



הכנס השנתי ה-15 למדיניות הבריאות

יום ד', י"א סיוון תשפ"ג, 31 במאי 2023
מלון דיוויד אינטרקונטיננטל, תל-אביב

מידע, נתונים, חדשנות ומה שביניהם

ספר תקצירים

יו"ר הכנס: פרופ' ליטל קינן בוקר

תוכן העניינים

עמ'	
3	תוכנית הכנס
4	תוכנית מושבים מקבילים
7	רשימת הרצאות - לפי א-ב שם משפחה
11	רשימת פוסטרים - לפי א-ב שם משפחה
20	תקצירי הרצאות - לפי מושבים

ועדה מדעית של הכנס:

פרופ' ליטל קינן בוקר - יו"ר
 פרופ' אליק אבירם, פרופ' חיים ביטרמן, ד"ר שולי ברמלי-גרינברג,
 ד"ר אורלי טמיר, פרופ' אורלי מנור, פרופ' אדם רוז

ועדת שיפוט פוסטרים:

ד"ר שולי ברמלי-גרינברג - יו"ר
 ד"ר אורלי טמיר, פרופ' ליטל קינן בוקר

ועדת הפרס ע"ש פרופ' חיים דורון:

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

הכנס השנתי ה-15 למדיניות הבריאות

מידע, נתונים, חדשנות ומה שביניהם

יו"ר הכנס: פרופ' ליטל קינן בוקר

הרשמה, קפה ותערוכת ePosters

09:30 - 08:30

מליאת פתיחה - יו"ר: פרופ' אורלי מנור

11:00 - 09:30

מר משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות

פרופ' קרין נהון, אוניברסיטת רייכמן - שיבוש ויצירה מחדש של AI

ד"ר שרון אלרעי פרייס, משרד הבריאות - כיפת ברזל בריאותית - משנים את הפרדיגמה עם מערך מודיעין בריאות

פרופ' ליטל קינן בוקר, משרד הבריאות - איסוף מידע בכובע הרגולטור - הישגים ואתגרים

הפסקת קפה ותערוכת ePosters

11:30 - 11:00

מושבים מקבילים:

13:15 - 11:30

מושב 1 - מדיניות הבריאות

מושב 2 - כלכלת בריאות

מושב 3 - איכות

מושב 4 - ארגון השירותים

מושב 5 - מקצועות הבריאות

מושב 6 - בין בריאות הנפש למגפת הקורונה

ארוחת צהריים ותערוכת ePosters

14:00 - 13:15

מליאת סיכום - יו"ר: פרופ' חיים ביטרמן

16:30 - 14:00

Prof. Sinéad Langan, London School of Hygiene and Tropical Medicine -

Maximising opportunities from routinely-collected health data

ד"ר איל ברקוביץ', רמב"ם - בינה מלאכותית בדימות: יתרונות וחסרונות

ד"ר יעל בר-זאב, האוניברסיטה העברית בירושלים - חדשנות במלחמה במוצרי עישון

מר גיל רביב, מאוחדת - BI בשירות מניעת אובדנות

מר ברק שוקרון, משרד הבריאות - תמנ"ע - מחקרי "ביג דאטה" רפואי

הענקת פרס ע"ש פרופ' חיים דורון

הענקת פרס הפוסטר המצטיין

מושבים מקבילים 11:30 - 13:15

לצפייה בתקציר - לחצו על שם הרצאה ↓

עמוד	מושב 1 מדיניות הבריאות יו"ר: אדם רוז	
20	ראיות חדשות רלוונטיות לתיק העליון 1416/21 על עישון שכנים בישראל: ממצאים ממחקרים ישראליים	לאה רוזן
21	האם השב"נים תורמים או פוגמים בשוויון במערכת הבריאות בישראל? בחינת ידע ותפיסות הציבור בישראל לגבי ביטוחי השב"ן כביטוח פרטי או ציבורי	רעות רון
22	מדדים מובילים המשפיעים על תוחלת חיים בריאים: ניתוח מתוך סקר אורך	איילת גרינבאום אריזון
23	אפיון צריכת מזון מעובד-ביתר בישראל, איכות התזונה ושכיחות השמנה	טל שמעוני
24	שימוש בשירותי בריאות, עמדות ותפיסות בנוגע למערכת הבריאות - מגמות על פני זמן לפי מאפייני רקע	מיכל לרון
25	הקשר בין גורמים חברתיים וקשרים (Networking) לבין פערים בשימוש בשירותי בריאות בקרב ערבים ויהודים עם מצב חולי משמעותי - מחקר חתך	וואסף נעאמנה
26	יישום סטטיסטי חדשני להערכת הבדלים בין מחוזות בישראל בזמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה	חבי מורד
27	אלגוריתם למידת מכונה לסיוע בקבלת החלטות להקצאת טכנולוגיות רפואיות - הצעד הבא או גחמה חולפת?	ירון קונלי
28	מערכת תומכת החלטה בהזמנת בדיקות דימות: פרדוקס האימוץ	שני רוזן
29	קבלת החלטות משותפת בטיפול בסוף החיים בחולי מחלת כליות בשלב הסופי בישראל	וסים אבו חאטום
30	סיום חיים בישראל: חקר אפידמיולוגי של האינטראקציה בין חולים סופניים לבין המערכת הרפואית מנקודת המבט של המלווים	מורן בודס
	מושב 2 כלכלת בריאות יו"ר: מוריס דורפמן	
31	דפוסי תקשורת בין חולי סרטן, מטפלים עיקריים ואונקולוגים בשאלת הוצאות מהכיס על תרופות וההשלכות על העומס הכלכלי המוטל בתקופת סוף החיים	אביעד טור-סיני
32	הסדרי בחירה במערכת האשפוזית - ידע והעדפות הציבור	גדעון לייבנר
33	שינוי בדפוסי צריכת שירותי בריאות בעקבות פתיחת בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד על-שם סמסון	נועה דרור לביא
34	בחינת מידת ההגנה הפיננסית שמערכת הבריאות בישראל מקנה לתושביה	רות וייצברג
35	אתגרי אשפוז במחלקות לגריאטריה פעילה: בחינת חוסר יעילות וכשלי שוק	שירלי רוניצקי
36	השפעת תוכניות למניעת מחלות כרוניות על חיסכון כלכלי וירידה בתמותה בישראל	גרי גינסברג
37	חיזוי היררכי של משכי זמן ניתוח - מודל ומסקנות	נדב רפפורט
38	מורכבות חולי לב שנותחו במערכת הציבורית לעומת במערכת הפרטית: ממצאים מפרויקט לאומי לתקנון פרוצדורות לפי מורכבות במערכת האשפוז בישראל	שרביט פיאלקו
39	גורמים הקשורים ליוזמה והצלחה להפסיק לעשן על-רקע סבסוד שירותי הגמילה: ניתוח נתונים משני סקרים לאומיים (2010 ו-2017)	ליאת אורנשטיין
40	ההשפעה של 'התראת ערכי כולסטרול נמוכים עקב טיפול תרופתי' בגילאי 75 ומעלה - מחקר מעקב לאחר 3 שנים מההתראה (2015-2018)	ניר צבר

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

עמוד	מושב 3 איכות יו"ר: רונן ברקת	
41	רחלי דנקר	חויית המטופל מול המערכת הרפואית הקהילתית 4 חודשים לאחר אירוע שבץ מוחי: מחקר רב מרכזים בפריסה ארצית בפריפריה ובמרכז
42	ויסאם אבו אחמד	בדיקות סקר לגילוי סרטן השד ותהליך אבחון הסרטן במהלך מגפת הקורונה: מחקר קוהורט מבוסס אוכלוסייה
43	מיכאל קוניאבסקי	שיפור ואתגרים באיכות הטיפול של חולי STEMI וחולי שבץ - ניסיון של התוכנית הלאומית למדדי איכות
44	אנה אוצ'רטיאנסקי	שת"פ יחידת רוקחות קלינית - יחידה לטיפול בית למתן ייעוץ רוקחי קליני לחולה המרותק לביתו במחוז ים שפלה
45	גני דורטל	בחינת הקשר בין טיפול מרחוק לאיכות הטיפול
46	רסמיה אבו רביעה	התנהגויות בריאות, שימוש בשירותי בריאות, איכות חיים ושביעות רצון מהחיים בקרב נשים בדואיות בנגב
47	רותי ברגר	תפיסות והבנת מטופלים בתהליך הסכמה מדעת לניתוח באסותא באר-שבע
48	יעל אדוני טמיר	תוכנית הזה"ב (התמיכה בזקן המאושפז בבית החולים): הפחתת תמותה בקרב זקנים מאושפזים - תוצאות ראשונות של פעילות תוכנית הזה"ב באגף הכירורגי במרכז הרפואי תל אביב
49	נסרה עבד אלהאדי	לקראת הבנת תהליך קבלת ההחלטות של אחיות בנושא טיפול סיעודי חסר
50	עדי וינוגרד	השלכות ארוכות טווח של שלושת סוגי הניתוחים הבריאטריים השכיחים בישראל
51	גלית נויפלד קרושינסקי	"יש לך משהו מת בגוף, זה ירקב" - החוויה של נשים המתמודדות עם אובדן היריון במפגש עם מערכת הבריאות
מושב 4 ארגון השירותים יו"ר: אורלי טמיר		
52	שלמה וינקר	האם מפגשים רפואיים מרחוק מגדילים את עומס הביקורים ברפואה הראשונית?
53	נחמה גולדברג	כמה זמן ממתנים לקבלת תור לרופא, מטפל או בדיקה?
54	טליש רזי בניטה	שירותי רפואה מרחוק: האם המטופלים שבעי רצון? שביעות רצון מטופלים מרפואה מרחוק בהשוואה לביקור פרונטלי ברפואה הראשונית בשירותי בריאות כללית בשנים 2021-2022
55	שירן בורד	בחינת יעילות פיילוט המוקד הטלפוני הארצי של אחיות בריאות הציבור במשרד הבריאות עבור משפחות צעירות
56	חני שרודר	אשפוזי בית כחלופה לאשפוז פנימי אקוטי
57	אלכס לוסטמן	התפתחות שירותי אשפוז בית אקוטי ושביעות רצון מהשירות בקרב המטופלים
58	פביאן הרשקוביץ סיקרון	פיתוח ותיקוף מדד שבריריות ככלי לניהול, טיפול והערכת התערבויות בקרב אזרחים ותיקים (+65) בקופת חולים מאוחדת
59	מעין נקש	כריית מידע לקהילות בריאות מקוונות; ניתוח מאפייני אינטראקציה חברתית א-סינכרונית בשגרה וחירום
60	כרמית סטרן	הערכה לתוכנית החלוץ - שירות ליווי היריון אישי בטיפות חלב בנפת חיפה
61	ליאור בירגר	היריון ולידה בקרב נשים בזנות בישראל: קווים מנחים למתן שירותי בריאות מיטביים
62	יובל דאדון	התוכנית הלאומית למיגור הפטיטיס סי בישראל

↓ לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

עמוד	מושב 5 מקצועות הבריאות יו"ר: פאולה פדר-בוביס	
63	משמרות בבתי חולים: השפעה מתמשכת של משמרות ארוכות אצל מתמחים ברפואה והשפעה של משמרות קבועות או מתחלפות של אחים ואחיות	טובה רוזנבלום
64	קיצור תורנויות של רופאים בתקופת ההתמחות: סקירה שיטתית מקיפה	ורד דייטש
65	חשיפה של סטודנטים לרפואה להפרות מקצוענות בשנים הקליניות: בין זעזוע לאדישות	דניאל כהן
66	חויית ההתמחות מנקודת המבט של הרופא המתמחה: ממצאי סקר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל	ברוך לוי
67	שיקום רפואי בגליל - בחינת זמינות השירות עבור אנשים מצפון הארץ לאחר אירוע רפואי אקוטי	כתרין ג'ובראן
68	הערכת ידע, תפיסות ומסוגלות עצמית של עובדים סוציאליים בישראל בנושא אוטיזם	יעל קרני-ויזל
69	אתגרים והזדמנויות בעבודה של רופאי הילדים בקהילה	חווה גדסי
70	פיתוח והערכת התערבויות לקידום מקצוענות וחוסן בכירורגיה: אתגרים והזדמנויות	אורית קרניאלי-מילר
71	צמיחתה של מנהיגות מקומית בבריאות בחברה הבדואית בנגב	קרן דופלט
72	עקומות התפתחות לפגים - האם התיקון המקובל מספיק?	ענבל גולדשטיין
73	רשלנות רפואית בישראל בתחום רפואת השיניים - ניתוח פסיקה לאיתור שיקולים יחודיים	יפעת גוטרייך
	מושב 6 בין בריאות הנפש למגפת הקורונה יו"ר: ערד קודש	
74	הפצת מידע לציבור על ידי משרד הבריאות בזמן מגפת הקורונה: חזקות, מגבלות ותובנות ברמה ארגונית ומדינית	נורית גוטמן
75	שדה הבריאות ושדה הביטחון במפגש ההתמודדות עם מגפת הקורונה בישראל	לירון עינצי
76	השפעת עומס אשפוזי COVID-19 בבתי חולים כלליים על ביצועי מדדי איכות במהלך המגפה	אלכסנדר קונסון
77	פוסט קורונה (Long COVID): סקר לאומי בקרב מחלימים ממחלת הקורונה	דבורה פרנקנטל
78	השפעות מגפת הקורונה על מספר הפניות למלר"ד עם הפרעות נפשיות והתנהגותיות	גלי שליצ'קוב
79	קרוב רחוק - פסיכותרפיה בישראל בתקופת הקורונה	הדר סמואל
80	מצב בריאות הנפש של נוער בתקופת COVID-19 והקשר להידבקות ב-SARS-CoV-2: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי המבוסס על תיקים רפואיים	נטלי פלאקס מנוב
81	השלכות הרפורמה בבריאות הנפש על הטיפול בתחלואה גופנית שמקבלים אנשים הסובלים מהפרעה פסיכיאטרית חמורה	גלעד גל
82	שימוש בטלה-פסיכיאטריה לרווחת מטופלים הסובלים מהפרעה פסיכיאטרית הזקוקים למענה חירום: מחקר פיילוט לאומי בחדרי מיון פסיכיאטריים בישראל	רננה איתן
83	חשיפה לאופיואידים והסיכון להתפתחות דמנציה	ערד קודש

רשימת הרצאות (א-ב שם משפחה)

לצפייה בתקציר - לחצו על שם הרצאה

עמוד	מושב	נושא	שם משפחה	שם פרטי	
42	איכות	בדיקות סקר לגילוי סרטן השד ותהליך אבחון הסרטן במהלך מגפת הקורונה: מחקר קוהורט מבוסס אוכלוסייה	אבו אחמד	ויסאם	1
29	מדיניות הבריאות	קבלת החלטות משותפת בטיפול בסוף החיים בחולי מחלת כליות בשלב הסופי בישראל	אבו חאטום	וסים	2
46	איכות	התנהגויות בריאות, שימוש בשירותי בריאות, איכות חיים ושביעות רצון מהחיים בקרב נשים בדואיות בנגב	אבו רביעה	רסמיה	3
48	איכות	תוכנית הזה"ב (התמיכה בזקן המאושפז בבית החולים): הפחתת תמותה בקרב זקנים מאושפזים - תוצאות ראשונות של פעילות תוכנית הזה"ב באגף הכירורגי במרכז הרפואי תל אביב	אדוני טמיר	יעל	4
44	איכות	ש"פ יחידת רוקחות קלינית - יחידה לטיפול בית למתן ייעוץ רוקחי קליני לחולה המרותק לביתו במחוז י-ם שפלה	אוצ'רטיאנסקי	אנה	5
39	כלכלת בריאות	גורמים הקשורים ליוזמה והצלחה להפסיק לעשן על-רקע סבסוד שירותי הגמילה: ניתוח נתונים משני סקרים לאומיים (2010 ו-2017)	אורנשטיין	ליאת	6
82	בין בריאות הנפש למגפת הקורונה	שימוש בטלה-פסיכיאטריה לרווחת מטופלים הסובלים מהפרעה פסיכיאטרית הזקוקים למענה חירום: מחקר פיילוט לאומי בחדרי מיון פסיכאטריים בישראל	איתן	רננה	7
30	מדיניות הבריאות	סיום חיים בישראל: חקר אפידמיולוגי של האינטראקציה בין חולים סופניים לבין המערכת הרפואית מנקודת המבט של המלווים	בודס	מורן	8
55	ארגון השירותים	בחינת יעילות פיילוט המוקד הטלפוני הארצי של אחיות בריאות הציבור במשרד הבריאות עבור משפחות צעירות	בורד	שירן	9
61	ארגון השירותים	היריון ולידה בקרב נשים בזנות בישראל: קווים מנחים למתן שירותי בריאות מיטביים	בירגר	ליאור	10
47	איכות	תפיסות והבנת מטופלים בתהליך הסכמה מדעת לניתוח באסותא באר-שבע	ברגר	רותי	11
67	מקצועות הבריאות	שיקום רפואי בגליל - בחינת זמינות השירות עבור אנשים מצפון הארץ לאחר אירוע רפואי אקוטי	ג'ובראן	כתרין	12
69	מקצועות הבריאות	אתגרים והזדמנויות בעבודה של רופאי הילדים בקהילה	גדסי	חווה	13
74	בין בריאות הנפש למגפת הקורונה	הפצת מידע לציבור על ידי משרד הבריאות בזמן מגפת הקורונה: חוזקות, מגבלות ותובנות ברמה ארגונית ומדינית	גוטמן	נורית	14

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה ↓

עמוד	מושב	נושא	שם משפחה	שם פרטי	
73	מקצועות הבריאות	רשלנות רפואית בישראל בתחום רפואת השיניים - ניתוח פסיקה לאיתור שיקולים יחודיים	גוטרייך	יפעת	15
53	ארגון השירותים	כמה זמן ממתנינים לקבלת תור לרופא, מטפל או בדיקה?	גולדברגר	נחמה	16
72	מקצועות הבריאות	עקומות התפתחות לפגים - האם התיקון המקובל מספיק?	גולדשטיין	ענבל	17
36	כלכלת בריאות	השפעת תוכניות למניעת מחלות כרוניות על חיסכון כלכלי וירידה בתמותה בישראל	גינסברג	גרי	18
81	בין בריאות הנפש למגפת הקורונה	השלכות הרפורמה בבריאות הנפש על הטיפול בתחלואה גופנית שמקבלים אנשים הסובלים מהפרעה פסיכיאטרית חמורה	גל	גלעד	19
22	מדיניות הבריאות	מדדים מובילים המשפיעים על תוחלת חיים בריאים: ניתוח מתוך סקר אורך	גרינבאום אריזון	איילת	20
62	ארגון השירותים	התוכנית הלאומית למיגור הפטיסיס סי בישראל	דאדון	יובל	21
71	מקצועות הבריאות	צמיחתה של מנהיגות מקומית בבריאות בחברה הבדואית בנגב	דופלט	קרן	22
45	איכות	בחינת הקשר בין טיפול מרחוק לאיכות הטיפול	דורטל	ג'ני	23
64	מקצועות הבריאות	קיצור תורנויות של רופאים בתקופת ההתמחות: סקירה שיטתית מקיפה	דייטש	ורד	24
41	איכות	חויית המטופל מול המערכת הרפואית הקהילתית 4 חודשים לאחר אירוע שבץ מוחי: מחקר רב מרכזים בפריסה ארצית בפריפריה ובמרכז	דנקר	רחלי	25
33	כלכלת בריאות	שינוי בדפוסי צריכת שירותי בריאות בעקבות פתיחת בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד על-שם סמסון	דרור לביא	נועה	26
58	ארגון השירותים	פיתוח ותיקוף מדד שברירות ככלי לניהול, טיפול והערכת התערבויות בקרב אזרחים ותיקים (65+) בקופת חולים מאוחדת	הרשקוביץ סיקרן	פביאן	27
34	כלכלת בריאות	בחינת מידת ההגנה הפיננסית שמערכת הבריאות בישראל מקנה לתושביה	וייצברג	רות	28
50	איכות	השלכות ארוכות טווח של שלושת סוגי הניתוחים הבריאתיים השכיחים בישראל	וינוגרד	עדי	29
52	ארגון השירותים	האם מפגשים רפואיים מרחוק מגדילים את עומס הביקורים ברפואה הראשונית?	וינקר	שלמה	30
31	כלכלת בריאות	דפוסי תקשורת בין חולי סרטן, מטפלים עיקריים ואונקולוגים בשאלת הוצאות מהכיס על תרופות וההשלכות על העומס הכלכלי המוטל בתקופת סוף החיים	טור-סיני	אביעד	31

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

שם פרטי	שם משפחה	נושא	מושב	עמוד
32	דניאל	כהן	חשיפה של סטודנטים לרפואה להפרות מקצוענות בשנים הקליניות: בין זעזוע לאדישות	65
33	ברוך	לוי	חויית ההתמחות מנקודת המבט של הרופא המתמחה: ממצאי סקר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל	66
34	אלכס	לוסטמן	התפתחות שירותי אשפוז בית אקוטי ושביעות רצון מהשירות בקרב המטופלים	57
35	גדעון	לייבנר	הסדרי בחירה במערכת האשפוזית - ידע והעדפות הציבור	32
36	מיכל	לרון	שימוש בשירותי בריאות, עמדות ותפיסות בנוגע למערכת הבריאות - מגמות על פני זמן לפי מאפייני רקע	24
37	חבי	מורד	יישום סטטיסטי חדשני להערכת הבדלים בין מחוזות בישראל בזמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה	26
38	גלית	נויפלד קרושינסקי	"יש לך משהו מת בגוף, זה ירקיב" - החוויה של נשים המתמודדות עם אובדן היריון במפגש עם מערכת הבריאות	51
39	וואסף	נעאמנה	הקשר בין גורמים חברתיים ורשות (Networking) לבין פערים בשימוש בשירותי בריאות בקרב ערבים ויהודים עם מצב חולי משמעותי - מחקר חתרן	25
40	מעין	נקש	כריית מידע לקהילות בריאות מקוונות; ניתוח מאפייני אינטראקציה חברתית א-סינכרונית בשגרה וחירום	59
41	כרמית	סטרן	הערכה לתוכנית החלוץ - שירות ליווי היריון אישי בטיפות חלב בנפת חיפה	60
42	הדר	סמואל	קרוב רחוק - פסיכותרפיה בישראל בתקופת הקורונה	79
43	נסרה	עבד אלהאדי	לקראת הבנת תהליך קבלת ההחלטות של אחיות בנושא טיפול סיעודי חסר	49
44	לירון	עינצ'י	שדה הבריאות ושדה הביטחון במפגש ההתמודדות עם מגפת הקורונה בישראל	75
45	שרביט	פיאלקו	מורכבות חולי לב שנותחו במערכת הציבורית לעומת במערכת הפרטית: ממצאים מפרויקט לאומי לתקנון פרוצדורות לפי מורכבות במערכת האשפוז בישראל	38
46	נטלי	פלאקס מנוב	מצב בריאות הנפש של נוער בתקופת COVID-19 והקשר להידבקות ב-SARS-CoV-2: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי המבוסס על תיקים רפואיים	80
47	דבורה	פרנקנטל	פוסט קורונה (Long COVID): סקר לאומי בקרב מחלימים ממחלת הקורונה	77

↓ לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

עמוד	מושב	נושא	שם משפחה	שם פרטי	
40	כלכלת בריאות	ההשפעה של 'התראת ערכי כולסטרול נמוכים עקב טיפול תרופתי' בגילאי 75 ומעלה - מחקר מעקב לאחר 3 שנים מההתראה (2015-2018)	צבר	ניר	48
83	בין בריאות הנפש למגפת הקורונה	חשיפה לאופיואידים והסיכון להתפתחות דמנציה	קודש	ערד	49
43	איכות	שיפור ואתגרים באיכות הטיפול של חולי STEMI וחולי שבץ - ניסיון של התוכנית הלאומית למדדי איכות	קוניאבסקי	מיכאל	50
27	מדיניות הבריאות	אלגוריתם למידת מכונה לסיוע בקבלת החלטות להקצאת טכנולוגיות רפואיות - הצעד הבא או גחמה חולפת?	קונלי	ירון	51
76	בין בריאות הנפש למגפת הקורונה	השפעת עומס אשפוזי COVID-19 בבתי חולים כלליים על ביצועי מדדי איכות במהלך המגפה	קונסון	אלכסנדר	52
68	מקצועות הבריאות	הערכת ידע, תפיסות ומסוגלות עצמית של עובדים סוציאליים בישראל בנושא אוטיזם	קרני-ויזל	יעל	53
70	מקצועות הבריאות	פיתוח והערכת התערבויות לקידום מקצוענות וחוסן בכירורגיה: אתגרים והזדמנויות	קרניאלי-מילר	אורית	54
20	מדיניות הבריאות	ראיות חדשות רלוונטיות לתיק העליון 1416/21 על עישון שכנים בישראל: ממצאים ממחקרים ישראליים	רוזן	לאה	55
28	מדיניות הבריאות	מערכת תומכת החלטה בהזמנת בדיקות דימות: פרדוקס האימוץ	רוזן	שני	56
63	מקצועות הבריאות	משמרות בבתי חולים: השפעה מתמשכת של משמרות ארוכות אצל מתמחים ברפואה והשפעה של משמרות קבועות או מתחלפות של אחים ואחיות	רוזנבלום	טובה	57
21	מדיניות הבריאות	האם השב"נים תורמים או פוגמים בשוויון במערכת הבריאות בישראל? בחינת ידע ותפיסות הציבור בישראל לגבי ביטוחי השב"ן כביטוח פרטי או ציבורי	רון	רעות	58
54	ארגון השירותים	שירותי רפואה מרחוק: האם המטופלים שבעי רצון? שביעות רצון מטופלים מרפואה מרחוק בהשוואה לביקור פרונטלי ברפואה הראשונית בשירותי בריאות כללית בשנים 2021-2022	רזי בניטה	טליש	59
35	כלכלת בריאות	אתגרי אשפוז במחלקות לגריאטריה פעילה: בחינת חוסר יעילות וכשלי שוק	רזניצקי	שירלי	60
37	כלכלת בריאות	חיזוי היררכי של משכי זמן ניתוח - מודל ומסקנות	רפפורט	נדב	61
78	בין בריאות הנפש למגפת הקורונה	השפעות מגפת הקורונה על מספר הפניות למלר"ד עם הפרעות נפשיות והתנהגותיות	שליצ'קוב	גלי	62
23	מדיניות הבריאות	אפיון צריכת מזון מעובד-ביתר בישראל, איכות התזונה ושכיחות השמנה	שמעוני	טל	63
56	ארגון השירותים	אשפוזי בית כחלופה לאשפוז פנימי אקוטי	שרודר	חני	64

רשימת פוסטרים (א-ב שם משפחה)

#	שם פרטי	שם משפחה	נושא
1	מיטל	אבגיל צדוק	תמנ"ע - פלטפורמת ה-Big Data של משרד הבריאות
2	וסים	אבו חאטום	השקפות, עמדות ופרקטיקות של אחיות נפרולוגיות בנושא קבלת החלטות משותפת בטיפול בסוף החיים
3	רסמיה	אבו רביעה	שכיחות הנשאים למחלת ה-X השביר ו-SMA באוכלוסייה הבדואית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית בנגב
4	ורד	אברג מחלוף	בריונות הקשורה בהתנהלות אישית היא הגורם המנבא החזק ביותר לתיוג עצמי כקורבן לבריונות, בקרב אחיות חדשות ולומדים סיעוד
5	נסרה	אדלבי	הקשר בין תרבות בטיחות המטופל וכוונות של הצוות הסיעודי לדווח על כמעט טעות במהלך משבר COVID-19
6	לימור	אדלר	הפסקת עישון - טוב יותר יחד: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי
7	שרון	אוסט-מור	סולנות ככלי לשינוי בתחושת הבדידות
8	נורית	אזר	האם צמצום זמן מסך יעלה את זמן אחות מטופל?
9	דנה	איבנקובסקי וכקמן	פיתוח מדדי איכות להערכה ושיפור הטיפול התזונתי בקהילה
10	ליהיא	איזן	צהבת C בקרב אסירים בבתי הכלא בישראל: ממצאים מהשנה הראשונה לתוכנית המיגור
11	אלון	אלאלוף	הקשר בין אסטרטגיות לניהול הסטיגמה, תמיכה חברתית ואיכות חיים בקרב אנשים החיים עם קרוהן
12	מיטל	אלבז	בטיחות ויעילות פרוטוקול מוסדי מבוסס אמינוגליקוזידים לטיפול אמפירי בחולים מאושפדים עם זיהום בדרכי השתן
13	מיכל	אלון	לוקחים שליטה על מטופלי הסטומה
14	גלית	אלמוזנינו	רמות גבוהות של עששת קשורות עם השמנה ותת מישקל: מודל ניבוי באמצעות אינטגרציה של כלים סטטיסטיים ולמידת מכונה
15	ליאור	אפטר	נתוני עולם אמיתי על טיפול ב-Diffuse large B-cell lymphoma באמצעות chimeric antigen receptors (CAR-T) במכבי
16	יעל	אפלבוים	מגמות באשפוז ילדים בשנות הקורונה
17	מורן	אקוס כרמל	בין בריאות לרווחה - עמדות בעלי עניין בנוגע לסיוע בצמצום אי-ביטחון תזונתי וקידום בריאות
18	רחלי חן	ארבל	טיפול רפואי מותאם אישית - מניעת אשפוזים חוזרים
19	מאיה	ארנון	שימוש בנתוני מחקר ארגוני שאינו ממשלתי לטובת קידום מדיניות
20	טניה	בביץ'	תוחלת החיים וגורמי סיכון לתמותה לאחר השתלת כליה
21	שירן	בורד	בחינת חוויית ההורים ושביעות רצונם מהשירות הניתן בטיפות החלב: סקר ארצי
22	נעה	בירמן	יישום תוכנית התמחות CBME במחלקות הניאונטולוגיות: מסקנות ממחקר פיילוט
23	יוספה	בירתי	סוכרת היריון בנשים עם צרכים משתנים: פיתוח פתרונות דיגיטליים לניהול הטיפול
24	רועי	ביתן	הקפאת זרע אוטולוגית - האם זה הזמן לשינוי הפרדיגמה הקיימת?
25	עומר	בן-אהרון	הנכונות לשלם עבור טיפול אונקולוגי מבוסס mRNA בישראל: תוצאות ראשוניות ממחקר אוכלוסייה

#	שם פרטי	שם משפחה	נושא
26	אביבה	בן ברוך	מי מקשיב למטופל? הטמעת PROMS בקרב מנותחי בריאטריה
27	נעמה	בן זקן	מצוינות שמתחילה בלב: יחידת אי ספיקת לב בקרית בריאות זבולון, מחוז חיפה וגליל מערבי שירותי בריאות כללית
28	עדי	בן מרדכי	תוכנית לצמצום פערי בריאות בחברה החרדית
29	נועה	בן עמי	הערכת היתכנות הטמעת גישת Enhanced Transtheoretical Model Intervention (ETMI) בטיפול בכאבי גב תחתון במכבי שירותי בריאות
30	אליענה	בן-שלג	ביטול יישום של טיפול בעל ערך נמוך: סקר של רופאים ישראלים
31	עינת	ברגמן	הקמת פלטפורמה לאיסוף תוצאים מדווחי מטופל (Patient reported outcome measures -PROMs)
32	רותי	ברגר	תשישות חמלה בצוותים רפואיים
33	מיכל	ברומברג	ירידה באיכות התזונה בקרב אנשים שדווחו על סימפטומים של דיכאון וחרדה בזמן פנדמיית COVID-19
34	אולגה	ברונשטיין	מדד איכות הלימות דיאליזה כמנוף למתן מנת דיאליזה נאותה למטופלים
35	רועי	ברנע	מיפוי עמדות "מנהלי המחר" אודות תפיסת "המטופל במרכז" - זיהוי פערים תרבותיים ואי שוויון בבריאות
36	אור	ברק	מחקר איכותני לבחינת תחושת מסוגלות של הורים בהתמודדות עם התקף אלרגיה למזון מסכן חיים
37	אורלי	ברק	תוכנית חניכת סטאז'רים במרכז הרפואי תל אביב - תובנות מהפעלתה בשנים 2017-2020
38	מעוז	ג'אראלה	שימוש בציד מיון אישי וביצוע פרוצדורות מייצרות-אירוסול בקרב אנשי צוות במרפאות שיניים בישראל במהלך מגפת COVID-19: מחקר תצפית
39	מורסי	ג'בארה	טיפול אנטיביוטי בלתי הולם או רחב טווח במחלקה לרפואה דחופה: ניטור היארעות, גורמי סיכון ותוצאים
40	רינה	גביסון	מה חושבים עלינו?? תפיסת העשייה של האחיות המומחית ע"י הצוותים
41	נטלי	ג'וליאן	הרוקח הקליני כחלק אינטגרלי משמירת הרצף הטיפולי
42	ראיסה	גבנטמכר	שיפור תהליכי עבודה בין מטבח החלב לביה"ח לילדים דנה
43	חווה	גדסי	אפיון ועיצוב תפקיד רופאי הילדים בקהילה בתחום בריאות הנפש של ילדים בישראל
44	מעין	גוטגלד-דרור	אסרטיביות בתפקיד הרופא/ה: סקירה מקיפה של הספרות (Scoping review)
45	דבורה	גולד	הניסיון הבינלאומי של הסדרי בחירה במערכת האשפוזית - הצלחות, כישלונות והשלכות לעיצוב מדיניות בישראל
46	נחמה	גולדברגר	איך השפיעה הקורונה על סיבות המוות בשנת הקורונה הראשונה, 2020
47	אביב	גולדשטיין	הגורמים המשפיעים על פנייה של בני 65 ומעלה בישראל, לטיפול בבריאות הפה על רקע מגפת הקורונה: בחינתה של תיאוריית ההתנהגות הבריאותית
48	אורית	גולן	מבט לאחור: השלכות סגירת מרפאות פוריות בזמן הקורונה על נשים. מחקר מדיניות משווה בין ארה"ב, קנדה, אנגליה וישראל
49	אמית	גור	השימוש בשירותי בריאות דיגיטליים והגורמים המנבאים אותו בקרב קופות החולים בישראל
50	שני	גור	צימוד מטופלים בעלי מאפיינים משותפים לצורך הגברת היענות לשיקום
51	עטל-שולמית	גורדון	אשפוז בר מניעה - האם השתנה בתקופת הקורונה?

