



המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות
ומדיניות הבריאות (ע"ר)

הכנס השנתי ה-17 למדיניות הבריאות

יום ד', י' באלול תשפ"ה, 3 בספטמבר 2025
מלון דיוויד אינטרקונטיננטל, תל-אביב

ספר תקצירים

יושבי ראש: פרופ' ארנה טל וד"ר גיל לביא



תוכן העניינים

עמ'

תוכנית הכנס

תוכנית מושבים מקבילים

רשימת הרצאות - לפי א-ב שם משפחה

רשימת פוסטרים - לפי א-ב שם משפחה

תקצירי הרצאות - לפי מושבים

ועדה מדעית של הכנס:

פרופ' רונית אנדולט, פרופ' חיים ביטרמן, פרופ' ארנה טל, ד"ר גיל לביא, פרופ' ח'יתאם מוחסן, ד"ר ורד עזרא

ועדת שיפוט פוסטרים:

פרופ' ארנה טל - יו"ר, פרופ' רונית אנדולט, פרופ' ח'יתאם מוחסן

ועדת הפרס ע"ש פרופ' חיים דורון ז"ל:

פרופ' שלמה וינקר - יו"ר, פרופ' נטליה בילנקו, פרופ' אחי גרוסמן, ד"ר כלנית קיי



יום ד', י' באלול תשפ"ה
3 בספטמבר 2025
מלון דיוויד אינטרקונטיננטל, תל-אביב

הכנס השנתי ה-17 למדיניות הבריאות

יושבי ראש: פרופ' ארנה טל וד"ר גיל לביא

הרשמה, קפה ותערוכת ePosters

09:30 - 08:30

מליאת פתיחה: תקומה ותנופה - אתגרים והזדמנויות למערכת הבריאות - יו"ר: ד"ר גיל לביא

11:00 - 09:30

פרופ' נחמן אש, יו"ר המכון הלאומי

מר משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות

תא"ל (מיל.) משה אדרי, ראש מנהלת תקומה לשעבר - אתגרים והזדמנויות בניהול משבר

פאנל - "תקומה כהזדמנות לקידום בריאות וצמצום פערים" - מנחה: גב' דקלה אהרון שפרן

משתתפים: גב' חדווה אמונה, שירותי בריאות כללית

גב' אילת גרינבאום אריזון, משרד הבריאות

גב' דגנית סנקר לנגה, מינהלת תקומה לשעבר

גב' מיכל עוזיהו, ראש המועצה האיזורית אשכול

הפסקת קפה ותערוכת ePosters

11:30 - 11:00

מושבים מקבילים

13:15 - 11:30

מושב 1 - מדיניות בריאות

מושב 2 - יזמות וחדשנות בבריאות

מושב 3 - איכות שירותי הבריאות

מושב 4 - מטפלים במערכת הבריאות

מושב 5 - ארגון שירותי הבריאות

מושב 6 - כלכלת בריאות

מושב 7 - מערכת הבריאות בעת חירום

ארוחת צהריים ותערוכת ePosters

14:00 - 13:15

מליאת סיכום: חינוך והכשרה רפואית - יו"ר: פרופ' ארנה טל

16:00 - 14:00

Prof. Bernard S. Chang, Harvard Medical School

Medical education in the era of AI - an opportunity for transformation

ד"ר ספי מנדלוביץ, משרד הבריאות - תמורות בחינוך רפואי - הרפורמה בסטאז' כמקרה בוחן

פרופ' ציון חגי, ההסתדרות הרפואית בישראל - אבטחת איכות הרפואה בישראל לנוכח המחסור החמור

ברופאות וברופאים

דיבייט מומחים - מנחה: פרופ' חיים ביטרמן

מדעי יסוד בהתמחות - למי זה טוב? - מר דניאל פדון, פרופ' מיקי גולדמן ופרופ' דינה בן יהודה

מומחיות בפסיכולוגיה - מי שולט בהכשרה? - ד"ר אילה בלוך וגב' זוהרה סילמן

הענקת פרס ע"ש פרופ' חיים דורון ז"ל - יו"ר ועדת הפרס - פרופ' שלמה וינקר

הענקת פרס הפוסטר המצטיין - יו"ר ועדת הפרס - פרופ' ארנה טל

11:30 - 13:15 מושבים מקבילים

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה ↓

מושב 1 - מדיניות בריאות	
ארז ברנבוים ח'יתאם מוחסן	
אמון ככלי מהותי, חיוני ואפקטיבי לתפקוד יעיל של מערכת הבריאות	עדי ניב-יגודה
זה נראה סביר? תפיסות הציבור ומובילי דעה לגבי הגדרת זמן ומרחק סביר	רועי ברנע
סקר למוטציות BRCA1/BRCA2 בנשים יהודיות ממוצא אשכנזי - ממדיניות לפרקטיקה	שלמה וינקר
בריאות נשים בישראל	מלי קושא
תהליך קבלת החלטות משותפות בסוף החיים בקרב צוותים בקהילה - הבדלים בין תרבויות, גורמים מסייעים ומעכבים	ניהל ח'טיב
רמת ידע, תפיסות ועמדות כלפי השתלת איברים המיוצרים מחזיר בקרב האוכלוסייה המוסלמית והיהודית בישראל	וואסף נעאמנה
ביו-בנקים ללא גבולות? ניתוח השוואתי של היבטים רגולטוריים, אתיים וחברתיים של ביו-בנקים בשש מדינות	ספיר לרמן אסא
ניצול שירותים דנטליים במסגרת רפורמת טיפולי שיניים לאזרחים ותיקים-סקר ארצי לבחינת רמת ידע, עמדות, דפוסי שימוש וחסמים למימוש הזכאות	גלית אלמוזנינו
אי-ביטחון תזונתי והתנהגויות אכילה מופרעות בקרב ילדים בישראל: ממצאים מסקר מצב הבריאות והתזונה הלאומי	טלי סיני
הריונות מתוקים: שינויים עיתיים בהיארעות סוכרת היריון בקרב קבוצות אתניות בישראל	גלית תדמור

↓ לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

מושב 2 - יזמות וחדשנות בבריאות	
רונית אנדוולט יזהר לאופר	
מוטי חיימי	הערכת איכות רפואית, היבטים כלכליים, והוגנות חברתית בשירותי טלה-רפואה ברפואת ילדים
אסנת בשקין	מהפכה דיגיטלית ברפואה דחופה: מכבי RED כמודל חדשני לשירותי חירום בקהילה
ליגת שלי	שימוש בטלה-פסיכיאטריה להערכת מטופלים בסוגית אשפוז כפוי בחדרי מיון פסיכיאטריים
שני בן שטרית	השימוש בטכנולוגיות מבוססות בינה מלאכותית בטיפול פליאטיבי: קידום רווחת המטופל בסוף החיים ויישום חוק החולה הנוטה למות
זהר ברנט-יצחקי	למידת מכונה ככלי לחיזוי אשפוזים חוזרים בפסיכיאטריה: זיהוי קבוצות סיכון ויישומים למדיניות
רוני לוטן	שיפור היענות לבדיקות סקר לסרטן המעי הגס באמצעות התערבויות התנהגותיות מותאמות אישית המבוססות על למידת מכונה
אריה יעקבי	הערכת ההשפעה של אירועים מרכזיים על מגמות התמותה: ניתוח סדרות עתיות באמצעות מודלים מסוג ARIMAX
זוהר לוי	מודל חיזוי מבוסס למידת מכונה לזיהוי היענות נמוכה לבדיקות סקר לסרטן המעי הגס
כלנית קיי	שילוב כלים דיגיטליים בפניות הציבור בכללית: אתגרים, הזדמנויות והשלכות מערכתיות

מושב 3 - איכות שירותי הבריאות	
יפעת ארליך שהם ארנון כהן	
ליאת אורנשטיין	מחקר פרוספקטיבי על הקשר בין רישום לא-נאות של תרופות לבין תמותה בקרב קשישים בקהילה
נעמי פליס-איסקוב	משקל עודף והשמנת יתר בקרב מתבגרים ישראלים והסיכוי לתחלואה משמעותית בבגרות המוקדמת - מחקר עוקבה לאומי
רעות רון	כשמעריכים - מצילים: השפעת הערכה גריאטרית טרום-ניתוח על תמותה ושימוש בשירותי בריאות
פביאן הרשקוביץ סיקרון	תפיסת הבריאות כמתווכת בין רמת השבריריות לבין איכות חיים בגיל המבוגר
אנה רזנבלום	מעקב אחר המשך בירור בקרב נבדקות עם ממצא חריג בהדמיית שד
רחלי דנקנר	היפוך בסיכון לתמותה מיידית ובשנה הראשונה בהשוואה לסיכון לאורך 10 השנים הבאות בנשים לעומת גברים - מחקר עוקבה היסטורי
גלית סגל	דרדר ברמת השבריריות - מי בסיכון מוגבר ולמה?
שירלי שפירא בן דוד	היענות לחיסונים נדרשים בקרב גברים שנוטלים טיפול מונע להדבקה ב-HIV לפני חשיפה - PrEP
יעל וולף שגיא	השפעת הפסקת שימוש בפנטניל על שימוש בתרופות לשיכור כאב ותוצאי בריאות
אביבה בן ברוך	בדיקת השפעת תוצאי ייעוץ תרופתי רוקחי לאוכלוסיית מטופלים עם פוליפארמסי

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

מושב 4 - מטפלים במערכת הבריאות

אבי זיגדון ורד עזרא	
תכנון רופאים במערכת הבריאות: השפעה חזויה של הגדלת מספר הרופאים ומשמעויות מדיניות	רייצ'ל ברנר שלם
מאמני חוסן: סיכום השנה הראשונה של גישה חדשה להתערבות מרובדת בבריאות הנפש הציבורית בישראל- יעילות ושביעות רצון	עידו לוריא
עוזרי תורן - חידוש ישראלי בעולם כוח האדם הרפואי	אהד ביתן
הגיוון הדמוגרפי במועסקים במקצועות הבריאות	נחמה גולדברגר
עתיד רפואת המשפחה מנקודת מבטם של רופאי המשפחה	מיכל שני
מאפייני תעסוקה של אחיות צעירות בישראל	רחלי ניסנהולץ-גנות
תפיסת מקצוענות בקרב סטאז'רים לרפואה בישראל	ארנה טל
הקשר בין חוסן מטפלים רפואיים לבין תפיסת ההתמודדות והתפקוד תחת לחץ, בתקופת מלחמה	יונתן לינק
כאשר אמונה פוגשת רפואה: חסמים של מטפלים ערבים בהפניית מטופלים ערבים לטיפול פליאטיבי	נידאא נאטור חליחל
לטעות זה אנושי - לא בבתי ספר לרפואה בישראל	ירון ניב

מושב 5 - ארגון שירותי הבריאות

פהד חכים מיכל לרון	
הרחבת אשפוז הבית בישראל: עמדות הציבור והרופאים על חדשנות בשירות ומוכנות מערכתית	מיכל לרון
תמונת מצב לאומית בריאות הנפש: השפעת אירועי דחק רב-שנתיים על בריאות הנפש בישראל, ניתוח רב-שנתי במבטוחי כללית 2018-2025	אמיר קריבוי
מחקרי הערכה של חלופות אשפוז פסיכיאטרי, בהשוואה לאשפוז הפסיכיאטרי הקונבנציונאלי: מחקר השוואתי פתוח ומחקר אקראי ומבוקר	אברהם פרידלנדר
פריסת מטפלים בבריאות הנפש, ורכישות של תרופות שינה, הרגעה ונוגדי-דכאון לפי מחוז מגורים	אלה עין מור
תכנית אופק בריא: לקידום הזדקנות מיטבית בחבל תקומה	איילת גרינבאום-אריזון
משולש שיתוף הפעולה ביישום מדיניות רב-שכבתית: כיצד אשכולות אזוריים, רשויות מקומיות ומומחים מקצועיים מקדמים מדיניות בריאות	אנה אוסטר
נכונות של המגזר החרדי לאשפוז בית מרחוק במקרה של שיקום לאחר אירוע מוחי	שירה רמות
פערים סוציו-אקונומיים בקבלת טיפולים אונקולוגיים בישראל	חני שרודר
רפואת אוטיזם מותאמת אישית בישראל: מדוע וכיצד	עדי רודריגז ברנע
המיזם הלאומי "גוף נפש"	גלעד בודנהיימר

↓ **לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה**

מושב 6 - כלכלת בריאות	
ערן רוטמן שוש שהרבני	
נסים כהן	ניתוחים מהירים יותר ללא פגיעה באיכות: השפעת תגמול מבוסס ביצועים על ניתוחים אלקטיביים
גרי גינזברג	השפעת תוכניות למניעת מחלות כרוניות על חיסכון כלכלי וירידה בתמותה בישראל
אביבית גולן כהן	ביקורים אדמיניסטרטיביים והשפעתם על הביקוש לרופאי משפחה
נתנאל הורוביץ	השפעת ירידה בתפוסה במחלקות אשפוז פנימיות על שיעורי תמותה ואשפוזים חוזרים למול הגידול בעלויות פר מטופל - ניתוח עלות תועלת
נעם זונטג	התפתחויות בשכר ובתעסוקה של רופאים בישראל בעקבות הסכם שכר 2011
דניאל שוורץ	בטוח בבית: האם תוכנית ההתערבות של עיריית ירושלים בבתי התושבים להעלות הבטיחות בסביבת הבית מורידה את העלויות והשימוש בשירותי הבריאות
אביעד טור-סיני	הנטל הכלכלי של אי-ביטחון תזונתי באוכלוסייה המבוגרת בישראל: השלכות למדיניות בריאות-כלכלית
דן גרינברג	עלות השבץ המוחי בישראל - מחקר עוקבה של למעלה מ-100,000 מטופלים בישראל
מיכל הירש-וקסברג	מגמות ברישום תכשירי ביוסימילאר בישראל לאורך עשור - הנגשה וחסכון בעלויות רכש
סתיו שפירא	עוני אנרגטי בישראל והשלכותיו על מדדי בריאות רווחה

מושב 7 - מערכת הבריאות בעת חירום	
דב אלבווקר מאיה גולן	
דבורה פרנקנטל	החמרה במצב הנפשי של האוכלוסייה בתקופת מלחמת חרבות ברזל והקשר להרגלי בריאות - סקר חתך לאומי
אסי סיקורל	השפעות הבריאות העקיפות של מלחמת "חרבות ברזל" על איזון תחלואה כרונית בקרב מפונים מבוטחי כללית
לירד כהן ביטון	חיפוש עזרה מקצועית ושביעות רצון מהטיפול בקרב אוכלוסיות מפונות ולא מפונות מאזורי מלחמה
רותם מאור	התנהגויות מסכנות בריאות והתנהגויות מקדמות בריאות בקרב תושבים מפונים ולא מפונים במלחמת "חרבות ברזל"
דיוה לוגסי	השפעת הלחץ הנובע ממקום מגורים הנמצא תחת מלחמה על התפתחות סקלטלית ודנטלית של ילדים ומתבגרים
ברוריה עדיני	מעבר לחשש: רמות חוסן ומדדי התמודדות של אוכלוסית הנשים מהנגב המערבי שנה לאחר 7.10.23 ופרוץ מלחמת "חרבות ברזל"
רועי ביתן	לחץ כתוצאה ממלחמה ותוצאות מיילדותיות: השפעות "מבצע חרבות ברזל" על תוצאים מיילדותיים
הדר סמואל	מצוקה נפשית בעת המלחמה, תפקוד ויכולת התמודדות: משתנים לזיהוי סיכון מוגבר לתסמיני מצוקה מתמשכת
גלית הירש-יחזקאל	"זמן מסך בזמן חירום - השפעת המלחמה על השימוש במסכים בגיל הרך
בת' זלצמן	מוכנות תשתיות בריאות לחירום ברשויות מקומיות נבחרות: חוסרים ופערים

רשימת הרצאות (א-ב שם משפחה)

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה ↓

שם פרטי	שם משפחה	נושא ההרצאה	שם המושב	עמ'
אנה	אוסטר	משולש שיתוף הפעולה ביישום מדיניות רב-שכבתית: כיצד אשכולות אזוריים, רשויות מקומיות ומומחים מקצועיים מקדמים מדיניות בריאות	ארגון שירותי הבריאות	
ליאת	אורנשטיין	מחקר פרוספקטיבי על הקשר בין רישום לא-נאות של תרופות לבין תמותה בקרב קשישים בקהילה	איכות שירותי הבריאות	
גלית	אלמוזנינו	ניצול שירותים דנטליים במסגרת רפורמת טיפולי שיניים לאזרחים ותיקים-סקר ארצי לבחינת רמת ידע, עמדות, דפוסי שימוש וחסמים למימוש הזכאות	מדיניות בריאות	
גלעד	בודנהיימר	המיזם הלאומי "גוף נפש"	ארגון שירותי הבריאות	
רועי	ביתן	לחץ כתוצאה ממלחמה ותוצאות מיילדותיות: השפעות "מבצע חרבות ברזל" על תוצאים מיילדותיים	מערכת הבריאות בעת חירום	
אהד	ביתן	עוזרי תורן - חידוש ישראלי בעולם כוח האדם הרפואי	מטפלים במערכת הבריאות	
אביבה	בן ברוך	בדיקת השפעת תוצאי ייעוץ תרופתי רוקחי לאוכלוסיית מטופלים עם פוליפארמסי	איכות שירותי הבריאות	
שני	בן שטרית	השימוש בטכנולוגיות מבוססות בינה מלאכותית בטיפול פליאטיבי: קידום רווחת המטופל בסוף החיים ויישום חוק החולה הנוטה למות	יזמות וחדשנות בבריאות	
זהר	ברנט-יצחקי	למידת מכונה ככלי לחיזוי אשפוזים חוזרים בפסיכיאטריה: זיהוי קבוצות סיכון ויישומים למדיניות	יזמות וחדשנות בבריאות	
רועי	ברנע	זה נראה סביר? תפיסות הציבור ומובילי דעה לגבי הגדרת זמן ומרחק סביר	מדיניות בריאות	
רייצ'ל	ברנר שלם	תכנון רופאים במערכת הבריאות: השפעה חזויה של הגדלת מספר הרופאים ומשמעויות מדיניות	מטפלים במערכת הבריאות	
אסנת	בשקין	מהפכה דיגיטלית ברפואה דחופה: מכבי RED כמודל חדשני לשירותי חירום בקהילה	יזמות וחדשנות בבריאות	
נחמה	גולדברגר	הגיוון הדמוגרפי במועסקים במקצועות הבריאות	מטפלים במערכת הבריאות	
אביבית	גולן כהן	ביקורים אדמיניסטרטיביים והשפעתם על הביקוש לרופאי משפחה	כלכלת בריאות	
גרי	גינזברג	השפעת תוכניות למניעת מחלות כרוניות על חיסכון כלכלי וירידה בתמותה בישראל	כלכלת בריאות	

↓ לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

שם פרטי	שם משפחה	נושא ההרצאה	שם המושב	עמ'
איילת	גרינבאום-אריזון	תכנית אופק בריא: לקידום הזדקנות מיטבית בחבל תקומה	ארגון שירותי הבריאות	
דן	גרינברג	עלות השבץ המוחי בישראל- מחקר עוקבה של למעלה מ-100,000 מטופלים בישראל	כלכלת בריאות	
רחלי	דנקנר	היפוך בסיכון לתמותה מיידית ובשנה הראשונה בהשוואה לסיכון לאורך 10 השנים הבאות בנשים לעומת גברים - מחקר עוקבה היסטורי	איכות שירותי הבריאות	
נתנאל	הורוביץ	השפעת ירידה בתפוסה במחלקות אשפוז פנימיות על שיעורי תמותה ואשפוזים חוזרים למול הגידול בעלויות פר מטופל - ניתוח עלות תועלת	כלכלת בריאות	
גלית	הירש-יחזקאל	"זמן מסך בזמן חירום - השפעת המלחמה על השימוש במסכים בגיל הרך	מערכת הבריאות בעת חירום	
מיכל	הירש - וקסברג	מגמות ברישום תכשירי ביוסימילאר בישראל לאורך עשור - הנגשה וחסכון בעלויות רכש	כלכלת בריאות	
פביאן	הרשקוביץ סיקרון	תפיסת הבריאות כמתווכת בין רמת השבריריות לבין איכות חיים בגיל המבוגר	איכות שירותי הבריאות	
יעל	וולף שגיא	השפעת הפסקת שימוש בפנטניל על שימוש בתרופות לשיכון כאב ותוצאי בריאות	איכות שירותי הבריאות	
שלמה	וינקר	סקר למוטציות BRCA1/BRCA2 בנשים יהודיות ממוצא אשכנזי - ממדיניות לפרקטיקה	מדיניות בריאות	
נעם	זונטג	התפתחויות בשכר ובתעסוקה של רופאים בישראל בעקבות הסכם שכר 2011	כלכלת בריאות	
בת'	זלצמן	מוכנות תשתיות בריאות לחירום ברשויות מקומיות נבחרות: חוסרים ופערים	מערכת הבריאות בעת חירום	
ניהל	ח'טיב	תהליך קבלת החלטות משותפות בסוף החיים בקרב צוותים בקהילה הבדלים בין תרבויות, גורמים מסייעים ומעכבים	מדיניות בריאות	
מוטי	חיימי	הערכת איכות רפואית, היבטים כלכליים, והוגנות חברתית בשירותי טלה-רפואה ברפואת ילדים	זימות וחדשנות בבריאות	
אביעד	טור-סיני	הנטל הכלכלי של אי-ביטחון תזונתי באוכלוסייה המבוגרת בישראל: השלכות למדיניות בריאות-כלכלית	כלכלת בריאות	
ארנה	טל	תפיסת מקצוענות בקרב סטאז'רים לרפואה בישראל	מטפלים במערכת הבריאות	

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה ↓

שם פרטי	שם משפחה	נושא ההרצאה	שם המושב	עמ'
אריה	יעקבי	הערכת ההשפעה של אירועים מרכזיים על מגמות התמותה: ניתוח סדרות עתיות באמצעות מודלים מסוג ARIMAX	יזמות וחדשנות בבריאות	
נסים	כהן	ניתוחים מהירים יותר ללא פגיעה באיכות: השפעת תגמול מבוסס ביצועים על ניתוחים אלקטיביים	כלכלת בריאות	
לירז	כהן ביטון	חיפוש עזרה מקצועית ושביעות רצון מהטיפול בקרב אוכלוסיות מפונות ולא מפונות מאזורי מלחמה	מערכת הבריאות בעת חירום	
דיוה	לוגסי	השפעת הלחץ הנובע ממקום מגורים הנמצא תחת מלחמה על התפתחות סקלטלית ודנטלית של ילדים ומתבגרים	מערכת הבריאות בעת חירום	
רוני	לוטן	שיפור ההיענות לבדיקות סקר לסרטן המעי הגס באמצעות התערבויות התנהגותיות מותאמות אישית המבוססות על למידת מכונה	יזמות וחדשנות בבריאות	
זוהר	לוי	מודל חיזוי מבוסס למידת מכונה לזיהוי היענות נמוכה לבדיקות סקר לסרטן המעי הגס	יזמות וחדשנות בבריאות	
עידו	לוריא	מאמני חוסן: סיכום השנה הראשונה של גישה חדשה להתערבות מרובדת בבריאות הנפש הציבורית בישראל- יעילות ושביעות רצון	מטפלים במערכת הבריאות	
יונתן	לינק	הקשר בין חוסן מטפלים רפואיים לבין תפיסת ההתמודדות והתפקוד תחת לחץ, בתקופת מלחמה	מטפלים במערכת הבריאות	
מיכל	לרון	הרחבת אשפוז הבית בישראל: עמדות הציבור והרופאים על חדשנות בשירות ומכנות מערכתית	ארגון שירותי הבריאות	
ספיר	לרמן אסא	ביו-בנקים ללא גבולות? ניתוח השוואתי של היבטים רגולטוריים, אתיים וחברתיים של ביו-בנקים בשש מדינות	מדיניות בריאות	
רותם	מאור	התנהגויות מסכנות בריאות והתנהגויות מקדמות בריאות בקרב תושבים מפונים ולא מפונים במלחמת "חרבות ברזל"	מערכת הבריאות בעת חירום	
נידאא	נאטור חליחל	כאשר אמונה פוגשת רפואה: חסמים של מטפלים ערבים בהפניית מטופלים ערבים לטיפול פליאטיבי	מטפלים במערכת הבריאות	
ירון	ניב	לטעות זה אנושי - לא בבתי ספר לרפואה בישראל	מטפלים במערכת הבריאות	
עדי	ניב-יגודה	אמון ככלי מהותי, חיוני ואפקטיבי לתפקוד יעיל של מערכת הבריאות	מדיניות בריאות	
רחלי	ניסנהולץ-גנות	מאפייני תעסוקה של אחיות צעירות בישראל	מטפלים במערכת הבריאות	

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

שם פרטי	שם משפחה	נושא ההרצאה	שם המושב	עמ'
וואסף	נעאמנה	רמת ידע, תפיסות ועמדות כלפי השתלת איברים המיוצרים מחזיר בקרב האוכלוסייה המוסלמית והיהודית בישראל	מדיניות בריאות	
גלית	סגל	דרדור ברמת השבריריות - מי בסיכון מוגבר ולמה?	איכות שירותי הבריאות	
טלי	סיני	אי-ביטחון תזונתי והתנהגויות אכילה מופרעות בקרב ילדים בישראל: ממצאים מסקר מצב הבריאות והתזונה הלאומי	מדיניות בריאות	
אסי	סיקורל	השפעות הבריאות העקיפות של מלחמת "חרבות ברזל" על איזון תחלואה כרונית בקרב מפונים מבוטחי כללית	מערכת הבריאות בעת חירום	
הדר	סמואל	מצוקה נפשית בעת המלחמה, תפקוד ויכולת התמודדות: משתנים לזיהוי סיכון מוגבר לתסמיני מצוקה מתמשכת	מערכת הבריאות בעת חירום	
ברוריה	עדיני	מעבר לחשש: רמות חוסן ומדדי התמודדות של אוכלוסיית הנשים מהנגב המערבי שנה לאחר 7.10.23 ופרוץ מלחמת 'חרבות ברזל'	מערכת הבריאות בעת חירום	
אלה	עין מור	פריסת מטפלים בבריאות הנפש, ורכישות של תרופות שינה, הרגעה ונוגדי-דכאון לפי מחוז מגורים	ארגון שירותי הבריאות	
נעמי	פליס-איסקוב	משקל עודף והשמנת יתר בקרב מתבגרים ישראלים והסיכוי לתחלואה משמעותית בבגרות המוקדמת - מחקר עוקבה לאומי	איכות שירותי הבריאות	
אברהם	פרידלנדר	מחקרי הערכה של חלופות אשפוז פסיכיאטרי, בהשוואה לאשפוז הפסיכיאטרי הקונבנציונאלי: מחקר השוואתי פתוח ומחקר אקראי ומבוקר	ארגון שירותי הבריאות	
דבורה	פרנקנטל	החמרה במצב הנפשי של האוכלוסייה בתקופת מלחמת חרבות ברזל והקשר להרגלי בריאות - סקר חתך לאומי	מערכת הבריאות בעת חירום	
מלי	קושא	בריאות נשים בישראל	מדיניות בריאות	
כלנית	קיי	שילוב כלים דיגיטליים בפניות הציבור בכללית: אתגרים, הזדמנויות והשלכות מערכתיות	יזמות וחדשנות בבריאות	
אמיר	קריבוי	תמונת מצב לאומית בריאות הנפש: השפעת אירועי דחק רב-שנתיים על בריאות הנפש בישראל, ניתוח רב-שנתי במבוטחי כללית 2018-2025	ארגון שירותי הבריאות	

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה ↓

שם פרטי	שם משפחה	נושא ההרצאה	שם המושב	עמ'
עדי	רודריגז ברנע	רפואת אוטיזם מותאמת אישית בישראל: מדוע וכיצד	ארגון שירותי הבריאות	
אנה	רוזנבלום	מעקב אחר המשך בירור בקרב נבדקות עם ממצא חריג בהדמיית שד	איכות שירותי הבריאות	
רעות	רון	כשמעריכים - מצילים: השפעת הערכה גריאטרית טרום-ניתוח על תמותה ושימוש בשירותי בריאות	איכות שירותי הבריאות	
שירה	רמות	נכונות של המגזר החרדי לאשפוז בית מרחוק במקרה של שיקום לאחר אירוע מוחי	ארגון שירותי הבריאות	
דניאל	שוורץ	בטוח בבית: האם תוכנית ההתערבות של עיריית ירושלים בבתי התושבים להעלות הבטיחות בסביבת הבית מורידה את העלויות והשימוש בשירותי הבריאות	כלכלת בריאות	
ליגת	שליו	שימוש בטלה-פסיכיאטריה להערכת מטופלים בסוגית אשפוז כפוי בחדרי מיון פסיכיאטריים	יזמות וחדשנות בבריאות	
מיכל	שני	עתיד רפואת המשפחה מנקודת מבטם של רופאי המשפחה	מטפלים במערכת הבריאות	
סתיו	שפירא	עוני אנרגטי בישראל והשלכותיו על מדדי בריאות רווחה	כלכלת בריאות	
שירלי	שפירא בן דוד	היענות לחיסונים נדרשים בקרב גברים שנוטלים טיפול מונע להדבקה ב-HIV לפני חשיפה- PrEP	איכות שירותי הבריאות	
חני	שרודר	פערים סוציו-אקונומיים בקבלת טיפולים אונקולוגיים בישראל	ארגון שירותי הבריאות	
גלית	תדמור	הריונות מתוקים: שינויים עיתיים בהיארעות סוכרת היריון בקרב קבוצות אתניות בישראל	מדיניות בריאות	

רשימת פוסטרים (א-ב שם משפחה)

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר	
אבו-אחמד ויסאם, וולף שגיא יעל, רגס אורנה, בטט ארז, ארבבל רונן, דיקר דרור, לביא גיל	כלכלת בריאות	הערכת הנטל הכלכלי ההשוואתי של מבוטחים עם סוכרת והשמנת יתר המטופלים באמצעות ניתוח בריאטרי או תרופות ממשפחת GLP1-RA	399
אבו חוסין פיראס	מטפלים במערכת הבריאות	האח המומחה הקליני כציר מרכזי בטיפול הגריאטרי בקהילה: השפעה על איכות הטיפול, זמינות השירות ורצף הטיפול	445
אבו חוסין פיראס	מדיניות בריאות	האח/ות המומחה/ית הקליני/ת בגריאטריה בטיפול ביתי: דמות מפתח לשיפור איכות החיים והרצף הטיפולי בבית ובקהילה	448
אבו חוסין פיראס	מטפלים במערכת הבריאות	מניעת אשפוזים חוזרים באי ספיקת לב באמצעות אשפוז בית מותאם אישית מודל אשפוז בית למטופלי אי ספיקת לב: מניעה ושיפור איכות החיים	446
אבו חלאוה עולא, דקל רחל, לוטן רפאל, שאן-אלטמן שירי	מטפלים במערכת הבריאות	מחקר אורך לבחינת התקשרות, ייצוגי מחלה ואמון כמקדמי החלמה בקרב מנותחים לאיחוי שבר בצוואר הירך מעל גיל 65	71
אבו מוך ציבא, ורשבסקי סיגלית	מדיניות בריאות	איכות חיים מקצועית בקרב אחים ואחיות המועסקים במחלקות פנימיות-תפקידן של התנהגויות מקדמות בריאות, תמיכה חברתית מעמיתים בעבודה ומומחיות אובייקטיבית	23
אבו רקיה גאדה, סרולוביץ עינב, גולפנשטיין נדיה	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	חווית הלידה משתי פרספקטיבות והשפעתה על פיתוח תסמיני טראומה לאחר הלידה ומתן חלב אם: מחקר אורך פרוספקטיבי	54
אבומוך שורוק, אוצ'רטיאנסקי אנה, קב חנין, יפרח דמארי ענבל	מדיניות בריאות	ניטור ANTI Xa מכוויל ל Apixaban, Rivaroxaban ו-Edoxaban בקהילה עבור החולה הבריאטרי ואוכלוסיות קצה נוספות: ניתוח ועיבוד ממצאים ראשוניים	182
אבורבה מרים, כהן עוזרי רונית, גולדברגר נחמה, חקלאי ציונה	מטפלים במערכת הבריאות	רופאים ומומחים מועסקים - האם נרשמה עליה באחוז הרופאות המועסקות?	247
אברמוביץ אלון	חינוך והכשרה רפואית	תכנית לפיתוח מנהיגות בקרב רופאים צבאיים במסלול "צמרת"	314
אגוזי לליב, פרדו אשר	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	שלומות ובריאות עובדים במצב חירום מתמשך נתוני ישראל 2024	177
אגם אביעד, מימוני פרנסיס, גודלר יגאל, כליף אלעד, מנדלוביץ ספי	מדיניות בריאות	תמותת ילדים מתאונות במעורבות כלים דו-גלגליים חשמליים ולא-חשמליים בישראל: מגמות והמלצות למניעה	145

2	ההשפעה של כבי תינוקות על תפקוד הצוות הסיעודי במחלקות יילודים: מחקר בשיטה משולבת	מטפלים במערכת הבריאות	אדלבי נסרה, כהן דבורה, עבד-אלהאדי נסרה, גרין ג'זיל, מסאלחה ליאלי, הרשקוביץ שרית, גנטוס וויסאל
353	ניתוחים בריאטריים בקרב בני נוער	מדיניות בריאות	אדלר לימור, כהן בר, אטיאס דור, יהושע אילן, מזרחי מירי
356	בריאות הנפש בקרב צעירים בישראל - מחקר איכותני (מחקר EARLY)	בריאות הנפש	אדלר לימור, כהן בר, וינקר שלמה
146	שינויים בהתנהגות ההורים כלפי חיסוני שיגרתים ילדים לאחר המגפה: מחקר רב-מדינות, מבוקר עצמית	מדיניות בריאות	אדלשטיין מיכאל, שיבלי חנין, אומר מחמוד
376	האם ההתערבויות הקיימות מונעות לידה מוקדמת לאחר קוניזציה? תובנות ממחקר עוקבה ארצי	מדיניות בריאות	אוברמן מיה, ווינשטיין אורלי, מזרחי עומרי, אברהמי ענבל, מגנזי רחלי, לוי רוני, ויסבוך אדי
372	מצב הבריאות של בני 50+ באוכלוסייה הערבית: פערים, צרכים ופתרונות	מדיניות בריאות	אוסטרובסקי ברמן אלה, דוידוביץ נועם, רזניצקי שירלי
31	אינטגרציה אפקטיבית של נתונים תעסוקתיים ברשומה הרפואית: תרומתה לדיוק אבחוני, רפואה מותאמת אישית ומיצוי משאבי מערכת הבריאות	ארגון שירותי הבריאות	אופיר גוטלר מרגנית, אגוזי לליב
414	קורס חינוך טיפולי בסוכרת בשפה הערבית	חינוך והכשרה רפואית	אורי יפעת, ברנהולץ גולצ'ין אורית, בנטון שפר סיגל, יונס בושרה, מוג'אהד המסה, ביתן מנחם, טמיר אורלי
1	אומנות ובריאות - מגמות בעולם ואפשרויות בישראל	בריאות הנפש	אורקיבי הוד
238	השפעת מגפת הקורונה על התפתחות פעוטות עד גיל שנתיים	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	איזן ליהיא, לרנר גבע ליאת, מור זהר
421	עמדות של סטודנטים לרפואה כלפי עבודה בצוות רב-מקצועי במכון האונקולוגי באסותא רמת החיל	חינוך והכשרה רפואית	אילון אדלר רפאל, רעות רון, בן דוד מירב, לרון ענת
3	אשפוז בית - חלופה מקצועית, מותאמת ועונה על צרכי המטופל במסגרת הבית בעידן של בתי חולים תחת אש!	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	אכתילאת עאדל, ריקון ברוריה, סלימאן איחלאס
4	צלוליטיס או פקקת ? - קווים מנחים באשפוז בית אקוטי - מחוז צפון-כללית	חינוך והכשרה רפואית	אכתילאת עאדל, ריקון ברוריה, סלימאן איחלאס
5	הגורמים המשפיעים על הצוות המטפל לשימוש במשאב של אשפוז אקוטי כחלופה למיון ואשפוז	מדיניות בריאות	אכתילאת עאדל, ריקון ברוריה, סלימאן איחלאס
387	מניעת דימומים בעקבות טיפול תרופתי	חינוך והכשרה רפואית	אלמליח אביה, רבינוביץ סופיה, חוטין אלונה, רב-הון ורד
332	תכנון אופטימלי ומבוסס נתונים של פריסת שירותי ובדיקות PET-CT ככלי לצמצום פערים ושיפור יעילות	מדיניות בריאות	אלקיים רוני, אייזנברג ורד, אפלכאום יעל, וולף עידו, סילברמן ברברה, גרינבאום-אריזון איילת, שרודר חני

369	שיפור הפריסה של שירותי רדיותרפיה בישראל, ככלי לצמצום פערים	מדיניות בריאות	אלקיים רונן, ויגודה אן, אפלבאום יעל, אייזנברג ורד, וולף עידו, גרינבאום-אריזון איילת, שרודר חני
383	מחלת כליה כרונית אצל חולים בסוכרת מסוג 2 - מחקר חתך תיאורי של מבוטחי קופת חולים מאוחדת	מדיניות בריאות	אלתרמן נאורה, טולדנו יואל, פלאח נגה, גרוס ויקטור, זכאי גליה
9	חווית בני משפחת ילד הנזקק לתמיכה נשימתית בבית	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	אמסילי איציק, גאנם עוטר, אדלבי נסרה
261	טיוב הטיפול בחולי אסטמה	ארגון שירותי הבריאות	אמסיס סאבא דינה, לביא סיון, קניג טלי
276	שיבוץ למחלקות הפנימיות - מודל "סבב ברזל"	מדיניות בריאות	אסרף דניאלה, סספורטס רותי, זלצר דוד, שבתאי פרלה, אביב מיכל
338	זינוק בביקוש וזינוק בהיצע - ריפוי בעיסוק בבריאות הנפש במאוחדת, מחוז ירושלים	בריאות הנפש	אפל יעל, אלבוים אביטל, לבנה טל, לוי שרון, ביתן מנחם
412	אירועים מוחיים אחרי שבר בצוואר הירך - סכנה ממשית	מדיניות בריאות	אפלבוים יעל, גורדון עטל-שולמית
418	אירועים מוחיים לאחר שבר בצוואר הירך	מדיניות בריאות	אפלבוים יעל, גורדון עטל-שולמית
409	טביעות בקרב ילדים - מגמות בשנים 2010-2022 במדינת ישראל	מדיניות בריאות	אפלבוים יעל, צימברקנו מאלנה, פולק אורי, חקלאי ציונה, גורדון עטל-שולמית
328	הקפאת מדדי איכות - איך נעשה והאם משפיע על איכות הטיפול?	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	ארד דנה, קגן איליה, טל יוסי, ניב ירון
327	מה שרואים משם לא רואים מכאן: עמדת הציבור לגבי בטיחות הטיפול בשירותי הבריאות בישראל	מדיניות בריאות	ארד דנה, קגן איליה, מנדלוביץ ספי, ניב ירון, טל יוסי
60	הבנת תרומתו של התפקיד החדש - אחות מומחית קלינית	מטפלים במערכת הבריאות	באביב אורלי, אלן מוריה, פורת-דלרברוך יהושע
151	פערים חברתיים ותרבותיים בהשלמת קולונוסקופיה לאחר תוצאה חיובית בבדיקת דם סמוי בצואה	מדיניות בריאות	בביץ' יגודייב טניה, תורגמן עדי, דבידוביץ אור, וייס תומר, הלר רוט, דייטש ורד
431	מיפוי מנגנונים בתפילה המוסלמית התומכים ברווחה נפשית וזיקתם דרכי התמודדות של נשים וגברים עם אתגרי החברה הערבית בישראל ובעת מלחמת "ה7 לאוקטובר 2023"	בריאות הנפש	בדארנה פאדי
7	השפעה של פנייה מבוססת אלטרואיזם ונורמות חברתיות על היענות הציבור לתקנות בריאות במהלך מגיפות עתידיות	מדיניות בריאות	בודס מורן, מילר כריסטיאן
398	טייטו או לא? גורמים המשפיעים על נכונות רופאים לאמץ שימוש בטייטו ברפואה מרחוק	יזמות וחדשנות בבריאות	בולמש בן, הרט ציפי, עמר מוטי, בן-אסולי אופיר

6	ניתוח ביו-אתי של תופעת הגזלייטינג הרפואי והלקחים להכשרת רופאים למיגורה	חינוך והכשרה רפואית	בוקק-כהן יערי, גבאי גילי
390	אובדנות לא מתועדת בנתונים הרשמיים של ישראל	חינוך והכשרה רפואית	בורגר אילה, אפלבוים יעל
391	מגמות באיכות רישום סיבות מוות בהודעות פטירה	חינוך והכשרה רפואית	בורגר אילה, גולדברגר נחמה, חקלאי ציונה, אפלבוים יעל
156	תרומתם של חמלה עצמית ו"דאגה עצמית" לבריאותן הנפשית של אימהות במהלך מלחמת חרבות ברזל: מחקר אורך	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	בורד שירן, עינצ'י לירון, פלדי יובל, ברוך רות, איזנברג לימור, גנס אילנה, יערי מיה
135	מה באמת משפיע על חוויית המטופל? מבט חדש על עומס העבודה וטיפול סיעודי חסר	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	ביאדסה גנאת, דרך זהבי ענת, כהן מירית, סרולוביץ עינב
441	פיתוח ותיקוף שאלון להערכת תרבות של חדשנות במרכזים רפואיים בעולם	יזמות וחדשנות בבריאות	ביגר אורלי, פינקלשטיין עדי, צימליכמן איל, מגנזי רחלי
424	ניווט בערפל הכלכלי: כיצד חשיפה למידע ותחזיות בהקשר למגפת הקורונה מעצבת החלטות כלכליות	כלכלת בריאות	ביאר יעקב
142	שבב גנטי (CMA) בתהליך סינון תורמי זרע: האם יש מקום ליישום שגרתי?	מדיניות בריאות	ביתן רועי, גת איתי
27	מדיניות בריאות ציבורית בניהול ממצאים גנטיים וקליניים חריגים בצאצאים שנולדו מתרומת זרע: מחקר רטרוספקטיבי חד-מרכזי	מדיניות בריאות	ביתן רועי, גת איתי
416	"מרשם חברתי" (Social Prescribing) בישראל: מודל לחיבור בין רפואה וקהילה	שיתופי פעולה בריאות - השלטון המקומי	בכר אבניאלי שני
87	חדשנות ויזמות באחיות ככלי לשיפור שביעות רצון והיענות לטיפול	יזמות וחדשנות בבריאות	בלס ברון ענבל, לבון אלזה, בראל אסנת
228	קליטת דיווח עצמי של נתוני סטאטוס עישון בתיק הרפואי	יזמות וחדשנות בבריאות	בן ברוך אביבה, בר-רצון עדנה, זורבצי הדס, מנטש אירית, לונה בריסקין ענת, שגב אייל
227	קליטת דיווח עצמי של נתוני גובה ומשקל בתיק הרפואי	יזמות וחדשנות בבריאות	בן ברוך אביבה, בר-רצון עדנה, טל-פוני לימור, שגב אייל, לונה בריסקין ענת
331	בחינת גורמי שוויון בהתערבויות לקידום הזדקנות בריאה: סקירה ממפה של אסטרטגיות בריאות	מדיניות בריאות	בן הרוש אודליה, קורץ חווה, זיסברג אנה, McClennan Stuart, Buedo Paola, Haying Mareen, שדמי אפרת
125	הסכמה, סירוב, והחיים שביניהם	מדיניות בריאות	בן וליד טל
126	לידה בגאווה, בליווי מותאם	מדיניות בריאות	בן וליד טל
127	העצמת המיילדת: הכשרה אינטגרטיבית בהחייאת ילודים	מדיניות בריאות	בן וליד טל, פודולק קרן
128	לידה במים - גישה נגישה	יזמות וחדשנות בבריאות	בן וליד טל, רוזנבאום אליסון

