



# הכנס השנתי ה-13 למדיניות הבריאות

## ספר תקצירים

יום ד', כ"ד אייר תשע"ח,

ה-9 במאי 2018

מלון דיוויד אינטרקונטיננטל, תל-אביב

יו"ר הכנס: ד"ר ערן הלפרן

# הכנס השנתי ה-13 למדיניות הבריאות

יו"ר הכנס: ד"ר ערן הלפרן

יום ד', כ"ד אייר תשע"ח, ה-9 במאי 2018  
מלון דיוויד אינטרקונטיננטל, תל-אביב

## תוכן עניינים

עמ'	
5	פתיחה - זמיר הלפרן
6	תוכנית הכנס
7	תוכנית מושבים מקבילים
11	רשימת הרצאות - לפי א-ב
15	רשימת פוסטרים - לפי א-ב
21	תקצירי הרצאות - לפי מושבים
97	תקצירי פוסטרים - לפי א-ב

### ועדה מדעית של הכנס:

#### ערן הלפרן - יו"ר

אליק אבירם, עינת אלרן, מיכאל הברטל, זמיר הלפרן, דורית וייס, יעקב זילברג, גבריאל חודיק, חאלד כרכבי, אורלי מנור, פאולה פדר-בוביס, יוסי פליסקין

### ועדת שיפוט פוסטרים:

פאולה פדר-בוביס - יו"ר, מיכאל הברטל, מרינה לאוננקו

**לבאי הכנס השנתי ה-13 למדיניות בריאות שלום רב,**

ברוכים הבאים לכנס השנתי של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות בראשותו של ד"ר ערן הלפרן. כנס זה מוקיר את זכרו של פרופ' חיים דורון שהיה ממעצבי דמותה של מערכת הבריאות בישראל וכיהן כיושב ראש קופת חולים "כללית" במשך 12 שנה. כמו כן היה פרופ' דורון מיוזמי וממקימי המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות. הוא קנה לעצמו שם כמומחה לבריאות הציבור, פיתח וקידם את תחום רפואת המשפחה כמומחיות, עסק בנושא זה במחקר והיה פרופסור לרפואה קהילתית באוניברסיטת תל-אביב.

אנו עדים כיום לתהליך מעניין של הסטת חולים ומאמצים מבתי חולים, לקהילה ולטיפול בבית. כראוי למורשת שהנחיל לנו פרופ' חיים דורון הכנס השנה ידון בבעיות המובילות בתחום ניהול מערכות הרפואה בקהילה. יועלו נושאים כגון: יחסי קופות החולים - בתי חולים, מדדי איכות רפואית ואיכות נתפסת בקהילה, שימוש בטכנולוגיות מחשוב לניהול, ניהול תקציבי של המערכת, יחסי קופות-רופאים, תפיסות ניהוליות חדשות וכו'. בזכותו וביוזמתו של פרופ' דורון זכה המכון הלאומי להיות גורם מרכזי במערכת הבריאות בישראל.

כמדי שנה הוגשו גם הפעם למעלה מ-270 עבודות להצגה בכנס והבחירה ביניהם הייתה קשה. התקצירים הנבחרים המכונסים בחוברת זו עוסקים אומנם במגוון רחב של נושאים אבל לכולם מטרה אחת - השאיפה לקדם ולשפר את מערכת הבריאות בכלל ואת הרפואה הקהילתית בפרט.

תודות לצוות המכון - זיוה, סיגל, ביאנקה וליאור שעשו את הכל כדי שיהיה לנו כנס מעניין ומהנה.

**אני מאחל לכולנו כנס מהנה ופורה**

**בברכה**



**פרופ' זמיר הלפרן**

**המנהל המדעי**

**המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות**



# הכנס השנתי ה-13 למדיניות הבריאות

לזכרו של פרופ' חיים דורון ז"ל

בשיתוף שירותי בריאות כללית

יום ד', כ"ד אייר תשע"ח, ה-9 במאי 2018

מלון דיוויד אינטרקונטיננטל, תל-אביב

הרשמה, קפה ותערוכת ePosters

09:00-08:00

מליאת פתיחה - יו"ר: פרופ' זמיר הלפרן, המכון הלאומי

10:30-09:00

דברי ברכה ח"כ הרב יעקב ליצמן - סגן שר הבריאות

פרופ' אורלי מנור, המכון הלאומי

מר נועז בר ניר, שירותי בריאות כללית

פרופ' ערן סגל, מכון ויצמן

הרצאת אורח

רפואה מותאמת אישית בעזרת חיידקי מעיים ומידע קליני

ד"ר ערן הלפרן, יו"ר הכנס

דברי פתיחה

הפסקת קפה ותערוכת ePosters

11:00-10:30

מושבים מקבילים:

13:00-11:00

• מדיניות בריאות

• כלכלת בריאות

• רפואת הקהילה

• ארגון השירותים וחווית המטופל

• פערים ואוכלוסיות מיוחדות

• איכות

• IT, חיסונים

• מקצועות הבריאות

ארוחת צהריים ותערוכת ePosters

14:00-13:00

מליאת סיכום - מורשתו של פרופ' חיים דורון ז"ל - יו"ר: פרופ' אורלי מנור, המכון הלאומי

16:30-14:00

הענקת פרס "הפוסטר המצטיין"

הכרזה על פרס שנתי של המכון הלאומי על שם פרופ' חיים דורון ז"ל

גב' חנה הולנד, בתו של פרופ' חיים דורון ז"ל - קווים לדמותו

פרופ' שפרה שורץ, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב - רופא וג'נטלמן

ד"ר יעקב זילברג, שירותי בריאות כללית - מפעל חייו בכללית

ד"ר ברוך רוזן, מכון ברוקדייל - מרפואה ראשונית דרך המכון הלאומי לכתב עת מדעי

פאנל "שירותי הרפואה בקהילה" - יו"ר: פרופ' שמעון גליק, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

פרופ' נחמן אש, מכבי שירותי בריאות

ד"ר יאיר בירנבאום, שירותי בריאות כללית

פרופ' שלמה וינקר, לאומית שירותי בריאות

ד"ר דוד מוסינזון, מאוחדת

מר משה בר סימן טוב, משרד הבריאות

## מושבים מקבילים

### מושב 1 מדיניות בריאות יו"ר: גבי בן-נן, תמר שוחט

23	ידע ותפיסות סיכון בקרב ישראלים לגבי עישון טבק: הצורך בפעולה מתקנת ומיידית	רוזן	לאה
24	מעקב לאחר מדיניות בריאות לאורך שנים: המקרה של ניתוחי שבר צוואר ירך תוך 48 שעות	רוזנפלד	מיכאל
25	תכנון משתף של סוגיות חברתיות בבריאות: המקרה של הועדה למיגור גזענות, אפליה והדרה במערכת הבריאות	אבני	שלומית
26	סיקור אלימות בן זוג בשירותי בריאות וקבלת מידע להתמודדות עם התופעה בקרב נשים בגיל הפריורן בישראל	דאוד	ניהאיה
27	אלימות כלפי רופאים ורופאות: "מכאן לאן?"	שפרן-תקוה	סיגל
28	אופניים חשמליים - שימוש מוגבר במשאבי אשפוז בהשוואה לאופניים רגילים וזינוק במספר מאושפזים	סימן-טוב	מאיה
29	הרפורמה בסימון מוצרי מזון בישראל - מוכנות הציבור והיערכות נדרשת	טמיר	אורלי
30	הגדלת שיעור תורמי איברים בישראל: גיבוש מודלים חדשים להקצאת איברים להשתלה בהתאם להעדפות הציבור והמומחים	אלאלוף	אמיר
31	שינוי פני הרפואה? עמדות קובעי מדיניות במערכת הבריאות לאור העלייה בשיעור הרופאות במדינת ישראל	פדר-בוביס	פאולה

### מושב 2 כלכלת בריאות יו"ר: ניר קידר, סיגל רגב-רוזנברג

32	מגמות ברגולציה של ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל	חורב	טוביה
33	ההשלכות של השינויים בזכאות לפטור מתשלום לאגרות רפואיות על דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקהילה	אנגלצ'ין-ניסן	אסתי
34	האם השקעה במניעת זיהומים נרכשים בבתי החולים בישראל משתלמת כלכלית?	כהן	מתן
35	האתגר הכלכלי והבריאותי בשאלת הוויתור על שירותי בריאות בקרב האוכלוסייה המבוגרת	טור-סיני	אביעד
36	הערכת כדאיות כלכלית של מדיניות מימון ציבורי של טיפולי הפריה חוץ-גופית בישראל	וירש	ליטל
37	חציון לעומת תוחלת ההישרדות בעקומות קפלן-מאיר: איזה מדד משקף טוב יותר את הערך הקליני האמיתי של תרופות אונקולוגיות שהוכללו בסל הבריאות הישראלי?	בן אהרון	עומר
38	שימוש בחוות דעת רפואית שנייה לפי מסלול תשלום בשב"ן 'החזר' לעומת 'הסדר': מאפיינים, שימושים ועמדות מטופלים	שמואלי	ליאורה
39	האפידמיולוגיה והנטל הכלכלי של שברי צוואר ירך בישראל	ברנע	רועי
40	השאה (maximization) של תוצאי בריאות לאוכלוסייה במסגרת תקציב נתון: נקודות המבט של מקבלי החלטות ובעלי עניין מתוך ומחוץ למערכת הבריאות בישראל	ארבל	רון

### מושב 3 רפואת קהילה יו"ר: דורית וייס, חאלד כרכבי

41	חאלד	כרכבי	הערכים המרכזיים ברפואת המשפחה בראי רופאי המשפחה והמטופלים, עמדות מול מציאות
42	גליה	זכאי	מי מטפל במטפל? פניה לרופא משפחה "אישי" - חסמים וחלופות
43	יעל	אשכנזי	מתמחים ברפואת המשפחה: בחירה במקצוע והתנסות בהתמחות
44	יוני	יוסף	האקולוגיה של צריכת שירותי הרפואה בישראל
45	איתי	שורץ	הקשר בין הטיפול הרפואי ועומס העבודה של הרופא: המקרה של רופא המשפחה
46	אירית	צ'ודנר	כוונת רופאי המשפחה להטמיע טכנולוגיות רפואה מרחוק: מקומה של שליטה על סביבת העבודה
47	דן	אבן	עד כמה מודעים רופאי הקהילה לשירותים רפואיים הזמינים למטופליהם? ממצאי ביניים מסקר לאומי
48	ענבר	לבקוביץ	תפיסות רופאי משפחה ומטופלים ביחס לתפקוד מיני בגיל המבוגר
49	ניבה	אזוז ליברמן	רפואת משפחה - מה השתנה בציפיות ובשביעות הרצון של מטופלים ב-20 השנה האחרונות?

### מושב 4 ארגון השירותים וחוויית המטופל יו"ר: אפרת ברון-הרלב, רחלי מגנזי

50	שוש	פלג	התערבות קהילתית למניעת סוכרת בקרב מטופלים עם טרום-סוכרת בסיכון גבוה - ניסיון של שנתיים
51	עדית	זהר-בז'ה	צידה לדרך - תוכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל מחקר עוקבה רטרוספקטיבי (2010-2017) והמלצות יישומיות לעתיד
52	יעל	אפלבוים	בטרם נפנה למלר "ד... דפוסי שימוש במוקדי "טרם" לרפואה דחופה בקהילה CASE STUDY-
53	אמית	גור	הפרעה מקוונת בעת ביקור אצל הרופא והשפעתה על תפיסת איכות השירות ושביעות רצון המטופל
54	אנה	לרנר	מרחב ההמתנה: מבעיה למתנה
55	גלית	שפר	שימוש בעצי החלטה לסקרי חוויית המטופל: תובנות חביוות לחיזוק תחושת המטופלים שהם בידיים טובות
56	אילה	קובו-גרינהוט	הפשרת טיפול רפואי קפוא
57	דורי	ריבקין	אבחון וטיפול לילדים עם הפרעת קשב: נגישות וזמינות השירותים, גורמים המשפיעים על פניה לשירותים
58	ויטליה	ליבמן	טכנולוגיות גנומיות באבחון טרום לידתי: עמדות נשים לאחר לידה לגבי דיווח ממצאים בהיריון
59	סיגל	דרדיקמן	"דוקטור, אתה 10!": כיצד מטופלים תופסים את מקצועיות הרופאים?

**מושב 5 פערים ואוכלוסיות מיוחדות יו"ר: גבי חודיק, יהודה ניומרק**

60	האם קיים קשר בין מעמד סוציו-אקונומי לבין תחלואה ותמותה בחולי סוכרת בישראל?	להד	אמנון
61	מדוע התמותה כתוצאה מתאונת דרכים גבוהה יותר בקרב ערבים לעומת יהודים?	טרונך	אבבה
62	תת אבחון ופערים בטיפול בחולי דמנציה בישראל - ממצאי הסקר הלאומי הראשון Under-diagnosis of dementia and gaps in treatment in Israel - results of the first national survey	צוקר	ענבר
63	לא רק אחריות האישה: קידום בריאות בקרב נשים ערביות בעדשה מגדרית-תרבותית	פלאח	שירין
64	גורמים הקשורים לשימוש מוגבר בשירותי הבריאות בחולים עם רפלקס קיבתי-ושטי בקהילה	נעאמנה	וואסף
65	אשפוז בר מניעה - מגמות בעשור האחרון	חקלאי	צינה
66	הבדלים בשימוש במערכת הבריאות בקהילה, בתפיסות בייחס למצב הבריאות וצריכת שרותי בריאות בקרב גברים הומוסקסואלים לעומת גברים הטרוסקסואלים	פרבר	רוני
67	מהם הגורמים החברתיים, תרבותיים וממסדיים לביקוש רב לשימוש באנטיביוטיקה בחברה הערבית בישראל מנקודת ראות חברי הקהילה, ורקחים ורופאים ערבים	ח'זאן	מרם
68	מחלות לב וכלי דם - שיעורי אשפוז והימצאות גורמי סיכון קרדיו-וסקולריים בקרב יוצאי אתיופיה בישראל	ראובן	יונתן

**מושב 6 איכות יו"ר: דורון דושניצקי, אהובה וייס-מייליק**

69	סרטן המעי הגס - תוכנית התערבות להמשך בירור לאחר קבלת ממצא חיובי בבדיקת דם סמוי בצואה	אזולאי	רויטל
70	הפסקה מבוקרת בו זמנית של הרבה תרופות כטיפול בריבוי תרופות - יעילות ובטיחות Poly-de-prescribing to treat polypharmacy: efficacy and safety	גרפינקל	דורון
71	"מכפיל כח" במניעת אשפוזים חוזרים: תפקיד ההסבר הניתן ע"י רופא המשפחה בעת ביקור לאחר השחרור מבית החולים	ריאן-גרה	נוסיבה
72	כימותרפיה בחולי סרטן - מתי הטיפול הופך לחסר תוחלת?	קאהן	נתן
73	ניתוח חשיבות מדד הרצף הטיפולי (Care Transition) באמצעות טכניקות לכריית ידע	הוד	רפאל
74	הקשר בין תיאום בין מטפלים בטיפול אנטי סרטני פומי לבין תפיסות המטופל לגבי נחיצות הטיפול אל מול החשש מתופעות הלוואי	כהן קסטל	אורית
75	היארעות וגורמי סיכון לעיוורון בקרב חולי הסוכרת: מנתוני הרישום הלאומי לסוכרת בישראל	לוצקי	מירי
76	מי קובע איך נמות? קבלת החלטות סופנית בתנאי חירום	סבאן	מור
77	הקשר בין התפקוד הקוגניטיבי של חולי סוכרת מבוגרים לתוצאי הבריאות שלהם	מרזון	יבגני



**מושב 7 ז, חיסונים יו"ר: איתמר גרוטו, ורדה שלו**

78	מגמות בהכללת טכנולוגיות שאינן תרופות בהרחבת סל שירותי הבריאות בישראל	טריקי	נעה
79	מיזם SMART MEDICINE - פרוייקט חדשני לניהול (LEAN) של השימוש בבדיקות עזר	עטאללה	יסמין
80	הרשת החברתית ככלי תמיכה בחולים במחלות מעי דלקתיות	גודני	ליהי
81	שינוי בצריכת שירותי בריאות בתחום גילוי סרטן השד לאחר שידור התוכנית "עובדה" בנושא סרטן שד בצעירות	קושניר	יוסף
82	רופא מחפש זהות - תפיסות הרופאים את מערכת הביקורים הווירטואליים בעידן בו התקשורת היא גורם מכריע בעיצוב ותיווך התנהגות תרבותית וחברתית	אש	נחמן
83	השינוי בתחלואה דמויית שפעת בתל-אביב בילדים שחוסנו כנגד שפעת במסגרת בתי הספר ובבני משפחותיהם	שבירו רוזמן	נעה
84	חיסון רוטה בקהילה - האם צמצם אשפוז ילדים?	גורדון	עטל- שולמית
85	"חיסון" לשיעור התחסנות נמוך? הכוח המוטיבציוני של "תשלום מראש" לקבלת החלטות מקדמות בריאות	מנצורה	אודליה
86	אופטימיזציה של מדיניות החיסון כנגד מחלת השעלת בישראל	כהנא	דור

**מושב 8 מקצועות הבריאות יו"ר: מיכאל הלברטל, ליאורה ולינסקי**

87	תפיסת רופאים לגבי מעלותיו של "הרופא הטוב"	דופלט	קרן
88	סקר האיגוד הישראלי לרפואת ילדים 2017 - שחיקה בקרב רופאי ילדים	גרוסמן	צחי
89	התנהגויות מקדמות בריאות והקשר שלהן לסביבה ארגונית, שחיקה ושביעות רצון בקרב אחיות ואחים בישראל	ווילף מירון	רחל
90	עוזרי רופא במחלקות לרפואה דחופה: מודל חדש לרפואה ראשונית?	מעוז ברויאר	רינה
91	תוכנית מובנית לשחרור מטופלים מאשפוז - ביצוע ותוצאים	ישראלי	ענת
92	תחושת אוטונומיה בעבודה בקרב אחיות קהילה	ניסנהולץ-גנות	רחל
93	ידע בנוגע לתכנון מוקדם בקרב אנשי מקצוע בבתי אבות	ורנר	פרלה
94	החלפת מנהל המחלקה הוא המשתנה היחיד החוזה בצורה משמעותית שיפור במדדי ביצוע במחלקות כירורגיות בישראל	סגל	צבי
95	הרחבת היקף המתמחים ברפואת משפחה - הלכה למעשה	קודש	שלומי

## רשימת הרצאות (א-ב מרצים)

#	שם פרטי	שם משפחה	כותרת התקציר	מושב	עמ'
1	דן	אבן	עד כמה מודעים רופאי הקהילה לשירותים רפואיים הזמינים למטופליהם? ממצאי ביניים מסקר לאומי	רפואת הקהילה	47
2	שלומית	אבני	תכנון משתף של סוגיות חברתיות בבריאות: המקרה של הועדה למיגור גזענות, אפליה והדרה במערכת הבריאות	מדיניות	25
3	ניבה	אזוז ליברמן	רפואת משפחה - מה השתנה בציפיות ובשביעות הרצון של מטופלים ב-20 השנה האחרונות?	רפואת הקהילה	49
4	רויטל	אזולאי	סרטן המעי הגס - תוכנית התערבות להמשך בירור לאחר קבלת ממצא חיובי בבדיקת דם סמוי בצואה	איכות	69
5	אמיר	אלאלוף	הגדלת שיעור תורמי איברים בישראל: גיבוש מודלים חדשים להקצאת איברים להשתלה בהתאם להעדפות הציבור והמומחים	מדיניות	30
6	אסתי	אנגלצ'ין-ניסן	ההשלכות של השינויים בזכאות לפטור מתשלום לאגרות רפואיות על דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקהילה	כלכלה	33
7	יעל	אפלבויס	בטרם נפנה למלר"ד... דפוסי שימוש במוקדי "טרם" לרפואה דחופה בקהילה כ-CASE STUDY	ארגון השירותים וחוויית המטופל	52
8	רון	ארבל	השאה (maximization) של תוצאי בריאות לאוכלוסייה במסגרת תקציב נתון: נקודות המבט של מקבלי החלטות ובעלי עניין מתוך ומחוץ למערכת הבריאות בישראל	כלכלה	40
9	נחמן	אש	רופא מחפש זהות - תפיסות הרופאים את מערכת הביקורים הווירטואליים בעידן בו התקשורת היא גורם מכריע בעיצוב ותיווך התנהגות תרבותית וחברתית	IT, חיסונים	82
10	יעל	אשכנזי	מתמחים ברפואת המשפחה: בחירה במקצוע והתנסות בהתמחות	רפואת הקהילה	43
11	עומר	בן אהרון	חציון לעומת תוחלת ההישרדות בעקומות קפלן-מאייר: איזה מדד משקף טוב יותר את הערך הקליני האמיתי של תרופות אונקולוגיות שהוכללו בסל הבריאות הישראלי?	כלכלה	37
12	רועי	ברנע	האפידמיולוגיה והנטל הכלכלי של שברי צוואר ירך בישראל	כלכלה	39
13	ליהי	גודני	הרשת החברתית ככלי תמיכה בחולים במחלות מעי דלקתיות	IT, חיסונים	80
14	אמית	גור	הפרעה מקוונת בעת ביקור אצל הרופא והשפעתה על תפיסת איכות השירות ושביעות רצון המטופל	ארגון השירותים וחוויית המטופל	53
15	עטל-שולמית	גורדון	חיסון רוטה בקהילה - האם צמצם אשפוז ילדים?	IT, חיסונים	84
16	צחי	גרוסמן	סקר האיגוד הישראלי לרפואת ילדים 2017 - שחיקה בקרב רופאי ילדים	מקצועות הבריאות	88
17	דורון	גרפינקל	הפסקה מבוקרת בו זמנית של הרבה תרופות כטיפול בריבוי תרופות - יעילות ובטיחות Poly-de-prescribing to treat polypharmacy: efficacy and safety	איכות	70

#	שם פרטי	שם משפחה	כותרת התקציר	מושב	עמ'
18	ניהאיה	דאוד	סיקור אלימות בן זוג בשירותי בריאות וקבלת מידע להתמודדות עם התופעה בקרב נשים בגיל הפריורן בישראל	מדיניות	26
19	קרן	דופלט	תפיסת רופאים לגבי מעלותיו של "הרופא הטוב"	מקצועות הבריאות	87
20	סיגל	זרדיקמן	"דוקטור, אתה 110!": כיצד מטופלים תופסים את מקצועיות הרופאים?	ארגון השירותים וחווית המטופל	59
21	רפאל	הוד	ניתוח חשיבות מדד הרצף הטיפולי (Transition Care) באמצעות טכניקות לכריית ידע	איכות	73
22	רחל	ווילף מירון	התנהגויות מקדמות בריאות והקשר שלהן לסביבה ארגונית, שחיקה ושביעות רצון בקרב אחיות ואחים בישראל	מקצועות הבריאות	89
23	ליטל	וירש	הערכת כדאיות כלכלית של מדיניות מימון ציבורי של טיפולי הפריה חוץ-גופית בישראל	כלכלה	36
24	פרלה	ורנר	ידע בנוגע לתכנון מוקדם בקרב אנשי מקצוע בבתי אבות	מקצועות הבריאות	93
25	עדית	זהר-בז'ה	צידה לדרך - תוכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל מחקר עוקבה רטרוספקטיבי (2010-2017) והמלצות יישומיות לעתיד	ארגון השירותים וחווית המטופל	51
26	גליה	זכאי	מי מטפל במטפל? פניה לרופא משפחה "אישי" - חסמים וחלופות	רפואת הקהילה	42
27	מראם	ח'זאן	מהם הגורמים החברתיים, תרבותיים ומסדיים לביקוש רב לשימוש באנטיביוטיקה בחברה הערבית בישראל מנקודת ראות חברי הקהילה, רוקחים ורופאים ערבים	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	67
28	טוביה	חורב	מגמות ברגולציה של ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל	כלכלה	32
29	ציונה	חקלאי	אשפוז בר מניעה - מגמות בעשור האחרון	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	65
30	אביעד	טור-סיני	האתגר הכלכלי והבריאותי בשאלת הוויתור על שירותי בריאות בקרב האוכלוסייה המבוגרת	כלכלה	35
31	אורלי	טמיר	הרפורמה בסימון מוצרי מזון בישראל - מוכנות הציבור והיערכות נדרשת	מדיניות	29
32	אבבה	טרונך	מדוע התמותה כתוצאה מתאונת דרכים גבוהה יותר בקרב ערבים לעומת יהודים?	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	61
33	נעה	טריקי	מגמות בהכללת טכנולוגיות שאינן תרופות בהרחבת סל שירותי הבריאות בישראל	IT, חיסונים	78
34	יוני	יוסף	האקולוגיה של צריכת שירותי הרפואה בישראל	רפואת הקהילה	44
35	ענת	ישראלי	תוכנית מובנית לשחרור מטופלים מאשפוז - ביצוע ותוצאים	מקצועות הבריאות	91
36	מתן	כהן	האם השקעה במניעת זיהומים נרכשים בבתי החולים בישראל משתלמת כלכלית?	כלכלה	34
37	אורית	כהן קסטל	הקשר בין תיאום בין מטופלים בטיפול אנטי סרטיני פומי לבין תפיסות המטופל לגבי נחיצות הטיפול אל מול החשש מתופעות הלוואי	איכות	74
38	דור	כהנא	אופטימיזציה של מדיניות החיסון כנגד מחלת השעלת בישראל	IT, חיסונים	86

#	שם פרטי	שם משפחה	כותרת התקציר	מושב	עמ'
39	חאלד	כרכבי	הערכים המרכזיים ברפואת המשפחה בראי רופאי המשפחה והמטופלים, עמדות מול מציאות	רפואת הקהילה	41
40	ענבר	לבקוביץ	תפיסות רופאי משפחה ומטופלים ביחס לתפקוד מיני בגיל המבוגר	רפואת הקהילה	48
41	אמנון	להד	האם קיים קשר בין מעמד סוציו-אקונומי לבין תחלואה ותמותה בחולי סוכרת בישראל?	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	60
42	מירי	לוצקי	היארעות וגורמי סיכון לעיוורון בקרב חולי הסוכרת: מנתוני הרישום הלאומי לסוכרת בישראל	איכות	75
43	ויטליה	ליבמן	טכנולוגיות גנומיות באבחון טרום לידתי: עמדות נשים לאחר לידה לגבי דיווח ממצאים בהיריון	ארגון השירותים וחוויית המטופל	58
44	אנה	לרנר	מרחב ההמתנה: מבעיה למתנה	ארגון השירותים וחוויית המטופל	54
46	אודליה	מנצורה	"חיסון" לשיעור התחסנות נמוך? הכוח המוטיבציוני של "תשלום מראש" לקבלת החלטות מקדמות בריאות	IT, חיסונים	85
45	רינה	מעוז ברויאר	עוזרי רופא במחלקות לרפואה דחופה: מודל חדש לרפואה ראשונית?	מקצועות הבריאות	90
47	יבגני	מרזון	הקשר בין התפקוד הקוגניטיבי של חולי סוכרת מבוגרים לתוצאי הבריאות שלהם	איכות	77
48	רחל	ניסנהולץ-גנות	תחושת אוטונומיה בעבודה בקרב אחיות קהילה	מקצועות הבריאות	92
49	וואסוף	נעאמנה	גורמים הקשורים לשימוש מוגבר בשירותי הבריאות בחולים עם רפלוקס קיבתי-ושטי בקהילה	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	64
50	מור	סבאן	מי קובע איך נמות? קבלת החלטות סופנית בתנאי חירום	איכות	76
51	צבי	סגל	החלפת מנהל המחלקה הוא המשתנה היחיד החוזה בצורה משמעותית שיפור במדדי ביצוע במחלקות כירורגיות בישראל	מקצועות הבריאות	94
52	מאיה	סימן-טוב	אופניים חשמליים - שימוש מוגבר במשאבי אשפוז בהשוואה לאופניים רגילים וזינוק במספר מאושפדים	מדיניות	28
53	יסמין	עטאללה	מיזם SMART MEDICINE - פרוייקט חדשני לניהול (LEAN) של השימוש בבדיקות עזר	IT, חיסונים	79
54	פאולה	פדר-בוביס	שינוי פני הרפואה? עמדות קובעי מדיניות במערכת הבריאות לאור העלייה בשיעור הרופאות במדינת ישראל	מדיניות	31
55	שירן	פלאח	לא רק אחריות האישה: קידום בריאות בקרב נשים ערביות בעדשה מגדרית-תרבותית	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	63
56	שוש	פלג	התערבות קהילתית למניעת סוכרת בקרב מטופלים עם טרום-סוכרת בסיכון גבוה - ניסיון של שנתיים	ארגון השירותים וחוויית המטופל	50
57	רוני	פרבר	הבדלים בשימוש במערכת הבריאות בקהילה, בתפיסות ביחס למצב הבריאות וצריכת שרותי בריאות בקרב גברים הומוסקסואלים לעומת גברים הטרוסקסואלים	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	66
58	אירית	צ'ודנר	כוונת רופאי המשפחה להטמיע טכנולוגיות רפואה מרחוק: מקומה של שליטה על סביבת העבודה	רפואת הקהילה	46

#	שם פרטי	שם משפחה	כותרת התקציר	מושב	עמ'
59	ענבר	צוקר	תת אבחון ופערים בטיפול בחולי דמנציה בישראל - ממצאי הסקר הלאומי הראשון Under-diagnosis of dementia and gaps in treatment in Israel - results of the first national survey	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	62
60	נתן	קאהן	כימותרפיה בחולי סרטן - מתי הטיפול הופך לחסר תוחלת?	איכות	72
61	אילה	קובו-גרינהוט	הפשרת טיפול רפואי קפוא	ארגון השירותים וחווית המטופל	56
62	שלומי	קודש	הרחבת היקף המתמחים ברפואת משפחה - הלכה למעשה	מקצועות הבריאות	95
63	יוסף	קושניר	שינוי בצריכת שירותי בריאות בתחום גילוי סרטן השד לאחר שידור התוכנית "עובדה" בנושא סרטן שד בצעירות	IT, חיסונים	81
64	יונתן	ראובן	מחלות לב וכלי דם - שיעורי אשפוז והמצאות גורמי סיכון קרדיו-וסקולריים בקרב יוצאי אתיופיה בישראל	פערים ואוכלוסיות מיוחדות	68
65	לאה	רוזן	ידע ותפיסות סיכון בקרב ישראלים לגבי עישון טבק: הצורך בפעולה מתקנת ומיידית	מדיניות	23
66	מיכאל	רוזנפלד	מעקב לאחר מדיניות בריאות לאורך שנים: המקרה של ניתוחי שבר צוואר ירך תוך 48 שעות	מדיניות	24
67	נוסייבה	ריאן-גרה	"מכפיל כח" במניעת אשפוזים חוזרים: תפקיד ההסבר הניתן ע"י רופא המשפחה בעת ביקור לאחר השחרור מבית החולים	איכות	71
68	דורי	ריבקין	אבחון וטיפול לילדים עם הפרעת קשב: נגישות וזמינות השירותים, גורמים המשפיעים על פניה לשירותים	ארגון השירותים וחווית המטופל	57
69	נעה	שבירו רוזמן	השינוי בתחלואה דמויית שפעת בתל-אביב בילדים שחוסנו כנגד שפעת במסגרת בתי הספר ובבני משפחותיהם	IT, חיסונים	83
70	איתי	שורץ	הקשר בין הטיפול הרפואי ועומס העבודה של הרופא: המקרה של רופא המשפחה	רפואת הקהילה	45
71	ליאורה	שמואלי	שימוש בחוות דעת רפואית שנייה לפי מסלול תשלום בשב"ן 'החזר' לעומת 'הסדר': מאפיינים, שימושים ועמדות מטופלים	כלכלה	38
72	גלית	שפר	שימוש בעצי החלטה לסקרי חוויית המטופל: תובנות חבויות לחיזוק תחושת המטופלים שהם בידיים טובות	ארגון השירותים וחווית המטופל	55
73	סיגל	שפרן-תקוה	אלימות כלפי רופאים ורופאות: "מכאן לאן?"	מדיניות	27

## רשימת פוסטרים (א-ב מרצים)

#	שם פרטי	שם משפחה	כותרת התקציר	עמ'
1	מיטל	אבגיל צדוק	ריבוד הסיכון לשבץ במבוטחים עם פרפור פרודורום: השוואה בין ביצועי שלושה סלמות סיכון באותה האוכלוסייה	99
2	חנאן	אבו ג'בל	בחינת השירותים הקיימים עבור אנשים עם דמנציה ומשפחותיהם בחברה הערבית	100
3	בדראן	אבו זאיד	פרוייקט אנמיה	101
4	חאלד	אבו חוסיין	הרצף הטיפולי - מערך לקידום המשכיות טיפול מבית החולים לקהילה	102
5	מרים	אבורבה	עומס במחלקה לרפואה דחופה - מה קורה בצפון?	103
6	רינת	אברהם	הקשר בין מאפייני אישיות לתהליך הדואלי של אימוץ פעילות גופנית בקרב העוסקים במקצוע הסיעוד	104
7	אתי	אוחיון	המעטפת עבור נשים עם ממצא בשד - רפואה ראשונית בשילוב רפואה שניונית	105
8	יותם	אופיר	לאום, דת ומידת דתיות: מאפייני היפגעות ילדים בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות בישראל	106
9	אנה	אוצ'רטיאנסקי	התאמת טיפול תרופתי סביב ניתוח בריאטרי	107
10	ניבה	אזוז	צמצום בירוקרטיה במערכת הבריאות	108
11	אסתי	אנגלצ'ין-ניסן	השוואה בין צריכת שירותי בריאות אזרחיים של חיילי צה"ל לבין הצריכה של אזרחים בני גילם	109
12	רחל	אריאלי	שיפור איכות ממשק מוקד אחיות, חבר, אימון ותרגול מענה לשיחות מורכבות	110
13	נסים	ארמלי	"מוסיפים סמכות ומשפרים שירות" - הפניית אחות מוקד חירום לצילומי רנטגן	111
14	יעל	אשכנזי	הממשק בין רופאי משפחה למערכת בריאות הנפש בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש	112
15	ג'ון	בורובסקי	פיתוח מדיניות לאפשר לרופאות משפחה לבצע בדיקות משטח צוואר הרחם למטופלותיהן - יישור קו לאור הניסיון של ארה"ב, אנגליה, אוסטרליה וצרפת	113
16	יעקב	ביאר	החלטות כלכליות של מתמודדים עם דיכאון קליני	114
17	אורית	בלומנפלד	הקשר בין מספר מיטות לניתוחי לב בתקן ו"נדידת" חולים מועמדים לניתוח מעקפים	115
18	אופיר	בן אסולי	שימוש בתיאוריית מערכת העבודה (WST) לקביעת עקרונות להנגשת כלי חיזוי לשימוש הרופא בנקודת הטיפול	116
19	אביבה	בן ברוך	מניעת היפוגליקמיה במטופלים קשישים עם סוכרת המאוזנים ביתר	117
20	חן	בן לולו	הטמעת תוכנית יישומית לטיפול בפצועים זקנים הסובלים מירידה קוגניטיבית המאושפזים בביה"ח כתוצאה מטראומה	118
21	אריאל	בניס	אפיון של אוכלוסיית חולי הסוכרת באמצעות מקבצים לפי דפוסי תקשורת בשירותי בריאות כללית בשנת 2015	119
22	מירי	בר	שיפור יישום המלצות הייעוץ הגריאטרי	120
23	טללית	ברהוד	הקשר בין רמת דתיות לבין ידע ועמדות בנוגע למחלת הסרטן - מחקר חתר בקרב אוכלוסיית צעירים בריאים בישראל	121
24	מיכל	ברומברג	עודף משקל והשמנה בקשישים בישראל, 2014-2015	122

#	שם פרטי	שם משפחה	כותרת התקציר	עמ'
25	אולגה	ברייטמן טקץ'	צמצום שימוש ממושך בביספוספונטים פומיים	123
26	שולי	ברמלי-גרינברג	מהם אתגרי הרפואה הראשונית בישראל בעידן החדש?	124
27	ירון	ברנשטיין	איכות ברפואת שיניים מחזון למציאות	125
28	רון	ברקת	חיזוי תוחלת חיים - תיקוף מדד שנברג לחיזוי תמותה לטווח ארוך במבוגרים בקהילה	126
29	בשורה	בשורת	שינוי בתפיסת מערכת הבריאות וארגוני מערכת הבריאות בהתמודדות עם בעיית הסוכרת	127
30	אלון	גולדברג	מתוקים ורגישים: טמפרמנט של רגישות גבוהה מאוד בקרב חולים בסוכרת-נעורים	128
31	נחמה	גולדברגר	מגמות בשירותי השיקום בבריאות הנפש בקהילה	129
32	שרון	גולדמן	היפגעות בישראל: האם הכל קשור לאי-שוויון?	130
33	ענבל	גולדשטיין	הקמת רישום ממוחשב של חולי כבד שומני ראשון בישראל	131
34	אסתי	גולן	מניעת היפגעות ילדים על בסיס איסוף נתוני היפגעות במרכזים לרפואה דחופה - מודל עבודה בין מגזרי	132
35	אביבית	גולן-כהן	מ.ס.ר - מודל ישים ואפקטיבי לניהול חולי הסוכרת במרפאה ראשונית	133
36	יונתן	גופר	רפואת הקהילה בחזון החינוכי של הפקולטה לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון במבחן הזמן	134
37	נסיה	גורדון	עוברים מאדום לירוק	135
38	איריס	גורן	השקת רשם קליני לחולי מחלות מעי דלקתיות במכבי - כלי מערכתי אינטגרטיבי לניהול מחלה כרונית וניהול מדיניות	136
39	ענבל	גלובוס	מיומנויות בינאישיות בקרב מועמדים לניתוח בריאטרי בהשוואה לקבוצת ביקורת	137
40	שרהלי	גלסר	קצה הקרחון: אובדנות לאחר הלידה בישראל	138
41	דפנה	דה-פריז	האם שימוש יתר באנטיביוטיקה קשור לעמדות הרופאים?	139
42	ענת	דותן	ליווי היריון במאוחדת - צמצום פערים במגזר הערבי	140
43	ניבי	דיין	מרכזיותה של רפואת הקהילה עבור יוצאות אתיופיה - המקרה של תכנון משפחה	141
44	לורה	דיסקין	גנומטר-2: תוכנה בשילוב יעוץ גנטי מרכזי לניהול ובחירת בדיקות גנטיות בהיריון	142
45	יעקב	דריייהר	היארעות סרטן בקרב ניצולי שואה: מחקר מעקב רטרוספקטיבי	143
46	דפנה	הרן	דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש: סקר צרכנים	144
47	קרן	הרשקופ	מהכיתה למרפאה, מעקב ארוך טווח אחרי בוגרי ההכשרות לתפקיד מחנך לסוכרת	145
48	יעל	וולף שגיא	איזון סוכרת ובריאות הנפש: ממצאים מהתוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה	146
49	קלרה	וייל	מדיניות האבחון והטיפול באנדומטריוזיס: היבטים אפידמיולוגיים	147
50	שלמה	וינקר	פרדוקס ההשמנה בקרב חולי סוכרת מסוג 2: האם אכן השמנת-יתר משמעותה פרוגנוזה גרועה יותר?	148

#	שם פרטי	שם משפחה	כותרת התקציר	עמ'
51	ליאורה	ולינסקי	חצי עבודה: בירור החסמים במערכת, במטפלים ובמטופלים לאי-ביצוע המשך בירור אחרי בדיקה חיובית לדם סמוי בצואה	149
52	עידית	ורד	התחלה בריאה	150
53	מונירה	חמדאן	ניהול אפקטיבי של רצף טיפולי מול הקהילה כמקדם איכות כלכלית ומניעת אשפוז עודף	151
54	אלעד	חרץ	גורמי סיכון למחלת-לב איסכמית: פערים לפי מצב חברתי-כלכלי, מין וגיל ממצאים מהתוכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה בשנת 2016	152
55	אביעד	טור-סיני	השלכות חברתיות וכלכליות של תוכנית החיסון נגד שיתוק ילדים בישראל	153
56	עינת	טילבור	דפוסי ההפניה למיון פסיכיאטרי בבית חולים כללי על ידי רופאי משפחה	154
57	אריאל	ישראל	נוגדי קרישה פומיים ישירים (DOACs) Direct Anticoagulants לעומת וורפרין בחולי פרפור פרוזודורים ללא בעיה מסתמית קשור להפחתה משמעותית בתמותה	155
58	מתן	כהן	הטיות קוגניטיביות, סוגי מחלות וטיפול וקבלת החלטות בוועדת הסל	156
59	רוחמה	כהן	איתור רטינופתיה סוכרתית - השוואה בין שימוש בניידת לבדיקות עיניים לבין בדיקות עיניים במודל הקיים, במחוז דרום, מאוחדת	157
60	שירה	כסלו	אסדרה ופיקוח על תכולת מוצרי טבק המשווקים בישראל - האם הגיע הזמן "להכשיר את השרץ"?	158
61	אימי	לב	"זה בעצם נוגד את כל המסרים שמעבירים אלינו שנים של גילוי מוקדם": כיצד אנשים מגיבים כאשר מציגים להם את הסוגיה של 'בדיקות-יתר'	159
62	אורן	להק	מודל התערבות פסיכולוגית ברמת עצימות עולה ברפואה הראשונית	160
63	מאיה	לוונטר-רוברטס	שילוב אגרות חוב חברתיות עם טיפול רפואי מבוסס מידע על מנת למנוע סוכרת במטופלי שירותי בריאות כללית	161
64	דיאן	ליון	D - C.H.A.N.G.E. - פיתוח והערכת תוכנית קידום בריאות לשינוי התנהגות בריאותית וניהול עצמי של אנשים עם סוכרת בכללית מוקדש לפרופ' חיים דורון ז"ל, מהתומכים והמקדמים של חינוך וקידום בריאות בכללית	162
65	מיכל	לרון	אבחון דמנציה במועד: שיקולים, חסמים ותועלות מנקודת מבטם של המאובחנים ובני משפחותיהם	163
66	תמר	מדינה-הרטום	האם יש הבדל בתפיסות בין אנשי הצוות לבין המטופלות לגבי יישום 'המטופל-במרכז' בטיפולי פוריות?	164
67	זהר	מור	ניתוח עלות יעילות של צילומי חזה כסקירה לשחפת בקרב אנשים המכורים לסמים בתל-אביב	165
68	סיגל	מזור	תיקוף שאלון OHRWB המשמש בתהליך קבלת ההחלטה להפניית מאושפז בבית חולים גריאטרי לרופא שיניים	166
69	רחלי	מיזן	רופא ואחות בקהילה - 50 שנות ניסיון, מחזונו של חיים דורון ז"ל ועד לאחות מומחית בקהילה	167
70	יפה	מכנס	לא בכל מחיר: ביקוש קופות חולים לתרופות	168
71	יהודית	מלצר	איכות חיים בגיל השלישי	169
72	רינה	מעוז ברויאר	הטיפול של רופאי ילדים בקהילה בילדים עם בעיות נפשיות	170
73	מיכל	מקרוב	טכנולוגיות גנומיות באבחון טרום-לידת: עמדות אנשי מקצוע מתחום הגנטיקה הקלינית לגבי דיווח ממצאים מסוג Susceptibility Loci	171



#	שם פרטי	שם משפחה	כותרת התקציר	עמ'
74	אלי	מרום	שירות חדש לאוכלוסיות הסיכון - הטמעת הייעוץ הרוקחי באמצעות כספי תמיכה	172
75	מור	סבאן	בוחרים בתבונה? רפואה יועצת במסווה של רפואת חירום	173
76	טובי	סקס	סדנה לטיפול מיטבי בסובלים מכאב כרוני/פיברומיאלגיה	174
77	שני	פוטזמן-יונה	התערבות מוקדמת ומניעת שברים אוסטאופורוטיים במטופלים לאחר שבר במחוז מרכז, מכבי שירותי בריאות	175
78	אסף	פולק	יתרונות אשפוז בית שיקומי תחליף למוסד לאחר ניתוחים אורתופדיים	176
79	רחל	פיש	פענוח מוניטור עוברי און ליין - פיתוח חדשני מבית מכבי שירותי בריאות	177
80	תמר	פישמן מגן	כניסת אחיות מומחיות בקהילה למערכת הבריאות בישראל - כך זה קרה במאוחדת	178
81	בקה	פלדמן	הערכת ההתערבות מפות שיחה לסוכרת: תוצאות בריאותיות, התנהגות בריאותית וצריכת שירותי בריאות עד 4 שנים לאחר ההתערבות	179
82	טליה	פליישמן	הימצאות ומידת האיזון של כאב בתכנון טיפול תמיכתי במטופלי המודיאליזה כרונית	180
83	אילה	פרג	"אפשר אחרת" - הפיזיותרפיסט ברפואה ראשונית בקהילה	181
84	עומר	פרי	קבלת החלטה לזיהוי דום לב מחוץ לבית חולים בהנחיית מוקדן חירום	182
85	שרונה	צדוק רוזנבלוט	בחינת המשמעויות וההשלכות של מודלים למימון ואספקת ביטוח וטיפול סיעודי במדינות נבחרות ובישראל	183
86	עדי	צוונג גונן	השפעת טיפול בדיקור סיני שניתן במסגרת מרפאה בקהילה על איכות החיים של חולי סרטן	184
87	דניאלה	צולקר פיריאן	מובילי בריאות בקהילה כמערך תומך ברפואת המשפחה	185
88	ענבר	צוקר	ישימות של שימוש בקודי אבחנה לבניית רישום לכף רגל סוכרתית בארגון בריאות גדול	186
89	פטריסיה	צימרמן	חולים כרוניים בידיים טובות במחוז שרון שומרון!	187
90	ורד	קאופמן-שריקי	תוכניות לקידום בריאות בירושלים, 2017, מיפוי כללי, איכות ופרישת תוכניות במסגרת רפואת הקהילה	188
91	ערד	קודש	הקשר בין שימוש במולטי ויטמינים וחומצה פולית לפני ובמהלך ההיריון בקרב אימהות והסיכון לאוטזים בקרב ילדיהן	189
92	ישי	קום	סקר היחידות לאשפוזי בית במאוחדת - גיבוש המלצות לאחזקה מקצועית ומניעת שחיקה אישית וצוותית לאורך זמן	190
93	דורון	קומנשטר	היענות לטיפול תרופתי בקרב חולי יתר לחץ דם - מחלה אחת, עם היענות שונה לתרופות שונות	191
94	ורד	קופל	תוצאות נבדקים - בקרה ותיקה בעידן חדש	192
95	ליאת	קורן	מחקר אורך: קשרים פרוספקטיביים בין שימוש בקנאביס למדדים בריאותיים וחברתיים חיוביים ושלייליים עוקבים בקרב מבוגרים-צעירים אמריקאים	193
96	מלי	קושא	אלימות כלפי המטפלים במאוחדת	194
97	ליטל	קינן בוקר	אוסטאופורוזיס בקשישים בישראל, 2014-2015	195
98	טלי	קניג	שוויון בבריאות - בניית מדיניות ארוכת טווח וחוצת מערכות	196

עמ'	כותרת התקציר	שם משפחה	שם פרטי	#
197	גישת הריאיון המוטיבציוני - יצירת שפה אחידה בתקשורת צוות רב מקצועי במכוני סוכרת	קסל	צביה	99
198	יעילות הטיפולים בהפטיטיס C - נתונים "מהחיים האמיתיים" במכבי שירותי בריאות	קציר	צחי	100
199	סקר שביעות רצון מטופל בקרב עובדי הבריאות כראי לאיכות השירות	קרואני	חן	101
200	סכרת - אפשר גם אחרת	קרן	בלה	102
201	ילדים בסיכון: גישה יעילה לאיתור התעללות	קרני-ויזל	יעל	103
202	הנחיות מקדימות בישראל	ראובן	יונתן	104
203	רצף הטיפול במבוטחי מאוחדת שבצעו ניסיון אובדני קשה	רביב	גיל	105
204	שיתוף ידע של גורמים מטפלים בדיירי דיור מוגן מבוטחי מכבי - רפואה מתואמת ורציפה	רדומיסלסקי	זוריאן	106
205	ירידה בתועלת של תרופות לגמילה מעישון במהלך השנה הראשונה: מטא-אנליזה של ניסויים רנדומליים ומבוקרים	רוזן	לאה	107
206	מגמות בהיארעות סרטן שד, ביצוע ממוגרפיה ושימוש בטיפול הורמונלי חלופי בקרב מבוטחות מכבי שירותי בריאות 2002-2014	רוזנברג	ורד	108
207	רפואה אינטגרטיבית והעצמת המטופל בבית החולים הציבורי אסותא אשדוד בשיתוף מכבי שירותי בריאות - פרויקט CONNECARE במימון של האיחוד האירופי	רון	רעות	109
208	השפעת עיצוב תפקיד אחות אחראית על תוצאים	רותם	ענת	110
209	השפעת מעקב היריון קבוצתי על ידע נשים הרות בסיכון נמוך תוך השוואה למעקב פרטני	רצון	רונית	111
210	חקירת מרכיבי קבלת החלטות משותפת בטיפול בריפוי בעיסוק	שגב (רז)	ליאת	112
211	השפעות קצרות טווח של הפסקת עישון על מטבוליזם בגוף האדם	שגב מילבר	ענבל אלונה	113
212	שירות מהיר ויעיל לרופא המטפל התייעלות בבדיקת צליאק במעבדה הרפואית	שגב שרון	לימור	114
213	הגורמים המשפיעים על החלטות נשים לעבור בדיקת ממוגרפיה לפני גיל 50 בניגוד להנחיות משרד הבריאות	שהרבני	שוש	115
214	מדדי דם סמוי והיפרליפידמיה - מדדי איכות בראי השירות, מרפאת דרום	שוורצמן פינקו	אורלי	116
215	היארעות שבר בצוואר הירך	שטיימן	עדה	117
216	מערכת משרד הבריאות לניהול רשומה ממוחשבת בתחום שירותי הבריאות המונעים בקהילה "לגדול עם מחשבה בריאה"	שטיין-זמיר	חן	118
217	התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות: ממחקר למדיניות ולמציאות	שטרנברג	שלי	119
218	חסמים לשימוש בשירותי הרפואה בקהילה של אוכלוסיית הבדואים בנגב	שיבלי	חנין	120
219	דבקות בתזונה בסגנון ים תיכוני בקרב בני 65 ומעלה בישראל	שמעוני	טל	121
220	תוכנית הזה"ב - תוכנית התמיכה בחולה המאושפז בבית חולים, מניעת סיבוכי אשפוז בחולים מבוגרים	תלם	רתם	122



# תקצירי הרצאות

## ידע ותפיסות סיכון בקרב ישראלים לגבי עישון טבק: הצורך בפעולה מתקנת ומיידית

לאה רוזן<sup>1</sup>, דוד רייר<sup>2</sup>, רברט שוורץ<sup>3</sup>, מיכל תליתמן<sup>1</sup>, ליאור זוונזיגר<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת תל-אביב

2. אוניברסיטת בר-אילן

3. אוניברסיטת טורנטו

**רקע:** בעקבות ההשקה של מוצרי טבק בפוטנציאל לסיכון מופחת, יחד עם טענות על הפחתת הסיכון הנשמעות מתעשיית הטבק בארצות שונות, קהילת בריאות הציבור מוצאת את עצמה עומדת בפני דילמות לגבי איך להציג אינפורמציה על מוצרים חדשים אלו עבור הציבור. עם זאת, ישנן עדיין אוכלוסיות רבות שכנראה עם ידע לקוי על הסיכונים הטמונים בשימוש בסיגריות בעירה קטלניות (סב"ק).

**מטרות:** מאמר זה מציג ידע ותפיסות לגבי עישון וחשיפה לסב"ק בקרב ישראלים בוגרים.

**שיטות:** סקר טלפוני לאומי עם מדגם מייצג של 505 משתתפים (שיעור היענות=60%) נערך בישראל. נעשה שימוש במודלים רב-משתניים על מנת לזהות משתנים הקשורים בידע ותפיסות לגבי סיכון.

**ממצאים:** רק 15.8% מכל מי שענה לסקר, ו-7.2% ממעשנים פעילים, ענו באופן מדויק על ארבעת שאלות הידע. מכל המשיבים, 6.7% לא ענו על אף אחת משאלות אלו בצורה נכונה. רק 28.6% ידעו כי עישון גורם ליותר נזק מאשר תאונות דרכים, משיבים רבים (30.3%) לא היו מודעים שחשיפה לעשן מטבק גורמת גם סרטן ריאות וגם למחלת לב. 27.2% לא ידעו שעישון מקצר תוחלת חיים ופוגע באיכות החיים ו-31.1% לא ידעו שכל, או רוב, המעשנים הכבדים יסבלו בעיות בריאותיות שנגרמות מעישון. למעשנים פעילים, תפיסת הסיכון נובע מעישון היתה הנמוכה ביותר. לא נמצא קשר בין מגדר, מעמד חברתי-כלכלי או רמת השכלה לידע מדויק או תפיסות הסיכון.

**מסקנות והמלצות:** ידע על הנזק הנגרם על ידי עישון אקטיבי ופאסיבי של סיגריות בעירה נמוך בקרב ישראלים. יש צורך הכרחי במנגנון חינוך יעיל עבור הציבור הרחב בנוגע לכלל מוצרי הטבק והניקוטין, שכן זה חיוני לפיקוח וריסון השימוש בטבק ונזקיו.

## מעקב לאחר מדיניות בריאות לאורך שנים: המקרה של ניתוחי שבר צוואר ירך תוך 48 שעות

מיכאל רוזנפלד, עדי גבעון, קבוצת הטראומה בישראל, קובי פלג

מכון גרטנר

**רקע:** מחקרים רבים הוכיחו כי ניתוח צוואר ירך מוקדם מיטיב עם המטופלים, בשנת 2004 התנה משרד הבריאות את התגמול לביה"ח על ניתוחים אלו בביצועם תוך 48 השעות הראשונות של האשפוז. בשנת 2013 הוגדר 'אחוז ניתוחי שבר צוואר ירך מוקדמים' כאחד ממדדי איכות אשר אמורים להיות מדווחים שנתית למשרד הבריאות על ידי ביה"ח. יחד עם זאת, המאפיינים הקליניים של מטופלים מסוימים מצדיקים השהייה של ניתוח לצורך ייצובם או הפסקת נטילת תרופות. שילוב של תמריצים כלכליים עם מדדי איכות ארגוניים עלול להשפיע על השיקולים הקליניים- זמן הניתוח האופטימלי.

**מטרות:** לבחון את הקשר בין 'אחוז הניתוחים המוקדמים' לתמותת המטופלים בביה"ח לאורך תקופת מעקב ארוכה ואת קיומם של גורמים העשויים להשפיע על הקשר בין זמן הניתוח לתמותה.

**שיטות:** ניתוח מגמות של מאושפדים עקב שבר צוואר ירך מבוסס מאגר הטראומה הלאומי בשנים 2000-2016. נבחנו מגמות באחוז הניתוחים, אחוז ניתוחים תוך 48 שעות, תמותה באשפוז, מין וגיל.

**ממצאים:** מגמת התמותה לא נמצאה קשורה למגמה של 'אחוז הניתוחים המוקדמים': תהפוכות חדות בתמותה לאורך השנים היו בסתירה לעלייה היציבה באחוז הניתוחים ב-48 השעות הראשונות של אשפוז. גיל המטופלים מספק הסבר להעדר השפעה של שיפור בביצועים ארגוניים על תוצאים רפואיים - למרות שחולים מתחת לגיל 85 אכן מרוויחים מניתוחים מוקדמים יותר, עבור חולים מבוגרים יותר לא נמצא יתרון כזה. קבוצת הגיל של בני 80-84 בעלת התנודות החדות ביותר בתמותה, כאשר בקרב בני +85 העלייה החדה ביותר בתמותה נרשמה בשנת 2014, לאחר שאחוז הניתוחים המוקדמים הוגדר כמדד איכות עבור ביה"ח.

**מסקנות והמלצות:** למרות שהתמריצים הארגוניים הצליחו להביא את 'אחוז ניתוחי שבר צוואר ירך מוקדמים' ליעד שנקבע, מגמת התמותה היתה מעורבת, בלי יכולת להצביע על איזשהו שיפור עקבי. ההסבר לכך טמון בממצא שקבוצות מסוימות של חולים כלל לא מרוויחות מהשיפור בביצועים ארגוניים, ועקב זאת אסור להתייחס לאוכלוסיית היעד של מדיניות כמקשה אחת. בבואם של מקבלי החלטות להשפיע על הפרמטרים הארגונים של התפקוד הקליני, עליהם להתנות את היעדים הארגוניים בתוצאים קליניים רלוונטיים בהתאם למאפייני קבוצות ספציפיות של מטופלים.

## תכנון משתף של סוגיות חברתיות בבריאות: המקרה של הועדה למיגור גזענות, אפליה והדרה במערכת הבריאות

שלומית אבני<sup>1</sup>, איתמר גרוטו<sup>1</sup>, עינת רונן<sup>2</sup>, שגית ארבל אלון<sup>1</sup>, ענאן עבאסי<sup>3</sup>

1. משרד הבריאות

2. אלכא-ג'וינט ישראל

3. המרכז הרפואי זיו

**רקע:** בשנים האחרונות פועלת מערכת הבריאות כדי לקדם את השוויון בבריאות, לשים את המטופל במרכז ולהשפיע על הגורמים החברתיים לבריאות. בסוף 2016 מינה מנכ"ל משרד הבריאות ועדה למיגור גזענות, אפליה והדרה במערכת הבריאות. עבודת הועדה מהווה מצע לניתוח תהליכי תכנון משתפים במדיניות בריאות.

**מטרות:** לאפיין הליך תכנון משתף בתחום מדיניות בריאות בהתבסס על מקרה בוחן- פעילות הועדה.

**שיטות:** על בסיס Gutman נערך ניתוח של תהליך עבודת הועדה ותוצריה תוך התייחסות להיבטים: יחסי כוח בהרכב ואופי עבודת הועדה וניהולה; ההשפעה על סדר היום של הועדה ותכניה; התייחסות ליחסים הבינאישיים הנוצרים לצד התכנים שבליבת העשייה.

**ממצאים:** כמחצית מחברי הועדה הגיעו מהחברה האזרחית והאקדמיה והיתר ממערכת הבריאות. המינוי המקורי של הועדה כלל אנשי משרד הבריאות בלבד והורחב ביוזמת הועדה כדי לאפשר גיוון בהרכב החברים על פי מוצא ומגזר. כן שולבה מלווה מהמגזר השלישי לעבודת הועדה; סדר היום של המפגשים הוכתב על ידי משרד הבריאות ולמשתתפים לא היתה השפעה עליו. עם זאת, לחברי הועדה היתה השפעה רבה על התכנים שעלו ונכללו בדוח ההמלצות ובתוך כך בהתייחס לנושא מרכזי שעסק בגזענות מוסדית ופרשות עבר במערכת הבריאות; חברי הועדה לקחו חלק פעיל בכתיבת דוח ההמלצות. יחד עם זאת בראש הצוותים עמדו אנשי משרד הבריאות ואת ההקדמה לדוח, התקציר והתקציב חיברו אנשי המשרד; כתב המינוי הגדיר מלכתחילה עבודה על יחסים עם קהילות שנפגעו לצד עבודה על פיתוח המלצות למיגור גזענות. הנושא של יחסים ואמון עם מערכת הבריאות קיבל מקום משמעותי בדיוני הועדה וביטוי בפרק ייעודי בדוח ההמלצות.

**מסקנות והמלצות:** הליך תכנון משתף זה מדגים "איים" של השטחת היררכיה ואתגור יחסי כוחות לצד ערעור מסוים על הסטטוס-קוו בתפיסת המערכת ביחס לגזענות והדרה. עם זאת, ניתן לזהות הליך שבחלקו משמר יחסי כוחות, במיוחד בין פרופסיונאליים ושאינם ובין מגזר ציבורי למגזר שלישי. מהליך העבודה ניתן ללמוד על הליכי תכנון משתפים במערכת הבריאות אותם ראוי לחקור לעומק בהתייחס לכמות, אופי ואיכות התכנון המשתף לצד ההשפעה בפועל על מדיניות. במהלך הסקירה יוצגו היבטים אלו ומסקנות הדוח והמלצותיו.

## סיקור אלימות בן זוג בשירותי בריאות וקבלת מידע להתמודדות עם התופעה בקרב נשים בגיל הפריורן בישראל

ניהאיה דאוד, אילנה שהם-ורדי, רוסלאן סגריינקו

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** אלימות בן זוג (אב"ז) הנה בעיה חמורה בבריאות הציבור שהשלכותיה קשות על בריאותן הפיזית והנפשית של נשים. לפי ארגון הבריאות העולמי כשליש מהנשים חוות אלימות כלשהי במהלך חייהן. נשים רבות פונות למערכת הבריאות כגורם ראשון לטיפול באלימות. לכן, גוברת חשיבות גילוי האלימות במסגרת בשירותי הבריאות. מדינות רבות בעולם, כולל ישראל, מיישמות מדיניות סיקור אב"ז אוניברסאלית בשירותי הבריאות.

**מטרות:** לבדוק האם בשירותי הבריאות בישראל מתקיים סיקור אב"ז אוניברסאלי בקרב נשים בגיל הפריורן והאם נשים מקבלות מידע לגבי התמודדות עם התופעה.

**שיטות:** מחקר ארצי ראשון מסוגו בישראל שנערך באוקטובר 2014 עד לאוקטובר 2015. המחקר כלל מדגם מייצג שכבתי של 1401 נשים בגילאי 16-48 אשר ביקרו ב-63 טיפות חלב ב-5 מחוזות של משרד הבריאות. את הנשים ראינו באמצעות שאלון מובנה, מדדנו אב"ז באמצעות כלי המשמש לסיקור אלימות בשירותי הבריאות. סיקור אלימות נבדק על ידי השאלה, "האם אי פעם במהלך ביקורך בשירותי בריאות מישהו שאל אותך האם את קורבן אב"ז?", הנשים גם נשאלו אם הן קיבלו מידע לגבי התמודדות עם אב"ז.

**ממצאים:** כ-40% מהנשים במחקר דווחו על אב"ז. יותר ממחצית (51%) מכלל הנשים במחקר ומהנשים קורבנות אב"ז דיווחו שהן אף פעם לא נשאלו על אב"ז במסגרת ביקורן בשירותי הבריאות. בניתוח רב משתני, יחס הסיכונים ורווח בר סמך (95%) של אי סיקור אלימות היה גבוה יותר בקרב נשים קורבנות אב"ז 1.28 (1.00-1.65), ונשים שהן בסיכון גבוה לאב"ז: נשים ערביות 2.42 (1.27-4.62), לא בהיריון עם ילדים 2.16 (1.02-4.60), נשים בעלות השכלה נמוכה 2.00 (1.23-3.24), נשים דתיות 1.46 (1.05-2.03), ומסורתיות 1.44 (0.99-2.09). טיפת חלב הייתה הגורם הראשון לשאל על אב"ז (31%), לאחר מכן קופ"ח (6%), ובית חולים (2%). כמו כן, רק כמחצית מהנשים דווחו שהן קבלו מידע לגבי דרכים להתמודדות עם אב"ז. נשים בסיכון לאב"ז קבלו פחות מידע.

**מסקנות והמלצות:** ממצאי המחקר מעידים על כך שבשירותי הבריאות לא מתקיים סיקור אוניברסאלי של אב"ז וגם לא ניתן מידע אוניברסלי לגבי התמודדות עם התופעה. לכן חשוב לפעול על מנת לשנות מצב זה שכן אב"ז כרוכה בעלויות כלכליות למערכת הבריאות.



## אלימות כלפי רופאים ורופאות: "מכאן לאן?"

סיגל שפרן-תקוה<sup>1</sup>, חן שמילון<sup>2</sup>

1. מרכז רפואי בית חולים הדסה עין כרם

2. הר"י

**רקע:** אלימות כלפי צוותים רפואיים מצד מטופלים ומלוויהם הפכה להיות אחת הבעיות הקשות איתן מתמודדים צוותים רפואיים. אלימות זו, הנמצאת במגמת עלייה מתמדת, מהווה בעיה חברתית קשה בעולם ובישראל מאחר ומלבד הפגיעה באיכות הטיפול ובארגון היא מהווה גורם תורם משמעותי לפציעות תעסוקתיות. ואכן, במרץ האחרון האלימות בישראל הגיעה לנקודת השפל עם הרצחה של האחות הגב' טובה קררו ז"ל. כחלק ממאבק ההסתדרות הרפואית בישראל בתופעת האלימות ולאור המחסור במידע לקביעת מדיניות מושכלת קבענו את מטרות הסקר.

### מטרות:

1. לבחון את מידת החשיפה להתנהגויות אלימות כלפי רופאים/ות מצד מטופלים ומלווים.
2. לזהות גורמי סיכון לאלימות.
3. לבחון דרכי התנהלות של הצוותים.

**שיטות:** סקר כמותי, באמצעות שאלון אינטרנטי לכלל הרופאים/ות המשתייכים להסתדרות הרפואית בישראל.

**ממצאים:** השתתפו 1,988 רופאים (60%) ורופאות (40%) בגיל ממוצע  $12 \pm 49$ , וותק ממוצע  $13 \pm 21$  שנים העובדים בקהילה ובמסגרות נוספות. מרבית המשתתפים (82%, N=1,630) דיווחו כי חוו אלימות בחצי השנה האחרונה מצד מטופל/מלווה. סוג האלימות שנמצא כשכיח ביותר (55%) הינו אלימות מילולית ולאחריו, איומים (19%). חשיפה לאלימות נמצאה כקשורה לשינויים במוטיבציה (40%) לשינויים במצב הנפשי (26%) ואף לירידה בהערכה המקצועית (20%). עוד נמצא כי מרבית האירועים (55%) התרחשו בבית חולים כללי ו-37% בקופת חולים/בקהילה. הסיבות לאלימות כללו הגעת מטופלים עצבניים מכלתחילה (36%), המתנה ארוכה (20%) וחוסר שביעות רצון מהטיפול (20%). באשר לאופן ההתמודדות, 56% מהרופאים דיווחו כי ניסו להרגיע את המטופל בשיחה ו-43% קראו לביטחון. עוד עולה כי 76% דיווחו כי במקום עבודתם לא מוצב שוטר במדים בעוד ש-38% דיווחו כי היו לבד בעת האירוע. בנוסף, גברים דיווחו כי חוו יותר אלימות באופן מובהק מנשים (66.8% (N=119) Vs. 33.2% (N=239); p=0.002); (אך פחות הטרדה מינית מנשים (69.8% (N=98) Vs. 30.2% (N=42); p<0.0001) לצד זאת, עבור כל סוגי האלימות, למעט אלימות פיזית, מומחים מדווחים יותר חוויית אלימות ממתמחים וגימלאים פעילים. בעלי ותק נמוך מדווחים יותר על חשיפה לאלימות.

**מסקנות והמלצות:** לאור הפוטנציאל העצום לנזק קטלני, על מנהיגי מערכת הבריאות להוביל תוכניות התערבות מיידיות.

## אופניים חשמליים - שימוש מוגבר במשאבי אשפוז בהשוואה לאופניים רגילים וזינוק במספר מאושפזים

מאיה סימן-טוב, אירה רדומיסלנסקי, קבוצת הטראומה בישראל, קובי פלג

מכון גרטנר

**רקע:** עם השנים חלה עלייה דרמטית במספר רוכבי אופניים חשמליים המלווה בעלייה במספר המאושפזים כתוצאה מתאונה בה היו מעורבים כלי רכב אלו.

**מטרות:** לתאר את המגמות באשפוז עקב תאונת אופניים חשמליים לעומת רגילים בחמש השנים האחרונות. לבחון את ההבדל בשימוש במשאבי ביה"ח בקרב מאושפזים שנפגעו בתאונה בה היו מעורבים אופניים חשמליים לעומת רגילים.

**שיטות:** מחקר רטרוספקטיבי בקרב פצועים שהתאשפזו כתוצאה מתאונת אופניים חשמליים או רגילים המבוסס על נתוני רישום הטראומה הלאומי בשנים 2013-2017. נבחנו מגמות באשפוז לאורך השנים והבדלים בסוג הפגיעה, חומרתה ושימוש במשאבי ביה"ח בין נפגעי תאונת אופניים חשמליים לעומת רגילים.

**ממצאים:** לפי רישום הטראומה בין השנים 2013-2017 היו 2,025 אשפוזים כתוצאה מתאונת אופניים חשמליים ו-7,867 כתוצאה מאופניים רגילים. עם השנים חל זינוק של פי 3 בשיעור המאושפזים ל-1,000 כלי רכב כתוצאה מתאונת אופניים חשמליים לעומת ירידה בקרב אופניים רגילים. מרבית הנפגעים כתוצאה מאופניים חשמליים היו בקבוצת גיל 16-59 (אך הולכי הרגל שנפגעו בתאונה היו בעיקר ילדים או קשישים), בעוד שכמחצית מקרב נפגעי אופניים רגילים הינם ילדים (מתחת לגיל 16). נפגעי אופניים חשמליים בהשוואה לרגילים היו באופן מובהק בעלי אחוז גבוה יותר של פגיעות ראש קשות (13% לעומת 10%), שהו בטיפול נמרץ (9% לעומת 7%), אושפזו ליותר מ-4 ימים (35% לעומת 29%) והועברו לשיקום (5% לעומת 3%). בקרב נפגעי תאונת אופניים חשמליים, אחוז המועברים לשיקום נמצא גבוה יותר בקרב הולכי הרגל בקבוצת גיל 60+.

**מסקנות והמלצות:** הזינוק המשמעותי במספר המאושפזים כתוצאה מתאונה מוביל למספר גדול יותר של מאושפזים אשר צורכים משאבי אשפוז בשיעור גבוה יותר בהשוואה לנפגעי אופניים רגילים. העלאת המודעות והאכיפה לשימוש בקסדות, בעיקר בקרב אופניים חשמליים, הינו צעד הכרחי לצמצום פגיעות הראש הקשות המובילות לשימוש רב במשאבי ביה"ח. בנוסף, יש לאכוף באופן מאסיבי יותר רכיבה במדרכות- דבר שיכול לצמצם את הפגיעה בהולכי רגל (בעיקר ילדים וקשישים).

## הרפורמה בסימון מוצרי מזון בישראל - מוכנות הציבור והיערכות נדרשת

אורלי טמיר<sup>1</sup>, עמי בן-יהודה<sup>2</sup>, דניאלה צולקר-פיריאן<sup>3</sup>, איתמר רז<sup>4</sup>

1. מכון גרטנר

2. עמותת מהיום לאורח חיים בריא ומניעת סוכרת

3. מיזם עוצמה

4. המועצה הלאומית לסוכרת

**רקע:** כחלק מהמלחמה במגפת ההשמנה בישראל, המליץ משרד הבריאות בדצמבר 2016 על סימון של מוצרי מזון המכילים כמויות גדולות של סוכר, מלח או שומן רווי, ככלי עזר עבור הציבור בישראל לרכישה וצריכה של מזון. ההמלצות אושרו על ידי הכנסת כתקנות והן תיכנסנה לתוקף בינואר 2020. בחלון הזמן עד יישומן, חשוב להבין את מידת מקובלותן בעייני הציבור בישראל על מנת להיערך בהתאם.

**מטרות:** להעריך את מידת המודעות של הציבור בישראל לרפורמת סימון המוצרים ועמדותיו ביחס אליה, וללמוד לגבי היערכות במדינות אחרות ליישום של רפורמות דומות.

**שיטות:** מחקר זה הוא מסוג חתך, במסגרתו בוצע סקר טלפוני בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת (בני 18 ומעלה) בישראל. הסקר כלל 10 שאלות סגורות. טעות הדגימה 4.4%. בנוסף, נסקרו יוזמות דומות לסימון מוצרי מזון במדינות אחרות, מתוך העיתונות, ספרות מקצועית ופרסומים רשמיים, בדגש על תקופת היערכות ליישום.

**ממצאים:** בסקר הטלפוני נכללו 500 איש. מהסקר עולה כי רק מחצית מהציבור שמע על הרפורמה טרם הסקר. מבין הנסקרים, 86% סבורים שהרפורמה חשובה עד חשובה מאד ו-82% תומכים עד תומכים בה מאד. 37% העריכו כי היא תשפיע על הרגלי קניית מזון וצריכתו ו-48% העריכו כי היא תוביל את חברות המזון לשיפור הרכב המוצרים. מידת החשיפה לרפורמה נמצאה במתאם הפוך לרמה חברתית-כלכלית. עד היום, המדינה היחידה שאימצה באופן מחייב סימון של מוצרי מזון היא צ'ילה. מדינות אחרות, כגון אנגליה, מיישמות סימון באופן וולנטרי. הסימון נמצא יעיל רק אם היה מלווה בפעולות נוספות, שעיקרן הסברה רחבה.

**מסקנות והמלצות:** הציבור בישראל אינו מודע מספיק לרפורמה מרכזית שמוביל משרד הבריאות במלחמתו בהשמנה בישראל. הרפורמה תהיה רלוונטית רק אם תלווה בהסברה, ובעיקר בקרב השכבות החברתיות-כלכליות הנמוכות, כבר עכשיו, עוד לפני כניסתן לתוקף של תקנות סימון המוצרים.

## הגדלת שיעור תורמי איברים בישראל: גיבוש מודלים חדשים להקצאת איברים להשתלה בהתאם להעדפות הציבור והמומחים

אמיר אלאוף, יוסף פליסקין, תהילה קוגוט

אוניברסיטת בר-אילן

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** הקצאת מספר מוגבל של איברים להשתלה מציבה אתגר בפני קובעי המדיניות לשמר איזון בין הוגנות בנגישות (הזדמנות שווה להשתלה) ויעילות רפואית (ניצול איברים אופטימלי). לאור הביקוש הרב לאיברים מול הזמינות הדלה, הדיון על הדרך המיטבית לשימוש במשאב זה הוא מהותי. על אף שאיברים להשתלה הם משאב ציבורי, העדפות הציבור וחלקו בקביעת מדיניות ההקצאה עדיין לא ברורים ולא זוכים לייצוג הולם. מחקרים מראים שציבור החושב שמדיניות הקצאת האיברים הוגנת, יגביר את נכונותו לתרום ולחתום על כרטיס תורם. מודל ההקצאה הנהוג היום בישראל לא בהכרח משקף את עמדות הציבור.

**מטרות:** המחקר בוחן את שקלול התמורות בין יעילות והוגנות בישראל ומציג תמונה של דעות הציבור. יעדו להעריך את מודל הקצאת האיברים הנוכחי ולהציע מודלים אינטגרטיביים שישלבו בין תועלתיות ושוויונות, ישקפו את רחשי הציבור תוך התחשבות בצרכים הרפואיים ויגבירו את הנכונות לתרום איברים.

**שיטות:** פותח שאלון הבוחן עמדות הנוגעות לקריטריונים המשפיעים על תעדוף מועמדים להשתלה. איסוף הנתונים בוצע על ידי סקר טלפוני של מדגם מייצג של האוכלוסייה היהודית בישראל. יבנו מודלים חלופיים להקצאה ותבצע השוואה, באמצעות כלים אנליטיים וסימולציה מודולרית, בין מודלים אלו והמודל הנוכחי.

**ממצאים:** השאלון נענה על ידי 604 אנשים מהאוכלוסייה בישראל. הקריטריונים שדורגו כחשובים בקביעת סדר מקבלי התרומה הם סיכויי ההצלחה של ההשתלה (51.3%) וזמן המתנה של החולה לאיבר (21%). בניגוד לציפיות ובשונה מממצאים בחו"ל, גיל החולה לא נתפס על ידי הציבור הישראלי כקריטריון חשוב להקצאה (24% דרגו אותו כקריטריון הפחות בחשיבותו). 43% מהנשאלים, הן החתומים על כרטיס אדי והן אלה שלא, דרגו את החתימה על הכרטיס כקריטריון הפחות חשוב בתהליך ההקצאה. מרבית המרואיינים הביעו נכונות לתרום את איברי קרוב משפחתם. נצפתה עלייה מובהקת בנכונותם לתרום אם וכאשר הקריטריונים שהם ציינו כחשובים יכללו במדיניות ההקצאה.

**מסקנות והמלצות:** הציבור מחזיק בהשקפת עולם ורוצה שדעותיו יילקחו בחשבון בתהליך קביעת מדיניות ההקצאה ומוכן לענות על שאלות מוסריות ושיפוטיות. יש ליישם מודל אינטגרטיבי להקצאת איברים המוצא איזון המכבד את ערכי הציבור תוך שמירה על יעילות רפואית.

## שינוי פני הרפואה? עמדות קובעי מדיניות במערכת הבריאות לאור העלייה בשיעור הרופאות במדינת ישראל

פאולה פדר-בוביס<sup>1</sup>, כנרת אורן<sup>1</sup>, טוביה חורב<sup>1</sup>, ניצה היימן-נוימן<sup>2</sup>

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

**רקע:** שיעור הרופאות בישראל הולך וגדל ועומד היום על מעל 40%. השינוי בתמהיל המגדרי המקצועי, המאפיין גם מדינות אחרות ומכונה 'פמיניזציה של הרפואה', מחדד את הצורך בתכנון מדיניות מתאימה להכשרת רופאים ולהעסקתם.

### מטרות:

1. לתאר את המדיניות הקיימת בנוגע להכשרת רופאים ולהעסקתם;
2. לזהות ולבחון את החסמים וההזדמנויות הקיימים בפני רופאים ורופאות;
3. לבחון את מידת הצורך בשינוי המצב הקיים ולאתר רעיונות לרפורמות בתחום.

**שיטות:** ראיונות עומק מובנים למחצה עם מדגם מכון של 24 קובעי מדיניות ממשד הבריאות, מבתי החולים, מקופות החולים, מההסתדרות הרפואית, מהאיגודים המקצועיים ומהאקדמיה. כל הראיונות הוקלטו, שוקלטו ועברו ניתוח תמטי.

**ממצאים:** כל המרואיינים הצביעו על העדר תכנון והיערכות מערכתית לשינויים בתמהיל המגדרי. ניתוח הראיונות חשף שתי קבוצות מובחנות של עמדות כלפי העלייה בשיעור הרופאות: עמדות המתארות אתגרים מיוחדים עבור רופאות וכאלו שלא. למרות שמעט קובעי מדיניות תארו מכשולים מובנים במסגרת הכשרתן והעסקתן של רופאות, התפיסה הרווחת היא שלנשים קשה יותר ("צריכות להיות טובות יותר מגברים שמגיעים לאותה רמה"). עם זאת, עלה באופן ברור, כי בסופו של דבר האופי והכישורים הם הקובעים ולא המגדר. המרואיינים מפנימית ומכירורגיה הצביעו על הבדלים משמעותיים בין המקצועות, בעיקר בתחום ההעסקה. רוב קובעי המדיניות ציינו הבדלים בגישתם של הרופאות והרופאים הצעירים לעומת הדורות המבוגרים, שלתפיסתם במקרים רבים משמעותיים יותר מהפערים המגדריים ("דור ה-z כבר חושב אחרת"). קובעי המדיניות סבורים ששיפור תשתיות תומכות-משפחה יחד עם תכנון נכון והגדלת תקנים, חיוניים להתמודדות עם המציאות הדורית והמגדרית המשתנה.

**מסקנות והמלצות:** עמדות קובעי המדיניות חושפות התכנסות (convergence) בדפוסי ההעסקה וההכשרה של רופאות ורופאים צעירים. עם זאת, עלה בברור כי בפני רופאות ניצבים אתגרים ייחודיים ומשמעותיים, בין השאר בשל צפיות חברתיות והיבטים תרבותיים המושרשים בבתי החולים ובחברה בכלל. כל זאת ועוד, מחדדים את הצורך בחשיבה כלל מערכתית מעמיקה ובהתערבויות, במישור הארגוני והלאומי, מתוך התייחסות להיבטים הגלויים והנסתרים של השפעת השינוי הדורי והמגדרי על הכשרת רופאים והעסקתם. תכנון מושכל של מדיניות הכשרת הרופאים והעסקתם, חיוני להבטחת כמות ואיכות שירותי הבריאות בישראל.

## מגמות ברגולציה של ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל

טוביה חורב, שני זיטון

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** שוק ביטוחי הבריאות רווי בכשלי-שוק. לאור זאת, קיים צורך באסדרת השוק. הרגולציה בשוק הביטוח נועדה להשיג בעיקר שלוש מטרות - הגנה על הצרכן, הבטחת היציבות הכלכלית של חברות הביטוח ועידוד תחרות בין המבטחים. במסגרת האיחוד האירופי אושרה הדירקטיבה השלישית לביטוח שאינו ביטוח חיים. זו, הכתיבה כללים לרגולטורים במדינות החברות באיחוד. מסגרת זו הגבילה למעשה את היקף המעורבות הממשלתית בשוק הביטוח, זאת במטרה לעודד סחר חופשי בין מדינות האיחוד ולצמצם חסמים בירוקרטיים. ישראל אינה חברה באיחוד ואינה כפופה לדירקטיבה. במהלך השנים בוצעה בישראל אסדרה של שוק הביטוח אולם לא הוגדרה מדיניות ברורה ועקבית.

**מטרות:** לנתח את מוקדי ההתערבות מצד המדינה בשוק ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל, בדגש על היבטים של הגנה על הצרכן, ולעקוב אחר מגמות ברגולציה לאורך זמן.

**שיטות:** מיפוי חוזרי אגף שוק ההון הביטוח והחיסכון, בתחום ביטוחי הבריאות, לסוגיהם השונים, החל משנת 2003 ועד סוף שנת 2016, וניתוחם לפי יעדי ההתערבויות ומהותם וכן ניתוח שינויי חקיקה רלוונטיים שבוצעו במהלך אותה תקופה.

**ממצאים:** סה"כ נבדקו 94 פרסומים של האגף, לרבות - חוזרים, תקנות והכרעות עקרוניות, וכן 31 תיקוני חקיקה. מרבית ההתערבויות התייחסו להיבטים הקשורים להיבטים תהליכיים כגון, החיתום, ההחרגות, חובת הדיווח והנגשת המידע, וגילוי נאות. נמצאו גם התערבויות בהיבטים הקשורים למהותו של המוצר הביטוחי. בהיבטים הקשורים לתשומות ולתמורה למבוטח מספר ההתערבויות היה מצומצם ביותר. בתקופת המחקר היקף חוזרי הרגולציה, לסוגיהם, עמד על ממוצע של כ-6.7 לשנה אולם ב-4 השנים האחרונות הוא היה גבוה יותר.

**מסקנות והמלצות:** בתקופת המחקר בוצעו התערבויות משמעותיות על ידי הרגולטור בהיבטים של ההגנה על הצרכן. עיקר הפעילות נגע להיבטים שונים בתהליכי הרישום, הדיווח, איכות השירות והטיפול בתביעות ולעיתים אף בהכתבת המוצר הביטוחי. הפעילות הרגולטורית גברה לאורך תקופת המחקר ובשנים האחרונות מידת המעורבות של הרגולטור מהותית יותר וגבוהה בהשוואה לזו הנדרשת לדוגמה במסגרת הדירקטיבה השלישית של האיחוד האירופי. עם זאת קיימים מוקדים שבהם לא בוצעה עד כה כל התערבות ומומלץ לפעול גם בהם.

## ההשלכות של השינויים בזכאות לפטור מתשלום לאגרות רפואיות על דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקהילה

אסתי אנגלצ'ין-ניסן<sup>1</sup>, אהוד קוקיה<sup>1</sup>, יהודית צמיר<sup>2</sup>, ניניו דודי<sup>2</sup>, תמר ארדסטני<sup>2</sup>

1. המכללה האקדמית רמת גן

2. מכבי שירותי בריאות

**רקע:** תשלום אגרה נועד במקורו למנוע שימוש לא נאות בשירותי רפואה, עם זאת תמיד עולה השאלה האם התשלום מהווה חסם בפני אוכלוסיות מעוטות יכולת לצרוך שירותי רפואה חיוניים. בישראל, כבמדינות רבות אחרות, קיים מנגנון של גביית תשלומים בגין השתתפות עצמית של הפרטים בזמן רכישת שירותים רפואיים. בשל החשש שחובת תשלום האגרה תרחיק קבוצות חלשות באוכלוסייה מקבלת שירותי בריאות הכרחיים הוחלט לפטור אותן מתשלום האגרה. אף על פי כן, הוחלט בשנת 2003 לבטל את הפטור מהשתתפות עצמית לחלק מהאוכלוסייה. תמורה זו אפשרה לבחון שינוי לאורך זמן בקבוצות אוכלוסייה גדולות על בסיס נתונים מתועדים לאורך שנים.

**מטרות:** אמידת השינוי בצריכת שירותים רפואיים בעבור פרטים שזכאותם לפטור שונתה. השירותים הרפואיים שנמדדו הם: ביקורי רופא ראשוני ושניוני.

### שיטות:

נבדקו כל החברים, שנכתב להם אי פעם במהלך השנים 2000-2005, קוד המעניק פטור. אוכלוסיית המחקר נחלקת לשלוש אוכלוסיות:

1. הפסיקו לקבל את הטבת הפטור.

2. המשיכו לקבל את הטבה.

3. חברים שבמהלך כל תקופת המחקר, לא היו להם הערות המקנות הטבות כלכליות.

השוואת ממוצע הביקורים לפני ואחרי נבדקה באמצעות מבחן T-test. במודל הרב משתני נעזרנו במודל היררכי פואסוני (GEE), המתאים למערך של מדידות חוזרות לכל מטופל, תוך פיקוח על מגדר, גיל, מגזר, מצב בריאות ו-SES.

**ממצאים:** מספר הביקורים הראשוניים ברבעון בקבוצה שמעולם לא קיבלה הטבות כלכליות עלה בכל המקצועות. בשתי הקבוצות שהיו זכאיות לפטור אנו רואים ירידה בביקורים ואולם הירידה בקבוצה לה בוטל הפטור גדולה מאשר בקבוצה בה לא ביטלו את הפטור. במודל הרב משתני הממצא נשמר, גם אחרי פיקוח על משתני רקע.

**מסקנות והמלצות:** מחקר זה בחן את השלכותיהן של פסיקות כלכליות על מערכת הבריאות. ברובד המעשי כומתו השינויים שחלו בצריכת שירותי הבריאות של הפרטים. ברובד הרעיוני אנו מדגישים את הסטת הרפורמה במערכת הבריאות מהעקרונות החברתיים אשר עמדו בבסיסה ובראשם ערך השוויון. העובדה שקבוצת אוכלוסייה לה בוטל הפטור השתמשה פחות בשירותי הבריאות יכולה להיות ככלי בידי בכירי מערכת הבריאות בשיח אל מול כלכלני האוצר על השלכותיהן של פסיקות כלכליות.

## האם השקעה במניעת זיהומים נרכשים בבתי החולים בישראל משתלמת כלכלית?

מתן כהן<sup>1</sup>, כרמלה שוורץ<sup>2</sup>, מיכאל רווה<sup>2</sup>, אלון מוזס<sup>2</sup>, שמואל בננסון<sup>2</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. מרכז רפואי בית החולים הדסה

**רקע:** נתונים מהעולם אומדים תוספת העלות ניכרת לכל אירוע זיהום הנרכש בבית החולים (ב"ח). מערכת הבריאות בישראל שונה ועד כה לא נערכה הערכה כלכלית דומה בישראל.

