

אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו

2015

משרד הבריאות
מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

אי-שוויון בבריאות
וההתמודדות עמו

2015

טבת, תשע"ו

ירושלים, דצמבר 2015

כתיבה ועריכה:

אמה אברבוך, שלומית אבני- מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

בהכנת הדו"ח השתתפו (לפי סדר א'-ב'):

איילת גרינבאום אריזון – מינהל איכות, בטיחות ושירות, משרד הבריאות
אירנה בינדר בכרך – מינהל איכות, בטיחות ושירות, משרד הבריאות
אמציה גינת - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
אנג'לה שטרית- היחידה לאפידמיולוגיה של מחלות לב וכלי-דם, מכון גרטנר
גיורא קפלן - תחום היבטים פסיכו-סוציאליים של בריאות, מכון גרטנר
זלמן קאופמן – היחידה למחלות זיהומיות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות
טוביה חורב – הפקולטה לניהול ע"ש גילפורד גלייזר, אוניברסיטת בן גוריון בנגב
טל אדמון – תחום הסקר החברתי, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
מיכל בנדרלי – היחידה לאפידמיולוגיה של מחלות לב וכלי-דם, מכון גרטנר
ניר קידר - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
נורית דוברין – תחום הסקר החברתי, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
ענת עקה זהר- מינהל איכות, בטיחות ושירות, משרד הבריאות
ענת שמש- מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות
עפרה קלטר-ליבוביץ' - היחידה לאפידמיולוגיה של מחלות לב וכלי-דם, מכון גרטנר
פביאן סיקרון – מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות
ציונה חקלאי – אגף המידע, משרד הבריאות
רני פלוטניק – מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

עריכה לשונית: שושנה טרוים-רפאלי

עדכון נתוני פרק 1: דיאנה נקמולי לוי

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

ת.ד. 1176 ירושלים 91010

דואר אלקטרוני:

emma.averbuch@moh.health.gov.il; shlomit.avni@moh.health.gov.il

תוכן עניינים

דבר שר הבריאות

4

5

פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון: המשך המעקב

5

אי-שוויון חברתי-כלכלי: עדכון תמונת מצב

ד"ר אמה אברבוך, דיאנה נקמולי לוי

8

רווחת התושבים במחוזות ישראל: הצגת המצב באמצעות שימוש ב- Better Life Index של ארגון ה-OECD

ד"ר אמה אברבוך

13

תמיכה חברתית ובריאות

ד"ר אמה אברבוך, נורית דוברין, טל אדמון

26

אי-שוויון בבריאות: מדדים עיקריים והשוואה לאורך זמן

ד"ר אמה אברבוך, דיאנה נקמולי לוי

31

פערים בפריסת תשתיות כוח אדם ומיטות אשפוז

ד"ר אמה אברבוך, דיאנה נקמולי לוי

39

פרק 2. מיפוי גיאוגרפי של פערים במדדי בריאות ובשירותי בריאות בישראל

ד"ר אברבוך אמה, זלמן קאופמן

68

פרק 3. מגמות לאורך זמן בפערים מוחלטים ויחסיים

בבריאות ובשימוש בשירותי בריאות

שלומית אבני, רני פלוטניק

82

פרק 4. פערי בריאות: נתונים מתוך מרכז הידע בנושא אי-שוויון בבריאות

מחלות כרוניות והתנהגות מסכנת בריאות

82

ד"ר פביאן סיקרון, ד"ר מיכל בנדרלי

114

מאפייני אי-שוויון בתפקוד יום-יומי

אנג'לה שטרית, ד"ר גיורא קפלן, ד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ

120

פרק 5. מדדי איכות וחוויית המטופל בבתי חולים כלליים בישראל

120

מדדי איכות בבתי חולים: פערים בבריאות לפי מצב סוציאקונומי

ד"ר ענת עקה זוהר

124

ממצאים נבחרים מסקר חוויית המטופל במחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים

ד"ר ענת עקה זוהר, איילת גרינבאום אריזון, אירנה בינדר בכרך

134

פרק 7. מדיניות לאומית לצמצום אי-שוויון בבריאות: ישראל ביחס לאירופה

שלומית אבני, דיאנה נקמולי לוי

150

פרק 8. פעילות להתמודדות עם אי-השוויון בבריאות

150

קופות החולים

172

משרד הבריאות

201

בתי חולים



שר הבריאות
Minister of Health

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

ב"ה, כ"ה בכסלו, התשע"ו
07 דצמבר 2015
מספרנו: 93374415
(במענה, ציין מספרנו)
תיק - : שר (14) בריאות הציבור

דבר שר הבריאות לתכנית צמצום פערים בבריאות 2016

במרכז העשייה שלי במשרד הבריאות, אני רואה כתפקיד מאתגר במיוחד את התמודדות מערכת הבריאות עם חוסר שוויון בבריאות. אי השוויון הקיים כיום, הינו תוצאה של פערים חברתיים-כלכליים בהיבטים רבים הקשורים לבריאות ובראש ובראשונה במדיניות שהייתה נהוגה במהלך השנים.

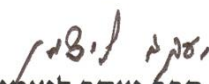
משרד הבריאות סימן עוד בשנת 2010 את מחויבותו להתמודדות עם אי שוויון בבריאות מתוך מטרת על להביא לצמצום פערים אלה וליצור מערכת בריאות שוויונית וצודקת, המחויבת לרפואה ציבורית חזקה ומתפתחת, זאת באמצעות הגדרת יעדים, מימוש תוכנית עבודה, והקמה של יחידה ייעודית האחראית לטיפול בנושא.

בשנים האחרונות עמלנו רבות על תיקון העוול ההיסטורי המנציח את הפער הבלתי נתפס בתוחלת החיים בין המרכז לפריפריה. זהו מצב שאין ואסור להשלים עימו. הבאנו לתעדוף של ממש לטובת הפריפריה בכל הפרמטרים. כמו כן, ניתן לזהות פעילות ענפה המתקיימת בכלל מערכת הבריאות לטובת צמצום אי השוויון. פעילות זו מתוארת שנה לאחר שנה, לצד תיאור תמונת המצב של הפערים, בחוברות השנתיות – "אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו" – שמפרסם תחום צמצום פערי בריאות במינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות.

