

אם תרצו אין זו אגדה:

מתן 100% טיפול לא-פומי לאוסטאופורוזיס
במהלך אשפוז במחלקת שיקום

שיתוף פעולה אזורי
בשיפור מתמיד



ד"ר רון שחורי וד"ר נעמי הימן
מחלקת שיקום א', שהם

משמעות שברי מפרק הירך

- מעל 20% מתים בשנה הראשונה
- פחות מ-50% חוזרים לתפקוד קודם
- שכיחות מוגברת של תחלואה נלווית
- 30% מהתמותה מיוחס לשבר עצמו
- השבר גורם ליותר תמותה מתאונות דרכים ושווה לזה הנגרם מסרטן השד

Kanis JA, Johnell O, Oden A et al (2000) Long-term risk of osteoporotic fracture in malmo. Osteoporos Int 11: 669–74

מה אומרות הראיות 1

- מיעוט של חולים בסיכון גבוה מזהים ומטופלים
- מחקר קנדי הראה שרק 55% של חולים שצולמו בחדר מיון עם שבר חוליות צוין השבר שלהם בצילום (תת אבחון)
- רק 20% של חולים עם שבר שברירי מטופלים בשנה שלאחר השבר
- הפער הטיפולי באופן פרדוקסלי גדול יותר אצל קשישים
- שיעור מקבלי הטיפול במחלקות לאשפוז ממושך נמוך אף יותר

מה אומרות הראיות 2

- היענות- 50% מהחולים מפסיקים את הטיפול בשנה הראשונה
- הערכה וטיפול באוסטאופורוזיס מפחיתה את הסיכון לשבר הבא ב-50%, תוך שיפור איכות חיים והפחתת תמותה
- יחס עלות תועלת עולה בטיפול בחולים סיעודיים וחולי ממאירות

הרציונל לעשיה

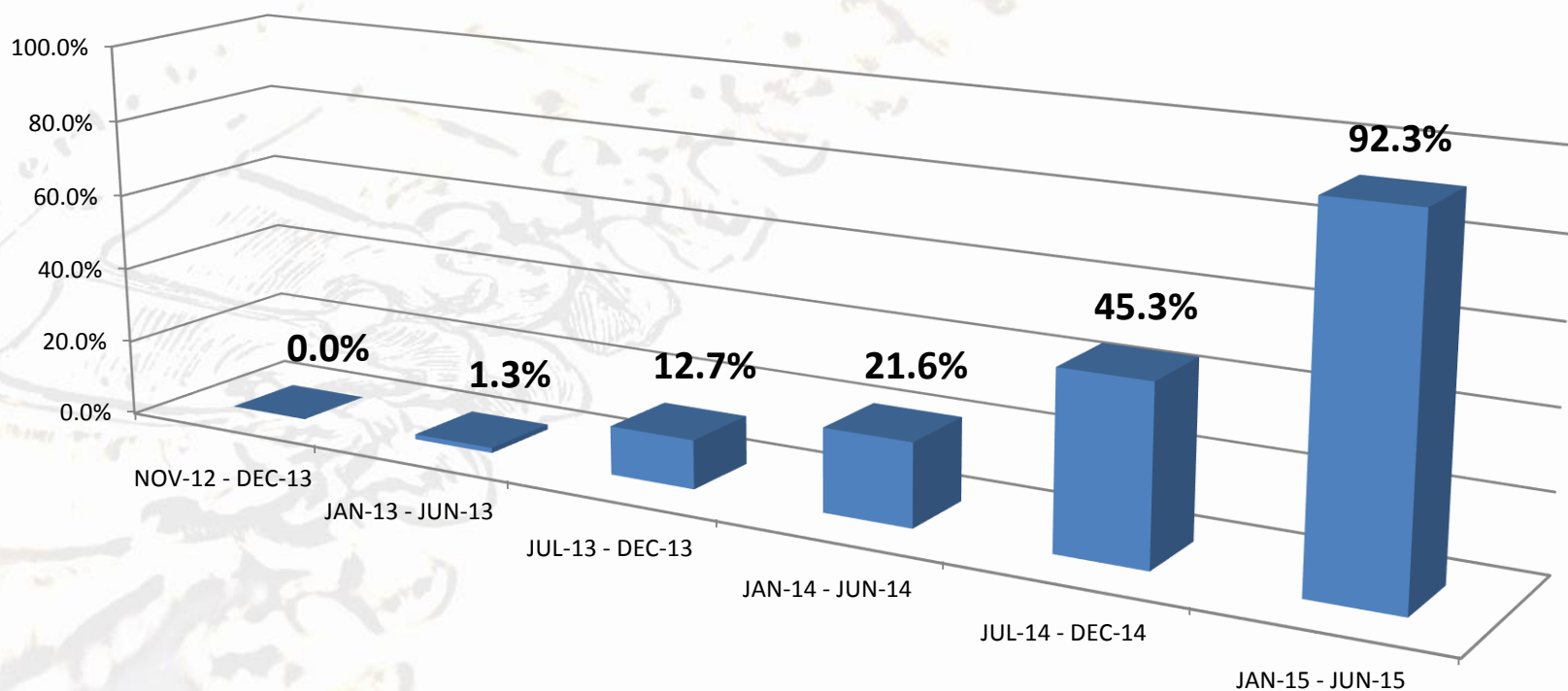
- כ-40% ממטופלנו המאושפזים לשיקום סבלו משבר שברירי
- תפיסת המחלקה:
 - ראייה כוללנית בשיתוף צוות רב תחומי
 - מניעה שניונית הינה אחד מעמודי התווך של המחלקה
 - חשיבות המשכיות הטיפול וקשר עם הקהילה
- משך האשפוז מאפשר התערבות

