

**סיכום ישיבת המועצה הלאומית לגריאטריה - 28.3.17**

**השתתפו בישיבה:**

ד"ר יהושע בן ישראל, ד"ר לאה אהרוני, פרופ' רונית אנדוולט, ד"ר ישי אוסטפלד, עו"ס עדינה אנגלרד, פרופ' ישעיהו בלוססקי, גב' אסנת בראל, ד"ר שי בריל, ד"ר פנחס ברקמן, פרופ' חוה גולנדר, גב' צפי הלל דיאמנט, ד"ר אביטל הרשקוביץ, פרופ' משה זוננבליק, ד"ר אהרן כהן, גב' יוספה כחל, ד"ר מירי לוצקי, מר יהונתן למברגר, ד"ר יפה לרמן, ד"ר ראובן פרידמן, גב' יעל רותם-גלילי, ד"ר איריס רסולי, ד"ר שלי שטרנברג.

**נושאים שעלו לדיון:**

1. התכנית הלאומית למצבי סיכון תזונתיים
2. עדכון בנושא התכנית הלאומית לדמנציה

**פירוט:**

**1. התכנית הלאומית למצבי סיכון תזונתיים**

מחקרים רבים מדברים על העלות-תועלת של התערבות תזונתית. משרד הבריאות קיבל כלכלנית שהתנדבה שנה במחלקה ולקחה על עצמה את הנושא. התכנית לא הוגדרה כתכנית לאומית אך מאוד רלוונטית לגיל השלישי. הבעיה במצבי סיכון תזונתיים שפעמים רבות הם מאותרים מאוחר מדי. תת משקל הוא אחד האינדיקטורים למצבי סיכון תזונתי אך לא היחיד. תת-תזונה יכולה להיות מושרית על ידי מחלה או מצב כלכלי-חברתי. טיפול תזונתי מוריד סיכון לזיהומים, סיבוכים ועלויות אשפוזים חוזרים. נערך דיון על מנת להבין כיצד המועצה יכולה לעזור באיתור מצבי סיכון תזונתיים והמועצה חוותה דעתה לגבי כלי יעיל לאיתור עצמי ואופן הטמעתו ואיתור מצבי סיכון תזונתי בקהילה.

**2. עדכון בנושא התכנית הלאומית לדמנציה**

הוצגו מטרות התכנית הלאומית לדמנציה בישראל ותמונת מצב של התכנית. היום התקציב ממשרד הבריאות ואשל עומד על יותר מ-12 מיליון שקלים. הוצגו הישגי התכנית ותכניות עתידיות לשנת 2017.

המלצת המועצה בנושא התכנית הלאומית למצבי סיכון תזונתיים:

- המועצה תקיים דיון על יכולתה לסייע באיתור מצבי סיכון תזונתיים בזקן ואיזה כלי יעיל לאיתור עצמי.
- המועצה תקיים דיון כיצד ניתן להטמיע את איתור מצבי סיכון תזונתי בקהילה. יש להעלות מודעות למצבי סיכון תזונתיים.

המלצת המועצה בנושא עדכון בנושא התכנית הלאומית לדמנציה:

- המועצה מברכת על התקדמות התכנית.
- המועצה ממליצה להקציב יותר משאבים להתמודדות עם המחלה היוצרת עומס גדול על מערכת הבריאות ועל בני המשפחה.

נספחים:

- מצגת "ביטחון תזונתי לכלי-תכנית לאומית למניעת מצבי סיכון תזונתיים"
- מצגת "יישום התכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת אלצהיימר ודמנציות אחרות"

בכבוד רב,

גרסיאלה ביל

מנהלת תחום המועצות הלאומיות

רשמה: לירון שוורץ



# יישום התכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת אלצהיימר ודמנציות אחרות

ד"ר שלי שטרנברג, מנהלת המח' לשירותי גריאטריה דחופה באגף  
ד"ר איריס רסולי, מנהלת המח' לשירותי גריאטריה בקהילה באגף  
יהונתן למברגר, יו"ר ועדת היישום  
ד"ר אהרון כהן, ראש האגף לגריאטריה

מועצה לאומית לגריאטריה

28.3.2017



## התכנית הלאומית לדמנציה בישראל

1. העלאת מודעות הציבור למחלת הדמנציה
2. קידום מערך שירותי הבריאות בקהילה
3. קידום מערך שירותי הרווחה בקהילה
4. פיתוח פתרונות יעילים לתמיכה בבני משפחה מטפלים
5. התאמת מערך שירותי האשפוז הסיעודי הממושך לצרכים בפועל
6. פיתוח והרחבה של מערך הכשרת כוח האדם בקהילה ובאשפוז
7. מחקר ופיתוח



# יישום התכנית הלאומית – תמונת מצב

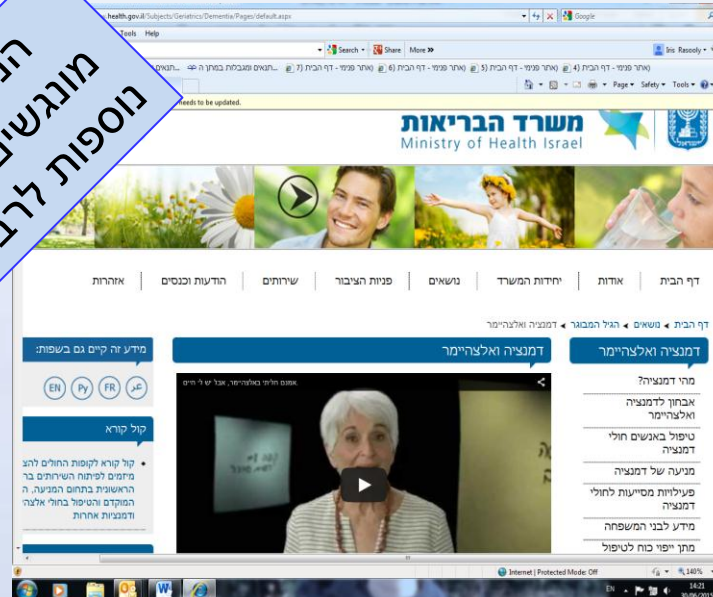


## העלאת מודעות למחלת הדמנציה - ומניעת הסטיגמה

בדצמבר 2016-ינואר 2017 עלה קמפיין לתכנית  
הלאומית במימון משרד הבריאות (האגף לגריאטריה).  
הקמפיין מכוון למודעות בשלב המוקדם של המחלה,  
ומלווה במידע מפורט באתר משרד הבריאות

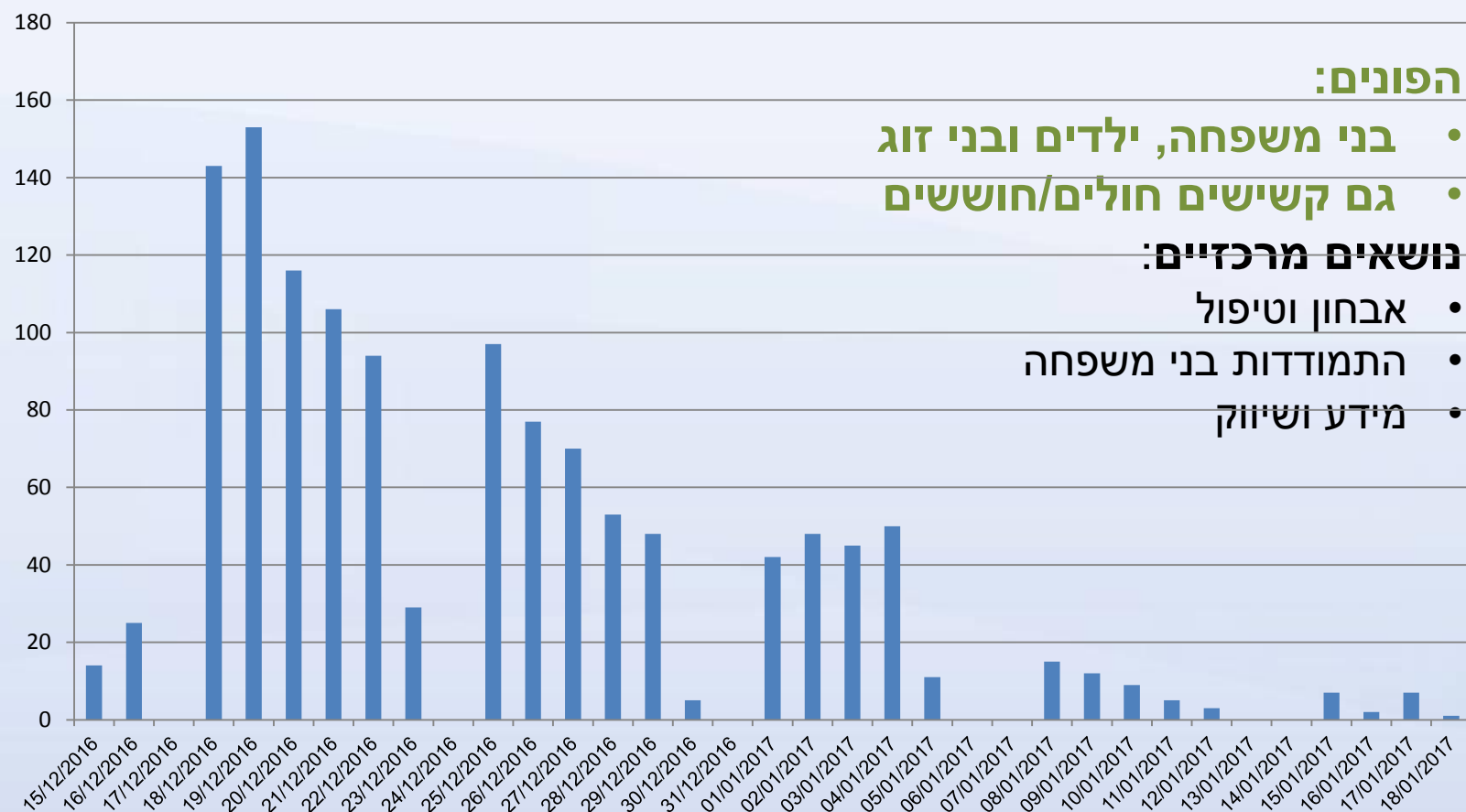
<http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatics/Dementia/Pages/default.aspx>

המידע באתר והקמפיין  
מונגשים לציבור גם בשפות  
נוספות לרבות רוסית ערבית





## מספר פניות למוקד משרד הבריאות בתקופת קמפיין הדמנציה



### הפונים:

- בני משפחה, ילדים ובני זוג
- גם קשישים חולים/חוששים

### נושאים מרכזיים:

- אבחון וטיפול
- התמודדות בני משפחה
- מידע ושיווק

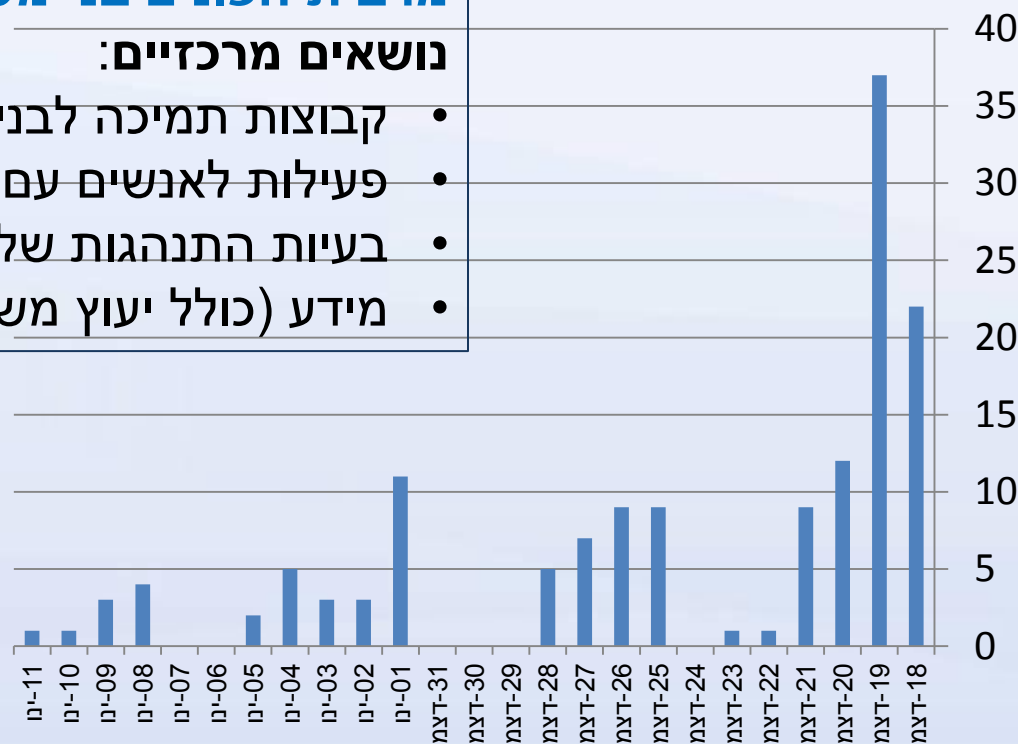


## 145 פניות למוקד עמותת עמדא – 18/12/16 – 11/1/17

### מרבית הפונים בני משפחה

#### נושאים מרכזיים:

- קבוצות תמיכה לבני משפחה
- פעילות לאנשים עם דמנציה
- בעיות התנהגות של חולים
- מידע (כולל יעוץ משפטי)







## תכנית ידידי דמנציה (ע"ס פרויקטים דומים בחו"ל)

### מטרת התכנית:

העלאת מודעות למחלת הדמנציה ויצירת קהילות "ידידותיות" ותומכות באנשים עם דמנציה

### היעדים:

1. העלאת מודעות למחלת הדמנציה ברשויות מקומיות (מתוכננות 10).
2. הגדלת הידע של הציבור הרחב על המחלה והצרכים של אנשים עם דמנציה (5 מסרים).
3. יצירת סביבות "ידידותיות" עבור אנשים עם דמנציה, בהן יוכלו להמשיך לחיות באיכות חיים מקסימאלית.

# תכנית ידידי דמנציה





✓ נחתם חוזה בין עמד"א לאשל.

✓ הרשויות הבאות יתחילו לפעול בקרוב: ירושלים, חולון, פרדס חנה, כפר יונה, קרית אונו

✓ הרשויות הבאות הביעו עניין ועם חלקם הפעילות תתחיל במהלך השנה: באר שבע, אשקלון, עמק יזרעאל, קריית ביאליק, נתניה, חיפה, רמת גן, תל אביב, סכנין, באר טוביה.