חרף הפעילות הענפה, אי שוויון בבריאות עודנו קיים. אתגרים שונים המתדפקים על דלתה של החברה הישראלית- הזדקנות האוכלוסייה ושינויים דמוגרפיים, עוני ואי-שוויון חברתי-כלכלי- כל אלו ועוד, הופכים את תפקיד ההתמודדות עם אי השוויון בבריאות למשימה מורכבת עוד יותר.

כאמור, אני רואה בקידום השוויון בבריאות יעד חשוב ומרכזי בפעילות משרד הבריאות וחלק מחובתנו המוסרית. אני מתכוון להמשיך ולפעול ביתר שאת כדי להוביל את מערכת הבריאות לעולם טוב יותר והוגן יותר. אני מברך את ידי העוסקים במלאכה. יחד נמשיך להעמיק את הפעילות לקידום השוויון בבריאות ובשירותי בריאות בין קבוצות חברתיות שונות בישראל ובין מרכז ופריפריה.

בברכה


הרב יעקב ליצמן, ח"כ
שר הבריאות

פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון: המשך המעקב

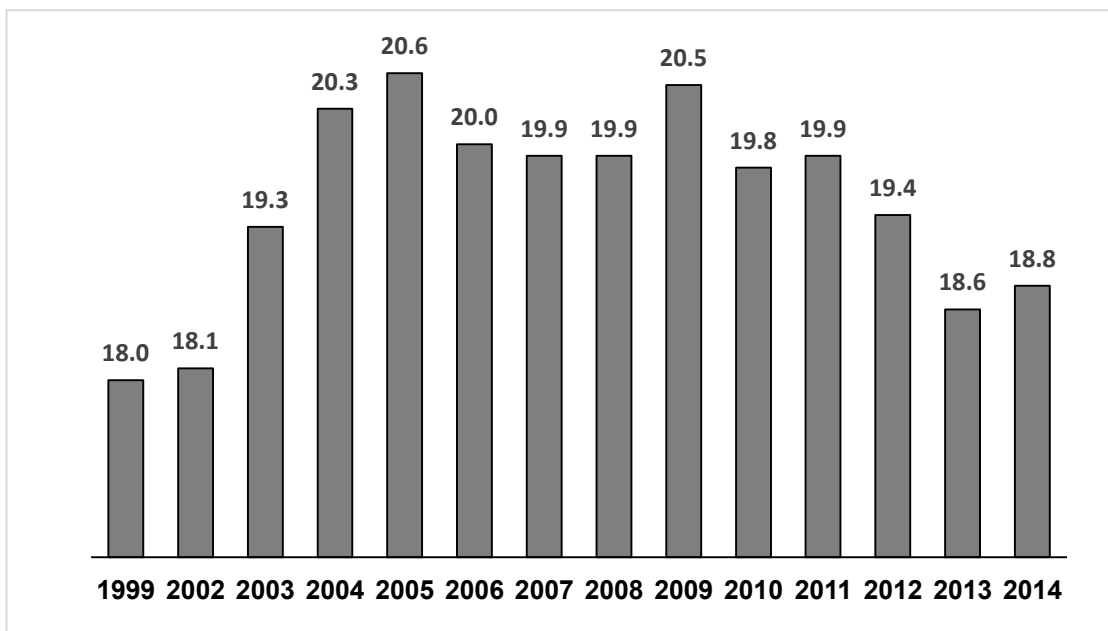
אי-שוויון חברתי-כלכלי: עדכון תמונת מצב

בדומה לפרסומים הקודמים¹, אנו פותחים דוח זה בהצגת תמונה מעודכנת של הפערים החברתיים-כלכליים ובפרט בהצגת נתוני ממדי העוני בישראל. נזכיר כי העוני והמצוקה הכלכלית אחראים במידה רבה על יצירת פערים בבריאות ובנגישות לשירותי בריאות.

מעקב על מגמות נתוני העוני בשנים האחרונות מגלה עלייה קלה בשיעור המשפחות העניות בישראל, זאת לעומת הירידה שנצפתה בשנים האחרונות². הנתון האחרון הזמין, שנמדד בישראל בשנת 2014 ומסתכם ב- 18.8%, מראה עלייה מתונה של 0.2 אחוז לעומת השנה הקודמת (תרשים 1). יש לקוות כי עלייה זו אינה מעידה על היפוך המגמה החיובית שנצפתה בשנים האחרונות. העלייה בממדי העוני קשורה בין היתר, לקיצוץ בקצבעות הילדים, שהתרחש באוגוסט 2013 והשפיע ב- 2014 על הכנסות המשפחות.

ובכן, כחמישית מכלל המשפחות העניות באוכלוסיית ישראל חיים במצוקה. חישוב על פי נפשות מעלה את שיעור העניים בישראל לרמה של 22.0%. בקרב ילדי ישראל הנתון גבוה עוד יותר: כמעט שליש מהילדים - 31.0%, חיים בעוני. מבחינת המספרים האבסולוטיים מדובר ב- 444,900 משפחות עניות, שבהן חיים 1,709,300 נפשות ו- 776,500 ילדים.

תרשים 1: שיעור המשפחות העניות בישראל



מקור: אנדבלד וחב', 2015.

הערה: בשנת 2012 חל שינוי בצורת החישוב בשל שינויים בסקר של מ"ס.

¹ דוחות אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו, משרד הבריאות 2010-2014.
² אנדבלד מ', ברקלי נ', גוטליב ד', הלר א'. 2015. דוח ממדי העוני והפערים החברתיים 2014. המוסד לביטוח לאומי.

נכון לשנת 2014, ישראל ממוקמת עדיין כמדינה בעלת שיעור עניים גבוה במיוחד, ביחס למדינות מערביות אחרות. אולם, ראוי לציין כי מדידת העוני בישראל, כמו גם במדינות רבות, מתבצעת באמצעות שיטה יחסית³. המדידה היחסית, על אף יתרונותיה ורלוונטיות לנושא חקר הפערים, מקשה על השוואה בין מאפייני ועומק העוני בישראל ביחס למדינות אחרות.

ב-2014 שיעור העוני של הקשישים עמד על 23.1% לעומת 22.1% בשנת 2013⁴. כך גם נרשמה עלייה מתונה בתחולת העוני בקרב משפחות עם ילדים, מ-23.5% ל-24.8%, כאשר עיקר העלייה הייתה בקרב המשפחות הגדולות. בקרב משפחות העולים, נרשמה ירידה קלה מ-18.5% ב-2013 ל-18.0% ב-2014.

