





משרד הבריאות

המועצות הלאומיות לבריאות



דו"ח פעילות שנתית

דצמבר
חשון תשע"ז

2016



תוכן עניינים

9 המועצה הלאומית למניעה, אבחון וטיפול במחלות ממאירות
יו"ר: פרופ' אליעזר רובינזון

15 המועצה הלאומית לבריאות הילד ופדיאטריה
יו"ר: פרופ' פרנסיס מימוני

21 המועצה הלאומית לבריאות הנפש
יו"ר: פרופ' אבי בלייך

27 המועצה הלאומית לבריאות הקהילה
יו"ר: פרופ' אמנון להד

35 המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגניטיקה
יו"ר: פרופ' אליעזר שלו

43 המועצה הלאומית לגריאטריה
יו"ר: ד"ר יהושע בן ישראל

49 המועצה הלאומית לדימות
יו"ר: פרופ' נתן פלד

55 המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה
יו"ר: פרופ' מאיר אורן

61 המועצה הלאומית לכירורגיה, הרדמה וטיפול נמרץ
יו"ר: פרופ' יוסף קלאוזנר

67 המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכות הבריאות
יו"ר: ד"ר בני דוידזון

71 המועצה הלאומית למניעה וטיפול במחלות לב וכלי דם
יו"ר: פרופ' אלכס בטלר

המועצות הלאומיות לבריאות דוח פעילות שנתי

2016



75	המועצה הלאומית לבריאות האישה יו"ר: פרופ' נעמה קונסטנטיני
81	המועצה הלאומית לקידום בריאות המועצה בתהליך רה-ארגון
85	המועצה הלאומית לשיקום נכי נפש בקהילה יו"ר: מר יואב קריים
93	המועצה הלאומית לסוכרת יו"ר: פרופ' איתמר רז
101	המועצה הלאומית לשיקום יו"ר: ד"ר יצחק זיו-נר
107	המועצה הלאומית לבריאות העובד יו"ר: ד"ר חיים כהן
113	המועצה הלאומית לקידום בטיחות בית ופנאי יו"ר: ד"ר יצחק ברלוביץ
117	הלאומית הלאומית לתזונה, גסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד יו"ר: פרופ' זמיר הלפרן
123	המועצה הלאומית למניעת אובדנות יו"ר: פרופ' גיל זלצמן
129	המועצה הלאומית לבריאות דיגיטלית וחדשנות בשירותי הבריאות יו"ר: פרופ' רוני גמזו



דברי פתיחה

הנני מתכבדת להגיש את דו"ח סיכום פעילות השנה החולפת ויעדי המועצות הלאומיות לשנת 2017. במהלך שנת 2015-2016 בוצעה פעילות רבה בתחומים מגוונים. סיכום זה משקף את עבודתם המסורה, הנאמנה והמתמדת של יושבי ראש המועצות הלאומיות, אליהם מופנית תודתי והערכתי על העזרה ושיתוף הפעולה הפורה, אשר הובילו וממשיכים להוביל להישגים מרשימים המפורטים להלן.

תודה והוקרה נוספת שלוחה לכל חברי ומשקיפי המועצות הלאומיות וחברי הועדות על פעילותם המקצועית והמבורכת במהלך השנה, ועל נכונותם לעזור ולהיענות לכל פניה ובקשה בכל עת. קבוצת מומחים בכירה זו עומדת בבסיס הייעוץ להנהלת משרד הבריאות במגוון נושאים מקצועיים הנוגעים לכל תחומי הרפואה, ומגבשת המלצות פנימיות עבור הנהלת משרד הבריאות המסייעות בקבלת החלטות בהתאם לעמודי האש ולמדיניות המשרד.

לאחר הפסקה ארוכה תחודש השנה את פעילותה של המועצה הלאומית לקידום בריאות בראשה יכהן מנכ"ל המשרד, מר משה בר סימן טוב, עובדה אשר ללא ספק תסייע להעצמת פעילותה.

השנה מסיים את תפקידו כמשנה למנכ"ל בפועל, פרופ' ארנון אפק, אשר תחת אחריותו פועלות כעת המועצות הלאומיות. פרופ' אפק תמך, המריץ ועודד את פעילות המועצות הלאומיות, במהלך תקופת כהונתו זו. אנו לא נפרדים כי הוא ימשיך לכהן כיושב ראש המועצה הלאומית ה-22 אשר מוקמת בימים אלו, המועצה הלאומית לרפואה משפטית ופתולוגיה. יעודה של המועצה הינו גיבוש המלצות להתוויית מדיניות רב מערכתית לקידום תחומי הרפואה המשפטית, הפתולוגיה והממשקים בין מערכת המשפט והרפואה בישראל. זאת במטרה לקדם את איכות המענה הרפואי והמקצועי בתחומים אלו.

צוות המועצות הלאומיות ואנוכי מברך את פרופ' איתמר גרוטו, המשנה למנכ"ל הנכנס, ומאחל לו הצלחה רבה בתפקידו החדש.

כמדי שנה, חברי המועצות הלאומיות הגישו הצעות לתרופות וטכנולוגיות לסל הבריאות ונתנו ייעוץ ודירוג לקראת דיוני הועדה הציבורית, בשיתוף אגף טכנולוגיות.

אנו מודים לד"ר אסנת לוקסנבורג, לד"ר טל מורגנשטיין, לד"ר אתי סממה ולכל צוות משרדם על שיתוף הפעולה הפורה. התקיימו פגישות אישיות רבות של יושבי ראש המועצות הלאומיות עם מנכ"ל משרד הבריאות, מר משה בר סימן טוב וצוות עוזריו לצורך קידום המלצות המועצות הלאומיות. המנכ"ל הביע את הערכתו ותודתו על העשייה הענפה ועל תרומתם בהתנדבות של יושבי ראש המועצות הלאומיות.

במהלך השנה התקיימו מפגשים, כנסים, ימי עיון, סדנאות עבודה ודיונים בין מועצתיים רבים אשר הפרו והשלימו את עבודת המועצות. ריבוי הפעילות ושיתופי פעולה בין מועצתיים מצריך היערכות לוגיסטית שונה ודורש שינוי דחוף בתנאים הפיזיים של אכסניית המועצות הלאומיות.

החלה היערכות על ידי הגורמים האחראים במשרד הבריאות, אולם הנושא עדיין בחיתוליו.

הפעילות השוטפת השנתית של משרד המועצות הלאומיות כללה, בין היתר:

- השקת שתי תוכניות לאומיות: מניעה וטיפול בסוכרת, טיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים
- התכנסות של 111 ישיבות מליאה של המועצות
- פעילות של כ-80 ועדות שונות
- פרסום 5 חוברות וביטאונים
- ריכוז פעילות פרס מנכ"ל ללוגיסטיקה במערכות הבריאות
- קיום 18 ישיבות ודיונים בין מועצתיים

המועצות הלאומיות לבריאות דוח פעילות שנתי

2016



התקיימו כנסים וימי עיון בנושאים הבאים:

- השקת התוכנית הלאומית למניעה וטיפול בסוכרת
- השקת התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים
- כנס שיקום נכי נפש, המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה
- סדנא בין-מועצתית, המועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה והמועצה הלאומית לבריאות הנפש
- הכנס השנתי השבעה עשר - כנס השוואה ענפית, המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכות הבריאות

מספר תודות נוספות ומיוחדות לראש מנהל הרפואה ד"ר ורד עזרא, אשר מקדמת ומעצימה את פעילות המועצות הלאומיות. פרופ' שאול יציב אשר משתתף בקביעות בישיבות המועצות ומציג את המלצות המועצות בפני מנכ"ל משרד הבריאות ואף סייע בעריכת חוברת זו.

גב' מאיה גולן, עוזרת בכירה למנכ"ל, אשר בפעילותה השוטפת מסייעת, תומכת ועומדת לצד המועצות הלאומיות.

כיחידה מקדמת איכות ומצוינות, המחויבת לצמצום בירוקרטיה, הטמענו השנה מספר תהליכים כגון: הנגשה ושיפור אתר האינטרנט של המועצות במסגרת אתר משרד הבריאות.

גם השנה בוצע סקר שביעות רצון בקרב חברי המועצות הלאומיות, אשר זכה להיענות גבוהה במיוחד. אנו מודים לכל העונים על שאלון הסקר. מניתוח ממצאי הסקר עולה כי קיימת שביעות רצון גבוהה מאוד מרמת השירות והטיפול המקצועי. אנו נפעל לשמר ולשפר הישגים אלו גם בעתיד.

בנוסף, כבכל שנה, משרד המועצות הלאומיות פעל במתן סיוע ומענה לחברי המועצות, לעובדי המשרד ולגורמים חיצוניים, אשר נדרשו לפרסומים ומאמרים אשר נדונו במועצה במהלך השנים.

ריכוז והנעת הפעילות הענפה של כל המועצות והועדות התאפשרה בזכות עבודתן המסורה והאחראית של צוות המועצות הלאומיות: הגב' נאוה הדר, הגב' מלי הלפרן, הגב' גילי פז, הגב' סיגלית ריואני, הגב' אורלי רפאלי והגב' לירון שוורץ ועל כך תודתי והערכתי העמוקה.

בברכה,

גרסיאלה ביל

מנהלת תחום
המועצות הלאומיות





משרד הבריאות



**המועצה הלאומית
למניעה, אבחון
וטיפול במחלות
ממאירות**



יו"ר: פרופ' אליעזר חבינזון



חברי המועצה הלאומית למניעה, אבחון וטיפול במחלות ממאירות

פרופ' אליעזר רובינזון - יו"ר המועצה

ד"ר אביבה איזנברג
פרופ' נעה אפרת-בן ברוך
ד"ר עמי בן יהודה
פרופ' מוטי גוטמן
עו"ס ליאורה גרויסמן
פרופ' מנפרד גרין
פרופ' עידו וולף
גב' מירי זיו
ד"ר יהודית זנדבנק
פרופ' שי יזרעאלי
פרופ' יצחק ניב
פרופ' יורם כהן
פרופ' מירי כהן
פרופ' משה מיטלמן
פרופ' דינה מייטס
פרופ' סיגל סדצקי
פרופ' אבישי סלע
פרופ' עמי פישמן
פרופ' משה פפא
ד"ר רפאל פפר
פרופ' תמר פרץ-יבלונסקי
פרופ' בלה קאופמן
ד"ר אילנה קדמון
פרופ' אברהם קוטן
פרופ' רפאל קטן
פרופ' תמר קרוליק
פרופ' יעקב רואו
פרופ' גדי רנרט
פרופ' פסח שוורצמן
פרופ' סלומון שטמר
פרופ' עדי שני
פרופ' שלמה שניבאום
פרופ' עופר שפילברג



דוח המועצה הלאומית למניעה, אבחון וטיפול במחלות ממאירות

2015 - 2016

המלצות הוועדה לרצף הטיפול בקרב נשים חולות סרטן שד

יו"ר הוועדה הציגה בפני המועצה את העבודה המקיפה שביצעה הוועדה במהלך שנתיים, אשר עסקה ברצף הטיפול ובטחנת טיפול איכותי, תוך זיהוי ובחינת הפערים והפגמים העיקריים בתהליך. העיקרון המרכזי בתהליך הינו התייחסות לצרכי המטופלת, תוך התמקדות במאובחנת ומטופלת בסרטן השד. המטרה שהמטופלת תימצא במרכז התהליך, כשהצוות הרב-מקצועי פועל באינטראקציה ובאינטגרציה לענות על צרכיה. בשטח כיום נמצא כי המטופלות עוברות מסע מתיש, החל מנקודת זיהוי הממצא הקליני, ועד לקבלת הטיפול. על פי הממצאים, ספק אם במסע זה המטופלת נמצאת במרכז. בסקרים שונים בעולם נמצא מדד מובהק שהוא בקורלציה למדדים קליניים, והוא המנבא הטוב ביותר להחלמה: תחושת המטופל שהוא בידיים טובות.

בישראל קיימת שונות בין סוגי ומגוון המכונים להדמיה אליהם מופנות הנשים בקופות השונות, והעדר נוהל או הנחיות לתאום התהליך, מאלץ את המטופלת לנדוד בין המכונים השונים על מנת להשלים את הבדיקות ותהליך האבחון. מערכות המידע הקיימות לא תומכות בהליך העברת המידע בין היחידות, ולא פעם המטופלות "נופלות בין הכסאות"; מה גם שההשלכות של העדר תיאום ואינטגרציה הוא כר פורה לטעויות ובזבוז משאבים.

רצף טיפול דורש איחוד כוחות בין מטפלים כשהמטופלת במרכז. תהליך האבחון לא בהכרח חייב להיות באותו מרכז, אך חייב להיות תיאום בין המרכזים. כמו כן, הוצגו התנאים הדרושים לניהול איכותי: קיום מנחים מוסכמים, תיעוד, מדדים מוסכמים וישימים, וכד', ואת המלצות העיקריות שגובשו.

הוועדה גם בנתה כלי שימדוד את מדדי התקשורת ברצף הטיפול - בית חולים - קהילה - בשאלון קצר של 12 שאלות, שיתבצע טלפונית כשבועיים לאחר השחרור מהאשפוז, למדגם מייצג של חולות סרטן השד. בין השאר, הומלץ להוסיף אחות מתאמת שד גם לקהילה. לאור הסקירה המקיפה וריבוי הנתונים, החליטה המועצה כי העתק של תוצרי הוועדה יועברו לחברי המועצה לעיון והתייחסות בכתב, לקראת דיון וגיבוש המלצות המועצה בנושא בהמשך.

מודל שיתוף פעולה בין הקהילה ליחידת שד במערך הכירורגי במרכז רפואי רבין

בפני המועצה הוצג החזון של מרחב מרכזי השד - למקסום ושיפור תהליכי האבחון, הטיפול והמעקב באישה עם ממצא חשוד, בראייה אינטגרטיבית של מוסדות שירותי בריאות כללית. הקופה ביצעה פיילוט במודל: קהילה - בי"ח - מכון מור, מתוך מטרה לתת מענה כוללני לאישה מאובחנת עם ממצא חשוד בשד בשיטת ה-one stop shop. מדובר במודל שיושם בשטח. המועצה המליצה לקבל גם חוות דעת מנקודת מבט של המומחים השונים: כירורגים, רופאי המשפחה ורדיולוגים.

תמונת מצב של הערכות משרד הבריאות ביחס לבקרת האיכות של התוכנית הארצית לסריקה בממוגרפיה

המועצה ביקש מהמלב"ם לעדכן ולתת תמונת מצב ביחס לבקרה על תכנית הסריקה בממוגרפיה ביחס לממצאים הרדיולוגיים, פתולוגיים, כירורגיים ואונקולוגיים, שהיו מדווחים עד לפני 3 שנים למקום אחד. הנושא יידון בשנית במועצה.

סריקה באמצעות בדיקת Low Dose CT שנתית לזיהוי סרטן הריאות בקרב אוכלוסייה בסיכון גבוה

בפני המועצה הוצג מאמר שפורסם ב- NEJM - New England Journal Medicine ב-2011 ששינה את הקונספט ביחס לאבחון מוקדם של סרטן ריאות. על בסיס סקר גדול שנעשה על ידי קבוצה אמריקאית בתחילת שנות ה-2000 ב-33 מרכזים בארצות הברית, בנוגע לבדיקות לאבחון מוקדם של סרטן ריאה שנעשו במחצית מהנחקרים ב-CT בקרינה נמוכה (קרינה שהינה שוות ערך לפחות מ-10 צילומי חזה, בשעה ש-CT רגיל הוא שווה ערך ליותר מ-200 צילומי חזה), וקבוצת בקרה שעברו צילומי רנטגן חזה רגילים. המחקר מצא ירידה בתמותה של סרטן ריאות בקבוצת המחקר של כ-20%, וירידה בתמותה בכלל של כ-7%. לכן, הנטייה כיום הינה להמליץ פחות על routine screening ועל אבחון יתר - Over diagnosis.

המועצה סבורה שנוכח להיום, אין בשלות להמליץ על סריקה בישראל, ועולה חשש שייגרם נזק יותר מתועלת. יש להמתין לתוצאות המחקרים המבוצעים באירופה, ונתוני הפיילוט שמתחיל בשיבא, כדי שיוצגו בפני המועצה.



סריקה של חולי סרטן מעי גס ובני משפחותיהם ביחס לתסמונת LYNCH

כ- 15% מכלל גידולי סרטן המעי מבטאים MSI גבוה (אי יציבות גנומית) עם גידול מולקולרי שלו מאפיינים מיוחדים. כל הקווים המנחים הבינלאומיים יצאו עם המלצה על סריקה של כל חולי סרטן המעי הגס מתחת לגיל 70, באופן גורף, כמו גם של חולים מעל גיל 70, עם סיפור משפחתי. בפועל מדובר כיום ב- **Standard of care**. למעשה, בסל הבריאות מוגדר כי יבוצע בירור למי שבסיכון עם היסטוריה משפחתית. אבל בפועל זה מיושם חלקית בלבד.

ההצעה שהובאה לאישור המועצה: לאמץ גם בישראל את הקווים המנחים המקובלים בעולם: לבדוק את הגידול של כל חולה סרטן מעי גס מתחת לגיל 70, בבדיקות אימונוהיסטוכימיות (IHC) ו/או MSI - בדיקת היציבות הגנומית. בדיקת ה- MSI תעשה בכל מקרה אם ה- IHC לא תקין. אם ה- MSI גבוה, יש לבדוק מוטציה בגן BRAF, ואם לא נמצאה מוטציה זו - לערוך פנל בדיקות ל- **Mismatch Repair Genes - MMR**. ההוצאה הכלל ארצית המוערכת היא בסך הכל של כ- 5 מיליון ₪ לשנה, כולל הבירור המקיף לאיתור מוטציות במקרים חריגים. מדובר בבדיקה מצילת חיים שצריכה להיכנס בצורה ברורה לסל.

המועצה מאשרת את ההמלצה. קוראת למשרד הבריאות לקבל את הקווים המנחים לביצוע בדיקות **screening** בתסמונת לינץ, המקובלת כבר בעולם המערבי כ- **standard of care**. ההמלצה היא לקיים גם בישראל, ולממן בעלות מוערכת של 5 מיליון ₪ לשנה.

יום עיון בין-מועצתי בנושא מחלימים מסרטן

המועצה מארגנת יום עיון בין-מועצתי בשיתוף האגודה למלחמה בסרטן, בנושא מחלימים יתקיים ביום ב' 6.2.17, כולל אורח מומחה מחו"ל.

עדכון תכנית אקדמיטציה של מרכזי שד

בפני המועצה נסקרו תכניות לקידום מרכזי שד בעולם, המהווים כיום סטנדרט אופטימלי לאבחון וטיפול בחולות בסרטן שד. בעבר, הכירורג פעל כסולן מרכזי, ולפי הגדרת ארגון **NCBC** בארצות הברית, הגישה כיום הינה לטיפול במחלות שד הכוללת סריקה, אבחון וטיפול המחייב שילוב ואינטראקציה בין מספר מומחים ודיספלינות. על אף שמרבית השירותים קיימים ברוב מערכות הבריאות, הרעיון הוא בשילוב רב תחומי ואינטראקציה בין דיספלינות במערך שמעמיד את האישה החולה במרכז, אך יותר מכך, מאפשר לה, כפי שהוכח, טיפול מיטבי, עם שיעורי ריפוי טובים יותר.

לב ליבו של הטיפול הוא הפורום המקצועי המשולב, שמטרתו לדון בכל חולה בצורה פרטנית על מנת להכין עבורה תכנית כוללת, בהתאם לנתונים האינדיבידואליים של החולה. כאמור, כל המערכת הרב-מקצועית מכוונת לטיפול שבמרכז.

הנושא נדון במועצה בעבר, וההמלצה שהוגשה למנכ"ל היא ליישמו בישראל. מאז שהוגשה ההמלצה לא ידוע מה קודם. המועצה אישרה שנית את ההמלצה שגיבשה בישיבת המועצה 19.3.13 בנושא, ומדגישה שנית את חשיבות יישום תכנית אקדמיטציה של מרכזי שד בישראל. המלצה זו הועברה גם ישירות למינהל הרפואה, והמועצה ביקשה לקבל עדכון לגבי קידום הפעילות בנושא.

מי מוסמך לרשום תרופות אונקולוגיות לחולי סרטן

הנושא הועלה במועצה לאחר פרסום חוזר מינהל רפואה בנושא הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2016, המגדיר בהוראות שימוש בתרופות אונקולוגיות (**Opdivo - NIVOLUMAB, OLAPARIB - Lynparza, LEVANTINIB - Lenvima, SONIDEGIB - Odomzo**) כי מתן התרופות יכולות להיעשות על ידי מומחה באונקולוגיה ועל ידי מומחים אחרים שאינם אונקולוגים (מטפלים באורולוגיה אונקולוגית, אונקולוגיה גינקולוגית, אף אוזן גרון, אנדוקרינולוגיה ובדרמטולוגיה אונקולוגית).

חוזר מינהל רפואה זה מעלה מספר בעיות מהותיות, ועיקרן: החוזר מגדיר בעלי מקצועות שאינם קיימים כלל במדינת ישראל. לכל מקצוע יש סילבוס, המפרט את החובות שהמתמחה נדרש לעמוד בהן כדי לקבל תעודת מומחה. בסילבוס זה קבועים בין השאר הידע הנדרש בתחום ההתמחות, ורשימת פעולות ומיומנויות עליהן נבחן המתמחה לקראת קבלת תואר המומחה. בכל אתר הר"י אין אף התמחות למעט באונקולוגיה שבסילבוס שלה קיימת דרישה לידע במתן תרופות אונקולוגיות. לגבי מתן תרופות אונקולוגיות ומעקב אחר תופעות לוואי - רק אונקולוגים עוברים הכשרה ורוכשים ידע בנושא, ונבחנים על כך. מדובר לעיתים בתרופות שעלולות במתן שגוי להיות פטליות. המשמעות היא של חיים או מוות.



חברי המועצה בפניהם הוצג הנושא הביעו דאגה מהמצב הבעייתי בו ניתן טיפול לחולה אונקולוגי על ידי רופא ללא הכשרה מתאימה והסמכה פורמלית בתחום, ו/או ללא תשתית רב-מקצועית מתאימה. הטיפול בחולה האונקולוגי דורש צוות רב מקצועי המיומן באופציות הטיפול השונות, בהתמודדות עם הטיפול התרופתי ותופעות הלוואי שלו. המועצה סבורה כי הנושא חשוב ומורכב ודורש בהקדם הסדר מחייב והנחיה מפורשת של הנהלת משרד-הבריאות כך שטובת החולה תהיה במרכז, ויובטח לו טיפול מיטבי.

סקר אוכלוסייה BRCA1/BRCA2 באשכנזים

נושא בדיקת סקר נדון בכינוס משותף של המועצה הלאומית לבריאות הקהילה ושל המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה. עלתה הסוגיה מתי כדאי לעשות סקר מקדים למחלה אשר יתאים לאוכלוסייה, ולהתאים לכך מנגנון ומדיניות מוסכמת במי צריך לטפל, והערכת עלות תועלת.

בנשים אשכנזיות בדיקות גנטיות ל-3 מוטציות שכיחות ב BRCA1 ו BRCA2 עומדות בקריטריונים לבדיקת סקר (screening). מדובר בבדיקת 3 מוטציות ספציפיות, שהינה בדיקה זולה ופשוטה לעומת ריצוף הגנים, ועדיין באוכלוסייה זו יש לה סגוליות גבוהה של כ-95%. הסיכוי שלאשכנזית שאינה נשאית יש מוטציה אחרת, מאוד קטן ולכן כבדיקת סקר, מספיקה בדיקה פשוטה זולה ואין צורך בבדיקות מתחכמות יותר. ניתן למנוע את הסיכון בשיעורים משמעותיים על ידי כריתת שדיים ו/או שחלות מניעתית. בישראל, רק כ-15% מהנשאיות בוחרות לעבור כריתת שד מניעתית (פחות מארצות הברית). לעומת זאת, כריתת שחלות וחצוצרות מניעתית מקובלת מאוד על נשאיות בארץ (בקר כ-90% מהנשאיות בעיקר סביב גיל 40). הבדיקה מקובלת, ועומדת בקריטריונים של עלות תועלת. כיום, נשים בריאות לא זכאיות לבצע את הבדיקה אם אין להן מוטציה במשפחה, או סיפור משפחתי משמעותי ביותר, ולכן נדרש פתרון ברמת של הבריאות. כמו כן, יש לבצע הערכת עלות/תועלת בישראל. יו"ר המועצה מבקש מחברי המועצה המעוניינים בנושא להצטרף לועדה בין-מועצתית שדנה בנושא. הנושא חשוב, ויש מקום לסייע בהסדרת הנושא כדי לאתר נשים הנמצאות בסיכון מוגבר, ולמנוע מהן תחלואה.

דוח ועדת פרוטונים

המועצה עוסקת בנושא הפרוטונים כבר משנת 2010. בשנתיים הראשונות חשבו כי הפרוטונים לא יעילים יותר מאשר פוטונים ומאיץ קווי. היתרון הוא שבילדים אפשר לחסוך קרינת רקע וקרינה מסביב למטרה, ולהיות מאוד מדויקים בטיפול, באופן שמקטין, תיאורטית, את אחוז הממאיריות מושרות הקרינה בעתיד. המסקנה בדוח הועדה באותם השנים הייתה שאין מקום להכניס את הטכנולוגיה לישראל במסגרת הרדיותרפיה הציבורית, בעיקר מאחר ועלות המתקן עמדה על כ-200 מיליון דולר, בנוסף לאחזקה יקרה, בהשוואה למאיץ קווי שעלה כ-5-6 מיליון דולר ופחות. לפני כשנה וחצי, לאור השינויים הטכנולוגיים והירידה המשמעותית בעלויות המכשור, ולאור העובדה שכיום יש גם מכשירים של חדר אחד, ו-2 חדרים, בעלויות סבירות של מכשור, ההמלצה היא להקים את המתקן בישראל. המועצה אישרה את המלצות ועדת הפרוטונים וממליצה להקים מרכז פרוטונים אקדמי - לא מסחרי בישראל. יוכשרו צוותים מכל מרכזי הקרינה. המועצה ממליצה להקים ועדה שתלווה באופן קבוע את מרכז הפרוטונים, גם בעניין התוויית. המלצות המועצה הועברו למנכ"ל, והוא רואה את הנושא באופן חיובי. מינה צוות במשרד-הבריאות שמכין תכנית יישום שתגובש בהקדם.

קנבים לצרכים רפואיים - מעבר מחומר אסור לתרופה יעילה

הממשלה החליטה לאפשר שימוש בקנבים לצרכים רפואיים, בהתאם לנוהל 106 של אגף הרוקחות שקבע משרד הבריאות, המתחדש מדי פעם, בו מפורטות התוויית, התוויית נגד, תהליך אישור חומר והפצתו. נקודת המוצא היא שקנבים אינה תרופת קו ראשון, אלא ניתן אחרי מיצוי טיפול תרופתי מקובל.

המועצה ממליצה על מתן קנבים לאחר מיצוי כל האפשרויות האחרות. המועצה ממליצה לערוך מדיקאליזציה של הקנבים, כאשר החומר יינתן רק בבתי המרקחת, על פי מרשם רופא. מוצע לרכז נתונים לגבי אלו שמדווחים על תופעות לוואי, כתוצאה מהשימוש.



גיל ממוגרפיה לנשים

לאור פרסומים בעיתון, 6 מועצות הגישו מכתב משותף למנכ"ל ולשר בעניין לעדכנו בהמלצות אשר נתקבלו בשנים האחרונות לאחר דיון מעמיק בקרב מיטב המומחים בתחום, להחיל את הבדיקה לכלל האוכלוסייה מגיל 50 בלבד.

שיבה בין-מועצתית - אונקולוגיה - גריאטריה - Screening and Assessment in Geriatric Oncology

ישראל, מדינה צעירה עם ילודה גבוהה, תוחלת חיים מהגבוהות בעולם, (הגבר הישראלי במקום רביעי בעולם בתוחלת החיים) ואוכלוסייה הולכת וגדלה. הגיל הממוצע של המאושפזים במוסדות הרפואה ובבתי החולים הוא גבוה וצפוי לעלות יותר בשנים הבאות והם נזקקים לחלק ניכר מהשירותים הבריאותיים. מצב דומה קיים גם באונקולוגיה. שיעור העלייה במספר הצעירים אינו גדול לעומת שיעור עליית אוכלוסיית ה-80+. לכל זקן ישנו מצב רפואי ותפקודי שונה, ולקח זמן רב עד שהגריאטרים הביאו לתודעה שיש הבדל משמעותי בין הגיל הביולוגי לגיל הכרונולוגי. יש להכיר את החולה מבחינת הגיל הביולוגי- מבחינת תפקוד כללי, תפקודי כליה, לב, מוח וכו'. בפני המועצה הוצג מודל השבריריות, כלי הערכה לסינון והערכת מצב הקשיש השברירי. יש למצוא את הקשר בין הסקרינינג של החולה האונקולוגי במרפאה האונקולוגית לבין המערך של הערכה גריאטרית, שלאונקולוג יהיה המידע שהוא צריך כדי להגיע להחלטה על הטיפול בחולה. המועצות החליטו להמליץ על אימוץ ושימוש בכלי הסינון וההערכה שהוצגו.

איתור סיכונים גריאטריים ומניעתם במונותחים קשישים בכירורגיה האלקטיבית - סיכום שנת פעילות באסותא מרכזים רפואיים

בפני המועצה הוצגו שיטות עבודה לאפיון ולזיהוי של קבוצות סיכון גריאטרי. מדובר באוכלוסייה הרגישה לסיכונים גריאטריים פוסט-ניתוחיים כגון דכאון, נפילות, התרעות תנועה וניידות, תלות בסביבה ודליריום - אשר לא נתגלו בסקרינינג, וכך נוצרה הבעיה. מוצגות הפעילויות הכוללות הרחבת הערכת העומק הגריאטרית הטרומ ניתוחית, מתוך כלל האוכלוסייה שמעל גיל 70, לפי אמות המידה שנקבעו על ידי ארגון ה- interRAI, שנמצא בשימוש בקנדה, איטליה וניוזילנד, כדי לשפר את איכות החיים של האוכלוסיות הפגיעות, פיתוח מסלולים למתן מענים ספציפיים לבעיות גריאטריות ועוד. ישנם פרוטוקולים שמטפלים גם במצבי סיכון וגם במצבי שימור. במסגרת הקהילה ישנו חשש לטפל באוכלוסיית המחלימים, לפחות בשנתיים הראשונות, כאשר עלולות להתרחש בנוסף לתופעות הנובעות מהמצב האונקולוגי, נפילות, דיכאון וכד'. לכן נדרש שיתוף פעולה צמוד ואינטימי עם רופאי המשפחה - לשם העברת המידע לקהילה ולשירותי הביטוח הלאומי. אוכלוסייה זו חוזרת לניתוחים אלקטיביים, ואם לא תקבל תמיכה מתאימה, תגיע לביטוח הלאומי. ישנו שיתוף פעולה של כולם במערכת, העו"ס ובייחוד הסיעוד, שהוא פרטנר יוצא מן הכלל שמגיע גם את הרופאים. המועצות רואות חשיבות רבה לביצוע סינון מקדים והערכת עומק לקשיש השברירי לפני החלטה על טיפול אונקולוגי. אדם שברירי הינו בסיכון גבוה מאוד לאבד את יכולת התפקוד מצד אחד, אך ניתן לנקוט באמצעים בכדי למנוע זאת. שבריריות כשלעצמה מורידה את תוחלת החיים ויש להתחשב בכך כאשר מתכננים את הטיפול. המועצות המליצו להמשיך ולקדם את הנושא בעזרת משרד הבריאות, האונקולוגים הגריאטריים, ובבתי חולים העוסקים בתחום.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017

נושאים עיקריים לדיון במועצה הלאומית לשנת 2017

- דיון לקידום הנושאים שביכולתם להקטין תחלואה ותמותה מסרטן ולשפר את איכות החיים.



משרד הבריאות



המועצה הלאומית לבריאות הילד ופדיאטריה



יו"ר: פרופ' פרנסיס מימוני



חברי המועצה הלאומית לבריאות הילד ופדיאטריה

פרופ' פרנסיס מימוני - יו"ר המועצה

ד"ר רועי אלדור
ד"ר שפרה אש
פרופ' שי אשכנזי
ד"ר מורית בארי
גב' נורית ברוך
ד"ר אפרת ברון-הר לב
ד"ר שמעון ברק
פרופ' אביב גולדברט
גב' אסתי גולן
ד"ר צחי גרוסמן
ד"ר גל דובנוב רז
ד"ר דורון דושניצקי
גב' אורית הורוביץ
גב' תלמה הרצנו
פרופ' שלמה וינטרוב
עו"ס קרן זמיר
ד"ר חן זמיר-שטיין
*גב' אלה זרחיה
ד"ר זאב חורב
פרופ' יעקב יהב
*פרופ' יצחק יניב
ד"ר הדר ירדני
ד"ר רינת כהן
*גב' שירה כסלו
ד"ר מנואל כ"ץ
ד"ר לילי לונסקי-היערי
פרופ' צבי לרון
ד"ר איריס מנור
ד"ר חיים נחמה
פרופ' אלי סומך
*גב' מלכה סטולר
גב' לאה עוזרי
גב' אירית פורז
ד"ר רועי פטל
ד"ר הילה פיגל
פרופ' יעקב קוינט
גב' נאדיה קתאנה
ד"ר ליזה רובין
ד"ר גילה שחר
ד"ר רן שטיינברג
פרופ' מנחם שלזינגר

*תום מינוי



דוח המועצה הלאומית לבריאות הילד ופדיאטריה

2015 - 2016

רשם החיסון הלאומי

החל משנת 1980 ניכר הישג מרשים במניעה, תחלואה ותמותת ילדים. החל משנת 1990 הוחלט לבצע רישום לאומי. שיאפשר להורים לקבל מידע, התראות, זימונים והשלמות חיסונים במידת הצורך. דבר זה יאפשר בעתיד התערבויות על בסיס המידע שנצבר רישום החיסונים הוא חלק מרשומת בריאות ממוחשבת וקיימת רק בטיפות חלב. בבתי ספר הרישום נמצא בשלב הממשקים. במשרד הבריאות הוחלט כי נתוני החיסונים יועברו לקופות החולים. זהו כלי חשוב וקריטי גם לשנים הבאות בכדי לראות שינויים. נושא חיסוני שעלת בהריון צריך לעלות לדיון במועצה לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה על מנת לבנות תכנית מתאימה בקופות החולים שתשמש כמדד איכות של הטיפול באישה הרה.

סקר מפרק ירך בילדי CP

העתקת מפרק ירך או פריקת ירך הנו דבר שכיח בילדי CP. הדבר כרוך בתחלואה, אובדן תפקוד וסבל משמעותי. הועלתה הצעה לתוכנית מעקב אחרי מפרק ירך בילדי CP. הנושא עלה לדיון בשנית בקשר לסקר כלל ארצי והוחלט כי יש צורך בהערכה מחודשת של החומר. המועצה המליצה על הקמת ועדה לקידום הנושא.

עדכון - חוברת לציבור הכללי בנושא ברית מילה

בשנת 2014 התקבלה בקשה ממשרד הבריאות למתן מידע אמין לציבור הרחב בנושא ברית מילה. המלצת המועצה הייתה להכניס מספר שינויים בחוברת הקיימת.

פרוביוטיקה בפגים

הנושא עלה לדיון על מנת להדגיש את חשיבות לקיחת פרוביוטיקה בפגים למניעת Necrotizing enterocolitis (NEC) שהינה נפוצה בפגים. שכיחות המחלה הינה 7% וזה אחד מגורמי המוות המובילים בפגים. התחלואה בהמשך עלולה להיות ארוכת טווח ומשמעותית ולכלול פגיעה התפתחותית. בנוסף, הנטל הכלכלי הוא אדיר. הגישה הטיפולית היעילה ביותר היא מניעת NEC. קיימת ספרות ומאמרים נוספים בנושא אשר מצביעים על כך שניתן להפחית את שיעור המחלה ב-50% אם ניתנת פרוביוטיקה למניעת המחלה. נצפתה גם ירידה בשיעור הזיהומים וירידה של כ-35% בתמותה ובקיזור ימי אשפוז. במספר מדינות ניתנת פרוביוטיקה לפגים באופן שגרתי ובמשך למעלה מעשור לא דווחו על זיהומים או תופעות לוואי כתוצאה מטיפול זה. במדינת ישראל, קיים איסור בשימוש בפרוביוטיקה בעקבות אירוע חריג באחת הפגיות בארץ. המועצה המליצה על הסרת האיסור הגורף במתן פרוביוטיקה בפגים במדינת ישראל. המלצת המועצה תישלח בשיתוף עם המועצה הלאומית לתזונה, גסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד.

הזמן המוקצב לבדיקת ילד במרפאות ראשוניות

קיים עומס עבודה במרפאות בקהילה דבר שמתבטא בבדיקת 15 - 10 ילדים בשעה. בעולם, מקובל שביום עבודה מלא נבדקים כ-25 ילדים במוצע. קופות החולים לא מאפשרות מענה לבעיית העומס אשר יוצר תסכול ושחיקת רופאי הילדים. המצב חמור בעיקר בעונת השפעת והחורף. עומס כמתואר לעיל עלול לגרום לאבחנות שגויות. לאחר דיון שהתקיים הוחלט שאין מקום להרחיב את הדיון בשלב זה.

נטישת ילדים עם תסמונת דאון

במרכז הרפואי שערי צדק נולדים מידי שנה במוצע כ-20 ילדים עם תסמונת דאון. משנת 2005 ועד שנת 2015 החלה תופעה חדשה של נטישת תינוקות עם תסמונת דאון בבית החולים. צוין כי קיים צורך לבצע סקר הבדק באילו אוכלוסיות התופעה של נטישת תינוקות בבית החולים עם תסמונת דאון מתרחבת וליצור קשר עם מנהיגי הקהילה על מנת להפסיק את התופעה. בהתאם לנתונים שיתקבלו בנושא המועצה תשקול את המשך הטיפול בנושא זה.



מתן ויטמין K בילודים

הורים רבים אינם מסכימים לתת לילדיהם זריקת ויטמין K מיד לאחר הלידה. מאמר שהתפרסם ב-Pediatrics לפני 4 חודשים, דן בשאלה האם רצוי לתת טיפול בויטמין IM-K שהינו טיפול ידוע ומוכח. כמו כן, עלתה השאלה האם עבור הורים שמסרבים לזריקה יש לתת את הטיפול בטיפות, שמוכח כפחות יעיל. כידוע, השלייה לא מאפשרת מעבר של ויטמין K וכמות ויטמין K בחלב- אם נמוכה יחסית בהשוואה לפורמולה, כך שתינוקות יונקים הינם בעלי סיכון גבוה לדימום. ללא טיפול מונע בויטמין K, שכיחות הדימומים עומדת על כאחוז אחד. בשנת 2003 משרד הבריאות פרסם דף מידע להורים שמדגישים את חיוניות הזרקת ויטמין K סמוך ללידה, אך ציין את הצורך על פי חוק במתן אישור על ידי ההורים למתן הזריקה. המועצה המליצה לפנות לאיגודים המקצועיים הרלוונטיים, בשיתוף משרד הבריאות, להכין עלון מידע לציבור על מנת להעלות את המודעות והחשיבות של מתן ויטמין K מיד לאחר הלידה.

ילדים של מהגרי עבודה ומבקשי מקלט המטופלים בטיפות החלב

הוצגו נתונים על ילדים של מהגרי עבודה ומבקשי מקלט המטופלים בטיפות החלב. בעבר הוקמה ועדה לצורך גיבוש המלצות בנושא זה. עבודתה הופסקה. המועצה המליצה על חידוש עבודת הוועדה שעוסקת בבריאות הזרים. עם דגש על קבלת האמנה הבינלאומית בנוגע לבריאות ילדי זרים אשר נמצאים בגבולות המדינה וזקוקים לטיפול.

פרויקט "לגעת באפס" עם חברת אינטל

מדובר בפרויקט משותף עם האיגוד הנאוטולוגי להורדת אחוז הזיהומים בפגיות כולל בצנתרים. הפרויקט נתמך על ידי חברת אינטל. נכון להיום, קיימת מגמת ירידה בזיהומים. הודגש הצורך בתוספת כוח אדם לפגיות ושימוש במערכות סגורות למתן תרופות. במהלך הדיון הודגש כי אין למעשה תקציב דיפרנציאלי לפגיות וכי אין תמיכה מספקת בפגיות מצד משרד הבריאות. המועצה המליצה לפנות למנכ"ל בנושא זה במטרה לשפר את התמיכה הנדרשת בפגיות.

הזרקות triamcinolone hexacetonide בחולי JIA

בדלקת פרקים (JIA) נהוג להזריק סטרואידים למפרקים. ההזרקה איננה מפריעה לגדילה, פותרת את הבעיה נקודתית ומונעת את הצורך לתת טיפולים סיסטמיים חוזרים. בעולם מקובל להשתמש בתרופה triamcinolone hexacetonide. הוצגו שתי עבודות שהראו את השפעה ארוכת הטווח של התרופה. המועצה ממליצה להכליל תרופה זו בסל הבריאות.

אבחון ADHD בקופת חולים

הפרעת קשב וריכוז הינה שכיחה. זו הפרעה נוירו התנהגותית על בסיס תורשתי אשר הסימפטומים שלה מופיעים עד גיל 12. הטיפול האופטימלי הינו טיפול תרופתי הכולל הזרקות הוריים ובמידת הצורך, גם טיפול רגשי. בניגוד לרוב מחלות הילדים ולאור פניות מהכנסת משרד הבריאות עמד על הצורך להגדיר מי רשאי לאבחן ולטפל בהפרעות קשב וריכוז:

- רופא מומחה בנוירולוגיה ילדים והתפתחות הילד.
- מומחה בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר.
- רופא ילדים עם ניסיון של 3 שנות עבודה במכון להתפתחות הילד.

באבחנה של ADHD ניתן להיעזר בפסיכולוגים במידת הצורך בעזרת מבחנים, ובמידת הצורך ניתן לשלב בתהליך האבחנה גם מרפאים בעיסוק וכו'. בשל התורים הארוכים הוכשרו קרוב ל-300 רופאי ילדים שהוכשרו על ידי משרד הבריאות לאבחנה וטיפול בהפרעות קשב. תרופות ארוכות טווח רבות לטיפול ב ADHD לא כלולות בסל הבריאות. עם זאת, מטופלים עם ביטוח משלים זכאים להשתתפות הקופה.



המועצה המליצה:

- להגדיל את מספר התרופות ארוכות הטווח בסל.
- צמצום תורים למרפאות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.
- הוספת רופאי המשפחה שסיימו את הקורס למתן אבחון הפרעות קשב וריכוז לרשאים לאבחן ולטפל.

דיווח על הרפורמה בבריאות הנפש

עדכון ממפגש שולחנות עגולים - "ממשק רפואה ראשונית - בריאות הנפש בעידן הרפורמה".
נידונו מספר סוגיות, במודלים שונים: בממשקים של רפואה ראשונית בבריאות הנפש, הצרכים ברפואה ראשונית בבריאות הנפש, העומסים הצפויים, שילוב מקצועות אחרים כגון: אחיות, דיאטניות בבריאות הנפש בקהילה, ממשק בריאות הנפש ברפואת הילדים וקידום בריאות. סיכום המפגש היה שקיים צורך בהכשרת צוותים רפואיים לנושאים הנ"ל. הכשרת הצוותים צריכה לכלול לא רק את הרופאים שקיימים במערכת אלא גם רופאים שאינם מומחים ברפואת ילדים או ברפואה פנימית.

הועלו הצעות לטיפול:

- לאפשר הפניה ישירה.
- שיפור הכשרה במסלול קהילתי ובריאות הנפש.
- שילוב גורמי בריאות הנפש במרפאות ראשוניות ליעוץ לרופא הראשוני.
- הרחבת שעות הייעוץ עם גורמים בקהילה לאנשי בריאות הנפש.
- הגדלת זמן מוקצה לרופא ילדים לטיפול בקהילה.
- אפשרות של התייעצות עם גורמי קהילה ללא זיהוי שמות הילדים. רב-שיח מקצועי לצוותים משותפים- רפואה ראשונית ובריאות הנפש על בסיס קבוע.
- העברת מידע רלוונטי וציון מידע של אבחנה לא פעילה.