**מטרות:** הערכת הנטל הכלכלי על ב"ח וקופות החולים, המיוחס לזיהום הנרכש.

**שיטות:** מחקר עוקבה מזווג. זוהו חולים שפיתחו אחד מהבאים: זיהום בדם הקשור בצנתר מרכזי (CLABSI), זיהום בפצע הניתוח SSI, זיהום ב-Clostridium difficile (CDI). לכל מקרה זווגו שלוש ביקורות לפי אומדני תחלואה, מין, גיל ומחלקה. תועדו רכיבי הטיפול ממועד ההכללה במחקר ונאמדה עלותם. חישובו הפרש העלות ליום אשפוז לב"ח בין מקרים וביקורות ב-CLABSI ו-CDI, בעוד ב-SSI נבדקה העלות העודפת הכללית באשפוז. חושב התשלום לב"ח, לפי יום אשפוז ב-CLABSI ו-CDI ועל פי פרוצדורה (DRG) ב-SSI.

**ממצאים:** הפרש העלות לב"ח בשל זיהום (מינימום, מקסימום) היה: SSI: 3,525 ₪ (p=0.047; 4514, -270), CDI: 2,441 ₪ (p<0.001; 21,976, 7387) CLABSI 15,743 ₪ (p<0.001; 4146, 2700). העלות לב"ח ליום אשפוז ב-CLABSI ו-CDI לא הייתה שונה בין מקרים וביקורות (CDI: 33 (286-, 271), p=0.5; CLABSI: 460- (3962-, 1738), P=0.6). נמצאה עלות עקיפה עודפת לב"ח של 96,000 ₪ למקרה CLABSI בשל תגמול נמוך יותר עבור ימים עודפים בט"נ ובנוגע ל-SSI סך ההפסד לב"ח היה 19,374 ₪ למקרה. נמצאה עלות נוספת לקופת חולים (CLABSI ו-CDI) 52,465 ₪ (CLABSI ו-CDI) כתוצאה מהארכת משך האשפוז ואשפוזים חוזרים וב-SSI עלות נוספת של 9,372 ₪ מאשפוזים חוזרים.

**מסקנות והמלצות:** בהסדרי התשלום הנוכחיים לב"ח אין תמריץ כלכלי להשקיע במניעת זיהומים נרכשים מסוג CDI ומאידך ב-CLABSI (בשל הפסדים עקיפים) ו-SSI (הפסדים ישירים ועקיפים) יש תמריץ. לקופת החולים משתלם למנוע CLABSI ו-CDI ואילו ב-SSI קופת החולים מוגנת יחסית מתשלום עודף בשל שיטת החיוב (DRG). רצוי לשקול את שינוי שיטות התגמול לב"ח וכן לפרסם נתוני זיהומים על מנת לייצר מאזן הפסדי לב"ח בעקבות זיהומים נרכשים. השקעה בכוח אדם המיועד להפחתה בזיהומי SSI הינה מהלך בעל פוטנציאל רווחי לבתי החולים.



## האתגר הכלכלי והבריאותי בשאלת הוויתור על שירותי בריאות בקרב האוכלוסייה המבוגרת

אביעד טור-סיני<sup>1</sup>, עמיר שמואל<sup>2</sup>

1. המכללה האקדמית עמק יזרעאל

2. האוניברסיטה העברית בירושלים

**רקע:** הימנעות ווויתור על שירותי בריאות חיוניים היא אחת מהתופעות מעוררות הדאגה בתחום בריאות האוכלוסייה בשל השפעתה על הידרדרות אפשרית ברמת הבריאות. על רקע תוחלת החיים המתארכת והלחץ התקציבי על המימון הציבורי במדינות ה-OECD, קיים חשש להשלכות מרחיקות לכת ביחס למערכת הבריאות של הציבור המבוגר.

**מטרות:** המחקר הוא הראשון מסוגו שנערך בישראל, אשר בא לזהות את השפעות הגורמים המנבאים - ובמיוחד מצב כלכלי ובריאותי - ביחס לוויתור על שירותי בריאות בקרב האוכלוסייה המבוגרת. בנוסף נבחן הקשר בין מאפיינים מאקרו-כלכליים ומשטר מימון מערכות בריאות במדינות אירופה לבין הנטייה לוותר על שירותי בריאות.

**שיטות:** המחקר מתבסס על שימוש במאגר הנתונים של סקר SHARE (אירופה וישראל), ומתייחס לנתונים מהגל הראשון (2004/5) ומהגל האחרון בסקר (שנת 2015), בהם נחקרו בני 50 ומעלה מ-11 מדינות באירופה ובישראל.

**ממצאים:** 7.5% מכלל המבוגרים שנחקרו לאחרונה ציינו כי ויתרו על שירותי בריאות במרוצת השנה שחלפה. מניתוח רב משתני עולה כי הסיכוי לוותר על שירותי בריאות נמוך יותר בקרב גברים, מבוגרים יותר ובעלי השכלה גבוהה יותר. בנוסף נמצא כי הכנסה גבוהה יותר כמו גם בעלות על ביטוח משלים מקטינים את ההסתברות לוותר על שירותי בריאות. בפיקוח על מאפיינים כלכליים, הסיכוי לוותר על שירותי בריאות עולה עם מספר האנשים המתגוררים במשק הבית, כמו גם ככל שהערכת מצב הבריאות ומדד הדיכאון של האדם המבוגר חמורים יותר. גידול באחוז ההוצאה הציבורית לבריאות מסך ההוצאה הלאומית לבריאות מתברר כמקטין את נטיית המבוגרים לוותר על שירותי בריאות, כאשר התמונה ביחס לקשר בין משטר מימון מערכות הבריאות באירופה לבין הנטייה לוותר על שירותי בריאות אינה חד-משמעית.

**מסקנות והמלצות:** ויתור על שירותי בריאות היא בעיה נפוצה בקרב מבוגרים. למצב הכלכלי נמוך ולמצב בריאות גרוע של הפרט קשר חזק עם הנטייה לוותר על שירותי בריאות, ממצא המדגיש את אי-השוויון במערכת הבריאות. כמו כן עולה החשש לגידול בפערי בריאות כפונקציה חיובית של המעורבות הציבורית במימון המערכת. ראוי שקובעי מדיניות בריאות יתנו דעתם לצורך להתמודד ולשפר את אי-השוויון בשאלת הוויתור על טיפולים רפואיים.

## הערכת כדאיות כלכלית של מדיניות מימון ציבורי של טיפולי הפריה חוץ-גופית בישראל

ליטל וירש<sup>1</sup>, רמי יוסף<sup>1</sup>, איתן לוננפלד<sup>1,2</sup>, רונן ארבל<sup>3</sup>, דן גרינברג<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. סורוקה מרכז רפואי אוניברסיטאי

3. המכללה האקדמית ספיר

**רקע:** מדיניות מימון טיפולי הפריה חוץ-גופית בישראל היא מהנדיבות בעולם המערבי. טיפולי הפריה חוץ-גופית כלולים בסל שירותי הבריאות בישראל לצורך הולדת ילד ראשון ושני, לבני זוג להם אין ילדים משותפים בנישואיהם הנוכחים וכן לאישה, ללא ילדים, המעוניינת להקים משפחה חד הורית והמימון הציבורי ניתן ללא הגבלה כמעט על היקף מחזורי הטיפול. השיפור המתמיד בתחלת החיים כמו גם ברמת ההשכלה של נשים משפיעים על שיעור הילודה ורמת התחלופה (הרמה הנחוצה לשמירה על יציבות גודל האוכלוסייה). במדינות עם ירידה בשיעור הילודה, מימון ציבורי של טיפולי הפריה חוץ-גופית מחזיר בדרך כלל את ההשקעה, אולם סוגיה זו לא נבדקה עדיין בישראל.

**מטרות:** לבצע הערכה של ההשקעה הכספית הציבורית בפרט מרגע היוולדו באמצעות השימוש בטכנולוגיית הפריה חוץ-גופית ועד מותו אל מול תרומתו הכלכלית למשק הישראלי.

**שיטות:** באמצעות חישובים אקטואריים הערכנו את ההוצאות הציבוריות של המדינה בתחום הבריאות, החינוך והרווחה ובנוסף, חושבה התרומה הכלכלית של כל פרט למשק. פונקציית המטרה היא מקסימום רווח, כלומר שסך התרומה (התועלת הכלכלית) של הפרט למדינה תהיה גדולה יותר מסך ההוצאות הציבוריות. החישובים מתבססים על נתונים שנאספו מהספרות ונתונים מישראל על הוצאות חינוך בריאות ורווחה לנפש וכן עלות טיפולי הפריה חוץ-גופית. התרומה למשק וההוצאות הוונה לערכים נוכחיים לפי שער היוון שנתי של 3%.

**ממצאים:** ההוצאה הציבורית הגבוהה ביותר של המדינה על הפרט היא על חינוך (243,534 ₪ עבור הגברים ו-243,551 עבור הנשים), בריאות (209,881 ₪ עבור הגברים ו-242,295 עבור הנשים), רווחה (127,684 ₪ עבור הגברים ו-170,517 עבור הנשים) ולבסוף בעלות טיפולי הפריה החוץ-גופית. תרומתו הכלכלית של פרט הנולד בעקבות הפריה חוץ-גופית (התרומה של גבר למדינה הסתכמה ב-857,713 ₪ ושל אישה ב-825,099 ₪) גבוהה יותר מסך כל ההוצאות הציבוריות של המדינה על אותו הפרט במהלך חייו.

**מסקנות והמלצות:** המחקר יוכל לסייע בהחלטות מושכלות לגבי האם יש מקום לצמצם את המימון הציבורי של הפריה חוץ-גופית, או לחילופין להרחיב את המימון לצורך הולדת ילד שלישי ומעלה.

## חציון לעומת תוחלת ההשרדות בעקומות קפלן-מאייר: איזה מדד משקף טוב יותר את הערך הקליני האמיתי של תרופות אונקולוגיות שהוכללו בסל הבריאות הישראלי?

עומר בן אהרון<sup>1</sup>, רחלי מגנזי<sup>1</sup>, משה לשנו<sup>2</sup>, דניאל גולדשטיין<sup>3</sup>

1. אוניברסיטת בר-אילן

2. אוניברסיטת תל-אביב

3. בית חולים בילינסון

**רקע:** סגמנט התרופות האונקולוגיות הינו בעל ההוצאה הגבוהה ביותר בסל התרופות בישראל בעשור האחרון, אשר מהווה קרוב ל-40% מתוספת התקציב (1.3 מיליארד ₪ מתוך תוספת כוללת של 3.5 מיליארד ₪). הבנת התועלת הגלומה בטיפולים קריטיים למטופלים, לרופאים ולמקבלי החלטות. המדד המקובל ביותר לדיווח תוצאות ניסויים קליניים באונקולוגיה הינו החציון, אך למרות היות המדד ברור להבנה הוא סובל מהיעדר דיוק סטטיסטי. סיכון יחסי (Ratio Hazard) הינו מדד תקף יותר מבחינה סטטיסטית, אך מסובך לפענוח ולכן בעלי העניין השונים מתקשים להבין כראוי את התועלת האמיתית המגולמת בכל תרופה.

**מטרות:** להציע מדד חלופי אשר מתבסס על תוחלת ההשרדות כאמצעי להערכת ערך התרופות שנכללו בשנים האחרונות בסל הבריאות בישראל.

**שיטות:** בחינת מדדי ההשרדות מתוך הניסויים הקליניים שעל-בסיסם אושרו תרופות אונקולוגיות לשיווק על ידי ה-FDA בשנים 2013-2017, אחזור הנתונים באמצעות דיגיטציות של עקומות ההשרדות ויישום טרנספורמציה לחישוב המדדים הבאים: תוחלת ההשרדות בתוך טווח הזמן שבו בוצע הניסוי הקליני (RMST - Restricted Mean Survival Time), וכן התוחלת תוך הנחה לגבי שיעור ההשרדות בעתיד כנגזר משימוש בשתי התפלגויות סטטיסטיות נוספות (וויבול ולוג-נורמל).

**ממצאים:** ישראל הינה "מאמצת מוקדמת" של טכנולוגיות בריאות בכלל ותרופות לסרטן בפרט. בשנים 2014-2018 ניתנה תוספת תקציב של 678 מיליון ₪ לתחום האונקולוגיה, כ-60% מזה לגידולים סרטניים. בחלק ניכר מהמקרים שימוש במדד של תוחלת כתחליף לחציון מביא לתוצאים שונים משמעותית (הן כלפי מעלה והן כלפי מטה), כאשר משווים את השיפור בהשרדות הטיפול המוצע לעומת שימוש בערכים החציוניים שדווחו בניסויים הקליניים.

**מסקנות והמלצות:** הערך החציוני, על אף שהוא פשוט להבנה אינטואיטיבית, מספק מידע לא מדויק מבחינה סטטיסטית ואף עלול להטעות את בעלי העניין בהבנת התועלת הגלומה בטיפולים - הן בתקשורת של רופאים עם עמיתים ועם מטופלים, הן בקרב רשויות רגולטוריות בהערכת התועלת של תרופות שאושרו לשיווק והן אצל מקבלי החלטות בדיונים על שיפוי ציבורי.

בעידן של מחסור חריף במשאבים, מומלץ כי ישראל תהיה מובילה באימוץ שיטות חדשניות להערכת התועלת של טכנולוגיות מפציעות על מנת למקסם את התמורה התרפויטית בסד התקציב הנתון.

## שימוש בחוות דעת רפואית שנייה לפי מסלול תשלום בשב"ן 'החזר' לעומת 'הסדר': מאפיינים, שימושים ועמדות מטופלים

ליאורה שמואלי, יוסף פליסקין, טוביה חורב

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** חוות דעת (חו"ד) רפואית שנייה מהווה מרכיב עיקרי בעלות של תוכניות השב"ן. לאחרונה עבר שינוי חקיקה לפיו מבוטח בשב"ן לא יוכל לקבל החזר כספי על הוצאתו בגין חו"ד שנייה שניתנה באמצעות כירורגים במסלול 'החזר' אלא רק באמצעות כירורגים במסלול 'הסדר' (בהשתתפות עצמית מוגבלת). אפשרות החזר עדיין קיימת עבור יועצים שאינם מנתחים. ניתוח ותייעוד המצב טרם החקיקה יאפשרו לקבל מידע על מאפייני השימוש של שיטות אלו במטרה לשפר היכולת לעקוב אחר השלכות המדיניות בתחום זה.

**מטרות:** להעריך הבדלים בפנייה לחו"ד רפואית שנייה במסגרת תוכניות השב"ן במסלול 'החזר' לעומת 'הסדר', בחינת מאפייני הפונים, עמדות ודפוסי שימוש.

**שיטות:** סקר טלפוני ארצי עם מדגם אקראי מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל על שימוש של חו"ד שנייה וניתוח רשומות אלקטרוניות רפואיות.

**ממצאים:** המדגם בסקר כלל 609 משיבים. 337 פנו לחו"ד שנייה, מתוכם 177 (53%) ציינו ששילמו מעל 100 ₪ לרופא עבור הייעוץ במסגרת השב"ן של הקופה: 68% (n=120) במסלול הסדר; 32% (n=57) במסלול החזר. 80% ממבוטחי כללית מושלם ציינו שישקלו פנייה דרך רופאים שבהסדר עם הקופה (n=316), מתוכם 76% (n=241) ישקלו פנייה במסגרת ההסדר בעלות של 150 ₪ ואף 200 ₪. לא נמצא הבדל מובהק בשביעות הרצון מחו"ד השנייה או בתחושת השיפור במצב הבריאותי בעקבות הייעוץ בחו"ד השנייה וגם לא במאפייני המשיבים בין מסלול הסדר לבין מסלול החזר. מניתוח הרשומות הרפואיות בשנת 2011, 72% פנו לחו"ד שנייה בהסדר מול 28% בהחזר; ב-2015 פנו 82% בהסדר מול 18% בהחזר. ניתוח חד משתני הראה כי קיימים הבדלים בין מבוטחים שפנו לחו"ד שנייה במסלול החזר לעומת מסלול הסדר לפי: גיל, עולים חדשים, מצב סוציו-אקונומי, מגזר, מצב בריאותי ורובד ביטוחי.

**מסקנות והמלצות:** מסלול הסדר בתעריפים אחידים וקבועים לעומת מסלול החזר יסייע במימוש ההתייחסות בחוק לשוויוניות בשירותי בריאות, בהנחה של היצע הרופאים וחופש בחירה בנותני שירות, שהוא בעצם מהות חו"ד השנייה. מוצע לבחון את היקף השימושים במסלול הסדר מול החזר לאחר יישום הרגולציה, תוך בחינה של היצע הרופאים והיקף ביקושי המבוטחים בשני המסלולים לפני ואחרי השינוי.

## האפידמיולוגיה והנטל הכלכלי של שברי צוואר ירך בישראל

רועי ברנע, יוסי ווייס, יפעת עבדי-קורק, יהושע שמר

אסותא מרכזים רפואיים

**רקע:** שבירים בצוואר הירך מגבירים את הסיכון לתמותה ולתחלואה משמעותית בקרב קשישים. שבירים בצוואר הירך קשורים בכאב כרוני, ניידות מופחתת, מוגבלות ותלות גוברת. ביצענו הערכה של העלויות הישירות והעקיפות של שבירי צוואר הירך בקרב מטופלים קשישים מעל גיל 65 בישראל בשנת 2013.

**מטרות:** הערכת העלויות הישירות והעקיפות של שבירי צוואר הירך בקרב מטופלים קשישים מעל גיל 65 בישראל בשנת 2013.

**שיטות:** נתונים על פציעות מסוג שבר בצוואר הירך נלקחו מתוך מאגר האשפוזים המרכזי של משרד הבריאות בישראל ועלויות האשפוז נאמדו על פי מחירון משרד הבריאות. הערכת העלויות כללה את העלויות הישירות והעקיפות של הפציעה. לצורך ביצוע הערכת העלויות הישירות חושבו הוצאות אשפוז, שיקום וסיעוד. בנוסף, חושבו גם עלויות האשפוז לטווח הארוך. עלויות עקיפות בגין אובדן איכות חיים ותוחלת חיים מופחתת חושבו באמצעות מדד QALY.

**ממצאים:** במהלך שנת 2013 אושפזו 6,285 חולים קשישים בישראל בשל שבר בירך. העלויות הישירות של שבר בצוואר הירך שהצטברו בשנה הראשונה לאחר הפציעה, נאמדו בכ-500 מיליון ₪. עלויות האשפוז לטווח ארוך היו 265 מיליון ₪ לשנה. עלויות עקיפות בגין אובדן איכות חיים ותוחלת חיים מופחתת הוערכו בכ-365 מיליון ₪. סך כל עלויות השבר בצוואר הירך עומדות על 1.1 מיליארד ₪ בשנה. העלויות הישירות של שבירים בצוואר הירך בישראל היו דומים לעלויות במדינות מערב אירופה.

**מסקנות והמלצות:** ברחבי העולם, שתי גישות עיקריות משמשות בדרך כלל על מנת להפחית את שכיחות השברים בירך ואת העלות הנלווית לפציעות אלה: מניעת נפילות והתערבות מוקדמת בעקבות הפציעה. יש צורך בשינוי מדיניות הבריאות בישראל בנוגע לשבירי צוואר הירך. יש לאמץ תוכנית לאומית להפחתת הנפילות. יתר על כן, יש לשקול התערבות מוקדמת בעקבות פגיעה בשבר בירך. בנוסף, אנו מאמינים כי יש להקים רישום לאומי לדיווחי שבר בירך.

## השאה (maximization) של תוצאי בריאות לאוכלוסייה במסגרת תקציב נתון: נקודות המבט של מקבלי החלטות ובעלי עניין מתוך ומחוץ למערכת הבריאות בישראל

רון ארבל<sup>1</sup>, פאולה פדר בוביס<sup>2</sup>, דן גרינברג<sup>2</sup>

1. המכללה האקדמית ספיר

2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** האימוץ והשימוש בטכנולוגיות וגישות טיפול חדשות עשויים לשפר את תוצאי הבריאות של האוכלוסייה, אך מלווים בעלויות והשלכות תקציביות גבוהות, באופן המגביל את מספר החולים שעשוי ליהנות מהם. לחילופין, מדיניות של תקצוב טיפולים יעילים פחות פר מטופל, בעלות נמוכה משמעותית, לאוכלוסייה רחבה הרבה יותר, עשויה להשיא את בריאות האוכלוסייה תחת מגבלות של תקציב נתון.

**מטרות:** לבחון את עמדות מקבלי החלטות ובעלי עניין אחרים מתוך ומחוץ למערכת הבריאות לגבי היתכנות יישום מדיניות זו של אימוץ טכנולוגיות יעילות פחות וזולות משמעותית במערכת הבריאות בישראל.

**שיטות:** ראיונות עומק עם 24 מקבלי החלטות ואנשי מקצוע בקופות החולים ומשרד הבריאות, נציגי ארגוני חולים, תעשיית התרופות והציוד הרפואי, אנשי אקדמיה וחברי הוועדה לעדכון סל השירותים. המרוואיינים נשאלו לגבי מדיניות השימוש בטכנולוגיות בעלות יעילות נמוכה מעט יותר, אולם זולות משמעותית בהשוואה לטכנולוגיות אחרות לאותה התוויה ולגבי היתכנות של יישום המדיניות בישראל ועמדות אפשריות של בעלי העניין השונים. כל הראיונות הוקלטו ושוקלטו. ניתוח הראיונות התבסס על ניתוח תמטי.

**ממצאים:** הנושאים המרכזיים שהועלו בראיונות הניבו מספר גדול של קטגוריות שגובשו לארבע תמות מרכזיות: שיקולי המטופל מול שיקולי המערכת; רפואה מול כלכלה; "הכי טוב" מול "השני לו" ושינוי בפרדיגמת המיצוע. ארבעת התמות הללו מצטיירות כסוג של דיכוטומיות בהן ניתן למקם את עמדותיהם של המשתתפים. מקצוע, שיוך ארגוני ומגזרי (ציבורי/פרטי) של המשתתפים אינם מבדילים את מיקום עמדותיהם בכל הדיכוטומיות. למרות שהשאלות כווננו לתחום הטכנולוגיות, חלק מהמרוואיינים הרחיבו את סוגיית המחקר גם למשאבי האנוש במערכת הבריאות. בנוסף, שיקולי יישום המדיניות היו שונים בהתייחס לסוגיות קצרות וארוכות טווח.

**מסקנות והמלצות:** אין אחידות בעמדות מקבלי החלטות ובעלי העניין מתוך ומחוץ למערכת הבריאות לגבי היתכנות יישום מדיניות השאה במערכת הבריאות בישראל. שיקולים שונים נלקחים בחשבון על ידי בעלי עניין שונים ולאור טווח האתגרים שנלקחו בחשבון. מומלץ שמשרד הבריאות ינהל תהליך חשיבה מסודר עם בעלי עניין שונים לגבי התכנותה של המדיניות שנבחנה במחקר במערכת הבריאות בישראל כך שיתאפשר כיסוי רחב יותר ושוויוני יותר של טיפולים באופן שיביא גם להשאה של תוצאי הבריאות באוכלוסייה.

## הערכים המרכזיים ברפואת המשפחה בראי רופאי המשפחה והמטופלים, עמדות מול מציאות

חאלד כרכבי<sup>2</sup>, הדס גולדבלט<sup>3</sup>, ענת דרך זהבי<sup>3</sup>, איה בידרמן<sup>4</sup>, אירית צ'ודנר<sup>1</sup>

1. טכניון

2. שירותי בריאות כללית

3. אוניברסיטת חיפה

4. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** לזכרה של פרופ' מרגלית גולדפרכט ז"ל, יוזמת ומובילת המחקר עד מותה. מחקר זה זכה למענק מהמכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות.

בשנים האחרונות השתנתה סביבת העבודה של רופאי המשפחה. הדבר מחייב בדיקת כיווני ההתפתחות של רפואת המשפחה בהתאם לערכי הליבה של המקצוע, סביבת העבודה, הצרכים של מערכת הבריאות, המטופלים והרופאים. יכולתם של רופאי המשפחה לממש את ייעודם משתקפת במימוש הערכים המרכזיים במקצוע. זאת, לעומת תפיסת ערכים אלה בעיני המטופלים. מחקר זה הוא חלק ממערך מחקר גדול יותר: "רפואת המשפחה לאן".

**מטרות:** לבחון את מידת ההלימה בין: (1) עמדות רופאי המשפחה לגבי ערכי המקצוע, לבין תפיסתם כמתממשים במציאות; (2) עמדות המטופלים לגבי העקרונות המרכזיים ברפואת המשפחה, לבין תפיסתם כמתממשים במציאות; (3) מידת ההתאמה בין עמדות הרופאים והמטופלים לגבי חשיבותם והתממשותם של ערכים אלה.

**שיטות:** המחקר נערך בשיטות מעורבות. על סמך ממצאים מחמש קבוצות מיקוד עם 42 מטופלים, חמש קבוצות עם 52 מומחים ברפואת המשפחה ו-24 ראיונות עם קובעי מדיניות, נבנה שאלון שעליו ענו 500 מטופלים ו-441 רופאי המשפחה. השאלון כלל מדדי חשיבות הערכים, התממשות הערכים במציאות, פעולות אותן ניתן לנקוט לצמצום הפער, כיווני התפתחות של המקצוע ועוד.

**ממצאים:** מתוך 13 הערכים, שבעה נמצאו כחשובים במידה שונה בין רופאי המשפחה והמטופלים. שלושת הערכים החשובים ביותר שדורגו על ידי רופאי המשפחה הם: (1) תקשורת טובה עם המטופלים; (2) יחסי אמון; (3) ידע רב-תחומי. המטופלים דירגו את זמינות הרופא כעיקרון החשוב ביותר, אך שיח על רפואה מונעת דורג כמתקיים במציאות במידה נמוכה ביותר. נמצא הבדל מובהק בין מידת חשיבות הערכים, לבין מידת התממשותם במציאות בעיני הרופאים ובעיני המטופלים.

**מסקנות והמלצות:** מומלץ לקובעי המדיניות לבחון דרכים (1) לפתח סביבת עבודה המאפשרת מימוש ערכי רפואת המשפחה, ו-(2) לצמצם את הפערים בין תפיסת חשיבות ערכי המקצוע בקרב רופאים ומטופלים.

## מי מטפל במטפל? פניה לרופא משפחה "אישי" - חסמים וחלופות

גליה זכאי<sup>1</sup>, אנטוני היימן<sup>2</sup>, לילך מלצקי<sup>3</sup>, אורנה בראון-אפל<sup>3</sup>

1. מאוחדת

2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

3. אוניברסיטת חיפה

**רקע:** תהיות מועלות בנוגע לאיכות השירות הרפואי שרופאים חולים מסוגלים לספק למטופליהם. עם זאת ידוע שרופאים רבים נוהגים לטפל בעצמם וזאת בניגוד להנחיות כנגד התנהגות זו. מחקר שסקר 27 עבודות שבוצעו ב-9 מדינות הראה כי 44% מהרופאים מדווחים על העדר רופא משפחה. בסקר אחר העריכו 27% מהמשיבים את מצב בריאותם כ"גרוע" ו-61% דיווחו שקרובי משפחה מעירים להם כי הם "מזניחים את בריאותם". מחקרים שבוצעו בקנדה הראו כי רופאים מדווחים על שיעורי דיכאון גבוהים לעומת האוכלוסייה הכללית. בעוד ששיעורי התמותה בקרב רופאים אינם מוגברים, הם נמצאים בסיכון מוגבר להרעלה והתאבדות.

### מטרות:

1. בחינת הרגלי צריכת שירותי הרפואה על ידי רופאי ישראל.
2. בחינת שביעות הרצון המדווחת ושימוש בפועל בשירותים הקיימים כיום.
3. הגדרת החסמים המונעים שימוש בשירותי רופא משפחה.
4. בחינת חלופות אפשריות לשירות הרפואי הקיים.

המחקר הנוכחי נערך בשיתוף הועדה לבריאות הרופא של ההסתדרות הרפואית.

**שיטות:** נבנה שאלון חדש המבוסס על השאלון ששימש במחקר המקדים. השאלון תוקף והופץ בקרב רופאי ישראל בין דצמבר 2017 ופברואר 2018.

**ממצאים:** 2,222 רופאים ענו על השאלון. 44% מהמשיבים אינם מרוצים מהטיפול הרפואי אותו הם מקבלים. 52% התחילו טיפול תרופתי בשנה באחרונה מבלי לערב רופא אחר, 8% מהמשיבים החלו טיפול עצמי בבנזודיאזפינים או נוגדי דיכאון במהלך השנה האחרונה מבלי לערב רופא אחר. ברגרסיה לוגיסטית ניתן לראות כי אלו שהחלו טיפול עצמי בבנזודיאזפינים או נוגדי דיכאון מעריכים את מצבם הבריאותי כפחות טוב (OR למצב בריאותי יותר טוב 0.5). 30.5% דיווחו כי אין להם רופא משפחה קבוע. החסם העיקרי המונע פניה לרופא משפחה הוא זמן. 52% מהמשיבים מעוניינים לפנות למרכז רפואת משפחה שיקבל רופאים בשעות שהן מחוץ לשעות העבודה המקובלות.

**מסקנות והמלצות:** רופאים ישראלים שענו לשאלון מדווחים כי אינם מרוצים מהטיפול הרפואי שלהם וכי הם נוהגים לרשום לעצמם תרופות מבלי לערב רופא אחר. הם אינם פונים לרופא משפחה מהעדר זמן והיו שמחים להשתמש במרפאה הפעילה מחוץ לשעות העבודה המקובלות המעסיקה רופאים מומחים ברפואת המשפחה ובתחומי מומחיות אחרים.



## מתמחים ברפואת המשפחה: בחירה במקצוע והתנסות בהתמחות

יעל אשכנזי, מיכל גורדון, ברוך רוזן

מכון מאירס-ג'זינט-ברוקדייל

**רקע:** בישראל יש מחסור ברופאי משפחה מומחים. רק כשליש מרופאי המשפחה העובדים כיום בקופות החולים הם מומחים בתחום ומספר המומחים החדשים המצטרפים למקצוע מדי שנה אינו עונה על הצורך, במיוחד לאור גידול והזדקנות האוכלוסייה. חשוב להבין איך ניתן למשוך יותר מתמחים למקצוע זה.

**מטרות:** לבחון את מאפייני המתמחים ברפואת משפחה, את ההתנסויות שלהם במהלך ההתמחות ואת השיקולים שהשפיעו עליהם כשבחרו להתמחות ברפואת משפחה.

**שיטות:** סקר ארצי בקרב מתמחים ברפואה שהחלו את ההתמחות בשנים 2013-2014. הסקר נערך באופן אינטרנטי עם גיבוי טלפוני ושיעורי ההענות היו 74% בקרב מתמחים ברפואת משפחה ו-71% בקרב מתמחים בבתי חולים. המחקר נערך בשיתוף עם הר"י ומשרד הבריאות.

**ממצאים:** שיעור הנשים, הערבים, ובוגרי לימודי רפואה בחו"ל גבוה יותר בקרב המתמחים ברפואת משפחה מאשר בקרב המתמחים האחרים. שיעור גבוה בהרבה של מתמחים ברפואת משפחה (39%) לעומת מתמחים במקצועות אחרים (18%) החליטו על מקצוע ההתמחות רק אחרי הסטאז'. שיעור נמוך יותר של מתמחים ברפואת משפחה (75% לעומת 85%) אמרו שמקצוע זה היה העדפתם הראשונה כמקצוע התמחות.

בין הגורמים שעלו כחשובים במיוחד למתמחים ברפואת משפחה כשיקול בבחירת המקצוע היו: היכולת לשלב עבודה, משפחה ופנאי; מגע משמעותי עם המטופלים; הגיוון במקצוע; ותנאי העבודה בהתמחות; כל אלו עלו כחשובים יותר למתמחים ברפואת משפחה מאשר למתמחים אחרים. מבחינת שביעות-הרצון מהיבטים שונים בהתמחות, מתמחים ברפואת המשפחה היו שבעי-רצון יותר ממתמחים אחרים מהאווירה במקום העבודה, מיחס הרופאים הבכירים ומהעניין בעבודה.

המרוויינים נשאלו גם על תמריצים שקופות החולים יכולות להציע כדי למשוך מתמחים. הם הזכירו בעיקר: תמריצים כלכליים, שיפור תנאי עבודה, הזדמנויות לקידום והתפתחות והעלאת יוקרת המקצוע.

**מסקנות והמלצות:** מהממצאים עולה שמיעוט יחסי של מתמחים ברפואת המשפחה בוחרים בתחום כבר במהלך הלימודים. כדי להגדיל את מספר הבוחרים בתחום כדאי ליצור עוד הזדמנויות לחשיפה של סטודנטים לרפואה אליו. כדאי לחשוב גם על מסלולי קידום והתפתחות מקצועית ועל דרכים להעלאת היוקרה המקצועית כדי למשוך כוח אדם איכותי. בנוסף, כדאי להפיץ את הממצאים ממחקר זה הנוגעים להיבטים שלגביהם מתמחים ברפואת משפחה שבעי-רצון יותר ממתמחים אחרים.

## האקולוגיה של צריכת שירותי הרפואה בישראל

יוני יוסף<sup>1,2,3</sup>, אלכסנדר קידרמן<sup>4</sup>, דוד חניניץ<sup>3</sup>, אמנון להד<sup>3,4</sup>

1. איגוד רופאי המשפחה
2. המחלקה לרפואת משפחה בצה"ל
3. האוניברסיטה העברית בירושלים
4. שירותי בריאות כללית

**רקע:** האקולוגיה של צריכת שירותי הרפואה תוארה לראשונה ב-1961 על ידי White ושותפיו. עבודתם התייחסה לראשונה לתהליך המתחולל טרם צריכת שירותי הרפואה, לשלב בו מתקבלות ההחלטות על ידי האדם אשר חווה תחושת מחלה. הם הראו כי כ-75% מן האוכלוסייה חווה תחושת מחלה במהלך חודש נתון, כשליש מהם פונים לקבלת סיוע ורק אחוזים בודדים מתאשפדים.

**מטרות:** עבודה זו תתאר לראשונה את האקולוגיה של צריכת שירותי הרפואה בישראל, תבדוק האם קיים קשר בין דפוסי צריכה לשכבות אוכלוסייה שונות, תברר את הסיבות לשונות בדפוס הצריכה ותשווה את הממצאים לתוצאות המוכרות מהספרות.

**שיטות:** סקר טלפוני נערך בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. קשר בין מאפיינים סוציודמוגרפיים ובין הצריכה נבחן באמצעות מבחן T למשתנים כמותיים רציפים ומבחן X<sup>2</sup> למשתנים קטגוריים. בחינת השפעה בין משתני רקע ובין צריכת שירותי רפואה נערכה תוך שימוש ברגרסיה לוגיסטית. ראיונות עומק נעשו בקרב חלק קטן מהמשתתפים ונותחו בשיטת המחקר האיכותנית הפנומנולוגית.

**ממצאים:** במחקר השתתפו 1,862 איש, ב-11 מדגמים חודשיים, מאוגוסט 2015 עד יולי 2016. 49.5% סבלו מתחלואה כלשהי בחודש הקודם, 45% שקלו לפנות לסיוע, 35.2% פנו לקבלת סיוע רפואי כלשהו ו-1.5% בלבד אושפזו. תושבי הפריפריה ויתרו ב-42% יותר מתושבי המרכז על פנייה לסיוע רפואי (OR 1.42, p=0.026). 58% בחרו לפנות לרופא המשפחה, כ-80% מן המקרים אשר טופלו בידי רופא המשפחה קיבלו מענה במסגרות הרפואה הראשונית, 2% הופנו למיון ו-1% אושפזו. זמינות, נגישות ועלות נמצאו כמשפיעים על ההחלטה לצריכת שירותי רפואה. קשר טוב עם רופא המשפחה הערכה כלפיו ושביעות רצון מן המרפאה חיזקו זאת.

**מסקנות והמלצות:** התחלואה הסובייקטיבית בישראל נמוכה מן המקובל, עם זאת, אחוז גדול יותר שוקל קבלת סיוע וצריכת שירותי הרפואה בפועל גבוהה יותר. ויתור על סיוע רפואי גדול יותר בפריפריה. מערכת הבריאות מאפשרת קבלת סיוע רפואי בעת הצורך אך באופן לא שיויוני. העצמת רפואת המשפחה בפריפריה עשויה לסייע בצמצום הפער.

העבודה בוצעה באמצעות מענק מחקר מטעם המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות.

## הקשר בין הטיפול הרפואי ועומס העבודה של הרופא: המקרה של רופא המשפחה

איתי שורץ<sup>1</sup>, אמנון להד<sup>1,2</sup>, אלון אייזנברג<sup>1</sup>, עדי אלקלעי<sup>2</sup>

1. האוניברסיטה העברית בירושלים

2. שירותי בריאות כללית

**רקע:** כיצד רופאי משפחה מגיבים לעומס עבודה? קיימים מחקרים העוסקים בסוגית הקשר בין עומס לבין התנהגות במקום העבודה בתחומים אחרים כגון מסעדות, ייעוץ משפטי וחנויות. כמו כן, הקשר בין עומס ותפקוד במערכת הבריאות נלמד בהקשר של בתי חולים. למיטב ידיעתנו אין מחקר אשר בוחן סוגיה זו באופן מעמיק עבור המקרה של רופא המשפחה. עובדה זו מפתיעה שכן חשיבותה של שאלה זו מוכרת בספרות. יש המציינים שרפואת משפחה היא ההקשר החשוב ביותר בו שאלה זו מתעוררת, בין היתר בגלל החשיבות של ההחלטות של רופא המשפחה אשר להן השפעות על אופן הטיפול וניתוב החולה במערכת הבריאות.

**מטרות:** ללמוד על הקשר בין עומס והתנהגות רופא המשפחה.

**שיטות:** מחקר רטרוספקטיבי המשתמש בנתונים על כ-750,000 ביקורים המהווים את כלל הביקורים ב-11 מרפאות של כללית מחוז ירושלים בשנים 2011-2014. אנחנו עושים שימוש בהיעדרויות של רופאים עמיתים בקופה כמקור אקסוגני להשתנות בעומס על הרופא ובעזרתן לומדים על הקשר בין עומס עבודה לבין התנהגות הרופא. פורמלית נעשה שימוש בהיעדרות כמשתנה עזר (Instrumental variables approach).

### ממצאים:

1. תחת עומס, הרופא מצמצם את היקף העבודה האדמיניסטרטיבית. למשל, שיחות טלפון עם חולים ו"אל-תורים".
2. צמצום טיפול אבחנתי: תחת עומס נצפית ירידה בהפניות לרפואה יועצת ובדיקות דם. אין עלייה בביקורים חוזרים.
3. אין שינוי מובהק בהפניה לחדר מיון, עלייה מסוימת במתן אנטיביוטיקה.

**מסקנות והמלצות:** עומס מביא לצמצום ומיקוד הביקור ללא עלייה בביקורים חוזרים. נראה שתחת עומס הרופא אינו עושה "שימוש יתר" בתשומות אלא מתמקד בנושאים "דחופים" והמחיר המשתמע מעומס הוא בירידה בטיפול בנושאים שאינם דחופים. במחקר המשך יהיה אפשר לאפיין טוב יותר אילו היבטים של הטיפול נפגעים כתוצאה מעומס.

## כוונת רופאי המשפחה להטמיע טכנולוגיות רפואה מרחוק: מקומה של שליטה על סביבת העבודה

אירית צ'ודנר<sup>1</sup>, הדס גולדבלט<sup>2</sup>, ענת דרך זהבי<sup>2</sup>, איה בידרמן<sup>3</sup>, חאלד כרכבי<sup>1</sup>

1. טכניון

2. אוניברסיטת חיפה

3. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** באמצעות טכנולוגיות רפואה מרחוק (TM - Telemedicine), רופאי-המשפחה (PCPs) והמטופליהם יכולים לתקשר בנושאים רפואיים לא דחופים ללא תלות בעקרון האחידות מרחב וזמן. לכך תרומות לאיכות הטיפול, חווית המטופל הטובה והתייעלויות. למרות תועלות אלו, הטמעתן של TM הוכחה כמורכבת ואיטית. השימוש ב-TM דורש מ-PCPs נכונות להיערכות מקצועית וארגונית חדשה ולביצוע שינויים בשיטות העבודה ובתיפקודם היומיומי. על פי מודל-הטמעת-טכנולוגיות TAM (Technology-Acceptance-Model), כוונה להשתמש ב-TM מושפעת מתפיסת שימושיות ה-TM ומתפיסת קלות השימוש של ה-TM. בקרב אוכלוסיית ה-PCPs מעבר לגורמים אלו, תתכן השפעה של גורם נוסף: תחושת שליטה על סביבת העבודה. מדד זה מתייחס למידת האוטונומיה של רופא המשפחה ויכולתו להשפיע על פרקטיקות, יומני העבודה, הזדמנויות להשתתף בתהליכי קבלת החלטות הנוגעות לעבודתו היומיומית ועוד.

**מטרות:** מטרת המחקר היא ללמוד על כוונתם של PCPs להטמיע טכנולוגיות TM ברפואה ראשונית ועל שליטה על סביבת העבודה כגורם משפיע על כוונה זו. המחקר הוא חלק מהמחקר "רפואת משפחה לאן?" במימון המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות.

**שיטות:** המחקר נערך בשיטה מעורבת - איכותנית וכמותית. 52 PCPs השתתפו ב-5 קבוצות מיקוד, 411 PCPs ענו על השאלון שכלל מדדים בעלי תכונות פסיכומטריות מוכחות: כוונה להטמיע, שימושיות, קלות השימוש, שליטה-על-סביבת-העבודה, עמדות כלפי TM ומשתתנים סוציו-דמוגרפיים שונים ומדדים שלא היו קשורים למחקר זה.

**ממצאים:** שליטה על סביבת העבודה בנוסף למדדי שימושיות וקלות השימוש מנבאה באופן מובהק 52% מהשונויות בכוונה של ה-PCPs להשתמש ב-TM. מדד שליטה-על-סביבת-העבודה קיבל את הדירוג הנמוך ביותר מבין כל מדדי המחקר, היה קשור חיובית לעמדות חיוביות כלפי TM וקשור בקשר הפוך לעומס (מספר אינטרקציות עם המטופלים ביום). רופאי משפחה שכירים במדגם חשים פחות שליטה על סביבת העבודה מרופאים במבני העסקה אחרים. תמות מרכזיות המתארות תפקיד השליטה-על-סביבת-העבודה בכוונת ה-PCPs להטמיע TM: עומס, "האח הגדול", מערכת מחליטה במקומו, מערכת מנהלת לנו את היומנים, הכוח הנמוך להשפיע, דפוסי צרכנות של מטופלים, שימוש וולונטרי/מנדטורי, מעורבות נמוכה בקבלת החלטות וניסיון העבר בהטמעת טכנולוגיות.

**מסקנות והמלצות:** בתקופה של צורך מואץ של הטמעת טכנולוגיות TM ברפואה הראשונית, על קובעי מדיניות לתת את דעתם לשליטה-על-סביבת-העבודה שרופאי המשפחה חשים.

## עד כמה מודעים רופאי הקהילה לשירותים רפואיים הזמינים למטופליהם? ממצאי ביניים מסקר לאומי

דן אבן<sup>1</sup>, שפרה שורץ<sup>1</sup>, שלמה וינקר<sup>2</sup>, ארנונה זיו<sup>3</sup>, גיורא קפלן<sup>3</sup>

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. לאומית שירותי בריאות

3. מכון גרטנר

**רקע:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי מגדיר את הזכאות לשירותי בריאות אולם חסרה בו התייחסות לאחריות הרופאים לעדכן את מטופליהם בשירותים שעשויים להיטיב עמם. גם בתי משפט נוטים לאחרונה לפצות מטופלים שלא קיבלו מידע זה.

**מטרות:** לבחון את הידע של רופאים ראשוניים בקהילה אודות שירותים ברפואה הציבורית, בהיותם נקודת "המגע הראשון" בבעיות בריאות שונות.

**שיטות:** מחקר שאלונים מובנים לבחינת הידע אודות תשעה שירותים. השאלונים הופצו במרשתת ובכנסים בקרב 8,918 רופאים העובדים בקהילה בהתמחויות הפנייה הישירה. המחקר מומן על ידי המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

**ממצאים:** ממצאי ביניים מסכמים נתונים בקרב 533 רופאים בקהילה, בהם 208 רופאי משפחה ורופאים כלליים, 93 רופאי ילדים ו-67 גינקולוגים.

בפנייה ראשונית של מטופל, מקרב רופאי משפחה וכלליים הרוב מודעים לצורך לבדוק סטטוס עישון (93%), אך מיעוט מבררים אודות מצוקה נפשית (45%) וכאבים (36%). מקרב רופאי ילדים, מיעוט מתייחס בפגישה הראשונה למצב הפה והשיניים של הילד (43%), ללחץ נפשי (26%) ולכאבים (25%).

הפניית מעשנים לגמילה מעישון מושפעת בעיקר מרצון ומחויבות של המטופל (85%), גורמי סיכון (83%) ומצבו הרפואי (82%) ופחות מהנחיות קופת חולים (41%).

רוב רופאי הילדים אינם מבררים עם הורי הילד האם הוא מצחצח שיניים (36%) או מטופל על ידי רופא שיניים (32%), ואינם יודעים אלו ילדים ניתן להפנות לטיפול שיניים במימון ציבורי.

גם בנוגע למצוקה נפשית, רוב רופאי הקהילה אינם מודעים לכלל השירותים הזמינים ברפואה הציבורית.

רוב רופאי הילדים אינם מכירים את הוועדה לפיצוי נפגעי חיסון הפועלת מטעם חברת הביטוח הממשלתית ענבל (79%).

רוב רופאי הקהילה מכירים את החוק לפיצוי נפגעי גזזת (80%), אך הרוב לא יודעים מי זכאי לפיצויים (80%), וכיצד החוק מיושם (96%).

**מסקנות והמלצות:** רופאים רבים בקהילה אינם מודעים לשירותים במימון ציבורי שיכולים להועיל למטופליהם ושיקולי הפניית מטופלים לשירותים אינם רפואיים בלבד. ממצאי המחקר מדגישים בפני מקבלי החלטות את הצורך להטמיע את הידע אודות שירותים על מנת לקדם את הנגישות לשירותים אלה ברפואה הציבורית.

## תפיסות רופאי משפחה ומטופלים ביחס לתפקוד מיני בגיל המבוגר

ענבר לבקוביץ<sup>1</sup>, עטרת גבריץ-מידן<sup>2</sup>, חאלד כרכבי<sup>1</sup>, ליאת איילון<sup>2</sup>

1. הטכניון

2. אוניברסיטת בר-אילן

**רקע:** מיניות הינה חלק חשוב מבריאות האדם ומרווחתו הנפשית בגיל המבוגר. יחד עם זאת, נושאים הקשורים למיניות כמעט ואינם מועלים במפגש עם רופאי משפחה או רופאים מהתמחויות ספציפיות אחרות. מחקרים מצביעים על הבדלים מובהקים בהתערבות, באבחנה, באטיולוגיה ובפרוגנוזה שניתנה למבוגרים לעומת צעירים שהציגו בעיה זהה בתפקוד המיני. הבדלים אלו יכולים לנבוע ממודעות נמוכה בקרב רופאים או מתפיסות גילניות.

**מטרות:** להעמיק את ההבנה אודות הדינאמיקה המתרחשת בין מטופלים מבוגרים לבין רופאיהם סביב נושאים הקשורים לתפקוד מיני של המבוגרים ולבחון את החסמים העיקריים לשיחה פתוחה בנושא של מיניות.

**שיטות:** מחקר איכותני במסגרתו התקיימו ראיונות עומק עם 16 רופאי משפחה ו-45 מטופלים בגילאי 60-91. הראיונות הוקלטו, תומללו ונותחו ניתוח תוכן.

**ממצאים:** 21 מטופלים תארו כי הם סובלים מקושי בתפקוד המיני, אך רק מעטים תארו כי פנו לרופא לקבלת עזרה, חלקם בלחץ בני הזוג. נושא זה משמעותי בחייהם של אנשים מבוגרים והם היו מעוניינים שרופאי המשפחה ייזמו שיח בנושא, אך חשים קושי להעלות נושא זה מיוזמתם בשל תחושת אשמה ותפיסות מוקדמות כי מיניות היא טאבו. רופאי משפחה תארו את הקושי להעלות מיוזמתם שאלות הקשורות במיניות בגיל המבוגר, בשל עומס הלחץ ומיעוט הזמן המוקדש לכל מטופל ומשום שחשו שתחום זה אינו בראש סדר העדיפויות שלהם בשיח עם מטופלים וחששו ששאלות בנושא כה אינטימי יחבלו בקשר.

**מסקנות והמלצות:** מיניות בקרב מבוגרים מזוהה כיום עם רמת מודעות נמוכה בקרב רופאים וכמעט ואינה עולה בשיח המתקיים בינם לבין מטופלים בגיל המבוגר. זקנים מפנימים את הסטיגמות החברתיות המופנות כלפי ביטוי מיניותם ומפתחים חשש ואי נוחות מהעלאת הנושא. למחקר המלצות יישומיות לרופאי משפחה הכוללת הדרכה על חשיבות המיניות בגיל המבוגר ועל שיפור דרכי התקשורת עם מטופלים בגיל המבוגר.

## רפואת משפחה - מה השתנה בציפיות ובשביעות הרצון של מטופלים ב-20 השנה האחרונות?

ניבה אזוז ליברמן<sup>1</sup>, רות גולדשטיין<sup>2</sup>, ענת גבר<sup>3</sup>

1. משרד הבריאות

2. שירותי בריאות כללית

3. מרכז רפואי רבין, שירותי בריאות כללית, אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** בשנת 1999 התפרסם מחקר ה-EUROPEP של החברה האירופאית לאיכות ובטיחות ברפואת משפחה בו השתתפו כ-1,500 מטופלים ישראלים מכ-30 מרפאות ראשוניות בו דורגה שביעות רצונם מרופאי המשפחה שלהם לפי שאלון שעבר תיקוף בינלאומי.

לאור השינויים הרבים שהתרחשו מאז במערכת הבריאות הישראלית בכלל ובמרפאות הקהילה בפרט, ראוי להעריך מחדש את שביעות הרצון של מטופלים מרופאי המשפחה שלהם ומרפאותיהם.

**מטרות:** להעריך את שביעות הרצון של מטופלים מרופאי המשפחה, תוך השוואת התוצאות לסקר מ-1999.

**שיטות:** סקר המבוסס על שאלון EUROPEP הועבר על ידי מכון מחקר חיצוני ל-1,617 איש המייצגים את האוכלוסייה הכללית. איסוף הנתונים בוצע על ידי פנל אינטרנטי לאוכלוסייה היהודית ושאלון טלפוני לאוכלוסייה הערבית.

**ממצאים:** השוואה בעמדות האוכלוסייה כלפי רפואת המשפחה לעומת העבר, מצביעה על ירידה מובהקת בשביעות רצון כמעט בכל מדדי הטיפול. שלושת המדדים אשר זוכים לדירוג הגבוה ביותר הם שמירה על סודיות והתחושה שהרופא מקדיש למטופל זמן ומקשיב. ממוצעי הדירוג הנמוכים ביותר הם סיוע בהתמודדות עם קשיים רגשיים המלווים התמודדות עם מחלה, משך ההמתנה בחדר המתנה והסבר מספק לקראת מעבר בין מטפלים.

**מסקנות והמלצות:** תוצאות הסקר מדגימות ירידה מובהקת בשביעות הרצון של מטופלים ישראלים ממאפיינים שונים של הרפואה הראשונית כמעט בכל התחומים שנבדקו, ללא הבדל מובהק בין קופות החולים השונות. היות שהרפואה הראשונית מהווה את השער והבסיס למערכת הבריאות כולה, מסקנת החוקרות היא כי מומלץ למפות את הגורמים אשר הביאו לירידה זו. בפרט מומלץ לשפר את שביעות הרצון מההיבטים הטיפוליים של המפגש הרפואי, ובמיוחד סיוע בהתמודדות עם בעיות רגשיות. בשנים האחרונות, מחקרים מעידים על עלייה בשחיקת רופאים ראשוניים. יתכן כי התייחסות לשחיקה והסטת פעילויות שוחקות מרופאי המשפחה, תוך יצירת מעטפת של עבודת צוות יכולים לתרום לתחושת המשמעות והסיפוק בעבודה, ובמקביל לשפר איכות ולהגביר את שביעות הרצון של המטופלים. בנוסף, המלצת החוקרות היא העלאת שיעור המומחים ברפואת המשפחה, שהכשרתם כוללת התייחסות למרכיבים הביופסיכוסוציאליים של החולי.

המחקר בוצע הודות למענקי מחקר מ"איגוד רופאי המשפחה" ומ"המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות".

## התערבות קהילתית למניעת סוכרת בקרב מטופלים עם טרום-סוכרת בסיכון גבוה - ניסיון של שנתיים

שוש פלג, איליה חזנוב, אילנה הרמן-בהם

שירותי בריאות כללית

**רקע:** בעשור האחרון גוברת המודעות לזיהוי מטופלים עם טרום-סוכרת הנמצאים בסיכון לפתח סוכרת. רפואת הקהילה, האמונה על רפואה מונעת, היא המוקד המתאים ביותר להתערבות מכוונת להאטת ואף למניעת התפתחות סוכרת.

**מטרות:** פיתוח התערבות קהילתית רב-תחומית לזיהוי, הדרכה והתערבות כדי לעכב הופעת סוכרת בקרב מטופלים עם טרום-סוכרת.

**שיטות:** אותרו מטופלים עם טרום-סוכרת ורמת הסיכון שלהם לפתח סוכרת בתוך שלוש שנים רובדה לשלוש רמות סיכון. פיתחנו מדיניות התערבות רב-מקצועית למטופלים אלה, בדגש על מטופלים בסיכון גבוה: הצוותים נתבקשו לבצע ארבע פעולות: שיחה עם המטופל ורישום אבחנה בתיקו, המלצה לשינוי אורחות חיים כולל הפניה לתזונאית, ביצוע מעקב מעבדתי, ובהיעדר שיפור, לשקול טיפול במטפורמין. העמדנו לרשות הצוותים הקליניים מערכת מידע רב-מימדית שתאפשר להם לזהות את המטופלים ולתעדף התערבות, סדנאות קידום בריאות שפותחו למטרה זו ושעות תזונאית ייעודיות למטופלים אלה. ניטרנו את הפעילות, העברנו משוב למרפאות והצוותים הציגו את פעילותם בתחום 4 פעמים בשנה.

**ממצאים:** בניית התוכנית שנתיים לאחר התחלת הפעילות נכללו 6,044 מטופלים בסיכון גבוה לסוכרת. ל-5,860 מהמטופלים היו ערכי בדיקות מעבדה למעקב (97%). ל-55.3% נרשמה אבחנה, 37.3% הופנו לתזונאית, 21.4% ביקרו אצל תזונאית. טיפול במטפורמין הוחל ב-13.1% מהמטופלים. שיעור המטופלים עם סוכרת בחלוף שנתיים היה 19.7%.

כל אחת מהפעולות שהגדרנו לוותה בירידה בשיעור הופעת סוכרת: 22.2% מהמטופלים ללא אבחנה מתועדת פיתחו סוכרת לעומת 17.7% מהמטופלים אצלם תועדה אבחנה ( $p < 0.001$ ); 21.9% בקרב אלה שלא ביקרו אצל תזונאית בהשוואה ל-8.9% בקרב אלה שביקרו ( $p < 0.001$ ); התחלת טיפול במטפורמין לוותה בירידה בשיעור הופעת סוכרת מ-20.4% ל-15% ( $p < 0.001$ ). שילוב התערבויות הביא להורדה משמעותית יותר בסיכון לסוכרת: עבור שתי התערבויות ומעלה  $0.538 = \text{Relative Risk Reduction}$ .

**מסקנות והמלצות:** באוכלוסייה עם טרום-סוכרת בסיכון גבוה שיעור ההתקדמות לסוכרת כעבור שנתיים היה גבוה. התערבות קהילתית, תוך שימוש במשאבים קיימים, לוותה בהפחתה משמעותית בהופעת סוכרת באוכלוסייה זו כעבור שנתיים. שיחה עם רופא, פגישה עם תזונאית ושימוש במטפורמין הראו כולם תועלת משמעותית. במקביל להמשך המעקב אחר אוכלוסייה זו, יש מקום להרחבת השירותים המוצעים להעלאת היקף האוכלוסייה שתפיק תועלת מההתערבות.



## “צידה לדרך” - תוכנית שיקום ייחודית לצעירות עם הפרעות אכילה קשות בישראל. מחקר עוקבה רטרוספקטיבי (2010-2017) והמלצות יישומיות לעתיד

עדיית זהר-בזיה<sup>1</sup>, יעל לצר<sup>2</sup>

1. המרכז הרפואי שיבא, אוניברסיטת חיפה

2. אוניברסיטת חיפה, המרכז הרפואי רמב"ם

**רקע:** בעשורים האחרונים חל שינוי משמעותי בטיפול המוצע למתמודדים עם מחלות נפש; מרכז הכובד של שירותי בריאות הנפש הוסט מטיפול במוסדות פסיכיאטריים לשירותי שיקום בקהילה, במטרה לקצר את משך האשפוז ולסייע בהשגת איכות חיים ועצמאות תפקודית. המתמודדים עם הפרעות נפשיות קשות ובכללן הפרעות אכילה (ה"א) זכו בשנים האחרונות להכרה כזקוקים לשירותי שיקום. ה"א הן הפרעות פסיכיאטריות בעלות שכיחות גבוהה (0.5%-3% מהאוכלוסייה), הכרוכות בתחלואה פסיכיאטרית, סיבוכים רפואיים, פרוגנוזה קשה ואחוזי תמותה גבוהים. מתוך רצון לשפר את הפרוגנוזה, תוך הישענות על נקודות דמיון מעולם השיקום הפסיכיאטרי, הוקמו בישראל (החל משנת 2008) שלושה בתים שיקומיים לצעירות בשלבי החלמה שונים מה"א. המטרה של הבתים היא לאפשר למטופלות בוגרות הבית "לחצות את הגשר" בין אשפוז לחיים עצמאיים. מחקרנו מתמקד בבית השיקומי "צידה לדרך", שהוקם בשנת 2009, ביוזמת פרופ' לצר ובחסות המרפאה לה"א ברמב"ם. עד כה לא נבדקה יעילות התוכנית לאורך השנים.

### מטרות:

1. למפות את פרופיל אוכלוסיית המשתתפות בתוכנית "צידה לדרך" (מדדים סוציו-דמוגרפיים, מדדי תחלואה קליניים ומדדים פסיכולוגיים).
2. לזהות גורמים מנבאים להתאמה למודל השיקומי מול אי התאמה/ נשירה מוקדמת.

**שיטות:** מחקר זה הינו מחקר עוקבה רטרוספקטיבי במסגרתו נעשה שימוש בנתונים מתיקי המטופלות ששהו בבית "צידה לדרך" בין השנים 2010-2017, ובתיקי המטופלות במרפאה לה"א במרכז הרפואי רמב"ם.

**ממצאים:** במחקר נכללו כ-100 משתתפות שלקחו חלק בתוכנית "צידה לדרך" לאורך השנים; כ-30% סיימו את התוכנית במלואה והשאר נשרו ממנה בשלבים שונים של השיקום. מרבית המשתתפות בתוכנית מתמודדות עם תחלואה נלווית פסיכיאטרית מורכבת וממושכת. המדדים שנמצאו כמנבאים התאמה לתוכנית השיקומית הם: רמת מוטיבציה גבוהה בכניסה, עיסוק תקין בצורת הגוף, רמות חרדה נמוכות והיסטוריה של אלימות במשפחה.

**מסקנות והמלצות:** ישנה חשיבות רבה בהמשך השקעת משאבים בתוכניות שיקום המיועדות למתמודדות עם ה"א קשות, במטרה לצמצם את שיעור האשפוזים החוזרים ולהביא לשיפור הפרוגנוזה. עם זאת, ממצאי המחקר תומכים בחשיבות יצירת מדרג תוכניות שיקום ובהתאם בתים שיקומיים ייעודיים, המותאמים לשלב בו נמצאת המתמודדת עם ה"א. במיוחד בולט הצורך בבית שיקומי לחולות כרוניות, עם תחלואה כפולה ולחולות חרדיות.

## בטרם נפנה למלר"ד - דפוסי שימוש במוקדי "טרם" לרפואה דחופה בקהילה CASE STUDY-כ

יעל אפלבוים, ציונה חקלאי, אירנה ליפשיץ

משרד הבריאות

**רקע:** מרפאות טרם הינן רשת של מרפאות לרפואה דחופה, המשרתת את האוכלוסייה בערים רבות. היא משרתת את כל הקופות על פי ההסכמים הפרטניים של אותה קופה. פניות לטרם יכולות להיות עם הפניה רפואית כמו למלר"ד וגם בפניה אישית ללא הפניה. בכך היא מהווה מענה לצורך רפואי שאינו צפוי להזדקק לאשפוז, בשעות שהמרפאות סגורות. יש למעלה מ-600,000 ביקורים לשנה במוקדי טרם. ניתן ללמוד על צרכי הקהילה מניתוח מאפייני הביקורים בטרם. זוהי פעם ראשונה שמוצגים נתונים השוואתיים של שימוש ברפואה דחופה בקהילה, של ארגון גדול מול פעילות מלר"דים בבתי החולים.

**מטרות:** לבחון ולנתח את דפוסי הביקורים במוקדי טרם מול הביקורים במלר"ד.

**שיטות:** השתמשנו בטרם כאב טיפוס של מוקד רפואה דחופה בקהילה, היות והיא נמצאת בתפרוסת גיאוגרפית הולכת וגדלה, ומחזיקה בסיס מידע רחב ומפורט המדווח למשרד הבריאות. הנתונים של הביקורים בטרם הושו מול נתוני ביקורי המלר"ד. הנתונים הופקו ממאגר הביקורים במלר"ד באגף המידע במשרד הבריאות.

**ממצאים:** מצאנו הבדלים בין אחוז הביקורים לפי יום בשבוע, כאשר נמצא כי אחוז ניכר מביקורי טרם היו בסופי שבוע, וזאת לעומת מלר"דים, בהם יש ירידה בשיעור הביקורים בסופי השבוע. רוב הביקורים בטרם היו בפנייה עצמית, לעומת בתי חולים, בהם מרבית הביקורים הם בהפניית רופא. התפלגות שיעורי השימוש בין הקופות שונה בטרם מאשר במלר"ד, ומשתנה גם לפי מחוז. בטרם שיעורי הביקורים של האוכלוסייה הצעירה ובעיקר ילדים, גבוהים לעומת שיעורי השימוש הגבוהים מאד של אוכלוסייה מעל 65 במלר"ד. התפלגות האבחנות בגינן מבקרים בטרם שונה מאשר במלר"ד וזה משקף אולי את הרגלי השימוש הנכונים של הפונים למוקד קהילתי לעומת בית חולים. רק כ-7% מהביקורים בטרם מסתיימים בהפניה לבית חולים.

**מסקנות והמלצות:** דפוסי השימוש של האוכלוסייה, כפי שמשקפים כאן, מדגימים את הצורך שלהם למענה אחרי שעות סגירת המרפאות ואת הבחירה הנכונה לכאורה של הפונים למוקדי הקהילה. מתן מענה רפואי למקרים שאינם זקוקים לשירותי בית חולים יכול להפחית עומס ביקורים מיותרים במלר"ד. יש להרחיב המחקר למוקדים נוספים ולבחון גם את החיסכון הכלכלי.

## הפרעה מקוונת בעת ביקור אצל הרופא והשפעתה על תפיסת איכות השירות ושביעות רצון המטופל

אמית גור<sup>1</sup>, אילת חן לוי<sup>2</sup>, ירון אריאל<sup>1</sup>

1. המכללה האקדמית עמק יזרעאל

2. אוניברסיטת חיפה

**רקע:** הפרעה מקוונת הינה נגזרת של תחום היצף המידע המושפעת מטכנולוגיית מידע (IT) ועלולה לפגוע במהלך התקין של ביצוע מטלה. שימוש באמצעי תקשורת דיגיטליים על ידי עובדים במקומות עבודה עלול לפגוע בביצועי העובדים ובאפקטיביות העבודה. השימוש באמצעים אלה על ידי רופאים במהלך ביקור של מטופלים (כגון סמארטפונים) הופך שכיח ומציב אתגרים בנושאים כגון בטיחות ובריאות המטופל ואיכות הטיפול והשירות. האינטראקציות בין מטופלים לרופאים עומדות במרכזן של תהליכי הטיפול והשירות בארגוני בריאות, וכל הפרעה במהלך עלולה להשפיע לרעה על תפיסת המטופל את תהליך השירות, ולפיכך גם על עמדותיו והתנהגותו כלפי הארגון ועובדיו. ישנן עדויות לכך שהשימוש בטכנולוגיות דיגיטליות על ידי רופאים פוגע בטיב האינטראקציה הבינאישית, ולעיתים משפיע לרעה על תפיסת המטופל.

**מטרות:** בחינת מידת השימוש של רופאים באמצעי תקשורת דיגיטליים במהלך ביקור מטופלים ובאיזו מידה נתפס השימוש כהפרעה. בנוסף, בחינת ההשפעה של הפרעות על איכות השירות ושביעות רצון המטופלים.

**שיטות:** פאנל אינטרנטי בקרב 505 ישראלים בגירים דוברי עברית. המשתתפים נשאלו האם במהלך ביקורם האחרון אצל רופא, הרופא עשה שימוש בטכנולוגיות דיגיטליות (שיחות בסמארטפון, הודעות ומיילים), והאם השימוש הפריע להם. בנוסף נשאלו המשתתפים לגבי איכות השירות ושביעות רצונם מהביקור.

**ממצאים:** מקרב המשתתפים 14% ראו את הרופא משוחח בסמארטפון, ו-9% ראו אותו שולח הודעה. 11% ראו אותו שולח מייל מהמחשב. 40% מאלה שראו את הרופא משוחח בסמארטפון או שולח הודעה, ו-30% מאלה שראו את הרופא שולח מייל, תפסו את ההתנהגות כהפרעה משמעותית. נמצא קשר שלילי מובהק בין ביצוע שיחה בסמארטפון לתפיסת איכות השירות ( $r = -.360, p < .01$ ) ולשביעות רצון המטופלים ( $r = -.352, p < .01$ ). קשר שלילי מובהק נמצא בין משלוח הודעות לתפיסת השירות ( $r = -.325, p < .05$ ) ולשביעות רצון ( $r = -.359, p < .05$ ). בין משלוח מייל לתפיסת המטופל נמצא קשר שלילי אך לא מובהק.

**מסקנות והמלצות:** רופאים אכן עושים שימוש באמצעי תקשורת דיגיטליים במהלך ביקור מטופלים. כאשר מטופלים תופסים זאת כהפרעה, תפיסת השירות ושביעות רצון שלהם ייפגעו. לפיכך, על ארגוני הבריאות להיות מודעים לתופעה ולנהל אותה בדרך אשר תבדיר באלו מצבים השימוש באמצעי התקשורת הדיגיטליים ראוי ומתי לא.

## מרחב ההמתנה: מבעיה למתנה

אנה לרנר<sup>1</sup>, שגית ארבל אלון<sup>1</sup>, אסף טוקר<sup>2</sup>, אורי וילדקיין<sup>2</sup>, בניה גיבור<sup>3</sup>

1. משרד הבריאות

2. CDI

3. מכבי שירותי בריאות

**רקע:** החדשנות התהליכית מציעה למערכות דוגמת מערכות בריאות התבוננות מחודשת על מנגנונים ותהליכים. מרחב ההמתנה לבדיקה, למעקב או לטיפול, מרחב המתחיל מהשלב בו מטופל מעוניין לבקש שירות ממערכת הבריאות ועד השלב האחרון של מתן המענה מהווה סביבה להתבוננות מחודשת ולמענה מיטבי המתמקד בצרכי הפרט ומאפשר קידום מועילות של המערכת.

**מטרות:** התבוננות מחודשת על מרחב ההמתנה מנקודת מבטו של הפרט ושל המערכת וגיבוש תובנות אפקטיביות לשם עיצוב סביבה מיטבית אשר מביאה לידי ביטוי ערכים של כבוד לזמן ויעילות עבור המטופל, המטפל והמערכת.

**שיטות:** חקירה באמצעות "מסע לקוח" למיפוי השלבים והרכיבים במרחב ההמתנה והאתגרים העיקריים בכל שלב: תהליך זימון התור, ההמתנה לקראתו, חדר ההמתנה הפיזי, זמן הטיפול וסיכומו ומעקב לאחר טיפול. בכל שלב מופו צרכים של מטופלים ומטופלים באמצעות ארבעה שאלונים: מטופלים הממתינים למרפאות מומחים, צוותי מרפאות מומחים, מטופלים הממתינים לנטילת בדיקות מעבדה, צוותי מעבדה. כמו כן, נערכו ראיונות עומק עם מטופלים ותצפיות שטח במרפאות של מכבי שירותי בריאות. במחקר השתתפו 171 מטופלים ו-17 מטופלים.

**ממצאים:** זוהו אתגרי ליבה ואתגרי משנה לאורך כל מרחב ההמתנה. ביניהם: גמישות התור, שקיפות מצב ההמתנה בתור, טיפול במקרים חריגים, תכני קידום בריאות בזמן ההמתנה, טיוב בירוקרטיה בכלל ובאופן דיגיטלי בפרט, מיצוי זמן מטפל, וודאות, פרטיות ועיצוב חדר ההמתנה הפיזי. במחקר נמצא פער בין מה שהצוות המטפל סימן כאתגר ליבה לבין מה שהמטופלים סימנו. כמו כן נרשם הבדל בין סביבת המתנה בה התור נקבע מראש לעומת המתנה FIFO, הן בין הצוותים המטופלים והן בין המטופלים.

**מסקנות והמלצות:** מענה לנושא היעילות וההתייחסות המכבדת למטופלים ומטופלים ניתן במגוון דרכים. אחת הדרכים הפחות אינטואיטיביות ובעלות יחס עלות תועלת רב יותר היא פיתוח ויישום מענים עבור תהליכים שמערכות נוטות לקבל כמובנים מאליהם ושכביכול אינם ברי שינוי. אחת הדוגמאות לכך היא חשיבה מחדש על מרחב ההמתנה. מהמחקר עולה כי קיימים צרכים ואתגרים, כמו גם פתרונות, אשר יכולים לסייע רבות לקידום המערכת, מתן ערך למטופל ויישום מהות התפיסה האסטרטגית של "המטופל במרכז".

## שימוש בעצי החלטה לסקרי חוויית המטופל: תובנות חבויות לחיזוק תחושת המטופלים שהם בידיים טובות

גלית שפר, אריאל בניס, סיגל דרדיקמן, רותי אופטובסקי, רן בליצר

שירותי בריאות כללית

**רקע:** מטופל בידיים טובות" מהווה את תפיסת השירות של הכללית המתווה קשר בין אמון, אשר מייצר חווית מטופל טובה, ובין היענות לטיפול ולהמלצות הרפואיות.

**מטרות:** לזהות את הגורמים בחוויית המטופל, בפנימיות ובמיון, שתורמים לתחושתו כי הוא "בידיים טובות", במטרה למקד תהליכים שיובילו להגברת האמון ושיפור השירות.

**שיטות:** המחקר עקב אחר חוויית האשפוז של מטופלי הכללית בפנימיות ובמיון, שענו על סקר חוויית המטופל בינואר-אוגוסט 2017. ניבנו עצי החלטה מסוג Conditional Inference-ו Random Forest ברבדי אוכלוסייה שונים (גיל, נשים/גברים, סוציו-אקונומי, מגזר, תחלואה). זוהו המשתנים בכל רובד בעלי הביצועים הטובים ביותר בדיוק ובמידע ובעלי ההסתברות הגבוהה ביותר לתרום לתחושת "בידיים טובות", בהינתן המשתנים המשפיעים.

**ממצאים:** 941 מטופלים ענו על סקר חוויית המטופל בפנימיות ו-2,250 על הסקר במיון. נמצא כי הסיבה העיקרית שהמטופלים בפנימיות לא חשו "בידיים טובות" הנה כי לא זכו ליחס אדיב ומכבד מהרופאים ( $p < 0.001$ ). בנשים הסיבה העיקרית הייתה מאמץ לקבל מענה לבקשותיהן ( $p < 0.001$ ), במבוגרים כי לא קיבלו הסברים ברורים מהאחיות ( $p < 0.001$ ), בקשישים כי לא זכו ליחס אדיב ומכבד מהאחיות ( $p < 0.001$ ), ואילו לדוברי רוסית לא היו מובנים ההסברים שקיבלו בשחרור ( $p < 0.001$ ). חוסר יחס אדיב ומכבד מהרופאים נמצא גם במיון כפרמטר העיקרי שבעטיו מטופלים אינם חשים "בידיים טובות" ( $p < 0.001$ ), כמו גם חוסר תיאום בין אנשי הצוות ( $p < 0.001$ ). סיבות שמגבירות עוד את התחושה השלילית כוללות חוסר בהתייחסות לשאלות ולחששות, חוסר ביעילות הקבלה, בזמני המתנה ארוכים במיון ובחוסר רגישות לסבל ולכאב. כאשר תנאים אלו כן מתקיימים שיעור המטופלים שחשים "בידיים טובות" הינו מעל ל-90%.

**מסקנות והמלצות:** כדי לחוש "בידיים טובות" מטופלים זקוקים ליחס אדיב ומכבד מהרופאים ושיהיו קשובים לשאלותיהם, לחששותיהם וזמינים עבורם. לאחיות תפקיד משמעותי במתן יחס אדיב ומכבד ובמתן מידע והסברים לאורך האשפוז ובשחרור. כאשר הרופא אינו מתייחס באדיבות ובכבוד למטופלים - לא נמצא אף משתנה אחר שיכול "לפצות" ולתקן את חוויית המטופל שהוא "בידיים טובות".

כדי לחזק את חוויית המטופל "בידיים טובות" יש להעניק כלים לצוות הרפואי לשיפור התייחסותם לחולים מכל הבחינות, לשיפור התיאום ביניהם ובמתן מידע והסברים ברורים ומובנים.

## הפשרת טיפול רפואי קפוא

אילה קובו-גרניהוט<sup>1</sup>, אמין שניפי<sup>2</sup>, רחלי מגנזי<sup>1</sup>, יזהר בן שלמה<sup>3</sup>, יהונתן חסין<sup>4</sup>

1. אוניברסיטת בר-אילן

2. מכבי שירותי בריאות

3. המרכז הרפואי פוריה

4. אוניברסיטת אריאל

**רקע:** ישנם מקרים בהם תוכנית הטיפול, גם אם היא מבוססת-פרוטוקולים, צריכה להשתנות. לתוכנית טיפול רפואי שלא שונתה בזמן אנו קוראים תוכנית טיפול "קפואה". תוכנית טיפול קפואה עלולה לגרום לנזק למטופל.

**מטרות:** להשוות בין היכולת של שתי שיטות לזיהוי סיכונים/כשלים לגרום לצוותים רפואיים לשקול קפיצה מתוכנית טיפול אחת לתוכנית טיפול חלופית (ובכך למנוע נזק למטופל): (1) צוות חיצוני שדן בעובדות המקרה (2) יישום הפרוטוקול לזיהוי סיכונים/כשלים הן על הצוות המטפל והן על צוות חיצוני.

**שיטות:** המחקר התבצע במלר"ד בי"ח פוריה. סטודנטים להנדסת איכות התלוו כצופים לצוותים רפואיים וסיעודיים ולמטופלים. כאשר התגלה פער בין תוצאה צפויה לרצויה הוא נידון ארבע פעמים: על ידי שני צוותים (צוות מטפל, צוות חיצוני) בשני אופני דיון (סיעור מוחות, על פי הפרוטוקול לזיהוי סיכונים/כשלים). הסטודנטים תיעדו האם בכל אחד מהדיונים נשקלה קפיצה מתוכנית הטיפול לתוכנית טיפול חלופית.

**ממצאים:** נדגמו אקראית 459 מפגשי מטופלים-צוות, במהלך עבודה רוטינית. זהו 200 פעמים. צוות חיצוני שקל ב-76 פעמים קפיצה, בהשוואה לצוות המטפל ששקל רק ב-47 מקרים קפיצה ( $P<0.001$ ). שימוש בפרוטוקול לזיהוי סיכונים/כשלים גרם לצוות המטפל לשקול קפיצה 133 פעמים ולצוות החיצוני לשקול קפיצה 140 פעמים (לא מובהק יחסית לצוות המטפל).

**מסקנות והמלצות:** למרות החשיבות הרבה בקפיצה מתוכנית טיפול אחת לשנייה כאשר נדרש, צוותים רפואיים מתקשים לעשות זאת. צוות חיצוני לא רק שאינו נותן מענה לבעיה, אלא גם אינו ישים כרוטינה, מבחינת משאבי ארגונים רפואיים. הפרוטוקול לזיהוי סיכונים/כשלים מגביר את ההסתברות הן של צוותים מטפלים והן של צוותים חיצוניים לשקול קפיצה מתוכנית טיפול אחת לשנייה. יש להתאים את הפרוטוקול לשימוש נרחב בארגונים רפואיים.

## אבחון וטיפול לילדים עם הפרעת קשב: נגישות וזמינות השירותים, גורמים המשפיעים על פניה לשירותים

דורי ריבקין<sup>1</sup>, אשר אור נוי<sup>2</sup>

1. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

2. האוניברסיטה העברית בירושלים, מרכז רפואי בית חולים הדסה

**רקע:** במחקר קודם מצאנו סימנים להפרעת קשב בקרב 9.3% מתלמידי א'-ב', אולם רק מיעוטם היו מאובחנים. נראה כי למרות העלייה בשיעור האבחון, יש ילדים שאינם מגיעים לאבחון ולטיפול. הסיבות המשוערות הן איתור חסר, חשש ההורים מטיפול תרופתי, וזמינות נמוכה של שירותים.

### מטרות:

1. בחינת האפקטיביות של איתור שיטתי ומוקדם דרך ביה"ס.
2. בחינת הגורמים המשפיעים על פניה לאבחון בקרב הורים לילדים שאותרו.
3. בחינת נגישות וזמינות השירותים.
4. השוואה בין ילדים שטופלו או לא טופלו בתפקוד ובצריכת שירותי בריאות.

**שיטות:** ב-2011-2012 בוצע איתור של הפרעת קשב בקרב 1,129 תלמידי כיתות א'-ב' בעזרת שאלוני DSM למחנכות ולהורים. אותרו 105 ילדים עם חשד להפרעת קשב, מהם 92 שלא היו מאובחנים. להורי הילדים שאותרו נשלח מכתב עם מידע על הפרעת קשב, והמלצה לפנות לאבחון. ב-2016 נערך מעקב עם הורי 85 ילדים, ונערכו ראיונות חצי מובנים עם 12 רופאים - נירולוגים, פסיכיאטרים ורופאי משפחה.

**ממצאים:** רוב ההורים לילדים שאותרו היו מודעים לקשיי הילדים. האיתור סייע להם להחליט לפנות לאבחון, אולם לא היווה גורם יחיד לפנייתם. פנית ההורים לאבחון לא הושפעה מעמדותיהם, ממאפיינים סוציו-אקונומיים או מזמינות השירותים. הורים מתקשים בגישה לאבחון וטיפול בשל המתנה ארוכה לנירולוג ילדים בקופ"ח והוצאות על אבחון וטיפול פרטיים. 58% מהילדים שקיבלו המלצה לטיפול תרופתי נטלו תרופות בעת המעקב. 87% מהילדים עם הפרעת קשב מקבלים סיוע לא-תרופתי (טיפולים תומכים) ורק בודדים מטופלים בתרופות בלבד. חלק ניכר מהילדים המטופלים תרופתית אינם במעקב ייעודי. הורי הילדים דיווחו על השפעה חיובית של הטיפול התרופתי על התפקוד הלימודי והחברתי אך לא נמצא הבדל בין ילדים מטופלים ושאינם מטופלים בתפקוד או בצריכת שירותי בריאות.

**מסקנות והמלצות:** נראה כי מסגרות החינוך מצליחות באיתור הילדים, ילדים שמגיעים לאבחון מקבלים טיפול המשלב תרופות וסיוע חינוכי ופסיכוסוציאלי. הקשיים העיקריים הם התורים הארוכים לאבחון הרפואי דבר המחייב הוצאות פרטיות מרובות וכן מיעוט טיפולים תומכים הניתנים בקופ"ח. מומלץ להנגיש את שירותי האבחון והטיפול דרך מידע על שירותים ציבוריים ושיפור זמינותם, לרבות מעקב נירולוג לילדים מטופלים תרופתית.

## טכנולוגיות גנומיות באבחון טרום לידתי: עמדות נשים לאחר לידה לגבי דיווח ממצאים בהיריון

ויטליה ליבמן<sup>1</sup>, שירי שקדי-רפיד<sup>2</sup>, ישי סמפולינסקי<sup>3</sup>, מיקי אוסובסקי<sup>4</sup>, חגית הוכנר<sup>1</sup>

1. האוניברסיטה העברית-הדסה

2. מרכז רפואי בית חולים הדסה

3. מרכז רפואי בית חולים הדסה הר הצופים

4. בית חולים בילינסון

**רקע:** בשנים האחרונות נכנסו לשימוש בהיריון בדיקות גנומיות מתקדמות המאפשרות גילוי חסרים ועודפים מזעריים. שיטות אלו מעלות את הסיכוי להגיע לאבחנה של מחלה מולדת חמורה, אך מובילות לעלייה בהסתברות לזהות ממצאים בעלי השלכות שאינן חד משמעיות, וכאלה המעלים סיכון למחלות בגיל המבוגר. בארץ אין מדיניות אחידה לגבי דיווח תוצאות של בדיקות גנומיות בהיריון.

**מטרות:** בחינת עמדות של נשים בגילאי הפוריות לגבי קבלת מידע על שינויים גנטיים בהיריון.

**שיטות:** במהלך 9 חודשים, נשים מאושפזות לאחר לידה רואיינו באמצעות שאלון רב-ברירתי.

**ממצאים:** 750 נשים (75% היענות) השתתפו במחקר: כרבע חילוניות, שליש חרדיות ולכמחצית תואר אקדמי. 70% מהנשים היו מעוניינות לדעת בהיריון על ממצאים גנטיים הגורמים למחלות מולדות חמורות. 60% מהמשתתפות מעוניינות בדיווח על שינויים הגורמים לעלייה בסיכון למחלות בגיל המבוגר שיש להן טיפול, לעומת כ-30% המעוניינות במידע לגבי מחלות ללא טיפול. הרצון לדעת נמצא קשור עם השכלה ורמת הדתיות. כך למשל, כ-30% מהנשים החרדיות מעוניינות לדעת בהיריון על מחלות מולדות חמורות לעומת כ-80% מיתר הנשים ( $p < 0.001$ ), וכ-80% מנשים בעלות תואר אקדמי מעוניינות במידע זה לעומת 55% מנשים ללא תואר ( $p < 0.001$ ). עמדות נשים לגבי דיווח של ממצאים מעלי סיכון לאוטזם תלויות ברמת הסיכון לביטוי הליקוי: כש-64% מהמשתתפות מעוניינות במידע על ממצאים בחדירות של 40%, לעומת 39% לגבי ממצאים שחדירותם 10%. רמת השכלה נמצאה קשורה חיובית עם הרצון לקבלת מידע לגבי ממצאים בחדירות של 40% ( $p < 0.002$ ), אך לא עם ממצאים שחדירותם נמוכה יותר. בשאלה לגבי קביעת הגורמים שיחליטו אלו ממצאים ידווחו, מרבית המשתתפות (73%) חושבות שהדיווח הרצוי הוא בהתאם להעדפות ההורים.

**מסקנות והמלצות:** מרבית הנשאלות, המייצגות נשים בגילאי הפוריות בישראל, מעוניינות לקבל מידע במהלך היריון לגבי טווח רחב של מצבים גנטיים. השכלה ורמת דתיות משפיעים על הרצון לקבל מידע, כמו גם רמת הסיכון ואפשרות טיפולית. קיימת תמיכה במתן אוטונומיה לנשים להחליט בעצמן על היקף הדיווח. במקביל ליצירת אחידות בדיווח ממצאים מעלי סיכון בין המכונים הגנטיים השונים יש לקדם שיח בנושא שיתוף המשתמשים בבדיקות גנטיות בקבלת החלטות הקשורות בדיווח ממצאים.



## “דוקטור, אתה 10!”: כיצד מטופלים תופסים את מקצועיות הרופאים?

סיגל דרדיקמן, רותי אופטובסקי, דקלה הרצוג, מרינה סנדל, עינת כהן בן גיגי

שירותי בריאות כללית

**רקע:** פעמים רבות מביעים רופאים התנגדות לשימוש של מטופלים במונח “רופא מקצועי”. לטענתם, בשל חוסר ההבנה של המטופל במקצוע הרפואה, למטופל אין יכולת להעריך את מקצועיות הרופא, ולרופא אין את היכולת להשפיע על תפיסת מקצועיות זו.

**מטרות:** מאחר ותפיסת המקצועיות של הרופא בעיני המטופל מהווה את אחד הגורמים החשובים לבניית מערכת יחסים מבוססת אמון ולשיעור היענות גבוה של המטופל לטיפול, ביקשנו לזהות את הפרמטרים אשר באמצעותם מטופלים מגבשים את דעתם ומעריכים את מקצועיותו של הרופא.

### שיטות:

1. מחקר בינלאומי השוואתי, המבוסס על מקורות מידע פתוחים (OSINT): מאגרי מידע רפואיים, פרסומים בכתבי עת מדעיים, וסקרים ומחקרים של חברות ייעוץ בתחום הבריאות.
2. תיכול מחקרי חווית המטופל הנערכים ביחידות המחקר של כללית.

המחקרים שנבחרו לעבודה זו, היו בעלי מדגם רחב יחסית הנע בין כ-300-500 משתתפים והתבצעו הן בבתי חולים והן בקהילה.

### ממצאים: רופאים ומטופלים לא מעריכים את איכות הטיפול באותו אופן.

1. ממצאי המחקרים מצביעים על כך שלרוב מטופלים נוטים להעריך רופאים על פי כישוריהם הבינאישיים ואיכות חווית המטופל שהם מספקים ופחות על פי פרמטרים וביצועים קליניים.
2. הקשבה: פרמטר הכולל מספר מונחים בהם השתמשו המטופלים: אמפטיה, אכפתיות, התעניינות, מתן כבוד למטופל, סבלנות ורגישות לתחושות המטופל. זהו הפרמטר הנפוץ ביותר המשמש מטופלים להערכת מקצועיות הרופא.
3. יסודיות: מונח כולל להערכת איכות הטיפול הרפואי: הרופא מבצע בדיקה פיזית, שואל שאלות להעמקת ההבנה, בוחן בדיקות קודמות, מתייעץ עם קולגות ומקדיש לי מספיק זמן.
4. מידע והסברים: מתן מידע ברור ובאופן יזום, רופא תקשורתי שיועד להסביר, רופא שמוודא שכל המידע ברור והובן כהלכה.

### מסקנות והמלצות: מערכת הבריאות מאופיינת בפער מובנה בין מדדים פרופסיונאליים אובייקטיביים למדידת המקצועיות של הרופא, לבין תפיסת המטופלים את רמת המקצועיות של הרופא.

