

# טיפול תומך בגיל המבוגר

מרבית הקשישים בארץ ובעולם אינם זוכים לטיפול תומך איכותי בסוף חייהם. האם אפשר אחרת?

דר' אמיתי אוברמן

השיפור בבריאות הציבור, מניעה וטיפול במחלות זיהומיות בשילוב עם ההתקדמות הרפואית במאה האחרונה, הביאו לעלייה דרמטית בתוחלת החיים בעולם המערבי. תינוק שנולד ב-1900 צפוי היה לחיות פחות מ-50 שנה. כיום, תוחלת החיים בישראל היא 77.6 שנה לזכרים ו-81.8 שנה לנקבות. עלייה זו בתוחלת החיים לוותה בעלייה ניכרת באחוז בני 65 פלוס במדינה, מ-85 אלף בשנת 1955 לכ-600 אלף בתחילת המילניום השלישי. כ-75 אחוז מכלל הנפטרים בישראל הם מעל גיל 65 ומכאן שמרבית החולים הזקוקים לטיפול תומך הם קשישים. מרבית הקשישים בארץ חיים בקהילה ורובם מסיימים את חייהם במהלך אשפוז בבית חולים.

בעוד שסרטן מהווה את גורם המוות השכיח בקבוצת הגיל המבוגר, בנוסף לממאירות, רוב הקשישים לוקים במחלה כרונית ממושכת אחת לפחות המחמירה את עוצמת הסימפטומים ולעתים מהווה את גורם הסבל העיקרי. למרות עובדות אלו והמלצות שעל טיפול תומך להיות מרכיב חשוב בכל תכנית טיפול בקשיש, מרבית הקשישים אינם זוכים ליישום גישה פליאטיבית במהלך הטיפול בהם בסוף חייהם.

## ממאירות בגיל המבוגר

מירב המחלות הממאירות בארץ מאובחנות לאחר גיל 65, כך שסרטן היא מחלה של הגיל המבוגר. מחקרים מצביעים ששיעורי הממאירויות והתמותה מהם עלו יותר בקרב הקשישים מאשר באוכלוסיות צעירות יותר. לכן, עם העלייה בתוחלת החיים ומספר הקשישים, אנו צפויים להתמודד עם מספר הולך וגדל של קשישים הסובלים מסרטן. מכלל הממאירויות, מהווה סרטן מעי הגס את גורם המוות העיקרי באוכלוסיה זו. הפרוגנוזה בקשישים שונה מזו של הצעירים. שינויים פיזיולוגיים בגיל המבוגר,

מעומס סימפטומים רבים במיוחד, הרי שמחקרים שבדקו את שיעורי הסימפטומים בקשישים הלוקים במחלות כרוניות שאינן ממאירות הראו שכיחות גבוהה של סימפטומים הדומה לזו הקיימת בקשישים חולי סרטן. במחקר רטרוספקטיבי שבוצע באנגליה, בו רואיינו בני משפחה של חולים שנפטרו ממחלות לא ממאירות, נמצא ש-67 אחוז מכלל הקשישים סבלו מכאב, כ-49 אחוז סבלו מקוצר נשימה, 27 אחוז סבלו מבחילות ו-36 אחוז סבלו מדיכאון ומהפרעות שינה. בדומה לחולי סרטן, גם לאוכלוסיית חולים זו צרכים "פליאטיביים" הזקוקים למענה איכותי ומקצועי.

אחד המחסומים ליישום גישה פליאטיבית בקשישים הסובלים ממחלות כרוניות שאינן ממאירות הוא מהלך המחלה הממושך והקושי בניבוי הפרוגנוזה. בעוד שמרבית חולי הסרטן מתפקדים באופן עצמאי עד שלבי המחלה המתקדמים, שמהם תהליך סיום החיים הוא יחסית קצר וצפוי, הרי שתהליך סיום החיים בחולים קשישים הסובלים ממחלות כרוניות לא ממאירות הוא ארוך וממושך, סופו לא ניתן לניבוי והוא מתאפיין במוגבלויות תפקודיות רבות ובהתלקחויות חולפות, המלוות בסימפטומים רבים ומגוונים. כך למשל, חולים באי ספיקת לב שמחלתם מאופיינת בהתלקחויות של גודש ריאתי, מלווים בקוצר נשימה ואף כאב. לאחר טיפול בסימפטומים החריפים, מרבית החולים חוזרים לרמת תפקוד סבירה. מוות מופיע בדרך כלל לאחר התלקחות חריפה אך גם באופן פתאומי. למרות מאמצים רבים, קיים קושי רב לחזות בדיוק את הפרוגנוזה בחולים אלה.

