

תכנית לאומית למניעה וטיפול בסוכרת

ארגון הבריאות העולמי הכיר במחלת הסכרת כמגיפה של מאה 21 לאור השכיחות הגבוהה של המחלה בעולם כולו וגם במדינת ישראל וכן לאור הצפי לעלייה מתמשכת במדדי התחלואה והשפעתה על בריאות הפרט, משפחתו ועל מערכת הבריאות בכללותה.

מובאת לפניכם התוכנית הלאומית לסוכרת אשר נבנתה מתוך חזון של ראיית השלם מקצה לקצה. משלבי מניעת המחלה המהווה נדבך בתכנית "אפשרי בריא" של משרד הבריאות לקידום אורח חיים בריא ופעיל, הטיפול במחלה והתמודדות עם סיבוכיה. כל זאת, תוך קידום הנגשת מענה טיפולי שוויוני לטובת כלל הציבור בישראל.

אני מבקש להוקיר ולהביע הערכה עמוקה לכלל השותפים הרבים במלאכה, המועצה הלאומית לסכרת, לפרופ' ארנון אפק אשר קידם את התוכנית כבר בעת כהונתו כמנכ"ל משרד הבריאות וממשיך להובילה מטעם המשרד ולפרופ' איתמר רז' פורץ הדרך אשר מגשים חזון הלכה למעשה.

אין ספק כי מימוש התוכנית יהווה פריצת דרך של ממש ובשורה משמעותית לקידום טיפול הוליסטי וכולל לקידום בריאותם של אזרחי ישראל.

בברכה,
מר משה בר סימן טוב,
מנכ"ל

סוכרת היא בין המחלות הכרוניות השכיחות ביותר ומהווה נטל כבד על החולה ומשפחתו, כמו גם על מערכת הבריאות. המחלה הינה רב מערכתית וסיבוכיה כוללים פגיעה בלב, בעיניים, בכליות, בכלי הדם ועוד. שיעורי התחלואה בישראל בדומה למדינות מפותחות ומתפתחות בעולם, נמצאים בעלייה. נכון לשנת 2011, השיעור המתוקנן לגיל בישראל 7.6% (ל-100,000) נמצא מעט מעל הממוצע של מדינות ה-OECD (6.9% ל-100,000). בהנחה ששיעורי התחלואה בסוכרת ימשיכו לעלות, צפוי מספר החולים להגיע בשנת 2030 למעל מיליון מקרים. בהתאם לממצאי סקר הבריאות העולמי 2007-2010, 25.8% מחולים אלו יאושפזו ללילה אחד או יותר בשנה, בהשוואה ל-12.3% מקרב אלו ללא סוכרת.

משרד הבריאות רואה חשיבות עצומה למניעת מחלת הסוכרת וסיבוכיה. לצורך כך, פעל במספר מישורים:

- שיפור ניטור התחלואה על ידי הקמת רישום לאומי לסוכרת במרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד הבריאות בשנת 2014, והסדרת הדווח על טרום סוכרת, סוכרת וסיבוכיה על ידי קופות החולים וזאת כדי לאפשר תכנון שירותי בריאות ובניית תכניות למניעת המחלה וסיבוכיה באוכלוסייה.
- קידום תכנית לטיפול בחולים עם קדם-סוכרת באמצעות אג"ח חברתי.
- כתיבת תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת הסוכרת.

התכנית הלאומית המובאת להלן הינה תכנית כוללת ומקיפה המתייחסת לכל הרמות של מניעת המחלה והטיפול בסיבוכיה: ראשונית, באמצעות התכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא "אפשרי בריא", שניונית, באמצעות סטנדרטיזציה של ערכי ההמוגלובין מסוכרר ואיתור מוקדם של החולים וטיפול בהם, ושלישונית, באמצעות בטיפול מוקדם בחולים ובסיבוכי המחלה, שמירה על רצף הטיפול בין בתי החולים והקהילה, אבטחת איכות ורווחת החולים לאחר התקדמות הסיבוכים.

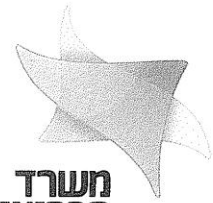
במקביל, שמה התכנית דגש על הנגשת טיפול שוויוני והוגן לצמצום פערים ובריאות באוכלוסיות השונות באמצעות הכשרה מותאמת תרבות של המטפלים.

אני עד למאמצים הרבים שהושקעו בכתיבת התכנית הלאומית להתמודדות עם סוכרת ומודה לפרופ' איתמר רז, יו"ר המועצה הלאומית לסוכרת, אשר מוביל את הנושא, ולכל מי שעשה ותרם לכתיבתה.

פרופ' ארנון אפק,

המשנה למנהל הכללי (בפועל)

www.health.gov.il



סגן שר הבריאות
Deputy Minister of Health

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

כ"א בסיון, התשע"ה
08/06/2015
מספרנו: 41968815
(במענה, ציין מספרנו)
תיק - שר (29) מועצות לאומיות

לכבוד
מכובדי הנעלה
פרופ' רז איתמר
יו"ר המועצה הלאומית לסוכרת

שלום רב,

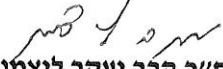
קיבלתי בשמחה את התכנית הלאומית למניעה וטיפול בסוכרת, ואני מודה לך על כך.

מחלת הסוכרת היא אתגר העומד לפתחי בידיעה כי מדובר בנושא בריאותי – חברתי הפוקד את כל המגזרים בכל הגילאים, בהתמודדות עם המחלה, שינוי אורח החיים, ובדרכי הטיפול.

אני מודה לפרופ' איתמר רז על הירתמותו לנושא, על ההשקעה הרבה בהכנת תכנית לאומית למניעה וטיפול במחלת הסוכרת.

אמשיך ואעמוד לצד כל יוזמה שתסייע ותיתן מענה לחולי הסוכרת ולבני משפחתם.

בכבוד רב,


ח"כ הרב יעקב ליצמן
סגן שר הבריאות

Deputy Minister of Health
Ministry of Health
P.O.B 1176 Jerusalem 9101002
Sar@moh.health.gov.il
Tel: 972-2-5081325, Fax: 972-2-5655993

סגן שר הבריאות
משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 9101002
sar@moh.health.gov.il
טל: 02-5081325, 079: 02-5655993

הקדמה

מחלת הסוכרת מהווה בעיה בריאותית חברתית ממדרגה ראשונה עקב שכיחותה ובשל הנטל הכבד שהיא מטילה על הפרט, על משפחתו, על מערכת הבריאות ועל מערכות חברתיות וכלכליות הנושקות למערכת הבריאות.

ארגון האומות המאוחדות הכיר בסוכרת כמגיפה של המאה ה-21. בשנים האחרונות עוקבים הארגון הבינלאומי לשיתוף פעולה ופיתוח כלכלי (OECD) וכן הפדרציה הבינלאומית לסוכרת אחרי היערכות המדינות השונות להתמודדות עם היקפי המחלה והשלכותיה.

דו"ח בנושא מניעה וטיפול בסוכרת שהוגש ב-2013 מטעם המועצה הלאומית לסוכרת למשרד הבריאות ול-OECD הדגים את הישגיה של מערכת הבריאות בתחום הסוכרת, אך יחד עם זאת חשף מספר נושאים בעלי חשיבות המטופלים בישראל באופן חלקי בלבד. דבר זה הביא את המועצה הלאומית לסוכרת למפות את כלל תחומי הפעולה הנדרשים בהתייחסות לכל היבטי המחלה.

בכל תחום מפורטים החסרים ומוצגת תוכנית פעולה המלווה במשאבים הדרושים כדי להוביל לפתרון מיטבי של החסרים. על מנת להקיף את ההיבטים השונים נערכו במהלך השנים 15-2014 מפגשים בני יום או יותר עם כל בעלי העניין בנושא, כולל נציגי משרד הבריאות והמועצה הלאומית לסוכרת, קופות החולים, בתי חולים, איגודים מקצועיים, אגודות חולי הסוכרת, אנשי מחקר ונציגי הביטוח הלאומי. כל אלו שולבו בדיונים ובכתיבה. התוכנית שהתגבשה משקפת עשייה רחבה בכל טווח המניעה והטיפול בסוכרת, הכוללת התייחסות ארגונית-מערכתית וכן סוגיות הנוגעות למימון השירותים.

מטרת התוכנית היא לכנס יוזמות ופעולות לשידרה אחת עם ליבה אסטרטגית ואופק ארוך טווח ולהבטיח שמגוון הפעולות אכן ייושם באופן מיטבי, ושהשירותים יגיעו לאוכלוסיות הזקוקות להם.

אנו מודים לרב יעקב ליצמן, שר הבריאות ולמר משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות, על תמיכתם המלאה בתוכנית זו ועל קידום ההכרה בכך שהסוכרת מהווה מגיפה המאיימת על בריאות הציבור.

תודה מיוחדת לפרופ' ארנון אפק, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, אשר ליווה התוכנית לאורך כל תהליך גיבושה וממשיך להקדיש לה תשומת לב אישית ושעות רבות.

בחודשים הקרובים נידרש להגדרת מפת הדרכים האופרטיבית ליישום כל אחד מתחומי הפעולה בתוכנית וכן לפיתוח מערך מעקב אחר יישום הפעולות תוך ליווי מדעי ותמיכה אקדמית.

פרופ' איתמר רז
יו"ר המועצה הלאומית לסוכרת
מרץ 2016

פרק 1. מניעה ראשונית

- 10-25 תכנית לאומית למניעה וטיפול בסוכרת - תמצית תחומי פעולה (טבלה)
- 26 מניעה באוכלוסיות בסיכון/בסיכון גבוה (טרומ סוכרת) ד"ר דרור דיקר
- 28 מניעה בקבוצות חברתיות שונות: החברה הערבית פרופ' נעים שחאדה, ד"ר בשארה בשאראת

פרק 2. סקירה ואבחון

- 29 מעקב אחר נשים עם סוכרת הריונית: הנחיות למעקב רפואי לאחר ההריון פרופ' אוריאל אלחלל

פרק 3. טיפול בחולי סוכרת

3.1 הנחיות בטיפול הקליני

- 31 תקנים ותמריצים - מומחים לטיפול בסוכרת ואנדוקרינולוגיה פרופ' אדי קרניאלי, פרופ' אבי קרסיק
- 32 ריבוד יעד מטרה HbA1c ד"ר אביבית כהן, פרופ' רן בליצר
- 33 איזון סוכרת באשפוז ד"ר אילנה הרמן בהם
- 34 הנחיות לרצף טיפולי בין האשפוז לקהילה ד"ר אילנה הרמן בהם
- 35 היפוגליקמיה: קווי הנחיה לזיהוי ולהתערבות מניעתית פרופ' מיכה רפפורט, ד"ר אילנה הרמן, ד"ר ג'ואל זינגר, ד"ר שלומית קורן, ד"ר דרור קנטרל, גילה לביא
- 36 כף רגל סוכרתית ד"ר אביבית כהן

3.2 טיפול מתקדם ומניעה שניונית

- 37 גילוי מוקדם וטיפול ברטינופתי סוכרתית
ד"ר עירית רוזנבלט
- 39 טיפול במחלת כליות סוכרתית ומניעת אובדן התפקוד הכלייתי
פרופ' יורם יגיל
- 40 מחלת לב כלילית בחולה הסוכרתי - שיפור האבחון והטיפול
פרופ' מוריס מוסרי
- 41 איזון אופטימלי של כל גורמי הסיכון להשגת הפחתה באירועי לב וכלי דם
פרופ' מוריס מוסרי
- 42 המוח הסוכרתי
פרופ' דוד טנה
- 43 מניעה וטיפול בכבד שומני
פרופ' רני אורן
- 44 טיפול בסוכרת באוכלוסיות מיוחדות: ילדים ונוער
פרופ' רם וייס
- 45 טיפול בסוכרת באוכלוסיה מבוגרת (גריאטריה)
ד"ר חוליו וינשטיין

3.3 טיפול באוכלוסיות מיוחדות

- 46 מערך לניטור וסינון תפקודים קוגניטיביים בגיל המבוגר
ד"ר טלי צוקרמן-יפה, רחל נטוביץ
- 47 התאמת שירותי הבריאות בתחום הסוכרת לצרכים הכלכליים, החברתיים והתרבותיים של קבוצות חברתיות שונות שלומית אבני, ד"ר אמה אברבוך
- 48 לקויות ונכויות הקשורות בסוכרת, בהיבטי הביטוח הלאומי בישראל
ד"ר ישי אוסטפלד, ד"ר מרק טרגין, ד"ר יהודה ששון, ד"ר מתי וקסלר, ד"ר דניאל ברש, ד"ר אולגה חילקביץ, ד"ר אמנון עמית, ד"ר אבירם וייס, גב' יעל גולן, פרופ צבי שטרן
- 49 נוהל מתן אישורי נהיגה לחולי סוכרת
פרופ' גיל ליבוביץ'

3.4 הסדרת זכויות, שירותים ואמצעים לטיפול

50 פרופ' יובל שחר, פרופ' איתמר רוז - מרפאה וירטואלית: מעקב מרחוק ותמיכה בחולים ובמטפלים בעזרת מחשב

פרק 4. תמיכה בטיפול עצמי והעצמת המטופל

51 גילה פיימן, מיכל לנגברג - סימון מזונות לסוכרתיים

52 ד"ר קרן הרשקופ, ד"ר ג'ואל זינגר, פרופ' אבי קרסיק - מחנך לסוכרת ולמחלות כרוניות

53 פרופ' נעים שחאדה, ד"ר עופרי מוסנזון - התמחויות בסוכרת ומטבוליזם במקצועות הבריאות - רופאים

54 ד"ר הילה פיגל - התמחויות בסוכרת במקצועות הבריאות: סיעוד

55 גילה פיימן, ד"ר רונית אנדוולט - התמחויות בסוכרת לדיאטנים

56 ד"ר איל שורצברג, מגר' אלי מרום - יעוץ רוקחי לחולי סוכרת מסוג 2

57 אילה פרג, מיכל עצמון - פעילות גופנית בטיפול בסוכרת

59 ד"ר משה משעלי - הכשרת צוותים רפואיים העוסקים במניעה וטיפול בסוכרת בהיבטים הפסיכולוגיים של המחלה וההתמודדות עימה

60 ד"ר יבגני מרזון, ד"ר אביבית גולן כהן, מרים שפיגלמן - העצמת הצוות המטפל

61 ד"ר אביבית כהן - שימוש באמצעים דיגיטליים לשיפור היענות וההתמדה בטיפול בסוכרת

פרק 5. מידע ממוחשב

- מדדי איכות בתחום הסוכרת והתסמונת המטבולית בקרב חולים מאושפדים
ד"ר עופרי מוסמזון.....62

- רשמים עבור טרום-סוכרת, סוכרת, ניתוחים בריאטרים בקרב חולי סוכרת וסוכרת בהריון
ד"ר ענבר צוקר, פרופ' תמי שוחט.....63

תכנית לאומית למניעה וטיפול בסוכרת

תמצית תחומי פעולה

פרק	נושא	מטרות/יעדים לטווח קצר	מטרות/יעדים לטווח ארוך	תמצית מתווה פעולה	משאבים נדרשים
1. מניעה ראשונית					
	קידום אורח חיים בריא בישראל רות זינשטיין ניבה מנור	בסוס מחדש של פעילויות התוכנית הלאומית "אפשריבריא" לחיים פעילים ובריאים	הרחבה והעמקה של פעילויות התוכנית והפיכתן למסגרת קבועה. דגש מרכזי יינתן בתכנית להעמקת המודעות בקהילה כולל תכניות מניעה שיפעלו בבתי ספר, מרכזים קהילתיים, מרפאות שכונתיות ועוד	<ul style="list-style-type: none"> ☐ בהתאם למתווה ותוכנית העבודה של "אפשריבריא" ☐ הכנת דף הסבר על טרום-סוכרת: הסיכון הנגזר והחשיבות שבטיפול ומניעה על ידי שינוי הרגלי חיים וניצוד יש ליישם שינוי זה ☐ הדף יופק אוטומטית לכל חולה שמערכות המחשוב זיהו כי הוא נכלל בקריטריון של קדם סוכרת ☐ הכנת דף סיכון והמדרת ערך סף בקרב אזרחי ישראל והמדרת ערך סף הסיכון ממנו יש לבצע בדיקת דם באום הפצת דף הסיכון באמצעי התקשורת ובמרפאות ☐ הפניה של מטופלים שלא יצליחו לשנות את ערכי הסוכר לאחר שינוי הרגלי חיים בתקופת זמן של 6-12 חודשי, לקבלת טיפול תרופתי 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ תיקצוב מחדש של מערך הפעלה והיישום בהתאם למפורט בתוכנית דגש תקצובי נדרש עבור רכזי בריאות האמנים על קידום אורח חיים בריא ברשויות המקומיות ☐ פיתוח מחשבי של האלגוריתמים ודף הסיכון ☐ הכשרת צוותים (מתנכי סוכרת, מדרכי פעילות גופנית, תזונאים) ☐ פרסום השתלבות במגנטים קיימים ☐ להפעלת מסגרות הדרכה (כגון מבחי תמיכה)
	מניעה באוכלוסיות בסיכון/סיכון גבוה (טרומ סוכרת) ד"ר דרור דיקר	איתור מטופלים שלהם טרום-סוכרת וביצוע פעולות הסברתיות למניעת התפתחות סוכרת	בניית מסגרות לטיפול בשינוי הרגלי חיים לנבדקים אשר יאותרו כטרומ-סוכרתיים	<ul style="list-style-type: none"> ☐ הקמת מרכז להתמודדות עם סוכרת הקשורה בהשמנה (Diabesity) שיעסוק: פיתוח תשתית אנושית מנהיגה מתוך מערכת הבריאות ומערכות חברתיות אחרות להובלת שינוי והטמעה של הקניית כלים והטמעה של התערבויות להובלת שינוי באוכלוסיה הכללית ובאוכלוסיה בסיכון גבוה לסוכרת ☐ מיפוי קבוצות סיכון לסוכרת. איתור הקבוצות וסיוע ביישום פעולות מקדמות בריאות ☐ השפעה על מדיניות הממשלה ☐ בסמסוד מזון בריא 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ עובדי בריאות מחוייבים לתוכנית ותקציבי פיתוח והפעלה למרכז ולהכשרת עובדים ואנשי מקצוע מתאימים
	מניעה בקרב קבוצות חברתיות: החברה הערבית פרופ' נעים שחאדה ד"ר בשארה בשארה	מיסוד מרכז למאבק בתופעת ההשמנה וסוכרת (Diabesity) בחברה הערבית	באוכלוסיה הערבית: <ul style="list-style-type: none"> ☐ צמצום מימדי השמנת היתר ☐ הפחתת גורמי סיכון קרדיזי-ווסקולריים ☐ שיפור האיזון המטבולי בחולי סוכרת ☐ הורדת שיעור הליקום בסוכרת ☐ הקטנת הנטל הכלכלי שכרוך בטיפול בחולי סוכרת 		

פרק	נושא	מטרות/יעדים לטווח קצר	מטרות/יעדים לטווח ארוך	תמצית מתווה פעולה	משאבים נדרשים
	<p>מניעה בקרב קבוצות חברתיות שונות: החברה האתיופית גב' שלומית אבני</p> <p>מניעה בקרב קבוצות חברתיות שונות: החברה האתיופית גב' שלומית אבני</p>	<p>תמרוץ קופות החולים להעמקת ההתערבותיות בתחום המניעה והטיפול בסוכרת בקרב יוצאי אתיופיה באמצעות פרסום מבחני תמיכה יעודיים לנושא ונגד מדדי תוצאה</p> <p>הנגשת מידע בתחום בריאות וקידום בריאות בשפה האמהרית ובאופן מותאם תרבותית</p>	<p>העמקת הפעילות בתחום קידום הבריאות בקהילה שמבצעת המחלקה לחינוך וקידום בריאות</p>	<p>ג'בוש ופרסום מבחני תמיכה לקראת שנת 2017</p> <p>העלאת לאוויר ושיווק אתר בנושא בריאות בשפה האמהרית (משדר הבריאות- טנא בריאות)</p>	<p>תקציבים הוקצו לטובת כך במסגרת החלטת ממשלה 609 לקידום השילוב של יוצאי אתיופיה בחברה הישראלית</p>
	<p>מניעת השמנה וסוכרת בילדים ונוער פרופ' רם ויוס פרופ' דן נמט</p>	<p>יישום ואכיפה של הוראות לחשיפה לוסג מזון שונים במערכת החינוך ובצה"ל</p> <p>הטמעת מניעה לשתיה מתוקה וסוכרים החל מגיל הנקטת הגברת פעילות גופנית מגיל הילדות ועד ההתבגרות</p>	<p>הורדת רמת ההשמנה בקרב ילדים בישראל ב-20% שיפור הבריאות המטבולית של ילדים בישראל</p>	<p>חינוך בכל חשיפה בסיפת חלב ורפואת ילדים להמנעות משתיה מתוקה וסוכרים פשוטים</p> <p>מניעת הגשה ומכירה של מזון לא חולים במערכת החינוך, גנים וצה"ל</p> <p>פעילות גופנית מוגברת וממוקדת מותאמת גיל במערכת החינוך</p>	<p>הנחיות ויח"צ במסגרת טיפת חלב יישום ואכיפה מוגברת של תקנות הגשה ומכירת מזון במערכת החינוך</p>
	<p>מניעת השמנה וסוכרת בילדים ונוער פרופ' רם ויוס פרופ' דן נמט</p>	<p>יישום ואכיפה של הוראות לחשיפה לוסג מזון שונים במערכת החינוך ובצה"ל</p> <p>הטמעת מניעה לשתיה מתוקה וסוכרים החל מגיל הנקטת הגברת פעילות גופנית מגיל הילדות ועד ההתבגרות</p>	<p>הורדת רמת ההשמנה בקרב ילדים בישראל ב-20% שיפור הבריאות המטבולית של ילדים בישראל</p>	<p>חינוך בכל חשיפה בסיפת חלב ורפואת ילדים להמנעות משתיה מתוקה וסוכרים פשוטים</p> <p>מניעת הגשה ומכירה של מזון לא חולים במערכת החינוך, גנים וצה"ל</p> <p>פעילות גופנית מוגברת וממוקדת מותאמת גיל במערכת החינוך</p>	<p>הנחיות ויח"צ במסגרת טיפת חלב יישום ואכיפה מוגברת של תקנות הגשה ומכירת מזון במערכת החינוך</p>
פרק 2. סקירה ואבחון					
	<p>סטנדרטיזציה בביצוע בדיקת HbA1c פרופ' מיכה רפפורט</p>	<p>הטמעה מלאה של הנחיות והמלצות משרד הבריאות בנוגע לבדיקת HbA1c.</p>	<p>הטמעה מלאה של הנחיות והמלצות משרד הבריאות לבדיקת HbA1c בכל חולה סוכרת שאושפז ואשר לא ביצע הבדיקה בחצי השנה שקדמה לאישפוז. ביולי 2011 פרסם חוזר ראש מינהל רפואה המפרט סטנדרטים למונחים. לשיטות המדידה ולעקבות. של בדיקת HbA1c. הפעולה לביצוע היא מעקב תקופתי אחר יישום והטמעה של ה"ל".</p>	<p>מינוי גורם אחראי במשרד הבריאות למעקב אחר יישום והטמעה</p>	<p>מינוי גורם אחראי במשרד הבריאות למעקב אחר יישום והטמעה</p>
	<p>מעקב אחר נשים עם סוכרת הריונית: למעקב רפואי לאחר ההריון לאחרי אריאל אלחלל</p>	<p>העברת מידע ושיטותיו בין רפואי נשים ובין רפואי המשפחה במעקב אחר נשים לפני ההריון, בהריון ולאחר הלידה</p>	<p>יצירת שיתופי פעולה בין רפואי הנשים לרפואי המשפחה ובין רפואי הילדים לרפואי הנשים</p> <p>מעקב מחקרי אחר תינוקות שנולדו לנשים עם סוכרת הריונית, שיבחון את יעילות הפעילות המופנית לאחר הלידה על מניעת סוכרת</p>	<p>איחוד התיק הרפואי שנמצא אצל רפואי נשים עם התיק אצל רפואי המשפחה ליצירת שיתוף מלא במידע ובהמלצות בזמן ההריון ובשחרור מביית החולים לאחר הלידה</p> <p>עידוד הנקה בקרב נשים עם סוכרת הריונית</p> <p>הפניה למעקב לידאתנית לשינוי אורח החיים ומעקב אחר המשקל</p> <p>סיוע במערכות המידע לשיפור המעקב באמצעות פרויקט מודי האיכות ויצירת התראות אלקטרוניות בתיק</p>	<p>הטמעת ההמלצות על ידי קופות החולים</p>