לא תמיד מה שנחשב בעיני הרופא כהתנהגות מקצועית נתפס ככזה גם בעיני המטופלים. מודעות לפרמטרים המשפיעים על חווית המטופל ועל תפיסת המקצועיות של הרופאים מנקודת מבט המטופל, עשויה להוביל להגברת האמון בין הרופא למטופל, ולשפר את איכות הטיפול הקליני.

## האם קיים קשר בין מעמד סוציו-אקונומי לבין תחלואה ותמותה בחולי סוכרת בישראל?

אמנון להד<sup>1</sup>, בועז חסיד<sup>2</sup>, שלמה וינקר<sup>3</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. בית החולים וולפסון

3. אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** ישנן עדויות כי למעמד סוציואקונומי יש השפעה על שכיחות סוכרת. קיים מידע מועט על השפעת המעמד הסוציואקונומי על תחלואה ותמותה בקרב חולי סוכרת.

**מטרות:** לבחון קשר בין מעמד סוציו-אקונומי לבין תחלואה במחלת לב ותמותה בחולי סוכרת בישראל.

**שיטות:** מחקר עוקבה רטרוספקטיבי בנתונים שנאספו ממערכות המידע של "הכללית", מבתי-החולים ומהקהילה. משך המעקב 7 שנים: 01/01/2008-31/12/2014. אוכלוסיית המחקר היא כל חולי הסוכרת מסוג 2 מבוטחי "הכללית" שהוגדרו כחולי סוכרת ב-01/01/2008 מגיל 45 שנים. השתמשנו בשני מדדים להגדרת המצב הסוציואקונומי של המטופל. זכאותו לפטור ביטוח לאומי (בטל"א) ולפי מדד סוציואקונומי של המרפאה הראשונית (SES).

**ממצאים:** נכללו 102,062 מטופלים. 58% נשים. הגיל החציוני היה 62 שנים. התמותה היתה 7.9% והתחלואה ב-IHD הייתה 12%. 29% היו זכאים לפטור בטל"א. מבחינת מדד ה-SES: SES1 45%, SES2 39% ו-SES3 16%. נמצא באופן מובהק שיעור גדול יותר של תחלואה ותמותה בקרב האוכלוסיות במצב סוציואקונומי נמוך. מבחינת תמותה, נמצא באופן מובהק כי לזכאות לפטור בטל"א יש HR של 1.45 וכי לשייכות לקבוצות SES2 ול-SES3 יש HR של 0.86 ו-0.7 בהתאמה. מבחינת תחלואה, נמצא באופן מובהק כי לזכאות לפטור בטל"א יש HR של 1.08 וכי לשייכות לקבוצות SES2 ול-SES3 יש HR של 0.94 ו-0.92 בהתאמה.

**מסקנות והמלצות:** מדובר במחקר הגדול מסוגו שפורסם. מצאנו כי מעמד סוציואקונומי נמוך מעלה תחלואה ב-IHD ותמותה מכל סיבה. גם כאשר עושים CONTROLLING רחב, רואים כי מעמד סוציו-אקונומי נמוך קשור לעלייה בתחלואה ב-IHD ועלייה בתמותה.

יש לבחון את האפשרות להגדיל משאבים באזורים עם מדד סוציואקונומי נמוך שכן טיפול זהה במקומות לא זהים הוא קיפוח.

## מדוע התמותה כתוצאה מתאונת דרכים גבוהה יותר בקרב ערבים לעומת יהודים?

אבבה טרון, מאיה סימן-טוב, אירה רדומיסלנסקי, קבוצת הטראומה בישראל, קובי פלג

מכון גרטנר

**רקע:** תאונות דרכים (ת"ד) הן הסיבה המרכזית למוות בעיקר בקרב צעירים. ת"ד אינן מתפלגות באופן שווה בין קבוצות אתניות, ולרוב נמצאות בשכיחות גבוהה בקרב מיעוטים בחברה המערבית. פינוי וטיפול מהיר לביה"ח המתאים לטיפול בפצוע יכולים לצמצם ואף למנוע נכויות ותמותה.

**מטרות:** להשוות את הסיכון לתמותה בבי"ח בעקבות ת"ד בין ערבים ליהודים בישראל ולאתר את גורמי הסיכון לתמותה בין שתי הקבוצות.

**שיטות:** מחקר רטרוספקטיבי בקרב פצועים קשים שהתאשפזו כתוצאה מת"ד המבוסס על נתוני רישום הטראומה הלאומי בשנים 2008-2014. הנתונים כללו מאפיינים דמוגרפיים, מאפייני היפגעות, מועד ואופן פינוי לביה"ח, יעד בשחרור מביה"ח ותמותה. בוצעה רגרסיה לוגיסטית רב משתנית בתקנון למאפייני פגיעה אופן פינוי וטיפול לחישוב הסיכון לתמותה.

**ממצאים:** מבין 7,693 הנבדקים שנכללו, 28% היו ערבים (מהווים 21% מכלל האוכלוסייה) ו-72% יהודים. מכלל המאושפזים 9% נפטרו בביה"ח ללא הבדל בין הקבוצות. ערבים בהשוואה ליהודים היו בעלי פגיעות אנושות בשיעור גבוה יותר (52% לעומת 44%) אך פונו לביה"ח באמבולנסים בשיעור נמוך יותר (69% לעומת 80%), הועברו יותר לטיפול בבי"ח אחר והיו בעלי שיעור גבוה יותר של שימוש בשירותי אשפוז. בחישוב הסיכון לתמותה נמצא כי לאחר תקנון למאפיינים דמוגרפיים, היפגעות, אופן פינוי וטיפול בביה"ח נמצא כי לערבים בהשוואה ליהודים סיכוי גבוה יותר לתמותה בביה"ח כתוצאה מת"ד (OR: 1.34, 95% CI: 1.06-1.69). פגיעה אנושה, פגיעה מוחית טראומטית ומועד הגעה לביה"ח בשעות אחה"צ/ערב/סופ"ש נמצאו כגורמי סיכון לתמותה בקרב ערבים בהשוואה ליהודים. בניית מודל, נמצא כי הסיכון הגבוה לתמותה בקרב ערבים נמצא רק בקרב אלו שפוננו באמבולנס ולא בקרב אלו שפוננו במסוק.

**מסקנות והמלצות:** את הסיכון הגבוה לתמותה בביה"ח בקרב ערבים כתוצאה מת"ד, ניתן לשער כי קשור הן למאפייני הפגיעה והן לזמן פינוי וזמינות אמבולנסים. נתונים אלו מעלים שאלה חשובה לגבי הנגישות המהירה של אוכלוסייה זו לשירותי חירום רפואיים אשר מוביל לפערים במתן טיפול דחוף בבתי חולים - כל אלו עלולים להיות מושפעים ממרחק זירת הפגיעה אל ביה"ח הקרוב. יש להנגיש שירותי חירום לאוכלוסייה הערבית בפרט, בהתאם לניתוח קבוצות סיכון ואזורי היפגעות בכלל.

## תת אבחון ופערים בטיפול בחולי דמנציה בישראל - ממצאי הסקר הלאומי הראשון

### Under-diagnosis of dementia and gaps in treatment in Israel - results of the first national survey

ענבר צוקר, מירי לוצקי, שלי שטרנברג, איריס רסולי, תמי שוחט

משרד הבריאות

**רקע:** עם העלייה בתוחלת החיים יש עלייה בהימצאות דמנציה ואלצהיימר. משנת 2013 יש בישראל תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות בהובלת האגף לגריאטריה במשרד הבריאות.

**מטרות:** הערכת שיעורי המצאות דמנציה בישראל ואפיון הלוקים במחלה.

**שיטות:** לצורך הסקר ניסח צוות מומחים "הגדרת מקרה" לפיו נשלפו החולים ממאגרי המידע הממוחשבים של ארבע הקופות. הגדרת מקרה כללה רישום אבחנה של דמנציה (בשני ביקורי רופא או כאבחנה קבועה) או רכישת תרופה לדמנציה. אוכלוסיית הסקר כללה את כל מבוטחי הקופות מגיל 45 ומעלה בסוף 2016. משתתפי הסקר שויכו לקבוצת אוכלוסייה ורמה חברתית-כלכלית לפי מקום מגורים.

**ממצאים:** שיעורי הימצאות דמנציה היו 2.5% בבני 45 ומעלה ו-6.4% בבני 65 ומעלה. שיעורי ההימצאות עלו כמצופה עם הגיל: 1.4% בבני 65-74, 8.4% בבני 75-84, ו-22.2% בבני 85 ומעלה. שיעור דמנציה היה גבוה יותר בנשים לעומת גברים (2.80-2.75) (2.8% לעומת 2.2% בגיל 45 ומעלה, ו-6.77-6.65) (6.7% לעומת 5.32-5.46) (5.3% בגיל 65 ומעלה. מתוך כל מקרי הדמנציה שדווחו, 36% אותרו על סמך אבחנה בלבד, 19.3% על ידי רכישת תרופות לדמנציה, ו-44.7% ענו על שני הקריטריונים. כשני שלישים מהלוקים בדמנציה (64.1%) רכשו תרופה לפחות פעם אחת. שיעור רכישת תרופות היה גבוה יותר באופן מובהק ביהודים לעומת ערבים (65.1% לעומת 48.6%) ובמעמד סוציאקונומי גבוה לעומת נמוך (76.7% לעומת 48.6%). בתקנון לגיל אוכלוסיית מערב אירופה, שכיחות הדמנציה מעל גיל 60 הייתה נמוכה בישראל (5.1%) בהשוואה למדווח ממערב אירופה (6.8%), וארה"ב (5.7%).

**מסקנות והמלצות:** בסקר לאומי נמצא שיעור הימצאות נמוך יותר של דמנציה בהשוואה לארצות מערביות אחרות. נמצאו פערים בטיפול הקשורים למאפיינים דמוגרפיים. סיבות אפשריות הן תת-אבחון, העדר מודעות של אנשי מקצוע והציבור הרחב, חוסר בשירותי גריאטריה ברפואה הציבורית ופניה לאבחון במערכת הפרטית. נתוני הסקר יוצלבו עם מאגרי מידע לאומיים אחרים לבחינת עומס תחלואה ושימוש בשירותים ויהוו בסיס לקביעת מדיניות עתידית בתחום הדמנציה.

## לא רק אחריות האישה: קידום בריאות בקרב נשים ערביות בעדשה מגדרית-תרבותית

שירין פלאח, אורנה בלומן

אוניברסיטת חיפה

**רקע:** הפרדיגמה של קידום בריאות רואה את הפרט כאחראי לבריאותו, כך שנתונה לו הבחירה לשפר את בריאותו, בין היתר על ידי אימוץ הרגלים בריאותיים. נשים ערביות בישראל נענות למודל זה ולהמלצות הרופאים הנגזרות ממנו רק באופן חלקי, כאשר הימנעות מפעילות גופנית היא אחד הביטויים הבולטים לחלקיות זו. ההסבר העיקרי לכך היא קיומם של חסמים תרבותיים המונעים מהן לעסוק בפעילות גופנית, בעיקר בזו המתבצעת במרחב הציבורי.

**מטרות:** המחקר הנוכחי בוחן מקרה אחד של סיפור הצלחה: הוא מנתח את המעבר של קבוצת נשים ערביות ממצב של חוסר פעילות גופנית להליכה בריאותית קבועה מחוץ לבית. במוקד המחקר קבוצת נשים המתגוררת בכפר-סמיע, יישוב שמרני בו ממעיטים בחשיבותה של פעילות גופנית, שהצליחה להתמודד עם המגבלות המוכרות, לרכוש הסכמה חברתית להקמתה של קבוצת הליכה נשית ולשמרה לאורך זמן. המחקר מתחקה אחר נסיבות ההצלחה של נשים אלה.

**שיטות:** שיטת המחקר היא איכותנית. הנתונים נאספו באמצעות ראיונות עומק מובנים למחצה עם 32 נשים ערביות (דרוזיות) העוסקות שנתיים ויותר בהליכה בריאותית באופן קבוע.

**ממצאים:** המחקר מראה שנורמות פטריארכליות, המבנה הקולקטיביסטי של הקהילה, וכן העדר מודעות להיבט התרבותי-מגדרי במוסדות הבריאות, מגבילים את יכולתן של נשים לאמץ ולהטמיע הרגלים מקדמי-בריאות. שלושה גורמים מרכזיים עשויים לסייע לקידום פעילות גופנית מסוג זה לנשים:

1. חשיפת הנשים והקהילה לידע רפואי ברור והמלצה חד-משמעית לנשים לעסוק בפעילות גופנית. אלה צריכים להיות מועברים באופן המותאם לנשים בהקשרן התרבותי, וכן נדרשת תמיכה מתמשכת של איש מקצוע רפואי.
2. התמודדות "בלתי-מתריסה" עם המסורת הפטריארכלית.
3. יצירת מעגלי שיח ציבוריים, בין הנשים למנהיגי הקהילה ואנשי הדת.

**מסקנות והמלצות:** המחקר מדגיש את העובדה שבחיי היומיום נשים אינן מתנהלות בחלל ריק, ומצביע על חשיבותה של הרמה החברתית שמעבר לאישה היחידה. הוא מראה כי כאשר מאמצים ראייה מגדרית לבחינת מצבן הבריאותי של נשים ערביות בישראל מתבלטת החשיבות של מכלול הצרכים, כולל הקשריהם הקהילתיים. הכרות מעמיקה עם מסורות מקומיות בקהילה, והאופן בו הן מעצבות חסמים יתרמו לפיתוח דרכי פעולה מותאמים ולייעולן של תוכניות קידום בריאות בקרב נשים בחברה הערבית בישראל.

## גורמים הקשורים לשימוש מוגבר בשירותי הבריאות בחולים עם רפלוקס קיבתי-ושטי בקהילה

וואסך נעאמנה<sup>1</sup>, רחלי כץ<sup>2</sup>, רנא דלאשה<sup>1</sup>, גבריאל חודיק<sup>2</sup>, ח'יתאם מוחסן<sup>2</sup>

1. אוניברסיטת תל-אביב

2. מכבי שירותי בריאות

**רקע:** לאחרונה, נצפית עלייה בהיארעות מחלת רפלוקס קיבתי-ושטי (להלן רפלוקס) במדינות מפותחות רבות. עקב היותה מחלה כרונית, יתכן שימוש מוגבר בשירותי בריאות על ידי חולי רפלוקס, אך הגורמים הקשורים לכך אינם ברורים במלואם.

**מטרות:** לבדוק את הקשרים בין מאפייני החולה והרופא המטפל לבין שימוש מוגבר בשירותי ביקור אצל מומחה בגסטרואנטרולוגיה ובדיקת גסטרוסקופיה בחולי רפלוקס.

**שיטות:** נערך מחקר חתך על בסיס נתונים לא מזוהים ממאגר המידע של מכבי שירותי בריאות. נכללו 75,219 חולי רפלוקס (57.1% נשים) בגיל ממוצע 53 שנים. המשתנים הבלתי תלויים היו מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של החולים ומאפייני הרופא המטפל (התמחות, וותק, ועוד), כאשר בדיקות אבחון וביקורים אצל מומחה בגסטרואנטרולוגיה היו המשתנים התלויים. נעשתה השוואה בין חולים עם שימוש מוגבר בגסטרוסקופיה ( $\geq 2$ ) וביקורים אצל מומחה בגסטרואנטרולוגיה (שלישון עליון) לבין חולים עם רמת צריכה נמוכה יותר. נבנו מודלים של רגרסיה לוגיסטית מרובת משתנים.

**ממצאים:** כ-15.0% (11,261) מהחולים עברו שתי בדיקות גסטרוסקופיה או יותר ו-31.5% (23,703) ביקרו אצל מומחה בגסטרואנטרולוגיה. נשים עם רפלוקס נטו לשימוש מוגבר בביקור אצל מומחה בגסטרואנטרולוגיה ( $aOR=1.4, p<0.001$ ) וכך גם חולים בני 75+ בהשוואה לבני 19-34 שנים ( $aOR=2.2, p<0.001$ ), חולים שנולדו באסיה/צפון אפריקה לעומת ישראל ( $aOR=1.2, p<0.001$ ), יישובים ממעמד סוציאקונומי נמוך ( $aOR=1.2, p<0.001$ ), חולי יתר לחץ דם וסוכרת ( $aOR=1.3, p<0.001$ ) ומחלת לב ( $aOR=2.3, p<0.001$ ). לא נמצאו הבדלים משמעותיים לפי מאפייני הרופא. קבוצות הסיכון לשימוש מוגבר בגסטרוסקופיה היו קבוצת הגיל 65-74 ( $aOR=3.1, p<0.001$ ), עולים מברית המועצות לשעבר ( $aOR=1.5, p<0.001$ ), חולי סוכרת ומחלת לב ( $aOR=1.2, p<0.001$ ) והתמחות הרופא ברפואה פנימית ( $aOR=1.1, p=0.004$ ).

**מסקנות והמלצות:** חולי רפלוקס קשישים, נשים, אלו שמתגררים באזורים ממעמד סוציאקונומי נמוך, עולים מארצות אסיה/צפון אפריקה וברית המועצות לשעבר וחולים עם תחלואת רקע (יתר לחץ דם, סוכרת ומחלת לב) נוטים לשימוש מוגבר באופן משמעותי בשירותי רפואה בתחום הגסטרואנטרולוגיה. הסברים אפשריים לתופעה זו יכולים להיות קשורים לחומרת המחלה ולגורמים התנהגותיים ברמת החולה אך פחות תלויים במאפייני הרופא. התערבויות שמטרתן שימוש מושכל בשירותי בריאות בתחום הגסטרואנטרולוגיה צריכות להיות מכוונות לאוכלוסיות אלה.

המחקר מומן על ידי המכון הלאומי.

## אשפוז בר מניעה - מגמות בעשור האחרון

ציונה חקלאי, יעל אפלבוים, עטל-שולמית גורדון

משרד הבריאות

**רקע:** אשפוז עקב תחלואה כרונית יכול לשמש כמדד לאיכות הטיפול בקהילה. ה-OECD מצביע על אשפוז עקב אסתמה, COPD, אי ספיקת לב, יתר לחץ דם, סוכרת וסיבוכיה, שנרשמו כאבחנה עיקרית, כמדד לאיכות הטיפול בקהילה.

**מטרות:** להציג מגמות בשיעור האשפוז בר-מניעה בישראל בהשוואה ל-OECD, ולהצביע על הבדלים בין קבוצות אוכלוסייה ואזורים בישראל.

**שיטות:** המידע מבוסס על מאגר האשפוזים במשרד הבריאות והגדרות ה-OECD. מוצגים שיעורים מתוקננים לגיל לפי מגדר, לאום ונפות בעשור האחרון.

**ממצאים:** בעשור האחרון נרשמה בישראל מגמת ירידה ממרבית הסיבות לאשפוז בר-מניעה, בהתאם להגדרות ה-OECD. למרות הירידה, שיעור האשפוז המתוקנן לגיל עקב COPD, אי ספיקת לב וקטיעות גפיים תחתונות לסוכרתיים גבוה מממצע ה-OECD.

בשנת 2016, היו כ-9,000 אשפוזים לגילאי +45 עם COPD כאבחנה עיקרית. השיעור המתוקנן לגיל לערבים גבוה פי 2.3 מהשיעור הארצי. השיעור למבוטחי כללית ולאומית גבוה פי 1.2 מהשיעור הארצי ולמבוטחי מכבי ומאוחדת נמוך יותר. בנפות הצפון ובנפות חדרה, רמלה ובאר שבע נמצא שיעור מתוקנן גבוה באופן מובהק מהשיעור הארצי. בשנת 2016 היו כ-12,000 אלף אשפוזים לגילאי +45 עם אי ספיקת לב כאבחנה עיקרית. השיעור המתוקנן לגיל לערבים גבוה פי 2.3 מהשיעור הארצי. השיעור למבוטחי כללית ולאומית גבוה פי 1.1 מהשיעור הארצי ולמבוטחי מכבי ומאוחדת נמוך יותר. השיעורים בנפות כנרת, יזרעאל, עכו, חיפה, חדרה והשרון גבוהים באופן מובהק מהשיעור הארצי. בשנת 2016 נרשמו כ-800 קטיעות לסוכרתיים (major amputation) לגילאי +45, השיעור המתוקנן לגיל יציב בחמש השנים האחרונות לאחר ירידה בשנים לפני. השיעור המתוקנן לערבים גבוה פי 2.0 מהשיעור הארצי. השיעור למבוטחי כללית ולאומית גבוה פי 1.2 מהשיעור הארצי ולמבוטחי מכבי ומאוחדת נמוך יותר. בנפות עכו, יזרעאל, חדרה והשרון נמצאו שיעורים גבוהים באופן מובהק מהשיעור הארצי.

**מסקנות והמלצות:** יש לבדוק הסיבות להבדלים בשיעור האשפוזים באזורים השונים, ולחקור האם ההבדל קשור לנגישות הטיפול, לחומרת המחלה או היענות המטופלים לטיפול, במטרה לצמצם האשפוזים ולתגבר הטיפול בקהילה.

## הבדלים בשימוש במערכת הבריאות בקהילה, בתפיסות בייחס למצב הבריאות וצריכת שירותי בריאות בקרב גברים הומוסקסואלים לעומת גברים הטרוסקסואלים

רוני פרבר<sup>1,2</sup>, יאיר שפירא<sup>2</sup>, רחלי ניסלהוץ גנות<sup>2</sup>

1. מאוחדת

2. אוניברסיטת אריאל

**רקע:** בשנים האחרונות גוברת הפתיחות כלפי האוכלוסייה ההומוסקסואלית, אך עדיין קיימים גילויים של הומופוביה וסטיגמה כלפי קהילה זו. מחקרים מראים כי דעות קדומות, סטריאוטיפים וגילויים של הומופוביה קיימים גם בקרב אנשי מקצוע מהתחום הטיפולי, ועשויים להשפיע עליו. בישראל, מחקר משנת 2011 בחן את הסטטוס הבריאותי של חברי הקהילה, ונמצאו בו הבדלים מובהקים בין נשים לסביות להטרוסקסואליות. בישראל, טרם פורסמה השוואה זו בין גברים הומוסקסואלים לגברים הטרוסקסואלים.

**מטרות:** לתאר הבדלים באופני השימוש במערכת הבריאות בקהילה בין גברים הומוסקסואלים לגברים הטרוסקסואלים. לבחון תפיסות בנוגע למצב בריאות ובנוגע לצריכת שירותי בריאות בקרב גברים הומוסקסואלים ובקרב גברים הטרוסקסואלים.

**שיטות:** סקר בקרב גברים הומוסקסואלים והטרוסקסואלים. המדגם כולל כ-450 משיבים. העיבודים הסטטיסטיים בוצעו בעזרת spss גרסה 21. המחקר כלל שאלון אלקטרוני אנונימי מתוקף.

**ממצאים:** נמצאו הבדלים מובהקים בקבוצת הגברים ההומוסקסואלים לעומת ההטרוסקסואלים בצריכת סמים, כמות פרטנרים, טיפול אצל פסיכיאטר וטיפול תרופתי. נמצא כי הומוסקסואלים נוטים יותר ב-40% להפרעות אכילה מאשר ההטרוסקסואלים. מחלות כרוניות - כ-12% מההטרוסקסואלים סובלים ממחלות כרוניות לעומת 25% מההומוסקסואלים. ההגעה לרפואה ראשונית- הומואים המעיטו בביקורים לרופא משפחה. רוב ההומוסקסואלים הדגישו את חשיבות הנטייה המינית כחלק מהטיפול. עם זאת, 50% לא "יצא מהארון" בפני הרופא מתוך חשש. 72% מהמשיבים ההומוסקסואלים סבורים כי חוסר ידע בקרב מטפלים בנוגע לצרכים הייחודיים פוגע בהגעתם לטיפול. 40% מהמשתתפים ההומוסקסואלים חושבים שלמטפל ישנו ידע במידה מועטה לצרכיהם. 38% מהמשיבים ההומוסקסואלים שיתפו את הרופאה על הנטייה וזה העלה את שביעות הרצון מהטיפול, לעומת 24.4% ששיתפו אך זה לא העלה.

**מסקנות והמלצות:** ההמלצות מתמקדות בשינוי דפוסי פעולה אפשריים בקהילה ביחס לאוכלוסייה הלהט"בית, במישור של זיהוי האוכלוסייה ובהתאמת הטיפול לצרכיה. הקהילה, היא קבוצה עם תרבות, חברה והווייה משל עצמה, אם אנו כמערכת בריאות לא נלמד ונכיר את מאפייניה, אנו נפספס כ-11% מכלל מטופלינו. אנו מאמינים כי התיווך בין אנשי הבריאות לקהילה ההומוסקסואלית יאפשר צמצום פערים קיימים על ידי הכרת מאפייני הקהילה וקבלת כלים להבנת השונות של צרכי הבריאות הייחודיים לה.



## מהם הגורמים החברתיים, תרבותיים וממסדיים לביקוש רב לשימוש באנטיביוטיקה בחברה הערבית בישראל מנקודת ראות חברי הקהילה, רוקחים ורופאים ערבים

מראם חזאן, נורית גוטמן

אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** שימוש בלתי הולם באנטיביוטיקה מהווה איום לבריאות הציבור ברמה בינלאומית בהביאו לעמידות חיידקית לתרופות אנטיביוטיות, כך שלא ניתן יהיה בעתיד להתמודד עם זיהומים שעד כה טופלו ביעילות באמצעותן. התופעה נמצאת בשכיחות גבוהה יחסית בקרב אוכלוסיות מיעוטים בעולם, וגם במיעוט הערבי בישראל. רוקחים מייצגים קבוצה חשובה של פרופסיונליים במערכת הבריאות, אולם הפרספקטיבה שלהם לגבי הסיבות לשימוש-יתר באנטיביוטיקה ומערכות יחסיהם עם לקוחותיהם בהקשר זה נחקרה במידה מועטה.

**מטרות:** לחקור מנקודת מבטם של רוקחים, רופאים וחברי קהילה מהם הגורמים החברתיים, תרבותיים, מוסדיים ומבניים בחברה הערבית בישראל שתורמים ליוזמות לטיפול-עצמי באנטיביוטיקה וללחץ על רופאים ורוקחים על ידי מטופלים במטרה להשיג אנטיביוטיקה לטיפול בעצמם או בבני משפחה.

**שיטות:** המחקר כלל 228 משתתפים ונערך בשילוב של שיטות כמותיות ואיכותניות: 115 ראיונות אישיים (28 חברי קהילה, 27 רופאים ו-60 רוקחים מיושבים בגודל שונה מ-28 ישובים). 12 תצפיות בבתי מרקחת והפצת שאלון כמותני מודפס שמולא על ידי 140 רוקחים ורוקחות מ-48 ישובים.

**ממצאים:** הממצאים מציגים תמונה מורכבת של שילוב של תפיסות שגויות לגבי השימוש והיעילות של אנטיביוטיקה ומניעים לטיפול-עצמי הקשורים לצפיפות במגורים (העברת תרופות בין בתי אב ולחץ על אימהות צעירות), מגדר (אימהות אחראיות על הבריאות ומוגדרות כ"חצי-רופא"), גורמים כלכליים (טיפול עצמי למניעת הפסד ימי עבודה; תחרות בין רוקחים ובין רופאים), מערכות יחסים בין חברי קהילה-רופאים/רוקחים המבוססות על קשרי משפחה או ידידות, וכן גורמים מוסדיים (גיוס בני משפחה לקופות החולים) המשפיעים ביחד על תפיסות נורמטיביות וציפיות לגבי שימוש באנטיביוטיקה של המטופלים/לקוחות מרופאים ומרוקחים בחברה הערבית. הממצאים מדגישים את הדילמות והלחצים שמורגשים על ידי כל אחד מהצדדים.

**מסקנות והמלצות:** כדי להתייחס לאתגר ההתמודדות עם העמידות החיידקית בשימוש-יתר באנטיביוטיקה אין זה מספיק להתמקד בנהלים לגבי רופאים או רוקחים לגבי הנפקת מרשמים או לספק מידע על אנטיביוטיקה להגבלת הטיפול העצמי בקרב חברי הקהילה: צריך לזהות ולהבין את הלחצים המופעלים על חברי הקהילה, בייחוד אימהות צעירות ביחס לשימוש באנטיביוטיקה. האמון שחברי קהילה רוכשים לרוקחים ולרופאים והיחסים שקיימים ביניהם יכולים להיות בסיס לפעילות למניעת שימוש בלתי הולם באנטיביוטיקה.

## מחלות לב וכלי דם - שיעורי אשפוז והימצאות גורמי סיכון קרדיו-וסקולריים בקרב יוצאי אתיופיה בישראל

יונתן ראובן<sup>1</sup>, יעקב דרייהר<sup>2</sup>, פסח שורצמן<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. סורוקה מרכז רפואי אוניברסיטאי

**רקע:** מחקרים קודמים דיווחו על עלייה בהימצאות מחלות לב וכלי דם בנוסף לגורמי סיכון קרדיו-וסקולריים באוכלוסייה שהיגרה מארצות מתפתחות לעולם המערבי.

**מטרות:** מטרת העבודה היתה לתאר את שיעורי האשפוז עקב מחלות לב וכלי דם, ושינויים בדפוסי גורמי סיכון למחלות אלו לאורך זמן בקרב עולי אתיופיה מאז עלייתם לישראל.

**שיטות:** מחקר מעקב רטרוספקטיבי שכלל מדגם של עולי אתיופיה, בהשוואה לשתי אוכלוסיות ביקורת: עולי ברה"מ לשעבר וילידי ישראל מבוטחי הכללית מעל גיל 35. עולי אתיופיה חולקו ל-3 קבוצות בהתאם לגלי העלייה. נתונים הופקו ממאגרי המידע של הכללית. נבדקו שיעורי אשפוז בשל מחלות לב וכלי דם, בבתי החולים שבבעלות הכללית וקשרים בין מוצא לאשפוזים אלו. הקשרים בין מוצא לגורמי סיכון למחלות לב וכלי דם נבחנו במודלים רב משתניים, בהשוואה לילידי ישראל ובניטרול מערפלים.

**ממצאים:** בעבודה נכללו 20,765 עולי אתיופיה, 20,507 עולי ברה"מ ו-17,622 ילידי הארץ. שיעור האשפוזים בשל מחלות לב וכלי דם היו 9, 6, ו-17 ל-1,000 שנות אדם, עבור עולי אתיופיה, עולי ברה"מ וילידי ישראל, בהתאמה. שיעור האשפוזים עקב אירוע לבבי איסכמי בקרב עולי אתיופיה היה 1.8%, בהשוואה ל-8.2% בעולי ברה"מ ו-5.8% בילידי ישראל ( $p < 0.001$ ). במודל רב משתני ה-odds ratio (OR) לסוכרת בהשוואה לילידי ישראל בקרב עולי מבצע משה היה 2.4 (95% CI: 2.1-2.6), בקרב עולי מבצע שלמה - 2.1 (1.9-2.2) ובקרב שאר העולים 1.5 (1.3-1.7). דפוס דומה נצפה בנתונים המקבילים עבור יתר לחץ דם. הנתונים עבור השמנה היו  $OR=0.5$  (0.4-0.6),  $OR=0.5$  (0.4-0.6) ו- $OR=0.3$  (0.2-0.3) עבור שלושת גלי העלייה, בהתאמה. בכל ההשוואות גלי העלייה  $p$  for trend  $< 0.001$  לקשר בין משך המגורים בארץ להימצאות גורם הסיכון, בתקנון לגיל ומין.

**מסקנות והמלצות:** שיעור האשפוזים בשל מחלות לב וכלי דם היה גבוה ביוצאי אתיופיה, שכיחות הסוכרת גבוהה ועולה עם הוותק בארץ. יש צורך להרחיב את המודעות בקרב יוצאי אתיופיה ומטפליהם ובקרב קובעי מדיניות, ולבחון האם נקבעו אמצעים מתאימים ומותאמים לטיפול בנושאי בריאות בעלי מאפיינים יחודיים לאוכלוסייה מהגרת זו.

## סרטן המעי הגס - תוכנית התערבות להמשך בירור לאחר קבלת ממצא חיובי בבדיקת דם סמוי בצואה

רויטל אזולאי<sup>1</sup>, ליאורה ולינסקי<sup>1</sup>, פביאן הרשקוביץ<sup>1</sup>, חיים ראובני<sup>2</sup>, רחלי מגנזי<sup>2</sup>

1. מאוחדת

2. אוניברסיטת בר-אילן

**רקע:** סרטן המעי הגס הוא השני בשכיחותו בישראל. הבדיקה המומלצת לאיתור מוקדם היא בדיקת דם סמוי בצואה. עם קבלת ממצא חיובי בבדיקה חיוני לבצע המשך בירור באמצעות קולונוסקופיה. למרות זאת, רק 70% מהמטופלים עם ממצא חיובי בישראל מבצעים המשך בירור. החסמים להמשך בירור קשורים למטופל, למטפלים ולארגון.

### מטרות:

1. בחינת אפקטיביות מודל התערבות של שליחת מסרון למטופל לאחר קבלת ממצא חיובי לדם סמוי בצואה וביצוע המשך בירור.
2. בחינת הקורלציה בין מידת אקטיביות המטופל להיענות לטיפול ובין ביצוע המשך בירור קולונוסקופי תוך 120 יום. ביצוע שאלון (Patient Activation Measurement) PAM יעזור לנבא לאיזו התנהגות ניהול עצמי ההתערבות תהיה אפקטיבית יותר עבור המטופל להמשך הטיפול.

### שיטות:

1. מחקר רנדומלי פרוספקטיבי במשך שנה, בקרב 450 מטופלי מאוחדת עם ממצא חיובי לדם סמוי בגילאי 50-75. קבוצת הביקורת טופלה כרגיל ואילו למטופלי קבוצת ההתערבות נשלחו שלושה מסרונים במשך חודש לפנות לרופא המטפל בעקבות הממצא החיובי.
2. לאחר 90 יום בוצע סקר טלפוני למשתתפי המחקר לבחינת מידת אקטיביות המטופלים להיענות לטיפול.

### ממצאים:

1. באופן מובהק אחוז מבצעי המשך בירור קולונוסקופי 120 יום לאחר ממצא חיובי לדם סמוי השתייכו לקבוצת ההתערבות (70% vs. 47%, p<0.0001).
2. לא נמצאה קורלציה בין היענות לביצוע המשך בירור ולבין מידת אקטיביות המטופל להיענות לטיפול. נמצאה קורלציה בין זמן היענות לביצוע המשך בירור קולונוסקופי ולבין מידת אקטיביות המטופל להיענות לטיפול.

**מסקנות והמלצות:** תוכנית התערבות של שליחת מסרון הינה אפקטיבית, זמינה, פשוטה ליישום וחסכונית. ניתן לאמץ את תוכנית ההתערבות לבדיקות סקר נוספות.

## הפסקה מבוקרת בו זמנית של הרבה תרופות כטיפול בריבוי תרופות - יעילות ובטיחות

### Poly-de-prescribing to treat polypharmacy: efficacy and safety

דורון גרפינקל

מרכז רפואי וולפסון חולון, האגודה למלחמה בסרטן

**רקע:** העלייה בתוחלת החיים כרוכה בעלייה בשכיחות מחלות כרוניות התלויות בגיל ובמקביל, בריבוי מומחים ונהלי טיפול (CLINICAL GUIDELINES). בשילוב פיתוח ושיווק מואץ של תרופות קיימת עלייה מהירה ב"ריבוי תרופות" (POLYPHARMACY) וטיפול תרופתי בלתי הולם (IMU) בתת-אוכלוסיות נרחבות יותר לתקופות זמן ממושכות יותר לפני המוות. למגפה היאטרוגנית של IMUP מגוון השפעות בריאותיות שליליות. התוצאים הכלכליים השליליים כוללים עלות של תרופות מיותרות, בדיקות ואשפוזים מיותרים כתוצאה מתופעות לוואי.

**מטרות:** הפסקה בו זמנית של כמה שיותר תרופות שאינן "מצילות חיים" בקשישים עם ריבוי תרופות.

**שיטות:** חוזר משרד הבריאות מינואר 2017 המליץ להשתמש באלגוריתם ובשיטה של גרפינקל שהוכחו יעילים בהקטנת עומס תרופות במחלקות סיעוד ובקהילה. המחקר כלל קשישים שנטלו יותר מ-7 תרופות בהם בוצעה הערכה גריאטרית בבית והומלץ להפסיק לפחות 3 תרופות מרשם (POLY-DEPRESCRIBING). אחרי 3 שנים ויותר נבדקו באמצעות שאלונים למטופל/משפחה שינויים במגוון מדדים קליניים.

**ממצאים:** לקשישים בגיל ממוצע < 80 וממוצע 10 תרופות לקשיש הוצע להפסיק הרבה תרופות (POLY-DEPRESCRIBING). 55 לא נענו (סיבה עיקרית סירוב רופא המשפחה,  $p < 0.0001$ ), נשארו על  $\leq 10$  תרופות ושימשו קבוצת ביקורת (NON-RESPONDERS). 122 קשישים הפסיקו בממוצע 7 תרופות מרשם. לאחר  $\leq 3$  שנים מדדי שביעות רצון, מצב תפקודי, נפשי וקוגניטיבי, תיאבון, שליטה בסוגרים, איכות שינה ושכיחות סיבוכים משמעותיים - כולם טובים משמעותית בקבוצת POLY-DEPRESCRIBERS יחסית לקשישים שהמשיכו תרופות לפי ה-GUIDELINES של כול המומחים (בכולם  $P \geq 0.002$ ). שכיחות האשפוזים הייתה דומה, נטייה לתמותה מופחתת בקבוצת המחקר. השיפור קרה תוך 3 חודשים ב-83% מהמקרים ונמשך לפחות שנתיים ב-68%(1).

**מסקנות והמלצות:** מחקר לונגיטודינלי ראשון המוכיח שהנזק הסמוי הנגרם מריבוי תרופות הפיך. שנים אחר POLY-DEPRESCRIBING רציונאלי, מושג ונשמר שיפור במדדים קליניים ובאיכות החיים, יחסית לקשישים הממשיכים לקחת תרופות לפי כל הנהלים המקובלים על כל המומחים. מעבר להוכחה כי בקשיש "כל המוסיף גורע" הממצאים מעלים תהיות אתיות-מקצועיות קשות לגבי עקרונות המחקר, החינוך והפרקטיקה הרפואית עליהם מושתתת מדיניות הטיפול בקשישים עם ריבוי תרופות.

1. Garfinkel D. Safety Drug Adv Ther. 2018; 25-43(1):9

## ”מכפיל כח” במניעת אשפוזים חוזרים: תפקיד ההסבר הניתן על ידי רופא המשפחה בעת ביקור לאחר השחרור מבית החולים

נוסייבה ריאן-גרה<sup>1</sup>, בועז תדמור<sup>2</sup>, נטלי פלאקס-מנוב<sup>3</sup>, רן בליצר<sup>3</sup>, אפרת שדמי<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת חיפה

2. מרכז רפואי רבין

3. שירותי בריאות כללית

**רקע:** העדר רצף טיפולי בעת העברת המטופל ממסגרת האשפוז למסגרת הקהילה פוגע באיכות הטיפול הרפואי ועלול לגרום להידרדרות במצב הבריאות של המטופל ואף לאשפוזים חוזרים.

**מטרות:** לבחון את ההשפעה של היקף ההסברים הניתנים למטופל בשחרור, ביקור בקהילה עד שבועיים לאחר השחרור, ואת התרומה הייחודית של היקף ההסברים הניתנים למטופל על ידי רופא המשפחה בקהילה, על הסיכון לאשפוז חוזר תוך 30 יום.

**שיטות:** מחקר פרוספקטיבי בקרב 594 מאושפזים במחלקות פנימיות במרכז רפואי רבין בין 2013-2014. במהלך האשפוז המטופלים מלאו שאלונים להערכת התפקוד היומיומי ומאפייני הבריאות הפיזית והנפשית שלהם. לאחר השחרור הועברו להם שאלונים טלפוניים להערכת תהליך השחרור והמפגש אצל רופא משפחה בקהילה. בנוסף, בוצע איסוף נתונים ממאגרי המידע של הכללית על מדדים קליניים ואשפוזים חוזרים תוך 30 יום משחרור.

**ממצאים:** בניתוח T לשני מדגמים מזווגים, נמצא הבדל מובהק ( $t(597)=3.5$ ;  $p=0.001$ ) במוצא ההסברים בשחרור מבית חולים ( $mean=3.18$ ) לבין ממוצע ההסברים במפגש אצל רופא המשפחה ( $mean=3.4$ ). בניתוח T לשני מדגמים בלתי תלויים נמצא שמתופלים שחזרו לאשפוז ממוצע ההסברים שלהם בבית חולים ( $mean=2.53$ ) ובקהילה ( $mean=2.73$ ) היה נמוך באופן מובהק ממוצע ההסברים מטופלים שלא חזרו לאשפוז ( $mean=3.3$ ;  $mean=3.5$  בהתאמה). ברגרסיה לוגיסטית נמצא כי ישנו סיכון מופחת ב-60% ( $OR=0.40$ ) למטופלים שקיבלו הסבר בבית חולים וב-65% למטופלים שקיבלו הסבר בקהילה ( $OR=0.35$ ), לאשפוז חוזר לאחר שליטה בגורמי הסיכון (מס' אשפוזים קודמים בשנה אחרונה, מס' אבחנות, מצב נפשי ופיזי-sf12v2, ורמת תפקוד יומיומי - ADL). בנוסף, המודל בעל ערך הדיסקרימינציה (c-stat) הגבוה ביותר ( $c=0.87$ ) היה המודל שכלל את הסברי רופא המשפחה לאחר השחרור.

**מסקנות והמלצות:** מטופלים המקבלים הסבר מקיף הן בעת השחרור והן בקליטתם בקהילה יש להם סיכון מופחת לאשפוז חוזר תוך 30 יום. היקף ההסברים הניתנים למטופל על ידי רופא המשפחה מהווים ”מכפיל כוח” בהפחתת אשפוזים חוזרים. לכן, יש למקד מדיניות והתערבות לשיפור הרצף הטיפולי הן במסגרת המעבירה והן במסגרת הקולטת לצורך השגת תוצאות אופטימאליות.

## כימותרפיה בחולי סרטן - מתי הטיפול הופך לחסר תוחלת?

נתן קאהן<sup>1</sup>, פסח שורצמן<sup>2</sup>, דן אנדרי ויטמן<sup>1</sup>, תמר פרויד<sup>2</sup>

1. לאומית שירותי בריאות

2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** למרות ההתקדמות בגילוי המוקדם ובטיפול בסרטן, חלק לא מבוטל מהחולים עדיין נפטר לבסוף כתוצאה ממחלתם. גורמים תרבותיים ורגשיים מעורבים בהחלטה להמשיך טיפול כימותרפי כאשר התועלת מהוספתו מוטלת בספק.

**מטרות:** להעריך את שיעור חולי הסרטן אשר נפטרו שקיבלו כימותרפיה במהלך ששת החודשים האחרונים לחייהם ואת שיעור השימוש בשירותי הבריאות בכלל ובשירותים פליאטיביים בפרט.

**שיטות:** מחקר חתך בקרב כלל חולי הסרטן של לאומית שירותי בריאות אשר נפטרו בשנים 2009-2013. מתוך מערכות המידע נגזרו נתונים על ניפוקי תרופות לטיפול אנטי סרטני, תכשירי G-CSF או ניפוק של תכשירים אנטיאמטים המעידים על שימוש בכימותרפיה. נגזרו גם נתוני: דמוגרפיה, תחלואה בסרטן וצריכת שירותי בריאות. המטופלים רובדו לקבוצות לפי מועד קבלת הטיפול האנטי סרטני האחרון לפני המוות כדלהלן: 0-14, 15-30, 31-90, 91-180 ו-180+ ימים. הקבוצות הושוו לגבי נתונים דמוגרפיים, תחלואה, צריכת שירותי בריאות וקבלת טיפולים פליאטיביים.

**ממצאים:** נכללו במחקר 4,667 חולי סרטן, מתוכם 2,617 (56%) קיבלו טיפול אנטי סרטני, מהם 18.8% קיבלו טיפול אנטי סרטני אחרון ב-0-14 ימים לפני המוות. השיעור הנמוך ביותר של מטופלים שקיבלו טיפול פליאטיבי היו אלו שקיבלו טיפול אנטי סרטני אחרון 0-14 ימים לפני המוות (15.8%) שיעור זה הולך ועולה ומגיע ל-31.9% מהמטופלים שקיבלו טיפול אנטי סרטני אחרון ב-180+ ימים לפני המוות ( $p < 0.0001$ ).

**מסקנות והמלצות:** יש לדאוג לזמינות ולנגישות של טיפול פליאטיבי לכלל חולי הסרטן בשלבים מתקדמים של המחלה. יש להגביר את מודעות האונקולוגים לגבי מתן טיפול אנטי סרטני לקראת סוף החיים שלעיתים חסר תוחלת.

## ניתוח חשיבות מדד הרצף הטיפולי (Transition Care) באמצעות טכניקות לכריית ידע

רפאל הוד<sup>1</sup>, עודד מימון<sup>2</sup>, איל צימליכמן<sup>1</sup>

1. מרכז רפואי שיבא

2. אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** בעשור האחרון עוברות מערכות הבריאות מהפכה ששמה את 'המטופל במרכז'. בשונה מארגוני שירות אחרים, השיקולים הנלקחים בחשבון על ידי מקבלי ההחלטות בארגוני בריאות מושפעים בעיקר מהיבטים רפואיים. כתוצאה מכך, רוב המחקרים שעוסקים במדידת הביצועים של בתי חולים התמקדו בעיקר בהיבטים הקליניים. לעומת זאת, ההתייחסות לגורמי איכות השירות (בהיבטי חוויית המטופל) מול המשתנים התפעוליים והסביבתיים היו מצומצמים יותר, למרות זמינותם של נתונים המתקבלים מסקרי חוויית המטופל התקופתיים.

**מטרות:** ביצוע מחקר חדשני באופן שניתן יהיה ללמוד ממנו על מידת הקשר בין מדדי איכות השירות/ חוויית המטופל לבין עצמם ולבין המשתנים התפעוליים והסביבתיים של בתי חולים, בשאיפה לשפר את איכות תוצרי תהליך קביעת המדיניות הנוגעת ל'מטופל במרכז'.

**שיטות:** מחקר רטרוספקטיבי רוחבי (Cross-sectional) שהתבסס על תוצאות סקרי חוויית המטופל (HCAHPS) של 2,350 בתי חולים כלליים בארה"ב, נתוניהם התפעוליים כמו גודל בית חולים, במיטות, ומשתנים סביבתיים כמו מיקום וסוג בעלות, סה"כ 26 משתנים. המחקר התבצע לפי מתודולוגיית גילוי וכריית ידע (KDD) - שכוללת תשעה שלבים לביצוע התהליך. בשלב העיקרי של ניתוח הנתונים השתמשנו בשני מודלים שונים של רגרסיה רבת-משתנים, באופן שיאפשר לתקף את התוצאות: האחד מודל OLS מנורמל והשני מודל עם רגולריזציה מסוג lasso. שני המודלים הורצו בשילוב עקרונות סימולציית מונטה-קרלו (Bootstrapped).

**ממצאים:** שימוש במודל ה-OLS המנורמל הראה ששני המשתנים המסבירים באופן מובהק ( $P\text{-value} < 0.001$ ) את משתנה המטרה: 'שביעות הרצון הכוללת של המטופלים מבית החולים', הם משתני 'חוויית המטופל' - 'תקשורת עם אחיות' ו-'הרצף הטיפולי', המסבירים יחדיו 75% מהשונות. גם שימוש במודל Lasso הראה ששני משתנים אלו מסבירים באופן מובהק כ-80% מהשונות של משתנה המטרה, בעוד כל שאר המשתנים, כמו גודל בית החולים וסוג הבעלות, נמצאו כבעלי השפעת נמוכה ביותר, אם בכלל.

**מסקנות והמלצות:** חשיבות הממצאים טמונה בעובדה שעצמת וכיוון הקשר בין משתנה 'הרצף הטיפולי' לשאר המשתנים לא נחקרה עד כה. מבחינה זו יכולים מקבלי ההחלטות להיות בטוחים יותר בגישתם ששמה דגש על 'המטופל במרכז' ועל חשיבות 'הרצף הטיפולי', ואף לחזק את תמיכתם התקציבית הנדרשת לשם כך.

## הקשר בין תיאום בין מטפלים בטיפול אנטי סרטני פומי לבין תפיסות המטופל לגבי נחיצות הטיפול אל מול החשש מתופעות הלוואי

אורית כהן קסטל<sup>1</sup>, אפרת דגן<sup>2</sup>, ליטל קינן-בוקר<sup>2</sup>, אפרת שדמי<sup>2</sup>

1. מכבי שירותי בריאות

2. אוניברסיטת חיפה

**רקע:** המעבר מטיפול אנטי-סרטני הניתן דרך הוריד במכון האונקולוגי, לטיפול פומי הניטל על ידי המטופל בביתו, מציב אתגרים חדשים בנייהול הטיפול, כששאלות המטופל לגבי נטילת התרופה, תופעות לוואי, אינטראקציות עם מזון או תרופות, עלולות להישאר ללא מענה מידי ולפגוע בהצמדות לטיפול. שמירה על הרצף הטיפולי תוך תיאום מיטבי בין המטפלים השונים בתוך הצוות האונקולוגי ובין האונקולוג ורופא המשפחה, עשויה להגביר את אמון המטופל ביעילות או בנחיצות הטיפול האנטי סרטני פומי ולהקטין את מידת החשש ממנו, וכך לקדם את ההצמדות.

**מטרות:** לבדוק את הקשר שבין מידת התיאום בין מטפלים בטיפול אנטי סרטני פומי לבין תפיסת המטופלים את מידת נחיצות הטיפול והחשש מתופעות הלוואי.

**שיטות:** מחקר עוקבה פרוספקטיבי רב מרכזי בקרב חולי סרטן המקבלים טיפול אנטי סרטני פומי (כימי, ביולוגי או הורמונלי). לאחר 2-3 חודשים מתחילת הטיפול, הנבדקים התבקשו לענות על שאלון על המשכיות ותיאום בין מטפלים (NCQ-H), תפיסת "הנחיצות מול החשש" לגבי הטיפול מנקודת מבטו של המטופל (BMQ-H) ותחושת החוללות העצמית (PAM13). מאפיינים קליניים וסוציודמוגרפיים הוצאו מהרשומות הרפואיות.

**ממצאים:** נבדקים מארבעה מרכזים אונקולוגיים בישראל (n=93) השתתפו במחקר. ברגרסיה לינארית רב משתנית נמצא קשר בין האמונה בנחיצות הטיפול לבין תיאום הטיפול בתוך הצוות האונקולוגי ( $\beta=0.28, p=0.003$ ) ובין האונקולוג לרופא המשפחה ( $\beta=0.19, p=0.041$ ), וסוג הטיפול התרופתי ( $\beta=-0.33, p<0.001$ ). בנוסף, נמצא כי הפער בין תפיסת הנחיצות למידת החשש (כלומר, תפיסת "הרווח מול ההפסד") קשור לתיאום הטיפול בתוך הצוות האונקולוגי ( $\beta=0.28, p=0.006$ ), תחושת החוללות העצמית ( $\beta=0.26, p=0.01$ ), וסוג הסרטן ( $\beta=0.26, p=0.009$ ).

**מסקנות והמלצות:** לתיאום בין מטפלים בתוך הצוות האונקולוגי ובממשק שבין האונקולוג לרופא המשפחה יש יכולת להשפיע על אמון המטופל בטיפול האנטי סרטני הפומי, להגביר את תחושת נחיצות הטיפול על פני החשש מתופעות הלוואי ובכך לקדם הצמדות. לאור זאת יש לשקול התערבויות לשיפור התקשורת בין מטפלים ממקצועות שונים בתוך הצוות האונקולוגי ובין האונקולוגים לרופאי המשפחה, בהתמקד בניהול הטיפול של קבוצה ההולכת וגדלה של מטופלים הנוטלים טיפול אנטי סרטני פומי.



## היארעות וגורמי סיכון לעיוורון בקרב חולי הסוכרת: מנתוני הרישום הלאומי לסוכרת בישראל

מירי לוצקי<sup>1</sup>, תמי שוחט<sup>1</sup>, ניסים מרי<sup>1</sup>, איתמר רז<sup>2</sup>, ענבר צוקר<sup>1</sup>

1. משרד הבריאות

2. מרכז רפואי בית חולים הדסה עין כרם

**רקע:** רטינופתיה סוכרתית היא אחד מהסיבוכים המיקרו-וסקולאריים השכיחים של מחלת הסוכרת ומהווה הגורם השלישי לעיוורון בישראל. סוכרת עלולה לגרום להתפתחות מחלות עיניים נוספות.

**מטרות:** לחשב היארעות עיוורון בקרב חולי סוכרת, לתאר את התפלגות סוגי מחלות העיניים שגרמו לעיוורון ולחקור גורמי סיכון הקשורים לעיוורון בקרב חולי סוכרת בני 18 ומעלה.

**שיטות:** הרישום הלאומי לסוכרת, מבוסס על דיווח שנתי מכל קופות החולים על פי קריטריונים מוגדרים. במחקר נכללו מטופלים בגילאי 18 ומעלה אשר דווחו לרישום הלאומי לסוכרת בשנת 2012. קובץ הרישום הוצלב עם הרישום הלאומי של זכאי תעודת עיוור במשרד הרווחה לשנת 2015. חושבו שיעורי היארעות של עיוורון לשנים 2013-2015. הקשר בין גורמי סיכון אפשריים לעיוורון לפי סוג מחלת העיניים שגרמה לעיוורון נבדק ברגרסיה לוגיסטית מולטינומיאלית.

**ממצאים:** בשנת 2012 היו ברישום הלאומי לסוכרת 451,927 חולים בגילאי 18 ומעלה ללא עיוורון. 1,401 מתוכם קיבלו תעודת עיוור בשנים 2013-2015, גיל ממוצע  $72.1 \pm 11.8$  שנים. שיעורי היארעות של עיוורון בכל אחת מהשנים האלה היו 9.8, 11.6 ו-10.6 ל-10,000 חולי סוכרת בהתאמה. רטינופתיה סוכרתית היוותה סיבה לעיוורון ב-26.7% מהמקרים. הסיבה העיקרית לעיוורון בבני 55-64 הייתה רטינופתיה סוכרתית (52.5%), ובבני 75 ומעלה ניוון מקולרי גילי (57.7%). נמצא קשר חיובי בין חוסר איזון גליקמי (2.14) ( $HbA1c > 7\%$ , רב"ס 2.92-1.56), רמת כולסטרול גבוהה (מ"ג/ד"ל  $\geq 100$ ) ( $LDL 1.41$ ), רב"ס (1.12-1.77), נטילת אינסולין (5.69, רב"ס 4.30-7.54), ומחלת כליות כרונית (3.15, רב"ס 2.46-4.03) לבין עיוורון מרטינופתיה סוכרתית. מצב חברתי כלכלי נמוך נמצא קשור לעיוורון מקטרקט (7.84, רב"ס 2.26-27.22) ומרטינופתיה סוכרתית (3.78, רב"ס 2.37-6.04). עישון נמצא קשור לעיוורון מניוון מקולרי גילי (1.79, רב"ס 1.28-2.50). גיל מבוגר נמצא קשור לעיוורון מניוון מקולרי גילי, רטינופתיה סוכרתית, גלאוקומה וקטרקט.

**מסקנות והמלצות:** שיעורי היארעות של עיוורון בחולי סוכרת נשארו יציבים במהלך 3 שנות מעקב. העדר איזון מטבולי, טיפול באינסולין ומצב חברתי כלכלי נמוך מכונן לקבוצת החולים בסיכון. יש צורך בבדיקה מעמיקה יותר של מהלך המחלה והטיפול שניתן לחולים אלה טרם ההזדררות לעיוורון במטרה לצמצם את שיעורי העיוורון מסוכרת בכלל החולים.

## מי קובע איך נמות? קבלת החלטות סופנית בתנאי חירום

מור סבאן<sup>1,2</sup>, חלי פטית<sup>2</sup>, רביע סאלמה<sup>2</sup>, עזיז דראושה<sup>2</sup>

1. אוניברסיטת חיפה

2. מרכז רפואי רמב"ם

**רקע:** דוח משרד הבריאות משנת 2017 מעיד על עלייה באחוז הפטריות המתרחשות במחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד). צוות המלר"ד נדרש תדיר לקבל החלטות בנוגע להארכת חיים של מטופל סופני אל מול האפשרות של מוות בכבוד.

**מטרות:** לבחון את הגישות הטיפוליות השונות הננקטות עבור מטופלים סופניים המתקבלים למלר"ד, ולבדוק האם ההחלטה להאריך חיים (ELT-extending life treatment) או לאפשר תמותה טבעית (AND-allow natural death) תלויה במשתנים של המטופל, הצוות המטפל או במאפייני המלר"ד.

**שיטות:** מחקר רטרוספקטיבי שכלל נתוני תמותה מתוך הרשומה הממוחשבת, ובוצע בין ינואר 2015-דצמבר 2017, במלר"ד של בית חולים שליטוני. המדגם כלל 644 מטופלים שנפטרו במלר"ד במהלך תקופת המחקר. עבור כל מטופל נאספו נתונים אודות תהליך התמותה (ELT vs. AND), מאפיינים סוציודמוגרפיים, משתני תחלואה, מאפייני המלר"ד (סוג המשמרת, יום בשבוע, עומס) ומאפייני הצוות המטפל (סיעודי ורפואי).

**ממצאים:** מרבית המטופלים חוו מוות בתהליך טבעי (53%; n=339), 23% (147) קיבלו פעולות מאריכות חיים (ELT). עשרים וארבעה אחוז (n=158) מהמטופלים הגיעו ללא דופק ונשימה (DOA-Dead on Arrival) למלר"ד על ידי שירותי רפואה חיצוניים.

נמצאו שלוש סיבות עיקריות לתמותה במלר"ד: 1. אונקולוגיה סופנית (27%), ספסיס חמור (18%), וקריסת מערכות כלל גופית (17%). נמצא קשר חיובי בין גיל וגישת AND ( $t_{(483)} = -2.864, p = 0.004$ ). לא נמצא קשר בין משמרת או יום לבין סוג הגישה הטיפולית. נמצא קשר חיובי חזק בין צוות סיעודי ממוצא ערבי לבין גישת AND ( $p = 0.001$ ). מטופלים יהודים חוו תמותה טבעית (AND) בשיעורים גבוהים יותר ממטופלים ערבים (54.3% vs. 44.3%  $p = 0.035$ ). רגרסיה לוגיסטית הראתה כי עומס עבודה וסיווג חומרה גבוה של המטופלים בטריאז', מנבאים בצורה משמעותית גישת ELT ( $OR = 1.423, p < 0.001$  and  $OR = 1.670, p = 0.003$ , בהתאמה).

**מסקנות והמלצות:** סוג הגישה הטיפולית הננקטת עבור מטופלים בערוב ימיהם תלויה בשלושת רבדי הטיפול: המטפל, המטופל ומשתני הארגון-המלר"ד. לפיכך, יש צורך בפיתוח התערבויות מכוונות על מנת לנטרל השפעתם של גורמים חיצוניים על קביעת אופן התמותה של המטופלים הסופניים במלר"ד.

## הקשר בין התפקוד הקוגניטיבי של חולי סוכרת מבוגרים לתוצאי הבריאות שלהם

יבגני מרזון<sup>1</sup>, מרים שפיגלמן<sup>1</sup>, טלי צוקרמן<sup>2</sup>, שלמה וינקר<sup>1</sup>, אביבית גולן כהן<sup>1</sup>

1. לאומית שירותי בריאות

2. המרכז הרפואי שיבא

**רקע:** חולי סוכרת מבוגרים נמצאים בסיכון גבוה לכל סוגי הדמנציה. ביצוע סקר לאיתור ירידה קוגניטיבית אמור להתבצע באופן סטנדרטי (standard of care) בקרב חולים מבוגרים בכלל וחולי סוכרת מבוגרים, בפרט.

**מטרות:** איתור יזום של פגיעה קוגניטיבית אצל חולי סוכרת מבוגרים.

**שיטות:** 36 אחיות עברו הכשרה ייעודית לאבחון דמנציה. אותרו 242 חולי סוכרת מעל גיל 65 שלא הייתה להם אבחנה קודמת של דמנציה ואילו זומנו לסקר הערכה קוגניטיבית באמצעות מבחן מונטריאול (MoCA - Montreal Cognitive Assessment) שבוצע על ידי האחיות.

**ממצאים:** 242 חולי סוכרת עברו סקר קוגניטיבי מאז נובמבר 2016. אצל 94 מטופלים (39.5%) התוצאות היו בגדר הנורמה, אצל 57 מטופלים (40.5%) היו סימנים של פגיעה קוגניטיבית מינימאלית (ציון MoCA מ 26 עד 20) ואצל 48 מטופלים (19.5%) היו סימנים של דמנציה (ציון MoCA מתחת 20). הגיל הממוצע היה 73.2 שנים (CI 68.3; 74.92) לעומת 72.2 (CI 71.9; 76.6) ו-73.7 (CI 69.0; 74.4) בהתאמה. בקרב חולים עם ציון MoCA תקין איזון הסוכרת (הנמדד על ידי המוגלובין המסוכרר HgbA1c) היה טוב יותר: 8.2 (CI 7.6; 8.4) לעומת 8.8 (CI 8.5; 9.1) ו-9.5 (CI 9.1; 10.2) בהתאמה. 58.3% מהחולים עם הערכה קוגניטיבית תקינה ביקרו אצל אנדוקרינולוג ו-41.6% ביקרו אצל דיאטנית. לעומת זאת בקרב החולים עם הערכה קוגניטיבית מחשידה לדמנציה רק 17.6% ביקרו אנדוקרינולוג ו-11.7% ביקרו דיאטנית. לחולי סוכרת עם ציון MoCA מתחת 20 היה סיכוי מוגבר (OR=3.3 CI 1.5; 7.0) להגיע לאשפוז בבית חולים ולהישאר באשפוז ממושך (OR=3.95 CI 1.7; 9.3).

**מסקנות והמלצות:** תוצאות הסקר היזום על ידי אחיות מצביעות על כך שפגיעה קוגניטיבית לא מאובחנת שכיחה בקרב חולי סוכרת מבוגרים וקיים קשר בין חומרת הפגיעה הקוגניטיבית להפרת איזון הסוכרת ולסיכוי לאשפוז ממושך.

## מגמות בהכללת טכנולוגיות שאינן תרופות בהרחבת סל שירותי הבריאות בישראל

נעה טריקי<sup>1</sup>, אתי סממה<sup>2</sup>, אסנת לוקסנבורג<sup>2</sup>, אבי פורת<sup>3</sup>, נחמן אש<sup>1</sup>

1. מכבי שירותי בריאות
2. משרד הבריאות
3. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** הוועדה להרחבת סל השירותים דנה מדי שנה במאות טכנולוגיות המועמדות להכללה בסל ובכלל זה תרופות וטכנולוגיות שאינן תרופות הכוללות, בין השאר, מכשור רפואי, פרוצדורות רפואיות, בדיקות מעבדה ובדיקות דימות. הבדלים מהותיים בין סוגי הטכנולוגיות שאינן תרופות, הבעייתיות בעדויות המדעיות, השפעת המשתמשים והקושי בהערכת היקפי השימוש, יוצרים אתגר בעת גיבוש המלצות להכללתן בסל וקיים שוני באופן ההכללה של תרופות וטכנולוגיות שאינן תרופות.

**מטרות:** לבחון מגמות בשיעור ההכללה בסל השירותים של טכנולוגיות שאינן תרופות מתוך סך ההגשות שמתקבלות, וכנתח מהתקציב המיועד להרחבת הסל בכל שנה.

**שיטות:** סקירה של המלצות ועדת סל השירותים לגבי הכללת טכנולוגיות בסל לשנים 2009-2018.

**ממצאים:** בין השנים 2009-2018 הוכללו בסל השירותים 128 טכנולוגיות שאינן תרופות. שיעור הטכנולוגיות שאינן תרופות שהוכללו מתוך כלל אלו שהוצגו לוועדה היה 47% לעומת 29% בתרופות. 20% מהטכנולוגיות שאינן תרופות שהוכללו משויכים לתוספת השלישית. בממוצע הוכללו מידי שנה 13 (טווח 8-21) טכנולוגיות שאינן תרופות, המהוות 15% מכלל הטכנולוגיות שהוכללו, לעומת 74 תרופות (טווח 43-116), המהוות 85% מכלל הטכנולוגיות. נתח התקציב שהוקצה לטכנולוגיות שאינן תרופות עמד בממוצע על 14% (טווח 3%-31%). הטכנולוגיות שהוכללו היו מתחומים הבאים: 16% מתחום הגנטיקה (מרביתן בדיקות סקר לנשאות), 13% רפואת הפה, 13% דימות, 8% ריאות, 7% לב וכלי דם ו-44% מתחומים רפואיים נוספים. 22% מהטכנולוגיות שהוכללו היו מכשור רפואי, 17% טיפולים שונים (רובם טיפולי שיניים), 16% פרוצדורות רפואיות, 15% בדיקות סקר, 13% בדיקות דימות ו-17% הנותרים מתחומים שונים. 97% מהטכנולוגיות שאינן תרופות הוכללו עם תוספת עלות לעומת מגמה הולכת וגוברת בשנים האחרונות של הכללת תרופות ללא תוספת עלות.

**מסקנות והמלצות:** חלק הארי מתקציב עדכון הסל ב-10 השנים האחרונות הוקצה להכללת תרופות. עם זאת, נראה שוועדת הסל מצליחה להתגבר בדיוניה על המורכבות בהערכת טכנולוגיות שאינן תרופות והיא מתמודדת עם האתגר תוך שהיא מכירה בחשיבותן. הטכנולוגיות המוכללות נוגעות לתחומים רפואיים שונים ומגוון הטכנולוגיות הינו רחב.

## מיזם SMART MEDICINE - פרויקט חדשני לניהול (LEAN) של השימוש בבדיקות עזר

יסמין עטאללה, גדעון ברגר, שרון ברטמן, גלית קובי

הקמפוס הרפואי רמב"ם

**רקע:** רוב התהליכים הרפואיים בעידן המודרני מסתמכים על בדיקות עזר (דם והדמייה). לעיתים, השימוש בבדיקות העזר מהווה תחליף לא מוצדק לחשיבה מבוססת ממצאים קליניים ומוביל לירידה באיכות הרפואה הן מבחינת שימוש בבדיקות לא תואמות לשאלה הקלינית, ריבוי בדיקות חיוביות כוזבות וממצאים אקראיים והן מבחינת בטיחות המטופל. בנוסף, שימוש לא מושכל בבדיקות העזר גורם לחוסר יעילות (יצירת עומסים) ובזבוז כבד של משאבים כגון עלויות, זמן ועבודה.

מיזם SMART MEDICINE (Specific, Measurable, Agreed, Required, and Timely) שהושק לראשונה בבי"ח רמב"ם באגף הפנימי בשנת 2014 עוסק בפיתוח של מתודולוגיה ('תורת הפעלה') לשימוש מושכל בבדיקות עזר והטמעתה בארגון דרך מודל 4 ערוצי. הישגי המיזם תוארו בשני מאמרים עד כה והוכיחו יעילות.

**מטרות:** יצירת תרבות חינוכית לצוות הרפואי על ידי פיתוח והטמעת קווים מנחים מבוססי ממצאים קליניים וספרות רפואית לצורך בניית מערכת חכמה תומכת החלטה.

**שיטות:** מודל ההטמעה כולל 4 מרכיבים:

1. מערך למידה שמבוסס על *working practices based learning* וכולל חידוד המלצות בשגרת העבודה שמבוצעות לא בהתאם לעקרונות המתודולוגיה, דיונים במחלקות ופורטל במערכת האינטרנטית של בית החולים לצורך הצגת מדדי ביצוע, העברת משוב, פרסום גלריית ההמלצות, ספרות רלוונטית לדיאגנוסטיקה, מידע על הבדיקות עצמן ועוד.
2. הכנסת מערכות תומכות החלטה לתוך תהליך ההזמנה של בדיקות ב-*electronic medical records*, כהתערבות בזמן אמת. נכון להיום פעילים 3 CHATBOTS בתהליך ההזמנה של בדיקת CTPA, בדיקת תפקודי נשימה ו-US כבד.
3. יצירה של סביבת עבודה תומכת SMART MED.
4. קמפיין שיווקי להעלאת מודעות והעברת מסרים.

קיימת פעילות שוטפת ופיתוח בכל אחד ממרכיבים אלו, הרחבה מקומית כשהפנים של המיזם פונים כעת גם כלפי חוץ לרפואת הקהילה ובתי חולים נוספים.

**ממצאים:** בשלוש השנים מתחילת פעילות המיזם נצפו הישגים במספר מישורים: שיפור מוכח בפרמטרים של יעילות ובטיחות כפי שמופיע בשני מאמרים שפורסמו לאחרונה, העלאת המודעות לרפואה מועילה, בטוחה ויעילה והרחבה של המיזם לשאר אגפי בית החולים.

**מסקנות והמלצות:** השתתת עקרונות SMART MEDICINE כמדיניות בבתי החולים.

## הרשת החברתית ככלי תמיכה בחולים במחלות מעי דלקתיות

ליהי גודני<sup>1</sup>, תמר שיפטר<sup>2</sup>, דן טרנר<sup>3</sup>, איריס דותן<sup>1</sup>

1. המרכז הרפואי רבין, אוניברסיטת תל-אביב

2. מכון גרטנר

3. המרכז הרפואי שערי צדק, האוניברסיטה העברית

**רקע:** השימוש ברשתות החברתיות ככלי לתמיכה במחלות כרוניות וביניהן מחלות מעי דלקתיות גובר. "כמוני" היא רשת חברתית בנושא בריאות המאפשרת קבלת מענה רפואי ממומחים ותמיכה מחולים אחרים בקהילה.

**מטרות:** מטרת המחקר הייתה אפיון חברי קהילת קרוהן וקוליטיס, תחומי הפניה לאתר ושביעות רצונם מאופי המענה, כמו גם זיהוי של צרכים ללא מענה במרכזים הרפואיים בהם מטופלים.

**שיטות:** מחקר חתך המשלב סקר אינטרנטי בו נשאלו חברי קהילת קרוהן וקוליטיס ב"כמוני" לגבי תחומי העניין שלהם, רמת שביעות רצונם מהשימוש באתר וכן לגבי פערים בידע בנוגע למחלתם.

**ממצאים:** מאז הקמתה בשנת 2010, מונה קהילת קרוהן וקוליטיס ב"כמוני" מעל ל-11,000 חברים. במהלך 2016 פורסמו בקהילה 716 שאלות, שלוו על ידי 1,389 תגובות, מתוכן 40% תגובות מומחים המשמשים כמנהלי אתר מקצועיים. הזמן החציוני לתגובה היה 6.2 שעות. כ-255 חברי הקהילה השלימו את הסקר (ל-44% מחלת קרוהן, 27% קוליטיס כיבית ו-15% בני משפחה של חולים). על פי תוצאות הסקר, מנוע החיפוש Google הנו מקור המידע העיקרי לגבי מחלתם-ציון על ידי 67% מהנשאלים. 58% נעזרים באתרים רפואיים ו-53% בצוות הרפואי. נושאי העניין השכיחים היו: תזונה (65% מהנשאלים), תרופות ותופעות לוואי (58%), התמודדות עם המחלה (48%), טיפולים אלטרנטיביים (43%), חוויות של חולים אחרים (40%), מיצוי זכויות (39%), שימוש בקנאביס רפואי (35%). מאובחנים חדשים מתעניינים יותר במידע על תזונה וטיפול תרופתי לעומת חולים עם מהלך מחלה ממושך אשר מתעניינים יותר ברפואה משלימה. בנוגע לשביעות רצון מהתמיכה ב"כמוני", למעלה מ-70% מהנשאלים הביעו שביעות רצון גבוהה מאיכות התשובות המתקבלות בקהילה ומזמן התגובה. 50% מהנשאלים ציינו כי הפורום מסייע להם להבין טוב יותר את מחלתם. חשוב לציין כי 47% מהנשאלים לא היו שבעי רצון מהטיפול אותו מקבלים במרכזים הרפואיים.

**מסקנות והמלצות:** חלק נכבד מהחולים במחלות מעי דלקתיות בישראל מבטאים צורך במענה ותמיכה מעבר לזו המתקבלת במרכזים הרפואיים. רשתות חברתיות המשלבות מענה על ידי צוות מומחים ותמיכה מחולים אחרים, הנן כלי זמין לחולים המסייע להם בהבנת המחלה וניהולה. שימוש מושכל בכלי זה עשוי לסייע בהעלאת שביעות רצונם מהטיפול במחלתם.

## שינוי בצריכת שירותי בריאות בתחום גילוי סרטן השד לאחר שידור התוכנית "עובדה" בנושא סרטן שד בצעירות

יוסף קושניר<sup>1</sup>, ורדה שלוש<sup>2</sup>, יצחק זיידיס<sup>3</sup>

1. מכבי שירותי בריאות

2. מכבי, אוניברסיטת תל-אביב

3. מרכז רפואי שיבא, אוניברסיטת חיפה

**רקע:** שידור התוכנית "עובדה" במרץ 2014 בנושא גילוי סרטן שד אצל נשים צעירות עורר ויכוח בקהילה הרפואית ובציבור, בתחום השנוי במחלוקת של בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן השד.

**מטרות:** מטרת המחקר הייתה לבדוק את הקשר בין שידור התוכנית לבין שינוי בצריכת שירותי בריאות בתחום הגילוי המוקדם של סרטן השד בישראל במכבי שירותי בריאות.

**שיטות:** מחקר רטרוספקטיבי על בסיס נתונים גדול, שבדק מגמות בשימוש בשירותי בריאות בקרב נשים בגילאים 20-74 החל משלוש שנים לפני האירוע התקשורתי ועד חלוף שנה ממנו. נבדקו שיעור הביקורים אצל רופא, הפניות למוגרפיה ולעל-קול שדיים ושיעור הביצוע של הבדיקות. הנתונים התקבלו ממאגרי המידע הממוחשבים של מכבי ועובדו ב-SPSS.

**ממצאים:** הוצאו נתונין של 656,581 המבוטחות מגיל 20 עד 74, מ-1 בינואר 2011 ועד ל-30 ביוני 2015. לאורך השנים נצפתה מגמת עלייה בשיעור ההפניות למוגרפיה, מגמה שהתחזקה לאחר שידור התוכנית בעיקר בקרב נשים מתחת לגיל 50 ובעיקר כשמדובר במוגרפיה ראשונה. חלקן של הנשים הצעירות מבין הנשים שהופנו למוגרפיה ראשונה הוכפל ברבעון בו שודרה התוכנית. לא נצפתה עלייה דומה בשיעור הביצוע של בדיקות הממוגרפיה לאחר שידור התוכנית מעבר למגמה הכללית של עלייה בשיעור ביצוע הממוגרפיה, למעט עלייה בביצוע ממוגרפיות ראשונות בצעירות מתחת לגיל 40.

**מסקנות והמלצות:** למרות שאין הוכחת סיבתיות, ניתן לשער שהשינויים בצריכת שירותי הבריאות בתחום גילוי סרטן השד באוכלוסיית מכבי בעיקר בקרב נשים צעירות מיוחסים בחלקם לתוכנית "עובדה" על סרטן שד בקבוצת גיל זו. מחקר זה עשוי לסייע בהבנת הדרך בה על קובעי המדיניות לשתף פעולה עם אמצעי התקשורת בכדי לפרסם מידע בריאותי מבוסס ראיות, אמין ומאוזן יותר, שיקדם את בריאותו של הציבור תוך ניצול יעיל יותר של המשאבים.

## רופא מחפש זהות - תפיסות הרופאים את מערכת הביקורים הווירטואליים בעידן בו התקשורת היא גורם מכריע בעיצוב ותיווך התנהגות תרבותית וחברתית

נחמן אש<sup>1,2</sup>, גלית מדר<sup>1</sup>, אזי לב און<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת אריאל

2. מכבי שירותי בריאות

**רקע:** בשנים האחרונות משולבים כלים ממוחשבים ואינטרנטיים בתחומי הבריאות. כלים אלו משנים את פני הרפואה ויוצרים הזדמנויות חדשות לצד אתגרים חדשים. בעשור האחרון אנו עדים לתהליך דיגיטציה מואץ העובר על תקשורת בין רופאים למטופלים ומפריד אותם בזמן ובמרחב ויוצר צורות חדשות של קשר.

**מטרות:** לבחון כיצד מערכות טכנולוגיות משנות את תפיסת החוויה הבסיסית של יחסי מטפל מטופל בעקבות המפגש הדיגיטלי, וכיצד זהותו המקצועית של רופא המשפחה מתעצבת מחדש בעקבות שינוי זה, כאשר מערכת ה-e-visit במכבי שרותי בריאות מהווה כמקרה בוחן.

**שיטות:** מחקר הערכה באמצעות ראיונות עומק מובנים למחצה בקרב 25 רופאי משפחה, במטרה לחשוף את המשמעויות העמוקות שמייחסים הרופאים לשימוש במערכת המקוונת. הראיון התבסס על שאלות מפתח שאפשרו קבלת תמונה רחבה על חוויותיהם והתנהגותם של הרופאים.

**ממצאים:** מהראיונות עולה כי הדיגיטציה והמעבר לשרותי און ליין מייצר סוג של דואליות של שדרוג/שנומך. שדרוג מנהלי בירוקרטי, לצד שנומך הפרופסיה הרפואית ופגיעה במעמד המקצועי, שבירת היררכיה, ומעבר מרופא "מטפל" ל"נותן שירותים". כמו כן, זהותו המקצועית של הרופא כבר סמכא, כמטפל וכמאבחן משתנה במרחב החדש ונבנית מחדש.

לטענת הרופאים, הטמעתו של הביקור הווירטואלי כ"ביקור" לכל בעיה רפואית יוצר עומס על הרופאים, צריכת יתר של הרפואה, מורכבות יתר של ניהול סיכונים, בעיות אתיות, וקונפליקט מתמיד המתקיים בין הצורך לראות את המטופל במרפאה לבין הצורך לרצות את המטופל.

**מסקנות והמלצות:** רופאי המשפחה כיום, הם הדור הבכור לשינוי המתחולל. הרופאים מוותרים על סמכותם המקצועית המבוססת על מערכת יחסים הדדית שמחייבת את בעל הסמכות (הסומך) ומקבל הסמכות (הנסמך) כאחד. מערכת הביקורים הווירטואלית משנה את כללי המשחק. הסומך והנסמך נהפכים לשווים. קיים שדרוג של הפרופסיה הטכנולוגית, אך שנומך הפרופסיה הרפואית.

**המלצות:** לתת פתרונות למאויים המקצועיים של הרופאים כמטפלים וכמאבחנים. לשים לב כי אופי התקשורת החדשה המתקיימת בין שני הצדדים עשויה להשפיע על איכות הרפואה, על תנאי העבודה, סביבת העבודה והתגמול של רופאי המשפחה.



## השינוי בתחלואה דמויית שפעת בתל-אביב בילדים שחוסנו כנגד שפעת במסגרת בתי הספר ובבני משפחותיהם

נעה שבירו רוזמן, רבקה שפר, זהר מור

משרד הבריאות

**רקע:** שיעור ההידבקות בנגיף השפעת נאמד בכ-5%–10% במבוגרים ובכ-20%–30% בילדים. מלבד הסבל הכרוך במחלה, הרי שהטיפול בה מעלה את העומס על המערכת הרפואית, וכרוך בעלויות עקיפות כאובדן ימי עבודה של ההורים. חיסוני השפעת הוכללו בשגרת החיסונים לילדי כיתות ב' במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד בבתי הספר בשנת הלימודים תשע"ז. זאת, מעבר להמלצה לכלל הילדים מגיל 6 חודשים ומעלה להתחסן מידי שנה כנגד שפעת.

**מטרות:** מחקר מעקב זה משווה את שיעורי התחלואה דמויית שפעת (תד"ש), הכוללת חום ושיעול, בשנת הלימודים תשע"ז בין ילדי כיתה ב' אשר חוסנו נגד שפעת ובני משפחותיהם אשר מתגוררים עמם באותו בית במהלך 3 חודשים לאחר הרכבת החיסון, לבין ילדי כיתה ג' שלא חוסנו נגד שפעת ובני משפחותיהם.

**שיטות:** הורי 1,500 ילדים בכיתות ב' ו-ג' ב-9 בתי-ספר יסודיים במחוז תל-אביב התבקשו למלא שאלון אנונימי לגבי התחסנות הילדים ובני המשפחה והופעת תד"ש אצל הילדים ובני הבית במהלך עונת סתיו-חורף תשע"ז. בתי הספר שנכללו במחקר היו כאלה עם שיעורי התחסנות מעל 50%.

**ממצאים:** מבין 536 שאלונים שנותרו, נמצא כי שיעור תד"ש בקרב הילדים אשר חוסנו כנגד שפעת עמד על 7.7%, והיה נמוך יותר בהשוואה לילדים שלא חוסנו כנגד שפעת, בהם עמד שיעור התחלואה על 19.5%,  $p < 0.001$ . שיעור התד"ש בבני הבית של הילדים היה 25.0% מול 34.5%, בהתאמה,  $p < 0.03$ .

שיעור הפניה לרופא בקרב ילדים אשר חוסנו היה נמוך בהשוואה לשיעור הפניה לרופא בקרב ילדים שלא חוסנו (14.9% לעומת 35.7%, בהתאמה,  $p < 0.001$ ). מספר הילדים אשר נעדרו מהלימודים היה נמוך בקרב המחוסנים לעומת הלא-מחוסנים (25.6% לעומת 42.9%, בהתאמה,  $p < 0.001$ ). שיעור הביקורים במוקד רפואי או במיון ושיעור האשפוזים היה נמוך יותר בקרב המחוסנים לעומת הלא-מחוסנים, אך ללא מובהקות סטטיסטית בהשוואה ביניהם.

**מסקנות והמלצות:** מתן החיסון כנגד שפעת במסגרת שירותי בריאות לתלמיד מצמצם את שיעורי הופעת התד"ש בקרב המתחסנים ובבני משפחותיהם, מפחית את מספר היעדרויות ממסגרות החינוך ומקטין את השימוש בשירותי הבריאות.

## חיסון רוטה בקהילה - האם צמצם אשפוז ילדים?

עטל-שולמית גורדון<sup>1</sup>, עדה שטיימן<sup>1</sup>, יעל אפלבוים<sup>1</sup>, אייל לשם<sup>2</sup>, ציונה חקלאי<sup>1</sup>

1. משרד הבריאות

2. מרכז רפואי ע"ש שיבא, אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** רוטה-וירוס הוא גורם נפוץ לשלשול חריף בילדים מתחת לגיל 5. המחלה גורמת לשלשולים, הקאות, התייבשות, ובמקרים חמורים לאשפוז. משרד הבריאות כלל חיסון פומי חי מוחלש פנטהוולנטי נגד נגיף הרוטה לתינוקות בגיל 2, 4 ו-6 חודשים בתוכנית החיסונים הלאומית מתחילת 2011, במטרה לצמצם תחלואה בתינוקות וילדים. בחלק מהקופות התחילו לחסן חלקית בשנת 2008.

**מטרות:** לבחון את שיעור האשפוזים לילדים עקב שלשולים לפני ואחרי החלת החיסון, ולאמוד את השפעת מדיניות הבריאות על היקף האשפוזים משלשולים.

**שיטות:** המחקר מבוסס על מאגר האשפוזים במשרד הבריאות, כללנו ילדים מתחת גיל 5 שאושפזו עקב שלשול חריף. בדקנו את מספר ושיעור האשפוזים, חודשי ושנתי, יוני-יולי כל שנה, לפי גיל, מגדר, לאום ומחוז בשנים 2002-2015. השווינו שיעור האשפוז בשנים לאחר הכללת החיסון בתוכנית הלאומית, 2011-2015 לממוצע השנתי לפני החלת החיסון, 2002-2008.

### ממצאים:

בשנת 2015/2014 היו 5,925 אשפוזים של ילדים מתחת גיל 5 עקב שלשול חריף, ירידה במחצית מ-11,479 בשנת 2003/2002. שיעור האשפוזים ירד ב-59% בשנים 2002-2015. השיעור ירד מ-169 ל-10,000 ילדים מתחת גיל 5 בשנת 2003/2002, 149 בממוצע שנתי ב-2002-2008, 137 בשנת 2009/2008 וירידה ל-90 בשנת 2012/2011 עם הכללת החיסון בתוכנית הלאומית והמשך ירידה ל-69 בשנת 2015/2014. השיעור ב-2015/2014 מצביע על הפחתה ב-80 אשפוזים ל-10,000 ילדים מהממוצע השנתי לפני החיסון.

בשנה 2015/2014 שיעור האשפוזים באוכלוסייה ערבית היה גבוה פי 1.8 בהשוואה ליהודים. השיעור לבנים גבוה פי 1.2 בהשוואה לבנות. השיעור במחוז הדרום היה גבוה פי 1.5 מהממוצע הארצי, במחוז חיפה פי 1.4 ובמחוז הצפון פי 1.2, בשאר המחוזות השיעור דומה או נמוך מהממוצע הארצי.

**מסקנות והמלצות:** התוצאות מצביעות על צמצום מובהק בשיעור אשפוז הילדים עקב שלשולים בעקבות יישום מדיניות המשרד והוספת החיסון נגד נגיף הרוטה בתוכנית החיסונים הלאומית. יש להמשיך ולבחון הסיבות להבדלים בשיעור האשפוז החיסוני בין האזורים בישראל.

## ”חיסון” לשיעור התחסנות נמוך? הכוח המוטיבציוני של ”תשלום מראש” לקבלת החלטות מקדמות בריאות

אודליה מנצורה<sup>1,2</sup>, שחר אייל<sup>2</sup>, גיא הוכמן<sup>2</sup>, יהודה כרמלי<sup>3</sup>, אמיר נוטמן<sup>3</sup>

1. המרכז הרפואי האוניברסיטאי ברזילי

2. המרכז הבינתחומי הרצליה

3. המרכז הרפואי ת”א ע”ש סוראסקי

**רקע:** עובדי מערכת הבריאות זוהו כגורם מרכזי בהעברה ובפיזור של נגיף השפעת מתוקף המגע הישיר והאינטנסיבי עם אוכלוסיות בסיכון, ולמרות הנחייה מפורשת של המרכז למניעה ולשליטה במחלות (CDC) לחסן את כל עובדי הבריאות, אחוזי ההתחסנות בעולם ובארץ נמוכים יחסית. האם בכוחה של הפסיכולוגיה להקטין את הפער בין התנהגות בריאותית מצויה לרצויה?

**מטרות:** לבחון אפקטיביות של התערבויות המבוססות על תובנות ועקרונות הכלכלה ההתנהגותית. בחנו האם מתן מראש של תמריץ יכול להוות גורם מניע (Nudge) להתחסנות ובאופן יותר ספציפי האם תמריץ כלכלי שיינתן טרם ביצוע החיסון, וישאר ברשות הפרט רק אם יבצע את החיסון, יניע את הפרט לביצוע החיסון בהשוואה לקבלת התמריץ אחרי ביצוע החיסון, ובהשוואה לקבוצת ביקורת. המחקר בחן את ההשפעה הן ברמת הצהרת הכוונות להתנהגות, והן את ההתנהגות בפועל, האם, ומדוע יש פערים ביניהם? האם בכוחו של פרט שלכאורה נראה זניח, כמו תזמון מתן מתנה- לפני או אחרי החיסון, יכול להשפיע על ההחלטה לבצע את החיסון?