## קול קורא לקופות החולים לפיתוח שירותים ברפואה הראשונית בתחום המניעה, האבחון המוקדם והטיפול בחולי דמנציה

במימון אשל וקרן  
הלן בדר

100 שנה  
ג'וינט ישראל אשל  
יחד בעשייה חברתית למען הזקנים



קול קורא לקופות החולים להצעות מיזמים  
לפיתוח השירותים ברפואה הראשונית  
בתחום המניעה, האבחון המוקדם והטיפול  
בחולי אלצהיימר ודמנציות אחרות

מיזם שיתופי של משרד הבריאות, ג'וינט-אשל וקרן הלן-בדר - עם קופות החולים

### הליכים

- ✓ פרסום קול קורא (דצמבר 2014)
- ✓ בחירת תכניות על ידי ועדת ההיגוי
- ✓ היערכות ליישום התכניות (2015)
- ✓ היערכות לביצוע המחקר המלווה
- ✓ יישום התכניות (2016-2017)

[http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatics/Dementia/Documents/Dementia\\_announcement.pdf](http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatics/Dementia/Documents/Dementia_announcement.pdf)



## הישגים

- יצירת עניין בהתמודדות עם דמנציה בקופות החולים ✓
- כל קופה בחרה במודל יישום משלה ופיתחה תכנית ייחודית ✓
- לימוד הדדי בין הקופות – תוך כדי הצגת הפרויקטים במסגרת וועדת היישום ✓
- נבנית פלטפורמה להתמודדות בקופות עם דמנציה ועם סינדרומים גריאטריים נוספים ✓
- מצוינות: חלק מהפרויקטים הוצגו בכנסים ו/או זכו בפרס ✓

## תכניות לאבחון וטיפול בחולי דמנציה ותמיכה בבני משפחה

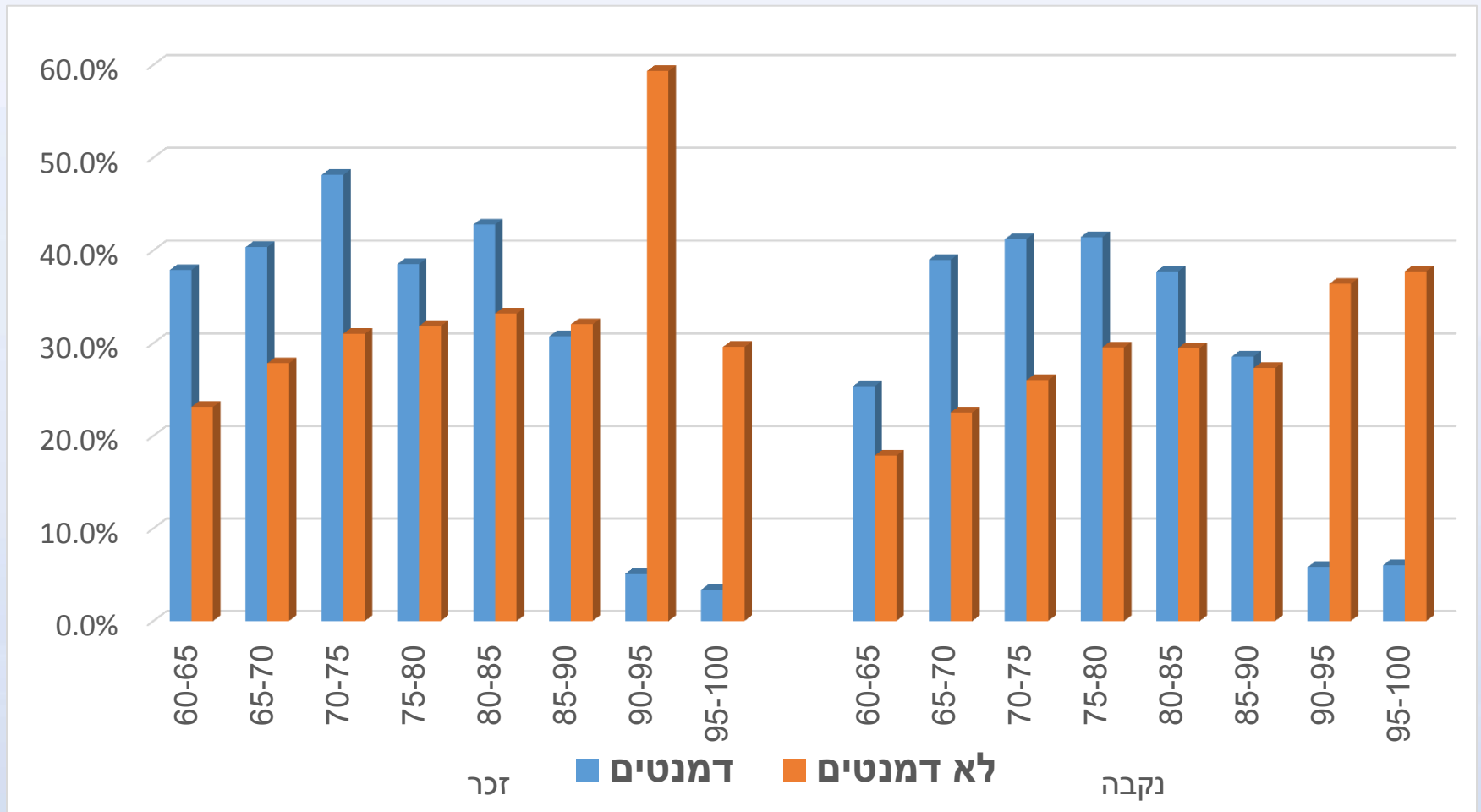
הוצג בכינוס השנתי ה-23 של החברה  
הישראלית לאיכות ברפואה (2016)

מובילים: ד"ר ערד קודש, נטלי שפיר,  
פרופ' ארתור ליבוביץ'

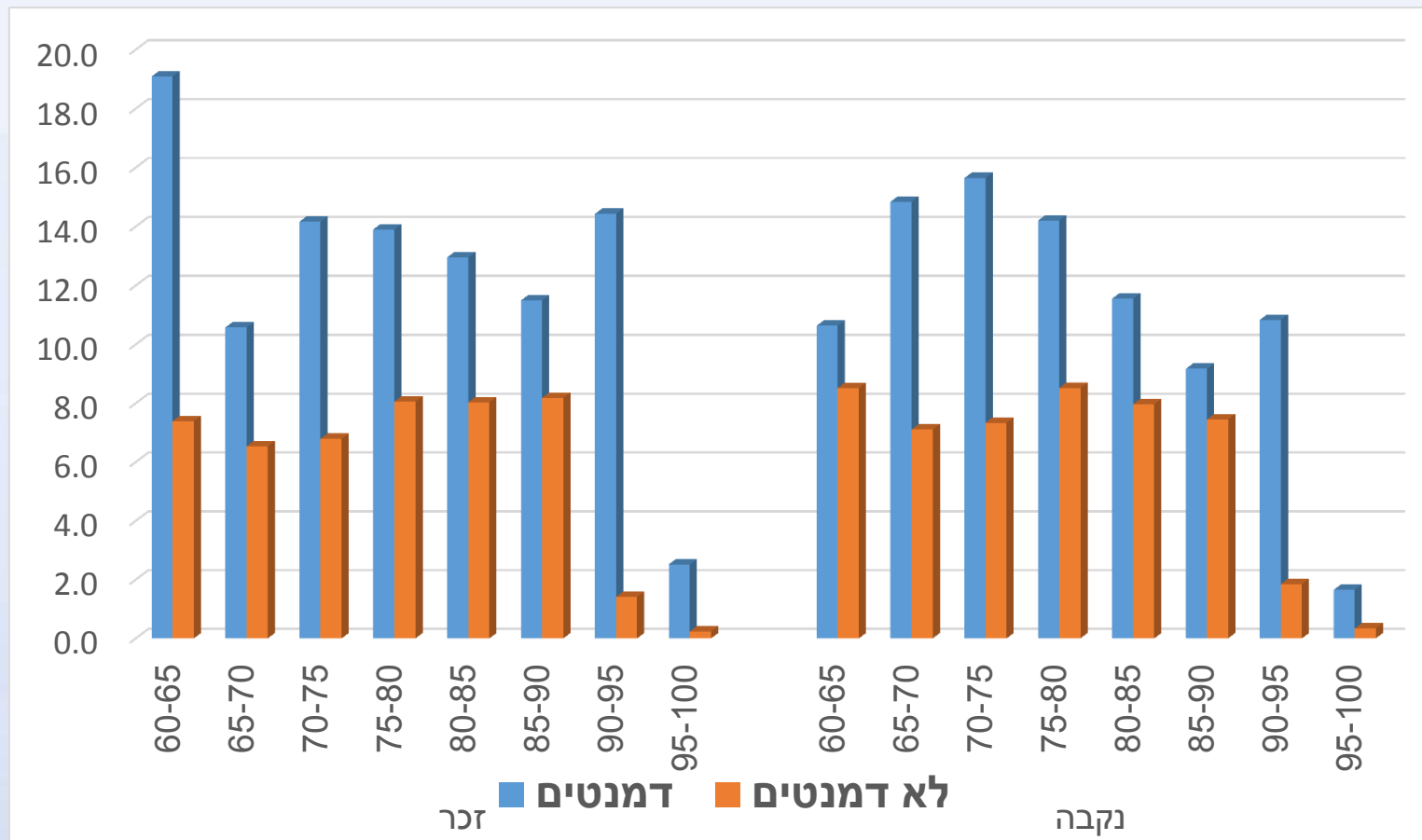
- רשם דמנציה: כלי ניהולי קליני למחלות הדמנציה
- שיפור אבחון וטיפול בחולי דמנציה ברפואה הראשונית
- ✓ בניית מאגרי מידע בנושא דמנציה לאנשי מקצוע במאוחדת.
- תמיכה בחולים ובבני משפחה מטפלים
- ✓ הכשרת שירות סוציאלי במאוחדת
- בניית מאגרי מידע בנושא דמנציה למבוטחים במאוחדת



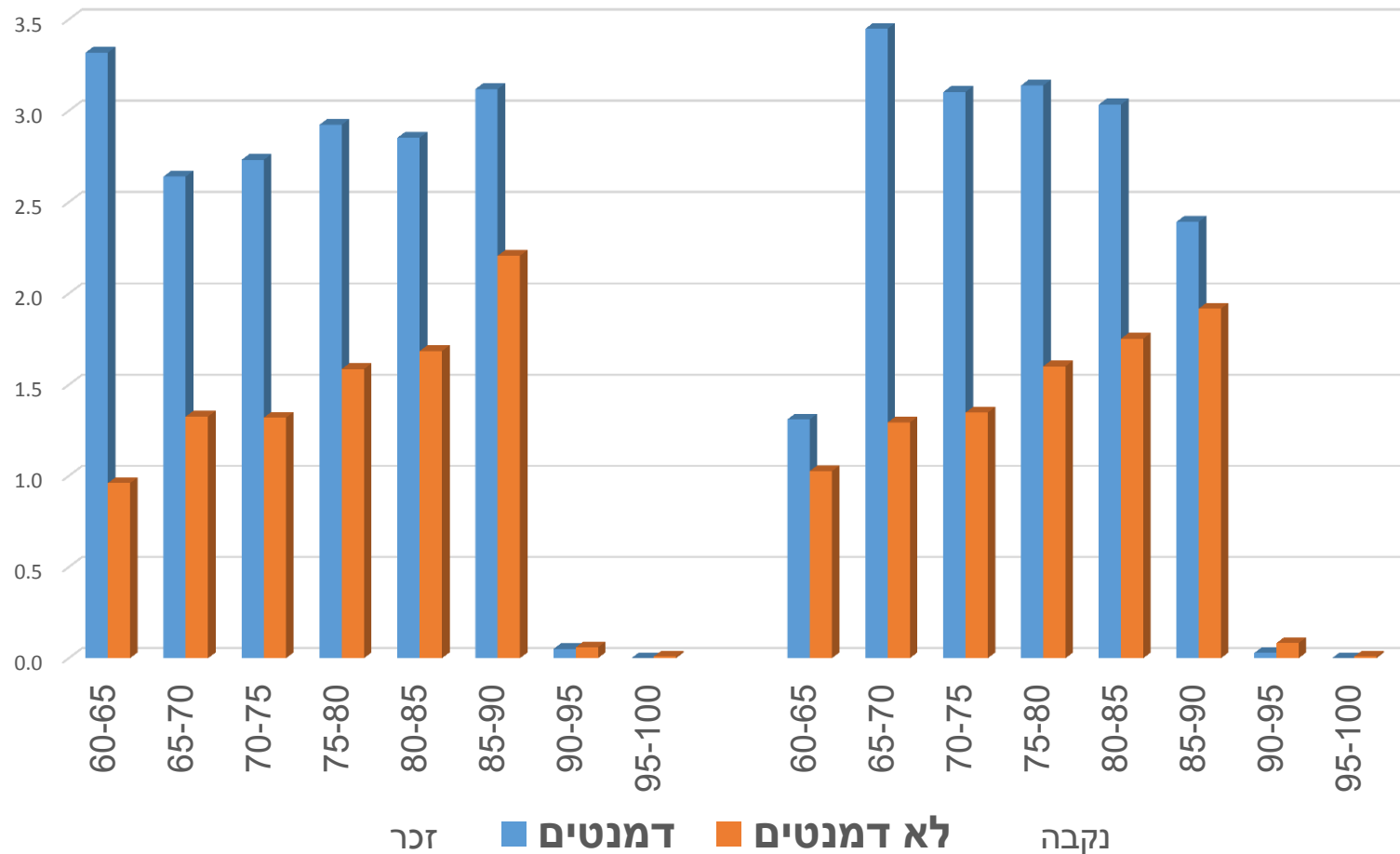
## שיעור הסוכרת לפי גיל, מגדר ושיוך לרשם דמנציה



