



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)
The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research

הכנס השנתי 7- למדיניות הבריאות

תכנית מדעית ותקצירים

יום ד', 10 בדצמבר 2008, יג' כסלו תשס"ט, מלון הילטון, תל-אביב

הכנס השנתי

7

ה-

למדיניות הבריאות

תוכן עניינים

עמ'	
4	דברי פתיחה - רויטל גרוס, יו"ר הכנס
7	תכנית הכנס
8	פירוט המושבים המקבילים
10	רשימת הרצאות
14	רשימת פוסטרים
17	תקצירי הרצאות
55	תקצירי פוסטרים

וועדת ההיגוי של הכנס:

רויטל גרוס - יו"ר

אליק אבירם, רפי ביאר, עדה בן-ששון, גבי בן-נון, חיים דורון, פרלה ורנר, בעז לב, זיוה ליטבק, שלמה מור-יוסף, גור עופר, נורית פרידמן, גיורא קפלן, שפרה שורץ, עמיר שמואלי

וועדת שיפוט פוסטרים:

פרלה ורנר - יו"ר, ארנון אפק, אבישי גולדברג, נילי טבק, ברוך רוזן

עמיתים יקרים,

ברוכים הבאים לכנס השנתי למדיניות הבריאות של המכון הלאומי. הכנס הזה, השביעי במספר, ממשיך את המסורת החשובה של מפגש שנתי בין אנשי מקצוע המעורים והמשפיעים על מערכת הבריאות: נותני השירות, המנהלים, קובעי המדיניות והחוקרים, כאשר כל אחד מביא עימו את המומחיות ונקודת המבט הייחודית לו. מפגש מעין זה מהווה הזדמנות ללמידה ולהפריה הדדית.

הכנס השנתי נותן במה לחוקרים להציג ממצאים מעבודות מחקר חדשות, שטרם פורסמו, ולחשוף אותם בפני הקהילה המדעית כמו גם בפני בכירי המערכת שהממצאים נועדו לשרת אותם. כך, הכנס פותח אפשרות לדיון אקדמי במחקרים ובו בזמן מקדם את השימוש בממצאיהם לשיפור מערכת הבריאות.

בכנס השביעי בחרנו לתת דגש ל"כיוונים חדשים" הן בהרצאות המליאה והן בהצגת ממצאי מחקר במושבים המקבילים ובתערוכת הפוסטרים. לפיכך, מידת החידוש היתה אחד הקריטריונים החשובים לבחירת העבודות שיוצגו על במת הכנס השנה.

במושב הפתיחה של הכנס הזמנו את פרופ' צבי אקשטיין, המשנה לנגיד בנק ישראל, לשאת דברים בנושא אקטואלי מאוד בימים אלה - השלכות המשבר הכלכלי הגלובלי על המשק הישראלי בכלל ועל מערכות הרווחה והבריאות בפרט. פרופ' שלמה מור-יוסף, יו"ר המכון הלאומי, יסקור כיווני התפתחות עתידיים במערכות בריאות והשלכותיהם לישראל ולעבודת המכון הלאומי. נסיים את המושב במבט אל העולם במסגרתו אציג כיוונים חדשים במדיניות ובשירותי בריאות במדינות נבחרות.

במושב הסיכום, פרופ' רפי ביאר ידון בהשלכות שיש לפיתוח טכנולוגיות חדשות ברפואה על המחקר ועל מדיניות הבריאות. את המושב ינעל דיון על התכנית להקמת בית חולים באשדוד, שיתקיים במתכונת מקורית של משפט ציבורי, אותו ינהל כבוד השופט בדימוס מישאל חשין כשלצידו בהרכב השופטים ישבו פרופ' יוסף מקורי ומר דוד ברודט.

להרצאות במושבים המקבילים נבחרו בקפידה 35 עבודות מתוך 170 שהוגשו לשיפוט, ועוד 35 עבודות נבחרו להצגה בתערוכת הפוסטרים. חברי ועדת ההיגוי של הכנס העריכו את העבודות על פי קריטריונים שנקבעו מראש, ובעלי הדרוג הגבוה ביותר נבחרו להצגה. הבחירה הייתה קשה בגלל ריבוי עבודות טובות שהוגשו לשיפוט. אנו מקווים שגם העבודות שלא התקבלו השנה יזכו לחשיפה בהזדמנויות אחרות.

העבודות שיוצגו בכנס משקפות את המגוון הרחב של נושאי מחקר אותם מקדם המכון הלאומי ומציגות תמונה של הנושאים העומדים כיום על סדר היום, הן של אנשי המחקר והן של נותני השירות: שיפור איכות הטיפול, קידום בריאות, סגירת פערים והתאמת

שירותים לאוכלוסיות מיוחדות, התייעלות והתחשבות בנקודת המבט של מקבלי השירותים.

לבסוף, ברצוני להודות לחברי ועדת ההיגוי של הכנס על תרומתם הרבה לגיבוש תכנית הכנס ועל עבודתם המסורה בהערכת התקצירים. תודה מיוחדת לכל צוות המכון הלאומי על הארגון המקצועי והיעיל של הכנס.

אני מאחלת לכולנו כנס פורה ומהנה!

פרופ' רויטל גרוס

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'רויטל גרוס' (Rona GROSS). The signature is written in a cursive style with some loops and flourishes.

יו"ר הכנס

הכנס השנתי ה-7 למדיניות הבריאות

יום ד', 10 בדצמבר 2008, יג' כסלו תשס"ט, מלון הילטון, תל-אביב

תכנית הכנס

09:00 - 08:00	התכנסות הרשמה וקפה
11:00 - 09:00	מליאת פתיחה יו"ר: פרופ' שלמה מור-יוסף, יו"ר הוועד המנהל דברי ברכה - פרופ' אבי ישראל, מנכ"ל משרד הבריאות פרופ' צבי אקשטיין , משנה לנהיד בנק ישראל - המשק הישראלי על רקע המשבר הפיננסי העולמי פרופ' שלמה מור-יוסף - כיווני התפתחות עתידיים במערכות בריאות פרופ' רויטל גרוס , יו"ר הכנס - מבט אל העולם: כיוונים חדשים במדיניות ובשירותי בריאות במדינות נבחרות
14:30 - 11:00	הפסקת קפה
13:30 - 11:30	מושבים מקבילים - פירוט בעמוד הבא
14:30 - 13:30	ארוחת צהריים
17:00 - 14:30	מליאת סיכום : יו"ר פרופ' אליק אבירם
15:00 - 14:30	פרופ' רפי ביאר , מנהל ביה"ח רמב"ם - טכנולוגיות חדשות ברפואה: מחקר, פיתוח ומדיניות בריאות לאומית
17:00 - 15:00	משפט ציבורי : הקמת בית חולים באשדוד חבר השופטים : יו"ר מישאל חשין, שופט בדימוס פרופ' יוסף מקורי, דיקן הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת ת"א מר דוד ברודט, מנכ"ל האוצר לשעבר התשתית העובדתית : מר יהודה רון, משרד הבריאות בעד : ד"ר יחיאל לסרי, ראש עיריית אשדוד פרופ' יאיר שפירא, מנהל אסותא מרכזים רפואיים נגד : פרופ' דב צ'רניחובסקי, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ד"ר שמעון שרף, מנהל בית החולים ברזילי
	דברי ברכה - שר הבריאות מר יעקב בן-יצרי הענקת פרסי הפוסטרים המצטיינים סיכום המשפט הציבורי

מושבים מקבילים

עמדות הציבור ושביעות רצון יו"ר: ד"ר נורית פרידמן אולם A

עמוד

19	העדפות הציבור הרחב בנוגע להקצאת משאבים למערכת הבריאות: האם גיל החולה הוא גורם משפיע?	פרלה ורנר
20	בחינת גורמים המשפיעים על נכונות סטודנטים לרפואה במהלך לימודיהם לשקול התמחות בגריאטריה	עמית פורת
21	מאפייני השימוש באינטרנט לצורכי בריאות בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל בשנת 2008	אפרת נטר
22	"לא מתים מזה - לא מבריאים מזה" - נרטיבים של סבל וכאב בחווית החולי של נשים החולות בתשישות כרונית	עדי פינקלשטיין
23	וויתור על טיפול רפואי בשל עלותו בקרב בני 50+ בישראל ובאירופה	אליהו ספיר
24	רגשות צרכני בריאות ביחסי הגומלין עם רופא המשפחה	אבי זיגדון
25	סקר צרכים ורצונות של לקוחות תחנות טיפת חלב משרד הבריאות, מחוז חיפה 2006	אילנה סטורמן ובתיה מג'ר

כלכלה וארגון השירותים יו"ר: פרופ' גור עופר אולם B

26	פיתוח מדד אובייקטיבי לקביעת עומס עבודה רפואי ביחידה לטיפול נמרץ פגים	אגי גולן
27	מדד לקביעת עומס בעבודה במקצוע רפואי: בסיס מידע לקביעת מדיניות כח אדם	נורית ניראל
28	שינויים ב"חצר האחורית" של מערכת הבריאות: סיכויים וסיכונים ברפורמה אינקרמנטלית של שירותי בריאות הנפש בארץ	אורי אבירם
29	הקשר עם הילדים והיערכות למימון טיפול סיעודי בעת זיקנה	שולי ברמלי-גרינברג
30	כח אדם רופאים מומחים ברפואת היילוד והגינקולוגיה בישראל - בחינת המציאות וצרכי העתיד	ליאת זלצר
31	טכנולוגיות חדשות - כמה הן עולות לנו?	דודי ניניו
32	פיתוח שיטת תשלום פרוספקטיבית לבתי החולים בישראל עבור הטיפול בנפגעי טראומה	מיכל איבנקובסקי

פערים ואוכלוסיות מיוחדות יו"ר: פרופ' עמיר שמואלי אולם C

33	"מה מונע ממך לתת לתינוק שלך את הטיפול הטוב ביותר שהיית רוצה לתת לו?" חסמים העומדים בפני אמהות בדוויות בנגב	ניהאיה דאוד
34	מה מסביר את הפערים בהמצאות מחלה ממושכת מגבילה לפי השכלה? השוואה בין האוכלוסיה היהודית והערבית בישראל	ורדה סוסקולני

35	היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל	שלי לוי
36	מודרניזציה ומסירות ילדים להורים קשישים בחברה הערבית בישראל	רביע חלאילה
37	גורמים פסיכו-חברתיים להתעמרות כנגד קשישים במוסדות לטיפול ממושך בישראל	מירב בן נתן
38	דיווח קשישים על הקשר בין מצוקה כלכלית למענה על צרכים רפואיים ולמצב בריאות סובייקטיבי	רוני גאגין
39	אוכלוסייה עם מוגבלויות בישראל. הקשר עם תחלואה פיזית ונפשית	ענת שמש

איכות הטיפול יו"ר: פרופ' חוה טבנקין אולם המלך שלמה: 1 (קומה -1)

40	הערכת השפעת תוכניות ניהול מחלה בחולי אי-ספיקת לב	רן בליצר
41	פנייה לחדר מיון: מדד איכות חדש לטיפול בסוכרת	מריאנה מזר
42	הקשר בין מדדי איכות ברפואת הקהילה לבין מאפייני המרפאה, הצוות הרפואי ועלויות	ארנון כהן
43	התמדה בשימוש בסטטינים בקרב מבוטחי מכבי שירותי בריאות	גבריאל חודיק
44	רפואה מתגוננת בקרב רופאים בישראל	אלעד אשר
45	זמינות רופאים בקהילה - מתודולוגיה וממצאים	טל קיביץ
46	המתודולוגיה לפיתוח והטמעה של מערכת לניהול איכות ובקרה במחלקת אשפוז בבית חולים	שמואל יורמן

קידום בריאות יו"ר: ד"ר איתמר גרוטו אולם המלך שלמה: 2 (קומה -1)

47	מוניעת סרטן השד והשחלה בישראל - סקר לבחינת ההצדקה לבדיקת מוטציות BRCA1/BRCA2 באוכלוסיה הכללית	אפרת לוי-להד
48	תפריט ילדים בריא האם ולמי הוא אפשרי? ממצאי עבודה תיאורטית ישראל 2006-2008	ורד קאופמן שריקי
49	קריטריונים לקביעת קדימויות בבריאות - האם קיימים מדדים אוניברסלים להקצאה לבריאות במימון ציבורי?	ארנה טל
50	השלכות מחקר לבדיקת הקשר בין איכות התזונה לבין תוצאות לידה בנשים בדואיות בנגב על שיפור איכות הטיפול ויעילות שירותי הבריאות	קטלין אבו-סעד
51	התערבות הסברתית ומתן מידע על חשיבות השיקום וזכויות לטיפול במסגרת הסל הכפילו את שיעור ההשתתפות בתוכניות שיקום לב בקרב חולים לאחר ניתוח מעקפים	גלית גאוליוב
52	השפעת מקום העבודה ומשתני מודל האמונות הבריאותיות על הכוונה להתחסן נגד שפעת	שוש שהרבני
53	ידע ועמדות רופאים ואחיות ממחלקות פנימיות לגבי מניעה וטיפול בשחפת	מיכל בר-יוסף

רשימת הרצאות (א-ב)

מס'	שם	משפחה	שם התקציר	שיוך למושב	עמ'
1	קטלין	אבו-סעד	השלכות מחקר לבדיקת הקשר בין איכות התזונה לבין תוצאות לידה בנשים בדואיות בנגב על שיפור איכות הטיפול ועילות שירותי הבריאות	קידום בריאות	50
2	אורי	אבירם	שינויים ב"חצר האחורית" של מערכת הבריאות: סיכויים וסיכונים ברפורמה אינקרמנטלית של שירותי בריאות הנפש בארץ	כלכלה וארגון השירותים	28
3	מיכל	איבנקובסקי	פיתוח שיטת תשלום פרוספקטיבית לבתי החולים בישראל עבור הטיפול בנפגעי טראומה	כלכלה וארגון השירותים	32
4	אלעד	אשר	רפואה מתגוננת בקרב רופאים בישראל	איכות הטיפול	44
5	רן	בליצר	הערכת השפעת תוכניות ניהול מחלה בחולי אי-ספיקת לב	איכות הטיפול	40
6	מירב	בן נתן	גורמים פסיכו-חברתיים להתעמרות כנגד קשישים במוסדות לטיפול ממושך בישראל	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	37
7	מיכל	בר-יוסף	ידע ועמדות רופאים ואחיות ממחלקות פנימיות לגבי מניעה וטיפול בשחפת	קידום בריאות	53
8	שולי	ברמלי-גרינברג	הקשר עם הילדים והיערכות למימון טיפול סיעודי בעת זיקנה	כלכלה וארגון השירותים	29
9	רוני	גאגין	דיווח קשישים על הקשר בין מצוקה כלכלית למענה על צרכים רפואיים ולמצב בריאות סובייקטיבי	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	38

מס'	שם	משפחה	שם התקציר	שיוך למושב	עמ'
10	אגי	גולן	פיתוח מדד אובייקטיבי לקביעת עומס עבודה רפואי ביחידה לטיפול נמרץ פגים	כלכלה וארגון	26
11	ניהאיה	דאוד	"מה מונע ממך לתת לתינוק שלך את הטיפול הטוב ביותר שהיית רוצה לתת לו?" - חסמים העומדים בפני אמהות בדויות בנגב	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	33
12	גלית	גאוליוב	התערבות הסברתית ומתן מידע על חשיבות השיקום וזכויות לטיפול במסגרת הסל הכפילו את שיעור ההשתתפות בתוכניות שיקום לב בקרב חולים לאחר ניתוח מעקפים	קידום בריאות	51
13	פרלה	ורנר	העדפות הציבור הרחב בנוגע להקצאת משאבים למערכת הבריאות: האם גיל החולה הוא גורם משפיע?	עמדות הציבור ושביעות רצון	19
14	אבי	זיגדון	רגשות צרכני בריאות ביחסי הגומלין עם רופא המשפחה	עמדות הציבור ושביעות רצון	24
15	ליאת	זלצר	כח אדם רופאים מומחים ברפואת היילוד והגינקולוגיה בישראל - בחינת המציאות וצרכי העתיד	כלכלה וארגון השירותים	30
16	גבריאל	חודיק	התמדה בשימוש בסטטינים בקרב מבוטחי מכבי שירותי בריאות	איכות הטיפול	43
17	רביע	חלאילה	מודרניזציה ומסירות ילדים להורים קשישים בחברה הערבית בישראל	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	36
18	ארנה	טל	קריטריונים לקביעת קדימויות בבריאות - האם קיימים מדדים אוניברסלים להקצאה לבריאות במימון ציבורי?	קידום בריאות	49

מס'	שם	משפחה	שם התקציר	שיוך למושב	עמ'
19	שמואל	יורמן	המתודולוגיה לפיתוח והטמעה של מערכת לניהול איכות ובקרה במחלקת אשפוז בבית חולים	איכות הטיפול	46
20	ארנון	כהן	הקשר בין מדדי איכות ברפואת הקהילה לבין מאפייני המרפאה, הצוות הרפואי ועלויות	איכות הטיפול	42
21	שלי	לוי	היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	35
22	אפרת	לוי-להד	מניעת סרטן השד והשחלה בישראל - סקר לבחינת ההצדקה לבדיקת מוטציות BRCA1/BRCA2 באוכלוסיה הכללית	קידום בריאות	47
23	מריאנה	מזר	פנייה לחדר מיון: מדד איכות חדש לטיפול בסוכרת	איכות הטיפול	41
24	אפרת	נטר	מאפייני השימוש באינטרנט לצורכי בריאות בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל בשנת 2008	עמדות הציבור ושביעות רצון	21
25	דודי	ניניו	טכנולוגיות חדשות - כמה הן עולות לנו?	כלכלה וארגון השירותים	31
26	נורית	נירל	מדד לקביעת עומס בעבודה במקצוע רפואי: בסיס מידע לקביעת מדיניות כוח אדם	כלכלה וארגון השירותים	27
27	ורדה	סוסקולני	מה מסביר את הפערים בהמצאות מחלה ממושכת מגבילה לפי השכלה? השוואה בין האוכלוסיה היהודית והערבית בישראל	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	34
28	אילנה בתיה	סטולרמן מג'ר	סקר צרכים ורצונות של לקוחות תחנות טיפת חלב משרד הבריאות, מחוז חיפה 2006	עמדות הציבור ושביעות רצון	25

מס'	שם	משפחה	שם התקציר	שיוך למושב	עמ'
29	אליהו	ספיר	וויתור על טיפול רפואי בשל עלותו בקרב בני 50+ בישראל ובאירופה	עמדות הציבור ושביעות רצון	23
30	עמית	פורת	בחינת גורמים המשפיעים על נכונות סטודנטים לרפואה במהלך לימודיהם לשקול התמחות בגריאטריה	עמדות הציבור ושביעות רצון	20
31	עדי	פינקלשטיין	"לא מתים מזה - לא מבריאים מזה" - נרטיבים של סבל וכאב בחווית החולי של נשים החולות בתשישות כרונית (Chronic Fatigue Syndrome) ובפיברומיאלגיה (Fibromyalgia)	עמדות הציבור ושביעות רצון	22
32	ורד	קאופמן שריקי	תפריט ילדים בריא האם ולמי הוא אפשרי? ממצאי עבודה תיאורטית ישראל 2006-2008	קידום בריאות	48
33	טל	קיביץ	זמינות רופאים בקהילה - מתודולוגיה וממצאים	איכות הטיפול	45
34	שוש	שהרבני	השפעת מקום העבודה ומשתני מודל האמונות הבריאותיות על הכוונה להתחסן נגד שפעת	קידום בריאות	52
35	ענת	שמש	אוכלוסייה עם מוגבלויות בישראל. הקשר עם תחלואה פיזית ונפשית	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	39

רשימת פוסטרים (א-ב)

מס'	שם	משפחה	נושא	עמ'
1	מוחמד	אבו-תילך	השוואת שיעורי המצאות של גורמי סיכון לאוטם חד בשריר הלב, מאפיינים קליניים, ואופי הטיפול הרפואי במהלך האשפוז בין בדואים הגרים בישובי קבע לבין בדואים הגרים בישובים לא-מוכרים בנגב (1997-2003)	57
2	תמי	אדר	ציפיות נשים ממעקב הריון בישראל - מחקר סקר במדגם של אוכלוסיות בעלות רקע סוציאקונומי שונה	58
3	אמיר	אלאלוף	גישות חדשות לשיפור הקצאה של איברים להשתלה	59
4	אירית	אלרועי	תפיסות נשים נפגעות אלימות את הטיפול בהן בבית-החולים	60
5	עפרה	ארן	"הוד יפג'או" (אמהרית) - הבטן סופגת הכול: התערבות רגישת תרבות לשיפור איכות הטיפול הרפואי בילדים מהקהילה האתיופית	61
6	נטליה	בילנקו	הערכה של תכנית חינוך לבריאות בנושא חום בילדים בשתי אוכלוסיות בעלות מאפיינים תרבותיים - אתניים שונים	62
7	נטע	בנטור	אתגרים בפיתוח שירותים חדשים במערכת הבריאות: הדוגמה של שירותי תמיכה רוחנית	63
8	יוספה	בר דיין	שימוש בפלטפורמת המערכת הרפואית הממוחשבת לניתוב צריכת שירותי הרפואה בצה"ל והטמעת התהליך על ידי שימוש במדדים וביעדים	64
9	אורנה	בראון אפל	האם הבדלים ברמה חברתית - כלכלית יכולים להסביר פערים בבריאות בקרב שלוש קבוצות אוכלוסייה בישראל?	65
10	מרגלית	גולדפרכט	תכנית רב מקצועית, כלל ארצית, לשיפור אבחון וטיפול מצוקה נפשית ברפואה ראשונית	66
11	שולמית	גורדון	נשים במקצועות הרפואה - מגמות 25 שנה	67
12	יעקב	גינדין	שומרי סף בשירותי בריאות לקשישים עם מוגבלויות - השוואה בין שבע מדינות אירופאיות	68

מס'	שם	משפחה	נושא	עמ'
13	נועה	גיסמר	ההשפעה של מניעים כלכליים באמצעות שינויי תעריפים על אופן הפעילות של בית חולים ציבורי. הנסיון במערכת הבריאות בישראל בשנים 2004-2008	68
14	איזיק	הוך	חישוב ניבוי ועומס תחלואה	70
15	אסתי	ויסברג	סקר שביעות רצון ואיכות חיים של משתקמים נפגעי נפש צרכני שירותי סל השיקום באמצעות משתקמים שהוכשרו כסוקרים - כלי לשיפור איכות השירותים ושינוי מדיניות	71
16	דנה	ושדי	למידה טרנזיטיבית בצוותי חדר ניתוח	72
17	מירי	זיבצנר	מאפיינים של טכנולוגיות רפואיות שהתוספו לסל שירותי הבריאות (1999-2004)	73
18	שרון	חובב	שיווי משקל בתהליכי חידוש מלאי בשרשרת ההספקה	74
19	ציונה	חקלאי	הוצאה פרטית לתרופות - מאפיינים סוציו-דמוגרפים ומאפייני ותחלואה	75
20	בתיה	טמיר	מנהלי מחלקות בבתי חולים ממשלתיים בישראל - מימדים של יציבות	76
21	רחל	כהן	מזידת איכות בבית חולים - אין זו אגדה! גיבוש מדדי איכות והטמעת מודל לאיכות ומצוינות בסיעוד במרכז רפואי רבין	77
22	אלכס	לבנטל	נוכחים - נעדרים במערכת הבריאות: מהגרי עבודה ומחלות זיהומיות בישראל	78
23	רחלי	מגנזי	מיקור חוץ בבתי החולים בישראל והקשרו לסוג הבעלות על ביה"ח, מיקומו הגיאוגרפי והיקף התקציב	79
24	מרדכי	מרק	זכויות חולה נפש וסל שירותי בריאות נפש בישראל	80
25	פאולה	פדר-בוביס	רפואה מתגוננת מנקודת מבטם של מעצבי דעת בתחום הבריאות	81
26	איל	צימליכמן	פיתוח ותיקוף של מערכת להערכת תחלואה נלוות בחולים מאושפדים כבסיס להערכת והשוואת תוצאי בריאות	82

מס'	שם	משפחה	נושא	עמ'
27	גלית	קאופמן	השפעת תוכנית לניהול מחלה על איכות והיענות לטיפול בחולי אי ספיקת לב: תוצאות ראשוניות של תוכנית משותפת ל"מכבי שירותי בריאות", מכון גרטנר והמרכז הרפואי ע"ש שיבא	83
28	ניר	קידר	מגמות במעבר מבוטחים בין קופות החולים 1995-2007	84
29	צחי	קציר	השפעת העברת אישור תחילת טיפול במשאפים משולבים (LABA + ICS) למומחי ריאות ואלרגיה על מאפייני צריכת משאפים ומאפייני מטופלים	85
30	ג'ולי	קרקו	השפעת אורח חיים והרגלי תזונה של אימהות וילדיהן על השמנת ילדים (אפריל, 2006)	86
31	לאה	רוזן	האם חקיקה לקידום בריאות בעלת השפעה? ההשפעה של תיקון לחוק מניעת עישון במקומות ציבוריים	87
32	איריס	רסולי	פרופיל השימוש בתרופות בקשישים בקהילה	88
33	אפרת	שדמי	איכות הטיפול בחולים אונקולוגיים בתפר בין בית החולים לקהילה: הבדלים בין דוברי עברית, ערבית ורוסית	89
34	תמר	שלום	חדירת הרפואה המשלימה לשוק הבריאות בישראל ופיתוח מודל לשילובה במערכת הבריאות	90

הכנס השנתי
7-ה
למדיניות הבריאות

תקצירי הרצאות

העדפות הציבור הרחב בנוגע להקצאת משאבים למערכת הבריאות: האם גיל החולה הוא גורם משפיע?

פרלה ורנר

הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

רקע: קביעת סדרי עדיפויות (priority setting) הכרחית לכל מערכת בריאות, בעיקר בגלל שלא קיימת מערכת המסוגלת לממן את כל שירותי הבריאות הרצויים או הנדרשים.

על מנת להבטיח תהליך של קביעת עדיפויות נאות עד כמה שאפשר, מומלץ לאחרונה להגביר את השתתפותם של השותפים העיקריים (stakeholders) בתהליך (קרי מקבלי ההחלטות, נותני ומקבלי השירותים והציבור הרחב) על ידי בחינת העדפותיהם בנוגע לקביעת סדרי עדיפויות. גיל הוא אחד הגורמים המוזכרים בספרות כמשפיעים על העדפות אלה.

מטרה: לבחון באיזו מידה גיל החולה משפיע על העדפותיהם של הציבור הרחב בנוגע להקצאת משאבים למערכת הבריאות.

שיטה: נערך סקר פנים-אל-פנים עם מדגם נוחות של 624 גברים ונשים המתגוררים בקהילה (גיל ממוצע = 49). המשתתפים התבקשו לדווח האם היו רוצים לראות - הרבה פחות, פחות, אותה מידה, יותר או הרבה יותר - משאבים מוקצים למערכת הבריאות בכלל ולקשישים בפרט. כמו כן, המשתתפים התבקשו לדווח באיזו מידה גיל החולה מהווה קריטריון בהקצאת המשאבים ל 7 מחלות (כגון, דיכאון, סכרת, סרטן ומחלות לב).

ממצאים: באופן כללי, אחוז גדול יותר של המשתתפים דווחו שהיו רוצים לראות יותר משאבים מוקצים למערכת הבריאות בכלל מאשר לקשישים בפרט (91.3% בהשוואה ל-82.4%). גיל החולה הווה גורם להקצאת משאבים בעיקר בנוגע למחלות לב ושבץ מוחי. נמצא כי רמת ההשכלה של המשתתפים והערכים שלהם (היותם ליברלים יותר) היו קשורים עם בחירת גיל כגורם להקצאת משאבים.

מסקנות וחיובות: בנוגע למחלות מסוימות, גיל החולה מהווה גורם חשוב בהעדפותיהם של הציבור הרחב ביחס להקצאת משאבים למערכת הבריאות בארץ. יש להתייחס להעדפות אלה ולהשוות אותן להעדפותיהם של שותפים עיקריים נוספים.

בחינת גורמים המשפיעים על נכונות סטודנטים לרפואה במהלך לימודיהם לשקול התמחות בגריאטריה

עמית פורת^{2,4}, פרלה ורבר²

1. מומחה ברפואת המשפחה, המחלקה לרפואת המשפחה בחיפה, שירותי בריאות כללית חיפה וגליל מערבי
2. הפקולטה למדעי הבריאות והרווחה, אוניברסיטת חיפה

על רקע העלייה בתוחלת החיים והעלייה הצפויה במספר הזקנים בישראל צפוי מחסור ברופאים מומחים בגריאטריה. רופאים ממרבית ההתמחויות מטפלים חלק ניכר מזמנם בחולים זקנים.

מטרת המחקר: לבדוק גורמים המשפיעים על נכונות סטודנטים לרפואה לשקול התמחות בגריאטריה בסיום לימודיהם. מטרה זו נבדקה באמצעות גרסה מורחבת של תיאורית ההתנהגות המתוכננת, אשר כללה את מרכיבי התיאוריה: עמדות, נורמות סובייקטיביות ושליטה נתפסת ביחס לנכונות. בנוסף נבדקו הידע, ההעמדות והחשיפה של לנושאים גריאטריים וגרונטולוגיים.

