

# תוכנית מתאר ארצית למוסדות בריאות - 2048

ניהול משולב, איזונים ורצף טיפולי של  
גריאטריה, פסיכיאטריה, שיקום וטיפול תומך (פליאציה)

## פרופ' איתי זיו

מנהל ביה"ח השיקומי, שיבא

מנהל מקצועות הבריאות והטיפול התומך, שיבא

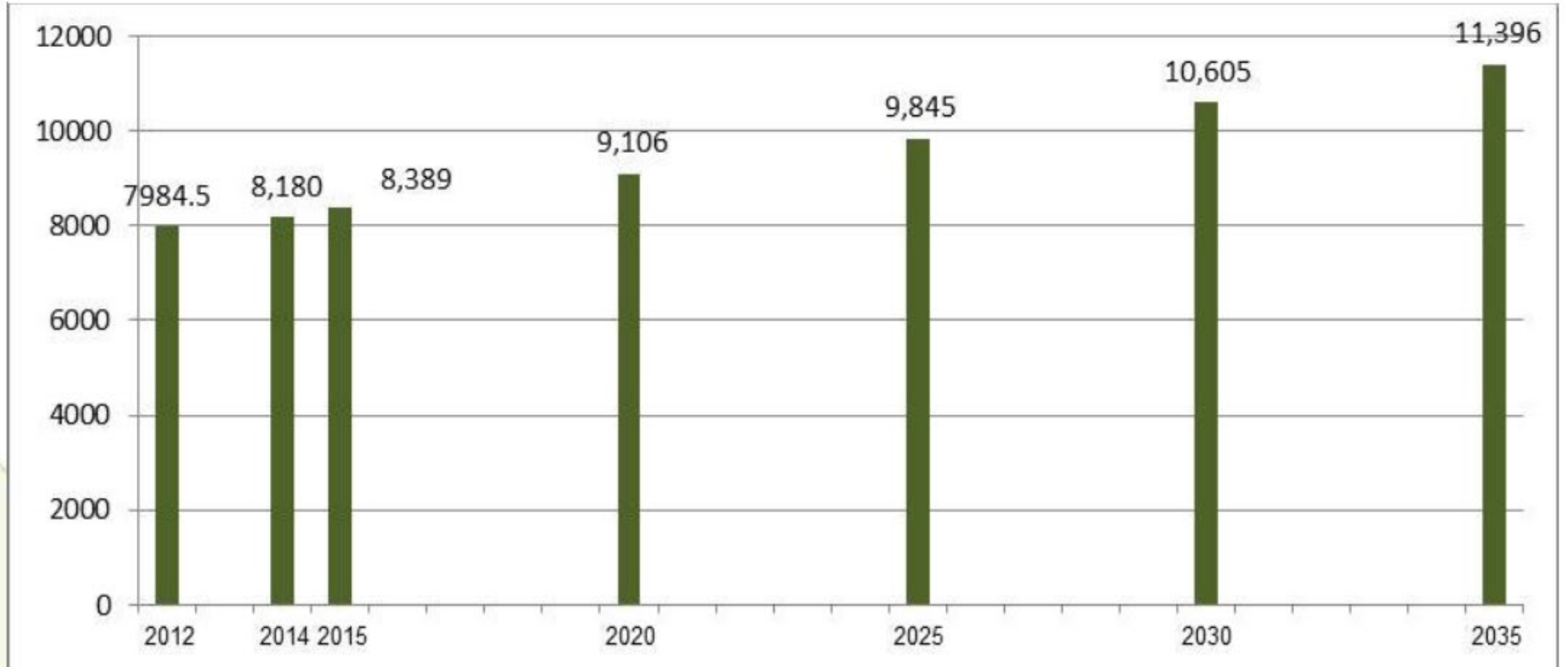
מנהל מסר – המרכז הארצי לסימולציה רפואית

סגן דיקאן, המרכז הרפואי שיבא, אוניברסיטת ת"א

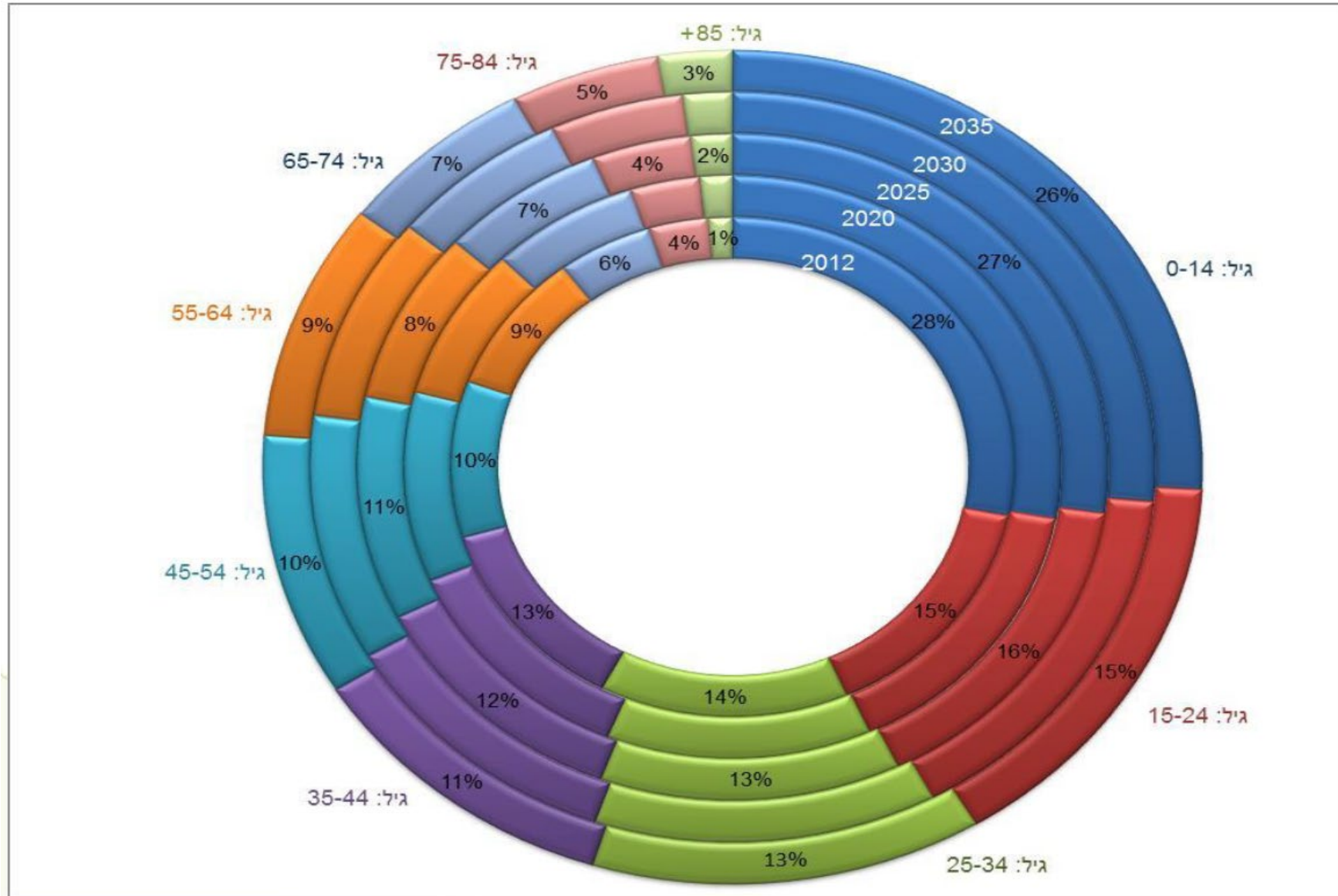
# מגמות בשיקום / גריאטריה / פסיכיאטריה

- אוכלוסיה מזדקנת
- התפתחות הרפואה
- מצבים רפואיים כרוניים - צורך בתהליכים ממושכים יותר (continuum of care)
- חולים מורכבים יותר (לדוגמא מחלות ממאירות)
- תחומים רפואיים "חדשים" שלא שוקמו בעבר (לדוגמא מחלות אוטואימוניות)
- דורש יותר משאבים (ידע, כ"א, תשתיות ואמצעים)