### שיטות:

1. מחקר תרחיש בו נשאלו 442 עובדי בית חולים גדול על כוונותיהם להתחסן בכל אחד מהתנאים.
  2. ניסוי שדה בו נבחנה ההתנהגות החיסונית בפועל של העובדים בכל אחד מהתנאים.
- הערה: מאחר וניתן לאפיין התנהגות חיסונית של עובד בחרנו לנקות את העובדים המתמידים בהתחסנות, ואוכלוסיית המחקר כללה עובדים שמתחסנים לסירוגין וסרבני חיסון לפחות 4 שנים אחורה.

### ממצאים:

1. בהצהרת כוונות להתחסן לא נמצאו הבדלים מובהקים בין התזמונים של מתן התמריץ.
  2. נמצא פער בין הצהרת הכוונות לבין ההתנהגות בפועל.
  3. בתנאי ”קבלת התמריץ מראש”, אחוז המתחסנים (סרבני חיסון ומתחסנים לסירוגין) היה כפול בהשוואה לתנאי ”קבלת התמריץ אחרי החיסון” ובהשוואה לקבוצת הביקורת.
- $\chi^2=19.8$  (df=2), (p=.000) prepayment

**מסקנות והמלצות:** לתוצאות המחקר השלכות יישומיות הן ברמת הפרט והן ברמת מערכת הבריאות לקידום התחסנות עובדי מערכת הבריאות, וניתן להרחיבה להתנהגויות בריאותיות נוספות בהן ישנם פערים בין המצב המצוי למצב הרצוי.

## אופטימיזציה של מדיניות החיסון כנגד מחלת השעלת בישראל

דור כהנא<sup>1</sup>, דין לנגסס<sup>1</sup>, ארז שמואלי<sup>1</sup>, אמיליה אניס<sup>2</sup>, דן ימין<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת תל-אביב

2. משרד הבריאות, האוניברסיטה העברית בירושלים

**רקע:** מחלת השעלת הינה מחלה זיהומית מדבקת אשר מסכנת בעיקר תינוקות. מידי שנה, המחלה גורמת למותם של למעלה מ-300,000 ילדים מתחת לגיל 5 ברחבי העולם. במהלך העשור האחרון ישנה עלייה במקרי השעלת המדווחים בישראל, אך היקפה בפועל אינו ידוע בשל עלייה במודעות ובאבחון המחלה. למרות מדיניות החיסון הדומה בין המדינות, כמות מקרי השעלת לנפש בישראל גבוהה פי 2-4 מזו המדווחת בארה"ב. על-כן, נדרש ניתוח מחודש, שהנו ייעודי לישראל, לבחינת היקף התחלואה וההתמודדות עמה.

**מטרות:** מידול התפשטות שעלת בישראל לצורך:

1. חיזוי היקף התחלואה.
2. מציאת אסטרטגיית חיסונים אופטימלית להפחתת תחלואה ואשפוזים עקב סיבוכי שעלת.

**שיטות:** ניתחנו מקרים מדווחים ומאומתים בבדיקת מעבדה כפי שהצטברו במערכות הניטור של משרד הבריאות בשני העשורים האחרונים. השתמשנו בהתמרת פורייה (Short-time Fourier transform) לצורך מידול היקף התחלואה לאורך זמן ואיתור תבניות בהתפשטותה. כמו-כן, פותח מודל מתמטי מרקובי מבוסס קבוצות גיל למידול התפשטות השעלת בישראל. לצורך אמידת התפלגות פרמטרים לא ידועים במודל השתמשנו ב-MCMC (Markov Chain Monte Carlo). בהתבסס על ההתפלגויות הפוסטרירוריות של הפרמטרים, בוצעו סימולציות לבחינת מגוון רחב של אסטרטגיות חיסון למציאת המדיניות האופטימלית.

**ממצאים:** מניתוח התמרת הפורייה מצאנו כי מקרי השעלת בישראל עלו פי ארבעה, וכן כי קיימת מחזוריות ארבע-שנתית בתחלואה. תוצרי הסימולציה מלמדים כי חיסון נשים הרוות עשוי לתרום הן להפחתת התחלואה בכ-50% (רב"ס 95%: 40%-60%) והן להפחתת האשפוזים בכ-50% (רב"ס 95%: 28%-65%) עבור תינוקות מתחת לגיל שנה. בנוסף, מצאנו כי במידה ונשמרת כמות החיסונים הניתנת כיום, מתן חיסון דחף לילדים בגיל 6 במקום בגיל 7 עשוי להפחית את כמות ביקורי הרופא בכ-9% (רב"ס 95%: 1%-19%) ובהסתברות גבוהה גם את האשפוזים בכ-3.5% (רב"ס 95%: 1%-9%).

**מסקנות והמלצות:** חלה עלייה משמעותית בתחלואת שעלת בישראל. המודל המוצע במחקר זה יוכל לתרום לעיצוב מדיניות החיסון כנגד מחלת השעלת בישראל. המלצתנו לפעול לעידוד חיסון נשים הרוות, שכן למדיניות זו השפעה מכרעת בהפחתת תחלואה ואשפוזים עקב סיבוכי שעלת.

## תפיסת רופאים לגבי מעלותיו של "הרופא הטוב"

קרן דופלט, יעקב בכנר, יעקב אורקין, זהבה יהב, נדב דוידוביץ'

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** העיסוק במקצוע הרפואה דורש כישורים מגוונים, חלקם קשורים למיומנויות טכניות וחלקם קשורים למיומנויות בינאישיות. נשאלת השאלה כיצד מגדירים רופאים את התכונות הנדרשות מ"רופא טוב".

### מטרות:

1. בחינת עמדות הרופאים ביחס לתפיסותיהם באשר לתכונות החשובות ביותר אצל רופאים.
2. בחינה איזו תכונה, לדעתם, יכולה להפוך "רופא" ל-"רופא טוב".

**שיטות:** מחקר חתך, שהתבצע באמצעות סקר טלפוני בקרב מדגם של 1,000 רופאים מומחים בוגרי בתיה"ס לרפואה בישראל. בצד המאפיינים הדמוגרפיים נשאלו הרופאים:

1. מהי, לדעתם, התכונה החשובה ביותר אצל רופא;
2. מהי התכונה השנייה בחשיבותה אצל רופא;
3. איזו תכונה יכולה להפוך "רופא" ל-"רופא טוב".

**ממצאים:** חמש התכונות שצוינו כחשובות ביותר הן: אנושיות (20%), אמפתיה (17%), ידע ומקצועיות (15%), אמינות ויושר (14%) ואכפתיות ומסירות (8%). חמש התכונות החשובות שצוינו בפעם השנייה: ידע ומקצועיות (36%), אמפתיה (11%), אנושיות (9%), אמינות ויושר (9%) ואכפתיות ומסירות (6%). בחלוקת התכונות באופן דיכוטומי לתכונות הומניות ומקצועיות/טכניות נמצא כי לגבי התכונה הראשונה ציינו 62% מהרופאים תכונות הומניות ו-38% מיומנויות מקצועיות/טכניות. בציון התכונה השנייה עלתה תמונה הפוכה. יותר רופאים מומחים במקצועות פנימיים ציינו שתי תכונות הומניות ביחס לרופאים המומחים במקצועות כירורגיים. כמו גם, רופאים שמקום עבודתם העיקרי בקהילה, רופאים שאינם מחזיקים בתפקיד ניהולי ורופאים שאינם עוסקים במחקר. חמש התכונות שצוינו כיכולות להפוך "רופא" ל-"רופא טוב" הן: ידע ומקצועיות (22%), אמפתיה (15%), אנושיות (15%), אכפתיות ומסירות (9%) והקשבה (6%). בחלוקה דיכוטומית נמצא כי 59% מהרופאים ציינו תכונה הומנית ו-41% ציינו מיומנות מקצועית/טכנית.

**מסקנות והמלצות:** רופאים מייחסים חשיבות רבה לתכונות הומניות בהגדרתם את הרופא הטוב. רופא זקוק למיומנויות טכניות כדי להעניק טיפול מיטבי, אך לא פחות מכך הוא זקוק למעלות אנושיות. במהותו- מקצוע הרפואה הנו מקצוע בו האנושיות והחמלה הן ערך עליון. מסיבה זו "רופא טוב" צריך להיות מוכשר מבחינה מקצועית, אך יותר מכך- מבחינה אנושית. מציאת שיווי המשקל המתאים בפיתוח היכולות המקצועיות/טכניות בד בבד עם היכולות האנושיות הנו אחד האתגרים החשובים של החינוך הרפואי במאה ה-21.

## סקר האיגוד הישראלי לרפואת ילדים 2017 - שחיקה בקרב רופאי ילדים

צחי גרוסמן<sup>1</sup>, גבי חודיק<sup>2</sup>, תלמה קושניר<sup>3</sup>, גיל צ'פניק<sup>1</sup>, שי אשכנזי<sup>2,4</sup>

1. מכבי שירותי בריאות
2. אוניברסיטת תל-אביב
3. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
4. מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל

**רקע:** שחיקה הינה מחלה תעסוקתית המבטאת אובדן אנרגיות נפשיות וגופניות עקב התמודדות ממושכת ולא מוצלחת עם גורמי לחץ בעבודה. בשנת 2006 נערך סקר בקרב רופאי ילדים שבחן היבטים שונים של שחיקה וקשרים אפשריים של שחיקה עם רכיבי תעסוקה במכלול התפקידים של הרופא, דוגמת קבלת חולים, ביצוע מחקר, הוראת סטודנטים ועוד.

**מטרות:** אפיון שחיקת רופאי ילדים ב-2017, איתור מגמות בשנים שחלפו מהסקר בשנת 2006 לסקר הנוכחי והגדרת גורמים הקשורים לשחיקה כדי לבצע התערבויות לצמצומה.

**שיטות:** סקר ידני שהופץ בקרב רופאי ילדים בכינוס חיפ"א ביולי 2017, וסקר אלקטרוני שהופץ ברשימת הדיוור האלקטרונית IPRONET של רשת המחקר.

**ממצאים:** סך הכול ענו על השאלון 238 רופאי ילדים (RR=46%). שכיחות השחיקה הינה 33%. השחיקה גבוהה יותר אצל אלה שאינם מומחים, אצל שכירים, אצל צעירים, ואצל אלה שעובדים שעות רבות. ככל שגדל הפער בין נפח העיסוק בפעילות מסוימת למידת ההנאה ממנה - השחיקה גוברת ( $p < 0.01$ ), תוך ציון הפעילויות הבאות: עבודה אדמיניסטרטיבית שמבצע הרופא (עיסוק מרובה, הנאה מועטה), ומחקר והוראת סטודנטים (עיסוק מועט, הנאה רבה). השוואת הפערים בין נפחי העיסוק למידת ההנאה בין 2006 לבין 2017 - מראה שהפערים גדלו בנושאי מחקר ( $p < 0.001$ ), הוראת סטודנטים ( $p < 0.001$ ), השתלמויות וכנסים מקצועיים ( $p = 0.0074$ ), ניהול ( $p = 0.043$ ), ופעילות לקידום בריאות בקהילה ( $p = 0.006$ ). נמצאה רמת מתאם גבוהה בין שחיקה לבין מחשבות להפסיק את העיסוק ברפואת הילדים ומחשבות לעזוב את הרפואה ( $p < 0.001$ ).

**מסקנות והמלצות:** לאור השחיקה הגבוהה יש לצמצם את הפעילות האדמיניסטרטיבית שמבצע רופא הילדים ולהסיטה לגורמים אחרים במערכת. יש לשנות את המערכות כך שתעודדנה ותאפשרנה פעילות רבה יותר של רופאי הילדים בעיסוקים "מונעי שחיקה": יציאה לכנסים ולהשתלמויות מקצועיות, עיסוק בניהול, פעילות לקידום בריאות, הוראת סטודנטים וביצוע מחקרים.

## התנהגויות מקדמות בריאות והקשר שלהן לסביבה ארגונית, שחיקה ושביעות רצון בקרב אחיות ואחים בישראל

רחל ווילף מירון<sup>1</sup>, גיורא קפלן<sup>1</sup>, ארנונה זיו<sup>1</sup>, מאיה לנדאו<sup>2</sup>, איליה קגן<sup>2</sup>

1. מכון גרטנר

2. אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** אורח חיים בריא עשוי להפחית שחיקה ותחלואה בקרב אחיות וחשוב לתפקידן כמקדמות בריאות וכמודל לחיקוי עבור מטופלים.

**מטרות:** לאפיין התנהגויות בריאות ולבחון קשרים בין סביבת עבודה, התנהגויות בריאות, שחיקה ושביעות רצון מעבודה בקרב אחיות בישראל.

**שיטות:** מחקר כמותי ואיכותני שימש כמחקר מקדים לסקר ארצי נרחב. במחקר הכמותי השתתפו 171 אחים ואחיות העובדים באשפוז ובקהילה ולומדים לתארים מתקדמים, בגילאי 24-58; 88% נשים. שאלון למילוי עצמי שימש לאיסוף הנתונים. הנתונים האיכותניים נאספו בשתי קבוצות מיקוד, בהשתתפות 25 אחיות מאשפוז ו-12 מקהילה. הקבוצות העמיקו לדון בתפיסת המושג אורח חיים בריא, גורמים מאפשרים ומעכבים לניהול סגנון חיים בריא, ותפקיד האחות כמודל לחיקוי למטופלים.

**ממצאים:** ממצאים כמותיים: 30.4% עמדו בהמלצות לפעילות גופנית. מיעוט המשיבים דיווחו על הרגלי אכילה בריאים. 19.3% עישנו; 29.4% ישנו 7 ומעלה שעות; 42.3% סבלו מעודף משקל או השמנה; 14.5% הגדירו את בריאותם כלא טובה; 18.6% ביצעו בדיקות גילוי מוקדם, כנדרש. הנבדקים הפגינו שביעות רצון גבוהה מהעבודה ושחיקה נמוכה ודירגו את סביבת עבודתם כמקדמת בריאות ברמה בינונית-נמוכה. אחיות בתי חולים ישנו פחות שעות ותזונתן לקויה יותר. שחיקה נמוכה יותר הייתה קשורה באופן מובהק לפעילות גופנית רבה יותר, סביבת עבודה מקדמת בריאות ושביעות רצון גבוהה יותר מעבודה.

ממצאים איכותניים הוסיפו זווית ראייה ייחודית בהקשר לחוויה רגשית, איזון נפשי ואושר כמשפיעים על תפיסת אורח חיים כבריא. רווחה נפשית, התמודדות יעילה עם מתח ולחץ ומציאת איזון עבודה-בית דווחו כמגדירים אורח חיים בריא, בנוסף על תזונה בריאה, פעילות גופנית ושינה מספקת. הודגשו במיוחד השלכות שליליות של עבודה במשמרות באשפוז.

**מסקנות והמלצות:** שילוב ייחודי של ממצאים כמותיים ואיכותניים מאפשר בחינה מעמיקה ורב-מימדית של התנהגויות מקדמות בריאות, שחיקה ושביעות רצון מעבודה בקרב אחיות. התנהגויות הבריאות של האחיות טעונות שיפור. סביבת העבודה לא נתפסת כמעודדת אורח חיים בריא במידה מספקת. קבוצות המיקוד חידדו את חשיבות המרכיב הפסיכו-חברתי בהגדרת אורח חיים בריא.

הפיכת סביבת העבודה למקדמת בריאות עשויה לתרום לבריאות העובדים, להקטין שחיקה ולחזק את תפקיד האחיות כמודל לחיקוי למטופליהן.

## עוזרי רופא במחלקות לרפואה דחופה: מודל חדש לרפואה ראשונית?

רינה מעוז ברויאר<sup>1</sup>, ערן טל-אור<sup>2</sup>, אורן ברקוביץ<sup>3</sup>, רחל ניסנהולץ-גנות<sup>1,3</sup>

1. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

2. המרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה

3. אוניברסיטת אריאל

**רקע:** המחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד) דומות בתפקודן לרפואה הראשונית בהיבט שזהו, פעמים רבות, המקום הראשון אליו אנשים פונים כאשר הם נתקלים במצוקה בריאותית. חלק לא קטן מהפניות למיון הן בגין מצבים רפואיים שבדרך כלל מקבלים מענה על ידי רופאים ראשוניים במסגרת של מרפאות קהילתיות. המלר"ד, כמו הקהילה, סובל מבעיית מחסור ברופאים. אחד מהפתרונות שניתנו למחסור זה בעולם הייתה הוספה של תקן עוזר רופא. מ-2016 החל מהלך חדש בו שולבו עוזרי רופא ב-17 מלר"דים ברחבי הארץ.

### מטרות:

1. לבדוק מהם תחומי הפעילות של עוזר רופא.
2. לבחון עד כמה עוזרי הרופא מסייעים לרופאים במלר"ד.
3. לבחון עד כמה יש רצון לשלב עוזרי רופא במלר"דים בהם טרם שולבו עוזרי רופא.

**שיטות:** שאלון שהועבר ל-132 חברי האיגוד לרפואה דחופה. השאלון הועבר במהלך אוגוסט 2017 בשתי פעימות, האחת ממחושבת והשנייה טלפונית. היו 83% היענות, עם 99 רופאים שענו לסקר.

**ממצאים:** מעל שני שלישי מחברי האיגוד לרפואה דחופה שעובדים עם עוזר רופא אמרו שעוזרי הרופא מסייעים במלר"ד רבות בתחומים של קבלת חולים חדשים והצגתם לרופא, במשימות ארגוניות הקשורות לטיפול בחולים, ובמתן טיפול קליני.

בנוסף עוזרי הרופא מסייעים רבות בליווי חולים למחלקות, השגחה על חולים קשים במלר"ד ובחדר הלב. עלו מספר חששות בנוגע לשילוב עוזרי הרופא, חששות שהתפקיד בא על חשבון תוספת תקנים אחרים, טענות לגבי ההכשרה שלהם, וטענות שהגדרת התפקיד והסמכויות לא מוגדרות מספיק. מן הצד השני היו רופאים שהביעו התלהבות וציפייה גבוהה מהתפקיד החדש, והערכה רבה כלפי עוזרי הרופא שלהם. מבין הרופאים שטרם שולב אצלם עוזר רופא, 59% אמרו שהיו מעוניינים לקלוט עוזר רופא במחלקה שלהם.

**מסקנות והמלצות:** עוזרי הרופא מסייעים במידה רבה לרופאים במלר"ד בפעולות מתחומים שונים ויש היענות לקלוט את התפקיד החדש. על אף שזו השנה הראשונה של שילוב התפקיד, ולמרות חבלי הלידה שמלווים אותו, כבר רואים שהתהליך תורם ומסייע לרופאים. בנוסף בשל הצורך הגובר ברופאים בתחומים שונים, יש לשקול האם יש מקום להרחיב את התפקיד, תוך התאמה לצרכים הספציפיים בכל מקום, למחלקות אחרות בבית החולים ובקהילה.



## תוכנית מובנית לשחרור מטופלים מאשפוז - ביצוע ותוצאים

ענת ישראלי<sup>1</sup>, חנה קרצמן<sup>1</sup>, לונה ברין<sup>1</sup>, שושנה גולדברדג<sup>2</sup>

1. המרכז הרפואי שיבא

2. משרד הבריאות

**רקע:** תהליך השחרור מאשפוז הינו בעל חשיבות מרכזית לשמירה על הרצף הטיפולי בקהילה. על פי הספרות אחד מתוך חמישה שחרורים מאשפוז מלווה בסיבוכים ובפניה חוזרת לאשפוז.

**מטרות:** לבחון את השפעת שיטת השחרור מאשפוז על ידי אחות משחררת ייעודית על איכות השחרור הסיעודי, רמת הידע של מטופל בטיפול תרופתי, איכות ההדרכה לטיפול עצמי, שביעות הרצון ושימוש בשירותי הבריאות אחר השחרור.

**שיטות:** מחקר מעקב התערבותי בארבע מחלקות פנימיות. קבוצת המחקר כללה 202 מטופלים ששחררו על ידי אחות משחררת וקבוצת הביקורת כללה 192 מטופלים ששחררו על ידי אחות במשמרת גילה. הנתונים נאספו ממכתבי השחרור, ראיונות טלפוניים עם המטופלים שבוע וחודש לאחר השחרור ומרשומות רפואיות.

**ממצאים:** איכות השחרור הסיעודי טובה יותר בקבוצת המחקר, כמו גם איכות ההדרכה, רמת הידע בטיפול עצמי ושביעות רצון המטופל מההדרכה ומהאשפוז. לא נמצא הבדל בין הקבוצות בשימוש בשירותי בריאות ובמספר אשפוזים חוזרים.

**מסקנות והמלצות:** המחקר הנוכחי הראה כי יישום מודל "אחות משחררת" משפר משמעותית את איכות השחרור הסיעודי, ידע המטופל ושביעות רצונו. באמצעות המודל הושם דגש על הדרכת מטופל ומשפחתו. מטופלים מיודעים עשויים להרוויח מטיפול עצמי מיומן יותר ומהיענות גבוהה יותר בנטילת תרופות ובכך לשפר איכות חייהם.

**המלצות/ השלכות לקובעי המדיניות:** תפקיד האחיות הוא מרכזי בתהליך השחרור ותהליך השחרור המובל על ידי אחות ייעודית מקדם את איכות השחרור של מטופלים מאשפוז.

## תחושת אוטונומיה בעבודה בקרב אחיות קהילה

רחל ניסנהולץ-גנות<sup>1</sup>, מרים הירשפלד<sup>2</sup>, ברוך רוזן<sup>1</sup>

1. מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל

2. מכללת עמק יזרעאל

**רקע:** מקצוע הסיעוד (אחיות) מהווה את אחד הנדבכים החשובים במתן שירותי בריאות בקהילה. בשנים האחרונות, התרחשו מספר שינויים במערכת הבריאות בעלי פוטנציאל להשפעה על תפקידן של האחיות בקהילה, ולהשפעה על תחושת האוטונומיה שלהן. שינויים אלו כוללים: הזדקנות האוכלוסייה, המחסור ברופאים והתוכנית למדידת איכות הטיפול הרפואי בקהילה.

**מטרות:** לבחון את תפיסות אחיות קהילה ביחס לתחושת האוטונומיה בתפקידן.

**שיטות:** סקר שטח בקרב 1,019 אחיות של קופות החולים (כ-250 מכל קופה). שאלוני המחקר, מוחשבו ונשלחו לכל האחיות באמצעות כתובות הדוא"ל שהתקבלו מקופות החולים. למרואיינים ניתנה האפשרות לענות בדוא"ל, בטלפון או בדואר רגיל. הנתונים נותחו באמצעות תכנת SPSS. שיעור ההיענות עמד על 68% (טווח בין הקופות: 56% ל-82%).

**ממצאים:** מרבית האחיות (79%) חשות אוטונומיה בתחום העיסוק העיקרי שלהן במידה רבה או רבה מאוד ותחושה זו חזקה יחסית בקרב אחיות בנות 55 ומעלה (81%, לעומת 76% בקרב אחיות צעירות מ-40), בקרב אחיות שעברו קורס על בסיסי (80%, לעומת 70% בקרב האחיות המעשיות) ובקרב אחיות בעלות תפקיד ניהולי (86%, לעומת 76% בקרב האחיות שאינן מנהלות). 17% מהאחיות חשו אוטונומיה בתחום עיסוקן העיקרי במידה בינונית ו-4% במידה מועטה או מועטה מאוד.

עוד נמצא כי 75% מהאחיות חשו הרחבה באוטונומיה המקצועית שלהן ב-5 השנים האחרונות, לעומת 9% בלבד שחשו צמצום באוטונומיה שלהן בתקופה זו ו-16% שלא חשו כל שינוי.

מניתוח רב משתני עולה כי לגיל, למעמד המקצועי ולתפקיד הניהולי יש השפעה סגולית מובהקת על תחושת האוטונומיה של האחיות בתחום עיסוקן העיקרי.

בנוסף, אחיות קהילה שבעות רצון מעבודתן. 90% מהן שבעות רצון במידה רבה או רבה מאוד 17% שבעות רצון במידה בינונית ורק 3% שבעות רצון במידה מועטה או מועטה מאוד.

**מסקנות והמלצות:** המחקר מצביע על תחושת אוטונומיה רבה וגדלה בקרב אחיות קהילה, ויתכן שהרחבת סמכויותיהן של האחיות תחזק את תחושת האוטונומיה ותסייע להבטיח את המשך שביעות רצונן של האחיות מהמקצוע בכלל ומתפקידן בפרט, וכן עשויה לסייע במשיכת צעירים נוספים לעבוד במקצוע. שתי התוצאות הללו, חשובות לאור האתגרים הצפויים לאחיות קהילה בשנים הקרובות.

## ידע בנוגע לתכנון מוקדם בקרב אנשי מקצוע בבתי אבות

פרלה ורנר, אילא קרמל שיפמן

אוניברסיטת חיפה

**רקע:** תכנון מוקדם (ACP - Advance Care Planning) הוא אמצעי לביטוי העדפות טיפול בסוף החיים במקרה והאדם לא יהיה מסוגל לקבל החלטות בעצמו בשלב זה. תכנון מוקדם מוגדר כסוגיה מרכזית בבריאות הציבור בארץ ובעולם והוכח כמרכזי לקבלת טיפול פליאטיבי איכותי בבתי אבות. ידע מתאים בנוגע לתכנון מוקדם בקרב אנשי מקצוע בבתי אבות הינו הכרחי ליישום מוצלח של תהליך זה.

**מטרות:** לבחון את הידע של הצוות הרפואי (רופאים, אחיות ואנשי טיפול אחרים) בבתי אבות בנוגע לתכנון מוקדם והגורמים הקשורים לרמת הידע.

**שיטות:** בוצעו ראיונות מובנים עם 123 אנשי מקצוע (71% נשים, גיל ממוצע = 41.2, 49.2% יהודים, מספר שנות ותק ממוצע = 10) ב-8 בתי אבות ברחבי הארץ. רמת הידע נבחנה באמצעות כלי שנבנה בהתבסס על ספרות קיימת ועל ראיונות עם מומחים. הכלי כלל 17 פריטים אשר העריכו ידע הצהרתי (9 פריטים) ואינסטרומנטלי (8 פריטים) בנוגע לתכנון מוקדם.

**ממצאים:** למרות שבאופן סובייקטיבי רוב המשתתפים סברו שיש להם ידע על הנחיות מקדימות (78.3%) ועל ייפוי כוח רפואי (82.6%), בחינת הידע האובייקטיבי הראה כי הידע בנושא היה נמוך יחסית. רמת הידע הייתה גבוהה יותר בנוגע לידע הצהרתי בהשוואה לידע אינסטרומנטלי (ממוצע = 5.3 ו-3.5, בהתאם,  $p < .001$ ). רמת הידע - הן הצהרתי והן האינסטרומנטלי - הייתה גבוהה יותר בקרב נשים, יהודים, וחילוניים. ככל שרמת ההשכלה, שנות הותק בעבודה ורמת הניסיון בעבודה עם אנשים עם דמנציה היו גבוהים יותר, רמת הידע הייתה גבוהה יותר. לא נמצא הבדל ברמת הידע של אנשי המקצוע השונים.

**מסקנות והמלצות:** ממצאי המחקר מדגישים את הצורך להגביר את הידע והמודעות של הצוות הרפואי בבתי אבות בנוגע לתכנון מוקדם. תשומת לב מיוחדת נדרשת להפצת ידע בנוגע לתהליך ביצוע תכנון מוקדם על מנת למנוע העברת מידע לא נכון לדיירים במוסדות ובני משפחתם.

המחקר מומן על ידי מענק מחקר מהמכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות.

## החלפת מנהל המחלקה הוא המשתנה היחיד החוזה בצורה משמעותית שיפור במדדי ביצוע במחלקות כירורגיות בישראל

צבי סגל, זיו גיל

רמב"ם

**רקע:** אחד האתגרים המשמעותיים הניצבים מול מערכת הבריאות הוא עלייה קבועה בהוצאות, ללא שיפור בתפקוד. למרות פיתוחן של מספר שיטות שונות הנועדו לשפר ביצועים ללא עלות נוספת, קשה מאוד לחזות את הצלחתן. בעבודה זו ניתחנו מספר גורמים אשר יכולים להשפיע על עלייה בנפח הניתוחים במחלקות אף אוזן גרון (אא"ג) בישראל.

**מטרות:** זיהוי משתנים אשר יכולים לחזות בצורה משמעותית את תפקוד מחלקות אא"ג בישראל.

**שיטות:** אספנו נתונים על 19 מחלקות אא"ג בישראל בין השנים 2011-2016 דרך מסד הנתונים המקוון של משרד הבריאות. ניתוח הנתונים בוצע על החלפת מנהלי המחלקות ועל גודל, שיוך, בעלות ומיקום בתי החולים.

**ממצאים:** מתוך 19 מחלקות אא"ג בישראל, ב-6 מנהל המחלקה הוחלף במהלך תקופת המחקר. ניתוחים חד ומרובי משתנים הראו שהמשתנה היחיד שחזה בצורה משמעותית עלייה בנפח הניתוחים היה החלפת מנהל המחלקה. החלפת מנהל המחלקה הובילה גם לעלייה בסבב ובתפוסת המיטה וירידה במשך האשפוז. אף משתנה אחר לא השפיע על המדדים הללו, כולל מספר המיטות וגודל, מיקום, שיוך ובעלות בית החולים.

**מסקנות והמלצות:** החלפת מנהל המחלקה הוא המשתנה היחיד החוזה ביצועים משופרים. השיפור חל במספר מדדי תפקוד כולל נפח ניתוחים, משך אשפוז וסבב מיטות. אנו מסכמים שהחלפת מנהל מחלקה מנדטורית הינה הכרחית לשיפור ביצועים במחלקות כירורגיות.

## הרחבת היקף המתמחים ברפואת משפחה - הלכה למעשה

שלומי קודש, שוש פלג, איליה חזנוב, פסח שוורצמן

שירותי בריאות כללית

**רקע:** רפואת הקהילה מושתתת על רופאים מומחים ברפואת המשפחה. בעשור האחרון נוצר אתגר בגיוס רופאים צעירים להתמחות ברפואת המשפחה באזור הדרום. הצורך בגיוסם גדול במיוחד לאור גידול האוכלוסין ופרישתם הצפויה של הרופאים שעלו לישראל ממדינות חבר העמים בשנות התשעים.

### מטרות:

- ❖ יצירת שינוי תפיסתי בקרב סטודנטים ורופאים צעירים שיוביל לבחירת התמחות קהילתית.
- ❖ הגדלת מספר המתמחים החדשים ברפואת משפחה לעשרים בשנה.

### שיטות:

- ביצענו ניתוח מצב קיים ותחזית כוח אדם רפואי לחמש השנים הבאות.
- מיפינו את מעורבות הקהילה בשלבים השונים במעגל הכשרת הרופאים ופעלנו להגברת החשיפה לקהילה ולעידוד בחירת תחום עיסוק ברפואת הקהילה.
- הפעילות כוונה לרבדים השונים בחיים המקצועיים של הרופא:
- ❖ סטודנטים לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון: מפגש חשיפה במהלך סבב רפואת המשפחה בשנה חמישית, קורס עקרונות בניהול רפואי בשנה השישית מרוכז על ידי המנהל הרפואי במחוז, פעילות של עוזר רופא ברפואת משפחה.
- ❖ צוערים: מפגש שנתי עם הסטאז'רים בבתי החולים בדרום להצגת האפשרויות והיתרונות של עבודה בקהילה.
- ❖ No doctor left behind: רופאים שנדחו בוועדת קבלה לרפואת משפחה אך הוערכו כבעלי פוטנציאל להתקבל בהמשך נקלטו לעבודה במחוז במטרה להכשירם במשך שנה ולשפר את סיכויי הקבלה שלהם להתמחות.

במקביל, פעלנו לחיזוק הקשר עם המתמחים ברפואת המשפחה משלב הקליטה ולאורך שלבי ההתמחות השונים.

**ממצאים:** חלה עלייה משמעותית במספר המתמחים ברפואת המשפחה במחוז דרום. בחמש השנים שקדמו להתערבות התקבלו 37 מתמחים חדשים, ואילו ב-3 השנים שלאחר ההתערבות (2015-2017) התקבלו 52 מתמחים חדשים (עלייה שנתית ממוצעת של 134%). במקביל, שיעור הקבלה להתמחות ירד ובשנת 2017 עמד על כ-40%.

No doctor left behind: בתום תקופת ההערכה, 40% מהרופאים שנקלטו במסלול זה התקבלו להתמחות ו-37% סיימו את עבודתם במחוז ללא שהתקדמו לתוכנית התמחות.

**מסקנות והמלצות:** הגברת החשיפה לקהילה לצד מענקים המעודדים התמחות ברפואת משפחה הביאו לגידול דרמטי במספר המתמחים ברפואת משפחה במחוז דרום בכללית. בעשור הקרוב צפויה ירידה בשיעור הרופאים לאלף נפש עם פרישתם לגמלאות של רופאים שעלו ארצה בשנות התשעים. המשך העידוד להתמחות ברפואת משפחה (ומקצועות קהילתיים נוספים) הינו קריטי ונדרש ברמה הלאומית והמקומית.



# תקצירי פוסטרים

## ריבוד הסיכון לשבץ במבוטחים עם פרפור פרוזדורים: השוואה בין ביצועי שלושה סולמות סיכון באותה האוכלוסייה

מיטל אבגיל צדוק<sup>1</sup>, עדי סנדריי ברלינר<sup>1</sup>, משה חשן<sup>1</sup>, בקה פלדמן<sup>1</sup>, מוטי חיים<sup>2</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. המרכז הרפואי סורוקה

**רקע:** הסיכון לשבץ בחולים עם פרפור פרוזדורים תלוי בנוכחות גורמי סיכון שונים וישנם מספר סולמות לריבוד הסיכון לשבץ אשר מסייעים לרופאים בבחירת אסטרטגיות המניעה.

**מטרות:** על מנת להבין את המשמעות של הבחירה בסולם הסיכון באוכלוסיית הכללית, השווינו את השטח מתחת לעקומה (AUC) ואת מידת השינוי בסיווג (NRI) של CHADS<sub>2</sub>, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ו-R<sub>2</sub>CHADS<sub>2</sub> בקבוצת מבוטחים עם פרפור פרוזדורים.

**שיטות:** מחקר מעקב רטרוספקטיבי המבוסס על רשומות רפואיות ממוחשבות של שירותי בריאות כללית, במבוטחים עם אבחנה ראשונה של פרפור פרוזדורים בין השנים 2004 ו-2015. הנתונים הדמוגרפיים והמחלות הנלוות בעת האבחנה שימשו לחישוב שלושת ציוני הסיכון וביצועי סולמות הסיכון לניבוי תוצאות שבץ (תוך 30-2,500 ימים לאחר האבחנה) והשוו באמצעות AUC ו-NRI. חזרנו על האנליזות בתת-אוכלוסייה של מבוטחים אשר לא רכשו טיפול נוגד-קרישה בשלושת החודשים הראשונים לאחר איבחון פרפור הפרוזדורים.

**ממצאים:** בקרב 89,213 מבוטחי הכללית עם פרפור פרוזדורים 53.3% היו בני 75 ומעלה ו-47.7% היו גברים. פרופורציות המבוטחים בשכבת הסיכון הגבוהה ( $2 \leq$ ) היו 66.2%, 86.7% ו-71.1% על פי הסולמות CHADS<sub>2</sub>, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ו-R<sub>2</sub>CHADS<sub>2</sub>, בהתאמה, עם שיעור שכיחות שבץ של 2.9, 2.4 ו-2.8 ל-100 שנות אדם. מדד ה-AUC היה זהה עבור CHADS<sub>2</sub> ו-CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ועמד על 0.61, לעומת 0.59 ב-R<sub>2</sub>CHADS<sub>2</sub>. תוצאות ניתוח ה-NRI הראו שיפור בניבוי של 8.9% (95%CI: 6.0-11.0) במעבר מ-CHADS<sub>2</sub> ל-CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, לעומת ירידה של 8.3% (95%CI: 5.7-11.0) במעבר מ-CHADS<sub>2</sub> ל-R<sub>2</sub>CHADS<sub>2</sub>. מדד ה-AUC נותר דומה בתת-אוכלוסייה של מבוטחים עם פרפור פרוזדורים אשר לא רכשו טיפול נוגד-קרישה, אך ניתוח ה-NRI הראה שיפור של 13.2% (95%CI: 9.8-16.6) והפחתה נטו של 12.3% (95%CI: 9.0-15.7) כאשר CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ו-R<sub>2</sub>CHADS<sub>2</sub> הושוּו ל-CHADS<sub>2</sub>, בהתאמה.

**מסקנות והמלצות:** לסולמות הסיכון הנוכחיים יש יכולת מוגבלת לחזות שבץ במבוטחים עם פרפור פרוזדורים בעת האבחנה. אסטרטגיות מניעת השבץ עשויות להשתנות בהתאם לסולם הסיכון המיושם. קיים צורך קליני לכלי יעיל יותר להערכת הסיכון לשבץ בקרב אוכלוסיית חולי פרפור הפרוזדורים, וייתכן ויש לשקול מאמץ לאומי בבניית סולם סיכון המתאים לאוכלוסיית ישראל.



## בחירת השירותים הקיימים עבור אנשים עם דמנציה ומשפחותיהם בחברה הערבית

חנאן אבו ג'בל, פרלה ורנר

אוניברסיטת חיפה

**רקע:** מרבית האנשים עם דמנציה, בעיקר במגזר הערבי, מטופלים על ידי בני משפחה בקהילה. תפיסות המטפלים בנוגע לשירותים הזמינים עבורם ועבור האדם החולה מרכזיות בתהליך קבלת החלטות בנוגע להמשך טיפול.

**מטרות:** לבחון את תפיסות המטפלים העיקריים באנשים עם דמנציה במגזר הערבי בנוגע ל: זמינות השירותים ומקורות המידע הקיימים לאנשים עם דמנציה בקהילה; זמינות ומיומנות אנשי מקצוע המעורבים בטיפול באנשים עם דמנציה; התנהגות מפלה של אנשי מקצוע כלפי אנשים עם דמנציה.

**שיטות:** בוצעו ראיונות פנים אל פנים עם 175 מטפלים עיקריים באנשים עם דמנציה בחברה הערבית באמצעות שאלון מובנה. רוב המשתתפים היו נשים (87%); ילדים בוגרים (73%); נשואים (63%); ומוסלמים (78%). הגיל הממוצע היה 54, וממוצע שנות הלימוד היה 10 שנים.

**ממצאים:** משתתפי המחקר דיווחו על:

1. רמות גבוהות של אי זמינות שירותים ומקורות מידע נגישים.
2. רמות גבוהות של חוסר ידע ומיומנות בקרב אנשי מקצוע.
3. רמות נמוכות של אפליה בקרב אנשי מקצוע המעורבים באבחון וטיפול באנשים עם דמנציה.
4. חומרת המחלה, תקופת טיפול קצרה יותר ומצב כלכלי גרוע יותר היו קשורים באופן מובהק לתפיסות שליליות יותר בנוגע לזמינות ונגישות שירותים ובנוגע למיומנות אנשי מקצוע. בנוסף, ככל שהמטפלים דווחו על תמיכה חברתית לא פורמאלית גבוהה יותר כך תפיסותיהם בנוגע לזמינות ונגישות שירותים פורמליים היו חיוביות יותר.

**מסקנות והמלצות:** מטפלים עיקריים באנשים עם דמנציה במגזר הערבי מדווחים על מחסומים מבניים חשובים בשירותים הקיימים בקהילה. מידע זה עשוי לשפוך אור בפני מקבלי החלטות בנוגע לפיתוח שירותים לאנשים עם דמנציה ויקיריהם במגזר הערבי.

## פרוייקט אנמיה - מרפאת שגב שלום שירותי בריאות כללית, מחוז דרום

בדראן אבו זאיד, חסן אלקאיד, סולטן אלצנע, עמית קראדי

שירותי בריאות כללית

**רקע:** עקב ריבוי תינוקות אנמיים ואי עמידה ביעד אנמיה בתינוקות בגילאי 9-18 חודשים (69% באוקטובר 2016), פיילוט 30 תינוקות.

### מטרות:

- ❖ מתן מידע בנוגע למספר ומועד מתן טיפות הברזל.
- ❖ העלאת מודעות הצוות וההורים.
- ❖ יצירת תהליך מובנה במרפאה.
- ❖ טיפול באנמיה בהיריון.

### שיטות:

- ❖ ניתוח איכותני להבנת הסיבות לאי לקיחת ברזל ומה מניע ללקיחה, באמצעות תשאול.
- ❖ בדיקת ניפוק הברזל בבית המרקחת לתינוקות.
- ❖ בניית תהליך עבודה שיטתי ועקבי לאיתור תינוקות אנמיים וטיפול בהם, תוך שיתוף כלל הסקטורים במרפאה.
- ❖ קבוצת הפיילוט חולקה ל-3 וכל אחד מבעלי התפקידים בסקטורים השונים לקח אחריות על 10 מטופלים.
- ❖ זימון אקטיבי של הורי ילדים בגילאי 6-9 חודשים לפגישת הסבר.
- ❖ העלאת המודעות לאנמיה בקרב ההורים וכעבור חודש בקרה האם נוטלים במינון ובאופן הנכון. הפער מול ההנחיות של טיפת חלב מוסבר כטיפול מונע ומוגבר.
- ❖ בוצעה בקרה נוספת כעבור חודשיים, ובגיל 9 חודשים זומנו לביצוע בדיקת ספירת דם.
- ❖ בדיקת אנמיה לתינוקות אשר אימותיהן היו אנמיות בהיריון.
- ❖ ניתן טיפול בוונופר במסגרת המרפאה לנשים בהיריון הלוקות באנמיה, לפי הוראה רפואית.

### ממצאים:

- ❖ תינוקות הפיילוט: 93.5% רמת המוגלובין תקינה בדם עם ממוצע של 11.6 HB.
- ❖ בכל המרפאה - שיפור של 213% בעמידה ביעד אנמיה בתינוקות, עמידה של 147% ביעד.

### מסקנות והמלצות:

- ❖ תהליך מובנה ושיטתי מוביל לתוצאות.
- ❖ שיתוף פעולה ועבודת צוות מובילים לאחריות משותפת על התהליך, הטמעה טובה יותר ושימור לאורך זמן ובעיקר טיפול מניעתי טוב יותר.
- ❖ מתן ברזל מוקדם יותר בגילאים 6-9 חודשים מונע במידה רבה מאוד את שיעור האנמיה בחודשים המאוחרים יותר להתפתחות.
- ❖ כתוצאה מההצלחה, אומץ התהליך השיטתי לתהליכים נוספים במרפאה, כמו - פרויקט איזון סכרת, דם סמוי ועוד.

## הרצף הטיפולי - מערך לקידום המשכיות טיפול מבית החולים לקהילה

חאלד אבו חוסיין, אבי פורת, אסף כהן, גלית קאופמן, אנג'לה עירוני

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** טיפול קוהרנטי לאורך זמן ממוקד בקהילה ונדרשת בו המשכיות המידע בין המטופלים ובין מסגרות טיפוליות. במאי 2015 הוקם במכבי מערך של 5 יחידות מחוזיות לתיאום הטיפול בחולה המורכב (מצפן) וכן למעלה מ-200 אחיות מקדמות רצף היוצרות קשר עם המטופלים שהשתחררו מאשפוז בתוך יומיים משחרורם. מערך זה מספק מעטפת טיפולית מותאמת לצרכי המטופל בשקיפות מלאה ובתיאום עם רופא המשפחה המטפל.

**מטרות:** הבטחת רצף הטיפול בכל מטופל המשתחרר מבית חולים לקהילה ובמטופלים המורכבים העוברים בין מסגרות הטיפול השונות בקהילה, תוך זיהוי והתערבות בנקודות קריטיות לשמירת הרצף והבטחת טיפול מיטבי.

**התערבות:** מטופלים שהשתחררו מאשפוזים במחלקה פנימית מסווגים ומטופלים באופן הבא:

- ❖ מטופל מורכב - מאותר על ידי אחות קשר ובקרה בבית החולים ומועבר לטיפול יחידת מצפן המתאמת את השחרור מאשפוז לקהילה ומגבשת את תוכנית הטיפול תוך מעורבות רופא משפחה ויחידות אחרות בקהילה.
- ❖ מטופל שאינו מורכב - אחות הרצף יוצרת עמו קשר, עורכת אומדן הערכה לאחר אשפוז ומפנה על פי הצורך לרופא משפחה ו/או יחידות בקהילה תוך מתן הדרכה מתאימה.

פעילות מקדימה זו מאפשרת המשך טיפול ומעקב יעיל.

**מתודת הערכה:** ההערכה כללה ניתוח עלויות בין אוגוסט 2015 לאוגוסט 2016.

לכל מבוטח משוחרר מבית חולים חושבו:

- ❖ מגע (אחות רצף/מצפן) ראשון לאחר השחרור.
- ❖ אשפוז חוזר בטווח שבין 0-31 ימים מהשחרור.
- ❖ העלות הממוצעת 6 חודשים לפני השחרור.
- ❖ העלות הממוצעת 6 חודשים לאחר השחרור.

**ממצאים:** האוכלוסייה כללה 72,727 שחרורים מבתי חולים. שיעור המגעים עמד על 78% בתקופה הנבדקת כ-90% מהמגעים היו ברצף, ורק 10% במצפן.

שיעור האשפוז החוזר הממוצע בקרב המטופלים שנוצר עמם מגע נמצא נמוכים ב-8% בהשוואה לשיעורי האשפוז הממוצע בקרב מטופלים עמם לא נוצר מגע. ככלל, ניתוח העלויות מצא כי מגע כרוך בעלייה מופחתת של הוצאות לנפש בחצי השנה שלאחר השחרור; באופן ספציפי, אפקט המגע העיקרי נמצא בחולים המופנים למצפן.

**מסקנות והמלצות:** התערבות מובנית של אחיות הקש"ב והרצף בשילוב רופא המשפחה וצוות רב מקצועי באוכלוסיות חולים ייעודיות מגלה יעילות לאורך זמן.

## עומס במחלקה לרפואה דחופה - מה קורה בצפון?

מרים אבורבה, חיים קרגר, אירנה ליפשיץ, רונית כהן, ציונה חקלאי

משרד הבריאות

**רקע:** מדיניות משרד הבריאות מכוונת לצמצום מספר הביקורים במחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) ולהעדפת טיפול רפואי בקהילה, במטרה להקטין את ההוצאה הציבורית לבריאות ולשיפור הרפואה הראשונית לאזרח.

**מטרות:** להצביע על שונות בין אזורים בשיעור הביקורים במלר"ד ולאפיין השימוש של תושבי הצפון בהשוואה לשיעור הארצי.

**שיטות:** העבודה מבוססת על דיווח בתי החולים הכלליים על הביקורים ללא יולדות במלר"ד בעשור האחרון. חושבו שיעורי ביקורים לפי מחוז/נפת מגורים ולפי גורם מבטח.

**ממצאים:** בשנת 2016 שיעור הביקורים ללא יולדות המתוקנן לגיל היה 301 ל-1,000 נפש, ירידה ב-7% משנת 2007. מגמת הירידה נרשמה בכל המחוזות, אך במחוז הצפון היתה ירידה רק ב-1%. בממוצע השנים 2014-2016 שיעור הביקורים המתוקנן לגיל במחוז הצפון היה גבוה פי 1.3 בהשוואה לממוצע הארצי, בנפת זרעאל גבוה פי 1.5, בנפות צפת וכנרת גבוה פי 1.3 ובנפת עכו פי 1.1 מהממוצע הארצי.

שיעור הביקורים לפי קופה בשנים 2014-2016 מצביע על שימוש גבוה במלר"ד בצפון בכל הקופות, השיעור של מבוטחי מאוחדת גבוה פי 2.0 מהשיעור הארצי של מאוחדת, השיעור של לאומית גבוה פי 1.4 מממוצע לאומית, השיעור של מכבי גבוה פי 1.3 מממוצע מכבי והשיעור של כללית גבוה פי 1.1 מהממוצע הארצי של כללית. במחוז חיפה שיעור הביקורים למבוטחי מאוחדת גבוה פי 1.4 מממוצע הקופה ושל לאומית פי 1.3 מממוצע הקופה. שיעורים גבוהים נמצאו גם לביקורים עקב מחלה וגבוהים אף יותר לביקורים מסיבות חיצוניות.

בשנים 2014-2016 התפלגות המרחקים, שהפונים למלר"ד נסעו בין ישוב מגוריהם למלר"ד, מלמדת שתושבי הצפון נאלצים לנסוע בממוצע מרחק גבוה בהשוואה למרכז. חציון מרחקי הנסיעה למלר"ד מצביע על נסיעה של 23 ק"מ לתושבי נפת עכו, 19 לתושבי נפת חדרה, 15 לתושבי נפת צפת ו-14 לתושבי נפת כנרת. רבע מתושבי נפות צפת, כנרת ועכו נסעו מעל 30 ק"מ למלר"ד.

**מסקנות והמלצות:** שיעורי הביקורים במלר"ד גבוהים בצפון בכל הקופות, למרות הירידה בשיעור הארצי. מערכת הבריאות צריכה להיערך להיצע שירותי רפואה דחופה בקהילה בצפון, בהתאם לתפרוסת התושבים.

## הקשר בין מאפייני אישיות לתהליך הדואלי של אימוץ פעילות גופנית בקרב העוסקים במקצוע הסיעוד

רינת אברהם, דינה ון דייק, צחית סימון תובל

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** פעילות גופנית קשורה בירידה בתחלואה ותמותה ממחלות כרוניות שונות. מודלים דואליים, הכוללים מרכיבים הכרטיים (קוגניטיביים) ותת-הכרטיים (אוטומטיים) נמצאו כבעלי יכולת ניבוי גבוהה של אימוץ שינוי התנהגותי. מאפיינים אישיותיים עשויים להשפיע על התהליך הדואלי ומכאן על התנהגותו של הפרט.

**מטרות:** לבחון קשרים בין מאפיינים אישיותיים למרכיבי התהליך הדואלי המוביל לאימוץ פעילות גופנית בקרב העוסקים במקצוע הסיעוד.

**שיטות:** מחקר חתך בקרב אחים ואחיות באמצעות שאלון שהועבר בקבוצות פייסבוק, אשר כלל כלים מתוקפים לאמידת עצמת ההרגל (מרכיב אוטומטי), כוונה ובקרה (מרכיבים קוגניטיביים), פעילות גופנית בפועל, מוקד וויסות והעדפת הווה. נוסחו מודלים לוגיסטיים לניבוי כוונה ובקרה ומודל ordered-logit לניבוי עצמת ההרגל. המשתנים המסבירים: רמת הפעילות הגופנית המדווחת בפועל (בינונית-נמוכה לעומת גבוהה), מוקד קידום, העדפת הווה, מידת מסוגלות עצמית לחזור לפעילות גופנית לאחר הפסקה, BMI, ורמת בריאות סובייקטיבית.

**ממצאים:** המדגם כלל 154 משתתפים (47% היענות), ברובן נשים (91%), בממוצע גיל 41.3 שנה ( $\pm 11.7$ ). בניבוי המרכיב האוטומטי (הרגל), נמצא כי מוקד קידום גבוה מקטין את הסיכוי להרגל חזק של פעילות גופנית ( $OR=0.67$ , 90% CI: 0.50-0.90,  $p=0.028$ ). עם זאת, בקרב משתתפים שפעילים במידה בינונית-נמוכה, מוקד קידום גבוה מגדיל את הסיכוי להרגל חזק ( $OR=1.48$ , 90% CI: 1.14-1.93,  $p=0.013$ ). העדפת הווה גבוהה מקטינה סיכוי להרגל חזק ( $OR=0.70$ , 90% CI: 0.52-0.94,  $p=0.049$ ). בניבוי המרכיבים הקוגניטיביים (כוונה ובקרה), נמצא כי העדפת הווה גבוהה מקטינה את הסיכוי להתכוון להיות פעיל גופנית ( $OR=0.69$ , 90% CI: 0.51-0.94,  $p=0.046$ ) ולבקר את ביצוע הפעילות בפועל ( $OR=0.70$ , 90% CI: 0.51-0.96,  $p=0.067$ ). מוקד קידום גבוה מגביר את הסיכוי לבקר את ביצוע הפעילות בפועל ( $OR=1.28$ , 90% CI: 1.04-1.56,  $p=0.045$ ).

**מסקנות והמלצות:** מאפייני האישיות קשורים למרכיבים הכרטיים ותת-הכרטיים המשפיעים על אימוץ פעילות גופנית ולפיכך יש להתחשב בהם בתכנון התערבויות לקידום בריאות. בחינת קשר סיבתי בין המאפיינים האישיותיים למדדים אובייקטיביים של אימוץ פעילות גופנית תסייע לחזק את ממצאי המחקר הנוכחי.

## המעטפת עבור נשים עם ממצא בשד - רפואה ראשונית בשילוב רפואה שניונית

אתי אוחיון, מירון פרימוביץ

שירותי בריאות כללית

### רקע:

1. ביצוע ממוגרפיה וסונר שד התאפשרו רק בספקים חיצוניים - בתי חולים ומכונים פרטיים.
2. עיסוק בבירוקרטיה רבה והליך טיפולי מורכב למטופלות החל מהפנייה לביצוע ממוגרפיה ועד לקבלת טיפול בבית החולים.
3. משך ההליך האבחנתי עד שלושה חודשים.
4. מעבר בין מוקדי טיפול שונים - העדר רצף טיפולי וגורם סיכון לטעויות.

היעדר כתובת אחידה למתן מענה לאורך התהליך ומשך תהליך ארוך משפיעים ישירות על מצבה הנפשי של המטופלת ובני משפחתה ומביאים לעיכוב באבחנה ובטיפול.

### מטרות:

- ❖ שיפור האיכות הרפואית ואיכות השירות בדגש על הידוק הקשר בין הרפואה הראשונית לרפואה השניונית.
- ❖ סגירת המעגל הטיפולי - לאחר ביצוע ממוגרפיה, השלמת סונר, ביופסיה וכירורג שד עד חודש ימים.
- ❖ 100% מהנשים המאובחנות עם סרטן שד במרכז לרפואה יועצת והן בספקים החיצוניים יליו ע"י אחות מתאמת שד.

**שיטות:** אחות מתאמת שד ייעודית האמונה על רצף הטיפול לאורך כל שלבי המחלה ומשמשת גורם מקשר בין המטופלת למטפלים השונים בקהילה ובבי"ח.

- ❖ קשר ישיר והדוק של אחות מתאמת שד עם מרפאות האם ורופאי המשפחה לצורך התחלת תהליך הליווי.
- ❖ תוכנית תמיכה וליווי אישית לכל מטופלת לפי צרכיה, זיהוי צרכים והמשכי טיפול בקהילה היבט שירותי: מתן מידע, תיאום תורים, הפניות וטפסי התחייבות.
- ❖ היבט רפואי: פגישת טרום ביופסיה, תמיכה נפשית, ליווי בקבלת התשובה הפתולוגית, קביעת קדימות רפואית.
- ❖ טלפון ישיר למטופלות לכל שאלה/בירור/חשש.
- ❖ עדכון רופא המשפחה בכל שלב בתהליך וקבלת מידע רפואי משלים בהתאם לצורך.

### ממצאים:

2016: 4,801 ממוגרפיות, 276 ביופסיות, 45 אבחנות חדשות, 90 נשים בליווי אחות.  
 ינואר-אוקטובר 2017: 4,777 ממוגרפיות, 244 ביופסיות, 36 אבחנות חדשות, 122 נשים בליווי אחות.

**מסקנות והמלצות:** הצלחת הפרויקט הוכיחה כי גורם אחד המקשר ומתאם בין המטופלות לגורמים המקצועיים מוביל לשביעות רצון המטופלות ורופאי המשפחה ולהעלאת תוצאות האיכות הרפואית ולכן כדאי לשקול זאת למקצועות נוספים.

## לאום, דת ומידת דתיות: מאפייני היפגעות ילדים בקרב קבוצות אוכלוסייה שונות בישראל

יותם אופיר, אושרי וייס, נטלי ניר, שרון לוי

ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

**רקע:** אוכלוסיית ישראל הינה הטרוגנית מבחינת לאום, דת ומידת דתיות. למשתנים אלו קשרים עם מגוון מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, אשר להם השפעה על שכיחות ומאפייני תאונות ילדים. מעבר לכך, הם מתבטאים באורחות חיים ובקשרים תוך-קהילתיים, אשר גם להם השפעה על דפוסי ההיפגעות. ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים בחן את מאפייני היפגעות הילדים בקרב מגוון קבוצות אוכלוסייה, על מנת להתאים פעולות מניעה עתידיות.

**מטרות:** לאפיין את דפוסי היפגעות הילדים בקרב קבוצות יישובים הנבדלות במשתני הלאום, הדת ומידת הדתיות של תושביהן.

**שיטות:** נתוני היפגעות ילדים הופקו עבור כל אחת מהעיריות והמועצות המקומיות, בהתייחס לשלוש רמות חומרה: תמותה, אשפוז ופנייה למיון. פילוח הרשויות בוצע, ראשית, בהתייחס ללאום היישוב: יהודי, ערבי ומעורב. הרשויות היהודיות פולחו לארבע רמות דתיות-חרדיות, על בסיס אחוז הילדים הלומדים במוסדות לימוד בפיקוח חרדי. הרשויות הערביות פולחו לשלוש קבוצות, על פי דת רוב תושבי היישוב: רשויות מוסלמיות, דרוזיות וערביות-מעורבות. הרשויות הבדואיות בדרום הוגדרו כקבוצה נפרדת נוספת, בשל מאפייניהן הייחודיים.

ניתוחי שונות חד-כיווניים שימשו על מנת לבחון האם הרשויות בכל פילוח נבדלות זו מזו במדדים סוציו-דמוגרפיים וגאוגרפיים הצפויים להיות קשורים בהיפגעות ילדים. עבור כל קבוצת אוכלוסייה חושבו שיעורי היפגעות ובוצעו ניתוחים תיאוריים בכדי לאפיין את תופעת היפגעות הילדים בהן לפי גיל ומין הנפגע, זירת ההיפגעות, וסיבת ההיפגעות.

**ממצאים:** קבוצות האוכלוסייה בכל אחת מרמות הפילוח נבדלו בלפחות שניים מתוך המשתנים הבאים: המדד החברתי-כלכלי של הלמ"ס, מדד הפריפריאליות של הלמ"ס, אחוז הילדים מתוך אוכלוסיית הרשות, ומרחק הרשות מבית החולים הקרוב. הבדלים מובהקים נמצאו בין שיעור התמותה, האשפוז והפנייה למיון בקרב חלק מקבוצות האוכלוסייה בכל רמת פילוח לאלו הממוצעים. בכל קבוצת אוכלוסייה אותרו קבוצות הגיל בסיכון, הזירות ומנגנוני ההיפגעות הבולטים.

**מסקנות והמלצות:** למשתני הלאום, הדת ומידת הדתיות קשר עם שיעור ומאפייני תאונות הילדים. התאמת תוכניות מניעה לקבוצות אוכלוסייה שונות צפויה לתרום למקסום יחס העלות-תועלת של ההתערבויות. מומלץ למקד פעולות התערבות בקבוצות בהן נמצאו שיעורי היפגעות ילדים גבוהים מהממוצע, לפי דפוסי ההיפגעות שאופיינו.

## התאמת טיפול תרופתי סביב ניתוח בריאטרי

אנה אוצ'רטיאנסקי, אורית בן שוהם, הודא זייד, שרונה שוגרמן, אורית מוזר

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** בעשור האחרון חלה עלייה דרמטית במספר הניתוחים הבריאטריים המבוצעים בארץ ובעולם כטיפול בהשמנת יתר חולנית. לצד התרומה המשמעותית של הניתוח לבריאות ולאיכות חיי המטופל, הצטבר מידע אודות הסיכונים הכרוכים בביצוע פרוצדורות אלו, הכוללים אירועים תרומבואמבוליים, דימום, התייבשות, היפוגליקמיה, כשל כלייתי ואף תמותה. השמנת יתר מלווה בתחלואה המחייבת טיפול תרופתי כרוני כגון סכרת, יתר לחץ דם, היפרליפידמיה והפרעות פסכיאטריות. ניתוח בריאטרי עלול להשפיע על פרמקוקינטיקה של התרופות, מצריך התאמת פורמולציות להגברת הספיגה כמו גם ניטור תרופות בעלות חלון תרופטי צר בסרום. לאור זאת, להערכת הטיפול התרופתי סביב הניתוח ישנה חשיבות מכרעת בניסיון לצמצם את הסיכונים ולמנוע כשל טיפולי או לחילופין רעילות עקב שינויים בספיגת התרופות.

**מטרות:** הרחבה והטמעה של מתן ייעוץ של רוקח קליני להתאמת טיפול תרופתי סביב ניתוח בריאטרי במטרה לשפר את איכות ובטיחות הטיפול התרופתי ולצמצם ככל האפשר את הסיכונים עקב הניתוח.

### שיטות:

1. צוות הדיאטניות מפנה את הרופא המטפל לקבלת ייעוץ רוקחי קליני ווירטואלי עבור מטופלים עם טיפול תרופתי כרוני המועמדים לניתוח.
2. הערכת תיק מטופל וגיבוש המלצות הנוגעות להתאמת טיפול תרופתי סביב הניתוח על ידי רוקחת קלינית.

**ממצאים:** החל מסוף 2014 עד היום תועדה עלייה משמעותית במספר המטופלים שקיבלו ייעוץ תרופתי סביב הניתוח. ניתנו 530 המלצות עבור 90 מטופלים, כ-50% התמקדו בהוראות מתן תרופות לאחר הניתוח (כגון: בחירת פורמולציה ומציאת חלופות טיפוליות) וכ-20% נגעו לצורך בהפסקת תרופות לא נחוצות או המעלות סיכון סביב הניתוח (כגון: תרופות בעלות אינטראקציות עם חומרי הרדמה או תרופות המעלות סיכון לדמם, כיבים, התייבשות, רבדומיאליזיס, כשל כלייתי ואירועים תרומבואמבוליים). שאר המלצות התמקדו בהתאמת טיפול תרופתי כרוני בסוכרת, היפרליפידמיה ויתר לחץ דם (11%), התאמת טיפול תרופתי פסכיאטרי (9%), לצורך בביצוע בדיקות מעבדה, כגון: ניטור תרופות (6%), היריון (2%) ובנושאים אחרים (2%).

**מסקנות והמלצות:** פעילות יזומה מעלה את מודעות הרופאים לצורך התאמת טיפול תרופתי סביב ניתוח בריאטרי. חשוב להגדיר את הייעוץ של רוקחות קליניות כחלק מתהליך בלתי נפרד של הכנת המטופל טרום הניתוח הבריאטרי.



## צמצום בירוקרטיה במערכת הבריאות

ניבה אזוז<sup>1</sup>, עירית לבנה<sup>2</sup>, ורד עזרא<sup>1</sup>

1. משרד הבריאות

2. משרד החינוך

**רקע:** לבירוקרטיה במערכת הבריאות, ובעיקר ברפואה הראשונית, השפעות על היכולת להעניק טיפול איכותי וזמין. מעבר לזמן המוקדש לטיפול בטפסים על חשבון זמן טיפול, יש לבירוקרטיה גם השפעה על תחושת המשמעות והשליחות של המטפלים ועל שחיקתם. תהליכים אלה גורמים לירידה בזמינות ועלייה בהפניות לבדיקות מיותרות ליועצים ולחדר מיון כתחליף להקדשת זמן נוסף למטופלים.

### מטרות:

- ❖ מיפוי האישורים הרפואיים הקיימים.
- ❖ בחינת הצורך הרפואי.
- ❖ ביטול אישורים מיותרים בשיתוף עם הגורמים האחראים להם.

### שיטות:

- ❖ פנייה לקופות החולים בבקשה להעביר לרופאים כתובת למשלוח אישורים.
- ❖ איסוף ומיפוי המסמכים לפי תחומים.
- ❖ ניתוח הצורך הרפואי באישורים.
- ❖ קביעת נהלים חדשים המצמצמים את הצורך בפנייה לרופא לצורך אישור.

**ממצאים:** התקבלו מעל ל-500 פניות מרופאים, ובהן מגוון אישורים רפואיים. התחומים העיקריים בהם מופו מרבית האישורים כוללים בעיקר אישורים הנדרשים ממשרדי ממשלה שונים ובעיקר משרד החינוך, משרד הכלכלה, משרד הפנים, רשות האוכלוסין וההגירה, משרד הרווחה, חברות ביטוח, צבא, שירות בתי הסהר, משטרה מעסיקים ועמותות. לאור העובדה כי מדי שנה נזקקו מרבית מבין 2.2 מיליון התלמידים לאישור אחד לפחות מרופא לצורך טיולים ופעילויות ספורט, נבחנו נהלי משרד החינוך הרלבנטיים, הוקמה ועדה מקצועית אשר דנה בצורך הרפואי באישורים אלה, ונכתב חוזר מנכ"ל משרד החינוך אשר מחליף את מרבית האישורים הרפואיים בהצהרת הורים. חוזר זה הופץ למוסדות החינוך ולקופות החולים בימים אלו.

**מסקנות והמלצות:** לבירוקרטיה במערכת הבריאות השפעה משמעותית על הזמן המוקצה לטיפול בחולים וגם השפעה על שחיקת המטפלים. לכל אלה השלכות כלכליות והשפעה על איכות הטיפול. מעבר לכך קיים מרכיב של הכבדה רגולטורית על הציבור הנדרש לפנות לרופא שלא לצורך וירידה בזמינות ובאמפתיה מצד המטפלים. מיפוי האישורים הרפואיים, הדגים קיומם של עשרות אישורים המתורגמים לפי הערכתנו לעשרות מיליוני ביקורים מיותרים בשנה. בשל הסדרת דרישות מערכת החינוך, צפויים להתבטל כ-2 מיליון מפגשים מיותרים עם רופאים מדי שנה. מומלץ להמשיך למפות את תהליכי העבודה בקופות החולים לשם צמצום דרישות מנהליות, ובדיקת השפעת התהליך על מדדים כלכליים וכן על איכות וזמינות הטיפול.

## השוואה בין צריכת שירותי בריאות אזרחיים של חיילי צה"ל לבין הצריכה של אזרחים בני גילם

אסתי אנגלצ'ין-ניסן<sup>1</sup>, עמיר שמואלי<sup>2</sup>, גבריאל בולק קטן<sup>1</sup>, אילנה בריף<sup>3</sup>, רועי בן משה<sup>3</sup>

1. המכללה האקדמית רמת גן

2. האוניברסיטה העברית בירושלים

3. מאוחדת

**רקע:** בעשורים האחרונים חלה עלייה ניכרת בהוצאה לבריאות במרבית המדינות המפותחות, שהייתה גבוהה משיעור הצמיחה הכלכלית. בדומה למערכות הבריאות האזרחיות, אנו עדים גם לגידול בהוצאות על שירותי הבריאות במערכות הצבאיות השונות. מיקור חוץ לגורמים אזרחיים של שירותי בריאות לאנשי הצבא מקובל במדינות רבות כדרך לצמצום הוצאות הבריאות של הצבא. פרויקט אביב שהופעל בשנת 2013 שייך את חיילי הסדיר המשרתים בקריה בתל-אביב לקופת חולים מאוחדת.

**מטרות:** מטרת המחקר הייתה לבחון את צריכת השירותים הרפואיים של חיילים וחיילות בסדיר ביחס לאוכלוסייה אזרחית בגיל דומה.

**שיטות:** אוכלוסיית החיילים כללה 3,403 חיילי צה"ל סדירים (בגילאי 18-21) אשר שויכו במהלך 2012 לקופת חולים מאוחדת. נדגמו 2,379 מבוטחים אזרחים ממרחב דן ופתח תקווה בני 18 עד 21, שאינם סובלים מנכות, מומים מולדים, מחלות נפש והנמצאים במשקי הבית למעט מבוטחים המוגדרים כחרדים או ערבים על פי הגדרת ישוב מגורים. נכללו ביקורי רופא, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות, ושירותי אשפוז. בעזרת תוכנת SPSS, נעזרנו במבחן השוואת ממוצעי השימוש בשירותים בשיטת מדגמים לא תלויים T-test independent-samples, ברמת מובהקות של 5%.

**ממצאים:** היות ולא סביר כי מצב הבריאות הממוצע של אנשי הצבא גרוע מזה של האזרחים והאזרחיות, נראה כי, הגורמים לעודף הצריכה שלהם קשורים במחיר המלא של השירותים הנמוך יותר מאשר בקרב אזרחים ואזרחיות. המחיר המלא הנמוך יותר נובע ראשית מהפטור מהשתתפויות עצמיות על צריכת השירותים, ושנית, מערך זמנם הנמוך יותר הן בשימוש בשירותי בריאות והן בלקיחת חופשות מחלה (גימלים).

**מסקנות והמלצות:** אנשי הצבא הסדיר הם מבוטחים יקרים יותר לקופה מאשר בני גילם האזרחים. תגמול הקופה על ידי נוסחת הקפיטציה (האזרחית) עבורם הופכת אותם להפסד צפוי. על מנת לממש את היתרונות הנובעים ממיקור חוץ של שירותי הבריאות לאנשי הסדיר, יש או להגדיל את תגמול הקופה או להנהיג מערכת ריסון הצריכה של שירותי הבריאות על ידי החיילים והחיילות.

## שיפור איכות ממשק מוקד אחיות, חבר, אימון ותרגול מענה לשיחות מורכבות

רחל אריאלי, איריס מגידו, אילת הלל, אנג'לה עירוני

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** סימולציה היא ערוץ למידה המדמה את המציאות, במצבים בהם קיימת אינטראקציה מאתגרת ודילמות מורכבות ומאפשרת להתנסות בהן בסביבה בטוחה ומלמדת.

במחלקת למידה ופיתוח ארגוני של מכבי הוקם מתחם סימולציות ייעודי, המאפשר להתאמן במצבים מעולם התוכן של העובדים, על ידי המחשת תרחישים וניתוחם, שילוב שחקנים מקצועיים, קטעי הסרטה ומתודת דיון מבוססת סימולציה. מוקד האחיות מכבי ללא הפסקה, במערך המוקדים המקוונים של מכבי, מונה כ-150 אחיות ומעניק מענה מגיב 24 שעות ביממה לפניות בנושאים רפואיים מגוונים. המוקד מקיים מעל 60,000 מגעים מקוונים בחודש, הכוללים שיחות במצבי משבר, במצבי מצוקה מורכבים ו/או מסכני חיים. על האחות להתבסס על ידע קליני מעמיק ולהיעזר במיומנויות תקשורת גבוהות. כל השיחות מוקלטות ונמדדות, תהליך המוסיף לחץ ומתח לסביבת העבודה.

מהסיבות הללו החלטנו ב-2017 להכניס לראשונה את הסימולציות כערוץ למידה עבור צוותי האחיות ב"מוקד מכבי ללא הפסקה".

**מטרות:** שיפור מיומנויות תקשורת במענה לשיחות מורכבות, תוך שיפור תפיסת מסוגלות והעצמה אישית.

**שיטות:** נבחרו כ-20 תרחישים של שיחות בנושאי בריאות שונים ובעלות מורכבות, המתארות מגוון מצבי מצוקה: לחץ, בכי, חרדה, כעס, עוינות, אי הענות, איום, דאגה ועוד. המשתתפים תרגלו והתאמנו במענה תוך שימוש בתורת ההפעלה של הסימולטור, תוך כדי למידת עמיתים וקבלת משוב אישי.

**ממצאים:** במרכז הסימולציה התאמנו ב-8 סדנאות, כ-100 אחיות, בתקופה שבין אוקטובר לדצמבר 2017. במושב הסיכום הצביעו האחיות על שביעות רצון גבוהה מאד (ממוצע 5.6 בסולם שבין 1-6), תחושת העצמה אישית (ממוצע 5.4 בסולם שבין 1-6), עלייה בתחושת המסוגלות ושיקוף מצבי אמת (ממוצע 5.8 בסולם שבין 1-6), לכידות ושייכות גבוהה, שיפור מיומנויות הקשבה ואמפתיה (ממוצע 5.7 בסולם שבין 1-6), יכולת הכלה במצבים רגשיים מורכבים ועלייה בתחושת המסוגלות.

**מסקנות והמלצות:** תוכנית ההדרכה דרשה מאמץ תפעולי תוך הכרה בחשיבות התקשורת עם המבוטח והאתגר במתן תשומת לב לחלקים הרגשיים בתפקיד האחות. הומלץ על שימוש בכלי זה בתהליך הקליטה של אחיות חדשות והרחבת השימוש למוקדים נוספים. בתוכנית ההדרכה של 2018 הוכנס הכלי לשימוש רחב כולל תרגול מיומנויות ניהול בבית ספר לניהול ומנהיגות.

## ”מוסיפים סמכות ומשפרים שירות” - הפניית אחות מוקד חירום לצילומי רנטגן

נסיים ארמלי, ליאור שירי, אנעאם גנדר, ענת מירובסקי, גלית קאופמן

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** הרחבת סמכויות צוות סיעודי עשויה להקל בהתמודדות עם עומסי המערכת. במכבי שירותי בריאות הואצלה ביוני 2016 הסמכות לאחיות מוקדי רפואה דחופה בקהילה להפנות לצילומי רנטגן של גפיים עליונות ותחתונות במסגרת תפקידן בצוות טריאז'. הצוותים הוכשרו תיאורטית ומעשית להפנות מטופלים לצילומים. רופאי הטראומה וטכנאי הרנטגן במוקד ליוו את התהליך מראשיתו.

**מטרות:** אומדן יעילות התהליך המבוצע וכן את איכות ההפניות הניתנות על ידי האחות.

**שיטות:** הפעלה של סמכות האחיות בהפניה לצילומי רנטגן החלה ביוני 2016. נערכה בדיקה רטרוספקטיבית השוואתית בין שתי תקופות זמן - לפני ולאחר השינוי בסמכות האחיות. “לפני” - פברואר-ספטמבר 2016 - ללא הטמעה של סמכות הצוות הסיעודי להפניות לרנטגן. “אחרי” - פברואר עד ספטמבר 2017 - לאחר הטמעת השינוי.

### נבדקו הנתונים הבאים:

- ❖ סך ההפניות שניתנו על ידי הצוות הסיעודי.
- ❖ סך ההפניות בהן נערך תיקון/הוספה על ידי אורתופד/ איש הרנטגן.
- ❖ מספר תיקוני הרופא/ איש הרנטגן ביחס לסך ההפניות שניתנו על ידי האחיות (כאומדן לאיכות ההפניות).
- ❖ משך זמן הטיפול הממוצע בפניות לטראומה במוקד חירום (כאומדן ליעילות הטיפול).

**ממצאים:** היקף פניות החברים, בתחום הטראומה, למוקד החירום עלה מ-5,076 בתקופה שלפני השינוי ל-5,647 בתקופה שלאחר השינוי - עלייה של 11% בעומס בעמדת הטראומה. סך הפניות האחות עלה בהשוואה בין התקופות פי 2.6. אומדן האיכות מלמד כי בממוצע לאורך התקופה 2.7% מההפניות דרשו התערבות של אורתופד או טכנאי. לאורך התקופה הנבדקת מדד זה ירד בעקביות עד לפחות מאחוז בספטמבר 2017. אומדן היעילות מראה כי זמן המתנה הממוצע ירד משמעותית בכ-7 דקות מהתקופה שלפני לתקופה שלאחר השינוי. בממוצע נחסכו 33 שעות המתנה לטיפול בחודש.

**מסקנות והמלצות:** האצלת סמכות לאחיות להפניה לצילומי רנטגן במסגרת טריאז' בפגיעות טראומה לגפיים עליונות ותחתונות במוקדי רפואה דחופה הוביל לשיפור בזמני המתנה והקלה בעומס על הרופאים, ללא פגיעה באיכות ההפניות למרות עלייה בהיקף הפונים. שינוי זה הפך את תהליך הקבלה למוקד וההכנה לקראת בדיקת הרופא לפשוט יותר עבור החבר. לבסוף, הצוות הסיעודי מועצם בתהליך זה ויוצר שיתופי פעולה עם רופאים ואנשי רנטגן.

## הממשק בין רופאי משפחה למערכת בריאות הנפש בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש

יעל אשכנזי<sup>1</sup>, יואב לך<sup>1</sup>, רינה מעוז ברויאר<sup>1</sup>, חוה טבנקין<sup>2</sup>

1. מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל

2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** ביולי 2015 נכנסה לתוקף הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (ברה"ן), במסגרתה הועברה האחריות לאספקת השירותים ממשרד הבריאות לקופות החולים. בכך הוכנסו שירותי בריאות הגוף ובריאות הנפש תחת גג אחד, מהלך שבין היתר נועד להדק את הקשר בין הטיפול בשני היבטים אלה של בריאות. רופא המשפחה הוא איש המקצוע איתו נעשה המגע הראשון והתכוף ביותר של רוב המטופלים עם מערכת הבריאות. המפגש איתו הוא הזדמנות, לפעמים יחידה, לזהות בעיות, לאבחן ולטפל בהן או להפנות הלאה לקבלת טיפול אצל מומחה בריאות נפש. במסגרת הרפורמה נקטו הקופות בפעולות שונות לשיפור הממשק בין רפואת המשפחה לשירותי בריאות הנפש.

**מטרות:** לבחון את עבודתם של רופאי משפחה בתחום בריאות הנפש ואת הממשק בינם לבין מערכת ברה"ן.

**שיטות:** מחקר איכותני באמצעות ראיונות עם 27 רופאי משפחה מרקע מגוון מארבע הקופות.

**ממצאים:** כל המרואיינים ראו בתחום ברה"ן חלק בלתי נפרד מעבודתם, תוך שהם מבחינים בין תפקידים עם מטופלים שלהם בעיות מתחום הפסיכיאטריה ה"רכה" למטופלים עם מחלות נפש קשות. רובם מאמינים שלרבות מהתלונות הגופניות בסיס נפשי ושיש להתייחס להיבטים הנפשיים במהלך הטיפול. בראיונות עלו קשיים שונים בממשק בין רופאי המשפחה לאנשי מקצועות ברה"ן, ביניהם: מיעוט העברת מידע בין המקצועות, מיעוט התייעצויות הדדיות (אם בגלל שהרופאים אינם מכירים את ערוצי התקשורת שהקופות הקימו או בגלל שאינם שבעי רצון מהם), חוסר היכרות וקשר עם אנשי המקצוע בברה"ן העובדים בסביבה. חלק מהמרואיינים מתוסכלים מכך שמרגע העברת הטיפול לגורמי בריאות נפש, הם נשארים "מחוץ לתמונה".

**מסקנות והמלצות:** אחת ממטרות הרפורמה הייתה לשבור את המחיצות בין רפואת הגוף לרפואת הנפש, מתוך גישה שבריאות הגוף והנפש אינן נפרדות זו מזו. ברמה התפיסתית, רופאי המשפחה רואים ומתייחסים לקשר בין השניים. בהיבט המערכתי של מבנה השירותים, עדיין אין קשר מספק. מומלץ למצוא דרכים לחזק את ההכרות, הקשר והעבודה המשותפת בין רפואת המשפחה למערכת ברה"ן: לפתח ערוצי תקשורת שיהיו מקובלים ויתאימו לצרכים של שני הצדדים; לטפל בנושא העברת המידע ולקבוע בו כללים ברורים, ולבחון איך התחומים יכולים לפעול יחד להצלחת הטיפול.

המחקר נערך בסיוע המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות.

## פיתוח מדיניות לאפשר לרופאות משפחה לבצע בדיקות משטח צוואר הרחם למטופלותיהן - יישור קו לאור הניסיון של ארה"ב, אנגליה, אוסטרליה, וצרפת

ג'ון בורובסקי<sup>1</sup>, מרטינה המלבורגר<sup>2</sup>, קלאריס לוי<sup>2</sup>, Esther Belleli<sup>3</sup>, רבקה אושיטל-וובר<sup>1</sup>

1. האוניברסיטה העברית בירושלים

2. מכבי שירותי בריאות

3. Inner-South Community Health Services, Melbourne, Australia

**רקע:** ביצוע משטח צוואר הרחם הינה פעולה מוכחת של רפואה מונעת שהיא מקובלת בכל העולם. למרות שביצוע משטח צוואר הרחם נכלל במדדי האיכות הלאומיים, ומומלץ על ידי האיגודים המקצועיים הרלוונטיים, בפועל פחות מ-45% מנשים מעל גיל 21 בישראל מבצעות את הבדיקה לפי ההנחיות. הממוצע במדינות OECD הוא 60% וניתן גם להגיע לשיעורים של 80%.

בארץ, מסיבות היסטוריות, לקיחת משטחי צוואר הרחם מתבצעת אך ורק על ידי מומחים ברפואת נשים להבדיל מרוב המדינות המערביות לרבות ארה"ב, אנגליה, צרפת ואוסטרליה, בה הבדיקה מבוצעת גם על ידי רופאי משפחה ואחיות. ייתכן וחלק מהפער בשיעורי ביצוע הבדיקה הוא שהבדיקה פחות נגישה בגלל מספר מצומצם של מבצעים בארץ.

**מטרות:** מטרתנו היא לבחון את הניסיון של מדינות ארה"ב, אנגליה, צרפת ואוסטרליה, בבדיקות צוואר הרחם הנלקחות על ידי רופאי משפחה ואחיות בקהילה על מנת לסייע לפיתוח מדיניות בנושא בהתאם לשוני בין מערכות הבריאות.

**שיטות:** ארבע רופאות משפחה מארבע מדינות (ארה"ב, אנגליה, צרפת ואוסטרליה) הציגו את ניסיון האישי כלוקחות משטח צוואר הרחם במרפאתן. בנוסף, כל רופאה סקרה את הספרות המקצועית המקומית במדינתה. תמונת מצב רוחבית גובשה ונקבעו המלצות לפיתוח מדיניות בנושא לקיחת משטחי צוואר הרחם על ידי רופאות משפחה בישראל. המלצות אלו בתחומי הכשרה, אבטחת איכות והתאמה תרבותית.

**ממצאים:** הרופאות הנציגות ראו בלקיחת משטח צוואר הרחם פעולה שגרתית חשובה ביומיום המקצועי. בכל המדינות הנסקרות, לאחר הכשרות התחלתיות ורענונים תקופתיים, רופאי משפחה רשאים לבצע משטחי צוואר הרחם ולהיות מתוגמלים על כך בדומה לרופאי נשים. מ-80-10% של רופאי משפחה במדינות אלו לוקחים את הבדיקה בפועל ויש מדינה אחת (אנגליה) שהרוב מבוצע על ידי אחות.

**מסקנות והמלצות:** אנו ממליצים שבכדי להעלות את שיעורי ביצוע בדיקת צוואר הרחם בארץ, קופות החולים יתמכו בכל רופאת משפחה המעוניינת לבצע את הבדיקה, ויעבירו אותה הכשרה קצרה בטכניקת הבדיקה ובמשמעותה הרפואית. לאחר בחינת מטרות ההכשרה, רופאת המשפחה תתחיל לקחת משטחי צוואר הרחם על מטופליה במסגרת ביקורים שגרתיים במרפאתה. ציוד, תנאים, תמריצים ובקרה יהיו זהים לאלו המוקצים לרופאי נשים לטובת אותה בדיקה.

## החלטות כלכליות של מתמודדים עם דיכאון קליני

יעקב בייאר<sup>1,2</sup>, נמרוד גריסר<sup>1,2</sup>, אוסקנה סוחורוקוב<sup>2</sup>, זאב שטוידנר<sup>3</sup>

1. המרכז לבריאות הנפש באר שבע

2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

3. אוניברסיטת אריאל

**רקע:** דיכאון קליני מכונה ה"מגיפה של המאה ה-21". על פי התחזיות שיעור הלוקים בדיכאון קליני גדל באופן משמעותי בעשור האחרון. לדיכאון קליני השפעות התנהגותיות משמעותיות המשפיעות על ההעדפות של החולים בו ועל קבלת ההחלטות שלהם. הנחת המחקר הייתה כי רמת הדיכאון הקליני תשפיע גם על החלטות כלכליות של פרטים הלוקים בדיכאון קליני, בהשוואה לפרטים בריאים.

**מטרות:** המחקר בחן את הקשר בין רמת הדיכאון הקליני ובין קבלת החלטות כלכליות של פרטים. קבלת החלטות נבחנה באמצעות ניתוח החלטות כספיות בין זמניות, החלטות בהקשר לנטילת סיכונים ואיכות התנהלותם הכלכלית של פרטים המצויים בדיכאון קליני, יחסית לפרטים בריאים.

**שיטות:** על מנת לבחון את הפערים בהחלטות בין פרטים חולים ופרטים בריאים, הופצו שאלונים מובנים ל-55 פרטים הסובלים מדיכאון קליני ולקבוצת ביקורת בגודל דומה, בעלת מאפיינים דמוגרפיים דומים. השאלון כלל שאלות להערכת רמת הדיכאון שהועבר ועובד על ידי רופא ושאלות בנושא התנהלות כלכלית (אוריינות פיננסית), העדפות כלכליות בין זמניות והעדפות סיכון של המשתתפים במחקר. המחקר נערך במרכז לבריאות הנפש באר שבע. לאחר איסוף הנתונים נערכה בחינה סטטיסטית של המשתנים ובחינת הקשר בין רמת הדיכאון שנאמדה ובין המשתנים הכלכליים.

**ממצאים:** המחקר מצא כי רמת הדיכאון של הפרטים מתואמת עם החלטותיהם הכלכליות של הפרטים במדגם בכל הקשור להעדפות זמן ואוריינות פיננסית וכי קיים פער מובהק בהיבטים רבים של קבלת החלטות כלכליות בין פרטים ברמות דיכאון שונות ובין פרטים בריאים. בכל הקשור להעדפות סיכון נמצאו סימנים להתנהגות מסוכנת יותר של פרטים בדיכאון באחד משלושת המדדים שנבחנו.

**מסקנות והמלצות:** המסקנה העיקרית מהמחקר היא כי דיכאון קליני משפיע באופן משמעותי ורחב על החלטות כלכליות של הסובלים ממנו, דבר שעלול לפגוע במצבם הכלכלי לטווח הקצר והארוך של החולים. לאור האמור, חשוב כי מדיניות הטיפול בחולים בדיכאון קליני תתחשב בהטיות אלו, תהיה רגישה להן ותילקח בחשבון במסגרת ההמלצות השיקומיות והסוציאליות. בנוסף, רצוי כי פרטים הלוקים בדיכאון יתחשבו בהטיות אלו ויימנעו מקבלת החלטות משמעותיות בעת מחלתם ו/או יסתייעו בגורמי תמך בעת קבלת החלטות משמעותיות.

## הקשר בין מספר מיטות לניתוחי לב בתקן ו"נדידת" חולים מועמדים לניתוח מעקפים

אורית בלומנפלד<sup>1</sup>, שי לובל<sup>1</sup>, ריטה דיכטיאר<sup>1</sup>, תמי שוחט<sup>1,2</sup>

1. משרד הבריאות

2. אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** בשנת 2016 מספר המיטות בתקן למחלקות כירורגיה חזה לב בארץ היה 261 ב-13 מרכזים רפואיים.

**מטרות:** לבדוק את הקשר בין מספר מיטות בתקן למספר החולים המועמדים לניתוח בכל מחוז לבין מספר החולים שנותחו בפועל באזור מגוריהם.