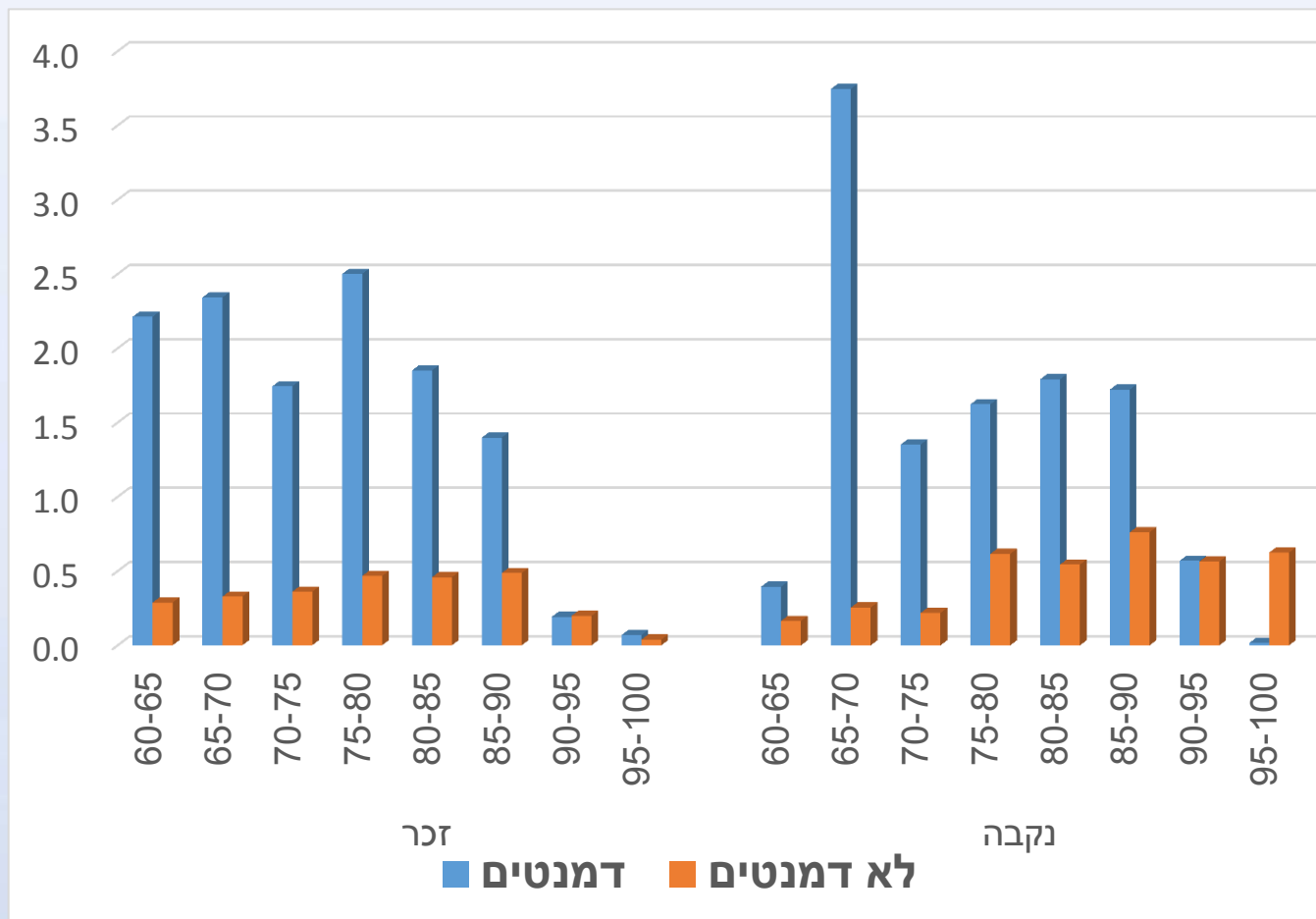
## ביקורים לרופא ראשוני- ממוצע לנפש לפי גיל, מגדר וסטטוס דמנציה



## מספר אשפוזים - ממוצע לנפש לפי גיל, מגדר וסטטוס דמנציה



## ימי אשפוז- ממוצע לנפש לפי גיל, מגדר וסטטוס דמנציה



אבחון דמנציה אצל חולים סוכרתיים מבוגרים לא מאוזנים  
הגברת מוטיבציה והדרכה של אחיות לצורך שיפור הענות

לטיפול - 3D-EMENTIA

**D**ementia **D**iagnosis among **D**iabetics in **E**lderly:  
**M**otivational **E**nhancement and **N**urses **T**raining to **I**mprove  
**A**dherence to diabetes care project

מוביל: ד"ר יבגני מרזון



## 3D-EMENTIA

### שלבי הפרויקט:

- 1. הכשרה של אחיות נבחרות לבצע אבחון של פגיעה קוגניטיבית אצל חולים סוכרתיים מבוגרים (גיל +65) שאינם מאוזנים (HBA1C מעל 7%), יחד עם הגברת המוטיבציה לאיזון המחלה.
- 2. איתור של אוכלוסיה בסיכון ע"י דו"ח חולי סוכרת.
- 3. זימון לאבחון של פגיעה קוגניטיבית ע"י שאלונים מובנים.
- 4. אבחון ותיעוד תוצאות של האבחונים.
- 5. מעקב ובקרת ההתערבות לאחר האבחונים: - טיפול בתחלואה נלווית, - התערבות בפוליפרמסי, - ביצוע הערכה תזונתית ופסיכו-סוציאלית.



## 3D-EMENTIA

- הכשרת 30 אחיות בקורס של 40 שעות – גם בWEBINAR
- 1-1.5 שעות לאבחון בתגמול נוסף לאחות עם יעד של 4 חולים בשבוע
- 5 כלים מתוקפים לאבחון הדמנציה נמצאים באתר הקופה ובתיק הרפואי
- 46 מטופלים ראשונים
  - 40% עם דמנציה
  - 30% עם ירידה קוגניטיבית
  - שביעות רצון גבוהה בין האחיות
  - קורלציה בין דרגת הדמנציה לבין חסר איזון של סוכרת וגם מספר אשפוזים

## אבחון וטיפול בחולי דמנציה ברפואה ראשונית – באמצעות

### "ביקור יומולדת 75"

#### מוביל: ד"ר זוריאן רדומיסלסקי

#### תהליכים מערכתיים ברפואה הראשונית:

- הכשרת צוותים של רפואה ראשונית בניהול הטיפול של המטופל המבוגר.
- מתן כלים לגישה קלינית נכונה למטופל המבוגר.

#### יעדים קליניים לרופא המשפחה:

- גילוי מוקדם של תסמינים גריאטריים שכיחים והתערבות מוקדמת רב תחומית
- מניעת התדרדרות התסמינים הגריאטריים ושיפור תפקודו של המטופל
- קידום בריאות ורפואה מונעת
- בניה מערכת תקשורת טובה ואמינה בין צוות הרפואה הראשונית למטופל ומשפחתו

**"ביקור יומולדת 75" בוצע בכ- 700 מטופלים ע"י יותר מ- 130 רופאים ראשוניים**

## 5 סרטוני הדרכה של תסמינים נריאטריים

- שיסיון
- דיכאון
- אלימות בקשישים
- נפילות
- דליריום

## חוברת כיס אלקטרונית ומודפסת – משלימה לומדה לרופא ראשוני

- מקורות מידע
- אומדנים נריאטריים
- המלצות קליניות בטיפול בקשיש

מבחן מסכם 15 שאלות, סרטון מלווה ומדמה ביקור יום הולדת



# BIKUR 75 ביקור יום הולדת 75

Total	
370	מספר כניסות לאפליקציה
132	מספר רופאים שניגשו למבחן הסמכה
108	מספר רופאים שעברו את המבחן
709	מספר "ביקורי יום הולדת"
8 רופאים	מעל 10 ביקורים
13 רופאים	5-9 ביקורים
132 רופאים	מעל ביקור אחד
76	ביקורים ללא תגמול

## התנעת תהליכים ברמה ארצית:

- ועדה רב-מקצועית של הנהלת הקופה ומחוזות, לליווי תכנית פיילוט לחולים דמנטיים
  - פיילוט מתוכנן במחוז דרום
- ועדה להגברת מודעות הצוותים לנושא דמנציה
- צוות מומחים לבניית הקורס לרופאים
- חידוש אתר למטופלים בשיתוף עם רפואה מקוונת (בעבודה)
- חוברת מידע למטופלים (בעבודה)



# סקר לאומי להמצאות דמנציה בישראל – בקופות החולים באמצעות המכון הלאומי לבקרת מחלות (ICDC)

www.health.gov.il

המנהל הכללי

Director General



משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר



כ"ג בחשוון, התשע"ז  
24 נובמבר 2016  
סימוכין: 287198316  
(במענה: ציין סימוכין)

לכבוד

מר אלי דפס, מנכ"ל שירותי בריאות כללית  
מר ניסים אלון, מנכ"ל לאומית שירותי בריאות  
מר זאב וורמברנד, מנכ"ל מאוחדת  
מר רן סער, מנכ"ל מכבי שירותי בריאות

שלום רב,

הנדון: סקר לאומי להמצאות דמנציה בישראל

אנא הנחה את הגורמים בקופתך להפיק את הדוח הנדרש במועד ועל פי הקריטריונים שיועברו אליך מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות.

בכבוד רב,

משה בר סימן טוב

- היוזמה ל"רשם דמנציה" החלה בקופ"ח מאוחדת
- ה- ICDC ביחד עם האגף לגריאטריה ובשת"פ עם ארבעת הקופות גבשו מתודולוגיה אחידה לסקר לאומי
- מכבי ומאוחדת כבר בצעו שלילת נתונים
- המנכ"ל פנה לארבעת הקופות להעביר את הנתונים ל- ICDC
- תהליך זה יאפשר מיפוי תהליכי אבחון וטיפול תרופתי ובהמשך תהליכי טיוב

# מטרת הסקר

- להעריך את שיעור ההימצאות של דמנציה ו-MCI באוכלוסייה בישראל
- לאפיין את אוכלוסיית החולים הלוקים בדמנציה
- אפשרות למעקב אחר תוצאים של תחלואה ותמותה.

# מתווה הסקר

- סקר חתך בנקודת זמן ספציפית עם אפשרות לחזור עליו לצורך ניטור מגמות.
- הסקר יבוצע ע"י גזירת דוחות ממוחשבים ( דמנציה/ MCI ) מתוך מאגרי המידע של הקופות.
- נתונים פרטניים – מוצפנים – כדי לאפשר ניטור תוצאים ע"י הצלבה עם בסיסי נתונים אחרים כמו מרשם אוכלוסין, קובץ אשפוזים, רשם סוכרת ועוד.

# סקר לאומי להמצאות דמנציה בישראל

## □ הגדרת האוכלוסייה

- גיל 45 ומעלה.

- אחד מהקריטריונים הבאים:

- רכישת תרופות ספציפיות לטיפול בדמנציה

- אבחנה קבועה של דמנציה

- לפחות 2 ביקורים בשנה עם אבחנת דמנציה אצל רופא מומחה באחד המקצועות הבאים: משפחה, פנימית, גריאטר, פסיכיאטר, נוירולוג.

## □ הדוח יכלול משתנים קליניים ודמוגרפיים



## שיפור הטיפול בדמנציה בבתי החולים הכלליים (משה"ב ואשל)

**קול קורא לבתי חולים ומרכזים רפואיים גריאטריים - לשיפור האבחון, הטיפול והשחרור המתואם של חולי דמנציה ודליריום המאושפזים**  
[http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatics/Dementia/Pages/Dementia\\_Appeal.aspx](http://www.health.gov.il/Subjects/Geriatics/Dementia/Pages/Dementia_Appeal.aspx)

- ❖ פורסם באוגוסט 2016
- ❖ הוגשו הצעות מקדמיות מ-15 בתי"ח ו11 הצעות סופיות
- ❖ וועדת שיפוט בין-מקצועית ובין-ארגונית בחנה את ההצעות
- ❖ נבחרו הבתי"ח הבאים:
- ❖ רמב"ם, בני ציון, איכילוב (2017), שיבא, מר"ג שוהם (2018)
- ❖ ישיבת התנעה בתחילת אפריל 2017
- ❖ מחקר מלווה בשלבי תכנון ומכרז



## קול קורא לקופות החולים להצעת תכניות לפיתוח שירותים לשיפור הרצף הטיפולי והמימשק בין מסגרות האשפוז לבין הקהילה עבור אנשים עם דמנציה בקהילה

**מיזם** משותף מתוכנן במימון משרד הבריאות וקרן סיעוד במוסד לביטוח לאומי  
אושר ע"י ועדת סיעוד, הוצאת קול הקורא מאי, 2017



## רצף הטיפול

- הרפואי הכולל טיפול תרופתי, טיפול במחלות כרוניות ומניעת הידרדרות, המשכיות הטיפול אצל רפואה הראשונית ומעקב, בין רפואה הראשונית ויועצים, ועבודה סוציאלית ורשויות
- רצף של יעדי טיפול
- רצף בהעברת מידע
- רצף בטיפול המינהלתי
- רצף בתמיכה למשפחה
- רצף בטיפול הבריאותי אשר שומר על רמת התפקוד ואיכות חיים.



