



הכנס השנתי ה-16 למדיניות הבריאות

יום ד', י"ט בחשון תשפ"ה, 20 בנובמבר 2024
מלון דיוויד אינטרקונטיננטל, תל-אביב

בסימן 30 שנה לחוק
ביטוח בריאות ממלכתי

ספר תקצירים

יושבי ראש הכנס:
פרופ' פהד חכים
פרופ' שרון טוקר

תוכן העניינים

עמ'	
3	תוכנית הכנס
4	תוכנית מושבים מקבילים
8	רשימת הרצאות - לפי א-ב שם משפחה
12	רשימת פוסטרים - לפי א-ב שם משפחה
27	תקצירי הרצאות - לפי מושבים

ועדה מדעית של הכנס:

פרופ' אליק אבירם, פרופ' מוריה אלן, פרופ' חיים ביטרמן, ד"ר שולי ברמלי גרינברג,
פרופ' פהד חכים, פרופ' שרון טוקר, פרופ' אורית קרניאלי-מילר

ועדת שיפוט פוסטרים:

פרופ' פהד חכים - יו"ר
פרופ' מוריה אלן, פרופ' אורית קרניאלי-מילר

ועדת הפרס ע"ש פרופ' חיים דורון:

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



המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

בסימן 30 שנה לחוק
ביטוח בריאות ממלכתי

16 הכנס השנתי ה- למדיניות הבריאות

יום ד' | י"ט בחשוון תשפ"ה | 20 בנובמבר 2024 | מלון דיוויד אינטרקונטיננטל | תל-אביב

יושבי ראש הכנס: פרופ' פהד חכים | פרופ' שרון טוקר

09:30 - 08:30 הרשמה, קפה ותערוכת ePosters

11:00 - 09:30 מליאת פתיחה - יו"ר: פרופ' פהד חכים

פרופ' נחמן אש, יו"ר הוועד המנהל

חה"כ אוריאל בוסו, שר הבריאות

מר משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות

ד"ר אילת לוי שחר - אמא ורופאה: מפגשים רפואיים בתקופה איומה

פאנל - 30 שנה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי: מנחה גב' רוני לינדר

משתתפים: מר שמוליק בן יעקב, יו"ר האגודה לזכויות החולה

פרופ' גבי בן נון, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

מר ליאור ברק, משרד הבריאות

גב' סיגל רגב, לשעבר מנכ"לית מאוחדת

11:30 - 11:00 הפסקת קפה ותערוכת ePosters

13:15 - 11:30 מושבים מקבילים

מושב 1 - מערכת הבריאות בעת חירום

מושב 2 - מדיניות בריאות

מושב 3 - מטפלים במערכת הבריאות

מושב 4 - בריאות הנפש

מושב 5 - יזמות וחדשנות בבריאות

מושב 6 - איכות הבריאות - 20 שנה לתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה

מושב 7 - ארגון השירותים וכלכלת בריאות

14:00 - 13:15 ארוחת צהריים ותערוכת ePosters

16:00 - 14:00 מליאת סיכום - כוח אדם מטפל - יו"ר: פרופ' שרון טוקר

פרופ' שרון טוקר - שחיקת כוח אדם במערכת הבריאות - מיפוי וטיפול

פרופ' רחלי ניסנהולץ-גנות - פגיעות מיניות ביחסי מטפל מטופל בישראל

פרופ' גיל פייר - עזיבת מוחות - האם זה באמת קורה?

פרופ' ציון חגי - פתרונות לשימור רופאים והגדלת מספרם במערכת הציבורית

מר אלכסיי בלינסקי - מצב נוכחי ותכנון כוח אדם רפואי

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

הענקת פרס הפוסטר המצטיין - יו"ר ועדת הפרס - פרופ' פהד חכים

11:30 - 13:15 מושבים מקבילים

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה ↓

מושב 1 - מערכת הבריאות בעת חירום	
עמ'	מיקי הוברטל ברוריה עדיני
28	שרון גולדמן מתקפת מגה אר"ן ב-7 באוקטובר: פרופיל הפצועים המאושפזים והטיפול בבית החולים
29	ניר סמואל האם הילד הפצוע שזה עתה הגיע לחדר הטראומה הזה יזדקק לניתוח מציל חיים דחוף?
30	היאם שופאני גורמים המשפיעים על יעילות הצוות במערכות בריאות תת-קרקעיות במהלך איום מלחמה
31	שרון מרקין טראומה משנית ובריאות בזמני משבר
32	הוניידה דראושה אשפוז בית אקוטי - בשגרה, בחירום ומה שביניהם
33	טוני גוטנטג המקצועי והאישי בתופעת השחיקה בקרב רופאים מתמחים במלחמה: מחקר חתך
34	אריאל קאים ההשפעה של סיקור חדשות 24/7 על בריאות הנפש של ישראלים במלחמת 'חרבות הברזל'
35	אסנת בשקין נפילות מטופלים במחלקת השיקום: ניתוח רב שיטתי של תהליכי עבודה ויישום אסטרטגיות למניעת נפילות בשגרה ובזמן מלחמה
36	מיכל רסין תמיכה בזמן מלחמה בנשות חיילי המילואים העובדות בביה"ח - רצוי מול מצוי
מושב 2 - מדיניות בריאות	
מוריה אלן אבי פורת	
37	רייצ'ל ברנר שלם ועדת גמזו 2024: רפורמה בניהול השדות הקליניים בלימודי רפואה בישראל
38	איתמר פורן השפעת קיצור תורניות על רופאים מתמחים: יתרונות ואתגרים באיזון בטיחות והתמחות
39	גדעון לייבנר מודל תקנון לפי מורכבות למטופלים באגף הפנימי בבתי-חולים בישראל
40	עדי ניב-יגודה מגמות ושינויים ביחס בין "איכות" ו-"מחיר" במכרזים לשירותי בריאות במערכת הבריאות הישראלית בין השנים 2013-2023
41	איילת גרינבאום אריזון הרחבת הסדרי הבחירה של קופות החולים-ככלי לשיפור איכות ונגישות שירותי בריאות: ניתוח השפעות הרפורמה
42	רות וייצברג האם השימוש בביטוח "שירותי בריאות נוספים (שב"ן)" שוויוני? מגמות ודפוסי שימוש בעשור האחרון
43	רעות רון ביטוחי השב"ן כיצור כילאיים - תפיסות מקבלי החלטות ואנשי אקדמיה לגבי ביטוחי השב"ן בישראל
44	ניסים כהן תשלומים בלתי פורמאליים במערכת הבריאות הישראלית: בחינת התופעה והמלצות למקבלי החלטות
45	שרונה צדוק רוזנבלוט תפיסת מצב סיעודי וצריכת שירותי בריאות עבור אנשים מבוגרים: מחקר ניתוח השוואתי בינלאומי רב-שכבתי
46	אביעד אגם תמותת ילדים מטביעה בישראל: מגמות והמלצות לשינויי מדיניות לצמצום היפגעות

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

מושב 3 - מטפלים במערכת הבריאות		עמ'
אנג'לה עירוני איליה קגן		
47	מובילים בניהול רפואי: מאפייני המומחים ותמורות בהתמחות במנהל רפואי, 1987-2022	יואל אנג'ל
48	חסמים להתחלת התמחות של רופאים שקיבלו רישיון ישראלי לעסוק ברפואה	אילה בורגר
49	דילמות מוסריות וקונפליקטים בקרב עובדי בריאות בעקבות שינויים דיגיטליים ואסטרטגיים בבתי חולים ציבוריים בישראל	שיר דפנה תקוע
50	בחינת תפקיד האחות המומחית בכירורגיה: מהטמעה להשגת תוצאים	לימור חן
51	שיפור איכות הטיפול מפרספקטיבה של מדריכים קליניים בתחום האחיות: היתרונות והחסרונות של אסטרטגיות עיצוב העיסוק עם וללא סטודנטים	ירדן אזריאל
52	המדרון החלקלק של עבודת המשמרות ושחיקה: מוטיבציה כגורם מגן על רווחת צוותי האֶחָיוֹת	עינב סרולוביץ
53	הנפגע השני בקרב אחיות: סקירה אינטגרטיבית הבוחנת מקבילות סימפטומים עם הפרעת דחק פוסט טראומטית	שני פישר
54	השוואת ההתנהגות הבריאותית של עובדי בריאות והציבור - לקחים לעיצוב מדיניות	שירה רמות
55	התמודדות עם "משבר האופיואידים" - שיתוף המטופלים בקבלת החלטה על טיפול	שלי קמין-פרידמן
מושב 4 - בריאות הנפש		
דנה צור ביתן ערד קודש		
56	שינויים בצריכת שירותי רפואת הנפש בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש בין השנים 2012-2019	רחלי מגני
57	ניהול מבוסס נתונים: הערכה של מדדי תוצאה ותהליך במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה והקשר לאשפוזים חוזרים	איתמר גרוטו
58	איתור יזום של דיכאון וסיכון לאובדנות ע"י אחיות מרפאה ראשוניות	אור פרידלנדר
59	מחקר ארצי להטמעת טלה-פסיכיאטריה (וידאו-חי) בחדר המיון בהערכת מטופלים לשם אשפוז בכפיה: ממצאים ראשוניים	ליגת שליו
60	התערבויות קבוצתיות ממוקדות עבור מתבגרים בסיכון אובדני - סקירה שיטתית ממפה	חן מייק
61	האם תחלואה נפשית חמורה משפיעה על איכות הטיפול הצרברו-קרדיו-וסקולרי הניתן בבתי החולים בישראל? מחקר רטרוספקטיבי מבוסס התכנית הלאומית למדדי איכות וקובץ האשפוזים הפסיכיאטרים	נעמה בארי דרזנר
62	הקשר בין סוגי שירותי שיקום שונים לאשפוזים פסיכיאטרים בקרב אנשים הסובלים מהפרעה פסיכוטית כרונית	שרון פלורנטין
63	השפעת תוכנית הלימודים, הסטיגמה כלפי האחות והמטופל בבריאות הנפש על החלטה לבחור לעבוד בבריאות הנפש	מירב בן נתן
64	הערכת החיסכון הכלכלי הנובע מהפחתת ימי אשפוז פסיכיאטרי בעקבות טיפול דינמי ארוך ואינטנסיבי במטופלי נפש מורכבים	רפאל יונתן לאוס
65	כלכלת בריאות הנפש בישראל: תמונת מצב, השוואה בין לאומית, היקף והרכב רצויים, כשלים ואתגרים מבניים, המלצות	גדי רוזנטל

↓ לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

מושב 5 - יזמות וחדשנות בבריאות	
עמ'	ענת ברונשטיין קלומק אורנה רגס
66	דרורה בן מיכאל וינקר השימוש בווטסאפ לתקשורת קלינית תוך ציוותית בבתי חולים בישראל: אם אינך יכול לנצח אותו - הסדר אותו
67	נעמי ביטרמן ניטור סמוי של מדדים פיסיולוגיים במרחב הבייתי: מחקר רב לשוני ורב לאומי
68	מורן גורן תוכנית ניטור מרחוק של מטופלי מחלות מעי דלקתיות באמצעות אפליקציה סלולרית
69	חדוה לוין אינטראקציה בין בינה מלאכותית לצוותים קליניים: מחקר חלוץ להשוואת קבלת החלטות קליניות של אחיות יחידת טיפול נמרץ ומודלי בינה מלאכותית יוצרת
70	יעל ארבל פוטנציאל השימוש בכלי בינה מלאכותית גנרטיבית כמקור ידע בתחום שיקום החולה המסוחרר
71	מנחם רתם גישה פרואקטיבית לאיתור וטיפול בחולי אסתמה קשים
72	הדר סמואל הרגלי צריכת מזון ועמדות הציבור כלפי התוכנית לסימון תזונתי בחזית אריזות מזון
73	אולגה בריימן טקץ' בחינת התועלת של ייעוץ תרופתי מקיף, בסיוע טכנולוגיה תומכת החלטה חדשנית, במטופלים כרוניים מרובי תרופות
74	שירלי שפירא בן דוד מערכת חכמה לחסימת בדיקות מעבדה לנגיפים - בחירה מושכלת וחסכון בעלויות
75	רועי ברנע הקשר שבין רפורמות רגולטריות במערכת הבריאות ושינויים בתמהיל הסוציודמוגרפי של המטופלים ואופן מימון הניתוחים ברשת אסותא מרכזים רפואיים
מושב 6 - איכות הבריאות - 20 שנה לתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה	
רונית קלדרון מרגלית אורלי תורן	
76	רונית קלדרון מרגלית עשרים שנה לתכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה: עבר, הווה ועתיד, הישגים ואתגר
77	אלה עין מור האם שימוש בשירותי בריאות משתנה בין קבוצות אוכלוסייה? נתונים מהתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה
78	נור עבדאלהאדי שחברי שירותי הבריאות במזרח ירושלים - איכות, נגישות וזמינות
79	רג'ה אלנאבולסי חווית ההיריון והלידה בצל אלימות מיילדותית מהפרספקטיבה של נשים ערביות ויהודיות וחסמי מערכת הבריאות בישראל
80	דודי האוזנר הנחיות רפואיות מקדימות בישראל - מעקב אחר מימוש ההנחיות בשלושה בתי חולים בישראל
81	מירית כהן הקול הנעדר באיכות הבריאות: השוואת תפיסות אחיות ומטופלים את הטיפול הסיעודי החסר וצלילה לתוך חווית המטופל במחקר משולב
82	אלנה ח'ורי השפעת ניתוח בריאטרי על הערכה עצמית ושמחת החיים של המטופלים
83	מורן שמש עירון תוכנית התערבות אינטגרטיבית לשינוי אורח חיים בקרב מתבגרים עם השמנת יתר חמורה: העלאת שיעורי הגיוס לשירות בצה"ל
84	אורלי טמיר השפעות לוואי של רגולציות בתחום קידום בריאות - סימון מוצרי מזון בישראל כמקרה בוחן

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה ↓

מושב 7 - ארגון השירותים וכלכלת בריאות	
עמ'	שולי ברמלי גרינברג גיל לביא
85	שיפור היעילות הטכנית והפחתת עלויות הטיפול התרופתי באמצעות התערבות רוקח ייעודי במרפאת חוץ המטו-אונקולוגית
86	מיפוי הוצאות מהכיס בסוף החיים בקרב נפטרים ממחלות לב וכלי דם - השלכות לקביעת מדיניות
87	האם מנהלים רפואיים מאמינים בניהול כלכלי מחלקתי?
88	בחינת השירותים, הצרכים והאתגרים בתחום רפואת הכאב בישראל
89	רפואת עור מרחוק - מענה יעיל או מחולל עומס?
90	הענות להנחיות לבדיקות סקר ילודים ולחיסוני שיגרה, מחקר מקרה ביקורת תינוקות שנולדו בלידת בית מתוכננת לעומת תינוקות שנולדו בבית חולים, בשנים 2016-2023
91	גורמים מקדמים ומעכבים לקבלה ושילוב של רפואה מרחוק בקרב צוותים מטפלים ממרכזים רפואיים גריאטריים ממשלתיים
92	הגשת קבילות לשירותי נציבות הציבור במשרד הבריאות על ידי קובלים מהאוכלוסייה הערבית בישראל בשנים 2020-2023: מאפיינים, חסמים ופתרונות
93	צרכים ותפקוד של מחלימות מסרטן שד: הקשר למאפיינים סוציו-דמוגרפיים וקליניים

רשימת הרצאות (א-ב שם משפחה)

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה ↓

שם פרטי	שם משפחה	נושא ההרצאה	שם המושב	עמ'
אביעד	אגם	תמותת ילדים מטביעה בישראל: מגמות והמלצות לשינויי מדיניות לצמצום היפגעות	מדיניות בריאות	46
ירדן	אזראל	שיפור איכות הטיפול מפרספקטיבה של מדריכים קליניים בתחום האחיות: היתרונות והחסרונות של אסטרטגיות עיצוב העיסוק עם וללא סטודנטים	מטפלים במערכת הבריאות	51
רג'דה	אלנאבולסי	חויית ההיריון והלידה בצל אלימות מיילדותית מהפרספקטיבה של נשים ערביות ויהודיות וחסמי מערכת הבריאות בישראל	איכות הבריאות	79
ערין	אלעבאסי	שיפור היעילות הטכנית והפחתת עלויות הטיפול התרופתי באמצעות התערבות רוקח ייעודי במרפאת חוץ המטו-אונקולוגית	ארגון השירותים וכלכלת בריאות	85
יואל	אנג'ל	מובילים בניהול רפואי: מאפייני המומחים ותמורות בהתמחות במנהל רפואי, 1987-2022	מטפלים במערכת הבריאות	47
יעל	ארבל	פוטנציאל השימוש בכלי בינה מלאכותית גנרטיבית כמקור ידע בתחום שיקום החולה המסוחרר	זמות וחדשנות בבריאות	70
נעמה	בארי דרזנר	האם תחלואה נפשית חמורה משפיעה על איכות הטיפול הצרברו-קרדיו-וסקולרי הניתן בבתי החולים בישראל? מחקר רטרוספקטיבי מבוסס התכנית הלאומית למדדי איכות וקובץ האשפוזים הפסיכיאטרים	בריאות הנפש	61
אילה	בורגר	חסמים להתחלת התמחות של רופאים שקיבלו רישיון ישראלי לעסוק ברפואה	מטפלים במערכת הבריאות	48
נעמי	ביטרמן	ניטור סמוי של מדדים פיסיולוגיים במרחב הבייתי: מחקר רב לשוני ורב לאומי	זמות וחדשנות בבריאות	67
דרורה	בן מיכאל וינקר	השימוש בווטסאפ לתקשורת קלינית תוך ציוותית בבתי חולים בישראל: אם אינך יכול לנצח אותו - הסדר אותו	זמות וחדשנות בבריאות	66
מירב	בן נתן	השפעת תוכנית הלימודים, הסטיגמה כלפי האחות והמטופל בבריאות הנפש על החלטה לבחור לעבוד בבריאות הנפש	בריאות הנפש	63
תמי	ברוש	הגשת קבילות לשירותי נציבות הציבור במשרד הבריאות על ידי קובלים מהאוכלוסייה הערבית בישראל בשנים: 2020-2023 מאפיינים, חסמים ופתרונות	ארגון השירותים וכלכלת בריאות	92
אולגה	בריימן טקץ'	בחינת התועלת של ייעוץ תרופתי מקיף, בסיוע טכנולוגיה תומכת החלטה חדשנית, במטופלים כרוניים מרובי תרופות	זמות וחדשנות בבריאות	73
רועי	ברנע	הקשר שבין רפורמות רגולטריות במערכת הבריאות ושינויים בתמהיל הסוציודמוגרפי של המטופלים ואופן מימון הניתוחים ברשת אסותא מרכזים רפואיים	זמות וחדשנות בבריאות	75
רייצ'ל	ברנר שלם	ועדת גמזו: 2024 רפורמה בניהול השדות הקליניים בלימודי רפואה בישראל	מדיניות בריאות	37

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

שם פרטי	שם משפחה	נושא ההרצאה	שם המושב	עמ'
אסנת	בשקין	נפילות מטופלים במחלקת השיקום: ניתוח רב שיטתי של תהליכי עבודה ויישום אסטרטגיות למניעת נפילות בשגרה ובזמן מלחמה	מערכת הבריאות בעת חירום	35
טוני	גוטנטג	המקצועי והאישי בתופעת השחיקה בקרב רופאים מתמחים במלחמה: מחקר חתך	מערכת הבריאות בעת חירום	33
שרון	גולדמן	מתקפת מגה אר"ן ב-7 באוקטובר: פרופיל הפצועים המאושפזים והטיפול בבית החולים	מערכת הבריאות בעת חירום	28
אביבית	גולן כהן	רפואת עור מרחוק - מענה יעיל או מחולל עומס?	ארגון השירותים וכלכלת בריאות	89
מורן	גורן	תוכנית ניטור מרחוק של מטופלי מחלות מעי דלקתיות באמצעות אפליקציה סלולרית	יזמות וחדשנות בבריאות	68
איתמר	גרוטו	ניהול מבוסס נתונים: הערכה של מדדי תוצאה ותהליך במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה והקשר לאשפוזים חוזרים	בריאות הנפש	57
גי'זל	גרין	גורמים מקדמים ומעכבים לקבלה ושילוב של רפואה מרחוק בקרב צוותים מטפלים ממרכזים רפואיים גריאטריים ממשלתיים	ארגון השירותים וכלכלת בריאות	91
איילת	גרינבאום אריזון	הרחבת הסדרי הבחירה של קופות החולים-ככלי לשיפור איכות ונגישות שירותי בריאות: ניתוח השפעות הרפורמה	מדיניות בריאות	41
שיר	דפנה תקוע	דילמות מוסריות וקונפליקטים בקרב עובדי בריאות בעקבות שינויים דיגיטליים ואסטרטגיים בבתי חולים ציבוריים בישראל	מטפלים במערכת הבריאות	49
הוניידה	דראושה	אשפוז בית אקוטי - בשגרה, בחירום ומה שביניהם	מערכת הבריאות בעת חירום	32
דודי	האוזנר	הנחיות רפואיות מקדימות בישראל - מעקב אחר מימוש ההנחיות בשלושה בתי חולים בישראל	איכות הבריאות	80
רות	וייצברג	האם השימוש בביטוח "שירותי בריאות נוספים (שב"ן)" שוויוני? מגמות ודפוסי שימוש בעשור האחרון	מדיניות בריאות	42
אלנה	ח'ורי	השפעת ניתוח בריאטרי על הערכה עצמית ושמחת החיים של המטופלים	איכות הבריאות	82
לימור	חן	בחינת תפקיד האחות המומחית בכירורגיה: מהטמעה להשגת תוצאים	מטפלים במערכת הבריאות	50
אביעד	טור-סיני	מיפוי הוצאות מהכיס בסוף החיים בקרב נפטרים ממחלות לב וכלי דם - השלכות לקביעת מדיניות	ארגון השירותים וכלכלת בריאות	86
ארנה	טל	האם מנהלים רפואיים מאמינים בניהול כלכלי מחלקתי?	ארגון השירותים וכלכלת בריאות	87
אורלי	טמיר	השפעות לוואי של רגולציות בתחום קידום בריאות - סימון מוצרי מזון בישראל כמקרה בוחן	איכות הבריאות	84

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

שם פרטי	שם משפחה	נושא ההרצאה	שם המושב	עמ'
רפאל	יונתן לאוס	הערכת החיסכון הכלכלי הנובע מהפחתת ימי אשפוז פסיכיאטרי בעקבות טיפול דינמי ארוך ואינטנסיבי במטופלי נפש מורכבים	בריאות הנפש	64
מירית	כהן	הקול הנעדר באיכות הבריאות: השוואת תפיסות אחיות ומטופלים את הטיפול הסיעודי החסר וצלילה לתוך חווית המטופל במחקר משולב	איכות הבריאות	81
ניסים	כהן	תשלומים בלתי פורמאליים במערכת הבריאות הישראלית: בחינת התופעה והמלצות למקבלי החלטות	מדיניות בריאות	44
חדזה	לוי	אינטראקציה בין בינה מלאכותית לצוותים קליניים: מחקר חלוץ להשוואת קבלת החלטות קליניות של אחיות יחידת טיפול נמרץ ומודלי בינה מלאכותית יוצרת	יזמות וחדשנות בבריאות	69
גדעון	לייבנר	מודל תקנון לפי מורכבות למטופלים באגף הפנימי בבתי-חולים בישראל	מדיניות בריאות	39
רחלי	מגנזי	שינויים בצריכת שירותי רפואת הנפש בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש בין השנים 2012-2019	בריאות הנפש	56
חן	מייק	התערבויות קבוצתיות ממוקדות עבור מתבגרים בסיכון אובדני - סקירה שיטתית ממפה	בריאות הנפש	60
מנאל	מרעי	צרכים ותפקוד של מחלימות מסרטן שד: הקשר למאפיינים סוציו-דמוגרפיים וקליניים	ארגון השירותים וכלכלת בריאות	93
שרון	מרקין	טראומה משנית ובריאות בזמני משבר	מערכת הבריאות בעת חירום	31
עדי	ניב-יגודה	מגמות ושינויים ביחס בין "איכות" ו-"מחיר" במכרזים לשירותי בריאות במערכת הבריאות הישראלית בין השנים 2013-2023	מדיניות בריאות	40
רחלי	ניסנהולץ-גנות	בחינת השירותים, הצרכים והאתגרים בתחום רפואת הכאב בישראל	ארגון השירותים וכלכלת בריאות	88
הדר	סמואל	הרגלי צריכת מזון ועמדות הציבור כלפי התוכנית לסימון תזונתי בחזית אריזות מזון	יזמות וחדשנות בבריאות	72
ניר	סמואל	האם הילד הפצוע שזה עתה הגיע לחדר הטראומה הזה יזדקק לניתוח מציל חיים דחוף?	מערכת הבריאות בעת חירום	29
עינב	סרולוביץ	המדרון החלקלק של עבודת המשמרות ושחיקה: מוטיבציה כגורם מגן על רווחת צוותי האֶחָיוֹת	מטפלים במערכת הבריאות	52
נור	עבדאלהאדי שחברי	שירותי הבריאות במזרח ירושלים - איכות, נגישות וזמינות	איכות הבריאות	78
אלה	עין מור	האם שימוש בשירותי בריאות משתנה בין קבוצות אוכלוסייה? נתונים מהתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה	איכות הבריאות	77
איתמר	פורן	השפעת קיצור תרונות על רופאים מתמחים: יתרונות ואתגרים באיזון בטיחות והתמחות	מדיניות בריאות	38

לצפייה בתקציר - לחצו על שם ההרצאה

שם פרטי	שם משפחה	נושא ההרצאה	שם המושב	עמ'
שני	פישר	הנפגע השני בקרב אחיות: סקירה אינטגרטיבית הבוחנת מקבילות סימפטומים עם הפרעת דחק פוסט טראומטית	מטפלים במערכת הבריאות	53
שרון	פלורנטין	הקשר בין סוגי שירותי שיקום שונים לאשפוזים פסיכיאטרים בקרב אנשים הסובלים מהפרעה פסיכוטית כרונית	בריאות הנפש	62
אור	פרידלנדר	איתור יזום של דיכאון וסיכון לאובדנות ע"י אחיות מרפאה ראשוניות	בריאות הנפש	58
שרונה	צדוק רוזנבלוט	תפיסת מצב סיעודי וצריכת שירותי בריאות עבור אנשים מבוגרים: מחקר ניתוח השוואתי בינלאומי רב-שכבתי	מדיניות בריאות	45
אריאל	קאים	ההשפעה של סיקור חדשות 24/7 על בריאות הנפש של ישראלים במלחמת 'חרבות הברזל'	מערכת הבריאות בעת חירום	34
רונית	קלדרון מרגלית	20 שנה לתוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה	איכות הבריאות	76
שלי	קמין-פרידמן	התמודדות עם "משבר האופיאידים" - שיתוף המטופלים בקבלת החלטה על טיפול	מטפלים במערכת הבריאות	55
גדי	רוזנטל	כלכלת בריאות הנפש בישראל: תמונת מצב, השוואה בין לאומית, היקף והרכב רצויים, כשלים ואתגרים מבניים, המלצות	בריאות הנפש	65
רעות	רון	ביטוחי השב"ן כיצור כילאיים - תפיסות מקבלי החלטות ואנשי אקדמיה לגבי ביטוחי השב"ן בישראל	מדיניות בריאות	43
שירה	רמות	השוואת ההתנהגות הבריאותית של עובדי בריאות והציבור - לקחים לעיצוב מדיניות	מטפלים במערכת הבריאות	54
מיכל	רסין	תמיכה בזמן מלחמה בנשות חיילי המילואים העובדות בביה"ח - רצוי מול מצוי	מערכת הבריאות בעת חירום	36
מנחם	רתם	גישה פרואקטיבית לאיתור וטיפול בחולי אסתמה קשים	יזמות וחדשנות בבריאות	71
היאם	שופאני	גורמים המשפיעים על יעילות הצוות במערכות בריאות תת-קרקעיות במהלך איום מלחמה	מערכת הבריאות בעת חירום	30
חן	שטיין זמיר	הענות להנחיות לבדיקות סקר ילודים ולחיסוני שיגרה, מחקר מקרה ביקורת בתינוקות שנולדו בלידת בית מתוכננת לעומת תינוקות שנולדו בבית חולים, בשנים 2016-2023	ארגון השירותים וכלכלת בריאות	90
ליגת	שליו	מחקר ארצי להטמעת טלה-פסיכיאטריה (וידאו-חי) בחדר המיון בהערכת מטופלים לשם אשפוז בכפיה: ממצאים ראשוניים	בריאות הנפש	59
מורן	שמש עירון	תוכנית התערבות אינטגרטיבית לשינוי אורח חיים בקרב מתבגרים עם השמנת יתר חמורה: העלאת שיעורי הגיוס לשירות בצה"ל	איכות הבריאות	83
שירלי	שפירא בן דוד	מערכת חכמה לחסימת בדיקות מעבדה לנגיפים - בחירה מושכלת וחיסכון בעלויות	יזמות וחדשנות בבריאות	74

רשימת פוסטרים (א-ב שם משפחה)

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
אבו אחמד ויסאם, וולף שגיא יעל, ארבל רונן, לביא גיל	איכות הבריאות	סיכון לתמותה לאחר התאוששות מאשפוז עקב קורונה: מחקר קוהורט ארוך-טווח
אבו חמד סירת, דאוד ניהאיה	מדיניות בריאות	תפיסת הטיפול המכבד לילודת, חווית הלידה וניהול הלידה בקרב נשים בישראל
אבומוך לבנאוי שורוק, אוצ'רטיאנסקי אנה, יפרח דמארי ענבל	יזמות וחדשנות בבריאות	'האתגר לעקוב נכון' ניטור ANTI Xa מכוילל ל- Edoxaban Rivaroxaban -i Apixaban בקהילה עבור החולה הבריאתרי ואוכלוסיות קצה נוספות
אבורבה מרים, קרגר חיים, חקלאי ציונה	ארגון שרותי הבריאות	משך הזמן מקבלת הרשיון ברפואה לתחילת ההתמחות
אבירן ענת, פרבר רוני, עמר אתי	איכות הבריאות	הקמת שרות ריפוי בעיסוק בתחנות בריאות המשפחה, קופת חולים מאוחדת
אברג'ל קרולינה, אמצ'י ורד, טל חוגה דקלה	איכות הבריאות	התמודדות בריאה למניעת שחיקה ותשישות החמלה
אברהמי סיגלית, מדמוני חגית, קלייטמן ורד	מערכת הבריאות בעת חירום	רפואה במלחמה
אברמוב מעיין, בנימיני יעל, דורי אלינור, ליכטנרטי רונית	מדיניות בריאות	"אין כוח להפסיק" התמדה בטיפולי פוריות גם לאחר כישלונות חוזרים מחקר איכותני
אגם אביעד, מנדלוביץ ספי, מימוני פרנסיס	מדיניות בריאות	נגישות לשירותי בריאות והיפגעות בלתי מכוונת של ילדים בישראל
אגרונסקי ביאטריס, חביב סוניה, גולדברג-קטן לילך, מג'ר בתיה, דאוד ניהאיה	ארגון שרותי הבריאות	תוכנית התערבות בטיפות חלב במחוז חיפה להעלאת איתור אלימות נגד נשים תוך שימוש בכלי מתוקף
אדלר לימור, יהושע אילן, בר ישי מתן, ורד שירז, טל פוני לימור, קאוון גלית, ביליצקי אביטל	כלכלת בריאות - בין חירום לשגרה	עלויות בריאות לפני ואחרי ניתוח בריאתרי: מחקר עוקבה רטרוספקטיבי
אדלר לימור, כהן בר, ורד שירז, מני עמראן מנשה, בר-רצון עדנה, יהושע אילן	מדיניות בריאות	רפואה מונעת בטלה-מדיסין
אדלר מימון נעמי, בלוך אילה, קוזלובסקי מני, שוורץ אלון, גולדברג שרה, מרין עופר	מערכת הבריאות בעת חירום	מלפ"ד - מרכז למיון והתערבות פסיכולוגית ראשונית בחירום
אופיר אורית, שטרק עליזה, אבו אחמד ויסאם, בר זאב יעל	איכות הבריאות	העלאת צריכת קטניות בישראל- מחקר קליני מבוקר להערכת תוכנית התערבות התנהגותית בקרב דיאטניות
אורנשטיין ליאת, שטרית אנג'לה, קלטר-ליבוביץ' עפרה	מדיניות בריאות	Household expenditures on medications: Analysis of the Israeli Household Expenditure Survey (2018)
אילונה ברנץ, עינת וולף	מדיניות בריאות	שילוב אחות בבית ספר יסודי ותפקידה כמקדמת בריאות התלמידים
איסטחרוב יוסף, אילוז לימור, עוז דנה, דראושה הוניידה, סח'ניני ריזאן	ארגון שרותי הבריאות	שיקום בית - צעדים קטנים לחיים גדולים

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
אלמליח אביה, חרד אורפז, זיגמן ניר, סיגל נעמי, עזרן כרמיל	מערכת הבריאות בעת חירום	השפעת מלחמת חרבות ברזל על מדדי תחלואה של מבטחי קופ"ח מכבי מפונים
אלמליח אביה, רבינוביץ סופיה, חוטין אלונה, דביר מריה, יעקובוב דוד, קסוטו אלינור, רב-הון ורד	איכות הבריאות	מעורבות רוקחות קלינית בשיבות יחידת טיפולי בית במכבי שירותי בריאות מחוז דרום
אפלבוים יעל, גורדון עטל-שולמית, חקלאי ציונה	מערכת הבריאות בעת חירום	סגילות מערכת הבריאות לתנאי משבר - ניתוחים אלקטיביים כמקרה בוחן
אפלבוים יעל, גורדון עטל-שולמית, כהן-סימברקנו מאלנה, חקלאי ציונה	מדיניות בריאות	עומס התחלואה ב וירוס סינציאלי נשימתי באשפוז בישראל, כבסיס לתחשיב עלות-תועלת להכנסת החיסון לסל הבריאות
אפרתי חומסקי דקלה, קראוס אסנת, גרינצוייג נעם	ארגון שרותי הבריאות	טיפול בית והתאמות דיור למפונים במלונות ובמגורים הזמניים במלחמת חרבות ברזל
ארבל ענב, דדוש חצב, ילון דוד, זוסמן שלמה פ., נטפוב לנה	ארגון שרותי הבריאות	הבטחת איכות השירות במרפאות שיניים תאגידיות
ארבל רונן, רזי תליש, לרנר-שיכורי מאיה, לוסטמן אלכס	יזמות וחדשנות בבריאות	הערכת הבטיחות והמועילות של אשפוז בית
אריאל פלומין אורית, ון דייק דינה, גבעון שמואל	מטפלים במערכת הבריאות	כדאי להקשיב: ההשלכות החיוביות של הקשבת רופא למטופל על הרופא ועל המטופל
בורשטיין לילי, גולדשטיין אירית, צ'צ'יק מאיה, גבעון שמואל, ברוך רות, ריקון ברוריה, לאו מרסלו, בליצר רן, שדמי אפרת	מערכת הבריאות בעת חירום	ליווי וטיפול מכוון (לוט"ם) למטופלים עם ריבוי תחלואה כרונית בעת מלחמה ופינוי: השגת יעדי טיפול ואיכות
בייאר יעקב	בריאות הנפש	צלילי האזעקה, הדי טראומה: ניתוח הקשרים החברתיים-כלכליים והנטייה לפתח סימפטומים של פוסט טראומה לאחר מבצע 'שומר החומות'
בייאר יעקב, שטודינר זאב	בריאות הנפש	הפרעת דחק פוסט-טראומטית והעדפות כלכליות: ניתוח ממצאים מהעימות בין ישראל לחמאס במבצע "שומר החומות"
בירנבאום אהובה, התלגי קרן, כהן נילי, סיקסיק דנה, הרשקוביץ פביאן, ביתן מנחם	מטפלים במערכת הבריאות	אשת בשורות אני
ביתן רועי, גת איתי	מדיניות בריאות	זרע שנותר בהקפאה ללא שימוש וללא השמדה בקרב מטופלים אונקולוגיים
ביתן רועי, סמו מור, זנדברג אפרת, אביב רעות	מטפלים במערכת הבריאות	העדפה מגדרית במסגרת בדיקה רפואית גינקולוגית או אורולוגית בחדר המיון
בלומנפלד אורית, עיני עידן, דיכטיאר ריטה, קינן -בוקר ליטל	מדיניות בריאות	15 שנות בקרה על שיפוי קופות החולים בעבור חמש מחלות קשות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי ממוצע
בלומנפלד אורית, עיני עידן, דיכטיאר ריטה, קינן -בוקר ליטל	מדיניות בריאות	השפעת המעבר משיטת תשלום פרוספקטיבית לשיטה משולבת פרוספקטיבית ורטרוספקטיבית עבור חולים במחלות קשות על שיפוי קופות החולים ממוצע

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
בלוס-קדוש אינה, הרטל גילי	איכות הבריאות	בחינת שירותי רפואת קהילה עבור אוכלוסיית הטרנסג'נדרים בישראל
בן-אלי הדס, גורדון-שאג אריאלה, ענתבי אירן, אברהמי אלון, שטיין-זמיר חן	מדיניות בריאות	היענות לבדיקות ראייה בפעוטות לאחר סינון בטיפות חלב: זיהוי חסמים והערכת תוקף למכשיר אוטומטי
בן ברוך אביבה, בר-רצון עדנה, יפרח דמארי ענבל, לומניצקי יוסי	איכות הבריאות	שימוש מושכל באופיואידים ברגיעה ובזמן מלחמה
בן ברוך אביבה, יפרח דמארי ענבל, בר-רצון עדנה, רומנו רוני, דוד שרה	איכות הבריאות	הקשר בין הענות נמוכה לאנטיקואגולנטים ואשפוז על רקע קרדיוסקולרי
בן דוד מירב, בר-רצון עדנה, זיגלמן נאוה	איכות הבריאות	השפעת ביצוע הדמייה על תזמון הניתוח במטופלות שד האם כמצופה?
בן מאיר לילך, פינצ'ובר שולמית, דהרי דסי, כרם איתן, גדסי חוה, רודלף מרי, גרוסמן צחי, קרול יסמין	בריאות הנפש	המצב הרגשי של ילדים והוריהם במהלך מלחמת חרבות ברזל: מחקר אורך
בן נתן מירב, שוורץ איריס, שפירו רומן, זר אביב רוני	מערכת הבריאות בעת חירום	גורמים המשפיעים על רצון הסטודנטים לאֶחֶיות להתנדב במהלך חירום מלחמתי
בן שטרית אפרת, כהן-קנדלי מרים, מרום אלי, שוורצברג איל	מדיניות בריאות	דיווחי בטיחות והשלכות על איכות ובטיחות הטיפול בניסויים קליניים בישראל
בר דורון מיכל, וייטנברג ניר	יזמות וחדשנות בבריאות	שימוש בבינה מלאכותית בטיפול קבוצתי לצעירים מחלימים מסרטן: ניתוח מקרה
בר עמנואל, נעאמנה וואסף, קשטן בן, לרמן יהודה, מוחסן ח'יתאם	מדיניות בריאות	בניה ותיקוף שאלון להערכת היענות להתחסן נגד קורונה וגורמים הקשורים לכך בחברה החרדית
בר רצון עדנה, טל-פוני לימור, שמיר שטיין, נעמה, חמו ביאטריס, צולקר פיריאן דניאלה, בן-לולו לירז	איכות הבריאות	דיווח עצמי מדידות גובה ומשקל בילדים מדידת הורים לעומת מדידה במרפאה
ברג-ורמן איילת, כהן יפית, רזניצקי שירלי	יזמות וחדשנות בבריאות	הערכת התוכנית למניעת נפילות בקרב זקנים
ברגמן עינת, לוינסקי ירדן, סידליק אלון סיגל, גוטמן נורית, קיס אביבה, ברקוביץ רחל, ויסמן אביחי, צפרוני אושר, שלמה שמעון, מנשרוב אבי, קריספין אביעד, ישראלי גלית, שכטר ליאורה, לאו מרסלו, אוחנה רעות, בליצר רן	מערכת הבריאות בעת חירום	פניה פרואקטיבית למבוטחים לאיתור מטופלים בסיכון בתחום בריאות הנפש והפנייתם לאבחון וטיפול מקצועי
ברגר רותי, שפירא יעל, בלס ענבל, ברנע רועי	ארגון שרותי הבריאות	"אוהב להיות בבית" השוואה בין תכנית "אסותא עד הבית" בשיקום לאחר ניתוח אורתופדי ובהחלמה לאחר ניתוח לב לעומת תוכניות חלופיות
ברגר רותי, שמר יהושע, וייס יוסי	מדיניות בריאות	אחת ולתמיד, מה זה אומר "סביר"? תפיסות הציבור לגבי הגדרת זמן ומרחק סבירים
ברומברג מיכל, לין אשד, דכטיאר ריטה, רזנשמידט מיכאל, לוצקי מירי	איכות הבריאות	מגמות במצב הסוכרת בישראל בשנים 2012-2022