פרק	נושא	מטרות/יעדים לטווח קצר	מטרות/יעדים לטווח ארוך	תמצית מתווה פעולה	משאבים נדרשים
	הנחיות לרצף טיפולי בן אשפוז לקהילה ד"ר אילנה הרמן בהם	<ul style="list-style-type: none"> □ בניית פרוטוקולי שחרור לחולי סוכרת/מטופלים עם טרום סוכרת, חדשה/מטופלים עם טרום סוכרת, והטמעתם כחלק אינטגרלי של הפרוטוקול לטיפול בסוכרת באשפוז בכל מחלקות ביתי החולים והמוסדות האשפוזיים □ בניית פרוטוקול לקבלת ההמלצות בשחרור ולתאם המשך הטיפול בקהילה 	<ul style="list-style-type: none"> □ הכללת מרכיב השחרור ממדד איכות לפרוטוקול אשפוזי לחולי סוכרת ידועים וחדשים ואנשים עם טרום סוכרת 	<ul style="list-style-type: none"> □ הנחיית ביתי החולים בחוזר מנ"ל לפתח או לאמץ פרוטוקול שחרור כחלק מפרוטוקול מוסדי לאיזון סוכרת, לפעול להטמעתו ולבקר אותו. □ הטמעת הפרוטוקול במחלקות □ הכשרת אחיות מתאמות סוכרת □ בכול המחלקות והדרכת הצוות הסיעודי □ פיתוח מנגנון להדרכת רופאים □ לשימוש נכון בפרוטוקול השחרור ותיעודו □ ברשומה ובמכתב השחרור □ פיתוח מנגנון דיגיטלי מוסדי לקשר עם הצוות המטפל בקהילה ושייתפו בקרה על הליך השחרור, המשכיות הטיפול ותוצאותיו 	<ul style="list-style-type: none"> □ לחולי סוכרת מאושפזים □ תנן לאחות מתאמת סוכרת מוסדית או חטיבתית □ הכשרת מהאמות סוכרת מחלקתיות והדרכת אותם רפואיים ופארא-רפואיים לשימוש פרוטוקול השחרור והדרכת החולה טרם שחרורו □ תקציב להטמעה מחשבתית של פרוטוקול השחרור והעברתו לקהילה. □ המדרת מתאם סוכרת מרפאתי □ שיהיה אחרי לתאם המשך הטיפול בקהילה.
	היפוגליקמיה: קווי הנחיה לזיהוי והתערבות מניעתית פרופ' מילה רפפורט	<ul style="list-style-type: none"> □ הסכמה על האורך בקביעת מידת הסיכון להיפוגליקמיה כחלק בלתי נפרד מקביעת יעדי הטיפול בכל חולה סוכרתי, בכל פעם שמחליטים על מתן טיפול תרופתי העשוי לגרום להיפוגליקמיה ובמהלך המעקב אחריו. □ אימוץ בטיפול השוטף בחולי סוכרת של הנהלה שגובש על-ידי המועצה הלאומית לסוכרת להערכת הסיכון להיפוגליקמיה ולמניעתה 	<ul style="list-style-type: none"> □ הערכה של הנהלה וביצוע תיקונים בהגדרות ובהנחיות לפי האורך □ הכללה במדדי האיכות לטיפול בסוכרת בישראל 	<ul style="list-style-type: none"> □ הסכמה על הנהל שהמליץ על ידי ועדה מטעם המועצה הלאומית לסוכרת □ תגמול הנהל לחוזר מינהל רפואה של משרד הבריאות. □ הפצת הנהל בקופות החולים, בתי החולים ומוסדות אחרים בהם מטפלים בחולי סוכרת. □ הערכה אחת לתקופה של מידת יישום הנהל ותוצאות יישומו. 	
3.2 טיפול מתקדם ומניעה שניונית					
	הטיפול במרמי סיכון בחולי סוכרת פרופ' אהוד גרוסמן	<ul style="list-style-type: none"> □ פיקוח ותקצוב בניית רשם □ קבלת דו"ח מפורט מקופות החולים לגבי המרפאות השניוניות ומפוי מרפאות חסרות □ איתור בתי חולים אשר ראוי שיהיו בהם מחלקות ייעודיות לכף רגל סוכרתית □ מינוי ועדה אשר תערך את המצב בבתי החולים ותמדיר סטנדרט טיפולי מניעמלי ותקצוב חולים 	<ul style="list-style-type: none"> □ הקמת "פירמידה טיפולית" מלאה שתכלול מרכזים ראשוניים, שניוניים ושלישיניים □ פרסום והעלאת הנושא למודעות הציבורית ולמודעות הצוותים הרפואיים, כך שיינתן מענה בזמן הולם לכל מטופל 	<ul style="list-style-type: none"> □ איסוף נתונים לגבי שכיחות כף רגל סוכרתית ונתונים אמיינים לגבי מס' קטיעות בישראל □ מיפוי המרפאות השניוניות של קופות החולים ואיתור חסרים □ מיפוי מחלקות ייעודיות לכף רגל סוכרתית בבתי החולים והגדלת ואיתור חסרים □ אומדן הטכנולוגיות המרובות הקיימות בישראל לרפוי פצע ותחשיבי עלות תועלת 	<ul style="list-style-type: none"> □ משאבים להקמת רשם כף רגל סוכרתית □ משאבי המרפאות השניוניות □ הינם ממשאבי קופות החולים □ הקצאת משאבים לחולים □ הגדלת לצורך הקמת מחלקות משולבות של כף רגל סוכרתית □ מתן תמריצים לבתי חולים אשר עומדים בסטנדרט הטיפולי המדרש
	הטיפול במרמי סיכון בחולי סוכרת פרופ' אהוד גרוסמן	<ul style="list-style-type: none"> □ פיקוח ותקצוב בניית רשם □ קבלת דו"ח מפורט מקופות החולים לגבי המרפאות השניוניות ומפוי מרפאות חסרות □ איתור בתי חולים אשר ראוי שיהיו בהם מחלקות ייעודיות לכף רגל סוכרתית □ מינוי ועדה אשר תערך את המצב בבתי החולים ותמדיר סטנדרט טיפולי מניעמלי ותקצוב חולים 	<ul style="list-style-type: none"> □ הקמת מערך לאומי של בדיקות 	<ul style="list-style-type: none"> □ משאבים להקמת רשם כף רגל סוכרתית □ משאבי המרפאות השניוניות □ הינם ממשאבי קופות החולים □ הקצאת משאבים לחולים □ הגדלת לצורך הקמת מחלקות משולבות של כף רגל סוכרתית □ מתן תמריצים לבתי חולים אשר עומדים בסטנדרט הטיפולי המדרש 	<ul style="list-style-type: none"> □ לתוכנית הסקר:

פרק	נושא	מטרות/יעדים לטווח קצר	מטרות/יעדים לטווח ארוך	תמצית מתווה פעולה	משאבים נדרשים
	טיפול ברטינופתיה סוכרתית ד"ר עירית רוזנבלט	בדיקות סקר לרטינופתיה סוכרתית עם תחנות אזוריות קבועות וניידות	הליקים בעיוורון פיתוח מערך יעיל לטיפול ומעקב אחר חולי רטינופתיה סוכרתית	סקר לרטינופתיה סוכרתית פריסת מנשרי יעילות רשתית עם תחנות אזוריות קבועות וניידות הקמת מערך קליטת הנתונים ממערך המצלמות, פענוח ומתן מענה כתוב לרופא ולחולה הקמת מערך הפניית מקרים חריגים להמשך מעקב על ידי רופא עיניים ולא טיפול תכנון ועזרה ביישום של "מרפאת העיניים האופטימלית" להתמודדות עם הטיפולים הכרוניים, הממומשים והחוזרים	מצלמות (ניידות + ניידות) תוכנת פענוח ואיסוף נתונים צלמים רופאים מפענחים מערך פרוסום/תקשורת/יידוע מערך עיבוד, אסון ואחזר נתונים ליעול מערך הטיפול ומעקב של חולי רטינופתיה סוכרתית: יעוץ מקצועי - מהנדס ייצור וכד' משאבים ליישום ההמלצות (יבוא בחלקם מהקופות)
	טיפול במחלת כליות סוכרתית ומניעת אובדן התפקוד הכלילתי פרופ' יורם יגיל	גילוי זיהוי כל חולי הסוכרת עם פגיעה כלילית (מחלת כליות סוכרתית) מחלת טיפול מניעתית בכל חולי הסוכרת עם פגיעה כלילית	הפחתה בשיעור חולי הסוכרת המגיעים לאי ספיקת כליות סופגות והחזקתם לדיאליזה	התווית תכנית כלל ארצית לסריקת כל אולוסית חולי הסוכרת לגילוי פגיעה כלילית, והטמעתה התווית תכנית ארצית לטיפול בחולי סוכרת עם פגיעה כלילית, והטמעתה	יודרו בהמשך
	מחלת לב כלילית בחולה הסוכרת - שיפור האיבחון והטיפול מוריס מוסרי	קיצור הזמן החולף מרגע הופעת תסמינים של תסמונת כלילית חריפה (ובפרט אוטם) ועד לפנייה לעזרה רפואית	פעולות חינוך בקרב חולי הסוכרת בישראל להגברת מודעות לחסימי תסמונת כלילית חריפה	ועדה מקצועית שתכלול רופאים, אנשי חינוך, אנשי חינוך לבריאות, אפידמיולוגים ואנשי שיווק תדון בשאלות הבאות: האם חולי הסוכרת הם האולוסיה העדיפה לפעולת חינוך להגברת מודעות לתסמינים בחינת רעיונות חדשים להעברת מסרים למטופלים הקמת מרכז מידע שייעץ לחולים אודות תסמינים לפני פנייה לחדר מיון. המלצות הוועדה ייושמו בהתאם למסקנות.	
	איזון אופטימלי של כל גורמי הסיכון כולל דיסליפידמיה, יתר לחץ דם והפסקת עישון בכל חולי הסוכרת ובחולים עם תסמונת מטבולית ומצב של קדם-סוכרת	השגת ירידה מדידה באירועי לב וכלי דם באוכלוסייה המטופלת בהשוואה למצב היום		הקמת "מרכזי מניעה" אשר יטפלו בגורמי הסיכון לרשת של חולי הסוכרת וחולים אחרים. יצירת מערך נותן שירות שיכלול מנהל שירות (רופא מומחה לסוכרת), אחות אחראית ומזכירה. נתינת לריכוז המרפאות השונות זו בסמוך לזו, כאשר התשתית בכל מרכז רפואי תתבסס על המרפאות הקיימות בבית החולים	הקמת מערך נותן שירות המולל כח אדם מקצועי.

פרק	נושא	מטרות/יעדים לטווח קצר	מטרות/יעדים לטווח ארוך	תמצית מתווה פעולה	משאבים נדרשים
	המחנה הסוכרתי - ארגון הטיפול בשבץ מוח חד	<ul style="list-style-type: none"> זמינות מצנתר כלי-ידים מוחיים בכל ימות השנה בפריסה לאומית ומערכת גיבוי מוסדרת בתאום משרד הבריאות ומד"א הכשרת נירולוגים וסקולריים ומצנתרים מתחום מקצועות הנזיר (נירולוגים, נירורדיולוגים, נירורורוגים) ארגון, תקנון ותקצוב מרכזי שבץ ראשוניים ומרכזי-על בפריסה לאומית 	הפקת לקחים והרחבת המודל למספר מרפאות רב-תחומיות דומות בפיזור ארצי	<ul style="list-style-type: none"> מרכזי שבץ ראשוניים (בתם ניתן לטפל במהירות בתרומבוליזה במתן לווריד) ומרכזי-על לשבץ מוח אשר כוללים יחידת שבץ, יחידת צנתורים וצוות רב מקצועי הכולל נירולוגיה וסקולרית, מצנתרי מוח, נירורורוגים וצוות סיעודי ופארא-רפואי מיומן עפ"י תקנון מתאים פיזור מרכזי העל לשבץ ומוח האדם והתשתיות הנדרשות ייקבעו עפ"י סטנדרטים מקצועיים של האיגוד הנירולוגי בתאום עם הגורמים המקצועיים הרלוונטיים 	<ul style="list-style-type: none"> מרפאה רב-תחומית למניעת מחלות כלי הדם- מוח אדם רפואי נוסף (מומחים בניירולוגיה וסקולרית, בקוגניציה ובקרדיולוגיה) מערכת אולטרסאונד-דופלר חדשה (הכוללת דימות בתלת-מימד) ודופלר דרך האולמלת (TCD) אפשרות הפניה לבידיקות תהודה מגנטית של הראש, עפ"י קריטריונים שיקבעו.
	המחנה הסוכרתי - המחלות כלי הדם של המחנה בקרב חולי סוכרת	הקמת מרפאה רב-תחומית למניעת מחלות כלי הדם בקרב חולי סוכרת	הקמת מרפאה רב-תחומית דומות	<ul style="list-style-type: none"> הקמת צוות ייעודי שילכילול הפטולוג, דיאטטינית ואיש שווק הפצה ושיווק של הנושא בכל הרמות, הטמעת הנושא במרפאות הסוכרת ופיתוח מרפאות יעודיות הקמת מאגר נתונים מקצועי ביצוע מחקר קליני 	<ul style="list-style-type: none"> פיברוסקאן להערכת צלקת בכבד מכשור להערכת תפקוד האנדוטל, אי-סביליות לסוכרת, עובי העורק התרדמני מערכת מחשוב עם תכנת מאגר נתונים מתקדמת מערך יחסי ציבור להעלאת המודעות לנושא במסגרות ובמדיות שונות
	המחנה הסוכרתי - המחלות כלי הדם של המחנה בקרב חולי סוכרת	הקמת מרפאה רב-תחומית למניעת מחלות כלי הדם בקרב חולי סוכרת	הקמת מרפאה רב-תחומית דומות	<ul style="list-style-type: none"> הקמת צוות ייעודי שילכילול הפטולוג, דיאטטינית ואיש שווק הפצה ושיווק של הנושא בכל הרמות, הטמעת הנושא במרפאות הסוכרת ופיתוח מרפאות יעודיות הקמת מאגר נתונים מקצועי ביצוע מחקר קליני 	<ul style="list-style-type: none"> פיברוסקאן להערכת צלקת בכבד מכשור להערכת תפקוד האנדוטל, אי-סביליות לסוכרת, עובי העורק התרדמני מערכת מחשוב עם תכנת מאגר נתונים מתקדמת מערך יחסי ציבור להעלאת המודעות לנושא במסגרות ובמדיות שונות

3.3 טיפול באוכלוסיות מיוחדות

פרק	נושא	מטרות/יעדים לטווח קצר	מטרות/יעדים לטווח ארוך	תמצית מתווה פעולה	משאבים נדרשים
	מיוחדות: ילדים ונוער פרופ' רם וייס	<ul style="list-style-type: none"> בקרטיריונים הבאים: <ul style="list-style-type: none"> מעקב רציף במרפאה מתאמה בתדירות סבירה תיעוד המוגלבוין מסוכרר עמידה ביעדי האיזון ניטור ומעקב אחר סיבוכים ומחלות נלוות בדיקות HbA1c קפילריות כחלק מהסטנדרט הטיפולי 	מומחה במחלה.	<ul style="list-style-type: none"> קופות החולים השונות התמקדות בחולים אשר לא נמצאים במעקב הולם ובאלי שלא משיגים את יעדי האיזון אימוץ נייר עמדה שנכתב ע"י נציגי המועצה הלאומית לסוכרת ואשר מגדיר את הרכב וגודל צוות המרפאה, מבנה וציד נדרשים, שעות פעילות מומלצות ומשך זמן כל ביקור 	<ul style="list-style-type: none"> רופא, אחות, דיאטנית ועובדת סוציאלית) שעות פסיכיאטר ייעודי לאבחון והערכת דיכאון ותחלואה נפשית נוספת הבטחת סטנדרט אחיד של מבנה מרפאה ומערכת מחשוב ותכונות לפריקת נתונים של כל הסכנולוגיות הקיימות. מכשיר לבדיקת HbA1c קפילר ניסוי תקציבי לשרות נוגנת אנדוקרינית (24 שעות) למטופלים
	מרפאות סוכרת מסוג 1 למבוגרים פרופ' משה פיליפ	<ul style="list-style-type: none"> פיתוח מערך לטיפול קבוצתי שמהותו חינך לעצמאות הקמת מרכזים יעודיים לטיפול בסוכרת מסוג 1 גם לגיל המבוגר 	טיפול של כל חולי סוכרת מסוג 1 בישראל במסגרת מרפאה יעודית	<ul style="list-style-type: none"> אימוץ נייר עמדה שנכתב ע"י נציגי המועצה הלאומית לסוכרת ואשר מגדיר את הרכב וגודל צוות המרפאה, מבנה וציד נדרשים, שעות פעילות מומלצות ומשך זמן כל ביקור 	<ul style="list-style-type: none"> תקנים לצוות רב מקצועי כולל שעות פסיכיאטר ייעודי קביעת התחייבות כספית הולמת שיתוף על ידי קופות החולים עבור בירור ומעקב רב מקצועי בו יהיו נוכחים רופא, אחות, דיאטנית ועובדת סוציאלית
	טיפול בסוכרת באוכלוסייה מבוגרת (גריאטריה) פרופ' חוליו וינשטיין	<ul style="list-style-type: none"> הפעלת תכנית פיילוט לבדיקת התכנות במספר מצומצם של מרפאות בכל קופת חולים ובמרכז ארצי לטיפול ומקר מחלת הסוכרת בגיל המבוגר 	<ul style="list-style-type: none"> הפעלת התכנית בפריסה ארצית במרפאות הקופה בקהילה הקמה של מספר מרכזים שיוניונים להערכה מורחבת ולטיפול הפעלת תכניות לטיפול קוגניטיבי ריכוז מערך ההדרכה והמעקב במרכז אס 	<ul style="list-style-type: none"> זיהוי בעלי הסיכון הגבוה להתפתחות דמנציה מבין חולי סוכרת מעל גיל 60 יינתנו המלצות למטופל ולמרפאה הראשונית ויערך מעקב אחר יישומו מטופלים בעלי קשיים קוגניטיביים משמעותיים יוכלו להשתתף בקבוצה לטיפול ושיקום קוגניטיבי אותרים ראשוניים קבלו הדרכה בנושאים קוגניטיביים פיילוט ילווה בהערכה 	<ul style="list-style-type: none"> תקציב להפעלה ויישום התוכנית וההערכה, בעיקר מימון של כוח אדם: רופא, מתאם, נירופסיכולוג, אחות, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק ודיאטן
	התאמת שירותי הבריאות לנכים הסוכרת לזרעים, הכלכליים, החברתיים והתרבותיים של	<ul style="list-style-type: none"> שילוב משותף רקע חברתיים-כלכליים בפרסומים ובמחקר אודות סוכרת הכשרות של מטפלים וסטודנטים בנושא אי-שוויון בבריאות, כשירות תרבותית, אוריינות ועוני 	<ul style="list-style-type: none"> התאמה מחדש של מבנה ותוכן השירותים באופן המותאם למפת התחלואה החברתית, כולל הארכת אורך המפגש הטיפולי, והפחתת עומס העבודה בהתאם פיתוח הנחיות מנהליות 	<ul style="list-style-type: none"> מיוני צוות משימה שעסקן בפינתו ה- care Standard לסיגמור, תמיכה ולטיפול באוכלוסיות בסיוע על רקע חברתי-כלכלי שילוב ההמלצות בתוכניות העבודה של משרד הבריאות 	<ul style="list-style-type: none"> תמיכה בקופה"ח (כ-60 מלש"ח לשנים 2017-2019) הפחתת השתתפות עצמית (כ-70 מלש"ח) גיוס, הכשרה והעסקה של כוח אדם נוסף או חדש

משאבים נדרשים	תמצית מתווה פעולה	מטרות/יעדים לטווח ארוך	מטרות/יעדים לטווח קצר	נושא	פרק
<ul style="list-style-type: none"> ☐ שעות עבודה של כוח אדם ק"יים לשים תכנון לטובת התאמת השירותים 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ פיתוח כלים שישימשו ליישום היעדים לרבות: <ul style="list-style-type: none"> ○ צוות פרסום ומידע (בהובלת המרכז לבקרת מחלות ורשם אי-שוויון של משרד הבריאות במכון גרטנר) ○ צוות פיתוח הנוחיות וחומרים מקצועיים ○ אות יצירת תמריצים ○ צוות שיתוף מבוטחים, קהילה ועסקים ○ צוות קידום בריאות ורפואה ראשונית ○ צוות רגולציה (בהובלת משרד הבריאות) 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ וקליניות מותאמות למצבים חברתיים-כלכליים מורכבים שילוב אנשי צוות נוספים או שינוי בהגדרות התפקיד של הקיימג'יס אקטיבי של מטפלים ועובדים מקובצות חברתיות ממונות והתאמת כוח האדם והתשתיות הפיזיות לאופי התרבותי ולצרכים הלשוניים של המטופלים ☐ חיזוק פעולות בתחום המניעה וקידום הבריאות באופן המתאם למפת התחלואה החברתית ☐ חבנייה והעמקה של שיתופי הפעולה הבי-מגזריים ובי-משרדיים ☐ פיתוח מנגנונים לשיתוף מבוטחים בעיצוב מדיניות והתערבויות 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ הנמכת תקרת ההשתתפות ויצירת תקרה משפחתית מדורגת על תרופות בסל לחולים כרוניים ☐ בקיורים יזומים וארוכים יותר לחולים בסיכון על רקע מצב חברתי-כלכלי ☐ שילוב מרכיבים של תמיכה וחזוק רשתות חברתיות וטיפול בדיכאון ובמתח במפגש עם הרופא הראשוני ובקובצות התערבות ☐ פיקוח על מחירים של מזונות בריאים והנגשת מחירים לחיים בעוני ☐ העמקת העבודה הקהילתית עם מבוטחים, מנהיגים ועסקים ☐ מבחני תמיכה בקופ"ח נגד הוכחות בצמצום פערים במדדי תוצאה 	<p>קבוצות חברתיות שונות שלומית אבני ד"ר אמה אברבור</p>	
			<p>הנשא זה יוגדר בהמשך</p>	<p>איתור, מניעה וטיפול בסוכרת בקרב המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים ובקרב נפגעי נפש בדיוור מוגן הוסטלים, מפעלי תעסוקה פאינה צד'יקוב</p>	
3.4 הסדרת זכויות, שירותים ואמצעים לטיפול					
<p>שיתוף פעולה בין המוסד לביטוח לאומי ומורמים שונים במערכת הבריאות בעיקר בהיבטי מסד הנתונים, משאבי חוקרים ותקציבי מחקר, לישים ביצוע מחקר ייעודי בנושא נכות וסוכרת</p>	<p>השלמת עדכון ספר הליקויים הקיימים, טיוב אופן הגשת התביעות השונות לביטוח הלאומי בנושא סוכרת, הרחבת הפעולות למיצוי זכויות ועידוד מחקר מדעי בנושאי "קשר סיבתי" ונכות הקשורים בסוכרת.</p>	<p>גיבוש תפיסה מודרנית להערכת נכות ונושר עבודה לחולים בסוכרת, באופן שיעודד טיפול ושיקום ושותפות במאמץ הלאומי למיניעת התחלואה בסוכרת</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ השלמת עדכון ספר הליקויים במתכונתו הנוכחית בתחום סיבתי הסוכרת ☐ פישוט שיטת ההערכה בוועדות השונות בביטוח הלאומי ופעולות אקטיביות למיצוי זכויות הליקים ☐ בסוכרת, בהתאם לגמלאות השונות הפצת דף עזר לרופאים ולחולים למילוי תביעה בגין סוכרת ☐ עידוד מחקר במשא קשר סיבתי בין נכויות וסוכרת, לצורך גיבוש מדיניות נכויות וקצבאות בתחומי מחלוקת 	<p>לקיזיות ונכויות הקשורות בסוכרת, בהיבטי הביטוח הלאומי בישראל ד"ר ישי אוסטפלד</p>	