שיטת המחקר: במחקר נדגמו 198 סטודנטים לרפואה מבית הספר לרפואה בטכניון משנים א', ג', ד', ו'. המשתתפים מילאו עצמאית שאלון מובנה.

ממצאים עיקריים: נכונות סטודנטים לרפואה לפנות להתמחות בגריאטריה בסיום לימודיהם נמצאה נמוכה בכל השנים שנחקרו כאשר בשנה הקדם קלינית - ג' הנכונות הייתה גבוהה יותר באופן מובהק לעומת השנים הקליניות ד' ו-ו'. עמדות הסטודנטים כלפי ההתמחות בגריאטריה היו בינוניות כאשר רוב המשתתפים תפסו את ההתמחות בגריאטריה כבעלת פרסטיז'ה נמוכה, לא מתגמלת וכלא מאפשרת קריירה משמעותית. הערכת המשתתפים את עמדת בעלי עמדה בבית הספר לרפואה וחבריהם הסטודנטים באם יבחרו בהתמחות בגריאטריה בסיום לימודיהם הייתה נמוכה. נמצא ידע ועמדות בינוניות לגבי הזקנה בכל שנות הלימוד. באמצעות רגרסיה נמצא כי לעמדות כלפי ההתמחות השפעה מרכזית על נכונות הסטודנטים לרפואה להתמחות בגריאטריה ובמידה פחותה מידת החשיפה לזקנה.

תרומת המחקר וחשיבותו: הינה שלראשונה נבחנה במדינת ישראל נכונות הסטודנטים לרפואה להתמחות בגריאטריה באמצעות תיאורית ההתנהגות המתוכננת יחד עם בחינת ידע עמדות וחשיפה לזקנה.

תוצאות המחקר מדגישות את הצורך בפיתוח תוכנית רב שנתית לימודית בפקולטות לרפואה לשיפור ההעמדות כלפי ההתמחות בגריאטריה, להעלאת ידע בנושאים גרונטולוגיים לשינוי חיובי בעמדות כלפי הזקנה ולהעלאת החשיפה המודרכת לזקן. לאור השינויים הנדרשים ראוי לשקול הקמת מחלקה לחינוך גרונטולוגי בפקולטות לרפואה.

מאפייני השימוש באינטרנט לצורכי בריאות בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל בשנת 2008

אפרת נטר, אסתר בריונין

המחלקה למדעי ההתנהגות, המרכז האקדמי רופין

מטרת המחקר: האינטרנט הפך מידע רפואי, שהיה פעם נחלתם של רופאים, לזמין לכולם. לפי Google.com יש היום מעל 200,000 אתרי אינטרנט המוקדשים לרפואה ולמידע הקשור למחלות. חולים ובני משפחתם יכולים היום ללמוד על מצב רפואי, טיפולים אפשריים ואפילו ניסויים קליניים. למידע הרב באינטרנט פוטנציאל ליצור צרכני בריאות מיוחדים ולהעצים חולים להיות שותפים אקטיביים בטיפול שלהם. על אף הזמינות הגבוהה של מידע בריאותי באינטרנט יש לא מעט אוכלוסיות מודרות בגלל היעדר נגישות למחשבים וחיבור לאינטרנט או בשל אוריינות דיגיטלית נמוכה. גם בקרב האוכלוסייה החשופה למידע הבריאותי יש שונות רבה באוריינות הבריאותית הנחוצה כדי למצות את המשאבים הבריאותיים האלקטרוניים באופן נאות. המחקר הנוכחי בחן את השימוש באינטרנט לצורכי בריאות בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל, את התוצאות הנתפסות של השימוש ואת המאפיינים של המשתמשים.

שיטה: לצורך ביצוע המחקר נערך סקר טלפוני בקרב 4000 נחקרים (80% מהסקטור היהודי) כדי להגיע למדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל, בחתכים המבוססים על נתוני הלמ"ס לשנת 2007. הסקר בחן את התדירות ותכני השימוש באינטרנט בכלל ולצורכי בריאות בפרט, את תהליך השימוש ואת תוצאותיו. נבדקו האוריינות הדיגיטלית והבריאותית של המשתמשים ומאפייניהם הסוציו-דמוגרפיים.

תוצאות: רק כ-33% מהנסקרים משתמשים באינטרנט לצורכי בריאות (1300 משתמשים). ל-48% מהנסקרים אין כלל גישה לאינטרנט ו-19% הם בעלי נגישות לאינטרנט אך אינם משתמשים בו לצרכי בריאות. האינטרנט מהווה תחליף למקורות מידע אחרים ונתפס כמקור מידע דומה בחשיבותו לזה של הרופא. התרומה המרכזית של השימוש באינטרנט היא הבנה טובה יותר של המצב הבריאותי, חסכון בזמן ושאלת שאלות שלא נשאלו קודם בביקור אצל הרופא. ככל שהמצב הבריאותי פחות טוב שכיחות החיפוש עולה. תכני השימוש הנפוצים ביותר הם מצב בריאות/חולי מסוים, אורח חיים ותרופות. השימוש באינטרנט איננו מגביר את מיצוי זכויות החולה. יוצגו ממצאים נוספים ומסקנות של המחקר תוך השוואת מגזרי אוכלוסייה שונים.

זהו המחקר הראשון המציג ממצאים לגבי השימוש באינטרנט לצורכי בריאות בישראל. נראה כי טכנולוגיית האינטרנט מהווה מנגנון משעתק ולא מפצה.

“לא חתים מזה - לא מבריאים מזה” - נרטיבים של סבל וכאב בחוויית החולי של נשים החולות בתשישות כרונית (Chronic Fatigue Syndrome) ובפיברומיאלגיה (Fibromyalgia)

עדי פינקלשטיין

האוניברסיטה העברית

המחקר¹ עוסק בחוויית הסבל של נשים החולות בתשישות כרונית ובפיברומיאלגיה. הגדרתן של המחלות, אבחוןן והטיפול בהן עמומים ושנויים במחלוקת רפואית דבר שמעצב באופן מכריע את השיח החברתי והתרבותי על החולות ועל מחלתן.

במחקרי מצאתי כי בדומה למתואר בספרות, השפה בה משתמשות הנשים עשירה בדימויים ובמטפורות. בנוסף לאלו האופייניים לחוויות של סבל וכאב, מצאתי כמה דימויים ותיאורים ייחודיים, המהווים את עמודי התווך של חוויית החולי שמתארות הנשים, באמצעותם ביטאו את האופן שבו הן חוות את גופן כחסר גבולות ואת המפגש עם כל מה שמחוצה לו כזר הפולש ומתערבב בו ואף מחליש אותו וגורם לו לחולי. בנוסף אני מראה כי על אף שהנשים משתמשות בדבריהן בנרטיבים מרכזיים האופייניים לשיח המערבי על חולי ומחלות, כדוגמת “המחלה כהזדמנות”, חלקן מתנגדות לנרטיבים אלו ומתארות כי הן תופסות את בריאות הגוף כקשורה בשמירה על פרטיות, אם בהגנה על מרחב הגוף הפיזי מרגשותיהם ודבריהם של אחרים ואם ביצירת מרחב זמן פרטי משלהן.

תמציתו של הדיון בעבודה היא כי החולי והסבל הפיסי מאפשר לנשים חתרנות כנגד מוסכמות בשיח החברתי והתרבותי. מתוך שני הנושאים המרכזיים בהם הוא עוסק, אציג את האופן בו הן מערערות על השיח הרפואי והחברתי בנוגע להגדרת מחלתן. באמצעות שימוש במושגים מספרות תיאורטית העוסקת באנתרופולגיה של החולי² ובפרט זו הנוגעת למחלות הכרוניות³, אני מראה, כי הנשים מבקשות לקבוע את הגדרת מצבן הבריאותי בדרכן ומביעות בכך את השבר שלהן באמון הבלתי-מעורער שנתנו בשיח הרפואי ובסובבים אותן. הן דורשות לשבור את המסגרת הדיכוטומית הקיימת בשיח הרפואי והחברתי בין חולי ובריאות מה שיאפשר לראות את מצבן כחלק בלתי-נפרד ממצב נורמטיבי. ממסקנות הדיון הוא כי שיח זה משמעותי לאיכות חייהם של חולים במחלות כרוניות ועל כן חשיבותו לכנס הנוכחי.

1 המחקר נערך במסגרת עבודת דוקטורט שהוגשה לשיפוט באוניברסיטה העברית. המחקר מתבסס על ראיונות עומק עם 24 נשים החולות במחלה, 5 גברים וילדה אחת וכן על תצפית משתתפת במשך כארבע שנים בכינוסים של עמותת אס"ף (אגודת חולי סי.אף.אס ופיברומיאלגיה) בהם התוודעתי לעמדת הרופאים העוסקים בנושא ולקשרים בינם ובין החולות.

2 כדוגמת קליינמן (A. Kleinman), זולה (K.J. Zola) ומרפי (R.F. Murphy).

3 כדוגמת הונקסאלו (M.L. Honkasalo) וקאופמן (S. Kaufman).

וויתור על טיפול רפואי בשל עלותו בקרב בני 50+ בישראל ובאירופה

אליהו ספיר, הווארד ליטוין

מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה בישראל, האוניברסיטה העברית בירושלים

מטרות המחקר: 1. תיאור היקף הוויתור על שירותים רפואיים בשל עלותם בקרב בני 50 שנים ומעלה בישראל וב-11 מדינות אירופיות, 2. זיהוי הגורמים המנבאים ווויתור על שירותים רפואיים.

שיטת המחקר: הנתונים נלקחו מהגל הראשון של סקר הבריאות, הזיקנה והפרישה באירופה - SHARE (n=31,115); תת המדגם הישראלי כלל 2,598 מרוויינים. המשיבים נדגמו באופן אקראי על בסיס מדגם שכבות או מדגם מקרי פשוט בכל אחת מן המדינות. המשתנה התלוי שיקף ווויתור בשנה האחרונה על שירות רפואי כלשהו. המשתנים הבלתי תלויים שנבדקו היו משתני רקע דמוגרפיים, משתנים כלכליים ומשתני בריאות פיזית ונפשית. הקשר בין המשתנים הבלתי תלויים והמנובא נבחן באמצעות גרסיה לוגיסטית רב-משתנית.

ממצאים עיקריים: 1. בישראל השיעור הגבוה ביותר של מבוגרים המוותרים על טיפול רפואי בגלל עלותו (14.3%). יותר ממחציתם ווויתרו על טיפולי שיניים, ויותר מרבע ווויתרו על תרופות וטיפול מרופאים מומחים. 2. נמצא קשר בין מספר סימפטומים ווויתור על שירותים רפואיים גם לאחר הפיקוח על יתר המשתנים. דיכאון והערכה שלילית של המצב הכלכלי היו קשורים אף הם לוויתור על שירותים. כמו כן, נמצא שאזרחים ערבים ועולי שנות ה-90 מחבה"מ ווויתרו יותר מישראלים ותיקים על טיפול רפואי.

תרומת המחקר וחשיבותו: 1. המחקר מציג את מידת הוויתור על שירותים רפואיים בישראל בהשוואה לממדי התופעה במדינות אירופה. 2. זיהוי השירותים השכיחים שעליהם מוותרים מבוגרים מצביע על בעיה הדורשת את תשומת ליבם של מקבלי החלטות בקביעת מדיניות. 3) גילוי שעורי ויתור שונים עפ"י קבוצת אוכלוסייה בישראל ומצב בריאותי מדגיש את אי השוויון הקיים בחברה הישראלית.

רגשות צרכני בריאות ביחסי הגומלין עם רופא המשפחה

אבי זיגדון¹, מיכאל פריגר², אבישי גולדברג⁴

1. המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
2. המחלקה לאפידמיולוגיה ולהערכת שירותי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע: יחסי גומלין בינאישיים מושפעים ממרכיבים רבים; החל בתקשורת מילולית, דרך תקשורת בלתי מילולית ("שפת הגוף") ו"מצב הרוח" וכלה בסביבה החברתית בה מתקיימים קשרים אלה. כאשר עוסקים ביחסי גומלין המתקיימים במהלך המפגש הרפואי בין צרכן הבריאות לרופא המשפחה, מועצם ומתחדד הפער בקשר הבינאישי. ככדי לתת מענה לפער זה יש צורך בהבנת אופן בניית הציפיות של צרכן הבריאות.

מטרת המחקר: לבנות מודל יחסים, אשר יאפשר לאתר את מרכיבי הציפיות הסובייקטיביים המושפעים ממרכיבי הצרכן (אישיים והתנהגותיים) וממרכיבי הקשר של צרכן הבריאות ביחסיו עם רופא המשפחה.

שיטה: במהלך המחקר מופו מרכיבי הצרכן - מאפיינים אישיים, מרכיבים התנהגותיים ומרכיבים ביחסי הגומלין, אשר מהווים גורמי השפעה על מרכיבי הציפיות - חוויות חיוביות עם השירות: שמחה, הפתעה, אמפטיה, וחוויות שליליות עם השירות: כעס, עצב, פחד וגועל ונבדק הקשר בין מרכיבי הצרכן והקשר לבין מרכיבי הציפיות.

תוצאות: אוכלוסיית המחקר כללה 597 אזרחי מדינת ישראל, בטווח הגילאים 18-91, אשר נדגמו במדגם אקראי אנונימי בסקר טלפוני. ניתוח הנתונים שבוצע על ידי Kruskal Wallis NonParametric - 1 Way Anova נמצאו 52 קשרים מובהקים: 7 קשרים במאפיינים האישיים (13%). 6 קשרים במרכיבים ההתנהגותיים (12%). 39 קשרים במרכיבי יחסי הגומלין (75%).

ככדי לתאר ולאמוד את השפעתם המתוקנת של המשתנים הבלתי תלויים על ניבוי הסתברות הופעתם באחד המשתנים התלויים בוצע ניתוח רב משתני באמצעות רגרסיה לוגיסטית (Logistic Regression). לא נמצאו שינויים בכיוון ובמגמת השפעת המאפיינים האישיים, המרכיבים ההתנהגותיים ומרכיבי יחסי הגומלין על מרכיבי הציפיות.

סיכום: במחקר זה פותח מודל ה-Emotional Experience in Relationship (EER) המתאר את הדרך למיפוי חוויות חיוביות ושליליות מהשירות הרפואי דרך מרכיבי הצרכן ומרכיבי הקשר, תוך שימוש בדרכי עקיפין לאיתור הגורמים המשפיעים על שביעות רצונו של צרכן הבריאות בקשר המתקיים במפגש הרפואי. זאת במטרה לאפשר לנותן השירות בשירות הרפואי הראשוני יכולות זיהוי (Identify) של הלקוח באופן אחיד ועקבי, תוך בידול (Differentiate) ואפיון צרכיו האינדיבידואליים של צרכן הבריאות במהלך המפגש הרפואי.

סקר צרכים ורצונות של לקוחות תחנות טיפת חלב משרד הבריאות, מחוז חיפה 2006

אילנה סטולרמן¹, בתיה מג'ר², שמואל רשפון³, ציפי קחל²

1. הסיעוד בשירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, ירושלים
2. לשכת הבריאות המחוזית, חיפה

רקע ומטרה: בשנים האחרונות חלו שינויים במערכת הבריאות שדרשו הערכה מחודשת, ולא פסחו גם על טיפות החלב של משרד הבריאות.

מורכבות השירות הציבורי מחייבת למצוא דרכים להתייעל מחד ולהתאים יותר לצרכי הלקוחות מאידך. מתוך רצון לשפר את איכות השירות, החליטה הנהלת מחוז חיפה על ביצוע מחקר לבדיקת קשר בין הצרכים והרצונות של לקוחות טיפות החלב לבין המאפיינים הסוציו-דמוגרפים שלהם. המחקר מדגיש את נקודות המבט הסובייקטיביות של הלקוחות ומאפשר הקטנת הפער בין רצונותיהם לבין תכני השירות כפי שהם היום.

שיטות: מחקר חתך בקרב לקוחות מ-89 טיפות חלב שהגיעו לקבל שירות במהלך שבועיים בפברואר 2006 ונענו למילוי שאלון אנונימי לגבי השירות הרצוי.

ממצאים עיקריים: 5128 לקוחות, הורים לילדים עד גיל 6 שנים ונשים הרות שהשתתפו במחקר. הלקוחות רוצים את רוב המרכיבים של השירות הניתן. ההדרכה בטיפת חלב היא המרכיב החשוב ביותר למשפחה בכל שלבי התפתחותה. השונות העיקרית ברצונות הלקוחות במחוז הייתה בין ערבים לבין יהודים.

תדמית השירות ותחושת הביטחון של ההורים לאחר קבלת ההדרכה גבוהים בקרב כלל משתתפי הסקר, אך בקרב הערבים גבוהים אף יותר.

אחות טיפת חלב הינה הכתובת הראשונה בנושא התפתחות הילד לכלל ההורים, ובמיוחד למגזר הערבי. תמיכה רגשית הינה צורך של ההורים בלי קשר למספר הילדים במשפחה.

תרומת המחקר: המשך מתן השירות בתחנות טיפת חלב צריך להביא בחשבון את ההבדל ברצונות הלקוחות ולהיות מכוון לצרכים השונים של יהודים וערבים.

התאמת השירות בטיפת חלב לצרכי הלקוחות, תגביר את היענות הלקוחות לטיפול, ותעלה את שיעור הביקורים עם סיום תכנית החיסונים. ממצאי הסקר משמשים כבסיס לעיבוד נתונים נוספים עפ"י תתי אוכלוסיות, פיתוח תוכניות הדרכה וכלים לעבודה עם הצרכים השונים.

פיתוח מדד אובייקטיבי לקביעת עומס עבודה רפואי ביחידה לטיפול נמרץ פגים

אגי גולן⁴, ראובן שפרן², מיכה אמית², יעל אידן², אהוד זמורה⁴, אסף טוקר³

1. היחידה לטיפול נמרץ פגים, בית חולים האוניברסיטאי סורוקה
2. המחלקה להנדסת תעשייה וניהול, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
3. הנהלה מרכזית, הסתדרות מדיצינית הדסה

רקע: במחלקות לטיפול נמרץ פגים מאושפזים תינוקות הזקוקים לטיפול מיוחד. במהלך השנים גדל מספרם של התינוקות המאושפזים בפגיות בישראל, ואף גדל חלקם היחסי באוכלוסיית התינוקות. מקצוע רפואת הפגים נמצא במצוקת כח אדם הנגרמת בין השאר מהעומס הגדול על הרופאים והמתמחים בפגיות.

מטרה: לפתח מדד חדש לאומדן עומס העבודה הרפואי כתלות במצב הקליני של הילודים בפגייה.

שיטת העבודה: בוצע חקר שיטות עבודה וחקר זמן במהלכו נאספו נתונים לבניית מודל עומס העבודה של הרופאים המתמחים. בוצעו תצפיות חקר זמן (בשיטת המדידה הישירה) למציאת הזמן הממוצע של פעולות הרופא המתמחה. במסגרת התצפיות תועדו הקריטריונים המבטאים את מצבו הקליני של כל אחד מן הילודים בפגייה על בסיס יומי אל מול הפעולות שנדרשו להתבצע עליו.

נבנה מודל למדד עומס העבודה של הרופאים המתמחים כפונקציה של מצבו הקליני של הילוד - מדד ARM. כל קריטריון קליני קיבל ציון על פי חשיבותו וחומר. סכום ציוני הקריטריונים ביטא את חומרת מצב הילוד (ציון ARM).

על מנת לתקף את עומס העבודה האובייקטיבי בוצע שימוש בשאלון Task Load Index (NASA-TLX) למדידת עומס עבודה סובייקטיבי.

תוצאות: באמצעות מודל רגרסיה מעריכית נמצא מתאם בין ציון ARM של הילוד לבין זמן טיפול הרופא המתמחה בילוד ($R^2=0.781$).

נמצאה קורלציה ליניארית בין המדד הסובייקטיבי ARM index ($R^2=0.724$).

חישוב עומס העבודה בפגיית סורוקה באמצעות נתונים על מצבם הקליני של הילודים במשך חצי שנה רטרואקטיבית הראה כי ב-54% מהזמן נמצאת הפגייה מעל לרף עומס של 75% (עבור מתמחה יחיד).

מסקנות: פיתוח מדד ה-ARM ומדד עומס העבודה בפגייה שבוצע במחקר זה מאפשר ניתוח אובייקטיבי של בעיית עומס העבודה על סמך תמהיל המטופלים במחלקה ולהוות מדד לתכנון כח אדם רפואי בפגייה.

מדד לקביעת עומס בעבודה במקצוע רפואי: בסיס מידע לקביעת מדיניות כוח אדם

נורית ניראל¹, שלמה בירקנפלד², יוחנן בן-בסט¹

1. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

2. ההסתדרות הרפואית לישראל

רקע: מערכת הבריאות מודעת לעומס העבודה של רופאים בבתי החולים, אך אין כיום מדדים אובייקטיביים למדידת היקפו. העדרם מקשה על קביעת מדיניות כוח אדם בנושא זה.

מטרה: מחקר גישוש לבניית מדדים לכימות העומס במח' האשפוז לכירורגיה כללית ורפואה פנימית.

שיטות: א. עיבוד נתונים מנהליים על תנועת חולים והעסקת רופאים. ב. ניתוח משני של נתוני סקר ארצי קודם בקרב רופאי בתי חולים.

ממצאים: מידת העומס נבחנה ע"י: (1) היקף הפעילות במחלקה ביחס למספר הרופאים - מ-1999 ל-2004, הייתה במחלקות הכירורגיות (להלן: מ"כ) עלייה במספר הקבלות לאשפוז ובסבב מיטות וירידה בשהות ממוצעת במחלקה. במקביל חלה בבתי"ח הממשלתיים עלייה מ-360 ל-390 (8%) מאושפדים לרופא במ"כ בשנה, ובמ"כ של בתי"ח של שב"כ ירידה מ-390 ל-370 (5%). תקנון מספר הקבלות על-פי מורכבות החולים גילה כי בין 2000 ל-2005 חלה עלייה של 35.9% נקודות אחוז במ"כ אחת ו-8.5% באחרת, לעומת שיעור השינוי ללא תקנון באותן המחלקות. בין 1993 ל-1999, עלו מדדי האשפוז גם במחלקות הפנימיות. אולם, הייתה תוספת של 15% במיטות. בין 1999 ל-2005 לא חלו שינויים במדדים אלה והייתה עלייה נוספת ב-8% במיטות וב-20% במשרות המאוישות בתקן. במקביל, ירדו קבלות לאשפוז לרופא מ-520 ב-1999 ל-490 ב-2004 (6%) בבתי"ח הממשלתיים. (2) שעות עבודה - רופאים בכירים בכירורגיה כללית עבדו יותר שעות שבועיות בבית החולים (75), בהשוואה לקרדיולוגים וגינקולוגים (65 ו-56) ורופאי א"ג ועיניים (55). (3) תפיסת עומס יתר בעבודה - ניתוח רב-משתני הראה כי כירורגים כלליים חשו פי שניים יותר עומס כמותי מאשר רופאי העיניים והגינקולוגים. לא היו בידינו נתונים מקבילים על פנימאים.

דיון ומסקנות: כימות העומס בעבודה ומגמות השינוי בו כדרך לזיהוי דרכי התמודדות עמו אפשרי. ייתכן שמדדי עומס העבודה אינם תקפים באותה מידה לגבי המקצועות הקליניים השונים. בניית מדד של מספר קבלות לאשפוז מתוקן למורכבות הטיפול הוא פתרון הטעון בדיקה. ייתכן גם שהדיווח הסובייקטיבי על עומס ומספר שעות עבודה הוא בעל תוקף מוגבל. למרות מגבלותיהם, הממצאים מצדיקים מחקר רחב יותר, תוך שימוש במדדים נוספים; אך יש לזכור שהיכולת להפכם למדדים בני-יישום תלויה ביכולת לאסוף נתונים אמין בהיקף ארצי.

שינויים ב"חצר האחורית" של מערכת הבריאות: סיכויים וסיכונים ברפורמה אינקרמנטלית של שירותי בריאות הנפש בארץ

אורי אבירם

האוניברסיטה העברית בירושלים ומשרד הבריאות

מטרה: לסקור ולנתח את השינויים המצרפיים (אינקרמנטלים) במדיניות ובשירותים לבריאות הנפש מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי ולבחון את הסיכויים והסיכונים בדרך להגשמת המדיניות להסיט את מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש לקהילה.

שיטה: ניתוח השינויים שחלו בשלושת המרכיבים העיקריים של מערכת השירותים - לקוחות, תקציב וכח אדם. בחינת התחיקה, בעלי העניין העיקריים והאינטרסים השונים הנוגעים לעניין.

ממצאים עיקריים: במהלך התקופה חל שינוי ניכר בכל האלמנטים הקריטיים של מערכת שירותי בריאות הנפש: ירידה של 50% במספר המיטות הפסיכיאטריות ובשיעור המאושפדים ביחס לאוכלוסייה (כ-70%). פחתו סה"כ ימי האשפוז בשנה והתקצרה השהייה הממוצעת באשפוז. פחת חלקו של התקציב לאשפוז בתקציב בריאות הנפש מ-80% ל-60%. הוגדל במידה ניכרת תקציב השיקום וחלקו בתקציב שירותי בריאות הנפש עלה מ-4% ב-1999 לכ-25% ב-2008. מספר האנשים המקבלים שירותי שיקום הגיע בשנת 2008 ל-14,500. במהלך התקופה, לא הייתה הפחתה משמעותית (במחירים קבועים) בתקציב האשפוז, והייתה אף עליה של 30% בתקציב בתי החולים הפסיכיאטריים הממשלתיים. מרבית ההשקעה (97%) של תקציבי הפיתוח לבינוי הופנתה למוסדות אשפוזיים ממשלתיים. חלה ירידה של כ-30% בתקציב הריאלי של המערך האמבולטורי. חלה ירידה של 6% במספר המשרות בבריאות הנפש ובוטלו כ-300 משרות.

דיון: הדיון עוסק בהיבטים השונים של רפורמות אינקרמנטליות לעומת רפורמות רדיקליות. חוק שיקום נכי נפש בקהילה היה מפנה חשוב בתהליך השינוי, אולם חוק הרפורמה הביטוחית, אשר אמור להיות נדבך נוסף בשינוי המתוכנן עדיין לא אושר סופית. הדיון בוחן את הסוגיות העיקריות העומדות בפני החברה הישראלית בקשר לטיפול ולדאגה לנכי הנפש, לשיקום ושילובם בחברה ומנתח את הגורמים העיקריים המנסים לבלום את הרפורמה ואלה שעשויים לאפשר את יישומה, תוך השוואה לרפורמות במדינות אחרות.

הקשר עם הילדים והיערכות למימון טיפול סיעודי בעת זיקנה

שולי ברמלי-גרינברג¹, רויטל גרוס^{2,4}

1. מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל

2. אוניברסיטת בר-אילן

רקע: לפי מחקרים בעולם השפעת הקשר עם הילדים על היערכות ההורים למימון טיפול סיעודי אינה חד-משמעית. בחלקם עולה שקשר טוב קשור להיערכות הורים מועטת למימון טיפול סיעודי מתוך אמונה שילדיהם יטפלו בהם; מאחרים עולה שהורים שבקשר טוב עם ילדיהם מעדיפים לדאוג בעצמם למימון טיפול סיעודי בזיקנה כדי לא להכביד עליהם, ובגלל רצונם לשמר נכסים ולהשאיר ירושה.

מטרת העבודה: לבחון את השפעת ממדי הקשר עם הילדים על היערכות למימון טיפול סיעודי. המחקר ייחודי בכך שלראשונה נבחנת בישראל השפעת הקשר הבין-דורי על אופן היערכות הכלכלית לעת זיקנה, באמצעות שיטות אקונומטריות מתקדמות.

שיטות: מדגם ארצי מייצג בקרב תושבי ישראל בני 22 ומעלה כלל ראיונות טלפוניים בסוף 2006 באמצעות שאלון מובנה בעברית שתורגם גם לערבית ולרוסית. ראיינו 1,700 פרטים בשיעור היענות של 80%. הנתונים נותחו בשיטות אקונומטריות מתקדמות כדי לנטרל השפעות מקזזות ואחרות של מאפייני הפרט על ממדי הקשר עם הילדים ועל היערכות למימון הטיפול הסיעודי. בשלב הראשון של ניתוח דו-שלבי נאמדה השפעת מאפייני הפרט על ממדי הקשר עם הילדים; בשלב השני נאמדו השפעת מאפייני הפרט וממדי הקשר עם הילדים על היערכות הפרט למימון הטיפול הסיעודי בעת זיקנה.

תוצאות: בניתוח גורמים (factor analysis) זוהו ארבעה ממדים מובחנים של הקשר עם הילדים. לשפה (עברית, ערבית ורוסית) הייתה ההשפעה החזקה ביותר על הקשר עם הילדים, כמו גם למשתני רקע אחרים (מין, גיל, הכנסה והמצב המשפחתי). לכל ממד נמצאה השפעה עצמאית ושונה על היערכות הפרט למימון הטיפול הסיעודי. להסכמה עם הממד "ילדים חייבים לעזור להורים בעת הזיקנה" יש השפעה עצמאית שלילית חזקה על היערכות ולהסכמה עם הממד "צורך בעצמאות כלכלית של ההורים" יש השפעה עצמאית חיובית חזקה. לשני הממדים "קשר רגשי טוב עם הילדים" ו"מידת האמון בילדים שיתנו טיפול סיעודי" יש השפעה עצמאית חיובית רק על בעלות על ביטוח סיעודי.