79	הנקה בישראל: מגמות לאורך הזמן בעמדות הציבור והשלכות למדיניות הבריאות	מדיניות בריאות	בן יעיש שיר, ברומברג מיכל, בסודו-מנור ניבה, קינן בוקר ליטל, פרנקנטל דבורה
400	הכשרת רופאי ילדים בקהילה בתחום בריאות הנפש: אנליזה איכותנית של תפיסות המשתתפים וחוויותיהם	חינוך והכשרה רפואית	בן מאיר לילך, מונק יעקב, קרול ג'סמין, שוורץ מרים, גדסי חוה, שלו עמית
51	עמדת המטופלת בנוכחות סטודנטים/ות לרפואה במפגשים רפואיים	חינוך והכשרה רפואית	בנדהיים ג'סיקה איב, ירזה שקד
52	מחקר היתכנות-הבחנת מבוגרים עם הפרעת דחק בתר חבלתית מביקורות באמצעות פנוטיפי דיגיטלי ולמידת מכונה	בריאות הנפש	בנדהיים ג'סיקה איב, צדיק שון, פולקוב תור, צימליכמן איל, גרוס רז, גולדנטל נדב
389	מרעיון לפרקטיקה: מרכז היברידי, מבוסס קהילה לטיפול בהשמנה	יזמות וחדשנות בבריאות	בנדריהם-מנור עופרי, פכט-ברגר לני, ילון-דפני אילאיל, מלאכי עטרת
301	זמן הסרק המבוזבז בהשתהות מול מערכות המחשוב הרפואיות והשפעתו על שחיקת הצוות הרפואי: מחקר משולב ניתוח זמן-תנועה ושאלונים.	מטפלים במערכת הבריאות	בראל נבו, זליקמן דניאל, פרוינד אופיר, טוקר שרון, פייר גיל, אנג'ל יואל
316	שימוש בתוויות סימון מזון אדומות וירוקות בחזית האריזה - תמונת מצב שנתיים לאחר כניסת התקנות החדשות לתוקף	מדיניות בריאות	ברומברג מיכל, פרנקנטל דבורה, קינן-בוקר ליטל, בסודו-מנור ניבה, בן יעיש שיר
46	"אני הרופא שעשה להם את מה שעשה" - חווית הרופא העוסק בפטוסייד בישראל	מטפלים במערכת הבריאות	ברטלה מיכל
366	הפחתת סיכון לשברי חוליות הנובעים מאי שמירה על רצף טיפולי ב-Prolia	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	בריימן טקץ' אולגה, אינורון קארין, סוויד אבי, אלמקייס שרון
437	"ביחד L היעד" - תכנית התערבות לשיפור איזון ליפידים תוך הנגשת תרפיה מתקדמת, במאוחדת	מדיניות בריאות	בריימן טקץ' אולגה, סוויד אבי, יאנובסקי אלונה, קימלמן שרית, גאנם שרה, קליין לילך, פלאח נגה
364	טיוב הטיפול באוסטיאופורוזיס לאחר שבר צוואר ירך	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	בריימן טקץ' אולגה, קליין לילך, יאנובסקי אלונה, קימלמן שרית, ג'אנם שרה, כרמי שרית, סוויד אבי
99	שיפור רצף טיפול בחולים נויורולוגיים עם נוגדי קרישה	ארגון שירותי הבריאות	ברלינסקי ז'אנה, איפרגן גל, סוקולסקי ודים
229	קשר בין הפרעת קשב לתוצאות בריאות הפה ארוכות טווח: מחקר בבוסס אוכלוסייה	מדיניות בריאות	ברשדסקי אלכסנדר, מרזון יבגני, אשכנזי שי, פולוקשט מאי, גולן-כהן אביבית, וינקר שלמה, ישראל אריאל
257	השפעת התערבות רוקחת קלינית להתחלות טיפול במעכבי SGLT2 על שיעור אשפוזים או תמותה מכל סיבה שהיא.	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	ג'אנם שרה, בריימן טקץ' אולגה

213	בחינת דפוס ההפניה לשיקום הרפואי בגליל לאחר אירוע רפואי אקוטי	ארגון שירותי הבריאות	ג'ובראן כתרין, ח'טיב מוחמד, אוברמן אמיתי, אבו-סאלח נשאת, אופק הדס
382	דיון ותיעוד Tumor Board בטיפול אונקולוגי	מדיניות בריאות	גבאי עידן, ברנר ברוך
273	פיתוח מודל יישומי להטמעה של טכנולוגיות מתקדמות במחלקת השיקום במרכז הרפואי צפון	זמנות וחדשנות בבריאות	גונגהיים יעל, צוק-סער רוני, דניאל סעד אלכסנדרא
62	תמיכה חברתית כגורם חוסן כנגד הקשר השלילי בין פוסט-טראומה מהמלחמה ומסוגלות לימודית במקצועות הבריאות	חינוך והכשרה רפואית	גוטנשט טוני, דובובי אילנה, אומנסקי חנה
100	רגישות גבוהה מאוד בזמן מלחמה - המקרה של בוגרים בעלי טמפרמנט של רגישות גבוהה מאוד לאחר מתקפת הטרור של השבעה באוקטובר	בריאות הנפש	גולדברג אלון
312	האם יש לשנות את הקווים המנחים לטיפול אמפירי מקומי באימפטיגו?	מדיניות בריאות	גולדברג לוטם, ויינשטיין אורלי, מגנזי רחלי, לוינסקי יואל, שוירמן עודד
159	תוצאת ניתוח קטרקט: שילוב ניסיון כירורגי, משתנים דמוגרפיים ומודלים חיזויים	מדיניות בריאות	גולדשטיין אילת, כנעני יעקוב, חוברס איתי, הלפרט מיכאל, בן-אלי הדס
211	כיצד נוסחים שונים של הודעות תזכורת משפיעות על אי הגעה של מטופלות לבדיקות ממוגרפיה סקר?	כלכלת בריאות	גולדשטיין הדר, ברנע רועי, גרשוני נעמי, שורץ איתי
291	סליחה, מי אחראי על הילד הזה? הצורך במדיניות לאומית לשילוב בינה מלאכותית בטיפולי הפריה חוץ גופית	מדיניות בריאות	גולן אורית
207	התייצגות סוכרת ויתר לחץ דם ברפואה הראשונית בתקופת הקורונה והמלחמה בישראל	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	גולן כהן אביבית, יבגני מרזון, גרין אילן, וינקר שלמה, ישראל אריאל
206	הדינמיקה בהתייצגות מחלות מדבקות לאחר מגפת הקורונה	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	גולן כהן אביבית, מרזון יבגני, גרין אילן, וינקר שלמה, ישראל אריאל
256	התחרות בין קופות החולים בראי 30 שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי	כלכלת בריאות	גונן אופיר, דוידוביץ' נדב
330	מנגישה בריאות: תפקידה של ניידת ממוגרפיה בצמצום פערים ואי שוויון בבריאות	מדיניות בריאות	גונצ'רוב גלין ורה, תורג'מן רויטל, בר-עוז, שטיבלר מירה, קריץ אנה, לובינסקי ליאת, אייאסו מזי
415	מגמות במספר הניתוחים הבריאטריים 2009-2023	מדיניות בריאות	גורדון עטל-שולמית, בורגר אילה, אפלבוים יעל
339	שימוש בנתונים אדמיניסטרטיביים ככלי לתמיכה בגיבוש מדיניות: מקרה בוחן	מדיניות בריאות	גורדון שולמית, אפלבוים יעל
86	יעילות, בקרה ונוכחות לצד המטופל: הטמעת מערכת מידע אחודה בסיעוד האשפוזי	זמנות וחדשנות בבריאות	גורין מיכאל, דמטוב מעיין, צבי אורנה
188	שימוש ארוך טווח בשירותי נויורולוגיה בשלב הכרוני לאחר שבץ מוחי: מחקר עוקבה לאומי רטרוספקטיבי	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	גזית גרינוולד מירב, כפרי מיכל, בלוך סיון, פדר-בוביס פאולה

190	שימוש דועך בשירותי מקצועות הבריאות לאחר שבץ מוחי בשלב הכרוני ופערים בין אוכלוסיות: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי	ארגון שירותי הבריאות	גזית גרינוולד מירב, פדר-בוביס פאולה, בלוך סיון, כפרי מיכל
101	מסע אחד או רבים?: חקירת הבדלים במסע הלקוח של הורים לילדים עם מוגבלויות שונות	ארגון שירותי הבריאות	גלבוע שקד, וילנאי יעבץ איריס, ברלב ליטל, סגר גוטמן טלי
282	שותפות לבריאות - קידום מודעות וגילוי מוקדם לסרטן השד בחברה הבדואית	ארגון שירותי הבריאות	גלמן ילנה, לובינסקי ליאת, דמרי מאיר, מידני טיבי לילך, לוי ניבי אפרת, גונדרוב גלין ורה, תורג'מן רויטל
12	הקורבן השני	מטפלים במערכת הבריאות	גלפנד אלבינה, זלקנד יובל, אדלבי נסרה
359	חינוך רפואי מובנה כאסטרטגיה לשיפור איכות הטיפול באגף נשים וילדות: מודל ייעודי	חינוך והכשרה רפואית	גנאור פז יעל, אנגל ענת, וינר ערן
436	שבירת מחסומים: מודל קריאה חדשני להורה-ילד לקידום התפתחות שפה בקרב ילדים עם עיכובים התפתחותיים במזרח ירושלים	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	גנאים אחמד, קימרי אסיל, ג'ושה תימא, אבו דאהוד ג'ומאנה, בדארנה- זחאלקה עולא, דקוואר-קעואר אורנלה
274	אשפוז בית אקוטי בישראל: מגמות, חסמים והמלצות למדיניות מוסדרת	מדיניות בריאות	גסנבאור יפעת, פישמן גל, שרודר חני, צ'רנו דינה, פלאוט גל, גרינבאום-אריזון איילת
19	שביעות רצון של נשים מחוויית הלידה שלהן וכוונות האחריות התאגידית החברתית (CSR) של בתי החולים	מטפלים במערכת הבריאות	גרטנר מוריוסף איריס, אור - חן קרן
269	אסטרטגיה להגדלת הטיפולים הניתנים ע"י מטפלים באמצעות אומנות בישראל	בריאות הנפש	גרינבאום-אריזון איילת, ניצני - ביטון טלי, אלקיים רונן, לוי רותם-שירה
130	מתן טיפול באימונוגלובולינים תת עורי (SCIG) - טיפול המאפשר למטופלים ובני משפחותיהם עצמאות וניהול הטיפול מהבית.	יזמות וחדשנות בבריאות	גרינבאום איריס, מרכוס נופר
341	השוואת שיפוט באמצעות מודל שפה מול שיפוט של מומחה קליני: הערכת תשובות במערכת RAG	יזמות וחדשנות בבריאות	גרשון רותם, יצחקי שי, זברו עמיאל, טאוסקי אסנת, גולן נעמה, בן-שלמה יתיר, דגן נעה
192	טראומה והפרעות ניוור-התפתחותיות: מחקר חלוץ לבחינת ההטמעה של טיפול מותאם-טראומה במכוני התפתחות הילד במציאות טראומטית משותפת	חינוך והכשרה רפואית	גת קרן, שדה יערה, בר-יוסף עמר, גולן עפר, זילברג תמר
191	גיבוש מודל יישומי להטמעת התנהלות מותאמת-טראומה במערכות בריאות בישראל	מדיניות בריאות	גת קרן, שדה יערה, שדמי אפרת, ערמון דפנה, ליבנה שרון, בן דוד דרור יפעת, זילברג תמר
313	מערך "1-3-15" במאוחדת: פיתוח מענים מקוונים מהירים למצבי עומס פניות חריג בשעת חירום	בריאות הנפש	דדון-רווה גילי, זמיר קרן, טל אלונת, חתי אורנה, סאיג אלבינה, ליפקא קטי, רביב גיל

287	מודל הפעלת שירותי בריאות לתלמיד בישראל בשנים 2011-2022: השוואה בין הפעלה ציבורית ופרטית	מדיניות בריאות	דדון ציון, בייאר יעקב, רוזנטל ענת, גדלביץ מיכאל
345	"שימו לב אל הנשמה" - הכפלת מערך בריאות הנפש בצפון בעת מלחמה	בריאות הנפש	דובינסקי טטיאנה, סימונוב אינה, אראל רחלי, כהן עדית, שמואלי טלי
422	שיפור הכנה לקולונוסקופיה בקרב מטופלים עם אי ספיקת כליות סופנית המועמדים להשתלת כליה, על ידי פרוטוקול מותאם אישית ומופחת נפח	מדיניות בריאות	דויטש ליאת, רוזנפלד-חמד אנה, גלוק נתן, קלוק בן-בסט אורית, גרופר איילת, שבולת אורן, ריטר עינת
361	מחלות לב בקרב נשים	זמזמות וחדשנות בבריאות	דונסקוי סבטלנה, ורד צבי, קויפמן בלה, בר-רצון עדנה, לרנר נטלי, לונה בריסקין ענת, דביר דפנה
48	קידום מדיניות חיסונים בת קיימא: גורמים פסיכו-חברתיים המשפיעים על התחסנות נגד שפעת בקרב סטודנטים	ארגון שירותי הבריאות	דופלט קרן
160	ידע עמדות והתנהגות בנושא רפואת שיניים מניעתית בקרב רופאי שיניים בישראל	מדיניות בריאות	דיוויס ענת, חסן גומנה, גאראלה מעתז, גדלביץ מיכאל, קרוב אורלי
410	גורמים סוציודמוגרפיים, קליניים והתנהגותיים הקשורים לאי-השלמת בדיקת דם סמוי בצואה במסגרת סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס	מדיניות בריאות	דייטש ורד, בביץ' טניה
435	השפעת גרייה מוחית לא פולשנית על תפקודים נוירו-קוגניטיביים אצל ילדים עם הפרעת קשב וריכוז	זמזמות וחדשנות בבריאות	דכוור-קעואר אורנלה, ברגר איתי, כהן קדוש רועי, נחום מור
306	שיקום לב ביתי הוא חלופה טיפולית בטוחה ויעילה לשיקום אמבולטורי עבור חולי לב בדרגת סיכון נמוכה - מחקר עוקבה היסטורי	ארגון שירותי הבריאות	דלאל יוגב, שטרית אנג'לה, קלמפפנר רוברט, דנקנר רחלי
196	מהימנות בבקרה פנימית - לא רק עניין של כלי: התערבות יישומית בבית חולים ציבורי	זמזמות וחדשנות בבריאות	דמטוב מעיין, יעקובוב שרונה, צבי אורנה
195	ממערכת מורכבת לכלי ניהולי נגיש: פיתוח דשבורד איכות בבית חולים כללי	זמזמות וחדשנות בבריאות	דמטוב מעיין, יקוטילוב מלכה, פקר הולי, צבי אורנה
42	בין למידה לטיפול: סטודנטים לאחיות והמשמעות באיכות הטיפול	חינוך והכשרה רפואית	דמטוב מעיין, פרידמן שושנה
85	ממשק בין טכנולוגיה לאנושיות - הרשומה הרפואית בעיני הצוות האחות	מדיניות בריאות	דמטוב מעיין, פרידמן שושנה, חביביאן דורה, יעקובוב שרונה
198	מדדי איכות כבסיס לבחירה של בית חולים לעבור ניתוח אלקטיבי: האומנם?	מדיניות בריאות	דמטוב מעיין, קגן איליה, פלכט יגאל
326	רפואת יער ככלי חדשני במדיניות בריאות הציבור - מחקר משולב בישראל	זמזמות וחדשנות בבריאות	דנינו אפרת, גרוטו איתמר, בן חיים גליה, ברוכין גנית

307	גורמים הקשורים לקבלת קצבאות מהביטוח הלאומי בקרב מעל 100,000 נפגעי שבץ מוחי בישראל - מעקב של 10 שנים	מדיניות בריאות	דנקר רחלי, אגאי נירית, זיו ארנונה, גרינברג דן
133	מאפיינים ותוצאי שיקום של פצועי מלחמת "חרבות ברזל"	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	דנקר רחלי, שטרית אנג'לה, זייליג גבי
433	התמודדות עם פערים גאוגרפיים-חברתיים בבריאות: הערכת חמש עשרה שנות מדיניות לאומית בישראל	מדיניות בריאות	דסאו נורית, אופיר-גוטלר מרגנית, זלצמן בת', שפיצר סיון
80	"מוסר כליות" - חוויותיהן של בנות זוג אשר בעליהן תרמו כליה באופן אלטרואיסטי לזרים	מדיניות בריאות	דסה יקוט ספיר, אורג איילת
315	מעורבות רב-תחומית למניעת התדרדרות סוכרתית בקרב מטופלים עם הפרעות פסיכיאטריות במגזר הערבי	בריאות הנפש	דראושה נואף, הלפרן גיל, קסיס סיואר, יונס בושרה
386	בדרך להטמעה מיטבית של גישת "המטופל במרכז"	חינוך והכשרה רפואית	הובר-מחלין ורד, חורב טוביה, גרינברג דן, ונדר טטיאנה, מורה אליאור, פרץ חוה
67	הנטל הכלכלי של אלרגיות מזון בישראל על המשפחה: אתגרים והמלצות	מדיניות בריאות	הייזלר אודליה, גולדשטיין שירן, טננבאום-ברוכי קרולינה
411	כשירות תרבותית דילמות ואתגרים של דימותנים רפואיים עם אוכלוסיות מתרבויות שונות	מטפלים במערכת הבריאות	הייס יאיר עשהאל, שחם דורית, פינקלשטיין עדי
349	(אי) מסירת מידע לקרובי המטופלים: צדק או דאגה? חדרי המתנה של חדרי ניתוח בבתי חולים בישראל כמקרה מבחן	מטפלים במערכת הבריאות	הילדסהימר גליה
395	Machine Learning for Predicting Metabolic Syndrome in Patients with Mental Illness	בריאות הנפש	הקסלמן טולדנו עידן, ורדי נעה, שטיינר עמית, קריבוי אמיר
289	האם לא חיכיתי מספיק זמן? תפקיד זמני ההמתנה והליקוי הסובייקטיבי בהתנהגות נהיגה הקשורה לקנאביס	מדיניות בריאות	הר-אבן אילת, לואיס-פרסקי נחמה, אליאש הדר, שניטמן שרון
252	האם להימנע לחלוטין או רק להפחית את ההתנהגות המסוכנת? נהיגה תחת השפעה של קנאביס - השפעת מסר עם המלצה להימנעות לעומת מסר עם המלצה להפחתת נזק בקרב קהלים בעלי פרופיל סיכון שונה	מדיניות בריאות	הר-אבן אילת, לואיס-פרסקי נחמה, שניטמן שרון
73	עמדות וידע של רופאים על טיפול אנטיביוטי בדלקת ריאות בדמנציה מתקדמת	מדיניות בריאות	הרפז איתי, פונצ'יק בוריס, פרויד תמר, פרס יאן
244	ניטור ולמידה של המלצות הרוקחים המייעצים בלאומית שרותי בריאות תוך שימוש במערכת תומכת קבלת החלטות FeelBetter	יזמות וחדשנות בבריאות	וגנר טליה, צוק און אדוה, רוה טל, אפטר ליאור, וינקר שלמה
37	מועדת נתניהו (1988) לוועדת גמזו (2022) מבט היסטורי על תכנון כוח אדם במערכת הבריאות.	מדיניות בריאות	וייס דורית
325	אשפוז בית במאוחדת במהלך חרבות ברזל	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	וייס יובל, וקסלר הגר

236	גלוקוזוריה משפחתית כלייתית בגיל ההתבגרות והסיכון לפתח סוכרת מסוג 2 בבגרות: מחקר עוקבה ארצי בקרב 1.6 מיליון מתבגרים	מדיניות בריאות	וינגרד עדי
28	התערבות של התקהלות פרואקטיבית להפחתת טיפול סיעודי חסר: התפקידים המתווכים של מודעות מצבית אישית ותיאום ביחסים	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	וקסלר מרינה, דרך-זהבי ענת, סרולוביץ עינב
29	פיתוח ותיקוף שאלון להערכת המודעות המצבית של אחיות בהקשר לטיפול סיעודי שהוחמץ - Situational Nursing Awareness Probe - Missed Nursing Care Edition (SNAP-MNC)	זמנות וחדשנות בבריאות	וקסלר מרינה, דרך-זהבי ענת, סרולוביץ עינב
335	פעילות מוקד האחיות למענה לילדים והורים במאחדת	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	ורד עידית, לב נעמי, וקסלר הגר
337	מעקב הריון על ידי מיילדות במסגרת שרותי רפואה מרחוק במאחדת	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	ורד עידית, קורש נעמי, וקסלר הגר
26	קרבות שקטים: סקירת השפעת המלחמה על חולות אנדומטריוזיס	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	ורטהיימר איה, לסרי דנה, ליבנה שרון, סרוסי-אליהו עמית, שומן הראל נעם, שחר שיר, רגב אוהד
279	הערכת ההשפעה של התערבות נפרולוגית על התקדמות מחלה בחולי מחלת כליה כרונית	מדיניות בריאות	ורטהיימר תמי, נוי קליין עומר, בילופולסקי דנה, רוזן צבי בניה, שמיר רון
232	מהתיאוריה לפרקטיקה: הערכת תרומתו של קורס "יחד" לשיתוף פעולה בין מקצועי לבוגרים צעירים ממקצועות הרפואה והבריאות	חינוך והכשרה רפואית	ורשבסקי סיגלית, אברך-בר מיכל, פדה מרגלית
199	האם אנחנו מוכנים לשיקום? בחינת עמדות והתנהגות מקצועית של סטודנטים לאחיות	חינוך והכשרה רפואית	ורשבסקי סיגלית, עמית-אהרן ענת
134	פיילוט טיפולי אימונותרפיה בקהילה	זמנות וחדשנות בבריאות	זיגלמן-דניאלי נאוה, טופול יעל, גוטהילף תמירה, וולנר מיריאנה, נימן ויקטוריה
385	קהילות פעילות: פארק פעילות גופנית ייחודי לקידום הזדקנות בריאה והשתתפות בקרב זקנים	שיתופי פעולה בריאות - השלטון המקומי	זילברשלג יעל, צמח שחר רועי, בין אלה, לירז זלצמן סיגל
110	Barriers and Facilitators for Implementation of Continuity of Midwife Care: A Review of Reviews	מדיניות בריאות	זרביב גילה, אלן מוריה, פרלמן שרית
121	אנדומטריוזיס בהקשר התרבותי: השלכות התחלואה על מהלך החיים בקרב נשים יהודיות וערביות בישראל	ארגון שירותי הבריאות	זרצקי חן, סטרן כרמית, כלדאוי אניס, טסלר ריקי, בורד שירן
249	איכות הטיפול בחולי סוכרת ויתר לחץ דם באוכלוסייה הערבית הקשישה באזור הצפון: חסמים עיקריים בתהליך הטיפול, מנקודת מבטם של רופאי המשפחה	ארגון שירותי הבריאות	ח'טיב מוחמד, שיח' מוחמד אחמד, סעב אנואר, עואוודה ח'אלד, חמוד חאתם

193	הקשרים בין חוסן אישי, חוסן ארגוני, תחושת ביטחון ואסטרטגיות התמודדות בצוותים רב-מקצועיים במהלך מלחמת "חרבות ברזל"	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	ח'טיב ניהל, בלאופרד מרים, בוחניק רינת
204	בנייה ותיקוף כלי בינלאומי חדש להערכת טיפול סיעודי ומיצוי פוטנציאל תפקידי האחות בקהילה	מדיניות בריאות	ח'טיב ניהל, קליין פליקסוס גלית, דרך זהבי ענת, סרולוביץ עינת, פאלסיה אלביסה
317	תזה: המפגש של אחים ואחיות בבית חולים עם מוות של מטופל: בחינת חוויות, אתגרים, השלכות ואסטרטגיות התמודדות	מטפלים במערכת הבריאות	חוגיראת מנאר
266	השפעת הדרכה מקצועית מותאמת על רמת הידע וההתמודדות של מטופלים ומשפחותיהם עם אלרגיה למזון	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	חושאן אמאל, עפיפי פאטמה, שינאוי פאטמה, יוסף עאוני, מאיר- שפיר קרן, אגבאריה מוחמד, מנחם רותם
271	ניהול טיפול על ידי אחות מומחית בפליאיציה-הוספיס בית בקהילה, קופת חולים מאוחדת	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	חזנוב טניה, גנטיובניק דמיטרי, ליפשיץ דוד
70	הקשר בין סמן FIB-4 גבוה לבין הסיכון להתפתחות ממאירות ותמותה: מחקר אורך רטרוספקטיבי מסוג מקרה-בקרה	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	חיימי מוטי, אבו-באכר פאדי, וינקר שלמה, ספאדי ריפעת, ישראל אריאל
72	אימוץ של שירותים דיגיטליים ושירותי טלה-רפואה בקרב האוכלוסייה המבוגרת בישראל: האם מגפת הקורונה הביאה לשינוי כלשהו?	יזמות וחדשנות בבריאות	חיימי מוטי, סרגיינקו רוסלן
81	הצטלבויות, הוגנות ושוויון בשימוש בשירותי רפואה מרחוק- בשגרה ובחירום	מדיניות בריאות	חיימי מוטי, שדמי אפרת, הורניק-לוריא ציפי, שפרלינג דניאל
267	The Impact of Adding Intern Doctor on Nigh Shift Work Efficiency in the Emergency room	מטפלים במערכת הבריאות	חן יעקב, גלאס-בירן אסף, שטיין גדי, אלון דני
309	Analysis of Elective Surgery Cancellations: Rates, Predictors, and Underlying Causes	ארגון שירותי הבריאות	חן יעקב, פרידריך בנוב לידר, דפני מרום אמנון, פרץ שירז
275	השפעת תוכנית הדרכה לרופאי משפחה על ידע, תפישות ויישום התערבויות תזונתיות במטופלים	חינוך והכשרה רפואית	חסון רוני, רוזנבלום עומר, אביטל כרם
152	אמון ומוכנות לשלם עבור בריאות בקרב ערביי ישראל	מדיניות בריאות	חסונה אלא, טל ארנה
178	אומדן איתור דכאון בנשים בהריון ולאחר לידה וסגירת מעגל טיפול	בריאות הנפש	טבת אביגיל, נורמן צפנת
131	גורמים המשפיעים על סגירת רווח לאחר עקירה מוקדמת של טוחנות ראשונות קבועות: מחקר רטרוספקטיבי Cross-sectional המבוסס על צילומי רנטגן	מדיניות בריאות	טהה עמאר, עסבה תאבת, חיים דורון, ירום נועם, בויאנג'ו אנדי, אשכנזי מלכה
189	תובנות מהשטח: הטיפול התרופתי בהשמנה בישראל	מדיניות בריאות	טופול יעל, וסטרמן-לנדס ג'ני, סולומון רותם, עמרי אורבך גל, לנדסברג דניאל

137	אינפוזיה בסלון: כשהטיפול הפרנטרלי מגיע עד הבית	מדיניות בריאות	טופול יעל, שטיין נטלי, חגי אולגה, פרילוצקי לודמילה
122	אחריות המימון בסוף החיים: מיפוי הוצאות מהכיס לחולי סרטן באירופה - השלכות לקביעת מדיניות	כלכלת בריאות	טור-סיני אביעד, בנטור נטע
119	מדיניות בריאות ורווחה כמפתח למניעת הידרדרות קוגניטיבית: השפעת גורמים אישיים וחברתיים על זיכרון בקרב פורשים	מדיניות בריאות	טור-סיני אביעד, כרמל שרה
118	פערים בכיס, פערים בטיפול: כסף וביטוח משלים כמפתח לטיפול בכאבי פרקים בקרב מבוגרים	כלכלת בריאות	טור-סיני אביעד, שולדנר ג'ניפר, בנטור נטע
268	ליקויים אוקולומוטוריים בקרב חיילי צה"ל המאושפזים במחלקת שיקום בעקבות פוליטראומה: השפעת פגיעת ראש	מדיניות בריאות	טרייסטמן דערי זהר, מזרחי אפרת, גרדנר רקל, שיימן מיטשל, שלדון אליסה, רובין ורדי, גנץ ליאת
58	חינוך קהילתי - הפנינג נשים לאחר לידה	חינוך והכשרה רפואית	יגב אורנה, אשכנזי אודליה, וינר אילנה, אורנשטיין דנה, מאיר הדס
310	צמצום פערי בריאות במגזר הערבי: קידום בדיקות סקר גנטי - הזדמנות למניעת מחלות תורשתיות ויצירת שינוי חברתי	חינוך והכשרה רפואית	יונס בושרה, ורד עידית, גולדשטיין מרים, קסיס סיואר
305	הגברת המסוגלות העצמית בניהול סוכרת סוג 2 באמצעות תוכנית הכשרה מתקדמת לצוותים בקהילה	חינוך והכשרה רפואית	יונס בושרה, עזאם אברהמים, דאהר זיאד, קסיס סיואר
308	מימוש מקצועי של אחיות מומחיות בסוכרת: מחקר תיאורי בשילוב נתונים כמותיים ואיכותניים	מטפלים במערכת הבריאות	יונס בושרה, שמעוני פנינה, ויזנגר אורית, שפיגלמן מרים, שנטל רחל, קגן איליה
8	קולות מטופלים: חוויות חיים של תהליך קבלת החלטות בטיפול תרופתי אנטי-פסיכוטי ארוך טווח	בריאות הנפש	יונתן לאוס רפאל, קרקו אייל נילי
176	קולות המטופלים: התנסויות אישיות בתהליך קבלת החלטות בטיפול תרופתי אנטיפסיכוטי ארוך טווח	בריאות הנפש	יונתן לאוס רפאל, קרקו אייל נילי
420	השפעת פרוטוקול חדש למתן אנטיביוטיקה במחלקה לרפואה דחופה על זמן ותוצאי הטיפול במקרים של חשד לספסיס	מדיניות בריאות	יפה נעם, מסארוה מג'די, לין לסרי חן, טרזקי דניאל, לבקוביץ אריאלה, כרמי אורן נגה, פחיס גל
311	מדדים מנבאים התנהגותיים וקליניים לניבוי אוכלוסיות בסיכון לפתח עין יבשה	יזמות וחדשנות בבריאות	יפרח רעות, גולדשטיין איילת, בידרמן יבגני, גנץ ליאת
175	ויטמין D כמנבא וכגורם מגן לתמותה, תחלואה וקטיעות גפה: ראיות ממחקר עוקבה מבוסס אוכלוסייה בישראל	מדיניות בריאות	ישראל אריאל, ישראל שרה, מגן אלי, מרזון יבגני, וינקר שלמה
319	היענות לביצוע בדיקת ממוגרפיה לגילוי מוקדם של סרטן השד בעיתות משבר	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	כהן-מנהיים עירית, דכטיאר ריטה, ירון יוליה, זטלאוי מירי, קינן בוקר ליטל, ברומברג מיכל

197	התנדבות כסגולה - שגרירי בריאות - מומחים מהשטח למיצוי זכויות בגיל השלישי* בהנחיית ד"ר זהרה כהן, גרונטולוגית מומחית למיצוי זכויות לאזרחים ותיקים	יזמות וחדשנות בבריאות	כהן זהרה, שרירא עמית, בודנר אהוד
321	התערבות רוקחים קליניים לאיזון כולסטרול בקרב מטופלים לאחר צנתור או ניתוח מעקפים	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	כהן יעקב, שרעבי נעמה, ויצרבין יעל, הררי כנרת, סיקסיק רות, עאמר טהה תמאם, אלון עדי
452	היערכות המענה הפסיכוסוציאלי במרכז הרפואי זיו בראי חרבות ברזל	מדיניות בריאות	כהן מירי
44	צופה מן הצד: כיצד רגשות האחות ותפיסת המשפחה משפיעים על טיפול חסר כפי שנחוה על ידי המטופל	מטפלים במערכת הבריאות	כהן מירית, דרך זהבי ענת, סרולוביץ עינב
254	מרפאות אחות מומחית בסוכרת: מודל שירות חדשני לשיפור רציפות הטיפול וניהול מחלה כרונית בקהילה	יזמות וחדשנות בבריאות	כהן רוחמה, דרורי רפית, תורג'מן רויטל
14	תסמינים פוסט-טראומטיים בקרב חיילי מילואים שטיפלו באיסוף וזיהוי חללי מתקפת הטרור בשביעי באוקטובר	בריאות הנפש	לאופר אביטל
15	ההשפעה הפסיכולוגית של מתקפת הטרור של חמאס ב-7 באוקטובר על צעירים מתבגרים יהודים וערבים בישראל	בריאות הנפש	לאופר אביטל, חטיב אנוואר, פינקלשטיין מיכל, קליין גלית
251	סקירה, מעקב וטיפול באוסטאופורוזיס לאחר ניתוח בריאטרי	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	לביא סיון, אוצרטיאנסקי אנה, עמרי-אורבך גל, דוד שרה, לנדסברגר דניאל, יפרח דמארי ענבל
36	"הרגשתי שעלי לעזוב הכל וללכת לסייע להם": חוויתם של אנשי בריאות הנפש אשר טיפלו במפונים במהלך מלחמת חרבות ברזל	בריאות הנפש	לבס מיכל, לבקוביץ ענבר
283	מפתח לבריאות התינוק- איתור וגילוי אנמיה	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	לובינסקי ליאת, גלמן ילנה, טיבי מידני לילך, רובינציק דמיטרי, תורג'מן רויטל
284	פיתוח ושמירת כשירות לאחיות בקהילה - סיעוד איכותי בנגב	חינוך והכשרה רפואית	לובינסקי ליאת, גלמן ילנה, טיבי מידני לילך, תורג'מן רויטל
220	שימוש יתר בשירותי מעקב היריון בקרב נשים הרות העובדות במערכת הבריאות	מדיניות בריאות	לוי-מעין שליו, גנדלר יוליה, בלאו אילה
55	הגופים האחראים להסדרת תוכניות התמחות ברפואה בעולם ובישראל - סקירה בינלאומית	מדיניות בריאות	לוי ברוך, בורו מלכה
77	גם גברים זקוקים לרגישות מגדרית במערכת הבריאות	מדיניות בריאות	ליון דגן נעמה, באום נחמי, גלזר חודיק נורית
210	טיוב תוכן תווית תרופות במתן פראנטרלי ככלי לשיפור בטיחות ותייעוד קליני	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	לופט מזו רוזדינה, דמטוב מעיין, יקוטילוב מלכה

164	השפעה של מקורות מידע על ידע, עמדות וכוונות בנוגע לחיסון HPV בקרב מבוגרים צעירים בגיל 18-26 לא מחוסנים בישראל	מדיניות בריאות	לזר סופי, בורנשטיין יעקוב, אדלשטיין מיכאל
162	בדיקת הסקר אוכלוסייתית למוטציות בגנים BRCA1/2: עמדות כלפי הליך הבדיקה, השלכות זיהוי נשאות, והתנהגות בריאות בנשאות שזוהו בסקר לעומת נשאות שזוהו במרפאות האונקו-גנטיות.	מדיניות בריאות	ליברמן שרי, ארמון שונית, מייקלסון-כהן רחל, תומר אריאלה, קולר וולקוב עינת, לוי-להד אפרת, סרבניק נעמה
248	האם הפניות למלר"ד עקב היפגעות עלו במהלך חרבות ברזל?	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	ליפשיץ אירנה, חקלאי ציונה, גורדון שולמית
277	מאפיינים אישיים וארגוניים הקשורים לרמת השחיקה בעבודה בקרב אחים ואחיות העובדים במרכזים רפואיים גריאטריים בישראל	מטפלים במערכת הבריאות	ליפשיץ רינת, אשר עירית, בן יעקב
379	68% מפצועי מלחמת "חרבות ברזל" שאושפזו בשיקום במרכז הרפואי שיבא תל השומר סובלים מזעזוע מוח כתוצאה מהדף	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	לירז זלצמן סיגל, דודקביץ' ישראל, שלדון אליסה, בן דור ענת, יבורסקי אלכסנדרה, רובין ורדי, גרדנר רקל
181	בחינת יעילות ושביעות רצון ממודל "מרפאה משותפת" המשלבת מענה אונקולוגי ופסיכולוגי למטופלי סרטן הערמונית	ארגון שירותי הבריאות	לרון ענת, ברגר רותי, איילון-אדלר רפאל, ששון-אשכנזי ירדן, ליפסקי יואב
202	איכות חיים מקצועית, שחיקה וחרדה בקרב רופאי שיניים בישראל בתקופת לחימה: מחקר חתך במהלך מלחמת אוקטובר 2023	מטפלים במערכת הבריאות	מאייר ניב, עצמון מעין, זיגדון גלעדי הדר, גבאי ערן, בילדר לאון
150	זמני המתנה לרופאים יועצים בקהילה: מגמות ופערים בין השנים 2019-2024	מדיניות בריאות	מאירס ויקי, מורד חבי, זיו ארנונה, לוקסמבורג אסנת, וילף-מירון רחלי
144	שירותי בריאות הנפש בקופ"ח מאוחדת בעידן הרפואה מרחוק - שינויים בדפוסי שימוש ומאפייני המשתמשים, 2019-2022	ארגון שירותי הבריאות	מאירס ויקי, סינגר קלרה, וילף-מירון רחלי, קודש ערד
35	חינוך למתן שירותי רפואת חירום - סדנת סימולציות חירום במרפאות	חינוך והכשרה רפואית	מאיר הדס
61	החייאה של תהליכים - שיפור שיעור השלמת קורס החייאה בסקטור הרפואה-מחוז דן פתח תקווה כמנוע לקידום איכות, בריאות ורפואה מונעת	חינוך והכשרה רפואית	מאיר הדס, גורדון-פתאל ענת, מכנס מעין דיתי, נתנזון שי, רייכנברג יעל
132	פריסת תשתיות מבוססת נתונים: בית החולים החדש "פרס נגב" כמקרה בוחן	מדיניות בריאות	מוצפי עדי, שרודר חני, מושיוב דני, גרינבאום-אריזון איילת
169	שני צדדים למטבע: השוואה כמותית בין תפיסות צוותים מטפלים ועמותות חולים לגבי מעורבות מטופלים בתהליכי תעדוף טכנולוגיות בישראל	מדיניות בריאות	מורגנשטיין טל, גרינברג דן, שני שגב
170	כשארן כיסא ליד השולחן: אסטרטגיות השפעה אלטרנטיביות של ארגוני מטופלים בתהליך עדכון סל שירותי הבריאות	מדיניות בריאות	מורגנשטיין טל, שני שגב, גרינברג דן

171	מה באמת חשוב? תפיסות של קריטריונים מנחים בתהליך התעדוף של עדכון סל שירותי הבריאות בישראל	מדיניות בריאות	מורגנשטיין טל, שני שגב, גרינברג דן
270	הקשר בין מספר צעדים יומי למחלות קרדיומטבוליות וקרדיוסקולריות - מחקר מבוסס נתוני אפליקצית כללית ACTIVE	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	מושקט תום, ברלינר-סנדריי עדי, הדס עפר, כרמלי דפנה, חאיכ סמאח, יעקובסון אייל, בליצר רן
208	השפעת חוק הרפורמה בביטוחי הבריאות על אחוז בעלי השב"ן והבחירה בתכניות השונות בו, באוכלוסייה בפריפריה הגאוגרפית והחברתית	מדיניות בריאות	מזור אמיר, פינגל שני יהודית, מזור תמר
241	קידום פרקטיקה פריאופרטיבית בת-קיימא: מחקר השוואתי ניסויי של שמיכות חימום אוויר רב-פעמיות לעומת חד-פעמיות	כלכלת בריאות	מטאנס ג'ואד, להבי עמית, רז איל, מטאנס עמאד, פרץ ברנשטיין עינת, דביר ארז, רפול בהאא
360	הענות למעקב אחות וסיבוכי סוכרת בקרב חולי סוכרת מעל גיל 18	מדיניות בריאות	מיכאלי מוניקה, כהן רוחמה, תורג'מן רויטל
318	חדשנות ברפואת נשים: פיתוח מודלים הסתברותיים לחיזוי מדויק של חזרת צניחת איברי אגן לאחר ניתוח	יזמות וחדשנות בבריאות	מלול שנהב, יוסף רמי, שריקי דוד, טשיל הנרי, מירון שץ טליה
107	'שעון זהב' - ניהול ידע רפואי מיטבי בזמן חירום: מערכת מבצעית מתקדמת לניהול נפגעים והפקת תובנות אסטרטגיות בזמן מערכה	יזמות וחדשנות בבריאות	מלכה ענבר
365	השפעת ייעוץ במרפאה טרום ניתוחית ללידה קיסרית אלקטיבית על שיעורי ההנקה ואפס הפרדה	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	מרום אור, וינר ערן, מור ליאת, קליינר איליה, גנאור פז יעל, שילדקרוט תמר, גונן נעה
209	שימוש בנוגדי דיכאון וחרדה בתקופת המלחמה בישראל: מחקר עוקבה לאומי	בריאות הנפש	מרום עדי, היימן אנטוני, פלאח נגה, גבאי חגית, בריימן טקץ אולגה, זכאי גליה
362	השוואת מאפיינים קליניים ומעבדתיים של מטופלים בתוכנית מנוהלת לחולים מורכבים לבין קבוצת ביקורת לצורך ניבוי פרוספקטיבי של התערבויות רפואיות	מדיניות בריאות	מרזון יבגני, יצינצר ורד, אשכנזי שי, בלאו אילה, וינקר שלמה, ישראל אריאל, גולן כהן אביבית
102	התחדשות עירונית והשפעתה על הקשישים - סינדרום גריאטרי חדש	מדיניות בריאות	מרימס דורון, בוגוסלבסקי טניה
203	השפעת מסרים בריאותיים במדיה בשיטת החיסון-הפסיכולוגי על בטיחות נהיגה בסימולטור מתקדם	חינוך והכשרה רפואית	מרציאנו הדס, גידרון יורי, רסקינד ליאורה
378	Concurrent Practice and Implication of Informed Consent amongst Surgeons in Israel, in light of the Requirements of the Israeli "Patient's Rights Act" (1996) and the Supreme Court rulings	מדיניות בריאות	מרקמן מיכאל, שפרלינג דניאל

נאור שני, שמיר כחולי נטע, גל כוכב מעין, פדואה אנה, מימון רון, טל ארנה	מדיניות בריאות	Efficacy assessment of a workshop aimed at improving patient-communication skills, among gynecologists at the Shamir-Assaf Harofeh Medical Center	440
נאטור חליחל נידאא, שפרלינג דניאל	מדיניות בריאות	השפעתם של גורמים תרבותיים ודתיים על הידע, התפיסות, העמדות והכוונה לפנות לטיפול פליאיטיבי בתוך החברה הערבית בישראל	216
נבו אלבו לינור, שקד ריבה, קונפורטי מורד מיכל, בניה מיכל, קלברס ענבל	יזמות וחדשנות בבריאות	שניידר עד הבית - הרצאות מקוונות להורים בקהילה	138
נבוטובסקי אירנה, יעקובסון שלומית, לוי יואב, אפשטיין יורם, קלמפנר רוברט	יזמות וחדשנות בבריאות	אופטימיזציה של הטיפול התרופתי בחולים עם אי ספיקת לב סיסטולית במסגרת תוכנית לניהול מחלה 'מרחוק' - ניסוי אקראי מבוקר	89
נבוטובסקי אירנה, קלמפנר רוברט	מדיניות בריאות	אפיון מסע מטופל לאחר אירוע לב מהאשפוז ועד סיום תוכנית שיקום לב 'מרחוק': מכשולים לקליטה לתוכנית, ידע ועמדות מטופל, היענות ועמידה ביעדי הטיפול, גורמים מקדמים ומעכבים התמדה	90
נוגידאת מחמוד, יוסף עוני, שנאוי פאטמה, עפיפי פאטמה, מנחם רותם	ארגון שירותי הבריאות	Sensitizations to aeroallergens in Israel: prevalences and profiles	334
נויטל נילי, קרמר עמית, ויינשטיין אורלי, בלוך יובל, צור ביתן דנה	בריאות הנפש	דפוסי פנייה לטיפול בקרב הורים לילדים לאחר חשיפה לטראומה והשפעתם על מצוקת הילדים	280
נורמן טל, וייצברג רות	כלכלת בריאות	השפעת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש על הנטל הכלכלי שחווים משקי הבית בישראל	240
נורמן טל, ניסנהולץ-גנות רחל, ברוש תמי, ויינשטיין אורלי, פז זיו	מדיניות בריאות	בין שגרה לחירום: דפוסי שימוש ברפואה מרחוק במרפאות החוץ של שירותי בריאות כללית	260
נחמיאס אריאל, פיגל הילה, סובל רויטבלט ספי, קויתי שרה, דידיק קטיה, איתמרי חגית, אש נחמן	מטפלים במערכת הבריאות	אחים ואחיות מומחים במתארי הקהילה בישראל - מיפוי החסמים להרחבת פעילותם.	367
נטר אפרת, בלנק כרמל, שקד חן	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	למתן את הקשר של עוני לבריאות? דתיות כמסיטה ליותר בריאות דרך התנהגויות בריאות	21
ניצני ביטון טלי, אלון עירית, בן מנחם בת חן, ברנר שלם רייצל, גרינבאום-אריזון איילת	יזמות וחדשנות בבריאות	הדרך להגדלת מס הסטודנטים עוברת דרך סגל אקדמי	370
ניצני ביטון טלי, אלקיים רונן, ברנר שלם רייצל, גרינבאום-אריזון איילת	מדיניות בריאות	הצורך בהגדלת המטפלים במקצועות הבריאות ואסטרטגיה ממשלתית	419
ניצני ביטון טלי, בוני אורלי, אלקיים רונן, ברנר שלם רייצל, גרינבאום-אריזון איילת	מדיניות בריאות	אסטרטגיה לתכנון כוח אדם בריפוי-בעיסוק בישראל	377