מטרת/יעדים לטווח ארוך	תמצית מתווה פעולה	מטרת/יעדים לטווח קצר	נושא	פרק	
<p>פרסום והדרכת הקהיל הרחב לגבי הכרה ושימוש בסימון התזונתי</p>	<p>התוכנית תתבצע במקביל: <input type="checkbox"/> בציר מקצועי הכולל מסלול הכשרה אחיד, ארגון מקצועי, מעקב אחר ההכשרות <input type="checkbox"/> בציר רגולטורי הכולל הכרה והסמכה של משרד הבריאות לתפקיד מתוך לסוכרת והטמעת התפקיד במערכת הבריאות</p>	<p>הרחבת החינוך הטיפולי, ליטפול במחלות כרוניות נוספות <input type="checkbox"/> שילוב החינוך הטיפולי כחלק בלתי נפרד של טיפול במחלות כרוניות במרפאות מקצועיות בבית חולים ובקהילה <input type="checkbox"/> שילוב קורס לחינוך טיפולי בלמודי הליבה בכל מקצועות הבריאות <input type="checkbox"/> יצירת מקומות עבודה למחנכי סוכרת עם הגדלה של כ-15% כל שנה וברחמים להגדלת אוכלוסיית חולים הסוכרת <input type="checkbox"/> בניית מערכת בתיק הממוחשב של החולה למעקב פעילות של מחנכי סוכרת ומחלות כרוניות <input type="checkbox"/> בנייה ופיתוח של כליס חינוכיים והדרכתיים עבור מטפלים ומטופלים</p>	<p>מיסוד והכרה בישראל של תפקיד מתוך לסוכרת <input type="checkbox"/> הסמכת אנשי מקצוע וותיקים ומנוסים שיהיו אבות החתום <input type="checkbox"/> הקמת תכנית הכשרה אחידה למחנכי הסוכרת בארץ <input type="checkbox"/> הגדלת מספר החברים בארגון המקצועי לחינוך טיפולי בישראל <input type="checkbox"/> יצירת מקומות עבודה למחנכי סוכרת</p>	<p>מתוך לסוכרת ולמחלות כרוניות ד"ר קרן הרשקופ ד"ר ג'ואל זינגר פרופ' אבי קרסיק</p>	
<p>מיון תהליך ההסמכה הכולל הכשרה ובהינה (עיונית ומעשית) <input type="checkbox"/> הכרה של משרד הבריאות בתפקיד הסמכה על מודלים להטמעת התפקיד</p>	<p>צוות מוביל לבניית ויישום תכניות ההכשרה <input type="checkbox"/> מרכזים מתאימים למתן ההכשרה הדרושה <input type="checkbox"/> תקצוב למימון עבודת הצוות המקצועי האחראי על התכניות והשתתפות בעלות המרצים והמדריכים</p>	<p>טיוב הטיפול בחולי הסוכרת ובמיוחד בחולים עם משר מחלה קצר בקהילה, דבר אשר יבוא לידי ביטוי באמצעות הפחתת נטל התחלואה הגרמת על ידי סוכרת בארץ</p>	<p>הכשרת כ-50 פנאים פנימיים והפאי משפחה בשנה למתן ייעוץ וטיפול מיטבי בחולי סוכרת ותסמונת מטבולית</p>	<p>התמחויות בסוכרת ומטבוליזם במקצועות הבריאות: רופאים פרופ' נעים שחאדה ד"ר עופרי מוסיונון</p>	
<p>מטרת/יעדים לטווח ארוך</p>	<p>בניית שתי תוכניות והתמחות/הכשרה בתחום הסוכרת והמטבוליזם: 1. תוכנית התמחות של שבוע מלא במשך שנה אחת. 2. תוכנית השתלמות של יום וחצי במשך שנה וחצי לתומחים שילמדו במקביל להמשיך עבודה סדירה.</p>	<p>הכשרת כ-50 פנאים פנימיים והפאי משפחה בשנה למתן ייעוץ וטיפול מיטבי בחולי סוכרת ותסמונת מטבולית</p>	<p>התמחויות בסוכרת ומטבוליזם במקצועות הבריאות: רופאים פרופ' נעים שחאדה ד"ר עופרי מוסיונון</p>		

משאבים נדרשים	תמצית מתווה פעולה	מטרות/יעדים לטווח ארוך	מטרות/יעדים לטווח קצר	נושא	פרק
<p>מימון תהליך ההסמכה לרבות תוכנית הלמודים ובחינת רישוי מידי שנה</p>	<p>התכנית מובלת על ידי מנהל הסייעוד במשרד הבריאות בליווי וייעוץ של ועדת מומחים בתחום הסוכרת (רופאים ואחיות) נקבעו סמכויות המומחיות, הגדרת התפקיד והפרופיל המקצועי</p> <ol style="list-style-type: none"> הגדרה תוכנית הלימודים המחייבת פתיחת תוכנית הכשרה לאחות המומחיות. התוכנית נמשכת כשנה. הפעלת בחינת רישוי בשני שלבים (בכתב ובע"פ) ליווי הטמעת המומחיות בשטח במחקר מעקב עד כה הוסמו 20 אחיות מומחיות בתחום הסוכרת, לאבות" התחום. 	<p>שילוב אחיות מומחיות בתחום הסוכרת והעסקתן במתארים מתאימים באשפוז ובקהילה</p>	<p>פתיחת קורס ייעודי להכשרת והסמכת אחיות מומחיות בתחום סוכרת (עם רישוי ממשלתי)</p>	<p>התמחות בסוכרת במקצועות הבריאות: סיעוד ד"ר הילה פיגל</p>	
<p>כיום עלות הקורס משולמת על ידי הסטודנטים או מקומות העבודה. מומלץ לשקול תגמול ייעודי במן המומחיות.</p>	<p>תכנית ההתמחות המיועדת לדיאטנים קליניים בעלי רישיון משרד הבריאות, שתמלך לאחר שנתיים של ניסיון בעבודה. בתום ההתמחות יתקיים מבחן ארצי. המומחים ידרשו לעבור מבחן רענון כל כמה שנים.</p>	<p>הקמת פורום דיאטנים לסוכרת עורכון ידע בקרת עמיתים הקניית ידע תזונתי לכלל האזות המטפל שימוש בקווים מנחים מבוססי ראיות</p>	<p>תכנון מסלול הכשרה, תכנית הלימודים וההתנסות הקלינית המשקרות עם מרכז אקדמי הסמכת "אבות התחום"</p>	<p>התמחויות בסוכרת במקצועות הבריאות: דיאטנים גב גילה פיגל ד"ר רינית ארדולט</p>	
<p>מימון ותקציב תכניות הכשרה מגבור תקני כח אדם בקופו</p>	<p>הגברת ידע והכשרות ליע"ס בגישות טיפוליות המותאמות להתמודדות עם קשיי היענות לטיפול. הטמעת הנחיות קליניות לעובדים סוציאליים בטיפול בחולי סוכרת במכוני הסוכרת ובמרפאות הקהילה.</p>	<p>בניית פורום של עו"ס לסוכרת הטמעה לשימוש בפרוטוקול טיפולי. ביצוע מחקרים להערכת התערבות ולהעמקת הידע הביטויים הפסיכוסוציאליים בטיפול בסוכרת</p>	<p>תכנון מסלול הכשרה לצוותי עו"ס לטיפול בחולי סוכרת ובני משפחתם. בניית הנחיות קליניות לטיפול בחולי סוכרת בניית פרוטוקול טיפולי לבעיות חלוציות הטמעת תפקיד העו"ס בקרב הצוות חרב מקצועי</p>	<p>חיזוק והעצמת תחום העבודה הסוציאלית בטיפול בסוכרת מלכה פרג ד"ר לזה כנעני רקפת שרמן אלישע</p>	
	<p>הגדרת קבוצות חולים מתאימים ליעוץ רוקחי ועבודה משותפת עם קופות חולים למיסוד יעוץ רוקחי במתקני הקופה פנייה לבתי ספר לרוקחות ולמוסדות/גופים אחרים מתאימים לפיתוח תכניות הכשרה פנייה למשרד האוצר לקביעת מבחני תמיכה לרוקחים מלווים בבתי מרקחת</p>	<p>הטמעת יעוץ רוקחי בנושא שימוש מושכל בתרופות לפחות אחת לשנה הטמעת ביצוע בדיקות מעקב תקופתיות (גלוקוז מסוכרר, בדיקת רגליים) בבתי מרקחות מרקחת חוקח מלווה ובית מרקחת מלווה למטופל הכשרת רוקחים בנושא התמחות בסוכרת</p>	<p>הטמעת יעוץ רוקחי יזום בנושא שימוש מושכל בתרופות לחולי סוכרת המטופלים במספר רב של תרופות העצמת רוקחים מובילים במינעיה ובטיפול בסוכרת</p>	<p>יעוץ רוקחי לחולי סוכרת סוג 2 ד"ר איל שורצברג מג"ר אלי מרחם</p>	
<p>עלות השתלמויות ייעודיות תגבור תקני כוח אדם בקופות החולים</p>	<p>שילוב פיזיותרפיסטים ינועצים לפעילות גופנית בכל תכניות לקידום סוכרת בבתי חולים ובקהילה הגברת הידע והמיומנויות של</p>	<p>הקמת פורום פיזיותרפיסטים לסוכרת ביצוע מחקרים כתרומה לאוף הידע המקצועי</p>	<p>מיפוי מצב קיים - שילוב פיזיותרפיסטים בתכניות לחולי סוכרת, לפי קופות חולים הטמעה של תכניות אימון כחלק</p>	<p>התאמת תכנית פעילות גופנית וייעוץ לשילוב פעילות גופנית</p>	

פרק	נושא	מטרות/יעדים לטווח קצר	מטרות/יעדים לטווח ארוך	תמצית מרתוו פעולה	משאבים נדרשים
	אילה פרג מיכל עצמון	בלתי נפרד מכל תכנית לקידום בריאות של חולי סוכרת המדרת מסלול ההכשרה ייעודית עם דגש על מימוננות להגברת היענות	עיצוב מחדש של מסלול הטיפול אומ עובר המטופל במחלת הסוכרת לצורך שיפור איכות הטיפול והיענותו אליו	<ul style="list-style-type: none"> כינס ועדה בראשות המועצה הלאומית לסוכרת בה שותפות קופות החולים, להגדרת מדד אחיד להיענות לטיפול ולקביעת סטנדרד להצגת נתוני היענות פרסום קול קורא לשיתוף בהתערבויות מצלחות (Best practices) לטיפול היענות סקירת מגמות בתחום פיתוחים תמיכים לשיפור היענות מטופלים לטיפול 	<ul style="list-style-type: none"> פיתוח מערכת ממוחשבת לריכוז התערבויות אפקטיביות לשיפור היענות לטיפול, שתשמש את כל העוסקים בתחום- לשיתוף וללמידה
	שיפור היענות לטיפול ד"ר אורלי טמיר פרופ' רן בליצר	<ul style="list-style-type: none"> קביעת סטנדרדים להצגת נתוני היענות לטיפול תרופתי בישראל יצירת מאגר לאומי של התערבויות אפקטיביות לשיפור היענות לתרופות שימוש בכלים טכנולוגיים מתקדמים ככל שיהיו זמינים, כדי לקדם את הקשר הטיפולי מרחוק ואת התמיכה הפסיכולוגית השוטפת בקבלת החלטות בטיפול 	<ul style="list-style-type: none"> עיצוב מחדש של מסלול הטיפול 	<ul style="list-style-type: none"> הטמעה באמצעות מידם עוצמה ובשיתוף קופות החולים ובתי חולים. ליווי בהערכה מעצבת הטמעה בתוכניות העבודה השוטפות של קופות החולים, בתי החולים ואירגוני בריאות אחרים 	<ul style="list-style-type: none"> מימון פיתוח והפקה של ספר הדרכה מודפס ומצולם וביסוס כלי הדרכה וההערכה מימון הכשרת מדריכים להעצמת האות מתוך קופות החולים
	הכשרת צוותים רפואיים בהיבטים הפסיכולוגיים של סוכרת והתמודדות עם המחלה ד"ר משה משעלי	<ul style="list-style-type: none"> העצמת האות המטפל כתיבת תורה המבוססת על תיאוריות ומחקר עדכני הקמת מערך הדרכה לסגלי רפואה הנותן מענה לבעיות הקשורות בהיענות לטיפול 	<ul style="list-style-type: none"> שיפור המוטיבציה ומוניעת שחיקה של האות המטפל יחד עם שיפור היענות וההצמדות לטיפול של חולי הסוכרת במרפאות הראשוניות בקהילה 	<ul style="list-style-type: none"> פיתוח מסגרת הכשרה מוסדרת לצוותים המטפלים בסוכרת הטמעת מודל לגיחול חולי הסוכרת במישה יוזמת ורב מקצועית, במסגרות זמן מוגנות ובגיחול וליווי של אחראי תחום ליווי מחקר של ההטמעה והפעלה במטרה לזהות את העזרים והחסמים להצמדות האות למודל מיניו והכשרה של מנהלי תחום מחוזיים שיעסקו בהטמעה, תמיכה, שימור וברכה של התהליך 	
	תמיכה בטיפול עצמי והעצמת המטופל ד"ר בגי מרזון ד"ר איביבת גולן כהן גב מרים שפיגלמן	<ul style="list-style-type: none"> פיתוח מודל שיכשיר את האות הראשוני במרפאות הקהילה לעבודה במודל רב-מקצועי, יזם ובר קיימא 	<ul style="list-style-type: none"> יצירת שיתוף פעולה עם יזמים פרטיים מפתחי האפליקציות לבין משרד הבריאות וקופות החולים בניית מנגנונים אשר יעודדו יזמים וחברות ישראליות לפתח אפליקציות "יכול לבן" 	<ul style="list-style-type: none"> פיתוח פעולה עם המועצה הלאומית לסוכרת כדי להבין את מקומו של האפליקציות בתחום הסוכרת בכלל אפליקציות הבריאות הקיימות בישראל מפגשים עם נציגי קופות החולים כדי להבין את החסרים הקיימים ופתיחת השוק לזמנות טכנולוגיות איכותיות תחרותיות 	<ul style="list-style-type: none"> עידוד השקעה של משאבי פיתוח ע"י יזמים מקומיים
	שימוש באמצעים דיגיטליים לשיפור היענות וההתמודדה בטיפול בסוכרת ד"ר איביבת כהן	<ul style="list-style-type: none"> מיפוי האפליקציות הקיימות בישראל המיועדות לחולי סוכרת או למניעת סוכרת מיפוי החסרים בתחום המדרת קריטריונים לקבלה של "אישור משרד הבריאות" עבור האפליקציה המדרת מנגנוני הגנה ושמירה על סודיות מידע המדרשים מאפליקציה המדרת רחבה של תכנים "מותרים" ו"אסורים" באפליקציה 	<ul style="list-style-type: none"> יצירת שיתוף פעולה בין יזמים פרטיים מפתחי האפליקציות לבין משרד הבריאות וקופות החולים בניית מנגנונים אשר יעודדו יזמים וחברות ישראליות לפתח אפליקציות "יכול לבן" 	<ul style="list-style-type: none"> פיתוח פעולה עם המועצה הלאומית לסוכרת כדי להבין את מקומו של האפליקציות בתחום הסוכרת בכלל אפליקציות הבריאות הקיימות בישראל מפגשים עם נציגי קופות החולים כדי להבין את החסרים הקיימים ופתיחת השוק לזמנות טכנולוגיות איכותיות תחרותיות 	

פרק	נושא	מטרות/יעדים לטווח קצר	מטרות/יעדים לטווח ארוך	תמצית מתווה פעולה	משאבים נדרשים
פרק 5. מידע ממוחשב	<p>מדדי איכות באשפוז ד"ר עופרי מוסינר</p>	<p>קביעת מדדי איכות לביצוע בבתי החולים הכלליים (תוך התייחסות למחלקות שונות (פנימיות לעומת כירורגיות, כלליות לעומת יחידות טיפול נמרץ וכד'), בבתי החולים הפסיכיאטריים ובבתי החולים הרגירטריים.</p> <p>הטמעה הדרגתית של המדדים תוך מעקב אחר ביצועם</p>	<p>שיפור בתחלואה ותמותה הנובעת מסוכרת באמצעות הבטחת טיפול ורצף טיפולי טוב יותר בין הקהילה לבין בתי החולים</p>	<p>ועדה מייצעת מטעם המועצה הלאומית לסוכרת אשר מלווה את היחידה לאבטחת איכות בבתי החולים של משרד הבריאות</p> <p>הובלה מקצועית לקביעת המדדים המותאמים למסגרות האשפוז השונות.</p> <p>הוועדה מסייעת בהטמעת מדדי האיכות בתחום הסוכרת/התחום המטבולי בקרב האוהמים בבתי החולים השונים</p> <p>הוועדה תעזור בבחינת אופן המדידה ותוצאות המדידה של ביצוע מדדי האיכות בבתי החולים ותמשיך בפיתוח מדדים נוספים ושיפור המדדים הקיימים</p>	<p>ימי עיון לצורך הטמעת מדדי האיכות בבתי החולים</p> <p>חומר כתוב והדרכות בבתי החולים עצמם על מנת להבטיח הטמעה וישום של מדדי האיכות</p>
	<p>רשמים עבור טרום-סוכרת, סוכרת, ניתוחים בריאטריים בקרב חולי סוכרת, ורשם סוכרת בהריון ד"ר ענבר צוקר פרופ' תמי שוחט</p>	<p>תיקוף רשם סוכרת וטרם סוכרת מול נתוני קופה וטיוב הגדרות השליפה במידת האורך</p> <p>הוספת משתנים קיימים מהקופות (סוג טיפול, אג"ס, סוג סוכר) השלמת מידע דמוגרפי באמצעות הצלבה עם מרשם אוכלוסין</p> <p>השלמת מידע על סיבוי סוכרת באמצעות המידע בקופות החולים</p> <p>השלמת מידע על סיבוי סוכרת באמצעות המידע בקובץ אשפוזים</p> <p>הקמת רשם לסוכרת הריון</p>	<p>הצלבה מול ביטוח לאומי</p> <p>תיקוף וטיוב אבחנות בקובץ אשפוזים</p>	<p>תיקוף והרחבת המידע הנאסף מקופות החולים, תוך שיתוף פעולה שוטף</p> <p>פיתוח יכולות הצלבה עם קבצים במשרד ומחוצה לו</p> <p>הקמת ועדת היגוי שתקבע המדרות ושיטה להקמת רשם סוכרת הריון</p>	<p>תוספת כח אדם קבוע לרשם</p> <p>תקציב למחקרי תיקוף</p> <p>פיתוח תשתית ממוחשבת להעברת מידע מהמופיים המדווחים לרשמים השונים</p>
פרק 6. מחקר בסוכרת	<p>עלות מחלת הסוכרת בישראל פרופ' רן בליצר ד"ר אורלי טמיר</p>	<p>מחלה (total cost of illness) בישראל יישום הפרוטוקול בתחום מחלת הסוכרת</p>	<p>מחלה קבוצת חשיבה מקצועית לגיבוש מתודולוגיה מוסכמת להערכת עלות מחלה ולשיטות מוסכמות בה יטול חלק מגוון בעלי עניין ממערכת הבריאות, מערכות חברתיות אחרות ובעיקר מערך הביטחון הסוציאלי, משרד האוצר ומופיי מחקר.</p> <p>החלפת מידע ונתונים בין המופים</p> <p>הצירת מדד לאומי מקיף המשקלל את תחומי החיים (בעיקר בריאות וחולי, מחקר)</p>	<p>יצירת קבוצת חשיבה מקצועית לגיבוש מתודולוגיה מוסכמת להערכת עלות מחלה ולשיטות מוסכמות בה יטול חלק מגוון בעלי עניין ממערכת הבריאות, מערכות חברתיות אחרות ובעיקר מערך הביטחון הסוציאלי, משרד האוצר ומופיי מחקר.</p> <p>החלפת מידע ונתונים בין המופים</p> <p>הצירת מדד לאומי מקיף המשקלל את תחומי החיים (בעיקר בריאות וחולי, מחקר)</p>	<p>שיתוף פעולה בהעברת נתונים בין הגורמים והמערכות השונות.</p>

פרק	נושא	מטרות/יעדים לטווח קצר	מטרות/יעדים לטווח ארוך	תמצית מתווה פעולה	משאבים נדרשים
	מהלך מחלת הסוכרת - מטרות סוכרת ועד סוכרת סוכרת ד"ר טל אקרקמן-יפה	נושא זה יוגדר בהמשך			
פרק 7. מרכזי מצוינות ברמה הארצית					
	מרכז ארצי למחקר ולקידום מדיניות בסוכרת פרופ' אבי קרטיק פרופ' איתמר רז ד"ר פסח סגל	הקמת מרכז רב-תחומי, רב-היבטי למחקר קליני ויישומי ולקידום מדיניות ציבורית בתחומי המניעה והטיפול בסוכרת	ביסוס מרכזים מתמחים בפרסיה ארצית לפי מפתח צרכי האוכלוסייה (דגש על פריפריה)	<ul style="list-style-type: none"> ☐ הקמת ועדה ביו-מעוצתית להגדרת קריטריונים למרכז מתמחה ☐ אישור הקריטריונים על ידי משרד הבריאות ופרסומם ☐ בחינת מרכזים רפואיים הראים עצמם מתאימים ומתן הכרה מטעם משרד הבריאות 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ עידוד מרכזים בפרפריה על ידי תמיכה בתשתית מבנית וציוד ☐ מתן תמריצים לשיפור סטנדרד טיפולי ☐ קביעת התחייבות כספית הולמת של קופות החולים עבור טיפול במרכז מתמחה מוכר
	מרכזים איזוריים לטיפול בהשמנת ילדים פרופ' דן נמט	<ul style="list-style-type: none"> ☐ הגדרת קריטריונים למרכז מצוינות מתמחה בטיפול בהשמנה בילדים ☐ מיפוי מרכזים/תוכניות העומדים בקריטריונים הללו והכרה בהם ☐ מינוי לפי פריסה איזורית של מרכז-על 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ קידום בריאות לאורך מעגל החיים, מינקות ועד בגרות. ☐ ירידה במספר הילדים השמנים בישראל 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ בחינה/הקמת מרכז, גיוס והכשרת צוותים ☐ הפעלת תוכנית התערבות רב תחומית ☐ עבודה מול הקהילה 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ מימון הקמת המרכזים, צוות והכשרה ☐ שיווק ופרסום ☐ מימון פעילות המרכז על ידי קביעת התחייבות כספית הולמת או תעריף החרג על-ידי קופות החולים או הגדרת "מבחי תמיכה" מטעם משרד הבריאות
	שיתוף מטופלים בתכנון ובתהליכי עבודה ד"ר אורלי טמיר אורי גרון נעמה רון	<ul style="list-style-type: none"> ☐ יישום סקר בסיס בקרב מטופלים, בני משפחה משמעותיים ועלי עניין אחרים להבנת תחומים בעלי חשיבות עליונה לקידום ברמה הלאומית ☐ מיסוד מערך היגוי ליתוח והכוונת הפעילות המולל מטופלים ☐ יצירת מודל ליתעדוף של תחומי פעולה בסוכרת על בסיס הסקר ועל בסיס ייתוח תוכן פורומים חברתיים ורפואיים 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ השתתפות קבועה בסקר ביו-לאומי ממוסד להבנת נקודות המבט השונות ביחס להיבטים של מדיניות מניעה וטיפול בסוכרת 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ הקמת ועדה מתוך המעצה הלאומית לוסכרת להגדרת תחומים ובעלי העניין לשיתוף ☐ מיפוי רשתות חברתיות ופורומים מקצועיים שה'יקפם יאפשר דליית תוכן משמעותי ☐ מינוי מעצות מטפלים-מטופלים לבחינה ושיתוף של מטופלים ובני משפחה ☐ איסוף ועיבוד נתוני בסיס ומיקוד סדר עדיפויות בתוכנית הלאומית בהתחשב 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ יצירת מערך לשיתוף עיתי ופיענח הממצאים ולמתן המלצות

פרק	נושא	מטרות/יעדים לטווח קצר	מטרות/יעדים לטווח ארוך	תמצית מתווה פעולה במציאות	משאבים נדרשים
<p>פרק 8. ניטור, מעקב, בקרה והערכה</p>					

תכנית לאומית
למניעה וטיפול בסוכרת
תקצירים

מניעה באוכלוסיות בסיכון/בסיכון גבוה (טרומ סוכרת)

ד"ר דרור דיקר

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

- הגדרת טרום סוכרת.
- אמידת שכיחות טרום סוכרת.
- חישוב הסיכון להתפתחות סוכרת.
- חישוב הסיכון להתפתחות מחלות לב וכלי דם.
- האם יש צורך או ביסוס לטיפול בקדם סוכרת (באמצעות שינוי הרגלי חיים, טיפול תרופתי)?
- האם ההשפעה של מניעה/דחיה זו נשמרת לאורך זמן?