מטרתנו לתאר את תהליך שיפור הטיפול התרופתי באוסטאופורוזיס (החל מנובמבר 2011)

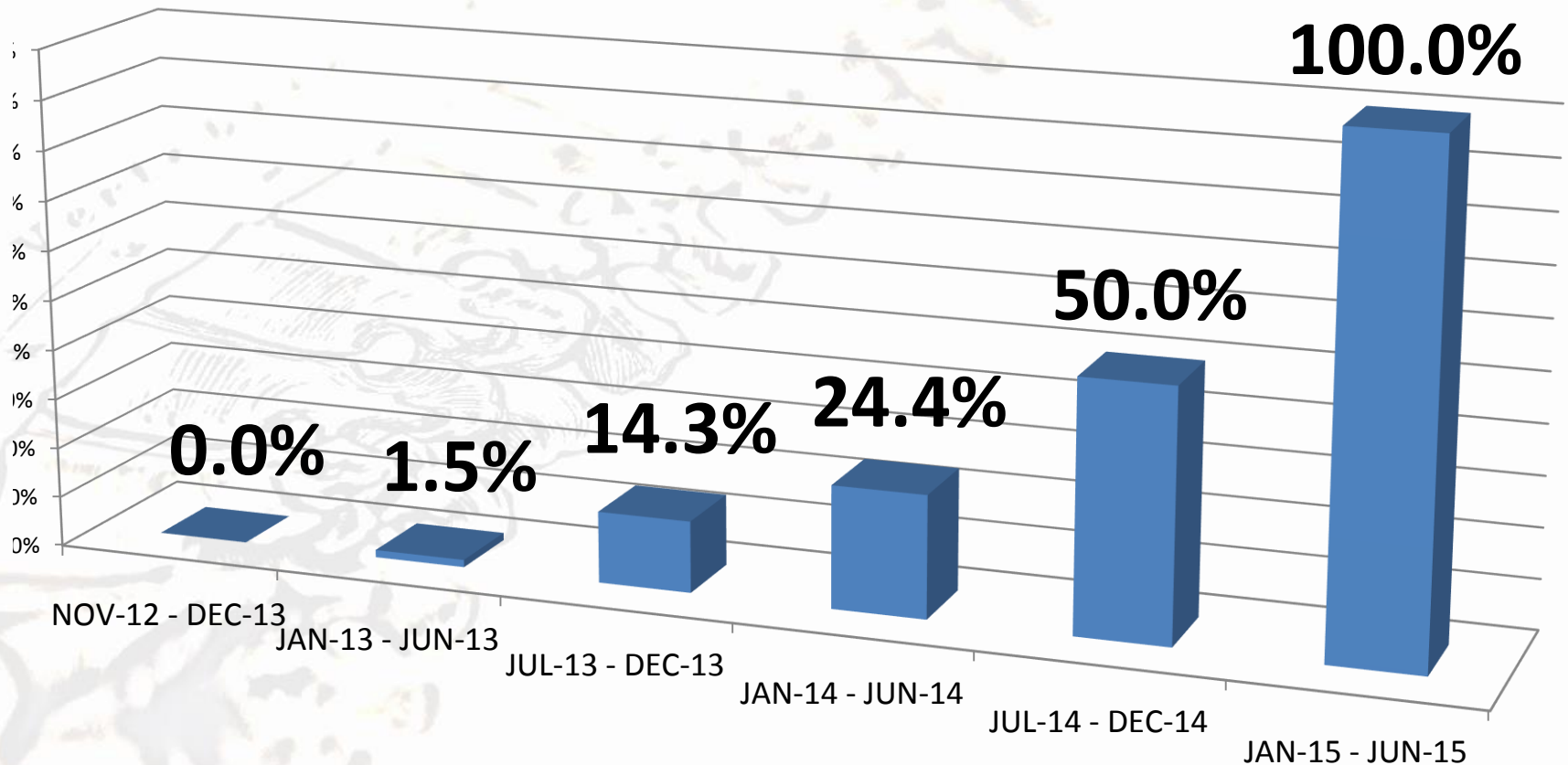
כיום במחלקה

- כל מטופלי האוסטאופורוזיס מטופלים בסידן (מלבד התוויות נגד מוחלטות ויחסיות)
- ניתנת מנת העמסת ויטמין D בקבלה בת 240,000 יחב"ל
- לאחריה נבדקת הרמה (לשקילת העמסה חוזרת)
- הטיפול הפרא-אנטרלי היעודי למחלה נבחר לכל חולה על פי: אנמנזה, בדיקות מעבדה והעדפות החולה
- אנו משיגים אישור לטיפול מבקר הטיפול בכללית, ובשאר הקופות מול רופא המשפחה
- הטיפול היעודי ניתן לקראת סוף האשפוז לכל החולים ברי הטיפול*