לעומת זאת, בדמנציה, כגון מחלת אלצהיימר, מהלך המחלה הוא ארוך במיוחד ומתאפיין בירידה הדרגתית ומתמדת ביכולת התפקוד העצמאי. גורמי הסבל כוללים שינויים במצב הרוח, מחשבות שווא והלוצינציות מאיימות והפרעות התנהגות, אי שליטה על סוגרים, ירידה תזונתית, שאיפת מזון, זיהומים, פצעי לחץ וכאב. למרות ששכיחות מחלה זו מגיעה עד 50 אחוז בקרב בני 85 ויותר ומלווה בעול טיפולי ורגשי וסבל ניכר, רק מיעוט מחולי דמנציה זוכים ליישום גישה פליאטיבית במהלך הטיפול בהם ולמרביתם אין נגישות לשירותים פליאטיביים.

מחסומים נוספים ליישום גישה פליאטיבית בגיל המבוגר כוללים ירידה קוגניטיבית וקשיי תקשורת, העדר מודעות לצרכים, קושי בזיהוי ואומדן סימפטומים, העדר רצף טיפולי, העדר שירותים והכשרה של אנשי מקצוע, וכן דעות קדומות על זיקנה והזדקנות.

כגון הירידה בפנינוי קראטינין, תפוקת הלב, זרימת דם לכבד ותנועתיות המעיים, משפיעים על תוצאות כירורגיות ותורמים לשכיחות רבה יותר של תופעות לוואי מטיפול קרינתי וכימותרפי. בנוסף, נוכחות מחלות כרוניות ממושכות, המלוות בירידה תפקודית, מגבירה את שיעורי התמותה מסרטן ללא קשר לשלב הגידול, סוג הטיפול או גיל החולה. לכן, תפקוד הקשיש טרם אבחון המחלה ובמהלכה מהווה גורם מכריע בתהליך קבלת ההחלטות הטיפוליות.

עד לאחרונה, מרבית המידע על הטיפול המרפא בסרטן התבסס על תוצאות מחקרים בחולים צעירים ללא מחלות נלוות. ברוב המחקרים נבדקה השפעת הטיפול על מדדי הישרדות ולא דווקא על מדדים שלעתיים חשובים יותר לקשישים, כגון תפקוד עצמאי ואיכות חיים. בדומה, מרבית המחקר הפסיכו-סוציאלי בחולי סרטן בוצע אף הוא בצעירים והמידע הקיים על הצרכים הפסיכולוגיים, רגשיים, חברתיים ורוחניים של קשישים הלוקים בסרטן ומשפחותיהם, לוקה בחסר.

## מחלות כרוניות אחרות

התקדמות הרפואה, שאפשרה להתמודד בהצלחה עם גורמי תמותה חריפים כגון זיהומים ואוטם שריר הלב, האריכה את תוחלת החיים, אך יצרה מנגד את האפשרות ללקות במחלות כרוניות ממושכות כגון אי ספיקת לב, מחלות פרקים, מחלות ריאה וכבד כרוניות, מחלות נירולוגיות ניווניות כגון דמנציה וכן ממאירויות שונות. כיום, במדינות מפותחות, רוב הקשישים מסיימים את חייהם לאחר מספר שנים בהם הם מתמודדים בו זמנית עם מספר מחלות כרוניות מתקדמות המלוות בירידה תפקודית וקוגניטיבית. לעתים מלוות מחלות אלו בבדידות חברתית ומצוקה כלכלית והשפעתם המצטברת גורמת לסבל רב ולמצוקה גדולה ביותר. למרות שנדמה שחולי סרטן סובלים

## לא הוספס

מאחר שקשה לחזות את תוחלת החיים של קשישים עם מחלות כרוניות ונוכח הצרכים המורכבים שלהם ושל משפחותיהם, מתן טיפול תומך בגיל המבוגר מחייב התייחסות אחרת, ידע רחב יותר ושיתוף פעולה טוב יותר בין הגורמים המטפלים.