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
בריל יונתן, וינוגרד עדי, חרמש ברק, שפר רבקה, מור זהר	ארגון שרותי הבריאות	פערים בבריאות השן בקרב ילדים בגיל הרך ופערים בין דוריים בין מהגרים חסרי מעמד, ערבים, ויהודים בדרום תל אביב
ברנע רועי, גולדשטיין נורית, ברונר קארן, פורת נוי, קבודי מעיין	ארגון שרותי הבריאות	אם לא צריך אותי שם באמת - אז אפשר מרחוק? עמדותיהן של מטופלות בהיריון ויועצות גנטיות כלפי ייעוץ גנטי מרחוק
ברנע רועי, רויטברג דפנה יעל	ארגון שרותי הבריאות	(האם) דברים שרואים משם רואים גם מכאן: עמדות הציבור הרחב בנוגע לרפואה מרחוק - בחינת המוכנות לשימוש, דפוסי השימוש ושבועות הרצון משירותי רפואה מרחוק
ברנר שלום רייצ'ל, בלינסקי אלכסיי, גרינבאום אריזון איילת, בן-מרדכי עדי	מדיניות בריאות	מדיניות חיזוק הרפואה בפריפריה באמצעות כח אדם רפואי מצטיין
ברנשטיין תומר, אדלשטיין מיכאל, שפיצר סיון	מערכת הבריאות בעת חירום	השפעת מגפת הקורונה ומלחמת חרבות ברזל על מקבלי ההחלטות בבית חולים פריפרי
ברנשטיין תומר, אדלשטיין מיכאל, שפיצר סיון	מטפלים במערכת הבריאות	השפעת מצבי קיצון על יחסים מקצועיים במחלקה בבית חולים: מגפת הקורונה והמלחמה בבית חולים פריפרי
ברק זיו, ניסנהולץ-גנות רחל, דור מיכאל, שיר-ברק נופר	מדיניות בריאות	תהליך המעבר של הקנאביס מסם אסור לתרופה-מגמות בעבר, בהווה ובעתיד
בשארית סונדוס, לינא נאתכו, סעדון סמדר, איטח לז	מדיניות בריאות	מעורבות אחיות במערך האשפוז בחינוך, מניעה וקידום בריאות בנושא מניעת היפגעות בלתי מכוונת בילדים
בשקין אסנת, בולטיאן ריטה, בן-לולו רוויה, אהרון מור, אברהם רוחמה, יצחק אברהם, גוטרמן רויטל, אבו-פריחה נעים	איכות הבריאות	תקשורת והעברת מידע במהלך ביצוע פרוצדורות אנדוסקופיות: גורמים בשיפור חוויית המטופל
ג'נאים אבו טועמה לינה, אלרואי עומרי, כורזום טנוס, אלהוואשלה עלי, דאוד ניהאיה	ארגון שרותי הבריאות	הרגלי עישון, עמדות, חסמים ועיסוק בשירותי גמילה מעישון בקרב רופאים וצוות פרא-רפואי במרפאות ראשוניות בישובים ערבים בישראל
גאנם נטלי, שטרן עדי, לאמאש לירון	מטפלים במערכת הבריאות	טיפול מיוחד טראומה בקרב אנשי מקצועות הבריאות העובדים עם ילדים ונוער
גוטגלד-דרור מעיין, לאור נתנאל, להט גיא, קרניאלי-מילר אורית	מטפלים במערכת הבריאות	מקומה של אסרטיביות בתפקיד הרופא מנקודת מבטם של רופאים בשלבי התפתחות שונים
גולדברג נחמה, חקלאי ציונה	ארגון שרותי הבריאות	רופאים מועסקים - האם הרופא המטפל בכך הזדקן?
גולדמן אורית, בן אסולי אופיר, אבבה שמעון, רוגובסקי אורי, ברלינר שלמה	איכות הבריאות	Predicting Metabolic Syndrome Machine Learning Techniques for Improved Preventive Medicine
גולן אורית	מדיניות בריאות	Public Health Policy and Prioritization of Fertility Treatments During Wartime: Balancing Reproductive Health Needs in Crisis

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
גולן כהן אביבית, מור חיים קרן, אלעד אביבה, פייס ליאת, וינקר מיכל	ארגון שרותי הבריאות	האם מוקדי רפואה מקוונים לילדים משרתים את הצורך הרפואי?
גורבט אריאל, גדסי חוה, קרול יסמין, ברגר-רענן רוני, שוורץ שפירו מרים, שלו עמית, גוטנרג טוני, פינצ'ובר שולמית	בריאות הנפש	אפיון ועיצוב של תפקיד רופאי הילדים בקהילה בתחום בריאות הנפש של ילדים בישראל: מחקר מלווה להכשרה
גורדון עטל-שולמית, אפלבוים יעל	מערכת הבריאות בעת חירום	מי בחרב ומי במגפה
גורדון עטל-שולמית, חקלאי ציונה, אפלבוים יעל	מערכת הבריאות בעת חירום	השפעת המלחמה על עומס במערכות הבריאות
גורל אביבה, אלקרישאת נאדיה, אהרנסון-דניאל לימור	בריאות הנפש	הקשר בין נגישות למרחב מוגן, חרדה ודחק, המקרה של החברה הבדואית בצפון הנגב
גרובובסקי ענבר, עופרי לני, בלאו אילה	מטפלים במערכת הבריאות	ידע עמדות וגישות של אחים ואחיות בבתי חולים כלפי טיפול פליאיטיבי
דבורי אביטל, כרמלי יורם, קורן אריאל, עוזיאל יוסף	מטפלים במערכת הבריאות	ליצן רפואי כחלק מצוות רפואי: השפעותיו של 'רופא חלום' על הצוות הרפואי בטיפול בילדים
דגן עומר, שורץ איתי, ליכטמן-שדות שירלי, זלצר דן, וייסמן חזי	ארגון שרותי הבריאות	התנהגות אסטרטגית וביצועים ארגוניים: עדות מרפורמה בבתי חולים
דדון ציון, בייאר יעקב, רוזנטל ענת, גדלביץ מיכאל	מדיניות בריאות	שירותי בריאות לתלמיד במחוז דרום - בין הפרטה להלאמה
דדוש חצב, דומב הרמן חגית, דקל דן, ילון דוד, נטפוב לנה	מדיניות בריאות	עשור לרפורמה בטיפול השיניים לילדים בישראל 2011-2022
דור אלה, פלוס רונן, ישראל אריאל, הופרט עמית	מדיניות בריאות	כימות ההשפעות ארוכות הטווח של חצבת - מחקר עוקבה רטרוספקטיבי
דור אלה, פלוס רונן, לונרד ג'וזף, הופרט עמית	מדיניות בריאות	האם קיים צורך במתן מנת דחף שלישית של החיסון לחזרת?
דיאמנט רותם, יעקובוביץ גוון מיכל	איכות הבריאות	תבחין ארגוני למלאי הורמון גדילה האם ניתן לבטל זמן 150 דקות?
דיאמנט רותם, שויביץ מנצורי גלית	איכות הבריאות	הקשר בין ניהול הטיפול והזרקה באופן עצמאי בקרב מטופלים במכון האנדוקריני לתחושת מסוגלות עצמית ושביעות רצון מהטיפול
דמטוב מעיין, צבי אורנה, יקוטילוב מלכה, יעקובוב שרונה	מטפלים במערכת הבריאות	מפת איכות מחלקתית - דרכינו לאן?
דמטוב מעיין, קגן איליה, ליבשיץ-ריבן אילנה	ארגון שרותי הבריאות	הקשר בין מנהיגות לאיכות, שקיפות ארגונית ועבודת צוות לבין איכות חיים מקצועית של צוותים רפואיים בבית חולים שניוני בישראל
דרייזין ורה, דליהו יעל, גורודצקי אנה, מפרע ניל, ישראלי ערן	יזמות וחדשנות בבריאות	יתרונות וחסימים בטיפול בחולי הפטיטיס סי עם התמכרות לסמים, בזמן אשפוזם במחלקה פסיכיאטרית
האוזר מיכאל, צוקר ענבר, גרבר אילה	איכות הבריאות	ידע עמדות וחסימים של רופאים ומטופלים לגבי חוק החולה הנוטה למות

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
הורביץ שאול, דצקובסקי משה, לוחן רונה, רמתי נטעלי, שוורץ פועה, שלום תמר, ספיץ אהובה	מטפלים במערכת הבריאות	בדיקת חוסן בקרב אחים ואחיות במהלך מלחמת חרבות ברזל
הירש וקסברג מיכל, וייס אילנה, ישראל ליאת, גוטגולד נריה, סבירו אילה, מרום אלי	מדיניות בריאות	פרסום תכשירים ללא מרשם רופא למטופלים בישראל 2018-2023: מגמות וטיוב רגולציה
הררי רויטל, טננבאום-ברוכי קרולינה	מדיניות בריאות	שינוי מדיניות בעת מלחמה: חקר מקרה של בנק החלב הלאומי במלחמת חרבות ברזל
ווילף-מירון רחלי, מאירס גמליאל ויקי, סמואל הדר, זיו ארנונה, נורמן טל, זאבי גל	ארגון שרותי הבריאות	מי קובע תור לרופא משפחה באפליקציה, מי בטלפון, ומי כלל לא קובע? מאפייני מטופלים המשתמשים בערוצים דיגיטליים לקביעת התור
וידר כהן איילת, לבנה טל, קודש ערד, ביתן מנחם	זימות וחדשנות בבריאות	טיפול רפואי מותאם טראומה לנפגעי.ות טראומה מינית
ויסרברג נילי, פדר-בוביס פאולה	מטפלים במערכת הבריאות	טיפול פיזיותרפי במרחב החינוכי: אתגר למקצוע בריאות?
וישקאוצן אלה, גורליק עינת, שורצברג איל, מרום אלי	מדיניות בריאות	הפסקות שיווק ומחסור בתרופות בישראל
זקס אליהו, שטיינר דניאל, ביסקר כסיף אורלי, קניג טלי, מוזר אורית, אוצ'רטיאנסקי אנה, לומניצקי יוסי, יפרח-דמארי ענבל	מדיניות בריאות	פוטנציאל השימוש לרעה בלייקה - התמכרות לא רק לאופיואידים ובנודזיאזפינים
ח'ליל פאדי, כחלון ליטל, מלכה-זאבי הלן, אדלבי נסרה	איכות הבריאות	שכיחות התקפי לב לפי ימי השבוע ומחזור שעות היממה
ח'מאיסי נאיף	מטפלים במערכת הבריאות	דירמטיסיס אלרגית עקב שימוש בחינה שחורה
חדד אורפז, לייבה עדי, אלמליח אביה, יוחנן אביתר, סיגל נעמי, עזרן כרמיל	איכות הבריאות	משתנים, חוסמי תעלות סידן, מעכבי רנין-אנגיוטנסין-אלדוסטרון ו-חוסמי קולטנים למינרלוקורטיקואידים מהו הקו הבא לטיפול ביתר ל"ד?
חדד לילך, חזן דניאל, בוטה ירדנה, צולק איילת, כץ יאנה, קורמן רחל, ביתן מנחם	איכות הבריאות	מאורח חיים כפרי לאורח חיים מערבי
חוטין אלונה, יעקובוב דוד, רבינוביץ סופיה, רב-הון ורד	מערכת הבריאות בעת חירום	טיפול למניעת שברים בצל המלחמה
חלבה-עמיר שרון, עמיר יונתן	מדיניות בריאות	הישארו רגועים והמשיכו הלאה: פעילות משרד הבריאות באפליקציות המסרים המיידים במהלך מלחמת חרבות ברזל
חנקין אביאל, גולן-כהן אביבית, גרין אילן, וינקר שלמה, טור-כספא רן	איכות הבריאות	ייעוצים מקוונים ברפואת כבד לרופאים ראשוניים
חסון מיכל, נויפלד קרושינסקי גלית, אלפאיומי זיאדנה סמירה, הכהן נחמה	איכות הבריאות	"אל תגידי איי, אין סיבה שיכאב לך": תקשורת רפואית, כאב וחרדה בהליכים גינקולוגיים מנקודת המבט של מטופלות
חקלאי ציונה, ליפשיץ אירנה, אפלבוים יעל	בריאות הנפש	האם נרשמה עליה בביקורים במלר"ד עם מצבי חרדה ודחק?

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
טאהר נאטור רנדה, גל אורן, ניקולא דורין, אבו בכר פאדי	מדיניות בריאות	"הערכת ביצוע גסטרוסקופיה בקרב מטופלים צעירים: תובנות קליניות, השלכות כלכליות ושיקולי מדיניות בריאות"
טומסיס יעלה, מאלכ יוסף, חדיד סלאם	יזמות וחדשנות בבריאות	זיהוי מוקדם של נשים בסיכון להתפתחות סימפטומים פוסט-טראומטיים לאחר לידה באמצעות למידת מכונה: מחקר פיילוט
טומסיס יעלה, קפלן פליקס, בן שלמה יזהר, לבי אניה, איבראהים נוהא	מטפלים במערכת הבריאות	"להבין שהיולדת היא בת אדם": למידה מחוויותיהן של יולדות לצורך הפחתת סימפטומטיזציה פוסט-טראומטית לאחר לידה
טופול יעל, וסטרמן ג'ני, לומניצקי יוסי, יפרח-דמארי ענבל, לנדסברגר דניאל	מדיניות בריאות	שימוש מושכל באימונוגלובולינים: התמודדות עם מחסור עולמי בתכשיר חיוני
טופול יעל, וסטרמן ג'ני, שפירא בן-דוד שירלי, לומניצקי יוסי, יפרח-דמארי ענבל, לנדסברגר דניאל	מדיניות בריאות	אתגר הטיפול המניעתי: המהפכה בטיפול טרום-חשיפה והעלייה במחלות מין
טור-סיני אביעד, בנטור נטע, לאמורה ג'ובאני, סוצ'י מרקו, די רוסה מירקו	מדיניות בריאות	אחריות סביבתית וטיפול בקשישים: מגמות באיחוד האירופי ותובנות למערכת הבריאות הישראלית
טור-סיני אביעד, ורנר פרלה	מדיניות בריאות	ויתור על שירותי בריאות במסגרת סל שירותי הבריאות בקרב מבוגרים: אפיון, גורמים והמלצות למדיניות
טור-סיני אביעד, ורנר פרלה	מדיניות בריאות	תפיסות קובעי מדיניות בריאות לגבי פערי בריאות בקרב זקנים: אתגרים והתערבויות
טל ארנה, ביתן מיכל	מטפלים במערכת הבריאות	מודל רב מימדי להערכת מקצוענות של רופאים ואחיות
טל ארנה, ביתן מיכל	מטפלים במערכת הבריאות	בחירת מקום עבודה - שיקולי רופאים ואחיות בבתי חולים לפני ואחרי השבעה באוקטובר
טרונך אבבה, בילמן ויקטור, מיקלוש באלה, עדי גבעון, אלדד קטורזה	מדיניות בריאות	השוואת טיפול אנדוסקופי וטיפול כירורגי פתוח בפציעות כלי דם שהתרחשו במתאר אזרחי - ניתוח נתונים של 10 שנים
טרונך אבבה, ליפסקי ארי, טוויג גלעד, גבעון עדי, קטורזה אלדד	מדיניות בריאות	מאפיינים והישרדות של נפגעי קרב שאושפזו במהלך שתי מלחמות בין ישראל לחמאס: חרבות ברזל בהשוואה לצוק איתן
טריינין מירי, מרום אלי, רותם-רבינוביץ הדס	מטפלים במערכת הבריאות	ישראל חובקת את העתיד: טכנאי בית מרקחת - המפתח לטיפול אישי ומקצועי על ידי רוקחים
יאסין עואד דימא, כרמלי שרית, בלאופלד מירי, בוחניק רינת	מדיניות בריאות	מיסוי שתייה ממותקת והשפעתו על דפוסי צריכה בקרב הורים לילדים בגיל בית-הספר באוכלוסייה הערבית הצעירה
יהודה יששכר עומר, אייל יעקב, מלמוד יעקב, ליבוביץ' מיכאל, ריטבלט מור, שלף לאה	מדיניות בריאות	הרגלי עישון של מפקדים תומכי לחימה - תוצאות סקר הבריאות הראשון במערך מגל
יעקובוב שרונה, דמטוב מעיין	איכות הבריאות	קבלה רפואית - רכיבי חובה

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כתרת הפוסטר
יפית רעות, ביטון אתי, גנץ ליאת	מדיניות בריאות	שכיחות וסימני אבחון Demodex folliculorum באוכלוסיית אוניברסיטה בישראל
יפרח-דמארי ענבל, טופול יעל, שפירא בן דוד שירלי, רחמים כהן דניאלה, שטיין נטלי, חגי אולגה, ברוידה נעמי, ולינסקי לאה, לוי שרית	מדיניות בריאות	במכבי מטפלים ברמה גבוהה- הסדרת תהליך ניטור רמות vancomycin וניהול הטיפול בחולה בקהילה
יצחקי שי	יזמות וחדשנות בבריאות	ד"ר פנדה (קו-פיילוט): תמיכה קלינית מבוססת בינה מלאכותית ברפואת ילדים
כהן-ביטון לירז, שאן אלטמן שירי	מערכת הבריאות בעת חירום	האתגרים שניצבים בפני חולי סוכרת עקורים בניהול בריאותם בזמן מלחמה
כהן יעל, יעקובוב מלכה, מזו אדוארד, רביב לילי, דבי בן דוד דר	איכות הבריאות	השפעת התערבות משולבת על היארעות זיהומים בדרכי שתן בקרב מאושפדים במחלקות פנימיות
כסלו שירה, כסלו מיקי, בקלו ליאור	מדיניות בריאות	שיעורי העישון יורדים רק אם נטל המס על כל המוצרים שווה
לבל אודי, חלבה-עמיר שרון, עמיר יונתן	מדיניות בריאות	צפייה מערערת: השפעות בריאותיות ופסיכו-פוליטיות של צפייה במשדרי החזרת החטופים
לבנטר מתן, רפפורט נדב, דוידוביץ מיכאל	מדיניות בריאות	השלכות נזיר-התפתחותיות קצרות וארוכות טווח של הדבקה בנגיף הקורונה בקרב ילדים צעירים
לזון טל, שטיינברג דיוויד, פונג ג'פרי, גרייבלי שאנון, רחן לורה	מדיניות בריאות	תמיכה ציבורית בישראל בביצוע בדיקת ביומרקרים לגילוי חשיפה פסיבית לעשן סיגריות בקרב ילדים: ממצאי הסקר הבינלאומי לבקרת טבק ישראל לשנת 2022
לוי ברוך, בורו מלכה	מדיניות בריאות	בחירת מין היילוד - המצב החוקי והרגולטורי בעולם ובישראל
לוצקי מירי, עלי קארין, רוזנשמידט מיכאל, ברומברג מיכל, צוקר ענבר	איכות הבריאות	הערכת היארעות וגורמי הסיכון לקטיעות גפיים תחתונות בקרב חולי סוכרת: מנתוני הרשם הלאומי לסוכרת
ליפשיץ אירנה, חקלאי ציונה	מערכת הבריאות בעת חירום	ביקורים במלר"ד עקב היפגעות מטרור ופעולות מלחמה מ-7 באוקטובר 2023
לרון מיכל, סובול-סראג' דנית, מילשטיין אלן, פן נדב	בריאות הנפש	הרחבת שיתוף המידע בתחום בריאות הנפש בין גורמים מטפלים - עמדות הציבור
לרנר נטלי, בר-רצון עדנה, רדומיסלסקי זוריאן	איכות הבריאות	איכות קלינית בגיל השלישי בעידן משברים
מאירס ויקי, גוטמן נורית, טייטלר נועה, לוין דיאן, רחן לאה	יזמות וחדשנות בבריאות	פיתוח עלוני מידע מעודדי בריאות לחפיסות סיגריות - מחקר משולב איכותני וכמותי
מוגילביץ' יאנה, חסון יעל, פז נעמה, חגי אולגה, ניגל יוליה, אלקלעי תמר	מערכת הבריאות בעת חירום	לוקחים את השליטה על חירום - פתוח דשבורד חצר"מים
מור זהר, קוגל חן, מזרחי הגר, קלינר אהוד	מערכת הבריאות בעת חירום	פעילות משרד הבריאות ושיתוף פעולה בין-משרדי בתהליך מהיר לזיהוי גופות לאחר הטבח בעוטף עזה ב-7 לאוקטובר 2024

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
מור שרון, רינג ליה, לקסר אירית, הנטמן שירה, בריק יצחק, בן משה מיכל, פיק עידו, יזרעאל הדר	מדיניות בריאות	עמוק כאוקיינוס רחב כמדבר, סקירת מדיניות הממשלה בתחום הזקנה ובחינת ישומה
מורד חבי, מאירס ויקי, זיו ארנונה, ווילף-מירון רחל, לוקסנבורג אסנת	מדיניות בריאות	יישום סטטיסטי חדשני להערכת פערים גיאוגרפיים בזמני המתנה לרפואת עור בקהילה, בישראל
מטור אלנה, מוראני פרידה, קלינין אולגה, נאסר עביר, מקסייב אירינה, אברהים נסרין, סאלח סאלי, עתמה ראועה, אולונובסקי אירינה, אדלבי נסרה	יזמות וחדשנות בבריאות	השוואה בין רמת בילירובין בדם לבין רמתו במכשיר בליצ'יק לפני במהלך ואחרי טיפול בפוטותרפיה, מחקר תוך נבדקי
מייקל קרן, הון-שניר שלומית, טייטלר רגב שרון	בריאות הנפש	לחץ, מצוקה ורווחה אישית בזמן מלחמה: הבדלי גיל ומגדר
מיכאלי ליטל, סיגל נעמי, עזרן כרמיל	כלכלת בריאות - בין חירום לשגרה	השפעות מלחמת חרבות ברזל על תקצוב טכנולוגיות רפואיות בתחום בריאות הנפש בסל הבריאות בישראל
מימון בת-חן, מוטר פבל, חנקין יוליה, וקנין נטלה, גור אריה, שץ טליה, שרייר אנה	איכות הבריאות	השפעת מעורבות צוות האחיות במניעת פוליפרמסי בקרב מטופלי אשפוז בית
מירון אורן, לוביץ אסתי, שפונט מאיה, בורוכוב איליה, לוי מרק, וולף שגיא יעל, נצר דורון, לביא גיל	מדיניות בריאות	השפעת דרישה לאישור מקדים על התחלות שימוש בפנטניל בקרב מבוטחי כללית
מלצר יהודית, מלצר יצחק, ארצי מדבדיק רדה, יהושע אילן, קרמר שי, גרין שמאי מרב	איכות הבריאות	מאפייני הנפילות בקרב קשישים המתגוררים בקהילה: מחקר SCOPE = Screening for Chronic Kidney Disease in Older Persons across Europe
מלצר יהודית, פיצ'חדזה אנרי, בראון טלי, עזרא גלי, בוצרוב ילנה	איכות הבריאות	הנגשת רפואת עיניים לקשישים במלחמת "חרבות ברזל"
מנור שלומית, הולנד רועי	מטפלים במערכת הבריאות	רוצה להיות גבר גם בגיל 70: גילנות בקרב רופאים כלפי מיניות של חולי סרטן ערמונית מבוגרים
מנחם דנית, קולובוב טניה, פרומיסלב שרה, טמיר אורלי	מדיניות בריאות	אינפודמיולוגיה של סוכרת בתקופת מלחמת "חרבות ברזל": ניתוח השיח ברשתות חברתיות באינטרנט
מנשה ציפי, שטיינברג דיוויד, טי פונג ג'פרי, גרבלי שאנון, רוזן לאה	מדיניות בריאות	תפיסת אחריות המעשן להגנה על אחרים מפני עשן הטבק שלו בקרב הציבור הישראלי: ממצאים מסקר הפרויקט הבינלאומי להערכת מדיניות בקרת טבק בישראל לשנת 2022
מסאוורה סבא, דדוטש ורד	מדיניות בריאות	מעורבות משפחתית בטיפול במהלך האשפוז: חוויות ותובנות מנקודת מבטן של אחיות-תובנות ממחקר איכותני
מסאוורה סבא, דדוטש ורד	מדיניות בריאות	מעורבות משפחתית בטיפול במהלך האשפוז: חוויות ותובנות מנקודת מבטן של מטופלים-תובנות ממחקר איכותני

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
מסאוורה סבאא, דדוטש ורד	מדיניות בריאות	מעורבות משפחתית בטיפול במהלך האשפוז: חוויות ותובנות מנקודת מבטן של אחיות-תובנות ממחקר איכותני
מרזון יבגני, מינצר ורד, ישראל אריאל, וינקר שלמה, גולן כהן אביבית	מדיניות בריאות	הפעלת תוכנית ניהול התערבותית על חולים מורכבים באמצעות צוות רב מקצועי
מרעי מנאל, יוסף עאוני, שנאווי פאטמה, עפיפי פאטמה, גולן דניאל	מדיניות בריאות	מרפאת טרשת נפוצה בקהילה
משה צדוק, שנער אילת, איזק מרינה, מונצ'ר ליאורה, מגנזי רחלי	יזמות וחדשנות בבריאות	הגברת גיוס תורמי דם באמצעות שיווק ומעורבות ברשתות החברתיות
משהיוף סיגל, שפירא אפרים	בריאות הנפש	נרמול השימוש בשירותי בריאות הנפש בעידן הקורונה וכיוונים חדשים בטיפול נפשי ומניעת צורך בטיפול נפשי
משקו-טשכמר שני, קייט באבאני ליאור, גבעתי גילי, לוי חזי	מטפלים במערכת הבריאות	מי מטפל במטפל? השפעותיו של טיפול פסיכולוגי לעובדי בי"ח בזמן חירום
נהיר-בידרמן שרי, הלפרין עפרה, גרין ג'זיל, רובס דפנה, מלכה-זאבי הלן, אדלבי נסרה	מטפלים במערכת הבריאות	טראומטיזציה בקרב הצוות המיילדותי בחדרי לידה בארץ
נויפלד קרושינסקי גלית, הכהן נחמה, צ'רני גולן אורית, אלטרמן נאורה, ביטון ספיר, בוחבוט ספירט חפציבה, משיח-איזנברג מיכל, סלייטר יוני	מערכת הבריאות בעת חירום	השפעות המלחמה והפינוי מהבית על בריאותן של נשים בישראל: אתגרים למערכת הבריאות בעת חירום
נורמן טל, סמואל הדר, מאירס ויקי, זיו ארנונה, זאבי גל, ווילף מירון רחל	ארגון שרותי הבריאות	בחירת ערוץ הפנייה לרופא המשפחה: דפוסי שימוש, העדפות, ותפיסות המטופלים
ניסנהולץ-גנות רחלי, בורגר אילה, ניב ירון	מטפלים במערכת הבריאות	תפיסות צוותי טיפול בנוגע לתוכנית למדידת איכות בבתי חולים בישראל
ניצני ביטון טלי, ביטון אורלי, גרינבאום אריזון איילת, ברנר שלם רייצ'ל, אלקיים רונן	מטפלים במערכת הבריאות	תכנית אסטרטגית להגדלת זמינות ונגישות השירות הציבורי בקלינאות תקשורת
ניצני ביטון טלי, עמרייה נג'ב, עבדאלהאדי שחברי נור, גרינבאום אריזון איילת, אלקיים רונן	מטפלים במערכת הבריאות	תכנון כוח אדם במקצועות הבריאות בחברה הערבית
נמימי-הלוי חן, דור חן, דכטיאר ריטה, ברומברג מיכל, סיני טלי	מדיניות בריאות	קשר בין הפרעת קשב וריכוז ואכילה מופרעת בקרב מתבגרים בישראל
נעאמנה ואסף, אמיל עליזה, טרביה מהדי	ארגון שרותי הבריאות	בדיקות אבחון טרום לידתי והפסקות הריון יזומות בקרב נשים מוסלמיות המתגוררות בערים מעורבות לעומת ערבים ערביות בישראל: מחקר חתר
נעימי אתי, בלובשטיין עירית, יצחקי מיכל	מטפלים במערכת הבריאות	שמירת איכות הטיפול האתגרים וההתמודדות של מטפלים בעת מצוקה
סטרן כרמית, אידלבי נסרה, אריאלי דניאלה, עלי סאלח עולא, הלפרין עפרה	מטפלים במערכת הבריאות	תפקידה של התמיכה המוסדית הנתפשת בהפחתת הריחוק החברתי בין סטודנטים יהודים וערבים לאֶתְיִוּת בחברה משוסעת
סיגל נעמי, קציר צחי, גרין שמאי מרב, גור ספיר, ארד אורלי, לוי ויקי	ארגון שרותי הבריאות	רפורמת שיקום וניידות - הבטחת איכות ושירות לאוכלוסייה מוחלשת בעולם של מורכבות ודחיפות

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
סינגר קלרה, וקנין שרונה, אולמר לירז, בולדור נגה, מאירס ויקי	איכות הבריאות	אתגרים בקביעת התור לבדיקת MRI במערכת הבריאות הציבורית: סקר חוויית המטופל
סינגר קלרה, קודש ערד	בריאות הנפש	השפעת הטיפול מרחוק על הקשר הטיפולי בבריאות הנפש: מחקר איכותני מנקודת מבטם של המטפלים
סינואני אליסף, דוידוף יאיר, שרוט תמר, דלטרופ הדסה, אלירז ישי	יזמות וחדשנות בבריאות	מערכת חכמה לאימון סטודנטים באבחון מתקדם של בדיקות אק"ג באמצעות בינה מלאכותית
סינואני פרתי אילנה, גלטמן-פרידמן אהרונה, ספטי חנה, סופר דנית, מנדלבוים מיכל	יזמות וחדשנות בבריאות	סקר נגיפי נשימה לניטור תחלואה נשימתית במרפאות הזקיף והרחבתו
סיקורל אסי, וולף שגיא יעל, פלדהמר אילן, ארבל רונן, ירון שלומית, לביא גיל	מערכת הבריאות בעת חירום	השפעות מלחמת "חרבות ברזל" על איזון מדדים מטבוליים בקרב מבוטחי כללית, לפי מעגלי השפעה
סיקורל אסי, וולף שגיא יעל, פלדהמר אילן, ארבל רונן, לביא גיל	מערכת הבריאות בעת חירום	השפעות הבריאות העקיפות של מלחמת "חרבות ברזל" על ביקורים ברפואה ראשונית בקרב מבוטחי כללית, לפי מעגלי השפעה
סלס אפרת, צימרמן דינה, דוידוביץ' נדב	מדיניות בריאות	ההשפעה של מגפת הקורונה על מתן חיסונים לילדים בישראל
סמואלוב הדר, נורמן טל, וקנין שרונה, סבאן מור	מטפלים במערכת הבריאות	ביטים ובתים: הממד האנושי בהטמעת מערכות תומכות החלטה קלינית המבוססות על בינה מלאכותית
סמואלוב הדר, צור ביתן דנה, קונסטנטינוב וצ'סלב, לוינסקי ירדן, גורליק ינאי, אוחנה רעות, אלון סידליק סיגל, בליצר רן	בריאות הנפש	במגמת שיפור? בריאות הנפש באוכלוסייה הכללית בישראל בתקופת מלחמת 'חרבות ברזל' - תוצאות סקר לאומי מתמשך
ספיבק לביא זוהר, צ'שינסקי אורה, לצר יעל	בריאות הנפש	תגובות מגדריות לטראומה: ניתוח רשתות של הפרעות הסתגלות, שינה ואכילה בעקבות ה-7 באוקטובר
עבדאלהאדי נסרה, דרך-זהבי ענת, סלורוביץ עינב	איכות הבריאות	כיצד נשפר את איכות הטיפול בתחומים הרכים של תמיכה נפשית למטופל והדרכתו לפני שחרור? ניסוי בחירה בדידה
עבדאלהאדי שחברי נור, גרינבאום אריזון איילת, אבו פריחה יסמין	בריאות הנפש	מלחמת חרבות ברזל והשלכותיה על התנהגויות הבריאות של החברה הערבית בישראל המקרה של בריאות הנפש ובריאות האישה
עבדאלהאדי שחברי נור, גרינבאום אריזון איילת, אבו פריחה יסמין	איכות הבריאות	איכות שירותי בריאות במזרח ירושלים - המקרה של התפתחות הילד ובריאות האישה ופריון
עבדאלהאדי שחברי נור, גרינבאום אריזון איילת, ח'לאילה מוחמד, עותמאן נידאל	מדיניות בריאות	חלקם של ארגוני חברה אזרחית ערבית בצמצום פערי בריאות בחברה הערבית בישראל
עדיני ברוריה, מרציאנו הדס, קאים אריאל, אשל יוחנן, קמחי שאול	מערכת הבריאות בעת חירום	מעבר לחשש - מגמות חוסן ומדדי התמודדות של האוכלוסייה בישראל לאורך מלחמת 'חרבות ברזל'
עוביד סמירה, אדלבי נסרה, אגבאריה עבד, אדמי חנה	מטפלים במערכת הבריאות	תפיסות אישיות ומקצועיות כלפי עישון בקרב רופאים ערבים מעשנים בישראל

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
עידן ראובן שני, קלייטמן ורד, מרעי פיראס, שוך ליאור	מערכת הבריאות בעת חירום	מרפאות "POP UP" - עבודת צוות בין מרחבית של רופאים מפונים ומקומיים למענים ראשוניים בקהילה
עינצ' לירון, גור אמית	מטפלים במערכת הבריאות	גזענות ותפיסת הבדלים אתניים בבתי חולים: תפקידן של תקשורת ארגונית ומדיניות גיוון אתני בהפחתת אלימות כלפי צוותים רפואיים
עמיר יונתן, ריי-ברנדרז ג'וליה, רוזן לאה, פרז-ריוס מוניקה	מדיניות בריאות	תמותה מעישון בישראל - הערכה מעודכנת של הנטל הבריאותי
עמית ענבל, יצחקי מיכל, חממה ליאת	מטפלים במערכת הבריאות	אחיות בזמן מלחמה - פרופילים מבוססי גורמי סיכון והגנה
פינצ'ובר שולמית, טרואן הדסה, מייזל חביבה, גדסי חוה, ביתן מנחם, וקסלר אפרת	ארגון שרותי הבריאות	מרפאת קש"ת לטיפול בהפרעות בריחת שתן וצואה: מחקר התכנות של שירות חדש ברפואת ילדים
פלוס רעות, נפתלי מיכל, מרק-יגל דינה, גרינברג רותם, בן-שחר שי, איסקוב עפר	איכות הבריאות	תהליכי בקרת איכות ביואינפורמטיב בדיקות ריצוף קליניות המבוצעות במרכז הגנומי
פלסקה חן לאנה, פרבר רוני, וקסלר הגר	איכות הבריאות	הערכת הכשרה מוכרת ברפואה ראשונית ותרומתה לעבודה המקצועית בשטח
פרבר רוני, וקסלר הגר, ווקלסר אפרת, ששה דוד, ששונב איציק	מדיניות בריאות	קבלת החלטה והנפקת מרשמים לחיסונים ע"י אחות הקהילה
פרבר רוני, ורד עידית, רן יונת, וקסלר הגר	מדיניות בריאות	חיסון שעלת להפחתת התחלואה באוכלוסיה
פרבר רוני, מור יוסף מיכל, וקסלר הגר, אלמקייס שרון, סויד אבי	איכות הבריאות	חיסון חצבת בזמן התפשטות המחלה בעת לוחמה
פרומיסלוב שרה, טמיר אורלי	איכות הבריאות	התכנות תוכניות "מזון כתרופה" עבור אנשים עם מחלות כרוניות במערכת הבריאות בישראל
צ'ודנר אירית, דרך-זהבי ענת, מג'ר בתיה, חביב סוניה	יזמות וחדשנות בבריאות	הרבה חושבים שאנחנו בתקופת האבן אבל אנחנו כבר התקדמנו - איפה אתם?*: העדפותיהן של נשים חרדיות בשרותי רפואה מרחוק
צבר ניר	מדיניות בריאות	מניחוש לוודאות - איך אפשר לדעת מה משפר בריאות - הצעה מהפכנית
צרפתי בקי, קוג'וקר דניאלה	מטפלים במערכת הבריאות	Computerized Technology for Nurses to Maintain Sustainability in Health System
קאסם אבתסאם, ורור נאהד, חאזם חאלד, נצר טומקינס הילה, סחניני ריזאן	איכות הבריאות	העלאת מודעות לטיפול תרופתי ייעודי במטופלים עם אי ספיקת כליות
קודש ערד, לוי סטיבן צ., רוטשטיין ענת, ויינשטיין גלית, רייכנברג אברהם, סנדין סוון	בריאות הנפש	הפרעת קשב וריכוז בגיל מבוגר והסיכון לדמנציה
קולובוב טטיאנה, מרזון יבגני, קרסיק אברהם, טמיר אורלי	מדיניות בריאות	מה מאפיין אנשים עם השמנה? שימוש בניתוח קלסטרם לזיהוי ואפיון פרופילים של מטופלים עם השמנה
קון-שורץ אלה, בכנר יעקב, גולדין סיגל	בריאות הנפש	בריאות הנפש בקרב להט"בים מבוגרים והקשרים שלהם עם סביבתם הקרובה

