה בהיבטים הבאים:

כתיבת פרוטוקולים

כתיבת פרוטוקולים לזיהוי, התערבות ושחרור מתאימים למאושפזים עם ירידה קוגניטיבית, דמנציה ודליריום. הפרוטוקולים הללו הוטמעו במערכת הממוחשבת של כל בית החולים וזמינים לאנשי צוות בכל המחלקות.

שינוי פרוטוקולים

שינוי פרוטוקולים קיימים כדי להתאימם לאנשים עם ירידה קוגניטיבית, דמנציה ודליריום - למשל פרוטוקולים של הרדמה לפני ניתוח, טיפול תרופתי, העברה לשיקום, טיפול בכאב ושינה.

מודעות לחשיבות הגריאטר

עלייה במודעות לחשיבות המעורבות של גריאטר באשפוזים של זקנים עם ירידה קוגניטיבית, דמנציה או דליריום ולנקודת מבט גריאטרית הוליסטית על תפקודם של הזקנים בכל ההיבטים של חייהם (נראה למשל, בדרך שבה אנשי צוות בבית החולים שאינם מעורבים בתוכנית כותבים את היעוצים שלהם).

שינוי תרבותי-ארגוני

שינוי תפיסה ארגונית כלפי הניהול של כוח עזר (מטפלים סיעודיים בבית החולים) - ניתן לשער שאם מסתייעים בעובדי כוח העזר כמוליכים בחלק מבתי החולים מעצימים אותם ומעניקים לתפקידם יתר משמעות. בנוסף, לאורך זמן, ייתכן שאף מגבירים בקרבם את המוטיבציה ומפחיתים את הסיכוי לשחיקה שלהם ולעזיבתם את בית החולים. ייתכן שמצב זה מציין תחילתו של שינוי בתפיסה כלפי כוח האדם שלעיתים נתפס כנחות בשרשרת ההיררכיה בבית החולים.

הכשרות

בעקבות התוכנית, יש הכשרות צוות שהוטמעו כחלק קבוע מנהלי ההדרכה השוטפים בחדר המיון ובמחלקות בית החולים וכן הכשרות של דור ההמשך - סטאז'רים לרפואה ואחיות מבתי ספר לסיעוד שמעורבים לתקופה בתוכנית.

תובנות מהפעלת התוכנית

נוסף על תוצאות התוכנית, כפי שהוצגו לעיל, הופקו מספר תובנות מהפעלת התוכנית בארבעת בתי החולים במישורים שונים: כוח אדם, ארגון וקהילה. להלן פירוט של תובנות אלו.

כוח אדם

הובלה וריכוז התוכנית

את התוכנית צריך להוביל רופא מומחה בגריאטריה. כמו כן, יש חשיבות וערך רב לאיש צוות ייעודי שירכז את התוכנית. מומלץ לבחור לתפקיד זה את מי שיש לו המיומנויות לבצע את המשימות הבאות: הובלת התוכנית בבית החולים, איתור אנשי הצוות המתאימים וגיוסם, בחירת המחלקות שבהן התוכנית תפעל, הכנת החומר להכשרה ווידוא תיאום וסנכרון בין כלל אנשי הצוות המעורבים. חשוב לציין כי אין חשיבות לפרופסיה של איש הצוות, כל עוד יש לו המיומנויות הנדרשות לביצוע משימות אלו.

צוות התוכנית

כדי לאפשר נקודת מבט הוליסטית ורחבה ככל האפשר כלפי המאושפזים ומצבם, צוות התוכנית צריך להיות רב מקצועי. במידת האפשר, חשוב שהצוות הזה יהיה מעורב כבר בשלב בניית התוכנית, כדי לאפשר בהמשך שיתופי פעולה ועבודה מערכתית מיטביים.

יש חשיבות רבה לתחושת המוטיבציה ולאמונה של הצוות בתוכנית ובנחיצותה בבית החולים. ככל שהצוות יהיה מוכון מטרם ובעל חזון משותף ותחושת אחריות וחשיבות למימוש, כך יגדל הסיכוי להצלחת התוכנית ולהטמעתה בבית החולים. נוסף על כך, קשר בין אישי טוב בין אנשי הצוות עצמם וביניהם לבין אנשי צוות במחלקות אחרות יגביר את הסיכוי להצלחת התוכנית.

מומלץ שצוות התוכנית יהיה רחב יחסית - שיהיו בו כמה אנשי מקצוע מכל סקטור ומתוך בית החולים - מבלי לגייס אנשי צוות חיצוניים - וזאת כדי שהתוכנית תוכל לפעול גם בהיעדר אחד מאנשי הצוות, למשל עקב חופשה או מחלה. כמו כן, כדאי להרחיב את פונקציית האחריות של כל אחד מאנשי הצוות במידת האפשר, כדי שיוכלו לבצע מגוון תפקידים ולהגמיש את חלוקת האחריות בין אנשי הצוות. כך למשל, ניתן להכשיר אחיות לביצוע אומדן קוגניטיבי ראשוני ולהפחית מהעומס המוטל על הרופאים בנושא זה.

מוצע שהמעורבות בתוכנית תעשה במסגרת משרה מלאה קיימת או בתוספת אחוזי תקינה למשרה חלקית ולא כשעות נוספות. מניסיונו, פעמים רבות עבודה בשעות נוספות הייתה רנדומלית ופחות מחויבת לתוכנית.

נוכח חשיבותה הרבה של פונקציית הניידות וההולכה, מוצע ליצור לפונקציה זו מענה גם לשעות אחר הצהריים והערב וכן לחגים ולסופי שבוע שבהם צוות התוכנית לא נמצא. אפשר להיעזר לשם כך במתנדבים או בכוח עזר של בית החולים - למשל מטפלים, גבנים, אלונקאים - ולהכשירם לנושא, כמי שבעלי ניסיון בטיפול בזקנים ומכירים את הצוותים במחלקות.

יש לקיים ישיבות צוות קבועות, מומלץ אחת לשבוע, שיעסקו בנושאים הבאים: תיאום וסנכרון בין כל המעורבים בתוכנית; העלאת קשיים ואתגרים ושיתוף בתובנות וחוויות מהעשייה. אם אפשר, מוצע לקיים אחת לשבוע גם ישיבת צוות ליד מיטת החולה, ובה לשתף גם את החולה ואת בני משפחתו. מלבד ישיבות אלו, מוצע ליצור אמצעי לקשר שוטף בין אנשי הצוות, דוגמת תיבת מייל משותפת או קבוצת וואטסאפ של התוכנית.

מתנדבים

חשוב למנות את אחד מאנשי הצוות כרכז מתנדבים. בתפקיד זה הוא ישמש איש קשר עבור המתנדבים; ידאג לגיוס ולליווי השוטף שלהם; יוודא שיש די מתנדבים בכל משמרת וישבץ את המתנדבים למאושפזים השונים בתוכנית.

יש לגייס מתנדבים נוספים באופן שוטף וכן להקפיד על שימור המתנדבים הקיימים כדי להפחית את הסיכון לנשירה, שתשפיע על הפעלת התוכנית. כמו כן מוצע לגייס מתנדבים ממגוון גילים ותרבויות שדוברים שפות שונות כדי שאפשר יהיה לסייע ביתר קלות למאושפזים ממגוון רקעים ותרבויות.

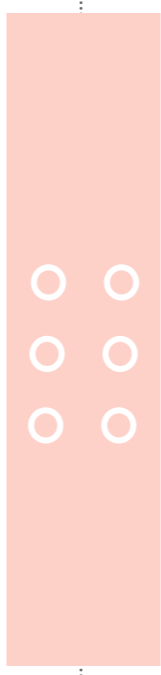
במידת האפשר, מוצע שהמתנדבים יגיעו בימים ושעות קבועים.



גיוס הנהלה ושותפי תפקיד

לפני תחילת התוכנית חשוב לגייס את הנהלת בית החולים ואת המחלקות הייעודיות לתוכנית ולקבל את הסכמתן להפעלת התוכנית. עם התקדמות התוכנית, יש לעדכן אותן בהצלחות, באתגרים ובתובנות מהפעלתה כדי לסייע להטמעה ארוכת טווח של התוכנית בהמשך.

עם גיבוש התוכנית מוצע להקים ועדת היגוי רחבה שישתתפו בה מנהלים מהתחומים: גריאטריה, סיעוד, שירות סוציאלי, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, תזונה, מחשוב ומתנדבים. יש לשתף את המנהלים האלה בחזון התוכנית ובפרטיה ולגייס אותם להפעלתה. בחצי השנה הראשונה להפעלת התוכנית, כדאי לקיים את מפגשי הוועדה



בתדירות של אחת לחודש ולאחר מכן אחת לחודשיים. ועדות היגוי אלו יוקדשו לעדכון בסטטוס התוכנית, בקשיים ובתובנות מהפעלתה ולחשיבה כיצד לשפר את התוכנית לאורך הזמן.

שירות סוציאלי

מומלץ לערב את עובדי השירות הסוציאלי בתוכנית למען המטרות הבאות: לבחון במשך האשפוז כיצד מאושפזים עם ירידה קוגניטיבית או דמנציה ובני משפחתם מתמודדים עימה ועד כמה ממצים את המענים העומדים לרשותם בקהילה; להדריך את בני המשפחה על מניעת דליריום או התמודדות עימו ועל התמודדות עם מצבים רווחים במחלת הדמנציה (למשל התנהגויות מאתגרות, קשיי תזונה ופעילות פנאי). כמו כן, יש לעובדים הסוציאליים תפקיד חשוב בתכנון המקדים של שחרור האדם, בהפניה למענים הרלוונטיים בקהילה ובשיחת הטלפון עם האדם או בני משפחתו לאחר השחרור, כדי להתעניין במצבם, לוודא שהם מממשים את ההמלצות שניתנו להם ומקבלים את המענים המתאימים מהקהילה.

בניית תשתית לתוכנית

מומלץ לשריין כשלושה חודשים עד חצי שנה לתכנון, הקמה והטמעה של תשתיות המחשוב הנדרשות להפעלת התוכנית בבית החולים ולאיתור כוח האדם המעורב בתוכנית, גיוסו והכשרתו.

שיווק

יש לשווק את התוכנית בבית החולים דרך מינופה בוועדות ההיגוי הרחבות והכנת חומרי שיווק, חומרים אלה יכולים לכלול: חומרי הדרכה למחלקות, פוסטרים לתלייה ברחבי בית החולים, פליירים לחלוקה, מדבקות או סיכות שיענדו אנשי הצוות המזוהים עם התוכנית, ניוזלטרים שנשלחים לכלל מחלקות בית החולים, סרטונים ולומדות. חשוב ביותר לשווק את התוכנית עם תחילתה, אך יש להקפיד ולעשות כן, גם אם בתדירות פחותה, לאורך כל תקופת הפעלתה.

הכשרות

יש להכשיר את צוות התוכנית, המתנדבים וכלל אנשי הצוות במחלקות על התוכנית. מוצע לקיים הדרכות שוטפות לכל אורך התוכנית, כדי להגביר את המודעות שלהם לדמנציה ולהקנות להם מיומנויות וכלים לזיהוי, אבחון וטיפול באנשים עם דמנציה ודליריום בשלבי המיון והאשפוז. תחילה יש להעביר הדרכה מעמיקה בנוגע לתכני התוכנית ולדרכי הפעלתה, ועם ההתקדמות מומלץ לקיים הכשרות שוטפות הכוללות תיאורי מקרה והתייחסות לדילמות ותובנות שיעלו תוך כדי הפעלת התוכנית. מוצע להעביר את ההדרכות הן באופן פרטני, אחד על אחד, והן בקבוצה, כחלק משיבת מחלקה או הכשרה לאנשי מקצוע חדשים.

במסגרת התוכנית אפשר להעביר גם הכשרות לדור ההמשך של אנשי המקצוע כחלק מהפרקטיקום שלהם בבית החולים - למשל מתמחים שמעורבים בתוכנית או סטודנטים לסייעוד ולעבודה סוציאלית.

מחשוב

חשוב ביותר שאנשי אגף המחשוב בבית החולים יהיו מעורבים בתוכנית כדי שיסייעו להפעלתה ולהטמעתה. לשם כך כדאי שיקצו במערכת המחשוב של בית החולים אזור ייעודי לתוכנית, ובו יאפשרו לכל אנשי הצוות לקבל מידע ולבצע מטלות שונות במסגרת התוכנית כמפורט להלן:

- לראות את פרטי כל המאושפזים השייכים לתוכנית ברגע נתון;
- לבצע את האומדנים ואת כלי ההערכה השונים בתוכנית ולעקוב אחריהם;
- לראות במרוכז את רכיבי ההתערבות של אנשי הצוות הרב מקצועי בתוכנית ולעקוב אחר ביצועם;
- למצוא את כל חומרי ההדרכה לתוכנית;
- למצוא את כל חומרי השיווק עבור התוכנית.

זאת ועוד, בזכות המעורבות של אגף המחשוב בתוכנית אפשר יהיה להפעיל את התוכנית ביתר קלות בדרכים שונות, למשל: ליצור רשומות מסודרות לתהליך האיתור הראשוני של אנשים עם ירידה קוגניטיבית, דליריום או דמנציה - לדוגמה ליצור 'הערה קופצת' כאשר מתקבל למיון אדם מעל גיל 65, ולא לאפשר סיכום סופי של בדיקתו ללא עריכת אומדן קוגניטיבי; להגדיר אלגוריתם לשליפה של כל החולים מעל גיל 65, לרכיבי ההתערבות - למשל רשימה עם מטלות ההתערבות שהוקצו לכל איש צוות; ולמעקב לאחר האשפוז - למשל רשימת פרטי המאושפזים שהשתתפו בתוכנית ואפשרות לכתוב הערה לאחר השיחה שנערכה עימם.

הפעלת התוכנית

יש חשיבות רבה לאיתור המאושפזים המתאימים לתוכנית כבר בשלב המיון, וזאת כדי להפחית את זמן שהייתם במיון ולהגדיל את הנראות ואת תשומת הלב של הצוות אליהם עם ההגעה למחלקה. מניסיונו, הימצאות של גריאטר במיון באופן קבוע מסייעת להפעלת התוכנית במישורים שונים: איתור החולים המתאימים, ביצוע אומדנים, אבחונים והערכת כשירות כבר בשלב המיון, מניעת אשפוזים חוזרים וניוד המטופל בהתאם לאבחון למחלקות השונות. נוסף על כך, מומלץ במידת האפשר ליצור במיון פינה או חדר צדדי ושקט שישמשו לטיפול באנשים עם דמנציה כדי להפחית את חוסר השקט שהם עלולים לחוות אל מול ההמולה של המיון.

ככלל, כדאי להפעיל את התוכנית בכל מחלקות בית החולים שיש בהן מאושפזים בגיל 65 ומעלה. אם הדבר אינו אפשרי, יש לבחור לתוכנית את המחלקות שבהן השיעור הגבוה ביותר של מאושפזים בקבוצת גיל זו או מחלקות שיש בהן מודעות נמוכה לסיבוכי אשפוז שעלולים לקרות לאנשים עם ירידה קוגניטיבית ודמנציה. יש לזכור כי יכולה להיות שונות בין הצוותים במחלקות השונות בכל הנוגע לידע שלהם על דמנציה ולהתייחס לכך לאורך ההכשרה שמעבירים להם.

אם אפשר, מומלץ למנות איש צוות שיהיה מנהל מקרה (case manager) של המאושפזים בתוכנית בכל מחלקה ומחלקה. צוות התוכנית יפעל מולו ותפקידיו יהיו: לרכז את הטיפול במאושפזים אלו, לוודא שכל אנשי הצוות הרב מקצועי מעורבים בטיפול ולהיות איש הקשר לצוות המחלקה בנושא הטיפול במאושפזים אלו.

קהילה

יש חשיבות רבה ליצירת רצף אשפוז-קהילה לאחר השחרור של האדם מבית החולים. לשם כך על בית החולים לערוך מעקב וליצור קשר עם מי שהשתחרר מאשפוז, וזאת כדי לוודא שרופא המשפחה שלו קיבל את מכתב השחרור (אם אפשר להעבירו ישירות כבר מבית החולים, מוצע לעשות כן) וכדי לוודא שהאדם והמטפלים בו פועלים בהתאם להמלצות שניתנו במכתב השחרור.

התוכנית יכולה להוות קרקע לפיתוח יוזמות לתוכניות נוספות עם הקהילה, למשל קבוצות תמיכה לבני משפחה או פרויקט לקשר בין דורי בין המאושפזים לבין תלמידים בבתי ספר.

רשימת מקורות

תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות

ברודסקי, ג., בנטור, נ., לרון, מ., ובן-ישראל, ש. (2013).
ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

[לתוכנית](#)

דו"ח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016 (2019)

במסגרת התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת
האלצהיימר ודמנציות אחרות, בשיתוף המרכז הלאומי
לבקרת מחלות, אגף הגריאטריה וארבע קופות החולים.
משרד הבריאות, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע
ומחקר (2019).

[לדו"ח](#)

Fix Dementia Care | Hospitals

[למסמך](#)

Dementia and comorbidities -
Ensuring parity of care

[למסמך](#)

סיכום

בחוברת זו נסקרה התוכנית לזיהוי, טיפול ושחרור מתאים לאנשים עם דמנציה ודליריום, אשר פעלה בארבעה בתי חולים שהשתתפו בפיילוט - איכילוב, בני ציון, רמב"ם ושיבא. תחילה, תוארו הרקע והרציונל לתוכנית, כפי שהוסקו מהספרות ומהפרקטיקה בנושא זה בארץ ובעולם, ולאחר מכן כיצד התגבשה תוכנית הפעולה בישראל. בהמשך פורטו תוכניות ההתערבות השונות שהופעלו בכל אחד מבתי החולים שהשתתפו בתוכנית וכן תוצאות הביניים והתובנות הכלליות שעלו בשלב ההפעלה.

אומנם מחקר ההערכה של התוכנית טרם הסתיים, אך כבר ניכרת החשיבות של העלאת המודעות, הידע והמיומנויות של אנשי הצוות בנושאי דמנציה ודליריום וטיפול במאושפזים אלו. נוסף על כך, מהתוכניות השונות שהופעלו בבתי החולים שהשתתפו בפיילוט מתחדדת חשיבותו של הצוות הרב מקצועי בהתערבות עם אנשים עם ירידה קוגניטיבית, דמנציה ודליריום לצורך שימור התפקוד שלהם והפחתת הסיכון לירידה קוגניטיבית נוספת ולסיבוכי אשפוז אחרים.

אגף הגריאטריה במשרד הבריאות רואה במודל שהוצג לעיל בסיס לקביעת סטנדרט מחייב בכל בית חולים כללי. אנו תקווה כי התכנים בחוברת יסייעו למרכזים רפואיים נוספים לפתח תוכניות דומות על בסיס עקרונות המודל שהוצג כאן. אם יעשו כן, ישפרו את הטיפול באנשים עם דמנציה ודליריום בבתי חולים, יסייעו למטפלים העיקריים בהם ואף ייתכן שימנעו תחלואה נוספת ותמותה בקרבם.

הג'וינט JOC



רמב"ם
הקריה הרפואית לבריאות האדם



שיבא
תל השומר
עיר הבריאות של ישראל



המרכז הרפואי תל-אביב
ע"ש סוראסקי
איכילוב



המרכז הרפואי
בני ציון



את ההצעות לקול הקורא יש להגיש בשני שלבים עוקבים (כמפורט בהמשך):

הצעות מקדמיות עד 15 לספטמבר 2016

והצעות מפורטות עד 31 לאוקטובר 2016

נא לשלוח כקובץ וורד אל ד"ר איריס רסולי, iris.rasooly@moh.gov.il, ד"ר שלי שטרנברג, האגף לגריאטריה, משרד הבריאות shelley.sternberg@moh.gov.il, ואל רנדי גרבר, ג'וינט ישראל-אשל randig@jdc.org

פירוט הליך הגשת הצעות למיזם לפיתוח והפעלת שירותים בבתי חולים בתחום הזיהוי, הטיפול והשחרור המתאים עבור חולי דמנציה ודליריום

א. מטרת המיזם:

מטרת המיזם לעודד בתי חולים לפתח תכניות במטרה לטפל בצורה מיטבית במתאשפזים הלוקים בדמנציה ודליריום קרי זיהוי חולים אלו כבר עם קבלתם, מתן טיפול מתאים תוך מניעת סיבוכים שכיחים יחסית בחולים אלו, ושחרור מתואם עם בני המשפחה המטפלים ועם מערך השירותים בקהילה. מצופה כי כל תכנית מוצעת תופעל בהובלת תחומי הרפואה הרלוונטיים, תוך עבודת צוות רב מקצועי עם תחומי הסייעוד, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, תזונה, פיזיותרפיה, רוקחות וקלינאות תקשורת. התכנית תכלול הכשרת צוותי רפואה ומקצועות מטפלים אחרים ברזי המחלה ותופעותיה, ופיתוח רגישות ושירותים תומכים לחולים ולבני משפחותיהם.

ב. היעדים המרכזיים של המיזם ושל ההצעות לתמיכה:

- הגברת המודעות, הידע והמיומנויות בקרב הצוותים הרפואיים בבתי החולים לשם טיפול באנשים עם דמנציה ודליריום ותמיכה בבני משפחותיהם.
- איתור וזיהוי דמנציה ודליריום בעת קבלת המטופל לאשפוז בבית החולים וניתוב הגישה הטיפולית בהתאם.
- גיבוש גישה טיפולית מותאמת לצרכים המיוחדים של אנשים המאובחנים בדמנציה ודליריום ושל בני משפחותיהם, במודל רב מקצועי וביו פסיכו סוציאלי.
- שחרור מתואם תוך רצף טיפולי בין בית החולים לבין הקהילה או המוסד (במקרים רלוונטיים).

ג. תנאי סף

רשאים להגיש הצעות לתוכניות אך ורק המציעים העומדים בתנאי הסף להלן:

1. המציע הוא בית חולים כללי או מרכז רפואי גריאטרי, בעל רישיון בר תוקף מאת משרד הבריאות.
2. המציע צרף להצעתו אישור בכתב מאת ההנהלה, לביצוע התוכנית ולהערכתה.

א | קול קורא לתוכנית



קול קורא לבתי חולים כלליים ומרכזים רפואיים גריאטריים (מר"גים)

הגשת הצעות למיזם לפיתוח והפעלת שירותים בבתי חולים בתחום

הזיהוי, הטיפול והשחרור המתאים עבור חולי דמנציה ודליריום

מיזם משותף של משרד הבריאות ועמותת אשל, אוגוסט 2016

הזדקנות האוכלוסייה מציבה אתגרים רבים בפני החברה בישראל. אחד מן האתגרים המשמעותיים ביותר הוא ההתמודדות עם המספר ההולך וגדל של הלוקים בדמנציה (קהיון). לתסמונת זו, הנגרמת על ידי מחלות שונות, שהשכיחה ביניהן היא מחלת אלצהיימר, השפעה ניכרת על החולים בה ועל בני משפחותיהם, הדואגים לשלומם, וכן על מערכות הבריאות והרווחה. ההתמודדות עם דמנציה מחייבת היערכות מיוחדת של מערכות השירותים כדי לתת מענה לצורכי החולים ובני משפחותיהם.

במאי 2013 הושקה התכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות. התכנית מבטאת תפיסה מערכתית כוללת ומושגת על עבודה משותפת של כל הגורמים הנוגעים בדבר: משרדי ממשלה רלוונטיים, קופות החולים וארגונים התנדבותיים ופרטיים.

אחד היעדים החשובים של התכנית הלאומית הוא שיפור הטיפול במטופלים עם דמנציה במערך האשפוז הכללי ובגריאטריה הפעילה. כידוע, נדרשת היערכות מתאימה לטפל בחולים אלו, ולצמצם סיבוכי אשפוז שכיחים כגון מצב בלבולי חריף, הפרעות התנהגות, נפילות, תת תזונה, פצעי לחץ והתארכות משך האשפוז.

בהתאם, משרד הבריאות ואשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל ע"ר (לעיל ולהלן: "עמותת אשל") נערכים לפיתוח מיזם לשיפור הזיהוי והטיפול במטופלים עם דמנציה ודליריום במערך האשפוז הכללי ובמרכזים הרפואיים הגריאטריים (בגריאטריה הפעילה), ולשיפור הרצף בין מערך האשפוז לקהילה. משרד הבריאות ואשל נערכים להתחיל במיזם זה כבר בשנה זו (2016).

אנו מתכבדים להזמין את הנהלות בתי החולים הכלליים והמרכזים הרפואיים הגריאטריים, לגבש ולהגיש הצעות לפרויקטים לפיתוח והפעלת שירותים בתחום הזיהוי, הטיפול והשחרור המתאים עבור חולי דמנציה ודליריום בהתאם למתואר להלן.

