



לזינט ישראל אשל

יחד בעשייה חברתית למען הזקנים



דמנציה מתקדמת

מדריך למשפחות

(מתרגם עם התאמות לישראל)

דמנציה מתקדמת - מדריך למשפחות

מכון לחקר הזקנה Hebrew SeniorLife - מסונף לבית הספר לרפואה באוניברסיטת הרווארד

המרכז הרפואי Beth Israel Deaconess

זכויות יוצרים: Hebrew SeniorLife ; המכון לחקר הזקנה, 2011

מאות:

(1,2) MD MPH, מיטצ'ל, ל.

(2) MD, קאטיפיק, ג'. אנג'ליה ג'.

(1,2) MSCE, גיבנס, ג'. ג'ין ל.

(3) APRN MSN, קנופ, צ'ולי

(2) DO, מורן, א. ג'ולי

- 1) המכון לחקר הזקנה והמחלקה לרפואה, מרכז Hebrew SeniorLife, בוסטון, מסצ'וסטס
- 2) גראנטולוגיה במחלקה לרפואה, המרכז הרפואי Beth Israel Deaconess, בוסטון, מסצ'וסטס
- 3) תכניות הטיפול הפסיכיאטרי, המחלקה לרפואה, המרכז הרפואי Beth Israel Deaconess, בוסטון, מסצ'וסטס

המרכז לחקר הזקנה Hebrew SeniorLife, 2013 מסונף לבית הספר לרפואה הרווארד
המרכז הרפואי Beth Israel Deaconess הוא בית חולים אקדמי של בית הספר לרפואה
הרווארד

זכויות יוצרים: Hebrew SeniorLife, 2013

עריכת לשון: עופר הקברוגר
עיצוב והפקת דפוס: פניה נהמייאס
זיכרון ותיאום הפקה: סימונה דוד
מנהל הוצאה לאור: טוביה מנדרסון
הדפסה: דפוס מאור-ולך בע"מ
כל הכתוב בחוברת זו בלשון זכר או בלשון נקבה מכון לשני המינים כאחד
© כל הזכויות שמורות לאשל, תשע"ו - 2016
הודפס בירושלים תשע"ו, 2016

פתח דבר

דמנציה הינה ביטוי רחב למחלות של המוח המאפייניות עם הזמן וגורמות לבעיות זיכרון, חשיבה והתנהגות. הנפוצה ביניהן היא מחלת האלצהיימר אולם קיימות גם מחלות אחרות שגורמות לדמנציה.

הטיפול שנייתן על ידי בני המשפחה, המשמשים פעמים רבות כמטפלים עיקריים, הינו תהליך מתמשך של למידה והתמודדות עם אתגרים משתנים. ליווי וטיפול בגין משפחה עם דמנציה הינו מסע ממושך, שטומן בחובו קרביה ואינטימיות יחד עם מורכבות וקושי.

השלב המתקדם והאחרון לדמנציה מאופיין בירידה משמעותית ביכולות הפיזיות והኮגניטיביות של החולים. שלב זה עשוי לעורר אתגרים חדשים בטיפול היומיומי, שילוע בהתלבטויות, דילמות וצורך בקבלה החלטות מורכבות עבור בני המשפחה המטפלים.

הכנה לתקופה זו יכולה לסייע להעיר, לבחון את הדילמות והסוגיות מנוקדות מבט שונות ולהקל על תהליך הליווי וקבלת ההחלטה.

חברת זו הוכנה עבור בן המשפחה על מנת להכיר את המאפיינים של השלב המתקדם, להבין ולקיים כלים שישו להתמודדות בשלב זה, ולהיחשף לתביסת טיפולית שעשויה להוות מענה נוספת ואפשרויות חדשות לטיפול. הדגש בסיסי הוגש המוצעת הינו אינטיציון של האדם ותחושים הנוחות שלו, אפשרות שמתווסף לטיפול הקיים או עומדת במרקז.

ג'יינט ישראל-אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים לזרים בישראל, ועמותת עמדא, עמותה לחולי דמנציה, אלצהיימר וכוחות דומות בישראל, פועלות לשיפור איכות חייהם של אנשים עם דמנציה ובני משפחותיהם, לאורך כל שלבי המחלה.

חברת זו מיועדת לכם, בני המשפחה, בכדי שנוכל לסייע, ولو במעט, בהתמודדותכם היום יומיית עם המחלה.

גרי רוט
מנכ"ל עמדא

ヨシ・ハイモン
מןכ"ל אשל, ג'יינט ישראל

מטרת המדריך

מטרת המדריך היא לספק מידע לבני משפחה ול אנשים שאחראים לקבלת החלטות בנוגע לטיפול רפואי באנשים עם דמנציה מתקדמת. במדריך שירה חלקים. את הנושאים ואת התוכן בחלקי המדריך כתבו נשות מקצוע טכנולוגיות הרפואה והבריאות, תוך התבוסות על ניסיון הקליני ועל המחקרים העדכניים בתחום הדמנציה המתקדמת. בין הכותבות, רופאות שמתמחות בוגראטריה, אחיות, מומחיות בטיפול פליאטיבי וחוקרות בתחום הרפואה. בני משפחה של אנשים עם דמנציה מתקדמת תרמו אף הם למדריך זה. נקודת מבטם, לצד החששות שלAMILIOT אוטם, כוללים במדריך.

המדריך עוסק בנושאים הנפוצים ביותר שעירם צריכים להתמודד מבעלי ההחלטה שמתפלים באנשים עם דמנציה מתקדמת. המדריך מיועד לשמש מידע תומך כאשר יש לקבל החלטות קשות שדורשות ריגשות רבה. המידע מיועד להשלים ידע ולעודד, אך אינו מחליף את מקומו של הייעוץ שנינתן בידי אנשי המקצוע הישרים שמתפלים באדם. בסיום המדריך, הוקצה מקום להערות ולשאלות שעלייהן יכולם אנשי המקצוע השונים להשיב.

לסיום, כל מטופל הוא שונה. המידע בחוברת זו מספק הנחיות כלליות לקבלת החלטות מורכבות, אותן יש להתאים באופן אינדיבידואלי לכל אחד. אנו, כותבות מדריך זה, מקווות שהיא כל יעילה עבורכם.

תוכן העניינים

| | |
|----|--|
| 9 | מהי דמנציה מתקדמת |
| 11 | קביעת מטרת טיפול עיקרית |
| 13 | גישה בסיסית כלפי קבלת החלטות |
| 17 | גישה כלפי בעיות אכילה |
| 21 | גישה כלפי קבלת החלטות בנוגע לאשפוז |
| 23 | גישה כלפי קבלת החלטות בנוגע לדיזומות |
| 27 | האופן שבו דמנציה מתקדמת משפיעה על המשפחה |
| 31 | מהו "הוספיס" ומהו "טיפול פלייאטיבי"? |
| 33 | מילון מונחים |
| 37 | מקורות מידע והפניות לקריאה נוספת |
| 38 | על המחברות |

חלק 1

מהי דמנציה מתקדמת?

מהי "דמנציה"?

"דמנציה"^{*}, היא מונח רחב למחלות במוח שגורמות לבעיות זיכרון ומשפיעות על היבטים נוספים בחשיבה ובהתנהגות. הסוג הנפוץ ביותר של דמנציה הוא מחלת אלצהיימר. גורמים נוספים לדמנציה: מחלת סקולרייט (ריבוי אירועי שבץ); מחלת פרקינסון; מחלת גופיפוי לואי.

*הurret עורך הלשון: האקדמיה ללשון העברית קבעה כי המילה 'קיהין' תשמש חלופה עברית למונח זה [האקדמיה ללשון העברית. מאגר המונחים. רפואי: מונחים שונים ברפואה (תשע"ז).].^[2014]

מהי "דמנציה מתקדמת"?

יש אמונה גורמים שונים לדמנציה, אך בכל סוג הדמנציה חלה עם הזמן הידדרדרות. דמנציה מתקדמת מתייחסת לשלב האחורי במחלתה. כל אחד מגע לשלב זה בזמן אחר. במקרה, כל אחד מהחולים מגע לשלב המתקדם של הדמנציה בנקודת זמן כלשהו בטוחה שלוש עד שש שנים מהאבחן הראשוני. משך הזמן שבו ניתן לחוות עם דמנציה מתקדמת משתנה אף הוא מ אדם לאדם. הוא נע בין חודשים ספורים עד שנים.

מהם הקווים שמאפיינים אדם עם דמנציה מתקדמת?

הדמנציה משפיעה, במשך הזמן, לא רק על המוח אלא על הגוף כולו. למרות שאצל כל אחד בדבר בא לידי ביטוי באופן שונה, יכול להיווצר מצב שבו אנשים עם דמנציה מתקדמת סובלים מבעיות זיכרוןכה קשות עד כי אינם מזהים בני משפחה קרובים. בשלבים המתקדמים ביותר, لأنשים עם דמנציה מתקדמת אין יכולת תנועה עצמאית והם תלויים באחרים שמטפלים בהם ונוטנים מענה לצורכיהם. הם אינם מסוגלים, בדרך כלל, לומר יותר מאשר מילים.

שמרו על כבוד המטופל ועל ישרה

מהם הסיבוכים הרפואיים השכיחים ביותר שמופיעים אצל אדם עם דמנציה מתקדמת?

בעיות אכילה וziehomim הם בעיות הנפוצות ביותר במצבים דמנציה מתקדמת. קרוב ל-90% מהאנשים עם דמנציה מתקדמת יפתחו בעיות אכילה. כמשמעות בעיות אכילה,

הדבר מלבד, פעמים רבות, על כר שטוף החיים קרב (ראו חלק 4). כמחצית מהאנשים עם דמנציה מתקדמת חווים מצבים חום וזיהומיים. סוג זהיון הנפוץ ביותר הוא דלקת ריאות (ראו חלק 6).