מסקנות: הטיפול בקשישים ובמוגבלים מהווה אתגר מרכזי למערכות בריאות ורווחה בעולם. לנוכח מגבלות מקורות המימון הציבורי, גוברת החשיבות בהיערכות עצמאית של פרטים למימון הטיפול הסיעודי. המחקר הנוכחי תורם להבנה לעומק של השפעת הקשר עם הילדים שהוא אחד הגורמים המרכזיים המשפיעים על החלטות הפרטים לגבי היערכות זו. כמו-כן, למחקר תרומה לספרות המקצועית הבוחנת את ההשפעה של הקשר הבין-דורי על החלטות כלכליות של פרטים.

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות בריאות.

כח אדם רופאים מומחים ברפואת היילוד והגינקולוגיה בישראל - בחינת המציאות וצרכי העתיד

ליאת זלצר^{1,2,4}, חיים ראובני^{2,4}, איתן לונגפלד^{3,2}, צבי הווארד פרי^{2,4},
אסף טוקר⁵

1. המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
2. הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון-בנגב
3. החטיבה למיילדות וגינקולוגיה, בית החולים האוניברסיטאי סורוקה
4. המחלקה לסטטיסטיקה ואפידמיולוגיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
5. הנהלה מרכזית, הסתדרות מדיצינית הדסה

מטרת המחקר: לבחון את היקף כח אדם רופאים, מומחים ומתמחים, ברפואת היילוד וגינקולוגיה בישראל בשנת 2008. לבחון את הצורך במספר רופאים ברפואת היילוד וגינקולוגיה בעשור הקרוב, בהתאם למציאות המשתנה של שוק הבריאות בישראל.

שיטת המחקר: סוג מחקר: אקולוגי תיאורי רטרוספקטיבי. תקופת מחקר: סקר הסטורי בין השנים 1995-2006, תחזית כח אדם בין השנים 2006-2025.

אוכלוסיית המחקר: מנהלי מחלקות/חטיבות מיילדות וגינקולוגיה בבתי החולים, וקופות חולים. מקורות מידע: סקר טלפוני באמצעות שאלון מובנה לרופאים גינקולוגים בכירים ולקובעי מדיניות, הכולל היקפי פעילות וכח אדם מבתי החולים וקופות החולים בשנת 2006. נתוני משרד הבריאות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ההסתדרות הרפואית בישראל.

ממצאים עיקריים:

1. בין השנים 1995-2006, נצפה יחס יציב של רופאי מיילדות וגינקולוגיה (עד גיל 65) לאלף נשים מעל גיל 15. (0.34 ו-0.37 בשנת 1995 ו-2006, בהתאמה). בארה"ב היחס על פי חיזוי הינו 0.285 לאלף נשים ב-2005.
2. רופאים "מובילי דעה" בבתי"ח מעריכים כי קיים חסר קל במיילדים/גינקולוגים שצפוי לגדול.
3. בשנת 2006, 20% בקרב המומחים היו נשים, בהשוואה ל-62% בקרב המתמחים. בעשור האחרון חלה עלייה של כ-40% במספר הנשים המומחיות בתחום.
4. שונות גיאוגרפית: במחוזות דרום, צפון ומרכז נצפה יחס של 0.139, 0.159 ו-0.319 מומחים לאלף נשים מגיל 15 ומעלה, בהתאמה.
5. עפ"י נוסחה, עד שנת 2012 אין שינוי ביחס רופאי יילוד וגינקולוגיה ל-1,000 נשים מגיל 15 באוכלוסייה. עד שנת 2025 צפויה עליה לכ-0.354.

תרומת המחקר וחשיבותו: בהשוואה לצפי בארה"ב, קיים יחס סביר של רופאים ברפואת היילוד וגינקולוגיה עד שנת 2025.

על רקע שינויים צפויים בתמהיל (גברים/נשים) ושינויים בסביבת העבודה (טכנולוגיות חדשות, דרישה גוברת לשירות על רקע חשיפה מתמשכת למידע), קיים צורך בניטור קבוע של צפי כח אדם ברפואת היילוד וגינקולוגיה בישראל.

טכנולוגיות חדשות - כמה הן עולות לנו?

דודי ניבין, קובי לוי, ולריה קריץ, ישעיהו ז'ילונקה

מכבי שירותי בריאות

מטרות המחקר:

1. בחינת תקצוב טכנולוגיות חדשות, שאושרו בוועדות הסל בשנים 1998-2006 מול ההוצאה בפועל.
2. בחינת ההוצאות על החלופות לטכנולוגיה שאושרו בוועדות הסל.
3. אפיון מהלך החדירה של טכנולוגיות בעקבות הכללה בסל הבריאות.

שיטת המחקר:

1. מיפוי הטכנולוגיות החדשות שאושרו בוועדת הסל על מרכיביהם השונים (תרופות ופרוצדורות). בחינת עלויות הרכש וההשתתפויות העצמיות.
2. הגדרת אלטרנטיבות קיימות לכל טכנולוגיה ויחס ההמרה ביניהן.
3. חישוב תוספת התקציב וההוצאה נטו לכל טכנולוגיה בשמונה שנות המחקר.
4. חישוב הפער בין תוספת התקציב לבין ההוצאה בפועל.

ממצאים עיקריים:

1. בין השנים 1998-2006 נוספו 600 טכנולוגיות חדשות, מתוכם 85% תרופות חדשות (כ-1000 סוגי תרופות המתאימים לטכנולוגיה המורכבים מתרופות מקור וגנריקות).
2. במכבי ההוצאה הכוללת לכל הטכנולוגיות גדולה מהתקציב בכ-600 מיליון ₪ במצטבר לתקופה הנדונה. לכלל מערכת הבריאות ההוצאה העודפת נאמדת ב כ-2.7 מליארד ₪.
3. במקרים מסוימים הנחות היסוד לגבי החיסכון הצפוי מהטכנולוגיה היו גבוהות בעשרות אחוזים מההוצאה בפועל ובחלק קטן נמוכים יותר.
4. קיימים דפוסים שונים של התנהגות החלופות: בחלק מהמקרים למרות הכנסת הטכנולוגיה החדשה עקומת השימוש בחלופה עולות גם הן, כמו במקרה של equip שמהווה חלופה לטכנולוגיה comtan.

תרומת המחקר וחשיבותו: חשוב לעדכן את סל הבריאות בטכנולוגיות חדשות יחד עם זאת חשוב גם להתאים את התקציב הניתן לטכנולוגיות לדפוס השימוש בפועל בטכנולוגיות ובחלופות להן. תוצאות מחקר זה עוזרות לקופות להיערך באופן ריאלי להוספת טכנולוגיות ולמשרד הבריאות להקצאת משאבים.

פיתוח שיטת תשלום פרוספקטיבית לבתי החולים בישראל עבור הטיפול בנפגעי טראומה

מיכל איבנקובסקי

בית הספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית, המרכז לחקר טראומה ורפואה
דחופה, מכון גרטנר, תל השומר

מטרת המחקר: פיתוח שיטת תשלום פרוספקטיבית יעילה והוגנת לתגמול בתי החולים בישראל עבור הטיפול בנפגעי טראומה.

שיטת המחקר: נתונים של 50,409 נפגעי טראומה שאושפזו בשנים 1998-2000 בשמונה בתי חולים, היוו בסיס לבניית קבוצות הומוגניות מבחינת השימוש במשאבי בית החולים.

הכלי והמשתנים: ה-CART (Classification and Regression Tree), טכניקה לא פרמטרית לבניית עצי רגרסיה שימשה לחלוקת נפגעי הטראומה לקבוצות. המשתנה התלוי "ימי עלות" מבוסס על משך השהות בבית החולים ועל מספר הימים בטיפול נמרץ. מאפיינים של הנפגע ושל הפגיעה שימשו כמשתנים בלתי תלויים.

שלב ביניים עסק בבדיקת השאלה האם המשתנה "ימי עלות" שזמין בכל בתי החולים מהווה תחליף ראוי למשתנה "עלות לחולה", שנתונים אודותיו קיימים רק בשני בתי חולים. "קבוצות התשלום" מגדירות את גובה התשלום בשקלים שיקבלו בתי החולים. בכל אחת מ"קבוצות התשלום" נקבעו שתי רמות תשלום: למרכזי העל ולבתי החולים האזוריים. תשלום נפרד חושב למקרים החריגים.

ממצאים עיקריים: הקבוצות "שוות ימי העלות" ותיקוף הקבוצות: באמצעות המשתנים הבלתי תלויים פוצלו התצפיות לשבע קבוצות שכל אחת מהן מגדירה פרופיל ייחודי של חולים. ניפוי מקרים "חריגים" הקטין את ממוצעי ימי העלות ותרם להגדלת ההומוגניות בכל אחת מהקבוצות. נפגעי טראומה שהנתונים שלהם לא שמשו לבניית הקבוצות שויכו לקבוצות שהתקבלו. מספר ימי העלות המנובאים של נפגעים אלה היה גבוה ממספר ימי העלות האמיתיים.

השינויים הצפויים בהכנסות של בתי החולים בעקבות יישום השיטה: התשלומים לבתי החולים הנובעים מטיפול בנפגעי טראומה יגדלו בשיעור של כמעט 60%. הגידול בהכנסות של מרכזי-העל יהיה משמעותי יותר מאשר הגידול בבתי החולים האזוריים.

תרומת המחקר וחיבותו: התוצאה הסופית שהתקבלה, שבע קבוצות התשלום, פשוטה ונוחה להפעלה וליישום. בנוסף להיותה כלי מעשי לתשלום היא מבטיחה מתן פיצוי הולם לבתי החולים שיביא לצמצום ההפסדים שהם צוברים בגין הטיפול בנפגעי טראומה ויתרום לשיפור ההוגנות ולהפחתת השלכות השליליות.

”מה מונע ממך לתת לתינוק שלך את הטיפול הטוב ביותר שהיית רוצה לתת לו?” - חסמים העומדים בפני אמהות בדוויות בנגב

ניהאיה דאוד, אילנה שוהם-ורדי

המחלקה לאפידמיולוגיה והערכת שירותי בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

מטרת המחקר: להבין את החסמים לטיפול נאות בתינוק כפי שהם נתפסים ע”י אמהות בדוויות בדרום.

שיטות: זהו השלב הראשון במחקר המשלב שיטות איכותניות וכמותיות. התנהלו 10 קבוצות מיקוד שכללו 106 אמהות מעשרה ישובים בדווים. 8 - 15, אמהות בקבוצה. המפגשים התקיימו בבתי הנשים. האמהות נשאלו על חסמים העומדים בפניהן בהענקת טיפול נאות לתינוק. הדיון בקבוצות הוקלט, שוקלט וקודד בקטגוריות לפי נושאים ותתי נושאים.

ממצאים: מרבית החסמים שהועלו ע”י האמהות היו מבניים ומיעוטם אישיים. החסמים המבניים התחלקו לשתי קבוצות עיקריות: 1. חסמים הקשורים ישירות לשירותי הבריאות: העדר מרפאה בישובים הבלתי מוכרים, העדר שירות רפואי של מומחה, מחסור בתרופות במרפאות המקומיות, תשלומי אגרה ותרופות, בעיות שפה ותקשורת, תחלופה גדולה של הצוות, זמן המתנה ארוך לתור, יחס האחיות, רגשות אפליה, חוסר אמון בצוות, בעיות ארגוניות, וחוסר שביעות רצון. 2. חסמים מבניים חיצוניים לשירותי הבריאות: בעיות תחבורה, מחסור כלכלי שאינו מאפשר רכישת מצרכים בסיסיים לתינוק, בעיות תשתיות של מים וחשמל בישובים הבלתי מוכרים, פוליגמיה ונטישת בעלים את משפחותיהם, ופטריארכאליות הפוגעת במעמד האישה, שינויים באורח החיים הקשורים להרגלים שליליים כמו ירידה בהנקה בקרב אמהות צעירות. מעט החסמים האישיים שהזכירו האמהות כללו: חוסר ידע ומודעות לגבי סוגיות הקשורות לטיפול בתינוק ועמדות לגבי אי האפשרות למנוע חולי ”הכל בידי האלוהים”.

מסקנות: נוסף לחסמים הקשורים למערכת הבריאות, חסמים מערכתיים רבים מתהווים מחוצה לה ומשפיעים על היכולת לניצול אופטימאלי של השירותים הקיימים, ולכן חלק גדול מהחסמים יותרו בעינם גם אם יחול שיפור במערכת שירותי הבריאות. לשינוי המצב יש צורך לא רק לשפר את השירותים אלא אף לפתח ולהטמיע כלים אפקטיביים שיאפשרו לנשים, משפחות וקהילות להתמודדות יעילה למרות המצב.

מה מסביר את הפערים בהמצאות מחלה ממושכת מגבילה לפי השכלה? השוואה בין האוכלוסיה היהודית והערבית בישראל

רדה סוסקולני^{1,2}, ניהאיה דאוד^{2,3}, אורלי מנור²

1. ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן
2. ביה"ס לבריאות הציבור ורפואה קהילתית של האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים
3. המחלקה לאפידמיולוגיה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע: מרבית המחקרים בישראל התמקדו בפערים בבריאות בין האוכלוסייה היהודית לערבית. מיעוטם בדקו פערים חברתיים-כלכליים בבריאות בקרב כל אחת מהאוכלוסיות, ועד כה לא נבדקו גורמים ברמת הפרט ומאפיינים קהילתיים כנתיבים מסבירים לפערים בבריאות בכל אוכלוסיה.

מטרות: לבדוק את הקשר בין השכלה לבין המצאות מחלה ממושכת מגבילה בקרב יהודים וערבים, ולבדוק נתיבים (גורמים פסיכו-חברתיים ברמת הפרט, מאפיינים קהילתיים והתנהגות בריאותית) המסבירים את הקשר בכל אחת מהאוכלוסיות.

שיטות: נערכו שני מחקרים נפרדים באותן שיטות. נבחרו מדגמים אקראיים ארציים שכללו 1327 יהודים ו-902 ערבים בגיל 30-70 שנה מישובים ברמות חברתיות-כלכליות שונות. הנחקרים רואיינו בביתם באמצעות שאלון שכלל: השכלה; משתנים פסיכו-חברתיים (אירועי חיים לוחצים, מצבי דחק כרוניים, הערכת יעילות התמודדות, תחושת שליטה, רשת ותמיכה חברתית); התנהגות בריאותית; משתנים קהילתיים (בעיות בשכונה, מעורבות חברתית, הון חברתי); והמצאות מחלה ממושכת מגבילה. הנתיבים המסבירים נבדקו ע"י מודלים של רגרסיות לוגיסטיות בצעדים שבהם חושבה הירידה בעצמת הקשר בין השכלה לבין מחלה עם הוספת המשתנים המסבירים מכל קבוצת גורמים, ועם שילוב כל הגורמים ביחד.

ממצאים: נמצא קשר מובהק בין השכלה לבין מחלה בשתי האוכלוסיות. בקרב בעלי השכלה נמוכה לעומת השכלה גבוהה הסיכון להמצאות מחלה היה פי 1.84 באוכלוסיה היהודית ו-2.50 באוכלוסיה הערבית. באוכלוסיה היהודית, המאפיינים הפסיכו-חברתיים של הפרט או המשתנים הקהילתיים נתנו הסבר מלא לפערים, ואילו באוכלוסיה הערבית רק שילוב כל קבוצות הגורמים נתן הסבר מלא לפערים. בשתי האוכלוסיות, להתנהגויות בריאותיות היתה תרומה זניחה להסבר הפערים.

מסקנות: הנתיבים המסבירים פערים בהמצאות מחלה ממושכת מגבילה לפי השכלה הינם שונים בשתי האוכלוסיות, ומתווים את הדרכים לתכנון התערבויות מותאמות לכל אחת מקבוצות האוכלוסייה, שכן צמצום הפערים מהווה מטרה אסטרטגית חשובה בבריאות הציבור.

היקף שירותי הבריאות במחוז דרום לעומת אזורים אחרים בישראל

שלי לוי, שרון סופר, שירלי אברמי

מרכז המחקר והמידע, כנסת

זה שנים רבות משמיעים תושבים וגורמים שונים במערכת הבריאות טענות קשות על חוסר השוויון בהיקף שירותי הבריאות בין הפריפריה, בעיקר דרום הארץ, ובין מרכז הארץ. טענות אלה מבטאות הן תרעומת על המצב והן תחושות אפליה. לבקשת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת ולבקשת חבר הכנסת חנא סוויד ערך מרכז המחקר והמידע של הכנסת מחקר שבחן האם היקף שירותי הבריאות במחוז דרום אכן שונה מהיקף השירותים באזורים אחרים בישראל.

תרומתו של המחקר היא בריכוז, בפילוח ובעיבוד נתונים ממקורות אחדים, במטרה להציג תמונה רחבה ככל האפשר של היקף שירותי הבריאות במחוז דרום בהשוואה לשאר המחוזות בישראל. המחקר התמקד אך ורק בהשוואת היקף שירותי הבריאות והוא לא קשר בין היקף השירותים במחוז זה לבין מצב בריאות התושבים במחוז.

מהנתונים שהוצגו במחקר עולה כי לרשותו של מחוז דרום - ששטחו הגיאוגרפי הוא הגדול ביותר בין המחוזות בישראל, הוא המבודד ביותר ממחוזות סמוכים לו והאוכלוסייה בו היא הרביעית בגודלה (כ-14% מאוכלוסיית המדינה) - עומדת מערכת הבריאות המצומצמת ביותר מבין כל המחוזות בישראל. ברוב המכריע של השירותים שנבדקו במחקר דורג מחוז דרום בתחתית דירוג המחוזות.

במחקר נדונות גם ההשלכות החברתיות האפשריות של המצב הקיים וכן ההתמודדות של משרד הבריאות עם הסוגיה, ברמת תכנון שירותי הבריאות. לדברי משרד הבריאות הוא ער כל הזמן לבעייתיות של שירותי הבריאות בפריפריה, ומחפש דרכים לצמצם פערים אלה. מהמחקר, שהתמקד בשלושה תחומי פעולה, עולה כי נכון להיום, משרד הבריאות לא קבע תשתית מינימום לשירותי בריאות ולכוח-אדם בפריפריה; אין תוכנית פורמלית להוספת מיטות אשפוז כללי בישראל בכלל ובמחוז דרום בפרט; והקמתו של בית-חולים נוסף במחוז דרום טרם החלה.

מודרניזציה ומסירות ילדים להורים קשישים בחברה הערבית בישראל

רביע חלאילה

בית החולים האוניברסיטאי הדסה עין-כרם

מטרת המחקר: המחקר בחן את הגורמים שעומדים מאחורי תופעת המסירות של ילדים בוגרים להוריהם הזקנים בתנאים של שינוי חברתי. הבדיקה התבצעה בקונטקסט של האוכלוסייה הערבית בישראל, העוברת בעשורים האחרונים תהליך של עיור ומודרניזציה. המחקר בודק אם תהליכי המודרניזציה, משפיעים על מסירותם ונכונותם של הילדים לטפל בהוריהם הקשישים בבית.

שיטה: השתתפו במחקר 250 ילדים בוגרים ממגוון של ישובים המייצגים רצף של עיור, מכפר מבודד וקטן ועד לעיר גדולה המטפלים בהורים קשישים בבית. בנוסף לכך, מאפייני חיים מודרניים כללו אורח חיים של המטפל, ורמת הדתיות של המטפל. המחקר בוצע באמצעות שאלונים מובנים המבוססים לרוב על כלים מוכחים שתורגמו לשפה הערבית ותוקפו. הממצאים נותחו במערך של עיבוד נתונים רב משתני שבחן את המתאמים תוך פיקוח על משתני הרקע ומשתנה הבקרה רציה חברתית.

ממצאים: ממצאי המחקר תומכים ברוב השערות המחקר. נמצא קשר שלילי בין רמת העיור ואורח חיים לבין מסירות ילדים מדווחת. יש לציין שכל משתני הדת לא נמצאו כבעלי תרומה ייחודית מובהקת לניבוי מסירות ילדים כאשר שאר המשתנים מבוקרים. זאת, למרות שבניתוחים הדו משתניים נמצאו משתנים אלה קשורים למסירות ילדים.

מסקנות: מחקר זה, הוכיח את ישימותה ונכונותה של תיאורית המודרניזציה בחברה הערבית בישראל. נראה כי תהליכי המודרניזציה שהחברה הזו עוברת בעשורים האחרונים, השפיעו בצורה שלילית על מסירות ילדים להוריהם הקשישים.

גורמים פסיכו-חברתיים להתעמרות כנגד קשישים במוסדות לטיפול ממושך בישראל

מירב בן נתן¹, אריאלה לבנשטיין², צבי איזיקוביץ²

1. ביה"ס האקדמי לסייעוד ע"ש פט מתיוס המרכז הרפואי הלל יפה, חדרה
2. הפקולטה למדעי הבריאות והרווחה, אוניברסיטת חיפה

מטרת המחקר: המטרה הייתה לבחון ולנתח מהם המשתנים המרכזיים המשפיעים על הפעלת התנהגות של התעמרות כנגד קשישים באשפוז מוסדי ממושך והאם בעזרת השילוב של שתי מסגרות תיאורטיות: מודל לניבוי הגורמים להתעמרות כנגד קשישים במוסדות שפותח על ידי Pillemer (1988) ותיאורית ההתנהגות ההגיונית שפותחה על ידי Ajzen & Fishbein (1980) אפשר לנבא התנהגות של הפעלת התעמרות ע"י איש צוות.

שיטות מחקר: הופצו שאלונים מובנים בצורה רנדומאלית בקרב 510 אנשי צוות ו-24 מנהלים העובדים ב-24 מוסדות לטיפול ממושך בקשישים, ובנוסף נאספו נתונים מכל מוסד על מאפייניו.

ממצאים: ממצאי המחקר עולה, כי למעלה ממחצית המדגם של אנשי הצוות דיווחו על פגיעה בקשישים תוך הפעלת אחד או יותר מסוגי ההתעמרות במהלך השנה האחרונה. הממצאים מצביעים על כך שסה"כ מקרי ההתעמרות לסוגיה השונים שדווחו היו 513. כשני שלישי מהמקרים הינם מקרי הזנחה. כ-70% מהנחקרים דיווחו על נוכחות באירוע/ים בהם פגע איש צוות אחר בקשיש במוסד, כאשר במצבים אלה התעללות נפשית והזנחה נפשית הן הצורות הנפוצות של ביטויי התעמרות.

מניתוח השערות המחקר עולה שמאפייני המטפל, קרי בעיקר מידת שחיקתו ומאפייני המטופל, קרי מצבו הקוגניטיבי (דמנטיה), משפיעים על מידת הסיכוי לפגיעה באלימות פיזית והתעללות נפשית; ואילו מאפייני המוסד, קרי מדד תחלופת הצוות ומאפייני המטפל - רמת תשיותו הרגשית - משפיעים על הסיכוי להזנחה פיזית והזנחה נפשית. לבסוף, מצבו הקוגניטיבי של המטופל, הינו המשתנה המשמעותי ביותר המשפיע על מקרי ההתעמרות לסוגיהם השונים.

תרומות המחקר וחיבותו: לממצאי המחקר תרומות תיאורטיות ויישומיות נרחבות. זהו מחקר ראשוני בארץ לחקר התופעה, ובנוסף המחקר מבנה מודל מורחב ומשופר לחקר התנהגויות של התעמרות כנגד קשישים בטיפול ממושך, העוזר בתכנון מדיניות בריאות למניעת התופעה.

דיווח קשישים על הקשר בין מצוקה כלכלית למענה על צרכים רפואיים ולמצב בריאות סובייקטיבי

רוני גאגין¹, מירי כהן²

1. המחלקה לעבודה סוציאלית, הקריה לבריאות האדם - רמב"ם, חיפה
2. החוג ללימודי הזיקנה, הפקולטה למדעי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה

מטרות: לבדוק את תפיסת הקשישים את מצבם הכלכלי והבריאותי והמידה בה צרכיהם הרפואיים מקבלים מענה מהשירותים הקיימים.

שיטה: במסגרת המחקר רואיינו במהלך אשפוזם בבית החולים רמב"ם, במחלקות הפנימיות, 145 אנשים בני 60-99. הראיון התבצע על בסיס שאלון שחובר לצורך המחקר. השאלון הועבר ע"י העו"ס במחלקה וכלל שאלות דמוגרפיות, תפיסת מצב כלכלי, מידות המענה על צרכים רפואיים ותפיסת מצב בריאות.

תוצאות: המשתתפים דיווחו על ירידה משמעותית בשירותי הבריאות שהם מקבלים, כגון: תרופות, טיפול אישי, נסיעות לטיפולים רפואיים. כ-37% דיווחו על ירידה במידת העזרה מבני משפחותיהם עקב ההרעה במצב הכלכלי. 54% דיווחו שבמידה חלקית או רבה למצב הכלכלי יש השפעה שלילית על מצב בריאות. גיל [OR 1.39, CI 95% 1.68-4.53] נמצא כמנבאים של תפיסת הרעה במצב בריאות.

מסקנות: צרכים רפואיים וצרכי טיפול אישי של קשישים אינם מקבלים מענה מספיק. נחוצה הערכות מיוחדת של אנשי מקצועות הבריאות לזיהוי קשישים במצוקה כלכלית וחיפוש יצירתי אחרי דרכים לסייע להם, זאת בשיתוף בין ביה"ח, קופות החולים, המגזר השלישי ושירותים בקהילה.

אוכלוסייה עם מוגבלויות בישראל - הקשר עם תחלואה פיזית ונפשית

ענת שמש¹, אילה פרג², דיאנה נקמולי לוי⁴

1. אגף לכלכלת בריאות, משרד הבריאות
2. אגף לפיזיותרפיה, משרד הבריאות

רקע: בסקר בריאות לאומי 2003-2004 שנערך בישראל על ידי משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נשאלו כ-5,000 מרואיינים בני 21+, על בעיות גופניות ממושכות המגבילות את תפקודם היומיומי.

מטרות: 1. תיאור דמוגרפי-חברתי של האוכלוסייה עם מוגבלויות בישראל. 2. איתור הקשר שבין מוגבלות פיזית ותחלואה נפשית. 3. בדיקת הקשר שבין מוגבלות גופנית והתנהגויות בריאותיות.

שיטות: הסקר מקיף תחומים רבים וכולל בתוכו שאלון מתוקף לאבחנות פסיכיאטריות CIDI (Composite International Diagnostic Interview)*, שאלון מצוקה נפשית GHQ (General Health Questionnaire)*, שאלות על פעילות גופנית, משקל וגובה והרגלי עישון. ניתוח דו-משתני ורב-משתני שימש לאיתור הקשרים הרלוונטיים שבמטרות. הניתוח נעשה באמצעות המודול Complex Sample של התוכנה הסטטיסטית SPSS. הלוקחת בחשבון את המבנה המורכב של הדגימה.

ממצאים עיקריים: מספר בעלי מוגבלויות בישראל נאמד ב-721,067 בני 21+ (18.2%), מתוכם 393,041 (9.9%) מוגבלים מאוד. אחוז המוגבלים, נמוך יותר בקרב יהודים (17.4) לעומת ערבים (23.8). בקרב היהודים נמצא אחוז המוגבלים הנמוך ביותר בקרב ילידי ישראל (11.3) והגבוה ביותר בקרב ילידי אסיה-אפריקה (30.6). ככל שעולה מספר שנות ההשכלה, יורד אחוז המוגבלים. נמצא קשר בין תחלואה פסיכיאטרית, תחלואה כרונית ובעיות שינה לבין מידת המוגבלות. העיסוק בפעילות גופנית פחות נפוץ בקרב המוגבלים (36.3) לעומת הלא-מוגבלים (55.5). בעלי BMI של 30 ויותר (שמנים) בקרב המוגבלים (23.7), הינו כמעט פי שנים מזה של הלא-מוגבלים (12.8). לא נמצאו הבדלים בשיעור המעשנים.

תרומת המחקר וחשיבותו: המחקר חושף בפעם הראשונה, מימדי התופעה של בעלי מוגבלויות בתפקוד יומיומי, ללא תלות בזכאות לקצבאות או פיצויים כספיים. בנוסף, נחשף הקשר בין מוגבלות פיזית לתחלואה משנית, נפשית וגופנית, והקשר השלילי להתנהגויות בריאות. עודף התחלואה באוכלוסייה זאת והעלויות הכרוכות בטיפול בה מצדיקים נקיטת מדיניות מכוונת להנגשת המבנים והשירותים בכל תחומי החיים ולצמצום הפערים.

* D. Levinson, A. Paltiel, M. Nir and T. Makovski. The Israel National Health Survey: Issues And Methods, Isr J Psychiatry 2007;44:85-93

הערכת השפעת תוכניות ניהול מחלה בחולי אי-ספיקת לב

רן בליצר, ארז בטט, פליס ענתבי, דורית וייס, איטה רייטר, ניקי ליברמן,
סיגל רגב-רוזנברג, ארנון כהן

אגף תכנון ומדיניות בריאות, אגפי סיעוד ורפואה בחט' הקהילה, שירותי בריאות כללית

רקע ומטרה: בשירותי בריאות כללית מופעלות שלוש תוכניות התערבות רב-מקצועיות לניהול מחלה בחולי אי-ספיקת לב: טיפול ביתי, טיפול במרפאות אי ספיקת לב וניהול מחלה במרפאות ראשוניות. התוכניות מותאמות למטופל על פי דרגת חומרת המחלה ועצמת הטיפול הנדרשת. בוצעה הערכה של השפעת תוכניות ניהול המחלה על צריכת שירותי בריאות.