תחולת העוני של המשפחות העובדות עלתה ועמדה בשנת 2014 על 13.1% לעומת 12.5% בשנת 2013.

תחולת העוני של המשפחות החד הוריות ירדה בין השנים 2013 ל-2014 מ-27.5% ל-25.1%. זאת למרות הקיצוץ שנעשה בקצבאות הילדים. ירידה זו קשורה לצעדיים מדיניים שנעשו, כגון שיפור בגובה מענק העבודה של משפחות חד הוריות וכו'.

במגזר הערבי, נצפתה עלייה בתחולת העוני של המשפחות בתקופה המקבילה - מ-51.7% בשנת 2013 ל-52.6% ב-2014. יחד עם זאת מספר הנפשות והילדים העניים במגזר, ירד בכ-4%. ירידה זו מיוחסת לשינויים דמוגרפיים במגזר, ובפרט לירידה בגודל המשפחות. יש לציין, כי בשנים האחרונות נרשמה עלייה משמעותית בהצטרפות נשים ערביות למעגל התעסוקתי. אולם הצטרפות זו עדיין לא הביאה לשינוי משמעותי במדדי העוני.

הנתונים מהמגזר החרדי מעידים גם כן על עלייה מתונה בשיעור המשפחות העניות - תחולת העוני של משפחות הגיעה במגזר זה בשנת 2014 ל-54.3%, לעומת 52.1% בשנת הקודמת. הרעה במצב זה התרחשה, למרות הרחבת המעגל התעסוקתי של הגברים החרדים, אשר מתפרנסים בשכר נמוך מרגע הצטרפותם לשוק העבודה. יש לציין, כי על פי הערכות חדשות של המוסד לביטוח לאומי, אשר מבוססות על הגדרה חדשה של האוכלוסייה החרדית (הגדרה עצמית סובייקטיבית, לעומת הגדרה אובייקטיבית שהייתה נהוגה עד כה), היקף האוכלוסייה החרדית מגיע ל-9.6% מכלל אוכלוסיית ישראל, אך חלקן של המשפחות החרדיות העניות בסך המשפחות העניות הגיע ל-17.5% בשנת 2014.

בפילוח נתוני העוני לפי מחוז מגורים נמצא כי במחוז ירושלים, וכמו גם במחוז המרכז והדרום היו עליות בממדי העוני בין השנים 2013-2014, ואילו בצפון ובתל אביב חלה ירידה. מעקב אחר המגמות לאורך זמן מלמד על המשך ועל אף התרחבות הפערים בתחולת העוני בין המחוזות, כאשר מחוז תל אביב והמרכז מציגים, באופן עקבי את השיעורים הנמוכים ביותר, ואילו מחוז

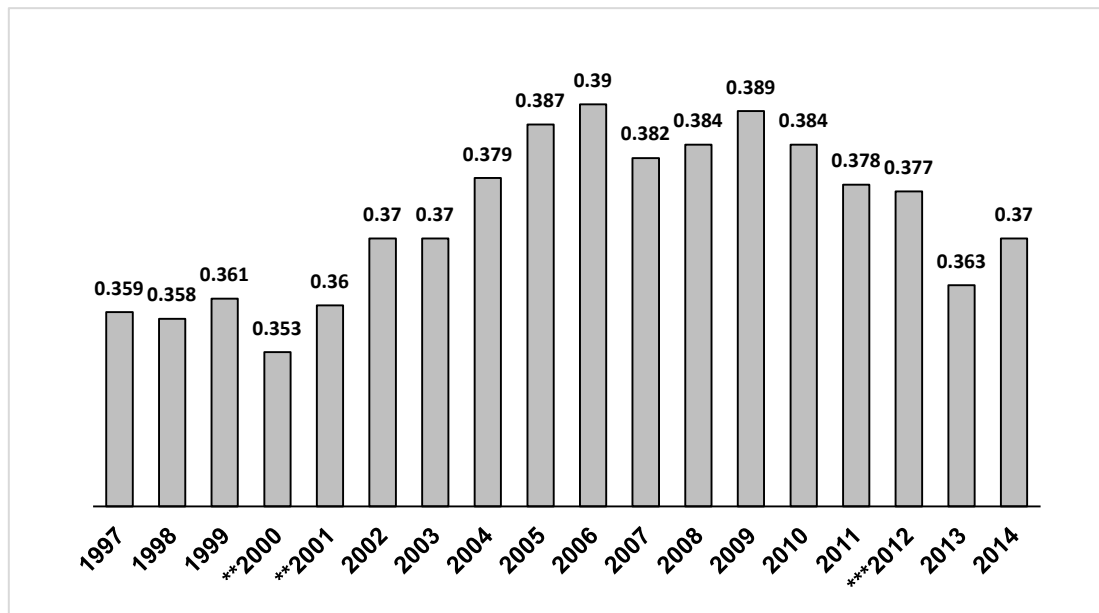
³ על פי גישה זו, עוני הוא תופעה של מצוקה יחסית, שיש להעריכה בזיקה לרמת החיים המאפיינת את החברה. קו העוני לנפש תקנית בישראל מוגדר כרמה השווה ל-50% מן הכנסה הפנויה החציונית לנפש תקנית. מתוך סבג-אנדבלד מ' ואחדות ל', 2004. פיתוח מדד עוני ניסיוני מצד ההוצאות בישראל. ירושלים.
⁴ אנדבלד מ' וחב'. 2015. דוח ממדי העוני והפערים החברתיים 2014.

פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון: המשך המעקב

הצפון וירושלים, הגבוהים ביותר. הפער הגדול ביותר שנצפה בשנת 2014 הוא בין מחוז תל אביב (10.1%) לבין מחוז ירושלים (35.1%).

בחינת השינוי ברמת השוויוניות בהתפלגות ההכנסות מתאפשרת על ידי שימוש במדד ג'ני⁵. בחינת המדד הזמין האחרון לשנת 2014 מגלה עלייה מתונה, זאת בהמשך למגמת ירידה החיובית שנצפתה בשנים האחרונות. מדד ג'ני למדידת אי-שוויון בין משקי הבית לפי הכנסה כספית נטו לנפש סטנדרטית, עמד בשנת 2014 על 0.37 (תרשים 2).