# אוכלוסיית ישראל גדלה

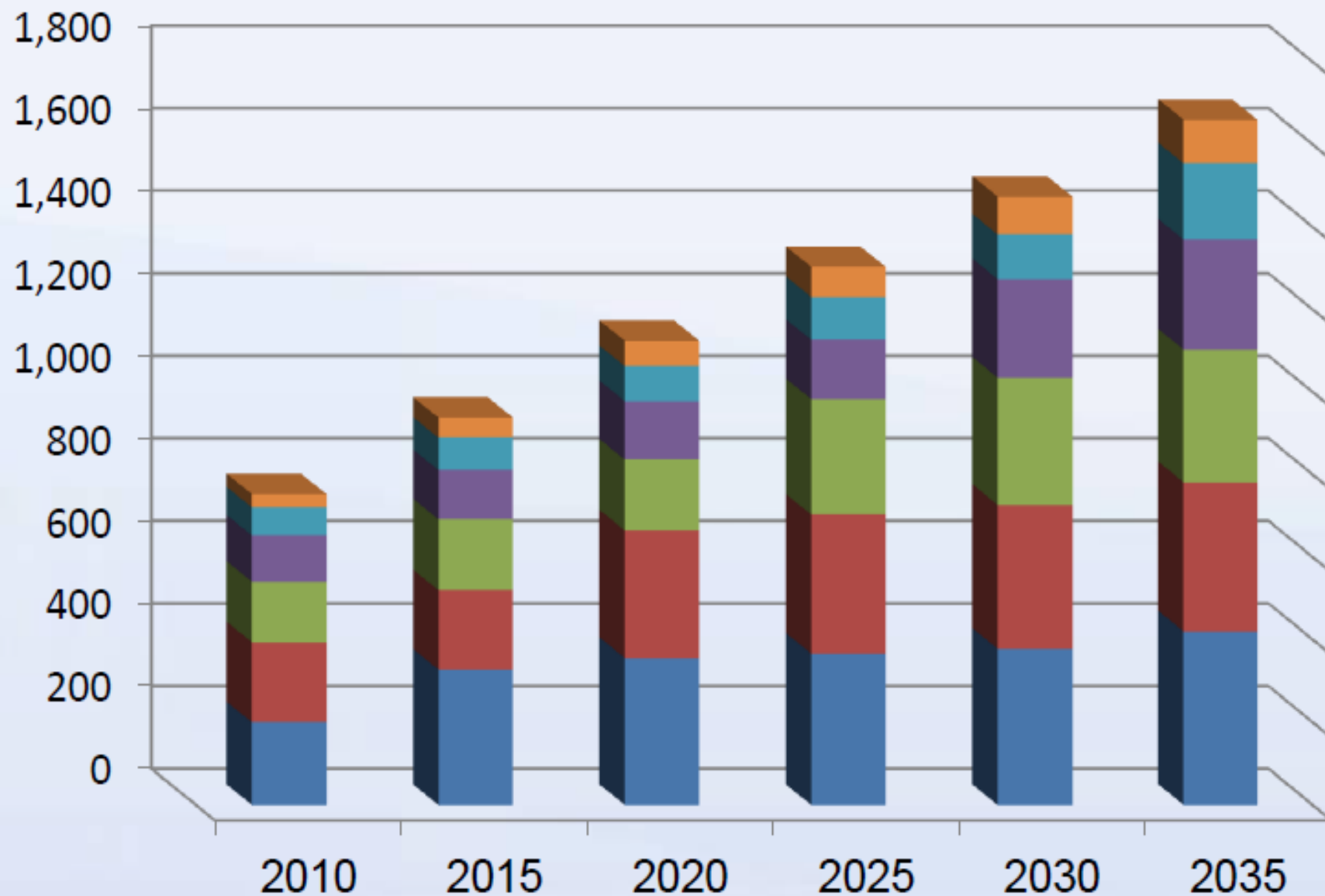


# אחוז הקשישים גדל



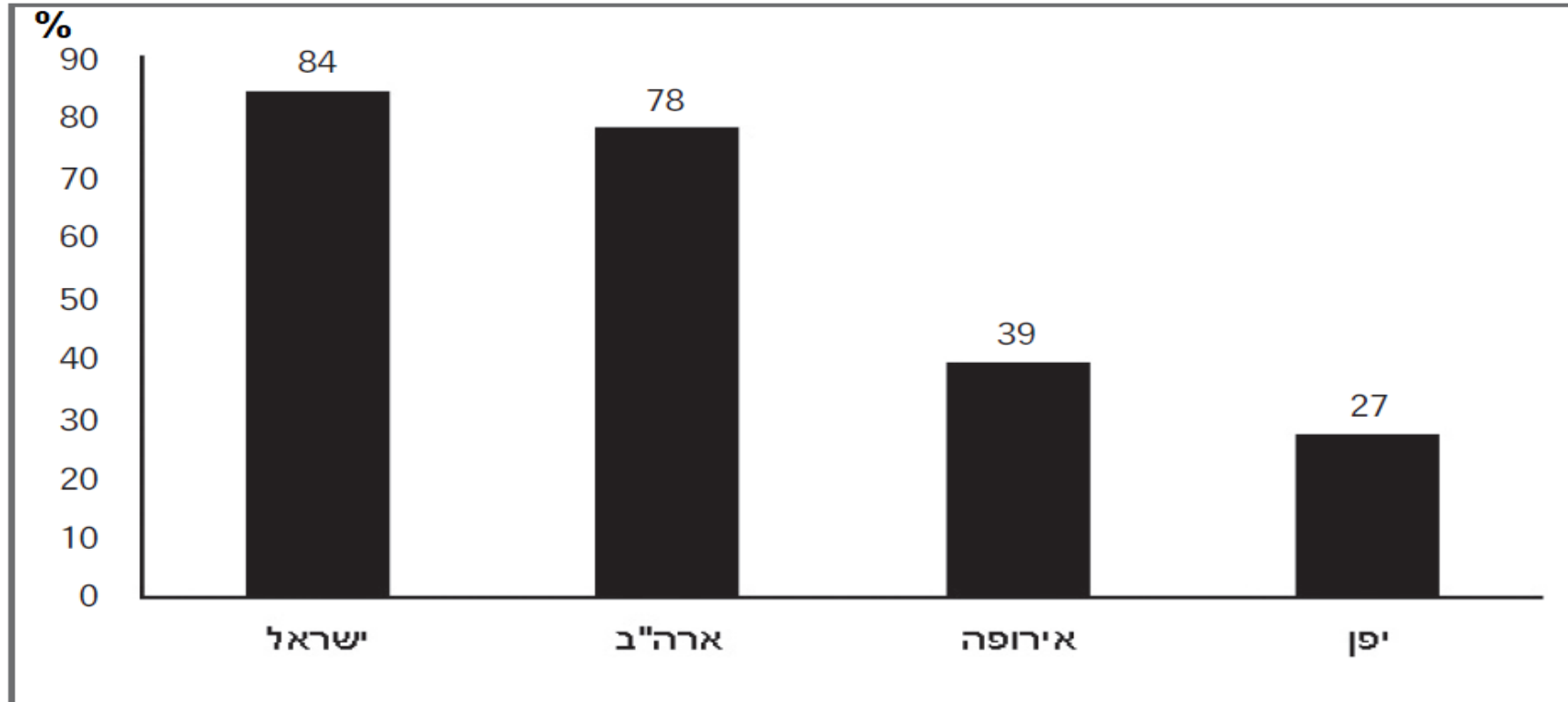
מספר הקשישים,  
X1000  
לפי שכבות גיל:

- 90+
- 89-85
- 84-80
- 79-75
- 74-70
- 69-65



# אוכלוסיית הקשישים שלנו גדלה בקצב מהיר בהשוואה לעולם

שיעור הגידול במספר הקשישים 2030-2010



מקור: UN, World Population Prospects, 2010 revision

# 2018 - 2019

▲	אשפוז			
▲	36		38	מיטות - תקן משרד הבריאות
→	99.71%	100.00%	96.79%	אחוז תפוסה לפי תקן
→	38		38	כמות מיטות אשפוז בפועל
→	96.64%		94.63%	אחוז תפוסה בפועל
→	239		250	מספר מקרי אשפוז
→	12,815		12,838	ימי אשפוז
▼	62.34		58.12	ממוצע משך אשפוז
▲	0.61		0.69	ממוצע קבלות יומי
→	91.16%	80.00%	92.39%	שחרור מטופלים לפני השעה 16:00
▲	0.54%		1.49%	אשפוז חוזר תוך 7 ימים
▲	1.09%		1.49%	אשפוז חוזר תוך 30 ימים
▲	0		1	מספר נפטרים במחלקה
▲	4.27		8.76	ממוצ' אבחנות למאושפוז