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
קוניאבסקי מיכאל, ברונשטיין אולגה, קונסון אלכסנדר, גולדשמיט נתנאל, דולברג שאול, ארליך שהם יפעת	איכות הבריאות	רמת ויטמין D במטופלים מבוגרים לאחר שבר צוואר ירך
קוניאבסקי מיכאל, מעוז ילנה, קונסון אלכסנדר, ברונשטיין אולגה, ארליך שהם יפעת	איכות הבריאות	כיצד לשקם בצורה הטובה ביותר? זאת השאלה! יעילות השיקום לאחר שבר בירך בבתי חולים כלליים וגריאטריים: מחקר מבוסס אוכלוסייה
קורן בן, פלדמן דייב, קלרה סנטה, דוידוביץ' שלומית	מטפלים במערכת הבריאות	תקווה עבור בני משפחה המטפלים בחולי אלצהיימר - מחקר פיילוט
קיי רחל, וישנבצקי אולגה, ישעיהו מיכל, לוי גיל	ארגון שרותי הבריאות	טיפול אינטגרטיבי בחולים כרוניים נתמך ע"י כלים דיגיטליים
קלטר-ליבוביץ' עפרה, אגאי נירית, בנדרלי מיכל, אבו-סעד קתלין, קימרון ליזי, זיו ארנונה	מדיניות בריאות	פערים באשפוזים עקב אירוע קרדיווסקולארי: האם יש להתייחס למוצא אתני כאל גורם סיכון?
קניג טלי, שטיינר דני, ביסקר-כסיף אורלי	מדיניות בריאות	הפחתת שימוש לרעה בתרופות
קפנר בן, ברלינר סנדריי עדי	יזמות וחדשנות בבריאות	מודל סיווג להתנהגות מבוטחים לקראת עונת חיסוני השפעת
קרולינסקי דולב, שינדלר-איצקוביץ' טלי, זוסמן-מסאמי אינה, פרנקנטל דבורה, ברומברג מיכל	מדיניות בריאות	מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ובריאותיים של גברים ישראלים עם הפרעה בתפקוד המיני
קרני אפרתי זיו, אגוזי לליב, פרדו אשר	מערכת הבריאות בעת חירום	ניהול סיכוני בטיחות ובריאות בעת מלחמה: למידה מניסיונם של ממוני בטיחות ובריאות תעסוקתית בישראל
קרנר לביא הילית, קובל טל, טריפונוב אילנית, רייטבלט אולגה, שפירר אוריאל	מדיניות בריאות	בדיקות סקר לאיתור עין עצלה בגני ילדים: היענות לבדיקה ולהמלצותיה
רוזנבלום אריאלה, גרין טליה	מטפלים במערכת הבריאות	חשיפה לאירועים בעלי פוטנציאל לפגיעה מוסרית בקרב אנשי מקצוע פרא-רפואיים והקשר לסמפטומים של הפרעת דחק בתר חבלתית
רוזני ויולטה, רומם ענת	מטפלים במערכת הבריאות	האם אחיות מומחיות קליניות בגריאטריה ממצות את מלוא הפוטנציאל התפקודי שלהן?
רון סופי, אלקובי ענבל, רובינזון ורד, עבד אל רחמן מוחמד, איוב וואפא, סגל גד	מטפלים במערכת הבריאות	קורס בזק בעברית רפואית לבוגרי בתי ספר לרפואה בחו"ל המבוסס על מיומנויות שפה הכלולות במבנה הקבלה הרפואית, מביא לשיפור משמעותי ומובהק סטטיסטית בשפתם של המשתתפים. מחקר פרוספקטיבי ברשות ההוראה של המרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא
רון רעות, אלן מוריה, פדר-בוביס פאולה	מדיניות בריאות	מה משפיע על ומה מושפע מאוריינות ביטוחי בריאות של הפרט והציבור? פיתוח של מודל תיאורטי על סמך סקירת ספרות פרשנית - ביקורתית
רון רעות, בן-דוד מירב, טחובר אסתר, בלקון נוי, חרמוב ניקול	יזמות וחדשנות בבריאות	שיפור הרצף בתהליכי אבחון וטיפול בסרטן בחינת יעילות השירות ושביעות רצון המטופלים

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
רון רעות, ברנט איציק, סברו-כהן שרה	מטפלים במערכת הבריאות	מתשישות לערנות: העברת סמכות לצוותי אֶחֶיות טיפול נמרץ בקביעת התרעות מוניטור, להפחתת תשישות התרעות
רמות שירה, טל ארנה	מטפלים במערכת הבריאות	מודל רב ממדי המשקלל תפיסת סיכון, תועלת ואמון של עובדי בריאות והציבור כלפי טכנולוגיות רפואיות נבחרות
רפאל ארי, שחר אליה	כלכלת בריאות - בין חירום לשגרה	האם מינון מבוסס משקל של פמברוליזומאב יעיל כמו מינון קבוע סטנדרטי? פוטנציאל לחיסכון משמעותי בעלויות בטיפול בסרטן ריאות
רשקוביץ שרית, אור ליאורה	יזמות וחדשנות בבריאות	הקשר בין חוללות-עצמית מנהיגותית ובין אפיוני אישיות בקרב סטודנטים לתואר שני במנהל מערכות בריאות
שגיא יעל, סיקורל אסי, פלדהמר אילן, ארבל רונן, לביא גיל	מערכת הבריאות בעת חירום	השפעות מלחמת "חרבות ברזל" על סיקור לסרטן בקרב מבוטחי כללית, לפי מעגלי השפעה
שחאדה שיני אמאל, בראון אפל אורנה	מדיניות בריאות	שכיחות, אבחון וטיפול בהפרעות קשב וריכוז בילדים ערבים ויהודים בישראל, היכן הפערים?
שחיבר מחמוד-חמודי	מדיניות בריאות	חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשפעתו על החברה הערבית בהיבט של קידום מרפאות עצמאיות באמצעות מערכות תמריצים ותגמולי עידוד - עבודת דוקטורט
שטיינמץ נועה, טסלר ריקי, קורן ליאת	מדיניות בריאות	ייעול השימוש בניתוח קיסריים ויישומה של מערכת סיווג רובסון: נקודת המבט של מומחי בריאות וקובעי מדיניות
שלו ליגת, אבני אביב, אבירם קרן, איתן רננה, רוז אדם	מערכת הבריאות בעת חירום	קבלת מטופלים להערכה ולטיפול פסיכיאטרי בחדר המיון בעקבות אירועי השביעי באוקטובר בישראל
מדיניות בריאות		תהליך תוקף רב-שלבי של שאלונים ומקרה החקר של שאלון שמא"ש כשאלון אדפטיבי לשימוש של חוקרים ובעלי מקצוע
שלום ירדן, לוי תניה	מטפלים במערכת הבריאות	מיילדות, הקורבנות הנשכחים
שמואלי ליאורה, פלולי אלה, שיפטר תמר, מגנזי רחלי	בריאות הנפש	בחינת עמדות כלפי שימוש ברשת חברתית מקוונת ייעודית לצרכים חברתיים בקרב בני הגיל השלישי ורווחה נפשית בעת מלחמה
שמעוני קנט שרית, כרם איתן, שולט עידו, נאטור נידאא, קופיטמן אלינה, קרסק ויולן, גופין רוזה	ארגון שרותי הבריאות	חום בתינוקות: מחקר פרוספקטיבי לאומי לזיהוי גורמי פניה למלר"ד ושירותי בריאות קהילתיים בישראל
שערץ מיטשל, טיטלבאום-סויד ריקי, קרני-ויזל יעל	מדיניות בריאות	הבנת אוטיזם והטיפול בו: נקודת מבטו של הילד

שמות מחברים (לפי א"ב שם משפחה מחבר ראשון)	נושא הפוסטר	כותרת הפוסטר
שפירא בן דוד שירלי, סניצר אולגה, פריזדה מרים, בר רצון עדנה, דונסקוי סבטלנה, ולינסקי לאה	מדיניות בריאות	שינוי קטן שימוש נכון - הוצאת אפשרות לשליחת תרבות שתן כחלק משגרות מעבדה אישיות והשפעה על שימוש מושכל באנטיביוטיקה
שפירא מענית, כהן בן, פרימן שרית, טל יאנה, דהן שריקי דיקלה	יזמות וחדשנות בבריאות	שינוע בדיקות מעבדה באמצעות רחפנים השפעת השינוע על איכות הבדיקות
שרבני רחל, פרידמן שושי	מטפלים במערכת הבריאות	הגדרה מחדש של תפקיד המדריך הקליני: קפיצת מדרגה בהדרכה הקלינית - נקודת מבטו של המדריך
שרודר חני, ארנברג טל, חקלאי ציונה, אייזנברג ורד, גרינבאום אריזון איילת	ארגון שרותי הבריאות	תכנון פריסה אופטימלית של מרכזים אונקולוגים ככלי לצמצום פערים ושיפור יעילות הטיפול
שרודר חני, ארנברג טל, עזרא סיגל, סחר ירון, גרינבאום אריזון איילת	ארגון שרותי הבריאות	תכנון פריסה אופטימלית של מרכזי שיקום ככלי לצמצום פערים ושיפור יעילות הטיפול
שרודר חני, בלינסקי אלכסיי, בן מנחם צח, גרינבאום אריזון איילת	מטפלים במערכת הבריאות	בחינה של זמינות ואיכות רופאי משפחה לפי אזורים גיאוגרפיים בישראל
שרודר חני, עמית נאורה, עבדאלהאדי שחברי נור, גרינבאום אריזון איילת	מערכת הבריאות בעת חירום	הקמת כיתות כוננות בריאות בישובים ערבים וחרדים המהוות מנוף צמצום פערים בבריאות והבטחת טיפול רפואי מידי בחירום ממוצע
שרודר חני, תגר זק, אליה עידו, טווס גיל, ברנר שלם רייצ'ל, גרינבאום אריזון איילת	ארגון שרותי הבריאות	מפות חיזוי דמוגרפי ככלי חדשני לתכנון מידניות אופטימלי מבוסס נתונים של פריסת שירותי בריאות בישראל
תורג'מן עדי, ליבוביץ'-ויסמן יערה, קלברייסקי ברוניםלבה, שוחט ציפי, קורוטקוב זויה, גרוסמן אלון ליבוביץ' לאונרד	איכות הבריאות	פערים ברישום וניפוק תרופות לסוכרת באוכלוסיית ישראל: עדות לאי-שוויון בבריאות

תקצירי הרצאות

מתקפת מגה אר"ן ב-7 באוקטובר: פרופיל הפצועים המאושפזים והטיפול בבית החולים

שרון גולדמן¹, ארי ליפסקי², אירה רדומיסלונסקי³, עדי גבעון³, אלדד קטורזה⁴

- 1 מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, המרכז הרפואי שיבא
- 2 מחלקה לרפואה דחופה, מרכז הרפואי העמק; הפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט הטכניון
- 3 המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות
- 4 הפקולטה למדעי הרפואה והבריאות, אוניברסיטת ת"א

רקע:

ביום שבת ה-7 באוקטובר, כ-3,000 מחבלים חדרו לגבול הדרומי של ישראל ותקפו אזרחים וחיילים כאחד. התקפת פתע זו כללה מספר חסר תקדים של נפגעים בנוסף ל-1,200 קורבנות שנרצחו ומאות שנחטפו. מערכת הבריאות נדרשה להתארגן במהירות להתמודד עם מגה אירוע רב נפגעים (אר"ן) זה.

מטרות:

מטרת עבודה זו היא לתאר את הפצועים, הפציעות שלהם ותוצאות האשפוזים עקב אירועי הטרור ב-7 ו-8 באוקטובר.

שיטות מחקר:

אוכלוסיית המחקר כללה את כל נפגעי הטראומה שאושפזו עקב פציעה במתקפת הטרור ב-7-8 באוקטובר 2023. נתונים דמוגרפיים, אבחנות ומאפייני הפציעה, שימוש במשאבי בתי החולים, ותוצאות האשפוז התקבלו מרשם הטראומה הלאומי.

ממצאים:

התאשפזו 630 פצועים, מתוכם 277 אזרחים ו-353 חיילים. מרבית (90%) הפצועים סבלו מפציעות ירי ו-19% מפציעות הקשורות לפיצוץ. מנגנוני פציעה מרובים היו בקרב 16% מהפצועים. הגיל החציוני בקרב האזרחים היה 33 שנים (טווח גילאים פחות משנה ועד 88) ו-21 שנים בקרב החיילים. מקרב הפצועים, 29% נפגעו באורח קשה ואנוש. אזורי הגוף שנפגעו בשכיחות הגבוהה ביותר היו גפיים תחתונות (49%) ועליונות (42%), בטן (28%) וחזה (23%). כמעט 70% מהפצועים עברו לפחות ניתוח אחד (n=431), מתוכם 240 תוך 12 שעות. בטיפול נמרץ אושפזו 18.4% ולמעלה מ-20% אושפזו מעל שבועיים. למעלה ממחצית מהנפגעים קשה ואנוש (ISS 16+) שוחררו למרכז שיקום. שיעור התמותה בבית החולים היה 2.5%.

מסקנות והמלצות:

בתי החולים בישראל התמודדו עם אתגרים רבים בעקבות המגה אר"ן, כולל קליטה, אבחון, טיפול ושיקום של מספר עצום של נפגעים. נדרש ארגון מחדש ובאופן מידי של בתי החולים כדי לספק ציוד דימות וחדרי ניתוח נוספים. בנוסף, הביקוש העצום למשאבי שיקום חייב ארגון מחדש ושינוי מהיר של מתקנים רפואיים קיימים כדי להכיל את הנפגעים הרבים הדורשים שיקום.

עבודה זו מספקת מידע חשוב למקבלי החלטות בתחום מערכת הבריאות לתכנון ולהיערכות ברמה המקומית, האזורית והארצית.

האם הילד הפצוע שזה עתה הגיע לחדר הטראומה הזה יזדקק לניתוח מציל חיים דחוף?

נר סמואלי¹, יוליה גימלריק¹, דני אפשטיין², רון ברנט¹, אירנה רדומיסקמקי³

1 מרכז שניידר לרפואת ילדים

2 מרכז רפואי רמב"ם

3 המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

רקע:

בשנים האחרונות חלה ירידה רציפה בשכיחות ניתוחי החירום בילדים פצועים. ועם זאת, ההחלטה על הצורך בניתוח או ייתור נדרשת להיות מהירה ומדויקת. זהו אחד האתגרים הגדולים בעת קליטתם של ילדים פצועים במחלקות לרפואה דחופה (מלר"ד) וביחידות הטראומה שמצדן מעמידות בהיכון צוותים, חדרי ניתוח, מכוני הדמיה ומשאבים אחרים, פעמים רבות תוך עיכוב טיפול או אבחנה של מטופלים אחרים.

מטרות:

לפתח מודל ניבוי להערכה מהירה לקביעת הצורך בניתוח מציל חיים בילד פצוע.

שיטות מחקר:

מחקר עוקבה לאומי רטרוספקטיבי מבוסס רשומת הטראומה הלאומית שכלל 83,859 ילדים פצועים בגילאים 0-14 שנים שטופלו ב-20 מרכזים רפואיים שונים ואושפזו בין השנים 2011-2020. בבניית המודל נבחנו מנגנון הפגיעה, סולם גלאזגו וסימנים חיוניים. התוצא העיקרי הוגדר כניתוח חירום תוך שעה מקבלה לבית החולים. העוקבה חולקה לשתיים, קבוצת פיתוח המודל (derivation) כללה 41,930 ילדים וקבוצת תיקוף המודל (validation) שכללה 41,929 ילדים.

ממצאים:

הגיל החציוני היה 6 שנים (טווח בין רביעונים 2-10). 56,867 (67.8%) היו בנים; 75,450 (90.0%) סבלו מחבלה קשה. מאה שישים ותשע (0.20%) ילדים עברו ניתוח חירום. 34,138 (81.4%) בקבוצת הפיתוח ו-34,271 (81.7%) בקבוצת התיקוף סווגו כסיכון נמוך בהתבסס על מנגנון החבלה, ציון גלאזגו תקין וקצב לב שאיננו חריג. מתוכם, 8 (0.02%) ו-13 (0.04%) בהתאמה נזקקו לניתוח חירום בהתאמה. למודל הניבוי הייתה רגישות של 84% (רווח סמך 95%-91-75), סגוליות של 82% (רווח סמך 95%-81-82), וערך ניבוי שלילי של 99.96% (רווח סמך 95%-99.9-99.98). בקרב ילדים עם פגיעה קשה (ISS>15), הרגישות הייתה 87% (95%-94-77 CI), הסגוליות של 57% (95%-59-54 CI), והניבוי השלילי הערך היה 98.97% (רווח סמך 95%-99.44-98.1).

מסקנות והמלצות:

מודל נגיש ופשוט להערכה מהירה ומוקדמת של הצורך בניתוח דחוף בילד הפצוע מאפשר שימור איכות הטיפול, בטיחותו תוך חסכון במשאבי כח אדם ותשתית של מרכז הטראומה.

גורמים המשפיעים על יעילות הצוות במערכות בריאות תת-קרקעיות במהלך איום מלחמה

היאם שופאני¹, נסרה אדלבי², ג'לאל טרביה², ג'זיל גרין³

1 המרכז הרפואי לגליל

2 החוג לסייעוד - מכללת עמק זרעאל

3 החוג לסייעוד - אוניברסיטת אריאל

רקע:

אנשי מקצוע בתחום הבריאות העובדים במתקנים תת-קרקעיים מוגנים במהלך מלחמה מתמודדים עם אתגרים ייחודיים המשפיעים על בריאותם הפיזית והנפשית ועל יעילות הצוות.

מטרות:

המחקר נועד להשוות תסמינים בריאותיים הקשורים לעבודה ואיכות סביבת העבודה על פני קבוצות דמוגרפיות ולבחון את השפעתם על יעילות הצוות בקרב אנשי מקצוע בתחום הבריאות במתקן תת קרקעי.

שיטות מחקר:

הופעלה גישה של שיטות מעורבות, תוך שימוש בשאלון דיווח עצמי הכולל סולמות סגורים ושאלות פתוחות. המדגם כלל 272 אנשי מקצוע בתחום הבריאות שעבדו במתחם מוגן מלחמה תת-קרקעי במרכז הרפואי לגליל בישראל. נתונים כמותיים נותחו באמצעות מבחני ANOVAs, t, ורגרסיה מרובה, בעוד נתונים איכותיים נותחו בניתוח תוכן.

ממצאים:

נמצאו הבדלים בין קבוצות דמוגרפיות בסימפטומים בריאותיים שונים ובתפיסות של סביבת העבודה. ניתוח הרגרסיה גילה כי מצוקה פסיכולוגית, רעש ותאורה במתחם התת-קרקעי השפיעו באופן משמעותי על יעילות הצוות.

מסקנות והמלצות:

סביבת העבודה התת-קרקעית היא חיונית בהשפעה על יעילות צוות הבריאות, כאשר מצוקה פסיכולוגית, רעש ותאורה הם גורמי מפתח. המחקר מדגיש את החשיבות של יצירת סביבת עבודה נוחה לטיפוח יעילות הצוות. הממצאים מספקים תובנות חשובות למנהלים במתקני בריאות תת-קרקעיים כדי לייעל את הביצועים והרווחה של הצוות.

טראומה משנית ובריאות בזמני משבר

שרון מרקין, ליאת אורנשטיין

מכון גרטנר, המרכז הרפואי שיבא

רקע:

ישנן ראיות כי טראומה משנית, חשיפה לחוויות טראומטיות של אחרים, באם דרך אמצעי התקשורת השונים או המקצוע, עשויה להשפיע לרעה על הבריאות הנפשית; אולם פחות ידוע על ההשפעה האפשרית על הבריאות הגופנית ועל התנהגויות בריאותיות.

מטרות:

לבחון את ההשפעה של טראומה משנית על הבריאות הנפשית והגופנית במהלך 6 החודשים הראשונים של מלחמת 'חרבות ברזל' בישראל.

שיטות מחקר:

סקר אינטרנטי מבוסס-אוכלוסייה הכולל 1,139 ישראלים בגילאי 18 ומעלה, שנדגמו באופן שווה מהצפון, מהדרום וממרכז הארץ. חשיפה לטראומה משנית הוגדרה כחשיפה עצימה (הרבעון העליון של תדירות החשיפה, בנוסף לחשיפה לתכנים גראפיים) לאירועי ה-7 באוקטובר בשבועיים הראשונים למלחמה, דרך ערוצי המדיה השונים (טלוויזיה, עיתון, רדיו, אינטרנט, רשתות חברתיות) או דרך חשיפה לסיפורים של נפגעי הטראומה ממקור ראשון כולל במסגרת המקצוע (פרמדיקים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים). תוצאי הבריאות כללו דיווח עצמי על הרעה בבריאות הנפשית והגופנית מאז ה-7 באוקטובר, וכן על שינויים בהתנהגויות בריאותיות, כולל שינה, משקל, פעילות גופנית, עישון וצריכת אלכוהול. מאפיינים נוספים כללו מאפיינים סוציו-דמוגרפיים וגיאוגרפיים, חשיפה אחרת לטראומה בעקבות המלחמה (אלימות, פינוי, תפיסת מחסה מירי טילים), פעילות התנדבותית, רווחה חברתית וחוסן.

ממצאים:

36.0% נחשפו לטראומה משנית ממדיה ו-16.6% נחשפו דרך מקצוע/מקור ראשון. לאחר תקנון לכלל המאפיינים, טראומה משנית כתוצאה מחשיפה למדיה נקשרה באופן מובהק עם החמרה במצב הבריאות הנפשי [Odds ratio (OR) 1.5, 95% Confidence Interval (CI) 1.1-1.9] ובשינה (OR 2.1, CI 1.6-2.8). טראומה משנית הקשורה במקצוע נקשרה באופן מובהק עם החמרה במצב הבריאות הגופנית (OR 1.7, CI 1.1-2.6).

מסקנות והמלצות:

כשישה חודשים לאחר פרוץ המלחמה, חשיפה לטראומה משנית נמצאה קשורה עם הדרדרות במצב הבריאות הנפשי והגופני, גם לאחר תקנון לחשיפה ישירה לאירועים הטראומטיים. מבחינת מענה מידי לבריאות הציבור בזמני חירום, יש להגדיל את המשאבים האזרחיים לטיפול בבריאות הנפשית ובעיות שינה, וכן לבצע הערכות בריאות גופניות למטפלים מתחום בריאות הנפש, צוותי חירום ומגיבים ראשונים, תוך הגברת המודעות לסיכונים בריאותיים אילו בקרבם. יש לשקול מתן המלצות להגבלת חשיפה עצימה וגרפית למדיה במהלך אירועים טראומטיים חריפים בהנחיות עתידיות לבריאות הציבור.

אשפוז בית אקוטי - בשגרה, בחירום ומה שביניהם

הוניידה דראושה¹, ריזאן סחניני², כרמית שטיינברג², אנתיסאר סגיר סלבאק²

1 מכבי שירותי בריאות

2 מכבי שירותי בריאות מחוז צפון

רקע:

אשפוז בית הינו חלופה לאשפוז בב"ח. ישראל נחשבת למדינה מובילה בתחום על רקע הזדקנות האוכלוסייה, עלייה בתחלואה, עומס גובר על בי"ח וצורך בייעול ההוצאה הלאומית לבריאות.

בשנת 2017 מכבי הובילה את שירות אשפוז הבית. ב-9.2020 בצפון הוקמה מחלקה לאשפוז בית ע"י צוותי מכבי - IN HOUSE. מגפת הקורונה ב-2020 שימשה כ"מבחן מאמץ" ליכולת המערכת לתת מענה מהיר ורחב היקף והאיצה משמעותית התפתחות האשפוז בית. מספר המאושפזים הגיע לשיאם והביא לקפיצה ביכולות הארגון בהתמודדות בחירום.

ב-7.10.2023 עם פרוץ מלחמת "חרבות ברזל", נדרשה אדפטציה של רפואת הקהילה למצב חירום. היערכות אשפוז בית פעלה במישורים:

- ◆ המשך הפעלת אשפוז בית אקוטי ושמירת רצף טיפול בצפון כולל קו העימות.
- ◆ מוכנות לרידוד בי"ח לשחרור אוכלוסיות במצב רפואי חריף "ובלתי שגרתי" באשפוז בית פנימי.

מטרות:

בנייה ופיתוח תשתית לאשפוז בית המהווה חלופה לאשפוז בב"ח בשגרה ובחירום ומאפשרת הסטת מטופלים אקוטיים לקהילה. חלופה טיפולית זו מהווה שותף מרכזי במאמץ הלאומי להורדת העומסים בבתי חולים.

שיטות מחקר:

בשגרה, איתור המטופלים מתבצע ע"י הצוותים בקהילה ובבי"ח. בחירום, קבלת המטופלים לאשפוז בית על פי מודל רידוד בתי החולים. האשפוז כולל: ביקור רפואי יומי, מענה 24/7, שילוב טכנולוגיות לאבחון וטיפול כגון צילומי רנטגן בבית, US, אק"ג, טלה-רפואה ועוד. ההפניה ממוחשבת והרשומה הרפואית שקופה לרופא המשפחה לשמירת רצף טיפול.

ממצאים:

4,700 מאושפזים תוך 4 שנים.
מקור ההפניות - 80% קהילה, 20% בי"ח. ממוצע ימי אשפוז 3.5 ימים.
70% מהאבחנות מחלות זיהומיות, השאר החמרה במחלות כרוניות ומצבים חריפים שונים.
שביעות רצון גבוהה של הרופאים המפנים והמטופלים.
בצל החירום, אשפוז בית ילדים יצא לדרך בשיתוף עם רמב"ם.

מסקנות והמלצות:

אשפוז בית כחלופה לבי"ח, הוא אחד מסימוניה של המהפכה התפיסתית בעולם הרפואה. הרחבת השירות במהירות בחירום צמחה על קרקע פורייה של אשפוז בית בשגרה.

להרחבת אשפוז הבית לתחומים נוספים - ילדים, פסיכיאטריה, כירורגיה תהיה השפעה רוחבית לאומית שתוביל לצמצום אשפוזים בבתי החולים בטווח הארוך ותהווה חלק בלתי נפרד מתכנון פעילות מערכת הבריאות בישראל.

המקצועי והאישי בתופעת השחיקה בקרב רופאים מתמחים במלחמה: מחקר חתך

טוני גוטנטג, יהונתן סינאוני

אוניברסיטת ת"א

רקע:

רפואה היא מקצוע עתיר שחיקה. רבות נחקר אודות השפעות שחיקת רופאים מתמחים על בית החולים, המטופלים והרופא המתמחה בעבודתו. אולם ההשפעות השניוניות של שחיקה על החיים האישיים של הרופא המתמחה, קיבלו פחות תשומת לב, אדרבא בעיצומה של מלחמה.

מטרות:

לבדוק האם ובאיזו מידה קיימת זליגה של שחיקה מהתחום המקצועי אל התחום האישי (ולהפך).

שיטות מחקר:

מחקר חתך (cross-sectional study) באמצעות שאלונים בדיווח עצמי שהועבר ל-200 רופאים מתמחים עמוסים במיוחד (בזוגיות ועם ילדים) בעיצומה של מלחמה (22 בפברואר - 9 ביולי 2024). ערכנו רישום מוקדם (pre-registration) של המחקר.

ממצאים:

כמשוער, שחיקה רבה יותר בתחום המקצועי נמצאה קשורה לשחיקה רבה יותר בתחום האישי. עוד כמשוער, ככל שקונפליקט בית-עבודה היה עז יותר, השחיקה בתחום המקצועי והאישי הייתה רבה יותר. כמו כן, כמשוער, שחיקה רבה יותר בתחום המקצועי (בהשוואה לשחיקה בתחום האישי) ניבאה שביעות רצון נמוכה יותר מהעבודה וכוונות תחלופה רבות יותר בעבודה. עוד כמשוער, שחיקה רבה יותר בתחום האישי (בהשוואה לשחיקה בתחום המקצועי) ניבאה שביעות רצון זוגית נמוכה יותר וכוונות עזיבת בן/בת הזוג רבות יותר. בניגוד למשוער, שביעות רצון הורית נובאה, באותה המידה, הן על-ידי שחיקה רבה יותר בתחום האישי והן על-ידי שחיקה רבה יותר בתחום המקצועי.

מסקנות והמלצות:

המחקר הנוכחי התמקד בשחיקה בקרב רופאים מתמחים עמוסים במיוחד במלחמה. המחקר הנוכחי מאיר זרקור על הקשר בין שחיקה בתחום המקצועי לשחיקה בתחום האישי. קונפליקט בית-עבודה נמצא כגורם מסביר הן של שחיקה אישית והן של שחיקה מקצועית. מצאנו שלשחיקה היו השפעות ספציפיות לתחום מחד (בתחום המקצועי והזוגי) ושזולגות מעבר לתחומים מאידך (בתחום ההורי). המחקר מדגיש את הצורך לשים לב לשחיקת הרופא המתמחה בזירות החיים השונות. זאת, בדגש על רופאים מתמחים שהם הורים, בקרבם כל סוגי השחיקה היו קשורים לשביעות רצון הורית נמוכה.

השפעה של סיקור חדשות 24/7 על בריאות הנפש של ישראלים במלחמת 'חרבות הברזל'

אריאל קאים, מורן בודס

חוג לניהול חירום ואסון, אוניברסיטת תל אביב

רקע:

מצבי חירום מקבלים סיקור נרחב בשידורי החדשות, לפי דרישת הקהל. מכיוון שרוב האנשים מקבלים מידע על אירועים רחבי היקף דרך המדיה, כלי התקשורת ממלאים תפקיד חשוב במסירת מידע חיוני והנחיות לציבור. עם זאת, הם גם מספקים לצופים תוכן שעשוי להיות טראומטי, כגון פרטים מטרידים ומצמררים על נפגעים, סכנות צפויות ותרחישים חמורים.

מטרות:

מחקר זה נועד להעריך את ההשפעה של שידורי חדשות רצופים על השלמות הנפשית של יהודים בישראל במהלך מלחמת 'חרבות הברזל' ולהשוותם לממצאים ממבצע "צוק איתן".

שיטות מחקר:

מחקר חתך מבוסס שאלונים מקוונים נערך בתאריכים 11-12 באוקטובר 2023. המחקר התמקד באוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל בכדי לייצר קבוצת השוואה למחקר קודם שנעשה ב-2014. משתתפים התבקשו לדווח על שינויים בצריכת חדשות, עמדות כלפי חדשות ותסמיני חרדה.

ממצאים:

מתוך 802 משתתפים יהודים בוגרים בישראל, 83.8% הגדילו את צריכת החדשות. בעוד שיותר מ-70% מהנשאלים מצאו את החדשות מלחיצות לפחות במידה בינונית, יותר מ-40% אמרו שהם כלל לא מנסים להימנע מהן. כמעט 24% מצאו את החדשות ממכרות במידה רבה. נשים וצעירים דיווחו על יותר פחד להחמיץ מידע (FOMO), לחץ והתמכרות למשדרים. יותר מ-70% דיווחו על לפחות תסמין חרדה אחד, ו-21% על כל ארבעת התסמינים שנבדקו. רגרסיה ליניארית הסבירה 42.9% מהשונות של דיווח על תסמיני החרדה, כאשר מגדר, גיל, לחץ מהחדשות, התמכרות ופחד החמצה הם המנבאים העיקריים. תוצאות המחקר הנוכחי מראות עלייה בכל המדדים בהשוואה למחקר משנת 2014.

מסקנות והמלצות:

המחקר שלנו מראה כי במהלך המלחמה הנוכחית, יהודים בוגרים בישראל מתקשים לשלוט בצריכת החדשות, באופן שעלול להשפיע לרעה על בריאות הנפש. החרדה הקשורה לצריכת חדשות עלתה בהשוואה לשנת 2014, והייתה נוכחת בכל מגזרי האוכלוסייה. לאור ממצאים אלה, אנו ממליצים להעלות את המודעות לסיכונים של צריכת חדשות מופרזת בזמן משבר, לקדם רגולציה של החדשות ולהבטיח גישה נוחה יותר לשירותי תמיכה בבריאות הנפש.

נפילות מטופלים במחלקת השיקום: ניתוח רב שיטתי של תהליכי עבודה ויישום אסטרטגיות למניעת נפילות בשגרה ובזמן מלחמה

אסנת בשקין¹, חסן איוב², ורשבסקי מיכאל², רויטל סלימי³

1 המכללה האקדמית אשקלון

2 מחלקת שיקום, מרכז רפואי אוניברסיטאי, ברזילי, אשקלון

3 הנהלת הסיעוד, מרכז רפואי אוניברסיטאי, ברזילי, אשקלון

רקע:

נפילות מטופלים במהלך אשפוז בבתי חולים מהוות אתגר מהותי למערכות בריאות. בתי חולים מפעילים הנחיות שונות למניעת נפילות, הכוללות זיהוי חולים הנמצאים בסיכון גבוה. על אף בסיס הידע ההולך וגדל בכל הנוגע לנפילות מטופלים בבתי חולים, המידע אינו כולל אסטרטגיות ניתוח וטיפול המותאמות למחלקות אשפוז ייחודיות כגון מחלקת השיקום.

מטרות:

מטרות המחקר כללו ניתוח הגורמים לנפילות חולים במחלקת השיקום ופיתוח אסטרטגיה למניעת נפילות בשיתוף הצוות המטפל, המטופל ובני משפחתו.

שיטות מחקר:

מחקר התערבותי משולב-שיטות בהשתתפות צוות רב מקצועי, במחלקת האשפוז השיקומי במרכז הרפואי ברזילי. שלבי המחקר:

1. ניתוח נתוני 173 מאושפדים עם אירועי נפילה במחלקה בין השנים 2019-2022.
2. ביצוע 25 ראיונות עומק עם אנשי צוות במחלקת האשפוז השיקומי, מטופלים ובני משפחותיהם.
3. תצפיות במחלקה לצורך ניתוח תהליכי עבודה.
4. פיתוח התערבות למניעת נפילות במחלקת השיקום בשילוב צוות מטפל ומטופלים.

ממצאים:

יישום ההתערבות החל בספטמבר 2023. עם פרוץ המלחמה, מחלקת השיקום נאלצה להתפנות למבנה ממוגן ולפעול במתכונת מצומצמת. מספר המטופלים צומצם לכ-30% מהתפוסה המלאה, כל המטופלים שהו באולם אחד גדול, הצוות הסיעודי נמצא בקרבת המטופלים בכל שעות היממה, הוקם אולם לטיפולים ליד אולם המאושפדים. צוות המחלקה יישם התאמות בתכנית ההתערבות על מנת לפעול למניעת נפילות מטופלים גם בעת חירום. במרץ 2024 המחלקה שבה לעבוד במתכונת שגרה, כולל יישום תכנית ההתערבות במלואה.

ניתוח נתוני נפילות במחלקה חשף כי 40% מהנפילות התרחשו במשמרת בוקר, 76% מהנפילות התרחשו בחדר, ב-52% התרחשה נפילה מכיסא לרצפה. במרבית הנפילות לא היה איש צוות נוכח בחדר ואף לא נעשתה פניה לאיש צוות ע"י המטופל או בן משפחה. ראיונות העומק, והתצפיות חשפו מספר מוקדי בעיות, ביניהן: חוסר מודעות של מטופלים לסיכוני נפילות, מידע חסר והדרכה/מעורבות לא מספקות של בני משפחה במניעת נפילות. כמו כן, זוהו בעיות בתקשורת מטופלים-כוח עזר בנושאי נפילות. בהמשך לממצאים, פותחה תכנית התערבות שכוללת שינויים בשלושה מישורים:

1. במישור ההנדסי/סביבתי 2. במישור הנוהלי/ארגוני 3. במישור ההדרכתי.

מסקנות והמלצות:

פיתוח ויישום תכנית התערבות מותאמת וממוקדת מטופל לניהול הטיפול עשויה להועיל בצמצום הסיכונים לנפילות מטופלים. על אף מצב החירום, צוות המחלקה פעל בהצלחה ליישום אסטרטגיות למניעת נפילות תוך התאמה לאופי הפעילות בזמן מלחמה. יש לבחון את האפשרות להרחבת יישום ההתערבות והערכתה גם במחלקות אשפוז נוספות בבית החולים.

תמיכה בזמן מלחמה בנשות חיילי המילואים העובדות בביה"ח - רצוי מול מצוי

מיכל רסין, רוני לוי, אלינוי לביא, אולגה אמסלם, מוריאל רוזנוולד

מרכז רפואי שמיר

רקע:

נשים רבות שבני זוגם משרתים במילואים מהשבעה באוקטובר עובדות בבתי החולים. הן נושאות לבדן במשך חודשים ארוכים בנטל ניהול הבית במקביל לדרישה להמשיך כרגיל בעבודה בבי"ח. הבטחת המשך תפקודן בתקופת מלחמה מתמשכת מציב אתגרים משמעותיים עבורן.

מטרה:

לבדוק כיצד מתמודדות נשות המילואימניקים עם מצבן.

שיטה:

נערכו ראיונות עם 34 נשות מילואימניקים מכל הסקטורים בביה"ח: רופאות, אחיות, פארא רפואי ומנהל ומשק. הממצאים נותחו באמצעות ניתוח תוכן.

ממצאים:

המשתתפות תארו תחושות של עייפות, לחץ ואפילו קריסה, שגרמו לכך שחלקן התחילו לקחת תרופות להרגעה כדי לתפקד. הן סיפרו שהקושי הגדול ביותר היה ההתמודדות עם הילדים. רובן סיפרו כי עזבו את ביתם והעתיקו את מגוריהן לבית ההורים כדי לקבל מהם עזרה.

סידור עבודה היה כל הזמן במרכז כשהקושי בתימרון בשעות העבודה ניכר במיוחד אצל הרופאות והאחיות. פעילויות חוסן שיזם ביה"ח ובעיקר יום הוקרה מיוחד שהוקדש לנשות המילואימניקים גרם להן להרגיש שרואים אותן ואכפת מהן. הן ציינו שהאפשרות להיפגש ולדבר עם אחרות במצבן עזר מאוד. מעניין היה להיווכח שחזרת הבעל הבייתה אפילו להפוגות קצרות לוותר בקשיים ובעיות בזוגיות שצריך לתת עליהם את הדעת. כיוון שאצל רוב המשתתפות הבעלים המשיכו לעשות מילואים חודשים ארוכים, מדאיגה במיוחד הייתה התחושה של חלקן שהן נשכחו: "היום כולם נכנסו לשיגרת מלחמה ושכחו מאיתנו".

מסקנות והמלצות:

נשות משרתי המילואים זקוקות לעזרה כדי שחיי המשפחה והעבודה יוכלו להימשך כסידרם וכדי שיהיה לחיילי המילואים שקט נפשי שבבית הכל בסדר והם יוכלו להמשיך במשימותיהם המילחמתיות. מומלץ שבי"ח ידייק את הסיוע לנשות המילואימניקים בהתאמה לצרכיהן ויפעל לשיפור הנגשת המידע בנוגע לזכויותיהן. כיוון שיש כאלו שממשיכות לשאת בנטל לבד משך חודשים חשוב לסייע להן לאורך זמן.

ועדת גמזו 2024: רפורמה בניהול השדות הקליניים בלימודי רפואה בישראל

רייצ'ל ברנר שלם¹, רוני גמזו^{2,3}, אלכסיי בלינסקי¹, הדס וגמן⁴, יואל אנג'ל²

1 משרד הבריאות

2 המרכז הרפואי איכילוב

3 אוניברסיטת תל אביב

4 מטה היישום של תוכנית הרופאים

רקע:

מדינת ישראל מתמודדת עם מחסור ברופאים במקצועות מסוימים ובפריפריה, ובעתיד הקרוב יגבר המחסור הלאומי ברופאים בעקבות רפורמת יציב. ב-2023 הקים משרד הבריאות ועדה לתכנון הקומה הבאה של הטיפול במצוקת כח אדם רפואי במערכת הבריאות, ובמסגרתה התכנס צוות בראשות פרופ' רוני גמזו לקביעת מנגנונים להגדלה משמעותית והסדרה לאומית של שדות קליניים לסטודנטים. הסדרה זו תשנה דרמטית את אופן הניהול של השדות הקליניים בישראל.

מטרות:

מיסוד מנגנון לאומי לתכנון שדות קליניים, שיביא להגדלה מתוכננת ויציבה של סטודנטים לרפואה בהתאם ליעדים הנגזרים מהצורך הלאומי.

שיטות מחקר:

במחקר נעשה שימוש בדוחות OECD שהראו את הפער בין היקף ההכשרה הנלמד בארץ לבין זה שנהוג ב-OECD, ואת פוטנציאל ההכשרה בישראל. בנוסף, נעשה מיפוי שדות קליניים באופן ייעודי לוועדה שהראה את רמת השימוש בשדות היום, את המגמות בהכשרת הסטודנטים, ואת פוטנציאל ההכשרה הגבוה, וזאת לכל אוניברסיטה, בית חולים ומחלקה בנפרד.

ממצאים:

בישראל קיים השיעור הנמוך ביותר ב-OECD בהכשרת רופאים גם ביחס לגודל האוכלוסייה וגם ביחס למספר מיטות האשפוז במדינה: ישראל מכשירה 6.8 סטודנטים לרפואה ל-100,000 תושבים (14.2 סטודנטים ב-OECD), ו-23 סטודנטים ל-1,000 מיטות אשפוז (33 סטודנטים ב-OECD). גם בין האוניברסיטאות בישראל קיים פער ברמת ניצול המשאבים להכשרה, כאשר קיימות אוניברסיטאות שיש להן 2.56 מיטות לכל סטודנט ואחרות נהנות מ-5.11 מיטות לסטודנט. היקף ההכשרה הנמוך נובע מחלוקה לא יעילה של השדות הקליניים הקיימים בין הפקולטות, מערך תקצוב ותמרוץ לא מספיק יעיל, שמביא לכח-אדם מלמד חסר, ואמות מידה לא מותאמות לצורך הלאומי. ניהול יעיל של שדות יאפשר לגדול עד 1,700 סטודנטים (ביחס ל-823 סטודנטים בשנת 2000, כשהחלה עבודת הגידול).

מסקנות והמלצות:

כיום, כל גוף במערך ההכשרה פועל בהתאם לסדרי העדיפויות הפרטיים, ואינו כפוף לסדרי עדיפויות לאומיים. הועדה הגדירה שורה של המלצות והעיקריות שבהן הן: אמות מידה להוראה (כגון גודל קבוצה מינימלי), תעריף מקסימום לשדות ואיגום סמכויות לכלל השחקנים באמצעות פורום לאומי לניהול השדות הקליניים.

השפעת קיצור תורנויות על רופאים מתמחים: יתרונות ואתגרים באיזון בטיחות והתמחות

איתמר פורן, ורד דייטש, לאונרד ליבוביץ'

מרכז רפואי רבין - בית חולים בילינסון

רקע:

משמרות ארוכות מעל 12 שעות מובילות לעייפות יתר, פוגעות בתפקוד הקוגניטיבי ובקבלת החלטות, ומגבירות את הסיכון לטעויות רפואיות. בשלושת העשורים האחרונים, יש מגמה של קיצור תורנויות רופאים מתמחים בעולם. בישראל, משך התורנות הוא 26 שעות רצופות, והכוונה היא לקצר את המשמרות למתכונת של 19:2 - 19 שעות עבודה רצופות ועוד שעתיים להעברת משמרת. המטרה היא לשפר את תנאי העבודה ובטיחות המתמחים והמטופלים, אך יש חששות מפני פגיעה באיכות ההתמחות והמשכיות הטיפול. בספרות חסרים נתונים מקיפים ועדכניים על ההשפעות של קיצור זה.

מטרות:

לסקור באופן שיטתי את ההשפעות של קיצור תורנויות רופאים-מתמחים על בטיחות המטופלים והמתמחים, איכות ההתמחות, איכות הטיפול, איכות החיים ושיעור רצון המתמחים והמטופלים.

שיטות מחקר:

ערכנו סקירה שיטתית ומטה-אנליזה. כללנו מחקרים אקראיים מבוקרים ומחקרים תצפיתיים השוואתיים אשר העריכו קיצור תורנויות. התוצאים הראשיים כללו בטיחות מטופלים ומתמחים ואיכות ההתמחות. התוצאים המשניים כללו איכות טיפול, שביעות רצון המטופלים והמתמחים, איכות חיים של המתמחים, ושיעורי פרישה מההתמחות. ניתוח הנתונים בוצע באמצעות RevMan 5.4.

ממצאים:

מתוך 7603 פרסומים, כללנו 106 מחקרים, שהתמקדו לרוב במשמרות של 24, 16 ו-13 שעות. קיצור משמרות שיפר את בטיחות המתמחים, שביעות רצונם ואיזון עבודה-חיים אישיים, תוך שמירה על בטיחות המטופלים. השפעות על איכות ההתמחות היו הטרוגניות. מטה-אנליזה של הניסיון הניתוחי בכירורגיה כללית מצאה קשר לא מובהק בין קיצור המשמרות לירידה בנפח הניתוחים (SMD 0.65, 95% CI -0.04 to 1.34, p=0.07), בעוד שמחקרים אחרים הראו שמירה ואף שיפור בניסיון ניתוחי. ציוני המבחנים כמעט לא השתנו.

מסקנות והמלצות:

קיצור משמרות המתמחים שיפר את בטיחותם, שביעות רצונם ואיזון העבודה והחיים האישיים, אך השפעות על איכות ההתמחות היו הטרוגניות. מחקרים שלא מצאו ירידה בניסיון ניתוחי מצביעים על כך שבעזרת תכנון קפדני ניתן לשמר את איכות ההתמחות. יש לבחון את השפעות הקיצור על איכות ההתמחות הלא-כירורגית ולבדוק שיעורי פרישה ומעבר להתמחויות קלות יותר. יש צורך בתכנון קפדני ואסטרטגיות להמשכיות הלמידה והטיפול. מומלץ לנסח פרוטוקולי העברת מידע ושיתוף פעולה עם אנשי מקצוע אחרים לשמירה על איכות ההתמחות והטיפול.

מודל תקנון לפי מורכבות למטופלים באגף הפנימי בבתי-חולים בישראל

גדעון לייבנר¹, דוד כץ², אדם רוז³, שולי ברמלי-גרינברג³

1 המרכז האוניברסיטאי הדסה

2 בית החולים שערי צדק, ירושלים

3 הפקולטה לרפואה - האוניברסיטה העברית בירושלים

רקע:

בבתי-החולים בישראל התגמול למחלקות הפנימיות אינו מתחשב במורכבות הטיפול הנדרשת למטופלים שונים, מה שמוביל לאי שוויון בחלוקת המשאבים בין בתי-החולים כתלות במורכבות אוכלוסיות המטופלים שלהם. המטופלים במחלקות הפנימיות בישראל שונים זה מזה בגיל, מין, רקע סוציו-אקונומי, מחלות רקע, מספר אבחנות ומשך ימי אשפוז, מה שמחייב תקנון התשלום בהתאם למורכבות הטיפול.

מטרות:

פיתוח מודל תקנון לפי מורכבות עבור מטופלים במחלקות הפנימיות בישראל, המבוסס על מדדים קליניים ודמוגרפיים. מודל זה יאפשר בין היתר תשלום דיפרנציאלי המבוסס על מורכבות המטופל והטיפול הנדרש עבורו, ויכול להביא לשיפור בניהול והקצאת המשאבים במערכת הבריאות.

שיטות מחקר:

מחקר עוקבה רטרוספקטיבי המקיף את 30,822 החולים שאושפזו במחלקות הפנימיות דרך חדר המיון של בית-החולים האוניברסיטאי שערי-צדק בין השנים 2016-2019. הנתונים כללו מידע דמוגרפי, סימנים חיונים, ערכי מעבדה, ואבחנות רפואיות. בשלב הראשון נאמד מודל תקנון לפי מורכבות מסורתית אשר התבסס על ה-Elixhuaser index וכלל משתנים קליניים ודמוגרפיים. מודל זה העניק לכל מטופל ציון המשקף את רמת הסיכון/מורכבות הטיפול בו. בשלב הבא בוצעה סימולציה אשר השוותה ארבעה מודלי תשלום שונים (תשלום קבוע, מודל עשירונים, מודל משולב ומודל תקציב גלובלי) בין בתי חולים (פיקטיבים) שנבדלו ביניהם ברמת מורכבות המטופלים כפי שמשקף מהציון הכללי שלהם.

ממצאים:

תוצאות המחקר הראו כי מודלים המבוססים על מורכבות המטופלים נבדלים ביניהם בשונות התשלומים לבתי-החולים. בנוסף, נמצאו הבדלים משמעותיים בין המודלים בתשלומים לבתי-החולים, כתלות במורכבות המטופל. כך למשל, תחת המודלים השני והרביעי בתי-החולים בקטגוריות קל ובינוני קיבלו תשלומים המבטאים ירידה של 23.8%-24.5% ו-3.71%-4.3% בהתאמה, בהשוואה למודל התשלום הקבוע. לעומת זאת, התשלום לבית-החולים בקטגוריה מורכבת עלה ב-28.3%-29.7% בהשוואה למודל התשלום הקבוע.

מסקנות והמלצות:

לסיכום, המחקר שלנו מדגיש כיצד שינוי שיטת התשלום לבית-החולים כך שתכלול תקנון למורכבות יכול לקדם שיויוניות באופן שתואם טוב יותר את הוצאות בית-החולים, ולהתאים את התמריצים הפיננסיים לצרכי המטופלים תוך קידום טיפול איכותי בכל קבוצות המטופלים. גישה זו גם מבטיחה מסגרת פיננסית בת קיימא יותר לבתי-חולים, בייחוד לאלה המטפלים באוכלוסיות חולים מורכבת יותר ומקדמת יעילות.

מגמות ושינויים ביחס בין "איכות" ו-"מחיר" במכרזים לשירותי בריאות במערכת הבריאות הישראלית בין השנים 2013-2023

עדי ניב-יגודה', הדר גולדשטיין²

1 המכללה האקדמית נתניה ואוניברסיטת ת"א

2 אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע:

מערכת הבריאות פועלת תחת מגבלת משאבים ומצוקה תקציבית שהולכת ומחריפה. כפועל יוצא נדמה כי בעשור האחרון השיקול הכלכלי הפך להיות רכיב מרכזי ובעל משקל מהותי ומשמעותי בהליך קבלת ההחלטות של ארגונים ומוסדות הבריאות. לעיתים גם במחיר פגיעה פוטנציאלית באיכות ובטיחות שירותי הבריאות. טרם התקשרות חוזית לאספקת שירות משרד הבריאות, תאגידיים ממשלתיים וקופות חולים, חייבים להיקשר עם הספק באמצעות הליך מכרזי פומבי. הליך מכרזי נקבע כחלק מהרצון להבטיח שמירה על אינטרסים לאומיים, ציבוריים וכלכליים, תוך השגת שני יעדים מרכזיים: שוויון ויעילות כלכלית.

מטרות:

לראשונה בישראל נאספו ונותחו מכרזים לאספקת שירותי בריאות במטרה לזהות, לשקף ולהסביר תהליכים ומגמות שהתרחשו בעשור האחרון ("איכות" לעומת "מחיר").

שיטות מחקר:

נאספו ונותחו מכרזים לאספקת שירותי בריאות שפורסמו על ידי משרד הבריאות וארגוני הבריאות בין השנים 2013-2023 (224 מכרזים). כל מכרז הוערך עבור מרכיבי "איכות" ו-"מחיר", ונבדקו קשרים, שונות ומגמות (בוצעו מבחני: Shapiro-test, Tukey's HSD post-hoc, ANOVA).

ממצאים:

נמצא מתאם שלילי חלש מובהק סטטיסטית בין אחוז האיכות לשנים $(r=-0.185, p<0.01)$, המעיד על כך שאחוזי האיכות נטו לרדת עם השנים. אחוזי האיכות ירדו באופן מובהק סטטיסטית ב-10.14 נקודות אחוז במהלך תקופת מגפת הקורונה $(p<0.05)$. אחוז האיכות החציוני של מכרזים לשירותי בריאות המשפיעים ישירות על מטופלים לאורך תקופות ממושכות היה גבוה יותר סטטיסטית בהשוואה לאחוז האיכות החציוני של מכרזים לשירותי בריאות בעלי השפעות עקיפות על המטופלים $(p<0.05)$.

מסקנות והמלצות:

- ♦ לאורך השנים ניתן משקל הולך וגובר לרכיב ה-"מחיר" על פני רכיב "איכות" במכרזים לאספקת שירותי בריאות.
- ♦ השיקול הכלכלי הפך להיות רכיב יותר דומיננטי ולעיתים אף מכריע בבחירה של ספק שירותים במערכת הבריאות.
- ♦ במצבי חירום (מגיפה/מלחמה) הצורך בבחירה מהירה ופשוטה בספק שירותים הובילה להעדפת "מחיר" על פני "איכות".
- ♦ יש להכיר בייחודיות בביצוע מכרזים בתחום הבריאות ולמקצע את המומחיות בביצוע מכרזים אלו.
- ♦ יש לייצר מנגנוני הגנה אפקטיביים מפני הפיכת המחיר לרכיב המכריע כשיש פער בין איכות ובטיחות ובין ספקי השירות.

הרחבת הסדרי הבחירה של קופות החולים-ככלי לשיפור איכות ונגישות שירותי בריאות: ניתוח השפעות הרפורמה

איילת גרינבאום אריזון, חני שרודר, צח בן מנחם, ליאור ברק, דינה צ'רנו

משרד הבריאות

רקע:

שיפור הנגישות לשירותים, הרחבת יכולת הבחירה של ספק שירותים והגדלת התחרות הינם גורמי מפתח בקידום טיפול רפואי איכותי. בספטמבר 23' משרד הבריאות קידם רפורמה בהסדרי הבחירה מול קופ"ח במטרה להרחיב את השירותים הרפואיים העומדים לרשות המבוטחים. בתוך כך, הוגדרו קריטריונים חדשים בהן הקופות נדרשות לעמוד לטובת הגדלת נגישות המבוטחים לבתי חולים ומרכזי על, ולצד זאת, הוספו תחומים שהמבוטח זכאי לקבל בהם שירות ללא קשר להסדרי הבחירה של הקופה אליה הוא משתייך - גניקולוגיה, נויורוכירורגיה ופסיכיאטריה. לאור האמור, חלק מהקופות ביצעו שינויים בהסדרי הבחירה שלהן.

מטרות:

בחינת ההשפעות של הרפורמה בהסדרי הבחירה על זמינות שירותים רפואיים למבוטחים בכל קופה

שיטות מחקר:

ניתוח והשוואה של השינוי בהסדרי הבחירה המעודכנים לאור הרפורמה בכל קופה וחישוב מספר בתי- החולים ומרכזי- העל הממוצעים הזמינים למבוטח בכל קופה. חושבו המרחקים העודפים והממוצעים שמבוטח נאלץ לנסוע לטובת הגעה לבית חולים שנמצא בהסדר

ממצאים:

הרפורמה הובילה לירידה במרחק העודף הממוצע שמבוטח נאלץ לנסוע לטובת הגעה לבית חולים שנמצא בהסדר בקופות כללית ומאוחדת ולעלייה ממוצעת במספר בתי החולים ומרכזי העל הזמינים למבוטחים. בקופות מכבי ולאומית לא חל שינוי באותם מדדים משום שהסדרי הבחירה המקוריים שלהן רחבים ולא היו תלויים במקום המגורים של המבוטח. בהשוואה בין בתי החולים, המרכז הרפואי הדסה הוא בעל שיעור ההסדרים הגדול ביותר, ולאחריו וולפסון ושערי צדק. אולם בחישוב של הממוצע המשוקלל, הלוקח בחשבון את כמות המבוטחים בכל קופה, המרכז הרפואי בילנסון נותן מענה לאחוז הגדול ביותר של המבוטחים למרות שלא פתוח לבחירה לקופות החולים לאומית ומאוחדת.

מסקנות והמלצות:

הרחבת הסדרי הבחירה של קופות החולים מאפשרת נגישות גבוהה יותר לשירותי בריאות, מגבירה את האוטונומיה של המטופל והינה בעלת פוטנציאל להגדיל את התחרות על איכות ושירות.

האם השימוש בביטוח "שירותי בריאות נוספים (שב"ן)" שוויוני? מגמות ודפוסי שימוש בעשור האחרון

רות וייצברג, אלה קץ, רינה מאוז ברויאר

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

רקע:

בצד ביטוח הבריאות הממלכתי, כ-80% מאוכלוסיית ישראל רוכשת "שירותי בריאות נוספים (שב"ן)" - ביטוח בריאות רשות המרחיב ומכפיל את הביטוח הממלכתי. שב"ן ממלא תפקיד חשוב במימון שירותי בריאות ובהספקתם, ועם זאת יש מעט ראיות על מידת ואופי השימוש בו.

מטרות:

לבחון דפוסי שימוש בשב"ן בעשור האחרון ולזהות פערי נגישות לשירותים המכוסים.

שיטות מחקר:

במחקר נבחנת נגישות ממומשת, כלומר שימוש בשירותים. הנתונים נאספו באמצעות סקר ארצי בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל. הסקר נערך בשנת 2012 ושוב בשנת 2021, ושיעור ההיענות עמד על 61% (N=2,330) ו-52% (N=2,536), בהתאמה. נבחן שימוש בשש קבוצות שירותים: בחירת מנתח ובית חולים פרטי; ביקור אצל רופא יועץ; הנחה בטיפול שיניים; הנחה ברכישת תרופות; טיפולי פוריות; היריון ולידה; ושירותי התפתחות הילד. רגרסיות לוגיסטיות העריכו את יחס הסיכויים (OR) לשימוש בכל שירות לפחות פעם אחת במהלך השנתיים שקדמו לסקר של 2021. המשתנים בפיקוח: השתייכות לקופת חולים; מצב בריאות; קיום מחלה כרונית, הערכה עצמית של מצב בריאות, ומצוקה נפשית; וכן משתני רקע חברתיים-כלכליים: מגורים בפריפריה, קבוצה באוכלוסייה (חרדים, ערבים ויהודים), השכלה, הכנסה, מין וגיל.

ממצאים:

שיעור הבעלות על שב"ן היה דומה בשני הסקרים (כ-83%), אך שיעור השימוש באחת משש קבוצות השירותים לפחות ירד מ-76% ב-2012 ל-67% ב-2021; השירות היחיד שבו נצפתה עלייה בשימוש הוא ביקור אצל רופא יועץ, מ-20% ל-27%. לעומת בעלי הכנסה נמוכה, לבעלי הכנסה גבוהה סיכוי גבוה להשתמש בשב"ן כדי לבקר אצל רופא יועץ (OR 2.87) ולטיפול פוריות, היריון ולידה (OR 4.28). לבעלי השכלה לא אקדמית ותושבי פריפריה סיכוי נמוך מאחרים להשתמש בשב"ן לביקור אצל רופא יועץ (OR 0.68 ו-0.64). לעומת יהודים לא חרדים, לערבים ולחרדים סיכוי גבוה להשתמש בשב"ן למימון תרופות, לבחירת מנתח או בית חולים פרטי, לשירותי התפתחות הילד ולטיפול פוריות, היריון ולידה.

מסקנות והמלצות:

השימוש בשב"ן אינו שוויוני. לבעלי הכנסה נמוכה ולתושבי פריפריה, אוכלוסיות שהכי זקוקות לנגישות מוגברת, סיכוי נמוך לנצל את השירותים; בכך הם מסבסדים שימוש של אחרים. לא נראה שלערבים ולחרדים יש חסמי נגישות, ואפשר שלקבוצות אלו אוריינות ביטוחית גבוהה.

ביטוחי השב"ן כיצור כילאיים - תפיסות מקבלי החלטות ואנשי אקדמיה לגבי ביטוחי השב"ן בישראל

רעות רון¹, רינה מאוז ברויאר¹, חגית שליפר²

1 מכון אסותא לחקר שירותי הבריאות

2 אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע:

בעקבות חוק ביטוח בריאות ממלכתי התפתחו במערכת הבריאות בישראל שלושה רבדי ביטוחי בריאות: ביטוח ממלכתי (סל הבריאות), שירותי בריאות נוספים (שב"ן) וביטוח מסחרי. שירותי השב"ן ניתנים באמצעות קופות החולים ואינם חלק מהסל הבסיסי. אלו שירותים וולונטריים והתשלום נקבע לפי גיל. לפיכך עולות מספר סוגיות ביניהן שוויון, נגישות, מידע, תחרות וכפל ביטוחים. אנשי אקדמיה ועובדי מערכת הבריאות הינם בעלי ידע חשוב והכרות מעמיקה עם מערכת הבריאות. ניתוח עמדותיהם יכול לספק תובנות לגבי אתגרים אלו, ופתרונות אפשריים.

מטרות:

בחינת עמדות אנשי אקדמיה ומקבלי החלטות בנוגע לביטוחי השב"ן בשאלות הבאות: (1) האם השב"ן נתפס ציבורי או פרטי? (2) סוגיות ובעיות העולות מפעילותו של השב"ן, ו-(3) בחינת פתרונות לבעיות אלו.

שיטות מחקר:

שאלון אנונימי מקוון, אשר תוקף על ידי מומחי תוכן, הופץ במייל במהלך יוני 2024. אוכלוסיית המחקר כללה 114 אנשי אקדמיה ומקבלי החלטות במערכת הבריאות.

תוצאות:

רוב הנשאלים (56%) הסכימו כי השב"נים פוגמים בשוויון ובנגישות לבריאות, עם זאת, 41% הסכימו כי בנוסף ובמקביל השב"נים גם תורמים לשוויון ולנגישות בבריאות. אחוז גבוה מהמשיבים (50%) תופסים בעצמם את ביטוחי השב"ן כפרטיים, אולם כשנשאלו לגבי דעתם כיצד תופס הציבור את ביטוחי השב"ן, 37% מהמשיבים השיבו כציבורי, ורק 25% פרטי. כאשר הוצגו לנחקרים תוצאות מסקר ידע על ביטוחי השב"ן שהועבר למדגם מיצג של הציבור שהציג רמת ידע נמוכה, רוב מכריע מהמשיבים (82%) ציינו כי תוצאות אלה לא מפתיעות. מעל 70% מהמשיבים ציינו כי ממצא זה המעיד על רמת אוריינות נמוכה של הציבור, הינו בעיה שדורשת התערבות של משרד הבריאות או קופות החולים. במחקר הודגמה הסכמה כמעט גורפת לגבי אתגרי השב"ן: חוסר הנגישות בפריפריה ופערים במידע וידע לציבור. פתרון אפשרי שהיה מקובל על המשיבים הוא הקמת מערכת מידע שתסייע במניעת כפל ביטוחי.

מסקנות והמלצות:

ביטוחי השב"ן הינם יציר כילאיים בין המערכת הפרטית לציבורית, כאשר גם הציבור וגם מקבלי החלטות לא מצליחים להגדיר אותם. השב"ן טומן בתוכו אתגרים כמו פגיעה בשוויונות והיעדר מידע, ואפיקים אלו צריכים להוות את הבסיס לתוכנית התערבות עתידית.

תשלומים בלתי פורמאליים במערכת הבריאות הישראלית: בחינת התופעה והמלצות למקבלי החלטות

ניסים כהן¹, דני פילק²

1 אוניברסיטת חיפה

2 אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

רקע:

"תשלומים בלתי-פורמאליים" על שירותי בריאות קיימים בתצורות שונות בעשרות מדינות ברחבי העולם. ההתייחסות לתופעה בישראל היא בעיקר דרך הדיון אודות "רפואה שחורה". המושג "רפואה שחורה" מתייחס למגוון של פעילויות שונות אשר פרטים נוקטים בהן על מנת לספק לעצמם שירותי בריאות עדיפים בצורה בלתי חוקית או כזו שעל סף החוקיות. למשל: תשלום ישיר לרופאים בעד קיצור תור לטיפול (בעיקר ניתוחים); תשלום לרופא על מנת שהוא עצמו יטפל בחולה באופן אישי; מתן מתנות והטבות למטפל או תרומות למחלקות לפני או אחרי טיפול; שימוש שרופאים עושים במכשור ומבנים ציבוריים ללא רשות על מנת לטפל בחולים פרטיים שלהם ועוד.

מטרות:

כהמשך למחקרים קודמים שביצענו בנושא, מטרת המחקר היא לבחון את היקף הרפואה השחורה בישראל 2023, מאפייניה, הגורמים הקשורים אליה וכיצד ניתן לנסות לצמצמה.

שיטות מחקר:

המחקר הנוכחי מתבסס על סקר שנערך על מדגם מייצג של 1504 משתתפים בגילאי 30 ומעלה, שהעידו (בתחילת השאלון) כי הם או אחד מבני המשפחה הקרובים אושפזו או עברו פרוצדורה פולשנית כלשהי במהלך חמש השנים האחרונות. נתוני הסקר נאספו על ידי מכון סקרים בלתי תלוי (מכון גיאוקרטוגרפיה).

ממצאים:

ממצאי המחקר מלמדים כי נכון לשנת 2024 רפואה שחורה עדיין קיימת במערכת הבריאות הישראלית. 17.48% מהנשאלים דיווחו שהשתמשו ברפואה שחורה בלפחות מאחת הדרכים הבאות: תשלום דיסקרטי לקבלת שירותי רפואה מועדפים, תשלום בעד טיפול פרטי בבית חולים ציבורי (שלא במסגרת שירות רפואה פרטי), והענקת מתנות לצוות רפואי לפני או במהלך קבלת טיפול רפואי. 6.83% מהמשיבים ציינו שהם או אחד מבני משפחתם שילמו תשלום לא פורמאלי באופן דיסקרטי על מנת לקבל שירותי בריאות מועדפים. 8% דיווחו שהם שילמו תשלום לא פורמאלי בעד טיפול פרטי בבית חולים ציבורי, בדגש שלא במסגרת השר"פ. 9.74% מהנשאלים דיווחו כי הם נתנו מתנות לצוות רפואי לפני או במהלך טיפול רפואי.

מסקנות והמלצות:

רפואה שחורה בעייתית משני היבטים עיקריים. נורמטיבית, פעילות זו היא חלק משחיתות ולפיכך היא מכרסמת במערכת הבריאות הציבורית ובאמון הציבור בה, כמו גם פוגעת בתחושות הסולידאריות בחברה הישראלית. יתר על כן, תופעה זו נחשבת אף כחלק מפעילות של כלכלה שחורה, אשר פוגעת בהכנסות המדינה ובצדק החלוקתי. פוזיטיביסטית, המצב הנתון עלול לפגוע בקבוצות וסקטורים מוחלשים שונים. התופעה פוגעת בשוויון בנגישות לשירותי בריאות, שהיא אחת המטרות המרכזיות של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. מצב זה עשוי ליצור אצלם תחושות של חוסר אמון והתמרמרות ולהגדיל את הקיטוב בחברה הישראלית. הוא אף עשוי לחזק מוטיבציות אצל פרטים שעד כה לא שקלו להשתמש באופציה זו. ברמה המעשית, בהתבסס על הממצאים, נבקש להציע למקבלי החלטות חלופות והמלצות מדיניות המתבססות על הטמעת ערכי אתיקה בקרב ספקי שירותי בריאות, אכיפה של החוק בנושא ודיון בתנאים המבניים שמעודדים את קיומה של התופעה.

תפיסת מצב סיעודי וצריכת שירותי בריאות עבור אנשים מבוגרים: מחקר ניתוח השוואתי בינלאומי רב-שכבתי

שרונה צדוק רוזנבלוט^{1,2}, שולי ברמלי-גרינברג¹, בועז חובב³

1 האוניברסיטה העברית בירושלים

2 אונ' בן-גוריון בנגב

3 המכללה האקדמית עמק יזרעאל

רקע:

ישנם גורמים שונים המשפיעים על צריכת שירותי בריאות של אנשים מבוגרים. הבנת הגורמים, אישיים ולאומיים, יכולה לתרום לשיפור איכות חייהם ובריאותם כמו גם לעודד צריכת שירותי רפואה מונעת.

מטרות:

הערכת הקשר בין תפיסה-עצמית של מוגבלות סיעודית לצריכת שירותי בריאות של אנשים מבוגרים בהינתן ההוצאה הלאומית על בריאות.

שיטות מחקר:

בוצע ניתוח של נתוני הגל השמיני של סקר הבריאות, ההזדקנות והפרישה באירופה וישראל (SHARE), הכולל 46,500 משתתפים בני 50+ מ-27 מדינות. נתונים אלו אוחדו עם נתוני ההוצאה על בריאות ונותחו במודל אקונומטרי רב-שכבתי בו נתוני הפרט "מקננים" במאפייני המדינות. נאמדו שלושה מודלים עבור שירותי הבריאות הבאים: חיסון נגד שפעת, בדיקת עיניים וטיפול שיניים. משתנה החשיפה הוא תפיסת המצב הסיעודי (IADL/ADL) כמשתנה קטגוריאלי שהוגדר מנתוני הסקר. משתנים נוספים כוללים: מגדר, גיל, שנות השכלה, מצב אקונומי ומחלות כרוניות.

ממצאים:

בשלב הראשון מצאנו שתפיסה עצמית של מוגבלות ADL/IADL מנבאת צריכה מופחתת של שלושת שירותי הבריאות. נצפתה ירידה של 12% ב-OR בחיסון נגד שפעת, 26% בבדיקות עיניים ו-29% בטיפול שיניים. בשלב השני בחנו את ההוצאה הלאומית ואת ההוצאה הממשלתית על בריאות כדי לקבוע את המשמעות שלהם כמנבאים של השונות בין המדינות. נמצא כי הם היו חיוביים ומשמעותיים לצריכת השירותים (OR בין 1.269 ל-1.518). בשלב השלישי, בחנו אם המאפיינים ברמת המדינה קשורים לשונות שיפוע הרגרסיה. מצאנו קווי רגרסיה מקבילים המראים כי צריכת שירותים נמוכה לאנשים סיעודיים אינה קשורה לנדיבות המימון הממשלתי לבריאות עבור בדיקות עיניים וטיפול שיניים. מנגד, בחיסוני השפעת, המגמה מתהפכת כפונקציה של ההוצאה הממשלתית, כך שבמדינות עם מימון ממשלתי מאוד גבוה אנשים במצב סיעודי מתחסנים יותר.

מסקנות והמלצות:

תפיסת המוגבלות, הגבוהה במיוחד בישראל, מהווה גורם משמעותי בצריכה שוויונית של שירותי בריאות לאנשים מבוגרים. כעולה ממחקרים קודמים, הממצאים במחקר זה מצביעים על כך שנדיבות במימון בריאות לא בהכרח קשורה לאי-שוויון בצריכת שירותי בריאות. יחד עם זאת נמצא כי בנוגע לרפואה מונעת, המשפיעה על הציבור, ייתכן וקיימת משמעות לשיעור המימון הציבורי לבריאות.

תמותת ילדים מטביעה בישראל: מגמות והמלצות לשינויי מדיניות לצמצום היפגעות

אביעד אגם, יגאל גודלר, סופיה גודלר-פרט, אלעד כליף

ארגון בטרם לבטיחות ילדים

רקע:

טביעה היא הסיבה השנייה השכיחה ביותר לתמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת בישראל, אחרי תאונות דרכים. לאור זאת, יש לפעול לצמצום היפגעות ילדים ובני נוער מתמותה.

מטרות:

מטרת המחקר לסקור מגמות בטביעת ילדים בישראל לאורך זמן, ולהציג המלצות לשינויים במדיניות, רגולציה וחקיקה, על מנת לצמצם טביעת ילדים בישראל.

שיטות מחקר:

נתוני תמותת ילדים מטביעה נלקחו ממאגר נתוני התמותה מבוסס התקשורת של ארגון בטרם. שיעורי תמותה חושבו על סמך נתוני אוכלוסייה שנלקחו בפרסומי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הנתונים נותחו לפי אוכלוסיות, גילים, ומצב חברתי-כלכלי.

ממצאים:

בשנים 2008-2023 מתו 275 ילדים מטביעה בישראל. הנתונים משקפים עלייה הדרגתית לאורך זמן במספר מקרי התמותה. שיעורי התמותה הגבוהים ביותר הם של בני נוער בגילאי 15-17, כשאלה טובעים בעיקר בים. עם זאת, לאורך השנים חלה ירידה בגיל החציוני של ילדים שמתו בטביעה, מ-10.5 ל-5, כשיש עלייה חדה במספר מקרי ההיפגעות בגילאי לידה עד 4, בעיקר בבריכות פרטיות ובצימרים. ילדים ערבים מהווים 36.4% מכלל מקרי הטביעה, בעוד שהם מהווים רק 24% מכלל אוכלוסיית הילדים בישראל. כמעט מחצית ממקרי הטביעה הם של ילדים מאשכולות חברתיים-כלכליים נמוכים, כאשר שיעורי התמותה של ילדים מאשכולות חברתיים-כלכליים נמוכים גבוהים משמעותית מאלה של ילדים מאשכולות בינוניים וגבוהים.

מסקנות והמלצות:

כיום קיימת חובת הוראת שחייה במשרד החינוך לתלמידים בכיתה ה'. עם זאת, חובה זו אינה כוללת את כלל התלמידים. אנו ממליצים להקדים את גיל הוראת השחייה בישראל לכיתה ב', ולהרחיב את פריסת שיעורי השחייה במשרד החינוך כך שיכללו את כלל ילדי ישראל, בדגש על אוכלוסיות מיעוט וילדים מיישובים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך. בנוסף, אנו ממליצים כי יועברו שיעורים לבטיחות במים ומיומנויות הישרדות בסביבת מים טבעיים (לרבות חופים, אגמים, ערוצים ומעיינות) בגיל חטיבת הביניים, עם דגש מיוחד על רשויות הממוקמות בסמיכות למקורות מים טבעיים, ובקרב אוכלוסיות בסיכון.

מובילים בניהול רפואי: מאפייני המומחים ותמורות בהתמחות במנהל רפואי, 1987-2022

יואל אנג'ל¹, הדר גולדשטיין², גיל פייר¹, מיקי הלברטל³, עדי ניב-יגודה⁴

1 המרכז הרפואי תל אביב - איכילוב

2 אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

3 הקריה הרפואית רמב"ם

4 המכללה האקדמית נתניה

רקע:

ישראל היא אחת המדינות היחידות המציעות התמחות-על רשמית בניהול רפואי, והיחידה המחייבת רופאים המעוניינים בתפקידי ניהול בכירים להשלים התמחות בתחום זה. מקץ מעל שלושה עשורים מהקמתה, טרם פורסמו נתונים על מספר המומחים בתחום זה בישראל, מאפייניהם, או על המגמות בביקוש להתמחות זו מאז הקמתה.

מטרות:

- לתאר את ההיסטוריה של ההתמחות במנהל רפואי בישראל.
- לבחון את המגמות במספר המומחים החדשים במנהל רפואי מאז ייסודה.
- לבחון את מאפייני המומחים במנהל רפואי כיום בראי הזמן ובהשוואה לכלל המומחים בישראל.

שיטות מחקר:

לצורך הרקע נאספו מסמכים היסטוריים והתקיימו שיחות עם "אבות המקצוע" בעבר ובהווה. נתוני הרופאים בעלי מומחיות במנהל רפואי נאספו מפנקס הרופאים הזמין לציבור. מאפיינים כגון שנת קבלת הרישיון, עיר מגורים, התמחויות נוספות ושנת השלמתן עובדו והשוונו לנתונים הלאומיים המופיעים בדוחות משרד הבריאות.

ממצאים:

עד תום 2022, 277 רופאים השלימו התמחות-על במנהל רפואי. החל מ-2015 נצפתה עלייה במספר החציוני של המומחים החדשים בתחום זה, מחציון של 4.5 (טווח בין-רבעוני 6-4 [IQR]) ל- (10.5-15 13IQR; $P < 0.001$).

269 רופאים (96.7%) החזיקו בהתמחות נוספת, וכמעט 60% מהם היו מומחים ברפואה פנימית, רפואת ילדים, רפואת משפחה או בריאות הציבור. שיעור המומחים בבריאות הציבור היה גבוה משמעותית משיעורם בקרב כלל המומחים בישראל (13% לעומת 0.9%). שיעור בעלי התמחות בסיס כירורגית היה נמוך משיעורם בקרב כלל המומחים בישראל. התמחות במנהל רפואי הושלמה בחציון של 18 שנים (IQR 13-21) לאחר סיום לימודי הרפואה ו-9 שנים (IQR 6-14) לאחר סיום התמחות הבסיס. 170 רופאים (61.5%) רשומים כמתגוררים במרכז הארץ.

מסקנות והמלצות:

ההתמחות במנהל רפואי עברה מספר תמורות מאז הקמה, הבולטת שבהן הינה הגידול במספר המתמחים השנתי החל מ-2015, שניתנת לשיוך להקמת תכנית "ענבר" ולדרישת משרד הבריאות למומחיות זו כתנאי לתפקידי ניהול בכירים. הוכח כי התמחות במנהל הינה מנגנון בר קיימא להכשרה רחבת היקף רופאים לניהול, שניתן ליישם גם במערכות בריאות אחרות. יש לפעול לצמצום ייצוג החסר של רופאים ממקצועות בסיס כירורגים ושל רופאים מהפריפריה בקרב המומחים במנהל.

חסמים להתחלת התמחות של רופאים שקיבלו רישיון ישראלי לעסוק ברפואה

אילה בורגר^{1,2}, אלישע בן מאיר¹, רינה מעוז ברויאר¹

1 מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל

2 משרד הבריאות

רקע:

הגידול המהיר באוכלוסייה והזדקנותה צפויים להגביר באופן ניכר את הביקוש לשירותי רפואה. זאת בעוד שיעור הרופאים לאלף נפש בישראל נמוך יחסית לממוצע במדינות ה-OECD (3.3 לעומת 3.6), וכרבע מהרופאים הם בני 67 ויותר וצפויים לפרוש בשנים הקרובות. מצב זה מעלה חשש למחסור חמור ברופאים בעתיד הקרוב. תהליך ההכשרה של רופאים הוא ארוך. אחד השלבים שלעיתים מאריך את התהליך הוא שיבוץ להתמחות לאחר קבלת רישיון ישראלי לעסוק ברפואה.

מטרות:

1. בחינת משך הזמן בין קבלת הרישיון לתחילת ההתמחות, לפי מאפייני רקע ותחומי התמחות
2. זיהוי גורמים מסייעים וחסמים בשיבוץ להתמחות ובקיצור משך הזמן בין קבלת הרישיון לתחילת ההתמחות

שיטות מחקר:

ראיונות עומק חצי מובנים עם רופאים בכירים, מתמחים ורופאים הממתינים להתמחות, אשר בוצעו בחודשים ינואר-אוגוסט 2023, וכן ניתוח מידע מינהלי על 18,480 מקבלי רישיונות רפואה בשנים 2000-2022. עיכוב משמעותי הוגדר עיכוב של שנה ויותר ממועד קבלת הרישיון. קשרים בין זוגות משתנים נותחו באמצעות לוחות צולבים, מרובדים במידת הצורך. מידת ההשפעה העצמאית של משתנים מרובים על דינמיקת תחילת ההתמחות נבחנה באמצעות ניתוחים רב-משתניים (רגרסיות cox).

ממצאים:

מניתוח הנתונים המנהליים עולה כי הזמן החציוני לתחילת התמחות הוא 3.9 חודשים, והזמן הממוצע הוא 8.2 חודשים (סטיית התקן: 11 חודשים). נמצא הבדל בזמן ההתחלה של התמחויות שונות ובחלוקה להתמחויות לפי סוג מוסד הלימודים. בקרב מועמדים ערבים נמצא קשר בין זמן התחלת ההתמחות ובין סוג מוסד הלימודים. למין המועמדים להתמחות ולשנת תחילת ההתמחות אין קשר למשך הזמן עד לתחילת ההתמחות. נמצא כי שנת הסטאז' חשובה בתהליך מציאת התמחות, כי תהליך הקבלה להתמחות והקריטריונים לקבלה למחלקות השונות אינו מוסדר ואינו ברור למועמדים להתמחות, וכי עבור המועמדים להתמחות אין מקור המרכז את המידע על תקני התמחות פנויים או שעתידיים להתפנות.

מסקנות והמלצות:

- מומלץ להסדיר את תהליך השיבוץ להתמחות ולהגביר את השקיפות בקריטריוני הקבלה להתמחות
- מומלץ לפרסם מידע ארצי על תקני התמחות פנויים
- מומלץ לפתח תוכנית ליווי לרופאים המתלבטים באיזו התמחות לבחור
- מומלץ להתייחס מערכתית לפערים בין קבוצות אוכלוסייה שונות

דילמות מוסריות וקונפליקטים בקרב עובדי בריאות בעקבות שינויים דיגיטליים ואסטרטגיים בבתי חולים ציבוריים בישראל

שיר דפנה תקוע¹, ליאור נעמתי שניידר²

1 המכללה האקדמית אשקלון
2 מכללה אקדמית הדסה ירושלים

רקע:

מערכות בריאות ברחבי העולם מתמודדות עם שינויים דרמטיים בסביבתן המקומית והגלובלית, הנובעים ממגוון גורמים שהואצו בשנים האחרונות. כדי להסתגל, הן נדרשות לאמץ תהליכי דיגיטציה ואסטרטגיות שונות. תהליכי אלו מעמיקים את האתגרים בפעילות השוטפת של הצוותים, בין בשגרה ובין במצבי חירום. מחקר זה בוחן את תהליכי השינוי הדיגיטלי והאסטרטגי בבתי חולים ציבוריים כלליים במרכז ישראל, תוך התמקדות בדילמות המוסריות ובקונפליקטים הנובעים מהם.

רקע:

מטרת המחקר היא לזהות ולנתח את הקונפליקטים והדילמות המוסריות המתעוררים בקרב עובדי הבריאות בבתי החולים הציבוריים במרכז ישראל, על רקע השינויים הדיגיטליים והאסטרטגיים המוטמעים בבתי החולים, והצעת אסטרטגיות להתמודדות עם אתגרים אלו.

שיטות מחקר:

המחקר מתבסס על גישה איכותנית ומשתמש בניתוח תמטי של ראיונות עומק חצי-מובנים שנערכו עם 32 אנשי צוות רפואי בבתי חולים ציבוריים כלליים במרכז הארץ. הנתונים נותחו באמצעות גישה קטגוריאלי-דדוקטיבית ואינדוקטיבית.

ממצאים:

הניתוח חשף ארבעה נושאים מרכזיים: פרדוקס החדשנות, קונפליקט בין איכות לטיפול, קונפליקט מידע וידע, וצורך אישי מול ערכים מקצועיים. הנושאים מוינו על פני שלוש רמות: אישית, ארגונית ומערכתית. פרדוקס החדשנות מציג יתרונות לאימוץ תהליכי שינוי לצד מכשולים היוצרים עומס על המערכת והפרטים. השינויים הטכנולוגיים משפרים את איכות הטיפול וזמינותו, אך מציבים אתגרים טכניים ואתיים הנוגעים לחלוקת משאבים, פרטיות המטופלים ושמירה על איכות הטיפול האנושי.

מסקנות והמלצות:

המחקר מדגיש את הצורך החיוני בתמיכה ובהקניית כלים לעובדי הבריאות להתמודדות עם הקונפליקטים המוסריים והדילמות הנובעים מתהליכי השינוי הרבים במערכת. מומלץ ליישם תוכניות הכשרה ייעודיות ולפתח תהליכי עבודה גמישים שיאפשרו התמודדות מיטבית עם אתגרים אלו. יתרה מזאת, יש להתחשב בהשפעות הנרחבות של המציאות היומיומית בישראל על תפקודם של עובדי הבריאות ולהציע מנגנוני תמיכה פסיכולוגיים הולמים.

בחינת תפקיד האחות המומחית בכירורגיה: מהטמעה להשגת תוצאים

לימור חן¹, אפרת שדמי², זיו גיל³

1 הקריה הרפואית לבריאות האדם - רמב"ם

2 אוניברסיטת חיפה

3 בית חולים המשפחה הקדושה נצרת, בית חולים אלישע חיפה

רקע:

מערכת הבריאות בישראל משקיעה מאמצים רבים בשיפור איכות הטיפול, רצף הטיפול ושיעור רצון המטופל. כחלק ממהלכים אילו, בשנים האחרונות פותחו תכניות הכשרה, רישוי והטמעה של תפקידי אחיות מומחיות, Nurse Practitioner (NP). המומחית הינה אחות מוסמכת בעלת תואר שני, אשר הואצלו לה סמכויות טיפול רפואיות. בישראל התפקיד קיים משנת 2013 בתחומים כגון, סכרת, פגים וטיפול תומך. בשנים האחרונות תפקיד ה-NP החל לפעול גם במסגרת האשפוז הכירורגי. עד כה בארץ לא בוצעה הערכת אפקטיביות של תפקידי המומחיות בכירורגיה.

מטרות:

לבחון את היקף וסוג הפעילות של המומחית בכירורגיה ואת הקשר בין הטמעת תפקיד המומחית בכירורגיה לבין תוצאים קליניים ומערכתיים.

שיטות מחקר:

מחקר משולב מערך רטרוספקטיבי ופרוספקטיבי, רב-מרכזי, הכולל ריבוי שיטות איסוף נתונים, ממערכות ממוחשבות, סקרי מטופלים ודיווח אחיות מומחיות.

ממצאים:

נצפתה שונות גבוהה בין ביצוע המשימות השונות כאשר הכנה לניתוח והכנה לשחרור בוצעו ע"י המומחיות עבור מרבית המטופלים, ושונות גבוהה נצפתה בביצוע משימות תוך אשפוז (ממוצע לאחות נע בין משימה אחת לחמש משימות). בזרוע הרטרוספקטיבית במרבית התוצאים לא נמצאו הבדלים בין התקופה שלפני הטמעת תפקיד המומחית לבין התקופה בה מומחית הועסקה במחלקה. נמצא קשר בין קיצור זמני המתנה למשך אשפוז קצר יותר באופן מובהק בהשוואה בין התקופות של לפני ולאחר הטמעת תפקיד המומחית. בזרוע הפרוספקטיבית, נמצא כי בקרב מטופלים במחלקה בה הייתה מומחית נמצאו רמות נמוכות יותר של חרדה בהשוואה למחלקה ללא המומחית ($\beta=0.23$, $p<0.001$), תוך שליטה במשתנים מתערבים.

מסקנות והמלצות:

קיימת שונות ביישום תפקיד המומחית בכירורגיה ומיצוב התפקיד בצוות וכן קיימת שונות בהשגת תוצאים. העובדה כי מאושפדים שטופלו ע"י מומחית חוו פחות חרדה, מצביעה על הפוטנציאל שבהגברת המיקוד במטופל כאשר מוטמעים תפקידי מומחיות במחלקות הכירורגיות.

הערות:

ממצאי מחקר זה תומכים בהרחבת תפקידי המומחיות והסדרת תחומי העיסוק של המומחית במערך הכירורגי בישראל בהגדרות תפקיד, היקפי משרה, והפעלת סמכויות בפועל.

שיפור איכות הטיפול מפרספקטיבה של מדריכים קליניים בתחום האחיות: היתרונות והחסרונות של אסטרטגיות עיצוב העיסוק עם וללא סטודנטים

ירדן אזריאל¹, עינב סרולוביץ², ענת דרך זהבי²

1 הקריה הרפואית רמב"ם

2 אוניברסיטת חיפה

רקע:

מדריכים קליניים בתחום האחיות מתמודדים עם עומס עבודה גבוה הנובע מהצורך לספק הדרכה יעילה לסטודנטים ולאחריותם על איכות הטיפול. חוסר איזון בין ריבוי המשימות ורמת המשאבים מובילות את המדריכים לנקוט בפעולות לקידום מאפייני עבודה התואמים את יכולותיהם האישיות, מניעהם וערכיהם. היוזמות ופעילויות של המדריכים לשינוי אופן ביצוע המשימה מוגדרות כאסטרטגיות 'עיצוב העיסוק', אותה ניתן לחלק לארבעה היבטים: הגברת משאבים מבניים, הרחבת משאבים סוציאליים, מיקוד במשימות מאתגרות והפחתת משימות מעכבות בעבודה.

מטרות:

לבדוק את התפקיד הממתן של אסטרטגיות עיצוב העיסוק בקשר שבין תפקיד ההדרכה הקלינית ואיכות הטיפול.

שיטות מחקר:

מחקר פרספקטיבי כמותני רב מוסדי, הכולל 100 מדריכים קליניים בתחום האחיות, שהתבקשו למלא שאלונים מקוונים בשני מועדים: עם וללא סטודנטים. השאלונים כללו שאלון אסטרטגיות עיצוב העיסוק, שאלון טיפול סיעודי חסר ושאלון פרטים סוציו-דמוגרפיים. השערות המחקר נבדקו באמצעות מודל מעורב רב משתנים.

ממצאים:

נמצאו אינטראקציות בין תפקיד ההדרכה (עם סטודנטים וללא סטודנטים) ואסטרטגיות עיצוב העיסוק: הרחבת משאבים מבניים וחיפוש אתגרים עם איכות הטיפול. כך שבעת ההדרכה, ככל שהמדריך יגביר את השימוש באסטרטגית עיצוב העיסוק מסוג משאבים מבניים הוא יקדם את איכות הטיפול, לעומת תקופה שאינו עוסק בהדרכה, בה ללא קשר לשימוש בעיצוב עיסוק זה, איכות הטיפול תהיה נמוכה יותר. בנוסף, בעת ההדרכה, ככל שיגביר את השימוש באסטרטגית עיצוב העיסוק מסוג חיפוש אתגרים בעת ההדרכה, כך איכות הטיפול תיפגע, לעומת תקופה שאינו עוסק בהדרכה בה ללא קשר לשימוש בעיצוב עיסוק זה, איכות הטיפול תהיה גבוהה יותר.

מסקנות והמלצות:

זהו מחקר ראשון מסוגו שבחן את תחום איכות הטיפול של מדריכים קליניים מזווית של עיצוב העיסוק. המחקר זיהה אסטרטגיות עיצוב עיסוק המטיבות ואינן מטיבות עם איכות הטיפול. מנהלים צריכים לעודד את השימוש באסטרטגית עיצוב עיסוק מסוג הרחבת משאבים מבניים, מכיוון שזו מגבירה את תחושת האוטונומיה בתפקיד ובתמורה מפתחת יכולות אישיות המטיבות עם איכות הטיפול. מנגד, יש להפחית את השימוש באסטרטגיית עיצוב עיסוק מתחום חיפוש אתגרים מכיוון שזו עלולה לפגוע באיכות הטיפול.

המדורן החלקלק של עבודת המשמרות ושחיקה: מוטיבציה כגורם מגן על רווחת צוותי האֶחָיוֹת

עינב סרולוביץ¹, אניה לאוז², נטלי ציון³, הגר ברוך⁴, תמר שוחט⁵

1 אוניברסיטת חיפה

2 מרכז רפואי צפון ע"ש ברוך פדה

3 בית הספר האקדמי לסיעוד על שם ד"ר י. זיידה

4 מנהל האחיות

5 החוג לסיעוד אוניברסיטת חיפה

רקע:

כיום, שירותי בריאות חיוניים מצופים לפעול מסביב לשעון, מה שמוביל לדרישת עבודה במשמרות, כולל משמרות עם הפסקת מנוחה קצרה ביניהן - "חזרה מהירה". מחקרים מצביעים על קשר בין חזרה מהירה, ירידה במשך השינה ושחיקה של אחיות. יחד עם זאת, המוטיבציה של האחיות עשויה למתן את הקשר הזה.

מטרות:

לבחון כיצד משך השינה והמוטיבציה של צוותי האֶחָיוֹת פועלים יחדיו כדי לתווך ולמתן את הקשר בין סידור עבודה של חזרות מהירות לשחיקה.

שיטות מחקר:

מחקר אורך פרספקטיבי, עם מדידות חוזרות (4-5 משמרות לכל אחות), רב-מקורות (דיווח עצמי ומדידות אובייקטיביות), אשר נערך בין החודשים ספטמבר 2021 ודצמבר 2022 בשני בתי חולים בצפון הארץ. במחקר השתתפו 79 אחים ואחיות מהחטיבות הפנימיות והכירורגיות. במהלך שבוע עבודה, הם התבקשו לענוד מד תאוצה כדי למדוד באופן אובייקטיבי את משך השינה שלהם, מילאו שאלוני מוטיבציה בתחילת כל משמרת וסיימו את השבוע במילוי שאלון שחיקה. ניתוח גרסיה של מודלים מעורבים שימש לבדיקת מודל תיווך-מיתון.

ממצאים:

על פני 369 משמרות, 57 היו משמרות עם חזרה מהירה (15.4%). משך השינה הממוצע היה $383.4 (\pm 128.5)$ דקות, רמות המוטיבציה הממוצעות היו $6.6 (\pm 2.3)$, ורמות השחיקה הממוצעות היו $3.6 (\pm 0.9)$. מודל התיווך-מיתון אושש. סידור עבודה עם חזרה מהירה היה קשור באופן מובהק למשך שינה קצר יותר, אך זה בתמורה לא היה קשור לשחיקה. המוטיבציה של צוותי האֶחָיוֹת מיתנה את הקשר בין משך שינה לשחיקה, כך שאחים ואחיות עם מוטיבציה גבוהה היו בעלי רמות שחיקה נמוכות יותר כאשר חוו משך שינה קצר בהשוואה לאחיות עם מוטיבציה נמוכה.

מסקנות והמלצות:

עבודת משמרות עם חזרה מהירה עלולה לפגוע במשך השינה של צוותי האחיות וכפועל יוצא להגביר את שחיקתם. אולם, מוטיבציה נמצאה כגורם המגן על רווחת האחיות גם במסגרת של דרישות עבודה גבוהות. אם כך, בכדי לשמור על רווחתם של צוותי האֶחָיוֹת, על מנהלים להפחית עד כמה שניתן סידורי עבודה עם חזרות מהירות מחד גיסא ובמידה וסידור עבודה עם חזרות מהירות חייב להתקיים, יש ליישם אסטרטגיות לשיפור המוטיבציה של האחיות מאידך גיסא.

הנפגע השני בקרב אחיות: סקירה אינטגרטיבית הבוחנת מקבילות סימפטומים עם הפרעת דחק פוסט טראומטית

שני פישר¹, יוליה גנדלר², אילה בלאו²

1 מרכז רפואי העמק

2 אוניברסיטת אריאל, החוג לסייעוד

רקע:

חוויות של הנפגע השני (Second Victim) מתייחסות למצוקה הפסיכולוגית שאנשי מקצועות הבריאות עלולים לחוות לאחר אירועים שליליים. בחינת ההקבלה של סימפטומים בין חוויות הנפגע השני והפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) היא חיונית לטיפול בהשלכות על בריאות הנפש. לאחר אירועי ה-7 באוקטובר, יש לתת את הדעת על הטיפול והתמיכה במצילי הנפשות ובמגיני החיים ששמו עצמם בחזית ולעיתים לא הצליחו במשימתם להציל חיים. עלינו להכיר בעובדה כי אותם אנשים עלולים לפתח PTSD לא רק מהסיבות המובנות של החוויות והמראות הקשים, אלא גם מהתובנה שלא עלה בידם להציל חיים ועל כן הם חווים תחושות שניתן לראות בהן כנפגע שני ו-PTSD בהתאם.

מטרות:

מחקר זה בא לחקור את ההקבלה בין הופעת תסמינים של הנפגע השני ו-PTSD בקרב אחיות.

שיטות מחקר:

בוצעה סקירה אינטגרטיבית במטרה לחקור באופן מקיף את הקשר בין חוויות הנפגע השני ותסמיני PTSD. גישה זו מייצרת הכללה של מחקרים כמותיים ואיכותניים כאחד.

ממצאים:

נמצאו למעלה מ-750 כותרים, מתוכם 19 מאמרים עמדו בקריטריוני הכללה. שמונה מאמרים התבססו על מתודולוגיה כמותית, אחד עשר בוצעו בשיטה איכותנית.

מסקנות והמלצות:

סקירה אינטגרטיבית זו חושפת סימפטומים נפוצים המשותפים לחוויות הנפגע שני ו-PTSD ומציעה תובנות חדשות לגבי משמעות והשלכות הקווים המקבילים בין שני המונחים, שכן ממצאי הסקירה מצביעים על כך שהם אכן יכולים לחלוק תסמינים משותפים. מחקר זה הוא הסקירה האינטגרטיבית הראשונה והיחידה בנושא זה עד כה.

השוואת ההתנהגות הבריאותית של עובדי בריאות והציבור - לקחים לעיצוב מדיניות

שירה רמות, טובה רוזנבלום, ארנה טל

אוניברסיטת בר אילן

רקע:

התנהגות בריאותית של עובדי בריאות משפיעה בעיקר על רווחתם האישית, אך יש לה גם השפעה גדולה על המטופלים והציבור, בהיותם מודל לחיקוי ויועצים לקידום התנהגויות בריאותיות בקרב מטופליהם. מעבר לכך, בריאותם של עובדי בריאות משפיעה באופן ישיר על הבטיחות והיעילות של שירותי הבריאות ואיכות הטיפול. באופן מפתיע, למרות ניסיונם המקצועי, הידע הבריאותי והמודעות שלהם, עובדי בריאות לא תמיד עומדים בהמלצות להתנהגות בריאותית מיטבית.

מטרות:

לזהות ולהשוות את "הפרופיל הבריאותי" של עובדי בריאות והציבור הרחב בישראל, כולל התנהגות מקדמת בריאות (פעילות גופנית, תזונה, שינה) התנהגות סיכונית (עישון, אלכוהול) ביצוע בדיקות סקר והתחסנות.

שיטות מחקר:

מחקר חתך נערך בקרב 105 עובדי בריאות בבית החולים שמיר (אסף הרופא) וסטודנטים למנהל מערכות בריאות ו-82 משיבים מהציבור הרחב, באמצעות שאלון מקוון המבוסס על סקירת ספרות. השאלון הופץ באמצעות קישור דרך אימייל או אפליקציית ווטסאפ בשיטת כדור שלג.

ממצאים:

בחינת התנהגויות בריאותיות של עובדי בריאות בהשוואה לציבור הרחב העלתה כי הקפדה על ביצוע בדיקות סקר, התחסנות לשפעת ועישון היו שונים באופן מובהק בין שתי הקבוצות. השוואה נוספת בין רופאים, עובדי בריאות אחרים, והציבור הרחב העלתה כי לרופאים ומתמחים הרגלי הבריאות פחות מיטביים: פחות מ-7 שעות שינה, סבירות נמוכה יותר לאכול ארוחת בוקר, צריכת אלכוהול גבוהה יותר וסבירות נמוכה יותר לעבור בדיקות סקר באופן שגרתי. הבדל מובהק בין 3 הקבוצות נמצא גם במדד אורח חיים בריא שנבנה, כאשר רק ל-10.6% מהרופאים היה מדד גבוה בהשוואה לעובדי בריאות אחרים (34.5%) והציבור הרחב (17.1%).

מסקנות והמלצות:

התנהגות בריאותית לא מיטבית נמצאה הן בקרב עובדי בריאות והן בקרב הציבור הרחב, כאשר רופאים ומתמחים דיווחו על הרגלי בריאות פחות מיטביים. לכך יש השלכות על בריאותם של המטופלים, שכן הם ממלאים תפקיד חשוב בקידום בריאות וייעוץ.

"פרופיל הבריאות" הלא-אופטימלי של עובדי בריאות מחייב ליישם מדיניות לשיפור הידע שלהם על התנהגות בריאותית מומלצת, בעיקר לרופאים, אפילו בשלב מוקדם של דרכם המקצועית.

התמודדות עם "משבר האופיואידים" - שיתוף המטופלים בקבלת החלטה על טיפול

שלי קמין-פרידמן, מראם חאז'י

1 אוניברסיטת חיפה

2 המכללה האקדמית עמק יזרעאל

רקע:

תרופות אופיאטיות משמשות לשיכוך כאב. מטופלים הנוטלים אופיואידים חשופים לתלות פיזיולוגית ולהתמכרות. בעשור האחרון חל בישראל גידול של מעל 90% בהיקף המרשמים לאופיואידים. צרכני התרופות האופיאטיות (בראשן פנטניל - סם חזק פי 50 מהרואין) הם בעיקר צעירים, שאינם סובלים ממחלה ממארת וצורכים את התרופה בקהילה.

מטרות:

המחקר מבקש לבחון את מאפייני השיח עם המטופלים קודם לתחילת הטיפול באופיואידים, הן מנקודת מבטם של המטופלים והן מנקודת מבטם של המטפלים, ולהצביע על החסמים למתן מידע וכן חסמים להבנת המידע שעניינו סיכוני הטיפול וחלופות טיפוליות.

שיטות מחקר:

תכנית המחקר כוללת ראיונות עומק חצי מובנים עם כ-20 מטופלים באופיואידים (בעבר או בהווה), ועם כ-20 רופאים הרושמים אופיואידים כטיפול כרוני, עד למיצוי תיאורטי. איתור המרואיינים נעשה באמצעות העמותה למתמודדי כאב בישראל ובשיטת "כדור שלג". הראיונות הוקלטו, תומללו ונותחו בהתאם למתודולוגיה איכותנית קונסטרוקטיבית.

ממצאים:

רופאים שרואיינו הצביעו על חוסר זמן במפגש הקליני כחסם מרכזי למתן מידע על סיכוני אופיואידים. חסמים נוספים הינם חוסר מודעות לצורך במידע מפורט, תפיסה שהמטופלים - שיזמו את בקשת המרשם - יודעים מהם הסיכונים, רתיעה מדיון בגורמי סיכון נפשיים או סביבתיים הנתפסים כרגישים, חשש מתגובת המטופלים למידע על התמכרות. בחלק מהמקרים לא הוצעו חלופות טיפוליות נוכח זמינות נמוכה של השירותים.

מטופלים באופיואידים הבהירו כי עוצמתו הגבוהה של הכאב מנעה מהם את היכולת להקשיב, להבין את הסיכונים ולשקול חלופות. ההכרח לשוב ולתפקד הוביל להתעלמות מההסברים שקיבלו. מטופלים הוסיפו כי נמנעו מלשאול שאלות עקב חשש מביטול המרשם, חשש משיפוטיות ותחושה שהמטפל לא ייתן מענה.

מסקנות והמלצות:

דיון פתוח ומשתף עם מטופלים בעניין סיכוני הטיפול באופיואידים והחלופות הטיפוליות חיוני על מנת שיוכלו לשקול את התועלת שבטיפול אל מול הסיכון לפתח תלות או התמכרות ויקבלו החלטה מושכלת.

לשם קיומו של דיון כאמור יש לבצע שינויים מערכתיים שיבטיחו מפגש קליני ארוך יותר ומעקב אקטיבי שיאפשר מתן מידע גם לאחר הפחתה ראשונית של הכאב. כמו כן, יש ליתן למטפלים כלים לתקשורת סיכונים יעילה (לדוגמא - תיאור מקרה של התממשות הסיכון) ולהדגיש את חשיבות שיתוף המטופלים בהחלטה.

שינויים בצריכת שירותי רפואת הנפש בעקבות הרפורמה בבריאות הנפש בין השנים 2012-2019

רחלי מגנזי¹, אביטל אלפנדרי כהן¹, ערד קודש², ירדן לוינסקי³, טלי שמואלי⁴, מרנינה שוורץ⁵, גלעד בודנהימר⁶, ארנונה זיו⁷, אורלי וינשטיין³

- 1 אוניברסיטת בר-אילן
- 2 קופת חולים מאוחדת
- 3 שירותי בריאות כללית
- 4 מכבי שירותי בריאות
- 5 לאומית שירותי בריאות
- 6 משרד הבריאות
- 7 מכון גרטנר לחקר מדיניות בריאות

רקע:

ביולי 2015 נכנסה לתוקפה הרפורמה בבריאות הנפש, לפיה הועברה האחריות הביטוחית בשירותי בריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים. זהו מחקר חלוץ שבדק את השפעת הרפורמה על צריכת שירותי בריאות הנפש. המחקר נעשה בשיתוף פעולה של ארבעת הקופות ומשהב"ר.

מטרות:

לבחון את צריכת שירותי בריאות הנפש (ברה"ן), לפני ואחרי הרפורמה, בקהילה ובאשפוז.

שיטות מחקר:

מחקר רטרוספקטיבי, המבוסס על נתוני משהב"ר וקופות החולים, בתקופה 2012-2019. האוכלוסייה כללה את מבוטחי הקופות בשנת 2012, שהיו צרכני ברה"ן בהתבסס על אבחנות ו/או תרופות ו/או מגעים בתחום ברה"ן, בתקופת המחקר. האבחנות (לפי ICD-10), הטיפולים (לפי סוגי טיפול וסוגי מקצוע), התרופות והמחלות הכרוניות, קובצו לקבוצות.

ממצאים:

מספר צרכני ברה"ן עמד ב-2012 על 1,396,905, בשנת 2015 על 1,838,977 ובשנת 2019 על 2,168,243. בין השנים 2012 ל-2015 גדל מספר הביקורים בקהילה ב-75% ובין 2015 ל-2019 ב-85%. 14.4% מהביקורים היו אצל עובדים סוציאליים, 9.3% אצל פסיכולוגים, 20.7% היו אצל פסיכיאטרים ו-52.2% אצל פסיכותרפיסטים ללא יכולת להבחין בין עובדים סוציאליים, פסיכולוגים פסיכיאטרים ואחרים. מספר המאושפזים גדל ב-2.1% בין השנים 2012 ל-2015, וב-6.3% בין 2015 ל-2019. בקבוצות הגיל הצעירות 14-5 ו-24-15 הייתה עליה גדולה במספר המאושפזים בין השנים 2012 ל-2019 (פי 5.6 ופי 1.7 בהתאמה), בקבוצת הגיל 34-25 מספר המאושפזים היה יציב לאורך השנים ובקבוצות הגיל 35 ומעלה הייתה ירידה במספר המאושפזים לאורך השנים. בין השנים 2012 ל-2019 חלה עליה של 54% במספר צרכני התרופות, כאשר אחוז המטופלים שנוטלים תרופות אנטי-דיכאוניות עומד בשנת 2019 על 55% עם עליה של 58% בין השנים 2012 ל-2019, ואחוז המטופלים שנוטלים תרופות נגד הפרעות קשב וריכוז נמצא במקום השני עם 25% ועליה של 81% בין השנים.

מסקנות והמלצות:

מספר צרכני ברה"ן עלה משמעותית בתקופת המחקר. כמות הביקורים לפני הרפורמה גדלה באופן ניכר ולאחריה אף יותר. נצפתה גם עליה משמעותית בצריכת התרופות. אנו ממליצים לבצע מחקר המשך לבחינת השפעות ארוכות הטווח של הרפורמה ובפרט לאור מגפת הקורונה ומלחמת חרבות ברזל.

ניהול מבוסס נתונים: הערכה של מדדי תוצאה ותהליך במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה והקשר לאשפוזים חוזרים

איתמר גרוטו¹, מירב גרינשטיין¹, דותן שביט¹, חדוה שביט¹, ורד קליינמן-בלוש²

1 שביט - ייעוץ ארגוני ופיתוח הדרכה

2 משרד הבריאות - מערך סך שיקום נפגעי נפש בקהילה

רקע:

מערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה במשרד הבריאות אחראי על תהליכי השיקום של מתמודדים עם מגבלה נפשית והשתלבותם בקהילה ופועל מכוח חוק שיקום נכי נפש בקהילה. התכנית הלאומית להערכת מדדי תוצאה ותהליך נועדה לזהות צרכים, מגמות ותהליכים בקרב מקבלי השירות, לשיפור תהליכי השיקום, ולגיבוש מדיניות השיקום בבריאות הנפש.

מטרות:

מטרת המחקר הנוכחי לבדוק את השפעת השהות במערך השיקום על שיעור האשפוזים החוזרים ולבחון את הקשר שלהם למדדי תהליך ותוצאה הנבדקים בתוכנית.

שיטות מחקר:

המחקר מבוסס על נתונים הנאספים באופן שוטף במערך השיקום בבריאות הנפש בקהילה באמצעות שאלון לדיווח עצמי במגוון תחומים: הצבת מטרות שיקומיות ומידת השגתן, שייכות קהילתית, בריאות ואורחות חיים. על מנת להעריך את ההשפעה הכוללת של מערך השיקום, נבדקו מספר האשפוזים בקרב מקבלי שירות חדשים במערך השיקום בשנים 2018-2023 ומספר האשפוזים הממוצע, בהשוואה לתקופה שלפני כניסתם למערך השיקום. על מנת לאפיין גורמי סיכון לאשפוז חוזר, נותחו נתונים של 1,332 מקבלי שירות, שזוהו באמצעות הצלבה עם קובץ האשפוזים הפסיכיאטריים כמי שחזרו לאשפוז בשנים 2022-2023 (7.1% ממקבלי השירות) בהשוואה לקבוצת ביקורת של לא מאושפזים, מותאמת מגדר, גיל, השכלה, ומצב משפחתי. השונונו את ההתפלגויות והממוצעים של משתני השאלון בין שתי הקבוצות ובוצע גם ניתוח רב משתני באמצעות רגרסיה לוגיסטית.

ממצאים:

מספר האשפוזים לפני הכניסה למערך השיקום היה גדול פי 2.3-2.8 בהשוואה למספר האשפוזים בקרב מתמודדים אחרי הכניסה למערך, ומספר האשפוזים הממוצע היה גבוה פי 2 בהשוואה למספר האשפוזים הממוצע לאחר הכניסה למערך.

גורמי סיכון לאשפוז חוזר: במדדי איכות החיים (3.16 לעומת 3.36), חווית מקבל השירות (3.39 לעומת 3.51) והבריאות הגופנית (3.88 לעומת 3.97) הממוצע היה נמוך יותר בקרב מקבלי שירות שאושפזו ($P < 0.05$). כמו-כן, בקרב המאושפזים נמצא שיעור הצבת מטרות נמוך (85% לעומת 90%) ושיעור גבוה של עישון (57% לעומת 40%) בהשוואה לקבוצת ביקורת. בניית רב משתני נמצא שעליה במדד איכות החיים מקטינה את הסיכוי לאשפוז חוזר ב-29.8%, הצבת מטרה מקטינה ב-25.1% ועישון מגדיל את הסיכון לאשפוז חוזר ב-84%.

מסקנות והמלצות:

הירידה במספר האשפוזים לאחר הכניסה למערך עשויה ללמד על השפעת השהות במערך השיקום בקהילה על צמצום שיעור האשפוזים החוזרים. מדידה שגרתית מהווה כלי חשוב לשיפור שירותי השיקום בבריאות הנפש. זוהו גורמי סיכון המאפשרים התערבויות באמצעות תוכניות מבוססות נתונים כבסיס לתהליך השיקום וההחלמה, לרבות שימת הדגש על איכות החיים כגורם המקטין סיכוי לאשפוזים חוזרים.

איתור יזום של דיכאון וסיכון לאובדנות ע"י אחיות מרפאה ראשוניות

אור פרידלנדר, איציק ששונב, הגר וקסלר, גיל רביב, ערד קודש

קופת חולים מאוחדת

רקע:

דיכאון ומחשבות אובדניות מהוות אתגר בריאותי הן למטופלים והן לצוות המטפל ובפרט ברפואה הראשונית. מדיווחי משרד הבריאות לשנת 2021, כ-13% מהאוכלוסייה סובלים מהפרעת דיכאון במהלך חייהם. מדי שנה, קרוב ל-500 איש מתאבדים בישראל. איתור מוקדם של מבוטחים הנמצאים על הרצף האובדני יכול להציל חיים.

מטרות:

לפתח ולהטמיע כלי לאיתור והתערבות ראשונית של צוות אחיות ראשוניות לאיתור יזום של מטופלים בסיכון לדיכאון ואובדנות, ולהפנותם להערכה ולטיפול הנדרש.

שיטות מחקר:

במהלך עבודתן השוטפת, אחיות מרפאה ראשוניות מתשאלות באופן ייזום מבוטחות בהריון ולאחר לידה, קשישים וחולים במצבי חולי כרוני (סוכרת, אי ספיקת לב, פצע כרוני וסטומה).

בתהליך הטעמה של הדרכה וליווי, אחיות עברו הכשרה לזיהוי סימני דיכאון ואובדנות בביקורי מעקב שגרתיים. הן תשאלו באופן פרואקטיבי מטופלים לגבי מצבם הנפשי וזאת בהתבסס על שימוש בשאלונים מובנים- EPDS לנשים בהריון ולאחר לידה ו-PHQ2/9. כאשר דווח המטופל על מחשבות על מוות, מולאו 2 השאלות הראשונות מתוך שאלון-C-SSRS (שאלון קולומביה לדירוג חומרת האובדנות). מטופלים שזוהו בסיכון הופנו לייעוץ עם רופא המשפחה ו/או גורם בריאות הנפש.

ממצאים:

בשנה האחרונה, מולאו 97,249 שאלוני PHQ2, לאחר שקלול ציון חיובי - מולאו 4,015 שאלוני PHQ9 ומתוכם המשיכו למילוי שאלון קולומביה ל-366 מבוטחים. 120 הופנו לגורם ברה"ן, 209 לרופא משפחה ו-139 לעו"ס. בנוסף- מולאו 30,500 שאלוני EPDS ומתוכם 139 המשיכו למילוי שאלון קולומביה.

מסקנות:

אחיות מרפאה ראשוניות מהוות גורם סיכון ואיתור למצוקות נפשיות של מטופלים. יש ברשותן כלים, התערבויות בסיסיות וידע לחיבור והפנייה לגורמי טיפול נוספים ושמירה על הרצף הטיפולי.

המלצות:

בהתבסס על נתוני האיתור, מומלץ להמשיך ולספק הכשרות והדרכות קבועות לאחיות. בנוסף, חשוב לחזק את שיתוף הפעולה והתיאום עם גורמי בריאות הנפש על מנת להבטיח את המשכיות הטיפול למטופלים שאותרו. ברמת ההנהלה יש לקיים מעקב והערכה תקופתית אחר יישום, יעילות והתאמת הכלים.

מחקר ארצי להטמעת טלה-פסיכיאטריה (וידאו-חי) בחדר המיון בהערכת מטופלים לשם אשפוז בכפיה: ממצאים ראשוניים

ליגת שליו¹, כנרת אלקובי², שמואל הירשמן³, רננה איתן⁴, אדם רוז²

1 האוניברסיטה העברית בירושלים

2 בית הספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית

3 המרכז הרפואי לבריאות הנפש לב השרון

4 המערך הפסיכיאטרי, המרכז הרפואי ע"ש סוראסקי

רקע:

הערכה בטלה-פסיכיאטריה (וידאו-חי) נפוצה בעולם, ונמצאה תקפה בהשוואה לבדיקה פנים-מול-פנים לשם שקילת אשפוז בכפיה. אולם, מעט מאוד מידע מחקרי קיים על שימוש במתודה זו בחדר המיון בכלל, ובפרט במקרים של אשפוז בכפיה.

מטרות:

בחינת השפעת השימוש בטלה-פסיכיאטריה בחדר המיון לשם אשפוז בכפיה על מדדים אדמיניסטרטיביים וקליניים, היקף השימוש ותקפות הבדיקה בהשוואה לפנים-מול-פנים.

שיטות מחקר:

בדיקת מומחה במיון לשקילת אשפוז בכפיה מתקיימת לאחר בדיקת המתמחה. בשלב הטלה-פסיכיאטריה, בדיקה זו נעשית בשיחת וידאו-חי מאובטחת. במחקר קוהורט זה מוצגים הממצאים הראשוניים מבית-חולים כללי (איכילוב) ופסיכיאטרי (לב-השרון) לאורך תשעת חודשי הטמעת טלה-פסיכיאטריה בשנים 2023-2024 בהשוואה לשלב המקדים בשנה המקבילה הקודמת בה התקיימו הבדיקות פנים-מול-פנים. המידע נאסף מהתיקים הרפואיים של המטופלים, וכלל: מאפייני רקע (כמו גיל ומגדר), מאפיינים אדמיניסטרטיביים (כמו זמן השהות במיון), מאפיינים קליניים (כמו הוראה לאשפוז בכפיה) והיקף השימוש בטלה-פסיכיאטריה. הממצאים משלב הטלה-פסיכיאטריה והשלב המקדים הושוואו באמצעות מבחן Mann-whitney וחי-בריבוע.

ממצאים:

בשלב המקדים הגיעו 262 מטופלים לעומת 209 בשלב הטלה-פסיכיאטריה; לא נמצאו הבדלים מובהקים במאפייני הרקע של המטופלים בין השלבים. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין השלב המקדים לשלב הטלה-פסיכיאטריה בזמני השהות הממוצעים במיון (2:08 לעומת 2:06 שעות, בהתאמה), בשכיחות אירועי האלימות בחדר המיון (21% לעומת 23%), בשכיחות הוראת אשפוז בכפיה (59% לעומת 61%), בימי השהות הממוצעים באשפוז בכפיה (28 לעומת 24) ובשכיחות המטופלים ששחררו ממיון וחזרו לאשפוז (0% לעומת 0%) ושאושפזו ושחררו בתוך 72 שעות (8% לעומת 6%). אחוזי השימוש בטלה-פסיכיאטריה גדלו ככל שהתקדמה תקופת המחקר, כשבארבעת החודשים האחרונים למחקר כללו אחוזי שימוש 58%-100%.

מסקנות והמלצות:

טלה-פסיכיאטריה להערכת אשפוז בכפיה אפשרית ובטוחה לשימוש כמו בדיקת פנים-מול-פנים, ולא גרמה להארכת זמני השהות, להחמרת המצב הקליני של מטופלים או להגברת הוראות לאשפוז בכפיה.

התערבויות קבוצתיות ממוקדות עבור מתבגרים בסיכון אובדני - סקירה שיטתית ממפה

חן מייק¹, ג'וי בנטוב²

1 בית החולים הלל יפה, מחקר דרך אוניברסיטת חיפה

2 אוניברסיטת חיפה, החוג לחינוך מיוחד

רקע:

אובדנות מהווה אחת מסיבות המוות המובילות בקרב מתבגרים בעולם. שיעור הניסיונות האובדניים הגבוה ביותר נמצא בגילאי 15-24. בגילאים אלו, התאבדות מהווה סיבת המוות השנייה בקרב בנים, ושלישית בקרב בנות בישראל (משרד הבריאות, 2022). לאורך העשורים האחרונים, התפתחו טיפולים פרטניים הממוקדים באובדנות ומחקרים תיקפו את יעילותם (Kothgassne et al., 2020, Mann 2021). עם זאת ישנו מיעוט של התערבויות קבוצתיות והמחקר אודותם דל (Chalker et al, 2022). בעת משבר, שיעורי האובדנות אמנם עולים בטווח המידי, אך צפויים לעלות עם חלוף הזמן. לפיכך, ישנו צורך בחשיבה חדשנית ופיתוח התערבויות טיפוליות חדשות ויעילות. מתוך כך, עולה אפשרות של טיפול קבוצתי אשר ערכו הפוטנציאלי נעוץ בכוחה של הקבוצה לשמש סביבה תומכת בפרמטרים כמו תקווה, בדידות וסוציאליזציה (יאלום, 2006). בנוסף, יכול טיפול זה להוות מענה במערכות בריאות הנפש שמתאפיינת, לצערנו, במיעוט משאבים, עומסים כבדים, וזמני המתנה ממושכים - לעתים שנה עד שנה וחצי- שהם סכנה של ממש במקרה של אובדנות (דוח מבקר המדינה, 2021). המחקר הנוכחי הינו סקירת מיפוי שיטתית של התערבויות קבוצתיות ממוקדות עבור בני נוער בסיכון אובדני.

מטרות:

מיפוי שיטתי של התערבויות קבוצתיות מבוססות ראיות למתבגרים בסיכון אובדני. שאלות המחקר עוסקות במרכיבים המשותפים להתערבויות, הסיכונים האפשריים ויעילותם של טיפולים אלו.

שיטות מחקר:

הסקירה השיטתית הממפה נעשתה על פי הנחיות מודל PRISMA. נסקרו 9 מאגרי מידע, ללא מגבלת שפה וללא מגבלת שנות פרסום. הסינון הראשוני העלה 5610 מאמרים, מתוכם נבררו בקפידה על פי קריטריונים של הכללה והוצאה 8 מאמרים עליהם נערך הניתוח.

ממצאים:

המחקרים שנסקרו היו מגוונים מבחינת הגישה הטיפולית, אורך הטיפול ומאפייני המטופלים. ככלל, התערבויות קבוצתיות ממוקדות עבור מתבגרים בסיכון אובדני נמצאו כיעילות בהפחתת סימפטומים אובדניים, ונתפסו באופן חיובי ומיטיב.

מסקנות והמלצות:

על פי ממצאי הסקירה, נראה כי טיפול קבוצתי ממוקד עבור מתבגרים בסיכון אובדני הינו בעל פוטנציאל רב ליישום במדיניות בריאות הנפש, בשל חסכון במשאבים מחד, ויתרון של מרחב קבוצתי טיפולי מאידך. ממצאי הסקירה מצביעים על החשיבות בפיתוח התערבות מותאמת למערכת הבריאות בישראל כמו גם מחקר עתידי בתחום.

האם תחלואה נפשית חמורה משפיעה על איכות הטיפול הצרברו-קרדיו-וסקולרי הניתן בבתי החולים בישראל? מחקר רטרוספקטיבי מבוסס התכנית הלאומית למדדי איכות וקובץ האשפוזים הפסיכיאטרים

נעמה בארי דרזנר¹, מיכאל קוניאבסקי¹, ציונה חקלאי², חאלד עואודה³, עידו לוריא⁴

1 משרד הבריאות

2 משרד הבריאות, אגף מידע

3 משרד הבריאות, אגף בכיר איכות ובטיחות

4 המרכז לבריאות הנפש שלוותה

רקע:

מטופלים עם תחלואה נפשית חמורה (תנ"ח, כגון סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית, דיכאון מאז'ורי) נמצאים בסיכון מוגבר לתחלואה ותמותה במיוחד עקב מחלות צרברו-קרדיו-וסקולריות (מחלות כלי-דם מוחיים ולבביים) ביחס לאוכלוסייה הכללית. הדבר עלול לנבוע מפערים בטיפול שמקבלים מטופלים עם תנ"ח.

מטרות:

להעריך את איכות הטיפול שמקבלים אנשים עם תנ"ח בבתי חולים כלליים בישראל בהשוואה לטיפול באוכלוסייה הכללית.

שיטות מחקר:

במחקר רטרוספקטיבי זה בוצעה הצלבה של נתוני עמידה במדדי איכות של התוכנית הלאומית עם נתוני רשם אשפוזים פסיכיאטריים לצורך זיהוי מטופלים עם תנ"ח. בהמשך בוצעו ניתוחים סטטיסטיים כגון רגרסיה רב משתנית ולינארית כדי להשוות בין קבוצת האנשים עם תנ"ח וללא ביחס למדדי האיכות: (1) צנתור לבבי תוך 90 דקות מקבלה למיון עקב אוטם שריר הלב עם עליות מקטע ST (מדד STEMI); (2) הערכת סיכון התפתחות פקקת (מדד פקקת) למאושפזים במחלקה פנימית; (3) זמן חציוני לביצוע CT/MRI בחשד לאירוע מוחי (מדד CT/MRI); (4) ביצוע דופלקס לחולים תוך 72 שעות מקבלה למיון בשל אירוע מוחי חולף (Transient ischemic attack) (מדד דופלקס).

ממצאים:

נמצאו כ-130,000 אנשים בוגרים חיים עם תנ"ח שעברו אשפוז פסיכיאטרי אחד לפחות. מתוכם כ-71,000 אושפזו לפחות פעם אחת בבית חולים כללי בעשור האחרון. לא נצפו הבדלים במדד STEMI (87.7%) לאנשים עם תנ"ח [N=511] לעומת 87.1% באנשים ללא תנ"ח [N=25,092], $p=0.69$ ובמדד פקקת (92.5% לאנשים עם תנ"ח [N=32,180] לעומת 92.4% ללא תנ"ח [N=921,563], $p=0.42$). עם זאת נצפו הבדלים מובהקים בין קבוצת התנ"ח לאנשים ללא תנ"ח במדד MRI/CT ובמדד דופלקס; במדד CT/MRI הזמן החציוני עד לביצוע ההדמיה עמד על 39 דקות לאדם עם תנ"ח [N=584] לעומת 31 דקות באנשים ללא תנ"ח [N=25,089], $p<0.001$, במדד דופלקס 73.6% [N=584] לעומת 78.5% [N=27,467], $p<0.001$.

מסקנות והמלצות:

הפערים שנמצאו במחקר הנוכחי היו במדדים המחייבים שיתוף פעולה ומעורבות של המטופל (מדד CT\MRI, מדד דופלקס) לעומת מדדים בהם המערכת פועלת כמעט באופן עצמאי (מדד STEMI, מדד פקקת). למרות הממצאים החיובים בחלק ממדדי האיכות, עדיין נמצאו פערים מדאיגים בטיב הטיפול לאנשים עם תנ"ח. פערים אלה יכולים להיות מוסברים, בין השאר בסטיגמה, קשיי תקשורת עם חולים במיון ועוד. יש להמשיך במחקר על מנת לבחון לעומק את הסיבות לפערים שנמצאו.

הקשר בין סוגי שירותי שיקום שונים לאשפוזים פסיכיאטרים בקרב אנשים הסובלים מהפרעה פסיכוטית כרונית

שרון פלורנטין¹, יהודה ניומרק², דייד רועה³, פאולה רושקה⁴, אמיר קריבוי⁵

1 בית חולים הדסה עין כרם

2 האוניברסיטה העברית בירושלים

3 אוניברסיטת חיפה

4 משרד הבריאות

5 המרכז לבריאות הנפש גהה

רקע:

שיקום מהווה מרכיב חיוני בתהליך ההחלמה של אנשים הסובלים מהפרעה פסיכוטית כרונית. עם זאת, גם תחת שימוש בשירותי השיקום, לעיתים הופעתה של החמרה נפשית המצריכה אשפוז הינה בלתי נמנעת. בישראל, בשנים האחרונות בשל תנאי העסקה ירודים בתחום השיקום, ישנה נשירה משמעותית של כוח אדם וכך פגיעה באיכות ובזמינות של שירותי השיקום.

מטרות:

מחקר זה העריך את ההשפעה של סוגי שירותי שיקום שונים על מאפייני אשפוזים בקרב אנשים עם הפרעה פסיכוטית כרונית הנוטים לאשפוזים חוזרים.

שיטות מחקר:

איחדנו נתונים ממאגר האשפוזים הפסיכיאטרים של משרד הבריאות וממאגר השיקום לגבי 5163 אנשים הסובלים מסכיזופרניה או הפרעה סכיזופאקטיבית, אשר עברו אשפוזים חוזרים בשלוש תקופות: 1. לפני שחוקק חוק השיקום (1991-2000). 2. תקופת השיקום (2001-2009). 3. תקופת מעקב (2010-2017). בדקנו קשר בין סוגי שירותי שיקום שונים בתקופת השיקום לבין מספר ימי אשפוז לשנה בתקופת המעקב. באמצעות מודל ANCOVA למדדים חוזרים בדקנו קשר בין תתי סוגי שירותי שיקום בתעסוקה ובדירור על ימי אשפוז.

ממצאים:

משך הזמן הממוצע עד לאשפוז חוזר ארך 757 ימים בקבוצת השיקום ו-321 ימים בקבוצה שלא קיבלה שיקום. שילוב של שירותי דירור ותעסוקה הוביל לירידה של 20 ימי אשפוז בממוצע לשנה, בעוד שימוש בדירור בלבד או בתעסוקה בלבד הוביל לירידה של 2 ו-5 ימי אשפוז בהתאמה. ככל שרמת הליווי השיקומי בדירור היתה אינטנסיבית יותר, כך היתה ירידה גדולה יותר בימי האשפוז לשנה. מבין סוגי השיקום התעסוקתי, תעסוקה נתמכת ומפעל מוגן הובילו לירידה הגדולה ביותר בימי אשפוז לשנה (17 ימים).

מסקנות והמלצות:

שירותי השיקום הובילו להעלאה משמעותית של הזמן עד לאשפוז חוזר ולהפחתה בימי אשפוז לשנה. שילוב של שירותי שיקום בתעסוקה ובדירור בעל השפעה סינרגיסטית על ירידה בימי האשפוז הגדולה בהרבה מזו של כל אחד מהם לחוד. נראה כי אשפוזים חוזרים אך מועטים או קצרים יותר מהווים חלק מתהליך ההחלמה של אנשים הסובלים מהפרעה פסיכוטית כרונית אשר מקבלים שירותי שיקום. לאור ממצאים המתוארים, ראוי שמערכת הבריאות בישראל תדאג שהאפשרות לקבלת שירותי שיקום תהיה זמינה וישימה עבור כל האנשים הסובלים מהפרעה פסיכוטית כרונית.

השפעת תוכנית הלימודים, הסטיגמה כלפי האחות והמטופל בבריאות הנפש על החלטה לבחור לעבוד בבריאות הנפש

מירב בן נתן, עבדול רחמן ביאדסה, אדם ג'רה, באהר פדעוס

המרכז הרפואי הלל יפה

רקע:

תחום הפסיכיאטריה הוא אחד התחומים הפחות נחשקים בקרב סטודנטים לסייעוד ברחבי העולם, אולם קיימת אי בהירות חד משמעית מהם הגורמים המשמעותיים ביותר המשפיעים על בעיה זו האם זה החינוך, ההתנסות או בכלל הסטיגמה כלפי האחות והמטופל בבריאות הנפש.

מטרות:

מטרת מחקר זה הינה לבחון את השפעת תוכנית הלימודים, מאפייני הסטודנט, התנסויות הקליניות והסטיגמה כלפי האחות והחולה בבריאות הנפש על החלטה לבחור בתחום בריאות הנפש.

שיטות מחקר:

מחקר כמותי מתאמי, לאחר אישור ועדת אתיקה אוניברסיטאית וועדת הלסינקי מוסדית, הועבר שאלון בקרב 220 סטודנטים - n=123 בתוכנית לימודים אקדמית ו-n=97 בתוכנית ההסבה בבית ספר האקדמי לסייעוד הלל יפה. השאלון נשלח דיגיטלי עם טופס הסכמה לנחקרים כולל הסבר על מטרות המחקר ואנונימיות הנתונים. זמן מילוי השאלון כ-20 דקות. הנתונים נותחו באמצעות תוכנת SPSS.

ממצאים:

ממצאי המחקר עולה שכוונת כל מדגם הסטודנטים לעבוד בתחום הפסיכיאטרי הינה נמוכה-בינונית (SD=1.64) $M=2.96$. בבחינת ההבדלים בכוונה לעבוד בין הסטודנטים בתוכנית אקדמיה לבין תוכנית הסבה, עולה שקיים הבדל משמעותי ($t=4.30, df=217, p<0.01$). כאשר הכוונה לעבוד בתחום הפסיכיאטריה הינה גבוהה יותר בקרב הסטודנטים בתוכנית האקדמיה ($M=3.37, SD=1.71$) לעומת הסבה ($M=2.44, SD=1.38$) בנוסף לכך, עולה שקיים הבדל משמעותי בכוונה לעבוד בתחום הפסיכיאטריה בין הסטודנטים שעבדו בתחום הפסיכיאטריה לפני הלימודים לבין הסטודנטים שלא עבדו ($t=8.09, df=217, p<0.01$). כאשר עולה שהכוונה לעבוד בתחום הפסיכיאטריה הינה גבוהה יותר בקרב הסטודנטים שעבדו בתחום הפסיכיאטריה לפני הלימודים ($M=4.45, SD=1.147$) לעומת הסטודנטים שלא עבדו ($M=2.54, SD=1.43$). נמצא קשר שלילי בעוצמה בינונית בין סטיגמה כלפי חולה נפש בקרב הסטודנטים לבין הכוונה ($r=-0.365, p<0.01$) כלומר ככל שהסטיגמה כלפי חולה הנפש בקרב הסטודנטים עולה, הכוונה לעבוד בתחום בריאות הנפש יורדת. בהלימה לכך, נמצא קשר שלילי בעוצמה נמוכה בין גיל לבין הכוונה ($r=-0.135, p<0.05$). כלומר ככל שהגיל של הסטודנט עולה, הכוונה לעבוד בתחום בריאות הנפש יורדת.

מסקנות והמלצות:

כוונת הסטודנטים לעבוד בתחום הינה נמוכה כאשר יש הבדל משמעותי בין תוכניות הלימוד, הכוונה נמוכה יותר בקרב הסבת אקדמאים בהשוואה לתוכניות 4 שנתיות. הגורמים המשמעותיים ביותר המשפיעים על הכוונה לעבוד בתחום הפסיכיאטריה בקרב הסטודנטים לסייעוד הינם: סטיגמה כלפי חולה הנפש, סטיגמה כלפי עבודת האחות הפסיכיאטרית, גיל, עבודה בתחום בריאות הנפש לפני הלימודים, קרוב משפחה חולה נפש והתנסות בטיפול בחולה נפש לפני תחילת הלימודים. אי לכך, המלצות המחקר במישור הקליני הינן להוריד את הסטיגמה כלפי חולה הנפש ועבודת האחות הפסיכיאטרית ע"י העלאת המודעות בקרב הסטודנטים לגבי הנושא הזה. בנוסף, העלאת המודעות בקרב הסטודנטים הבוגרים ע"י החינוך החברתי והמודעות החינוכית כלפי מחלות הנפש וחולי הנפש. יתר על כן, לחזק את המגע האישי בקרב הסטודנטים לסייעוד עם חולי נפש על מנת לעורר רגשיות אמפתיות וחמלה. כמו כן, במישור המחקרי, מומלץ לבצע מחקר פרספקטיבי מרגע סיום הלימודים ועד שנה לאחר כניסתם לעבודה.

הערכת החיסכון הכלכלי הנובע מהפחתת ימי אשפוז פסיכיאטרי בעקבות טיפול דינמי ארוך ואינטנסיבי במטופלי נפש מורכבים

רפאל יונתן לאוס¹, גבי שפיר², מעיין אברג'ל³, רון פינקנברג⁴, אילן אמיר⁴

1 המסלול האקדמי של המכללה למנהל

2 מכללת אחווה

3 ייל

4 לכל נפש

רקע:

טיפולים פסיכולוגיים נמצאו כיעילים בהפחתת הוצאות על בריאות ובכללן הוצאות על ימי אשפוז פסיכיאטרי. אשפוזים פסיכיאטריים חוזרים למטופלים קשים הם מרכיב מרכזי בעלויות מערכת בריאות הנפש. טיפולים פסיכולוגיים דינמיים ארוכים ואינטנסיביים נמצאו כיעילים בהחזקה והפחתת מצוקה של חולים קשים ומורכבים.

מטרות:

להעריך את החיסכון הכספי הצפוי מהקטנת ימי האשפוז הפסיכיאטרי, תוך לקיחה בחשבון של עלות הטיפול, בעקבות מתן טיפול פסיכודינמי ארוך ואינטנסיבי לחולים קשים במערכת בריאות הנפש הישראלית.

שיטות מחקר:

104 מתמודדים עם חולי נפשי קשה קיבלו טיפול פסיכודינמי ארוך ואינטנסיבי במסגרת פרויקט "לכל נפש" שהתקיים בארבעה מרכזי בריאות נפש ממשלתיים. מספר ימי האשפוז הפסיכיאטרי מהשנה לפני תחילת הטיפול, לאורך הטיפול ועד סיום איסוף הנתונים הופקו מהרשומות הרפואיות. נעשה שימוש במודלים ליניאריים היררכיים בחלקים כדי לנבא את השינוי בתקופת הטיפול ולאחר תקופת הטיפול. עלות הטיפול וכן החיסכון הצפוי הונוו במקדם של 4%.

ממצאים:

בתקופת הטיפול נמצאה ירידה מובהקת של 6 ימי אשפוז לכל שנת טיפול לאורך שלוש שנים. ירידה זו נשמרה גם בתקופת המעקב שלאחר הטיפול. החיסכון המהוון הממוצע למבטח לאחר שקלול עלויות הטיפול עבור כל מטופל עמד על כ-89,000 ש"ח.

מסקנות והמלצות:

הקצאת טיפול דינמי ארוך ואינטנסיבי למטופלים קשים ומורכבים לטיפול במערך בריאות הנפש מעבר להיותו יעיל קלינית הוא גם משתלם למבטח בחישובי עלות תועלת כלכלית. מומלץ לכלול את המענה הזה כחלק אורגני במסגרות הציבוריות ולהפנות אליו מטופלים מורכבים שמפגינים דפוס דלת מסתובבת וצריכה גבוהה של ימי אשפוז פסיכיאטרי.

כלכלת בריאות הנפש בישראל: תמונת מצב, השוואה בין לאומית, היקף והרכב רצויים, כשלים ואתגרים מבניים, המלצות

גדי רוזנטל

עמותת "משפחות בריאות הנפש", מרכז ברה"נ גהה

רקע:

המערך הציבורי של בריאות הנפש בישראל סובל מחסרים רבים במקורות כספיים, פערי כח אדם וכשלים מבניים. מלחמת ה-7.10 הוסיפה רובד משמעותי על כל אלו והביאה אותו לסף קריסה. על מנת לבנות אסטרטגיה ארוכת טווח וקוהרנטית למערך נדרש מידע כמותי-אינטגרטיבי בממדים של דמוגרפיה, כלכלת המשק הציבורי והפרטי, כח אדם ושכר, אחרים. מידע כזה אינו בנמצא כיום. כתוצאה מהעדר ראייה ארוכת טווח ובסיס נתונים לבנייתה, ועם החרפת המצוקות, נגררת המערכת הציבורית לצעדי מדיניות חלקיים.

מטרות:

העבודה מציבה לראשונה תשתית כמותית ומבנית לאפיון הצרכים הכלכליים של מערך בריאות הנפש בישראל. זאת ככלי בסיסי לגיבוש יעדים ומדיניות ואף לשיח הציבורי.

שיטות מחקר:

מבנה: כדי להעריך את הרכב ההוצאה הציבורית והיקפה הכולל בהשוואה למדינות מערב אירופה, וכן את ההוצאה הפרטית של משקי הבית, בוצע ניתוח כמותי ראשוני ומפורט של הצרכים על פי רכיבים (bottom-up). בנוסף, מופו סוגיות ואתגרים מבניים, כולל השפעות המלחמה, לצורך הסקת מסקנות. המידע נלקח מ:

- ◆ ספרי התקציב וקופות החולים
- ◆ סקר ספרות איסוף נתונים על חלק ברה"נ בהוצאה הציבורית לבריאות במערב אירופה והשוואה לישראל
- ◆ ניתוח הצריכה הפרטית וסקר ראשוני של הוצאות המשפחות.
- ◆ מתודולוגיה פרטנית להערכת הצרכים ע"פ: סקרי ספרות, ניתוח דמוגרפי, ניתוחי עלויות, אינטגרציה והצלבות של ניתוחים קיימים.
- ◆ שיחות והכרות ארוכת שנים עם מומחים ומקבלי השרות

ממצאים:

1. שיעור ההוצאה הציבורית בברה"נ מסך ההוצאה לבריאות נמוך ב-50% מהמדינות המפותחות. זאת ללא השפעות המלחמה והבדלי השכר המגדילים את הפערים. צעדי המדיניות שנקטו מצמצמים באופן חלקי בלבד.
2. תמונת הראי: שיעור ההוצאה הפרטית כפול מזה שבבריאות הכללית
3. ניתוח לפי צרכים מורה כי המחסור הוא בכל הרכיבים. זאת במיוחד בטיפול המרפאתי, מערך השיקום, שורה של צרכים לאוכלוסיות גדולות שכמעט לא מקבלות מענה, העדר התייחסות לצרכי המשפחות ולעוני המתפתח.
4. המבנה המוסדי-כלכלי סובל מאי רציפות טיפולית ומימונית, פיצול סמכויות ובירוקרטיה ואף איי בזבוז, ניגודי אינטרסים ותמריצים שליליים, העדר מידע ומדידה.

מסקנות והמלצות:

לצד צעדי ההצלה המיידיים נדרשת תכנית אב מקיפה ורפורמה מבנית-אינטגרטיבית.

השימוש בווטסאפ לתקשורת קלינית תוך ציוותית בבתי חולים בישראל: אם אינך יכול לנצח אותו -

הסדר אותו

דרורה בן מיכאל וינקר¹, מאיה פלד רז²

1 המרכז הרפואי הלל יפה

2 ביה"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

רקע:

הטלפון החכם, ובמיוחד אפליקציות מסרים המידיים כמו WhatsApp, הביאו למהפכה תקשורתית, המאפשרת תקשורת זמינה, פשוטה וללא עלות. תכונות אלו תרמו להפיכת אפליקציית ה-WhatsApp לכלי מרכזי בתקשורת הקלינית בין צוותים רפואיים וסיעודיים - בחירום כמו גם בשגרה. לצד יתרונותיה הרבים עולות מהשימוש בה שאלות לגבי סוגיות של הגנה על הסודיות הרפואית ואבטחת מידע. למרות חשיבות הנושא לא נמצאו הנחיות רגולטורית אופרטיביות לגבי השימוש ב-WhatsApp במערכת הבריאות בישראל.

מטרות:

לבחון את השימוש (היקף ומאפיינים) ב-WhatsApp למטרות קליניות תוך ציוותיות, בקרב צוותים רפואיים וסיעודיים בבתי חולים בישראל ואת תפיסתם את התועלת והסיכון שבשימוש זה.

שיטות מחקר:

שאלון כמותני מקוון ואנונימי, המבוסס על שאלון במחקר איטלקי דומה. המחקר כלל 285 משתתפים. 133 חברי צוות רפואי ו-152 חברי צוות, סיעודי העובדים בבתי החולים בישראל.

ממצאים:

נמצא שימוש נרחב ביותר ב-WhatsApp למטרות תקשורת תוך-ציוותית. הצוותים העידו שאינם מכירים מסר ברור מההנהלות. בקרב הצוות הרפואי נמצא שימוש גבוה להעברת מידע קליני לא מזוהה, ושימוש בינוני להעברת מידע קליני מזוהה. בקרב הצוות הסיעודי נמצא שימוש בינוני להעברת מידע קליני - מזוהה ושאינו מזוהה. תפיסת התועלת מהשימוש בווטסאפ גבוהה, על רקע חיסכון בזמן העבודה, שיפור התקשורת בין המטפלים ותפוצתה הרחבה ונגישותה של האפליקציה. צעירים עושים שימוש רב יותר באפליקציה למטרות קליניות. נצפה כי השימוש רב יותר ככל שהתועלת האישית עולה וזאת ככל שהתועלת הארגונית הנורמטיבית, המשקפת את המימד החברתי של התנהגות הולמת בארגון, עולה. לעומת זאת, התועלת הארגונית הרגולטורית, הנובעת מקיום רגולציה, חוקים ופיקוח, נמוכה מאד, ותפיסת הסיכון, קרי - החשש מהסיכונים הטמונים בשימוש באפליקציה, גבוהה ובעלת השפעה מובהקת על השימוש בקרב נשים.

מסקנות והמלצות:

השימוש באפליקציה הוא חלק אינטגרלי משגרת העבודה הקלינית בבתי החולים הכלליים, וכולל העברת מידע רפואי מזוהה רב. נדרשת רגולציה כמו גם תכניות הדרכה ופיקוח המסדירות את השימוש בה, תוך הבלטת הסיכונים. מומלץ להתחיל ביישום תכניות ההדרכה בצוותים הסיעודיים, המורכבים בעיקר מנשים, המתאימות לשמש כסוכנות שינוי. ראוי לנצל את יכולות אבטחה כמו "הודעות זמניות" ולשלבן בהנחיות מבלי לשנות בצורה רדיקלית את צורת העבודה.

ניטור סמוי של מדדים פיסיוולוגיים במרחב הביתי: מחקר רב לשוני ורב לאומי

נעמי ביטרמן¹, שלומית באומן²

1 טכניון

2 HIT, מכון טכנולוגי חולון

רקע:

ניטור סמוי של פרמטרים פיזיולוגיים כמו דופק, לחץ דם, ומשקל, הוא חלק מהמגמה של "רפואה הולכת הביתה", המאפשר גילוי מוקדם, טיפול, מעקב ותמיכה בחיים בטוחים ובריאים. עם זאת, קיים פער בין יכולות טכנולוגיות חכמות לבין שילובן במרחב הביתי ובחיי היומיום.

מטרות:

איפיון עמדות רב-לאומיות על אימוץ טכנולוגיות חכמות במרחב הביתי, הכולל העדפות לניטור של נתונים פיזיולוגיים בטכנולוגיה המשולבת בריהוט הבית, עמדות על פגיעה בפרטיות, ושימוש בממשק משתמש טבעי.

שיטות מחקר:

שאלון רב לשוני שתורגם לעשר שפות הופץ בו זמנית ב-10 מדינות שונות, ב-3 יבשות לבחינת העדפות משתמשים לשילוב טכנולוגיות חכמות במרחב הביתי, בסולם מספרי רציף בין 1-100. הנתונים נותחו בתוך כל מדינה ובין מדינות, בקורלציה עם גיל, מגדר, השכלה ועם מדדים טכנולוגיים לאומיים יעודים שפותחו.

ממצאים:

1217 משיבים מ-10 מדינות שונות (109 - 141 מכל מדינה), גיל כלל האוכלוסייה 41.8 ± 14.1 שנים (ממוצע, $SD \pm 49\%$) נשים, 59% בעלי תואר אקדמי. לא נמצא הבדל מובהק בין הנכונות למדידת לחץ דם, דופק או משקל. הנכונות לניטור עלתה באופן מובהק למצבי חרום (מבחן Tukey, $N=1217$, $p<0.05$). מתאם ליניארי חיובי נמצא בין נכונות למדידה סמויה של נתונים פיזיולוגיים והמדד הלאומי הטכנולוגי. למרות הבדלים מובהקים בערכים המוחלטים בין המדינות השונות, המיקום היחסי שלהם על קו הקורלציה עם מדד הטכנולוגיה נשמר קבוע. מתאם מובהק שלילי נמצא בין נכונות לריהוט למדידות פיזיולוגיות וגיל, חיובי להשכלה, וללא מתאם למגדר ולחשש לפגיעה בפרטיות.

מסקנות והמלצות:

קיימים הבדלים מובהקים בין מדינות ברצון לאימוץ טכנולוגיות חכמות במרחב הביתי. האוכלוסייה המבוגרת עדיין לא הטמיעה את היתרונות של ניטור בית חכם לאיכות חיים ובית בטוח, למרות רצון לניטור בייתי במצבי סכנה. עדיין קיימים חסמים באימוץ טכנולוגיות חכמות במרחב הביתי בניגוד למרחב הציבורי, שלא ניתן להסבירם בחשש לפגיעה בפרטיות. טכנולוגיה כפופה לתרבות, ועל כן שילוב טכנולוגיות חכמות בסביבה הביתית מחייב הבנה של המשתמשים ושיפור היחס הכללי שלהם לטכנולוגיה.

תוכנית ניטור מרחוק של מטופלי מחלות מעי דלקתיות באמצעות אפליקציה סלולרית

מורן גורן, עדי טלאן אשר, עולא חאג', נטליה בריסקמן-שכנובסקי, אורי קופילוב

שיבא, תל השומר

רקע:

מחלות מעי דלקתיות (ממ"ד) דורשות מעקב רפואי הדוק. מעקב מסורתי כולל ביקורים תכופים במרפאה, אי נוחות ובזבוז משאבים. מחקר זה בחן את היתכנותה של תוכנית ניטור מרחוק, המבוססת על אפליקציה. נבחנה יכולת התוכנית לסייע במעקב אחר מצב המחלה ולשפר את התקשורת בין המטופל לצוות באמצעות מענה על שאלוני פעילות מחלה, איכות חיים ובדיקות קלפרוטקטין ביתיות.

מטרות:

יצירת מנגנון טיפולי מבוסס מידע קליני ומדווח-מטופל לטובת זיהוי מוקדם של החמרה קלינית והתאמת דחיפות הטיפול והתערבות בהקדמה או דחיית תורים בחולי ממ"ד.

שיטות מחקר:

מחקר עוקבה 12 חודשים אחר 100 חולי ממ"ד בגירים. הוקם פרוטוקול בפלטפורמת "דאטוס" דרכה המשתתפים מלאו 5 שאלונים מקוונים חודשיים במשך שנה והיו במעקב ותקשורת עם אחות ממ"ד. השאלונים כללו שאלות על פעילות המחלה (PRO2 או SCCAI), איכות חיים PROMIS10 ו-SIBDQ, מצב רגשי DASS21, ושליטה במחלה IBD CONTROL. בוצעו בדיקות קלפרוטקטין ביתיות בתחילת המחקר, לאחר שישה ו-12 חודשים.

ממצאים:

גויסו למחקר 100 מטופלים, 74% קרוהן, 26% קוליטיס כיבית, 57% נשים, גיל חציוני 31 ש' (66-20 ש'), משך מחלה חציוני של 96 ח' (3-384 ח'), 94% טיפול ביולוגי. היענות המשתתפים למילוי השאלונים ירדה (בזמן 0,6,12 ח' הייתה 86%, 53% ו-30% בהתאמה). 30% מהחולים פנו לאחות דרך הפלטפורמה. 38% התלקחו, 14% אושפזו, 6% נותחו, 31% נזקקו לשינוי טיפול ביולוגי. לא נמצא שינוי משמעותי בפעילות המחלה והשפעותיה על חיי המטופל כפי שנמדדה בתוצאות השאלונים בין תחילת המחקר לשאלונים האחרונים שתועדו, למעט ערכי שאלון IBD CONTROL (11.25 מול 9.4, $p=0.025$). היענות נמוכה לבדיקות קלפרוטקטין ביתיות (בזמן 0,6,12 ח' הייתה 63%, 25% ו-20% בהתאמה). ללא שינוי מובהק בערכי קלפרוטקטין (432.76 מול 466.24 מק"ג/גר, $p=0.794$).

מסקנות והמלצות:

המחקר מדגים היתכנות לתוכנית ניטור מרחוק לטווח ארוך למטופלים עם ממ"ד. תכנית כזו יכולה לייעל ולשפר במידה ניכרת את המעקב אחרי המטופלים. עם זאת, יש צורך בשיפור אסטרטגיות לשמירה על היענות גבוהה לאורך זמן כדי למצות את הפוטנציאל הטמון בטכנולוגיה זו.

אינטראקציה בין בינה מלאכותית לצוותים קליניים: מחקר חלוץ להשוואת קבלת החלטות קליניות של אחיות יחידת טיפול נמרץ ומודלי בינה מלאכותית יוצרת

חדוה לוי¹, מור סאבן², מוריה סולימן³

1 המרכז האקדמי לב/המרכז הרפואי שיבא תל השומר

2 אוניברסיטת תל אביב החוג לסייעוד

3 המרכז הרפואי שיבא תל השומר מחלקת טיפול נמרץ

רקע:

ככל שכלי הבינה המלאכותית היוצרת (Generative AI) ממשיכים להתפתח, נדרשים מחקרים אמפיריים כדי להבין את הפוטנציאל שלהם בשימוש ככלי תומך החלטה בקבלת החלטות קליניות.

מטרות:

מחקר זה נועד להשוות את דיוק הערכת המטופל ומתן מענה לתרחישים קליניים של אחיות יחידת טיפול נמרץ לעומת מודלי GenAI שונים

שיטות מחקר:

74 אחיות יחידות טיפול נמרץ (טיפול נמרץ כללי, טיפול נמרץ לב, טיפול נמרץ ניתוחי לב וטיפול נמרץ ניוורוכירורגי) מ-8 בתי חולים שונים השתתפו בהערכה מבוססת סימולציה הכוללת 4 תרחישים קליניים כתובים המייצגים מקרים אמיתיים בין ינואר-אפריל 2024. במקביל, תרחישים אלו הורצו במודלי GenAI; ChatGPT-4 ו-Claude-2.0 על מנת לספק הערכות והמלצות לטיפול. התגובות מ-ChatGPT-4 ו-Claude-2.0 ושל האחיות נבדקו על ידי אחיות יחידת טיפול נמרץ מוסמכות לגבי דיוק, מלאות וזמן תגובה.

ממצאים:

האחיות השיגו באופן עקבי דיוק אבחון גבוה יותר ממודלי GenAI בתרחישים מורכבים, אם כי מודלים מסוימים של ה-GenAI השיגו תוצאות זהות או טובות יותר מביצועי האחיות בתרחישים פשוטים. גם זמני תגובה נבדלו באופן משמעותי כך שזמני התגובה של מודלי ה-GenAI היו קצרים יותר משמעותית. כמו כן עלו הבדלים איכותניים בצורות התגובה כמו תמציתיות לעומת ריבוי מילים. שונות בביצועי המערכות של מודלי GenAI במקרים שונים הדגישה את המורכבות בהסברתיות הממצאים (Explainability).

מסקנות והמלצות:

בעוד GenAI הציגה מיומנויות קליניות כמו זמן תגובה מהיר, הציונים של האחיות היו טובים יותר בתחומים קליניים מורכבים. לצד הפיתוח המואץ של מודלי השפה הגדולים יש לבחון בצורה קפדנית את היכולת שלהם לשמש ככלי תומך החלטה בקליניקה ולשקול תרחישים בהם המודלים האלו יכולים לסייע לקלינאים. מחקר שיטות משולבות קפדני המערב בעלי עניין מגוונים יכול לתרום לבניית שותפויות בין אדם ל-GenAI המרוכזות בחיזוק טיפול מבוסס ראיות.

פוטנציאל השימוש בכלי בינה מלאכותית גנרטיבית כמקור ידע בתחום שיקום החולה המסוחר

יעל ארבל¹, יואב גימון², ליאורה שמואלי³

1 שרותי בריאות כללית

2 אוניברסיטת חיפה

3 אוניברסיטת בר אילן

רקע:

ChatGPT ו-Google Gemini הם מודלי שפה גדולים (LLMs) המשמשים כצ'אטבוטים מבוססי בינה מלאכותית. השימוש בכלים אלו צובר תאוצה בתחומים רבים ובפרט בתחום הרפואה. ישנו צורך בבחינת הפוטנציאל ומגבלות השימוש של מודלי השפה (LLMs) כמקור ידע עבור אנשי מקצוע בתחום השיקום הווסטיבולרי.

מטרות:

הערכת רמת הדיוק והביצועים של שני מודלי שפה גדולים ChatGPT ו-Google Gemini הזמינים לציבור ללא עלות, במענה לשאלון ידע רב-ברירה בתחום השיקום הווסטיבולרי.

שיטות מחקר:

המחקר נערך בקרב 30 פיזיותרפיסטים מומחים בשיקום וסטיבולרי ו-30 סטודנטים לפיזיותרפיה. המשתתפים נתבקשו להשלים שאלון ידע וסטיבולרי שכלל 20 שאלות רב-ברירה שחולקו לשלוש קטגוריות: (1) ידע קליני, (2) חשיבה קלינית בסיסית, ו-(3) חשיבה קלינית מורכבת. מודלי השפה (LLMs) השיבו על אותו שאלון. שלושה רופאים אוטונוירולוגים העריכו רמת דיוק התשובות באמצעות סולם בן 4 רמות, שנע בין "מקיף" ל"לא נכון".

ממצאים:

במענה על שאלות רב-ברירה, ChatGPT הציג ביצועים טובים יותר מ-Google Gemini בציון הכולל על השאלון (ציון 70% לעומת 60%). פיזיותרפיסטים וסטיבולרים קיבלו את הציון הכללי הגבוה ביותר (76.3%), בעוד שסטודנטים לפיזיותרפיה נכשלו במבחן (40.5%). ChatGPT ו-Google Gemini הציגו ביצועים מצוינים בקטגוריית הידע הקליני (100%) אך התקשו בשאלות חשיבה קלינית, ChatGPT בציון 50% ו-Google Gemini בציון 25%. לפי הערכת שלושת האוטונוירולוגים. דיוק התשובות של ChatGPT נחשב "מקיף" ב-45% מהשאלות, בעוד ש-25% מתשובותיו שגויות לחלוטין. בחלוקת הקטגוריות ChatGPT סיפק תשובות "מקיפות" ב-50% מהשאלות בתחומי הידע הקליני והחשיבה הקלינית הבסיסית, אך רק ב-25% מהשאלות בתחום החשיבה הקלינית המורכבת.

מסקנות והמלצות:

כלי בינה מלאכותית גנרטיבית כגון ChatGPT ו-Google Gemini בעלי פוטנציאל כמקור ידע ועזר לאנשי מקצוע בתחום השיקום הווסטיבולרי, בייחוד במחסור בידע קליני. השימוש בכלים אלו מחייב זהירות בשל הדיוק המוגבל בשאלות הדורשות חשיבה קלינית. ניסוח שאלות מוקפד וזהיר ייעל השימוש במודלי שפה (LLMs) ע"י צוותי רפואה וירחיקם ממידע שגוי הקיים ברשת. שילוב מושכל של מומחיות קלינית, ונהלים קליניים עם ChatGPT ו-Google Gemini יכול למקסם את היתרונות ולצמצם את המגבלות.

גישה פרואקטיבית לאיתור וטיפול בחולי אסתמה קשים

מנחם רתם, יוסף עאוני

מרכז רפואי העמק ומחוז צפון של שירותי בריאות כללית

הקדמה:

כחלק מפעילות פרו-אקטיבית שאנו יוזמים ועם זמינות טיפולים ביולוגיים זיהינו צורך באיתור וטיפול בחולים הסובלים מאסתמה קשה שאינה בשליטה.

מטרות התוכנית ויעדיה:

זיהוי איתור וטיפול של חולים הסובלים מאסתמה קשה שאינה מאוזנת תוך הפחתת העומס על רופאי המשפחה, שימוש נכון במשאבי הבריאות תוך הקטנת עלויות הנובעות מאישפוזים חוזרים על ידי מדידת הנתונים לאחר שנה.

שיטות:

איתור החולים עם אסתמה קשה ביותר על ידי שימוש במערכת הביזור הממוחשבת, מלווה יצירת קשר עם הרופאים המטפלים בהם וזימון החולים למתן ייעוץ רפואי ומעקב לאחר שנה.

תוצאות:

על פי הקריטריונים הנוקשים ביותר אותרו 103 חולים, מהם רק רק 57 חולים נבדקו באיזשהו שלב במרפאת ריאות ורק 11 במרפאה לאלרגיה. 34% מעולם לא עבור איבחון מקצועי לאסתמה. נשלחו 85 מכתבים אישיים לכל אחד ואחת מרופאי המשפחה המטפלים עם פרטי המטופלים שבטיפולם. נתקבלו תשובות מ-37 רופאים (43.5%) לגבי 42 מטופלים שהם 40.8% מהמטופלים. 11 מטופלים נוספים זוהו על ידי הרופאים המטפלים, וסך הכל ניתן ייעוץ ל 53 חולים. החולים זומנו לבדיקתנו בתאום עם הרופאים המטפלים וניתנו לאחר בדיקתם המלצות לשינוי טיפול כולל תוספת או החלפת טיפול. ביקורת הנתונים לאחר שנה:

מספר הביקורים בחדר מיון ואשפוזים בשנה טרם ההתערבות ולאחר שנה

אחרי	לפני	
26	43	מספר המטופלים בחדר מיון
38	109	מספר הביקורים בחדר מיון
28	45	מספר המאושפזים
50	89	מספר האישפוזים

בנוסף נמצא כי לאחר שנה רק 21 מטופלים מתוך 103 מטופלים שסקרנו בתחילה עמדו לאחר שנה בקריטריונים אותם קבענו בתחילת המחקר.

מסקנות:

התוצאות מראות בבירור על שיפור משמעותי ומדגימות את היתרון שבגישה פרואקטיבית, עם שיתוף פעולה ישיר בין המומחים לרופאי המשפחה, ואשר מביאים בעקבות כך לשיפור איכות החיים של המטופלים, הפחתת העומס על הרופאים הראשוניים וחסכון ניכר במשאבי הבריאות.

הרגלי צריכת מזון ועמדות הציבור כלפי התוכנית לסימון תזונתי בחזית אריזות מזון

הדר סמואלי¹, אלה כץ², רונית אנדוולט², נעמי פליס איסקוב², מורן בלייכפלד מגנאזי²

1 מכון ברוקדייל

2 אגף התזונה, משרד הבריאות

רקע:

ב-2020 הונהג בישראל סימון תזונתי בחזית אריזות המזון: מזון המתאים להמלצות התזונה הלאומיות מסומן בירוק, ואילו מזון לא בריא בעל רמות גבוהות של סוכר, נתרן או שומן רווי מסומן בסימון אזהרה אדום. מטרת הסימונים היא להנגיש מידע תזונתי לצרכנים ובכך להקל עליהם לבחור מזון בריא יותר.

מטרות:

לבחון את מידת החשיפה לסימונים, את השימוש בהם ואת השינויים בהרגלי הקנייה והצריכה של מוצרי מזון מסומנים.

שיטות מחקר:

שני מחקרי חתך באוכלוסייה הכללית באמצעות סקר טלפוני. הסקר הראשון נערך טרם החלת הסימון (ספטמבר 2019 - ינואר 2020). הסקר השני נערך כשלוש שנים לאחר החלת הסימון (מארס - אוגוסט 2023). המשיבים נשאלו על הרגלי הקנייה והצריכה של מזונות מסומנים, עמדותיהם כלפי הסימון וכלפי כלי מדיניות אחרים לעידוד תזונה בריאה.

ממצאים:

92% מהמשיבים בסקר השני דיווחו כי נתקלו בסימוני האזהרה. 69% דיווחו כי הם מחפשים את הסימונים בחזית האריזה בעת הקנייה, ואילו 48% ציינו שהם בודקים מידע בגב האריזה. 60% מהמשיבים ציינו כי בעת רכישת מזון הם מעדיפים מוצרים ללא סימון אזהרה. 50% דיווחו כי בהשוואה לתקופה שקדמה לסימונים, הם רוכשים פחות מוצרים המסומנים באזהרה.

הסקר השני העיד על ירידה בשיעור משקי הבית שדיווחו על קניית מוצרי מזון לא בריאים ב-2 מבין 11 הקטגוריות שנבחנו: שתייה ממותקת וחטיפים מלוחים. בשני הסקרים, משקי בית עם ילדים דיווחו על קנייה וצריכה של מוצרים מסומנים באזהרה בשיעורים גבוהים יותר משאר משקי הבית.

ניתוח רב-משתני העלה כי בדיקה קבועה של סימוני האזהרה קשורה לתדירות נמוכה יותר של צריכת מוצרים עם סימון אזהרה, בעוד משקי בית עם ילדים, השכלה נמוכה ומשקי בית גדולים קשורים לתדירות צריכה גבוהה יותר. 87% מהמשיבים ציינו כי לדעתם אחד מתפקידי הממשלה הוא לעודד תזונה בריאה והביעו תמיכה בפעולות שונות שהממשלה יכולה לנקוט לשם כך.

מסקנות והמלצות:

הסימון בחזית האריזה זוכה לנראות גבוהה וקשור בתדירות נמוכה יותר של צריכת מזונות מסומנים באזהרה. משפחות עם ילדים מוסיפות לדווח על קנייה וצריכה של מוצרים המסומנים באזהרה בשיעורים גבוהים. מומלץ להמשיך בקידום המודעות לסימונים ולפתח תוכניות הממוקדות בילדים ומשפחות.

בחינת התועלת של ייעוץ תרופתי מקיף, בסיוע טכנולוגיה תומכת החלטה חדשנית, במטופלים כרוניים מרובי תרופות

אולגה בריימן טקץ¹, דורית נחליאלי-דיל², לילך קליין¹, אלונה יאנובסקי¹, שמואל קלנג¹

1 קופת חולים מאוחדת

2 MDI

רקע:

סיכונים בתרופות מהווים בעיה מערכתית, הגוררת פגיעה במטופלים ומביאה לשימוש עודף בתשומות בריאות. ייעוץ תרופתי לרופא משפר את איכות ובטיחות הטיפול ומפחית עלויות בריאות. לאור מורכבות התהליך, כמות המטופלים הזוכים לייעוץ תרופתי מקיף, נמוכה. מערכת MDI הינה מערכת תומכת החלטה, הנתמכת בינה מלאכותית, שנועדה להעניק טיפול תרופתי מותאם אישית בחולים עם ריבוי תרופות, במטרה לקצר את זמן הייעוץ ולאפשר הנגשתו לזקוקים לו.

מטרות:

לבחון האם שימוש במערכת קיצר את משך הייעוץ התרופתי לרופא, לבחון את סוג ההמלצות ויישומן, ציון הסיכון המחושב וציון הסיכון בפועל לאחר 3,6,9 חודשים מהייעוץ עם ובלי מערכת MDI.

שיטות מחקר:

מחקר פרוספקטיבי ומבוקר בתמיכת גרנט של המלמ"ב, במסגרתו מערכת MDI זיהתה מטופלי מאוחדת, המצויים בסיכון לבעיות בטיפול התרופתי. מטופלים בעלי הסיכון הגבוה ביותר, הוקצו אקראית ל-2 זרועות. ב-2 הזרועות ניתן יעוץ רוקחת קלינית לרופא, עם/ללא שימוש במערכת MDI. מדדי המחקר כללו בחינת זמן הייעוץ, שינוי בציון סיכון, שינוי בעלויות וניתוח מס' ההמלצות, סוגן ויישומן ע"י הרופא.

ממצאים: בין 08.2022-11.2021, רוקחת קלינית נתנה ייעוץ עבור 177 מטופלים בסיכון מוגבר, שאותרו ע"י מערכת MDI (93 בקב' MDI ו-84 בקב' non MDI). נמצא מקום להתערבות ב-94% מהחולים. ניתנו 624 המלצות לרופא - 298 בקב' MDI ו-326 בקב' non MDI. ההמלצות השכיחות ביותר כללו הפסקה, הוספה, החלפה והורדת מינון של תרופה - 204, 131, 100, 92 המלצות בהתאמה. לא נמצא הבדל בין 2 הקב' במס' ההמלצות למטופל, בסוג ההמלצות ובשיעור יישום ההמלצות שעמד על 53%. נמצאה הפחתה משמעותית סטטיסטית במשך הייעוץ, שהיה קצר יותר ב-25% - חציון של 77.5 דק' בקבוצת MDI לעומת 104 דק' בקבוצת non MDI. נמצאה ירידה של 24% בציון הסיכון המחושב בשתי הקב' וירידה של כ-14% בציון הסיכון בפועל, לאחר 9 חודשי מעקב, ללא הבדל מובהק בין הקב'. נמצא חיסכון ממוצע של 2,921 ש"ח למטופל בעלות הכוללת של הטיפול.

מסקנות והמלצות:

מערכת MDI איתרה מטופלים בסיכון מוגבר ואפשרה קיצור משמעותי של תהליך הייעוץ התרופתי. התערבות רוקחת קלינית הביאה להפחתה ברמת הסיכון ובעלויות הטיפול. הטמעת שימוש במערכת תאפשר הנגשה מושכלת של ייעוץ תרופתי ע"י רוקח קליני ויעול משאבי מערכת הבריאות.

מערכת חכמה לחסימת בדיקות מעבדה לנגיפים - בחירה מושכלת וחסכון בעלויות

שירלי שפירא בן דוד, אורנה שמאי, ענת בית אור, דניאלה רחמים-כהן, לאה ולינסקי

מכבי שירותי בריאות

רקע:

בדיקות מעבדה בכלל ובדיקות לזיהוי נגיפים בפרט הן כלי חיוני לאבחנה ומעקב אחר מטופלים עם מחלות זיהומיות בקהילה. לעיתים הן מבוצעות על אף שיש תוצאות קודמות רלוונטיות וללא אינדיקציות קליניות מדויקות, מה שמוביל לעומס על המערכת הרפואית ועלול לגרום לאבחון יתר.

לפני למעלה מעשור הוטמעה במכבי שירותי בריאות, קופת החולים השנייה בגודלה בישראל המספקת שירות רפואי למעל מ-2.6 מיליון חברים ברחבי הארץ, מערכת מיחשובית חכמה החוסמת בדיקות לנגיפים שונים. החסימות מתבצעות על בסיס סט חוקים שנקבעו על ידי מומחים בתחום הכוללים את נתוני הרקע של המטופל ותוצאות קודמות של בדיקות מעבדה. במידה והבקשה לבדיקת מעבדה נחסמה על ידי המערכת החכמה, הרופא יכול להגיש בקשה לאישור חריג, אשר נבדקת על ידי מומחה למחלות זיהומיות ומאושרת או נדחית תוך 72 שעות מהפניה.

מטרות:

בדיקת ההשפעה על תהליך קבלת ההחלטות של הרופאים והתועלת הכלכלית כתוצאה מהפעלת המערכת החכמה.

שיטות מחקר:

מחקר רטרוספקטיבי, תיאורי. נבדקו כלל הבקשות ב-07/2023-06/2024 לבדיקות הנגיפיות הבאות: סרולוגיה ל-CMV, EBV, אדמת, וריצלה זוסטר והפטיטיס B וכן PCR בשתן ל-CMV, לכל סוג בדיקה נבחנו כמות הבדיקות שאושרו ונחסמו באופן אוטומטי על ידי המערכת, כמות הבדיקות שהופנו לאישור חריג וכמות הבדיקות שאושרו או נדחו על ידי המומחה היועץ. עלויות הבדיקות הוערכו לפי מחירון משרד הבריאות בישראל.

ממצאים:

בתקופת המחקר הוגשו 490,972 בקשות לבדיקות לנגיפים שנבדקו. מתוכם, 370,434 (75.4%) אושרו בהתאם לקריטריוני הבדיקות באופן אוטומטי על ידי המערכת החכמה. בממוצע, ב-93.9% מהמקרים בהם נחסמו הבדיקות על ידי המערכת החכמה, הרופאים הסכימו עם החסימה, בכך שלא הגישו בקשה נוספת לאישור חריג (98.4%, 96.2%, 98%, 98.8%, 95.2% מסרולוגיה ל-CMV, EBV, אדמת, וריצלה זוסטר, והפטיטיס B, בהתאמה וכן 76.5% מבדיקת PCR בשתן ל-CMV). מבין הבקשות שנשלחו לאישור חריג על ידי הרופא המטפל, היועצים המאשרים אישרו בממוצע כ-11.9% מהבדיקות. סך הכל נחסמו מעל ל-120,000 בדיקות במהלך התקופה, בסכום של כ-25 מיליון ש"ח.

מסקנות והמלצות:

המערכת המיחשובית החכמה לאישור בדיקות למחלות נגיפיות שיפרה את תהליך קבלת ההחלטות הרפואיות על ידי חסימת בדיקות מיותרות ואפשרה חיסכון כספי משמעותי ומניעת אבחון יתר, ללא פגיעה בעצמאות הרופא.

הקשר שבין רפורמות רגולטריות במערכת הבריאות ושינויים בתמהיל הסוציודמוגרפי של המטופלים ואופן מימון הניתוחים ברשת אסותא מרכזים רפואיים

רועי ברנע¹, עדי ניב-יגודה², הדר גולדשטיין¹

1 אסותא מרכזים רפואיים

2 המכללה האקדמית נתניה

רקע:

סוגיית ההוגנות במימון שירותי בריאות מעסיקה את השחקנים השונים במערכת הבריאות בישראל. בעשור האחרון חוותה מערכת הבריאות בישראל שינויים רבים אשר עיצבו מחדש את פני מערכת הבריאות: תכניות ורפורמות שנועדו לחזק את הרפואה הציבורית, שינויים מהותיים שבוצעו באמצעות חקיקה (חוק ההסדרים), תקנות, הנחיות והוראות רגולטוריות.

מטרות:

בחינת ההשפעת הרפורמות השונות שהונהגו על ידי משרד הבריאות במרוצת השנים על מאפייני תמהיל המטופלים הפונים לביצוע פעולות אמבולטוריות, בדיקות וניתוחים באסותא, כאבן בוחן של מערכת הבריאות הפרטית בישראל.

שיטות מחקר:

ניתוח נתונים ממסד הנתונים של אסותא מרכזים רפואיים, בשיטות סטטיסטיות תיאוריות. נבחנו אופן מימון הניתוח והדירוג הסוציאקונומי על פי עיר מגוריו של המטופל מתוך דירוג הלמ"ס. משתנים אלו נבדקו בשתי נקודות זמן: לפני הרפורמות (2015-2017) ולאחר רפורמות חוק ההסדרים (2017-2021).

ממצאים:

במחקר נכללו כ-1.05 מיליון פעולות רפואיות שבוצעו ברשת אסותא מרכזים רפואיים. בעוד שבתקופה הראשונה, מרבית הניתוחים מומנו באמצעות הביטוח המשלים של קופות החולים (שב"ן), הרי שלאחר כניסת הרפורמות לתוקף, חל מהפך משמעותי באופן מימון הניתוחים כאשר מרבית הניתוחים (מעל 50%) בתקופה זו מומנו במימון ציבורי. לאחר כניסת הרפורמות לתוקף, נצפה באסותא שיעור גבוה יותר של מטופלים מיישובים בעלי רקע סוציאקונומי בינוני (אשכולות 5-7) וזאת במקביל לירידה בשיעור המטופלים מיישובים המדורגים גבוה (אשכולות 8-10). לא הודגם שינוי משמעותי בחלקם של המטופלים משכבות סוציאקונומיות נמוכות. העלייה בכמות הניתוחים שבוצעו באסותא נובעת בעיקר מהגדלת המימון הציבורי, ומגמה זו נרשמה בכל האשכולות הסוציו-דמוגרפיים.

מסקנות והמלצות:

ממצאי המחקר מצביעים על כך שמקור המימון לניתוחים ברשת אסותא עברו שינוי מהותי ואסותא הפכה הלכה למעשה לספק של המערכת הציבורית, באמצעות הנגשת השירותים המוצעים ברשת לכלל האוכלוסייה, ללא תלות בין היכולת לשלם לבין קבלת שירותים רפואיים. הפניית מטופלים מכלל שכבות האוכלוסייה, תוך ניתוק הקשר בין תשלום לקבלת שירות, תורמת הלכה למעשה, לצמצום אי שוויון בבריאות ולהענקת שירותי בריאות מיטביים לחלקים גדולים באוכלוסייה בישראל.

עשרים שנה לתכנית הלאומית למדדי איכות בקהילה: עבר, הווה ועתיד, הישגים ואתגר

רונית קלדרון מרגלית

מרכז רפואי הדסה

עבר:

מדידת איכות ברפואת הקהילה החלה כפרויקט מחקרי של שיתוף פעולה של ארבע קופות החולים עם מינהלת אקדמית שישבה בתחילה באוניברסיטת בן גוריון. התכנית הוכרזה כתכנית לאומית ע"י משרד הבריאות בשנת 2004 ובשנת 2010 ניהולה עבר לביה"ס לבריאות הציבור של הדסה והאוניברסיטה העברית. בשנת 2012 בסקירה של מערכת הבריאות בישראל ע"י ארגון ה-OECD, התכנית זכתה לשבחים כאחת מתכניות המדדים המתוחכמות ביותר במדינות החברות בארגון.

הווה:

יעד התכנית הוא לספק לציבור, לקובעי המדיניות ולבעלי עניין מידע על איכות השירותים הרפואיים המסופקים בקהילה. התכנית מאורגנת כשיתוף פעולה של ארבע קופות החולים עם מינהלת אקדמית. המינהלת אחראית על עדכון מדדים קיימים, הצעה של מדדים חדשים להכנסה או הוצאה מהתכנית. לצורך כך, מתקיימים במינהלת סקירות ספרות, קווים מנחים, למידה מתכניות אחרות בעולם והתייעצויות עם מומחים. המינהלת מביאה לדיונים בוועדת ההיגוי נושאים לדיון. בוועדת ההיגוי חברים נציגי הקופות ומשקיפים ממשרד הבריאות, מועצות לאומיות, איגוד רופאי המשפחה, נציגי ציבור והמכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות. ההחלטה אם לשנות את מפת המדדים הקיימת היא החלטה קונצנזואלית של נציגי קופות החולים.

בכל שנה המינהלת מעבירה אלגוריתמים להפקת מדדים לשנת המדד הקודמת. הפקת המדדים מתקיימת בקופות החולים והנתונים מועברים בצורה אגרטיבית (כלומר לא ברמת פרט) למינהלת התכנית אשר בודקת בדיקות איכות ומפיקה את הדו"ח ברמה הלאומית. אין במדדים יעדי עמידה, אלא רק שיקוף המצב הקיים. בנוסף מתקיימים מחקרים נלווים לתכנית, דוגמת מחקרי עמדות הרופאים כלפי התכנית בהובלת הג'וינט ומחקרים על רצף הסיקור לסרטן המעי הגס או קשר בין עמידה במדדי סוכרת והופעת סיבוכים.

הישגים:

שיתוף הפעולה הפורה והשותפות האמיתית של קופות החולים ומעבר לכך, המחויבות הרבה שלהן לאיכות השירות הרפואי הניתן בקהילה הוא כנראה ההישג החשוב ביותר.

לאורך השנים התכנית התרחבה בתחומי ותכני המדידה. חשובה מכך, היא ההרחבה ביכולת המדידה של פערים חברתיים, שנבנתה בזכות שיתוף פעולה עם חברת פוינטס. המדדים מופקים כיום לפי רמה חברתית כלכלית, אזור מגורים וקבוצת אוכלוסיה.

במפת המדדים תשעה תחומים: קידום בריאות, סיקור לסרטן, ילדים ובני נוער, מבוגרים בני 65+, מחלות נשימתיות, מחלות לב וכלי דם, סוכרת (התחום הרחב ביותר בהיקף המדידה), מחלות זיהומיות ובריאות הנפש. בשנת המדד הבאה יצטרף תחום בריאות השן.

עם השנים נצפו שיפורים ברמות העמידה במדדים. כך למשל, סיקור לסרטן המעי הגס עלה מרמה של 12% בערך בשנת 2003 לרמה של 64% בשנים האחרונות. המינהלת מנסה להעריך מגמות מקבילות ברמות תחלואה הרלוונטיות למדדים, בהסתמך על רשמים ונתונים רשמיים. עבור סרטן המעי הגס, נצפתה ירידה בהארעות אחרי שנים של יציבות באוכלוסיה היהודית ועליה באוכלוסיה הערבית.

אתגרים ותכניות לעתיד:

אתגרי העתיד בפניהם עומדת התכנית כוללים בין היתר מדידה שאינה קשורה דווקא לרפואת המשפחה, שיתוף פעולה עם רשויות מקומיות או אשכולות יישוביים, מדדי רצף, מדידה של נגישות לשירותי בריאות בקהילה ומדדים מדווח המטופל (PROM).

האם שימוש בשירותי בריאות משתנה בין קבוצות אוכלוסייה? נתונים מהתכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה

אלה עין מור¹, יעל בר זאב¹, מיכל קריגר¹, אורה פלטיאל², רונית קלדרון מרגלית²

1 האוניברסיטה העברית בירושלים

2 מרכז רפואי הדסה

רקע:

פערים בבריאות יכולים לנבוע ממרכיבים חברתיים וסביבתיים לרבות השתייכות לקבוצת אוכלוסייה (ערבי, חרדי, כללי). עבור מדדי בריאות רבים, אנשים משכבות אוכלוסייה חלשות נמצאים בעמדת נחיתות לעומת אנשים משכבות חזקות וידוע שחלק מפערי הבריאות בין קבוצות אוכלוסייה שונות קשורות גם במצב חברתי-כלכלי נמוך.

מטרות:

לבחון באיזו מידה השתייכות לקבוצת אוכלוסייה קשורה במדדי איכות הטיפול בקהילה בקרב אנשים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך.

שיטות מחקר:

נתונים לאומיים המתקבלים מארבע קופות החולים מידי שנה בפילוח למין, גיל, מצב חברתי-כלכלי (בסולם של 1-10), ולראשונה גם לפי השתייכות לקבוצת אוכלוסייה (ערבי, חרדי, כללי). נותחו נתוני 2022 עבור מדדי איכות המייצגים שימוש בשירותי בריאות, חיסונים וסיקור לסרטן למבוטחים מהמצב החברתי-כלכלי הנמוך ביותר (דרגות 1-3).

ממצאים:

מבין 8,448,595 מבוטחים בקופות החולים, 22.9% השתייכו למצב החברתי-הכלכלי הנמוך ביותר (דרגות 1-3) מהם 61.3% ערבים, 24.8% חרדים ו-13.9% שייכים לאוכלוסייה הכללית. תוצאות מדדי האיכות על שיעורי השימוש בשירותי בריאות היו הגבוהים ביותר בקרב ערבים בחיסון לשפעת (57.9%), תיעוד לחץ דם (90.3%), ביצוע בדיקת כולסטרול בבני 55-74 (88.9%) ותיעוד מסת גוף בילדים ובקשישים (80.7%, 72.6%) בהתאמה). השיעורים הנמוכים ביותר נמצאו בקרב חרדים (41.8%, 80.9%, 80.5%, 56.9%, 69.1% בהתאמה). ביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם וסרטן השד היה הגבוה ביותר בקרב האוכלוסייה הכללית (51.9%, 66.8% בהתאמה). נשים חרדיות ביצעו הכי פחות ממוגרפיה (שיעור של 56.5%) ואילו בקרב נשים ערביות ביצעו של סיקור לסרטן צוואר הרחם היה הנמוך ביותר (36.5%). ביצוע בדיקת סקר לסרטן המעי הגס נמצא הנמוך ביותר בקרב חרדים (52.4%) והשיעורים היו דומים בערבים ובאוכלוסייה הכללית (כ-60%).

מסקנות והמלצות:

לא נצפתה תמונה אחידה של פערים במדדי איכות של שימוש בשירותי בריאות וביצוע סיקור לסרטן לפי קבוצת אוכלוסייה במבוטחים ממעמד חברתי כלכלי נמוך.

ממצאים חדשים אלו הלוקחים בחשבון את השתייכות לקבוצת אוכלוסייה עבור מבוטחים ממצב חברתי-כלכלי דומה מאפשרים את העמקת ההבנה ומיקוד המאמצים לצמצום פערים בבריאות. יש להבין התאמה תרבותית ואוריינות רפואית ולהתאים את הזמינות של שירותי הבריאות בהתאם לצרכיהם של המבוטחים באוכלוסיות אלו.

שירותי הבריאות במזרח ירושלים איכות, נגישות וזמינות

נור עבדאלהאדי שחברי, איילת גרינבאום אריזון, חאלד גרה, מיאר פוואקה

משרד הבריאות

רקע:

מערכת הבריאות במזרח ירושלים מאופיינת בקשיים ייחודיים כמו בעיות ניהול, פיקוח ובקרה, חוסר סנכרון בין פלטפורמות דיווח ותפעול לקוי במרפאות. למרות המגוון הרחב של בתי חולים ומרפאות שמספקות שירותים לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, חוסר האמון בין הקהילה למוסדות המדינה ותנאי העבודה במרפאות המנוהלות על ידי זכיינים פוגעים באיכות השירות. ניסיונות לשיפור באמצעות החלטת ממשלה 3790 נתקלו בקשיים ברמת היישום, מה שמדגיש את הצורך בתכנון מחדש ושיפור תשתיות המידע והבקרה לשירות רפואי יעיל ושוויוני.

מטרות:

מחקר זה בא להעמיק את ההבנה לגבי אופן השימוש במנגנונים המרכזיים של שירותי הבריאות במזרח ירושלים. כמו גם להבין את אופני מיצוי הזכויות וצריכת שירותים מול מערכת הבריאות.

שיטות מחקר:

המחקר כלל סקירת נתונים ודוחות ממקורות שונים כגון סקרי הלמ"ס, נתוני ביטוח לאומי ומפת הבריאות היישובית של משרד הבריאות. נוסף לכך, נערך סקר כמותי בקרב ל-345 משתתפים, ובוצעו 14 ראיונות עומק עם מומחים בתחום הבריאות. כמו כן, התקיימו שלוש קבוצות מיקוד עם 24 תושבים ממזרח ירושלים, בהן נחקרו נושאים כמו איכות השירות וזמינותם, הבנת זכויות המטופלים, ופערים בין מזרח למערב העיר.

ממצאים:

למערכת הבריאות קשה מאוד להשיג נתונים ביחס למזרח ירושלים בגלל מודל הזכיינים של קופות החולים, אין מספיק בקרה על איכות השירות המוגש, ישנו מחסור משמעותי בכוח אדם מקצועי במומחיות שונות ברפואה ובמקצועות הפרה רפואיים, היעדר רציפות טיפולית, הנגשה מינימאלית של מידע בשפה ערבית. ברמת הציבור, ישנו חוסר אמון משמעותי במערכת, חוסר מודעות ואי יכולת למיצוי זכויות.

מסקנות והמלצות:

הממצאים מעידים על מצב מורכב בתחום הבריאות במזרח ירושלים, הנובע מהגיאופוליטיקה הייחודית של העיר. ההמלצות כוללות אימוץ גישה הוליסטית להתמודדות עם הזנחה ותת-פיתוח, שיפור הנגישות והתקשורת, הקמת מאגרי מידע, והקמת מרכזי בריאות איכותיים יותר. מומלץ להקים מחקר נרחב ולבנות מסד נתונים מעודכן באמצעות פלטפורמה דיגיטלית, למפות ולהכשיר את כוח האדם הרפואי, הליך שיפור הניהול של המרפאות בהפעלה ישירה של קופות החולים עם מערך בקרה ופיקוח מקיף. בנוסף, יש לשפר את נגישות השירותים הרפואיים, להקים מרפאות ניידות ולהעצים את המערך הרפואי המקומי בשכונות המזרחיות והמערביות.

חויית ההיריון והלידה בצל אלימות מיילדותית מהפרספקטיבה של נשים ערביות ויהודיות וחסמי מערכת הבריאות בישראל

רג'דה אלנאבולסי, דגנית שרון

המרכז האקדמי רופין

רקע:

תקופת הפרייון וההולדה עבור נשים, מאופיינת בשינויים משמעותיים בחייהן ובגופן, תקופה שבה לצד הצורך בקבלת ייעוץ ותמיכה הממוקדים בהפחתת סיכונים עבור האישה והצאצאים, מתעורר גם הצורך להבין את האופן שבו התקופה נחוית על ידה (Larson et al.,2017). נקודת המוצא התיאורטית של המחקר הנוכחי מדגישה כי הבנת חויית ההיריון והלידה בצל אלימות מיילדותית נטועה בהבנה כי מערכת היחסים בין הנשים ההרות והצוות המטפל נתפסת כאסימטרית, היררכית, מושתתת על יחסי כוחות והיררכיה מגדריים (Oliveira et al.,2020, Chadwick,2021). מקור המונח "אלימות מיילדותית" הנו באמריקה הלטינית אשר בה נשים ומיילדות נאבקות לחולל שינוי חוקי ופוליטי שיימנע את ההתנהלות הפוגענית והבלתי מכבדת כלפי נשים בלידה מצד אנשי הבריאות (Cohen Shabot & Korem, 2018).

מטרות:

מטרת המחקר האיכותני הנוכחי להשמיע קולן של נשים ערביות ויהודיות בישראל אשר חוו אלימות מיילדותית בשלבי הפרייון וההולדה השונים ללמוד מהנשים עצמן על חויית ההיריון והלידה לצד האלימות המיילדותית וחסמי מערכת הבריאות בישראל. בנוסף לשמוע את המלצותיהן לגבי הפתרונות למיגור התופעה. במחקר יושם דגש על הבנת ההקשר המגדרי, החברתי, התרבותי הייחודי בישראל ביחס להיריון ולידה. המחקר מתבסס על הגישה הפמיניסטית הפועלת לקידום זכויות אדם ומיגור תופעות הנקשרות עם הבניות מגדריות, פטריארכליות, תרבותיות ומבניות.

שיטות מחקר:

המחקר מתבסס על המתודולוגיה האיכותנית-קונסטרוקטיביסטית. ניתוח תמטי בוצע כדי לנתח נתונים מתוך 20 ראיונות semi-structures (10 נשים יהודיות ו-10 ערביות) בישראל.

ממצאים:

חמש תמות מרכזיות עלו מניתוח הראיונות. הראשונה, חויית הכניסה להריון וההיריון כמלווה בקשיים בצל חסמים פסיים ורגשיים מצד נותני שירותי הבריאות והסביבה הקרובה. השניה, מודעות האישה לגופה ולצרכיה בתקופת ההיריון בצל אתגרי התנהלות מערכת שירותי הבריאות. השלישית, מודעות עצמית של האשה לגופה ולצרכיה בזמן הלידה לצד ציפיות לא תואמות והעדר הקשבה מהצוות הרפואי. הרביעית, תיאור הנשים את חוייתן וסוגי הפגיעה והאלימות המיילדותית מהצוות הרפואי בזמן ההיריון ובלידה. לבסוף, קולן והמלצותיהן של הנשים למיגור בעיית אלימות המיילדותית.

מסקנות והמלצות:

מחקר איכותני זה הינו ייחודי וחדשני בהקשר של הרחבת הבנת והגדרת המונח של "אלימות מיילדותית במהלך תהליך הפרייון, ההיריון והלידה. במחקר אנו מרחיבות את הגדרת המונח על משמעותו הרחבה והתהליכית ולא רק בזמן הלידה כפי שהבחנו כקיים בספרות הנוכחית עד כה. יתרה לכך, אנו מעלות הבנת המונח והחוויה שלנשים בתוך הקשרים מגדריים, חברתיים, תרבותיים- פטריארכליים וחסמים מבניים של מערכת הבריאות בישראל. תרומתו של המחקר שאינו רק משמיע את קולן של הנשים המרואיניות על חויית הפגיעה המיילדותית אלה גם את תובנותיהן והמלצותיהן למיגור הבעיה מתוך אמונה כי הידע נמצא אצלן ובשותפות איתן ניתן לגבש מענים ופתרונות. שיח זה מתבקש להיות בהבנה, במודעות ובפרקטיקה של נותני שירותים, הכשרת אנשי מקצוע באקדמיה ובשטח, מטפלים וצוותים רפואיים שונים.

הנחיות רפואיות מקדימות בישראל - מעקב אחר מימוש ההנחיות בשלושה בתי חולים בישראל

פסח שוורצמן ז"ל¹, דודי האוזנר², תקווה מירון³, איילה גרבר³, רותם תלם⁴

- 1 אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
- 2 היחידה לטיפול תומך, המרכז הרפואי שיבא תל השומר
- 3 המרכז להנחיות רפואיות מקדימות, חטיבת רפואה, משרד הבריאות
- 4 היחידה לרפואה פליאטיבית, המערך הגריאטרי, המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי

רקע:

הנחיות מקדימות הן הצהרה כתובה המתארת ומפרטת את העדפותיהם של המטופלים בנושא קבלת החלטות רפואיות בסוף החיים במצבי חולי שונים. חוק החולה הנוטה למות (2005) מאפשר לאדם, גם בהיותו בריא, להשאיר הנחיות בכתב - 'הנחיות רפואיות מקדימות'. בחתימה על הנחיות אלו הפרט מפרט את רצונו לגבי צורת הטיפול בו באם ילקה במחלה סופנית ולא ימצא בהכרה צלולה.

מטרות:

לבחון האם ההנחיות המקדימות מיושמות בפועל באוכלוסיית החותמים שנפטרו בשלושה בתי חולים בישראל.

שיטות מחקר:

בוצעה סקירת תיקים של ממלאי הנחיות רפואיות מקדימות מאז החלת החוק ועד 31.12.2019, אשר נפטרו באחד משלושת בתי החולים: המרכז הרפואי סורוקה, המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי והמרכז הרפואי שיבא תל השומר. התיקים נבדקו לביצוע החייאות מסוגים שונים, מתן מזון/נוזלים בצורה מלאכותית, פרוצדורות ובדיקות רפואיות שונות. נתונים אלו הוצלבו בשרת תמנע של משרד הבריאות עם נתוני ההנחיות המקדימות שמילאו הנפטרים ונבדקה מידת מימושו.

ממצאים:

נכללו במחקר 218 מטופלים שמילאו הנחיות רפואיות מקדימות ונפטרו באחד מבתי החולים. 60.9% היו נשים, הגיל הממוצע 84.4 ± 11.6 שנים. 99% מהנפטרים ביקשו להימנע מביצוע החייאה בכל דרך אפשרית, 97.1% ו-90.5% מהנפטרים ביקשו בהתאמה להימנע מביצוע כימותרפיה או הקרנות במחלה ממארת. 91.5% ו-1% מהנפטרים ביקשו בהתאמה להימנע ממתן מזון או נוזלים בצורה מלאכותית. רק 4.3% ביקשו להימנע ממתן תרופות וטיפולים מקילים. בבחינת מימוש ההנחיות המקדימות נמצא כי ל-87.2% מהמטופלים מומשה הנחייתם לגבי ביצוע/אי ביצוע החייאה בכל דרך. רק אצל 48.5% מהמטופלים מומשו ההנחיות לגבי מתן/אי מתן מזון או נוזלים בצורה מלאכותית. מעל ל-93% מימוש הנחיות נמצאו לגבי ביצוע/אי ביצוע של ניתוחים (קטנים או גדולים), כימותרפיה והקרנות במחלה ממארת.

מסקנות והמלצות:

שיעור גבוה של ההנחיות המקדימות מומש בקרב הנפטרים בבתי החולים, במיוחד בתחומי החייאה ופרוצדורות גדולות. יחד עם זאת, תחומים של טיפולים שגרתיים, בדיקות אבחוניות, טיפולים במחלות נלוות ישנו שיעור מימוש נמוך יחסית של ההנחיות המקדימות. יש לתת דגש להקפדה אחר מילוי ההנחיות הרפואיות המקדימות של המאושפזים בבתי החולים.

הקול הנעדר באיכות הבריאות: השוואת תפיסות אחיות ומטופלים את הטיפול הסיעודי החסר וצלילה לתוך חווית המטופל במחקר משולב

מירית כהן¹, ענת דרך-זהבי², עינב סרולוביץ²

1 מרכז רפואי צפון (פוריה)

2 החוג לסייעוד, אוניברסיטת חיפה

רקע:

טיפול סיעודי חסר, המוגדר כטיפול סיעודי שנדחה או לא בוצע, הוא תופעה נפוצה בעלת השלכות משמעותיות על איכות הטיפול ובטיחות המטופלים. בעוד שמרבית המחקרים התמקדו בתפיסת האחיות את התופעה, נקודת המבט של המטופלים, אשר נחקרה במידה מוגבלת, הינה בעלת חשיבות רבה על איכות הבריאות כפי שנתפסת על ידי המטופלים.

מטרות:

להשוות בין דיווחי האחיות והמטופלים לגבי טיפול סיעודי חסר ולהעמיק את ההבנה של פרספקטיבת המטופלים לגבי תופעת הטיפול הסיעודי החסר.

שיטות מחקר:

מערך מחקר משולב. בשלב הכמותי, 143 אחיות ו-643 מטופלים מילאו שאלונים מתוקפים לגבי טיפול סיעודי חסר. בשלב האיכותני, 68 מטופלים השתתפו בראיונות עומק על מנת להבין את נקודת מבטם לגבי טיפול סיעודי חסר.

ממצאים:

לא נמצא קשר בין תפיסות האחיות והמטופלים לגבי טיפול סיעודי חסר. ניתוח התוכן חשף שלוש תמות מרכזיות: (1) המטופלים ביטאו רצון לשמור על האוטונומיה שלהם במהלך האשפוז באמצעות קבלת מידע לגבי התהליך הטיפולי הצפוי ושגרת האשפוז, על מנת לחוש מעורבים ומיודעים. הם ציפו לטיפול בסיסי, יחס מכבד ואנושי מהצוות, תוך הכרה בייחודיותם. יחד עם זאת, נמצא שהמטופלים אינם מייחסים חשיבות או מצפים מהאחיות להיבטים מקצועיים יותר של הטיפול הסיעודי, כגון ניטור רפואי, הסברים על התוכנית הטיפולית או בדיקות. (2) המטופלים רואים באילוצים מערכתיים כגורם עיקרי לטיפול סיעודי חסר, וכי הם והאחיות הם קורבנות משותפים של מגבלות אלו. (3) תגובת המטופלים לטיפול חסר נעו בין אמפתיה לאסרטיביות, אשר בתורן השפיעו על קבלה או אי קבלה של טיפול איכותי.

מסקנות והמלצות:

קיים פער משמעותי בין תפיסות האחיות והמטופלים לגבי טיפול סיעודי חסר והשפעתו על איכות הבריאות. הכרה בפער ובתהליך המורכב שעוברים המטופלים בצל הטיפול הסיעודי החסר היא קריטית לפיתוח התערבויות לשיפור איכות הבריאות. יש לפתח גישות חדשניות להתמודדות עם תופעת הטיפול הסיעודי החסר תוך שילוב פרספקטיבת המטופל, ולקדם העצמת מטופלים ומתן מענה לצרכיהם הבסיסיים לשיפור איכות ובטיחות הטיפול, ובכך לקדם את איכות הבריאות הכוללת.

השפעת ניתוח בריאטרי על הערכה עצמית ושמחת החיים של המטופלים

אלנה ח'ורי¹, עאדל איוב¹, נסרה אדלבי²

1 המרכז הרפואי לגליל נהריה

2 החוג לסיעוד, מכללת עמק יזרעאל

רקע:

ניתוח בריאטרי מהווה טיפול למטופלים הסובלים מהשמנת יתר עם מחלות כרוניות לא מאוזנות. בשנים האחרונות ישנה עליה בשיעור הניתוחים הבריאטרים במרכז הרפואי לגליל, בארץ ובעולם. לניתוח יש השלכות שלא תמיד המטופלים מודעים להם.

מטרות:

בנית תכנית הדרכה והכנה למטופלים המועמדים לניתוח בריאטרי שתאפשר התמודדות יעילה עם השלכות הניתוח.

שיטות המחקר:

מחקר פרוספקטיבי, שכלל שימוש בשאלונים ובראיונות טלפוניים.

אוכלוסיית המחקר:

מטופלים מעל גיל 18 המועמדים למעקף קיבה עם השקה אחת במחלקה כירורגית א' ומעקב אחריהם עד שנה מהניתוח.

ממצאים:

במחקר השתתפו 100 מטופלים, ממוצע הגיל היה 37 שנים. שביעות רצון המטופלים מהמסוגלות להשתתף בפעילות פיזית, מעורבות חברתית, מסוגלות לעבוד ועניין בפעילות מינית, עלתה לאחר שנה מהניתוח לעומת שביעות רצונם באותם ממדים לפני הניתוח ולאחר חצי שנה מהניתוח, ונמצא שוני מובהק סטטיסטית ביניהם, $P<0.001$, $P=0.001$, בהתאמה. אך למרות זאת ההערכה העצמית שלהם ירדה לאחר שנה בהשוואה להערכת עצמם לפני הניתוח ולאחר חצי שנה $P<0.001$, $P=0.001$, בהתאמה. בנוסף 66% מהמטופלים שעברו את הניתוח לא ממליצים לאחרים על הניתוח. בחלק האיכותני עלו שתי תמות עיקריות האוכלל כמקור להנאה, אושר וסיפוק לפני הניתוח, לעומת האוכלל לאחר הניתוח הווה עינוי וסבל עבורם. בנוסף שיעור גבוה מהם צינו ששמחת החיים שלהם לפני הניתוח הייתה יותר מאחרינו.

מסקנות והמלצות:

המחקר מחזק את חשיבות בניית תוכניות מסודרות עם אנשי מקצוע מכל התחומים הרלוונטים למטופלים המועמדים לניתוח בריאטרי. בנוסף לבניית תוכניות לקידום בריאות האוכלוסיה בנושא אורח חיים בריא.

תוכנית התערבות אינטגרטיבית לשינוי אורח חיים בקרב מתבגרים עם השמנת יתר חמורה: העלאת שיעורי הגיוס לשירות בצה"ל

מורן שמש עירון, נוי אלי, מיכל בן עמי, אורית פנחס-חמיאל

שיבא תל השומר

רקע:

מתבגרים עם מדד מסת גוף (BMI) מעל 40 ק"ג/מ"ר וסיבוכי השמנה נלווים אינם עומדים בקריטריון הגיוס לשירות בצה"ל. עדויות מחקריות מצביעות על עליה בשכיחות בני הנוער שאינם עומדים בקריטריון לגיוס בשל השמנה חמורה.

מטרות:

מטרת ההתערבות הנוכחית הייתה להעריך את יעילות תוכנית ההתערבות האינטגרטיבית לשינוי אורח חיים במטרה להעלות את שיעורי הגיוס בקרב אוכלוסיה זו.

שיטות מחקר:

תוכנית התערבות בת 32 שבועות שכללה התערבויות לשיפור הרווחה הרגשית, הרגלי התזונה והפעילות הגופנית, וכן שיחות מוטיבציה ואימונים שנערכו על ידי אנשי צבא. בכניסה למחקר ולאחר 32 שבועות נערכו מדידות אנתרופומטריות, בדיקות מעבדה ובדיקות גנטיות להשמנה מונוגנית, מדדי כושר גופני: מבחן הליכה של שש דקות (6MWT), ומבחן שיווי משקל (Star Excursion Balance Test - SEBT).

ממצאים:

קבוצת המחקר כללה 22 מתבגרים (13 בנים). הגיל הממוצע היה 16.3 ± 0.8 שנים, ה-BMI הממוצע היה 41.6 ± 4.7 ק"ג/מ"ר. בחמישה מבין המתבגרים נמצאו תוצאות גנטיות חריגות ב leptin melanocortin4 pathway המתקשרים להשמנה מונוגנית. לאחר 32 שבועות של התערבות, ה-BMI הממוצע ירד ל- 39.0 ± 5.0 ק"ג/מ"ר ($p < 0.05$), תוצאת ה-6MWT השתפרה מ- 490 ± 110 מ' ל- 598 ± 74 מ' ($p < 0.001$), תוצאת ה-SEBT השתפרה מ- 69 ± 7 ס"מ ל- 76 ± 7 ס"מ ($p < 0.01$). בסיום התוכנית 64% מהמשתתפים עמדו בתנאי הסף לגיוס לצה"ל.

מסקנות המלצות:

בקרב מתבגרים בעלי מוטיבציה לגיוס נמצא, כי תוכנית התערבות אינטגרטיבית המשלבת רכיבים חברתיים, פיזיים, רגשיים ותזונתיים הובילה לירידה במשקל ולשיפור ביכולת הפיזית, אשר אפשרו עמידה בקריטריון הגיוס לצה"ל. תודות לפרופ' אבי מויאל ועומרי רונן מהקרייה האקדמית אונו, ופרופ' גלעד טוויג משיבא תל השומר על שיתוף הפעולה בפרוייקט זה.

השפעות לוואי של רגולציות בתחום קידום בריאות - סימון מוצרי מזון בישראל כמקרה בוחן

אורלי טמיר¹, דנית מנחם², טניה קולובוב², שרון פורמן-אסף², אורנה בראון-אפל³

1 המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

2 המרכז לחקר וקידום מדיניות בסוכרת, המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

3 בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

רקע:

מחקרים שבוצעו לאחר כניסתה לתוקף של רגולציית סימון מוצרי המזון בישראל הדגימו ירידה בצריכת מוצרים שסומנו באדום ועליה בצריכה של מוצרים לא מסומנים. במחקרים אלה לא נבדקו השפעות לא רצויות ולא מכוונות של הסימון השיפוטי ('השפעות לוואי') על הציבור, וזאת למרות שאיתורן חשוב לזיהוי מקרים שבהם הרגולציה לא תשיג את מטרתה.

מטרות:

לזהות השפעות לוואי של רגולציית הסימון השיפוטי של מוצרי המזון בישראל, לאמוד את היקפן ומידת השפעתן.

שיטות מחקר:

בין מאי לאוגוסט 2023 בוצע סקר מקוון למילוי עצמי בעברית ובערבית. הסקר כלל 3,292 משיבים מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל, מתוכם 62.2% יהודים לא-חרדים, 19.7% חרדים ו-28.4% ערבים. השאלון עסק בהיכרות עם הסימון, תמיכה בסימון ועמדות כלפיו, התנהגות רכישת מזון בהקשר לסימון, תפיסה ביחס לאנשים שצורכים מוצרים מסומנים והתנהגויות אכילה שליליות בעקבות הסימון. ממצאי הסקר נדונו עם מקבלי החלטות ומיישמי מדיניות מתחום קידום בריאות.

ממצאים:

ההשפעות השליליות המרכזיות שעלו מהסקר כללו:

- ◆ בלבול/חוסר הבנה לגבי מוצרי מזון שאינם מסומנים (62.7% מהמשיבים).
 - ◆ התנהגויות אכילה שליליות בעקבות הסימון כמו כאלה המרמזות על דפוס של הפרעה, למשל, בררנות יתר בצריכת מזון (20%).
 - ◆ תחושות לא טובות, עד פחד ורתיעה, מהצבע האדום של הסימון ביחס לעצם השיפוטי של הסימון (14.5%).
 - ◆ צמצום/הימנעות מרכישת מוצרים המסומנים בירוק, בשל תפיסה שהם יקרים, כשהתוצאה היא וויתור או העדפת מוצרים שלא תורמים לבריאות (10.8%).
 - ◆ התעלמות מהסימון בשל חוסר אמון בהגדרות המקצועיות שבבסיס הסימון וכתוצאה מכך בחירת מוצרים שלא על-פי ההמלצות (5.5%).
- בין קבוצות האוכלוסייה במחקר נמצאה עקביות בחלק מההשפעות. שוני נמצא קשור במאפיינים דמוגרפיים-כלכליים בכל קבוצת אוכלוסייה. למשל, 65% מהמשיבים הערבים ציינו שהם אוכלים רק מזון בריא, שמרמז על התנהגות אכילה אובססיבית ולא רצויה, לעומת 40% מהחרדים.

מסקנות המלצות:

לרגולציית הסימון השיפוטי של מוצרי המזון יש השפעות לא רצויות שמקורן בעיקר בפערים בידע, בהבנה ובתפיסות. נדרש להמשיך להסביר לציבור את הרציונל לסימון, ההגדרות המקצועיות שלפיו הוא נקבע, משמעותו ומשמעות היעדרו. זאת בהתאמה למאפיינים ספציפיים בכל קבוצת אוכלוסייה ותוך התמקדות באלו שרגישים יותר להשפעות השליליות.

שיפור היעילות הטכנית והפחתת עלויות הטיפול התרופתי באמצעות התערבות רוקח ייעודי במרפאת חוץ המטו-אונקולוגית

ערין אלעבאסי¹, שי כהן², מאיר פרייס², אירינה מילנבסקי¹, שולי ברמלי גרינברג³

1 שירותי בריאות כללית

2 מרכז רפואי כרמל

3 האוניברסיטה העברית בירושלים

רקע:

תחום המטו-אונקולוגיה מתמודד עם אתגרים כלכליים המצריכים גישות חדשניות. המחקר התמקד ביעילות טכנית (Technical Efficiency), המוגדרת כיכולת הארגון להשיג תפוקות ברמת עמידים עם פחות תשומות, תוך שמירה על איכות הטיפול.

מטרות:

בחינת השפעת התערבות רוקח ייעודי ביחידה המטו-אונקולוגית על עלויות הטיפול התרופתי, היעילות הטכנית ואיכות הטיפול

שיטות מחקר:

נערכו שני סבבי מחקר, כל אחד בן 4 חודשים, שכללו 91 מטופלים במחלקה המטו-אונקולוגית בשירותי בריאות כללית במחוז חיפה וג"מ. הרוקח ביצע סקירה מקיפה של הטיפולים התרופתיים. פותחו ויושמו שבע אסטרטגיות ליעול השימוש בתרופות, כולל: גישת "קארפול" לניצול אמפולות, עדכוני משקל מדויקים, עיגול מינונים לחוזק האמפולה הקרוב, טיפול בתרופות לא מאושרות, הפסקת תרופות לא מתאימות, תיקון מחזורי טיפול והפחתת מינון כאשר נדרש. כדי לחזק את הממצאים, ביצענו ניתוח רגישות לפי ערכי שכר רוקח בעשר מדינות שונות ומחירי תרופות בטווח של 50% מעל ומתחת למחיר שהשתמשנו בו במחקר.

ממצאים:

ההתערבות הרוקחית הובילה לשיפור משמעותי ביעילות הטכנית ובאיכות הטיפול, תוך השגת חיסכון כלכלי. החיסכון הנטו הגיע ל-\$269,420 (ממוצע של \$2,960 למטופל), כאשר כל שעת עבודת רוקח תרמה לחיסכון של \$411. היעילות הטכנית השתפרה בשני היבטים מרכזיים:

1. מקסום משאבים: באמצעות ניצול יעיל יותר של תרופות.
2. השגת תוצאות רצויות: מניעת 271 טעויות תרופתיות והפחתת תגובות שליליות לתרופות ב-51%.

איכות הטיפול השתפרה הודות להתאמות מינון מדויקות, הפסקת תרופות לא נחוצות ושיפור בטיחות המטופל. במקביל, אופטימיזציה של תרופות ביולוגיות יקרות תרמה לחיסכון משמעותי של \$226,720 (81.2% מסך החיסכון). לבסוף, ניתוח הרגישות הדגים שההתערבות הרוקחית נותרה רווחית בכל התרחישים שנבדקו.

מסקנות והמלצות:

המחקר מציג מודל חדשני המשלב יעילות כלכלית ואיכות קלינית. שילוב רוקח ייעודי מביא לשיפור משמעותי בניהול משאבים, איכות טיפול וחסכון כספי. הממצאים מספקים תובנות חשובות לקובעי מדיניות ואנשי מקצוע, ומדגימים כיצד ניתן לגשר בין טיפולים מתקדמים לבין אילוצים כלכליים. גישה זו מבטיחה נגישות משופרת לטיפולי סרטן חדשניים, תוך הבטחת קיימות כלכלית של מערכת הבריאות.

מיפוי הוצאות מהכיס בסוף החיים בקרב נפטרים ממחלות לב וכלי דם - השלכות לקביעת מדיניות

אביעד טור-סיני¹, נטע בנטור²

1 אוניברסיטת חיפה

2 אוניברסיטת תל-אביב

רקע:

מרבית האנשים המתמודדים עם מחלות כרוניות, ובכללן מחלות לב וכלי דם (CVD), מבליים את שנת חייהם האחרונה בביתם בקהילה. במדינות רבות, כולל אלו עם ביטוח בריאות אוניברסלי, נהוגה השתתפות עצמית בעלויות הטיפול הרפואי. כתוצאה מכך, חולים אלה נושאים בהוצאות מכיסם הפרטי (OOPE). הוצאות אלו עלולות להוות נטל כלכלי משמעותי על משקי הבית, במיוחד בתקופת סוף החיים (EOL) כאשר הצורך בשירותי בריאות ורווחה גובר. למרות חשיבות הנושא, המחקר בתחום זה, במיוחד בהקשר של חולי CVD, מוגבל.

מטרות:

המחקר נועד להשיג שלוש מטרות עיקריות: (1) לזהות את שכחות ההוצאות מהכיס הפרטי ולמדוד את היקפן בקרב נפטרים מ-CVD (בסוף חייהם; 2) לחקור את ההבדלים בין מדינות בהוצאות אלו; (3) לבחון האם מאפייני הנפטרים או מדיניות הבריאות במדינתם משפיעים יותר על ההוצאות מהכיס.

שיטות מחקר:

המחקר מתבסס על ניתוח נתונים מסקר SHARE, הכולל מידע על אנשים בני 50 ומעלה משבע מדינות אירופאיות, כולל ישראל, אשר נפטרו מ-CVD. בני משפחה של הנפטרים רואיינו כדי ללמוד על ההוצאות מכיס פרטי עבור שירותים קהילתיים בשנת החיים האחרונה של יקיריהם.

ממצאים:

המחקר זיהה 1,335 אנשים שנפטרו מ-CVD, בגיל ממוצע של 80.8 שנים, מתוכם 54% גברים. יותר ממחצית מהנפטרים הוציאו כספים מכיסם הפרטי על שירותים קהילתיים בסוף חייהם, עם שונות רבה בין המדינות. בצרפת ובספרד, כשליש מהאנשים נשאו בהוצאות מכיס פרטי, לעומת כשני שלישים בישראל ובאיטליה, ושיעור כמעט מלא ביוון. ההוצאה הממוצעת הינה 369.3 אירו, עם שונות גדולה בין המדינות. נמצאו הבדלים משמעותיים בסיכויים להוצאות מכיס פרטי בהשוואה בין המדינות, בגובה ההוצאה בין המדינות ובהשוואה בין קבוצות גיל שונות.

מסקנות והמלצות:

לאור החשיבות של שיפור יעילות ואפקטיביות הטיפול ב-CVD, על קובעי מדיניות הבריאות לשקול הרחבת המימון הציבורי לשירותים קהילתיים. צעד זה עשוי להפחית את ההוצאות מכיס פרטי, להקל על הנטל הכלכלי של משקי הבית, למנוע הימנעות משימוש בשירותים קהילתיים בשל עלותם, ולהפחית אשפוזים חוזרים. המלצה זו חשובה לכל המדינות שנכללו במחקר, ובמיוחד לאלו בהן ההוצאות מכיס פרטי הן הגבוהות ביותר.

האם מנהלים רפואיים מאמינים בניהול כלכלי מחלקתי?

ארנה טל¹, רועי ברנע², אביעד טור-סיני³

1 המרכז הרפואי שמיר אסף הרופא

2 אסותא מרכזים רפואיים

3 אוניברסיטת חיפה

רקע:

לנוכח המחסור התקציבי המתעצם במערכת הבריאות בישראל, עולה הצורך בניהול מחלקתי מותאם-תקציב בבתי-חולים. בעוד מנהלי מחלקות נבחרים בעיקר על בסיס מקצועיות קלינית, האחריות הכלכלית נותרת בידי הנהלת בית החולים. בעת חירום אחריות זו עוד גוברת.

מטרות:

1. בחינת עמדות מנהלים רפואיים בכירים לגבי ניהול כלכלי ברמה המחלקתית.
2. הערכת האיזון בין שיקולים כלכליים לבין איכות הטיפול הרפואי בקבלת החלטות ניהוליות.
3. זיהוי אסטרטגיות מועדפות להגדלת הכנסות וצמצום הוצאות ברמה המחלקתית.

שיטות מחקר:

סקר בקרב 19 מנהלי בתי-חולים וסגניהם (63% גברים, ותק ממוצע 24 שנים), ביוני-יולי 2024, באמצעות שאלון מובנה. השאלון כלל שאלות בסולם ליקרט (5-1), תעדוף "ליגה" בין מרכיבי פעילות, ומאפיינים מקצועיים ודימוגרפיים של המשיבים.

ממצאים:

המשיבים הסכימו במידה רבה (ממוצע 4.2 מתוך 5) כי על רופאי מחלקה לדעת עלויות טיפולים ולבקש אישור הנהלה להליכים יקרים. נמצאה הסכמה בינונית-רבה (3.7) לניהול תקציב תפעולי ברמה מחלקתית, אך הסכמה בינונית בלבד (3.1) לשיקולים כלכליים בהחלטות טיפוליות. המנהלים תמכו בהקצאת משאבים לפי קדימות קלינית (4.5), עם העדפה לטיפול בצעירים וחיילים פצועים (4.3). להגדלת הכנסות, הודגשו הגברת פעילות במרפאות (4.6) וניצולת חדרי ניתוח (4.4). בצמצום הוצאות, העדיפו עיכוב אישוי מישרות שמתפנות (3.8) על פני צמצום כונוניות (2.5) או פיטורי רופאים (1.9).

מסקנות והמלצות:

1. מנהלים רפואיים בכירים מכירים בחשיבות הניהול הכלכלי, אך מתקשים ליישם שיקולים אלו בהחלטות קליניות יומיומיות.
2. קיים פער בין הנכונות לשקיפות כלכלית לבין היישום בפועל של שיקולים כלכליים בקבלת החלטות טיפוליות.
3. המנהלים מעדיפים אסטרטגיות להגדלת הכנסות על פני צמצום הוצאות, במיוחד כשמדובר בכוח אדם.
4. ישנה מודעות להשפעה האפשרית של שיקולים כלכליים על איכות הטיפול, אך ההשפעה נתפסת כמתונה.
5. נדרשת הכשרה ייעודית למנהלי מחלקות בניהול כלכלי, לצד פיתוח כלים לאיזון בין שיקולים כלכליים וקליניים. פיתוח תכניות הכשרה בניהול כלכלי למנהלי מחלקות, יצירת מודלים לתמרוץ התייעלות ברמה המחלקתית, והבטחת משאבים לפעילויות חיוניות כמו הכשרת מתמחים ומחקר. מומלץ לערוך מחקר המשך עם מדגם גדול יותר ולבחון את יישום ההמלצות בפועל.

בחירת השירותים, הצרכים והאתגרים בתחום רפואת הכאב בישראל

רחלי ניסנהולץ-גנות¹, דנית מנחם¹, אופיר מורג², איתי גור-אריה²

1 אוניברסיטת אריאל

2 מרפאת כאב, בית החולים שיבא, תל השומר

רקע:

כאב כרוני מהווה את אחד האתגרים המשמעותיים של מערכות בריאות בעולם. הוא פוגע באיכות החיים ועלול להביא לאיבוד הכנסה, דיכאון וחרדה, בעיות שינה, התמכרות לסמים ואובדנות. כאב כרוני נפוץ יותר עם העלייה בגיל ושכיח יותר בקרב נשים. למרות שרבים סובלים מכאב, ישנו חוסר במידע ביחס לצרכים ולאתגרים ברפואת הכאב בישראל.

מטרות:

לבחון ולתאר את מצבת השירותים בתחום הכאב הניתנים בישראל לצורך הבנה מעמיקה של האתגרים בתחום רפואת הכאב ולהציע דרכי התמודדות ופתרונות רלוונטיים.

שיטות מחקר:

53 ראיונות עומק עם קובעי מדיניות ונותני שירותים מובילים בתחום הכאב. 2 קבוצות מיקוד בקרב 18 מטופלים. סקר בקרב 57 רופאים מומחים לכאב בישראל, בסיוע האגודה הישראלית לכאב. המחקר לווה על-ידי ועדת ההיגוי.

ממצאים:

מראיונות העומק עלה כי הצרכים המרכזיים בתחום: הקשבה ותמיכה במטופלים, תמיכה במטפלים משחיקה והארכת משך זמן מפגש מטפל-מטופל. האתגרים הבולטים בתחום: חוסר זמינות תורים, הטיפול באופיואידים ובקנאביס רפואי, חוסר שביעות-רצון בנוגע לתנאי הרופאים והמרפאות, קושי באבחנה ובטיפול מתאים וחוסר נגישות לשירותי בריאות (הבדלים בזמינות השירותים בפריפריה לעומת המרכז, הבדלים בין קבוצות באוכלוסייה, רפואה פרטית לעומת ציבורית). הפתרונות המרכזיים שעלו: שיפור וחיזוק השירות בקהילה, צוות רב-תחומי בכל מרפאה והרחבת סמכויות ותקנים למקצועות נוספים (למשל רופאי משפחה, אחיות מומחיות קליניות בכאב ומטפלים שונים שעברו הכשרה). האתגרים המשמעותיים לדעת רופאי הכאב: פיתוח התחום בפריפריה החברתית והגאוגרפית, פיתוח בקהילה והכנסת טכנולוגיות חדשות. 87% מהרופאים סוברים כי יש לשלב אחיות מומחיות בטיפול בכאב במידה רבה. לדעת רופאי הכאב, הצרכים המרכזיים של המטופלים הם קיצור זמני ההמתנה לתורים (34%) והבעת אמפתיה מצד המטפלים (20%). האתגרים המשמעותיים לדעת המטופלים: מחסור בזמינות הטיפולים, יחס הרופאים והצוות המטפל, עלויות הטיפולים, קושי באבחנה וחוסר בכוח-אדם מטפל ברפואה הציבורית.

מסקנות והמלצות:

ברפואת הכאב בישראל קיימים אתגרים רבים הנוגעים במטפלים ובמטופלים כאחד. יש למצוא דרכים לשפרה, בין היתר באמצעות הגברת מודעות, חינוך מטופלים, צמצום פערים בטיפול, חיזוק השירות בקהילה, צוות רב-תחומי, הרחבת תקנים וסמכויות לבעלי מקצועות שונים לטיפול בכאב, שיפור תנאי הצוותים הרפואיים להעלאת איכות הטיפול ושביעות רצון הכלל.

רפואת עור מרחוק - מענה יעיל או מחולל עומס?

אביבית גולן כהן¹, נאוה סעידי², אריאל ישראל¹, יבגני מרזון¹, שלמה וינקר¹

1 לאומית שירותי בריאות

2 חברת MDclone

רקע:

שירותי רפואת עור מרחוק הולכים והופכים נפוצים, בזכות יכולתם להנגיש שירותי רפואת עור באיכות טובה ולצמצם את העומס הבירוקרטי והכלכלי על המטופל. טרם פורסמו נתונים על ההשפעה של הגדלת ההיצע ע"י הוספת הטכנולוגיה, על העומס ועל יעילות השימוש במשאבי רפואת העור בקהילה.

מטרות:

לבדוק האם רפואת עור מרחוק מעלה את שיעור הביקורים החוזרים אצל רופאי עור, מקרוב ומרחוק ובכך משפיע על ניצול עודף של שירותים אלו.

שיטות מחקר:

מחקר עוקבה תצפיתי רטרוספקטיבי (Observational Cohort study) המשווה בין כל הביקורים שהתבצעו באמצעות רפואת עור מרחוק (N=15,148) לבין כל הביקורים שהתבצעו במפגש פנים אל פנים עם מומחה ברפואת עור בקהילה (N=248,545) בשנים 2022-2023. הנתונים נחצבו ממאגר הנתונים של לאומית שירותי בריאות ועובדו באמצעות תוכנת MDclone כמשתנים רציפים (גיל, אזור סוציו גיאוגרפי, מספר הביקורים החוזרים) או במקובץ (מין, אבחנות, קבלת טיפול). ההמלצות להמשך הטיפול מופו בעזרת תוכנה לניתוח טקסט (NLP), לאחר סיווג מילות מפתח אופיניות, לפי מילון מושגים מתאים.

ממצאים:

מאז שילוב רפואת עור מרחוק בלאומית, כמות הביקורים הכוללת ברפואת עור עלתה בכ-10%. אוכלוסיית המשתמשים ברפואת עור מרחוק צעירה יותר (גיל ממוצע 30.75+16.57), מאוכלוסיית המבקרים אצל רופא עור בקהילה (גיל ממוצע 41.76+18.41) אך התפלגות המינים והאזורים הסוציו - גיאוגרפים דומה. ב-45 הימים שאחרי הביקור מרחוק צפויים עוד 1.45 ביקורים חוזרים בממוצע בשירות מרחוק ועוד 0.86 ביקורים חוזרים, בממוצע, אצל רופא עור בקהילה וזאת לעומת 0.48 ביקורים חוזרים בשירות מרחוק ו-2.28 ביקורים חוזרים אצל רופא עור בקהילה, כאשר הביקור הראשון היה אצל רופא עור בקהילה. קיימת שונות משמעותית בסיכוי לביקור חוזר כאשר מחלקים את הביקורים לפי האבחנה שניתנה בהם.

מסקנות והמלצות:

שירותי רפואת עור מרחוק מגדיל את ההיצע ובעקבותיו גדל גם הביקוש. שיעור הביקורים החוזרים ברפואה מרחוק וברפואה פרונטלית דומה, אך כאשר מתייחסים לשונות בין הסיבות לביקור, ניתן להציע דרכים לשליטה טובה יותר בשיעור הביקורים החוזרים.

הענות להנחיות לבדיקות סקר ילודים ולחיסוני שיגרה, מחקר מקרה ביקורת בתינוקות שנולדו בלידת בית מתוכננת לעומת תינוקות שנולדו בבית חולים, בשנים 2016-2023

חן שטיין זמיר¹, חנה שוב², סנדרה קטן², ג'ינה ורבו², שלמה אלמשנו³

1 משרד הבריאות

2 לשכת הבריאות המחוזית ירושלים

3 המעבדה הארצית לבדיקות סקר ביילודים

רקע:

בישראל נרשמו בשנת 2023 כ-180 אלף לידות חי. רוב הלידות מתרחשות בבתי חולים. הנחיות משרד הבריאות (חוזר 17/2012) מגדירות תנאים למיילדות רשומות או רופאים מומחים לקבל לידת בית. על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תינוקות הנולדים בישראל זכאים לבדיקת סקר ילודים (איתור מוקדם למחלות גנטיות, מטבוליות ואנדוקריניות) בסמוך ללידה ולסל השירותים המונעים בטיפת חלב.

מטרות:

איפיון אוכלוסיית היולדות והתינוקות בלידת בית מתוכננת והערכת היענות לבדיקות סקר ולחיסוני השיגרה.

שיטות מחקר:

מחקר מקרה-ביקורת רטרוספקטיבי. מכלל לידות חי בשנים 2016-2023 במחוז ירושלים (N=290,458) נמצאו 1633 לידות בית מתוכננות. קבוצה זו הושוותה במאפיינים ובדפוסי היענות לקבוצת בקורת של תינוקות שנולדו בבית חולים (בהתאמת תאריך לידה).

ממצאים:

לידות בית מתוכננות היוו 0.56% מלידות חי במחוז ירושלים בשנים 2016-2023. השיעור עלה משמעותית מ-0.45% בשנים 2016-2019 ל-0.67% בשנים 2020-2023. בהשוואת המאפיינים נמצא כי בתינוקות לידת בית שיעור הבכורים נמוך יותר מתינוקות שנולדו בבית חולים (22.3% לעומת 27.5%), משקל הלידה גבוה יותר, ושיעור גבוה יותר ממוצא יהודי (99% לעומת 82%). יולדות הבית היו מבוגרות יותר מיולדות בית החולים (גיל חציוני 32 לעומת 29), שיעור נמוך יותר של ילדות הארץ (בעיקר ילדות צפון אמריקה) והתגררו בישוים בדרוג סוציאקונומי גבוה יותר (חציון 5 לעומת 2). שיעורי הביצוע של בדיקות הסקר לילודים (73.7% לעומת 99.5%), הרישום לטיפת חלב (47.1% לעומת 92.8%) והיענות לקבלת חיסוני השיגרה (30% כסוי ל-DTaP3 ו-MMRV) היו כולם נמוכים משמעותית בתינוקות לידת בית מתינוקות שנולדו בבית חולים.

מסקנות והמלצות:

שיעורי לידות הבית המתוכננות עלו במהלך שנות המחקר. מאפייני אימהות ותינוקות לידות בית שונים משמעותית מאימהות ותינוקות שנולדו בבתי החולים. שיעור צריכת שרותי הבריאות המומלצים לילודים ולתינוקות נמוכים יותר בהשוואה לתינוקות שנולדו בבית חולים. מומלץ למטפלים במערכת הבריאות להיות מודעים לאפשרות של לידת בית ולביצוע המלצות בריאותיות בתינוק. נדרשת תכנית התערבות הסברתית ממוקדת לקבוצת יולדות הבית על חשיבות ההמלצות לביצוע בדיקות סקר ילודים ועל חיסוני השיגרה. הואיל ומיילדות הבית הן בעלות תפקיד מרכזי מומלץ לקדם שיתופי פעולה להעלאת היענות.

גורמים מקדמים ומעכבים לקבלה ושילוב של רפואה מרחוק בקרב צוותים מטפלים ממרכזים רפואיים גריאטריים ממשלתיים

גי'זל גרין¹, תמי פורת², ריקי טסלר¹

1 אוניברסיטת אריאל

2 מרכז גריאטרי שוהם

רקע:

בעשורים האחרונים חלו התפתחויות משמעותיות ברפואה מרחוק (טלמדיסין), במיוחד בתחום הבריאות. טלמדיסין מאפשר לרופאים ליצור קשר עם מטופליהם, תוך צמצום חשיפה וסכנת הדבקה במצבי פנדמיה. בנוסף, היא עשויה לתת מענה רפואי איכותי באזורים פריפריאליים ולאוכלוסייה מזדקנת הסובלת מריבוי מחלות כרוניות. מחקרים מראים ששימוש בטלמדיסין בקרב קשישים משפר את איכות חייהם, מפחית אשפוזים חוזרים ומצמצם עלויות. עם זאת, השימוש בטלמדיסין במרכזים גריאטריים ממשלתיים (מר"גים) בישראל מועט אם בכלל, על אף הפוטנציאל לשיפור, הנגישות והיעילות. לכן, חשוב לחקור את הגורמים המעכבים והמקדמים לשימוש מיטבי בטכנולוגיה זו בקרב מטפלים במר"גים.

מטרות:

המחקר בוחן את תרומת הגורמים המקדמים והמעכבים (תחושת מסוגלות עצמית, נורמות סובייקטיביות, חרדה והתנגדות לשינויים) ותפיסות השימושיות וקלות השימוש של טלמדיסין, כמשתנים מתווכים לכוונות שימוש בטלמדיסין בקרב מטפלים במר"גים.

שיטות מחקר:

המחקר משלב גישה כמותית ואיכותנית (שיטות מחקר מעורבות). נערך סקר בקרב 406 מטפלים (רופאים, אחיות וצוות פרא-רפואי) מארבעה מר"גים וכן בוצעו 32 ראיונות עומק, חצי מובנים, לחקר הגורמים המשפיעים. נותחו הקשרים בין המשתנים הבלתי תלויים, המתווכים והתלוי באמצעות מודל משוואות מבניות.

ממצאים:

נמצא כי תחושת המסוגלות והנורמות הסובייקטיביות קשורות באופן חיובי לתפיסות קלות השימוש והשימושיות, בעוד חרדה והתנגדות לשינויים קשורות באופן שלילי. תפיסת קלות השימוש נמצאה מתווכת את הקשר בין תחושת מסוגלות ונורמות סובייקטיביות לבין תפיסת השימושיות. כמו כן, תפיסות קלות השימוש והשימושיות מנבאות את כוונת השימוש בטלמדיסין.

מסקנות והמלצות:

ממצאי המחקר מדגישים את חשיבות תחושת המסוגלות והנורמות הסובייקטיביות, לצד הפחתת חששות והדגשת השימושיות והקלות בשימוש בטלמדיסין. מומלץ לערב את הצוותים המטפלים בתהליך ההטמעה, להציע הכשרה והתנסות בשלבים הדרגתיים ולעקוב אחר היישום. תובנות אלו יתרמו לעיצוב מדיניות לקידום השימוש בטלמדיסין במר"גים, לטובת שיפור הנגישות, היעילות והאיכות בטיפול בקשישים.

הגשת קבילות לשירותי נציבות הציבור במשרד הבריאות על ידי קובלים מהאוכלוסייה הערבית בישראל בשנים 2020-2023: מאפיינים, חסמים ופתרונות

תמי ברוש, נורה עבדל-רחמן, רינה מעוז ברויאר, נטלי לוי

מכון ברוקדייל

רקע:

נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי מעריכה כי קיימת תת-הגשה באוכלוסייה הערבית, המשפיעה על מיצוי הזכות לקבלת שירותי בריאות מיטביים.

מטרות:

חישוב שיעור מגישי הקבילות באוכלוסייה הערבית מתוך סך הקבילות בשנים 2020-2023; תיאור מאפייני הקובלים והקבילות המוגשות; זיהוי החסמים להגשת הקבילות והצעת פתרונות.

שיטות מחקר:

1. איתור קובלים ערבים מתוך מאגר מידע של הנציבות (על פי כתובת או שם, שכן הנציבות אינה אוספת מידע על השתייכות לאוכלוסייה הערבית).
2. ניתוח מאגר הנציבות, בליווי (PSM) Propensity Score Matching להשוואה בין יהודים לערבים.
3. סקר בקרב קובלים ערבים (N=110).
4. קבוצת מיקוד וראיונות (N=7).

ממצאים:

רק 3.1% מהקבילות שהתקבלו בנציבות בתקופת המחקר הוגשו על ידי ערבים. 3% בלבד מקבילות אלו הגיעו ממחוז דרום. לא התקבלו קבילות מיישובים המסווגים כבדואים. 32% מהקבילות נמצאו בנציבות כמוצדקות (בהשוואה ל-37% מכלל הקבילות) ו-29% נמצאו כלא מוצדקות (בדומה לכלל הקבילות). 39% מהקבילות נסגרו ללא הכרעה (לעומת 34% מכלל הקבילות), כחמישית מהן בשל מידע לא מספק בקבילה עצמה. 95% מהמשיבים לסקר דיווחו על קושי שפתי בעת מילוי טופסי הקבילה, וכ-90% דיווחו על קושי נפשי, טכנולוגי או חברתי. בעלי הכנסה נמוכה דיווחו במידה רבה יותר על קשיים, והטיפול בקבילתם נעצר בשיעור גבוה יותר בשל מידע לא מספק. בניתוח PSM נמצא הבדל בין ערבים ליהודים מרקע דומה בסוג השירות הנידון בקבילה: 18% מקבילות הערבים עסקו בניתוחים לעומת 9% מקבילות היהודים. לא נמצאו הבדלים נוספים בתוצאות הקבילה ובמאפיינים אחרים, והדבר עשוי לרמז כי הקושי נעוץ במאפיינים חברתיים-כלכליים המשותפים לשתי האוכלוסיות. החסמים בפני הגשת קבילות באוכלוסייה הערבית שזוהו כללו: היעדר מודעות לזכויות המטופל ולקיומה של הנציבות; חסמים דיגיטליים, שפתיים וטכנולוגיים; וחסמים תרבותיים, כגון נטייה להימנע ממאבק על זכויות, בושה, חשש מהשפעות שליליות וחוסר אמון בממסד.

מסקנות והמלצות:

ממצאי המחקר מעידים על תת-ייצוג ניכר של האוכלוסייה הערבית בהגשת קבילות לנציבות, בפרט במחוז דרום. יש לפעול להעלאת המודעות לזכות הקבילה ולהעלאת האמון בתועלת שבהגשתה. נוכח הקשיים שבהם נתקלים מי שהחלו בהגשת הקבילה, מומלץ לפעול להנגשת התהליך ולפישוטו ולהציע לקובלים תמיכה בערבית.

צרכים ותפקוד של מחלימות מסרטן שד: הקשר למאפיינים סוציו-דמוגרפיים וקליניים

מנאל מרעי¹, עאוני יוסף¹, אפרת דגן²

1 המרכז לרפואה יועצת מגדלי נצרת

2 החוג לסייעוד אוניברסיטת חיפה

רקע:

סרטן שד היא המחלה הממארת השכיחה ביותר בקרב נשים בישראל ובעולם המערבי. מספר הנשים המחלימות מסרטן שד עולה בהתמדה בזכות הגילוי המוקדם, שיפור דרכי הטיפול והעלאת המודעות לביצוע בדיקות לאבחון מוקדם. הטיפולים בסרטן שד כרוכים בתופעות לוואי רבות, קצרות וארוכות טווח, שיש להן השפעה על איכות חייהן של הנשים (Miedema, & Easley 2012), שלב ההחלמה כשלעצמו כרוך באתגרים, קשיים, בעיות וצרכים שמחייבים הכרה במחלימות סרטן שד כקבוצה ייחודית משל עצמה (Vuksanovic, et al.,2021). השכיחות הגבוהה של השורדות וההשלכות של המחלה והטיפולים לתקופת ההחלמה ולאחריה דורשים התייחסות מותאמת לצרכים הרבים המאפיינים את השורדות במטרה לאפשר להן לחזור לשגרה בריאה (Mandelzwei, et al.,2016) וגם התארגנות כלל מערכתית בשאיפה לסייע למחלימות לחזור לשגרת החיים ולחוות מעבר טוב ויעיל לבריאות.

מטרות:

לבחון את הקשר בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים וקליניים לבין פרופיל הצרכים של מחלימות מסרטן שד בהקשר לתפקוד, מצוקת סימפטומים, מיומנויות איתור שירותי בריאות ומצוקה כלכלית.

שיטות מחקר:

מחקר חתך כמותני-תיאורי, אשר נערך בקרב מחלימות מסרטן שד, חודש עד 3 שנים מסיום הטיפולים, דוברות עברית או ערבית בגילאים 18-65. הנשים ענו על שלושה שאלונים אנונימיים, שאלון סוציו-דמוגרפי וקליני, ושאלון מתוקף הבודק פרופיל צרכים בקרב מחלימות.

ממצאים:

במחקר השתתפו 150 נשים מחלימות מסרטן שד שלא מקבלות טיפול, למעט טיפול הורמונלי משלים. 106 מחלימות ערביות, 44 יהודיות, 78 מוסלמיות, 28 נוצריות. רובן אובחנו בשלב I ו-II של המחלה (62.7%) וקיבלו טיפול כימותרפי (83.3%). צרכים תפקודיים היו בעיקר בקרב מחלימות יהודיות וחילוניות. יותר מצוקת סימפטומים הייתה ככל שהמחלימות הן צעירות, דתיות, קיבלו טיפולים אגרסיביים, אובחנו בשלבים מתקדמים, נמצאות בנקודת זמן קרוב להחלמה, סובלות ממחלות כרוניות ואינן מקבלות מחזור חודשי. מחלימות שדיווחו על קשיים באיתור שירותי בריאות הן מחלימות שנמצאות בנקודת הזמן הקרובה ביותר להחלמה וסובלות מתחלואה כרונית. קשיים כלכליים היו בקרב מחלימות עם ילדים מתחת לגיל 18 שלא עבר זמן רב מהחלמתן, קיבלו טיפולים אגרסיביים וסובלות מתחלואה כרונית.

מסקנות והמלצות:

ממצאי המחקר מראים שיש מגוון של צרכים בלתי מסופקים בתקופת ההחלמה ויש צורך בזיהוי אקטיבי של צרכים אלה במסגרת הטיפול השוטף במחלימות. המחקר הנוכחי מחלק את ההחלמה מסרטן שד, לשלב המעבר ממחלה פעילה להחלמה, ושלב ההחלמה לטווח ארוך. המחקר מעיד על חשיבות הזיהוי, המעקב והטיפול במחלימות הן בשלב המעבר ממחלה פעילה להחלמה והן בשלב ההחלמה לטווח ארוך. לכן חשוב לפתח ולאמץ כלים לזיהוי צרכים של מחלימות בשני שלבי ההחלמה, וגישת טיפול מוכוונת מטופל וגיוס משאבים ובניית תשתיות.

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

03-5300333

nihp@israelhpr.health.gov.il

www.israelhpr.org.il