## שירותי רווחה ותמיכה בקהילה

### קידום מערך שירותי הרווחה בקהילה

✓ פיתוח תוכניות ע"י קרן הסיעוד במוסד לביטוח לאומי בש"פ עם אשל, עמותת עמדא והרשויות המקומיות כמו תוכנית ליטוף (25 תוכניות) וקבוצות תמיכה (68)

✓ הרחבת פרויקט הנופשון לסיעודיים ותשושי נפש למתווה ארצי (33 מוסדות) ע"י האגף לגריאטריה במשה"ב ביחד עם השירות לאזרחים ותיקים במשרד הרווחה

✓ הנגשת מידע לבני משפחה על זכויות

[https://www.health.gov.il/Subjects/Geriatrics/rights\\_and\\_services\\_for\\_elderly/Pages/default.aspx](https://www.health.gov.il/Subjects/Geriatrics/rights_and_services_for_elderly/Pages/default.aspx)

✓ הנגשת מידע לבני משפחה על המחלה וההתמודדות איתה

<https://www.health.gov.il/Subjects/Geriatrics/Dementia/Pages/default.aspx>



# חוברת הדרכה לתזונה בדמנציה לאורך המחלה

ג'וינט ישראל אשל  
יחד בעשייה חברתית למען הזקנים



אתה לא לבד  
עמדת  
בניית יחדיות קהילתית ובריאותית

משרד הבריאות  
לחיים בריאים יותר



## לאכול ולחיות בכבוד

מדריך לבני המשפחה ולמטפלים באנשים עם דמנציה

[http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Dementia\\_Nutrition.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Dementia_Nutrition.pdf)

פיתוח חוברת הדרכה זו וכתיבתה נעשתה ע"י צוות רב-מקצועי ממשרד הבריאות תוך הידברות עם אשל ועמותת עמדא. החוברת זמינה בעברית ובאנגלית וברוסית הופצה באתר של 2016 European nutrition for health alliances (ENHA) and and the European Federation of the Association of Dietitians (EFAD)

עריכת החוברת ועיצובה (בלפ"מ) במימון האגף לגריאטריה





## פיתוח והרחבה של מערך הכשרת כוח האדם בקהילה ובאשפוז

- קול קורא לקופות – צוותים לרפואה ראשונית
- קול קורא לבתי חולים – צוותים רב מקצועיים
- תמריצים למוסדות תוך מכרז הקודים 2017
- אש"ל ועמדא – עובדים מקצועיים, סמך מקצועיים, בני משפחה
- 2016-2017
- 15 קורסים לאנשי מקצוע וסמך מקצוע ברחבי הארץ
- הדרכה לצוותי לפחות 10 מרכזי יום
- 5 ימי עיון כולל במגזר הערבי (100-200 משתתפים בכל יום)



## מחקר ופיתוח

- שת"פ עם מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל
- עיבוד מאגרי נתונים של משרד הבריאות (אשפוזים, תמותה)
- מחקרים מלווים למיזמי התכנית
- סקר לאומי להימצאות דמנציה (ICDC)



## הצגת התכנית הלאומית בכנסים בינלאומיים

- כנס שרי הבריאות WHO – ג'נבה 2015
- תהליכי גיבוש מדיניות עם OECD – פריז 2014 , טורונטו 2014
- כנס אלצהיימר אירופה - קופנהגן 2016
- פרלמנט האירופי - בריסל 2016
- כנס ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL קיוטו 2017
- כנס AAIC בלונדון 2017
- כנס IAGG בסן פרנסיסקו 2017



## תכניות עתידיות לשנת 2017

■ קמפיין בנושא מניעת דמנציה 2017

■ התממשקות עם תכניות נוספות שהאגף לגריאטריה מוביל, ובפרט שימוש מושכל בתרופות, מניעת נפילות, טיפול פליאטיבי, טיפול רפואי בבית, הערכה גריאטרית ועוד.

■ התמקדות בבעיות התנהגותיות בבתי אבות

■ כתיבת הנחיות קליניות לטיפול בBPSD בשת"פ עם הר"י

■ קול קורא ייעודי למחקרים יישומיים בנושא דמנציה בשת"פ עם המכון הלאומי

■ תוכניות נוספות לתמוך במשפחות



תודה על ההקשה



# 'ביטחון תזונתי לכל'-תכנית לאומית למניעת מצבי סיכון תזונתיים

מועצה הלאומית לגריאטריה 28.3.17

פרופ' רונית אנדוולט, יוספה כחל, המחלקה לתזונה, משרד הבריאות  
פרופ' פייר זינגר - החברה לתזונה קלינית



## מטרות הדיון

1. הצגת התכנית הלאומית למצבי סיכון תזונתיים ושיפור הביטחון התזונתי
2. רתימת המועצה לקידום שיתוף הפעולה לאיתור מצבי סיכון תזונתיים והתייחסות לתזונה של המטופלים והפניה לטיפול במועד

חוסר בטחון תזונתי מהווה בעיה משמעותית במערכת הבריאות בכלל ובשמירה על בריאות הציבור בפרט וכוללת את שני הקצוות של הספקטרום התזונתי, מצד אחד השמנת יתר ומשקל עודף, ומצד שני תת-תזונה.

## המצב התזונתי בישראל

- בקרב המבוגרים 24% \* סובלים מהשמנת יתר כ- 30% מעודף משקל
- 8.3% סובלים מחסר ביטחון תזונתי
- 10.6% סובלים מחסר ביטחון תזונתי בולט \*\*
- כ- 13% מהקשישים בקהילה סובלים מתת משקל.
- חסרים תזונתיים קיימים בחלקים ניכרים של האוכלוסייה.



משרד  
הבריאות



➤ הטיפול בבעיית ההשמנה באוכלוסייה קיימת והתוכנית הלאומית 'אפשריבריא' עוסקת בין היתר במניעתה.

➤ לעומת זאת, אין מספיק מודעות למניעה וטיפול בתת תזונה ומחסורים תזונתיים בישראל.

➤ יש לדעת שעלות הטיפול במצבי מחסור תזונתיים למדינה גדולה ולמצבי המחסור השפעה על יכולות ריפוי המטופל, איכות חייו והוצאות מערכת הבריאות.



## החזון

התכנית שואפת לצמצם פערים בחסר ביטחון תזונתי בין אוכלוסיות שונות באמצעות העלאת מודעות ויצירת מערכות תשתית תומכות תוך התמקדות **במטופל כאדם במרכז**.

כדי לממש את החזון התכנית הלאומית מבקשת ממשרדי הממשלה השונים, בריאות, רווחה, חקלאות, אוצר וחינוך להכיר בנושא כבעל חשיבות עליונה ולהקצות לו את המשאבים הראויים הנדרשים ליישום המטרות. (תישקל אפשרות להכרה כתוכנית במנגנון של החלטת ממשלה).



# נתונים על המצב בישראל

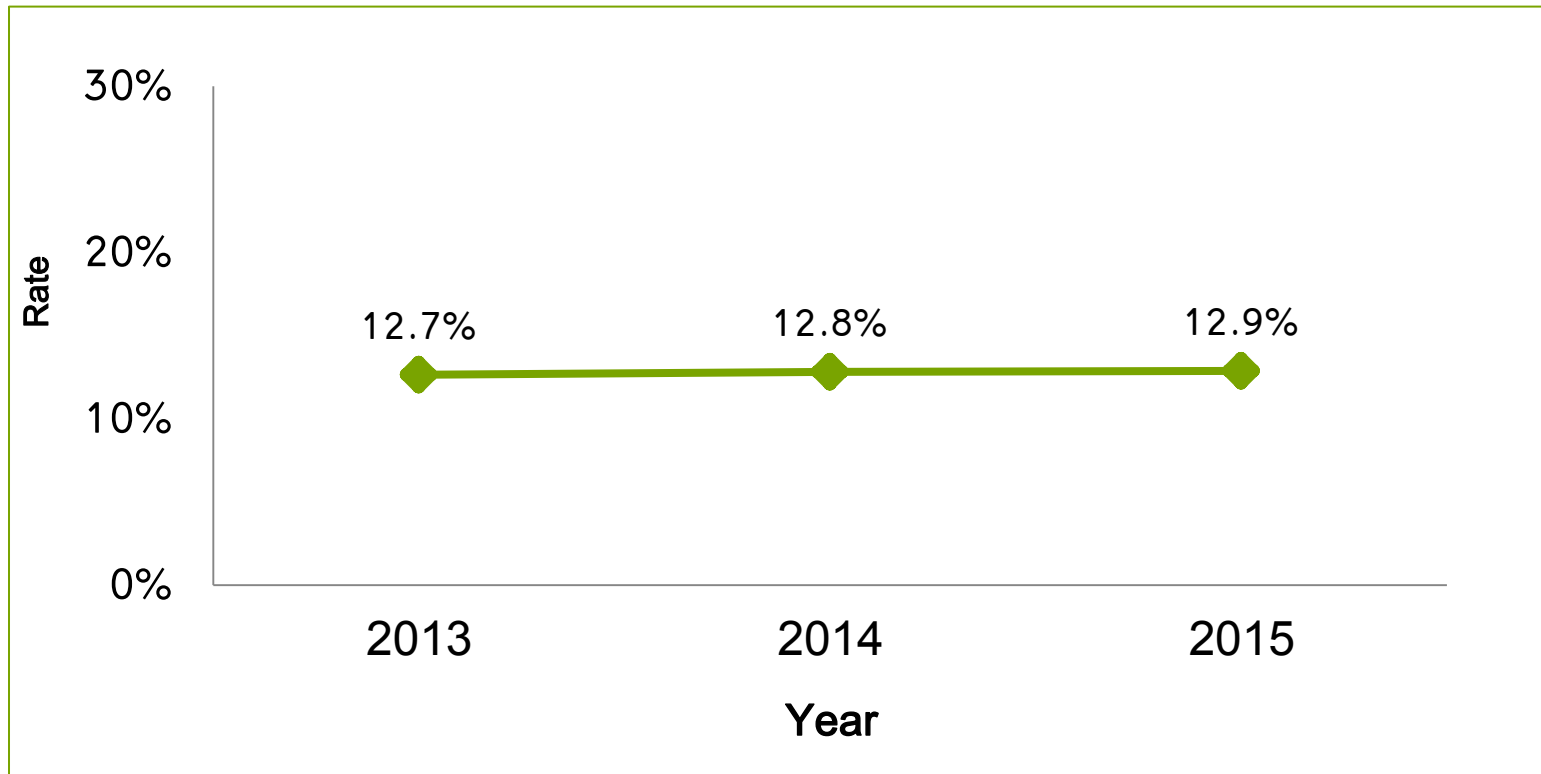
# נתונים מקופות החולים על שיעור שקילה ומדידה של מטופלים מתוכנית המדדים הלאומית 2016

## BODY WEIGHT

### Rate of body weight documentation among residents aged 65 years or older

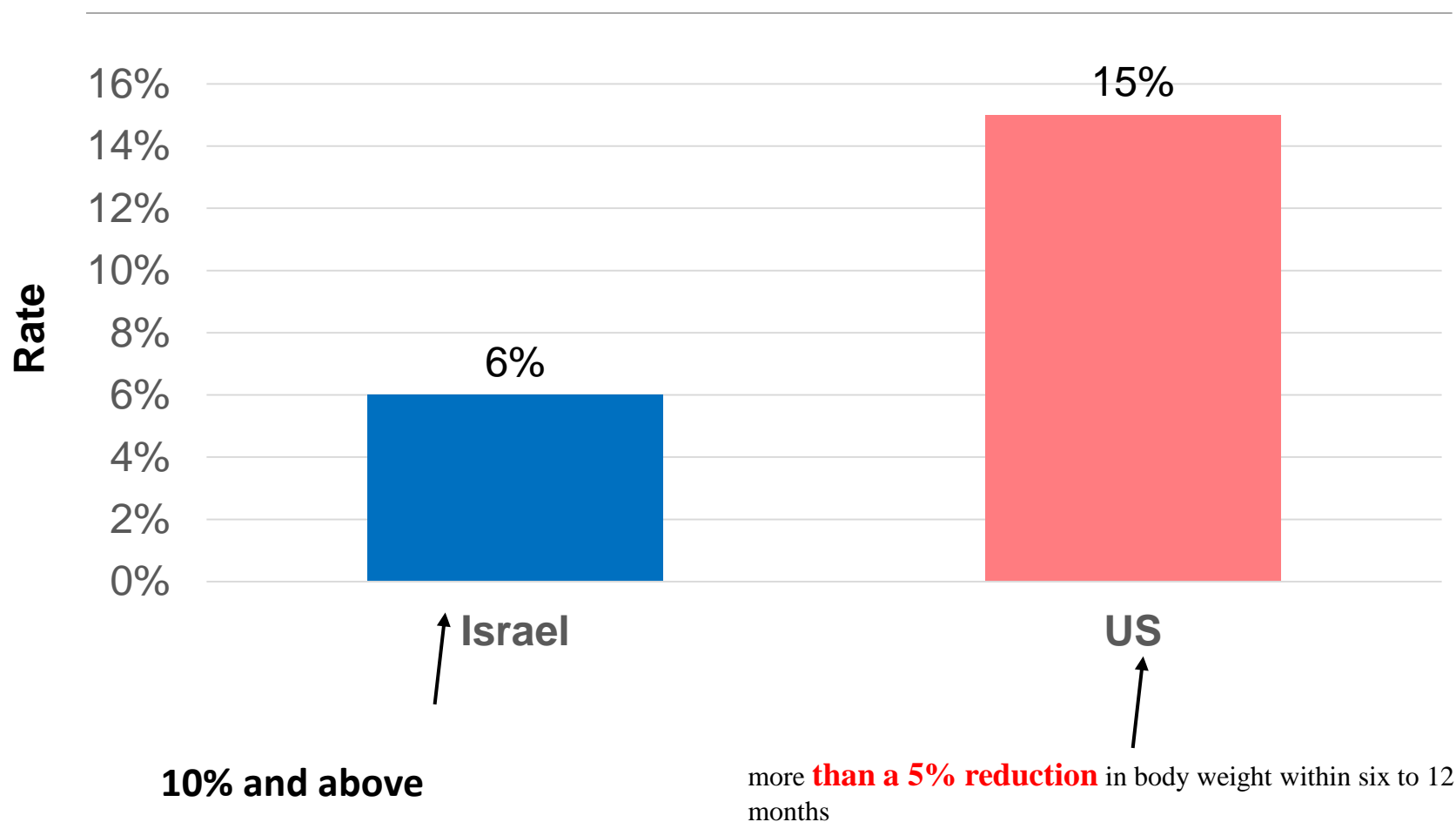
- Overall: **80.5%** documentation
- Lowest for 85+ (**71.8% vs. 81.7%**)
- Similar between genders (**80.6%**)
- Similar between SEP groups (**80.7%**)

# שכיחות תת משקל בבני 65 ומעלה מתוכנית המדדים הלאומית



**BMI < 23**

# שיעור בני 65 ומעלה שירדו מעל 10% במשקל בין 6 חודשים לשנה אחורה



# Prevalence of risk for malnutrition by using screening tools in Geriatric hospitals (2015) Rehabilitation & Sub acute wards