ההצעות תידונה על ידי ועדת היגוי מקצועית וההצעות שתימצאנה מתאימות, תזכינה לסיוע כספי לביצוע התוכנית בשיעור של עד 500,000 ₪.

כל תכנית מוצעת תהיה לתקופה של שנה אחת לפחות ולא יותר משנתיים.

ד. רכיבים שיש לכלול בתכניות המוצעות (רובם או כולם):

- **גיבוש צוות** להפעלת התכנית, בהובלת רופאים בכירים מתחומי גריאטריה, נירולוגיה ו/או פסיכיאטריה, תוך עבודת צוות רב מקצועי עם מקצועות הסייעוד, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, תזונה, פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת ורוקחות.
- גיבוש ויישום תהליכים מצד בית החולים להגברת **המודעות** למחלת הדמנציה ולדליריום בקרב הצוות המטפל בבית החולים.
- פיתוח ויישום **תכניות הכשרה** מתאימות לשיפור הידע ומיומנויות הטיפול של צוות בית החולים בנושא דמנציה ודליריום.
- גיבוש ויישום מודל ל**זיהוי** דמנציה ודליריום במתאשפזים בבית החולים, וזיהוי הפרעות התנהגותיות כתוצאה ממצבים אלו.
- גיבוש ויישום מודל ל**טיפול מתאים** במתאשפזים שזוהו עם דמנציה או דליריום, לרבות התערבויות סביבתיות (כגון תאורה מתאימה ליום ולילה, משקפיים ומכשירי שמיעה נגישים, הבאת דברים מוכרים מהבית וכדומה), תהליכיות (כגון תכניות ששמות את המטופל ומשפחתו במרכז, גמישות בסדר היום/שעות הטיפול, שילוב מתנדבים) והתערבויות תרופתיות מתאימות (לרבות הפחתת השימוש בכדורי שינה, כדורי הרגעה ותרופות אחרות עם השפעה אנטי-כולינרגית, מניעת שימוש יתר בתרופות אנטי-פסיכוטיות).
- בניית תהליך ל**שחרור מתואם** של מטופלים אלו ולשיפור רצף הטיפול עם הקהילה או המוסד אליו שייכים.
- פירוט **המדדים** שיימדדו על ידי בית החולים להערכת תהליכים ותוצאים של התכנית, ואשר יהוו בסיס לדיווח לוועדת ההיגוי לתכנית.

כאמור, נדרשת מחויבות מצד בית החולים להשתתף במחקר ההערכה של התכנית, שיקבע על ידי ועדת ההיגוי.

ה. אמות מידה לתעדוף התוכניות המוצעות: (על ידי ועדת ההיגוי)

- היקף ומגוון המטופלים מהצוות הרפואי בבית החולים שנחשפו לתכניות ההכשרה.
- מידת שיתוף הפעולה עם מומחים מתוך צוות בית החולים בפרט צוותי מרפאת זיכרון ומרפאות גריאטריות שיש להם הידע המקצועי והניסיון ליישם לגבי פיתוח התכנית, ולגבי התמודדות עם מטופלים ספציפיים עם מורכבות אבחונית או טיפולית.
- היקף המטופלים המאושפזים שעתידיים להיחשף לתכנית.
- היקף שיתוף הפעולה עם גורמים בקהילה, כדי לשמור על רצף טיפולי.
- הגדרת יעדים מדידים לתכנית.
- מידת הישימות של התכנית.
- מידת הקיימות של התוכנית דהיינו מידת יכולת המשך הטמעת התכנית בבית החולים, עם תום המיזם.
- השתתפות בית החולים בעלויות ביצוע התוכנית.
- לגבי תכניות שיאושרו, גובה התקציב יקח בחשבון את גודלו של בית החולים, והיקף התהליכים הכלולים בתכנית.

ו. תהליך ופירוט הגשת ההצעה על ידי בית החולים:

את ההצעות לקול הקורא יש להגיש בשני שלבים עוקבים:

1. הצעות מקדמיות – הגשה עד 15 לספטמבר 2016:

מטרת השלב המקדמי לוודא את התאמת ההצעה למטרות והמפרט של מיזם זה, ולדון עם הגורם המגיש במידת הצורך. תגובה לגורם המגיש תישלח תוך שבוע.

ההצעה המקדמית תהיה באורך של 1-2 עמודים, ותציג בקצרה את מתווה התכנית המוצע על ידי בית החולים:

1. רציונל לתכנית מנקודת ראות בית החולים,
2. מטרות התכנית,
3. שיטות ההתערבות המתוכננות,
4. התייחסות לישימות וקיימות התכנית המוצעת.

2. הצעות מפורטות – הגשה עד 31 לאוקטובר 2016:

ההצעות המפורטות יכללו את המרכיבים הבאים:

(1) פירוט מתווה התכנית המוצעת:

1. רקע: רציונל למתווה התכנית המוצעת, הכולל רקע מדעי וכן מידע אודות בית החולים (הרלבנטי לתכנית).
2. מטרות התכנית המוצעת.
3. פירוט התכנית המוצעת ושיטות ההתערבות המתוכננות. במסגרת התכנית המוצעת, ניתן לכלול פיתוח של כלים ניהוליים לאבחון, טיפול וניהול הטיפול במסגרת בית החולים, כלים/אסטרטגיות לפיתוח קשר בין בית החולים לקהילה ויצירת רצף טיפול (לרבות שחרור מתואם עבור חולים עם דמנציה וכדומה) ותוכניות הכשרה לאנשי צוות.
4. התייחסות לישימות וקיימות התכנית המוצעת.

אורך חלק זה לא יעלה על 6 עמודים.

(2) פירוט לוח הזמנים לביצוע.

(3) פירוט התקציב לביצוע התכנית המוצעת: במסגרת התקציב, ניתן לכלול הוצאות ישירות של הכשרת הצוותים, אולם אין לכלול עלות שעות עבודה של הצוותים בעת ההשתתפות בתכניות ההכשרה. אפשר לכלול הגדלת הוצאות שכר (לרבות תקנים) לרופאים ולמקצועות מטפלים אחרים, בזיקה להגדלת תשומות ותפוקות אבחוניות וטיפוליות עבור אוכלוסיית היעד לתכנית.

את התקציב יש לבנות בהתאם לטבלאות המצורפת כנספח א'.

(4) פירוט איש/אנשי המקצוע שיובילו/ את התכנית: יש לציין את השם, התפקיד וקורות החיים.

(5) לציין איש קשר בבית החולים לנושא ההערכה המחקרית שתבצע לתכנית.

(6) **אישור הנהלת בית החולים** לביצוע התכנית ולהערכתה על ידי משרד הבריאות (כמפורט בסעיף ז', ראה להלן).

ב | תיאור התוכנית

אנשי הצוות

ד"ר יעל אדוני-טמיר, ד"ר רתם תלם, ד"ר אורלי ברק, אנגילה מושחייב, קארין קוגן (ד"ר רון בן יצחק, ד"ר רן שוייד וחנה פטשורניק היו חלק מצוות התוכנית עד עזיבתם)

רקע

אשפוז חריף מהווה נקודת מפנה בחייו של הזקן, העשויה להביא לאובדן עצמאות, מיסוד וכן לתוצאים קשים של תחלואה ותמותה. חולים זקנים בכלל וחולים הסובלים משטיון (דמנציה) בפרט, מתאפיינים בשילוב של רמת מורכבות רפואית גבוהה ועתודות פיזיולוגית נמוכות, המעלים באופן משמעותי את הסיכון לפתח תחלואה נלווית במהלך האשפוז (אספירציות, דליריום, זיהומים, ירידה תפקודית, פצעי לחץ וכדומה). סיבוכים אלו מהווים תוצאה של מכלול גורמים שהינם, על פי רוב, ברי מניעה. זיהוי מוקדם של חולים אלו במהלך האשפוז והפעלת כלים מערכתיים למניעה, ניטור וטיפול מוקדם בהם, יפחיתו את שיעור הסיבוכים ואת ההשלכות ארוכות הטווח של האשפוז (כגון, מיסוד מוקדם).

תוכנית ה- Help (Hospital Elder Life Program) הינה תכנית ייחודית שנהגה בשנת 1999, על ידי ד"ר Sharon Inouye באוניברסיטת ייל ובהמשך פותחה והוגדלה משמעותית בבתי החולים המסונפים לאוניברסיטת הרווארד. תכנית זו הינה תכנית מקיפה המיועדת להסדרה וניהול של הטיפול בחולים מבוגרים ובכאלו הסובלים משטיון, המאושפזים בבתי החולים הכלליים. כיום מופעלת תכנית זו באופן סדיר במעל ל-200 מרכזים רפואיים ב-11 מדינות בעולם.

מחקרים רבים הוכיחו את יעילותה של התוכנית במניעת ירידה קוגניטיבית לרבות היארעות דליריום, מניעת ירידה תפקודית, בשיפור איכות הטיפול הרפואי ושיפור שביעות רצון המטופל ומשפחתו. בנוסף הודגמה ירידה משמעותית בעלויות הטיפול הרפואי. השיפור במדדים הקליניים והכלכליים מבוטאים בשיפור היחס עלות/תועלת של הטיפול בחולים שהשתתפו בתוכנית. בתי החולים המפעילים תכנית זו משמשים אבן שואבת לידע ומחקר גריאטרי ומהווים מרכזי מצוינות ברמה ארצית ובינלאומית. כוונתנו להשתמש בעקרונות התוכנית ובכליה, וליישם במרכז הרפואי תל אביב. התוכנית המוגשת בזאת מתבססת על תכנית ה-HELP תוך כדי התאמתה לאוכלוסיית החולים והצוותים הרפואיים במרכז הרפואי תל אביב וכן התאמתה לצרכי בית החולים.

מטרות התוכנית

- זיהוי חולים עם דמנציה כבר בקבלת החולה לאשפוז החריף
- מניעת סיבוכי אשפוז, דליריום, אי-מוביליות וכדומה
- שימור יכולות תפקודיות וקוגניטיביות בקרב כלל החולים המבוגרים במהלך האשפוז
- השגת עצמאות תפקודית וקוגניטיבית מרבית בזמן השחרור
- בניית תכנית שחרור הולמת המתאימה לצרכים האינדיבידואלים של המטופל
- מניעת אשפוזים חוזרים
- הטמעת תרבות ארגונית של עבודה בצוותים רב מקצועיים לטובת הקשישים בכלל והסובלים מדמנציה בפרט

התוכנית המוצעת ושיטות ההתערבות

להלן תרשים זרימה כרונולוגי של שיטות ההתערבות בתכנית. פירוט השלבים השונים לרבות גורם מבצע, תזמון והכשרה דרושה מובאים בטבלה שלאחריו:

ז. הערכת התכנית

- התכנית תלווה במחקר הערכה, שיבחן את תוצאות ההתערבות שבמסגרת התכנית ואת השינויים שחלו בעקבותיה. ככל שיידרשו נתונים על מטופלים המחקר יהיה כפוף לאישור של ועדת האתיקה של בית החולים.
- המחקר יהיה באחריות משרד הבריאות ובליווי וועדת היישום של התכנית הלאומית ויתקצב בנפרד.
- בית החולים אשר מגיש הצעה לתכנית יצרף את הסכמתו להערכה שתבצע על ידי משרד הבריאות או גורם מחקרי מטעמו.
- איסוף הנתונים עבור ההערכה המחקרית יתבצע על ידי בית החולים, על פי ההנחיות שתימסרנה לו, ובתדירות של פעמיים בשנה: לאחר חצי שנת פעילות ובתום השנה.

להלן התוצאים שייבחנו במסגרת ההערכה המחקרית, בהתאם למאפייני התכניות המוצעות:

- שיפור בזיהוי מאושפזים עם דמנציה ודליריום
- שיפור בזמינות יעוץ מומחה (גריאטר ו/או נוירולוג ו/או פסיכיאטר)
- שיפור באיכות הטיפול בעת האשפוז
- שיפור בתהליכי שחרור אנשים עם דמנציה (לרבות קשר עם בני המשפחה)
- הגברת המודעות של הצוות המטפל
- הרחבת הידע של הצוות המטפל
- שיפור במדדי תוצאה של אשפוזים כגון משך האשפוז, אשפוזים חוזרים
- שיפור בשביעות הרצון של בני המשפחה
- מודלים של BEST PRACTICES להפצה בבתי חולים אחרים

לברורים ומידע נוסף:

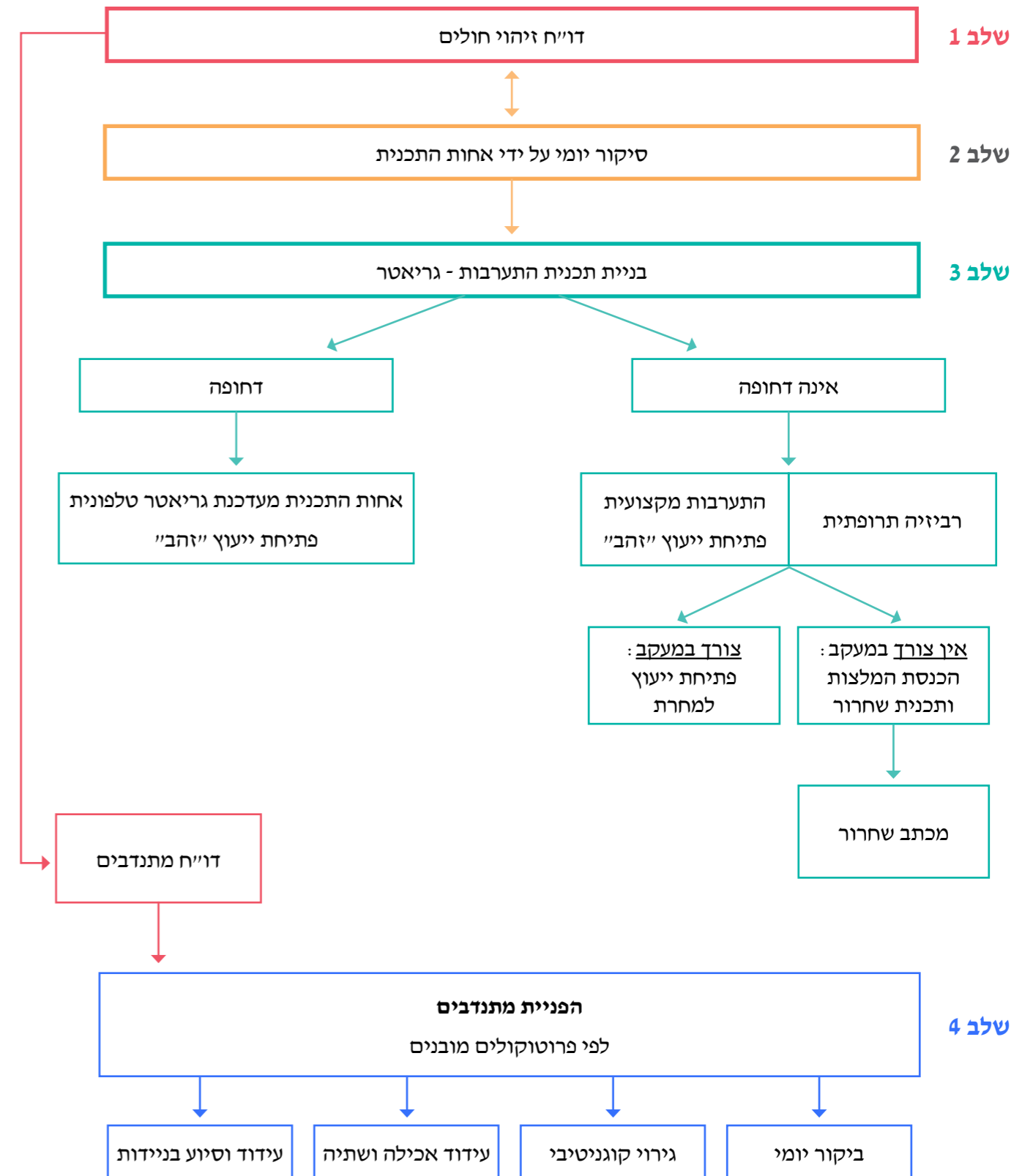
לפירוט התכנית הלאומית להתמודדות עם אלצהיימר ודמנציות אחרות באתר משרד הבריאות בקישורית http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Dementia_strategy_Heb.pdf

שאלות בנושא הקול קורא ניתן להפנות אל ד"ר איריס רסולי iris.rasooly@moh.gov.il או אל ד"ר שלי שטרנברג shelley.sternberg@moh.gov.il

טבלה: HELP - התהליך הקליני

שלב	התהליך	אחריות ביצוע	תזמון	פירוט	הכשרות דרושות ואוכלוסיית היעד
א	אשפוז מטופל	מיון / מחלקה	יום 0		אשפוז ממיון או אלקטיבי או מעבר ממחלקה אחרת למחלקת HELP (מבוצע ללא התערבות תכנית ה-HELP)
ב	סקירה וגיוס לתוכנית	אחות	יום 1 (למעט אשפוזים בסופי שבוע/חגים)	<ul style="list-style-type: none"> יובש - יחס BUN/CR\geq18 אי-מוביליות - כל ירידה בניידות או ב BADL ראיה - ירידה בראיה לרוב לפי דיווח עצמי שמיעה - ירידה בשמיעה לפי דיווח עצמי או ליקוי במבחן שפשוף אצבעות קוגניציה - ציון סקר מיניקוג נמוך או שווה ל 2 סקר CAM לאבחון דליריום סקר 2PHQ לאבחון ירידה במצב הרוח סקר GAD2 לאבחון חרדה סקר מיצוי זכויות (עזרה בבית) שינה - דיווח על בעיית שינה אבחון FIM באשפוז <p>הנצאה:</p> <p>כל אחד מהבאים: תרדמת, הנשמה מלאכותית, אפזיה (כשלא ניתן לתקשר), טיפול תומך לסוף חיים, התנהגות לוחמנית או מסוכנת, מצב פסיכוטי שלא מאפשר שיתוף פעולה, בידוד אויר (בידוד מגע יכללו במטופלי HELP), בידוד הגנתי לנויטרופניה, סירוב המטופל או אפוטרופוס או הרופא המטפל, דמנציה קשה ללא תקשורת עם המטופל (SPMSQ 10).</p>	<p>1. הכנת הכשרה ייעודית בנושא אבחנה וטיפול בדליריום. שיתוף פעולה מתוכנן עם מרכז לסימולציות.</p> <p>← מיועד לצוותים רפואיים הן של התכנית והן של כלל מחלקות בית החולים</p>
ג	תוכנית ההתערבות	אחות	החל מיום 2	<p>תחילת התערבות:</p> <p>בניית תכנית התערבות מותאמת אישית לפי טופס ההרשמה (ראה נספח 1). הקצאת מתנדבים למשימות תכנית ההתערבות.</p> <p>שופף:</p> <p>סקר לדליריום CAM אחת ל-24 שעות עדכון תכנית ההתערבות קשר עם הצוות הסיעודי במחלקה הקמה והדרכת קבוצות תמיכה (רכבת) למשפחות ומטופלים לפי צרכי המחלקות</p>	

תכנית הזה"ב | תרשים זרימה



שלב	התהליך	אחריות ביצוע	תזמון	פירוט	הכשרות דרושות ואוכלוסיית היעד
ג	תוכנית ההתערבות	צוות אינטר-דיסיפלינרי תומך	החל מיום 2	עבודת צוות עם רוקח / פיזיותרפיסט / מרפא בעיסוק / קלינאי תקשורת / עובדת סוציאלית / דיאטנית לפי הצורך דרך ייעוצים פורמליים או בלתי פורמליים תוך הפעילות במחלקות.	הצגת תכנית ה-HELP: מושגים בסיסיים בדמנציה ודליריום, הצגת תכניות ההתערבות של המתנדבים
		מזכירה ורכזת מתנדבים		גיוס ושימור מתנדבים. תזמון עבודת מתנדבים, תזמון פגישות וביקורים, עבודה אדמיניסטרטיבית. קבלת דיווחים ממתנדבים.	← לצוות האינטר-דיסיפלינרי התומך
ד	שחרור	רופא	בעת כתיבת הייעוץ	הבניית המלצות לשחרור לפי הממצאים בתכנית והעברתם לצוות הרפואי במסמך ייעוץ, לפי צורך קשר ישיר לרופא המטפל בבקשה להכיל המלצות אלו במכתב השחרור. יצירת קשר עם המשפחה/ גורם ממשיד טיפול – במקרים רלוונטיים מתן סיכום ייעוץ ישירות למטופל/בן משפחה, לחלופין העברה לרופא המשפחה דרך מוקד קופת החולים.	
ה	מעקב לאחר שחרור	מתנדב ייעודי	עד חודש לאחר השחרור	בשאיפה - סקר שביעות רצון למטופל/ משפחה ומעקב טלפוני למילוי סקר מצב נוכחי	

שלב	התהליך	אחריות ביצוע	תזמון	פירוט	הכשרות דרושות ואוכלוסיית היעד
ג	תוכנית ההתערבות	גריאטר מנהל התוכנית	החל מיום 2	<ul style="list-style-type: none"> רוויזיה על טופס הגיוס השלמת הערכה גריאטרית עם התייחסות לסינדרומים שעלו בסקר: הערכה קוגניטיבית והעמדת אבחנה פורמלית של: דמנציה, דליריום אם עולה הצורך- הערכת כשירות רביזיה תרופתית בדגש על תרופות פסיכואקטיביות ייעוץ בנוגע להפרעות שינה התייחסות לתפקודי BADL, IADL, מוביליות – קידום ייעוץ לשיקום אם רלוונטי או המלצות בנוגע לצורך בעזרה ביתית או מעקב אמבולטורי המלצה לבדיקות ראייה ושמיעה בשחרור ייעוץ בנוגע לשליטה בשתן וביציאות לפי צורך ייעוץ בנוגע לאיזון כאב הערכה אפקטיבית והמלצות לטיפול בדכאון ו/או חרדה התייחסות לבעיות סוציאליות - עירוב עובדת סוציאלית ומערכות תמיכה תת תזונה - וידוא מעורבות דיאטנית 	
		מתנדבים		הפעלת פרוטוקולי התערבות רפואיים/סיעודיים בהתאם קשר עם הצוות הרפואי במחלקה הזמנת יעוצים ממקצועות רפואיים או פארא-רפואיים קשר עם קופות החולים - שליחת סיכומי ייעוץ לרופא המשפחה דרך המוקדים תכנון שחרור	
				<p>הדרכה פרטנית "יבשה" של כשעה</p> <p>ליווי והדרכה במחלקות למול החולים עם ניתוח ודיון לאחר הביקור – מפגש של שעתיים, 1-3 מפגשים למתנדב בהתאם לצרכים.</p> <p>שאיפה לקיום יום עיון מקצועי מרוכז בן כ 5 שעות לכלל המתנדבים.</p>	המטרה: 3 מפגשים ביום למטופל בשלוש משמרות התנדבות, 5 ימים בשבוע ביצוע ודיווח יומי של משימות תכנית ההתערבות

כוח אדם ומטופלים בתוכנית

אנשי מקצוע

הצוות הנוכחי כולל אחות ב 100% משרה, גריאטרים (סך הכל כ-100% משרת גריאטר שמתחלקת בין הרופאים השונים שפועלים בתוכנית), מזכירה/רכזת ב 100% משרה. צוות זה מטפל בכ-10 מטופלים חדשים וכ-60 מטופלים שוטפים ביום (כל חולה נראה באופן יומיומי על ידי אחות ונעשית לגביו סקירה גריאטרית וירטואלית ולפי הצורך הערכה פרונטלית על ידי גריאטר). סך הכל טיפול בכ-70 חולים ליום.

מתנדבים

לאיוש 3 משמרות התנדבות בנות לפחות שעתיים ביום דרושים 3 מתנדבים ליום. בהנחה שכל מתנדב פועל אחת לשבוע, מדובר בצוות של 15 מתנדבים לשבוע.

בכל משמרת התנדבות בת כשעתיים רואה כל מתנדב בממוצע כ 6 מטופלים.

מאחר ולא כל המטופלים זקוקים, מעוניינים או נגישים להתערבות מתנדב בכל יום, ההערכה שלנו הנה כי שיבוץ של שני מתנדבים לכל משמרת יתן מענה לכל החולים שיכולים ליהנות מההתערבות.

התשתית הנדרשת להפעלת התוכנית

מחשוב

כל תהליכי העבודה של התוכנית ממוחשבים ומופיעים בתיקי המטופלים;

- חוצץ ייעודי המכיל את כל הסקירות הגריאטריות, ההערכות הקוגניטיביות וההתערבויות שמבוצעות על ידי אחות התוכנית, הרופאים והמתנדבים.
- דו"ח יומי – זיהוי החולים נעשה באופן יומיומי, אוטומטי, באמצעות דו"ח זיהוי המגיע לכל אנשי הצוות לאימייל הארגוני מדי לילה. בדו"ח זה מופיעים גם גורמי סיכון שליפים לסיבוכי אשפוז (כגון מדדי MUST, NORTON, MORSE, דה-הידרציה ובדידות).
- תשתית להעברת מידע עם קופות החולים, לרבות העברת ייעוצים גריאטריים רשמיים לרופאי המשפחה.