אם דמנציה מתקדמת היא מחלת סופנית?

כן. דמנציה מתקדמת היא מחלת סופנית. מכך משתמש, אנשים רבים עם דמנציה מתקדמת מתיים מזיהומיים שנגרמים בשל מחלת זו. יש אנשים שמתתקשים להבין שדמנציה היא מחלת סופנית. מה שיוכל לעזור בעניין, זו חשיבה על מטופל שמת מסרטן מפושט. כאשר חוליה זהה סובל בשבועות האחרונים לחיו מדלקת ריאות או מבעיות אכילה בשל מצבו המוחלש, אשר נגרם ממחלת הסרטן ממנה הוא סובל, רוב האנשים יראו עדין בסרטן את הגורם העיקרי למותו. באותו האופן, תפקודי הגוף ומנגנוני ההגנה של חולים אלו נחלשים בשל השלב האחרון בדמנציה. כתוצאה לכך, רבים מהם סובלים מדלקת ריאות או מבעיות אכילה בשלב סוף החיים. עם זאת, הדמנציה המתקדמת היא עדין המחלת העיקרית שגרמה לסייעים אלו ולמוות.

חלק 2

קביעת מטרת טיפול עיקרית

מהי משמעות המונח "מטרת הטיפול"?

אנו משתמשים במונה זה כדי לתאר מה רואה המטופל כמטרת הטיפול העיקרית לטיפול הרפואי בו במצב נתון מסוים.

מהן אפשרויות הבחירה?

מטופלים מתמקדים, בדרך כלל, בנוחות או בהערכת חיים כמטרת טיפול עיקרית. לעיתים,מטופלים מעוניינים להתמקד במטרה שהיא "בין לבין" שתי אפשרויות אלו.

כאשר "נוחות" היא המטרה הטיפולית, מה זה אומר?

המשמעות של "נוחות כמטרת טיפול עיקרית" היא, שההתמקדות הינה בשימירה מרבית ככל שמתאפשר על נוחות המטופל, אפילו אם משתמש מכך שלא ינתנו לו טיפול רפואי רפואיים שיכולים לעזור לו להאריך את חייו. אנשים שבוחרים בנוחות כמטרת טיפול אינם רוצים שייזינו אותם דרך צנרת או שייחברו אותם למכונת הנשמה. הם אינם רוצים שצאות רפואי יבצע בהם החיה במקורה שלהם פוסק לפעום, או אם הם מפסיקים לנשום. טיפול מתמקד בנוחות משתמש, שהם אינם רוצים החיה. רוב האנשים גם אינם רוצים להתאשפז, אלא אם כן בית החולים הוא המקום היחיד שיכול לספק את הטיפול שנחוץ לנוחותם.

טיפול ממוקד נוחות כולל סוגים רבים של טיפולים שימושיים להיטיב באופן המרבי עם רוחתו הפיזית, הרגשית והרוחנית של המטופל (ראו חלק 8). כשהטיפול ממוקד בנוחות, אין זה אומר שהטיפול הרפואי מופסק.

מטרת הטיפול

כאשר "הערכת חיים" היא המטרה העיקרית, מה זה אומר?

המשמעות היא שהמטרה החשובה מכל היא הערכת חי' המטופל ככל הניתן, כולל טיפולים שונים שחלקים אף גורמים לא-נוחות. אנשים שבוחרים בהערכת חיים כמטרה רוצים באשפוז ובטיפול אגרסיבי במחללה פתאומית (כגון זיהום חרף). אם יהיו להם בעיות אכילה, הם יבחרו בהזנה דרך צנרת. אם לבם יפסיק לפעום, הם ירצו שצאות רפואי ינסה להחיות אותם. אם הם יפסיקו לנשום, הם ירצו שהוצאות יחוּר אוטם למכונת הנשמה. טיפול להערכת חיים ממשמעו, שהם רוצים בחיה.מטופלים שבוחרים בהערכת חיים כמטרה יקבלו, במקביל, גם טיפול שיקל על סבלם.

כשהמטרה הטיפולית היא בין "נוחות" לבין "הארכת חיים", מה זה אומר?

המשמעות היא שהמטופל רוצה בסוגי טיפול מסוימים, בכללם ככלו שגורמים לא-נוחות, בצדיה שאלת יסיעו לו לחזור לרמת תפקוד קודמת. דוגמה לכך, היא מתן טיפול אנטיביוטי לאדם עם דמנציה מתקדמת שסובב מחלת ריאות. האנטיביוטיקה אינה מטפלת בדמנציה, אבל יכולת לאפשר למטופל לחזור למצב שבו היה לפני שחלה בדלקת הריאות.

מי מקבל את ההחלטה על המטרה הטיפולית?

במידת האפשר, המטופל הוא שמקבל את ההחלטה הללו. עם זאת, אדם עם דמנציה מתקדמת אינו מסוגל לקבל החלטות כאלה.

לכן, המטפל העיקרי - האדם שבו בחר המטופל לשם קבלת החלטות רפואיות עבورو - מקבל את ההחלטות שנוגעות למטרת הטיפולית.

הurret המתרגם: על פי חוק, מטפל העיקרי צריך לפעול מתוך ייפוי כוח בענייני גוף או מתווך מינו או על ידי בית המשפט אפוארפו. עד קבלת מינוי פורמלי, אין מנעה למחוקות להיעשות בו בפועל, אם כי בהחלטות עקרוניות ידרש מינוי פורמלי.

יכיזד מקבל המטפל העיקרי את ההחלטה לגבי המטרה הטיפולית?

תפקידו של מטפל זה, הוא לקיים את רצונותיו של האדם כפי שהוא אותם. במידה שלא הביע אותם באופן מפורש, על המטפל העיקרי לנסות ולהחליט מה היה המטופל רוצה.

הurret המתרגם: השלב הראשון בתהליך זה, הוא לנסות לישם כל הנחיה רפואיות מקדים אותה שניתנה בייפוי כוח רפואי. בקרה שיש התנגשות עם רצונו של>Status המטופל ובמידה שהאדם הביע רצונו בעלפה, ולא בכתב כנדרש בחוק, יש צורך לפנות לבית המשפט על מנת לחתם לדבריו תוקף משפטי". חוק הנסיבות המשפטיות, מאפשר למיטפל העיקרי לפנות אל בית משפט לענייני משפחה באזרע מגורי בבקשת לנתקם באמצעות שמרית עניינו של המטופל, בכלל זה קיום רצונותיו כפי שהביע אותו או כפי שהמטופל העיקרי משער שהוא רוצה. בישראל, אין הכרה בצוואה בחיים. כל הנחיה מקדימה שאינה מגובה בחוק לא תתקבל באופן פורמלי ותשאר בגדר הצהרת כוונות, אלא אם יאשר אותה בית המשפט.

כאשר הנחיות מסווג זה אין בנסיבות, על המטופל העיקרי להפעיל את מיטב שיקול הדעת ביחס לשאלת מה היה המטופל רוצה. זאת, תוך התבוסות על פילוסופיית החיים שלו ועל אמונהו. אם לא ניתן לעשות כן, על המטפל העיקרי לשקלן כיצד ניתן לפעול לטובתו של המטופל ולנהוג בהתאם. המשמעות של " טובת המטופל" היא, בחירה بماו שרוב האנשים היו רוצים לו היו במצבו של החולים.

כיבור הבחירה

חלק 3

גישה בסיסית כלפי קבלת החלטות

מי מקבל החלטות עבור אדם עם דמנציה מתקדמת?

המטפל העיקרי מקבל החלטות רפואיות עבור אדם עם דמנציה מתקדמת. אם לא הוחלט מראש על מטפל כזה, האחריות מוטלת בדרך כלל על בן המשפחה הקרוב אשר ממונה להיות אופטורופום (העתור המתרגן: לחופין, ממונה אופטורופום חיצוני). חשוב לזכור, שכדי לקבל החלטה מושכלת, על מטפל עיקרי זה לקבל מידע מהמצאות המקטוציאי המטפל ולאחר מכן תקשורת ישירה מתחום שיתוף פעולה.

להלן, כמה שלבים בסיסיים שיש לבצע כשמטפלים באדם עם דמנציה מתקדמת. על מנת להציגים שלבים אלו, אנו מצטרפים את סיפור המקרה של גב' ס., מטופל בת תשעים עם דמנציה מתקדמת שמאושפזת במחלקה סיועית*. גב' ס. אושפזה בשל זיהום בעור שנגרם לפצע ברגלה. החולט שבתנה תהיה המטופלת העיקרית. היא מונתה מראש להיות מיופת הכוח או האופטורופוסית.

*הurette המתרגם: מצב דומה יכול להתרחש גם בבית.

שלב 1: הבנת המצב הקליני

המטפל העיקרי צריך להבין היטב את מצבו הרפואי של המטופל. עליו לדעת גם על המחלות הרכנויות וגם על בעיות אקוטיות שהופיעו לאחרונה. הוא זקוק למידע שיסביר לו כיצד משפייעות בעיות אלה על המטופל. כך, בדוגמה שלנו:

המחלה הרכנית הרפואי העיקרית של גב' ס. היא דמנציה מתקדמת. היא תלולה באחריות במחלקה הסיועית טיפולו בה. חסרת יכולת דברו ממשמעותית עם אחרים. היא כבר אינה מזאה את בתה. לא יחול כל شيء בדמנציה שלה, גם אם הזיהום יטופל. הפצע ברגלה הופיע בשל סירוקולציה ליקוי. היא סובלת מכך ב-2-12 החודשים האחרונים. בעיה הרפואי [האקוטית](#) שלמה, היא זיהום בעור סביב הפצע ברגלה שבעתינו מופיעים על רגלה אדומות, נפיחות וכAbb קל. זה הפעם השלישית בתחום חדש שהוא מקבלת אנטיביוטיקה לטיפול בזיהום בעור הקשור לפצע. בכל פעם חל שיפור קל באדומות, אך היא מחריפה מחדש.