336	מקומם של מקצועות הבריאות כמשפיעי רשת	מטפלים במערכת הבריאות	ניצני ביטון טלי, הלבץ ליאת, בן מנחם בת חן
340	תכנית "שורשים" להגדלת מספר המתמחים בפסיכולוגיה בנגב ובגליל	מטפלים במערכת הבריאות	ניצני ביטון טלי, פרץ גבי, בן מנחם בת חן, ברנר שלם רייצ'ל, גרינבאום-אריזון איילת
406	התפתחות אישית - מקצועית למתמחי מערך נשים	חינוך והכשרה רפואית	נכטיגל ענת, שגב יקיר, קידר ראובן
147	קשר בין מרחק נסיעה ממכון הדיאליזה המטפל ובין תמותה בקרב מטופלי המודיאליזה בישראל	ארגון שירותי הבריאות	נמימי-הלוי חן, קינן-בוקר ליטל, דכטיאר ריטה, בקרמן פזית, ברומברג מיכל
33	תחרות, טכנולוגיה ועתיד רפואת השיניים ומרפאות פרטיות בישראל	ארגון שירותי הבריאות	נעמתי-שניידר ליאור
34	בריאות תחת אש: לחצים מערכתיים ודילמות מוסריות בקרב אנשי רפואה בתקופת מלחמה	מטפלים במערכת הבריאות	נעמתי-שניידר ליאור, בן נון-צאקי הגר, דפנה תקוע שיר
322	'רמזור צמיחה': זיהוי צרכים מקצועיים, תוך - ובין- אישיים של אחיות בצמתים לאורך הקריירה, כבסיס לפיתוח מודל הדרכה מותאם התפתחות	מדיניות בריאות	סבח ליאורה, שפס ג'אנה, פטרפרוינד אילנה, גולדבלט הדס
413	השפעת טראומה קולקטיבית על מטפלים: חוסן, פגיעות או שניהם?	מטפלים במערכת הבריאות	סדוף עומר, פיינגולד דניאל, צור ביתן דנה
10	ידע, עמדות והתנהגות צוות רב-מקצועי בנושא סיכון לנפילת קשישים מאושפדים	מטפלים במערכת הבריאות	סוילאת סרינה, אדלבי נסרה
185	בין תהליך לתוצאה: מיקוד האחיות ככלי ניהולי לשיפור איכות הטיפול במערכת הבריאות	מדיניות בריאות	סולימאן לילה, דרך-זהבי ענת, גולדבלט הדס, אדמי חנה, פטרפרוינד אילנה, סבח ליאורה, סרולוביץ עינב
108	שמירה על בריאות העובד ע"י העלאת מודעות לדיווח על אירועי חשיפה לדם /1 או נוזלי גוף	מטפלים במערכת הבריאות	סוקולוב שני, זהבי שולמית, לוי אתי, ששה דוד, כץ יאנה, ביתן מנחם
154	השקעה בגיל הרך ותרומתה למערכת הבריאות: ניתוח BIG DATA למדידת השפעות קצרות וארוכות טווח של פסיכותרפיה בגיל הרך	בריאות הנפש	סידליק אלון סיגל, הנץ-גמליאל קרן, בן-עמי דורית, דולברג דפנה
148	כלים רגולטוריים למזעור סיכונים בתרופות בישראל- תוכניות לניהול סיכונים	מדיניות בריאות	סיט שחר, וישקאוצן אלה, מרום אלי, טריינין מירי, גורליק עינת
180	אפידמיולוגיה מולקולרית של נגיפי אנטרו בישראל: ניתוח רטרוספקטיבי 2016-2024	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	סינואני פרתי אילנה, פרידמן אהרונה, לוסטיג יניב, סופר דנית, וייל מירב
123	הקשר בין קריאת תוויות מזון והקפדה על דיאטת DASH: ממצאים מסקר בריאות ותזונה לאומי	מדיניות בריאות	סיני טלי, לוצקי מירי, שטרק עליזה, דיכטיאר ריטה, לובל שי, מונסונגו אורן אפרת

396	השפעות הבריאות העקיפות של מלחמת "חרבות ברזל" על ביקורים במלר"ד ואשפוזים בקרב מפונים מבוטחי כללית	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	סיקורל אסי, סלוצקי צחי, וולף - שגיא יעל, פלדהיימר אילן, לביא גיל
394	מעבר לסף: פערים בין יהודים לערבים בצורך בטיפול נפשי ובנגישות לטיפול בעת מלחמה	בריאות הנפש	סמואל הדר, סידליק אלון סיגל, צור ביתן דנה, גורליק ינאי, לוינסקי ירדן, בליצר רן
393	בריאות הנפש במלחמה - דפוסי פנייה לטיפול וקבלתו	בריאות הנפש	סמואל הדר, סידליק אלון סיגל, צור ביתן דנה, לוינסקי ירדן, גורליק ינאי, אוחנה רעות, בליצר רן
373	השפעת השינוי בשיטת התמחור בתחום רדיותרפיה	ארגון שירותי הבריאות	סמוחה קטי, יוחננוף מיכל, טולדנו ענת
230	רפואת רחוב- גישה חדשנית לקידום בריאות בקרב אוכלוסיות מודרות במרכז הארץ	זימות וחדשנות בבריאות	סנה רוני-לי, גילרמן יעל
103	מוקד "הקו הורוד" למטופלות סרטן השד במאוחדת -	זימות וחדשנות בבריאות	ספיר בת שבע, וקסלר הגר, ורד עידית, רן יונת
200	שיפור ניהול סוכרת באמצעות התערבויות מגוונות בקרב ערבים עם סוכרת: סקירה שיטתית	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	עבד אל קאדר פאדי, סרולוביץ עינב, אין אין
296	הכשרת בלניות בנושא בריאות הנפש של האשה	שיתופי פעולה בריאות - השלטון המקומי	עבודי ששר ענת, לאופר בן ארי צופיה
41	גורמים להפסקת הנקה בקרב נשים ערביות בישראל	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	עואודה חאלד, סבאח מוחמד, יחיא עורסאן, בשאראת סנא, טרביה מהדי
443	תפיסות אישיות ומקצועיות כלפי עישון בקרב רופאים ערבים בישראל	מטפלים במערכת הבריאות	עוביד סמירה, אדמי חנה אדמי
427	ארגון מחדש של שירותי בריאות לתושבי העוטף אחרי 7.10.23- הצעה לשילוב ידיים כהזדמנות לתקומה	שיתופי פעולה בריאות - השלטון המקומי	עידן בן עזרא נעם, רז לחייני יעל
404	פערים בהשמנה וסוכרת בישראל: בין מצב חברתי-כלכלי לשיוך מגזרי	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	עין מור אלה, קריגר מיכל, ערליך ברכה, בן יהודה אריה, פלטיאל אורה, קלדרון-מרגלית רונית
323	השפעת ידע על היענות להמלצות לטיפול בקרב חולי COPD	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	ענר קלי, בוזגלו מיטל, סבח ליאורה
423	האתגרים התפעוליים ואסטרטגיות הניהול באירוע רב נפגעים ממושך של מחלקה לרפואה דחופה תחת מתקפה	מדיניות בריאות	פאר מתן, מזור דוד, עזר אלדר, פחיס גל, ברזון ברוך, טרוצקי דניאל
403	מערכת תמיכה בקבלת החלטות מבוססת AI לטיפול פסיכיאטרי בקרב נפגעי הטראומה מה-7.10	בריאות הנפש	פז אדר, בלום הדר, שטרסברג ניר
233	פערים בין יהודים לערבים בישראל בבריאות הנפשית ובשימוש בשירותי בריאות הנפש	בריאות הנפש	פיאלקו שרביט, לרון מיכל, גורליק ינאי

45	קידום רגולציה יעילה למחקר קליני בישראל 2019-2025, פעילות הוועדה הארצית לניסויים קליניים רב-מרכזיים	יזמות וחדשנות בבריאות	פינק לביא איל, אוהיון שרית, אטיאס לימור, אלה קתרין, מרום אלי
186	מגמות בטיפולי חמלה בישראל בשנים 2020 עד 2024	מדיניות בריאות	פינקל פיקרסקי ויקטוריה, קנדלי מרים, מרום אלי, שוורצברג איל
447	סביבת עבודה, עומס ושביעות רצון של אחיות והשפעתם על איכות הטיפול בקשישים: מחקר בשיטות מעורבות	מדיניות בריאות	פיראס אבו חוסין
449	מעבר שירות ההוספיס מצוות חיצוני לצוות פנים: השפעה על המטופל, המשפחה ואיכות הטיפול	מטפלים במערכת הבריאות	פיראס אבו חוסין
450	תפקיד האחות במניעת נפילות ושיקום קשישים: גישה סיעודית רב-מקצועית לשיפור איכות החיים ובטיחות המטופל	מטפלים במערכת הבריאות	פיראס אבו חוסין
451	על התפר שבין הקליניקה לאקדמיה: דמותו של הדוקטור לסיעוד כמוביל שינוי בשדה הבריאות	מטפלים במערכת הבריאות	פיראס אבו חוסין
109	שינוי ברמות כולסטרול לפני ואחרי המלצת שניתנו ע"י רוקח קליני למניעת שניונית של מחלות קרדיווסקולאריות	מדיניות בריאות	פלאח נגה, טקח בריימן אולגה, גרוס ויקטור, נפרסטק יעקב, בלט מתן, שביט ארן, זכאי גליה
324	מי שטוב לו ושמח ... סקירת התערבויות לשיפור שלומות מתמחים בהתמחויות לא כירורגיות	חינוך והכשרה רפואית	פלדמן גלבוט נטע, פדר-בוביס פאולה
344	זיהוי פערי טיפול ותוצאים קליניים בקרב חולים עם פרפור פרודורים בישראל בהתבסס על מצב חברתי-כלכלי ומקום מגורים	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	פנסקי איתי, בן-ברוך גולן יעל, אבוחצירא רן, צבאן גל, חיים מוטי, ריינר בן-נעים ענת
442	מוקד הלא"ה - המשכיות לאחר אשפוז והפניות	מדיניות בריאות	פסח יעל, סספורטס רותי, שבתאי פרלה, בלאסו אליראן
96	הכנסת מקצועות הבריאות (התפתחות הילד) לטיפות החלב כחלק ממסגרת השרות	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	פרבר רוני, וקסלר הגר, עאסי קריסטין, טייטלנבאום ריקי, למל אילנה
95	קידום מעמד האחות והנגשת חיסונים ע"י מתן מרשמי חיסונים בקופת חולים מאוחדת	מדיניות בריאות	פרבר רוני, חן אודליה, וקסלר הגר
352	חשיפה תעסוקתית לרטט יד-זרוע בענפי תעשייה שונים והשלכותיה הבריאותיות	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	פרדו אשר, פרוביז ויטלי, מדביב קונסטנטין, אגוזי לליב
302	יעילות ובטיחות של תמיכה תזונתית מבוססת- מדיות קלורית-מטריה-עקיפה לעומת תמיכה תזונתית מבוססת המלצות צריכה תזונתית מחושבת - בגמילה מהנשמה מכנית ממושכת: האם הגיע העת לקביעת מדיניות תזונה במונשמים כרוניים?	ארגון שירותי הבריאות	פרדקין מילה, אלישיב מאיה, בריק מיכאל, אגאי נירית, ברונשטיין לי, זינגר פייר, דנקר רחלי
57	ידע ועמדות של רופאים בנוגע להפניית מטופלים עם דמנציה מתקדמת לטיפול הוספיס ביתי	חינוך והכשרה רפואית	פרויד תמר, פונצ'יק בוריס, קיאדש ניקולאי, גבע-רובינסון שחר, מגד-בוק תהילה, סמיונוב ולנטינה, פרס יאן

355	מעקב מרחוק מרובה אמצעים אחר אנשים עם סוכרת ומחלת עורקים פריפריית שעברו צינתור ומטופלים במרפאת כף רגל בסיכון: תוצאות 3 ו-6 חודשי מעקב	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	פרומיסלוב שרה, שפטר חן, בורובי לאה, טמיר אורלי
294	הטמעת תפקיד אחות/מומחה/ית בפסיכיאטריה בקופת חולים מאוחדת	בריאות הנפש	פרידלנדר אור, אורון עינת, קודש ערד, וקסלר הגר
292	"גשר לנפש" - מודל טיפול בית חדשני לשיפור הטיפול באוכלוסייה המתמודדת עם בריאות הנפש, בשיתוף קופת חולים מאוחדת, SFI וחברת שרון	בריאות הנפש	פרידלנדר אור, קודש ערד, צמיר יהודית, בז'מין מיכאל, ביטון שני, מורג קרן, גולדברג ענבי דפנה
281	תפיסות וחוויות רופאים בשימוש בביקורי וידאו ברפואה ראשונית	יזמות וחדשנות בבריאות	פרילנד גלית, מנוס רוני, צודנר אירית, צמיר יהודית, זכאי גליה, חיימי מוטי
226	אומדן צריכת מזון במחלקות פנימיות: השוואה בין הערכה ויזואלית של הצוות הסייעודי למדידה בפועל	מטפלים במערכת הבריאות	פרישמן סיגל, עמראני בר, קורן חכים תמר, אלבנאי ליטל
405	קשיי הסתגלות חולי השחפת והמורכבות המערכתית לצורך בידוד כפוי בהיעדר מחלקה ייעודית לאשפוז חולי שחפת בישראל	מדיניות בריאות	פרל סיוון, קלינר אהוד, אלרעי פרייס שרון, מזרחי הגר, מנדלוביץ ספי, מור זהר
368	חדשנות בעולמות הגיל השלישי: מודל הפעלה, ממצאים ראשוניים והמלצות למדיניות מערכתית	יזמות וחדשנות בבריאות	פרנק קרן (עו"ד), ביטון כהן ריקי, מלאכי עטרת, פלד דנה, קאופמן גלית
255	מה קורה כשלא מאשרים fentanyl? תובנות מהתמודדות מערכתית עם מגפת האופיואידים	מדיניות בריאות	פרסול סולומון רותם, טופול יעל, וסטרמן-לנד גני, לנדסברגר דניאל
158	טיפול מנהלי האֶקְוִיטָה: הגברת חוסן ואחריותיות למאבק בשחיקה	חינוך והכשרה רפואית	פרץ ברנשטיין עינת, היימס גילה, רפול בהאא, סרולוביץ עינב
16	העדפות נשים חרדיות בשימוש ביעוץ וידאו בטיפות חלב: מיפו תכונות ורמות לניסוי מדמה בחירה	כלכלת בריאות	צ'ודנר אירית, דרך זהבי ענת, מג'אר בתי, גלמן לאה, חביב סוניה
93	The Challenge of Telemedicine - Using SWOT Methodology and Value-Based Assessment to Analyze Barriers, Incentives and Opportunities: Opening the Digital Doors to Expand Access and Health Equity	יזמות וחדשנות בבריאות	צ'צ'יק יגאל, טל ארנה, ביתן מיכל
94	מחוברות עובדים והשתתפות בקבוצת החונכות בקרב אחיות בתפקידי ניהול חדשים	מטפלים במערכת הבריאות	צבי אורנה, דמטוב מעיין, וולף עינת
17	היבטים מגדריים בבחירת פרקטיקה עצמאית בקרב רופאות משפחה בישראל	מטפלים במערכת הבריאות	צודנר אירית, שניידר אבי, קידר הדס, גלזמן עומר, חיימי מוטי
82	קידום שוויון ושילוב חברתי: גורמים המקדמים שימוש בשירותי 'סל שיקום' בקרב אוכלוסיית המתמודדים עם הפרעה נפשית חמורה	בריאות הנפש	קאופמן איטה, בינה רינה

11	מניתוח איכותני מסורתי לניתוח בסיוע בינה מלאכותית: מחקר מתודולוגי משווה על ניהול מחלות כרוניות	מדיניות בריאות	קויטי שרה, בר אילן יחיאל מיכאל, נחום רעות, סאבן מור
13	פיתוח מדד עומס הטיפול על החולה הכרוני: Patient Care Burden Index	ארגון שירותי הבריאות	קויטי שרה, בר אילן יחיאל מיכאל, סאבן מור, פרינץ נעם, נחום רעות
243	הקשר בין גורמים פסיכו-סוציאליים ושיקום מוצלח לאחר שבר בצוואר ירך או באגן בשיקום מוסדי	ארגון שירותי הבריאות	קולושב איבשין אילונה, קון-שוורץ אלה, בכנר יעקב, פונצ'יק בוריס, פרס יאן
59	פערים מגדריים בבריאות הנפש של הומואים ולסביות בגיל המבוגר: ההשפעה של הומופוביה מופנמת ואפליה על רקע גיל	בריאות הנפש	קון-שוורץ אלה, גולדין סיגל, בכנר יעקב
300	ספסיס - פיתוח תחום חדש במדידת איכות בשגרה ובחירום	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	קוניאבסקי מיכאל, ברונשטיין אולגה, קונסון אלכסנדר, מהלא גרשי חנה, גולדשמיט נתנאל, פרידנזון לימור, ארליך שהם יפעת
194	תפיסות מטופלים ומטפלים על השתתפות בדיאליזה: היבטים של מדיניות בריאות	מדיניות בריאות	קורץ חוה, שדמי אפרת, קרוזל-דוילה אתי, ענתבי אלון, צחובסקי טטיאנה, שפיצר סיון
343	פעילות המוקד המיילדותי בקופת חולים מאוחדת	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	קורש נעמי, ורד עידית, וקסלר הגר
293	מצוקה שקופה-גיל המעבר	מדיניות בריאות	קושא מלי, עקה זוהר ענת, מגנזי רחלי, אלטרץ תמי, בן ברוך אביבה
434	מעבר לטראומה: צורכי ההכשרה של מטפלים בישראל בעקבות אירועי ה-7 באוקטובר	בריאות הנפש	קינן אור, אלברג דנה, מנדלוביץ' שלמה, לוריא עידו, אמסלם דורון, נריה יובל, צור ביתן דנה
351	מתרבות של דיווח לתרבות של למידה - מסע לשיפור בטיחות הטיפול ברשת "בית בלב"	מדיניות בריאות	קנבסקי אריקה, מטר ריהאם, ביטון כהן ריקי, קאופמן גלית
237	מערכת מציאות מדומה (VR) לטיפול בפוביות: תוצאות ראשוניות ומקרה בוחן	יזמות וחדשנות בבריאות	קניאז'נסקי מרינה
187	הפחתת שימוש לרעה בתרופות	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	קניג טלי, שטיינר דניאל, ביסקר-כסיף אורלי
357	רפורמת שיקום וניידות במכבי - סיכום שנת פעילות ראשונה	ארגון שירותי הבריאות	קציר צחי, גור xphr, גרין שמאי מרב, זיגמן ניר, סיגל נעמי
381	ככה בונים חומה? מקום החינוך בהיווצרות מקצוע בריאות	חינוך והכשרה רפואית	קצמן תמר, פדר-בוביס פאולה
407	שיפור איכות וביטחות תהליך זיהוי מטופלים בעת לקיחת דם לסוג והצלבה ומתן דם באמצעות התערבות מערכתית מבוססת סימולציה קלינית	חינוך והכשרה רפואית	קרמונה לילי, וינדר אשר, קזר ציפי, ארנפלד אלה, ברנץ אילונה, מזור נאנא, נוטמן אמיר

117	אבלים נשכחים: הקול הבלתי נשמע של סבים וסבות שכולים שאיבדו את נכדיהם במלחמת "חרבות ברזל"	בריאות הנפש	קרמל שיפמן אילא, ליפשיץ רינת, אליהו אילה, שגב רוזנברג גליה
263	חזון בריאות הנפש בישראל: עמדות מקבלי שירות ומטפלים על אתגרי בריאות הנפש בישראל ושימוש בחדשנות וטכנולוגיה	בריאות הנפש	קרמר עמית, ברונשטיין קלומק ענת, נויטל נילי, נקש בר טל, צור ביתן דנה
78	פערים בחוויות ובשימוש בשירותי בריאות בין נשים עם וללא מוגבלות	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	קרני-ויזל יעל, רוט דנה, שנאן-אלטמן שירי
235	מנטליזציה וקוהרנטיות הייצוגים של רופאים נירו-התפתחותיים ביחס לילדים והוריהם	חינוך והכשרה רפואית	קרני-ויזל יעל, שר-צנזור אפרת, זוהר אורנה, קליין מיכל, שערץ מיטשל
174	השפעת הקשבת מנהלים במערכת הבריאות על התוצאות הארגוניות, ותפקידה הממתן של תשישות רגשית	ארגון שירותי הבריאות	ראובני יהודית, רווה רועי, יצחקוב גיא, ויינשטיין נטע
246	סוף מחשבה במעשה תחילה-הכשרת כוח עזר לטיפול בנפגעי דחק ב"מרפאות אחודות" מאוחדת באמצעות מודל מעש"ה	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	רביב גיל, ברו ויקטור, בר-טל אבישי, טייטלבוים סויד ריקי, עמר אתי, סופר סיגל, זמיר קרן
245	לגעת מרחוק: קמפיין דיגיטלי פורץ דרך להרחבת השימוש בטיפול נפשי מקוון תוך קיצור זמני המתנה בבריאות הנפש	בריאות הנפש	רביב גיל, קנגון לירון, עמר סבאג מורן, סלע רויטל, דדון-רווה גילי
288	אחות מומחית בסוכרת - נקודת איזון במדבר	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	רבקין נינה, כהן רוחמה, תורג'מן רויטל, דרורי רפית, מובסוביץ בוריס
30	הסדרת פעילות רוקח במחקרים קליניים	מדיניות בריאות	רוגובי אנה
265	שימוש מושכל באופיאטים בלאומית שירותי בריאות	מדיניות בריאות	רוה טל, אפטר ליאור, גולדמן קרן, סבן דינה, מרזון יבגני, טמסוט אביעד, וינקר שלמה
234	טווחי היענות מיטבית של PCSK9i ותוצאי בריאות	כלכלת בריאות	רוהלד-שטרן אילה, שוורצברג איל, וינקר שלמה, סימון תובל צחית
47	האם אחיות בוגרות קורס על-בסיסי ברפואה ראשונית מממשות את מלוא היקף התפקיד (Scope of practice) בקהילה בישראל?	מטפלים במערכת הבריאות	רוזני ויאולטה, רומם ענת
304	בעידן משאבים מוגבלים במערכת הבריאות - קשיש במרכז. האומנם?	מטפלים במערכת הבריאות	רוזנפלד ליליה
163	מחסן דיגיטלי- חכם	יזמות וחדשנות בבריאות	רוטנר ישראלה
161	השפעת מגפת קורונה על מגמות השימוש בתרופות פסיכיאטריות בקרב ילדים ונוער בישראל: מחקר מבוסס אוכלוסייה	בריאות הנפש	רוטשילד ויקטוריה, מתוק אילן, צפריר שלומית, אנוקה סיגל

165	האם מישהו מקשיב? אתגרי רצף הטיפול בקשישים שבריריים לאחר ניתוח אלקטיבי מחקר במימון הביטוח הלאומי	ארגון שירותי הבריאות	רון רעות, גולדשטיין הדר, אהרונוביץ' נטלי, גרוס-נבו רויטל פייגה
223	שלושה מי יודע? פערים, תובנות והזדמנויות לגבי הידע על ביטוחי בריאות	מדיניות בריאות	רון רעות, פדר-בוביס פאולה, אלן מוריה
221	ידע, ביטחון, פעולה: על כוחן של 15 דקות בשיפור אוריינות ביטוחי בריאות	מדיניות בריאות	רון רעות, פדר-בוביס פאולה, אלן מוריה
222	מהמשגה למעשה: כלי ישראלי חדש למדידת אוריינות ביטוחי בריאות	מדיניות בריאות	רון רעות, פדר-בוביס פאולה, אלן מוריה
438	שילוב היבטים תרבותיים וחברתיים במניעת סוכרת: סקירה שיטתית ומטה-אנליזה של תוכניות התערבות בקרב האוכלוסייה הערבית	מדיניות בריאות	ריאן-גרה נוסייבה, מנור-בנימיני איריס, קורץ חוה, שנאן-אלטמן שירי
425	האם תרגילי חירום משפיעים על איכות הטיפול של מטופלי אמת במלר"ד מבוגרים?	מדיניות בריאות	רייש ניתאי, פחיס גל, ברזון ברוך, כשדן דינה, לב-ציון קורח אוסנת, טרוצקי דניאל
24	שיפור תוצאי טיפול בבריאות הנפש: ניבוי אשפוזים חוזרים באמצעות ניתוח טקסטים קליניים בטכנולוגיות עיבוד שפה טבעית (NLP)	יזמות וחדשנות בבריאות	רם עמית, סולם אליאור, תודר דורון, פרנקל צפי, גורודיסקי יובל, דואק אור
264	איפיון נשים הנמנעות מסיקור לסרטן צוואר הרחם בקרב מבוטחות שירותי בריאות כללית	מדיניות בריאות	רמות נגה, קינן-בוקר ליטל, וולף-שגיא יעל, לביא גיל
278	שימוש של המגזר החרדי בשירותי בריאות דיגיטליים לצרכים מנהליים	מדיניות בריאות	רמות שירה, ברקאי גליה, הירש יחזקאל גלית, שטרית אנג'לה
116	תפיסות הציבור כלפי בדיקת MRI והשפעת גורם האמון	מדיניות בריאות	רמות שירה, טל ארנה
183	מוטיבציה, חוסן ומסוגלות עצמית בקרב מתנדבים במערכת הבריאות בזמן מלחמת חרבות ברזל	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	רפול בהאא, היימס גילה, סרולוביץ עינב, פרץ ברנשטיין עינת
18	מודל חיזוי תמותה ואשפוז ממושך עבור מקרי זיהום בדרכי הנשימה העליונות: מחקר רטרוספקטיבי ומסקנות למקבלי החלטות	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	רפפורט נדב, זמיר דורון, עובדיה יניב, לבנטר מתן, שוורץ מקסוול
104	תיג"ר בקופת חולים - הובלה ניהולית של פרויקט משרד הבריאות בקידום בריאות.	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	שולמן ניר, אורון עינת, וקסלר הגר
173	מאפיינים פסיכוסוציאליים כגורמי סיכון לפוסט קוביד	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	שור אסתר, כהן מירי, פרוינד ענת
408	'טיפונט הורים': שירות מקוון להדרכת הורים בטיפת חלב	יזמות וחדשנות בבריאות	שורץ שפירא מרים, בורד שירן, יערי מיה, ברוך רות, גנס אילנה, לנדאו אחינעם, קורן ליאת
167	מודל שיקומי אינטגרטיבי לחבלה מוחית קלה/זעזוע מוח: המרפאה הרב-תחומית במרכז רפואי צפון כחלוץ ארצי	יזמות וחדשנות בבריאות	שורק גלעד, ח'ליפה האשמ, עוז דנה

166	פערים בידע וביישום ההנחיות הקליניות לטיפול בחבלת ראש קלה בקרב רופאי טראומה וחדרי מיון בישראל	מדיניות בריאות	שורק גלעד, כפרי-אופנהיים תמר, ג'אר וויסאם, לויט ברק
136	מעבר לדלת הסגורה: מודל טיפול חדשני רב מימדי בטיפול במרותקי הבית	מדיניות בריאות	שטיין נטלי
215	תהליך שיתוף ציבור במסגרת הוועדה לאיחוד מרכזים לבריאות הנפש עם בתי חולים כלליים	מדיניות בריאות	שירה לוי רותם, ירקוני ענבל, בן אבי-שטיינברג טליה, שרוני לורה, שרודר חני, גרינבאום-אריזון איילת
214	ממטופלים לשותפים: דיוק פריסת תשתיות אונקולוגיה על בסיס שיתוף ציבור	מדיניות בריאות	שירה לוי רותם, שרודר חני, בר סלע גיל, וולף עידו, אייזנברג ורד, גרינבאום-אריזון איילת
347	הערכת פגיעת ראש בקרב חיילים מיד לאחר הפציעה - תובנות מבדיקת דם קלינית	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	שלדון אליסה, רוזן לנג יעל, פרי אביטל, אסרף קרן, מוסקוביץ ססליה, שפירא שחר, גרדנר רקל
140	חוסן נפשי כמגן מפני שחיקה: תמונת מצב של צוותי אחיות בישראל במהלך מלחמת "חרבות ברזל"	מטפלים במערכת הבריאות	שלום תמר, עוגני לבנה, פרויד תמר, בשקין אסנת
65	שינוי תפיסות משתמשי הקצה כלפי טלה-פסיכיאטריה בחדר המיון	יזמות וחדשנות בבריאות	שליו ליגת, לובין גדי, מלמד יובל, רסקין סרגיי, רז דניאל, איתן רננה, רוז אדם ג'
64	שינויים בתקשורת בעקבות טלה-פסיכיאטריה: נקודת מבט של פסיכיאטרים במיון הפסיכיאטרי	יזמות וחדשנות בבריאות	שליו ליגת, קאזן מראם, רוז אדם ג', לובין גדי, איתן רננה
439	שימוש בצביעת קונגו אדום בשתן וסמנים פרו ואנטי-אנגיוגנייים בסרום בטרימסטר השלישי להערכת הסיכון לרעלת הריון וצמצום עלויות במערכת הבריאות הישראלית	מדיניות בריאות	שמיר כחולי נטע, בן בסט נופר, מאירי חמוטל, שרעבי עדי, ויינר יפעת, לשנו משה, מימון רון
426	שיפור אופן ניהול המטופל באמצעות פאנלים מולקולריים דיאגנוסטיים: תובנות ממקרי גסטרואנטריטיס בילדים	ארגון שירותי הבריאות	שניידר ישי, קידר פרידמן דניאל, רוזנפלד-יהושע נועה, שורק נדב
106	בטיחות הטיפול בדימות - סקר עמדות בקרב דימותנים ברשת מרכזי אסותא	חינוך והכשרה רפואית	שנפ זאב, מקורי ארנון, רון רעות, ברוש שני, שדה דנה
430	מודל חדש לחישוב עלות תחלואת תושבים בסכרות לרשויות מקומיות: תמריץ כלכלי לצמצום פערי בריאות	שיתופי פעולה בריאות - השלטון המקומי	שפיצר סיון, דסאו נורית, זלצמן בת', קידר דפנה
429	בדיקות מעקב שגרתיות לחולי סוכרת: חסמים ומנופים בפריפריה הצפונית, והשפעתה של מעבדת בדיקות ניידת	יזמות וחדשנות בבריאות	שפיצר סיון, שחאדה נעים, דסאו נורית
384	יישום של בדיקת MEMED BV לאבחנה בין סיבה נגיפית לחיידקית בילדים עם הסתמנות זיהומית במוקדים לרפואה דחופה	יזמות וחדשנות בבריאות	שפירא בן דוד שירלי, קלמוביץ בועז, קויתי שרה, יהושע אילן, רחמים כהן דדניאלה

388	שימוש במשאבי בריאות ותוצרים קליניים באלרגים לפניצילין בארגון בריאות אמבולטורי	מדיניות בריאות	שפירא בן דוד שירלי, קנטור אבנר, חמו ביאטריס, בר רצון עדנה, דונסקוי סבטלנה, רחמים כהן דניאלה, הרשקו אלון
212	נטל הטיפול בזקן, תחושת עומס ופחד מאירועי מלחמת וקונפליקט עבודה משפחה בקרב בני המשפחה המטפלים בזקנים בקהילה	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	שפרלינג דניאל, וינסקי-פרץ חדווה
218	שירותי טלה-רפואה במערכת הבריאות: צמצום או הרחבת פערים בבריאות?	ארגון שירותי הבריאות	שפרלינג דניאל, חיימי מוטי, שדמי אפרת
66	טיפול בהורמון גדילה בילדים בישראל: מחקר נתונים רטרוספקטיבי	מדיניות בריאות	שקלים זמר ורד, רייכנברג יעל, בלו רחל, אוברמן ברניס, כהן מוריה, כהן אבנר הרמן
115	תכנון פריסה אופטימלית של מרכזי שיקום ככלי לצמצום פערים ושיפור יעילות הטיפול	ארגון שירותי הבריאות	שרודר חני, ארנברג טל, עזרא סיגל, סחר ירון, גרינבאום-אריזון איילת, תגר זק
111	השפעה של פרסום הסדרי הבחירה של קופות החולים לציבור בשנת 2024 על ההסדרים בשנת 2025	כלכלת בריאות	שרודר חני, בן מנחם צח, רדניק רן, ברק ליאור, צ'רנו דינה, גרינבאום-אריזון איילת
112	התכנית האסטרטגית הראשונה לצמצום פערים ומניעת תחלואה בחברה החרדית	מדיניות בריאות	שרודר חני, זיכרמן איטי, אייזמן שקד, אסף רועי, גרינבאום-אריזון איילת
114	תכנית בריאות ברשויות תקומה: מרחב לריפוי וקידום בריאות	שיתופי פעולה בריאות - השלטון המקומי	שרודר חני, עליאן נדא, ברקאי מעיין, גרינבאום-אריזון איילת, גולן מאיה
141	השפעת מגפת הקורונה על שיעורי ההתחסנות לשפעת בישראל: ניתוח סדרות זמן מקוטעות (Interrupted Time Series) מבוסס אוכלוסייה	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	תורגמן עדי, דרוזדינסקי גנאדי, ליבוביץ לאונרד
143	פערים ומגמות לאורך זמן בהתחסנות לפנאומוקוק בקרב מבוגרים באוכלוסייה בישראל: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי מבוסס אוכלוסייה	מדיניות בריאות	תורגמן עדי, שוחט ציפי, דרוזדינסקי גנאדי, ליבוביץ לאונרד
39	בריאות מפונים בעקבות מלחמת חרבות ברזל: השלכות פיזיות ונפשיות והשוואה לאוכלוסייה הכללית	איכות הבריאות בשגרה ובחירום	תורן אורלי, בר און מעיין, סליג דליה, נובוסלר ציפורה, מדר גלית
83	שחיקה והגשמה מקצועית- תוצאות מסקר בקרב סטודנטים לרפואה	חינוך והכשרה רפואית	תירוש נועם, בוגטירב מישל, רזנבלום טובה, ביתן מיכל, טל ארנה
75	פערים בגיל האבחנה של אוטיזם - השוואה בין ילדים ערבים ויהודים	מדיניות בריאות	תקרורי סלסביל, קרני ויזל יעל, ורבלוף בקר נעמי, שערץ מיטשל

תקצירי הרצאות



אמון ככלי מהותי, חיוני ואפקטיבי לתפקוד יעיל של מערכת הבריאות

עדי ניב-יגודה

המכללה האקדמית נתניה

רקע:

אמון הוא תודעה המבטאת יחס כלפי המציאות. הוא מתקיים במבנה יחסים דו-צדדי ודינמי שיש לתחזק לאורך כל הזמן. האמון נבנה במאמץ רב אך עלול להיסדק בקלות. בהיעדר תחזוקה שוטפת אמון הציבור נשחק ומתבלה. רשתות חברתיות כאמצעי מרכזי להפצת מידע, דיסאינפורמציה, מיסאינפורמציה ושפע 'פייק ניוז' מציבים אתגרים משמעותיים בפני מערכת הבריאות-ובראש: פגיעה באמון הציבור. מאז תקופת הקורונה נראה כי משבר האמון פרץ את גבולות המוכר, והוא החל לקבל ביטוי גם בקרב קבוצות וקהלים חדשים-לרבות בקרב גורמי מקצוע. מחקר זה מבקש לחזק את ההכרה באמון הציבור ככלי מרכזי וחיוני לתפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות הציבורית. בפועל הדרך לחיזוק מערכת הבריאות הציבורית עוברת בחיזוק אמון הציבור.

מטרות:

1. הכרה באמון כ-'נכס אסטרטגי'.
2. הכרה באמון ככלי חיוני לניהול בבריאות.
3. הכרה באמון ככלי אפקטיבי להכוונת התנהגות הציבור (בשגרה ובחירום).
4. קידום מדיניות מבוססת נתונים.

שיטות מחקר:

ראיונות עומק חצי מובנים עם שחקנים רלוונטים במערכת הבריאות+מחקר כמותי (mixed methods research). בחודש אפריל 2025 הסתיים סקר אינטרנטי ייעודי בקרב 809 משיבים (גיל 18 ומעלה), המהווים מדגם ארצי ומייצג של אוכלוסייה בישראל. טווח השגיאה הסטטיסטית המרבית הוא $3.4\% +$ ורמת מובהקות סטטיסטית 95% .

ממצאים:

1. חוסר האמון מקבל ביטוי מעשי בהתנהגות הציבור בתחום הבריאות (ירידה בהיענות לחיסונים, עליה בביטוח בריאות פרטיים וכיו"ב).
2. קיים פער בין מעביר המסר ובין האופן שהמסר נקלט בציבור.
3. תחושת אי וודאות יוצרת ומעצימה חוסר אמון.

מסקנות והמלצות:

1. יש להכיר באמון הציבור ככלי מהותי וחיוני לניהול מערכת הבריאות.
2. אמון מתחיל מבפנים-קובעי המדיניות חייבים לנקוט צעדים בוני אמון קודם כול בתוך "הבית".
3. שקיפות-מנגנונים ותהליכי קבלת החלטות שקופים מגבירים את אמון הציבור במערכות ציבוריות מורכבות.
4. תשתיות שיח עם הציבור-יש ליצר שיח יציב, רציף, רב מקצועי ומשולב טכנולוגיה, שבין היתר יודע לנטר ולזהות דיסאינפורמציה ומיסאינפורמציה, ולהגיב להן בזמן אמת.
5. להכיר את הציבור ולחבר אותו למסר-פיתוח מנגנונים משוכללים שיודעים לגבש ולזקק מסרים שונים לקהלי יעד שונים, וזאת בהתאם למאפיינים הייחודיים ולצרכים של קהל היעד.

זה נראה סביר? תפיסות הציבור ומובילי דעה לגבי הגדרת זמן ומרחק סביר

רועי ברנע, שוקי שמר, יוסי וייס, רותי ברגר, הדר גולדשטיין

בית חולים אסותא

רקע:

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי שירותי הבריאות הכלולים בסל יינתנו, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות סבירה, בתוך זמן ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח. מהם זמן ומרחק סבירים? בחנו את דעת הציבור הכללי ומובילי דעה בנושא זה וכן ביחס למספר פתרונות אפשריים לצמצום זמני ההמתנה.

מטרות:

1. בחינת תפיסות הציבור ומובילי דעה מהם זמן ומרחק "סבירים" לסיפוק וקבלת שירותי בריאות שונים (אמבולטוריים, ניתוחיים בקהילה ובבתי חולים)
2. השוואה בין תשובות הציבור למובילי דעה
3. הערכת תיעוד פתרונות אפשריים

שיטות מחקר:

שאלון אשר תוקף ע"י מומחי תוכן הועבר באופן מקוון למדגם מייצג של 1000 איש בישראל ע"י Panel. שאלון מובילי דעה נשלח לאנשי אקדמיה ומקבלי החלטות בתחום הבריאות, 128 השיבו. בוצעו ניתוחי קורלציה ואחוזי הסכמה עם ההגדים.

ממצאים:

מרבית הנשאלים, מהציבור הרחב (76%) ומהמומחים (75%), סבורים כי שירותי הבריאות ניתנים כיום באיכות סבירה. עם זאת, קיימים פערים משמעותיים בתפיסת הנגישות מבחינת זמן ומרחק. לטובת הגדרת זמן ומרחק סבירים, חולקו שירותי הבריאות לקבוצות שונות: 65% מהציבור ו-59% מהמומחים מגדירים זמן סביר לרפואת משפחה עד יומיים, אולם לגבי שאר השירותים אין הסכמה חד משמעית. לרפואה יועצת, בריאות הנפש ובדיקות דימות רוב הציבור מתחלק בין שבוע עד חודש, כאשר המומחים דווקא מציעים זמנים קצרים יותר כסבירים. לניתוח אלקטיבי רוב המשיבים מתחלקים בין שבועיים לשלושה חודשים. 75% מהציבור ו-86% מהמומחים מגדירים מרחק סביר לרפואת משפחה ורכישת תרופה עד חצי שעה, אולם לשאר השירותים אין הסכמה חד משמעית. לשירותי מיון, רפואה יועצת, בריאות הנפש ובדיקות דימות רוב הציבור הציע עד שעה או אפילו שעה וחצי. גם כאן המומחים דווקא מציעים מרחק קצר יותר כסביר. עבור ילדים או קשישים, הציבור והמומחים דורשים הגדרה של זמן ומרחק קצרים יותר.

מסקנות והמלצות:

קיימת תמימות דעים בין הציבור הרחב למומחים ביחס לאיכות שירותי הבריאות. בנוגע לזמן סביר, קיימים הבדלים, כאשר המומחים הצביעו על צורך בהגדרת משך זמן קצר יותר בהשוואה לציבור. ניתן לגבש יעדים ברורים, מדידים ולשקף אותם לציבור (כגון זמן המתנה מרבי לשירות מסוים).

* עבודה במימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

סקר למוטציות BRCA1/BRCA2 בנשים יהודיות ממוצא אשכנזי - ממדיניות לפרקטיקה

שלמה וינקר¹, דוב מרטן², ליודמילה דייטר¹, אריאל ישראל¹

1 לאומית שירותי בריאות

2 אונ' אריאל שבשומרון

רקע:

מוטציות בגנים BRCA1 ו-BRCA2 מגבירות משמעותית את הסיכון לסרטן השד והשחלות, במיוחד בקרב נשים יהודיות ממוצא אשכנזי. שכיחות המוטציה באוכלוסייה זו היא 1:40. סקר גנטי, ללא תשלום, הונהג בסל הבריאות של ישראל לנשים שמצהירות על מוצא אשכנזי.

מטרות:

להעריך את שכיחות המוטציה, ההיענות למעקב וההיענות לניתוחים מניעתיים לאחר תוצאה חיובית למוטציית BRCA.

שיטות מחקר:

המחקר נערך בלאומית שירותי בריאות. ערכנו השוואה בין שלוש קבוצות: נשאות שאובחנו באמצעות תוכנית הסקר הלאומית, נשאות שאובחנו לאחר ייעוץ גנטי, ונשים שאינן נשאות (סקר לאומי שלילי). בקבוצות אלה נבדק ביצוע של בדיקות מעקב כמו MRI וממוגרפיה, וניתוחים מניעתיים.

ממצאים:

אוכלוסיית המחקר כללה 4,975 נשים שנבדקו בסקר האוכלוסייה (PB). מתוכן 64 (1.29%) נמצאו נשאות (PBC). 61 נשים נמצאו נשאות בעקבות יעוץ גנטי (FBC) והיוו קבוצת ביקורת. הגיל הממוצע בבדיקה הגנטית היה ללא הבדל סטטיסטי בין הקבוצות השונות ($p=0.4$). בדיקות ממוגרפיה מעקב, MRI מעקב וניתוחים מניעתיים בוצעו בשכיחות גבוהה יותר בקרב הנשים מקבוצת FBC בהשוואה לנשים מקבוצת PBC. כך למשל 69% מקבוצת ה-FBC ביצעו לפחות פעם אחת MRI שד לעומת 39% בלבד בקבוצת הסקר ($p=0.004$) (PBC). התמונה היתה דומה לגבי ממוגרפיה וסונאר שד. רק 56% מקבוצת הסקר (PBC) עברו ייעוץ גנטי בעקבות הממצא החיובי.

מסקנות והמלצות:

מסקנות: שכיחות המוטציה בקרב הנשים שנדגמו הייתה נמוכה כמעט פי שתיים מהצפוי וכמו כן ההיענות שלהן לביצוע בדיקות סקר הייתה נמוכה יותר משמעותית בהשוואה לנשים שהתגלו כנשאות בעקבות יעוץ גנטי. שני הממצאים הללו מצביעים על כך שבעולם האמיתי תוצאת העלות-תועלת של בדיקת הסקר נמוכה הרבה יותר משהיה צפוי וכמו כן שתהליך ההטמעה חייב לכלול הקצאת תקציבים מתאים להסברה ולמעקב יזום.

המלצות: בהערכת טכנולוגיות מתחום הגילוי המקודם והמניעה יש לבצע הערכות על פי מודלים מחמירים כל תוכנית גילוי מוקדם חייבת לכלול גם הקצאת משאבים מתאימים לתוכנית מעקב והטמעה של הממצאים הטיפול בתוצאות הממצאים

בריאות נשים בישראל

מלי קושא¹, רחלי מגנזי², ענת עקה זוהרי², תמי אלטרץ³, אביבה בן ברוך⁴

1 עמותת MEDONNA - נשים בשביל הבריאות

2 אונ' בר-אילן

3 MSD ישראל

4 מכבי שירותי בריאות

רקע:

מתוך דוח מקינזי 2024, נשים חיות במצב בריאותי ירוד ב-25% יותר זמן מגברים. סגירת פער זה יכולה להוביל ל-75 מיליון שנות חיים בריאות יותר (DALYs) בשנה, ולהגדיל את התמ"ג העולמי בטריליון דולר עד 2040. בנוסף פיתוח מוצרים ושירותים חדשים יכולים להוסיף יותר מ-5,000 מיליארד דולר לכלכלה העולמית. באנגליה בוצע סקר לאומי שבעקבותיו נבנתה תוכנית לאומית אסטרטגית לצמצום פערי בריאות נשים. הצפי לחיסכון כלכלי בצמצום פערים בבריאות נשים בישראל-17 מיליארד ₪.

מטרות:

ביצוע מחקר ראשוני וחלוצי למיפוי צורכי בריאות נשים בישראל, במטרה להשפיע על קובעי המדיניות לקדם תוכנית אסטרטגית לאומית לקידום בריאות נשים בישראל.

שיטות מחקר:

המחקר נערך על ידי צוות המחקר של עמותת Medonna בשיתוף ארבע קופות החולים. נדגמו כ-3,000 נשים בגילאי 20-80, מדגם מייצג של האוכלוסייה בישראל. הסקר הופץ באמצעות אימייל ו-SMS ללקוחות הקופות בעברית ובערבית בפברואר 2025.

ממצאים:

- ◆ עיקרי צורכי בריאות נשים: בריאות נפשית - 57%, אורח חיים בריא - 56%, גיל המעבר - 50.7%, וגיל מבוגר - 44%. בקבוצות הגיל השונות ניכר שוני משמעותי בתפיסת החשיבות, בהתאם למעגל החיים. נושאים פחות תלויי גיל: אורח חיים בריא, בריאות נפשית ומניעת אלימות נגד נשים.
- ◆ מקורות מידע: המקור העיקרי הוא חיפש מידע באינטרנט. מעט שונות בין המגזרים, גם חרדיות נעזרות ברשתות ובאינטרנט אך בשיעורים מעט נמוכים יותר מנשים אחרות, ומוסלמיות מחפשות מעט יותר מקורות רשמיים כמו אתר משרד הבריאות ורופאים.
- ◆ צורך בתמיכה נפשית: 41% הרגישו צורך בסיוע, כמעט כולן לא קיבלו מענה או קיבלו מענה חלקי בלבד. יש שונות בתפיסת הצורך לפי מדד סוציאקונומי, כאשר באשכולות 1-3 אחוז גבוה יותר של נשים שהרגישו צורך בתמיכה נפשית ולא קיבלו מענה מלא או בכלל.
- ◆ קשר עם צוות רפואי: 81% חשות שהרופא/ה מקשיה/ה להם בסבלנות, 74% מרגישות בנוח לשתף את הצוות הרפואי בנושאים שמטרידים אותן.
- ◆ זמינות שירותי הבריאות: 52% השיבו ששירותי הבריאות שהן צריכות זמינים להם, ו-61% השיבו ששירותי הבריאות נגישים להן. אין פערים גדולים בין נשים ממדד סוציאקונומי שונה, ובניגוד למצופה, דווקא באשכולות נמוכים יש תפיסה מעט טובה יותר של זמינות שירותי הבריאות.