מתנדבים

- נערך גיוס נרחב של מתנדבים בסיוע אחראית המתנדבים בבית החולים. כל המתנדבים עוברים סינון ובדיקת התאמה על ידי רכזת התוכנית (גרונטולוגית), תוך ניסיון לקצר ולהקל את תהליך הגיוס והקליטה. לאחר קבלתם לעבודה עוברים המתנדבים הדרכה וליווי אישיים בעת ההתנדבויות הראשונות וכן שיח שוטף סביב אינטראקציות שעולות בהמשך עם מטופלים.

חומרי ידע ותקשורת

- הוכנו שני עלונים לחולים ובני משפחותיהם; האחד הסבר על התוכנית והתערבויות למניעת סיבוכי אשפוז והשני על דרכים למניעת דליריום.
- הוכנה סיכה מזהה לצוות התוכנית ולמתנדבים, בכדי לאפשר את זיהויים על ידי החולים והצוות, וכן כרטיסי ביקור עם פרטי הקשר שלהם.
- נבנו מערכות לתקשורת ישירה עם צוותי המחלקה - דפי קשר, קבוצות וואטסאפ ותיעוד הייעוצים ברשומה הרפואית.

הכשרות

- נערכות הכשרות על דמנציה ודליריום לצוות הסייעודי במחלקות שבתוכנית.
- סטודנטים לסייעוד משולבים בתוכנית ומועברות להם הרצאות פרונטליות ו-3 ימי התנסות בתוכנית.
- סטודנטים וסטאז'רים במערך הגריאטרי מצורפים להתנסויות במסגרת התוכנית.

ג | דוגמאות לחומרי שיווק והפעלת התוכנית

כרטיס ביקור של צוות התוכנית



עלון מידע על התוכנית

- הישארו עם המטופל זמן רב ככל הניתן. בעת אירוע בלבולי במהלך האשפוז, רצוי לארגן בין בני המשפחה משמרות נוכחות סביב השעון. הימים הראשונים במחלקה או לאחר הניתוח הינם המועדים הרגישים ביותר- היו ערניים לכל התפתחות של שינוי או בלבול.
- באם הנכם מזהים סימנים המעידים על מצב בלבולי כדוגמת: ירידה בקשב, הפרעה בזיכרון או שינויים בהתנהגות - אנא דווחו על כך לצוות המטפל, מוקדם ככל שניתן. בני המשפחה הנם לרוב הראשונים לזהות את תחילת התסמינים. דיווח מוקדם יכול לסייע במניעת החמרה, קידום בירור וטיפול בזמן.



PALACE מדיקל תל אביב

מחלקת הרמה האחר וניתח או טיפול רפואי
 - שירות רפואי ושינוי 24/7 בליווי צוות מימן ונשמה
 - צוות רפואי בראשותו של פרופ' אלוונקי
 יתרונות אלה ועוד של PALACE מדיקל תל אביב, מסייעים לחווה מלאה לשנת החיים כדרך האופטימלית הנבחרת

למי שיש זיהום בידה:
 *5963
 מיקום: ארבעת תל אביב | מודיעין | ראשון לציון | רמת השרון
 a2mipalace.co.il

מרכז הרפואי תל אביב
 ע"ש סוראסקי
 איכילוב

תכנית הזה"ב
 שירות גריאטרי למאושפזים

מטופלים ובני משפחה יקרים,

אשפוז בבית חולים עשוי להיות נקודת מפנה במצבו הבריאותי של המטופל המבוגר, זאת מבחינת סיבוכים, ריבוי תחלואה וסיכון לאשפוז חוזר. בטיחות האשפוז עשויה להשפיע על איכות החיים של המטופל, בהיבטי יכולת התפקוד והירידה בעצמאות, וכן לטמון בחובה השלכות משפחתיות וחברתיות. עצם השהות בבית החולים עשויה לבלבל את שגרת הפעילות המנטלית והפיזית, לצד ההתמודדות עם מחלה חריפה. המרכז הרפואי תל אביב שם לעצמו כמטרה להתאים ככל האפשר את המערכת האשפוזית לצרכים של האוכלוסייה המבוגרת, זאת על-ידי איתור, אבחון ובניית תכנית טיפולית כוללת הצפויה למנוע סיבוכי אשפוז, זאת תוך שילוב עבודה רב-צוותית.

תכנית הזה"ב (התמיכה בזקן המאושפז בבית החולים)

תכנית זו עוצבה על מנת לשמור את המוח והגוף פעילים ככל הניתן במהלך האשפוז, על אף המחלה, באופן המועיל למטופלים ומסייע בהחלמה המלאה. מטרתה של התכנית הינה למנוע מצבי בלבול, ירידה תפקודית, נפילות, זאת לצד שיפור שביעות הרצון של המטופל ובני המשפחה במהלך האשפוז.

מי צוות התכנית?

הצוות כולל רופאים גריאטרים, אחות מוסמכת, רכזת גרונטולוגית וכן צוות מתנדבים מוכשר ומיומן. הצוות משתף פעולה עם צוות המחלקה בה אתם מאושפזים וכן עם מקצועות הבריאות בבית החולים (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, תזונה ודיאטה, רוקחות) על מנת לספק את הצרכים עבור כל מטופל.

רופאות גריאטריות
 ד"ר יעל אדוני טמיר, ד"ר רתם תלם

אחות מוסמכת
 גב' אנג'לה מושחייב

רכזת גרונטולוגית
 גב' קארין קוגן

מה אנו עושים?


על מנת לשמור עליך ועל רמת התפקוד שלך, אנו מציעים את השירותים הבאים, ללא תשלום, כחלק מהטיפול השוטף בבית החולים:

- תכנית ביקורים שעוצבה במיוחד על מנת לשמור עליך מעודכן ובעניינים, להיות זמינים לשאלותייך, ולסייע במהלך ימי אשפוזך.
- תכנית סיוע בהזנה - תכנית שמטרתה לספק חברה, עידוד וסיוע בשתייה ואכילה, באם נדרש.
- תכנית פעילויות לגירוי קוגניטיבי - תכנית המספקת פעילויות מאתגרות ומהנות על מנת לשמור על פעילות המוח והגוף. מתנדבי התכנית יוכלו לסייע בתרגילי הרפיה, זאת לצורך הפחתת המתח במהלך האשפוז.
- תכנית נידוד מוקדם - תכנית שמטרתה לתת סיוע יומיומי בתרגול גופני והליכה, למטופלים להם ניתן אישור להולכה.
- תכנית לשיפור השינה - תכנית שעוצבה על מנת לסייע בשינה, ללא שימוש בתרופות שינה. תכנית הביקורים מותאמת אישית לצרכיך, כפי שהוגדרו על ידי הצוות המקצועי, בהובלת גריאטר מומחה. זאת, לצד סקירת תרופות ועבודה מקצועית נוספת שתכליתה לטייב את איכות הטיפול, תוך עירוב אנשי מקצוע שונים, בעת ובהתאם לצורך.

המלצות לבני המשפחה ו/או המלווים למניעת התפתחות בלבול באשפוז:

- הביאו למטופל חפצים מוכרים מהבית, כגון תמונות, ציורים של הנכדים, כרית, ספרים ומוזיקה.
- עזרו בהכוונה והתמצאות במהלך היום. דברו בטון שליו ומרגיע וספרו למטופל היכן הוא נמצא, עם מי הוא נמצא ומדוע הוא שם.
- במתן הנחיות, תנו מטלה אחת לביצוע בזמן נתון.
- לעיתים, עיסוי עשוי להרגיע.

עלון מידע והמלצות למאושפז



1

המלצות למניעת סיבוכי אשפוז

תרופות


בבואך לבית החולים או מוקדם ככל הניתן לאחר מכן, ספקי/ לצוות המטפל רשימה מפורטת של כל התרופות אותן את/ה נוטל/ת באופן סדיר, כולל תרופות שאינן במרשם רופא וכן תוספי מזון. מומלץ לספק מידע רב ככל הניתן, לרבות המינון ומועד הנטילה של כל תרופה. אם יש לך רגישויות או אלרגיות, דאגי/ לעדכן את הצוות בנוגע לחומרים שאת/ה אלרגי/ת אליהם ואם ידוע לך, גם איזה סוג תגובה הם גורמים.

בקש/י מהאח/ות או הרופא/ה להסביר לך על כל טיפול תרופתי חדש. דווח/י לצוות המטפל על כל בעיה העלולה להיות, תופעת לוואי לטיפול כגון פריחה, קוצר נשימה, בחילה או בלבול. אם את/ה מקבל/ת תרופה חדשה, שאל/י את האח/ות או הרופא/ה מה היא והאם ניתן לשלב אותה בטיפול שהנך נוטל/ת.

יציאות

שמירה על הגוף ושתייה מספקת הולכים בד בבד עם הצורך בהתרוקנות סדירה, אצל מרבית המבוגרים מדי כשעתיים עד שלוש. אל תחכה/י עד שהצורך נהיה דחוף. נסה/י ללכת להתרוקן במרווחים קבועים, גם לפני תחושת הצורך. שמירה על יציאות סדירות מסייעת בפינוי נוזלים ופסולת מהגוף וכן מעודדת לתנועה והליכה.

בזמן האשפוז, ייתכן ותזדקק/י לעזרה בקימה והליכה לשירותים. אם הניך חווה קושי בהליכה או שנאמר לך שלא לצאת מהמיטה ללא השגחה, הקפד/י לקרוא לעזרה לפני שאת/ה קמ/ה לשירותים.




ראיה ושמייעה

החושים שלנו מחברים אותנו אל העולם החיצוני והנם חיוניים לתקשורת טובה ותנועה בטוחה. אם את/ה משתמש/ת במשקפיים ו/או במכשירי שמיעה, הבא/י אותם עמך לבית החולים (או דאגי/י שיביאו לך אותם לאחר שאושפזת). שמר/י על משקפייך נקיים ומותאמים. בעת הליכה, בטוח יותר שלא להשתמש בעדשות מולטיפוקל. הבא/י סוללות רזרביות למכשירי השמיעה. אם את/ה חש/ה בירידה בשמייעה, בקש/י מהאח/ות או הרופא/ה לבדוק האם יש באזנך שעווה החוסמת את התעלה.

ניידות

שמירה על ניידות מסייעת לזרימת הדם, כוח, שיווי משקל וסיבולת. האיברים הפנימיים עובדים טוב יותר כשהגוף במצב עמידה. במהלך היום, רצוי שלא לשבת או לשכב יותר מ-30 דקות ברצף. לכל הפחות, נסה/י לעמוד וללכת בטווחי החדר, אלא אם האח/ות או הרופא/ה הנחו אותך להישאר במיטה. אם את/ה מסוגל/ת, רצוי שתנוע/י גם אם את/ה יושב/ת או שוכב/ת - לדוגמה, ניתן לבצע תנועות מעגליות עם הקרסוליים, לקפוץ ולשחרר אגרופים וכדומה. חלק מהמטופלים מקבלים תכנית תרגול מובנית ואישית. מומלץ מאד לשתף פעולה עם הטיפול הפיזיותרפי או עם המרפאים בעיסוק, במידה וזה הומלץ לך על ידי הצוות הרפואי. הקפד/י לבצע את התרגולים המומלצים לך. חשוב ללכת או לתרגל לפחות שלוש פעמים ביום במהלך האשפוז.



2

המלצות למניעת סיבוכי אשפוז

בליעה


הפרעת בליעה (זמנית או קבועה) הינה עיכוב או ליקוי במעבר תוכן המזון הנבלע מהפה אל הקיבה. הפרעה זו עלולה להקשות על בליעת מרקמי מזון שונים, ממוצקים ועד נוזלים, ואף לסכן את חיי המטופל עקב כניסת נוזל או מזון לקנה הנשימה. במידה והנך חווה קושי בבליעה בעת שתייה או אכילה, מומלץ לפנות לאבחון בליעה שנערך על ידי קלינאי/ת התקשורת.

סימנים להפרעה בבליעה:

- שיעול
- תחושת מחנק
- מזון התקוע בגרון
- שאריות מזון בחלל הפה
- זליגת מזון
- שינוי בקול לאחר הבליעה

שמירה על אכילה בטוחה ונכונה תמזער סיכון להפרעה בבליעה. יש להקפיד על ישיבה זקופה, במנת ראש ישר, אכילה ושתייה במנות קטנות ובודדות, לעיסות יסודיות, לא לדבר בזמן הארוחה, לא לשכב כחצי שעה לאחר סיום הארוחה וכן יש לוודא שחלל הפה נקי משאריות מזון בסוף הארוחה.

קלינאי התקשורת יבצעו הערכה של יכולות הבליעה ויספקו המלצות לתרגילים מתאימים, שינויי מרקמים וכן טכניקות בליעה שונות.



שתייה / מניעת התייבשות

מערכות הגוף זקוקות למים לצורך תפקוד וכן המים חיוניים לפינוי הרעלים. אלא אם ניתנה הנחייה אחרת על ידי הצוות הרפואי, אדם מבוגר צריך לשתות כשמונה כוסות מים בכל יום (משקאות מכילי קפאין אינם נחשבים בספירה). מרבית האנשים מעדיפים לשתות בכמויות קטנות לאורך היום, זאת במקום כמות גדולה בבת אחת.

התחל/י בהדרגה ונסה/י להגיע לשלוש לגימות (כחצי כוס) מדי חצי שעה, בשמונה השעות הראשונות לכל יממה. לאחר תרגול שכזה במשך מספר ימים, הצמא כבר ינחה אותך לשתות. זכור/י לשאול את האח/ות או הרופא/ה שלך האם קיימת סיבה שלא לשתות כמות של שמונה כוסות מים ליום.

תזונה

תזונה נאותה מהווה נדבך חשוב בשמירה על בריאות הגוף, לחימה בזיהומים ומחלות, שמירה על כוח שרירים והחלמה מהירה במידה ויש לך, הקפד/י להביא ולהשתמש בשיניים תותבות.

במסגרת שהותך בבית החולים, יוגש לך אוכל על פי תפריט שנקבע מראש. במידה ויעלה צורך רפואי, תבוצע התאמה אישית בליווי וייעוץ תזונאי/ת. דווח/י לצוות המחלקה על צרכים מיוחדים באם ידועים לך וכן על מזונות שהנך רגיש/ה להם או אינך אוכל/ת. במידה והנך מביא/ה אוכל מהבית, וודא/י עם צוות המחלקה האם קיימות הגבלות בתפריט. במידה והנך מתקשה לאכול בכוחות עצמך, עדכן/י את צוות המחלקה.

עלון מידע על מניעת דליריום



מניעת דליריום

עלון למאושפדים ולבני המשפחה

- ודאו שהתאורה טובה אך לא בהירה מדי או מסנוורת. בשעות הלילה, עדיף שהחדר יהיה חשך.
 - נגנו מוזיקה מרגיעה.
 - אם המטופל מרכיב משקפיים, ודאו שהם נקיים ומורכבים נכון. אם המטופל משתמש במכשיר שמיעה, ודאו שהוא אכן עובד.
 - עודדו את המטופל להתייד ככל האפשר. שוחחו עם האחות או הרופא/ה על האפשרויות המתאימות.
 - אם למטופל מנבלת ספיון (קטטר, עירוי), שאלו האם ניתן להסיר אותן.
 - ודאו שהמטופל אוכל ושותה מספיק.
 - התחדדו לדבר עם המטופל על הדליריום, כדי לעזור להפחית את החרדה, הפחד, התסכול או הכעס שעלולים להתפתח.
- לסיכום, דברים חשובים שיש לזכור:
- דליריום הוא נפוץ ולרוב זמני.
 - בני משפחה ומטפלים יכולים למלא תפקיד חשוב בטיפול במטופל הדליריוני.
 - דעות לאחיות או רופאים/ה במחלקה מיד כאשר הנכם מבוהלים בשיטתם בהתנהגות או בתסמינים אחרים של דליריום.
 - דליריום עלול להיות חוויה שאינה נעימה ואף מסכידה. אם אתם או יקירכם חווה דליריום, עזרו לכולם לדבר עם איש מקצוע בשיחותי הבריאות, לנסות ולהבין מה קרה. בנוסף, תמיכה משפחתית של האחד בשני עוזרת רבות.
 - במידה ויש לכם שאלות או דאגות בנושא דליריום, פנו לצוות הרפואי במחלקה.



מהו דליריום?
דליריום הוא מצב זמני של בלבול, הגורם ליכולת החשיבה של האדם להיפגע. האדם נהיה מעורפל, מתקשה בריכוז ובמיקוד המחשבה. הדליריום מתפתח במהירות, במהלך שעות או ימים וכן עשוי להמשך שעות או ימים נוספים, כאשר לעיתים עשוי להימשך אף יותר. דליריום הוא נפוץ אך לעתים קרובות ניתן למנועה. יש להדגיש כי דליריום עשוי להאט את תהליך הריפוי והשיקום ולקטורש טיפול מיידי.

מי נמצא בסיכון מוגבר לפתח דליריום?
מטופלים שהינם:
• בני 65 ומעלה
• סובלים מדמנציה או דיכאון
• אינם עצמאיים מבחינה תפקודית
• לקויי ראייה או שמיעה
• מיובשים או בתת-חזונה
• לוקחים תרופות רבות
• סובלים ממחלות רבות
• עוברים ניתוח

מה הם הסימפטומים של דליריום?
הסימפטומים של דליריום הינם שונים עבור אנשים שונים, וכן עשויים להופיע ולהחלף, לסירוגין, לאורך היום. מטופלים המצויים בדליריום עלולים לסבול מהתופעות הבאות:

- קושי להבין מה קורה סביבם
- בלבול לגבי שגרת ואירועי היום וכן מי הם אנשים מסוימים
- אמירת דברים שאינם קוהרנטים
- שינויים באישיות
- ראיית או שמיעת דברים שאינם קיימים
- חשיבה שישנם אנשים המנסים לטעו בהם
- שקט וניתוק
- חלף, חרדה, הפראקסיביות
- שינויים בהרגלי השינה
- שינויים בהרגלי האכילה

המלצות להורדת הסיכון לפתח דליריום בעת אשפוז:

- הביאו אתכם רשימה מלאה של התרופות (והמינונים), כמו גם תרופות ללא מרשם (סומלץ להביא גם את אריות התרופות).
- הכינו "דף מידע רפואי" המפרט את השמות והמציבים הרפואיים הידועים, האלרגיות וכן את שם הרופא/ה המשפחה והמרפאה במידה ושנה.
- הביאו אתכם את משקפי הראייה, מכשירי השמיעה (כולל סוללת מלאות) ושיניים תותבות לבית החולים.
- הביאו אתכם חפצים מוכרים מהבית.
- במהלך היום, יש להזכיר פעמים רבות למטופל היכן הוא נמצא ומדוע הוא שם, וכן לציין את היום והשעה. לדוגמה: "אתה נמצא במחלקה X, בקומה Y, בבית חולים איכילוב, מכיון שחלית. כעת אתה מקבל טיפול רפואי. היום יום שני, השעה שמונה בבוקר". יש לדבר בקול רגוע, המשרה ביטחון.
- כאשר מדברים עם המטופל, יש לדבר לאט, לומר אמירה אחת או לבקש לבצע משימה פשוטה אחת. עדיף להימנע משאלות שאלות או העברת "מבחנים", העשויים להקשות על המטופל.
- מומלץ להישאר עם המטופל כמה שיותר. הדבר נכון בעיקר במהלך הפגעה פתאומית של דליריום. במקרה, ראינו שמשפחות ששהו ליד המטופלים במהלך הבלבול הרחף, הצליחו לקצר ואף למנוע בלבול חמור והחמרה במצבם.

איך אנו יכולים לסייע ולטפל בקרוב משפחה עם דליריום?

- נסו להשאיר את המטופל עם בן משפחה, מטפל או חבר, בפרט כאשר הבלבול חרף יותר. במידת האפשר, מומלץ לדאוג למלווה גם בשעות הלילה. הדבר עוזר להפחית חלק מהחרדה הנגרמת על ידי היותו במקום שאינו מוכר ועם אנשים שאינם מוכרים.
- נסו לשמור על סביבה שקטה ושלווה.
- הביאו חפצים מוכרים מהבית.

3

המלצות למניעת סיבוכי אשפוז

שינה
התעוררויות קצרות במהלך הלילה הן תופעה שכיחה ונורמטיבית בקרב אנשים מבוגרים. בבית החולים, לעיתים קרובות קשה לישון. אם את/ה מתקשה לישון במהלך האשפוז, נשמח להציע לך את תכנית שיפור השינה שלנו בזמן האשפוז. חשוב לנו להדגיש כי אנשים מבוגרים נוטים יותר מאשר צעירים, לחוות סיבוכים כתוצאה משימוש בתרופות שינה. תרופות שינה עלולות לגרום לפגיעה בזיכרון, בלבול, חוסר יציבות, נפילות, פגיעה בריכוז ואי-שליטה על סוגרים. בתכנית שיפור השינה שלנו, אנו שואפים לכך שתנחו/ו ותירדם/מי באופן טבעי, ללא שימוש בתרופות, אם ניתן.

במסגרת המלצות לשיפור השינה, נציע לך:

- שתיה חמה (חלב או תה צמחים)
- עיסוי גב (על ידי מלווה או בן-משפחה)
- מוזיקה מרגיעה

המלצות נוספות לשיפור השינה:
הימנעו/י משיית משקאות המכילים קפאין לאחר השעה 14:00 וצמצום שתייה באופן כללי לאחר ארוחת הערב (ניתן ללגום מעט מים עם נטילת תרופות).
• שמור/שמרי על פעילות ותנועה מרבית במהלך היום.
• ככל הניתן, רצו להימנע משיכבה במיטה שלא לצורכי שינה.
• הימנעו/י משינה במהלך היום.
• שמור/שמרי על שעת שינה קבועה ככל הניתן.

תרגילי הרפיה
לעיתים אנו מניבים ללחץ על ידי כיווץ השרירים. תרגילי הרפיה מסייעים לנו להפחית מהמתח בגוף ובנפש בזמנית.
על מנת להתחיל בהרפיה, נסה להתכוון למצב רוח רגוע, להחליש או לכבות את האורות בחדר, לבדוק שהחדר שקט ככל הניתן, או להשמיע מוזיקת רקע שקטה.

- התחלי/י בנשימות. שאף/י אוויר דרך האף ונשוף/י אותו דרך הפה, בספירה עד שלוש בין שאיפה לנשימה. לדוגמה - לשאוף דרך האף ולספור: אחת, שתיים ושלוש. לאחר מכן לנשוף דרך הפה ולספור: אחת, שתיים, ושלוש. המשך/כי כך עד שהנשימה הופכת איטית וסדירה.
- עבור/עברי על כל חלקי גופך, כוּוץ/י והרפה/י את השרירים. החל מאצבעות כפות הרגליים, בהדרגה כלפי מעלה, עד לראשך.
- כיווץ והרפיה של אצבעות כפות הרגליים (3-5 פעמים).
- כיווץ והרפיה של הקרסוליים (3-5 פעמים).
- כיווץ והרפיה של השרירים שמעל לברכיים (3-5 פעמים).
- חוש/י במתח ואי הנוחות העוזבים את רגליך.
- כיווץ והרפיה של העכוזים (3-5 פעמים).
- כיווץ והרפיה של הגב (3-5 פעמים).
- הרמת והורדת הכתפיים (3-5 פעמים).
- הורדת הסנטר לחזה והרמה לתקרה (3-5 פעמים).
- סיבוב הראש מצד לצד (3-5 פעמים).
- השאר/י רגוע/ה, התמקד/י בתחושת הרפיה במשך 5-10 דקות.