האתגר:

- קביעת הגדרה לטרומ סוכרת בישראל.
- ביסוס כלי מדידה לאומי.
- רשם סוכרת.
- מדד איכות רפואת הקהילה.
- קביעת סטנדרטים להכשרת מרכזי שינוי באורחות החיים.
- פיתוח מחשבון סיכון להתפתחות סוכרת המותאם לאוכלוסיה הישראלית.
- קביעת מדדי איכות לאומיים, קופתיים ומרפאתיים למניעת סוכרת.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים) ולטווח ארוך (כ-10 שנים)

- העלאת שיעור המשתתפים בפעולות לשינוי אורחות החיים (הפחתת 7% מהמשקל ופעילות גופנית של 150 דקות בשבוע) ב-25%, תמנע 4.15 מקרי סוכרת ל-1,000 איש ל-3 שנים (nns=241).
- הכרה במרכזים לשינוי אורחות החיים.
- הכשרת מחנכי סוכרת/נאמני בריאות.

תמצית מתווה לביצוע

שלב א' (2-5 שנים): חולים בסיכון.

- הגדרה:** נבדקים מעל גיל 40 אשר בשתי בדיקות מעבדה בצום נמצאה אצלם רמת סוכר בצום שווה או מעל ל-110 מ"ג%. מתן דף מידע אשר יכלול הסבר על קדם סוכרת, הסיכון הנגזר ממנה והחשיבות שבטיפול ומניעה על ידי שינוי אורחות חיים וכיצד יש ליישם שינוי הרגלי חיים אלו.
- הפקה אוטומטית של דף הסבר ממוחשב בעת ביקור אצל הרופא, לכל חולה שמערכות המחשוב זיהו כי הוא נכלל בקריטריון של קדם סוכרת.
 - בדף ההסבר יכללו פרטי המרכזים לשינוי אורחות חיים שהקופה מקיימת וכיצד ניתן להתקשר איתם.
 - אם לאחר כ-6-12 חודשים של שינוי באורחות החיים לא פחתו ערכי הסוכר בצום מתחת ל-100 מ"ג%, יש לבצע מבחן העמסת סוכר.
 - אם אובחן IGT ובנוסף קיים תנאי אחד מהרשומים מטה יש לשקול התחלת טיפול במטפורמין 850 פעם עד פעמיים ביממה:
 - גיל נמוך מ-60 שנה.
 - BMI גדול מ-35 ק"ג/מ².
 - סוכרת מסוג 2 בקרוב משפחה מדרגה ראשונה.
 - טריגליצרידים גבוהים מ-200 מ"ג/ד"ל.
 - ערכי HDL נמוכים >35 מ"ג/ד"ל.
 - יתר לחץ דם.
 - סוכרת הריונית.
 - המוגלובין מסוכרר גבוה מ-6%.

שלב ב' (5-10 שנים): כלל האוכלוסיה

- לאחר תקופת זמן שתיקבע מראש, שבה יבחן ביצוע שלב א' ויוקמו מערכים על מנת להכיל את הנבדקים הרבים העשויים להגיע, יופעל שלב ב':
- יכתב טקסט המפרט את הסיכון להיארעות סוכרת בקרב אזרחי ישראל.
 - יוגדר ערך סף הסיכון ממנו יש לבצע בדיקת דם בצום.
 - תיבחן מהימנות בדיקת דם קפילרי לאבחון קדם סוכרת.
 - אם הסעיפים המפורטים לעיל הינם ישימים, יש להפיץ טקסט זה באמצעי התקשורת ובמרפאות.
 - יבנו מסגרות לטיפול בשינוי אורחות חיים לנבדקים אשר יאותרו כקדם סוכרתיים.
 - נבדקים שלא יצליחו לשנות את ערכי הסוכר לאחר שינוי אורחות חיים בתקופת זמן של 6-12 חודשים ויעמדו בתנאים לקבלת טיפול תרופתי במטפורמין (ראו סעיף 6 לעיל), יופנו לרופא המטפל.

משאבים נדרשים

- פיתוח מחשובי של האלגוריתמים ודף הסיכון.
- הכשרות צוותים (מחנכי סוכרת, מדריכי פעילות גופנית, תזונאיות).
- פרסום.

מניעה בקבוצות חברתיות שונות: החברה הערבית

פרופ' נעים שחאדה, ד"ר בשארה בשאראת

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

השמנת יתר וסוכרת נמנות כיום על בעיות הבריאות המשמעותיות ביותר באוכלוסייה הערבית, אשר משפיעות על מדדי הבריאות ומבליטות אותם כחריגים בהשוואה לאוכלוסייה היהודית.

במחקר שבוצע לאחרונה ע"י ד"ר עפרה קלטר, נמצא ש-21% מהאוכלוסייה הערבית הם חולי סוכרת, לעומת 12% באוכלוסייה היהודית. בנוסף, 52% מהנשים הערביות (לעומת 31% מהנשים היהודיות) ו-25% מהגברים הערבים (לעומת 23% מהגברים היהודים) סובלים מהשמנה ומהשמנת יתר. חוקרים אמריקאים שבדקו את העלייה הדרמטית במספר החולים בסוכרת מסוג 2 מצאו וקבעו שהשמנה מהווה את הסיבה העיקרית למחלה זו. הם מזהירים שיש לנקוט צעדים לטיפול במגפת ההשמנה כדי לעצור את העלייה במגפת הסוכרת. תופעת הסוכרת הקשורה בהשמנה, המכונה **Diabetes**, היא תופעה מאפיינת באוכלוסייה הערבית. תופעה זו מחייבת בניית מערך התמודדות מתאים אותו יש לקדם בכדי לווסת את היקף התופעה.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

מיסוד מרכז למאבק בתופעת ה-**Diabetes** בחברה הערבית, שירכז פיתוח של תשתית אנושית מנהיגה להובלת שינוי באורח החיים, יעסוק במיפוי קבוצות סיכון לסוכרת ויסייע בהפצת ובהטמעת מודלים וכלים מוצלחים להתערבות.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- צמצום מימדי השמנת היתר.
- הפחתת גורמי סיכון קרדיוסקולריים.
- שיפור האיזון המטבולי בחולי סוכרת.
- הורדת שיעור הלוקים בסוכרת.
- הקטנת הנטל הכלכלי הכרוך בטיפול בחולי סוכרת באוכלוסייה הערבית.

תמצית מתווה לביצוע

- העלאת המודעות לאורח חיים בריא ולמחלת הסוכרת והשלכותיה בקרב האוכלוסייה הערבית הכללית, באמצעות פעולות חינוך והסברה במעגלים חברתיים, חינוכיים ורפואיים.
- העצמת מנהיגים מתוך אותם מעגלים ותמיכה בפעולות מקדמות בריאות, מותאמות צרכים והעדפות.
- מומלץ לרכז פעילות זו במרכז ייעודי למאבק בסוכרת הקשורה בהשמנה (**Diabetes**) בחברה הערבית.

משאבים נדרשים

- עובדי בריאות המחויבים לתוכנית.
- תקציבים.

פרופ' נעים שחאדה, מנהל מחלקת ילדים א', הקריה הרפואית רמב"ם וראש התוכנית למניעת סוכרת, מיזם עוצמה. **ד"ר בשארה בשאראת**, מנהל בית חולים נצרת, יו"ר החברה לקידום בריאות האוכלוסייה הערבית ויו"ר הוועדה למעורבות חברתית בפקולטה לרפואה בגליל.

מעקב אחר נשים עם סוכרת הריונית: הנחיות למעקב רפואי לאחר ההריון

פרופ' אוריאל אלחלל

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

נשים שאובחנו עם סוכרת הריונית (Gestational Diabetes Mellitus, GDM) נמצאות בסיכון לפתח סוכרת (בעיקר מסוג 2) פי 7 מנשים שהיו נורמוגליקמיות בהריון. עד 50% מהנשים עם סוכרת הריונית עלולות לפתח סוכרת במהלך חייהן. הגורמים המעלים סיכון לחזרה של סוכרת הריונית (סיכון של כ-50%) הם: גיל, ולדנות, BMI לפני ההריון, שימוש באינסולין, סיפור משפחתי של סוכרת, ערכי ה-OGTT, עלייה במשקל בין ההריונות, מרווח ממושך של יותר משנתיים בין ההריונות ואיזון קפדני פחות של ערכי הגלוקוז אחרי הארוחות.

ההמלצות חולקו לשלושה פרקי זמן: טרום הלידה, במהלך האשפוז לאחר הלידה ובמסגרת מעקב ארוך טווח בקהילה.

הערכת משק הפחמימות תעשה 6-12 שבועות לאחר הלידה:

- עדיפות ראשונה: ביצוע העמסת גלוקוז פומית OGTT 75 gm.
- עדיפות שנייה: ביצוע בדיקת דם לסוכר בצום בשילוב בדיקת HbA1c.

על מנת לאפשר את המשך המעקב יש חשיבות רבה לשיתוף הנתונים בין הגינקולוגים לרופאי המשפחה (Continuity of care). רופא המשפחה ממלא תפקיד עיקרי במעקב אחר נשים אלו.

גורמים נוספים שסייעו למעקב ולהדרכה בקהילה כוללים אחות, דיאטנית, רופא נשים, רופא ילדים ואחות טיפת חלב של הילוד וכן יועצת ההנקה. ככלל, יש להמליץ לנשים אלו על אורח חיים בריא הכולל שמירה על משקל גוף תקין ופעילות גופנית. הנקה מעניקה הגנה (מעל 40%) מפני התפתחות של מצבי טרום-סוכרת וסוכרת. במקרי טרום-סוכרת יש להמליץ על שינוי באורח החיים במידת הצורך ולשקול הוספת טיפול תרופתי פומי ב-metformin.

מניעת הריון במידה שמתבקשת - רצוי להימנע משימוש בגלולות פרוגסטרון בלבד במניקות מעבר ל-4 חודשים, משום שהן קשורות בעלייה של פי 3 בסיכון לפתח סוכרת מסוג 2.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- איחוד התיק הרפואי בין הגינקולוג לבין רופא המשפחה, העברת מידע ושיתוף במעקב אחר הנשים לפני ההריון, בהריון ולאחר הלידה.
- הבאת ההמלצות לידיעתם של רופאי המשפחה ורופאי הנשים.
- כתיבת ההמלצות במכתב השחרור מבית החולים.
- עידוד הנקה בקרב נשים אלו.
- הפניה למעקב לדיאטנית לשינוי אורח החיים ומעקב אחר המשקל.
- סיוע במערכות המידע לשיפור המעקב:
- פרויקט מדדי האיכות.
- יצירת התראות אלקטרוניות בתיק הממוחשב.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- יצירת שיתופי פעולה בין רופאי הנשים לרופאי המשפחה.
- יצירת שיתופי פעולה בין רופאי הילדים לרופאי הנשים.
- עריכת מחקר בתחום- מעקב אחר תינוקות שנולדו לנשים עם GDM, מחקר הבוחן את השפעת הפעילות הגופנית לאחר הלידה על מניעת סוכרת.

תמצית מתווה לביצוע

- איחוד התיק הרפואי הנמצא אצל הגינקולוגים עם התיק הנמצא אצל רופאי המשפחה ליצירת שיתוף מלא במידע ובהמלצות בזמן ההריון ובשחרור מבית החולים לאחר הלידה.
- עידוד הנקה בקרב נשים עם סוכרת הריונית.
- הפניה למעקב לדיאטנית לשינוי אורח החיים ומעקב אחר המשקל.
- סיוע במערכות המידע לשיפור המעקב באמצעות פרויקט מדדי האיכות ויצירת התראות אלקטרוניות בתיק הממוחשב.

משאבים נדרשים

הטמעת ההמלצות על ידי קופות החולים.

יו"ר הוועדה: פרופ' אוריאל אלחלל, המרפאה להריון בסיכון גבוה וסוכרת, המרכז הרפואי אוניברסיטאי הדסה עין-כרם, ירושלים ויו"ר המועצה המדעית לסוכרת בהריון בישראל

חברי הוועדה (לפי סדר א"ב): ד"ר מיכל גילאון, ד"ר קרן הרשקופ, ד"ר יואל טולדנו, פרופ' אמנון להד, ד"ר ניקי ליברמן, רחל מאיר, שלי משל, פרופ' משנה קליני זהר נחום, פרופ' אייל סיון, עמית ספיר, גילה פיימן, פרופ' נעמה קונסטנטיני, ד"ר רונית קורן, ד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ', ד"ר אלי רימון, פרופ' משנה קליני עידו שולט, ד"ר טלי שילר, ד"ר ניבה שפירא

תקנים ותמריצים - מומחים לטיפול בסוכרת ואנדוקרינולוגיה

פרופ' אדי קרניאלי, פרופ' אבי קרסיק

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

קיימת מגמה עקבית של צמצום שירותים אנדוקריניים בישראל חרף היותם הבסיס לשרות המקצועי במחלות השכיחות אשר משפיעות על איכות החיים ותוחלת החיים כגון: סוכרת, השמנת יתר וסיבוכיה, אוסטיאופורוזיס והפרעות הורמונליות נוספות. אף כי מרבית הפעילות היא ברמת המרפאה ומתבצעת הן במרפאות מקצועיות בקהילה והן במרכזים האנדוקריניים בבתי החולים, יש הכרח לשמר מרכז אנדוקריני בבית חולים שיהיה אחראי להכשרת כח האדם, למחקר לשם יצירת ידע ולהנחלת הידע והפצתו על מנת לקדם המקצוענות, האיכות והמצוינות של העוסקים בתחום.

קיימת תלות הדדית בין המכונים האנדוקריניים בבתי החולים לבין קופות החולים. הראשונים תלויים בקופות לצורך הפניית חולים, אך הקופות שבנו מערכי שרות בקהילה זקוקות למרכזי המצוינות בבתי החולים להכשרת מומחים, ליצור ידע ולשמירה על מצוינות מקצועית. הנטייה לכיוון הקהילה הביאה לחוסר ההולך וגובר באנדוקרינולוגים.

מטרות/יעדים לטווח קצר

- הכשרת מומחים לטיפול בסוכרת ואנדוקרינולוגיה
- בניית מרכז הכשרה לסטודנטים לרפואה, מתמחים ברפואה פנימית ואנדוקרינולוגיה,
- מסלול "התמקצעות" של רופאים מומחים לפנימית ואנדוקרינולוגיה בתחום טיפול בסוכרת.

מטרות/יעדים לטווח ארוך

עד לשנת 2020 יוקמו וימוסדו מרכזים מרחביים משולבים, על בסיס גיאוגרפי, בין בתי החולים והמרפאות האנדוקריניות והסוכרת בקופות החולים.

תמצית מתווה לביצוע

- מודל משולב אזורי בו מרכז אנדוקריני בבית החולים אשר ישתף פעולה עם המכונים והמרפאות הקיימים בקופות החולים ויאפשר: מתן טיפול רפואי לחולים בקהילה ע"י רופאי המרכזים, שילוב ידע ודיון מקרים עם מרפאות מקצועיות בקהילה, ייעוץ מקצועי לרופאי משפחה ואחרים, הדרכה - וליווי מקצועי לעובדים פרא רפואיים, ומעורבות בפרויקטים בקהילה למניעת מחלות.
- המרכזים החדשים יהוו "שדות קליניים" להכשרת סטודנטים לרפואה, מתמחים ברפואה פנימית ואנדוקרינולוגיה וכן ישמשו כמסלולי "התמקצעות" של רופאים מומחים לפנימית ואנדוקרינולוגיה בתחום טיפול בסוכרת - בהתאם לתוכנית הלאומית למניעת סוכרת.
- יצירת מסגרת ניהול, מימון, תקצוב ותפעול לשיתוף פעולה מוסכם בין בתי החולים עם קופות החולים.
- הרחבה והעשרה של תחומי הפעילות של המרכזים האזוריים באמצעות מחקר, התמקצעות ספציפית, קניין רוחני, מרכזי מחקר ופיתוח, שיתופי פעולה עם האקדמיה ותחומים רפואיים נוספים בתוך בתי החולים ובקהילה.

משאבים נדרשים

10 תקנים למרכזים המשולבים שתמורתם ישולבו רופאי המרכז ומתמחיו (מבית החולים והקהילה) בשרות אנדוקריני בקהילה בתחום הסוכרת והאנדוקרינולוגיה.

פרופ' אדי קרניאלי, יו"ר האיגוד האנדוקריני

פרופ' אבי קרסיק, מנהל המכון לאנדוקרינולוגיה, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

ריבוד יעד מטרה HbA1c

ד"ר אביבית כהן, פרופ' רן בליצר

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

קווי ההנחיה העדכניים לטיפול בסוכרת קוראים להתאמה פרטנית של יעדי הטיפול למטופל. החיסרון בגישה זו הינו חוסר אחידות בפרשנות של יעדי איזון ע"י רופאים שונים וחוסר יכולת לבקר את איזון הסוכרת כמדד איכות. מדדי האיכות הנוכחיים ממליצים על יעדי איזון המבוססים על גיל החולה ומשך מחלת הסוכרת אך אינם לוקחים בחשבון פרמטרים חשובים יותר כגון הטיפול התרופתי הנוכחי ומחלות הרקע.

ערכנו סקר בינלאומי בקרב מובילי דעה בתחום הסוכרת לגבי הפרמטרים החשובים לקביעת יעד HbA1c למטופל הפרטני ויצרנו אלגוריתם המתבסס על דעותיהם. נציין כי בין הפרמטרים החשובים יותר נכללים מחלות הרקע של המטופל, הסיכון לפתח היפוגליקמיה הקשור בטיפול התרופתי הנוכחי ותוחלת החיים המשוערת למטופל.

הבעיה המרכזית:

אף כי ברור כי קווי ההנחיה הנוכחיים הקיימים בקופות החולים יוצרים חוסר אחידות בטיפול, לא ברור האם לחלופה המוצעת יש יתרון.

מטרות/יעדים לטווח קצר (1-2 שנים)

- יש לעשות מחקר ולידציה לאלגוריתם המוצע בעזרת מסד נתונים ממוחשב ולהעריך האם הוא מקנה ייתרון מבחינת ניבוי תוצאים.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (3-5 שנים)

- שילוב האלגוריתם החדש בתוך מסדי הנתונים הממוחשבים של קופות החולים ובחינה כיצד הדבר מוביל לשיפור תוצאי החולים.

תמצית מתווה לביצוע

- פיתוח תוכנית מחקרית לוולידציה של האלגוריתם.
- פיתוח תוכנית אופרטיבית לשילוב האלגוריתם בטיפול היומיומי.

משאבים נדרשים

נכון להיום הנושא מצוי בשלבי מחקר בלבד והתקציבים יילקחו מתקציבי מחקר.

איזון סוכרת באשפוז

ד"ר אילנה הרמן בהם

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

עבודות רבות הראו תועלת לאיזון ערכי סוכר במהלך אשפוז והצביעו על שיעור נמוך יותר של זיהומים בפצעים שלאחר ניתוח, הפחתה במספר ימי אשפוז ואף ירידה בתמותה בקבוצות מסוימות של חולים. ממצאים אלה הובילו את הארגונים המקצועיים לסוכרת ולרפואה אשפוזית לקבוע יעדי איזון לחולים מאושפדים של 140-180 מ"ג% גלוקוז. להשגת יעדים אלה דרושים הפקה והטמעה של פרוטוקול לניטור ואיזון ערכי סוכר באשפוז. הדרך המועדפת לאיזון באשפוז היא על ידי מתן אינסולין בשיטת בזאל בולוס ומתן פקטור תיקון.

השלב הראשון להשגת היעדים הוא פיתוח פרוטוקול מתאים והטמעתו במערכת הממוחשבת של המחלקות. הפעלה יעילה של הפרוטוקול דורשת הערכת כללית של בית החולים, אשר באה לידי ביטוי באספקת ארוחות מותאמות עם הרכב ידוע של מנות פחמימה, בצידוד לניטור ערכי סוכר ודרכים לתעדו בתיק הרפואי הממוחשב ובסטים של מזרקים או עטים להזרקה אישית של אינסולין, ובמיוחד: בהקצאת אחות אחראית תחום סוכרת בכל בית חולים ורצוי אף בכל חטיבה (ילדים, פנימית, גינקולוגיה וכירורגיה), מתאמות סוכרת בכל מחלקה, מנגנון להטמעת הפרוטוקול בקרב הרופאים ומנגנון בקרה להערכת ביצוע הפרוטוקול ומעקב אחר תוצאותיו.

מטרות/יעדים לטווח קצר (עד 5 שנים)

הפעלת פרוטוקול לאיזון סוכרת בכל מוסדות האשפוז בארץ.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (5-10 שנים)

קביעת הפעלת פרוטוקול לאיזון סוכרת מוסדי כמדד איכות לבתי חולים.

בחינת השפעת הפרוטוקולים על תוצאי האשפוז והשפעתם על איזון מטבולי לטווח ארוך ושינויים בהתאם.

תמצית מתווה לביצוע

יש להנחות את בתי החולים בחוזר מנכ"ל (1) לפתח או לאמץ פרוטוקול מוסדי לאיזון סוכרת (כולל היערכות מוסדית בצידוד ותזונה), לפעול להטמעתו ולבקר אותו. (2) ליעד תקן לאחות מתאמת סוכרת מוסדית - ובמוסדות גדולים חטיבתית - שתדאג להטמיע את הפרוטוקול במחלקות, להכשיר אחיות מתאמות סוכרת בכל המחלקות ולהדריך את כל הצוות הסייעודי בשימוש בפרוטוקול. (3) לפתח מנגנון להדרכת רופאים (לומדות ממוחשבות, הרצאות, מבחנים) לשימוש נכון בפרוטוקול ו- (4) לפתח מנגנון לבקרת ביצוע הפרוטוקול ולצורך מעקב על ישימות, בטיחות ותוצאות ההתערבות (השגת ערכי היעד, שיעור היפוגליקמיה, משך אשפוז, סיבוכי אשפוז ועוד).

משאבים נדרשים

- הגדרת תקן לאחות מתאמת סוכרת מוסדית - ובמוסדות גדולים חטיבתית - והקצאת משאבים להכשרת מתאמות סוכרת מחלקתיות והדרכת צוותים רפואיים ופארא-רפואיים לשימוש בפרוטוקול.
- הקצאת תקציב להטמעה מחשובית של הפרוטוקול, כולל תיעוד ערכי ניטור סוכר ברשומה הממוחשבת.
- הקצאת תקציב לגלוקומטר מוסדי עם העברת הנתונים ישירות למאגר תשובות המעבדה של החולה.
- הקצאת תקציב לשינוי התזונה הניתנת לחולי סוכרת מאושפדים (כדוגמת לחם מקמח מלא במקום לבן).
- תוספת תקציבית לשימוש בעטי אינסולין פרטניים לחולי סוכרת מאושפדים.