שיטה: השוואת שיעורי אשפוז (אשפוז כללי ובמחלקות החטיבה הפנימית), צריכת תרופות, הדמיה, ביקורים בקהילה וסה"כ עלויות, בשנתיים טרם ההתערבות ובשנה שאחריה, בקרב מדגם של 807 חולים אשר נכללו באחת מתוכניות ההתערבות הרב-מקצועיות במהלך המחצית הראשונה של 2006. כמו כן בוצע חישוב החזר על ההשקעה בניכוי תשומות, תוך ביצוע ניתוחי רגישות.

תוצאות: בכל התוכניות, הכניסה להתערבות הייתה מלווה בשינוי ברור במגמת צריכת השירותים. סה"כ חלה ירידה של 38%, 49% ו-14% במס' ימי אשפוז, בתוכניות לטיפול ביתי, טיפול במרפאות אי ספיקת לב, ובמרפאות הראשוניות בהתאמה. שיעור החולים אשר נזקקו ליותר מאשפוז אחד בשנה ירד ב-30%-40 בכל התוכניות בהשוואה לשנה טרם ההתערבות.

נרשם החזר נטו חיובי על ההשקעה (בחיסכון בעלויות, בדגש על ימי אשפוז), בשנה לאחר ההתערבות. תכנית המרפאה הראשונית הביאה לחיסכון מינימלי שנתי (לפי ניתוחי רגישות לאור מודלים שונים לחיזוי עלויות צפויות) של כ- 12.2% מסך עלויות צריכת שירותי בריאות ע"י המטופל. תוכנית ניהול מחלה במרפאת אי-ספיקה הביאה לחיסכון של כ-8.2% מהעלויות.

תרומת המחקר וחיבותו: הספרות העולמית נחלקת בשאלה האם לתוכניות ניהול מחלה באי-ספיקת לב יתרון בשינוי התוצאים הקליניים והאם השקעת המשאבים בתוכניות מוצדקת. עבודה זו מדגימה לראשונה בישראל את ההשפעה המשמעותית של תוכניות אלו על היקף צריכת שירותי אשפוז בחולים אלה, ומעבר לתועלת הרפואית מסתמנת הצדקה כלכלית לביצוען. השלב הבא הנדרש בתהליך ההערכה הוא לבחון האם תוצאות אלו נותרות בעינן במחקר פרוספקטיבי מבוקר.

פנייה לחדר מיון: מדד איכות חדש לטיפול בסוכרת

מריאנה מזר, עמית תירוש, רונית קלדרון-מרגלית, מאיר ברזיס, צבי שטרן

בית החולים האוניברסיטאי הדסה הר הצופים, ירושלים

מטרה: לבחון האם קיים קשר בין איכות טיפול בחולי סוכרת לבין פניות לחדר מיון.

שיטות: מחקר case-control במסגרת שירתי בריאות כללית (שב"כ). קבוצת המקרים (n=911) כללה חולי סוכרת מסוג 2 שפנו לחדר מיון באחד מארבעת בתי החולים בירושלים בחודשים מאי ויוני 2004. קבוצת הביקורת (n=1952) נבחרה ממאגר הנתונים של שב"כ. נתונים נאספו מתיקים רפואיים בבתי החולים, מהמאגר הממוחשב של שב"כ ומראיונות של כל אוכלוסיית מקרים ושל מדגם מאוכלוסיית הביקורת. גרסיות לוגיסטיות שימשו להערכה של ה-Odds Ratio (OR) להיכלל בקבוצת המקרים לפי מדדים לאיכות הטיפול.

תוצאות: אוכלוסיית המקרים נמצאה בעלת המצאות גבוהה יותר של מחלות כרוניות, משך ארוך יותר של סוכרת ושיעור גבוה יותר של טיפול באינסולין. המקרים פנו יותר למיון (2.37+3.41 לעומת 0.47+0.89, $p < 0.001$) ונטו להתאשפז יותר מן הביקורות בשנה שלפני המחקר (OR:10.75, 95% CI 7.12-16.24, $p < 0.001$).

המקרים טופלו פחות באספירין (44.2% לעומת 52.6%, $p < 0.001$), בחסמי ACE (41.9% לעומת 54.8%, $p < 0.001$) או בתרופות לאיזון שומנים (45.0% לעומת 59.6%, $p < 0.001$) ונבדקו פחות לרמות המוגלובין מסוכרר (OR:2.22, 95% CI:1.82-2.70) או לפרופיל שומנים (2.27-3.33, 2.78).

לפי הראיונות סמנים הקשורים בפניות למיון היו העדר הדרכה להפסקת עישון (OR:10.0, 95% CI:4.76-20.0), בדיקת קרקעית עיניים סמוך לאבחנה (3.0, 2.13-5.00), בדיקות עיניים סדירות (2.13, 1.47-3.13), הפניה לבדיקות דם (2.38, 1.14-2.63), בדיקת רגליים ע"י הרופא המטפל (1.59-2.94, 2.13), המלצות לבדיקת רגליים עצמית (1.12-2.04, 1.52), ולביצוע פעילות גופנית (1.39-2.78, 1.96).

מסקנה: קיים קשר שלילי בין פנייה לחדר מיון לבין איכות הטיפול בחולי סוכרת בקהילה, ולבין תוצאי טיפול. לפיכך, פנייה לחדר מיון מהווה מדד לאיכות טיפול בסוכרת בקהילה.

יש מקום לבדוק קשר בין פניות למיון לבין איכות הטיפול במצבים כרוניים אחרים.

הקשר בין מדדי איכות ברפואת הקהילה לבין מאפייני המרפאה, הצוות הרפואי ועלויות

ארנון ד. כהן, אורנית בר טל, קרן גפן, פליס ענתבי, כלנית קיי,
סיגל רגב-רוזנברג, רן בליצר

אגף תכנון ומדיניות בריאות, ההנהלה הראשית, שירותי בריאות כללית

רקע: מאמצים רבים מושקעים בשירותי בריאות כללית בשיפור איכות הטיפול. לאור זאת, עלה הצורך לחקור מאפיינים הקשורים במדדי איכות ברפואת הקהילה.

מטרת המחקר: 1. לבדוק האם קיים קשר בין מאפייני המרפאה והצוות הרפואי לבין שיעור הביצוע במדדי איכות ברפואת הקהילה. 2. לבחון קיומו של קשר ברמת המרפאה בין שיעור הביצוע במדדי האיכות לבין עלות לנפש משוקללת.

שיטת המחקר: 1. מחקר חתך רטרוספקטיבי. במחקר הוכללו 282 מרפאות ראשוניות של שירותי בריאות כללית בהם קיימים תהליכי ניהול מובנים ("מרפאות מבוזרות"). נבדקה ההשפעה של משתנים דמוגרפים, ניהוליים ורפואיים על מדדי האיכות לשנת 2007.

2. ניתוח רב משתני ברמת המרפאה של הקשר בין מדדי איכות ועלות, בריבוד למדדי איכות שונים (מדדי איזון, מדדי טיפול תרופתי ומדדי רפואה מונעת) ותוך התחשבות בשונות בגיל החולים, במצב סוציאקונומי ורמת התחלואה הנלווית (לפי מדד צ'רלסון).

תוצאות: 1. בניתוח רב משתני נמצא כי הגורמים המעלים את ציון האיכות הכולל הינם דירוג סוציאקונומי גבוה, שיעור המבוטחים בני 65 ומעלה ושיעור הרופאים המומחים במרפאה. הגורמים המעלים את שיעור הביצוע במדדי המניעה הינם דירוג סוציאקונומי גבוה, שיעור המבוטחים בני 65 ומעלה, ותק האחיות ושיעור הרופאים המומחים במרפאה. גודל המרפאה הינו בעל קשר שלילי לשיעור הביצוע במדדי המניעה.

2. נכללו 345 מרפאות מבוזרות בהן 3000 מבוטחים ומעלה. נמצא כי במרפאות בהן ציון המדדים גבוה יותר, קיימות עלויות נמוכות יותר של צריכת שירותי האשפוז ועלויות גבוהות יותר של צריכת שירותים אמבולטוריים בנטרול הגיל ורמת המורכבות של החולים. נמצא קשר שלילי מובהק בין שיעור הביצוע במדדי האיזון (איזון סכרת, איזון ליפידים בדם ואיזון יתר לחץ דם) לבין העלות הכוללת של השירותים הרפואיים, עלות שירותי אשפוז ועלות השירותים הדיפרנציאליים.

מסקנות: 1. בתהליכי העבודה לשיפור רמת הביצוע במדדי איכות ברפואת הקהילה קיים יתרון לשיעור הרופאים המומחים וותק האחיות במרפאה. גודל המרפאה משפיע לטובה על מדדי הטיפול ולרעה על ציון מדדי המניעה. 2. מרפאות בהן קיימת רמת ביצוע גבוהה במדדי האיכות ברפואת הקהילה, מתאפיינות בעלויות נמוכות וצריכה נמוכה של שירותים, בפרט שירותי אשפוז (קשר הפוך ומובהק).

התמדה בשימוש בסטטינים בקרב מבוטחי מכבי שירותי בריאות

גבריאל חודיק^{2,4}, ורדה שלו^{2,4}, יריב גרבר², אנטוני היימן^{2,4}, אהוד קוקיה²,

1. מכבי שירותי בריאות

2. ביה"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת תל אביב

מטרות: לבחון את שיעור ההיענות ארוך הטווח לטיפול בסטטינים ולאתר גורמי סיכון אפשריים לאי הענות לטיפול תרופתי.

שיטת המחקר: המחקר נערך באמצעות חיפוש במאגרי המידע הממוחשב של מבוטחי מכבי שירותי בריאות, המונים כיום כ-1.7 מיליון איש בכל רחבי הארץ. מאגרי מידע אלה כוללים מידע על מחלות, צריכת תרופות, תוצאות בדיקות מעבדה, אשפוזים, ביקורי רופא ראשוני ושניוני ומידע רפואי ואישי אחר המקושר למבוטחים באמצעות מספר זיהוי אישי. במחקר עוקבה רטרוספקטיבית זה עקבנו במשך למעלה מתשע שנים אחר התמדה לטיפול של 229,918 חולים שהחלו בטיפול. המעקב הרטרוספקטיבי כלל חולים עם מחלה קרדיווסקולארית ידועה (סטטינים כמניעה שניונית) וחולים ללא מחלת לב ידועה (מניעה ראשונית).

ממצאים עיקריים: נמצא כי בקרב מטופלים בסטטינים למניעה שניונית היה שיעור הכיסוי בסטטינים בתקופת המעקב (59%) גבוה בהשוואה למטופלים למניעה ראשונית (45%). בשתי העוקבות היה שיעור גבוה של הפסקה בטיפול שהגיע ל-75% כעבור שנתיים לאחר תחילת הטיפול. מטופלים מבוגרים יותר, גברים, מטופלים ממעמד סוציו-אקונומי גבוה יותר, חולים במחלות כרוניות, מטופלים במספר תרופות כרוניות, ומטופלים שצרכו יותר שירותי בריאות בשנה שלפני תחילת המחקר, היו בסיכון נמוך יותר להפסקה בטיפול. עולים חדשים וחולים עם ערכי LDL נמוכים מ-130 מ"ג לד"ל, היו בסיכון מוגבר להפסקה בטיפול.

תרומת המחקר וחשיבותו: מחקר ראשון מסוגו בישראל מצביע על התמדה נמוכה יחסית לטיפול בסטטינים, בעיקר בקרב קבוצות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך ועולים חדשים, על אף המחיר הנמוך יחסית של מרבית הסטטינים בקופה. ממצאי המחקר מצביעים על הצורך בהגברת המודעות להתמדה בטיפול בסטטינים, בעיקר בקרב החולים הצעירים ובסיכון נמוך יחסית, כמו גם בקרב מבוטחים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך ועולים חדשים.

רפואה מתגוננת בקרב רופאים בישראל

אלעד אשר¹, שרי גרינברג⁴, שמעון גליק⁴, יונתן הלוי², חיים ראובני⁴

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. האוניברסיטה העברית ירושלים

רקע: רפואה מתגוננת מוגדרת כצעדים אבחנתיים או טיפוליים המבוצעים בעיקר על מנת למנוע תביעות בגין רשלנות רפואית. בישראל טרם נבדקה תופעה זו, ובעולם לא נערך סקר בקנה מידה ארצי בנושא.

מטרה: לבחון את קיומה היקפה וסיבותיה של הרפואה המתגוננת בקרב רופאים בישראל.

שיטה: מחקר תיאורי באמצעות ראיון טלפוני מובנה שנערך בחודשים אפריל - יולי 2008, בקרב מדגם מייצג של 889 רופאים מומחים ממקצועות הרפואה השונים בישראל. הראיונות בוצעו בשיתוף פעולה עם ההסתדרות הרפואית בישראל (ה"ר").

תוצאות: מתוך 889 רופאים שנסקרו, 877 רופאים המטפלים באופן ישיר בחולים (7.13% מכלל הרופאים המומחים בארץ) היוו את אוכלוסיית המחקר. מתוכם 169 (19%) פנימאים, 111 (13%) רופאי משפחה, 189 (22%) רופאי ילדים, 82 (9%) כירורגים, 127 (15%) גניקולוגים, 31 (3%) נוירוכירורגים, 112 (13%) אורטופדים ו 56 (6%) קרדיולוגים. 522 (60%) דיווחו כי נטייתם לנקוט רפואה מתגוננת גברה בשנים האחרונות. 756 (86%) טענו כי נושא ריבוי התביעות מגביל את יכולת הרופאים לתת טיפול רפואי מיטבי. 519 (59%) דיווחו כי הם מזמינים יותר בדיקות לחולים כתוצאה מרפואה מתגוננת. כנגד 219 (25%) הוגשה בעבר תביעה בגין רשלנות רפואית. 346 (39%) רואים בכל חולה פוטנציאל לתביעה בגין רשלנות רפואית. 456 (52%) חושבים שבמציאות ה"מדיקולגלית" העכשווית לא צריך לדווח על טעויות שנעשו בטיפול, אלא אם יובטח חיסיון או חסינות משפטית. 484 (55%) העריכו כי העלות השנתית במרפאתם/מחלקתם עלתה בשנים האחרונות עקב רפואה מתגוננת ו-712 (81%) שיערו כי רפואה מתגוננת משפיעה על מקבלי ההחלטות של קופות החולים.

מסקנות: רפואה מתגוננת שכיחה מאד בקרב רופאים בישראל. למציאות זו תתכנה השלכות מרחיקות לכת על איכות הטיפול הרפואי, עלותו ועתיד מקצוע הרפואה בישראל.

זמינות רופאים בקהילה - מתודולוגיה וממצאים

טל קביץ, נעמה שמיר שטיין, ביאטריס חמו, דיויד עמיטל, מיכל ניסנבאום,
יובתן רוזנבלט, נמרוד שושן, יהודית צמיר

מכבי שירותי בריאות

מטרת המחקרים: זמינות הרופאים הינה מרכיב מרכזי בניהול שירותי בריאות, שיש לו השלכות הן על איכות הטיפול הרפואי והן על שביעות רצון המטופל מהרופא ומקופת החולים.

מכבי שירותי בריאות קיימה תהליך, בשיתוף עם רופאים מומחים, בסיומו נקבע תקן למשך ההמתנה לתור, בהתאם לסוג ההתמחות.

בהמשך לתהליך זה נערכו שני מחקרים: המחקר הראשון נועד לבחון את מידת ההלימה בין התקן שנקבע לבין התפיסה הסובייקטיבית של המבוטחים את משך ההמתנה לתור. המחקר השני, נועד לעקוב אחר משך ההמתנה לרופאים בפועל אל מול התקן שנקבע.

שיטת המחקר: המחקר בנושא תפיסת התור נערך באמצעות סקר טלפוני, בקרב מדגם מייצג של 984 מבוטחים אשר קבעו תור לרופאים, בהתמחויות שונות.

המחקר השני, העוקב אחר משך ההמתנה בפועל, מתקיים מזה 6 שנים, פעמיים בשנה. הסקר מקיף את כל ההתמחויות במכבי. נתוני מרפאות השכירים נאספים מתוך מערכת זימון תורים ונתוני המרפאות העצמאיות מבוססים על סקר לקוח סמוי.

ממצאים עיקריים: המחקר בנושא תפיסת התור העלה כי ציפיות המבוטחים באשר למשך המתנה לתור מושפעות מניסיונם הקודם בזימון תור לרופא באותו תחום. כפועל יוצא, נמצאו הבדלים בין ההתמחויות באשר למשך ההמתנה הנתפס כקצר, סביר או ארוך. עוד נמצא כי אחוז גבוה מהפונים לקבוע תור תופסים את התור שלהם כדחוף, במיוחד ברפואת ילדים. ממצאי המחקר הוטמעו בתקן ההמתנה לתור להגדלת ההלימה לתפיסת המבוטחים.

המחקר בנושא זמינות התורים, מספק מעקב רב שנתי באשר לאחוז התורים העומדים בתקן מכבי. מידע זה מנותח עבור כל אחת מההתמחויות. בכך הוא מהווה כלי ניהולי לאיתור מגמות ומוקדים בעייתיים וכן לתכנון דינאמי של היקף ופריסת השירותים הרפואיים בהתאם.

המתודולוגיה לפיתוח והטמעה של מערכת לניהול איכות ובקרה במחלקת אשפוז בבית חולים

שמואל יורמן⁴, גד ויטנר², ארז נדיר⁴, מיכאל פלדמן¹

1. יחידת הפגים במחלקת ילודים ופגים, מרכז הרפואי הלל יפה, חדרה
2. בית הספר להנדסה, המרכז האקדמי רופין, עמק-חפר

העבודה עוסקת ביצירת מתודולוגיה לפיתוח והטמעה של מערכת לניהול איכות ובקרה, במחלקת אשפוז בבית חולים. בכל מחלקת אשפוז קיימת שאיפה ונכונות לניהול איכותי עם אפס תקלות ובקרה שתביא לשיפור מתמיד בטיפול ובשירות.

ביחידת הפגים במחלקת ילודים ופגים במרכז הרפואי הלל יפה בחדרה, פותח מודל ניהולי אשר יצר תשתית תהליכים תומכת בישום מערכת לניהול איכותי. מודל זה מאפשר ביצוע מחקר של רמת השירות וטיב הטיפול תוך שאיפה לאפס תקלות.

כחלק מרכזי של תשתית התהליכים, פותח תהליך בקרה המאפשר מדידה רציפה של משתנים תפעוליים, קליניים ואת תוצאות הטיפול בפג וילוד החולה המתאשפזים ביחידה. הבקרה מתאפיינת בשני מימדים: תוך כדי התהליך ובדיעבד.

שיטת הבקרה מאפשרת מעקב שוטף וצמוד של עבודת הרופאים והאחיות במחלקה, ניתוח הנתונים, הגדרת סוגיות לשינוי ושיפור על מנת להביא לרמה מרבית של איכות הטיפול. איסוף הנתונים מבוסס על משתנים/מאפיינים מוגדרים מראש בגיליונות החולים, רשימות תיוג, תנובות (Yields) של התהליכים המרכזיים ומשובי הורים.

הממצאים נבדקים למובהקות סטטיסטית תוך שימוש במבחנים סטטיסטיים מקובלים.

התוצאות מועברות לצוות הרפואי/סיעודי המטפל תוך מתן דגש על השיפורים הדרושים להשגת המטרה. לדוגמא: תנובת תהליך הקבלה של ילוד חולה השתפרה מ-88% ל-98% ($P=0.00001$).

פשטות המודל והיכולת לביצוע מעקב אפקטיבי מאפשרים לכל מנהל מחלקה לבנות לעצמו ולמחלקה אותה הוא מנהל, את הכלי הניהולי על מנת להשיג איכות טיפול מרבית, שיפור מתמיד ושאיפה לאפס תקלות.

מניעת סרטן השד והשחלה בישראל - סקר לבחינת ההצדקה לבדיקת מוטציות BRCA1/BRCA2 באוכלוסיה הכללית

אפרת לוי-להד¹, אפרת גבאי⁴, מנון להד², בלה קאופמן³, רפאל קטן³

1. היחידה לגנטיקה רפואית, המרכז הרפואי שערי צדק, ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית, ירושלים
2. החוג לרפואת המשפחה, ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית, ירושלים
3. המערך האונקולוגי, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, תל-אביב

מטרות:

- א. הערכת הסיכון לסרטן בנשאות BRCA1/2 באוכלוסייה הכללית בהשוואה לרמות הסיכון הידועות.
- ב. השוואת יעילות זיהוי נשאות BRCA1/2 בסקר אוכלוסיה לעומת הגישה הנוכחית (ע"ס סיפור אישי/משפחתי של סרטן)

שיטה: משפחות עם מוטציות ב- BRCA1/2 מזהות דרך גברים אשכנזים בריאים המגויסים באקראי. גודל המדגם הנדרש חושב כ-200 משפחות, שניתן לאתרן ע"י בדיקת כ-8,000 גברים (ע"ס שכיחות נשאות של 1/40 באשכנזים). לנשאים ולקבוצת ביקורת מוצעים ייעוץ גנטי ובדיקה חוזרת. במשפחות נשאים מוצעת בדיקה לכל הקרובים והסיכון לממאירות מוערך ע"ס מבנה המשפחה והסטטוס הגנטי של הקרובים.

ממצאים עיקריים: שיעור הנשאות בקרב 7,887 גברים שהשתתפו עד כה הוא 2.2%, כצפוי באוכלוסיה האשכנזית. ע"ס בדיקת קרובות משפחה של הנשאים שזוהו, עד גיל 70, הסיכונים הם: לסרטן שד - 67.3% (SE 10%) בנשאות BRCA1 ו-50.4% (SE 16%) בנשאות BRCA2. לסרטן שחלה - 60.7% (SE 10%) בנשאות BRCA1 ו-24.8% (SE 12%) בנשאות BRCA2. כלומר, לנשאות שאותרו ברמת האוכלוסייה סיכון גבוה לסרטן שד ושחלה, בדומה לסיכון בנשאות שזוהו בשל סיפור אישי/משפחתי של סרטן.

ב-52% ממשפחות BRCA1/2 הסיפור המשפחתי אינו חשוד/חשוד במידה נמוכה לתסמונת ממאירות תורשתית, ולא היה מבוצע בירור גנטי בנשים. נראה שמיעוט הממאירויות במשפחות אלו נובע מגורמים מקריים כגון מיעוט נשאות וריבוי גברים. ב-41% מהמשפחות הסיפור המשפחתי חשוד במידה בינונית/גבוהה, אך רק מיעוטן הופנה בעבר לבירור.

תרומת המחקר וחיובותו: ע"ס ממצאים אלו, צפויה הצדקה לבצע סקר למוטציות BRCA1/2 באוכלוסיות עם מוטציות שכיחות, משום שמסתמן שהסיכון לממאירות גבוה גם בנשאות המזהות ברמת האוכלוסייה, קיימת בדיקה גנטית מדויקת ופשוטה, וישנם אמצעי מניעה מוכחים בנשאות. כיום מרבית הנשאות אינן מזהות בשל העדר סיפור משפחתי או תת-הפניה של נשים עם סיפור משפחתי, וסקר אוכלוסין עשוי לענות על כך.

תפריט ילדים בריא האם ולמי הוא אפשרי? ממצאי עבודה תיאורטית ישראל 2006-2008

ורד קאופמן שריקי, דנית שחר, דרורה פרייזר

המרכז הבינלאומי ע"ש דניאל אברהם לבריאות ותזונה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
העבודה נכתבה בתמיכת עמותת "אשלים", ג'וינט ישראל

מטרות: לבחון את עלותו של התפריט המומלץ לילדים בארץ ולבדוק את התכנות קניית רכיבי המזון שלו על ידי משקי בית עם ילדים, לפי עשירוני הכנסה. העבודה תציג מדד לבדיקה תקופתית של עלות התפריט למשקי הבית.

שיטות: נערך חישוב של עלות חומרי הגלם המרכיבים את התפריט המומלץ לילדים בין הגילאים -618. החישוב הסתמך על הגדרות ההזנה המתאימה לילדים שנוסחו על ידי משרדי הבריאות, הרווחה, החינוך ועמותת "אשלים". עלות חומרי הגלם חושבה כמוצע מחירי המזון ב-3 רשתות מזון הידועות כזולות באזור הדרום בחודשים ינואר 2006, ומרץ 2008. מחירי המזון הוכפלו בגודלי המנה ותדירויות פריטי המזון המתאימים לקבוצת הגיל. מספר הילדים הממוצע למשק בית לפי עשירוני הכנסה התקבל מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ההוצאה הממוצעת למשק בית עם ילדים, לפי עשירון הכנסה חושבה כמכפלה של עלות חומרי הגלם במספר הילדים, לפי קבוצת גיל בעשירון הכנסה. עלות חומרי הגלם להזנת ילדים חושבה כאחוז מההכנסה נטו למשק בית.

ממצאים: עלות התפריט המומלץ להזנת ילדים, מבוטאת כאחוז מתוך סך ההכנסה נטו למשק בית, נמצאה בחודש ינואר 2006 למשפחות מהעשירון הנמוך ביותר להכנסה ועד לעשירון השישי בהתאמה כ-66.9%, 42.7%, 34.7%, 25.3%, 18.6%, ו-15.3%. בחודש מרץ 2008 נשמרה המגמה ונצפתה עליה בשיעור העלות, בכל קבוצות ההכנסה.

מסקנות: מהחישוב עולה כי כ-40% ממשקי הבית עם ילדים בארץ לא יוכלו להזין את ילדיהן כמומלץ. נתון זה מחייב בחינה מחודשת של ההמלצות וחשיבה על פתרונות וחלופות.

תרומת המחקר וחשיבותו: לראשונה בישראל בוצעה בחינת היתכנות להמלצות התזונה הבריאה לילדים, והומשגה עלות התפריט המומלץ כנתח מההכנסה נטו למשק בית. מדד זה עשוי לשרת את קובעי המדיניות בעתיד.

קריטריונים לקביעת קדימויות בבריאות - האם קיימים מדדים אוניברסלים להקצאה לבריאות במימון ציבורי?

ארנה טל^{1,2,4}, עפרה גולן³, פול הנסן⁴

1. משרד הבריאות
2. המרכז להערכת טכנולוגיות בשירותי בריאות, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות
3. היחידה לגנטיקה וביו-אתיקה, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות
4. אוניברסיטת אוטגו, ניו-זילנד

רקע: הקצאת תקציב ציבורי לבריאות היא דילמה לקובעי המדיניות בשל הצורך באיזון שיקולים מורכב: התפתחות טכנולוגיות רפואיות חדשות, התייקרות שירותי הבריאות, הגדלת הידע הרפואי בקרב מטפלים ומטופלים, מעורבות הפרט בבחירת טיפול, עקרונות שיויוניות, עזרה לאוכלוסיות חלשות, סיוע לפרט שאינו מסוגל לממן טיפול ("הרבה למעטים"), הקצאה לחלק גדול מהאוכלוסייה ("מעט לרבים"), השקעה במניעה וקידום בריאות, והחלטות מדיניות. שיקולים נוספים הם: התועלת בטכנולוגיה [הצלת חיים, הארכתם, שיפור איכות החיים, מניעת סבל, שיפור תפקוד], תוספת התועלת בהשוואה לחלופות הקיימות וביחס למחירה, תוספת שנות חיים מתוקנות לאיכות ולמחיר, ועצמת העדויות המדעיות.

קריטריונים אלה ונוספים, מהווים בסיס לקביעת קדימויות בדיוני הועדה להרחבת סל השירותים, ולקבלת החלטות בסוגיות שונות במערכת הבריאות בישראל. סקירת הספרות והתייעצויות עם מומחים בעולם מלמדת כי מדינות אחרות מתמודדות באתגר להגדרת מדדים מהימנים ככלי לקבלת החלטות, שיעמדו בביקורת מקצועית וציבורית.

מטרת עבודה זו להוות ניסיון ראשוני לאפיין קריטריונים ולקבוע להם משקלות, אשר יאפשרו דרוג ההקצאה בהתאם לקדימות וחיובות הנושאים המדרוגים.

שיטה: סקירת ספרות לאיתור שיטות לדרוג הקצאה בבריאות, העלתה קריטריונים מהותיים לדרוג במודלים בארץ ובמדינות נבחרות. השוואת הקריטריונים המובילים בכל מודל, הובילה להגדרת מדדים בעלי חשיבות גבוהה והקבלתם בין שיטות הדרוג השונות.

ממצאים: יוצגו ממצאי סקר להגדרת המשקלות היחסיים של קריטריונים מובילים.

מסקנות: במודלים שונים העוסקים בתעדוף והקצאה לבריאות קיים דמיון בקריטריונים על בסיס היבטים רפואיים, כלכליים, חברתיים ואתיים. עם זאת, קיימת שונות בהגדרת קריטריונים, בעיקר הערכיים, ובמשקלות המיוחסים להם, בין מערכות ובין מדינות, בשל הבדלים בעמדות, תפיסות עולם, עקרונות ניהול מדיניות, רקע היסטורי ומאפיינים ייחודיים לכל מדינה.