---

**8,400 elderly**

**Using MUST score:**

**At low risk (1)=10%**

**At high risk (2+)=12%**

**10,200 elderly**

**Using SNAQ score:**

**At low risk (2)=5%**

**At high risk (3+)=18%**

**22-23% at risk**

התכנית הלאומית למדדי איכות  
בבתי חולים בישראל

מדדי איכות עבור האוכלוסייה  
הקשישה בישראל



# רקע מדעי

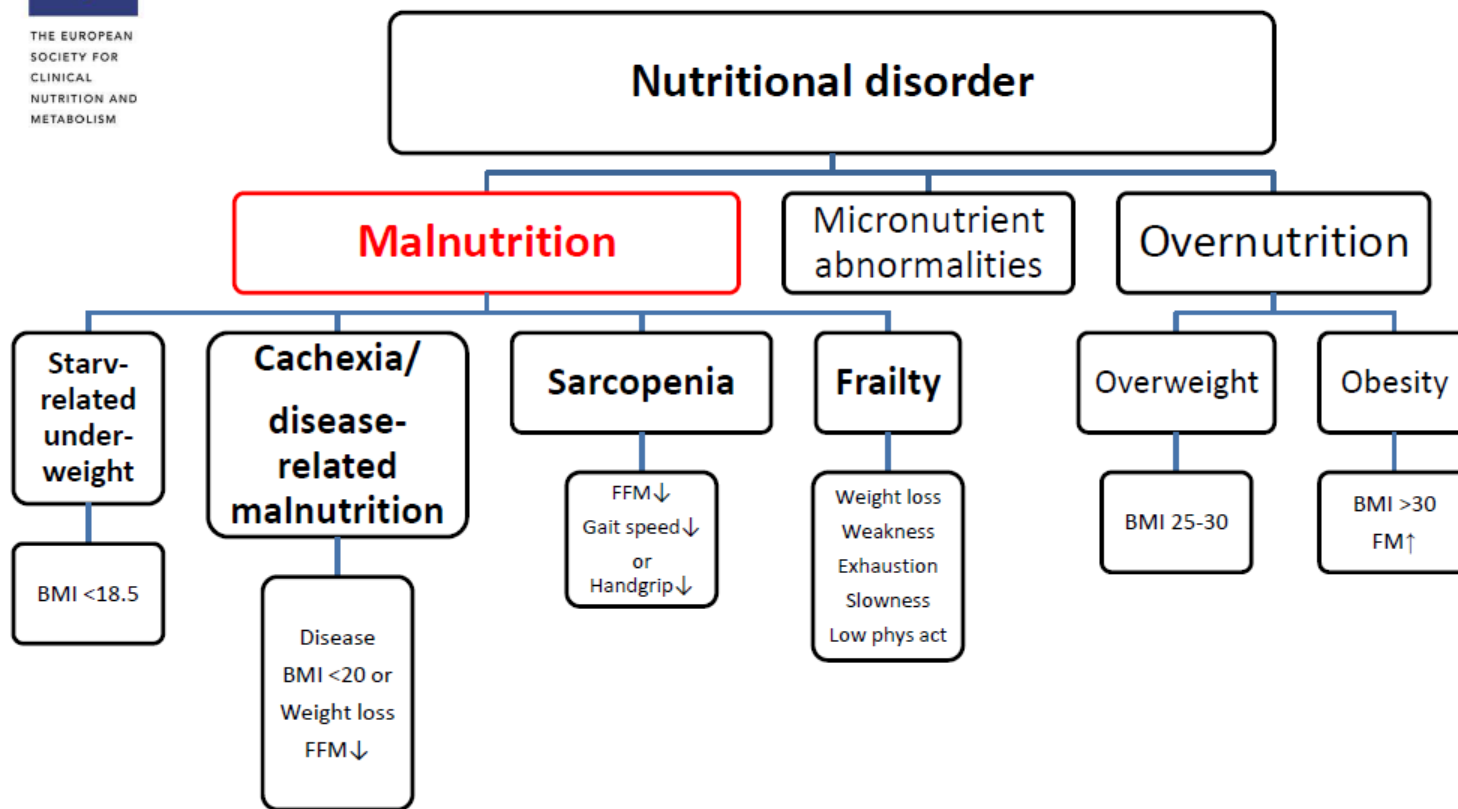
# מצבי סיכון תזונתיים כוללים את שני צידי הספקטרום התזונתי עם עודף משקל והשמנה מצד אחד ומחסורים תזונתיים ותת תזונה בצד השני.

ESPEN

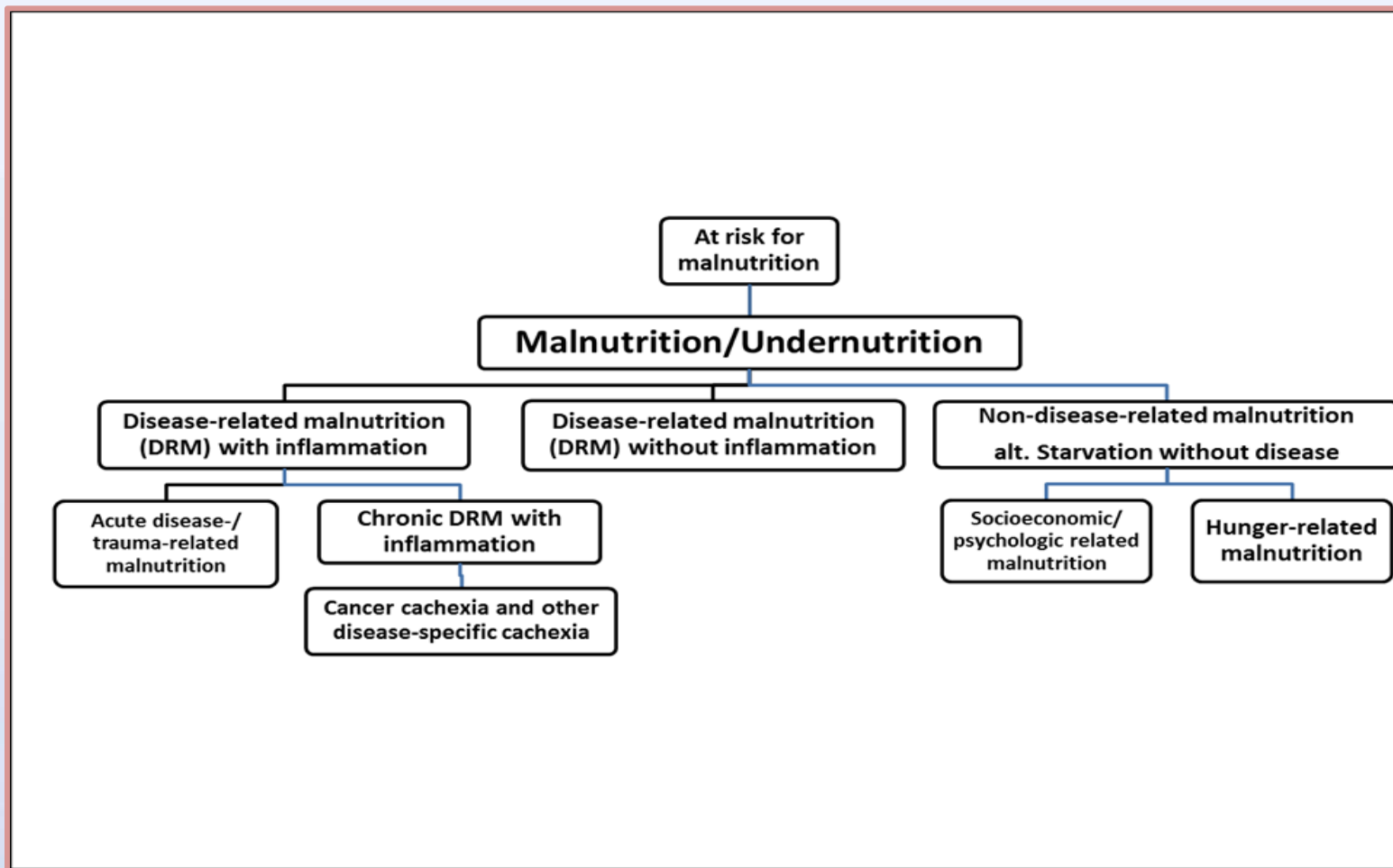


THE EUROPEAN SOCIETY FOR CLINICAL NUTRITION AND METABOLISM

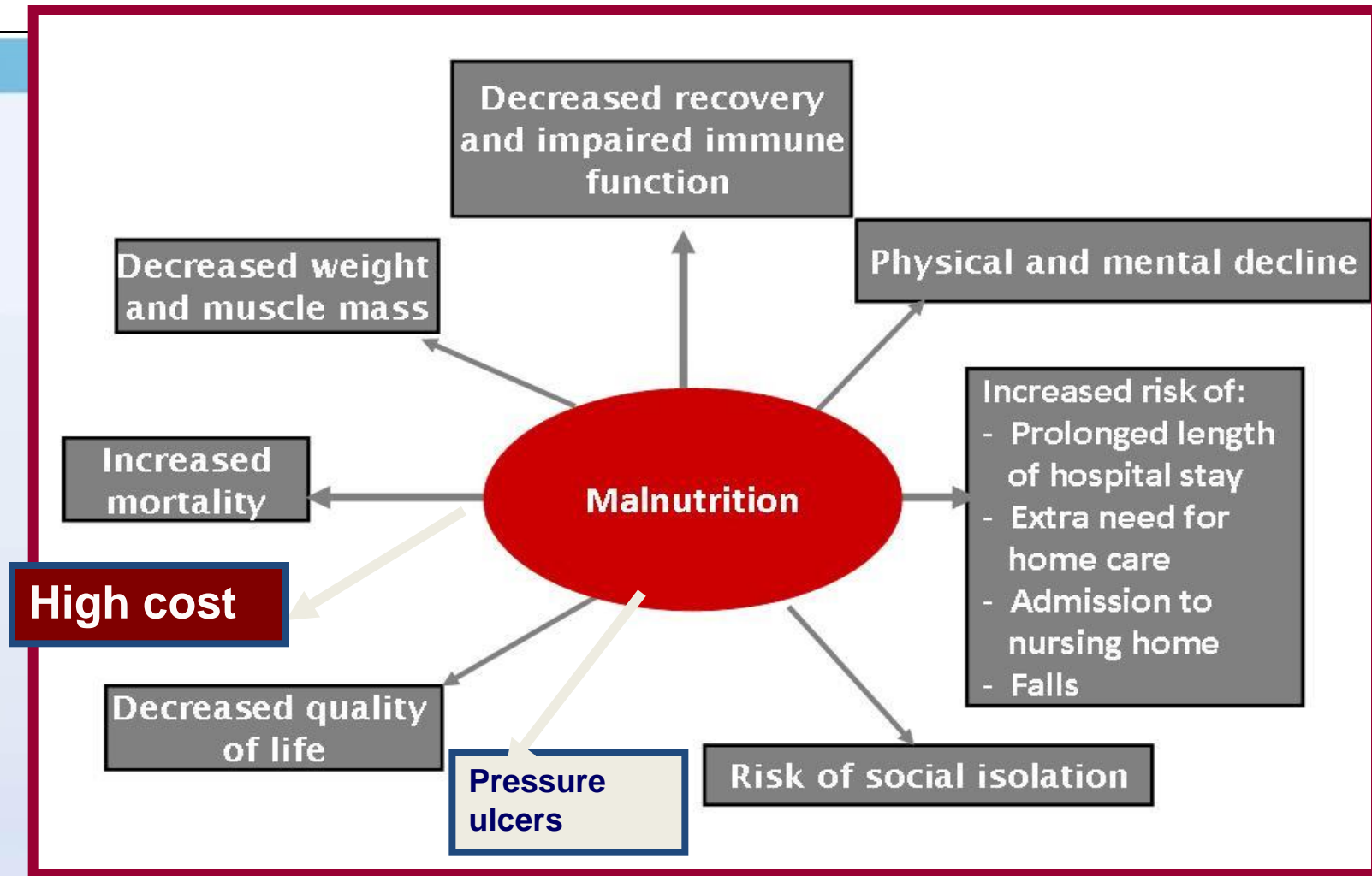
## Conceptual hierarchy of nutritional abnormalities



# תת-תזונה יכולה להיות מושרת על ידי מחלה או מצב כלכלי-חברתי



# ההשלכות של תת תזונה על הבריאות



Conference on 'Nutrition at key life stages: new findings, new approaches'  
Symposium 4: Clinical nutrition: gold standards and practical demonstrations

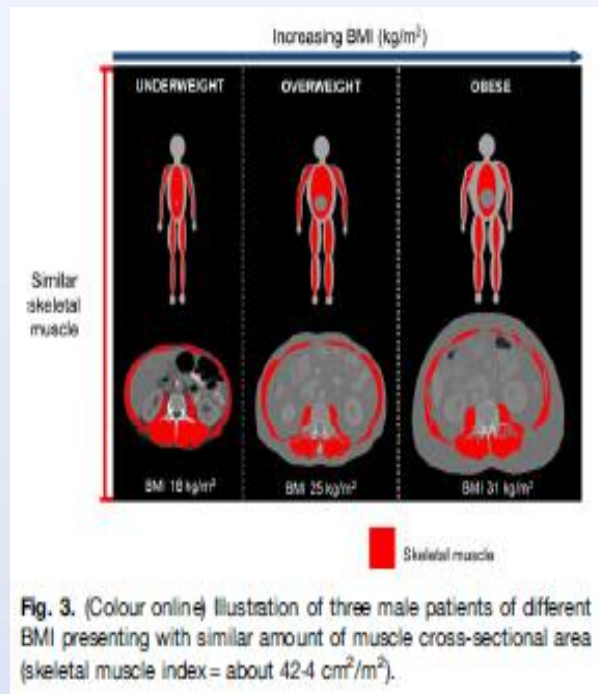
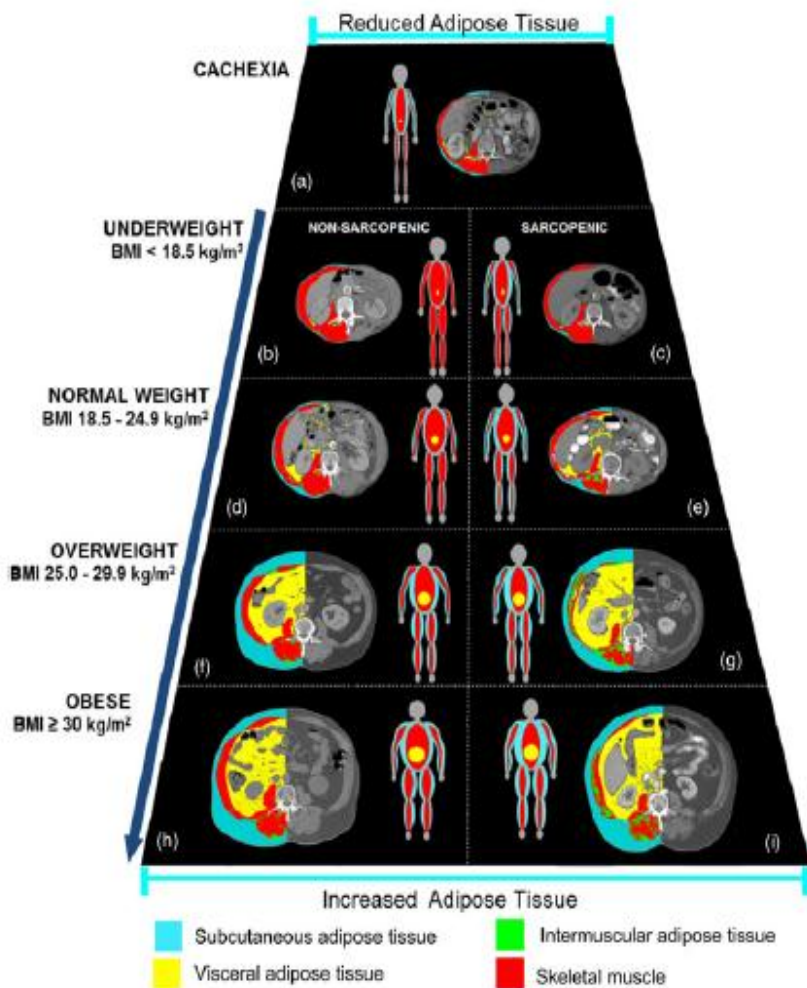
Sarcopenia and cachexia in the era of obesity: clinical and nutritional impact