טיפול תומך בקשישים אינו מילה נרדפת להוספס. יש להתייחס לטיפול התומך בקשישים כאל כלי שמטרתו להקל על גורמי הסבל הפיזיים והרגשיים המלווים את מחלות הגיל המבוגר, ועליו להיות מרכיב עיקרי בכל תכנית טיפול בקשיש, ללא קשר לפרוגנוזה או למוות מתקרב. זאת ועוד, במהלך הממושך של המחלות הכרוניות, חל שינוי במגוון הסימפטומים ועוצמתם ובמקביל גם משתנים תפקידיו של הצוות המטפל בהתאם לצרכים ולרצונות הקשיש ומשפחתו. בשלבי מחלה ראשונים בדמנציה, מתמקד הטיפול התומך בתמיכה נפשית בחולה ומשפחתו, עזרה בתכנון הטיפול הרפואי בעתיד, מינוי אפוסטרופוס וטיפול במצוקות נפשיות. בשלבי מחלה סופניים, כאשר הקשיש כבר אינו מסוגל להביע דעתו, עיקר הדגש יהיה על איזון סימפטומים פיזיים ותמיכה במשפחה, במיוחד כאשר יש להחליט על שימוש או הימנעות מהתערבויות רפואיות כגון הזנת-על וכדומה.

למרות המאמץ המושקע בקידום הטיפול התומך בקשישים, איכות הטיפול התומך הניתנת והנגישות והזמינות לשירותים אלה לוקות מאוד בחסר. מחקרים מצביעים שקשישים בסוף חייהם חווים סבל מיותר עקב כאב לא מאוזן, דיכאון, מצוקות קיומיות וסימפטומים אחרים. ליקויים אלה נצפו בקהילה, בבתי אבות ובתי חולים. במחקר ה-SUPPORT נמצא שבשלושה הימים האחרונים לחייהם, 50 אחוז מהקשישים, שהיו בהכרה ונפטרו בבית חולים, סבלו מכאב ניכר. מחקרים אחרים שהצביעו על טיפול טוב יותר בסימפטומים פיזיים הדגישו את ההתעלמות והעדר טיפול במצוקות נפשיות ורוחניות. נתונים אלה ואחרים היוו את הגורם שהניע את ארגון הבריאות העולמי לפרסם לאחרונה חוברת ייעודית העוסקת בטיפול התומך בקשישים ובה המלצות ספציפיות לקידום הטיפול התומך באוכלוסיה זו. האתגרים המקצועיים בטיפול התומך לקשישים כוללים זיהוי הקשיש הזקוק לטיפול תומך, אומדן וטיפול אופטימלי מותאם לגיל, בכאב ובסימפטומים אחרים, שימור תפקוד עצמאי ואיכות חיים עד כמה שניתן, תקשורת אמיתית וגלויה, תמיכה

בתהליך קבלת החלטות, כיבוד רצונותיהם של הקשיש ומשפחתו, התמודדות עם דילמות אתיות ייחודיות, דאגה למצוקות המטפל הראשוני ושמירה על רצף טיפולי.

## זיהוי הקשיש הזקוק לטיפול תומך

לאור הקושי בניבוי תוחלת החיים בקשישים החולים במחלות ממושכות והמספר הגדל של הקשישים, עולה הצורך לזהות אותם קשישים הזקוקים יותר מאחרים לשירותי טיפול תומך. מעבר לביצוע אומדן סימפטומים פיזיים, חברתיים ונפשיים בכל קשיש עם מחלה כרונית ממושכת, על איש המקצוע לשאול את עצמו "האם אופתע אם קשיש זה ימות במהלך השנה הקרובה?" במידה שהתשובה היא שלילית, יש לנקוט בגישה פרויקטיבית, לבצע הערכה יזומה ולדון עם הקשיש ומשפחתו בנושאים הקשורים לטיפול בסוף החיים.

## זיהוי ואומדן סימפטומים

עם העלייה בגיל והירידה ברזרבות פיזיולוגיות, מחלות ומצבים פתולוגיים אחרים עלולים להתבטא באופן לא טיפוסי. התבטאות לא טיפוסי זו של מצבי חולי בקשישים מקשה על זיהוי ואומדן נכון של סימפטומים. הקושי מוחמר יותר בנוכחות ליקויים קוגניטיביים ובשלבי החיים הסופיים, אז קיימות מספר פתולוגיות בו זמנית. בלבול או שינויים בהתנהגות יכולים להיות הביטוי היחיד לכאב לא מאוזן, אצירות שתן, חסימת מעיים, גודש ריאתי או הפרעה במאזן נתון וסידן. מנגד, אי שליטה חדשה על הסוגרים, נפילות חוזרות או ירידה תפקודית יכולים להיות הביטוי היחיד של גרורה מוחית, אנמיה ודיכאון. מעבר לכך, לעתים מתייחסים הקשישים עצמם לסימפטומים כגון כאב, ירידה בתיאבון או שינוי ביציאות כחלק מתהליך תקין של הזדקנות או חולי ונמנעים מלדווח עליהם.

העדר ניסיון וידע ברפואת הגיל המבוגר מביא פעמים רבות לאבחון מוטעה או להתעלמות מסימפטומים או מסימנים קלים שלעתים מייצגים מצבי חולי הפיכים וברי טיפול. מעבר לכך, פעמים רבות, מספר סימפטומים קיימים בו זמנית ותורמים לסבל ומצוקה קיומית של החולה ומשפחתו, פוגעים באיכות החיים ולעתים מביאים להתאבדות או לבקשה להמתת חסד. לאור זאת, על מנת לתת מענה איכותי לחולים אלה, יש לבצע הערכה כוללת תוך שימוש בכלי הערכה מקובלים (כגון: ESAS או Memorial Symptom Assessment Scale) שהוא כלי המודד את

העוצמה, תדירות ומידת הסבל שמקורם ב-32 סימפטומים פיזיים ונפשיים.

## טיפול בכאב

כ-80 אחוז מכלל הקשישים סובלים ממחלה ניוונית או ממארת המלווה בכאב. בספרות מדווח ש-20-40 אחוז מהקשישים בקהילה סובלים מכאב כרוני ושיעור זה עולה ל-80 אחוז בקרב קשישים בבתי אבות. לקשישים רבים מספר גורמי כאב בו זמנית שמקורם במצבים כרוניים שונים, כגון: דלקות פרקים, נירופטיות עור, סוכרת, שברים אוסטיאופורוטיים, מחלת כלי דם פריפרית, פצעי לחץ וכן העדר ניידות. לקשישים הלוקים בסרטן מתווסף כאב שמקורו בגידול עצמו או כאב הנובע מהטיפול בממאירות. כאב לא מאוזן, במיוחד בקשישים, מלווה פעמים רבות בדיכאון, בירידה קוגניטיבית ותפקודית, בהתבודדות, בירידה בניידות ובפגיעה קשה באיכות החיים.

למרות נתונים אלה, מחקרים מצביעים על העדר אומדן ואיזון אופטימלי של כאב בקשישים ואף חשש לא מוצדק של אנשי מקצוע ממתן אופיואידים באוכלוסיה זו. מחקר בארה"ב הראה שכ-40 אחוז מכלל הדיירים הסובלים מממאירות דיווחו על כאב יומי, ומעל 25 אחוז מאותם קשישים שדיווחו על כאב יומי, לא קיבלו טיפול אנלגטי כלשהו. העדר טיפול היה שכיח יותר בקשישים בני 85 ויותר. לקשישים הסובלים מדמנציה, סיכון גבוה יותר להעדר טיפול איכותי בכאב עקב חוסר יכולתם לדווח על כאב בדרכים מקובלות. כאב בקשיש הדמנטי יכול להתבטא בהפרעות בהתנהגות, ירידה תפקודית ובלבול גובר. עקב הקושי בזיהוי כאב, פעמים רבות מטופלים קשישים אלה בתרופות הרגעה ולא בתרופות נוגדות כאב. מחסומים נוספים להעדר טיפול אופטימלי כוללים חשש לא מבוסס מהתמכרות, חשש ממשמעות הכאב, קשיים כלכליים ונגישות לתרופות. ולמרות המתואר, לכל קשיש הזכות להיות חופשי מכאב.

כאב בגיל זה יש לאמוד בעזרת כלי מדידה מותאמים. על הערכת כאב להיות מלווה בהערכה קוגניטיבית, בירור השפעת הכאב על התפקוד היומיומי ונוכחות דיכאון. לאור שכיחות הכאב הגבוהה והימנעות הקשישים מדיווח על קיומו, יש להניח שהכאב קיים ולשאול "עד כמה חזק הכאב?", ולא "האם כואב לך?".

בחולים עם הפרעה קוגניטיבית מתקדמת, אומדן כאב מבוסס על שפת גוף והפרעות התנהגות. בעזרת כלי מדידה המתאימים

לקשישים עם הפרעות קוגניטיביות, כגון PAINAD ודומיו, ניתן להגיע לאיזון כאב הולם.

בעת קביעת טיפול תרופתי בכאב יש לזכור ששינויים במרכיבי הגוף, קצב מטבולי, תפקוד הכבד, זרימת דם ותפקוד הכליה משפיעים על ספיגה, פיזור ופירוק של תרופות. מאחר שקשישים נוטים מספר תרופות בו זמנית, הסיכוי לתופעות לוואי ואינטראקציות בין תרופתיות גבוה יותר. בנוסף, למרבית תרופות הכאב השכיחות תופעות לוואי העלולות להחמיר בעיות קודמות כגון עצירות, ליקוי קוגניטיבי, צרבת, יתר לחץ דם ואי ספיקת כליות.

#### המלצות לטיפול תרופתי בכאב בגיל

המבוגר כוללות, בין היתר: 1. מתן קבוע של תרופות כאב אך שימוש במינונים נמוכים יותר ובמרווחי זמן גדולים יותר. 2. מתן אקמול כתרופת הבחירה הראשונה בכאב קל עד בינוני. 3. הימנעות משימוש כרוני בתרופות מקבוצת NSAIDS, כולל התרופות החדשות לאור שכיחות תופעות לוואי גבוהה יותר בקשישים. 4. לא לחשוש ממתן תרופות אופיאידיות אך להימנע ממתן מינון ראשוני גבוה של אופיאידים ולתת אותם באופן הדרגתי ומבוקר. 5. סיוע בשיטות לא תרופתיות.

#### תקשורת אמינה וטיפול בקשישים לפי רצונם

תכנון הטיפול לעתיד וכיבוד רצונותיהם של חולים סופניים מהווים מרכיב חיוני במתן טיפול תומך בסוף החיים ומדד לאיכותו. תהליך תכנון הטיפול לעתיד (Advanced care planning) מבוסס על תקשורת בין חולים, הצוות המטפל בהם ובני משפחותיהם, לגבי סוג הטיפול המתאים במצבים בהם החולה לא יוכל לקבל החלטות.

מחקרים מצביעים ששיעור גבוה של קשישים הנמצאים בשלבי מחלה מתקדמים רוצים לשוחח עם רופאיהם על מחלתם ועל האופציות הטיפוליות העומדות בפניהם ולהיות שותפים בתהליך בחירת הטיפול הרפואי בהם בסוף ימיהם. מנגד, ממחקרים שבוצעו בארץ ובעולם עולה שהרופאים לא מודעים לרצון החולים לשוחח על הטיפול בהם ומצוקותיהם האחרות בסוף החיים, לא יוזמים שיחות כאלו, לא מקשיבים, לא מיישמים את מה שהחולה מבקש ובמצבים סופניים ממליצים על טיפול פולשני ואגרסיבי יותר ממה שהקשישים היו רוצים. מחקרים הראו שעול הטיפול או ההתערבות (משך אשפוז, תכיפות הבדיקות, מידת הפולשנות) והסיכוי לירידה תפקודית וקוגניטיבית מהווים מרכיב חשוב בתהליך

קבלת ההחלטות של קשיש על שימוש או הימנעות מטיפול רפואי. מחקר אחד הראה שאם תוצאות טיפול כלשהו מביאות לעלייה בהישרדות אך מלוות בפגיעה תפקודית קשה, רק רבע מכלל הקשישים היו בוחרים לקבל טיפול כזה. מכאן, שבעת דיון עם קשישים לגבי העדפותיהם בטיפול בסוף החיים ורצונם או אי רצונם בטיפול זה או אחר, יש להוסיף לדיון מידע על העול הטיפולי, הסיכויים הצפויים להצלחתו או אי הצלחתו ומידת השפעתו על איכות החיים ותפקוד פיזי וקוגניטיבי.

מחקרים שבדקו את רצונותיהם של הקשישים בארץ ובארצות מערביות, לגבי טיפול מאריך חיים, הראו שוב ושוב כי קשישים רבים אינם מעוניינים בהארכת חייהם באופן מלאכותי במצבי חולי קשים בהם הפרוגנוזה ירודה. מרביתם מעדיפים עצמאות תפקודית ואיכות חיים על פני הארכת חיים בכל מחיר והימנעות משימוש מוגזם במכשור רפואי. קשישים, על פי אותו מחקר, מעדיפים מעורבות פעילה בתהליך קבלת ההחלטות וכן תקשורת אמיתית ואמינה עם הצוות המטפל על הטיפול והאופציות הטיפוליות. בנוסף, קשישים רבים מעוניינים לשוחח על המוות המתקרב, להשקיע מאמץ בחיזוק הקשרים האישיים במשפחה, להיפרד מאנשים החשובים בחייהם ולסיים עניינים לא סגורים עם בני המשפחה וחברים.

קבלת החלטות על טיפול בסוף החיים בקשישים, שאינם ברי כושר שיפוט, מהווה אתגר יומיומי. פעמים רבות יש חילוקי דעות לגבי הערכים והמטרות הטיפוליות בתוך המשפחה, בינם לבין חברי הצוות ובתוך הצוות ואף עם החולה שכעת אינו יכול להביע דעתו. המשמעות של סבל היא סובייקטיבית ואישית. לכן, הערכת סבל של קשיש כזה מאתגרת. למרות מחלוקת בנושא, קיומם של צוואות לחיים ויפוי כוח עוזר רבות במצבים אלה ולכן יש להמליץ לכל קשיש הלוקה במחלה המאיימת על חייו ומעוניין בכך, לדון עם בני משפחתו על הטיפול הרפואי בו בסוף החיים.

#### טיפול במטפל

אספקט נוסף של העלייה בתוחלת החיים הוא העלייה בגיל המטפל הראשוני. בהשוואה לצעירים, קשישים תלויים יותר באחרים בביצוע תפקודי היומיום ולעתים עזרה זאת נדרשת במשך שנים רבות. מרבית המטפלים הראשונים בקשיש החולה הם עצמם בני זוג קשישים הזקוקים לאותה תשומת לב וטיפול בדומה למטופל העיקרי. מחקרים הראו שכיחות גבוהה של בדידות, דיכאון, חרדה, הפרעות שינה, השתכרות, הזנחה רפואית וירידה תפקודית של המטפל הראשוני העיקרי, לרוב קשישות

המטפלות בבעליהן החולים. חובה לכן על צוותי טיפול להקדיש תשומת לב רבה יותר לצרכים הפיזיים והנפשיים של אותם בני זוג, שלעתים מטפלים ביקריהם במשך שנים רבות.

#### טיפול תומך במוסדות סיעודיים

למרות ששיעור גבוה מדיירי בתי אבות סובלים מסימפטומים רבים בסוף חייהם, ברוב המוסדות הסיעודיים בארץ, אין שירותי טיפול פליאטיבי בהתאם לגישת ההוספיס ורובם מספקים טיפול מסורתי, רובו תרופתי, וכמעט ואינם נותנים לקשישים הנזטים למות ולבני משפחותיהם מרכיבים אחרים של טיפול פליאטיבי. גורם מעכב נוסף במתן טיפול איכותי במוסדות הסיעודיים הוא מגבלות חוקיות על אחזקת אופיאידים שונים והעדר הרשאות למרבית המטפלים במוסדות אלה להשתמש בתרופות אלו. לאחרונה דווח על מספר מצומצם של בתי חולים גריאטריים ומוסדות בארץ שהתחילו ליישם את עקרונות גישת ההוספיס המודרני בין כותליהם, ובכלל זה מתן תמיכה פסיכולוגית ונפשית בצד הטיפול בסימפטומים הפיזיים, אך תחום זה עדיין לוקה מאוד בחסר ומחייב התייחסות ספציפית ומהירה של הגורמים הממונים על הטיפול בקשישים אלה.

#### סיכום

טיפול תומך בגיל המבוגר אינו זהה להוספיס. מטרת הטיפול התומך באוכלוסיית הקשישים היא להקל על עומס הסימפטומים הפיזיים, נפשיים, חברתיים ורוחניים, שמקורם במחלות כרוניות, כולל ממאירות, והוא צריך להינתן ללא קשר לתוחלת החיים הצפויה או מוות מתקרב. אם ברצוננו לתת מענה כוללני ואיכותי למגוון המצוקות והסבל מהם סובלים קשישים בשנותיהם האחרונות ולאפשר להם לסיים את חייהם בכבוד הראוי להם, חובה עלינו לעלות את המודעות לצרכים הפליאטיביים של האוכלוסייה המבוגרת, להתערב מוקדם יותר ולפעול לכך ששירותי טיפול תומך איכותי וכוללני יהיה זמין ונגיש לכל קשיש ומשפחתו, בכל מקום בו הוא מטופל בסוף חייו.

ד"ר אמיתי אוברמן, המחלקה לגריאטריה שיקומית, מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה. מנהל רפואי, הוספיס בית בעמקים, שירותי בריאות כללית מחוז צפון  
aoberman@lavi.co.il