תרומת המחקר וחשיבותו: הגדרת הקריטריונים המובילים וקביעת משקלם היחסי במודל מובנה ושקוף, תשמש כלי עזר לקבלת החלטות במערכת הבריאות בישראל.

השלכות מחקר לבדיקת הקשר בין איכות התזונה לבין תוצאות לידה בנשים בדואיות בנגב על שיפור איכות הטיפול ויעילות שירותי הבריאות

קטלין אבו-סעד, אילנה בלמקר, דרורה פרייזר

המרכז הבינלאומי לתזונה ובריאות ע"ש דניאל אברהם והמחלקה לאפידמיולוגיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע מדעי: לתוצאות לידה בלתי-רצויות (הכוללות משקל לידה נמוך ופגות) ישנן השלכות ארוכת טווח על הבריאות ואיכות החיים של הילוד והשלכות כספיות על מערכת הבריאות. הקשר בין תזונה ותוצאות לידה לא נחקרו אצל אוכלוסיות שמצבן הסוציו-אקונומי נמוך בארץ.

מטרות: 1. הערכת איכות התזונה אצל נשים בדואיות הרות בנגב, והשוואתה להמלצות הקיימות; ו-2. הערכת הקשר בין תזונתן לבין תוצאות הלידה.

שיטות: אוכלוסיית המחקר: 683 נשים בדואיות וולדניות שהגיעו לשרות טרום-לידת. הצריכה התזונתית לפני ההיריון ובמהלכו תועדו בעזרת שאלונים תזונתיים שהותאמו לאוכלוסייה. מידע נוסף נלקח מתיקים רפואיים. שאלון ידע תזונתי נערך בתת-מדגם של אוכלוסיית המחקר.

ממצאים: הצריכה התזונתית בזמן ההיריון הייתה נמוכה מהמלצות הבינלאומיות עבור חלבון, סיבים, חומצות שומן אומגה-6 ו-3, ו-ויטמין C אצל 58%-55% מהנחקרות; ועבור אבץ, ויטמין A, ויטמין B12, סידן, ברזל ופולאת אצל 95%-67% מהנחקרות. כ-50% מהחלבון היה ממקורות חלבון שאינם כוללים את סך החומצות האמיניות החיוניות. פגים היוו 11% מהילודים ו-10% מהילודים נולדו במשקל לידה נמוך. נשים עם רמות צריכה נמוכה של מדד המשלב רכיבי תזונה נבחרים (הכולל חלבון, סידן, ברזל, פולאת, וחומצות שומן אומגה-3), נמצאו בסיכון פי 7 לתוצאות לידה בלתי רצויות מאשר נשים עם רמת צריכה גבוה של המדד. נמצא קשר בין איכות הצריכה התזונתית לבין המצב הסוציו-אקונומי של הנחקרות. תוצאות שאלון הידע התזונתי הצביעו על רמת ידע תזונתי נמוך.

מסקנות: נשים בדואיות הרות בנגב נמצאות בסיכון לחוסר תזונתי הקשור לתוצאות לידה בלתי-רצויות. לתוכנית ההתערבות בתחום התזונה יש פוטנציאל להפחתת שיעור תוצאות לידה בלתי רצויות, לשיפור מצב הבריאות של נשים בדואיות וילדיהן ואף להורדת הוצאות כספיות הן למשפחה והן למערכת הבריאות.

התערבות הסברתית ומתן מידע על חשיבות השיקום וזכויות לטיפול במסגרת הסל הכפילו את שיעור ההשתתפות בתוכניות שיקום לב בקרב חולים לאחר ניתוח מעקפים

גלית גאוליוב¹, רחלי דנקנר^{2,4}, דפנה גופר⁴, אמיר אלעמי³, אמנון זלוטניק⁴, ירון מושקוביץ⁵, איתן שניר⁵, דוד שפס⁶, אורי גולדבורט², יעקב דרורי²

1. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות
2. הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל-אביב
3. כירורגיה חזה ולב, המרכז הרפואי הדסה
4. ניתוחי לב וחזה, מרכז רפואי כרמל
5. ניתוחי לב, מרכז רפואי אסותא
6. ניתוחי לב וחזה, המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי

מטרות: לבחון האם מתן מידע לגבי חשיבות שיקום-לב והזכויות המוקנות לחולים בסל שירותי הבריאות הבסיסי מגבירים את שיעור ההשתתפות בתוכניות שיקום-לב לאחר ניתוח מעקפים לעורקים הכליליים ולזהות גורמים המשפיעים על אי-השתתפות בשיקום-לב.

שיטות: מחקר אורך התערבותי, רב-מרכזי, מבוקר, הכולל 1027 מנותחי מעקפים הגרים ברדיוס עד 30 ק"מ ממכון שיקום-לב. החולים רואיינו לפני הניתוח בבית החולים וכעבור שנה בביתם ומחציתם קיבלו את ההסברה (קבוצת ההתערבות). נאסף מידע על משתנים: סוציו-דמוגרפים, קליניים, הרגלי חיים, דיכאון וחרדה, איכות-חיים, ומידע רפואי מגיליון האשפוז ומסמכים רפואיים ונערכו מדידות אנתרופומטריות. ההתערבות כללה: מידע בכתב ובע"פ לחולה בנושא שיקום-לב ושיחת תזכורת טלפונית כעבור 2-3 שבועות לשחרור; סמינר בנושא שיקום-לב לצוות הרפואי.

ממצאים: 831 חולים רואיינו כעבור שנה (81%). שיעור ההשתתפות בתוכניות לשיקום-לב עלה מ-19.4% בשלב הביקורת ל-35.2% בשלב ההתערבות. הסיכוי להשתתף בתוכניות שיקום-לב נמצא גדול פי 2.4 בקבוצת ההתערבות לעומת הביקורת במודל גרסיה לוגיסטית ($p < .001$, 95%CI, 1.7-3.4), לאחר תיקון לגיל, מין, מוצא, הכנסה, וקופת חולים. מנבאים לאי השתתפות בשיקום-לב: היות החולה עולה חדש ממדינות חבר-העמים ($p < .001$, 95%CI, 3.1-13.8, OR=6.5), הכנסה נמוכה ($p = .003$, 95%CI, 1.1-1.6, OR=1.3). וגיל מבוגר ($p = .002$, 95%CI, 1.01-1.05, OR=1.03). בנוסף, 77.6% מהחולים במדגם הם גברים, בדומה לשיעורם בקרב כלל המנותחים וגילם הממוצע 64.7 ± 10.1 שנים. הנשים מבוגרות ב-5 שנים בממוצע מהגברים. רוב החולים (74.8%) היו יהודים-ישראלים, 21.9% עולים מחבר-העמים, ו-3.3% ערבים-ישראלים (שיעור הערבים בקרב כלל המנותחים כ-7%).

תרומה וחשיבות: השיעור הארצי של השתתפות בשיקום-לב נמוך מזה שנמצא במחקר. תוכנית ההתערבות הכפילה את שיעור ההשתתפות בשיקום-לב ויכולה להוות בסיס לתוכנית לאומית. זוהו תת-קבוצות להן ייצוג חסר בתוכניות שיקום-לב המחייבות התייחסות לצרכיהן הייחודיים בהפניה והשתתפות בשיקום-לב.

השפעת מקום העבודה ומשתני מודל האמונות הבריאותיות על הכוונה להתחסן נגד שפעת

שוש שהרבני⁴, אורי בן ציון²

1. החוג לכלכלה וניהול, המכללה האקדמית עמק יזרעאל ע"ש מקס שטרן
2. המחלקה לכלכלה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע: החיסון נגד שפעת חיוני לעובדים בכדי להקטין את התחלואה, את שיעורי ההדבקה, את הירידה בהיעדרויות מעבודה וכן להביא לעליה בתפוקה. יחד עם זאת, שיעור המתחסנים בקרב עובדים בישראל נמוך מאד.

מטרות המחקר: לבדוק בקרב עובדים בישראל מהם הגורמים המשפיעים על ההחלטה להתחסן נגד שפעת. כמו כן לבדוק האם בקרב מקומות עבודה המציעים את החיסון לעובדים, התמריץ להתחסן גדל בהשוואה למקומות עבודה שאינם מציעים חיסון זה.

שיטת המחקר: שאלוני מחקר הופצו בקרב 616 עובדים, שאינם בקבוצות סיכון, במקומות עבודה בהם קיימת תכנית לחיסון וכן במקומות עבודה בהם לא הוצע החיסון לעובדים. שאלון המחקר, כלל שאלות המתבססות על מודל האמונות הבריאותיות HBM (Health Belief Model), גורמים סובייקטיביים כגון: הערכת העלויות הכספיות והלא כספיות של החיסון וכן נתונים סוציו דמוגרפיים. הניתוח הסטטיסטי כלל שימוש במודל probit ורגרסיה לוגיסטית, לבדיקת השפעת הגורמים השונים על ההחלטה להתחסן נגד שפעת בקרב עובדים בישראל.

תוצאות: תוצאות ראשוניות מראות כי שיעור המתחסנים (לפי קבוצות גיל) בקרב עובדים גבוה בהרבה במקומות עבודה אשר הציעו את החיסון לעובדיהן מאשר במקומות עבודה שבהם לא הוצע החיסון. בנוסף הגורמים החשובים המשפיעים באופן חיובי על התחסנות נגד שפעת הם: התועלות הנובעות מהחיסון לפרט והערכת מידת הרגישות לחלות במחלה. לעומת זאת, חסמים לביצוע החיסון (כגון: העלויות הלא כספיות הכוללות חוסר זמן, אי נוחיות בביצוע החיסון, חשש מתופעות לוואי וכד) השפיעו באופן שלילי מובהק על ההתחסנות נגד שפעת.

דיון ומסקנות: מתוצאות ראשוניות עולה כי הנגישות לחיסון במקומות עבודה מגדילה את ההסתברות להתחסן בצורה משמעותית. המידע המתקבל מתוצאות המחקר עשוי לשמש ככלי עזר להתאמת מדיניות אשר תקדם את שיעורי החיסון בקרב העובדים ותביא לחסכון רב למשק ולמעסיקים.

ידע ועמדות רופאים ואחיות ממחלקות פנימיות לגבי מניעה וטיפול בשחפת

מיכל בר-יוסף¹, אלעד אשר⁴, יוסף ריבק⁴, שרי גרינברג², יוג'ין לייבוביץ'²,
אליעז מילר⁴, חיים ראובני²

1. אוניברסיטת תל אביב
2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע: עובדי בריאות נמצאים בסיכון מוגבר להידבק במחלת השחפת. מעט ידוע על רמת הידע והגישה של עובדים אלו בכל הקשור למחלת השחפת ולבדיקת ה-PPD. (Purified Protein Derivate).

מטרה: לבדוק רמת ידע ועמדות של רופאים ואחיות ממחלקות פנימיות לגבי מחלת השחפת ובדיקת ה-PPD.

שיטה: במהלך יוני-דצמבר 2007 נאספו 148 שאלונים אנונימיים - 105 אחיות (71%) ו-43 רופאים (29%) העובדים בתשע מחלקות פנימיות שבמרכז הרפואי תל-אביב "איכילוב". השאלון נחלק ל-3 חלקים: א) ידע על מחלת השחפת (אפידמיולוגיה, סיכוי להידבקות, בדיקת PPD). ב) עמדות כלפי הידבקות בשחפת (פגיעות אישיות, חומרה, תועלת ומחסומים) - תוך שימוש בסולם של 1-5. ג) שאלון התנהגותי בנוגע לביצוע בדיקת PPD.

תוצאות: 97 (65.5%) מהעובדים ענו נכון על יותר מ-80% משאלות הידע הקשורות למחלת השחפת. תפיסת פגיעות אישית (עמדה לגבי הסיכון ללקות במחלה) הייתה 3.38/5, תפיסת החומרה הממוצעת (העמדה לגבי חומרת המחלה) הייתה 3.8/5, תפיסת התועלת הממוצעת (פעולה כלפי מניעת ההדבקות במחלה) הייתה 3.61/5, ותפיסת המחסומים הממוצעת (פחד מפעולה כנגד הדבקות במחלה) הייתה 2.56/5. 125 (84.5%) אישרו כי עברו בדיקת PPD טרם כניסתם לעבודה. 128 (86.5%) העידו כי טיפלו בעבר בחולה שחפת, אך רק 75 (51%) ביצעו את התבחין לאחר מגע עם חולה שחפת. 139 (94%) הביעו נכונות לבצע צילום חזה באם תבחין ה-PPD שלהם יהיה חיובי. רק 101 (68%) העידו כי יסכימו להתחיל בטיפול תרופתי אנטי-שחפתי במידת הצורך. לא נמצא הבדל סטטיסטי משמעותי בין הרופאים לאחיות בכל הפרמטרים שנבדקו במחקר.

מסקנות: נמצאה רמת ידע משביעת רצון של העובדים בנוגע למחלה ותוצאותיה. מאידך, רמת הידע איננה בהתאמה לנכונות הנמוכה לביצוע תבחין ולקבלת טיפול אנטי שחפתי. נדרשים מחקרי המשך להבנת "חסמים לאבחון וטיפול במחלת השחפת". קיים צורך לבחון את הקשר שבין גישת העובדים על מניעה וטיפול במחלה במשק הבריאות בישראל.

הכנס השנתי
7-ה
למדיניות הבריאות

תקצירי פוסטרים

השוואת שיעורי המצאות של גורמי סיכון לאוטם חד בשריר הלב, מאפיינים קליניים, ואופי הטיפול הרפואי במהלך האשפוז בין בדואים הגרים בישובי קבע לבין בדואים הגרים בישובים לא-מוכרים בנגב (1997-2003)

מוחמד אבו-תילך^{1,2}, יעקב הנקין², שמעון יצמן¹

1. המחלקה לאפידמיולוגיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2 מרכז רפואי סורוקה

רקע: עד שנות השישים היו שיעורי הימצאות מחלת הלב האסכמית בקרב הבדואים בנגב נמוכים ביותר, במהלך 40 השנים האחרונות, במקביל לשינוי באורח החיים ובתזונה של הבדואים בנגב, נצפתה עלייה בולטת בהיארעות ובתמותה ממחלת לב כלילית באוכלוסייה זו. הקשר בין דרגת האורבניזציה אצל הבדואים והעלייה בשיעורי מחלות הלב לא נבדק עד כה.

השערת המחקר הייתה שהשינויים באורח החיים אצל הבדואים שעברו לגור בישובי קבע הינו גדול יותר מאשר בדואים הגרים בישובים לא-מוכרים, וזה יתבטא בהבדלים בשיעורי התחלואה הקרדיווסקולארית בין שתי קבוצות אלו.

מטרות המחקר: להשוות שיעורי המצאות של גורמי סיכון לאוטם חד בשריר הלב, מאפיינים קליניים, ואופי הטיפול הרפואי במהלך האשפוז, בין בדואים הגרים בישובי קבע לבין בדואים הגרים בישובים לא-מוכרים או במסגרת שבטית, אשר אושפזו במרכז הרפואי סורוקה בגלל אירוע ראשון של אוטם חד בשריר הלב בין השנים 1997-2003.

שיטות: בדיקה רטרוספקטיבית של גיליונות רפואיים של כל החולים שהתאשפזו במרכז הרפואי סורוקה בשנים הנ"ל ואשר סיבת קבלתם הינה אוטם חד בשריר הלב שהופיע בפעם הראשונה. המידע התקבל מתיקים ממוחשבים ליחידה לטיפול נמרץ, תיקים רגילים מארכיון המרכז הרפואי לגבי חולים שאושפזו במחלקות פנימיות, ומאגרי מידע ממוחשבים של המעבדה במרכז הרפואי סורוקה.

תוצאות: מידע התקבל על 352 חולים, לא נמצאו הבדלים בין שתי הקבוצות בשיעורי הימצאות גורמי סיכון עיקריים למחלת לב אסכמית (יתר לחץ-דם, סכרת, עישון ורמת ליפופרוטאינים בדם). זמן הגעה למחלקה לרפואה דחופה מאז הופעת הסימפטומים היה זהה בין חולים מישובים מוכרים וחולים מישובים לא-מוכרים, והם קיבלו טיפול דומה במשך אשפוזם.

מסקנות: לא נמצא הבדל במאפיינים הקליניים ואופי הטיפול במהלך האשפוז באוכלוסייה הגרה בישובי קבע לעומת ישובים לא-מוכרים.

ציפיות נשים ממעקב הריון בישראל - מחקר סקר במדגם של אוכלוסיות בעלות רקע סוציאקונומי שונה

תמי אדר⁴, רחל דהן⁴, רון אוסלנדר², חאלד כרכבי⁴

1. המחלקה לרפואת המשפחה, חיפה
2. מחלקת נשים ויולדות, מרכז רפואי כרמל

רקע: הריון הינו אירוע חיים משמעותי אשר כרוך בהוצאות הן מכיסה של האישה ההרה והן מהקופה הציבורית.

מטרות המחקר: תאור ציפיות נשים ממעקב הריון, והמעקב המבוצע בפועל כתלות ברקע החברתי כלכלי שלהן.

שיטת המחקר: מחקר סקר תיאורי במדגם נוחות, של נשים הממתינות לרופא וילדו בשנה האחרונה, בראיון מובנה על ידי מראיינות בחמש מרפאות ראשוניות. השפעת משתנים הסוציו-דמוגרפיים השונים על הציפיות וביצוע מעקב הריון נבדקה ע"י רגרסיה ליניארית.

ממצאים עיקריים: רואיינו 463 נשים. 82% ביצעו מעקב הריון אצל רופא נשים של הקופה ו-78% בטיפת חלב. 48.8% ציינו את רופא הנשים של קופת החולים כגורם העיקרי במעקב ורק 21.8% את טיפת חלב. הבדיקה המבוצעת שנמצאת שכיחה ביותר (83.9%) הייתה סקירת מערכות ראשונה, שאיננה נכללת בסל הבריאות ולא בהמלצות המעקב השגרתי. נמצא קשר משמעותי ועצמאי בין אמונה דתית והמצב הכלכלי נמוך לבין ביצוע מופחת של בדיקות גם כאלו הנכללות בסל. באשר לציפיות ממעקב הריון - הנשים דרגו את זמינות השרות ואת התקשורת עם הרופא כחשובות ביותר עבורן, דירוג גבוה יותר מאשר זה שניתן לביצוע בדיקות מעקב.

מסקנות: קיימת כפילות שירותים וקיים פער בין מעקב ההריון המומלץ לבין זה המתבצע בפועל. רקע דתי ופערים כלכליים משפיעים משמעותית על מעקב ההריון והציפיות ממנו. נשים מייחסות חשיבות רבה לזמינות של השירות והתקשורת עם הרופא.

תרומת המחקר וחשיבותו: חשיפת הפער בין המעקב המומלץ וזה המתבצע בפועל, השפעת מצב כלכלי ודתי על המעקב המתבצע בפועל וגילוי ציפיות נשים ממעקב ההריון מהווה בסיס לתכנון טוב יותר של המעקב. יש להגביר מודעות נשים במיוחד מרקע סוציו-אקונומי נמוך לבדיקות המומלצות בהריון. מכיוון שהנשים בוחרות לבצע את המעקב בקופות יש להעביר את השירות לקופות על מנת לצמצם כפילויות ובזבוז משאבים.

גישות חדשות לשיפור הקצאה של איברים להשתלה

אמיר אלאוף, ישראל דויד, יוסף פליסקין

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

סוגיית הבחירה במדיניות הקצאת איברים להשתלה, מחייבת את מתווי המדיניות להתמודד עם רשת סבוכה של מחויבויות. בכללן, הניסיון למקסם את סיכוי שרידות השתל בגוף החולים, לשפר את איכות ותוחלת החיים, לצמצם את זמני ההמתנה ולקדם את השוויון וההוגנות. חיזוי השלכותיה של מדיניות הקצאה חדשה, במימדים אלה, הינה משימה מורכבת.

מטרה: פיתוח כלי מחקרי המאפשר השוואה בין גישות הקצאה שונות ופיתוח גישות הקצאה חדשות.

שיטה: פיתוח כלי מחקרי מודולארי, מבוסס סימולציה ממוחשבת. בכלי נעשה שימוש להשוואה בין חמש גישות הקצאה שונות לאיברים להשתלה: שלוש גישות ידועות ושתיים שפותחו במסגרת המחקר הנוכחי.

ממצאים עיקריים: מתוצאות הסימולציה עולה כי שני האלגוריתמים שפותחו במחקר טובים מהשלושה הקיימים. באלגוריתמים המוצעים, מבוצעת החלטה עבור כל מועמד, בהתאם למיקומו בתור, האם לבצע השתלה או להמתין לאיבר מתאים יותר. אחד האלגוריתמים המוצעים, אלגוריתם המועמד הבודד המוכלל הראשון, מבוסס על תור מועמדים על-פי סדר הגעתם. האלגוריתם הנוסף, האלגוריתם המוכלל השני, משלב תור מועמדים משתנה בהתאם לשיטת הניקוד הנהוגה בארה"ב. אלגוריתם המועמד הבודד המוכלל הראשון, בנוסף להיותו צודק מעצם הגדרתו, יעיל יותר מבחינה רפואית בהשוואה לאלגוריתמים אחרים. האלגוריתם המוכלל השני נמצא הטוב ביותר מבחינת מדדי היעילות הרפואית.

תרומת המחקר וחשיבותו: על אף העובדה ששיטת הניקוד נהוגה בישראל ובארה"ב במשך שנים, טיב השיטה שנוי במחלוקת. במסגרת המחקר, פותח כלי לבחינת גישות הקצאה שונות, לשימוש חוקרים ומקבלי החלטות. הכלי כולל ממשק נוח המתאים גם לחוקרים ללא ידע בתכנות וסימולציה. מלבד הכלי המחקרי, פותחו במסגרת המחקר גישות הקצאה שנמצאו טובות יותר משיטות מוכרות הן לפי מדדי צדק והן לפי מדדי יעילות.

תפיסות נשים נפגעות אלימות את הטיפול בהן בבית-החולים

אירית אלרועי⁴, רויטל גרוס^{2,4}, דבורה איציק³, זהר לביא-זהר³

1. מאירס ג'וינט מכון ברוקדייל

2. אוניברסיטת בר-אילן

3. משרד הבריאות

מטרת המחקר: החל משנת 2000, מופעלת תוכנית ייחודית ארצית לאיתור, זיהוי וטיפול בנשים נפגעות אלימות במשפחה במגזרי הבריאות השונים. במסגרת תכנית ההתערבות נפגשת הנפגעת עם עובדת סוציאלית שהוכשרה לנושא ומקבלת טיפול ראשוני הכולל הכנת תוכנית שחרור והפניה לטיפול המשך במסגרות שירות הקהילה. בנוסף, כשבועיים לאחר שחרורה של האישה מבית-החולים יוצרת עימה קשר העובדת הסוציאלית כדי לברר האם היא מיישמת את התוכנית והאם היא זקוקה לעזרה כדי ליישמה.

מטרת המחקר הייתה לבדוק באמצעות פניה ישירה לנשים, כיצד הן תופסות את ההתערבות הטיפולית בבית החולים, בכלל, ואת תרומת שיחת המעקב עם העובדת הסוציאלית לאחר עזיבת בית החולים, בפרט.

שיטת המחקר: במסגרת המחקר רואיינו טלפונית 151 נשים שנפגעו מאלימות בן זוגן, שאותרו וטופלו בבתי חולים כלליים בישראל, קיבלו שירותי עבודה סוציאלית במהלך שהותן בבית-החולים, והסכימו להשתתף במחקר, שיעור הענות של 73%.

ממצאים עיקריים: מנקודת המבט של הנשים ניכר שלתכנית יש תרומות משמעותיות לרווחתן. כמו כן- עולה כי שיחת מעקב עם העובדת הסוציאלית לאחר השחרור מבית-החולים מהווה מרכיב חשוב המסייע למחצית מהנשים להמשיך את יישום תכנית הטיפול שעיקרה שמירת הקשר עם השירותים בקהילה. יחד עם זאת, ממצאי המחקר הצביעו גם על היבטים של התכנית שניתן להמשיך ולשפר, לדוגמה, הנשים חשו צורך בקבלת סיוע מעשי ולא רק תמיכה רגשית. כמו כן יש מקום לבחון באיזו מידה הטיפול הניתן בבית-החולים עונה על הצרכים של נשים הנמצאות במצבים שונים (למשל, מבחינת משך וחומרת האלימות וחומרתה), ועל צרכים של נשים מרקע תרבותי שונה (למשל, ערביות, דתיות).

תרומת המחקר וחשיבותו: חשיבות המחקר היא בכך שהוא מציג, לראשונה, את נקודת המבט של נפגעות האלימות עצמן לגבי הטיפול שקיבלו כשפנו לבית-החולים. תפיסותיהן מספקות תובנות ייחודיות שסייעו למשרד הבריאות ולבתי-החולים לשפר את הטיפול בקבוצה זו שקולה נשמע לראשונה.

“הוד יפג’או” (אמהרית) - הבטן סופגת הכול: התערבות רגישת תרבות לשיפור איכות הטיפול הרפואי בילדים מהקהילה האתיופית

עפרה ארן, שושנה אמרה

השירות לעבודה סוציאלית, מרכז שניידר לרפואת ילדים, פתח-תקווה

ראציונל: אמונותיו וגישותיו של האדם לגבי בריאותו מעוצבות מהתרבות המתפתחת בתוך קשר תרבותי, גיאוגרפי, היסטורי ופוליטי כדי להבין כיצד משפחות דוברות אמהרית מתמודדות עם מחלת ילד חשוב להכיר את המסגרת התרבותית שלהם ולדבר עמן בשפתן.

מטרות התוכנית: 1. שיפור התקשורת בין ילד ומשפחתו הדוברים אמהרית לבין הצוות הרפואי על מנת לשפר את איכות הטיפול הרפואי. 2. סיוע בהתמודדות משפחות דוברות אמהרית עם חולי ילדם והטיפול בו.

שיטה: במרכז שניידר פיתחנו תוכנית להתערבות מיוחדת, רגישה לתרבות האתיופית. כאשר מגיעה משפחה מהקהילה האתיופית נקראת להתערב עובדת סוציאלית דוברת אמהרית המתרגמת “תרבותית-מקצועית” משפת התחושות והמטפורות באמהרית לשפה מקצועית של מינוחים רפואיים. התוכנית מבוססת על המושג “המבוגר המסתגל” (adaptive adult), המהווה מושג-מארגן לחיבור בגידול ילדים בחברה קולטת עלייה. נערך סקר ובוצעו ראיונות אישיים בקרב המשפחות המטופלות והצוות הרפואי לבדיקת שביעות הרצון מהתוכנית.

תוצאות: הסקר העלה שביעות רצון רבה מהתוכנית. המשפחות הדגישו שבאמצעות התערבות רגישת תרבות שופרה התקשורת עם הצוות הרפואי וההורים הבינו טוב יותר כיצד לטפל בילדים. הצוות ציין כי התערבות זו אפשרה להתאים טוב יותר את הטיפול לילד. מספר הפניות לעובדת הסוציאלית דוברת אמהרית עלה בשנה האחרונה בלמעלה מ-20%. כמו”כ מצאנו שאחד התפקידים החשובים של העובדת הסוציאלית דוברת אמהרית, הוא לגשר בין הילד לבין הוריו על רקע חילוקי דעות הנובעים מכך שהילד נוטה יותר לאמץ דפוסי התנהגות מערביים ואילו הוריו את תרבות המקור.

תרומת המחקר וחשיבותו: תהליך ההשתלבות התרבותית של בני העדה האתיופית הוא ארוך ומורכב ובעת חולי ומשבר חיונית ביותר התערבות פסיכו-סוציאלית רגישת תרבות. התערבות זו מסייעת לקשר שבין הצוות הרפואי למשפחות ותורמת לשיפור הטיפול הרפואי בילדים ממשפחות דוברות אמהרית.

הערכה של תכנית חינוך לבריאות בנושא חום בילדים בשתי אוכלוסיות בעלות מאפיינים תרבותיים-אתניים שונים

נטליה בילנקו, אלי גזלה, חדוה טסלר, אלי שחק, שלמה צ'מני, אלכס קזנוביץ, חנה שליו, יוסף פרס, רפאל גורודישר

המחלקה לאפידמיולוגיה, מרכז בינלאומי לבריאות ותזונה, החטיבה לרפואת ילדים, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, מרכזי בריאות הילד והנוער באר-שבע, יסקי, תל-שבע, שגב שלום ורהט, מחוז הדרום של שירותי בריאות כללית ואוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע: דעות מוטעות לגבי חום בילדים מושרשות בחברה. הדבר גורם לחרדת ההורים, לביקורים מיותרים אצל הרופא, למתן מינון יתר של תרופות אנטיפירטיות, ולעיתים לנזק בכבד, השתלת כבד ואף למוות.

מטרות: תכנון, יישום והערכת תכנית חינוך לבריאות ביחס לחום הילדים, ב-2 קבוצות אתניות שונות: יהודים ובדואים.