• שינוי המגמה משפיע על התחלואה הכללית

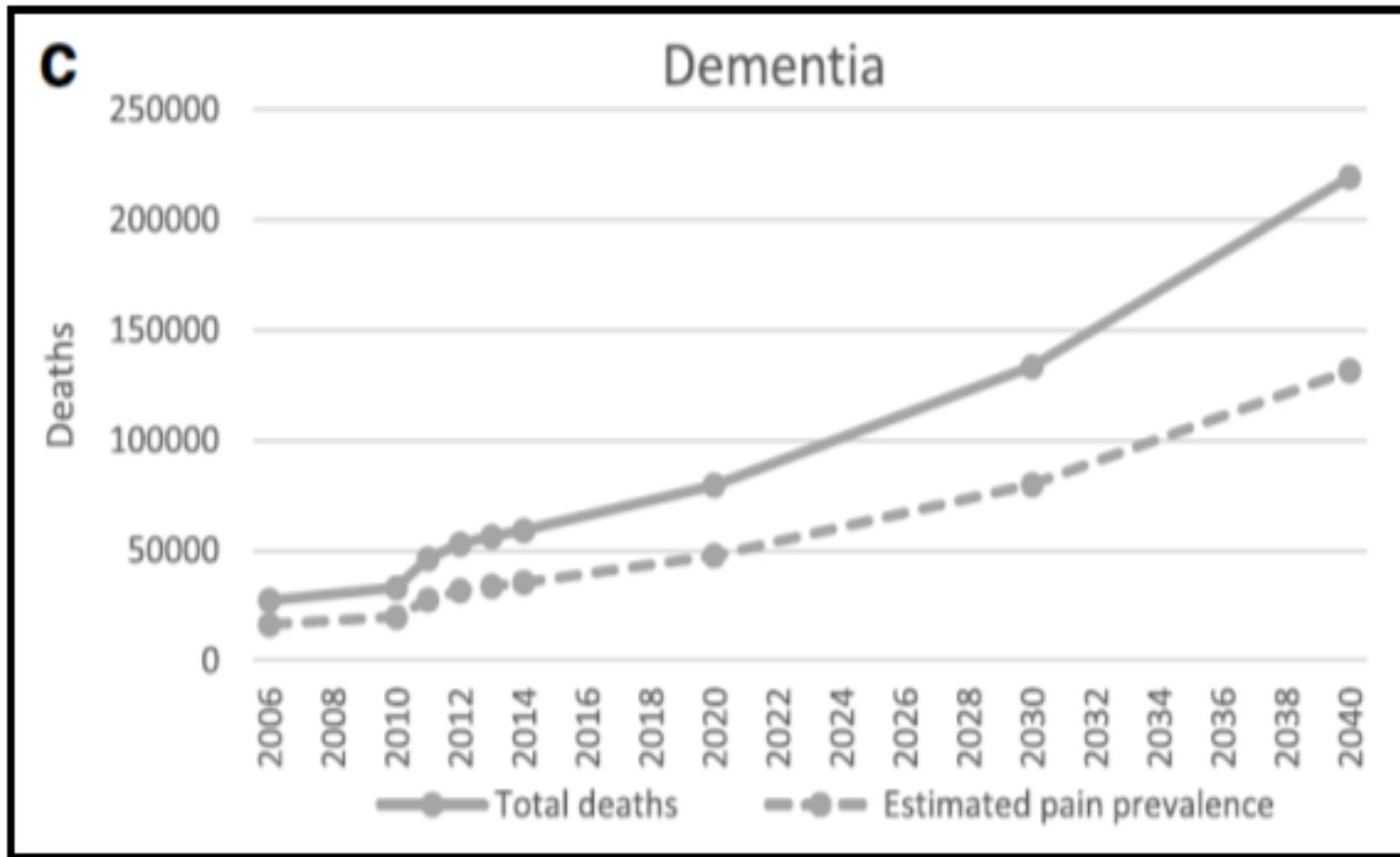
# תחלואה נובעת מגיל

נשים	גברים	
1 מ 49 (2.0%)	1 מ 141 (0.7%)	30 - 39
1 מ 27 (3.7%)	1 מ 57 (1.8%)	40 - 49
1 מ 15 (6.7%)	1 מ 17 (6.0%)	50 - 59
1 מ 9 (11.0%)	1 מ 7 (14.3%)	60 - 69
1 מ 6 (15.8%)	1 מ 4.5 (22.3%)	70 שנה ויותר

• הסיכון לחלות בממאירות עולה עם הגיל



# תחלואה נובעת מגיל



עליה גם בתמותה מדמנציה

# שינויים בעומס התחלואה הנובעת מבריאות הנפש

## Proportion of YLDs, YLLs, and DALYs explained by the ten leading causes of total burden in 2010

DALYs=disability-adjusted life-years

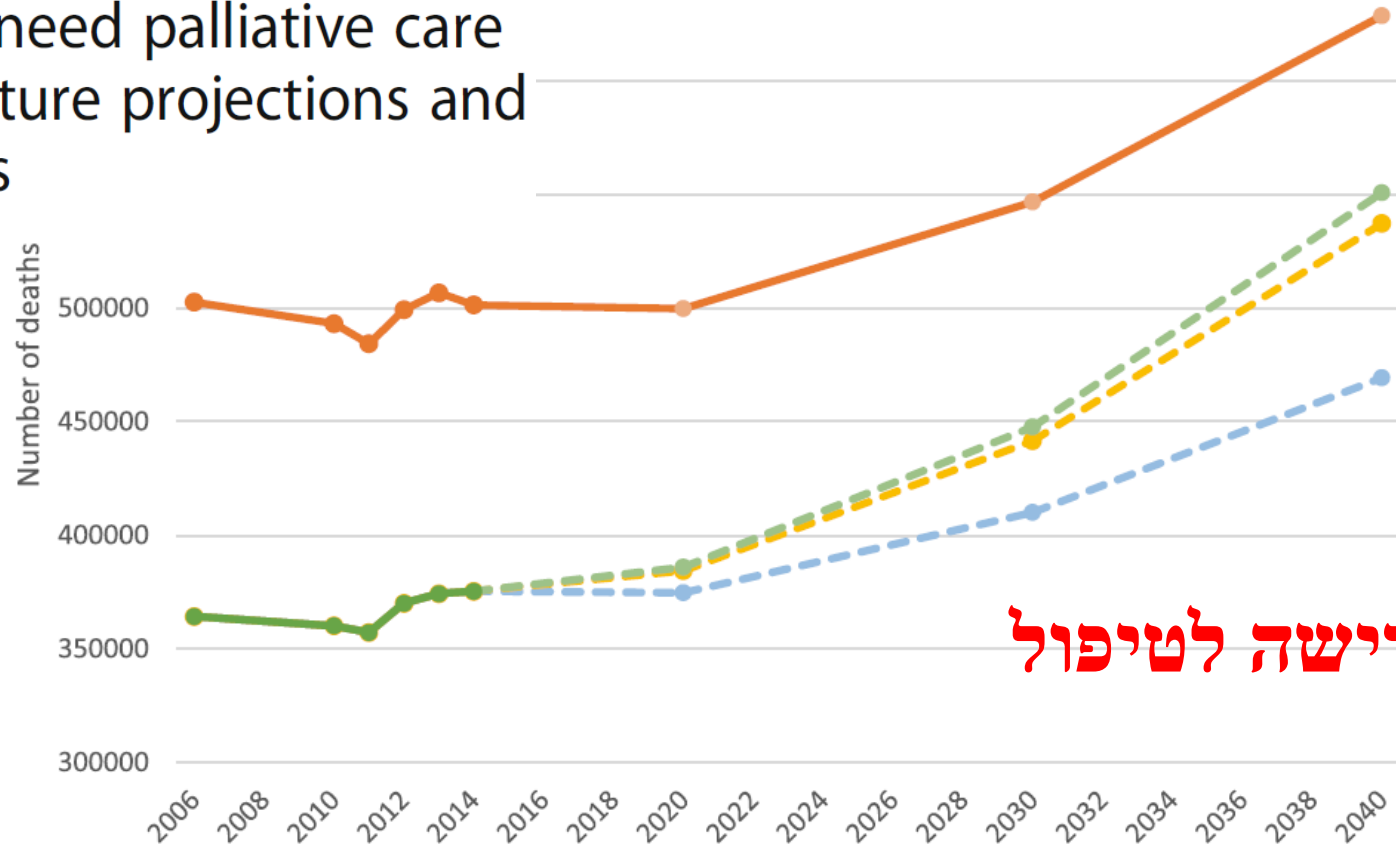
The Lancet, Volume 382, Issue 9904, 9–15 November 2013, Pages 1575–1586

	Proportion of total DALYs (95% UI)	Proportion of total YLDs (95% UI)	Proportion of total YLLs (95% UI)
Cardiovascular and circulatory diseases	11.9% (11.0–12.6)	2.8% (2.4–3.4)	15.9% (15.0–16.8)
Diarrhoea, lower respiratory infections, meningitis, and other common infectious diseases	11.4% (10.3–12.7)	2.6% (2.0–3.2)	15.4% (14.0–17.1)
Neonatal disorders	8.1% (7.3–9.0)	1.2% (1.0–1.5)	11.2% (10.2–12.4)
Cancer	7.6% (7.0–8.2)	0.6% (0.5–0.7)	10.7% (10.0–11.4)
Mental and substance use disorders	7.4% (6.2–8.6)	22.9% (18.6–27.2)	0.5% (0.4–0.7)
Musculoskeletal disorders	6.8% (5.4–8.2)	21.3% (17.7–24.9)	0.2% (0.2–0.3)
HIV/AIDS and tuberculosis	5.3% (4.8–5.7)	1.4% (1.0–1.9)	7.0% (6.4–7.5)
Other non-communicable diseases	5.1% (4.1–6.6)	11.1% (8.2–15.2)	2.4% (2.0–2.8)
Diabetes, urogenital, blood, and endocrine diseases	4.9% (4.4–5.5)	7.3% (6.1–8.7)	3.8% (3.4–4.3)
Unintentional injuries other than transport injuries	4.8% (4.4–5.3)	3.4% (2.5–4.4)	5.5% (4.9–5.9)

DALYs=disability-adjusted life-years. YLDs=years lived with disability. YLLs=years of life lost.