**שיטות:** נתונים על חולים שעברו ניתוחי מעקפים במהלך החודשים מרץ עד אוגוסט 2017 התקבלו מ-13 בתי החולים שמבצעים ניתוחי לב בישראל. בתי החולים חולקו ל-5 איזורים גיאוגרפיים על פי מיקומם (סורוקה-דרום, הדסה עין כרם, שערי צדק-ירושלים, בילינסון, קפלן, שיבא, וולפסון, הרצליה מדיקל סנטר, איכילוב ואסותא - תל-אביב/מרכז, כרמל, רמב"ם-חיפה ופוריה-צפון). מקומות המגורים של החולים הוגדרו בהתאמה.

**ממצאים:** 1,281 חולים עברו ניתוח מעקפים בתקופת המחקר. היחס בין מס' מיטות למס' החולים המועמדים לניתוח הינו 1:117 במחוז צפון, 1:2.5 במחוז חיפה, 1:4 במחוז מרכז, 1:3 במחוז ירושלים ו-1:13.6 במחוז דרום. 206 (88.0%) מתושבי הצפון עברו ניתוח במחוז אחר. 56 (35.0%) מתושבי חיפה עברו ניתוח במחוז אחר, 15 (2.7%) מחולים תושבי המרכז עברו ניתוח במחוז אחר, 9 (9.6%) מהחולים תושבי ירושלים עברו ניתוח במחוז אחר ו-113 (46.1%) מהחולים תושבי הדרום עברו ניתוח במחוז אחר.

**מסקנות והמלצות:** קיים קשר הפוך בין יחס מספר מיטות בתקן למספר המועמדים לניתוח ואחוז המנותחים ה"נודד" למחוז אחר כדי לבצע את הניתוח. בצפון ובדרום הארץ היחס בין מספר מיטות לחולים הינו הנמוך ביותר ובמחוזות אלה קיימת נדידת חולים למחוזות אחרים הגדולה ביותר.

יש לבדוק האם מחסור במיטות ותורים ארוכים הם הגורמים להתניידות החולים להינתח ניתוח מעקפים במחוז שאינו מקום מגוריהם, ולשקול בהתאם את הצורך בהעלאת מספר המיטות הזמינות לניתוחים אלה.



## שימוש בתיאוריית מערכת העבודה (WST) לקביעת עקרונות להנגשת כלי חיזוי לשימוש הרופא בנקודת הטיפול

אופיר בן-אסולי<sup>1</sup>, ציפי הרט<sup>1</sup>, ניר שלמה<sup>2</sup>

1. הקריה האקדמית אונו

2. המרכז הרפואי שיבא

**רקע:** מערכות בריאות במדינות מפותחות מחפשות כלים מתקדמים לניתוח נתונים על מנת לשפר תהליכי טיפול רפואי, וגם כדי לחסוך בעלויות. ואולם, מרבית כלי החיזוי הקיימים אינם נגישים לרופאים בזמן אמת, בעת קבלת החלטה רפואית. במחקר הנוכחי עומד לרשותנו מאגר גדול ועשיר בפרמטרים אודות מטופלים שאושפזו במרכז הרפואי שיבא עם CHF כאבחנה ראשית.

במחקר נעשה שימוש ב-Work System Framework כדי להגדיר את הישויות המשתתפות במערכת ומה תפקיד כל ישות במערכת. לאחר מכן הותוו עקרונות הכרחיים להצלחת המערכת לפי התיאוריה (WST). לבסוף חקרנו מה צריכות להיות תכונות כלי החיזוי על מנת שישתלב במערכת בהצלחה.

### מטרות:

1. לפתח כלי חיזוי מדויקים יותר לתמותה מוקדמת.
2. לבדוק מספר גדול של גורמים משפיעים, מעבר לקיים בספרות.
3. להציע מסגרת תיאורטית ומעשית להנגשת כלי חיזוי לרופא המטפל.

**שיטות:** באמצעות ML AZURE הורצו ארבע שיטות חיזוי. מידע אודות הנגשת המערכת התקבל מראיונות עם רופאים בבית החולים.

**ממצאים:** עץ החלטות ניבא בצורה טובה יותר משאר המודלים מוות תוך 30 יום ממועד השיחרור מאישפוז. אחריו נמצא מודל הרגרסיה הלוגיסטית ואחריהם - רשת נוירונים ומכונת וקטורים תומכים עם אותה יכולת ניבוי. אחוז הדיוק היה גבוה במיוחד בכל המודלים (מעל 95 אחוז) והאינטגרל שמעל לשטחי עקומות יכולות החיזוי (ROC) הגיע ל-77 אחוז במודל עץ ההחלטות שזהו ערך שהתקבל רק במעט מחקרים קודמים. נמצא כי יש צורך להציג את תוצאות החיזוי בצורה ויזואלית-אינטואיטיבית, ולאפשר חקר לעומק ברמת האוכלוסייה, הקבוצה והמטופל הבודד. יש להציג את גורמי הסיכון ולהדגיש כאלו שאינם טריביאליים ושניתן להתערב בהם.

**מסקנות והמלצות:** במחקר שלנו הצלחנו לשפר את היכולת של אלגוריתמים של ML לחזות מוות של חולה אי-ספיקת לב בתוך 30 יום ממועד השיחרור מאישפוז. אנו מראים כיצד ניתן להנגיש את הכלים לרופאים בנקודת הטיפול באופן שיסייעו לרופא לקבל החלטות במהירות. השימוש במודלים בעלי יכולת חיזוי טובה יותר יכול לסייע לרופאים ומערכת הבריאות לזהות ביתר דיוק חולים בסיכון גבוה לתמותה, ובכך להקצות משאבים והתערבויות מיוחדות לטובת חולים אלו.

## מניעת היפוגליקמיה במטופלים קשישים עם סוכרת המאוזנים ביתר

אביבה בן ברוך, אווה שרון, יאנה וסרמן

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** מתוך מחקר ACCORD, טיפול אינטנסיבי בסוכרת במטופלים בסיכון קרדיווסקולרי גבוה, במיוחד אלו עם polypharmacy עלול להגביר תמותה קרדיווסקולרית ותמותה כללית. בקרב קשישים, היפוגליקמיה חמורה המביאה לידי אשפוז מגבירה סיכון להתפתחות דמנציה. גם אירועי היפוגליקמיה קלים עלולים להביא לטשטוש, חולשה ולהגביר סיכון לנפילות בקשישים. יעדי טיפול באוכלוסייה הקשישה צריכים להיקבע בהתבסס על מצב בריאות, תפקוד, סיכון להיפוגליקמיה ותוחלת חיים צפויה.

בהיעדר מחקרים קליניים ארוכי טווח הממוקדים לאוכלוסייה קשישה, המלצות האיגודים השונים הן יעדי  $A1C < 7.5$  בקשישים "בריאים" וגבוה מכך,  $A1C < 8.5$  בקשישים מבוגרים מאוד, שבריריים עם תחלואה רפואית ותפקודית נלווית, ובאלו עם תוחלת חיים צפויה קצרה מ-10 שנים. כל זאת, תוך שמירה על איכות חיים, מניעת היפוגליקמיה ומניעת סיבוכי הטיפול.

**מטרות:** צמצום הטיפול התרופתי ואף הפסקתו במטופלי סוכרת קשישים עם ערכי  $A1C < 6$  להפחתת סיכון להיפוגליקמיה ותופעות לוואי תרופתיות נוספות.

**שיטות:** הוצאת דוח מחוזי של 474 מטופלי סוכרת מעל גיל 75 עם  $A1C < 6$ . מעבר יזום על תיקי מטופלים ע"י רוקחים קליניים במחוז מרכז. פניה יזומה לרופאי משפחה תוך מתן המלצות לצמצום הטיפול התרופתי.

**ממצאים:** נסרקו 192 תיקי מטופלים קשישים, גיל ממוצע 82, עם ערך  $A1C = 5.7$  ממוצע. בדיקה כעבור שנה מן ההתערבות הראתה כי צמצום הטיפול התרופתי נעשה ב-41 מטופלים, עם עלייה בערכי  $A1C$  לערך ממוצע - 6.4.

- ❖ הפסקת טיפול תרופתי - 24 מטופלים;
- ❖ הפחתת מינון - 8 מטופלים;
- ❖ הפסקת תרופה אחת - 9 מטופלים.

**מסקנות והמלצות:** התערבות רוקחים קליניים הביאה לצמצום הטיפול התרופתי ב-21% מן המטופלים עם עלייה בערכי  $A1C$  ל-6.4 בממוצע.

מרבית הרופאים הביעו הסתייגות לצמצום הטיפול התרופתי מחשש לעלייה בערכי  $A1C$ , תוך שאיפה לערכי  $A1C$  נמוכים ככל האפשר בדומה לאוכלוסייה צעירה ובריאה.

בהתבסס על הסיכון, מניעת היפוגליקמיה הינו צעד הכרחי בבחירת טיפול וקביעת יעדי טיפול באוכלוסייה הקשישה. ישנו צורך בהרחבת פרויקט זה, תוך מתן דגש על תרופות בעלות סיכון היפוגליקמי גבוה.

## הטמעת תוכנית יישומית לטיפול בפצועים זקנים הסובלים מירידה קוגניטיבית המאושפזים בביה"ח כתוצאה מטראומה

חן בן לולו, גילה היימס, צבי דוולצקי

מרכז רפואי רמב"ם

**רקע:** דמנציה מהווה גורם סיכון לאשפוזים חוזרים. הופעת דליריום במהלך האשפוז גורמת להארכת משך האשפוז ולעלייה בתחלואה ובתמותה. זיהוי של חולה הסובל מדמנציה או מדליריום הינו חשוב מאוד ובעל השלכות ישירות על טיפולו ודורש גישה רב מקצועית מותאמת. היעדר זיהוי מתאים של חולים אלו מביא לסיבוכים הקשורים לאשפוז כגון אשפוז ממושך, אשפוזים חוזרים, עלייה בתחלואה ואף בתמותה.

**מטרות:** במטרה לשפר את איכות הטיפול ותוצאיו בפצוע הזקן הסובל מירידה קוגניטיבית, ולאפשר מתן טיפול מיטבי ומוותאם תוך מניעת סיבוכים, הוקמה תוכנית מובנית בתמיכת אשל וכתוכנית לאומית לדמנציה של משרד הבריאות לזיהוי ליקויים קוגניטיביים בפצועים והטמעת גישת ניהול טיפול (CASE MANAGEMENT).

### שיטות:

1. ביצוע אומדן יומי להערכה קוגניטיבית לכל פצוע המתאשפז מעל גיל 65.
2. פצועים עם הערכה קוגניטיבית יוכנסו לתוכנית התערבות ייחודית שתיתן על ידי צוות רב מקצועי תוך התאמה אישית והצמדת אחות - CASE MANAGEMENT.
3. תכנון שחרור מותאם מול בני המשפחה, המטפלים ומול מערך השירותים בקהילה, בדגש על עבודת צוות רב מקצועי עם תחומי הסיעוד, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, תזונה, פיזיותרפיה, רוקחות וקלינאית תקשורת.
4. שמירה על רצף טיפולי תוך כדי מעקב אחרי המטופלים לאחר שיחרורם, ומחשוב נתוני אשפוזם להקמת מערך מעקב אחרי תוצאי הטיפול.
5. הכשרת צוותי רפואה, סיעוד ומקצועות בריאות נלווים במטרה להגביר מודעות לצרכים המיוחדים של המטופל הסובל מירידה קוגניטיבית ומתן טיפול מותאם ומיטבי.

**ממצאים:** תוצאות הפרויקט ההתערבותי יוצגו במפורט על סמך מדדים אובייקטיביים הקשורים למשך האשפוז, תוצאים טיפוליים ומאפייני הפציעה בהשוואה למטופלים מבוגרים שאינם סובלים מירידה קוגניטיבית.

**מסקנות והמלצות:** פרויקט חשוב זה יכול להאיר את חשיבות ההתערבות המוקדמת בתחומי הטיפול השונים בפצועים עם ירידה קוגניטיבית. גישה טיפולית זו תעלה באופן משמעותי את מודעות הצוותים המטפלים ותוביל לשיפור איכות ותוצאות הטיפול. גישה זו עשויה להציל חיים ולטייב את איכות הטיפול באוכלוסייה ייחודית זו. תוכנית זו מביאה לידי ביטוי גישה טיפולית ייחודית לאוכלוסיית פצועים עם ירידה קוגניטיבית במטרה לשפר תוצאות טיפול.

## אפיון של אוכלוסיית חולי הסוכרת באמצעות מקבצים לפי דפוסי תקשורת בשירותי בריאות כללית בשנת 2015

אריאל בניס<sup>1</sup>, ניסים הראל<sup>2</sup>, רפאל ברכאן<sup>2</sup>, תומר סלע<sup>1</sup>, בקה פלדמן<sup>1</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. HIT - מכון טכנולוגי חולון

**רקע:** ארגוני בריאות מתעדים נתונים רפואיים והאינטראקציות שלהם עם המטופלים, תוך שימוש בערוצי התקשורת שונים. מידע זה מאפשר למדוד את הפעילות הרפואית על מנת לשפר את איכות הטיפול והיענות המטופל.

### מטרות:

- ❖ אפיון פרופילי שימוש בערוצי ההתקשורת הקיימים, ואיתור הקשר בינם לבין פרופילים סוציו-דמוגרפיים, קליניים, היענות הטיפולית.
- ❖ תמיכה בפיתוח כלים והתערבויות שמטרתם לשפר את ההתנהגות התקשורתית של המטופל ושל הארגון הרפואי.

**שיטות:** נותחו מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, קליניים, מעבדתיים ותקשורתיים של 309,460 מטופלים ב"כללית" ב-2015, בני +32, הסובלים מסוכרת שבע שנים לפחות. נערך הליך גילוי לא מונחה של מקבצים של דפוסי ההתקשורת, החבויים בנתונים, ובעזרת וויזואליזציה מצומצמת אוחדו לשבעה מקבצים.

### ממצאים:

נמצאו שבעה פרופילי התקשורת מרכזיים. "מכווני מובייל" (3.9%) ו"מכווני רפואה מקוונת נייחת" (8.4%) משתמשים בעיקר בתקשורת אלקטרונית. המטופלים צעירים יחסית, מתגוררים במרכז הארץ, צורכים שירותים ברמה בינונית-נמוכה. משתמשים כבדים בכל הערוצים (9.2%) מתאפיינים בשימוש רב בכל השירותים ואמצעי ההתקשורת שנבדקו. זוהי הקבוצה המבוגרת ביותר עם ייצוג יתר לעולים. קבוצות "הקשר האנושי הגבוה" (12.3%) ו"מכווני הסיעוד בקהילה" (11.5%) מתאפיינות במספר פניות גדול לכל נותני השירות ומספר גישות גבוה לאמצעי התקשורת וותיקים, גילם גבוה יחסית ויש ייצוג חסר לילידי הארץ. בעלי רמת תחלואה גבוהה. "מזדמנים מאותגרי טכנולוגיה" (26.1%) והמטופלים עם קשר נמוך (28.6%) מעדיפים תקשורת אנושית, צעירים יותר, צורכים מעט שירותים, ובקבוצה הראשונה יש ייצוג יתר לעולים. מספר הביקורים אצל נותני שירותים רפואיים.

### מסקנות והמלצות:

מבוססים סוכרתיים במקבצי ההתקשורת השונים מאופיינים ברמת שימוש בשירותים שונים, דבר המצריך התאמת פעילות הארגון ואמצעי ההתקשורת לפרופיל המטופל. נמצא קשר בין מידת התמיכה בשפה המדוברת במערכות המקוונות של כללית לבין שימוש בפועל באותן מערכות. שיפור התמיכה של שירותי האונליין בשפות נוספות יכול להגדיל את השימוש באמצעים מקוונים ולהפחית ביקורים מיותרים. פרופילי תקשורת מסוג זה מלמדים על הצורך במתן שירות מכוון אישית לצרכי המטופל המתבטאים בהעדפותיו בפועל לתקשורת.

## שיפור יישום המלצות הייעוץ הגריאטרי

מירי בר, יפה יוסיפוב

שירותי בריאות כללית

**רקע:** ההמלצות הניתנות על ידי הצוות הגריאטרי בסיום ייעוץ גריאטרי מהוות נידבך מרכזי בייעוץ. ידוע מהספרות כי מרבית ההמלצות מיושמות בחלקן בלבד. בסיום הייעוץ המטופל והמטפל העיקרי מקבלים לידם מכתב עם המלצות וסיכום הייעוץ נשלח לרופא המשפחה און ליון. מקובל כי ההמלצות נכתבות כמשימות. חלק מהתהליך השלם הוא ביקור של המטופל או המטפל העיקרי אצל רופא המשפחה או אחות מרכזת הטיפול. באם המפגש לא מתקיים ההמלצות שניתנו לא ייושמו. קיימת חשיבות רבה לתהליך מובנה של בקרה על יישום המלצות בקרב מטופלים אלו. הוחלט שהמטופל והמטפל העיקרי יוזמנו לאחות הגריאטרית להערכת יישום המלצות.

**מטרות:** יישום אופטימלי של ההמלצות שניתנו ביחידה הגריאטרית.

**שיטות:** הערכה כוללת בגריאטריה על ידי צוות מקצועי רב תחומי, שימוש בכלים מקובלים להערכת מצב בריאות, בדיקת מצב סוציאלי ומערכת התמיכה של כל קשיש. מדגמי נוחות מטופלים (מודל 'א' 50, מודל 'ב' 50) שביקרו בגריאטריה. מתן המלצות רפואיות סיעודיות וסוציאליות, שליחת מכתב סיכום לרופא המטפל ומתן סיכום בידי המטופל. מתן זימון/ יידוע כל מטופל/ מטפל עיקרי, לביקורת אחות ליישום ההמלצות לאחר 6-8 שבועות. השוואה בין מטופלים שראו אחות במפגש ראשון (דגם 'א'), למטופלים שלא ראו אחות במפגש הראשון (דגם 'ב'). ההמלצות מתועדות כמשימות. האחות מבצעת מעקב טלפוני למטופלים שלא הגיעו למפגש הפרונטאלי.

**ממצאים:** השוואה ביישום המלצות בין שני דגמים להערכה גריאטרית.

דגם 'א' אחות נוכחת בבדיקה ראשונה וביקורת: מידת יישום המלצות התרופתיות - 66%; מידת יישום המלצות שאינן תרופתיות - 72.3%.  
דגם 'ב' אחות נוכחת בבדיקה רק בביקורת: מידת יישום המלצות התרופתיות - 51% ומידת יישום המלצות שאינן תרופתיות - 63.3%.

**מסקנות והמלצות:** שיפור ביישום המלצות בדגם 'א' בו אחות נוכחת בשני המפגשים, לעומת דגם 'ב' בו אחות רק בביקורת. יתכן ומתן המלצות בצורת משימות, שיפר ההיענות. יש יותר יישום של המלצות סיעודיות וסוציאליות, ויש מקום להמשיך ולבדוק את הסיבה. לאחות תפקיד מרכזי ביחידה להערכה גריאטרית, ולמעקב שיטתי שלה אחר מטופלים שביקרו ביחידה. יש מקום להרחיב את המחקר בכל הנושאים המצוינים.

## הקשר בין רמת דתיות לבין ידע ועמדות בנוגע למחלת הסרטן - מחקר חתך בקרב אוכלוסיית צעירים בריאים בישראל

טללית ברהוד<sup>1</sup>, אפרת לבזובסקי<sup>1</sup>, תמר לבמור שלומוביץ<sup>1</sup>, גלית בוטבול<sup>1</sup>, גלית הירש<sup>1,2</sup>

1. אוניברסיטת בר-אילן

2. מכון גרענר לחקר אפידימיולוגיה ומדיניות בריאות

**רקע:** מסוף שנות התשעים, סרטן מהווה סיבת המוות הראשונה בקרב נשים וגברים בישראל - כרבע מכלל הפטירות. לאור המודעות ההולכת וגוברת למחלת הסרטן על כל גורמיה, סיכונים ודרכי מניעתה, מתחדדת חשיבותם של הפערים ושל אי-השוויון בכל הקשור לניצול שירותי הבריאות בין קבוצות אוכלוסייה בארץ. עיקר ההבדלים נובעים מתפיסות והשקפות המושפעות מהשוני התרבותי. בחינת ההבדלים בין הקבוצות חשובה להערכה וקידום תוכניות התערבות, למניעה ראשונית וגילוי מוקדם של מחלת הסרטן.

**מטרות:** להעריך את הקשר בין רמת הדתיות לבין הידע והעמדות כלפי מחלת הסרטן בקרב אוכלוסיית צעירים בריאים בישראל.

**שיטות:** בוצע מחקר חתך בקרב 176 משתתפים בריאים בגילים 20-40. המשתתפים סווגו לפי 4 רמות דתיות: 43 (24.43%) חרדים, 58 (26%) דתיים, 25 (14.8%) מסורתיים ו-50 (28.4%) חילונים. הנבדקים השיבו על שאלון שבחן: רמת הידע על מחלת הסרטן, ייחוס הסיבתיות למחלה ופרטים סוציו-דמוגרפיים.

**ממצאים:** נמצא קשר שלילי בין רמת הדתיות לבין הציון ברמת הידע הכללית שנבחנה: הציון הממוצע בקרב החרדים עמד על 9.93 (מתוך 28 תשובות) לעומת 12.36 בקרב החילונים. באופן דומה נמצאה מגמה של ירידה בציון הממוצע של רמת הידע בנושא גורמי סיכון לסרטן. ידע על בדיקות סקר נמצא נמוך בכל רמות הדתיות (ממוצע התשובות הנכונות היה קטן מ-3 מתוך 7 בכל הקבוצות). בקרב כלל הנבדקים הודגמה נטייה לייחס את מחלת הסרטן לגורמים קבועים (בלתי נשלטים - גיל, מזל, היסטוריה משפחתית וכו') יותר מאשר לגורמים משתנים (נשלטים - עישון, תזונה לקויה, עבודה מרובה וכו') וההפרש בין ממוצע ההסכמה עם גורמי הייחוס הקבועים לגורמים המשתנים גבוה יותר באופן מובהק ( $p < .001$ ) ככל שרמת הדתיות גבוהה יותר.

**מסקנות והמלצות:** מדינת ישראל מאופיינת באוכלוסיות מגוונות המסווגות לפי רמות דתיות שונות, הנבדלות בין היתר בהשקפות, ברמות ההשכלה ובצריכת שירותי רפואה. הבנה מעמיקה של מרכיבי הידע והתפיסה בכל מגזר חיונית לזיהוי אוכלוסיות בסיכון והיא הבסיס לתוכניות התערבות לקידום בריאות וניצול שוויוני של שירותי הבריאות בכלל האוכלוסיות במדינה.

## עודף משקל והשמנה בקשישים בישראל, 2014-2015

מיכל ברומברג, לזלי ניצן, טל שמעוני, ניסים מרי, ליטל קינן בוקר

משרד הבריאות

**רקע:** השמנה קשורה בירידה בתוחלת החיים, באיכות החיים ובבריאות הנפש, ומהווה גורם סיכון למגוון רחב של מחלות ומצבים רפואיים, כגון יתר לחץ דם, דיסליפידמיה, סוכרת, מחלות לב וכלי דם, סרטן, שבריריות ועוד. על פי סקר מצב בריאות ותזונה לאומי (מב"ת) שבוצע בישראל ב-2005-2006 ההימצאות של עודף משקל והשמנה בבני 65 ומעלה הייתה בסביבות 80%.

**מטרות:** לבחון את ההימצאות של עודף משקל והשמנה באוכלוסייה הקשישה בישראל ולאתר קבוצות בסיכון גבוה.

**שיטות:** סקר מב"ת שני לבני 65 ומעלה בוצע ב-2014-2015 בקרב מדגם אקראי בשכבות מרשם האוכלוסין. הקשישים רואיינו פנים-אל-פנים בביתם באמצעות שאלון מובנה לגבי אורח חיים והרגלי בריאות, בצעו שחזור מזון של 24 שעות וגובהם ומשקלם נמדדו. חושב מדד מסת הגוף, ממ"ג (ק"ג/מ<sup>2</sup>), וחושבו שיעורי ההימצאות של קטגוריות משקל בהתאם להגדרות ארגון הבריאות העולמי. כן נבדק הקשר בין השמנה (ממ"ג  $\leq 30$ ) ועודף משקל ( $30 < \text{ממ"ג} \leq 25$ ) לבין משתנים דמוגרפיים, דיווח על ביצוע דיאטה, תחלואה נלווית והרגלי בריאות.

**ממצאים:** ממ"ג חושב ל-625 (60.7%) קשישים שהשתתפו בסקר. מתוכם, 272 (43.5%) הוגדרו בעודף משקל ו-176 (28.2%) כשמנים. בכלל המוגדרים כשמנים היו 123 קשישים (19.7% מכלל המדגם) בדרגת השמנה I ( $30 < \text{ממ"ג} \leq 35$ ), 42 (6.7%) בדרגה II ( $40 < \text{ממ"ג} \leq 35$ ) ו-11 (1.8%) בדרגה III (ממ"ג  $\geq 40$ ). עודף משקל והשמנה, בהשוואה לממ"ג  $> 25$ , בקשישים נמצאו קשורים במובהק עם השתייכות למגזר הערבי (OR=2.22), ביצוע דיאטה לירידה או לשמירה על המשקל (OR=3.33), תחלואה נלווית בטריגליצרידמיה (OR=2.33), סוכרת (OR=1.96) וכבד שומני (OR=2.08), היעדר תחלואה באוסטאופורוזיס (OR=0.54) ואי-ביצוע פעילות גופנית (OR=1.89).

**מסקנות והמלצות:** בדומה לממצאי סקר מב"ת 2005-2006, 71.7% מבני 65 ומעלה סובלים מעודף משקל והשמנה ב-2014-2015. ההימצאות גבוהה במיוחד במגזר הערבי, ומלווה בשכיחות גבוהה של תחלואה מטבולית נלווית. לאור זאת, יש צורך בתוכניות התערבות לשמירה על משקל גוף תקין בקרב קשישים.

## צמצום שימוש ממושך בביספוספונאטים פומיים

אולגה ברייטמן טקץ', קובי כהן, אבנר ליפשיץ

שירותי בריאות כללית

**רקע:** אוסטאופורוזיס הינה מחלה שכיחה הנמצאת במגמת עלייה עם הגיל ומאופיינת בהידלדלות העצם, וחשיפת יתר לשברים. שליש מהנשים וחמישית מהגברים יסבלו משבר אוסטאופורוטי לאחר גיל 50. שברים אוסטאופורוטיים עשויים לגרום לכאבים, מוגבלות, פגיעה באיכות החיים ולירידה משמעותית בתוחלת החיים. בנוסף הם מהווים נטל כלכלי משמעותי על מערכת הבריאות.

בחולים עם אוסטאופורוזיס, הנמצאים בסיכון מוגבר לשבר, קיימת המלצה למתן טיפול פרמקולוגי בנוסף לצריכת סידן, ויטמין D וביצוע פעילות גופנית.

ההנחיות הטיפוליות ממליצות על ביספוספונאטים פומיים לתקופה של עד 10 שנים, בהתאם לגורמי הסיכון. שימוש בביספוספונאטים פומיים מעבר ל-10 שנים לא הוכח כיעיל, ועלול להעלות סיכון לתופעות לוואי שונות כגון אוסטיאונקרוזיס של הלסת ושברים אטיפיים.

**מטרות:** שיפור הטיפול באוסטאופורוזיס תוך הפחתת סיכון לתופעות לוואי של הטיפול הממושך בביספוספונאטים פומיים באמצעות הערכה מחודשת של הסיכון לשבר.

**שיטות:** בשנת 2015 הופק דוח מטופלים הנוטלים ביספוספונאטים פומיים 10 שנים לפחות, ונעשתה פנייה במייל ליידוע הרופאים המטפלים.

לאחר שנה בוצעה פנייה חוזרת ונשלחה סכמה מנחת פעולה ככלי עזר לרופאים בקבלת החלטה על המשך הטיפול. הרופאים התבקשו לבצע הערכת מחודשת של הסיכון לשבר באמצעות הפנייה לצפיפות עצם ובחינת גורמי סיכון. במידת הצורך הומלץ להפנות את המטופל לאנדוקרינולוג על מנת לקבל החלטה בנוגע לצורך בטיפול חליפי - Prolia (Denosumab) או Forteo (Teriparatide), או לחילופין הפסקה קבועה או זמנית של הטיפול (holiday drug). הרוקחים האחראיים בבתי המרקחת של המחוז קיבלו רשימות של מטופלים, שהמשיכו ליטול ביספוספונאטים, על מנת שיידעו את רופאי המשפחה ויגבירו את המודעות לנושא במרפאתם.

### ממצאים:

בשנת 2015 נעשתה פנייה בנוגע ל-658 מטופלי המחוז. כעבור שנה, נמצא ש-207 מטופלים הפסיקו ליטול את הטיפול (31% יישום).

בשנת 2016 נעשתה פנייה חוזרת עבור 451 מטופלים שלא הופסקו אצלם הטיפול, לאחר כחצי שנה- 216 מטופלים נוספים הפסיקו את הטיפול (סה"כ 64% יישום).

**מסקנות והמלצות:** ההתערבות הפחיתה משמעותית שימוש בביספוספונאטים פומיים במטופלים שנטלו את התרופות למשך תקופה של 10 שנים לפחות.

פנייה לרופאים בצירוף המלצות קונקרטיות ושיתוף של הרוקחים מגבירים את אחוז יישום ההמלצות.



## מהם אתגרי הרפואה הראשונית בישראל בעידן החדש?

שולי ברמלי-גרינברג<sup>1</sup>, אלעד דניאלס<sup>1</sup>, יוסף פרוסט<sup>2</sup>

1. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

2. מכללת הדסה

**רקע:** מערכות הרפואה הראשונית במדינות מפותחות נתקלים בשנים האחרונות במציאות משתנה ואתגרים מרובים. אתגרים אלו מרובי רבדים, היות וחלקם משפיעים על אוכלוסיית המטופלים, בעוד אחרים משפיעים על הצוות המטפל והמערכת בכללותה.

**מטרות:** ניתוח ואפיון אתגרי העידן החדש, וסיווגם לפי השפעתם האפשרית על אוכלוסיית המטופלים מחד, והצוות הרפואי ומערך הרפואה הראשונית מאידך.

**שיטות:** במחקר נעשה שימוש בשני כלי מחקר: הראשון, סקירת ספרות מקיפה והשוואה בינלאומית אשר בוחנת את האתגרים העומדים בפני מערכת הרפואה הראשונית במדינות מפותחות בכלל ובישראל בפרט. השני, ניתוח איכותני של ראיונות עומק באמצעות שאלון חצי-מובנה בקרב קובעי מדיניות בקופות ובמשרד הקשורים לרפואה הראשונית בישראל. את המחקר מלווה ועדת היגוי מקצועית המהווה כלי מחקר משמעותי ומכווין בכל שלביו.

**ממצאים:** אתגרי העידן החדש ברפואה הראשונית מתחלקים לאתגרי צד היצע ואתגרי צד ביקוש. אתגרי צד הביקוש כוללים את העלייה ביחס התלות (הזדקנות האוכלוסייה), עלייה בתחלואה כרונית מורכבת וריבוי מחלות כרוניות סימולטניות, עלייה ברמת אי-השוויון ומעורבות מטופלים גוברת בטיפול והשלכות נגישותם למידע רפואי. אתגרי צד ההיצע כוללים, בין השאר, אילוצי תקצוב גוברים ושכר עובדי רפואה, אי-שוויון דורי ברופאים ראשוניים (מחסור צפוי), שינויים דוריים בהעדפת דפוסי עבודה אצל הרופאים, ומעבר לתרופות משפרות חיים בסל התרופות. בנוסף, ריבוי ותפוצת ממשקים דיגיטליים פועלים על שני צידי האתגרים, היות העדפות בנוגע לדיגיטציה יוצרות ביקושים שונים אצל אוכלוסיות שונות, בעוד היא מהווה אתגר ונכס למערכת.

**מסקנות והמלצות:** העידן החדש מביא עימו סביבת עבודה חדשה לרופאים הראשוניים; הרופאים והצוות, המטופלים והמערכת כולה מושפעים מאתגרי. ממצאי המחקר מסייעים בזיהוי ואפיון אתגרים אלו, ומהווים את הבסיס להיערכות מושכלת של הרפואה הראשונית בישראל לעידן החדש. זהו השלב הראשון במחקר מקיף אשר יסייע בהבניית הדרך להערכות הרפואה הראשונית לעידן החדש.

המחקר ממומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות.

## איכות ברפואת שיניים מחזון למציאות

ירון ברנשטיין

מכבידנט

**רקע:** רשת מרפאות מכבידנט כוללות 52 מרפאות שיניים המתפרסות מנהריה בצפון ועד אילת בדרום. הרשת כוללת 340 כסאות דנטליים, 102 מנהלים רפואיים ואדמיניסטרטיביים, כ-950 רופאי שיניים מתוכם כ-180 מומחים, 325 שינניות ו-1,070 סייעות ונציגות שירות. ברשת ניתנים כל מגוון טיפולי השיניים תחת קורת גג אחת. במרפאת החברה מבקרים כחצי מיליון מטופלים מדי שנה.

**מטרות:** לוודא כי המטופלים שמגיעים למרפאות יקבלו טיפול איכותי בהתאם לשיטות החדישות ולסטנדרטים המקובלים. לצורך כך החברה פתחה מערך איכות הבנוי מ-4 רבדים הנקרא "פירמידת האיכות". בבסיס פירמידת האיכות יש את התשתיות, בנדבך הבא את המשאב האנושי, לאחריו את מערכת הבקרה והנדבך האחרון שהושק לפני כשנה, כולל לראשונה בישראל, מערכת של מדדי איכות ברפואת שיניים.

**שיטות:** המידע נאסף בעזרת מערכת מידע ומערכת ניתוח נתונים שפותחה במיוחד לטובת הפרויקט.

**ממצאים:** מערך האיכות שפותח בחברה מאפשר להעניק למטופלי החברה טיפול איכותי עם תוצאות מצוינות בפרמטרים הבאים: שביעות רצון לקוחות, ביצוע עבודות חוזרות, פניות מטופלים לרכזת פניות הציבור בתחום הרפואי ותביעות משפטיות.

**מסקנות והמלצות:** כל גוף אשר מנהל רשת מרפאת שיניים בין אם מס' המרפאות קטן ובין אם מס' המרפאות גדול, חייב להקים מערך איכות אשר יודא כי הטיפול המוענק למטופלים הינו טיפול באיכות גבוהה. הקמת מערך האיכות דורש השקעה ומשאבים אך הינו חיוני לכל מערכת שהאיכות הרפואית הינה בראש סדר העדיפויות שלה.

## חיזוי תוחלת חיים - תיקוף מדד שונברג לחיזוי תמותה לטווח ארוך במבוגרים בקהילה

רון ברק<sup>1</sup>, דורון קומנשטר<sup>1</sup>, ארנון כהן<sup>1</sup>, שלמה וינקר<sup>2</sup>, מיכל שני<sup>1</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** ישנן התערבויות רפואיות אשר התועלת מהן מופיעה רק אחרי מרווח זמן ארוך (Time lag to benefit), ביניהן - סקר לסרטן, מתן סטטינים, איזון סכרת אינטנסיבי. מטופלים שלא צפויים לחיות משך זמן זה, לא צפויים לתועלת מהפעולה, אך עדיין חשופים לנזקיה. חיזוי תוחלת חיים חשוב הן לצורך טיפול מותאם במפגש הקליני והן לצורך הכללה או אי הכללה בתוכנית מדדי האיכות.

מדד שונברג תוקף לחיזוי תמותה תוך 5, 9 ועד 14 שנים בקרב מבוגרים מעל 65 בקהילה, באמצעות שאלונים בארה"ב. המדד כולל נתוני גיל, מין, משקל, תחלואה, עישון, תפקוד, ואשפוזים.

**מטרות:** תיקוף מדד שונברג לחיזוי תמותה על בסיס מאגרי הנתונים של שירותי בריאות כללית.

**שיטות:** שירותי בריאות כללית מספקת שירותי בריאות ל-52% מאוכלוסיית ישראל (מעל 4.3 מיליון). בנסיון להעריך בדיקות סקר לסרטן במטופלים עם תוחלת חיים צפויה קצרה, יצרנו גרסה למדד זה, המסתמכת על נתוני מידע רפואי ממוחשב במקום נתונים משאלונים. ביצענו מעקב רטרו-פרוספקטיבי מתחילת 2011 עד סוף 2017, בקרב 326,698 מטופלים בגילאים 65-79 בקהילה.

**ממצאים:** במעקב לאורך 5 שנים - ציון 12 של המדד הממוחשב התאים לציון 10 במדד המקורי. ציון זה מבטא סיכוי של מעל 25% לתמותה תוך 5 שנים ו-50% תמותה תוך 9 שנים. 12% מאוכלוסיית המבוגרים שבמחקר היתה בעלת ציון זה ומעלה. במעקב עד 7 שנים, נמשכה המגמה בצורה החזויה.

**מסקנות והמלצות:** מצאנו שניתן לבנות מדד ממוחשב המקביל למדד שוינברג המקורי לאורך 7 שנים. ניתן להעריך כי התאמה זו תישמר גם לאורך 9 שנים, יש צורך במחקר נוסף לבדוק זאת. אנו ממליצים להטמיע מדד זה במערכות הממוחשבות בתהליך מבוקר תוך בחינת יעילותו וההשלכות הקליניות והאתיות הנלוות לו.

## שינוי בתפיסת מערכת הבריאות וארגוני מערכת הבריאות בהתמודדות עם בעיית הסוכרת

בשארה בשארת, אביעד טור-סיני

המכללה האקדמית עמק יזרעאל

**רקע:** סוכרת והשמנה הינן בעיות הבריאות המובילות היום בשכיחותן וחומרתן בעולם ובאוכלוסייה הערבית בצורה בולטת. בישראל, כמעט שלישי מהאוכלוסייה הערבית מעל גיל 50 חולה בסוכרת, כאשר שני השלישים הנוספים ברובם טרום סוכרתיים או מספר שנים לפני שיהפכו לטרום סוכרתיים. שיעור זה גבוה באופן מובהק בהשוואה לשיעור החולים במחלת הסוכרת בקרב האוכלוסייה היהודית בישראל. סיבוכי הסוכרת הולכים ועולים בצורה מובהקת, ומלווים בעלויות בריאות כבדות אשר הולכות ומתעצמות.

**מטרות:** המטופל הסוכרתי באוכלוסייה הערבית נפגש יום יום עם תזונה שאינה בריאה - הן בסביבת מגוריו, בביתו, ובמעגלים החברתיים בהם נוטל חלק. המחקר הנוכחי בוחן את השאלה בדבר התפקיד בפועל והתפקיד הרצוי של מערכת הבריאות וארגוני הבריאות בהתמודדות עם בעיית הסוכרת באוכלוסייה הערבית בישראל. האם במקום להוסיף ולהתמקד במטופל הסוכרתי כפרט, על מערכת הבריאות להתערב בכלל בני המשפחה של המטופל, ובקהילה - כך שתהיה למטופל סביבה בריאה ותומכת ותקל עליו את המשמעת לתזונה בריאה?

**שיטות:** הצגת מערך תיאורטי ראשוני המלווה במגוון ממצאים אמפיריים בשאלת התמודדות מערכת הבריאות ביחס לשאלה זו.

**ממצאים:** לא אחת הטיפול ב-דחוף מקדים את הטיפול בדבר החשוב - מניעה. כך לדוגמה, מושקעים משאבים רבים במתן יחידות נוספות של אינסולין לחולים סוכרתיים, במקום להתמקד ולהתערב ולהבטיח כי תהיה למטופל סביבה בריאה ותומכת. תפקיד הרופא הראשוני מחייב אותו להוות דוגמה לחיקוי למטופליו באורח חיים בריא ותזונה בריאה ומחייב אותם להוות מנהיג רפואי להשפעה על מטופליהם באימוץ אורח חיים בריא.

**מסקנות והמלצות:** על מערכת הבריאות, בתי החולים וקופות החולים להוות מנהיגות חיובית ומובילה בקידום בריאות ומניעת מחלות, תזונה בריאה בבתי החולים לצוות העובדים, למטופלים ולאורחים. נדרש אימוץ תוכנית ארגון הבריאות העולמי ביחס לבתי חולים מקדמי בריאות, תמרוץ המנהיגות החברתית האזרחית למען קידום הנושא וחקיקת חוקים ותקנות, קידום תוכניות חירום, בדגש על ראייה לאומית רחבה אשר תבטיח קיום סביבה תומכת מזון בריא ואורח חיים בריא בבתי חולים, מרפאות, בתי ספר, עיריות ומוסדות קהילה אחרים.

## מתוקים ורגישים: טמפרמנט של רגישות גבוהה מאוד בקרב חולים בסוכרת-נעורים

אלון גולדברג<sup>1</sup>, אורנה דלי-גוטפריד<sup>2</sup>

1. מכללת תל חי

2. בית החולים זיו

**רקע:** רגישות גבוהה מאוד הינה נטייה גנטית ביולוגית המבטאת יכולת עיבוד עמוק יותר של מידע מגוון. הספרות מראה כי נטייה זו קשורה לחרדה, ביישנות ומופנמות. אם כי אינה זהה לתכונות אלו. בשנים האחרונות הראו מחקרים כי פרטים בעלי נטייה זו רגישים יותר מן האדם הרגיל לתנאים הסביבתיים בהם הם נמצאים. לפיכך, בתנאים שליליים, תתבטא נטייה זו בהיבטים שליליים, כגון חרדתיות גבוהה והימנעות חברתית. לעומת זאת, תנאים מיטביים יותר, יתרמו לאדם שכזה יותר מאשר לאדם הרגיל.

**מטרות:** האם רגישות גבוהה מאוד קשורה לשכיחות מחלה אוטואימונית, כגון סוכרת-נעורים. זאת אומרת, האם רגישותם הגבוהה של אינדיבידואליים קשורה לתחלואתם בסוכרת-נעורים.

**שיטות:** 128 משתתפים, בהם 62 חולים בסוכרת-נעורים ו-66 בקבוצת השוואה (ללא מחלה אוטואימונית), והוריהם מילאו שאלון רגישות גבוהה מאוד (HSPS), להערכת רמות הרגישות הגבוהה מאוד.

**ממצאים:** נמצאו רמות גבוהות יותר של רגישות גבוהה מאוד בקרב נבדקים החולים בסוכרת-נעורים, מאשר בקרב נבדקים בריאים, ובנוסף שכיחות בעלי נטייה לרגישות גבוהה מאוד היתה גבוהה יותר בקרב נבדקים חולים בסוכרת-נעורים.

**מסקנות והמלצות:** סוכרת-נעורים קשורה בנטייה לרגישות גבוהה מאוד. לפיכך, יש צורך לפתח התערבויות וטיפול המתמקדים בצרכיהם הייחודיים של בעלי סוכרת-נעורים בעלי רגישות גבוהה מאוד. זאת, על מנת להביאם לשיתוף פעולה מיטבי יותר עם הטיפול ולבסוף לאיזון סוכרתי טוב יותר.

## מגמות בשירותי השיקום בבריאות הנפש בקהילה

נחמה גולדברגר, רינת יופה, אינה פוגצ'וב, ציונה חקלאי

משרד הבריאות

**רקע:** אנשים בגיל 18 ומעלה בעלי נכות נפשית מעל 40% זכאים לסל שירותי שיקום בקהילה בהתאם לחוק שיקום נכי נפש בקהילה (תש"ס, 2000). שילוב האנשים במערך השיקום בקהילה מהווה בסיס לרצף טיפולי-שיקומי מיטבי ולהשתלבותם בקהילה נורמטיבית. האחריות הביטוחית לשיקום הפסיכיאטרי נשארה בידי המדינה לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש ביולי 2015.

**מטרות:** לבחון מגמות בהיקף השימוש בשירותי השיקום הפסיכיאטרי לפי גיל, מגדר ומחוז בעשור האחרון, כולל שנתיים לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש.

**שיטות:** המידע מבוסס על מאגר המשתקמים בקהילה המנוהל במשרד הבריאות. חושב שיעור משתקמים לפי גיל ומגדר ושיעור מתוקנן לגיל לפי מחוז בשנים 2007-2017.

**ממצאים:** במהלך השנה יולי 2016-יוני 2017 היו כ-25 אלף משתקמים. השיעור לגברים גבוה בהשוואה לנשים. השיעור המתוקנן לגיל היה יציב יחסית עד שנת 2012, אח"כ נרשמה עלייה ב-18% מ-2012 ל-2017, מ-3.7 ל-1,000 נפש בגיל 18 ומעלה ל-4.4, בהתאמה. מגמת עלייה נמצאה בכל קבוצות הגיל מגיל 25. השיעור הגבוה ביותר נרשם בגיל 45-64 ואח"כ בגיל 55-64, השיעור הנמוך נמצא בגיל 65 ומעלה, אך נמצאה מגמת העלייה גבוהה בגיל זה בשנים האחרונות. שיעור המשתקמים המתוקנן הגבוה ביותר לגברים נמצא במחוז חיפה ואח"כ במחוזות ירושלים והדרום, ובקרב נשים במחוז הדרום. השיעור הנמוך נמצא במחוז יהודה ושומרון ואח"כ במחוז המרכז. מגמת עלייה ניכרת נרשמה ביהודה ושומרון ב-40% בשנים 2012-2017, לעומת 24% במחוז תל-אביב, 21% במחוז ירושלים, 19% במחוז צפון ו-13% במחוז המרכז.

העלייה בשיעור המשתקמים בשנתיים אחרי הרפורמה בבריאות הנפש דומה לשנתיים לפני הרפורמה בכל המחוזות, אם כי ביהודה ושומרון, ובמחוזות ירושלים ותל-אביב נרשמה עלייה גבוהה יותר לעומת מחוזות הצפון, חיפה והמרכז.

**מסקנות והמלצות:** נמצאה עלייה יחסית קבועה בשימוש בשירותי השיקום מאז 2012, ולא נראתה השפעה של הרפורמה בבריאות הנפש. חשוב להגביר את שירותי השיקום, במיוחד במחוזות בהם השיעור נמוך יחסית, תוך כדי מיצוי זכויות החולים.

## היפגעות בישראל: האם הכל קשור לאי-שיוויון?

שרון גולדמן, אירה רדומיסלנסקי, ארנונה זיו, קבוצת הטראומה בישראל, קובי פלג

מכון גרטנר

**רקע:** היפגעות גורמת לפגיעה באיכות חייהם של הפצועים ומהווה נטל על הפצוע, בני משפחתו, המערכת החברתית ומערכת הבריאות. מחקרים בעולם מצאו קשר בין הסיכון להיפצע לבין הרמה החברתית-כלכלית (רח"כ).

**מטרות:** לבחון האם קיים קשר בין רח"כ לבין שיעורי ומאפייני אשפוז עקב היפגעות.

**שיטות:** המחקר התבסס על מאגר רישום הטראומה הלאומי לשנים 2008-2011 שהוצלב עם קובץ מפקד האוכלוסין לשנת 2008. רח"כ מתבססת על 1,616 אזורים סטטיסטיים שחולקו ל-20 אשכולות, ומאפשרת לזהות את הרח"כ ברמת השכונה. אוכלוסיית המחקר הינה מייצגת את מדינת ישראל. שיעור האשפוז כתוצאה מהיפגעות חושב לכלל האוכלוסייה, לפי רח"כ ולפי קבוצות אוכלוסייה, מנגנון וחומרת פגיעה שונים.

**ממצאים:** בישראל, מדי שנה על כל 100,000 תושבים למעלה מ-420 מתאשפדים עקב טראומה. ככל שהרח"כ עולה כך שיעור האשפוז עקב היפגעות יורד, פרט לאשכולות 1-2. הסיכוי להתאשפז עקב היפגעות גבוה יותר בקרב ערבים בהשוואה ליהודים, בכל רח"כ (OR 1.7 95% CI 1.683-1.749). נמצאו הבדלים במאפייני היפגעות ואשפוז בין הדתות. מרבית היהודים מתגוררים באשכולות 6 עד 20 בעוד מוסלמים נמצאים באשכולות 1-6 ודרוזים וקתולים נמצאים בעיקר באשכולות 3-8. שיעור האשפוז עקב היפגעות נמצא הגבוה ביותר בקרב דרוזים, על כל 100,000 דרוזים 197 מתאשפדים עקב תאונת דרכים בהשוואה ל-94 יהודים, 112 נוצרים ו-143 מוסלמים. מגמה דומה נמצאה לנסיבות היפגעות אחרות (כגון, נפילות וכוויות). בהתייחס לפגיעות מכוונות נמצא שיעור גבוה יותר בקרב מוסלמים (56 לכל 100,000 לעומת 16, 36 ו-43, ל-100,000 עבור יהודים, נוצרים ודרוזים בהתאמה). שיעור גבוה של פציעות קשות ואנושות נמדדו בקרב דרוזים. נמצא ש-77 לכל 100,000 דרוזים התאשפזו עקב פציעה קשה/אנושה לעומת 31 ל-100,000 יהודים, 43 ל-100,000 נוצרים ו-48 ל-100,000 מוסלמים.

**מסקנות והמלצות:** מחקר זה איתר אוכלוסיות ספציפיות, הן ברמת השכונה והן לפי קבוצת אוכלוסייה, הנמצאות בסיכון גבוה לאשפוז עקב טראומה. בהתבסס על הממצאים ניתן לבנות ולהפעיל תוכניות התערבות שיתמקדו באוכלוסיות בסיכון. יש צורך להמשיך לחקור לעומק על מנת לאתר את הסיבות והנסיבות לאי-שיוויון והיפגעות בישראל.

## הקמת רישום ממוחשב של חולי כבד שומני ראשון בישראל

ענבל גולדשטיין, ורדה שלו, גבריאל חודיק

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** כבד שומני (המוגדר כהצטברות של 5-10% שומן ומעלה בכבד) הינו ממצא א-תסמיני העלול להוביל להתפתחות שחמת על סיבוכיה, סרטן כבדי או פגיעה בלתי הפיכה בכבד המצריכה השתלת כבד. עם העלייה במגפת ההשמנה, עולה גם שכיחות תופעת הכבד השומני, אך חסרים מקורות מידע להערכת נטל התחלואה והתקדמותה לאורך זמן.

**מטרות:** הקמת רישום רחב היקף של כבד שומני אשר ישמש כתשתית למחקר אפידמיולוגי מייצג קהילה.

**שיטות:** הרישום התבסס על מאגרי המידע של מכבי שירותי בריאות וכלל אבחנות מקודדות, בדיקות מעבדה חוזרות המעידות על חריגה עקבית בתפקודי כבד, מודל סטטיסטי מוכר לניבוי פיברוזיס (המשקלל גיל, רמות סוכר, טסיות, אלבומין, אנזימי כבד ו-BMI) וניתוח טקסט חופשי של כמיליון דוחות אולטראסאונד בטן ודימות תהודה מגנטית שבוצעו בין השנים 2006-2017. אלגוריתם ניתוח הטקסט נבנה באמצעות מילון קליני, עצי החלטה ועיבוד שפה מתקדם (NLP), תוקף באמצעות תיוג ידני של מדגם אקראי בן 800 קבצים, והפגין דיוק של 95% בסיווג החולים. הוצאו חולים בעלי מחלות כבד אחרות (בראשם הפטיטיס ויראלי וצריכת אלכוהול מוגברת).

**ממצאים:** בשנת 2017 כלל הרישום כ-217 אלף איש (9% מאוכלוסיית הקופה, או 21% מבני ה-45 ומעלה), עם כ-18 אלף מקרים חדשים בשנה (מעקב חציוני של 7 שנים), בני 50.7 בממוצע (סטיית תקן 17.5) בעת זיהוי המחלה. מרבית החולים (79%) סבלו מהשמנת יתר ו-29% מהחולים נמצאים גם ברשם סוכרת. הימצאות התחלואה הלבבית, סוכרת ויתר לחץ דם גבוהה ב-47%, 192% ו-56% ביחס לאוכלוסייה הכללית לאחר תקנון לגיל ומין. רק ל-44% מהחולים יש אבחנות כבד שומני מקודדות בתיק הרפואי.

**מסקנות והמלצות:** טכנולוגיית מידע מתקדמת מאפשרת הקמת רישום מרכזי, גם עבור מחלות אשר תיעוד האבחנה שלהן אינו מלא. מהממצאים עולה כי כבד שומני, על אף היעדר בדיקת סקר רוחבית באוכלוסייה, הינו ממצא נפוץ בישראל, אשר קשור בשיעור מוגבר של תסמונת מטבולית ולרוב אינו מאובחן באופן מקודד. הרישום ישמש כבסיס למחקרי המשך, להבנת צריכת שירותי בריאות, ובעתיד אף ללמידת יעילות ובטיחות של מנגנוני טיפול או מניעה חדשים המפותחים בימים אלו.



## מניעת היפגעות ילדים על בסיס איסוף נתוני היפגעות במרכזים לרפואה דחופה - מודל עבודה בין מגזרי

אסתי גולן<sup>1</sup>, עידית סגל<sup>2</sup>, נירי הראל<sup>1</sup>, מיכל בר דורון<sup>1</sup>

1. ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

2. משרד הבריאות

**רקע:** במדינת ישראל, מדי שנה מעל למיליון ילדים נפגעים בתאונות ומטופלים בקהילה וכ-202,000 ילדים מטופלים במרכזים לרפואה דחופה (מלר"ד) עקב היפגעות. בכדי לצמצם את תופעת היפגעות ילדים, נדרשת מדיניות מבוססת נתונים בתחום. איסוף מידע העוסק בנסיבות ההיפגעות על פי קוד ה-MDS (Minimum Data Set), כולל בין היתר את מנגנון הפגיעה, מקום ההיפגעות וגורם או מוצר שהיה מעורב. השאלון לאיסוף המידע פותח על סמך המלצות ארגון הבריאות העולמי והמרכז לבקרת מחלות והותאם על ידי ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים למאפיינים הייחודיים של מערכת הבריאות בישראל.

**מטרות:** איסוף שיטתי של נתוני היפגעות במלר"ד ילדים וניתוחם כבסיס לקביעת מדיניות, תוכניות התערבות וניהול תחום בטיחות ילדים במדינת ישראל.

**שיטות:** פיתוח מודל עבודה בין מגזרי ייחודי לאיסוף, ניתוח ושימוש בנתונים לטובת קידום בטיחות ילדים, בשותפות משרד הבריאות, בתי החולים וארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים (מלכ"ר). המודל מבוסס על שילוב של הרגולטור, הגורם המבצע את איסוף הנתונים בשטח והאוטוריטה המקצועית בתחום בטיחות ילדים. המהלך התחיל ב-2008 כפיילוט עם מספר בתי חולים והוטמע לפני כשנה ברמה ארצית.

**ממצאים:** מתוך 23 מרכזים לרפואה דחופה לילדים, 18 הצטרפו למהלך שעל בסיסו ולאור השיתוף הבין מגזרי מתאפשרת הנגשת מידע אפידמיולוגי על היפגעות בישראל למשרד הבריאות, לבתי החולים ולבעלי עניין נוספים לקידום הנושא. בנוסף, מידע זה משמש לעיצוב מדיניות, לניהול בטיחות ילדים ולפיתוח תוכניות התערבות ממוקדות בהתאם למאפייני התופעה בישראל.

**מסקנות והמלצות:** פיתוח מודל עבודה בין מגזרי נמצא כשיטת עבודה אפקטיבית לקידום מהלך אסטרטגי במערכת הבריאות באופן המאפשר יישום מידי של מדיניות. ניסיון זה מלמד על חשיבות הטמעת שינויים בשטח מתוך איתור צרכים ומגבלות של השותפים והתבססות על פלטפורמות קיימות ונגישות לטובת הבטחת מהלך בר קיימא. מומלץ לבחון את הרחבת המהלך לכיסוי מלא של כלל המלר"דים ילדים בישראל, הרחבתו למחלקות אשפוז ילדים ולמסגרות טיפול בקהילה להשלמת הידע על היפגעות ילדים בישראל וקידום מניעה מבוססת נתונים.

## מ.ס.ר - מודל ישים ואפקטיבי לניהול חולי הסוכרת במרפאה ראשונית

אביבית גולן כהן<sup>1</sup>, מרים שפיגלמן<sup>1</sup>, אורלי טמיר<sup>2</sup>, יבגני מרזון<sup>1</sup>, שלמה וינקר<sup>1</sup>

1. לאומית שירותי בריאות

2. מיזם עוצמה

**רקע:** מ.ס.ר (מרפאת סוכרת ראשונית) היא תוכנית לניהול הטיפול בחולה הסוכרתי המיושמת במרפאות הקהילה של לאומית שירותי בריאות ואשר בה רופא המשפחה מוגדר כמנהל הטיפול, האחוזת מוגדרת כמתאמת טיפול וגם מטפלים נוספים כתזונאים, עובדים סוציאליים ורוקחים שותפים פעילים בטיפול. המודל מבוסס על זימון יזום של חולי סוכרת בהתאם לתוכנית מותאמת ולזמן מוגן שמשכו מותאם לטיפול כוללני. התוכנית מבוססת על מודל ה-CHRONIC CARE MODEL (CCM), וייחודיותה בהקפדה על יישום כל ששת מרכיבי המודל, על ידי הצוות במרפאה הראשונית בסביבת עבודתו היומיומית. החל משנת 2013 נכנסו לתוכנית מרפאות אשר עברו מסלול הכשרה בן 8 מפגשים הכולל עדכון ידע, הקניית מיומנויות ההנעה המוטיבציונית וכלים לניהול פרקטי וכוללני של החולה הסוכרתי.

**מטרות:** לבחון האם הפעלת תוכנית מ.ס.ר משפרת תוצאי בריאות של חולי סוכרת כפי שהם באים לידי ביטוי במדדי האיכות של התוכנית הלאומית.

**שיטות:** מדדי האיכות של 24 מרפאות מ.ס.ר, אשר התמידו בהפעלת התוכנית לאורך שנתיים לפחות, הושוו למדדי האיכות של מרפאות ייחוס בעלות מאפיינים דומים, שנה שנתיים ושלוש שנים מההתערבות.

**ממצאים:** נמצא שלתוכנית מ.ס.ר יש יתרון מובהק בשיפור ההצמדות לטיפול של חולי הסוכרת במספר מדדי מעקב ובשיפור האיזון של חולי הסוכרת שלא היו מאוזנים קודם לכן (HbA1C השתפר ב-1.9% בקבוצת ההתערבות לעומת שיפור של 0.8% בקבוצת הביקורת,  $P<0.05$ ). ההשפעה המיטיבה של התוכנית בולטת פחות בהשגת איזון גורמי הסיכון כגון: היפרליפידמיה ויתר לחץ דם. ההישגים בקרב מרפאות מ.ס.ר נצפו דועכים לקראת שנת ההפעלה השלישית.

**מסקנות והמלצות:** תוכנית מ.ס.ר ישימה בפרקטיקה היומיומית, מתאימה לשימוש הצוות במרפאה הראשונית ומשפרת את איזון חולי הסוכרת. יש לדאוג לשיפור כוללניות הטיפול ולשימור ההישגים לאורך זמן. לקראת הכנסת מרפאות נוספות לתוכנית מ.ס.ר חשוב לשלב התערבויות שמטרתן שיפור מיומנויות הטיפול הכוללניות ושמירת ההישגים של התוכנית לאורך זמן.

## רפואת הקהילה בחזון החינוכי של הפקולטה לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון במבחן הזמן

יונתן גופר<sup>1</sup>, שפרה שורץ<sup>2</sup>, צחי בן ציון<sup>2</sup>

1. מרכז רפואי לילדים שניידר

2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** המושג "רוח באר שבע" והקשר המיוחד של בית הספר לרפואה עם הקהילה בנגב נולד עם פתיחת בית הספר בשנת 1974. המושג "רוח באר שבע" היה בעל חשיבות רבה מראשיתו ליישום יעדיו והגשמת חזונו של בית הספר. בכתובים הופיע מושג זה לראשונה רק כעשור שנים לאחר ייסוד בית הספר. למרות הקונצנזוס הקיים באשר למהות "רוח באר שבע" לא ידוע מי טבע מושג זה לראשונה, כיצד הפך לחלק מהותי מחזונו ויעדיו של בית הספר לרפואה ומה היה חלקה של "אגודת הסטודנטים לרפואה" בהגשמתו בתחום הקשר עם הקהילה בנגב.

**מטרות:** להתחקות אחר מקורו הרעיוני של המושג "רוח באר שבע", שורשיו ומידת השפעתו על התפתחות הרפואה בקהילה בנגב.

**שיטות:** מחקר איכותני המבוסס על ראיונות תוכן וניתוח תוכן עם דמויות מפתח בהיסטוריה של הפקולטה (דיקנים, בוגרי המחזורים הראשונים, יושבי ראש אגודת הסטודנטים ודמויות מפתח בפקולטה).

**ממצאים:** מקורו הרעיוני של "רוח באר שבע" בחזונו של מייסדי בית הספר לרפואה פרופ' דורון ופרופ' פריבס. הוא נולד על מנת להציב את הרפואה בקהילה בחזית החינוך הרפואי בנגב. ערך זה שליווה את בית הספר לרפואה מראשיתו הצטמצם עם השנים עם התרחבותה של הפקולטה לתחומים אקדמיים נוספים. מאידך, פעילותה של אגודת הסטודנטים לרפואה, שיצאה לקהילה בתמיכת הפקולטה, הוביל לכך שהאגודה היא זו שהפכה בפועל ל"שליח" ההגשמה של חזון המעורבות הקהילתית של הפקולטה. למרות כל זאת מספרם של בוגרי באר שבע שפנו ופונים לעבודה רפואית בקהילה הינו נמוך.

**מסקנות והמלצות:** הפקולטה למדעי הבריאות הייתה ועודנה גורם מרכזי בקהילה הרפואית בנגב. ערך זה בא לידי ביטוי ב"רוח באר שבע", בחינוכם של הסטודנטים לרפואה למודעות ורגישות חברתית ובפעילות השוטפת של אגודת הסטודנטים, אך בפועל הוא אינו משפיע על בחירתם של בוגרי הפקולטה להתמחות בקהילה. על מנת לשמור על חזון "רוח באר שבע" על הפקולטה ליזום מהלכים חינוכיים ולאומיים ולהציג את הרפואה בקהילה לא רק לנגב אלא כיעד לאומי.

## עוברים מאדום לירוק

נסיה גורדון, אריקה כהן יונגר, עינת אלרן

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** במכבי, מערכת מדידה ארגונית הפועלת מזה 14 שנים.

המערכת משקפת את אסטרטגיית הארגון ומהווה פלטפורמה השוואתית בין היחידות הארגוניות. באמצעותה, מנהל הארגון שיפור ביצועים והשגת היעדים. שיפור האיכות בארגון משמעו עליית ממוצע הביצוע וצמצום השונות בין היחידות.

**מטרות:** יישום שיטת מדידה שתוביל לצמצום פערים והקטנת שונות בין היחידות השונות בארגון כערך לשיפור האיכות.

**שיטות:** ב-2017, נקבע לכל מדד ערך סף בנוסף לערך היעד הקיים. הסף, נקבע באופן שיטתי על פי ביצועי כלל היחידות בסוף 2016, כך שביצועי 75% מכלל יחידות מכבי, עברו אותו.

יחידה שלא עברה את ערך הסף במדד, "נצבעה" באדום. יחידה שהגיעה להיעד העליון, "נצבעה" בירוק. המחוזות "נקנסו" על כל יחידה שהייתה אדומה וקיבלו "בנוס" קטן יותר על יחידות שהגיעו ליעד העליון.

המסר בארגון היה פשוט ומובן הן לעובדים והן למנהלים. יש להמעיט ביחידות האדומות ולהרבות בירוקות. קרי, לעבור מאדום לירוק.

הסיכון במדיניות זו היה, כי השקעה גדולה ביחידות "החלשות", על חשבון יחידות מצטיינות, יוריד את ממוצע הארגון. בפועל נצפתה הקטנת פערים וצמצום שונות, תוך עלייה בממוצע ביצועי כלל הארגון.

**ממצאים:** דוגמאות רבות להצלחת השיטה. להלן 2 מהן:

מדד "סקירה לסרטן המעי הגס": מתוך 74 יחידות ארגוניות שנמדדו, בתחילת השנה היו 19 יחידות מתחת לערך הסף (אדומים) ו-7 הגיעו ואף עברו את היעד העליון (ירוקים).

לקראת סוף השנה, חל היפוך בתמונת המצב, כך שרק 7 יחידות נשארו מתחת לערך הסף ו-22 עברו את היעד.

מדד "איזון גרוע של סוכרת" בסוכרתיים ( $HbA1c > 9mg\%$ ): מתוך 74 יחידות ארגוניות שנמדדו, בתחילת השנה היו 33 יחידות מתחת לערך הסף (אדומים) ו-6 הגיעו ואף עברו את היעד העליון (ירוקים).

לקראת סוף השנה, חל היפוך בתמונת המצב, כך שרק 6 יחידות נשארו מתחת לערך הסף ו-38 עברו את היעד.

**מסקנות והמלצות:** שיטת הוספת ערך סף במדידה הארגונית, מעודדת השקעה בשיפור האיכות ביחידות ה"חלשות" יחד עם המשך השקעה ביחידות הטובות.

עבודתנו מוכיחה כי השיטה עובדת. תמריץ למעבר מאדום לירוק (השקעה ביחידות בעלות ביצועים נמוכים) משפר.

## השקת רשם קליני לחולי מחלות מעי דלקתיות במכבי - כלי מערכת אינטגרטיבי לניהול מחלה כרונית וניהול מדיניות

איריס גורן<sup>1</sup>, רויטל קריב<sup>1</sup>, יוסי רוזנבלום<sup>1</sup>, עמוס קאהן<sup>1</sup>, דן טרנר<sup>2</sup>

1. מכבי שירותי בריאות

2. המרכז הרפואי שערי צדק, האוניברסיטה העברית בירושלים

**רקע:** מחלות מעי דלקתיות (ממ"ד) מהוות גורם תחלואה משמעותי באוכלוסייה הצעירה, ודורשות טיפול ארוך-טווח, רב תחומי. ההתקדמות המשמעותית ביכולות האבחון והטיפול בממ"ד מצריכה זיהוי ומעקב של החולים בבתי החולים ובקהילה לייעול ובקרה והפקת לקחים מערכתיים.

**מטרות:** הקמת רשם לחולי ממ"ד במכבי שרותי בריאות, במטרה לטייב את המעקב והטיפול, לעשות שימוש מושכל במשאבים ולקדם את המחקר בתחום.

**שיטות:** חברנו לפרויקט לאומי שגיבש אלגוריתמים ממוחשבים לאיתור חולי ממ"ד. הפרויקט אגד נתונים מקופות החולים, ובתי החולים. בפרויקט נבדקו אלגוריתמים שונים להמצאות, היארעות והפרדה בין חולי קרוהן לקוליטיס כיבית. לבסוף, נבחר האלגוריתם בעל הדיוק הגבוה ביותר לזיהוי חולי ממ"ד. האלגוריתם מתבסס על מספר אבחנות, משך מתן תרופות ומספר רכישות. אלגוריתם זה תוקף בקוהורט נפרד על ידי סקירת תיקים. רשם ממ"ד של מכבי נבנה על בסיס האלגוריתם הנבחר ועבר התאמות ותיקוף על ידי סקירת תיקים של מבוטחי הקופה. הרשם המוכנס לשימוש בימים אלה יתעדכן באופן יומי, יוצג לרופאים המטפלים, יחובר למערכת ניהול אוכלוסיות המציגה נתונים קליניים רלוונטיים כגון אשפוזים, ניתוחים וטיפול תרופתי (כולל טיפולים ביולוגיים). הרשם יהווה בסיס למערכת התמיכה בהחלטות קליניות במכבי.

**ממצאים:** ברשם מכבי נכללים 14,488 חולי ממ"ד, מתוכם כ-13,000 פעילים.

**מסקנות והמלצות:** הקמת מאגר חולים ארצי עם ממ"ד התאפשרה עקב שילוב של הבנה מעמיקה של המחלה מצד מרכזי התמחות אקדמיים בשילוב עם אלגוריתמיקה מתקדמת ומסדי נתונים קהילתיים. הפרויקט עובר צעד קדימה עם הקמת רשם קליני וכלי מחשובי שוטף לניהול אוכלוסייה כרונית. אנו מאמינים כי רשם הממ"ד יאפשר מעקב וטיפול טובים יותר במטופלים והבנה טובה יותר של האפקטים ארוכי הטווח של טיפולים חדשים על מהלך המחלה. בנוסף, הרשם יהווה כלי מערכתי לבקרת איכות וניהול השימוש במשאבים. רשם הממ"ד מצטרף לרשמים המנוהלים במכבי מזה שנים. לרשמים תפקיד חשוב בריבוד סיכונים, הגדרת קבוצות התערבות, ובקרה קלינית ומנהלית אחר הטיפול במטופלים. שיתופי פעולה בין גופי בריאות מאפשרים פיתוח יעיל יותר של רשמים חדשים.

## מיומנויות בינאישיות בקרב מועמדים לניתוח בריאטרי בהשוואה לקבוצת ביקורת

ענבל גלובס<sup>1</sup>, ענת ברונשטיין-קלומק<sup>2</sup>, יעל לצר<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת חיפה

2. המרכז הבינתחומי הרצליה

**רקע:** מיומנויות בינאישיות מאופיינות במגוון רב של יכולות הכוללות את היכולת לתקשר באופן בהיר וישיר, ליזום ולנהל שיחה, לבטא רגשות באופן מווסת, לדעת להתמודד עם קונפליקטים ועוד. במחקרים נמצא קשר בין קשיים במיומנויות בינאישיות לבין הפרעות פסיכיאטריות כמו דיכאון, חרדה, והפרעות אכילה התקפיות. למיטב הידיעה יש מספר מוגבל של מחקרים שבחנו מיומנויות בינאישיות, בקרב מועמדים לניתוחים בריאטרים.

**מטרות:** מטרת המחקר היא לבחון את ההבדלים במיומנויות הבינאישיות בין מועמדים לניתוח בריאטרי לבין קבוצת ביקורת הכוללת אנשים במשקל תקין, עודף משקל והשמנה.

**שיטות:** מחקר חתך הכולל 166 מועמדים לניתוח בריאטרי בישראל (ממוצע BMI = 40.7, ס"ת = 5.1) (גיל ממוצע = 43.1, ס"ת = 11.3) הושו ל-82 משתתפים מקבוצת הביקורת שחולקו לשלוש קבוצות: משקל תקין (N=41) (ממוצע BMI = 22.1, ס"ת = 1.8) (גיל ממוצע = 41.4, ס"ת = 9.1), עודף משקל (N=27), (ממוצע BMI = 26.9, ס"ת = 1.4) (גיל ממוצע = 41.8, ס"ת = 8.03) והשמנה (N=14) (ממוצע BMI = 34.05, ס"ת = 4.05). כל המשתתפים ענו על שאלונים לדיווח עצמי: שאלון דמוגרפי, הפרעות אכילה (EDEQ), דיכאון, חרדה וסטריס (DASS) ושאלונים הבוחנים מיומנויות בינאישיות (IIP, SR-SAS).

**ממצאים:** המועמדים לניתוח בריאטרי דיווחו על יותר בעיות ביחסים אינטימיים ונטייה גבוהה יותר להעמיד את צרכי האחר לפני צרכיהם בהשוואה לקבוצת הביקורת. דאגת יתר בנוגע לאכילה ולצורת הגוף כמו גם הנטייה לחרדה היו גבוהים יותר בקרב מועמדים לניתוח בריאטרי בהשוואה לקבוצת משקל תקין ועודף משקל. דאגת יתר למשקל נמצאה גבוהה יותר בקרב מועמדים לניתוח בריאטרי בהשוואה לקבוצת הביקורת.

**מסקנות והמלצות:** ממצאי המחקר מחזקים מחקרים קודמים שמצאו בעיות ביחסים אינטימיים בקרב מטופלים עם הפרעת אכילה התקפית. המשך מעקב אחר משתתפי המחקר שעברו ניתוח בריאטרי מתקיים במטרה לבחון האם אותן מיומנויות בינאישיות שנמצאו פחות אדפטיביות ביחס לקבוצת הביקורת מקשים על אותם מטופלים לשמר את הישגי הניתוח. יתכן וחיזוק מיומנויות אלה באמצעות פסיכותרפיה בינאישית ממוקדת (IPT) לפני הניתוח או אחריו תסייע למטופלים לשמר את הישגי הניתוח. טיפול מסוג זה הינו ממוקד, קצר וכוון בעלויות נמוכות.

## קצה הקרחון: אובדנות לאחר הלידה בישראל

שרהלי גלסר<sup>1</sup>, דפנה לוינסון<sup>2</sup>, טלי בראון<sup>3</sup>, ציונה חקלאי<sup>2</sup>, נחמה גולדברגר<sup>2</sup>

1. מכון גרטנר

2. משרד הבריאות

3. המרכז הישראלי לבקרת מחלות

**רקע:** אובדנות בשנה אחרי הלידה נובעת ממצוקה קיצונית, ותוצאותיה טראגיות לאם, לילוד ולמשפחה. ההתאבדות הינה קצה קרחון שבבסיסו דיכאון לאחר הלידה. מ-2013 חלה חובה לאתר סימני דיכאון אחרי לידה [דל"ל] על ידי שאלון הכולל התייחסות למחשבות אובדניות.

**מטרות:** המחקר הנוכחי מציג שיעורים, מגמות ומאפייני נשים שהביעו מחשבות אובדניות, שניסו להתאבד, או שהתאבדו בשנה שלאחר הלידה, כדי להגביר מודעות ומאמצים למניעה או צמצום התופעה.

**שיטות:** מחשבות אובדניות נגזרו משאלונים לאיתור דל"ל במחקרים או בטיפות חלב. נתוני ניסיונות אובדניים נאספו מקבצי חדרי המיון בשנים 2006-2015 שהוצלבו עם קבצי לידות. מקרי אובדנות נאספו מקבצי הפטירות לפי סיבת המוות של הלמ"ס שהוצלבו עם קבצי לידות. ניסיונות אובדניים לפי שנה, גיל, וקבוצת אוכלוסייה בשנה שלאחר הלידה הושוו לניסיונות אובדניים בקבוצות המקבילות שלא ילדו בשנה שלפני הניסיון. הסיכון היחסי לניסיון אובדני לאחר הלידה חושב באמצעות רגרסיה לוגיסטית שכללה קבוצת גיל וקבוצת אוכלוסייה.

**ממצאים, מסקנות והמלצות:** שיעור המחשבות האובדניות בשנה שלאחר הלידה עומד על 1% או פחות, עם שיעורים גבוהים יותר בקרב אוכלוסיות ערביות. שיעור הניסיונות האובדניים בקרב נשים שלא אחרי הלידה היה גבוה פי 3-5 מהשיעור בקרב נשים בשנה שלאחר הלידה. הסיכוי לניסיון אובדני בשנה שלאחר הלידה היה גבוה יותר בקרב נשים ערביות ועולות מבר"מ לשעבר בהשוואה לילידות הארץ, ונמוך בקרב נשים בנות 35-44 בהשוואה לנשים צעירות יותר. ב-2006-2015 תועדו שבעה מקרי התאבדות כסיבת מוות בקרב נשים בשנה שלאחר הלידה, ז"א 0.43 ל-100,000 לידות. עם זאת, ציון שייתכן תת-דיווח.

## האם שימוש יתר באנטיביוטיקה קשור לעמדות הרופאים?

דפנה דה-פריז, אליז כהן-תורג'מן, ליאורה ולינסקי, שי מושל

מאוחדת

**רקע:** שימוש יתר באנטיביוטיקה מהווה בעיה משמעותית בבריאות הציבור, וחיוני לעסוק בנושא במערכת הבריאות. בשנת 2015 נרשמו 21.44 מנות יומיות (DDD) של אנטיביוטיקה ל-1,000 מטופלים בקהילה, מספר שהוא מעט מעל לממוצע ה-OECD - 20.61. במאוחדת שימוש היתר באנטיביוטיקה גבוה במיוחד במחוז צפון.

**מטרות:** לבדוק את רמת הידע והעמדות של רופאים ראשוניים במרחב כרמל-וואדי ערה במחוז הצפון במאוחדת, ולבחון את הקשר בין ידע ועמדות לבין דפוסי רישום אנטיביוטיקה בקרב רופאים אלה, בכדי לאתר מוקדים להתערבות להפחתת רישום האנטיביוטיקה במחוז.

### שיטות:

שימוש בשאלון ידע ועמדות של רופאים על שימוש באנטיביוטיקה שתוקף ב-2016 באנגלית, תורגם ועבר תיקוף בעברית. העברת השאלון למדגם מייצג של רופאים ראשוניים במרחב חוף כרמל וואדי ערה. הצלבת מידע מהשאלון לנתוני רישום אנטיביוטיקה של הרופאים תוך שימוש בשני מדדים: 1,000/DDD ביקורים, ומספר מרשמים ל-1,000 ביקורים.

**ממצאים:** מתוך 169 רופאים ראשוניים במרחב, השאלון הועבר ל-113 רופאים. מתוכם 69 (61%) מילאו את השאלון. לא נמצאו הבדלים בגיל, מגדר, ותק, תחום התמחות וממוצע שיעור רישום אנטיביוטיקה בין המשיבים לאלה שלא השיבו. כמעט כל הרופאים (92.7%) מסכימים שהסיבות העיקריות לעמידות לאנטיביוטיקה הן שימוש יתר ושימוש לא נכון. מחצית מהרופאים (49.3%) מסכימים שעמידות לאנטיביוטיקה היא בעיה בקהילה שלהם. כ-60% השיבו שלרוב העמיתים שלהם מספיק ידע על שימוש באנטיביוטיקה בקהילה. לעומת זאת, 78.3% השיבו שבמקרה שבו יש חשד לזיהום חיידקי עדיף לרשום אנטיביוטיקה. לא נמצא קשר מובהק בין גיל, ותק, גודל המרפאה, מומחיות ומגזר לבין ידע או עמדות. כמו כן, לא נמצא קשר בין רמת הידע על פי השאלון לבין רישום אנטיביוטיקה בפועל. במודל רב משתנים רופאים שעובדים במרפאה כפרית רושמים יותר אנטיביוטיקה ( $OR=2.3, p<0.05$ ). כאשר חיברנו את כל המשתנים בשאלון המתייחסים ללחץ מטופלים על הרופא לרשום אנטיביוטיקה, נמצא קשר בין משתנה זה לרישום אנטיביוטיקה בפועל ( $p=0.05$ ).

**מסקנות והמלצות:** נראה כי ישנם פערי ידע לגבי רישום אנטיביוטיקה בקרב רופאים באופן כללי, אך אלה לא קשורים לדפוסי הרישום. תחושת הרופא שהמטופלים מצפים לאנטיביוטיקה מגדיל את מספר המנות הנרשמות.



## ליווי היריון במאחדת - צמצום פערים במגזר הערבי

ענת דותן, יהודה בר אילן, עידית ורד

מאחדת

**רקע:** תוכנית התחלה בריאה הנה תוכנית אסטרטגית של מאחדת לשיפור איכות הטיפול והשירותים אותם מקבלת האישה המתכננת היריון, במהלכו ולאחר הלידה. התוכנית הוקמה לראשונה במאחדת בינואר 2017. עד לתחילת התוכנית, לא היה מערך שתמך בנשים הרות ובצרכיהן, בפרט בנשים מהמגזר הערבי. במאחדת מחוז צפון מבוטחות 43,266 נשים בגיל הפרייון. בשנת 2017 נרשמו 6,907 הריונות במחוז צפון, שהם 16% מכלל הנשים במחוז בגיל הפרייון ו-25% מכלל ההריונות במאחדת. במחוז צפון, השירות התמקד במגזר הערבי ובייחודיות הצורך לשירות בכפרים ובפריפריה.

**מטרות:** מטרת השירות היא לשמר ולקדם את המצב הבריאותי, הפיזי והנפשי של האישה ההרה והעובר, על מנת לאפשר ככל הניתן, לידת תינוק בריא לאם בריאה. וצמצום פערי בריאות במחוז צפון.

**שיטות:** הכשרת 45 אחיות ליווי היריון במחוז צפון. ההכשרה כללה תוכנית מקיפה של כ-80 שעות. השירות כולל מעקבי היריון, שיחות טלפון לילודות לאחר לידה וביקורי בית. הטמעת התוכנית כללה:

- ❖ תכנון פריסת השירותים בהתחשב בנתוני הילודה משנים קודמות.
- ❖ שיתוף פעולה מלא וישיבות התנעה עם כלל הממשקים במחוז: הנהלת המחוז, הנהלות מרחבים, גניקולוגים, קידום בריאות ועוד.
- ❖ הכנת התשתית כולל יומני זימון תורים לכלל האחיות, הגדרת שעות ייעודיות בכל מרפאה לליווי היריון ועוד.
- ❖ הכנת תשתיות בשטח כגון חומרי פרסום, חדר ייעודי עם פרטיות, עלונים וחומרי פרסום.

### ממצאים:

- ❖ מתן שירות בפריסה רחבה, למעלה מ-120 מרפאות.
- ❖ במחוז צפון נמצאות במעקב 338 נשים, מתוכן 184 שייכות למרפאות מהמגזר הערבי (55%).
- ❖ היענות גבוהה במיוחד לשירות במגזר הערבי. מפגשי ליווי היריון מהווים פלטפורמה להעלאת נושאים שהנשים חששו להעלות בפורומים אחרים כגון, חרדות ומצב נפשי, היעדר תמיכה, היריון לא רצוי, אלימות וכד'.

### מסקנות והמלצות:

- ❖ לצורך הצלחת הטמעת שירות ליווי היריון היה צורך בהכנה ותכנון מקדימים של ההכשרה והפריסה של השירות שמאפשר צמצום פערים.
- ❖ גיוס הנשים למעקב והפעלת השירות במרפאות הצריך שיתוף פעולה מלא של כלל שותפי התפקיד.
- ❖ יש צורך בניהול ותכנון מתמיד של השירות לשמירה על ההישגים.

## מרכזיותה של רפואת הקהילה עבור יוצאות אתיופיה - המקרה של תכנון משפחה

ניבי דיין, פסח שורצמן

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** מהספרות נלמד כי לשירותי הבריאות הראשוניים תפקיד מפתח בשימוש בשירותי בריאות על ידי מהגרים, בשל תפיסה הוליסטית של טיפול, היכרות מתמשכת, נגישות וחוסר התמצאות במערכת. בהקשר לתכנון משפחה, מחסומים בין תרבותיים, כמו גם האינטראקציה עם מערכת הבריאות, המלצת הרופא והטייה של המערכת יכולים לשמש כגורמים מתווכים לשימוש בשירותים.

בקרב יוצאות אתיופיה (י"א) בישראל, נמצא שיעור הפסקות הריון גבוה מהאוכלוסייה היהודית, ושימוש מוגבר בדפו-פרוורה.

**מטרות:** להשוות שימוש בשירותי בריאות האשה בין י"א ואחרות בהקשר לשימוש באמצעי מניעה ופניות לוועדות להפסקת הריון (ול"ה), ולזהות את הגורמים המאפשרים והחסמים לשימוש מיטבי בשירותים מנקודת מבט של נותני שירות ברפואה ראשונית.

**שיטות:** מחקר משולב - ניתוח נתונים וראיונות במרפאות ראשוניות בנגב.

**ממצאים:** שיעור ההיארעות (ש"ה) של רכישת גלולות בקרב י"א נמוך לעומת האחרות, באופן בולט בגילאים צעירים. ש"ה של רכישת דפו-פרוורה בקרב ילידות אתיופיה היה פי שלוש לעומת האחרות. שיעור פניות לול"ה של י"א היה כפול משיעורן באוכלוסייה, כשבגילאים צעירים פי שלוש.

חסמים לשימוש מיטבי בשירותים יוחסו בהקשר לגלולות לשכחה, לחוסר הבנה על אופן השימוש, חשש, התנגדות ולקיחת אחריות מצד י"א. מצד נותני השירות, יוחסו בעיקר לניסיון המאכזב, בצד הצורך בהשקעה רבה ובתחזוקה מתמשכת להקניית מיומנויות לשימוש בגלולות, ובסתירה למסגרת הזמן. השימוש הנרחב בדפו-פרוורה יוחס להעדפה של הנשים, ההיענות גבוהה לטיפול, מהחלופות לדפו-פרוורה לאור קשיי התקשורת עם הנשים, אי הצלחה במעבר לשימוש בגלולות, חשש מהריונות לא מתוכננים, רציונליזציה והשלמה של נותני השירות. ריבוי הפניות לול"ה הוסברו על ידי התרחשותן במקביל ובמשולב של חסמים: מצד י"א - העדר ידע, מודעות וחינוך מיני, בצד משבר ההגירה; מצד מנותני השירות - חוסר מודעות, תפיסת תפקיד, עומס וסדרי עדיפויות; ומערכתית - העדר התייחסות מערכתית לסוגיה.

**מסקנות והמלצות:** "הרמוניה של חסמים", מצד י"א, נותני השירות ומערכתיים מסבירים שימוש לא-מיטבי בשירותי תכנון משפחה בקרב י"א. לרפואה הראשונית תפקיד מרכזי להובלת שינוי. מומלץ לבנות תוכנית התערבות על פי המודל הסוציו-אקולוגי, ברמת הפרט, הקהילה, נותני שירות, גורמים מערכתיים ומדיניות.

## גנומטר-2: תוכנה בשילוב ייעוץ גנטי מרכזי לניהול ובחירת בדיקות גנטיות בהיריון

לורה דיסקין<sup>1</sup>, מוטי שוחט<sup>1,2</sup>, ורדה נדלר<sup>1</sup>, יעקב סגל<sup>1</sup>, ורד אשכנזי-קטלן<sup>1</sup>

1. מכבי שירותי בריאות

2. אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** בעיה חמורה בזמינות ובנגישות לייעוץ גנטי הובילה לפיתוח מערכת "גנומטר-2" המשלבת ייעוץ גנטי מרכזי ותוכנה, ומסננת בין נשים היכולות לקבל המלצות בכתב לבין מי שזקוקה לייעוץ פרונטלי.

**מטרות:** בחינת מערכת המשלבת תוצאות כל נתוני ההיריון עד שבוע 17 הכוללות בדיקות סקר ביוכימי המבוצעות בשליש הראשון והשני, תוצאות שקיפות עורפית והסקירה המוקדמת, גיל האישה, והיסטוריה רפואית/משפחתית. הדוח המופק כולל מידע גנטי מותאם אישית, הממחיש בצורה גרפית ומספרית את הסיכונים לסוגי הבעיות השונות בעובר. הדוח מדגים כיצד ישתנו הסיכונים במידה ויבוצעו בדיקות נוספות כמו בדיקת דם האם לתסמונת-דאון (NIPT) או דיקור מי שפיר. בנוסף, הדוח מציג המלצות רפואיות לבדיקות נוספות הנדרשות, ואת הגורם המממן של ייעוץ גנטי, דיקור מי שפיר ובדיקות אחרות.

**שיטות:** הדוחות נשלחים למטופלות ולרופאים לדיון בפגישה משותפת, ובכך מתאפשר לרופא הראשוני בקהילה לתת מידע מותאם והסבר מפורט שיכול לסייע בקבלת החלטות מושכלות. דוחות חריגים נשלחים על פי נוהל תוצאות חריגות בבדיקת הסקר הביוכימי. הדוח פוטר את הרופאים מהפניה גורפת לייעוץ גנטי מאחר ומפורטות בו כלל הבדיקות הניתנות לביצוע בהיריון והמלצות המותאמות אישית.