המלצות יישומיות

שיפור ההסברה באוכלוסייה הכללית לתחום בריאות הנפש לצורך הורדת הסטיגמה.
הודגש כי לרופאי ילדים אין הכשרה בפסיכיאטריה ילדים. על מנת לקדם את הנושא האיגוד יפנה למועצה המדעית בבקשה לכלול בסילבוס רוטציה של חודש בפסיכיאטריית ילדים.
רפואת ילדים הופכת לרפואה אמבולטורית ורוב החולים נמצאים בקהילה. יש למצוא דרכים לשתוף פעולה בין הקהילה למחלקות הילדים בבתי החולים בנושא כיסוי תקציבי לתקופת השהות בקהילה במסגרת תוכנית ההתמחות ברפואת ילדים.
י"ר המועצה המליץ על קיום דיון נפרד לנושא בשיתוף קופות החולים והמועצה המדעית, ומשרד הבריאות.
סקרינינג ואבחון מוקדם של הפרעה התפתחותית במפרק הירך
על פי חוזר מנכ"ל, גורמי הסיכון המחייבים להפנות לאבחון של DDH : סיפור משפחתי, מצג עכוז, מיעוט מי שפיר, הריון מרובה עוברים, ממצאים פיזיקאליים כמו: אי יציבות במפרק הירך, הגבלה בפיסוק, חשד להפרש באורך הרגליים, אסימטריה בכפלי העכוז וצליעה בילדים.
ישנן עבודות שונות בנושא אשר מחייבות הערכה מחודשת של החוזר.
המועצה המליצה על הקמת ועדה לנושא.

גישה חדשה להגברת השימוש בחומצה פולית

הוצגה גישה חדשה להגברת מודעות שימוש בחומצה פולית באמצעות מידע שיימסר בכל בתי המרקחת בישראל לנשים הרוכשות ערכה לבדיקה עצמית של גילוי הריון.
בישיבה עודכן כי הופץ מכתב מטעם משרד הבריאות בנושא זה.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017





משרד הבריאות



המועצה הלאומית לבריאות הנפש



יו"ר: פרופ' אבי בלייך



חברי המועצה הלאומית לבריאות הנפש

פרופ' אבי בלייך - יו"ר המועצה

מר אבי אורן
ד"ר רועי אלדור
גב' נעמי אסולין
ד"ר* שושנה ארבל
גב' אורלי בוני
גב' לאה בוצר
פרופ' חיים בלמקר
ד"ר אמיר בן אפרים
גב' רוני בנצור
ד"ר טל ברגמן לוי
גב' ימימה גולדברג
ד"ר חגית גור זיו
עו"ס יהודית גלברד
פרופ' ליאון גרינהאוס
פרופ' אלכס גרינשפון
ד"ר רבקה דוידוביץ-אפשטיין
ד"ר שמואל הירשמן
פרופ' מרק ויזר
פרופ' גיל זלצמן
גב' דורית חיים-ליטבסקי
פרופ' חגי חרמש
עו"ס חיה ישראל
ד"ר ארי לאודן
פרופ' יחיאל לבקוביץ
ד"ר גדי לובין
גב' גלית לוי
פרופ' רחל לוי שיף
פרופ' חנן מוניץ
פרופ' יובל מלמד
ד"ר איריס מנור
ד"ר יעל נחמה
ד"ר מאיר נעמן
ד"ר יעקב פולאקביץ
ד"ר בוריס פינקל
מר* זב פסט
ד"ר ערד קודש
פרופ' משה קוטר
ד"ר שמעון קורניצר
ד"ר* משה קליאן
פרופ' זאב קפלן
פרופ' אילנה קרמר
ד"ר קרני רובין
ד"ר זהר רובינשטיין
ד"ר אורית שטיין-רייזנר
פרופ' ישראל שטראוס

*תום מינוי



דוח המועצה הלאומית לבריאות הנפש

2015 - 2016

היערכות לשעת חירום

הוצגו אבני דרך בהיערכות לשעת חירום כגון מרכזים לנפגעי דחק בבתי החולים הכלליים, מרכזי דחק / חוסן בקהילה אשר פעלו במלחמת לבנון השנייה ובעת המבצעים בעזה, עם פעילות נמשכת בשגרת החירום בדרום. לאחרונה קיים קונספט חדש של מרכזי תמיכה נפשית (מת"ן) שאמורים להיפרש בראשויות המקומיות. הנושא סבוך ומורכב, בין השאר, כי שותפים לו משרדי הממשלה הרלבנטיים, השלטון המקומי, והצבא/ פיקוד עורף. לעת הזו הצורך הוא בהדרכה מקצועית / אימוני הקמה, שמתעכבים בשל חוסר תקציב ייעודי. סוגיה נוספת, שמתחדדת בעקבות הרפורמה, נוגעת לאופן שילובן של קופות החולים בהיערכות החירום של בריאות הנפש ברמה המקומית. המועצה המליצה:

- לקדם את היערכות מרכזי התמיכה הנפשית ברוח עקרונות האיחוד וההיערכות שנקבעו.
- משרד הבריאות משמר את האחריות המקצועית, בעוד שהאחריות הניהולית הכוללת היא של השלטון המקומי.
- יש להקים בהקדם חוליית הדרכה ארצית שתעסוק באימוני הקמה של מרכזי התמיכה הנפשית.
- לבחון עם פורום מנהלי בתי החולים את יכולתם לקחת חלק במאמץ ההדרכתי/ מקצועי למרכזי התמיכה הנפשית שבאזורם.
- להחיש את הדיון עם קופות החולים על אופן השתלבותן במערך המקומי של בריאות הנפש לשעת חירום.

פרויקט לשמירת זכויות באשפוז הפסיכיאטרי

עמותת בזכות יזמה פרויקט שעוסק בשמירת זכויות אנשים באשפוז פסיכיאטרי. הנושאים בהם עוסק הפרויקט הינם הבאת נבדק למיון פסיכיאטרי על ידי המשטרה וללא הסכמתו, כבילת אסירים בבתי חולים פסיכיאטריים- הוראת "איזוק", איום על הביטחון האישי באשפוז, וגניבת רכוש אישי, הגדרה מגדרית ואלימות בקרב מטופלים וקשירות בזמן אשפוז פסיכיאטרי. המועצה מינתה וועדה ייעודית לנושא, בראשות הפרופ' זאב קפלן, שבה שולבו גם נציגי המתמודדים ו"בזכות". עם מסר מרכזי שהאינטרסים של מערכת האשפוז/טיפול ושל ארגוני המתמודדים מאוחדים לקידום מצב המטופלים. הוועדה לזכויות החולה ומשפחתו באשפוז הפסיכיאטרי הציגה המלצותיה בפני חברי המועצה. הוחלט כי הדיון יימשך במועצה בנושאים השונים שבדוח על מנת לבחון את האפשרויות לקדם אותם ברמה המעשית. בדיון המשך הוחלט כי באשר לנושא של צמצום ההגבלות המכניות, לא ניתן לנתק אותו מההקשר הרחב של החסר בתשתיות ובכח אדם באשפוז הפסיכיאטרי. עצם העלאת הנושא למודעות, שינוי עמדות, הכשרה ורגולציה, כבר תורמים משמעותית. אך בהיעדר תיקון תקציבי משמעותי לא יתאפשר שינוי אמיתי, לאורך זמן, ויתכנו גם השפעות שליליות. ייתכן שלצורך מהלך כולל, שיקבל גם גיבוי ציבורי ותקציבי הולם, ראוי לבחון דרישה להקמת וועדת בדיקה ממלכתית למערכת בריאות הנפש (בדומה לוועדת נתניהו לרפואה הכללית).

פגעות טראומה מינית

אחד ממדדי האיכות המתוכננים של הוועדה המייעצת מטעם משרד הבריאות למדדי איכות בתחום האשפוז עוסק בלקונה בתחום האנמנזה והתשאול של פגיעה מינית בעבר. הממד הוצג בפני חברי המועצה. לאחר סקירת הספרות נמצא כי על ידי טיפול (למשל בחשיפה כמו PE) ניתן לטפל ב- PTSD של חולה פסיכיאטרי ולשפר את הפסיכופתולוגיה הפוסט טראומטית שלו משמעותית כציר נפרד לפסיכזה. בדיון עלו ביקורות שונות מצד חברי המועצה והוחלט למנות ועדה שתדון ותציג את המלצותיה בפני המועצה. משבוצעה עבודה מקדימה זו ובכללה התייחסויות לסוגיות השונות שהועלו, החליטה המועצה להמליץ על הכללת התשאול כמדד איכות באשפוז, וכן לדאוג להכשרות הקשורות לכך.

הרפורמה בבריאות הנפש

בחלוף כחצי שנה מהעברת האחריות הביטוחית, הוצגו סוגיות מרכזיות מנקודת המבט של משרד הבריאות והאגף לבריאות הנפש: מגמות מסתמנות בעבודה מול קופות החולים; סוגיית המידע; עבודה מול מערכת השיקום ועוד. האגף לבריאות הנפש שם דגש על הכשרת אנשי מקצוע בשיתוף האקדמיה, למשל אוניברסיטת תל אביב וחיפה.



אחד מיעדי הרפורמה הוא הרחבת רשת המרפאות בקהילה. קמו מרפאות חדשות ונקודות שירות בהן ניתן לקבל טיפול נפשי ביישובים רבים שקודם לכן לא היה זמין ונגיש דיו. אחת ההצלחות של הרפורמה הינה עלייה בכמות השירותים הניתנים לילדים ונוער. בעקבות העלייה בכמות המרפאות יש עלייה בזמינות ובנגישות.

סוגיית קוד Z

קוד Z משמש לציון גורמי רקע, משברי חיים, שלעיתים תכופות מהווים קטליזטור או גורם מחריף למצוקה, סימפטום או תסמונת. גישת משרד הבריאות והאגף לבריאות הנפש הינה שלצורך טיפול יש צורך באבחנה (או חשד לאבחנה). כל עוד אין אישוש אבחנה יש לחתור לכך גם אם נדרשים יותר משתי פגישות (במנוי האבחוני). קיימים 3 מצבים: בירור/ חשד לאבחנה/ אבחנה. המצב בין בירור לחשד לאבחנה עלול להתארך ונדרשת לכך גמישות והסכמה מצד המטפלים ומצד קופות החולים. חברי המועצה הסכימו כי הדרישה לאבחנה לצורך טיפול נפשי הינה לגיטימית, וכי יש לחתור ליישומה. לכשנדרש יש לאפשר תהליך אבחוני ארוך יותר. מקרים חריגים יידונו ככאלה בהיבט המקצועי.

חוק לפסיכותרפיה: האם יש מקום לבחינה ולהנעה מיוחדת של התהליך

הצורך בחוק לפסיכותרפיה נידון שנים רבות. לפני חוק פסיכותרפיה הכרחי להתמקד בחובת שקיפות- הדרישה כי כל פסיכותרפיסט יציג את השכלתו וזהותו המקצועית. מטרת הדיון הינה להגן על הנזקקים לעזרה מקצועית וכן להגן על המקצועות הטיפוליים. גבולות תעשיית הטיפולים הפסיכולוגיים פרוצים והחוק מאפשר לכל אדם חסר הכשרה לעסוק בתחום. מדובר באוכלוסייה פגיעה. עמדת הפ"י (הסתדרות הפסיכולוגים בישראל) הינה שיש מקום לבדיקה מיוחדת של הנושא ובדיקת היתכנות ואפשרות לחקוק את חוק הפסיכותרפיה. הנושא סבוך ומורכב. במהותו נוגע הן להגדרת העיסוק והן למורשים לעסוק בו. לא ברור אם חוק הינו הפתרון הנכון, אך בכל מקרה דרושה בחינה חוזרת של הסוגיות וניסיון להסדרה. בעתיד הקרוב יוחלט לגבי המתכונת הראויה לקידום התהליך.

מפגש שולחנות עגולים- ממשק רפואה ראשונית- בריאות הנפש בעידן הרפורמה

התקיים מפגש בין-מועצתי של המועצה הלאומית לבריאות הקהילה והמועצה הלאומית לבריאות הנפש בעניין הממשק בין שני התחומים בעידן הרפורמה.

מסקנות והמלצות מהדיון:

- יש צורך בהכשרה לצוותים הרפואיים הראשוניים בתחומי בריאות הנפש, כולל רופאים שאינם מומחים ברפואת המשפחה ורופאי הילדים. יש לשים דגש על היעדר ידע לגבי סל שיקום ומוסדות עזרה בקהילה.
- לגבי אחיות הקהילה יש צורך ביצירת שיגרות עבודה לטיפול בתחום בריאות הנפש. יש מקום למתאמי טיפול למטופלים מורכבים. סביר שאחות בעלת הכשרה תעשה זאת בצורה מיטבית. בחולים מורכבים יש צורך בהתערבות של צוות רב מקצועי.
- יש צורך בהכשרה של צוות בריאות הנפש בתחומי ביו-רפואה, למשל בקווים מנחים למניעה וטיפול במרכיבי הסנידרום המטבולי. יש לשים דגש על קבוצות הדורשות התייחסות מיוחדת. יש לחזק את תפקיד הפסיכיאטר בתחום אורח חיים וקידום בריאות- במיוחד במקרים בהם הוא המטפל העיקרי.
- יש צורך שכל מטופל יהיה משויך לרופא ראשוני מוגדר כדי לאפשר תקשורת טובה בין הצוותים. צוותי בריאות הנפש ורפואה ראשונית צריכים לדעת מי הרופא הראשוני והפסיכיאטר המטפל של חוליהם.
- יש למצוא דרך לחשוף את רופא המשפחה של המטופל בבריאות הנפש למידע בבית החולים, בזמן אמת כולל אבחנות, תרופות אשפוזים והערכה פסיכיאטרית. יש למנוע מצב בו תוכנות כמו האופק "מוחקות" מידע פסיכיאטרי. מצד שני יש להגביל את הנגישות למידע רק לרופא הראשוני של המטופל. מודגש שכיום דווקא החלק האדמיניסטרטיבי של קופות החולים חשוף ליותר מידע, דרך טופס 17, מאשר הרופא הראשוני.
- יש להכשיר את צוותי בריאות הנפש לשימוש במערכות מחשב ובמיוחד מערכות תקשורת דוגמת ה"אופק".



- יתכן שמוקדי הבקרה של קופות החולים צריכים להיות ה"שרוול" המקשר. כבר כיום יש להם מידע רב כולל הערכה פסיכולוגית / פסיכיאטרית. כיוון ששני השירותים (רפואה ראשונית ובריאות הנפש) הם באופן כללי אזוריים, יש לשאוף להגברת ההיכרות האישית בין המטפלים השונים, זאת על ידי כנסים אזוריים בהם שני הצדדים שותפים ומלמדים. לאחר היכרות ראשונית ניתן לקדם שימוש בדרכי תקשורת אחרות: טלמדיסין, יעוץ מקומי, יעוץ וירטואלי, יעוץ יבש.
- לגבי ילדים: מומלץ לאפשר הפניה ישירה, שיפור הכשרה במסלול קהילתי ובריאות הנפש של רופאי הילדים בקהילה, שילוב גורמי ובריאות הנפש במרפאות ראשוניות ליעוץ לרופא הראשוני, הרחבת שעות היעוץ עם גורמים בקהילה לאנשי ובריאות הנפש ואפשרות של התייעצות של גורמי קהילה ללא זיהוי הילדים.
- לגבי קידום בריאות: הגדרת תפקיד הפסיכיאטר כמטפל ברפואה מונעת, מציאת פתרונות טיפוליים ופרסומים לאורח חיים- קבוצות ייעודיות, שילוב המשפחות בקידום בריאות ורפואה מונעת, ההוסטלים/ דיור מוגן/ בתי החולים כסביבה מקדמת בריאות, פתרונות מתאימים בקידום בדיקות סקר, "ביקור בריא" לאנשים עם מחלות נפש (לדוגמה אצל אחיות בקהילה), הגדרת אורח חיים בריא כחלק מובנה בסל השיקום, מימון פעילות גופנית בסיסית מובנית על ידי ביטוח לאומי, רשויות, משרד התרבות והספורט, מתן כלים למטפלים (משפחה, אחיות, תזונאיות ועוד) להתייחסות ספציפית לאורח חיים בקרב אנשים עם מחלות נפש, קבוצות ייעודיות לאנשים עם מחלות נפש (עישון, סוכרת, תזונה) ומתן אפשרות בחירה ומדדי קידום בריאות למדדי איכות של בתי חולים פסיכיאטריים. על המשרד לפעול כרגולטור לגבי זמינות הטיפול בבריאות הנפש ובמיוחד של מטפלים שאינם רופאים.

תכנית לאומית להפחתת קשירות בבתי חולים פסיכיאטרים

קיימים מספר סוגי הגבלות למטופלים: הגבלה מכאנית, הגבלה פיזית, הגבלה "כימית" ובידוד. הגבלה היא מוצא אחרון לאחר שדרכים אחרות כשלו, היא מוגדרת כטיפול, לא אופטימאלי, אך אינה ענישה. היא מתבצעת רק במקרה של סכנה ממשית לפגיעה עצמית או פגיעה באחרים. משרד הבריאות בוחן שיטות חדשניות על מנת לצמצם מקרים אלו למינימום ואולי אף להפסיקם לגמרי. היעד הוא ביטול ההגבלה המכאנית בישראל עד ה- 31/12/2018.

במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע הופחת שיעור ההגבלות באשפוז. הוצגו הדרכים שנגקטו על מנת לאפשר זאת. המועצה ממליצה לבחון ולקדם תכנית לאומית להפחתת הגבלות מכניות (קשירות) בבתי החולים הפסיכיאטרים. כבסיס לבחינה זו ישמשו, בין השאר, התכנית שהוכנה על ידי האגף לבריאות הנפש וכן הניסיון האמפירי שנצבר בבתי החולים השונים.

"צוות משברי" - צוותי עזרה בשעת משבר פסיכיאטרי

בעקבות דיווחי משפחות שהיו חסרות אונים במצב בו בן/בת משפחתם חוו משבר, נכתב מסמך המציע מד"א נפשי במצב של משבר מתגלגל ומתדרדר. לאו דווקא מצב חירום חריף, ולמרבה הצער כשהמצב אינו מהווה סכנה מוחשית ומידית לא נעשה דבר. בצד הצורך להסדיר את נושא ביקורי הבית על ידי המבטחים והספקים שלהם, עולה מהשטח (משפחות מתמודדות) הצורך בשירות של מד"א נפשי (שירותי התערבות במשבר). מודל ושירות לכך נמצא בשלבי תכנון מתקדמים באגף לבריאות הנפש.

נושאים לדיון לשנת 2017

- המשך מעקב על יישום הרפורמה : בקהילה ובבתי החולים
- המשך הדיאלוג עם גורמי הרפואה הראשונית בקהילה (מבוגרים וילדים)
- בחינת שיתופי פעולה עם המועצה לשיקום נכי נפש בקהילה
- היערכות לשעת חירום: המשך יישום התכניות בנידון, ובמיוחד שילובן של קופות החולים במערך המתוכנן
- קידום המלצות הוועדה לזכויות החולה ומשפחתו באשפוז
- וועדה לבחינת מיזוג החוק לטיפול בחולי נפש עם חוק זכויות החולה
- בחינה וקידום צעדים לצמצום אי השוויון בבריאות הנפש
- בחינת הצרכים בשירותי בריאות הנפש לקשיש (פסיכוגריאטריה)

תערוך לפני נושאים לשנת 2017





משרד הבריאות



המועצה הלאומית לבריאות הקהילה



יו"ר: פרופ' אמנון להד



חברי המועצה הלאומית לבריאות הקהילה

פרופ' אמנון להד - יו"ר המועצה

*גב' מזל אלבגלי
פרופ' אשר אלחיאני
פרופ' רונית אנדוולט
*פרופ' איה בידרמן
ד"ר שלמה בירקנפלד
פרופ' שלמה ברלינר
ד"ר בשארה בשארה
*גב' דיצה גוטליב
גב' ימימה גולדברג
גב' דורית גולדמן
מר מידד גיסין
עו"ס יהודית גלברד
ד"ר דורון דושניצקי
פרופ' טוני היימן
ד"ר שמואל הירשמן
פרופ' שלמה וינקר
גב' ליאורה ולינסקי
ד"ר עפרה חבקין
פרופ' עו"ד חוה טבנקין
ד"ר דני טיאר
ד"ר מנואל כץ
פרופ' דיאן לוין
*ד"ר ניקי ליברמן
סא"ל הדר מרום-שכטר
גב' טל ניצן
ד"ר יוסי עזורי
ד"ר בלה עזריה
גב' אירית פורז
ד"ר מנחם פישר
גב' מלי קושא
גב' כלנית קיי
ד"ר דן קרת
ד"ר איריס רסולי
פרופ' ורדה שלו
מר אלון שפיר

*תום מינוי

**במהלך השנה המועצה איבדה חבר מועצה יקר, ד"ר דרור גוברמן ז"ל.



דוח המועצה הלאומית לבריאות הקהילה

2015 - 2016

הגדרת גבולות גיל הילדות ורפואת מתבגרים

קיימת בעיה בנוגע להגדרת גיל הילדות ובעיקר מבחינת האשפוז. לבתי חולים אין הנחיה ברורה ממשרד הבריאות. קיים גם שוני בין בית החולים לגבי חתך הגילאים של המאושפזים.

בקהילה, גם רופא משפחה וגם רופא ילדים יכולים לטפל בילדים.

הליך ההתבגרות הוקדם בשנים האחרונות ומצד שני מבחינה רפואית סיום גיל ההתבגרות מתרחש בגילאים 24 - 20 בשלב הבשלת/שינוי בתאי המוח. תהליך ההתבגרות הוא תהליך של התפתחות וההתייחסות לילד / למתבגר לפי שלב ההתפתחותי שלו הוא קריטי.

הטיפול בבני נוער מצריך יכולות והתאמות שונות מטיפול בילדים צעירים יותר או בוגרים.

רוב המתבגרים מטופלים על ידי רופאי הילדים. רק לחלקם ישנה הכשרה מספקת ברפואת מתבגרים. כיוון שמקצועות רפואה רבים מטפלים במתבגרים, יש חשיבות שגם הם יזכו להכשרה מתאימה, שתכלול התנסויות בקהילה.

הוחלט על מינוי ועדה בין-מועצתית בשיתוף המועצה לבריאות הילד ופדיאטריה שתעסוק בתחומים הבאים:

• בית החולים - הגדרת תחום המעבר מבחינת גילאים בין ילדים למחלקות המבוגרים

• הכשרת רופאי קהילה

• חיוב רוטציה בקהילה לרופאי ילדים

• גיל ההסכמה של הקטין

• טיפול בחתך גיל העליון

• אמצעים אחרים של רפואה כולל מוקדים רפואיים, רשתות חברתיות והשפעתם על המתבגרים

הכשרת אחיות לעבודה בקהילה

כיום, לאחיות מספר דרגות בהכשרה: אחות מוסמכת, אחות אקדמאית בעלת ההתמחות וקורס על בסיס, ואחיות מומחיות שכיום מאושרות בקהילה בשני תחומים: הטיפול התומך הפליאטיבי ובתחום הסוכרת.

מעבר לנושא של רפואה ראשונית, לאחיות יש מגוון רחב של התמחויות בתחום הקליני כמו: פצעים, גנטיקה וגסטרו. רצף טיפול - אחיות הן אלה שדואגות לרצף הטיפול, טיפולי בית, כמנחות בסדנאות עישון, בריאות הציבור, ייעוץ הנקה וכו'.

לימודי קהילה כלולים במסגרת תכנית הלימודים הבסיסית לאחות מוסמכת במסגרת ההכשרה הגנרית - 186 שעות מתוך סך 2648 שעות. ההתנסות הקלינית חייבת לכלול התנסות במרפאה ראשונית.

יש צורך באחות קהילה בעלת יכולות אבחון, טריאז' וטיפול. המועצה ממליצה על קידום מקצוע אחות מומחית קהילה. כמו כן המועצה ממליצה כי סמכויות אחות מומחית קהילה, ההכשרה וצורת העבודה יקבעו על ידי משרד הבריאות תוך התייעצות עם הר"י ואיגוד האחיות.

חומצה פולית

ישנו חלון זמן מתאים בו חומצה פולית יכולה למנוע NTD בעובר. גניקולוגים הגדירו את תחילת ההיריון מסוף הוסת האחרונה, אך בפועל ההתעברות מתרחשת שבועיים לאחר קבלת הוסת וחשוב לקחת זאת בחשבון בעניין חלון הזמן המתאים למניעת NTD.

קיימת יוזמה חדשה לקידום חומצה פולית לנשים בטווח זמן שיכול להיות יעיל למניעת מומים בעובר, טרם הכניסה להריון. אצל נשים רבות אשר כן לוקחות חומצה פולית טרם ההיריון ההיענות וההצמדות לטיפול לקיים.

בישראל כ- 30% מהנשים לא היו עושות הפסקת היריון מסיבות דתיות. עבורן הדרך היחידה היא מניעה ראשונית.

על פי מספר סקרים יש עליה באחוז הנשים שלוקחות חומצה פולית טרם ההיריון בישראל לאורך השנים. כמו כן קיימת ירידה בשכיחות NTD בישראל לאורך השנים. מדובר גם בחיסכון כלכלי למדינה.

יש מחקרים שמראים ש- 0.4 מ"ג ליום חומצה פולית אינו מספיק וכי מינון גבוה יותר יכול להביא לתוצאות טובות יותר.

מרבית הנשים בעולם המודרני יודעות שהן בהיריון על פי ערכת בדיקת היריון ביתית. הבדיקות מזהות היריון גם 2-3 ימים טרם האיחור בווסת. כלומר אישה המצפה להיריון יכולה לזהותו כשבועיים שלושה לאחר ההתעברות. כל פעם בין זיהוי ההיריון להגעה למעקב היריון הוא קריטי.

המסקנה היא שיש להצמיד את השלב שבו משתמשים בערכה הביתית לשימוש בחומצה פולית. האפשרויות הן להצמיד פרסומת בולטת לערכה הביתית/ לצרף קופון/ לצרף מרשם או מספר כדורים.

עניין נוסף הוא שיש לשנות את המינון המומלץ.



המועצה המליצה כי:

תכנן פעולות משרד הבריאות לקידום נטילת תוסף חומצה פולית יוצג בפני חברי המועצה ויתואם עם ראשי המועצות הלאומיות הרלוונטיות. מינוי תת ועדה אשר תוציא המלצות האם לשקול שינוי הגישה. התקיים דיון טלפוני בנושא עם נציגים רלוונטיים והועברו המלצות.

אישורים רפואיים (פרט לאישורי ספורט)

נושא שעלה מספר פעמים לדיון בישיבות המועצה אך טרם נפתר. נערכו שינויים בטפסי הצהרה בריאותית לקבלה למדרשה למנהיגות חברתית, לבית הספר למקצועות הבריאות ולריצת מרתון. כמו כן בנושא חדרי כושר הפתרון שנמצא הוא הצהרה אישית של האדם. אישור שטרם שונה הוא אישור לאסיר אשר רוצה להתייחד עם בת זוגתו. הנושא בעיתי שכן הרופא עלול לפעול מתוך פחד במידה ומדובר בכיר במשפחת פשע למשל. ב-2013 הכין משרד הבריאות טיוטת חוזר בנושא הפקת אישורים רפואיים אולם בסופו של דבר החוזר לא פורסם. מדובר בנושא חשוב אשר לא טופל ובינתיים ממשיכים לצאת אישורים חדשים. המועצה ממליצה להנהלת המשרד לפרסם חוזר מחייב בנושא הפקת אישורים רפואיים עבור מבוטחים על ידי קופות החולים, בהמשך לטיטה שנכתב, שיקבע כי נציג קבוע יהיה אחראי על נושא האישורים הרפואיים. המלצת המועצה הועברה לראש מנהל רפואה.

המלצה על בדיקת אגן (בדיקה גניקולוגית) רוטינית

איגוד הפנימאים האמריקאי (ACP) קבע בשנת 2014 כי יש להימנע מבדיקת אגן שגרתית בנשים בוגרות שאינן הרות שכן אין ראיות התומכות בביצוע בדיקה שגרתית מחד גיסא, ומובילה למצוקה וניתוחים מיותרים מאידך גיסא. האיגוד הגניקולוגי האמריקאי המליץ בשנת 2012 על בדיקה אגנית בי-מנואלית לנשים מעל גיל 21 מדי שנה בהסכמת האישה. ל-ACOG הסתייגויות להמלצה זו והנחייתו היא בדיקה שגרתית שהיקפה ייקבע בהתאם לנסיבות המקרה. החברה לרפואת נשים בישראל תומכת בהנחיה זו. המועצה ממליצה להקים תת ועדה בשיתוף עם המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגניטיקה והמועצה הלאומית לבריאות האישה אשר תקבע האם יש צורך בבדיקה פיזיקלית ומה הדחיפות שלה וכן לגבי תכני מפגש שגרת. מונתה ועדה שטרם הגישה המלצותיה.

המדד החדש המוצע על ידי תכנית המדדים בנושא בדיקות PAP (סיקור לסרטן צוואר הרחם)

הסיקור לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם נעשה על ידי משטח צוואר הרחם (בדיקת פאפ). בישראל פורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בשנת 2009 שקבע כי אין הצדקה להתוויית תכנית לאומית לסקירת האוכלוסייה בישראל באופן יזום לשם גילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם אך מומלץ לבצע בדיקת פאפ אחת ל-3 שנים בגילאי 25-65. סל הבריאות כולל בדיקת פאפ כל 3 שנים עבור נשים בגילאי 35-54. על פי נתוני מכבי שירותי בריאות, בהשוואה למדינות ה-OECD ישראל נמצאת הרבה מתחת לממוצע בשיעור הסיקור לסרטן צוואר הרחם.

מניעת סרטן צוואר הרחם - תכנית מדדים כשלב בדרך לסקר ארצי מאורגן

למרות שרגישות בדיקת הפאפ נמוכה היא אחת הבדיקות הכי מוצלחות כבדיקת סקר. בדיקת הפאפ מועילה לכל אישה שעושה אותה אולם ברמת מדיניות, עד ש-70% מהנשים באותה מדינה לא עושה בדיקת סקר, לא נראה ירידה משמעותית בתמותה. ניתן לראות כי ככל שהשכיחות של הסקר עלתה, שכחות התמותה ירדה משמעותית במדינות שונות, למעט בישראל בה לא היה שינוי בתמותה לאורך 60 השנים האחרונות. האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה ממליץ על סקר רוטיני של משטח מצוואר הרחם מגיל 25-60 שנים, פעם ב-3 שנים. לעומת זאת, חוזר מנכ"ל משנת 2005 קובע כי אין הצדקה לבצע בדיקות סריקה לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם ובנשים עם סיכון גבוה מומלץ



לקיים את הבדיקה פעם ב- 3 שנים.

בישראל מבוצע סקר אופורטוניסטי שאינו יעיל ומבזבז כסף. לעומת זאת סקר מאורגן יותר יעיל, עולה פחות ומוביל לירידה בתמותה. המתנגדים לסקר פאפ מאורגן טוענים כי רוב מקרי הסרטן בצוואר הרחם לא מתגלים באמצעות הבדיקה אלא כאשר האישה מפתחת תסמיני המחלה אך מטרת בדיקת הפאפ היא למנוע נגעים טרום סרטניים ולמנוע את התפתחות הסרטן. לאחר דיון המועצה ממליצה כי יו"ר המועצה יקיים דיון עם יושבי ראש המועצות למניעה, אבחון וטיפול במחלות ממאירות, בריאות האישה ורפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה ועם ד"ר רונית קלדרון על מנת להחליט האם מומלץ לדון בנושא מחדש.

מפגש שולחנות עגולים - ממשק רפואה ראשונית - בריאות הנפש בעידן הרפורמה

התקיים מפגש בין-מועצתי של המועצה הלאומית לבריאות הקהילה והמועצה הלאומית לבריאות הנפש בעניין הממשק בין שני התחומים בעידן הרפורמה.

מסקנות והמלצות מהדיון:

- יש צורך בהכשרה לצוותים הרפואיים הראשוניים בתחומי בריאות הנפש, כולל רופאים שאינם מומחים ברפואת המשפחה ורופאי הילדים. יש לשים דגש על היעדר ידע לגבי סל שיקום ומוסדות עזרה בקהילה.
- לגבי אחיות הקהילה יש צורך ביצירת שיגרות עבודה לטיפול בתחום בריאות הנפש. יש מקום ליצור Coordinator למטופלים מורכבים. סביר שאחות בעלת הכשרה תעשה זאת בצורה מיטבית. בחולים מורכבים יש צורך בהתערבות של צוות רב מקצועי.
- יש צורך בהכשרה של הצוות בבריאות הנפש בתחומי ביו-רפואה ובעיקר קווים מנחים למניעה וטיפול במרכיבי הסינדרום המטבולי. יש לשים דגש על קבוצות הדורשות התייחסות מיוחדת. יש לחזק את תפקיד הפסיכיאטר בתחום אורח חיים וקידום בריאות- לעיתים הוא המטפל העיקרי.
- יש צורך שכל מטופל יהיה משויך לרופא ראשוני מוגדר כדי לאפשר תקשורת טובה בין הצוותים. צוותי בריאות הנפש ורפואה ראשונית צריכים לדעת מי הרופא הראשוני והפסיכיאטר המטפל של חוליהם.
- יש למצוא דרך לחשוף את הרופא הראשוני המוגדר של מטופל בבריאות הנפש למידע משמעותי בזמן אמת כולל אבחנות, תרופות אשפוזים והערכה פסיכיאטרית. יש למנוע מצב בו תוכנות כמו האופק "מוחקות" מידע פסיכיאטרי. מצד שני יש להגביל את הנגישות למידע רק לרופא הראשוני של המטופל. מודגש שכיום דווקא החלק האדמיניסטרטיבי של הקופות חשוף ליותר מידע, דרך טופס 17, מאשר הרופא הראשוני!
- יש להכשיר את צוותי בריאות הנפש לשימוש במערכות מחשב ובמיוחד מערכות תקשורת דוגמת ה"אופק".
- יתכן שמוקדי הבקרה של הקופות צריכים להיות ה"שרוול" המקשר. כבר כיום יש להם מידע רב כולל הערכה פסיכולוגית / פסיכיאטרית.
- כיוון ששני השירותים (רפואה ראשונית ובריאות הנפש) הם באופן כללי אזוריים, יש לשאוף להגברת ההיכרות האישית בין המטפלים השונים, זאת על ידי כנסים אזוריים בהם שני הצדדים מלמדים. לאחר היכרות ראשונית ניתן לקדם שימוש בדרכי תקשורת אחרות: טלמדיסין, יעוץ מקומי, יעוץ וירטואלי, יעוץ יבש.
- לגבי ילדים: מומלץ לאפשר הפניה ישירה, שיפור הכשרה במסלול קהילתי ובריאות הנפש של רופאי הילדים בקהילה, שילוב גורמי בריאות הנפש במרפאות ראשוניות ליעוץ לרופא הראשוני, הרחבת שעות היעוץ עם גורמים בקהילה לאנשי בריאות הנפש ואפשרות של התייעצות של גורמי קהילה ללא זיהוי הילדים.
- לגבי קידום בריאות: הגדרת תפקיד הפסיכיאטר כמטפל ברפואה מונעת, מציאת פתרונות טיפוליים ופרסומים לאורח חיים- קבוצות ייעודיות, שילוב המשפחות בקידום בריאות ורפואה מונעת, ההוסטלים/ דיור מוגן/ בתי החולים כסביבה מקדמת בריאות, פתרונות מתאימים בקידום בדיקות סקר, "ביקור בריא" לאנשים עם מחלות נפש (לדוגמה אצל אחיות בקהילה), הגדרת אורח חיים בריא כחלק מובנה בסל השיקום, מימון פעילות גופנית בסיסית מובנית על ידי ביטוח לאומי, רשויות, משרד התרבות והספורט, מתן כלים למטפלים (משפחה, אחיות, תזונאיות ועוד) להתייחסות ספציפית לאורח חיים בקרב אנשים עם מחלות נפש, קבוצות ייעודיות לאנשים עם מחלות נפש (עישון, סוכרת, תזונה) ומתן אפשרות בחירה ומדדי קידום בריאות למדדי איכות של בתי חולים פסיכיאטריים.
- על המשרד לפעול כרגולטור לגבי זמינות הטיפול בבריאות הנפש ובמיוחד של מטפלים שאינם רופאים.



מגשימים אינטגרציה ברפואה - integrated care באסותא אשדוד

היום יש לשים יותר דגש על רפואה בקהילה. המציאות בשטח קשה ולא מאפשרת רפואה במיטבה. קיימים 7 מתקנים רפואיים בארץ של אסותא מרכזים רפואיים. היקף הפעילות מאוד גדול. אסותא מרכזים רפואיים היא חברת בת של מכבי שירותי בריאות ואשדוד היא חברת בת של אסותא מרכזים רפואיים. השאיפה היא למודל אינטגרציה סביב המטופל כך שלאדם תהיה מעטפת אחת מרכזית המרכזת את כל השירותים והטיפולים. כאשר מייצרים מדיניות עליה להיות מנקודת המבט של החולה ומשפחתו. רפואה נכונה, יותר זולה. ההתמקדות במודל אשדוד היא בניהול הטיפול בבית החולים ובקהילה ובנושא הרצף הטיפולי בין בית החולים לקהילה. המטרה היא שכל רופא בקהילה שיהיה מעוניין יוכל להגיע לבית החולים להמשך טיפול בחולה, כחלק מבית החולים. כמו כן, כאשר חולה יגיע לבית החולים, המידע על עברו יהיה מעודכן במערכת המחשוב של בית החולים בעזרת חיבור בין בית החולים לבין קופות החולים. הרצף הטיפולי יתבטא ברמת שותפות הצוות הרפואי ומקצועות הבריאות. המכשולים הם שמרנות תפיסתית ומבנית בין בתי חולים, קהילה ושירותים סוציאליים, קיבוע בתפיסת העולם והמשאבים הנדרשים לשינוי התפיסה והוצאתה לפועל. בית החולים המתוכנן הוצג בפני המועצה. הדרך עוד ארוכה ויש עוד תהליכים שצריכים להתבצע אולם סיכויי ההצלחה הינם גדולים.

WHO- Integrated Care

בהמשך למודל שהוצג, הוצג כנס שאורגן על ידי ארגון הבריאות העולמי בדנמרק בנושא טיפול אינטגרטיבי. מדובר במגמה עולמית שקורית בישראל. קיימים 2 מודלים: של הארגון האירופאי ושל ארגון הבריאות העולמי. כל המדינות ציינו צורך בחיזוק הרפואה הראשונית.

המדדים של בתי החולים ונושאי רצף הטיפול המתגבשים

הוצגו בפני המועצה מבנה ועקרונות התכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים. בישראל האוכלוסייה מכוסה על ידי 4 הקופות ויש נגישות טובה ממדינות אחרות למטופלים. לאחר דיון המועצה חושבת כי יש מקום ניכר למדדי רצף, חשוב שייצגו עשייה רפואית אמיתית שתשנה את התוצאות הרפואיות של המטופל ואת חוויית המטופל. יש לקחת בחשבון את השפעת המדדים על שאר הפעילות הרפואית. המדדים חייבים להיות **evidence based**. ברגע שיתקיים דיון ספציפי על מדדים מסוימים, המועצה המליצה להציגם בפני חברי המועצה.

הסכנה הגוברת משימוש באופיאטים הניתנים על ידי רופאים בהתוויה של כאב כרוני (שאינו ממקור סרטני)

על פי נתונים מהעולם, הקבוצה העיקרית שנפגעת היא צעירים. יש מגמת עליה בתמותה כתוצאה מנטילת תרופות אופיאטיות, וכן עליה בכמות המרשמים. הבעיה מעבר לתמותה משימוש יתר היא שימוש לא נכון, שימוש לרעה והתמכרות. לפני כ- 4 שנים פנה נציג עמותת חולים שנפגעו מתרופות מרשם אופיאטיות לכאב למנכ"ל דאז, פרופ' רוני גמזו, על מנת להעלות את המודעות בנושא. פרופ' גמזו היה מעוניין לקדם את הגמילה תחת הרדמה. באותה שנה התקבל סכום כסף ייחודי לפיילוט. נבחרו אנשים שנפגעו מתרופות מרשם, והפיילוט היה אמור להתחיל בבית חולים ברזילי בו מתבצעת הפרוצדורה ובבית חולים אסף הרופא. הודגשה חשיבות המשך מעקב לאחר הפרוצדורה למשך 6 חודשים לפחות, מתן אלטרקסון למניעת חזרה לשימוש ומעקב פסיכוסוציאלי נלווה. הפיילוט לא יצא לפועל, ולא נבדקה יעילות התערבות זו. לפני כשנה נעשה ניסיון נוסף ליישם את הפיילוט, אולם הוא נכשל עקב חוסר תקציב. הוקם פורום על מנת ליצור שיח בין רופאי כאב ורופאים פסיכיאטריים. בהמשך התקיימו כנסים בתחום. בנוסף קם בבית חולים שיבא מרכז לרפואת התמכרויות שנסגר עקב חוסר תקציב. על מנת להמשיך את מתן השירותים בתחום נפתח שירות במספר מרכזים של המחלקה לטיפול בהתמכרויות, אשר מכוון לתת שירות לאוכלוסייה נורמטיבית. קיימת מחלקה במשרד הבריאות שאחראית לניטור תופעות לוואי. בימים אלה נכתב מאמר בנושא, ובמסגרתו נסקרו פניות לדיווח על תופעות לוואי.



לא עלו דיווחים ייחודיים לאופיאטים. אחת הבעיות הקשות היא מודעות לזיהוי הבעיה כשהיא מתהווה.

קיימות אזהרות מפורטות על גבי אריזות והוספה לאזהרות הינה מורכבת.

הנושא של הקמת מערכת ממוחשבת לפיקוח וניטור כל בתי מרקחת בנוגע למכירת תרופות אופיאטיות עלה בעבר, אולם משרד המשפטים התנגד למעקב אחר מטופלים מטעמי סודיות. יש לזכור את התועלת שתביא המערכת מול הקושי בהנגשת הטיפול. צריך לתכנת את המערכת בצורה מסודרת ונכונה. המועצה המליצה על:

- להקדיש זמן להדרכת צוותים ראשוניים, אך לא רק אותם.
- ליצור מערכות בקרה- רישום ממוחשב כללי, בעיקר במעבר מידע בין קופות.
- בקופות מסוימות יש לדון באופן נרחב באפשרות של מטפל אחד שמטפל בהוצאת מרשמים כרוניים, והצמדה לבית מרקחת אחד.
- פיתוח שירות ביניים והתמחות עמיתים בתחום, על מנת לספק מענה למתמכרים נורמטיביים.
- בפתרונות האלטרנטיביים המועצה ממליצה לעשות שימוש בגורמים פארא רפואיים שהוכחו כיעילים.
- ליישם את התכנית שהוגשה לאגף הרוקחות לפני כ- 10 שנים על ידי ד"ר מיכאל דור בנושא דיווח מרוכז ארצי לשימוש באופיאטים, הכוללת איסוף מידע מבתי המרקחת והצלבה.
- הנושא מעורר דיון, ויכוח ומחלוקות אך הוא בעל פוטנציאל תראפויטי.
- מדובר בקנביס למטרות רפואיות בלבד, בתנאים ובסייגים של משרד הבריאות.
- כאשר הקנביס נלקח ללא אבחנה רפואית יש סכנה להחמרת מחלות נפשיות קודמות, והתפרצות הפרעות אישיות וסכיזופרניה.
- חשוב לקדם את הנושא של המדיה ופוליטיקאים, לחץ אישי ומשפחתי.
- רופא בתחום המומחיות שלו יכול להמליץ על קנביס למטופל ובתנאי שלאחר מיצוי הטיפולים המקובלים הקיימים. על רופא המשפחה להיות מעורה בטיפול ולהיות מודע שהמטופל מקבל קנביס. במידה ויש היסטוריה נפשית נדרש אישור פסיכיאטרי.
- המועצה המליצה על:
- הנטייה לכיוון רגולציה והפיכת השימוש בקנביס לדמוי תרופה היא חיובית.
- חשוב למנוע דליפת החומר לשם עישון שאינו רפואי.
- נראה שיש לתת עדיפות לטיפול בשמן קנביס על פני עישון - הפוך מהמצב הקיים.
- הציבור צריך לדעת, שמי שנתפס כמעביר את החומר ייענש.
- קיום מחקר נוסף בנושא.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות, סל הבריאות 2017





משרד הבריאות



**המועצה הלאומית
לרפואת נשים,
נאונטולוגיה
וגנטיקה**



יו"ר: פרופ' אליעזר שלו



חברי המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה

פרופ' אליעזר שלו - יו"ר המועצה

פרופ' לינה באסל
פרופ' צבי בורוכוביץ
פרופ' משה בן עמי
ד"ר יורם בנטל
ד"ר יונה ברק
פרופ' גדי ברקאי
ד"ר מיכל ברקנשטט
ד"ר אגי גולן
פרופ' מרק גלזרמן
פרופ' שאול דולברג
פרופ' צפורה דולפין
ד"ר אורנה דיאב-ציטרין
פרופ' מרתה דירנפלד
עו"ס רחל דרכמן
פרופ' אריה הרמן
פרופ' ארנון ויז'ניצר
ד"ר עמיהוד זינגר
פרופ' יואל זלוטוגורה
ד"ר אריק כהנא
פרופ' נרי לאופר
ד"ר דורית לב
ד"ר יורם לוטן
פרופ' אפרת לוי-להד
פרופ' איתן לוננפלד
פרופ' יוסף לסינג
פרופ' ליאת לרנר-גבע
פרופ' שלמה משיח
ד"ר גיל סיגל
פרופ' עאזם פואד
פרופ' עמי פישמן
ד"ר מנחם פישר
ד"ר שמואל צנגן
פרופ' רפי רון אל
גב' איריס רז
פרופ' בריאן רייכמן
פרופ' מוטי שוחט
פרופ' אריק שינוול
פרופ' אייל שיף

*תום מינוי



דוח המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה

2015 - 2016

המלצות הועדה לבחינת התוויות לטיפול פוריות

לבקשתו של פרופ' ארנון אפק, מנכ"ל משרד הבריאות דאז, להקים ועדת מומחים שתדון בהסדרת הנושא לרבות פרסום חוזר מינהל רפואה והקמת רשם רפואי בתחום. בדצמבר 2014 הוקמו 3 תתי ועדות: הגדרת שיטה לתגמול ובחינת הוספת תרומת ביציות כאמצעי נוסף לרשות המטופלים מטרת הועדה: הגדרת שיטה לתגמול שתכלול קריטריונים מקצועיים, בחינת סה"כ משאבים המושקעים בנושא, בחינת העלויות של הטיפולים השונים (טיפול הפרייה, תרומת ביציות) ובחינת הוספת תרומת ביציות כאמצעי נוסף לרשות המטופלים שיהווה חלק מסל הבריאות זאת על בסיס התקציב הקיים. סיכום דיון חלק מההמלצות כפי שהוצגו מבוססות על המלצות קודמות של המועצה שלא יושמו. ההמלצות יישלחו כפי שהן. צריך להתייחס להמלצות של עוברים ראויים. מי שיקבע/יגדיר איכות אלו הם האיגודים המקצועיים. נוציא מכתב משותף לאיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה ואיל"ה.