C. M. Prado<sup>1\*</sup>, S. J. Cushen<sup>2</sup>, C. E. Orsso<sup>1</sup> and A. M. Ryan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Agricultural, Food and Nutritional Science, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada

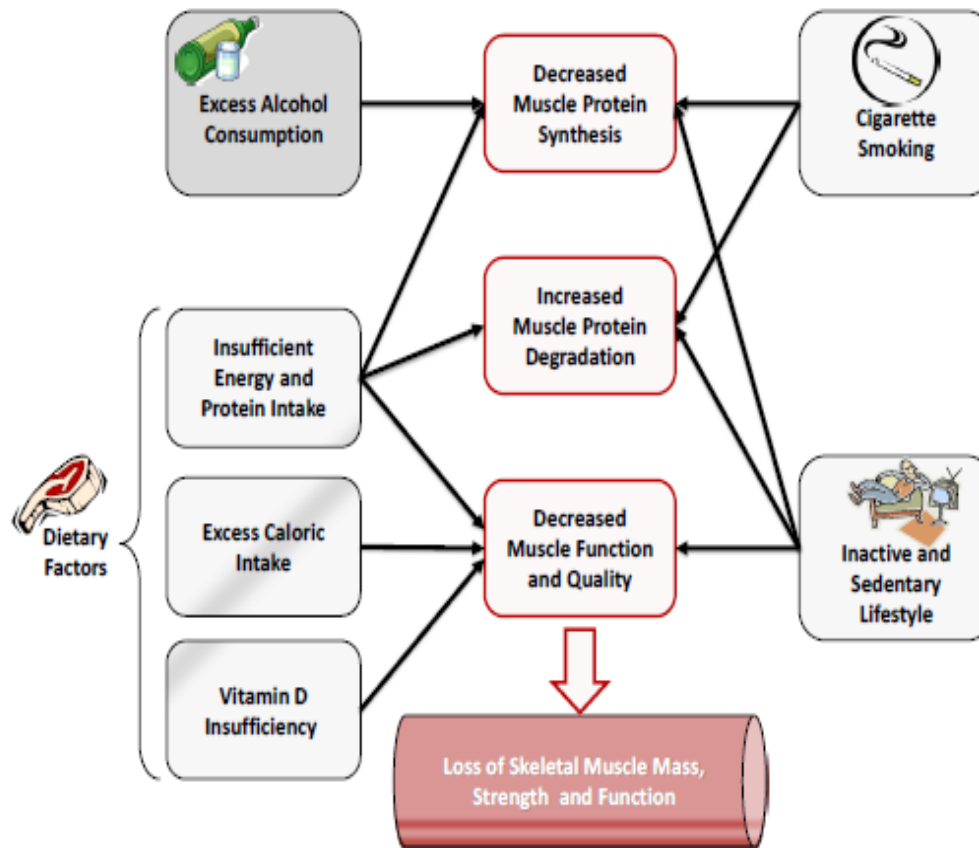
<sup>2</sup>School of Food and Nutritional Sciences, University College Cork, Cork, Republic of Ireland

Sarcopenia and Cachexia in the era of obesity



התאמת תרופות למסת הגוף  
הכחוש

# גורמים המשפיעים על הרכב מסת השריר



Open Access

Rambam Maimonides Medical Journal

TRANSLATIONAL GERONTOLOGY

## Lifestyle and Sarcopenia—Etiology, Prevention, and Treatment

Oren Rom, M.Sc.<sup>1</sup>, Sharon Kaisari, B.Sc.<sup>1</sup>, Dror Aizenbud, D.M.D., M.Sc.<sup>1,2</sup>, and Abraham Z. Reznick, Ph.D.<sup>1,3\*</sup>

# טיפול תזונתי מוריד סיכון לזיהומים, סיבוכים ועלויות אשפוזים חוזרים

*Malnutrition Forum Report*

**aspEN** | LEADING THE SCIENCE AND  
PRACTICE OF CLINICAL NUTRITION  
American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

## A Position Paper on How Cost and Quality Reforms Are Changing Healthcare in America: Focus on Nutrition

Barry S. Rosen, MD, FACS<sup>1</sup>; P. J. Maddox, MSN, BSN, EdD<sup>2</sup>;  
and Nancy Ray, BSN, MA<sup>3</sup>

Journal of Parenteral and Enteral  
Nutrition  
Volume 37 Number 6  
November 2013 796–801  
© 2013 American Society  
for Parenteral and Enteral Nutrition  
DOI: 10.1177/0148607113492337  
jpen.sagepub.com  
hosted at  
online.sagepub.com



### Abstract

Healthcare spending in the United States is the highest in the world, yet quality indicators such as life expectancy and infant mortality lag other countries. U.S. reforms are under way to lower costs and raise quality of care, notably the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA). Value-based purchasing (VBP) and programs for reducing the incidence of hospital-acquired conditions (HACs) and hospital readmissions represent initial changes. With these programs, overarching themes are to coordinate care during and beyond hospitalization and to ensure that physicians and hospitals are aligned in their treatment strategies. Hospital malnutrition represents a large, hidden, and costly component of medical care; **hospital administrators and caregivers alike must harness the benefits of nutrition as a vital component of healthcare.** Medical, nursing, and allied health training programs must find places in their curricula to increase awareness of nutrition and promote knowledge of best-practice nutrition interventions. Hospitals use dietitians and nutrition support teams as critical members of the patient care team, but more work needs to be done to disseminate and enforce best nutrition practices. Such training, **nutrition interventions, and practice changes can help prevent and treat malnutrition and thus help avert HACs, reduce hospital readmissions, lower infection and complication rates, and shorten hospital stays.** Nutrition care is an effective way to reduce costs and **improve patient outcomes.** This article calls hospital executives and bedside clinicians to action: recognize the value of nutrition care before, during, and after hospitalization, as well as develop training programs and policies that promote nutrition care. (*JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013;37:796-801)



**מה נעשה עד כה ?**



The European  
Nutrition for Health Alliance



➤ ישראל אחת מ-16 מדינות שהצטרפו למיזם פאן אירופי של ENHA- European Nutrition for Health Alliance שמטרתה להשיג 'ביטחון תזונתי לכל' בכל מערכות האישפוז והקהילה באירופה

➤ התקיימו 5 מפגשים בינלאומיים בנושא בשנים 2014-2016

➤ ישראל חתמה על האמנה האירופאית בנובמבר 2014

➤ בישראל, ב-16 למאי 2015 בעלי עניין מסקטורים שונים ומסגרות מגוונות, חתמו על אמנה ישראלית לקידום הנושא



# Optimal Nutritional Care for All

Implementation Conference 2014

## THE CHARTER

### **Our vision** a world with optimal nutritional care for all

Every patient who is malnourished or at risk of undernutrition is systematically screened and has access to appropriate, equitable, high quality nutritional care.

#### **The malnutrition challenge** a public health burden

- Disease-related malnutrition (undernutrition) is prevalent amongst patients in all healthcare settings around the world, including hospitals, care homes and in home care.
- *33 million citizens are at risk of malnutrition in Europe* – this has an estimated financial impact on European healthcare systems of €170 billion each year.
- *Public spending on healthcare is tight* - resources under pressure mean that nutritional care is often neglected.
- *Lack of awareness* about the importance of nutritional care means that malnutrition risk screening and follow-up care are not undertaken systematically.

#### **Our ambition** making nutritional care an integral part of healthcare

- *Improving nutritional care is everyone's responsibility.* All partners need to play an active role: patients, carers, healthcare professionals, healthcare managers, government agencies, policy makers, payers, educators and industry.
- *Improving nutritional care requires a multi-disciplinary approach.* Collaboration across disciplines and sectors is absolutely crucial to ensure the best patient care.
- *Nutritional care best practice to be widely adopted throughout Europe.* The first step is the identification of those at nutritional risk (screening). If we achieve this primary objective, healthcare systems can deliver appropriate nutritional intervention and monitoring, making nutritional care an integral part

## Our commitment to advance nutritional care

The Optimal Nutritional Care for All campaign builds on and accelerates best practices in a number of European countries. Following up the support by the European Parliament in 2010 and the adoption of malnutrition/undernutrition in EU and WHO EURO programmes since 2012, the campaign now focuses

on supporting implementation of better nutritional care for patients country by country. By committing to this shared vision, we pledge to collaborate for better patient nutrition in the near future. Let's be the generation who turns this vision into reality!

## Who are the signatories to the Charter?

Signatories to the Charter include all stakeholders contributing to this movement: from ENHA members to national medical societies for clinical nutrition and metabolism, patient groups, healthcare professionals, dietitians, policy makers, hospital managers, carers, industry and all experts and citizens with a passion to optimize nutritional care.

**מדגישים קבוצות  
חולים והציבור**

**מי חותם על האמנה האירופאית???**



אמנה במסגרת התכנית הלאומית לביטחון תזונתי לכל, "הזכות למזון"

החזון : עולם שבו יתקיים טיפול תזונתי לכל אדם הנזקק לו

כל המטופלים הנמצאים בסיכון לתת תזונה או בתת תזונה, יעברו סיקור ויהיו נגישים לטיפול תזונתי מותאם ושוויוני באיכות מיטבית.

המשימה	האתגר בסיכון התזונתי
הפיכת הטיפול התזונתי לחלק אינטגרלי מהטיפול התזונתי	נטל על בריאות הציבור
שיפור בטיפול התזונתי הוא חלק מהאחריות של כל המטפלים במקצועות הרפואה והבריאות. כל המטפלים צריכים לקחת חלק אקטיבי במיגור מצבי סיכון תזונתי. (החולים עצמם, המטפלים הראשוניים, אנשי בריאות, מנהלים במערכת הבריאות, קופות החולים, קובעי מדיניות, אנשי הכספים מחנכים אקדמיה ותעשייה.	מצבי סיכון תזונתיים הנלווים לתחלואה שכיחים בקרב מטופלים בכל המסגרות של מערכת הבריאות הכוללים: בתי חולים על סוגיהם, יחידות להמשך טיפול וקהילה.
שיפור מצב תזונתי מחייב עבודת צוות רב מקצועית. שיתוף פעולה בין אנשי מקצוע קריטית כדי לתת למטופלים טיפול מיטבי.	העלות הכלכלית של תת תזונה נעמדת בביליוני שקלים לשנה.
הטיפול התזונתי המיטבי מחויב על ידי כל מדינות המערב שישראל חלק ממנה. השלב הראשון הוא לזהות את המטופלים במצבי סיכון תזונתיים (סיקור). השלב הבא מחייב טיפול תזונתי על ידי דיאטנים והצוות המטפל בחולה, מעקב וניטור.	מערכת הבריאות נמצאת במחסור קבוע של משאבים ועל כן הדגש על תזונה מותאמת לעיתים מזומנות מוזנח.

**נוסח האמנה  
הישראלית  
עליו חתמו  
כל בעלי  
העניין**



### שותפים לחתימה על האמנה

	משרד הבריאות
	מנכל משרד הבריאות
	ראש שרותי בריאות הציבור
	אגף הגריאטריה
	אגף הפסיכיאטריה
	אגף הסייעוד
	המחלקה לתזונה
	עמותת עתיד
	החברה לתזונה קלינית
	המועצה הלאומית לגסטרו ותזונה
	הנהלת קופות החולים
	מכבי
	מאוחדת
	לאומית
	כללית
	הר"י
	עמותת צבי
	איגוד רופאי המשפחה
	איגוד רופאי הילדים
	איגוד הגריאטריה
	איגוד מנהלי בתי החולים
	המועצה הלאומית לפסיכיאטריה
	נציגי תעשיית המזון הייעודי



כנס איחוד כוחות 2015



משרד  
הבריאות



- הוקמה ועדת היגוי עליונה הכוללת נציגים של הקופות, ארגונים שונים אנשי מחשוב, כלכלנים, עמותות חולים, תעשייה
- הקמנו תת ועדות ב-4 נושאים עיקריים





ביטחון תזונתי לכל



משרד  
הבריאות



## ארבעת הנושאים העיקריים שנידונו בוועדות



הקהילה

רצף הטיפול



בית  
החולים



הכשרה למטפלים  
ושווק חברתי  
למטופלים

התקיימו עד כה שלושה  
מפגשים של שולחנות עגולים  
עם כל בעלי העניין ומספר רב  
של מפגשי עבודה של תתי  
הקבוצות



ביטחון תזונתי לכל



משרד  
הבריאות



# אתגרים רב מקצועיים לביטחון התזונתי

# Together אחדות

מדידה וניטור

סיקור

טיפול

מעקב  
+ רצף טיפול

הערכה



יו"ר- גב' ראומה קורץ ("מכבי"), ד"ר יבגני מרזון ("לאומית")

## א. ועדת קהילה- המלצות נבחרות



ניטור, סיקור:

✓ שקילה ומדידה של מטופלים בקופות החולים (דגש על אוכלוסייה בוגרת עם צרכים מיוחדים, בריאות הנפש, נכים)

✓ הכנסת מדדי איכות – קיימת שקילה ומדידה בעיקר לאיתור השמנה עד גיל 74. נכנס השנה בקשישים המשך שקילה אחת לשנה מגיל 75 ומעלה ואיתור ירידה במשקל לא מכוונת דלתה של 10% ומעלה

✓ ביצוע סיקור תזונתי בקופות (הכנסת MUST למחשוב) – נכנס במאוחדת (בשאר הקופות רק בטיפול בית)

✓ הוכנסה הזנה באמצעות צנתר לסל הטכנולוגיות לכל הגילאים.