ד"ר אילנה הרמן בהם, מרצה בכירה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ומנהלת מחלקה פנימית ג' ומרפאת סוכרת, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, באר שבע

הנחיות לרצף טיפולי בין האשפוז לקהילה

ד"ר אילנה הרמן בהם

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

כשליש מהמאושפזים במחלקות בתי החולים הם חולים הלוקים בסוכרת ועד כשליש מהחולים עם סוכרת יאושפזו מסיבה זו או אחרת כל שנה. קיים, אם כן, רצף בין אשפוז לשחרור לטיפול בקהילה ולבין אשפוז חוזר ויש לתאם רצף זה בין כל הגורמים. מרבית החולים שאינם מאוזנים בקבלתם לאשפוז מטופלים בפרוטוקולים לאינסולין. עם שחרורם יש להחליט על יעדי איזון במועד השחרור ובתקופה הקצרה שלאחריו והדרכים להשגת יעדים אלה: הנחיות תזונתיות, לפעילות גופנית ותרופות נבחרות. המלצות אלה יקבעו פרטנית ויתבססו על איזון החולה טרם אשפוזו, תרופות שקיבל טרם האשפוז, מצב החולה בשחרור ותרופות בשחרור, חומרת מחלתו, כולל תפקוד כלייתי וכבדי, תאבון ויכולת לאכול, הפרוגנוזה, היכולת לטיפול עצמי ותמיכה משפחתית או אחרת בבית. יש צורך לדלות מידע על המוגלובין מסוכר מהקהילה ובהעדר מידע משלושת החודשים טרם האשפוז, יש לבצע את הבדיקה באשפוז. לפני השחרור יש להדריך את החולה יחד עם בן משפחה או מטפל על היעדים שנקבעו, ניטור עצמי של סוכר, עקרונות התזונה, הפעילות הגופנית והטיפול התרופתי. יש לוודא מיומנות הזרקה. יש להעביר את התכנית בשחרור ישירות לצוות המטפל בקהילה - רצוי במערכת ממוחשבת ולוודא שהתקבלה. מנגנון התקשורת המועדף יקבע לכל בית חולים והקופות המבטחות באזור. יש לשים דגש מיוחד על אנשים שאובחנו כסוכרתיים חדשים באשפוז או עם ערכי סוכר בטווח הטרם סוכרתי.

מטרות/יעדים לטווח קצר (1-2 שנים)

- בניית והטמעת פרוטוקול שחרור לחולה סוכרת כחלק אינטגרלי של הפרוטוקול לטיפול בסוכרת באשפוז בכל מחלקות בתי החולים והמוסדות האשפוזיים.
- בניית והטמעת פרוטוקול שחרור לקהילה של אדם עם סוכרת חדשה או ערכי סוכר בטווח הטרם סוכרתי.
- בניית פרוטוקול לקבלת המלצות בשחרור ולתאום המשך הטיפול בקהילה.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (2-5 שנים)

- הכללת מרכיב השחרור בפרוטוקול אשפוזי לחולי סוכרת ידועים וחדשים ואנשים עם טרם סוכרת. קיום פרוטוקול אשפוזי יהווה מדד איכות לרפואה אשפוזית.

תמצית מתווה לביצוע

- יש להנחות את בתי החולים בחזר מנכ"ל לפתח או לאמץ פרוטוקול שחרור כחלק מפרוטוקול מוסדי לאיזון סוכרת, לפעול להטמעתו ולבקר אותו.
- יש לייעד תקן לאחות מתאמת סוכרת מוסדית ובמוסדות גדולים - חטיבתית, שתדאג להטמעת הפרוטוקול במחלקות, להכשרת אחיות מתאמות סוכרת בכל המחלקות ולהדרכת הצוות הסייעודי ב- Checklist בשחרור.
- יש לפתח מנגנון להדרכת רופאים (לומדות ממוחשבות, הרצאות, מבחנים) לשימוש נכון בפרוטוקול לאיזון סוכרת באשפוז כולל מרכיב השחרור ותייעודו ברשומה ומכתב השחרור.
- יש לפתח מנגנון (דיגיטלי או אחר) מוסדי לקשר עם הצוות המטפל בקהילה ושיתופו, רצוי מתאם סוכרת מרפאתי בכל מרפאה, שידאג ליישום המשך הטיפול.
- יש לבצע בקרה על הליך השחרור, המשכיות הטיפול ותוצאותיו (השגת ערכי היעד, דבקות בתוכנית טיפולית תרופתית בקהילה, אשפוזים חוזרים והשגת יעדי איזון).

משאבים נדרשים

- הגדרת תקן לאחות מתאמת סוכרת מוסדית ובמוסדות גדולים - חטיבתית, והקצאת משאבים להכשרת מתאמות סוכרת מחלקתיות והדרכת צוותים רפואיים ופארא-רפואיים לשימוש בפרוטוקול השחרור והדרכת החולה, טרם שחרורו.
- הגדרת תקציב להטמעה מיחשובית של פרוטוקול השחרור והעברתו לקהילה.
- הגדרת מתאם סוכרת מרפאתי שיהיה אחראי על תיאום המשך הטיפול בקהילה.

ד"ר אילנה הרמן בהם, מרצה בכירה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב ומנהלת מחלקה פנימית ג' ומרפאת סוכרת, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, באר שבע

היפוגליקמיה: קווי הנחיה לזיהוי ולהתערבות מניעתית

פרופ' מיכה רפפורט, ד"ר אילנה הרמן, ד"ר ג'ואל זינגר, ד"ר שלומית קורן, ד"ר דרור קנטרל, גילה לביא

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

היפוגליקמיה ובמיוחד היפוגליקמיה חמורה, עלולה לגרום לתחלואה קשה ואף לתמותה בחולי סוכרת המטופלים תרופתית ומהווה מכשול משמעותי לאיזון סוכרת. מכיוון שכך, קבלת מידע באשר לנוכחות היפוגליקמיה וחומרתה והערכת הסיכון להיפוגליקמיה עתידית הן פן מהותי בטיפול ובמעקב השוטף אחר החולה הסוכרת.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- הסכמה על הצורך בקביעת מידת הסיכון להיפוגליקמיה כחלק בלתי נפרד מקביעת יעדי הטיפול בכל חולה סוכרת, בכל פעם שמחליטים על מתן טיפול תרופתי העשוי לגרום להיפוגליקמיה ובמהלך המעקב אחריו.
- אימוץ הנוהל אשר גובש על-ידי המועצה הלאומית לסוכרת להערכת הסיכון להיפוגליקמיה ולמניעתה בטיפול השוטף בחולי סוכרת.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- הערכה של הנוהל וביצוע תיקונים בהגדרות ובהנחיות לפי הצורך.
- הכללה במדדי איכות לטיפול בסוכרת.

תמצית מתווה לביצוע

- תרגום הנוהל, הכולל שאלון פשוט להערכת הסיכון להיפוגליקמיה, הנחיות לאומדן רמת הסיכון והנחיות לפעילות התערבותית/מניעתית בהתאמה לריבוד סיכונים, לחוזר מינהל רפואה של משרד הבריאות.
- הפצת הנוהל בקופות החולים, בתי החולים ומוסדות אחרים בהם מטפלים בחולי סוכרת.
- הערכה תקופתית של מידת יישום הנוהל ותוצאות יישומו.

משאבים נדרשים

פרסום חוזר ראש מינהל רפואה של משרד הבריאות.

פרופ' מיכה רפפורט, מחלקה פנימית ג' והשרות לסוכרת, מרכז רפואי אסף הרופא, צריפין מסונף לבית הספר לרפואה אוני' ת"א
 ד"ר אילנה הרמן, מחלקה פנימית ג', מרכז רפואי סורוקה, מסונף לבית ספר לרפואה אוני' בן גוריון
 ד"ר ג'ואל זינגר, מכון אנדוקריני, מרכז רפואי רבין, פתח תקוה, מסונף לבית הספר לרפואה אוני' ת"א
 ד"ר שלומית קורן, השרות לסוכרת, מרכז רפואי אסף הרופא, צריפין מסונף לבית הספר לרפואה אוני' ת"א
 ד"ר דרור קנטרל, מחלקה פנימית ג' והשרות לסוכרת, מרכז רפואי אסף הרופא, צריפין מסונף לבית הספר לרפואה אוני' ת"א
 גילה לביא, השרות לסוכרת, מרכז רפואי אסף הרופא, צריפין מסונף לבית הספר לרפואה אוני' ת"א

כף רגל סוכרתית

ד"ר אביבית כהן

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

במדינת ישראל מתבצעות כ-1,400 קטיעות גפיים מדי שנה, מרביתן בחולי סוכרת. הגורמים לקטיעות כוללים חוסר יישום מלא של תוכניות מניעת כף רגל סוכרתית בקהילה, הפנייה מאוחרת למרפאות מומחים ולבתי החולים, בעיות נגישות למרפאות אלו והעדר מרפאות שניונית מספיקות, וחוסר מוכנות של בתי החולים לטפל בחולים אלו בגישה רב תחומית.

במדינות רבות הוכחה הצלחה בהורדה משמעותית במספר הקטיעות תוך עבודה בשלוש רמות: (1) מניעה ראשונית וטיפול ראשוני במרפאות הקהילה. (2) מרפאות ייעודיות לרגל סוכרתית בקהילה המטפלות בכיבים וזיהומים תוך עבודה משותפת של רופאי סוכרת/פנימאים ורופאים במקצועות כירורגים במקביל לצוות סיעודי עם הכשרה מתאימה (3) מרכזים שלישוניים הערוכים לטיפול בחולים אלו בגישה רב תחומית.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- איסוף נתונים לגבי שכוחות כף רגל סוכרתית ונתונים אמינים לגבי מס' הקטיעות בישראל.
- מיפוי החסרים הקיימים - מיפוי המרפאות השניוניות של קופות החולים - איתור מרפאות חסרות ובניית תוכניות להקמתן, והערכה האם המרפאות הקיימות עומדות בתקן הטיפולי הנדרש. איתור מחלקות יעודיות לכף רגל סוכרתית בבתי החולים הגדולים ואיתור בתי חולים אשר ראוי לפי מיקומם וגודלם כי יקימו מחלקות כגון אלו. מאחר ומדובר במחלקות יחודיות רב-תחומיות אשר מנוהלות בשילוב רופאים פנימאים ואורתופדיים, יש להבנות תפיסה אירגונית זו ולתקצה בהתאם.
- אומדן הטכנולוגיות המרובות הקיימות בישראל לריפוי פצע וביצוע תחשיבי עלות/תועלת.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- הקמת "פירמידה טיפולית" מלאה בישראל של מרכזים ראשוניים, שניוניים ושלישוניים.
- פרסום והעלאת הנושא למודעות הציבורית והצוותים הרפואיים כך שיינתן מענה בזמן הולם לכל מטופל.

תמצית מתווה לביצוע

- פיקוח ותקצוב בניית רשם.
- קבלת דו"ח מפורט מקופות החולים לגבי המרפאות השניוניות.
- מינוי ועדה אשר תעריך את המצב בבתי חולים: תגדיר תקן טיפולי מינימלי ותקצוב הולם.

משאבים נדרשים

- משאבים להקמת רשם כף רגל סוכרתית.
- משאבי המרפאות השניוניות הם ממשאבי קופות החולים.
- הקצאת משאבים לבתי החולים הגדולים לצורך הקמת מחלקות משולבות של כף רגל סוכרתית ומתן תמריצים לבתי חולים אשר עומדים בתקן הטיפולי הנדרש.

גילוי מוקדם וטיפול ברטינופתיה סוכרתית

ד"ר עירית רוזנבלט

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

רטינופתיה סוכרתית היא עדיין הגורם המוביל להפרעה קשה בראיה ולעיוורון באנשים בגיל העבודה. למעלה מ-10% ממקרי העיוורון החדשים ו-50% מהחולים שהתעוורו בגיל זה בשנה האחרונה נמנו על חולי הסוכרת עקב רטינופתיה סוכרתית.

- גילוי מוקדם וטיפול נכון ומסודר יכולים למנוע חלק ניכר ממקרי העיוורון ולשפר את תוצאות הטיפול. למרות זאת:
- חלק ניכר מחולי הסוכרת לא נבדקו מעולם או שנבדקו יותר משנה לפני כן ולא נמצאים במעקב קבוע ומסודר.
- חלק מהחולים הסובלים מרטינופתיה סוכרתית ונמצאים כבר בתהליך טיפולי אינם מגיעים לטיפולים ולביקורות כסדרן.
- אין רישום מסודר ובסיס נתונים.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- הקמת מערך של Population based screening program לאומי, עם תחנות אזוריות קבועות וניידות:
- 80% הזמנה לבדיקה של חולי הסוכרת הרשומים.
- 80% הענות לבדיקה.
- 85% תשובות לרופא מטפל ולחולה והפניה בהתאם למצב העיניים - כולל הפניות דחופות לטיפול מיידי.
- הכנסת הרטינופטיה הסוכרתית לנתוני רשם הסוכרת

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- הורדת שיעור העיוורים החדשים מסוכרת:
 - 100% הזמנה לבדיקה של חולי הסוכרת הרשומים.
 - 90% הענות לבדיקה.
 - 100% תשובות לרופא מטפל ולחולה והפניה בהתאם למצב העיניים - כולל הפניות דחופות לטיפול מיידי.
- פיתוח מערך יעיל לטיפול ומעקב של חולי הרטינופתיה הסוכרתית.

תמצית מתווה לביצוע

- הקמת מערך של Population based screening program לאומי. פריסת מכשירי צילום רשתית עם תחנות אזוריות קבועות וניידות.
- מיפוי אזורים עם הענות נמוכה לבדיקות שגרתיות ואזורים עם שכיחות גבוהה יותר של חולים סוכרתיים
- הקמת מערך קליטת הנתונים ממערך המצלמות, פענוח ומתן מענה כתוב לתיק החולה, לרופא ולחולה.
- שיתוף רשם הסוכרת במערך העברת התשובות (העברת אבחנות חיוביות לרישום) ליצירת בסיס נתונים ארצי
- הקמת מערך הפניית מקרים חיוביים להמשך מעקב ע"י רופא עיניים ו/או טיפול.
- תכנון ועזרה ביישום של "מרפאת העיניים האופטימלית" להתמודדות עם הטיפולים הכרוניים, הממושכים והחוזרים.

משאבים נדרשים

- לתוכנית הסקר:
- מצלמות (נייחות + ניידות) עם מערך מזכירות לאיתור החולים, זימום ותזכורם.
- תוכנת פענוח ואיסוף נתונים.
- צלמים/טכנאים.
- רופאים מפענחים.
- מערך פרסום/תקשורת/יידוע.
- מערך עיבוד נתונים, אכסונום ואחזורם.
- מערך זימון חולים שאותרו כחולים - להמשך מעקב בדיקות וטיפולים

- ליעול מערך הטיפול והמעקב של חולי הרטינופטיה הסוכרתית:
- יעוץ מקצועי- מהנדס ייצור וכד' (כיום המרפאות קורסות מעומס הטיפולים הכרוניים)
- משאבים ליישום ההמלצות (יבואו בחלקם מהקופות).

חשיבות התוכנית:

- הפחתת מקרי העיוורון והראיה הירודה כתוצאה מסוכרת
- הוזלה משמעותית של מערך המעקב השגרתי (צילומים זולים יתר מבדיקת רופא)
- בניית מסד נתונים לאומי להערכת הקף הבעיה, יעילות ההתערבות ותכנונים עתידיים
- הנגשת הטיפול ע"י ייעול המערך הטיפולי

טיפול במחלת כליות סוכרתית ומניעת אובדן התפקוד הכלייתי

פרופ' יורם יגיל

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

- יותר משליש מחולי הסוכרת מסוג 2 מפתחים מחלת כליות. באחוז משמעותי מהם, מחלת הכליות מתדרדרת לאורך השנים עד לכדי אובדן תפקוד כלייתי, התפתחות אי ספיקת כליות סופנית וצורך בדיאליזה.
- באחוז לא ידוע של חולי הסוכרת, מחלת הכליות הסוכרתית אינה מאובחנת ולכן אינה מטופלת.
- אחוז לא ידוע של חולי סוכרת שבהם מאובחנת מחלת כליות סוכרתית אינו מקבל את הטיפול המקובל למניעת התדרדרות המחלה.

האתגר:

- זיהוי מוקדם עד כמה שניתן של הפגיעה הכלייתית בסוכרת (מחלת כליות סוכרתית).
- מניעת התדרדרות בתפקוד הכליתי בחולה עם מחלת כליות סוכרתית מאובחנת.

מטרות/יעדים לטווח קצר (כ-3 שנים)

- זיהוי כל חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית (מחלת כליות סוכרתית).
- החלת טיפול מניעתי בכל חולי הסוכרת עם פגיעה כלייתית.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים ויותר)

הפחתה בשיעור חולי הסוכרת המגיעים לאי ספיקת כליות סופנית ונזקקים לדיאליזה.

תמצית מתווה לביצוע

- התוויית תוכנית כלל ארצית לסריקת כל אוכלוסיית חולי הסוכרת לגילוי פגיעה כלייתית, והטמעתה.
- התוויית תכנית ארצית לטיפול בחולי סוכרת עם פגיעה כלייתית, והטמעתה

משאבים נדרשים

יוגדרו בהמשך.

מחלת לב כלילית בחולה הסוכרתי- שיפור האבחון והטיפול

פרופ' מוריס מוסרי

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

התוצאים של אוטם חריף בשריר הלב השתפרו באופן דרמטי ב-30 השנה האחרונות הודות לרפרפוזיה מוקדמת של העורק הכלילי החסום (בתחילה ע"י טיפול תרומבוליטי והחל משנות ה-90 של המאה ה-20 ע"י צנתור דחוף). ע"פ סקרי ה-ACSIS המתבצעים בישראל, פחתה התמותה 30 יום לאחר אוטם חריף מכ-15% בעבר ל-8.5% בשנת 2000 ול-4.1% בשנת 2010. שיפור זה ניתן לייחס לקיצור הזמן מרגע פניית החולה לעזרה רפואית ועד לצנתור. ההנחיות הקליניות הגדירו את יעד הזמן הרצוי ל-90 דקות ובארצנו יש שיעור גבוה של עמידה ביעד זה ויקשה לקצר אותו יותר.

למרות קיצור הזמן מרגע פניית החולה לעזרה רפואית ועד לטיפול בעת אוטם חריף, ניתוח נתוני סקרי ה-ACSIS (וסקרים דומים בעולם) מראים שהזמן החולף מרגע הופעת הכאב ועד לפנייה לעזרה רפואית לא התקצר באופן משמעותי. הסיבה לכך היא שחולים החווים אוטם בשריר הלב לראשונה בחייהם מייחסים את המיחושים לגורמים לא לבביים כמקור השלד ומערכת העיכול, וגם מקווים שהכאב יחלוף מאליו ואינם ממהרים לפנות לעזרה רפואית. בחולי סוכרת הבעיה אף חמורה יותר מפני שפגיעה נירולוגית בחלק מחולי הסוכרת מקטינה תחושת תעוקה ואחראית לכך שחלק מהחולים עוברים אוטם "שקט" ללא תסמינים כלל או עם מיעוט תסמינים. בהקשר זה יש לציין ששיעור הסיבוכים לאחר אוטם בחולי סוכרת גבוה יותר מאשר באוכלוסייה הכללית, כולל הופעת היצרות חוזרת של עורקים כליליים שעברו הרחבה צנתורית, וגם הופעת אי ספיקת לב וכתוצאה מכך ירידה בתוחלת החיים. משום כך, אבחון מוקדם של אוטם בחולי סוכרת חשוב במיוחד לשימור שריר הלב ושימור תוחלת החיים. האתגר הניצב בפנינו הוא קיצור הזמן החולף מרגע הופעת תסמינים של תסמונת כלילית חריפה (ובפרט אוטם) ועד לפנייה לעזרה רפואית.

מטרות/יעדים לטווח קצר (6-12 חודשים)

לימוד הנושא ע"י ועדה מקצועית.

מטרות/יעדים לטווח בינוני (5-1 שנים)

פעולות חינוך בקרב חולי הסוכרת בישראל להגברת המודעות לתסמיני תסמונת כלילית חריפה.

תמצית מתווה לביצוע

- מינוי ועדה מקצועית שתכלול רופאים, אנשי חינוך, אנשי חינוך לבריאות, אפידימיולוגים ואנשי שיווק ותדון בשאלות הבאות:
- האם חולי הסוכרת הם האוכלוסייה העדיפה לפעולת חינוך להגברת מודעות לתסמינים (מחד, חולי סוכרת זקוקים יותר מאחרים להגברת מודעות. מאידך, יתכן שהצלחת הפעולה בחולי הסוכרת תהיה קטנה מהאוכלוסייה הכללית בשל סף הכאב הגבוה שלהם).
- ביצוע סקר על הנעשה בעולם בתחום זה וניתוח הסיבות להצלחות וכשלונות ודרכים להתגבר עליהן.
- בחינת רעיונות חדשניים שלא נוסו בעבר כגון שימוש בטלפונים חכמים להעברת מסרים למטופלים והקמת מרכז מידע שיעץ לחולים אודות תסמינים לפני פנייה לחדר מיון.
- יישום המלצות הוועדה.
- יישום המלצות הוועדה לאוכלוסיות נוספות של חולים בסיכון שאינם סוכרתיים.

משאבים נדרשים

יוגדרו לאחר עבודת הוועדה וע"פ המלצותיה.

איזון אופטימלי של כל גורמי הסיכון להשגת הפחתה באירועי לב וכלי דם

פרופ' מוריס מוסרי

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

מחקרים רבים הראו קשר בין מדדי איזון הסוכרת כולל רמות סוכר בצום ולאחר העמסה ורמת המוגלובין מסוכר לבין סיכון קרדיווסקולרי. בחולי סוכרת מסוג 1 הוכח כי איזון הסוכרת מפחית אירועים קרדיווסקולריים (8). מאידך, בחולי סוכרת מסוג 2 המהווים את מרבית חולי הסוכרת באוכלוסייה, לא הוכח כי איזון קפדני של הסוכר בעזרת טיפול תרופתי מאט את טרשת העורקים וסיבוכיה פרט לטיפול במטפורמין בחולי סוכרת כבדי משקל. באנליזה לתת-קבוצות במחקרים אלה נמצא שטיפול אינטנסיבי יעיל יותר בחולים צעירים, עם סוכרת שהתגלתה תקופה קצרה יחסית לפני הכניסה למחקר וללא תחלואת לוואי (12). ההסבר הבא הוא המקובל: סיבוכים מיקרווסקולריים מופיעים בחולי סוכרת החל מרגע הופעת היפרגליקמיה, ולכן הקטנת היארעות סיבוכים מיקרווסקולריים מצריכה בדיקות סקר לגילוי סוכרת וטיפול במצב המטבולי. סיבוכים מאקרווסקולריים, לעומת זאת, מתחילים עוד לפני הופעת הסוכרת ולכן הפחתת היארעות סיבוכים מאקרווסקולריים מצריכה מניעת סוכרת מסוג 2 ושיפור רמות הסוכר בדם, במיוחד בחולים צעירים ללא תחלואה נלווית.

למרות האמור לעיל, תוצאותיהם המשוקללות של המחקרים מדגישות כי ניתן להשיג שיפור בתוחלת החיים בחולי סוכרת עם מחלת לב איסכמית ע"י איזון קפדני משולב של כלל גורמי הסיכון לטרשת ושינוי אורח החיים עם דגש על פעילות גופנית סדירה וירידה במשקל. ואכן, מחקר ה-STENO-2 הדגים כי לטיפול משולב באספירין ובתכשירים להורדת סוכר, לחץ דם וליפידים השפעה של הורדת אירועים קרדיווסקולריים בשיעור של 59%, תמותה קרדיווסקולרית ב-57% ותמותה כוללת ב-46% (13). איגודים מקצועיים בתחום יתר ל"ד, דיסליפידמיה וקרדיולוגיה הגדירו את היעדים כיעדים טיפוליים בגורמי סיכון לטרשת בחולי סוכרת (14).