הגדרת קריטריונים מקצועיים לטיפול פוריות חוץ גופית

מטרת ועדה זו הינה להגדיר קריטריונים מקצועיים לטיפול הפוריות חוץ גופיות, לרבות הנחיות באשר לבדיקת עוברים והחזקתם. סיכום דיון ההמלצה תתוקן בהתאם לסיכום. נשים בין גיל 44 ל 45 תוכלנה לקבל טיפול אחד נוסף. הפסקת טיפול תהיה על בסיס ההגדרה של היחידה לגבי עוברים שאינם ראויים להחזרה. הדרישות להעלות שורה לניהול יחידת פריון תהיה על בסיס החלטה של בית החולים בהמלצת מנהל המחלקה.

קביעת מדיניות וקריטריונים לפרסום ולרישוי מרכזי הפרייה חוץ גופית

מטרת ועדה זו לקבוע מדיניות וקריטריונים לפרסום מזוהה ופרטני ועל פי מרכז של תוצאות הטיפולים. ולקבוע קביעת קריטריונים לרישוי מרכזי הפרייה חוץ גופית. סיכום דיון עבודה מצוינת. נושא חשוב שעלה בדיון הוא הערכת מסוגלות הורית והערכה רפואית והוצע להעלותו בישיבה משותפת עם המועצה לביואתיקה. בנוסף, לשקול לחייב את היחידות להגיש נתונים למכון הלאומי לבקרת מחלות, למסד הנתונים. fellowship כפי שצוין בהמלצות הוא נושא להעלות שורה מיותר.

מעמד חוזרי משרד הבריאות (מנכ"ל/מינהל רפואה) מחייבות/מגינות?

תפקיד המועצה הוא לתת המלצות מקצועיות כדי לסייע בידי הרגולטור בהוצאת נהלים. הוראות אלה הן בגדר המלצה. חשוב להכין מסמך מטעם משרד הבריאות המופנה לצוותים הרפואיים לגבי מעמד הנחיות מנהליות מקצועיות, מה מצופה מהרופאים בשטח ומהי ההגנה הניתנת לרופאים הפועלים על פי הנחיות.

מסד נתונים לילודים במשקל לידה נמוך מאוד

הוצגו נתונים בהמשך לדוח השנתי של המסד הלאומי לתינוקות במשקל לידה נמוך. ד"ר צגנן ופרופ' לונגפלד התבקשו לבדוק את הנתונים ויתנו המלצות שיכללו התייחסות לאוכלוסיות הנמצאות בסיכון, מתן סטראוידים ונושא התקינה.

המלצות הועדה למתן הוראות לביצוע לידות טבעיות

באוקטובר 2015 הוקמה ועדה לצורך מתן המלצות הנחיות/נהלים לניהול לידות טבעיות בבתי חולים המעוניינים בכך תוך שמירה על מקצועיות ובטיחות היולדת והילוד.



כיום, כל מרכז רפואי פועל על פי הנחיות מקומיות. בנוסף, הועדה התבקשה לחוות דעתה על הסיכון בלידת בית לעומת לידה בביה"ח ולרענן את הנוהל הקיים בנושא זה. בסיכום המועצה הוחלט, כי יש לשנות את ההגדרה "לידה טבעית" כיוון שאיננה נכונה. ההבדל המשמעותי הוא לגבי נושא ההתרבות. הנוהל הקיים מאוד הגיוני ומייצג את השקפת עולמה להעלות שורה של המועצה. אין חובה לבתי החולים לאפשר לידה טבעית. לא ניתן להקצות חדרי לידה ללידה טבעית על חשבון הקצאה ללידות רגילות.

הסיכון בדיקור מי שפיר וסיסי שלייה

כיום, טופסי ההסכמה של משרד הבריאות מציינים סיכון להפלה של אחוז אחד בבדיקת סיסו שליה וחי אחוז (1/200) בבדיקת מי שפיר. הספרות העדכנית מלמדת על סיכונים קטנים פי שניים, כ- 1/450 בבדיקת מי שפיר, ושל כ- 1/220 בבדיקת סיסו שליה. כל עוד מסמכי משרד הבריאות מציינים סיכונים הגבוהים בערך פי שניים מהסיכונים המופיעים בספרות, לא ניתן ליעץ לנשים בדבר הסיכונים העדכניים, משום שעליהן לחתום על טופס הסכמה לסיכונים. יש לכך חשיבות רפואית ברורה משום שהסיכון להפלה כתוצאה מהבדיקה הוא שיקול מרכזי בהחלטתן של נשים לגבי ביצוע בדיקה פולשנית בהריון. סיכון הישיבה היה שלפי הסילבוס גם מתמחה צריך לעשות דיקור ואין מנוס מכך. הפתרון הוא לבצע זאת על אותם הריונות שמופסקים על ידי הזרקת חומרים. לא כל רופא מיילד צריך לבצע פעולה זו, אלא מי שהפעולה בתחום עיסוקו. כמובן שהפעולה כרוכה בסיכון הן לאם והן לעובר. במקביל יש לקחת בחשבון את התוצאות לגבי האירועים בשבועיים הראשונים לאחר הדיקור. לגבי בדיקת סיסו שליה, היא מחייבת יותר מיומנות וקיימת שונות בין בתי החולים. לגבי דיקור מי שפיר התקבלה במועצה הגישה שהסיכון נמוך יותר מכפי שפורסם בחוזר מנהל רפואה, דהיינו בין 1/400 ל- 1/1000.

תמיכה בהנקה לאחר הלידה

מאמר שהתפרסם בלוצט בינואר 2015 ציין את חשיבות ההנקה ומסכם את האפידמיולוגיה ואת יתרונות ההנקה. פחות תמותה ותחלואה ממחלות זיהומיות בעיקר שלשולים ודלקת אוזניים. כמו כן, להנקה ישנה השפעה על IQ, מניעת השמנה וסוכרת, מניעת מוות פתאומי, מניעת לוקמיה בילדים ומניעת NEC. משרד הבריאות פועל להקים בנק חלב אם במדינת ישראל, דבר שישפיע על המהלך ב- NEC. הנקה בלעדית חשובה על מנת לבסס את תחילת ההנקה. ניתן להשפיע על שיעורי הנקה בעזרת הסביבה התומכת ומתן הדרכה לצוות הרפואי. חוזר משרד הבריאות משנת 2012 ממליץ על יישום המלצות הבאות: הנקה תוך שעה מהלידה, לא לתת מוצץ, לא לתת תמ"ל ולהפנות נשים לקבוצות תמיכה בקהילה. השאיפה היא להציע זאת כמדד איכות.

המלצת וועדת ההיגוי להסדרת ביות במחלקות לאם ולילוד בישראל

הועדה הוקמה בשנת 2013 ובמרץ 2014 הגישה המלצותיה. בסיכום הדיון החולט שהועדה תמשיך לפעול. המטרה היא להמליץ להנהלת משרד הבריאות לדאוג לכך שניתן יהיה לעשות ביות לאם ולתינוק. צוין שההמלצות בנושא זה ייקחו בחשבון את תנאי השטח ובשלב זה לא לחייב את קיום המלצות אלה עד לדיון נוסף, כולל יעוץ משפטי. נייר העמדה יועבר ליעוץ המשפטי של המשרד.

זיהום בלידה

עלתה הסוגיה האם על הצוות הרפואי ללבוש מסכה במהלך הלידה על מנת להפחית או למנוע זיהומים בחדרי לידה. בדיון, חברי המועצה המליצו כי אין צורך בחבישת מסכה בחדר הלידה.

כאב בזמן צילום רחם ופרוצדורות גניקולוגיות אחרות

הנושא עלה לדיון בעקבות פניה מד"ר ורד עזרא, ראש מינהל רפואה, בעקבות פניות שנתקבלו בנוגע לחשש לקיום כאב בזמן פרוצדורה של צילום רחם. עלתה השאלה לגבי התייחסות לשאר הפרוצדורות הכרוכות בכאב. סוכם שהפעולה אינה מצדיקה הרדמה כללית וניתן להשתמש במאלחשים בהתאם להחלטת הרופא המבצע ונוהלי המוסד.



דוח סיכום היארעות אלח דם מחיידקים גרם שליליים

בשנים 2008-2014 חלו במוצע 83 יילודים בשנה באלח דם שנגרם ע"י חיידקים גרם שליליים בשבוע הראשון לחייהם. שיעור התחלואה הממוצע לשנים אלו הינו 0.49 ל 1000 לידות חי.

חיידק *Streptococcus B* וחיידקים גרם שליליים (גורם מספר 2 בעולם) הנם הגורמים העיקריים לתחלואת אלח דם. מאז הוצאת ההנחיות ע"י CDC האמריקאי למניעת תחלואת אלח דם מוקדם ביילודים כתוצאה מ-GBS, שכללו מתן טיפול מונע במהלך הלידה לנשים עם גורמי סיכון ובדיקת סקר ל-GBS בשבועות 35-37 להריון, חלה ירידה בשיעורי התחלואה ותמותה מאלח דם מוקדם ביילודים. ההמלצה הינה להמשיך:

• ניטור EARLY ONSET GBS

• ניטור היארעות חיידקי דם שליליים ביילוד

• ניטור רגישויות ועמידות של חיידקים גרם שליליים

חברי המועצה סברו שהנושא חשוב וצריך להמשיך לבדוק את העניין. יש לפרסם את הנושא בכל היחידות ולקיים שיתופי פעולה עם כל הגורמים הרלוונטיים.

התוויות ל MRI שד

פרופ' איתן פרידמן, מנהל היחידה לאונקו-גנטיקה, בבית החולים תל השומר, העלה את הבעייתיות בהגדרה לגבי מי מבין הנשים נמצאת בסיכון גבוה לתחלות בסרטן שד לאורך חייה וזכאית למעקב של MRI שד.

אצל 70% מהנשים בעלות היסטוריה משפחתית של סרטן שד, לא מוציאים מוטציה גם אם בודקים את כל הגנים. לפי חוזר מנכ"ל רק אישה בעלת סיכוי של 20% או יותר לנשאות מוטציה BRCA1 BRCA2 תהיה זכאית ל-MRI שדיים.

במציאות, אצל אישה יהודייה, אשכנזייה, שאין לה מוטציה מהמוטציות השכיחות בגנים BRCA1 BRCA2, הסיכוי למצוא מוטציה הוא פחות מ-5%. כלומר, כל אישה אשכנזייה, גם אם היו לה 7 מקרים של סרטן שד במשפחה, לא זכאית ל-MRI שד למרות שהיא בסיכון גבוה.

הבדיקה מוכחת כיעילה ואין ספק שבמקרה כזה יש לאשר אותה.

קופות החולים מקשות ואינן מאפשרות לבצע את הבדיקה.

פרופ' שלו ציין כי הבקשה לדיון בנושא זה הגיע מהמשרד שביקש להקים ועדה. המועצה נתנה דעתה בנושא ואם יהיה צורך יישלח נציג מהמועצה.

קריטריונים לאישור טיפולי IVF במסגרת סל הבריאות

לטיפול פוריות נודעת רגישות חברתית רבה בישראל. הדרישה הציבורית לאישור טיפולים אלו גבוהה גם כאשר סיכויי ההצלחה נמוכים. נשים אלו משלמות על כך מחיר בריאות כבד.

על פי הקריטריונים הקבועים בסל הבריאות נדרשים שירותי הבריאות לאשר טיפולי IVF גם במקרים בהם סיכויי ההצלחה נמוכים מאוד, בפרט בנשים מבוגרות (מעל גיל 44).

מדובר בטיפול העלול לגרום לתופעות לוואי. כמו כן, קיימות חלופות אחרות בטוחות ומתאימות יותר.

במכבי שירותי בריאות מופעל מרכז ארצי לאישור טיפולי IVF אשר דן בכל מקרה לגופו. במקרים של חילוקי דעות מתקיים דיאלוג ישיר בין הרופא המטפל לרופא המרכז.

לעתים נדרשת הקופה על ידי נציבות הפניות לאשר טיפולים שהסיכוי להצלחתם נמוך ביותר. התברר כי במקרים אלו אכן לא הושג הריון.

במועצה הוחלט שלאור הכללת טכנולוגיות חדשות קיים צורך בהקמת תת ועדה קבועה של המועצה שתעקוב אחר הנעשה.

הכנסת התרופות הבייסמילריות ל- recFSH לשימוש בישראל

פרופ' משיח הציג תרופות בייסמילריות שנכנסות יותר ויותר לשימוש, ובעיקר התייחס לתרופה בייסמילר Bemfola ו-Gonal F.

תרופות ביולוגיות הן חומרים בעלי פעילות טיפולית למגוון מצבים רפואיים. החומר הפעיל בתרופות מופק מתאים חיים. התרופות נוצרות מתהליכים ביולוגיים לרבות הנדסה גנטית.

בייסמילר דומה אך לא זהה לתרופה ביולוגית. בעולם, מבחינת רגולציה, ניתן לומר שמסלול האישור לבייסמילר הינו ארוך ומקיף יותר מאשר תרופה גנרית.



המגמה בכל העולם הינה לאשר להכניס לשוק תרופות ביוסימלר בעיקר משיקולים כלכליים. הגוף המוביל לרגולציה הוא ה-EMA שהציג הנחיות בנושא וקבע שעל תרופת ביוסימלר להיות דומה לתרופה ביולוגית הן בתנאי המעבדה, מחקר קליני השוואתי, איכות, יעילות קלינית ובטיחות. באשר למדיניות ההחלפה ביוסימלר לתרופת המקור, ה-EMA הוציאה הנחיה שבחירת הטיפול תעשה ע"י הרופא המטפל בלבד. ההחלטה אינה גורפת לכל המדינות אירופה וכל מדינה רשאית להחליט אחרת. מדינות רבות באירופה החליטו שלא תיערך החלפה אוטומטית. ה- FDA דן בנושא זה של החלפת תרופת המקור בביוסימלר. עם זאת, בשל הקושי הכרוך לא הגיע למסקנה ברורה ולא נתן קווים מנחים בעניין. בישראל, קיימת ועדה בראשה עומד הרוקח הראשי של המשרד ד"ר איל שורצברג. הועדה כוללת גם את ד"ר ורד עזרא והיא דנה במספר תרופות. לגבי **Gonal F**, הועדה קבעה שבטיפול במטופל חדש המוסד הרפואי ולא הרופא רשאי לבחור האם להשתמש בתכשיר מקור או ביוסימילר. במחזור טיפול חדש המוסד הרפואי בהתייעצות עם הרופא המטפל יבחרו בתכשיר מקור או בתכשיר ביו-סימילר. לדעת פרופ' משיח, זו פגיעה באוטונומיה של הרופא להחליט על סוג הטיפול במקרה של תרופות שאינן גנריות.

חשוב לדעת שהרופא הוא האחראי למתן התרופה הן עבור מטופלות חדשות והן עבור מטופלות חוזרות. יש מקום לאשר **Bemfola** לטיפול קליני כתוספת לתרופות הקיימות בעיקר בשל ההיבט של תחרות ומצב כלכלי כיוון שה תרופות זולות ב - 20% יותר מהמקור. יש לאפשר תקופת התנסות ולימוד גם של הרוקחים וגם של המטופלות ויש לחכות להרחבת המחקרים. בסיכום הדיון נאמר כי יש מקום לתרופות הביוסימילר אך צריך לנהל דיון ענייני ונפרד לכל תרופה ותרופה. משרד הבריאות צריך למנוע מצב בו המוסד יקבע טיפול רפואי.

בנוסף, צוין כי החוזר בנושא הכללת התרופות הביוסימילריות ע"י משרד הבריאות פורסם מבלי להתייעץ קודם לכן עם המועצה, דבר המקשה על מתן גיבוי מקצועי לנהלי החוזר. חברי המועצה ציינו כי מטרת קיום המועצה הינה ליעץ למשרד הבריאות בנושאים מקצועיים וחשוב להתחשב בהמלצותיה לפני פרסום נוהל חדש. חברי המועצה ביקשו לעכב את פרסום החוזר של משרד הבריאות עד למתן המלצות ע"י המועצה.

סטנדרטיזציה ובקורות רישוי ביחידות IVF

משנת 2014 מתנהל רשם ארצי שמקבל ומעבד נתונים בתחום ה-IVF, אולם לא כל היחידות מסוגלות לדווח בצורה נאותה כיוון שקיימת בעיית מחשוב. אם לא יהיה סטנדרט לא ניתן יהיה לבדוק את היחידות. ביחידות שנבדקו נמצאו ליקויים רבים. המחסור העיקרי ביחידות אלו הוא חוסר בכוח אדם סיעודי.

קיים צורך לבדוק את הנושא לעומק כאשר המטרה היא להפעיל יחידות IVF ברמת סטנדרט אחידה. לקראת סוף שנת 2016 יתחילו לקיים בקורות שיכלול רופא, אמברולוג, אחות ואיש טכני. בסיכום הדיון נאמר כי אין ספק כי מהלך של בקרה הוא הכרחי. יש לבנות סטנדרטים בשיתוף פעולה של חברי המועצה שעוסקים בכך ביומיום.

גישה חדשה להגברת השימוש בחומצה פולית

הוצגה גישה חדשה להגברת מודעות שימוש בחומצה פולית (FA), באמצעות מידע שיימסר בכל בתי המרקחת בישראל לנשים הרוכשות ערכה לבדיקה עצמית של גילוי הריון.

הדרך הנכונה לנשים שלא נטלו חומצה פולית בצורה מסודרת או שלא לקחו בכלל, היא הצמדת עלון מידע בנוגע לחומצה פולית לבדיקה העצמית.

הומלץ על הפצת תזכורת/מידע על חשיבות נטילת מנה יומית סדירה מיידית כשיש אישור להריון בבדיקה בערכה הביתית. ביצוע תזכורת שכזו בכל בתי המרקחת (עם ניסוח מתאים) רק יציף שוב את מודעות הציבור לחשיבות נטילת FA בזמן.

חברי המועצה המליצו על הצמדת עלון/פלייר לערכות לבדיקת הריון שצריך להיות מנוסח במספר שפות. בנוסף, כדאי גם לבדוק איפה אין הענות ולפעול בעניין.

לגבי תזמון ומינון שקשורים אחד בשני צריך לבחון את הנושא.

הגעה למצב של לקיחת חומצה פולית בשלב מוקדם יותר של ההריון או כהכנה להריון תאפשר להישאר עם מינון נמוך ותצמצם משמעותית את הנזק.



דוח 2015 של נתוני המסד הלאומי למחזורי טיפול בהפריה חוץ גופית

מסד נתונים לאומי צריך להיות אקטיבי ואינדיבידואלי, זאת אומרת עליו לכלול נתוני מחזורי טיפול פרטניים על כל אישה ואישה. דבר כזה לא היה בארץ. הבעיה העיקרית במסד אקטיבי ואינדיבידואלי היא שמאוד קשה לפתחו ולהביאו לכלל יישום. חברי המועצה בירכו על המהלך ועל העבודה היוצאת מהכלל של המסד. המשרד צריך לעשות חשיבה חוזרת לגבי עיכוב המערכת הממוחשבת. לדעת המועצה זו תהיה טעות לחכות שהמערכת שהמשרד עובדת עליה תהיה מוכנה כיוון שהתקציב המוקדש לכך איננו גבוה.

קנבים לצרכים רפואיים

הוצג נושא קנביס בזמן הריון. קיימת דאגה שקיים מעבר לשלייה, סיבוכי הריון וסיבוכים בעובר. יש מחקרים שמצביעים על העדר קשר. הספרות איננה עקבית בנושא. לגבי תופעות גמילה, ישנם תסמינים כגון רעד ורפלקסים מוגזמים אך הם לא נשארים לאורך זמן. אין הוכחה לקשר בין עלייה בשכיחות מומים לבין חשיפה לקנביס רפואי, אך יחד עם זאת, תתכן עלייה בתחלואה בילוד והשפעה שלילית על גדילה תוך רחמית במידה והעישון נמשך עד סוף ההריון. קיים גם חשש להשפעה נירו-התפתחותית שלילית במיוחד בילדים שאמותיהם השתמשו במריחואנה מספר פעמים בשבוע במהלך ההריון. בשימוש קבוע בהריון, מומלץ מעקב אחר הגדילה התוך רחמית ע"י U.S בשליש שלישי של ההריון וכן מעקב אחר היילוד בימים הראשונים לאחר הלידה. בסיכום הדיון: צריך לזכור שלכל תרופה יש סיכון, בודקים תועלת מול סיכון. במצב שתואר שאישה נמצאת בקושי וסבל רב ללא מרפא, קשה שלא לתת לה טיפול. עם זאת,

- אין לצאת בהמלצה גורפת לגבי השימוש בקנביס
- יש להוציא אזהרה לגבי הסיכון הקיים בשימוש בקנביס רפואי.
- יש להוציא מסמך שיעבור הערכה משפטית ויאפשר טיפול בקנביס במקרים ספציפיים בנשים שסובלות ושהו קו הטיפול האחרון שלהם.

המלצות לבדיקת HIV בהריון ונוהל הטיפול באישה הרה נשאת של HIV

לידת ילדים עם HIV איננה מצב פשוט. למרות ההתקדמות הרפואית בנושא, לא התקדמנו בנושא הסטיגמה. ילדים שנולדים לתוך מחלה סטיגמטית גורמת לבעיות רבות. ילד שלא מאובחן מיד לאחר הלידה הוא בעל תוחלת ואיכות חיים מאוד נמוכים. ניתן למנוע זאת עם בדיקה אחת בהריון שכרגע נמצאת בסל הבריאות אך עדיין לא כבדיקת סקר. ניתן למנוע העברה ע"י אבחון מוקדם וטיפול באם. מערכת הבריאות צריכה להתגייס לנושא, גם מבחינה כלכלית זה אפשרי וגם מבחינת אחריות. לפני כשנתיים הוגשה יחד עם משרד הבריאות (ד"ר שם טוב) בקשה להכליל את בדיקת הסקר בסל. התקבלה תשובה שהבדיקה נמצאת בסל ולכן לא תעלה לדיון בהגשה של בדיקת סקר. כיום, קופות החולים אינן מעוניינות לקחת על עצמן את בדיקת הסקר מאחר ומדובר בתוספת עלות. ההמלצות של החברה לאיידס הן לבדוק את כל הנשים בהריון ללא קשר לקבוצות סיכון. אם הגניקולוגים ימליצו על הבדיקה כבדיקה שגרתית זה ישולב בניירות העמדה קופות החולים יבצעו זאת. בסיכום דיון הומלץ על הקמת ועדה שתובל על ידי האיגוד.

המלצות הועדה בנושא חומצה פולית, עדכון ההמלצות

באוגוסט 2016 הוקמה ועדה שתדון בעדכון חוזר משרד הבריאות בנושא חומצה פולית, בהתייחס למחויבות גורמים מטפלים ושיעורי מניעה. ההמלצות יישלחו באימייל לכל החברים ויעלו לדיון בישיבה הבאה.

הכשרת דולות תומכות לידה בבתי חולים

הנושא עולה כיוון שבמספר בתי-חולים בארץ פיתחו תכניות הכשרה לדולות. צעד זה סותר את עמדת משרד הבריאות, המועצה, מינהל הסיעוד וארגון המיילדות. בית-חולים המפעיל תכנית להכשרת דולות מאציל סמכות ללא רשות ויוצר חריגה מהגדרת תפקיד המלווה בחדר הלידה. בעקבות הפרסומים ד"ר ורד עזרא פנתה לפרופ' שלו בעניין.



ארגון המיילדות תומך ומחזק את ההגדרה וההחלטה של מינהל הרפואה, מינהל הסיעוד והמועצה הלאומית להעלות שורה כי לכל יולדת יש זכות לבחור את המלווים שלה בלידה. בתי-החולים וחדרי הלידה הם שדה קליני להתנסות למיילדות, רופאים ואחיות, ככל שנדרש ממקצועות הבריאות. סטטוס המלווה בחדר לידה תקף לכל מלווה שאינו חלק מהצוות המקצועי המוסמך. יחד עם זאת רק המיילדת או הרופא רשאים לטפל ביולדת.

המועצה מאמצת את המלצות ארגון המיילדות. מה שקרה הוא בלתי ראוי.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017

נושאים עיקריים לדין במועצה הלאומית לשנת 2017

- בעיית הכפילויות בתפעול הנושאים במשרד



משרד הבריאות



המועצה הלאומית לגריאטריה



יו"ר: ד"ר יהושע בן ישראל



חברי המועצה הלאומית לגריאטריה

ד"ר יהושע בן ישראל - יו"ר המועצה

פרופ' אברהם אדונסקי
ד"ר לאה אהרוני
ד"ר ישי אוסטפלד
ד"ר דב אלבוקרק
עו"ס עדינה אנגלרד
ד"ר טניה בוגוסלבסקי
פרופ' ישעיהו בלוססקי
גב' אורנה בר
גב' מרים בר-גיורא
ד"ר ליאורה בר-טור
גב' ג'ני ברודצקי
ד"ר שי בריל
פרופ' יצהל ברנר
ד"ר פנחס ברקמן
פרופ' חוה גולנדר
פרופ' יעקב גינדן
ד"ר צבי דוולצקי
ד"ר יפה הארון
גב' צפי הלל דיאמנט
גב' רונית הר-נוי
ד"ר אביטל הרשקוביץ
גב' זהבה ויזר
ד"ר אברהם וייס
ד"ר אליהו ורטמן
פרופ' משה זוננבליק
גב' אורנה זמיר
ד"ר אפרים יאול
ד"ר אהרן כהן
עו"ס יפעת כהן-הראל
גב' יוספה כחל
ד"ר מעיין כץ
מר יגאל לברן
ד"ר שרה לוי
פרופ' ארתור ליבוביץ
ד"ר יפה לרמן
גב' גלית מבורך
ד"ר אלי מזרחי
ד"ר יורם מערבי
ד"ר גרי סינוף
ד"ר בת שבע פורת כץ
ד"ר ראובן פרידמן
פרופ' מרק קלרפילד
ד"ר זוריאן רדומיסלסקי
ד"ר דורית רובינשטיין
ד"ר ורה רוזנפלד
ד"ר איריס רסולי
ד"ר אורית שטיין-רייזנר
פרופ' יוסי תמיר



דוח המועצה הלאומית לגריאטריה

2015 - 2016

הזדקנות מוצלחת: האם ניתנת למימוש?

לאורך השנים יש מגמת עליה במספר הזקנים ומגמת ירידה בילודה וקיים חשש מפני "צונאמי גריאטרי" שאינו מוצדק בהכרח. נשאלת השאלה האם הילדים שלנו יהיו יותר בריאים מאתנו? קיימת אינפורמציה אך עדיין אין תשובה. העובדות הידועות הן:

- שינוי דמוגרפי - ביפן יש זקנים רבים וכמעט אין ילדים. יש דה-פופולציה של ערים. הדבר בעייתי מצד אחד ומצד שני המשמעות היא שגיל תמותת הזקנים הולך ועולה.
 - עלייה בתוחלת החיים של קשישים לאורך השנים. גם בגיל מבוגר ניתן לעשות דברים התורמים להארכת תוחלת החיים.
 - ירידה בעלויות השנה האחרונה לחיים - השנה היקרה ביותר למערכת הבריאות. כנראה שהמשמעות היא שהזקנים בריאים יותר בשנה האחרונה לחייהם.
 - ירידה יחסית בשכיחות של מחלת האלצהיימר.
 - ירידה במיסוד לאורך השנים.
 - ירידה בחוסר תפקוד לאורך השנים.
- עדיין אין מספיק נתונים כדי לדעת האם התופעות הללו נכונות גם לגבי ישראל. המועצה המליצה לצרף נציג מהמועצה לתכנית אפשרי-בריאה אשר מהווה חלק מעמודי האש של המשרד.

תזונה כחלק מאורח חיים המקדם זיקנה מוצלחת

- אחד מעמודי האש של משרד הבריאות הוא הזדקנות האוכלוסייה. נקבעו יעדים ומדדי הצלחה לשנים הבאות לגבי כל מה שקשור להזדקנות האוכלוסייה ולהיערכות משרד הבריאות לטיפול בקשישים.
- אחת הבעיות העיקריות בקשישים הינה הקפדת יתר על הגבלות בתזונה. המצב התזונתי משפיע על תהליך ההזדקנות.
- ידוע כיום כי דפוס התזונה המומלץ החל מגיל שנתיים הינו הדיאטה הים-תיכונית אשר תורמת להורדת דלקת ומניעת מחלות. המועצה המליצה על:
- גיבוש המלצות תזונתיות לתזונה בריאה לגיל השלישי; ההמלצות גובשו והוגשו לראש מנהל רפואה.
 - חינוך לתזונה נכונה בסילבוס ההתמחות לגריאטריה; ההמלצה הועברה ליו"ר האיגוד לרפואה גריאטרית ויו"ר איגוד רופאי המשפחה.

תכנית העבודה של המועצה הלאומית לגריאטריה לשנת 2016 - מטלות לחברי המועצה

הוחלט על:

- עריכת דיון בנושא "הנהג המזדקן".
- קיום פגישה לגבי השתלבות בתכנית "אפשריבריאה" של משרד הבריאות.
- קיום מפגש בנושא הטיפול בנדחי חוק הסיעוד.

עמודי האש של משרד הבריאות לשנת 2016

- חוק ביטוח בריאות ממלכתי אשר חוקק לפני 20 שנים, הינו אחד המתקדמים. מערכת הבריאות בישראל הינה תולדה של חוק זה. החיסרון הגדול בחוק נובע מכך שכוננת המחוקק המקורי משנת 1994 לא התממשה ושלושת האוכלוסיות החלשות ביותר - בריאות הנפש, האשפוז הסיעודי והנכים נשארו תחת אחריות משרד הבריאות במקום לעבור לאחריות קופות החולים. באוכלוסיות אלו חזון המשרד משנת 2004 לא השתנה וכך גם מטרות העל בתחום הגריאטריה.
- הרפורמה בבריאות הנפש מומשו כיום החזון הוא לממש גם את תכנית העבודה בתחום הסיעוד. המועצה המליצה על:
- קיום דיון והגשת המלצות לגבי דרכים לקידום תחום הגריאטריה בקרב הרופאים והאחיות.
 - קיום פגישה עם ד"ר ענת עקה זוהר בכדי לקדם את נושא מדדי האיכות.
 - קיום דיון בנושא טיפול בקשישים בבית או במוסד וצמצום הפניות לבתי החולים.



פעילות גופנית לזיקנה מוצלחת

על פי הספרות נמצא שהקשר בין כושר גופני כפי שנמדד במבחני מאמץ לבין תחלואה ותמותה מכל הסיבות נכון גם לגילאים המבוגרים. ניתן לראות את הרווח הגדול גם על ידי שיפור קטן בכושר הגופני. פעילות גופנית וכושר אירובי מוסיפים שנים בריאות כך שתוחלת החיים ואיכותם עולה.

"מרשם פעילות גופנית" לקשיש דומה למרשם כללי - חשוב לדבר על פעילות גופנית קצרה (פחות מ-30 דקות) כיוון שפעילות גופנית ארוכה קשה לרבים מהקשישים. בכל הגילאים ובכל המחלות ישנה חשיבות רבה לאימוני הכוח אשר מסייעים בהפחתת רמות הסוכר ומשפרים את רמת השומנים בדם. עבור קשישים ישנו ערך מוסף עצום להפחתת סרקופניה.

שיווי משקל מהווה גם הוא חלק אינטגרלי מהחשיבות בפעילות הגופנית בקרב קשישים. בפירמידת הפעילות הגופנית הבסיס הכי חשוב הוא הפעילות הספונטנית NEPA ולא האימון המובנה. במחקרים נמצא כי פעילות גופנית ספונטנית בהיקף בינוני וגבוה ללא אימון מפחיתה סיכון לסידרום מטבולי, תחלואה ממחלות לב וכלי דם ולירידה בתמותה.

ישנם קשישים שצריכים אימון מובנה אך יש לעודד גם פעילות גופנית ספונטנית. הושק קמפיין עולמי בשם "exercise is medicine". ישראל הוכרה כשותפה בפרוייקט זה. רופאים לא מספיק מעודדים פעילות גופנית. חשוב לספק לרופאים ידע. כמו כן, חשוב שהרופאים עצמם יבצעו פעילות גופנית. בשנים האחרונות קיימים קורסים קצרים לרופאים במסגרת "exercise is medicine" המעניקים להם כלים מתאימים לתת "מרשם הולם לפעילות גופנית" לאוכלוסייה בריאה וחולה.

פיזיותרפיסטים לומדים היום במסגרת לימודיהם יותר על פעילות גופנית מותאמת. עתיד להיפתח קורס להכשרת אחיות שתהיינה אחיות יועצות פעילות גופנית.

קיים גם פרויקט הנקרא "ליווי לקשיש" שמבוצע בעזרת סטודנטים לרפואה המכוון לקשיש עוד בהיותו באשפוז, ובהמשך גם לאחר השחרור במטרה להשבת כושר.

במסגרת תכנית 2020 הוכנו המלצות לפעילות גופנית בזקנה. המועצה המליצה לקדם ההמלצות.

הצגת התכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים "אפשריבריא"

תזונה לקויה, יושבנות והשמנה תורמות לתחלואה ותמותה ולעלויות גבוהות למערכת הבריאות. על פי סקר יושבנות עולמי, מצב מדינת ישראל ביחס לעולם איננו טוב.

סביבה חברתית ופיזית משפיעה משמעותית על ההתנהגות ויכולה לתרום או לפגום בשיעורי העוסקים בפעילות גופנית. כחלק מהתכנית הלאומית נעשה ניסיון להוביל מאמץ משותף של הגורמים לקידום סביבה פיזית, חברתית וכלכלית, המאפשרת חיים פעילים ובריאים לכלל האוכלוסייה בכל מעגלי החיים.

נדחי חוק הסיעוד

חוק ביטוח סיעוד ממלכתי הינו חוק מתקדם. החוק מעניק גמלת סיעוד לאנשים מבוגרים שמוגבלים תפקודית וגרים בביתם. לפי נתונים מדוחות של הביטוח הלאומי מ-15 השנים הראשונות מאז שהוכן החוק לגבי מספר מקבלי גמלת סיעוד לפי ממוצע חודשי, המגמה נותרה קבועה.

בשנים האחרונות עלו שאלות בנוגע לנדחי חוק הסיעוד והוצע לסקור אותם בכדי לגלות האם יש ביניהם כאלה אשר ניתן לעזור להם ולמנוע התדרדרותם. סוגיית נדחי חוק סיעוד הינה סוגיה כואבת.

קיימת בעיה קשה עם התנאים לזכאות ומהות השירות שניתן. התנאים לזכאות נמדדים על פי היכולת לבצע פעולות היום יום. השירות הניתן על פי החוק כולל עזרה בביצוע פעולות היום יום, השגחה ועזרה בנייהול משק הבית.

הוקמה ועדה בראשות פרופ' בן יהודה על מנת להפחית ביקורת ציבורית על התהליך ובעקבות השינויים שערכה הועדה ניתן היה לעבור למסלולים מהירים. עצם ביצוע הערכת תלות הינה חוויה פולשנית מבחינת האדם.

בוצע תהליך למידה על מנת להתייחס לנדחים ולמתלוננים בצורה אמפטית וברוח זו נקבע נוהל טיפול בתלונות.



ועדות ערר בסיעוד אפשרו שינוי בתהליך הערכת התלות. ייעוץ לקשיש הינו שירות התנדבותי שפונה לכל מי שצבר 1.5 או 2 נקודות בהערכה תפקודית ובקרב יתחיל לפנות לכל מי שהגיש בקשה שניה שנדחתה בשנה האחרונה. המועצה המליצה כי נציגי קופות החולים יעבירו נתונים לגבי גורל נדחי חוק סיעוד.

שימוש בקנביס רפואי בגריאטריה

הנושא מעורר דיון, ויכוח ומחלוקת אך הוא בעל פוטנציאל. לפי נתוני המשטרה כ-25% מהקנביס המאושר זולג לשוק הפתוח. המשטרה מעריכה את מספר המשתמשים בקנביס למטרות חברתיות בכמיליון אנשים. המדיה והפוליטיקאים מקדמים את הנושא, לא תמיד בכוונה לטיפול רפואי. כאשר הקנביס נלקח ללא אבחנה רפואית יש סכנה להחמרת מחלות נפשיות קודמות והתפרצות הפרעות אישיות וסכיזופרניה. שר הבריאות תומך בשימוש בקנביס למטרות רפואיות ומתנגד לחלוטין לשימוש בקנביס למטרות חברתיות, אולם המדיה מעודדת לעתים שימוש בקנביס גם למטרות לא רפואיות. רופא בתחום המומחיות שלו יכול להמליץ על קנביס למטופל ובתנאי שמיצה את אפשרויות הטיפוליים המקובלים הקיימים. על רופא המשפחה להיות מעורה בטיפול ולהיות מודע שהמטופל מקבל קנביס. במידה ויש היסטוריה של הפרעות נפשיות, נדרש אישור פסיכיאטרי. רופאי היחידה עוברים על הפניות ומאשרים או דוחים בהתאם להנחיות משרד הבריאות. הרישיון ניתן ל-6 חודשים במטרה להבטיח מעקב רפואי ועל מנת שהרופא החתום על ההמלצה יראה את המטופל וייתחם למצבו הרפואי. המלץ כי חברי המועצה יעבירו ליו"ר המועצה חוות דעתם באם יש לאשר לרופאים גריאטרים לרשום קנביס לחולים קשישים וחולים בבתי אבות סיעודיים או תשושי נפש בהתוויות שנדונו, על מנת לגבש המלצת המועצה. ** מרבית החברים במועצה הביעו את עמדתם החיובית. לכן, המועצה המליצה על מתן היתר לרופאים הגריאטרים אשר יעברו הכשרה מתאימה לרשום קנביס למטופלים בקהילה ובמוסדות האשפוז.

שיפור הטיפול הנפשי בקשיש

ייחוד העיסוק הפסיכולוגי בהערכה וטיפול בגיל השלישי בא לידי ביטוי באבחון וטיפול פסיכולוגי. טיפול בקשיש אינו כולל רק טיפול במחלות ובקשיים הגופניים אלא גם שיפור באיכות חייו ובפן הנפשי. אחד מעמודי האש של משרד הבריאות הוא טיפול באוכלוסייה הקשישה. לאור זאת, נראה שיש להרחיב את המענים לגיל השלישי במסגרות הטיפול השונות: מסגרות רפואה ראשונית ושניונית (מרפאות מייעצות), מסגרת רפואה שלישונית (בתי חולים כלליים ומרכזים גריאטריים), מסגרות המטפלות באנשים בסוף החיים (מוסדות סיעודיים, הוספיס, הוספיס-בית ויחידות להמשך טיפול) ותמיכה ב-care givers המצויים במצב דחק, חווים שחיקה וזקוקים להתייחסות מקצועית. קיימים 3 תחומי מומחיות בפסיכולוגיה בעלי זיקה לטיפול בגיל השלישי והם פסיכולוגיה קלינית, פסיכולוגיה רפואית ופסיכולוגיה שיקומית וניורופסיכולוגיה. המועצה המליצה על:

- שילוב בתקן פסיכולוגי/ית בצוות מחלקות השיקום והמחלקות הפליאטיביות.
- הכרה בהעסקת פסיכולוג במחלקה כחלק ממדדי איכות הטיפול ומתן תמריצים בהתאם.

סיכום פעילות הוועדה להקמת מרכז ארצי למניעת נפילות של קשישים

העלות הכלכלית הכוללת (ישירה ועקיפה) למשק הישראלי הנובעת משברי צוואר ירך בקרב קשישים, נאמדת בכ- 1.1 מיליארד ש"ח לשנה. קיימות התערבויות שונות למניעת נפילות בקשישים - מניעה ראשונית ומניעה שניונית. התערבויות מסוימות נמצאו נתמכות ראיות, בזקנים שזוהו בסיכון גבוה לנפילות. ננקטו מספר פעולות לקידום הנושא עד כה:

- קמפיין של משרד הבריאות להעלאת מודעות למניעת נפילות בשנת 2015.
- מידע למניעת נפילות בדף "הגיל המבוגר" באתר משרד הבריאות.
- מידע על פעילות במסגרת מיזם: "להיות פעיל בכל גיל" שנעשה בשיתוף פעולה בין משרד הבריאות למשרד לאזרחים ותיקים.



הומלץ על:

- העלאת מודעות בקרב הציבור הרחב ואנשי מקצוע.
 - שיפור בטיחות הסביבה האישית והציבורית-מעורבות הציבור והמתנדבים על מנת למנוע נפילות, איתור מפגעים והטמעת סטנדרטים קיימים וייזום סטנדרטים נדרשים לגבי בטיחות הסביבה.
 - קידום המחקר באמצעות משרד הבריאות ומכון גרטנר.
 - פיתוח טכנולוגיות למניעה.
 - המלצות לפעולה במערכת הבריאות בשיתוף פעולה עם גורמים רלוונטיים למניעה ראשונית, איתור וטיפול.
- המועצה המליצה לצאת בתכנית לאומית בין משרדית בהובלת משרד הבריאות ובין מועצתית למניעת היפגעות קשישים בקהילה. המועצה המליצה לפרסם את המודל למניעת נפילות המיושם בשירותי בריאות כללית.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות, סל הבריאות 2017

נושאים עיקריים לדיון במועצה הלאומית לשנת 2017

- היערכות מערכת הבריאות לטיפול בגל ה-Baby Boomers.
- סקירה של קשישים והערכות עומק לגבי אלה המצויים בסיכון גבוה לפני התערבויות כירורגיות ומתן כימותרפיה.
- התוכנית הלאומית בנושא תזונה נכונה **Optimal nutrition care for all** עם דגש על אוכלוסיית הקשישים. זאת במסגרת מיזם פאן אירופאי שישאל שותפה לו כאחת מ-14 מדינות אירופאיות
- מדדי האיכות בגריאטריה באשפוז ובקהילה.
- בעיות קליניות של ניצולי השואה.
- טיפולי בית לזקנים - מודלים וסטנדרטים.
- קידום בריאותם של בני משפחה המטפלים בזקנים מוגבלים.
- התאמת תקני רופאים וכח אדם סיעודי במוסדות, במר"גים ובמחלקות האשפוזיות בבתי החולים, לצרכי המטופלים בהתאם לדרישות המשרד.
- פגישות משותפות עם המועצות הלאומיות הבאות: המועצה הלאומית למניעה, אבחון וטיפול במחלות ממאירות, המועצה הלאומית לסוכרת והמועצה הלאומית לשיקום.



