

מקומו של טיפול שמרני כוללני בקרב מטופלים קשישים בני 75 שנים ומעלה הלוקים במחלת כליה סופנית

תקציר:

נעה ברר ינאי¹
אוהד הוכמן²

¹המכון לנפרולוגיה, מרכז רפואי הלל יפה, חדרה
²הנהלה, מרכז רפואי הלל יפה, חדרה

מספר המטופלים בדיאליזה גדל בהתמדה. במקביל, גילם של המטופלים הולך ועולה. השיעור הגבוה ביותר של מטופלים בדיאליזה מצוי בקרב קשישים בני 75 שנים ומעלה. השכיחות של תחלואה נוספת ומורכבת במטופלים אלה היא גבוהה. טיפול כרוני בדיאליזה צפוי להאריך חיים. הגיל והתחלואה הנוספת הם בין הגורמים מנבאי הפרוגנוזה החשובים עבור מטופלי דיאליזה. במחקרים קליניים נמצא, כי בקרב אנשים שהחלו לעבור טיפול בדיאליזה היה שיעור ההישרדות גבוה יותר בהשוואה למטופלים שקיבלו טיפול שמרני. אולם כאשר שיעור ההישרדות תוקנן לגיל ולתחלואה נוספת, לא נמצא יתרון הישרדותי כלשהו לטיפול בדיאליזה. טיפול שמרני כוללני היא מסגרת טיפולית אשר מטרתה לתת מענה לאותם מטופלים שאינם צפויים להפיק תועלת באורך החיים או באיכות החיים מטיפול בדיאליזה כרונית. המטרה בגישה זו היא להתמקד במטופל ובהעדפותיו על פני התמקדות בהליך המחלה תוך כדי הסתכלות על איכות החיים כלא פחות ואולי אף חשובה יותר מאורך החיים. הבחירה בחלופת טיפול זאת היא תולדה של הליך קבלת החלטות משותף. שיעור המטופלים הבוחרים במסגרת טיפול שמרני שונה במדינות שונות. אין נתונים מישראל לגבי שיעור המטופלים שבחרו בטיפול זה, אך המידע הקיים מראה על ניצול מועט של חלופה טיפולית זאת. למצב זה יש סיבות שונות: סיבות התלויות במטפל, סיבות התלויות במטופל וסיבות התלויות במערכת הבריאות ובסביבה התרבותית. על מנת למצות את חלופת הטיפול השמרני נדרשים: איסוף נתונים מסודר, יצירת תשתית נאותה מבחינת שירותי הבריאות, והעלאת המודעות ומתן כלים לגיבוש החלטות לצוות הרפואי ולאוכלוסיית המטופלים.

מילות מפתח:

מחלת כליה סופנית; טיפול כליות חלופי; טיפול שמרני כוללני; קבלת החלטות משותפת; מטופלים קשישים בני 75 שנים ומעלה.

End stage renal disease; Renal replacement therapy; comprehensive conservative management; shared decision making; elderly patients