טופס המלצות להתערבות

התערבות מתנדבים	התערבות מקצועית	קריטריונים להפעלה	סוג ההתערבות	סמן ✓ לביצוע
בהתאם להנחיות פיזיותרפיה: ניידות או תרגילים נייחים לשמירת טווחי תנועה - X3 ביום	- פרוטוקול ניווד מוקדם - במידה ו-FIM 5 ומטה - שילוב צוות פיזיותרפיה לצורך בניית תכנית התערבות ספציפית	כל המגויסים לתכנית	ניידות	
עידוד והנגשת השימוש באביזרי עזר, ניקיון, אוריינטציה לחדר	- תיווך וסיוע בהשגת עזרים מהבית - פרוטוקול ראייה	ציון ראייה קטן מ-20/70	ראייה	
עידוד והנגשת השימוש בעזרים, שימוש במגבר, ניקיון	- תיווך וסיוע בהשגת עזרים מהבית - הפניה לניקוי אוזניים אם רלוונטי, שימוש במגבר - פרוטוקול שמיעה	סקר שמיעה חיובי או שימוש קבוע בעזרי שמיעה	שמיעה	
עידוד והנגשת שתיה, תיעוד כמות	- ווידוא עם צוות המחלקה הנחיות הנוגעות להידרציה - פרוטוקול הרוויה	עדות להתייבשות או יחס BUN/CR מעל 18	הידרציה	
עידוד והנגשה בעת אכילה	- ווידוא מעורבות דיאטנית - פרוטוקול הזנה	MUST שווה או מעל 2	תזונה	
האכלה תוך הקפדה על טכניקת מניעת אספירציות והדרכת המשפחות לאכילה נכונה	- עירוב קלינאית תקשורת - פרוטוקול בליעה	SDQ מעל 11	בליעה	
	- רביזיה תרופתית על-ידי גריאטר - START-STOPP - ייעוץ רוקחי	כל המגויסים לתכנית	תרופות	

התערבות מתנדבים	התערבות מקצועית	קריטריונים להפעלה	סוג ההתערבות	סמן ✓ לביצוע
בשאיפה - לוח אוריינטציה עם שם המחלקה והחדר, שמות הצוות המטפל ולוח זמנים יומי	- במידה ו-MINICOG 2 או פחות והחולה אינו ידוע כדמנטי - השלמת הערכה על-ידי גריאטר התכנית או המלצה לייעוץ גריאטרי - בחולה מבולבל - ביצוע CAM והערכת גריאטר באם חיובי - פרוטוקול דליריום - פרוטוקול דמנציה - פרוטוקול תרופות פסיכואקטיביות	כל המגויסים לתכנית	התמצאות	
שיחות רה-אוריינטציה קריאת עיתון, אקטואליה	פעילויות לפי תחומי עניין ותפקוד - העלאת זיכרונות לטווח ארוך	כל המגויסים לתכנית	גירוי קוגניטיבי	
	- השלמת הערכה על-ידי גריאטר התכנית או המלצה לייעוץ גריאטרי	PHQ 2 - ניקוד 3 ומעלה	דכאון	
	- השלמת הערכה על-ידי גריאטר התכנית או המלצה לייעוץ גריאטרי	GAD 2 - ניקוד 3 ומעלה	חרדה	
	- יצירת קשר עם שירותי הדת של בית החולים	מגויסים שהביעו עניין	דת או רוח	
פרוטוקול שינה באם רלוונטי בתזמון: מוזיקה מרגיעה, הגשת שתיה חמה	- פרוטוקול שינה	מטופלים עם קשיי שינה בבית או באשפוז מטופלים הצורכים תרופות לשינה בקביעות	שינה	

תבנית למסמך ייעוץ גריאטרי

המטופל/ת אותר/ה ועבר/ה בדיקות סקר במסגרת תכנית הזה"ב הפועלת במחלקה ומטרתה מניעת סיבוכים בחולים מבוגרים מאושפזים.

במסגרת הערכה זו, נסקרו התחומים הבאים ומסוכמים כאן עיקרי הממצאים:

התמצאות: סקר הערכה קוגניטיבית - MiniCog שלילי

סקר הערכה קוגניטיבית - MiniCog חיובי

בעקבות זאת בוצעה הערכה קוגניטיבית נוספת שממצאיה:

• **הערכה אפקטיבית:**

סקר חיובי / שלילי לדיכאון

סקר חיובי / שלילי לחרדה

בעקבות זאת בוצעה הערכה אפקטיבית נוספת שממצאיה:

• **שינה:** אותר / לא אותר הפרעה בשינה

• **ניידות:** אותר / לא אותר הפרעה בניידות (לפרט FIM)

• **ראיה:** אותר / לא אותר בעיה בראיה

• **שמיעה:** אותר / לא אותר הפרעה בשמיעה

• **בליעה:** אותר / לא אותר הפרעה בבליעה

• **תזונה:** אותר / לא אותר סיכון מוגבר לתת-תזונה

• **הרוויה:** סקר חיובי למצב התייבשות (על סמך בדיקת יחס BU/Cr)

• **רוחניות:** עלה צורך בשירות דת / רוחני / אחר

• **רביזיה תרופתית**

לאור ממצאי הסקר, המטופל מתאים לשילוב בתכנית התערבות הכוללת ביקורי מתנדבים ומעקב צוות התכנית.

סיכום המלצות:

• **הערכה קוגניטיבית ואפקטיבית:**

מומלץ לבצע הערכה קוגניטיבית/אפקטיבית מלאה באשפוז (נא להזמין לצורך כך ייעוץ גריאטרי).

מומלץ לבצע הערכה קוגניטיבית/אפקטיבית מלאה באופן אמבולטורי (**יש לרשום המלצה זו במכתב השחרור**).

המלצות ספציפיות במידה ובוצעה הערכה על-ידי גריאטר התכנית.

• **שינה:** פרוטוקול שינה שאינו פרמקולוגי. בתכנית השחרור מומלץ לכלול הנחיה לגמילה מכדורי שינה, במידה והותחל טיפול זה במהלך האשפוז.

• **ניידות:** פרוטוקול ניוד מוקדם.

הוזמן ייעוץ פיזיותרפיה לצורך הערכה נוספת ומתן הנחיות לניוד.

• **ראיה:** לפרט המלצה לגבי עזרים נדרשים.

• **שמיעה:** לפרט המלצה לגבי עזרים נדרשים. שקילת הפניה לניקוי שעווה במרפאת א"ג.

• **בליעה:** לפרט הנחיות ספציפיות.

• **תזונה:** הזמנת ייעוץ דיאטנית לצורך התאמת תפריט.

• **הרוויה:** נא התייחסותכם ומתן תכנית הידרציה על ידי רופא מטפל במחלקה.

• **רוחניות:** לפרט התערבות אם בוצעה.

• **רביזיה תרופתית:** המלצות בהתאם למטופל.

נודה לשיתוף פעולה מצד הצוות וכן לעדכון במידה וחל שינוי משמעותי במצבו של המטופל או האם קיימות / מופיעות קונטרה-אינדיקציות להתערבויות המתוארות לעיל (בפרט בנוגע לאכילה, שתייה, ניידות).

ריכוז המלצות לשחרור

(נבקש להעתיק ולכלול במכתב השחרור).

מודעה לגיוס מתנדבים

תכנית הזה"ב
שיחות גריאטרי
למאושפזים

מפגש גרשמי תל-אביב
ליש טראנקו
רשתת הפגישות

דרושים/ות מתנדבים/ות

בעלי אורך רוח וסבלנות לסיוע לקשישים המאושפזים בבית החולים איכילוב

לתכנית ייחודית שמטרתה למנוע סיבוכי אשפוז, התדרדרות גופנית או קוגניטיבית ושמירה על יכולת התפקוד שלהם תוך שיפור חווית האשפוז.

במסגרת התכנית המתנדבים יעסקו בשמירה על תחושת ההתמצאות של המטופלים, יקיימו שיח נעים עימם ויצמצמו את תחושת הבדידות שלהם. המתנדבים בתכנית יהיו שייכים לקבוצת מתנדבים ייחודית ועבדו תוך ליווי שוטף, הכשרה ותמיכה של צוות רב מקצועי ייעודי בבית החולים.

למידע נוסף: שלומית אלהם אגמן, רכזת המתנדבים באיכילוב
בטל': 03-6947529 , או במייל: shlomite@tlvmc.gov.il

HELP

ג'וינט ישראל אשל

הברית החדשה

תוכנית התערבות מותאמת אישית - לביצוע על ידי מתנדבי התוכנית

סוג ההתערבות מותאם לחולה על-ידי האחות, בהתאם לטופס ההרשמה ובדיקות הסקר שנערכו לחולה. המתנדב מקבל מרכזת התכנית את רשימת החולים בטיפולו, סוג ההתערבות הנחוצה ותדירותה.

סוג ההתערבות	קריטריונים להפעלה	תיאור ההתערבות
אוריינטציה יומית	כל המגויסים לתוכנית לפרט לפי MiniCog	בשאיפה - לוח אוריינטציה עם שם המחלקה והחדר, שמות הצוות המטפל ולוח זמנים יומי - שיחות רה"אוריינטציה - אקטואליה - העלאת זיכרונות לטווח ארוך - קריאת עיתון
פעילויות תראפויטיות	כל המגויסים לתוכנית לפי תחומי עניין ומצב תפקודי	פעילויות נוספות לגירוי קוגניטיבי כגון: שיחה על אירועי היום, תשבצים, משחקי מילים
שיפור שינה	מטופלים עם קשיי שינה בבית או באשפוז	בשאיפה - פרוטוקול שינה שאינו פרמקולוגי כגון: משקה חם, מוסיקה מרגיעה, התאמת תאורה
ניידות מוקדמת	כל המגויסים לתוכנית התייעצות יומית עם צוות המחלקה ופיזיותרפיסט לגבי תכנית הניידות המתאימה	עידוד וסיוע בביצוע תרגילים נייחים או ניידות לשמירה על טווח תנועה 3X ליום
פרוטוקול ראייה	מטופלים עם סקר חיובי	עידוד והנגשת שימוש במשקפיים או אמצעים מגדילים כגון זכוכית מגדלת, עיתון כתוב באותיות גדולות
פרוטוקול שמיעה	מטופלים עם סקר חיובי	עידוד והנגשת שימוש במכשירי שמיעה ובהעדרם במגברים ניידים
החזר נוזלים	מטופלים עם עדות להתייבשות ו/או יחס $BUN/CR \geq 18$	עידוד והנגשת שתיה (מים, כוס תה חם)

ד | תיאור התוכנית

אנשי הצוות

ד"ר רוני אוליבן, מיטל טייב-רוטפלד, סרברניק אירנה, ראניה מוגרבי, עינת פסח אהרון, הילני הופמן, 5 מוליקים (מתוך כוח העזר בבית החולים).

אברהים סמנייה ויוליה אסטרין היו חלק מצוות התוכנית עד עזיבתם.

רקע

לזיהוי מצבו הקוגניטיבי של זקן מאושפז והתייחסות אליו נודעת חשיבות עליונה - מתוך המצב הקוגניטיבי הנוכחי והפער בינו לבין המצב הבסיסי (אם קיים) נובעת דרך ההתייחסות למטופל - החל מהיכולת להסתמך על אנמנזה (לעומת צורך באנמנזה קו-לטראלית), דרך קביעת הפרוגנוזה (שמחמירה ככל שהמצב הקוגניטיבי ירוד) המשפיעה על ההחלטות הטיפוליות: בהיבט הרפואי (עומק הבירור, מידת ההתערבות) הסייעודי (בטיחות הניידות, צורך בשמירה) ובתכנון השחרור. למרות החשיבות הברורה, ההתייחסות לקוגניציה נראית חסרה או לקויה פעמים רבות בסביבת עבודה חריפה.

חשוב לזהות גורמי סיכון ידועים לירידה קוגניטיבית חריפה (delirium או delirium superimposed on dementia), כיוון שבמטופלים עם רמת סיכון גבוהה ניתן וכדאי להפעיל אסטרטגיות מניעה שנמצאו יעילות. ההתייחסות במהלך האשפוז אל מטופלים שזוהו עם ליקוי קוגניטיבי (דמנציה, דליריום או דליריום על רקע דמנציה) חייבת להביא לידי ביטוי מרבי את עקרונות הגישה הגריאטרית - התייחסות אל המחלה החריפה על רקע ירידה ברזרבה רב מערכתית, ריבוי גורמים המחייב התערבויות רבות מרכיבים (multi-component), שימת לב למטפלים העיקריים (כולל הדרכתם ותמיכה בהם), ותכנון החזרה לקהילה (היתכנות חזרה למסגרת הקודמת מול צורך במסגרות אשפוז המשכי).

המרכז הרפואי "בני ציון" בחיפה הוא בית חולים עירוני-ממשלתי המונה 476 מיטות. האגף הפנימי (3 מחלקות פנימיות, נירולוגיה, טיפול נמרץ לב וטיפול נמרץ נשימתי) מונה 158 מיטות. בינואר 2016 אושפזו בכלל בית החולים 2,980 חולים מתוכם - 893 (שמהווים 30%) בני 65+ ו-255 (8.5%) בני 85+. באגף הפנימי - כ-2/3 מכלל המאושפזים בכל עת הם בני 65 ומעלה, וכרבע מהמאושפזים הם מעל גיל 85. ההתייחסות לקוגניציה בקבלה לבית החולים ובקבלה הסייעודית והרפואית למחלקות האשפוז חסרה פעמים רבות.

אין בידינו נתונים לגבי המצאות והיארעות דמנציה ודליריום בקרב המאושפזים אצלנו. אולם, יתכן וניתן להסיק לגביהם מהנתונים בספרות (כ-40% מבני ה-70 ומעלה באשפוז חריף לוקים בדמנציה ובדליריום) ומסקר שערכנו ב-2013, בו מצאנו שכ-3.5% מהמאושפזים בבית החולים בכל רגע נתון קשורים בשתי הידיים למיטותיהם.

מטרות התוכנית ויעדיה

1. הגברת המודעות, הידע והמימונויות של אנשי צוות ובני משפחה

- יצירת תוכנית חינוכית לצוותים המטפלים (אלונקאים, כוחות עזר, אחיות, רופאים).
- הדרכת בני משפחה של מאושפזים.

2. איתור וזיהוי דליריום ודמנציה בעת הקבלה לבית החולים ובמהלך האשפוז

- הכנסת סקירה קוגניטיבית כבר משלב חדר המיון והטמעתה.
- הכנסת רכיב קוגניטיבי כחלק מהביקור היומי של הרופאים, כולל הדרכה והטמעה.
- זיהוי ממוחשב של המאושפזים שנסקרו כחיוביים לדמנציה/דליריום באמצעים אלו.
- התייחסות יזומה של צוות היחידה הגריאטרית למאושפזים שנסקרו כחיוביים.

3. גיבוש גישה טיפולית מותאמת

- התערבות יזומה ומותאמת אישית במאושפזים שנסקרו כחיוביים להפרעה קוגניטיבית במיון או במחלקה; יעוץ יזום על ידי רופא גריאטר/אחות גריאטרית, פיזיותרפיסט ועובדת סוציאלית של המחלקה.
- מניעת סיבוכי אשפוז בקרב כלל המאושפזים הזקנים, דרך שימוש בעזרי התמצאות והגברת ניידות באשפוז, כמרכיב מפתח במניעת סיבוכי אשפוז קוגניטיביים (דליריום) ותפקודיים (deconditioning).

4. שחרור מתואם

יצירת מנגנון קישור ומעקב אחר מאושפזים שהשתחררו, הכולל התייחסות למצב/לפער הקוגניטיבי במכתב השחרור (באמצעות הכנסת היעוצים הגריאטריים לגוף המכתב), ומעקב טלפוני אחר יישום ההמלצות.

פירוט תוכנית ההתערבות

פיתוח כלים ניהוליים

- עדכון טופס הקבלה הסייעודית הממוחשבת במחלקה לרפואה דחופה, כך שתכיל שדה חובה (שאלון 4AT) לתיעוד סקירה קוגניטיבית קצרה (מאפשר למיין את הנבדקים לתקינים קוגניטיבית וחשודים לדליריום).
- עדכון טופס הביקור היומי הממוחשב, כך שיכיל שדה חובה לתיעוד מצב קוגניטיבי עדכני באמצעות בדיקת קשב קצרה.
- יצירת 'שאלתא' ממוחשבת שמאפשרת שליפה יומית על ידי צוות היחידה הגריאטרית של מאושפזים עם ציון 4AT לא תקין ו/או ציון לא תקין בבדיקת הקשב, לצורך התערבות (הערכה קוגניטיבית ותפקודית, בחינת הצרכים ושינוי טיפול בהתאם).
- יצירת מסד נתונים משותף לצוות היחידה הגריאטרית שבו מעודכנת באופן מקוון כל התערבות של איש צוות.
- הכללת יעוצים גריאטריים במכתבי השחרור כברירת מחדל.

טיפול במסגרת בית החולים

- התייחסות יזומה של צוות היחידה הגריאטרית לכל מאושפז שיסקר כחיובי לדמנציה/דליריום. איש צוות היחידה (רופא/אחות) יבדוק את החולה, בדגש על בדיקת מצבו הקוגניטיבי והתפקודי, וינתב אל אנשי המקצוע הרלבנטיים בהתאם לצרכים שיהיה (רוקחות קלינית, תזונה, פיזיותרפיה, עבודה סוציאלית). במסגרת הבדיקה ישקול איש הצוות את הצורך בשמירה אישית (ככלי למניעת קשירה פיזית), ויפנה את תשומת לב האחות האחראית, שבסמכותה לאשר זאת.

ה | דוגמאות לחומרי שיווק והפעלת התוכנית

דף למשפחה



גופים ועמותות מומלצות – טיפול בחולי דמנציה/ חולים עם ירידה קוגניטיבית

שם המקום	השירות שניתן	דרכי תקשורת	הערות
עמד"א	קבוצות תמיכה לבני משפחה של חולי אלצהיימר ודמנציה	*8889 03-5341274	הקבוצות פזורות ברחבי הארץ. השירות ללא עלות.
מרכז "ציפורה פריד" לתמיכה וסיוע למשפחות חולי אלצהיימר – עזר מציון	ייעוץ פרטני, קבוצות וסדנאות, ייעוץ משפטי, סיוע במימון זכויות, ביקורי בית – לפי הצורך, הרצאות וימי עיון לאנשי מקצוע בקהילה, נופש לבני משפחה.	השירות ללא עלות ליצירת קשר: 073-3956806 Merkatzzipora@ami.org.il	השירותים ניתנים בימים א'-ה', בין השעות 8:00-15:30 פניות אל המחלקה מקבלות מענה תוך 24 שעות עבודה השירות ללא עלות
עמותת רעות ומרכז רפואי שיקומי "רעות"	מרכז מידע "רעות-אשל" ואתר האינטרנט "רעות-משפחה מטפלת", מידע, ייעוץ ותמיכה בכל הקשור לטיפול בבני משפחה מזדקנים.	בטלפון 1-700-700-204 באתר www.reutheshel.org.il	
יד לתומך	תמיכה וייעוץ לבני משפחה מטפלים	*6444 שלוחה מס 8.	ניתן למצוא באתר "יד לתומך – יד שרה" מידע על השאלת ציוד, מתנדבים, מרכז ייעוץ ומידע רפואי, לחצני מצוקה, הסעות לנכים בכיסאות גלגלים ויחידת אשפוז בית.
עמותת קייג'יברס ישראל	מרכז ייעוץ טלפוני לבני משפחה מטפלים. מתן מידע, הכוונה לשירותים ותמיכה	אתר אינטרנט לקבלת מידע: www.caregivers.org.il	השירות ללא עלות
עמותת מלב"ב	תמיכה וסיוע נרחב לחולים ומשפחות.	1-700-70-4533	

- **הדרכה של בני המשפחה** (לרבות המטפל העיקרי), הכוללת חלוקה של חומר הדרכה כתוב, שיחות עם אנשי המקצוע הרלבנטיים והדרכה להגברת הניידות במהלך האשפוז. מתוך הנחה כי זיהוי הפרעה קוגניטיבית באשפוז חריף יהווה הזדמנות להתערבות רב מקצועית קצרת מועד, יקוימו שיחות עם בני משפחה (בהובלת איש צוות היחידה הגריאטרית), במתכונת דומה לשיחות המקובלות במחלקות לאשפוז ממושך (שיקום, סיעוד מורכב). בנוסף, תבנה תוכנית הדרכה למשפחות ולמטפלים בנושאי דמנציה, דליריום וסיבוכי אשפוז, יופקו עלוני הסבר ויאותרו סרטי הדרכה מתאימים ברשת.

- **שיפור סטנדרט הטיפול בזקנים מאושפזים** במטרה למנוע סיבוכי אשפוז קוגניטיביים (דליריום) ותפקודיים (deconditioning). נעשה שימוש בכלים שהוכחו כמונעים סיבוכי אשפוז:

1. הגברת ניידות ופעילות פנאי במהלך האשפוז – יצירת צוות של מוליכים (סטודנטים למקצועות הבריאות או כוחות עזר מבית החולים), שעובדים באופן קבוע 4 שעות בשבוע. המוליכים מנותבים על ידי צוות היחידה הגריאטרית למאושפזים עם דמנציה/דליריום ועוסקים בהגברת פעילות הפנאי של המאושפזים (קריאה משותפת, משחקי חברה) ובעידוד וליווי לניידות במהלך האשפוז.

2. אימוץ מרכיבים מתוכנית "ללכת בשביל" (walk for) (נבנתה על ידי חוקרות בחוג לסיעוד באוניברסיטת חיפה, בליווי מקצועי של היחידה הגריאטרית בבני ציון) - הצטיידות בהליכונים ומקלות הליכה נוספים, סימון שבילי הליכה ומרחקים במסדרונות המחלקות והגברת ההתייחסות לניידות בדיווח הסיעודי היומי (כולל בקרת הנהלת הסיעוד בנושא).

כלים לשיפור רצף טיפולי/קשר עם הקהילה

- הכללת היעוצים הגריאטריים במכתבי השחרור הרפואיים במלואם (כאמצעי להבטיח התייחסות לקוגניציה במכתב השחרור).
- יצירת צוות מעקב שכולל עובדת סוציאלית ואחות ותפקידו להבטיח את הקשר עם הקהילה בשבוע הראשון לאחר האשפוז. הצוות יקבל לידיו את מכתבי השחרור הרלבנטיים (של המאושפזים שאותרו עם דמנציה/דליריום). האחיות/ת/יצור קשר טלפוני יזום עם רופא המשפחה (כולל רופאים בבתי אבות) או אחיות המרפאה, י/תעביר להם (בפקס/מייל) עותק של מכתב השחרור, וי/תשוחח עימם על ההמלצות. העובדת הסוציאלית תיצור קשר, במידת הצורך, עם גורמים חברתיים בקהילה (למשל רשויות רווחה, חברת הסיעוד, עובדת סוציאלית בבית אבות). לאחר כשבוע מהשחרור הצוות יצור קשר עם המאושפז או עם בני משפחתו, כדי לוודא ביצוע ההמלצות ולהתעניין במצבו הקוגניטיבי והתפקודי הנוכחי.

תוכניות הדרכה לאנשי צוות

- הכנה של הרצאות מובנות למחלקות בית החולים השונות, הן לצוות רפואי והן לצוות סיעודי.
- יצירת תוכנית חינוכית בנושאים דמנציה, דליריום וסיבוכי אשפוז, שכוללת חומר הדרכה כתוב והרצאות פרונטליות. התוכנית מודולרית ורכיבים שונים שלה מותאמים לסקטורים השונים בבית החולים. התוכנית מועברת לרופאים, אחיות, כוחות עזר ואלונקאים, ורכיבים מתוכה מופיעים גם ביום אוריינטציה לעובדים חדשים המתקיים אחת למספר חודשים.

עלון מידע על דליריום




דליריום

בלבול חריף (Delirium)

מתמודדים ביחד

עלון למאושפזים ולבני המשפחה



מהו דליריום?

- מצב זמני של בלבול המתפתח תוך זמן קצר – שעות עד ימים.
- בדרך כלל נמשך מספר שעות או מספר ימים, אך עלול להימשך יותר.
- עלול להופיע ולהתפתח טרם הכניסה לאשפוז או להתפתח במהלכו.
- בני משפחה ומטפלים יכולים למלא תפקיד חשוב בטיפול וסיוע בתהליך ההתמודדות עם הדליריום.

הכירו את גורמי הסיכון:

- גיל 65 ומעלה
- ריבוי מחלות כרוניות
- ליקוי ראייה ו/או שמיעה
- תת תזונה או התייבשות
- דמנציה או דיכאון
- מצבי דליריום בעבר

הכירו את הסימפטומים של דליריום:

- בלבול וקושי בהתמצאות (בזמן, במקום ובסיטואציה).
- קושי בזהוי אנשים ומקומות מסביב.
- אמירת דברים או עשיית מעשים שאינם הגיוניים.
- הסחות דעת וקשיי ריכוז.
- ראייה או שמיעה של דברים שאינם קיימים במציאות.
- שינויים בהתנהגות, במצב הרוח ובהרגלים (שינה, אכילה).
- שקט, ניתוק, אדישות, אפאטיות וישנוניות.
- תחושת לחץ וחרדה.



כיצד תוכלו לסייע?