משרד הבריאות



המועצה הלאומית לדימות



יו"ר: פרופ' נתן פלד



חברי המועצה הלאומית לדימות

פרופ' נתן פלד - יו"ר המועצה

פרופ' עינת אבן-ספיר ויזר

מר בועז אברהם

ד"ר אהובה אנגל

ד"ר ליאת אפלבוים

פרופ' אריה בלשר

ד"ר ליאת בן סירה

*ד"ר אבי בן שלמה

ד"ר צבי בר-סבר

ד"ר גבריאל ברטל

*פרופ' עופר ברנע

ד"ר מיכל גינדי

פרופ' דוד גרושר

מר חיים גרינוולד

ד"ר צביקה דושינצקי

ד"ר מרסלו דייצ'מן

פרופ' עירית הדס הלפרין

גב' שרונה וקנין

מר יוסי ורד

ד"ר ראוף זיינה

גב' ענת חרב

גב' סיגלית חרוז ושיץ

מר יורם טל

פרופ' יעקב יצחק

פרופ' אורה ישראל

ד"ר נורמן לוברנט

מר משה לויטה

ד"ר משה מלול

ד"ר ארנון מקורי

פרופ' סיגל סדצקי

פרופ' יעקב סוסנה

ד"ר מירי סקלייר לוי

פרופ' אלי עטר

ד"ר גבריאל פולאק

ד"ר דורון פישר

ד"ר אורה קבס

פרופ' אליהו קונן

*מר אבי קרבאל

פרופ' מרדכי רביד

מר דוד שושן

ד"ר אילן שלף

* תום מינוי

**במהלך השנה המועצה איבדה חברי מועצה יקרים, פרופ' משה גרייף ז"ל וד"ר דרור גוברמן ז"ל.



דוח המועצה הלאומית לדימות

2015 - 2016

הורדת גיל בדיקת הסקר לנשים - המשמעות של החלטה זו על תחום הדימות

חמש מועצות לאומיות (בריאות האישה, בריאות הקהילה, מניעה, אבחון וטיפול במחלות ממאירות, רפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה ודימות) כתבו מכתב לשר הבריאות, ח"כ הרב יעקב ליצמן, בנוגע לכוונתו לבחון סריקה במוגרפיה החל מגיל 40. הנושא נדון מספר פעמיים והוחלט בקונצנזוס, ועל בסיס נתונים ומחקרים מדעיים, שאין סיבה לשנות את ההמלצות הנהוגות כיום בישראל לגבי נשים יהודיות וערביות כאחד. מדובר בהמלצות התואמות גם את אלו של הקהילה האירופאית ה-EU, אוסטרליה וקנדה, US Preventive Task Force האמריקאי. כולם ממליצים כיום על התחלת הסריקה מגיל 50. אפילו ה-American Cancer Society נסוג מהמלצתו לסרוק מגיל 40 ועלה לגיל 45, כלומר גם המלצות גוף זה מתקרבות לאלו הנהוגות ברוב מדינות המערב, כמו גם בישראל.

למותר לציין שנשים בסיכון גבוה זכאיות גם היום לסריקה, ובוודאי נשאיות מוטציות גנטיות. היום נוטים בעולם להתאים את ההמלצות לרמת הסיכון של האישה, ולא להחיל המלצות גורפות על אוכלוסייה שלגביה הנזק עולה על התועלת האפשרית. ד"ר מירי סקלייר ציינה כי תכנית הסקר הארצי היום היא מגיל 50 ועד 74, כל שנתיים (כל אישה מקבלת הזמנה לביצוע ממוגרפיה). עד לפני שנתיים פרופ' גדי רנט היה מקבל את הדיווחים והיה מסכם את הנתונים ונכון לעכשיו אין איסוף נתונים. לציין כי הנושא של סקירה ממוגרפית נמצא בוויכוח ורק לאחרונה נעשתה רביזיה ויצאו הנחיות חדשות הקובעות כי קיים צורך בבדיקה החל מגיל 45 ועד 54 כל שנה ומגיל 54 ומעלה, כל שנה או שנתיים. לגבי גיל 40 ועד 54 ההחלטה תעשה על ידי הרופא המטפל.

ישנן עבודות שמראות שביצוע ממוגרפיה מגיל 50 עד 74 מוריד תמותה ב-15% עד 30%. הוויכוח הגדול הוא לגבי גיל 40 - 50 שגם שם ממוגרפיה מורידה תמותה. כ-4000 נשים בשנה מאובחנות כסובלות מסרטן, שליש מהן מתחת לגיל 50. מספר עבודות שפורסמו לאחרונה תומכות בהקדמת הבדיקה לגיל 45.

עדין מוקדם לצאת בהצהרה כזו אך לא מומלץ לשלול את ההצעה. צריך לחשוב גם על בדיקות נוספות כי ממוגרפיה לבד לא תספיק. עדין יש חוסר באמצעים וכח אדם לביצוע המשימה. המצב הנתון איננו אידיאלי אך כדי לשנות אותו צריך לבחון זאת לאורך זמן ולקחת בחשבון את המשמעות מבחינת משאבים וכח אדם.

דכון בנושא פאקס ארצי

הוצגו המלצות ביניים. הבשורה היא שיש זכיין לביצוע מערכת לשיתוף המידע הדימותי. זה המערכת העתידית שונה ממערכת פאקס ארצי כי אין מדובר במערכת אחת שתכיל את כל הבדיקות מכל האתרים. מדובר במערכת שתעשה אינטגרציה ושיתוף של המידע בין המערכות השונות בכל הגופים השונים. הוגדרו מספר עקרונות לגבי שיתוף המידע והמשמעות.

מר איציק לוי, מרכז את הנושא במשרד והוא יוזמן לאחת מהשיבות הקרובות על מנת להציג את הנושא בהרחבה בפני המועצה. מדובר בהישג מאוד משמעותי עבור המועצה. זה נושא שההשפעה הרחבת שלו אדירה זה אומר תקשורת בין מערכות הפאקס השונות של קופות החולים, בתי החולים וצבא זה יאפשר טיפול מיטבי בחולה. גם מבחינת הרגולציה זהו כלי יעיל למעקב אחר המתרחש בתחום.

DOSEWATCH

הכוונה לתיעדוד חשיפות רמות הקרינה של החולה. הנושא הוצג לפני מספר ישיבות (ביוני 2015). המערכת המותקנת ברמב"ם מאפשרת רישום נתונים. אחת הבעיות במערכת זו היא לגבי שיקוף באנגיו, קיים קושי לאמוד את הקרינה ולמדוד אותה אך עדיין עדיפה מערכת כזו גם אם יש סטיית תקן של 50%, העיקר שיהיה רישום כלשהו. חשוב להוציא הנחיות מטעם המשרד הקובעות שכל בתי החולים חייבים להצטייד במערכת כזו. חשוב לקדם את הנושא מול הנהלת המשרד.

שיתוף מידע בדימות

מערכת לשיתוף מידע מהווה פתרון כתשתית להנגשת מידע רפואי. מדיווחים של רופאים המשתמשים במערכת זו עולה כי המערכת הינה שימושית מאפשרת רצף טיפולי ומצילת חיים.



במערכת הבריאות פועלת מערכת "אופק" הפרוסה בכל בתי החולים. מטרת פרויקט שיתוף המידע בדימות היא לאפשר שיפור שימוש על ידי קיום רציפות ומניעת ביצוע חוזר של בדיקות וצפייה מרחוק בבדיקות הדימות שמאוכסנות בארכיונים של ארגוני הבריאות השונים, כולל בתי חולים וקופות חולים. המערכת נמצאת בשימוש אינטנסיבי יומיומי. הפרויקט חדשני גם ברמה הלאומית וגם ברמה הבינלאומית. המועצה ממליצה על הקמת גוף מייעץ שידון בכל הסוגיות שיעלו. יש לכך היבטים רבים וגם עליהם צריך לדון, בין היתר בהיבט המשפטי.

בדיקת סקר לגילוי מפרצת אבי העורקים

בדיקה חדשה לגילוי מפרצת עבי העורקים נכנסה לסל הבריאות. החברה לאולטרסאונד יחד עם החברה לכירורגית כלי דם הכינו פרוטוקול אחיד בנוגע לבדיקת סקר לגילוי מפרצת עבי העורקים אשר יוצג בכנס של החברה לאולטרסאונד. בהמשך יועבר באופן רשמי לכל המרכזים בהם מתבצעים בדיקות אולטרסאונד בארץ.

המפרצת השכיחה ביותר היא של אאורטה הבטנית. בארץ ובעולם, השכיחות היא פי 4 עד 6 בגברים, שיא היארעות היא בגברים מעל גיל 80, ובנשים יש עלייה מתמדת בשכיחות עם עלייה בגיל. בארץ, 10.000 איש חיים עם מפרצת אאורטה הבטנית. נטל התמותה כ- 500 איש בשנה, מטופלים כ- 250. נראה כי יש ירידה בתמותה עקב ירידה בעישון.

בעולם, נהוג לבצע סקר US כבדיקת סקרינינג. הבדיקה אינה פולשנית, אינה חושפת לקרינה והינה זולה. רגישות הבדיקה הינה 100 אחוז והגילוי המוקדם מציל חיים. בארץ, הבדיקה הוכנסה לסל באינדיקציה של גברים מעל גיל 65 עם רקע של עישון. באירופה, בחלק מהמקומות, הבדיקה נכנסה באינדיקציות הרבה יותר רחבות. המגמה בעולם היא לא להרחיב את האינדיקציות לסקרינינג. חברי המועצה העירו מספר הערות שיוכנסו למסמך, כולל שיתוף ועדכון כלל רופאי המשפחה. הוצע, להעלות את הנושא במועצה הלאומית לבריאות הקהילה. בנוסף, פרופ' סוסנה הציע לפנות דרך האיגוד הרדיולוגי להר"י - לפורום של נהלים והנחיות קליניות, על מנת לקבל גושפנקא מדעית לבדיקה.

בעיות כח אדם בדימות ומה הצפי לשנים הקרובות

הנושא עולה בהמשך למכתב שנשלח למנהלי בתי חולים בנוגע לתוספת של 10 מלגות להשתלמות בתת התמחויות ברדיולוגיה אבחנתית בישראל. למטרה זו הוקדש תקציב ייעודי של 4 מיליון ₪. ביוזמת השר הרב ליצמן, MRI תופס תאוצה, כולל תוספת של בודקים מיומנים ורופאים מומחים לפיענוח הבדיקות. התוספת הנה עשרה טכנאים לכל מכשיר נוסף, שעובד 24 שעות בקהילה או בבית החולים, וארבעה רופאים למכשיר, על מנת להכשיר צוותים שיוכלו לבצע ולפענח את הבדיקות. יתקיימו תכניות להשתלמות עמיתים. בדימות יש כיום שלוש השתלמויות עמיתים מאושרות (ילדים, נירורדיולוגיה ורדיולוגיה פולשנית). המטרה היא להכניס עוד 4 תחומים הכוללים דימות גוף, דימות שלד, דימות לב וכלי דם ודימות השד. החוגים השונים הכינו סילבוס שיוגש לוועדת ההתמחות של המועצה המדעית בהליך האישור המקובל. כשיתקבל אישור פורמלי למקצוע, יהיה צורך בקבלת אישור למקומות מורשים לתת תכניות השתלמות. ההשתלמות תיערך בבתי החולים הציבוריים בישראל.

זו הפעם הראשונה שניתנה אפשרות להכשרת רופאים בארץ ובמימון ממשלתי. תנאי סף: רישיון לעסוק ברפואה בישראל, תעודת מומחה ברדיולוגיה אבחנתית, או מי שעבר שלב ב', מועסק במשרה מלאה במוסד רפואי ציבורי (מקרה חריג הוא רופא עולה חדש), ובעדיפות לבתי חולים שקיבלו MRI לאחרונה. מכתב בקשה מפורט ומנומק של המועמד, מכתב המלצה ממנהל המחלקה, מכתב ממנהל בית החולים, התחייבות המועמד לחזור לעבוד באותו בית החולים והתחייבות לעבוד במשך 3 שנים בדימות. בארץ קיים מחסור ברדיולוגים (קרוב ל-200).

ד"ר לוקסנבורג מציינת שחלק ממכשירי ה-MRI כבר פעילים ועובדים, הכנסת המכשירים החדשים תהיה הדרגתית, ויהיה צורך להגדיל את מספר הסטודנטים לדימות. מרכז רפואי שיבא התחיל בתוכנית הכשרה לרנטגנאים שעובדים במוסדות שיש בהם, או כאלו האמורים להצטייד ב-MRI.



נעשתה פנייה למל"ג, בבקשה לבצע שינויים בתוכנית הלימודים לרנטגנאים באוניברסיטאות בעקבות השינויים שחלו במקצוע והצורך לייצר כח אדם מיומן בתחום מקצועות הדימות. פרופ' סוסנה ציין שהכוונה להכניס את תכנית הלימודים גם במגזר החרדי. עדיין קיימים זמני המתנה ארוכים לביצוע MRI, זאת משום שחלק מהמכשירים לא עובדים עדיין בתפוקות מלאות. משרד הבריאות מתכוון לתמרץ את המערכת על מנת לזרז את ביצוע הבדיקות וקיצור התורים. כ- 50 מיליון ₪ הוקצו לכך. בקרוב יפורסם בכל מוסד מה משך המתנה לבדיקות MRI. התקנים שמתקבלים דרך הסכמי הרופאים לא קשורים לתוספת שניתנה על ידי משרד הבריאות לאחרונה. עשרים תקנים שהיו אמורים להיכנס לתוך המערכת הם תקנים שמוקפאים כרגע, עקב חילוקי דעות בין הר"י למשרד הבריאות ומשרד האוצר. בארץ מתקיים מיקור חוץ MRI ו-CT בנוגע לפיענוחים לבתי חולים. קיים חשש מהסטה של כח אדם מפיענוח CT לפענוח MRI עקב העדיפות שמשרד הבריאות נותן לנושא מבחינת תגמול.

כדי למנוע מצב בו זמני ההמתנה לפיענוח ל-CT, שחשיבותו רבה יותר מבחינה רפואית שוטפת (לרוב חולים משמעותיים יותר), יתארכו לשבועות ויותר, צריך לתגמל בצורה מבוקרת.

צריך להבין שכאשר מתגמלים עבור פענוח לבדיקה מסוימת פי שתיים ויותר ומתגמלים גם את המוסד, תהיה הסטה בלתי נמנעת של כח אדם לפעילות זו, גם אם חשיבותה הרפואית נמוכה לאין ערוך. מצב כזה קורה לגבי CT מול MRI.

מדדי איכות בדימות

הוצגו מדדי איכות באופן כללי, ומדדי איכות בדימות. מדובר במערכת שמשקפת נתונים של עשייה רפואית. המדידה אמורה להיות רציפה לאורך זמן, ומאפשרת השוואה בין יחידות במוסדות שונים. המטרה הינה לשפר את איכות הרפואה, וכמובן גם לתת לצוות העוסק בעשייה הרפואית כלים לבדיקה ולניטור עצמי. המדדים מבוססים על ספרות רפואית. ישנה חשיבות לקבל את הנתונים באופן ממוחשב. אותו מוסד שמודדים אותו צריך שיהיו לו משאבים על מנת לשפר את המדד. קיימים סוגים שונים של מדדים: מדדי תהליך כמו זמינות ופענוח בדימות ומדדי תוצאה. יש קרוב ל- 67 מדדים רפואיים. בכללית יש 4 מדדים שעוסקים בתחום הדימות. בבחירת המדד חשוב לדעת מה תהיה התועלת שלו. כמובן שיש גם צורך בבחירת המדד הנכון לאותה תקופה, והרלוונטי ובהתאם להתפתחות הרפואית. יש צורך בשיתוף פעולה בהגדרת המדדים, ויש מקום גם להמליץ על מדדי איכות חדשים בתחום הדימות. הומלץ על הקמת ועדה שתגבש המלצות לגבי מדדים שכדאי לקדם לדעת המועצה.

ניטור ורישום קרינה ב PACS ו/ו RIS

למעשה אין סטנדרטים אחידים למנות קרינה. יש הגבלות לעובדי קרינה אבל לאוכלוסייה הכללית אין הגבלות. הכוונה היא בעיקר ל CT, רדיולוגיה פולשנית, חדרים היברידיים, חדרים אורטופדים וכו'. המטרה היא להימנע מרמות קרינה גבוהות בכל הפרוצדורות הרפואיות. הפתרון הוא DRL ייחודי לאותה בדיקה, ושיהיה בהתאם לעקרון ALARA שפירושו: המינימום של קרינה הנדרש על מנת לקבל בדיקה דיאגנוסטית. השימוש בשיקוף עולה בהתמדה, והכוונה היא לנהוג באמצעי זהירות ובצורה הנכונה ומושכלת. השאיפה היא שתהיה רשת לאומית על מנת שנוכל לבצע מעקב. באסותא ורמב"ם כבר יש מערכות שנועדו לניטור קרינה. קיימות מספר חברות שמספקות את הנתונים הללו והן נבחנות בימים אלו. יש רצון להגיע לפריסה ארצית של ניטור קרינה, אשר תסייע בשימוש מושכל ומבוקר באמצעי הקרינה הנמצאים בשימוש גובר בידינו, ובידי מספר גדול והולך של מקצועות רפואיים אחרים. המועצה תעשה מאמץ לקדם את הנושא עוד השנה.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017





משרד הבריאות



המועצה הלאומית לטרואמה ורפואה דחופה



יו"ר: פרופ' מאיר אורן



חברי המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה

פרופ' מאיר אורן - יו"ר המועצה

ד"ר יעקב אור
גב' דינה אלבואר
*פרופ' ריקרדו אלפיסי
ד"ר האני בחוס
ד"ר בני דוידזון
ד"ר עזיז דראושה
גב' גילה היימס
ד"ר מיקי הלברטל
פרופ' פנחס הלפרן
פרופ' יחזקאל ויסמן
מר יאיר חברוני
ד"ר ערן טל-אור
סא"ל ד"ר אבי יצחק
גב' מירי כהן
ד"ר אסנת לבציון קרח
ד"ר ליאון לוי
פרופ' רמי מושיוב
ד"ר משה מיכלסון
תמ"ג רמי מילר
ד"ר ברוך מרגנית
ד"ר ג'ילברט סבג
פרופ' ז'אן סוסתיאל
*ד"ר דרור סופר
מגן ד"ר רפי סטרוגו
פרופ' קובי פלג
פרופ' דורון קופלמן
ד"ר יורם קליין
ד"ר נחשון קנולר
ד"ר בוריס קסל
* סא"ל ד"ר יצחק קרייס
*ד"ר סימה רייכר
ד"ר שאול שגיב
ד"ר דגן שוורץ
ד"ר רן שטיינברג
גב' אביגיל שימונוב
גב' רינה שימונוב
פרופ' גדי שקד

* תום מינוי



דוח המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה

2015 - 2016

הרשאה לביצוע ניקוז חזה על ידי פרמדיק (ללא נוכחות רופא) במתאר טרום-אשפוזי - אזרחי וצבאי

האמצעי להחדרת נקז נמצא כחלק מהציוד הקיים בניידות האמבולנס אולם לפרמדיקים אין את ההרשאה להשתמש בו. בצבא, הוראת קרפ"ר מגדירה את הפרמדיק כחובש. במידה ונדרשות או מבוצעות פעולות פולשניות הן מחויבות באישור טלפוני קדם הפעולה מרופא ביחידה או רופא שהינו אחראי על גזרת הפעולה.

חברי המועצה הסכימו כי הפרוצדורה איננה נפוצה אולם במתארים ספציפיים היא הכרחית. הנושא עלה לדיון במשרד הבריאות בוועדה לביצוע פעולות חריגות אולם טרם אושר. המועצה המליצה:

- לאשר את פעולת הכנסת נקז לביצוע גם על ידי פרמדיקים.
- נלקחו בחשבון הסיכונים הפוטנציאליים לפעולה. עם זאת, ביצוע הפעולה במצבי חירום הינה חיונית להבטחת שרידות הפצוע.

מומחים לטראומה - הצעות לעיבוי מערך המתמחים והמומחים בטראומה

סוגיית המומחים בטראומה וברפואה דחופה הינה מורכבת ומחייבת פתרון הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך. כיום, במקרה הטוב, אין יותר מאשר טראומטולוג אחד בכל בית חולים מלבד במרכז הרפואי 'הלל יפה'. כירורגים פחות מעוניינים לפנות לתחום הטראומה כיוון שההתמחות והפעילות בהמשך מקשים על קיום עבודה נוספת. בנוסף, תחום הטראומה פחות מושך בקהילה. המועצה המליצה:

- לאפשר משרה מלאה, Full Timers, בבתי החולים עבור מומחים לטראומה.
- לפעול למימוש התקנים המיועדים לצורך ההתמחות הייעודית בטראומה.
- לקדם לתקינה הולמת בטווח הזמן המייד, הבינוני והארוך, הן לגבי מתמחים והן לגבי מומחים.
- המלצות המועצה אמורות להוות פתרון לגיוס רופאים בכירים לטראומה והכשרת דור העתיד.

הגבלת משך השהיה של מטופל המלר"ד

הפניה למועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה נערכה לאחר דיון בנושא שהתקיים במינהל רפואה במשרד הבריאות. הדיון עסק בשאלה מיהם המטופלים אותם צריך לכלול במדד השירות של הגבלת השהיה במלר"ד - מהלכים או שוכבים. לא הועברו המלצות סופיות בנושא שהינו בעייתי במרבית בתי החולים בישראל. תפקיד מנהל מקרה שאחראי על המיון איננו מיושם מספיק בבתי החולים. יש לבחון ולמדוד את הנושא באופן תהליכי ולא נקודתי בלבד. המועצה המליצה על:

- מציאת פתרון להפחתת העומס בחדרי המיון באמצעות הגברת זמינות השירותים הניתנים בקהילה.
- פיתוח מנגנון מותאם אישית לכל בית חולים עבור מטופלים השוהים במלר"ד מעבר ל-6 שעות.
- הגדרת משך הזמן מקבלת החלטה על קבלה לאשפוז ועד לאשפוז החולה במחלקה עצמה.
- שימת דגש על סמכויות מנהל המקרה במלר"ד.

נתוני הועדה לפינוי מוסק

הפינוי המוסק האזרחי הינו נגיש יותר כיוון שהמוסקים בשימושים רחבים, ועונים לקריטריונים של משרד הבריאות עבור פינוי מוסק. עם זאת, אין אמות מידה אזרחיות לפינוי בהיטס. ועדת פינוי מוסק שמה דגש על פינוי בהיטס בשגרה ולא באירועים צבאיים או מלחמה תוך התייחסות להיבטים הרפואיים והמקצועיים גרידא.

משרד הבריאות מתקצב את הפינוי המוסק מדי שנה באופן גלובאלי ללא קשר למספר הפינויים השנתי. מד"א הוא הגוף שמחליט לגבי מספר הפינויים המוסקים מתוך מטרה למקסם את המשאב. המועצה המליצה על:

- יש להגדיר את האינדיקציות לפינוי מוסק והמקומות מהם יש יתרון יחסי לפינוי מוסק בהשוואה לפינוי קרקעי.
- יש צורך במרכז מבצעים ארצי המסוגל לייצר תמונת מצב מבצעית בזמן אמת ליעד המועדף והראוי לפינוי.



- אקרדיטציה של מרכזי טראומה היא נדבך משמעותי אשר משפיע על נושאים מרכזיים נוספים. המועצה אינה מרוצה מכך שאין התקדמות מספקת בנושא זה. סוגיית הפינוי המוסק קשורה קשר הדוק וישיר לאקרדיטציה.
- בית חולים יוספטל באילת הינו באזור מרוחק משמעותית ממרכזים רפואיים גדולים ועל כן יש לשקול את האפשרות לקיום פינוי מוסק מבית חולים זה

החייאת נוזלים בפצוע המדמם במתאר טרום-בית חולים - האם הגיע הזמן לשינוי מדיניות?

- ישנם נתונים רטרוספקטיביים לגבי אפקטיביות הטיפול בפלזמה כמציל חיים. המאמרים הקיימים אינם מאפשרים אמירה חד משמעית ולא קיים מחקר פרוספקטיבי רנדומלי המוכיח את אפקטיביות הטיפול.
- על סמך הניסיון הצבאי, הנטייה היא לבחור באפשרות של שלב ביניים עד לפרסום המחקרים הפרוספקטיביים בנושא. הפתרון הינו שימוש בפלזמה מיובשת במקומות בעלי זמן פינוי ארוך עבור פצועים מסוימים. כל אפשרות של מתן דם או פלזמה היא יקרה והשימוש במנות ביחס למנות שייזרקו הוא קטן.
- המועצה המליצה:
- יש לעשות הבחנה בין המתאר הצבאי לאזרחי. במתאר הצבאי הוכח שבשל אילוצים אג"מיים במתארים בהם הפינוי מתעכב, ישנה מדיניות מותאמת.
 - בגופים אזרחיים אין מקום לשקול מתן דם בשטח והרחבת מסגרת ההרשאות למתן דם. מתן דם עלול לגרום לתופעות לוואי חמורות.
 - ככל שנוגע לאזורים מרוחקי פינוי, מומלץ לשקול מתן פלזמה מיובשת FDB.
 - המועצה ביקשה ממד"א לאחר הכנסת הפלזמות, לאסוף נתונים אודות השימוש שנעשה בהן ולהציג הלקחים בפני המועצה.

המלצות הועדה לקידום הטראומה בילדים

- המועצה החליטה על הקמת ועדה בראשותו של פרופ' חזי וייסמן. הועדה שמה לנגד עיניה קביעת קריטריונים לשיפור המצב הנוכחי תוך הצגת מסרות ישימות. בהקשר של חוסר האחידות בקרב הצוותים שמטפלים בילדים, המטרה הייתה למצוא פתרון ישים בכל בית חולים. המסמך הוא אבן דרך בשיפור הטיפול בטראומה באוכלוסיית הגיל הפדיאטרי, זאת לאור השונות הקיימת בין בתי החולים והעדר הסטנדרטיזציה.
- המועצה המליצה על:
- על מינהל הרפואה לתת ביטוי להמלצות הועדה בחוזר מינהל רפואה.
 - קביעה של קבועי הזמן שיוגדרו לסגירת הפערים הקיימים בין בתי החולים.
 - הצגת קורס APLS לאיגוד רופאי הילדים ולאיגוד הטראומה על מנת להחליט האם להמליץ לשלב במערך הטראומה לילדים.
 - לזמן לישיבה את יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הילד ופדיאטריה, או נציג מטעם המועצה, על מנת לדון בסוגיה מהו הגיל בו ילד יועבר לטיפולו של כירורג מבוגרים.

משרב-ATLS

- המטרה המרכזית בשילוב קורסי ATLS כחובה בהתמחות נבעה מהרצון לייצר מוכנות טובה יותר של כלל הצוותים הרפואיים בתרחישי טראומה לסוגיהם השונים. באופן זה, להגביר יכולתו של המערך הרפואי בישראל, רופאים, חובשים, אחיות וכו', להתמודד עם כל מה שקשור בטראומה. עם זאת, מסיבות שונות, נוצר מצב בו רופאים סיימו את כל חובות ההתמחות שלהם אולם לא יכולים היו לקבל תעודה כיוון שלא עברו את קורס ATLS בשל היעדר זמינות של קורסים אלו.
- המועצה המליצה על הקמת ועדת ATLS בראשות ד"ר נחשון קנולר, אשר תכלול נציגים ממשרד הבריאות, מהצבא ומהמועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה על מנת לדון בנושאים הבאים:
- המועצה מכירה בחשיבות ההכשרה ב-ATLS - כתנאי הכרחי לכל רופא, מתמחה או מומחה - כולל רופאים בבתי חולים שעובדים במערכי EMS, במקצועות הכירורגים, ביצוע הקורס בשנה הראשונה להתמחות.
 - הקפדה על ריענון ההכשרה מדי שלוש שנים.



השותפים הנוספים במערך הטראומה

פרופ' מושייב הציג את נושא הטראומה האורתופדית. זו כוללת: נהלים, טור כוננויות, מכשור מתוחכם ושיתוף פעולה בין מקצועות שונים. ישנם טראומטולוגים נוספים כגון: אורתופדים, פלסטיקאים וכדומה שגם עבורם יש צורך בתקנים ותמריצים. יש לחשוב על הדור הבא, להעלות מוטיבציה לעסוק במקצוע ולהקטין את הפער בין מה שהמתמחה חושב שהוא יודע ביחס לידע שלו בפועל. כמו כן, יש לקחת בחשבון את הרווח המוסף בארץ ובעולם מפעילויות שונות של הצוותים. המועצה המליצה על: קיים צורך בתכנון ארוך טווח בהכשרת צוותים לתחום טראומה אורתופדית וכירורגיה פלסטית (שאיננה אסתטית).

מרכז מבצעים ארצי- דיון ראשוני

הנושא עלה בישיבה כחלק מהכרת פרויקט המחשוב של המלר"ד לחברי המועצה. קיים צורך לתת תמונת מצב לכל שירותי ה-EMS. לפיכך, משרד הבריאות מפתח אפליקציה שתעדכן את זמן השהיה במלר"ד בזמן אמת וכך הציבור יוכל להחליט לאיזה בית חולים הוא מתפנה. פרויקט המחשוב של המלר"דים הינה פלטפורמה ייחודית שמטרתה להנגיש את המידע לציבור ולצוות המטפלים על מנת לבצע את ההחלטות הטיפוליות והפרקטיות הטובות ביותר.

תקני המתמחים בטראומה

הנהלת משרד הבריאות מכירה בצורך ובחיוניות הנושא ונעשים מאמצים לקדמו. יש לוודא כי התקנים יתקבלו לתחום הטראומה ולא לתחומים אחרים. בנוסף, הומלץ כי המצב האופטימלי למספר טראומטולוגים בישראל הינו המפתח הבא: עבור כל 100 פצועים ISS 15 ומעלה בשנה יהיה טראומטולוג אחד. המועצה המליצה על:

- מתן פתרון שאיננו בא על חשבון "תנומות".
- הגדרת משרות מתוקצבות כמסגרות העסקה של עובדי מדינה ולא במסגרת עדכון מחיר יום אשפוז.
- העלאת הנושא באופן אישי מול שר האוצר והנהלת האוצר.
- הזמנת מנכ"ל משרד הבריאות לדיון המועצה.

התוכנית הלאומית לשיפור המלר"דים

מינהל הרפואה הציג את עיקרי התוכנית. מטרת התוכנית הינה יצירת אחידות ושמירה שלא תהיה הטיה גדולה מדי לשום כיוון. התוכנית כבר פועלת אולם ישנם מספר נושאים פתוחים לדיון, דוגמת נושא התמרוץ. חברי המועצה ציינו כי קיימת פעילות רבה מצד הנהלת משרד הבריאות וכי נוצר שיח שלא היה קיים בעבר. יש לשים דגש על עבודה משותפת לצורך יצירת שינוי אמיתי.

רשם הטראומה

פרופ' קובי פלג הציג את הנושא. נתונים טרום בית חולים אינם מגיעים ממד"א ולכן הם מוגבלים. ישנם נתונים שקיימים ברישום ופתוחים למנהל הטראומה ולהנהלת בית החולים אולם לא למכון גרטנר. ישנם מחקרים ונתונים רבים שניתן להיעזר בהם לצורך קביעת מדיניות לאומית, אולם חלקם נותרים ללא שימוש. כיום, לא קיימת הנחיה מצד הנהלת משרד הבריאות לבתי החולים להעביר דיווח לרשם הטראומה. עם זאת, ישנו שיתוף פעולה מלא בין מנהלי בית החולים ומכון גרטנר. כמו כן, קיימת רצינות רבה בהתייחסותם של הנהלות בתי החולים ויחידות הטראומה לדוח השנתי ונעזרים בו לשיפור הטיפול והשירות. שקיפות חשובה לציבור ולבתי החולים. עם זאת, יש לקחת בחשבון שהשקיפות עלולה לגרום לכך שהמדד יהיה חשוב יותר משיפור איכות הטיפול.



מנהלי יחידות הטראומה התבקשו להגיע ולהציג עמדתם בנושא שהינו מורכב ורגיש.
המועצה המליצה על:

- תהליך שקיפות מצריך בקרה מסודרת מצד הנהלת משרד הבריאות לטיוב נתונים במסדי הנתונים השונים.
- במידה ויוחלט על שקיפות יש לעשות זאת בשיתוף פעולה מלא עם נציגי המקצוע בישראל.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות, סל הבריאות 2017

נושאים עיקריים לדיון במועצה הלאומית לשנת 2017

- בניית קורס טראומה משולב לרופאים ואחיות לטיפול בפצוע הרב מערכתי, בהיבט של השינויים והטיפוליים החדשים בפצוע
- שימוש בנתוני הטראומה, כדי לבנות תוכניות מניעה בקהילה בנושאים שונים
- דירוג פציעות
- הקמת עתודה של העוסקים בטראומה, פרויקט של שימור וטיפוח מתמחים, כפרוייקט לאומי
- הצורך ביצירת רצף מידע דיגיטלי מהשטח דרך המלר"ד לתוך מחלקת האשפוז
- הצורך בשימוש במצלמות בשטח ובמלר"ד לצורך תחקור ולימוד
- השלמת דיון וכתובת המלצות בנושא דירוג הטראומה של בתי החולים במדינה
- שימוש בנתוני רשומת הטראומה בכדי למפות ולהציף מגמות בהפגעות קשה - כמו לדוגמה היפגעות של עובדי ענף הבנייה ורוכבי אופניים חשמליות
- סקר עמדות בנוגע לטיפול בילדים נפגעי טראומה במלר"דים



משרד הבריאות



המועצה הלאומית לכירורגיה, הרדמה וטיפול נמרץ



יו"ר: פרופ' יוסף קלאוזנר



חברי המועצה הלאומית לכירורגיה, הרדמה וטיפול נמרץ

פרופ' יוסף קלאוזנר - יו"ר המועצה

ד"ר אריה ביטרמן
ד"ר ירון בר לביא
פרופ' מוטי גוטמן
פרופ' אריאל הלוי
פרופ' יהודה וולף
פרופ' מיכאל וולף
ד"ר סטיבן וולקס
ד"ר ג'רי וייס
פרופ' צ'ארלס וייסמן
פרופ' עודד זמורה
ד"ר דוד חסין
ד"ר חגית טולצ'ינסקי
פרופ' ישעיהו כץ
פרופ' ענת לבנשטיין
ד"ר גד לוטן
פרופ' אילן ליבוביץ'
פרופ' מאיר ליברגל
ד"ר סיגל ליברנט טאוב
פרופ' אריה לינדנר
ד"ר אלי מבור
פרופ' סולי מזרחי
פרופ' עידית מטות
פרופ' אבירם ניסן
ד"ר ערן סגל
פרופ' גידי סהר
פרופ' אחמד עיד
ד"ר יהודה עמית
ד"ר הילה פיגל
פרופ' עזריאל פרל
פרופ' מיכאל קראוס
פרופ' חנוך קשתן
ד"ר סימה רייכר
פרופ' צביקה רם
פרופ' יעקב רמון
פרופ' יעקב שניידרמן

* תום מינוי



דוח המועצה הלאומית לכירורגיה, הרדמה וטיפול נמרץ

2015 - 2016

זמני המתנה לניתוח שבר צוואר ירך- הערות מהשטח

בישראל כ- 1% מהמבוגרים מעל גיל 65 סובלים משבר בירך. בנשים השברים יותר שכיחים- פי 4 מאשר בגברים. סקר עומק שבוצע לפני מס' שנים במשרד הבריאות בדק 3,000 מטופלים ונמצא קשר מובהק וישיר בין עיכוב ביצוע ניתוח מעל 48 שעות לבין שיעור הסיבוכים, זיהומים תמותה וכו'.

ביצוע ניתוחים של שבר בצוואר הירך המבוצעים תוך 48 שעות מרגע ההגעה למיון, נחשב בארץ ובעולם למדד איכות חשוב, המונע סבל לחולה וכן חוסך בהוצאות בריאות.

ניתוחים עלולים להידחות מסיבות שונות שכוללות מצבו הקליני של החולה שלא מאפשר ניתוח דחוף, צורך בהתייעצויות נוספות לגבי טיב הניתוח, תרופות הנלקחות על ידי החולה ובארץ גם היעדר חדרי ניתוח זמינים וחסר במרדמים סקר של משרד הבריאות וסקרים בעולם הצביעו על כך שדחיית הניתוח מעל 48 שעות קשורה עם עליה בסיבוכים ובתמותה תוך 30 יום ועד שנה לאחר הניתוח.

נמצא כי במערכות הבריאות בעולם שיעור המנותחים תוך 48 שעות נמצא בעליה מתמדת. מזכיר שהמדד מתייחס ל 80% בלבד מכלל המנותחים. ב- 2004 פרסם משרד הבריאות חוזר של החלת מחיר דיפרנציאלי (DRG) לניתוח קיבוע שבר הירך המתבצע תוך 48 שעות משעת האשפוז, דבר שהביא לעליה משמעותית בשיעור המנותחים תוך 48 שעות, לקיצור זמן שהייה באשפוז ולירידה בסיבוכים ובתמותה. בארץ, מדד ניתוחי שבר בצוואר הירך החל להימדד בכל בתי החולים בינואר 2013 במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות, כאשר סקר העומק הראה במובהק יתרון ברור לניתוח תוך 48 שעות. הנתונים בארץ והנושא בכללותו הובא לדיון בעבר במועצה על ידי ועדה שכללה אורתופדים, מרדמים והמטולוגים בראשות פרופ' ליברגל וד"ר ענת עקא זוהר. הועדה קבעה שאין סיבה לדחות את הניתוח אלא אם יש בעיה המטולוגית. לאחרונה האיגוד האורתופדי וכן כירורגים אורתופדים הביעו דעה על כך שהמדד צריך להיות "יומיים" ולא 48 שעות מאז הגעת החולה לבית החולים, דבר שיכול בפועל להאריך זמן המתנה עד 72 שעות.

סיבות אפשריות לאופציה של "יומיים" עבודה:

- מחלות רקע, נטילת תרופות, המחייבים הכנה מתאימה.
- עקרון 48 שעות יכול לגרום לפשרות באיכות הצוותים המנותחים, ביצוע הניתוח בתנאים תת אופטימליים עקב אי זמינות צוות מיומן, בעיקר בניתוחים יותר מורכבים. ביצוע ניתוחים בשעות הלילה כשאין כווננים זמינים כשגרה.
- יום הגעה לבית החולים (ימים ה'-ו' לעומת ימים א'-ד', ש').
- סוג הניתוח- קבוע או החלפה, חלקית או מלאה. ניתוחים בסדר גודל שונה מחייבים הערכות זמן בחדר ניתוח.

נערכה הצבעה והוחלט פה אחד להמליץ על שינוי המדד ל- 2 ימי עבודה.

כעבור מספר ישיבות הנושא נדון בשנית והמסקנה הייתה כי על פי המתרחש בשטח הייתה קשה מאוד לאכוף שניתוח יבוצע בתוך 48 שעות. בתוך 48 שעות המשמעות היא שחלק מהניתוחים יבוצע בשעות הלילה, על ידי צוותים לא מספיק מיומנים, עובדה שהינה חשובה יותר מבחינת מדדי האיכות על פני הדחייה. ביצוע ניתוח תוך 2 ימי אשפוז התקבל כיותר סביר. ד"ר ענת עקא זוהר, הציגה מגמות בזמן המעקב ואת ההשלכות של המדד מאז שנכנס לתוכנית הלאומית של מדדי איכות בשנת 2013. כמו כן מידת ההשפעות של המדד הזה על תמותה. מתוך הניסיון שנצבר התקבלו שתי מסקנות: האחת, חייב להיות תיעוד מנומק בדוח הניתוח לסיבת דחיית הניתוח. חייבת להתקיים בדיקה נוספת על ידי סקר עומק הלוקח בחשבון את הבעייתיות והמורכבות בניתוחים אלו. יחד עם זאת צוין כי למדדי איכות בנושא זה התרומה חשובה מאוד לשמירה על איכות הטיפול.

מדובר בנושא עקרוני חשוב ומעט קונטרברסיאלי שעלה לדיון במועצה בעבר.

היו הערות תומכות אבל גם מתנגדות מצד הרופאים. התפקיד לא לגמרי מוגדר, יש פרצות רבות אך היה ברור שאחות מומחית בכירורגיה אמורה להקל על עבודת הרופאים, להגן על החולים, לשמש תחליף לרופא כשנעדר ושכלל מחלקה סמכות האחיות הללו תקבע על פי היתר ספציפי של מנהל המחלקה ולא על פי הנחיות כלליות.



במהלך הדיון הושמעו דעות שונות לגבי חשיבות האחות המומחית במחלקות הכירורגיות וסוכם כי הנושא יידון מחדש במסגרת המועצה בהקשר זה חשוב שיקבע העיקרון שהפעולות שתתבצענה על ידי האחות המומחית תיהנה באחריות מנהל המחלקה. סוכם נהלים יותר מוגדרים, שיקבעו את דפוסי שיתוף הפעולה העתידי בין הרופאים לבין האחות המומחית.

קביעת תעריפי תמחור כמודל

פרופ' ליברגל ציין כי הנושא עלה בעבר לדיון במועצה (נובמבר 2014) שבו היו נוכחים גם כלכלנים של משרד הבריאות והיה קונצנזוס ברור לגבי הצורך בשיקול הדעת הרפואי ולא רק בהיבט הכלכלי בקביעת תעריפי תמחור. הוחלט כי יוקם צוות ייעודי ללוות את הכלכלנים של המשרד לתמחור ניתוחים אורטופדים (זאת לאור בקשת צוות המשרד ל - input של הועדה). למרות מה שסוכם, כלכלני המשרד קבעו מחירים מופרזים מבלי להתייעץ כלל עם אנשי המקצוע כפי שנקבע בדיון המשותף לא סביר שיעשה תמחור ללא התייעצות עם אנשי המקצוע. המועצה מוחה על כך שלמרות בקשתה כי התמחור יתבצע רק לאחר התייעצות עם אנשי המקצוע, הדבר לא בוצע, דבר שגרם לקביעת מחירים מופרזים ושרירותיים.

הרשאה לביצוע תיקון פלסטי של הפות על ידי מומחים לכירורגיה פלסטית

בחזר משרד הבריאות קיימת רשימה מפורטת מי רשאי לבצע פרוצדורה זו. בחזר נקבע שניתוח זה יתבצע על ידי גינקולוגים איגוד הפלסטיקאים מבקש לאפשר גם לפלסטיקאים לבצע ניתוח זה. המועצה המליצה לאמץ את בקשתם של הפלסטיקאי.

אמבוליזציה של הורידים הספרמטיים כטיפול בהגדלה שפירה של הערמונית

הנושא עלה לראשונה במועצה באוגוסט 2015 במטרה לקבוע מקובלות פרוצדורה של סקלותרפיה לצורך הקטנת הפרוסטטה ולתת מענה לשאלה האם נדרש אישור של משרד הבריאות לביצוע פרוצדורה זו. בדיון הוחלט על הקמת ועדה בראשות פרופ' ג'ק בניאל, לבדיקת הנושא לפרטיו.

- בעקבות המלצות הועדה התקיים דיון בנושא והועלו הנקודות הבאות:
- פרוצדורה זאת אינה מוכחת מדעית במידה מספקת בכל הנוגע לבטיחות החולה וסיבוכי הטיפול הפעולה מחייבת הסכמה מדעת של החולה הכוללת הסבר מפורט על טיב הפרוצדורה וסיבוכים אפשריים.
- המועצה ממליצה להמשיך ולבדוק יעילות הפעולה על פי מדדים מקובלים במסגרת מחקר קליני; ותיעוד התוצאות. התוצאות המחקר תיבדקנה כולל פרמטרים כגון גודל הערמונית בתקופות של חודשיים עד שנה לאחר הפרוצדורה צוין כי אין בהמלצה זו הבעת תמיכה של המועצה בפרוצדורה המוצעת.

הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים - יוזמת מבקר המדינה לבקרת הנושא: דיון

התקבלה פנייה ממשרד מבקר המדינה שמתכנן בדיקה של "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים". המועצה נתבקשה להציע פרמטרים חשובים שישמשו בסיס לבדיקה זו. הוחלט על הקמת ועדה בנושא.

ניתוחים בריאטריים

בישראל שיעור הניתוחים הבריאטריים הוא הגדול בעולם ביחס לאוכלוסיית השמנים. 50% מהניתוחים מבוצעים במערכת הבריאות הפרטית בשל חוסר מקום לשילובם במערכת הציבורית. מעבר חולים בין בתי חולים (פרטי- ציבורי) מקשה לעקוב אחרי השיעור המדויק של סיבוכים מניתוחים שכחים אלה.



בחירת מנתח/מטפל בבית חולים ציבורי

נושא חשוב ביותר לעתיד הכירורגיה.

בדיון צוין כי בחירת מנתח על ידי החולה בבית חולים ציבורי עלולה לפגוע בהכשרת דור העתיד של הכירורגים ועלולה לשבש את עבודת תכנית הניתוחים של המחלקה. הוצע שלחולה תינתן הזכות לבחור מחלקה או קבוצת מומחים בתחום מסוים (ולא רופא ספציפי), שאחד מבכיריה יהיה אחראי על הניתוח.

פטריות כתוצאה משימוש בצמנט

במערך לבטיחות הטיפול התקבלו מספר דיווחים על פטריות מטופלים מיד לאחר שימוש בצמנט בניתוחים אורתופדיים. בשנת 2012 התקבלו דיווחים מארבעה בתי חולים על תשעה מקרים של תגובה לאחר שימוש בצמנט בעת ניתוחי החלפת מפרק ירך. שבעה מהם הסתיימו במוות. 2015 שני בתי חולים דיווחו על שלושה מקרי מוות לאחר החדרת צמנט בניתוחי החלפת מפרק ירך (מתוך 5600 ניתוחים בשנה).

לא ניתן להתעלם מההשפעה החיובית שיש לטיפול זה של קיבוע בעצם/שבר בצמנט. התופעה של מוות פתאומי נמצא ממש בשוליים, בשיעור של פחות מחצי פרומיל! מנגד, יש תועלת גדולה לחולים קריטיים שאם לא יבוצע אצלם קיבוע בעזרת צמנט, התוצאה תהיה הרבה יותר גרועה למספר רב של חולים.

סוכם כי הנושא הוא מקצועי בתחום האורתופדי, נדיר יחסית, חיוני בחולים רבים ויש לאפשר לאיגוד האורתופדי לקבוע כללים בנושא זה. סוכם שמבחינת המועצה, אין צורך בהתרעות נוספות מעבר לאלה שהתקבלו בעבר.

השימוש בטכנולוגיית מרגין פרום בניתוחים משמרי שד בישראל

צוין כי מדובר בטכנולוגיה המשפרת את הוודאות בהוצאת גידול מהשד עם שוליים נקיים ומקטינה עקב כך את מספר הניתוחים החוזרים. עם זאת, קיים חסם כלכלי הכרוך בתוספת עלות לניתוח. כנראה בשל כך חלק ניכר מבתי החולים נמנעים מהטמעת השימוש בטכנולוגיה. המועצה החליטה לאסוף מידע ולקבל המלצתם של מנתחי השד לפני דיון נוסף במועצה.

רישום הולם של כותרות ניתוח וקוד ניתוח

צוין כי אין הקפדה הולמת בנושא זה. ההנחה היא שמדובר בבעיה תרבותית כלל ארצית ונכונה לגבי כל המקצועות. מתוך בדיקות שבוצעו בבתי חולים נמצא כי, פערים גדולים באופן ובהקפדה על הרישום. המועצה החליטה להפנות את תשומת הלב של הנהלת המשרד לנושא בעייתי זה.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017





משרד הבריאות



המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכות הבריאות



יו"ר: ד"ר בני דוידאון



חברי המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכות הבריאות

ד"ר בני דוידזון - יו"ר המועצה

גב' נעמי אסולין
גב' רותי אשכנזי
מר אבי בוסקילה
גב' לאה בוצר
ד"ר ארז בירנבוים
מר עוזי ביתן
ד"ר אמנון בן משה
ד"ר יצחק ברלוביץ
מר חי גאון
פרופ' אבישי גולדברג
מר מיקי דוידוביץ
פרופ' פנחס הלפרן
סא"ל יואל הר אבן
*מר רונן הראל
*מר אבנר וייס
*גב' ויקי וקסלר
ד"ר אילן זלינגר
ד"ר חנן טל
*מר רפי כלב
מגר' יעקב כץ
*גב' שירה לב עמי
ד"ר חזי לוי
מר עופר לוי
*ד"ר משה מודעי
ד"ר נפתלי מידן
אינג' מר יצחק מרום
פרופ' יוחנן פייזר
*מר דב פסט
מר ניל פרלמן
מר אלי צימלס
מר דוד רונאל
מר שמואל רזניקוביץ
ד"ר מגר' אייל שוורצברג
מר חמי שמיר

* תום מינוי



דוח המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכות הבריאות

2015 - 2016

המלצות הוועדה לבדיקת השימוש בציוד להזרקות ב-CT עם חומר ניגוד

לאור מקרה שקרה בבית החולים משגב לך, בו בעת ביצוע בדיקות CT נדבקו 12 נבדקים בהפטיטיס C באותו יום ובאותו מקום, הנהלת משרד הבריאות קיבלה החלטה להקים ועדה בלתי תלויה על מנת להפיק לקחים מהאירוע. הועדה כללה נציגים בכירים מהמועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכות הבריאות, המועצה הלאומית לדימום ומומחים נוספים שעיסוקם בנושא מחזור של ציוד חד פעמי לשימוש רב פעמי. מסקנות הועדה מוצגות בדוח המפורסם באתר המשרד וכוללות בין היתר שימוש בערכות רב פעמיות.

מסקנות הועדה העיקריות מאשרות את ממצאי תחקיר משרד הבריאות, ומצביעות על השונות בשימושים במרכזים השונים, כאשר בחלק גדול ממכוני הדימום נעשה שימוש רב פעמי בערכה חד פעמית, ובמחציתם אף ללא צינורית עם שסתום חד כווני, מה שמגדיל את סיכוני ההדבקה. הועדה מציינת כי הכנת הנבדק לבדיקה היא חלק מהאחריות הכוללת של המכון לבדיקה, והועדה רואה חשיבות רבה בהדרכת הצוותים הרפואיים בהטמעת כללי אמצעי הזהירות במניעת זיהומים וביצוע ניטור מעת לעת למידת ההיענות לכללים אלה. בין היתר יש לעדכן את חוזר מינהל רפואה 10/2010 בנושא "אמצעי זהירות שגרתיים במוסדות רפואיים".

לאור העובדה כי קיימות כיום חלופות ראויות, והשימוש בערכה הרב פעמית בבדיקות CT גבוהה רק ב- 10% בלבד, ממליצה הועדה לעבור לערכות רב פעמיות לשמירה על בריאות הנבדקים. המשמעויות הכלכליות נמוכות ולא דרמטיות ברב התחומים. הדוח אושר על ידי המועצה שתידרש בתוך פרק זמן מסוים לבחון את סטאטוס פעילות משרד הבריאות בנושא.

סיורי בדיקת בית צוות לוגיסטיקה במחלקות בית החולים

בפני המועצה הוצג פרויקט "סיורי בדיקת בית במרכז" רפואי גדול לבריאות הנפש, שמטרתו הייתה להעלות את רמת שביעות הרצון של מקבלי השירות, צוות הסיעוד, רופאים, פארא-רפואי והמטופלים כמו גם העלאת שביעות הרצון מהשירות הפנים ארגוני למנהלים ולעובדים, ויצירת שפה מקצועית משותפת לצוות הרפואי והלוגיסטי. המועצה בירכה על תהליך ההטמעה שהוצג בפרויקט.

מדדי אחזקה כמותיים ומדדי ביצוע בניין (BPI-Building Performance Index)

בפני חברי המועצה הוצג מודל למדידת ביצוע ושיפור מערכות אחזקה בבית חולים שמטרתו העיקרית היא שיפור מצב התחזוקה ורמת העובדים. נקבעו מדדים כמו יחס בין כמות תקלות שבר לכמות טיפולים מונעים, שנבדקו בחתכים חודשיים, וזמני טיפול בתקלה בחתכים שונים, והתייחסות לצורך בהזמנת טובין, כמות של תקלות חוזרות ומדדי ביצוע בניין BPI. תוצאות המודל היו חיוביות, ולכן המועצה המליצה להפיץ המודל בקרב מנהלים אדמיניסטרטיביים בבתי חולים לשיפור המערכות הקיימות.

ניהול סוגיות ברשומות רפואיות 2016

בפני המועצה הוצגו סוגיות נבחרות בניהול רשומות רפואיות של הרגולטור, הגדרת הרשומה רפואית והמנדט שלה. כמו כן, הוצגו יעדי יחידת הרשמת המרכזיים: אימוץ אמות מידה לרישום ולסימול רפואי, ולהבטיח שתיעוד המידע הרפואי יהיה אמין ומשקף. המועצה סבורה כי הנושא הוא מולטידיסציפלינארי ונדרשת המלצה משותפת למספר מועצות לאומיות, ולא רק של המועצה ללוגיסטיקה. מדובר באבן הליבה של כל תהליכי האיכות שמוביל המשרד. רשומה רפואית תומכת באיכות, ברצף רפואי, בחוויית המטופל, בבטיחות המטופל, בתקציבים ועוד.

השוואה ענפית - Benchmarking

במערכת הבריאות קיימים הרבה נתונים השוואתיים בנושאים הרפואיים, אבל אין שום מידע השוואתי או כללי לגבי עלויות מערכת האשפוז הממשלתית, ונתונים לגבי מידת הביצועים, יעילות וכו'. על פי המלצת המועצה למנכ"ל, הוקמה ועדה ייעודית לבחינת הנושא. תקציר המנהלים של מסקנות הועדה הוצג למועצה וקיבל את אישורה להצגה למנכ"ל. צוין כי ניתן לחסוך עשרות מיליוני שקלים באימוץ הגישה. בתאריך 9.6.16 התקיים כנס השוואה ענפית, במרכז הרפואי שוהם פרדס-חנה, אשר אורגן בשיתוף פעולה בין המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכות הבריאות ואגף רכש, נכסים ולוגיסטיקה של המשרד. הכנס התקיים בהתאם להחלטה שהתקבלה בישיבת המנכ"ל להציג את נתוני עבודת ההשוואה הענפית בפני מנהלים אדמיניסטרטיביים ומנהלי כספים של בתי החולים, לצורך למידה הדדית. במהלך הכנס דנו לעומק, במסגרת שולחנות עגולים, בנושא ההשוואה הענפית בין בתי החולים בתחומים: מזון, ניקיון, כביסה וגזים רפואיים.



ניכרה הירתמות ושיתוף פעולה מצד המנהלים השונים משתפי הכנס, והובעה שביעות רצון מהפרויקט ומהעבודה המשותפת בין בעלי המקצוע מבתי החולים השונים, וזו הצלחה בפני עצמה.
מסך כל ההמלצות ניתן כיום לגזור את אותם נושאים שכבר בשלים לביצוע ויישום, ואותם שמתאימים לפיתוח עתידי, הכל בכפוף לסדרי עדיפויות המשרד והחלטתו.
המלצות המועצה הועברו להמשך טיפול של הרשות בתי החולים הממשלתיים.

הצגת פעילות ועדת פרס מנכ"ל 2015

מזה שנים מתקיימת פעילות ועדת פרס מנכ"ל למצוינות בלוגיסטיקה במערכות הבריאות במועצה, ולאחרונה יושם מודל חדש של הגשת הצעות לפי מספר בתים, על מנת לעודד הגשת פרויקטים לוגיסטיים שאינם תלויים בתקציבים גדולים על מנת לתגבר נוכחות גורמי השטח, ולעודד ולתת ביטוי גם לפרויקטים לוגיסטיים שאינם תלויי תקציבים גדולים. מדובר ברעיונות חדשניים, בשיפור בתהליכים המיושמים ביחידות המציעות, אך אינם מוטמעים ו/או מיושמים בכלל המערכות. חברי ועדת הפרס בדעה שיש להשתמש במאגר הידע הנצבר, לנהל אותו ולייצר "תעבורה" ליחידות נוספות.

השנה הוגש מספר שיא של 45 עבודות, המיוצגות בשלושה בתים.

המועצה אישרה את המלצות הועדה.

בכנס לוגיסטיקה השנתי ה-18 של המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכות הבריאות, אשר התקיים במרכז שפיים ב-14.9.16, פתחו את הכנס והציגו את עבודותיהם שבעת הזוכים בפרס המנכ"ל, וזכו להכרה והוקרה על חדשנותם.

נושאים עיקריים לדיון במועצה הלאומית לשנת 2017

- אנרגיה מתחדשת
- תחזוקה מתוכננת/שבר
- מעבדות - תהליכי דגימה



משרד הבריאות



המועצה הלאומית למניעה וטיפול במחלות לב וכלי דם



יו"ר: פרופ' אלכס בטלר



חברי המועצה הלאומית למניעה וטיפול במחלות לב וכלי דם

פרופ' אלכס בטלר - יו"ר המועצה

פרופ' יהודה אדלר
*פרופ' קרן אהדרה
פרופ' גדעון אורצקי
פרופ' עופר אמיר
פרופ' גיל בולטין
פרופ' נתן בורגשטיין
פרופ' רפאל ביאר
ד"ר עינת בירק
פרופ' ליאונרד בלידן
ד"ר ינאי בן גל
פרופ' אריה בס
*ד"ר יצחק ברלוביץ
ד"ר דב גביש
פרופ' מרווין גוטסמן
פרופ' קובי ג'ורג'
פרופ' מיכאל גליקסון
פרופ' מנפרד גרין
פרופ' יעקב הנקין
ד"ר אילנה הרמן-בהם
פרופ' רפי ולדן
פרופ' צבי ורד
פרופ' דורון זגר
פרופ' דוד חסדאי
פרופ' יהונתן חסין
פרופ' דוד טנה
פרופ' אברהם כספי
פרופ' עמוס כץ
פרופ' יעקב לביא
פרופ' בזיל לואיס
פרופ' חיים לוטן
מר דורון לוי
גב' הדסה לוי
פרופ' יונתן ליאור
ד"ר ניקי ליברמן
פרופ' ערן לייטסדורף
מגן ד"ר רפי סטרונגו
פרופ' עבד עסלי
פרופ' שמואל פוקס
פרופ' דן צבעוני
ד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ
פרופ' אנדרה קרו
פרופ' גד קרן
פרופ' ארדון רובינשטיין
פרופ' יוסף רזנמן
פרופ' אהוד רענני
פרופ' עמית שגב
גב' נורית שור
ד"ר יונתן שטרייפלר
גב' ורד שנער
ד"ר חנה תמיר



דוח המועצה הלאומית למניעה וטיפול במחלות לב וכלי דם

2015 - 2016

הוצגו החלטות הוועדה הציבורית לסל הבריאות 2016 להוספת תרופות וטכנולוגיות לטיפול במחלות קרדיו וסקולריות

- התרופות הבאות מהתחום הקרדיו וסקולרי נכנסו לסל או הורחב בהם השימוש כדלקמן:
- הורחבה מסגרת ההכללה של שלושת התרופות נוגדות הקרישה החדשות (NOAC) למניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פרפור פרוזדורים, עבור חולים עם מדד CHADS₂ עם ערך 2 ומעלה. הוערך שמדובר בכ- 13,000 חולים בעלות של כ- 30 מיליון ₪ כאשר סכום נוסף של כ- 17 מיליון ₪ יוקצב בעדכון סל 2017. סוכם כי תמונה ועדה מטעם האיגוד הקרדיולוגי והמועצה הלאומית לדון בהתאמת CHADS₂ SCORE ל CHA₂DS₂-VASC SCORE.
 - אושרה הרחבת הטיפול ב BRILINTA למניעת אירועים אטרוטרומבוטיים לחולים שעברו צנתור ללא התערבות בעלות של כ- 5 מיליון ₪ ל-1686 חולים.
 - אושר השימוש REPATHA כטיפול ל 14 חולים עם היפרכולסטרולמיה הומוזיגוטית משפחתית בתקציב של כחצי מיליון ₪. לא נדונו הבדיקות הגנטיות הנדרשות לאבחון מחלות לב משפחתיות בכלל וכאלה הגורמות למוות פתאומי בפרט. הנושא יועלה שוב לדיון במועצה הלאומית עם נציגים מהאיגוד לגנטיקה והמחלקה לגנטיקה במשרד הבריאות.

שידור אק"ג של חולים עם כאבי חזה מניידות טיפול נמרץ לבתי החולים תוך שמירה על סודיות רפואית

- ד"ר זאזא יעקבישווילי הציג את הנושא בתוקף תפקידו כיו"ר החוג לטיפול נמרץ לב באיגוד הקרדיולוגי בישראל. המסר העיקרי שד"ר זאזא העביר בהצגתו היה ששידור האק"ג של החולה עם כאבי חזה ליחידה לטיפול נמרץ לב בבית החולים, מקצרת משמעותית את הזמן לצנתור לב של החולים המתאימים (בדרך כלל עם עליית מקטע ST), והדבר מביא להקטנת הנזק הפוטנציאלי לשריר הלב וכך לשיפור ב תחלואה ובתמותה של חולים אלה.
- נציגי מד"א, שח"ל משרד הבריאות וכללית אשר השתתפו בדיון סקרו את מה שקורה היום ואת התוכניות העתידיות לנושא זה. מסקנות הדיון היו כדלקמן:
- השימוש בווטסאפ לשידור תרשימי אק"ג לבתי החולים ללא זיהוי פרטי החולה אפשרי עד לפיתוח טכנולוגיה אחרת.
 - תיבחן עם מד"א האפשרות לשימוש בתוכנת הווטסאפ בטלפונים ייעודיים ומאובטחים למטרה זאת.
 - משרד הבריאות בשיתוף כללית וגופים אחרים יציגו בעתיד פיתוחים עליהם הם שוקדים לשיתוף מידע רפואי אשר יאפשר גם העברה מאובטחת. כמו כן יוצגו פתרונות למאגר מידע ארצי של תרשימי אק"ג.
 - תיבדק האפשרות לתיאום העברת חולים עם חשד לאוטם חריף בשריר הלב בין צוותי האמבולנסים לבין בתי חולים הזמינים באותו האזור. הליך זה יעשה בתאום בין נציגי האיגוד הקרדיולוגי, מד"א, משרד הבריאות, וכללית.
- גב' מירי כהן, מנהלת תחום בכירה ושירותי הצלה ועזרה ראשונה במשרד הבריאות סמכה את ידיה על הסיכום.

האם יש צורך בהקמת תשתית לצנתורי לב בבית החולים יוספטל באילת

- הוצגו בדיון נתונים על אוכלוסיית אילת, בית החולים יוספטל בכלל והקרדיולוגיה בבית החולים יוספטל בפרט, וכמו גם שיתוף הפעולה בתחום הקרדיולוגיה עם המרכז הרפואי סורוקה. הנתונים הוצגו על ידי ד"ר ברקוביץ - מנהל בית החולים יוספטל, פרופ' מילר-הקרדיולוג היועץ לבית החולים יוספטל ופרופ' זגר - ממלא מקום מנהל המערך הקרדיולוגי בסורוקה.
- מתוך הנתונים שהוצגו: אוכלוסיית אילת והקיבוצים / מושבים באזור מונה כ- 70,000 תושבים. בתקופת שיא התיירות מגיעה לכ- 120,000. בבית החולים כ- 65 מיטות. יחידה לטיפול נמרץ כללי של 4 מיטות נותנת מענה גם כטיפול נמרץ לב. אין קרדיולוג קבוע. יועץ קרדיולוגי אמבולטורי ניתן פעמיים בשבוע. מידי שנה מגיעים ליוספטל כ- 60 חולים עם התקף לב חריף, מקבלים טיפול תרופתי לפי הצורך להמסת קריש (טרובוליזיס) ומועברים בחיפוף על ידי אמבולנס להמשך הטיפול בסורוקה. זמן העברה הוא כשלוש שעות. על פי מצב החולה כפי שמדווח לסורוקה במהלך ההעברה, מתקבלת ההחלטה בסורוקה על הצורך להיערך לצנתור דחוף. בנוסף מועברים לסורוקה עוד להעלות שורה כ- 400 חולים לצנתורים שאינם דחופים, וכן מועברים לצנתורי לב עוד כמה עשרות חולים למרכז הארץ. למרות החלטות קודמות שהתקבלו לגבי הצבת מסוק פינוי קבוע באזור- החלטה זאת איננה מיושמת, דבר המביא לעיכוב פינוי כאשר נדרש מסוק במקרים הדחופים יותר. בית החולים יוספטל נמצא בתנופת פיתוח מבחינת גיוס כח אדם ובניו אך לנושא הקרדיולוגי לא תוכנן דבר. המהלכים המתוכננים כעת, עתידיים להסתיים בעוד כחמש שנים.



לאחר דיון שנערך בין חברי המועצה בנתונים אלו - התקבלו המסקנות הבאות:

- **הטיפול בהתקפי לב ביוספטל נעשה על פי הסטנדרטים ומסמכי העמדה המקובלים בעולם למקומות בהם אין יחידת צנתורי לב.**
- הזמנים להעברת החולים עם התקפי לב לצנתור בסורוקה, הם המקובלים למה שמומלץ במסמכי העמדה, אך אין פתרון טוב למקרים בהם הפיניו צריך להיות מהיר יותר. פתרון כזה צריך להינתן על ידי מסוק ייעודי שצריך להיות מוצב סמוך ליוספטל באופן קבוע. יש לתקצב מידית הצבה של מסוק פיניו שייתן מענה לכל המרחב ולנפגעי טראומה או מחלות אחרות הזקוקים לפיניו מהיר. החלטה ברוח זאת כבר התקבלה בעבר אך לא יושמה.
- יש להתחיל לאלתר בהליכי תכנון למערך קרדיולוגי בבית החולים יוספטל שכן חדר צנתורים איננו יכול לעמוד בפני עצמו ללא שיש באותו בית החולים מרכיבים נוספים כמו מיטות אשפוז קרדיולוגיות, יחידה לבדיקות לא פולשניות וכוח אדם ייעודי קבוע.
- מומלץ לבדוק אפשרות לשיתוף פעולה עם המערכת הרפואית בעיר עקבה.

בדיקות גנטיות ברפואה בכלל ובקרדיולוגיה בפרט

ניתנו סקירות כלליות עלי ד"ר עמי זינגר, מנהל היחידה לגנטיקה קהילתית, במשרד הבריאות ופרופ' לינה באסל, יו"ר האיגוד הגנטיקאים הרפואיים בישראל, סקירות ממוקדות לתחום הקרדיולוגיה על ידי פרופ' גליקסון (אריטמיות), פרופ' אנדרי קרן (קרדיומיופטיזם) ופרופ' הנקין (טרשת עורקים). הושם דגש בדיון על חשיבות הבדיקות הגנטיות לחולים ולמשפחות של חולי הלב, הן מהצד הרפואי והן הכלכלי. אין עדיין פתרונות תקציביים מספקים לנושא זה, כפי שגם הבהירה ד"ר אתי סממה, ראש האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות במשרד הבריאות, לא מסל הבריאות ולא ממקור אחר. פרופ' אפק אשר השתתף בדיון הציע כיצד ניתן יהיה למצוא מקורות תקציביים וסוכם כי ד"ר זינגר ימשיך ויטפל בנושא.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017



משרד הבריאות



המועצה הלאומית לבריאות האישה



יו"ר: פרופ' נעמה קונסטנטיני



חברי המועצה הלאומית לבריאות האישה

פרופ' נעמה קונסטנטיני - יו"ר המועצה

גב' דורית אדלר
ד"ר ישי אוסטפלד
פרופ' צופיה איש שלום
ד"ר נילי בן צבי
גב' רינה בר טל
פרופ' איריס ברשק
עו"ס רוני גאגין
עו"ס נורית גוטמן
גב' ספי גולן
עו"ד קרן גרינבלט
ד"ר יהלומה גת
ד"ר שיר דר
ד"ר ליאת הולר הררי
גב' מירי זיו
גב' מירה חונוביץ
*תא"ל רחל טבת-ויזל
ד"ר ענת יפה
ד"ר מתי כחלון וכסלר
ד"ר יורם לוטן
גב' עירית ליבנה
ד"ר מיכל ליברגל
עו"ס ענת לייכטר
*גב' טלי ליפקין-שחק
הרב יצחק מלבר
ד"ר מיכל מרום
תא"ל שרון ניר
גב' ורד סוויד
גב' חנה סולץ-אהרוני
*ד"ר נדן עסאלה-עודה
ד"ר דליה פדילה
ד"ר מנחם פישר
*גב' גליה פלד
ד"ר דיאנה פלשר
פרופ' ג'ולי צוויקל
ד"ר אילנה ציגלר
גב' שרון צ'רקסקי
ד"ר בלה קאופמן
פרופ' רונית קוכמן
ד"ר גדעון קופרניק
פרופ' תלמה קושניר
ד"ר חנה קטן
ד"ר ורד קלייטמן-מאיר
גב' טובה קראוזה
ד"ר מינה רותם
פרופ' עידו שולט
ד"ר גילה שחר
ד"ר ניבא שפירא
ד"ר אורלי תיבון-פישר



דוח המועצה הלאומית לבריאות האישה

2015 - 2016

אנמיה וחסר ברזל במתבגרות ובחיילות

בסקירת הנושא הוצגו נתונים בנושא זה. צוין כי חסר ברזל קיים בעיקר בקרב נשים אך גם בגברים, בהיקף נמוך יותר. לחסר ברזל עם או ללא אנמיה ישנן השלכות פיזיולוגיות ומנטליות. גם אם ההמוגלובין תקין, פריטין נמוך יגרום לפגיעה בתפקוד העכשווי ובהמשך גם לאנמיה. ממומלץ לבדוק בנוסף להמוגלובין וברזל גם פריטין וטרנספריין. בסוגיה זו שלושת הרכיבים המשמעותיים הם: איתור, מודעות וטיפול. המועצה המליצה על:

- פניה למד"א להכנת הפניה ל"נדחי" תרומת דם בשל המוגלובין נמוך להמשך בירור וטיפול בקהילה - בעקבות המלצת המועצה יצא מכתב הסבר מטעם מד"א.
- פניה לסמנכ"לית תקשורת ויחסים בינלאומיים של משרד הבריאות לבחינת אופני פרסום הנושא.
- פניה לעמותת "עמיד" לצורך פרסום כתבות בנושא.

טיטת חוזר ביצוע בדיקות לב במאמץ עם חולצה

הוצגה טיטת חוזר לפני פרסום בנוגע לביצוע בדיקות לב במאמץ בנשים. בעבר נשים התבקשו להוריד את חולצתן במהלך הבדיקה ולא היו מודעות לזכותן לבצע את הבדיקה עם חולצה וחזיה ולהיות מלוות בבדיקה על ידי אדם נוסף. המועצה המליצה על:

תיקון חוזר ובו בקשה לקופות החולים ליידע את המטופלות לגבי זכויותיהן לבצע את הבדיקה עם חולצה וחזיה.

מעקב הריון בקהילה?

בחזר מנכ"ל משנת 2011 ישנן הגדרות נרחבות עבור הריון בסיכון וקיים סעיף שמאפשר לרופאים להגדיר הריון בסיכון על פי שיקול דעתם. בעקבות זאת, נוצר עומס משמעותי על המערכת ומי שזקוקה למעקב הריון בסיכון לא זוכה לטיפול הולם. בעבר מעקבי ההריון התבצעו בטיפות החלב אשר התמחו בנושאים הללו ותמכו בגניקולוגים. כשהתבטל כלי עזר זה, איכות מעקבי ההריון ירדה כיוון שהמטופלות במרפאות בהריון בסיכון גבוה לא מקבלות הדרכה סיעודית. המועצה המליצה על:

- פניה לראש מינהל הסיעוד לצורך קידום הנושא בתוכנית העבודה לשנת 2016.
- פניה לשדולת הנשים בכנסת לשם קידום ההמלצות.
- עתיד להתקיים דיון נוסף הנושא לאחר קבלת נתונים מטיפות חלב.

הצעת טכנולוגיות לשנת 2017

במהלך השנה עלו הצעות ראיות כגון: הקפאת ביציות, תרופות לצפיפות עצם, אמצעי מניעה ותרופות לנוער, מימון שימור ביציות ועוד, נכון יהיה לחזור ולהעלות הצעות קונקרטיים גם אם בעבר נדחו. במהלך הדיון צוין כי קיים קושי במילוי הטפסים עצמם להגשת הטכנולוגיה. נוצר מצב בו הקשיים הטכניים מעיבים על הגשת הבקשה. צוות המועצות הלאומיות יסייע בהעברת הבקשות. המועצה המליצה על הגשת טכנולוגיות בנושאים הבאים:

- אמצעי מניעה
- פורטאו
- שימור ביציות
- TSI

בריאות נשים מהפן האנדוקריני

במהלך הדיון בנושא זה צוין כי המקצוע אנדוקרינולוגיה נמצא במצוקה בשנים האחרונות. כתוצאה מכך יש מעט מתמחים הפונים להתמחות במקצוע זה.

המועצה המליצה על:

- פניה להנהלת משרד הבריאות על מנת לבחון האם ניתן לקדם תת התמחות של אנדוקרינולוגיה במסגרת רפואת משפחה.
- פניה למועצה המדעית לבחון את שינוי הקריטריונים להתמחות באנדוקרינולוגיה.

עדכון ועדת תכנון משפחה

הוועדה הוקמה כוועדה העוסקת במיניית בריאה עם דגש על חשיבות מעורבות משרד החינוך. בעקבות דיונים שנערכו הוסקו המסקנות על פיהן כל עובד הוראה צריך לקבל הכשרה בנושא ולא רק היועצת וכי יש לקיים ימי עיון בנושא. על משרד החינוך לקבל החלטה שהנושא חשוב מספיק על מנת לטפל בו ברצינות הראויה. בשל העדר תקציבים לא כל הנושאים מטופלים.

השפעת הרפורמה בבריאות הנפש על בריאות האישה

כתוצאה מהרפורמה של שיפור בנראות של מקומות הטיפול ו. ישנה עליה במספר הנשים המקבלות טיפול בתחום בריאות הנפש. צוין הטיפול בקופת חולים מותנה בקביעת אבחנה פסיכיאטרית. אבחנה שנכנסת לתיק של מטופל עלולה לפגוע במטופל בעתיד כגון פניה ממקומות עבודה לקבל פרטים רפואיים מהתיק כיצד ניתן לשמור על סודיות ומניעת קטלוג לטווח ארוך? המועצה המליצה על:

- חברי המועצה יעבירו לצוות המועצות הלאומיות את התייחסותם לדיון.
- המלצות חברי המועצה תועברנה למנכ"ל משרד הבריאות.
- המלצות חברי המועצה נשלחו למנכ"ל משרד הבריאות ולראשת האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות.

פעילות הבקורות בקופות החולים

על אף שקופות החולים אינן מחויבות בבקורות של משרד הבריאות מתקיימת עבודה משותפת בין משרד הבריאות וקופות החולים שמטרתה לשפר את השירות למבוטח. דוגמאות לשינוי בעקבות הבקורות: רצף טיפולי בין הקהילה לבית החולים ובין מטפלים בקהילה.

דף מידע לאיתור נשים בסיכון לדיכאון, במהלך ההריון ולאחר הלידה

דף המידע נכתב בהמשך לעבודת הוועדה מטעם המועצה שפעלה בנושא. הנושא שולב בבקורות לאחר פגישת המנכ"ל עם יו"ר המועצה. אין מספיק מודעות לנושא בשטח ויש רצון להנגיש את המידע למטפלים. קופות החולים החלו להיערך לבקורות בהתאם. לדוגמא, יצא דף מידע למטפלים על מנת שידעו כיצד לקדם טיפול בנושא. יש לקחת בחשבון כי קיימת סטיגמה ויש להתייחס אליה ולהבין כיצד מתגברים עליה. עלתה סוגית שילוב הנושא בבית הספר לרפואה ובהתמחות לגניקולוגיה כיוון שהגניקולוג הוא הרופא העיקרי שנמצא בקשר מול האישה בשלבי חייה השונים וחשוב שיכיר את הסימפטומים הרלוונטיים. המועצה המליצה על:

- לפנות בשנית למועצה הלאומית לגניקולוגיה ומיילדות לצורך פניה לוועד הגניקולוגים לצורך קידום הנושא.
- קידום הנושא בקופות החולים באמצעות נציגי קופות החולים במועצה.

אנדומטריוזיס

אנדומטריוזיס הינה מחלה אניגמטית בעלת סיבוכים שנחקרת בעיקר ב-20 השנים האחרונות. ישנן תיאוריות שונות לגבי מקור המחלה אולם ללא תיאוריה מרכזית מוכחת. המחלה כוללת סוגי נגעים שונים, מה שמצריך להכירם היטב על מנת לתת את הטיפול המרבי. שיעור החולות הינו גבוה, אולם הקושי והעיכוב באבחון מוביל לכך שהיא נקראת "invisible disease". המחלה מאובחנת כ-10-8 שנים מאז הופעת הסימפטומים, מה שעלול לפגוע במטופלת. העיכוב באבחנה מושפע ממספר גורמים כגון משך הזמן שלוקח למטופלת ללכת להיבדק ועיכוב באבחון כיוון שהגולד סטנדרט לאבחון כיום הינו ניתוח. עם זאת, ישנם סימפטומים רבים שניתן להתייחס אליהם לצורך אבחנה. הסימפטום העיקרי הינו כאב. ככל שהמחלה כרונית יותר, קשה יותר לטפל בכאב.



קיימת בעיית מודעות למחלה הן בקהילה הרפואית והן בקרב הציבור.
המועצה המליצה על:

- הצגת הנושא במועצות לאומיות רלוונטיות נוספות: בריאות הנפש, בריאות העובד, בריאות הקהילה, גניקולוגיה ומיילדות, תזונה, גסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד.
- הקמת ועדה בין-מועצתית לקידום הנושא שתכלול נציגי מביטוח לאומי והתקשורת.
- פניה לד"ר ישי אוסטפלד לבחון קידום נכויות בביטוח לאומי.
- המועצה תגיש את הבקשה להכנסת ויזאבל לסל התרופות לשנת 2018.
- העלאת מודעות למחלה בקרב רופאי משפחה, פסיכיאטרים ורופאי נשים - פניה למועצה המדעית, נציגי הצבא, קורסים לימודיים ועוד.
- שילוב הכשרות הצוותים המטפלים כחלק מתוכנית הבקורות בקופות החולים לשנת 2017.
- בעקבות הדיון הוקמה ועדה בין-מועצתית שהחלה פעילותה.
- נשקל קידום ידע בנושא בקרב רופאים, מטעם מינהל רפואה.
- בנוסף, גב' רוני גאגין מקדמת את הנושא בביטוח לאומי וד"ר ורד קלייטמן מאיר שלחה הודעה לכלל הרופאים העובדים עם צה"ל לגבי חשיבות זיהוי ואבחון מוקדם של אנדומטריוזיס, כמו גם את חשיבות ההפניה למרכז רב תחומי המרכז מטופלות בתחום.

אתגרים רפואיים בתקופת הפריון של צעירות יוצאות אתיופיה

מטרת ההצגה הייתה הצפת סוגיית בריאות נשים ממוצא אתיופי.
הנושא הוצג דרך מחקרים שנעשו בתחום:

- התנהגות מינית ומקורות מידע בקרב צעירים בני 18-30 שימוש באמצעי מניעה, הפסקות הריון.
- ההתנסות המיילדותית של נשים ממוצא אתיופי: שימוש בשירותי בריאות וגורמים חברתיים-תרבותיים הקשורים בתוצאי לידה.
- סוכרת בגיל הפריון וסוכרת הריונית.
- מהמחקרים עלה כי אוכלוסיית ילידי הארץ ממוצא אתיופי הינה צעירה יחסית וכי בקרב אוכלוסייה זו שיעור הפסקות הריון החוזרות גבוה משמעותית מזה של ישראליות אחרות.
- עד גיל 25 נשים ממוצא אתיופי כמעט ולא משתמשות בגלולות למניעת הריון. קיים קושי אצל הרופאים לשכנע את המטופלות להשתמש באמצעי מניעה זה.
- בנוסף, נשים ממוצא אתיופי נעזרות פחות באפידורל במהלך הלידה, ישנם יותר ניתוחים קיסריים בהרדמה כללית ויותר ניתוחים דחופים. נערכו קבוצות מיקוד עם הנשים ועם המטפלים שלהן. הנשים דיווחו על תחושת אפליה, ניכור וקושי בנגישות למערכת הרפואית במצבי מצוקה שלהן. כמו כן, אצל הנשים קיימת בעיית היענות לטיפול, שפה, תקשורת, מקורות ידע למין ומיניות בבית ובמערכת החינוך.
- המועצה לא המליצה המלצות אופרטיביות בשלב זה.
- יש לציין כי קיים בצה"ל מערך חשוב של ריכוז וליווי חיילות שעוברות הפסקות הריון. כמו כן אושרו התקנים תוך רחמיים במימון מלא לחיילות חובה לאחר הפסקת הריון אחת בעברן.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017

נושאים עיקריים לדיון במועצה הלאומית לשנת 2017

- אגמיה וחסר ברזל במתבגרות ובחיילות
- מעקב הריון בסיכון גבוה ומעקב לאחר לידה בקהילה





משרד הבריאות



המועצה הלאומית לקידום בריאות





חברי המועצה הלאומית לקידום בריאות

המועצה בתהליך רה-ארגון

צוות המועצות הלאומיות מודה לפרופ' דיאן לוי ולחברי המועצה אשר השתתפו ותרמו בוועדות בין-מועצתיות ובמתן המלצות לוועדת סל הבריאות במהלך השנה.



דוח המועצה הלאומית לקידום בריאות

2015 - 2016

קידום ההכרה בקידום בריאות כמקצוע

הנושא מלווה את המועצה הלאומית לקידום בריאות זה מספר שנים. מדובר על קידום התחום ב-2 כיוונים: הכיוון הפרקטי המקצועי והכיוון האקדמי. לאחר דיון, המועצה ממליצה על מסלול האקרדיטיזציה בטווח הקצר והכרה בתחום קידום בריאות כמקצוע בטווח הארוך.

הקיצוצים התקציביים לבריאות הציבור וקידום בריאות

המועצה תומכת בהקמת פורום בריאות הציבור בהסתדרות הרפואית ומעוניינת להיות שותפה בו. בנוסף, המועצה מציעה לסייע בהכנת טיוטה להצעת חוק בנושא הקצאה תקציבית לבריאות הציבור וקידום בריאות. לאחר דיון, המועצה ממליצה בנושא קיצוץ התקציבים של קידום בריאות יישלח מכתב המלצות למנכ"ל משרד הבריאות מטעם המועצה (לאחר התייחסות חברי המועצה)

דה-קרימינליזציה של HIV בקרב אנשים המעורבים בזנות

המועצה הלאומית לקידום בריאות רואה בהחלטת ועדת האתיקה ל - HIV של משרד הבריאות להחיל חובת דיווח על מטפלים בנשאי HIV המעורבים בזנות פגיעה בבריאות הציבור, פגיעה בחיסיון רפואי של צוותים מטפלים, וכפועל יוצא פגיעה קשה ביכולת להעניק טיפול הולם. הדבר עלול אף לגרום לחשיפת הצוות המטפל לסיכונים משפטיים ולהימנעות מפניות עתידיות לוועדת אתיקה. המועצה מדגישה את הצורך בבחינת ההתמודדות עם HIV בקרב אוכלוסיות מודרות, בדגש על היבטים של קידום בריאות ורפואה מונעת, כולל דרכים ליצירת אמון עם קהילות בסיכון. יש צורך להעביר את מרכז הכובד בהתמודדות עם העברת הנגיף במסגרת הזנות לגברים אשר הינם לקוחות של שירותי זנות. בניגוד למתרחש כיום, כאשר מרבית התייחסות נוגעת בנשים ובגברים המועסקים בזנות. לאחר דיון, המועצה ממליצה על בחינה מחדש של תפקידי ועדת האתיקה ל - HIV ועל פרסום התייחסות הולמת להחלטת ועדת האתיקה אשר מניחה במרכז את בריאותם וכבודם של אנשים בזנות החיים עם HIV.

אורינות בריאותית - Health Literacy

הנושא מוכר בעולם והינו חלק אינהרנטי של חינוך בריאות וקידום בריאות. נושא זה משיק לתחומים רלוונטיים כגון: תקשורת, מוכנות לשינוי ובעיקר העצמה.

לאחר דיון, המועצה ממליצה על:

- הקמת גוף שיעסוק באורינות בריאותית. דבר זה נעשה במדינות אחרות וצריך להיעשות גם בישראל. יש להכיר בחשיבות הנושא כחלק משמעותי של עשייה במסגרת קידום בריאות.
- שילוב הנושא בהכשרות בסיסיות.
- שילוב מודל של ארגון מותאם אורינות בריאותית (Health Literate Organization).
- עריכת סקר ארצי תקופתי בנושא.
- יצירת קבוצת עבודה בנושא במסגרת המועצה.

תכנית 'אפשרי בריא'

המועצה מעוניינת לנצל את חלון ההזדמנויות שנוצר בעקבות מינוי מנכ"ל חדש וסגן שר חדש, ולהפעיל מחדש את תכנית 'אפשרי בריא' לאחר שיוצגו בפניהם התכנית והסיבות לעצירתה. המועצה תציג את סדר העדיפויות של המועצה ואנשי הבריאות.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017

סיום פעילות המועצה

בישיבת המועצה שהתקיימה בתאריך 15.6.15 הודיעה יו"ר המועצה, ד"ר ניהיא דאוד, על סיום הקדנציה שלה כיו"ר המועצה. המועצה סיימה את פעילותה.





משרד הבריאות



המועצה הלאומית לשיקום נכי נפש בקהילה



יו"ר: מר יואב קריים



חברי המועצה הלאומית לשיקום נכי נפש בקהילה

מר יואב קריים - יו"ר המועצה

גב' פרסיאדה אדירי

גב' גבי אדמון ריק

גב' אורלי אורן

מר מורי אמיתי

עו"ס בתיה ברשאי

גב' יפה גבעוני

גב' נירית גולוב

* מר ערן הכהן

מר דיויד הריס

גב' נילי ויצמן

עו"ס קלרה חן

פרופ' אילנית חסון-אוחיון

עו"ס מרים יוסף

גב' מירי לזיה

עו"ס רבקה ליבר

גב' סילביה מדניקוב

גב' רות מנע

גב' אלישבע פיקובסקי

עו"ס בלהה קורן

פרופ' זאב קפלן

ד"ר שמואל קרון

ד"ר רון שור

גב' גאולה שמעיה

* תום מינוי



דוח המועצה הלאומית לשיקום נכי נפש בקהילה

2015 - 2016

פרויקט סוקרי איכות

תכנית סוקרי איכות בודקת את שביעות רצון המשתקמים ממסגרות השיקום בקהילה. לפני שנתיים הוצגה התכנית ומהותה, והשנה הוצגו בפני חברי המועצה ממצאים ותוצאות. כל הדוחות מפורסמים באתר החברה "יוזמה דרך הלב". מתוך המפעלים שנסקרו למעלה מ-2/3 דיווחו על שינויים משמעותיים וניכרים. עיקר השינויים שדווחו הם הכנסת עבודות ברמה גבוהה ומתגמלת יותר, חידוד מטרות העבודה והדרישות התפקודיות, הקפדה על מסגרת העבודה, קיצור הפסקות, בדומה לשוק העבודה הכללי. מספר מפעלים אף מעבירים את המשתקמים לתעסוקה המאפשרת התנסות בעבודה בשוק החופשי, כולל מתן הכשרות וכלים לעולם העבודה, תהליכי העברת אחריות ועצמאות למתמודדים, הכשרות עבודת צוות והטמעת תכניות מבוססות מחקר. כמו כן, הממצאים מראים קפיצה בהערכה העצמית של המשתקמים לגבי סיכוייהם לעבור ממפעל מוגן ולהתקדם בשוק העבודה. הממצאים אף מראים שהכללת התערבויות מעין אלו מקדמת החלמה.

דוח מבקר המדינה

המועצה מוטרדת מכך, שמירב הנושאים העולים בדוח המבקר השנה הופיעו גם בדוח הקודם. למרות המלצות חוזרות ונשנות של המועצה, והבטחות קודמות של מנכ"לים, עד כה לא נמצאו פתרונות למירב הליקויים. נושא ראשון בדוח המבקר הוא אי מיצוי זכויות לקבלת סל שיקום על פי החוק. 50% מהאישיורים הניתנים על ידי משרד הבריאות לא מנוצלים על ידי נכי הנפש, המשרד לא מכיר את הסיבות לכך, ולא יוזם פנייה לנכי הנפש שלא משתמשים בשירותים, ואף לא פונה לביטוח הלאומי לקבלת נתונים. המועצה תפעל להגשת פנייה לביטוח הלאומי לקבלת נתונים על נכי הנפש שלא מקבלים סל שיקום. המועצה מבקשת לעיין בתשובת משרד הבריאות למבקר המדינה כבסיס לדיון המועצה לגיבוש המלצותיה. המועצה מבקשת להזמין את המנכ"ל לשיבת מועצה משותפת בנושא הדוחות רכז את כל המלצותיה מהעבר אל מול ממצאי הדוח.

פרויקט מדדי תוצאה

פרויקט מדדי תוצאה הוצג בפני חברי המועצה. מדובר בפרויקט לאומי להערכת תהליכים ותוצאות במערך השיקום הפסיכיאטרי בקהילה, בשיתוף משרד הבריאות, קרן טאובר ואוניברסיטת חיפה, אשר החל רשמית לפני 5 שנים, אך כלל עשרות רבות של שעות שנים רבות קודם לכן, לפני ההתחלה הרשמית.

המטרה בחוק היא לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש, כדי לאפשר להם דרגה מירבית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירת כבודם. לציין כי השירותים היו קיימים עוד טרם נחקק החוק, אך לאחריו הייתה תנופת שירותים ועשייה רבה, ואחת המטרות המרכזיות של יוזמה זו הייתה לבדוק אם השירותים הניתנים אכן מקדמים את המטרה שלשמה קמו, כפי שמוגדרים בחוק. המטרה המרכזית של הפרויקט היא לתמוך בשיפור וייעול של שירותי השיקום בארץ, ולהפכו לכלי לקידום השיקום במגוון דרכים. השיטה הינה הערכות שנעשות מדי שנה, על ידי המשתקמים עצמם ונותן השירות שלהם, ואיסוף נתונים ליצירת מאגר שיאפשר להצליב את אותם הנתונים עם נתונים שכבר קיימים במערכת, כגון: רקע דמוגרפי, קליני, אשפוזי וטיפול, לנתח נתונים אלה ולהנגישם לבעלי העניין השונים, שיהיו שמישים ויסייעו להם בעבודתם.

להלן המלצות המועצה:

- יש לבנות שאלונים גם למשפחות המשתקמים
 - מוצע להצליב מידע של תפקוד גבוה בשאלון, עם איכות חיים גבוהה ולבדוק את מידת הקורולציה ביניהם
 - מוצע לבדוק סטיגמות בעמדות של המטפלים כלפי מתמודדים. סביר להניח כי שם ימצא פער גדול
 - יש להימנע ממתן תחושה למתמודד שמופעל עליו לחץ במילוי השאלון או שיופעלו עליו סנקציות וכך לאפשר למתמודד להיות ריבון על תהליך השיקום שלו ולמנוע תהליכי דיכוי
 - מוצע שגורמי טיפול רלוונטיים נוספים יקבלו את ממצאי השאלון כמו הרופא המטפל, המרפאה והשירותים הפסיכיאטריים
 - במקרים בהם דייר יבחר שלא למלא השאלון, יש להבטיח שבשל כך לא ייעצר תהליך ההערכה שלו
 - יש להקפיד על נושא אבטחת המידע במערכת הממוחשבת
- המועצה ממתינה לקבל את ההמלצות שיגובשו והפעילויות שייגזרו מעיבוד הנתונים של הפרויקט.

עדכון מכרז הדיור והתייחסויות חברי המועצה

מכרז הדיור התפרסם מחדש, זו הפעם השלישית, עם תיקונים שהוכנסו בהתאם לצרכי אנשי השטח, ובכלל זה בנושא התעריפים. המשרד עשה מאמץ לתת מענה, וניתנה תוספת תקציבית משמעותית של 37 מיליון ₪. מכרז זה חשוב, כי מערכת הדיור נמצאת בסטגנציה במשך שנים, לא מתפתחת, ורשימת הממתנים בבתי חולים להוסטלים החדשים גדלה. כיום, עומדים להיפתח 14 הוסטלים לתחלואות כפולות. התוספת מתייחסת לדרישות החדשות בסטנדרט שמבקשים להחיל בשטח, ולתחושת היזמים שהתעריף לא מכסה את עלויותיהם ואינו סביר. התוספת מתייחסת לנושאים עתירי ממון, כמו הדרכות והכשרות מקצועיות לצוותים. כל תוספת כוח אדם, בתקן אחד עלותה 18 מיליון ₪, והמכפלות גדולות.

מכרז הדיור ילווה את דיוני המועצה עוד בהמשך, והמועצה תמשיך לפקח על ההליכים.

השתתפותם של חברים חיצוניים בוועדות סל שיקום

פורסם מכרז נוסף לחברי וועדת השיקום במיקור חוץ, כתוצר של הרפורמה בבריאות הנפש המשפיעה על מערכת השיקום, אשר לא נלקח בחשבון מראש. חברי הוועדה, מאז תחילת החוק, היו מטעם הגורם המפנה. יושב ראש הוועדה תמיד הוא עובד משרד הבריאות עפ"י חוק, אך חברי הוועדה היו אנשי מקצוע מתחומים שונים, תוך שיתוף עם גורמים בעלי אינטרסים משותפים. הוועדות מתקיימות בבתי חולים, בלשכות רווחה, בקופות חולים ובמרפאות.

לאור תקצוב לא מתאים ובעיות ארגוניות של ועדות הסל, הופסקו השירותים הניתנים על ידן למספר חודשים, דבר שגרם ללחץ אדיר במערכת. החוק מחייב 3 חברים מקצועיים בוועדה, שניים לפחות מתחומים שונים, ויו"ר, עובד מדינה. מצד שני, יש גדילה בקצב הפניות לוועדה. ההסכם שנחתם כבר ב-2011 עם קופות החולים, שינה לחלוטין גם את קצב הגדילה וגם את הגורמים המפנים לוועדות. זמן ההמתנה בעבר היה בין חודש ל-45 יום, ובבתי החולים הפסיכיאטריים אפילו אפס ימים. אדם היה באשפוז, קיבל וועדה, ומיד התקבלו החלטות לגביו. כיום הוארכו זמני ההמתנה באופן משמעותי.

המועצה העבירה למנכ"ל את השגותיה ודאגתה בנושא זה. מדובר בשינוי משמעותי בעבודת הוועדות ונדרשת חשיבת עומק איך להתקדם. יצוין כי המועצה ביקשה בעבר שרוב חברי הוועדה יהיו חברי משרד הבריאות.

המועצה המליצה שמשרד הבריאות ישקול חלופות אפשריות בהתאם להמלצותיה.

הצעת תקציב השיקום לשנת 2016

בפני חברי המועצה הוצגה תכנית התקציב, לאחר שאושרה על ידי המנכ"ל. הנושאים העיקריים של התכנית כוללים את הפרקים הבאים: סל השירותים בתחום ההשכלה, שירותי פנאי וחברה, שירותי תיאום טיפול, קידום בריאות, רצף הטיפול, היערכות לגידול בשיעור הפונים, המערך לשעת חירום, התאמה לרפורמה בבריאות הנפש, התשתית הכלכלית, נושא הדיור, תעסוקה, מכרז סומכות, מתאמי טיפול, פרויקטים מיוחדים וייעוץ למשפחות. להלן המלצות המועצה:

- הגדלה משמעותית בתקציב בסעיף מתאמי הטיפול, לאור הרפורמה ולאור השינוי לשירות מוכון אדם כתשתית
- הצגת פירוט עלויות השיקום בפני המועצה
- המועצה חוזרת ומבקשת לקיים הסיכום עם המנכ"ל הקודם, פרופ' רוני גמזו, לפיו תחום מגורים שיקומיים יועברו לשיקום אך ורק בתוספת כוח אדם, על מנת להבטיח למטופל שירות מתאים

מעורבות עם משפחות במערכי הדיור

בפני המועצה הוצג סקר שבחן את שיתוף בני משפחה (רובם הורים) במרכזי הדיור השיקומי. נמצא שככל שרמת ההסברים הייתה נמוכה יותר, כך רמת הניכור במשפחה הייתה גבוהה יותר.

כמו כן, קיימת ציפייה לעדכון שוטף לגבי שלום בן המשפחה שנמצא במסגרת, כמו ההתנהלות הכלכלית ושכר הדירה, נושאים אשר למשפחות יש אחריות עליהם.



לגבי הקשר של המשקמים עם המשפחות, יש שונות. חשוב לברר עם המתמודד מהו רצונו, ולא לצאת מנקודת הנחה שכולם רוצים קשר עם המשפחה. הממצאים מצביעים על פער בין יחס מכבד מנומס ואנושי לבין מידת שיתוף בפועל של בני המשפחה עם המתמודדים במסגרות הדיור. התפיסה הדומיננטית במסגרות הדיור היא של האדם במרכז. גם תפיסת ההחלמה היא כזו, ואינה לוקחת בחשבון את המערכות הסובבות, כמו את חברי המשפחה. יתכן שבשלב הבחירה והקליטה המשפחות צריכות יותר מעורבות. להלן המלצות המועצה:

- יש מקום להרחבת תפיסת התפקיד של אנשי המקצוע ומסגרות הדיור, ולכלול גם את בני המשפחה. לשם כך, יש מקום לפתח מערכת כללים ונהלים, שיהוו קווים מנחים לשיתוף המשפחה במפגשים קבועים
- הכשרת בעלי מקצוע ליצירת קשר עם המשפחות
- מידת הקשר עם המשפחות צריכה להיות מתואמת עם המטופל

תוצאות סקר חווית המטופל בבתי החולים הפסיכיאטריים

בפני חברי המועצה הוצג סקר חווית המטופל (שיערך פעם בשנתיים), שכלל את כל בתי החולים הפסיכיאטריים בארץ, ותוצאות ממנו פורסמו באוקטובר 2015. נעשתה השוואה בין בתי החולים.

הסקר כלל ראיונות פרונטליים של משוחררים במחלקות שבוע לפני השחרור, בשפה המועדפת עליהם, וכלל כניסה למחלקות פתוחות למטופלים שאושפזו יותר משבועיים. נמצא כי רק 73% הבינו את ההסברים על הטיפול, ורבים טענו שלא קיבלו כל הסבר. רק 58% אמרו שהבינו את תכנית הטיפול באופן מלא. 75% היו מרוצים ממגוון הפעילויות, אך בסופי שבוע היו מרוצים רק 45%. מבחינת הכנה לשחרור - אחוז יחסית נמוך טען שקיבל הסבר על השחרור. בבדיקות חוזרות מסתבר שהאחוזים לא משתנים.

מטרת הסקר הושגה מאחר והתפתח שיח משמעותי בבתי חולים פסיכיאטריים על חוויית מטופל. הוקמו וועדות לשיפור חוויית המטופל בבתי החולים, וועדה לאומית, והוכנו תכניות לשיפור חוויית מטופל.

צוין כי קיימת בעייתיות בקיום ראיון שבוע לפני השחרור מחשש של המטופלים שאשפוזם יוארך.

המועצה סבורה כי יש בעייתיות בראיון אנשים שבוע לפני שחרורם, ויכולה להיות הטיה בתשובות, מפחד שישארו בבית החולים. היה טוב יותר לראיין לאחר השחרור, כשהם לא תלויים במערכת המרפאות. אפשר לשאלם לפני השחרור, אם יהיו מוכנים לענות לאחר השחרור. צוין כי עדיף היה לקיים את הראיון לאחר השחרור ולבצע סקר אנונימי במרפאות לבריאות הנפש ולפרסמו.

המעבר מאשפוז לקהילה: מחקר והשלכות יישומיות אפשריות

המועצה המליצה על:

- על מנת להבטיח את רצף הטיפול יש למנות מנהל מקרה לכל מטופל, שירכז וינהל את המעבר בין הקופה לבית החולים, ומבית החולים בחזרה לשיקום המיטבי בקהילה, ויהווה כתובת למטופל
- יש לקדם הכשרות נוספות של מנהלי מקרה, בהתאם לתנאים החדשים שנוצרו בעידן הרפורמה
- יש לבחון מחדש את הגדרות התפקידים של הפסיכיאטר המחוזי בהתאם לשינויים שנוצרו לאור הרפורמה
- יש לוודא שהרגולציה מפקחת על הפעילות האיזורית נושאים לדיונים עתידיים במועצה בהקשר זה:
- נציבת הקבילות תוזמן לדיון במועצה
- אי קבלת טופס 17 מקופת חולים
- טיפול בריבוי מוגבלויות
- נושא ממשק אשפוז-קהילה יועלה בשולחן העגול בכנס המשותף עם המועצה הלאומית לבריאות הנפש.
- נושא הרגולציה יועלה בשולחן העגול בכנס המשותף עם המועצה הלאומית לבריאות הנפש.
- טיטוט הנהול של רצף טיפול תשלח לעיון חברי המועצה



התפתחויות בנושא שינוי חוק "הכשירות המשפטית ואפטרופסות"

עיקרון העל של האפטרופסות הוא טובת האדם, וצריך שיהיה בו העקרון של עצמאות מרבית באותם מקרים בהם למטופל יש מסוגלות ותודעה המועצה ממליצה להרחיב את התיקון ב- 3 נושאים:

- המטרה היא מיסוד, שיתוף פעולה, שיח, מתן מידע וניסיונות שכנוע, המעניקה זכות לערכאה משפטית כאשר אין הסכמה בין המטופל לבין האפטרופוס. ארגון "בזכות", יחד עם שורת ארגונים נוספים, סבורים שהתיקון אינו מספיק, ומבקשים לקדם 3 עניינים עיקריים:
- האפטרופסות תהיה חריג שבחריגים. בית המשפט יצטרך להשתכנע שייגרם לאדם נזק חמור ומשמעותי בלתי הפיך, בטרם ימנה אפטרופסות.
- האפטרופוס יהיה מופקד על התפתחותו ורצונו של האדם.
- יש מקום למינוי אפטרופוס רק לאחר שמוצו כל האפשרויות האחרות.

עמדה זו רואה אפליה פסולה על רקע מוגבלות במינוי אפטרופוס לאדם שנפגעו יכולותיו. היא קובעת: קבלת החלטות היא תהליך של התייעצות באחרים אצל רוב בני האדם.

יחד עם זאת, לא ניתן להשאיר בידי האדם עם המוגבלות את ההחלטה העצמאית. קיימת גם סכנה לאדם המוגבל מסביבתו. יחד עם זאת, יש חשיבות רבה לרצונו של המטופל, וחוק שיקום הנפש בקהילה הוא צעד חשוב בכיוון זה.

חברי המועצה ציינו כי בתיקון לחוק ישנם מספר סעיפים הפוגעים בעצמאותו של המטופל ובזכויותיו ועל כן החליטה המועצה כי הנושא ההצעה כוללת תהליך מציאותי ויעיל להבטיח כשירותם של חותמים על יפוי כוח מתמשך. הוצע להוסיף דרישה להציג אישור רפואי של רופא המשפחה, אם יש צורך בבירור נוסף לגבי הכשירות, שתבצע על ידי קשת בעלי מקצוע טיפוליים בעלי ניסיון בתחום בריאות הנפש שיעברו הכשרה מתאימה.

החוק לפני קריאה שנייה ושלישית. מדובר בשיח זכויות, שיח משפטי טהור, בלי שיישמע עד היום קולם של רופא או איש שיקום. אסור לפסיכיאטר לחוות את דעתו איך חוליו של האדם ישפיע על תפקודו, הרופאים מתחום בריאות הנפש פסולים לעדות על תפקודו, וזו קיצונית גרועה. השיח כולו הפך לשיח משפט וזכויות. יועלה לדיון נוסף בטרם יגובשו המלצותיה.

היערכות שירותי בריאות כללית לקראת הרפורמה בבריאות הנפש

בפני חברי המועצה הוצגו תהליכי היערכות שירותי בריאות כללית להחלת הרפורמה בבריאות הנפש. נעשתה הפרדה בין מבוגרים לילדים וחלוקה למחוזות.

דווח למועצה כי בעקבות חתימת ההסכם לרפורמה הוכנסו תכניות בריאות הנפש לתכניות עבודה מוסדיות כולל תוספת של מרפאות חדשות. הוצג מודל של הקופה בירושלים.

בתקופת הביניים, עד אוקטובר 2015, הוקמו 22 מרפאות חדשות תוך שיתוף פעולה בין בית החולים לקהילה. בסוף התהליך יהיו לקופת חולים כללית 54 מרפאות קהילתיות.

במסגרת השינויים נקלטו רופאים ופארא רפואיים חדשים, הושם דגש על סנכרון בין המרפאה בקהילה לבין המרפאה בבית החולים תוך אבטחת מידע.

צוין כי עדיין נותרו מספר נושאים לא פתורים ברמת הרגולטור כגון מה כולל יום אשפוז ומהם השירותים של בריאות הנפש. התיקומו פגישות גם עם אנשי השיקום במשרד הבריאות כדי לאתר במרפאות אנשים שצריכים להגיע למרפאות שיקומיות. גם בנושא זה נשארו מספר בעיות פתוחות שצריך להסדירן.

מקומן של דיאטניות במסגרת שיקום הדיוריות

בדיון צוין כי אחוז גבוה של מטופלים סובלים ממשקל יתר שעלולה לגרום לתחלואה נוספת כגון סכרת, מחלות לב וכו'. צוין כי נכי הנפש הינם בסיכון גבוה מאוד לסבול מהשמנת יתר ביחס לאוכלוסייה הכללית.

הגדרת הבריאות היא הסטטוס הכולל של מצב גופני, נפשי וחברתי, לרווחת האדם, ולא רק מחלה או חולשה. יותר מ-50% מהמבוגרים ואחד מכל ארבעה בני נוער, סובלים מעודף משקל או השמנה.



כל שנה יש 5,000 מקרי מוות עקב השמנה וחוסר פעילות גופנית. השמנה גורמת לסוכרת, מחלות לב וכו', יש קשר ישיר בין השמנה וחוסר פעילות גופנית לסרטן, וחולי הנפש הם בסיכון מאוד גבוה, כי הם סובלים מהשמנה יותר מהאוכלוסייה הכללית. ידוע כי תוחלת החיים של נפגעי הנפש היא 25 שנה פחות מהאוכלוסייה הכללית. 30-40% מהתאבדות או תאונות, ו-60% ממחלות סכרת, מחלות זיהומיות וסרטן. רבים מהם מעשנים כבדים מאוד, בעלי תזונה לקויה, צריכה של מזון עשיר בשומנים וסוכר, ודל בסיבים, וחוסר פעילות גופנית. חלק מהתרופות גורמות להשמנת יתר, עצירות, יובש בפה או ריור יתר. הדור הראשון של התרופות גורמות לבעיות אקסטרה-פירמידליות, שגורמות לבעיות תזונה.

בקרב החולים יש חוסר מודעות, תקציב מוגבל, עוני. סדר העדיפויות של התקציב הוא לפעמים הפוך - צריכה גבוהה של סוכר, ממתקים וחטיפים עשירים בשומן ומלח, מזון מעובד, צריכת חטיפים ומזון עשיר בשומן מאוד גבוה בהוסטלים. לאור זאת קיימת חשיבות גדולה מאוד בהתערבות הדיאטניות על ידי הדרכת אנשים לתזונה נכונה תוך מתן עצמאות תזונתית לדיירים, תמיכה להימנעות מעישון והגברת פעילות גופנית. ההתערבות צריכה להיות מערכתית במטרה לשנות את הסביבה ליותר בריאה ולאפשר לאנשים בחירה נכונה על ידי הסברה. בהקשר זה צוין כי חסרים דיאטנים בהוסטלים וברבים מהם הצוות לא מודע למהות התזונה הנכונה. המועצה מאמצת תכניות להפסקת עישון ולמניעה תוך הסתמכות על תכניות שנעשו במדינות המערב האחרות. זאת מבלי לפגוע באוטונומיה האישית של המטופלים להחליט על אורחות חייהם.

נושאים עיקריים לדיון במועצה הלאומית לשנת 2017

- הרפורמה - כיצד מתפקדת בשטח - במסגרת דיון בין-מועצתי עם המועצה לבריאות הנפש
- סטנדרט נדרש בטיפול מרפאתי
- בקרה ופיקוח
- תעסוקת אנשים עם מוגבלות נפשית
- הסמכה בבריאות הנפש ואשפוזים פסיכיאטריים
- ועדות סל שיקום - שינוי פנים ו/או אלטרנטיבות
- הקשר ושיתוף פעולה בין הרווחה למערכת סל שיקום
- מיפוי המתמודדים ומספרם לפי סוגי התחלואה והתפקוד
- סקר/מחקר - אי מיצוי זכויות ועדות סל השיקום
- נציבת הקבילות תוזמן לדיון במועצה
- אי קבלת טופס 17 מקופות החולים
- טיפול בריבוי מוגבלויות
- נושא ממשק אשפוז-קהילה יועלה בשולחן העגול בכנס המשותף עם המועצה הלאומית לבריאות הנפש
- נושא הרגולציה יועלה בשולחן העגול בכנס המשותף עם המועצה הלאומית לבריאות הנפש
- טיטוט הנהל של רצף טיפול תשלח לעיון חברי המועצה





משרד הבריאות



המועצה הלאומית לסוכרת



יו"ר: פרופ' איתמר רז



חברי המועצה הלאומית לסוכרת

פרופ' איתמר רז - יו"ר המועצה

ד"ר רועי אלדור
פרופ' אוריאל אלחלל
גב' אסתר בוטח
ד"ר שושנה גולדברג
פרופ' מרגלית גולדפרכט
ד"ר דב גפל
ד"ר דרור דיקר
פרופ' טוני היימן
ד"ר אילנה הרמן-בהם
ד"ר טומי הרשקוביץ
פרופ' רם וייס
פרופ' חוליו וינשטיין
גב' סטלה חקון
ד"ר יואל טולדנו
ד"ר אורלי טמיר
גב' מדי יעקובזון
ד"ר ברוך יצחק
גב' בילי כהן
ד"ר שמואל לויט
פרופ' גיל ליבוביץ'
גב' רחל מאיר
ד"ר עופרי מוסנזון
פרופ' מוריס מוסרי
גב' איה מרום
ד"ר מרק ניבן
גב' רויטל עזרא
גב' מיכל עצמון
גב' גילה פיימן
פרופ' משה פיליפ
מר מוטי פרלמוטר
ד"ר ענת צור
פרופ' דוד צנגן
ד"ר מיכאל קופלר
ד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ'
גב' מירית קרקובסקי
פרופ' מרדכי רביד
פרופ' ארדון רובינשטיין
ד"ר עירית רוזנבלט
פרופ' מיכה רפפורט
פרופ' נעים שחאדה
פרופ' אמיר תירוש



דוח המועצה הלאומית לסוכרת

2015 - 2016

דוח הועדה לבחינת הקשר בין דחק נפשי מקדים לפריצת ו/או החמרת מחלת הסוכרת מסוג 2 וסוג 1

ועדת המועצה הוקמה בחלוף 20 שנה מועדה קודמת שפעלה במועצה בנושא, אשר הוקמה על פי בקשת הצבא. הועדה הנוכחית הציגה את פעילותה, הכוללת ניתוח ספרות, ואת שתי המסקנות העיקריות אשר גיבשה:

- יש קשר חזק בין דחק נפשי מקדים ופריצה במחלת הסוכרת.
 - חוזק הקשר תלוי במאפיינים אישיים ונסיבות האירועים של כל חולה וחולה, ועל הרופא לברר את הנסיבות מול החולה. חוזק הקשר יקבע על פי דעת מומחה ובכלל זה: שלילת ו/או נוכחות סוכרת קודמת או גורמי דחק אחרים, שיבוש באיזון הסוכרת, הערכת עוצמת הדחק - האובייקטיבית והסובייקטיבית, והסמיכות בזמן, בין תקופת הדחק, לפרוץ ו/או שיבוש המחלה.
- היה קונצנזוס בקרב חברי המועצה שעבודת הועדה בנושא הדחק חשובה ונעשתה ברמה גבוהה. יחד עם זאת, חשוב להיות זהירים ולא ליצור מצב בו מטופלים שחוו מצב דחק קל יסתמכו על מסקנות כלליות אלו על מנת לתבוע שלא לצורך את הביטוח הלאומי.
- לפיכך, המועצה המליצה להקים ועדה משותפת עם הגופים הרלוונטיים, שתכמת את עוצמת הדחק ומועדו ביחס להתפתחות הסוכרת, באופן המצדיק שיוכו להופעת המחלה.
- במטרה לכמת ככל הניתן את מאפייני הדחק שנמצא קשור לפריצת ו/או החמרת סוכרת מסוג 1 ו-2 יבוצע בהקדם האפשרי ניתוח נוסף של הספרות הרלוונטית. ממצאים אלו יצורפו כנספח לדוח הועדה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. הנספח יגובש על ידי הועדה ויוגש לאישור המועצה בהמשך.

התכנית הלאומית למניעה וטיפול בסוכרת - עדכון

היו"ר עדכן את המועצה על פגישות ועדת ההיגוי והתקדמות יישום התכנית הלאומית. מתקיים מפגש קבוע מול קופות החולים וניסיון אקטיבי להפוך את רוב ההמלצות לפעולות יישומיות. ניכרת נכונות מצד קופות החולים. בנושא שינוי אורח החיים בישראל, חוק בריאות ישראל שיצא בחסות המועצה, מקודם על ידי משרד הבריאות. ההתייחסות לצורך במניעה ושינוי אורח חיים היא שונה מבעבר, וכיום מקודם נושא אורח חיים בריא מול עיריית תל אביב ועיריות אחרות. הוקמה ועדת אסדרה, בה הוצע לקחת את הסוכר כסמן. באמצעות הדפסת מספר כפיות סוכר על כל שקית מזון אפשר יהיה לעשות מהפך בריאותי בישראל תוך פרק זמן קצר. הוצע לקבוע יום עיון בו תוצג שוב התכנית הלאומית והצעדים האופרטיביים ליישום, כמו גם תכניות לטווח ארוך.

בדיקות לסוכרת בבתי מרקחת

בפני המועצה הוצג מידע על יעוץ רוקחי יזום של סוכרת סוג 1. מדובר במהלך חדשני הכולל הכללת הרוקחים ברצף הטיפול. דווח כי הוצעו מספר אפשרויות של מעורבות הרוקחים בטיפול בחולי הסוכרת, כגון: בדיקות A1C, ולקחת פרטים אנמנסטיים על מצבם, על מנת לשפר את המעקב, בעיקר אחרי חולי סוכרת סוג 1. חברי המועצה ציינו, כי קיימת בעייתיות בלקחת בדיקת A1C בבית מרקחת, מאחר ועלולה להפחית את הקשר בין חולה הסוכרת למכון הסוכרת, וכן, יפגע בריכוז תוצאות בדיקות החולה במרכז הסוכרת. לפיכך, המועצה המליצה שלא לכלול בדיקת A1C מזדמנת ביעוץ הרוקחי.

יחד עם זאת, המועצה תמכה בכוונה הכללית לשלב את הרוקחים במעקב אחר החולים, ותמכה ביזמת אגף הרוקחות לבנות תכנית הוליסטית בשיתוף פעולה עם התכנית הלאומית לסוכרת.

"הצהרת ברלין"

יו"ר המועצה עדכן לגבי כינוס אירופי בנושא הסוכרת, בו מיוצגות 40 מדינות. בסוף 2016 תתקיים ועידה בברלין שמטרתה לערוך סיעור מוחות, לשתף מה קורה בארצות אחרות ולצאת בהצהרה משותפת לגבי השאיפות העיקריות בשנים הקרובות, ויישומן.

חברי המועצה התבקשו להגיש התייחסויותיהם בנושא לקראת הכינוס האירופי בסוף 2016.

הכשרות רופאים

הקונספט שכדי להצליח בהתמודדות עם מגיפת הסוכרת יש להעביר את הידע גם לרופאי המשפחה, היה בעבר כרוך בתהליך ביורוקרטי סבוך שלא נפתר. כיום, לרופאי משפחה ידע טוב בנושא סוכרת אך הם לא נחשבים כמומחים לסוכרת.



- הוצעה לאישור המועצה תכנית להשתלמות עמיתים, הכוללת:
- התמחות רופאי משפחה באנדוקרינולוגיה. הרקע וההבנה של רופא המשפחה בתחום מספקת על מנת שיוכלו לעבור התמחות-על באנדוקרינולוגיה, אך המהלך דורש אישור המועצה המדעית.
 - האיגוד לאנדוקרינולוגיה מוביל הצעה שבכל מבחן התמחות באנדוקרינולוגיה תהיה ועדה שבה יבחנו מקרי סוכרת ומטבוליזם. הוצע לפעול מול המועצה המדעית לשנות את חוקיה, בשילוב האיגוד האנדוקריני, האיגוד לרפואת משפחה והמועצה הלאומית לסוכרת על מנת להגביר את הסיכוי שההצעה תתקבל. מעבר להכשרה ולבחינה, תהיה הכשרה מעשית במכוני סוכרת. זהו צעד נכון להעלאת רמת הרופאים בתחום, ולקבלת מעמד הולם במסגרת קופות החולים.

בקרות על קופות החולים

בפני חברי המועצה הוצגה פעילות יחידת הבקרות של משרד הבריאות, מטרותיה, אופן ניהולן, ומשמעויותיה, כולל בקרת מחלת הסוכרת. האתגרים העומדים בפני המשרד והמדינה רבים, יש יותר מחלות כרוניות ונדרש טיפול ממושך בבתים. המחלות הכרוניות הלכו ועלו משנת 2012, דובר על הרצף הטיפולי והנגשת המידע המחשובי והטיפולי, הן לצוות והן לחולים.

ב-2015 פורסם דוח עדכני של ה-OECD המצביע על כך ששכיחות המחלות הכרוניות הולכת וגדלה, וכל כן יש להביא לשינוי משמעותי באורחות חיים, על מנת לצמצם את הפער הקיים.

הוצגו הליכי הבקרה על קופות החולים: מדובר על יותר מ-44 מיליון ביקורי רופא-חולה בשנה, ויותר מ-30 מיליון מהם ברפואת משפחה. זהו נפח עצום ביחס למדינות אחרות, ונובע בעיקר מהשינויים שחלו במסגרת חוק בריאות ממלכת.

יחידת הבקרה בודקת האם הטיפולים הנדרשים על פי הנהלים אכן מבוצעים, כגון: שעות הטיפול, תשתיות הולמות ועוד. כל זאת, להבטחת שירות מקצועי לא רק בקופת החולים, אלא גם במיקור חוץ שהקופה מפנה את מבטחה. נושא פיתוח מנגנוני בקרה מקצועיים פנימיים בקופות החולים נמצא בתהליך למידה מתפתח ומתקדם. נושא נוסף הוא דגשים והכוונת הטיפול בשטח בהתאם לסידורי הקדימויות של המדינה, כמו אי שוויון, אלימות במשפחה, צמצום פערים ועוד, תוך כיוון ושילוב הנושאים עם עמודי האש של המשרד והתכניות הלאומיות הקיימות, למידת הפערים בשטח, הצרכים ובניית פתרונות ישימים.

הפעילות הינה מערכתית, רב מקצועית ומותאמת אישית - גם בתחום הבקרות. נוצרו מפגשים רב צוותיים בנושאי יחידות טיפולי בית ומחלת הסוכרת.

מודל מתכלל לטיפול בסוכרת

בפני המועצה הוצג שאלון הבקרה בנושאי הסוכרת שנשלח לקופות החולים, הכולל נושאי מניעה וטיפול בסוכרת, ילדים, מגזרים שונים, נושאי טיפול במחלה כרונית, הדורש מיקוד ופעולות יזומות בשטח וטיוב של הרצף הטיפולי, מניעה שניונית של סיבוכים ועוד. בעקבות השאלון, קופות החולים מרכזות את העשייה, יוצרות מבנה ומתמקדות בקידום אותן פעילויות שהיו חסרות.

הוצגו ממצאי הבקרות שהיו ב-2016 בנושא הסוכרת: יש שונות גדולה בין קופות החולים במספר המבוטחים וגם בסוג האוכלוסיות. לכן, מדובר על מודלים ותתי מודלים של פעילויות למילוי החסרים על פי הבקרה. יש פעילות מגוונת בנושאי סוכרת, מבחינת הטיפול בחולה: יש מחוזות שלהם מרכזי מומחים או מכון ייעודי עם ראייה רב מקצועית. מודל כזה יכול להתאים למחוז אחד, אבל לא להיות פתרון מתאים למחוזות שונים. במחוזות גדולים יש חשיבה של מרפאות מיני סוכרת של רפואה ראשונית וצוותים רב מקצועיים, כי שם לא ניתן להקים מרכז ייעודי לכמות גדולה מאוד של מבוטחים. העקרון הוא להנגיש את הטיפול למטופל, כולל הנגשה תרבותית בתוך הקהילה תוך הכרת הרגישויות של הקהילה והמאפיינים המיוחדים שלה. לדוגמא, נושא טלמדיסין שהוטמע באיזורים רחוקים על ידי אחת מקופות החולים, והטמעת החשיבות ומודעות לדיאטניות בטיפול בסוכרת.

המועצה המליצה על נושאים נוספים לבקרה:

- בניית מודל של ניהול מחלה
- ללמד מהבקרה האם התכנית הלאומית נותנת מענה על החוסרים בשטח, או שנדרשים שינויים לכך. החיבור של הבקרה לתכנית הלאומית לסוכרת, הופכת את התכנית ליותר משמעותית



- איתור מוקדם של סוכרת סוג 1 - יש להתמקד בו, כאשר האבחון נוגע לרפואת משפחה וילדים
 - היישום בקופות החולים של הוראות הסל כלשונן, לבחון איזה מרחב תרגום של הוראות יש להן, ומה הפיקוח על מילוי הוראות הסל
 - לכלול בבקורות פסיכולוגים רפואיים מומחים
 - בקרה על חוות החולה בקופות החולים
 - שיתוף פעולה מול הסיעוד
- הומלץ שהמועצה תעבוד מול הגוף המבקר, להטמעת הנושאים.

שינוי הקריטריונים לאישורי נהיגה לחולי סוכרת

בפני המועצה הוצג נייר עמדה בנושא. כידוע, חולים המטופלים באינסולין חשופים להיפוגליקמיה אשר בזמן נהיגה יכולה להשפיע על קבלת החלטות ולגרום לתאונות דרכים. עד כה ידוע רק על מקרה מוות אחד שאדם סוכרתי היה הגורם לתאונה בה אדם אחר נהרג. ככלל, חולי סוכרת אינם קבוצת סיכון משמעותית לתאונות דרכים. גם בקרב המטופלים באינסולין אין ייצוג יתר של מעורבים בתאונות דרכים ביחס לכלל האוכלוסייה. רק חולים קשים, שחשופים לאירועים חוזרים של היפוגליקמיה קשה, כולל בזמן הנהיגה, מהווים בעיה. המידע לקוח מסקירת ספרות של נתוני חברות הביטוח בארצות הברית.

לאור נתוני הרקע, היעד הוא לא להכניס מטופל לקטגוריה, אלא לנסות להעריך אינדיבידואלית את סיכון החולה בנהיגה, להגביר המודעות וחינוך למניעת היפוגליקמיה בנהיגה. על הרופא לדבר עם מטופליו על מניעת היפוגליקמיה בכלל, ובפרט בנהיגה, ולבסס הסיכון על שאלון מובנה. העיקרון המנחה הנוסף הוא ששלילת רישיון אינה ברירת מחדל, רק אם אין אפשרות אחרת. יכול להיות, שהפתרון לאותם חולים שהמלצת המרב"ד לגביהם תהיה שהם בסיכון גבוה להתליית רישיון, יהיה - הכנסת הסנסורים לסל.

תאונה כתוצאה ממעורבות חולה סוכרת תוגדר כתאונת סוכרת, רק כאשר סיבתה הינה היפוגליקמיה. שאת מאחר, וחולה סוכרת יכול להיות מעורב בתאונה כמו כל אזרח אחר, ולא יהיה נכון להתייחס אליו שונה במקרה זה. העניין ייקבע על פי הנתונים שיופיעו בשאלון והמלצת הרופא המומחה.

המועצה מאשרת את המלצות הוועדה המשותפת למלר"ד, ויועבר מכתב המלצה למנכ"ל.

אומניפד

בפני המועצה הוצג מקרה שהוגש לחוות דעתה של נציבת קבילות החולים בנושא אומניפד. האומניפד, הינה משאבת אינסולין טובה ויעילה למטופלים מסוימים. במקרה המוצג, פנה מטופל וביקש את האומניפד, אך בקופות החולים יש סטנדרטים, ובקשתו התגלגלה מוועדה לוועדה, ולמרות ששלושה רופאים המליצו בחום על קבלת האומניפד הוא לא קיבל משאבה זו.

אין חולק על כך שמשאבות האינסולין כלולות בסל לפי קריטריונים מוגדרים. חובת קופת החולים למתן השירות נקבעת לפי מבחן הסבירות וסטנדרט רפואי מקובל בעולם. בפני המועצה עולה השאלה באילו מצבים יכולים לקבוע שמוצדק רפואית לאשר אומניפד ולא חלופה אחרת. עלתה השאלה האם ניתן לקבוע זמן סביר להסתגלות למשאבה אחרת לפני מתן אישור למשאבת אומניפד? לעיתים מחייבים את החולים להשתמש שנים במשאבה אחרת כדי לזכות במשאבת אומניפד.

המועצה המליצה, כעיקרון, שאם מקבלים מכתב מ-3 רופאים ממליצים, יש לקבל ההמלצה למתן אומניפד ללא פנייה נוספת לוועדות. המועצה סבורה שאם אדם מבקש משאבה מסוג מסוים יש לאפשר לו, כי קופות החולים מקבלות כסף מהסל שהן לא מממשות. מדובר במשאבה רגילה, שקופת החולים תרוויח עליה מעט פחות כסף. על המועצה להוציא נייר מתאים לקופות החולים בעניין זה.

הומלץ על ידי המועצה לנסח פנייה לכל מי שעוסק בטיפול בסוכרת במדינת ישראל, בו יוגדרו ההנחיות, ומתי יש לפנות לנציבת תלונות הציבור.

מדדי האיכות באשפוז

בפני המועצה הוצגו מדדי האיכות בסוכרת באשפוז. מדובר במדד איכות - קריטריון המייצג באופן מהימן ותקף את רמת האיכות של טיפול רפואי או שירות בריאות. הוצג קריטריון תהליכי תוצאתי כגון, A1C פחות מ-9. מדידת איכות במערך מדדים מוסכם זהו כלי חשוב בשיפור האיכות במערך הבריאות. בכדי לשפרו צריך לדעת מה הערכים הקיימים.



מדדי האיכות בתחום הסוכרת מתחלקים לשני סוגים - האחד מדדי איכות בקהילה, שהוטמעו בצורה טובה, ויש להם אפקט חיובי. בפגישה זו הוצגו מדדי איכות באשפוז. המדידה מבוצעת בעיקר בבתי החולים הכלליים. מדדים חשובים, אך מוזנחים, הם מדדי איכות בבתי החולים הפסיכיאטריים, בהם האוכלוסיות המורכבות ביותר. מדדים חשובים נוספים הם מדדי איכות בבתי חולים גריאטריים. הוחלט כי הנושא ידון בהרחבה בישיבת מועצה נוספת. נציגי המועצה יזמנו לוועדה מייעצת של משרד הבריאות.

הנחיות סוכרת בשחרור מאשפוז

נושא שחרור מאשפוז מלווה את המועצה קרוב לשנתיים. יצאה המלצה מטעם איגוד הרופאים הפנימיים, שהדעות עליה חלוקות והוחלט על קיום כינוס בו יידון הנושא ויגובשו מסקנות והמלצות לפרוטוקול לשחרור מאשפוז. מטרת הפרוטוקול לשחרר את חולי הסוכרת מבית החולים לקהילה בצורה הכי בטוחה שאפשר. לטיטאת הפרוטוקול היו שותפים רבים והתקבלו הערות רבות מרופאי משפחה. הפרוטוקול המוצע הועבר לחברי המועצה להתייחסויות, ויוקדש דיון נרחב לגיבוש המלצות סופיות. בינתיים, הוצע לעשות פיילוט בהשתתפות 10-20 חולים, ולבדוק אם יש בעיה ואם צריך לשנות את הפרוטוקול המוצע.

קנביס לצרכים רפואיים

בפני המועצה הוצג השימוש בקנביס לצרכים רפואיים. ישראל פורצת דרך בתחום: 28,000 רישיונות לשימוש הוצאו בשנים האחרונות. קנביס אינה תרופה, נכון להיום, אלא חומר אסור הנמצא בפקודת הסמים. תוך שנה יעבור החומר תהליך מדיקליזציה ויוכר כתרופה. כיום מוגשות כ-300-100 בקשות לרישיונות ביום (חידוש רישיון או רישיון חדש). צוין כי, חשיפת הנושא במדיה, בעיקר לשימוש חברתי, ולא רפואי, עלולה ליצור בעייתיות, לחץ וביקוש מוגבר. באתר משרד הבריאות מופיעים נתונים, וחוזר הנחיות 106 עם ההתוויות, תהליך הגשת הבקשה והתוויות-נגד בנושא. החוזר מתחדש מדי זמן. על פי החוזר, ההמלצה למתן קנביס היא על ידי הרופא המטפל, אך לא תנתן כטיפול קו ראשון, אלא רק לאחר שמוצו כל הטיפולים הקודמים. הוצגו הטפסים שיש להגיש לבקשה. הוחלט, כי מועצה תכתוב פרוטוקול למחקר קליני בנושא השפעות שימוש בקנביס בחולים עם נאורופתיה דיאבטית. יבדקו השפעה על כאב ואיזון הסוכרת.

הגבלת הסוכר בדיאטה הישראלית - אישור המלצות הועדה הבין-מועצתית

בפני המועצה הוצגה פעילות והמלצותיה של הועדה הבין-מועצתית בין המועצה הלאומית לסוכרת והמועצה הלאומית לתזונה, גסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד, בנושא הנדון. המשקאות המתוקים הם מטרה נוחה להגבלת צריכת הסוכר, כי יש בהם מיעוט של מרכיבים שרובם מתוקים. בכל יום כ-80% מהצעירים שותים משקה מתוק כלשהו. הועדה הכינה נייר עמדה, המבוסס על נייר של ה-CDC, שחילק את הנושא ל-7 אסטרטגיות, אשר הותאמו לישראל. תעשיית המשקאות המתוקים מוציאה כחצי ביליון דולר על שיווק ופרסום, ולכן הגבלת שימוש במשקאות מתוקים מהווה סוגייה כלכלית משמעותית עבורם. הנקודה המשמעותית, אך גם הבעייתית ביותר, היא חקיקה הנוגעת להעלאת מחיר המשקאות, כי הוכח שעלייה במחיר עשויה לגרום לירידה בשימוש. במקביל, הורדת מחיר המוצרים הבריאים - תעלה את צריכתם. הוצגה טבלת צריכה יומית עולמית, ממנה עולה כי בישראל צריכת משקאות מתוקים גבוהה מאוד ביחס למדינות אחרות בעולם. בפני המועצה מוצגות התפתחויות החקיקה בתחום הנ"ל בישראל. בפועל, כל ההמלצות הקודמות לא מיושמות במוסדות ציבור, בבסיסי צה"ל, בבתי חולים ובכנסת ישראל.



הועדה המליצה על חקיקה והעלאת קמפיין פרסומי על הסכנות מצריכה מוגברת של משקאות ממותקים, הגבלת סוכר בדיאטה והכללת הנושא בתכניות הלימודים. הועדה בחנה דרכים ליישום הנושא, כולל הידברות עם חברות המשקאות ושיתוף פעולה מולם להורדה הדרגתית של ערכי הסוכר (כפי שנעשה במקומות אחרים בעולם בהצלחה). המועצה אישרה את המלצות הועדה המשותפת ככתבן, והמליצה לקבל את תמיכת יתר המועצות ולהגישן למנכ"ל.

הנחיות חדשות לטיפול בסוכרת

כחצי מיליון מהמטופלים בארץ אינם מטופלים על ידי רופאי הסוכרת, אלא על ידי רופאי המשפחה והצוותים הראשוניים בקהילה, הזקוקים להנחיות. יש להם קושי להתנהל מול כמות התרופות, כמות המידע של חולים שונים ועשרות תרופות מחברות וממחקרים שונים, ולהגדיר את המטרה הטיפולית הנדרשת. קיים גם קושי להתנהל מול מדדי האיכות.

לפיכך, הוחלט על ידי מספר איגודים לכתוב קווים מנחים לטיפול התרופתי בחולה הסוכרתי: האיגוד האנדוקרינולוגי, איגוד רופאי המשפחה, איגוד הפנימאים והחברה לסוכרת. קיימת בעיה קשה, בה לאוכלוסייה מעוטת יכולת אין נגישות לתרופות היקרות, גם כאשר התרופה ניתנת במסגרת השב"ן. יש לפעול לכלול התרופות במסגרת הסל.

מוצע, שאם אין יכולת כספית להשיג את התרופות, יהיה אלגוריתם אלטרנטיבי. האלגוריתם המוצג הוא **position statements** ולא גייד ליינס, כי הוא לא מנחה, אלא מתרכז במדדים של **efficacy** ו- **durability**, סיכון להיפוגליקמיה ומשקל. יש חוסר הסכמה בחלק מהעקרונות שהוגדרו. היום יש הרבה תרופות, וקיימת דרישה שתרופה לא תגרום לעלייה במשקל החולה ואת הסיכון להיפוגליקמיה.

מעכבי **DPP4** בולטים במשמעות של תרופות לוואי. נושא המחיר הוא משמעותי, אך אם החולים מופנים למיון בעקבות סיבוכי התרופה, אזי יתרון המחיר אינו משמעותי. בארץ, בשל הנחיות סל הבריאות, הטיפול ב-**GLP1** יותר זול ממעכבי **DPP4**. בנושא היפוגליקמיה, מצוין כי השימוש באינסולין הוא אחד הגורמים להגעת קשישים למיון בארצות הברית.

נושא **life style** נשאר באלגוריתם, ונוספה חשיבות ה-**team work**. תוספת חשובה נוספת: לקבוע את ערך ה-**HbA1C** כפונקציה של התרופות שבשימוש, והסיכון להיפוגליקמיה. **HbA1C** מעל 7.5 או 1% מעל המטרה שהוגדרה, יש לשקול **combination therapy**. ב-**A1C** מעל 9, יש לבחון מתן אינסולין.

ב- **stage 2** - כשמדובר על **HbA1C** פחות מ-7, ויש לשקול מתן **GLP1** כאופציה טובה. ב- **stage 3** - יש אופציות שונות לטיפול משולב על פי מצבו הרפואי הכללי של החולה. הרבה מהחולים מגיעים ל-**stage 3**. ב- **stage 4** - בד"כ מגיעים לניתוחים מטבוליים וכירורגיים. האלגוריתם מכוון למטרה הטיפולית שאליה רוצים להגיע, ולא מתייחס רק למצב הטיפולי העכשווי.

לאחר דיון, המועצה סבורה שיש מקום לשימוש באלגוריתם הנ"ל לתקופת ניסיון. יש חשיבות לתת את התרופות שהן הבטוחות והיעילות ביותר, ושאינן מסכנות את החולה ולהן תופעות לוואי מועטות. חשוב להציג זאת באלגוריתם, שרפואת משפחה ורופאים כלליים יכולים לעשות בו שימוש קל יותר.

המועצה המליצה שמשדד הבריאות יגיש את התרופות לחולים עם בעיות כלכליות כחלק מרפואה טובה. יש לשקול לכתוב גם אלגוריתם ל-**healthy life style**.

הכשרת צוותים רפואיים בקהילה - שימוש מושכל באינסולין

בפני המועצה הוצגה תכנית הדרכה במכבי שירותי בריאות, אשר נמשכה 10 שנים, לרופאים ראשוניים בנושא שימוש מושכל באינסולין. בתכנית סימולציה בה ניתנה הדרכה עלתה בעיית התנסות עם זריקות האינסולין, ודרישה להדרכה בצוות רב מקצועי, ולא לרופאים הראשוניים בלבד. התברר, כי להתנסות בצוות רב מקצועי הייתה השפעה דרמטית עם עלייה של 20% בהתחלות שימוש באינסולין בעקבות ההדרכה. בשלב הבא, התכנית כללה את הטיפול הכוללני בסוכרת, ולא רק אינסולין (כמו טיפול בפצעים, ועוד). קצב ההדרכות עלה מאוד בקרב כל אנשי המקצוע הרלוונטיים בקופה. חולי הסוכרת מהווים כ-32% מכלל מבוסחי מכבי, ונמצא כי נצפתה עלייה באיזון הסוכרת בקרב החולים. המועצה המליצה לקיים כנס, שיובל על ידי אחיות, כדי לדון במיזמים שנעשו ותכניות מומלצות לשיפור ההיענות לטיפול מצד חולי הסוכרת (סדנאות, סוגי טיפול, וכו').



תעדוף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017

המועצה קיבלה את תרופת הבחירה של ועדת הסל של המועצה לגבי מעכבי-SGLT-2 ואת אביזר הבחירה למד סוכר רציף - ליברה. במקום שני - המועצה מקבלת את ההמלצה למתן הזולטופיד כאשר ממליצה לשאוף ולהנגיש את התכשיר למטופלים עם HbA1C מעל 8.5, נאיבים וגם על אינסולין או GLP1 לחוד.

המועצה ציינה הערת מיעוט, שבכלים הקיימים היום אפשר להסתדר, אבל מכשיר ליברה עשוי להעלות יכולת ורמת הטיפול של רופאי משפחה בחולים שאינם יעד המטרה.

נושאים עיקריים לדיון במועצה הלאומית לשנת 2017

- מתודולוגיה וצעדים אופרטיביים ליישום התוכנית הלאומית למניעה וטיפול בסוכרת
- הנחיות לניתוחים בריאטריים בבני נוער
- העצמת הרוקחים בטיפול בסוכרת
- התוויה ורישום מטפורמין למניעת סוכרת
- עדכון סל שירותי הבריאות
- טיוב הרשמים בתחום הסוכרת
- מדדי איכות בסוכרת במחלקות אשפוז גריאטריות



משרד הבריאות



המועצה הלאומית לשיקום



יו"ר: ד"ר יצחק זיו-נר



חברי המועצה הלאומית לשיקום

ד"ר יצחק זיו-נר - יו"ר המועצה

גב' שרה אברבוך*
פרופ' אברהם אדונסקי*
ד"ר אמיתי אוברמן
ד"ר ישי אוסטפלד
גב' נאוה אקשטין
ד"ר מורית בארי
ד"ר טניה בוגוסלבסקי
גב' אורלי בוני
עו"ס נעמי בן חיים
פרופ' נטע בנטור
עו"ס רוני גאגין
ד"ר שושנה גולדברג*
גב' שושנה גולדברג-מאיר
ד"ר דפנה גוטמן-פייגין
ד"ר שירית גורן אופיר*
גב' מלי גיל
סא"ל ד"ר ארנון גם
גב' דפנה גרוסברג
ד"ר אביטל הרשקוביץ
ד"ר מיכאל וורשבסקי
גב' אורלי וקסלר ינאי
ד"ר גבריאל זייליג
ד"ר יולי טרגר
ד"ר זיוה יזהר
*מר רועי כפיר
ד"ר עידו כץ
פרופ' עמירם כ"ץ
גב' בתיה לייזנר*
פרופ' זאב מינר
פרופ' דנה מרגלית
*ד"ר עמנואל מרקוביץ'
ד"ר נחום סרווקר
ד"ר ירון סחר
*פרופ' אבי עורי
פרופ' אביטל פסט
*מר בני פפרמן
גב' אילה פרג
*ד"ר מנואל צווקר
*גב' חמדה צוקרמן
*גב' ישראלה קמחי
ד"ר עופר קרן
גב' סיגל רגב רזנברג
גב' פנינה רזנצווייג
פרופ' נאוה רצון
*גב' גבי שדה
ד"ר איזבלה שוורץ
ד"ר ג'פרי שיימס
ד"ר אולג שפיר
עו"ס מיקי שרון
*גב' אדר שץ



דוח המועצה הלאומית לשיקום

2015 - 2016

מדדי איכות בשיקום

בפני המועצה הוצגו עיקרי התכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים, מטרותיה העיקריות של התכנית, והישגיה מיום הקמתה. התכנית הוקמה לאחר דוח ה-OECD שציין כי נדרש לבצע שיפורים בבתי החולים, ומתוקף חקיקה ממאי 2012 בנושא מדדי איכות ומסירת מידע. כיום יש כבר 77 מדדי איכות הבודקים נושאים שונים בבתי החולים, כמו זיהומים, תמותה, חזרות לאשפוזים ועוד. על פי התקנות שחוקקו, כיום כל בתי החולים מחויבים לדווח לתכנית הלאומית, והמשרד מחויב לפרסם לציבור את הממצאים עם שמות בתי החולים והשוואה ביניהם. כל המדדים וכל הממצאים מפורסמים באתר משרד הבריאות באופן שקוף לקהל הרחב, וניתן לראותם גם לפי חתכים של פריפריה / מרכז, גיל וכו'. כל התהליכים שנמדדים הם *standard of care*, ובשלב זה לא מצפים למדדים מיוחדים וחדשניים, אך מצפים לשיפור בקיים. נמצא שתוצאה ישירה מהמדידה היא שכל בתי החולים מבצעים תהליכי מיפוי חסמים ושיפור תהליכים. הוצגו הנושאים במיקוד של הועדה. בשבץ מוחי יש מדדים שנבדקים גם בחברות האמבולנס, בדרך של המטופל לבית החולים. הערכה תפקודית FIM גם נמדדת, באוכלוסייה רלוונטית בת 65 ומעלה. הוצגו המדדים בשבץ מוחי, בשברים בצוואר הירך ובזיהומים, ומדדים שנמדדים בבתי חולים גריאטריים.

בנושא שיקום כללי התקיימו מספר פגישות מקדימות עם יו"ר המועצה ואגף השיקום במשרד, ומידי פעם עולות בקשות לתוספת מדדים במחלקות השיקום, ולהחלת מדדים גם למחלקות השיקום הכללי.

לאחר דיון, המועצה המליצה לקדם את מדדי האיכות בשיקום. המועצה הקימה ועדה שתבחן את המדדים הקיימים במבט על, ותקבע את הנושאים המרכזיים למדידה. המועצה תצמצם ותדרג את הנושאים לפי סבב חשיבות, ועל פי הנושאים שיוסכמו ימונו תתי ועדות לכל נושא.

חדרי לחץ לנפגעי סטרוק באסף הרופא

המועצה התבקשה לגבש דעה על נושא הטיפול בתא לחץ בשבץ מוחי, נושא שעלה לסדר היום הרפואי והציבורי. קיים לחץ מחולים ועמותות, ויש לגבש דעה לגבי יעילות הטיפול והמלצות לגביו.

כיום, מטפלים הרבה בפצעים קשיי ריפוי בתא לחץ, כפי שקורה בעולם. ההתייחסות היא לרקמה באזור שמסביב לאזור הנמק, שעם חמצון יכול להגיע לכדי ריפוי, כנהוג בתרמודינמיקה. כשמסתכלים במוח בהדמיות כמו PET-CT, או SPEC, באזורים שבהם המטבוליזם אינו תקין, רואים שהם יכולים להישאר כך גם שנים אחרי האירוע החרף. מה שמאפיין את האזורים האלה זה מטבוליזם *anaerobic*, ואפשר לבדוק פרמטרים שהמשותף לכולם - *anaerobic* מטבוליזם שבער שינוי כתוצאה ממצוקה שבה נמצא.

יש הרבה עבודות על חמצן כפקטור הכרחי לריפוי רקמה. וכשעוסקים ברפואה *hyperbaric* מתייחסים לחמצן כאל תרופה. מבחינת המוח יש הרבה עבודות המדגימות את היעילות של טיפול בתא לחץ ואת מנגנוני הפעילות במודלים שונים של פגיעות מוחיות. בנוסף לעבודות הפרה-קליניות יש גם עלייה במספר העבודות הקליניות.

לאור ההתעניינות הציבורית, המועצה רואה חשיבות להעלאת הנושא לסדר היום. בשלב זה, המועצה רואה קושי להמליץ על הטיפול בתא לחץ במקרי *stroke*, מאחר והמחקרים אינם חד משמעיים, ויש צורך במחקר יותר רחב ולימוד הנושא. הועברה קריאה לאנשי השיקום להתגייס למחקר בתחום לצורך הפרייה הדדית.

כאב ושיקום

בקנדה ובארצות הברית מעל מ-65% אנשי שיקום עוסקים בכאב, וגם מי שמתמקד בשבץ מוחי עוסק בכאב. הסיבה היא שמודל הגישה הרב מקצועית ההוליסטית הולך ומתרחב, ולאנשי השיקום יש פתרון לנושא. לראייה, 17 מדינות כבר הכינו תכניות לאומיות ואסטרטגיות להתמודדות עם כאב. כל מה שנלמד בבתי ספר לרפואה עדיין רלוונטי, ויש להמשיך בטיפול הפליאטיבי, אך מדובר במודל אחר כמצוין לעיל, המתייחס לכל כאב, לא חשוב מה המקור שלו (פרט לסרטן), כגון פיברומיאלגיה או כל כאב כרוני יומיומי שאינו מגיב לטיפול.

בפני חברי המועצה הוצגו נתוני חולים המתלוננים על כאב משנת 2004 באירופה, וגם בישראל נמצא שיש כ-1.2 מיליון הסובלים מכאב שלא מרוצים מהטיפול, וזו מסה גדולה של אוכלוסייה. אחרי שנים ארוכות של דיונים בין מומחים בעולם, והרבה עיסוק במדיה, כולל בפוליטיקה, פורסמה ההחלטה לפני 3 חודשים, עם הנחיות קליניות מקיפות, בדוח מפורט ועב כרס, שקיבל גיבוי של הרבה מומחים ותמיכה של ממשלת ארצות הברית.

כיום, הגישה לטיפול בתרופות ממכרות בעייתית. בקווים המנחים (*guidelines*) ה-CDC הדגיש כי אינו אוסר על מתן אופיואידים, אך על הרופא לתאר ולהוכיח שהטיפול נדרש, ולוודא שהוא מודע להשלכות ולסיכונים, ונקט בכל דרכי הרישום של התרופה, כיון שנמצא שאופיואידים



קשורים לעיתים לגרימת מוות ממחלות לב וכלי דם ושבץ, (1 מ-3 אמריקאים).
הבעיה בישראל גדולה ומתגברת. צוין כי, כ-3 ישראלים מתים כל שבוע משימוש מאופיואידים- יותר ממקרי מוות מטרור או תאונות דרכים. מאמר מאיכילוב הציג שאחד מכל 5 ישראלים מקבלים תרופה ממכרת, ובקליניקות הטובות ביותר בישראל. מדובר במנות של כ- 99-50 מיליגרם ליום, כולל לאנשים עם חרדה ודיכאון. בישראל רושמים אופיואידים יותר מפי 4 מאשר בבריטניה.
המועצה נתבקשה לדון בשאלה מה צריכה להיות התגובה בישראל: באיזו רמה של כאב מפנים למרפאת כאב, ובאיזו רמה לצוות רב תחומי. ברור שיש להתאים את המורכבות ההתנהגותית של כאב, ולהשקיע יותר בשיקום כאב. יש הרבה חולים עם כאב כרוני שמגיעים לקליניקה, וניתן להציל חיים של הרבה ישראלים. באמריקה השקיעו במודל של תכנית לאומית של שיקום כאב, ויש לעודד זאת כתכנית לאומית גם בישראל. לאחר דיון, המועצה תומכת בקידום תכנית לאומית לשיקום כאב.

קנבים לצרכים רפואיים

נקודת המוצא היא שקנבים הוא חומר אסור, ובכל זאת החליטה ממשלת ישראל, על סמך המלצות משרד הבריאות ומדינות אחרות בעולם. לאפשר שימוש בכפוף לקווים מנחים ונהלים של משרד הבריאות. בחוזר משרד הבריאות - 106 מפורטים הפרטים וההתוויות, והוא מתעדכן בכל התוויה חדשה. מקפידים שכל התוויה תהיה מבוססת על חוות דעת מומחים.
פיברומיאלגיה הוא מקרה בעייתי שאף הגיע לכנסת, כי אין אבחנה ברורה, והמומחים התנגדו בתוקף לטיפול בקנבים במרפאות כאב, בוודאי שלא כקו טיפול ראשון. בטיפול במחלות כבד, למשל, הקנבים אפקטיבי, בכפוף להתוויה. בהריון - אין התוויה.
התכנית לעתיד היא לפתוח את השוק לגידול מעבר ל-8 חוות הקיימות כיום, ושהחומר יועבר למעבדות באופן מוסדר בתקנות משרד הבריאות, הרופא ירשום מינון מדויק לחולה, והקנבים יונפק בבתי המרקחת כתרופה. כמו כן, המועצה המדעית של הר"י תוביל קורסים לרופאים להשתלמות על מנת לקבל את הסמכות לחתום על קנבים. לרופא שיקול דעת קליני, וחשוב שרופאים לא ישקלו קנבים לפני מיצוי כל הטיפולים המקובלים - זו לא תרופה מקו ראשון.
המועצה מתבקשת לגבש מסמך הנחיות, שיגדיר מתי נחוץ הקנבים בשיקום, ובאילו מקרים רופא שיקום יוכל לרשום בקשה לרישיון. המטרה להוסיף התוויות לשיקום בחוזר 106.
להלן עיקרי המלצות המועצה: הטיפול בכאב אינו רק תרופתי - כימי, אלא מארג שלם של טיפולים בשיקום, ובכלל זה פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, פסיכולוגיה וכו'. כאב זו בעיה הדורשת טיפול מולטידיספלינרי.
המועצה תקים ועדה לגיבוש מסמך הנחיות, שיגדיר מתי נחוץ הקנבים בשיקום, ובאילו מקרים רופא שיקום יוכל לרשום בקשה לרישיון, במטרה להוסיף התוויות לשיקום לחוזר 106 של התוויות הקנבים.

רשם לאומי בשיקום

בפני המועצה הוצג רשם הטרואומה, שהחל את פעילותו בשנת 1997, והיום מונה 20 בתי חולים, כולל 16 מרכזי-העל. מעל כחצי מיליון פצועים כלולים ברישום. הרישום כולל את מאפייני הפצועים, הנסיבות, מכניזם של הפגיעה, סוג פגיעות גוף ועוד, משך אשפוז, טיפול נמרץ, ניתוחים וכו'. מעקב כולל על הנתונים הוא בעייתי, ונערך רק על ידי מחקר ייעודי ופילוחי נתונים נדרשים. מטרת הרישום העיקריות הן אפיון, ולשמש כלי תומך החלטה בידי מקבלי החלטות. פילוח הנתונים מאפשר השוואות בין קבוצות אוכלוסייה, ולבסס התערבויות נקודתיות.
בכל שנה, כל בית חולים שמזין נתונים מקבל דוח ללא זיהוי, המיועד אישית למנהל בית החולים ויחידת הטרואומה, עם תוצאים מושווים מול בתי חולים דומים, ומתן אינדיקציה בכל תחום היכן עומד בית החולים בהשוואה לדומיו. לאורך השנים הוכחו שיפורים של תוצאים בעקבות דוח זה.
צוין, כי לרשם חשיבות רבה כי מסתמך על נתוני **evidence based**.
מומלץ למועצה הלאומית לשיקום, להגדיר, בטרם הקמת רשם, מהן מטרותיו, ומכאן ייגזר מה ייכלל ברישום, בשלב ראשון, מינימום נתונים הנדרשים לאיסוף ואת שיטת האיסוף. מוצע להקים ועדת היגוי, ולמצוא מקורות מימון.
חברי המועצה הכירו בחשיבות הקמת רשם שיקום, והמליצו כי תוקם ועדת היגוי שתגזור את דרכי העבודה המודולריות של התהליך, ובשלב שני ישותפו ברמה מקצועית מומחים נציגים של כל תחום. הועדה תמפה גורמי מימון פוטנציאליים, המשכן שבתוכו יבוצע התהליך והגדרת הסוכנים השותפים. המלצות הועדה הראשוניות יובאו לאישור המועצה בתוך 3 חודשים.



מכשירי תקשורת בסל הבריאות

חברי המועצה עודכנו כי בשנה הבאה תוגש טכנולוגיה של סדים לילדים שלא הולכים - תת"ח. בשנים קודמות היה קושי בקבלת נתונים, כי אין רישום, ולא ניתן היה לאמוד כמה חולי שיתוק מוחין יש בישראל, כמה נוספו וכו', ונגזרו אומדנים כשיעור מכלל האוכלוסייה בהתבסס על מאמרים מחוץ לארץ.

רפורמת המכרזים - מכשירי שיקום

רפורמת המכרזים פועלת מזה כשנתיים. בפני המועצה מוצגת פעילות היחידה למימון מכשירי שיקום וניידות לאנשים עם מוגבלות בקהילה, שבאחריות משרד הבריאות. יחידת מכשירי השיקום עוסקת בקביעת מדיניות, פיקוח ובקרה, ומתן בפועל של אישורים, רכש ותיקונים. כמות הפניות עלתה פי 3 בשנים האחרונות. יש מסד נתונים של כ-20 אלף בקשות בשנה, ונצבר מידע רב במשך שנים שניתן לפלח לפי קופות חולים, גילאים ועוד.

ממצא מדאיג הוא שכ-20% מהאוכלוסייה שאושר לה מכשיר, בחרה לא לממש אותו, ויש כאלו שכן מימשו אבל לא ברור עד כמה עושים בו שימוש - ועל כך עורכים מחקר בנושא. לא תמיד האוכלוסייה יודעת כיצד לתפעל את המכשור או לקרוא את ההסברים, ונדרשים הסברים בתקשורת מילולית או לוווי אישי. המועצה האירה זרקור למצוקה בכח אדם של היחידה על מנת למצות את הקשיים.

הכנסת האבחון הניורופסיכולוגי לסל הבריאות

המועצה התבקשה לדון בהכנסת האבחון הניורופסיכולוגי לסל הבריאות, במתואם עם הפסיכולוגית הארצית. בארצות הברית יש כ-30-40 מ' איש הסובלים מנזק מוחין שלא מקבלים טיפול. בישראל 26.4% בלבד מהמבוגרים מגיעים לשיקום, ולא ברור מדוע קיימת גישה כה מוגבלת לנושא שיקום.

הוצא נייר עמדה לאבחון ילדים, לבקשת ראש מינהל רפואה, במודל של 3 מסלולים שקשורים לנזק מוחי, ונכללו בו מצבים רפואיים שבהם יש להפנות לאבחון נורופסיכולוגי, עם ירידה קוגניטיבית ואינדיקציות נוספות.

מוצג מודל שגובש עם תרשים זרימה. יש רבים שלא מקבלים את תכניות הטיפול שיכולים להחזיר אותם למסלול הנורמטיבי. אין פרוטוקול מקובל לאבחנה נורופסיכולוגית, למרות שיש טיפולים מתאימים. לכן, עלתה ההצעה לבקש מועדת הסל להכליל את האבחון בסל הבריאות.

אם אכן יתברר שהאבחון אינו כלול בסל, המלצת המועצה היא שראוי להכלילו. אם זה קיים, יש לבחון מחדש את הקודים ואם לא קיימים, יהיה צורך לייצר פרוטוקולים ואינדיקציות. כל דווח של פגיעת ראש בשיקום מועבר לאבחנה, גם אם לאחר 3 חודשים. המפנים החשובים הם רופאי משפחה, ואולי יש מקום להכניס את הנושא לחומר הלימודים של רופאי משפחה, ובהתמחות התכנית המקוצרת של שיקום. המאמץ צריך להיות בכל הכוונים.

ממשק שיקום - משרד הרווחה, כולל שיקום בתוך הקהילה אחרי שבץ

בפני המועצה הוצגו נתונים על שבץ מוחי, ופורטו שירותים לסיוע במהלך האשפוז ובקהילה וכן עמותות ומסגרות לשיקום בקהילה. קיימים אתגרים רבים בשיקום, הן במהלך האשפוז והן בקהילה. הוצגו ממצאי והמלצות הועדה הבין משרדית משנת 2009, ממצאי והמלצות דוח מבקר המדינה לשנת 2011 בנושא שיקום רפואי ודרכי הפעולה המומלצות. החזון הוא שתהיה תכנית טיפול משתקם אשר יכלול פירוט הבעיה העיקרית, תכנית טיפול, מסגרת הטיפול, case manager וגורם מממן לפי זמן שעבר מיום הפגיעה. המועצה המליצה למנות ועדה בנושא הממשק בין השיקום במערכת הבריאות לבין השיקום במערכת הרווחה.

דיאטנית קלינית בהיבט שיקום כללי

דיאטנית ומפקחת תזונה ומזון - יוצרים את הקשר בין האחיות במחלקה לבין המטבח. בפני המועצה הוצג מאמר שמראה כי תזונה נאותה ומותאמת יכולה להחלט למנוע סיבוכים קרדיווסקולריים, סוכרת 2, שבץ ולכן גם אם אינם מגיעים עם פגיעות אלו חשוב למנוע אותם על ידי תזונה בריאה.



מחקר נוסף הראה שיעוץ תזונאי על ידי דיאטנית והעשרת מזון משפרת את המדדים, מורידה משקל ומייצבת אותו. המועצה המליצה להנהלת המשרד לשפר התקינה בתחום השיקום כך שהדיאטנית תהיה חלק אינטגרלי מהצוות המקצועי המטפל במערך השיקום.

תעדוף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017

המועצה המליצה לועדת הסל והתרופות לשנת 2017 על הכנסת הטכנולוגיות להלן:

- סדים טיפוליים לנולדים עם לקות אורתופדית של כף הרגל (club foot)
- סדים לתינוקות עם development dysplasia of hip
- שיקום ריאתי לחולי יתר לחץ דם ריאתי
- שיקום ריאתי לחולי פיברוזיס ריאתי



משרד הבריאות



המועצה הלאומית לבריאות העובד



יו"ר: ד"ר חיים כהן



חברי המועצה הלאומית לבריאות העובד

ד"ר חיים כהן - יו"ר המועצה

* מר יהודה אביצור
ד"ר ישי אוסטפלד
*מר מאיר אלבאז
ד"ר שלמה אלמוג
ד"ר ראובן גולדשמיט
בח"ק נילי גרינברג
* ד"ר מילכה דונחין
ד"ר רז דקל
מר שחר הכהן
גב' ויקי וקסלר
ד"ר אורן זק
*מר דניאל חדד
ד"ר ירון יגב
פרופ' רפאל כראל
מר אריה כרנדיש
פרופ' יהודה לרמן
*ד"ר אברהם מידן
ד"ר שלמה משה
ד"ר מריו סקולסקי
מר זאב פוטרמן
ד"ר לובה פושנוי
ד"ר אשר פרדו
ד"ר אלון פרץ
גב' חמדה צוקרמן
*עו"ד שני קורח שמש
ד"ר אלי רוזנברג
עו"ס פיני רוזנברג
פרופ' נאוה רצון
ד"ר ולרי שושן
ד"ר יהודית שחם
*מר ישראל שרייבמן
ד"ר אורלי תיבון-פישר

* תום מינוי



דוח המועצה הלאומית לבריאות העובד

2015 - 2016

הרצף שבין חזרה לעבודה לשיקום תעסוקתי

ההתקדמות בתחום לאורך השנים מועטה ויש לפעול לקידום הנושא. קיימים יתרונות בחזרה מוקדמת ככל האפשר לעבודה של עובד שנפגע וקיימת בעייתיות בהיעדר מנגנון הדואג לכך. מחקר שנערך בישראל בשנת 2010 הראה מובהקות סטטיסטית של יעילות ההתערבות להשבה מוקדמת של חולי לב לאחר אוטם לעבודתם בעזרת CASE MANAGER. המלצות הועדה לשיקום מקצועי בסביבת העבודה וחזרה לעבודה הוגשו בנובמבר 2011 אך התחום לא קודם. המשאבים קיימים ויש לבקשם, אולם אין מי שמכוון ומנהל תהליך זה של חזרה לעבודה. תפקיד CASE MANAGER הינו ללוות את האנשים הללו ולהכיר את האפשרויות הקיימות בשוק. בעזרת המשאבים והכרת המערכות השונות לניצול המשאבים הקיימים, ניתן לסייע לחזרה מוקדמת של אותו אדם לסביבת העבודה ללא תקציב נוסף. בעבר עלתה פניה ובקשה להקמת ועדה, אך ההיענות לא הייתה מספקת והיו חסרים נציגי הביטוח הלאומי, נציגי קופות החולים, נציגי ההסתדרות ונציגי מעסיקים. הכוונה הייתה לפתח מודל שיעבור לקופות החולים. המועצה המליצה על ניסיון נוסף להקמת ועדה בנושא שיקום עובדים במקום העבודה.

הסתמכות בלעדית של בתי הדין על חוות דעת של רופאים תעסוקתיים מהווה מיגבלה בשילוב אנשים עם מוגבלויות בתעסוקה

הוצג מחקר של הקליניקה לזכויות אנשים עם מוגבלויות של הפקולטה למשפטים באוניברסיטה העברית, שהראה שבתי הדין לעבודה נשענים באופן כמעט מוחלט על חוות דעת של הרופאים התעסוקתיים: "הסתמכות בלעדית של בתי הדין על חוות דעת של רופאים תעסוקתיים בלבד - מיגבלה לשילוב אנשים עם מוגבלויות בתעסוקה". בעקבות זאת התעורר דיון, האם רופא תעסוקתי צריך לשנות את הגישה המקובלת כיום שקבועת מיגבלות תעסוקתיות על מנת שלא להחמיר מצב רפואי קיים וכתיבת חוות דעת למעסיק המפרטים את הפעולות שהעובד המוגבל יכול לבצע.

לחלופין, האם צריך ליצור תפקיד חדש: מורשה נגישות תעסוקה, case manager אשר ילווה את העובדים המוגבלים ויעזור להם להשתלב מחדש במקום העבודה, ללא צורך בשינוי גישת הרופא התעסוקתי. מורשה נגישות תעסוקה ידע לבצע ההתאמות ולהסתכל בצורה רחבה והוליסטית יותר לגבי שילוב אנשים עם מוגבלות בחזרה לשוק התעסוקה.

שוק העבודה מאופיין בשיעורי תעסוקה נמוכים של אנשים עם מוגבלויות ביחס לאוכלוסייה הכללית ולשיעורם באוכלוסייה. על מנת להשיג שילוב בעבודה על פי חוק השוויון נקבעו שני מנגנונים משפטיים: איסור אפליה וחובת הייצוג ההולם. על פי החוק, חובת המעסיק "ליצור במקום העבודה תנאים שיאפשרו את העסקתם של אנשים עם מוגבלות ואת קידומם במקום העבודה. זאת, בין היתר, באמצעות ערכת שינויים בדרישות התפקיד, בשעות העבודה ובנוהלי העבודה". המועצה המליצה על:

- למנות ועדה אשר תכלול רופא תעסוקתי, מרפא בעיסוק ומורשה נגישות לשירות, שיגישו חוות דעת לבתי הדין לעבודה.
- לשקול לשנות את החוק, את ההכשרה ואת חובותיהם של הרופאים התעסוקתיים ולנקוט בתפיסה רחבה יותר של התאמות וגישה ביקורתית יותר כלפי הגישה הרפואית המסורתית.
- המועצה תומכת בהפעלת תהליך של case management בכל מקום עבודה ותמשיך לדון בנושא.

אישור עבודה בשעות נוספות לנשים בהריון

החוק מאפשר רק לרופאי נשים לאשר עבודה בשעות נוספות לנשים הרות. בפני המועצה הוצגו מקרים שבהם רופאי נשים טענו שאין זה תפקידם או שאין להם מספיק מידע לקביעה כזו.

לאחר דיון המועצה המליצה על הוצאת חוזר מטעם משרד הבריאות לרופאי הנשים על פיו במידת הצורך הם רשאים להתייעץ עם רופא תעסוקתי בנוגע לבקשת אישה הרה לעבוד שעות נוספות, במיוחד במצבים שבהם קיים ספק או שתנאי העבודה אינם מוכרים לרופא המטפל.

שילוב אנשים עם מוגבלויות בעבודה - גישת רפואה תעסוקתית בשירותי בריאות כללית

בטיפול אצל רופאים בהתמחויות שונות מעורבים הרופא והמטופל בלבד. לעומת זאת, בטיפול אצל רופא תעסוקתי מעורבים גם המעסיק, ועד העובדים, חברות הביטוח, קרנות פנסיה, רופאים מקצועיים ועוד. הגדרת התפקיד העובד נעשה על ידי המעסיק. בכדי לקבוע האם העובד יכול לחזור לעבודה יש לקבל מהמעסיק את הגדרת העיסוק, מה שלעתים יוצר פערים בין עמדות האנשים המעורבים. מול זכות העובד להמשיך ולעבוד למרות מוגבלותו קיימת זכות למעסיק לקבוע כי אין לו חבילת עיסוק שמתאימה למגבלות העובד.



ניסיון כנה לסייע לעובד המוגבל להשתקם חזרה בעבודה, גם אם נכשל, מסייע במימוש זכויות העובד המוגבל בקרנות הפנסיה וחברת הביטוח. הוצג השימוש במודל שהוא מעין "waze" תעסוקתי ככלי שבא לסייע לרופא התעסוקתי בגיבוש תהליך קבלת החלטות במקרי כושר עבודה בעייתיים. מודל זה מסייע בהנגשת מקומות עבודה לעובד המוגבל ללא אפליה כפי שמחייב החוק למניעת אפליה של אנשים עם מוגבלות. לאחר דיון המועצה המליצה כי הוועדה בנושא שיקום עובדים במקום העבודה תנסח נייר עמדה בנושא.

מצב הרפואה התעסוקתית בישראל: כח אדם, הכשרה ותחזית לעתיד והדרכים לקידום התחום

נציגי קופות החולים הציגו את מצב הרפואה התעסוקתית. הושם דגש על חוסר כח אדם, מצוקת תורים וחוסר תקציב בקופות החולים. רופא תעסוקתי מבצע בדיקות פיקוח רפואיות לעובדים שחשופים לחומרים רעילים או השפעות מזיקות אחרות, בדיקות קבלה לעבודה ובדיקות כושר עבודה. בדיקות אלו לוקחות זמן רב, בין היתר כיוון שהציבור רוצה לממש את זכויותיו, מה שמוביל להמתנה ממושכת. במדינות מסוימות בדיקות כושר עבודה אינן נעשות על ידי רופא תעסוקתי.

יש צורך בתגובת הנהלת המשרד בנוגע לתקן, הדרישות וסל הבריאות העתידי בתחום זה וכן את עמדת המעסיקים לגבי בדיקות פיקוח אליהן לא מגיעים עובדים רבים למרות שנקבעו תורים מראש. במקרים אלו האחריות מוטלת על המעסיקים.

הנקודות העיקריות שעלו מהדיון:

• הצורך בהקמת מכון מחקר לאומי.

• חוסר שוויון במתן השירות בין קופות החולים השונות בניגוד לאחד מעמודי האש של משרד הבריאות.

המועצה המליצה על התערבות המשרדים הרלבנטיים בנושאים הבאים:

במצב הנוכחי קיים חוסר שוויון מדאיג בין מבוטחי קופות החולים השונות בקבלת שירותי רפואה תעסוקתית, עקב מצב המקצוע בהתאם לקופת החולים. חוסר השוויון ניכר לעתים אף באותו מקום עבודה עקב חלוקת העובדים במפעל לקופות חולים שונות שחלקן מספקות שירות טוב וחלקן שירות גרוע.

נחוץ מנגנון בקרה על המשאבים המוקצים על ידי קופות החולים לתחום רפואה תעסוקתית בכדי למנוע הזנחה של תחום זה. יש לשקול לחייב כל קופה להקצות תקני כח אדם בתחום הרפואה התעסוקתית בהתאם להיקף האוכלוסייה שהיא משרתת או הקצאת תקציב ייעודי לכך.

הכשרת מומחים ברפואה תעסוקתית -

יש לדאוג שקופות החולים מאוחדת ולאומית ומוסדות אחרים שבהם יש תשתית מתאימה לכך, ייצרו תכנית התמחות להכשרת מומחים ברפואה תעסוקתית או ייעזרו בקופות החולים כללית ומכבי, שבהן מתבצעת כיום הכשרת מומחים ברפואה תעסוקתית. באופן דומה, יש ליזום הכשרת מומחים ברפואה תעסוקתית גם עבור משרד הבריאות, משרד הכלכלה והתעשייה, לשכות הבריאות והמוסד לביטוח לאומי שבהם נדרש שירות זה.

מחקר -

המועצה חזרה על המלצתה להקים מכון מחקר לאומי בתחום בריאות העובד המשלב מחקר הוראה ושירותים בכדי לקדם מערכת מחקר ברפואה תעסוקתית וסביבתית.

עדכון סל הבריאות בתחום הרפואה התעסוקתית -

יש למצוא פתרון לצורך הקיים לעדכון תקנות הפיקוח על העבודה הנגזרות מפקודת הבטיחות בעבודה בלא שכל הצעה לשינוי תגרור מחלוקת עם קופות החולים בשאלה מאין יבוא המימון לשינוי.

ארגונומיה -

המועצה המליצה למשרדי הממשלה הרלבנטיים להשקיע יותר בתחום הארגונומיה בקרב העוסקים בבריאות העובד. במקומות עבודה רבים אין חשיפות תעסוקתיות קלאסיות אך ישנם סיכונים לאופי העבודה כגון ישיבה מרובה והעדר תכנון ארגונומי.



תגבור מערך הרפואה התעסוקתית בצוות שיקומי -

המועצה המליצה לפעול למצב שבו קופות החולים יאפשרו לרופא תעסוקתי להיעזר בצוות השיקומי כגון מרפאים בעיסוק ופזיותרפיסטים בהחזרת עובד לעבודה.

שיפור האכיפה במקומות עבודה קטנים -

שירותי הרפואה התעסוקתית הניתנים במפעלים גדולים הם טובים למדי בעוד שבמקומות עבודה קטנים לא אופיים היטב את החקיקה התעסוקתית.

תגובת מינהל הבטיחות במשרד הכלכלה

לאורך השנים יש מגמת ירידה בביצוע בדיקות הפיקוח הנדרשות בתקנות על ידי קופות החולים. כמו כן, ישנה ירידה של חלק הפרופורציונלי של הבדיקות המבוצעות על ידי קופות החולים ועליה של החלק הפרופורציונלי של הבדיקות המבוצעות על ידי שירותים פרטיים, מלבד מספר בדיקות ספציפיות שבהן קופות החולים עדיין דומיננטיות. משרד הכלכלה עבד על תקן איכות: שירותי רפואה תעסוקתית - דרישות למערכת ניהול איכות. התקן שימש בסיס לבניית כלי בקרה בתחום הרפואה התעסוקתית בקופות החולים.

תגובת הנהלת משרד הבריאות

חסר מידע מקומי אודות היקף התחלואה התעסוקתית בישראל. בשנים האחרונות, משרד הבריאות הוביל וועדה רב ארגונית שגיבשה מודל למכון לבריאות ולבטיחות העובד על פי העקרונות הקיימים במרבית מדינות ה-OECD. המכון נועד לייצר מידע ומחקר יישומי עבור משרדי הממשלה ועבור המערך הקליני, אולם טרם נמצא מימון למכון. משרד הבריאות דוגל באיסוף וניתוח מידע בריאותי בכדי לקבוע מדיניות מושכלת. עתידה להתבצע בקרה על קופות החולים, העשויה לפתוח צוהר לבחינת איכות הטיפול.

כמו כן, נעשות פעולות לשיפור יכולת רופאים ראשוניים לזהות תחלואה תעסוקתית, להבהיר למנהלי משאבי אנוש אלו פעולות/בדיקות קידום בריאות ורפואה מונעת *evidence based* ורצויות עבור עובדיהם בכדי לתמרץ את המעסיקים להשקיע בבריאות עובדיהם. נשלחה טיוטת חוזר לקופות החולים הכוללת הנחיות לשיפור יכולת רופאים ראשוניים לזהות תחלואה תעסוקתית, ובתחום קידום הבריאות במסגרת מקום העבודה; שיפור המניעה השניונית- זיהוי מוקדם של התחלואה התעסוקתית הקיימת; פעולות להידוק הקשר וממשקי המידע בין המרפאות התעסוקתיות המורשות במפעלים ובשוק הפרטי לבין המרפאות התעסוקתיות של קופות החולים בכדי לייעל את איכות הטיפול בשתי המערכות. כיווני פעולה המתוכננים לעתיד הם עידוד הזנת מידע לתיק הרפואי על ידי העובדים בחדרי המתנה במרפאות ובביתם דרך אתר המרשתת שלהם, בחינת התניית התשלום של מעסיקים למוסד לביטוח לאומי בהיקף השקעתם בקידום בריאות עובדיהם וכן בקרת איכות לגבי קבלת החלטות קליניות בתחום הרפואה התעסוקתית.

ממצאי הוועדה לקביעת קריטריונים לדיווח על מחלות שריר-שלד

מסקירת הספרות נמצא שכמעט ואין מדדים כמותיים מתאימים בעולם שבוחנים את השפעת העבודה על מחלות שריר ושלד. הוועדה בנתה מסמך המתבסס על המדרוך למחלות מקצוע של משרד העבודה הדני ועבודות של השירות הארגונומי של מדינת וושינגטון בארצות הברית. נערך פיילוט בשני סניפי קופת חולים כללית על מנת לראות אם ניתן ליישם את תכנית הוועדה באופן מעשי. הניסוי צלח באופן חלקי בלבד. המסמך אינו יכול לשמש ככלי עבודה מיידי של הרופא בעת קבלת קהל. נדרשת עריכה מקצועית והגהה, קיצור הטבלאות ומחשוב. המועצה המליצה שהמסמך ישמש בשלב ראשון כ-*guideline* - שיהיה זמין במחשב של הרופאים, גם אם אינו ממוחשב.

עידוד דיווח לרישום מחלות מקצוע באמצעות צוות רופאי משפחה מיומן

הדיווח בישראל הולך ומתקדם אולם ביחס לעולם הוא נמוך ויש לצמצם את הפערים. ישנן סיבות שונות לתת הדיווח:

- אנשים שסובלים ממחלה אך היא איננה מפריעה להם לעבודה
- אנשים שלא מדווחים על המחלה



- אנשים שמגיעים לרופאים שונים אשר לא מדווחים לרשם עקב חוסר מודעות
 - מחלה המזוהה כמחלה תעסוקתית אשר מסיבות שונות לא מדווחת
- המועצה המליצה ליידע את ועד האיגוד לרפואת משפחה על מנת לקבל הסכמתו לביצוע מחקר ראשוני בנושא זה ותמשיך לדון בנושא.

שימוש בקנביס רפואי

הנושא מעורר דיון, ויכוח ומחלוקות אך הוא בעל פוטנציאל תרופותי. כאשר הקנביס נלקח ללא אבחנה רפואית יש סכנה להחמרת מחלות נפשיות קודמות, והתפרצות הפרעות אישיות וסכיזופרניה. רופא בתחום המומחיות שלו יכול להמליץ על קנביס למטופל ובתנאי שמיצה את הטיפולים המקובלים הקיימים. על רופא המשפחה להיות מעורה בטיפול ולהיות מודע לכך שהמטופל מקבל קנביס. במידה ויש היסטוריה נפשית נדרש אישור פסיכיאטרי. המועצה המליצה על קיום דיון בנושא כושר עבודה ושימוש בקנביס ותשקול המלצה לאיגוד לרפואת תעסוקתית למנות ועדה לכתיבת נייר עמדה בנושא.

שיקום מקצועי לאנשים עם מוגבלות: שיעורי השתלבות בעבודה, רמות שכר והתמדה - המוסד לביטוח לאומי

אנשים עם מוגבלויות מתקשים להשתלב בשוק העבודה. הספרות מצביעה על פערים גדולים בהשכלה, תעסוקה והכנסה בין אנשים עם מוגבלות לבין אנשים ללא מוגבלות. השיקום המקצועי במוסד לביטוח לאומי הינו אחד הכלים המרכזיים של מדינת רווחה לצמצום פערים והוא מסייע לאנשים שנפלטו משוק העבודה להשתלב בו מחדש. במידה ואדם נמצא זכאי לקבלת שירותי שיקום מהביטוח הלאומי, נערך לו אבחון מקצועי על מנת להתאים לו מקצוע ובהתאם לכך נבנית לו תכנית. מדובר בהשקעה כלכלית גדולה של המוסד לביטוח לאומי. על פי מחקר שבדק את יעילות התכנית 58% מהפונים לשיקום משתלבים מחדש בתעסוקה. נמצא כי לאדם בעל מוגבלות מולדת סיכוי גבוה יותר להשתלב בתכנית לעומת אדם בעל מוגבלות נרכשת. כמו כן, נמצא כי לאדם הסובל מנכות כללית סיכוי גבוה יותר להשתלב בתכנית לעומת אדם הסובל מנכות תעסוקתית.

נושאים עיקריים לדיון במועצה הלאומית לשנת 2017

- סיכום ומסקנות עבודת ועדת סמים ואלכוהול במקום העבודה
- שירותי רפואת תעסוקתית לעובדים ישראלים מחוץ לתחומי הקו הירוק: מיפוי הבעיה ודיון בדרכים לשיפור המצב
- עבודה מהבית
- עבודת משמרות
- גבולות מקצוע הרפואה התעסוקתית
- נפרולוגיה תעסוקתית - גיבוש ערכי מעבדה המעידים על נזק כלייתי חריג המחייב הרחקת עובד החשוף לסיכון כלייתי מעבודתו



משרד הבריאות



המועצה הלאומית לקידום בטיחות בית ופנאי



יו"ר: ד"ר יצחק ברלוביץ



חברי המועצה הלאומית לקידום בטיחות בית ופנאי

ד"ר יצחק ברלוביץ - יו"ר המועצה

עו"ס יעל אייזן
*גב' מזל אלבגלי
גב' תמר אלמוג
גב' לירי אנדי פינדלינג
גב' אביטל אפל-פנקס
גב' דבורה אפריאימוב
גב' רינה בודנקין
ד"ר יורם בן יהודה
ד"ר יהושע בן ישראל
פרופ' ידידיה בנטור
גב' אליס ברלם
גב' שרון גולדמן
מר רפי גולדשמידט
גב' אתי גולן
גב' רנדי גרבר
ד"ר סקיי גרוס
גב' יהודית דוריון
מר גרישה דייטש
עו"ד רות דיין מדר
גב' מיטל הוברט אשכנזי
גב' בתיק וולר
גב' רותי וינשטיין
מר רותם זהבי
*פרופ' נורית ירמיה
גב' מירי כהן
ד"ר מעיין כץ
מר יורם לוי
פרופ' דיאן לוין
גב' רחל לוין איגר
רפ"ק בעז ליבנה
גב' עירית ליבנה
גב' סוזן לימון
מר אנדרי מטיאס
*מר יאיר עמיקם
מר דוד פילזר
מר ראובן צדוק
מר ניסן צ'ליק
מר נתן קודינסקי
גב' דפנה קלנברג
ד"ר פולינה קמלמן
ד"ר ליזה רובין
פרופ' משה רוח
גב' נעמה רותם
גב' ברוריה שרמן

*תום מינוי



דוח המועצה הלאומית לקידום בטיחות בית ופנאי

2015 - 2016

כוויות ילדים

נושא הכוויות לא מקודם בארץ, בעיקר בקרב ילדים. 50% מהכוויות הן בילדים שרובם מתחת לגיל 4. גם בני הגיל השלישי הם קבוצת סיכון. הוקמה מחלקת כוויות שאיננה כוללת ילדים. הילדים מופנים למרכז הרפואי שיבא שנמצא בקריסה עקב העומס. כמו כן, אין תכניות להעלאת מודעות. הפעולות שנעשות למניעה הן יוזמות פרטיות בלבד. הועדה למניעת כוויות הציגה המלצותיה. המועצה אישרה המלצות הועדה והמליצה להעבירן להנהלת המשרד. הומלץ כי המועצה תפנה למוסד לביטוח לאומי לקבלת נתוני נכויות כתוצאה מכוויות. כמו כן, הוחלט למנות צוות מטעם המועצה שידון בנושא הכוויות ויגיש המלצותיו.