מסקנות והמלצות:

הקמת צוות משימה לאומי לקידום בריאות 51% מהאוכלוסייה-הנשים בישראל - צו השעה! התוצאות הראשוניות הוצגו בבית הנשיא, במעמד הצגת הממצאים מנכ"ל משרה"ב הכריז על הקמת צוות משימה לבניית תוכנית אסטרטגית לאומית לקידום בריאות נשים בישראל - שמוקם בימים אלה.

תהליך קבלת החלטות משותפות בסוף החיים בקרב צוותים בקהילה - הבדלים בין תרבויות, גורמים מסייעים ומעכבים

ניהל ח'טיב¹, דניאל שפרלינג², ג'מאל דגש¹

1 שירותי בריאות כללית

2 אונ' חיפה

רקע:

הרפואה המודרנית האריכה משמעותית את תוחלת החיים, וכתוצאה מכך גדל מספר האנשים המתמודדים עם מחלות כרוניות קשות החווים מצוקה פיזית, נפשית ורוחנית בסוף חייהם. תפקיד הצוות הרפואי השתנה מהתמקדות בטיפול ובהצלחת חיים להבטחת איזון מורכב יותר בין שמירה על החיים לבין כיבוד האוטונומיה ואיכות החיים של המטופל.

מטרות:

לבחון את הגורמים המשפיעים על קבלת החלטות משותפת (SDM) בטיפול בסוף החיים במסגרות קהילתיות, תוך התמקדות בעמדות אנשי הצוות הרפואי, גורמים ארגוניים מסייעים וגישות לאוטונומיית המטופל.

שיטות מחקר:

מחקר חתך באמצעות שאלון שנשלח דרך מערכת נמלה לכלל רופאים ואחיות הקהילה נשאלו לגבי עמדותיהם כלפי טיפול בסוף החיים, תהליכי קבלת החלטות וגורמים ארגוניים המשפיעים על SDM. הנתונים נותחו באמצעות מתאם פירסון וסטטסטיקה תיאורית.

ממצאים:

רופאים דיווחו על רמות גבוהות יותר של גורמים ארגוניים מסייעים בהשוואה לאחיות ($p=0.028$) ועל מעורבות רבה יותר בתהליך קבלת החלטות לעומת אחיות ($p=0.023$). דרוזים ומוסלמיים פונים פחות ליעוץ פליאטיבי בהשוואה לנוצרים ויהודים ($P=0.003$), דתיים פחות מחילוניים ($P=0.021$), ככלל, רופאים הראו גישה פטרנליסטית יותר מאשר אחיות ($p<0.001$). נמצאו מתאמים חיוביים בין תהליכי קבלת החלטות התומכים במטופל לבין עמדות המכבדות את אוטונומיית המטופל, כולל זכותו לבחור טיפול ($r=0.594, p<0.001$), זכותו להחליט ($r=0.520, p<0.001$) והעדפת איכות חיים על פני הארכת חיים ($r=0.479, p<0.001$). החסמים המרכזיים כוללים פיצול הטיפול (64%), מרחק גיאוגרפי (41%), חוסר נכונות של מטופלים ובני משפחותיהם לדון בהפניות (37%), הימנעות של מטפלים מלקיחת אחריות (34%), הגורמים המסייעים העיקריים לפרקטיקה זו הם ייעוץ מגוון במרפאה הראשונית (74%), ייעוץ מרחוק (55%), חינוך מטפלים ובני משפחה (54%), ממצאים אלו מדגישים כי שיתוף פעולה אפקטיבי תלוי בשילוב של גורמים ארגוניים, מקצועיים ובין-אישיים.

מסקנות והמלצות:

הממצאים מדגישים את חשיבות התמיכה הארגונית ותהליכי קבלת החלטות מובנים כמקדמים מרכזיים של גישות שיתופיות וממוקדות מטופל בטיפול בסוף החיים. אף שאנשי הצוות הרפואי מכירים בחשיבות האוטונומיה של המטופל, התפקיד המקצועי משפיע על נטייתם לאמץ גישה פטרנליסטית לעומת גישה שיתופית. יישום SDM בטיפול בסוף החיים קהילתי מחייב איזון בין אחריות מקצועית לבין כיבוד העדפות וערכי המטופל.

רמת ידע, תפיסות ועמדות כלפי השתלת איברים המיוצרים מחזיר בקרב האוכלוסייה המוסלמית והיהודית בישראל

וואסף נעאמנה, מהדי טרביה, דורית וייל לוטן

המכללה האקדמית תל-אביב יפו

רקע:

השתלת איברים מחזירים המהונדסים גנטית "Xenotransplantation" נחשבת לפתרון פוטנציאלי עבור המחסור באיברים מתורם אנושי עם העלייה באי ספיקת איברים סופניים בישראל ובעולם, אך מחסומי דת ותרבות מהווים אתגר להיענות במיוחד בקרב מוסלמים ויהודים, כאשר הדת מגבילה שימוש בחזירים לצריכה, מסחר וטיפול רפואי פרט למקרים מצילי חיים.

מטרות:

לבחון את רמת הידע והעמדות בקרב מוסלמים ויהודים לגבי סוגיות דתיות ואתיות/תנאים המאפשרים שימוש באיברי חזיר להשתלה במצבים רפואיים ייחודיים.

שיטות מחקר:

בוצע מחקר חתך בקרב 884 מוסלמים ו-916 יהודים בגילאים 18-81 שנה באמצעות שאלון מקוון אנונימי אשר פורסם ברשתות החברתיות במדגם נוחות-בשיטת כדור השלג. השאלון הכיל מידע סוציו-דמוגרפי ושאלות סגורות בנוגע לרמת הידע ועמדות כלפי שימוש באיברי חזיר בששת מצבים רפואיים ייחודיים (השתלות: לב/מסתם לב בעקבות מחלת לב המסכנת חיים, ריאה בגלל מחלת ריאה חסימתית, כליה בעקבות אי ספיקת כליות סופנית, לבלב בעקבות אי ספיקת לבלב, סחוס ברכיים להחלפת סחוסים שחוקים, ורקמת עור לאחר כוויות קשות) אשר יוערכו בסקלת Likert מ-1-7.

ממצאים:

נצפתה רמה נמוכה של ידע בקרב משתתפים מוסלמים (79.62%) ויהודים (80.43%) כאחד לגבי ההיתרים הדתיים לשימוש רפואי באיברי חזיר. כאשר המשתתפים נשאלו על רמת הידע לגבי השימוש המותר מבחינה דתית באיברים מחזיר עבור כל אחד מ-6 השימושים השונים באיברים שהוצגו, ענו "אינני יודע" 20.38% ו-9.03% מהנשאלים המוסלמים והיהודים, בהתאמה. סדר העדיפות בקבלת איברים מחזיר היה השתלת: לב, ריאות, לבלב, כליה, סחוס ועור. קיימת עקביות בסדר העדיפויות לשימוש המותר בהשתלת איברים מחזיר ושימוש באיברי חזיר במצבים מסכני חיים.

מסקנות והמלצות:

מחקר זה מראה פער קריטי בהבנה הציבורית לגבי סוגיות דתיות להשתלת איברי חזיר המצילים חיים בקרב מוסלמים ויהודים. הממצאים מראים קשר חזק בין הידע של המשתתפים על סוגיות דתיות ואתיות לבין עמדותיהם להתערבויות רפואיות כאלה. לפיכך, הממצאים מדגישים את הצורך בחינוך טוב יותר ובהסכמה מדעת רגישה מבחינה תרבותית כדי לתמוך בהחלטות רפואיות מבוססות אתית של הצוות הרפואי והסיעודי לגבי השתלת איברים מחזיר תוך כבוד לאוטונומיה של כל חולה.

ביו-בנקים ללא גבולות? ניתוח השוואתי של היבטים רגולטוריים, אתיים וחברתיים של ביו-בנקים בשש**מדינות****ספיר לרמן אסא', אורית צ'רני גולן, רחל ניסנהולץ גנות'**

1 אונ' אריאל שבשומרון

2 המכללה האקדמית עמק יזרעאל

רקע:

ביו-בנקים מהווים תשתית חיונית למחקר רפואי מתקדם, לרפואה מותאמת אישית ולפיתוח טכנולוגיות חדשניות. עם זאת, קיים שוני מהותי בין מדינות בנוגע להיבטים רגולטוריים, אתיים וחברתיים בניהול ביו-בנקים, דבר המקשה על שיתופי פעולה בינלאומיים, פוגע באחידות מחקרית, ומעורר שאלות אתיות מורכבות.

מטרות:

המחקר נועד לבחון ולנתח את המשותף והשונה בין רגולציות, נהלים אתיים ופרקטיקות חברתיות של ביו-בנקים לאומיים מבוססי אוכלוסייה בשש מדינות: קנדה, אסטוניה, גרמניה, לטביה, הממלכה המאוחדת וארצות הברית. המטרה המרכזית היא לזהות אתגרים ולקדם כיוונים לאחידות גלובלית.

שיטות מחקר:

בוצעה סקירה שיטתית של ספרות מדעית, דוחות מדיניות ומקורות רגולטוריים רלוונטיים. המידע נותח באמצעות ניתוח תמטי (thematic analysis) תוך התמקדות בנושאים מרכזיים: הסכמה מדעת, בעלות על נתונים ודגימות, שמירה על פרטיות, שימוש מסחרי, ייצוא דגימות, זכויות לאחר מוות ונהלי סיום פעילות של ביו-בנק.

ממצאים:

נמצאה שונות גבוהה בין המדינות בנושאים מרכזיים. חלק מהמדינות מאמצות מודלים של הסכמה רחבה ודיגיטלית, בעוד אחרות מקפידות על הסכמה פרטנית. מדיניות השיתוף ושימוש מסחרי בנתונים שונה באופן מהותי, וכך גם נושאים כמו פיצוי משתתפים, זכויות על מידע לאחר המוות, ומדיניות סיום פעילות הביו-בנק.

מסקנות והמלצות:

הפערים הרבים יוצרים חסמים למחקר גלובלי ופוגעים באפקטיביות של ביו-בנקים ככלי לקידום המדע והרפואה. יש לפתח מסגרת רגולטורית בין-לאומית שתכלול קווים מנחים משותפים להסכמה מדעת, שיתוף נתונים, שמירה על פרטיות וזכויות משתתפים. יוזמות לשיתוף פעולה בין מדינות יוכלו לשפר את אמון הציבור, לאפשר חדשנות מחקרית ולהבטיח שימוש אתי, בטוח ואפקטיבי בביו-בנקים ברחבי העולם.

ניצול שירותים דנטליים במסגרת רפורמת טיפולי שיניים לאזרחים ותיקים-סקר ארצי לבחינת רמת דע, עמדות, דפוסי שימוש וחסמים למימוש הזכאות

גלית אלמוזנינו¹, ברטה הראל², אבי זיני², נירית יבנאי², יובל ורדי¹

1 בית החולים הדסה עין כרם

2 האוניברסיטה העברית בירושלים

רקע:

האוכלוסייה הוותיקה בישראל מגיל +75 זכאית לטיפול שיניים במסגרת הסל הממלכתי של שירותי הבריאות מ-2019. מיולי 2022, הורחבה הזכאות לבני +72. מספר שנים לאחר החלתה יש צורך לבצע סקר בישראל המודד את דפוסי השימוש והחסמים למימושה.

מטרות:

לחקור את הפערים במצב בריאות הפה והשיניים, בניצול שירותים דנטליים במסגרת רפורמת טיפולי שיניים לאזרחים ותיקים.

שיטות מחקר:

עבודת המחקר זכתה למענק מחקר מהמלמ"ב ובמסגרתה בוצע ניתוח נתונים מסקר טלפוני שבוצע על ידי חברת הסקרים מדגם בקרב אזרחים ותיקים במדינת ישראל בגילאי +70 המהווים מדגם ארצי ומייצג של אוכלוסייה זו בישראל. נבדקו רמת הידע, מאפייני צריכת השירותים ועמדות על הרפורמה, וכן שביעות הרצון מחד והחסמים מאידך למימוש הזכויות.

ממצאים:

הסקר כלל 503 משיבים וחולק לעולים, ותיקים וערבים, כאשר כל קבוצה רואינה בשפת האם שלה. הגיל הממוצע היה 77.5 ± 5.8 בטווח 70-95, ו-56.5% היו נשים. 19.9% איבדו את כל השיניים בפה, 57.4% ביקרו במרפאת שיניים בשנה האחרונה, רובם טופלו במרפאה פרטית (68.9%). רק 36% מן המרואיינים היו מודעים לרפורמה לטיפול שיניים לאזרחים ותיקים, רק 4.2% השיבו נכון בשאלת טווח גילאי הזכאות, ו-7.4% השיבו נכון בשאלת סוג הטיפול הכלולים ברפורמה. בקרב המודעים לרפורמה, 17.9% קיבלו את המידע על הרפורמה מאמצעי התקשורת, 6.4% מאתר האינטרנט של קופ"ח, 4.8% מחברים והשאר מרופא המשפחה/המרפאה הכללית, משפחה, רופא השיניים/שיננית. המשתנים שנמצאו קשורים עם העדר מודעות לקיומה של הרפורמה: אשכול חברתי כלכלי נמוך, רמת דתיות חרדי ודתי (בקרב יהודים ביחס לחילונים) וקשיים בלעיסה. המשתנים שהיו בקורלציה למודעות לרפורמה כללו גיל מבוגר, קיומה של מרפאת הסדר של קופת חולים בקירבת הבית, ואוריינות דיגיטלית גבוהה יותר המתבטאת בשימוש באפליקציית קופת החולים, חיפוש מידע וגלישה ברשתות חברתיות.

מסקנות והמלצות:

יש צורך ליישם קמפיינים ממוקדים להעלאת המודעות בקרב אזרחים ותיקים לגבי הרפורמה ויתרונותיה ולהרחיב את שירותי רפואת שיניים של קופות החולים באזורים מוחלשים. תכנון הקמפיינים צריך להתחשב בגורמים סוציודמוגרפים ובאוריינות דיגיטלית בקרב האוכלוסייה הוותיקה בישראל.

אי-ביטחון תזונתי והתנהגויות אכילה מופרעות בקרב ילדים בישראל: ממצאים מסקר מצב הבריאות והתזונה הלאומי

טלי סיני¹, שרון עירון-שגב², חן דור¹, חן נמימי-הלוי¹, ריטה דיכטיאר¹, ליטל קינן בוקר¹

1 משרד הבריאות

2 האוניברסיטה העברית בירושלים

רקע:

אי-ביטחון תזונתי נקשר לתוצאות בריאותיות שליליות בילדות, בהן עיכוב בגדילה וקשיים רגשיים. עם זאת, הקשר בינו לבין התנהגויות אכילה מופרעות (Disordered Eating Behaviors), העלולות להוביל לסיבוכים בריאותיים מתמשכים, טרם נבחן לעומק.

מטרות:

לבחון את הקשר בין אי-ביטחון תזונתי להתנהגויות אכילה מופרעות בקרב ילדים.

שיטות מחקר:

המחקר התבסס על נתוני סקר מצב הבריאות והתזונה (מב"ת) הלאומי בקרב ילדים בישראל, שנערך בשנים 2015-2016 וכלל מדגם מייצג של ילדים בגיל 2-11 שנים. סוקרים מיומנים ראינו את הורי הילדים באמצעות שאלון מובנה, ומדדו את גובה ומשקל הילדים. סטטוס המשקל הוגדר לפי מדד מסת הגוף, בהתאם לקטגוריות ארגון הבריאות העולמי. רמת הביטחון התזונתי (גבוהה, בינונית, נמוכה ונמוכה מאוד) הוערכה באמצעות שאלון מתוקף לאבחון מצב הביטחון התזונתי במשקי בית של משרד החקלאות האמריקני. התנהגויות אכילה מופרעות הוערכו ע"י שאלון התנהגויות אכילה מתוקף לילדים (Children's Eating Behavior Questionnaire, CEBQ). הקשרים בין רמות הבטחון התזונתי להתנהגויות האכילה נבחנו באמצעות גרסיות לינאריות, תוך תקנון למערפלים אפשריים.

ממצאים:

נכללו 1,171 ילדים (גיל ממוצע 7.3 ± 2.5 שנים; 51.6% בנים). רובם היו יהודים (76.3%), ול-60.5% אחוזים מהאימהות הייתה השכלה על-תיכונית. רוב הילדים נולדו במשקל תקין (90.4%) וינקו אי פעם (86.0%). בזמן הסקר, ל-75.7% היה משקל תקין; 7.8% היו בתת-משקל, 9.0% בעודף משקל ו-7.5% בהשמנה. אי-ביטחון תזונתי (בטחון תזונתי ברמה נמוכה/נמוכה מאוד) זוהה בקרב 13.1% מהמשתתפים. לאחר תקנון למין, גיל, קבוצת אוכלוסייה, מדד מסת הגוף והשכלת האם, נמצא קשר חיובי מובהק בין אי-ביטחון תזונתי לבין "תגובתיות למזון" (אכילה בתגובה לגירויים חיצוניים) ו"תת אכילה רגשית" (הפחתת אכילה בתגובה לרגשות שליליים), $p < 0.01$. לא נמצא קשר עם "אי-תגובתיות לשובע" (אכילה ללא התאמה לתחושת שובע) או "בררנות באכילה" (הימנעות ממגוון רחב של מאכלים), $p > 0.05$.

מסקנות והמלצות:

אי-ביטחון תזונתי קשור להתנהגויות אכילה מופרעות בילדות, המהוות גורם סיכון לתת-משקל או להשמנה. הממצאים מדגישים את הצורך באיתור מוקדם והתערבויות ממוקדות במשקי בית עם חוסר בטחון תזונתי, לצמצום סיכונים בריאותיים עתידיים.

הריונות מתוקים: שינויים עיתיים בהיארעות סוכרת היריון בקרב קבוצות אתניות בישראל

גלית תדמור¹, מיכאל האוזר², בלה סביצקי³, קרן אגאי-שי¹

1 אונ' בר-אילן

2 שירותי בריאות כללית

3 המכללה האקדמית אשקלון

רקע:

שיעורי ההיארעות של סוכרת היריון (Gestational diabetes mellitus (GDM) נמצאים בעליה. בעבר נמצא קשר בין דפוסים עיתיים ובין שיעורי היארעות ב-GDM, אך בישראל נושא זה כמעט ואינו נחקר. הרמדאן, תקופה משמעותית עבור גברים ונשים מוסלמיות, כרוך בשינוי מהותי באורחות החיים. עם זאת, ההשפעה של הרמדאן על היארעות GDM לא נחקרה בישראל. מחקר זה נועד לזהות את הדפוסים העיתיים של GDM בקרב נשים בהריון מקבוצות אתניות שונות, המייצגות חלקים נרחבים בחברה הישראלית.

מטרות:

להעריך את הסיכון לתחלואה ב-GDM בזמן, בעונות השנה ובקבוצות אתניות שונות בישראל.

שיטות מחקר:

מחקר עוקבה רטרוספקטיבי מבוסס-נתונים ממאגר המידע של שירותי בריאות כללית. במחקר הוכללו כל הנשים אשר ביצעו בדיקות העמסת סוכר 50 ו-100 גרם בין השנים 2012-2022. התוצאה הוגדר על ידי קבלת אבחנה קלינית וע"י פיתוח אלגוריתם ששקלל את תוצאות הבדיקות השונות על פי קריטריונים לאבחנה קלינית. שיוך הנשים לקבוצה אתנית בוצע ע"פ דת היישוב והתבסס על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הקשרים בין דפוסים בזמן, עונתיות ותקופת הרמדאן והסיכון לתחלואה ב-GDM הוערכו באמצעות רגרסיה לוגיסטית מרובת משתנים בתקנון לגיל האישה ול-BMI ובריבוד ע"פ דת היישוב (Odds Ratio (OR) ו-95% confidence intervals (CI).

ממצאים:

במחקר נכללו 378,347 נשים ו-659,718 הריונות שמתוכם 32,199 הוגדרו כ-GDM (4.9%). נמצא שינוי עליה שנתית של כ-5% בהיארעות GDM של נשים מישובים ערביים ויהודיים. בנוסף, שיעור ההיארעות מזנק במהלך חודשי הקיץ בהשוואה לחודשי החורף בהריונות של נשים מישובים ערביים (OR= 1.39, 95% CI 1.30, 1.49) ומישובים יהודיים (OR= 1.44, 95% CI 1.39, 1.49). במהלך חודשי הרמדאן חלה עליה ב-180% בסיכון לתחלואה ב-GDM רק לנשים מישובים ערביים (OR= 2.80, (95% CI 2.60, 3.02), אך לא לנשים מישובים יהודיים.

מסקנות והמלצות:

שיעור ההיארעות של GDM בישראל עולה. שינויים עיתיים, עונתיים ותקופת חודשי הרמדאן עשויים להשפיע על הסיכון לתחלואה ב-GDM. בהמשך נבדוק את השפעתן של חשיפות סביבתיות וגורמים סוציו-דמוגרפיים שיכולים להסביר הבדלים אלו.

הערכת איכות רפואית, היבטים כלכליים, והוגנות חברתית בשירותי טלה-רפואה ברפואת ילדים

מוטי חיימי¹, רוסלן סרגיינקו², ציפי הורניק-לוריא³, דב אלבווקר⁴

1 המכללה האקדמית עמק יזרעאל

2 אונ' בן-גוריון בנגב

3 מרכז רפואי מאיר

4 קופת חולים מאוחדת

רקע:

לטלה-רפואה - יתרונות רבים, הן במצבי שגרה והן במצבי חירום. בשנים האחרונות, שירותים אלה ניצבים בפני ביקורת, הן בהיבט הכלכלי והן מבחינת איכות הטיפול.

מטרות:

לבדוק את שיעור הביקורים במיון ואת שיעור רישומי האנטיביוטיקה (למחלות שהוגדרו) בקרב המשתמשים בשירותי טלה-רפואה שונים ברפואת ילדים בהשוואה לביקורים פנים-אל-פנים.

שיטות מחקר:

מדובר במחקר case-control רטרוספקטיבי שנעשה בקרב ילדים מתחת לגיל 18, המשויכים למחוז שרון שומרון של הכללית, בין התאריכים 1.1.2021-1.1.2022. מקרב אוכלוסייה זו נלקח מדגם אקראי שכלל 3 קבוצות:

- ◆ 500 ילדים שאצלם לא היה ביקור טלה-רפואה מרפאתי - "ביקורי (PCP) Primary Care Physician" בלבד
- ◆ 500 ילדים שאצלם היו לפחות 3 ביקורי טלה-רפואה באמצעות טלפון/וידאו עם הרופא המטפל - "ביקורי PCP+ טלפון/וידאו"
- ◆ 500 ילדים שאצלם היו לפחות 3 ביקורי טלה-רפואה שבהם נעשה שימוש במכשיר הטייטו - ביקורי PCP+טלפון/וידאו+ טייטו".

עבור הילדים שנכללו במחקר, שחלקם השתמש ביותר מסוג אחד של ביקורים, נבדקו כלל הביקורים שהיו באותה שנה בהתאם ל-3 סוגי השימוש העיקריים הנ"ל, ועבורם נבדקו שיעור הביקורים בחדרי המיון, שיעור רישומי האנטיביוטיקה לאבחנות שכיחות ברפואת ילדים, מצב סוציאקונומי (SES), ומדד פריפריאליות.

ממצאים:

מספר הביקורים הכולל בשנה הנחקרת ב-3 קבוצות הביקורים בשנה זו היה 21968. שיעור ההגעות למיון הכולל מקרב כלל הביקורים בכל הקבוצות היה 4.0% (4889/21968), עם שיעורים של 1.6% בקרב ביקורי PCP בלבד, 5.4% בקבוצת ה-PCP+טלפון/וידאו (8.6% לאחר ביקורי טלפון/וידאו), ו-3.6% בקבוצת ה-PCP+טלפון/וידאו+טייטו (4.1% לאחר טייטו בלבד). מבחינת מתן מרשמי אנטיביוטיקה - שיעור המתן לאחר ביקורי PCP - היה 11%, לאחר ביקורי - telephone/video 16%, ולאחר ביקורי "טייטו" - 20%. שיעור גבוה יותר של ילדים שעשו ביקורים ב"טייטו" - נצפה בקרב ילדים השייכים ל-SES גבוה, ולמדד פריפריאליות "מרכזי". אנליזה רבת משתנים - אישרה את הממצאים הנ"ל, והראתה כי שיעור הביקורים במיון ושיעור מרשמי האנטיביוטיקה היו גבוהים יותר בקרב ילדים עם SES נמוך ומדד פריפריאליות "פריפרי", בלי קשר לסוג הביקור.

מסקנות והמלצות:

ביקורי טלה-רפואה לוו בשיעור הגעות גבוה יותר למיון ובשיעור גבוה יותר של רישומי אנטיביוטיקה בהשוואה לביקורים פרונטליים. השימוש בטייטו - הצליח להפחית את שיעור ההגעות למיון, אך לא את שיעור מרשמי האנטיביוטיקה. בהכנסת שירותי טלה-רפואה, יש להכיר את הסוגיות האלה של איכות רפואית ושיקולים כלכליים, ולדאוג להנגשתם באופן שוויוני והוגן לכלל האוכלוסייה.

מהפכה דיגיטלית ברפואה דחופה: מכבי RED כמודל חדשני לשירותי חירום בקהילה

אסנת בשקין¹, לימור אדלר², תמר שלום³, אילן יהושוע²

1 המכללה האקדמית אשקלון

2 מכבי שירותי בריאות

3 המרכז האקדמי למשפט ולעסקים

רקע:

שירותי רפואה דחופה (ר"ד) הינם מרכיב חיוני במערכת הבריאות. פעמים רבות, מטופלים מגיעים למחלקות ר"ד בבתי חולים בהיעדר אפשרויות טיפול אחרות בקהילה. הצפיפות הרבה במחלקות הר"ד עקב ביקורים שאינם דחופים, משפיעה לרעה על איכות הטיפול ובטיחות המטופל וחושפות את הצוות הרפואי לשחיקה גבוהה ולחץ מוגבר. ההתקדמות הטכנולוגית בתחום הבריאות הדיגיטלית יצרה הזדמנויות מגוונות להתמודדות עם האתגרים הרבים במתן שרותי בריאות איכותיים ובטוחים. מכבי RED לרפואה דחופה בקהילה, הינו מיזם בריאות דיגיטלי חדשני ופורץ דרך בשירותי ר"ד בקהילה.

מטרות:

בחינת מאפייני השימוש של מטופלים במכבי RED והשפעתם על תוצאים קליניים.

שיטות מחקר:

מחקר כמותי רטרוספקטיבי של נתוני 94,795 פניות למיזם הדיגיטלי מכבי RED בין השנים 2020-2023.

ממצאים:

מתוך נתוני כלל הפניות נמצא כי ל-48972 מטופלים (51.6%) תואם תור חירום לרופא בקהילה, מתוכם 76.8% הגיעו לתור שנקבע להם. 45% מהמטופלים פנו עקב גוף זר. מרבית המטופלים שפנו לקבלת תור חירום באפליקציה גרים במרכז ורק 5.1% גרים בפריפריה. נמצא קשר מובהק סטטיסטית בין מקום המגורים לבין הגעה לתור החירום שנקבע ($p < 0.001$), אחוז המטופלים הגרים בפריפריה שהגיעו לתור נמוך מאחוז המטופלים הגרים בפריפריה שלא הגיעו לתור שנקבע להם (3.7% לעומת 5.8%, בהתאמה). שיעור המטופלים אשר ביקרו אצל רופא משפחה/ילדים תוך 3 ימים מהפניה מקרב המטופלים שהגיעו לתור החירום בקהילה, נמוך באופן מובהק משיעור הפונים אשר ביקרו אצל רופא משפחה/ילדים תוך 3 ימים מהפניה מקרב המטופלים שלא הגיעו לתור שנקבע להם (28.4% לעומת 35.1%, בהתאמה, $p < 0.001$). מתוך כלל המטופלים אשר תואם להם תור חירום בקהילה, 0.2% ביקרו במיון תוך שבוע מהפניה.

מסקנות והמלצות:

שימוש בכלים דיגיטליים מעניק מענה יעיל וחדשני להתמודדות עם אתגרים מורכבים במערכת הבריאות. ממצאי המחקר מראים כי למכבי RED תרומה למטופל ולמערכת כאחד. היתרונות כוללים קבלת פתרון זמין, קרוב ומידי בקהילה לבעיה הדחופה ממנה המטופל סובל והקטנת העומסים במחלקות ר"ד. יחד עם זאת יש לקדם את השימוש בכלי הדיגיטלי בקרב מטופלים בפריפריה ובקרב קבוצות מיעוט שונות. הממצאים עשויים לזהות הזדמנויות לקידום איכות השירות של רפואה דחופה בקהילה.

שימוש בטלה-פסיכיאטריה להערכת מטופלים בסוגית אשפוז כפוי בחדרי מיון פסיכיאטריים

ליגת שליו^{1,2}, גדי לובין³, יובל מלמד^{4,5}, סרגיי רסקין⁶, דניאל רז⁷, רננה איתן³, אדם ג. רוז¹

1 האוניברסיטה העברית בירושלים

2 המכללה האקדמית תל-חי

3 המרכז הירושלמי לבריאות הנפש - כפר שאול, ב"ח איתנים

4 המרכז לבריאות הנפש אברבנאל

5 אוניברסיטת תל אביב

6 משרד הבריאות

7 משרד המשפטים

רקע:

טלה-פסיכיאטריה (הערכה באמצעות וידאו-חי) נמצאת בשימוש הולך וגובר ברחבי העולם, ונחשבת כלי תקף בהשוואה להערכה פנים-אל-פנים. טלה-פסיכיאטריה יכולה ליעל את תהליך ההערכה בחדרי המיון. עם זאת, מתודה זו כמעט ולא נחקרה לשימוש בסוגית אשפוז כפוי.

מטרות:

- לבדוק את השפעת השימוש בטלה-פסיכיאטריה להערכת מטופלים בסוגית אשפוז כפוי על מדדים קליניים ואדמיניסטרטיביים, וכן את תוקף הבדיקה בהשוואה להערכות פנים-אל-פנים.
- להעריך את תהליך ההטמעה של טלה-פסיכיאטריה בחדר המיון.

שיטות מחקר:

מחקר קוהורט זה בוצע בבית חולים כללי אחד ובארבעה בתי חולים פסיכיאטריים בשנת 2023 וב-2024, תוך השוואה בין הערכה פסיכיאטרית בטלה-פסיכיאטריה (שלב ההטמעה) לבין פנים-אל-פנים (השלב המקדים) שבוצעו בשנה הקודמת. נבחנו מדדים אדמיניסטרטיביים (כמו, משך השהות בחדר המיון), מדדים קליניים (כמו, שיעור המטופלים שאושפזו בכפייה) ותוקף הבדיקה באמצעות בדיקת שיעורי אשפוז בכפייה לאחר שחרור, ושיעור שחרור לאחר אשפוז בכפייה. תהליך ההטמעה נבחן באמצעות שיעור השימושיות לאורך תקופת המחקר. ניתוח הנתונים בוצע באמצעות מבחני Mann-Whitney וחי בריבוע לבדיקת הבדלים סטטיסטיים.

ממצאים:

בשלב המקדים הגיעו לחדרי המיון 469 מטופלים להערכת מומחה פנים-מול-פנים, לעומת 392 בשלב הטלה-פסיכיאטריה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין השלב המקדים לשלב ההטמעה במשך השהות הממוצעת בחדרי המיון (2:09 שעות לעומת 2:03, בהתאמה), בשיעור אירועי אלימות (19% לעומת 21%), בשיעור האשפוזים הכפויים (57% לעומת 60%), במספר ימי האשפוז הכפוי בממוצע (29 לעומת 33), בשיעור הביקורים החוזרים לחדרי המיון בתוך 72 שעות (7% לעומת 9%) ובשחרור מאשפוז בכפייה בתוך 72 שעות (3% לעומת 4%). השימוש בטלה-פסיכיאטריה הלך וגדל בהדרגה והגיע ל-71%-55% מהמקרים בארבעת חודשי המחקר האחרונים.

מסקנות והמלצות:

טלה-פסיכיאטריה היא חלופה תקפה ובטוחה להערכת מטופלים לאשפוז בכפייה, ללא השפעה שלילית על רווחת המטופלים או על יעילות הטיפול. ניתן להרחיב את השימוש בטלה-פסיכיאטריה במערכות הבריאות בכלל, ובפרט עבור אשפוז בכפייה. מומלץ לפתח ולהטמיע הכשרה מקצועית לשימוש בה עבור צוותים כדי לחזק את איכות השימוש.

השימוש בטכנולוגיות מבוססות בינה מלאכותית בטיפול פליאטיבי: קידום רווחת המטופל בסוף החיים ויישום חוק החולה הנוטה למות

שני בן שטרית¹, דניאל שפרלינג²

1 עצמאית

2 אונ' חיפה

רקע:

המהפכה הטכנולוגית מביאה עמה אתגרים אתיים וחברתיים, ובראשם חדירת הבינה המלאכותית (AI) לתחומי החיים, ובהם הרפואה הפליאטיבית. חוק החולה הנוטה למות תשס"ו - 2005 ("החוק") מבקש להבטיח טיפול מכבד בסוף החיים תוך שמירה על כבוד האדם ואוטונומייתו, אך יישומו בפועל נתקל בקשיים רפואיים, רגולטוריים ותרבותיים. המחקר מבקש לבחון כיצד AI עשויה לתרום ליישום החוק, לצד הבנת ההיבטים החברתיים, האתיים והמשפטיים הכרוכים בכך, והעלאת המודעות הציבורית לחשיבותו.

מטרות:

לתאר את השימוש במערכות מבוססות AI בטיפול בסוף החיים ולדון בתרומתן הפוטנציאלית לטיפול זה. בנוסף, המחקר מבקש להבין כיצד השימוש בטכנולוגיות אלו עשוי להקל על יישום החוק ולמלא את הפערים שנוצרו בעקבות חקיקתו, תוך קידום עקרונות הטיפול הפליאטיבי.

שיטות מחקר:

המחקר נערך בגישה איכותנית פרשנית, באמצעות ראיונות עומק חצי-מובנים עם מומחים מתחום הטיפול הפליאטיבי בישראל - בהם רופאים, מנהלים רפואיים, מרצים וקובעי מדיניות. מדריך הראיון פותח במיוחד למחקר, בהתבסס על סקירת ספרות תיאורטית ויישומית. הניתוח בוצע בשיטה אינדוקטיבית-פרשנית, לזיהוי תמות מרכזיות והבנת האתגרים, ההזדמנויות והתפיסות בנוגע לשילוב AI בטיפול הפליאטיבי וביישום החוק.

ממצאים:

המחקר מצביע על אתגרים מהותיים ומערכתיים ביישום החוק, ובהם מורכבות בירוקרטית, חוסר הכשרה מספקת, מחסור בשירותים קהילתיים, העדר מודעות ציבורית וקושי בזיהוי חולים מתאימים. בתוך כך, זוהתה ב-AI הזדמנות לקדם רפואה מותאמת אישית, לשפר חיזוי תוחלת חיים, לסייע בהחלטות קליניות ולהנגיש מידע רפואי. עם זאת, עלו חששות אתיים, ובהם פגיעה בקשר האנושי, היעדר שקיפות ופגיעה באוטונומיה - במיוחד לאור חשיבותו של הקשר האמפטי, הנתפס כחלק מהותי מהטיפול הפליאטיבי. לפיכך שילוב AI חייב להיעשות מתוך מחויבות עמוקה לערכי החמלה, האנושיות והרגישות של הרפואה בסוף החיים.

מסקנות והמלצות:

טכנולוגיות AI עשויות לשמש מנוף משמעותי לקידום טיפול פליאטיבי מותאם, איכותי וחומל, ולסייע ביישום עקרונות החוק. עם זאת, מימוש הפוטנציאל הטמון בהן מחייב בניית תשתית רגולטורית, משפטית ואתית שתבטיח שימוש אחראי, הוגן ושקוף. יש להבטיח כי שילוב טכנולוגיות יתבצע באופן הדרגתי, תוך שיתוף של אנשי מקצוע, הכשרות בין-תחומיות, ויצירת כלים שיאפשרו איזון בין יתרונות ויכולות AI לבין שיקול דעת אנושי.

למידת מכונה ככלי לחיזוי אשפוזים חוזרים בפסיכיאטריה: זיהוי קבוצות סיכון ויישומים למדיניות

זהר ברנט-יצחקי¹, אסתר בלומהוף-בריס²

1 המרכז האקדמי רופין

2 המרכז לבריאות הנפש לב השרון

רקע:

תופעת "הדלת המסתובבת" בפסיכיאטריה מתארת את הדפוס של אשפוזים חוזרים בטווחי זמן קצרים, המעיד על קשיים בהמשכיות הטיפול בתחום בריאות הנפש. אשפוזים חוזרים נחשבים במדינות רבות כסימן לתוצאות טיפוליות ירודות, בקהילה ובמהלך האשפוז. במדינות מערביות, כולל בישראל, בין 13% ל-17% מהמאושפזים הפסיכיאטריים מתאשפזים שוב בתוך 30 ימים. מחקרים קודמים זיהו משתנים דמוגרפיים וקליניים הקשורים לאשפוז חוזר, כגון גיל, מגדר ואבחנה פסיכיאטרית. עם זאת, רק מעטים עשו שימוש בגישות ממדעי הנתונים, בין היתר, ניתוח נתוני-עתק של נתוני אשפוז רחבי היקף.

מטרות:

מחקר זה נועד לחזות אשפוזים חוזרים (תוך חודש/שלושה חודשים) על בסיס נתונים דמוגרפיים וקליניים.

שיטות מחקר:

ניתוח רטרוספקטיבי של כלל האשפוזים הפסיכיאטריים בין השנים 2020-2024 במרכז לבריאות הנפש. נכללו נתונים של 4,162 מטופלים (סה"כ 8,133 אשפוזים). נבדקו משתנים דמוגרפיים וקליניים: גיל, שנת עלייה, מצב משפחתי, אורך האשפוז ועוד. נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית, הסקה סטטיסטית (מבחני חי-בריבוע ומבחני וילקוסון) ובמודלים של למידת מכונה, בדגש על יערות אקראיים, לצורך חיזוי אשפוזים חוזרים.

ממצאים:

לרווקים סיכויים גבוהים יותר לאשפוז חוזר, בהשוואה לנשואים, לגרושים או לאלמנים ($p < 0.05$). מודלי היערות האקראיים מאפשרים חיזוי אשפוזים חוזרים ($F1=0.8/0.87$, $AUC=0.85/0.94$) לאחר חודש / 3 חודשים. גיל הוא המשפיע ביותר על הסיכוי לאשפוז חוזר: נמצאו טווחים מסוימים של גילאים בהם הסיכוי לאשפוז חוזר גבוה משמעותית: 21-23, 25-27, 48-51 ו-56-62 שנים. פרמטרים נוספים שמשפיעים על אשפוזים חוזרים הם: עלייה לישראל (מטופלים אשר נולדו בחו"ל), גיל העלייה (מטופלים שעלו בגילאי 30-34 ואלה שעלו בגילאי 60-64 בעלי סיכוי גבוה יותר לאשפוז חוזר), מין המטופל (גברים בעלי נטיה גבוהה יותר מנשים) והמצב המשפחתי (רווקים נוטים להתאשפז שוב יותר מבעלי סטטוסים משפחתיים אחרים).

מסקנות והמלצות:

המחקר מדגים את הפוטנציאל בכלים סטטיסטיים מתקדמים, בפרט מודלים של למידת מכונה, לזהות קבוצות אוכלוסייה בסיכון גבוה לאשפוזים חוזרים בפסיכיאטריה. מומלץ לפתח התערבויות ממוקדות לקבוצות בסיכון גבוה לאשפוז חוזר, כפי שנמצאו במחקר זה: צעירים, רווקים, גברים ועולים. מומלץ גם להרחיב את השימוש בדאטה ממקורות בריאות נוספים (אבחנות, תרופות), לצורך חיזוי מדויק יותר ופיתוח התערבויות מדויקות יותר.

שיפור היענות לבדיקות סקר לסרטן המעי הגס באמצעות התערבויות התנהגותיות מותאמות אישית המבוססות על למידת מכונה

רוני לוטן¹, איל פאר¹, סיון ברגר אחיטוב², יהודית צמיר², דב אלבוקרק²

1 האוניברסיטה העברית בירושלים

2 קופת חולים מאוחדת

רקע:

סרטן המעי הגס הוא גורם המוות השני בשכיחותו מסרטן. על אף החשיבות והנגישות, היענות לביצוע בדיקות סקר לאבחון מוקדם והפחתת הסיכון, כדוגמת דם סמוי בצואה, עדיין נמוכות מההמלצות הלאומיות. התערבויות דיגיטליות עשויות לסייע, אך יעילותן משתנה בין אוכלוסיות שונות - מה שמעיד על החשיבות בפיתוח התערבויות מותאמות אישית.

מטרות:

לבחון האם מסרים מותאמים אישית לפי מאפייני המטופל, שנבחרו באמצעות אלגוריתם למידת מכונה, משפרות היענות לבדיקת סקר לסרטן המעי הגס. השערה: התאמת מסר התנהגותי לפרופיל הפסיכולוגי והדמוגרפי של המטופל תוביל לעלייה בהיענות לבדיקת סקר לגילוי מוקדם של סרטן המעי הגס, ביחס למסרים אחידים שאינם מותאמים אישית.

שיטות מחקר:

המדגם כלל 2,953 מבטחים בקופת חולים מאוחדת בגילאי 50-74, הרשומים לשירותים הדיגיטליים, ללא היסטוריה של סרטן. המשתתפים חולקו אקראית לחמישה סוגי מסרים שהועברו באמצעות סרטוני אנימציה המבוססים על תובנות התנהגותיות: סרטון סטנדרטי המכיל מידע על אופן ביצוע הבדיקה לעומת ארבעה סרטונים עם מסרים שונים שהדגישו את ההזדמנות להימנע מהליכים פולשניים, את הנורמה החברתית, את הסיכון של אי-ביצוע הבדיקה או שערכה לביצוע הבדיקה מחכה לך במרפאה. קבוצת הביקורת קיבלה מידע כללי ללא סרטון. המשתתפים דיווחו על כוונות לבצע את הבדיקה ומלאו מספר שאלוני אישיות וסגנונות קבלת החלטות. לאחר 90 יום מדדנו האם ומתי בוצעה הבדיקה ועשינו שימוש במודל למידת מכונה לניתוח השפעה של כל מסר עם וללא התאמה אישית.

ממצאים:

ללא התאמה אישית, רק המסר שהתמקד בהימנעות מהליכים פולשניים הציג שיפור קל אך לא מובהק (3.66%) בביצוע הבדיקה לעומת הביקורת. מסרים אחרים הציגו השפעות שליליות ולא מובהקות. לעומת זאת, התאמה אישית של סוג המסר לפי פרופיל אישי הביאה לעלייה מובהקת בשיעורי היענות לעומת הביקורת בכל התנאים: הימנעות מהליכים פולשניים (5.13%), נורמות חברתיות (2.4%), הדגשת סיכון (0.79%), וערכה שמחכה עבורך (1.88%). המודל הסטטיסטי, בשיטת causal forests, הראה כי גורמים בעלי חשיבות במודל כללו את הגיל, נטייה לקחת בחשבון השלכות עתידיות, סגנון קבלת ההחלטות, ורמת מעורבות המטופל. מגדר והיסטוריית בדיקות קודמות לא נמצאו כתורמים למודל.

מסקנות והמלצות:

התאמה אישית של מסרים התנהגותיים לפי מאפייני הפרט משפרת את היעילות של התערבויות לקידום ביצוע בדיקות סקר, וממחישה את הפוטנציאל של שימוש בלמידת מכונה במדיניות בריאות מותאמת אישית.

הערכת ההשפעה של אירועים מרכזיים על מגמות התמותה: ניתוח סדרות עתיות באמצעות מודלים

מסוג ARIMAX

אריה יעקבי^{1,2}, אפיר בן אסולי¹, אורית גולדמן¹

1 הקריה האקדמית אונו

2 המרכז האקדמי פרס

רקע:

מערכות הבריאות בעולם עוברות בשנים האחרונות שינויים מהותיים, הכוללים אימוץ טכנולוגיות מתקדמות, מהפכות דיגיטליות ורפורמות רגולטוריות שמטרתן שיפור הנגישות, היעילות והתוצאות הבריאותיות של המטופלים.

מטרות:

אחת השאלות המרכזיות בתחום בריאות הציבור היא האם להתערבויות אלו יש השפעה מדידה על תוצאות רפואיות קריטיות כגון שיעורי תמותה. מחקר זה בוחן את השפעתן של שלוש התערבויות עיקריות על מגמות תמותה יומית בישראל לאורך תקופה של שלוש עשרה שנים: הכנסת מערכות רובוטיות לניתוחים (2009), תכנית הבריאות הדיגיטלית של ממשלת ישראל (2018), והמעבר הנרחב לשירותי טלה-רפואה בעקבות מגפת הקורונה (2020).