- נסו להישאר לצד המטופל ככל שניתן ובמידת האפשר מומלץ מאוד ליווי גם בלילה.
- הביאו עזרי חישה מתאימים – משקפיים, מכשירי שמיעה ושיניים תותבות. וודאו כי הם תקינים והמטופל יודע כיצד להשתמש בהם.
- עזרו למטופל להתמצא בזמן ובמקום- אמרו לו איזה יום היום, מה השעה, היכן נמצא ומאיזו סיבה.
- הביאו חפצים מוכרים מהבית (שמכיה, כרית, מוסיקה מתאימה ואוזניות, תמונות, ספר אהוב).
- וודאו שהמטופל אוכל, שותה וישן במידה מספקת.
- עודדו את יקירכם לניידות וסייעו לו להתנייד ככל שניתן.
- עודדו את המטופל לתפקוד עצמאי ברמה שמסוגל אליה- אכילה ושתייה, הלבשה.
- הימנעו מהחתלה במידה וניתן.
- אם למטופל קיימות מגבלות פיסיות המקשות על ניידותו - כמו קטטר או עירוי, וודאו עם הצוות הרפואי האם ניתן להסיר אותם.
- נסו לשמור על סביבה שקטה, דברו בקצב איטי ובקול מרגיע.
- הביאו את רשימת התרופות וכל מידע רפואי שיש בידכם.
- היו בקשר רציף עם הצוות המטפל ובכל שינוי המתרחש אצל המטופל- אנא דווחו.



דברים שחשוב לזכור:

- דליריום היא תופעה נפוצה ובד"כ זמנית.
- הימצאות של בן משפחה/ מטפל או כל גורם שהמטופל מכיר במהלך האשפוז חיונית, גם בשעות הלילה.
- זכרו שפניכם וקולכם המוכרים יכולים לעשות את ההבדל עבור יקירכם.
- ניוד מוקדם והליכה על בסיס יומי מסייעת בהחלמה.
- במידה ויש לכם שאלות או דאגות בנושא דליריום, פנו לצוות האחיות והרופאים במחלקה.

נערך ונכתב כחלק מתוכנית- Age Friendly Hospital בשיתוף עם היחידה הגריאטרית

טופס דיווח סטודנטים

ניחול תרופות	ניחול כספים	קניות	כביסה	שימוש בטלפון	שימוש בתחבורה ציבורית	אחזקת בית
עצמאי	עצמאי	עצמאי	עצמאי	עצמאי	עצמאי	עצמאי
עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה
עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה
עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה
לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע

5. חושים:

ראייה	שמיעה
תקינה	תקינה
לקויה	לקויה
לא ידוע	לא ידוע

- 6. מצב קוגניטיבי בסיסי – מתמצא/מתמצא חלקית/מתמצא לסירוגין/אינו מתמצא/לא ידוע.
- 7. האם ידוע לבני המשפחה על אבחנה של דמנציה: כן/לא/לא ידוע.

חלק ב'

1. מצב תפקודי באשפוז:

מעברים	אכילה	רחצה	הלבשה	שליטה בסוגרים	שירותים
עצמאי	עצמאי	עצמאי	עצמאי	עצמאי	עצמאי
עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה
עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה
עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה
לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע

- 2. מצב קוגניטיבי נוכחי: מתמצא/מתמצא חלקית/מתמצא לסירוגין/אינו מתמצא.
- 3. האם קיימת הנחייה של הצוות הסיעודי שלא לנייד את המטופל (הורדה מהמיטה: הושבה ו/או הליכה)? כן/לא.

מדבקת חולה

פרויקט DDDI

טופס דיווח - סטודנטים

תאריך: _____

שם הסטודנט: _____

***כאשר מדובר בביקור ראשון אצל המטופל יש למלא את שני החלקים, בביקורים הבאים אצל אותו מטופל יש למלא רק את חלק ב'.

חלק א'

- 1. סיבת האשפוז על פי המטופל:
- 2. מתגורר: לבד בקהילה/בן משפחה/מטפל זר/דיור מוגן/בית אבות או מוסד גריאטרי.
- 3. חוק סיעוד: אין/9.75/מקסימום/לא ידוע.
- 4. מצב תפקודי לפני האשפוז (ADL+IADL):

מעברים	אכילה	רחצה	הלבשה	שליטה בסוגרים	שירותים
עצמאי	עצמאי	עצמאי	עצמאי	עצמאי	עצמאי
עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה	עזרה קלה
עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה	עזרה רבה
עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה	עזרה מלאה
לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע	לא ידוע



לשכת המנכ"ל | CEO Office

עיריית חיפה - משרד הבריאות
הפקולטה לרפואה, הטכניון | Faculty of Medicine, Technion

פרויקט DDDI

טופס לעובדת סוציאלית

מעקב טלפוני לאחר שחרור

תאריך: ____ / ____ / ____

מדבקת חולה

שוחחתי עם: המטופל בן משפחה מטפל (שאינו בן משפחה) אחר (פרט): _____

האם חל שינוי בתפקוד הפיזי של המטופל מאז השחרור?

אין שינוי

הטבה (פרט): _____

החמרה (פרט): _____

האם חל שינוי קוגניטיבי במצבו של המטופל מאז השחרור?

אין שינוי

הטבה (פרט): _____

החמרה (פרט): _____

האם המטופל סובל כיום מבלבול או הזיות? כלל לא לעיתים רחוקות, לעיתים קרובות כל הזמן

האם נוצר קשר עם רופא משפחה ו/או רופאים מומחים?

כן, סוגי רופאים: _____, _____, _____, _____

לא, מדוע?: _____

האם נוצר קשר עם גורם בקהילה?

כן, אלו גורמים: _____, _____, _____, _____

לא, מדוע?: _____

האם התחיל תהליך אפטרופסות? כן לא

האם התחיל תהליך ייפוי כח? כן לא

האם התחיל תהליך מיצוי זכויות? כן (פרט): _____ לא

הערות המשיב: _____

הערות הסוקר/ת: _____

שם וחותמת העובדת הסוציאלית: _____

רח' גולומב 47 ת.ד. 4940, חיפה 31048 טל. 04-8359666, 04-8359359 פקס. 04-8101655 www.b-zion.org.il
47 Golomb st. P.O.B 4940, Haifa 31048, Israel Tel. 972-4-8359359, 972-4-8359666 Fax. 972-4-8101655

4. הערכת סיכון לנפילות: נמוך/בינוני/גבוה.

5. סמן מה מהבאים קיים אצל המטופל: IV/קטטר/נקז/זונדה/חמצן/מוצרי ספיגה.

6. סוג ההתערבות (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת):

הליכה

מעבר משכיבה לשיבה

שיחת חולין

אוריינטציה לתאריך ומקום

קריאת עיתון

פעילות פנאי

שימוש באביזרי שמיעה או ראייה

7. האם המטופל לא שיתף פעולה או התנגד ללכת או לשוחח? כן/לא.

אם כן, סמן את הסיבות האפשריות לדעתך:

חשדנות

עייפות

פחד מנפילה או החמרה במצב

חולשה ותחושה פיזית לא טובה

אינו מסוגל ללכת או לשוחח מסיבה רפואית או תפקודית

חוסר פניות (נמצא עם בני משפחה או בבדיקות)

אחר

8. משך הטיפול: מספר דקות/כחצי שעה/כשעה.

9. האם הרגשת שהועלת? כן/באופן חלקי/לא.

10. קשיים או צרכים נוספים שעלו:

1 | תיאור התוכנית

אנשי הצוות

פרופ' צבי דוולצקי, גילה היימס, חן בן-לולו, גלית ביגלמן, גיקלין כהן, אסתי רווח, ראזי סעיד, רועי מילר, אהובה אליה רוזנר, חנין עובד, מיכל דובדבני, יונס מאיס, אלעד רובין

רקע

דמנציה מהווה גורם סיכון לאשפוזים חוזרים, להופעת דליריום בזמן האשפוז, לאשפוז ארוך יותר ואף לתמותה. ישנם מספר מחקרים על סוגי טראומה שונים בחולים עם דמנציה; בעבודה רטרוספקטיבית באוסטרליה שכללה כ-12,000 פניות לבית חולים בעקבות פגיעה עצמית, נמצא כי בקרב 427 אשפוזים של חולים עם דמנציה שיעור האשפוז היה כפול מאלו ללא דמנציה, שיעור התמותה לאורך 12 חודשים היה גבוה יותר, היו יותר אשפוזים חוזרים תוך 28 ימים ומשך האשפוז היה ארוך יותר. במחקר נוסף נמצא כי דמנציה מהווה גורם סיכון למאושפזים הסובלים מכוויות, וכי בקרב אלו מגיל 65 ומעלה 11% היו עם אבחנה של דמנציה. חולי דמנציה סבלו מכוויות נרחבות יותר, אושפזו לתקופה ארוכה פי שניים (מאלו ללא דמנציה), וסבלו מתמותה גבוהה פי שלושה בתוך 30 יום. הקשר בין דמנציה ושברים בצוואר הירך נבדק במספר מחקרים, אולם, למיטב ידיעתנו, הנושא של טראומה מכל הסיבות (All-cause trauma) טרם נבדק בחולים עם דמנציה שפונים למרכז טראומה בבית חולים.

המרכז הרפואי רמב"ם הוא מרכז הטראומה הגדול בארץ, ומתאשפזים בו בכל שנה קרוב ל-4,000 פצועים, מתוכם 800-900 פצועים קשה. הממוצע השנתי של אשפוז פצועים מעל גיל 65 עומד בשנים האחרונות על 30%, שווה ערך ל-1,000-1,100 מאושפזים בשנה. מתוך אלו מתקבלים בין 120-150 פצועים המוגדרים כפצועים קשה ($ISS > 16$).

חוסר זיהוי של חולה הסובל מדמנציה על ידי הצוותים במערכות האשפוז השונות ובקהילה מהווה בעיה משמעותית בטיפול בחולים אלו. כתוצאה מכך, חולים הסובלים מירידה קוגניטיבית משמעותית ומדמנציה חשופים יותר לסיבוכים הקשורים לאשפוז כמו דליריום, לאשפוזים ממושכים יותר, ואף לתמותה. לכן יש חשיבות עליונה לזיהוי חולה עם דמנציה המאושפז בעקבות אירוע טראומתי, להפעלת תוכנית טיפול אישית לפי צרכיו במשך האשפוז, ולתכנון השחרור עם דגש על רצף טיפול והפעלת השירותים בקהילה.

מטרת התוכנית

מתן טיפול מיטבי במתאשפזים פצועים הלוקים בדמנציה על ידי זיהוי מוקדם של חולים אלו כבר עם קבלתם, מתן טיפול מתאים תוך מניעת סיבוכים שכיחים ושחרור מתואם עם בני המשפחה המטפלים ועם מערך השירותים בקהילה (זאת, תוך עבודת צוות רב מקצועי עם תחומי הסיעוד, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, תזונה, פיזיותרפיה, רוקחות וקלינאות תקשורת).

אוכלוסיית היעד

כל החולים מגיל 65 ומעלה הפונים למיון לאחר פגיעה ומתאשפזים בבית חולים רמב"ם. בנוסף להערכה המקובלת של סוג הטראומה, סוג הפגיעה, חומרת הפגיעה (לפי Injury Severity Score (ISS)) ודמוגרפיה, נאספים נתונים על רקע אבחנה קוגניטיבית מבוססת על הרשומה הרפואית ועל האנמנזה מהפצוע ומבני משפחתו לפי שאלון מובנה CogSym ו-AT4.

תוכנית ההתערבות

בנוסף לטיפול בפגיעה כמקובל, מבוצע אומדן קוגניטיבי (AT4 ו-CogSym) לכל פצוע המתאשפז במחלקות האורתופדיות והכירורגיות מעל גיל 65. כאשר האומדן הקוגניטיבי יוצא חיובי (מעל 2 נקודות באחד ו/או בשני האומדנים) הפצוע נכנס לתוכנית ההתערבות (מובלט במערכת הממוחשבת של בית החולים ועל מיטתו מונחים דפי דיווח לצוות התוכנית). תוכנית ההתערבות כוללת מניעת החמרה קוגניטיבית ודליריום על ידי אנשי צוות רב מקצועי, אשר אחראים על:


- **סיעוד** – איתור פצועים, ביצוע אומדנים יומיים, ריכוז טיפול בפצועים עם ירידה קוגניטיבית, מעקב אחר ביצוע היעוצים/ההוראות, הפעלת הצוותים ותוכנית הטיפול הרב מקצועית, הדרכת המטופל ומשפחתו.
- **גריאטריה** – ביצוע הערכה גריאטרית (במידת הצורך).
- **פיזיותרפיה** - הפעלה, ירידה מוקדמת מהמיטה והנעה מוקדמת על ידי סט תרגילים ייעודיים.
- **עבודה סוציאלית** – התערבות במהלך האשפוז (התערבות במשבר ו/או התמודדות עם האשפוז והשלכותיו), העלאת מודעות הצוות לצרכי המטופל, הגברת שיתוף הפעולה של המטופל ומשפחתו וגיוס מערכות תמיכה, בניית תוכנית שחרור מותאמת (בשיתוף הצוות הרב מקצועי), תיאום מסגרת טיפול המשכית (במידת הצורך), מיצוי זכויות ותיאום שירותים בקהילה, ביצוע מעקב אחר תוכנית השחרור ומימוש ההמלצות.
- **ריפוי בעיסוק** – הערכת תפקוד קודם ונוכחי, הערכת סביבת המגורים, הדרכת המטופל ומשפחתו (למניעת נפילות, ארגון הבית והסביבה לתפקוד בטיחותי, שימור ושיפור עצמאות בתפקודים בסיסיים ומניעת התדרדרות).
- **תזונה** – הערכה תזונתית: בדיקת אופן אכילה, התאמת מרקמים ותפריט, מעקב אחר תזונה ומתן המלצות לשחרור. מתן אנשור אדוונס למטופלים בתוכנית ההתערבות.

כאשר האומדן הקוגניטיבי יוצא שלילי (פחות מ-2 נקודות באחד ו/או בשני האומדנים), צוות הסיעוד ממשיך לבצע אומדן קוגניטיבי על בסיסי יומי עד יום השחרור. באם המאושפז ימצא חיובי באחד מהם, יכנס לתוכנית ההתערבות (פצועים שידועים כסובלים מירידה קוגניטיבית יוכנסו ישירות לתוכנית). יש להדגיש כי המרכיב הייחודי של התוכנית הינו הגדרת צוות הסיעוד כמנהל מקרה (Case manager) לפצוע הסובל מדמנציה. תפקידו לעלות את מודעות הצוותים, לבנות תוכנית טיפול ייחודית ולהפעיל את הצוות הרב מקצועי (פיזיותרפיה, תזונה, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, צוות היחידה הגריאטרית, פרמקולוגיה קלינית, טראומטולוגיה, תיאום טראומה, מתנדבים) בהתאם לצרכים של הפצוע.

ז | דוגמאות לחומרי שיווק והפעלת התוכנית

גיליון מעקב ודיווח יומי של הצוות הרב מקצועי

מונח על מיטת החולה (נוסף לרשומה הממוחשבת)



גיליון התערבות למטופל
דגשים לרצף טיפול רב מקצועי

תאריך	שם המטופל
סיעוד	
פיזיותרפיה	
ריפוי בעיסוק	
תזונה	
עבודה סוציאלית	

שלבי התוכנית

- **בניית צוות ניהולי** - להובלת והטמעת הנושא בבית החולים.
- **בניית כלים ממחושבים לתוכנית** - הבניית רשומה ממוחשבת של החולים שזוהו, הבלטה של מאושפזים הסובלים מירידה קוגניטיבית, יצירת תיקיות של אומדנים קוגניטיביים, תוכנית הטיפול וההמלצות של הצוות הרב מקצועי (מצורפות למכתב השחרור). במסגרת התוכנית פותחו שאלונים שונים, למשל שאלון לזיהוי ואבחון מאושפזים פצועים הסובלים מדמנציה, שאלוני הערכה תפקודית וכלי בקרה לבחינת היענות הצוות המטפל לעבודה על פי הסטנדרטים.
- **הטמעת השימוש בכלים** - הטמעת השימוש בכלים לזיהוי ואבחון מאושפזים פצועים הסובלים מדמנציה במהלך אשפוזם בכלל מחלקות בית החולים, החל מכניסתם למיון.
- **הכשרת צוותים** - הכשרת הצוותים (רפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות הנלווים) בכלל מחלקות בית החולים, במטרה להגביר את המודעות לצרכים המיוחדים של זקן הסובל מירידה קוגניטיבית ומתן טיפול מותאם ומיטבי.
- **ביצוע תוכנית הטיפול** - מבוססת על שיטת ניהול מקרה (Case management) וכוללת פעולות למניעת החמרה קוגניטיבית ודליריום, שמבוצעות על ידי צוות רב מקצועי.
- **חיבור מתנדבים** - שילוב עם פרויקט הזה"ב הקיים במחלקות הפנימיות בבית החולים והרחבתו לכלל מחלקות האשפוז בבית החולים.
- **בחינת תוצאי הטיפול** - במטופלים שהיו בתוכנית, כולל בניית כלי בקרה לבחינת היענות הצוות המטפל לעבודה על פי הסטנדרטים.
- **תכנון שחרור ומעקב אחרי שחרור** - לאורך האשפוז מבוצע תכנון שחרור בשיתוף הקופות המבטחות וגורמי הטיפול בקהילה, תוך דגש על עדכון ושיתוף המשפחה. בנוסף, מועבר מידע לגורמים בקהילה במטרה לשמור על רצף טיפולי.
- **בניית כלי יישומי שימושי קבוע** (המבוסס על מסקנות התוכנית) - במטרה להפעיל את התוכנית באופן קבוע בחולי טראומה הסובלים מדמנציה.

פירוט תוכנית ההתערבות - צוות רב מקצועי

תוכנית יישומית למטופלים הסובלים מירידה קוגניטיבית ומאושפזים בבית החולים כתוצאה מטראומה

תוכנית ההתערבות תוכנס למערכת הממוחשבת לשונית ייעודית להבלטה וגישה לתוכנית הטיפול של הצוות הרב מקצועי בפרויקט.

התערבות צוות רב מקצועי

1. סיעוד - אחיות

בבוקר כאשר מגיעה

עוברת על דוח מאושפזים מעל גיל 65 שאושפזו ביממה האחרונה מאתרת פצועים במחלקות אורטופדיה וכירורגיה

במחלקה מידי יום

- נמצאת במחלקות – אורטופדיה וכירורגיה
- מבצעת בדיקה ראשונית/שאלוני סינון קוגניטיבי 4AT ו-CogSym ממוחשבים לפצועים שאושפזו
- שאלונים חיוביים - התערבות
- שאלונים שליליים – מעקב (סינון קוגניטיבי יום יומי)
- תערוך ריכוז ורישום מלא של כל הפצועים שנמצאים במעקב (למלא דוח אקסל של הפצועים המאושפזים הנמצאים במעקב)
- מבצעת בקרה שההתערבות מבוצעת
- שיחה עם משפחה
- הדרכה
- עלון הדרכה למטופל
- ביצוע אומדנים (כולל כמות אוכל שאכל, ירד מהמיטה...)
- פניה מכוונת במשמרות (להוריד ולהוליך)

את מלוא הפצועים הנמצאים במעקב ניתן יהיה לראות בלשונית מעקב (פצועים עם ירידה קוגניטיבית) ובכך לראות איזה התערבות בוצעה

הכנה לשחרור

- הדרכה לקראת שחרור
- רישום בדוח הסייעודי (הצגה לשיקום, ניהול תהליך השחרור)
- לוודא שכל מה שהוגדר לביצוע על ידי הצוות הרב מקצועי בוצע ולבצע מה שחסר בצ'ק ליסט היעודי

2. עובדת סוציאלית

במחלקה מעקב יום יומי

- שיחה עם משפחה/ מטפל עיקרי
- מילוי הרשומה הממוחשבת של העובדים הסוציאליים (רשומה יעודית שנבנתה - ירידה קוגניטיבית/פרויקט דמנציה)
- תפעל לחיזוק התמיכה המשפחתית והגברת נוכחותה ליד מיטת המטופל
- במידה ואין למטופל מערכת תמיכה משפחתית, תפעל לגיוס מערכות תמיכה חלופיות פורמאליות ובלתי פורמליות
- תערוך מעקב יומי אחר מצבו הרגשי/הקונטיבי/התפקודי של המטופל ותיידע את הצוות המטפל בדבר הצרכים שווהו
- תפעל להגברת שיתוף הפעולה של המטופל והמשפחה עם תכנית הטיפול
- מיצוי זכויות
- תפעל לקבלת משוב יומי מהצוות הרב מקצועי לצורך קידום מתן טיפול מיטבי ובניית תכנית שחרור מוקדם ככל שניתן
- תבדוק האם קיימת תכנית שחרור

הכנה לשחרור

העובדת הסוציאלית תרכז את תכנית השחרור:

- תיאום עם הקופה המבטחת
- מתן שירותים בבית
- הפניה לשירותים בקהילה: רווחה, ביטוח לאומי, ניצולי שואה, שירותי סיעוד, עובד זר וכדומה
- התארגנות מיוחדת של הבית והמשפחה והתאמת תנאי דיור
- שיקום במסגרת הבית - הכנת המטופל ומשפחתו ותיאום שירותים
- הפניה למסגרת שיקומית/ מסגרת לטיפול המשכי על פי מצבו התפקודי של המטופל
- מילוי רשומה ממוחשבת של העובדת הסוציאלית בפרומתאוס - תכנון שחרור

מעקב אחרי שחרור

3. דיאטניות

במחלקה מידי יום

הגעה תוך 24 שעות מפתיחת יעוץ ו/או אבחון במערכת הממוחשבת

- הערכת תזונה מקיפה
- הערכה של צריכה אנרגטית וחלבוןית
- בירור יכולת אכילה/צורך בהאכלה
- מתן המלצות תזונתיות ומתן אנשור אדוונס
- הדרכת צוות מטפל לגבי האכלת המטופל
- הדרכת המטופל ומשפחתו
- מתן דף הדרכה למטופל/משפחתו

מעקב חוזר כל 3 ימים

- עדכון דף מעקב צריכת מזון על מיטת החולה לפצועים שצריכים עזרה בהאכלה

דף למשפחה


רמב"ם
הקריה הרפואית לבריאות האדם


משרד
הבריאות
לוחים בריאים יותר


ג'וינט ישראל אשל
יחד בעשייה חברתית למען הזקנים

דף מידע למשפחה/מטפל עיקרי

בני משפחה יקרים!

במסגרת פרויקט ייחודי המתקיים כרגע במחלקה יטופל יקירכם על ידי צוות רב מקצועי ותפנה אליכם האחות המרכזת את הטיפול.

שיתוף הפעולה שלכם ונוכחותכם לצד בן משפחתכם משמעותיים ביותר לתהליך ההחלמה וחשובים לנו מאוד. במהלך האשפוז נשוחח אתכם, נסביר לכם ונשתף אתכם בתהליך הטיפול.

אנשי הצוות ייזמו אתכם שיחות, כל אחד בתחומו כדי להכיר ולהבין טוב יותר את בן משפחתכם ואתכם וכדי לתכנן ולהתאים את הטיפול לפיכך.

בהתאם לצורך, במידה ויותאמו לבן משפחתכם תרגילים, אביזרים או משימות לתרגול, תקבלו הדרכה בהתאם, כדי שתוכלו לעודד ולסייע לו ביישומם.

אנא שתפו אותנו והיו נוכחים וזמינים.

נשמח לעמוד לשירותכם.

הצוות המטפל

הכנה לשחרור

- מכתב שחרור תזונתי - או נספח במכתב שחרור
- דף הנחיות תזונתי למטופלים לקראת השחרור
- קישור לדיאטנית קלינית בקהילה (מתן פרטי התקשרות)

4. ריפוי בעיסוק

במחלקה מידי יום

- שיחה עם משפחה
- בדיקה/הערכה של המטופל
- הדרכת צוותים
- התאמה ראשונית בהתאם להערכה/בדיקה כגון תזונה
- הדרכה
- מתן דף הדרכה לצרכי המטופל
- שיחה עם משפחה
- פציעה בגפה עליונה - ביקור יום יומי
- פציעה בגפה תחתונה - הדרכת המשפחה/ צוות בהתאם למצב הקוגניטיבי והערכה בקבלה

הכנה לשחרור

- למוסד שיקומי - מתן הנחיות והעברת סיכום
- הביתה - הדרכת משפחה/מטפל/ מטופל
- התאמת הסביבה ל-ADL

5. פיזיותרפיה

במחלקה מידי יום

- יום ראשון אחרי ניתוח POD1
- על פי הוראה רפואית, טיפול בהתאם לניתוח (פרוטוקול ניתוח)
- הדרכת משפחה וחולה
- הדרכת צוות סעודי
- פניה חוזרת ו/או טיפול כפול כאשר החולה בפעם הראשונה לא שיתף פעולה, כאשר יש בן משפחה לצידו וכאשר יש סימון (פרויקט דמנציה)

איתור פצועים שנמצאים בלינות לילה ששייכות למחלקה ולפרויקט

הכנה לשחרור

- המלצות לשיקום
- הכנה לשחרור בהתאם ליעד השחרור בית/ מוסד שיקומי בשילוב עם העובדת הסוציאלית במחלקה וקופות החולים

6. רפואה

במחלקה מידי יום

- גיוס רופא מאורתופדיה לפרויקט לצורך מתן הוראות בענייני הוראות לצוות הרב מקצועי בהתאם לתוכנית ההתערבות

טופס ריפוי בעיסוק

טופס מעקב ארוחות - תזונה



המלצות להתאמת הסביבה הביתית

לתפקוד בטיחותי ועצמאי

עבור: _____

כניסה לבית:

- אם יש מדרגות – התקנת מעקה משני הצדדים.
- הנחת כיסא למנוחה בין הקומות במקרה ואין מעלית.