המלצות להושבת פעוטות עד גיל שנתיים לפחות נגד כיוון הנסיעה

מחקר מצא כי הסיכון לפגיעה בקרב פעוטות בני שנה עד שנתיים היושבים נגד כיוון הנסיעה קטן ביותר מפי חמישה מאלו הנוסעים עם כיוון הנסיעה באותו הגיל. ניו ג'רסי, קליפורניה ואוקלהומה הן המדינות הראשונות בעולם ששינו את החקיקה בתחום. בהתאם למידע המדעי ולשינוי ההמלצות בעולם שונו המלצות ארגון בטרם. לא מדובר בשינוי החוק עדיין שכן אין היענות מלאה אך יש כוונה לכך בעתיד. המועצה המליצה על תמיכה להושבת פעוטות עד גיל שנתיים לפחות נגד כיוון הנסיעה ומבקשת מהנהלת המשרד להביע את תמיכת המשרד במהלך. כמו כן הומלץ כי יו"ר המועצה יפנה למאייר ספרי ילדים ויציע לו לקחת חלק בהטמעת ההמלצה דרך סיפור ילדים.

מניעת היפגעות בקרב קשישים

התקבלה החלטה במועצה כי שנת 2016/7 תוקדש למניעת היפגעות בקשישים. מספר הקשישים בישראל הולך וגדל ואין היערכות מספקת לכך. שכיחות היפגעות בקרב קשישים בגלל תאונות עולה וכן שכיחות נפילות הולכת ועולה עם הגיל. זה ילך ויגדל עם הגידול באוכלוסיית הקשישים וזה עיקר הבעיה בהיפגעות קשישים. מרבית הנפילות קורות בבית. המועצה המליצה כי תיערך פגישה בפורום מצומצם יותר על מנת לגבש צעדים יישומיים במטרה לקדם מחקר ונתונים בנושא מניעת היפגעות בקשישים וכן להמשיך לקדם את הנושא במטרה לייצר תכנית יישומית ארצית.





משרד הבריאות



**הלאומית הלאומית
לתזונה,
גסטרואנטרולוגיה
ומחלות כבד**



יו"ר: פרופ' זמיר הלפרן



חברי המועצה הלאומית לתזונה, גסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד

פרופ' זמיר הלפרן - יו"ר המועצה

* פרופ' נדיר ארבר
מר חוליו בורמן
ד"ר שלמה בירקנפלד
פרופ' זיו בן ארי
אינג' אלי גורדון
פרופ' איתמר גרוטו
פרופ' פייר זינגר
ד"ר שירה זלבר-שגיא
פרופ' יהודה חוברס
פרופ' רן טור-כספא
פרופ' דן טרנר
ד"ר מיכל כרמיאל-חגי
פרופ' יעל לצר
פרופ' משה לשנו
פרופ' ירון ניב
ד"ר אורי סגול
פרופ' ריפעת ספדי
פרופ' אורית פפו
פרופ' אלי צוקרמן
עו"ד אייל צור
פרופ' פרד קוניקוף
ד"ר גבי קנת
ד"ר רויטל קריב
ד"ר דן קרת
פרופ' שמעון רייף
פרופ' אורן שבולת
פרופ' חיים שירין
פרופ' רענן שמיר
פרופ' אורן תירוש

* תום מינוי



דוח המועצה הלאומית לתזונה, גסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד

2015 - 2016

סיכום נושא מדדי האיכות השנתיים

הנושא המרכזי בעבודת המועצה היה מדדי איכות. מדובר בתכנית ארוכה שעדיין לא הסתיימה. יו"ר המועצה הודה לד"ר עקה-זוהר, ראש מינהל איכות, שירות ובטיחות הטיפול במשרד הבריאות, על הירתמותה לנושא ולכל חברי המועצה שלקחו חלק פעיל בתת הועדות ובישיבות המועצה.

השלב הבא בתהליך הוא להזמין נציגים של תת הועדות לשיבת הועדה המייעצת למדדי איכות. בכל שנה מוצעים ומתחרים מדדים רבים שלא כולם נכנסים כמדדי איכות. מהמועצה נבחרו חמישה מדדים לקידום. שני מדדים נוספים ייבחנו על מנת לראות האם מתאימים לתכנית המדדים.

בנוסף, נבנית ספריית מדדים עבור בתי החולים לצורך שימוש באופן עצמאי. המועצה המליצה על:

- הוצאת חוברת שתרכז את מדדי האיכות שהוצעו על ידי תת הועדות.
- הקמת ועדה לצורך אינטרפרטציה של נתוני סרטן אינטרולוגיה.

תזונה ובטיחות מזון

התפיסה לגבי בטיחות מזון השתנתה עם השנים. ישנו יותר עיסוק מדעי בנושא וצורך בידע ובהבנת הקשר בין תזונה לבריאות עבור כל אנשי המקצוע שעוסקים בנושא.

חשוב לשפר את הממשק בין טכנולוג מזון לדיאטניות קליניות בין היתר בשל השיח השונה בין אנשי המקצוע בתחום. לפני מספר שנים הוקמה "ועדת תגובות" של המועצות הלאומיות. בכל פעם שהייתה מתפרסמת ידיעה מורכבת לתקשורת שהינה בתחום השיח של המועצות הלאומיות היה מועבר דף לדוברת משרד הבריאות עם המלצות לתגובה. המועצה המליצה על:

הקמת ועדת תגובות של המועצות הלאומיות לצורך מתן מענה לנושאים דחופים שמועלים בתקשורת.

פריקטים של מחלקת תזונה, משרד הבריאות

המחלקה לתזונה מוצפת בפניות מהציבור בנושאי תזונה. הציבור הוא חלק משמעותי בקבלת החלטות והבנת השטח. כל מספר שנים נערך עדכון של ההמלצות התזונתיות. המחלקה לתזונה עובדת על העדכון כאשר המטרה היא לאמץ את ההמלצות המתאימות ביותר למדינת ישראל, תוך שימת דגש על הדיאטה הים תיכונית. הדגש בדיאטה זו הוא לא רק על תזונה, אלא גם על התנהגות תזונתית כגון: בישול ביתי, פעילות גופנית, שתיית מים ועוד. חשוב שהמועצה תהיה שותפה בתהליך.

שיתוף הפעולה והאינטראקציה בין רופאים ודיאטניות קיים מזה שנים רבות. איסוף הנתונים שמתבצע על ידי המחלקה לתזונה הינו משמעותי ויכול לסייע בחיזוק התקשורת בין הרופאים לדיאטניות. המועצה לא המליצה המלצות אופרטיביות בשלב זה.

סיכום המלצות ועדת הפחתת צריכת משקאות ממותקים

הנושא הוצג במועצה הלאומית לתזונה, גסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד ונשלח לחברי המועצה לסבב הערות. בעקבות המלצת המועצה הנושא הוצג במועצה הלאומית לסוכרת והתווספו לועדה נציגיה.

אחת ההמלצות מהישיבה במועצה הלאומית לסוכרת הייתה הצגת הנושא במועצות לאומיות נוספות.

המחקרים עליהם מבוסס נייר העמדה לקוחים בעיקר מארצות הברית כיוון שבארץ אין מספיק מחקרים בנושא. בסקרים בין לאומיים של HBSC שמובלים על ידי אוניברסיטת בר אילן, ישראל בין המדינות המובילות בעולם בצריכת משקאות ממותקים על בסיס יומיומי בקרב ילדים ובני נוער. קיים נוהל להפחתת משקאות ממותקים בבתי ספר אולם אין אכיפה של הנוהל. המועצה המליצה על:

- העברת נייר העמדה לסבב הערות סופי של חברי המועצה.
- הצגת הנושא בפני המועצה הלאומית לבריאות הקהילה והמועצה הלאומית למניעה וטיפול במחלות לב וכלי דם.



העלאת מודעות לאבחון צליאק

הנושא עלה לדיון בשל פניות מטעם עמותות הצליאק בישראל בהן הוצגו מקרים של עיכוב באבחון המחלה. המטרה הייתה בחינת אפשרויות להעלאת הנושא למודעות הרופאים. שיעור התחלואה בישראל הינה 1%. לפי ההערכה רק כרבע מהחולים מאובחנים. אחת ההצעות מטעם העמותות הייתה לבצע בדיקת סקר. במחלת הצליאק עוברות במוצע שנתיים מזמן ההתפרצות של המחלה ועד להופעת הסימפטומים. פרק זמן כזה לא מצריך סקרינינג. 50% מחולי הצליאק לא מקפידים על דיאטה נטולת גלוטן בשל מורכבותה. לפי הספרות העולמית ההמלצה הינה בדיקה סלקטיבית לצליאק המבוססת על פוטנציאל להימצאות המחלה: סיפור משפחתי, סימפטומים של כאבי בטן, אנמיה וכו'. הבדיקה מאוד יעילה והסיכוי שלא לאבחן ילדים סימפטומטיים הינו נמוך מאוד. לגבי א-סימפטומטיים, היקף הנזק איננו ידוע, ולכן ההמלצה העולמית הינה ביצוע בדיקה סלקטיבית. מאז שהתגלה כי צליאק איננו גורם לתמותת עוברים לא מומלץ על ביצוע סקרינינג כללי. המועצה המליצה שלא לערוך סקרינינג כללי לצליאק באוכלוסייה.

הפטיטיס B

משרד הבריאות דורש דיווח על אירועי הפטיטיס B אקוטית (לא כרונית). ייתכן וקיים תת דיווח בנושא. כמעט 100% מהמקרים המדווחים לא קיבלו את החיסון להפטיטיס B, וזו כנראה הסיבה להתלקחות. ההנחיות של משרד הבריאות הן ביצוע סקרינינג לנשים בהריון בסיכון גבוה, אולם אין הגדרה ברורה לסיכון גבוה. עמדת ה-WHO ו-AASLD הינה לבצע סקרינינג לקבוצות סיכון גדולות באוכלוסייה. נערכה בדיקת עלות-תועלת בארץ. הבדיקה נגזרה ממאמר שכלל נתונים אמריקאים ובחן שלוש אסטרטגיות מניעה. האסטרטגיה המומלצת לארץ היא בדיקה וטיפול בנשים על מנת למנוע הדבקה בשיעור ניכר בילדים. לאחר התאמה לישראל, עולה כי חיסונים יפחיתו משמעותית את מספר הילדים שיידבקו. ועדת כבד של המועצה המליצה על סיקור עבור כלל הנשים בהריון בישראל לנשאות להפטיטיס B, ועל בדיקות לחולים שצריכים לעבור כימותרפיה וטיפולים ביולוגיים.

סלמונלה - עדכון

מדובר באירוע תקשורתי, בטיחותי ובריאותי. כל מפעל מזון בו קיימת מערכת בקרת איכות ובטיחות לצורך ייצור מזון ושעומד בדרישות משרד הבריאות מבצע בקרה עצמית. לכל מוצר יש את הפרמטרים הספציפיים שנבדקים עבורו בהתאם לסכנות העיקריות הרלוונטיות למוצר עצמו. המועצה המליצה: בנושאים הקשורים למועצה, תתקיים התייעצות של המשרד עם המועצה בטרם פרסום נהלים חדשים.

הליקובקטור פילורי במבוגרים

קיימים מחקרים הממליצים על הכחדת החיידק כיוון שנוכחותו מעלה ב-10% את הסיכון לפתח סרטן קיבה. בנוסף, ישנן מחלות נוספות העלולות להיגרם כתוצאה מנוכחות החיידק. מחקרים אחרים טוענים כי החיידק נמצא באופן קבוע אצל בני אדם במשך אלפי שנים, ואין בו סיכונים, ולכן אין צורך להכחידו. המועצה המליצה על:

- להתייחס לישראל כמדינה בה עמידות לקלרטרומיצין היא למעלה מ-15%.
- חברי ועדת הליקובקטור פילורי יגישו למשרד הבריאות גרנט מטעם המועצה לצורך קיום מחקר על שכיחות, רגישות ויציבות הליקובקטור.
- הוצאת מכתב ליו"ר איגוד גסטרואנטרולוגיה בילדים, לצורך טיפול בבני נוער עם סימני דיספסיה.
- העברת נייר עמדה של המועצה בו ייכללו, בין היתר ההמלצות הבאות: לא להמשיך לתת טיפול משולש להליקובקטור. נמצא כי בדיקת הליקובקטור בצואה, היא רגישה פחות מבדיקת הנשיפה, ולכן יש להעדיפה.

המועצות הלאומיות לבריאות דוח פעילות שנתי

2016



הליקובקטור פילורי בילדים

קיימים הבדלים בין הביטויים הקליניים של ההליקובקטור פילורי בין ילדים למבוגרים. מכאן, נגזר גם השוני באופי הטיפול. ההנחיות הנוכחיות בילדים ניתנו בשנת 2011, ועל כן הוקמה ועדה לניסוח הנחיות חדשות.

תעודף תרופות וטכנולוגיות סל הבריאות 2017

נושאים עיקריים לדין במועצה הלאומית לשנת 2017

• הקמת בנק מדדים בתחומי העיסוק הרלוונטי למועצה בקהילה.





משרד הבריאות



המועצה הלאומית למניעת אובדנות



יו"ר: פרופ' גיל זלצמן



חברי המועצה הלאומית מניעת אובדנות

פרופ' גיל זלצמן - יו"ר המועצה

ד"ר אבשלום אדרת
פרופ' אלן אפטר
ד"ר אסתי אשל
עו"ד אורית בוצר
ד"ר סנדרין בורשטיין
פרופ' מיקי בלוך
סא"ל ד"ר אריאל בן יהודה
ד"ר יוכי בן-נון
ד"ר חנה בר-יוסף
גב' פני ברבלק
*פרופ' יורם ברק
גב' ימימה גולדברג
גב' נחמה גולדברגר
עו"ד רות דיין-מדר
ד"ר שירי דניאלס
גב' מיטל הוברט-אשכנזי
עו"ס יפה וולמן
ד"ר טלינה וינוקור
מר איציק זהבי
ד"ר סמי חמדאן
עו"ס זוהר חמו
ד"ר שי חן גל
פרופ' חגי חרמש
*אל"מ ד"ר רינת ידידיה
עו"ס חיה ישראל
גב' יפעת כהן בן שלוש
גב' ורד כהן זרובבל
גב' איילת כוכבי-סמסליק
ד"ר אדי לאודן
*מר עדי להב
ד"ר גבי לובין
*מר אורי מובשוביץ
ד"ר יוכי סימן טוב
*אל"מ ד"ר אייל פרוכטר
פקד עומר פרי
ד"ר חוה פרידמן
עו"ס מירה קיזר
מר גיל רביב
מר הדר רון
גב' ליאורה רמון
ד"ר מרנינה שוורץ וונטיק
פרופ' ישראל שטראוס
עו"ס אילן שריף

* תום מינוי



דוח המועצה הלאומית למניעת אובדנות

2015 - 2016

אובדנות בקרב חרדים- מידע סטטיסטי

נתונים סטטיסטיים הקשורים להתאבדויות במגזר החרדי מראים כי שיעור האובדנות במגזר החרדי בקרב בני נוער ומתבגרים נמוך יחסית. נראה מהנתונים שהוצגו שלכידות חברתית ואיסור דתי להתאבד מביא להורדת הסיכון באוכלוסייה זו. חשוב ללמוד את נושא הלכידות כפקטור חברתי מגן גם באוכלוסיות אחרות. פקטור ההסתרה מקשה על נתוני אמת מדויקים. כמו כן קיים קושי של חרדים לפנות לקו החם של ער"ן כיוון שאינו קו "כשר".

אמונה דתית ואובדנות-תוצאות סקר ארצי במתבגרים

מחקר שבוצע בבית החולים גהה על סמך נתונים ממשרד הבריאות בדק את הקשר בין דתיות ואובדנות במתבגרים יהודים. מהמחקר עלה כי נתונים ראשוניים מצביעים על השפעה עצמאית מגינה של דתיות מפני אובדנות בבני נוער יהודים. המועצה המליצה:

- לבצע התאמה בתכנית הלאומית בהתאם לממצאים.
- פקטור הדיכאון הוא גורם סיכון משמעותי גם באוכלוסייה זו וגובר על ההגנה של האמונה הדתית. הוצע סקר לאיתור דיכאון ברמת רופא משפחה במגזר הדתי.

דיון בנוכחות נציגי קופות החולים בנושא הממשק בין הגורמים המאתרים לגורמים המטפלים

אחת החולשות של התכנית הלאומית למניעת אובדנות הינה הממשק הרופף עם קופות החולים, שלאחר הרפורמה אמור להיות אף יותר הדוק. נציגי הקופות הציגו את הממשק בין הגורמים המאתרים לגורמים המטפלים, כל אחד בקופה אותה הוא מייצג. המועצה המליצה למנכ"ל משרד הבריאות לפנות למנכ"לי קופות החולים ולגייסם כשותפים לטיפול בנושא מניעת האובדנות. מומלץ להנהלת המשרד לבקש מקופות החולים דוח שנתי על הנעשה.

הצגת עבודת תת הועדה בנושא ניסיונות אובדניים

הועדה הציגה עבודתה בפני חברי המועצה. בעקבות המלצת תת הועדה, בכוונת משרד הבריאות להפיק דוח שנתי שישקף את הנעשה במרפאות בריאות הנפש של משרד הבריאות ויכלול את מספר המטופלים שהתקבלו לטיפול בפילוח לפי גיל ומין ובראיון הקבלה ידווח על ניסיון אובדני בעבר. המועצה המליצה להנהלת המשרד על עריכת סקר המשכי בקרב כלל האוכלוסייה לבירור מפת ניסיונות ההתאבדות בקרב קבוצות גיל נוספות, אשר יכלול גם דמוגרפיה וטריגרים וסייע לטיפול במניעה בעתיד. המועצה המליצה למנות וועדה מתמדת למעקב אחרי ביצוע המלצות תת הועדה בנושא ניסיונות אובדניים ולדווח למועצה בשנה הבאה. המועצה המליצה שהמידע המתקבל מכל מי שיש לו נגישות למידע, ירוכז והנתונים יועברו למועצה באופן בקובץ אחד.

הצגת תכנית "מיתרים" ל- postvention של עמותת אנוש

נציגי עמותת אנוש הציגו את תכנית "מיתרים" ל- postvention - מניעה שניונית במשפחות אחרי התאבדות. התכנית מתמקדת במישור הטיפולי והמערכתי. הטיפול מוענק לבני משפחות המעוניינים, ללא קשר למועד בו התרחשה ההתאבדות. המטרה היא שיהיו מטפלים מוסמכים שעברו הכשרה בשכול ואובדן בתחנות הטיפול המשפחתי. המועצה המליצה להעלות את הפריסה של קבוצות התכנית, שכרגע פועלות בשני אזורים בארץ, על פני כל הארץ. כמו כן המועצה המליצה להצמיד איש מקצוע בכיר כמדריך למטפלים בקבוצות.

מבחר ממצאים מפרסום אובדנות בישראל 2016

הוצגו נתוני אובדנות בישראל בשנת 2016. על פי הנתונים שהוצגו ניתן לראות ירידה בשיעור התאבדויות בקרב גברים, בני נוער ונשים מבוגרות. כמו כן קיימת ירידה משמעותית בשיעור ההתאבדויות בנשק בקרב בני נוער.



שיעור ניסיונות ההתאבדויות המתוקנן לגיל יציב יחסית בשלוש השנים האחרונות. בגילאי 18-21 שיעור ההתאבדויות הגבוה ביותר. המועצה המליצה לפלח בנפרד את הגילאים 15-18 ולא 15-24 על מנת לספק את המידע למשרד החינוך על התאבדות תלמידים, נתון אשר הינו משמעותי מאוד עבורם. הליברליות במתן נשקים לאוכלוסייה אזרחית ולחיילים צפויה לעלות את שיעורי ההתאבדות. הרחקת אמצעים היא האסטרטגיה הטובה ביותר למניעת אובדנות. המועצה המליצה לשקול מחדש את מדיניות ההקלות מול משרד לביטחון פנים.

הצגת שלושת נוהלי מנהל רפואה בנושא התאבדויות

המועצה המליצה לעדכן את החוזרים כדי שיתאימו לעידן הרפורמה ולשינוי הנהלים ולעשות סדר בטפסים. נדרשת התייחסות יותר מדוקדקת בנושא הרצף הטיפולי בקטינים. כמו כן המועצה המליצה ליצור טופס למילוי על ידי כוחות המשטרה שנמצאים בשטח.

תכנית YAM בנושא מניעת התאבדות בגילאים צעירים, כולל בצבא

מחקר SEYLE חקר אובדנות ב- 11 מדינות באירופה ובדק 3 תכניות התערבויות שונות למניעת התאבדות בבני נוער. אחת התכניות הייתה תכנית YAM (Youth Aware of Mental Health) בה נעשית עבודה ישירה עם תלמידים בת 5 שעות והיא נמצאה כמוצלחת ביותר. תוך שנה נצפתה ירידה בניסיונות התאבדות, במחשבות על התאבדות ובדיכאון. התכנית מועברת לתלמידים על ידי אנשי חינוך. בעבודה עם בני נוער הדגש חייב להיות במשרד החינוך ובבתי הספר. בעקבות התכנית באירופה ובארץ נצפו עליות בהפניות לטיפול בבריאות הנפש. המועצה תמנה צוות שינסח הצעה מסודרת בה תוצג התכנית ויעילותה עם המלצת המועצה. ההמלצות יוגשו לשר החינוך ח"כ נפתלי בנט.

ארגון "חבל הצלה" למניעת אובדנות בקרב אבות

ארגון וולונטרי הפועל בהתמקדות בקבוצת הסיכון של אבות/ גברים בישראל. נציג הארגון הציג אותו בפני חברי המועצה על מנת להעלות את המודעות לקיומו. יו"ר המועצה הציע לקיים קשר בין ארגון "חבל הצלה" לבין עמותת ער"ן לשם הדרכה, משרד הבריאות ומשרד הרווחה. כמו כן המליץ לארגון להפוך לעמותה כגוף משפטי, בין היתר על מנת להיות מוגנים בפני תביעות עתידיות.

hotspots ידועים כיום במשטרת ישראל

"נקודות חמות" הן אתרים שלאורך זמן אירעו בהם מספר מקרי התאבדות. האחריות לאיתורן היא בידי היחידה לניתוח גיאוגרפי השייכת למחלקת אסטרטגיה ומחקר, אגף תכנון וארגון במשטרת ישראל. המועצה המליצה על:

- הקצאת רבע משרת עוזר מחקר לצורך עריכת מחקר ומיפוי hotspots ליחידה לניתוח גיאוגרפי - מחלקת אסטרטגיה ומחקר, אגף תכנון וארגון, משטרת ישראל.
- ליישם את התכנית שפותחה על ידי המשרד לביטחון פנים של עיר ללא אלימות בהקשר ל hotspots לאלימות, גם בתחום האובדנות.
- שמנכ"ל משרד הבריאות יפנה למפכ"ל משטרת ישראל על מנת לטפל בנושא קבלת המידע מהמשטרה.
- להעביר מכתב למנכ"ל מד"א ומנכ"ל איחוד הצלה בנושא מסירת נתונים מדויקים.
- להציב במקומות המוגדרים כ hotspots ובחופי הים שילוט עם טלפון של עמותת ער"ן וכתובת מייל של עמותת סה"ר.
- לקיים דיון בנוכחות יו"ר המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכות הבריאות בנושא תקינה לברד anti-suicide במקלחות במקומות מסוכנים כגון בתי חולים פסיכיאטריים, בתי כלא ועוד.



פגישת מעקב לגבי הגבלת כמות כדורי אקמול בחפיסה OTC

בישראל 3 קטגוריות של תרופות: תרופת מרשם, תרופת OTC - תרופה שרק רוקח רשאי לנפק ואין לה נגישות לקהל הרחב, תרופת GSL - רשימת תכשירים לשיווק כללי שלא בידי רוקח בבית המרקחת או בעסק מיוחד (שאושר על ידי משרד הבריאות). מרבית האריזות הנמכרות בעסק מיוחד מוקטנות ביחס למה שקיים בבית המרקחת. לאחר שעלה לדיון במועצה נושא הפאראצטמול בוצע סקר. התקנות מדברות על כך שלא ניתן לרכוש יותר מ- 3 אריזות של 16 כדורים. האריזה הגדולה ביותר שניתן לקנות בישראל היא אריזה של 50 כדורים. המועצה המליצה באופן חד משמעי שלא ניתן יהיה למכור יותר מקופסא אחת של 16 כדורים ממשפחת הפאראצטמול בתרופות GSL. כמו כן, המועצה המליצה לאסור על מכירת תרופות לקטינים, רק מגיל 16 ומעלה. גם לגבי תרופות OTC המועצה המליצה לשקול להוריד את הכמות של אקמול ל- 16 כדורים בחפיסה אחת כפי שנעשה בבריטניה בהצלחה רבה. מומלץ לפנות למרכז הרעלות הארצי ברמב"ם לקבלת נתוני התאבדות בהרעלה בישראל. המועצה המליצה לקיים שיחת אזהרה עם הרוקחים לגבי אכיפת תשאל הלקוחות. המועצה תפנה ליו"ר ארגון הרוקחות בישראל, למנהל הועדה המקצועית של הארגון וליו"ר הועדה המקצועית של הארגון בבקשה להעלות את הנושא באחד מערבי הפארמה.

נושאים עיקריים לדיון במועצה הלאומית לשנת 2017

- תכנית YAM מותאמת לחיילים
- מניעת אובדנות בפסי רכבת
- מיפוי hotspots- המשך
- הגבלת כדורים בחפיסה- המשך
- פיקוח על נשק- המשך
- תת ועדה לניסיונות אובדניים
- שומרי סף רופאים- חומר פרסומי ולומדה
- תכנית לאומית- המשך יעוץ ליווי ופיקוח





משרד הבריאות



המועצה הלאומית לבריאות דיגיטלית וחדשנות בשירותי הבריאות



יו"ר: פרופ' רוני גמזו



חברי המועצה הלאומית לבריאות דיגיטלית וחדשנות בשירותי הבריאות

פרופ' רוני גמזו - יו"ר המועצה

עו"ד טליה אגמון
ד"ר הזר אלעד
מר ינון אלרועי
מר דני אנגל
פרופ' חיים ביטרמן
ד"ר יאיר בירנבאום
עו"ד אלון בכר
עו"ד אורן בלושטיין
פרופ' גבי ברב"ש
מר יחיאל גפנר
ד"ר מיקי הברטל
מר נעם הנגבי
ד"ר אורלי וינשטיין
פרופ' יורם וייס
* מר עופר וייסברג
גב' ציונה חקלאי
סא"ל דרור יפרח
פרופ' אבי ישראלי
ד"ר בעז לב
גב' שירה לב עמי
מר ברונזו לביא
פרופ' אפרת לוי-להד
פרופ' חנן מוניץ
פרופ' שלמה מור-יוסף
ד"ר אסתר סייג
ד"ר אתי סממה
גב' רוני ספיר
ד"ר חנה צפיר
גב' שרה צפיר
מר ניר קונר
ד"ר שלומי קודש
מר ניר קידר
מר מוריס קסנר
גב' סיגל רגב רזנברג
ד"ר יוסף רזנבלום
ד"ר אייל שוורצברג
ד"ר יאיר שינדל
פרופ' ורדה שלו
פרופ' מרדכי שני
פרופ' יורם שפירא

* תום מינוי



דוח המועצה הלאומית לבריאות דיגיטלית וחדשנות בשירותי הבריאות

2015 - 2016

תכנית העבודה של בריאות דיגיטלית במשרד הבריאות

תכנית העבודה של בריאות דיגיטלית כוללת מהלכי הקמה, יישום, תמרוץ והסדרה. סוג המהלך נבחר בהתאם לצורך. בתכנית העבודה מבוצעים ומתוכננים עשרות פרויקטים, שנועדו ליצור תשתיות טכנולוגיות וארגוניות עבור מערכת הבריאות, רובן של מידע כעורק חיים של מערכת הבריאות, חדשנות מערכתית ומדיניות התומכת בבריאות הדיגיטלית. שינויים אלו מאפשרים לקדם תמורות באופן שבו ניתנים שירותי רפואה בישראל, תמורות שנועדו כולן בסופו של דבר לשרת את ציבור המטופלים, כשהמטופל עומד במרכז:

- המטופל במרכז: חיזוק המטופלים והעצמתם באמצעות כלים המגדילים את מקום המטופל בניהול בריאותו ואת ניהול הטיפול בו בין הארגונים הרפואיים השונים.

תמורות בציר השינוי של הפרט:

- טיפול מותאם אישית: קידום מחקר, פיתוח והטמעה של כלים המאפשרים לתעד מידע נרחב יותר אודות המטופל על מנת להתאים לו את הטיפול המיטבי, וכן כלים המותאמים למטופל באופן ייחודי, ובראשם מערכות תומכות החלטה, שימשו את המטופלים במהלך הטיפול.
- קידום בריאות ומניעת חולי: קידום השימוש בכלים דיגיטליים באופן המעביר את המיקוד מהטיפול בחולי לרפואה מונעת.

תמורות בציר השינוי של המערכת:

- בריאות בת קיימא: קידום הפיתוח וההטמעה של מערכות המגבירות את האפקטיביות התפעולית והניהולית במערכת הבריאות, באופן המאפשר להפיק יותר מהמשאבים הקיימים.
- בריאות זמינה: פיתוח והטמעה של כלים דיגיטליים המשפרים ומיעלים את התקשורת בין משרד הבריאות לגורמים המקבלים ממנו שירותים, ובין ארגוני הבריאות לציבור.

היבטים דיגיטליים בתכנית העבודה של משרד הבריאות

במטרה להגביר את ההיכרות והמעורבות של ארגוני הבריאות עם תנופת העשייה הדיגיטלית המתרחשת במשרד הבריאות, נציגים ממינהלים שונים במשרד הבריאות הציגו בפגישות המועצה פרויקטים דיגיטליים המקודמים במסגרת תכנית העבודה של המינהל.

מינהל טכנולוגיות רפואיות ותשתיות רפואיות:

המינהל מקדם שימוש בכלים דיגיטליים להפחתת חסמים מול התעשייה במסגרת הרפורמה בתמרוקים ובאמ"ר. המינהל פועל להנגשת מאגרי מידע על טכנולוגיות רפואיות לציבור ולמגזר העסקי, בנושאים כגון: תכשירים ותרופות, תמרוקים, אמ"ר וניסויים קליניים. במקביל, מקודמים מהלכים לקביעת מדיניות מבוססת נתונים בתחומים: יבוא תכשירים, דיווח תופעות לוואי, שימוש בטכנולוגיות בבתי חולים ומאגרים גנטיים.

מינהל הרפואה:

המינהל משתתף בקידום מערכת לרישוי מקצועות הרפואה המקצרת באופן משמעותי מאוד את תהליכי הרישוי. המינהל מוביל, במסגרת פרויקט המלר"דים, הטמעת מערכת לניהול תורים במלר"דים, המהווה בסיס לשיפור חווית המטופל ומאפשרת כלי בקרה ושליטה לצוות המלר"ד, לבית החולים ולמשרד הבריאות. במינהל מוטמעת מערכת לניהול בקרות, שתאפשר השוואה והצגת סטטיסטיקות של תוצאות הבקרות על פני זמן. המינהל משתמש במערכות BI למטרת קביעת מדיניות בנושאים כמו: דיווח אירועים חריגים, תפוסות בבתי החולים, וזמינות שירותי קופות בקהילה.

המועצה ממליצה להפריד בין דיווח על אירועים חריגים במערכת ענבל לדיווח אירועים חריגים למשרד הבריאות, על מנת שלא לפגוע באיכות הדיווחים המוזנים לענבל.

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי:

המינהל הוביל פיתוח משחק מחשב בשפה הערבית בשיתוף עמותת תפוח ומייקרוסופט, במטרה לקדם אוריינות דיגיטלית ובריאותית של ילדים במגזר הערבי. המינהל מוביל שימוש בכלי דיגיטלי להיועצות עם הציבור כחלק מתהליכי קבלת החלטות. המינהל משתמש בניתוחים מבוססי מידע בנוגע לאי שוויון בנגישות ובאיכות השירותים במערכת הבריאות. על מנת להרחיב את היכולת להפיק תובנות מהנתונים הקיימים במשרד, המינהל פרסם לציבור הרחב קובץ נתוני בריאות נרחב והעמיד פרסים כספיים בתמורה למציאת תובנות משמעותיות מהנתונים.



המועצה ממליצה לארגוני בריאות להרחיב את השימוש בפלטפורמות דיגיטליות לשיתוף ציבור. על מנת לצמצם את הסיכוי לפגיעה בפרטיות, המועצה ממליצה לוודא שבכל החיתוכים האפשריים של נתונים הנחשפים לציבור יהיה מספר גבוה מספיק של פרטים.

מינהל איכות, שירות ובטיחות:

המינהל מנגיש לציבור את מדדי האיכות של בתי החולים באמצעות מערכת BI, במטרה להגביר את יכולתו של המטופל לבחור בית חולים המתאים לצרכיו. המינהל פועל לצרף ל-BI גם סקרי חווית המטופל. תפעול, ניהול, ותיקוף הדיווחים לתכנית המדדים נעשה באמצעות מערכת ממוחשבת. בהמשך מתוכנן להשתמש בכלים דיגיטליים למדידת Patient Reported Outcomes. נעשה שימוש בטפסים מכוונים בפניה למשרד ע"י לקוחותיו. כמו כן, המינהל משתמש במערכת מידע לפניות הציבור, שותף ביצירת לומדות לקידום בטיחות הטיפול, ובמערכת לזימון תורים באינטרנט לטיפות חלב שבאחריות המשרד. המועצה ממליצה למשרד הבריאות לקדם מהלך להנגשת מדדי האיכות בקהילה לציבור, וכן להשקיע בפרסום העובדה שהמידע מונגש לציבור. כמו כן, המועצה ממליצה למשרד להציג לציבור מדדים נוספים הקיימים במאגרי המידע שלו.

שירותי בריאות הציבור:

במסגרת תכנית "אפשריבריא" נעשה שימוש רחב יחסית בכלים דיגיטליים: מדיה חברתית, כלי דיגיטלי לשיתוף ציבור, ואתר אינטרנט הכולל בין היתר משחקי מחשב. כמו כן, קיים רצון ליצור מאגר מידע מתעדכן בנושא מזון ותזונה ולהנגיש אותו לציבור באופן שיאפשר להפיק ממנו תובנות ולבנות על בסיסו אפליקציות שונות לשירות הציבור והתעשייה. במסגרת "רפורמת הקורנפלקס" הפיקוח על יבואני מזון נעשה בשימוש במערכת מידע ואלגוריתמים. נעשית עבודה על מערכת בקרות מזון ועל מערכת לשיתוף מידע אודות בקרות במט"שים (מי ביוב) בשיתוף פעולה עם משרדים נוספים. מערכת חדשה למחלות מחייבות הודעה נמצאת בתהליכי פיתוח ותחליף את הקיימת, ונעשית התקדמות ביצירת רשומות חיסונים לאומית במסגרת בריאות התלמיד וטיפות חלב והעברה של מידע על חיסונים מהקופות ואלהן, בתלוי בשיתוף הפעולה של הקופות. המועצה ממליצה לפעול בחיפוש לקידום העברת מידע בנושא חיסונים מקופת חולים כללית.

שיתוף מידע בין ארגוני הבריאות

הוצג למועצה סטטוס התקדמות הפריסה של מערכת "אופק" לשיתוף מידע בין ארגוני בריאות. כיום הרשת כוללת את כל קופות החולים, צה"ל, כל בתי החולים הכלליים, ובתי החולים הגריאטריים והפסיכיאטריים של הכללית. חיבור יתר בתי החולים הגריאטריים והפסיכיאטריים (מידע פסיכיאטרי נמצא ברשת סגורה לגורמים פסיכיאטריים בלבד) נמצא בתהליך, וכן שירות בתי הסוהר נמצא בהיערכות לקראת חיבור. מערכת "איתן" תהווה את הדור הבא של רשת שיתוף מידע, וצפויה להתחיל להיפרש תחילה בקופות החולים. המערכת תכיל מנוע תרגום שיאפשר לתרגם את שפות הקידוד השונות בארגוני הבריאות בזמן שיתוף המידע ביניהם, ולהציג מידע מקודד. במקביל, מקודם פרויקט שיאפשר צפייה בדימות מאתרים שונים באמצעות רשת שיתוף מידע.

המועצה ממליצה למועצה הלאומית לכירורגיה לדון בנושא הצגת דוחות ניתוח ברשת שיתוף מידע, וממליצה למשרד הבריאות לקדם את הטמעת איתן בקופות החולים באמצעות תמריצים, תוך מניעת כפילויות בהעברת מידע בין בתי החולים והקופות כתוצאה מהטמעת איתן במקביל לאופק.

שימושים משניים במידע בריאות

המועצה אימצה את המלצות הועדה לבחינת השימושים במידע בריאות, והעבירה אותן למשרד הבריאות. המשרד הקים ועדה ליישום ההמלצות וארבעה צוותי יישום תחת הוועדה המשתפים נציגי המשרד, ארגוני הבריאות, ונציגים מקצועיים רבים נוספים. על מנת למנוע מצב של ואקום הסדרתי, המועצה ממליצה למשרד הבריאות לפרסם בהקדם חוזר שיתבסס על המלצות המועצה ויגדיר הנחיות לתקופת הביניים, טרם סיום עבודת ההסדרה ותהליכי החקיקה הצפויים בעקבותיה.

הטמעת פתרונות חדשניים במערכת הבריאות

הוצג למועצה מיפוי של פתרונות חדשניים בתחום הבריאות, שעל בסיסו התקיים דיון. המועצה ממליצה למשרד הבריאות לפעול לקידום שלושה תחומים מרכזיים באמצעות כלים חדשניים:



שיפור רצף הטיפול בנוסף להיבט הקליני, יש לשקול קידום רצף גם בהיבטים אדמיניסטרטיביים, למשל ייצור התראות אוטומטיות למטפל בקהילה בעת שחרור מאשפוז.

רפואה מרוחק דרך מרכזית להתמודדות עם אתגרי המערכת. המועצה רואה בה נושא מרכזי ודחוף לטיפול, ובעיקר בהרחבת היכולת לבדיקה רפואית מרוחק. יש להגדיר אוכלוסיות חולים כרוניים שעליהן יושם דגש ולקדם מציאת פתרונות שיהיו כדאיים כלכלית.

מערכות תומכות החלטה - שיוטמעו בתיק הקליני ויסייעו בניהול הסיכונים מול חולה תוך ניתוח מידע בזמן אמת. הדחיפות הגבוהה ביותר קיימת בתחום האינטראקציה הבין תרופתית, וכן בזיהוי תופעות לוואי. כמו גם פתרונות שיאפשרו לאתר חולים המועדים להסתבכות, עבור קבלת החלטות קליניות על ידי הגורם המטפל בקהילה או בבית החולים.

מרכזי אתגר

משרד הבריאות פרסם, בסיוע מטה ישראל דיגיטלית ומינהל הרכש במשרד האוצר, מרכזים שנועדו לסייע בקידום החדשנות במערכת הבריאות. מרכזים אלו נקראים מרכזי אתגר מכיוון שהם מציגים אתגר העומד בפני מערכת הבריאות, מבלי להגדיר מראש את הפתרון הנדרש. הגדרת הפרמטרים לבחירת הזוכה לפי האתגר (ולא לפי הפתרון) מאפשרת לסטרטאפים להתמודד באופן שוויוני יותר במרכז ולהציע פתרונות חדשניים או שונים מהצפוי. בכל מרכז יבחרו מספר זוכים שיבצעו פיילוט על מנת לבחון את ישימות הפתרונות המוצעים, ובהתאם לתוצאות הפיילוט תתבצע התקשרות ורכישה מערכתית של הפתרון או הפתרונות הזוכים.

חברי המועצה סייעו בבחירת האתגרים הדחופים של מערכת הבריאות. תעדוף בוצע גם על ידי הנהלת משרד הבריאות. כתוצאה נבחרו שלושה נושאים: העומס במלר"דים ובמחלקות הפנימיות, טעויות בזיהוי המטופל והשמנה. חברי המועצה סייעו בתכנון ראשוני של אופי שיתופי הפעולה הצפויים בשלב הפיילוט.

סיכונים קליניים במערכות מידע

המועצה מכירה בכך שהשימוש במערכות מחשב כחלק מתהליך הטיפול הקליני מוביל לשיפור איכות ובטיחות הטיפול, ויחד עם זאת רואה חשיבות בהתייחסות לעובדה שתקלות מחשוב ופערים בתכנון ובמימוש של מערכות המעורבות בטיפול עלולים לגרום לסיכון לבטיחות המטופל. המועצה הקימה צוות שיבחן את הנושא וימליץ על אופן האסדרה המיטבי של ניהול הסיכונים במערכות קליניות. הצוות בוחן את גבולות הגזרה הרצויים של רגולציה כזו ואת ההנחיות והכללים הנדרשים כדי לשפר את תהליכי ניהול סיכונים במערכות מידע המעורבות בטיפול רפואי, מבלי לפגוע בקידום הרפואה והחדשנות.

רשומה רפואית אישית (Personal Health Record)

המועצה דנה בתכנית משרד הבריאות להרחיב את המידע המוצג למטופל באתר האינטרנט של קופת החולים (PHR) והחצנתו להתקן נייד (כרטיס). המועצה מסכימה שככלל, יש להציג למטופל את המידע הרפואי אודותיו, ועם זאת מדגישה מספר סוגיות מרכזיות הדורשות מענה והתייחסות מצד המשרד: הצגת מידע שקיימת לגבי התייחסות מיוחדות בחוק, הצגת מידע טקסטואלי ושיאיו מובנה, הצגת מידע להורים לקטינים, ואינטראקציה עם המטופל באמצעות ה-PHR.

כחלק מדרכי ההתמודדות עם סוגיות אלו, המועצה ממליצה לאפשר לארגון הבריאות לקבוע סוגי מידע רגישים (כגון תוצאות ביופסיה וציטולוגיה) שיוגשו למטופל רק במפגש עם מטפל או לאחר אישור של מטפל. כמו כן, המועצה ממליצה לאפשר לארגוני הבריאות ליצור שדה טקסט חופשי שיוצג רק למטפלים.

פעילות בינלאומית של משרד הבריאות בנושא בריאות דיגיטלית

המועצה עודכנה בעיקרי הדברים שעלו מהשתתפותה של משלחת רשמית מטעם משרד הבריאות לכנס Datapalooza בווינגטון, שעסק בבריאות דיגיטלית. המועצה עודכנה בחתימת שר הבריאות על מזכר הבנות לשיתוף פעולה עם ארה"ב בתחומי הבריאות. על בסיסו, מדינת ישראל הזמנה לקחת חלק ביוזמות לשיתופי פעולה בינלאומיים שפועלות מזה 3 שנים בין ארה"ב ובריטניה.

המועצה ממליצה למשרד הבריאות לתת משקל לנושא שיתופי פעולה בינלאומיים בבריאות דיגיטלית בתכנית העבודה לשנת 2017, וכן ליעד כח אדם ספציפי לתחום של חדשנות ומידע בריאותי, על מנת להגביר את יכולתו ליישם את שיתופי הפעולה הבינלאומיים.



פרויקט המלר"דים

המועצה עודכנה בסטטוס התקדמות פריסת מערכת לניהול תורים במלר"דים. המועצה המליצה לייצר דאשבורד פשוט למנהלי העבודה במלר"ד, שיציג את העומס בתוך המלר"ד באמצעות שימוש בצבעים (בדומה לרמזור).

נושאים עיקריים לדיון במועצה הלאומית לשנת 2017

- המשך קידום קשרים ותיאום בין ארגוני הבריאות בעולם הבריאות הדיגיטלית בדגש על מידע קליני ומידע אדמיניסטרטיבי
 - הכוונה של פרויקטים רב ארגוניים בעלי היבטים דיגיטליים
 - המלצה ותעדוף של אתגרי מערכת הבריאות והדרכים שניתן להתמודד עימם באמצעות כלים דיגיטליים
 - שיתוף בניסיון ובידע הנרכשים בארגוני הבריאות בקידום מהלכים דיגיטליים ומהלכים לקידום חדשנות
- יש לציין כי המועצה ייחודית מבחינת דרך פעולתה ופועלת בין השאר במטרה לקדם ולהסיר חסמים במימוש אסטרטגיית הבריאות הדיגיטלית והפרויקטים השונים, ואנו צופים דיון בנושאים שונים שיעלו מתוך הפעילות בשטח.