שיטות מחקר:

המחקר מתבסס על מסד נתונים ארצי רחב הכולל מעל 4,700 תצפיות יומיות אשר אוחדו ממספר מקורות של משרד הבריאות בישראל. הנתונים גובשו במסגרת פרויקט תימנ"ע - תשתית מחקר לאומית לבריאות דיגיטלית, שמשמש לצורכי קידום מחקר וחדשנות. לצורך ניתוח המגמות נעשה שימוש במודלים מתקדמים של סדרות עתיות מסוג ARIMAX ובמודל Random Forest להערכת תרומת משתנים לתמותה גבוהה מהמוצא.

ממצאים:

הממצאים מצביעים על כך שהתפרצות השימוש בטלה-רפואה הייתה בעלת תרומה מובהקת להפחתת שיעורי התמותה בישראל, תוך שהיא מבטאת את הפוטנציאל של טכנולוגיות דיגיטליות לגשר על מגבלות גיאוגרפיות ותפקודיות של מערכת הבריאות, במיוחד בעתות חירום. לעומת זאת, התכנית הממשלתית הדיגיטלית שנכנסה לתוקף ב-2018 לוותה בעלייה זמנית בתמותה, ככל הנראה בשל אתגרי הטמעה ותהליכי הסתגלות מערכתיים.

מסקנות והמלצות:

ניתוח מובהקות סטטיסטית של מקדמי המודל מצביע על כך שהעלייה במספר המאושפזים והגידול במספר מקרי התמותה בקרב גברים מהווים משתנים מסבירים חזקים לשינויים בשיעורי התמותה. כמו כן, זוהתה תרומה של משתנים תפעוליים נוספים, כגון מספר האשפוזים החוזרים ומספר האבחנות הראשוניות. ממצאים אלו מדגישים את חשיבות הניהול המערכתי של חדשנות רפואית ומבליטים את הצורך בבקרה מדוקדקת על השפעות לוואי במעבר למדיניות רפואית חדשה.

ממצאים אלו מדגישים את הפוטנציאל הגלום בטכנולוגיה רפואית אך גם את הצורך בתכנון מושכל של תהליכי שינוי, שכולל ליווי, הדרכה, ובקרה לאורך זמן. יש לעודד שילוב של נתוני עתק עם כלים סטטיסטיים מתקדמים על מנת לאפשר קבלת החלטות מבוססות-ראיות בתחום הבריאות הציבורית.

מודל חיזוי מבוסס למידת מכונה לזיהוי היענות נמוכה לבדיקות סקר לסרטן המעי הגס

זוהר לוי¹, רוני לוטן², שיר לוי^{1,2}, שירי קושניר¹, עדי ברלינר סנדריי¹, אייל פאר²

1 כללית שירותי בריאות

2 האוניברסיטה העברית בירושלים

רקע:

גילוי מוקדם של סרטן המעי הגס יכול להציל חיים רבים, אך היענות לבדיקות סקר (קולונוסקופיה ודם סמוי בצואה) אינה אופטימלית. מדדי היענות מקובלים לבדיקות סקר מתמקדים במצב בנקודת זמן מסוימת ואינם משקפים התמדה לאורך זמן. מדד Proportion of Time Covered (PTC) מאפשר מדידת היענות לאורך זמן בצורה מדויקת יותר.

מחקר זה בוחן את היכולת לחזות היענות נמוכה לבדיקות סקר באמצעות מדד PTC ונתונים אישיים, בעזרת מודל למידת מכונה.

מטרות:

פיתוח מודל חיזוי מבוסס למידת מכונה לזיהוי אנשים עם סיכון להיענות נמוכה לבדיקות סקר במהלך השנתיים הקרובות, במטרה לאפשר מיקוד מדויק יותר של התערבויות לשיפור היענות ולקידום גילוי מוקדם.

שיטות מחקר:

בוצע ניתוח רטרוספקטיבי של 553,180 מבוטחים בני 50-74 בכללית, עם לפחות 4 שנות מעקב בין השנים 2008-2020. נאספו נתונים דמוגרפיים והתנהגותיים, כולל ביצוע בדיקות סקר קודמות. מדדי היענות חושבו באמצעות PTC, הן לתקופה עד 2018 והן לשנים 2018-2020. על בסיס נתונים אלה פותח מודל למידת מכונה מסוג XGBoost.

ממצאים:

שיעור היענות בסוף התקופה עמד על כ-55%. המודל השיג AUC של 0.917 ודיוק של 83.7%. גורמים מרכזיים לחיזוי היענות נמוכה כללו היעדר קולונוסקופיה בעבר, היענות נמוכה בעבר וגיל גבוה בבדיקה הראשונה.

מסקנות והמלצות:

המחקר ממחיש כיצד ניתן לשלב נתוני אמת של מערכת בריאות ממוחשבת עם מדדי היענות מתקדמים ולמידת מכונה, כדי לחזות היענות עתידית ברמת הפרט. שימוש במדד PTC מאפשר הבחנה מדויקת יותר בהבדלי היענות מאשר מדדים מסורתיים. מודלים מסוג זה יכולים לשמש את קובעי המדיניות וקופות החולים כדי לזהות מראש אוכלוסיות בסיכון לאי-היענות, ולאפשר תכנון מושכל של פעולות הסברה, מעקב אישי או זימון יזום, וכך לשפר את שיעורי האבחון המוקדם.

שילוב כלים דיגיטליים בפניות הציבור בכללית: אתגרים, הזדמנויות והשלכות מערכתיות

כלנית קיי, דנית גרינוולד, שי סבאג, עינת צור, גרשון פרל, אילן פלדהמר, יעל וולף-שגיא

שירותי בריאות כללית

רקע:

בשנים האחרונות חלה עלייה בשימוש בכלים דיגיטליים בתקשורת בין צרכנים לארגונים, כולל במערכת הבריאות. בכללית, יושמו מגוון פתרונות דיגיטליים לניהול פניות הציבור, לרבות הגשת פניות באמצעות טפסים מקוונים באתר האינטרנט ובאפליקציה. המהלך נועד לשפר את הנגישות של הגשת פניות, ואת המעקב אחר הפניות והטיפול בהן.

מטרות:

לבחון תרומתם של שילוב הכלים הדיגיטליים בפניות הציבור בכללית, ולהעריך השפעתם על מאפייני הפונים (כאינדיקציה לנגישותו עבור אוכלוסיות שונות), ומאפייני הטיפול והמענה.

שיטות מחקר:

נותחו נתונים רטרוספקטיביים ממאגרי המידע של כללית, שכללו כלל הפניות בערוצים השונים בתקופה 01/2025-08/2023. הושושו שלוש קבוצות: פניות דרך האונליין ופניות בערוצים האחרים בין אוגוסט 2024 לינואר 2025, וכן פניות טרם הטמעת השימוש בערוץ האונליין (אוגוסט 2023 - יולי 2024). הושושו מאפייני הפונים, מאפייני הפניות, ומאפייני המענה לפניות.

ממצאים:

בשנה שקדמה להטמעת השימוש בערוץ האונליין היה קצב הפניות 6,592 פניות חודשיות בממוצע, מהן רק 9% באונליין. בתקופה אוגוסט 2024 - ינואר 2025 עלתה פרופורציית הפניות בערוץ האונליין לכדי 38% מכלל הפניות, והיקף הפניות הכולל נשאר יציב (6,683 פניות חודשיות בממוצע).

בתקופה זו, נצפו בקרב הפונים בערוץ הדיגיטלי שיעור מוגבר של בני 18-44 (41.1% מהפונים בערוץ זה לעומת 28.4% בערוצים האחרים), ושל המגזר הערבי (8.0% לעומת 6.3%, בהתאמה). ניכרו הבדלים במאפייני הפניות והמענה להן, כאשר 52.2% מהפניות בערוץ הדיגיטלי היו לצורך בירור לעומת 29.9% בערוצים האחרים, ורק 6.3% למטרות הבעת הערכה בהשוואה ל-25.4% בערוצים האחרים. בערוץ הדיגיטלי נצפו פחות פניות בנושא סל השירותים ויותר פניות בנושא איכות השירות ותורים. כמו כן, פחות פניות נסגרו כמוצדקות (19.3% לעומת 27.0%, בהתאמה), ויותר פניות סווגו כלא ניתנות לטיפול (11.6% לעומת 4.7%, בהתאמה).

מסקנות והמלצות:

שילוב כלים דיגיטליים בפניות הציבור נמצא קשור עם ייצוג מוגבר של צעירים, וכן של מבוטחים מהמגזר הערבי, ונראה כי משפר את נגישות פניות הציבור למגזר זה. עם זאת, ייצוגם עדיין נמוך לעומת חלקם בקופה. כמו כן, נדרשות התאמות בכלים דיגיטליים, באופן שיאפשרו מיצוי ערוצי השרות הראשוניים, טרם הגשת הפניה לפניות הציבור.

מחקר פרוספקטיבי על הקשר בין רישום לא-נאות של תרופות לבין תמותה בקרב קשישים בקהילה

ליאת אורנשטיין¹, אנג'לה שטרית¹, קרן לאופר², רחלי דנקנר¹

1 מכון גרטנר

2 טבע ישראל

רקע:

רישום לא-נאות של תרופות (רישום של תרופות לא-נאות ואי-רישום של תרופות נחוצות) נפוץ בקשישים. בעוד רישום לא-נאות נקשר עם תוצאי בריאות שליליים כגון אשפוזים, שימוש מוגבר בשירותי בריאות ופגיעה באיכות החיים, הקשר לתמותה פחות ברור.

מטרות:

לבחון את הקשר בין רישום לא-נאות של תרופות, על שני היבטיו, לבין תמותה ארוכת-טווח בקרב קשישים בקהילה.

שיטות מחקר:

המחקר כלל 1,210 משתתפי מחקר עוקבה מבוססת-אוכלוסייה (1999-2004), עם מעקב אחר תאריכי וסיבות התמותה עד למרץ 2022. רישום לא-נאות זוהה על-ידי הגרסאות מ-2023 של קריטריוני בירס וקריטריוני STOPP / START (Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). מודלים של קוקס ושל סיכונים מתחרים בחנו את הקשר בין רישום לא-נאות של תרופות לבין הסיכון לתמותה כוללת ולתמותה שאינה-מסרטן, בהתאמה, תוך תקנון למאפיינים סוציו-דמוגרפיים, גנטיים, התנהגותיים ובריאותיים.

ממצאים:

בעוקבת המחקר (גיל ממוצע 7.4 ± 7.2 שנים, 53% נשים) רוב המשתתפים (81.2%) היו חשופים לרישום לא-נאות, כשל-59.9% נמצאה לפחות תרופה לא-נאותה אחת ול-59.3% נמצאה השמטה של לפחות תרופה נחוצה-קלינית אחת. בניית הרב-משתני נקשרה באופן מובהק חשיפה לשתי תרופות לא-נאות או יותר עם סיכון מוגבר פי 1.4 לתמותה שאינה מסרטן. השמטה של שתי תרופות נחוצות או יותר נקשרה עם סיכון כפול. בנוגע לתמותה כוללת, השמטה של שתי תרופות נחוצות או יותר נקשרה עם סיכון מוגבר (HR=1.84, 95% רב"ס: 1.24-2.72), כאשר קשרים אילו היו חזקים יותר בגברים מאשר בנשים (P-עבור-אינטראקציה=0.012). ההשפעות השליליות של שימוש בתרופות לא-נאותות היו חזקות יותר בקרב הקשישים שהיו יחסית בריאים לעומת אילו שדיווחו על מצב בריאותי ירוד בתחילת המחקר (P-עבור-אינטראקציה=0.03).

מסקנות והמלצות:

הן רישום של תרופות לא-נאותות והן תת-רישום של תרופות נחוצות נקשרו עם סיכון מוגבר לתמותה. ממצאי המחקר מצביעים על הצורך בביצוע סקירות תקופתיות של תרופות גם בקרב קשישים יחסית בריאים ועצמאיים, ובנוסף, בביצוע התאמות לפי-מין של ההנחיות לשימוש מושכל בתרופות בקשישים. יש צורך לפתח מערכות תומכות-החלטה יעילות יותר שיסייעו לרופאים לזהות ולתקן רישום לא-נאות באוכלוסייה רגישה זו.

משקל עודף והשמנת יתר בקרב מתבגרים ישראלים והסיכוי לתחלואה משמעותית בבגרות המוקדמת - מחקר עוקבה לאומי

נעמי פליס-איסקוב, גלעד טוויג, יאיר זלוף ז"ל

מרכז רפואי שיבא

רקע:

הימצאות השמנת יתר ומשקל עודף נמצאת בעליה מתמדת בשנים האחרונות, וחוצה את קו רבע מהילדים ובני הנוער במדינות מערביות. השמנת יתר בגילאים אלו טומנת בחובה סיכון מוגבר למגוון מחלות כרוניות שעלולות לגרום נכות ופגיעה תפקודית בהמשך החיים הבוגרים. בניגוד לכך, ההשפעות קצרות הטווח של השמנת יתר בקרב מתבגרים טרם מבוססות מחקרית, ודווקא תחלואה בטווח גילאים זה, בעיקר אם גוררת מגבלה תפקודית, בעלת פוטנציאל להשלכות חברתיות, כלכליות, ביטחוניות ובריאותיות משמעותיות.

מטרות:

מטרת המחקר הייתה להעריך את הקשר בין מדד מסת הגוף במתבגרים לבין היארעות תחלואה משמעותית לפני גיל 25.

שיטות מחקר:

מחקר עוקבה לאומי זה כלל מתבגרים ישראלים מועמדים לגיוס, בני 17-21 שנים בין השנים 1996 ל-2017, שנמצאו מתאימים לשירות צבאי לאחר שעברו הערכה רפואית מקיפה הכוללת מדידה של גובה ומשקל (ומתוך כך חישוב מדד מסת הגוף וחלוקה לקבוצות), מעבר על היסטוריה רפואית והתייעצות עם רפואת מומחים במידת הצורך. התוצאה המרכזי הוגדר כתחלואה משמעותית (מלבד השמנת היתר) שגרמה לפסילה רפואית משירות החובה. אחר המשתתפים בוצע מעקב מההערכה טרום הגיוס ועד ההשלמה של שירות צבאי (שנתיים לנשים ו-3 שנים לגברים) או ההפסקה שלו בעקבות תחלואה משמעותית.

ממצאים:

המחקר כלל 1,118,653 מועמדים לגיוס (56% גברים), שמתוכם תועדו 23,347 מקרי תחלואה חמורה שגררה הפסקה של השירות הצבאי לאורך מעקב של 2,534,873 שנות אדם. היארעות התחלואה עלתה לאורך העלייה בקבוצות מדד מסת הגוף בשני המינים. בקרב גברים, יחס הסיכונים (Hazard ratio) המתוקנן למשתנים סוציו דמוגרפיים שונים היה: 1.21 (1.16-1.27), 1.39 (1.32-1.47), 2.82 (2.60-3.06) ו-5.14 (4.37-6.04) בקבוצת המשקל העודף, השמנת יתר דרגה I, II ו-III בהתאמה, בהשוואה לאלו בעלי משקל תקין. בקרב נשים נראתה מגמה דומה עם יחס סיכונים של 1.27 (1.17-1.37), 1.63 (1.45-1.82), 4.00 (3.46-4.61) ו-7.30 (5.65-9.43), בהתאמה. התוצאות נשארו דומות במגוון ניתוחי רגישות שהוגבלו למשתתפים ללא תחלואת רקע נוספת במעמד הגיוס או בקרב אלו המשרתים ביחידה לא קרבית שניתן להקבילה לסביבת עבודה משרדית, ובכך להכליל את התוצאות לסביבות אזרחיות נוספות שאינן צבאיות.

בנוסף, המגמות היו דומות גם כאשר נבחנו רק מחלות אשר בסבירות גבוהה צפויות לזכות בהכרה בקצבת נכות מהביטוח הלאומי לאחר השחרור. בבחינת משפחות המחלות נמצא כי הנפוצה ביותר הייתה קבוצת המחלות האנדוקריניות והמטבוליות (ובתוכן סוכרת), מחלות כלי דם, מערכת העיכול, מערכת העצבים ומחלות עיניות. מוערך כי ה-*population attributable fraction* לתחלואה משמעותית בשירות המיוחסת לעודף משקל והשמנה עמד בקרב גברים על 11% (95% CI 6.1-16.4) ועל 9% (95% CI 5.0-15.6) בקרב נשים.

מסקנות והמלצות:

השמנת יתר בקרב מתבגרים, גם כאלו המוגדרים בריאים ללא תחלואת רקע נוספת, קשורה בסיכון מוגבר לתחלואה משמעותית לפני גיל 25. ההכרה בהשמנת יתר במתבגרים כמנבאת תחלואה ופגיעה תפקודית כבר בבגרות הצעירה וכבעלת השלכות קצרות וארוכות טווח, מדגישה את חשיבות תשומת הלב והקצאת המשאבים לטיפול ומניעה במגיפה זו. המשך העלייה בהיארעות ההשמנה עלולה להחמיר את הפגיעה בכשירות הרפואית של חיילי ולוחמי צה"ל.

(Lancet Diabetes Endocrinol. 2025 Feb;13(2):97-106)

כשמעריכים - מצילים: השפעת הערכה גריאטרית טרום-ניתוח על תמותה ושימוש בשירותי בריאות

רעות רון¹, הדר גולדשטיין¹, טל פטלון^{2,3}, זוריאן רדומיסלסקי³

1 בית חולים אסותא

2 אוניברסיטת רייכמן, הרצליה

3 מכבי שירותי בריאות

רקע:

קשישים המועמדים לניתוח גדול נמצאים בסיכון מוגבר לסיבוכים, ירידה תפקודית ותמותה. הערכה גריאטרית טרום-ניתוח עשויה לזהות שבריריות, להפחית סיבוכים ולשפר תוצאים. באסותא מבוצעת הערכה גריאטרית מלאה למטופלים המיועדים לניתוח גדול, על ידי אחות גריאטרית. חלק מהמועמדים לניתוח עוברים הערכות גריאטריות או גישה הוליסטית גריאטרית על ידי צוות רפואה ראשונית בקהילה.

מטרות:

לבחון תרומת ההערכה הגריאטרית בבית החולים לשיפור שבריריות ותוצאים לאחר ניתוחים גדולים.

שיטות מחקר:

מחקר מקרה-ביקורת רטרוספקטיבי (2019-2023).

קבוצת ההתערבות - 191 מבוטחי מכבי בני 65 ומעלה שעברו הערכה גריאטרית מלאה טרם ניתוח גדול באסותא קבוצת הביקורת (N=2,859) - מבוטחי מכבי שעברו ניתוחים זהים באסותא ללא הערכה גריאטרית או בבתי חולים אחרים. בוצע זיווג קבוצתי לסוג ניתוח, מין, גיל ודירוג סוציו-אקונומי. בניית הסופי נכללו ניתוחי החלפת ירך, החלפת ברך ותיקון בקע. קבוצת הביקורת חולקה לארבע תתי-קבוצות לחשיפה קודמת לשירות גריאטרי בקהילה: 1) הערכה גריאטרית מלאה בקהילה, 2) ביקור גריאטר, 3) ריוויזיית תרופות/ייעוץ רוקחי/ביקור זהב", 4) ללא התערבות גריאטרית.

ממצאים:

נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית וקלינית בין הקבוצות:

- ◆ תמותה שנה לאחר ניתוח נמוכה משמעותית בהתערבות בהשוואה לביקורת 1-3.
- ◆ כניסה לבית אבות ב-180 יום לאחר הניתוח נמוכה משמעותית בהתערבות (0%) לעומת ביקורת 1 (8.33%) - הבדל מובהק גם לאחר שנה.
- ◆ שירותי טיפולי בית ב-30 יום מהניתוח: 0% בהתערבות לעומת 2.87% בביקורת 1; ב-180 יום - 0% לעומת 8.3%, 7.5%, ו-2.9% (ביקורת 1,2,4 בהתאמה).
- ◆ הגעה למלר"ד תוך 30 יום מהניתוח: 15.2% בלבד בהתערבות לעומת 57.8%, 59.6%, ו-31.8% (ביקורת 1,2,4 בהתאמה).
- ◆ ביקור רופא משפחה תוך 30 יום: 84.8% בהתערבות לעומת 67%-74% בביקורת (למעט 3).
- ◆ מעקב גריאטרי תוך שנה: 12% בקבוצת ההתערבות לעומת 39.9%, 34.2%, ו-7.0% (ביקורת 1,2,4 בהתאמה)

מסקנות והמלצות:

הערכה גריאטרית טרום-ניתוח נמצאה קשורה לתוצאים טובים יותר, גם בהשוואה למטופלים דומים ללא התערבות גריאטרית, וגם לאלו שקיבלו שירות גריאטרי חלקי בקהילה. הערכה גריאטרית מלאה טרום-ניתוח קשורה לירידה בתמותה, שיפור השימוש בשירותים רפואיים ובמדדי שבריריות לאחר ניתוחים גדולים. מומלץ לשלב הערכה זו באופן שגרתי טרם ניתוחים בקשישים במערכת הבריאות.

תפיסת הבריאות כמתווכת בין רמת השבריריות לבין איכות חיים בגיל המבוגר

פביאן הרשקוביץ סיקרון¹, רוני שנקר², גלית סגל¹, ישי קום¹, אורית שחר², עידית וולף¹, אחינועם בן עקיבא מליניאק²

1 קופת חולים מאוחדת

2 ג'וינט אשל

רקע:

הספרות מצביעה על קורלציה שלילית בין שבריריות ואיכות חיים בקרב אוכלוסייה מבוגרת. עם זאת, קשר זה עשוי להיות מושפע מהטיות מתודולוגיות כגון מדידת שבריריות המבוססת על דיווח עצמי. המחקר הנוכחי בוחן את הקשר בין שבריריות המבוססת על נתוני התיק הרפואי לבין איכות חיים מדווחת, ותפקידה של תפיסת הבריאות הסובייקטיבית כגורם מתווך.

מטרות:

1. לאפיין את הקשר בין שבריריות אובייקטיבית לבין איכות חיים סובייקטיבית באוכלוסייה המבוגרת, ולבחון את תפקידה של תפיסת הבריאות כמנגנון מתווך בקשר זה.
2. לזהות נושאים מרכזיים המשפיעים על תפיסת הבריאות ועל איכות חיים כבסיס להתערבות.

שיטות מחקר:

ננקטה גישה מחקרית משולבת הכוללת מרכיבים כמותיים ואיכותניים:

- ◆ סקר אינטרנטי להערכת איכות חיים (CASP-12) הופץ בקרב 10,000 מבוגרים בני 65+, ושילוב נתוני הסקר עם מדד שבריריות אלקטרוני (Electronic Frailty Index).
- ◆ ביצוע 30 ראיונות טלפוניים עם משתתפים שבריריים להעמקת המשמעות של איכות חיים בעיניהם.

ממצאים:

אוכלוסיית המחקר כללה 1,340 משתתפים (שיעור היענות 13.4%), מתוכם 50% נשים, חציון גיל 76 שנים, ו-16% מעל גיל 85. למרות ששיעור גבוה (76%) מהמשתתפים סווגו ברמות שבריריות גבוהות, רק 23% דיווחו על איכות חיים נמוכה.

ניתוחי הקשרים הצביעו על:

- ◆ קורלציה חלשה בין שבריריות אובייקטיבית לבין איכות חיים מדווחת לצד קורלציה חזקה בין תפיסת בריאות סובייקטיבית לבין איכות חיים.
- ◆ תפיסת הבריאות מתווכת באופן מלא את הקשר בין שבריריות לאיכות חיים.
- ◆ הממצאים האיכותניים הדגישו את חשיבותם של גישה חיובית, קשרים חברתיים, ופעילות משמעותית כחלק מהגורמים המשפיעים על איכות החיים.

מסקנות והמלצות:

ממצאי המחקר מדגישים כי תפיסת הבריאות הסובייקטיבית משפיעה יותר על איכות החיים בקרב מבוגרים מאשר מצב השבריריות האובייקטיבי. הבנה זו מצביעה על הצורך לפתח ולהטמיע אסטרטגיות התערבות בגישה טיפולית הוליסטית הכוללת מרכיבים של:

- ◆ שינוי קוגניטיבי בתפיסת המחלה וחיזוק חוסן נפשי.
- ◆ טיפוח משמעות אישית ותכלית.
- ◆ העמקת קשרים חברתיים ומערכות תמיכה

מעקב אחר המשך בירור בקרב נבדקות עם ממצא חריג בהדמיית שד

אנה רוזנבלום, אביבה בן ברוך, עדנה בר-רצון, הדס פולצק, אורלי פלוצק, נאוה זיגלמן, לירז בן לולו

מכבי שירותי בריאות

רקע:

בישראל סרטן השד הינו השכיח מכלל הגידולים בנשים ואחראי ל-32% ממקרי הממאירות. מידי שנה מאובחנות כ-5400 נשים עם ממאירות שד, מתוכן 12% עם סרטן שד לא פולשני Ductal carcinoma in situ (DCIS). ישראל נמצאת במקום ה-26 בעולם מבחינת שיעורי ההיארעות, וכמו כן מתאפיינת בשיעורי תמותה נמוכים - במקום ה-69 במדינות המדווחות ל-World Health Organization. מחקרים מהעולם, מראים שכ-15-30% מהנשים שמקבלות תוצאת ממוגרפיה חריגה לא משלימות את הבירור המומלץ.

מטרות:

הורדת שיעור הנבדקות ללא המשך בירור לאחר קבלת ממצא בעל סיכון בממוגרפיה או סוגר שד.

שיטות מחקר:

צוות מחוזי רב מקצועי שכלל נציגי רפואה, סיעוד וקידום בריאות ומידע, הפיק דו"ח תקופתי של נבדקות בעלות ממצא חריג בהדמיה, בין החודשים יולי 2023 עד דצמבר 2024. אוכלוסיית הנבדקות כללה 1,586 נשים עד גיל 75 מתוכן 118 נשים עם ממצא מדרגת 4 BiRADS ומעלה, ללא המשך בירור מתועד תוך חודשיים מההדמיה בהתפלגות:

- ♦ סירוב לבצע המשך בירור (n=4/118, 3%).
- ♦ ביצוע המשך בירור שתוצאתו תקינה (או שאינה דורשת המשך בירור רקמתי) שלא תועד במערכות (n=35/118, 30%).
- ♦ החלטה על המשך מעקב שגרתי ע"י רופא כירורג או רדיולוג (n=14/118, 12%).
- ♦ נבדקות ללא המשך בירור - ללא סיבה מתועדת (n=65/118, 55%).

הצוות המחוזי פנה לרופא המפנה ולנבדקות בהתאם לצורך תוך מתן הסבר על חשיבות המשך הבירור.

ממצאים:

אותרו 65 נבדקות ללא תיעוד להמשך בירור (55%), כעבור 3 חודשי התערבות, צומצם מספר הנבדקות ללא המשך בירור ל-16 נבדקות (14%). שיעור הנבדקות שביצעו המשך בירור שתוצאתו תקינה עלה ל-53% (n=62/118). שלוש נבדקות ללא תיעוד להמשך בירור אובחנו עם ממאירות שד.

מסקנות והמלצות:

פנייה לרופאים ולנבדקות הובילה לעלייה של 86% בשיעור המשך הבירור בקרב נבדקות עם ממצא בעל סיכון, ולאבחון מוקדם יותר של נבדקות עם סרטן שד פעיל. ממצאים אלו מדגישים את חשיבות ההתערבות הממוקדת להקטנת הסיכון לאבחון מאוחר של סרטן השד. מומלץ:

- ♦ המשך איתור תקופתי של מקרים בעלי סיכון גבוה לממאירות שד ופניה לרופאים ולנבדקות במידת הצורך.
- ♦ בדיקת היתכנות שליחת תזכורות אוטומטיות לנבדקות לביצוע המשך בירור.
- ♦ בדיקת היתכנות להתרעה לרופא על הפניה לביופסיה שלא מומשה.

היפוך בסיכון לתמותה מיידית ובשנה הראשונה בהשוואה לסיכון לאורך 10 השנים הבאות בנשים לעומת גברים - מחקר עוקבה היסטורי

רחלי דנקר¹, נירית אגאי¹, ארנונה זיו¹, דן גרינברג²

1 מכון גרטנר

2 או"ב-גוריון בנגב

רקע:

שבץ-מוחי הינו אירוע חד וסוער עם פרוגנוזה שתלויה בסוג השבץ. לפי נתוני הרישום הלאומי לשבץ כ-40% מהמטופלים עם דימום מוחי, כ-20% עם שבץ איסכמי וכ-5% עם אירוע חולף (TIA) לא ישרדו בחלוף השנה הראשונה לאחר האירוע.

מטרות:

לבחון את ההבדלים בין נשים לגברים בהישרדות לאחר שבץ מוחי.

שיטות מחקר:

נכללו 101,099 נפגעי שבץ מוחי, מבוטחי כללית ומכבי, אשר חוו שבץ בין השנים 2008 עד 2017 ונמצאו במעקב ממועד השבץ ועד מועד הפטירה או סוף המעקב, עם זמן מעקב מירבי של 10 שנים (סה"כ 356,715 שנות אדם במעקב).

ממצאים:

53% מהעוקבה הם גברים (גיל ממוצע $\pm 13.970.4$ שנים), ו-47% נשים (גיל ממוצע $\pm 14.374.6$ שנים). 38% מהנשים ו-74% מהגברים היו נשואים, ואילו 47% מהנשים ו-11% מהגברים אלמונים. 76.3% הם מקרי שבץ איסכמי ו-10.2% שבץ המורגי, 6.3% TIA וסוג השבץ לא היה ידוע בקרב 7.2%. סה"כ נפטרו 23% מהחולים בתוך שנה מהאירוע, כאשר התמותה בשנה זו בקרב הנשים עומדת על 26% ובקרב הגברים על 20%. עקומות ההישרדות ע"ש קפלן-מאייר מדגימים כי הפער בין הגברים לנשים מתרחש בחודש הראשון שלאחר השבץ, כלומר, התמותה המיידית בקרב הנשים גבוהה באופן ניכר מאשר בקרב הגברים. לאחר מכן, העקומות מקבילות, כלומר קצב התמותה בהמשך דומה בין המינים.

במודל רב משתני, בתקנון לגיל, מוצא אתני, מצב משפחתי, סוג השבץ, רמה חברתית-כלכלית, וקופת החולים, נשים הן בסיכון עודף לתמותה ב-7 וב-30 הימים הראשונים שלאחר השבץ עם תוספת סיכון של כ-10% בהשוואה לגברים. כעבור שנה מהשבץ גברים הם בסיכון עודף ב-10% לתמותה לעומת הנשים, ולאורך המעקב כולו (להוציא 30 יום ראשונים מהשבץ) הם בסיכון עודף כולל של 18%.

מסקנות והמלצות:

נשים הן בסיכון עודף לתמותה קצרת טווח, יתכן עקב מהירות ואופן ההגעה לבית החולים עם קרות השבץ, ובהבדלים באופי ואיכות הטיפול בהגיען לבית החולים. כך גם אלמנות ומי שאינם נשואים הם בסיכון עודף לתמותה. יתכן שחולים אלה מגיעים מאוחר יותר לבית-החולים ומקבלים טיפול תומך לאורך הזמן שהוא פחות טוב בהשוואה לחבריהם הנשואים.

דרדור ברמת השבריריות - מי בסיכון מוגבר ולמה?

גלית סגל¹, פביאן הרשקוביץ¹, רוני שנקר², אחינעם בן עקיבא מליניאק², עידית וולף¹, ישי קום¹, אורית שחר²

1 קופת חולים מאוחדת

2 ג'וינט אשל

רקע:

שבריריות (frailty) מקובלת כסמן מרכזי למצב הבריאות והתפקוד באוכלוסייה המבוגרת. שבריריות גבוהה מקושרת לשיעור מוגבר של אשפוז, מיסוד ותמותה. ב"מאוחדת", בשיתוף עם ג'וינט אשל ומשרד הבריאות, פותח מדד שבריריות אלקטרוני המבוסס על ה-*Electronic Frailty Index* הבריטי. המדד סוקר ומעריך 36 ליקויים המופקים מהרשומה הרפואית הממוחשבת, ומשלב היבטים רפואיים (מחלות כרוניות כגון סוכרת), תפקודיים (למשל קשיי ניידות), וחברתיים (כגון שורדי שואה). דרדור במדד השבריריות מוגדר כהחמרה בדרגת השבריריות במהלך שנה.

מטרות:

זיהוי תת אוכלוסיות וליקויים מרכזיים הקשורים לסיכון לדרדור במדד השבריריות תוך שנה, כבסיס אפשרי להתערבות לדחיקת הדרדור.

שיטות מחקר:

מחקר אורך פרספקטיבי, אשר עקב אחר כלל מבטחי קופת חולים מאוחדת בני 65 ומעלה (N=120,000) במשך שנה. מדד השבריריות האלקטרוני חושב בינואר 2023 וינואר 2024, וקוטלג לארבע רמות על פי הסטנדרט הבריטי: איתן (Fit), קדם-שברירי (Pre-frail), שברירי (Frail) ומורכב (Complex) התדרדרות הוגדרה כמעבר לדרגת שבריריות חמורה יותר בתום שנת המעקב. בוצע ניתוח רב-משתני באמצעות רגרסיה לוגיסטית לזיהוי גורמי סיכון להתדרדרות, תוך תקנון למשתנים דמוגרפיים וקליניים.

ממצאים:

בתחילת העוקבה התפלגות האוכלוסייה בקטגוריות השבריריות הייתה: איתנים 38%, קדם-שבריריים 41%, שבריריים 16% ומורכבים 5%. כעבור שנה 13.3% התדרדרו, מתוכם 2.3% נפטרו. תתי האוכלוסייה שזוהו בסיכון מוגבר להתדרדרות כללו גיל מבוגר, מצב חברתי-כלכלי נמוך, השתייכות לחברה הערבית, ריבוי מחלות כרוניות ורמת שבריריות התחלתית דרגה שלישית - שברירי. הליקויים המרכזיים שנמצאו קשורים לסיכון לדרדור כללו בין השאר: קשיים בהליכה, ליקויי שמיעה, סרקופניה, אנמיה ועוד. מעניין לציין כי אותם הליקויים שאפיינו דרדור בכלל האוכלוסייה, אפיינו גם כל קבוצת שבריריות התחלתית בנפרד.

מסקנות והמלצות:

זיהוי האוכלוסייה בסיכון להתדרדרות, מאפשר לנו כארגון בריאות למקד משאבים בהתערבויות יזומות מושכלות. על אף ששכיחותן של מחלות כרוניות גבוהה, הן מופיעות בדרך כלל לפני גיל 65 ולכן אינן בולטות מבין הליקויים שזוהו כגורם מדרדר. לעומת זאת, בעיות הקשורות לתפקוד או למצבים חברתיים אחרים הן אלו שבלטו כמהוות סיכון מרכזי לדרדור.

המלצות: הטמעת מודעות בקרב צוותים רפואיים לגורמי הסיכון להתדרדרות במצב השבריריות, הן מבחינת מאפייני אוכלוסייה והן מבחינת הליקויים הבולטים.

הבניית תוכניות התערבות יזומות המותאמות לאוכלוסיות היעד ולליקויים שפורטו.

היענות לחיסונים נדרשים בקרב גברים שנוטלים טיפול מונע להדבקה ב-HIV לפני חשיפה - PrEP

שירלי שפירא בן דוד, נועם אוריבייטו, בר כהן, דניאלה רחמים כהן, לימור אדלר

מכבי שירותי בריאות

רקע:

טיפול מונע להדבקה ב-HIV לפני חשיפה - PrEP ידוע כמונע הדבקה ב-HIV מזה מספר שנים. הטיפול ניתן באופן יומיומי, ומאושר בישראל משנת 2017. מטופלים הנוטלים PrEP נמצאים בסיכון גבוה להדבקה במחלות המועברות בדרכי המין, חלקם ניתנות למניעה על ידי חיסונים.

מטרות:

הערכת שיעורי ההתחסנות וזיהוי גורמים המשפיעים על היענות לחיסונים בקרב משתמשי PrEP בישראל.

שיטות מחקר:

מחקר עוקבה רטרוספקטיבי בקרב מטופלים שרכשו טיפול תרופתי ב-PrEP במכבי שירותי בריאות, קופת החולים השניה בגודלה בישראל בשנת 2023. נאספו נתונים דמוגרפיים, היענות לשימוש ב-PrEP, מחלות מין, התמחות הרופא/ה הרושמת את הטיפול, והיענות לחיסונים כנגד הפטיסיס A/B, אבעבועות הקוף, נגיף הפפילומה, ושפעת. בוצעו ניתוחים תיאוריים ורב-משתניים לזיהוי גורמים הקשורים להיענות לחיסונים.

ממצאים:

בשנת 2023, 2,668 מטופלים רכשו לפחות מרשם אחד ל-PrEP, עם גיל חציוני של 36 (טווח 18-86). ל-1043 (39.1%) אובחנה מחלת מין אחת או יותר, ו-1,222 מטופלים (45.9%) הראו היענות גבוהה ל-PrEP (מעל 80%). שיעורי ההתחסנות היו: 60.9% להפטיסיס A, 58.2% להפטיסיס B, 22.4% לאבעבועות הקוף, 27.7% לנגיף הפפילומה, ו-27.6% לשפעת. היענות גבוהה לטיפול ב-PrEP הייתה המנבא החזק ביותר להתחסנות נגד הפטיסיס A, B ואבעבועות הקוף (יחס סיכויים OR = 1.97, רווח בר סמך 95% = 1.57-2.57, $p < 0.001$) וכן לנגיף הפפילומה (OR = 1.68, 95% CI = 1.37-2.06, $p < 0.001$). גם מטופלים שקיבלו את הטיפול על ידי רופאי משפחה נמצאו כמנבאים משמעותיים להתחסנות ($p < 0.001$).

מסקנות והמלצות:

ההיענות לחיסונים בקרב משתמשי PrEP אינה אופטימלית. היענות גבוהה ל-PrEP ומתן מרשמים על ידי רופאי משפחה מנבאים התחסנות, מה שמדגיש את הצורך בהתערבויות ממוקדות לשיפור שיעורי ההתחסנות.

השפעת הפסקת שימוש בפנטניל על שימוש בתרופות לשיכוך כאב ותוצאי בריאות

יעל וולף שגיא, אורן מירון, איליה בורוכוב, ויסאם אבו-אחמד, ראובן דרסלר, מרק לוי, גיל לביא

שירותי בריאות כללית

רקע:

מערכות בריאות בעולם מתמודדות עם השלכות שימוש שאינו נחוץ בפנטניל, אשר קשור עם סיכון מוגבר להתמכרות ולפגיעה בבריאות. בשלוש השנים האחרונות הכללית החילה דרישה לאישור מקדים בכל רישום פנטניל בקהילה, תחילה לרישום ראשוני (יולי 2022) ובהמשך אף לרישום מתמשך (ינואר 2023). עקב כך, פחת רישום פנטניל ראשוני בכ-80% מאז שנת 2022 ועד היום. בנוסף, סך צריכת האופיואידים במונחי OME חודשי לנפש מעל גיל 18 ירדה בכללית בהתמדה, ובשנת 2024 היתה נמוכה ב-28% בהשוואה לשנת 2022.

מטרות:

להעריך ברמת המטופל את ההשפעות של הפסקת שימוש בפנטניל בקהילה במטופלים ללא אבחנה אונקולוגית (בהמשך לדרישה לאישור מקדים) עפ"י סך השימוש באופיואידים (MME), שימוש בתרופות משככות כאב אחרות ותוצאי בריאות (פניות למלר"ד, אשפוזים ותמותה מכל סיבה).

שיטות מחקר:

במחקר רטרוספקטיבי זה נכללו נתוניהם של מבוטחי הכללית ללא אבחנה אונקולוגית שקיבלו פנטניל בקהילה במהלך לפחות 3 מתוך 6 החודשים שקדמו לינואר 2023. אלה חולקו למפסיקי וממשיכי פנטניל, בהתאם לניפוקים ב-3 חודשים שלאחר מכן. תוצאי שתי הקבוצות נבחנו בשנה שלפני ובשנה שאחרי החלת הדרישה לאישור מקדים, בגישה של difference in difference.

ממצאים:

מבין 2,488 מטופלים שקיבלו פנטניל באופן רציף לפני ינואר 2023, 539 (22%) הפסיקו להשתמש בפנטניל ו-1,949 (78%) המשיכו. מטופלים שהפסיקו להשתמש בפנטניל חוו ירידה של 91% בשימוש הכולל באופיואידים (MME) מ-505 ל-43 MME יומי, ועלייה בשימוש בפרנורפין מ-0.035 ל-0.439 חודשים לשנה. חרף מגמת עליה קלה, לא נמצאו שינויים מובהקים סטטיסטית בשימוש בתרופות משככות כאבים אחרות, ביקורים בחדרי מיון, אשפוזים דחופים או תמותה בשנה שלאחר ההפסקה.

מסקנות והמלצות:

הממצאים מצביעים על כך, שדרישת אישור מקדים להמשך שימוש בפנטניל בקהילה עשויה לסייע בהפחתת השימוש באופיואידים ללא גרימת תוצאות בריאותיות שליליות אחרות.

בדיקת השפעת תוצאי ייעוץ תרופתי רוקחי לאוכלוסיית מטופלים עם פוליפארמסי

אביבה בן ברוך¹, תמר ריטה¹, ענבל יפרח דמארי¹, קרן דופלט², עדנה בר-רצון¹

1 מכבי שירותי בריאות

2 המכללה האקדמית אשקלון

רקע:

ריבוי תרופות מהווה אתגר מרכזי בניהול איכות הטיפול. ריבוי תרופות מגביר את הסיכון לאירועים תרופתיים שליליים, טעויות ברישום, סיבוכים רפואיים וחוסר היענות לטיפול. לטיפול מרובה תרופות במערכת הבריאות השלכות קליניות וכלכליות נרחבות.

מטרות:

בחינת השפעת הייעוץ רוקחי וירטואלי לרופא המטפל, על תוצאי בריאות, שימוש בתרופות ומשאבי בריאות בקרב מטופלים עם פוליפארמסי.

שיטות מחקר:

נבחרו מטופלים בגילאי 65 ומעלה הסובלים מאי ספיקת כליות ונמצאים ברשם פוליפארמסי. הוחרגו מטופלים ברשמי מחלות קשות. בוצעה חלוקה לשתי קבוצות:

1. אוכלוסייה שעבורה בוצע ייעוץ תרופתי וירטואלי לרופא על ידי רוקח קליני בשנת 2022, אשר כללה 1226 מטופלים.
2. אוכלוסיית ביקורת עם מאפיינים דומים מבחינת הגיל והמין שעבורם לא ניתן ייעוץ תרופתי לרופא, אשר כללה 4,898 מטופלים.
3. בוצע מחקר רטרוספקטיבי בהיבטי תוצאים רפואיים, שינויים ברישום התרופות ושימוש בשירותי בריאות תוך שימוש ב-Wilcoxon rank test.

ממצאים:

בריאות תוך שימוש ב-Wilcoxon rank test בקרב המטופלים שעברו ייעוץ רוקחי נמצא:

- ◆ היקף השינויים בטיפול התרופתי גדול יותר בקרב קבוצת ההתערבות.
- ◆ היקף ההפחתה במספר התרופות גדול באופן מובהק סטטיסטית בקבוצת ההתערבות 4.34 לעומת 3.43. ($p\text{-value} < 0.001$).
- ◆ ירידה מובהקת בסיכון לשבר צוואר ירך בקבוצת המטופלים לאחר ההתערבות ($p\text{-value} < 0.001$).
- ◆ ירידה מובהקת בסיכון לנפילות בקבוצת המטופלים לאחר ההתערבות ($p\text{-value} < 0.001$).
- ◆ הפחתה בשימוש בשירותי בריאות, ביקורים אצל מטפלים ממקצועות הבריאות מ-12 ל-10 בשנה ובקרב רופאי משפחה מ-23 ל-17 בשנה.

מסקנות והמלצות:

ייעוץ הניתן על ידי רוקחים קליניים לרופאים המטפלים הוכח כהתערבות המובילה לשיפור משמעותי בניהול בטיחות הטיפול התרופתי ובתוצאי בריאות. ההתערבות מסייעת באופטימיזציה של הטיפול התרופתי, צמצום סיבוכים קליניים וחסכון במשאבי מערכת הבריאות. שילוב יזום של רוקחים קליניים בתהליכי ניהול הטיפול התרופתי מהווה כלי מרכזי לקידום רפואה מונעת ואיכותית ועל כן יורחב.

תכנון רופאים במערכת הבריאות: השפעה חזיה של הגדלת מספר הרופאים ומשמעויות מדיניות

רייצ'ל ברנר שלם, יפעת עירשי בס, איילת גרינבאום-אריזון

משרד הבריאות

רקע:

ישראל מתמודדת עם מחסור ברופאים שמשפיע בעיקר על הפריפריה ועל מקצועות התמחות מסוימים. בשנים הקרובות מחסור זה יגדל בעקבות רפורמת יציב, בעוד גידול האוכלוסייה והזדקנותה יגדילו את הביקוש לשירותי רפואה. כדי להתמודד עם המחסור הפעיל המשרד, בשותפות המל"ג, מגוון פעולות ברמה הלאומית ובפרט בנגב ובגליל, ביניהן: עידוד הפקולטות להרחבת המסלולים הקיימים והקמת מסלולים חדשים, הקמת פקולטות חדשות, ביטול המסלולים לסטודנטים זרים, הסדרת ההכשרה הקלינית בביה"ח, עידוד הכשרה קלינית בקהילה ועוד.