**Table: Proportion of YLDs, YLLs, and DALYs explained by the ten leading causes of total burden in 2010**

# How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services



- 75% at least from all deaths

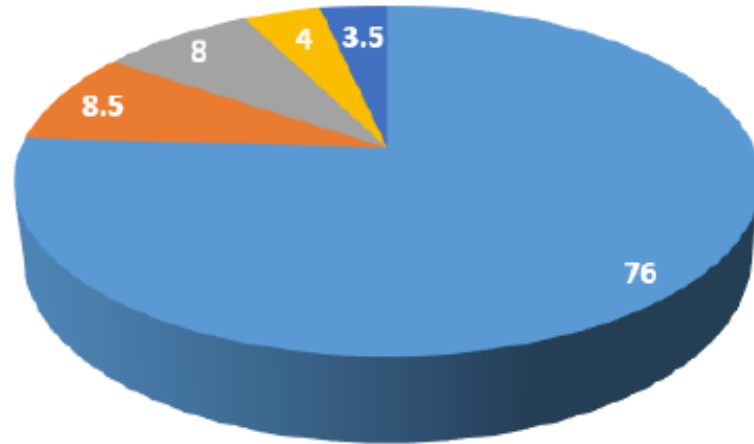
מעלה את הדרישה לטיפול

- All deaths as recorded in ONS death registry data, and as estimated in the 2014 ONS mortality projections
- Projection method 2 (constant proportion): Projected palliative care estimate assuming the proportion of people who die that will need palliative care remains the same as in 2014
- Projection method 2 (annual change 2006 to 2014): Projected palliative care estimate assuming the proportion of people who die that will need palliative care continues to rise as per the trend from 2006 to 2014
- Projection method 2 (annual change 2011 to 2014): Projected palliative care estimate assuming the proportion of people who die that will need palliative care continues to rise as per the trend from 2011 to 2014

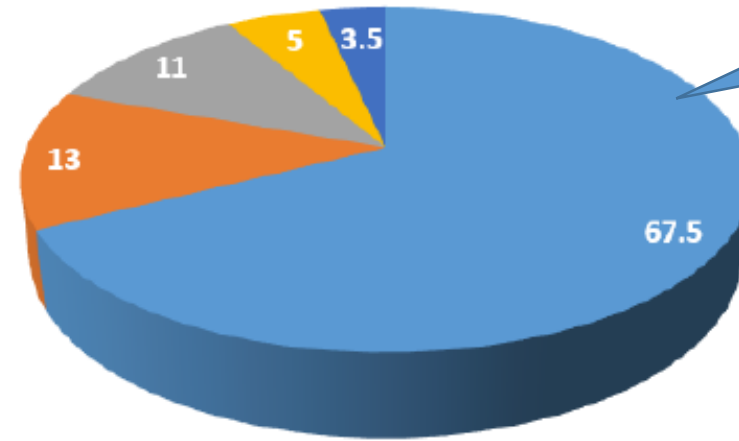
# הוצאות מערכת הבריאות בשנה האחרונה לחיים

תרשים 4: התפלגות ההוצאות לחולי סרטן לפי דפוסי שימוש (N=429); (%)

אשפוז גריאטרי   אשפוז יום   בדיקות וטיפולים   תרופות   אשפוז כללי



חודשיים אחרונים לחיים



חצי שנה אחרונה לחיים

אשפוז כללי

הוצאות גדלות

מקור: בנטור ואחרים, 2014

כבר היום, כרבע מההוצאות על בריאות מתרכזות בשנה האחרונה לחיים, חלקן על טיפולים שאין בהם תועלת

# שינויי תפישה

## מגמות סוציולוגיות-אתיות בפסיכיאטריה

המטופל

- הגדלת האוטונומיה של המטופל
- מינימליזציה של שלילת חרות

הטיפול

- העברת מרכז הכובד של הטיפול לקהילה
- שימוש בהתפתחויות הטכנולוגיות

המטפל

- שינוי התפיסה הפטריארכלית
- Shared Decision Making
- עידוד לאורך חיים בריא ומניעת שחיקה

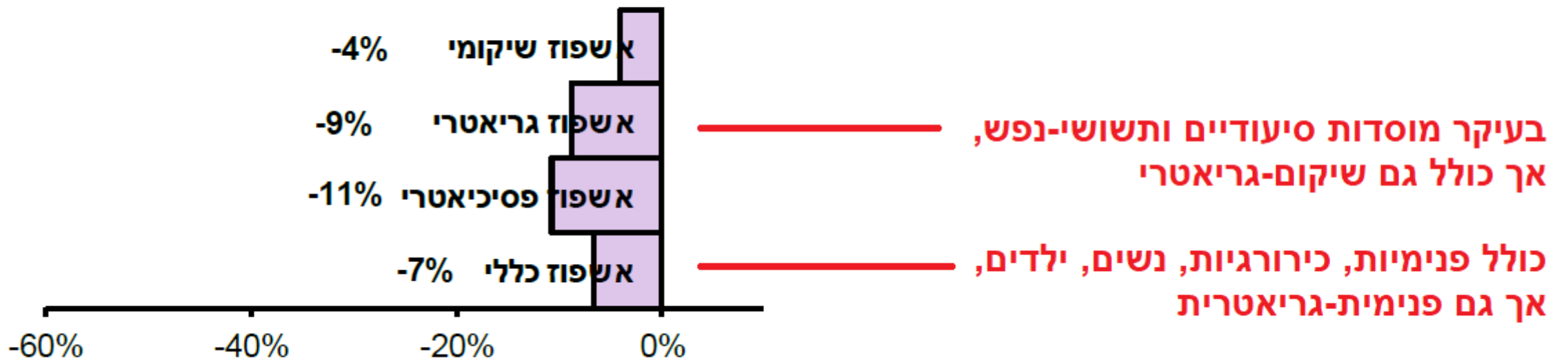


# מגמות

- עליה בחסמים
  - נגישות יורדת והמשאבים יורדים
  - תשתיות וכ"א מקצועי – רופאים
- תיעדוף הטיפול בקהילה
  - צורך בשת"פ מלא בכל השלבים
- צורך בעבודה רב-צוותית לאורך כל ציר הטיפול (ממניעה ועד שיקום ומניעה משנית) גם בין פרופסיות וגם בין מקומות האשפוז לפי תחלואת החולה
  - למנוע נפילה בין כסאות וטיפול תת מיטבי
- צורך בחינוך מחדש ושבירת תפישות הפעלה טריטוריאליות (ממוקדות שטח או פרופסיה)

המדינה מוסיפה מיטות בקצב נמוך מדי בכל סוגי האשפוזים –  
לכן מספר המיטות ל-1000 איש נמצא במגמת ירידה

### אחוז שינוי 2018/2010



# עקרונות העבודה

## בהווה

• סביבת הטיפול

• גישה טיפולית

• תפיסות חברתיות

## בעתיד

• סביבת בריאות  
• סביבה חכמה

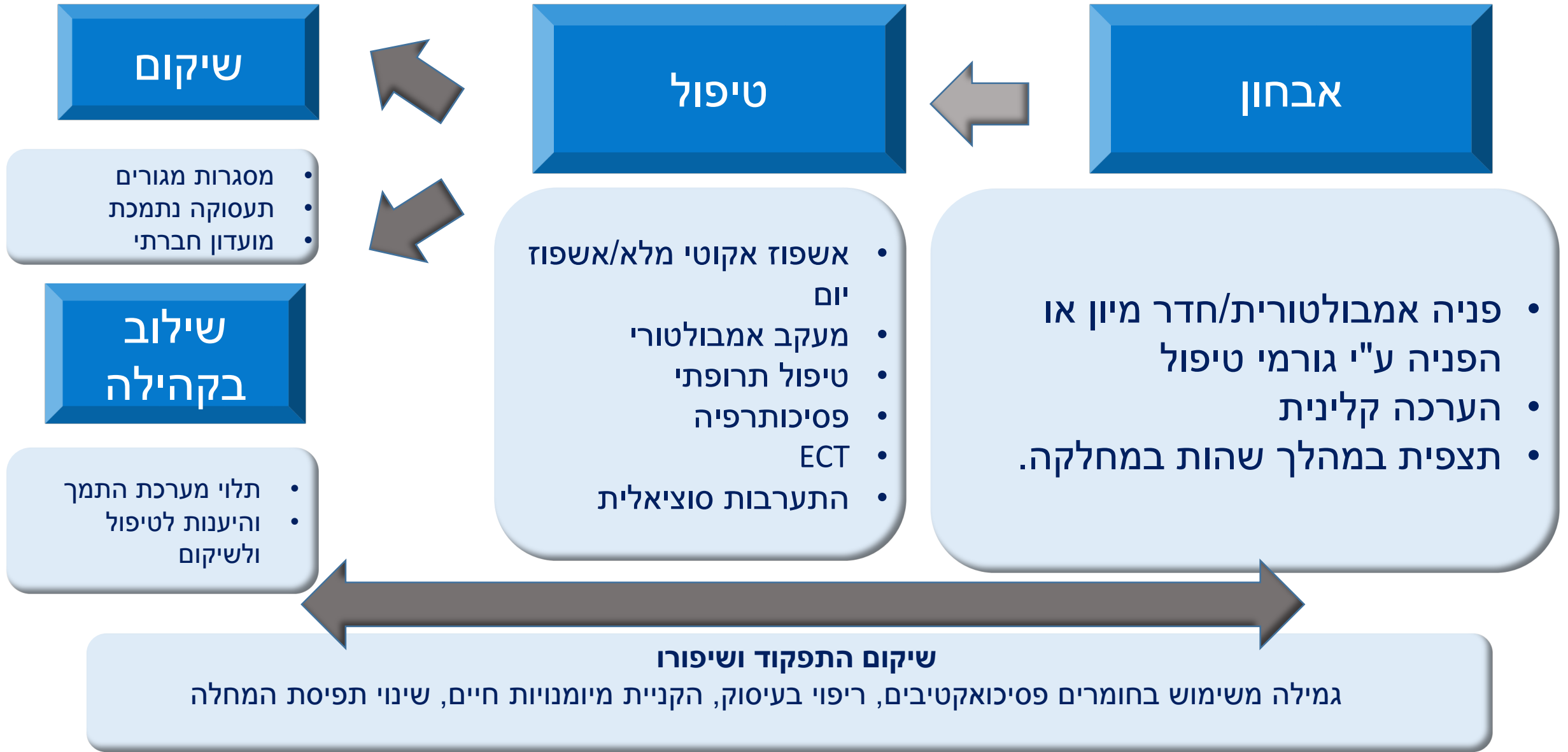
• רצף טיפולי מהאשפוז האקוטי לתהליך השיקומי  
• שימוש באמצעים טכנולוגיים