חלק מרופאי הסוכרת ורופאי המשפחה מקדישים תשומת לב ומאמץ בטיפול דקדקני בגורמי הסיכון האחרים של חולי הסוכרת שבטיפולם, אך לעיתים קרובות עומס העבודה לא מאפשר להם לעשות זאת והחולה נזקק לביקורים אצל מומחים שונים.

האתגר הניצב בפנינו הוא הקטנת הסיכון למחלות לב וכלי דם בקרב חולי סוכרת ובחולים עם תסמונת מטבולית ומצב של קדם-סוכרת.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

איזון אופטימלי של כל גורמי הסיכון כולל דיסליפידמיה, יתר ל"ד והפסקת עישון בכל חולי הסוכרת ובחולים עם תסמונת מטבולית ומצב של קדם-סוכרת.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

השגת ירידה מדידה באירועי לב וכלי דם באוכלוסייה המטופלת, בהשוואה למצב היום.

תמצית מתווה לביצוע

- מהות ההצעה היא הקמת "מרכזי מניעה" אשר יטפלו בגורמי הסיכון לטרשת של חולי הסוכרת וחולים אחרים. מרכזים אלה יכולים להשתייך ליחידות סוכרת מולטידיסציפלינריות המטפלות בכל סיבוכי הסוכרת, או יתפקדו כמרכזים עצמאיים למניעת מחלות לב וכלי דם. כלומר, אין מדובר בטכנולוגיה חדשה או בטיפול חדשני. להערכתי, הגדרת "מרכזי מניעה" אלה תרכז את מגוון הטיפולים בחולי הסוכרת תחת קורת גג אחת ובכך תבטיח שחולי הסוכרת (וחולים אחרים) אכן יטופלו בצורה מיטבית. אני מניח שמודל זה מתקיים בצורה כזו או אחרת במרכזים רפואיים שונים.
- הסמכות המקצועית של המרכזים תשאב ממדדי איכות אשר יוגדרו ע"י משרד הבריאות ויחייבו את המטפלים בנושאים השונים. מדדי איכות אלה גם יאפשרו את הערכת פעילות המרכזים.

משאבים נדרשים

מאחר ואין מדובר בתוספת טיפולים על הנחוץ לפי ההנחיות הקליניות, המשאבים הנדרשים הם מנגנון לוגיסטי שיכלול מנהל שירות (רופא מומחה לסוכרת), אחות אחראית ומזכירה. התשתית תתבסס על המרפאות הקיימות בבתי החולים, עם נחיצות לריכוז המרפאות השונות, זו בסמוך לזו.

פרופ' מוריס מוסרי, מנהל מערך הלב, מרכז רפואי מאיר, כפר סבא

המוח הסוכרתי

פרופ' דוד טנה

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

מחלות כלי הדם של המוח בקרב אנשים עם סוכרת מהוות את אחד הגורמים המובילים לנכות נוירולוגית ארוכת טווח, להתהוות לקות קוגניטיבית ולתמותה.

באירוע מוחי חד חלה לאחרונה מהפכה טיפולית אשר מאפשרת טיפול יעיל ממס קריש וכן צנתור התערבותי בכלי הדם המוחיים, לשליפת הקריש החוסם בשעות הראשונות בכדי למנוע נכות ארוכת טווח.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים) ולטווח ארוך (כ-10 שנים)

- הקמת מרפאה מולטי-דיסציפלינרית למניעת מחלות כלי הדם בקרב אנשים עם סוכרת הכוללת, מלבד רופאי סוכרת וצוות סיעודי ופארא-רפואי, גם מומחים בנוירולוגיה וסקולרית, בקוגניציה ובקרדיולוגיה.
- ארגון, תקנון ותקצוב של מרכזי שבץ מוח ראשוניים ומרכזי-על בבתי חולים בפיזור ארצי.

תמצית מתווה לביצוע

- הקמת מרפאה מולטי-דיסציפלינרית למניעת מחלות כלי דם בקרב אנשים עם סוכרת הכוללת, מלבד רופאי סוכרת וצוות סיעודי ופארא-רפואי, גם מומחים בנוירולוגיה וסקולרית, בקוגניציה ובקרדיולוגיה. במסגרת זו יתבצעו סיקור וניטור עיתי אחר מחלת כלי הדם הצוואריים המוחיים. הערכת שינויים מבניים ותפקודיים מוקדמים בכלי הדם תתבצע בעזרת אולטראסאונד-דופלר של כלי הדם הצוואריים והמוחיים ובדיקה מבנית להערכה וכימות התהוות אוטמים מוחיים ושינויים איסכמיים כרוניים תתבצע, ככל שיידרש עפ"י קריטריונים שיקבעו, ע"י בדיקת תהודה מגנטית של הראש, אשר לה רגישות רבה לזיהוי וכימות תחלואה איסכמית של המוח.
- ארגון הטיפול בשבץ מוח חד- פריצות הדרך אשר חלו בתחום מחייבות תשתיות מתאימות, כח אדם מקצועי מיומן וזמינות בכל שעות היממה. ההיערכות הלאומית מחייבת מרכזי שבץ ראשוניים (בהם ניתן לטפל בתרומבוליזה) ומרכזי-על לשבץ מוח אשר כוללים יחידת שבץ יחידת צנתורים וצוות רב מקצועי הכולל נוירולוגיה וסקולרית, מצנתרי מוח ונירוכירורגים. פיזור מרכזי-העל לשבץ, כח האדם והתשתיות הנדרשות ייקבעו עפ"י סטנדרטים מקצועיים ע"י האיגוד הנוירולוגי, בתאום עם הגורמים המקצועיים הרלוונטיים.

משאבים נדרשים

- מרפאה מולטי-דיסציפלינרית למניעת מחלות כלי הדם- כח אדם רפואי נוסף (מומחים בנוירולוגיה וסקולרית, בקוגניציה ובקרדיולוגיה), מערכת אולטראסאונד-דופלר ואפשרות הפניה לבדיקות תהודה מגנטית של הראש, ככל שיידרש עפ"י קריטריונים שיקבעו.
- ארגון הטיפול בשבץ מוח חד- תקנון ותקצוב של מרכזי שבץ מוח ראשוניים ומרכזי-על בבתי חולים בפיזור ארצי.

מניעה וטיפול בכבד שומני

פרופ' רני אורן

האתגר והבעיות העיקריות בתחום

- התעלמות מהנושא- לאור השכיחות הרבה של הופעת כבד שומני באוכלוסיה הכללית בכלל (50%-30%) ובחולי סוכרת בפרט (80%-60%) ולאור השלכות מחלת הכבד השומני (מחלות כבד, התסמונת המטבולית ובאופן בלתי תלוי מחלות לב), יש חשיבות עצומה למקם את מחלת הכבד השומני בין הבעיות החשובות ביותר ברפואת העתיד הקרוב. שתי סיבות נוספות (2-3) תומכות בחשיבות מחלת הכבד השומני כנושא בפני עצמו:
- הכבד השומני מתגלה בדרך כלל מספר שנים לפני הופעת הסיבוכים הנלווים.
- טיפול פשוט בכבד השומני, הכולל ירידת משקל מבוקרת ופעילות גופנית מתונה, גורם לרברסיביליות ולשיפור משמעותי במצב הכבד, גם אם יש עדות לדלקת ולצללת.
- חשוב לציין כי התופעה מתגלה גם בגיל הילדות ובגיל ההתבגרות והשלכותיה, ללא התייחסות וטיפול, מסוכנות מאד.

האתגרים העומדים בפנינו הינם:

- הגברת המודעות לנושא בקרב העוסקים ברפואת המשפחה, רפואה פנימית, רדיולוגים ודיאטניות.
- הגברת המודעות לנושא בקרב הציבור הרחב.
- הקמת מרפאה מולטי-דיסציפלינרית בקהילה הכוללת אנשי כבד, דיאטה, אנדוקרינולוגיה/סוכרת, רדיולוגיה וקרדיולוגיה.
- הקמת מאגר נתונים ברמה הארצית שיתרום למחקר קליני בתחום, הפקת לקחים ושיפור השירות.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

הנחלת מודעות והבנת הנושא, הקמת מרכז מעקב ומידע ושילוב מרפאות הסוכרת והכבד השומני בקהילה.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

הפקת לקחים ממרכז המידע והשגת שיפור בכל הרמות, כולל מוכנות לקליטת מחקר קליני בתרופות חדשות בנושא והשגת רמה מקצועית, על מנת להיות מסוגלים לטפל ביעילות במטופלים רבים ככל האפשר.

תמצית מתווה לביצוע

- הקמת צוות יעודי שיעסוק בפייולט בנושא- הפטולוג, דיאבטולוג, דיאטנית ואיש שווק.
- הפצת ושווק הנושא בכל הרמות, הטמעת הנושא במרפאות הסוכרת ובהמשך פיתוח מרפאות ייעודיות, מסד נתונים מקצועי ומחקר קליני.

משאבים נדרשים

- מספר חדרי רופא- ניתן להשתמש באותו חדר בשעות שונות. ניתן להשתמש בקיים או להעלות בחלקי תקן.
- מזכירות ואחיות- ניתן להשתמש בצוות הקיים או להעלות בחלקי תקן.
- דיאטנית/יות- ניתן להשתמש בצוות הקיים או להעלות בחלקי תקן או לתמחר, הואיל והדבר מחייב השתלמויות ספציפיות.
- מכשור- הכנסת מכשור מעבר לבסיסי. פיברוסקאן להערכת צלקת בכבד, מכשור להערכת Endothelial function, Insulin resistance, carotid artery thickness: כ- 200 אלף יורו.
- מערכת מיחשוב עם תכנת מסד נתונים מתקדמת.
- הקמת ותפעול מערך יחסי ציבור, כנסים, Newsletter וכי"ב אשר יהיה אחראי על הפקת עלונים וכנסים ותפעול ערוצי מדיה שונים (אינטרנט, טלביזיה ועוד).

טיפול בסוכרת באוכלוסיות מיוחדות: ילדים ונוער

פרופ' רם וייס

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

מרבית מקרי הסוכרת בקרב ילדים בישראל הינם של סוכרת מסוג 1 אשר שכיחותה עולה בהתמדה בארץ ובעולם. עיקר הבעיה בנושא היא השאיפה למעקב הולם ואיזון מיטביבאוכלוסייה זו.

הבעיות נחלקות לכל תת אוכלוסייה בגיל הילדות (ילדים מתחת לגיל 6 שנים, 6-11 ומעל גיל 11 שנים). קיים קושי רב באיזון סוכרת בגיל ההתבגרות עקב מורכבות הגיל וההתנהגות בתקופה זו - לא כל החולים מגיעים לביקור במרפאת סוכרת ייעודית ארבע פעמים בשנה כנדרש ורק חלקם עומדים ביעדי האיזון של קווי ההנחיה לטיפול.

חלק קטן אך מדאיג ממקרי הסוכרת במתבגרים בישראל הינו של סוכרת מסוג 2 וזאת במקביל לעלייה התלולה בשכיחות השמנה מורבידית בילדים. סוכרת מסוג 2 בקבוצת גיל זו הינה בעייתית לאיזון וטומנת בחובה גורמי סיכון בריאותיים נוספים (דיסליפידמיה, יתר לחץ דם ועוד), אשר זקוקים למענה ספציפי.

האתגרים העומדים בפנינו הינם:

- בדיקת תיעוד וכימות של חולי סוכרת מסוג 1 בגיל הילדות, תוך שיפור העמידה ביעדי הטיפול.
- מעקב אחר מספר חולי הסוכרת מסוג 2 ומגמות השינוי בקרב החולים לפי הקריטריונים המפורטים לעיל.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- מיפוי חולי סוכרת מסוג 1 ו-2 בישראל לפי שכבות גיל ובדיקת אחוז העומדים בקריטריונים הבאים:
- מעקב רציף במרפאה מתאימה בתדירות סבירה.
- תיעוד המוגלובין מסוכר.
- עמידה ביעדי האיזון.
- ניטור ומעקב אחר סיבוכים ומחלות נלוות.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- וידוא שכל ילד חולה סוכרת בישראל יזכה למעקב של צוות מומחים.
- עמידה של 50% מהילדים לפחות ביעדי האיזון על פי הקווים המנחים.
- הורדה משמעותית של כמות הסיבוכים הנלווים בגיל הבגרות הצעיר (מיקרואלבומינוריה בפרט).

תמצית מתווה לביצוע

- ריכוז נתונים מכל מרפאות הסוכרת לילדים בישראל והצלבתם מול נתוני קופות החולים השונות. באמצעות שאילתות ספציפיות למערכות התיק הרפואי הממוחשב, כפי שנעשה חלקית כחלק מהתוכנית למדדי איכות ברפואה בעבר, ניתן לאתר את מרבית חולי הסוכרת הרלבנטיים. הצלבת הנתונים מהמרפאות תאפשר לחדד אבחנות סוכרת מסוג 1 או מסוג 2 ולקבל נתונים שלא בהכרח מופיעים בנתוני הקופות הממוחשבים.
- התמקדות בחולים אשר לא נמצאים במעקב הולם ובאלו שלא משיגים את יעדי האיזון. המערכות הממוחשבות של הקופות תדאגנה לתזכר חולים ספציפיים וכן את הרופא המטפל בהם באי עמידה ביעדים ותפעל לשנות מציאות זו (ביקורים תכופים, ביקורי בית, סיוע מחנכי סוכרת ועוד).

משאבים נדרשים

יוגדרו בהמשך.

טיפול בסוכרת באוכלוסיה מבוגרת (גריאטריה)

ד"ר חוליו וינשטיין

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

על פי נתוני תכנית המדדים של משרד הבריאות משנת 2010, כרבע מאוכלוסית ישראל בין הגילאים 65-84 שנה לוקה בסוכרת. נראה כי מגמה זו נמצאת בעלייה של כ-2%-1% מדי שנה. ההערכה היא כי אחוז משמעותי נוסף של קשישים לוקה במצב של "טרומ-סוכרת" או בסוכרת שלא אובחנה. אוכלוסיית הקשישים הלוקים בסוכרת הטרוגנית מאד ונעה בין פרטים עצמאיים ומתפקדים היטב ובין קשישים התלויים תלות מלאה במטפלים.

לרוב, המחלה הנה א-תסמינית והאבחון נעשה באופן אקראי. מרבית האנשים הלוקים בסוכרת מסוג 2 אינם מודעים לכך, מאחר ואינם חשים כל תסמין. שיעור ניכר מהקשישים הסוכרתיים לוקה גם בתחלואה נלווית נוספת המהווה סיכון בריאותי נוסף, המחייב טיפול פרטני. כתוצאה מכך יש צורך בריבוי תרופות, עם היתרונות והחסרונות המוכרים שבכך. נתונים אלה מאפיינים ומבדילים אוכלוסיה זו משאר חולי הסוכרת בישראל.

היפוגליקמיה בקרב קשישים סוכרתיים, במיוחד בסוכרת מסוג 2, מהווה בעיה בריאותית אשר שכחותה והיארעותה אינן מוערכות כראוי וכרוכה בתחלואה קשה ואף בתמותה משמעותיות.

האתגר הניצב בפנינו הינו:

- לאפשר לחולי סוכרת לחיות חיים בעלי אורך ואיכות הומים לאלה של אנשים ללא סוכרת. 2. בשלב הראשון למנוע המשך עלייה בהיארעות הסוכרת ובשלב שהני להביא לירידתה.

מטרות/יעדים לטווח קצר (כ-3 שנים)

- לעצור את מגמת העלייה בהיארעות הסוכרת.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים ויותר)

- לצמצם את מספר חולי הסוכרת בישראל.
- לצמצם את הופעת הסיבוכים המאחרים, המיקרו והמקרוסקולריים.

תמצית מתווה לביצוע

- הפעלת תכנית למניעת סוכרת בקרב קשישים באמצעות:
- איתור סוכרת בקרב קשישים ואבחונה מוקדם ככל האפשר.
- צמצום סיבוכי הסוכרת המיידיים (היפו והיפרגליקמיה קיצונית).
- חיוב קביעת יעדי איזון והשגת יעדים אלה.
- איתור גורמי הסיכון הקרדיווסקולריים מבעוד מועד וטיפול מתאים בהם.
- שימוש נרחב בתכשירים ובטכנולוגיות חדישים העשויים לצמצם את הסיכון להיפוגליקמיה.
- תמיכה בטיפול עצמי והעצמת המטופל.

משאבים נדרשים

יוגדרו בהמשך.

מערך לניטור וסינון תפקודים קוגניטיביים בגיל המבוגר

ד"ר טלי צוקרמן-יפה, רחל נטוביץ

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

מחלת הסוכרת ידועה כמאיצה תהליכי הזדקנות. התדרדרות קוגניטיבית ודמנציה מהוות סיבוך קשה של המחלה וגם גורם סיכון, שכן הן מפחיתות את יכולתו של החולה לנהל באופן עצמאי את הטיפול במחלתו. לאור זאת ולאור המספר הרב של אנשים מבוגרים עם סוכרת, קיימת חשיבות רבה להטמעת תכניות ניטור וטיפול קוגניטיביים בחולים אילו.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

תפעול תכנית פיילוט לבדיקת התכנות במספר מצומצם של מרפאות בכל קופת חולים ובמרכז לטיפול וחקר מחלת הסוכרת בגיל המבוגר, המרכז הרפואי ע"ש שיבא.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- הרחבה לרמה הארצית של מערך הסינון והניטור בקהילה, כמו גם הקמה של מספר מרכזים שניוניים להערכה מורחבת ולטיפול.
- ריכוז מערך ההדרכה והמעקב במרכז אם.

תמצית מתווה לביצוע

בשלב הפיילוט יאותרו מרפאות קהילה בכל קופה ויוגדר איש צוות שיעבור הדרכה וירכז את הפרויקט. יאותרו חולי הסוכרת מעל גיל 60 שיעברו מבדק קוגניטיבי קצר ויאספו נתונים רפואיים שידועים כחשובים לסיכון להתפתחות של דמנציה. חולים שימצאו כבעלי סיכון גבוה להתפתחות דמנציה יוזמנו ליום הערכה מורחב במרכז בשיבא, שיערך על ידי צוות רב מקצועי ויכלול אבחון קוגניטיבי מורחב ואבחון קומורבידיות והסברים אלטרנטיביים לממצאים הקוגניטיביים. המלצות יום ההערכה יועברו הן למטופל והן למרפאה הראשונית ויערך מעקב אחר יישום המלצות. בנוסף, ייערכו פגישות תקופתיות עם הצוות המטפל בכל מרפאה, שמטרתן שיתוף ידע והדרכה בנושאים קוגניטיביים. בשלב השני של הפיילוט (כשלוש שנים לאחר ההתחלה), יוצע למטופלים בעלי קשיים קוגניטיביים משמעותיים להשתתף בקבוצה לטיפול ושיקום קוגניטיבי. הקבוצה תתכנס לכ-12 מפגשים אשר יהיו ממוקדים בשיפור מודעות ופיתוח אסטרטגיות לניהול עצמי יעיל של הטיפול במחלת הסוכרת. לאורך כל שלב הפיילוט יערך קידוד של הנתונים ובסיום תתבצע הערכה בנוגע ליעילות התכנית, לפי קריטריונים שיקבעו מראש. בטווח הארוך, תיושם התכנית בפריסה ארצית במרפאות הקופה בקהילה ויוקמו מרכזים שניוניים לאבחון והערכה במוקדים שונים בארץ. כמו כן יופעלו תכניות לטיפול קוגניטיבי. המרכז לטיפול וחקר סוכרת בגיל המבוגר ירכז את התכנית ברמה הארצית באספקטים של הדרכה, מעקב אחר יישום התכנית, מחקר והטמעת שניוניים.

משאבים נדרשים

- במרפאות קהילה: רכז תכנית, בטררייה לאבחון קוגניטיבי ראשוני, הדרכה.
- במרכזים השניוניים: ליום ההערכה - נירופסיכולוג, רופא סוכרת, תזונאית, פיזיותרפיסט, מרפאה בעיסוק, כלי אבחון ייעודיים בכל תחום.
- לקבוצה הטיפולית - פסיכולוג שיקומי.
- בנוסף - רכז פרויקט, תקציב לקידוד נתונים ועיבוד סטטיסטי, תקציב לימי עיון לאוכלוסיה ייעודית והדרכה לצוותים בקהילה.

ד"ר טלי צוקרמן-יפה, המכון האנדוקריני ומכון גרטנר, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר והמחלקה לאפידימיולוגיה, אוניברסיטת תל אביב רחל נטוביץ, פסיכולוגית שיקומית, בית החולים השיקומי והמכון האנדוקריני, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

התאמת שירותי הבריאות בתחום הסוכרת לצרכים הכלכליים, החברתיים והתרבותיים של קבוצות חברתיות שונות

שלומית אבני, ד"ר אמה אברבוך

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

קבוצות חברתיות שונות נמצאות בסיכון גבוה יותר לטרומ סוכרת, סוכרת, חוסר איזון, סיבוכים כתוצאה מהמחלה ותמותה הקשורה למחלה. יש צורך לתעדף זיהוי, אבחון וטיפול באוכלוסיות אלו במטרה לקדם שוויוניות בזמינות ובנגישות לשירותי בריאות ובתוצאי בריאות.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- שילוב משתני רקע חברתיים-כלכליים בפרסומים ובמחקר אודות סוכרת
- הכשרות של מטפלים וסטודנטים בנושא אי-שוויון בבריאות, כשירות תרבותית, אוריינות ועוני
- הנמכת תקרת ההשתתפות ויצירת תקרה משפחתית מדורגת על תרופות בסל לחולים כרוניים
- ביקורים יזומים וארוכים יותר לחולים בסיכון על רקע מצב חברתי-כלכלי
- שילוב מרכזים של תמיכה וחיזוק רשתות חברתיות וטיפול בדיכאון ובמתח במפגש עם הרופא הראשוני ובקבוצות התערבות
- פיקוח על מחירים של מזונות בריאים והנגשת מחירים לחיים בעוני
- העמקת העבודה הקהילתית עם מבטחים, מנהיגים ועסקים
- פיתוח ופרסום מבחני תמיכה בקופ"ה כנגד הוכחות בצמצום פערים במדדי תוצאה

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- התאמה מחדש של מבנה ותוכן השירותים באופן המותאם למפת התחלואה החברתית, כולל הארכת אורך המפגש הטיפולי והפחתת עומס העבודה בהתאם
- פיתוח הנחיות מנהליות וקליניות מותאמות למצבים חברתיים-כלכליים מורכבים
- שילוב אנשי צוות נוספים או שינוי בהגדרות התפקיד של הקיימים
- גיוס אקטיבי של מטפלים ועובדים מקבוצות חברתיות מגוונות והתאמת כוח האדם והתשתיות הפיזיות לאופי התרבותי ולצרכים הלשוניים של המטופלים
- חיזוק פעולות בתחום המניעה וקידום הבריאות באופן המותאם למפת התחלואה החברתית
- הבנייה והעמקה של שיתופי הפעולה הבין-מגזריים ובין-משרדיים
- פיתוח מנגנונים לשיתוף מבטחים בעיצוב מדיניות והתערבויות

תמצית מתווה לביצוע

מינוי של צוות משימה שיעסוק בפיתוח ה-Standard of care לסינגור, לתמיכה ולטיפול באוכלוסיות בסיכון חברתי ושילוב ההמלצות בתוכניות העבודה של המשרד. צוותי משנה של כח המשימה יפעלו לפיתוח הכלים לצורך מתן מענה ליעדים לטווח קצר וטווח ארוך ויכללו: צוות פרסום ומידע (בהובלת המרכז לבקרת מחלות ורשם אי-שוויון של משרד הבריאות במכון גרטנר), צוות פיתוח הנחיות וחומרים מקצועיים, צוות תמריצים, צוות שיתוף מבטחים, צוות קהילה ועסקים, צוות רפואה ראשונית וצוות רגולציה (בהובלת משרד הבריאות).