מטרות:

מטרת מחקר זה היא לחזות את מספר הרופאים הצפוי לאור הפעלת המדיניות, כתשתית להמשך תכנון מדיניות ולצורך בחינת האפקטיביות של מדיניות המשרד.

שיטות מחקר:

חיזוי הרופאים לפי מודל שפותח במשרד ומבוסס על שילוב מקורות מידע: (1) הערכת היצע הרופאים באמצעות תחזית בוגרי ישראל, בוגרי חו"ל ועולים חדשים על פי נתוני מל"ג-ות"ת, נתוני משרד הקליטה ואיסוף נתונים עצמאי; כמו כן שימוש באומדני למ"ס בנוגע לפרישה מהמקצוע בכל גיל והתמחות; (2) בחינת הביקושים לשירותי בריאות ע"פ אומדני למ"ס לגידול האוכלוסייה והזדקנותה; (3) נתוני OECD לצורך בנצ'מארק בינלאומי.

ממצאים:

2025 צפויה להיות שנת שיא במספר הרופאים החדשים (כ-2,900), 32.6% מהם של בוגרי פקולטות פסולות. בשנת 2026 תיכנס לתוקף רפורמת יציב שתקטין משמעותית את מספר בוגרי הפקולטות הפסולות עד לאפס בתוך כשנתיים.

במקביל, צפוי לגדול מספר העולים ומספר בוגרי הארץ בעקבות פעולות המשרד, ועליה קלה בבוגרי פקולטות מאושרות בחו"ל, עקב COMPENSATION של כ-15% שיעברו מפקולטות פסולות למאושרות. שנת 2034 צפוי לגדול בהדרגה מספר הרופאים החדשים עד כ-3,000 רופאים. כך שישראל צפויה להגיע לשיעור הרופאים לנפש הממוצע ב-OECD, לראשונה מזה עשורים.

מסקנות והמלצות:

הממצאים מצביעים על כך שבשנים 2026-2028 נדרש מענה מהיר ואפקטיבי מצד המשרד. שכן בהן השפעות רפורמת יציב יורגשו מבלי שזרם הרופאים הכללי יהיה גבוה מספיק בשביל לפצות על כך. בנוסף, נדרש תכנון כח אדם במקצועות שונים, כדי למנוע מחסור במקצועות פחות מבוקשים מצד רופאים. הפעולות הללו נמצאות בתהליך תכנון במשרד, תוך התייעצות רחבה עם גורמים שונים במערכת.

מאמני חוסן: סיכום השנה הראשונה של גישה חדשה להתערבות מרובדת בבריאות הנפש הציבורית בישראל - יעילות ושיעור רצון

עידו לוריא¹, שלמה מנדלוביץ'¹, רינת ידידיה¹, מלאני שלמוביץ'², גיל לביא³, יעל וולף-שגיא³, נירית איתן כהן³

1 מרכז לבריאות הנפש שלוותה

2 אונ' חיפה

3 שירותי בריאות כללית

רקע:

מערכת בריאות הנפש (ברה"ן) הציבורית בישראל סובלת ממחסור בכוח אדם ועלייה בביקוש, שהחריפו בעקבות מגפת הקורונה ואירועי ה-7 באוקטובר 2023 והמלחמה. מאמני חוסן הם אנשי מקצוע טיפולי, המעניקים תמיכה נפשית. כחלק מהניסיון לשפר נגישות לסיוע נפשי, 79 מאמני חוסן, בעלי תואר ראשון בפסיכולוגיה או עבודה סוציאלית, הוכשרו וגויסו לשירותי בריאות "כללית", החל מינואר 2024. ההתערבות מבוססת על מודלות קצרות וממוקדות. מודל מרובד זה לא שולב בעבר במערך ברה"ן בישראל.

מטרות:

לבחון את תוכנית מאמני החוסן הראשונה בישראל בהיבטים הבאים: (א) מידת היעילות של שילוב המאמנים במערכת הבריאות; (ב) היכולת לספק תמיכה נפשית מהירה לאוכלוסיות גדולות שאינן מאובחנות; (ג) הפחתת העומס ממערכת בריאות הנפש הציבורית; (ד) בטיחות ההתערבות; (ה) שביעות רצון המתאמנים.

שיטות מחקר:

במחקר רטרוספקטיבי זה נותחו נתונים מתיקי המתאמנים במאגר המידע הממוחשב של "כללית" בשנה הראשונה לתכנית, ונבדקו מדדים קליניים (חרדה, דיכאון), יכולת לניהול עצמי, ושיעורי הפנייה להמשך טיפול במערך ברה"ן. בנוסף, סקרי שביעות רצון נשלחו למתאמנים לאחר סיום הקורס.

ממצאים:

בין פברואר 2024 לינואר 2025, נערכו 29,754 פגישות עם 7,516 מתאמנים. נצפתה ירידה משמעותית ברמות החרדה והדיכאון. מרבית המשתתפים (53.7%) דיווחו על שיפור ביכולת לניהול עצמי של קשיים נפשיים. 90% מהמתאמנים לא נזקקו להפניה למערכת ברה"ן. לא דווחו אירועים חריגים. נשלחו שני סקרי שביעות רצון למתאמנים שסיימו את הקורס, ונמצאה רמת שביעות גבוהה, 83% מהמשיבים דירגו את השירות בציון 8-10.

מסקנות והמלצות:

ממצאי המחקר מצביעים על יעילות ובטיחות פרויקט מאמני חוסן, עם שביעות רצון גבוהה, ומדגישים את חשיבות הרחבתו כחלק מהמאמץ להנגשת שירותי בריאות הנפש והפחתת עומס על מערך ברה"ן הציבורי.

עוזרי תורן - חידוש ישראלי בעולם כוח האדם הרפואי

אהד ביתן, אורי מנור, גל בן-חיים, רעות שוהם, גד סגל, ארנון אפק, יעל פרנקל ניר

מרכז רפואי שיבא

רקע:

מחסור בכוח אדם רפואי מהווה אתגר עולמי גובר, המוביל מדינות רבות לפתח תפקידי עזר רפואיים מתקדמים. בישראל, אומץ בשנות ה-2000 המוקדמות מודל ייחודי: עוזר תורן, סטודנט לרפואה בשלבים הקליניים של לימודיו, המשובץ למשמרות ערב תחת השגחת רופאים תורנים. בניגוד לתוכניות סטודנטיות זמניות או וולונטריות בעולם, מדובר בתפקיד פורמלי, בשכר, הפועל בהיקף לאומי מזה שני עשורים - אך מבלי להיבחן מחקרית.

מטרות:

למפות את היקף התופעה, דפוסי ההעסקה, תרומתם האפשרית של עוזרי התורן למערכת הבריאות, ולהניח בסיס לקריאה למחקר עתידי על כלל ההיבטים - קליניים, חינוכיים, תעסוקתיים וכלכליים.

שיטות מחקר:

בוצע ניתוח רטרוספקטיבי של נתוני העסקת עוזרי תורן בשיבא בין השנים 2003-2023. נבדקו מספר החוזים, משך העסקה ממוצע, פיזור מחלקתי, והמשך לסטאז' או להתמחות בבית החולים.

ממצאים:

נמצאו 1,423 חוזים, עם משך העסקה ממוצע של שנתיים. רובם שובצו במחלקות לרפואה פנימית (60%), לאחר מכן בכירורגיה (15%), ילדים (15%), נשים ויולדות (9%), ופסיכיאטריה (1%). 46% המשיכו לסטאז' בשיבא, ו-25% התמיינו להתמחות בבית החולים. כיום, 20% מהמתמחים בשיבא הם בוגרי תפקיד עוזר תורן, ובתחומים תחרותיים - כמו נשים - מדובר אף ב-45%.

מסקנות והמלצות:

עוזרי תורן מהווים מודל מקורי ואפקטיבי, המשלב בין תעסוקה סטודנטית להכשרה קלינית חווייתית, ומסייעים גם לצוותים רפואיים עמוסים ולמטופלים עצמם. מדובר בתפקיד רפואי מובהק, הראוי להערכה מערכתית ולמחקר עומק. מומלץ לבחון את השפעתו על איכות הטיפול, חוויית הלמידה, בחירת מקצוע, והכדאיות הכלכלית - ואף לשקול יישום מודל זה במדינות נוספות.

הגיוון הדמוגרפי במועסקים במקצועות הבריאות

נחמה גולדברגר, ציונה חקלאי

משרד הבריאות

רקע:

כוח האדם במקצועות הבריאות משרת את כל אוכלוסיית ישראל וחשוב שהגיוון באוכלוסייה ישתקף גם במועסקים בה. המידע על הפילוח דמוגרפי של המועסקים במקצועות הבריאות חשוב בתכנון כוח האדם.

מטרות:

לבדוק מגמות במועסקים במקצועות הבריאות לפי מין וקבוצת אוכלוסייה בעשור האחרון.

שיטות מחקר:

המידע מבוסס על פילוח המועסקים במקצועות הבריאות מסקר כח אדם (סכ"א) של הלמ"ס ועיבוד מיוחד על המועסקים המבוסס על הצלבת נתוני בעלי הרשאה ממשרד הבריאות עם קובץ ההכנסות ממשרד האוצר בחדר המחקר בלמ"ס.

ממצאים:

בעשור האחרון, אחוז המועסקים הערבים עלה במקצועות בריאות רבים, בהתאם לסכ"א. קיימים מקצועות עם נציגות גבוהה לערבים, כמחצית מהמועסקים ברוקחות וכשליש מעובדי המעבדה הם ערבים בשנים האחרונות, לעומת מקצועות עם אחוז קטן לערבים, במיוחד דיאטנים 8% בשנת 2023. אחוז הרופאים הערבים המועסקים מסך הרופאים המועסקים עלה מ-12% בממוצע השנים 2014-2012 ל-20% בממוצע 2023-2021, אחוז האחיות עלה מ-19% ל-26%, בהתאמה, והפיזיותרפיסטים מ-10% ל-18%, בהתאמה, ורופאי שיניים יחסית יציב 24%.

אחוז הנשים גבוה במקצועות בריאות רבים, במיוחד אחיות, דיאטנים, קלינאי תקשורת, מרפאים בעיסוק ושינניות, לעומת אחוז גבוה לגברים כטכנאי שיניים. במרבית המקצועות, אחוז הנשים המועסקות בקרב הערבים נמוך מיהודים ואחרים. כמחצית (46%) מהרופאים היהודים ואחרים המועסקים הם נשים בממוצע 2023-2021 בהשוואה ל-21% מהרופאים הערבים המועסקים בממוצע 2014-2012, 91% ו-67% מהאחיות, בהתאמה, 43% ו-23% מרופאי השיניים, בהתאמה, 84% ו-47% מהרוקחים, בהתאמה, ו-83% ו-47% מהפיזיותרפיסטים, בהתאמה.

במקצועות שבדקנו, התוצאות מעיבוד נתוני סכ"א תואמים יחסית לתוצאות מעיבוד ההקבלה בין נתוני הרשאה עם נתוני ההכנסות, ובהמשך יוצגו תוצאות משאר המקצועות.

מסקנות והמלצות:

מספר ואחוז הרשימות לערבים במקצועות בריאות רבים עלה בעשור האחרון, ובמקביל, עלה אחוז הערבים המועסקים. ישנם מקצועות שכדאי לעודד השתתפותם כמו דיאטנים, מרפאים בעיסוק וקלינאי תקשורת. כמו כן, השתתפות נמוכה לערבים במקצועות הבריאות מגביל הגידול בנשים במקצועות אלו.

עתיד רפואת המשפחה מנקודת מבטם של רופאי המשפחה

מיכל שני, לימור אדלר²

1 שירותי בריאות כללית

2 מכבי שירותי בריאות

רקע:

רפואת המשפחה מתמודדת עם אתגרים רבים, החל באוכלוסייה מזדקנת, מחסור ברופאים, תפקידים חדשים של אנשי צוות רפואי, בירוקרטיה גוברת וכלה בהשפעה הגוברת של טלה-רפואה ובינה מלאכותית. שינויים אלה מעלים שאלות רבות לגבי תפקידם העתידי של רופאי המשפחה.

מטרות:

להעריך את תפיסותיהם של רופאי המשפחה לגבי עתיד רפואת המשפחה.

שיטות מחקר:

הרופאים השתתפו בדיונים בקבוצות מיקוד באמצעות ראיון חצי מובנה שפותח על ידי TLV-GPRN (רשת המחקר של רופאי משפחה באוניברסיטת תל אביב). נושאי הדיון עסקו בנושאים מרכזיים הקשורים לעתיד רפואת המשפחה. הפגישות תומללו ונותחו על פי תימות.

ממצאים:

נערכו שלוש קבוצות מיקוד: שתי קבוצות עם רופאי משפחה צעירים ואחת עם רופאים מובילים ברפואת משפחה. בסך הכל השתתפו 18 מומחים ברפואת משפחה. הראיונות נערכו באמצעות זום בין אוקטובר לדצמבר 2024. רופאי המשפחה הביעו ביטחון ביכולתם להתאים את עצמם לאתגרים עתידיים תוך שמירה על טיפול כוללני בחולים. הם הדגישו את החשיבות של אימוץ טכנולוגיות חדשות כדי לשפר את האבחון וניהול המטופלים על מנת לייעל את עבודתם. דגש מיוחד ניתן להורדת הנטל הבירוקרטי על הרופאים. דאגה מרכזית הייתה הצורך למצוא את האיזון בין הראיה הרחבה שלהם כרופאי משפחה לעומת הצורך בהתמקצעות בנושאים ספציפיים. המשתתפים הדגישו את הצורך בתמיכה מובנית לשילוב בינה מלאכותית וכלים דיגיטליים בפרקטיקה היומיומית, תוך שמירה על יחסי רופא-מטופל.

מסקנות והמלצות:

רופאי משפחה מרגישים בטוחים ביכולתם להתפתח, אך מדגישים את הצורך ביישום טכנולוגיות המתאימות לצרכיהם, והתאמת תפקידים. קובעי המדיניות צריכים לשלב את נקודות המבט של רופאי המשפחה בעת תכנון מערכות בריאות עתידיות, כדי להבטיח שהשינויים יתאימו לצרכי הטיפול הראשוני ולעקרונות הטיפול הממוקד במטופל.

מאפייני תעסוקה של אחיות צעירות בישראל

רחלי ניסנהולץ-גנות¹, הדר שני², פאדי חורי², רבקה חזן הצורף³, הגר ברוך³, שושי גודברג³

1 אוניברסיטת חיפה, מרכז מחקר

2 מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

3 משרד הבריאות

רקע:

האחיות הן עמוד-תווך במערכות בריאות והן מהוות כ-50% מכוח האדם העולמי. בישראל שיעור האחיות המועסקות הוא 5.4 ל-1,000 נפש - נמוך בהרבה מהמוצע במדינות ה-OECD (9.2) - והוא משתקף במחסור המושפע מהזדקנות האוכלוסייה ובעלייה בביקוש לשירותים. אחת הסיבות למחסור היא עזיבה מוקדמת של אחיות במהלך חמש השנים הראשונות לעבודתן. העזיבה כרוכה בעלויות גיוס והכשרה, פוגעת באיכות הטיפול ומגבירה עומס על הצוות הנותר. ברמה הלאומית, עזיבת אחיות פוגעת באיכות מערכת הבריאות וביכולת לתת מענה הולם למטופלים.

מטרות:

לבחון את היקף התופעה של עזיבת אחיות במהלך חמש השנים הראשונות לעבודתן ואת הגורמים לעזיבה או להישארות האחיות במקצוע.

שיטות מחקר:

סקר מקוון שנערך באוקטובר-דצמבר 2023, בקרב כלל האחיות שקיבלו רישיון בשנים 2018-2023 (כ-18,000 אחיות). פרטי הקשר נמסרו ממינהל האחיות. ניתוח הנתונים כלל סטטיסטיקות תיאוריות, מבחני חי-בריבוע ורגרסה לוגיסטית. וכן נערכו 30 ראיונות-עומק עם קובעי מדיניות, עם אחיות שעזבו את המקצוע ועם אחיות השוקלות לעזוב את המקצוע. הראיונות נותחו בשיטת ניתוח תוכן תמטי.

ממצאים:

1,972 אחיות השיבו לשאלון. 87% עבדו כאחיות בעת המחקר, 7% עזבו את המקצוע והשאר חיפשו עבודה. הסיבות העיקריות לעזיבת המקצוע היו שכר לא מספק, עומס רב ויחסי-אנוש לקויים של המנהל הישיר. בקרב האחיות שעבדו, 47% היו מרוצות ממקום עבודתן ו-63% היו שבעות רצון ממקצוע האחיות. סיבות המשיכה למקצוע כללו גורמים פנימיים (כגון עניין במקצוע, תחושת סיפוק וקשר עם מטופלים) וגורמים חיצוניים (כגון ביטחון-תעסוקתי, התפתחות מקצועית ואופק לקידום). ראיונות העומק חיזקו את הממצאים שעלו בסקר.

מסקנות והמלצות:

עזיבת אחיות את המקצוע בתחילת דרכן קיימת אך נוגעת לכ-7% מהאחיות הצעירות; הגורמים המרכזיים הם שכר נמוך, עומס יתר ויחסי ניהול פוגעניים. עם זאת, רוב האחיות נשארות בזכות עניין קליני, סיפוק מהטיפול, ביטחון תעסוקתי ואפשרות לקידום. לפיכך, שינויי מדיניות ארגוניים, שיכלול: עדכון מדרגות השכר, תגבור כוח האדם, ייעול תהליכי עבודה והוספת תקנים, הטמעת תוכניות חונכות ומסלולי קידום שקופים והכשרה למנהלים בנוגע לצורת הניהול שלהם, יסייעו לשימור אחיות. עוד מומלץ להקים מערכת מעקב שנתית שתבחן עזיבות של אחיות כמדד-איכות ארגוני.

תפיסת מקצוענות בקרב סטאז'רים לרפואה בישראל

ארנה טל¹, דוד קרייזלר², ענבל טל-חי³

1 מרכז רפואי שמיר

2 ICET המרכז הישראלי לטכנולוגיות חדשניות, צריפין

3 שירותי בריאות כללית

רקע:

שנת הסטאז' מהווה גשר בין הידע הנלמד בבתי ספר לרפואה לבין המיומנות הנצברת לפעילות המקצועית כרופא, ובה רוכשים הסטאז'רים כישורים, מיומנויות והתנסות בקבלת החלטות המצגבשים לעיצוב דמותם המקצועית הקלינית.

כ-60% מקרב הסטאז'רים הם מבוגרי פקולטות לרפואה בחו"ל ולפיכך קיימת שונות רבה במיקוד הידע, ברמת היכולות, בהתנסויות ובחוויה שלהם בהקשר למימשק עם מטופלים. קיימים גם הבדלים אישיים במידת המחויבות למטופל, בשותפות בעבודת צוות ובמחבורות למחלקה ולבית החולים, וגם שונות בתפיסת האחריות האישית כחלק מ"דמות הרופא".

מטרות:

לבחון את תפיסת המקצוענות של סטאז'רים בישראל ועמדותיהם כלפי מרכיבי המקצוע והמודל של "הרופא הטוב".

שיטות מחקר:

סקר בקרב סטאז'רים במהלך 2005-2024

ממצאים:

302 סטאז'רים השיבו לסקר. בחשיבות מירבית (ציון 9.8) דורגו המחויבות לתת טיפול מיטבי לכל מטופל. עמדתם שהיו מטפלים במטופל שלהם כמו בחבריהם דורגה בחשיבות רבה מאד (9.0). 43% ציינו שהחובה שלהם לטפל בחולים גוברת על הדאגה לבריאותם האישית. האמון שלהם שהמטופל יזכה לטיפול טוב מאד במסגרת בית החולים בו הם פועלים דורג גבוה (8.3) בהשוואה לזמינות יועצים (7.4). במידה בינונית דורגו היכולת לארגן את זמנם ולנווט בין משימות (7.5), ומיומנויות התקשורת במצבים מורכבים מול המטופל והמשפחה (7.7). 19% ציינו שעדיין יש להם חשש (במידה רבה-רבה מאד) ששביעות הרצון של המטופל תהיה נמוכה כשהסטאז'ר הוא המטפל הראשון שהחולה פוגש. 14% הצהירו כי כשהם עובדים בעומס הם נוטים להתעלם מהעדפות ובקשות המטופל.

78% מהסטאז'רים מדווחים שהטיוטורים שלהם בסטאז' הם מודל עבורם ו-82% העידו שהרופא נתפס בעיניהם גם כמנהיג בקהילה. סטאז'רים בוגרי אוניברסיטאות בחו"ל (בהשוואה לבוגרי פקולטות בישראל) ציינו בחשיבות גבוהה יותר את תרומת שנת הסטאז' לביטחונם המקצועי בניהול הטיפול ולאמון שלהם במערכת הבריאות.

מסקנות והמלצות:

תקופת הסטאז' מהווה נדבך חשוב במסע המקצועי של רופאים ומענה לדילמות ואתגרים של המתלמדים. מיקוד ודגשים בהכשרה זו עשויים להניב העצמה בחוויית רופאים צעירים הנחוצה במיוחד בעת הזאת, ולתרום לעיצוב דור מטפלים איכותי שגם מוכוון לצרכי המטופלים, מאפייניהם, ולארגרי מערכת הבריאות.

הקשר בין חוסן מטפלים רפואיים לבין תפיסת ההתמודדות והתפקוד תחת לחץ, בתקופת מלחמה

יונתן לינק', מורן בודס², ניר סמואל¹, כריס גרומברידג'³

1 מרכז שניידר לרפואת ילדים

2 אוני' תל אביב

3 Emergency and Trauma center, The Alfred Hospital, Melbourne, Australia

רקע:

למטפלים רפואיים תפקיד חיוני במענה למצבי חירום ותפקודם בתנאים קיצוניים מושפע באופן משמעותי מהחוסן הנפשי ומההון הפסיכולוגי שלהם.

מטרות:

מטרת המחקר הוגדרה בתור - לבחון את הקשר בין חוסן נפשי לתפיסת תפקוד עצמי ואת השפעתם של גורמים אלו על תפיסת התפקוד, בקרב אנשי רפואה ישראלים במהלך מלחמת "חרבות ברזל".

שיטות מחקר:

מחקר תצפית-חתך, נערך בקרב מטפלים רפואיים (רופאים, אחיות, פרמדיקים וחובשים) שפעלו בבתי חולים ובמתארי טרום בית חולים, בישראל. משתתפים שנכללו היו בעלי הסמכה רפואית רשמית ועסקו בפועל במתן טיפול רפואי במהלך מלחמת "חרבות ברזל". הנתונים נאספו באמצעות שאלון מקוון, שהופץ באמצעות קודי QR בבתי חולים, מוקדי חירום ופורומים מקצועיים. השאלון העריך את תפיסת התפקוד של המטפלים, חוסן נפשי, הון פסיכולוגי ורמות חשיפה, תוך שימוש בכלים מאומתים. ההשתתפות הייתה אנונימית וללא תגמול.

ממצאים:

במחקר השתתפו 204 מטפלים רפואיים. גיל המשתתפים הממוצע היה 37.4 שנים (ס.ת=11.6, טווח 18-68). המדגם כלל אנשי רפואה אזרחיים (74%) וצבאיים (26%), בעלי התמחויות שונות ורמות ניסיון מגוונות. הממצאים העיקריים הראו כי החוסן הנפשי ($r=0.485$, $p<0.001$) וההון הפסיכולוגי ($r=0.387$, $p<0.001$) היו מנבאים משמעותיים של תפיסת תפקוד עצמי, בעוד שרמת הניסיון וחשיפות עבר, לא נמצאו כבעלי השפעה מובהקים. נמצא כי למטפלים בעלי גישה המתמקדת בתקווה, צמיחה והתמדה הייתה תפיסת תפקוד עצמי גבוהה יותר ולגורמים אלו הייתה השפעה בעלת מובהקות סטטיסטית. פרמדיקים וחובשים דיווחו על תפיסת תפקוד עצמי גבוהה יותר (68.5 ± 10.3) לעומת אחיות ורופאים/כירורגים (62.6 ± 9.8 , $P<0.001$). בנוסף, נמצא כי לרוחניות תרומה לתפיסת התפקוד העצמי ($\beta=0.142$, $p=0.022$), מה שמעיד על תפקידה בהתמודדות אדפטיבית.

מסקנות והמלצות:

החוסן הנפשי וההון הפסיכולוגי משפיעים באופן מובהק על תפיסת התפקוד העצמי של אנשי צוות רפואי בעיתות משבר, יותר מאשר משתנים מסורתיים כגון ניסיון עבר ורמות חשיפה. מומלץ לשלב תוכניות לפיתוח חוסן במסגרת ההכנה למצבי חירום בקרב מטפלים רפואיים. חיזוק המשאבים הפסיכולוגיים הוא קריטי עבור אנשי רפואה, לא רק במצבי לחימה, אלא גם באסונות טבע, תאונות תעשייתיות ומגיפות. מחקרים עתידיים עשויים לבחון התערבויות לשיפור החוסן ולהעריך את השפעתן על קבלת החלטות בתנאי לחץ.

כאשר אמונה פוגשת רפואה: חסמים של מטפלים ערבים בהפניית מטופלים ערבים לטיפול פליאטיבי

נידאא נאטור חליחל¹, דניאל שפרלינג²

1 ביטוח לאומי, מערך התלות - אגף סיעוד

2 אונ' חיפה

רקע:

תפיסות שגויות וחוסר מודעות אודות טיפול פליאטיבי בקרב אנשי צוות רפואי והציבור הרחב מהווים חסמים מרכזיים להתפתחות שירותי טיפול פליאטיבי, במיוחד בקרב מיעוטים תרבותיים, כגון החברה הערבית בישראל.

מטרות:

1. לבחון כיצד היבטים דתיים, חרדת מוות וגסיסה, תפיסות וידע בנוגע לטיפול פליאטיבי מעצבים את נכונותם של אנשי צוות רפואי וסיעודי מהמגזר הערבי להפנות מטופלים ערבים לטיפול זה.
2. לתאר ולהבין את תפיסות הצוות הרפואי והסיעודי מהמגזר הערבי בנוגע לגורמים התרבותיים המעודדים או מעכבים מטופלים ערבים בסוף החיים לפנות לקבלת טיפול פליאטיבי.

שיטות מחקר:

מחקר איכותני תיאורי המבוסס על גישה פנומנולוגית-פרשנית. הנתונים נאספו באמצעות ראיונות עומק חצי מובנים שנערכו בין דצמבר 2022 עד מאי 2023, עם 26 אנשי צוות רפואי (9 רופאים ו-17 אחים) מהחברה הערבית, שנדגמו בדגימה מכוונת ודגימת כדור שלג מתוך 6 בתי חולים. ניתוח הנתונים בוצע בשיטת ניתוח תמטי, בסיוע תוכנת Atlas.Ti.

ממצאים:

הניתוח העלה ארבע תמות מרכזיות:

1. גורמים משפיעים על הפניית מטופלים לטיפול פליאטיבי על ידי אנשי צוות רפואי וסיעודי: המשתתפים תיארו מגוון גורמים המשפיעים על החלטתם להפנות מטופלים ערבים לטיפול פליאטיבי, לרבות גורמים תרבותיים ודתיים המשפיעים על השיקולים הרפואיים בהפניית מטופלים לטיפול פליאטיבי.
2. גורמים המשפיעים על נכונות המטופלים לקבל טיפול פליאטיבי: המשתתפים הצביעו על דפוסים המאפיינים מטופלים ערבים שנוטים לפנות או להימנע מטיפול פליאטיבי, תוך הדגשת השפעת גורמים אישיים, משפחתיים ותרבותיים על קבלת הטיפול.
3. השפעת תפיסות דתיות ותרבותיות על קבלת החלטות בנוגע לטיפול פליאטיבי: המשתתפים ציינו כי אמונות דתיות וערכים תרבותיים ממלאים תפקיד מרכזי בעיצוב עמדות כלפי טיפול פליאטיבי, כאשר בחלק מהמקרים הם נתפסים כמזרזי המוות ותהליך המיתה הנוגדים את עקרון "קדושת החיים".
4. הכשרה מקצועית של אנשי צוות רפואי: המשתתפים הביעו חשש ודאגה הנוגעים לחוסר הכשרה מקיפה בתחום הפליאטיבי.

מסקנות והמלצות:

הכרה באמונות דתיות ובהיבטים תרבותיים כחסמים או כמעודדים לקבלת טיפול פליאטיבי בקרב מטופלים ערבים מצריכה פיתוח אסטרטגיות מותאמות תרבותית ודתית לשיפור הנגישות והיעילות של הנגשת טיפול זה בחברה הערבית.

לטעות זה אנושי - לא בבתי ספר לרפואה בישראל

ירון ניב¹, דנה ארד², איליה קגן³, יוסי טל¹

1 אוניברסיטת בר-אילן, שמשון

2 שירותי בריאות כללית

3 המכללה האקדמית אשקלון

רקע:

בעידן שבו איכות ובטיחות הטיפול הרפואי מהווים עמודי תווך בשירותי הבריאות, מפתיע לגלות כי בישראל, תחום זה אינו נלמד כחלק אינטגרלי מלימודי הרפואה. בעוד שמדינות רבות כבר הטמיעו קורסים ייעודיים ובחלקן אף מדובר בדרישה רגולטורית, אנו בישראל עדיין נמצאים הרחק מאחור. בפקולטות לרפואה בישראל לא קיים קורס בתחום זה בתכנית הלימודים, ואין הנחיה של משרד הבריאות, הר"י או המל"ג.

מטרות:

לסקור את תכניות הלימוד בפקולטות לרפואה בישראל ובארה"ב, על מנת למפות את תכניות ההוראה בנושאי בטיחות הטיפול וניהול סיכונים ברפואה ולהעריך את איכותן.

שיטות מחקר:

סקרנו באופן סיסטמטי את אתרי הפקולטות לרפואה בישראל ומדגם סטטיסטי מייצג של 10% מהפקולטות לרפואה בארה"ב (בפיזור של 50 המדינות) לשם הערכה והשוואה של התוצאות. כמו כן סקרנו את הנחיות ארגון הבריאות העולמי, OECD ו-JCI על מנת להשוותן להנחיות משרד הבריאות הישראלי.

ממצאים:

באף אחת מחמש הפקולטות לרפואה בישראל, אין תכנית מובנית, סמסטריאלית או חלקית, חובה או בחירה, ללמוד בטיחות המטופל. לכל היותר, ישנם תכנים אינטגרטיביים מפוזרים בקורסים באתיקה, ניהול מערכת בריאות או תקשורת רפואית, שאינם מהווים חלופה ראויה. לעומת זאת, תכנית כזו יעודית קיימת בכל הפקולטות לרפואה בארה"ב שנבדקו במדגם, עם שונות בסילבוס. למרות זאת, כולן פותחות בפני הסטודנטים בשנים הפרהקליניות את נושאי הליבה בבטיחות הטיפול.

לדוגמא, בהרווארד התכנים כוללים קורסים מעשיים בבטיחות הטיפול, תקשורת ותחקור. בג'ון הופקינס ההכשרה היא במעבדות סימולציה מתקדמות. בסטנפורד קיים קורס מקיף, בפנסילבניה הקורס מתקיים בשנת הלימודים השנייה, ב-UCSF הלמידה בצוותים תוך ניתוח מערכתי ובקולומביה הלימודים במרכז לבטיחות בדגש על חשיבה מערכתית, ניתוח שורש ודיווח.

מסקנות והמלצות:

בוגרינו חסרים ארגז כלים לעיסוק מושכל בבטיחות, ניהול סיכונים, דיווח, שיפור תהליכים ולמידה מאירועים. בעולם הרפואה המודרנית, בטיחות הטיפול וניהול סיכונים אינם תוספת - הם חלק בלתי נפרד מהפרקטיקה הקלינית. כל החלטה רפואית נושאת עמה סיכון, וכל כשל בתקשורת או בממשק בין מטפלים עלול להוביל לפגיעה חמורה בחולה. הצעד המתבקש הוא פשוט, אך משמעותי: פיתוח והטמעה של קורס ייעודי, מחייב, בנושא בטיחות הטיפול וניהול סיכונים בכל אחת מפקולטות הרפואה בישראל. הובלת התהליך צריכה להתבצע בשיתוף פעולה בין האקדמיה, משרד הבריאות, והר"י גופי אקדמיים, קופות החולים ובתי החולים.

הרחבת אשפוז הבית בישראל: עמדות הציבור והרופאים על חדשנות בשירות ומוכנות מערכתית

מיכל לרון¹, רחל ניסנהולץ-גנות², שרביט פיאלקו¹, ענבל הלוי הוכולד³, גיזל גריין², איתמר עופר⁴, גיל לביא⁵

1 מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל

2 אונ' אריאל שבשומרון

3 המכללה האקדמית עמק יזרעאל

4 שחל טלרפואה בע"מ

5 שירותי בריאות כללית

רקע:

אשפוז בית הוא מודל חדשני המציע טיפול רפואי אקוטי בבית המטופל במקום בבית חולים. המודל זוכה לתמיכה הולכת וגוברת בעולם בזכות תרומתו לשיפור תוצאות המטופלים, הפחתת סיבוכים, ניצול יעיל של משאבים והפחתת העומס בבתי החולים. בישראל, אשפוז בית התרחב במהירות בעקבות מגפת הקורונה, אך טרם הוטמע בקנה מידה רחב.

מטרות:

לבחון את עמדות הציבור והרופאים בישראל בנוגע לאיכות, בטיחות, תקשורת בין המטפל למטופל ובני משפחתו ושימוות של אשפוז בית, לזהות פערים בין קבוצות שונות של רופאים ושל מטופלים ולהצביע על חסמים והזדמנויות להרחבת השירות.

שיטות מחקר:

נערכו שני סקרי חתך מקוונים בנובמבר 2022 בקרב מדגם מייצג של 424 מבוגרים בני 35+ (להלן: הציבור) ובקרב 342 רופאי משפחה ורופאים פנימיים, בקהילה ובבתי חולים. ניתוח הנתונים כלל סטטיסטיקות תיאוריות, מבחני חי-בריבוע ורגרסיה לוגיסטית.

ממצאים:

מרבית המשתתפים - 78% מהציבור ו-97% מהרופאים - ראו באשפוז בית חלופה ראויה לאשפוז בבית חולים. עם זאת, רופאים נטו להעריך את אשפוז הבית באופן חיובי יותר מהציבור: איכות (65% לעומת 39%), בטיחות (75% לעומת 44%) ותקשורת (91% לעומת 58%). כמו כן הציבור תפס את הנטל המוטל על המשפחה באשפוז בית כרב יותר מהרופאים (73% לעומת 56%). שיעור הרופאים בקהילה שתמכו באשפוז בית (71%) גבוה יותר משיעור הרופאים בבתי החולים (47%). בקרב הציבור, ערבים ובעלי הכנסה נמוכה נטו לתמוך פחות באשפוז בית, אך בנייתוח רב-משתני הפער בין יהודים לערבים לא נותר מובהק לאחר פיקוח על רמת ההכנסה. בין החסמים שזוהו: מחסור בכוח אדם מיומן ובתקציב, מודעות נמוכה, פערי טכנולוגיה ותשתית והיעדר מודלים ברורים לתפעול.

מסקנות והמלצות:

אשפוז בית זוכה לאמון הן בקרב הציבור הן בקרב הרופאים אך הטמעתו מחייבת מוכנות של מערכת הבריאות ותיאום בין בעלי עניין. יש לחזק את ההון האנושי, לפתח פרוטוקולים קליניים אינטגרטיביים, לשפר את התקשורת עם הציבור להעלאת מודעות, להתאים את השירות תרבותית וחברתית ולהשתמש בכלים לאיתור מוקדם של התאמה לאשפוז בית. שיתוף פעולה בין מערך הקהילה לבתי החולים הוא תנאי חיוני להבטחת רציפות ובטיחות הטיפול.

תמונת מצב לאומית בריאות הנפש: השפעת אירועי דחק רב-שנתיים על בריאות הנפש בישראל, ניתוח רב-שנתי במבוטחי כללית 2018-2025

אמיר קריבוי¹, נעה מנקס כספי², שרון טאוב¹, תם פרוכטמן שטינבוק¹, יובל בלוך³, ירדן לוינסקי², עידו לוריא³

1 המרכז לבריאות הנפש גהה

2 שירותי בריאות כללית

3 מרכז לבריאות הנפש שלוותה

רקע:

אירועי השנתיים האחרונות בישראל מתרחשים בתוך הקשר רחב ורב-שנתי של אירועי דחק, ביניהם מגפת הקורונה והסגרים שנלוו אליה, בנוסף לאירועי 7 באוקטובר - אירוע דחק קיצוני, סינגולרי וייחודי. יש להניח כי שיעורי התחלואה הנפשית ושימוש בשירותי בריאות הנפש מושפעים מהסביבה העמוסה בדחק בישראל. עם זאת, תמונה רחבה ועדכנית של מצב בריאות הנפש באוכלוסייה הישראלית טרם נבנתה. חשיבותה של תמונת מצב כזו עולה לאור הצורך להשקיע משאבים בבניית שירותי בריאות נפש מותאמים לצרכים ההולכים וגדלים.

מטרות:

להציג את "מצב האומה" הנפשי של האוכלוסייה הישראלית, כפי שמתבטא במבוטחי כללית, בראי רב-שנתי, ולבחון את השפעת אירועי הדחק המרכזיים בשבע השנים האחרונות על מדדי בריאות הנפש.

שיטות מחקר:

מחקר רטרוספקטיבי תיאורי שכלל את כלל מבוטחי כללית (מעל 50% מאוכלוסיית ישראל) בין השנים 2018-2025. נעשה שימוש במסד הנתונים הנרחב המייצג נאמנה את החברה הישראלית מבחינת גיל, פיזור גיאוגרפי ומאפיינים סוציו-דמוגרפיים. נבחנו מגמות רב-שנתיות של היארעות ושכיחות אבחנות פסיכיאטריות, שיעורי אשפוז פסיכיאטרי, פניות לחדרי מיון, צריכת שירותי בריאות נפש בקהילה, ודפוסי ניפוק תרופות.

ממצאים:

היארעות אבחנת דחק פוסט-טראומטית עלתה בהדרגה בשנת 2022 ובשנת 2023, בהשוואה לשנים קודמות. מאז אוקטובר 2023 נרשם זינוק של כ-70% באבחנות חדשות מדי חודש, שהמשיך ללא ירידה עד סוף 2024. בסך הכל, נוספו מעל 23,600 איש עם אבחנות חדשות של הפרעה פוסט-טראומטית החל מאוקטובר 2023 ועד סוף 2024. נמצאו מגמות דינאמיות משמעותיות בצריכת שירותי בריאות הנפש, כולל עלייה דיפרנציאלית באבחנות פסיכיאטריות, שינויים בדפוסי אשפוז ופניות לחדרי מיון, ועלייה במשיכת תרופות. יוצגו השוואות בין תקופות שונות עם דגש על אוכלוסיות בסיכון כגון תושבי העוטף וקו העימות, נשים וילדים.

מסקנות והמלצות:

המחקר מספק תמונת מצב לאומית עדכנית ומקיפה להבנת דינמיקת מצב בריאות הנפש בישראל בשבע השנים האחרונות. הממצאים מראים כי השפעת אירועי הדחק מאז 7 באוקטובר על בריאות הנפש היא מתמשכת וגדולה יותר מכל האירועים בשנים האחרונות. נוספו עשרות אלפי אנשים עם אבחנה של הפרעה פוסט-טראומטית הזקוקים למענה טיפולי ושיקומי. השקעת משאבים מבוססת נתונים תאפשר הכנה טובה יותר לשינויים עתידיים בצריכת השירותים ולהקצאת משאבים בהתאם לצרכים המתפתחים בתחום בריאות הנפש.

מחקרי הערכה של חלופות אשפוז פסיכיאטרי, בהשוואה לאשפוז הפסיכיאטרי הקונבנציונאלי: מחקר השוואתי פתוח ומחקר אקראי ומבוקר

אברהם פרידלנדר, פסח ליכטנברג

המרכז הירושלמי לבריאות הנפש - כפר שאול, בי"ח איתנים

רקע:

בשנים האחרונות מתחזקת המגמה לחיפוש אלטרנטיבות לאשפוז פסיכיאטרי, הממונעת בעיקר מחוויות שליליות של מאושפזים, כגון ויתור על זכויות בסיסיות, מיעוט מגע עם צוות טיפולי, שימוש בטיפול תרופתי מסיבי הגורר תופעות לוואי קשות, הפנמת סטיגמה וחוויות טראומטיות במהלך האשפוז. למרות שחלופות לאשפוז פסיכיאטרי בקהילה הולכות ומתפתחות, אשפוזים פסיכיאטרים במחלקות פתוחות בבתי חולים עדיין שכיח ברחבי העולם.

מטרות:

המחקר הנוכחי בדק את היעילות לטווח ארוך של שתי חלופות לאשפוז פסיכיאטרי, בהשוואה לאשפוז במחלקה פתוחה. חלופה ראשונה בתי סוטריה, שמדגישים את הרכיבים הפסיכו-סוציאליים וההומניים בטיפול. חלופה שנייה אשפוז ביתי מקוון, שמאפשר לקבל את הטיפול בבית המטופל.

שיטות מחקר:

נעשה שימוש במחקר אקולוגי פתוח בשלושה מרכזים: מחלקות הפסיכיאטריה במרכז הרפואי שיבא, אשפוז ביתי מקוון של המרכז הרפואי שיבא ובתי סוטריה בירושלים ובשרון. נבדקים (N=214) נמדדו לגבי מצוקה, חרדה, דיכאון, איכות חיים, רמת פונקציונליות וסימפטומים פסיכויטיים בכניסה, בשחרור ושלווה ושישה חודשים לאחר השחרור. מדדי סטיגמה עצמית נמדדו גם שנה ושנה וחצי מהשחרור. נעשה שימוש בדגם רב-רמתי (MLM) להערכת השינויים מלפני ואחרי הטיפול.

ממצאים:

נבדקים במחלקה הפסיכיאטרית הציגו ירידה ניכרת יותר ברמת המצוקה בהשוואה לנבדקים באשפוז הביתי המקוון, אך רמות דומות לאלה שטופלו בסוטריה. נבדקים שטופלו בסוטריה הציגו שיפור משמעותי יותר בסימפטומים הפסיכויטיים בהשוואה לטיפול הביתי המקוון, אך רמות דומות לאלה שטופלו במחלקה הפסיכיאטרית. סטיגמה עצמית נמצאה גבוהה יותר בקרב המאושפזים מאשר בסוטריה ובאשפוז המקוון, מהכניסה ועד השחרור. אמנם לאחר שנה וחצי השוו מדדי הסטיגמה בין שלושת המודולות.

מסקנות והמלצות:

הממצאים מדגישים את יעילות החלופות לאשפוז פסיכיאטרי ברמה של מחלקה פתוחה אך קוראים לבחון את המודל גם כחלופה למחלקה סגורה. לאחרונה נפתחו בישראל מחלקות סגורות ברוח סוטריה, המלווה במחקר קליני אקראי ומבוקר לבחון גם את יעילות יחידות סוטריה הסגורות, בהשוואה לאשפוז במחלקה הסגורה. זאת במטרה להמליץ לבחון את ההתכנות של החלפת המודל הסטנדרטי של האשפוז הפסיכיאטרי במודל של יחידות סוטריה.

פריסת מטפלים בבריאות הנפש, ורכישות של תרופות שינה, הרגעה ונוגדי-דכאון לפי מחוז מגורים

אלה עין מור¹, יפית בן חיים², אהוד הורביץ³, ברכה ערליך⁴, אביטל יונרמן⁵, מיכל קריגר⁶, רונית קלדרון מרגלית⁷

1 האוניברסיטה העברית בירושלים

2 פוינטס מיפוי עסקי

רקע:

בעקבות אירועי ה-7.10 יצאו פרסומים על מצוקה נפשית נרחבת ועליה בביקוש לשירותי בריאות-הנפש עם מחסור בתשתיות הולמות. לאור מחסור בנתונים לאומיים זמינים הוחלט במסגרת התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בשיתוף חברת פוינטס וקופות החולים כללית, מכבי ולאומית, למדוד את רכישות התרופות לשינה והרגעה ונוגדי-הדכאון לצד פריסת ספקי השירות בבריאות-הנפש.

מטרות:

לבחון האם ישנה הלימה בין הצורך בשרותי בריאות המשתקף מהיקף הרכישות של תרופות להרגעה ושינה והתרופות נגדות-דכאון ופריסת מטפלים בבריאות-הנפש כפי שמופיעים בספרי הקופות.

שיטות מחקר:

נתונים על כלל המטפלים בבריאות-הנפש למבוגרים (פסיכיאטרים, פסיכולוגים, פסיכותרפיסטים) הופקו מספרי קופות החולים וחושב שיעור המטפלים ל-10,000 תושבים. נתוני הרכישות של תרופות לשינה והרגעה ונוגדי-דכאון התקבלו מקופת החולים עבור בני 18 ומעלה. חושבו הרכישות המתוקננות לגיל לשנה ל-1,000 תושבים. הנתונים כולם פולחו למחוז מגורים.

ממצאים:

שיעור המטפלים הלאומי הינו 3.2 ל-10,000 תושבים, והוא נע בין 2.1 ביהודה ושומרון ל-4.5 במחוז תל-אביב (RR=2.1). במחוז הצפון ובמחוז הדרום שיעור המטפלים ל-10,000 תושבים הוא 2.4 ו-2.6 בהתאמה הנמוכים ביותר לאחר יהודה ושומרון.