• הטיפול הפסיכיאטרי כחלק אינטרגלי מהקהילה  
וממערך הבריאות  
• צמצום חסמים להשתלבות בקהילה

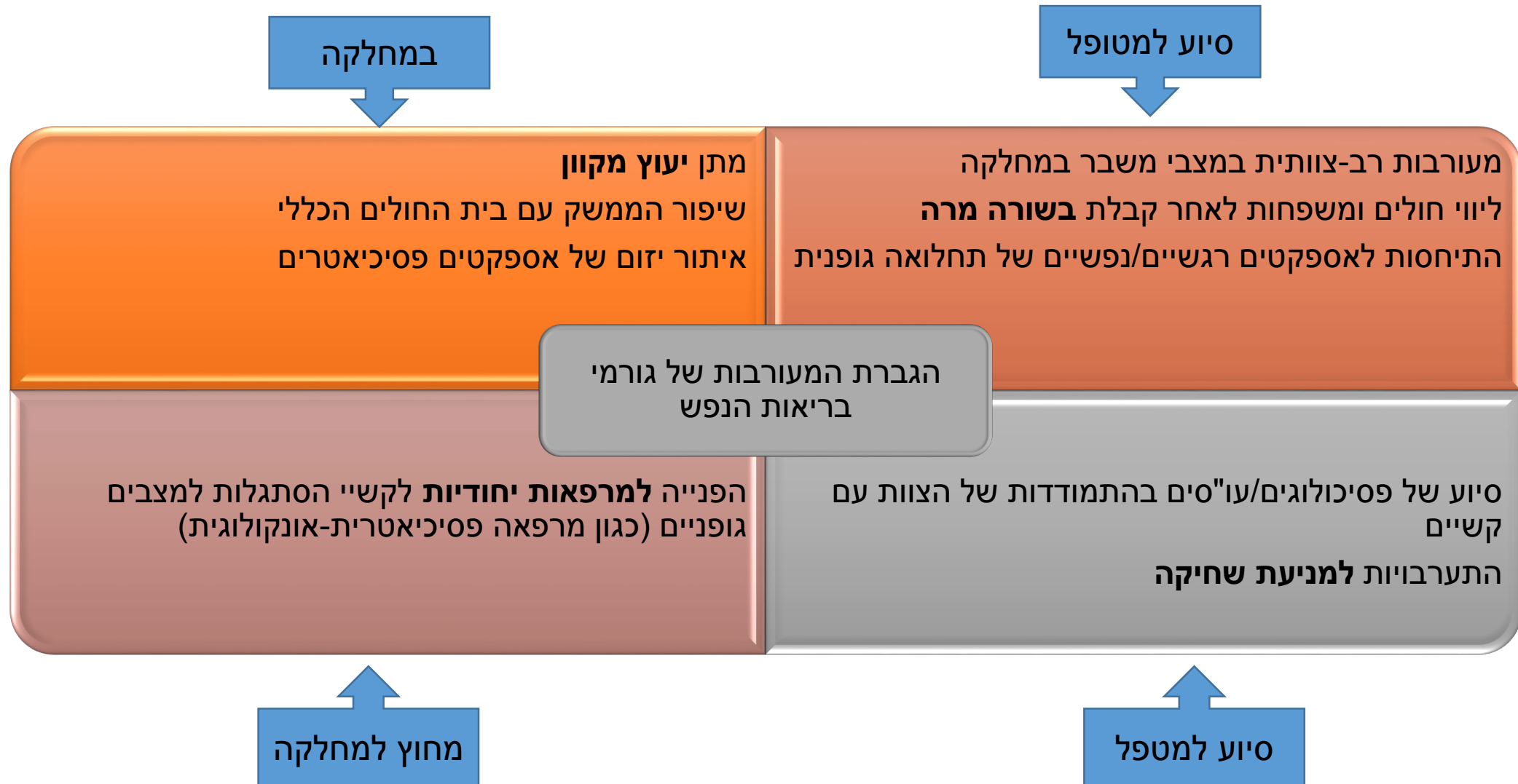




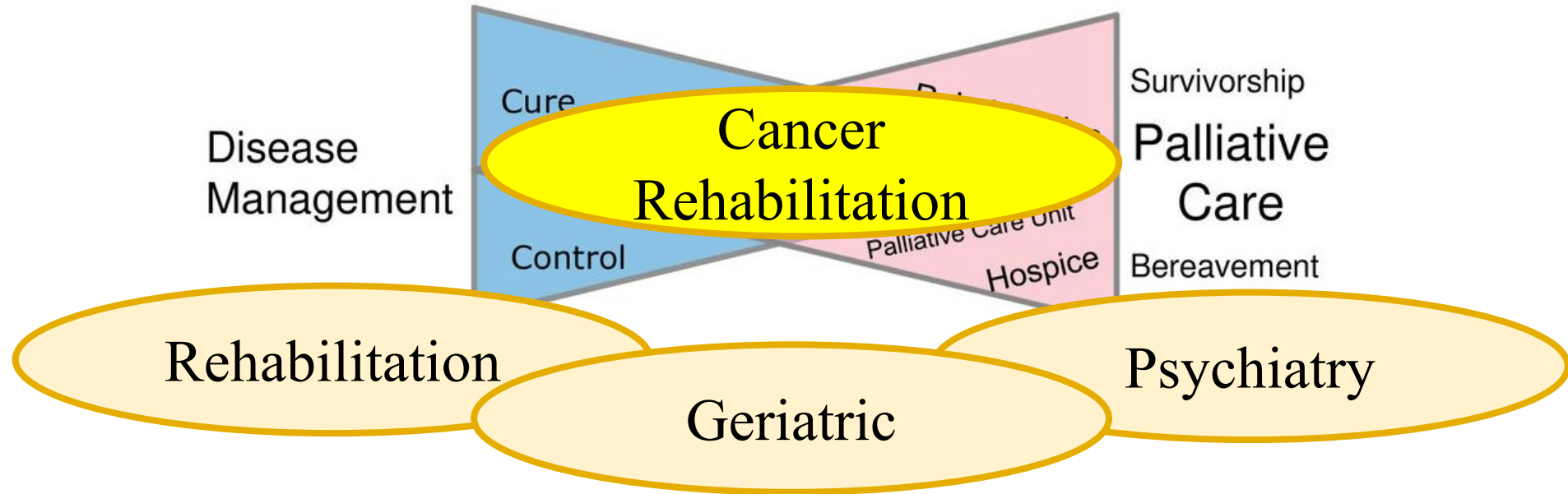
# מהלך טיפול פסיכיאטרי אופייני בהווה (גם בשיקום)



# הממשק בין בית החולים השיקומי והכללי



# The bow-tie model



[Philippa Hawley](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.009) Department of Palliative Care, British Columbia Cancer Agency, Vancouver, British Columbia, Canada  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.009>

# התכנית הלאומית הפליאטיבית

- 2016 - התכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי מפרסמת המלצות לגבי הטיפול סוף החיים ב-8 תחומים:

מסוד ממושך	גריאטריה	אשפוז כללי	קהילה
אתיקה, זכויות וזכויות	מודעות הציבור, והנחיות מקדימות	חינוך הכשרה ומחקר	רצף טיפול

התכנית ממשיכה לפעול במסגרת הכשרת מובילי שינוי, מנטורים, ליווי צוותים בהקמה ותכניות הדרכה