#	שם פרטי	שם משפחה	נושא
52	אהרונה	גלטמן-פרידמן	חשיבות ניטור שפעת ו-RSV (Respiratory Syncytial Virus) בחולים מאושפדים בישראל
53	קרן	גרינברג	הקשר בין תפיסת דימוי מקצוע הסיעוד לאיכות הטיפול המוענק בקרב צוותים סיעודיים - האמנם?
54	רותם	גרינברג	מסרונים מוטיבציוניים להגברת היענות לבדיקת סקר גנטי BRCA1/2 בקרב נשים
55	נעמה	דגניה-ירוסלביץ	היתכנות כלכלית לרכישת תפריט בריא למשפחות עם ילדים בישראל לפי חמישון הכנסה ואזור גאוגרפי, 2018
56	חצב	דדוש	הערכת הסיכון להדבקה בנגיף הקורונה בעת טיפול במרפאת שיניים - מחקר עוקבה לאומי
57	ענת	דור און	"באתיופיה לא היה סוכרת" תפיסת הסוכרת בקרב יוצאי אתיופיה בישראל: מחקר איכותני
58	שרון	דר	גורמים דמוגרפיים הקשורים בהיענות נמוכה לביצוע בדיקות סינון על ידי ממוגרפיה
59	ליאת	הופר	בעין השערה: השלכות בריאותיות ופסיכוסוציאליות של התקררות קבועה כתוצאה מטיפול רפואי או מחלה
60	ענב	הורביץ-בור	הקשר בין מועד הערכת בליעה והתאמת טיפול תזונתי במהלך אשפוז, לבין סטטוס תזונתי בעת שחרור משיקום נירוגריאטרי
61	גלית	הירש-יחזקאל	מדיניות הטיפול בסרטן בתקופת הפנדמיה של COVID-19: סקר בקרב רופאים אונקולוגים בישראל
62	ענבל	הלוי הוכולד	התמודדות בני משפחה המטפלים באנשים עם דמנציה מתקדמת בקהילה - מחקר השוואתי בין מטופלי הוספיס בית ומטופלי יחידה לטיפול בית
63	נטע	הראל	חזקות, חולשות, הזדמנויות ואיומים באשפוז בית אקוטי בישראל ניתוח SWOT של עמדות מנהלים
64	סיגלית	הרוש	הבדלים ברמות תשישות חמלה וסיפוק חמלה בקרב מטפלים בחולי קורונה לבין מטפלים בשגרה בבית חולים בישראל
65	ציפי	הרט	עקרונות תכן ופיתוח אבטיפוס של מערכת CDSS מונחית בינה מלאכותית
66	שרון	הרשקו	סיפור הצלחה: פיתוח אפליקציה לאבטחת איכות במתן חיסוני קורונה
67	טליה	וגנר	רוקחות - הדור הבא: הטמעת מערכת מושתתת AI ליעוץ רוקחי יזום
68	יעל	וולף שגיא	איתור אוכלוסייה בסיכון להדבקה בנגיף אבעבועות הקוף (mpox) לטובת תעדוף חיסונים
69	אורית	ויזינגר	הנגשת הטיפול למטופלים עם סוכרת מסוג 1 ע"י אחות מומחית לסוכרת
70	דורית	וייס	הבטחת איכות בסיעוד בישראל, מסע של חלוציות ומובילות בשנים 1948-1995
71	רות	וייצברג	הבדלים בשימוש בשירותי בריאות נוספים (שב"ן) לפי מחוז מגורים, בפקוח על צרכים ועל מאפייני הפרט
72	חדוה	וינסקי פרץ	אקלים שירות ותפיסות של צוותי סיעוד לגבי שיתוף פעולה עם בני המשפחה התומכים בזקן בעת האשפוז
73	שאדיה	זגאירה	הגורמים הקשורים לדבקות לטיפול בקנאביס רפואי בקרב חולי סרטן
74	נאוה	זוארץ	מעבר מאתנוצנטריות לאתנו רלטיביות לרגישות תרבותית בקרב צוות הפקולטה של החוג לסיעוד אוניברסיטת חיפה
75	מירי	זטלאוי	תופעות מדווחות בסמיכות לשתי מנות החיסון נגד קורונה בילדים בני 5-11
76	אורלי	זלביץ	הקורלטים של החוללות העצמית במקצוע הסיעוד

#	שם פרטי	שם משפחה	נושא
77	נטע לי	זלצר	התעמרות במקומות עבודה בקרב אחים ואחיות בישראל
78	מראם	חאזן	הקשר בין ביקורי רופא סדירים ומצב בריאות של מטופלים כרוניים והגורמים שתורמים למעקב רפואי סדיר מנקודת מבט של צוותים במרפאות קהילה
79	סיון	חבר	מיפוי מאפיינים דמוגרפיים של הפונים למרכז "נטע", מרכז אקוטי לטיפול בנפגעות ונפגעי תקיפה מינית
80	סאג'ידה	חוסין	עמדות לגבי מאפייני מקצוענות גבוהה בקרב צוות רפואי וסיעודי
81	מיכל	חסון	חווית הכאב של נשים בהליכים גינקולוגיים
82	ציונה	חקלאי	קטיעות גפיים לסוכרתיים - האם ירד בתקופת הקורונה?
83	נוית	טבק	לב ללא כאב: גורמי הסיכון לכאב אקוטי במטופלים המאושפזים ביחידה לטיפול נמרץ בעקבות ניתוחי לב-חזה
84	מליסה	טוביאס	איתור אלימות ודיכאון לאחר לידה בקרב נשים בתחנות טיפות חלב - הפער בין המצוי לגלוי
85	ארנה	טל	עשרים שנות שיח מבוסס ערכים עם הציבור הישראלי בנושאי מדיניות בריאות
86	מירי	טל סבן	תהליך התאמת המלצות בין-לאומיות להערכה והתערבות באוכלוסייה עם הפרעה התפתחותית בקואורדינציה מוטורית (Developmental Coordination Disorder: DCD) לישראל
87	אורלי	טמיר	כשאין חוק, אין סדר: תובנות מהניסיון בישראל בטיפול בהשמנה באמצעות תרופה רשומה בהתוויה לא מאושרת (off-label)
88	קרולינה	טננבאום-ברוכי	הסרת מחסומי תקשורת: סדנאות לנותני שירותי בריאות למטופלים עם מוגבלות שמיעה
89	קרן	טקאץ'-מליניק	הכשרת רופאים/ות לקראת טיפול בנפגעי/ות אלימות במשפחה ופגיעה מינית: הערכת התערבות חינוכית בבית ספר לרפואה
90	אבבה	טרונך	הבדלים בתמותה עקב פגיעה מוחית בודדת בין נפגעים שאושפזו במרכזי על לטראומה לבין אלה שאושפזו במרכזי טראומה אזוריים
91	לירון	יונש	עמדות צוותים רפואיים ופרה-רפואיים בבית חולים מרכזי בישראל ביחס למתקפות סייבר על נתונים רפואיים - מחקר כמותי
92	שרית	יוסף	בניית מערך השיקום במכבי שירותי בריאות מחוז הדרום
93	עומרי	ילובסקי	תובנות ראשוניות לגבי מודל למרכז יזמות וחדשנות במערכת הבריאות
94	אברהם	יעקבסון	חסמים וזרזים להתחסנות באוכלוסייה החרדית: סקירה שיטתית
95	ענבל	יפרח-דמארי	שימוש מושכל באופיואידים: השפעת הכללת פורמולציה שלא מאפשרת שימוש לרעה על מגמת השימושים במדבקות fentanyl
96	יפה	יצחקי	הערכת מצב חרדה ודיכאון בקרב שורדי שבץ מוחי בישראל - מחקר עוקבה פרוספקטיבי
97	מירית	כהן	איכות הטיפול ורווחת האחות: האם ילכו יחדיו? התפקיד של אחריות אישית
98	עופר	כהן	תיאורי מקרה ללמידה - אין למידה בלי הפצה
99	רונית	כהן	מאפייני העליה בשיעור הרופאים בישראל
100	רינת	כהן	כיצד מתמודדים ארגוני בריאות עם תופעת הקורבן השני? תפישות ועמדות קובעי מדיניות ומנהלי סיכונים
101	לירז	כהן-ביטון	"פיברותרפיה" - התערבות ייחודית להגברת תחושת הקוהרנטיות והחוסן בקרב נשים חולות פיברומיאלגיה
102	מרים	לאם	ביצוע בדיקת סינון לסרטן צוואר הרחם על ידי PAP - ממצאים משלושה סקרי בריאות לאומיים 2007-2020

#	שם פרטי	שם משפחה	נושא
103	שי יוסף	לובל	בחינת הקשר בין חשיפה לשואה לבין תחלואה כרונית ותמותה בקרב קשישים בני 65 ומעלה בישראל
104	שירי	לוי	כדאיות כלכלית של פיזיותרפיה מרחוק למטופלים הסובלים מכאבי גב תחתון
105	מירי	לוצקי	מגמות בתחלואה ובתמותה ממחלת הדמנציה - ממצאי הסקר הלאומי
106	כרמית	ליברודר	סיכון מוגבר לשבץ מוח איסכמי בטווח הקצר לאחר חשיפה ל-COVID-19: מחקר מבוסס אוכלוסייה
107	גדעון	לייבנר	היכן חולים במחלקות פנימיות מקבלים טיפולים רפואיים אינטנסיביים
108	אשד	לין	שיעורי תמותה ממחלת הסוכרת לפי קבוצות אוכלוסייה בישראל: הרישום הלאומי לסוכרת
109	אירנה	ליפשיץ	שימוש בשירותי האשפוז - אי שוויון בין אזורים, האם השתנה בעשור האחרון?
110	רינת	ליפשיץ	"עם היד על הדופק": מדדי חוסן ופגיעות בקרב אנשי טיפול במרכזים רפואיים גריאטריים במדינת ישראל, במהלך משבר הקורונה ובמצב של אי ודאות מתמשכת
111	יונת-סלע	למד	מומחיות קליניות בטיפול התומך
112	אירית	לקסר עשהאל	פיתוח והטמעה של תוכנית חדשנית ופורצת דרך בישראל: תוכנית תיאום טיפול לזקן בקהילה
113	אנה	לרנר-זכות	אסטרטגיית משרד הבריאות למניעת תחלואה כרונית וקידום אורח החיים הבריא
114	מאיה	לרנר שיכורי	אשפוז בית אקוטי כגורם מווסת עומסים במערכת הבריאות
115	הדס	לרר	תוכנית התזונה העירונית - מחקר התערבותי
116	ויקי	מאירס גמליאל	עמדות ואמונות לגבי סיגרויות אלקטרוניות בקרב ישראלים - סקר לאומי בישראל 2022 גל ראשון מהפרויקט הבינלאומי לבקרת טבק ITC
117	ויקי	מאירס גמליאל	סיכון מוגבר לחלות במחלת כליות סופנית (ESRD) באוכלוסיות עניות ובחברה הערבית
118	ענבל	מוזס	שימושים בביקורים מקוונים עם מכשיר אבחון מרחוק ברפואת ילדים והשפעתם על המערכת הרפואית
119	שי	מוסבט	שיפור בבריאות הנפשית בעקבות רשתות חברתיות אלקטרוניות והידרדרות בבריאות הפיזית בקרב מבוגרים לפני ובמהלך מגפת הקורונה
120	זהר	מור	ניהול לאומי ושליטה על התפרצות אבעבועות הקוף בישראל, תוך שימוש בלקחי הטיפול בקורונה
121	אנג'לה	מושחייב	מפזרים אבקת זהב לזיקנה מיטבית באשפוז
122	תום	מושקט	שיפור כלי חיזוי וכלים תומכי החלטה באמצעות העשרת מסד הנתונים של כללית במשתני התנהגות מטופלים
123	סיגל	מזור	שימוש בהרדמה כללית לטיפול שיניים בילדים על ציר הזמן
124	פואד	מיח'איל	הערכת ההטמעה של שירות המרשם הדיגיטלי בקרב אוכלוסיות בפריפריה החברתית-גאוגרפית עשור לאחר
125	קרן	מייקל	מניעת שחיקה בקרב סטודנטים לרפואה: תפקידן של דאגה לעצמי ושביעות רצון בחיים
126	אורן	מירון	הקשר בין תחלואת קורונה בילדים להיארעות אבחנת הפרעת קשב במהלך 11 החודשים הבאים
127	סבאא	מסארווה	שימוש באונדיסטרון במהלך ההיריון: מומים מולדים ותוצאים מילדותיים
128	ג'יל	מרון	אשפוזים של ילדים עקב היפגעות

#	שם פרטי	שם משפחה	נושא
129	יבגני	מרזון	ניהול יזום ומותאם של מטופלים מורכבים: מודל לטיפול משותף של צוותי טיפול ראשוניים ומרכז תיאום טיפול מרחוק
130	הלנה	נטרביץ קצב	"לראות מבעד לחלון הזמן" - פיתוח כלי מדידה חלופי להערכה פסיכוסוציאלית טרום ניתוחית לניבוי תוצאות ניתוח בריאטרי במעקב חמש שנים
131	חן	נמימי-הלוי	מעורבות בהתנהגויות שאינן בריאות בקרב בני נוער עם הפרעת קשב וריכוז בישראל
132	אלעד	סבן	פעילות גופנית וחומרת התסמינים בקורונה - מה הקשר?
133	אסתי	סייג	מודל סינוף בבריאות הנפש - אברבנאל בסטנדרט איכילוב
134	קלרה	סינגר	שימוש במערכת תומכת החלטה לשיפור מוצדקות בדיקות CT: תוצאות ראשוניות ממחקר בינלאומי
135	אילנה	סינואני פרתי	חשיבות הרחבת הפאנל הנגיפי לניטור תחלואה נשימתית במרפאות הזקיף
136	טלי	סיני	הפרעת קשב וריכוז וקומה נמוכה באופן יחסי בקרב בני נוער: תוצאות מסקר בריאות ותזונה לאומי
137	יפעת	סלע	הצלחה ביישום תוכנית התערבות משולבת להפחתת שיעור הקונטמינציות בתרביות דם במרכז הרפואי סוראסקי תל-אביב, 2019-2022
138	רותי	סספורטס	העדר שיפור בשיעור החזרה על דגימות פסולות בעקבות הכנסת מערכת דווח אישי-מייד: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי
139	סבטלנה	סרטקוב	השפעת בידוד מגע של בני 75 ומעלה המאושפזים במחלקות פנימיות על קרובי משפחותיהם והשלכות אפשריות למדיניות בריאות
140	נור	עבד אלהאדי שחברי	תמונת מצב סוכרת בחברה ערבית
141	סנאא	עומר	הקשר בין התמיכה של בן זוג, משפחה וחברים לבין תפיסת מסוגלות להתמודד עם המחלה ותחושת הרווחה בקרב נשים ערביות ויהודיות חולות סרטן שד
142	פזית	עזורי	העדפות מטפלים (ערבי/יהודי) ע"י המטופלים
143	כרמיל	עזרן	מדיניות התייעדוף של ועדת הסל בתרופות לטיפול בסרטן: האם טיפולים בשלב מחלה מוקדם זוכים לעדיפות על פני מחלות גרורתיות?
144	דפנה	עידן-פרוסק	עבודה בין מקצועית ככלי לשיפור שירותי הבריאות לילדים בקהילה
145	לירון	עינצ'י	מתנגדי חיסונים והצידוקים בגינם הם פועלים ומפיצים את עמדתם: תיאור עמדות הציבור בישראל ביחס לחיסונים נגד COVID-19
146	ג'ומאנה	עיסא-חדאד	הגורמים המאפשרים בחיסון הילדים במערכת הבריאות בישראל: המיעוט הערבי בישראל כדוגמה מעצימה - מחקר איכותני
147	שרון	עירון שגב	התפתחות מינית מוקדמת קשורה באכילה מופרעת בקרב נערות בישראל
148	ניק	פארדג'יב	תרומתן של מקצוענות סביבה, עמדות אמפתיה ומסוגלות תקשורת למסוגלות לאומץ מוסרי בקרב סטודנטים לרפואה
149	חגית	פדובה	"תמונה אחת שווה אלף מילים! והקלטה?" - סטנדרטיזציה של צילום והקלטת ניתוחים ו/או פרוצדורות בגישות אנדוסקופיות
150	דנה	פישביין	התמחות רופאים: ועדות ההכרה, השינוי
151	תמר	פישמן מגן	איתור מוקדם של מומי לב כחלונים מולדים בקרב יילודים
152	גליה	פישר	מניעת אשפוזים ושיפור יעדי איכות במטופלים עם ריבוי תחלואה וסיכון גבוה להידרדרות
153	אורית	פלג-בלום	האתגר שבחסד

#	שם פרטי	שם משפחה	נושא
154	עידו	פלס	טלה-רפואה - מחקר מבוסס אוכלוסייה לפני ובמהלך מגפת הקורונה; דפוסי מטופלים ויעילות קלינית בתחומים נבחרים
155	גלית	פלסיוס קליין	בין הרצוי למצוי ידע ועמדות צוותים בנוגע למעקב אחר נשים לאחר היריון GDM
156	שני	פרוינד	הנחיית מתמחים ברפואת המשפחה ברוקחות קלינית
157	שרית	פרלמן	הערכת מעורבותם ברמה הארצית של אחיות במבצעי חיסוני COVID-19
158	אפרת	פרץ	ביצוע בקרת תרופות במערך הפנימי
159	אירית	צ'דנר	גורמי משיכה ודחיפה ביציאה לעצמאות בקרב רופאים. משפחה בישראל
160	מאיה	צ'צ'יק	תוכנית תיאום טיפול והשפעתו על ביקורים במיון ומדדי איכות בקרב הקשישים
161	ניר	צבר	שכיחות ותוצאים של טיפול אנטי-היפרטנסיבי הדוק בגילאי 50 ומעלה עם סוכרת
162	רועי	צוקר	שימוש ברשתות חברתיות להנגשת שירותי בריאות שווים
163	טלי	צינמון	זהות מקצועית ומחויבות מקצועית של העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות בקהילה בישראל
164	דלית	ציפל	תוכנית לצמצום נפילות בקרב הגיל השלישי
165	יהודית	צמיר	גורמים מאפשרים וחסמים של נשים לביצוע בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן
166	אריאל	קאים	ביצוע בדיקות דימות מקדימות לפני MRI, לאותה בעיה רפואית - תוצאות מסקר מטופלים
167	שרה	קויתי	הקריירה של החולה הכרוני
168	טטיאנה	קולובוב	שנה ראשונה במרפאה וירטואלית לבוגרים עם סוכרת מסוג 1: מדדים מדווחי מטופל, שביעות רצון ואיזון גלוקוז.
169	מיכאל	קוניאבסקי	השפעת הכנסת מדידת איכות - שיפור איכות בהתהוותו בתחום הקולונוסקופיה
170	אירית	קוצין גבוביץ	שימוש בהגבלה פיזית בשיקום מטופלים לאחר שבץ מוחי - מאפיינים ועמדות
171	חווה	קורץ	טיפול בשותפות: שיתוף מטופלים במטלות טיפול ביחידות המודיאליות
172	ראומה	קורץ	מומחיות בדרך אליך - ניידת הערכה גריאטרית במחוז צפון
173	כלנית	קיי	שילוב מומחיות קליניות - עמדות אחיות ומומחיות בכללית
174	צחי	קציר	רפורמת שיקום וניידות - ניסיון מכבי שירותי בריאות
175	דולב	קרולינסקי	היענות לביצוע דם סמוי בצואה כבדיקת סינון לסרטן המעי הגס והחלחולת בבני 50-74 בישראל: השוואה בין מחוזות פריפריאליים ומרכזיים
176	זיו	קרני-אפרתי	השלכות תסמיני גיל המעבר על בריאותן של נשים מבוגרות: מדוע הן לא מטופלות?
177	יעל	קרני-ויזל	תמיכה פורמלית ולא פורמלית: ציפיות וחוויות הורים המגדלים ילדים עם מוגבלות שכלית קשה או עמוקה
178	שושנה	רב-וילק	פערים בשיעור הימצאות אנמיה בקרב ילדים בשלושת המגזרים העיקריים בירושלים
179	אורנה	רגס	תחלואה קרדיוסקולרית שנתיים מפרוץ מגפת הקורונה בראי מגמות טרום-המגפה
180	ורד	רובינזון	שילוב של שינוי אירגוני, שינוי תרבותי ומערך תמריצים - התנאים הנחוצים להצלחה בעליית תפוקה, חדשנות ואיכות הוראת מקצוע הרפואה במרכז הרפואי. מודל שיבא בשנים 2022-2023
181	שחר	רובינזון	פרויקט צמצום אשפוזים פסיכיאטריים במכבי שירותי בריאות מחוז דרום

#	שם פרטי	שם משפחה	נושא
182	שמחי	רוזנבלו	חסמים בזיהוי ודיווח על מצבי התעללות והזנחה בקרב ילדים על ידי רופאי ילדים ומשפחה בקהילה
183	מוריה	רוזנברג	דיווחי אירועים חריגים בהדמיה - עליה בתרבות בטיחות מחלקתית או אזור סיכון?
184	ענת	רוטשטיין	הקשר בין חוסר בחומצה פולית בדם לדמנציה
185	ויקטוריה	רוטשילד	מגמות שימוש ב-Pregabalin בקרב אוכלוסייה בוגרת: מחקר חתך, שירותי הבריאות כללית
186	רעות	רון	התערבות קבוצתית מקוונת ללימוד שיטות הרפיה ודמיון מודרך באסותא רמת החייל
187	דבורה	רזבי	הקשר בין אסימטריה באגן הירכיים לבין היבטים נוירו-התפתחותיים בתינוקות עם טורטיקוליס
188	שירלי	רזניצקי	חסמים בקבלת שירותי בריאות לזקנים יוצאי אתיופיה
189	דניאלה	רחמים-כהן	הפטיטיס C במכבי שירותי בריאות - בדרך למיגור המחלה
190	תמר	ריטה	הערכת התערבות למניעת היפוגליקמיה בקשישים
191	איטה	רייטר	לדעת יותר = לפעול יותר: הכשרת צוותים רפואיים בכללית לסביבה בטוחה לקהילת להט"ב
192	נגה	רמות	זיהוי מאפייני הנענים לחיסון נגד אבעבועות הקוף
193	שירה	רמות	רפואה מרחוק לכולם: עמדות וחסמים לשימוש במגזר החרדי
194	גיא	רפאלוביץ	מתן שירותי אשפוז בבית המטופל: תמורות חדשות בגישת ניהול הטיפול
195	רעות	שוהם	ניהול אקטיבי של הקריירה הרפואית - סיכום שנת פעילות ראשונה ביחידה לייעוץ קריירה ברשות ההוראה של שיבא
196	דניאל	שוורץ	גורמים הקשורים למספר הפניות נמוך לטיפולי פיזיותרפיה אצל מטופלים הנמצאים בסיכון גבוה לנפילה: מחקר רטרוספקטיבי
197	תמר	שלום	הערכת השימוש בטלה-רפואה ברפואת משפחה וילדים: תפיסות רופאים כלפי איכות, בטיחות ושביעות רצון מהשימוש בביקור הטלפוני
198	נעמי	שלום רובינשטיין	ניהול דיגיטלי של מטפלים סיעודיים וכוחות עזר
199	ליגת	שליו	Do No harm at home? מחקר אמפירי על שיקולים אתיים בהיענות להטמעת תוכנית למניעת היפגעות ילדים בבית
200	אורה	שמאי-רוסלר	מדדי תוצאה משמעותיים לחולים (PROMs) סיכום פיילוט בתחומים הקליניים: שבץ מוחי (STROKE), התקף לב (AMI) והחלפות מפרקים אלקטיביות
201	סיון	שפיצר	יחסי הגומלין בין המצב הקיים בפועל ובין מדיניות קידום בריאות ברשות המקומית - מה באמת קורה?
202	איתמר	שפרן	אינדקס צורת גוף מנבא שבריריות בקרב בני 65 שנה ומעלה
203	חני	שרודר	מדדי תוצאה מנקודת המבט של המטופל (PROs) ככלי לקביעת יעדים בחולים לאחר שבר בצוואר הירך - מחקר בשלושה חלקים
204	עדי	תורגמן	מעמד חברתי-כלכלי נמוך קשור לתמותה: מחקר מקרה-ביקורת

תקצירי הרצאות

ראיות חדשות רלוונטיות לתיק העליון 1416/21 על עישון שכנים בישראל: ממצאים ממחקרים ישראליים

לאה רוזן¹, דוד שטיינברג¹, ויקי מאירס גמליאל², דוד צוקר³, שן גריבל⁴, מיכל ביתן⁵, גיף פונג⁴

1. אוניברסיטת תל אביב

2. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

3. האוניברסיטה העברית בירושלים

4. אוניברסיטת ווטרלו

5. המכללה למנהל

רקע: תיק 1416/21 של בג"ץ הוגש נגד משרדי הסביבה, הבריאות והפנים בגין אי הגנה על אנשים מפני חדירה של עשן טבק לבתיהם. חשיפה לעשן טבק אחראית ל-800 מקרי מוות מדי שנה בישראל.

מטרות: לספק ראיות חדשות מישראל הרלוונטיות לתיק זה.

שיטות: נכללו נתונים משני מחקרים: (1) הפרויקט הבינלאומי לבקרת טבק גל ראשון בישראל (ITC/Israel), ממומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות. סקר טלפוני בוצע באביב 2022 עם מדגם מייצג של 659 בוגרים בישראל. (2) פרויקט חשיפת אפס: ניסוי מבוקר אקראי - התערבות שבוצעה בשנים 2016-2018 עם הורים מעשנים, שנועדה להגן על ילדים מפני חשיפה לעשן טבק. חשיפה לעשן טבק הוערכה על ידי מדידת ניקוטין בשיער, סמן ביולוגי לחשיפה; נכללו 141 ילדים בניתוח.

ממצאים: ITC ישראל גל ראשון: כמעט 40% דיווחו על חדירת עשן לבתיהם בשנה אחרונה, עם אחוז יותר נמוך במעמד סוציו-אקונומי גבוה (הכנסה מעל הממוצע: 26.0%; הכנסה בינונית/מתחת לממוצע: 43.9%; $p=0.001$). 60% מהנשאלים תמכו בזכותם של אנשים לנשום אוויר נקי בביתם על פני זכויות של מעשנים לעשן בביתם. פרויקט חשיפת אפס: 62% מהילדים שהוריהם הגבילו עישון למרפסת או מחוץ לבית נמצאו חשופים לעשן טבק. מיקום העישון לא היה קשור לחשיפת הילד (כן/לא) ($p=0.65$) או לרמת החשיפה ($p=0.87$).

מסקנות והמלצות: אנחנו מעריכים שכ-4 מיליון ישראלים, כולל כ-1.2 מיליון ילדים, חשופים לנזקים של חדירת עשן לבתיהם, כאשר משפחות עם הכנסה בינונית או מתחת לממוצע נושאות בנטל גדול יותר. התיק הנוכחי מעניק הזדמנות מצוינת לקדם את בריאות הציבור על ידי הגנה של מיליוני אזרחים מפני חדירת עשן טבק, ועל ידי העברת המסר הברור שלא לאלץ אחרים לנשום את התוצרים הרעילים של העישון הוא בלתי מתקבל על הדעת. יש לקבוע סטנדרט מקובל של הרחקת העישון למרחק של 10 מטרים לפחות מבתיים, שכנים, ילדים ומבוגרים.

האם השב"נים תורמים או פוגמים בשוויון במערכת הבריאות בישראל? בחינת ידע ותפיסות הציבור בישראל לגבי ביטוחי השב"ן כביטוח פרטי או ציבורי

רעות רון¹, עדי ניב-יגודה², רועי ברנע¹

1. אסותא מרכזים רפואיים
2. המכללה האקדמית נתניה

רקע: בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבע כי קופות החולים רשאיות להציע שירותי בריאות נוספים (שב"ן). מעצם הגדרתו בחוק ומאפייניו, השב"ן הינו יציר כלאיים בין רפואה פרטית לציבורית, מימונו ואספקתו פרטיים, אך מאפייניו סוציאליים. קיימת מחלוקת האם השב"ן גורם להסתת משאבים מהשירות הציבורי ומעמיק אי-שוויון, או דווקא משפר הנגשת שירותים. בפועל, השב"ן מהווה אלטרנטיבה מהותית בעלות נמוכה לביטוח המסחרי. 77.4% מבוטחים בשב"ן, כאשר רק 71% מתוכם יודעים לנמק בחירה זו. מחקרים על אוריינות ביטוחי בריאות בוצעו בישראל, אך יש צורך בממצאים מבוססים ומעודכנים.

מטרות: בחינת ידע ותפיסות הציבור לגבי רבדי הביטוח בישראל, בדגש על השב"ן, ואפיון המשתנים המשפיעים על רמת אוריינות זו.

שיטות מחקר: סקר אינטרנטי בקרב 500 מרואיינים, המהווים מדגם מייצג של אוכלוסיית היעד, על ידי חברת מדגם, בדגימת שכבות לפי מגזרים ומחוזות גיאוגרפיים. בסקר נעשה שימוש בשאלון ייעודי שנוסח לטובת מחקר זה, המבוסס על מחקרים קודמים באוריינות ביטוחי בריאות ועבר תיקוף מומחים.

ממצאים: אוכלוסיית המחקר הציגה רמה נמוכה יחסית של אוריינות ביטוחי בריאות, כאשר 30%-37% ידעו מהם אחוזי המבוטחים בביטוח הציבורי ובשב"ן, ו-40%-60% השיבו נכונה לגבי אופי ביטוח השב"ן וזכויות הביטוח הציבורי. היכולת לענות נכונה נמצאה קשורה לגיל, רמת השכלה והכנסה, מגזר ורמת דתיות. 30% מהמדגם דיווחו כי למיטב הבנתם ביטוח השב"ן הינו פרטי ו-30% ציבורי. לשאלה מה לדעתם צריך להיחשב השב"ן השיבו 58% ציבורי ורק 11% פרטי. 6% בלבד חשים כי הביטוח הציבורי מספק ואין צורך לרכוש ביטוח פרטי, בעוד 40% ממליצים לרכוש גם שב"ן וגם מסחרי. 44% מהמדגם מסכימים שצריך להכליל את ביטוחי השב"ן בסל ולהעלות את מס הבריאות בהתאם.

מסקנות והמלצות: הציבור הישראלי אינו מכיר בצורה מספקת את ההבדלים בין רבדי הביטוח השונים ואת מאפייניהם של הביטוח הציבורי וביטוחי השב"ן, ולמרות זאת הציבור רוכש ביטוחי בריאות בשיעור גבוה מאוד. יש להפנות את תשומת לבם של מקבלי ההחלטות לנושא אוריינות ביטוחי הבריאות בישראל ולשקול שינויי מדיניות בהתאם לייעול השימוש במשאבים מוגבלים והגברת השוויוניות.

מדדים מובילים המשפיעים על תוחלת חיים בריאים: ניתוח מתוך סקר אורך

איילת גרינבאום-אריזון, חני שרודר, צח בן-מנחם

משרד הבריאות

רקע: בהחלטת ממשלה מספר 127, "מפת מדדים לאומיים להזדקנות מיטבית", הוגדר מדד תוחלת חיים בריאים מעל גיל 65 כאחד משני מדדים שעוסקים בבריאות. תוחלת חיים בריאים מוגדרת כסך השנים שבהן אדם חי עם יכולת תפקוד מלאה ללא פגיעה ביכולות התפקוד היומיומיות שלו. אחד המדדים המקובלים בעולם לנושא זה הינו ה-GALI (Global Activity Limitation Indicator) אשר מגדיר שלושה מצבים של מוגבלות (ללא מוגבלות, מוגבלות חלקית ומוגבלות חמורה). במסגרת סקרי האורך של ה-SHARE המבוצעים בקרב בני 50+ במדינות האיחוד האירופי, לרבות ישראל, מתבצע מעקב אחר מדד ה-GALI של המשתתפים בסקר, בנוסף למדדים אחרים במגוון תחומים.

מטרות: איתור גורמים מובילים שמשפיעים על תוחלת חיים בריאים, כפי שנמדד על ידי מדד ה-GALI בישראל.

שיטות מחקר: עיבוד נתוני ה-SHARE בישראל במגוון תחומים מרכזיים (התנהגויות בריאות, תפקוד קוגניטיבי, בריאות נפשית ובריאות פיזית), חילוך מדדים רלוונטיים והכנסתם למודל רגרסיה לוגיסטית מולטינומיאלית הכולל את מדד ה-GALI כמשתנה התלוי. לאור בעיית הרמטיות בסקר לאורך השנים והרצון לכלול כמה שיותר מדדים במודל הרגרסיה לטובת בידוד הקשר של כל מדד אינדיבידואלי ל-GALI, הורצו בנפרד שני מודלי רגרסיה - נתונים משנת 2012 ושנת 2019. עבור מדדים אחרים עם הרמטיות נתונים נמוכה בשנים אלו, הורצו מבחני חי-בריבוע העושים שימוש בנתונים החולשים על מספר שנים שונות של הסקר.

ממצאים: ביצוע פעילות גופנית כמדד מרכזי בעל קשר שלילי מובהק ל-GALI, כלומר מזוהה עם רמת מוגבלות נמוכה ($P<0.01$, $OR=0.25-0.7$). מדדים אחרים עם פוטנציאל להיות בעלי קשר שלילי מובהק למדד הינם בתחום התזונה (צריכת פירות וירקות, קטניות, ביצים, דגים ובשר). מנגד, אותרו מדדים המזוהים באופן מובהק עם מוגבלות גבוהה במסגרת ה-GALI לרבות תחושת דיכאון ($P<0.001$, $OR=2.55-14.58$), תחלואה בסוכרת ($P<0.01$, $OR=1.7-3.13$), שבץ ($P<0.05$, $OR=2-$), וסרטן (11.59) ($P<0.05$, $OR=1.85-5.7$). לצד זאת, זוהו מדדים נוספים עם פוטנציאל להיות בעלי קשר חיובי מובהק ל-GALI, בדגש על מחלות לב וריאה.

המלצות: איתור נושאים שנמצאו כבעלי קשר חזק והשפעה על מדד ה-GALI ופיתוח של תוכניות התערבות ומדידה לאומית בהתאם, הם בעלי פוטנציאל להשפיע על תוחלת החיים הבריאה של אוכלוסיית הקשישים בישראל.