מקלחת:

- מומלץ להשתמש במקלחון ולא באמבטיה.
- רחצה בישיבה- כיסא רחצה. במידה ויש אמבטיה ניתן להתאים מושב רחצה לאמבטיה.
- ידיות אחיזה- גובה המותאם לאחיזה בישיבה ועמידה, לפי נוחות המטופל.
- שטיחון למניעת החלקה- שטיחון גומי עם ואקום, בתוך ומחוץ המקלחת.
- ספוג רחצה עם ידית ארוכה מאפשרת סיבון ללא כיפוף ומאמץ.

שירותים:

- ידיות אחיזה- בשני צדי השירותים
- הגבהה לאסלה
- דלת הנפתחת כלפי חוץ
- מומלץ להשאיר בלילה אור במסדרון המוביל לשירותים



שם המטופל: _____

תאריך _____

בוקר

מוצר	כמות	מוצר	כמות	מוצר	כמות	מוצר	כמות
ביצה	כלום / ¼ / ½ / הכל	פחמימה	דייסה	כלום / ¼ / ½ / הכל	אנשור אדוונס	כלום / ¼ / ½ / הכל	
לבן	כלום / ¼ / ½ / הכל	לחם/ לחמניה	מזון רפואי	אחר-	כלום / ¼ / ½ / הכל		
גבינה לבנה	כלום / ¼ / ½ / הכל	טחינה/ אבוקדו	אחר-				

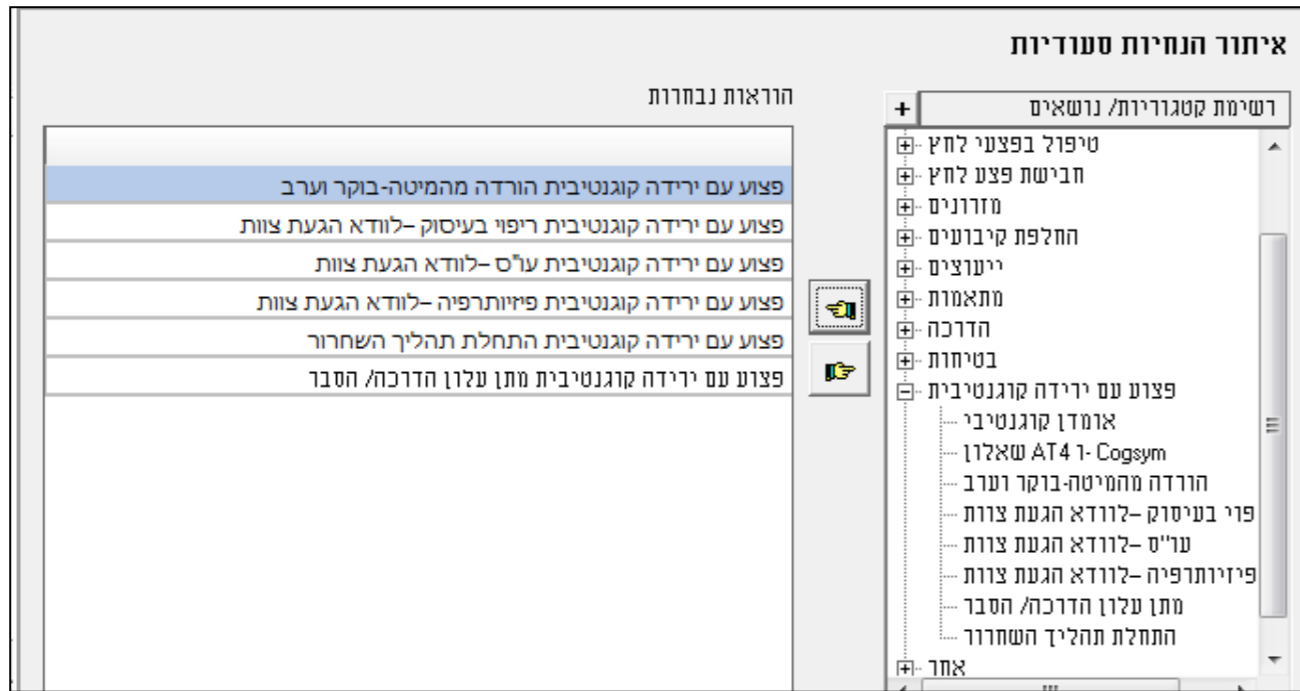
צהריים

מוצר	כמות	מוצר	כמות	מוצר	כמות	מוצר	כמות
שניצל/ צלי/ קציצות/ שוקיים/ פרגית	כלום / ¼ / ½ / הכל	פחמימה	פסטה/ אורז/ פירה/ פתיתים/ תפ"א/ קוסקוס	כלום / ¼ / ½ / הכל	אנשור אדוונס	כלום / ¼ / ½ / הכל	
			מרק	כלום / ¼ / ½ / הכל	אחר-	כלום / ¼ / ½ / הכל	

ערב

מוצר	כמות	מוצר	כמות	מוצר	כמות	מוצר	כמות
גבינה	כלום / ¼ / ½ / הכל	פחמימה	מרק	כלום / ¼ / ½ / הכל	אנשור אדוונס	כלום / ¼ / ½ / הכל	
לבן	כלום / ¼ / ½ / הכל	מנה חמה	מזון רפואי	אחר-	כלום / ¼ / ½ / הכל		
		קינוח	אחר-				
		טחינה/ אבוקדו	שומן	כלום / ¼ / ½ / הכל			

דוגמה לתיקיה במחשב לניהול טיפול רב מקצועי



חדר שינה:

- התאמת גובה המיטה לקימה נוחה, 45-50 ס"מ.
- מיקום המיטה- צד הקימה לפי הצד החזק בגוף, קירבה לדלת או לשירותים.
- הוספת מנורת לילה לצד המיטה.

ישיבה:

- מומלץ לשבת בכיסא יציב, עם משענת גב וידיות.
- גובה מומלץ לישיבה: 50-55 ס"מ מהרצפה, כשכפות הרגליים מגיעות לרצפה.
- ניתן להשתמש בכריות ספוג להגבהה (ספוג קשיח).

המלצות כלליות:

- הרחבת פתחים ודלתות ליצירת גישה חופשית.
- הזזת ריהוט ליצירת מעברים חופשיים בבית.
- הסרת מכשולים מהרצפה: הסרת שטיחים, קיבוע חוטי חשמל לקירות, אגרטלים ועוד.
- ארגון חפצים בהישג יד: כך שלא יידרש כיפוף או הושטת יד לגובה (במקרר, בארון, בארונות המטבח וכדומה).
- לחצן מצוקה
- תאורה לשעת חירום
- פסים למניעת החלקה

אביזרי עזר:

- גורב גרביים
- יד עזר
- כף נעליים ארוכה
- ידיות או מעקה למיטה
-
-

- מומלץ להיכנס לאתר "עזרים" באינטרנט www.azarim.org.il

ח | תיאור התוכנית

אנשי הצוות

ד"ר חנה קרצמן, רוחמה פרידמן, פרופ' דן ג'וסטו, ד"ר אלכסנדר קפלן, ד"ר וונדי חן, שרון חנניה, ליאת פירשטיין, אירית שיפר-מנשה, פרופ' דורון גרפינקל, ד"ר אייל צימלמן, ענבר מרום-טרבלסי

רקע

על פי הספרות והניסיון של המרכז הרפואי ע"ש שיבא, מודעות הצוות המטפל לאיתור וזיהוי מטופלים הסובלים מדמנציה בכלל וממצבי דליריום בפרט אינה גבוהה. לאור זאת, נראה כי מטופלים הלוקים בדמנציה ודליריום אינם עוברים הערכה מקצועית לאיתור הבעיה על ידי צוותים ייעודיים בעלי הכשרה מתאימה. הנטייה הקיימת הינה לתת למטופלים הסובלים מדליריום טיפול נוגד פסיכוזא או להגביל אותם פיזית בעת אי שקט פסיכומוטורי, דבר הגורם להגברת סיבוכים של תסמונת הדליריום. הבעיה חמורה יותר בקרב מטופלים הסובלים מדמנציה, היות והצוות המטפל נוטה לייחס את התנהגות המטופל ואי השקט למצב הקוגניטיבי ולא להיותו במצב של דליריום. בפועל, מטופלים אלו משתחררים ממסגרת אשפוז לקהילה או למסגרת אחרת ללא מעקב רציף ומסודר והרצף הטיפולי בין האשפוז לקהילה לוקה בחסר.

מידע אודות בית החולים

המרכז הרפואי שיבא, תל השומר, הינו מרכז רפואי אוניברסיטאי מודרני בעל קשרים חובקי עולם המשתרע על פני שטח של כ-800 דונם. במרכז הרפואי כ-1,500 מיטות, מתוכן 482 מיטות בבית החולים השיקומי. במרכז הרפואי מועסקים כ-7,000 עובדים מתוכם 1,250 רופאים ו-2,500 אחיות וכוחות עזר. כ-96,546 מטופלים מתקבלים לאשפוז בשנה וכ-180,000 מבקרים במחלקה לרפואה דחופה.

מטרות התוכנית ויעדיה

מטרת העל - התווית מדיניות בנושא זיהוי, טיפול ושחרור מטופלים הסובלים מדמנציה.

יעדי התוכנית:

- בחינת רמת הידע, המודעות והעמדות של הצוות הסיעודי בנושא זיהוי וטיפול במטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום.
- זיהוי מצב דליריום בקרב מטופלים המתקבלים לאשפוז במחלקות פנימיות, עם או ללא אבחנה של דמנציה באמצעות הטמעת אומדן (Confusion Assessment Method) CAM.
- קביעת נתיבי טיפול רפואיים בהתאם לממצאי אומדן ה-CAM.
- קביעת תוכנית טיפול סיעודית למטופל/ לבני המשפחה/ למטפל העיקרי.
- פיתוח תוכנית הכשרה לשיפור הידע, לזיהוי ולטיפול במטופלים הסובלים מדמנציה והטמעתה בקרב הצוות המטפל.
- יצירת קשר עם המטופל/ בני המשפחה/ המטפל עיקרי לאחר השחרור מאשפוז.

שלבי התוכנית

1. **הקמת ועדת היגוי** – הכוללת את סגן מנהל המרכז הרפואי המשולב ואחראי תחום איכות הטיפול והשירות הרפואי, סגנית מנהלת הסיעוד בבית החולים השיקומי, סגן מנהל המחלקה לגריאטריה שיקומית, מרכזת תחום בכירה בהנהלת הסיעוד, אחראי על שירות פיזיותרפיה, מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית ומרכזת מתנדבים.

ועדת ההיגוי אחראית על:

- התווית מדיניות בנושא זיהוי וטיפול במטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום.
- מעקב אחר מדדי איכות הטיפול בשיעור ביצוע אומדן CAM (לזיהוי מצב דליריום) ובשיעור הענות למתן טיפול תרופתי על פי הפרוטוקול שיקבע.

2. **הקמת צוות מומחים** – הכולל רופא גריאטר, אחות בכירה, עובדת סוציאלית ופיזיותרפיסט. צוות המומחים אחראי לתחומים הבאים:

- ביצוע סקר במטרה לבדוק את רמת הידע, המודעות ועמדות הצוות הסיעודי בנושא זיהוי וטיפול במטופלים עם דמנציה ודליריום.
- בדיקת אומדן ה-CAM לאיתור מצב דליריום במטופלים המתקבלים לאשפוז במחלקות פנימיות, עם או ללא אבחנה של דמנציה.
- כתיבת נוהל "איתור, זיהוי וטיפול במטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום".
- כתיבת פרוטוקול טיפולי להתוויית טיפול רפואי וסיעודי בהתאם למצבים מייצגים.
- התאמת נוהל ארגוני לשחרור מטופלים, המתייחס למטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום תוך שמירה על הרצף הטיפולי.
- הכשרת מרכזי נושא ממחלקות פנימיות, כוחות עזר בתכניות מוסדיות, אחיות חדשות בתוכניות קליטה מוסדיות, מתנדבים.

3. **הכשרת הצוות** - פיתוח מערך מובנה להכשרת צוות הרופאים, האחיות וצוות מקצועות הבריאות. מרכזי הנושא עוברים הכשרה עיונית מקיפה בת 8-10 שעות על ידי צוות המומחים, אשר בסיומה נדרשים ללמוד את התכנים ולהטמיע את התהליך בקרב הצוות במחלקה.

כל מרכז נושא מקבל ערכת הדרכה שכוללת:

- מצגת להעברת התכנים העיוניים לצוות המחלקה
 - סרטון ייחודי עם מצבים מייצגים של טיפול במטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום
 - נתיבי טיפול והתערבות בהתאם למצבים מייצגים
- (במסגרת התוכנית, הוכנסה ההדרכה לטיפול בחולה עם דמנציה/דליריום כחלק מתוכנית ההכשרה הארגונית לצוות סיעודי חדש ולכוחות עזר חדשים וותיקים).

4. **הקמת קבוצת אחים/ות מרכזיות נושא** - מינויים של מרכזי הנושא והפיכתם לשגרירי התהליך. עבודת המרכזות כוללת עבודת צוות מחלקתית עם מגוון המטופלים – רופאים, אחיות ומקצועות הבריאות השונים במחלקה. איתור אחות מרכזית/ת הנושא יתבצע על ידי מרכזת התחום בהתייעצות עם האחיות האחראיות.

פעילות מרכזי הנושא באה לידי ביטוי בשלושה תחומים עיקריים:

- שיפור רמת הידע של הצוות המטפל במחלקה
- שינוי התנהגות הצוות המטפל ושיפור היענותם ליישום נהלים, הנחיות, פרוטוקולים קליניים והמלצות מקצועיות
- שיפור איכות הטיפול ואיכות השירות הניתן למטופלים על ידי הצוות המטפל

5. זיהוי ואיתור מטופלים בקבלתם לאשפוז - פיתוח כלים ניהוליים לאבחון:

- זיהוי ואיתור מטופלים עם ירידה קוגניטיבית/דמנציה בקבלתם למחלקה – בקבלת כל מטופל בן 65 ומעלה מבוצעת אנמנזה רפואית וסיעודית המכוונת לאתר מטופלים עם ירידה קוגניטיבית. הניסיון מלמד כי התייחסות למצב הקוגניטיבי לעיתים אינה שלמה. במטרה להעלות את מודעות הצוות הרפואי והסיעודי לאיתור מטופלים עם ירידה קוגניטיבית, הנושא נכלל גם במסגרת תוכנית ההכשרה לאנשי הצוות.
- זיהוי ואיתור מטופלים עם דליריום - בקבלה לאשפוז במחלקות פנימיות. הערכת דליריום נעשית באמצעות אומדן ה-CAM לזיהוי דליריום, שמבוצע על ידי רופא לכל מטופל בן 65 ומעלה עד 24 שעות מקבלתו. אומדן חוזר מבוצע במקרים הבאים:
 - מדי יום, כל עוד המטופל במצב של דליריום
 - בכל שינוי במצב הפסיכומטורי של המטופל
 - בשחרור מטופל אשר אובחן במהלך אשפוזו עם דליריום

הבקרה על ביצוע האומדן מבוצעת באמצעות דו"ח מעקב ממוחשב, המרכז נתונים מהרשומות הממוחשבות.

6. ניהול הטיפול במהלך האשפוז – כתיבת פרוטוקולים ונתיבי טיפול להתערבות.

תוכנית ההתערבות במהלך האשפוז כוללת התייחסות לשלושה נתיבי טיפול עיקריים:

א. טיפול לא תרופתי – עיקרו טיפול תמיכתי, כגון:

- בדיקת התרופות שהמטופל נוטל
- הימנעות מהגבלה פיזית ומפעולות אשר עלולות להפר שינה, כגון מדידת סימנים חיוניים
- הגברת הפעילות הגופנית במהלך היום
- השגחה על המטופל, בעיקר על ידי אנשים מוכרים (רצוי בני משפחה)
- הימנעות מגירויים קיצוניים
- וידוא הימצאות עזרי שמיעה וראייה
- טיפול בכאב במידה וקיים

ב. טיפול תרופתי - כתיבת פרוטוקול לטיפול תרופתי, בהתאם לתמהיל המטופלים במחלקות השונות ובהתייחס למצבם הרפואי.

ג. הדרכה - הדרכת המטופל/בני משפחתו ו/או המטפל עיקרי על דרכי התמודדות וטיפול במצבי דמנציה ו/או דליריום. ההדרכה מתבצעת בעל פה, בכתב ובאמצעות סרטון.

תוכנית ההתערבות כוללת:ייעוץ רופא גריאטר

ייעוץ גריאטר יינתן לקראת שחרור למטופלים מעל גיל 65 המאובחנים בדליריום ללא אבחנה ידועה של דמנציה ולמטופלים מעל גיל 65 עם פגיעה קוגניטיבית ללא אבחנה ידועה של דמנציה. הייעוץ כולל הזמנת טיפול פיזיותרפיה למטופלים עם דמנציה המתקבלים לאשפוז מהבית ובדיקת ריבוי תרופות בקרב מטופלים.

פעילות פיזיותרפיה

מטרתה להעריך את רמת הסיכון לנפילות ולקבוע תוכנית טיפול מותאמת למצבו הרפואי של המטופל, הכוללת, למשל, תרגילים של שיווי משקל, תרגול מעברים, תרגול הליכה (כולל עלייה וירידה במדרגות), התאמת אביזרי עזר ושימוש בטיחותי, הדרכה לתרגול לחיזוק השרירים והתאמת אביזרי עזר. ההתערבות ניתנת לחולים אשר הגיעו לאשפוז מהבית וחוזרים לאחר האשפוז לביתם, וכוללת את הדרכת המטופל ו/או בני המשפחה ו/או המטפל אודות כללי זהירות ובטיחות במעברים, הליכה/הולכה, סידור והתאמת הבית למניעת נפילות והמלצות לאביזרי עזר להליכה (בהתאם לרמת התפקוד של המטופל). בנוסף, צוות הפיזיותרפיה יוזם הדרכות לצוות המחלקות אודות כללי זהירות ובטיחות במעברים, הליכה והולכת מטופל עם דמנציה, השגחה במעברים וסידור הבית בדגש על סביבה בטוחה למניעת נפילות.

פעילות מתנדבי "לב זהב"

פעילות המתנדבים הינה שלב משמעותי בהתערבות במטופלים הסובלים מירידה קוגניטיבית. מטרתה מתן תמיכה רגשית, חברתית, מילוי שעות פנאי ופיתוח תקשורת אישית משמעותית במידת האפשר עם המטופל ו/או בני משפחה, הנזקקים לסיוע של המתנדב. המתנדב מקבל הנחיות מתאימות להתערבות הנדרשת (תוך מתן חופש פעולה על פי מצב המטופל), ומדווח לאחראית המשמרת או מי מטעמה על הפעילות שביצע, קשיים שחווה ו/או נקודות חוזק לידיעת צוות המחלקה.

7. שחרור מתואם עבור חולי דמנציה – מבוצע על ידי העובדת הסוציאלית. יש להדגיש כי לתהליך השחרור מאשפוז חשיבות והשפעה על החלמה, מניעת סיבוכים, אשפוזים חוזרים ושביעות רצון המטופל ומשפחתו. מעבר מטופלים בין מערכי בריאות שונים טומן בחובו סכנה לכשלים כתוצאה ממיידע חסר. לפיכך, מידע בהקשר לתוצאי טיפול רפואי וסיעודי בעת האשפוז מהווה נדבך חיוני עבור המטופלים לצורך המשך הטיפול בקהילה (תוך שמירה על זכויות המטופל, כבוד האדם, שליטה על חייו, שמירה על סודיות ושיתוף המטופל והמערכת התומכות בו).

תפקיד העובדת הסוציאלית כולל:

- מעקב ובדיקה של תיקי המטופלים (לצורך איתור מטופלים הזקוקים להתערבות).
- מתן מענה מידי לצרכים רגשיים ו/או אינסטרומנטליים דחופים במהלך האשפוז (למטופל ולמשפחתו).
- זיהוי צרכי המטופל ובדיקת המענה הקיים בשירותים הקהילתיים.
- זיהוי צרכים של מטופלים שאינם מקבלים מענה בקהילה ונדרש גיוס שירותים ומשאבים חדשים.
- מעקב טלפוני כ-10 ימים לאחר השחרור לצורך הערכת מידת יישום התוכנית ובדיקת המשך טיפול בקהילה.

ט | דוגמאות לחומרי שיווק והפעלת התוכנית

דף הדרכה למשפחות



דף הדרכה לבני משפחה / מטפלים עיקריים המתמודדים עם בן משפחה הסובל מדמנציה

טיפול בבן משפחה הסובל מדמנציה מציב אתגרים רבים לבני המשפחה ו/או למטפל העיקרי. טיפול בבן משפחה עם דמנציה יכול לגרום לשינויים רבים ולהשפיע על שגרת החיים. התקדמות המחלה נפרסת על פני שנים רבות וגורמת לפגיעה קוגניטיבית ותפקודית, החל מאובדן זיכרון ושינויים באישיות עד לפגיעה בתפקוד היומיומי וביכולות שנהג למלא במשפחה ובחברה. דף הדרכה זה נועד להקנות לכם מידע ואסטרטגיות מעשיות להתמודדות עם מצבים המאפיינים מחלה זו.

מהי דמנציה?

דמנציה הינה אוסף של תסמינים המעידים על פגיעה בתפקודי המח הגבוהים כגון בעיות בזיכרון, שפה, זיהוי, יוזמה ושיפוט, בשילוב עם שינויים בהתנהגות וירידה תפקודית. יש מחלות רבות הגורמות לדמנציה כשהמוכרת והשכיחה הינה מחלת האלצהיימר. על פי רוב, הסימפטומים של מחלת הדמנציה מחמירים עם הזמן. אופי הסימפטומים וקצב החמרתם שונים מאדם לאדם, אך עם התקדמות המחלה המטופל יתקשה יותר ויותר בביצוע פעילויות יומיומיות עד לתלות מוחלטת באחרים. כמו כן, יכולת התקשורת המילולית שלו עם הסביבה תלך ותקטן והוא יכול לסבול מבעיות התנהגות שונות. למטופלים עם דמנציה מתקדמת יתכנו בעיות נוספות, כגון קשיים בתזונה ובבליעה או סיכון לזיהומים (כגון דלקות ריאות או דלקת בשתן).

השפעת האשפוז על מטופל עם דמנציה

עבור מטופל עם דמנציה, אשפוז עלול להחמיר בלבול, חוסר התמצאות בזמן ובמקום ומצבי תוקפנות וחרדה, עקב השינוי בשגרה וההימצאות בסביבה זרה. בנוסף, עקב מאפייני המחלה, יתכן שמטופלים אלו יתקשו לזכור או להבין את ההסבר שניתן להם על ידי אנשי הצוות, יתקשו לקרוא לעזרת אחות ואף ישכחו לשתות ולאכול כנדרש. בלבול ושכחה דוגמת אלו (הנקרא דליריום) עלולים להחמיר מצבי כאב, עצירות, חום, תת תזונה ואצירת שתן באשפוז.

מחשוב התוכנית

במטרה לאפשר מידע זמין ונגיש לכלל העוסקים בתחום ולמטפלים פותחו הרכיבים הבאים, אשר מוטמעים במערכת המחשוב של בית החולים:

- דו"ח ממוחשב לאיתור מטופלים עם דמנציה ודליריום במחלקות המשתתפות בתוכנית
- דף מידע למטופל ולבן המשפחה/מטפל עיקרי בנושא הדרכה וטיפול במטופל עם דמנציה
- רכיב לאחיות המרכזות את הטיפול הסיעודי במטופל עם דמנציה
- רכיב ייעודי לדיווח פעילות של עובדים סוציאליים המשתתפים בתוכנית
- רכיב ייעודי לדיווח פעילות של פיזיותרפיסטים המשתתפים בתוכנית
- רכיב ייעודי לתיעוד ייעוץ רופא גריאטר
- רכיב למילוי אומדן CAM על ידי הרופא

הכשרת צוותים

במקביל להפעלת התוכנית, מבוצעות הכשרות לצוות:

- הכשרה להעלאת מודעות בקרב צוות העובדים הסוציאליים והפיזיותרפיסטים המטפלים במטופלים הסובלים מדמנציה והמאושפזים בכלל מחלקות בית החולים.
- הכשרה של כוחות עזר בתהליך קליטה לעבודה וכן כחלק מתוכנית הכשרה שנתית קבועה.
- הכשרה לאחיות מוסמכות בתהליך הקליטה לעבודה וכתוכנית הכשרה לאחראיות משמרת.
- הפקת סרטון אנימציה להכשרת הצוות במחלקות בהתמודדות וטיפול במטופלים עם דמנציה.