תרשים 2. מדד ג'ני למדידת אי-שוויון בהכנסות בישראל, לפי הכנסה כספית נטו לנפש סטנדרטית



מקור: למ"ס, ממצאים מסקר הוצאות משק הבית 2014, הודעה לעיתונות, 13 באוקטובר 2015.
** לא כולל אוכלוסיית מזרח ירושלים
*** החל משנה זו הנתונים מסקר הוצאות משק בית בלבד

⁵ מדד הג'יני נע בין 0 ל-1, כאשר 0 מעיד על חלוקת הכנסה שוויונית.

רווחת התושבים במחוזות ישראל: הצגת המצב באמצעות שימוש

ב- Better Life Index של ארגון ה-OECD

ד"ר אמה אברבוק¹

בריאות הפרט בקהילה בה הוא מתגורר, מושפעת ממכלול רחב של גורמים ובחלקם הגדול ממאפיינים חברתיים-כלכליים של סביבת החיים. על כן, מן הראוי להציג תמונת מצב הבריאות של האוכלוסייה, לצד מאפיינים אחרים המגדירים את איכות החיים.

הפרויקט של ארגון ה-OECD – "Better Life Initiative", אשר הושק על ידי הארגון האירופאי בשנת 2011, מאפשר הסתכלות כוללת מעין זו על חייהם של היחידים והאוכלוסיות. במסגרת הפרויקט נבנה מערך מדדים למדידת רווחת התושבים בתשעה תחומי חיים מרכזיים, בעלי השפעה משמעותית על איכות החיים. המדדים, נמדדים ברמה הלאומית והאזורית בתוך המדינות החברות בארגון, מתעדכנים באופן שוטף ותוצאותיהם מתפרסם בדוח מיוחד בשם *How's Life?*.

על פי הצהרת ה-OECD, מטרת היוזמה החדשה הינה לבנות תשתית מידע, שתשרת הן את מקבלי ההחלטות והן את הציבור הרחב במשימה של שיפור איכות החיים. הדבר אמור להיות מושג, בין היתר, על ידי עידוד הציבור להשתמש בכלים מיוחדים, זמינים ונוחים לשימוש, שנבנו לצורך זה על ידי הארגון.

לצורך הפרויקט נבנה יישום אינטרנטי אינטראקטיבי בשם "Better Life Index". הכלי החדש מאפשר השוואה של רמת החיים במדינות ובאזורים בתוך המדינות על בסיס סדרה של מדדים, המודדים את איכות החיים בתשעה תחומים: הכנסה, תעסוקה, בריאות, גישה לאינטרנט, סביבה, חינוך, בטיחות, מערבות חברתית ודיור. היישום ידידותי למשתמש ומאפשר לכל אדם הנכנס לאתר לקבל תמונת מצב באזור מגוריו בתחומים הנבדקים, תוך השוואה לאזורים אחרים, בתוך המדינה או מחוץ למדינה.

בנוסף להצגת התמונה העדכנית, האתר מאפשר מעקב אחר המגמות של העשור האחרון, באמצעות ניטור של עלייה או ירידה במדדים לאורך השנים מאז שנת 2000.

לוח 1 מציג את רשימת המדדים שנבנו על ידי הארגון לצורך אפיון רמת החיים. הנתונים הינם ממוצע של שלוש השנים האחרונות בהם הנתונים זמינים³.

¹ מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

² להלן הקישור לדוח המוקדש לישראל:

www.oecd.org/statistics/Hows-Life-2015-country-notes-data.xlsx.

³ מקור: OECD Regional Well-Being Database

לוח 1. מדדי רמת החיים

תחום	מדד
השכלה	שיעור המשתתפים בכוח העבודה, בעלי השכלה תיכונית לפחות (%);
תעסוקה	שיעור התעסוקה (%), שיעור האבטלה (%)
הכנסה	הכנסה פנויה למשק בית לנפש
בטחון אישי	שיעורי רצח (ל- 100,000 נפש). ציון נמוך מסמן מצב טוב יותר, כלומר רמת פשיעה נמוכה. הנתונים עבור מחוז חיפה ומחוז הצפון, נאספו ללא הפרדה, לכן הציון בשני המחוזות הינו זהה
בריאות	תוחלת חיים בלידה (שנים), שיעור תמותה המתוקנן לגיל (לכל 1,000 אנשים)
נגישות לאינטרנט	חלקם של משקי בית עם נגישות לאינטרנט בפס רחב (households with broadband access) (%)
מעורבות חברתית	שיעור ההצבעה בבחירות כלליות (%)
דיר	מספר חדרים לנפש
איכות הסביבה	חשיפה ממוצעת משוערת לזיהום אוויר ב- PM 2.5 (מיקרוגרם / מ"ק), מבוסס על תמונות לוויין. ציון נמוך מסמן מצב טוב, כלומר רמת זיהום אוויר נמוכה. הוא לא הוצג כתרשים בגלל שרוב הערכים בו שווים לאפס, להוציא את מחוז ירושלים (0.3) ומחוז המרכז (0.5).

הכלי האינטראקטיבי שנבנה על ידי ה-OECD, מאפשר הצגת נתונים, באמצעות תרשימים צבעוניים הדומים במבנה לפרח, שכל עלה שבו מסמן ערך של מדד בתחום מסוים.

לצורך פרסום זה אימצנו את מערך המדדים של "Better Life Index", אך הצגנו נתונים בצורה שמדגישה את הפערים בין האזורים/מחוזות בתחומי תוכן שונים. לשם כך השתמשנו ב"עכבישים" – סוג תרשים המאפשר הצגת השוואתית של נתונים לפי סולם מדידה מסוים. ככלל, שטח רחב יותר של "עכביש" מעיד על מצב טוב יותר בתחום, להוציא תחומים שבהם מדד נמוך מעיד דווקא על מצב טוב (ראו הלוח עם רשימת המדדים).

בעמוד הבא מוצגים שמונה "עכבישים", שכל אחד מהם מציג תחום חיים מסוים בעל חשיבות מרכזית, על פי תפיסתו של הארגון האירופאי, לעיצוב רמת החיים של היחידים. המידע מוצג על בסיס אזורי, תוך השוואה של ערכי המדד בין מחוזות המדינה. מקור הנתונים הוא כאמור, אתר האינטרנט של הפרויקט "OECD Better Life Index".