שיטה: מחקר מסוגניסוי קהילתי. אוכלוסיית המחקר: הורי ילדים שביקרו במרפאות ראשוניות בגלל חום בבאר-שבע (קבוצת היהודים, התערבות n=210, ביקורת n=211) וביישובים בדואיים (קבוצת הבדואים, התערבות n=218, ביקורת n=227). תכנית המחקר כללה: א) ראיון ראשון ביחס לידע, עמדות וטיפול בחום, ב) התערבות חינוכית: הורים ממרפאות ההתערבות קיבלו הדרכה, בשפתם, ע"י מדריכים בקיאים בתרבות העדה, דף הנחיות, ומגנט עם מינוני התרופות אנטיפירטיות לתלייה על דלת המקרר בבית, ג) הערכת ביניים מלווה בהדרכה נוספת לקבוצת ההתערבות (שיחה טלפונית) כחודשיים אחרי ההדרכה הראשונה, ד) הערכה, 6 חודשים אחרי ההדרכה הראשונה (ראיון אישי טלפוני לכלל הקבוצות). כלי הערכה היה סולם "פוביה מחום" שנבנה ע"פ ביטויי דאגה מוגזמת מחום הילדים. הושוו שכיחות ביטויים אלו וציון "פוביה מחום" לפני ואחרי ההתערבות, בין קבוצות ההתערבות והביקורת, ובין יהודים ובדואים.

ממצאים: ציון "פוביה מחום" היה גבוה יותר בקבוצת הבדואים (16.3 ± 50.4) לעומת היהודים (15.5 ± 37.8 , $p < 0.001$). הוא ירד במרפאות ההתערבות ל- 14.8 ± 27.4 בקבוצת היהודים ($p = 0.04$), ול- 6.6 ± 45.8 במרפאות הבדואיות (n.s.). ציון זה נשאר ללא שינוי מובהק במרפאות הביקורת.

מסקנות: תכנית חינוך לבריאות במרפאה הראשונית כפי שבוצע כאן עשויה לתרום לטיפול בחום הילדים באוכלוסייה יהודית. יש צורך בתכנית התערבות שונה באוכלוסייה הבדואית.

המלצות: לכלול תכנית חינוך לבריאות בנושא חום הילדים במרפאה האוכלוסייה היהודית על בסיס התכנית שבוצעה במחקר הזה.

אתגרים בפיתוח שירותים חדשים במערכת הבריאות: הדוגמה של שירותי תמיכה רוחנית

נטע בנטור, שירלי רזניצקי

מאירס-ג'וניט-מכון ברוקדייל, ירושלים

מבוא: בעתות חולי, קבלת טיפול ממושך (כגון דיאליזה) או במצבי סוף החיים, מתגברות מצוקותיהם של האנשים, ורבים מהם זקוקים לכלים שיסייעו להם בהתמודדות הזו. מערכת הבריאות, המשכילה לטפל בצרכים הרפואיים-גופניים של החולים, בעזרת כלים משוכללים ומתקדמים, מתקשה להתמודד עם צרכיהם ה"רכים", כגון הצרכים הרוחניים. כלי נפוץ בעולם וחדש בישראל, הוא טיפול בתמיכה-רוחנית, הניתן בידי תומך-רוחני בעל הכשרה מקצועית מוכרת. הטיפול מסייע לאדם להתקרב אל מקורותיו הרוחניים האישיים-פנימיים, ואל המקורות הרוחניים הקיימים סביבו, כדי למצוא הקלה, פורקן ונחמה ולשפר את איכות חייו. בשנים האחרונות מתפתחים שירותים של תמיכה רוחנית בבתי חולים כלליים וגריאטריים ובקהילה, בסיועה של הפדרציה היהודית של ניו-יורק.

מטרת המחקר: המחקר סוקר את התפתחות השירותים, ובוחן את תרומתם ואת מכשוליהם, במטרה לסייע בהרחבתם והשתלבותם במערכת הבריאות.

שיטת המחקר: נערכו כשבעים ראיונות פתוחים, פנים-מול-פנים, עם מנהלים בדרגים שונים, במערכת האשפוז ובקהילה, עם קובעי מדיניות בריאות, עם תומכים רוחניים ועם צרכני השירותים.

ממצאים: בישראל פועלים תשעה שירותים למתן טיפול בתמיכה רוחנית, רובם מטפלים בחולים במצבי סוף החיים. בנוסף, יש בארץ שלוש תוכניות המלמדות את המקצוע, ושש תוכניות השתלמות. בשלוש השנים האחרונות נחשפו לשירות החדש כ-10,000 בעלי מקצועות רפואיים (בעיקר רופאים ואחיות), חולים ובני משפחתם והקהל הרחב. הן מנהלי בתי חולים ומנהלי מחלקות והן החולים ובני משפחתם, דיווחו על תרומתו הייחודית של הטיפול הזה. לדברי המנהלים יש צורך במשרה תקנית של תומך רוחני בכל בית חולים כללי, פסיכיאטרי וגריאטרי. ואולם כיום, בהעדר משרות ותקנים בשכר, תומכים רוחניים מתקשים להיקלט במקומות עבודה ולהרחיב את השירותים.

תרומת המחקר: ממצאי המחקר משמשים הן את השירותים החדשים והן מנהלים במערכת הבריאות בהתמודדות עם האתגרים והמכשולים העומדים בפניהם בתכנון ובפיתוח שירותים נוספים.

שימוש בפלטפורמת המערכת הרפואית הממוחשבת לניתוב צריכת שירותי הרפואה בצה"ל והשמעת התהליך על ידי שימוש במדדים וביעדים

יוספה בר דיין, עומרי כהן, ארז בקשי, אודי קצבל, יהודית מיט, אורן בלומנפלד
מפקדת קצין הרפואה הראשי, חייל הרפואה, צה"ל

רקע: בשנים האחרונות נצפית עליה בצריכת שירותי הרפואה ובהוצאה על שירותי רפואה. מיקור-חוץ של שירותי רפואה מהווה את אחת מהדרכים לצמצום עלויות מבלי לפגוע באיכות השירות הרפואי. רפואת המומחים בצה"ל מתבססת על מרפאות מומחים צבאיות ועל מיקור-חוץ לספקים אזרחיים. בשנים האחרונות גברה התביעה לנקיטת תהליכים להכלת-עלויות ולהתאמת מדיניות חייל הרפואה למדיניות הצה"לית הכוללת תכתיבים כלכליים.

מטרה: ניהול מושכל של כלל ספקי הרפואה באמצעות הרשומה הרפואית הממוחשבת, שינתב את בחירת הרופא הראשוני לספקים מועדפים ויביא בסופו של דבר לצמצום עלויות.

שיטה: החל מתחילתה של שנת 2005 חולקו ספקי הרפואה בצה"ל על פי עדיפויות תוך שימוש ברשומה הרפואית הממוחשבת. תהליך חדש זה אשר כונה: תיעודף ספקים, שיקף לראשונה לרופא הראשוני מידע והכוונה באשר לספקים מועדפים. כחלק מהטמעת מהלך חדש זה, נוצרו מדדים ויעדים לבחינת צריכת שירותי הרפואה אצל הספקים השונים.

בעבודה זו הושו נתוני צריכת שירותי הרפואה בין השנים 2005 ל-2006 וכן הוצגה השפעת התהליך על תקציב חייל הרפואה.

תוצאות: בהשוואה בין השנים 2005 ו-2006 נמצא, כי חלה עלייה משמעותית בשימוש בספקי הרפואה המופיעים בעדיפות ראשונה ושנייה מבלי שחלה ירידה בהיקף השימוש ברפואת המומחים.

מסקנות: השימוש ברשומה הרפואית הממוחשבת ככלי ניהולי הוא מוצלח. בעבודה זו הראנו כי בנוסף לתפקידה המקורי כמאגר מידע רפואי, הרשומה הרפואית הממוחשבת יכולה להוות כלי להכוונה ולמעקב אחר צריכת שירותי הרפואה, תוך שיקוף מדיניות ההנהלה בתחום ההפניה לספקי שירותים מועדפים לרופא הראשוני. במקביל נצפתה התייעלות כלכלית של כ-3.6 מיליוני שקלים, שניתן לייחסה בעיקר לשינוי שהונהג, בפרט לאור העובדה שלא חל שינוי בהיקף צריכת שירותי רפואת המומחים על ידי חיילי צה"ל.

האם הבדלים ברמה חברתית - כלכלית יכולים להסביר פערים בבריאות בקרב שלוש קבוצות אוכלוסייה בישראל?

אורנה בראון אפל⁴, גיורא קפלן^{2,4}

1. בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה
2. מכון גרטנר, תל השומר

רקע: קיימים פערים בבריאות בין יהודים ותיקים, עולים מברית המועצות לשעבר וערבים בישראל, ויש חשיבות להבין את הגורמים הקשורים בפערים אלו.

מטרות המחקר: לבדוק באיזו מידה הפערים ברמה הכלכלית-חברתית - אובייקטיבי וסובייקטיבי - יכולים להסביר את ההבדלים בבריאות גופנית ונפשית מדווחת, בשלוש אוכלוסיות אלו.

שיטות: נערך סקר חתך טלפוני של 1,004 תושבים בני 35-65. השאלון כלל מדדי בריאות פיזיים ונפשיים שהוערכו בעזרת שאלון SF-12. המרוויינים דיווחו על מצבם הכלכלי-חברתי ועל התפיסה האישית שלהם לגבי מיקומם בסולם החברתי.

ממצאים עיקריים: ערבים ועולים מברית המועצות לשעבר דיווחו על בריאות נפשית ופיזית גרועה יותר בהשוואה ליהודים ותיקים. ברגרסיות רב משתניות נמצא שרמה כלכלית-חברתית אובייקטיבית וסובייקטיבית יכולה להסביר את ההבדל בבריאות פיזית בין ערבים ליהודים בקרב הגברים, אך היא לא הסבירה את הפערים בבריאות פיזית בקרב הנשים. הפערים בבריאות נפשית בין עולים ליהודים ותיקים מוסבר עלי ידי הבדלים ברמה כלכלית-חברתית סובייקטיביות והפערים בין ערבים ליהודים מוסבר על ידי הבדלים ברמה כלכלית-חברתית אובייקטיביות. גברים לא מועסקים מדווחים על בריאות פיזית ונפשית גרועה יותר אך לא בקרב נשים. רמה כלכלית-חברתית סובייקטיבית קשורה לבריאות נפשית מעל ומעבר לרמה כלכלית-חברתית אובייקטיבית. הפערים בבריאות נפשית בישראל יכולים להיות מוסברים על ידי הבדלים ברמה כלכלית-חברתית אובייקטיבית וסובייקטיבית, אך בקרב נשים יש צורך בזיהוי גורמים הקשורים לבריאות מעבר לרמות כלכליות-חברתיות. לא רק הרמה הכלכלית-חברתית האובייקטיבית של הפרט מסבירה את הפערים בבריאות אלא גם ההרגשה של הפרט לגבי מיקומו בחברה הינה בעלת חשיבות בפערים בבריאות.

תרומת המחקר וחשיבותו: שירותי הבריאות לבדם אינם יכולים לפתור את בעיית הפערים בבריאות בחברה הישראלית. שיפור הרגשת הפרט לגבי מיקומו בחברה יכול לתרום לצמצום פערים בבריאות, בעיקר נפשית, בלתי תלוי בפערים הכלכליים הממשיים.

תכנית רב מיקצועית, כלל ארצית, לשיפור אבחון וטיפול מצוקה נפשית ברפואה ראשונית

מרגלית גולדפרכט^{1,2}, חני שליט¹, עופרה פלד¹, דיאן לוין¹, מריי דבון¹,
מרים שיף⁴, דורית וייס⁴, ניקי ליברמן¹, חנן מוניץ⁴

1. חטיבת הקהילה, הנהלה ראשית, שירותי בריאות כללית
2. מחלקה לרפואת המשפחה, פקולטה לרפואה ע"ש רפפורט, טכניון, חיפה

רקע: דיכאון וחרדה, נחשבים למגפה של המאה ה-21. בסקר מב"ט האחרון, 8% מכלל הנשאלים דיווחו על תסמיני דיכאון/חרדה בשנה האחרונה. מחקרים מראים כי רוב המטופלים עם דיכאון/חרדה מעדיפים לפנות לרופא המשפחה. לאור זאת גובשה בכללית בשנת 2001, תכנית התערבות בנושא "הטיפול במצוקה נפשית - דיכאון וחרדה במרפאות ראשוניות".

מטרות: שינוי עמדות ומתן כלים לשיפור המסוגלות לטיפול בדיכאון וחרדה בקרב צוותים במרפאות ראשוניות.

תכנית התערבות כללה בניית כלים, שינוי בתשתיות, עירוב מטופלים, שיתוף כל הפרופסיות המטפלות במצוקה נפשית בקהילה והכשרה של מטפלים ראשוניים. לשם יישום תכנית ההתערבות, הוקם צוות רב מקצועי ברמת הנהלה ראשית ובכל מחוז.

שיטות הערכה: הערכנו מסוגלות אישית של המטפלים, מודעות וידע בנושא דיכאון וחרדה באמצעות שאלון שמולא לפני תחילת ההשתלמות ובסיומה. נבחן שיעור צריכת תרופות מסוג אנטי דפרסאנטים ובנזודיאזפינים ממערכות המידע של "הכללית".

התוצאות: מבוססות על מענה של 1950 איש בשנת 2005 ו-1571 בשנת 2006 בשאלונים לפני ואחרי ההכשרה. נמצא שיפור של 5% במסוגלות אישית ובעמדות המטפלים לטיפול בדיכאון וחרדה, ושיפור של 7% ברמת הידע בסיום התכנית ($P < 0.0001$). בצריכת תרופות אנטידפרסאנטיות נצפתה עליה של 16% במספר הצרכנים, עליה ב-9% של DDD שלהם וברישומן למשך זמן העולה על 6 חודשים ($P < 0.001$). ניצפתה ירידה של 4% בשיעור מטופלים בבנזודיאזפינים.

סיכום: ההתערבות הקנתה למטפלים ידע, כלים ומיומנויות ובכך הצליחה להתגבר החסם המרכזי לטיפול במצוקה נפשית במרפאה ראשונית - תפיסת מסוגלות אישית של המטפלים. הישגי התכנית הראו שיפור בטיפול תרופתי בדיכאון/חרדה ברמה ארציית.

חשיבות: התכנית הראתה את מרכזיות מרפאה ראשונית בטיפול דיכאון/חרדה. סביר כי התכנית תוכל לסייע בשיפור הגישה של המטפלים לחולים הסובלים ממחלות נפש אחרות.

נשים במקצועות הרפואה - מגמות 25 שנה

שולמית גורדון, ציונה חקלאי, מרים אבורבה, נחמה גולדברגר

תחום מידע, משרד הבריאות

רקע: נראה מגמת עליה באחוז הנשים במקצועות הרפואה לאורך שנים. למגמה הזאת יכול להיות השלכות על היצע הכוח אדם הרפואי בהתחשב שנשים מעוניינות יותר במשרות חלקיות או במספר קטן יותר של שעות עבודה.

שיטות: הנתונים מבוססים על מאגר מידע לרישוי רופאים שבמשרד הבריאות הכולל פרטים דמוגרפים, שנת קבלת הרישיון וכן פרטים על התמחות. אוכלוסיית המחקר כולל רופאים בעלי הרשאה לעסוק ברפואה בשנים 1983-2007 עד גיל 75. המחקר משווה את אחוז הנשים לאורך שנים בסה"כ ובקבוצות גיל, סטטוס עליה ותחומי התמחות. נעשה ניתוח חד-משטני שיציג את המדדים לאורך שנים במספרים מוחלטים ואחוזים. בניתוח לוגיסטי רב-משטני נבדק הקשר בין מין הרופא לשנה, קבוצת גיל וסטטוס עליה עבור תחומי מומחיות שונות. לצורך הניתוח תחומי התמחויות קובצו לתחומים לפי תחומי התמחות המקובלים ב-WHO. (ללא התמחות, רפואה פנימית, כירורגיה, יילוד וגניקולוגיה, פדיאטריה וכל השאר)

תוצאות: אחוז הנשים באוכלוסיית כלל הרופאים גדל עם השנים מ-30% ב-1983 עד 40% ב-2007. אחוז הנשים בקרב רופאים מעל גיל 50 נשאר יציב בתקופה (34%) וברוב התחומים. בתחום הפדיאטריה אחוז הנשים ירד עם הזמן ממחצית עד לשליש וכן בתחום יילוד וגניקולוגיה ירידה מרבע לשמינית.

בקרב רופאים עד גיל 50, אחוז הנשים עלה מ-28% עד 45% בתקופה. אחוז הנשים בקרב רופאים ללא התמחות דומה לאחוז הנשים בכלל הרופאים וכן בקרב מומחים ברפואה פנימית. אחוז הנשים רופאי ילדים גדול פי 1.2 מאחוז הנשים מסך הכל הרופאים, גידול יציב לאורך השנים. נרשמה עלייה באחוז הנשים בתחום היילוד וגניקולוגיה אך האחוז עדיין קטן מהאחוז בכלל הרופאים. בקרב רופאים בתחום הכירורגיה אחוז הנשים נמוך מאוד לעומת אחוז בכלל הרופאים וקטן עם השנים.

המשתנים המסבירים בניתוח לוגיסטי היו משמעותיים בכל קבוצות המומחיות. נמצא בקרב הרופאים העולים אחוז גבהה יותר של נשים מזה אצל שאר הרופאים.

סיכום: נמצא עליה באחוז הנשים לאורך שנים ברוב קבוצות המומחיות, ועודף או חוסר יצוג של הנשים נשאר יחסית קבוע עם הזמן. יש יותר נשים אצל רופאים עולים מאשר שאר הרופאים, במיוחד ברפואת ילדים ויילוד וגניקולוגיה.

שומרי סף בשירותי בריאות לקשישים עם מוגבלויות - השוואה בין שבע מדינות אירופאיות

יעקב גינדין¹, יעל עופר¹, שולמית אפשטיין¹, שרה לוי², אנג'ל רודריגז,
סובי ניקולא, קטרזינה קזבנווסקא, אווה טופינקובה, קרולה ברדג', סטפניה
מגי, מקבוצת ה-CLESA

1. מכון הגריאטרי לחינוך ומחקר, מרכז רפואי קפלן, רחובות
2. אגף הגריאטריה, משרד הבריאות

מטרת המחקר: השוואת מאפייני שמירת-סף לשירותי בריאות לקשישים מוגבלים בשבע מדינות אירופאיות.

שיטות מחקר: עבודה זו היא חלק ממחקר השוואתי של האיחוד האירופאי, CLESA. (Study on Aging, the EU 6th Framework) המדינות המשתתפות היו איטליה, ספרד, ישראל, הולנד, פולין, ליטא והרפובליקה הצ'כית. המטרה הייתה להעריך במדינות נגישות, זמינות, ושימוש בשירותי בריאות לקשישים. המחקר בדק שירותי קהילה, מרפאות שניוניות, טיפול חריף, משקם וארוך טווח. בכל מדינה הנתונים סופקו ע"י וועדת הסכמה (רופאים, מינהל, ואקדמיה). לאחר ההסכמה הנתונים רוכזו בדף אחד.

תוצאות: שומרי סף הם המחסום לנגישות לשירותים. בכל המדינות הרופא בקהילה הוא שומר הסף העיקרי. קיימים שלושה סוגי שומר סף: קליני, חברתי, ומנהלי-כלכלי, והם מתקיימים יחד, או בנפרד. לגבי טיפולי בית, כל המדינות משתמשות בקריטריונים של שמירת סף קלינית. במדינות מזרח אירופה שמירת הסף היא כלכלית. בהולנד יש מערכת שמירת סף רב-מקצועית. במרפאות גריאטריות בישראל ובספרד שני שומרי סף עומדים בפני החולה. ברוב המדינות קיימים מספר שומרי סף לבתי אבות. בישראל ליטא ופולין קיימים שלושה שומרי סף, בהולנד וברפובליקה הצ'כית קיימים שניים - קליני וחברתי. בספרד יש רק שומר סף אחד והוא חברתי (לבתי אבות וגם לדיור מוגן). דיור ציבורי לתושבים בישראל ליטא ובפולין - קיימים שלושת שומרי הסף. באיטליה הולנד וצ'כיה לגבי טיפול ארוך טווח, יש מערכות מיוחדות של שמירת סף (ועדות וטפסים בעלי מורכבות משתנה). בהולנד רק שומר סף אחד נדרש לגבי שיקום, ושניים לגבי מסגרת הסיעוד לרמותיהן וגם לדיור, ודיור המוגן. 3 מדינות מזרח אירופה דורשות שלוש הפניות מ-3 שומרי סף לגבי כל סוגי המיטות.

מסקנות: מספר מערכות שמירת הסף, והסוג המקצועי שלו מהוות את המחסום בין קשישים מוגבלים לבין השירותים אותם הם צורכים. מספר האישורים הנדרשים מפונקציות בתחומים המקצועיים בכל שבע המדינות המשתתפות שונה (בין אחד לשלוש). כאשר קריטריונים קליניים חברתיים וכלכליים מיושמים, הקשישים המוגבלים מקבלים בד"כ את השירותים הנדרשים. מחקר זה משקף את מערכת הקדימויות החברתיות במדינה ואת הדגשים בקביעת חלוקת המשאבים.

ההשפעה של מניעים כלכליים באמצעות שינויי תעריפים על אופן הפעילות של בית חולים ציבורי. הנסיון במערכת הבריאות בישראל בשנים 2004-2008

נועה גיסמר, רוני גמזו

מרכז רפואי תל אביב, ע"ש סוראסקי

מטרה: לבחון את ההשפעה של שינויי תעריפים הנובעים משיקולי מדיניות כלכלית-רפואית על אופן הפעילות של בתי חולים ציבוריים למול קופות חולים ומבטחים אחרים.

שיטה: בשנים 2004 עד 2006 בוצעו מספר שינויים מרחיקי לכת בתעריפי השירותים הרפואיים: קביעה תקדימית של תעריף לניתוח של שבר בצוואר ירך התלוי בפרק הזמן מקבלתו עד מועד הניתוח, הפחתה של מחיר יום אשפוז במחלקות פנימיות למול העלאה של מחיר יום אשפוז במחלקות כירורגיות, קביעת תעריף דיפרנציאלי לשלושת הימים הראשונים בטיפול נמרץ (הורחב לאחר מכן לארבעה ימים) הגדלת תעריף היולדת ובמיוחד תעריף הפגים. נבדקה ההשפעה של שינויים אלו על הפעילות של שירותים רפואיים אלו במרכז רפואי ת"א בין השנים 2003-2008.

ממצאים: 1. עד יצירת התעריף של שבר בצוואר ירך התלוי במועד הניתוח נותחו 43% מהמטופלים לפני חלוף 48 שעות ממועד קבלתם ולאחר שינוי התעריף עלה השיעור ל-53%. כשנתיים לאחר שינוי התעריף אישרה הנהלת המרכז הרפואי ביצוע תוכנית לקיצור תורים שהגדילה את השיעור ל-63% במוצק רב חודשי. השינויים בזמן ההמתנה הממוצע בשעות לא היו בעלי מובהקות סטטיסטית. 2. בטיפול נמרץ נבחנה השפעת הוספת הקוד "תוספת עבור שהייה במחלקות טפול נמרץ" עבור ימי אשפוז ראשונים. בשינוי הראשון ניתנו מקסימום 3 ימי תוספת למאושפז, החל מיוני 2006 ניתנו מקסימום 4 ימים. לא נמצאה עלייה בשיעור הימים שיש בגינם תוספת. החולים ממילא מאושפזים בממוצע לא פחות מ-4 ימים. 3. שיעור ימי האשפוז במחלקות הפנימיות מתוך כלל ימי האשפוז בביה"ח היה 27% לפני ואחרי השינוי של הפחתת שינויי התעריפים בין יום אשפוז פנימי לכירורגי. 4. שיעור הפגים הדיפרנציאליים מכלל הלידות היה 1.65% לפני שינוי התעריף ו-1.9% לאחר שינוי התעריף ($p=0.24$), ללא מובהקות סטטיסטית.

מסקנות: שינויי תעריפים במערכת הבריאות בישראל לא יוצרים ככלל שינויים מרחיקי לכת בתבניות הפעילות הכלכלית-רפואית של בתי"ח. יחד עם זאת, בפעילות עם גמישות תפעולית ניתן להבחין במגמה שאיננה בעלת מובהקות סטטיסטית אך יתכן שתהיה מובהקת עם גידול במספר התצפיות.

חישוב ניבוי ועומס תחלואה

אייזיק הוך, אנטוני היימן, ליאורה ולינסקי, תומס קרפתי

מכבי שירותי בריאות

מטרה: במערכות שירותי בריאות יש צורך בכלי תכנון ל-predictive modeling and risk adjustment. באוניברסיטת Johns Hopkins פותח כלי שמשמש היום לחישוב סיכון לתחלואה עתידית ולחישוב תקצוב ותגמול במאות ארגוני בריאות ברחבי העולם. על מנת לבחון את התאמת הכלי לאוכלוסיות בישראל, נערכו בדיקות תקפות במכבי שירותי בריאות.

שיטה: כלי PM-DX מבוסס על אלגוריתם המגדיר ציון שנתי לחולה הבודד מבוסס נתוני גיל, מין, אבחנות, עלויות שנתיות, וסמנים של frailty ונטייה לאשפוז. השתמשנו בנתונים של שנות 2006 ו-2007 אחרי ניקוי עלויות חריגות (מעל 99.9%). השונו יכולת ניבוי (R^2) להוצאות רפואיות עתידיות כסמן של תחלואה עתידית בין אוכלוסיות ישראליות ובין שתי standard reference populations בארצות הברית: מטופלים מגיל 65 ומעלה ויתר האוכלוסייה.

ממצאים: לפי מדד R^2 כלי DX-PM תקף באוכלוסיית מכבי עם יכולת ניבוי משופרת בהשוואה לניבוי המודל באוכלוסיות ארצות הברית.

מתחת גיל 65		גיל 65 ומעלה		ארץ	מודל DX-PM
R^2		R^2			
עלות תרופות	עלות כוללת	עלות תרופות	עלות כוללת		
39.1%	20.5%	45.5%	18.7%	ישראל (מכבי)	
29%	21%	10%	16%	ארצות הברית	

תרומת המחקר: בעזרת כלי לחישוב וניבוי עומס תחלואה באוכלוסייה ניתן לזהות אוכלוסיות מועמדות להתערבות ברמת ניהול מחלה וניהול מקרה. ה-DX-PM מאפשר חישוב תקצוב ותגמול מדויק יותר מבוסס על עול תחלואה אמיתית. בשילוב עם מדדי איכות, ה-DX-PM מהווה בסיס לתגמול לפי Pay for Performance. ע"י בנית פרופילים לאזור גיאוגרפי, למרפאה או למטפל הבודד, ניתן להשוות צריכת משאבים צפויה מול הוצאות בפועל. הפרופיל יכול לכוון אותנו למקרים של שימוש יתר או תת-שימוש של משאבים וגילוי ליקויים ב-equity במתן שירות רפואית.

סקר שביעות רצון ואיכות חיים של משתקמים נפגעי נפש צרכני שירותי סל השיקום באמצעות משתקמים שהוכשרו כסוקרים - כלי לשיפור איכות השירותים ושינוי מדיניות

אסתי ויסברג

מנהלת הפרוייקט, דרך הלב

ביזמת המועצה הארצית לשיקום נכי הנפש בקהילה ובשיתוף היחידה לשיקום באגף שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, מתבצע סקר שביעות רצון ואיכות חיים של משתקמים המשולבים במסגרות השונות של סל השיקום: תעסוקה (מפעלים מוגנים, מועדונים תעסוקתיים ותעסוקה נתמכת), דיור (דיור מוגן והוסטלים), חברה (מועדון חברתי), ושירותי חונכות.

היחודיות של הסקר הזה המבוצע לראשונה בהיקף רחב מאד הוא בשני תחומים מרכזיים: 1. פיתוח שאלונים למדידת שביעות רצון ואיכות חיים ע"י שילוב של פרמטרים המופיעים בספרות ופרמטרים שהוצעו ע"י בעלי ענין - המשתקמים עצמם, מנהלי מסגרות, יזמים ומשפחות משתקמים. 2. העברת השאלונים למשתקמים במסגרות השונות נעשית ע"י משתקמים שעברו קורס הכשרה מיוחדת כסוקרי איכות.

מטרת הסקר: בדיקת שביעות רצון של משתקמים מהשרות שניתן להם בקהילה לצורך שיפור איכות השירותים ושינויים במדיניות המשרד בהתאם.

שיטה - ביצוע הסקר: בשנת 2006 התחילו 12 סוקרים לעבוד בחברת דרך הלב. עד היום נערכו קרוב ל-3000 ראיונות בכ-200 מסגרות שיקום שונות במרכז. עם סיום הראיונות התחיל תהליך של מתן משוב למסגרות שנסקרו. תהליך המשוב כולל שליחת דוח משוב לכל המסגרות וקיום פגישת משוב עם נציגי כל השותפים במסגרת עצמה (נציגי יזם, צוות, לקוחות צרכנים, משפחות) על ממצאי הדוח.

ממצאים: הממצאים הרבים מצביעים על הקשרים בין שביעות רצון ממסגרות השיקום השונות לשיקום תעסוקתי, שיקום חברתי ושיקום אישי של האוכלוסיה. הממצאים יפורטו בהרחבה בהרצאה.

תרומת הסקר: ממצאים משמשים למתן משוב ולמידה בכמה רמות: 1. משוב לקובעי המדיניות שיוכלו להחליט האם היעדים הושגו בכל אחד מתחומי סל השיקום ומהם הדברים הדרושים שיפור. 2. משוב פרטני לכל המסגרות שנבדקו, המשובים כבר החלו והמסגרות רואות בהן הזדמנות ללמידה ושיפור.