הצריכה הכוללת של תרופות להרגעה ושינה בשנת 2023 היתה 836 רכישות ל-1000 תושבים ושל נוגדי-דכאון 945 ל-1000, עליות של 2.5%-ו-5.6% משנת 2022, בהתאמה. שיאני הרכישות היו מחוזות חיפה בתרופות להרגעה ושינה (1051/1000) ותל אביב בנוגדי-דכאון (1077/1000). בבדיקת אחוז השינוי ברכישות מ-2022, מחוזות צפון ודרום הדגימו את שיעורי העליה הגבוהים ביותר, כ-3% עבור תרופות הרגעה ושינה וכ-7% עבור נוגדי-דכאון. ניתוח משולב של פריסת השירותים ונתוני צריכת התרופות הניב קורלציה של 0.46 בין מספר הרופאים והרכישות, הקשרים לא נמצאו מובהקים. ניתוח זהה בוצע עבור סוגים ספציפים של מטפלים והתוצאות נותרו דומות.

מסקנות והמלצות:

ישנה שונות גאוגרפית בפריסת שירותי בריאות-הנפש. מספר המטפלים הנמוך במחוזות הצפון והדרום לצד העליה הגבוה ברכישות של תרופות שינה והרגעה ונוגדי-דכאון יכולות להוות אומדן לצורך בשירותים. ממצאים חדשניים אלו המשקפים את החיבור בין שירותי בריאות-הנפש וצריכת תרופות, יכולים להוות כלי ראשוני להבנת הצרכים וניתוב השירותים. יש להרחיב הניתוח גם לשנת 2024 ולנתח לפי מספר שעות קבלה.

תכנית אופק בריא: לקידום הזדקנות מיטבית בחבל תקומה

איילת גרינבאום-אריזון¹, חני שרודר¹, מאיה גולץ², אורית שחר³, אביטל הירש³, יוסי היימן³, רוני שנקר³

1 משרד הבריאות

2 מנהלת תקומה

3 ג'יונט אשל

רקע:

בתקופות משבר כמו מלחמת "חרבות ברזל", חלים שיבושים משמעותיים באורח החיים של האוכלוסייה ובהיבטים שונים של בריאות. כשמדובר בזקנים, שינויים אלה מהווים גורמי סיכון ועלולים להוביל ליותר תחלואה ולפגיעה בתפקוד. סקר שנערך על-ידי מכון ברוקדייל בתחילת שנת 2024 בקרב בני 60+ באשדוד, עיר שתושביה לא פונו מבתיהם, העלה כי 31% דיווחו על החמרה בבריאותם הסובייקטיבית, 40% על קושי בתפקוד יומיומי, וכרבע על רמת דכאון גבוהה. כמחצית אינם מבצעים פעילות גופנית מספקת, ו-17% יוצאים מהבית פעם בשבוע או פחות. בעוטף עזה יש כ-11,000 אזרחים ותיקים, אשר האירועים שחוו ב-7 לאוקטובר ואחריו, כמו גם הפינוי מבתיהם, שמים אותם בסיכון גבוה יותר לתחלואה. ממצאים אלה מדגישים את הצורך בפיתוח תוכנית בריאות כוללת בחבל תקומה לאזרחים ותיקים, במטרה לצמצם נזקים ולקדם חזרה לשגרות חיים בריאות.

מטרות:

בניית תכנית התערבות להזדקנות מיטבית ומניעת הדרדרות לאוכלוסייה המבוגרים של העוטף בשיתוף פעולה עם השלטון המקומי והאזורי.

שיטות מחקר:

תוכנית "אופק בריא" פועלת בכמה צירים: ברמת המערכת - פיתוח אקוסיסטם מקצועי הכולל הכשרות לעידוד גישה מניעתית בזקנה, קורסים להכשרת מנחי סדנאות לניהול בריאות, נאמני בריאות ומובילי קבוצות הליכה; ברמת הפרט - הקמת ויזום פעילות ספורטיבית מגוונת ומותאמת לגיל השלישי, קיום סדנאות לניהול בריאות, וקיום אירועי בריאות וספורט מקומיים ואזוריים; בהיבט ההסברתי - יושם דגש על קידום מודעות לניהול בריאות באמצעות הסברה, סרטונים ורשתות חברתיות. התוכנית שואפת לפתח סביבה מקדמת בריאות, לשפר מדדי בריאות אישיים ולקדם נגישות למידע, כל זאת במטרה ליצור תשתית שתוטמע לטווח הרחוק ברשויות אשכול נגב מערבי.

ממצאים:

נכון לאפריל 2025, השתתפו בתוכניות השונות במסגרת אופק בריא כ-350 איש: בקבוצות כדורגל הליכה, בהכשרת מובילי הליכה, בסדנאות ניהול בריאות וביום הליכה של מועצה אזורית אשכול. התוכנית תפעל במשך 5 שנים ומלווה במערך הערכה ומדידה הכולל סקרים וראיונות.

מסקנות והמלצות:

ליווי החזרה של הזקנים לביתם שבעוטף בתכניות מותאמות למניעת תחלואה וחזרה לשגרות בריאות במרחב המקומי מהווה מנוף למניעת הדרדרות של אוכלוסייה הנמצאת בסיכון גבוה לתחלואה.

משולש שיתוף הפעולה ביישום מדיניות רב-שכבתית: כיצד אשכולות אזוריים, רשויות מקומיות ומומחים מקצועיים מקדמים מדיניות בריאות

אנה אוסטר¹, חן זרצקי¹, כרמית סטרן¹, שיר סגל¹, יעל פרסקי², הדס אלעד², שירן בורד¹

1 המכללה האקדמית עמק יזרעאל

2 אשכול איזורי גליל והעמקים

רקע:

יישום יעיל של מדיניות בריאות, במיוחד באזורי פריפריה, נתקל באתגרים משמעותיים הנובעים מפערים מבניים, מחסור במשאבים והבדלים בצרכים המקומיים. פרויקט "קפיצת גדילה" של אשכול גליל והעמקים מציג מודל חדשני להתמודדות עם אתגרים אלה.

מטרות:

המחקר מציג ובוחן את מודל "משולש שיתוף הפעולה" - מסגרת חדשנית ליישום מדיניות, המשלבת שלושה שחקנים מרכזיים: אשכולות אזוריים, רשויות מקומיות ומומחים מקצועיים לבריאות. המחקר בוחן כיצד שילוב זה מתגבר על פערי יישום מתמשכים במדיניות בריאות.

שיטות מחקר:

המחקר התבסס על גישה איכותנית, וכלל 21 ראיונות עומק עם בעלי תפקידים מהאשכול, מומחים מקצועיים ונציגים מהרשויות המשתתפים בפרויקט "קפיצת גדילה". הראיונות התמקדו בהבנת התרומה הייחודית של כל שחקן ב משולש ודפוסי האינטראקציה ביניהם.

ממצאים:

נמצא, כי לכל אחד מהשחקנים תפקיד קריטי ב"משולש שיתוף הפעולה". אשכולות אזוריים מספקים תיאום מבני, איגום משאבים ושוויון הזדמנויות לשירות - מה שמאפשר לרשויות המקומיות ליישם מדיניות בריאות ביעילות ובאופן מתואם. רשויות מקומיות, מצידן, תורמות ידע הקשרי ולגיטימציה מקומית, שהופכת את המדיניות לרלוונטית לצרכים המקומיים ומחזקת את הטמעתה בקרב התושבים. המומחים המקצועיים פועלים כמחוללי שינוי ומגשרים בין-תחומיים, המקלים על העברת ידע ומסייעים בניווט במערכות מורכבות, תוך חיבור בין הרמה האזורית לרמה המקומית. שילובם של שלושת השחקנים יוצר מערכת סינרגטית, שמתגברת על פערי יישום מבניים, ומקדמת יישום יעיל של מדיניות בריאות, במיוחד באזורים מרוחקים ומוגבלים במשאבים.

מסקנות והמלצות:

המחקר מדגיש, כי "מודל משולש שיתוף הפעולה" עשוי להוות כלי משמעותי לקידום מדיניות בריאות ברשויות, במיוחד במקרים הדורשים התאמה להקשר המקומי. הממצאים מצביעים על הצורך בפיתוח מנגנוני תקשורת ותיאום ברורים, פלטפורמות לשיתוף ידע ומערכות תמיכה מקצועיות, שיתמקדו לא רק ביעילות מנהלתית, אלא גם ביצירת יכולת יישומית של התכניות.

נכונות של המגזר החרדי לאשפוז בית מרחוק במקרה של שיקום לאחר אירוע מוחי

שירה רמות¹, גליה ברקאי², גלית הירש יחזקאל¹, אנג'לה שטרית¹

1 מכון גרטנר

2 מרכז רפואי שיבא

רקע:

מודל אשפוז ביתי מבוסס רפואה מרחוק לאחר אירוע מוחי מאפשר מתן טיפול רפואי ושיקומי בבית המטופל במקום באשפוז מוסדי. מודל זה משלב צוות רב-תחומי (רופאים, פיזיותרפיסטים, קלינאי תקשורת ועוד) ונועד לשפר את רציפות הטיפול, להפחית סיכונים הקשורים באשפוז ולאפשר שיקום בסביבה הטבעית של המטופל. כשמדובר בחברה החרדית, אשפוז בית מרחוק מציב אתגרים והזדמנויות הקשורים לערכים חברתיים ונורמות תרבותיות. מחד, הטיפול בבית יכול להוות חלופה לאשפוז במוסדות חילוניים. מאידך, ישנם חסמים כגון אוריינות דיגיטלית נמוכה והימנעות משימוש באינטרנט מטעמים דתיים.

מטרות:

להעריך את הנכונות לאשפוז בית מרחוק בחברה החרדית, במקרה של קרוב משפחה הזקוק לשיקום לאחר אירוע מוחי, לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפים, בריאותיים, זמינות טכנולוגיה דיגיטלית ולפי שיוך לזרמים במגזר החרדי ולמפות את החסמים לשימוש.

שיטות מחקר:

נכללו 1,460 משתתפים מהמגזר החרדי. ריאיון טלפוני כלל מאפיינים סוציו-דמוגרפים ושאלות על שימוש ברפואה מרחוק ובטכנולוגיה דיגיטלית. בנוסף, בדקנו באמצעות שאלות פתוחות, נכונות לאשפוז בית בתרחיש שבו קרוב משפחה זקוק לשיקום לאחר אירוע מוחי והסיבות לאי הסכמה.

ממצאים:

53.8% מהמשתתפים ציינו כי יסכימו לאשפוז בית מרחוק לאחר אירוע מוחי באמצעות טכנולוגיית רפואה מרחוק. ברגרסיה לוגיסטית מרובה נמצא כי ככל שהגיל וההכנסה עולים, יש יותר נכונות לאשפוז בית. משתתפים מעל גיל 45 בהשוואה לצעירים ובעלי הכנסה גבוהה לעומת בעלי הכנסה נמוכה, דיווחו על יותר נכונות להשתמש בשרות זה (OR=1.47, 95%CI:1.07,2.02), כאשר ככל שהצפיפות גבוהה יותר יש פחות הסכמה לאשפוז בית. שימוש בטכנולוגיה דיגיטלית קשורה באופן מובהק לנכונות לאשפוז בית, בתקנון משתנים סוציו-דמוגרפים: משתמשים באינטרנט ובעלי מחשב נייד מסכימים יותר לאשפוז בית.

הסיבות השכיחות שצוינו כנימוק לחשש מאשפוז בית והעדפת אשפוז בבית החולים בתרחיש זה, קשורות לסיבה דתית ואי רצון לשימוש בטכנולוגיה (14.5%), צורך בהשגחה ופיקוח (11.5%) וגורם הבטיחות (7%).

מסקנות והמלצות:

השימוש באשפוז בית מרחוק לאחר אירוע מוחי, אפשרי גם בקרב מטופלים מהמגזר החרדי, באמצעות התאמות תרבותיות וטכנולוגיות. הטמעת שירות זה בעל יתרונות רבים גם בהיבט הכלכלי.

פערים סוציו-אקונומיים בקבלת טיפולים אונקולוגיים בישראל

חני שרודר, צח בן מנחם, ורד אייזנברג, עידו וולף, איילת גרינבאום-אריזון, טל ארנברג

משרד הבריאות

רקע:

סרטן מהווה אתגר בריאותי עולמי משמעותי עם כ-32,000 אבחנות חדשות שנתיות בישראל. מערכת הבריאות הישראלית פועלת תחת מודל כיסוי אוניברסלי המבטיח טיפול אונקולוגי חינם וזכות בחירת מוסד טיפולי. למרות זאת, היעדר תכנון גיאוגרפי שיטתי של שירותי אונקולוגיה ופערים סוציו-אקונומיים עלולים ליצור פערי נגישות.

מטרות:

לנתח את הפריסה הגיאוגרפית של שירותי אונקולוגיה אנטי-נאופלסטיים בישראל ביחס לפריסת מטופלים ומעמד חברתי-כלכלי, לזהוי פערי נגישות ותכנון שוויוני.

שיטות מחקר:

ניתוח רטרוספקטיבי של כל הטיפולים האנטי-נאופלסטיים התוך-ורידיים שניתנו ב-23 בתי חולים ציבוריים בישראל בין 2018-2022, תוך חישוב מרחקי נסיעה והשוואתם בין מחוזות גיאוגרפיים ושכבות חברתיות-כלכליות.

ממצאים:

ניתוח 1.5 מיליון טיפולים חשף ריכוזיות משמעותית, כש-57% מהטיפולים ניתנו בארבעה מרכזים בלבד, שלושה במרכז הארץ. נמצאו פערים אזוריים בולטים: 33% מתושבי הדרום ו-24% מתושבי הצפון נסעו למרכז ולירושלים לקבלת טיפול. בפריפריה, מטופלים ממעמד סוציואקונומי גבוה נסעו בממוצע מרחקים גדולים יותר (37.87 ק"מ ו-25.37 בצפון ובדרום בהתאמה) מאשר אלו מסוציואקונומי נמוך (28.21 ק"מ ו-21.21 ק"מ בצפון ובדרום בהתאמה, $P < 0.001$).

מסקנות והמלצות:

למרות הכיסוי האוניברסלי וחופש הבחירה, קיימים פערים אזוריים וחברתיים-כלכליים משמעותיים בניצול שירותי אונקולוגיה. ייתכן שפערים אילו נובעים מנגישות תחבורתית אוריינות בריאותית או הבדלים נתפסים באיכות הטיפול. ממצאינו מדגישים את הצורך בתכנון מיקום שירותי בריאות מבוסס נתונים. מתודולוגיית המיפוי יכולה לשמש לתכנון אסטרטגי של שירותי אונקולוגיה, הפחתת עומס בבתי חולים, שיפור איכות הטיפול, ולשמש גם לתכנון שירותים נוספים.

רפואת אוטיזם מותאמת אישית בישראל: מדוע וכיצד

עדי רודריגז ברנע

מנכ"לית AutisMed, יו"ר עמותת חברים בנגב, מייסדת רודבר שירותי מידע וסטודנטית להשלמת תזה באונ' בר-אילן

רקע:

אוטיזם הוא מצב רפואי נדיר-התפתחותי, אשר משפיע על כלל מערכות הגוף. אנשים רבים עם אוטיזם סובלים מתקלואה רפואית נלווית - פיזיולוגית ונפשית - אולם מערכות הבריאות אינן מותאמות לטיפול כוללני באוכלוסייה זו. הפער בין הצרכים הבריאותיים לבין המענים הקיימים מוביל לעיכובים באבחון, להתנהלות לא יעילה של מערך הטיפולים הפרא-רפואיים בקופות החולים, לתחלואה מוגברת ואף לתמותה עודפת בטרם עת בקרב אנשים עם אוטיזם.

מטרות:

המאמר בוחן את ההצדקה הרפואית, החברתית והכלכלית להקמת מסלול רפואת אוטיזם ייעודי בישראל, תוך הצגת מודלים קיימים בארץ ובעולם, סקירת אתגרים במערכת הקיימת, ותיאור עקרונות לרפואה מותאמת אישית עבור ילדים ומבוגרים עם אוטיזם.

שיטות מחקר:

נערכה סקירת ספרות עדכנית של מאמרים אקדמיים מהעשור האחרון מתוך כתבי-עת רפואיים מובילים, תוך שילוב ניתוח מדיניות בריאות והשוואת מודלים בין-לאומיים. כן נבחנו מסמכי מדיניות ומחקרים אמפיריים המתעדים את חוויית המטופלים במערכת הבריאות.

ממצאים:

נמצא כי אנשים עם אוטיזם חווים שיעורי תחלואה גבוהים יותר מהאוכלוסייה הכללית, אך מתקשים בגישה לשירותים רפואיים מותאמים. היעדר פרוטוקולים קליניים ייעודיים, חוסר הכשרה של צוותים רפואיים, ותשתיות לא מותאמות תורמים לפערי בריאות משמעותיים. במקביל, התאמות פשוטות כמו סביבות טיפול מותאמות חושית ורופאים ייעודיים נמצאו כמייעלות את הטיפול ומשפרות את שביעות הרצון.

מסקנות והמלצות:

ישנו צורך דחוף בפיתוח תשתית לרפואת אוטיזם הכוללת הכשרה מקצועית, פרוטוקולים רפואיים מותאמים, ומרפאות ייעודיות בין-תחומיות. גישה מותאמת אישית עשויה לשפר משמעותית את תוצאות הבריאות של אוכלוסיית האוטיסטים ולצמצם עלויות ארוכות טווח למערכת באופן משמעותי.

המיזם הלאומי "גוף נפש"

גלעד בודנהיימר, שרון אלרעי-פרייס, איילת גרינבאום-אריזון, שרון לוי, נופר קין, מורן בלייכפלד-מגנאזי,

ליזה אידלמן

משרד הבריאות

רקע:

לאור האתגרים שהחברה הישראלית חווה בשנים האחרונות בעקבות מלחמת "חרבות ברזל", התחזקה ההבנה כי יש צורך משמעותי לקידום וחיזוק הבריאות של כל פרט, משפחה וקהילה מנקודת מבט המשלבת חוסן ובריאות גוף נפש. סקר משרד הבריאות בקרב מפונים וכלל האוכלוסייה הראה כי מעל 50% דיווחו כי התזונה שלהם פחות טובה, 42% מהנשאלים עלו במשקל, 30% הגבירו עישון, ואחוז משמעותי צמצמו פעילות גופנית. לצד תחושת הקושי הנפשי בתקופת המלחמה, התנהגויות אלו גם משפיעים על החוסן והבריאות הנפשית. מחקר של מכון ברוקדייל מצביע על כך שכ-65% מהאנשים שחווים מצוקה נפשית אינם מזהים שהם זקוקים לעזרה. איתור והנגשת מענים לציבור קריטי למניעת הדרדרות ושמירת תפקוד. נמצא כי השימוש במענים קבוצתיים, טכנולוגיים ומענים לעזרה עצמית יעיל להגברת החוסן בקהילה.

מטרות:

הקמת המיזם הלאומי לקידום חוסן ובריאות נפשית ופיסית בקהילה כשותפות של משרד הבריאות - האגף לבריאות הנפש, חטיבת בריאות הציבור ומינהל תכנון אסטרטגי, משרד ראש הממשלה, משרד האוצר וג'וינט - ימ"ל יחד עם משרדי הפנים, הרווחה, החינוך והמרכז לשלטון מקומי.

שיטות מחקר:

המיזם נשען על התשתית הקיימת של קידום בריאות ברשויות המקומיות של התוכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים - אפשריבריא ותוכנית בריאות באשכולות האזוריות. המיזם הוקם על מנת להנגיש מענים בתחום קידום בריאות נפשית ופיסית עבור כלל תושבי המדינה דרך הפריזמה של שלטון מקומי מתוך הבנה כי ברשות המקומית והאזורית קיימת היכרות יותר עמוקה ומדויקת של צרכי התושבים וידע שיאפשר בחירה יותר מותאמת של מענים. במסגרת המיזם נערך פיתוח של ארגז כלים וסל מענים בתחום קידום בריאות נפשית ופיסית שנבחרו על ידי צוות מומחים. התשתית שנבנית כוללת הכשרת סוכני שינוי ובעלי תפקידים על מנת לחזק את האקו-סיסטם בצורה משמעותית ולהבטיח פעילות בת קיימא. המיזם והמענים משלבים תהליכי הערכה ברמה המקומית והלאומית.

ממצאים מסקנות והמלצות:

החדשנות והערך המוסף של המיזם הוא בחיבור בין כלל השחקנים הרלוונטיים ברמה הלאומית והמקומית על מנת ליצור מחויבות מהותית של לקידום בריאות נפשית ופיסית וליצור אימפקט ארוך טווח.

ניתוחים מהירים יותר ללא פגיעה באיכות: השפעת תגמול מבוסס ביצועים על ניתוחים אלקטיביים

נסים כהן¹, יונתן חלאטניק², טדי לזבניק³

1 אוניברסיטת חיפה

2 משרד הבריאות

3 University College London

רקע:

חדר הניתוח הוא מוקד מרכזי בתרומתו של בית החולים לבריאות הציבור ובפעילותו הכלכלית והתפעולית. מחקרים מצאו צפי לעלייה משמעותית בכמות הניתוחים, לצד נצילות נמוכה של חדרי הניתוח בישראל. כמו כן, נמצא שזמני המתנה ארוכים לניתוחים מהווה גורם עיקרי בפגיעת באמון הציבור במערכת הבריאות ב-OECD.

בישראל מתקיימת שיטת תשלום ייחודית לצוותים מנתחים בבתי חולים ציבוריים: שכר גלובלי בשעות הבוקר, ושכר מבוסס תפוקות בשעות אחר הצהריים ('ססיות'). עד כה, לא נבחן כיצד מנגנון תגמול זה משפיע על ביצועי הצוות ותוצאי הניתוח.

מטרות:

המחקר בחן את היקף הניתוחים האלקטיביים שמתבצעים ב'ססיות', את אורכם ואת תוצאי הניתוח בהשוואה לאותם ניתוחים, שהתבצעו במטופלים במאפייני גיל ומין דומים, בשעות הבוקר, באותם בתי החולים.

שיטות מחקר:

נאספו נתוני כ-800 אלף ניתוחים שהתבצעו בכ-23 בתי חולים ציבוריים בישראל בין השנים 2018-2019, המהווים את מרבית הניתוחים שהתבצעו בישראל בתקופה זו.

נעשה שימוש בסקרים ובדו"חות על-מנת לתייג את סוג הגמול בכל ניתוח. בוצעו ניתוחי סיבתיות במטרה לבחון כיצד מנגנון התשלום השפיע על אורך הניתוח ועל אורך האשפוז.

ממצאים:

מתוך 13 סוגי הניתוחים האלקטיביים הנפוצים שנבחרו, כ-13% בוצעו במסגרת ססיות. נמצא שהניתוחים שבוצעו במסגרת 'ססיות' היו מהירים יותר, באופן מובהק סטטיסטית, בכל בתי החולים בישראל. לא נמצא, ברמה לאומית, שאורכי ההתאוששות והאשפוז היו שונים בין ניתוחים שבוצעו במסגרת 'ססיות' ובמסגרת גלובאלית. לא נמצא הבדל גיל ומין מובהק בין המטופלים שנבחרים לניתוחי ססיה לבין ניתוחים גלובליים.

מסקנות והמלצות:

מחקרנו בחן לראשונה את היקף והשפעת ניתוחי 'הססיות' במערכת הבריאות הישראלית, ובצורה תקדימית גם ברמה העולמית.

נמצא שניתוחים דומים שבוצעו במטופלים דומים, אך בשיטת תגמול מבוססת ביצועים, היו מהירים יותר אך לא הובילו לזמני התאוששות או אשפוז ארוכים יותר, בהשוואה לניתוחים שבוצעו בשיטת תגמול גלובאלית. כמו כן, לא נמצאה הוכחה לגריפת שמנת' בבחירת המטופלים לניתוחי ססיה.

תוצאות המחקר יכולות לשמש מקבלי החלטות, מרמת הממשל ועד לרמת הנהלת חדרי הניתוח, לצורך בניית תמריצים יעילים להגדלת הפעילות הכירורגית במסגרות קיימות בעולם שבו הדרישה לשירותים כירורגיים נמצאת בעלייה משמעותית.

השפעת תוכניות למניעת מחלות כרוניות על חיסכון כלכלי וירידה בתמותה בישראל

גרי גינזברג¹, יקיר קאופמן², אהובה ספיץ³

1 האוניברסיטה העברית בירושלים

2 משרד הבריאות

3 המרכז הרפואי שערי-צדק

רקע:

במסגרת התוכנית הלאומית למניעה ראשונית (ביקור בריא היברידי) נעשית הערכה של גורמי סיכון לתחלואה של אנשים בריאים, ניתן ליווי של מאמן בריאות וכן כלי דיגיטלי להורדת גורמי סיכון.

מטרות:

ליצור אומדנים של עלויות ההתערבויות, חסכון צפוי וירידה בתמותה במשך 25 שנים, כתוצאה מעשר התערבויות המיועדות למנוע התדרדרות בבריאות בישראל.

שיטות מחקר:

בניית מודל שמבוסס על נתונים מהספרות (יעילות, שיעורי הישנות ו-LAG TIMES) וממשרד הבריאות (עלויות של התערבויות, אבחנות אשפוז ופטירות לפי גיל ומגדר) של הפחתת:

- ◆ שיעור המעשנים (הטלת מיסים ומדבקות ניקוטין).
- ◆ צריכת סוכר (לפ' אימוץ של התוכנית האנגלית: ב-10% במשך 5 שנים).
- ◆ השמנה (יעוץ תזונתי ופעילות גופנית).
- ◆ סרטן המעי הגס (בדיקת דם סמוי, קולונוסקופיה) מגיל 50-80.
- ◆ תת תזונה (באמצעות יעוץ ותוספת תזונה: בקהילה ובמוסדות).
- ◆ יתר לחץ דם (תוכניות למנוע גורמי סיכון רבים).
- ◆ סוכרת (באמצעות יעוץ תזונתי ופעילות גופנית).
- ◆ זיהום אוויר מכלי רכב (מכוניות ותחבורה ציבורית חשמליים).
- ◆ הגברת פעילות גופנית ודחיית גיל הפרישה לפנסיה.

ממצאים:

העלות במשך 25 שנים של אימוץ הפרויקטים בעלי אופי מניעתי היא בערך 26 מיליארד ₪. אבל, החיסכון כתוצאת מירידה בתחלואה הוא בין 70 עד 126 מיליארד ₪ (חיסכון נטו בן 44 עד 100 מיליארד ₪). בנוסף התוכנית תמנע 1,668 עד 3,166 פטירות כל שנה (סה"כ 41,700 עד 79,000 פטירות במשך 25 שנים).

יחסי תועלת כספית לעלות של התוכנית לדחות את גיל הפרישה היא לפחות 62:1, חקיקה המקדמת מעבר לרכב חשמלי (41:1), מניעת השמנת יתר (24:1), סוכרת (14:1), עישון (9:1), יתר לחץ דם וצריכת סוכר (4:1). התוכנית להפחית נזק מסרטן מעי הגס, היא היחידה שלא תחסוך כסף, אבל תעלה רק 17,000-21,000 ₪ לתוספת שנת חיים לאדם.

מסקנות והמלצות:

לאור הורדה בתמותה וחסכון גדול בעלויות הלאומיות לבריאות מומלץ לממן ולהפעיל את התוכנית על מנת למנוע לפחות 41,700 פטירות שמשמעותן חיסכון של לפחות 44,000,000,000 ₪ בין השנים 2023-2048 (1,760,000,000 ₪ לשנה).

ביקורים אדמיניסטרטיביים והשפעתם על הביקוש לרופאי משפחה

אביבית גולן כהן, יבגני מרזון, אילן גרין, שלמה וינקר, אריאל ישראל

לאומית שירותי בריאות

רקע:

מספר הביקורים הממוצע לנפש בלאומית שירותי בריאות עלה מ-9.58 ל-10.83 במהלך עשר השנים האחרונות. עלייה זאת מבטאת עליה של 31% במספר הביקורים לנפש ברפואת המשפחה, כאשר, במקביל, ברפואת ילדים וברפואה יועצת יש ירידה קלה במספר זה. קצב העלייה שהיה קבוע עד 2021, הוכפל מאז, כאשר פילוח סיבות הביקור מצביע על כך שאת עיקר העלייה מייצרים ביקורים אדמיניסטרטיביים. העלייה בעומס האדמיניסטרטיבי באה יחד עם עליה בשיעור הביקורים לניהול מחלות מטבוליות כרוניות וירידה בביקורים שמטרתם מניעת מחלות.

מטרות:

אפיון סוגי המפגשים האדמיניסטרטיביים בין השנים 2019 ו-2024 במטרה לאתר נקודות השפעה אפשריות לצמצום העומס.

שיטות מחקר:

מחקר חתך רטרוספקטיבי המבוסס על מאגר הנתונים הממוחשב של לאומית, אשר התייחס לכלל הביקורים בעלי אבחנה אדמיניסטרטיבית אצל רופא ראשוני, בתקופת המחקר. עיבוד הנתונים באמצעות מבחנים סטטיסטיים פרמטריים ואי-פרמטריים.

ממצאים:

ב-2019 73.93% מהביקורים האדמיניסטרטיביים היו פרונטליים (OR=0.86 ביחס לשיעור הביקורים הפרונטליים מכלל הביקורים שבוצעו בלאומית לאותה שנה) ו-14.57% בוצעו בהתכתבות (OR=3.94 ביחס לכלל הביקורים). ב-2024 43.79% מהביקורים האדמיניסטרטיביים היו פרונטליים (OR=0.59 ביחס לשיעור הביקורים הפרונטליים) 27.30% בוצעו בהתכתבות (OR=3.51). בנוסף, 14.67% מהביקורים האדמיניסטרטיביים ב-2024 מבוצעים בביקור טלפוני או ביקור בווידיאו, אפשרות שלא הייתה קיימת ב-2019. ככל שהמטופל מבוגר יותר כך גבוה יותר שיעור הביקורים האדמיניסטרטיביים שהוא מבצע.

בניתוח טקסט של קרוב ל-6,000 ביקורים אקראיים עם אבחנה אדמיניסטרטיבית, נמצא כי ברבע מהביקורים בוצע ברור של מצב קליני והאבחנה לא ייצגה את תכולת הביקור. בשאר הביקורים כ-50% היו למתן מרשם, בכ-30% ניתנו הפניות ואישורים שונים ובכ-20% לא נרשם דבר, למעט האבחנה.

מסקנות והמלצות:

מאז שילוב המפגשים המקוונים קיימת הסטה של ביקורים אדמיניסטרטיביים לממשקים אלו, כולל בבני הגיל המבוגר וזאת במקביל לעלייה ניכרת בעומס על רופא המשפחה. המלצות:

על מנת לשלוט בביקוש העולה לשירותי רופא המשפחה יש למצוא מנגנונים שיאפשרו לצמצם בעיקר את נטל מילוי המרשמים ומנגנונים לצמצום השימוש הלא נאות בשירות המקוון.

השפעת ירידה בתפוסה במחלקות אשפוז פנימיות על שיעורי תמותה ואשפוזים חוזרים למול הגידול בעלויות פר מטופל - ניתוח עלות תועלת

נתנאל הורוביץ¹, שלמה פשקוס¹, לב דרוקר², מיכאל הלברטל¹

1 הקריה הרפואית רמב"ם

2 ויה תחבורה

רקע:

הקשר בין תפוסת מיטות נמוכה בבית החולים, אינו ברור. מרבית הספרות עוסקת בהשלכות של תפוסה גבוהה, אשר נקשרה לעלייה בשיעורי תמותה, זיהומים נרכשים באשפוז, ועומס על הצוותים הרפואיים. לעומת זאת, קיימים פחות נתונים על תפוסה נמוכה, וההשפעה שלה על איכות הטיפול ותוצאיו טרם הובררה במלואה. השתמשנו בירידה בשיעור התפוסה במהלך הגל הראשון של מגיפת הקורונה, וראשית מלחמת חרבות ברזל, על מנת לחקור את הנושא בהתבסס על נתונים אדמיניסטרטיביים של בית חולים שלישוני גדול.

מטרות:

- א. הערכת הקשר בין ירידה בתפוסת המיטות באגף הפנימי, לשיעורי התמותה ואשפוזים חוזרים בתוך 30 יום.
- ב. ניתוח השוואתי של שיעורי תמותה לפי מורכבות המטופלים.
- ג. הערכה כלכלית של השפעת הירידה בתפוסה על הקצאת המשאבים לטיפול.

שיטות מחקר:

לניתוח הקשר בין תפוסת מיטות לתמותה ואשפוזים חוזרים נעשה שימוש בשיטת Difference-in-Differences. שיטה זו משווה את השינוי בתוצאים בין תקופות של תפוסה גבוהה ונמוכה, תוך שימוש בקבוצות השוואה דומות. ההנחה המרכזית היא שמגמות התוצאים היו מקבילות אלמלא השינוי בתפוסה, וכך ניתן להעריך את ההשפעה הסיבתית של רמת התפוסה.

ממצאים:

- א. בתקופות המחקר היתה ירידה בתפוסה מ-99% ו-96%, ל-75% ו-81% בהתאמה.
- ב. בזמן תפוסה מופחתת נמצאה עליה בהקצאת משאבים לטיפול.
- ג. המודל מהימן בניתוח הגורמים המשפיעים על שיעורי התמותה.
- ד. ירידה בתפוסת המיטות לא הפחיתה את שיעור התמותה בכלל המטופלים באגף הפנימי.
- ה. תפוסה נמוכה, הפחיתה את שיעור התמותה בקרב המטופלים שנזקקו לאשפוז בטיפול נמרץ.
- ו. תפוסה מופחתת לא הביאה לירידה בשיעור אשפוזים חוזרים.

מסקנות והמלצות:

- א. אין לפעול להורדה גורפת של שיעור התפוסה במחלקות פנימיות מתוך שיקול של שיפור בתוצאות הטיפול, אך ייתכנו שיקולים נוספים כגון חווית החולים או שחיקה של הצוותים המטפלים.
- ב. יש לשקול ריכוז חולים מורכבים במחלקה אחת, תוך שמירה על תפוסה נמוכה באותה מחלקה, ובכך לאפשר את הצגת המשאבים והקפדנות הנדרשת לטיפול מיטבי בקבוצה זו.

התפתחויות בשכר ובתעסוקה של רופאים בישראל בעקבות הסכם שכר 2011

נעם זונטג

בנק ישראל

רקע:

הסכם השכר שנחתם עם הרופאים ב-2011 כלל תמריצים ניכרים למעבר של רופאים לפריפריה ולעידוד ההתמחות במקצועות במצוקה, שבהם חסרים רופאים.

מטרות:

המחקר סוקר את ההתפתחויות בתעסוקה ובשכר של הרופאים בישראל מאז הסכם שכר 2011, ובפרט את אפקטיביות התמריצים שנכללו בהסכם לעידוד מעבר רופאים לפריפריה.

שיטות מחקר:

אסטרטיית הזיהוי, באמצעות שיטת הפרש הפרשים (Diff-in-Diffs), מתבססת על פערים במידת החשיפה לתמריצי ההסכם בין רופאים מתחומי התמחות שונים.

ממצאים:

ממצאי המחקר אינם מצביעים על השפעה של התמריצים הכלכליים שניתנו בהסכם על ההסתברות למגורי רופאים מומחים בפריפריה, אך הם מצביעים על חשיבות הלימודים או המגורים של הרופאים בפריפריה טרם בחירתם לעבוד באזורים אלה.

מסקנות והמלצות:

ממצאי המחקר מובילים למספר צעדי מדיניות להגדלת מספר הרופאים בפריפריה ולשיפור רמת הכשרתם הממוצעת בעיקר על ידי עידוד צעירים שגדלו בפריפריה ללמוד רפואה והגדלת שיעורי החשיפה של רופאים לפריפריה בתהליך הכשרתם.

מחקר זה התפרסם כנייר לדיון של חטיבת המחקר בבנק ישראל ובהמשך הוא צפוי להישלח לכתבי עת אקדמיים לטובת פרסומו במסגרת אקדמית.

בטוח בבית: האם תוכנית ההתערבות של עיריית ירושלים בבתי התושבים להעלות הבטיחות בסביבת הבית מורידה את העלויות והשימוש בשירותי הבריאות

דניאל שוורץ, אמנון להד

שירותי בריאות כללית

רקע:

כ-30% מהאוכלוסייה הגרים בבית בגיל 65 ומעלה נופלים כל שנה (Berry SD, et al. 2008). פציעות בעקבות נפילה עלולות להוביל לשימוש ארוך טווח בשירותי בריאות שעולים הרבה כסף (Dielman JL, et al. 2016). התאמת הבית, בדגש על מניעת נפילות, מוריד פציעות בעקבות נפילות ב-26% (Keall MD, et al. 2017). עיריית ירושלים הקימה תוכנית "בטוח בבית" במטרה לקדם אורח חיים בריא ומניעת נפילות. כחלק מהתוכנית, טכנאי מהעירייה מגיע לבית התושבים, מתקין אביזרים למניעת נפילות וממליץ על תוכנית סוציאליות.

מטרות:

להשוות שינוי במספר ביקורים למיון, אשפוזים דחופים ואשפוזים אלקטיביים בין קבוצה שהשתתפה בתוכנית ובין קבוצה שלא השתתפה, שנה לפני ושנה אחרי יום הביקור מהטכנאי.

שיטות מחקר:

סוג מחקר - קוהורט רטרוספקטיבי עם מעקב אחרי שתי קבוצות חשיפה אוכלוסייה - התערבות - 6,331 אזרחים מירושלים בגיל 70 ומעלה שפנו לעירייה להשתתף בתוכנית ביקורת - 6,331 אזרחים שלא פנו לעירייה להשתתף בתוכנית. זיווג נעשה באמצעות propensity score.

עיבוד נתונים - מאפייני המשתתפים הוצגו באמצעות סטטיסטיקה תיאורית. השוואה בין הקבוצות לפני ואחרי התוכנית נמדד על ידי רגרסיה פואסוית עם ניתוח אפקטים מעורבים.

ממצאים:

למרות שבשתי הקבוצות הייתה עליה במספר ביקורים במיון בשנה, בקבוצת הביקורת הייתה עליה משמעותית יותר (30%) לעומת קבוצת ההתערבות (12%), מה שיכול להעיד על האפקטיביות של התוכנית. באשפוזים דחופים נמצא הבדל גדול בין הקבוצות (התערבות - עליה של 7% לעומת ביקורת - עליה של 40%). מנגד, נמצא הבדל קטן בין הקבוצות במדד של אשפוזים אלקטיביים (התערבות - עליה של 7%, ביקורת - ירידה של 2%). נתונים שיכולים להעיד על יתרון לתוכנית "בטוח בבית" בנוגע לבעיות אקוטיות. ניתן לומר כי השתתפות בתוכנית עשויה להביא להפחתה של אשפוזים דחופים והפניות למיון. בעקבות התוכנית צפוי חסכון של כ-464 ש"ח שנתי למטופל בגין מניעת אשפוזים דחופים וחסכון של כ-83 ש"ח שנתי למטופל בגין מניעת פניות למיון. ישנן עלויות אחרות שלא נלקחו בחשבון במחקר, כגון שיקום, פיזיותרפיה, תרופות וכו... בנוסף, אין מחיר להורדת עוגמת הנפש והנטל על המטופל ועל המשפחה שנגרמת בעקבות פציעה. אמנם השפעת התוכנית לא נבדקה במסגרת המחקר הנ"ל למשך זמן ארוך, אך יש סיבה להניח שהתועלת של "בטוח בבית" תמשיך להשפיע לטווח של שנים קדימה.

מסקנות והמלצות:

לאור התוצאות יש מקום לשקול להרחיב את תוכנית "בטוח בבית" לערים נוספות, כדי לעזור למנוע נפילות ולצמצם שימושים ועלויות בשירותי בריאות.

הנטל הכלכלי של אי-ביטחון תזונתי באוכלוסייה המבוגרת בישראל: השלכות למדיניות בריאות-כלכלית

אביעד טור-סיני

אוני' חיפה

רקע:

ביטחון תזונתי מהווה זכות בסיסית המשפיעה ישירות על הבריאות והעלויות הרפואיות. הזדקנות האוכלוסייה מציבה אתגר כלכלי כפול: עלייה בהוצאות בריאות במקביל לירידה בהכנסה הפנויה, המקשה על קיום תזונה נאותה ומגבירה את הסיכון להחמרת מצבי בריאות כרוניים.

מטרות:

מחקר זה מתמקד במיפוי כלכלי של שיעור אי-הביטחון התזונתי בקרב מבוגרים והערכת העלות המשקית הנובעת ממנו. המחקר מבקש לאפיין קבוצות סוציו-אקונומיות בסיכון ולזהות את המנגנונים המגבירים פגיעות כלכלית. כמו כן, נבחנים גורמי הסיכון הכלכליים ותרומתם היחסית לאי-ביטחון תזונתי, תוך ניתוח מנגנון הבחירה בין הוצאות בריאות והוצאות תזונה במשקי בית מבוגרים עם משאבים מוגבלים.

שיטות מחקר:

המחקר מבוסס על ניתוח אקונומטרי מקיף של נתוני סקר SHARE באמצעות מודלים סטטיסטיים מתקדמים לכימות ההשפעות ההדדיות בין הוצאות בריאות, דפוסי תזונה ומשתנים סוציו-אקונומיים.

ממצאים:

הממצאים מצביעים על כך ש-2.8% מהמבוגרים סובלים מאי-ביטחון תזונתי מסיבות כלכליות ישירות ו-24.7% מסיבות עקיפות - היקף משמעותי המעיד על נטל כלכלי נרחב. זוהו קשר ישיר בין אי-ביטחון תזונתי כלכלי לריבוי מחלות כרוניות, המובילות לעלויות טיפול מוגברות. המחקר מזהה פרופיל כלכלי בסיכון גבוה: נשים בודדות, גיל מתקדם, בריאות ירודה, ריבוי תלויים כלכלית ונגישות מוגבלת לשירותים שכונתיים. ניתוח הנתונים מראה כי שיעור ההוצאה מהכיס על שירותי בריאות מתוך סך ההכנסה מהווה גורם מנבא מובהק לאי-ביטחון תזונתי, המתחזק ככל שעולה חלקן היחסי של הוצאות אלו בתקציב המשפחתי. כמו כן, נמצא מנגנון מובהק של "מלכודת עוני בריאותית": עלייה בהוצאות רפואיות מהכיס גוררת ירידה ביכולת רכישת מזון בריא, המחריפה את המצב הבריאותי ומגדילה עלויות עתידיות.

מסקנות והמלצות:

הבטחת ביטחון תזונתי בקרב מבוגרים מהווה השקעה שתפחית עלויות טיפול במחלות כרוניות. המחקר מצביע על הצורך ברפורמה במנגנוני מימון הבריאות להקטנת הוצאות רפואיות מהכיס ולהפחתת ויתור על תזונה. לצוותי בריאות הציבור ורופאי קהילה, מתווה המחקר את הצורך בסקר תזונתי כחלק מאנמנזה למטופלים מבוגרים, תוך הגברת הנגישות ליעוץ תזונתי. ניתוח העלות-תועלת מראה כי הפחתת שיעור ההשתתפות העצמית בשירותי בריאות לאוכלוסייה המבוגרת תוביל לחיסכון בזכות צמצום סיבוכים רפואיים. מומלצת אסטרטגיה משולבת הכוללת פיתוח שירותים נגישים, הגדלת הכנסה פנויה והפחתת עלויות תרופות.

עלות השבץ המוחי בישראל - מחקר עוקבה של למעלה מ-100,000 מטופלים בישראל

דן גרינברג¹, נירית אגאי², ארנונה זיו², רחלי דנקנר²

1 אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2 מכון גרטנר

רקע:

שבץ-מוחי הוא גורם מרכזי לתמותה, תחלואה ונכות עם כ-20,000 מקרים מדי שנה בישראל. המחלה מטילה נטל כלכלי עצום על החולים, בני משפחתם, מערכת הבריאות והחברה.

מטרות:

להעריך את העלויות למערכת הבריאות ולביטוח הלאומי כתוצאה מהשבץ המוחי בשלב החד בבית החולים ולתקופה של עד שלוש שנים לאחר האירוע.

שיטות מחקר:

במחקר נכללו 101,099 נפגעי שבץ-מוחי, מבוטחי כללית ומכבי, אשר חוו שבץ בשנים 2008-2017 ונמצאו במעקב ממועד השבץ ועד מועד הפטירה או סוף המעקב. הערכת השימוש בשירותי רפואה ועלותם התבססה על נתוני קופות החולים ומקורות נוספים כגון הרשם הלאומי לשבץ-מוחי ותעריפון משרד הבריאות לשירותים רפואיים נכון לחודש אוגוסט 2024. הערכת העלות כללה את עלות הפינוי באמבולנס לבית החולים, עלות האשפוז החד, עלות מסגרת שיקומית לאחר השחרור, אשפוזים בבתי חולים, ביקורים בחדרי המיון וביקורים אצל רופאים ומטפלים אחרים. הביטוח הלאומי סיפק נתוני קבלת קצבאות וסכום הקצבאות עבור נפגע השבץ ובן/בת הזוג, החל משלוש שנים טרם הארוע, ואילך.