שם הארגון	השירות הניתן	דרכי התקשרות
מרכז "ציפורה פריד" לתמיכה וסיוע למשפחות חולי אלצהיימר- עזר מציון	ייעוץ פרטני, קבוצות תמיכה, סדנאות, ייעוץ משפטי, סיוע במיצוי זכויות, ביקורי בית על פי הצורך, נופש לבני משפחה.	073-3956806 https://www.ami.org.il/ (דרך האתר של עזר מציון יש גישה לאתר של מרכז ציפורה פריד)
עמותת עמדא	אוזן קשבת ויעוץ לבני משפחה ולחולים, קבוצות תמיכה, קו חם, תכניות להפגה, טיפול ושימור איכות החיים לחולה ולבני משפחתו.	קו חם *8889 03-5341274 www.emda.org.il
עמותת קיירגיברס ישראל	יעוץ טלפוני למידע, הכוונה ותמיכה לבני משפחה מטפלים.	www.caregivers.org.il
קו חם – מרכז האלצהיימר	מתן מענה 24 שעות ביממה ולהתייעצות אודות ההתמודדות עם מחלת הדמנציה, ביקורי בית בעת הצורך.	072-3944847 www.alzheimer.org.il

זכרו, אתם לא לבד !

הצוות המטפל ישמח לעמוד לרשותכם בכל שאלה / בקשה לעזרה

תקשורת נכונה עם מטופל הסובל מדמנציה

יש לדבר עם מטופל הסובל מדמנציה כמו שאדם בריא היה רוצה שידברו אליו, ובעיקר כשווה בין שווים.

חשוב לסגל דרכי תקשורת טובות הכוללות:

- גישה חיובית – לחיך, לגעת ולהשתמש בשפת גוף חיובית.
- לתת את מלוא תשומת הלב – לנטרל רעשים סביבתיים כגון טלוויזיה ברקע, לדבר בגובה העיניים ולשמור על קשר עין.
- ניסוח ברור ושאלות פשוטות - להשתמש במילים פשוטות ובמשפטים שאינם מורכבים. לדבר לאט. לחזור על השאלות/ אמירה במידה והמטופל לא הבין. יש לשאול שאלה אחת בכל פעם ולשאול שאלות שאינן מכשילות אלא מקדמות.
- אין לנסות להתווכח או לתקן מטופלים עם דמנציה, גם כאשר הם טועים באמירותיהם או בהתנהגותם. עימותים וויכוחים אלו עלולים להחריף את חוסר האונים של המטופל ושלך.
- מוצע לשוחח על העבר – במטופלים עם דמנציה, הזיכרון לטווח הארוך שמור ברמה טובה יותר מאשר הזיכרון לטווח הקצר. כדאי לשאול שאלות על העבר, לספר סיפורים מהעבר ואף לבקש מהמטופל עצמו לספרם, להביט אתו בתמונות, להקשיב למוזיקה ולצפות בסרטים. זיכרונות וחוויות העבר יכולים להיות הדרך הטובה ביותר לנהל שיחה עם המטופל.
- אין לערוך מבחני זיכרון – אין לעמת את המטופל עם מציאות שאינה זוכר. יש להציג בפניו אנשים ולהסביר את משמעותם של חפצים בצורה מכבדת.

זכויות ושירותים

עם החרפת המחלה, נזקק המטופל להשגחה ולסיוע צמוד. בני המשפחה עשויים להזדקק לסיוע בהיבט זה או בהיבטים אחרים הנוגעים בהתמודדות היום יומית ובטיפול. העובדת הסוציאלית של המחלקה תסייע לכם בהדרכה, ליווי, גיוס המשאבים ומיצוי הזכויות להן הנכם זכאים. צוות המחלקה בסיוע אנשי מקצוע בקהילה יסייעו לכם בהתמודדות עם האתגר הפיזי והרגשי.

לרשותכם רשימת שלוש עמותות וקו חם המעניקים תמיכה, סיוע ומידע לבני משפחה המתמודדים עם טיפול בחולי דמנציה. פרט אליהם, קיימים עמותות וארגונים נוספים, עליהם תוכלו לקבל מידע מהעובדת הסוציאלית של המחלקה.

מפה לטיפול סיעודי



מפה טיפולית סיעודית – ריכוז בעיות/סימנים, התערבות ובקרה במטופלים הסובלים מדמנציה

סיבוך	סימנים ותופעות	התערבות	בקרה
הפרעות שינה	<ul style="list-style-type: none"> • ערנות בלילה ונטייה לישון שעות רבות במהלך היום, שעות שינה מתקצרות 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ אנמנזה באמצעות משפחה / מטפל על הרגלי השינה ▪ להימנע מגירויים / טיפולים שאינם הכרחיים בשעות הלילה כגון: רחצה, סימנים חיוניים, להמעיט בשעות שינה במהלך היום 	<ul style="list-style-type: none"> ○ בקבלה – תיעוד הרגלי שינה ○ דו"ח מעקב איכות השינה בדו"ח הסיעוד
כאב במטופל שלא יודע לבטא את תחושת הכאב	<ul style="list-style-type: none"> • אי שקט פסיכומטורי, טכיקרדיה בלבול 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ביצוע אומדן כאב המותאם למטופלים שאינם מתקשרים מסוג PAIND ▪ מתן אנלגטיקה לפני פעולות היכולות לגרום כאב ו/או על פי ממצאי האומדן ▪ מדידה חוזרת של אומדן כאב 	<ul style="list-style-type: none"> ○ רכיב "מעקב כאב" – ביצוע אומדן כאב המותאם למצב המטופל ○ אחת ליממה ועל פי הנחיות הנהל ○ מדידה חוזרת אחרי מתן טיפול לכאב
מחלה זיהומית חריפה	<ul style="list-style-type: none"> • אי שקט חום גבוה 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ מדידת חום ומתן טיפול בהתאם לצורך 	<ul style="list-style-type: none"> ○ רכיב "מדדים" – מדידת חום פעם במשמרת ו/או על פי הצורך
אי שליטה על סוגרים	<ul style="list-style-type: none"> • אי שליטה על מתן שתן וצואה 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ אי שליטה ידועה טרם האשפוז – שמירה על שלמות העור, הדרכה המשפחה / המטפל העיקרי למעקה אחר ההפרשות, הדרכה לחשיבות דיווח המטפל העיקרי על יציאות ▪ אי שליטה חדשה במהלך האשפוז – הדרכת המטפל העיקרי לחשיבות תזכורת יזומה לריקון שלפוחית השתן, לקבוע זמנים להליכה לשירותים, להמעיט בשתייה לפני השינה, להימנע ממשקאות עם קפאין וסוכרים לפני השינה 	<ul style="list-style-type: none"> ○ בקבלה – אופן מתן ההפרשות ○ ברכיב הייעודי – "תוכנית טיפול והתערבות"
עצירות	<ul style="list-style-type: none"> • אי שקט, אגרסיביות, הפרעות שינה 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ מתן תכשירים למניעת עצירות 	<ul style="list-style-type: none"> ○ בדיקת יציאות פעם במשמרת
אצירת שתן	<ul style="list-style-type: none"> • אי שקט, אגרסיביות, הפרעות שינה 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ מעקב אחר מתן שתן ▪ בדיקת שארית שתן מעקב אחר מאזן נוזלים 	<ul style="list-style-type: none"> ○ בדיקת תיעוד מתן שתן בדיווח הסיעודי ○ בדיקת שארית שתן במידת הצורך ○ במטופלים עם קטטר/ פנרוס, תיעוד הפרשת השתן בטבלת המדדים

סיבוך	סימנים ותופעות	התערבות	בקרה
החמרה בסימני דמנציה	ירידה בתפקוד הקוגניטיבי	<ul style="list-style-type: none"> ▪ שימוש במיומנות תקשורתית עם חולה דמנטי 	<ul style="list-style-type: none"> ○ תיעוד הדרכה בכתב באמצעות מכתב ייעודי
	פגיעה בזיכרון הפוגעת בשגרת החיים	<ul style="list-style-type: none"> ▪ יש להימנע ככל שניתן משינוי מקום 	<ul style="list-style-type: none"> ○ תיעוד הדרכה בעל פה למשפחה / מטפל עיקרי ברכיב "הדרכות" בקבלה לאשפוז ובכל שינוי במצב הקוגניטיבי של המטופל
	חוסר התמצאות במקום ובזמן	<ul style="list-style-type: none"> ▪ לאפשר גירויים מכוונים כגון שעה, לוח שנה 	
	קשיי ריכוז	<ul style="list-style-type: none"> ▪ תאורה מתאימה 	
	שיפוט לקוי	<ul style="list-style-type: none"> ▪ שימוש במוזיקה מרגיעה 	
	חוסר יכולת להתמודד עם משימות מורכבות או חדשות	<ul style="list-style-type: none"> ▪ להימנע ככל שניתן מגירויים שאינם הכרחיים בלילה (רחצה, סימנים חיוניים) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ בקרת סביבה בטוחה באמצעות סגנויות אחיות אחראיות
	קשיים בתקשורת וירידה בתפוקת הדיבור	<ul style="list-style-type: none"> ▪ להבטיח סביבה בטוחה 	
	קושי בביצוע מטלות מוכרות (כגון: אכילה)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ אוריה שקטה ורגועה ככל הניתן 	
	נפילות חוזרות	<ul style="list-style-type: none"> ▪ להימנע ככל שניתן מהגבלת חופש 	
	שינויים התנהגותיים ופסיכולוגיים	<ul style="list-style-type: none"> ▪ שיתוף מטפלים עיקריים בהדרכה על אוריינטציה, שלמות העור, מניעת התפתחות פצע לחץ, בטיחות וסיכון לנפילה 	
מצבי רוח קיצוניים	<ul style="list-style-type: none"> ▪ התאמת מעורבות מטפלים עיקריים לצרכי המטופל ▪ הדרכת משפחה/מטפל עיקרי ועידוד המשפחה לנוכחותם לצד המטופל, הערכת משאבים קיימים לעזרה בהתמודדות עם השהייה בבית, שיתוף בתוכנית הטיפול הרפואית, סיעודית וסוציאלית ▪ וידוא מעורבות עובד סוציאלי במידת הצורך 	<ul style="list-style-type: none"> ○ בקרת מעורבות עובדת סוציאלית 	
	בלבול, חרדה, דיכאון, תוקפנות, חשדנות, מחשבות שווא, דלוזיה	<ul style="list-style-type: none"> ▪ הפניה ליועץ פסיכיאטר / גריאטר במידת הצורך 	

טופס טיפול סיעודי

טיפול סיעודי במטופל עם דמנציה

שם אחות – מרכז/ת טיפול _____ תאריך _____

חלונית למלל חופשי להסבר	
מנין התקבל המטופל ?	בית <input type="checkbox"/> מסגרת אחרת <input type="checkbox"/>
מעורבות המשפחה במהלך האשפוז	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
נוכחות מטפל אישי	כן <input type="checkbox"/> פרט _____ לא <input type="checkbox"/> פרט _____
תיעוד אבחנה של דמנציה ברכיב "אבחנות"	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> התערבות: <input type="checkbox"/> פניה לרופא לתיעוד האבחנה <input type="checkbox"/> ווידוא כתיבת האבחנה על ידי הרופא
ביצוע CAM בקבלה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> התערבות: <input type="checkbox"/> פניה לרופא לביצוע האומדן <input type="checkbox"/> ווידוא ביצוע האומדן
האם מטופל הוגדר במצב דליריום?	כן <input type="checkbox"/> הופעל פרוטוקול רפואי/תרופתי <input type="checkbox"/> לא הופעל פרוטוקול רפואי <input type="checkbox"/> לא רלוונטי (לא בדליריום)
במידה והמטופל באי שקט פסיכומוטורי - האם הופעלה התערבות?	כן <input type="checkbox"/> התערבות: מיקום מטופל בחדר קרוב לתחנת האחות <input type="checkbox"/> הסבר למשפחה על הסיכון לנפילה ועל חשיבות נוכחות בן משפחה/מטפל <input type="checkbox"/> מתן טיפול תרופתי בהתאם לפרוטוקול <input type="checkbox"/> שימוש בחגורת ייצוב גוף למניעת נפילה לא <input type="checkbox"/> פרט (שיקול רפואי, בקשת המשפחה, יש צורך ולא ניתן)
האם המטופל יורד מהמיטה?	כן <input type="checkbox"/> התערבות: ווידוא שימוש באבזרי עזר לניידות <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> סיבה (רפואית, מצב ההכרה, אחר) _____
האם היתה התייחסות טיפולית להפרעות שינה?	כן <input type="checkbox"/> פרט _____ לא <input type="checkbox"/> לא רלוונטי <input type="checkbox"/>
מדידת רמת הכאב בעזרת אומדן מתאים	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> התערבות: פנייה לצוות הסיעודי <input type="checkbox"/>
האם ההתערבות למניעת נפילות הינה בהתאם לגורמי הסיכון של המטופל	כן <input type="checkbox"/> פרט _____ לא <input type="checkbox"/>

סיבוך	סימנים ותופעות	התערבות	בקרה
בעיות באכילה לעיסה ובליעה	• שיעול, אספירציות, שינוי בקול, צרידות	<ul style="list-style-type: none"> האכלה איטית וכלכלה מותאמת בישיבה מוגבהת מעקב אחר סימני אספירציה במידת הצורך בדיקת בליעה על ידי קלינאית תקשורת 	<ul style="list-style-type: none"> תיעוד סוג הכלכלה והמרקם בתוכנית טיפול והתערבות בדיקת תיעוד קלינאית תקשורת במידה ובדקה את המטופל
תת תזונה	• סירוב לאכול ולשתות • אפטיות הפרעות במשק האלקטרוליטים	<ul style="list-style-type: none"> קבלת מידע מהמטפל העיקרי לגבי הרגלי תזונה ושתיה ביצוע אומדן כלכלה שילת הפרעה בבליעה הפנייה לדיאטנית על פי הנוהל הדרכת מטפל עיקרי למתן אוכל ושתיה הוספת תוספי תזונה במידת הצורך הימנעות במידת האפשר מהחדרת זונדה 	<ul style="list-style-type: none"> אומדן תזונה MUST עד 8 שעות מהקבלה בקרת תיעוד דיאטנית במידה ובדקה את המטופל
הפרעה בניידות תנועה קואורדינציה	• הימנעות מביצוע פעולות מוטוריות, הגבלה בניידות, סרבול בתנועות	<ul style="list-style-type: none"> הדרכת המשפחה ו/או המטפל העיקרי לעודד עצמאות על פי יכולת המטופל עידוד להליכה מעורבות פיזיותרפיסט במידת הצורך הדרכת בן משפחה / מטפל עיקרי לבטיחות ומניעת נפילות הדרכה למתן הוראה בודדת בכל פעם חלוקת פעולה מורכבת למספר פעולות קטנות עזרה בתחילת התנועה ויצירת אווירה רגועה 	<ul style="list-style-type: none"> מתן הוראה לנייד והורדת המטופל מהמיטה בדיקת תיעוד פיזיותרפיסט במידה ובדק את המטופל
ליקוי בחושים שמיעה ראייה מאובחנים ולא מאובחנים	• בלבול ואגרסיביות	<ul style="list-style-type: none"> ווידוא שימוש באבזרי עזר על פי הצורך הדרכת המשפחה / המטפל העיקרי לצורך התאמת אבזרי עזר על פי מצב המטופל 	<ul style="list-style-type: none"> בקבלה – תיעוד חושים והימצאות אבזרי עזר (מכשיר שמיעה, משקפיים, זכוכית מגדלת). הדרכת משפחה

טופס תוכנית התערבות - פיזיותרפיסט



תוכנית התערבות פיזיותרפיה במחלקות הפנימיות במסגרת מיזם דמנציה

רקע

טיפול פיזיותרפיה ניתן לכל מטופל על פי הוראה רפואית וזאת לצורך פיזיותרפיה נשימתית ו/או הפעלתית ו/או לצורך הערכה לשיקום.
 במסגרת תוכנית המיזם נוספו קריטריונים להכללה: מטופלים עם אבחנה של דמנציה שהתקבלו לאשפוז מהבית ומיועדים לחזור לביתם.

תוכנית ההתערבות תכלול:

1. קריאת הגיליון הרפואי והוצאת פרטים רלוונטיים כולל מצב סוציאלי.
2. ראיון משפחה ו/או מטפל אודות:
 - מצבו התפקודי של המטופל בבית טרם האשפוז
 - נפילות בחצי שנה האחרונה
 - תנאים בבית
 - טיפולים שמקבל בבית
3. הערכה ראשונית מלאה כולל הערכה תפקודית כולל רמת הסיכון לנפילות.
4. הגדרת מטרות טיפול תפקודיות מדידות ותוכנית טיפול להשגת המטרות.
5. תוכנית הטיפול במטופל תותאם למצבו הרפואי ותכלול טיפולים כגון:
 - עבודה על שיווי משקל
 - תרגול מעברים
 - תרגול הליכה כולל עלייה וירידה במדרגות
 - התאמת אביזרי עזר ושימוש בטיחותי
 - הדרכה לתרגול חיזוק שרירים
6. הדרכת המטופל ו/או משפחה ו/או המטפל אודות כללי זהירות ובטיחות במעברים, הליכה/ הולכה, סידור והתאמת הבית למניעת נפילות.
7. המלצות לאביזרי עזר להליכה בהתאם לרמת התפקוד של המטופל בהערכה הראשונית, רמת העזרה הנדרשת/ השגחה במעברים/ הליכה/ הולכת המטופל.
8. הדרכות יזומות לצוות אודות: כללי זהירות ובטיחות במעברים, הליכה והולכת מטופל דמנטי, השגחה במעברים, סידור הבית בדגש על סביבה בטוחה למניעת נפילות.

האם המטופל במצב תזונתי ירוד לפי אומדן MUST (3 ומעלה)?	כן <input type="checkbox"/> התערבות: נבדק על ידי דיאטנית <input type="checkbox"/> וידוא לא <input type="checkbox"/> לא רלוונטי <input type="checkbox"/>
האם למטופל יש בעיות בליעה?	כן <input type="checkbox"/> התערבות: בירור צורך בהזמנת קלינאית תקשורת <input type="checkbox"/> וידוא לא <input type="checkbox"/> לא רלוונטי <input type="checkbox"/>
האם והמטופל סובל מעצירות למעלה מ- 3 ימים?	כן <input type="checkbox"/> התערבות: בוצעה התערבות בעלת השפעה לא <input type="checkbox"/> ל.ר. <input type="checkbox"/>
המצאות אביזרי עזר לליקוי שמיעה וראיה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> התערבות: פנייה למשפחה להביא מכשיר שמיעה ל.ר. <input type="checkbox"/>
בדיקה קלינית לאצירת שתן	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ל.ר. <input type="checkbox"/>
פנייה לעובדת סוציאלית	כן <input type="checkbox"/> תאריך _____ לא <input type="checkbox"/> _____ ל.ר. <input type="checkbox"/>
פנייה לפיזיותרפיסט	כן <input type="checkbox"/> תאריך _____ לא <input type="checkbox"/> _____ ל.ר. <input type="checkbox"/>
פנייה למתנדב/ת	כן <input type="checkbox"/> תאריך _____ לא <input type="checkbox"/> _____ ל.ר. <input type="checkbox"/>

שיחה בין מרכז הטיפול לבין בן משפחה/מטפל: כן פרט _____
לא ל.ר.

האם ניתנה הדרכה בכתב: כן פרט למי _____ לא ל.ר.

טופס תוכנית התערבות - עובדת סוציאלית



תכנית התערבות ותכנון שחרור - מיזם דמנציה
השירות לעבודה סוציאלית

רקע

מטרת השירות הסוציאלי הינה סיוע בהשגת יעדי הטיפול הרפואי וקידום רווחתם ואיכות חייהם של המטופל ובני משפחתו.

דמנציה (שיטיון) היא מחלה בה נפגעים התפקודים הקוגניטיביים (יכולות החשיבה) והמנטליים (התפקודים הרגשיים וההתנהגותיים). מחלת הדמנציה פוגעת באופן הדרגתי בזיכרון, ביכולת החשיבה, בהתמצאות בזמן ובמרחב וביכולת לזהות אנשים וחפצים. עקב כך חלה ירידה הדרגתית גם ביכולת לבצע פעילויות יומיומיות ולתקשר עם הסביבה. כחלק ממהלך המחלה סובל החולה מתופעות של בלבול, רוגז, חשדנות ואף התקפי אלימות. עם התקדמות המחלה החולה יתקשה יותר ויותר בביצוע פעולות יומיומיות וצפוי לסבול מירידה משמעותית בתפקוד עד לתלות מוחלטת בזולת.

התמודדות עם בן משפחה החולה בדמנציה משנה את המערך המשפחתי ומחייבת התארגנות מחודשת וחלוקת הנטל. פעמים רבות, לבני המשפחה אין מספיק ידע על המחלה, על השירותים הזמינים בקהילה, על תסמיניה ועל ניהול הטיפול בה, כמו למשל כיצד להתמודד עם ביטויים התנהגותיים של החולה.

המטפל העיקרי בחולה הסובל מדמנציה מתמודד עם העומס הכרוך בטיפול בחולה, ומוטל עליו למלא מערכת תפקידים כפולה אשר עשויה להוביל למתח, תחושת בדידות, תסכול ושחיקה נפשית. לעיתים, עומס הטיפול עלול ליצור כעס על החולה (הנובע ממצב התלות או מהיעדר מערכת תמיכה מספקת) ואף להוביל להזנחה בטיפול בחולה.

העובדת הסוציאלית תסייע במהלך האשפוז לחולה ו/או לבני משפחתו בהתמודדות עם מצבו הרפואי והשלכותיו הפסיכוסוציאליות. תסייע בשיפור התפקוד האישי והבינאישי, במיצוי אופטימלי של משאבים משפחתיים, בגיוס משאבים קהילתיים, חברתיים ומוסדיים ובמיצוי זכויות להשגת יעדי הטיפול.

1. איתור וזיהוי חולים

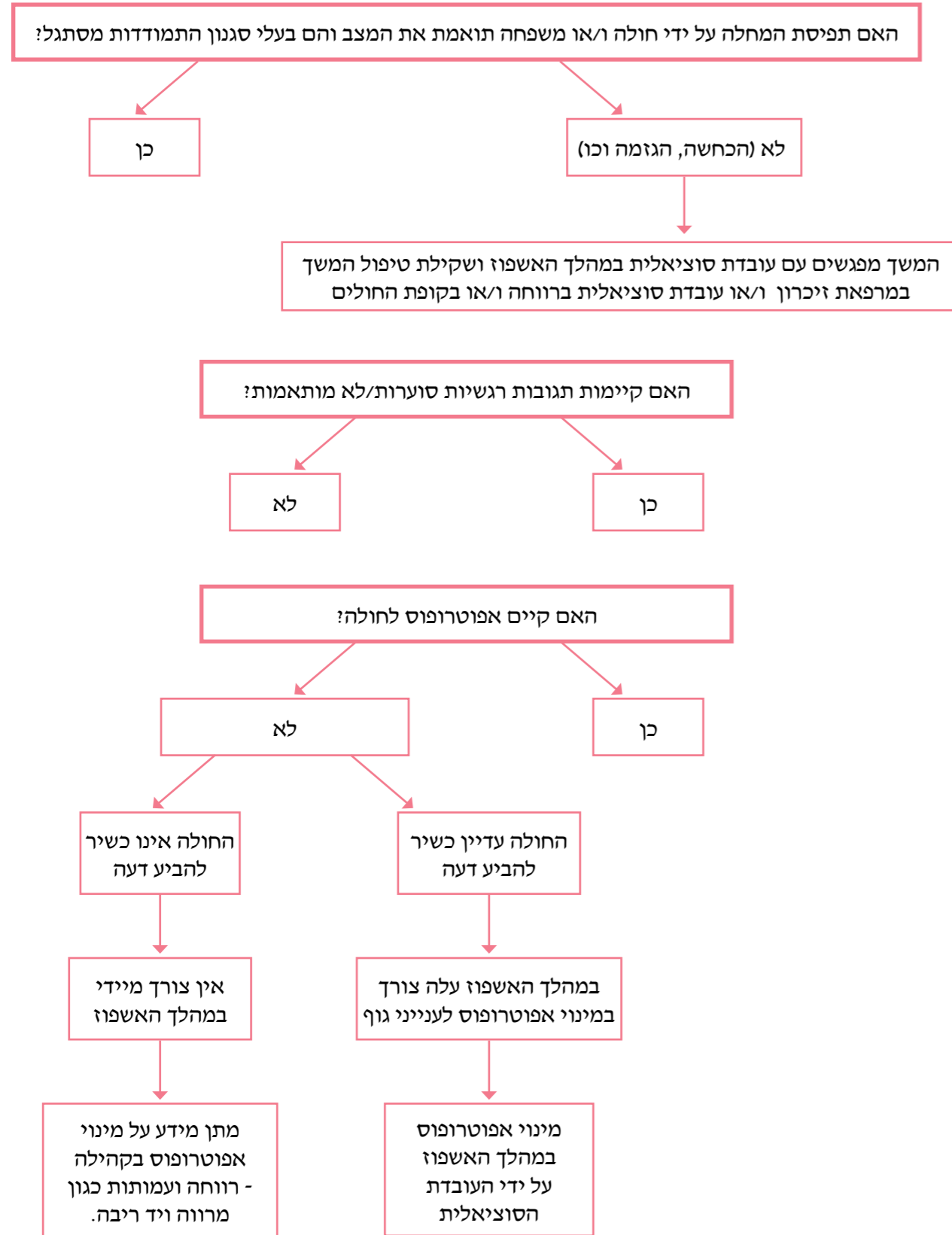
עובדת סוציאלית העובדת במסגרת המיזם תבצע התערבות יזומה וזיהוי מוקדם בחולים המאושפזים עם דמנציה בהתאם לדו"ח יומי (קישור לדו"ח, נספח א'). ההתערבות הראשונה תהיה 24 שעות מהאשפוז, בהמשך במהלך האשפוז ולאחר מכן במסגרת מעקב לאחר השחרור.