מדדי איכות החיים – מה ניתן ללמוד על האזורים השונים בישראל?

מבט ראשון על כלל התחומים מגלה פערים עקביים בין המחוזות תל אביב והמרכז. מחוזות אלה נמצאו כמחוזות בעלי מדדי רווחה גבוהים ביותר, מבין שאר המחוזות. מאידך, בולטים ציונים נמוכים להם זוכים מחוזות פריפריאליים – הצפון והדרום, ולידם מחוז ירושלים. הפערים הגדולים בין המחוזות הגבוהים לבין המחוזות הנמוכים, נצפים בהתייחס למדדים חברתיים-כלכליים המרכזיים – הכנסה, השכלה ותעסוקה. הפערים במדדים נראים היטב גם בתחום הדיור, בו נצפה פער משמעותי מאוד בין מחוז ירושלים ומחוז הצפון לבין שאר המחוזות. גם בתחום הביטחון האישי הבטיחות ירושלים מדגימה פער לרעה ביחס לשאר המחוזות.

במחוזות תל אביב והמרכז נצפים ערכים גבוהים יותר ביחס לשאר המחוזות בתחומים חברתיים כגון מעורבות חברתית ונגישות לאינטרנט. מאפיינים אלה מצביעים על חיי חברה פעילים ונגישות טכנולוגית גבוהה יותר.

בהקשר זה מעניין לראות את המתאם בין משתנה ההשכלה לבין משתנה התעסוקה, להוציא את מחוז הצפון, בו מדדי ההשכלה הינם נמוכים יחסית למדדי התעסוקה.

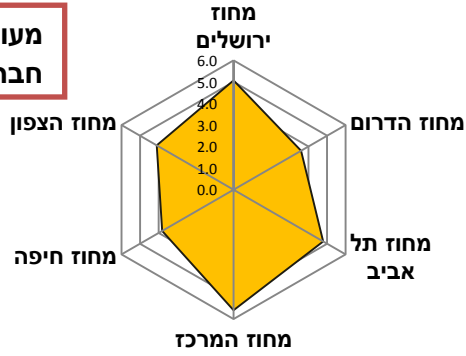
החפיפה הנראית לעין בין המדדים במחוזות בתחומי ההשכלה, התעסוקה והכלכלה מצביעה על קשר ישיר בין תחומי התוכן האלה.

עיון בתרשים "עכביש" בתחום הבריאות, מגלה דמיון רב יותר בין המחוזות ופערים מצומצמים יותר, מאלה הנצפים בתחומי רווחה אחרים. כמו כן ניתן לראות, כי בסך הכל, המחוזות זוכים לציונים גבוהים יחסית, דבר שמשתקף בשטח רחב יותר של "עכביש" הבריאות ביחס לתרשימים אחרים.

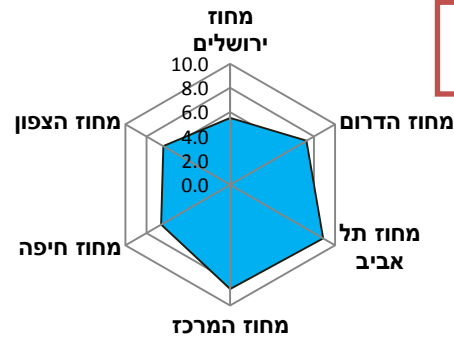
מתוך ההסתכלות על תרשים "הבריאות" מתגלה פרט נוסף מעניין: מחוז ירושלים זוכה לציון כמעט זהה בתחום הבריאות לזה של תל אביב והמרכז. דבר זה על פניו אינו מובן מאליו, שהרי בשאר התחומים מחוז ירושלים מציג ציונים נמוכים, ובמיוחד בתחום ההכנסה, שם ערך המדד הוא קרוב ל-0. מיקומה הטוב יחסית של העיר ירושלים בתחום הבריאות לצד ערכים נמוכים בתחומים חברתיים-כלכליים אחרים יתכן ומלמדת על גורמים נוספים, כדוגמא, אורח חיים, הון חברתי והתנהגות בריאותית, אשר בכוחם לפצות את החסרים הכלכליים והחברתיים האחרים, שמשפיעים על בריאות האוכלוסייה. יחד עם זאת, יש לקחת בחשבון כי שני המדדים שמשקפים ומרכיבים את מדד הבריאות, אינם משקפים את תמונת המצב המלאה והמורכבת של בריאות ופערי בריאות.

בעלי ערכים גבוהים ביותר בתחום הבריאות הם מחוזות תל אביב והמרכז, אשר מציגים ערכים גבוהים גם בתחומי מדידה אחרים. ניתן לומר, כי תחום הבריאות מציג פערים מצומצמים יותר בין המחוזות ביחס לתחומי רווחה אחרים, וככלל מצבה של ישראל על פי הסקאלה בין לאומית שנבנתה עבור תחום הבריאות הוא טוב. עדיין נראה כי יש מקום לשיפור במדדי הבריאות במחוזות פריפריאליים, כמו גם מחוז חיפה, בהם נצפים ערכים נמוכים יותר של המדד.