✓ נוהל TPN לקהילה ולבתי חולים נכתב ב-2016

**תשתית מחשובית נדרשת :**

✓ מחשוב אחיד של מידע תזונתי בקופות החולים וקיום רשם תת תזונה בקופות

✓ קידוד אבחנות תזונתיות של תת תזונה

**בטיפול :**

✓ מתן טיפול תזונתי לכל מי שנמצא בסיכון תזונתי כולל התייחסות ייעודית לאוכלוסיות מיוחדות לדוגמא: מש"ה, אוטיסטים, מטופלי רווחה

✓ שילוב דיאטנית כחלק מהצוות הרב מקצועי בהערכה גריאטרית מקיפה כולל הערכת בריאות הפה

✓ נכתבים בימים אלו נהלים חדשים לאיתור אוכלוסיות בסיכון תזונתי בקופות

✓ מערכת לאיתור עצמי של תת תזונה MUST או DETERMINE



# כלי סיקור מקובלים

7

סיכום	ניקוד	שאלה
	לא-0	האם איבדת משקל ללא כוונה?
	3	יותר מ-6 ק"ג ב-6 חודשים האחרונים
	2	יותר מ-3 ק"ג בחודש האחרון?
	לא-0	האם חווית ירידה בתאבון במהלך החודש האחרון?
	1	לא-0
	1	האם השתמשת בתוספי תזונה (משקאות) או צינור הזנה בחודש האחרון?
	-----	סיכום הניקוד

## תוצאות הניקוד

ניקוד	משמעות
0-1	ללא צורך בהתערבות
2	תת תזונה בינונית דרושה התערבות תזונתית.
3	תת תזונה חמורה: התערבות תזונתית וטיפול על ידי דיאטנית.

## SNAQ

Short Nutritional Assessment Questionnaire

1. אינדקס מסת גוף (BMI) (משקל בק"ג) / (גובה במ') <sup>2</sup>	
נקודות	א. BMI < 19 = 0 נקי ב. BMI < 21 &gt; 19 = 1 נקי ג. BMI < 23 &gt; 21 = 2 נקי ד. BMI ≥ 23 = 3 נקי
2. אובדן משקל ב- 3 ח' אחרונים	
נקודות	א. אובדן משקל מעל 3 ק"ג = 0 נקי ב. לא ידוע = 1 נקי ג. אובדן משקל בין 1-3 ק"ג = 2 נקי ד. לא איבד משקל = 3 נקי
3. סבל מדחק פסיכולוגי או מחלה חריפה ב- 3 ח' אחרונים	
נקודות	א. כן = 0 נקי ב. לא = 2 נקי
4. ניידות	
נקודות	א. מרותק למיטה או לכסא = 0 נקי ב. מסוגל לצאת ממיטה/כסא אך אינו יוצא מהבית = 1 נקי ג. יוצא מהבית = 2 נקי
5. בעיות נוירופסיכולוגיות	
נקודות	א. דמנציה או דיכאון קשים = 0 נקי ב. דמנציה קלה = 1 נקי ג. ללא בעיות פסיכולוגיות = 2 נקי
6. האם צריכת המזון פחתה ב- 3 ח' אחרונים עקב אובדן תיאבון, הפרעות עיכול או קשיי לעיסה או בליעה?	
נקודות	א. אובדן תיאבון קשה = 0 נקי ב. אובדן תיאבון בינוני = 1 נקי ג. ללא אובדן תיאבון = 2 נקי
סה"כ ההערכה (מקסימום 14 נקודות)	
ציון מדד תזונה ≤ 11 = בסיכון לתת תזונה	

## MNA-SF

Mini Nutritional Assessment-short form

# כלי סיקור מקובלים

	YES
I have an illness or condition that made me change the kind and/or amount of food I eat.	2
I eat fewer than 2 meals per day.	3
I eat few fruits or vegetables, or milk products.	2
I have 3 or more drinks of beer, liquor or wine almost every day.	2
I have tooth or mouth problems that make it hard for me to eat.	2
I don't always have enough money to buy the food I need.	4
I eat alone most of the time.	1
I take 3 or more different prescribed or over-the-counter drugs a day.	1
Without wanting to, I have lost or gained 10 pounds in the last 6 months.	2
I am not always physically able to shop, cook and/or feed myself.	2
<b>TOTAL</b>	

## Total Your Nutritional Score. If it's --

**0-2 Good!** Recheck your nutritional score in 6 months.

**3-5 You are at moderate nutritional risk.** See what can be done to improve your eating habits and lifestyle. Your office on aging, senior nutrition program, senior citizens center or health department can help. Recheck your nutritional score in 3 months.

**6 or more You are at high nutritional risk.** Bring this checklist the next time you see your doctor, dietitian or other qualified health or social service professional. Talk with them about any problems you may have. Ask for help to improve your nutritional health.

*These materials developed and distributed by the Nutrition Screening Initiative, a project of:*



AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS



THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION



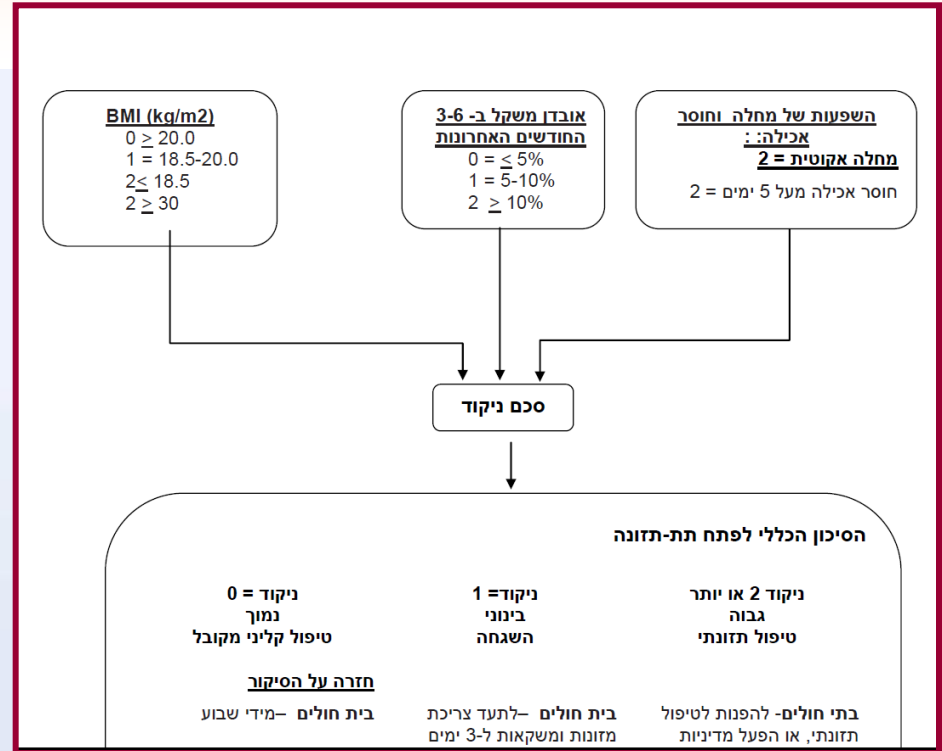
NATIONAL COUNCIL ON THE AGING, INC.

**Remember that warning signs suggest risk, but do not represent diagnosis of any condition. Turn the page to learn more about the Warnings Signs of poor nutritional health.**

*sponsored in part through a grant from Ross Products Division of Abbott Laboratories.*



The Nutrition Screening Initiative • 1010 Wisconsin Avenue, NW • Suite 800 • Washington, DC 20007



DETERMINE

MUST

Malnutrition  
 Universal  
 Screening Tool

# ירידה בשיעורי תת תזונה בבתי חולים ובקהילה בעקבות הכנסת סיקור תזונתי בהולנד

De van der Schueren M et al.. Ann NY Acad Sci  
2014;1321:20-30.

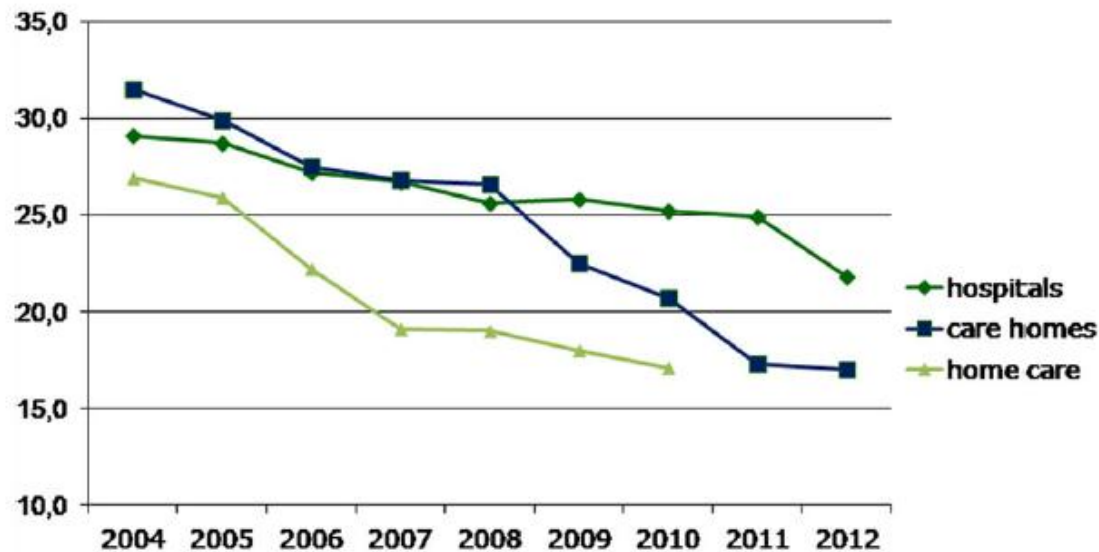


Figure 3. Steady decrease in malnutrition prevalence rates in all healthcare settings in the Netherlands,<sup>39</sup> following screening and treatment strategies implemented by the Dutch Malnutrition Steering Group.



משרד  
הבריאות



## ב. ועדת בתי חולים - המלצות

### ניטור וסיקור:

- ✓ בחדר מיון, הכנסת מאזנים אצל אחות ממיינת כחלק מהמיון הראשוני או לקראת אשפוז – **נכנס בנהריה**
- ✓ נוהל מנהל רפואה- חובת סיקור תזונתי **לקשישים מעל גיל 65 כולל במרגים** (פיתוח כלים לאיתור סיכון תזונתי)
- ✓ **לפי האקרדיטציה- חובת סיקור תזונתי תוך 48 שעות והפניה לדיאטנית מי שבסיכון- נבנה אפיון לסיקור אחיד בבתי החולים הפסיכיאטרים**

### תשתית מחשובית:

- ✓ מחשוב אחיד של המידע התזונתי בבתי החולים כולל כלי סיקור- מעבר לתוכנה אחידה כולל ממשקים – **נעשה אפיון של גליון תזונה**

### שיפור שרשרת המזון:

- ✓ שילוב תזונאית בפיקוח על שרשרת המזון בבית החולים – **נכנס ברב בתי החולים הכללים עדיין לא גריאטריה (דורות)**
- ✓ שיפור המזון המוגש לחולים ולפרסונל -ליצור ספר מתכונים כולל עצי מוצר, תכולה תזונתית ועלות כלכלית לכל בתי החולים- **בעבודה**
- ✓ הרחבת השתתפות ביום התזונה (Nutrition Day)- **השנה 9 בתי חולים, לשלב את מערך הגריאטריה**
- ✓ התאמת מרקמי מזון – **ועדה רב מקצועית עובדת על זה לסטנדרט אחיד וסיקור**
- ✓ הזנה סדירה במיון

יו"ר- ד"ר רעות לוצקי, גב' אירית פורז (כללית)

Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients:  
The NutritionDay survey 2006<sup>☆</sup>

M. Hiesmayr<sup>a,\*</sup>, K. Schindler<sup>b</sup>, E. Pernicka<sup>c</sup>, C. Schuh<sup>d</sup>, A. Schoeniger-Hekele<sup>a</sup>, P. Bauer<sup>c</sup>, A. Laviano<sup>e</sup>,  
A.D. Lovell<sup>f</sup>, M. Mouhieddine<sup>a</sup>, T. Schuetz<sup>g</sup>, S.M. Schneider<sup>h</sup>, P. Singer<sup>i</sup>, C. Pichard<sup>j</sup>, P. Howard<sup>k</sup>,  
C. Jonkers<sup>l</sup>, I. Grecu<sup>m</sup>, O. Ljungqvist<sup>n</sup>, The NutritionDay Audit Team<sup>o</sup>

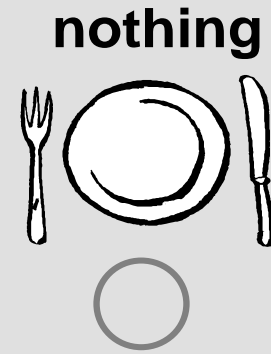
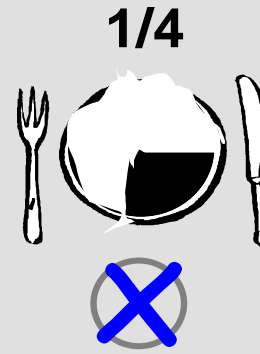
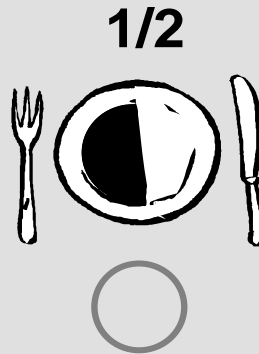
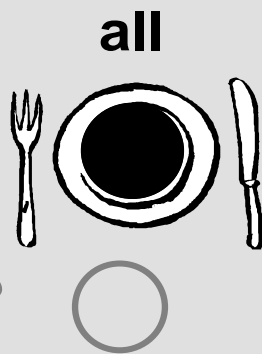
סקר חתך בקרב כ-16,000 מאושפדים ✓