:KEY WORDS

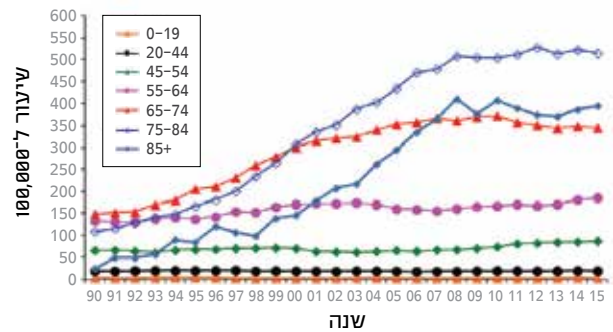
הקדמה

מתמשכת באיכות החיים של המטופל ובני משפחתו. בראשית הדרך, בשנות השישים של המאה הקודמת, הטיפול בדיאליזה לא התאים לקבוצות שונות של מטופלים וזמינות הטיפול הייתה מצומצמת. כתוצאה מכך, כניסת מטופלים לתוכנית דיאליזה הייתה בררנית. עם חלוף השנים, חלו התפתחויות טכנולוגיות בתחום הטיפול שאיפשרו מבחינה רפואית לקבל מטופלים במצב מורכב. בנוסף, הוסרו מגבלות מינהליות על כניסה לטיפול בדיאליזה באמצעות חקיקה והכללת הטיפול בביטוחים הרפואיים. תהליכים אלה הביאו לגידול מתמשך במספר המטופלים בדיאליזה, ביניהם קבוצה הולכת וגדלה של מטופלים קשישים ומטופלים עם תחלואה מורכבת רבה. בשנים האחרונות, חל גידול בקבוצת הגיל המבוגר – שהוא הניכר ביותר. על פי נתוני מאגר ה-DOPPS הבין-לאומי, שיעור הקשישים מאוד (בני 75 שנים ומעלה) נע במדינות השונות בין 16%–40% מכלל המטופלים בדיאליזה [1,2]. בארה"ב, שיעור היארעות של מטופלים

העלייה בתוחלת החיים וההתקדמות הטכנולוגית מביאות לכך שגילם של המטופלים הקשישים בני 75 שנים ומעלה עולה, ומכאן גם שכיחות גבוהה של תחלואה מרובה ומורכבת. מחקרים קליניים הם בסיס למסד הידע ולניסוח הנחיות קליניות בתחומים השונים של הרפואה. עבור האוכלוסייה הקשישה קיים פער במידע, מאחר שעל פי רוב אוכלוסייה זו אינה מיוצגת במחקרים אלה. בנוסף, ייתכן שעבור קבוצה זו מתקיימים יעדים וסדרי עדיפויות שונים מאלה המוצגים במחקרים. יעדים אלה עשויים להתבטא בשימת דגש על איכות חיים על פני טיפול דפניטיבי והארכת החיים. טיפול בדיאליזה כרונית הוא מקרה ייחודי המציב דילמה מורכבת. מחד גיסא הטיפול מאריך חיים, ומאידך גיסא טיפול מתמשך זה כרוך בנטל רב הנופל על כתפי המטופל וסביבתו הקרובה כתוצאה מהמחלה וסיבוכיה, בימי אשפוז מרובים ובפגיעה

תרשים 1:

מטופלי דיאליזה בישראל על פי קבוצות גיל בין השנים 1990-2015



חדשים בדיאליזה הוא הגבוה ביותר בקבוצת המטופלים בני 75 שנים ומעלה. בנוסף, בשנים האחרונות חלה עלייה בשיעורם של מטופלי דיאליזה, והשיעור הגבוה ביותר חל בקבוצת בני ה-75 שנים ומעלה [3].

מגמה זו נצפית גם בישראל: בין השנים 1990-2015 הגיל הממוצע של מטופלי הדיאליזה עלה בעשור לערך. בשנים הללו, שיעור המטופלים בקבוצת הגילים 75-84 שנים עלה פי 4.8 ומשנת 2001 זוהי קבוצת הגיל עם שיעור הטיפול בדיאליזה הגבוה ביותר. גם בקבוצת הגיל 85 שנים ומעלה חלה עלייה מתמדת בשיעור המטופלים בדיאליזה. העלייה בשיעור המטופלים בדיאליזה בקבוצה זו במהלך שנים אלה עלה פי 16.6 (תרשים 1) [4]. בהשוואה בינלאומית ישראל נמצאת גבוה מעל מדינות אירופה בשיעור ההיארעות של מטופלי דיאליזה בני 75 שנים ומעלה (תרשים 2) [4].

במסגרת הטיפול בקשישים מעל 75 שנים ובאלה עם תחלואה משנית מרובה עולים סימני שאלה לגבי התחלת טיפול בדיאליזה: האם טיפול זה צפוי להאריך את חייהם, ואם כן – בכמה? מהי איכות החיים תחת משטר הטיפול בדיאליזה? האם קיימות ואם כן מהן החלופות לטיפול בדיאליזה?