**ממצאים:** מאז עלייתה לאוויר של המערכת ביוני 2017 בוצע ייעוץ גנטי וירטואלי לכ-16,000 נשים. מניתוח המקרים לפי חודשים נראית ירידה בהמלצות להפניות לייעוץ גנטי. לפני הפעלת המערכת הייתה המלצת רופאי הנשים להפנות כל אישה לייעוץ. בתחילת הפעילות התבססנו על דרישות מחמירות וכ-30% מהנשים קיבלו המלצה לייעוץ גנטי. בהמשך נבחנו מחדש סוגיות שלגביהן לא הייתה הסכמה מקצועית גורפת לגבי הצורך בהפניה לייעוץ גנטי. לאחר דיונים בסוגיות אלה עודכנו בקונצנזוס אלגוריתמים נוספים, ואחוז הנשים שלהן מומלץ ייעוץ גנטי ירד מ-30% לכ-8-9%. היועצות הגנטיות - האחראיות להפעלת הגנומטר-2, עיבוד הנתונים והפקת הדוחות - נמצאות בקשר רציף עם רופאי הנשים המביעים שביעות רצון גבוהה.

**מסקנות והמלצות:** המערכת הוכיחה עצמה כיעילה ואמינה בהמלצותיה ובעלת פוטנציאל לשיפור השירות והקטנת העומס בתחום הייעוץ הגנטי. יתרונות נוספים כוללים: שמירה על אחידות בהמלצות לבדיקות, הגורם המממן ויעול האדמיניסטרציה. שמירה על הנחיות מקצועיות של משהב"ר והאיגודים המקצועיים ועדכון באופן דינמי חוצה קופה.

## היארעות סרטן בקרב ניצולי שואה: מחקר מעקב רטרוספקטיבי

יעקב דרייהר<sup>1</sup>, רן בן דוד<sup>2</sup>, איה בידרמן<sup>2</sup>, מיכאל שרף<sup>3</sup>

1. מרכז רפואי סורוקה

2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

3. שירותי בריאות כללית

**רקע:** במהלך השואה נחשפו מיליוני יהודים באירופה לרעב קיצוני, לחץ נפשי, פגיעות והשפלות פיזיות ונפשיות, ותחלואה זיהומית קשה. עבודות מעטות בחנו תחלואה במחלות ממאירות בקרב ניצולי שואה.

**מטרות:** להשוות את שיעורי היארעות של מחלות ממאירות בקרב ניצולי שואה לעומת יהודים ילידי אירופה ואמריקה שאינם ניצולי שואה.

**שיטות:** מחקר מעקב מבוסס אוכלוסייה בקרב מבוטחי הכללית. נכללו במחקר ניצולי שואה (ילידי ארצות אירופה תחת הכיבוש הנאצי, נולדו לפני 1945, עלו לארץ אחרי 1945, שהיו בחיים בשנת 2000) וקבוצת השוואה: (1) מבוטחי כללית שנולדו בארצות אירופה/אמריקה שלא היו תחת כיבוש נאצי, והיו בחיים בשנת 2000; (2) מבוטחי כללית שנולדו בארצות אירופה/אמריקה שהיו תחת הכיבוש הנאצי, אך עלו לפני 1939, והיו בחיים בשנת 2000. נערך מעקב עד שנת 2015. היארעות מחלות ממאירות הושוותה בין הקבוצות בניתוח חד-משתני ורב-משתני (רגרסיה פואסוניית, תוך תקנון לגיל, עישון, השמנה, סוכרת וסוג יישוב, בנפרד עבור גברים ונשים).

**ממצאים:** המחקר כלל 294,543 ניצולי שואה (גיל ממוצע בתחילת המעקב:  $74 \pm 9$ , 43% גברים, 2.2 מיליון שנות אדם במעקב) ו-55,340 משתתפים בקבוצת השוואה (456,000 שנות אדם במעקב). שיעור היארעות של סרטן המעי הגס בקרב ניצולי שואה היה 4.41 ל-1,000 שנות אדם במעקב בהשוואה ל-3.15 במשתתפים שאינם ניצולי שואה. השיעורים המקבילים עבור סרטן ריאות היו 2.19 ו-1.35, בהתאמה, עבור סרטן שלפוחית - 2.02 ו-1.35, ועבור מלנומה - 1.64 ו-1.37, עבור סרטן ערמונית 2.69 לעומת 1.76, ועבור סרטן שד בנשים - 3.27 לעומת 2.72, בהתאמה. בניתוח רב משתני, הסיכון היחסי לגברים ולנשים עבור סרטן המעי הגס היה 1.86 ו-1.33, עבור סרטן ריאה - 1.91 ו-1.30, עבור סרטן שלפוחית 1.58 ו-1.36, ו-1.25 ו-1.24 עבור מלנומה, בהתאמה. עבור סרטן ערמונית הסיכון היה 1.43 ואילו עבור סרטן שד בנשים - 1.25.

**מסקנות והמלצות:** נמצאה היארעות גבוהה של מחלות ממאירות בקרב ניצולי שואה החיים בישראל. סיכון מוגבר זה נותר מובהק בניתוח רב משתני, והקשרים היו חזקים יותר בקרב גברים.

## דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש: סקר צרכנים

דפנה הרן, דניז נאון

מכון מאירס-גזינט-ברוקדייל

**רקע:** ביולי 2015 הושקה הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש (ברה"נ), שהעבירה את האחריות על הספקת שירותי ברה"נ האשפוזיים והמרפאתיים ממשד הבריאות לקופות החולים. אוכלוסיית יעד מרכזית של הרפורמה היא המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות, שבשל מצבם הנפשי מקבלים מן הביטוח לאומי קצבת נכות כללית (נכי נפש). מדובר בכ-75,000 איש, אשר לשליש מהם סעיף נכות נוסף המזכה אותם בקצבה (בעלי ריבוי ליקויים). לנכי הנפש צרכים מגוונים ומורכבים, ולכן הם זקוקים לשירותים רבים ומתואמים.

**מטרות:** מיפוי וניתוח של היקף השימוש, דפוסי הצריכה וחוויית המטופל של נכי הנפש בשירותי ברה"נ - אשפוז פסיכיאטרי, שיקום פסיכיאטרי (סל שיקום) וטיפול נפשי בקהילה - בראשית הטמעת הרפורמה. בחינת הגורמים שמקדמים/מעכבים את השימוש בשירותים, תוך אבחנה בין גורמים ברמת הפרט (כגון מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מצב רפואי וידע ואמונות בתחום ברה"נ) לבין גורמים ברמת המערכת (זמינות השירותים, נגישותם ותיאום טיפול).

**שיטות:** סקר טלפוני שנערך בין דצמבר 2015-אפריל 2016 בקרב 350 נכי נפש, שהם מדגם מייצג של אוכלוסיית היעד. הנתונים נותחו בקרב כלל נכי הנפש, וכן בנפרד - בקרב בעלי ליקוי נפשי בלבד ובקרב בעלי ריבוי ליקויים.

**ממצאים:** מתוך כלל נכי הנפש, 90% קיבלו טיפול נפשי בקהילה בשנה שקדמה למועד הסקר, 30% אושפזו במחלקה פסיכיאטרית בחמש השנים שקדמו לו, ו-32% קיבלו במועד הסקר שירותי שיקום פסיכיאטרי (אף שהזכאות להם מוקנית לכלל נכי הנפש המוכרים בביטוח הלאומי). בעלי ריבוי ליקויים השתמשו פחות בכל אחד מסוגי השירותים מאשר בעלי ליקוי נפשי בלבד, אף שחומרת המוגבלות הנפשית של הנמנים עם שתי הקבוצות דומה. עם החסמים העיקריים לשימוש בשירותים, בפרט בשירותי סל שיקום, נמנים: חוסר נגישות למידע על דרכי הגישה לשירותים; קשיים במיצוי הזכויות ובהתמצאות במערכת השירותים המפוצלת; ותיאום טיפול לוקה בחסר.

**מסקנות והמלצות:** הנגשת המידע בנוגע למגוון שירותי ברה"נ והממשקים ביניהם; הרחבת השירותים הטיפוליים והשיקומיים במערך האמבולטורי, לרבות פעולות יישום לסל שיקום; גיבוש מנגנון תיאום אפקטיבי בין משרד הבריאות למשרד הרווחה להספקת מענים הולמים לבעלי ריבוי ליקויים; פיתוח התשתיות הארגוניות והמקצועיות הנדרשות בקופות החולים, המרכזות כיום את מכלול השירותים בברה"נ.

## מהכיתה למרפאה, מעקב ארוך טווח אחרי בוגרי ההכשרות לתפקיד מחנך לסוכרת

קרן הרשקופ, דניאלה פיריאן, איתמר רז, אורלי טמיר

מיזם עוצמה, די-קיור

**רקע:** מחנך לסוכרת הוא איש ממקצועות הבריאות שמטרתו לסייע למטופל לנהל את מחלת הסוכרת ולהביא לשיפור במדדי איזון ובאיכות חיי. בשנתיים האחרונות נערכות הכשרות במסגרת אגף ההדרכה של משרד הבריאות עבור אנשי מקצועות הבריאות לתפקיד של מחנך לסוכרת. ההכשרה המתקדמת הינה בת כ-22 שעות, מיועדת לאנשי מקצועות הבריאות עם ותק טיפולי של לפחות שנתיים ואשר עברו הכשרה מקדימה בתחום הסוכרת. הכשרה זו עוסקת ברכישת כלים ומיומנויות בתחום החינוך הטיפולי ומשלבת התמודדות עם פערים על רקע תרבותי, לשוני וחברתי.

**מטרות:** לבחון את ההתאמה בין התכנים הנלמדים בקורס לבין צרכי העבודה בשטח. ולהעריך את מידת החשיבות של מתן כלים לחינוך טיפולי בסוכרת לצוות המטפל.

**שיטות:** בוצע סקר טלפוני בקרב בוגרי ההכשרות. הנושאים העיקריים שנשאלו בסקר: 1. שביעות רצון ממשך ההכשרה. 2. רלוונטיות ההכשרה לעבודה היומיומית. 3. חשיבות הכשרה בתחום החינוך הטיפולי לצוות המטפל בסוכרת.

**ממצאים:** התקיימו שלושה מחזורים של הכשרה לתפקיד מחנך לסוכרת בהם השתתפו 107 אנשי מקצועות הבריאות. בסקר הטלפוני השתתפו 48/107 (45%) מתוכם 6% רופאים, 58% אחיות, 33% דיאטנים, 2% עובדים סוציאליים. הסקר נערך 12-24 חודשים מתום ההכשרה. כמחצית מהנשאלים (45%) חשבו שהיה צורך בהכשרה ארוכה יותר. 81% מבין הנשאלים הרגישו שההכשרה תורמת להם בעבודה היומיומית. כל הנשאלים (100%) חשבו שהכשרה בתחום החינוך הטיפולי חשובה מאד למטפלים בתחום הסוכרת. התחומים בהם הם הציעו להרחיב את הקורס היו תרגול תיאורי מקרה מהמרפאה וחיידוד עבודת הצוות.

**מסקנות והמלצות:** קיימת חשיבות רבה לקיים הכשרות בנושא החינוך הטיפולי בקרב אנשי המקצוע המטפלים בסוכרת. ישנו ערך מוסף לקיים את ההכשרה בהרכב של צוותים רב-מקצועיים. הצוותים המטפלים מרגישים שהם צריכים העשרה בעיקר בהיבט המעשי וממליצים להעשיר את ההכשרה בתרגול ובתיאורי מקרה מתוך העבודה היומיומית. אנו ממליצים לשלב את ההכשרות הללו כחלק בלתי נפרד מההכשרה של הצוותים המטפלים באנשים עם סוכרת.

## איזון סוכרת ובריאות הנפש: ממצאים מהתוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה

יעל וולף שגיא<sup>1</sup>, אורה פלטיאל<sup>1</sup>, אריה בן יהודה<sup>2</sup>, רונית קלדרון<sup>1</sup>

1. האוניברסיטה העברית-הדסה

2. מרכז רפואי בית חולים הדסה, האוניברסיטה העברית

**רקע:** מחלות נפש קשות (SMI) Severe Mental Illness) הכוללות סיכוזופרניה, הפרעה פסיכואפקטיבית והפרעה ב-פולרית, וכן הטיפול התרופתי הכרוך בהן, מגבירות במידה ניכרת את הסיכון לסוכרת (עד פי 3). לאור רגישותה של אוכלוסייה זו ישנה חשיבות מיוחדת לבחינת איכות הטיפול בה, ובכלל זה איזון סוכרת.

**מטרות:** לאמוד את שיעור הסוכרתיים שמחלתם מאוזנת, בקרב בני 18 ומעלה עם SMI בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בישראל, תוך בחינת פערים על פי מצב כלכלי-חברתי, גיל ומין.

**שיטות:** מידע התקבל מהתוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה (2016) על סמך מאגרי הנתונים הממוחשבים של קופות החולים. בקרב סוכרתיים עם וללא SMI, בני 18 ומעלה, נבחנו: שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c (אחת לשנה לפחות), שיעור המאוזנים (ערך היעד כתלות בגיל ובותק המחלה), ושיעור הבלתי-מאוזנים ( $HbA1c > 9\%$ ). מצב כלכלי-חברתי הוגדר על פי ציון האשכול הגיאוגרפי-סטטיסטי של כתובת המגורים וחולק לארבע קבוצות מנמוך (1) לגבוה (4).

**ממצאים:** שיעור ההימצאות של סוכרת במבוגרים עם SMI (14.5%) גבוה במידה ניכרת מהשיעור באוכלוסייה הכללית (9.7%). שיעור הביצוע של בדיקת HbA1c היה דומה באנשים עם SMI (87.9%) בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (89.7%). שיעור הסוכרתיים שמחלתם מאוזנת היה אף הוא דומה בשתי האוכלוסיות ועמד על כ-70%. בשתייהן ניכרה עלייה קלה הן בשיעורי הביצוע, הן בשיעור המאוזנים עם עלייה בגיל ועם עלייה במצב הכלכלי-חברתי, וכן נצפו שיעורים גבוהים יותר בקרב נשים.

שיעור הסוכרתיים שמחלתם איננה מאוזנת ( $HbA1c > 9\%$ ) גבוה יותר באנשים עם SMI (11.7%) בהשוואה לאוכלוסיית הסוכרתיים הכללית (10.4%). בשתי האוכלוסיות נצפה קשר חזק בין מצב כלכלי-חברתי נמוך לבין אי-איזון סוכרת. אולם, הפער בין קבוצת המצב הכלכלי-חברתי הנמוך ביותר (1) לקבוצת המצב הגבוה (4) היה מתון יותר בקרב אנשים עם SMI (פי 1.7) בהשוואה לפער זה באוכלוסייה הכללית (פי 3.1).

**מסקנות והמלצות:** מנתונים אלה נראה כי סוכרתיים עם SMI בישראל מקבלים טיפול הולם למחלת הסוכרת, לעומת המדווח בספרות העולמית. כמו כן, פערים במצב כלכלי-חברתי אינם מהווים חסם משמעותי יותר לטיפול, בהשוואה לכלל הסוכרתיים. לאור ההימצאות הגבוהה של סוכרת עולה שאלה באשר לצורך לביצוע סיקור באוכלוסייה זו.

## מדיניות האבחון והטיפול באנדומטריוזיס: היבטים אפידמיולוגיים

קלרה וייל, גבריאל חודיק, ורדה שלו, ורד אייזנברג

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** ההמצאות של אנדומטריוזיס בנשים בגיל-הפוריות לפי אומדנים קליניים היא 5-10%, אולם בפועל, רק כ-0.8-1.5% מהנשים בגיל זה אכן מאובחנות. נשים עשויות להמתין 10 שנים עד האבחון, והסימפטומים המלווים אנדומטריוזיס גורמים לסבל משמעותי לאישה ונטל בשימוש במשאבי בריאות.

**מטרות:** לתאר את האפידמיולוגיה של אנדומטריוזיס ונטל המחלה בקהילה, בדגש על נשים צעירות.

**שיטות:** באמצעות בסיס הנתונים של מכבי שירותי בריאות, בוצע מחקר תצפיתי רטרוספקטיבי. אנדומטריוזיס הוגדר על פי קודי ICD-9. שיעור הימצאות נכון ל-31.12.2015 ושיעור היארעות ממוצע 2000-2015 חושבו בקרב כלל מבוטחות מכבי בגילאים 15-55. לצורך השוואת המאפיינים של נשים עם אנדומטריוזיס נכון לסוף 2015 נבחרה קבוצת ביקורת של נשים ללא אבחנה של אנדומטריוזיס שזווגו על פי גיל ואזור מגורים ביחס של 1:4. בקרב קבוצת הגיל 15-24, הושוו הנתונים אודות: מספר ביקורים אצל רופא, שימוש בגלולות למניעת הריון, תרופות לשיכוך כאב, ותרופות נוגדות דיכאון בשנת 2015.

**ממצאים:** שיעור ההימצאות היה 10.8 ל-1,000 נשים (6,146 נשים עם אנדומטריוזיס, גיל ממוצע 40.4). שיעור ההיארעות היה 7.2 ל-1,000 נשים לשנה (גיל ממוצע בעת האבחון 34.0). שיעור ההימצאות בקבוצת הגיל 15-24 היה 1.6 ל-1,000 נשים. בקבוצת הגיל הצעירה ביותר (15-19), נמצא הבדל מובהק ( $P < 0.05$ ) בין נשים עם אנדומטריוזיס לבין קבוצת הביקורת, במאפיינים הבאים: ביקור אצל רופא נשים (58% לעומת 14%), רופא משפחה (77% לעומת 46%), ושימוש בגלולה למניעת הריון (84% לעומת 57%). בקרב קבוצת הגיל 15-24, שימוש בתרופות לשיכוך כאב היה גבוה יותר בקרב נשים עם אנדומטריוזיס לעומת אלו בקבוצת ביקורת, במיוחד בקבוצת הגיל 15-19 (19% לעומת 4%). בנוסף, בקבוצת הגיל 20-24, שימוש בתרופות נוגדות דיכאון היה גבוה יותר בקרב נשים עם אנדומטריוזיס לעומת אלו בקבוצת ביקורת (8% לעומת 4%).

**מסקנות והמלצות:** תוצאות אלו מצביעות על נטל משמעותי של אנדומטריוזיס בקרב נשים בישראל, בדומה לנתונים מאירופה. החל מגיל צעיר אנדומטריוזיס מוביל לשימוש גבוה יותר בשירותי בריאות. תוצאות אלו מדגישות את הצורך להעלות את המודעות לאנדומטריוזיס בקרב רופאים ראשוניים בקהילה ולקדם אבחון וטיפול מוקדם יותר.



## פרדוקס ההשמנה בקרב חולי סוכרת מסוג 2: האם אכן השמנת-יתר משמעותה פרוגנוזה גרועה יותר?

שלמה וינקר<sup>1</sup>, ג'ודית פרוס<sup>2</sup>, אמנון להד<sup>3</sup>, דורון קומנשטר<sup>3</sup>, ארנון כהן<sup>3</sup>

1. אוניברסיטת תל-אביב

2. בית חולים בילינסון

3. שירותי בריאות כללית

**רקע:** מומלץ לחולי סוכרת מסוג 2 בעודף-משקל לרדת במשקל. הקשר בין משקל לבין מדדי איזון, תחלואה ותמותה בחולים אלו אינו מבוסס דיו. לאחרונה תואר קשר הפוך בין BMI לבין תחלואה ותמותה במחלות קרדיווסקולאריות, תופעה המכונה "פרדוקס השמנה".

**מטרות:** לבדוק קיום פרדוקס השמנה בהקשר לאיכות איזון, לתחלואה ולתמותה בקרב חולי סוכרת בישראל; לאפיין את הקשר בין BMI לבין הגעה לערכי מטרה באיזון סוכרת, להיארעות מחלת לב איסכמית, היארעות תחלואה כלייתית חמורה והיארעות תמותה מכל-גורם.

**שיטות:** עוקבה רטרוספקטיבית של כלל חולי הסוכרת מסוג 2 ב"כללית" בגיל 45 ומעלה. לא נכללו מטופלים הסובלים מממאירות או מחלה קרדיווסקולארית טרם כניסה למחקר. נכללו 102,063 חולים שסווגו לחמש קטגוריות BMI. המעקב היה 7 שנים או עד פטירה. התוצאים שנבדקו: הגעה לערכי המטרה במדדי איזון (HbA1c, לחץ-דם ו-LDL-cholesterol), היארעות מחלת לב איסכמית, מחלת כליות קשה ותמותה מכל-גורם. עיבוד סטטיסטי לתוצאות נעשה באמצעות הגרסיה לוגיסטית ו-Cox proportional hazard regression.

**ממצאים:** לא נמצא קשר בין BMI להגעה ל- $HbA1c \leq 7\%$ . עלייה ב-BMI קשורה לאיזון LDL-cholesterol. נמצא קשר הפוך בין BMI לבין איזון לחץ-דם. בהשוואה לחולים בעלי BMI תקין, היארעות מחלת לב איסכמית היתה 1.161 Hazard ratio (HR) עבור BMI 25.00-29.99, 1.281 עבור BMI 30.00-34.99, עבור BMI 35.00-39.99, ו-1.246 עבור BMI 40 ומעלה. התוצאות מובהקות. בהשוואה לחולי סוכרת בעלי BMI תקין, היארעות מחלת כליות קשה גבוהה יותר באופן מובהק רק בקרב BMI 40 ומעלה; OR 1.402. 7.8% מהחולים נפטרו במהלך המעקב. בהשוואה לחולי סוכרת בעלי BMI תקין, הסיכון לתמותה היה HR 0.795 עבור BMI 25.00-29.99, עבור BMI 30.00-34.99 0.931, עבור BMI 35.00-39.99 1.403, עבור BMI 40 ומעלה. התוצאות מובהקות.

**מסקנות והמלצות:** נמצא קשר ישר בין עלייה ב-BMI לבין היארעות מחלת לב איסכמית. נמצא קשר בין BMI לבין היארעות מחלת כליות קשה רק ב-BMI גבוה מ-40. חולי סוכרת במשקל עודף נמצאו כבעלי סיכון מופחת לתמותה מכל גורם לעומת חולים בעלי BMI תקין. התוצאות תומכות בקיומו של פרדוקס ההשמנה בקרב חולי סוכרת מסוג 2 בישראל.

## חצי עבודה: בירור החסמים במערכת, במטפלים ובמטופלים לאי-ביצוע המשך בירור אחרי בדיקה חיובית לדם סמוי בצואה

ליאורה ולינסקי<sup>1</sup>, רויטל אזולאי<sup>1</sup>, עינת אלרון<sup>2</sup>, פביאן הרשקוביץ<sup>1</sup>

1. מאוחדת

2. מכבי שירותי בריאות

**רקע:** מעל 60% מאוכלוסיית ישראל בגיל 50-74 מבצעים בדיקת סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס באמצעות בדיקת דם סמוי בצואה או קולונוסקופיה. כשליש מאלה עם ממצא חיובי בבדיקת דם סמוי אינם מבצעים המשך בירור. על מנת שיהיה ערך לבדיקת הסקר חיוני לאתר ולפעול להסרת החסמים להמשך בירור. המחקר מומן על ידי המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות.

**מטרות:** לאפיין את החסמים ברמת המערכת, הרופאים והמטופלים והאינטראקציה ביניהם, שמשפיעים על המשך בירור אחרי ממצא חיובי בבדיקת דם סמוי בצואה במאוחדת ובמכבי.

**שיטות:** ביצענו מחקר mixed methods שכלל:

1. מחקר נתונים רטרוספקטיבי - ניתוח נתוני המשך בירור בקרב בני 50-74 בשתי הקופות בין השנים 2010-2015.
2. מחקר מקרה-ביקורת - סקר טלפוני בקרב מטופלים עם ממצא חיובי בבדיקה בשנת 2016, שביצעו ולא ביצעו המשך בירור אחרי ממצא חיובי.
3. מחקר איכותני - קבוצות מיקוד בקרב רופאי משפחה גסטרואנטרולוגים, וראיונות עומק לבכירים במערכת הבריאות.

### ממצאים:

- ❖ בקרב 45,281 מטופלים עם בדיקה חיובית בין 2010-2015, 33% לא ביצעו קולונוסקופיה תוך שנה. לא נמצא קשר בין המשך בירור למרחק או זמינות תור. קבוצות בסיכון גבוה משמעותית הם מטופלים עניים וערבים.
- ❖ נסקרו כ-750 מטופלים עם ממצא חיובי ב-2016. מצאנו ש-40% מהמשיבים חשבו שאין ממצא בבדיקה, ועוד 14% לא זכרו שעשו את הבדיקה או קיבלו תשובה. במודל רב-משתנים נמצא קשר מובהק בין הבנת הממצאים לבין ביצוע המשך בירור, ולא נמצא קשר עם גיל, מגדר, דתיות, מצב משפחתי או המקצוע של מוסר הערכה למטופל.
- ❖ הממצא העיקרי במחקר האיכותני הוא שהאחריות להמשך בירור אחרי בדיקת דם סמוי אינה ברורה בעיני הרופאים, ובקרב רופאי המשפחה יש חוסר מודעות לגבי היקף הבעיה.

**מסקנות והמלצות:** בניגוד לחלק מהציפיות, נגישות וזמינות אינם משחקים תפקיד משמעותי בחסמים לביצוע קולונוסקופיה. לעומת זאת, חלק גדול מהמטופלים לא הבינו את משמעות הבדיקה ותוצאותיה. בנוסף, נושא המשך הבירור "נופל בין הכיסאות" מבחינת הרופאים. חיוני להתייחס לסוגיות אלו, ולפעול לשיפור האוריינות הבריאותית בקרב מטופלים, וניהול הרצף הטיפולי ברמת הארגון.

## התחלה בריאה

עידית ורד, מלי קושא, בני חן, רויטל אורדן, אלה גולדשמידט

מאוחדת

**רקע:** במאוחדת קרוב ל-30,000 לידות לשנה, מתוכן 8,000 לידות ראשונות. עלה הצורך בבניית מעטפת שירותית ייעודית לאוכלוסייה ייחודית זו.

**מטרות:** שירות איכותי ומקצועי לנשים לקראת ההיריון, במהלך ההיריון ומשלב לידה. שיפור חווית הנשים ושיעור הרצון שלהן ושל הצוותים המטפלים.

### שיטות:

- ❖ סיעור מוחות עם צוות רב מקצועי שכלל, נציגי הנהלה, גינקולוגים, אחיות טיפת חלב, יועצות הנקה, לקוחות, אחיות מחוזיות לגיבוש תוכנית התערבות לליוי הנשים במהלך ההיריון ולאחר הלידה.
- ❖ ייזום, בנייה ויישום תוכנית "התחלה בריאה" הכוללת: מידע גנטי, שירות אחות ליווי היריון, שיחת טלפון יזומה מאחות לאחר הלידה וביקור אחות בבית היולדת.
- ❖ ייזום בנייה ויישום תוכנית הכשרה אינטראקטיבית לאחיות לתוכנית "התחלה בריאה".
- ❖ גיבוש נהלים והנחיות מקצועיות להתחלה בריאה והטמעתם כולן שאלון אדינבורג לאומדן דיכאון.
- ❖ פרסום ושיווק השירות בקרב הצוותים בקופה וללקוחות.
- ❖ פריסה ארצית והפעלת השירות תוך מעקב ובקרה.
- ❖ איתור יולדות מכלל בתיה"ח וביצוע שיחה יזומה הממוקדת ביולדת ובילוד.
- ❖ ביקור בית מתואם עם היולדות תוך מיקוד המפגש לצרכים של היולדת והילוד כשהקו המנחה את האחות: מתן מענה מקצועי, מדויק ומותאם אישית ליולדת בתקופה רגישה ומיוחדת זו של משלב לידה.
- ❖ מעקב אחר היעדים.

### ממצאים:

- ❖ 138 אחיות הוכשרו בקורס ייעודי לליוי היריון ומדריכות הנקה.
- ❖ השירות ניתן 160 מרפאות.
- ❖ עלייה של 100% במספר הנשים במעקב ליווי היריון מרבעון לרבעון.
- ❖ עלייה של 120% במספר שיחות יזומות.
- ❖ עלייה של 130% במספר ביקורי הבית לאחר לידה.
- ❖ עלייה של 100% בביצוע אומדן דיכאון (94% מכלל הנשים שילדו ב-2017 ביצעו, ואותרו כ-13%).
- ❖ שביעות רצון גבוהה של הנשים מהמעטפת השירותית, ציון 9.6 מתוך 10 משירות התחלה בריאה.
- ❖ כל הצוותים המטפלים הביעו שביעות רצון גבוהה מתוכנית התחלה בריאה.

**מסקנות והמלצות:** פוקוס ניהולי וחשיבה יצירתית עם צוותים רב מקצועיים המותאמים לצרכים של הנשים הניבו פרי.

## ניהול אפקטיבי של רצף טיפולי מול הקהילה כמקדם איכות כלכלית ומניעת אשפוז עודף

מונירה חמדאן, מוחמד עבד אלרחמאן, גילה בן דוד, אורי שואבי, הגר וקסלר

מאוחדת

**רקע:** קידום רצף טיפול, והפניית שירותי בריאות לקהילה משפר איכות הטיפול הרפואי ומונע אשפוז עודף, מוקד מטיב במאוחדת הכולל רכז, אחות, עובדת סוציאלית, יועצים ורכזי תחומים, מהווה חוליה מקשרת בין מערך האשפוז והקהילה ומנהל רצף טיפול מטיב.

**מטרה:** הבטחת רצף טיפולי מושלם בתהליך העברת המטופלים מאשפוז להמשך טיפול בקהילה.

**מטרות ביניים:** פיתוח כלי עבודה להעברת המידע בין הגורמים המטפלים, קבלת הפניות ממערך האשפוז ומהקהילה, מנהל טיפול בפנייה, תיאום וקישור בין הגורמים המטפלים השונים, וביצוע מעקב ובקרה אחרי יישום.

### שיטות:

1. תכנון שחרור ובניית תוכנית טיפול.
  2. ישיבות בבתי חולים להתאמת שחרורים מורכבים.
  3. העברה לגורמים המטפלים וידוע טלפוני.
  4. העברת אחריות המעקב למנהל הישיר.
  5. בקרה אחרי ביצוע.
- ניהול העברת המידע לגורמים המטפלים השונים:
- ❖ אשפוז בית: הפניות למתן טיפול רפואי כתחליף לאשפוז.
  - ❖ המרפאה הראשונית: הפניות במצב סיעודי/ עצמאי הזקוקים למעקב.
  - ❖ מוסדות: הפניה בהתאם לסטאטוס טיפולי, למוסד ייעודי.
  - ❖ ציוד רפואי ותרופות: לטיפול ספקים בהתאם.

### ממצאים:

1. מתקבלות מדי חודש כ-1,000 פניות למוקד, רשומות כ-700. הכפלת מספר הפניות תוך חצי שנה.
2. ההפניות מתקבלות 30% מאשפוז, 20% מקהילה, 10% ממוסדות, 20% מספקים חיצוניים, ו-20% מהיחידות.
3. שליטה בניתוב לאשפוז בית ולטיפולי בית עד 5/2017 - כ-800 מקרים לעומת 550 ב-2016 ו-330 ב-2015.
4. ירידה דרסטית באשפוז המוסדי לטובת אשפוז בבית ירידה של 30% בשיקום, 50% בסיעודי מורכב, 50% במונשמים, 70% בסטאטוס תת חריף וצמצום האשפוז בהוספיס למספרים בודדים.

### מסקנות והמלצות:

עבודת מטיב הביאה לייעול תהליך העברת המידע בין המטפלים השונים, ניהול נאות של הרצף הטיפולי, הפחתה באשפוז המוסדי לטובת אשפוז בית וצמצום עלויות. עבודה יעילה ושיטתית, שיתוף פעולה בין המטפלים השונים הגביר את היכולת למעקב אחרי המשוחררים ברמות הטיפול השונות ובכך גרם לשיפור איכות הטיפול הרפואי.

## גורמי סיכון למחלת-לב איסכמית: פערים לפי מצב חברתי-כלכלי, מין וגיל ממצאים מהתוכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה בשנת 2016

אלעד חרץ, רונית קלדרון, יעל וולף-שגיא, אורלי מנור

האוניברסיטה העברית בירושלים

**רקע:** השמנת יתר ( $BMI \geq 30$  ק"ג/מ"ר), עישון ורמת LDL-כולסטרול גבוהה הינם גורמי סיכון עיקריים למחלת לב איסכמית, הניתנים לשינוי על-ידי אורח חיים בריא. זיהוי פערים בגורמי הסיכון על רקע חברתי-כלכלי ומגדרי, חשוב לצורך הנעת תהליכי שיפור וצמצום הפערים.

**מטרות:** לאמוד את הפערים בשיעורי העישון, השמנת היתר ואיזון LDL-כולסטרול באוכלוסייה הבוגרת בישראל, על-פי מצב חברתי-כלכלי, מין וגיל.

**שיטות:** מידע התקבל מהתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה על-סמך הנתונים הממוחשבים של קופות החולים. נבחנו: שיעור העישון בקרב בני 16-74, שיעור ההימצאות של השמנת יתר בקרב בני 20-64, ושיעור העמידה ביעד LDL (לפי קבוצות סיכון: גבוה  $\geq 100$  מ"ג/ד"ל, בינוני  $\geq 130$  מ"ג/ד"ל, נמוך  $\geq 160$  מ"ג/ד"ל) בקרב בני 35-74. מצב חברתי-כלכלי הוגדר על-פי ציון האשכול הגיאוגרפי-סטטיסטי של כתובת המגורים, וחולק לארבע קבוצות מנמוך (1) לגבוה (4).

**ממצאים:** שיעור ההימצאות של השמנת יתר בבני 20-64 היה 22.9%. השיעור בנשים (23.8%) היה גבוה בהשוואה לגברים (21.9%). השיעור בבני 64-55 (31.5%) היה הגבוה ביותר. הפער החברתי-כלכלי נצפה בעיקר בנשים, עם שיעור גבוה פי 2.4 (לעומת פי 1.5 בגברים) בקבוצה 1 (33.7%) בהשוואה לקבוצה 4 (14.0%). נשים בנות 64-55 מקבוצה 1 הינן בעלות הסיכון המרבי (53.0%).

שיעור העישון בבני 16-74 היה 19.2%. השיעור בגברים (26.9%) היה גבוה בהשוואה לנשים (12.4%), כשהפער בין המינים גדל עם ירידה במעמד החברתי-כלכלי (פי 1.4 בקבוצה 4 לעומת פי 5.8 בקבוצה 1). הפער החברתי-כלכלי בשיעורי העישון נצפה רק בגברים, עם שיעור גבוה פי 2.1 בקבוצה 1 (33.7%) לעומת קבוצה 4 (16.0%). גברים בני 45-54 מקבוצה 1 הינם בעלי שיעורי העישון הגבוהים ביותר (41.9%).

שיעור העמידה ביעד LDL לפי קבוצת סיכון למחלות לב בבני 35-74 היה 83.3%. השיעור היה גבוה יותר בנשים (86.2%) בהשוואה לגברים (79.4%). השיעור בבני 64-55 (78.9%) היה הנמוך ביותר. לא נצפו פערים בין השכבות החברתיות-כלכליות השונות, אולם גברים בני 64-55 מקבוצה 1 הינם בעלי הסיכון המרבי (76.2%).

**מסקנות והמלצות:** נמצאו פערים לפי מצב חברתי-כלכלי, מין וגיל בהימצאות השמנת יתר ועישון, המאפשרים מיקוד התערבותי באוכלוסיות המצויות בסיכון-יתר.

## השלכות חברתיות וכלכליות של תוכנית החיסון נגד שיתוק ילדים בישראל

אביעד טור-סיני<sup>1</sup>, נדב דוידוביץ<sup>2</sup>, ערן קופל<sup>3</sup>, יעל גלזר<sup>3</sup>, איתמר גרוטו<sup>3</sup>

1. המכללה האקדמית עמק יזרעאל

2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

3. משרד הבריאות

**רקע:** ביולי 2013 שטף גל פחד את ישראל בדבר אפשרות התפרצות מגפת פוליו. בתגובה, הוחלט במשרד הבריאות לנקוט בפעולת מנע תוך מתן חיסון OPV לכל ילד שנולד אחרי הראשון בינואר 2004 אשר קיבל לפחות מנה אחת של החיסון המומת (IPV) בעבר.

**מטרות:** לתאר את תכונות תהליך החיסון במהלך תקופת המחקר, לתאר את תכונות תוכנית החיסון, לבחון האם קיימת שונות בתהליך החיסון בין קבוצות שונות בחברה הישראלית לפי המעמד הסוציו-כלכלי שלהן ולאפיין האם הגורמים הקובעים את מאפייני תהליך החיסון משתנים בין קבוצות שונות בחברה.

**שיטות:** המחקר מתבסס על נתונים שנאספו מתוך רישומים זמינים במשרד הבריאות. אוכלוסיית המחקר מורכבת מתינוקות וילדים בעלי מעמד תושב שהיו זכאים לחיסון OPV בין אוגוסט לדצמבר 2013. בנוסף נעשה שימוש במידע השוואתי על תינוקות וילדים בארץ שהוכרו כזכאים לחיסון 3-IPV בין אוגוסט לדצמבר 2012.

**ממצאים:** ככל שהרמה הסוציו-כלכלית של האזור שבו נמצאת תחנת טיפת חלב גבוהה יותר, כך שיעור החיסון ה-OPV נמוך יותר. ככל שמידת אי-השוויון הכלכלי באזור בו נמצאת התחנה עולה, כך יורד שיעור חיסון ה-OPV. לא נמצא כל הבדל בתהליך חיסון ה-IPV בין אזורים בעלי מדד חברתי-כלכלי נמוך לאזורים בעלי מדד גבוה; בחיסון OPV, לעומת זאת, נמצא כי שיעור החיסון באזורים בעלי מדדים סוציו-כלכליים נמוכים יותר עלה באופן מובהק על שיעור החיסון באזורים בעלי מדדי גבוה, לכל אורך תקופת המחקר. לא נמצא הבדל בשיעור חיסון IPV בין תחנות טיפת חלב הנמצאות באזורים בעל שיעור נמוך של אי-שוויון כלכלי לעומת אלה הנמצאות באזורים בעלי שיעור גבוה. בהתייחס לחיסון OPV, לעומת זאת, נמצא הבדל מובהק בתהליך ההתחסנות בתחנות טיפת חלב ביישובים בעלי דרגה נמוכה בסולם אי-השוויון הכלכלי לבין אלה הנמצאות ביישובים בעלי מדדי אי-שוויון כלכלי גבוהים, לטובת הקבוצה הראשונה.

**מסקנות והמלצות:** על קובעי המדיניות במערכת הבריאות לבנות מערכת מתמשכת ומקיפה של חיסונים וטיפולים לאורך כל השנה ולא בנקודת זמן מוגדרת. קיימת חשיבות לשאלה של פערים כלכליים ומיגורם לצורך קביעת מדיניות בריאות, וזאת על מנת לחזק את הנטייה לחיסון תינוקות ולהבטיח את בריאותם בעתיד.

## דפוסי ההפניה למיון פסיכיאטרי בבית חולים כללי על ידי רופאי משפחה

עינת טילבור, אפנאן שויקי, עומר בונה, שיקמה קלר

מרכז רפואי הדסה, האוניברסיטה העברית בירושלים

**רקע:** מספר הפונים להערכה פסיכיאטרית דחופה מהווה כעשירית ממספר הפונים הכולל לחדר המיון בבית חולים כללי. ללא אינדיקציה ספציפית, הגעתו של מטופל פסיכיאטרי לחדר המיון בבית חולים כללי לעיתים אינה מועילה ואף עלולה להחמיר את מצבו. בנוסף, פניות שאינן מוצדקות לחדר המיון מהוות עומס כלכלי על מערכת הבריאות. פעמים רבות, רופא המשפחה הינו הגורם הראשון שנתקל בבעיות שחשודות כפסיכיאטריות ונדרש לבצע הפניות מושכלות לגורם מקצועי שיוכל לעזור למטופל.

**מטרות:** לאפיין את דפוסי הפניות למיון הפסיכיאטרי בבית חולים כללי, בדגש על הפניות שנעשו על ידי רופאי משפחה.

**שיטות:** במחקר רטרוספקטיבי נאספו נתונים מכלל הפניות למיון הפסיכיאטרי בבית חולים הדסה עין-כרם במהלך שנה קלנדרית בתקופה שבין 1.10.2015 ל-30.9.2016.

**ממצאים:** במחקר נמצא קשר מובהק בין הפניה על ידי רופא המשפחה לבין היום בשבוע - כאשר בימים ראשון, שלישי וחמישי הפנו רופאי המשפחה למיון מספר מטופלים גדול עד פי 5.4 מבשאר ימי השבוע. ל-58.78% מהמטופלים שהופנו, היה רקע פסיכיאטרי מתועד. 32.7% מהם, הופנו בתלונה על מחשבות אובדניות, דיכאון, פגיעה עצמית או ניסיון אובדני. 20.5% מהפונים נשלחו לאשפוז פסיכיאטרי או גופני לאחר הבדיקה במיון. 48.2% נבדקו והופנו להמשך מעקב וטיפול בקהילה בעוד 30.9% שוחררו בלא צורך בהמשך מעקב.

**מסקנות והמלצות:** רק מיעוט המטופלים שנשלחו לחדר המיון הפסיכיאטרי על ידי רופא המשפחה נשלחו לאשפוז. מרבית הפניות ביוזמת רופאי המשפחה נעשו בימים ראשון, שלישי וחמישי. ייתכן ומתן מענה פסיכיאטרי מידי בתוך קופות החולים, במיוחד בימים הללו, יפחית את מספר הפניות לחדר המיון הפסיכיאטרי בבית חולים כללי ובכך יפחית הוצאות לגורם המבטח וישפר את השירות למטופל.

## שימוש בנוגדי קרישה פומיים ישירים (DOACs) לעומת וורפרין בחולי פרפור פרודורים ללא בעיה מסתמית קשור להפחתה משמעותית בתמותה

אריאל ישראל<sup>1</sup>, יאיר שוורץ<sup>2</sup>, אופירה סלומון<sup>2,3</sup>, יחזקאל סיד<sup>2,3</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. המרכז הרפואי שיבא

3. אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** חולים הסובלים מפרפור פרודורים נמצאים בסיכון מוגבר לפתח אירועים תרומבו-אמבוליים, ובמיוחד שבץ מוחי. על כן, מצב זה מצריך טיפול בנוגדי קרישה. בשנים האחרונות, נעשה שימוש הולך וגובר בנוגדי קרישה פומיים ישירים (DOACs), כאלטרנטיבה לטיפול בוורפרין (קומדין). קיימות עדויות מניסויים קליניים מבוקרים ששימוש ב-DOACs מפחית תמותה לעומת וורפרין, אך חסר מידע לגבי השימוש בעולם האמיתי.

**מטרות:** לבחון את היעילות והבטיחות של DOACs לעומת וורפרין אצל חולים בעולם האמיתי, על ידי השוואת אירועי תמותה, שבץ מוחי (CVA), דמם באופן כללי, ודמם ממערכת העיכול בשתי הקבוצות.

**שיטות:** בנינו קוהורט רטרוספקטיבי רציף של כל החולים שאושפזו עם פרפור פרודורים בין השנים 2011 ו-2016 במרכז הרפואי שיבא בתל השומר, ואשר קיבלו טיפול בוורפרין או ב-DOACs. הוצאו מהקוהורט כל החולים אשר סבלו בהווה או בעבר מאורע תרומבואמבולי ורידי (VTE), מהפרעה מסתמית, אשר עברו החלפת מסתם, או סבלו מממאירות. התוצא הראשוני היה תמותה, על פי רישומי מרשם האוכלוסין. תוצאים משניים היו רישום אבחנות של שבץ או דמם באשפוז לאחר צירוף החולה לקוהורט. בעזרת עקומות קפלן-מאיר, ומודל COX רב-משתני השונו את התמותה, הופעת שבץ מוחי, וארועי דמם בין שתי הקבוצות, בלי ועם התאמה אחד-לאחד בשיטת propensity score matching. נבדקו גם תתי-קבוצות של כל אחת מתרופות ה-DOACs, בחולים מעל גיל 75, ובחולים עם אי-ספיקת כליות.

**ממצאים:** הקוהורט הסופי כלל 2,584 מטופלים אשר קיבלו נוגדי קרישה פומיים בשל פרפור או רפרוף פרודורים, מהם 1,445 (40%) טופלו עם DOACs והשאר בוורפרין. במהלך מעקב חציוני של 2.3 שנים, נרשמו 1,333 ארועי תמותה, 431 ארועי CVA, ו-626 ארועי דמם. בקוהורט המתואם אחד-לאחד, לא נצפה הבדל בנקודת הבסיס בין שתי הקבוצות הן בגיל, מין, משקל, אבחנות נלוות, ערכי CHADS ו-CHADS-VASC, ובדיקות מעבדה עיקריות. לעומת זאת, נצפתה הפחתה של כ-45% בתמותה (HR=0.55; p<0.01) אצל חולים שטופלו ב-DOACs, וגם הפחתה של ארועי דמם באופן כללי ודמם ממערכת העיכול.

**מסקנות והמלצות:** בעולם האמיתי, טיפול ב-DOACs מפחית תמותה באופן משמעותי לעומת טיפול וורפרין, ויש מקום להעדיף טיפול זה במידת האפשר.



## הטיות קוגניטיביות, סוגי מחלות וטיפול וקבלת החלטות בוועדת הסל

מתן כהן<sup>1</sup>, נדב מודס<sup>2</sup>, תם אקסלרוד<sup>1</sup>, אמנון להד<sup>1</sup>, אהוד קלינר<sup>3</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. האוניברסיטה העברית בירושלים

3. משרד הבריאות

**רקע:** הוועדה להרחבת סל הבריאות מתכנסת מידי שנה ומחליטה על הכנסת טכנולוגיות חדשות לסל שירותי הבריאות, בהתאם לתקציב שניתן לה.

**מטרות:** בעבודה זו ניסינו לבדד אם מאפייני מחלות להן מוצע טיפול או טכנולוגיה אבחנתית משפיעים על תיעדופן לסל הבריאות; בדקנו אם מחלות אונקולוגיות מועדפות על מחלות שאינן אונקולוגיות וכן את מידת ההעדפה לטכנולוגיות טיפוליות לעומת מניעתיות.

**שיטות:** במהלך המחקר חולקו 155 המשתתפים ל-16 קבוצות. כל משתתף קיבל חוברת שבה היה מידע על מספר תרופות ונדרש לדרג את התרופות לפי ראות עיניו כמתאימות להיכנס לסל התרופות. לאחר הדירוג האישי התקיים דיון בין חברי הקבוצה ולאחריו כל משתתף מילא פעם נוספת את דירוג התרופות שלו. כל אחת מהקבוצות קיבלה מאפיינים שונים של תרופות ומחלות אולם מאפיינים זהים לגבי האפידמיולוגיה, העלות וטיב ההוכחות של כל טכנולוגיה.

**ממצאים:** לא נמצא הבדל בולט בין העדפתן של טכנולוגיות לטיפול בסרטן לעומת מחלות שאינן סרטן ולא נמצא הבדל בולט בהעדפתן של טכנולוגיות טיפוליות לעומת מונעות. אולם, הייתה מגמת העדפה למחלות מסוג סרטן לעומת מחלות אחרות מבחינת הדירוג הממוצע של טיפולים למחלות אלו. נצפתה גם מגמת העדפה של טכנולוגיות טיפוליות לעומת טכנולוגיות מניעתיות. כמו כן נראה כי לדיון הקבוצתי הייתה השפעה של הקצנת המגמות אשר נראו לפני דיון.

**מסקנות והמלצות:** נראה כי יש לשם המחלה וסוג המחלה השפעה על בחירת הטכנולוגיה בסימולציה אשר ביצענו, זאת כאשר המאפיינים ה"עניינים" כמו אפידמיולוגיה, עלות/תועלת וכו' נותרו זהים. כמו כן נראה כי המשתתפים העדיפו טכנולוגיות טיפוליות לחולים על פני טכנולוגיות מניעתיות לבריאים בסיכון. יש מקום לדיון ציבורי לגבי הטיות קוגניטיביות אלו והשפעתן על החלטות בוועדת סל הבריאות הלאומי.

## איתור רטינופתיה סוכרתית - השוואה בין שימוש בניידת לבדיקות עיניים לבין בדיקות עיניים במודל הקיים, במחוז דרום, מאוחדת

רוחמה כהן, ליאורה ולינסקי, אריה סולומון, פביאן הרשקוביץ סיקרון, צביה קסל

מאוחדת

**רקע:** מחלת הסוכרת גורם סיכון מספר 1 לעיוורון בארץ ובעולם. רטינופתיה סוכרתית סיבוך נפוץ של המחלה, העלול לגרום לעיוורון. המלצות ארגוני הבריאות הן ביצוע בדיקת עיניים תקופתית לאיתור מוקדם. עמותת "לראות" עוסקת ברפואה מונעת, מספקת ציוד רפואי נייד לבדיקת עיניים. במחוז דרום, פועלת תוכנית בשיתוף עמותת "לראות", במרפאות עם מספר גדול של חולי סוכרת ונגישות נמוכה לרופא עיניים.

**מטרות:** בחינת השימוש בניידת לבדיקות עיניים בקרב חולי סוכרת כחלופה לאיתור רטינופתיה סוכרתית

### שיטות:

- ❖ מחקר כמותי: השוואה רטרוספקטיבית בין המשתמשים בניידת לשאר חולי הסוכרת המתגוררים בישובים בהם לא הופעלה הניידת בשנים 2014-2015.
- ❖ מחקר איכותני: ראיונות עומק בחולי סוכרת, המתגוררים בישובים בהם הופעלה הניידת בחודשים אפריל-יוני 2016.

### ממצאים:

- ❖ התקיימו 25 ימי פעילות 2014-2016, נבדקו 475 מטופלים (כ-80% מהמוזמנים).
- ❖ מחקר כמותי:
  - ❖ ביישובים עם הניידת יותר אנשים ביצעו בדיקת עיניים וגילו יותר מקרים של רטינופתיה, לעומת יישובים ללא ניידת ( $p < 0.05$ ).
  - ❖ גם בניתוח רב-משתני עם פיקוח על מין, גיל ומצב חברתי-כלכלי, ההבדל בשיעור ביצוע בדיקות עיניים ובשיעור רטינופתיה נשמר (LOGISTIC REGRESSION;  $p < 0.05$ ).
  - ❖ כמו כן נמצא כי ערכי ה-HbA1c נמוכות יותר אצל אלו שמתגוררים ביישובים בהם הייתה ניידת ( $p < 0.05$ ).
  - ❖ ההבדל בערכי HbA1c נשמר גם כאשר מבצעים ניתוח רב-משתני המפקח על מין, גיל ומצב חברתי-כלכלי (ANCOVA;  $p < 0.05$ ).
- ❖ מחקר איכותני:
  - ❖ בראיונות עומק ב-30 מטופלים, דווח: "הזימון לניידת מסייע בטיפול האישי ובשליטה במחלה", "הגעת לבדיקה בזכות האמון בצוות המטפל והפחד מסיבוכים".
  - ❖ המניעים המרכזיים במטופלים לטיפול בסוכרת: רצון למנוע סיבוכים, שמירה על איכות חיים.
  - ❖ הקשיים המרכזיים בטיפול העצמי: ריבוי הבדיקות והתמדה בשמירה על תזונה מתאימה ופעילות גופנית.
  - ❖ הגורמים המסייעים לניהול המחלה: הצוות במרפאה, בדגש על האחיות והזימון הטלפוני.

**מסקנות והמלצות:** הנגשת בדיקות עיניים באמצעות ניידת מהווה חלופה ראויה למודל הקיים לעידוד בדיקות עיניים. נוכחות הניידת השפיעה לטובה על איזון הסוכרת. ההנגשה והזימון מעוררים בחולי הסוכרת תחושת השתתפות הצוות בנטל המחלה ומסייעים בטיפול האישי.

## אסדרה ופיקוח על תכולת מוצרי טבק המשווקים בישראל - האם הגיע הזמן "להכשיר את השרץ"?

שירה כסלו, אפי מיכאלי

המיזם הרב-מגזרי למיגור העישון

**רקע:** אחוז המעשנים מגיל 18 ומעלה בישראל ב-2016 עומד על כ-22.7%. בכל שנה מתים בישראל כ-8,000 אנשים מוות מוקדם כתוצאה מעישון, מהם כ-800 אנשים שאינם מעשנים ונחשפו לעישון כפוי. העלויות החיצוניות השליליות הנגרמות מעישון עומדות על כ-12.7 מיליארד ₪ בשנה (כ-1.49% מהתל"ג). היקף שוק מוצרי הטבק בישראל עמד ב-2016 על 11.7 מיליארד ₪.

מוצרי הטבק המשווקים בישראל כוללים סיגריות, טבק לגלגול וטבק לנרגילה, טבק למציצה ולעיסה, סיגרלות וסיגרים, ובשנים האחרונות נוספו הסיגריות האלקטרוניות. מ-2017 משווקת בישראל סיגריית ה-IQOS, וחברות הטבק ממשיכות לפתח מוצרי טבק, ניקוטין ועישון מהדור החדש.

על פי מחקרים, הנזקים הנגרמים מעישון נובעים בעיקר מצריכה קבועה של מוצרי טבק הכוללים חומרים שהוכחו כמסרטנים, גורמי מחלות לב וריאה בשילוב חומרים ממכרים הגורמים לתופעת התמכרות למוצרים אלה, הגורמת לנזקים המצטברים הנובעים מתופעת העישון.

כיום, מדינת ישראל אינה מפקחת על תכולת מוצרי הטבק הנמכרים בישראל.

**מטרות:** גיבוש המלצה למתווה להסדרת הפיקוח על תכולת מוצרי הטבק המשווקים בישראל.

### שיטות:

- ❖ סקירת מנגנונים רגולטוריים לפיקוח על תכולת מוצרי טבק הנהוגים בעולם (ארה"ב, האיחוד האירופי, אוסטרליה וקנדה).
- ❖ סקירת מנגנונים רגולטוריים לפיקוח על היבטי בריאות בתכולת מוצרי צריכה בישראל (מזון, תמרוקים).

### ממצאים:

- ❖ בשונה מישראל, בחלק ממדינות העולם מתקיים פיקוח ממשי על תכולת מוצרי הטבק השונים וזאת על פי אסדרה של סמכויות בחקיקה ראשית ובחקיקת משנה.
- ❖ בשונה ממוצרי טבק, קיימים מוצרי צריכה אחרים הבאים במגע עם הגוף, ועבורם קיימת התייחסות של החוק בישראל כמוצרים נפרדים לגביהם מתקיים פיקוח ממשי על התכולה.

**מסקנות והמלצות:** ניתן לשקול לפעול לכינונו של פיקוח על מרכיביהם של מוצרי הטבק המשווקים בישראל.

1. כינונה של סמכות חוקית המאפשרת לשר הבריאות לפקח על תכולת מוצרי הטבק בישראל.
2. גיבוש סטנדרטים ייעודיים ו/או אימוץ סטנדרטיים בינלאומיים להגדרת תכולת מוצרי טבק; להגדרת רמות פליטה; והסדרת מנגנונים לבדיקתם.
3. הבניית מנגנון פיקוח ובקרה, במסגרת משרד הבריאות, והגדרת תחומי אחריותו.
4. יצירת מנגנון בחינה ואישור שיווק של מוצרי טבק חדשים טרם כניסתם לשוק הישראלי.

## ”זה בעצם נוגד את כל המסרים שמעבירים אלינו שנים של גילוי מוקדם”: כיצד אנשים מגיבים כאשר מציגים להם את הסוגיה של ’בדיקות-יתר’

אימי לב<sup>1,2</sup>, נורית גוטמן<sup>1</sup>, רונן ברקת<sup>3</sup>, אמנון להד<sup>3,4</sup>

1. אוניברסיטת תל-אביב

2. האקדמית גורדון

3. שירותי בריאות כללית

4. האוניברסיטה העברית בירושלים

**רקע:** יש הטוענים שאנו ב'עידן של בדיקות' כיוון שמספרן הולך וגדל. אנשים חשופים למידע בנושאי בריאות ומבחינתם בדיקות הן ביטוי לרצון לשמור על הבריאות. המגמה ברפואה הייתה לעודד אבחון מוקדם של מחלות בעזרת "בדיקות סקר" וישנה גם התופעה של 'רפואה מתגוננת' שמעודדת בדיקות. אולם כיום ארגונים רפואיים מדגישים שבדיקות גם עלולות לגרום ל'אבחון-יתר', טיפולים מיותרים ולנזק פיזי ולנזק פסיכולוגי תוך פגיעה באיכות חיים ועלות כלכלית. בנוסף, ישנן בעיות רפואיות בהן אבחון מוקדם אינו תורם לרפוי. מחלה שזוכה למעמד מיוחד בשל תפיסת הסיכון והפחד שהיא מעוררת היא מחלת הסרטן.

**מטרות:** להבין מה אנשים חושבים על בדיקות רפואיות כשסוגיית הגילוי המוקדם מוצגת כדילמה, ומה מנקודת ראותם יכול להצדיק ביצוע בדיקות, או ויתור עליהן.

**שיטות:** 50 ראיונות חצי-מובנים (31 נשים ו-19 גברים) בגילאי 30-55 ללא מחלות כרוניות קשות ובעלי אוריינות קריאה גבוהה, כדי שיוכלו לעקוב אחרי הסברים על בדיקות-יתר ונזקים אפשריים שכללו הסתברויות ונתונים. המשתתפים ראינו לאחר צפייה בסרטון קצר שיזמו רופאי משפחה משירותי בריאות כללית.

**ממצאים:** עלו שתי השקפות מנוגדות: "פחות בדיקות זה עדיף" - הקשורה לתפיסות בנוגע לסיכונים אפשריים של ביצוע בדיקות ולהשפעותיהן הפסיכולוגיות, למול "עדיף להיבדק מאשר להצטער אחר כך", הקשורה לסוגיית הפחד מהשלכות של איחור בגילוי מחלת הסרטן. הפחד של אנשים מאי אבחון של מחלת הסרטן מודגש באמצעות סיפורים אישיים לגבי בני משפחה ומכרים שסבלו בשל חוסר אבחון מוקדם. מרואיינים הופתעו מההסבר שגילוי מוקדם אינו תמיד מועיל וטענו שזה מבלבל ועומד בסתירה למסרים שכיחים המדגישים את חשיבות הגילוי המוקדם. היו שאמרו שזה נשמע שקופת החולים "מנסה לחסוך עליהם".

**מסקנות והמלצות:** הממצאים מדגישים את מורכבות ההמלצה "בוחרים בתבונה" בהקשר של בדיקות לגילוי מוקדם עבור אנשים באוכלוסייה הכללית עקב הפחד "לפספס" אבחון של סרטן "בזמן", הקושי בהתמודדות עם אי-וודאות, והרצון לדאוג לבריאות בכך שיעשו את "הדבר הנכון" (בדיקות). תקשורת בין רופאי משפחה למטופלים יכולה לעזור בהתמודדות עם חששות אלו ועם יצירת אמון בציבור שהשיקול להימנעות מבדיקה לא נחוצה אינו כלכלי, אלא טובת המטופלים.

## מודל התערבות פסיכולוגית ברמת עצימות עולה ברפואה הראשונית

אורן להק, עדי כהן

מרפאה פסיכולוגית

**רקע:** מחקרים שונים מראים שכשליש מהפניות לרופא המשפחה מערבות מרכיב נפשי (NHS, 2014). כדי לאפשר טיפול פסיכולוגי נגיש ואפקטיבי למטופלים ברפואה ראשונית תוך מניעת אבחון-יתר והפחתת עלויות למערכת הרפואית, המליץ ה-NHS באנגליה לאמץ את מודל ה-Stepped Care ברפואה ראשונית (NICE, 2011). מודל זה כולל היררכיה של התערבויות פסיכולוגיות בעצימות עולה בסטינג הרפואי, והפנייה לשירותי בריאות נפש חיצוניים נשקלת כמענה שניוני. ב'מרפאה פסיכולוגית' - מרכז לטיפול, הדרכה והכשרה בפסיכולוגיה רפואית - מיושם מודל עבודה זה.

**מטרות:** במחקר הנוכחי נעשתה הערכה של יעילות ההתערבות הפסיכולוגית בהתאם למודל המיושם במרפאה, תוך בחינת השפעתה על מדדי דחק (Stress), חרדה ודיכאון.

**שיטות:** מטופלים הופנו למרפאה הפסיכולוגית על ידי רופא המשפחה לאבחון וטיפול ראשוני, ומילאו טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר ושאלון דמוגרפי. בנוסף, מילאו שאלונים לדיווח עצמי לחרדה (GAD-7), דיכאון (PHQ-9) ודחק (PSS) בשתי נקודות זמן (לאחר פגישה: 1, 4). השאלונים היו בעברית, כשהאחרון תורגם ותוקף על ידינו לראשונה. ההתערבות הפסיכולוגית ב-4 המפגשים הראשונים הייתה מסוג CBT Brief וכללה: הערכה, פסיכו-אדוקציה ולימוד ותרגול טכניקות פסיכו-פיזיולוגיות.

**ממצאים:** במחקר השתתפו 75 מטופלים בטווח גילאים 19-68 ( $M=11.1, Sd=35$ ), מתוכם 59% נשים; 54% רווקים, 35% בזוגיות או נשואים ו-4% גרושים; 23% מתמודדים עם מחלה כרונית כלשהי. נמצא שיפור מובהק בכל המדדים לאחר 4 פגישות עם פסיכולוג רפואי. נמצאה ירידה מובהקת ברמות החרדה ( $t=6.8, p<0.001$ ) מרמה בינונית ( $M=12, Sd=4.9$ ) לנמוכה ( $M=7, Sd=3.9$ ); ירידה מובהקת ברמות הדיכאון ( $t=5.4, p<0.001$ ) מרמה בינונית ( $M=11, Sd=5.4$ ) לקלה ( $M=7, Sd=4$ ); ירידה מובהקת ברמות הדחק ( $t=3.6, p=0.001$ ), מרמה גבוהה ( $M=25, Sd=5.1$ ) לבינונית ( $M=19, SD=6.1$ ).

**מסקנות והמלצות:** יישום מודל ה-Stepped care בעבודתנו במרפאה עם מטופלי רפואה ראשונית המתמודדים עם דחק, מצב רוח ירוד ו/או חרדה נמצא יעיל בהתערבות קצרה בת 4 מפגשים. המודל מאפשר התאמת הטיפול המיטבי למטופל תוך שיתוף פעולה עם רופא המשפחה והצוות הרפואי. חשוב לדון בהיבטים מקצועיים ואתיים של המודל ויישומו בישראל.

## שילוב אגרות חוב חברתיות עם טיפול רפואי מבוסס מידע על מנת למנוע סוכרת במטופלי שירותי בריאות כללית

מאיה לוונטר-רוברטס<sup>1</sup>, ירון נוידרפר<sup>2</sup>, תומס קרפטי<sup>1</sup>, ניקי ליברמן<sup>1</sup>, רן בליצר<sup>1</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. SFI

**רקע:** אגרות חוב חברתיות (אג"ח חברתי) הינה גישה חדשנית למימון פעילות שיש בה אימפקט חברתי (-בריאותי). בעוד בעולמות החינוך והרווחה קיימים מיזמים רבים בעולם, הפעילות בישראל למימוש אג"ח חברתי בתחום הבריאות בכלל ובתחום הסוכרת בפרט זכה להכרה בינלאומית בראשונותו, כאשר בעלי אמצעים הפועלים למען שיפור חברתי יכולים לראות בכך השקעה ולא תרומה.

**מטרות:** האג"ח החברתי הראשון יוסד על ידי Social Finance Israel (SFI) עם שירותי בריאות כללית, וכן קופ"ח לאומית והמוסד לביטוח לאומי על מנת למנוע תחלואה בסוכרת מסוג 2. מימון האג"ח מאפשר התערבות באוכלוסייה, כך שהחוזר הכלכלי עבור האג"ח מחושב על-פי הסכמים מבוססי-תוצא.

**שיטות:** מוכן כללית למחקר ביצע הערכת עלויות הישירות והעקיפות של הטיפול הרפואי במטופל בעל סוכרת מסוג 2, כמו-גם מודל ניבוי לזיהוי האוכלוסיות בעלות הסיכון המירבי לסוכרת בהן הכי נכון כלכלית להתערב ולמנוע את המחלה. הוגדרו חוזים לתשלום לפי תוצאה במניעת כל מקרה של סוכרת סוג 2 בקבוצה של 1,500 מבוטחים.

**ממצאים:** מודל ניבוי זיהה תת-קבוצה גדולה דיה בה הסיכון למשך 5 שנים לפתח סוכרת הינו מעל 25%, וכן זוהתה קבוצת ייחוס מתאימה. הוחל בגיוס מבוטחים ומעל 300 מטופלים מתאימים גויסו להתערבות במקבץ ראשון מבין שלושה, ומתבצעת התערבות מניעתית הכוללת מגוון רכיבים לא-תרופתיים, אנושיים ותמיכה מרחוק. ההפרש בערכי המעבר לסוכרת בין קבוצות ההתערבות לקבוצות הביקורת יחושב ב-5 אינטרוולים שנתיים, ובהתאמה יבוצעו תשלומים בחוזה מבוסס התוצאות.

**מסקנות והמלצות:** מסתמן כי סוג זה של מקור מימון יכול למלא פער קריטי בעולם שירותי הרפואה, במצבים בהם נגרם כשל שוק כלכלי באי-מניעה של סיבוך בריאותי למרות שעלות המניעה נמוכה מתוחלת עלות הטיפול במחלה. קיומם של מסדי נתונים ויכולות אנליטיות מתקדמות, כמו-גם מיומנות בגיבוש מודלים כלכליים מורכבים, הינם תנאי יסוד להקמת אג"ח חברתי בתחום הבריאות.

## E.G.N.A.H.C - D - פיתוח והערכת תוכנית קידום בריאות לשינוי התנהגות בריאותית וניהול עצמי של אנשים עם סוכרת בכללית

מוקדש לפרופ' חיים דורון ז"ל, מהתומכים והמקדמים של חינוך וקידום בריאות בכללית

דיאן לוין, מרגלית גולדפרכט ז"ל, מינה רותם, דלית ציפל, ניקי ליברמן

שירותי בריאות כללית, צוות מרפאות ממחוזות חיפה וגליל המערבי וצפון

**רקע:** העלייה בשכיחות הסוכרת מאתגרת את מערכת הבריאות לפתח, לבחון וליישם שיטות חדשניות ויעילות לאורך זמן, לקידום בריאותם ושינוי אורח חייהם של אנשים עם סוכרת וניהולם העצמי (DSME).

**מטרות:** לבדוק תוכנית התערבות חדשנית, באמצעות צוותי הקהילה, המקדמת שינוי סגנון חיים, היצמדות לטיפול התרופתי ושיפור תוצאי הבריאות בקרב אנשים עם סוכרת.

**שיטות:** מדגם מייצג של 502 משתתפים בוגרים מהאוכלוסייה היהודית והערבית, עם סוכרת מסוג 2 בלתי מאוזנת, נבחר מהרשומה הרפואית של רפואה ראשונית בכללית. בעוד הטיפול הרגיל נמשך, מחציתם נבחרו באופן אקראי לקבוצת ההתערבות ומחציתם לקבוצת הביקורת. ההתערבות כללה: 6 מפגשים אישיים פנים אל פנים, ועד 14 שיחות תמיכה בטלפון, עם אחד מ-15 מאמני קידום בריאות בצוות רב-מקצועי, שהוכשרו להתערבות בגישות לשינוי התנהגותי מותאמות תרבותית. מדדי התנהגות בריאותית ואיכות חיים דווחו: לפני וכעבור 6, 12, ו-18 חודשים מתחילת התוכנית. ערכי HbA1C, BMI, גלוקוז ושומנים נמדדו לפני, ואחרי 6, 12, ו-18 חודשים מתחילת התוכנית.

**ממצאים:** התוצאות מראות שיפור משמעותי בפעילות גופנית ( $p < 0.0001$ ), הרגלי אכילה ( $p < 0.001$ ) ומדדי איכות חיים ( $p < 0.03$ ) בקבוצת ההתערבות. שתי הקבוצות השתפרו באופן שווה בבדיקות כפות הרגליים ( $p < 0.0001$ ). בשתי הקבוצות לא דווח שיפור משמעותי בהיצמדות לטיפול התרופתי, אולם מדדי איזון סוכרת הראו שיפור משמעותי ( $p < 0.0001$ ) כעבור 6 חודשים מתחילת ההתערבות, ופחות כעבור שנה; ההיפך היה נכון בקבוצת הביקורת. התוצאות נותחו לפי מגדר, מוצא, גיל ומדדים אישיים נוספים.

**מסקנות והמלצות:** שילוב מאמן לקידום הבריאות בתחום שינוי סגנון חיים וניהול עצמי מעצים את הצוות הראשוני בקהילה, ומציע גם אפשרויות להעצמת אנשים עם מחלות כרוניות לקידום בריאותם. יתכן והשיפור בקבוצת הביקורת הוא הודות למעקב האינטנסיבי אחריהם מצד הצוות המטפל. כדי לשמור על השיפור, יש לשקול תמיכה מתמשכת ארוכת טווח.

## אבחון דמנציה במועד: שיקולים, חסמים ותועלות מנקודת מבטם של המאובחנים ובני משפחותיהם

מיכל לרון<sup>1</sup>, שלי שטרנברג<sup>2</sup>, סבטלנה זלומנסון<sup>3</sup>, דפנה שפט<sup>4</sup>, דיאנה פלאקו קרטס<sup>5</sup>

1. מכון מאירס-גזינט-ברוקדייל
2. מרכז רפואי שערי צדק
3. מרכז לבריאות הנפש באר שבע
4. מרכז בריאות הנפש "שלוותה"
5. המרכז לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל

**רקע:** קיימת הסכמה בינלאומית לכך שיש לעודד אבחון דמנציה במועד. בישראל, התוכנית הלאומית לדמנציה המליצה להנגיש מרפאות לאבחון קוגניטיבי.

האבחון במועד חיוני למתן טיפול רפואי, הדרכה ותמיכה סוציאלית לאנשים עם דמנציה ולמשפחתם, וכן, מאפשר מעורבות של האדם בתכנון הטיפול העתידי שלו. דמנציה לא מאובחנת מעלה את הסיכון לדליריום, לתאונות דרכים, לטעויות במתן תרופות, מיסוד מוקדם ועוד. אולם, מטופלים רבים לא מאובחנים כלל או מאובחנים בשלבים מאוחרים של המחלה.

**מטרות:** בחינת החסמים שמעכבים אבחון, השיקולים שמובילים לאבחון והתועלות שמופקות ממנו, מנקודת מבטם של אנשים שפנו למרפאות לאבחון קוגניטיבי ובני משפחותיהם, כדי לסייע לקובעי המדיניות ולספקי השירותים בפיתוח אסטרטגיות להפחתת החסמים ולהעלאת המודעות לתועלות של אבחון במועד.

**שיטות:** מחקר איכותני שמבוסס על ראיונות עומק עם אנשים שפנו לאבחון בארבע מרפאות לאבחון קוגניטיבי בארץ ועם בני המשפחה שהתלו אליהם, וכן נתונים מנהליים מהמרפאות, נתונים סוציו-דמוגרפיים ומדד עומס טיפולי (זרית) מבני המשפחה.

המחקר כולל גם ראיונות טלפוניים עם בני המשפחה, כחצי שנה לאחר הראיון הראשון, במטרה לבחון את הפעולות שנעשו בפועל לאחר תהליך האבחון ואת תועלתו.

### ממצאים:

- ❖ רואיינו 27 אנשים שהגיעו לאבחון: גיל ממוצע 81 (ס.ת. 7.9), 69% נשים, 48% אלמונים ו-38% גרים לבד. ציון המיני-מנטל הממוצע הוא 24 (ס.ת. 4.3), מתוך 30, ו-27 בני משפחה: גיל ממוצע 64 (ס.ת. 11.6), 63% צאצאים, ממוצע העומס הטיפולי (זרית) הוא 14.76 (ס.ת. 7.7) מתוך 48.
- ❖ 74% פנו למרפאה יותר מחצי שנה לאחר הופעת התסמינים (מתוכם, 41% פנו לאחר יותר משנתיים).
- ❖ רופא המשפחה שימש גורם מפנה או חסם לאבחון במועד - 54% התייעצו בו לפני הביקור במרפאה.
- ❖ קיימים חסמים כגון חוסר מודעות והתייחסות לתסמינים כחלק מתהליך ההזדקנות.
- ❖ התועלות מהאבחון הן שיפור הרווחה הנפשית, שיפור הטיפול הרפואי באדם ומיצוי זכויותיו.

### מסקנות והמלצות:

- ❖ לרופא המשפחה ולרופאים מומחים אחרים תפקיד מרכזי בזיהוי ובאבחון במועד וכן בהמשך הטיפול לאחר האבחון.
- ❖ כדי להגדיל את התועלת מאבחון יש:
  - ❖ לשפר את הרצף הטיפולי.
  - ❖ לפתח את דרכי הטיפול לאחר האבחון.
  - ❖ להעלות מודעות הרופאים לדרכי הטיפול.



## האם יש הבדל בתפיסות בין אנשי הצוות לבין המטופלות לגבי יישום 'המטופל-במרכז' בטיפולי פוריות?

תמר מדינה-הרטום

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

**רקע:** 'המטופל-במרכז' הוא רכיב ליבה במדדי איכות שירותי הבריאות, בישראל ובעולם, הממוקם גבוה בסדר העדיפויות של משרד הבריאות. טיפולי פוריות, המצריכים תקשורת ומגע ממושכים עם מערכת הבריאות, ממוקמים בתפר שבין רפואה קהילתית לאשפוז, ועל כן מעניקים הזדמנות מיוחדת ללמידה על הנושא בשני העולמות גם יחד. ידע הנוגע לתפיסות של אנשי צוות ומטופלות בנוגע ליישום 'המטופל-במרכז' בטיפולי פוריות הוא חשוב לתהליכי קבלת החלטות שבבסיסם השאיפה לשיפור איכות הטיפול.

**מטרות:** להשוות בין אנשי הצוות לבין המטופלות בנוגע לתפיסתם את יישום גישת 'המטופל-במרכז' ביחידות לטיפולי פוריות והפרייה בישראל.

**שיטות:** מחקר רב-מרכזי שנערך בשמונה יחידות לפוריות והפרייה בישראל שנדגמו כך שהן מגוונות מבחינת המיקום הגאוגרפי, גודל היחידה לפי מספר מחזורי טיפול וסוג הבעלות. המחקר כלל סקר בקרב 76 אנשי צוות וסקר בקרב 524 מטופלות, שנערכו באמצעות שאלונים מובנים. השאלונים התבססו על כלי מתוקף העוסק ב'מטופל-במרכז' בטיפולי פוריות, שהציון בו נע בין 0-3 (כש-3 הוא הציון הגבוה ביותר). הכלי כולל עשרה תתי-סולמות, בניהם: נגישות לצוות, קבלת מידע והסברים, כבוד לערכים ולצרכים של המטופלות ותמיכה נפשית.

**ממצאים:** הציון הכולל שניתן על ידי אנשי הצוות לגבי גישת 'המטופל-במרכז' ביחידה שלהם היה גבוה במעט מזה שניתן על ידי המטופלות (2.2 לעומת 2.0, בהתאמה). בעוד שתמיכה נפשית למטופלת דורג כתת-הסולם אותו אנשי הצוות העריכו כבולט ביותר לחיוב בעבודתם (ציון 2.5), המטופלות דווקא דירגו את התמיכה הנפשית כתת-הסולם המקבל את המענה הפחות ביותר במסגרת הטיפול (ציון 1.0). בשאר תתי-הסולמות הייתה הסכמה גדולה יותר בין הצוות לבין המטופלות.

**מסקנות והמלצות:** ממצאי המחקר מביאים, לראשונה בישראל, נתונים על המידה שבה טיפולי פוריות, הממוקמים בתפר שבין רפואה קהילתית לאשפוז, עולים בקנה אחד עם גישת 'המטופל-במרכז'. לאור הפער בין מה שהמטופלות חושבות על הטיפול שהן מקבלות, לבין מה שאנשי המקצוע סבורים שהם נותנים להן, חשוב לקיים פעולות הסברה והדרכות לאנשי הצוות ביחידות, להעלאת המודעות לצורך בתמיכה נפשית ולהתאמתה לרצונות ולצרכים של המטופלות, בשיתוף המטופלות עצמן. כל זה יסייע ביישום גישת 'המטופל-במרכז' ויתרום לשיפור איכות הטיפול, הניתן לאוכלוסייה רחבה וחוצת-מגזרים בישראל.

## ניתוח עלות יעילות של צילומי חזה כסקירה לשחפת בקרב אנשים המכורים לסמים בתל-אביב

זהר מור<sup>1</sup>, דנה גפן<sup>2</sup>, משה ליגי<sup>2</sup>

1. משרד הבריאות

2. לשכת הבריאות תל-אביב

**רקע:** מספר חולי השחפת בישראל נע בין 300-400 לשנה, מרביתם מהגרים. אנשים המכורים לסמים (אמ"ס) נמצאים גם הם בסיכון גבוה להידבקות בחיידק, בהתאם לתנאי החיים שלהם, לתזונה הלקויה, להרגלי העישון, לחשיפה לזיהומים ולתחלואה כפולה.

אמ"ס הנמצאים במסגרת חלוקת מתדון בתל-אביב נדרשים לבצע סריקה לשחפת באמצעות צילום חזה אחת לשנה, וכן אלה המתחילים גמילה מסמים או מאלכוהול. צילומי החזה מוצעים גם לדרי-רחוב ולאמ"ס המחליפים מזרקים. הצילומים מתבצעים במרפאה לאבחון וטיפול בשחפת (מלש"ח) בתל-אביב בכדי לזהות את המחלה בשלב מוקדם, תוך שיפור הפרוגנוזה של החולים ומניעת ההרחבה של מעגלי ההדבקות.

**מטרות:** חישוב שיעור התחלואה בשחפת בקרב האמ"ס הנסקרים ואת יחס העלות-יעילות של התהליך.

**שיטות:** נסקרו כל תוצאות צילומי החזה שנעשו במסגרת הסקירה של אמ"ס במלש"ח תל-אביב במשך 5 שנים.

**ממצאים:** בין השנים 2013 ועד 2017 צולמו במלש"ח תל-אביב 750 אמ"ס, שביצעו במהלך התקופה 1,319 צילומים. מבין כלל המצולמים, 701 (93.5%) הציגו צילום חזה תקין, 12 (1.6%) לייפת או הסתיידויות, 10 (1.3%) הציגו סתימת סינוס, 5 (0.6%) תסנין או הצללה, 6 (0.8%) ציור ריאתי מוגבר, 4 (0.4%) נפחת, 2 (0.2%) עיבוי קרום הצדר ו-11 (1.5%) פתולוגיה אחרת.

מבין כלל המצולמים, 2 (0.3%) אובחנו עם שחפת ריאתית רגישה לתרופות מהשורה הראשונה, והם טופלו במלש"ח או באשפוז. שניהם התלוננו על תסמינים אופייניים לשחפת, שכללו חולשה, ירידה במצב כללי, שיעול, חוסר תיאבון, ירידה במשקל וחום. צילומי החזה שלהם הדגימו ממצאים מתאימים לתהליך שחפתי פעיל, שהתבטאו בתסנין ובהצללה. העלות הכוללת של צילום החזה (לשני מבטים) לפי תעריפון משרד הבריאות לכלל הנסקרים היתה ₪165,000, או ₪85,000 לזיהוי חולה יחיד.

**מסקנות והמלצות:** שיעור התחלואה בשחפת בקרב אמ"ס גבוה מזה של כלל האוכלוסייה בישראל.

האמ"ס שנמצאו חולי שחפת סבלו מתסמינים אופייניים למחלה, וניתן אפוא לשקול לבצע להם סקירה המתבססת על שאלון תסמיני שחפת במקום השימוש בצילומי חזה. האמ"ס ששיבו כי הם סובלים מאחד מהתסמינים האופייניים למחלה, יופנו לביצוע צילום חזה. השינוי בשיטת הסקירה ימנע חשיפה מיותרת לקרינה ויצמצם עלויות.

## תיקוף שאלון OHRWB המשמש בתהליך קבלת ההחלטה להפניית מאושפז בבית חולים גריאטרי לרופא שיניים

סיגל מזור<sup>1</sup>, אבי זיני<sup>1</sup>, דניאל קושניר<sup>2</sup>, רואן כיאל<sup>1</sup>, עינב דרייפינגר-אלבז<sup>1</sup>

1. האוניברסיטה העברית-הדסה

2. משרד הבריאות

**רקע:** איכות חיים מורכבת ממכלול שלם, הכולל בתוכו בריאות פיזית, נפשית וחברתית. בריאות דנטלית הינה חלק בלתי נפרד מהבריאות הכללית. תוחלת החיים עולה ויחד איתה אוכלוסיית הקשישים המתמודדים עם תחלואה אוראלית. נוהל בריאות השן מספר 8.10 של האגף לבריאות דן בהנחיות למתן טיפול שיניים הכרחי למאושפזים בבית חולים גריאטרי. כחלק מתהליך בדיקת המאושפז מתבצעת הערכה של איכות החיים הבסיסית הקשורה למצב הפה על ידי מילוי שאלון Oral Health Related Well-Being (OHRWB), שאמור לסייע בקבלת ההחלטה האם להפנות את המטופל לרופא שיניים.

**מטרות:** לתקף את שאלון איכות החיים הבסיסית Oral Health Related Well-Being, על מנת לוודא כי קביעת הצורך בטיפול נעשית בצורה מיטבית.

**שיטות:** שאלון ה-OHRWB בעברית נלקח מתוך נהלי משרד הבריאות ותורגם בשיטת הלון-חזור לערבית. מאושפזים בשני בתי חולים גריאטריים מילאו את השאלון יחד עם שאלון ה-Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) המתוקף בערבית, ובבית חולים אחד בעברית. נאספו נתונים דמוגרפיים. הניתוח הסטטיסטי בוצע על כלל הנתונים. חושב אחוז השונות המוסברת באמצעות ניתוח גורמים וכן בחינת המהימנות על ידי חישוב Cronbach's alpha. הקשר בין הצורך בהפניה לבין ציון OHIP-14 נבדק על ידי student's T-test. המחקר אושר על ידי ועדות הלסינקי של בתי החולים.

**ממצאים:** 203 משתתפים (102 דוברי ערבית ו-101 דוברי עברית) חתמו על הסכמה מדעת ומילאו את שאלון ה-OHRWB ושאלון ה-OHIP-14. על פי ניתוח הגורמים, 64.245% מהשונות הכוללת מוסבר על ידי שני המרכיבים.

Cronbach's alpha היה 0.667, וכל ששת השאלות נמצאו כתורמות למהימנות של השאלון (Cronbach's alpha if item deleted) 0.516-0.672.

אלה שנמצאו זקוקים להפניה על פי שאלון ה-OHRWB היו בעלי ציון גבוה בהשוואה לאלה שלא היה להם צורך בהפניה ( $p < 0.001$ ).

**מסקנות והמלצות:** תוצאות המחקר מצביעות על כך ששאלון ה-OHRWB הינו כלי תקף להערכת הצורך בהפניה לרופא שיניים של מאושפזים בבתי חולים גריאטריים, ויכול לשמש כלי פשוט וישים לקבלת החלטות. משמעותו של השאלון תגדל עם כניסתם של שירותי בריאות הפה לסל שירותי הבריאות לגילאי 75 ומעלה.

## רופא ואחות בקהילה - 50 שנות ניסיון, מחזונו של חיים דורון ז"ל ועד לאחות מומחית בקהילה

רחלי מיזן, אנג'לה עירוני, חאלד אבו חוסיין, יוליה ניגל, נחמן אש

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** מודל עבודת צוות רופא - אחות הונהג בקופת חולים כללית על ידי פרופ' דורון בסוף שנות ה-60. המטופל נכנס לבדיקת אחות והופנה לרופא על פי הצורך. הרופא התמקד באבחנה ובטיפול והאחות בטיפול כוללני על פי סמכויות שנתמכו בהכשרה. פעילות זו הובילה לשינויים חיוניים מובהקים בפעילות הרפואית. שיקולים תקציביים ואחרים, הובילו להפסקת הפעילות בשנות ה-80.

בבתי החולים עבודת הצוות מבוססת מזה שנים ארוכות, ומסייעת לאיכות הטיפול ושביעות רצון מטופלים ואנשי הצוות. בקהילה, לעומת זאת, לא התפתח מודל יציב וקבוע.

**מטרות:** סקירת מודלים שונים לעבודת רופא - אחות שיושמו ברפואה הראשונית במכבי שירותי בריאות.

**שיטות:** בשנים האחרונות, מכבי זיהתה צורך לארגן את שירותי הקהילה כך שיספקו מענה לתמורות במערכת הבריאות: העומס על מטפלים, הזדקנות האוכלוסייה, ריבוי תחלואה כרונית ועוד. כחלק מזה, פיתחה מודלים שונים לעבודה משותפת של רופאים ואחיות. בעבודה זו נמפה את המודלים השונים וננתח אותם על בסיס קריטריונים השוואתיים.

**ממצאים:** בהצגה ננתח את המודלים הבאים:

"צוות רופא אישי" - האחות משמשת כגורם המתאם והמרכז של עבודת הצוות במרפאה. האחות אחראית לטיפול יזום ומתואם במחלות כרוניות, רפואה מונעת וקידום בריאות.

"אחות העצמאית" - מודל חדשני של שיתוף פעולה עם הרופא העצמאי במרפאתו. האחיות מעניקות טיפול מרפאתי, תוך דגש על איזון החולה הכרוני ושיפור מדדי הבריאות.

"אחות ליווי היריון" - אחות במרפאה ראשונית, בעלת הכשרה ייחודית, מעניקה לאשה ההרה תמיכה מקצועית במהלך תקופת היריון כהשלמה למעקב רופא הנשים.

מוקד "מומה" לניהול טיפול מקוון לחולה הכרוני על ידי אחות, תוך תיאום עם רופא המשפחה שמנהל את המקרה הרפואי. "צוות אינטגרציה לחולה המורכב" - פרויקט חדשני המבוסס על עבודת צוות רב מקצועי המרוכז על ידי אחות ומונחה על ידי הרופא.

**מסקנות והמלצות:** בקהילה מפתחים מודלים שונים לעבודת צוות, בהלימה למתאר הטיפול, במטרה לקדם את בריאות המטופלים, אולם חזונו של פרופ' דורון בתחום, טרם מומש במלואו. מימוש תוכנית משרד הבריאות לכינון "אחות מומחית בקהילה" ותחומי מומחיות נוספים, לצד השקעה בטיפוח השותפות בין הפרופסיות עשויים לקדם זאת.

## לא בכל מחיר: ביקוש קופות חולים לתרופות

יפה מכנס, מיכל דוידסקו

אוניברסיטת בר-אילן

**רקע:** מחירי התרופות החדשות מעמידים את קופות החולים בפני קושי. מחד הקופות חייבות לתת למטופלים טיפול מיטבי ומאידך הן פועלות תחת מגבלת תקציב. מרבית התרופות נרכשות בישראל על ידי קופות החולים ועל כן המחקר עוקב אחר מחירים וכמויות של תרופות שנרכשו על ידן.