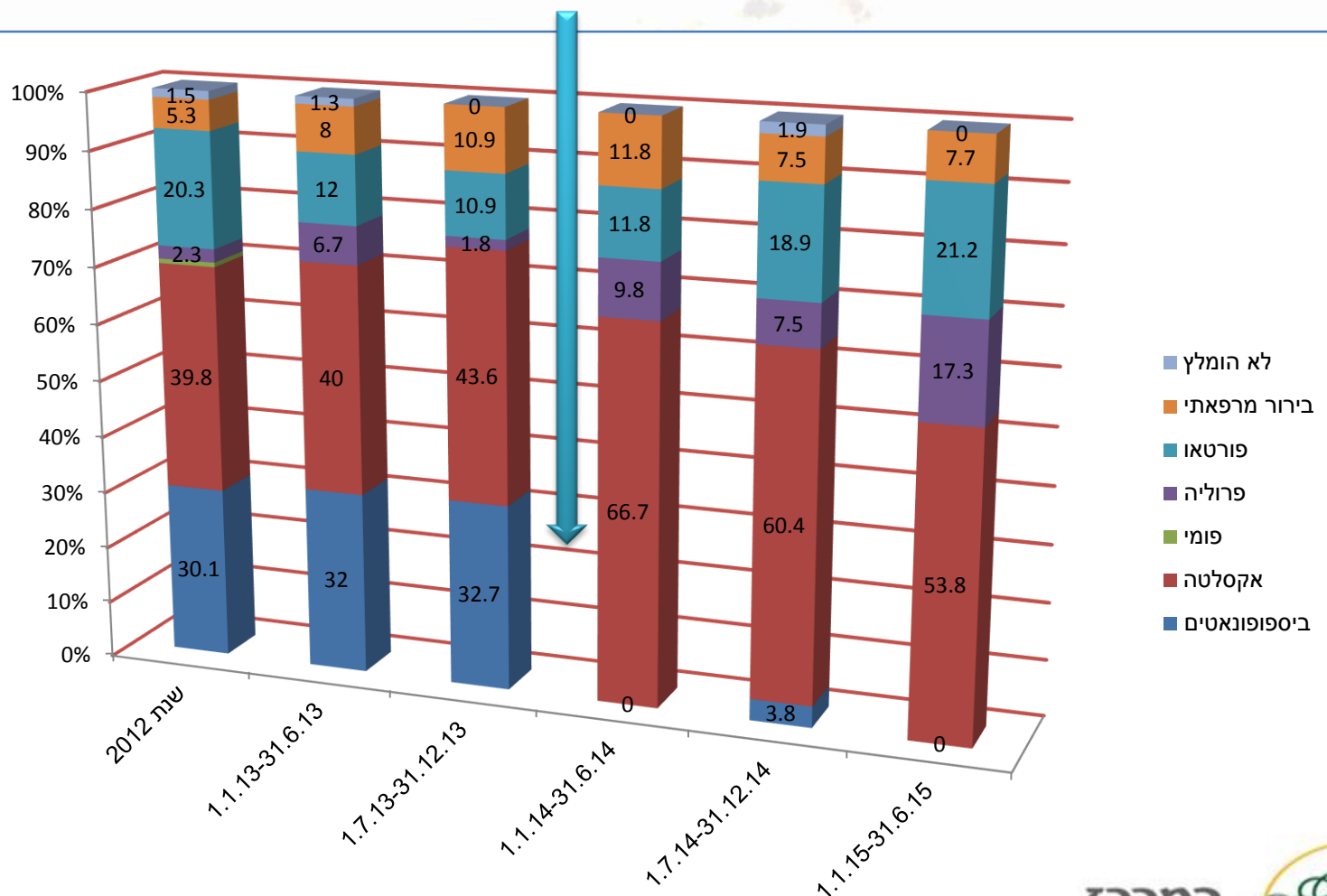
אחוז החולים שקבלו טיפול באשפוז



אחוז החולים שקבלו טיפול באשפוז לאחר הרחקת חולי דיאליזה והיפרפארתירואידיזם

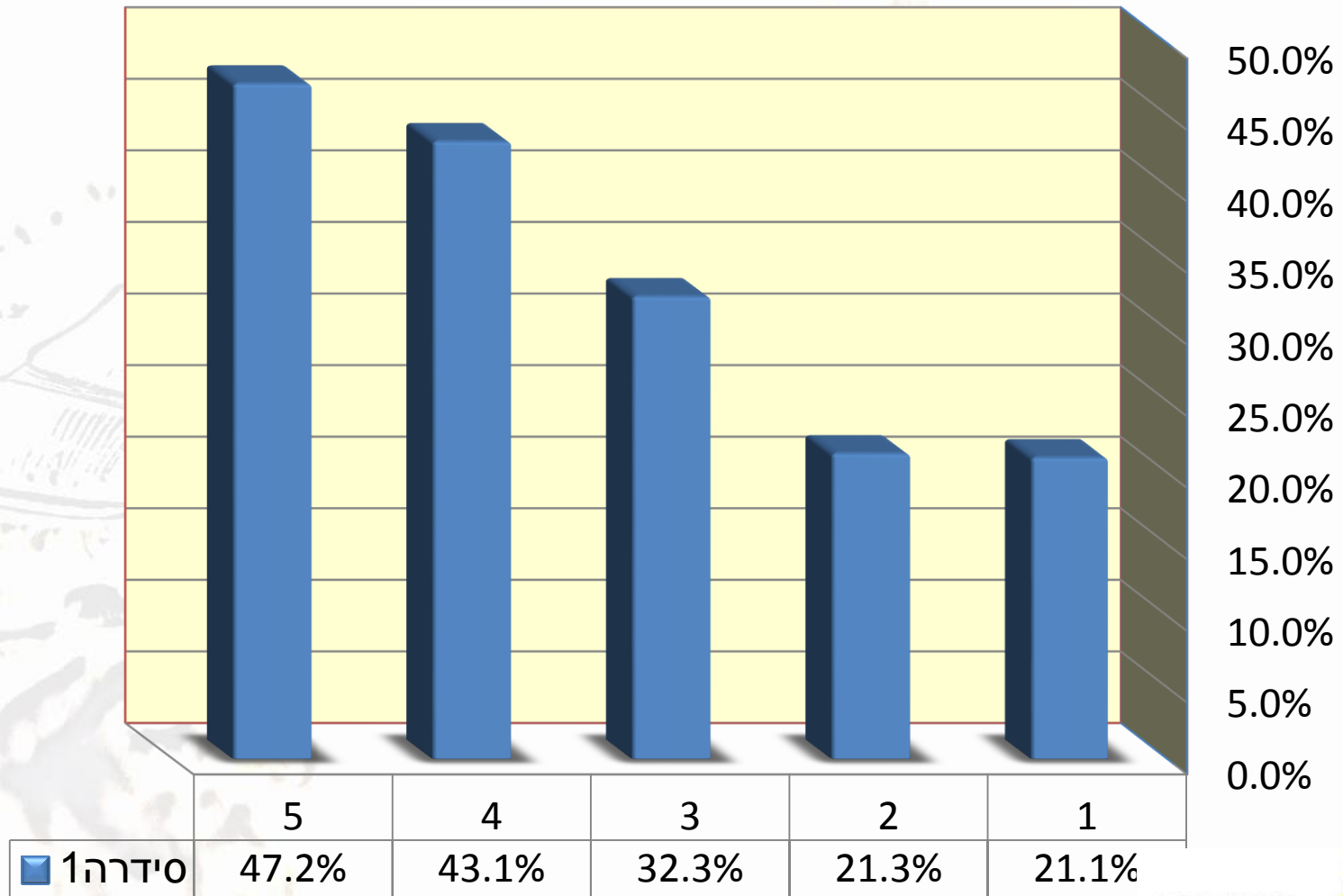


המלצה לטיפול תרופתי בכל קבוצת זמן *



$P < 0.01$

* שיעור החולים שמקבלים טיפול בקהילה בחלוקה על פי תקופת ההתערבות