משאבים נדרשים

נדרש תמחור מדויק. סעיפי הוצאה ה"כבדים": תמיכות לקופות החולים (כ-60 מלש"ח לשנים 2017-2019); הפחתת השתתפויות עצמיות (כ-70 מלש"ח); גיוס, הכשרה והעסקה של כח אדם נוסף או חדש; שעות עבודה של כ"א קיים לצורך תכנון לטובת התאמת השירותים.

כתבו וערכו: שלומית אבני, משרד הבריאות, ד"ר אמה אברבוך, משרד הבריאות

שותפים בכתיבה (לפי סדר א'-ב'): פרופ' ליאון אפשטיין; ד"ר בשארה בשארת, בית חולים נצרת אי.מ.מ.ס; ד"ר אילנה הרמן-בהם, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה, באר שבע; ליאורה ולינסקי, קופ"ח מאוחדת; ד"ר ענת יפה, עמותת טנא בריאות ומרכז רפואי הלל יפה, חדרה; ד"ר אייצה ספפה, עמותת טנא בריאות; נעמה רון, משרד הבריאות

לקויות ונכויות הקשורות בסוכרת, בהיבטי הביטוח הלאומי בישראל

ד"ר ישי אוסטפלד, ד"ר מרק טרגין, ד"ר יהודה ששון, ד"ר מתי וקסלר, ד"ר דניאל ברש, ד"ר אולגה חילקביץ, ד"ר אמנון עמית, ד"ר אבירם וייס, גב' יעל גולן, פרופ צבי שטרן

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

סוכרת מהווה לקות הגורמת לעיתים לנכות ויכולה לזכות את החולה בה במגוון סוגי גמלאות מהביטוח הלאומי. לצורך הגברת ההוגנות והשוויוניות במתן הגמלאות עוסק הביטוח הלאומי בעדכון ספר הליקויים, בהנגשת הזכויות ובמיצוין לחולים במחלה.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- השלמת עדכון ספר הליקויים במתכונתו הנוכחית בתחום סיבוכי הסוכרת.
- פישוט שיטת ההערכה בוועדות השונות בביטוח הלאומי ופעולות אקטיביות למיצוי זכויות הלוקים בסוכרת, בהתאם לגמלאות השונות.
- הפצת דף עזר למילוי תביעה בגין סוכרת לרופאים ולחולים.
- עידוד מחקר מדעי בנושאי "קשר סיבתי" ונכויות הקשורים בסוכרת, לצורך גיבוש מדיניות בתחומי המחלוקת.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ- 10 שנים)

- גיבוש תפיסה מודרנית להערכת נכות וכושר עבודה לחולים בסוכרת, באופן שיעודד טיפול ושיקום ושותפות במאמץ הלאומי למניעת התחלואה בסוכרת.

תמצית מתווה לביצוע

- השלמת עדכון ספר הליקויים הקיים.
- טיוב אופן הגשת התביעות השונות לביטוח הלאומי בנושא סוכרת, .
- הרחבת הפעולות למיצוי זכויות.
- עידוד מחקר מדעי בנושאי "קשר סיבתי" ונכות הקשורים בסוכרת.

משאבים נדרשים

הפעולות הארגוניות השונות בביטוח הלאומי מתבססות על משאבי הארגון. אולם, למחקר הייעודי בנושאי נכות וסוכרת נדרש שיתוף פעולה עם יתר המערכת הרפואית בישראל, בעיקר בהיבטי מסד הנתונים, משאבי חוקרים ותקציבי מחקר.

נוהל מתן אישורי נהיגה לחולי סוכרת

פרופ' גיל ליבוביץ'

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

אין נהלים ברורים מוסכמים לגבי מתן אישורים לחולי סוכרת, במיוחד לאלה המטופלים באינסולין, לנהיגה ברכב פרטי, ברכב כבד ולהסעת נוסעים בתחבורה הציבורית. הסיכון של חולי סוכרת לגרימת תאונה אינו גבוה משמעותית בהשוואה לאוכלוסיה הכללית. למרות זאת, חולי סוכרת נתקלים לעיתים בקשיים בקבלה או בחידוש רישיון הנהיגה. מטרתנו הינה להסדיר את הנושא מול המכון לבטיחות בדרכים ובמקביל לפעול להגברת המודעות לנהיגה בטוחה בקרב חולי סוכרת.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים) ולטווח ארוך (כ-10 שנים)

כל היעדים המתוארים לעיל ניתנים להשגה בטווח של 2-5 שנים.

תמצית מתווה לביצוע

נבנתה תכנית שאושרה ע"י המועצה הלאומית לסוכרת והאגודה הישראלית לסוכרת בכל הנוגע למתן/חידוש רישיון נהיגה לחולי סוכרת. התכנית מבוססת על העקרונות הבאים:

- מתן/אשרור רישיון נהיגה בהליך מהיר אצל חולים בסיכון נמוך לתאונת דרכים כתוצאה מהסוכרת וסיבוכיה.
- זיהוי חולים הנמצאים בסיכון גבוה יותר בנהיגה בעיקר כתוצאה מהיפוגליקמיה והתערבות לטיפול בבעיה.
- שלילת רישיון זמנית לחולים בסיכון גבוה לתאונות דרכים, בהם נכשלו האמצעים שננקטו להורדת הסיכון בנהיגה.
- הגברת המודעות בקרב רופאי הסוכרת והקהילה והמטופלים כיצד למנוע היפוגליקמיה בנהיגה. יתקיימו דיונים עם מנהלי המכון לבטיחות בדרכים על מנת להגיע להבנות בנידון. בנוסף, יוחלט לגבי הכללים למתן/אישור רישיונות נהיגה ברכב כבד ולהסעה בתחבורה הציבורית.

משאבים נדרשים

פרסום והפצה של התכנית בקרב ציבור חולי הסוכרת, מרפאות הסוכרת וקופות החולים.

מרפאה וירטואלית: מעקב מרחוק ותמיכה בחולים ובמטפלים בעזרת מחשב

פרופ' יובל שחר, פרופ' איתמר רז

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

בעיות:

- עלויות הולכות וגדלות של ניטור חולי סוכרת וטיפול בהם במרפאות ובאשפוז שלישוני.
- החולים אינם מעורבים מספיק בטיפול בעצמם.
- העדפותיהם לא תמיד נלקחות מספיק בחשבון.
- הטיפול עצמו לא תמיד מותאם לתגובותיו הספציפיות של כל חולה לטיפול.

אתגרים:

- ניטור ומתן תמיכת החלטה לחולים 24/7 בבית ובעבודה;
- הגברת מעורבות החולים.
- פרסונליזציה של הטיפול.
- תמיכה מבוססת עדויות מחקר גם בצוות המטפל.

הערה: אתגרים/מטרות אלו מתממשים בימים אלו בפרויקט MOBIGUIDE האירופי בניהול ישראל.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- פרויקט PILOT בתחום ניטור חולות סוכרת הריונית דרך הטלפון הנייד:
- הגלוקומטר יקושר לטלפון ע"י bluetooth. נתונים נוספים יוכנסו ידנית ע"י החולה (בדיקות שתן, שינוי בדיאטה וכד').
- התרעות ומדידות - לפי העדפות החולה (לדוגמא באשר לזמנים).
- הנתונים ישלחו לשרת ניטור ותמיכת החלטה שיקושר לתיק הממוחשב של החולה בקופה שלה.
- התרעות ישלחו לחולה. המלצות ישלחו במקביל לרופא המטפל שלה.
- בתחילה לא ייכלל טיפול באינסולין. בהמשך יתווסף גם זה לפרוטוקול הטיפול.
- המלצות יסופקו גם לרופאי משפחה בקהילה בזמן ביקור החולה.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- הוספת שרת קווים מנחים טיפוליים שיכלול לפחות ניהול סוכרת מסוג 2.
- השרת יקושר לתיק הרפואי הממוחשב בכל קופה.
- מתן תמיכת החלטה לחולים בכל סוג של סוכרת דרך המכשיר הנייד.
- מתן תמיכת החלטה ברופאי משפחה בקהילה.
- בסיס הידע יעודכן מדי פעם ע"י ועדה מקצועית בסיוע מהנדסי ידע רפואי.
- מתן המלצות ממוחשבות גם בעת אשפוז במחלקה שאינה מתמחה בסוכרת.
- ניתוח הנתונים יתבצע מדי פעם לצורך לימוד מגמות ובעיית הצורך בשינוי הקווים המנחים.

תמצית מתווה לביצוע

- התחלה בקופה אחת בתחום הסוכרת ההריונית - בתחילה ללא תמיכה בטיפול באינסולין.
- הרחבה לסוכרת כללית למרפאות קהילתיות ולבתי החולים.

משאבים נדרשים

- כ"א לפיתוח התוכנות ולקישור לנתוני הקופות.
- כ"א להדרכה.
- חיישנים.

סימון מזונות לסוכרתיים

גילה פיימן, מיכל לנגברג

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

השינוי התזונתי הוא השינוי המאתגר ביותר לחולים סוכרתיים רבים. הטיפול התזונתי כולל תכנון של הארוחות ומותאם באופן אישי. רוב ההשפעה הגליקמית מהמזון מגיעה מהפחמימות. המלצות האגודה האמריקאית לסוכרת (American Diabetes Association) לשנת 2015 מתייחסות לכמות הפחמימות הנאכלת בכל ארוחה. השימוש בטכנולוגיות חדשות בטיפול בסוכרת ובסוגי האינסולין החדשים דורש מידע מדויק על תכולת הפחמימות וכמותן במוצרים השונים, כדי לאפשר התאמת מינון האינסולין לכמות הפחמימות הנאכלת.

הסימון התזונתי המופיע על אריזות המזון הוא אחד ממקורות המידע העיקריים לכמות הפחמימות במזון. סימון סוכרים בטבלת הסימון התזונתי הוא כיום התנדבותי ולא מחייב, כמו כן אין חקיקה מוסדרת בנוגע למילות התיאור הנוגעות לסוכרים, ההגדרות והמסרים הקיימים מבלבלים ומטעים והשימוש במוצרים על פי הגדרות אלו עלול להשפיע על איזון הסוכרת.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- שיתוף פעולה עם משרד הבריאות בסימון מדויק, נגיש וברור של סוכרים במוצרי המזון.
- סימון של סוכרים אלכוהוליים והגדרתם.
- הגדרה ברורה למזון ללא סוכר.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- אכיפה של המלצות הסימון על חברות המזון.
- הגברת הקשר עם תעשיית המזון לתכנון וייצור מוצרים בריאים לסוכרתיים ולכלל האוכלוסייה.
- פרסום והדרכה לקהל הרחב על הכרה ושימוש בסימון התזונתי.

מתווה לביצוע

השתתפות פעילה בדיונים והחלטות הרגולטור.

משאבים נדרשים

תקציב פרסום והדרכה.

גילה פיימן BSc, דיאטנית קלינית, המכון לאנדוקרינולוגיה וסוכרת והיחידה לתזונה ודיאטה, מרכז שניידר לרפואת ילדים, פתח תקוה והמועצה הלאומית לסוכרת

מחנך לסוכרת ולמחלות כרוניות

ד"ר קרן הרשקופ, ד"ר ג'ואל זינגר, פרופ' אבי קרסיק

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

החינוך הטיפולי הוא חלק בלתי נפרד מהטיפול במחלת הסוכרת. כל חולה זכאי לקבל במסגרת הטיפול כלים והכוונה לניהול עצמי של המחלה. חינוך טיפולי יינתן ע"י אנשי מקצוע אשר הוכשרו והוסמכו לעסוק בתחום. אין כיום בישראל מסלול הכשרה אחיד למתן מיומנויות לחינוך טיפולי ולהכשרת מחנכי סוכרת.

האתגר הניצב בפנינו הוא הגדרה, בנייה ומיסוד תפקיד מחנך לסוכרת בישראל, שיפעל במסגרות ארגוניות שונות ובקהילה לחינוך ולהעצמת המטופל.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- מיסוד והכרה של תפקיד מחנך הסוכרת בארץ (עד סוף 2015).
- הסמכת "אבות החינוך הטיפולי בסוכרת (עד סוף 2015): כ-30-20 אנשי מקצוע.
- הפעלת תכנית הכשרה אחידה למחנכי הסוכרת בארץ לפי שני מסלולים.
- הגדלת מספר החברים בארגון לחינוך טיפולי בישראל "אלומה" בכ-20% (עד סוף 2017).
- הסדרת מקומות עבודה למחנכי סוכרת עד 2017.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים ויותר)

- הרחבת החינוך הטיפולי לטיפול במחלות כרוניות נוספות.
- שילוב החינוך הטיפולי כחלק בלתי נפרד מהטיפול במחלות כרוניות במרפאות מקצועיות בבית החולים ובקהילה.
- שילוב קורס לחינוך טיפולי בלימודי הליבה בכל מקצועות הבריאות.
- ייצור מקומות עבודה למחנכי סוכרת עם גידול של כ-15% כל שנה ובהתאם לגידול באוכלוסית החולים במחלת הסוכרת.
- בניית מערכת בתיק הממוחשב של החולה למעקב פעילות של מחנכי סוכרת ומחלות כרוניות.
- בנייה ופיתוח של כלים חינוכיים עבור מטפלים ומטופלים.

תמצית מתווה לביצוע

התוכנית תתבצע בשני צירים במקביל: בציר המקצועי, הכולל מסלול הכשרה אחיד, ארגון מקצועי ומעקב אחר ההכשרות ובציר הרגולטורי, הכולל הכרה והסמכה של משרד הבריאות לתפקיד מחנך לסוכרת והטמעת התפקיד במערכת הבריאות.

משאבים נדרשים

- מימון תהליך ההסמכה הכולל בחינה עיונית ומעשית אחת לשנה.
- הכרה של משרד הבריאות בהסמכה ובתפקיד
- הסכמה על מודלים להטמעת התפקיד במסגרות ארגוניות שונות במערכת.

ד"ר קרן הרשקופ, רכזת התוכנית למיסוד והכשרה של מחנכי סוכרת, מיזם עוצמה והמחלקה למטבוליזם ותזונת האדם, ביה"ס לרפואה, האוניברסיטה העברית, ירושלים

ד"ר ג'ואל זינגר, בית ספר לרפואה על שם סקלר, אוניברסיטת תל אביב, מנהלת שירותי סוכרת, מרכז רפואי רבין, ב"ח בלינסון, פתח תקוה, מכון אנדוקריני- שירותי בריאות כללית, מחוז מרכז וועד האירגון הישראלי לחינוך טיפולי בסוכרת ומחלות כרוניות

פרופ' אבי קרסיק, המכון האנדוקריני, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

התמחויות בסוכרת ומטבוליזם במקצועות הבריאות - רופאים

פרופ' נעים שחאדה, ד"ר עופרי מוסנזון

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

בישראל קיים מחסור גדול ברופאים בעלי התמקצעות בטיפול בסוכרת ותסמונת מטבולית, בעוד שרוב חולי הסוכרת מטופלים ויטופלו בעתיד על ידי רופאי משפחה ופנימיאים. קיים צורך בהכשרה מעמיקה של מספר גדול יחסית של פנימיאים ורופאי משפחה בטיפול מיטבי בחולי סוכרת ותסמונת מטבולית.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

הכשרת כ-50 רופאים נוספים למתן ייעוץ וטיפול מיטבי בחולי סוכרת ותסמונת מטבולית.

תמצית מתווה לביצוע

בנייה ויישום של שתי תוכניות התמחות/הכשרה בתחום הסוכרת ומטבוליזם: לרופאים עמיתים ולמתמחים ברפואה פנימית וברפואת משפחה. תהליך זה יכלול פעילות להכרה במרכזים פרטניים המתאימים להתמחות ו/או להשתלמות.

משאבים נדרשים

- תקצוב עבודת הצוות המקצועי האחראי על התוכניות.
- השתתפות בעלות המרצים והמדריכים.
- שיפוי המוסד בו תבצע ההכשרה.

התמחויות בסוכרת במקצועות הבריאות: סיעוד

ד"ר הילה פיגל

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

אחות מומחית (Nurse practitioner) היא אחות בעלת השכלה אקדמית (תואר שני ומעלה) בעלת ידע מקצועי רלוונטי ובעלת רישוי וסמכויות טיפול ייחודיות. תרומתה המשמעותית של האחות המומחית היא מתן מענה מקצועי איכותי לניהול הטיפול ושמירה על הרצף הטיפולי הנדרש לטיפול בחולה, לרבות ויסות ואיזון המחלה למצב שיאפשר תפקוד יום יומי ואיכות חיים, מתן יעוץ, הכוונה והדרכה לחולים, למשפחות ולצוות הרפואי וכן איתור מוקדם ככל האפשר של חריגות במצבו של החולה והפנייתו להמשך טיפול.

תפקידי האחות המומחית כוללים את בדיקת החולה והערכת מצבו, הפניות לבדיקות אבחון ומעקב, קביעת תכנית הטיפול ומתן הוראות טיפוליות, איזון הטיפול התרופתי, ביצוע טיפולים ייחודיים כחלק מתוכנית הטיפול שנקבעה, איזון סימפטומים, הפניית המטופל להמשך טיפול או בירור רפואי נוסף והדרכה ומתן ייעוץ לחולה ולמשפחתו ולצוות הרפואי.

מחקרים העוסקים באופן ייחודי בתרומתה של האחות המומחית לאיזון הסוכרת מראים כי במרפאות בהן הועסקו אחיות מומחיות התבצע ניהול הטיפול בחולי הסוכרת טוב יותר לעומת מרפאות בהן הועסקו רק רופאים. במרפאות אלו נצפו אחוזים גבוהים יותר של מעקב אחר מדדי האיזון של חולי הסוכרת לרבות רמות המוגלובין A1c, רמות שומנים, רמות מיקרואלבומין בשתן, איזון רמות השומן ועוד.

האתגר העומד בפנינו הינו הגדרה, בנייה ומיסוד של תפקידי האחות המומחית על סמכויותיו הייחודיות. הסמכויות מקובצות בתחומים הבאים: בדיקת החולה והערכת מצבו, הפניות לבדיקות אבחון ומעקב, קביעת יעדי הטיפול, איזון הטיפול התרופתי, איזון סימפטומים, מתן ייעוץ, הפנייה ליועצים ולהמשך טיפול. הסמכויות מואצלות על פי חוק ובאישור מנכ"ל משרד הבריאות, לפי סעיף 59' לפקודת הרופאים.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- ביצוע הליך הכרה באבות מקצוע.
- הכשרה למומחיות בסיעוד בתחום סוכרת.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ 10 שנים ויותר)

- שילוב אחיות מומחיות בתחום הסוכרת והעסקתן במתארי אשפוז וקהילה.

תמצית מתווה לביצוע

התוכנית תתבצע במקביל בציר המקצועי הכולל מסלול הכשרה אחיד, ארגון מקצועי ומעקב אחר ההכשרות ובציר הרגולטורי הכולל הכרה והסמכה של משרד הבריאות לתפקיד והטמעת התפקיד במערכת הבריאות.

- הליך הכרה באבות מקצוע - בהתאם לתקנות בריאות העם - תואר מומחה בסיעוד 2013 - התשע"ד, הוחל בשנת 2014 בהליך הכרה ב"אבות מקצוע" למומחיות בסיעוד בתחום הסוכרת. הליך זה מובל על ידי מנהל הסיעוד במשרד הבריאות בליווי וייעוץ של ועדת מומחים בתחום הסוכרת (רופאים ואחיות). ועדה זו בוחנת את התאמתן של המועמדות לקבלת הכרה כ"אב מקצוע" ומאשרת את הגשתן למבחן הרישוי הממשלתי. מבחן הרישוי בנוי משני שלבים (בכתב ובע"פ) והתקיים ברבעון השני של שנת 2015. הליך ההכרה ב"אבות מקצוע" הניב 20 אחיות מומחיות. אחיות אלה, קיבלו סמכויות רחבות יותר ויעניקו טיפול איכותי וזמין לחולי הסוכרת במתארי האשפוז והקהילה.
- הכשרה - תכנית ההכשרה למומחיות בסיעוד נקבעת ע"י מנהל הסיעוד במשרד הבריאות בשיתוף האיגוד הרפואי. התוכנית נמשכת שנה וכוללת לימודים עיוניים וקליניים בהיקף של 750 שעות לימוד. תכנית לימודים למומחיות בסיעוד בתחום הסוכרת מיועדת להיפתח בשנת 2016 ולהניב 25 מומחיות נוספות בפריסה ארצית. תכנית זו תיפתח פעמים נוספת על פי צורכי השטח.
- העסקה - התנאים להעסקת האחיות המומחיות נקבעו בשנת 2015 על ידי נציבות שירות המדינה.
- הטמעת התפקיד בשטח - הוחל תהליך שילובן של אחיות מומחיות בתחום הסוכרת והעסקתן במתארי אשפוז וקהילה כמשאב מקצועי לחולים ובני משפחותיהם ולצוותים המטפלים. הטמעת התפקיד בשטח תלווה במחקר מעקב.

משאבים נדרשים

מימון ותוכנית ההכשרה, לרבות בחינת הרישוי מידי שנה.

התמחויות בסוכרת לדיאטנים

גילה פיימן, ד"ר רונית אנדוולט

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

הטיפול התזונתי (Medical Nutrition Therapy, MNT) הוא אחד משלושת יסודות הטיפול בסוכרת, יחד עם פעילות גופנית וטיפול תרופתי. יש צורך להתחיל בטיפול תזונתי מיד עם אבחון המחלה ולמשך כל מהלך המחלה. הטיפול כולל מתן מידע תזונתי מתאים לסוכרת ולתחלואה משנית, הגברת ההיענות והמוטיבציה לטיפול.

הטיפול התזונתי המורכב דורש ידע רב, מדויק ועדכני, מיומנות קלינית טיפולית והתאמה תרבותית אישית מגדרית ומגזרית. המטרה הינה לפתח התמחות בתזונה קלינית למניעה וטיפול בחולי סוכרת, כמו גם קידום הבריאות.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- תכנון מסלול ההכשרה, תוכנית הלימודים וההתנסות הקלינית
- התקשרות עם מרכז אקדמי.
- קיום דיון בנושא "דור המדבר".

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- הקמת פורום דיאטנים לסוכרת.
- עדכון הידע, בקרת עמיתים, תיאורי מקרה, הקניית ידע תזונתי לצוות המטפל.
- שימוש בקווים מנחים Evidence Based.
- ביצוע מחקרים שיקדמו וישפרו את הטיפול התזונתי בסוכרת ואת איכות חיי המטופלים.

תמצית מתווה לביצוע

ההכשרה מיועדת לדיאטנים קליניים בעלי רישיון משרד הבריאות ותחל לאחר שנתיים של ניסיון בעבודה. תדרשנה 2000 שעות ניסיון ובכלל זה שעות לימוד בקורס ייעודי להתמחות.

מומחה יוכל להיות רק מי שסיים תואר שני או שיסימו במהלך ההתמחות. בתום ההתמחות יתקיים מבחן. המומחים יידרשו כל כמה שנים למבחן רענון.

משאבים נדרשים

עלות הקורס משולמת על ידי הסטודנטים או מקומות העבודה. בעתיד יידרש תגמול בנוסף.

גב' גילה פיימן Bsc, סגנית מנהלת היחידה לתזונה ודיאטה, אחראית מקצועית בתזונה במכון לאנדוקרינולוגיה וסוכרת, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, פתח תקוה

ד"ר רונית אנדוולט, מנהלת המחלקה לתזונה, משרד הבריאות

יעוץ רוקחי לחולי סוכרת מסוג 2

ד"ר איל שורצברג, מגר' אלי מרום

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

הקשיים בהם נתקל המטופל בהיענות לטיפול התרופתי והשלכות על מצבו הרפואי.