ממצאים:

העוקבה כללה 53% גברים ו-47% נשים, בני 70.4±13.9 שנים ו-74.6±14.3 שנים במוצע, בהתאמה. 76.3% הם מקרי שבץ-איסכמי, 10.2% שבץ-המורגי, 6.3% TIA וסוג השבץ לא היה ידוע בקרב 7.2%. משך האשפוז החד הממוצע היה 12.1±17.0 ימים בשבץ-המורגי, 8.4±11.6 בשבץ-איסכמי ו-3.9±3.5 ב-TIA. עלות האשפוז החד בבית החולים מוערכת בכ-37,000 ₪ בשבץ-איסכמי (כולל טיפולים לזילוח כלי דם), כ-35,000 ₪ לשבץ-המורגי וכ-10,000 ₪ ל-TIA. העלות הישירה הממוצעת בשורד שבץ-מוחי איסכמי בשנה הראשונה לאחר השבץ (כולל עלויות האשפוז החד) מוערכת בכ-80,000 ₪ והעלות בכל אחת מהשנים לאחר מכן בכ-18,000 ₪, עם עלות כוללת של כ-116,000 ₪ בשלוש שנים. חציון כלל קצבאות הביטוח-הלאומי זינק בכ-13,000 ₪ וכ-7,000 ₪ לשנה בנשים וגברים שורדי השבץ בהתאמה, כמו גם ברעיות של גברים שלקו בשבץ.

מסקנות והמלצות:

הטיפול בשבץ-מוחי והשלכותיו מטילים מעמסה כלכלית כבדה על מערכת הבריאות ועל המשק בישראל. התערבויות למניעה ראשונית ושניונית של שבץ-מוחי עשויות לחסוך משאבים רבים למערכת הבריאות בפרט ולחברה בכלל.

מגמות ברישום תכשירי ביוסימילאר בישראל לאורך עשור - הנגשה וחסכון בעלויות רכש

מיכל הירש-וקסברג, אילנה וייס, קלוד הגיג, מוחמד עזאם, מירי טריינין, אלי מרום

משרד הבריאות

רקע:

במהלך העשור האחרון נרשמה עלייה ניכרת בפיתוח וברישום תכשירי ביוסימילאר, תכשירים ביולוגיים הדומים דימיון רב לתכשיר הביולוגי המקורי. תהליך הרישום של תכשירים אלה בישראל מחייב הוכחת איכות, יעילות ובטיחות, וכן בחינת האפשרות לתחליפיות תכשירי ביוסימילאר ביחס לתכשיר המקור. בשנים האחרונות עודכנו נהלי אגף הרקחות בנוגע לרישום תכשירי ביוסימילאר, ותעדוף ברישום תכשירים. עדכונים אלה ייעלו את תהליך הרישום והקדימו את בחינת התחליפיות, במטרה להרחיב את הנגישות לתכשירים אלו למטופלים. מחירי הרכש של תרופות בישראל נקבעים בהתאם למחירון משרד הבריאות, המשפיע על מחירי הרכש של המוסדות הרפואיים ומושפע גם ממספר התכשירים התחליפיים הזמינים בשוק בכל נקודת זמן.

מטרות:

לבחון את מגמות הרישום של תכשירי ביוסימילאר בישראל בין השנים 2014-2024, ולהעריך את השפעתם על מחירי התרופות, זמינותן וחסכון בעלויות הרכש למוסדות הרפואיים.

שיטות מחקר:

בוצע ניתוח של מאגר התרופות הרשומות בישראל לאיתור מועדי רישום של תכשירי ביוסימילאר בין השנים 2014-2024, מול נתוני מחירון משרד הבריאות לאורך שנים אלו.

ממצאים:

נמצאה ירידה הדרגתית ומשמעותית של כ-30% ואף יותר במחירי תכשירי המקור הביולוגיים עבורם נרשמו תכשירי ביוסימילאר וכן ירידה נוספת לאחר רישום ביוסימילאר שני ושלישי. רישום תכשירי הביוסימילאר ואישור תחליפיות תוך טיוב התהליך, הובילה להוזלת מחירי הרכש, המתורגם לחיסכון משמעותי למערכת הבריאות.

מסקנות והמלצות:

רישום תכשירי ביוסימילאר בישראל בעשור האחרון תרם באופן משמעותי להוזלת עלויות הטיפול התרופתי ולהרחבת מגוון התרופות הביולוגיות הזמינות למטופלים. הנגשה זו מאפשרת מענה טוב יותר בעת מחסור ואירועים בלתי צפויים. הירידה הממוצעת של כ-30% ואף יותר במחירי התרופות, ממחישה את התרומה הכלכלית של רישום תכשירי ביוסימילאר ובחינת התחליפיות בצורה יעילה ומכאן חשיבות של רישום תכשירי ביוסימילאר בישראל.

עוני אנרגטי בישראל והשלכותיו על מדדי בריאות רווחה

סתיו שפירא¹, דורון סייג², נעמה טשנר¹

1 אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2 הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

רקע:

עוני אנרגטי מוגדר כקושי להבטיח אנרגיה מספקת לצרכי משק הבית לצורכים בסיסיים כגון חימום, קירור, אחסון מזון ותרופות, והפעלת מכשירי חשמל. התופעה מתבטאת לפעמים בנטל הוצאות חשמל גבוה ביחס להכנסה, או בצמצום מכוון של צריכת האנרגיה בעת מצוקה כלכלית ולעיתים משתי הסיבות יחד. לחיים בעוני אנרגטי עשויות להיות השלכות ישירות ועקיפות על מימדי בריאות ורווחה.

מטרות:

לבחון את הקשר בין עוני אנרגטי לבין בריאות ורווחה וכן, לראשונה, להגדיר מהו "עוני אנרגטי" בישראל ולקבוע אינדקס לכימות התופעה באמצעות התאמה של מדדים מקובלים בעולם לתנאים המקומיים.

שיטות מחקר:

סקר לאומי עם מדגם מייצג של האוכלוסייה (n=1,202) נערך על מנת לאפיין את הקשר בין מדדי בריאות ובין חוויות של עוני אנרגטי. כמו כן, פותח אינדקס ייעודי לישראל לאומדן התופעה, על בסיס נתונים מסקר הוצאות משקי בית של הלמ"ס בין השנים 2015-2019.

ממצאים:

עוני אנרגטי הוא תופעה רב מימדית ורחבת היקף, בעלת השלכות מהותיות על בריאות ורווחה: משתתפים שדיווחו על חיים בתנאי עוני אנרגטי (לדוגמא: אי נוחות תרמית בבית, ניתוקי חשמל וקושי לשלם את חשבון החשמל) דיווחו על שיעורים גבוהים יותר של דלקות פרקים, סכרת, מחלות ריאה, יל"ד, דכאון, חרדה וקשיי שינה, וכן על ויתור רכישת תרופות מרשם וטיפולים רפואיים בשל קשיים כלכליים. הממצאים של האינדקס שפיתחנו מראים כי ~20% מהאוכלוסייה בישראל מוגדרים כחווים עוני אנרגטי, כאשר - 7% סווגו כסובלים מנטל אנרגטי (יחס הכנסה-הוצאה) ו- 13% כסובלים מעוני אנרגטי סמוי הבא לידי ביטוי כצריכת חסר.

מסקנות והמלצות:

יש להכיר בעוני אנרגטי כבעיה לאומית, לבצע מעקבים שנתיים ולשלב את הממצאים בתכנון מדיניות בריאות מודעת עוני. עוני אנרגטי דורש מענה משולב החוצה מחלקות ומקצועות הן ברמה הלאומית והן ברמה המקומית בין אם מדובר במשרדי/מחלקות רווחה, סביבה ואקלים, והנדסה. אחת הבעיות הבולטות בנושא היא חוסר נגישות לנתוני צריכת אנרגיה ולנתוני רווחה הנדרשים לצורך איתור משקי בית פגיעים. מומלץ לפתח סל כלים יעודי, כגון שיפוץ דירות, הנותן מענה לטמפרטורות סאב-אופטימליות וגורמי סיכון בריאותיים בבית (עובש, לחות, איורור לקוי) המשפיעות באופן ישיר על תחלואה ורווחה.

החמרה במצב הנפשי של האוכלוסייה בתקופת מלחמת חרבות ברזל והקשר להרגלי בריאות - סקר חתך לאומי

דבורה פרנקנטל, מיכל ברומברג, ניבה בסודו-מנור, ליטל קינן בוקר, שיר בן יעיש

משרד הבריאות

רקע:

מצבי משבר כמו אסונות טבע, מגפות, או מלחמות חושפים את האוכלוסייה למצבי לחץ שעלולים לתרום לעלייה בשכיחות של הפרעות חרדה ודיכאון. למלחמת חרבות ברזל שהחלה בישראל באוקטובר 2023 היו השפעות שליליות על אזרחי המדינה וחשוב לבדוק את ההשפעה על בריאות הנפש.

מטרות:

להשוות את המצב הנפשי בתקופות לפני ואחרי פרוץ המלחמה, ולבדוק את הקשר בין המצב הנפשי של האוכלוסייה בתקופת המלחמה להרגלי בריאות.

שיטות מחקר:

סקר חתך לאומי טלפוני נערך על ידי משרד הבריאות בין ספטמבר 2022 לספטמבר 2024 בקרב מדגם מייצג של בני 21+. הסקר פוצל לשתי תקופות, לפני ואחרי פרוץ המלחמה ב-7.10.23. הסיכון לחרדה ודיכאון הוערך ע"י שאלון MHI-5 (Mental Health Inventory 5-item). ציון של 60 ומטה הוגדר "מצב נפשי ירוד", עם סיכון גבוה לסימני חרדה ודיכאון ברמה בינונית-גבוהה. בסקר נאספו גם נתונים סוציו-דמוגרפיים והרגלי בריאות (עישון, פעילות גופנית ותזונה). נעשה שימוש ברגסיה לוגיסטית רב משתנית לבדיקת הקשר בין סיכון גבוה לחרדה ודיכאון בתקופת המלחמה לבין משתנים סוציו-דמוגרפיים והרגלי בריאות.

ממצאים:

הסקר כלל 5,433 אנשים: 2644 רואינו לפני פרוץ המלחמה, ו-2789 לאחריה. הגיל הממוצע (\pm סטטיית תקן) היה 54.8 ± 15.5 (טווח 21-95 שנים) ו-51.4% היו נשים. כשליש (33.6%) מהמשתתפים הוגדרו כבעלי סיכון גבוה לתסמיני חרדה ודיכאון בתקופת המלחמה, לעומת 17.8% בתקופה שלפניה ($P < 0.001$). נמצא שנשים ($OR = 2.34, P < 0.001$), ערבים ($OR = 1.95, P < 0.001$), ואנשים עם מעל 12 שנות לימוד ($OR = 1.49, P < 0.001$) היו בסיכון גבוה יותר למצב נפשי ירוד בתקופת המלחמה. נמצא גם קשר בין הסיכון למצב נפשי ירוד להיעדר פעילות גופנית ($OR = 1.40, P = 0.002$), לעישון ($OR = 1.95, P < 0.001$) לצריכת מזון מהיר ($OR = 1.59, P < 0.001$) ולמיעוט בארוחות משפחתיות ($OR = 1.67, P < 0.001$).

מסקנות והמלצות:

הממצאים מדגישים את הקשר בין מלחמה לסיכון לחרדה ודיכאון באוכלוסייה, ואת הקשר בין מצב נפשי ירוד להתנהגויות בריאות לא מיטיבות. מומלץ במצבי חירום לנסות לשפר את החוסן הנפשי ולפעול לעידוד פעילות גופנית, צמצום שיעורי העישון ושיפור הרגלי תזונה. בנוסף, חיזוק קשרים משפחתיים באמצעות עידוד ארוחות משותפות עשוי לתרום להפחתת מצוקה נפשית.

השפעות הבריאות העקיפות של מלחמת "חרבות ברזל" על איזון תחלואה כרונית בקרב מפונים מבוטחי כללית

אסי סיקורל, יעל וולף לביר, אילן פלדהיימר, גיל לביא

שירותי בריאות כללית

רקע:

פינוי אוכלוסיה בעת מלחמה מציב אתגרים בהנגשת שירותי בריאות ובשמירה על בריאות האוכלוסיה.

מטרות:

בחינת השינויים בשיעורי אי-איזון סוכרת, לחץ דם והיפרליפידמיה לפני ואחרי פרוץ המלחמה, בקרב מבוטחי כללית בחלוקה גיאוגרפית: תושבי הישובים המפונים בדרום ובצפון ותושבי יתר הארץ.

שיטות מחקר:

מחקר רטרוספקטיבי בקרב מבוטחי הכללית. עבור כל אחד מהתוצאים נכללו בעלי האבחנה הכרונית הרלוונטית, בני 18-74, בעלי מדידה אחת לפחות בכל אחת מתקופות ההשוואה. שיעורי המטופלים שאינם מאוזנים בתקופה נובמבר 2023 - אפריל 2025 השוותה לשיעורי אי-איזון בתקופה נובמבר 2022 - ספטמבר 2023 (ערך ממוצע בכל תקופה). נבחנו: המוגלובין מסוכרר 9 מ"ג% ומעלה בחולי סוכרת, ל"ד מעל 140/90 מ"מ בבעלי אבחנת יל"ד וערך כולסטרול גבוה מ-200 מ"ג/ד"ל בבעלי אבחנת היפרליפידמיה. זאת, תוך ריבוד לפי כתובת המגורים הקבועה של המבוטח: (1) יישובי הדרום שפוננו (2) יישובי הצפון שפוננו (3) יתר היישובים בארץ (לא-מפונים).

ממצאים:

בדיקות המוגלובין מסוכרר בשתי תקופות ההשוואה נמצאו ב-194,117 חולי סוכרת בגילאי 18-74. שיעור אי-איזון סוכרת בקרב לא-מפונים ירד מ-9.9% ל-9.2% (RR=0.931, 95% CI: 0.918-0.945), אך נותר ללא שינוי בקרב מפוני הדרום (RR=1.039, 95%CI: 0.888-1.217) והצפון (RR=0.966, 95%CI: 0.844-1.105).

תיעוד ערכי ל"ד בשתי תקופות ההשוואה נמצאו ב-274,889 בעלי אבחנת יל"ד בגילאי 18-74. שיעור אי-איזון ל"ד בקרב לא-מפונים ירד מעט מ-25.9% ל-25.6% (RR=0.988, 95% CI: 0.979-0.998), אך עלה בקרב מפוני הדרום (RR=1.245, 95%CI: 1.104-1.404) ונותר דומה במפוני הצפון (RR=1.087, 95%CI: 1.009-1.171).

בדיקות כולסטרול בשתי תקופות ההשוואה נמצאו בקרב 516,177 בעלי אבחנת היפרליפידמיה בגילאי 18-74. שיעור אי-איזון כולסטרול בקרב לא-מפונים ירד מ-32.0% ל-30.0% (RR=0.936, 95% CI: 0.931-0.942), אך נותר ללא שינוי בקרב מפוני הדרום (RR=0.974, 95%CI: 0.919-1.032) והצפון (RR=1.009, 95%CI: 0.959-1.063).

מסקנות והמלצות:

כשנה וחצי מפרוץ המלחמה, נצפים החמרה או חוסר שיפור באיזון מדדים מטבוליים מרכזיים בקרב מפונים, בשונה מהתמונה ביתר המבוטחים. המשך הנגשה ויישוג (outreach) שירותי רפואה מונעת נחוצים בקרב התושבים המפונים, בכדי למתן את הנזקים העקיפים העתידיים של המלחמה על בריאות האוכלוסיה.

חיפוש עזרה מקצועית ושביעות רצון מהטיפול בקרב אוכלוסיות מפונות ולא מפונות מאזורי מלחמה

לירז כהן ביטון¹, מרים שיף², רות פת-הורנצ'יק², רמי בנבנישתי², אוהד גילבר²

1 המכללה האקדמית אשקלון

2 האוניברסיטה העברית בירושלים

רקע:

בעקבות מתקפת הטרור שאירעה בדרום ישראל ב-7 באוקטובר 2023 והמלחמה שבאה בעקבותיה, פונו קהילות מסוימות לבתי מלון במקומות שונים בארץ, בעוד אוכלוסיות אחרות נותרו במקום מגוריהם חרף חשיפה נרחבת לאירועים הטראומטיים.

חשיפה לאירועי לחימה ואלימות פוליטית קשורה למצוקה פסיכולוגית, לרבות תסמיני הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD), חרדה ודיכאון.

המודל של פנייה לעזרה טוען, כי קבלת טיפול נפשי מושפעת מגורמים פנימיים (כגון רמות מצוקה, מגדר, ועמדות כלפי טיפול) ומגורמים חיצוניים (כגון זמינות השירותים ונורמות תרבותיות; Saint Arnault, 2009). מרכזי חוסן הוקמו בישראל כדי לספק מענה מיידי לאוכלוסיות החיות תחת איום מתמשך של טרור ומלחמה. המרכזים מבוססים על גישה של התערבות מוקדמת מבוססת טראומה אשר מדגישה את הצורך בזמינות גבוהה וטיפול נגיש לצד עבודה קהילתית לחיזוק החוסן האישי והחברתי בזמן מלחמת חרבות ברזל מרכזי החוסן פעלו במספר מודלים בהתאמה לאוכלוסייה.

מטרות:

המחקר בחן את היקף הפנייה למרכזי החוסן בקהילת מפוני שדרות ובקרב תושבי שכונת "מישור הגפן" באופקים ואת המשתנים המנבאים פנייה זו. כמו כן, נבחנה הערכה של היבטים שונים של ההתערבות הטיפולית של מרכזי החוסן בקרב הפונים אליהם.

שיטות מחקר:

המחקר מבוסס על שני סקרי רוחב: הראשון נערך שלושה שבועות לאחר המתקפה (נובמבר-דצמבר 2023), בקרב אוכלוסיית שדרות אשר פונו לבתי מלון ברחבי הארץ. והוא כלל 810 תושבים, (77.4% נשים). מרכז החוסן הקים מענה במלונות או העניק טיפול מקוון.

הסקר השני נערך שמונה חודשים לאחר מתקפת ה-7 באוקטובר (יוני-אוגוסט 2024) בקרב אוכלוסיית אופקים. המחקר הנוכחי מתייחס לתת מדגם - שכונה שנפגעה ישירות מאירועי השבעה באוקטובר אך לא פונתה (שכונת "מישור הגפן") וכלל 387 משיבים (66.3% נשים). מרכז החוסן הקים מענה בתוך השכונה. איסוף הנתונים התבצע באמצעות שאלון מקוון, שהופץ בשיטות שונות בכל אחד מהמדגמים.

ממצאים:

כ-46% מהמשתתפים במדגם שדרות וכ-32% מהמשתתפים במדגם שכונת מישור הגפן באופקים, דיווחו כי פנו לטיפול במרכזי החוסן. בקרב אוכלוסיית המפונים, מגדר (נשים), הורות ורמות גבוהות של תסמיני דחק אקוטיים, אך לא עצם החשיפה לאירועי הטרור והמלחמה נמצאו כגורמים מנבאים לפנייה לטיפול. בקרב אוכלוסיית הלא-מפונים, הפנייה לטיפול נמצאה במתאם חלש עם רמות החשיפה לאירועי הטרור והמלחמה, ובמתאם בינוני עם רמות גבוהות של תסמיני PTSD, חרדה ודיכאון. מכאן שבשני המדגמים הפנייה לעזרה הייתה קשורה למצוקה בה חשו התושבים.

המטופלים במרכזי החוסן בשני המדגמים נתנו הערכות גבוהות להיבטים השונים של המערך הטיפולי. ההערכה לא נמצאה כקשורה למאפיינים דמוגרפיים או לרמות המצוקה הנפשית.

מסקנות והמלצות:

ממצאי המחקר מצביעים על כך שאנשים מזהים נכון את המצוקה שהם חווים ומודעים לצורך בקבלת עזרה. מהזווית של המטופלים, זווית מרכזית בהערכת תוצאות טיפול, ההתערבויות של מרכזי החוסן זכו להערכה רבה. על מחקרי המשך לבחון השלכות ארוכות הטווח של הטיפול, כמו גם מנגנונים נוספים המעצבים את דפוסי הפנייה לשירותים פסיכו-סוציאליים בעת חשיפה לטראומה המונית.

התנהגויות מסכנות בריאות והתנהגויות מקדמות בריאות בקרב תושבים מפונים ולא מפונים במלחמת "חרבות ברזל"

רותם מאור, אילה כהן

המכללה האקדמית תל חי

רקע:

מלחמת "חרבות ברזל", שהחלה באוקטובר 2023, יצרה איומים ביטחוניים חמורים עבור תושבים באזורים נרחבים בישראל. לנוכח הסכנה, חלק מהתושבים פונו מבתיהם על ידי המדינה, בעוד אחרים עזבו באופן עצמאי. מחקרים קודמים מצביעים על כך ששינוי מגורים כפוי עלול להוות גורם סיכון לפגיעה בבריאות הנפשית והפיזית, ולעלייה בהתנהגויות מסכנות בריאות (כגון עישון וצריכת אלכוהול) ולירידה בהתנהגויות מקדמות בריאות (כגון פעילות גופנית ושהייה בטבע).

מטרות:

מחקר זה בחן את הקשר בין עזיבת מקום המגורים בעקבות המלחמה לבין שינויים בהתנהגויות מסכנות ומקדמות בריאות בקרב תושבי הגליל המזרחי.

שיטות מחקר:

המחקר בוצע בשיטה כמותית, באמצעות שאלונים שחולקו ל-1,182 תושבים מהגליל המזרחי במהלך פברואר-מרץ 2025. השאלונים כללו מדדים של התנהגויות בריאותיות ומשתנים סוציו-דמוגרפיים.

ממצאים:

נמצא כי חלה עלייה של 25% ומעלה בהתנהגויות מסכנות בריאות, ביניהן עלייה של 25% בצריכת אלכוהול ועלייה של 47% בשימוש בסמים. בנוסף, חלה ירידה ניכרת בהתנהגויות מקדמות בריאות, ובפרט ירידה של 35% בעיסוק בפעילות גופנית. השוואה בין תושבים שפנו מבתיהם לבין אלה שנותרו להתגורר במקום מגוריהם העלתה כי המפונים דיווחו על צריכת אלכוהול גבוהה יותר (33% לעומת 20%; $\chi^2(1) = 4.40, p < .05$), ירידה חדה יותר בעיסוק בספורט (43% לעומת 31%; $\chi^2(1) = 6.90, p < .01$), וירידה ניכרת יותר בשהייה בטבע (48% לעומת 37%; $\chi^2(1) = 5.36, p < .05$).

מסקנות והמלצות:

הממצאים מצביעים על פגיעות בריאותיות מוגברת בקרב אוכלוסיות שפנו ממגוריהן. לאור זאת, מומלץ לקובעי מדיניות לפתח מענים הכוללים הפעלת מערכי סיוע המשלבים תמיכה רגשית עם עידוד התנהגות בריאה, והכשרת אנשי מקצוע וקהילה בזיהוי מוקדם של התנהגויות סיכון. כמו כן, מומלץ לשלב פעילות גופנית כחלק אינטגרלי מתכניות ההתערבות. בנוסף, יש להקצות משאבים ייעודיים למעקב שוטף אחר בריאותם של המפונים גם בשלבים המאוחרים של מצב החירום, במטרה לצמצם נזקים מצטברים ולבסס מענים ארוכי טווח.

השפעת הלחץ הנובע ממקום מגורים הנמצא תחת מלחמה על התפתחות סקלטלית ודנטלית של ילדים ומתבגרים

דיוה לונסי¹, Thabet Asbi², Isabelle Meinster², Jamil Shibli³, Moshe Davidovitch¹, Nir Shpack¹

1 אוני' תל אביב

2 מכבי שירותי בריאות

3 Guraulhous University

רקע:

מחקרים מראים כי לחץ פסיכולוגי גורם להאצה בתזמון של גיל ההתבגרות והתפתחות דנטינלית. ילדים בישראל החיים בעוטף עזה (בטווח של עד 7 ק"מ מהגבול) חווים טראומה מתמשכת כבר למעלה משני עשורים, בשל מתקפות מתמשכות של רקטות ופצצות מרגמה שמקורן ברצועת עזה.

מטרות:

לבדוק את השפעת מגורים באזור מלחמה על האצת ההתפתחות ובקיעת שיניים קבועות והתבגרות סקלטלית.

שיטות מחקר:

במחקר השתתפו 272 ילדים ומתבגרים ישראלים בגילאי 9-15 שנים. קבוצת ילדים מעוטף עזה כללה 106 משתתפים וקבוצת המרכז כללה 166 משתתפים מאזור המרכז. בדיקת התפתחות דנטלית נבדקה בצילום פנורמי על פי השיטה של שלבי התפתחות המשנן של Dimirjian. התפתחות סקלטלית נבדקה על פי מידת התפתחות חוליות הצוואר בצילום צפלומטרי.

ממצאים:

נמצאו הבדלים מובהקים בכל מדדי ההתפתחות, הכוללים התפתחות סקלטלית והתפתחות של מולרים שניים בלסת עליונה ותחתונה וניבים עליוניים. קבוצת הילדים מעוטף עזה הציגה התפתחות מתקדמת ומהירה יותר בהשוואה לקבוצת המרכז ($p < 0.0005$). נמצאו קורלציות חיוביות בין התפתחות השיניים, הגיל הכרונולוגי והתפתחות סקלטלית ($0.599 < r < 0.519$). אנליזת רגרסיה ליניארית הוכיחה כי התפתחות המולר השני השמאלי התחתון (שן מספר 36) מסבירה 47.8% מהשונות בהתפתחות סקלטלית.

מסקנות והמלצות:

מחקר זה מוכיח כי ילדים החיים תחת לחץ באזורי סכסוך ומלחמה מציגים התפתחות סקלטלית מוקדמת יותר והאצה בהתפתחות מולרים שניים וניבים עליוניים קבועים בהשוואה לילדים בני גילם החיים באזור המרכז השקט יותר. התפתחות מוקדמת של מולרים שניים והניבים, ובפרט המולר השני השמאלי התחתון (שן מספר 36), עשוי לשמש כסמן מנבא להאצה בהתפתחות.

מעבר לחשש: רמות חוסן ומדדי התמודדות של אוכלוסית הנגב המערבי שנה לאחר 7.10.23 ופרוץ מלחמת 'חרבות ברזל'

ברוריה עדיני¹, הדס מרציאנו², שאול קמחי¹, יוחי אשל²

1 אוניברסיטת תל אביב

2 המכללה האקדמית תל חי

רקע:

מאז ה-7.10.23 ומלחמת 'חרבות ברזל' חל משבר המשליך על חוסן אוכלוסית הנגב המערבי. בחינת רמת החוסן ומנגנוני ההתמודדות של אוכלוסיה זו חיונית על מנת לזהות את צרכי התושבים ולתכנן את המענה הנדרש להתאוששות ושיקום האוכלוסיה.

מטרות:

בחינת רמות החוסן ומנגנוני התמודדות חיוביים ושלייליים של מדגם נשים מישובי הנגב המערבי שנה לאחר אירועי ה-7.10.

שיטות מחקר:

מחקר חתך כמותני שנערך בספטמבר 2024 בקרב אוכלוסית הנגב המערבי, בקיבוצים/מושבים, ערים וישובים בדואים בפזורה. נבדקו רמות חוסן (אישי, קהילתי וחברתי/לאומי), תקווה, מורל, תסמיני דחק, תסמיני פוסט-טראומה, תפיסת איומים, תחושות סכנה, תפיסת הלכידות החברתית ועמדות ביחס לטיפול הממשלה בחטופים. הושאו רמות החוסן ומנגנוני ההתמודדות החיוביים והשליליים של הנשים בהתאם לסוג הישוב וביחס לפינוי. נבחן המתאם בין מדדי החוסן ומנגנוני ההתמודדות לבין העמדות אודות טיפול הממשלה בסוגית החטופים.

ממצאים:

54% מ-503 המשיבים היו נשים (n=274), בהתפלגות של n=132 מקיבוצים/מושבים, n=102 מערים ו-40 מישובים בדואים. החוסן האישי של נשים בדואיות נמוך בהשוואה לנשים בקיבוצים/מושבים ובערים שהראו רמות חוסן אישי דומות. רמות החוסן החברתי של נשים בדואיות דומות לנשים בקיבוצים/מושבים אך נמוך משל נשים בערים. אין הבדל ברמות התקווה של נשים בדואיות ונשים מהקיבוצים/מושבים אך התקווה של שתי אוכלוסיות הללו נמוכה לעומת זו של נשים בערים. נמצאו הבדלים ברמות תסמיני הדחק של נשים מכל סוגי הישוב. רמות החוסן החברתי והתקווה בקרב נשים מישובים שפוננו נמוכות יותר לעומת נשים מישובים שלא פונו ואילו תסמיני פוסט-טראומה ותחושות הסכנה גבוהות יותר בקרב נשים מישובים שפוננו. נמצא מתאם חיובי בין אמונה במאמצי הממשלה להחזרת החטופים לבין חוסן אישי, חוסן חברתי ותקווה ומתאם שלילי בין משתנה זה לבין תסמיני דחק, תסמיני פוסט-טראומה ותחושת סכנה.

מסקנות והמלצות:

ההבדלים שנצפו בקרב מדגמי הנשים מהישובים השונים ביחס לרמות החוסן ומנגנוני ההתמודדות מדגישים את הצורך בבניית תכנית התערבות יעודית וייחודית לכל סוג אוכלוסיה, להבטחת התאמתה לצרכי התושבות. פינוי ישובים לתקופה ארוכה מכביד משמעותית על ההתמודדות הנפשית. החזרת החטופים מהווה נדבך משמעותי ביכולת להחזיר את קהילות הנגב המערבי לתפקוד תקין ולהחזרת שגרה.

לחץ כתוצאה ממלחמה ותוצאות מיילדותיות: השפעות "מבצע חרבות ברזל" על תוצאים מיילדותיים

רועי ביתן¹, רחלי מגנזי², ענבל ראובני², אסף טריפטוי³, אורלי ווינשטיין³, אורי עמיקם²

2 אונ' בר-אילן

2 מרכז רפואי סוראסקי - איכילוב

3 שירותי בריאות כללית

רקע:

לחץ במהלך ההיריון מהווה גורם סיכון משמעותי לסיבוכים מיילדותיים, כתוצאה משינויים נוירו-אנדוקריניים ודלקתיים.

מטרות:

להעריך את השפעת סטרס הנובע ממבצע "חרבות ברזל" על תוצאים מיילדותיים.

שיטות מחקר:

מחקר עוקבה רטרוספקטיבי ניתח לידות בתשעה בתי חולים של קופת החולים "הכללית" בין 7 באוקטובר 2022 ל-7 באפריל 2024. העוקבה חולקה לשתי קבוצות: קבוצת החשיפה לעימות, הכוללת את קבוצת המחקר (נשים שילדו בששת החודשים שלאחר 7 באוקטובר 2023), וקבוצת הביקורת (נשים שילדו באותה תקופה בשנה הקודמת). הנתונים הוצאו מהרשומות הרפואיות האלקטרוניות וכללו נתונים דמוגרפיים של האם, מחלות רקע, ותוצאות מיילדותיות.

ממצאים:

סך הכול נכללו 30,868 לידות, מתוכן 15,384 בקבוצת המחקר ו-15,484 בקבוצת הביקורת. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בנתונים הדמוגרפיים או במחלות הרקע של האם, למעט מספר ילדים נמוך יותר בקבוצת המחקר (1.6 לעומת 1.8, $P < 0.001$). שיעורים גבוהים יותר של פקיעת קרומים מוקדמת (PROM) (15.4% לעומת 11.5%, $P < 0.001$), פקיעת קרומים מוקדמת לפני המועד (PPROM) (3.4% לעומת 3%, $P = 0.022$), סוכרת הריונית (GDM) (10.8% לעומת 10.0%, $P = 0.018$), ודימום לאחר לידה (PPH) (4.4% לעומת 3.6%, $P = 0.001$) נמצאו בקבוצת החשיפה לעימות. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בלידה מוקדמת, משקל לידה נמוך, או תוצאים אחרים הקשורים לאם וליילוד.

מסקנות והמלצות:

חשיפה למבצע "חרבות ברזל" הייתה קשורה בסיכון מוגבר לסיבוכי היריון ולידה שונים, כולל סוכרת הריונית, פקיעת קרומים מוקדמת, פקיעת קרומים מוקדמת לפני המועד ודימום לאחר לידה. ממצאים אלו מדגישים את הצורך במחקר נוסף על השפעות הלחץ הנובע ממלחמה על היריון, וכן את החשיבות של מתן תמיכה פסיכולוגית ורפואית בתקופות כאלה.

מצוקה נפשית בעת המלחמה, תפקוד ויכולת התמודדות: משתנים לזיהוי סיכון מוגבר לתסמיני מצוקה מתמשכת

הדר סמואל¹, דנה צור ביתן², סיגל סידליק אלון³, ירדן לוינסקי³, ינאי גורליק¹, רעות אוחנה³, רן בליצר³

1 מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל

2 אונ' חיפה

3 שירותי בריאות כללית

רקע:

המלחמה המתמשכת והיקפה הנרחב של הטראומה האישית והלאומית הובילו למצוקה בקרב רבים מהאזרחים. עם זאת, לא ברור באיזו מידה מצוקה זו מתמשכת לאורך זמן ופוגעת בתפקוד.

מטרות:

לבחון באיזו מידה מי שחצו סף-קליני לתסמיני חרדה, דיכאון או פוסט-טראומה המשיכו לסבול מתסמינים אלו גם לאחר תקופה ממושכת, ובאיזה מידה מצוקה זו השפיעה על תפקודם.

שיטות מחקר:

סקר מקוון שנערך בקרב מדגם מייצג (n=2,686) בשלושה סבבים בשנת 2024: בינואר, במאי ובאוקטובר. המשתתפים מילאו מדדים מתוקפים לזיהוי תסמיני פוסט-טראומה (PCL5), דיכאון (PHQ9) וחרדה (GAD7). תפקוד יום-יומי (WSAS) הוערך בסבב השלישי בלבד. המשיבים נשאלו גם על מידת יכולתם להתמודד עם המצב בהינתן תמיכה בהם מהקהילה ומהמשפחה המורחבת.

ממצאים:

בינואר 2024, 41% מהמשיבים חצו סף-קליני לאחת מהתסמונות שהוערכו (חרדה, דיכאון או פוסט-טראומה); שיעור זה ירד ל-32% במאי ועלה ל-35% באוקטובר. רוב מי שחצו סף-קליני בינואר לא חזרו לנורמה באוקטובר: 69% מהחוצים סף-קליני לדיכאון, 65% לפוסט טראומה ו-52% לחרדה לא חזרו לנורמה. כמו כן 25% מאלו שלא חצו סף-קליני במדידות הקודמות הפכו למקרים חדשים של חציית סף בתסמינים שנמדדו.

הערכת גורמי סיכון העלתה כי נשים, צעירים וערבים בעלי הכנסה נמוכה, מי שנחשפו אישית לאירועי השבעה באוקטובר 2023, מי שנחשפו לתכנים קשים במדיה ובעלי עבר בבריאות הנפש, נמצאים בסיכון גבוה יותר לחציית סף-קליני. עם זאת, דיווח על יכולת נמוכה להתמודד עם המצב היה המשתנה בעל המשמעות הרבה ביותר לניבוי חציית סף-קליני (OR=5.5), להחמרה (OR=2.6) ולאי-החלמה (OR=2.7).

בסך-הכול, 19% מהמשיבים דיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד היום-יומי שלהם בשל מצבם הנפשי. השיעור היה גבוה משמעותית בקרב מי שחצו סף-קליני כלשהו (48%), לעומת מי שלא חצו סף-קליני (4%).

מסקנות והמלצות:

לאחר מגמת ירידה בשיעור חוצי הסף-קליני בחצי השנה הראשונה למלחמה, אנו עדים לעלייה בשיעור זה ואף למקרים חדשים. הממצאים מראים כי רבים מאלו שחצו סף-קליני מתקשים להחלים וחווים מצוקה מתמשכת, המלווה בפגיעה בתפקוד היום-יומי. לצורך איתור פרואקטיבי, קביעת מדיניות ותכנון שירותים בתקופות חירום מומלץ להיעזר בדיווח על יכולת התמודדות ובמדדי תפקוד.

"זמן מסך בזמן חירום" - השפעת המלחמה על השימוש במסכים בגיל הרך

גלית הירש-יחזקאל, שירה רמות, עמר בר יוסף, אנג'לה שיטרית

מרכז רפואי שיבא

רקע:

מסכים דיגיטליים נוכחים בחיי ילדים מגיל צעיר, מה שמעלה את החשש להשפעה על בריאותם הנפשית והפיזית. בהתאם לכך, ארגון הבריאות העולמי ממליץ על אפס זמן מסך עד גיל שנתיים ושעה ביום בגיל 3-5. עם זאת, הורים רבים משתמשים במסכים להרגעת ילדיהם או כשהם אינם זמינים פיזית או נפשית, מצבים שגברו במהלך המלחמה.

מטרות:

להעריך את הקשר בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומצב המשפחה במלחמה, לבין דפוס השימוש במסכים בקרב ילדים בגיל הרך, במהלך מלחמת חרבות ברזל.

שיטות מחקר:

שאלון למילוי עצמי הועבר לפאנל אינטרנטי של 906 הורים לילדים בגילים 1-5 באוכלוסייה היהודית. השאלון כלל מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מצב המשפחה במלחמה, דפוס שימוש במסכים לפני ובזמן המלחמה, ועוד.

ממצאים:

ממצאי המחקר הדגימו קשר מובהק בין מצב המשפחה במלחמה (מפונים/ בן משפחה במילואים) לבין מידת השימוש במסכים והגברת שימוש, במהלך מלחמת חרבות ברזל.

כמחצית מההורים דיווחו כי ילדיהם הגבירו את זמן המסך בתקופת המלחמה באופן משמעותי, ונמצא כי ההסתברות להגברת שימוש הייתה גבוהה יותר בקרב משפחות מפונות ($OR=1.87$; $95\%CI:1.01-3.49$) או כשבן משפחה במילואים ($OR=1.51$; $95\%CI:1.23-2.01$). בנוסף, שיעור הילדים המשתמשים במסכים לפני השנה או במהלך הארוחות עלה בתקופת המלחמה. כרבע מההורים דיווחו כי ילדיהם חשופים לתכני מלחמה מספר פעמים בשבוע.

יש לציין כי 41.2% מההורים מודעים להמלצות ארגון הבריאות העולמי, אך כשליש חשבו שאינן ישימות בתקופת מלחמה. בהתאם לכך, 62% דיווחו כי בזמן המלחמה הם נותנים לילד מסך כשהם עסוקים, כמחצית כדי שיירגע, 34% כדי לשפר את מצב רוחו במציאות הנוכחית.

מסקנות והמלצות:

במהלך המלחמה עלה השימוש במסכים בקרב ילדים צעירים, במיוחד במשפחות שפונו או כשבן משפחה גויס. חשוב להבין את התפקיד הכפול של המסכים בתקופה זו - מצד אחד כמקור מידע ובידור, אך גם כמנגנון בריחה והתמודדות. ייתכן כי העלייה קשורה בחוסר זמינות פיזית ונפשית של ההורים, בתקופה זו.

למרות מודעות ההורים להמלצות לשימוש מושכל במסכים, הורים מתקשים ליישמן בתקופת מלחמה. לכן נדרש שיתוף פעולה רב גורמי (חינוך, בריאות ורווחה) במתן כלים מעשיים להורים להתמודדות עם האתגרים הייחודיים של תקופה זו.

מוכנות תשתיות בריאות לחירום ברשויות מקומיות נבחרות: חוסרים ופערים

בת' זלצמן, איתי ויזל, נורית דסאו, סיון שפיצר

אוניברסיטת בר-אילן

רקע:

מלחמת חרבות ברזל העמידה בפני העורף האזרחי בפריפריה הצפונית והדרומית אתגרים ממושכים וחסי תיקונים. הרשות המקומית מהווה גורם מרכזי בהבטחת תפקוד העורף האזרחי בחירום, והיערכותה המוקדמת עוד בזמן שגרה מגבירה את יכולתה להתמודד עם מצבי חירום ולשמור על רציפות תפקודית בשעת חירום. בתחום הבריאות היערכות זו חשובה במיוחד על רקע השינוי באופן הפעלת שירותי הבריאות בעת חירום, ועל רקע הפערים הקיימים בשירותי הבריאות בין אזור הצפון ואזור המרכז, המתרחבים בעת חירום.

מטרות:

הבנת מידת היערכותן של רשויות מקומיות לשעת חירום בהתבסס על תשתיות בריאות ברשות, מצבן העדכני והיתכנות הפעלתן בשעת חירום באותן רשויות.

שיטות מחקר:

בחדשים מרץ עד אוקטובר 2024 נערך מיפוי רחב של תיק הבריאות בחירום ב-19 רשויות מקומיות, רובן במחוז הצפון, ושל שירותי ומסגרות הבריאות הפועלים בשגרה ו/או בחירום ברשויות אלו. מופו מסגרות בריאות כגון מרפאות ראשוניות, בתי מרקחת וטיפות חלב, ונאסף מידע בדבר מוגנותן, נגישותן ואופן הפעלתן המיועד בשעת חירום.

ממצאים:

בחלק מהרשויות תיק הבריאות בחירום חסר מידע אודות פרישת מסגרות הבריאות ברשות, בחלקן החוסר אף משמעותי. פערים נמצאו גם ביחס לארבעה סוגי שירותי הבריאות בקהילה שנבדקו ברשויות - מרפאות ראשוניות, מרפאות שיניים, בתי מרקחת וטיפות חלב. בעוד שב-79% מהרשויות שמופו קיימת לפחות מרפאה ראשונית אחת אחודה, ממוגנת ונגישה גם יחד, רק ב-53% מהרשויות מרפאות שיניים ממוגנות, נגישות וכונניות גם יחד; ב-42% מהרשויות בתי-מרקחת המשמשים ככוננים, מספקים תרופות עד לבית, ונגישים גם יחד, ורק ב-21% מהרשויות טיפות חלב אחודות, ממוגנות ונגישות גם יחד. בחינת קיומן של תשתיות בריאות במקלטים ברשויות (כגון דפיברילטורים ותיקי עזרה ראשונה) הצביעה גם כן על פערים במוכנות הרשויות.

מסקנות והמלצות:

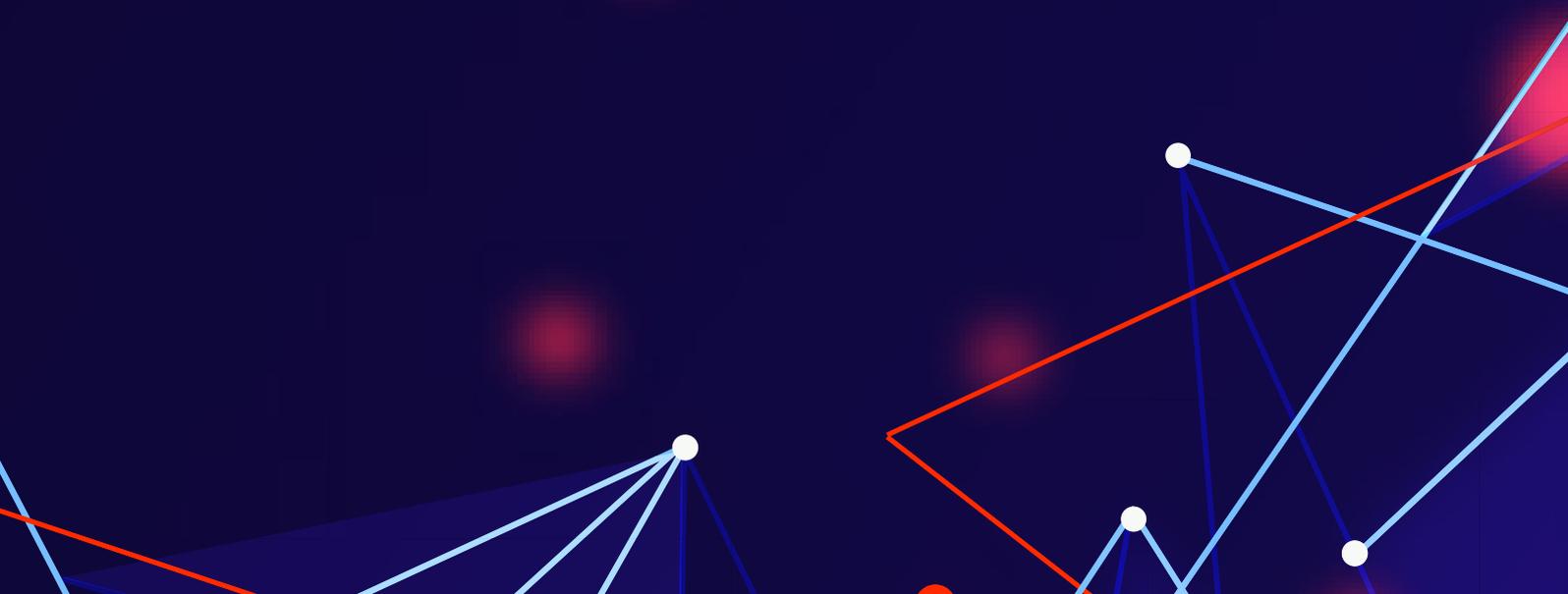
היערכות מוקדמת בזמן שגרה, הן מבחינת מיפוי התשתיות הקיימות לשעת חירום והן מבחינת מוכנותן של אותן תשתיות, חיונית. לשם כך יש צורך בייצור ובהטמעת נהלים לאיסוף נתונים למען יצירת תמונת מצב עדכנית של מסגרות הבריאות ברשות ומוכנותן לשעת חירום, לטובת תפקוד מיטבי ומתכלל של הרשות בשעת חירום.

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

03-5300333

nihp@israelhpr.health.gov.il

www.israelhpr.org.il



- מושב 1 - מדיניות בריאות
- מושב 2 - יזמות וחדשנות בבריאות
- מושב 3 - איכות שירותי הבריאות
- מושב 4 - מטפלים במערכת הבריאות
- מושב 5 - ארגון שירותי הבריאות
- מושב 6 - כלכלת בריאות
- מושב 7 - מערכת הבריאות בעת חירום

מושב 7

**מערכת הבריאות
בעת חירום**