המלצות לתכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים

2016

דאירס ג'ונס ברוקדייל  
MYERS-JDC-BROOKDALE  
مایرس جونت بروکدیل

משרד הבריאות

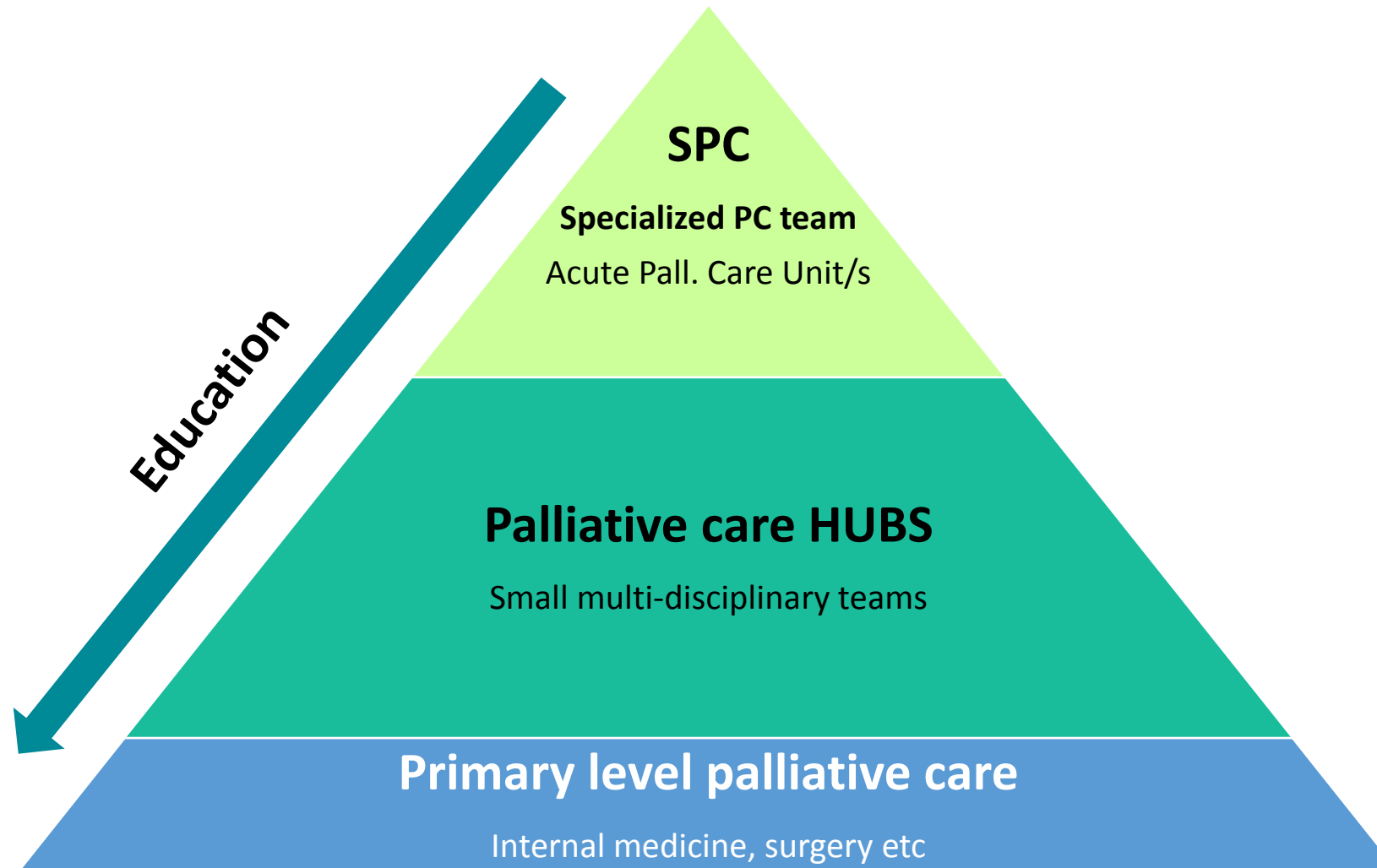
ג'וינט ישראל אשל  
דיר טעיה חמתלסק חקוק

[www.eshelnet.org.il](http://www.eshelnet.org.il)

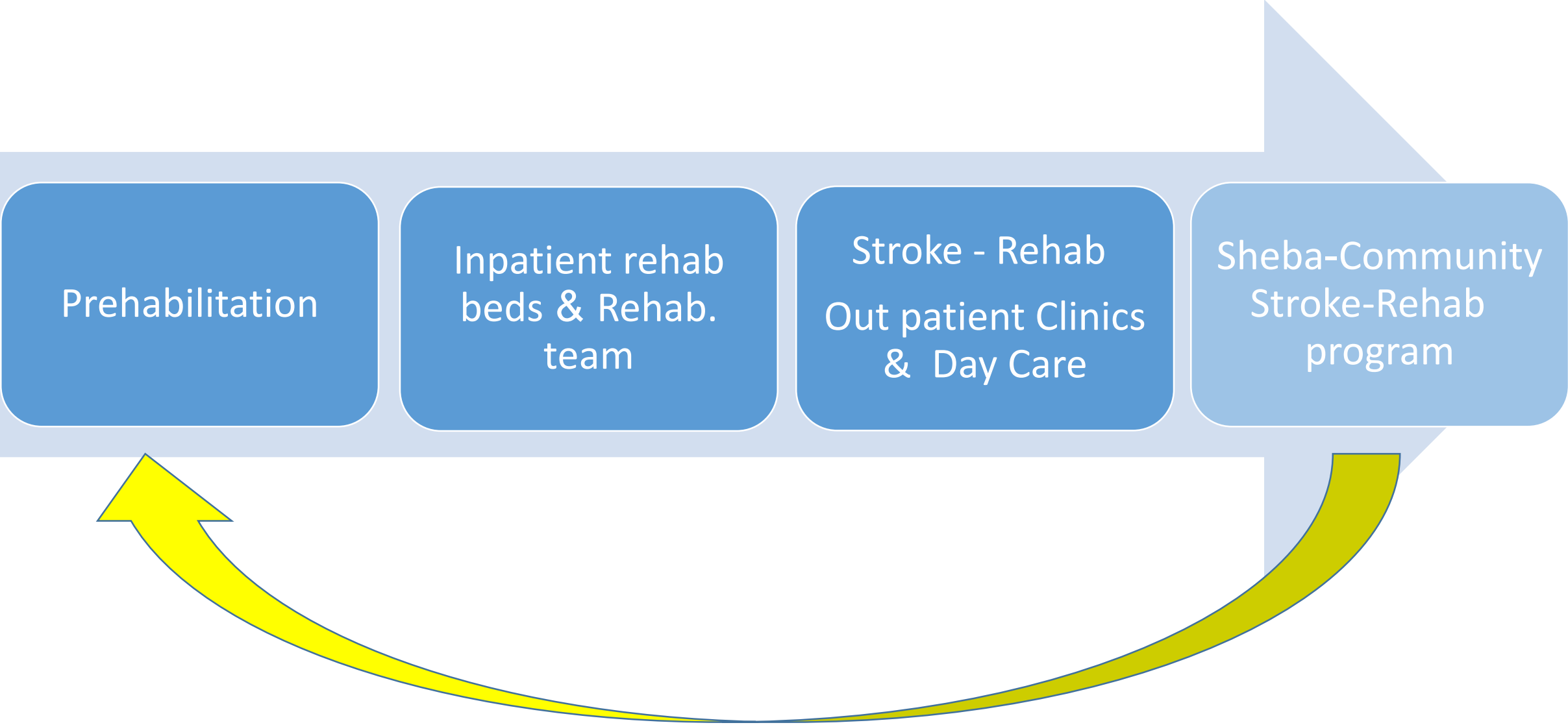
- בכל בית חולים תוקם יחידה פליאטיבית
- היחידה תכלול שירות ייעוץ, מערך אשפוז ומערך מרפאות אמבולטוריות
- שירות הייעוץ יהיה זמין בתוך 24-48 שעות
- יפעל בזמינות טלפונית 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע
- עידוד וסיוע במילוי הנחיות מקדימות ומינוי מיופה כוח
- מערך האשפוז יכלול מיטות לטיפול אינטנסיבי בתסמינים עמידים לטיפול, והוא ימוקם במחלקה פנימית או ביחידת אשפוז עצמאית. מיטה אחת לכל מאה מיטות אשפוז



## 1. הטיפול התומך יוענק בשלוש רמות מקצועיות



# Our vision for ...



# טיפול בית בעולם

- ארה"ב – Johns Hopkins Hospital at Home – שלישי הפחתה בעלות ובמשך האשפוז, עליה בשביעות רצון
- קנדה – INSPIRED – טיפול תומך לחולי COPD סופניים ומשפחותיהם – 64% הפחתה באשפוזים חוזרים
- בריטניה – NATIONAL HEALTH SERVICE = NHS – יחידות טיפולי בית עם שירותים שונים
- אוסטרליה – לכל בית חולים אזורי במחוז VICTORIA יש שירות טיפולי בית, כולל 6% מיטות באשפוז-יום



PERSPECTIVE

## Why Health Care Is Going Home

Steven H. Landers, M.D., M.P.H.

N ENGL J MED 363;18 NEJM.ORG OCTOBER 28, 2010

The New England Journal of Medicine

## Extreme Home Makeover — The Role of Intensive Home Health Care

Luis Ticona, M.D., M.P.P., and Kevin A. Schulman, M.D.

N ENGL J MED 375;18 NEJM.ORG NOVEMBER 3, 2016

The New England Journal of Medicine



# סוגים שונים של טיפולי בית בישראל

## • לחולים לא-חריפים:

- יחידות טיפולי בית של קופות החולים – לחולים המתקשים להגיע לקופ"ח – סיעודיים, מונשמים
- הוספיס בית – לחולים סופניים
- שיקום בית – כיום 400 חולים עוברים שיקום "צבר" בביתם בכל רגע נתון

## • לחולים חריפים – אשפוז-בית:

- מתאים לחולים יציבים יחסית, שגרים עם גורם תומך
- כיום 200 חולים בישראל בכל רגע נתון – צפוי לגדול פי 10-5 בשנים הקרובות
- הערכה: 30% (1200/4000) מהחולים במחלקה הפנימית יכולים לקבל טיפול בבית
- משרד הבריאות משלם 1100-1200 ₪ לכל יום אשפוז ביתי לקופות החולים
- כל קופות החולים משקיעות בתחום זה משאבים רבים
- מספר חברות פרטיות עוסקות בנושא: שרן, צבר (עם קופ"ח מכבי), הום מדיקל, WE CARE, SALUS