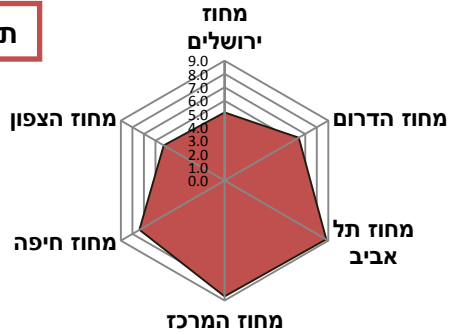
מעורבות חברתית



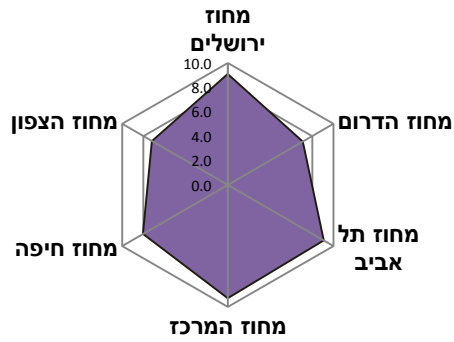
נגישות לאינטרנט



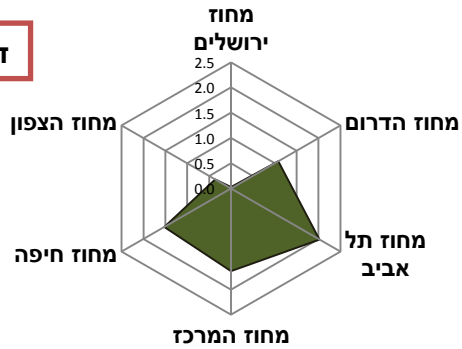
תעסוקה



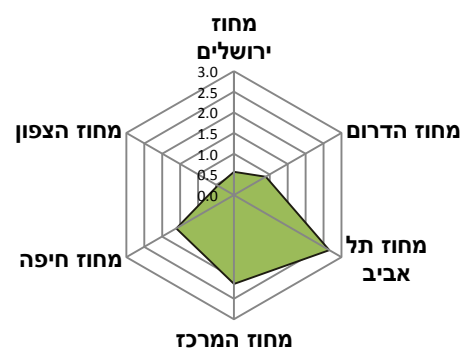
בריאות



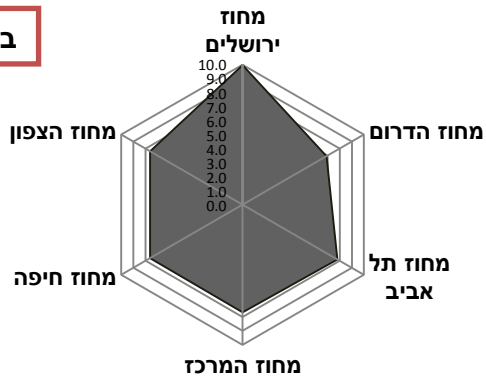
דיור



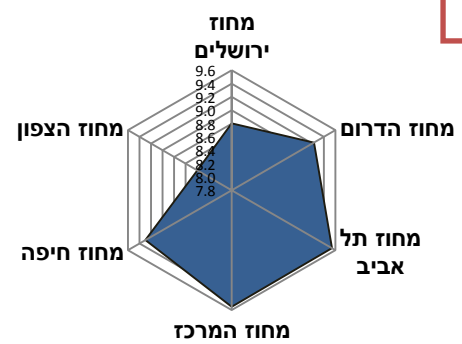
הכנסה



בטיחות



השכלה



באשר להיבטי חיים אחרים, נראה כי מחחות ירושלים, הצפון והדרום מציגים פערים משמעותיים ביחס למחוז מרכז הארץ. מאחר וקיים קשר בין הרקע החברתי-כלכלי של האוכלוסייה לרמת הבריאות שלה, יש לדאוג לשיפור רמת החיים במחוזות בכללותה, על מנת שזו לא תפגע לאורך זמן בחוסן הבריאותי של האוכלוסייה. השימוש בתרשימים ומדדי רווחה אחרים מאפשר הסתכלות השוואתית על מצב הרווחה באזורים והגדרה יעילה יותר של תחומי חיים הזקוקים להתערבות.

בחינת רמת החיים ברמה אזורית מאפשרת זיהוי ממוקד יותר של חסרים ובעיות באיכות החיים, ובכך נותנת אפשרות למקד בצורה יעילה יותר את מאמציה של הממשלה וספקי השירות לשיפור החיים של האוכלוסייה. זאת לעומת שימוש במדדים ארציים, אשר אינם מבטאים במדויק את חווית החיים בסביבת המגורים של הפרטים והקהילות ברחבי הארץ.

על אף המוגבלות של שימוש במדדים, שמסתמכים על מספר מצומצם מאוד של משתנים, יש תועלת בשימוש במדד מסוג זה לצורך הבנת הפרופיל של האזורים השונים במדינה מבחינת איכות החיים של התושבים.

תמיכה חברתית ובריאות

ד"ר אמה אברבוך¹, נורית דוברין, טל אדמון²

כחלק מהצגת הנתונים על פערים חברתיים-כלכליים ובריאותיים, מצאנו לנכון להציג בקצרה ממצאי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משנת 2014. בשנה זו עסק הסקר בהרחבה בנושא הון חברתי בכלל, ורשתות תמיכה וסיוע בחברה הישראלית בפרט³.

הסקר החברתי הוא סקר שנתי שוטף, המספק מידע על תנאי החיים של האוכלוסייה בגיל 20 ומעלה בישראל. הסקר מבוצע בשיטות ריאיון טלפוני על מדגם מייצג של כ- 7,400 איש.

קיימות עדויות מחקריות רבות המצביעות על הקשר החיובי בין תמיכה חברתית ורגשית לבריאות. כך, לדוגמה, תמיכה חברתית התגלתה כבעלת השפעה על מגוון רחב של התנהגויות בריאות, כולל צריכת פירות וירקות, פעילות גופנית וגמילה מעישון (Reblin and Uchino, 2008). דוגמה אחרת היא תרומתה החיובית להורדת סיכון להתפתחות דיכאון אצל אנשים החולים במחלות לב (Barefoot, Brummett, Clapp-Channing et al., 2000). תמיכה רגשית, אמפתיה וסיוע מעשי מאחרים, נמצאו כיעילים ביותר בצמצום השפעה הפיזית והרגשית המזיקה של הצטברות גורמי לחץ אצל אנשים (Thoits, 2011).

לעומת זאת, בדידות חברתית – מעוט קשרים חברתיים, והבדידות – תחושה סובייקטיבית של חוסר שביעות רצון מכמות או איכות הקשרים, נחשבים לגורם סיכון בריאותי ידוע (Masi et al., 2011). כך, למשל, מצב בדידות חברתית, המאפיין במיוחד את אלה הגרים לבד או במקומות מרוחקים, מהווה גורם סיכון לתחלואה ותמותה, גם לאחר נטרול גורמי סיכון ביולוגיים, מעמד חברתי-כלכלי ומצב בריאות (Cacioppo and Hawley, 2003). השלכות בריאותיות שליליות של בידוד חברתי, מוצאות ביטוי עוצמתי, במיוחד בקרב אלה הזקוקים ביותר לתמיכה, כדוגמת אנשים מבוגרים ועניים או קבוצות מבודדות בשולי החברה.