האתגר:

- שיפור היענות לטיפול התרופתי.
- מתן מידע למטופל לשימוש מושכל בטיפול התרופתי שנרשם.
- מתן מענה לזיהוי בעיית היענות ומתן כלים להתמודדות ושיפור הנטילה.

מטרות/יעדים לטווח קצר (כ-3 שנים)

- מדידת היענות לרכישת תרופות על פי המידע המצוי במחשבי קופות החולים: נקבעת במבחני התמיכה לקופות החולים.
- יעוץ רוקחי יזום למטופלי פוליפרמאסי.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים ויותר)

- יעוץ תקופתי בנושא שימוש מושכל בתרופות ובדיקת היענות לטיפול על ידי רוקח- אחת לשנה לפחות.
- ביצוע בדיקות מעקב גם בבתי מרקחת: מדידות תקופתיות של גלוקוז מסוכרר לאיתור מעל 7.5, בדיקת רגליים.
- הכשרת רוקחים בלימודי המשך או במסגרת אקדמית בנושא התמחות בנושא סוכרת.
- בניית מדד היענות משולב לנטילה מושכלת.
- בניית תכנית רוקח מלווה ובית מרקחת מלווה למטופל

תמצית מתווה לביצוע

- הפקת דוחות מימוש מרשמים בקופות החולים.
- איתור קבוצות מיקוד להתערבות (מטופלים לא מאוזנים).
- פנייה לבתי הספר לרוקחות להכנת תכניות לימודים.
- פנייה למשרד האוצר לקביעת מבחני תמיכה לרוקחים מלווים בבתי מרקחת.

משאבים נדרשים

יוגדרו בהמשך.

פעילות גופנית בטיפול בסוכרת

אילה פרג, מיכל עצמון

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

פעילות גופנית היא חלק בלתי נפרד מהתכנית הכוללת לטיפול בסוכרת. תרומותיה רבות וכוללות איזון רמת הסוכר בדם, ירידה בתחלואה נלווית, כמו יתר לחץ דם, עליה בשומנים בדם ומחלות כלי דם ולב. בנוסף, ידוע כי פעילות גופנית משפרת מצב רוח ותורמת לתחושת הבריאות הכללית (sense of well-being).

הענות לפעילות גופנית באוכלוסייה הכללית נמצאת במגמת שיפור, אך בקרב חולים במחלות כרוניות בכלל ובקרב חולי סוכרת בפרט ההיענות נמוכה. מחקרים רבים מצאו כי פעילות גופנית מותאמת לחולי סוכרת משפרת את מדדי המחלה, מורידה שימוש בתרופות, משפרת תפקוד ואף מאריכה תוחלת חיים. למרות כל האמור, שיעור העוסקים בפעילות גופנית בקרב חולי סוכרת נמוך מאוד.

חשוב לציין, כי התערבות לשינוי אורח חיים בקרב טרום סוכרתיים בנוגע לתזונה ופעילות גופנית יכולה למנוע התפתחות המחלה ובכך לשפר מצב בריאותי ולחסוך משאבים רבים למערכת הבריאות.

פעילות גופנית מותאמת לחולי סוכרת מתחשבת במצבם הבריאותי הכלל מערכתי, לרבות מצבם הקליני, הקרדיאלי, הנשימתי, האורתופדי, שימוש בתרופות ועוד.

המלצות ארגון הבריאות העולמי לפעילות גופנית מותאמת לחולי סוכרת כוללת אימון אירובי ואימון כוח.

חלקם של פיזיותרפיסטים בתכנית הכוללת לטיפול בחולי סוכרת הוא בהתאמת תכנית אימון גופני אישית בכל שלבי המחלה. כדי להפיק את מירב התועלת, יש להתחיל פעילות גופנית מוקדם ככל האפשר עוד בתקופת הקדם סוכרתית, מיד עם איתור הסימנים או גורמי סיכון ראשוניים למחלה. מרכיבי התכנית כוללים מתן מידע על התרומה של פעילות גופנית, התאמת תכנית פעילות אישית והדרכה לשינוי באורח החיים. התאמת תכנית פעילות גופנית לחולי סוכרת ולחולים עם מחלות כרוניות בכלל, דורשת ידע ומיומנויות מקצועיים, כמו גם אסטרטגיות להגברת היענות, מוטיבציה וידע בהתאמה תרבותית, מגדרית ומגזרית.

המטרה הינה לקדם ידע ומיומנויות מכוונים לטיפול באוכלוסייה זאת תוך שימת דגש על ההיבטים של הגברת היענות לביצוע פעילות גופנית סדירה וימומית.

תחום הפעילות הגופנית לחולי סוכרת הינו תחום עניין משמעותי בקרב פיזיותרפיסטים רבים אשר הוסמכו לייעץ ולתכנן תכניות אימונים מותאמות לחולים אלו.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- מיפוי מצב קיים - שילוב פיזיותרפיסטים בתכניות לחולי סוכרת, בהתאם לתכניות המונגהות בקופות חולים
- הטמעה של תכניות אימון כחלק בלתי נפרד מכל תכנית לקידום בריאות של חולי סוכרת
- הגדרת מסלול ההכשרה ייעודית תוך שימת דגש על מיומנויות להגברת היענות

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

- שיפור היענות לפעילות גופנית בקרב חולי סוכרת.
- מיסוד הייעוץ לפעילות גופנית לחולי סוכרת בשירות הפיזיותרפיה בקופות
- מיסוד תכנית להכשרת פיזיותרפיסטים לייעוץ והנחית חולים לתחום זה
- פתיחת מסגרות ייעודיות לסוכרתיים בתחום האימון והפעילות הגופנית.
- הקמת פורום פיזיותרפיסטים לסוכרת
- ביצוע מחקרים כתרומה לגוף הידע המקצועי

תמצית מתווה לביצוע

- העלאת המודעות לחשיבות ביצוע סדיר של פעילות גופנית ויתרונותיה במחלת הסוכרת ובמצב טרום סוכרתי באמצעות פעולות חינוך והסברה במעגלים חברתיים, חינוכיים ורפואיים.
- הגברת המודעות והמוטיבציה להפניה לייעוץ לפיזיותרפיה לקבלת הנחיות והתאמת תכנית פעילות גופנית אישית במרפאות הסוכרת
- פתיחת מסגרות לקיום הייעוץ והאימון פרטני וקבוצתי.

- שילוב פיזיותרפיסטים כיועצים לפעילות גופנית בכל תכניות לקידום חולי סוכרת בבתי חולים ובקהילה.
- הגברת הידע והמיומנויות של הפיזיותרפיסטים העוסקים בתחום וקידום מחקר לפיתוח גוף הידע.

משאבים נדרשים

- עלות השתלמויות ייעודיות
- תגבור תקני כוח אדם בקופות החולים ובבתי חולים

הכשרת צוותים רפואיים העוסקים במניעה וטיפול בסוכרת (רופאים, אחיות, מחנכים, עמיתים, עובדים פארא-רפואיים) בהיבטים הפסיכולוגיים של המחלה וההתמודדות עימה

ד"ר משה משעלי

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

צוותים רפואיים ופארא-רפואיים הנדרשים לטיפול בסוגיות כמו מניעה וטיפול באדם החולה בסוכרת נתקלים תדיר ב"התנגדות פסיכולוגית" לטיפול, שלה פנים רבות ומגוונות כמו הכחשת המחלה, דחינות, מינימליזציה של הסכנה, רציונליזציה, אינטלקטואליזציה ועוד. סוגיות הקושי בגיוס מטופלים, שימורם והיצמדותם להליך הטיפולי והחזרתם למסלול טיפולי אחרי אירועי נפילה (Relapse Prevention) מחייבות את המטפל להיות בעל "ארגז כלים" עשיר ומגוון - הלקוח כולו מהעולם של היכרות עם נפשו של האדם החולה (מיומנויות שכנוע, איתור התנגדות והתגברות עליה, מניעת נפילה). סוגיות אלו, המכוננות בטעות "מיומנויות רכות", אינן נלמדות באורח מסודר ואחיד ובעצמות הנדרשת בהכשרות הפורמליות של המטפלים. התכנית המוצעת מבקשת לתת מענה לסוגיה זו.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- הגדרה של קריטריונים וסמכות בתחום לבעלי תפקידים שונים (פרקי חובה בהכשרת מטפלים).
- כתיבת תורה הדרכתית (תוכן תיאורטי, סימולציות, לומדות) בתחום זה הנסמכת על תיאוריות ומחקר עדכני.
- הקמת מערך הדרכה לסגלי רפואה הנותן מענה לסוגיות הגיוס, שימור ומניעת נפילה
- הכשרת סגלי מדריכים (Train the trainers) שיהוו סגל פנימי מוביל בהדרכות שוטפות בארגוני הבריאות השונים.

תמצית מתווה לביצוע

- בטווח הקצר: הטמעה באמצעות מיזם עוצמה ובשיתוף קופות החולים ובתי חולים. ליווי בהערכה מעצבת.
- בטווח הארוך: הטמעה בתוכניות העבודה השוטפות של קופות החולים, בתי החולים וארגוני בריאות אחרים.

משאבים נדרשים

- מימון הכשרת מדריכים מתוך מוסדות הבריאות.
- מימון, פיתוח והפקה של ספר הדרכה מודפס ומצולם וביסוס כלי הדרכה והערכה.

ד"ר משה משעלי, פסיכולוג ייעוצי ותעסוקתי מומחה, מורשה לטיפול בהיפנוזה והנחיית קבוצות בשיטת הגשטלט, מרצה בחוג ללימודי בריאות ורווחה באוניברסיטת חיפה (לימודי תואר שני בתזונה) ובעלים ומנהל של א. משעלי שירותי יעוץ בע"מ - חברה הנותנת שירותי יעוץ לארגוני בריאות בארץ ובעולם

העצמת הצוות המטפל

ד"ר יבגני מרזון, ד"ר אביבית גולן כהן, מרים שפיגלמן

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

העלייה בשיעורי התחלואה בסוכרת במדינת ישראל מחייבת הקצאת משאבים רבים. למרות השקעה הולכת וגדלה בתרופות וטכנולוגיות חדשות, יותר ממחצית מחולי הסוכרת אינם מצליחים להשיג את יעדי הטיפול. ב-The IOM Quality report 2001: Crossing the Quality Chasm הסיקו שהמודל הטיפולי הקיים לטיפול במחלה כרונית נכשל, עבודה קשה יותר לא תעזור ויש צורך בשינוי השיטה.

משרד הבריאות ממקד את הבעיות המרכזיות בניהול מחלת הסוכרת ואת הסיבות לאי-עמידה ביעדי הטיפול המומלצים בפערי מוטיבציה, ידע ומיומנויות בקרב המטופלים, בהיעדר מודעות אצל המטופלים, בהיעדר בקרה על איכות הטיפול ועל נקיטת פעולות למניעת סיבוכים, בחוסר בהירות ביחס לאחריות הכוללת על הטיפול בחולים אלו, בשימוש לא מספק בצוות רב-מקצועי בניהול הטיפול במחלה, בהיעדר קריטריונים מבוססים מדעית לקדימויות בהקצאת משאבים לניהול הטיפול ובהיעדר הגדרה ברורה של האחריות הניהולית וחלוקת התפקידים בין הגורמים השונים.

בלאומית שירותי בריאות נבחן מודל לניהול חולי סוכרת מתוך מחשבה, שבהמשך ישמש מודל זה לטיפול גם בחולים במחלות כרוניות אחרות. במודל זה מוכשרים הצוותים של רופאי המשפחה והאחיות המטופלים במטופל בשגרה לטיפול כוללני, בצוות רב מקצועי, בהתבסס על ידע מתקדם ותוך שימוש במיומנויות הנעה לשינוי. לצוותים מוקצה זמן מותאם ומוגן, המאפשר מתן מענה יסודי ומקיף, והם מקבלים תמיכה מקצועית שוטפת ממומחים בתחום.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

פיתוח מודל שיכשיר את הצוות הראשוני במרפאות הקהילה לעבודה במודל רב מקצועי, יוזם ובר קיימא.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ-10 שנים)

שיפור המוטיבציה ומניעת שחיקה של הצוות המטפל, יחד עם שיפור ההיענות וההצמדות לטיפול של חולי הסוכרת במרפאות הראשוניות בקהילה, באמצעות:

- שינוי עמדות של הצוותים המטופלים במרפאה הראשונית בנוגע ללגיטימציה ולמחויבות בהובלת הטיפול בחולה הסוכרתי.
- הקניית ידע שיאפשר יצירת סטנדרט לטיפול עצמאי ושפה משותפת בין הסקטורים המקצועיים השונים בצוות.
- הקניית מיומנויות תקשורת מניעות שינוי, מיומנויות עבודה נכונה בצוות רב מקצועי ומיומנויות ניהול מחלה לאורך זמן.
- יצירת סביבה ארגונית תומכת ברפואה ראשונית ע"י שימור זמן מוגן, גיוס הצוות האדמיניסטרטיבי לתמיכה בהפעלת המודל ובניית כלים ממוחשבים תומכים באיתור יוזם של אוכלוסיה בסיכון.

תמצית מתווה לביצוע

- פיתוח מסגרת הכשרה מוסדרת לצוותים הראשוניים על בסיס העקרונות הנ"ל.
- הטמעת מודל חדש לניהול חולי סוכרת בגישה יוזמת ורב מקצועית, במסגרות זמן מוגנות ובניהול וליווי של אחראי תחום.
- ליווי מחקרי של ההטמעה וההפעלה במטרה לזהות את העזרים והחסמים להצמדות הצוות למודל.
- מינוי והכשרה של מנהלי תחום מחוזיים שיעסקו בהטמעה, בתמיכה, בשימור ובבקרה של התהליך.

משאבים נדרשים

יוגדרו בהמשך.

ד"ר יבגני מרזון, מנהל מחלקה לרפואה מנוהלת יזומה, חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, החוג לרפואת המשפחה, אוניברסיטת תל אביב
ד"ר אביבית גולן כהן, רופאה מחוזית, מחוז מרכז, לאומית שירותי בריאות, החוג לרפואת המשפחה, אוניברסיטת תל אביב
מרים שפיגלמן, אחראית תחום ניהול מחלות כרוניות ובריאותיה, מחוז מרכז, לאומית שירותי בריאות

שימוש באמצעים דיגיטליים לשיפור ההיענות וההתמדה בטיפול בסוכרת

ד"ר אביבית כהן

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

השימוש בטלפונים החכמים הולך ומתפשט במדינת ישראל, כמו גם בכל רחבי העולם. הטכנולוגיות של Mobile health מתפתחות בקצב מסחרר בשנים האחרונות, עם התרבות אביזרי עזר אשר ניתן לחבר לטלפון החכם, שיפור באיכות התקשורת האלחוטית ופיתוח אפליקציות מרובות אשר עוסקות בתחומי בריאות ואורח חיים בריא. מרבית אפליקציות אלו הינן "יועצות" בריאות אולם במקביל אליהן מפותחות גם אפליקציות אשר מטרתן להציב יעדי בריאות, לשנות מדדים ולהכתיב למטופל את התנהלותו היומיומית.

קופות החולים וארגוני הבריאות מגלים עניין גם הם באפליקציות אלו ובשילובן בתוכניות קידום בריאות בישראל ובעולם. קיימת מגמה ליצור אפליקציות אשר תהווה מעין "מרשם" רפואי אשר מטרתו הינה לעודד הענות והצמדות לטיפול. ברמת העיקרון, ניתן יהיה לשלב בתוך אפליקציות אלו גם מידע רפואי אלקטרוני קיים עבור המטופלים ובכך לחזק את הקשר בין קופת החולים, הרופא המטפל והמטופל.

הבעיות המרכזיות:

- אין מידע מרוכז על האפליקציות הקיימות בישראל ועל האפליקציות הבינלאומיות השכיחות בישראל.
- חולי הסוכרת המשתמשים באפליקציות אלו מקבלים ייעוץ רפואי צמוד/יומיומי ללא בקרה על התכנים, או על סיכון אפשרי הכרוך בשימוש בהם.
- יש לבחון את ההיבטים המשפטיים הקיימים בסוגיה זו מבחינת אחריות רפואית ומבחינת סודיות רפואית.

מטרות/יעדים לטווח קצר (1-2 שנים)

- מיפוי האפליקציות הקיימות ומיצורות היום בשוק בישראל אשר נועדו לחולי סוכרת או למניעת סוכרת. איתור חסרים בתחום.
- יצירה של "אישור משרד הבריאות" עבור אפליקציה והגדרת קריטריונים עבור אישור זה. הגדרת מנגנוני הגנה ושמירה על סודיות מידע הנדרשים מאפליקציה. הגדרה רחבה של תכנים "מותרים" ו"אסורים" באפליקציה באופן שלא יובילו לסיכון המטופל.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (3-5 שנים)

- יצירת שיתוף פעולה בין יזמים פרטיים מפתחי האפליקציות לבין משרד הבריאות וקופות החולים, תוך בחינת האינטראקציה בין הגופים השונים. קופות החולים תוכלנה לתרום את מאגרי המידע מחד, וליהנות מפירות הפיתוח מאידך.
- בניית מנגנונים אשר יעודדו יזמים וחברות ישראליות לפתח אפליקציות "כחול לבן" תוך מתן סיוע והכוונה בגיוס משאבים, איתור חסרים ומתן אפשרות לבחון את יעילות הפיתוח באוכלוסייה הישראלית.

תמצית מתווה לביצוע

- שיתוף פעולה עם המועצה הלאומית לבריאות דיגיטלית בכדי להבין את מיקומן של האפליקציות בתחום הסוכרת בכלל אפליקציות הבריאות הקיימות בישראל.
- מפגשים עם קופות החולים בכדי להבין את החסרים הקיימים ופתיחת השוק ליזמות טכנולוגית איכותית תחרותית.

משאבים נדרשים

יש לעודד השקעה של משאבי פיתוח ע"י יזמים מקומיים.

מדדי איכות בתחום הסוכרת והתסמונת המטבולית בקרב חולים מאושפזים

ד"ר עופרי מוסנזון

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

בסקר האחרון שבוצע על ידי ה-OECD נמצא פער משמעותי בין איכות הטיפול בסוכרת בקהילה לבין איכות הטיפול בבתי החולים, לרעת הטיפול בבתי החולים. אחד הכלים החשובים בעזרתם יכול הרגולטור, משרד הבריאות, לשנות מהותית את התנהלות האבחון והטיפול בחולי הסוכרת באשפוז הוא באמצעות השימוש במדדי איכות בתחום הסוכרת, עבור חולים המאושפזים בבתי החולים הכלליים, בתי החולים הגריאטריים ובתי החולים הפסיכיאטריים. אשפוז מהווה לעתים קרובות נקודת מפנה בחיי החולה, שיכולה להיות מנוצלת לטובת שינוי מהותי בטיפול בו ובמקביל "נקודת ביקורת" והתייחסות לטיפול הקודם שקבל במסגרת הקהילה. קיימת חשיבות מקסימאלית להבטחת הרצף הטיפולי במעבר מהקהילה לאשפוז ומהאשפוז לקהילה.

מטרות/יעדים לטווח קצר (2-5 שנים)

- קביעת מדדי איכות לביצוע בבתי החולים הכלליים (תוך התייחסות למחלקות שונות (פנימיות לעומת כירורגיות, כלליות לעומת יחידות טיפול נמרץ וכד'), בבתי החולים הפסיכיאטריים ובבתי החולים הגריאטריים.
- הטמעה הדרגתית של המדדים תוך מעקב אחר ביצועם.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (כ- 10 שנים)

- שיפור בתחלואה ובתמותה הנובעות מסוכרת באמצעות הבטחת טיפול ורצף טיפולי טוב יותר בין הקהילה לבין בתי החולים.

תמצית מתווה לביצוע

הוקמה ועדה מייעצת מטעם המועצה הלאומית לסוכרת אשר תלווה את היחידה לאבטחת איכות בבתי החולים של משרד הבריאות. הוועדה משמשת כגוף מייעץ אשר יוביל מקצועית את קביעת המדדים המותאמים למסגרות האשפוז השונות, תוך שיתוף פעולה עם המועצות והאיגודים השונים (המועצה לבריאות הנפש, המועצה לבריאות הקהילה וכד'). בנוסף מסייעת הוועדה בהטמעת מדדי האיכות בתחום הסוכרת/התחום המטבולי בקרב הצוותים בבתי החולים השונים (פסיכיאטריים, גריאטריים ועוד). מומלץ שהוועדה תעזור בבחינת אופן המדידה ותוצאות המדידה של ביצוע מדדי האיכות בבתי החולים ותמשיך בפיתוח מדדים נוספים ושיפור המדדים הקיימים.

משאבים נדרשים

לצורך הטמעת המדדים דרוש מעקב צמוד על ידי היחידה לאבטחת איכות בבתי החולים. כמו כן ניתן להיעזר בימי עיון, חומר כתוב והדרכות בבתי החולים עצמם על מנת להבטיח הטמעה וישום של מדדי האיכות.

רשמים עבור טרום-סוכרת, סוכרת, ניתוחים בריאטרים בקרב חולי סוכרת וסוכרת בהריון

ד"ר ענבר צוקר, פרופ' תמי שוחט

האתגר והבעיות המרכזיות בתחום

בשנת 2014 הוקמו במשרד הבריאות רשמים לאומיים לסוכרת, טרום סוכרת וניתוחים בריאטריים. המידע הנאסף במסגרת הרשמים אינו מספק לצורך אפיון מהלך המחלה וסיבוכיה וזיהוי אוכלוסיות בסיכון ופערים בטיפול. אין רשם לסוכרת הריון, שהיא קבוצה בסיכון גבוה להופעת סוכרת בעתיד.

האתגר: הקמת מאגרי מידע תקפים ומלאים.

הבעיות המרכזיות:

- חסר מידע על סיבוכי סוכרת (רטינופתיה, רגל סוכרתית, נירופתיה) מנתוני הקהילה. כשלב מקדים יש צורך בתיקוף הנתונים.
- חסר מידע על סוגי טיפול בסוכרת (קבוצות טיפול תרופתיות).
- אין הפרדה לסוג הסוכרת.
- יש סיווג שגוי בין סוכרת לטרום סוכרת.
- יש פערי מידע בין הרשמים של הקופה לבין אוכלוסית הרשם.
- חסר מידע דמוגרפי וסוציאקונומי.
- חסר מידע על נטל התחלואה.
- ברשם בריאטרי יש קושי בהשגת נתוני מעקב, הנובע בחלקו מחסר בתכניות מעקב מתאימות.

מטרות/יעדים לטווח קצר (1-2 שנים)

- תיקוף רשם סוכרת וטרום סוכרת מול נתוני הקופה וטיוב הגדרות השליפה במידת הצורך.
- הוספת משתנים קיימים מהקופות - סוגי טיפול, אג"ס, סוג הסוכרת.
- השלמת מידע דמוגרפי באמצעות הצלבה עם מרשם האוכלוסין.
- השלמת מידע על סיבוכי מחלת הסוכרת באמצעות המידע בקופות החולים.
- השלמת מידע על סיבוכי מחלת סוכרת באמצעות המידע בקובץ אשפוזים.
- הקמת רשם לסוכרת הריון.

מטרות/יעדים לטווח ארוך (3-5 שנים)

- הצלבה מול ביטוח לאומי.
- תיקוף וטיוב אבחנות בקובץ אשפוזים.
- הוספת משתנים לרשם (ניטור עצמי, PROM, תפקוד קוגניטיבי)

תמצית מתווה לביצוע

- תיקוף והרחבת המידע הנאסף מקופות החולים, תוך שיתוף פעולה שוטף.
- פיתוח יכולות הצלבה עם קבצים במשרד (מתוכנן ל-2016) ומחוצה לו.
- הקמת ועדת היגוי שתקבע הגדרות ושיטה להקמת רשם סוכרת הריון.

משאבים נדרשים

- תוספת כח אדם קבוע לרשם.
- תקציב למחקרי תיקוף.
- פיתוח תשתית מחשובית להעברת מידע לרישומים השונים מהגופים המדווחים.

ד"ר ענבר צוקר ופרופ' תמי שוחט, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות