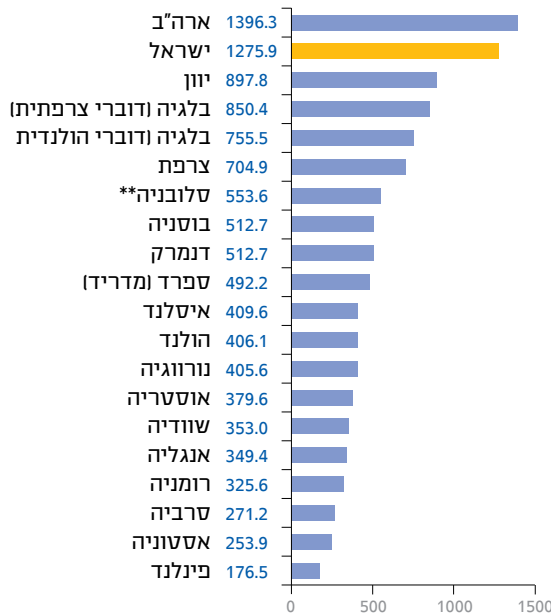
מזה מספר שנים קיים עניין גובר בטיפול שמרני כחלופה לטיפול בדיאליזה. לאחרונה הוגדר על ידי המסגרת המקצועית הבינלאומית KDIGO המושג טיפול שמרני כוללני כמסגרת טיפולית, אשר מטרתה לתת מענה לאותם מטופלים שאינם צפויים להפיק תועלת מטיפול בדיאליזה כרונית. מטרת גישה זאת היא להתמקד במטופל ובהעדפותיו על פני התמקדות בהליך המחלה והסתכלות על איכות החיים כלא פחות ואולי אף חשובה יותר מאורך החיים [5].

עד כמה נפוץ הטיפול השמרני?

עבור מטופלים צעירים קיים דמיון רב בין מדינות שונות בשיעור ההפניה לטיפול כליות חלופי. השיעור הוא מעל 90%. לעומת זאת קיימים הבדלים גדולים בין המטופלים הקשישים: נתונים מאוסטרליה ומקנדה מצביעים על שיעור כמעט שווה של אנשים עם מחלת کلیה סופנית שהתחילו טיפול בדיאליזה ואנשים עם מחלת کلیה סופנית שלא התחילו טיפול בדיאליזה [7,6]. בקרב מטופלים עם מחלת کلیה סופנית בבריטניה ובאוסטרליה שנמצאו תחת מעקב

תרשים 2:

השוואה בין לאומית - חולים בני 75 שנים ומעלה שהחלו לעבור טיפול כליות חלופי בשנת 2014, שיעור למיליון



נפרולוגי, נמצא כי כ-20% מהמטופלים בוחרים בטיפול שמרני [8]. בקנדה ובאוסטרליה, שיעור המטופלים בטיפול כליות חלופי בקשישים בני 85 שנים ומעלה הוא 6.8%

■ **טיפול שמרני כוללני בקשישים מעל גיל 75 שנים עם תחלואה רבה הוא חלופה ראויה לדיאליזה.**

■ **טיפול שמרני כוללני כחלופה אינו שכיח, בשל גורמים התלויים במטופל, במטפל ובמערכת הבריאות.**

■ **על מנת למצות חלופה זו, יש לכסות על פערים: באיסוף מידע רלוונטי לישראל, בהעמקת הידע בקרב המטפלים והמטופלים ובהיערכות מתאימה מצד מערכת הבריאות.**

מהם עקרונות הטיפול השמרני הכוללני

הטיפול השמרני הכוללני מבוסס על פעולה של צוות רב מקצועי וכולל בנוסף לצוות הנפרולוגי אנשי צוות מתחום

רפואת המשפחה, רפואה פליאטיבית, סיוע נפשי ותמיכה תרבותית/ רוחנית [11,10]. עקרונות הטיפול השמרני הכוללני מובאים בטבלה 1.

הפרוגנוזה של מטופלים קשישים עם מחלת کلیה סופנית:

עבור מטופלים קשישים המתחילים טיפול בדיאליזה מדווח על שיעורי הישרדות נמוכים בהשוואה למטופלים צעירים יותר. על פי נתונים מארה"ב משנת 2015, שיעור התמותה על פי קבוצות גיל בגברים מטופלי דיאליזה היה 159, 153 ו-379 פטירות ל-1,000 שנות מטופל עבור קבוצות הגיל 45-64 שנים, 65-74 שנים ו-75 שנים ומעלה, בהתאמה. בנשים השיעורים מעט נמוכים יותר, אך המגמה זהה [3]. בדיורח

טבלה 1:
עקרונות הטיפול השמרני הכוללני

1	איתור המטופלים העשויים להפיק תועלת מטיפול שמרני כוללני
2	הערכת פרוגנוזה ומסלול המלה המשוער של המטופל
3	מסירת מידע מפורט על המהלך המשוער של המחלה, על הפרוגנוזה, על היבטים הקשורים באיכות החיים ועל החלופות הטיפוליות
4	זיהוי רצונותיו והעדפותיו של המטופל, קבלת החלטות משותפת וקביעת מסלול הטיפול.
5	תשומת לב מיוחדת לטיפול מיטבי בתסמינים כדי לשפר ככל שניתן את איכות החיים בהיבט הגופני והנפשי.
6	המשך הטיפול בסיבוכי מחלת הכליה הכרונית, כגון מאזן נוזלים, איזון לחץ דם, טיפול באנמיה, טיפול בהפרעות במינרלים של השלד.

הטיפול השמרני יכול לשמר את איכות החיים בהיבטים אשר הוחמרו לאחר התחלת טיפול בדיאליזה [17,18].

קבלת החלטות משותפת

קבלת החלטות משותפת אמורה להתקיים עבור כל המטופלים עם מחלת כליה סופנית. הליך זה כולל את הצגת המידע בפני החולה, בירור העדפותיו וערכיו של המטופל, וקביעת מסלול הטיפול. הבחירה בטיפול בדיאליזה כרוכה בעומס ניכר עבור המטופל ומשפחתו. יחד עם זאת, לרוב היא נתפסת כחלופה הטבעית והמועדפת הן על ידי הרופא המטפל והן על ידי המטופל ובני משפחתו. מאידך, הבחירה בטיפול שמרני מנוגדת פעמים רבות לאינטואיציה הבסיסית של המטופלים והמטופלים, ועלולה להתפס כהיעדר טיפול. החלטת המטופל על חלופת הטיפול מושפעת ממגוון גורמים: פיסיווגיים, סוציאליים, רמת ידע והשכלה וגורמים תרבותיים. על מנת לעזור בתהליך מורכב זה פורסמו הנחיות קליניות. בין השאר, מטרת הנחיות אלה היא לסייע בקביעת הפרוגנוזה של מטופלים עם מחלת כליה מתקדמת, לאתר את המטופלים הצפויים להיות נשכרים מטיפול שמרני ולהדגיש את חשיבות הליך קבלת החלטות המשותף [21-19]. יחד עם זאת, הנתונים מלמדים כי פעמים רבות, בעיקר בקשישים, קבלת החלטה לגבי התחלת טיפול כליות חלופי נעשית מתוך מעורבות מוגבלת למדי של מטופלים אלה והחלטות טיפוליות אינן בשליטתם [9,22].