אנו מאמינים שיש חשיבות רבה לשמר ולפתח פרוייקט זה עבור צרכני בריאות הנפש בשיקום ובהמשך לאמצו בהתאמה עבור אוכלוסיות שונות של אנשים עם מגבלויות.

למידה טרנזיטיבית בצוותי חדר ניתוח

דנה ושדי⁴, מרים ארז², פיטר במברגר², אהובה מייליק³

1. המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית, אוניברסיטת חיפה
2. הפקולטה להנדסת תעשייה וניהול, הטכניון, מכון טכנולוגי לישראל, חיפה
3. מרכז רפואי תל אביב

מטרות המחקר היו לבחון כיצד למידה צוותית מתקיימת בצוותים קצרי טווח (כגון צוותי חדר ניתוח) והמידה בה למידה כזו מייצרת תוצאות ביצוע חיוביות.

הגדרנו למידה בצוותים אלו כלמידה טרנזיטיבית היות וזו למידה שנעשית בין ולא בתוך צוותים ודורשת מחברי הצוות להסיק כיצד מערכת יחסים של סיבה-תוצאה באירוע אחד עשויה לבוא לידי ביטוי באירוע או בצוות אחר. בחנו למידה זו מבחינת הניסיון המצטבר בתחקירים שלאחר ניתוח של צוות נתון ואת השפעתו על יעילות ואפקטיביות הביצוע. כמו כן בחנו האם מורכבות המשימה (הניתוח) משפיע על הקשר בין הניסיון המצטבר בתחקירים ותוצאות ביצוע חיוביות. לבסוף כדי להבין כיצד למידה טרנזיטיבית משפיעה על ביצוע בחנו כיצד תפיסות של חלוקת נטל העבודה הצוותי מטווחות את הקשר בין למידה וביצוע.

כדי לבדוק את השערותינו בחנו צוותי חדר ניתוח במרכז רפואי שלישוני. 362 צוותי חדר ניתוח השייכים ל-9 מחלקות כירורגיות השתתפו במחקר. יישמנו מערכת של תדריך לפני ניתוח ותחקיר לאחריו בחלק מצוותים אלו.

הממצעים מראים כי מורכבות הניתוח מתערב בקשר בין הניסיון המצטבר של הצוות בתחקירים וביצוע וכן כי חלוקת נטל העבודה מטווח קשר זה. ממצאינו מראים כי ככל שהניסיון המצטבר של חברי הצוות בתחקירים רב יותר פוחת זמן הניתוח בניתוחים בינוניים ופוחת הסיכוי למאורע חריג בניתוחים קלים. בנוסף מצאנו כי התפיסה הצוותית של חלוקת נטל העבודה מטווחות את הקשר בין ניסיון מצטבר בתחקירים לזמן הניתוח אך לא לסיכוי למאורע חריג.

מחקר זה תורם להבנת האופן בו תהליך של תדריך-תחקיר הנעשה בצוות אחד יכול להשפיע על הביצוע של צוותים אחרים אשר אליהם מגיעים חברי הצוות מהצוות המקורי. בנוסף ממצאינו מראים שההשפעות על ביצוע תלויות במורכבות המשימה.

מאפיינים של טכנולוגיות רפואיות שהתוספו לסל שירותי הבריאות (1999-2004)

מירי זיבצנר^{1,2,3}, ברוך רוזן⁴, נועה אקר⁴

1. המרכז להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות
2. האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות, משרד הבריאות
3. החוג לסייעוד, ביה"ס למקצועות בריאות, אוניברסיטת תל-אביב
4. מרכז סמוקלר לחקר מדיניות בריאות, מאירס-ג'ונט-מכון ברוקדייל

מטרת המחקר: במהלך השנים 1999-2004, התוספו לסל שירותי הבריאות 314 טכנולוגיות. משרד הבריאות עורך תחזיות לגבי החשיבות והתועלת של כל טכנולוגיה, מספר החולים שעשויים ליהנות מהוספתה לסל ועלותה הצפויה. עד כה, לא בוצע ניתוח של מאפייני הטכנולוגיות, בין אם בנתוני צריכה כמו גם בעלויות. לפיכך, הוחלט לבחון את התפלגות המשאבים בין הטכנולוגיות, את המידה בה התקציב מיועד למעט טכנולוגיות או, למעט מטופלים ואת המידה בה כולל הסל טכנולוגיות בעלות נמוכה או אפסית.

שיטות: המידע נאסף באמצעות ניתוח מסמכים של משרד הבריאות, ובעיקר הדוחות שהוכנו עבור דיוני הוועדה הציבורית, חוזרי מנכ"ל וחוזרי מינהל הרפואה.

ממצאים עיקריים: בין 1999-2004, העלות נטו כוללת של 314 הטכנולוגיות שהתווספו לסל היה 823 מיליון ₪. העלות הלאומית הממוצעת נטו של טכנולוגיה אחת הייתה כ-2.7 מיליון ₪ והחציון כ-80 אלף ₪. הטכנולוגיה הממוצעת צפויה לסייע לכ-12,630 מטופלים, בעלות נטו של כ-13,750 ₪ למטופל בממוצע. חציון העלות נטו למטופל עמדה על 54 ₪. בכמעט מחצית מהטכנולוגיות שהתווספו לסל, העלות נטו היתה אפס.

בהתייחס לדילמת התיעדוף בין "הרבה למעטים או מעט לרבים" נמצא כי רק בכ-25% מהטכנולוגיות העלות למטופל היה מעל 5,000 ₪. נמצא גם שכמחצית מכלל הטכנולוגיות היו מיועדות לפחות מ-1,000 איש, אך בכמעט כל הטכנולוגיות העלות למטופל הייתה פחות מ-5,000 ₪. קבוצת ה"הרבה לרבים" (כלומר עלות למטופל מעל 5,000 ₪ וקבוצת יעד מעל 1,000 איש) מהווה רק 3% מכלל הטכנולוגיות.

תרומת המחקר וחשיבותו: המחקר עשוי לתרום לדיון הציבורי וקבלת החלטות לגבי סוג של טכנולוגיות שיש להוסיף לסל הבריאות בשנים הבאות, בהתחשב במגבלת התקציב.

שיווי משקל בתהליכי חידוש מלאי בשרשרת ההספקה

שרון חובב

מנהל מחלקת ניהול פריטים, מנהל ההספקה, שירותי בריאות כללית
חוקרים משתתפים: קונסטנטין קוגן, יעל פרלמן, מוריה אמגר, ירון שילת, רלו ברנט, דובי
ברגרפרוינד

מטרת המחקר: המחקר עוסק בשרשרת הספקה הכוללת מפיץ אחד (מנהל ההספקה) ומספר קמעונאים (בתי מרקחת). תהליכי ההספקה נעשים בשני אופנים: הספקה רגילה (מחזורית) והספקה מהירה. בית המרקחת מעביר הזמנה אל המפיץ במחזורי זמן קבועים. כאשר נוצר חוסר בבית המרקחת יש באפשרותו להעביר הזמנה דחופה. עלויות ההובלה תלויות באופן ישיר להחלטת הרוקחים בבתי המרקחת. בשרשרת הספקה זו המפיץ שואף להביא למינימום את סך עלויות ההובלה. בית המרקחת שואף להביא למינימום את עלויות המלאי תוך שמירה על זמינות הפריטים, דבר העומד בניגוד להשגת מטרת המפיץ. סיטואציה זו מתארת באופן קלאסי את גישת תורת המשחקים, כאשר המפיץ הנו 'המוביל' ובתי המרקחת 'מגיבים' להחלטותיו.

שיטת המחקר: תצפיות - ביצוע ניסוי תוך איסוף נתונים על פעילות מנהל ההספקה ו-16 בתי המרקחת.

איסוף תבניות וקשרים - הנתונים נותחו תוך בניית קשרים סטטיסטיים לפונקציית מטרה. **פונקציית מטרה:** בניית פונקציה בעלת יכולת לבוא את השפעת תדירות ההספקה על עלות ההובלה ורמת זמינות הפריטים. פונקציה זו תוקפה באמצעות כלי ניתוח סטטיסטיים (SPSS).

ממצאים עיקריים: נמצאו 3 נקודות איזון הבאות:

1. שיווי משקל 'טבעי' (NASH) בו מתקבלות החלטות סימולטאניות - תדירות של 16 ימים.
2. נקודת מובילות של המפיץ (STAKLBERG). בנקודה זו המפיץ מנצל את כוחו לאופטימיזציה מקומית - הורדת עלויות ההובלה למינימום - תדירות של 11 ימים.
3. נקודת אופטימיזציה של כלל שרשרת ההספקה - תדירות של 18 ימים, אשר מביאה להורדת סך העלויות של כלל שרשרת ההספקה תוך דגש על העלאת רמת השירות.

תרומת המחקר וחשיבותו: היכולת למצוא נקודה אופטימאלית בשרשרת הספקה המורכבת מפרמטרים לוגיסטיים ומהתנהגות ותגובת לקוחות בפועל (התנהגות אנושית), באמצעות כלים מתמטיים וגישת תורת המשחקים הנה ייחודית. החיסכון בעלות הכוללת באופטימיזציה של כלל שרשרת ההספקה נאמד ב-3 מ"ח בשנה. מחקר זה התקבל לפרסום ב-IMA - The institute of mathematics and its application בהוצאת אוניברסיטת Oxford, וכן הוצג בכנס ליישומים מתמטיים במערכות הבריאות ב-2007 בלונדון.

הוצאה פרטית לתרופות - מאפיינים סוציו-דמוגרפים ומאפייני ותחלואה

ציננה חקלאי⁴, דפנה לוינסון², אלי מרום³, נחמה גולדברגר¹

1. תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, משרד הבריאות
2. בריאות הנפש, משרד הבריאות
3. אגף הרוקחות, משרד הבריאות

רקע: שיעור המימון הפרטי של שירותי הבריאות בישראל גבוה בהשוואה למדינות המערב ובמגמת עליה. בשנת 2006 ההוצאה הפרטית הייתה למעלה משליש מההוצאה הלאומית לבריאות לעומת רבע במחצית שנות התשעים, וההוצאה לתרופות הייתה כחמישית מההוצאה הלאומית לבריאות.

מטרות: לבדוק את מאפייני האוכלוסייה ששלמה עבור שירותי הבריאות ועבור תרופות במיוחד ולבדוק הקשר בין תשלום גבוה לבין משתנים סוציו-דמוגרפים ומשתני תחלואה.

שיטות: המחקר מבוסס על סקר הבריאות הלאומי 2003-2004 של משרד הבריאות שבוצע ע"י הלמ"ס. הסקר בדק מצבי בריאות, תחלואה כרונית גופנית ונפשית, שימוש בשירותי בריאות ותשלומים לשירותים לפי מדדים סוציו-דמוגרפים בקרב בני 21 ומעלה. המחקר מתמקד באוכלוסייה ששלמה 200 ₪ ומעלה במשך שבועיים לתרופות, או לשירות רפואי כלשהו. נעשה ניתוח רב-משתני הבודק את הקשר בין תשלום גבוה בשבועיים לתרופות או לשירות רפואי כלשהו (מודלים נפרדים) לבין תחלואה כרונית ומדדים סוציו-דמוגרפים. המשתנים המסבירים הם גיל, מין, קבוצת אוכלוסייה (ערבים, עולים, יהודים ותיקים), בעלות על ביטוח רפואי נוסף, תחלואה כרונית גופנית, תחלואה נפשית, כאב כרוני ממושך.

תוצאות: שתי חמישיות (39%) מכלל בני 21 ומעלה דיווחו על תשלום לשירות רפואי כלשהו בשבועיים האחרונים ועשירית דיווחו ששלמו 200 ₪ ומעלה. 4.4% מגילאי 21 ומעלה דיווחו כי שלמו 200 ₪ ומעלה בשבועיים האחרונים לתרופות, בהשוואה ל-10% מבני 21 ומעלה עם מחלה כרונית גופנית (18% סוכרת, 15% מחלות כליה וסרטן, 11% מחלות קרדיווסקולריות, 9% מחלות בדרכי הנשימה). הניתוח הלוגיסטי מצביע על קשר חזק ומשמעותי בין תשלום גבוה (+200 ₪) לתרופות לבין תחלואה כרונית גופנית (OR=4.4), כאב כרוני (OR=2.5), בעלות על ביטוח רפואי נוסף (OR=2.0) וגיל 65 ומעלה (OR=2.0). עולי בריה"מ לשעבר שלמו פחות בהשוואה ליהודים ותיקים (OR=0.5). ניתוח רב משתני מקביל על תשלום גבוה לשירות רפואי כלשהו מצביע על כך שגם ערבים (OR=0.4) וגם עולים (OR=0.6) משלמים פחות בהשוואה ליהודים ותיקים. לא נמצא תוצאות מובהקות לגבי תחלואה נפשית.

סיכום: נמצא קשר מובהק בין תשלום גבוה לתרופות לבין מצב כלכלי-חברתי ותחלואה כרונית. בעלי יכולת כלכלית לרכישת ביטוח רפואי נוסף משלמים יותר לתרופות ולשירותי בריאות, לעומת אלו ללא ביטוח רפואי נוסף. עולים משלמים פחות לתרופות ויתכן כי חלק מהחולים הכרוניים אינם רוכשים את כל התרופות עקב התשלום הגבוה.

מנהלי מחלקות בבתי חולים ממשלתיים בישראל - מימדים של יציבות

בתיא שמי

בית הספר למדע המדינה, אוניברסיטת חיפה

חקירת התפתחות מבנה ההשתכרות של מנהלי המחלקות בבתי החולים הכלליים בבעלות הממשלה היא נקודת המוצא לניתוח הגורמים שעצבו ושימרו את מעמד-העל של בעלי התפקיד ואת דפוסי הפעילות הרפואית בבתי החולים מהיווסדם. למחקר נבחר מודל חקירה ארוך טווח של ניתוח רצף משברים בחיי הקבוצה, המניח שבאירועים אלה מתערעים ההסדרים הנורמטיביים הקיימים ומתגלים היסודות המבניים שהם פתרונות שבאמצעותם שומרת המנהיגות על כוחה. עבודת המחקר הנוכחית בחנה שלושה משברים שבמרכזם מנהלי המחלקות בבתי החולים הממשלתיים בישראל:

1. דרישת מנהלי המחלקות בבית החולים בילינסון בין השנים 1946-1947 לקבלת היתר לפרקטיקה פרטית,
2. מאבק מנהלי המחלקות בבתי החולים הממשלתיים לביטול האיסור על קיום פרקטיקה פרטית שיזם המנהל הכללי של משרד הבריאות ב-1949,
3. שביתת רופאים ב-1983. במצגת יוצגו בהרחבה ארועי 1949 והתגבשות מבנה שכר מנהלי המחלקות בחמש השנים הראשונות לקיום המערכת.

במחקר נמצא שבין השנים 1949-1955 עוצבו שלושת היסודות המבניים של שכר מנהלי המחלקות על הכשלים הטמונים בהם:

1. היתר מגביל לעבודה פרטית למנהלי מחלקות במשרה מלאה שהפרתו הפכה לנורמה.
2. דרוג שכר אחיד לכלל הרופאים במערכת הציבורית, שיצר שוויון בשכר חברי הקבוצה המקצועית בכלל הארגונים הציבוריים במחיר מאבק מתמיד בשכר ובתנאים המגבילים של שרות המדינה.
3. התגבשות מנגנון תוספות שכר שמיתן את אי-השוויון בהשתכרות בין הקבוצות השונות של הרופאים הבכירים במחיר כניסת יסודות פרולטרניים לעבודתם בשרות הממשלתי. הגורמים שתרמו לגיבוש מבנה השכר היו תמיכתו של בן-גוריון ברופאים מייסדי בתי החולים הממשלתיים ויחסו האמביוולנטי למעמד הבכורה של קופ"ח בשירותי הבריאות ונחישותם של מנהלי המחלקות לקדם את מומחיותם בחסות הארגון הציבורי ובו זמנית לממש את פוטנציאל ההצלחה הכלכלית הטמונה בה בשוק החופשי.

מדידת איכות בבית חולים - אין זו אגדה! גיבוש מדדי איכות והטמעת מודל לאיכות ומצוינות בסיעוד במרכז רפואי רבין

רחל כהן¹, איליה קגן^{2,4}, מירי פיש⁴, הניה פרי-מזרה⁴, גליה ניב⁴

1. הנהלת הסיעוד, מרכז רפואי רבין, שירותי בריאות כללית
2. החוג לסיעוד, אוניברסיטת תל אביב

השאיפה למצוינות ולשיפור איכות הטיפול הפכו למרכיב מרכזי בתוכניות אסטרטגיות של בתי חולים בישראל. דגש מיוחד ניתן להערכת איכות באמצעות מדדים מתוקפים כתשתית לשיפור. במערך האשפוז בישראל ובסיעוד בפרט, טרם הוטמע דיו השימוש בבקרה עצמית של איכות הטיפול על ידי יחידות הקצה.

נציג מודל לאיכות ולמצוינות בסיעוד - פרויקט רב-שנתי למדידה ושיפור איכות העשייה הסיעודית באמצעות מערכת מידע ממוחשבת. הפרויקט החל בשנת 2006 ומתפתח בשני מסלולים מקבילים: הגדרת מדדי ליבה של האיכות בסיעוד, ופיתוח יישום ממוחשב לביצוע מבדקי איכות על-בסיס אותם המדדים. במסגרת הפרויקט פותח סרגל מצוינות ואיכות בסיעוד (סרגל המדדים) המקיף שבעה תחומי הערכה: איכות ובטיחות קלינית, חווית הלקוח, ניהול משאבי אנוש, מניעת זיהומים, ניהול מושכל של משאבים, פעילות אקדמית וחדשנות. כל תחום בנוי מ-16-2 מדדי איכות (סך 36), המורכבים מ-267 היגדים. מדידת האיכות מבצעת בשני אופנים ובעזרת שתי גרסאות של סרגל המדדים: א) על ידי מחלקה בעזרת גרסה מקוצרת (מבדק עצמי) ו-ב) על ידי הנהלת הסיעוד בעזרת גרסה מלאה (מבדק חיצוני). תהליך פיתוח המודל נמשך כשנתיים. 12 קבוצות חשיבה מיפו את תחומי ההערכה, הגדירו את מדדי האיכות וגיבשו את סרגל המדדים. בתחילת 2008 נערך מחקר מקדים (פייילוט) לתיקוף הסרגל. בסיומו הושלם תהליך המחשוב. כיום, היישום הממוחשב מאפשר הקלדת נתוני המבדק העצמי בכל מחלקה, על בסיס מדגם מטופלים קבוע. נתוני המדידה מעובדים בזמן אמת, משוקללים כציון בכל תחום, מדד או היגד ומסוכמים כדו"חות בטבלאות וגרפים. ממצאי המדידה ניתנים להשוואה בין מחלקות וחיטובות דומות. על מנת להבטיח המשכיות הצמיחה בעקבות המדידה, גובש מפרט פעולות לשיפור המוגדרות מראש בהתאמה לציוני הערכה.

המודל "עלה לאוויר" ביולי 2008. כיום, מתבצע ניטור בתחום "איכות ובטיחות קלינית" ב-52 מחלקות אשפוז. עד כה, כחודשיים אחרי הפעלת המודל, נאספו וסוכמו נתונים מ-2500 נבדקים. הממצאים מצביעים על צורך בשיפור במדדים כגון "מתן מידע והדרכה", "טיפול בסיסי במטופל המרותק למיטה" ו"טיפול בפצעים קשיי ריפוי". עם התקדמות בניטורים התקבלו דיווחים של שביעות רצון והעצמת יחידות הקצה בעקבות שקיפות הנתונים והיכולת להיעזר בהם בניהול היחידות. המודל לאיכות ומצוינות, במתכונתו הנוכחית, הוא מהלך חדשני וראשון מסוגו בסיעוד בבתי חולים בארץ.

נוכחים - נעדרים במערכת הבריאות: מהגרי עבודה ומחלות זיהומיות בישראל

אלכס לבנטל¹, זהר מור², תמי שוחט³, דניאל שם טוב⁴

1. המחלקה ליחסים בינלאומיים, משרד הבריאות
2. לשכת הבריאות רמלה, משרד הבריאות
3. לשכת הבריאות תל-אביב, משרד הבריאות
4. המחלקה לשחפת ואיידס, משרד הבריאות

רקע: בשנת 2006 חיו בישראל (על פי הלמ"ס) 84 אלף מהגרי עבודה ללא אשרות עבודה וללא ביטוח רפואי, ו-102 אלף מהגרי עבודה עם אשרות בעלי ביטוח רפואי פרטי חלקי.

המטרה: לבצע מיפוי והיקף צריכת שירותים במחלות זיהומיות של מהגרי העבודה בישראל.

שיטת מחקר: איסוף נתונים מהעוסקים בנושא, שלהם נתונים זמינים.

ממצאים: אחרי שנים של חוסר מדיניות ממשלתית, הוקמה רשות האוכלוסין, ההגירה ומעברי הגבול במשרד הפנים. בהשלכה מכך לא יכולה הייתה מערכת הבריאות ליצור מדיניות ברורה, אלא להגיע לפתרונות תוספתיים עבורם בעיקר בנושא מחלות זיהומיות, שבו התעניין המחוקק בחוק הפועלים הזרים: טיפולים בשחפת, טיפול נגד HIV לנשים נשאות הרות, טיפול במרפאות למחלות מין, וטיפול בתינוקות ב"טיפות החלב".

נמצא כי 866 (16.1%) מתוך כלל נשאי HIV וחולי איידס שדווחו אי פעם בין השנים 1980-2007, אינם אזרחי ישראל. עד סוף שנת 2007 התגלו בישראל במצטבר 673 (15.8%) אנשים החיים עם הנגיף שאינם תושבי המדינה. קיימת עליה בשיעור האנשים, מקרב מהגרי העבודה, המתגלים כחולי שחפת מ-10.5% (52 מתוך 497 חולים) בשנת 2004 ל-17.8% מהחולים החדשים (72 מתוך 404) בשנת 2007.

מהגרי העבודה מטופלים ללא תשלום במחלות מין במרפאות בתל-אביב וחיפה, והם היוו כרבע מהמטופלים במרפאת ת"א במשך חמש שנות פעילותה. בהרצאה תפורט רשימת המחלות המין ומספר החולים שנתגלו במחלות הזיהומיות השונות.

תרומת המחקר וחשיבותו: בפוסטר יוצגו החלופות של נקיטת מדיניות והמסקנה כי התייחסות למהגרי העבודה אמורה להיות דרך מנגנון של הכלה (Inclusion), ולא של הדרה (Exclusion) להיראות "בלי" וללכת "עם", כמו שנוקטות היום רוב מדינות האיחוד האירופי.

מיקור חוץ בבתי החולים בישראל והקשרו לסוג הבעלות על ביה"ח, מיקומו הגיאוגרפי והיקף התקציב

רחלי מגנזי¹, ליאת קורן⁴, בני רחימי⁴, רונית מזרחי⁴, חיים ראובני²

1. המחלקה למנהל מערכות בריאות, המרכז האוניברסיטאי אריאל
2. המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

מטרה: להשוות את היקף ותחומי אספקת השירותים באמצעות מיקור חוץ של בתי"ח בישראל עפ"י סוגי בעלות (פרטית, ממשלתית, ציבורית ושל קופה) מיקום גיאוגרפי וגודל (עפ"י מס' מיטות אשפוז).

שיטה: שאלון כמותי שנשלח בדואר בחודשים פברואר - אפריל 2008. אוכלוסיית המחקר כללה את כלל המנהלים האדמיניסטרטיביים של בתי"ח בישראל שלהם למעלה מ-100 מיטות אשפוז כלליות. לא נכללו במחקר בתי חולים פסיכיאטרים וגריאטריים. אחוז ההיענות היה 92% (36 בת"ח) כמפורט: 10 בת"ח (28%) בבעלות פרטית, 7 בת"ח (20%) בבעלות ציבורית, 11 בת"ח (30%) בבעלות ממשלתית ו-8 בת"ח (22%) בבעלות קופה.

תוצאות: בתי"ח בבעלות פרטית מבצעים יותר מיקורי חוץ מאשר בתי"ח בבעלות ממשלתית בתחומים כמו שירותי מכבסה, מזון, מחלקה משפטית, מערכות מידע. בתי"ח בבעלות ציבורית דומים בהיקף ובסוג מיקורי החוץ לבי"ח בבעלות פרטית ולבי"ח בבעלות קופה. בתי"ח קטנים ובי"ח בבעלות פרטית מקצים תקציב גדול יותר עבור מיקור חוץ מאשר בתי"ח גדולים. בתי"ח קטנים מבצעים יותר מיקורי חוץ בהשוואה לבתי"ח גדולים ובעיקר, בתחומי הרפואה והמעבדה. השיטה המועדפת להתקשרות על בתי"ח בבעלות פרטית היא הניסיון הקודם שיש להם עם הספק. הקריטריון של צמצום עלויות בולט בבתי"ח בבעלות קופה. כמחצית מבתי"ח מקצים 0-5% מתקציבם למיקור חוץ. 75% מבתי"ח דיווחו כי מיקור חוץ חסך בהוצאות ובעקבותיו אף צומצמה מצבת כוח האדם בהיקף של 1-10%. בהשוואה לבתי חולים פריריים, בתי"ח במרכז הארץ נוטים יותר לבצע פעילויות של מיקור: 4-7 פעילויות ו-3-5 בהתאמה. בתי"ח במרכז מקצים יותר מתקציבם עבור מיקור חוץ מאשר בתי"ח האחרים (6-15% לעומת 1-5%).

מסקנות: רכישת שירותים באמצעות חוזה מיקור חוץ הנה חלק מהאסטרטגיה הניהולית - תפעולית של הנהלות בתי חולים בישראל. נמצא פער בהיקף הפעילות בתחום מיקור החוץ וסיבותיה בין בתי חולים עפ"י בעלות, גודל ומיקום גיאוגרפי. הבנת היתרונות והחסמים לביצוע מיקור חוץ מציגים אתגרים חדשים בפני קובעי מדיניות ומנהלים שבשוק הבריאות בישראל.

תרומת המחקר וחשיבותו: מחקר זה הינו ראשון בסוגו המתאר את פעילות מיקור חוץ בקרב בתי"ח בישראל.

זכויות חולה נפש וסל שירותי בריאות נפש בישראל

מרדכי מרק

מרכז לאומי לבקרת מחלות מכון גרטנר

מטרת המחקר: ניתוח משפטי - רפואי של הזכויות לסל שירותי בריאות הנפש על רקע הצעת התיקון לחוק ביטוח בריאות (תיקון מס' 41) (בריאות הנפש) ("הרפורמה").

שיטה: בחינת ההצעה על רקע התפתחות שירותי בריאות הנפש בישראל והאילוצים שהיו, מסמוך לקום המדינה ועד היום, בהתאמה לחקיקה והפסיקה ומזווית ראייה של חברה משפט ורפואה.

ממצאים עיקריים: בניגוד להמלצות מומחים וממצאי וועדות חקירה ממשלתיות ודוחות מבקר המדינה, השירות לחולי הנפש בישראל מודר, מוטה אשפוז ומתקצב בחסר. הצעת התיקון לחוק פוגעת בהיקף הזכאות לשירות, ואינה מבטיחה שיפור בנגישות וזמינות לשירות האמבולטורי. ההצעה מאפשרת המשך הדרה משירותי הבריאות לכל וכרוכה בפגיעה בתקציב השיקום, מכאן חשש לעלייה בשיעור האשפוז החוזר והאשפוז בכפייה.

תרומת המחקר וחשיבותו: המחקר מזהה פערים בין חזון מוצהר בדברי ההסבר להצעה, לבין העולה מניתוח סעיפי הצעת התיקון לחוק. יש בפער זה חשש להפרת המחויבות החוקית והחוקתית לשירות שוויוני ומשולב בשירותי הבריאות לכל, והמשך הפליה בזכות לשירותי בריאות לאנשים עם מוגבלות נפשית. כשלים אלו "הוכשרו" בעבר בצוק העיתים ובגין גלי העלייה סמוך לקום המדינה. ברם, המשך שירות בהפרדה משירותי הרפואה מעכב איתור, אבחון וטיפול בחולי נפש ופוגע בזכויות אדם מוגנות שלהם. אין לשלול תוספת סיכון לשלום הציבור בגין פגיעה בתהליכי השיקום וטיפול חסר בקהילה.

במסגרת הדיון בממצאי המחקר נציע "מקצה שיפורים" בהצעת התיקון לחוק, על מנת להתגבר על כשלים אלו. הליבה מחייבת יישום מדיניות בריאות שוויונית, לשילוב הטיפול בחולי נפש בשירותי הבריאות לכל, למימוש זכויות אדם של אנשים עם מחלה או לקות נפשית ובד בבד להבטחת שלום הציבור.

רפואה מתגוננת מנקודת מבטם של מעצבי דעת בתחום הבריאות

פאולה פדר-בוביס, חיים ראובני

המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

מטרות המחקר: להגדיר רפואה מתגוננת בישראל, אפיוניה והשפעתה על משתמשי (users) מערכת הבריאות כפי שנתפסת מנקודת מבטם של מעצבי דעת בתחום הבריאות.

שיטת המחקר: מחקר איכותני. איסוף הנתונים נעשה באמצעות ראיונות עומק חצי-מובנים עם 10 מעצבי דעת בתחום הבריאות. כמקובל בסוג זה של מחקר, נעשתה דגימה מכוונת (purposeful sampling) שכללה ראשי אגודות חולים, עיתונאים ועורכי דין.