# אשפוז-בית

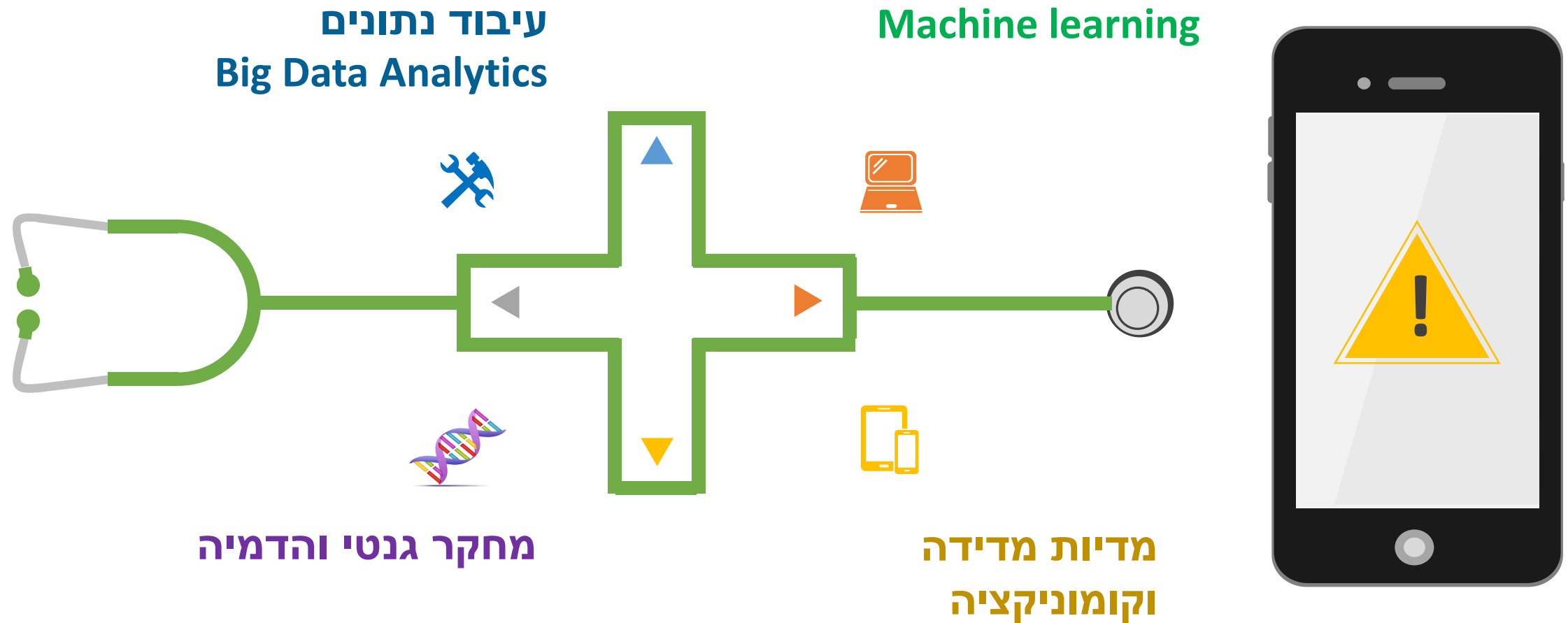
- היתרונות:

- נוחות לחולה ולמשפחתו
- פחות דיליריום
- פחות זיהומים נוזוקומיאליים
- פחות אשפוזים חוזרים

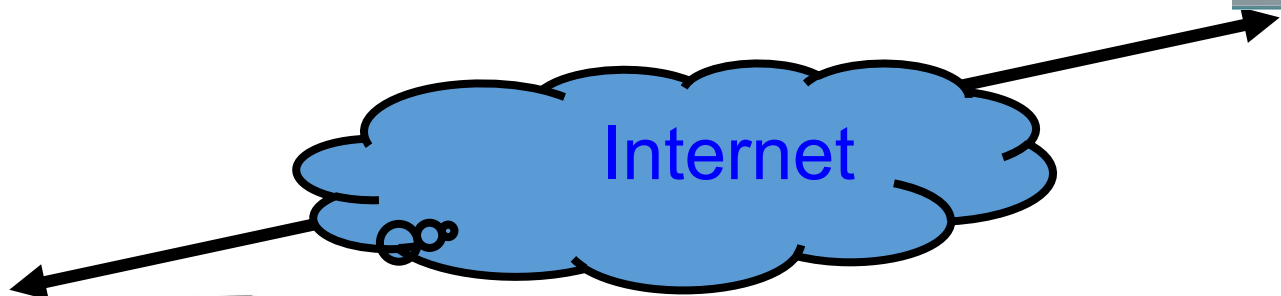
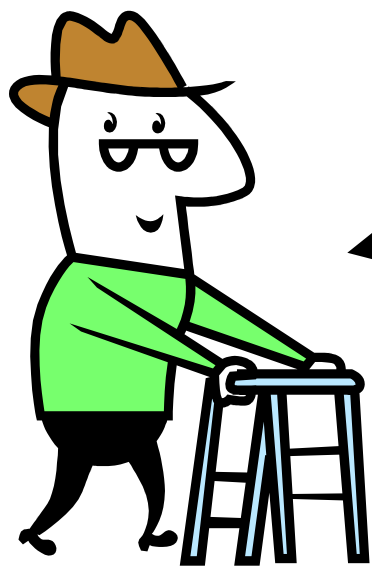
- מדוע צוות רב-מקצועי של בי"ח עדיף על פני צוות רב-מקצועי של קופ"ח:

- תחושת בטחון לחולה ולמשפחתו
- רצף טיפולי לחולה ששוחרר מאשפוז – גם של נתוני העבר, וגם לאשפוזי העתיד
- מיומנות גבוהה יותר – כולל מעטפת של מומחי בית החולים מתחומים שונים
- שימוש באמצעי בית החולים – מעבדה, מכשירי הדמיה ניידים
- סבירות גבוהה יותר שהאשפוז הבא של החולה יהיה במוסדנו
- מקל על העומס במחלקות האשפוז

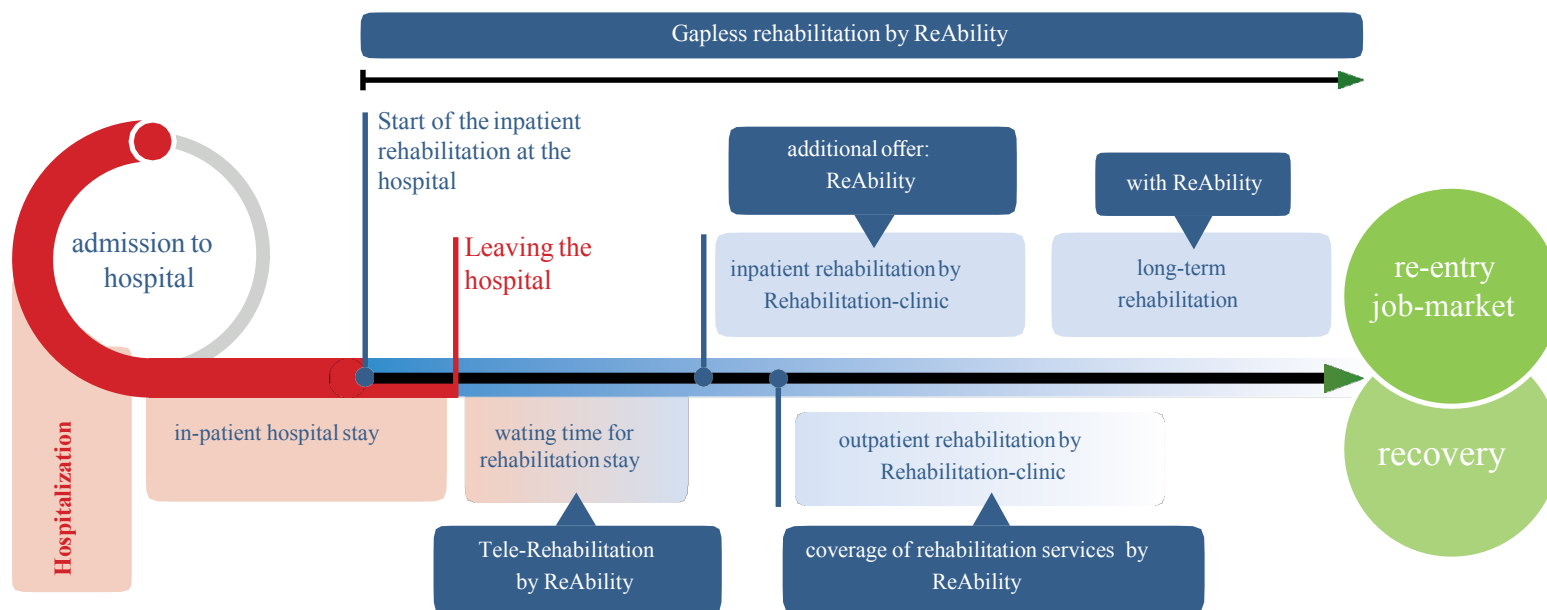
# התפתחויות טכנולוגיות שצפויות להשפיע על הרפואה