אפיון צריכת מזון מעובד-ביתר בישראל, איכות התזונה ושכיחות השמנה

טל שמעוני¹, ליטל קינן בוקר^{2,1}, אלינה רוזנברג¹, דנית שחר³

1. המרכז הלאומי לבקרת מחלות

2. אוניברסיטת חיפה

3. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע: השמנה קשורה לתחלואה כרונית ומכבידה על הפרט ועל מערכות הבריאות. בעשורים האחרונים עלו שיעורי ההשמנה בעולם, ובמקביל, נצפה שינוי גם בהרכב התזונה הנצרכת. השינויים כוללים ירידה בצריכת מזונות טבעיים ובהכנה ביתית ועליה בצריכת מזונות תעשייתיים ומעובדים ביתר הנחשדים כגורמים אטיולוגיים בהשמנה ובתחלואה כרונית.

מטרות: להעריך את היקף צריכת מזון מעובד-ביתר, ואת הקשר בין צריכתו לאיכות התזונה ולהשמנה בישראל.

שיטות מחקר: מבוגרים בני 25-64 שהשתתפו בסקר חתך לאומי בנושא בריאות ותזונה (מב"ת) ב-2014-2016 דיווחו על צריכה תזונתית ב-24 השעות שקדמו לריאיון, נשקלו ונמדדו לגובה והיקף מותניים. המזונות שדווחו סווגו ל-4 קבוצות לפי שיטת NOVA, המבוססת על רמת עיבוד המזון, מלא מעובד ועד לעיבוד-ביתר. השמנה הוגדרה באמצעות מספר פרמטרים (מדד מסת גוף ≤ 30 , מדד שומן יחסי והיקף מותניים). קשרים נבדקו תוך שימוש ב- χ^2 , Cochran-Armitage Trend Test לבדיקת מגמה (למשתנים דיכוטומיים) ו-Cochran-Mantel-Haenszel Statistics test (≤ 3 קטגוריות). הקשר בין צריכת מזונות מעובדים-ביתר והשמנה נבדק במודלים של רגרסיה לוגיסטית חד ורב-משתנית, תוך תקנון למערפלים פוטנציאליים.

ממצאים: בעיבודים נכללו 2,563 משתתפים (גיל ממוצע 42.2 ± 11.1 Y, 46.8% גברים). צריכת מזון מעובד-ביתר הייתה 34.5% מסך הצריכה האנרגטית. צריכה ברבעון הצריכה העליון נקשרה לגיל צעיר ($p=0.0015$), פעילות-גופנית נמוכה ($p<0.001$) ועישון ($p=0.0162$). מבחינת איכות התזונה, צריכה גבוהה של מזון מעובד-ביתר נקשרה לצריכה גבוהה של אנרגיה, פחמימות, שומן רווי, ותיאמין ולצריכה נמוכה של חלבון, חומצות שומן חד-בלתי רוויות, סיבים תזונתיים, חומצה פולית, ויטמין B12, ויטמין C, אבץ וסך שומן. לא נמצא קשר מובהק בין צריכת מזון מעובד-ביתר והשמנה ($N=1,825$).

מסקנות: צריכת מזון מעובד-ביתר נמצאה קשורה להתנהגויות לא בריאות ולאיכות תזונה נמוכה בבני 25-64 שנים בישראל ב-2014-2016. לא נמצא קשר בין צריכת מזון מעובד-ביתר והשמנה.

המלצות: נדרשת בחינה נוספת של סיווג מזונות מעובדים-ביתר בעלי תרומה תזונתית משמעותית כגון מוצרי חלב ולחמים לפי שיטת NOVA לצורך התאמת מדיניות תזונה, כמו גם מחקרי עוקבה לבדיקת הקשר בין צריכת מזון מעובד-ביתר לעודף משקל, השמנה ותחלואה.

שימוש בשירותי בריאות, עמדות ותפיסות בנוגע למערכת הבריאות - מגמות על פני זמן לפי מאפייני רקע

מיכל לרון, רינה מעוז ברויאר, שרביט פיאלקו

מאייירס-ג'וינט-ברוקדייל

רקע: מאז החלת חוק בריאות ממלכתי ב-1995 מכון מאייירס-ג'וינט-ברוקדייל, בתמיכת משרד הבריאות, עוקב אחר תפקוד מערכת הבריאות מנקודת המבט של המבוטחים באמצעות סקרים דו-שנתיים.

מטרות: ללמוד על מגמות ברמת האמון במערכת הבריאות ובשביעות הרצון ממנה ומקופות החולים, וכן על מגמות בוותור על שירותי בריאות, בשני העשורים האחרונים, לפי מאפייני רקע.

שיטות מחקר: ניתוח משני לונגיטודינלי של נתוני הסקרים שנערכו בעברית, בערבית וברוסית בין השנים 1999-2021 בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל (בני 22+).

ממצאים: שיעור המרוצים והמרוצים מאוד ממערכת הבריאות עלה מ-58% ב-1999 ל-68% ב-2021 ואילו שביעות הרצון מקופות החולים נשארה יציבה לאורך השנים (89% ב-1999 ו-88% ב-2021). שיעור הבטוחים והבטוחים מאוד שבעת מחלה קשה יקבלו ממערכת הבריאות את הטיפול הטוב והמועיל ביותר אינו גבוה ונמצא במגמת ירידה, מ-2014 (62%) ל-2018 (46%).

הסיבה המרכזית לוותור על שירותים היא זמני המתנה ארוכים בקופה - שיעור המוותרים עלה מ-12% ב-2012 ל-34% ב-2021. נמצאה עלייה בזמני המתנה בכל המחוזות, במיוחד במחוז דרום (10% ב-2016 ו-38% ב-2021). לאורך כל שנות הבדיקה; במחוז ירושלים זמני המתנה לרפואה יועצת נמוכים מהמוצא הכללי. שיעור המוותרים על שירות רפואי בגלל מרחק ממקום המגורים היה 8% ב-1999, עלה ל-14% בשנת 2005, ירד בהדרגה עד ל-9% ב-2014 ומאז היה במגמת עלייה עד ל-18% ב-2021. לאורך השנים, שיעור המוותרים בקרב הערבים נמוך יותר משיעור המוותרים בקרב היהודים.

שיעור המוותרים על תרופה או על טיפול רפואי בגלל התשלום הנדרש היה 6% ב-1999, הגיע לשיא של 14% ב-2009 ומאז ירד מעט ועמד על 12% ב-2021. בכל שנות הבדיקה, שיעור הוותור על שירותים אלו בקרב נשים גבוה יותר משיעור המוותרים בקרב הגברים. הבדלים דומים נמצאו לפי רמת הכנסה.

מסקנות והמלצות: הממצאים מציגים תמונה מעורבת. לאורך זמן, חל שיפור בשביעות הרצון ממערכת הבריאות, אך רמת האמון בה נמוכה יחסית ונמצאת במגמת ירידה. שביעות הרצון מקופות החולים גבוהה ויציבה לאורך השנים. שיעור המוותרים על טיפולים רפואיים בשל תשלום, מרחק או זמני המתנה עלה עם השנים ומצביע על בעיה גוברת של זמינות ונגישות שירותי הבריאות ועל הצורך בהפחתת ההשתתפות העצמית ובהגדלת ההיצע.

הקשר בין גורמים חברתיים ורשתות (Networking) לבין פערים בשימוש בשירותי בריאות בקרב ערבים ויהודים עם מצב חולי משמעותי - מחקר חתך

וואסף נעאמנה¹, רינת כהן¹, סייף אבו מוך², מנפרד גרין³, ח'יתאם מוחסן¹

1. אוניברסיטת תל אביב

2. המרכז הרפואי הלל יפה, חדרה

3. אוניברסיטת חיפה

רקע: הקשר בין גורמים חברתיים כגון רשת חברתית, לבין ניצול שירותי בריאות בישראל לא נבחן אמפירית.

מטרות: להשוות בין ערבים ויהודים בשימוש ברשת חברתית ולבדוק את הקשר בין רשת חברתית, רשתות (Networking), לבין שימוש בשירותי בריאות במצב חולי משמעותי.

שיטות מחקר: בוצע מחקר חתך בקרב בני 40+ באמצעות סקר טלפוני ופאנלים מקוונים בקרב מדגם אקראי של משתתפים ערבים ויהודים שדיווחו על התמודדות עם מחלה משמעותית אצלם או בקרב בן משפחה קרוב. השימוש בשירותי בריאות סווג כפניה לצוות הרפואי בקהילה, בבית החולים, או לאף אחד מהגורמים הללו כחלק מהתמודדות עם המחלה. נבנה כלי להערכת המבנה והאיכות של הרשת והתמיכה החברתית במחקר איכותני מקדים, ובאמצעות ניתוח גורמים. המשתנים המסבירים כללו משתנים דמוגרפיים-כלכליים, מבנה ואיכות רשת ותמיכה חברתית, ותחלואה נלווית. בוצעה רגרסיה מולטינומיאלית (multinomial) רבת משתנים, כאשר קבוצת הייחוס היא העדר פניה לצוות רפואי בקהילה או בבית חולים.

ממצאים: נכללו 808 משתתפים (גיל ממוצע 52.8 שנים), 405 יהודים ו-403 ערבים. רשתות חברתיות עשירות יותר, ושימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות היו שכיחים יותר בקרב יהודים (49.2%-ו-53.6%, בהתאמה) לעומת ערבים (31.9%-ו-33.0%, בהתאמה), $P < 0.001$. רמת התמיכה והרשת החברתית להתמודדות עם בעיות בריאות הייתה יותר גבוהה בערבים לעומת יהודים, $P = 0.02$. מודל רב משתני, הראה סיכוי נמוך יותר לפניה לצוות רפואי בקרב ערבים ($P < 0.001$), וקשר חיובי בין השימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות לבין הפניה לצוות בקהילה (OR 5.24, 95% CI 3.16-8.69) ובבית חולים (OR 10.86, 95% CI 6.79-17.37). נמצא קשר חיובי בין רשת חברתית משפחתית (OR 1.59, 95% CI 1.03-2.44) לבין פניה לצוות בבית החולים.

מסקנות והמלצות: קיימים הבדלים בין ערבים ויהודים ברשתות החברתיות, שימוש בקשרים לקידום ענייני בריאות ודפוס הפניה לצוות רפואי במצב של חולי משמעותי. ניצול קשרים לקידום ענייני בריאות נמצא בקשר חזק עם הפניה לצוות רפואי, אשר יכול להצביע על חוסר שביעות רצון מהשירותים הקיימים ועלול להגביר את הפערים בבריאות בין קבוצות אוכלוסייה.

*המחקר מומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

יישום סטטיסטי חדשני להערכת הבדלים בין מחוזות בישראל בזמני המתנה לרפואה יועצת בקהילה

חבי מורד, רחלי ווילף-מירון, גל זאבי, ארנונה זיו, ויקי מאירס גמליאל

מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

רקע: זמני המתנה ארוכים לרופאים עשויים לפגוע בבריאות המטופל ובשביעות רצונו ולהגדיל את השימוש ברפואה פרטית, וכך לפגוע בעקרון השוויון שאליו כיוון חוק ביטוח בריאות ממלכתי. משרד הבריאות פיתח מתודולוגיה למדידת זמני המתנה ברפואה יועצת בקהילה, במסגרתה נאספו עד כה נתונים על 12 הרבעונים בין 2019-2021 עבור חמשת מקצועות הרפואה היועצת השכיחים.

מטרות: להעריך הבדלים בין אזורים גיאוגרפיים, בזמני המתנה לרופאים יועצים בקהילה במערכת הציבורית בישראל.

שיטות מחקר: לצורך הדגמת השיטה נבחר מקצוע רפואת העור. נעשה שימוש ברגרסיית quantile להערכת הבדלים בזמני המתנה בין אזורים שונים ברבעון הראשון של שנת 2019, ובמגמות על פני הזמן. המודלים הורצו בשתי צורות: מודל אדיטיבי (התוצא: חציון זמן המתנה), ומודל כפלי (התוצא: חציון זמן המתנה בטרנספורמציה \log_1^*). המשתנים הבלתי תלויים היו: אזור גיאוגרפי בחלוקה לשבעה מחוזות, עם ארצי כקטגורית התייחסות, תקופה (רבעון) ואינטראקציה בין תקופה לבין אזור גיאוגרפי. מהמודלים, שתוקננו הן לסגרי קורונה ולעונתיות, חושב חציון זמן המתנה המצופה בתחילת 2019 לכל אזור ובהשוואה לארצי, וגם שיפוע לעליה בשנה בכל אזור ובהשוואה לארצי.

$$\log_1(x) = \log(X+1)^*$$

ממצאים: במודל האדיטיבי, חציון זמן המתנה הארצי לרופא עור בתחילת 2019 היה 18 ימים (95%CI=15-21), בירושלים חציון זמן המתנה היה נמוך יותר באופן מובהק (11; 95%CI=7-14), ובתל אביב גבוה יותר באופן מובהק (23; 95%CI=18-28). מבחינת מגמות על פני הזמן, ברמה הארצית חציון זמן המתנה הצפוי עלה ב-3 ימים כל שנה (95%CI=1-5), לא השתנה בצפון (-0.33; 95%CI=-2), וביהודה ושומרון ובתל אביב עלה הרבה יותר מאשר ברמה הארצית תוך שנה (9 ו-7 ימים בהתאמה). ביתר האזורים חציון זמן המתנה ההתחלתי והשיפוע על פני זמן לא היו שונים מהארצי. ממצאים דומים התקבלו במודל הכפלי.

מסקנות והמלצות: הודגמו הבדלים משמעותיים בין אזורים גיאוגרפיים בזמני המתנה לרפואת עור. לא נמצאו הבדלים לרעת הפריפריה, שכן בתל אביב זמני המתנה הכי ארוכים ובצפון הכי קצרים. כמו כן הודגמה עליה משמעותית בזמני המתנה על פני זמן בכל האזורים, פרט לצפון וחיפה.

ראוי להמשיך בניטור זמני המתנה בכל תחומי ההתמחות, ולבחון האם יש צורך בהתערבות באזורים הבעייתיים.

אלגוריתם למידת מכונה לסיוע בקבלת החלטות להקצאת טכנולוגיות רפואיות - הצעד הבא או גחמה חולפת?

ירון קונלי, ארנה טל

המרכז הרפואי שמיר

רקע: החלטות תיעודף להקצאת טכנולוגיות בתנאי מחסור, לדוגמה מכשירי ECMO לחולי קורונה, היא אתגר למטפלים ולקובעי מדיניות. מערכי טכנולוגיות יישמו במשך שנים מתודולוגיות ומנגנוני תיעודף מגוונים בממדים קליניים אפידמיולוגיים, כלכליים וערכיים.

מטרות: נבחנה היכולת של אלגוריתם מבוסס בינה מלאכותית להציע תיעודף טכנולוגיות והחלטות הקצאה לדילמות גלובליות מוכרות.

שיטות מחקר: נערך "שיח" באמצעות מנוע ChatGPT-3 בסוגיות שמוצגות מעת לעת למגבשי מדיניות. "תשובות" האלגוריתם הושו לעמדות המומחים והקהל הרחב מסקרים שערכנו בשנים 2019-2021. השאלות עסקו ב:

1. יישום רפואה מותאמת אישית והקריטריונים להתאמת טיפול למטופל מסוים;
2. דירוג קריטריונים (ובפרט גיל) לתיעודף במסגרת משאבים מוגבלים;
3. ההחלטה הטיפולית הראויה, כאשר יש פער בין דרישת המטופל למדיניות ארגון הבריאות לגבי הקצאת משאבים במערכת ציבורית.

ממצאים: בנושא הטמעת רפואה אישית מותאמת מטופל, האלגוריתם סיפק תשובה דומה לעמדות הרופאים בסקר. בשאלת הקריטריונים במצב בו המשאבים מוגבלים, האלגוריתם סיפק סולמות תיעודף הפוכים מנקודות המבט של המטופל וספק שירותי הבריאות, ללא הצלחה לגשר ביניהם. האלגוריתם רמז לצורך במציאת מקורות מימון חיצוניים כתנאי להקצאת טיפול, בניגוד לתפיסת רופאים בסקרים שנטו לצדד בעמדת המטופל. בהעמקת הדיון בסוגיית הגיל, האלגוריתם הסתייג משימוש בגיל כקריטריון יחיד, אולם, רמז לכך שגיל צעיר קשור לפוטנציאל שרידות גבוה יותר, ולכן יש לתעדף צעירים.

מסקנות והמלצות: בשלב מוקדם זה של התפתחותו, אלגוריתם מכונה נמנע מלהכריע בדילמות תיעודף ובהחלטות מדיניות, לנוכח מורכבותן וריבוי השיקולים והשחקנים המאפיינים אותן. עם זאת, למרות התייחסותו לחשיבות האוטונומיה של המטופל, נראה ששניית המלצות שלו ממוקדת בתועלתנות והפוטנציאל למקסם אותה, בראיית כלל מערכת הבריאות. היכולת של מקבלי החלטות להסתייע בתוצאות הנובעות מלמידת מכונה לעיצוב מדיניות בריאות עדיין בחיתוליה, אך ייתכן ובעתיד הלא רחוק היא תשמש ככלי לגיטימי. במקרה הבוחן של שאלות מדיניות הקצאת טכנולוגיות, המצריכות תובנות כלכליות וחברתיות מורכבות, שגם תלויות בסיטואציה, טרם התברר פוטנציאל האלגוריתם לסייע בתיעודף המשקלל אותן כהלכה. לפיכך, הסתייעות בלמידת המכונה לצרכים אלו, רצוי שתעשה בכפוף להבנת "דפוס החשיבה" של האלגוריתם, ויכולתו (או היעדרה) להגיע לפרספקטיבה רחבה דיה כלפי המורכבויות האתית, הכלכלית והחברתית.

מערכת תומכת החלטה בהזמנת בדיקות דימות: פרדוקס האימוץ

שני רוזן¹, קלרה סינגר¹, אסנת לוקסנבורג², שרונה וקנין¹, מור סבאן^{3,1}

1. מכון גרטנר לאפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

2. משרד הבריאות

3. אוניברסיטת תל אביב

רקע: בעשורים האחרונים חלו תמורות משמעותיות בהיקפי השימוש בבדיקות דימות. בחלק ניכר מהמקרים בדיקות אלו אינן נחוצות למטופל מה שגורם לבזבז משאבים ולחשיפה עודפת לקרינה. כדי לסייע בקבלת החלטות קליניות ולהגדיל את השימוש בהנחיות קליניות, האיגוד האירופאי לרדיולוגיה פיתח מערכת תומכת החלטה קלינית (ESR-iGuide).

מטרות: הערכת המוצדקות של בדיקות טומוגרפיה ממוחשבת (CT), עם וללא שימוש במערכת תומכת החלטה-ESR iGuide. בנוסף, חולקו שאלונים לרופאים להערכת מידת השימושיות והרצון לאמץ את המערכת.

שיטות מחקר: מחקר רטרוספקטיבי. בשלב הראשון (T1), נאספו נתונים על-278 בדיקות CT עוקבות שהופנו על ידי רופאים במרכז רפואי אחד. בשלב השני (T2), רופאים השתמשו במערכת להפנות לבדיקות דימות (n=85). צוות של שני מומחים העריך את המוצדקות של הפניות לבדיקות הדימות בכל שלב בעזרת מערכת ESR iGuide. לאחר מכן, השלימו הרופאים את המענה על השאלון.

ממצאים: מידת המוצדקות הממוצעת בסולם של 0-9 הייתה 6.6 ± 2.7 ב-T1 ו- 7.9 ± 1.4 ב-T2. כאשר משתמשים במשתנה בינארי (1-6 = לא מתאים; 7-9 = מתאים), 70.1% מהמקרים נמצאו מוצדקים ב-T1 ו-96.5% ב-T2. מבחן רגרסיה לוגיסטית רב משתנית הצביע על כך שגם שלב המחקר וגם התמחות הרופא נבאו ציון מבחן מוצדק, וכי למומחה שאינו כירורג יש סיכוי נמוך פי 0.4 להזמין בדיקה מוצדקת על פי ה-ESR iGuide בהשוואה למומחה כירורג (95%CI 0.22-0.76). יתר על כן, מבחן הרגרסיה הצביע על כך שלרופאים יש סיכוי גבוה פי 9.0 להזמין בדיקה מוצדקת ב-T2 בהשוואה ל-T1 (95%CI 2.7-29.82).

למרות שיפור המוצדקות, תוצאות השאלון הצביעו על אמון נמוך במערכת וערך קליני מינימלי, כאשר רוב הרופאים ציינו שלא ימליצו על שימוש במערכת לקולגות שלהם.

מסקנות והמלצות: הממצאים מצביעים על כך ש-ESR iGuide עשוי לסייע בבחירת בדיקת הדימות הנכונה. עם זאת, רופאים הראו חוסר אמון במערכת. הבנה של מאפייני מערכת תומכת ההחלטה יכולה להגביר את השימוש במערכת ולהביא למיקסום הפוטנציאל של מערכות תומכות החלטה וכתוצאה מכך לעמידה מכרעת בתמיכת החלטות ולקידום בדיקות דימות הולמות.

קבלת החלטות משותפת בטיפול בסוף החיים בחולי מחלת כליות בשלב הסופי בישראל

וסים אבו חאטום¹, דניאל שפרלינג²

1. מרכז רפואי העמק

2. אוניברסיטת חיפה

רקע: מחלת כליות בשלב הסופי (ESRD) מייצגת את השלב האחרון של מחלת כליות כרונית (CKD). חלק מחולי ESRD נחשבים לא מתאימים לטיפול בדיאליזה. מכאן, שהענקת טיפול דיאליזה על פני טיפול שמרני עשויה להפחית את איכות חייהם של חולים אלה ולא להקנות כל יתרון הישרדותי. קבלת החלטות משותפת (SDM), היא המודל המועדף לקבלת החלטות רפואיות במיוחד עבור חולים עם מחלת כליות בשלב הסופי הדורשת דיאליזה. מעט ידוע על טיפול בסוף החיים וקבלת החלטות משותפת בפרקטיקה של רופאים נפרולוגים המטפלים בחולים כאלה בישראל.

מטרות:

1. למדוד את היקף השימוש בקבלת החלטות משותפת במטופלים עם מחלת כליות סופנית, והגורמים המועדדים או מעכבים אותו;
2. לתאר את הקונפליקטים, הדילמות האתיות והמקורות של קבלת החלטות משותפת במטופלים עם ESRD בסוף החיים.

שיטות מחקר: המחקר מבוסס על מערך כמותי תיאורי באמצעות מחקר חתך. 169 רופאים מתחום הנפרולוגיה השיבו על שאלון מתוקף מהספרות, שהופץ ברשתות חברתיות, ובדגימת נוחות וכדור שלג, ובהתבסס על התיאוריות של (Emanuel & Emanuel, 1992). ניתוח הנתונים נעשה על ידי סטטיסטיקה תיאורית והיסקית, לרבות מבחן T לדגימות עצמאיות ומבחן F לניתוח שונות.

ממצאים: במדגם המחקר, לא נמצאו נפרולוגים הפועלים בהתאם לסגנון קבלת ההחלטות הפטרנליסטי. 47% מהמשיבים פועלים לפי סגנון קבלת ההחלטות הפרשני, בעוד 53% פועלים בהתאם לסגנון קבלת ההחלטות האינפורמטיבי. כמעט 70% מהמשיבים במחקר דנים באיכות חיים עם המטופלים שלהם; 63.4% מספקים הערכות פרוגנוסטיות; 61.5% מבררים על מקום המוות הרצוי; 58.6% שואלים על הנחיות מוקדמות או ייפוי כוח; ו-57.4% שואלים לגבי אמונות תרבותיות/דתיות בטיפול בסוף החיים. נפרולוגים אינפורמטיביים מעדיפים אוטונומיה על פני בריאות ($P<0.001$), והם בעד טיפול שמרני, בהשוואה לנפרולוגים פרשניים ופטרנליסטיים ומשתמשים בפחות שיטות פולשניות בהשוואה לנפרולוגים אחרים ($P=0.02$).

מסקנות והמלצות: נפרולוגים בישראל נוקטים באופן חלקי במודל קבלת החלטות משותפת, תוך הרחבת האפשרויות למתן טיפול שמרני מיטבי על אף היות המודל בעל פוטנציאל לשפר את איכות הטיפול בחולי כליות סופניים ובני משפחותיהם, כמו גם להרחיב את האפשרויות לספק טיפול תומך אופטימלי.

סיום חיים בישראל: חקר אפידמיולוגי של האינטראקציה בין חולים סופניים לבין המערכת הרפואית מנקודת המבט של המלווים

מורן בודס¹, ברוך ולן², ארנונה זיו², אדיר שאולוב³, יואל טוויל²

1. אוניברסיטת תל אביב

2. מכון גרטנר לאפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

3. מרכז רפואי הדסה עין כרם

רקע: תהליכי סוף חיים (תס"ח) הופכים מורכבים ומאתגרים בשל שינויים בתפיסות חברתיות-נורמטיביות ואתיות. בשנים האחרונות מתגברת המודעות במדינת ישראל להיבטים פסיכולוגיים וחברתיים של התמודדות עם מחלות חשוכות מרפא ותהליכי סיום חיים.

מטרות: מטרת המחקר היא לאפיין את עמדות ותפיסות הציבור בנוגע לסוגיות הקשורות בתס"ח של חולה נוטה למות וכן ליצור בסיס נתונים כמותני בנוגע לתס"ח ולזהות הבדלים בין קבוצות אוכלוסייה שונות.

שיטות מחקר: המחקר כלל שיטות איכותניות וכמותיות לרבות ראיונות חצי מובנים עם בני משפחה שליוו אדם קרוב בסיום חייו ממחלה סופנית וסקר ארצי מייצג של 605 בני 50+ לבירור עמדות בנוגע לתהליכי סוף חיים.

ממצאים: הודגמה החשיבות של בני המשפחה כסוכנים המעורבים בקבלת החלטות. מכלל המשתתפים, 27% ו-30% הסכימו שיש לחבר חולה נוטה למות להנשמה והזנה מלאכותיים (בהתאמה). בפועל, דווחו 37% ו-30% מהמלווים של חולים שנפטרו (n=297) על הנשמה והזנה של יקיריהם (בהתאמה). בדומה, 66% מסכימים שיש לטפל בחולה נוטה למות בטיפול משכך כאב, גם אם יקצר את חייו ובפועל 58% דיווחו שטיפול כזה ניתן. מהנתונים עולה כי קיים קיטוב בעמדות בחברה הישראלית בנוגע לתס"ח המושפעות מזיקה לדת ועמדה פוליטית.

מסקנות והמלצות: ממצאי המחקר מדגימים את חשיבותם של בני המשפחה והמלווים של החולה הנוטה למות בסוף חייו, זאת למרות שמעמדם אינו מוסדר בחוק. בנוסף, יש הסכמה ציבורית ושימוש רחב בתרופות לשיכוך כאב שעלולות לקצר חיים. על המדינה לפעול להגדרה ברורה של תפקיד המלווים, זכויותיהם וחובותיהם; על המדינה לייצר תשתית הסברתית המעניקה מידע, כלים ומיומנויות להתמודדות עם תס"ח; יש מקום לדיון מעמיק יותר במושג סדציה טרמינלית.

דפוסי תקשורת בין חולי סרטן, מטפלים עיקריים ואונקולוגים בשאלת הוצאות מהכיס על תרופות וההשלכות על העומס הכלכלי המוטל בתקופת סוף החיים

אביעד טור-סיני¹, נטע בנטור², דיימיאן אורבן³

1. המכללה האקדמית עמק יזרעאל

2. אוניברסיטת תל אביב

3. המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

רקע: הדאגה לגבי העלות והיכולת לממש רכישת תרופות לסרטן היא רווחת ומוכרת. אפילו במדינות עם מערכות בריאות אוניברסליות או ביטוח בריאות לכל, קיום הוצאות נוספות של חולים הממומנות מהכיס נפוץ. מחקרים קודמים הראו שתקשורת כנה בין אונקולוגים לחולים הינה מרכיב חשוב בהקלה על הנטל הכלכלי של הטיפול בסרטן.

מטרות: המחקר מתמקד במאפייני התקשורת בין מטופל-מטפל (בלתי פורמאלי) עיקרי-אונקולוג בנוגע למחיר הסביר של תרופות אותו נדרש המטופל לממן מכיסו, ואף בוחן את המידה שבה תקשורת זו קשורה לעומס הכלכלי שחווים החולה וקרוביו במהלך אותה עת ולאחר מות יקירם.

שיטות מחקר: סקר חתך בקרב 491 מטפלים עיקריים בחולי סרטן שנפטרו, יהודים וערבים, בשלושה מרכזים אונקולוגיים ברחבי ישראל.

ממצאים: כ-43% מהמטפלים העיקריים ציינו שהם ו/או המטופלים שילמו מכיסם עבור תרופות במהלך חצי השנה האחרונה לחייו של המטופל. לדבריהם, רוב הרופאים האונקולוגים (73%) שהציעו תרופה שהיה צורך לממנה עצמאית כמעט ולא שאלו על היכולת הכלכלית של החולה ו/או קרוביו והתעניינו מעט ביכולתם לעמוד בהוצאה כספית זו, כאשר 43% מהרופאים כלל לא הסבירו את היתרונות של אותה תרופה, ו-52% מהרופאים בקושי התייחסו לאפשרות הצגת חלופות טיפול כלשהן. ניתוח אקונומטרי מלמד שגיל מבוגר ומגדר נקבה קשורים פחות לתקשורת של החולה וקרוביו עם הרופא האונקולוג ביחס לתרופות שיש צורך לממן באופן עצמי. כמו כן, השכלה גבוהה יותר, מצב כלכלי טוב יותר של משק בית החולה ובעלות על ביטוח בריאות פרטי קשורים ליותר תקשורת בין הצדדים השונים. בהתייחס לשאלת העומס הכלכלי, נמצא כי למעלה ממחצית מהמטפלים (56%) ציינו שתשלום מהכיס עבור תרופות הטיל עומס כלכלי כבד על החולים וקרוביהם. ניתוח אקונומטרי העלה שהבעת עניין מצד הרופאים ביחס ליכולת הכלכלית של החולה וקרוביו הפחיתה באופן מובהק את הנטל הכלכלי המוטל עליהם בגין הצורך לממן באופן עצמי תרופות.

מסקנות והמלצות: דיון והסבר מצד הרופאים המטפלים ביחס למשמעות של תשלום מהכיס מקל על הנטל הכלכלי שחווים החולה המטופל וקרובי משפחתו. על כן, חיוני לפתח ולהשקיע בשיפור היכולות והכישורים של האונקולוגים לתקשר בצורה פתוחה יותר ביחס לעלויות רפואיות.

הסדרי בחירה במערכת האשפוזית - ידע והעדפות הציבור

גדעון לייבנר, שולי ברמלי-גרינברג

האוניברסיטה העברית בירושלים

רקע: חוק ביטוח בריאות ממלכתי, קובע סל שירותים בסיסי לו זכאים כלל התושבים במדינת ישראל שבאחריות קופות החולים לספק, בין אם באמצעות עובדים של הקופה או נותני שירות איתה יש להם הסכם "באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר ממקום מגורי המבוטח..." אולם, כיום בהתאם להוראות החוק הקופה יכולה לקבוע את הסדרי הבחירה והיקפם ולנווט את המטופל לנותן השירות הרצוי לה.

בעת האחרונה מתקיים דיון ציבורי בנוגע להרחבת הסדרי הבחירה במערכת האשפוזית והנושא אף נכלל בחוק התקציב 2023. למרות חשיבותו של הציבור כשחקן המושפע ביותר מהסדרי הבחירה קולו אינו נשמע מספיק במהלך הדיון הציבורי, והידע של מקבלי ההחלטות בנוגע להעדפות הציבור לוקה בחסר.

מטרות: אמידת רמת הידע והניסיון האישי של הציבור לגבי הסדרי הבחירה הנוכחיים במערכת האשפוזית ובחינת העדפותיו בנוגע להסדרי הבחירה לפי מאפיינים של מיקום, זמינות ומאפייני בית החולים.

שיטות מחקר: המחקר הוא מחקר mix-methods.

בשלב הראשון ביצענו ניתוח ניירות עמדה שהוגשו למשרד הבריאות וראיונות עומק. בשלב השני בוצע סקר הבחירה הבדידה (Discrete Choice Experiment) בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה להערכת הידע, הניסיון, והעדפות הציבור לגבי בחירה במערכת הניתוחית ובמרפאות חוץ.

ממצאים: 1,055 ו-1,062 תושבי ישראל ענו על שאלוני מרפאות החוץ והניתוחים בהתאמה בעברית ובערבית, 72% ביקרו במרפאות החוץ ו-22% עברו ניתוח בשנתיים האחרונות. בנוגע להסדרי הבחירה רוב מוחלט ~96% בשני השאלונים העדיפו את אחת החלופות שהוצעו על פני המצב הנוכחי, כאשר בניתוח החלופות התכונה המועדפת ביותר הייתה זמינות תורים בהשוואה למרחק ומאפייני בתי החולים, ממצא זה נשמר גם לאחר פיקוח על ניסיון העבר של המטופל עם המערכת האשפוזית.

מסקנות והמלצות: הציבור הינו השחקן השלישי ו"השקט", אך החשוב ביותר במערכת הבריאות. נראה שהציבור מוטרד בעיקר מזמינות השירותים במערכת האשפוזית והוא מעדיף שינוי לעומת המצב הקיים. עמדות אלו צריכות להילקח בחשבון יחד עם טובת המערכת כולה בבואנו לשנות את מבנה הסדרי הבחירה וההתקשרות בין הקופות לבתי החולים. המחקר מומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

שינוי בדפוסי צריכת שירותי בריאות בעקבות פתיחת בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד על-שם סמסון

נועה דרוור לביא¹, אראלה רוטלוי¹, צחית סימון תובל², רועי ברנע^{3,4}

1. מכבי שירותי בריאות
2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
3. אסותא מרכזים רפואיים
4. המכללה האקדמית נתניה

רקע: בית החולים האוניברסיטאי אסותא אשדוד על-שם סמסון (להלן: אסותא אשדוד) הוקם ביוני 2017 ואימץ מודל לפיו למטופל מוענק שירות הבוחן בראייה כוללנית את צרכיו הרפואיים והסוציאליים ופועל באינטגרציה מלאה עם גורמי הקהילה במטרה לייצר רצף טיפולי. השפעת פתיחת בית החולים על צריכת שירותי הבריאות של תושבי מרחב אשדוד לא נבחנה עד כה.

מטרות: לבחון האם פתיחת אסותא אשדוד גרמה:

1. לעלייה בצריכת שירותי האשפוז והשירותים האמבולטוריים בקהילה ובבתי החולים של מבוטחי מכבי שירותי בריאות במרחב אשדוד;
2. לשינוי בפיזור הגיאוגרפי של צריכת שירותי בריאות אלה.

שיטות מחקר: בוצע מחקר רטרוספקטיבי של נתוני צריכת שירותי בריאות של מבוטחי מכבי שירותי בריאות במרחב אשדוד (n=94,575) ובמרחב נתניה (כביקורת n=80,200) 7 שנים לפני ושנתיים אחרי הקמת אסותא אשדוד. השינוי בצריכת השירותים בקרב מבוטחי מרחב אשדוד בהשוואה למבוטחי מרחב נתניה ולאחר פתיחת בית החולים נבחן באמצעות ניתוח מסוג difference-in-differences ובעזרת מודלים רב משתניים מסוג (GEE) generalized estimating equations לכל אחד ממרכיבי צריכת שירותי הבריאות שנבחנו בנפרד.

ממצאים: כמשוער לאחר פתיחת אסותא אשדוד ובהשוואה לקבוצת הביקורת חלה עליה של 4% בביקורים במקצועות רפואה יועצת שאינם מחייבים הפניית רופא (RR=1.04, 95% CI: 1.03-1.06, p<0.001), עליה בהדמיות MRI ו-CT של 4% (RR=1.33, 95% CI: 1.01-1.08, p=0.022) וכן עליה של 33% בביקורים במיון ובמוקדי רפואה דחופה, (RR=1.05, 95% CI: 0.97-1.14, p=0.250). שלא כמשוער לא נמצא שינוי במספר אשפוזים בבתי החולים (RR=1.29-1.38, p<0.001) ובמספר ימי אשפוז (RR=0.99, 95% CI: 0.94-1.04, p=0.668). בניגוד למשוער נמצאה ירידה של 1% בביקורים ברפואה ראשונית (RR=0.99, 95% CI: 0.98-1.00, p=0.002), ירידה של 11% בביקורים ברפואה יועצת שאינם מחייבים הפנייה, (RR=0.89, 95% CI: 0.86-0.91, p<0.001) וירידה של 40% בניתוחים האלקטיביים (RR=0.58, 95% CI: 0.55-0.60, p<0.001).

מסקנות והמלצות: פתיחת אסותא אשדוד לא התבטאה בעלייה בצריכה של כל שירותי הבריאות. יתכן שהמודל הייחודי לשמירת רצף הטיפול והנאמנות של המבוטחים לרופא המטפל השפיעו על יחסי הגומלין הייחודיים בין שירותי הבריאות בקהילה ובבתי החולים.

בחינת מידת ההגנה הפיננסית שמערכת הבריאות בישראל מקנה לתושביה

רות וייצברג, שרביט פאלקו

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

רקע: הגנה פיננסית היא אחת המטרות של מערכות בריאות, ומשמעותה השימוש בשירותי בריאות אינו מוביל לקושי כלכלי. אולם, יש מעט מידע על המידה שמערכת הבריאות הישראלית משיגה מטרה זו.

מטרות: לבחון את מידת ההגנה הפיננסית שמערכת הבריאות בישראל מקנה לתושביה תוך:

1. בחינת מגמות בין 2005 ל-2019;
2. השוואה למדינות באירופה;
3. בחינת השירותים המערערים הגנה פיננסית.

שיטות מחקר: ניתוח לונגיטודינלי של נתוני סקרי הוצאות משק הבית של הלמ"ס שנערכו בין השנים 2005-2019. הגנה פיננסית נמדדה באמצעות מדדים שפותחו על ידי ה-WHO: הוצאות קטסטרופליות על שירותי בריאות; וסיכון להתרוששות עקב הוצאות אלו.

הוצאה קטסטרופלית הוגדרה כתשלומים על שירותי בריאות העולים על 40% מההכנסה הפנויה של משק הבית אחרי הוצאות על צרכים בסיסיים (מזון, דיור, מים, חשמל וגז).

משק בית מתרושש כאשר סך הצריכה לאחר ניכוי הוצאות על שירותי בריאות מהכיס יורדת מתחת לקו הצרכים הבסיסיים. קו זה הינו בגובה ההוצאה הממוצעת על צרכים בסיסיים בקרב אחוזונים 25-35 של התפלגות הצריכה במשקי הבית מתוקנן להרכב התא המשפחתי.

ממצאים: בשנת 2019 הוצאות מהכיס על שירותי בריאות היו קטסטרופליות עבור 6% ממשקי הבית בישראל, ומחציתם היו בסיכון להתרוששות (3%). שיעור זה נותר יציב בכל תקופת המחקר והוא גבוה ביחס למדינות באירופה שבהן שיעור דומה של הוצאות מהכיס.

טיפול שיניים הוא השירות הראשי הגורם להוצאות קטסטרופליות: 57% בממוצע מכלל ההוצאות הקטסטרופליות, 76% בחמישון העליון ו-33% בחמישון התחתון. אולם, ב-2016 שליש מהעניים דיווחו בסקר חב"ם שוויתרו על שירות זה. תרופות הן השירות המשני הגורם להוצאות קטסטרופליות, אך הנטל משתנה לפי הכנסה: תרופות מהוות 48% מסך ההוצאות הקטסטרופליות של החמישון התחתון לעומת 5% מההוצאות בחמישון העליון.

מסקנות והמלצות: הכיסוי של טיפולי שיניים בישראל הוא חלקי, והוא הגורם העיקרי להוצאות קטסטרופליות. אנשים בחמישון התחתון מתקשים לשלם על תרופות ומדווחים על ויתורים בגלל המחיר. לשם שיפור ההגנה הפיננסית יש להגדיל את ההוצאה הציבורית על בריאות לצורך: הוספת טיפולי שיניים לסל, צמצום ההשתתפות העצמית והוספת הנחות על ההשתתפות העצמית לפי הכנסה.

אתגרי אשפוז במחלקות לגריאטריה פעילה: בחינת חוסר יעילות וכשלי שוק

שירלי רזניצקי, אלה אוסטובסקי ברמן, אור דר

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

רקע: על רקע מחסור במיטות בתחום הגריאטריה הפעילה, ולאור הצפי להזדקנות האוכלוסייה, משרד הבריאות פנה אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה לערוך מחקר שותרתו: כשל שוק בגריאטריה פעילה.

מטרות:

1. לזהות את הסיבות לסגירה ולצמצום הפעילות בגריאטריה פעילה;
2. לאפיין את כשל השוק;
3. לסייע בגיבוש דרכים אפשריות לשיפור איכות ויעילות הפעילות.

שיטות מחקר:

1. ראיונות עומק עם בעלי תפקידים שונים (36 מרואיינים): מנהלי מוסדות גריאטריים, בכירים בקופ"ח, אנשי מקצוע בבתי חולים כלליים, ואנשי מפתח במשרד הבריאות;
2. ניתוח מידע מנהלי אודות פעילות המוסדות לגריאטריה פעילה במחלקות השונות בעשור האחרון (2010-2020);
3. שאלון למילוי עצמי למנהלי מוסדות (10 מוסדות).

ממצאים:

- ◆ במהלך 2010-2011 הייתה עלייה מתונה במספר המיטות לאלף נפש בני 75+. ישנם פערים משמעותיים בין סוגי מחלקות ובין מחוזות. בחלק מהמחוזות לא היו כלל מיטות גריאטריה-תת-חריפה והנשמה ממושכת. רמת התחרות נמוכה בכל המחוזות, מלבד מחוז מרכז;
- ◆ ישנם פערים של עשרות אחוזים בתעריפים בין מוסדות לגריאטריה פעילה לבין מחלקות זהות בבתי חולים כלליים;
- ◆ התעריף של משרד הבריאות הוא תעריף מקסימום. קופ"ח מנהלות מו"מ עם המוסדות ומשיגות תעריפים נמוכים יותר, ללא הגבלה על גובה ההנחות;
- ◆ חלק גדול מהמוסדות דיווחו כי התעריף לפני ההנחה ריווחי או מאוזן. כמעט כל המוסדות דיווחו כי לאחר ההנחות התעריף הפסדי;
- ◆ ההפסדים של המוסדות מביאים לסגירת מחלקות, לקיצוץ בעלויות, סינון מטופלים, הגדלה של מספר המיטות במחלקות ריווחיות, או לאיזון באמצעות מקורות הכנסה אחרים;
- ◆ למטופלים יכולת בחירה מועטה, כי הם מנותבים למוסדות איתם לקופה יש הסכם זול יותר;
- ◆ חלק מהתמריצים של השחקנים (למשל, גמילה מהנשמה) מנוגדים לאינטרס החולים.

מסקנות: ממצאי המחקר מעידים כי ישנו כשל שוק בגריאטריה הפעילה ונדרשת פעולה רב-ממדית לשינוי תמונת המצב.

המלצות:

- ◆ קביעת תעריף מינימום, השוואת תעריפים, פיקוח על ההנחות ושיפוי הקופות על הקטנת ההנחות;
- ◆ הגדלת הסדרי בחירה לחולים;
- ◆ גיבוש/הרחבת מבחני תמיכה למוסדות גריאטריים, לרבות סיוע בתקצוב של תשתיות ופיתוח;
- ◆ עידוד תחרות אזורית;
- ◆ עידוד מדדי איכות.

השפעת תוכניות למניעת מחלות כרוניות על חיסכון כלכלי וירידה בתמותה בישראל

גרי גינסברג¹, יקיר קאופמן²

1. האוניברסיטה העברית בירושלים - הדסה

2. משרד הבריאות

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, חיסכון 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 (לפי 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 32 מיליארד ₪. אבל, החיסכון כתוצאה מירידה בתחלואה הוא 68 עד 120 מיליארד ₪ (חיסכון נטו של 36 עד 88 מיליארד ₪). בנוסף התוכנית תמנע 1,640 עד 3,000 פטירות כל שנה (סה"כ 41,000 עד 75,000 פטירות במשך 25 שנים).

יחסי תועלת כספית לעלות של התוכנית לדחות את גיל הגמלאות 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 של בן אדם.

מסקנות והמלצות: לאור הורדה בתמותה וחסכון גדול בעלויות הלאומיות לבריאות מומלץ לממן ולהפעיל את התוכנית על מנת למנוע לפחות 41,000 פטירות שמשמעותן חיסכון של לפחות 36,000,000,000 ₪ בין השנים 2023-2048 (1,440,000,000 ₪ לשנה).

חיזוי היררכי של משכי זמן ניתוח - מודל ומסקנות

נדב רפפורט^{1,2}, דוד עזריאל³, יוסף רינות⁴, בנימין עבו⁵, ארנה טל⁶

1. משרד הבריאות
2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
3. הטכניון
4. האוניברסיטה העברית בירושלים
5. בית החולים הלל יפה בחדרה
6. מרכז רפואי שמיר

רקע: תוכנית שיבוצי ניתוחים אלקטיביים מבוצעת על ידי הצוות הרפואי תוך הערכה סובייקטיבית של משך הזמן הצפוי. מחקרים קודמים הראו כי הערכות המשך הן בעלות שגיאות רבות. הנהלות בתי החולים מחפשות מנגנונים לעמידה במורכבות בעיית שיבוצי הניתוחים, בהתחשבות במאפייני הניתוח, המנותח והמנתח. בכך תושג תועלת כפולה: שיפור בטיפול וגם שיפור הניצולת. מכיוון שלניתוחים שונים שכיחות שונה, וכן למנתחים שונים יש ביצועים שונים, יש צורך בשיטה שתשקלל השפעות אלו. אנו נקטנו בגישה שבה מאפייני המנתח והפרוצדורה כמשתנים מסבירים, יכולים לקבל משקל שונה לכל מנתח לצורך ניבוי משך זמן הניתוח ובנוסף לוקחת בחשבון את מספר הדוגמאות של כל מודל על מנת לבחור את המשתנים המסבירים. כך, עבור ניתוחים נדירים, או מנתחים עם מעט דוגמאות ביחס האימון, מספר המשתנים המסבירים יהיה יותר קטן והמודל יהיה בעל יכולת הכללה טובה יותר.

מטרות: פיתוח ושימוש בכלי מדעי ומעשי לחיזוי משך זמן ניתוח לשיפור ביצועים ומקסום הניצולת והתועלת למטופלים ולבית החולים. כמו כן, השיטות מאפשרות להבין אלו משתנים חשובים על מנת לחזות את משך זמן הניתוח.

שיטות מחקר: שימוש בניתוח ליניארי של ביג-דאטה כמודל חיזוי נבון המבוסס על שילוב מאפייני מנותח-מנתח-פרוצדורה. נתוני ניתוחי המחלקות הכירורגיות במרכז הרפואי שמיר מהשנים 2009-2020 חולקו לסט אימון ובדיקה.

ממצאים: נכללו כ-23,000 ניתוחים מ-2,381 סוגים ובהם השתתפו 146 מנתחים. במודל מבוסס מנתח, המשתנים המסבירים הם גיל המטופל וניסיון המנתח. בסוגי ניתוח עם יותר דוגמאות, התווסף המשתנה של מחלות רקע. במודל המבוסס על סוג ניתוח וגם זהות המנתח, עבור קבוצות עם פחות מ-28 דוגמאות, המשתנה היחיד שנבחר הוא ניסיון המנתח. עבור קבוצות עם מעל 63 דוגמאות התווסף מספר המרדימים. שגיאת הניבוי הממוצעת של המודלים השונים שבחנו היא בסביבות 30% מאורך הניתוח והיא עשויה להשתנות בין מנתחים ופרוצדורות שונות. בממוצע, השגיאה יורדת ככל שיש יותר דוגמאות.

מסקנות והמלצות: מודל ליניארי עם בחירת משתנים היררכית, מאפשר לחזות את משך זמן הניתוח הצפוי בקירוב טוב יותר ממה שקיים היום. המאפיינים החשובים לחיזוי טוב הם סוג הניתוח, ניסיון המנתח, גיל המטופל, מחלות רקע ומספר המרדימים. המודל יכול לשמש להתייעלות ביצועים לצד השאיפה לרפואה מותאמת אישית.

מורכבות חולי לב שנותחו במערכת הציבורית לעומת במערכת הפרטית: ממצאים מפרויקט לאומי לתקנון פרוצדורות לפי מורכבות במערכת האשפוז בישראל

שרביט פיאלקו¹, אורלי מלכה², נריה שטאובר², חיים הופרט², שולי ברמלי-גרינברג³

1. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

2. משרד הבריאות

3. האוניברסיטה העברית בירושלים

רקע: בישראל כיום, על פי צו הפיקוח על מחירים ושירותים, לכל פרוצדורה ניתוחית שעליה משלמות קופות החולים יש מחיר אחד בתעריפון משרד הבריאות (PRG), שאינו מביא בחשבון את השונות הגדולה בעלויות בין מטופלים, אלא משפה על העלות הממוצעת. שיטה זו פוגעת בבתי החולים המטפלים במקרים המורכבים יותר ללא פיצוי הולם, ויוצרת תמריץ לברירת מטופלים הן בתוך המערכת הציבורית הן למול בתי חולים פרטיים היכולים לבצע ניתוחים במימון ציבורי מאז החלת רפורמת קיצורי התורים ב-2017.

בפרויקט משותף של משרד הבריאות ומכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל פותח מודל המתקן תעריפי PRG לפי פרמטרים של מורכבות המקרה המשפיעים על עלות בית החולים. המודל נידון כיום ליישום על שש פרוצדורות במערך ניתוחי הלב.

מטרות: לבחון את ההשפעה האפשרית של הכללת נתונים מהמערכת הפרטית על תוצאות המודל.

שיטות מחקר: השוואה בין מורכבות מנותחי לב במערכת הציבורית לזו של מנותחי לב במערכת הפרטית. קובץ הנתונים כלל את כל מאושפזי מערך הלב שנותחו במימון ציבורי בבתי חולים ציבוריים ופרטיים בשנים 2017-2021. נבנה מודל מורכבות שנתן ציון מורכבות חזוי לכל מטופל. תוצאות המודל תוקפו לעומת נתוני העלות של ביצוע הפרוצדורות בבתי החולים והתקבל טיב התאמה ברמה גבוהה.

ממצאים: שלושה עשר אחוזים מניתוחי הלב בוצעו בתקופת המחקר במערכת הפרטית. שיעור זה עלה מ-11% ב-2017 ל-19% ב-2021. במערכת הפרטית מבוצעים בעיקר ניתוחי מעקפים ומסתמים. ניתוחים מורכבים יותר, כגון ניתוחי מומי לב, קרום ורקמת הלב, מבוצעים כמעט לחלוטין במערכת הציבורית. בפרוצדורות המבוצעות גם במערכת הפרטית, החולים שנותחו במערכת הציבורית היו מורכבים פי 2.4 יותר מהחולים שנותחו במערכת הפרטית. בהפעלת מודל התקנון לפי מורכבות המחיר הממוצע לפרוצדורה במערכת הציבורית יהיה גבוה פי 1.3 מהמחיר במערכת הפרטית במידה ויונהג תעריפון משרד הבריאות גם על המערכת הפרטית.

מסקנות והמלצות: מטרת המודל היא לייצר התחשבות מדויקת יותר בין קופות החולים לבתי החולים, ולצמצם את התמריצים לברירת חולים בין המערכות הפרטית והציבורית ובתוך המערכת הציבורית. לכן, בכל מודל תמחור ותקנון של פרוצדורות יש לכלול בחישובים גם את הנתונים מהמערכת הפרטית לצורך קידום הוגנות ויעילות המערכת.

גורמים הקשורים ליוזמה והצלחה להפסיק לעשן על רקע סבסוד שירותי הגמילה: ניתוח נתונים משני סקרים לאומיים (2010 ו-2017)

ליאת אורנשטיין, אנג'לה שטרית, עפרה קלטר-ליבוביץ'

מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

רקע: מאפיינים חברתיים, כלכליים ותרבותיים נמצאים בקשר הדוק לעישון. שיעורים נמוכים יותר של גמילה מעישון בקרב קבוצות מוחלשות תורמים להרחבת פערי בריאות כתוצאה מתחלואה הקשורה בעישון.

מטרות: לבחון גורמים הקשורים לניסיון והצלחה להפסיק לעשן בקרב קבוצות שונות בחברה הישראלית, על רקע הכנסת שירותי גמילה לסל הבריאות במסגרת התוכנית הלאומית לצמצום העישון ונזקיו.

שיטות מחקר: המחקר מבוסס על מידע משני סקרים חברתיים של הלמ"ס, וכלל מעשנים בעבר או בהווה (2,998 איש ב-2010 ו-2,859 איש ב-2017). הבחנו בין מי שלא ניסו בעבר להיגמל, מי שניסו אך עדיין מעשנים ומי שהצליחו להיגמל נכון לעת הסקר. שינויים על פני זמן וכן גורמים דמוגרפיים, חברתיים-כלכליים ובריאותיים הקשורים בסיכוי ליזום ולהצליח להפסיק לעשן נבחנו בעזרת מודלים של הגרסיה לוגיסטית מולטי-נומיאלית.

ממצאים: מתוך כלל המשתתפים, 44.2% הצליחו להפסיק לעשן, בעוד ש-32.7% ניסו ללא הצלחה ו-23.1% לא ניסו כלל. בין 2010 ל-2017 נצפתה בסה"כ עלייה של 3.5% בשיעור המדווחים על הפסקת עישון, וירידה של 4.7% בשיעור המדווחים על ניסיונות כושלים של גמילה. גיל מבוגר יותר ודיווח על בעיה בריאותית נמצאו קשורים באופן חיובי לניסיון להיגמל מעישון. הסיכוי להצליח בגמילה מעישון היה גבוה יותר בקרב בעלי יכולת כלכלית גבוהה, בבעלי משקל עודף/השמנת יתר, במעשנים כבדים (מעל 20 סיגריות/יום) ובמי שעוסקים בפעילות גופנית ברמה כלשהי. חשיפה לעישון פסיבי נמצאה קשורה בסיכוי נמוך יותר ב-43% להצלחה בגמילה מעישון. לבסוף, נמצאה אינטראקציה בין השכלה ללאום. בקרב בעלי השכלה נמוכה (0-8 שנות לימוד), למעשנים ערבים היה סיכוי גדול פי-3 (95%CI: 1.67-5.57) לעומת יהודים, לדווח על ניסיונות הפסקה כושלים; בקרב בעלי השכלה גבוהה, הסיכוי להצליח להיגמל היה נמוך בקרב מעשנים ערבים לעומת יהודים (OR=0.34, 95%CI: 0.23-0.51).

מסקנות והמלצות: שש שנים לאחר הכללת שירותי גמילה מעישון בסל שירותי הבריאות, נצפה שיפור כללי בשיעורי הגמילה באוכלוסייה, אך עדיין נותרו פערים חברתיים-כלכליים ודמוגרפיים המצביעים על הצורך לפתח תוכניות גמילה המותאמות לאוכלוסיות יעד שונות. בנוסף, יש לבחון את השפעת מיסוי מוצרי טבק ואכיפת התקנות למניעת עישון על שיעורי הגמילה בתת קבוצות באוכלוסייה.

ההשפעה של 'התראת ערכי כולסטרול נמוכים עקב טיפול תרופתי בגילאי 75 ומעלה - מחקר מעקב לאחר 3 שנים מההתראה (2015-2018)

ניר צבר¹, שירי עמית²

1. שירותי בריאות כללית

2. אוניברסיטת בר אילן

רקע: בעוד שידוע כי רמות גבוהות של כולסטרול מהוות גורם סיכון למחלות קרדיווסקולריות, ובעוד טיפול תרופתי (בעיקר סטטינים) משמש גם למניעה ראשונית באנשים קשישים, טיפול זה הינו בעייתי. רמות כולסטרול נמוכות אצל קשישים קשורות לטיפול יתר בתרופות אנטי-היפרכולסטרולמיות ולעלייה בתחלואה כללית ותמותה וחסר מידע אודות מידת הנזק והתועלת נטו של סטטינים בקבוצות הגיל המבוגר. בניסוי קליני מבוקר-הקצאה-אקראית (RCT) שנקרא LIMIT-C, נשלחו, עבור קבוצת ההתערבות, התראות בדואר אלקטרוני לרופאים על טיפול יתר בתרופות המפחיתות כולסטרול. הניסוי כלל מטופלים בגילאי +75 עם היפוכולסטרולמיה ונטילת תרופות אנטי-היפרכולסטרולמיות, למעט מטופלים עם היסטוריה של שבץ, TIA, MI, CVA, IHD.

תוצאות המעקב של השנה הראשונה מההתראה פורסמו כבר: ירידה מובהקת במיון תרופתי וביעור הביקורים במיון. אך השפעת ההתראה שנחקרה על שיעורי התמותה בשנה הראשונה לא נמצאה מובהקת סטטיסטית.

מטרות: מחקר זה נועד לבחון את ההשפעה ארוכת הטווח (3 שנים) של ההתראה שנחקרה, על שיעור הביקורים במיון על שיעורי תמותה ועל עלויות טיפול.

שיטות מחקר: ניתוח POST-HOC של תוצאות של מעקב 3 שנים (11.2015-11.2018) של ניסוי LIMIT-C. ההבדלים בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת נבחנו באמצעות T-test למשתנים המשכיים (מיוני תרופות, ערכי כולסטרול, שיעורי ביקורי מיון), ובאמצעות X2 test למשתנים קטגוריאליים (שיעורי תמותה). ערכי $P < 0.05$ הוגדרו כמובהקים.

ממצאים: נכללו 3,460 מטופלים, מתוכם 1,725 בקבוצת ההתערבות ו-1,735 בקבוצת הביקורת. בניפוק התרופות בקבוצת ההתערבות ה-DDD הממוצע היה 725 ± 644 , נמוך מקבוצת הביקורת שבה ה-DDD הממוצע היה 800 ± 675 ($p=0.001$). העלות הרפואית הכוללת הממוצעת בקבוצת ההתערבות היתה $36,775 \pm 73,449$ ש"ח, גבוהה מקבוצת הביקורת שם היתה $31,151 \pm 50,777$ ($p=0.009$). בקבוצת ההתערבות סך הביקורים במיון היה 859 (שיעור 0.50), בקבוצת הביקורת סך הביקורים במיון היה 858 (שיעור 0.50), ללא ההבדל מובהק ($p=0.8$). בקבוצת ההתערבות מתו 193 מטופלים (11.1%) ובקבוצת הביקורת מתו 205 מטופלים (11.8%, $p=0.6$).

מסקנות והמלצות: במעקב של 3 שנים, שליחת מייל התראה לרופא אודות טיפול מופרז להורדת רמות הכולסטרול הביאה להפחתה בניפוק תרופות אנטי-היפר-כולסטרולמיות ועליה בעלות הרפואית הכוללת. לא נמצאה השפעה מובהקת על שיעורי הביקורים במיון ושיעורי התמותה. במחקר זה, המתבסס על התראה בודדת אודות רמות כולסטרול נמוכות, לא ניתן לאשש את השערת היסוד. יתכן שכדי להשיג תוצאות בריאותיות מובהקות לטווח ארוך, דרוש מחקר עם התערבות חוזרת.

חויית המטופל מול המערכת הרפואית הקהילתית 4 חודשים לאחר אירוע שבץ מוחי: מחקר רב מרכזים בפריסה ארצית בפריפריה ובמרכז

רחלי דנקנר, אנג'לה שטרית

מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

רקע: שבץ המוח הוא אירוע רפואי שמביא לפגיעה כרונית בעצמאות החולה. המפגש של החולה עם המערכת הרפואית מורכב ואף טראומטי. החולה ומשפחתו מתמודדים עם המדיקליזציה שמאפיינת את המערכת הרפואית. החולה מצפה להתייחסות כוללת לצרכיו, באופן שייתן מענה גם למארג החיים השגרתי.

מטרות: לאמוד את הפערים, בין הצרכים והציפיות של החולה מהמערכת הרפואית, למענה הניתן בקהילה ולאפיין אוכלוסיות חולים בהן קיים פער.

שיטות מחקר: מחקר פרוספקטיבי, בו גויסו חולים בשנים 2017-2020, באשפוז עקב אירוע השבץ, ב-6 מחלקות נירולוגיות. נערכו ראיונות טלפוניים בעברית, רוסית וערבית 4 חודשים לאחר השבץ. החולים התבקשו לדרג בסולם ליקרט של 3 רמות היבטים הקשורים לחוייתם אודות התקשורת עם הצוות המטפל בקהילה בנושאים רפואיים, סוציאליים, וכלכליים.

ממצאים: למחקר גויסו 490 חולים (36% נשים) בגיל חציוני 68 שנים. ל-45% מהחולים הלא-יהודים יש ביטוח משלים לעומת 90% מהחולים היהודים. מרחק נסיעה רב למקום הטיפול והמתנה מעל שבועיים לקבלת טיפולים רפואיים מהווים נטל, כאשר פחות מ-60% מהחולים שבעי רצון. 45%-65% מהחולים מקבלים מענה לקשיים משפחתיים ובעיות סוציאליות. נשים פחות שבעות רצון לעומת גברים מהיבטים רפואיים וסוציאליים של הטיפול בקהילה, ללא הבדל בהיבט הכלכלי. שביעות רצון גבוהה יותר נמצאה בקרב הלא-יהודים בהיבטים הרפואיים והסוציאליים. בתקנון לגיל, מין, לאום וסוג השבץ, איכות חיים טובה יותר הייתה קשורה לחוויה טובה יותר בהיבט הרפואי: $OR=0.98$ (95%CI: 0.97, 0.99). חזרה לתעסוקה, עצמאות תפקודית ואיכות חיים טובה היו קשורים לחוויה טובה יותר בהיבט הסוציאלי. יהודים מרוצים פחות בהיבט הכלכלי לעומת האחרים $OR=2.24$ (95%CI: 0.59-8.87) בתקנון לגיל, מין, סוג שבץ, תעסוקה, טיפולי שיקום, ואיכות חיים (C-statistic=0.77).

מסקנות והמלצות: נמצאו אחוזים ניכרים של חולים שלא מקבלים מענה לצרכיהם. נראה כי השירותים הסוציאליים אינם זמינים דיים לחולים. יש מקום להרחיב ולהעמיק את הסיוע הסוציאלי הניתן לחולה ולמשפחתו. ליווי באמצעות נאמן שבץ (Case manager), דובר את שפת החולה, שיסייע במיצוי זכויות החולה מול קופות החולים והביטוח הלאומי, עשוי להקל על ההתמודדות החולים ובני משפחתם לאחר השבץ, בעלות כספית לא גבוהה.

בדיקות סקר לגילוי סרטן השד ותהליך אבחון הסרטן במהלך מגפת הקורונה: מחקר קוהורט מבוסס אוכלוסייה

ויסאם אבו אחמד, אילן פלדהמר, יעל וולף שגיא, אלון לאופר פרץ, גיל לביא

שירותי בריאות כללית

רקע: בתחילת מגפת הקורונה, מחקרים דווחו על ירידה חדה בביצוע בדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן השד (ממוגרפיה). עם זאת, מרבית המחקרים שבוצעו התבססו על נתונים אגרטיביים או על השוואות קצרות טווח, וחסרים אומדנים להשלכות של דיחוי זה על תוצאים הקשורים בסרטן השד.

מטרות: לאמוד את הירידה בביצוע ממוגרפיה מאז תחילת מגפת הקורונה ואת השינויים בביצוע בדיקת המשך ובהיארעות סרטן שד.

שיטות מחקר: במחקר קוהורט מבוסס אוכלוסייה נכללו 846,704 נשים בגילאי 50-72 נכון לחודש מרץ 2019, מבוטחות שירותי בריאות כללית. תקופת המעקב ארכה 3 שנים: שנה לפני התפרצות המגפה (2/2020-3/2019) ושנתיים של התפרצות (2/2021-3/2020 ו-2/2022-3/2021). השינויים בביצוע ממוגרפיה נותחו באמצעות מודלים של רגרסיה לוגיסטית עם אפקט מעורב והשינויים בתוצאות של ביופסיה כבדיקת המשך במבצעות ממוגרפיה ובהיארעות סרטן בכלל המבוטחות נותחו באמצעות מודלים של רגרסיית Cox עם אפקט מעורב. הניתוחים בוצעו גם לפי קבוצות גיל וציון מעמד חברתי-כלכלי.

ממצאים: בשנה הראשונה למגפת הקורונה, ביצוע ממוגרפיה ירד בכ-8%, (95% CI 0.91-0.92, [OR] 0.92) בהשוואה לשנה הקודמת. הירידה הייתה חדה יותר עם העלייה בגיל לכדי 17% בבנות 70-74 (0.83, 0.81-0.84) ומתונה יותר עם העלייה במעמד החברתי-כלכלי. בתקופה זו, לא נצפתה עליה בסיכון לביצוע ביופסיה בקרב מבצעות ממוגרפיה או בהיארעות אבחנת סרטן שד. זאת, למעט בנות 60-69, שאצלן חלה עליה בביצוע ביופסיה בקרב מבצעות ממוגרפיה (1.10, 1.02-1.19). בשנה השנייה למגפה חלה עליה של כ-4% בביצוע ממוגרפיה בהשוואה לשנה שלפני המגפה (1.04, 1.03-1.05) בכלל האוכלוסייה, אך בקרב בנות 70-74 שיעור הביצוע נותר נמוך ב-11% לעומת שנת הבסיס. בתקופה זו, ניכרה עליה בהיארעות סרטן שד בקרב בנות 60-69 (1.13, 1.01-1.27).

מסקנות והמלצות: מגפת הקורונה הביאה לירידה בביצוע בדיקות הממוגרפיה, בפרט בנשים מבוגרות. בקבוצה זו, טרם נצפתה חזרה לשיעורי הסיקור טרם המגפה. לאור העלייה בסיכון להיארעות סרטן עם העלייה בגיל, יש מקום לשים דגש על הגברת מאמצי הסיקור בקבוצה זו. מומלץ לבצע מחקר עתידי שיבחן גם מאפייני גודל ושלב בעת האבחנה.

שיפור ואתגרים באיכות הטיפול של חולי STEMI וחולי שבץ - ניסיון של התוכנית הלאומית למדדי איכות

מיכאל קוניאבסקי, אולגה ברונשטיין, אלכסנדר קונסון, נתנאל גולדשמיט, שאול דולברג

משרד הבריאות

רקע: מדדי האיכות הבודקים ביצוע הדמייה (CT) בחולי שבץ וביצוע צנתור (PCI) במטופלי STEMI תוך זמן קצוב מכניסה לבית החולים נמדדים מזה מספר שנים בישראל ובעולם.

מטרות: בעבודה זו נציג את השינוי שקרה בישראל במהלך שנות מדידה.

שיטות מחקר: נתונים על מועד הקבלה למלר"ד ומועד ביצוע הפעולה הנדרשת נאספים במסגרת הדיווח לתוכנית הלאומית למדדי איכות מכל בתי-החולים בישראל. הנתונים עברו תיקוף מחשבי וקליני. נערכה השוואה של הנתונים מהשנים 2013-2021 מבחינת שיעור העמידה במדד ומדדים דמוגרפיים.

ממצאים: במדד PCI בשלוש השנים הראשונות למדידה נצפתה עלייה מתמדת בשיעור העמידה במדד: 68%, 79%, 86%, 90% בשנים 2013-2016 בהתאמה. בהמשך חלה התייצבות. שיעור העמידה במדד באוכלוסיית הנשים נמוך יותר מאשר באוכלוסיית הגברים. הפער שעמד על 14% בתחילת המדידה ירד בהדרגה ל-4% ב-2021. תמונה דומה של שיפור קיימת במדד CT, בו זמן חציוני עד לביצוע ההדמייה ירד מ-55 דקות ב-2015 עד ל-26 דקות ב-2021. ברם ירידה זו לא מתפלגת באופן שווה בין המגדרים (1-3 דקות זמן חציוני לרעת נשים), הגילאים (עד 5 דקות פער בזמן חציוני בין הגילאים השונים) והמשמרות (פער עד 6 דקות זמן חציוני בין משמרות).

מסקנות והמלצות: למרות השיפור המרשים בעמידה במדדים קיים פער תלוי מגדר בעמידה במדדים המדוברים. מעבר לכך במדד CT זמן חציוני של 26 דקות משאיר מקום רב לשיפור, בהשוואה למדינות העולם בהם מקובלת ביצוע הדמייה תוך 25 דקות לכלל המטופלים ואף מתן טיפול תרומבוליטי בפרק זמן זה. לאור זאת משרד הבריאות בהובלה של אגף בכיר לאיכות ובטיחות בוחן הפעלה של אמבולנס עם יחידת CT ניידת בבית החולה המלווה בפיענוח מרחוק על ידי רופא ואפשרות לטיפול במתאר טרום בית חולים. התוכנית הלאומית למדדי איכות תמשיך לבחון את ההיבטים השונים של העמידה במדדים אלה על מנת לקדם תהליכי שיפור איכות בטיפול לרווחת המטופלים.

שת"פ יחידת רוקחות קלינית - יחידה לטיפול בית למתן ייעוץ רוקחי קליני לחולה המרותק לביתו במחוז י-ם שפלה

אנה אוצ'רטיאנסקי, יהודית פנקס ברקוביץ, דברת אריאל כץ, צבי בוקמן, אורית מוזר

מכבי שירותי בריאות

רקע: יחידת טיפולי בית מעניקה שירות למטופלים מורכבים המרותקים לביתם על רקע מחלה כרונית. במחוז י-ם-שפלה, כ-45% מכלל מטופלי היחידה בעלי 8 ומעלה תרופות כרוניות. לאור זאת, הוחלט לשלב רוקחת קלינית ביחידת טיפולי בית לצורך מעבר על תיקים של חולים קשישים ומתן ייעוץ לשיפור בטיחות הטיפול התרופתי.

מטרות: קידום ביצוע הערכות Poly-pharmacy באוכלוסיית קשישים של מטופלי בית, לטובת שיפור איכות ובטיחות הטיפול התרופתי.

שיטות מחקר:

1. הגדרת תהליך לבחירת מטופלים לייעוץ רוקחי קליני, במסגרתו ניתנה העדפה למטופלים בעלי 15 תרופות ומעלה ואשפוזים;
2. עיבוד המלצות של רוקחת קלינית עבור תיקים בהן תועדה בקליקס הערכה של הטיפול התרופתי בחולה המרותק לביתו.

ממצאים: בוצע עיבוד המלצות עבור 98 תיקים מורכבים ועבור 80 ייעוצים נקודתיים הנוגעים לטיפול תרופתי. רשימת תרופות הכרוניות כללה 17 תרופות בממוצע פר מטופל ורוקחת קלינית תיעדה כ-7 המלצות בממוצע בכל הערכה.

1. בקרב יותר מ-50% מהתיקים נמצא קשר בין התלונות המתועדות ברישומי ביקורים לתופעות לוואי של הטיפול התרופתי. בקרב התיקים בהם נמצא קשר בין טיפול תרופתי לתופעות לוואי ב-42% תועדו ת"ל ב-CNS: סחרחורת, בלבול וירידה קוגניטיבית. ב-22% נצפו הפרעות אלקטרוליטריות משניות לטיפול התרופתי. בשאר התיקים, 36% תועדו ת"ל אחרות; בקרב התיקים בהם אותרו ת"ל על רקע טיפול תרופתי:
 - ◆ ב-46% נמצא קשר בין ת"ל לבין מינון שגוי/ חוסר התאמה לתפקוד כלייתי או לאינטראקציה בין תרופתית;
 - ◆ ב-40% רשימת תרופות הכרוניות כללה לכל הפחות 3 תרופות המשפיעות על ה-CNS ונמצא תיעוד בתיק לת"ל של נפילות, סחרחורת או ירידה קוגניטיבית.
2. בקרב 7% מכלל ההערכות נמצא קשר בין טיפול תרופתי הכרוני לבין סיבת האשפוז (סיבת האשפוז הבולטת ביותר הינה תת לחץ דם/ סיקנופה ונפילות);
3. בקרב 42% מהתיקים נמצא צורך בהתאמת מינון/משטר נטילה לכל הפחות לתרופה אחת;
4. בקרב 55% מהתיקים תועדה לכל הפחות אינטראקציה בין תרופתית אחת;
5. בקרב 40% מהתיקים נמצא תת טיפול.

מסקנות והמלצות:

1. ניתוח המלצות מאפשר לאתר את הבעיות הנפוצות ברישום תרופות ולספק מידע חיוני לצורך תכנון פרויקטים רוחביים חוצי ארגון לצמצום טעויות תרופתיות;
2. בחינה שיטתית של תיקי מטופלי בית מהווה כלי חשוב לאיתור וצמצום טעויות תרופתיות לרבות אשפוזים, נפילות ושברים.

בחינת הקשר בין טיפול מרחוק לאיכות הטיפול

ג'ני דורטל, טניה קרדש, ריזאן סחניני, ביאטריס חמו, בתיה סלע-רזון

מכבי שירותי בריאות

רקע: במהלך מגפת הקורונה התרחבו האפשרויות לטיפול מרחוק (טיפול טלפוני/וידאו) והתאפשר קיום ביקורים א-סינכרוניים לעד שנתיים ללא ביקור פרונטלי.

מטרות:

1. לתאר מגמות שימוש ברפואה מרחוק ולאפיין האוכלוסייה הבוחרת בה;
2. לבדוק את הקשר בין היענות לטיפול תרופתי, ביצוע בדיקות מעקב ושיעורי אירועים אקוטיים לאופן הגישה לרופא הראשוני.

שיטות מחקר: מחקר רטרוספקטיבי, מבוסס נתונים הנגזרים ממאגרי מידע של מכבי. נכללו בני 18+ אשר ביקרו לפחות פעם אחת אצל רופא המשפחה בין השנים 2019-2022. המטופלים חולקו ל-3 קבוצות כדלקמן בכל שנה: טיפול פרונטלי בלבד, רפואה מרחוק בלבד או משולב. הושוו שיעורי היענות לטיפול תרופתי (נבדקה בכל שנה עבור 12 תרופות נבחרות שנרשמו ע"י הרופא כתרופות כרוניות למטופל), ביצוע בדיקות מעקב (CBC ו-eGFR, ועבור חולי סוכרת: LDL, HbA1c, ולחץ דם) והיארעות פניות למיון ואשפוז בפנימית בין שלושת הקבוצות, תוך פיקוח על משתנים דמוגרפיים ובריאותיים.

ממצאים: מספר הביקורים אצל רופאי משפחה עלה בכ-7.5% בתקופת המחקר. שיעור הביקורים הפרונטליים ירד מכ-70% לכ-52% לאחר התפרצות המגפה, שיעור הביקורים א-סינכרוניים עלה מרבע לשליש, ונוספו 10% ביקורים טלפוניים/וידאו. סה"כ עלה שיעור המטופלים מרחוק בלבד מ-2% לכ-10%-11% לפני לעומת אחרי תחילת קורונה. מטופלים מרחוק צעירים ובריאים יותר, בעלי רמה סוציו-חברתית גבוהה יותר ועם פחות נציגות קבוצות מיעוט. ההיענות לטיפול גבוהה יותר אצל מטופלים המשלבים ביקורים פרונטליים עם ביקורי רפואה מרחוק. ההיענות הייתה גבוהה יותר במטופלים מרחוק עבור HRT, hypolipids, contraception ו-SSRI ונמוך יותר לטיפול ב-anti-psychotics & insulin. מטופלים בטיפול משולב מבצעים יותר בדיקות מעקב מהקבוצות האחרות ומטופלים מרחוק פחות בדיקות מעקב. ביצוע הבדיקות הנבחרות גדול פי 1.8-2.0 בקרב מטופלים המשלבים שיטות גישה לרופא, אך יורד לכמעט מחצית עבור מטופלים ברפואה מרחוק. לא נצפתה עליה בשיעור אירועים אקוטיים בקרב אלו שטופלו מרחוק.

מסקנות והמלצות: טיפול מרחוק משפר היענות לטיפול עבור תרופות מסוימות אך מוריד היענות ומעקב רפואי בקרב חולים כרוניים. רצוי לקבוע התניות לרפואה מרחוק (זמן עד לביקור חובה ומספר פניות רבעוניות מותרת) לפי סטטוס מחלות כרוניות וגיל.

התנהגויות בריאות, שימוש בשירותי בריאות, איכות חיים ושביעות רצון מהחיים בקרב נשים בדואיות בנגב

רסמיה אבו רביעה^{1,2}, איליה קגן¹, טובה הנדל¹

1. מכללה אקדמית אשקלון

2. שירותי בריאות כללית

רקע: האוכלוסייה הבדואית מונה כ-3.5% מאזרחי ישראל. למרות תהליכים חברתיים המדגישים את החשיבות הרבה של שמירה על אורח חיים בריא, קידום בריאות ורפואה מונעת, נמצאו פערים באיכות חיים, רווחה ובריאות בין נשים באוכלוסייה הכללית לבין נשים בדואיות בנגב.

מטרות: לבחון קשרים בין התנהגויות בריאות, שימוש בשירותי בריאות ורפואה מונעת, איכות חיים ושביעות רצון מהחיים, תוך זיהוי פערים וחסמים עיקריים, אצל נשים בדואיות בגיל הפוריות, בין אלו המתגוררות ביישובי קבע וביישובים לא מוכרים.

שיטות מחקר: מחקר משולב (mixed methods) נערך בשני שלבים. בשלב ראשון התקיימו שתי קבוצות מיקוד לנשים בדואיות המתגוררות ביישובי קבע וביישובי הפזורה בנגב. בשלב השני נאספו נתונים כמותיים במחקר סקר (cross-sectional) באמצעות ראיון אישי על פי שאלון מובנה.

ממצאים: בניתוח איכותני של התכנים שעלו בקבוצות המיקוד (n=44) זוהו קשיים משמעותיים וחסמים המונעים מנשים בדואיות לקיים אורח חיים בריא. נשים דיווחו על ידע ומודעות נמוכים להתנהגויות בריאות רצויות, מגבלות חברתיות ותרבותיות, בעיות נגישות לשירותי בריאות ותשתיות ירודות לשמירה וקידום אורח חיים בריא. בחלק הכמותי השתתפו 738 נשים בדואיות בגילאי 18-55, מהן כשני שלישי גרות ביישובי קבע. נישואי קרבה דווחו בקרב כ-55% מהנשים ביישובי קבע וכ-65% מתושבות הפזורה הבדואית. הרגלי תזונה בשתי הקבוצות לקו בחסר תוך שילוב חלקי או חסר של מרכיבים תזונתיים חיוניים וכן פעילות גופנית מועטה. באשר לבריאותן, 20.6% מהנשים ביישובי קבע ו-16.5% מפזורה דיווחו על תחלואה כרונית. בשתי הקבוצות דווח על מעקב גניקולוגי לוקה בחסר מסיבות של חוסר נגישות, מחסור בשירותים וחסמים חברתיים ותרבותיים. פחות משליש מהנשים בשתי הקבוצות ביצעו בדיקות סקר ומעקב מומלצות. ממצאים חריגים דווחו גם לגבי ביצוע חיסוני שגרה וסקרים גנטיים.

מסקנות והמלצות: ממצאי המחקר הצביעו על קשיים בשימוש בשירותי בריאות ורפואה מונעת ברמה האישית וחסמים תרבותיים, ארגוניים ומערכתיים לקידום בריאותן של הנשים הבדואיות בגיל הפוריות, בנגב. ממצאי המחקר מעלים צורך דחוף בעדכון המדיניות לצמצום פערים בבריאות, קידום בריאות ורפואה מונעת והטמעה של תוכניות לקידום אורח חיים בריא, בקרב נשים בדואיות בנגב.

תפיסות והבנת מטופלים בתהליך הסכמה מדעת לניתוח באסותא באר שבע

רותי ברגר¹, דניאל מוסקוביץ², שירז בר לב³, גנאדי מיינשלוס⁴, רועי ברנע¹, מרטין שיפר קרביץ¹

1. אסותא מרכזים רפואיים

2. צה"ל דרך חברת אמון מחשבים

3. חברת ICL

4. אסותא באר שבע

רקע: המונח "הסכמה מדעת" מעוגן בחוק זכויות החולה, וקובע את חובת המטפל לקבל את הסכמתו החופשית והמודעת של המטופל לביצוע טיפול רפואי, ובבסיסה מסירת כל המידע הנדרש לקבלת החלטה מושכלת. ההליך אינו אופטימלי וחסמים כגון: גיל, השכלה, ואורך הפגישה עשויים להשפיע על יכולת המטופל לקלוט, להבין ולעבד מידע ועל חווייתו מהתהליך.

מטרות:

1. בחינת ההלימה בין ההסבר במרפאת טרום-ניתוח לחוויית המטופל כחודש לאחריו;
2. זיהוי בעיות וחסמים בתהליך ההסכמה מדעת לניתוח באמצעות בחינה סובייקטיבית של חוויית המטופל ומאפיינים דמוגרפיים.

שיטות מחקר: מחקר חתך דו-שלבי.

שלב א': איסוף נתונים בשאלון ידני במרפאת טרום-ניתוח באסותא באר שבע, מפברואר עד אפריל 2022. המטופלים נשאלו על פגישת ההסבר על הניתוח: היבטים טכניים, תוכן המפגש, הבנת המטופל (כגון: שם, סוג ותאריך הניתוח, מס' ימי אשפוז, סיבוכים אפשריים, משך ההחלמה) ומאפיינים סוציו-דמוגרפיים. נכללה דגימה אקראית של מועמדים לניתוח בני 18+ (מתוך רשימת ניתוחים סגורה).
שלב ב': איסוף נתונים נוספים טלפוני, כחודש לאחר הניתוח: הלימה בין ההסבר לפני הניתוח לחוויית המטופל כחודש לאחריו. ההבנה הוגדרה כמידת ההסכמה בין תשובות המטופל לתשובות מומחים (מנתחים).

ממצאים: 146 מטופלים נכללו בשלב א', גילם הממוצע היה 58.7 ± 16.5 שנים, 43.8% מתוכם גברים. כל המטופלים ציינו נכונה את שם הניתוח, מעל 85% דייקו במשך האשפוז הצפוי. כ-65% מהמטופלים הבינו את שיטת הניתוח ומשך ההחלמה הצפוי. כשליש הבינו את הסיבוכים העיקריים וכחציית דיווחו כי לא קיבלו מידע זה. שימוש בעזרים סייע בהבנת ההסבר. רמת ההשכלה השפיעה באופן מובהק על מידת ההבנה של המטופל ($p < 0.05$).
110 מטופלים נכללו בשלב ב'. מעל 90% דיווחו על הלימה גבוהה בין ההסבר שקיבלו לפני הניתוח לחווייתם הסובייקטיבית כחודש לאחריו, לא נמצא קשר בין מידת ההלימה לשימוש בעזרים או למשך הפגישה.

מסקנות והמלצות: ממצאי המחקר המצביעים על רמת הבנה גבוהה של המטופלים ומסייעים בזיהוי גורמים המשפיעים על טיב הליך ההסכמה מדעת ועל חוויית המטופל, ומזהים מקום להתערבויות ספציפיות לשיפור ההליך. יש להמשיך לבחון את טיב ההליך במערכת הציבורית ובקרב אוכלוסיות נוספות בפריפריה ובמרכז.

תוכנית הזה"ב (התמיכה בזקן המאושפז בבית החולים): הפחתת תמותה בקרב זקנים מאושפזים - תוצאות ראשונות של פעילות תוכנית הזה"ב באגף הכירורגי במרכז הרפואי תל אביב

יעל אדוני טמיר, רון צ'ליק, רתם תלם, אורלי ברק

המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי - איכילוב

רקע: תוכנית הזה"ב פועלת במרכז הרפואי תל אביב מנובמבר 2017, עת הוקמה בתמיכת משרד הבריאות וארגון ג'וינט-אשל, ומטרתה העיקרית הנה מניעת התדרדרות של זקנים, בעיקר כאלו שנמצאים בסיכון או סובלים מירידה קוגניטיבית ודליריום באשפוז. התוכנית עוצבה על בסיס ניסיון ועקרונות תוכנית ה-HELP Hospital Elder Life Program (האמריקאית, בהתאמה למציאות ולתרבות הארגונית הישראלית ובאופן מודולרי, בשאיפה לייצר מודל הניתן לחיקוי והטמעה ברמה ארצית. מחקרים קודמים כבר הדגימו יעילות התערבויות מסוג זה בשיפור תוצאי אשפוז של זקנים מאושפזים. תוכנית הזה"ב מבוססת על איתור פרואקטיבי של אוכלוסיית היעד והתערבות רב-מקצועית מותאמת אישית על בסיס פרוטוקול מובנה.

איתור המטופלים נעשה על ידי דוח ממוחשב שעל בסיסו מופעלות 3 זרועות ההתערבות:

1. בדיקות סקר ומעקב אחר חולים בסיכון על ידי אחות;
2. תוכנית התערבות רפואית מותאמת על ידי גריאטר/ית;
3. התערבות מתנדבים בהתאם לגורמי הסיכון שאותרו ועל פי פרוטוקולים מובנים. התוכנית הוכנסה בהדרגה ובצורה מודולרית למחלקות האשפוז ברחבי בית החולים.

מטרות: הערכת תוצאות הפעלת תוכנית הזה"ב במחלקות הכירורגיות של איכילוב.

שיטות מחקר: מחקר נתונים רטרוספקטיבי המתבסס על רשומה ממוחשבת. נותחו נתוני האשפוז של בני 70 ומעלה במחלקות ההתערבות, ונעשתה השוואה בין מטופלים שקיבלו התערבות כלשהי של תוכנית הזה"ב (קבוצת ההתערבות) לבין אלו שלא קיבלו התערבות כלל (קבוצת ביקורת).

ממצאים: בארבע השנים הראשונות לפעילות התוכנית אושפזו במערך הכירורגי 12,279 מבוגרים מעל לגיל 70, מתוכם 49% נכללו בתוכנית.

מצאנו כי המטופלים שנכללו בתוכנית זקנים ומורכבים יותר:

- ◆ שיעור הזקנים מעל לגיל 85 בקבוצת ההתערבות היה 23.1% לעומת 19.5% בקבוצת הביקורת;
- ◆ שיעור המטופלים עם CHARLSON COMMORBIDITY INDEX (CCI) מעל 3 בקבוצת ההתערבות היה 79.14% לעומת 74.1% בקבוצת הביקורת.

בניתוח התוצאים מצאנו ששיעור התמותה באשפוז ובסמוך לו היה נמוך משמעותית בקרב החולים שנכללו בתוכנית:

- ◆ הודגמה ירידה של 39% בתמותה באשפוז (1.4% בקבוצת ההתערבות לעומת 2.3% בקבוצת הביקורת, $P < 0.001$);
- ◆ הודגמה ירידה של 33% בתמותה בחודש הראשון לאחר האשפוז (1.6% בקבוצת ההתערבות לעומת 2.4% בקבוצת הביקורת, $P < 0.001$).

מסקנות והמלצות: הנתונים מדגימים השפעה חיובית הן על התמותה באשפוז והן על התמותה בחודש הראשון לאחר האשפוז בקרב קבוצת ההתערבות, חרף גיל מבוגר יותר ומורכבות גדולה יותר של המטופלים.

לקראת הבנת תהליך קבלת ההחלטות של אחיות בנושא טיפול סיעודי חסר

נסרה עבד אלהאדי¹, ענת דרך-זהבי², עינב סרולוביץ²

1. המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי - איכילוב

2. אוניברסיטת חיפה

רקע: טיפול סיעודי חסר הינו תופעה הרסנית למטופל, לאחות ולארגון. רוב המחקרים הסתמכו על תיאוריות מבניות שגורסות שאחיות מחמיצות או מעכבות טיפול עקב גורמים חיצוניים, והתעלמו מסוכנות (agency) האחיות, שמפעילה תהליכי שיפוט וקבלת החלטות בנוגע לתיעדוף משימות. המחקר הנוכחי מציע לבחון תופעה זו מבעד לעדשת התיאוריה לקבלת ההחלטות.

מטרות: לבחון את התפקיד הממתן של סוג המשימה וסגנון קבלת ההחלטות בקשר בין עומס, מורכבות המטופל, מטופל קשה, נוכחות המלווים ונוכחות האחיות האחראית לטיפול סיעודי חסר.

שיטות מחקר: ניסוי בחירה דיסקרטי - Discrete Choice Experiment (DCE) הבוחן את מבנה ההעדפות של האחיות מתי לעכב טיפול. ארבע קבוצות של אחיות נדגמו באמצעות מדגם כדור שלג, כאשר כל קבוצה התייחסה לטיפול חסר במשימה ספציפית: תמיכה רגשית, פיתוח תוכנית שחרור, טיפול תרופתי, וקידום ניידות. האחיות מילאו את שאלוני ה-DCE, סגנון קבלת החלטות ומדדים סוציו-דמוגרפיים. מודל המחקר נבחן באמצעות רגרסיה לוגיסטית מותנת.

ממצאים:

1. הסבירות להחמיץ טיפול במצב עומס גבוה בהשוואה לרגיל הייתה הנמוכה ביותר לפיתוח תוכנית שחרור, והגבוהה ביותר עבור מתן תמיכה רגשית;
2. הסבירות להחמיץ טיפול עבור מטופלים המאופיינים ברמת מורכבות קלינית גבוהה בהשוואה לנמוכה היתה נמוכה יותר במשימות של פיתוח תוכנית שחרור ומתן תרופות;
3. הסבירות להחמיץ טיפול עבור מטופלים קשים בהשוואה ללא קשים היתה נמוכה יותר במשימות: תמיכה רגשית, פיתוח תוכנית שחרור וניידות המטופל;
4. הסבירות להחמיץ טיפול במצב עומס נרחב בהשוואה לרגיל היתה נמוכה יותר כאשר האחיות התאפיינה בסגנון קבלת החלטות המשלב סגנון אנליטי ואינטואיטיבי, או בסגנון קבלת החלטות אינטואיטיבי דומיננטי.

מסקנות והמלצות: גישת ה-DCE אפשרה לבחון את תהליכי התיעדוף בקרב אחיות, כשהן מחליטות איזה טיפול להחמיץ, ובכך ספקו הממצאים הנחיות למנהלים ולקובעי המדיניות לצמצום טיפול חסר. כדאי לפרק את המשימות הסיעודיות וללמד אחיות את הפעילויות שהן צריכות לנקוט כדי להגיע לתוצאות הרצויות. יש ללמד את האחיות טכניקות לעבור בין קבלת החלטות אינטואיטיבית לאנליטית, מה שיעודד אותן לזהות את התראות שדורשות "לעצור ולחשוב". ניתן לזהות אחיות המאופיינות בסגנון קבלת החלטות לא מעורב ולתגמל אותן לאמץ חשיבה ביקורתית.

השלכות ארוכות טווח של שלושת סוגי הניתוחים הבריאטריים השכיחים בישראל

עדי וינוגרד, ליטל קינן-בוקר, ריטה דיכטיאר, אלינה רוזנברג, ענבל גלובוס

משרד הבריאות

רקע: עם מגפת ההשמנה הצוברת תאוצה, ניתוחים בריאטריים מבוצעים בעולם באופן נרחב ובשיעור הולך ועולה. בישראל מבוצעים מספר סוגי ניתוחים בריאטריים, השכיחים שבהם הנם מעקף קיבה, מעקף קיבה בהשקה אחת ושרוול קיבה. נכון להיום, הקצאת השירותים עבור כלל המנותחים הבריאטריים זהות בכל הקשור לכמות ותדירות הביקורות הרפואיות והפרא-רפואיות לאחר הניתוח. ניתוחי מעקף קיבה בהשקה אחת צוברים פופולריות רבה בישראל ובשנת 2021 היוו 72% מכלל הניתוחים הבריאטריים שבוצעו באותה שנה, לעומת שיעור של 4.6% בעולם. מידע אודות השלכות וסיבוכים ארוכי טווח של ניתוחי מעקף קיבה בהשקה אחת בהשוואה לניתוחים בריאטריים אחרים הנו לוקה בחסר.

מטרות: השוואת תוצאות ארוכות טווח של שלושת סוגי הניתוחים הבריאטריים השכיחים בישראל ומכאן הערכת הצורך בהקצאת שירותים דיפרנציאלית המבוססת על סוג הניתוח.

שיטות מחקר: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי שעקב במשך 3 שנים אחר כלל המטופלים מגיל 18 שעברו ניתוח בריאטרי בין השנים 2016-2019 ומבוטחים במכבי. המידע הדמוגרפי והקליני התקבל לאחר הצלבת נתונייהם ממסד הנתונים הממוחשב של מכבי והרשם הלאומי לניתוחים בריאטריים של המרכז לבקרת מחלות, משרד הבריאות. ניתוחים סטטיסטיים רב-משתניים בוצעו במטרה להשוות את שיעור הסיבוכים והתסמינים השונים בין שלושת סוגי הניתוחים.

ממצאים: קבוצות המחקר כללו 2,249 (36.1%), 447 (7.2%) ו-3,538 (56.8%) מטופלים שביצעו ניתוחי מעקף קיבה בהשקה אחת, מעקף קיבה ושרוול קיבה, בהתאמה. נמצא כי ניתוח מעקף קיבה בהשקה אחת העלה את הסיכון להתפתחות סיבוכים (HR=1.456, 95% רווח בר-סמך 1.034-2.050) ותסמינים (HR=1.366, 95% רווח בר-סמך 1.182-1.579), בהשוואה לניתוח שרוול קיבה, בתיקון למשתנים דמוגרפים וקליניים. מגמה דומה עבור תוצאי סיבוכים ותסמינים נמצאה גם בביצוע ניתוח מעקף קיבה בהשוואה לשרוול קיבה (HR=2.582, 95% רווח בר-סמך 1.605-4.154, ו-HR=1.785, 95% רווח בר-סמך 1.363-2.338, בהתאמה).

מסקנות והמלצות: למנותחי מעקף קיבה ומעקף קיבה בהשקה אחת סיכון מוגבר לפתח סיבוכים ותסמינים בהשוואה למנותחי שרוול קיבה. לאור זאת, ניתן לשקול כי בקבלת החלטות הנוגעות להקצאת שירותי בריאות למנותחים בריאטריים, יילקחו בחשבון הבדלים אלו ויובילו להקצאה המותאמת לשיעור וסוג הסיבוכים הצפוי בכל ניתוח.

ייש לך משהו מת בגוף, זה ירקיב" - החוויה של נשים המתמודדות עם אובדן היריון במפגש עם מערכת הבריאות

גלית נויפלד קרושינסקי¹, יסכה ויסבנד², קרן ירמיה³, מיטל בנשק¹, אורית קרניאלי-מילר⁴

1. קרן בריאה

2. כללית חדשנות

3. אוניברסיטת רייכמן (המרכז הבינתחומי הרצליה)

4. אוניברסיטת תל אביב

רקע: אובדן היריון, המוגדר כהיריון שלא הסתיים בלידת תינוק חי, אינו תופעה נדירה. למעשה, ההערכות הן שאחת מכל ארבע נשים שאי פעם תהיה בהיריון תחוה אובדן במהלך שנות הפוריות שלה. האובדן מהווה אירוע חיים משמעותי ובעל השלכות פיזיות ורגשיות בטווח הקצר והארוך על האישה ובן/בת זוגה. למפגש של האישה וקרוביה עם מערכת הבריאות סביב האובדן יש תפקיד מרכזי ביכולת העיבוד והתמודדות עם אובדן היריון, ויש לו השלכות משמעותיות על בריאותה.

מטרות: לכן, קיימת חשיבות בהבנה מעמיקה של החוויה של נשים החוות אובדן היריון במפגש שלהן עם מערכת הבריאות.

שיטות מחקר: לצורך כך, קרן בריאה ערכה ב-2018-2019 סקר כמותי ואיכותני בקרב 1,202 נשים ששיתפו בחוויה ובניסיון שלהן על מנת למפות את הצרכים ונקודות הכשל במענה שניתן להן על ידי מערכת הבריאות.

ממצאים: ממצאי המחקר מראים כי קיים חוסר מענה לצרכים של נשים שעוברות אובדן היריון בהיבט הפיזי, הרגשי והמידעי: חוסר התאמה של הסביבה והמתקנים של בית החולים לצרכים הפיזיים והרגשיים של האישה; יחס לא רגיש ולא אמפתי של אנשי המקצוע כלפי הנשים והחוויה המורכבת שהן עוברות; אי שיתוף של ידע ומידע מותאם לגבי מה שקרה וקורה להן, לגבי אפשרויות הטיפול, ומה צפוי לקרות במהלך הטיפול ולאחריו; אי שיתוף בקבלת ההחלטות; חוסר בתמיכה ובמענה רגשי מותאם; בירוקרטיה וחוסר ברצף טיפולי וקישור לקהילה.

מסקנות והמלצות: במפגש של נשים החוות אובדן היריון עם מערכת הבריאות, הן זקוקות למענה הוליסטי שמתייחס לצרכים הפיזיים/גופניים שלהן בשילוב עם הצרכים הרגשיים והמידעיים. החסר שנמצא מדגיש את הצורך בנקיטת מספר צעדים כגון:

1. שינויים בסביבה ובמתקנים של בית החולים;
2. פיתוח פרוטוקולים ונהלים לטיפול ולתמיכה בנשים שחוות אובדן - במהלך ואחרי האובדן;
3. יישום חוזרי מנכ"ל המתייחסים בין היתר להקצאת תקנים למתאמת אובדן היריון;
4. פיתוח והטמעה של הכשרות לצוותים רפואיים לניהול תקשורת אמפטיית, רגישה ושיח משתף;
5. הנגשת מידע בצורה כתובה בשפות שונות בנושא אובדן היריון באתרי משרד הבריאות, בתי החולים והקופות, ביחס לאפשרויות שעומדות בפני האישה, מיצוי זכויות וגורמי תמיכה;
6. שיפור הרצף הטיפולי והקשר שקיים בין בתי החולים וקופות החולים.

האם מפגשים רפואיים מרחוק מגדילים את עומס הביקורים ברפואה הראשונית?

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

לאומית שירותי בריאות

רקע: עם פרוץ מגפת ה-COVID-19, סך כל המפגשים ברפואה הראשונית ירד דרמטית ועד 60% מהמפגשים התבצעו מרחוק בווידיאו, בטלפון או בהתכתבות. עם דעיכת המגפה מספר המפגשים הפרונטליים כמעט וחזר לקדמותו והיום שיעור הביקורים מרחוק עומד על כ-40% מכלל הביקורים.

במחקר זה ביקשנו לבדוק אם הביקורים מרחוק מחליפים ביקורים פרונטליים או מתווספים עליהם. לצורך זה, השתמשנו במדד משך הזמן השנתי המצטבר למטופל. מדד זה נועד להערכת העומס על הרופא הראשוני וכאן השתמשנו בו לראשונה לבחינת השפעת השילוב של רפואה מרחוק.

מטרות: למדוד את ההשפעה של הטמעת רפואה מרחוק על משך הזמן השנתי המצטבר למטופל ברפואה הראשונית.

שיטות מחקר: מחקר חתך, מבוסס על מאגר המידע של לאומית שירותי בריאות. הוכללו מטופלים שביקרו לפחות פעם אחת אצל הרופא הראשוני בכל אחת מהשנים 2020 ו-2021 ולא חלו ב-COVID 19 (N=562,758 מטופלים). אוכלוסיית המבוטחים סווגה לשלוש קבוצות, בשנים 2020 ו-2021: מטופלים דיגיטליים (השתמשו בביקורים בווידיאו או בטלפון), מטופלים דיגיטליים למחצה (השתמשו רק בביקור פרונטלי או בהתכתבות) ומטופלים לא דיגיטליים (שביצעו ביקורים פרונטליים בלבד). בכל קבוצה חושב ממוצע משך הזמן המצטבר אצל הרופאים הראשוניים, לשנה.

ממצאים: בשקלול השינוי בכלל המטופלים, הזמן השנתי המצטבר הממוצע לביקורים אצל הרופא הראשוני עלה בכ-5%. אצל 45,200 המטופלים שהיו לא דיגיטליים ב-2020, ועברו להיות דיגיטליים ב-2021, הזמן המצטבר עלה ב-56% לשנה בממוצע. אצל 38,300 המטופלים שהיו חצי דיגיטליים ב-2020, ועברו להיות דיגיטליים ב-2021, נמצאה עליה של 38%. אצל מטופלים שלא שינו את דרך קיום המפגשים, לא היה שינוי משמעותי במשך הזמן הממוצע ואצל מטופלים שהיו דיגיטליים ועברו להיות פחות דיגיטליים, משך הזמן הממוצע התקצר.

מסקנות והמלצות: הטמעת רפואה מרחוק מעלה את העומס המצטבר למטופל ברפואה הראשונית. קובעי המדיניות צריכים לקחת בחשבון כי הטמעת שירותי רפואה דיגיטלית מייצרת עומס נוסף ומשמעותי בשירותי רפואה ראשונית, למרות שטרם הוכחה התועלת למשק הבריאות.

כמה זמן ממתנינים לקבלת תור לרופא, מטפל או בדיקה?**נחמה גולדברגר, ציונה חקלאי**

משרד הבריאות

רקע: על פי חוק בריאות ממלכתי, שירותי הבריאות אמורים להיות זמינים לכלל האוכלוסייה.

מטרות: לבדוק את זמני ההמתנה מקביעת התור עד לקבלת השירות מרופא ראשוני, רופא מומחה, בדיקות דימות, ניתוחים וטיפולים שונים.

שיטות מחקר: המידע מבוסס על סקר הבריאות שבוצע בלמ"ס, כנספח לסקר כוח אדם בשנת 2020, בהתאם להזמנת משרד הבריאות. הסקר כלל 35,433 אנשים, חלקם בדיווח עצמי וחלקם בדיווח פרוקסי ע"י בן משפחה. עיבוד הנתונים כולל מקדם ניפוח מתאים לייצוג אוכלוסיית ישראל. נבדקו תוצאות השאלות על זמני המתנה לביקור/ייעוץ אצל רופא בשבועיים שקדמו לסקר, לטיפול במקצועות עזר רפואיים בחודש שקדם לסקר, בדיקות דימות בשנה שקדמה לסקר ולניתוחים. התוצאות מבוססות סקר ולכן יש להתייחס לטעויות דגימה.

ממצאים: רופאים ראשוניים היו יחסית זמינים, 75% קיבלו תור לרופא ילדים תוך יום ו-68% לרופא משפחה. מומחים היו פחות זמינים, 61% קיבלו תור לקרדיולוג בתוך שבוע, 59% לרופא א.א.ג., 57% לאורתופד, 54-53% לרופא נשים ולרופא עור, ו-48% לרופא עיניים. 23% המתנינו יותר מחודש לרופא עיניים, 20% לרופא עור, 15% לרופא נשים ו-14-13% לרופא א.א.ג. ואורתופד. 87-86% המתנינו פחות מחודש לטיפול בפיזיותרפיה ופסיכולוגיה, ו-97% לטיפול בדיקור. 69% המתנינו פחות מחודש לבדיקת MRI ו-66% לבדיקת CT ו-9% ו-10%, בהתאמה, המתנינו 3-6 חודשים. 37% המתנינו לניתוח כלשהו יותר מ-3 חודשים ו-30% המתנינו פחות מחודש.

מסקנות והמלצות: בהתאם לתוצאות סקר הבריאות 2020, שירותי הרפואה הראשונית זמינים יחסית, אך יש רופאים מומחים, כגון רופאי עור ועיניים שזמן ההמתנה אליהם גבוה יחסית. כמו כן, זמן ההמתנה לניתוח כלשהו גבוה יחסית. משרד הבריאות נערך להכנת מידע מינהלי מבתי החולים שיכלול זמני המתנה לפי סוג ניתוח. יש להמשיך ולשפר את זמינות שירותי הבריאות לכלל האוכלוסייה.

שירותי רפואה מרחוק: האם המטופלים שבעי רצון? שביעות רצון מטופלים מרפואה מרחוק בהשוואה לביקור פרונטלי ברפואה הראשונית בשירותי בריאות כללית בשנים 2021-2022

טליש רזי בניטה¹, עידן מנשה², יעל וולף שגיא¹, נגה רמות¹

1. שירותי בריאות כללית

2. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע: מערכת הבריאות מכוונת לשימוש ברפואה מרחוק (ר"מ) אשר נועד לתת מענה לביקוש הגובר בשירותי רפואה בישראל. עם פרוץ מגפת הקורונה חלה האצה משמעותית בשימוש בשירותים אלו. שביעות רצון (ש"ר) והעדפות מטופלים מהווים חלק משמעותי במידת ההצלחה של הטמעת ר"מ.

מטרות: השוואת ש"ר מטופלים ברפואה ראשונית בין משתמשי ר"מ לבין מטופלים בביקור פרונטלי בשנים 2021-2022.

שיטות מחקר: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי הבוחן ממצאי סקר ש"ר לבחינת חוויית המטופל בשימוש ברפואה הראשונית. הסקר כולל 7 שאלות והתשובות מובאות בסולם סודר בן 5 דרגות. השאלות קובצו לקטגוריות ש"ר מהשירות הישיר: איכות ומקצועיות הרופא המטפל, יחס, מידע והסברים, וש"ר מהשירות העקיף: זמינות התורים ואיכות השירות של הגורמים המתאמים. נבנו מודלים רבי-משתנים של רגרסיה לוגיסטית לכל שאלה. המשתנה המוסבר הוגדר כ"שבע-רצון" (דירוג 5) והמשתנה המסביר כסוג התור, תוך תקנון למשתנים סוציו-דמוגרפיים, קליניים ומאפייני התור.

ממצאים: נכללו 247,088 שאלונים, מהם 35% עבור ביקורים שהתקיימו מרחוק. בניתוח החד משתני נמצאה ש"ר כוללת של מטופלי ר"מ נמוכה בהשוואה לפרונטלי (OR=0.84, 95%CI 0.83,0.86). בהיבטי השירות הישיר, ש"ר גבוהה יותר בר"מ (OR ממוצע 1.16) ונמוכה יותר בהיבטי השירות העקיף (OR ממוצע של 0.85). בתקנון למשתנים סוציו-דמוגרפיים AdjOR בירידה קלה (AdjOR=0.83 95%CI 0.82,0.86). כאשר נוספו לניתוח מאפיינים קליניים (אבחנה בביקור ותחלואה כרונית) AdjOR משנה כיוון ומטופלי ר"מ שבעי רצון יותר בהשוואה לפרונטלי (AdjOR =1.08 95%CI 1,1.17). בבחינה פרטנית בכל אבחנה בביקור, לא נמצאה אבחנה בה שביעות הרצון מר"מ גבוהה יותר בהשוואה לתור פרונטלי. מנגד, ב-9 אבחנות בביקור שביעות הרצון מר"מ נמוכה יותר, בעיקר בהיבטי המאמץ והתיאום בין אנשי הצוות. בניתוח הסופי שכלל את קיום התור בזמן מטופלי ר"מ שבעי רצון עוד יותר בהשוואה לפרונטלי (AdjOR =1.22 95% CI 1.09,1.35).

מסקנות והמלצות: ש"ר מטופלי ר"מ גבוהה ביחס לרמת השירות המקצועית של הרופא המטפל, אך נמוכה ביחס לתמיכה ההיקפית באספקת שירותים אלו. שיפור ניכר במידת שביעות הרצון יתאפשר ככל שיינתן מענה מותאם לשירות העקיף, הפחתת מאמץ וכן שיפור העמידה בזמני התור.

בחינת יעילות פיילוט המוקד הטלפוני הארצי של אחיות בריאות הציבור במשרד הבריאות עבור משפחות צעירות

שירן בורד¹, כרמית סטרן¹, גילה אודסקי², שיר ווגמן², בתיה מגר²

1. המכללה האקדמית עמק יזרעאל

2. משרד הבריאות

רקע: מוקד אחיות בריאות הציבור הינו פיילוט ארצי חדשני שהחל בחודש ינואר 2020, ומיועד להורים לילדים בגילי 0-6. המוקד מספק מידע, יעוץ והכוונה בנושאי בריאות ורפואה מונעת, ופועל בשעות בהן טיפות החלב סגורות. על מנת לשפר את השירות ולהתאימו לצרכי קהל היעד, בוצע מחקר מקיף להערכת הפיילוט החדש ויעילותו מנקודת המבט של ההורים - מקבלי השירות והאחיות - ספקיות השירות.

מטרות: בחינת התאמת פיילוט המוקד הטלפוני לצרכי קהל היעד והערכת יעילותו באיתור מצבים הדורשים התערבות, שיפור חוויית המטופלים וקידום בריאות הילדים והוריהם.

שיטות מחקר: במסגרת המחקר הנוכחי נערכו שלושה תתי-מחקרים:

1. מחקר תיאורי באמצעות ניתוח ראשוני של 6,000 שיחות שהתקבלו במוקד, וכן ניתוח מעמיק של 1,500 שיחות שנבחרו באקראי מתוך 6,000 השיחות הנכנסות;
2. מחקר חתך השוואתי - בקרב 201 הורים שפנו למוקד ו-232 הורים שלא פנו למוקד;
3. מחקר איכותני - שכלל ראיונות עומק בקרב 20 הורים שעשו שימוש במוקד, ובקרב 6 אחיות המוקד.

ממצאים: המוקד הטלפוני של אחיות בריאות הציבור מספק מענה מהיר, מונגש ומקצועי. שביעות הרצון של הפונים למוקד גבוהה וכך גם שביעות רצונן של האחיות העובדות במוקד. חלק משמעותי מהפניות (71%) מועברות להמשך טיפול ויעוץ מקצועי בנושאי תזונה, הנקה, שינה ועוד. אוכלוסיית הפונים למוקד מורכבת ברובה מהורים צעירים לילדים ראשונים וכן מהורים המתאפיינים בתפיסת מסוגלות הורית, רמת תמיכה חברתית ואוריינות בריאותית גבוהות בהשוואה לאוכלוסיית ההורים שלא פנו למוקד. בנוסף, נמצא קשר ישיר בין שביעות הרצון מהמוקד בקרב הפונים ובין מידת האמון שלהם באחיות המוקד.

מסקנות והמלצות: מממצאי המחקר עולה תמונה של שירות מצוין הנותן מענה מיטבי לצרכי קהל היעד. עם זאת, הנגשת השירות לאוכלוסיות נוספות וצמצום הפערים הינה הכרחית.

אשפוזי בית כחלופה לאשפוז פנימי אקוטי**חני שרודר, איילת גרינבאום-אריזון, דינה צ'רנו, עדי בן מרדכי, הדר אלעד***משרד הבריאות*

רקע: כחלק מהיערכות משרד הבריאות להזדקנות האוכלוסייה והעלייה הצפויה בעומס במחלקות האשפוז, מקדם המשרד צעדי מדיניות להרחבת השירות של אשפוז בית כחלופה לאשפוז במחלקה פנימית. אחד מהצעדים הלל הוא מבחן תמיכה לקופת החולים (קופ"ח) שפורסם לראשונה בשנת 2019. המבחן מאפשר תמיכה כלכלית עבור ביצוע פעולות אשפוז בית מעבר לתשלום הקפטטיבי הניתן לקופ"ח.

מטרות: לנתח את מגמת השינויים בשימוש באשפוזי הבית בישראל ולהעריך אם שירות זה יכול לשמש כחלק מהפתרון לביקוש הגדל של האשפוזים.

שיטות מחקר: נתונים רטרוספקטיביים אודות כלל אשפוזי בית מדווחים למשרד הבריאות פעמיים בשנה. הנתונים כוללים מידע אודות אורך האשפוז, גיל המטופל ומקום המגורים לפי מדד הפריפריאליות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. מידע אודות אשפוזים במחלקות פנימיות מדווח באופן שותף מכלל בתי החולים למשרד הבריאות.

ממצאים: בשנים האחרונות חל גידול במספר המאושפזים באשפוזי הבית, מ-1,029 בשנת 2019 לעומת 15,817 בשנת 2022. היחס בין מספר ימי האשפוז באשפוז בית למספר ימי האשפוז בפנימית גדל מ-3% בשנת 2020 בהשוואה ל-6% בשנת 2022. טווח הגילאים של האשפוזים עומד על 10-110 כאשר הגיל הממוצע עומד על 72 (סטיית תקן 18), והחציוני 77. משך האשפוז הממוצע והחציוני עומד על 4.1 (סטיית תקן 2.3) ו-4 בהתאמה, ללא שינוי מובהק סטטיסטית בהשוואה בין השנים. מרבית מהאשפוזים היו באזורים 4-6 (44%) ובאזורים 1-3 היו הכי פחות אשפוזי בית (9.2%). עם השנים חל גידול בשיעור האשפוזים באזורים 9-10 (מ-16% ל-25% בשנים 2019 ו-2022 בהתאמה) וירידה באשפוזים באזורים 1-3 (מ-16% ל-6% בשנים 2019 ו-2022 בהתאמה).

מסקנות והמלצות: אשפוז בית יכול לשמש כחלק מהפתרון לעליה בביקוש של אשפוזים בפנימיות, בכלל האוכלוסייה ובאוכלוסיית הקשישים בפרט. יש צורך לאתר את החסמים והפתרונות שיאפשרו פריסה גיאוגרפית שוויונית יותר של השירות.

התפתחות שירותי אשפוז בית אקוטי ושיעור רצון מהשירות בקרב המטופלים

אלכס לוסטמן, מאיה לרנר שיכורי, אירה טולצינסקי, רות ברוך, דורון נצר

שירותי בריאות כללית

רקע: החל משנת 2019 פותח שירות אשפוז בית אקוטי הניתן למטופלים בביתם. זאת כמענה למספר מיטות אשפוז בישראל, אשר נמוך ביחס למדינות OECD וביקוש למיטות אשפוז שהולך וגדל. הזדקנות האוכלוסייה בישראל והתחלואה הנלווית, גם הובילה למציאת חלופת אשפוז. מאז פתיחתו, השירות הולך ותופס תאוצה.

מטרות: בחינת שלבי התפתחות אשפוז בית אקוטי והשפעתו על שביעות הרצון של מטופלים מהשירות.

שיטות מחקר: במחקר תצפיתי זה בחנו נתונים ממאגרי המידע של הקופה. נחקרה התפתחות השירות ותוצאות שאלוני שביעות רצון המטופלים מהשירות החל משנת 2020.

ממצאים: בשנת 2020 ממוצע מיטות פעילות היה 39, סה"כ אושפזו 964 מטופלים. בשנת 2021 ממוצע מיטות פעילות היה 102 - סה"כ 5,402 אשפוזים. בשנת 2022 ממוצע מיטות פעילות היה 193, סה"כ אושפזו 15,578 מטופלים. בחודש נואר 2023 ממוצע מיטות פעילות היה 274, סה"כ אושפזו 1,903 מטופלים. בנקודות שיא מספר מיטות פעילות היה 360. בסקרי שביעות רצון עוקבים, למטופלים שאושפזו בביתם נמצאה שביעות רצון גבוהה מאוד של המטופלים שקיבלו שירות זה (93-89%) וכן העדפה לקבל שירות זה על פני אשפוז בבית חולים (82-93%). שביעות הרצון הגבוהה ביותר נצפתה בקבוצת הגיל +80 ועולה ככל שהגיל עולה. בהשוואה בין מגזר הכללי למגזר הערבי, שביעות רצון במגזר הערבי גבוהה יותר (98% מול 90%). משנת 2020 קיימת עליה מתמדת בשביעות רצון המטופלים.

מסקנות והמלצות: מפתחת השירות, הקיבולת של חלופת האשפוז גדלה מ-39 מיטות בממוצע ל-274 מיטות בממוצע, כאשר בנקודות שיא היו עד 360 מאושפזים בו זמנית. יחד עם הרחבת מספר המיטות, שביעות הרצון של מטופלים נשמרה ברמה גבוהה ולאורך 2020-2022 היה שיפור בכל המגזרים. אשפוז בית אקוטי יכול להוות נדבך חשוב במציאת של חוסר במיטות אשפוז, נותן מענה לאוכלוסייה המזדקנת ועונה על רצון המטופלים להישאר בביתם. אנו צופים שבשנים הבאות האשפוז הביתי יהיה חלק בלתי נפרד משירותי הבריאות הניתנים למטופלים.

פיתוח ותיקוף מדד שבריריות ככלי לניהול, טיפול והערכת התערבויות בקרב אזרחים ותיקים (+65) בקופת חולים מאוחדת

פביאן הרשקוביץ סיקרון¹, ישי קום², באוקט מזנגיה¹, רוני שנקר², אירית לקסר³

1. מאוחדת

2. ג'וינט - אשל

3. משרד הבריאות

רקע: העלייה בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה מציבות אתגר משמעותי והוא העלאת תוחלת הבריאות והזדקנות באיכות חיים טובה. גישה מניעתית והפעלת תוכניות התערבות לדחיקת דרדור רפואי-תפקודי בנות מדידה הן צו השעה. בהרצאה זו, נציג פיתוח ותיקוף מדד שבריריות ככלי לניהול, טיפול והערכת התערבויות בקרב ותיקים.

מטרות: פיתוח ותיקוף מדד שבריריות לוותיקים ככלי ניהולי-טיפולי במערכת הבריאות.

שיטות מחקר: המדד שפיתחנו מבוסס על ה-EFI (Electronic-Frailty-Index) האנגלי, מדד מתוקף שהוכח כמנבא אשפוז, מיסוד, ותמותה, ואומץ והותאם ע"י מדינות נוספות. חוזקו בחישוב ציון אוטומטי מתוך התיק האלקטרוני, בהתבסס על ליקויים רפואיים, תפקודיים, ופסיכו-סוציאליים במשולב. התאמת המדד במאוחדת התבצעה בהתייחס לרשימת הליקויים, המשקלות ואורך התקופה הנסרכת תוך התייעצויות עם אנשי מקצוע מכל הסקטורים. תהליך הפיתוח לווה ע"י ועדת היגוי משותפת למאוחדת, ג'וינט-אשל ומשרד הבריאות.

ממצאים: ציוני ה-EFI חולקו ל-4 רמות של שבריריות, בהתאם לגבולות שנקבעו באנגליה. התפלגות הקבוצות דומה לזו שבמקור, עם 45% איתנים (0-4 ליקויים), 39% טרום שבריריים (5-8 ליקויים), 11% שבריריים (9-13 ליקויים) ו-5% חולים (מעל 13 ליקויים). נמצא כי אחוז האיתנים נמוך יותר בחברה הערבית ובקרב אנשים במצב חברתי-כלכלי נמוך בחברה הכללית. המדד מאפשר למדוד דרדור המתבטא במעבר לרמת שבריריות נמוכה יותר, כולל תמותה. עוד נמצא כי 6.3% הידרדרו תוך שנה, כאשר שיעור הדרדור נמוך יותר בקרב איתנים וקדם-שבריריים, עולה עם הגיל, וגבוה יותר בקרב מי שאושפז במהלך השנה.

בבדיקת תוקף המדד נמצא כי שיעורי האשפוז במהלך שנה עולים מ-8% אצל איתנים ל-19%, 34% ו-48% אצל הטרם-שבריריים, שבריריים וחולים, בהתאמה. גם שיעורי הפטירה עולים בפרופורציות דומות, מ-1% ל-16%. ניתוח הישרדות שבוצע באמצעות רגרסיית קוקס מראה כי הקשר בין רמת השבריריות לשיעורי האשפוז והפטירה נשמרים גם לאחר פיקוח על גיל, מין ומגזר.

מסקנות והמלצות: המדד הוכח כתיקף ומשמש אותנו ככלי ניהולי להתאמת התערבויות בהלימה לרמת השבריריות, ככלי טיפולי להתערבויות לדחיקת הידרדרות רפואית-תפקודית, וככלי להערכת ההתערבויות אלו. אנחנו ממליצים על המשך טיוב המדד, הטמעה ושיקוף המדד במערכת המידע לצוותים המטפלים במאוחדת, וחשיבה לגבי הרחבת השימוש במערכות בריאות נוספות בישראל.

כריית מידע לקהילות בריאות מקוונות; ניתוח מאפייני אינטראקציה חברתית א-סינכרונית בשגרה וחירום

מעין נקש¹, דן בוכניק², רון קינן², אפרים מרגלית²

1. אוניברסיטת בר-אילן

2. המרכז האקדמי לב

רקע: רשתות חברתיות מקוונות ממוקדות בריאות כוללות קבוצות דיון וירטואליות המספקות מידע רפואי ו/או טיפולי. הן מגבירות את המודעות לבריאות ומעודדות התנהגויות בריאות יותר, תוך תמיכה אינפורמטיבית וחברתית.

מטרות: המחקר בוחן את מאפייני האינטראקציה החברתית הא-סינכרונית המתרחשת ב"כמוני"; הרשת החברתית הגדולה ביותר בתחום הבריאות בישראל. כחלק מכך, נסקרו הבדלי התנהגות מגדריים בשיח המתנהל בקהילות הבריאות המקוונות, וכן נבדקו תמורות מגפת הקורונה על אופי ונפחי האינטראקציה בקהילות.

שיטות מחקר: ביצענו כריית מידע מאסיבית לתכנים שנוצרו ב"כמוני" - פלטפורמה חינוכית לשיתוף מידע בנושאים בריאותיים בין מטופלים, בני משפחה ומטפלים. רשת זו מקיפה למעלה מ-40 קהילות שמנוהלות על ידי רופאים ומומחים טיפוליים. הנתונים מתייחסים ליותר מ-30,800 משתמשים ולמעלה מ-360,000 פוסטים ותגובות שפורסמו מאז שנת 2009. ניתוחי עומק כמותיים יושמו על ביג הדאטה שיצרנו.

ממצאים: תוך עשור חל גידול אקוטי של כ-600% בנפח הפרסומים בקהילות "כמוני". עם התפרצות מגפת הקורונה בשנת 2020, מזוהה עלייה של 20.36% במספר החברים החדשים שהצטרפו לרשת החברתית, וכן גידול משמעותי של 28.07% בכמות פרסומי תכנים נפשיים וקהילתיים. באופן ספציפי, האינטראקציה החברתית בקהילת "דיכאון וחרדה" הגיעה לשיאה במגפה עם עלייה משמעותית של 47.09% בנפחי הפרסומים. נמצאו הבדלים מגדריים בהתנהגות בסביבה המקוונת, כך שנשים מובילות הן בהצטרפות ל"כמוני" במצבי שגרה וחירום והן בשיח הקשור לבריאות הנפש לפני ובמהלך המגפה. נצפתה מגמת פעילות גבוהה יותר של גילאים צעירים בקהילות הבריאות המקוונות בארבע השנים האחרונות.

מסקנות והמלצות: הקורונה שינתה את האופן שבו אנשים צורכים שירותי בריאות בכלל, ושירותים העונים על צרכי בריאות הנפש בפרט. הגידול בשיח המקוון בנושאי דיכאון וחרדה עשוי להיקשר להשלכות מרחיקות הלכת של המגפה על מכלול תחומי החיים, עם מחיר נפשי כבד שלא פסח על צעירים. בהתחשב בכך שהמגפה הגבירה את המצוקה של אנשים החיים עם מצבי בריאות כרוניים, ניתן להבין את הגידול במספר האנשים המחפשים פתרון טיפולי ותמיכה רגשית בזירה הדיגיטלית. התוצאות מניחות בסיס איתן למחקר נוסף ביחס לפערים בין המינים, אוכלוסיות פגיעות במשברים, והשלכות פסיכולוגיות-ארוכות הטווח של המגפה ההרסנית.

הערכה לתוכנית החלוצ - שירות ליווי היריון אישי בטיפות חלב בנפת חיפה

כרמית סטרן¹, שירן בורד¹, בתיה מגר², אנג'לה כהן², חנה צדיק²

1. המכללה האקדמית עמק יזרעאל

2. משרד הבריאות

רקע: במסגרת סל-הבריאות נשים בהיריון שאינו בר-סיכון זכאיות למעקב היריון בטיפות-חלב של משרד הבריאות או בקופות-החולים. למעקב ההיריון הסיעודי חשיבות כפולה לאם ולעובר/ילוד בשימור וקידום הבריאות הגופנית והנפשית באמצעות אבחון, הדרכה והפנייה לטיפול. משרד הבריאות פיתח בנפת חיפה תוכנית חלוצ לליווי היריון- שירות ייחודי הניתן ע"י אחות ייעודית קבועה, המתכללת את הבדיקות והשירותים, מדריכה את האישה ההרה ותומכת בה לאורך כל ההיריון.

מטרות: לבחון את ההבדלים בהיענות להתנהגויות בריאות ובשביעות-רצון מהשירות בין משתתפות שביצעו מעקב היריון בתוכנית החלוצ (קבוצת המחקר) ובין משתתפות שביצעו מעקב במסגרת סטנדרטית (קבוצת הביקורת); ולבחון את הקשרים בין סוג המעקב לבין עמדות כלפי התנהגויות בריאות, קבלת מידע ותמיכה מקצועית במהלך ההיריון ובין דיווח על התנהגויות בריאות ושביעות-רצון.

שיטות מחקר: מחקר רטרוספקטיבי, שכלל 293 אמהות לתינוקות עד גיל שנה: 38% מקבוצת המחקר במסגרת תוכנית החלוצ ו-62% מקבוצת הביקורת. המשיבות בנות 30 בממוצע, רובן יהודיות, ילידות הארץ, כמחציתן אקדמאיות, נשואות עם כשני ילדים בממוצע, ללא הבדל בין מאפייני הקבוצות.

ממצאים: נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בנוגע לקבלת המידע והתמיכה המקצועית, שביעות הרצון וחלק מהתנהגויות הבריאות בהיריון והעמדות, לטובת המשתתפות בקבוצת המחקר. למשל, נמצא שרוב המשתתפות נענו לחיסון נגד שעלת: 95% בקרב המשתתפות בקבוצת המחקר, ו-85% בקרב האחרות, כאשר ההבדל היה מובהק. שני מודלים לתיווך נבחנו באמצעות הליך Process וגילו, כי מעקב היריון בקבוצת המחקר נמצא קשור:

1. לעמדות חיוביות יותר (Effect=0.06, SE=0.04 CI=0.01,0.15), וקבלת יותר מידע (Effect=0.18, SE=0.08 CI=0.02, 0.33), שבתורן נמצאו קשורות ליותר דיווח על התנהגויות בריאות (indirect effect=0.30, SE=0.09 CI=0.14, 0.49);
2. לקבלת יותר תמיכה (Effect=0.16, SE=0.04 CI=0.09, 0.26) ויותר מידע (Effect=0.10, SE=0.05 CI=0.01, 0.19), שבתורם נמצאו קשורים לשביעות-רצון גבוהה יותר מהשירות (indirect effect=0.25, SE=0.05 CI=0.16, 0.36).

מסקנות והמלצות: הממצאים מצביעים על הצלחתה של תוכנית החלוצ בקידום בריאותן של הנשים ההרות, בין היתר בזכות התמיכה וההדרכה הניתנות ע"י אחות קבועה. מומלץ ליישם את התוכנית בנפות נוספות, ולבחון את הממצאים בקרב מדגם רחב ומגוון יותר.

היריון ולידה בקרב נשים בזנות בישראל: קווים מנחים למתן שירותי בריאות מיטביים

ליאור בירגר¹, יעל בנימיני¹, עינת פלד¹, יעל גור², זהר סהר²

1. אוניברסיטת תל אביב

2. משרד הבריאות

רקע: נשים בזנות בישראל מתמודדות עם חסמים בצריכת שירותי בריאות בכלל ושירותי בריאות בתחומי ההיריון והלידה (שבה"ל) בפרט, למרות שרובן הרו וילדו. אין בישראל קווים מנחים למתן שבה"ל לנשים בזנות.

מטרות:

1. להבין את התנסותן של נשים בזנות בישראל בהיריון ולידה;
2. למפות גורמים מעכבים ומקדמים קבלת סיוע רפואי הולם במצבי היריון ולידה;
3. לפתח מודל אמפירי מעוגן בנתונים הכולל קווים מנחים למתן שבה"ל מיטביים לנשים בזנות בישראל.

שיטות מחקר: מחקר איכותני מעוגן בנתונים. נערכו 48 ראיונות עומק חצי-מובנים עם 15 עובדות במוסדות רווחה המסייעים לנשים בזנות, 20 עובדות במוסדות בריאות המספקים מענה סביב היריון ולידה ו-13 נשים בזנות בהווה או בעבר. נשות המקצוע כללו עובדות סוציאליות, רופאות, אחיות, דולות וכן פעילות בארגונים ייעודיים לנשים בזנות/תעשיית המין. צוות החוקרות כלל חוקרות מהאקדמיה, נשות מקצוע מארגונים המסייעים לנשים בזנות וכן מומחית מניסיון חיים.

ממצאים: מערכת מורכבת של גורמים מעכבים ומקדמים מעצבת מתן שבה"ל לנשים בזנות: אלו ממוקמים ברמה החברתית, כמו סטיגמה, במערכות הבריאות והרווחה, ברמה הבין-אישית וכן ברמת האישה. נמצא כי סטיגמה כלפי נשים בזנות מהווה חסם מרכזי ורב ממדי: סטיגמה ברמה החברתית משליכה על יחסם של נותני. שירותים כלפי נשים בזנות, על טיב הטיפול המוענק להן, על אופי הקשר של נותני השירות עם האישה, וכן על בחירת האישה האם וכיצד להיעזר בשבה"ל. יחד עם זאת, גורמים מקדמים כגון הטמעה של קווים מנחים לטיפול מיוחד-טראומה בחלק מן השירותים וכן שיתופי פעולה בין מערכת הבריאות לבין ארגוני סיוע ייעודיים לנשים בזנות, קידמו מתן שירותים עבור חלק מהנשים.

מסקנות והמלצות: ההמלצות העיקריות ממוקדות בנושאים הבאים:

1. לשלב נשים בזנות בתכנון ובמתן שירותי בריאות;
2. לפעול לשיפור והנגשת שירותים קיימים לאוכלוסייה הכוללת, זאת לצד פיתוח ושיפור מענים ייחודיים לנשים בזנות;
3. לאמץ פרוטוקולים של טיפול מיוחד-טראומה, כולל העזרות בתוכניות לידה ובחדרי לידה מיוחד-טראומה, תוך התייחסות לצרכים ייחודיים של נשים בזנות;
4. להכשיר צוותים רפואיים להפחתת סטיגמה.

התוכנית הלאומית למיגור הפטיטיס סי בישראל

יובל דאדון, יוסף (ספי) מנדלוביץ'

משרד הבריאות

רקע: התוכנית הלאומית למיגור הפטיטיס C בישראל, אשר הושקה בפברואר 2021 היא חלק מהאסטרטגיה הגלובלית של ארגון הבריאות העולמי להביא למיגור המחלה עד 2030. למערכת הבריאות של מדינת ישראל ישנם את כל האלמנטים הדרושים לצורך הצלחת תוכנית מיגור ברמה הלאומית, ולהביא לכך ששכיחות נשאות המחלה כיום, הנעה בין 0.19% ועד 6.5%, תצומצם באופן דרסטי. כפועל יוצא, תוכנית לאומית, זו צפויה להביא למניעה שניונית בטווח הארוך של תוצאים קליניים שליליים (כגון: אי ספיקה או סרטן כבדי), הנגזרים ממחלה זו, ממנה ניתן כיום להבריא באמצעות טיפולים אפקטיביים, הממומנים באופן מלא בסל התרופות.

מטרות: סקירה של מדיניות התוכנית למיגור המחלה, על מגוון מרכיביה, כולל: הרציונל האסטרטגי בבסיס הגדרת קבוצות הסיכון, איתור ואפיון חסמים, סקירת האמצעים לניטור ברמה הלאומית, נוכח היעדר משאבים ואתגרים שונים, וכן- אסטרטגיות העלאת מודעות והיענות וטקטיקות להסרת חסמים, במקביל לסקירה של תוצאי התוכנית בתום שנתיים להשקתה.

שיטות מחקר: שיעור ביצוע בדיקות הסקר בקרב קבוצות הסיכון בקופות החולים השונות, לאחר ביצוע איתור אקטיבי והגדרה של קבוצות הסיכון, במקביל לאנליזת שכיחות נשאות המחלה, שיעור הוירמיה, וניתוח מאפייני הבסיס, ברמה הארצית ותוך השוואת נתוני מבטחי קופות החולים השונות.

ממצאים: במסגרת תוכנית הסקר הלאומית אותרו 910,292 מבטחים בקופות החולים בישראל, מתוכם 26,004 אשר עלו לישראל בשנת 2022 בגל העלייה האחרון.

נכון להיום, בתום שנתיים מהשקת התוכנית הלאומית, ל-61.8% (562,897 אנשים) מתוך קבוצת הסיכון שאותרה, כבר בוצעה בדיקת סקר סרולוגית לאיתור חשיפה בעבר לנגיף ה-HCV. שיעור החיוביים סרולוגית נע בין 1.3% ל-3.8%. שכיחות הוירמיה בקרב החשודים לנשאות למחלה, בעת בדיקת הסקר עומד על כ-46.4%; מעל לחצי מהנחשפים בעבר לנגיף הדגימו החלמה ספונטנית.

מסקנות והמלצות: ממצאים ראשוניים העולים מנתוני ניטור התוכנית מדגימים שיעורי החלמה ספונטניים גבוהים יותר מהמידע הקיים בספרות. ייתכן כי המהלך הטבעי של המחלה שונה מהתפיסה המקובלת ונדרשת הערכה מחדש לגבי הימצאות המחלה בישראל. לאור כך, ובשל התוכנית אשר נתפרה למידותיה של תשתיות מערכת הבריאות בישראל, התוכנית הלאומית למיגור הפטיטיס C מתקדמת כמתוכנן. מדינת ישראל נמצאת במסלול הנכון לעמידה ביעדי ארגון הבריאות העולמי.

משמרות בבתי חולים: השפעה מתמשכת של משמרות ארוכות אצל מתמחים ברפואה והשפעה של משמרות קבועות או מתחלפות של אחים ואחיות

טובה רוזנבלום¹, דני חזן², וסים ג'יריס³

1. אוניברסיטת בר אילן

2. בית חולים וולפסון

3. בית חולים רמב"ם

רקע: עבודה במשמרות ידועה בספרות כבעייתית עבור העובד מבחינות רבות. העבודות הבאות עוסקות בנושא משמרות של צוותי רפואה והשלכותיהן על המטפלים.

מטרות: מטרת עבודה אחת (עבודה א') הייתה לבדוק השלכות מתמשכות של תורנות ארוכה של מתמחים ברפואה על בריאות המתמחה, פגיעה בעבודה ופגיעה בבריאות בדרכים. מטרת העבודה השנייה (עבודה ב') הייתה לבדוק היבטים של בטיחות בעבודה, ביצועי עבודה, תאונות ומחלות נלוות של אחים ואחיות שעובדים במשמרות קבועות לעומת מתחלפות.

שיטות מחקר: עבודה א' התבססה על מבחנים קוגניטיביים ושאלוני עייפות, שאלונים דמוגרפיים, שאלוני טיב השינה וטיב הנהיגה. המבחנים הועברו למתמחים בחמש נקודות זמן: לפני המשמרות, מיד אחרי המשמרת, יום אחרי המשמרת, יומיים אחרי המשמרת ושלושה ימים אחרי המשמרת.

עבודה ב' התבססה על שאלון דמוגרפי (כולל שאלון עם שאלות הקשורות במשתני המחקר), שאלון שינה PSQI, שאלון למדידת עייפות SOFI, שאלון אוטונומיה במקום עבודה ושאלון קונפליקט עבודה משפחה.

ממצאים: ממצאים חלקיים: בעבודה א' נמצא כי רוב המשתתפים דיווחו על ישנוניות במהלך היום, כפי הנראה כתוצאה מהפרעות שינה ונתקבלו ביצועים קוגניטיביים נמוכים יותר בעיקר ביום שלפני התורנות הארוכה, כנראה בגלל המתח. כמו כן הם דיווחו על הרגשה שביצועיהם והחלטותיהם היו גרועות. התוצאות המרשימות ביותר היו התנהגות מסכנת חיים כנהגים: היה שיעור גבוה יותר של החלקות, אגרסיביות, עברות וטעויות בזמן נהיגה ביום הראשון לאחר התורנות.

באופן מפתיע, מצאנו ליקויים לא מיד לאחר המשמרת הארוכה אלא בימים שלאחר מכן. בעבודה ב' נמצא כי עובדי משמרות מתחלפות עושים פי שלושה יותר טעויות מאלה שעובדים במשמרות קבועות, בסיכון גבוה פי שניים לתאונות במהלך עבודה, ובסיכון גדול פי 2.46 לתאונות דרכים מזה של עובדי משמרות קבועות.

מסקנות והמלצות: שתי העבודות מעידות על הבעייתיות הקיימת לגבי משמרות. משמרות ארוכות קשורות למתח, שינה לא איכותית, ישנוניות ולנהיגה לא בטיחותית לא רק מיד אחרי המשמרת אלא גם לפני ועד שלושה ימים אחריה. משמרות קבועות מזיקות הרבה פחות הן לצוות הסיעודי והן למטופלים.

עד אשר ישתנו הסדרי המשמרות הארוכות למתמחים חשוב להעלות למודעות שהן מזיקות לא רק בטווח הקצר אלא גם עד שלושה ימים אחרי סיום המשמרת.

לגבי סוג המשמרות של עובדי סיעוד חשוב לתעדף משמרות קבועות ככל הניתן במערכת הבריאות, ולאפשר רמת אוטונומיה גבוהה יותר לצוותים.

קיצור תורנויות של רופאים בתקופת ההתמחות: סקירה שיטתית מקיפה

ורד דייטש, לאונרד ליבוביץ', איתמר פורן

בית חולים בילינסון

רקע: סוגיית קיצור משך התורנות של רופאים מתמחים נמצאת על סדר היום כבר שנים רבות. בשלושת העשורים האחרונים, חלה מגמה של קיצור תורנויות עבור מתמחים ברחבי העולם. בישראל, משך תורנות עומד על 26 שעות. במרץ 2022 משרד הבריאות פרסם דוח בסוגיית קיצור תורנויות עם מתווה במתכונת של 16 שעות עבודה + שעתיים לצורך העברת משמרת. יישומו צפוי עד סוף שנת 2025.

בעוד שמטרת השינויים הללו היא לשפר את תנאי העבודה של המתמחים והעלאת בטיחותם הן של המתמחים והן של המטופלים, בקהילה הרפואית הועלו חששות לגבי השפעות פוטנציאליות כגון ירידה באיכות ההתמחות ופגיעה בהמשכיות הטיפול. כיום, חסרים נתונים מקיפים ועדכניים על התערבויות לקיצור משמרות של רופאים במהלך ההתמחותם.

מטרות: לסקור בצורה שיטתית אילו מחקרים נעשו לבחינת התערבויות לקיצור תורנויות של רופאים מתמחים.

שיטות מחקר: סקירה שיטתית של מחקרים הבוחנים התערבויות לקיצור תורנויות של רופאים-מתמחים, לעומת אי-קיצור תורנויות, ללא הגבלת שפה או תקופה. קריטריונים להכללה: Cluster-randomized clinical trials (CRTs), מחקרים אקראיים מבוקרים (RCTs), ומחקרים תצפיתיים השוואתיים.

ממצאים: מתוך 7,603 מאמרים שנבחנו, נכללו 139 מחקרים. מתוכם, 11 היו RCTs או CRTs. מרבית המחקרים השוו מאפיינים ותוצאים לפני ואחרי שלושה שינויי מדיניות עיקריים: 78 מחקרים בחנו שינויי מדיניות שנעשה בשנת 2003 בארה"ב לפיו שעות העבודה הרצופות מוגבלות ל-24 שעות + 6 שעות להעברת הטיפול ולמידה; 31 מחקרים בחנו שינויי מדיניות נוסף בארה"ב בשנת 2011 לפיו תורנויות מוגבלות ל-16 שעות; 17 מחקרים בחנו שינויי מדיניות שנעשה בשנת 1993 באירופה, אשר קבע שבוע עבודה מקסימלי של 48 שעות ותקופות מנוחה. מרבית התוצאים עסקו באיכות ההתמחות (35%), איכות הטיפול ובטיחות המטופלים (32%). 15 מחקרים בלבד עסקו בבטיחות המתמחים.

מסקנות והמלצות: הסקירה מצאה מספר מצומצם של RCTs או CRTs שבדקו התערבויות לקיצור משמרות של רופאים מתמחים. מרבית המחקרים בחנו תוצאים הקשורים לאיכות ההתמחות, איכות הטיפול ובטיחות המטופלים. מעטים המחקרים שעסקו בבטיחות המתמחים.

מערכת הבריאות בישראל ייחודית. לקראת יישום מתווה קיצור התורנויות, יש צורך במחקרים קפדניים יותר, כגון stepped wedge cluster randomized trial, על מנת לבחון את תוצאי המטופלים, רווחתם ובטיחותם של המתמחים, ואיכות ההתמחותם.

חשיפה של סטודנטים לרפואה להפרות מקצוענות בשנים הקליניות: בין זעזוע לאדישות

דניאל כהן¹, אורית קרניאלי-מילר², גלית נויפלד קרושינסקי²

1. המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

2. אוניברסיטת תל אביב

רקע: סטודנטים לרפואה נחשפים לאירועי הפרות מקצוענות מצד רופאים בקליניקה. מדובר במגוון התנהגויות כגון יחס לא מכבד/משפיל כלפי מטופלים ו/או סטודנטים. לא מספיק ידוע כיצד סטודנטים בישראל חווים את החשיפה הזו ומתמודדים עמה.

מטרות:

1. הכרת צורות הפרשנות של סטודנטים לאירועי הפרות מקצוענות אליהם הם נחשפים;
2. הבנת החוויה הרגשית שלהם בעקבות החשיפה;
3. זיהוי מניעיהם בבחירת תגובה לאירועים אלו.

שיטות מחקר: ראיונות עומק חצי מובנים עם 15 סטודנטים לרפואה באוניברסיטת תל אביב. ניתוח נתונים בשיטת היטמעות/התגבשות. כסטודנטית לרפואה בעצמה, ראינה החוקרת הראשית סטודנטים אותם היא מכירה אודות חוויות שעברה בעצמה במקביל. ההכרות הקרובה תרמה מחד להבנה בסיסית, אמון ועומק, ומאידך הייתה לעתים מבלבלת והצריכה את החוקרת להתמודד עם תפישותיה ורגשותיה, השונים מאלו של חלק מהמראיינים. המפגש עם תפישות עולם ובחירות מוסריות שונות הגדיל את האתגר בהתבוננות בלתי שיפוטית.

ממצאים: הסטודנטים ממוקמים על רצף בהתייחס לפרשנות ולתגובה לאירועי הפרות מקצוענות. בקצה האחד סטודנטים שערנותם גבוהה, החווים מצוקה במצבים אלו ונוטים לפרשנות חמורה ולניסיון להגיב כדי לייצר שינוי. בקצה הנגדי סטודנטים שתשומת לבם לרוב אינה נתונה לזיהוי הפרות ערכיות והם יותר ממוקדים בהוראה וביחס כלפיהם. אלו נוטים לפרשנות סלחנית ולאדישות, עם נטייה שלא להגיב גם כשהם מזהים הפרה. בין הקצוות ממוקמים סטודנטים בעמדה אמביוולנטית: הם מזהים הפרות, אך נעים בין פרשנות מחמירה לבין הקטנת חומרת ההתנהגות וכן בין הזדהות רגשית עם המטופלים לבין חיפוש הסברים וצידוקים להתנהגות הרופא/ה. אלו מתלבטים אם ואיך להגיב ונטייתם היא שלא להגיב.

מסקנות והמלצות: האדישות הנצפית כבר בשלב הסטודנטיאלי היא מדאיגה, כי היא מסמלת קבלה מוחלטת של התנהגויות גם אם הן מפרות את ערכי המקצוענות הנלמדים באוניברסיטה. החוויה המתוארת, שמשאירה סטודנטים ברמות שונות של אי נוחות או מצוקה מול התנהגות בכירים ויחד עם זה בתחושה של חוסר יכולת לשנות את המציאות, כמו גם זו המדגימה התפתחות מהירה של אדישות - מחייבת התערבויות חינוכיות. ההתערבויות לא יכולות להסתפק בפיתוח יכולת הזיהוי של האירועים אלא גם בפיתוח היכולות לפעול לשינוי ולחזק זהות מקצועית ערכית שפועלת לשמירת ערכיה.

חויית ההתמחות מנקודת המבט של הרופא המתמחה: ממצאי סקר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל

ברוך לוי, דנה פישביין, טלי ריין-אלוני, מלכה בורן, לאה ופנר

ההסתדרות הרפואית בישראל

רקע: ההתמחות היא חלק משמעותי במסלול החינוך וההכשרה של הרופא לקראת הפיכתו למומחה במקצוע רפואי מסוים. ההתמחות נחשבת לשלב מאתגר במיוחד ברמה האישית והמקצועית. היא נמשכת מספר שנים ובמהלכה נדרשים המתמחים לעבוד שעות ארוכות, ולעמוד בדרישות מקצועיות גבוהות. על כן חשוב להבין כיצד חווה המתמחה את שלב ההתמחות.

סקר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל עוסק בחויית ההתמחות מנקודת מבטו הסובייקטיבית של המתמחה, ובכך הוא מהווה כלי נוסף להערכת תוכניות ההתמחות, להפקת לקחים ולשיפור איכות ההכשרה הרפואית.

מטרות: ללמוד על עמדות ותפיסות רופאים מתמחים כלפי תוכנית התמחותם בחמשת התחומים הבאים: תוכנית ההתמחות ועמידה בתכנים; תהליכי למידה בהתמחות; ההוראה במחלקה; עמידה בסילבוס הניתוחים למתמחים במקצועות הכירורגיים; העשרה ופעילות הוראתית במחלקה.

שיטות מחקר: סקר אינטרנטי בקרב נבחנים בבחינות ההתמחות. מועד ביצוע הסקר: החל מינואר 2018 ועד מרץ 2022. מספר המשיבים היה 7,757 (שיעור היענות: 53%), מהם 58% גברים ו-54% בוגרי בתי ספר לרפואה בחו"ל. הסקר מייצג את משקלם היחסי של מקצועות הרפואה ומוסדות הבריאות תוך תיקון התוצאות במקרים בהם קבוצות מסוימות נמצאו בתת ייצוג או בייצוג יתר.

ממצאים: כ-82% מהנשאלים סבורים כי תוכנית ההתמחות תואמת לסילבוס ההתמחות, וכ-52% סבורים כי רמת ההוראה בשעות עבודת הבוקר במחלקה היא גבוהה. 85% מעריכים כי נכונותם של רופאים במחלקה ללמד היא גבוהה או גבוהה מאוד. איכות ההוראה, כפי שהיא נתפסת על ידי המתמחים, היא הגבוהה ביותר בשנת ההתמחות הראשונה ומאז הולכת ופוחתת בהדרגה על פני שנות ההתמחות. בוגרי חו"ל ומתמחים בפריפריה תופסים את איכות ההוראה כנמוכה יותר בהשוואה לבוגרי הארץ ומתמחים במרכז. פערים באיכות ההוראה הנתפסת קיימים בין מחלקות ומוסדות בריאות.

מסקנות והמלצות: תוצאות הסקר משקפות שביעות רצון יחסית מהרמה הכללית של תוכניות ההתמחות. עם זאת, מהסקר עולים פערים בין קבוצות מתמחים, מחלקות ומוסדות באשר לאיכות ההוראה הנתפסת. קובעי מדיניות ומקבלי החלטות במערכת הבריאות עשויים להסתייע בממצאים אלה להבנת הסיבות לפערים ולמציאת פתרונות מתאימים.

שיקום רפואי בגליל - בחינת זמינות השירות עבור אנשים מצפון הארץ לאחר אירוע רפואי אקוטי

כתרין ג'ובראן, הדס אופק, מוחמד ח'טיב

המכללה האקדמית צפת

רקע: אירועים רפואיים כגון שבר כתוצאה מנפילה או שבץ מוחי עלולים להשפיע על המצב התפקודי ולהוביל לנכות כרונית. שיקום רב מקצועי נועד להחזרת האדם לתיפקוד מירבי. ידוע על פער באחוזי ההפניה לשיקום רפואי בכלל ולשיקום אשפוזי בפועל בין מרכז הארץ לפריפריה הצפונית. עם זאת, לא קיים מחקר הבוחן את המצב בפריפריה הצפונית כיום.

מטרות: בדיקת כמות ודפוס ההפניה לשיקום רפואי בשחרור מאשפוז אקוטי מבתי החולים בגליל המזרחי ואם קיים פער בין ההמלצה לשיקום אשפוזי לבין קבלתו בפועל. בחינת אינטנסיביות הטיפול הפיזיותרפי שמתקבל במסגרות השיקום השונות.

שיטות מחקר: במהלך חודש נובמבר 2022 בוצעו ראיונות פנים אל פנים לפני השחרור מהאשפוז האקוטי וראיון טלפוני 3 שבועות לאחר השחרור עם מאושפדים במרכזים הרפואיים פדה-פוריה וזיו, אשר הופנו לשיקום רפואי.

ממצאים: תשעים מאושפדים (52.2% גברים, גיל 68.4 ± 17.3) הופנו לשיקום רפואי בשחרורם: 61.1% לשיקום באשפוז, 28.9% לשיקום ביתי, 5.6% לשיקום באשפוז יום ו-4.4% לשיקום במכונים. כעבור 3 שבועות 69 היו זמינים לראיון מעקב. 38 מהם קיבלו בשחרור הפניה לשיקום אשפוזי ומתוכם 55.3% קיבלו שיקום אשפוזי, 34.2% קיבלו שיקום ביתי ו-10.5% לא קיבלו שיקום. 3 שבועות לאחר השחרור תדירות הטיפול הפיזיותרפי השבועי במסגרות השונות הייתה: בשיקום האשפוזי 47.4% קיבלו 5 טיפולים, 2.6%, 3 או 4 טיפולים, 15.8%, 2 טיפולים, 10.5% טיפול אחד ו-21.1% אף טיפול. בשיקום הביתי 8.7% קיבלו 4 טיפולים, 21.7% קיבלו 3 או 2 טיפולים, 13% קיבלו טיפול אחד ו-34.8% לא קיבלו טיפול פיזיותרפי כלל. במכונים 50% קיבלו טיפול אחד ו-50% קיבלו 2 טיפולים. באשפוז יום 25% לא קיבלו טיפול כלל, 25% קיבלו טיפול אחד ו-50% קיבלו 2 טיפולים.

מסקנות והמלצות: קיים פער בין ההמלצות בשחרור מאשפוז אקוטי לבין קבלת שיקום בפועל ותדירות הטיפול הפיזיותרפי, כמאפיין של הטיפול הרב המקצועי המתקבל, הינה בשונות גבוהה בין המסגרות השונות. יש צורך בפיקוח אחר ביצוע ההמלצות הניתנות בשחרור מהאשפוז האקוטי. בהמשך, נערוך השוואה למתקיים במרכז הארץ וכן מעקב אחרי דפוס השתנות השירות עם הקמת מרכז שיקום לצפון.

הערכת ידע, תפיסות ומסוגלות עצמית של עובדים סוציאליים בישראל בנושא אוטיזם

יעל קרני-ויזל¹, אסנת עטון-עיני², איילת בן-ששון²

1. אוניברסיטת בר-אילן

2. אוניברסיטת חיפה

רקע: איתור מוקדם של אוטיזם הינו שלב הכרחי להתנעת תהליכי התערבות טיפולית מותאמת וזאת במטרה לשפר את תוצאות התפתחותיות של הילד ואת איכות חיי משפחתו. על מנת לאבחן ולטפל בילדים עם אוטיזם נדרשת מעורבות של צוות בקיא ומיומן בתחום. מקצוע העבודה סוציאלית הוא בעל עמדה ייחודית בתחום האוטיזם בשל מעורבותו בטיפול ובתמיכה רגשית בילד ובמשפחתו, בעיקר בקרב אוכלוסיות מוחלשות. מטרת המחקר הנוכחי הינה להעריך ידע עובדים סוציאליים בטיפול באוטיזם ואת תרומתם של משתנים אישיים, תעסוקתיים ומשפחתיים הידע למסוגלות עצמית קלינית.

מטרות: מטרת המחקר הנוכחי הינה להעריך ידע עובדים סוציאליים בטיפול באוטיזם ואת תרומתם של משתנים אישיים, תעסוקתיים ומשפחתיים הידע למסוגלות עצמית קלינית.

שיטות מחקר: המדגם כלל 229 עובדים סוציאליים (94.8% נשים) 76.9% בעלי תואר שני ומעלה, שנות ניסיון 69% (M=13.9, SD=8.59) עובדות במסגרות הכוללות צוותים רב מקצועיים (Multidisciplinary services), ו-31% במסגרות רווחה (Welfare services) בהן מועסקים עובדים סוציאליים ברובם/בלבד. המשתתפים השיבו על שאלון תקף ומהימן (Atun-Einy & Ben-Sasson, 2018) שהותאם לתחום העבודה הסוציאלית ומולא באופן מקוון.

ממצאים: ככלל, עובדים סוציאליים הציגו רמת ידע סבירה לגבי אטיולוגיה של אוטיזם והתערבויות מתאימות ואחוז נמוך של חוסר ידע בתחום. פערי ידע בלטו בתחלואה נלווית ובגורמי סיכון לאוטיזם. עבודה במסגרות רב מקצועיות נמצאו קשורות לרמת ידע גבוהה יותר באפיונים התנהגותיים נדרשים לאבחנה, בסימנים מוקדמים ושיעור פחות של פריטים עליהם הצהירו שאין להם ידע לגביהם, בהשוואה לעובדים סוציאליים במסגרות רווחה. נמצא כי מאפיינים תעסוקתיים הכוללים השתלמויות באוטיזם, ניסיון בעבודה, השכלה ועבודה במסגרות רב מקצועיות, בנוסף לידע קליני ולמיעוט חוסר ידע בתחום ניבאו 47.1% מהשונות במידת המסוגלות העצמית.

מסקנות והמלצות: לעובדים סוציאליים רמת ידע מספקת יחד בצד פערי ידע בתחומי התחלואה הנלווית וגורמי סיכון. פערי הידע שזוהו בתחום יהוו בסיס לתכנון הכשרה מתאימה. ממצאי המחקר מחדדים את חשיבות השתלבותם של עובדים סוציאליים בצוותים רב מקצועיים כחלק מהכשרתם בתחום האיתור והטיפול באוטיזם. שילוב התנסות בצוות רב מקצועי ורכישת ידע קליני באמצעות לימודי המשך מאפשרים בניית תחושת מסוגלות בטיפול ובתמיכה בילדים עם אוטיזם ומשפחותיהם.

אתגרים והזדמנויות בעבודה של רופאי הילדים בקהילה

חוה גדסי^{1,2}, רוני ברגר רענן¹, מרי רודולף³, דפנה עידן פרוסק⁴, שולמית פינצ'ובר¹

1. עמותת גושן
2. קופת חולים לאומית
3. אוניברסיטת בר אילן (אמריטוס)
4. מכבי שירותי בריאות

רקע: שירותי הבריאות בקהילה שונים באופן מהותי משירותי הבריאות בבתי החולים, ונושאים בחובם אתגרים והזדמנויות אחרות. כך, תפקידו של רופא הילדים בקהילה כולל בין היתר מיומנות קלינית ייחודית, ניהול מחלות כרוניות, טיפול בקשיים פסיכוסוציאליים, ועבודה מתמשכת עם הורים.

מטרות: באמצעות תיאורית ההגדרה העצמית (self-determination theory), נבחנו האתגרים וההזדמנויות המניעים את הרופאים בקהילה לפעולה לאור אתגרים ייחודיים אלו.

שיטות מחקר: המחקר הינו מחקר משולב שכלל סקר רחב בקרב 137 רופאי ילדים בקהילה ו-11 ראיונות עומק חצי מובנים עם רופאי ילדים בקהילה. ממצאי הסקר נותחו בניית תיאורי וממצאי הראיונות נותחו בניית איכותני תמטי.

ממצאים: מהסקר עולה כי לרופאי הילדים בקהילה ידע מוגבל בנושאים פסיכו-סוציאליים, הם חסרים קשרי עבודה עם אנשי מקצוע רפואיים או אחרים; ורק לעתים רחוקות עוסקים בשירותים קהילתיים אחרים. בהתאם לתאוריית ההגדרה העצמית, ממצאי הראיונות מצביעים על שלוש תמות מרכזיות המתייחסות לאתגרים ולהזדמנויות בעבודה בקהילה:

1. אוטונומיה - תחושת אוטונומיה בעבודה מניעה לפעולה. רבים מהמשתתפים ציינו כי כשאין להם אוטונומיה לעבודה הקהילתית, הם מרגישים חסרי אונים, וכשהם מצליחים לייצר אוטונומיה, הם מצליחים לפעול.
2. תחושת הכשירות - המשתתפים דיווחו כי חסר להם ידע בנושאים איתם עליהם להתמודד בקהילה, וחסרות להם הזדמנויות ללמידה.
3. תחושת שייכות - רופאי ילדים רבים בקהילה עובדים במנותק מהקהילה המקצועית, אנשי מקצוע אחרים והקהילה המקומית. הניתוק יוצר תחושת ריחוק ומפחית את המוטיבציה. בנוסף, חלקם מרגישים שהמקצוע שלהם מוערך פחות ממקצועות הרפואה בבית החולים, ומתביישים להיות משויכים אליו.

מסקנות והמלצות: המחקר הנוכחי שופך אור על האתגרים וההזדמנויות המניעים את רופאי ילדים הפועלים בקהילה, וממצאים רלוונטיים גם למקצועות קהילתיים נוספים. המשך חינוך רפואי, מתן מסגרת תומכת ובניית קהילה מקצועית, הקצאת משאבים, יותר זמן עם מטופלים והזדמנויות להתפתחות מקצועית יסייעו לרופאי ילדים שעובדים בקהילה להתגבר על חלק מהאתגרים הללו. ממצאי המחקר מחזקים את הצורך בשינוי מדיניות בתחום רפואת הילדים בקהילה עם תוכנית לימודים ספציפית להכשרה קהילתית, מתן משאבים נוספים ותמיכה מתמשכת לרופאי ילדים. שינויים אלו יתרמו להעלאת המוטיבציה של רופאי ילדים בקהילה, ויתרמו למשיכת רופאי ילדים חדשים לעבודה בקהילה.

פיתוח והערכת התערבויות לקידום מקצוענות וחוסן בכירורגיה: אתגרים והזדמנויות

אורית קרניאלי-מילר¹, גיא להט², מעיין גוטגלד-דרור¹, קרן מייקל³, נתנאל לאור⁴

1. אוניברסיטת תל-אביב
2. המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי - איכילוב
3. המכללה האקדמית עמק יזרעאל
4. מרכז "חוסן" ע"ש כהן-האריס מבית 'אותי' (לשעבר העמותה לילדים בסיכון)

רקע: מקצוענות, הכוללת אחריות, כבוד, אכפתיות ועבודת צוות, מהווה מיומנות ליבה ברפואה. סביבת העבודה הכירורגית מתאפיינת לעיתים בהפרת מקצוענות, שעלולה להתבטא בהתנהגות פוגענית כלפי מטופלים, סטודנטים ועמיתים. חשיפה לתרבות המאפשרת הפרות מקצוענות גוררת היעדרויות, שחיקה, ירידה באמפתיה ובשביעות רצון של מטופלים.

מטרות: פיתוח והערכת של התערבויות קבוצתיות לקידום מקצוענות ולפיתוח חוסן בכירורגיה.

שיטות מחקר: התערבות 'מקצוענות': מבוססת על חקירה מעריכה והוראת כשירויות תקשורת. התערבות 'חוסן': מבוססת על עולם הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי. בוצעה הערכת אורך איכותנית (תצפיות וראיונות) בשילוב מערך כמותי ניסויי "לפני-אחרי" (שאלונים לדיווח-עצמי לצוות ולמטופלים/לבני משפחתם) (N=391). ניתוח איכותני בשיטת "תיאוריה מעוגנת בנתונים". ניתוח כמותי ב-SPSS (פירסון, גרסיות, Sobel ו-t).

ממצאים: באיכותני - לפני ההתערבות נמצאו פערים בין דוריים בהגדרת מקצוענות, כשמתמחים, סטודנטים ומטופלים זיהו חסר בהתנהלות בגישת "המטופל במרכז". הרופאים תיארו "אווירה נוקשה", "סגנון תקשורת אלים", חסר במשוב בונה ותסכול בהיעדר איזון עומס העבודה. לאור ההערכת האיכותנית, התערבות ה'מקצוענות' שונתה והתמקדה בהיכרות בין אישית וביצירת מרחב בטוח לעיבוד רגשי של חוויות הכירורג. ההתערבות הובילה "להפגת הבדידות", לשימת "הכירורג במרכז", ל"תרבות דיון נורמלית", לפיתוח מודעות לתפקידים ותשומת לב למתן משוב בונה למתמחים. בהתערבות 'חוסן' נחוה קושי לשתף בנושאים אישיים ורגשיים, לאור חוסר אמון וביטחון בתהליך. המשתתפים התקשו "להתחבר לשפה הפסיכולוגית" ומעטים אימצו כלים להפחתת לחצים ולמניעת שחיקה. בכמותי - נמצאו קשרים ישירים בין תרבות מקצוענית להתנהגות מקצוענית מחלקתית; וקשר עקיף בין התרבות להתנהגות האישית, המתווך באמצעות שחיקה (דה-פרסונליזציה). בתום ההתערבויות, עלתה המקצוענות.

מסקנות והמלצות: בהתערבות בה התקיים תהליך מקדים ומעמיק של בניית אמון, התאפשר עיבוד רגשי של חוויות הכירורג ופתיחות לדיון ולביקורת מקצועית בונה. תהליך זה שם את "הכירורג במרכז" ואת מערכות היחסים שלו עם הסביבה. כחלק מהתהליך, גברה המודעות להתנהלות המקצוענית והנכונות לשפרה. חינוך למקצוענות ברפואה חייב לעבור דרך טיפול במערכות היחסים בין אנשי המקצוע. כשרואים את צרכיהם, כשמאפשרים להם לדבר על הקשיים והאתגרים, כשמכירים בהם, בקולם ובתרומתם, ניתן לחבור לכוחותיהם, לערכיהם, ולגייסם לשינוי חיובי משמעותי. ההתערבות והמחקר נתמכו על ידי קרן ליאון צ'רני והמכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות.

צמיחתה של מנהיגות מקומית בבריאות בחברה הבדואית בנגב

קרן דופלט¹, עינת קריספל²

1. אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

2. המרכז הרפואי האוניברסיטאי "סורוקה"

רקע: החברה הבדואית בישראל מוגדרת כחברה במעבר ונמנית עם האוכלוסיות העניות בישראל. שאלת המנהיגות בבריאות בחברה הבדואית מהווה אתגר באופנים השונים של שילוב מרכיבי זהות תרבותית תוך אינטראקציה מול החברה הבדואית, מערכת הבריאות והמדינה.

מטרות: לבחון כיצד תופסים רופאים ורופאות בדואים את תפקידם כמנהיגי בריאות בקהילה, מהם הגורמים המניעים והחסמים לפעילותם.

שיטות מחקר: מחקר איכותני, המבוסס על ראיונות עומק מובנים למחצה עם 15 רופאים ורופאות מהחברה הבדואית בנגב. הראיונות נותחו בשיטת ניתוח תמות על פי המודל הסוציו-אקולוגי.

ממצאים: המרואיינים הדגישו את תפיסת יוקרת תפקיד הרופא ומנהיגותו בחברה הבדואית וכתוצאה מכך העלאת הדימוי העצמי שלהם ויכולת השפעה על הקהילה. התנדבות בגיל צעיר, חינוך וערכים מהבית מעודדים התנדבות ופיתוח מנהיגות בגיל מאוחר יותר. חוויות ברובד האישי והמקצועי, אי-השוויון והפערים בבריאות נמצאו כגורמים מעודדים להובלת תוכניות לקידום בריאות בקהילה. המרואיינים ציינו את המגמות המתפתחות של חוסר אמון כללי בממשל ומוסדותיו המהווה תשתית לחוסר אמון במערכת הבריאות. חסמים למימוש מנהיגות שהוצגו היו היעדר זמן ועומס בעבודה. המרואיינים דיווחו כי מצב הסוציו-אקונומי, רמת החיים, העדר תשתיות, חינוך והשכלה משפיעים על תוצאי הבריאות ועל שיתוף הפעולה. צורת ההתיישבות וההנהגה השבטית דווחו כחסם מאחר והם מכתיבים את הנורמות, המנהגים, ודרך קבלת ההחלטות הבריאותיות. בנוסף, ציינו המרואיינים את החסמים המגדריים הן מבחינת בריאות האישה והילוד והן מבחינת התפתחות אישית והשכלה. מבחינת המדיניות - היעדר פעילות מספקת לקידום בריאות והקצאת תקציבים ומשאבים צוין גם כן כחסם.

מסקנות והמלצות: השקעה במנהיגות בבריאות בחברה הבדואית יכולה לחולל שינויים מהותיים בקידום בריאות האוכלוסייה. תפיסת המנהיגות בקרב החברה הבדואית עוברת שינויים הבאים לידי ביטוי בעליה במודעות לנושאי בריאות, חינוך, השכלה כללית והשכלת נשים. רופאים ורופאות תופסים את הפעילות לצמצום פערים בבריאות כחלק מתפקידם, בעיקר בשל המחויבות לקהילה ממנה באו. יש להם יתרון משמעותי היות והם דוברי השפה, מכירים את החסרונות והבעיות, מה שמסייע במציאת פתרונות מותאמי דת ותרבות, מגביר אמון ומעלה את שיתוף הפעולה של הציבור.

עקומות התפתחות לפגים - האם התיקון המקובל מספיק?**ענבל גולדשטיין¹, דינה צימרמן², מיטל אבגיל צדוק², רווית ברוך², גיא עמית¹**

1. KI המכון הישראלי למחקר יישומי בבריאות חישובית

2. משרד הבריאות

רקע: מעקב התפתחותי הינו חיוני לאיתור, אבחון וטיפול התורמים לחיזוק יכולות הילד. מעקב יעיל בקרב פגים בשנים הראשונות לחיים מצריך התחשבות בגיל מתוקן ולא רק גיל כרונולוגי. התיקון הסטנדרטי פשוט לשימוש אך הידע הקיים בכמה ועד מתי יש לתקן את גיל הפג מבוסס על מחקרים קטני היקף ולא עדכניים.

מטרות: תיקוף הסולם ההתפתחותי בפגים: משך התיקון, ליניאריות בגיל היריון, וגודל התיקון לאורך זמן ובין תחומים מוטוריים וקוגניטיביים.

שיטות מחקר: מחקר רטרוספקטיבי בקרב כל ילידי 2014-2021 שביקרו במסגרת מעקב שגרתי בטיפות חלב המחוברות למערכת "מחשבה בריאה" (כולל טיפות חלב המופעלות על ידי משרד הבריאות, עיריות ירושלים ותל אביב, וקופת חולים לאומית). עקומות התפתחות בילדים שנולדו במועד הושוו לעקומות גיל כרונולוגי ומתוקן בפגים (ברמות פגות שונות) אשר הדביקו בגיל שנתיים את הפער (הצליחו במשימות גיל 24-36 חודש). טיב התאמת התיקון נמדד לפי דמיון בספי גיל הגעה ל-90%/95% הצלחה בכל אחת מ-37 אבני דרך התפתחותיות בשנתיים הראשונות לחיים.

ממצאים: המחקר כלל 656,986 ילדים שנולדו במועד ו-56,662 פגים. ללא תיקון ניכרו פערים מובהקים בכל התחומים ורמות הפגות לאורך כל השנתיים הראשונות לחיים. התיקון הסטנדרטי פתר את מרבית הפערים בפגים שנולדו בשבוע 32-36 אך לא בפגים שנולדו לפני שבוע 32. ניכר צורך בהגדלת התיקון בלפחות חודשיים נוספים במוטוריקה גסה ומוטוריקה עדינה ובלפחות חודש בתחומי שפה-חברה.

מסקנות והמלצות: הערכה עדכנית, מבוססת מסד נתונים רחב ומייצג, מצביעה על נחיצות השימוש בגיל מתוקן בכל רמות הפגות גם בשנת החיים השנייה ולא רק הראשונה, בכל תחומי ההתפתחות. פגות קיצונית מצריכה תיקון גדול יותר מהתיקון המקובל וחשוב להשתמש בתיקון הולם כדי להימנע מדאגות מיותרות. בעקבות המחקר, כבר בימים אלו מבוצע שינוי מיחשובי מערכת לטיוב תיזמון המעקב ההתפתחותי בפגים.

רשלנות רפואית בישראל בתחום רפואת השיניים - ניתוח פסיקה לאיתור שיקולים יחודיים

יפעת גוטרייך¹, רחל ניסנהולץ גנות², עומר פלד³

1. ד"ר שי דודיאן - מרפאת שיניים

2. אוניברסיטת אריאל

3. אוניברסיטת בר אילן

רקע: במחקר המוגש נבדקת הפסיקה בנושא רשלנות רפואית, בהתייחסות ממוקדת לשוק רפואת השיניים בישראל. ההחלטה לבחון באופן פרטני ענף זה נובעת מקיומם של מאפיינים ייחודיים ושוני של שוק זה בתוך כלל תחום הרפואה בישראל. השוני העיקרי הינו שוני כלכלי. ספקי שירותי הרפואה בישראל הינם לרוב תאגידים ציבוריים, אשר מספקים את השירותים הרפואיים במימון ציבורי במסגרת ביטוח הבריאות הממלכתי והביטוחים המשלימים של קופות החולים. לעומת זאת רוב שירותי בריאות השן ניתנים במסגרות פרטיות, כאשר המטופל מממן מכיסו, באופן ישיר את הטיפול בשיניו. פער זה בא לידי ביטוי ביחסי מטפל - מטופל, באופן בחירת הטיפול ואף בתהליך הכשרת הרופאים.

מטרות: מטרת המאמר לבחון את התייחסות מערכת המשפט למאפיינים הייחודיים של תחום רפואת השיניים בישראל במקרים של חשד לרשלנות רפואית.

שיטות מחקר: המחקר הוא מחקר איכותני והוא סוקר את הפסיקות בנושא רשלנות ברפואת שיניים, בין השנים 2000 ל-2019 (כולל), בערכאות השונות בהן נדונו. מתוך מצע של 155 פסקי דין שנמצאו רלוונטיים לנושא, נאספו והוצגו פרמטרים אחידים לבחינה משווה ביניהם.

ממצאים: נמצא כי ב-72% מקרים הוכרע פסק הדין לרעת הרופא הנתבע (48% ברפואה כללית), ושיעור הפיצויים שנפסקו לטובת הוצאות רפואיות היה גבוה גם הוא (47% לעומת 14%). עוד נמצא, כי בחלק ניכר מהמקרים קיים חוסר התאמה בין תחום ההתמחות של המומחה שמונה על ידי בית המשפט לבין התחום בו עוסק הדיון. חוסר התאמה אשר פגם בהלימה של הפסיקה לנזק שנגרם. בנוסף נבחן מקומם של בתי המשפט לתביעות קטנות ונמצא כי, למרות פניות רבות לערכאה זו, היא אינה רלוונטית.

מסקנות והמלצות:

1. הרחבת היכרות השופטים עם התחום הדנטלי והתאמת אופן מינוי המומחה;
2. יצירת מחירון אחיד לפיו יפסקו הפיצויים עבור טיפול רפואי עתידי;
3. קביעת המדד על פיו נחשב טיפול כ'סביר' בהסתמך יותר על ספרות מדעית ופחות על הפרקטיקה הרפואית הנהוגת;
4. בשל ריבוי תיקים הדנים בפיצוי של עד 30,000 ₪, הפיכת בית המשפט לתביעות קטנות לרלוונטי בפסיקה בעניין זה על ידי הגדרה של חוות דעת מומחה המותאמת לערכאה זו.

הפצת מידע לציבור על ידי משרד הבריאות בזמן מגפת הקורונה: חוזקות, מגבלות ותובנות ברמה ארגונית ומדינית

נורית גוטמן¹, גילי שנהר¹, אימי לב^{1,2}, נאוה מזרחי¹

1. אוניברסיטת תל אביב

2. האקדמית גורדון

רקע: בתקופת מגפה אחד התפקידים של משרד הבריאות הוא להפיץ מידע רלוונטי לציבור כדי להזהיר את הציבור בנוגע לחומרת הסיכון ולעודד את הציבור להיענות להנחיות ולאמץ המלצות התנהגותיות. התחום של תקשורת סיכונים מציג עקרונות מנחים למטרה זאת. בתקופת מגפת הקורונה, משרד הבריאות קיבל תקציבים גדולים יחסית להפיץ מידע לציבור.

מטרות:

1. לאפיין אתגרים בהפצת מידע לציבור בזמן מגפת הקורונה מנקודת ראות של צוותים מקצועיים שהיו מעורבים בתחום התקשורת/הסברה או בתחומים משיקים;
2. ניתוח ביקורתי בהתאם לעקרונות של תקשורת סיכונים של תכנים תקשורתיים שהופצו על ידי משרד הבריאות שיועדו לעודד את הציבור לאמץ התנהגות מניעתית במגפת הקורונה.

שיטות מחקר: 80 ראיונות עם צוותים מקצועיים שעוסקים בתחום התקשורת (הסברה) ממשרד הבריאות, צוותים בתחומים שיש להם רלוונטיות להפצת מידע לציבור בנושאי בריאות, צוותים מקצועיים מקופות החולים, פיקוד העורף, ורשויות מקומיות.

ניתוח תוכן כמותני ואיכותני של חומרים תקשורתיים שהופצו על ידי משרד הבריאות בין מרץ 2020 למאי 2021 (מעל 500 פריטים).

ממצאים: ברמה ארגונית: שימוש מוגבל בצוותים מקצועיים בתוך משרד הבריאות למטרת פיתוח ויישום תוכניות תקשורתית ובמועצות הלאומיות. תיאומים מוגבלים בין משרד הבריאות לקופות החולים, שכתוצאה מכך, "לקופות אין מחויבות למשרד הבריאות, כיוון שלא שתפו את הקופות, כל אחת עשתה את שלה". צוותי תקשורת ברשויות מקומיות רצו הכוונה מקצועית ממשרד הבריאות כגורם מקצועי בזמן המגפה אבל הרגישו "לבד". גישה התקשורתית: לא הוליסטית; שימוש בגישה של "הפחדה" (בייחוד בפרסומים לאוכלוסיות מגוונות) עם התייחסות מוגבלת לחסמים של אוכלוסיות היעד; המלצות כלליות ומידע יישומי רלוונטי מוגבל; מונחים של 'קרוב' ו'מלחמה'; פורמטים שבלוניים ואיורים בנאליים, סטריאוטיפים שליליים או מגדריים ולא מתאימים להקשר הישראלי.

מסקנות והמלצות:

- ◆ חשוב שמשרד הבריאות, כגוף עם ידע מקצועי בתחום הבריאות יהיה אחראי על התקשורת ברמה הלאומית בזמן המגפה. אולם, נדרשת תשתית מתאימה וחשיבה חדשה לגבי הגישה התקשורתית.
- ◆ להקים גוף תקשורתי במשרד הבריאות שמתבסס על צוות רב-תחומי שיאפשר חשיבה רחבה לגבי תקשורת בזמן מגפה ותקשורת עם אוכלוסיות מגוונות.
- ◆ להקים במשרד הבריאות צוותים עם התמחות בתקשורת עם אוכלוסיות מגוונות, ולא להסתמך על מיקור חוץ.
- ◆ להקים מנגנון בקרה על התכנים המופקים על ידי המשרד.
- ◆ להקים יחידות התנהגות ומחקר.
- ◆ למפות את כל הגורמים בתוך משרד הבריאות שיכולים להיות רלוונטיים בנוגע לאוכלוסיות מגוונות וגישה הוליסטית.

שדה הבריאות ושדה הביטחון במפגש ההתמודדות עם מגפת הקורונה בישראל

לירון עינצ'י¹, שירן בורד¹, בתיה מגר²

1. מכללת עמק יזרעאל

2. משרד הבריאות

רקע: המשבר שעוררה מגפת הקורונה על מערכת הבריאות בישראל, בעקבותיו נוצרו עומסים בכמות החקירות האפידמיולוגיות, הוביל את ממשלת ישראל להחלטה על גיוס הצבא למשימה, באופן שיצר שיתוף פעולה כפוי בין משרד הבריאות לבין הצבא.

מטרות: לבחון את השלכות המפגש בין הצבא לבין מערכת הבריאות במסגרת מערך החקירות האפידמיולוגיות.

שיטות מחקר: במהלך החודשים פברואר עד מאי 2021, בוצעו 20 ראיונות עומק חצי מובנים עם עשרה אנשי בריאות בדרגים שונים במשרד הבריאות, ועשרה אנשי צבא. לשם כך נבנה מדריך ראיונות הכולל שאלות לאנשי משרד הבריאות ושאלות לצוותי צה"ל. הראיונות הוקלטו, תומללו ונותחו על פי שיטות מחקר איכותניות לזיהוי קטגוריות ותימות עיקריות (שקדי, 2003).

המחקר אושר בוועדת האתיקה המכללתית - מספר אישור: YVC EMEK 2021-13.

ממצאים: בחינת השלכות המפגש מעלה תמונה דואלית של שיתוף פעולה והערכה הדדית לצד סתירות וקונפליקטים. התחושה שהצבא הגיע על מנת להציל את המצב, העמידה את אנשי הבריאות בעמדת נחיתות ותחושת חוסר הוגנות על כך שאין הערכה למאמציהם לאורך כל התקופה. ההתנהלות התרחשה תוך כדי עבודה, כאשר לצוותי הבריאות ברור שהסמכויות בידם כאנשי המקצוע, ולאנשי הצבא ברור שהסמכויות בידם כמושיעים שתפקידם "לחלץ מן הצרה". אנשי הבריאות אכן ראו את הפוטנציאל הגלום בכוח הצבאי שגויס למאבק, אולם חשו שהתייעצו איתם רק בשלב הראשוני, בו אנשי הצבא היו צריכים ללמוד את המערכת. מרגע שהסתגלו, לא הקשיבו לעמדתם והשליטה על המצב עברה באופן משמעותי לידי הצבא. עוד עולה מהממצאים, כי פעמים רבות התפיסה המקצועית האיכותית של אנשי משרד הבריאות התנגשה עם התפיסה המבצעית הכמותית ו"המסתערת על המשימה" של אנשי הצבא.

מסקנות והמלצות: הצבא גויס כמומחה לניהול משברים שנועד לסייע למערכת הבריאות בניהול המשבר, אך בפועל לסיוע זה היו תופעות לוואי רבות שהיו יכולות להימנע או לפחות להצטמצם משמעותי, אילו היו ערים למורכבות הצפויה ומקפידים על פעולות ארגוניות הכוללות: תיאום ציפיות, חלוקת סמכויות סדורה ותקשורת פתוחה ומשתפת. על מנת להצליח לייצר עבודה יעילה ושיתוף פעולה קוהרנטי ואמיתי, חשוב להיות ערים ליחסי הכוחות הא-סימטריים הקיימים במפגש בין הצבא לבין מערכת הבריאות.

השפעת עומס אשפוזי COVID-19 בבתי חולים כלליים על ביצועי מדדי איכות במהלך המגפה

אלכסנדר קונסון, אולגה ברונושטיין, מיכאל קוניאבסקי, נתנאל גולדשמיט, שאול דולברג

משרד הבריאות

רקע: בשלב מוקדם של מגפת COVID-19 הועלה חשש שמספרים גדולים של מאושפזים עם COVID-19 בבתי החולים הכלליים עלולים לסכן את היכולת של בתי החולים לשמור על איכות גבוהה של טיפול בחולי השגרה, כלומר אלה שאושפזו ללא קשר למגפה, ולעמוד במדדי איכות הטיפול.

מטרות: להעריך את ההשפעה של עומס אשפוזי COVID-19 בבתי החולים הכלליים בישראל על שיעורי העמידה במדדי איכות נבחרים המדווחים ע"י בתי חולים אלה במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות.

שיטות מחקר: נתונים על שיעורי העמידה במדדים נאספו מהדיווח לתוכנית ע"י כלל בתי החולים בישראל. נתונים על עומסי האשפוז של COVID-19 התקבלו מאגף טכנולוגיות דיגיטליות ודאטה במשרד הבריאות. נתונים מ-01.01.2020 ועד 30.06.2022, לאורך כל משך מגפת COVID-19 בישראל, נותחו על בסיס שבועי ושורטטו זה לצד זה על ציר הזמן. מדדי האיכות שנכללו בבדיקה זו היו: הערכת כאב בעת שחרור מהתאוששות; הערכת הסיכון לאירוע איסכמי מוחי עבור חולים עם פרפור פרוזדורים; ביצוע דופלקס עורקי הצוואר תוך 72 שעות מקבלה לחולים עם חשד לאירוע מוחי חולף; מתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני ניתוחים קיסריים, צנתור כלילי תוך 90 דקות בחולים עם אוטם שריר הלב הכולל עליות מקטע ST; וביצוע ניתוח תיקון של שבר בצוואר הירך תוך 48 שעות מקבלה לאשפוז.

ממצאים: שיעורי העמידה בששת מדדי האיכות שנבדקו, המייצגים היבטים שונים של טיפולי השגרה המבוצעים בבתי חולים כלליים, נותרו יציבים גם בתקופות של עומס גבוה של אשפוזי COVID-19. בתי החולים הכלליים בישראל שמרו על שיעורי עמידה דומים וגבוהים הן בתקופות של עומס גבוה של אשפוזי COVID-19 והן בין התקופות הללו.

מסקנות והמלצות: הממצאים מצביעים על כך שעומס שנגרם בשל אשפוז חולי COVID-19 בבתי חולים כלליים לא השפיע על העמידה במדדי האיכות הקשורים לטיפול בחולי השגרה. תוצאות אלה מרמזות על כך שבתי החולים הכלליים בישראל הצליחו לעמוד באתגרים הקשורים בטיפול במאושפזים עם COVID-19 תוך שמירה על איכות טיפול גבוהה בחולי השגרה.

פוסט קורונה (Long COVID): סקר לאומי בקרב מחלימים ממחלת הקורונה

דבורה פרנקנטל, מירי זטלאוי, זיו קרני-אפרתי, ליטל קינן בוקר, מיכל ברומברג

משרד הבריאות

רקע: מאז הכרזת ארגון הבריאות העולמי על מחלת ה-COVID-19 כפנדמיה, דווחו מגוון רחב של תופעות ארוכות-טווח המופיעות בקרב המחלימים (Long COVID). מעקב אחר התופעות ארוכות-הטווח הינו בעל חשיבות להבנה הכוללת של השלכות התחלואה ב-COVID-19 והשפעתה על מדיניות בריאות הציבור.

מטרות: לבדוק את שכיחות התסמינים שמופיעים בקרב אנשים מאומתים לקורונה, שלרוב לא יתבטאו ברשומות הרפואיות, בתקופות זמן שונות לאחר מחלתם ולבדוק אם קיים הבדל בהשוואה לאנשים שנבדקו לקורונה באותה תקופת זמן ונמצאו שליליים.

שיטות מחקר: סקר חתך טלפוני שכלל דגימה מהמאגר הלאומי של בדיקות PCR לקורונה של אזרחי ישראל בגיל 21 ומעלה שלא התחסנו כנגד קורונה לפני הבדיקה. הדגימה הייתה מרובדת עבור קבוצת המחלימים וקבוצת הביקורת לפי הזמן מאז תאריך בדיקת ה-PCR (3-6 חודשים, 7-12 חודשים, 13-18 חודשים). השאלון כלל שאלות לגבי הימצאות תסמינים בשבועיים האחרונים שהחמירו בהשוואה למצב לפני בדיקת הקורונה. Long COVID הוגדר כהפרש בין שיעור הדיווח של תסמין אחד לפחות בקרב המחלימים והביקורות שאותו ניתן לייחס לקורונה.

ממצאים: התבצעו 3,194 ראיונות בין יוני 2021 ליוני 2022 בקרב 2,198 אזרחים שנמצאו חיוביים לקורונה בבדיקת PCR ו-996 שנמצאו שליליים. כשליש (31.7%) מהמחלימים דווחו על תסמין אחד לפחות כעבור 13-18 חודשים מהמחלה שאותו ניתן לייחס ל-Long COVID. התסמינים השכיחים היו תשישות (24.3%), קשיי ריכוז/זיכרון (19.5%), ירידה בכושר הגופני (17.6%) וכאבי שרירים (15.4%). המחלימים דיווחו בשיעור גבוה במובהק על קושי בביצוע פעולות הקשורות למשק הבית ופעולות היומיום, קושי בביצוע מטלות שהיו פעם אוטומטיות ועל עליות ומורדות במצב הכללי בשלוש תקופות המעקב. המחלימים דיווחו בשיעור גבוה במובהק על פנייה לחדר המיון ועל ביקור אצל רופא המשפחה בשלוש תקופות הזמן.

מסקנות והמלצות: נמצא כי תסמיני Long COVID הינם שכיחים ונמשכים גם כשנה וחצי ממחלת הקורונה. ל-Long COVID השלכות שליליות בעיקר על התפקוד הגופני והקוגניטיבי המהווות עומס על מערכת הבריאות (בעיקר על הרפואה הראשונית). יש לשקול מעקב ארוך טווח אחרי מחלימי קורונה בעיקר על ידי רופאי המשפחה תוך התייחסות מיוחדת למחלימים הממשיכים לדווח על תסמינים מתמשכים.

השפעות מגפת הקורונה על מספר הפניות למלר"ד עם הפרעות נפשיות והתנהגותיות

גלי שליצ'קוב, אירנה ליפשיץ, יעל אפלבוים, ציונה חקלאי

משרד הבריאות

רקע: להתפרצות מגפת הקורונה השלכות רבות על מצבם הנפשי של אנשים בכל העולם. בישראל פורסמו מספר מחקרים שהצביעו על עלייה בפניות לסיוע נפשי ובצריכת תרופות פסיכיאטריות עם פרוץ המגפה.

מטרות: לבחון האם חל שינוי במספר הפניות למחלקות לרפואה דחופה עם אבחנות של הפרעות נפשיות והתנהגותיות בשנת 2021 בהשוואה לשנת 2020 (שנת פרוץ המגפה) ולשנת 2019 (השנה שקדמה לפרוץ המגפה).

שיטות מחקר: אוכלוסיית המחקר כוללת את כל הפניות למחלקות לרפואה דחופה בשנים 2019-2021 בבתי החולים הכלליים, כפי שדווחו למשרד הבריאות. המידע על האבחנה מבוסס על קידוד האבחנות במערכות המידע המנהליות בבתי החולים.

ממצאים: בשנת 2021 נרשמו 16,709 ביקורים עם הפרעות פסיכיאטריות במלר"ד בבתי חולים כלליים, עליה ב-16% משנת 2020 וב-6% משנת 2019, עליה גבוהה במיוחד נרשמה בקרב ילדים עד גיל 17, ב-36% וב-11%, בהתאמה, ובצעירים בני 18-21, ב-29% וב-12%, בהתאמה. בשנת 2021 נרשמו 10,988 פניות למלר"ד עם הפרעות חרדה, עליה ב-20% משנת 2020 וב-11% משנת 2019, עליה גבוהה נרשמה בקרב ילדים עד גיל 17, ב-34% וב-10%, בהתאמה, ובבני 18-21, ב-45% וב-34%, בהתאמה. כמו כן, במהלך 2021 פנו 10,786 אנשים למלר"ד עקב צריכת אלכוהול וסמים, עליה של 23% משנת 2020 ושל 6% משנת 2019. בקרב בני 65-74 חלה עליה של 35% ו-28%, בהתאמה, ובקרב בני 75 ומעלה עליה של 36% ו-28%, בהתאמה. בקרב ילדים וצעירים עד גיל 21 חלה עליה של 44% בפניות עקב אלכוהול וסמים בהשוואה לשנת 2020 אך לא נרשמה עליה בהשוואה לשנת 2019.

מסקנות והמלצות: בשנת 2021 חלה עליה ניכרת בפניות למלר"ד עם אבחנות של הפרעות נפשיות והתנהגותיות בהשוואה לשנת 2020, שנת התפרצות מגפת הקורונה, ובחלק מהאבחנות חלה עלייה גם בהשוואה לשנת 2019. בעוד שאת העלייה בהשוואה ל-2020 ניתן להסביר חלקית בכך שבמהלך 2020 חלה ירידה ניכרת בפניות למיון, מכלל הסיבות והאבחנות, הרי שהסבר זה אינו רלוונטי לשנת 2019, ונראה שהעלייה שנרשמה מייצגת עלייה בשכיחות המצוקה הנפשית בקרב האוכלוסייה כתוצאה מהתפרצות מגפת הקורונה.

קרוב רחוק - פסיכותרפיה בישראל בתקופת הקורונה

הדר סמואל¹, שלומית קגיה²

1. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

2. חוקרת עצמאית

רקע: טיפול פסיכותרפי מרחוק, בשיחות טלפון או וידאו, נתפס כפתרון אפשרי לבעיית הנגישות לטיפול, הן עבור מי שסובל מקשיי ניידות והן עבור מי שמתגורר באזורים עם היצע נמוך של מטפלים. מחקרים רבים עסקו בבחינת יעילותם של טיפולי פסיכותרפיה הניתנים מרחוק. משבר הקורונה, שבמסגרתו הוטלו מגבלות על קבלת טיפול פנים-אל-פנים, אפשר לבחון את תפיסות ועמדות ציבור המטופלים כלפי טיפול מרחוק.

מטרות:

1. לתאר את דפוסי קבלת טיפול פסיכותרפי לפני ואחרי פרוץ משבר הקורונה;
2. לבחון את תפיסות המטופלים בנוגע לטיפול מרחוק ואת העדפותיהם בכל הקשור לקבלתו.

שיטות מחקר: סקר אינטרנטי בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. על הסקר השיבו מי שצרכו שירותי פסיכותרפיה בקהילה בין ינואר לדצמבר 2020. נוסף על כך, בין יוני לאוקטובר 2021, נערכו עשרה ראיונות עומק עם מרואיינים שקיבלו טיפול פסיכותרפי בשנה שקדמה לסקר.

ממצאים: מקרב מי שהחלו את הטיפול לפני פרוץ מגפת הקורונה, 76% דיווחו על קבלת טיפול מרחוק, או על שילובו עם טיפול פנים-אל-פנים, בתקופה שלאחר ההתפרצות. לעומת זאת, רק כמחצית מהטיפוליים שהחלו בשנה הראשונה של המגפה כללו טיפול מרחוק.

מבין המדווחים על קבלת טיפול מרחוק, 46% קיבלו טיפול בשיחות וידאו, 25% בשיחות טלפון ו-29% שילבו בין אופני הטיפול.

לתפיסת כשני-שלישים מהמשיבים, הטיפול מרחוק יעיל פחות בהשגת מטרות הטיפול (66%) ומאפשר פחות שיחה על נושאים רגישים (58%) או יצירת קשר והבנה עם המטפל/ת (66%). נמצאו הבדלים בין מי שהתנסה בטיפול מרחוק למי שלא.

רוב המשיבים (83%) ציינו שעם הסרת מגבלות הקורונה יעדיפו טיפול פנים-אל-פנים. עם זאת, בראיונות העומק עלתה גם התפיסה כי כאשר טיפול פנים-אל-פנים אינו אפשרי, טיפול מרחוק עדיף על חוסר טיפול וכי הקושי העיקרי הוא בביסוס הקשר הראשוני עם המטפל/ת.

מסקנות והמלצות: גם בקרב מי שהתנסו בקבלת טיפול מרחוק ישנה העדפה ברורה לקבלת טיפול פנים-אל-פנים בעיתות שגרה ויש לנקוט זהירות בהצעת שירותים מרחוק כפתרון גורף לבעיות זמינות ונגישות. בין היתר, מומלץ להציע אפשרות לטיפול היברידי המשלב טיפול מרחוק, לאחר ביסוס הקשר הטיפולי בטיפול פנים-אל-פנים.

מצב בריאות הנפש של נוער בתקופת COVID-19 והקשר להידבקות ב-SARS-CoV-2: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי המבוסס על תיקים רפואיים

נטלי פלאקס מנוב¹, יונתן בילו¹, ענבל גולדשטיין¹, גלעד בודנהיימר², שירה גרינפלד²

1. KI המכון הישראלי למחקר יישומי בבריאות חישובית

2. מכבי שירותי בריאות

רקע: עדויות מצטברות מצביעות על כך שהיקף המצוקה הנפשית של בני נוער הוכפל במהלך מגפת COVID-19 בהשוואה לתקופה שלפני המגפה. עם זאת, לא ברור אם העלייה קשורה להשפעות ישירות של הנגיף או להשפעה של אמצעי שליטה במגפה כגון הגבלות חברתיות.

מטרות: לבחון את שיעורי אבחנות ותרופות הקשורות לבריאות הנפש אצל מתבגרים שנדבקו ב-SARS-CoV-2 לעומת מתבגרים שלא נדבקו, במעקב של עד שנתיים לאחר בדיקת (PCR) Polymerase Chain Reaction.

שיטות מחקר: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי, המבוסס על רישומי בריאות אלקטרוניים (EHR) של קופת חולים מכבי, בקרב מתבגרים בגילאי 12-17 עם בדיקת PCR ל-SARS-CoV-2 בין ה-1 במרץ 2020 ל-1 במרץ 2021. בוצעה התאמה (matching) בין מתבגרים אשר נדבקו בנגיף ואלו שלא נדבקו, לפי גיל, מין, תאריך הבדיקה, מגזר ומעמד סוציו-אקונומי. יחסי הסיכון (Hazard Ratios) בין הקבוצות חושבו בעזרת גרסית Cox עבור תוצאי בריאות הנפש בתוך עד שנתיים מבדיקת PCR תוך תקנון להיסטוריה פסיכיאטרית. בוצע תיקוף חיצוני של הממצאים באמצעות מקור נתונים בלתי תלוי IQVIA Medical Research Data (IMRD), רשומות בריאות אלקטרוניות של מטופלים שנאספו ממערכות קליניות של רופאים כלליים בבריטניה, וסופקו על ידי EMIS Health®.

ממצאים: בקרב 146,067 מתבגרים אשר ביצעו בדיקות PCR בתקופת המחקר, 24,009 היו עם בדיקה חיובית, ומתוכם 22,354 הותאמו למתבגרים עם בדיקה שלילית. זיהום SARS-CoV-2 היה קשור באופן מובהק לסיכון מופחת למתן תרופות נוגדות דיכאון (HR 0.74, 95% CI 0.66-0.83), לאבחנות של חרדה (HR 0.82, 95% CI 0.71-0.95), דיכאון (HR 0.65, 95% CI 0.53-0.80) ומתח (HR 0.80, 95% CI 0.69-0.92). תוצאות דומות התקבלו בנתוני תיקוף חיצוניים של רשומות בריאות בבריטניה.

מסקנות והמלצות: מחקר רחב היקף מבוסס תיקים רפואיים בקהילה, מצביע על כך שזיהום SARS-CoV-2 אינו קשור לסיכון מוגבר למצוקה נפשית אצל המתבגרים. הממצאים מדגישים את חשיבותה של נקודת מבט הוליסטית על בריאותם הנפשית של המתבגרים במהלך המגיפה ומציאת איזון בין ריסון התפשטות הנגיף לבין השלכות שליליות של ריחוק חברתי ושיבוש השגרה.

השלכות הרפורמה בבריאות הנפש על הטיפול בתחלואה גופנית שמקבלים אנשים הסובלים מהפרעה פסיכיאטרית חמורה

גלעד גלי¹, ערד קודש^{2,3}, יצחק לבב³

1. המכללה האקדמית ת"א-יפו

2. מאוחדת

3. אוניברסיטת חיפה

רקע: אנשים עם תחלואה פסיכיאטרית חמורה (אתפ"ח) זוכים לשירותי בריאות נחותים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. ממצאים כאלו הודגמו גם במחקרים שבוצעו בישראל. מאחר ואחת ממטרות הרפורמה בבריאות הנפש היא שיפור מערך הבריאות בקהילה לאתפ"ח, היתה ציפייה כי לאחריה ישתפרו מאפייני הטיפול בתחלואה גופנית לחולים אלו.

מטרות: מטרת המחקר הנוכחי היתה לבדוק האם שירותי הבריאות המיועדים לתחלואה גופנית לאתפ"ח השתפרו בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש.

שיטות מחקר: המחקר התבסס על נתונים של קופת חולים מאוחדת והשווה בין שיעורי הביצוע של בדיקות מעבדה וביקורים בין השנים 2012-2018, בקרב מבוטחים הסובלים מסכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית או הפרעה ביפולרית. השונו בין ביקורים אצל רופאים כלליים ורופאים מומחים, ביצוע בדיקות מעבדה לסוכרת וכולסטרול. כדי לשלוט על שינויים במתן שירותי הבריאות במהלך תקופה זו השונו שיעורים אלו עם נבדקי ביקורת מתואמים שאינם סובלים מתחלואה פסיכיאטרית, במערך של נבדק-ביקורת ביחס של 1:5.

ממצאים: מספר הביקורים השנתי אצל רופא המשפחה פחת לאחר הרפורמה בקרב אתפ"ח משלוש הקבוצות, כמו גם ביקורים אצל רופאים מומחים בקרב מבוטחים עם הפרעה סכיזואפקטיבית או ביפולרית. בנוסף, אתפ"ח משלוש הקבוצות לא הראו עלייה בבדיקות כולסטרול בעקבות הרפורמה. ממצאים מורכבים יותר התקבלו ביחס לביצוע בדיקות סוכרת.

מסקנות והמלצות: ממצאי המחקר מצביעים על כך שלא היה שיפור במדדי הבריאות שנבדקו בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש. לפיכך, נראה כי הרפורמה לא השיגה את יעדיה בהקשר של צריכת שירותי הרפואה הגופנית. יתכן שבשל המשאבים שהופנו כחלק מהרפורמה לתגבור מערך בריאות הנפש בקופה התרחשה עלייה בפנייה על פסיכיאטרים כמנהלי המקרה של אתפ"ח. הירידה במספר הביקורים אצל רופאי המשפחה, יחד עם הממצאים הנוגעים לירידה בבדיקות המעקב והשימוש בתרופות עשויים לתמוך באפשרות זו.

על קובעי המדיניות במשרד הבריאות ובקופות החולים לערוך הכשרות של הרופאים הראשוניים והפסיכיאטרים להדגשת חשיבות הטיפול, המעקב והמניעה של תחלואה גופנית נלווית בקרב אתפ"ח. יש לקדם בניית רשמים שיהוו כלי עבודה למעקב אחר אוכלוסיית סיכון זו, כולל רשם לאומי להגברת הבקרה על מצבם הבריאותי הכללי של החולים הסובלים מהפרעות פסיכיאטריות קשות.

שימוש בטלה-פסיכיאטריה לרווחת מטופלים הסובלים מהפרעה פסיכיאטרית הזקוקים למענה חירום: מחקר פיילוט לאומי בחדרי מיון פסיכיאטריים בישראל

רננה איתן¹, ליגת שלו², משה ביסטר³, סרגי רסקין⁴, אדם רוז²

1. המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי - איכילוב

2. האוניברסיטה העברית בירושלים

3. המרכז הירושלמי לבריאות הנפש

4. משרד הבריאות

רקע: מטופלים הסובלים מהפרעה פסיכיאטרית חריפה המביאה לפגיעה בשיפוט ובמסוכנות נדרשים לבדיקת פסיכיאטר מומחה לפי חוק. הגעתם להערכה פסיכיאטרית בחדר המיון נעשית לעיתים כנגד רצונם, כשההמתנה הארוכה למומחה עלולה להביא להחמרה ולהטות לכיוון אשפוז בכפייה.

מטרות:

1. בחינת תקפות ואמינות בדיקת מומחה בטלה-פסיכיאטריה בהשוואה לבדיקה פנים-מול-פנים בחדר מיון;
2. תיאור תהליך בניית שותפות ומתן תוקף משפטי לבדיקת מומחה בטלה-פסיכיאטריה לעניין בדיקה ו/או אשפוז בכפייה;
3. הערכת תהליך הטמעת טלה-פסיכיאטריה בחדרי מיון פסיכיאטריים, והשפעתה על התוצאים הקליניים.

שיטות מחקר: המחקר נערך בשיטה המשולבת (mixed-method design).

בשלב הראשון, התבצע מחקר השוואתי פרוספקטיבי של התוצאים הקליניים ומידת הביטחון של צוות חדר המיון במרכז הירושלמי לבריאות הנפש בין בדיקה בטלה-פסיכיאטריה ובין פנים-מול-פנים (n=38). בשלב השני, נערכו פגישות עם נציגי משרד הבריאות והמשפטים, נציגי בתי החולים הפסיכיאטריים וצוות המחקר לתכנון משותף של הפיילוט הלאומי הכולל חמישה חדרי מיון פסיכיאטריים (n=300).

ממצאים: נמצאה רמת תאימות גבוהה בין הבדיקות לגבי המלצה טיפולית ואינדיקציה לאשפוז בכפייה (0.81-0.95) ולאבחנה (0.81-0.85). שביעות רצון הצוות והמטופלים ומידת ביטחון הרופאים בהחלטה הקלינית נמצאה דומה בין הבדיקות. בנוסף, התבצע תהליך תיקוף של כלי מחקר בעברית שמודד הטמעת חדשנות בארגונים. נאספו נתוני שביעות רצון מטופלים משהותם בחדר המיון. פרוטוקול הפיילוט גובש במשותף ובהסכמה על ידי צוות המחקר, משרד הבריאות והמשפטים, ואושר בחמש ועדות הלסינקי של בתי החולים המשתתפים. הושגה הסכמה למתן תוקף משפטי לבדיקת מומחה בטלה-פסיכיאטריה לעניין בדיקה או אשפוז בכפייה בתקופת המחקר, והוקמה ועדת היגוי למחקר.

מסקנות והמלצות: בדיקה בטלה-פסיכיאטריה בחדר המיון אפשרית ובטוחה. חקירה אמפירית של טלה-פסיכיאטריה באמצעות הפיילוט הלאומי תסייע בבחינת יעילות המדיניות הקיימת בנושא. שינוי המדיניות עשוי להביא לרווחת המטופלים, לשיפור איכות הטיפול ולהפחתת העומס בחדרי המיון.

חשיפה לאופיואידיים והסיכון להתפתחות דמנציה

ערד קודש¹, סטיבן לוי², ענת רוטשטיין²

1. מאוחדת

2. אוניברסיטת חיפה

רקע: יש עדויות לכך שמגמות השימוש במרשם לאופיואידיים הולכות וגוברות והופכות לחזקות יותר בישראל. קיימים מחקרים אפידמיולוגיים מעטים המצביעים על הקשר בין שימוש באופיואידיים לבין הסיכון לדמנציה, כשהתוצאות של מחקרים אלה הן לא עקביות.

מטרות: לבחון את הקשר בין שימוש באופיואידיים במרשם לבין הסיכון לדמנציה בגיל מבוגרת.

שיטות מחקר: מחקר עוקבה פרוספקטיבי (N=91,307, בני 60 ומעלה), בקרב מבטחי מאוחדת ללא אבחנה קודמת (עשר שנים לאחור), תוך מעקב אחר הופעת אבחנה של דמנציה מינואר 2013 עד אוקטובר 2017. החשיפה לאופיואידיים התבססה על רכישות מקבוצות N02A על פי קודי ה-ATC. אופיואידיים ניתנים בישראל במרשם לעד 30 ימי טיפול. לפיכך, חשיפה לאופיואידיים סווגה אם התרופה האופיואידיית נרכשה במשך 60 יום (כלומר, שני מרשמים) בטווח של 120 יום.

ממצאים: במהלך המעקב, 2,849 (3.1%) אנשים נחשפו לאופיואידיים (גיל ממוצע 73.94 +/- 6.71 שנים), ו-5,298 (5.8%) אנשים פיתחו דמנציה (גיל ממוצע 78.07 +/- 6.54 שנים). נעשה שימוש במודל גרסיה (Cox regression models) כדי לכמת את הסיכון לדמנציה תוך חישוב יחסי סיכון (HR) ומרווחי ביטחון (95% Confidence Intervals).
הקבוצה שנחשפה לאופיואידיים בגילאי +75 עד 80 שנים הייתה בסיכון מוגבר לדמנציה (Adjusted HR = 1.39, 95% CI = 1.01, 1.92, Z-statistic = 2.02, p < 0.05) בהשוואה לאוכלוסייה שלא נחשפה. הממצאים שוחזרו באמצעות שימוש ב-14 ניתוחי רגישות.

מסקנות והמלצות: לאור ממצאי המחקר קובעי מדיניות, מטפלים, מטופלים וקלינאים צריכים לשקול מתן טיפול באופיואידיים בגילאי 75-80 לאור הסיכון המוגבר לדמנציה. הסיכון מחייב בחינת היתרונות הפוטנציאליים ותופעות הלוואי השליליות של שימוש באופיואידיים בגיל המבוגר.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות
The Israel National Institute for Health Policy Research

03-5303516

nihp@israelhpr.health.gov.il

www.israelhpr.org.il