אנשים בעלי קשרים חברתיים מעטים וללא שייכות למסגרת חברתית מאורגנת כלשהי, פחות מסוגלים לעמוד בפני השפעות פיזיולוגיות ובריאותיות של אתגרי החיים (Smith and Christakis, 2007). כמו כן נמצאה התאמה בין תחושת הבדידות לבין היעדר גישה למקורות מידע, בנוגע לאורח חיים בריא ושירותי בריאות, וכתוצאה מכך נוצר מחסור במשאבים להתמודדות עם מצבי לחץ (Cacioppo and Hawley, 2003).

ההשפעה של תמיכה חברתית על הבריאות מתקיימת באמצעות תהליכים פסיכולוגיים והתנהגותיים, אך גם באמצעות תהליכים פיזיולוגיים (Thoits, 2011). כך למשל, נמצאה עדות

1 מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

2 למ"ס

3 ראו מידע על הסקר החברתי לשנת 2014 בקישור הבא:

http://147.237.248.50/reader/?MIval=cw_usr_view_SHTML&ID=988

לתפקיד מתווך של דלקות כרוניות בהגברת סיכון לתמותה ותחלואה במצבי בידוד חברתי (Yang et al., 2013).

"הון חברתי", אשר מתייחס לרשתות חברתיות ונורמות של הדדיות ואמון הקשורות בהם (Putnam, 2000), נמצא כמשפיע גם הוא על בריאות (Baron-Epel et al, 2008).

הכרה בהשלכות בריאותיות של בדידות הביאה לפיתוח תוכניות התערבות ייעודיות למניעה וצמצום נזקיה. חלק משמעותי מתוכניות אלה נערכות בקרב בני הגיל השלישי, קבוצה פגיעה במיוחד. בסקירה רחבה של תוכניות התערבות להפחתת בדידות בקרב אנשים מבוגרים, שנערכו במדינות שונות בעולם, נמצא כי חלק משמעותי מהתוכניות נועדו לאנשים זקנים במצב בריאות רעוע; אלה כוללים בני הגיל השלישי עם מחלות כרוניות או מחלות נוירולוגיות או עם בעיות פיזיות או נפשיות הגרים לבד, זקנים הגרים עם בני זוג שעברו אירוע מוחי או שעברו התקף לב, זקנים במרכזי יום שעברו טראומה או גילו סימני דכאון, זקנים שפנו לקו חם וגילו נטיות אובדניות או דכאון, זקנים מוגבלים הגרים בבית ונמצאים בסיכון למיסוד (Masi et al., 2010).

תמיכה חברתית הינה רבת פנים וכוללת בין היתר תמיכה נפשית ורוחנית, תמיכה חומרית, עזרה במילוי משימות שונות בתוך הבית ומחוץ לו וכד'. אלה המספקים תמיכה, יכולים להיות במעגל הקרוב של היחיד – בן/בת זוג, ילדים, הורים, קרובי משפחה, או במעגלים רחוקים יותר – חברי קהילה, עמיתים בעבודה וכד'. ישנם גורמים פורמליים, שממונים על הספקת העזרה בעתות של משבר, כגון מוסדות רווחה ממשלתיים. לצד אלה פועלים ארגוני המגזר השלישי, כדוגמת חברות צדקה או עמותות.

נקודה ראויה לציון היא העובדה, כי מידת התמיכה החברתית תלויה לא רק בנסיבות ובהקשר החיים של היחיד וסביבתו המיידית, אלא גם בסביבה חברתית-תרבותית הכוללת שבה הוא חי. דפוסי תמיכה אישית וקהילתית מושפעים מהמרקם הכללי המאפיין חברה מסוימת, ובין היתר ממבנים משפחתיים המקובלים בחברה, מסגרות דתיות, מידת התארגנות של החברה האזרחית וכד'.

מוצגים להלן ממצאים של הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. במסגרתו נשאלו המרואיינים באשר לדפוסי תמיכה שמאפיינים את סביבתם הקרובה, גם בהיבט קבלת הסיוע מהאחרים וגם בהיבט המוכנות לתרום לאחרים, באמצעות תמיכה כספית או התנדבותית. דפוסי תמיכה אלה, הניתנים לפילוח על פי קבוצות דמוגרפיות וחברתיות שונות, מאפשרים לזהות קבוצות בסיכון בריאותי בשל היעדר תמיכה חברתית מספקת. מאידך, הממצאים מאפשרים לזהות קבוצות, בעלות חוסן חברתי ורשת תמיכה שיש בכוחה לקדם את הבריאות הנפשית והפיזית של חברה.

תמיכה ועזרה הדדית בעתות מצוקה

על פי ממצאי הסקר החברתי, 7% מבני 20 ומעלה **חשו בדידות לעיתים קרובות** ב- 12 החודשים שקדמו לריאיון, ו- 19% נוספים סבלו מתחושת בדידות לפעמים או מדי פעם. שיעור הנשים המדווחות על בדידות⁴ היה גבוה משיעור הגברים (30% לעומת 21%), ובני 65 ומעלה דיווחו על בדידות יותר מצעירים (37% לעומת 23% מבני 20-64). 48% מאלה שהגדירו את מצבם הבריאותי כלא טוב חשים בדידות, לעומת 22% מהמגדירים את מצבם הבריאותי כטוב.

פער בתחושת הבדידות נמצא בין מועסקים לבין אלה שאינם למועסקים: 22% מהמועסקים לעומת 30% מאלה שאינם מועסקים, בגילאי עבודה (25-54), חשים בדידות.

בקרב המועסקים, שיעור החשים בדידות, גבוה יותר בקרב בעלי הכנסות נמוכות: 27% מהמשתכרים עד 4,000 ₪ (הכנסה מעבודה, ברוטו לחדש), 24% בקרב המשתכרים 4,001 עד 7,500 ₪, ו- 18% בקרב המשתכרים מעל 7,500 ₪.

על מידת האמון הבין-אישי ולכידות משפחתית וחברתית ניתן ללמוד מהתשובות שהתקבלו במענה לשאלה "אילו היית במשבר או במצוקה, האם ישנם אנשים שעל עזרתם אתה יכול לסמוך?".