שלב 2: קביעת המטרת הטיפול העיקרית

המטפל העיקרי* צריך להחליט אם נוחות, הארכת חיים או משהו "בין לבין" (אמצע הדרך), הם המטרת הטיפול העיקרית.

*החוק בישראל מאפשר לקבלת החלטות עבור חוליה בדרך של "יפוי כוח לענייני גופו, הריאות ובמסגרת "חוק החולה הנוטה למוות", או באמצעות מינוי אופטראפום.

לפניהם של חולה בדמנציה מתקדמת, לא הרבתה גב' ס. לדבר על רגשותיה. אישיותה הייתה עצמאית מאוד. פעם אחת, דיברה על כך שאם תגע למצב שבו תחלה מודול ולא תוכל לחשב עצמאית או לטפל בעצמה, היא לא תהיה מעוניינת בפעולות "הרואיות" להחזקתה בחיים. במקרה בטוחה למד' שאמנה הייתה בחורת בנסיבות מוגבלות העיקרית לטיפול בה.

שלב 3: מהן האופציות הטיפוליות? סיכונים ויתרונות בכל אחת מהאופציות

על המטפל העיקרי להבין מהן האופציות הטיפוליות ומהם הסיכונים והיתרונות בכל אחת מהן. למروת שבדרך כלל לא ניתן לומר מה בדיק יקרה בכל אחת מהאופציות, יש לידע את המטפל בORITY הריאות שקיימות בנוגע לאופציות הטיפוליות. לאחר שלרוב המטפלים העיקריים חסירה השכלה רפואית או ניסיון קודם שנוגע להחלטות כאלה, על הוצאות הרפואי של המטפל לסיעו לו בהבנת מידע זה.

הרופאים מတאים שלוש אופציות טיפוליות עבור גב' ס. היא מקבל טיפול לכאבים, ללא קשר לאופציה שבה תיבחר.

אופציות טיפוליות

1. גישה טיפולית שמתמקדת בנסיבות:

האופציה הראשונה היא שמירה על נוחיותה של גב' ס. מכך משתמש, שגב' ס. תשוב אל מקום מגורייה ותקבל שם את כל הטיפולים, כגון תכשיטים לשיכון כאבים או חיבור לצינור חמצן, שהם היא זוקה כדי לשמר על נוחיותה. במקום מגורייה, ימשיכו את הטיפול בה והוא לא תשובי לבית החולים במרקחה שמצובה ידרדר.

2. גישת הארכת החיסם:

האופציה השנייה היא שימוש בכל האמצעים斯基ים על מנת לננות ולהאריך ככל שניתן את חייה של גב' ס. באופציה זו, נכללת בדינה של הבעה אשר גורמת לפצע ברגלה. לדעת הרופאים, חסימה בעורקים גורמת לפצע. לאחר שקיימת סבירות לכך שהפצע ימשיך לגרום לביעות, הם ימליצו על כריתת רגלה של גב' ס. מעל לברך על מנת להאריך ככל שניתן את חייה.

3. גישת אמצע הדרך:

האופציה השלישית היא חזרה נוספת על מנת אנטיביוטיקה לוריד למשך מספר שבועות. זה יעשה על ידי החדרת צנטר ("קתרט", צינור קטן) מרכזי מסווג "פייק ליין" לוריד בזורעה של גב' ס. על מנת לספק את התויפה. לאחר שהצינור יוחדר, תוכל גב' ס. לחזור להתגורר בפזoid או בבית.

aicot chaim

אופציות טיפוליות - סיכום: סיכונים ויתרונות

| אופציות | סיכונים/נגד | יתרונות/بعد |
|------------------------|--|---|
| טיפול שמתמקד בנוחות | יכול להיות שתמורות בשלב מוקדם יותר; הפעע קיים | תחיה בנוחות; תוכל לחזור למושד או לביתה |
| הארצת חיים (כריתת רגל) | סיכונים שכורכים בניתוח; כאבים לאחר הניתוח; תקופת שיקום ממושכת בבית חולים או במחלקת שיקום | יכול להיות שחיה יוארכו; הבעיה שנגרמת לזמן מטופלת (הכיב) |
| אמצע הדרך | סיכונים שכורכים בטיפול אנטיביוטי ממושך (שלשול, למשל); יש צורך בהשתارة הקתרר הורידי הפריפרי; סביר שהפעע לא ירפא למרות הטיפול בזיהום | תוכל לחזור למושד או לביתה |

שלב 4: מהי האופציה הטיפולית הקロבה ביותר למטרת הטיפול?

בתום סקירת הסיכונים והיתרונות של כל אחת מהאופציות, יחליט המטופל העיקרי מהו הגישה הקロבה ביותר למטרת הטיפול.

בתה של גב' ס. בטוחה שאמה הייתה רוצה שהטיפול בה יכון לנוחות שלה. לכן, לדעתה, יש לבחור בגישה הטיפולית שמתמקדת בנוחות.

שלב 5: במידת הצורך, פנו אחרים כדי לשמע את דעתם

מדובר בהחלטות קשות. למراتות שלמנטול העיקרי יש את הזכות לקבל את ההחלטה (המתרגם: בתנאי שהוא מיפוי כוח או אופטימופוס חוקי), יכול להיות שיש שhayti'utzot עם אחרים תעוזר ל一开始: בן משפחה נוסף או חבר/ה שמקירם טוב את המטופל, איש מקצוע נוסף, מלואה רוחני (המתרגם: או איש דת), עובד סוציאלי וכדומה. מקורות נוספים שבהם יש מידע חשוב ונגיש, הם חומרים כתובים או אתרי אינטרנט (ראו חלק 10: מקורות מידע).

בתה של גב' ס. בטוחה שאמה הייתה רוצה שהטיפול בה יכון לנוחות שלה. עם זאת, לפני שתתקבל ההחלטה מכרצה, היא רוצה להבין טוב יותר במה הוא כרוך ובאיזה אופן הוא יינתן במסגרת המחלוקת שהיא מואשפת אמה (העתרת המתרגם: במטרה לספק לה את המידע הזה, רצוי ומומלץ לברר עם הרופא המטופל לגבי אפשרויות לטיפול פליאטיבי. ניתן להתייעץ עם הווא בקהילה שמכיר את בן המשפחה לגבי אפשרות פלאטיביים).

תכנון מתקדם של הטיפול

שלב 6: הערכה מחודשת עם התפתחות במצב הקליני

לעתים מתקבלת החלטה לנוקוט בגין מסויימת, אבל במשך הזמן, כשהמצבו של החולה משתנה או כמשמעות פידע חדש, יכול להטעור מצב שבו המטפל העיקרי ירצה לחזור על תהליך קבלת החלטות משלבו הראשון, על מנת לבחון מחדש אם יש להוותיר את ההחלטה על כנה.

בדוגמה שלנו, נניח שבתה של גב' ס. בחרה בסבב נוסף של מותן אנטיביוטיקה לוריד (גישת אמצע הדרך), אבל האנטיביוטיקה לא עזרה. יכול להיות שבתה של גב' ס. תרצה לחזור על תהליך קבלת החלטות מראשיתו ולבחן מהי האופציה שמתאימה באזאה נקודת זמן. היא תנסה אולי את דעתה ותבחר בגיןה הטיפוליסט המומකדט בנסיבות, או יתכן שתבחר בניתוח (גישת "הארכת חיים"). על המטפלים העיקריים להבין שהם יכולים תמיד לשוב ולשקול את החלטתם. הדבר נכון במיוחד כשהזמן חולף ומופיעים שינויים במצב או שמשמעות פידע חדש.

חלק 4

גישה כלפי בעיות אכילה

האם בעיות אכילה נפוצות בדמנציה מתקדמת?

כן. כ-90% מהאנשים עם בדמנציה מתקדמת סובלים מבעיות אכילה. כמשמעות בעיות אכילה, הדבר מלמד בדרך כלל על כך שבסוף החיים קרב. החלומות שנוגעות לבעיות אכילה הן ההצלחות הנפוצות ביותר של בני משפחה לקבל בונגע לאנשים עם דמנציה מתקדמת. הידעיה שסביר כי בעיתיד יופיעו בעיות אכילה מקלה על תכנון מראש ומסייעת להתמודדות טובה יותר כשהן אכן מופיעות.

מה גורם לבעיות אכילה באנשים עם דמנציה מתקדמת?

ישנם גורמים רבים לכך. לעיטה ובלתיעה הן פעולות שכרכותבו-זמןית בהפעלה אפקטיבית של שרירים רבים ושל עצבים. כמשמעות באדם עם דמנציה מתקדמת, האותות במוח שלו שליטים בפעולות מורכבות זו נפגעים ואינם פועלים כראוי.

"אספירציה", היא אחת מבעיות האכילה הנפוצות ביותר בדמנציה מתקדמת. אספירציה מופיעה כشمazon "ירוד בציגור הלא נכון" ונכנס לראות במקום לבטן. אספירציה גורמת להופעת דלקת ריאות ולא-נוחות לחולה.

לאנשים עם דמנציה מתקדמת יש גם בעיות לעיטה שגורמות להם, לפעם, להחזיק מזון בפה או לירוק אותו. לסימן, נזכיר שיש אנשים שפשוט כבר אינם מסוגלים לאכול באופן עצמאי.

מהם הצעדים הראשונים בהתמודדות עם בעיות אכילה אצל אדם עם דמנציה מתקדמת?