מאפייני הדוח: פרטי החולה, מחלקה, תאריך קבלה, מספר ימי אשפוז, מספר התערבות עובדת סוציאלית באשפוז נוכחי, אבחנה של דמנציה (אבחנות רקע, אבחנות באשפוז, תחלואה נלווית).

העובדת הסוציאלית תבצע התערבות בחולים ומתן קדימות בהתאם לנתונים הבאים שנצפו בדו"ח היומי:

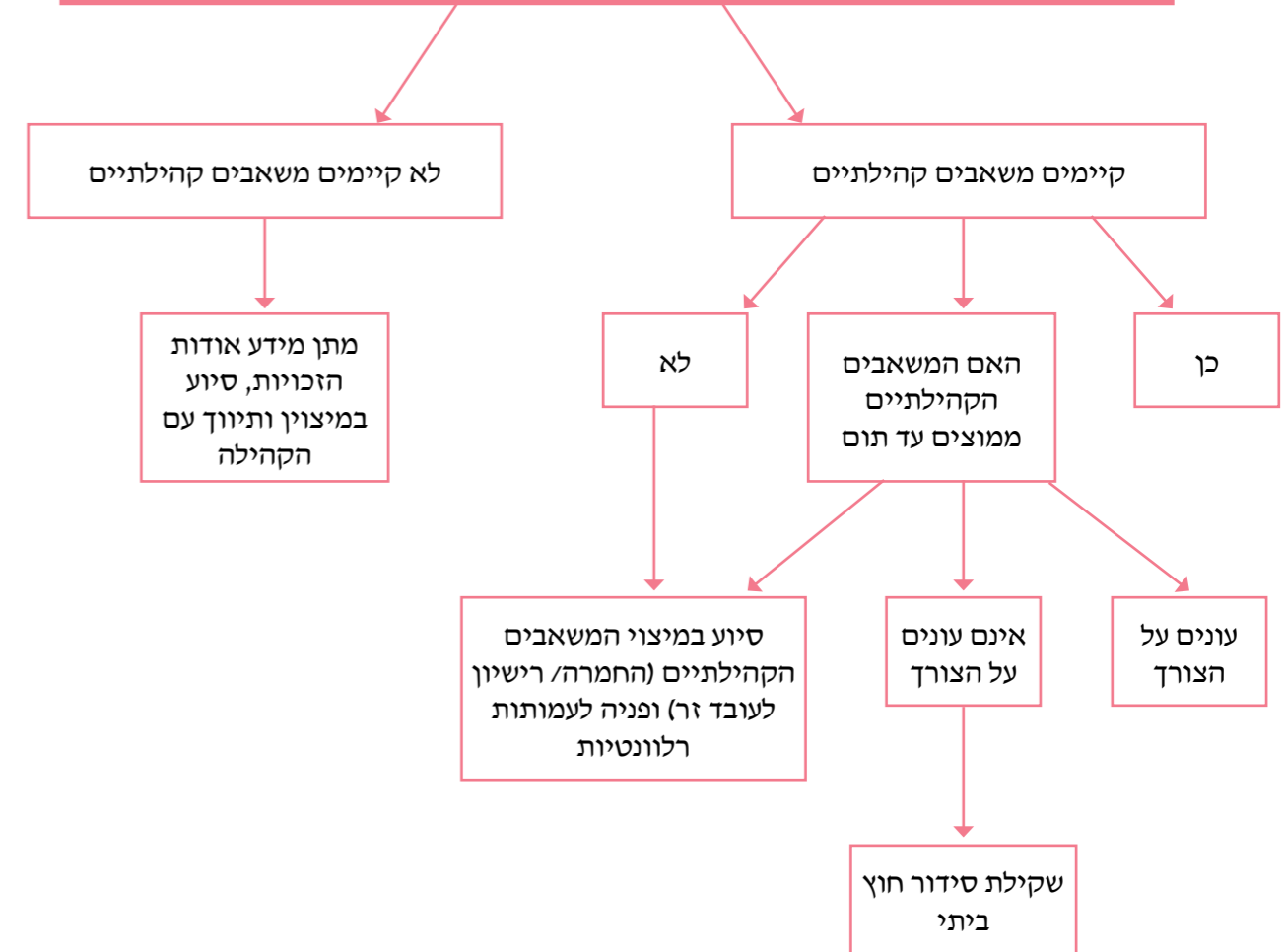
1. אבחנה: התערבות בחולה עם אבחנה ידועה של דמנציה טרם האשפוז.
2. משך אשפוז: התערבות בחולה אשר בהתאם לדו"ח היומי נצפה מספר גבוה יותר של ימי אשפוז.
3. התערבות עובדת סוציאלית:
 - הערכה פסיכוסוציאלית למיפוי המצב האישי והמשפחתי של החולה, הערכת גורמי תמך, יכולת וסגנון התמודדות ותפיסת המחלה של החולה ומשפחתו, תגובות רגשיות, התמודדות עם קשיים נוספים, מעורבות של גורמים מקצועיים מטפלים בקהילה.
 - קביעת תכנית טיפול שתיתן מענה לצרכים הרגשיים והאינסטרומנטליים ויישומה (גיוס שירותים אחרים, מיצוי זכויות, עזרה בקבלת החלטות) אשר זוהו בהערכה, תוך התייחסות לצרכים לטווח הקצר והארוך, במהלך האשפוז ולאחר מכן.
 - דף מידע על סיוע פסיכו-סוציאלי בקהילה הוכן ויחולק לחולה ו/או למשפחתו.

2. התערבות ותכנון שחרור



הערכה פסיכוסוציאלית:

- קבלת מידע על שלב המחלה מהצוות ו/או הגיליון הרפואי.
- מפגש עם חולה ו/או משפחה:
 - רקע אישי, רקע משפחתי.
 - זיהוי המטפל העיקרי (care giver).
 - מיפוי משאבים קהילתיים:
 - שירותי הרווחה (מוכר/לא מוכר).
 - חוק סיעוד (האם קיים וכמה)
 - האם קיים אפוטרופוס (גוף ו/או רכוש).
 - האם קיים יפוי כח (רפואי/כלכלי).
- הערכה לגבי תפיסת המחלה על ידי חולה ו/או משפחה.
 - הערכה לגבי התגובה הרגשית של החולה ו/או משפחה.
 - הערכת יכולת ההסתגלות וסגנון ההתמודדות של החולה ו/או משפחתו.



3. מעקב טלפוני לאחר השחרור

תכנון שחרור: בתוכנית הטיפול למאושפז החולה בדמנציה משמעות רבה על שמירת הרצף הטיפולי ותיאום בין הגורמים בקהילה. העובדת הסוציאלית במסגרת המיזם תיצור קשר טלפוני עם החולה ובני משפחתו לאחר השחרור מבית החולים.

אוכלוסיית יעד למעקב טלפוני

המעקב הטלפוני יתבצע לחולים אשר בהתאם להערכה הפסיכוסוציאלית ותוכנית ההתערבות במסגרת האשפוז, העובדת הסוציאלית התרשמה כי יש צורך בהמשך טיפול ומעורבות בקהילה:

1. משאבים קהילתיים:

- לחולה לא קיימים משאבים קהילתיים.
- המשאבים הקהילתיים אינם ממוצים עד תום.
- המשאבים הקהילתיים ממוצים עד תום אך אינם עונים על הצורך.

2. תפיסת המחלה ותגובות רגשיות של החולה/או משפחה:

- תפיסת המחלה אינה תואמת את המצב.
- סגנון התמודדות של החולה/או משפחתו אינו מסתגל.
- קיימות תגובות רגשיות סוערות/לא מותאמות.

3. אפוטרופוס:

- לחולה אין אפוטרופוס ואינו כשיר להביע דעה. במהלך האשפוז המשפחה קיבלה מידע על הליך מינוי אפוטרופוס בקהילה.

מעקב טלפוני

בשיחה הטלפונית לאחר השחרור, העובדת הסוציאלית תבדוק עם החולה/או משפחתו האם בוצעו ההמלצות שניתנו במהלך האשפוז והאם יש צורך בהמשך תיאום ותיווך מול גורמים בקהילה.

מועד השיחה: 7-14 ימים ממועד השחרור מבית החולים.

מהלך השיחה:

1. מה שלום החולה והאם חל שיפור/החמרה במצבו מאז האשפוז.
2. האם בוצעו ההמלצות שניתנו במהלך האשפוז:
 - פניה לקבלת משאבים קהילתיים.
 - פניה לקבוצות תמיכה או גורמי טיפול רגשיים.
 - האם החלו בתהליך מינוי אפוטרופוס.
 - האם נוצר קשר עם רופא בקהילה/ קופת חולים.
3. במידה וההמלצות שניתנו במהלך האשפוז לא בוצעו, יש לבדוק מהם הגורמים המעכבים ולסייע בהתאם בתיווך מול גורמים רלוונטיים בקהילה.

4. מדדי הצלחה והערכה של פעילות העובדת הסוציאלית במיזם

- איתור וזיהוי מוקדם של העובדת הסוציאלית במהלך האשפוז (3 ימי עבודה מיום האשפוז).
- עלייה במספר מאושפזים החולים בדמנציה המטופלים על ידי עובדת סוציאלית במהלך האשפוז.
- עלייה במספר פגישות העובדת הסוציאלית עם משפחות/מטופלים עם דמנציה במהלך האשפוז (העובדת הסוציאלית תיפגש עם החולה ומשפחתו לפחות פעם בשבוע ובהתאם לצורך).
- ביצוע מעקב טלפוני לאחר השחרור.

נספח א'- קישור לדוח איתור וזיהוי חולים במערך האשפוז

נספח ב'- זכויות ושירותים בקהילה

שירות	טלפון
טיפול אישי בבית	המוסד לביטוח לאומי
	גמלת סיעוד, קצבת נכות ושר"מ
	היתר העסקה לעובד זר, רשות ההגירה
הקרן לרווחת ניצולי שואה, שעות סיעוד	03-6090866
מסגרת חוץ ביתית	סידור מוסדי, משרד הבריאות
	משרד הבריאות – מכשירי שיקום וניידות, התאמת תנאי דיור
ניידות ואביזרי עזר	עמותת מילב"ית, ייעוץ והתאמת אביזרי עזר
	יד שרה, השאלת ציוד רפואי ושיקומי
	עזר מציון, השאלת ציוד רפואי ושיקומי
	תו חניה לרכב, משרד הרישוי
שירותים בקהילה	שירותי משרד הרווחה בקהילה - מרכזי יום לקשיש, קהילה תומכת, ליווי
שירותים תומכים לבני משפחה	עמותת מלב"ב, תכנית מקצועית להפעלה בבית (מוסיקה, תנועה, ריפוי בעיסוק) בתשלום
	עמותת עמדא: מידע, ליווי, קבוצות תמיכה, תכניות פיתוח
מידע משפטי (ייפוי כח, אפוטרופוסות)	יד לתומך, לבני משפחה מטפלים
	מרכז ציפורה פריד, עזר מציון-הכוונה, ייעוץ, קבוצות תמיכה
טלפונים למידע כללי וסיוע	יד ריבה
	עמותת המשפט בשירות הזקנה
קופות חולים היחידה לטיפול בית, הערכה גריאטרית, תמיכה רגשית וליווי על ידי עובדת סוציאלית	המשרד לאזרחים ותיקים
	מרכז המידע של אשל
	כללית
	מכבי
מאוחדת	
לאומית	

פרוטוקול טיפול בדליריום



**פרוטוקול לאבחון וטיפול בדמנציה ודליריום במטופלים בני 65 ומעלה
המאושפזים במחלקות פנימיות וגריאטריות פנימיות**

רקע:

דמנציה או קיהיון בעברית, הינה תסמונת תלוית גיל המוגדרת בשנים האחרונות כ"מגפה בעולם המערבי". שיעור היארעות של דמנציה מעל גיל 65 הינה כ 5% ובגילאים 85 ומעלה הינה כ 40%. גילוי של דמנציה או ירידה קוגניטיבית מהווה אתגר לרופא מטפל באשפוז ובקהילה. עד היום שיעור איתור וזיהוי של התסמונת הינו נמוכים מאוד. במהלך אשפוז קצר מועד במחלקות חריפות, לא ניתן לאבחן דמנציה, אך ניתן לאבחן ירידה קוגניטיבית על ידי ביצוע מבחני סקר קצרים. לאבחון ירידה קוגניטיבית במהלך האשפוז חשיבות רבה בשיפור המעקב הרפואי וניהול הטיפול במטופל במסגרת הקהילה. עם האבחון יש לערב ולשתף שותפים נוספים ממקצועות הבריאות במטרה להעניק טיפול מיטבי. בנוסף, עולה כי חולים הסובלים מירידה קוגניטיבית או מחלה נורודגנרטיבית נוטים לפתח דליריום באחוז גבוה יותר בהשוואה לחולים ללא פגיעה קוגניטיבית. שכיחות תסמונת **דליריום** בקרב מטופלים מאושפזים בגילאי 65 ומעלה הוא 11%-24%. היארעות התסמונת במהלך האשפוז במחלקות בתי חולים כלליים מגיעה ל-53% ובמחלקות טיפול נמרץ עד 73%. במטופלים סופניים היארעות הדליריום מגיעה ל 85%. תסמונת דליריום עלולה לגרום לסיבוכים רבים במטופל כגון ירידה קוגניטיבית, החמרה תפקודית, תמותה במהלך האשפוז, עליה בשיעורי התמותה בשנה הראשונה לאחר האשפוז, הארכת ימי אשפוז, העברת המטופלים לבתי חולים סיעודיים וכדומה.

דליריום, על פי הגדרה שמוצגת ב-DSM – V, מבוסס על חמש "אבני דרך":

- קשיי ריכוז, כגון קושי למקד ולשמר את קו החשיבה, קושי במעבר מנושא לנושא וכן הפרעות במצב הערות.
- ההפרעה מתפתחת תוך פרק זמן קצר של מספר שעות או ימים. מצב הערנות שונה מהמצב הבסיסי של המטופל, תנודות בערנות המטופל במהלך היום.
- הפרעות קוגניטיביות כגון הפרעות שפה, הפרעות זיכרון, הפרעות בתפיסה מרחבית.
- ההפרעות אינן קשורות ואינן מוסברות על ידי מצב הערנות הבסיסית, למשל תרדמת.
- באנמנזה, בדיקה גופנית או בדיקות מעבדה ניתן למצוא בדרך כלל סיבות לשינוי במצב הערנות כגון זיהומים, הפרעות במשק המלחים בדם, השפעות לוואי של טיפול תרופתי וכדומה.

תופעות נוספות אשר עלולות להופיע במהלך הדליריום הן:

- אי שקט פסיכומטורי, הפרעות שינה, שינוי תבנית השינה
- שינוי במצב הרגשי כגון התקפי פחד, מבוכה, מצב רוח מרומם, דיכאון וכדומה

כיום מקובל לחלק דליריום לשלוש תת קבוצות, בהתאם לרמות הערנות של המטופלים: היפואקטיבי, היפראקטיבי ומשולב.

אבחון התסמונת מתבצע בהתבסס על מספר סולמות אשר השכיח ביניהם הינו ה- CAM - Confusion Assessment Method.

הנטייה המקובלת הינה מתן טיפול נוגד פסיכוזה או הגבלה פיזית בעת אירוע של אי שקט פסיכומטורי, דבר הגורם להגברת הסיבוכים של התסמונת.

מטרת הנוהל:

- הבניית סטנדרטים אחידים לטיפול במטופלים בני 65 ומעלה הסובלים מדמנציה ודליריום (למעט Delirium Tremens) המאושפזים במחלקות פנימיות וגריאטריות פנימיות.
- הבטחת איכות הטיפול במטופל עם דמנציה ודליריום.
- העלאת שיעורי אבחון ירידה קוגניטיבית במהלך האשפוז בבית החולים ולקראת השחרור בעזרת מבחן Mini Cog.
- שמירה על רצף הטיפול באמצעות העברת מידע לגורמים הרלוונטיים בקהילה, אודות מטופל שאובחן עם ירידה קוגניטיבית.

השיטה:

- זיהוי מטופלים הסובלים מדליריום באמצעות מבחן CAM אשר יתבצע על ידי רופא עד 24 שעות מקבלת המטופל לאשפוז וכן במקרים של שינוי במצב ההכרה או ההתנהגות של המטופל.
- ביצוע הערכה קוגניטיבית קצרה, בעזרת מבחן Mini Cog, שיתבצע על ידי רופא, למטופלים שמבחן ה- CAM שלהם מעל 0.5.

אוכלוסיית היעד:

כל המטופלים בני 65 ומעלה המאושפזים במחלקות פנימיות וגריאטריות פנימיות.

סמכות הטיפול:

כל הרופאים במחלקות הפנימיות וגריאטריות פנימיות.

פרוטוקול אבחון:

- אבחון לדליריום יתבצע באמצעות אומדן CAM עד 24 שעות מקבלת המטופל למחלקה.
- אבחון של ירידה קוגניטיבית יתבצע באמצעות אומדן Mini Cog למטופלים עם ציון CAM מעל 0.5 ולקראת השחרור.

אומדן CAM:

- קשיי ריכוז, כגון קושי למקד ולשמר את קו החשיבה, קושי במעבר מנושא לנושא וכן הפרעות במצב הערות (קריטריון עיקרי).

- ההפרעה מתפתחת תוך פרק זמן קצר של מספר שעות או ימים. מצב הערנות שונה מהמצב הבסיסי של המטופל, תנודות בערנות המטופל במהלך היום (קריטריון עיקרי).
- הפרעות קוגניטיביות כגון הפרעות שפה, הפרעות זיכרון, הפרעות בתפיסה מרחבית (קריטריון משני).
- ההפרעות אינן קשורות ואינן מוסברות על ידי מצב הערנות הבסיסית, למשל תרדמת (קריטריון משני).
דליריום מאובחן במידה וקיימים שני קריטריונים עיקריים ולפחות אחד מהמשניים.

אומדן Mini Cog:

- חזרה מידית על שלוש מילים (כדור, דגל, עץ)
 - ביצוע ציור שעון עגול כולל מחוגים ומספרים
 - חזרה על שלוש המילים לעיל, לאחר ציור השעון
- הניקוד המקסימלי הינו 5 מתוך 5.
- על כל מילה שהמטופל זכר נכון הוא מקבל נקודה אחת.
- ציור נכון של השעון הכולל מיקום נכון של המחוגים וציור כל המספרים מזכה את המטופל ב-2 נקודות.
- ציור לקוי של השעון מזכה את המטופל ב-0 נקודות (מיקום לא נכון של המחוגים, מספרים חסרים וכד').
- ירידה קוגניטיבית מאובחנת במטופל שצבר ניקוד 2 ומטה.
- המבחן יתבצע לקראת שחרור המטופל מבית החולים.

פרוטוקול הטיפול התרופתי בחולה עם דליריום:

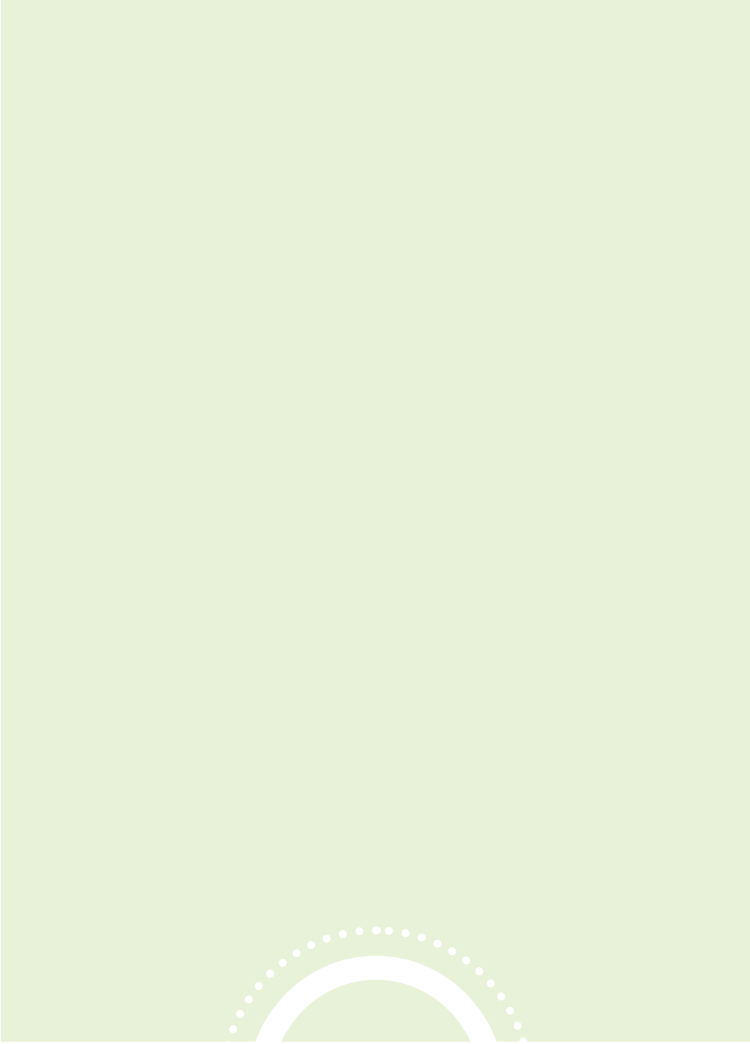
- אפשרויות הטיפול לסוג התרופה במצבי אי שקט המסכנים את המטופל או את הסובבים הינם על פי שיקול דעת הרופא המטפל:
- Haloperidol 0.5 עד 2.0 מ"ג בכל פעם (IM/ SC/ ORAL) ניתן לתת כל שעה. סך הכל עד 6 מ"ג ליממה.
 - Seroquel (Quetiapine) פומית 12.5 מ"ג כל 6-8 שעות במקרים של דליריום ממושך.
 - Risperidone (נוזלי) 0.25 מ"ג כל 8 שעות, במקרים של דליריום ממושך.
- באחריות הרופא לבדוק את רשימת התרופות הקבועות שנטל המטופל ולבחון באם אחת או יותר מהתרופות יכולה לתרום לדליריום.

התוויות נגד למתן טיפול בחולה הסובל מדליריום:

- מצב הכרה ירוד של המטופל
- מקטע QT מאורך באק"ג
- אצירת שתן, טרם החדרת קטטר לכיס השתן – התוויות נגד יחסית
- אלרגיה לאחת התרופות הנוירולפטיות
- אי ספיקה כבדית

מדדי איכות לאחר ביצוע הפרוטוקול:

- שיעור ביצוע אומדן CAM למטופלים בני 65 ומעלה ועד 24 שעות מקבלת המטופל למחלקה
- שיעור ביצוע הערכה קוגניטיבית קצרה (Mini Cog)
- שיעור מתן טיפול תרופתי על פי הפרוטוקול



הג'וינט



המשרד

משרד
הבריאות
כחיים בריאים יותר