- ויטמין D לא היה זמין בסל התרופות המוסדי – ניתנו מרשמים למשפחות למקביל למאמץ להכניס את התכשיר לסל המוסדי

- אנמנזה לא זמינה

- ניסינו להשיג מידע על טיפולים קודמים מהרופאים המטפלים, על מנת להחליט על סוג הטיפול המומלץ כעת.

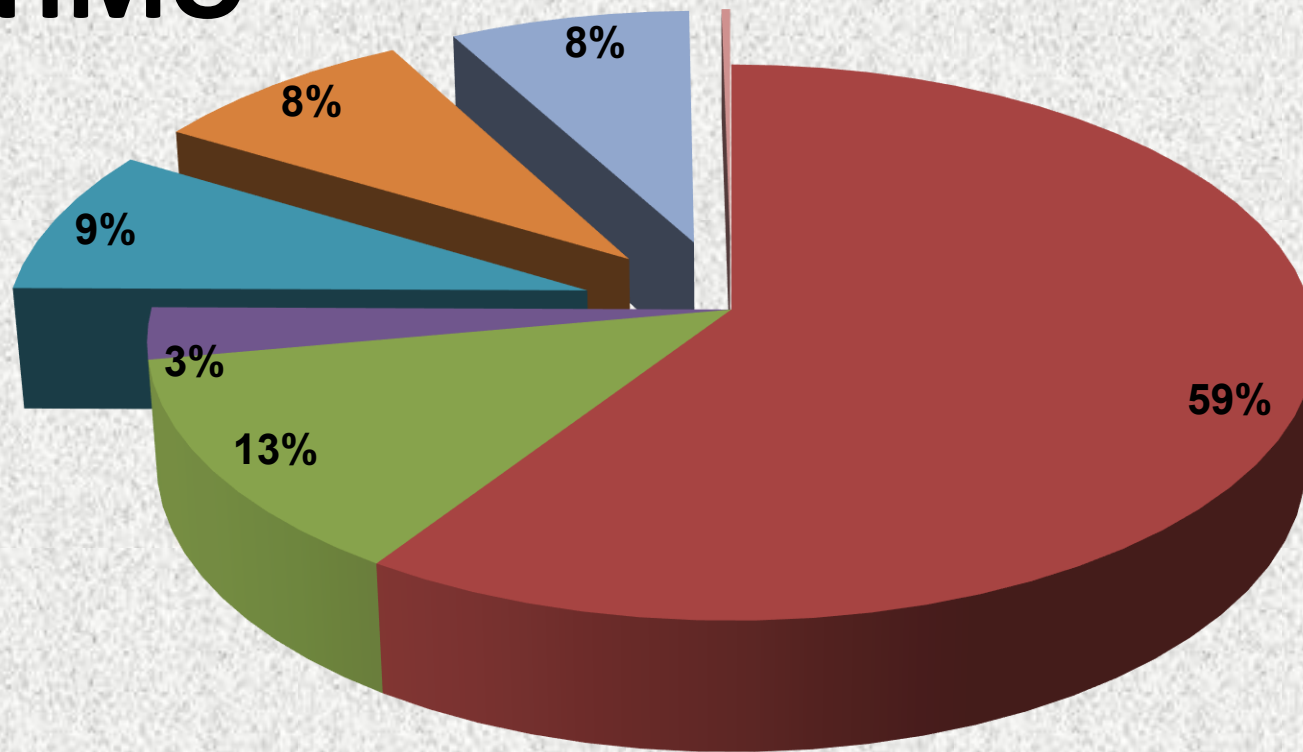
- במשך 14 חודשים (11/2011-12/2012) עיקר העשייה כלל:

- השגת המידע הדרוש מהרופא המטפל להחלטה על הטיפול היעודי לגבי כל חולה

- בשחרור המלצות מפורטות לגבי מתן סידן, ויטמין D, וסוג התכשיר המומלץ לטיפול היעודי במחלה

ביתרוח נתוני ארבע-עשר החודשים

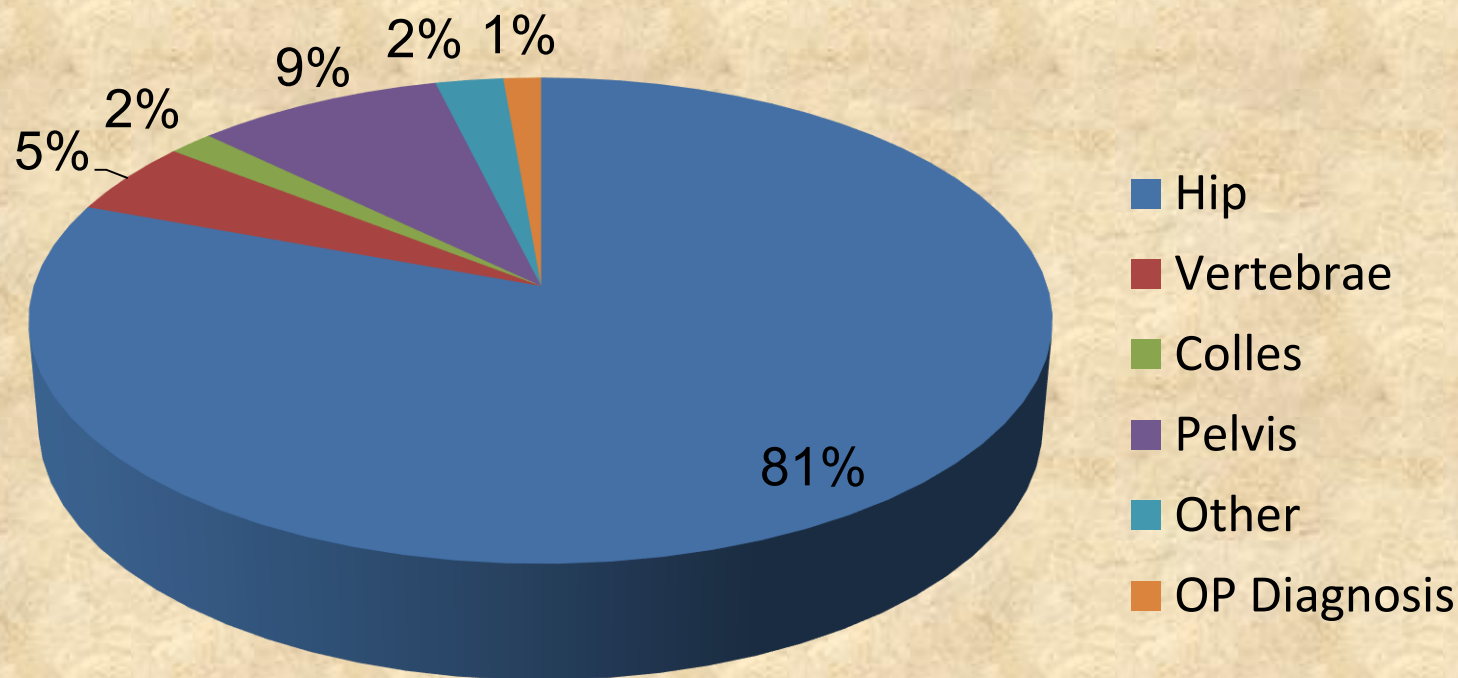
HMO



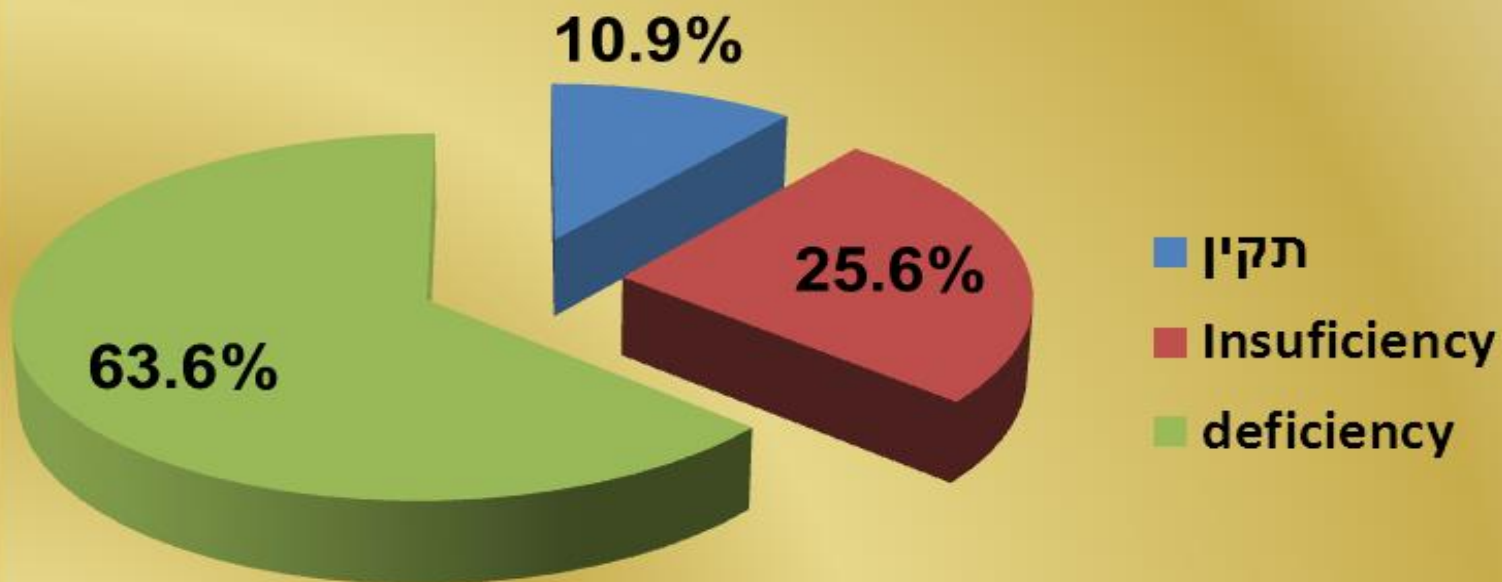
■ Clalit (Sharon Shomron)
■ Clalit (Other)
■ Meuhedet
■ Tourist HMO

■ Clalit (Notrh)
■ Leumit
■ Macabi

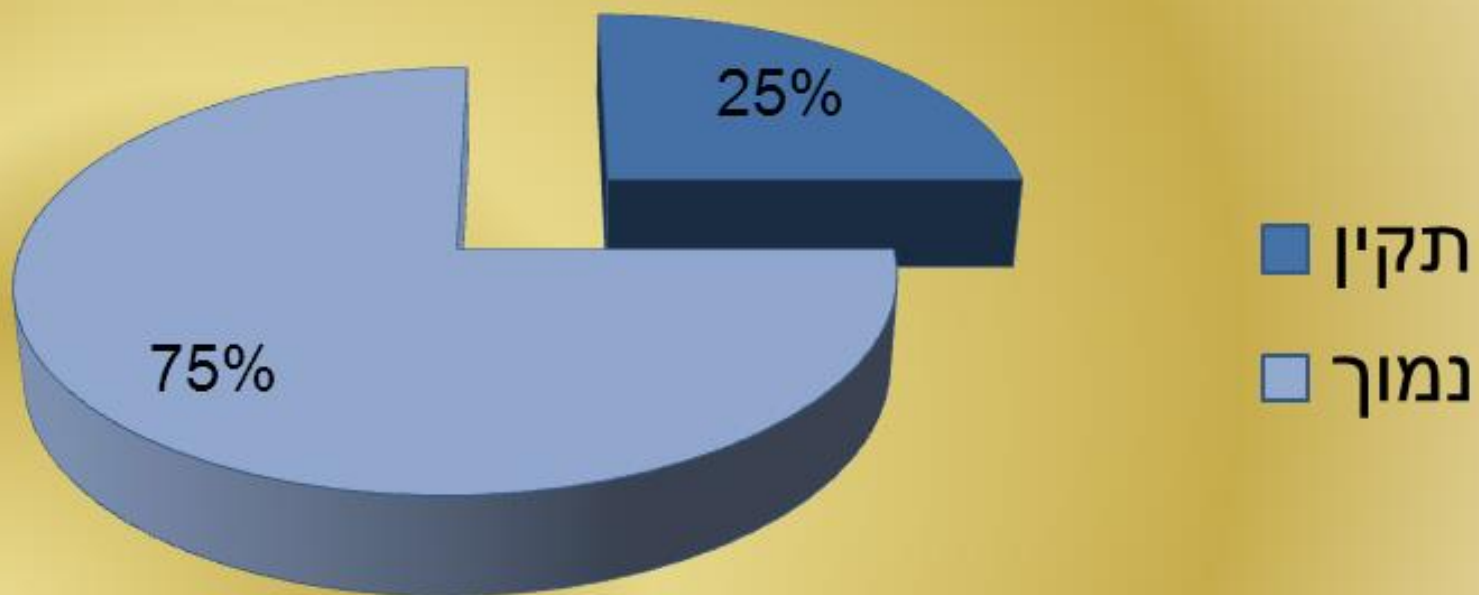
Fracture loci distribution



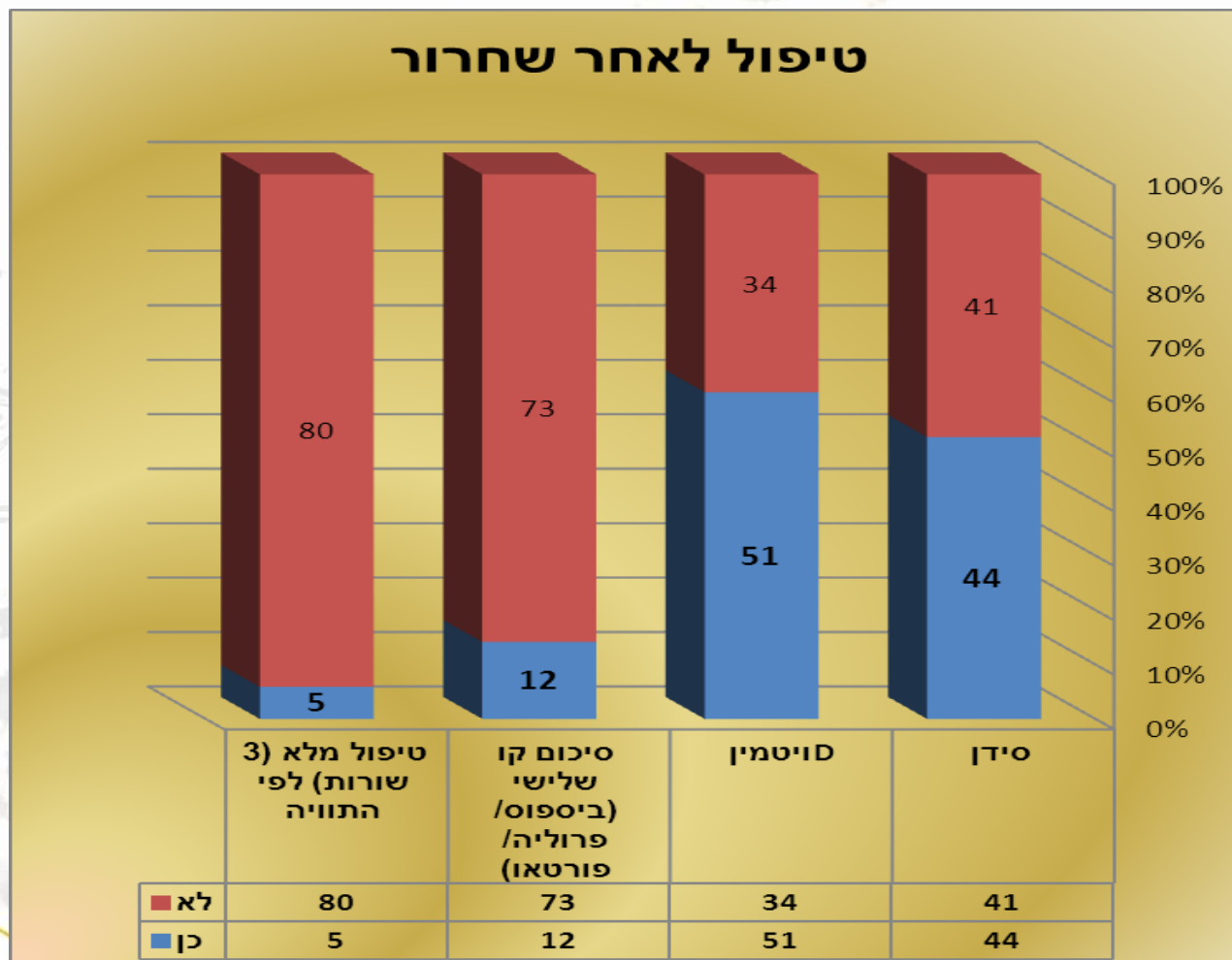
רמת ויטמין D בקבלה



רמת טסטוסטרון בגברים



14% בלבד מהמטופלים טופלו בקהילה לאחר השחרור, כאשר למחציתם השגנו במהלך האשפוז את אישור הקופה לטיפול



- משתנים כגיל, מין, מגזר/מוצא, אבחנת עבר של המחלה, מספר השברים, נמצאו לא משפיעים כלל
- שחרור לסידור מוסדי/מיון ניבא חוסר הענות מוחלט לטיפול התרופתי באופן מובהק סטטיסטי
- ברגרסיות שונות, כאשר המשתנה הבלתי תלוי הוא ישום המלצות הטיפול, טיפול קודם למחלה נמצא כגורם המנבא היחיד לטיפול לאחר השחרור (מובהק)
- בספרות העולמית מצוינת הענות של 50-70% להמלצות מגריאטר, במחקר שבוצע לאחרונה בארץ (ד"ר יאן פרס) הנתונים נמוכים יותר (30%)

סיכום המסקנות

- מיעוט החולים קיבל טיפול בקהילה
- השגת אישור במהלך האשפוז משפר את הסיכוי להמשך טיפול, לכן יצרנו קשר ישיר בקרי התרופות בכללית
- רב החולים לא הגיעו לרמת ויטמין D תקינה במהלך האשפוז

שינוי כיוון

- לאור הממצאים, הוחלט כי נתחיל בהעמסה ראשונה לכלל החולים מבלי למדוד ויטמין D
- משך זמן ההעמסה קוצר משבועיים לארבעה ימים על מנת לאפשר מדידות חוזרות באשפוז
- כאנקדוטה: בתקופה של ינואר עד יוני 2013, הטיפול היעודי הותחל באשפוז ל-1.5% מהחולים
- ראינו כי טוב, ובמהלך יולי-דצמבר 2013 שמנו לנו למטרה להתחיל טיפול באשפוז סמוך לשחרור על מנת לשפר את אחוזי ההיענות בקהילה, כאשר המנה הראשונה ניתנה באשפוז
- בתקופה זו 14.3% קבלו טיפול יעודי באשפוז

יעול

- על פי ספרות עדכנית בסוף 2013

- שבר שברירי מגדיר אוסטאופורוזיס קשה, ולכן מומלץ טיפול פרה-אנטרלי

- חומצה זולדרונית עדיפה במניעה שניונית של שברי ירך

- בינואר 2014 התחלנו להמליץ על טיפול פרה-אנטרלי

- ספציפי, הפסקנו להמליץ על ביספוספונאטים פומיים

- הרחבת אוכלוסית היעד לטיפול: אישור הטיפול

- בפרוליה לגברים אפשרה מתן טיפול לקבוצה שלא

- היתה ברת טיפול (גברים עם מחלה כליתית דרגה 4)

יעול 2

- פעלנו לקיצור זמן קבלת האישור מהקופות המבטחות
- במקביל יצרנו קשר עם הרופאים המטפלים בקופות הקטנות כאשר בשיחות:
 - ניתן הסבר לצורך בטיפול
 - ביקשנו מידע הדרוש להחלטה על סוג הטיפול
 - ביקשנו ועקבנו אחר מתן אישור לטיפולים*
- בתקופה של ינואר-יוני 2014, 24.4% קבלו טיפול באשפוז

תובנות חדשות

- עלית מספר המטופלים המקבלים טיפול חשפה את תופעת אי ההיענות לטיפול
- הרחבנו את ההסבר לחולים ובני משפחותיהם על השלכות המחלה והעדר טיפול
- רתמנו את המחלקות האורתופדיות באזור להוספת האבחנה בשחרור ומתן מנת ויטמין D ראשונה באשפוז האורתופדי
- הנסיון והעשייה שיפרו את התקשורת עם הקהילה
- בתקופה של יולי עד דצמבר 2014 50% קבלו טיפול באשפוז

עם האוכל בא התיאבון

- ככל שהתיעלנו במתן טיפול באשפוז, רצינו עוד
- שמנו לעצמנו למטרה לתת טיפול לכל חולה אוסטאופורוזיס בר טיפול (למעט חולי דיאליזה והיפרפארה) עוד במהלך האשפוז
- בתקופת הזמן של ינואר עד יוני 2015 הצלחנו לתת טיפול ל-100% מהחולים ברי הטיפול

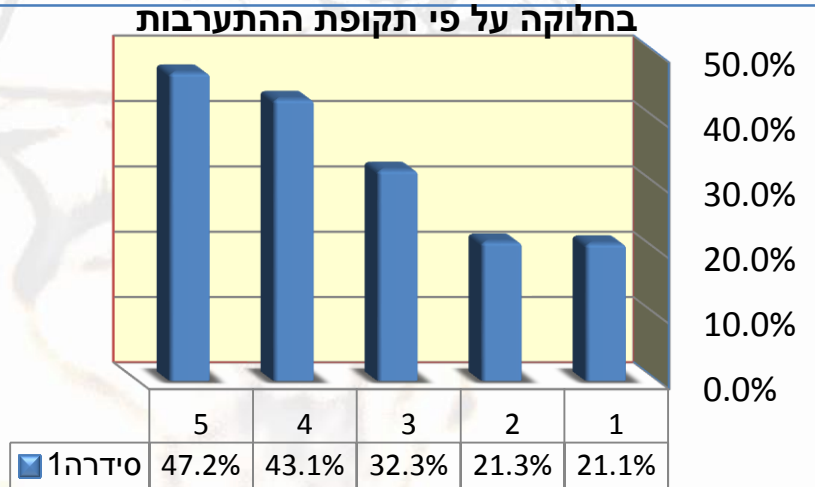
מסקנות

- תהליך של שפור מתמיד מחייב הערכה תקופתית של הספרות, מעקב אחר העשייה ועדכון המטרות
- המאמץ צריך להתרכז במתן מנת הטיפול היעודי הראשונה, עוד במהלך השיקום
- יש צורך בתיקון מהיר של רמות ויטמין D
- המאמץ מחייב שיתוף פעולה בעיקר עם הקופות המבטחות
- דרוש רצון עז על מנת לעמוד במטרות גוזלות זמן

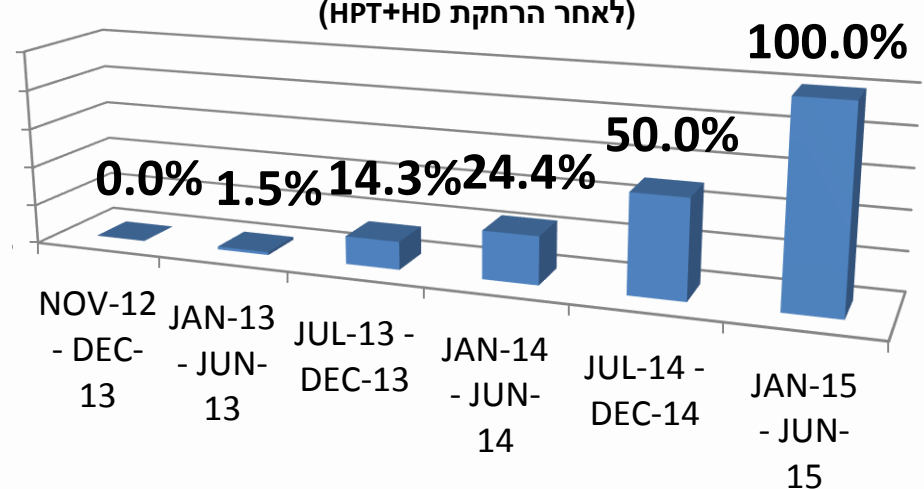
נתוני כלל 419 החולים

- ממוצע ימי אשפוז 29.1, סטית תקן 16.9
- אחוז הגברים 26
- גיל ממוצע 79.7 סטית תקן 9.4

שיעור החולים שמקבלים טיפול בקהילה
 בחלוקה על פי תקופת ההתערבות



אחוז החולים שקבלו טיפול באשפוז
 (לאחר הרחקת HPT+HD)



ומה עכשיו?

- אנו ממתינים לקבל את מידע המשכיות הטיפול בקהילה מקופת חולים כללית ועל פיהם נשקול את השלב הבא במאמץ לשיפור הטיפול במחלה
- הנסיון שלנו בגישה למניעה שניונית הורחב, וכעת גם מיושם גם לטיפול בחולי שבץ (המהווים פלח עיקרי שני בגודלו לאחר חולי אוסטאופורוזיס) ובמחלות אחרות

המשך יבוא...

המרכז
הרפואי
שׁוהם



לשיקום וחזרה לתפקוד

מסובך למקלות ולחומרה על שרירי המותניים, האגרון, היסוד