כאשר בעיות אכילה מופיעות לראשונה, יש לבצע הערקה רפואיית בסיסית על מנת לבדוק אם יש משהו חדש שגורם לבעיה. בעיות אכילה פתאומיות יכולות להיגרם לעיתים בשל זיהום חדש, שבץ, עצירות, בעיות שנייניות או תופעות לוואי של תרופות. המטרה הטיפולית שהוגדרה בעבר המטופל צריכה להיות הקו המנחה שלפני מעריכים כל בעיה רפואיית חדשה ומטפלים בה (ראו חלקים 2 ו-3).

צעדים פשוטים שיוכולים לשפר את ציריך האוכל של המטופל: הצעה של מאכלים אהובים, הקטנת גודל המנות ושינוי מרשם המזון (טחינת המזון, לדוגמה). צעדים נוספים יכולים לעזור הם התיעצויות עם תזונאית, עם קלינאית תקשורת שגם מבחןת בעיות בליהה, או עם מרפאה בעיסוק. אנשים עם דמנציה מתקדמת אינם אוכלים עצמאית, בדרך כלל, ורקוקים לעזרה בהזנה בכל ארכוזותיהם.

ומה קורה לשיעדים ראשוניים אלו אינם עוזרים?

על המטפל העיקרי לדון עם הוצאות הרפואית בעקבות האכילה. יש לפעול על פי הנישה הבסיסית שנוגעת לתהיליך קבלת החלטות, כפי שפורט בחלק 3. השיעדים העיקריים הם קביעת המטרה הטיפולית, הבנת האופציות הטיפוליות וקבלת החלטה אילו מביניהן תואמות את המטרה העיקרית.

אהבה, רגש חם וחמלת

מהן האופציות הטיפוליות בעקבות אכילה במצבי דמנציה מתקדמת?

קיימות שתי אופציות:

1. המשך האכלה דרך הפה
2. החדרת צינור הזנה

מה פירוש "המשך האכלה דרך הפה"?

רובנו אוכלים דרך הפה. כשמודבר באדם עם דמנציה מתקדמת, מישחו עוזר לו לאכול. המשמעות היא, שימושו מאכל או ביד. המטפל הוא זה שצורך להכתיב, על פי נוחות, כמה הוא רוצה או לא רוצה לאכול. בשלב זה, אין חשיבות רבה לכמות הקלוריות היוםית שצורך המטפל. הסימנים לכך שהמטפל חש בנוח ומעוניין לאכול: פתיחת הפה כשהוא מוכן לנגישת הבא, לעיסה יסודית ובליה. סימנים לכך שהמטפל אינו חש בנוח, או אינו מעוניין לאכול: אי-פתיחה הפה, שיעול, החזקת האוכל בפה או ירידתו.

המטפל מקבל טיפולים משמעותיים לו את מרבית הנזונות (הוא מקבל, למשל, משככי כאבים) יוכל להמשיך ולקבל טיפולים שנוגעים לבעיות רפואיות אחרות. **היתרונות בהמשך האכלה דרך הפה כוללים יכולת לחוש בטעמי המזון, התמקדות בנוחות וainteraction חברתית עם האנשים שמאכילים אותו.** בין **החוורנות**, ניתן למונוט את הזמן שנחוץ כדי להאכיל מטופל ביד, ואת העבודה שכמויות צריכת המזון תשתנה במהלך הזמן.

מהי הזנה מלאכותית?

כשMANDINIS מטופל הזנה מלאכותית, הוא מקבל מזון נוזלי ושירות לקיבה באמצעות צינור הזנה. הדרכ הנקוצה ביותר לבצע זאת במצב דמנציה, היא דרך שימוש ב"צינור פג" (PEG Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) – המונח "פג" מצוי בשימוש גם בעברית ומשמעותו מתייחס ל哀וף שבו מוחדר בהיליך רפואי דרך עור הבطن צינור הזנה אל הקיבה. לאחר מכן, ניתן לספק מידי יומ מזון נוזלי דרך הצינור. **היתרונות המרכזיים בהזנה דרך צינור**, הוא הידעיה שהמטפל מקבל כמות מזון קבועה. אך ישנו גם מספר **חוורנות**. מיטב הראיות הקיימות מצביעות על כך שהזנת אנשים עם דמנציה מתקדמת באמצעות צינור פג לא שיפריה את איכות חייהם או הארכיה אותם ולא מצמיחה את תופעת האספירציה (המזון יורד לריאות, ולא לבטן) או שיפריה את נוחות חייהם. אנשים עם דמנציה מתקדמת

شمוננים בצד ימין, בדרך כלל, לרדת במשקל בשל השלב המתקדם במחלהם. חסרוןנות נוספת, קשרים בסיכוןים שנלווים להחדרת הצד ימין (כגון זיהום), שלשול כתוצאה מהמזן הנזלי, וצורך אפשרי באמצעות מרסנים או בתורפות הרוגעה כדי שהמטופל לא ינסה לשולוף את הצד ימין מפהו. לסירוגין, נאמר שמטופלים שמוננים בצד ימין לא חווים את הננהה שנלוות לטעימת האוכל דרך הפה ואת האנטרואקציה החברתית שנוצרת עם האדם שמאכיל את המטופל.

קבלת החלטות מושכלת

האם אנשים עם דמנציה מתקדמת חשים רעב או צמא כאשר אינם מזונים דרך צינור?

אין לנו דרך ודאית לדעת מה חשים אנשים עם דמנציה מתקדמת. מיטב הראיות שקיים ממציאות על כך שגם כשהם אוכלים או שותים כמעט מטומטם מאוד, הם אינם חשים רעב או צמא.

האם ללא הזנה דרך צינור "ירעב המטופל למוות"?

לא. חשוב לציין שעל פי גישות סוף החיים, עצמות האכילה צפוי בכל מחללה סופנית, בכלל זה בדמנציה מתקדמת. זהו תהליך טבעי של תהליכי המחללה. כאשר אנשים עם דמנציה מתקדמת מפסיקים לאכול, ובמהשך מזמן, הדמנציה היא זו שגורמת להיחלשות גופם ובמהשך למותם - **לא** הייעדר המזון.

כיצד אוכל לוודא שתכנית האכלה עומדת בקנה אחד עם המטרות הטיפוליות?

כאשר המטרה הטיפולית היא שמירה על נוחות חי המטופל, יש היגיון בהמשך האכלה ביד. כאשר המטרה הטיפולית היא הארכת חי המטופל, מפתחה לחשב שהזנה באמצעות צינור היא הבחירה ההגיונית. אולם, כפי שכבר הזכרנו, הראיות הקיימות אין ממציאות על כך שגם אנשים עם דמנציה מתקדמת שמוננים באמצעות צינור סובלים פחות או מאריכים חיים. למעשה, לאחר נצבר ידע על יתרון משמעותי שנובע מהזנה של אנשים עם דמנציה מתקדמת דרך צינור, ומאחר שאנשים עם דמנציה מתקדמת שמאחסנים בעיות אכילה מצוינים בשלב שקרוב לסוף חיים, רוב המומחים (ברחבי העולם) אינם חושבים שיש להסתמש בהזנה באמצעות צינור במקרה כלשהו.

הערת המתרגם: בישראל, הדעות עדין חלוקות ובפועל לא קיימת הסכמה עם הגישה חז'ו יש נטייה לחבר לצינור הזנה. כאמור, התועלות בהתערבות אינה מבוססת מחקרית.

מי מקבל את ההחלטה לגבי הגישה לבועות הזנה?

מיופה הכוח או האפוטרופוס, אחראים לקבל את ההחלטה בנוגע לבריאותו של המטופל, בכלל זה קבלת החלטות בנוגע להתקומות עם בעיות הזנה. מוטב, בדרך כלל, לקבל

החלטות כאלה תור התייעצות עם הרופא המטפל (למידע נוסף על הגורמים שיש לכלול בתהילך קבלת ההחלטה ראו חלק 3: גישה בסיסית לקבלת ההחלטה).

מהי התמייה הנוספת שמוסמלצת בתהילך קבלת החלטות שנוגעת לביעות הזנה במצבי דמנציה מתקדם?

אנשים רבים שמתמודדים עם הצורך לקבל החלטה שכזו חשים שעוזר להם לדבר עם אנשים נוספים שבהם ניתן לתת אמון, כגון מי שקרוב אל המטפל וידע מהו סדר עדיפיותו, מלאוה רוחני ומגן אנשי מקצוע רפואיים והבריאות (כמו אחים, עובדים סוציאליים וכדומה). התובנות השונות ונקודות המבט שאנשים אלו תורמים מסוימות פעמים רבות לאדם שצורך לקבל את ההחלטה להגיע למסקנה שנראית לו הנכונה ביותר. יש במקרה גם חומרים כתובים וחומרים באינטרנט (ראו פרק 10: מידע).

חלק 5

גישות בנווגע להחלטות על אשפוז

מדוע יש חשיבות לעצור ולשקול את ההחלטה בנווגע לאשפוזם של אנשים עם דמנציה מתקדמת?

בdomה לכל המטופלים הזכינים, גם אנשים עם דמנציה מתקדמת מגעים למצוות מוחלה חריפים. זיהומיים הם בדרך כלל המחלות החיריפות ביותר בקרב אנשים עם דמנציה מתקדמת. אולם, לעיתים הם ילקו גם במחלות נוספות כגון דימומם במערכת העיכול, שבח, שבר בעצם או התקף לב. כאשר מופיעות מחלות אלו, יש לקבל החלטה אם לאשפוז מטופל בבית חולים – או שלא. כשמדבר באנשים עם דמנציה מתקדמת, ישנים שיקולים מיוחדים שאוטם יש להביא בחשבון.

מהם החסרוןות באשפוז?

ניתן לומר שאשפוז עלול להיות חוויה מבהילה וטרואומטית עבור אדם עם דמנציה מתקדמת. זאת, מפני שהוא עלול שלא להבין מה קורה אליו. המעביר לבית החולים עצמו עלול להיות מלאה באינזוחות רבה. כשהמטופל כבר באשפוז, נערכות לו בדיקות שעולות להעיק ולהכחיב והוא גם מקבל טיפולים כאלה. בית החולים הוא מקום הומה אדם, מלא בפרצופים וברושים בלבתי מוכרים. רפואיים ואחوات לא מוכרים שמטופלים בו עלולים להפחיד אותו. אנשי צוות ALSO לא יכולים לספק לו את הטיפול היומיומי שלו הוא רגיל. לסירוגין, נציגים מטופלים באשפוז חשובים לטיסICON רב יותר לפיתוח זיהומיים, להחדרת הבלבול ולהופעת פצעי לחץ.

מהם היתרוןות באשפוז?

היתרון העיקרי באשפוז בבית החולים, הוא נגירות לטיפולים כגון ניתוח וטיפול נמרץ (חיבור למכונת הנשמה, למשל) שלא ניתן לקבלם מחוץ לבית החולים.

כיצד אדע אם ההחלטה על אשפוז היא ההחלטה הנכונה?

השלב הראשון הוא לקחת בחשבון את המטרת הטיפול העיקרית ולהשוו אם אשפוז עונה על כך.

- כאשר נוחות חיים היא המטרה הטיפולית העיקרית, כיצד אחליט לגבי אשפוז?

כאשר מטרת הטיפול העיקרית היא שמירה על נוחות חי' המטופל, אשפוז כמעט אף פעם אינו עונה על כך. ברוב הביעות הרפואיות מהן הוא סובל ניתן לטפל בנוחות רבה יותר בנסיבות המכוד שבו הוא שוהה, או בנסיבות הביתית. יצא מן הכלל, הוא שבר בירך. במקרה זה, יכול להיות טיפול ברמת בית החולים יהיה נחוץ כדי לשמר על נוחות.

- כאשר הארכת חיים היא מטרת הטיפול העיקרית, כיצד אחליט לגבי אשפוז?

כאשר מטרת הטיפול העיקרית היא הארכת חי' המטופל, אשפוז עונה בדרך כלל על כך. הטיפול, שמשמעותו את סיכוי הישרדותו של המטופל, ניתן רק במקרים בית חולים. עם זאת, כפי שכבר צוין, ברוב הנסיבות הקשות מהן סובלים אנשים עם דמנציה מתקדמת ניתן לטפל ללא אשפוז. כך למשל, סיכוי ההישרדות של אדם עם דמנציה מתקדמת שסובל מdalkeit ריאות זהים כאשר הוא מקבל טיפול בבית החולים או במוסד שבו הוא מתגורר.

קבלת החלטות הנכונות

אם מותר לי להחליט שלא לאשפז את בן משפחתי האהוב שסובל מדמנציה מתקדמת?

הurret המתרגם: בפועל, התשובה תלויה בגורמים משפטיים ונסיבות רבים מאוד.

במקרה שמעוניינים להימנע מאשפוז, רצוי במידת האפשר לכרך מראש ולברר בשלב מוקדם את עמדתו של המטופל ושל השותפים לטיפול. בזמן האירען עצמו, במקרה רצון שלא לאשפז, רצוי להתייעץ עם רופא משפחה שמכיר את האדם ולקבל את תמיכתו כגורם מייעץ. כשהאדם מאושפז במוסד, רצוי לנחל מראש שיחות עם הצוות הרפואי ועם הצוות הסוציאלי. במידה שהמוסד מסרב לבקש שלא לאשפז, ניתן לבקש הסבר שיפורט את האפשרויות. ניתן לבקש לאדם לחזור לחיק משפחתו או ביתו בלילה ובתמיכת פלאטייביים.

כיצד אוכל לתקן מראש מהלכים כדי לוודא שההחלטות יבוצעו על הצד הטוב ביותר?

לפני הופעתן של מחלות קשות, חשוב לשוחח עם הרופא המטופל ועם הצוות הרפואי על מטרות הטיפול במטופל ועל מושאלותיו בנוגע לאשפוז. כאשר אתם מנהלים מראש שיחות כאלה, אתם דואגים לכך שהמטופל לא יקבל בעתיד טיפולים שבהם לא רצה. לאנשים רבים עם דמנציה מתקדמת יש הוראה "לא לאשפז". במקרה יוצא מן הכלל, כמו שבר בירך, מובן שניתן לשקל מחדש את ההוראה שלא לאשפז.

חלק 6

גישות שנוגעות לקבالت החלטות על טיפול בזיהומים

אם זיהומים נפוצים במצב דמנציה מתקדמת?

כן, רוב האנשים עם דמנציה מתקדמת מפתחים זיהומים. זהו, בדרך כלל, סימן לכך>Status הרים מתקדם. סוגי הזיהומים הנפוצים ביותר במטופלים אלה: דלקת ריאות ודלקת בדרכי השתן.

מדוע אנשים עם דמנציה מתקדמת מפתחים זיהומים?

במצב דמנציה מתקדמת נחלשים בגין מגנוני ההגנה שנלחמים בחידוקים. לאנשים רבים עם דמנציה מתקדמת יש גם בעיות בבליעה ובינוי הפרשות מהגרון. הדבר יכול לגרום למזון או לדрок "לרדת בציגור הלא נכון" ולהגיעו לריאות. הבעיה ידועה בשם "אספירציה", והיא עלולה לגרום לדלקת ריאות.

מהן האופציות הטיפוליות לטיפול בזיהום במצב דמנציה מתקדמת?

ישנן שתי אופציות עיקריות:

1. טיפול בתסמיינים
2. אנטיביוטיקה וטיפול בתסמיינים

למה מתכוונים לשאומרים "טיפול בתסמיין זיהום"?

משמעותו של הטיפול בתסמיין זיהום, היא התמקדות הטיפול שמקל על אי-הנוחות שנוצרת כתוצאה מה特斯מיינים אך אינו עוזר את הזיהום. נמנעים מכך אנטיביוטיקה, מביצוע בדיקות ומआשפוז. על מרביתה של אי-הנוחות שנגרמת מ特斯מיין זיהום ניתן להקל באמצעות פשוטים כגון תרופות להורדת חום, חיבור לצינור חמצן לשם הקלה על קוצר נשימה, ונתן תרופות משכחות כאבים לטיפול באירועים. היתרון המרכזי הטיפול בתסמיינים, הוא השגת הקללה ושיפור הנוחות וכן הימנעויות מבדיקות ומטיפולים שגורמים לאי-נוחות. החיסרון העיקרי בהסתפקות אך ורק הטיפול בתסמיינים, הוא שמצוות של מטופל שיפתח זיהום עלול להחמיר אם לא יקבל אנטיביוטיקה.

הurette המתרגם: בישראל, אפשר "חוק החולה הנטה למות" להימנע מטיפול מאירך חיים במידה שיש פרוגנזה של חייה שנה. בכל מקרה, מומלץ להתייעץ עם רופא המטופל.

אם המטופל אינו יכול לדבר, כיצד ניתן לדעת שכואב לו?

למרות שלעולם לא יוכל לדעת מה מרגיש אדם עם דמנציה מתקדמת, אנשי הצוות הרפואי רגילים לאתר סימנים של אי-נוחות אצל מי שאינו יכול לדבר. כמה מהסימנים כוללים עצבנות, חוסר שקט, נשימה מהירה, או הבעות פנים כגון צעופות שמעידות על אי-נוחות. כמשמעותם סימנים כאלה אצל מטופל שפיתח זיהום, ניתן לספק לו אמצעים שימושיים להקל על אי-הנוחות.

מה לגבי אנטיביוטיקה?

אנטיביוטיקה מיועדת לטיפול בזיהומים שנגרמים כתוצאה מחידקים, ולא כתוצאה מווירוסים. את האנטיביוטיקה ניתן לספק דרך הפה, דרך הזרקה לשדריר, או דרך הזרקה ישירה לצרם הדם באמצעות עירוי לווריד. היתרונות המרכזיים במתן אנטיביוטיקה, הוא בכך שהיא מטפלת בזיהומים שנגרמים מחידקים. כך, חל שיפור בזיהום שמכנו סובל החולה. החיסרונות המרכזיים במתן אנטיביוטיקה, הוא שהה שימוש בה יכול לגרום לאירועות - במקרה אחד הוא כרוך באשפוז. אנטיביוטיקה עלולה גם לגרום לתופעות לוואי קשות כגון זיהום קשה במעיים. בנוסף, על הרופאים לבצע בדיקות כדי להחליט על סוג האנטיביוטיקה המתאימה. בדיקות אלה, בחלוקת, גורמות אי-נוחות למטופל (לדוגמא: בדיקות דם, בדיקות שתן או צילומי רנטגן).

מה חשוב לדעת על דלקת ריאות?

כ-40 מהאנשים עם דמנציה מתקדמת סובלים מדלקת ריאות עם התקרכותם לשלה סוף-חיים. אפילו אם חל שיפור במצבם, הם בסיכון ללקות שוב בדלקת ריאות. מיטב הראיות המחקריות מצביעות על כך שאנשים עם דמנציה מתקדמת אשר לוקים בדלקת ריאות ומתופלים באנטיביוטיקה יכולים לחוות חודשים ספורים יותר מלאה שאנים מקבלים זאת, אך עלולים גם לסבול מאירועות רבה יותר. מתופלים שאינם מקבלים אנטיביוטיקה יכולים לקבל טיפול שיטתי על אי-נוחות אשר נגרמת כתוצאה מדלקת הריאות. למשל: חיבור לחמצן, שיטקל על קוצר נשימה. חשוב לדעת, שראיות מחקריות מצביעות על כך שמצובם של מתופלים עם דלקת ריאות, אשר מקבלים אנטיביוטיקה במסגרת הטיפול הסיעודי, משתפר בצורה זהה לאלה שמקבלים זאת בבית חולים. חשוב גם לומר, שאנטיביוטיקה שנייתנת דרך הפה אפקטיבית בדרך כלל כמו זו שנייתנת דרך הווריד. כמשמעות, אם כן, החלטה לטפל בדלקת ריאות באמצעות אנטיביוטיקה, ניתן להימנע בדרך כלל מဆוף מעיק או מהלייכים שגורמים אי-נוחות.

מה חשוב לדעת על זיהום בדרכי השתן?

אנשים עם דמנציה מתקדמת שיש חשש לכך שהם סובלים מדלקת במערכת השתן (עליה ברמת הבלבול, שתן בעל ריח רע, שתן כהה) מקבלים, בדרך כלל, טיפול אנטיביוטי. חשוב לומר, שלא די בסימנים אלו בלבד כדי ללמוד על הימצאותה של דלקת בדרכי השתן. קיבלת אבחנה מוחלטת של דלקת בדרכי השתן, יש צורך בבדיקה שתן במעבדה שמעידה על נוכחות חידקים ולעדות לכך שהמטופל לא מריגש טוב (סובל מחום גבוה, למשל). קיבלת דגימות שתן טובות מادات עם דמנציה מתקדמת עלולה להיות כרוכה באירועות. זאת, מפני שעל מנת לעורוך אותה יש צורך בהחדרת צנטר (קתרו) לשילוחית השtan.

נוחות חיים כמטרת טיפול עיקרית

כיצד אוכל לוודא שהתקנית לטיפול בזיהום תואמת את מטרת הטיפול?

כשנוחות חיים היא מטרת הטיפול המרכזית, יש היגיון בטיפול בתסמים ולא טיפול באנטיביוטיקה. כשהארכת חיים היא מטרת הטיפול המרכזית, יש היגיון בטיפול באנטיביוטיקה. בכל מקרה, ניתן, בדרך כלל, להימנע מאשפוזים מפני שניתן לטפל בזיהומים גם מחוץ לבית החולים.

מי מקבל את ההחלטה על הגישה כלפי זיהומיים?

את קבלת ההחלטה לגבי טיפול בזיהומיים צריכים לחלק המטופל העיקרי והצוות הרפואי של המטופל. לאחר שהופעת זיהומיים היא עבדה שנייתנית לצפיה מראש במצבים דמנציים מתקדמת, מומלץ לדון בגישה המועדף לטיפול בהם עוד לפני הופעתם.

חלק 7

כיצד משפיעה דמנציה מתקדמת על המשפחה?

כבני משפחה שעוזרים בטיפול בפישחו עם דמנציה מתקדמת, חיכים מושפעים מכך מאוד. השינויים בחיים שלכם מתרחשים לעיתים בהדרגה ולאורך זמן, ולכן אתם אפלוא לא חשובים על כך. בכל זאת, חשוב לחתך צעד אחרה ולבוחן איך משפיעה החוויה זו עליכם ועל בני משפחה אחרים. חלק זה דן בכמה מההשפעות ומוכיח אתכם למספר מקורות מידע שיכולים לשיער לכם. מידע זה יכול לעזור לכם לזכור שאתם לא לבד ושהרגשות שלכם לגיטימיים.

קחו לעצמכם קצת זמן כדי לחשב כיצד היבטים אלו, שקשורים בהתמודדות המשפחה, נוגעים אליכם.

כאדם קרוב ואהוב חולה, זה משפיע בדרך כלל על המשפחה. מה ייחודי במצב של דמנציה מתקדמת?

התקדמות הדמנציה נפרשת על פני שנים רבות. המשפחה מושפעת מכך לפרקי זמן ממושך. אנשים עם דמנציה מתקדמת סובלמים מאבדן זיכרון קשה ומשינויים באישיותם. הם גם אינם מלאים יותר את התפקיד שנגנו בעבר למלא במשפחה. שינויים מأتגרים בתנהננות, שנלויים לפעמים לדמנציה מתקדמת, יכולים לגרום מצוקה רבה לבני המשפחה. בנוסף, אנשים עם דמנציה מתקדמת אינם מסוגלים לקבל החלטות בכוחות עצמם, ובמיוחד המשפחה חשים לעיתים קשי ומתה נשוי שנלוויים לאחריות שבקבלת החלטות בנוגע לטיפול הרפואי.

מהי משמעות המונח "מתוך נפשי של המטפל העיקרי"?

מונח זה מתייחס למתח הנפשי שנגרם לאדם המטפל, אשר יכול להשפיע על רוחותו המנטלית, הפיזית, החברתית, הרוחנית והכלכלית.

כיצד משפיע אדם קרוב ואהוב עם דמנציה מתקדמת על מצבם הנפשי של בני משפחתו?

האחריות לחיו של אדם קרוב ואהוב שסובל מדמנציה מתקדמת עלולה לגרום להצפה. בני משפחה יכולים לחשח חרדה ודיכאון ואף לחווות אבל, כשהאדם עודו בחיים. רגשות נפוצים נוספים כוללים התכחשות, כאם, פחד, אשמה ועצב.

כיצד משפיע אדם קרוב ואהוב עם דמנציה מתקדמת על מצב בריאותם הפיזי של בני משפחתו?

יכול להיות שבני המשפחה מזניחים את בריאותם שלהם ואינם דואגים לשמר על רצף פעילות גופנית, על אכילה סדירה או על טיפול בעקבות רפואיות אישיות. המטפלים עלולים לסבול מפגיעות שנובעות לטיפול רפואי ישיר בו (כגון הרמתו). מתח רגשי יכול גם הוא לגרום לבעיות פיזיות.

כיצד משפייע אדם קרוב ואהוב עם דמנציה מתקדמת על חי' החבורה של בני המשפחה?

כאשר חלה הידרדרות בדמנציה והצורך הטיפול מתרחב, הדבר עלול להקשות על בני המשפחה לנוכח חי' חברה מהנים ופעילים. בנוסף, גם מתח רגשי עלול לגרום לביעות פיזיות וכתוואה מכך, הם חשופים לסכנות בדידות ובידוד חברתי.

כיצד משפייע אדם קרוב ואהוב עם דמנציה מתקדמת על מצבם הכלכלי של בני משפחתו?

בני משפחה עשויים לחוש את השפעתו הכלכלית של המצב באופנים שונים. יתרן שיאלצו להחסיר ימי עבודה, או לצמצם את שעות העבודה. יכול להיות שהייה עליהם לשלם מכיסם עבור טיפולים שאינם מכוסים על ידי הביטוח הרפואי. יכול להיות שהייה עליהם לקחת אחריות גם על ניהול עניינו הכלכליים של אותו בן משפחה וגם על מציאת מקורות תשלום לכיסוי טיפולים נוספים במסגרת הדירות המכוגן או בבית.

ומה בנוגע למערכות היחסים בתחום המשפחה?

כשלאחד מבני המשפחה יש דמנציה מתקדמת קורה, לא אחת, שבני משפחה אחריםחוויים קשיים במערכות היחסים שביניהם. העיסוק בתחוםי אחראיות שקשורים בניפוי, בתכניות כספיות ובמטרות הטיפול עלול לגרום לחילוקי דעות בין בני המשפחה ותחשוה שעולמים התהפר עליהם. בעיות שהיו בעבר סלע מחלוקת יכולות לוץ' מחדש כאשר בני המשפחה מתכוודדים עם האתגר החדש זהה. יתרן שככל אחד מבני המשפחה יתמודד עם קר באופן שונה. כל אחד מתנו הוא "יחודי". מומלץ לפתח תקשורת פתוחה, ככל שניתן, לניהול הוויכוחים הללו. הם נחשים תקינים לחילוטין, וכך לפתור אותן כדי שמערכות היחסים בתחום המשפחה ישארו טובות. קביעת פגישות משפחתיות לדין במטרות הטיפול תתרום למשפחה. יש משפחות שעשוות להפיק תועלת מ"יעוץ משפחתי לטווח קצר על מנת למצוא פתרון לביעות שנוגעות להמשך הדרך, עם התקדמות המחלתה.

מהם ההיבטים החשובים בני משפחה של קרוב עם דמנציה מתקדמת?

דומה שצריך "לחפש מתחת לאדמה" כדי למצוא את הצד החובי בהתנסות שצד, אבל יש משפחות רבות שמצוות דרכים חדשות ומשמעותיות ליצור פעולה גומלין עם הקרובים האהובים שלהם וחזק את קשריהם זה עם זה. כשאתם מדברים בתקופות קשות בשבחו של המטופל, אתם יכולים למצוות בך סיפוק אישי רב. משפחות רבות חוות שערזה למשפחות אחרות באותו המצב ושיתוף בהתנסויות ממלאים אותן סיפוק.

מחזקים את הקשרים הקרובים

לאן יכולות משפחות לפנות כדי לקבל עזרה נוספת?

אתם לא לבד. עליכם לדעת, שכמעטכולם, אתם יכולים לקבל תמיכה. בני משפחה אחרים וכן חברים ניחשים מוקור תמיכה חשוב, אבל לעיתים יש צורך גם בעזרתם של אנשי מקצוע. אנשי מקצוע שיוכולים לעזור באים בתחום מקצועות הרפואה והבריאות, הייעוץ הכלכלי, הדת והעבودה הסוציאלית. בני משפחה יכולים לפנות לקבלת ייעוץ מקצועי וככלכלי ולקחת חלק בקבוצות תמיכה. הכלל, על מנת לחתם מענה לצורכייהם האישיים (ראו חלק 10: מקורות מידע).

חלק 8

מהם "הוספיס" ו"טיפול פלייאטיבי"?

מהו "הוספיס"?

הצotta המקצועית בהוספיס מטפל במטופלים עם מחלת סופנית (כגון דמנציה מתקדמת) שכבר אינם מעוניינים בטיפולים רפואיים, או שאינם מקבלים אותם. תוחלת החיים של מטופלים בהוספיס אינה גבוהה, והם מעוניינים בטיפול שעומד בקנה אחד עם פילוסופיית ההוספיס. על פי פילוסופיה זו, מתמקד הטיפול כלו בהשגת מיטב נוחות החיים האפשרית עבור המטופל, ממתן תמיכה ממשוערת למשפחה ובסיוע למטופל לחזור את החיים הטובים ביותר האפשרים ביתר ה dozen שעדמת לרשותנו.

מהו "טיפול פלייאטיבי" ובמה הוא שונה מהוספיס?

קיים דמיון בין טיפול בהוספיס לבין טיפול פלייאטיבי. בשנייהם, האוריינטציה היא עבודה צוות שמייעדת לטיפול בחולים בנסיבות קשות. ההתקדמות היא בשליטה בתסכולים, בקשרו ובקשרו ובתמיכה במשפחה. את הטיפול הפלייאטיבי ניתן לקבל בכל שלב של התקדמות מחלתו של האדם, לא רק בשלבה האחרון. ניתן לספק אותו לצד טיפולים נוספים שמיעדים לרפואה ספציפית. הצotta בהוספיס מטפל במטופלים שמצויים בשלב סוף חיים ואינם רוצחים עוד בטיפולים רפואיים או בטיפולים אגרסיביים מארכיכי חיים.

אם אנשים עם דמנציה מתקדמת יכולים לשחות בהוספיס לטיפול?

כן. ישנים כמה קווים מנחים עליהם צריך המטופל לענות כדי להיות ראוי להוספיס. כישיש הפניה להוספיס, הצotta המקצועית מבצע הערכה על מנת לקבוע אם המטופל מתאים לטיפול שם.

תקשרות ותמיכה במשפחה

מדוע משפחה בוחרת לעיתים לטיפול בהוספיס?

כאשר מטופלים נמצאים בשלב האחרון של מחלת מסימtot (כגון דמנציה), יש היגיון בהפנייה לטיפול בהוספיס. מטרת הטיפול שם מתמקדת בהענקת נוחות ואיכות חיים מרבית, ולא בהארצת חיים. משפחות יכולות לבחור בשלב זה בשירותי ההוספיס כדי לנסות ולהשיג מטרת זו. לדוגמה: כשהמתפתח אצל מטופל זיהום או מחלת אחרת, והתקבל החלטה שלא להמשיך ולאשפז אותו, יכול ההוספיס להעניק את הטיפול הרפואי שנחוץ כדי לשמור על נוחות החיים שלו בבית או בבית האבות.

היכן מקבל האדם טיפול בהוספיס?

תכניות הוספיס משרתות את האנשים במקומות שבו הם מותגורים. את טיפול ההוספיס מעניק צוות מקצועי. הקבוצה העיקרית כוללת רופא, אחיות, עובד/ת סוציאלי/ת ומלווה רוחני. ישנו אנשים נוספים ששיכים לצוות מסווג זה: מטפל שגר צמוד למטופל יוכל לשיער בחלק מהטיפול האישי בו; מתנדב מטעם ההוספיס.

מי מקבל טיפול הוספיס ולכמה זמן?

בארצות הברית, מקבל טיפול הוספיס בידי חברת Medicare¹ ועל ידי מרבית חברות הביטוח הנוספות שם. טיפול הוספיס ממשך כל עוד המטופל זכאי לו על פי הקריטריונים שנקבעו בתכנית הוספיס.

מהו הליך ההפנייה של אדם להוספיס?

המטופל עצמו או בני משפחתו יכולים לפנות אל הרופא המטופל, או אל האחות, בבקשתה להפנייה. הם יכולים גם לקבל את ההפנייה באמצעות פניה ישירה אל תכנית הוספיס.

מה קורה אם המטרה הטיפולית היא נוחות, אבל אין טיפול הוספיס נגיש או שהמטופל אינו עונה על הקריטריונים לזכאות?

כשנוחות היא המטרה הטיפולית, אנשים עם דמנציה מתקדמת צריכים לקבל טיפול שתואם את המטרה זו גם אם אינם יכולים להוספיס על פי הקריטריונים וגם אם אין הוספיס נגיש. על מנת להשיג מטרה זו, חיווי לנחל תקשורת שוטפת עם רופאי המטופל ועם האחים המטופלים. על בני המשפחה להבהיר ולהדגיש שככל ההחלנות הטיפולית צריכה להיות מכוונת לנוחות רבה ככל הניתן, ולא לריפוי מחלות כרוניות או בעיות זמניות.

מה קורה כשהבני המשפחה מעוניינים, בו-זמנית, לשמור על נוחות המטופל ובמתן טיפולים רפואיים פוטנציאליים?

במקרה זה, טיפול פליאטיבי הוא אופציה טובה. טיפול פליאטיבי מתמקד בשיליטה בסימפטומים, בתקשות ובטמייה במשפחה, אך ניתן להעניק אותו לצד טיפולים שימושיים לריפוי בעיה ספציפית.

¹ הערת המתרגם: זהו גוף שמאנגד חברות בייטוח פרטיאות ופועל תחת משרד הבריאות והביטוח הלאומי האמריקניים, על פי חוק פדרלי משנה 1966. בישראל, לפי חוק ביוטח בריאות ממלכתי, כולל השירות בסל השירותים שניתן למוכרים על ידי קופות החולים. הדבר מצין בחוזר מכון"ל משרד הבריאות, משנה 2009.

חלק 6

AMILON מונחים

מונחים והגדרות

הנשמה מלאכותית

בahneshma mal'akotit meshatshim casher matopelim aim kolim lenešom bechotot utsim. hader bar behadrah zinor leriyot dror kana haneshma. zinor machover lemcocnet haneshma, asher makkinah umozia aoiy meriyot matopel.

אשפירות

chedira shel mazon al drachi haneshma b'makom al hoshet shel beiyot babliuya.

הוראות מקדיימות/צואאה בחים

midu shactav matopel, ao misar beul pah, shnogu letipol harpoei sheato yirza lekbel beutid, b'mida she'la yicol lekbel chalotot rafaelot bechotot utsim. midu shactav colle: zoaeh b'chim, halta ul yofi coh ao ul matpel ukiri, v'ken haudfot shel tipolim mosiimim, cogen shemosh b'mcocnet haneshma.

לא להחיות

zohi horaea makdima. b'makraa shelbo shel matopel mapseik lepuim (dom lab) ao shriyotai mapseikot latpuk (ay-spiyat riyot), shalmad horaea makdima mosog zeh ul kr shmatopel /ao matpel ueikri aim munayim bebitzou chayyah (ul idu usi' lib shokim chshlimim) ao b'chibro lemcocnet haneshma. b'mosgarot tipoliot sonot (cogen dior monon ao b'it cholim) icol matpel ueikri l'khatob batikun harpoei shel matopel at horaea shel la'hivot. b'mdinot rivot, como b'aretzot hברית, ysnem gm tefsiim reshiim shel achd yicol l'mala l'halzor ul kr shaino munayin b'chayyah.

לא לאשפז

zohi horaea makdima, shalmad ul kr shaimnuot mashevez utidi hia masaltot shel matopel /ao shel matpel ueikri, hia tonamet at matrot tipol bo. b'mosgarat tipolit cogen dior monon/b'it abot yicol matpel ueikri l'khatob batikun harpoei shel matopel horaea shel la'ashpaz.

heurat hamtaragim: momelz l'kiim marash shicha um adam ul manet lekbel mmano ai'shor b'khatb

שהזו רצונם. אם הדבר לא התקיים, עלול האופטורופס להיתקל בהתנגדויות מצוותים מטפילים או מבני משפחה שלא מונו כאופטורופוסים. במקרה זה, רצוי להיעזר ברופא בקיהלה ולנהל מראש שיחות עם הצוותים במוסד המאשפז. במקרים קיצוניים, אפשר להיעזר באחת מהאפשרויות הבאות: ניטול פנوت למשרד הבריאות ולבדוק אפשרות קידום העברת למוסד שמתאפשר בו טיפול פלאטייני, או לפנות להתערבות בהכרעה משפטית.

רופא גרייטר

רופא שעוסק ברפואה פנימית כללית וברפואת משפחה אשר מתמחה בטיפול בבני 55 ומעלה.

מטפל עיקרי

אדם, שהוחלת שיקבל החלטות רפואיות בגין טיפול לטיפול במטפל כשה לא יהיה מסוגל לקבל אותן בכוחות עצמו. אדם זה ממונה על ידי המטפל כאשר יש בידו עדין את יכולת השכלית ואת שיקול הדעת שמאפשרים לו לקבל החלטה זו באופן עצמאי. המטפל העיקרי משמש "דובר" של המטפל ומתקבל החלטות שמתבססות על רצונותיו של המטפל ועל אמוןתו. ניתן להתייחס אל המטפל העיקרי גם כאל מי שמחיל את המטפל בקבלת החלטות. המטפל העיקרי ממונה פעמים רבות לתפקיד זה בצורה רשמית, מלאוה במסמך כתוב.

עירוי

שיטה לאספקת נזלים, תרופות, או אנטיביוטיקה ישירות לוריד באמצעות צנטר (קתרט) פלסטייק קטן.

צואה בחיים

לא נהוג בישראל. במקרים חריגים, שבהם מושאים אנשים הנחוצים שלא באמצעות ייפוי כוח או הנחויות מקדיות, יש צורך לחתן תוקף בבית משפט. האלטרנטיבה לכך, היא שימוש במנגנון תכנון הקבועים ב"חוק זכויות החולה" וב"חוק ה联系方式 המשפטית והאופטורופוסות".

מסמך כתוב שבו מוצהרת העדפתו של המטפל לגבי מצב רפואי עתידי שבו הוא עלול להימצא. ניתן לכלול בו הוראות בגין טיפולים ספציפיים (חיבור לצינור הזנה, למשל), גישה לגבי הארכת חיים ב מקרה שמדובר במחלת סופנית, או הוראה ספציפית שלא להחיות. חשוב לציין, שמעמדו החוקי של מסמך מסוג זה שונה ממדינה למדינה (אינו נהוג בישראל - הערת המתרגם) וכי ניתן לכלול בו את כל המוצבים הרפואיים האפשריים.

הוספי

טיפול ספציפי שכיוון לחולים במחלת סופנית ומתמקד בנוחות המטפל, ולא בטיפול "מרפא". ההוסף מתקדם, בדרך כלל, בשיפור מרבי של איות חי' המטפל ובמתן תמייה למטפל ולבני משפחתו ואהובי.

MEDICARE

בארצות הברית, תכנית פדרלית שממננת למטופלים זכאים מעל גיל 65 את הוצאותיו של טיפול רפואי מסווג מסוים.

אחות מומחית

אחות מומחית מוסמכת לטיפול בתחום ספציפי (גראטריה או טיפול פלייאטיבי, למשל).

טיפול פלייאטיבי

טיפול שמתמקד בנוחות המטופל ובניהול סימפטומים. שלא כמו ההוספיס, את הטיפול הפלייאטיבי ניתן להעניק בכל אחד משלבי המחלה, וגם בו-זמנית לטיפולים רפואיים.

צינור פג

Percutaneous Endoscopic Gastrostomy - צינור שמקורו ישירות אל בטנו של מטופל עם בעיות אכילה. ניתן לשפק דרכו מזון נוזלי, מים ותרופות.

הפניות לקריאה נוספת: בסוף החוברת

חלק 10

מקורות מידע

עמותת עמדא

עמותה לאלצהיימר ודמנציה אחרות בישראל,
טלפון: 5-5341274/03, www.alz-il.net.

המשפט בשירות הזקנה

עמותת "המשפט בשירות הזקנה", היא ארגון ללא מטרות רווח שפועל משנת 2002
לקידום זכויות ומעמד הזקנים בישראל בדרכים משפטיות www.elderlaw.org.il.

יד ריבבה

"יד ריבבה - סיעו משפטי لكשייש", היא עמותה ארצית שמטרתה סיעו משפטי לקשישים
ביחס לזכויותיהם ולטיפולן 02-6444569.

הקליניקה לזכויות זקנים וניצולי שואה

הקליניקה לזכויות זקנים וניצולי שואה שבפקולטה למשפטים, מסייעת למאות קשישים
וניצולי שואה בשני בתי חולים זכויותיהם. בדיבבד, היא חותרת לשינוי חוקית למענם
ולמודעות ציבורית ל McCabe/236 <http://law-clinics.biu.ac.il/node/236>.

כן ל זקן

"כן ל זקן", הוא ארגון חברתי בלתי מסדי שמשמש כנציג זכויות הזקנים ופועל לשמרם
ולקידום זכויות הזקנים במישור הציבורי, הקהילתי והאישי - 1-339-300-800.

המשרד לאזרחים ותיקין

המשרד לשוויון חברתי (לשעבר, המשרד לאזרחים ותיקין) הוא משרד ממשלתי שמטהו
העיקרי הוא שיפור מצבם של האזרחים הוותיקים בישראל.
<http://vatikim.gov.il/Pages/default.aspx>

משרד הבריאות

http://www.health.gov.il/Services/Citizen_Services/DyingPatientLaw/Pages/DyingPatientRequest.aspx

את הטפסים יש לשלוח בדואר רשום בצירוף צילום תעודה זהות אל:
משרד הבריאות
המרכז להנחיות רפואיות מקדימות
רחוב ירמיהו 39, ירושלים
ת.ד. 1176, מיקוד: 9101002
יצירת קשר:
טלפון: 00-5400, *5400-6241010
פקס: 02-5655969
דוא"ל: call.habriut@moh.health.gov.il

קבלת החלטות שנוגעות לסופ' חיים

www.ageingwithdignity.org

זה ארגון אמריקני ללא מטרות רווח שיעודו "להבטיח את כבוד האדם, לשמר על כרך עם הצדקות האדם, ולקדם טיפול טוב יותר עבור כל מי שמתקרב אל סוף החיים". הארגון עזר ביצירת המוסטך "חמש משאלות", שבו כבר השתמשו מילוני אנשים באמצעות לניסוח צוואה בחיים.

דמנציה מתקדמת

www.alz.org/living_with_alzheimers_late_stage_care.asp

האגודה האמריקנית לאלצהיימר הקימה את האתר זהה. יש בו שפע מידע בנוגע לשאלת מה שצפוי בשלב המאוחר במחלת האלצהיימר, על בעיות רפואיות הקשורות בשלב זה של דמנציה ועל שיקולים בנוגע לנושא סוף חיים של מטופלים בשלב המאוחר במחלת.

www.helpguide.org/elder/alzheimers_disease_caring_final_stage.htm

הוא אתר אינטרנט שיצרה משפחה מתוק מטרה לספק מידע ומקורות מידע שייעזרו לאנשים הנזקקים לכך. החלק שמתמקד בשלב המאוחר של מחלת האלצהיימר מכון ברובו בעיות שבahn נתקלים המטופלים בחוליה ובקבالت החלטות הנוגעות לסופ' חיים. בנוסף, ניתן למצוא בו קישורים למקורות מידע אחרים שעוסקים באבל ובהתמודדות.

הוספיס וטיפול פלייאטיבי

www.hospicefed.org

אתר זה שיר לפדרציה להוספיס ולטיפול פלייאטיבי של מסצ'וסטס, ארצות הברית. יש בו מידע כללי על שירותי הוספיס ועל טיפול פלייאטיבי, וכן מדריך שעוזר לאתר סוכנויות הוספיס ומקומות שימושיים כהוספיס במסצ'וסטס.

על המחברות

סוזן ל. מיטצ'ל, MPH, MD, רופאה גרייטרית וחוקרת קלינית, היא פרופסור לרפואה בבית הספר לרפואה באוניברסיטת הרווארד ומכהנת כמדענית בכירה במכון Hebrew SeniorLife for Aging Research, שבבוסטון, ארצות הברית. את לימודי הרפואה סיימה בית הספר לרפואה של אוניברסיטת אוטווה, קנדה. מוסמכת בבריאות הציבור מטעם בית הספר לבריאות הציבור של הרווארד. מחקרה של ד"ר מיטצ'ל מתמקד בנושא קבלת החלטות במצבים שנובעים ממחלות ובשילוב במקרים רפואיים מודיע עבור אנשים עם דמנציה מתקדמת. מכהנת כיום כחוקרת הראשית בכמה מענקים שממומנים בידי משרד הבריאות האמריקני ומיפויים לשפר את חייהם סוף החיים בקרב אנשים עם דמנציה מתקדמת ומשפחותיהם.

אנג'לה ג'ורג'יה קטיק, MD, רופאה גרייטרית ומרצה בבית הספר לרפואה באוניברסיטת הרווארד. מנהלת את מחלקה האשפוז במרכז הרפואי Beth Israel Deaconess ומרצה שם על גרייטריה. ד"ר קטיק זכתה בספר מלגות לiprofessionals. בתחום ההוראה, היא מתמקדת בגישה בייחומית שנוגעת בשיפור הטיפול בזקנים וברמת הבטיחות שבה הם זוכים במסגר אשפוז, בשילוב מומחיות מעמיקה בניהול בעיות כאב, הדיזות ומעבר לטיפול לטיפול.

ג'ין ל. גיבנס, MSCE, MD, היא פרופסור עוזר לרפואה במחלקת הגרייטריה בבית הספר לרפואה של הרווארד ומדענית במכון לחקר הזקנה Hebrew SeniorLife. בוגרת לימודי רפואה בבית הספר לרפואה באוניברסיטת קליפורניה שבון פרנסיסקו, ארצות הברית. את התמחותה ברפואה פנימית ובריאטריה עשתה במרכז הרפואי בוסטון. את הכרתה כרופא חוקרת עברה ביחידת רפואית פנסילבניה. שם, למדה לימודי מוסמך באפידמיולוגיה קלינית. כחוקרת, מתמקדת ד"ר גיבנס בחוויותיהם של בני משפה לאדם עם דמנציה מתקדמת שמתגורר בדירת מוגן.

ג'ולי קנוו, APRN, MSN, אחות מוסמכת וחברה בוועד המנהלים של מחלחת שירות הטיפול הפליאטיבי במרכז הרפואי Beth Israel Deaconess. עוסקת בתמיכת המשפחה במשפחה שמתפלות בין משפחות שמתפקידן שזהדקן ומרצה בפני אנשי מקצוע ממכינות הרפואה והבריאות על עקרונות הטיפול הפליאטיבי. ג'ולי קנוו היא הזוכה הראשונה בפרס Katherine Swan Ginsburg לשנת 2010.

ג'ולי אי. מוון, СМ, בוגרת לימודי רפואת שניים ואסטראופתיה בבית הספר לרפואה באוניברסיטת ניו ג'רזי, ארצות הברית. את התמחותה ברפואה פנימית עשתה באוניברסיטת קונטיקט. השתלמה בגריאטריה במשך שנים בבית הספר לרפואה הרווארד/המרכז הרפואי Beth Israel Deaconess. ד"ר מוון היא רופאה גרייטרית במרכז הרפואי Beth Israel Deaconess ומרצה בቤת הספר לרפואה של הרווארד. מכהנת כמנהלת הוצאות לרפואה גרייטרית של המרכז ופעלת רבות למען שיפור הטיפול בזקנים שכאושפזים במצב אקוטי.

כל הזכויות שמורות: Hebrew SeniorLife, 2013 .