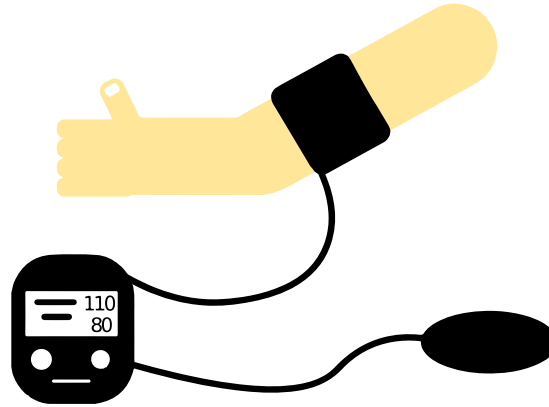
# נגישות וירטואלית vs. נגישות סביבתי



## בשיקום ובגריאטריה (ועכשיו גם בבריאות הנפש – חריף ואמבולטורי)



# פיתוח אלטרנטיבות אשפוז - אשפוז בית מקוון



**פרויקט של ד"ר כספי**  
• הפרויקט יעשה  
בשיתוף עם "מכבי"  
ויצא לדרך בנובמבר  
2019

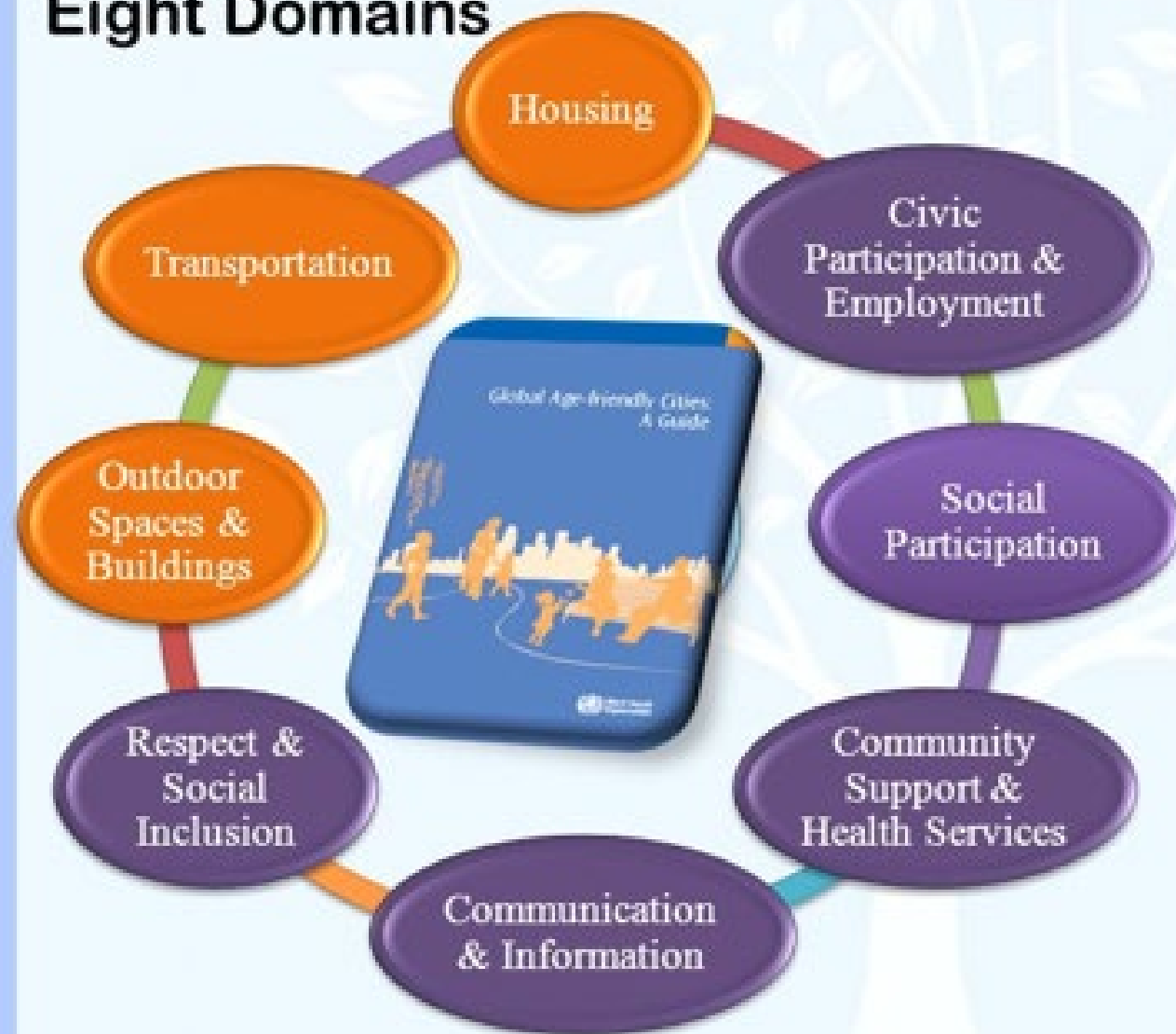
## שימוש באמצעים טכנולוגיים

- הערכה פסיכיאטרית  
באמצעות טלפון/וידאו
- סנסורים לניטור סימנים  
חיוניים ותנועתיות  
להערכה קלינית של  
מצב המטופל

## בחירת אוכלוסיית היעד

- מטופלים ללא  
מסוכנות מיידית,
- מערכת תמך  
המאפשרת  
סביבה טיפולית

# Eight Domains



friendly city project of WHO



המרכז הרפואי שיבא תל-השומר  
עיר הבריאות של ישראל



# Immersing back into home

- חזון התאמת השיקום / טיפול לתנאים הספציפיים שמצפים למשתקם / מטופל

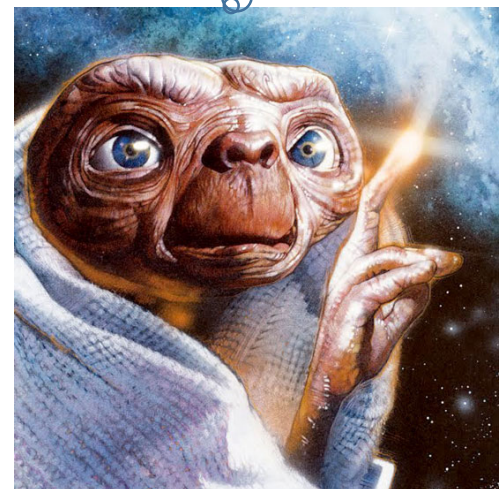


- סביבת החיים האישית כחלק מ"התיק הרפואי" העתידי של המשתקם

- טכנולוגיית מציאות מדומה ומציאות רבודה שמכינה את המשתקמים לחזרה לסביבת חייהם – אימוני

הסתגלות חדשניים שיפותחו בהיבט תפקוד.

- טכנולוגיה משמרת בבית המשתקם – על פי נתוני ההסתגלות שהתגבשו עוד בבית החולים.



# Sheba Rehabilitation Micro-cosmos

- מרחב מחייה שיקומי מלא

- דירה, סביבה, עבודה, נהיגה, פנאי, ספורט...

- בשילוב עם הסביבה / חדר חכם

- ניצול יכולות

- תרגול "אמיתי" במציאות מדומה

- פתרון חסמים

- BIG DATA

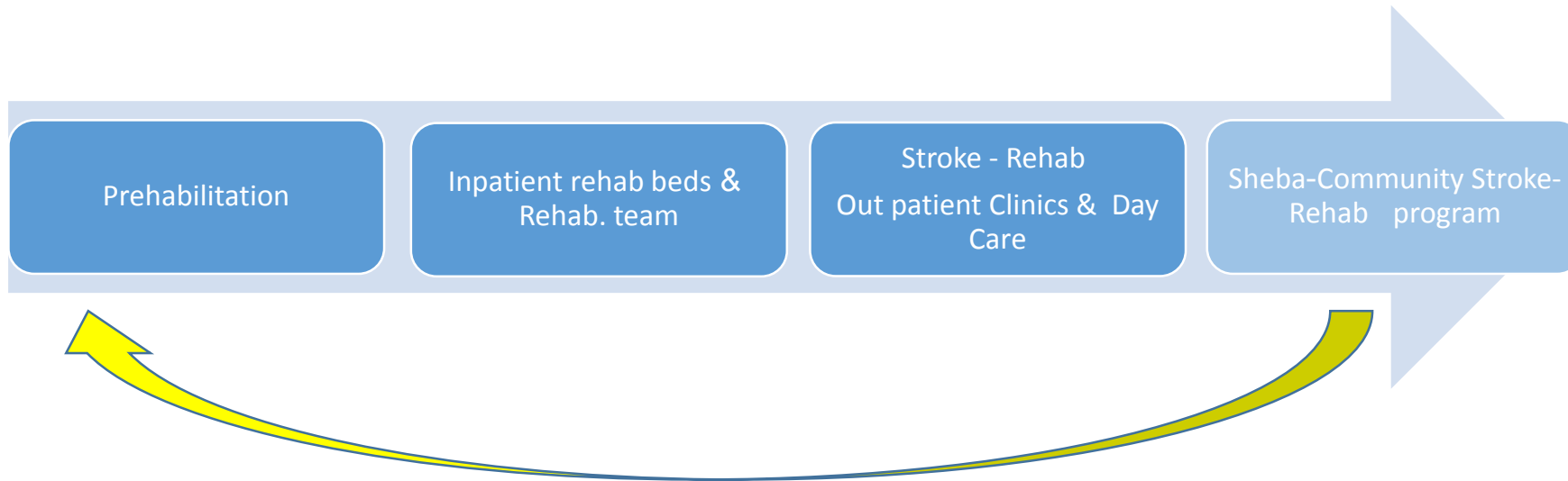
# לסיכום

- העומס על מערכת הבריאות יגדל

- חסמים יגדלו

- משאבים

- נגישות



- הפתרונות

- מיקוד מצוינות ומרכזי טיפול בבתי החולים

- העברת עיקר הטיפול השוטף לקהילה

- שימוש בטיפול מרחוק (טלה)

- טכנולוגיות מתקדמות