ביום המזון בדקו צריכת מזון בשלושת הארוחות וגם ✓

שאלו על צריכת המזון בשבוע לפני האישפוז

Please tick a circle for each meal to indicate how

Example

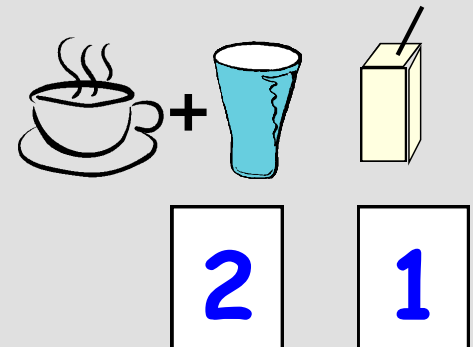


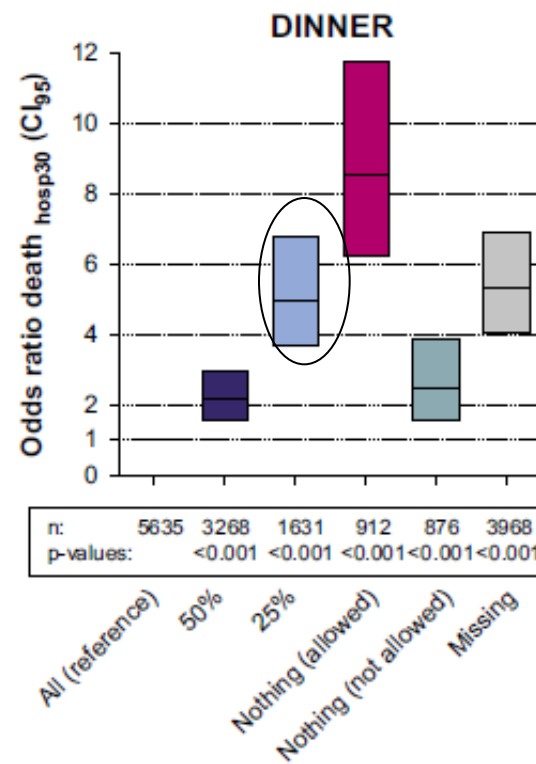
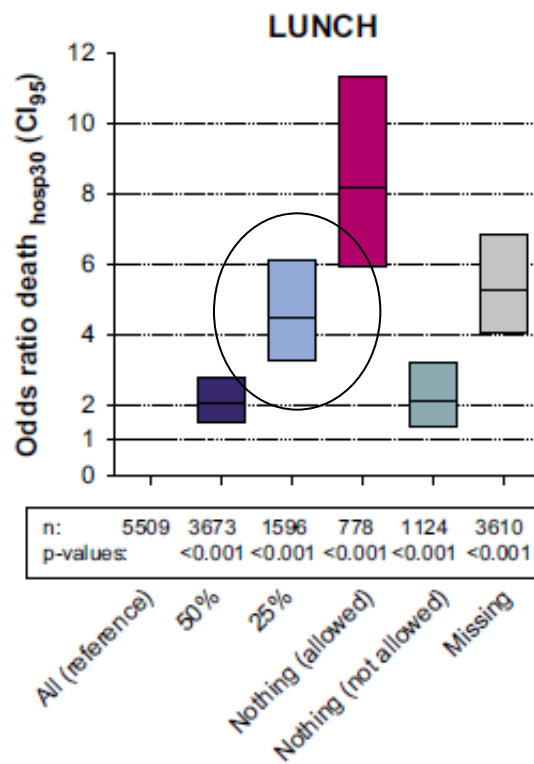
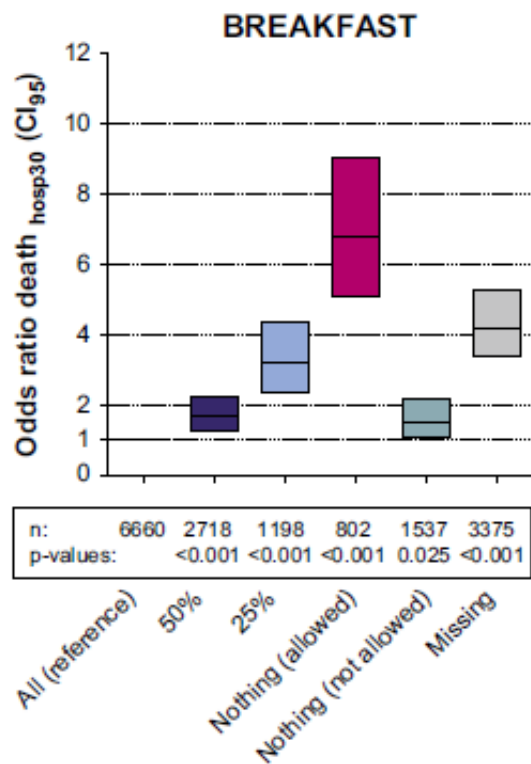
much you ate and drank today (see example):

**I did not eat everything because:** (please tick)

- I was not hungry
- I had nausea/vomiting
- I was not allowed to eat
- I cannot eat without help
- I did not like the taste
- I had an examination/surgery and missed my meal
- I was tired
- I normally eat less
- I am clumsy
- I do not like to eat
- I did not like the smell

Number





✓ יותר מ-50% לא צרכו את כל מה שהוגש להם.  
 ✓ לאחר תיקנון לגורמים שונים, צריכת רבע מהמנה העלתה סיכון לתמותה פי 2.10 (1.53-2.89) בהשוואה לאכילת כל המנה .

# מחקר שבוצע בקרב קשישים מאושפדים בבית חולים כרמל ורמב"ם

## Hospital-Associated Functional Decline: The Role of Hospitalization Processes Beyond Individual Risk Factors

Anna Zisberg, PhD,<sup>\*1</sup> Efrat Shadmi, PhD,<sup>\*1</sup> Nurit Gur-Yaish, PhD,<sup>\*</sup> Orly Tonkikh, MA,<sup>\*</sup> and Gary Sinoff, PhD<sup>†</sup>

### 'קשישים מגיעים לבי"ח "על הרגליים" ויוצאים במצב חמור

- החשש של קשישים מפני אשפוז בבית חולים שיגרום להדרדרות במצבם - מוצדק: כך עולה ממחקר ישראלי חדש שנערך באוניברסיטת חיפה. החוקרות מצאו כי אחד מכל שלושה קשישים המגיעים לבית חולים כשהם מתפקדים בצורה טובה - משתחרר עם ירידה קשה בתפקוד. הסיבה: הם לא יוצאים מהמיטה ותזונתם לא מאוזנת.
- בממוצע משתתפי המחקר דיווחו כי צרכו כ-60% מהמנה היומית המומלצת במהלך ימי האשפוז. הסיבות לתזונה מופחתת נבעו מתלונות על הטעם, שאינו הטעם לו רגיל המאושפז, חוסר תיאבון או צום לצורך בדיקות שונות.



### 3. רצף הטיפול התזונתי

#### תקשורת בין מערכות

- במכתב הפנייה לבית חולים ממוסד גריאטרי יופיע גובה ומשקל אחרונים של המטופל והנחיות תזונתיות אחרונות
- הכנסת אבחנה של תת תזונה במכתב שחרור מבית החולים ובהפניה בין המוסדות השונים ומהקהילה - **מתחיל בחלק מבתי החולים**
- במכתב השחרור מבית החולים לקהילה ירשם ציון סיקור, תכנית תזונתית ובקשה להמשך טיפול דיאטנית בקהילה יכנס ל"אופק"
- בחוק הרצף נכנסו אבחנות מסכנות חיים שדורשות התייחסות תזונתית
- שיפור התקשורת הממוחשבת בין הוסטלים לבריאות הנפש וקופת החולים בנושאים תזונתיים



יו"ר - ד"ר אירית לקסר, (משה"ב) גב' רונית פרידמן (רמב"ם ומכבי)



## 4. הכשרת אנשי צוות וחינוך ושיווק חברתי למטופלים

### הכשרת צוותים

- ✓ פיתוח לומדה בנושא סיקור לתת תזונה
- ✓ הכשרה לאחיות, רופאים גריאטרים ומשפחה
- ✓ קיים חוסר ידע ומודעות של צוותים רפואיים וסיעודיים לנושא מצבי סיכון תזונתיים

### חינוך ושיווק חברתי למטופלים

- ✓ שולחנות עגולים עם מטופלים כרוניים על אתגרים תזונתיים
- ✓ פתרונות ספציפיים והצגה בכנס מנהיגות תזונתית והעלאת מודעות
- ✓ כנס למטופלים להעלאת מודעות לתזונה מותאמת מחלה ופרט



ד"ר גילה רוזן, (רמב"ם ותל חי) ד"ר ענת גסר אדלסבורג (אוני' חיפה)

## 5. העלאת מודעות הציבור למצבי סיכון תזונתי ולחשיבות הטיפול המוקדם

- ✓ ליצור כלים לחינוך ולימוד המטופלים והאוכלוסייה להכרת הבעיה ולאופן הטיפול בה.
- ✓ להעצים את המטופל לסכנות הכרוכות במצבי סיכון תזונתיים, תוך שיתוף פעולה עם נציגי הציבור.
- ✓ יחד עם נציגי עמותות החולים יש לזהות את הצרכים של כל עמותה. בהמשך, ליצור קמפיין תקשורתי, אשר ייצור את ההקשר המתאים שבין מצבי סיכון תזונתי וחולי. הגברת מודעות בקרב קבוצות חולים לנושא חשוב זה באמצעות מפגשים והנגשת מידע ברשתות חברתיות המדיה וסרטונים ויראליים.
- ✓ להעביר מידע כתוב בנושא זה בזמן המתנה בתור במרפאות באמצעות עלונים או סרטים המוקרנים על גבי מסכי מידע.
- ✓ פיתוח כלי הערכה למילוי עצמי או בחינה עצמית באינטרנט של סיכון תזונתי כפי שנעשה באנגליה.
- ✓ ליצור קמפיין של שווק חברתי למטופלים המעלה למודעות את נושא הסיכון התזונתי וחשיבות הפניה של החולים לטיפול תזונתי במועד (לפני שיהיה מאוחר מידי).

# בחירת כלי לאיתור למצבי סיכון תזונתיים לאוכלוסיה בריאה

## איזה כלי לבחור

סמן בעיגול בעמודת הניקוד כל שאלה בה ענית יכן

קן		
2	אני סובל ממחלה או ממצב שגרם לי לשנות את סוג ו/או כמות האוכל שאני אוכל	1
3	אני אוכל פחות מ-2 ארוחות ליום	2
2	אני אוכל מעט פירות, מעט ירקות, ו/או מעט מוצרי חלב	3
2	אני שותה כמעט בכל יום 3 או יותר משקאות אלכוהוליים: בירה, שתייה חריפה או יין	4
2	אני סובל מבעיות שיניים או מבעיות בפה המקשות עלי לאכול	5
4	לא תמיד יש לי מספיק כסף לקניית המזון שאני זקוק לו	6
1	אני בדרך כלל אוכל לבד	7
1	אני נוטל 3 תרופות או יותר ליום לפי מרשם רופא או ללא מרשם	8
2	בששת החודשים האחרונים, שלא מרצוני ירדתי או עליתי 5 קילוגרם במשקל	9
1	אני לא תמיד מסוגל מבחינה גופנית לקנות, לבשל ו/או לאכול בעצמי	10
1	אני מעל גיל 80	11

חבר את כל הנקודות שסימנת בעיגול.

נקוד	הערכה
2-0	מצבך התזונתי תקין; חזור על מילוי השאלון לאחר 6 חודשים
5-3	אתה בסיכון מתון לתת-תזונה; שפר את אורח החיים וצריכת מזון לפי פירמידת המזון
6 ומעלה	אתה בסיכון גבוה לתת-תזונה

✓ **מחקרים מתקיימים**

- ✓ מחקר איכותני בקרב קבוצות מיקוד של חולים על התמודדות עם אתגרים תזונתיים.
- ✓ מחקר עלות יעילות של התערבות תזונתית במניעת תת תזונה בקשישים- נשלח לפרסום.

✓ **מחקר עתידי יישומי**

- ✓ קידום נושא "יום תזונה" לבתי החולים השונים כולל בתי אבות.
- ✓ לקדם מחקרים בינלאומיים השוואתיים עם מרכז ONCA, באירופה.
- ✓ נושאים למחקרים נוספים בנושא לדין .....



## COST UTILITY ANALYSIS OF NUTRITIONAL INTERVENTION FOR ELDERLY PATIENTS AT RISK FOR MALNUTRITION

Ginsberg G.M <sup>1</sup>, Saday Y.S.L <sup>2</sup>, Shahar D.R <sup>3</sup> and Endevelt R <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Public Health Service, Ministry of Health, 39 Yirmiyahu street, Jerusalem, Israel. (Email: [gary.ginsberg@moh.health.gov.il](mailto:gary.ginsberg@moh.health.gov.il), [gmginsberg@gmail.com](mailto:gmginsberg@gmail.com)). Tel: 0972-506-242-122 Fax: 0972-2-6474852 (address for correspondence)

<sup>2</sup> Department of Nutrition, Ministry of Health, 39 Yirmiyahu street, Jerusalem, Israel, (Email: [yehoudit.saday@moh.gov.il](mailto:yehoudit.saday@moh.gov.il), [yehoudit23@gmail.com](mailto:yehoudit23@gmail.com), [ronit.endevelt@moh.gov.il](mailto:ronit.endevelt@moh.gov.il))

<sup>3</sup> Department of Epidemiology and Health Evaluation. Ben-Gurion University, [dshahar@bgu.ac.il](mailto:dshahar@bgu.ac.il)



# Mediterranean Diet

Your Path To A  
Heart Healthy  
Eating Plan

SAVE THE DATE  
כנס תזונה ים תיכונית  
6.6.17





ביטחון תזונתי לכל



# לסיכום

- המטרה בתכנית לאומית לביטחון תזונתי לכל היא הוספה של עוד שנתיים של חיים בריאים
- נדרשת עבודה מורכבת רב מערכתית ורב מקצועית לאיתור טיפול ומיגור מצבי סיכון תזונתיים
- בידינו לשנות ולהיטיב עם הבריאים החולים והמערכת
- בתכנית נבנה כרגע מודל כלכלי עם כלכלן משרד הבריאות במטרה להעריך את התוכניות בקהילה
- התכנית הלאומית מוגשת לתקצוב להנהלת משרד הבריאות



# דיון

כיצד המועצה יכולה לתרום  
לאיתור מוקדם ומניעה של  
מצבי סיכון תזונתיים ?