

תוכנית אי-ספיקת לב – אתגר לאומי בניהול המחלה

גלית קאופמן¹, מנהלת פרויקטים ארצית; **דורית גולדמן**², אחות ראשית ארצית; **ד"ר נפתלי שני**², מנהל האגף לרפואה שניונית; **ד"ר חיים סילבר**², מנהל תחום הקרדיולוגיה; **פרופ' דב פריימק**³, מנהל היחידה לאי-ספיקת לב; **ד"ר עופרה קלטר-ליבוביץ'**¹, מנהלת המחלקה לאפידימילוגיה ומחלות כלי דם; **פרופ' מרדכי שני**¹, חתן פרס ישראל על מפעל חיים – תרומה מיוחדת לחברה ולמדינה¹ מכון גרטנר, תל השומר; ²מכבי שירותי בריאות; ³המרכז הרפואי ע"ש ח' שיבא

רקע

במהלך השנים הפכה מחלת אי-ספיקת הלב (אס"ל) שכיחה במידה גוברת, עד כדי כך שהוכרזה על ידי האיגוד הקרדיולוגי האמריקאי כ"מגפה". סקר ארצי שנערך בישראל ב-2003 במחלקות פנימיות וקרדיולוגיות הראה ששיעור התמותה בקרב חולים מאושפדים עם אבחנה של אי-ספיקת לב היה 4.7%, שיעור התמותה כעבור 30 יום היה 7.7%, וכעבור 6 חודשים – 18.9% [1].

למרות השיפור הניכר בטיפול במחלה, שיעורי התמותה נותרו גבוהים, ועומדים על 30%–40% במהלך השנה הראשונה לאבחון, ו-60%–70% במהלך חמש השנים הראשונות [2,3,4].

תחלואה נלווית בקרב חולי אס"ל תורמת למורכבות הקלינית של המחלה.

על מנת להטיב את הטיפול פותחו תוכניות שונות לניהול המחלה, המושתתות על שלושה עקרונות: הראשון, קשר טיפולי בין מטפל למטופל במסגרת תוכנית המותאמת ומכוונת לצורכי המטופל; השני, מניעת החמרה או סיבוכים בהתבסס על קווים מנחים קליניים ואסטרטגיות העצמה למטופלים; והשלישי, הערכה מתמשכת של תוצאים קליניים וכלכליים, מתוך מטרה לשפר את הבריאות הכללית של המטופלים [5].

ככלל, תוכניות לניהול המחלה הוכחו במחקרים מבוקרים רבים כיעילות בשיפור תוצאים קליניים בחולי אס"ל [6,7,8]. כמו כן, תוכניות אלו נמצאו אפקטיביות גם בהפחתת שיעורי אשפוזים חוזרים, בשיפור איכות החיים והתפקוד הפיזי, בהגברת שביעות הרצון של המטופלים והיענותם לשינוי באורחות חייהם (למשל, שמירה על תזונה מומלצת), וכן בהגברת ההיענות לטיפול התרופתי ולמעקב [9,10,11].

אחד האתגרים הגדולים הניצבים בפני ארגוני הבריאות הינו התמודדות עם מחלות כרוניות קשות כדוגמת אי-ספיקת הלב, ובהתאם לכך הובלת שינויים מערכתיים

בכלל ושינוי הפרדיגמה בטיפול בפרט. במכבי שירותי בריאות רשומים כ-6,000 חולי אס"ל, המהווים 0.3% מכלל המבוטחים. מחציתם מתאשפדים פעם בשנה, ומקרב המאושפדים, כמחציתם מתאשפדים פעמיים בשנה או יותר.

לאור זאת, מכבי שירותי בריאות בשיתוף עם מכון גרטנר והיחידה לאי-ספיקת לב במרכז הרפואי ע"ש שיבא, בחרו לפתח ולהעריך את

האפקטיביות של תוכנית כוללת לניהול מחלת אס"ל. אם תוכנית זו תשיג את מטרותיה, היא תהווה מודל ארצי לניהול המחלה.

מטרות התוכנית

שיפור ושימור איכות החיים של המטופל; הפחתת מספר האשפוזים החוזרים בגין החמרת המחלה; ירידה בשיעורי התמותה; שיפור איכות הטיפול; העלאת היענות הטיפול; שמירה על מסגרת תקציבית.

עקרונות התוכנית

- הקמת מרכזי אבחון וטיפול באס"ל בפיזור ארצי, שמטרתם לקבוע תוכנית אבחנתית וטיפולית לחולים אלו, לבצע מעקבים תקופתיים ולטפל במקרים הבלתי-יציבים. במרכזים צוות רב-מקצועי, הכולל קרדיולוג, אחות מנהלת מחלה, עובדת סוציאלית ודיאטנית קלינית.
- הקמת מוקד ארצי המאויש על ידי אחיות ומשמש למעקב אקטיבי אחרי החולים באמצעות שיחות טלפון יזומות, וכן לניטור מרחוק באמצעות טכנולוגית טלה-מדיסין, הכולל מדדים של משקל, לחץ דם ודופק המשודרים מבית החולה למוקד.
- קיום קשר הדוק עם הרופא המטפל.

הערכת התוכנית

התוכנית מוערכת במסגרת ניסוי קליני מבוקר (randomized controlled trial) שכולל 1,200 חולי אי-ספיקת לב המוקצים באופן אקראי: 600 מטופלים בקבוצת הביקורת (הטיפול המקובל בקופה) ו-600 בקבוצת ההתערבות (ניהול מחלה + ניטור מרחוק). אחת לחצי שנה המטופלים בשתי קבוצות המחקר עוברים הערכה במרכזי אס"ל אזוריים, כאשר משך המעקב המינימלי אחר כל חולה הינו שנתיים. מדדי התוצאה הם: אשפוזים חוזרים, תמותה מכל סיבה, איכות חיים, דיכאון ומצב תפקודי.

תהליך העבודה

תהליך איתור המטופלים וגיוסם מתבצע על פי קריטריונים להכללה: חולים לאחר אשפוז בגין הופעה ראשונה או החמרה של אס"ל, מאותרים על ידי אחיות קשר ובקרה בבתי החולים; בנוסף, חולי אס"ל מהקהילה בדרגה תפקודית 3 או 4 (NYHA) מאותרים ומופנים מהקהילה, באמצעות הרופאים הראשוניים.

הערכת המטופלים והכללתם: הערכת מצבם הרפואי של

מחשב ואינטרנט מחוברים למצלמות וידיאו. צוות אחיות המוקד משוחח עם המטופלים באמצעות המחשב, כאשר האחות והמטופל רואים זה את זה באמצעות המצלמה. התקשורת הווירטואלית מסייעת לחיזוק הקשר הבין-אישי. בנוסף, אחות המוקד מסוגלת לאבחן אם החולה נתון במצוקה, למשל קושי נשימה עקב גודש ריאתי או קיום בצקת היקפית משמעותית.

מנקודת מבטו של המטופל, הטכנולוגיה הנמצאת בביתו מדגישה את מחויבותו למעקב יומיומי, משפרת את היענותו לטיפול ומקנה לו תחושת ביטחון.

סיכום

שיטה זו לניהול המחלה הינה בעלת פוטנציאל רב לשיפור הטיפול במטופלים עם מחלות כרוניות קשות. מודל זה, הכולל טכנולוגיות ניטור מתקדמות, מהווה פריצת דרך בגישת הטיפול הכוללנית בחולי אס"ל. הקמת מערך מסוג זה מערבת בתוכה שינויים ארגוניים בתהליכי עבודה בהיבטים מבניים ומקצועיים. תרומתה העיקרית של גישה זו מתבטאת בתמיכה ברפואה הראשונית ובאינטגרציה של הטיפול בחולים כרוניים קשים. המטופל יוצא נשכר מטיפול יזום, מתואם ואינטגרטיבי.

ביבליוגרפיה

1. HFSIS 2003. Heart Failure Survey in Israel 2003. National Survey of Hospitalized Patients March-April 2003. Preliminary Findings. Israel Center of Disease Control, 2004. Publication 234.
2. Bleumink G.S. et al. European Heart Journal, 25, 1614-1619, 2004.
3. Roger V.L. et al. JAMA, 292, 344e-350e, 2004.
4. Cowie, M.R. et al. Heart, 83, 505e-510e, 2000.
5. Disease Management Association of America (DMAA) (2004). Definition of disease management. Washington DC, DMAA. Retrieved from www.dmaa.org/definition.html.
6. Gonsseth J, et al. European Heart Journal, 25 (18), 1570-1595, 2000.
7. Gwady-Sridhar F.H. et al Archives of Intern Medicine, 64, 2315-2320, 2004.
8. Louis, A.A. et al. European Journal of Heart Failure, 5, 585-590, 2003.
9. McAlister F.A. et al. J Am Coll Cardiol, 44 (4), 810-901, 2004.
10. Michael W. et al. Journal of Cardiac Failure, 5 (1), 64-75, 1999.
11. Inglis S.C. et al. Circulation, 114, 2466-2473, 2006.

המטופלים ובדיקת התאמתם לתוכנית מתבצעת במרכזי אס"ל האזוריים על ידי הקרדיולוג. מטופלים שנמצאו מתאימים ונתנו את הסכמתם נכללים בתוכנית ועוברים בדיקות רפואיות, ייעוץ רפואי הכולל המלצה לטיפול תרופתי, טיפול נוסף לפי הצורך, וכן הדרכה על ידי אחות. לאחר סיום ההערכה, המטופלים עוברים הקצאה אקראית לאחת משתי זרועות המחקר.

מעקב זרוע הביקורת: המשך מעקב אחר המטופלים מתבצע על ידי הרופא הראשוני וקרדיולוג בקהילה. אחת לחצי שנה המטופלים עוברים הערכה רפואית במרכזי אס"ל האזוריים.

מעקב זרוע ההתערבות: המשך מעקב וניטור המטופלים מתבצע במרכזי אס"ל בקרב חולים בלתי-יציבים המוגדרים כזקוקים למעקב קליני תכוף עד להתייבבותם, או למתן תורוירידי של משתנים או ברזל. המטופלים היציבים עוברים להמשך טיפול ומעקב על ידי צוות המוקד הארצי, הכולל אחיות וקרדיולוגים. הצוות במוקד מנהל מעקב רציף ויזום אחר המטופלים, הכולל את תיאום הטיפול, איזון תרופתי, הדרכה, ניטור המדדים הטלמטריים המשודרים מדי יום מבית החולה למוקד, טיפול בהתראות דחופות, ייעוץ, והכוונה וטיפול במצבי חירום. צוות האחיות עוסק גם בתיאום השירותים הקהילתיים עבור המטופלים. תיאום זה כולל הפניה לעובדת סוציאלית ולדיאטנית, תיאום בדיקות וכיו"ב. העבודה במוקד מתבצעת בשיתוף עם הרופא המטפל, שעמו הצוות מתייעץ בעת הצורך ומדווח לו במצבים חריגים ובביצוע שינויים תרופתיים.

צוות אי-ספיקת לב כזרוע מסייעת לרופא הראשוני

במציאות הקיימת, שבה מספר החולים הכרוניים עולה בהתמדה כנגד היצע מוגבל של רופאים ראשוניים בקהילה, עומס המטלות גובר והזמן הממוצע שנותר לביקור רופא אינו מספק. זהו היתרון המובהק של הובלת תוכנית מסוג זה – תוכנית שבה הרופא הראשוני עובד בשיתוף פעולה עם צוות מקצועי (קרדיולוג, אחות מנהלת מחלה ואנשי מקצועות רפואה אחרים), המהווה זרוע תומכת ומייעצת בחולי אי-ספיקת לב בדרגה מתקדמת. צוות האחיות בתוכנית מחזק את הקשרים בין הגורמים המטפלים בקהילה – למרות הקושי הרב באינטגרציה של שירותי הקהילה, נבנה תהליך עבודה של הצוות אל מול הגורמים המטפלים, כגון: היחידות לטיפול בית, מרכזי אשפוז יום ומוקדי חירום. חיזוק הקשר ותיאום השירותים מפחית את הנטל האדמיניסטרטיבי המוטל על הרופא הראשוני, ומקדם באופן משמעותי את הטיפול במטופל.

מה נעשה עד כה?

התוכנית החלה לפעול באוגוסט 2007 – מאז ועד היום הוקמו עשרה מרכזי אס"ל בפריסה ארצית ומוקד טלפוני ארצי. חלק מהמרכזים הוקמו באזורים פריפריים, על מנת לנגיש את השירות למטופלים. עד כה גויסו מעל 1,000 מטופלים, מחציתם בזרוע ההתערבות ומחציתם בזרוע הביקורת.

במינהל הסיעוד הכשירו אחיות ייעודיות לניהול טיפול בחולי אי-ספיקת הלב. האחיות בתוכנית מנהלות את המחלה תוך עבודה משותפת עם הרופא המטפל, הקרדיולוג וצוות רב-מקצועי. טכנולוגיה מתקדמת – החולים בזרוע ההתערבות מחוברים לניטור ביתי מרחוק (טלה-מדיסין), ובנוסף, מטופלים שבביתם יש