**מטרות:** לבדוק האם הקופות נוהגות ביעילות כלכלית נוכח ההתחדשות הטכנולוגית.

**שיטות:** אמדנו את גמישות הביקוש לתרופות כמקובל בעולם המערבי. נאספו נתוני כמות ומחיר של 323 תרופות בשתי תקופות: 2008-2004 ו-2011-2015. נאמדה גמישות ביקוש לכל תרופה וחושב ממוצע משוקלל.

**ממצאים:** הגמישות הממוצעת של כל התרופות שבמדגם עמדה על 1.18-. בתקופה הראשונה הגמישות היתה 1.73- בעוד שבתקופה השנייה היא נאמדה בערך של 1.02-. השינוי התרחש בשל עדכון סל הבריאות בתרופות מוגנות פטנט שמחירן גבוה ואין להם תחלופה גנרית. נמצא כי גמישות הביקוש לתרופות גנריות עמדה על 1.25- בעוד שהגמישות לתרופות אתיות עמדה על 1.03-. הגמישות לתרופות אתיות היא יחידתית, ממצא המצביע על שמירת הוצאה קבועה לאורך זמן. התוצאה של 1.03- מתאימה לעלייה של 3% בתקציב. הקופות נשארו במסגרת התקציב על ידי שליטה במחשבי הרופאים הזקוקים לאישור מנהלי לצורך רישום תרופה יקרה. הגמישות לתרופות סימפטומטיות גדולה בהרבה מהגמישות לתרופות למחלות כרוניות שכן אין צורך לשמור בהן על רצף טיפול וקל להחזיר תחליפים גנריים חדשים. למספר תרופות נמצאה גמישות בסימן חיובי. מתברר כי המחיר לא הווה גורם בביקוש להן. ניתוח האירוע מצא שלגבי מספר תרופות תועדו בעיות בממשק חולה-תרופה. העדר השימוש הצפוי בתרופות הללו גרם הפסד למערכת הבריאות המוערך באחוז אחד מהתוספת השנתית לסל הבריאות.

**מסקנות והמלצות:** התגובה של קופות החולים לשינויים במחירי התרופות האתיות היא חלשה יחסית בהשוואה לתגובתן לשינויים במחירי התרופות הגנריות אולם קופות החולים הצליחו לרסן את הגידול בהוצאה על התרופות האתיות. אומדני גמישות הביקוש מלמדים שיש ראציונליות כלכלית בתגובת קופות החולים לשינויים במחירי התרופות. חיזוק הממשק חולה-תרופה יסייע במניעת רכישת תרופות מיותרות ובזבוז מקורות.

## איכות חיים בגיל השלישי

יהודית מלצר, נורית זילברבוש, חגית מדמוני

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** ההזדקנות מביאה לשינויים פיזיולוגיים במערכות הגוף אשר את חלקם ניתן למנוע/להקל. שמירה על אורח חיים בריא הכוללת פעילות גופנית, הימנעות/ הפסקת עישון, ויישום תוכניות מניעה, עשויות לתרום לבריאות הקשישים, להפחית תמותה ולדחות את מוגבלותם. מחקרים הראו כי תוכניות רב מקצועיות לקידום בריאות הקשיש אשר התמקדו במניעה השפיעו על איכות ואורח חייו וכן על משפחתו.

**מטרות:** בחינת תרומת הסדנה "איכות חיים בגיל השלישי" על תפיסת בריאות הקשיש וניהול מחלותיו וכן על היכולת שלו להשתמש בידע שרכש לצורך שיפור איכות חייו ושמירה על בריאותו המיטבית.

**שיטות:** קיום סדנאות (בעברית וברוסית) ב-8 מרכזים רפואיים שכללו 6-8 מפגשים במהלכם הועברו הרצאות על ידי צוות רב מקצועי בנושאי קידום בריאות: מניעת נפילות, תזונה, פעילות גופנית, שימוש משוכל בתרופות, שיפור זיכרון, מיצוי זכויות.

שאלון לצורך הערכת איכות חיים והערכת הידע של המשתתפים, הועבר לפני תחילת הסדנה ובסיומה, כאשר המשתתפים התבקשו לדרג בכל שאלון את מידת הסכמתם/ מאפייני הבריאות שלהם ביחס לכל היגד/תחום שנבדק.

**ממצאים:** 131 קשישים בגילאי 65+ השתתפו בסדנאות במחוז דרום. מתוכם: 109 נשים (85%), 50% אלמנים/ות ו-67% יוצאי מדינות ברה"מ לשעבר (N=87). הגיל הממוצע 75.03 שנים ( $\pm 6.566$ ). רמת ההשכלה של רב המשתתפים הייתה תיכונית (37%) ואקדמאית (33%).

בתום הסדנה, רק 90 קשישים (72.5%) התייחסו לתרומת הסדנה לאיכות חייהם. קשישים אלו הצהירו כי ההרצאות והידע שקיבלו השפיעו במידה רבה (ציון 5.01 מתוך 6) על התנהלותם היומיומית. הסדנה תרמה לידע ברב התחומים:

- ❖ חל שיפור בגיוון התזונתי (הפרש הממוצעים = 0.39,  $P=0.044$ ) ובשימוש בסימון התזונתי בהחלטה לרכישת מזון (הפרש הממוצעים = 0.45,  $P=0.043$ ).
- ❖ חל שיפור בדיעה על מועד לקיחת התרופה (הפרש ממוצעים = 0.46,  $P=0.017$ ).
- ❖ חלה עלייה בזמן שהוקדש לתחביבים (הפרש ממוצעים = 0.68,  $P=0.002$ ).
- ❖ חלה עלייה בביצוע בדיקות שמיעה בשנה האחרונה ( $P=0.04$ ).
- ❖ הקשישים דווחו על שיפור בהרגשת הבטיחות מפני נפילות ועל שיפור ביכולת הזיכרון.

**מסקנות והמלצות:** הממצאים מראים כי הקניית ידע לקשיש וניהול נכון של מחלתו בתמיכה של צוות רב מקצועי, משפיעה על איכות חייו ועל בריאותו.

## הטיפול של רופאי ילדים בקהילה בילדים עם בעיות נפשיות

רינה מעוז ברויאר<sup>1</sup>, יואב לך<sup>1</sup>, חוה טבנקין<sup>2</sup>, יעל אשכנזי<sup>1</sup>

1. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** מרבית הילדים בישראל מטופלים אצל רופאי ילדים וכך רופא הילדים עשוי להיות הגורם הרפואי הראשון לפגוש ולזהות בעיה רגשית או נפשית. חשיבות הזיהוי וההתערבות המוקדמת גדולה, שכן טיפול מוקדם בבעיה חשוב לרווחת הילד וההורים, ופעמים רבות, קריטי להמשך התפתחות תקינה. אולם ממחקרים שנערכו בשנים האחרונות עולה שרק בחלק קטן מהמקרים רופא הילדים יוזם שיחה בעניינים אלו.

**מטרות:** לבחון מהי תפיסת התפקיד של רופאי ילדים באיתור בעיות נפשיות במטופלים שלהם ובטיפול בהן, ומהם החסמים בפני מתן טיפול מיטבי בתחום זה.

**שיטות:** מחקר איכותני באמצעות ראיונות עומק חצי מובנים, עם 12 רופאי ילדים מארבע קופות החולים. נבחרו רופאים בעלי מאפיינים מגוונים הרלוונטיים לנושא המחקר. המחקר נעשה במימון המכון הלאומי.

**ממצאים:** כל רופאי הילדים אמרו שמגיעים אליהם ילדים עם בעיות רגשיות ונפשיות ודיברו על כך שיש להם תפקיד בזיהוי ובאבחון בעיות. יחד עם זאת, לרוב הם אינם אלו שיוזמים את השיחה, אלא ההורים הם שמעלים את הבעיה בפניהם. מהראיונות עולה שרופאי הילדים מטפלים במגוון בעיות התנהגותיות ורגשיות איתן ניתן להתמודד באמצעות הדרכת הורים. במקרים מורכבים יותר הרופאים נוטים להפנות מיד לאנשי מקצוע בתחום. מהראיונות עולה שהרופאים מרגישים חוסר ביטחון לגבי הטיפול בבעיות בתחום זה מאחר שאין להם ידע מספיק בתחום. בעיות נוספות שמקשות עליהם הן עומס עבודה ומגבלת זמן, קשר מועט וחוסר היכרות עם אנשי מקצוע בבריאות הנפש, העדר קשר עם המערכות הנוספות בקהילה המטפלות בילדים, זמינות נמוכה של מטפלים מתחום בריאות הנפש, וגישה מוגבלת למידע בתיק הרפואי.

**מסקנות והמלצות:** כל המרואיינים ראו את תחום בריאות הנפש כחלק מתפקידם, אולם חסרים להם ידע, כלים ותשתית מתאימה לאפשר להם לתת טיפול מיטבי ולתפקד כמנהלי טיפול (case managers) באופן מלא בכל האספקטים להם נדרש הילד שבטיפולם. מומלץ להוסיף הכשרה בתחום בריאות הנפש להתמחות ברפואת ילדים. כמו כן, חשוב לבנות תשתית מותאמת לרופא למתן טיפול מיטבי, על ידי פיתוח ערוצי קשר והיכרות עם גורמי טיפול בבריאות הנפש וכן ערוצי קשר עם מערכות אחרות בהן הילד נמצא (למשל, מערכות החינוך והרווחה).

## טכנולוגיות גנומיות באבחון טרום-לידתי: עמדות אנשי מקצוע מתחום הגנטיקה הקלינית לגבי דיווח ממצאים מסוג Loci Susceptibility

מיכל מקרוב<sup>1</sup>, ורדיאלה מיינר<sup>2</sup>, ויטליה ליבמן<sup>1</sup>, חגית הוכנר<sup>1</sup>, שירי שקדי-רפיד<sup>2</sup>

1. האוניברסיטה העברית-הדסה

2. המרכז הרפואי בית חולים הדסה

**רקע:** לאחרונה השימוש בשיטת ה-Chromosomal Microarray Analysis (CMA) באבחון טרום-לידתי (אט"ל) גדל. הרזולוציה הגבוהה של השיטה תורמת לאבחון תסמונות גנטיות, אולם במקביל גוברים הסיכויים למציאת ואריאנטים בעלי חדירות חלקית הקשורים לעלייה בסיכון לאוטזם, אפילפסיה ועוד. וריאנטים אלו, המכונים Loci Susceptibility (SL), מזוהים בכ-0.3% מההריונות. בעולם קיימות גישות שונות בנוגע לדיווח על SL, הנעות בין דיווח מלא, לאי-דיווח על SL המעלים סיכון בלא יותר מ-20%. כמו כן, אין אחידות בנוגע למתן זכות בחירה לנשים לגבי רצונן לדעת על SL. בישראל אין הנחיות מקצועיות בנושא הדיווח על ממצאים אלו.

**מטרות:** אפיון עמדותיהם של אנשי מקצוע בתחום הגנטיקה הקלינית בנוגע לדיווח ממצאים מסוג SL ובדיקת הגורמים המשפיעים על כך.

**שיטות:** 15 ראיונות עומק חצי-מובנים עם אנשי מקצוע מתחום הגנטיקה הקלינית ממכונים גנטיים ברחבי הארץ. הראיונות נותחו בשיטת ה-Grounded theory.

**ממצאים:** בכלל המכונים בארץ ממצאים מסוג SL מדווחים לנבדקות, ללא תלות בחדירות, פרט למכון אחד בו הנבדקת בוחרת אם ברצונה לקבל מידע זה. מרבית המרואיינים תומכים בדיווח גורף, מתוך אמונה כי זכות הנבדקת לקבל את כל המידע הנוגע לעובר ולחליט על עתיד ההיריון. טיעונים נוספים כוללים הכרה במציאות הישראלית בה זוגות חוששים לקחת סיכון, ולו נמוך, לבריאות העובר והימנעות מפטרנליזם. מיעוט המרואיינים היו מעדיפים שלא לדווח על SL משום שהדבר עלול לגרום לחרדה מיותרת ולהוביל להפסקות היריון שאינן מוצדקות, אך חוששים מהעדר גיבוי משפטי לאי-דיווח. בנושא מתן אפשרות בחירה לנבדקת אם ברצונה לקבל מידע על SL, נטען כי בשל מורכבות הנושא והקושי שבקבלת החלטה מושכלת אין להציע אפשרות זו. רוב המרואיינים הביעו רצונם בקבלת הנחיות ברורות בנושא מהאיגוד המקצועי. מסקנות והמלצות: רוב אנשי המקצוע שרואיינו חשים מחויבות לדווח על SL, מסיבות עקרוניות או מחשש לתביעות. מרבית המרואיינים אינם תומכים במתן אוטונומיה לאישה בנוגע לבחירת סוג הממצאים שידווחו לה בבדיקות גנומיות בהיריון.

**המלצות:** קביעת מדיניות ברורה ואחידה לגבי דיווח ממצאים מסוג SL, תוך התייחסות מעמיקה לנושא זכות הנבדקת להחליט אם ברצונה לקבל מידע זה.



## שירות חדש לאוכלוסיות הסיכון - הטמעת היעוץ הרוקחי באמצעות כספי תמיכה

אלי מרום, סיון אברון, איל שורצברג

משרד הבריאות

**רקע:** תוחלת החיים העולה מביאה לכך שיותר מטופלים צורכים יותר תרופות ולאורך זמן ממושך. מספר תרופות מרובה בחולים כרוניים מביא לקבוצת סיכון בעלת בין היתר המאפיינים הבאים: חוסר הענות תרופתית (באי לקיחה או חוסר דיוק בזמני לקיחה), תופעות לוואי כתוצאה מאינטראקציות תרופתיות, רישום "מפל תרופות" (מתן תרופה לטיפול בתופעת לוואי של תרופה אחרת) וכן אי יעילות תרופתית כתוצאה מאי לקיחה נכונה.

מחקרים רבים בעולם ובארץ הראו כי ייעוץ רוקחי ייעודי למטופל מביא לתוצאים קליניים טובים יותר כגון נטילה נאותה של התרופות כמו גם לטיפול יעיל יותר ולירידה בתופעות הלוואי. ביצוע ייעוץ מסוג זה דורש זמן ותשומת לב של הרוקח והמטופל ועל כן צריך להיעשות בחדר ייעוץ מתאים ובזמן הנדרש. על פי הנחיות משרד הבריאות בחוזר מנהל רפואה ובנוהל מערך הרוקחות, כל מטופל כרוני זכאי לפגישה ייעודית בנושא התרופות שתערך על ידי רופא או רוקח לפחות אחת בשנה.

**מטרות:** הטמעת ייעוץ רוקחי יזום בקופות החולים למטופלים לצורך שיפור ההיענות התרופתית בקהילה ומתן הכשרה מקצועית לרופאים אודות שימוש מושכל בתרופות.

**שיטות:** משרד הבריאות החליט על חלוקת כספי תמיכה לקופות החולים לצורך עידוד פעילות של מתן ייעוץ רוקחי למטופלים לשנות תקציב 2016-2017. התנאים למענק הינם מתן ייעוץ רוקחי על פי נוהל אגף הרוקחות ללפחות 2% מהמטופלים הכרוניים הנוטלים מעל ל-6 תרופות ומתן הדרכה בנושא ל-5% מכלל הצוות הרפואי נותן המרשמים.

**ממצאים:** שירותי בריאות כללית, מכבי ולאומית השתתפו בפרויקט, כ-15,000 מטופלים קיבלו ייעוץ רוקחי ו-8,000 רוקחים ורופאים עברו הכשרה מקצועית בשנה.

**מסקנות והמלצות:** הענקת כספי התמיכה הראתה השפעה משמעותית על השירות למטופלים. קופות החולים שיתפו פעולה עם הפרויקט ופעלו אקטיבית להנגיש את השירות למטופלים. על בסיס מחקרים קודמים ניתן להניח כי לפרויקט השפעה עצומה על בריאות המטופלים כמו גם שביעות רצונם. אנו ממליצים להמשיך את חלוקת כספי התמיכה בפרויקט זה בשנים הבאות ולהרחיב את אחוז המטופלים הנהנים ממנו. כמו כן נייעץ להרחיב את מתן השירות גם לבתי מרקחת בהסדר עם הקופות.

## בוחרים בתבונה? רפואה יועצת במסווה של רפואת חירום

מור סבאן<sup>1</sup>, חוה ברניב<sup>2</sup>, רביע סלאמה<sup>3</sup>, עבד אל עזיז דראושה<sup>3</sup>

1. רמב"ם, אוניברסיטת חיפה

2. שירותי בריאות כללית

3. רמב"ם

**רקע:** בשנים האחרונות משרד הבריאות שם את הטיפול הרפואי במחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) כאחד מהיעדים המרכזיים לקידום על מנת לנסות לפתור את בעיית העומס על מערכת האשפוז. עם זאת, זמני המתנה עולים, העומסים גדלים ואיכות הטיפול נפגמת.

**מטרות:** מטרת המחקר המרכזית היא לבחון צמתי זמן מרכזיים שעלולים לעכב את הטיפול במלר"ד ולבדוק האם שימוש ברפואה יועצת תורם להארכת זמני המתנה במלר"ד.

**שיטות:** מחקר רטרוספקטיבי שנערך בין השנים 2014-2017 מתוך הרשומה הרפואית הממוחשבת וכלל נתונים אודות מספר הפונים, נפח הפעילות בכל אגף טיפולי במלר"ד, זמני המתנה לטריאז', זמן רופא ראשוני, זמן להחלטה וזמן כולל במלר"ד. כן נבדקו מספר ייעוצים עבור כל מטופל וחושב זמן המתנה לפתיחת הייעוץ ועד סגירתו.

**ממצאים:** חל גידול של 2.87% במספר הפניות למלר"ד בין השנים 2014 ל-2017 (מ-92,324 בשנת 2014 ל-103,624 בשנת 2017). זמן לטריאז' הראשוני התקצר מ-28 דק' בשנת 2014 ל-15 דקות בשנת 2017 ( $p < 0.001$ ). זמן לבדיקת רופא ראשוני התקצר בממוצע ב-59 דקות ( $p < 0.001$ ). זמן המתנה לרופאי המיון העיקריים (פנימאי, אורתופד וכירורג) היו קצרים יותר משמעותית בהשוואה לייעוצים אחרים (95 דקות לעומת 132 דקות, בהתאמה;  $p = 0.001$ ). זמן המתנה הכולל במלר"ד התארך בין השנים, מ-6.4 שעות ב-2014 ל-7 שעות בממוצע בשנת 2017 ( $p = 0.03$ ). האגף שבו זמן ההמתנה הוא הארוך ביותר הוא אגף השהיה שבו ממתנים לאשפוז במחלקות השונות (ממוצע 20.7 שעות) ובחדר הבידוד (ממוצע 20.4 שעות) לעומת אגף מהלכים שבו ממתנים 3.5 שעות במוצע עד לסיום טיפול. בחדר הולם המתינו 7.3 שעות. מגמות אלו לא השתנו באופן מובהק במהלך השנים. חל גידול משמעותי בין השנים במספר הייעוצים שהוזמנו לכל חולה ( $p = 0.002$ ; +6.0%).

**מסקנות והמלצות:** זמני ההמתנה לצמתי טיפול עיקריים במלר"ד התקצרו משמעותית לאורך השנים. עם זאת, הגידול בשיעור של מספר הייעוצים לכל מטופל, אינו תואם את העלייה במספר הפניות בשנות המחקר. יש לבחון האם המלר"ד הוא המקום המתאים לרפואה יועצת, בעיקר בשעות הבוקר - שעות שבהן מרפאות הקהילה זמינות.

## סדנה לטיפול מיטבי בסובלים מכאב כרוני/ פיברומיאלגיה

טובי סקס, מרצ'לה ליליאנה שני

שירותי בריאות כללית

**רקע:** תופעת הכאב שכיחה ורבים מהסובלים ממנה מתקשים לקבל מענה הולם. הכאב הכרוני, מקשה ב-ADL, בעבודה ועלול לגרום לפגיעה חברתית ורגשית. בניסיון להגדיל את ההיצע הטיפולי הניתן לחולים ועל בסיס הידע העדכני, נבנתה תוכנית טיפולית שנותנת מענה ביו-פסיכו-סוציאלי. הסדנה מיועדת למטופלים אשר לא קיבלו מענה מספק באמצעות טיפולים קונבנציונאליים אחרים. הסדנה הקבוצתית מאפשרת מתן טיפול של שעה וחצי שאינו מתאפשר במפגשים פרטניים.

### מטרות:

- ❖ מתן כלים להתמודדות עם כאב.
- ❖ העצמת המטופל הכרוני ללקיחת אחריות על ניהול הכאב ושיקומו.
- ❖ שימוש בכוחות הטיפול הקבוצתי.
- ❖ הפחתת השימוש במשככי כאב.

**שיטות:** הסדנה כוללת 5 מפגשים:

מפגש 1 הרצאת פיזיותרפיסטית - "ללמוד להכיר את הכאב" - EXPLAIN PAIN. הכאב בהקשר למעורבות המוח ומערכת העצבים.

מפגש 2-3 מפגשים קבוצתיים בהנחיית עובדת סוציאלית, לחיזוק התובנות ורכישת כלים להתמודדות עם הכאב. ע"י מיינדפולנס, CBT, הרפייה, פסיכולוגיה חיובית.

מפגש 4 מעקב אחר השינויים ושימורם, בדיקת הקשיים ומתן חיזוק להמשך ההתמודדות.

**ממצאים:** נאספו 24 שאלונים נימצא:

שינוי משמעותי בתפיסת הכאב - ציון PCS - ממוצע ירד מ-28.7 ל-17.8.

שיפור בעוצמת הכאב - ציון VAS ממוצע ירד מ-6.9 ל-5.8.

הערכה סובייקטיבית של תרומת הסדנה ע"י המשתתפים - 3.4 (מתוך 4).

מפגש 5 במפגש הערכה שהתקיים כחצי שנה מתום הסדנה, בו לקחו חלק 14 משתתפים, נמצא:

מרבית המשתתפים הצליחו לשמור על רמת PCS הדומה לזו שנמדדה בסיומה - 18.6 מטופלים דווחו על שיפור. הערכת

רמת הכאב - VAS - עבור 3 משתתפים היתה החמרה אך הם מצליחים להתמודד עם הכאב ללא נטילת תרופות. צריכת

תרופות - 13 מתוך המשתתפים אינם נוטלים תרופות כלל. משתתפת אחת נוטלת לעיתים רחוקות.

**מסקנות והמלצות:** הסדנאות תורמות רבות למטופלים הסובלים מכאב כרוני הן בשינוי בתפיסת הכאב והן בדרכי התמודדות עימו.

❖ הסדנה עזרה למטופלים לחזור לתפקוד מלא, חיי חברה, well being ומבטיחה רצף טיפולי שנדרש למטופלים הנ"ל.

❖ הסדנה תורמת להפחתה בשימוש בתרופות נוגדות כאב.

## התערבות מוקדמת ומניעת שברים אוסטאופורוטיים במטופלים לאחר שבר במחוז מרכז, מכבי שרותי בריאות

שני פוטמן-יונה, אביבה בן ברוך, עודד וקסברג, גייל לון

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** תחלואת השברים האוסטאופורוטיים הינה במגמת עלייה עם הזדקנות האוכלוסייה במחוז מרכז כמו גם בכלל מכבי ובמדינת ישראל.

על פי תוצאות ראשוניות של מחקר חדש, הסיכון ל-MOF (major osteoporotic fracture) שני היה גדול יותר מיד לאחר השבר הראשון. שנה לאחר ה-MOF הראשון הסיכון לשבר שני היה גבוה פי 3 מאלו שלא חוו שבר. ההערכה היא שכ-80% מהמטופלים שסבלו משבר ראשון כלל לא אובחנו וטופלו.

במחוז מרכז מטופלים כ-300 מטופלים בשנה המשתחררים לאחר שבר אוסטאופורוטי, ניתוח ושיקום. זוהי נקודת התערבות קריטית בהיבט אבחוני וטיפולי בניסיון למנוע את השבר הבא.

**מטרות:** איתור מטופלים לאחר שבר אוסטאופורוטי ומתן המלצות לביצוע בירור מתאים והתחלת טיפול למניעה שניונית במטרה להפחית הסיכון לשבר הבא, נכות ואשפוזים ממושכים.

### שיטות:

- ❖ איתור מטופלים לאחר שבר במסגרת פעילות ביחידת המצפן - יחידת מיון ותיאום טיפול לחולים מורכבים לאחר אשפוז.
- ❖ תהליך סריקה של תיקי המטופלים ומכתבי השחרור.
- ❖ סיכום המלצות בהתייחס לבירור המעבדתי והטיפול התרופתי המומלץ.
- ❖ מעקב תקופתי אחר מידת יישום ההמלצות ושליחת תזכורות לרופא המטפל.

### ממצאים:

- ❖ נסרקו ע"י רוקחת קלינית 65 תיקים רפואיים ומכתבי שחרור לאיתור המטופלים להתערבות.
- ❖ ניתן יעוץ רוקחי לרופאים המטפלים עבור כל המטופלים שאותרו לאחר שבר אוסטאופורוטי.
- ❖ המטופלים התאפיינו בגיל ממוצע של 73, מתוכם 70% הן נשים.
- ❖ מעל 50% ממטופלים לא נטלו קלציום +D טרם השבר ומעל 80% ללא טיפול תרופתי קבוע לאוסטאופורוזיס.
- ❖ בבדיקה של שנה לאחר ההתערבות, 40% מהמטופלים קיבלו טיפול חדש לאוסטאופורוזיס, רובם טיפול בביפוספונט פומי.

**מסקנות והמלצות:** מעבר על תיקי המטופלים לעיל מלמד על תת-אבחון, תת-טיפול, טיפול לא מיטבי, היעדר מעקב רפואי מתחייב בעקבות אירוע זה והיעדר תיעוד הערכות משלימות. על כן, קיימת חשיבות רבה לאתר המטופלים בצומת זו על מנת לקדם האבחון והטיפול למניעת השבר האוסטאופורוטי הבא.

## יתרונות אשפוז בית שיקומי תחליף למוסד לאחר ניתוחים אורתופדיים

אסף פולק, חמדאן מונירה, מוחמד עבד אלרחמאן, אורי שואבי, הגר וקסלר

מאוחדת

### רקע:

1. הזכות לשיקום לאחר ניתוחים אורתופדיים מעוגנת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ונמצאת באחריות קופות החולים.
2. בפריפריה מחסור במיטות אשפוז שיקומי, וזמני המתנה ארוכים למוסדות.
3. לשיקום בסביבה הטבעית יתרונות: קבלת תמיכה משפחתית, חזרה מהירה לתפקוד, חסכון בעלויות ומניעת זיהומים.
4. מערך שיקום בבית מביא לצמצום אשפוזים מיותרים, המתנה למוסד וזירוז חזרה לטיפול בקהילה.

### מטרות:

1. לבחון יעילות של השיקום הביתי ללא אובדן באיכות הטיפול הניתנת למטופל ולבחון תוצאות השיקום הביתי שלא פחותות מהשיקום המוסדי.
2. הפחתה בעומס ההמתנה למוסדות שיקום בבתי חולים.
3. ייעול כלכלי בהוצאות על שיקום מוסדי.

### שיטות: אוכלוסיית היעד

- ❖ מטופלים מהצפון, עברו ניתוחים אורתופדיים אלקטיבי/שבר, מעל גיל 18, עם מטפל עיקרי.
- ❖ המשוחררים מכל בתי החולים בארץ ללא מחלות המשפיעות על קוגניציה או תנועה.

### הליך העבודה:

1. בניית מערך שיקום בית: רופאת שיקום, פיזיותרפיסט, עו"ס ורופא גריאטריה.
2. שכירת שירות ספקים חיצוניים לאשפוז בית שיקומי.
3. מתן שעות סיעוד.
4. טיפול רב מקצועי הכולל אחות, רופא, עו"ס פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק.
5. דיווח ועדכון בקבלה, באמצע התהליך ובסיום הטיפול.
6. מעקב ובקרה אחרי תוכנית הטיפול השיקומית וממשק עם הקהילה.

### תוצאות:

- ❖ 34% מכלל השיקום האורתופדי בוצע בבית ב-2017, ו-27% בשנת 2016.
- ❖ ממוצע ימי אשפוז בשיקום בית כ-14.3, בספק חיצוני ובמוסדות 17 ימים.
- ❖ ממוצע ציון FIM בשחרור בשיקום בית של הקופה 111, שיקום בית של ספק חיצוני 101, ושיקום מוסדי 81.
- ❖ 60% מהמקרים בשיקום מוסדי הוגשה בקשה להארכת אשפוז ומקרים בודדים בשיקום בית.
- ❖ בשיקום בית: הבדל ממוצע של 7 ימים בזמן הגעה להמשך טיפול בקהילה ביחס למוסד.

**מסקנות והמלצות:** שיקום בית כתחליף אשפוז נמצא יעיל יותר במדדי תפקוד וצמצם עלויות כלכליות.

## פענוח מוניטור עוברי און ליין - פיתוח חדשני מבית מכבי שירותי בריאות

רחל פיש, יעקב סגל, עפר תדמור, פאני ואזנה פורת, אנג'לה עירוני

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** מערכת הבריאות מתמודדת עם אתגרים של נגישות שירותים בקהילה לצד שמירה על איכות טיפול. טכנולוגיות עדכניות ניידות מציעות דרכים חדשות להתמודדות. עד לאחרונה, נשים הרות יכלו לבצע מוניטור עוברי אלקטיבי במרפאות בודדות ברחבי הארץ בנוכחות רופא נשים המסוגל לפענח את הבדיקה. תהליך הבדיקה היה ארוך ומסורבל ובמקרים דחופים כמו שינויים בתנועות עובר, נאלצה האישה לנסוע למרכז בריאות אישה אשר לעיתים מרוחק ממקום מגוריה או לפנות ישירות אל בית החולים.

**מטרות:** פענוח מרחוק של בדיקת מוניטור עוברי באמצעות מערכת פענוח אינטרנטית ארצית.

**שיטות:** המערכת החדשה פותחה על בסיס מערכת האולטרסאונד הקיימת במכבי, מבוססת מכבי מבצעת בדיקת מוניטור עוברי, באחת מ-110 מרפאות אחיות של מכבי ברחבי הארץ. האחות המבצעת את הבדיקה משגרת אותה דרך המערכת אל צוות רופאי נשים מומחים הפענוח מתקיים באופן מקוון תוך דקות בודדות. לצוות הרופאים מחשבים ניידים, המחברים בקביעות אל המערכת עם אפשרות לפענח הבדיקות מכל מקום. פענוח הרופא כולל מכתב הכולל המלצות והנחיות להמשך טיפול. במקרים חריגים, תופנה האישה בדחיפות לבית החולים. במידה וחל עיכוב בפענוח הבדיקה, המערכת שולחת התרעה לטלפון הנייד של הרופאים על בדיקה הממתינה לפענוח. מתקיימת בקרה כפולה על פענוח המוניטורים, בעיקר במקרים שבהם הפענוח אינו ברור דיו. במקביל, המערכת מאפשרת לאחיות ולצוות הרופאים להתכתב ולדון על בדיקת המוניטור העוברי ולהתריע על תוצאות חריגות.

**ממצאים:** המערכת נמצאת בשימוש מדצמבר 2016. השימוש במערכת עלה מ-405 פענוחים ברבעון הראשון ל-2,155 ברבעון הרביעי של 2017 - גידול של פי 5, עדות לתהליך הטמעה מוצלח.

המערכת חוסכת זמן המתנה יקר, מצמצמת הפניות למיון ומספקת מענה לאישה המתלבטת כיצד לנהוג נוכח מצבי חוסר וודאות בהיריון. המערכת אף מספקת פתרון לנשים המתגוררות בפריפריה תוך הנגשת שירותי פענוח מומחים מרחוק.

**מסקנות והמלצות:** פיתוח עולמי חדשני של מכבי שירותי בריאות משדרג את עולם הניטור העוברי. השירות החדש מוצע בפריסה ארצית, נגיש לנשים בפריפריה ובמרכז ומציע פענוח מומחים מהיר. כך, שימוש בטכנולוגיה חדשנית מקל על החיבור בין מטופלת לרופא תוך הסרת החסם הפיזי במפגש.

## כניסת אחיות מומחיות בקהילה למערכת הבריאות בישראל - כך זה קרה במאחדת

תמר פישמן מגן, מלי קושא, דוד מוסינזון, עינת אורון

מאחדת

**רקע:** שינויים החלים בתחום הבריאות בעולם משפיעים גם בישראל. הזדקנות האוכלוסייה, עלייה במספר החולים במחלות כרוניות, ומחסור גובר באנשי צוות רפואי הן בבתי החולים והן בקהילה, אחיות ורופאים, הובילו לשינוי החקיקה, כדי לאפשר הכשרת והסמכה של אחיות מומחיות בתחומים של טיפול בפגים, טיפול בכאב, טיפול תומך, סוכרת, גריאטריה, ומנהל ומדיניות. לאחרונה נוספו הכשרה ורישוי של אחיות מומחיות בקהילה. עוד לפני אישור העדכון הנוכחי, פעלה מאחדת בשיתוף פעולה עם אוניברסיטה בארה"ב להכשרת אחיות במסגרת לימודים לתואר שני קליני לתפקיד - FNP Family Nurse Practitioner, וזאת מתוך ראיית טובת המטופלים, שיפור איכות הטיפול ושביעות הרצון של המטופלים והצוות. אחיות אלה, עם סיום הכשרתן, מיועדות לפעול במרפאות הקהילה של מאחדת לצידם של רופאי המשפחה והילדים, ולצד צוות האחיות.

**מטרות:** לבחון את תהליך הוספת התפקיד החדש למרפאה, הגורמים המשפיעים על התהליך, וגישות של אנשי הצוות במרפאה - רופאים, אחיות, סטודנטים בתוכנית ההכשרה מנהלה - כלפי התפקיד החדש.

**שיטות:** מחקר תיאורי איכותני לצורך איסוף המידע, בראיונות אישיים באמצעות שאלונים מובנים פתוחים, עם חמישה צוותים רב מקצועיים המורכבים מרופא, אחות, מנהל, וסטודנט העובדים יחד במרפאה.

**ממצאים (ראשוניים):** ניתוח מקדמי חושף תמות דומות לאלה שנמצאו במחקרים דומים, ואשר להם תרומה לתהליך ההטמעה של התפקיד במרפאה. אלה כוללות שינויים והתאמות הנדרשים לגבולות המקצוע על ידי אנשי הצוות הקיימים, השלמת פערי ידע היבטים לוגיסטיים כגון מחסור בחדרים וגישה למערכות ממוחשבות, וקבלה כללית של השינוי בארגון כולו. גישה חיובית כלפי התהליך נמצאה בקרב אחיות, צוות מנהלי וסטודנטיות בתהליך ההכשרה.

**מסקנות:** הוספת אחיות מומחיות בקהילה לצוות מרפאות הקהילה מחייב שינוי ארגוני והסטה של תפקידים ותחומי אחריות בין הגורמים השונים בתוך צוותי המרפאה - רופאים, אחיות, והאחיות המומחיות.

**המלצות:** יש מקום לתשומת לב מיוחדת למחסומים שזוהו כמעכבים את התהליך, כדי לאפשר קבלה רחבת היקף של התהליך בתוך הארגון. יש להביא לידיעת כל המעורבים את פרטי השינויים המתוכננים ולקבוע נהלים ברורים להתנהלות של הגורמים המעורבים.

## הערכת ההתערבות מפות שיחה לסוכרת: תוצאות בריאותיות, התנהגות בריאותית וצריכת שירותי בריאות עד 4 שנים לאחר ההתערבות

בקה פלדמן<sup>1</sup>, עינב סרולוביץ<sup>2</sup>, מאיה לוונטר-רוברטס<sup>1</sup>, מינה רותם<sup>1</sup>, כלנית קיי<sup>1</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. אוניברסיטת חיפה

**רקע:** מפות שיחה לסוכרת הינה תוכנית התערבות בינלאומית מוכרת להידברות בין מטופלי סוכרת, הדרכתם והעצמתם המתאימה למטופלים המתקשים בניהול מחלתם. מחקרים דיווחו על ממצאים לא חד משמעיים לגבי תוצאות ההתערבות בקרב משתתפי התוכנית, אולם מחקרים אלו היו קטנים וקצרי טווח.

**מטרות:** להשוות תוצאות בריאותיות, התנהגות בריאותית וצריכת שירותי בריאות בין משתתפי מפות שיחה לסוכרת לבין קבוצת השוואה עד ארבע שנים לאחר ההתערבות.

**שיטות:** מחקר עוקבה רטרוספקטיבי שכלל 11,053 מבטחי כללית שנרשמו למפות שיחה לסוכרת בשנים 2010-2016. הקשר בין השתתפות בתוכנית לבדיקות מעבדה, התנהגות בריאותית וצריכת שירותי בריאות נבדקה באמצעות רגרסיות ליניאריות ופוייסוניות רבות משתנים.

**ממצאים:** למשתתפי ההתערבות מפות שיחה לסוכרת, בהשוואה לקבוצת השוואה, הייתה ירידה מובהקת בערכי HbA1c ( $\beta=-0.31$ ,  $p<0.001$ ), סוכר ( $\beta=-7.45$ ,  $p<0.001$ ) ו-LDL ( $\beta=-1.86$ ,  $p<0.001$ ) והייתה תדירות גבוהה יותר של ביצוע בדיקות סוכר (OR=1.04, 95%CI: 1.02-1.07) עד 36 חודשים לאחר ההתערבות. בנוסף, בהשוואה לקבוצת השוואה, הם ביקרו פחות אצל רופא המשפחה ( $\beta=-0.18$ ,  $p<0.001$ ) וביקרו יותר אצל רופא עיניים (OR=1.17, 95%CI: 1.13-1.20) ודיאטנית (OR=1.44, 95%CI: 1.38-1.51) עד 24, 36 ו-48 חודשים לאחר ההתערבות, בהתאמה. כמות האשפוזים לדיאטנית (OR=0.78, 95%CI: 0.73-0.83) ואורך ימי האשפוז הכולל ( $\beta=-0.34$ ,  $p<0.001$ ) היו נמוכים יותר בקרב משתתפי מפות שיחה לסוכרת, לעומת קבוצת השוואה, עד 36 ו-48 חודשים לאחר ההתערבות, בהתאמה.

**מסקנות והמלצות:** זהו מחקר ראשון מסוגו בעולם אשר עקב אחרי מדגם גדול של משתתפים בתוכנית מפות שיחה לסוכרת לאורך זמן. ההשתתפות במפות שיחה לסוכרת נמצאה קשורה לשיפור בתוצאות קליניות ולהתנהגות בריאותית ולצריכת שירותי בריאות טובים יותר, לפחות 24 חודשים לאחר ההתערבות. ממצאים אלו תומכים בהשפעה החיובית של מסגרת קבוצתית המונחית על ידי אחות על בריאותם של מטופלים עם סוכרת.

כחלק מהתהליך השיפור המתמיד שכללית דוגלת בו, יש מקום לעודד מטופלים עם סוכרת להשתתף במפות שיחה לסוכרת. בנוסף, נראה כי כשנתיים לאחר ההתערבות קיים צורך לבצע ריענון בקרב מטופלים אשר השתתפו בתוכנית. בכדי להטמיע את ההתערבות בצורה המיטבית, קיים צורך בהמשך הכשרת אחיות נוספות שינחו את מפות שיחה לסוכרת.



## הימצאות ומידת האיזון של כאב בתכנון טיפול תמיכתי במטופלי המודיאליזה כרונית

טליה פליישמן<sup>1</sup>, יעקב דרייהר<sup>2</sup>, פסח שורצמן<sup>3</sup>

1. משרד הבריאות

2. המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

3. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** כ-50% ממטופלי המודיאליזה כרונית (MHDp - Maintenance Hemodialysis patients) מדווחים על כאבים, מתוכם כ-60% מדווחים על כאב נירופתי. סוגי הכאב האפשריים ב-MHDp הינם מגוונים כמו גם הסיבות לכאב. ניהול הטיפול בכאב אצל MHDp אינו אופטימאלי, ומשככי הכאב נרשמים פחות מהנדרש. תת-טיפול בכאבים גורם לסבל ופוגע באיכות החיים של המטופלים.

**מטרות:** מטרת המחקר הנוכחי היתה לאפיין ולבחון הימצאות הכאב ב-24 שעות האחרונות והקשר בינו לבין גיל, מגדר, וותק בדיאליזה, תחלואה נלווית, תפקוד יומי, דיכאון, איכות חיים ומידת השימוש בשירותי בריאות בקרב MHDp.

**שיטות:** מחקר חתך רב מרכזי בקרב 336 MHDp. נעשה אומדן מקיף של הכאב, והקשרים בינו לבין משתני המחקר הנוספים. הכאב ב-24 השעות האחרונות נמדד באמצעות ה-BPI Inventory Pain Brief The (BPI) והכאב הניירופתי - באמצעות LANS-S (The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs pain scale).

**ממצאים:** 82% ממשתתפי המחקר סבלו מכאב ב-24 שעות אחרונות, מתוכם 39% סבלו מכאב ניירופתי. רק 66% קיבלו טיפול קבוע לכאב, ומידת שיכוך הכאב היתה כ-60% בממוצע. 88.1% מהמטופלים סבלו מתת-טיפול בכאב על פי PMI. מטופלים עם כאב חמור יותר ומבוגרים יותר סבלו מתת-טיפול בשיעור גבוה יותר. מטופלים עם עוצמת כאב חמורה יותר סבלו מתפקוד יומי ירוד יותר, דיכאון ואיכות חיים ירודה. כאב ניירופתי נמצא קשור לוותק בדיאליזה, עוצמת הכאב, מספר מקומות כואבים ודיכאון. בנוסף, נמצא קשר בין נוכחות הכאב הניירופתי לעלות שירותי הבריאות, ללא עלות שירותי הדיאליזה.

**מסקנות והמלצות:** MHDp הסובלים מכאב ב-24 שעות האחרונות סובלים יותר מדיכאון, ירידה בתפקוד היומי ואיכות חיים ירודה. עוצמת כאב חמורה קשורה לתת-טיפול בכאב. הסבל מכאב, ובעיקר הכאב הניירופתי, מעלה את עלות הטיפול בעבור שירותי הבריאות ב-MHDp. טיפולי המודיאליזה בלבד אינם מאפשרים שליטה טובה בכאבים. תכנון מערך שירות פליאטיבי-תמיכתי עשוי לתרום למנוע סבל ולתרום לאיכות החיים ב-MHDp.

## “אפשר אחרת” - הפיזיותרפיסט ברפואה ראשונית בקהילה

אילה פרג

משרד הבריאות

**רקע:** אתגרי העתיד - שינויים דמוגרפיים וריבוי אנשים עם מחלות כרוניות, יחד עם דרישה גוברת לשירות זמין, איכותי וממוקד לקוח, מחייבים את מערכת הבריאות בישראל לשינוי פרדיגמה במתן שירותים. המערכת נדרשת לפעול בחכמה, לנצל משאבים אנושיים וכלכליים באופן מושכל ולהיות קשובה ומתאמת לצרכי הלקוחות. מדינות שונות הקימו וועדות ממלכתיות להצעת פתרונות; כל הוועדות המליצו על הרחבת סמכויות למקצועות הבריאות כדרך מתאימה להרחיב את היצע המטפלים, תוך ניצול מטבי של משאבים, להשגת טיפול מקצועי, זמין ומתאם לקוח.

**מטרות:** הצגת הספרות - הרחבת סמכויות לפיזיותרפיסטים בתחום השלד-שריר כדרך הולמת למתן שירות מקצועי, מותאם, זמין ובטוח ולהתייעלות המערכת בקהילה.

**שיטות:** סקירת ספרות מדעית - הרחבת סמכויות לפיזיותרפיסטים בתחום השלד-שריר.

**ממצאים:** כאב שלד-שריר ידוע כאחד המחלות השכיחות בגיל המבוגר, מהגורמים הנפוצים לכאב כרוני ומוגבלות בתפקוד ומהסיבות השכיחות לכניסה למערכת הרפואית. מחלות שלד-שריר כרוניות הוגדרו בין שלושת המחלות היקרות ביותר למערכת הבריאות וצפוי כי העומס על המערכת ילך ויתעצם עם הזדקנות האוכלוסייה. בקהילה, קרוב ל-80% מבעיות השלד-שריר שמציגים מטופלים הנין בנושאים בהם נדרש טיפול שמרני, טיפול העומד בבסיס הכשרת הפיזיותרפיסט. כיום מטופלים אלו מגיעים קודם לרופא המשפחה או ישירות לאורתופד. הטיפול המוצע כולל: הדמיה, תרופות, זריקות וניתוחים. לפי קיום מנחים בן לאומיים, התערבויות אלו לרוב אינן תורמות לשיפור התפקוד ואיכות החיים של המטופלים; חלקן אף מהוות הוצאות מיותרות למערכת. מהספרות עולה כי הטיפול המומלץ כולל: התאמת תרגילים לחיזוק שרירים ושיפור תפקוד, התאמת אמצעים לשיכוך כאב והדרכת המטופל לתרגול קבוע וניהול המחלה. על האמור, טיפול ראשוני על ידי פיזיותרפיסט, הינה בגדר שימוש מושכל במשאבים - הטיפול הנכון, על ידי המטפל הנכון, מותאם למצב ולצרכי המטופל.

**מסקנות והמלצות:** אספקת שירותי בריאות במציאות העכשווית מחדדת את ההכרח בשינוי בשיטות ובגישות במתן השירותים. קיימות ראיות חזקות להשפעות החיוביות של הגישה המתוארת על איכות, עלויות וזמינות של שירותים ובה בעת, התייעלות במערכת. כמוכן, מיצוי הידע והמיומנויות המקצועיות של הפיזיותרפיסטים בפרט ושל מקצועות הבריאות בכלל, בתחומי בריאות נוספים, יתרום להשגת מערכת בריאות מיטבית, יעילה ומתאמת לקוח בקהילה.

## קבלת החלטה לזיהוי דום לב מחוץ לבית חולים בהנחיית מוקדן חירום

עומר פריי<sup>1</sup>, ווכט אורן<sup>1</sup>, יפה אלי<sup>2</sup>, סינואני-שטרן צילה<sup>1</sup>, ביתן יובל<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. מד"א

**רקע:** זיהוי דום לב מחוץ לבית חולים (Out-of-Hospital Cardiac Arrest) מבוצע על ידי מוקדני חירום תוך שימוש בפרוטוקולים לניהול שיחה. קיימים שני סוגים שכיחים של פרוטוקולים - Medical Priority Dispatch (MPD) ו-CBD (Criteria Based Dispatch). השימוש בפרוטוקול MPD מבוצע בדרך כלל על ידי מוקדנים ללא רקע רפואי, כאשר הפרוטוקול בנוי משאלות מפתח ספציפיות אודות מצבו של המטופל ומציג אלטרנטיבות בהתאם לתשובותיו של המתקשר. בניגוד לפרוטוקול MPD, פרוטוקול CBD כולל בדרך כלל קווים מנחים לשיחה, ומיועד למוקדני חירום בעלי רקע וניסיון רפואי.

**מטרות:** השוואה בין סוגי הפרוטוקולים השונים תוך בחינת ההסתברות ופרק הזמן לזיהוי דום לב מחוץ לבית חולים.

**שיטות:** על מנת לערוך השוואה בין שני הפרוטוקולים, ערכנו ניסוי לזיהוי דום לב מחוץ לבית חולים. כל ניסוי כלל שני משתתפים: נבדקים בתפקיד מוקדני החירום ומשתתפים המדמים עוברי אורח שהיו עדים לאירוע חירום ויצרו קשר עם מוקד החירום. שתי אוכלוסיות נבדקים שונות דימו את מוקדני החירום: סטודנטים מהמחלקה לרפואת חירום בשנתם השלישית ללימודיהם עשו שימוש בפרוטוקול CBD וסטודנטים ללא רקע רפואי בפרוטוקול MPD. עוברי האורח היו סטודנטים ללא הכשרה רפואית. הניסוי החל בהצגת אירוע חירום לעוברי אורח שבמהלכו יצרו קשר עם המוקדנים שעשו שימוש בפרוטוקולים על מנת לזהות האם מדובר באירוע דום לב או באירוע אחר.

**ממצאים:** לא נמצא הבדל מובהק בין ההסתברות לזיהוי דום לב בין הפרוטוקולים.

(CBD - 86.49%, MPD - 82.86%, P = 0.606) אך פרק הזמן לזיהוי היה קצר בשימוש בפרוטוקול MPD

(CBD - 50 , MPD - 33 seconds, P = 0.003).

ההסתברות לזיהוי שגוי (False-Positive), למרות חוסר מובהקות, גבוהה יותר עבור השימוש בפרוטוקול CBD

(CBD - 70%, MPD - 47.6%. P = 0.242).

**מסקנות והמלצות:** ההסתברות לזיהוי דום לב מעט גדולה יותר בשימוש בפרוטוקול CBD אך פרקי הזמן לזיהוי גדולים יותר. אופטימיזציה בין שיטות הזיהוי בפרוטוקולים יכולה להגדיל את ההסתברות לזיהוי נכון ולקצר את משך הזמן ובכך לשפר את ההסתברות של מטופלים לשרוד דום לב מחוץ לבית חולים.

המחקר מומן באמצעות המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

## בחינת המשמעויות וההשלכות של מודלים למימון ואספקת ביטוח וטיפול סיעודי במדינות נבחרות ובישראל

שרונה צדוק רוזנבלוט, טוביה חורב

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** ברוב מדינות ה-OECD ההוצאה הציבורית על טיפול עולה, בעיקר בשל הזדקנות האוכלוסייה והארכת תוחלת החיים של מטופלים סיעודיים, אשר הביאו לדרישה הולכת וגוברת לטיפול סיעודי. התחזיות הן שבשל המשך מגמות אלו, ההוצאה תמשיך ותעלה בצורה דרמטית בעשורים הקרובים. מגמות אלו גורמות לדאגה בקרב ממשלות רבות, אשר בחלקן בוחנות חלופות ורפורמות לשינוי מערכות הסיעוד הקיימות.

**מטרות:** סקירה וניתוח של מודלים למימון ואספקת ביטוח וטיפול סיעודי במדינות מערביות נבחרות, ובחינת המשמעויות וההשלכות שיש למודלים אלו על היכולת לממן את ההוצאה הלאומית הקיימת והצפויה.

**שיטות:** מחקר איכותני המבוסס על קריאה ביקורתית וניתוח מידע שנאסף מפרסומי גופי מחקר, ממשלות, ארגונים בינלאומיים ומקורות אקדמיים.

**ממצאים:** קיימים מספר מודלים למימון ביטוח וטיפול סיעודי, בתמהיל מגוון של מקורות מימון. מדינות המיישמות תוכניות אוניברסליות מבוססות מימון ציבורי מניחות שהאחריות העיקרית למימון הטיפול הסיעודי בקשישים חלה על המדינה. היקף הטיפול במדינות אלו נדיב ושיעור ההוצאה הציבורית והלאומית גבוהים מאוד. מדינות בהן היקף המימון הציבורי מצומצם, מניחות שהאחריות למימון ולטיפול הסיעודי חלה על המטופל ובני משפחתו. מודלים למימון פרטי רוויים כשלי שוק ואינם יעילים מבחינה כלכלית.

בכמה מדינות המנהיגות תוכנית אוניברסלית יושמו רפורמות, אשר תדירותן ומורכבותן מעידות שהגידול בהוצאה גורם דאגה. במדינות בהן מיושמות תוכניות שמספקות רק 'רשת-בטחון', לא קיימת התערבות של הממשלות בשוק הביטוח והטיפול הסיעודי המסחרי, כך שחסרים בהם פתרונות שיבטיחו טיפול נאות והוגן וזאת למרות כשלי-שוק רבים, המאפיינים שיטות מימון פרטיות.

**מסקנות והמלצות:** המודל בישראל מציג מערכת מבוזרת, שאינה אוניברסלית ואינה מספקת, ובשל הצפי לגידול מהיר בהוצאה נכון כי תתבצע רפורמה כוללת. יישום תוכנית אוניברסלית ורחבה לביטוח סיעודי, נכונה בהיבט הצדק החברתי ומבטיחה בטחון סוציאלי, אך נדיבות רבה מדי תגרור עלויות גבוהות שיעמידו בספק את שרידותן לאורך-זמן, ביחוד לאור הגידול בעתיד. בעת קביעת מדיניות יש לשקול פרמטרים כגון: מידת הכיסוי הציבורי הרצויה בהיבטים של אוניברסליות והיקף השירותים, המקורות להגדלת הגביה, התמהיל הציבורי-פרטי וכן המדיניות שתביא לייעול המערכת והסדרה של השוק המסחרי.

חלק מהמחקר ממומן באמצעות המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות.

## השפעת טיפול בדיקור סיני שניתן במסגרת מרפאה בקהילה על איכות החיים של חולי סרטן

עדי צוונג גונן<sup>1</sup>, אופיר מיכאליס<sup>1</sup>, מיראנה וולנר<sup>2</sup>, צחי קציר<sup>2</sup>, נאוה זיגלמן דניאלי<sup>2</sup>

1. מכבי טבעי

2. מכבי שירותי בריאות

**רקע:** טיפול ברפואה משלימה, ובמיוחד בדיקור סיני, הפך להיות כלי נפוץ לשיפור איכות החיים בחולי סרטן.

**מטרות:** לבדוק את התכונות הטיפול בדיקור כטיפול מסייע לחולי סרטן במסגרת הקהילה, וכן לבדוק האם טיפול כזה עוזר להקלה של תסמינים הקשורים לסרטן עצמו ו/או לתופעות לוואי המשויות לטיפול שמקבלים החולים.

**שיטות:** בצענו מחקר רטרוספקטיבי שכלל את כל חולי הסרטן שקבלו לפחות 5 טיפולי דיקור במסגרת הקהילה במרפאת "מכבי טבעי" בחיפה, בין 6/2016 ל-12/2017. החולים מילאו שאלון הערכת תסמינים (שאלון אדמונטון), וכן נשאלו על התסמין המפריע להם ביותר ומידת חומרתו, לפני הטיפול הראשון, ואחרי הטיפול החמישי והעשירי. שיפור קליני הוגדר כירידה של לפחות 2 נקודות במדד אדמונטון.

**ממצאים:** המחקר כלל 42 חולים; 71% היו נשים, הגיל החציוני (טווח) היה 56 (27-82) שנים, וסוג הסרטן הנפוץ ביותר היה סרטן שד (52%); 26% מהחולים היו עם מחלה גרורתית בזמן התחלת הטיפול בדיקור; 57% מהחולים התחילו את הטיפול בדיקור תוך כדי קבלת טיפולים קונבנציונליים לסרטן. סה"כ, החולים קיבלו (לפני/תוך כדי הטיפולים בדיקור) הקרנות (10%), טיפול כימי (43%), הורמונלי (19%), וביולוגי (5%). בהתחלת הטיפול, התלונה הנפוצה ביותר בקרב החולים היתה כאב (12 חולים [29%]). אחרי 5 טיפולים, 38% חוו שיפור קליני במדד של עייפות (חולשה), 26% חוו שיפור קליני במדד הכאב, ו-17% חוו שיפור קליני במדד החרדה. אצל חולים שעברו 10 טיפולים (64%) התוצאות היו דומות ואף טובות יותר (שיפור קליני אצל 48%, 37%, ו-33% מהחולים במדדי עייפות [חולשה], כאב, וחרדה בהתאמה). מתוך 12 החולים שדווחו על כאב כתלונה העיקרית, 8 (67%) חוו שיפור קליני בכאב אחרי 5 טיפולים; 8 חולים מתוך ה-12 עברו 10 טיפולים ובסיומם 5 (63%) חוו שיפור קליני בכאב.

**מסקנות והמלצות:** יש התכונות לטיפול בדיקור בחולי סרטן במסגרת הקהילה. טיפול זה עשוי לגרום להטבה קלינית במדדים של עייפות, כאב, חרדה אצל חלק ניכר מהחולים (33%-48% אחרי 10 טיפולים). תוצאות המחקר תומכות בהמשך ואף הרחבת מתן טיפול של דיקור סיני לחולי סרטן במסגרת הקהילה.

## מובילי בריאות בקהילה כמערך תומך ברפואת המשפחה

דניאלה צולקר פיריאן<sup>1</sup>, עמי בן יהודה<sup>2</sup>, נאסים עאסי<sup>1</sup>, אורלי טמיר<sup>1</sup>

1. מיזם עוצמה

2. עמותת מהיום

**רקע:** מחלת הסוכרת היא המגפה של המאה ה-21. התחלואה הנלוות לסוכרת וסיבוכיה הרבים יוצרים עומס גדול על מערכות הבריאות ומערכות סוציאליות בארץ ובעולם ומהוות נטל כלכלי משמעותי לפרט ולחברה. כחלק מחיזוק פעולות המניעה והטיפול בסוכרת ובמחלות הנלוות, מובילי בריאות בקהילה יכולים לספק תמיכה וגיבוי לפעולות הצוות הרפואי המטפל. זיקתם לקהילה והכרתם את התרבות, המנהגים והאתגרים של הקהילה, עשויים לשפר את היענות של הציבור להמלצות הרפואיות.

**מטרות:** לבנות ולטפח מערך של מובילי בריאות בקהילה שיחזקו את תחושת המסוגלות העצמית של האוכלוסייה לחולל שינוי בהתנהגות הבריאות ובכך יהוו תמך למטפלים ברפואת המשפחה.

**שיטות:** בהשראת מודלים בעולם ועל בסיס תוכניות הכשרה מוצלחות, פותחו הכשרות לקבוצות חברתיות שונות בקהילה. ליבת ההכשרות היא אחידה וכוללת: נתונים על התנהגויות בריאות בישראל; ידע על אורחות חיים בריאים וחשיבותם לשמירה על הבריאות הפיזית והנפשית ומניעת תחלואה; חיזוק ערך הבריאות ומשמעותו; כלים לביצוע ושימור שינוי התנהגותי. להכשרות נוספו מרכיבים תרבותיים, חברתיים ולשוניים בהתאם לקבוצת היעד. משך ההכשרה היה 6 עד 8 מפגשים וכן מפגשי תמיכה ותחזוקה. מידע לגבי מוטיבציה לשינוי, מסוגלות עצמית להובלת שינוי ויישום הידע נאסף מהמשתתפים בתחילת ההכשרה, בסופה וכשישה חודשים לאחר שהסתיימה.

**ממצאים:** זוהו ארבעה מעגלים מרכזיים להשפעה על הציבור במסגרת קהילתית: אנשי דת, מורים ומחנכים, נשים, וצוות רפואי, כ-150 משתתפים. בקרב כל מובילי הבריאות שהשתתפו בהכשרות נצפה שיפור בתחושת המסוגלות העצמית להוביל תהליכי שינוי בקרב הקהילה, וכן בתחושת היכולת להעצים אדם אחר. בתום ההכשרה, כל הקבוצות יזמו פעילויות בקהילה לקידום אורח חיים בריא. יוזמות אלה נמשכו כל עוד ניתנו ליווי ותמיכה.

**מסקנות והמלצות:** הכשרה המתבססת על הגברת המודעות, העצמה אישית ושיפור מיומנויות היא תשתית חיונית עבור אנשים מתוך הקהילה לטובת השפעה על בריאות האוכלוסייה. בהשקעת משאבים נמוכה, מובילי הבריאות בקהילה תומכים בעבודת המטפלים ברפואת המשפחה. יש להמשיך ולחזק את מובילי הבריאות הקהילתיים ולשקול לקשר בינם לבין הצוותים הרפואיים במרפאות בקהילה, על מנת לחזק את הזיקה ויכולת ההשפעה של שני הגורמים.

## ישימות של שימוש בקודי אבחנה לבניית רישום לכף רגל סוכרתית בארגון בריאות גדול

ענבר צוקר<sup>1</sup>, אביבית כהן<sup>2</sup>, תליה אלטרס<sup>3</sup>, גבי חודיק<sup>3</sup>, תמי שוחט<sup>1</sup>

1. משרד הבריאות

2. מרכז רפואי בית חולים הדסה עין כרם

3. מכבי שירותי בריאות

**רקע:** כף רגל סוכרתית היא סיבוך שכיח של מחלת הסוכרת המוביל לאשפוזים, קטיעות ואף מוות. העדר מסד נתונים ייעודי מקשה על הערכת היקף הבעיה במדינת ישראל ואיכות הטיפול.

**מטרות:** להעריך את תקפות השימוש בקודי האבחנה לזיהוי מקרים של כף רגל סוכרתית כבסיס ליצירת מסד נתונים לאומי.

**שיטות:** המחקר בוצע על רישום הסוכרת של מכבי שירותי בריאות המתבסס על קריטריונים מתוקפים לזיהוי החולים ומשמש לניהול הטיפול במחלה. זוהו 4 קודים המשמשים לתייעוד כיב סוכרתי. להערכת הערך המנבא החיובי (PPV) נבדקו מדגם של 400 גיליונות רפואיים אשר לפחות אחד מהקודים האלו הוזן בהם ב-2015. להערכת הערך המנבא השלילי (NPV) נבדקו גיליונות של כ-400 חולי סוכרת אשר נרשמו להם קודי אבחנה שעשויים להצביע על כיב סוכרתי פעיל כגון - קטיעה, כיב פעיל בשנים סמוכות, כיב בשוק, או רישום על ידי אחות. בנוסף, נבדקו גיליונות של 400 מטופלים עם גורמי סיכון להופעת כיב כגון אי ספיקת כליות, מחלת כלי דם פריפרית וניורופתיה.

**ממצאים:** מתוך 400 חולים להם נרשם קוד אבחנה ב-2015 רק ל-237 (59%) היה כיב פעיל. הגבלת רישום האבחנה לרופא בלבד (283) העלתה את ה-PPV ל-73.1% (רב"ס 95% 67.6-78.2) אבל הרגישות היתה נמוכה (48.2%) (רב"ס 95% 45.8-50.7%). סיבות שכיחות לטעות היו בלבול בין קודי האבחנה של כיב בשוק וכיב בכף הרגל, רישום קוד אבחנה עבור חולה בסיכון, וכן העתקת אבחנה מביקורים קודמים. שילוב של אבחנת רופא ואחות העלה את ה-PPV ל-89.7% (רב"ס 95% 81.9-94.9) אבל הוריד את הרגישות ל-17.6% (רב"ס 95% 16.0-19.3) בבדיקת הקודים ה"חשודים" נמצאה שכיחות כיב סוכרתי בקרב 5%-41 מהמטופלים. עם זאת, בקרב האוכלוסייה בסיכון גבוה נמצא כיב סוכרתי רק בקרב 1.25%.

**מסקנות והמלצות:** נכון להיום, קודי האבחנה של כיב סוכרתי אינם יכולים לשמש כבסיס אמין ליצירת רשם. יש צורך ליצור הגדרה אחידה של כף רגל סוכרתית, להדריך את הצוותים הרפואיים בשימוש נכון בקוד האבחנה לשקול יצירת קוד ספציפי לרישום כיב פעיל. כדי לייצר תשתית אמינה של מידע לשיפור הטיפול והמניעה של סיבוך משמעותי זה.

## חולים כרוניים בידיים טובות במחוז שרון שומרון!

פטריסיה צימרמן, צוות הנהלת נסיעוד

שירותי בריאות כללית

**רקע:** הכללית פועלת בעולם המתאפיין בשינוי מתמיד המתבטא בשילוב של רכיבים: מקצועיים, טכנולוגים, ארגונים וניהוליים המשפיעים על אופי עבודתה של מנהלת הסיעוד במרפאה הראשונית. למען שיפור מתמיד באיכות, יש צורך במערך הדרכה וליווי לצוות הסיעוד. הנהלת הסיעוד בנתה תוכנית ייחודית המשלבת את הידע המקצועי והניהולי של הצוות, תוך שימוש בכלים ייחודיים.

**מטרות:** הובלת המחוז למצוינות באיכות רפואית באמצעות שימוש מושכל במערכות המידע תוך ליווי ותמיכת צוות הנהלת הסיעוד.

**שיטות:** בניית התערבות הנשענת על יכולתם הניהולית של צוות הנהלת הסיעוד, בשילוב פיתוח כלים ניהוליים ומערכות מידע לשיפור האיכות הרפואית. התהליך ממקסם שימוש במשאבים זמינים:

1. בחירת תחומי התערבות בתחומים המשפיעים ביותר על הובלת העשייה הסיעודית:
  - א. קיום זימון יזום של מטופלים כרוניים למעקב.
  - ב. תקשורת בין צוותית במרפאה.
  - ג. בנייה והטמעת תוכנית עבודה סיעודית כחלק מתוכנית העבודה המרפאתית.
  - ד. ישיבות צוות סקטוריאליות לרתימת אחיות.
2. בניית כלי עבודה ייחודי על בסיס כלי קיים בכללית.
 

התחומים שנבחרו למיקוד הינם תחומים שמצאים במוקד של העשייה הסיעוד: ביצוע מעקב מטופלים, מעקב מרותקים, מעקב מטופלי חוק סיעוד, ביצוע DM, ביצוע ממוגרפיה ודם סמוי, מגע עם מטופלים בפוטנציאל לאשפוז חוזר ויחס אחות.
3. השקת התהליך לכלל מנהלות הסיעוד של המרפאות הראשוניות.
4. כניסת הנהלת הסיעוד למרפאות, כל מנהלת סיעוד קיבלה 3 מרפאות להתערבות.
5. העברת מידע חודשי. הדוח כולל:
  - א. מידע פרטני לכל מרפאה.
  - ב. מיקום המרפאה ביחס לשאר המרפאות.
  - ג. מיילר חודשי לכלל עובדי המחוז המציין את המרפאות המצטיינות.
  - ד. מייל אישי ממנהלת הסיעוד במחוז למנהלות הסיעוד במרפאות עם ביצוע נמוך של מעקבים לחולים בכל שבוע.

### ממצאים:

- ❖ עלייה משמעותית בביצוע מעקבים לחולים כרוניים.
- ❖ שיפור בעבודת הצוות - כל צוות המרפאה שותף לעשייה!
- ❖ מיקוד ניהולי של הצוות המוביל במרפאה למענה הוליסטי במטופלים.

**מסקנות והמלצות:** באמצעות תמיכה וליווי של צוות הנהלת הסיעוד וכלים ייחודיים שפותחו, מנהלות הסיעוד במרפאות מיקסמו את תהליכי העבודה הרב צוותית ומקדו את הפעילות המקצועית.



## תוכניות לקידום בריאות בירושלים, 2017, מיפוי כללי, איכות ופרישת תוכניות במסגרת רפואת הקהילה

ורד קאופמן-שריקי<sup>1</sup>, מילכה דונחין<sup>2</sup>, אורלי רויך<sup>2</sup>, אמנון להד<sup>2,3</sup>, אורה פלטיאל<sup>2</sup>

1. אוניברסיטת אריאל

2. האוניברסיטה העברית-הדסה עין כרם

3. שירותי בריאות כללית

**רקע:** רפואת הקהילה מהווה מסגרת מובילה וטבעית לקידום בריאות מבוטחים. תזונה עתירת אנרגיה, אי פעילות גופנית, יושבניות ועישון הם בין הגורמים התורמים לתחלואות הכרוניות המרכזיות: השמנת יתר, סוכרת וסרטן. רפואת הקהילה נמצאת בפרישה רחבה ובעמדת מפתח להשפעה על מבוטחים בסיכון.

**מטרות:** לאתר, למפות ולהעריך תוכניות לקידום בריאות בתחומי תזונה ופעילות גופנית (פ"ג) בעיר ירושלים, ולבחון את התאמתם לסטנדרטים בינלאומיים של קידום בריאות.

**שיטות:** בחודשים מרץ-דצמבר 2017 נאספו נתונים בירושלים על תוכניות קידום בריאות בעיר. מידע התקבל משותפי המחקר: הרשות המקומית, קופות החולים, ארגונים ועמותות בשיטת כדור שלג. תועדו תוכניות בכלל המגזרים: כללי, חרדי וערבי. נערכו תצפיות ופגישות, ונאסף מידע כתוב. המידע נותח באמצעות כלי ההערכה European Quality Instrument (EQUIHP) for Health Promotion, שתורגם לעברית וערבית ונבדק בהתאמה לתוכנית מיטבית. מידע נאסף על ארבעה ממדים: התאמה לסטנדרטים בינלאומיים (בינ"ל) של תוכניות קידום בריאות, פיתוח והטמעה, ניהול וקיימות התוכניות.

**ממצאים:** בעיר אותרו פעילויות רבות, רק 93 ענו על ההגדרה של תוכניות, בהן השתתפו 33,670 תושבים בפרישה רחבה בעיר. חמישים תוכניות פעלו בתחומים תזונה ופ"ג, 32 בתחום התזונה ו-11 בתחום הפ"ג. אחת עשרה תוכניות התקיימו במסגרות הרפואה הראשונית, בכולן קהל היעד היו חולים במחלות כרוניות, מטרת התוכניות הייתה מניעת סיבוכים (כגון סיבוכי סוכרת). בסקלה בין 0-100, הציונים הממוצעים של ממדי השאלון (ממוצע (סטיית תקן) של כלל התוכניות שאותרו היו: התאמה לסטנדרטים בינ"ל: 75 (11), פיתוח והטמעה: 67 (17), ניהול: 76 (13.5) וקיימות: 62 (26.3). מניתוח איכותני עולה שמרבית התוכניות התלוננו על בעיות תקציב וכן שמסגרות שונות לא היו ערות לקיומן של תוכניות נוספות באותו אזור.

**מסקנות והמלצות:** בירושלים נמצא מגוון רחב של תוכניות לקידום בריאות כאשר מיעוטן מוצעות במסגרת רפואת הקהילה ומתמקדות במניעת סיבוכי מחלות. הפצת מידע בדבר קיום התוכניות יכול להוות משאב למרפאות בקהילה העשויות להפנות מטופלים לתוכניות. בקרב כלל התוכניות ניכר צורך בשיפור מרכיבי הפיתוח ההטמעה והקיימות. הממצאים מהווים בסיס לתהליכי שיפור תוכניות והמשך מעקב במסגרות הרפואה הראשונית בעיר.

## הקשר בין שימוש במולטי ויטמינים וחומצה פולית לפני ובמהלך ההיריון בקרב אימהות והסיכון לאוטיזם בקרב ילדיהן

ערד קודש<sup>1</sup>, סטיבן לוין<sup>2</sup>

1. מאוחדת

2. אוניברסיטת חיפה

**רקע:** הרצף האוטיסטי (ASD) הינה הפרעה נירו-התפתחותית עם אטיולוגיה לא ברורה. ככל הנראה מדובר בהפרעה מורכבת עם מרכיבים סביבתיים, גנטיים ואפיגנטיים. המחקר למציאת גורמי סיכון והשפעה סביבתית, להתפתחות ASD או לחליפין גורמים מגנים מפני התפתחות התופעה מעסיקה רבות את עולם הרפואה. הקשר בין צריכת מולטי-ויטמינים וחומצה פולית לפני ובמהלך שלבי ההיריון והסיכון לאוטיזם בילוד אינו ברור דיו.

**מטרות:** לבדוק את הקשר בין צריכת מולטי-ויטמינים (מקבוצת D,C,B,A) וחומצה פולית לפני ובמהלך ההיריון והסיכון להופעת הפרעה על הספקטרום האוטיסטי (ASD), אצל הילוד.

**שיטות:** הבדיקה התבצעה על מאגר הנתונים של קופת חולים מאוחדת בקרב ילידי 2003 עד 2007. ההשוואה נעשתה בין כל המאובחנים על הרצף האוטיסטי, שנולדו בשנים אלה ומדגם שכלל 33% מכלל הילדים ילידי אותה תקופה. לכל ילד נבנה התא המשפחתי (אם, אב ואחים). בוצעה בדיקה האם האמא נחשפה לנטילת מולטי-ויטמינים (מקבוצת ATC A11) וחומצה פולית טרם ההיריון ובמהלכו.

הקשר נבחן בחישוב *adjusted relative risks* (aRR) וחישוב של רווח בר סמך בהתבסס על מודל *Cox regression models*. בוצעו 16 מבחני רגישות לכל קבוצות הוויטמינים על מנת לבחון השפעתן של תקופת החשיפה, קיומם של ארטיפקטים ומסחים.

**ממצאים:** מתוך 45,300 ילדים שנכללו במחקר, 572 (1.3%) אובחנו כ-ASD. 11,917 ילדים נולדו לאימהות שנחשפו לחומצה פולית ו/או מולטי ויטמינים לפני ההיריון ו-21,884 ילדים נולדו לאימהות שנחשפו במהלך ההיריון. חשיפה של האם לוויטמינים האמורים לפני ההיריון הוריד את הסיכון לאוטיזם באופן משמעותי סטטיסטית בהשוואה לאימהות ללא חשיפה. (RR, 0.39; 95%CI, 0.30-0.50; P<.001)  
חשיפה במהלך ההיריון הוריד את הסיכון לאוטיזם באופן משמעותי סטטיסטית בהשוואה לאימהות ללא חשיפה. (RR, 0.27;95%CI, 0.22-0.33; P<.001)

**מסקנות והמלצות:** תוספת של מולטי-ויטמינים וחומצה פולית לפני ובמהלך ההיריון נמצא, באופן מובהק סטטיסטית, כקשור לסיכון ב-ASD. מדובר בעבודה ראשונה שפורסמה, המדגימה את השפעת חשיפת האם תקופה ארוכה טרם ההיריון (שנתיים) ובמהלך ההיריון לתוספים אלה כמנגנון מגן מפני התפתחות אוטיזם.

פורסם בינואר 2018 ב-JAMA PSYCHIATRY, תחת הכותרת Association of Maternal Use of Folic Acid and Multivitamin Supplements in the Periods before and During Pregnancy with the Risk of Autism Spectrum Disorder in Offspring.

## סקר היחידות לאשפוזי בית במאוחדת - גיבוש המלצות לאחזקה מקצועית ומניעת שחיקה אישית וצוותית לאורך זמן

ישי קום, הגר וקסלר, פביאן הרשקוביץ סיקרון

מאוחדת

**רקע:** ייעוד צוותי היחידות לאשפוזי-בית, לספק מענה רפואי, איכותי ורב-מקצועי, בבית המטופל. להוות חלופה יעילה בקהילה לאשפוז אקוטי או המשכי. הטיפול ממוקד בחולים: מוגשמים, סופניים, שיקומיים, סיעודיים ומורכבים. במאוחדת, כ-230 אנשי צוות בפריסה ארצית (אחיות, רופאים, עו"ס, פיזיותרפיסטים ועוד). אתגרי התפקיד: טיפול במצבי חולי קשים, חשיפה לשבריריות החיים, דלות ועוני, מצוקה נפשית וגופנית, אובדנים, משפחות סוערות. צורך בניידות גבוהה, גמישות וזמינות, עצמאות, בדידות, חוסן נפשי גבוה. אתגרים העלולים להוביל למצבי שחיקה.

לאור האתגרים, עלה צורך לאבחן צרכים ולגבש מודל עבודה לאחזקה מקצועית ולמניעת שחיקה לצוותי היחידות.

### מטרות:

1. הבנת תפיסת התפקיד, רמת שביעות הרצון ומידת השחיקה המקצועית/אישית.
2. מיפוי משאבים קיימים או מצופים לתמיכה.
3. גיבוש מודל לאחזקה מקצועית, מניעת שחיקה אישית וצוותית לאורך זמן.

### שיטות:

שלב א': גובש שאלון דיגיטלי: שאלון שחיקה - Maslach. שאלון רגשות - Panas שאלון להערכת איכות עבודת הצוות, שאלות פתוחות להערכת אתגרי התפקיד. שלב ב': הפצת השאלון במייל (n=225). שלב ג': ביצוע ראיונות אישיים למנהלים במחוזות ובמטה (n=32). שלב ד': הצגת ממצאים וגיבוש מודל עבודה רצוי, עם הנהלת היחידות, לאחזקה ומניעת שחיקה לאורך זמן.

### ממצאים:

- ❖ ענו לשאלון 116 אנשי צוות (כ-52%).
- ❖ 84% מהעונים, אנשי צוות וותיקים (+5 שנים).

### ממצאי השאלון הדיגיטלי (n=116):

- ❖ רמת החוללות המקצועית גבוהה (5.7), רמת הציניות נמוכה (2.2) (סולם 1-7).
- ❖ הרגשות החיוביים (3.6) עולים על השליליים (2.4) (סולם 1-5).
- ❖ קיים קשר מובהק בין שחיקה לבין רגשות שליליים ( $r=0.6; p<.001$ ).
- ❖ קיימת שונות קלה בין המקצועות.
- ❖ עבודת-הצוות ביחידות זוכה להערכה גבוהה בכל המדדים (+3 בסקלה 1-4).
- ❖ רוב הנשאלים, רואים בעבודת-הצוות כגורם המסייע המשמעותי ביותר להתמודדות.

### ממצאי הראיונות האישיים (n=32) עולה:

- ❖ קיים דמיון בין הנושאים שהועלו על ידי המנהלים והצוותים.

### מסקנות והמלצות:

- ❖ הדרכים המרכזיות, לאחזקה ומניעת שחיקה:
- ❖ הבניית מסלול תמיכה ואחזקת צוותים.
- ❖ תגבור השתלמויות מקצועיות וסדנאות לחיזוק עבודת-צוות.
- ❖ הסדרת תחומים מנהליים.
- ❖ שיפור טכנולוגי.
- ❖ ביצוע פעולות למיצוב ארגוני וחיזוק גאוות יחידה.
- ❖ בעקבות ממצאי הסקר התחיל יישום של מגוון ההמלצות.

## היענות לטיפול תרופתי בקרב חולי יתר לחץ דם - מחלה אחת, עם היענות שונה לתרופות שונות

דורון קומנשטר<sup>1</sup>, מיכל שני<sup>1</sup>, אלכס לוסטמן<sup>1</sup>, שלמה וינקר<sup>2</sup>

1. שירותי בריאות כללית

2. לאומית

**רקע:** חולי יתר ל"ד מטופלים בתרופות שונות. מחקרים בדקו את יעילות שיטות התערבות להגברת היענות לטיפול ביתר ל"ד. שיעור היענות לטיפול לתרופות שונות בקרב החולים טרם נבדק.

**מטרות:** בדיקת שיעור היענות לתרופות שונות בקרב חולי יתר ל"ד.

**שיטות:** נכללו במחקר חולי יתר ל"ד בגילאי 40-75 שנים במחוז אחד של הכללית שטופלו על ידי אותו רופא המשפחה בשנים 2012-2014. נבדקה היענות לטיפול בתרופות כרוניות במהלך 2013, בקרב חולים שנטלו את אותה התרופה לפחות פעם אחת במהלך כל אחת משלושת השנים 2012-2014. זאת, כדי לכלול במחקר חולים שטופלו באותה התרופה בכל שנת 2013. בנוסף לתרופות ליתר ל"ד נבדקה היענות לנטילת סטטינים ותרופות לסוכרת. היענות טובה הוגדרה כרכישה של לפחות 9 מנות חודשיות במהלך שנת 2013.

**ממצאים:** נכללו במחקר 31,530 חולים. הגיל הממוצע היה 62.4%. 49.0% גברים. 28.6% ממעמד סוציאקונומי נמוך. שיעור היענות הטובה השתנה בין התרופות השונות ונע בין 72% עבור אמלודיפין ל-53% עבור דיזותיאזיד וסטטינים. עבור כל התרופות שנבדקו, היענות טובה לתרופה הייתה קשורה לשיעור היענות גבוה יותר לכל אחת מהתרופות האחרות שנבדקו,  $p < 0.0001$  עבור כל הקומבינציות של התרופות השונות. שיעור היענות לתרופות נמצא במתאם חיובי עם גיל ומספר התרופות - עלה ככל שעלה הגיל, וככל שהמטופל קיבל יותר תרופות. חולים בעלי היענות טובה לטיפול לכל אחת מהתרופות היו בעלי ל"ד וערכי LDL נמוכים יותר מחולים עם היענות נמוכה יותר  $p < 0.0001$  לכל התרופות.

**מסקנות והמלצות:** ישנם הבדלים בשיעורי היענות לתרופות שונות הניתנות לחולי יתר ל"ד. היענות טובה לתרופה אחת היא סמן להיענות טובה לתרופות אחרות. השקעה בשיפור היענות לתרופה אחת יכולה להשפיע לטובה על היענות לתרופות אחרות, וכן על תוצאים קליניים.

## תוצאות נבדקים - בקרה ותיקה בעידן חדש

ורד קופל, סנדרה אלבוים, ליסיטה שרייבר, תמר וולף, ורדה נדלר

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** מנגנוני בקרת איכות (Quality Control) במעבדה הרפואית, המיועדים לתיקוף תוצאות הנבדקים, מבוצעים באמצעות שילוב של מספר מנגנונים:

1. בקרת איכות פנימית.
2. בקרת איכות חיצונית.
3. בקרה על תוצאות נבדקים. למשל, מעקב אחר שיעור התוצאות החריגות, בחינת תוצאה נוכחית ביחס לתוצאה קודמת, התאמה של התוצאות לאבחנה ו/או המצב הקליני של הנבדק וכדומה.

לבדיקת כולסטרול מקובלות שתי שיטות כיול: CDC ו-NIST. במכבי הבדיקה מכיילת על פי שיטת ה-CDC. במהלך חודש אוגוסט 2014 השתנתה אצוות הכייל ובהזנת ערך הכייל למכשיר, נבחרה בשוגג שיטת הכייל NIST. ערכי המטרה של בקרת האיכות הפנימית הוגדרו בהתאמה לשיטת NIST ולכן לא התקבלה התראה לחריגה בבקרת האיכות הפנימית. כמו כן, לא הייתה התראה של בקרת האיכות החיצונית מאחר והשוואת הערך המדווח מתבצעת לערך שאינו מבדיל בין שתי השיטות הנ"ל. האירוע התגלה בעקבות דיווח על ירידה כלל ארצית בשיעור החולים המאוזנים בכולסטרול.

**מטרות:** הקמת מערכת בקרה אשר תפיק נתונים סטטיסטיים מתוצאות הנבדקים ואשר תתריע בעת קבלת נתונים חריגים.

**שיטות:** בשיתוף מחלקת ההערכה ומחקר ומחלקת מידע ניהול ואיכות במכבי שרותי בריאות הוקמה מערכת ממוחשבת הנקראת "שולחן עבודה למעבדה". המערכת מחשבת מדדים סטטיסטיים של תוצאות הנבדקים לבדיקות השונות ובודקת אם קיימת חריגה בהתאם ליעד והגבולות שנקבעו לבדיקה. המערכת גם בודקת שינויי מגמה בתוצאות לאורך זמן. עבור בדיקות כמותיות המערכת מחשבת ממוצע יומי של התוצאות. עבור בדיקות איכותיות המערכת מחשבת על בסיס יומי שיעור תוצאה מסוימת (חיובי או שלילי לדוגמא) מתוך כלל התוצאות. החישובים מבוצעים בסוף כל יום (בלילה) ובמידה ונצפתה חריגה נשלחת התראה לדוא"ל של המנהלים המתאימים. התראות אלה מוצגות בשולחן העבודה.

**ממצאים:** המערכת הושקה בתחילת שנת 2016 ומאז פועלת ומדווחת על חריגות בבדיקות השונות. החריגות נובעות מ: בעיות כיול, בעיות באיכות המגיבים וכד'.

**מסקנות והמלצות:** המערכת שהוקמה מהווה כלי משלים חשוב למערכת בקרת האיכות הנהוגה במעבדה ומאפשרת לעקוב, לאתר ולזהות שינויים בתוצאות הנבדקים באופן מידי ונגיש וללא הקצאת משאבי כוח אדם נוספים.

## מחקר אורך: קשרים פרוספקטיביים בין שימוש בקנאביס למדדים בריאותיים וחברתיים חיוביים ושלייליים עוקבים בקרב מבוגרים-צעירים אמריקאים

ליאת קורן<sup>1</sup>, ברוס סימונס-מורטון<sup>2</sup>, דניס הייני<sup>2</sup>, ג'רמי לוק<sup>2</sup>

1. אוניברסיטת אריאל

2. NIH, NICHD, HBB

**רקע:** ברקע התמורות במדיניות השימוש בקנאביס ראוי לבחון קשרים אפשריים בין שימוש בקנאביס לבין מדדים בריאותיים וחברתיים עוקבים החשובים לבריאות הציבור ולהחלטה על מדיניות ראויה בנושא.

**מטרות:** המחקר יזהה קשרים פרוספקטיביים בין שימוש בקנאביס במהלך השנה הראשונה שלאחר התיכון לבין מגוון רחב של מדדים בריאותיים וחברתיים ושלייליים שנה לאחר מכן בקרב נוער אמריקאי.

**שיטות:** מחקר אורך בשתי נקודות זמן (T1, שנה ראשונה לאחר התיכון) ו-(T2, שנה לאחר מכן) מתוך מחקר ה-NEXT Health Generation, שנערך במשרד הבריאות האמריקאי-NIH. מדגם ארצי של 1,915 מבוגרים-צעירים בארצות הברית, בגיל ממוצע 20.2 (61% נשים). שימוש ברגסיות לוגיסטיות המקבעות משתנים רלוונטיים אפשר בחינת הסיכון העוקב לשימוש בסמים אחרים, תזונה נבונה, ביצוע פעילות גופנית, התנהגות יושבנית, הצלחה לימודית, יחסים במשפחה, בריאות נפשית, נהיגה ותפיסות בריאות בנקודת הזמן השנייה.

**ממצאים:** שימוש קבוע (+20 פעמים בשנה האחרונה) ב-T1 בהשוואה לאי שימוש כלל נמצא קשור פרוספקטיבית עם מדדים בריאותיים וחברתיים שלייליים ב-T2, למשל, נהיגה מסוכנת (AOR = 1.78, CI-1.45-2.19), סימפטומים של דיכאון (AOR = 1.68, CI-1.43-1.98), התנהגויות לא בריאות לשליטה במשקל (AOR = 1.55, CI-1.31-1.84), סימפטומים פסיכו-סומטיים (AOR = 1.55, CI-1.30-1.83) והישגים נמוכים בלימודים (AOR = 1.46, CI-1.23-1.75). משתמשים קבועים ביחס ללא משתמשים גם היו בעלי סבירות נמוכה לעודף משקל והשמנה (AOR = 0.75, CI-0.60-0.92). בהשוואה לאי שימוש נמצאה סבירות גבוהה יותר בקרב משתמשים קבועים לעמידה בהמלצות של פעילות גופנית (AOR = 1.28, CI-1.09-1.51), אך הסתברות נמוכה יותר לצריכה של פירות וירקות (AOR = 0.82, CI-0.70 - 0.96) או ללמוד במכללה או אוניברסיטה (AOR = 0.57, CI-0.44-0.75). ממצאים על שימוש מזדמן בקנביס (1-19 פעמים בשנה האחרונה) היו דומים לממצאים על שימוש תכוף במדדים השלייליים.

**מסקנות והמלצות:** הממצאים מדגימים דפוסים פרוספקטיביים מורכבים בהם נמצאו קשרים משמעותיים בין מרבית המדדים השלייליים, הן עבור משתמשים מזדמנים והן עבור משתמשים קבועים, וכן מספר קטן של קשרים משמעותיים של מדדי בריאות חיוביים, בעיקר בקרב משתמשים מזדמנים.