הראיונות התקיימו בין 2007 ל-2008, וארכו בין שעה לשעתיים וחצי. כל הראיונות שוקלטו (transcribed) ונותחו באמצעות Narralyzer, תכנה לניתוח מחקר איכותני. ננקטו מספר אמצעים לאבטחת איכות המחקר (כגון קידוד - קידוד מחדש, התייעצות עמיתים ושמירת על שרשרת עדויות)

ממצאים עיקריים: מנקודת מבטם של מעצבי דעת בתחום הבריאות, רפואה מתגוננת נגרמת וגורמת לליקויי תקשורת בין המטופל לרופאיו. נמצא כי הנפגעים העיקרים של הרפואה המתגוננת הינם מטופלים חלשים מבחינה בריאותית וחברתית, להם נגרמים נזקים מסוגים שונים בעקבות ריבוי בדיקות, בזבוז זמן החולים או בני משפחתם או בעקבות הימנעות ממתן טיפול הולם.

חשיפה תקשורתית מוגברת של ליקויי מתן טיפול רפואי, ריבוי עורכי דין המתמחים בתביעות רפואיות ו"ידענות" של משתמשי שירותי הבריאות נמצאו כתנאי רקע המאפשרים את צמיחתה והתפתחותה של הרפואה המתגוננת.

המרוויינים הציעו מספר דרכים אפשריות לצמצום קיומה של הרפואה המתגוננת, כגון שיפור מיומנויות התקשורת הן של הרופאים והן של המטופלים והגברת הידע של המטופלים לגבי זכויותיהם ודרכי הטיפול.

תרומת המחקר וחשיבותו: המחקר ראשוני מסוגו. הוא חושף את דעותיהם של מעצבי דעת בתחום הבריאות ואת נקודת המבט של החולים על התנהלות רופאים בעידן מדיקו-לגלי. המחקר מאפשר הבנה לגבי עומק פגיעתה של הרפואה המתגוננת ברמת הפרט והמערכת. ממצאי המחקר חיוניים למציאת דרכים למזעור הרפואה המתגוננת והשפעותיה.

פיתוח ותיקוף של מערכת להערכת תחלואה נלוות בחולים מאושפדים כבסיס להערכת והשוואת תוצאי בריאות

איל צימליכמן, אהובה מייליק-וייס, יהודה שינפלד, ארנון אפק, זאב רוטשטיין, מרדכי שני

המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא ומכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, תל השומר

מטרה: פיתוח, תיקוף ויישום של שיטה להערכת תחלואה נלוות בחולים מאושפדים.

שיטות: תחלואה נלוות (comorbidity) מוגדרת ככלל המחלות שיש לחולה למעט המחלה החדה בעטיה פנה לקבלת שירות רפואי, והיא משפיעה באופן ישיר על התוצאים הקליניים של החולה, וכן על ניצול משאבים.

בכדי להעריך את תמהיל המטופלים במרכז הרפואי שיבא, נקבע כי ימדד מדד הצ'ארלסון (מדד מקובל בספרות המקצועית המכיל 19 קבוצות מחלות). תכנית המדידה הושקה במחלקה פנימית החל מינואר 2006. רופאי המחלקה נתבקשו להשלים שאלוני צ'ארלסון אשר הוטמעו בתוכנת התיק הרפואי הממוחשב עבור כל חולה המתקבל לאשפוז. נאספו נתונים בתקופה של 18 חודשים. משך אשפוז, תמותה באשפוז ואשפוזים מחדש נאספו ממאגרי הנתונים הממוחשבים בביה"ח. נתוני תמותה לאחר השחרור נאספו ממרשם האוכלוסין.

תוצאות: במהלך תקופת המחקר נאספו נתונים עבור 2170 חולים מהוויים 61% מהחולים אשר אושפזו במחלקה בתקופה זו. ברגרסיה לוגיסטית רב-משתנית נמצא ציון הצ'ארלסון בקשר מובהק לתמותה תוך שנה, תמותה באשפוז, ואשפוז חוזר תוך חודש. באמצעות רגרסיה לוגיסטית פיתחנו מדד מותאם עבור אוכלוסיית החולים שלנו. מדד צ'ארלסון "שיבא" נמצא כמנבא טוב יותר תמותה תוך שנה מאשר המדד המקורי. לבסוף, נוסחה לוגריתמית פותחה לחישוב תמותה צפויה תוך שנה על בסיס תחלואה נלוות וגיל.

מסקנות:

א. הטמעה של תכנית להערכת תחלואה נלוות היא אפשרית וסבירה. הטמעה של שאלוני התחלואה הנלוות לתיק הרפואי הממוחשב, וביסוסם כחלק מתהליכי העבודה, חיוניים לדעתנו להצלחת התכנית. ב. יש להתאים עבור ארגוני בריאות גדולים מדד תחלואה נלוות מתוקף עבור אוכלוסיית המטופלים. ג. בישראל, לא תוקף עד כה מדד תחלואה נלוות. המדד שפיתחנו כאן יכול לשמש כלי מדויק יותר להערכת תחלואה נלוות מאשר אלו הקיימים בספרות.

השפעת תוכנית לניהול מחלה על איכות והיענות לטיפול בחולי אי ספיקת לב: תוצאות ראשוניות של תוכנית משותפת ל"מכבי שירותי בריאות", מכון גרטנר והמרכז הרפואי ע"ש שיבא

גלית קאופמן¹, דורית גולדמן³, חיים סילבר³, דב פריימרק⁴, אביטל סגל³, נפתלי שני³, עופרה קלטר-ליבוביץ², מרדכי שני²

1. מרכז רפואי ע"ש שיבא, תל-השומר
2. מכון גרטנר, תל-השומר
3. מכבי שירותי בריאות

רקע: אי ספיקת לב (אס"ל) מציבה אתגרים משמעותיים למטופלים, למערכת הבריאות ולחברה. המחלה מאופיינת בהיענות נמוכה לטיפול ולמעקב, ובשונות ניכרת באיכות הטיפול. אחד הפיתרונות הן תוכניות טיפול אינטגרטיביות המספקות מענה כוללני לחולי אס"ל בקהילה באמצעות ניהול המחלה המתבצע ע"י צוות אחיות, ומתאפיין במעקב יזום, טיטריציה תרופתית, ניטור היענות ותופעות לוואי, תיאום שירותים, הדרכה, ותמיכה במטופל ובמשפחתו.

מטרת המחקר: לבחון את השפעתה של תוכנית לניהול מחלה הכוללת מרכזי אס"ל אזוריים, מוקד טלפוני וניטור מרחוק על איכות הטיפול והיענות לו.

שיטות: ניסוי מבוקר בקרב חולי אס"ל (NYHA III-IV) (N=1,200), העוברים הקצאה אקראית לטיפול המקובל או לניהול מחלה באמצעות מרכזי אס"ל אזוריים ומוקד טלפוני ארצי של "מכבי שירותי בריאות", בסיוע ניטור מרחוק (tele-monitoring) של לחץ דם, דופק ומשקל. מעקב אחר היענות התקבל מבסיס נתונים ממוחשב.

תוצאות: נבדקו 300 חולים, כמחציתם בזרוע ההתערבות. בהשוואה לשנה הקודמת, שיעור החולים שלא נשקלו במהלך שנה במרפאה ירד מכ-50% לפחות מ-3% בשתי הקבוצות. שיעור החולים שנשקלו 5 פעמים ומעלה עלה ל-35% בקבוצת הביקורת ו-91% בזרוע ההתערבות. שיעור החולים שעברו 5 מדידות לחץ-הדם או יותר במרפאה במהלך שנה עלה מ-50% למעל 95% בשתי הקבוצות. שיעור החולים שביקרו פעם אחת או יותר אצל עו"ס במהלך שנה עלה מ-7% ל-11% בקבוצת הביקורת, ומ-8% ל-12% בקבוצת ההתערבות. סך הימים שעבורם נרכשו תרופות לטיפול באס"ל ע"פ Guidelines עלה מ-730 ל-1,034 בקבוצת הביקורת, ומ-740 ל-1,055 בקבוצת ההתערבות.

תרומת המחקר וחדשנותו: מחקר זה מדגים לראשונה בישראל כיצד תפיסה חדשנית וייחודית בניהול הטיפול במחלה כרונית קשה משפרת את איכות הטיפול והיענות לו. מודל זה יכול לשמש כאב-טיפוס לניהול מחלות כרוניות קשות אחרות.

מגמות במעבר מבוטחים בין קופות החולים 1995-2007

ניר קידר

האגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות

מטרת המחקר: חוק ביטוח בריאות ממלכתי קבע כי אזרחי מדינת ישראל יהיו חופשיים לעבור בין קופות החולים. על מנת לאפשר למבוטחים בחירה בין הקופות, החוק קובע כי ניתן לעבור בין הקופות בארבעה מועדים כל שנה בהליך פשוט המתבצע בבנק הדואר. עם זאת, שיעור המעבר בין קופות החולים בשנים האחרונות הינו נמוך מאוד ועומד על כ- 1.5% בלבד. מטרת המחקר הינה לבחון את המאפיינים של המבוטחים העוברים בין קופות החולים. בחינה זאת תאפשר לקובעי המדיניות להתאים את מדיניותם לאפיונים השונים של המעברים - הן ברמת סה"כ המעברים והן ברמת פלחי אוכלוסייה שונים.

שיטת המחקר: ניתוח נתוני המעברים בין הקופות בשנים 1995-2007, כפי שמפורסם על-ידי מחלקת המחקר של המוסד לביטוח לאומי, בהצלבה עם נתונים דמוגרפיים וכלכליים של הלמ"ס.

ממצאים עיקריים:

1. אוכלוסייה צעירה עוברת יותר בין קופות החולים מאשר האוכלוסייה המבוגרת. 5% בלבד מן המעברים בין הקופות היו של גילאי 55 ומעלה, לעומת חלקם באוכלוסייה שעומד על 19%.

2. בישובים בהם המדד החברתי-כלכלי הינו נמוך יותר, שיעור המעבר בין קופות החולים גבוה יותר (20 לאלף נפש במוצק בישובים בעלי מדד חברתי כלכלי נמוך לעומת 6 בבעלי מדד גבוה).

3. בשנים האחרונות, הקופה אליה עברו הכי הרבה מבוטחים הינה קופ"ח מאוחדת (4% מצטרפים חדשים בשנה). הקופה אותה עזבו הכי הרבה מבוטחים הינה כללית. יחד עם זאת, שיעור העוזבים בקופ"ח לאומית הינו הגבוה ביותר ועומד על למעלה מ-5% בשנה.

תרומת המחקר וחשיבותו: המחקר מאפשר לזהות חלק מהמאפיינים של המעברים בין קופות החולים. מידע זה יאפשר לקובעי המדיניות ולקופות החולים להתאים את מדיניותם לאפיונים השונים של המעברים - הן ברמת סך המעברים והן ברמת פלחי אוכלוסייה שונים.

השפעת העברת אישור תחילת טיפול במשאפים משולבים (LABA + ICS) למומחי ריאות ואלרגיה על מאפייני צריכת משאפים ומאפייני מטופלים

צחי קציר¹, רונן לבשטיין¹, ג'ני לנדס-וסטרמן⁴, מרטין ביאליק¹,
נאוה זיגלמן-דניאלי², הלל הלקין⁴, אהוד קוקיה³, יוסי לומניצקי⁴

1. מערך רוקחות ופרמקולוגיה, חטיבת הבריאות, מכבי שירותי בריאות
2. האגף לרפואה שניונית, חטיבת הבריאות, מכבי שירותי בריאות
3. מכבי שירותי בריאות

רקע: טיפול קבוע במשאפים משולבים המכילים ICS ו-LABA (L+) מיועד לסובלים מאסטמה שאינה נשלטת באמצעים קודמים במדרג הטיפול. במכבי כ-44% מהמטופלים במשאפים לטיפול באסטמה רכשו ב-2006 תכשירי L+, גידול ביחס לשנים קודמות. לאור ההנחיות הרפואיות, תיאורי מקרה שהתפרסמו לגבי סיכונים הנלווים לשימוש ב-LABA, והשימוש המופרז בתכשירים אלה, הוחלט ב-08.06 לאפשר התחלת טיפול בתכשירי L+ בחולה חדש רק על סמך המלצת רופא מומחה ריאות / אלרגיה. חולים שבהמשך טיפול לא הושפעו מהמהלך כלל.

מטרות: בחינת השפעת העברת התחלת השימוש בתכשירי L+ למומחה ריאות / אלרגיה ב-08.06 על צריכת משאפי ICS, סטרואידיים פומיים משאפי SABA ו-LABA ופניות למיון בי"ח, מוקד רפואי וכן ולאשפוז.

שיטות: ממאגר הנתונים של מכבי הוגדרה קב' חולים (6 > שנים), עם אבחנת אסטמה החל מ-01.05 ועד 07.07, ושאינם חולים במחלה קשה (ע"פ הגדרות משהב"ר). הנתונים חולקו ל-3 תק' שוות (תק' 1, 2, 3), בין 04.08 ל-07.07. נכללו רק חולים להם נוספו לפחות 4 משאפים לתק' במשך 2 תק' לפחות מתוך ה-3 שנבדקו. מהמאגר נאסף מידע על גיל, רכישות סטרואידיים PO, ומשאפים מכל הסוגים, ביקורים במיון ובמוקד, ואשפוז במח' פנימית. הנתונים חושבו ועובדו סטטיסטית לביצוע השוואות במשתנים שצוינו, בין שלושת התקופות.

תוצאות: בקב' המחקר נכללו 18,014 מטופלים, מתוכם 17,478 בתק' 1, 18,014 בתק' 2 ו-17,702 בתק' 3 (המטופלים נמצאים לפחות ב-2 קבוצות). בהתייחס לקב' המחקר פחתו בין תק' 2 ל-3 בכ-10% המטופלים שרכשו L+, ונוספו כ-16% מטופלים שרכשו משאפי ICS. לא השתנה % המטופלים שרכשו סטרואידיים PO. לא השתנה % המטופלים שאושפזו במח' פנימית או ב- % המטופלים שביקרו במוקד במיון. ממצאים דומים נצפו גם בבני 55-.

מסקנות: העברת הסמכות לתחילת טיפול בתכשירי L+ למומחי ריאות ואלרגיה הפחיתה השימוש בהם והגבירה שימוש במשאפי ICS, ללא שינוי במשתנים המעידים על חומרת המחלה בקרב כלל המטופלים ובקרב בני 55-.

השפעת אורח חיים והרגלי תזונה של אימהות וילדיהן על השמנת ילדים (אפריל, 2006)

ג'ולי קרקו

נפת פתח תקוה, משרד הבריאות

מטרת המחקר: לבחון הבדלים באורח חיים והרגלי אכילה של ילדים שמנים בהשוואה לילדים בעלי משקל תקין תוך הערכת צריכה תזונתית ואורח חיים של האם כמקדמי השמנה.

שיטות המחקר: מקרה - בקרה.

אוכלוסיית המחקר: ילדים (ואימהות) בגילאי 9-10 שנים מביה"ס מישוב באזור השרון (כיתות ג'-ד').

קבוצת המחקר: ילדים אשר נמצאו כבעלי עודף משקל/השמנה (אחוזון BMI < 95 או 95 < אחוזון BMI < .85).

קבוצת הביקורת: מותאמת לגיל, ילדים אשר נמצאו כבעלי משקל תקין (5 > אחוזון BMI > 85).

סה"כ: 45 ילדים בקבוצת המחקר ו-90 בקבוצת הביקורת.

שיטת איסוף הנתונים: 1. מדדים אנתרופומטרים של הילד ואימו. נתוני גובה, משקל והיקף מותן של האם בוצעו בביקור בית ומדידות גובה ומשקל של הילד, בביה"ס. 2. ראיון האם באמצעות שאלון מתוקף של הרגלי חיים של המשפחה ושאלון מתוקף של תכיפות תזונתית.

תוצאות: בניתוח חד משתני, נמצאו כגורמי סיכון להשמנה: מוצא מזרחי מצד האם, סטטוס עבודה האם ואורח חיים יושבני של הילדים.

מניתוח רב משתני, עולה כי בתיקון לשאר המשתנים, הסיכון להשמנת ילדים גבוה פי 1.17 ככל שעולה BMI של האם. כן עולה הסיכון להשמנת ילדים פי 1.4, ככל שדפוסי האכילה של הילד "מקדמת השמנה" בהשוואה לילדים בעלי דפוסי אכילה תקינים.

תרומת המחקר וחיובותו: ילדים שמנים נמצאו יותר בעלי אורח חיים יושבני (מיעוט בפעילות גופנית וריבוי שעות צפייה בטלוויזיה) בהשוואה לילדים בעלי משקל תקין. המשתנים אשר נמצאו כגורמי סיכון להשמנה הם סגנון אכילה מקדם השמנה של ילדים ו-BMI של האם (גורמי סיכון עצמאים), מוצא מזרחי ועבודת האם מעבר למשרה מלאה. התוצאות מצביעות על חשיבות בצורך של מחקרי התערבות לבחינת השפעת שינוי באורח חיים ובהרגלי אכילה על השמנה. יש לחקור יותר לעומק כיצד שעות היעדרותם של ההורים (או אחד מהם) מהבית משפיעים על השמנה ואיכות התזונה של הילדים.

האם חקיקה לקידום בריאות בעלת השפעה? ההשפעה של תיקון לחוק מניעת עישון במקומות ציבוריים

לאה רוזן¹, דוד צוקר², גרג קובנולי³

1. חוג לקידום בריאות, בית ספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת תל-אביב
2. מח' לסטטיסטיקה, האוניברסיטה העברית
3. בית ספר לבריאות בציבור, אוניברסיטת הרוורד

רקע: אחת האסטרטגיות להשפעה על בריאותנו היא חקיקה, למרות שההשפעה האמיתית של חקיקה תלויה בציות לחוק. מחקר זה בודק את ההשפעה של החקיקה לאכיפת חוקים קיימים לאויר נקי על זיהום הנגרם בשל עישון בברים, פאבים ובתי קפה בישראל.

מטרת המחקר: מטרת מחקר זה היא הערכת השפעת התיקון לחוק על רמות RSPs בברים, פאבים ובתי קפה בישראל.

שיטת המחקר: במהלך הקיץ של 2007, הועבר בכנסת תיקון לחוק מניעת עישון במקומות ציבוריים, במטרה לאכוף חוקים קיימים לאוויר נקי, ולמנוע חשיפה לעישון סביל בקרב הציבור הלא מעשן.

לפני העברת החוק, הערכנו את רמות ה-RSPs בברים, פאבים ובתי קפה. RSP (Respiratory Suspended Particles) הינו מדד המעריך את החלקיקים הנמצאים באוויר וניתנים לנשימה. חלקיקים אלה משוחררים לאוויר בכמויות גדולות על ידי סיגריות בוערות. רמות ה-RSPs הממוצעת שנמצאה הייתה 283 g/m³ והייתה כמעט זהה לרמות בארצות ללא אכיפה על האיסורים לעשן. לאחרונה, חזרנו ל-34 הברים, הפאבים ובתי הקפה בירושלים ותל אביב שהיו חלק מהמדגם האקראי המקורי למקומות בילוי, ובדקנו שוב את רמת העישון בעזרת מכשיר SIDEPAK שמודד RSP.

נשתמש בשיטות סטטיסטיות המתאימות להשוואות מזווגת, תוך התחשבות במספר גורמי רקע, לבדיקת השפעת החוק על רמות RSPs. משום שמקומות הבילוי נדגמו באופן אקראי מתוך רשימה של ברים, פאבים ובתי קפה פופולאריים בירושלים ובתל אביב, ניתן להכליל את התוצאות על אוכלוסיית מקומות הבילוי הפופולאריים בערים אלה.

תרומת המחקר וחשיבותו: הנתונים ממחקר זה יאפשרו הערכה של התיקון לחוק מניעת עישון במקומות ציבוריים ויתרמו לבניית בסיס הראיות לשליטה על עישון.

תודות: מחקר זה ממומן על ידי המכון למחקר רפואי של הדיילים (Flight Attendants' Medical Research Institute) באמצעות בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת הרוורד. הכותבים מודים לקרי קרפנטר על התרומה בתכנון וניתוח המחקר, ולתצפיתני המחקר: דבורה אנג'ל, מאיה הרון, יפית הררי, יצחק רוזן והושע רוזנברג.

פרופיל השימוש בתרופות בקשישים בקהילה

איריס רסולי¹, אלי מרום², דפנה לוינסון³

1. אגף לגריאטריה, משרד הבריאות
2. אגף הרוקחות, משרד הבריאות
3. שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות

רקע: השימוש בתרופות מרשם וגם בתרופות ותכשירים ללא מרשם - שכיח בקרב האוכלוסיה הבוגרת בקהילה. עם זאת, הקשישים חשופים יותר לתופעות שליליות עקב הטיפול התרופתי, ומחקרים רבים הראו קשר בין מספר התרופות לבין תחלואה, מוגבלות ואשפוז. מקובל להגדיר טיפול מרובה-תרופות (polypharmacy) כשימוש ב-5 תרופות ויותר, ושכיחותו משתנה על פי מאפייני האוכלוסיה ומערכת הבריאות.

מטרה: תיאור שכיחות השימוש בתרופות בקרב קשישים בני 65 ומעלה בישראל - וגורמים קשורים.

שיטות: בוצע עיבוד נתוני סקר בריאות לאומי, שנערך בשנים 2003-2004 ע"י משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, במדגם מייצג של האוכלוסיה הבוגרת בישראל ושיעור היענות כולל 72.7%. 4,859 איש, מתוכם 871 קשישים, רואינו בביתם בטכנולוגיה נתמכת-מחשב במגוון נושאים בתחום הבריאות, לרבות שימוש בתרופות מרשם ותרופות ללא מרשם בשבוע אחרון.

ממצאים: בקרב אוכלוסית הקשישים, 38.1% השתמשו ב-5 תרופות מרשם ויותר, שיעור שעלה ל-48.7% עם הכללת תרופות ללא מרשם. השימוש בתרופות עלה עם הגיל והיה גבוה יותר בנשים ובעולים מבריה"מ לשעבר. בקשישים עם הכנסה נמוכה, שיעור הנוטלים 3 תרופות מרשם ויותר היה נמוך בכ-20% בממוצע בהשוואה ליתר האוכלוסיה; ממצא דומה היה גם לגבי מספר תרופות כולל, לרבות תרופות ללא מרשם. מספר התרופות היה קשור להערכה עצמית נמוכה של מצב הבריאות הפיזי, ולמספר הביקורים במרפאה ראשונית. בקשישים שדיווחו על שימוש ב-8 תרופות ויותר היה שיעור אשפוז גבוה בשנה אחרונה (41%), ושיעור גבוה של ירידה בתפקוד בתחום התנועה והקוגניטיבי (49% ו-46% בהתאמה).

מסקנות: שיעור השימוש בתרופות בקרב אוכלוסית הקשישים בקהילה גבוה בישראל בהשוואה למדינות מערביות אחרות. הממצאים מצביעים על קשר הדוק בין ריבוי תרופות לבין ביקורים אצל רופא ראשוני, אשפוזים ומוגבלות. רמת שימוש גבוהה בשירותי הבריאות יכולה להוביל למספר גבוה של תרופות, אך בה בעת ריבוי התרופות כשלעצמו, ותופעות שליליות הנגרמות עקב כך, עלול לגרום לתחלואה ולמוגבלות. ממצאים אלה מעלים את הצורך להטמיע במערכת הבריאות מערך בדיקה שיטתי של מידת התאמת הטיפול התרופתי למטופל, בהתאם להמלצות בינלאומיות, כדי לצמצם סיכונים אלה ואת השלכותיהן הכלכליות.

איכות הטיפול בחולים אונקולוגיים בתפר בין בית החולים לקהילה: הבדלים בין דוברי עברית, ערבית ורוסית

אפרת שדמי¹, חנה אדמי², נורית נווה³, לאה אונגר³, מיכאל קפמן³, אלה מולר², שמואל רייס³

1. הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה
2. מרכז רפואי רמב"ם
3. המחלקה לרפואת משפחה, מחוז חיפה וגליל מערבי, שירותי בריאות כללית

מטרות המחקר: לבחון את תפיסתם של מטופלים אונקולוגיים את איכות הטיפול במעבר בין מערכות מטפלות ולהשוות בין דיווחיהם של דוברי עברית, ערבית ורוסית.

שיטות: מטופלים המקבלים טיפול במכון האונקולוגי במרכז הרפואי רמב"ם אשר שוחררו מאשפוז במהלך שלושת החודשים האחרונים התבקשו למלא שאלונים על תפיסתם את איכות הטיפול שהם מקבלים במערך הרפואה הראשונית ואת איכות המעבר מבית החולים לקהילה. השאלונים המתוקפים (Primary Care Assessment Survey ו-Care Transition Measure-1) תורגמו מאנגלית לעברית, ערבית או רוסית.

תוצאות: 422 מטופלים ענו על השאלון, כמחציתם דוברי עברית, 29% ערבית, ו-22% דוברי רוסית. דירוג איכות הטיפול ע"י המטופלים בכל ששת מימדי איכות הטיפול הראשוני (נגישות, הידע של הרופא על מצבם, תיאום הטיפול, התקשורת עם הרופא, היחס הבינאישי, ומידת האמון ברופא) נע בין 55%-83% (בסולם בין 0-100). ציוני המטופלים לגבי איכות המעבר בין בית החולים לקהילה נעו בין 73%-81% (בסולם מ 0-100). מניתוח ריגרסיות רבות משתנים עולה כי דוברי ערבית דיווחו על איכות טיפול ראשוני יותר טובה באופן מובהק ודוברי הרוסית דיווחו על איכות טיפול ראשוני פחות טובה באופן מובהק, בהשוואה לדוברי עברית בכל ששת מימדי הטיפול הראשוני בשליטה במשתנים סוציו-דמוגרפיים וסוג הקופה. דוברי ערבית גם דיווחו על איכות הטיפול הטובה ביותר בשחרור מבית החולים בהשוואה לדוברי עברית ורוסית.

תרומת המחקר: הממצאים מצביעים על צורך בשיפור איכות הטיפול בחולים אונקולוגיים בתפר בין בית החולים לקהילה. בנוסף, קיימים הבדלים בתפיסותיהם של מטופלים אונקולוגיים מקבוצות אוכלוסיה שונות את איכות הטיפול הראשוני ואיכות השחרור מבית החולים. סיבות אפשריות להבדלים כוללות ציפיות שונות מהטיפול, השפעות תרבותיות, ו/או הבדלים בטיפול. המלצות לגבי צמצום הפערים ושיפור המעבר בין מערכות מטפלות יידונו.

חדירת הרפואה המשלימה לשוק הבריאות בישראל ופיתוח מודל לשילובה במערכת הבריאות

תמר שלום, נדב דוידוביץ, אבישי גולדברג

המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

מטרה: תיאור התפתחותה, חדירתה וניסיון השתלבותה של הרפואה המשלימה בשוק הבריאות בישראל ובניית מודל לשילובה במערכת הבריאות.

שיטה: בוצע מחקר איכותני אשר כלל ראיונות עומק חצי מובנים בקרב 45 בעלי תפקידים במערכת הבריאות כגון: רופאים קונבנציונליים, מטפלים ברפואה משלימה, אנשי מנהל ברפואה קונבנציונלית, אנשי מנהל ברפואה משלימה ונציגי ארגוני חולים. עיבוד הנתונים נעשה בתוכנת ATLAS.ti (V 5.0).

תוצאות: תוצאות המחקר העיקריות כוללות את הסיבות לחדירת הרפואה המשלימה למערכת הבריאות כפי שהציגו המרואיינים וביניהן דרישת הציבור והביקוש לתחום, את מידת השתלבותה של הרפואה המשלימה במערכת הבריאות והסיבות לכך, את התפתחות הרפואה המשלימה בישראל מבחינת המרכזים הרפואיים המציעים את שירותיה, מידת שימוש המטופלים והגורם המפנה העיקרי. כמו כן, המרואיינים נשאלו לגבי מידת הפיקוח על התחום וסוג הפיקוח המתאים ולגבי סוגיית המחקר הרפואי בתחום מבחינת המתודולוגיה המחקרית המתאימה ביותר.

מסקנות: הסוגיות השונות שהוצגו במחקר העלו דעות חלוקות בין קבוצות המרואיינים השונות ובעיקר בין אנשי הרפואה הקונבנציונלית ואנשי הרפואה המשלימה.

במחקר מוצג מודל לשילוב הרפואה המשלימה במוסדות מערכת הבריאות על סמך הראיונות שבוצעו. המודל המוצע מתאים למבנה מערכת הבריאות הקיים במדינת ישראל ולדפוסי השימוש בשירותי הבריאות הקיימים. האתגר הינו במציאת האיזון שבין שמירת צביונה ומאפייניה הייחודיים של הרפואה המשלימה מחד ובין שילובה ברפואה הקונבנציונלית על ידי הפיכתה למקובלת ולגיטימית יותר על ידי הממסד, מאידך.

תרומת המחקר: המחקר בוחן את סוגיית מקומה של הרפואה המשלימה במערכת הבריאות בארץ כפי שהיא נתפסת בעיני השחקנים המרכזיים בתחום ובסיכומו מוצע מודל ייחודי לשילובה במערכת הבריאות בארץ.