הגורמים המשפיעים על בחירת הטיפול

גורמים התלויים במטופל:

קבלת החלטות מצדו של המטופל מערבת היבטים רבים. ממחקרים איכותניים עולים מספר ממצאים:

- **עימות מול מצב סופני:** מטופלים שבחרו בטיפול שמרני היו מבוגרים יותר, השלימו עם האופי הסופני של מחלתם ולא נטו לקבל את השינויים הנדרשים בשגרת יומם בעת המעבר לטיפול בדיאליזה. כמו כן נמצא כי מטופלים אלה לא רצו ליפול כנטל על משפחותיהם. לעומת זאת, המטופלים שלא הסכימו עם המצב הסופני נטו לבחור בחלופות טיפול פעילות [23]. לא ניתן היה לחזות איזו חלופת טיפול תועדף על ידי המטופלים [24].
- **השגת המידע לגבי חלופות הטיפול:** אופן מסירת המידע על חלופות הטיפול על ידי הצוות הרפואי נמצא כגורם משפיע. הצגת חלופות שונות בצורה אופטימית מדי או בצורה קודרת או מאיימת יכולה להכריע את הכף אצל

ממאגר הנתונים של ה-DOPPS נמצא כי במדינות השונות, הסיכון לתמותה בקרב מטופלי הדיאליזה הקשישים ביותר גבוה פי שלושה עד שישה בהשוואה למטופלים בקבוצות גיל אחרות [1]. נתונים מאוסטרליה מראים, כי הישרדות חציונית עבור מטופלי דיאליזה בני 75 שנים ומעלה הייתה 2.3 שנים; והישרדות לחמש שנים הייתה 23.6% בקרב מטופלי דיאליזה. לשם השוואה, בבני אותו גיל עם אבחנה של ממאירות נמצא כי הישרדות לחמש שנים הייתה כמעט כפולה ועמדה על 51% [2]. נתונים מארה"ב שנאספו מקשישים שהתגוררו בבתי אבות ובמוסדות מלמדים, כי התחלת טיפול בדיאליזה כרוכה בירידה משמעותית ומתמשכת במצב התפקודי על פי מדד MDS-ADL. במהלך השנה הראשונה לאחר התחלת טיפול כליות חלופי בקרב אוכלוסייה זו היה שיעור התמותה 58%. בקרב 29% מהחולים נצפתה ירידה בתפקוד 13% שמרו על התפקוד כפי שנאמד לפני התחלת הטיפול [12].

במחקרי עוקבה המשווים בין הישרדות של מטופלים בדיאליזה לעומת מטופלים שבחרו בטיפול שמרני נמצא באופן עקבי, כי בקרב אנשים שהתחילו טיפול בדיאליזה שיעור ההישרדות גבוה יותר בהשוואה למטופלים שטופלו באופן שמרני. על פי רוב, בקבוצת הטיפול השמרני המטופלים היו מבוגרים יותר ולקו בתחלואה נוספת רבה יותר. אולם כאשר שיעור ההישרדות תוקנן לגיל ולתחלואה נוספת נמצא כי יתרון ההישרדות התבטל. עוד נמצא כי בקרב המטופלים בדיאליזה היו יותר אשפוזים והסיכון לתמותה בין כותלי בית החולים היה גבוה יותר בהשוואה למטופלים שמרנית. נמצאו מספר גורמים מנבאי הישרדות ארוכה בטיפול שמרני והם: נשים, תחלואה נוספת מועטה, אלבומין בדם ברמה תקינה והימצאות במעקב נפרולוגי [13-17].

איכות חיים

טיפול בדיאליזה כרוך בנטל ניכר על המטופל וסביבתו הקרובה. הטיפול מחייב השקעת זמן ניכרת, המטופל צפוי לעבור פעולות פולשניות שונות, וצפויים לו ימי אשפוז מרובים בגלל סיבוכים שונים, בנוסף לריבוי תסמינים גופניים ונפשיים. הבחירה בטיפול שמרני מסיטה את המיקוד ממתן קדימות לשיקולים של הארכת החיים לשימת הדגש על איכות החיים ושליטה בתסמינים.

בשני מחקרים פרוספקטיביים הושוו היבטים של איכות חיים בין מטופלים שיועדו לטיפול שמרני לבין מטופלים שבחרו בטיפול כליות חלופי. הממצאים מראים כי באמצעות טיפול שמרני כוללני באנשים מבוגרים בעלי תחלואה מרובה ניתן להגיע לשליטה והטבה בתסמינים שונים. עוד נמצא כי

טרם הוקצה לכך תקציב ייעודי. יחד עם זאת, ניכרת עלייה במודעות של מערכת הבריאות לטיפול הפליאטיבי, הבאה לידי ביטוי בין השאר בניסוחה של תוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ולסוף החיים [28]. על מנת להציע חלופה בת קיימא של טיפול שמרני במטופלים עם מחלת כליה סופנית, נחוצות מסגרות רב תחומיות המשלבות רופאים ואחיות מתחום הנפרולוגיה, מומחים ברפואה פליאטיבית עבודה סוציאלית או פסיכולוגיה וכן מעורבות של רופאי המשפחה. אחת המטרות בטיפול השמרני היא למעט בימי אשפוז, ועל כן נדרשות גם מסגרת אמבולטוריות היכולות לתת מענה למגוון הבעיות שמציגה אוכלוסייה זאת. אולם לנוכח הנתונים שהובאו לעיל, עדיין יש צורך בהרחבת התשתית כדי לתת את הטיפול השמרני ברמה ובזמינות נאותות.

- **עלות:** הטיפול בדיאליזה והטיפול השמרני נכללים שניהם בסל הבריאות הבסיסי, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. אולם הטיפול בדיאליזה נושא בחובו עלויות גבוהות רבות. המעבר של מטופלים לטיפול שמרני צפוי להוזיל את העלויות ולהקטין את השימוש בתשתיות הדיאליזה על ידי מטופלים שאינם צפויים להארכה משמעותית באורך חייהם או באיכותם.

לסיכום

מחלת כליה סופנית כרוכה בשיעור תמותה גבוה, בתחלואה גבוהה ובפגיעה משמעותית ומתמשכת באיכות החיים. טיפול הכליות החלופי מאריך חיים. קיימות קבוצות מובחנות אשר עבורן טיפול זה אינו צפוי להאריך את החיים באופן משמעותי ואף צפוי לפגוע באיכות החיים. חלק ממטופלים אלה עשויים להעדיף טיפול שמרני כוללני על פני טיפול בדיאליזה. קבלת החלטות משותפת הכוללת הצגת מידע על כל חלופות הטיפול ובירור העדפת המטופל היא ההליך המומלץ עבור כל המטופלים. חשיבותה רבה במיוחד עבור פלח האוכלוסייה שצפוי לבחור בטיפול שמרני. על מנת למצות אפשרות זאת נדרשים: איסוף נתונים מסודר, יצירת תשתית נאותה מבחינת שירותי הבריאות, והעלאת המודעות ומתן כלים לגיבוש החלטות לצוות הרפואי ולאוכלוסיית המטופלים. ●

מחברת מכותבת: נעה ברר ינאי

המכון לנפרולוגיה, מרכז רפואי הלל יפה
 ת.ד. 169 חדרה 38100
טלפון: 04-6304415
פקס: 04-6304819
דוא"ל: noab@hy.health.gov.il

ביבליוגרפיה

1. Canaud B, Tong L, Tentori F & al, Clinical Practices and Outcomes in Elderly Hemodialysis Patients: Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) Clin J Am Soc Nephrol 2011; 6: 1651-1662.
2. Foote C, Ninomiya T, Gallagher M & al,

המטופל. עוד נמצא כי התזמון של מסירת המידע הוא חשוב. ברוב המקרים החמרה במחלת הכליה מותרת מספיק זמן והזדמנויות למסירת מידע. יחד עם זאת, מטופלים מציינים כי בעת מסירת המידע המלא כבר היו במצב כללי ירוד או נדרשו להזדרז בקבלת החלטה או אף קיבלו מידע מלא לאחר שכבר עברו ניתוח להכנת שאנט לדיאליזה.

- **קבלת מידע ממטופלים אחרים:** נמצאה כגורם בעל השפעה מרובה. המפגש עם מטופלים אחרים מאפשר להבין את המשמעות היום-יומית של חלופות הטיפול השונות [24,23].

גורמים התלויים בצוות המטפל:

קבלת החלטות משותפת תלויה באינטראקציה מתמשכת בין הצוות המטפל למטופל ובני משפחתו. תהליך זה עשוי לכלול מספר רב של מפגשים ולהתפרס על פני תקופה של שבועות ואף חודשים. נמצא כי החלטת הצוות הרפואי לגבי חלופות הטיפול מבוססת על קריטריונים רפואיים, ביניהם גיל, תחלואה נלווית, רמת תפקוד, מצב קוגניטיבי ופרוגנוזה. כמו כן מושפעת ההחלטה של הצוות הרפואי גם משיקולים אתיים כגון הארכת הסבל הכרוך בטיפול בדיאליזה בחולים סופניים מבלי להעניק איכות חיים בצד הארכת החיים [24]. יחד עם זאת נמצא במחקרים שנערכו בקרב מטופלי דיאליזה כי הרוב המכריע של המטופלים לא קיבל מידע מספק על חלופות הטיפול, ולא התקיימה התבנית המומלצת של קבלת החלטות משותפת [25-27]. הסיבות לפער זה הן בין השאר: הקושי של הרופא לעמוד בסיטואציה של שיחה קשה, החשש ממסירת מידע קשה למטופל, חוסר ביטחון של הרופא לגבי מידע פרוגנוסטי, תפיסת הרופא את תפקידו כאחראי להאריך חיים והיעדר הכשרה מתאימה לקיום שיחות מסוג זה. ההכרה בקשיים אלה הביאה לניסוח של תוכניות שונות להדרכת הצוות הרפואי, ולקביעת הנחיות המפרטות את ההיבטים השונים של קבלת ההחלטות המשותפת [27,25].

גורמים התלויים במערכת הבריאות

- **חקיקה:** בישראל, חוק זכויות החולה מגדיר את פרטי המידע הרפואי הנדרש להינתן למטופל לפני קבלת הסכמתו לטיפול. בין היתר, יש להסביר לחולה את הסיכונים הכרוכים בטיפול בדיאליזה, לרבות השפעות לוואי, כאב ואי נוחות, וכן סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של היעדר טיפול רפואי. עוד מוסיף החוק כי המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי, בשלב מוקדם ככל האפשר, ובאופן שיאפשר למטופל מידה מירבית של הבנת המידע לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות. מכאן שקיימת החובה להציע את החלופה השמרנית בפני המטופל.

- **תשתיות:** במערכות בריאות במדינות המערב וגם בישראל אין מגבלת תשתיות, ועל כן כניסה לדיאליזה אפשרית עבור כל מי שטיפול זה נמצא מתאים בעבורו. יחד עם זאת, השירותים הפליאטיביים הזמינים במדינת ישראל עדיין מעטים. בשנת 2009 פורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בדבר חובת מוסדות הבריאות לספק שירות פליאטיבי, אך

- Survival of elderly dialysis patients is predicted by both patient and practice characteristics. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27:3581-3587.
3. USRDS 2017 annual report https://www.usrds.org/2017/view/v2_01.aspx, (accessed 20 april 2018) Renal Replacement Therapy in Israel 1990-2015.
 4. Israel Ministry of Health and the Israel Society for Nephrology and Hypertension, ICDC Publication No. 367. Jerusalem, Israel, January 2018.
 5. Davison SN, Levin A, Moss AH & al, Executive summary of the KDIGO controversies conference on Supportive care in chronic kidney disease: developing a roadmap to improving quality care *Kidney International* 2015;88: 447-459.
 6. Hemmelgran BR, James MT, Manns BI & al, Alberta kidney disease network: rates of treated and untreated kidney failure in older vs. younger patients *JAMA* 2012; 307:2507-2515.
 7. Sparke C, Moon L, Green F & al, Estimating the total incidence of kidney failure in Australia including individuals who are not treated by dialysis or transplantation. *Am J Kidney Dis* 2013;61:413-419.
 8. Morton RL, Webster AC, McGeechan K & al, Conservative management and end of life care in an Australian cohort with ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016;11:2195-2203.
 9. Wong SPY, Hebert PL, Laundry RJ & al, Decisions about renal replacement therapy in patients with advanced kidney disease in the US department of veterans affairs, 2000-2011. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016;11:1825-1833.
 10. Schell JO, Da Silva-Gane M & Germain MJ, Recent insights into life expectancy with and without dialysis. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2013;22:185-192.
 11. Murtagh EFN, Burns A, Moranne O & al, Supportive care: comprehensive conservative care in End Stage Kidney Disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016;11(10):1909-1914.
 12. Tamura MK, Covinsky KE, Chertow GM & al, Functional status of elderly adults before and after initiation of dialysis. *N Engl J Med* 2009;361:1539-1547.
 13. O'Connor NR & Kumar P, Conservative management of end stage renal disease without dialysis: a systematic review. *Journal of Palliative Medicine* 2012;15(2):228-235.
 14. Chandna SM, Da Silva-Gane M, Marshall C & al, Survival of elderly patients with stage V CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26:1608-1614.
 15. Murtagh FE, MarshJE, Donohe P & al, Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage V. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:1955-1962.
 16. Hussain JA, Mooney A & Russon L, Comparison of survival analysis and palliative care involvement in patients aged over 70 years choosing conservative management or renal replacement therapy in advanced chronic kidney disease. *Palliat Med* 2013; 27:829-839.
 17. Brown MA, Collet GK, Josland Ea & al, CKD in elderly patients managed without dialysis: survival, symptoms, and quality of life. *Clin J Am Soc Nephrol* 2015;10:260-268.
 18. Da Silva-Gane M, Wellsted D, Greenshields H & al, Quality of life and survival in patients with advanced kidney failure managed conservatively or by dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012;7:2002-2009.
 19. Davison SN & Moss AH, Supportive care: meeting the needs of patients with advanced chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016;11(10);1879-1880.
 20. Galla JH, Clinical practice guideline on shared decision-making in the appropriate initiation and withdrawal from dialysis. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 1340-1342.
 21. Moss AH, Revised dialysis clinical practice guideline promotes more informed decision making. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5:2380-2383.
 22. Russ AJ & Kaufman SR, Discernment Rather Than Decision-Making Among Elderly Dialysis Patients. *Seminars in Dialysis* 2012; 25(1): 31-32.
 23. Morton RL, Tong A, Howard K & al, The views of patients and carers in treatment decision making for Chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ* 2010;340:c112.
 24. Hussain JA, Flemming K, Murtagh FEM & al, Patient and health care professional decision making to commence and withdraw from renal dialysis: a systematic review of qualitative research. *Clin J Am Soc Nephrol* 2015;10:1201-1215.
 25. Mandel EI, Bernacki RE & Block SD, Serious illness conversation in ESRD. *Clin J Am Soc Nephrol* 2017;12:854-863.
 26. Davison SN, End of life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic Kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5:195-204.
 27. Schell JO, Green JA, Tulskey JA & al, Communication skills training for dialysis decision making and end of life care in nephrology. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013;8:675-680.
 28. https://www.health.gov.au/PublicationsFiles/palliativeCare_brochure.pdf27.

כל הרופאים
במדינה
רואים אותך!

לוח דרושים

פרסום דרושים / קורסים
והשתלמויות / השכרה לרופאים

לפרטים והזמנות
רוני: 054-7568656
roni@mediafarm.co.il



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association

מדיה פארם