## אלימות כלפי המטפלים במאחדת

מלי קושא<sup>1</sup>, אילת גביש<sup>1</sup>, סיגל שפרן תקווה<sup>2</sup>, אליה קגן<sup>3</sup>

1. מאחדת

2. מרכז רפואי בית חולים הדסה

3. אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** היקף אירועי האלימות במקומות עבודה הינו גבוה ונמצא במגמת עלייה מתמדת. האלימות במערכת הבריאות איננה נחלתה הבלעדית של מדינת ישראל, אלא חוצה גבולות ותרבויות. הנזק הנגרם כתוצאה מאלימות מתורגם לעלויות גבוהות לארגון ולנזקים פיזיים ונפשיים לנתקף בטווח הקצר והארוך. אלימות כלפי צוות מטפל מובילה לירידה באיכות הטיפול הניתן למטופלים האלימים.

**מטרות:** בחינת הקשר בין חשיפה לאלימות כלפי מטפלים לבין אקלים ההקשבה במרפאה, שחיקה ותפישת איכות הטיפול הניתן למטופל האלים.

**שיטות:** המחקר הינו מחקר חתך-מתאמי. משתני המחקר נאספו באמצעות שאלון מקוון הכולל חמישה חלקים מלבד פרטים דמוגרפיים.

אוקלוסיית היעד - אוקלוסיית היעד במחקר הינה כלל המטפלים במטופלים בקופת חולים מאוחדת.

תהליך איסוף הנתונים - השאלון הופץ במאחדת באמצעות הפורטל הארגוני.

כלי המחקר שאלון אנונימי למילוי עצמי. השאלון הכולל 5 חלקים מלבד פרטים דמוגרפיים: (1) אקלים הקשבה (2) שאלון חשיפה לאלימות שנעשה בו שימוש במספר מחקרים (3) אופן התנהלות במרפאה עם אלימות (4) עמדות הנוגעות לאיכות הטיפול הניתן במרפאה.

תקופת המחקר איסוף הנתונים נמשך כשלושה חודשים בלבד ונענו 171 מטפלים.

**ממצאים:** 49% מהמטפלים דרגו את מקום עבודתם כסביבה שאינה חופשיה מאלימות מצד המטופלים, 74% חוו אלימות מילולית ממטופלים/מלווים, 21% חוו אלימות פיזית, 29% היו עדים להשחתת רכוש כמחאה, 11% חוו שיימינג ברשתות חברתיות, 44% חוו אלימות יותר מפעם אחת, 50% ציינו פגיעה באיכות הקשר הטיפולי ואיכות הטיפול, 36% ציינו שהחשש מחשיפה להתנהגות אלימה, גורם להם להימנע ממגע עם מטופל שמפגין אלימות, 96% ציינו שבמרפאות מקשיבים בתשומת לב למטופלים.

אנו בתהליך ניתוח רב משתני ותוצאות מורחבות יוצגו בכנס.

**מסקנות והמלצות:** תוצאות הסקר ישמשו את ההנהלה לבניית תוכנית להתמודדות עם תופעת האלימות בקהילה.

## אוסטאופורוזיס בקשישים בישראל, 2014-2015

ליטל קינן בוקר, יפעת ויינר, מיכל ברומברג, טל שמעוני, ניסים מרי

משרד הבריאות

**רקע:** אוסטאופורוזיס הינה מחלה נפוצה, הגורמת לעומס תחלואה, נכות ותמותה מוקדמת בקשישים, בעיקר בנשים, ומהווה נטל כלכלי כבד על מערכת הבריאות.

**מטרות:** לבחון את ההימצאות של אוסטאופורוזיס באוכלוסייה הקשישה בישראל ולאתר קבוצות בסיכון גבוה.

**שיטות:** סקר מצב בריאות ותזונה לאומי לבני 65 ומעלה הוא סקר חתך שבוצע ב-2014-2015 בקרב מדגם אקראי בשכבות ממרשם האוכלוסין. 993 קשישים (שיעור היענות של 58.2%) רואינו פנים-אל-פנים בביתם באמצעות שאלון מובנה לגבי אורח חיים והרגלי בריאות וביצעו שחזור מזון של 24 שעות. גובהם ומשקלם נמדדו. נבדק הקשר בין דיווח עצמי על אבחנת אוסטאופורוזיס אי פעם בידי רופא לבין משתנים דמוגרפיים, מדד מסת הגוף (על פי מדידה) והרגלי אכילה ובריאות. משתנים מובהקים בנייתוח החד משתני נכללו במודל רגרסיה לוגיסטית רבת משתנים.

**ממצאים:** 232 (23.4%) קשישים דיווחו על אבחנת אוסטאופורוזיס אי פעם בידי רופא ו-63.4% מתוכם דווחו על נטילת טיפול כלשהו בעקבות האבחנה. נשים נמצאות בסיכון גבוה יותר מגברים (36.0% לעומת 8.9% בהתאמה,  $p < 0.01$ ) והסיכון עולה עם הגיל (28.2% בבני 75 ומעלה לעומת 20.0% בבני 65-74,  $p < 0.01$ ). לא נמצא הבדל בין יהודים וערבים ( $p = 0.65$ ). חולים עם אוסטאופורוזיס דיווחו באופן מובהק על מצב בריאות רע ( $OR = 2.37$ ) וקיום הפרעות תנועה ( $OR = 1.88$ ). ברגרסיה לוגיסטית, שכללה משתנים דמוגרפיים, קטגורית מדד מסת גוף ומחלות רקע נלוות, נמצא קשר מובהק ישר בין אוסטאופורוזיס לבין מין נקבה ( $OR = 5.47$ ,  $p < 0.01$ ), מדד מסת גוף תקין או נמוך ( $OR = 2.01$ ,  $p < 0.01$ ), דלקת פרקים ( $OR = 3.78$ ,  $p < 0.01$ ), ודיכאון ( $OR = 2.65$ ,  $p = 0.02$ ).

**מסקנות והמלצות:** אוסטאופורוזיס פוגעת בכרבע מהאוכלוסייה הקשישה בישראל, בעיקר בנשים. עודף משקל והשמנה נמצאו כגורמים מגנים. כמו כן, נמצא קשר עם קיום הפרעות תנועה ודיווח סובייקטיבי על מצב בריאות רע, מה שמרמז על פגיעה פוטנציאלית באיכות החיים של החולים. יש להמשיך ולפתח תוכניות מניעה לאוסטאופורוזיס בקרב האוכלוסייה הקשישה, ובעיקר בנשים.



## שוויון בבריאות - בניית מדיניות ארוכת טווח וחוצת מערכות

טלי קניג, איילת ברלין, רחל כרמלי מילר, רות וגנר, ליזה כנעני

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** במסגרת מעבר חולי ברה"נ לקופות, החל במכבי תהליך טיפול בחולים שבעבר קיבלו טיפול ממשד הבריאות. כחלק מכך, הוחל בירור מעמיק בנושא מיצוי זכויות למטופלים אלה אשר זכאיים בין השאר לסל-שיקום של משרד הבריאות הכולל סיוע בדיוור, תעסוקה, השכלה, פנאי ועוד והמאפשר למתמודד עם מחלה/הפרעה נפשית ליצור מחדש תפקיד משמעותי בחברה במקביל להתמודדות במחלה ובהשלכותיה. זכאות לסל-שיקום מותנית בקבלת זכאות 40% לפחות נכות בביטוח לאומי, הגשת טפסים ומסמכים לוועדת סל-שיקום של משרד הבריאות והתנהלות מול ספקי השירותים השונים. מדובר בתהליך ארוך וסבוך מול גופי ציבור רבים ולעיתים המטופל או משפחתו מתקשים להתנהל מולם לבד. מטופלים הגרים בפריפריה מתקשים אף יותר לבצע תהליכים אלה בשל נגישות נמוכה יותר של שירותים.

**מטרות:** מיצוי זכויות חולי ברה"נ בסל-שיקום בפריפריה בדרום.

**שיטות:** מיפוי שירותי בריאות הנפש בדרום העלה כי בערים דימונה ונתיבות אין שירותי ברה"נ. מינואר 2017 עו"ס קבלו הכשרה ייעודית. איתרו מטופלי ברה"נ אשר היו זקוקים לתהליכי שיקום. זימנו אותם לצורך ליווי בתהליך. השירות כלל: תמיכה וייעוץ למטופל ולבני משפחתו, מיצוי זכויות בתחום בריאות-הנפש, תיווך מול גורמים בקהילה, הכנה, הגשה ויישום החלטות ועדת סל-שיקום.

**ממצאים:** בין החודשים ינואר-דצמבר 2017 טופלו 67 מטופלים על ידי העו"ס. למטופלים נבנתה תוכנית התערבות אשר כללה מפגשים פרטניים, מעקב טלפוני עם המטופלים או עם בני משפחה, תיווך לקהילה וקשר עם צוות המרפאה. ל-12 מטופלים אושר סל-שיקום. 5 נוספים נמצאים כיום בשלבים שונים של הכנה לוועדת סל-שיקום. מטופלים נוספים המגיעים לעו"ס ברה"נ במסגרת השעות שניתנו הינם מבוטחים המתמודדים עם דיכאון, קשיי הסתגלות או קשיים נפשיים אחרים הדורשים הערכה ראשונית וליווי. טיפול, מיצוי זכויות והפניה לגורמים בקהילה נעשה על פי הצורך. בעקבות פעילות זו נעשית כיום במכבי הערכה כלל-ארצית למיצוי זכויות עבור חולי ברה"נ.

**מסקנות והמלצות:** התמקדות באספקת שירותי סל-שיקום שהיה חסר בדימונה ונתיבות איפשר למטופלים למצות זכויותיהם בביטוח הלאומי (אחוזי נכות) ולבחון זכאותם לסל-שיקום בברה"נ. השלב הראשון של התהליך שהתקיים במערכת הבריאות פתח האפשרות למצות תהליכי שיקום, לשפר את איכות החיים והלפטונציאל לצמצום תחלואה והתדרדרות עתידית.

## גישת הריאיון המוטיבציוני - יצירת שפה אחידה בתקשורת צוות רב מקצועי במכוני סוכרת

צביה קסל, רפית דרורי, רוחמה כהן, שוש קרני

מאוחדת

**רקע:** סוכרת היא מחלה כרונית המהווה אתגר למטופל ולצוות המטפל. כ-50% מחולי הסוכרת אינם דבקים בטיפול ואינם מאוזנים. הטיפול כולל עבודת צוות רב מקצועית, כאשר המטופל נמצא במרכז ושותף להחלטות הטיפוליות במטרה לגייסו לתהליך הטיפול, לשפר איזון ולמנוע סיבוכים. מטופלים שאינם מצליחים לבצע שינוי התנהגותי שרויים בתסכול רב, מטופלים ובני משפחה חשים חוסר אונים לנוכח מצבי "תקיעות" והחמרה. ראיון מוטיבציוני (MI) הינו סגנון ייעוץ מנחה, ממוקד מטופל, שנועד לעודד התנהגות של שינוי על ידי סיוע למטופלים לחקור ולפתור מצבים דו ערכיים. זוהי גישה קלינית לתקשורת, המתבססת על יחסי אמון ושיתוף פעולה בין המטפל למטופל. המטפל נדרש להאמין ביכולותיהם של מטופליו להתמודד עם דו ערכיות ולקבל החלטות. הגישה מאפשרת יצירת שפה טיפולית אחידה. במחוז דרום מאוחדת נבנתה הכשרה לצוות הרב מקצועי במכוני הסוכרת להנעת מטופלים בגישת הריאיון המוטיבציוני.

**מטרות:** לבחון את תרומת ההכשרה לצוותי מכוני הסוכרת בהקניית ידע וכלים בגישה מוטיבציונית (MI) לחיזוק המיומנות להנעת מטופלים.

### שיטות:

- רתימת צוותים רב מקצועיים ממכוני סוכרת, המעוניינים לשפר מיומנותם להנעת מטופלים לשינוי.
- ❖ השתתפו 37 אנשי צוות רב מקצועי משלושה מכוני.
- ❖ 3 מפגשים בני 4 שעות, ששילבו ידע, מתן כלים ותרגול.
- ❖ מפגשי המשך להטמעת הכלים בתרגול.
- ❖ העברת משוב למשתתפי ההכשרה בסיום התוכנית.
- ❖ בנית תוכנית לחיזוק והטמעה במסגרת ישיבות צוות במכוני הסוכרת השותפים.

**ממצאים:** מהמשוב בסיום עולה בציון ממוצע בסקלה של 1-7: דווח על תחושת המסוגלות לשימוש בשיטה-5.14, ידע בנושא הגישה-6.09, יכולת יישום-5.59, הצלחת ההכשרה להעביר השיטה-6.09. "ההכשרה מאפשרת חשיבה וטיפול באופן שיעזור לי כמטפלת". "מאמינה בגישה עבור חולים כרוניים", "הוציאה את המשתתפים מאזור הנוחות ואילצה לשנות גישה", "תורם לשמוע מאנשי מקצוע אחרים ונותן חיזוק כשאני חוזרת למטופל עם קצת יותר כוח".

**מסקנות והמלצות:** הכשרה בגישת הריאיון המוטיבציוני במסגרת משותפת לכל אנשי הצוות במכוני הסוכרת תרמה להטמעת מיומנויות תקשורת ויצירת שפה אחידה לשיפור דבקות ואיכות הטיפול ומתאימה גם לחברי צוות ותיקים ומנוסים.

התוכנית תורחב בשנת 2018.

## יעילות הטיפולים בהפטיטיס C - נתונים "מהחיים האמיתיים" במכבי שירותי בריאות

צחי קציר, יוסי לומניצקי, ג'ני וסטרמן לנדס, חנוך זיזמסקי

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** ב-3 השנים האחרונות, נכנסו לשימוש, תרופות חדשות לטיפול ב-HCV אשר דחקו את הטיפול ב-interferon, ribavirin ו-interferon-pegylated, ומעכבי פרוטאזות מהפרוטוקול הטיפולי המקובל. תרופות אלו, אמורות להביא לריפוי מלא של רוב החולים במחלה, בטיפול קצר יעיל ובטוח. עם זאת, עלות הטיפול בתרופות החדשות היא גבוהה מאוד. בשנת 2015 הוקדש סכום של 100 מילון ₪, (כ-30% מהרחבת סל הבריאות באותה השנה) לטיפולים אלה. בהמשך הוקצו להרחבת ההתוויות 56 מילון ₪ נוספים.

**מטרות:** לבחון את היעילות היחסית של הטיפולים השונים שניתנו במכבי, וכן את עלויותיהן היחסיות למטופל.

**שיטות:** ממאגרי המידע של מכבי נשלפו נתונים לגבי ניפוקי תרופות ל-HCV, אבחנות קיימות ונתוני בדיקות עומס נגיפי (לפחות חודשיים מתום הטיפול התרופתי). בהגדרת נכשלי טיפול נכללו כל אותם המטופלים בהם אותר עומס נגיפי גדול מ-12.

**ממצאים:** בין השנים 06/2017-01/1998 טופלו 5,356 ממבוטחי מכבי בתרופות כנגד HCV. מתוכם כ-15% טופלו יותר מפעם אחת. 1,032 טופלו ב-interferon, 3,485 טופלו ב-pegylated-interferon בשילוב Ribavirin, 494 טופלו ב-boceprevir או telaprevir, בתוספת ל-pegylated-interferon ו-Ribavirin, והיתר טופלו בתרופות הדור החדש - DAA. מהמטופלים בקבוצות טיפול אלה נצפתה העלמות הוירוס ב-51%, 73%, 74% ו-95% בהתאמה. עלויות הטיפולים השונים למטופל בקבוצות אלה במועד הכללתם בסל (בש"ח) היו: 14,000, 27,000, 114,000 ו-107,000 (מהוונות ל-12.2017) בהתאמה.

**מסקנות והמלצות:** מהנתונים המצטברים נכון לעתה, הטיפולים החדשים ל-HCV יעילים, ועשויים להקטין תחלואה ב-HCV וסיבוכיה, ואת ההוצאה על טיפולים בחולים אלה. עם זאת, טיפולים מדורות קודמים הביאו גם הם להעלמות הוירוס באחוזי הצלחה ניכרים, בעלויות נמוכות יותר. תרופות מקבוצת ה-DAA לא עולות כיום יותר מדור הטיפולים הקודם שיעילותו הייתה נמוכה יותר. הממצאים מעלים מחשבה לגבי התועלת אל מול העלות באימוץ מהיר של טכנולוגיות חדשות, שמחירן צונח תוך זמן קצר יחסית, אף ללא השפעת גנריקה.

## סקר שביעות רצון מטופל בקרב עובדי הבריאות כראי לאיכות השירות

חן קרואני, רחלי ניסנהולץ-גנות, ריקי טסלר

אוניברסיטת אריאל

**רקע:** סקר שביעות רצון הוא מדד איכות בעל חשיבות עליונה המלמד על הצלחת נותן השירות לתת מענה לדרישות המטופל ולציפיותיו. כאשר העובד בארגון רפואי הוא גם המטופל הנזקק לשירות רפואי נודעת משמעות מיוחדת לשביעות רצונו של העובד מן השירות שהוענק לו.

**מטרות:** לבחון את מידת שביעות הרצון של מטופלים שהם עובדי בית החולים, מאיכות השירות במרפאות החוץ בבית החולים. בנוסף נבחנו הגורמים המשפיעים על חווית הטיפול והשירות במרפאות החוץ בבית החולים.

**שיטות:** סקר כמותי שנערך בבית החולים במרכז הארץ, באמצעות שאלון, שכלל 34 שאלות בתחומי גורמי איכות השירות, מאפייני העובדים ומאפיינים סוציו-דמוגרפיים ונשלח באמצעות מערכת הדואר האלקטרוני לכלל עובדי בית החולים. 582 עובדים ביקרו במרפאות החוץ ואחוז ההיענות לשאלון עמד על 53% (N=309).

**ממצאים:** מהתפלגויות משתני שביעות הרצון של העובדים המטופלים ניתן לראות כי הממוצעים בכל המדדים ברמה גבוהה יחסית בפרט במדדי האיכות. עוד נמצא כי יחס הרופא הוא הגורם המשפיע ביותר על שביעות רצונו הגבוהה של המטופל העובד בבית החולים. בנוסף, נמצאו הבדלים בשביעות הרצון הכללית בין הסקטורים השונים של מטופלים עובדי בית החולים. שביעות רצונו של הסקטור הפרא-רפואי נמוכה משאר הסקטורים והסקטור הסיעודי והרפואי נכון להמליץ על בית החולים יותר מאשר הסקטורים האחרים.

**מסקנות והמלצות:** ממצאי המחקר מדגישים את חשיבות שביעות רצונו של המטופלים "עובדי הארגון". ממצאי המחקר והספרות המדעית מלמדים כי מתן שירות איכותי בארגון עבור העובדים כמטופלים, יכול להשפיע על רגשותיהם ואופי השירות שהם מעניקים ללקוחותיהם.

## סכרת - אפשר גם אחרת

בלה קרן, עותמאן אלקרינאוי

שירותי בריאות כללית

**רקע:** שכיחות גבוהה של מחלת הסוכרת במגזר הערבי נובעת מחוסר מודעות אודות המחלה ודרכי ההתמודדות עמה, אורח חיים מסורתי המתאפיין בתזונה עתירת קלוריות ומיעוט בפעילות גופנית.

**מטרות:** שיפור המודעות וההיענות לטיפול במחלת הסוכרת בקרב מטופלים עם רמות HGBA1C מעל 9 ושמירה על איזון רמות הסוכר לאורך זמן.

**שיטות:** מנהלת הסיעוד הוכשרה בתחום הסוכרת ומונתה לרפרנטית לנושא במרפאה. כלל צוות המרפאה שותף בתהליך (משד, אחיות, רופאים, בית מרקחת, עו"ס ודיאטן). הוקצו שעות ייעודיות לתהליך בצורת מיני מרפאת סכרת, תוך ניצול משאבים פנימיים:

- ❖ זימון יזום של מטופלים לביצוע מעקב והדרכת אחות + תור לרופא לבחינת התיק הרפואי ושינוי טיפול בהתאם לצורך.
- ❖ מעקב אחר הגעה וזימון חוזר בהתאם.
- ❖ שיתוף רוקחת בהדרכה ורוקחית ועדכון הרופא במקרה של אי לקיחת תרופות.
- ❖ מעקב דו שבועי אחר רשימת אוכלוסייה לטיפול בבינה.
- ❖ מעקב אחר מטופלים שהגיעו לתור: ניפוק תרופות, צורך בביקור חוזר, הפנייה לדיאטן.
- ❖ עדכון שוטף של הרופא המטפל לגבי כל מטופל בזמן אמת.
- ❖ עדכון חודשי לצוות המרפאה על התקדמות הפרויקט בישיבת צוות.
- ❖ קיום הדרכות וסדנאות למטופלים סוכרתיים במסגרת ימי בריאות.

**ממצאים:** התהליך שיפר את מצב חולי הסוכרת במרפאה. נמצא שיפור של 44.5% בעמידה ביעד מדד 227- סוכרת HGBA1C >=9 (ינואר 2016 עד נובמבר 2017). שיעור הביצוע במדד השתפר בשיעור של 30%.

### מסקנות והמלצות:

- ❖ ניצול הפוטנציאל המרפאתי תוך שת"פ של צוות רב מערכתי: רופא-אחות-עו"ס-דיאטן-רוקח, סייע מאוד בהצלחת התהליך.
- ❖ טיפול נכון ומותאם, תוך מעקב של צוות המכיר היטב את המטופל, יכול לשמור על איזון חולים כרוניים לאורך זמן.
- ❖ ממליצים לאמץ את התהליך למחלות כרוניות נוספות ובמרפאות אחרות.

## ילדים בסיכון: גישה יעילה לאיתור התעללות

יעל קרני-ויזל<sup>1</sup>, מיטשל שערץ<sup>1</sup>, אירית הרשקוביץ<sup>2</sup>, מיכל פליישר<sup>1</sup>, פביאן הרשקוביץ<sup>1</sup>

1. מאוחדת

2. אוניברסיטת חיפה

**רקע:** התעללות בילדים הינה תופעה כלל עולמית אשר מהווה סיכון ממשי לפגיעות בגוף ונפש ואף למוות. ילדים הסובלים ממוגבלות התפתחותית נמצאים בסיכון יתר להתעללות בהשוואה לילדים ללא מוגבלות. תת איתור התעללות בילדים הינה בעיה כלל עולמית מוכרת ומטרידה, ומחקרים מציגים פערים של עשרות אחוזים בין דיווח עצמי רטרוספקטיבי אודות התעללות ונתוני איתור רשמיים.

**מטרות:** בדיקת יעילות שיטת איתור התעללות בילדים.

**שיטות:** מחקר חתך (Cross-sectional).

נאספו נתוני איתורי ילדים עם מוגבלות בגילאי לידה עד 18, שאותרו בסיכון להתעללות בשנים 2011-2015 במאוחדת - מחוז צפון ונותחו מאפייני הילד, המשפחה וגורמי האיתור. קבוצת המחקר כללה ילדים עם מוגבלות התפתחותית שאובחנו או טופלו במערך התפתחות הילד במחוז צפון. קבוצת הביקורת כללה ילדים עם מוגבלות שאינם מוכרים במערך להתפתחות הילד ואותרו על ידי גורמים רפואיים בקהילה. בקבוצת המחקר נערכו מפגשי הדרכה חד חודשיים בהובלת עובדת סוציאלית בהם נסקרים (screening) קשיים סוציאליים שעולים בעת הטיפול במשפחות. בנוסף, ניתנו ייעוץ וליווי עקביים וזמינים בין המפגשים כמו גם בעת צורך בדיווח.

**ממצאים:** איתור התעללות היה גבוה יותר בקרב בנים, ובקרב ילדים בדרגת נכות חמורה. לא נמצא הבדל בין איתור לבין גיל או רמה סוציאקונומית. ברגרסיה לוגיסטית, נמצא כי לילד אשר מבקר במרכזים להתפתחות הילד יש פי 5 יותר סיכוי להיות מאותר כסובל מהתעללות לעומת ילד נכה שאינו מבקר במרכזים אלו, לאחר פיקוח על המשתנים הסוציו-דמוגרפיים הבאים: למין, גיל, מצב חברתי-כלכלי ודרגת נכות.

**מסקנות והמלצות:** גישת איתור ייזום באמצעות עבודה בצוות רב מקצועי מלווה בהדרכה נמצאו משפרים איתורי ילדים בסיכון ומהווים פתרון לבעיית כלל עולמית.

## הנחיות מקדימות בישראל

יונתן ראובן<sup>1</sup>, מרדכי הלפרין<sup>2</sup>, ששון מנחם<sup>1</sup>, פסח שוורצמן<sup>1</sup>

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. משרד הבריאות

**רקע:** בדצמבר 2005 התקבל בכנסת "חוק החולה הנוטה למות". החוק מאפשר לאדם, גם בהיותו בריא, להשאיר הנחיות בכתב - "הנחיות רפואיות מקדימות" - לגבי הטיפול שירצה או לא ירצה לקבל במידה ויהיה חולה נוטה למות ומצבו לא יאפשר לו קבלת החלטות בזמן אמת.

**מטרות:** לאפיין את האוכלוסייה החותמת על הנחיות מקדימות כפי שהתקבלו במאגר הארצי של משרד הבריאות ואת תוכן ההנחיות שנרשמות בשנים הראשונות לאחר החלת החוק.

**שיטות:** מחקר חתך, הכולל את כלל האוכלוסייה החתומה על הנחיות מקדימות שהופקדו במאגר הממוחשב במשרד הבריאות בישראל. תיאור מגמות חתימה על הנחיות מקדימות לאורך השנים עד שנת 2016. תיאור הטיפולים הרפואיים מאריכי חיים במצב של החולה הנוטה למות ומאפיינים סוציודמוגרפיים משנת 2007 ועד לספטמבר 2010.

**ממצאים:** מספר הפקדת אישורים במאגר הנחיות מקדימות במגמת עלייה לאורך השנים סה"כ קיימים במאגר נכון לדצמבר 2016 כ-7,046 טפסים. בין 2007 ל-2010 מספר האישורים החתומים עמד על 1,167. כ-90% מחותמי ההנחיות מקדימות היו בני 65 ומעלה, 95% היו במצב רפואי המוגדר בריא, 99% היו יהודים. במצב חולה הנוטה למות בשלב סופי, המספר הממוצע של הליכים שסומן להימנע מהם היה  $16.6 \pm 4.7$  מתוך 19. במצב חולה הנוטה למות, מספר הממוצע של הליכים שסומן להימנע מהם היה  $12.7 \pm 3.7$  מתוך 15.

**מסקנות והמלצות:** החוק התקבל לפני יותר מעשר שנים אך יישומו זוחל, יש צורך להרחיב את המודעות הכללית של האוכלוסייה בנוגע לאפשרות למילוי הנחיות מקדימות, ובאוכלוסיית חולי סרטן וחולים במחלות סופניות אחרות ובמיוחד בקרב אוכלוסיות לא יהודיות.

## רצף הטיפול במבוטחי מאוחדת שבצעו ניסיון אובדני קשה

גיל רביב, ערד קודש, רויטל אורדן, דני וילה, אורן פרגמנט

מאוחדת

**רקע:** במהלך 2016 הוקם במאוחדת, צוות רב-מקצועי לצורך גיבוש ופיתוח אסטרטגיות לצמצום התנהגות אובדנית של מבוטחיה. כחלק מפעילות הצוות פותח רשם "ניסיונות אובדניים" לזיהוי מבוטחים שביצעו ניסיונות אובדניים קשים, המהווה חוליה ראשונה ברצף טיפול למניעת ניסיונות בעתיד. ניסיון אובדני קשה הוגדר כניסיון שהוביל לאשפוז בבתי חולים כלליים. השיעור השנתי מכלל אוכלוסיית מאוחדת של ניסיונות אובדניים קשים עלה משמעותית בשנים האחרונות ובשנת 2017 היה 18.7/100,000.

**מטרות:** מתוך הכרה כי מדובר באוכלוסייה בסיכון גבוה למצוקה נפשית ובפרט לניסיון אובדני חוזר, עלה הצורך לוודא את רציפות העברת המידע בין הגורמים שבאים במגע עם המבוטח ורצף הטיפול בין בית החולים והקהילה ובין גורמי הטיפול השונים בתוך הקהילה.

**שיטות:** פותח רשם המתבסס על דיווח יומי מבתי החולים למאוחדת על כל מבוטח שאושפז בגין ניסיון אובדני. הרשם מתעדכן באופן יומי ומתממשק עם מערכות המידע במאוחדת. מידע זה מוזן למסד הנתונים הדיגיטלי של בקרי האשפוז של מאוחדת ומתריע על אשפוזו של מבוטח לאחר ניסיון אובדני בבית החולים שבאחריותם. על פי פרוטוקול שפותח, בקר האשפוז מבצע התערבות ראשונית עם המאושפז ומשפחתו וכן מתאם את העברת המידע לגוף הקשר של מאוחדת בקהילה ("מטיב"). עם שחרור המבוטח מתאם המטיב את המשך הטיפול הרב מקצועי בתחום בריאות הגוף והנפש ביחס לצורכי המטופל, תוך סגירת המעגל עם הגעת המבוטח לגורם המטפל ובפרק זמן קצוב.

**ממצאים:** בכנס נציג את תרשים הזרימה הן בהיבט של העברת המידע והן בהיבט ההתערבות. נציג נתונים ראשוניים על מספר המבוטחים שנעשתה מולם התערבות בתוך בית החולים מכלל המטפלים שבצעו ניסיון אובדני קשה. בנוסף נציג את המגמות של אורך פרקי הזמן בין שחרור המבוטח מבית החולים ועד הגעתו לגורם טיפול בקהילה.

**מסקנות והמלצות:** הנחת העבודה היא שרצף הטיפול שיוצג, שהינו מודל ייחודי בישראל, יוכל להדק את רציפות הטיפול ולהוביל לשיפור הטיפול בקבוצת סיכון ייחודית זו כמו גם, ובתקווה, להוביל להפחתה בשיעורי האובדנות בקרבם. מוצע לאמץ מודל מניעתי פרואקטיבי ויישומי זה גם בארגוני בריאות נוספים. למודל יכולה להיות השלכה רחבת גם לאוכלוסיות נוספות בסיכון.



## שיתוף ידע של גורמים מטפלים בדיירי דיור מוגן מבוטחי מכבי - רפואה מתואמת ורציפה

זוריאן רדומיסלסקי<sup>1</sup>, ג'ולי עוז<sup>2</sup>, חיה ברקאי<sup>1</sup>, מירי מזרחי-ראובני<sup>1</sup>

1. מכבי שירותי בריאות

2. משרד הרווחה

**רקע:** נכון לשנת 2013 היו בישראל כ-90 בתי דיור מוגן בהם כ-22,300 יחידות. מעל 3,000 מבוטחי מכבי מתגוררים בדיור מוגן.

**בעיות במצב הקיים:** הרופא בבית הדיור נותן מענה רפואי זמני או מתמשך לדיירי דיור מוגן כשהרופא המטפל הוא רופא קופת חולים. מצב שהרופא בבית הדיור אינו חשוף למידע הקיים במערכת קופת החולים, מצב שגורם לטעויות במתן טיפול, מרשמים לתרופות וכו'.

### מטרות:

- ❖ להקטין מספר טעויות רפואיות קליניות.
- ❖ רפואה מתואמת ורציפה.
- ❖ שיפור איכות הטיפול.
- ❖ הפחתת טרחה למטופל.
- ❖ להביא אל הרופא בבית הדיור המוגן ובהתאמה עבור הרופא בקופת החולים.

### שיטה ותהליך: מכבי יזמה שיתוף פעולה רב צדדי בין מספר גורמים:

- ❖ משרד הרווחה האחראי על בתי הדיור המוגן.
- ❖ ארגון א.ב.א.
- ❖ חברות התוכנה של בתי הדיור המוגן.
- ❖ מכבי שירותי בריאות.

### במסגרת שיתוף הפעולה פותח מנגנון לשיתוף המידע:

מצד אחד - רופאי הדיור המוגן קיבלו גישה למערכת אינטרנטית המציגה חלקים נרחבים מהתיק הרפואי. מצד שני - סיכומי הביקור שמתקיימים בבית הדיור המוגן מועברים אל הרופא המטפל במכבי. מכבי מקבלת נתונים אדמיניסטרטיביים על כתובת דיירי דיור מוגן.

**ממצאים:** המשתמשים שקיבלו גישה אל המערכת הביעו שביעות רצון משיתוף המידע ומנוחיות ההפעלה. נכון להיום מחוברים 73 רופאים מ-51 בתי דיור מוגן. 22 בתי דיור מוגן התחילו להשתמש בחיבור ממוחשב דרך פורטל רופא של מכבי. במהלך מספר חודשים קבלנו יותר מ-1,500 סיכומי ביקור במרפאות דיור מוגן וגילינו כ-400 מבוטחי מכבי מתגוררים בדיור מוגן.

**מסקנות והמלצות:** שיטה זו של שיתוף מידע צפויה להיות סטנדרט שיורחב לשאר קופות החולים ולמסגרות נוספות. בהמשך נרצה לפתח יכולות נוספות כגון העברת בקשה להפניה או למרשם מהרופא בבית הדיור אל הרופא בקופת החולים ויישלח מרשם דיגיטלי לבית מרקחת.

## ירידה בתועלת של תרופות לגמילה מעישון במהלך השנה הראשונה: מטא-אנליזה של ניסויים רנדומליים ומבוקרים

לאה רוזן<sup>1</sup>, טל גלילי<sup>1</sup>, ג'ף קוט<sup>1</sup>, מרק גודמן<sup>1</sup>, לורנס פריידמן<sup>1,2</sup>

1. אוניברסיטת תל-אביב

2. מכון גרטנר

**רקע:** תרופות לגמילה מעישון נמצאו יעילות במחקרים קליניים מבוקרים. עם זאת, לא ברור מה מידת תועלתן לאורך זמן.

**מטרות:** מחקר זה בא להעריך האם התועלת של תרופות לגמילה מעישון יורדת במהלך השנה הראשונה.

**שיטות:** למחקר נבחרו מחקרים מתוך 3 סקירות ספרות סיסטמטיות שפורסמו על ידי Cochrane. קריטריוני הכללה כללו ניסויים רנדומליים מבוקרים שבחנו את יעילותן של תרופות לגמילה מעישון מקו ראשון, עם תקופת מעקב של 6 ו-12 חודשים. מטא-אנליזה שימשה לצורך ניתוח המידע של גמילה ממושכת ב-6 לעומת 12 חודשים, ו-3 לעומת 6 חודשים, תוך שימוש בשיטות של הפרש הסיכונים (RD) risk difference בין שיעורי הגמילה של קבוצת ההתערבות והביקורת, סיכון יחסי (RR) relative risk ויחס הסיכויים (OR) odds ratio.

**ממצאים:** המטא-אנליזה כללה 61 מחקרים עם 27,647 משתתפים. פחות מ-40% מהמשתתפים בקבוצת ההתערבות נשארו גמולים לאחר 3 חודשים (בופרפיון: 37.1%, תחליפי ניקוטין: 34.8%, ורניקלין 39.3%). כרבע נשארו גמולים לאחר 6 חודשים (בופרפיון: 25.9%, תחליפי ניקוטין: 26.6%, ורניקלין 25.4%), וכחמישית נשארו גמולים לאחר 12 חודשים (בופרפיון: 19.9%, תחליפי ניקוטין: 19.8%, ורניקלין 18.7%). הייתה רק ירידה מועטה בסיכון היחסי (RR) בין קבוצת ההתערבות והביקורת לאורך זמן: 3 חודשים: [RR=1.95] (95% CI, 1.74- 2.18, p<.0001), 6 חודשים: [RR=1.87] (95% CI, 1.67-2.08, p<.0001), 12 חודשים: [RR=1.75] (95% CI, 1.56-1.95, p<.0001), אך ירידה משמעותית בהפרש הסיכונים (RD): 3 חודשים: [RD=17.3%] (14.5%-20.1%), 6 חודשים: [RD=11.8%] (10.0%-13.7%), 12 חודשים: [RD=8.2%] (6.8%-9.6%). הירידה בהפרש הסיכונים (RD) הייתה מובהקת סטטיסטית בין 3-6 חודשים [RD=4.95%] (3.49%-6.41%, p<.0001) ובין 6-12 חודשים: [RD=3.00%] (2.36%-3.64%, p<.0001).

**מסקנות והמלצות:** שיעור המעשנים שהשתמשו בתרופות לגמילה מעישון והצליחו להיגמל פחת במהלך השנה הראשונה. בסוף שנה היתה תועלת ל-8 מתוך 100 מעשנים. יש למצוא שיטות יעילות יותר לסייע למעשנים להיגמל מעישון לתמיד. על קובעי מדיניות להיעזר בכל האמצעים בכדי למנוע את התחלת העישון בקרב בני נוער וצעירים. המאמר פורסם בעיתון ADDICTION בינואר 2018.

## מגמות בהיארעות סרטן שד, ביצוע ממוגרפיה ושימוש בטיפול הורמונלי חלופי בקרב מבוטחות מכבי שירותי בריאות 2014-2002

ורד רוזנברג, גבריאל חודיק, ורדה שלו

מכבי שירותי בריאות

**רקע:** בעקבות פרסום ממצאי ה-Women's Health Initiative משנת 2002 שהעמידו בספק את היתרונות הבריאותיים בשימוש ארוך טווח בטיפול הורמונלי חלופי (HRTs) בנשים בגיל המעבר, נצפתה ירידה בשימוש ב-HRTs במדינות רבות, ביניהן בישראל. במקביל, דווח במדינות רבות על ירידה בשיעורי סרטן השד אשר יוחסה לירידה בשימוש ב-HRTs.

**מטרות:** בחינת שיעורי ההיארעות של סרטן שד, ביצוע ממוגרפיה ושימוש ב-HRTs בקרב מבוטחות מכבי שירותי בריאות בין 2002 ל-2014.

**שיטות:** נשים אשר אובחנו לראשונה עם סרטן שד בגיל 45 ומעלה, זוהו על פי נתוני הרשם הלאומי לסרטן. חושב שיעור ההיארעות השנתי המתוקנן לגיל לכלל מקרי סרטן השד וכן חושב אחוז השינוי השנתי הממוצע. אחוז שנתי של ביצוע ממוגרפיה הוגדר לפי מספר הנשים בנות 45 ומעלה אשר ביצעו ממוגרפיה בשנתיים האחרונות. שימוש שנתי ב-HRTs הוגדר לפי מספר הנשים בנות 45 ומעלה שרכשו לפחות שלוש אריזות של HRTs (מדבקות ו/או שימוש פומי) בשנה. בנוסף, בוצע ניתוח הישרדות מסוג קפלן-מאייר לתחלואה בסרטן שד בקרב נשים שהיו בנות 45 ומעלה בשנת 2002 לפי סטטוס טיפול (כן/לא) ב-HRTs נכון ל-2002.

**ממצאים:** במהלך תקופת המחקר נצפתה ירידה בשיעורי סרטן השד, כאשר שיעורי ההיארעות ל-100,000 המתוקננים לגיל בקרב נשים בנות 45 ומעלה היו 103.45 בשנת 2002 ו-82.75 בשנת 2014. אחוז השינוי השנתי הממוצע של שיעור ההיארעות השנתי המתוקנן לגיל היה 2.08% (95% CI -0.85, 3.30). אחוז הנשים אשר ביצעו ממוגרפיה אחת לשנתיים עלה לאורך תקופת המחקר: מ-41% בשנת 2002 ל-59% בשנת 2014. בשימוש ב-HRTs נראתה ירידה חדה: בשנת 2002 13% מהנשים טופלו ב-HRTs, בשנת 2003 9% ואילו בשנת 2014 5%. תוצאות ניתוח ההישרדות הראו תחלואה גבוהה יותר בסרטן שד בקרב אלו אשר טופלו ב-HRTs נכון לשנת 2002.

**מסקנות והמלצות:** תוצאות מחקר זה מראות כי בתקופה המקבילה לירידה בשימוש ב-HRTs, נרשמה ירידה מסוימת בהיארעות סרטן שד בנשים בגיל 45 ומעלה, זאת במקביל לעלייה בשיעור ביצוע ממוגרפיה. תוצאות ניתוח ההישרדות תומכות במסקנות מחקרים קודמים שהראו קשר בין שימוש ב-HRTs לבין סרטן שד.

## רפואה אינטגרטיבית והעצמת המטופל בבית החולים הציבורי אסותא אשדוד בשיתוף מכבי שירותי בריאות - פרויקט CONNECARE במימון של האיחוד האירופי

רעות רון<sup>1</sup>, רחל קיי<sup>1</sup>, אפרת דנינו<sup>2</sup>, בלה עזריה<sup>1</sup>, אראלה רוטלוי<sup>3</sup>

1. אסותא מרכזים רפואיים

2. אסותא אשדוד

3. מכבי שירותי בריאות

**רקע:** עם פתיחת בית החולים הציבורי החדש אסותא אשדוד, שמה לעצמה הנהלת ביה"ח כדגל את נושא הרצף הטיפולי בתוך ביה"ח ומול רפואת הקהילה ושירותי הרווחה. יחד עם אג'נדה זו הצטרפה אסותא לפרויקט "Horizon 2020" של האיחוד האירופי כשותפה בקונסורציום CONNECARE. מטרת הפרויקט לגבש מודל לטיפול מותאם אישית בחולים כרוניים מורכבים ולפתח מערכת דיגיטלית חכמה ואדפטיבית התומכת בתהליכי טיפול אינטגרטיבי בין ביה"ח והקהילה. כלי דיגיטלי מרכזי הוא אפליקציה שתאפשר ניהול טיפול עצמי של המטופל ו/או המטפל העיקרי, במטרה להעצים את המטופל הכרוני המורכב בלקיחת אחריות על בריאותו.

**מטרות:** לאחר סיום הפיתוח, יתקיימו במקביל ניסויים קליניים בארבעה ארגונים ברחבי אירופה, אשר אחד מהם הינו ביה"ח הציבורי אסותא אשדוד בשיתוף עם הקהילה (מכבי באשדוד). מטרת המחקרים להעריך את השפעתו של יישום המודל, התהליכים והכלים הדיגיטליים.

**שיטות:** במחקר בישראל יכללו חולים כרוניים מבטחי מכבי בגילאי 65 ומעלה, בחלוקה לשתי זרועות. 100 מטופלים יגויסו לאחר אשפוז בלתי צפוי דרך המיון עקב החמרת מצבם. 70 מטופלים יגויסו במרפאות הכירורגיות לאחר קביעת מועד לניתוח גדול. המטופלים בשתי הזרועות יקבלו ליווי צמוד של אחות מתאמת טיפול במהלך האשפוז ולמשך 90 יום לאחר השחרור, בשילוב עם האפליקציה לניהול הטיפול העצמי. בנוסף, למטופלים שמיועדים לניתוח תתואם תוכנית טרום-ניתוח ייחודית הנתמכת על ידי האפליקציה, שמטרתה לחזק את המטופלים ולהכינם לקראת הניתוח.

**ממצאים:** ההערכה והמסקנות המלאות של תהליך היישום יושלמו רק בסוף שנת 2018, אך כבר בשלב ראשוני זה נלמדו מספר לקחים חשובים בנושא אותם נרצה להציג.

**מסקנות והמלצות:** הלקחים העיקריים שלמדנו עד כה כוללים בין היתר את החשיבות העליונה בשיתוף פעיל של כל הגורמים בביה"ח ובקהילה במהלך פיתוח ודרכי יישום המודל והתאמת התהליכים למציאות הקיימת. ההצלחה של אינטגרציה תלויה בעיקר באנשים ובארגונים שלהם, כאשר כלים דיגיטליים תומכים מאפשרים שיתוף יעיל יותר. יש חשיבות גדולה להתאמת המערכות הטכנולוגיות למשתמשים בהן והאתגר של קישוריות בין מערכות מחשוב שונות בארגונים שונים אינו טריוויאלי. עצם ההשתתפות הפעילה של כל הגורמים בביה"ח והקהילה יחד בפרויקט משפיע, הלכה למעשה, בשיפור תהליכים המתבצעים היום בפועל.

## השפעת עיצוב תפקיד אחות אחראית על תוצאים

ענת רותם, מלי קושא, עדי כהן בוקסנבאום, רינת ליבני

מאוחדת

**רקע:** תפקיד האחות האחראית במרפאות מאוחדת נבחן מחדש ולאור החסרים שנצפו הוחלט להטמיע גישה מרחיבה יותר של תפקיד האחות לטובת שיפור איכות המענה הרפואי במטרה להוביל למצוינות שירותית וקידום האיכות הרפואית במרפאה ובקהילה בשיתוף גורמים מקצועיים נוספים.

**מטרות:** לבחון את השפעת עיצוב תפקיד האחות על תוצאים.

### שיטות:

- ❖ גיבוש תפיסת תפקיד אחות אחראית כמנהלת תהיה גבוהה על פי שאלון ותצפיות.
- ❖ מעקב אחר קיום ישיבות צוות מוביל במרפאה כשגרה על סמך פרוטוקולים.
- ❖ הטמעת שגרות ניהול המבוקר על ידי האחות המרחבית באמצעות כלי ייעודי.
- ❖ מעקב אחר שיפור מדדי איכות במרפאות שעברו הכשרה.
- ❖ 100 מנהלות סיעוד הוכשרו ב-5 מחזורים, בתום כל הכשרה בוצע הערכה ובתום 6 חודשים לאחר ההכשרה.

### ממצאים:

1. תפיסת תפקיד האחות האחראית שעברה הכשרה מוערכת בציון של 6.53 מתוך 7.
2. במרפאות שעברו הכשרה מתקיימות ישיבות צוות מוביל כשגרה.
3. במהלך משתתפים העריכו את ההכשרה בציון ממוצע גבוה 6.5 מתוך 7.
4. בכל המרפאות בהן מנהלת הסיעוד השתתפה בהכשרה נצפה שיפור במדדי איכות ב-7% במוצע לעומת מרפאות שלא עברו הכשרה.
5. נצפה שינוי בתפיסת התפקיד של מנהלות הסיעוד שהשתתפו בהכשרה שבא לידי ביטוי ביכולת תכנון טובה ובניית שגרות ניהול.
6. שביעות רצון מנהלות סיעוד מההכשרה 6.47 מתוך 7.
7. שביעות רצון ממונים גבוהה מאד מהשינוי שחל במרפאות נוכח ההכשרה והטמעת שגרות ניהול.

**מסקנות והמלצות:** פוקוס ניהולי, חשיבה יצירתית ואינטגרטיבית מניבה תוצאות.

## השפעת מעקב היריון קבוצתי על ידע נשים הרות בסיכון נמוך תוך השוואה למעקב פרטני

רונית רצון<sup>1</sup>, ארנון כהן<sup>2</sup>, מיירון פרוימוביץ<sup>2</sup>, אמנון הדר<sup>2</sup>, נטליה בילנקו<sup>1,3</sup>

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. שירותי בריאות כללית

3. משרד הבריאות

**רקע:** הדרכת נשים בנושא היריון ולידה הניתנת במהלך מעקב היריון מהווה מרכיב חשוב לבריאות האם והעובר. הגישה המקובלת למעקב טרום לידתי כוללת טיפול פרטני הניתן על ידי אחיות ורופאים של טיפות חלב של משרד הבריאות וקופות החולים. בשל מחסור באחיות במרבית המקרים ההדרכה במהלך המעקב הטרומ לידתי ניתנת באופן מצומצם וכוללת מרכיבים חיוניים (הפניות לבדיקות ובדיקות שגרתיות) בלבד, תוך ויתור על הדרכות בנושאי מרכיבים תזונתיים, התנהגותיים ועוד. במספר מדינות טיפול טרום לידתי קבוצתי יושם בהצלחה.

**מטרות:** השוואת ידע בנושאים הקשורים להיריון ולידה בקרב נשים בהיריון בסיכון נמוך אשר עברו מעקב קבוצתי לנשים שעברו מעקב היריון פרטני.

**שיטות:** ניסוי קהילתי אקראי מבוקר ללא הסמיה (Open randomized community trial). במהלך 10 חודשי הגיוס הוכנסו למחקר 123 נשים. הזרוע של מעקב קבוצתי כללה 59 נשים שעברו מעקב טרום לידתי בקבוצה המנוהלת על ידי אחות. קבוצת הביקורת של מעקב פרטני קיבלה טיפול טרום לידתי באופן פרטני. ידע הוערך כמספר תשובות נכונות ל-36 שאלות שהתקבלו במענה על שאלון במהלך ראיון אישי עם נשים משתי קבוצות המחקר, בתחילת המעקב הטרומ לידתי ולאחר הלידה.

**ממצאים:** נשים במעקב קבוצתי התחילו את המעקב עם ציון ידע נמוך יותר מהנשים במעקב הפרטני (ממוצע של  $20.7 \pm 5.4$  לעומת  $25.2 \pm 5.2$ , בהתאמה,  $p < 0.001$ ). לאחר ההתערבות ציון הידע הושווה ( $2.829.3 \pm$  קבוצתי לעומת  $29.1 \pm 3.6$  פרטני,  $p = 0.82$ ). שיעור הנשים אשר הדגימו שיפור ברמת הידע (עלייה בציון של לפחות 6 נקודות) היה גבוה יותר בקרב נשים מהמעקב הקבוצתי (65% לעומת 25%, בהתאמה,  $p < 0.001$ ). לאחר תקנון לציון ידע התחלתי, נשים בזרוע המעקב הקבוצתי שיפרו את רמת הידע פי 3 לעומת המעקב הפרטני ( $OR = 3.0$ ,  $p < 0.001$ ).

**מסקנות והמלצות:** הנשים אשר היו במעקב קבוצתי הדגימו שיפור ניכר ברמת הידע לעומת נשים במעקב פרטני. ייתכן והעלייה קשורה להדרכה המקיפה, המעמיקה והמותאמת לשלב ההיריון שניתנה על ידי האחות במהלך המפגשים הקבוצתיים. לאור ממצאינו אנו ממליצים על שילוב מעקב היריון טרום לידתי קבוצתי בשירותי הרפואה בישראל.

## חקירת מרכיבי קבלת החלטות משותפת בטיפול בריפוי בעיסוק

ליאת שגב (רז)

הקריה האקדמית אונו

**רקע:** קבלת החלטות משותפת (SDM - shared decision making) הינה גישה בה המטפלים והמטופלים משתפים מידע ומגיעים יחד להחלטה לגבי אופי הטיפול. ישנו מודל SDM רפואי ישומי המבוסס על 23 מרכיבים. על אף השיח הגובר בחשיבות SDM ויתרונותיו הרבים, נמצאה מידה נמוכה ביישומו בשטח בכל מקצועות הבריאות.

**מטרות:** מטרת המחקר לנתח באופן מעמיק את מידת קיומם של מרכיבי SDM בריפוי בעיסוק. ניתוח מעמיק יוכל ללמד מהם המרכיבים המתאימים למקצועות הבריאות השונים במטרה לבנות מודל יישומי מותאם שיעודד שימוש משמעותי יותר בגישה.

### שיטות:

אוכלוסייה: במחקר השתתפו 34 מרפאות בעיסוק, בגילאי 24-50, בטווח שנות ותק 0.5-26 שנים. 22% מהמטפלות עוסקות בתחום בריאות הנפש, 31% בתחום ילדים ו-47% בתחום מוגבלויות פיזיות. כלי המחקר:

1. מדריך להגדרה וקידוד התנהגויות מילוליות (CD-Coding Manual): ארבעה מתוך תשעה מרכיבי SDM שהוגדרו בספרות כהכרחיים פורטו בהסתמך על ה-International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

2. The Observer<sup>®</sup> XT 12, Noldus: תוכנה לקידוד וניתוח סרטוני וידאו. עשרות Modifiers שהוגדרו ב-CD קודדו במערכת.

הליך: הנבדקות צולמו בסימולציה של 10 דקות בטיפול עם מטופל מדומה. כל נבדקת התנסתה בתחום הטיפול בו היא עובדת. סרטוני המחקר נותחו בתוכנת ה-Observer על פי ה-CD וקודדו הופעותיהן של ה-Modifiers השונים.

**ממצאים:** 94.1% מהמשתתפות לא הגדירו את מטרת הטיפול. 47.1% לא ציינו או דנו בבעיה. 52.9% לא שאלו את המטופל לגבי העדפותיו. 64.7% לא הציגו יתרונות וחסרונות לאפשרויות הטיפול. עם זאת, 88.2% הציגו אפשרויות טיפול. בנוסף, נמצאו קשרים חיוביים בין מספר מרכיבי SDM על ידי מתאמי ספירמן.

### מסקנות והמלצות:

1. מרכיבים מרכזיים של SDM התקיימו באופן חלקי בטיפולים המדומים בריפוי בעיסוק.
2. לראשונה נבדקו קשרים בין המרכיבים ב-SDM. תוצאות המחקר מהוות נדבך משמעותי בניית מודל יישומי של SDM המתאים לריפוי בעיסוק.
3. נדרשים מחקרי המשך שיבדקו:
  - א. אוכלוסיית מחקר גדולה יותר;
  - ב. תיעוד 2-3 מפגשים טיפולים אמיתיים רצופים;
  - ג. חקירת מרכיבים נוספים;
  - ד. בדיקת קשרים נוספים ותלות בין המרכיבים.

## השפעות קצרות טווח של הפסקת עישון על מטבוליזם בגוף האדם

ענבל אלונה שגב מילבר<sup>1,2</sup>, אנה ארוניס<sup>2</sup>, רוברט הופמן<sup>1,3</sup>

1. מאוחדת

2. האוניברסיטה העברית בירושלים

3. אוניברסיטת תל-אביב

**רקע:** עישון טבק הינו גורם עיקרי לתחלואה ולתמותה. יחד עם זאת, להפסקת העישון קיימות גם השפעות שליליות, בכללן עלייה במשקל, דיסליפידמיה והפרעות במאזן הגליקמי - גורמי סיכון להתפתחות סינדרום מטבולי. להבנת השפעות אלו חשיבות גדולה בטיפול שמציעים עובדי מערכת הבריאות לנגמלים.

**מטרות:** בחינת אספקטים מטבוליים עיקריים (ריכוז גלוקוז בדם בצום, פרופיל שומנים, משקל גוף והיקפים) בתהליך הגמילה מעישון במהלך 6-12 חודשים מן ההפסקה.

**שיטות:** המחקר התבצע בשתי פאזות: רטרוספקטיבית ופרוספקטיבית. פאזה פרוספקטיבית: 108 נבדקים שהשתתפו בסדנאות לגמילה מעישון ב"מאוחדת" בשנים 2016-2017. נאספו נתוני משקל, BMI והיקפים לפני תוכנית הגמילה, במהלכה 6-חודשים לאחריה. פאזה רטרוספקטיבית: סקירת 200 תיקים רפואיים של נבדקים אקראיים, שהשתתפו בסדנאות לגמילה מעישון ב"מאוחדת" בשנים 2013-2014. נתוני רמות גלוקוז בדם בצום בשנה שקדמה לסדנאות הגמילה מעישון ובשנה שאחריה נאספו ונותחו בעבור כל נבדק.

**ממצאים:** פרוספקטיבי: מתוך 108 איש שהחלו את המחקר (47.2% נשים, גיל ממוצע 46.03+11.95) 68 השלימו שלוש מדידות. מתוכם, 47.1% הפסיקו לעשן. 90.6% מהמפסקים עלו במשקל 4.05 (0.54+) ק"ג בממוצע (P=0.0001). עלייה משמעותית במדדי ה-BMI והיקף מותניים נמדדה בקבוצת המפסקים בלבד. רטרוספקטיבי: מתוך 200 נבדקים (50% נשים, גיל ממוצע 52.03+6.7), 50% מהמפסקים שהחלו את הסדנא עם ריכוז גלוקוז בדם תקין, חוו עלייה במדד זה. 28.6% מן הנבדקים הטרומ סוכרתיים, זאת לעומת 2.7% מן הטרומ סוכרתיים שהמשיכו לעשן (P=0.01).

### מסקנות והמלצות:

- ❖ הפסקת עישון מקושרת לתופעות מטבוליות שליליות המתרחשות בסמיכות לזמן ההפסקה.
- ❖ יש חשיבות גדולה בהגברת המודעות של עובדי מערכת הבריאות לשינויים שליליים אלו, על מנת להוביל לניטור קפדני יותר של המשקל ושמירה על המאזן הגליקמי.
- ❖ יש להציע לנגמלים תוכנית טיפול מותאמת אישית, מעקב רב מקצועי תוך הדגשת היתרונות ארוכי הטווח של הפסקת העישון.

**פרספקטיבה עתידית:** ניתוח נתונים בעבור פרופיל השומנים של הנבדקים.



## שירות מהיר ויעיל לרופא המטפל - התייעלות בבדיקת צליאק במעבדה הרפואית

לימור שגב שרון, רויטל אזולאי, מטביי קוגן, ג'ורג' פרחגרוד

מאוחדת

**רקע:** מחלת הצליאק היא מחלה אוטואימונית הפוגעת במעי הדק ובאיברים נוספים. למחלה התבטאות קלינית מגוונת הכוללת שילוב של גורמים, חשיפה לגלוטן, נוגדנים ספציפיים למחלה, הפלוטיפים גנטיים מתאימים (HLA DQ2 & DQ8). בדיקת סרולוגיה מהווה הכלי הראשון בתהליך האיבחון של המטופל הסימפטומטי, ובה בודקים נוגדנים ל-TTG מסוג IGA. במידה ורמת ה-IGA נמוכה בסרום מתבצעת בדיקת סרולוגיה לצליאק מסוג IGG. הבדיקה הספציפית ביותר מבין בדיקות הנוגדנים היא בדיקת EMA (Endomysial antibodies). מדובר בבדיקת אימונופלוורסנציה מיקרוסקופית כנגד TIG המצוי באנדומיזיום.

**מטרות:** השוואה בין שיטות לזיהוי מחלת הצליאק.

**שיטות:** במעבדה בוצע האבחון לצליאק במספר שלבים עיקריים עם מעורבות של מספר מכשירים שונים.

- ❖ בדיקת ANTI TTG+DGP (IGA+IGG) בשיטת Elisa ועפ"י התוצאה התבצע המשך בירור.
- ❖ במידה והתוצאה שלילית דיווח לרופא המטפל.
- ❖ במידה והתוצאה חיובית אימות ANTI TTG IGA בשיטה נוספת Chemiluminescence.
- ❖ במידה ואין התאמה בין השיטות הדגימה תועבר לבדיקת EMA בשיטת IFA.

תהליך זה הינו מסורבל, עתיר כוח אדם, ארוך זמן שחרור תוצאה מתארך בהתאם. במעבדה המרכזית של מאוחדת יושמה טכנולוגיה חדשה לזיהוי הנוגדנים למחלת הצליאק המתבצעת על מכשיר אוטומטי Random access ביופלקס 2200 של חברת ביוראד עם טכנולוגית המולטיפלקס שהיא ייחודית ומתקדמת המאפשרת ריבוי תוצאות מדיגום בודד.

- ❖ הסקר הראשוני ANTI DGP IGA ו-ANTI TTG IGA. במידה והתוצאה שלילית עבור שניהם שחרור התוצאה ביום הדיגום.
- ❖ במידה והתוצאה חיובית מתבצע אימות וזיהוי נוגדנים בשיטת IFA EMA.

**ממצאים:** חשוב לציין יתרון נוסף לטכנולוגיית ה-Multiplex המסוגלת לזהות דגימות בהן רמת נוגדני ה-IGA נמוכה מתחום הזיהוי של המכשיר ומאבחן אותם כדגימות בעלות IGA Deficiency. דגימות אלו מועברות לקיט ANTI TTG IGG ו-ANTI DGP IGA כדי להבטיח איבחון מלא למטופלים עם חשד קליני גבוה לצליאק ושבדיקת הנוגדנים שלהם כנגד IGA TIG תקינה במיוחד ילדים עם רמת IGA נמוכה.

**מסקנות והמלצות:** המידע המעבדתי ביישום טכנולוגיית ה-Multiplex באבחון צליאק מאפשר שחרור תוצאות אמינות ומדויקות בפרק זמן קצר ותוך כדי התייעלות בתהליך העבודה וניצול מיטבי של כוח אדם.

## הגורמים המשפיעים על החלטות נשים לעבור בדיקת ממוגרפיה לפני גיל 50 בניגוד להנחיות משרד הבריאות

שוש שהרבני, אביעד טור-סיני

המכללה האקדמית עמק יזרעאל

**רקע:** משרד הבריאות הישראלי אינו ממליץ על ממוגרפיה לנשים מתחת לגיל 50, שאינן נמצאות בסיכון, כיוון שיעילותה של בדיקה זו בקרב נשים צעירות הינה מוגבלת וכיוון שהיא כוללת חשיפה לקרינה ועלויות מיותרות. עם זאת, במדינות מפותחות רבות, כולל ישראל, חלק לא מבוטל של נשים מתחת לגיל 50, שאינן בקבוצת סיכון גבוה, בוחרות לעבור את הבדיקה לפני גיל 50.

**מטרות:** לזהות את הגורמים ההתנהגותיים והסוציו-דמוגרפיים המנבאים את ההחלטה לעבור ממוגרפיה מוקדמת (לפני גיל 50), בניגוד להנחיות הרשמיות של משרד הבריאות.

**שיטות:** סקר נעשה בקרב 252 נשים ישראליות בגילאי 40-51 שאינן בסיכון גבוה לפתח סרטן שד. שאלון המחקר התבסס על מודל האמונות הבריאותיות (HBM - Health Belief Model) כמסגרת תיאורטית וכלל גם פרטים סוציו-דמוגרפיים.

**ממצאים:** הגורמים המשמעותיים המשפיעים על ההסתברות שאישה תעבור ממוגרפיה מוקדמת הם: גיל גבוה יותר, רמת דתיות נמוכה יותר, קיום ביטוח בריאות פרטי, ביצוע תשלומים לרופאים באופן פרטי וכן ניסיון קודם בביצוע ממוגרפיה. בנוסף נמצא כי קטגוריות HBM המנבאות את ההחלטה לעבור את הבדיקה הן: רמות נמוכות יותר של חסמים נתפסים לביצוע הבדיקה, רמות גבוהות יותר של רגישות נתפסת לחלות בסרטן השד ורמות גבוהות יותר של מוטיבציה לשמור על הבריאות.

**מסקנות והמלצות:** ההחלטה לעבור ממוגרפיה מוקדמת, לפני גיל 50, מאפיינת נשים במצב סוציו-אקונומי גבוה, עם מוטיבציה בריאותית גבוהה אך עם חוסר מודעות לחסרונות הבדיקה. ההחלטה לבצע ממוגרפיה לפני גיל 50 עשויה להצביע על חוסר אמון של הנשים בהנחיות משרד הבריאות. תוצאות המחקר עשויות לסייע לקובעי המדיניות להעלות את המודעות של הנשים לחשיבות המדיניות המומלצת.

## מדדי דם סמוי והיפרליפידמיה - מדדי איכות בראי השירות, מרפאת דרום

אורלי שוורצמן פינקו, אנג'לה קוזמנסקי, לבנה חניה, לינה זילברמן

שירותי בריאות כללית

**רקע:** שיעור ביצוע דם סמוי נכון לנתוני 01/2017 היה נמוך יחסית (45.49%). נתקלנו בקושי לזמן מטופלים רק למטרת מתן ערכה, לכן חיפשנו פתרון יצירתי לחלוקת ערכות באופן שיטתי ומתוכנן, ובאותה העת לקדם מדדים נוספים הדורשים זימון יזום.

**מטרות:** קידום מדד דם סמוי בשילוב מדדי היפרליפידמיה.

### שיטות:

**מתודולוגיה:** הוחלט לנצל את הגעת המטופלים לטיפול בהיפרליפידמיה לצורך מתן ערכה לבדיקת דם סמוי והסבר מפורט הכולל הדרכה על ביצוע הבדיקה. לצורך כך נבחרו 91 מטופלים העונים על הקריטריונים הבאים:  
 א. מטופלים שצריכים לבצע בדיקת דם סמוי וגם בדיקת דם LDL/איזון LDL בינוני/גבוה.  
 ב. גילאי 50-75.  
 ג. היענות גבוהה לטיפול.

### חלוקת מטופלים ל-3 קבוצות על פי המדדים אותם נדרשים לבצע:

- קבוצה א: דם סמוי ובדיקת דם LDL.
- קבוצה ב: דם סמוי ואיזון LDL בינוני.
- קבוצה ג: דם סמוי ואיזון LDL גבוה.

### תהליך עבודה:

- ❖ סימון 91 מטופלים שנבחרו במערכת עומרי, הקצאת תורים ייעודיים וזימון יזום של המטופלים לאחות/רופא בהתאם לקבוצה לה הם משתייכים (בדיקות דם לאחות/איזון לרופא).
- ❖ עם הגעת המטופל לטיפול בהיפרליפידמיה, האחות מחלקת ערכה, מסבירה ומדגימה את אופן השימוש בה. כמו כן מנחה להחזרת הערכה תוך 3 ימים.
- ❖ מטופלים שלא החזירו ערכה תוך 3 ימים - מקבלים תזכורת טלפונית מהאחות.
- ❖ מטופלים שלא החזירו ערכה לאחר 3 תזכורות על ידי האחות - הרופא מתקשר למטופל.
- ❖ במידה ועדיין ערכה לא הוחזרה - עירוב בן משפחה ותיעוד בתיק הרפואי.
- ❖ שת"פ עם בית המרקחת - הכנסת הערות בעומרי, והפנייתם לאחות.

### ממצאים:

מדד מצב קיים (1/17) יעד תוצאות (6/17)  
 דם סמוי 69% 85% 94%  
 בדיקת LDL 85% 90% 87%  
 איזון LDL בינוני וגובה 99% 100% 102%  
 איזון מטופלי הפרויקט 91 50% (54) 95% (87)

**מסקנות והמלצות:** שירות יזום ומותאם תוך תיאום בין אנשי הצוות- תורם להיענות גבוהה ולאיכות רפואית.

## היארעות שבר בצוואר הירך

עדה שטיימן, שולמית גורדון, דמיטרי מוסטובוי, יעל אפלבוים, ציונה חקלאי

משרד הבריאות

**רקע:** שבר בצוואר הירך עולה עם הגיל ושכיח בקרב גילאי 65 ומעלה ובעיקר בקרב גילאי שמונים ומעלה. זוהי אוכלוסייה בסיכון למוגבלות ותמותה, לכן קיימת חשיבות רבה בצמצום נפילות בקרב גילאי 65 ומעלה ומניעת שברים.

**מטרות:** לבדוק מגמות בשיעור המקרים עם שבר בצוואר הירך לפי גיל, מגדר, לאום וגורם מבטח, כדי לאתר קבוצות בסיכון.

**שיטות:** אוכלוסיית המחקר כללה אשפוזים של גילאי 65 ומעלה בשנים 2000-2016 עם שבר בצוואר הירך (קוד 820) שנרשם כאבחנה ראשונה או משנית. חושבו שיעורים לפי גיל ומגדר ושיעורים מתוקנים לפי לאום וגורם מבטח.

**ממצאים:** בשנת 2016 היו כ-7,000 אשפוזים עם שבר בצוואר הירך של גילאי 65 ומעלה, 68% לנשים, לעומת 73% בשנת 2000. גילאי 85 ומעלה מהווים 42% מכלל המקרים, לעומת 35% בשנת 2000.

שיעור האשפוזים במגמת ירידה, השיעור ירד מ-88 בשנת 2000 ל-76 בשנת 2016 ל-10,000 גילאי 65 ומעלה, מ-157 ל-143 ל-10,000 גילאי 75 ומעלה, בהתאמה ומ-307 ל-251 ל-10,000 גילאי 85 ומעלה, בהתאמה. נמצאה שונות באחוז הירידה בין גברים לנשים, בגיל 65 ומעלה השיעור ירד ב-17% לנשים ו-2% לגברים, בגילאי 65-74 ירד ב-30% ו-9%, בהתאמה, בגילאי 75-84 ירד ב-15% ו-5%, ובגיל 85 ומעלה ירד ב-23% ו-6%, בהתאמה.

השיעור המתוקן לגיל בקרב ערבים גבוה פי 1.4 בהשוואה לשיעור הארצי, בעשור האחרון השיעור המתוקן לגיל ירד באחוז דומה לערביות וליהודיות, ואילו בקרב גברים נרשמה ירידה של 22% לערבים לעומת 12% ליהודים. השיעור בקרב מבוטחי מכבי ולאומית נמוך מהשיעור הארצי. בעשור האחרון נרשמה ירידה של כעשירית בשיעור המתוקן לגיל בקרב מבוטחי כללית ומכבי וגם בקרב נשים במאוחדת, ואילו השיעור של מבוטחי לאומית היה יציב.

**מסקנות והמלצות:** שיעור האשפוזים ירד בשני העשורים האחרונים בעיקר בקרב נשים. יש לתחקר הנסיבות להבדל בשיעור הירידה בין גברים ונשים ולבחון הצורך בבדיקות צפיפות העצם וטיפול תרופתי לאוסטאופורוזיס לאוכלוסייה בסיכון, כדי למנוע נפילות ושברים.

## מערכת משרד הבריאות לניהול רשומה ממוחשבת בתחום שירותי הבריאות המונעים בקהילה "לגדול עם מחשבה בריאה"

חן שטיין-זמיר, אילנה סטולרמן, יפית יצחקי, בלה אלרון, איתמר גרוטו

משרד הבריאות

**רקע:** ישראל היא מהמדינות המתקדמות בעולם בתחום מיחשוב הרפואה הקהילתית. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי השרות המונע לילדים מיועד לכלל האוכלוסייה ללא תלות בביטוח בריאות או מעמד הילד. "לגדול עם מחשבה בריאה" הינה מערכת של משרד הבריאות לניהול רשומה ממוחשבת בתחום שירותי הבריאות המונעים בקהילה, לילדים מהלידה עד גיל 15 שנים בתחנות טיפת חלב ובשירותי הבריאות לתלמיד.

**מטרות:** הערכת היקף השימוש, היישומים ותיאור מצב עדכני של המערכת והתקדמותה.

**שיטות:** איסוף נתונים עדכניים והערכת השימושים הנוכחיים והעתידיים של המערכת.

**ממצאים:** נכון לסוף שנת 2017 מספר המטופלים הרשומים במערכת טיפת חלב הינו כ-780 אלף ילדים עד גיל 6 שנים, ובבריאות התלמיד כ-1.3 מיליון תלמידים עד גיל 15 שנים. מספר עובדי מקצועות הבריאות המשתמשים במערכת הינו כ-3,000: 2,200 במחשבה בריאה ו-800 בבריאות התלמיד. העברת נתוני הילדים המטופלים מטיפת חלב לבריאות התלמיד מאפשרת רצף טיפולי בתחום רפואה מונעת ושימור היסטוריה רפואית. למערכת נקלטים נתוני חיסוני ילדים שחוסנו על ידי כל ספקי הבריאות (לרבות קופות החולים). תיעוד חיסונים במערכת, מאפשר קבלת מידע רציף על נתוני התחסנות האוכלוסייה ברמה ארצית ולהתמודדות עם התפרצויות תחלואה ואירועים אפידמיים. הנגישות לתיק הרפואי למשתמשים לפי הרשאה ביטלה את הצורך בהעברת רשומות. המערכת כוללת נתונים על בדיקות סינון, הערכת גדילה, כיסוי חיסונים, הנקה, איתור אלימות במשפחה ודיכאון לאחר לידה ומהווה בסיס להערכת איכות ולקביעת מדיניות בנושאים מרכזיים הקשורים לבריאות הילדים והמשפחה בישראל. למערכת ממשקים רבים: משרד הפנים- לקליטת נתונים ממרשם האוכלוסין, משרד החינוך- לקליטת שיבוצי התלמידים במוסדות החינוך לכל שנתון, ביטוח לאומי- נתוני שיוך לקופות חולים, מערכת לזימון תורים, פיקוח ובקרה- באמצעות דוחות בכל רמות הניהול, ומאגר חיסונים לאומי כצומת מידע בין ארגונית. משרד הבריאות פועל להנגשת המידע להורי הילדים כגון צפייה בנתוני החיסונים של ילדיהם והמלצות נדרשות.

**מסקנות והמלצות:** "לגדול עם מחשבה בריאה" הינה מערכת המלווה את הילד מלידתו ועד גיל 15 שנים, המבוססת על עקרון המטופל במרכז, שומרת על הרצף הטיפולי ותורמת לבריאות הילדים, המשפחה, ובריאות הציבור בישראל.

## התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות: ממחקר למדיניות ולמציאות

שלי שטרנברג, איריס רסולי, יהונתן למברגר, אהרון כהן

משרד הבריאות

**רקע:** בישראל מספר החולים בדמנציה כיום נאמד כ-100,000 וכפיל עצמו עד 2035 כתוצאה מהזדקנות האוכלוסייה. התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות גובשה על ידי וועדת מומחים בהובלת מכון מאירס-ברוקדייל, קיבלה גיבוי מוועדת הרווחה והבריאות של הכנסת, אושרה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות (משה"ב) והושקה ב-2013.

**מטרות:** הצגת תהליך יישום התוכנית הלאומית בישראל.

**שיטות:** ועדת יישום בינארגונית, בהובלת האגף לגריאטריה, מקדמת תהליכים בארגונים השונים, על פי מטרות התוכנית, תוך גיוס משאבים ותמרוץ מיזמים משותפים.

**ממצאים:** להלן חלק מהתהליכים שקדמה התוכנית עד כה:

1. העלאת המודעות לדמנציה בקרב אנשי מקצוע והציבור הרחב: מאז השקת התוכנית בוצעו שלושה קמפינים בערוצי התקשורת, שזכו להיענות גבוהה לפי הערכת מחקרים חיצוניים.
2. העלאת מעורבות קופות החולים בתוכניות למניעה, אבחון וטיפול בחולי דמנציה: ארבעת קופות החולים החלו לבנות מאז שנת 2014 תוכניות בתחום הרפואה הראשונית, ושלבי היישום נמשכים. התוכניות כללו, בין היתר, בניית רשם, הכשרות לצוותים, קבוצות תמיכה למשפחות, אבחון דמנציה בחולי סכרת לא מאוזנים ופיתוח אפליקציה לצורך ביקור יזום ביום הולדת 75.
3. ביצוע סקר בארבע קופות החולים של כלל המבוטחים המתועדים עם אבחנות דמנציה ו/או מקבלים טיפול במחלות אלה - באמצעות המרכז לבקרת מחלות במשה"ב.
4. תוכנית בבתי החולים הכלליים והמרכזים הגריאטריים לשיפור האבחון, הטיפול והשחרור של חולי דמנציה ודליריום המאושפזים - באמצעות משה"ב ואשל.
5. תוכנית עתידית בקופות החולים שתתמקד ברצף הטיפולי במעבר מאשפוז לקהילה ובתוך הקהילה - באמצעות משה"ב והביטוח הלאומי.
6. תוכנית יידי דמנציה, על פי מודל שפותח באנגליה, המופעלת על ידי עמותת עמד"א ביחד עם אשל ומשה"ב להעלאת מודעות לדמנציה בציבור ויצירת קהילות "ידידותיות" ותומכות באנשים עם המחלה.
7. פיתוח פתרונות יעילים לתמיכה בבני משפחה מטפלים - בשיתוף עם עמותת עמד"א, הביטוח הלאומי, אשל וקופות חולים.

**מסקנות והמלצות:** התוכנית הלאומית הביאה לתיאום ושיתוף פעולה בין-ארגוני ובין-משרדי, להעלאת נושא הדמנציה לסדר היום של קופות החולים, בתי החולים וארגונים במדינה, ולהרחבה של תוכניות שונות עבור החולים ובני המשפחה. התוכנית נערכת להמשך הפיתוח בשנים הבאות.

## חסמים לשימוש בשירותי הרפואה בקהילה של אוכלוסיית הבדואים בנגב

חנין שיבלי, לימור אהרנסון-דניאל, ניהאיה דאוד, יגאל פלכט, פאולה פדר-בוביס

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**רקע:** השימוש בשירותי הבריאות בקרב אוכלוסיית הבדואים בנגב מושפע מגורמים רבים, בין היתר ממאפייני המיוחדים של האוכלוסייה: אוכלוסיית מיעוט אתני בתוך אוכלוסיית המיעוט הערבי בישראל, ברובה מדורגת באשכולות החברתיים-כלכליים הנמוכים ביותר, עם אורח חיים ומאפייני תרבות ייחודיים. הפריפריה הגאוגרפית והחברתית תורמת להעצמת החסמים והפערים ביישובי הדרום בכלל ובכפרים הבדואים בפרט.

**מטרות:** לאתר גורמים המשפיעים על השימוש של אוכלוסיית הבדואים, בצפון הנגב, בשירותי בריאות. לבדוק את הקשר בין הגורמים האישיים והסביבתיים שזוהו לדפוס צריכת שירותי הבריאות.

**שיטות:** מחקר איכותני. ראיונות עומק חצי מובנים בשפה הערבית ובלהג בדואי נערכו עם 21 משתתפים/ות מהמגזר הבדואי, בני 19 ומעלה, שמתגוררים בצפון הנגב ובעלי מאפיינים דמוגרפיים שונים. הראיונות תומללו ותורגמו לעברית ונותחו בניתוח תמטי (analysis thematic).

**ממצאים:** מדברי המשתתפים עולה שישנם חסמים לשימוש בשירותי הבריאות עבור אוכלוסיית הבדואים בנגב: מצב התשתיות ביישובים הבדואים, מגבלות השפה במהלך הטיפול, יחסי המטפל-מטופל, והמחסור בכוח אדם רפואי בכלל וברפואת מומחים בפרט. מרואיינים רבים דיווחו על ויתור טיפול ראשוני בשל העדר מרפאות ביישובים הלא מוכרים או בשל בעיות בנגישות של השירותים מבחינה פיסית, שפתית ותרבותית. חלק מהמרואיינים חוו היעדר יחס הולם מהמטפלים, מה שהפך את הפניה לשירותי הבריאות בקהילה לחלופה אחרונה לקבלת טיפול רפואי. נשים מבוגרות זוהו על-ידי המרואיינים כאוכלוסייה מוחלשת ופגיעה. שוני רב תואר בחוויית השימוש בשירותי הבריאות בין בני המגזר המתגוררים ברהט לבין אלו המתגוררים בכפרים בלתי-מוכרים.

**מסקנות והמלצות:** זמינות המרפאות בחלק מן היישובים המוכרים אינה תנאי מספיק לשימושם על ידי האוכלוסייה הבדואית. הצטלבות רבדים שונים (intersectionality) של האוכלוסייה הבדואית כגון הרבדים החברתיים, התרבותיים, והכלכליים מעצבים את דפוס הפניה לקבלת שירותי בריאות ראשוניים ושינוניים. הצטלבויות אלו נמצאו במלוא עוצמתם בקרב נשים מבוגרות שזוהו כפגיעות במיוחד.

על-מנת לצמצם פערי שימוש בשירותי בריאות בקהילה, יש לקחת בחשבון את המאפיינים הייחודיים של אוכלוסיית הבדואים בנגב על היבטיה התרבותיים והמדגריים. הגדרת החסמים לנגישות לטיפול יסייעו לפיתוח מושכל ומענה מותאם (tailored) של שירותי הבריאות לצרכי האוכלוסייה הבדואית בצפון הנגב.

## דבקות בתזונה בסגנון ים תיכוני בקרב בני 65 ומעלה בישראל

טל שמעוני, מיכל ברומברג, ניסים מרי, רבקה גולדשמיט, ליטל קינן-בוקר

משרד הבריאות

**רקע:** תזונה בסגנון ים-תיכוני, שנמצאה כמונעת מחלות לב וסרטן ותורמת לאריכות ימים, מומלצת על ידי משרד הבריאות בישראל. לאחרונה פותח כלי ישראלי להערכת הדבקות בתזונה ים-תיכונית (MED\_I; מדד תזונה ים-תיכונית, מת"י) המבוסס על שאלון ה-PREDIMED הספרדי שהותאם לישראל.

**מטרות:** להעריך את צריכת המזון של אוכלוסיית הקשישים בישראל על פי מת"י ולאתר פערים באימוץ ההמלצות באוכלוסייה זו.

**שיטות:** סקר מצב בריאות ותזונה לאומי השני לבני 65 ומעלה בוצע ב-2014-2015 בקרב מדגם אקראי בשכבות ממרשם האוכלוסין. הקשישים רואינו פנים-אל-פנים בביתם באמצעות שאלון מובנה לגבי אורח חיים והרגלי בריאות, ובצעו שחזור מזון של 24 שעות. כמו כן, נמדדו גובהם ומשקלם. נתוני צריכת המזון על פי השחזורים סווגו ל-17 פריטים בהתאם לכלי החדש ולפי הצריכה ניתן ציון מת"י שנע בין 0-17 נקודות. מבחני T בוצעו לבדיקת הקשר בין ציון מת"י למדדי בריאות, רכיבי תזונה ומשתנים סוציו-דמוגרפיים.

**ממצאים:** מת"י חושב ל-989 קשישים מתוך 1,029 (96.1%) שהשתתפו בסקר. הציון הממוצע היה 7.9 והחציוני 8.0 (טווח: 3-14). נמצא קשר חיובי בין ציון מת"י גבוה לגיל צעיר ( $p=0.05$ ), למצב בריאות כללי טוב מאד/טוב ( $p=0.01$ ), להתעניינות רבה מאד/רבה בקשר בין תזונה ובריאות ( $p<0.01$ ), להכנסות מעל קו העוני ( $p<0.01$ ) ולצריכת רכיבי תזונה כמו סידן, ברזל וויטמין C ( $p<0.01$ ). מנגד, נמצא קשר בין ציון מת"י נמוך לירידה בצריכת המזון בשלושת החודשים האחרונים ( $p=0.046$ ) ולבעיות לעיסה ( $p<0.01$ ). לא נמצאו הבדלים לפי מין, לאום, השמנה, ביצוע פעילות גופנית, עישון ומחלות רקע נבחרות. רק 14.7%, 11.3%, 5.8% ו-7.6% מכלל הקשישים צורכים, בהתאמה, ירקות, פירות, דגנים מלאים וקטניות על פי המומלץ.

**מסקנות והמלצות:** באוכלוסייה הקשישה נמצא קשר בין דבקות בתזונה ים-תיכונית למצב בריאות סובייקטיבי ולמצב כלכלי טוב, לגיל צעיר ולהיעדר בעיות לעיסה. עם זאת קיים פער בצריכת פירות, ירקות, דגנים מלאים וקטניות בהשוואה להמלצות.

יש לעקוב אחר דפוסי האכילה של הקשישים, ולעודד עלייה בצריכה של מזונות הנחשבים כחלק מהתזונה הים תיכונית.



## תוכנית הזה"ב - תוכנית התמיכה בחולה המאושפז בבית חולים, מניעת סיבוכי אשפוז בחולים מבוגרים

רתם תלם, אורלי ברק, יעל אדוני טמיר, חנה פטשורניק, קארין קוגן

המרכז הרפואי תל-אביב

**רקע:** אשפוז חריף מהווה נקודת מפנה בחייו של הזקן, העשויה להביא לאובדן עצמאות, מיסוד וכן לתוצאים קשים של תחלואה ותמותה. חולים זקנים בכלל וחולים הסובלים מדמנציה בפרט, מתאפיינים בשילוב של רמת מורכבות רפואית גבוהה ועתודות פיזיולוגית נמוכות, המעלים באופן משמעותי את הסיכון לפתח תחלואה נלווית במהלך האשפוז. סיבוכים אלו מהווים תוצאה של מכלול גורמים שהינם, על פי רוב, ברי מניעה. זיהוי מוקדם של חולים אלו במהלך האשפוז והפעלת כלים מערכתיים למניעה, ניטור וטיפול מוקדם בהם, יפחיתו את שיעור הסיבוכים ואת ההשלכות ארוכות הטווח של האשפוז. תוכנית ה-HELP (Hospital Elder Life Program) הינה תוכנית אמריקאית מוכרת שהוכחה כיעילה במניעת ירידה קוגניטיבית לרבות הארעות דליריום, מניעת ירידה תפקודית, שיפור איכות הטיפול הרפואי ושיפור שביעות רצון המטופל ומשפחתו. בנוסף הדגימה ירידה משמעותית בעלויות הטיפול הרפואי.

**מטרות:** אנו נציג את תוכנית הזה"ב במרכז הרפואי ת"א להפעלת ה-HELP. תוכנית שהוקמה בסיוע התוכנית הלאומית לדמנציה של משרד הבריאות ואשל-ג'וינט.

### שיטות:

הוקם צוות ייעודי של אחות, גראטרים ורכזת (גרונטולוגית במקצועה). נבנה אלגוריתם לזיהוי ממוכן של כל החולים מעל גיל 70, אשר להם גורמי סיכון לסינדרומים או סיבוכים גראטרים: ירידה קוגניטיבית, ירידה תפקודית, הפרעות שינה, הפרעות ראייה ושמיעה, הפרעה בניידות, התייבשות.

הוחלה התערבות בשש מחלקות כרוגריות בשיתוף פעולה עם הצוותים המחלקתיים. מבוצעת סקירה גריאטרית מתוקפת לכל החולים שזוהו, באופן יומי, על ידי אחות התוכנית. 2 התערבויות במקביל -

התערבות מקצועית: ייעוץ גריאטרי ממוקד לסינדרום הגריאטרי שזוהה בסקירה, רוויזיה תרופתית והמלצות לצוות הרפואי הן במהלך האשפוז והן לקראת השחרור. התערבות על ידי מתנדבים המפעילים פרוטוקולי התערבות ייעודיים: אוריינטציה, הפגת בדידות, עידוד לשתיה ואכילה, הגברת ניידות.

**ממצאים:** התוכנית נערכת להמשך הטמעה ביתר מחלקות האגף הכירורגי במקביל למעקב אחר תוצאים.

**מסקנות והמלצות:** ניתן לשלב תוכנית רחב להתערבות גריאטרית בצמוד לטיפול הכירורגי האקוטי על מנת לשפר תוצאי אשפוז של חולים מבוגרים.

## המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות

הינו עמותה עצמאית שמטרותיה הן:

- ◆ ללוות ולהעריך את השפעת חוק ביטוח בריאות ממלכתי על שירותי הבריאות בישראל, איכותם, יעילותם ועלותם.
- ◆ ליזום ולממן מחקרים בנושאי ארגון, כלכלה ואיכות השירותים ותהליכי קבלת ההחלטות במערכת הבריאות.
- ◆ להוות במה ומקום מפגש לקיום דיון מקצועי וציבורי בתחומי הארגון, הניהול וקביעת מדיניות הבריאות בישראל.
- ◆ לעודד שיתוף פעולה מדעי בין תחומי רב מקצועי ברמה הלאומית בין כל הגורמים, ניהוליים ואקדמיים, שעניינם קידומה של מערכת הבריאות הישראלית.

סעיף 52 (2) של חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד (1994) קובע, בין תפקידי מועצת הבריאות: "לקיים מעקב אחר ביצוע החוק ולערוך מחקרים, סקרים וחוות דעת מקצועיות באמצעות מכון שיקבע השר".

**המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות ומדיניות הבריאות** נקבע למטרה זו על פי החלטת שר הבריאות ובאישור המועצה מיום 24/6/1995.

המכון מאגד חוקרים, מנהלים וקובעי מדיניות מכל מגזרי המשק: משרד הבריאות, קופות החולים, בתי החולים, האוניברסיטאות ומכוני המחקר. לפעילויות המכון תורמים דרך קבע בעלי מקצועות הבריאות, מנהלים, חוקרים ומדענים מן האקדמיה, משרותי הבריאות, מהכנסת וממשרדי הממשלה.



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

03-5303516

[nihp@israelhpr.health.gov.il](mailto:nihp@israelhpr.health.gov.il)

[www.israelhpr.org.il](http://www.israelhpr.org.il)