8% מכלל המרואיינים השיבו כי הם חשים **שאינ להם מי לפנות בשעת משבר או במצוקה**. שיעור גבוה יותר של מרואיינים שדיווחו שאין להם למי לפנות בעת משבר או מצוקה, נמצא בקרב בעלי הכנסה נמוכה (22%), בעלי השכלה נמוכה (17%), בקרב אלה שמצבם הבריאותי לא טוב (17%), בני המגזר הערבי (16%), גרושים (12%) ומבוגרים בני 65 ומעלה (11%).

אחחים נמוכים במיוחד של אלה החשים כי אין להם על מי לסמוך בשעת המצוקה נצפו בקרב בעלי השכלה אקדמית (3%), חרדים (4%), בעלי הכנסה גבוהה⁵ (4%) ואנשים צעירים בני 20-24 (5%).

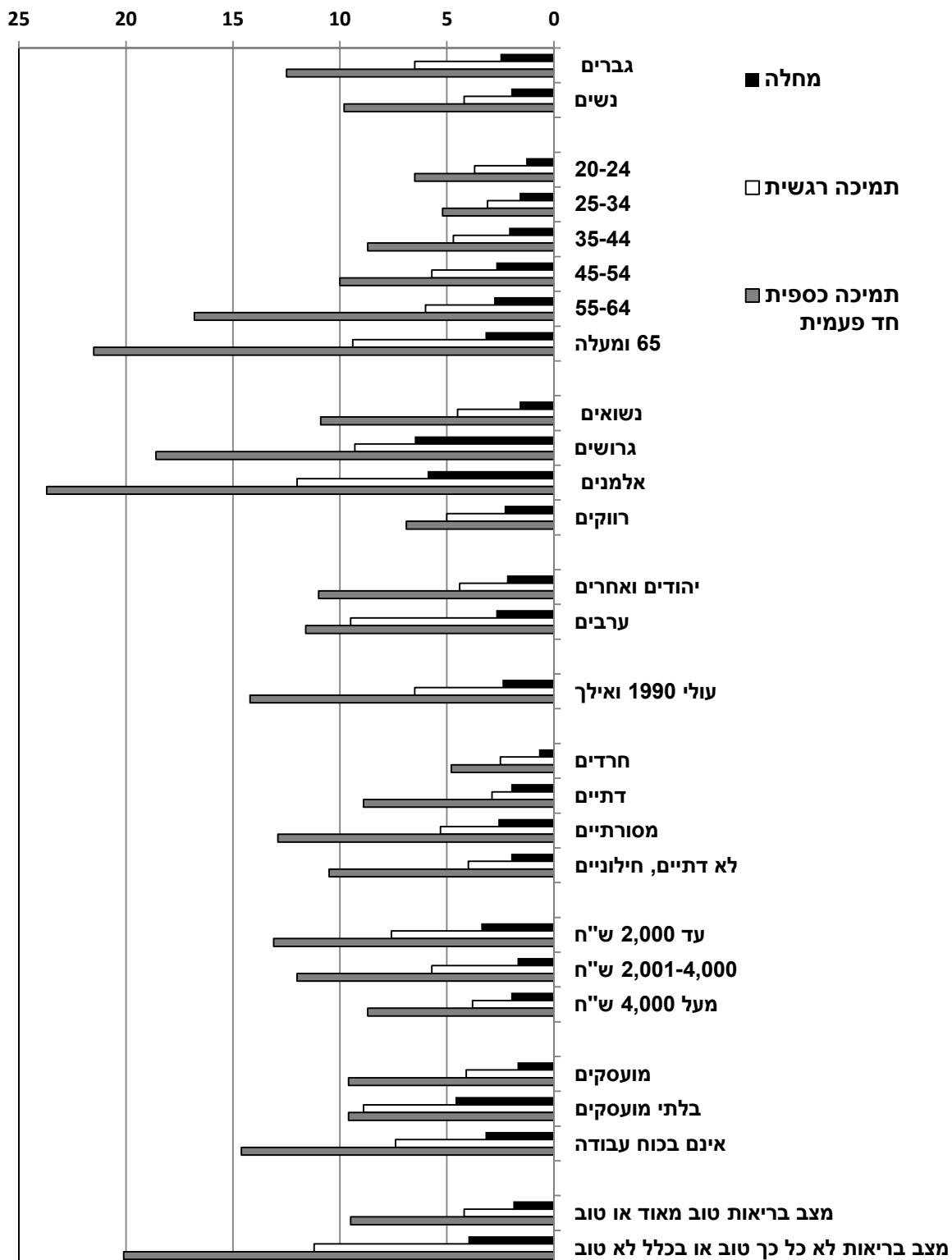
בסקר נשאלו המרואיינים בנוגע לגורם אליו יוכלו לפנות לקבלת תמיכה, במידה ויזדקקו לכך. ארבעה מצבי המצוקה האפשריים שהוצגו בפני המרואיינים כללו מחלה, תחושת דכאון קלה או צורך לדבר עם מישהו, קבלת עצה בעניינים אישיים או משפחתיים חשובים, והזדקקות לגיוס דחוף של סכום כסף (5,000 ₪) למטרה חשובה.

על מנת לזהות קבוצות בסיכון, התמקדנו בקטגוריה של משיבים שהצהירו כי לא היו פונים לאף אחד. השתמשנו בתשובה זו כאות למצוקה חברתית.

הממצאים בתחום זה מוצגים בתרשים 1.

⁴ לעיתים קרובות או לפעמים, מדי פעם.
⁵ מעל 4,000 ₪ למשק בית לנפש (ברוטו לחדש).

תרשים 1. בני 20 ומעלה שדיווחו על היעדר גורם תמיכה כלשהו לפי סוג התמיכה ותכונות נבחרות, 2014



תמיכה בעת מחלה⁶: מניתוח ממצאי הסקר הסתבר, כי שמספר אנשים שחשים כי לא יוכלו לקבל מאף אחד תמיכה במקרה של מחלה הוא קטן מאוד. השיעורים הגבוהים ביותר המובהקים מבחינה סטטיסטית, נצפו בקרב גרושים (7%), אלה שמצבם הבריאותי לא כל כך טוב או בכלל לא טוב (4%), בני 65 ומעלה (3%) ואלה שאינם שייכים לכוח העבודה (3%).

תמיכה כספית: 11% מכלל האוכלוסייה דיווחו כי לא יוכלו לקבל מאף אחד תמיכה כספית חד פעמית אם יזדקקו לה. סוג התמיכה הוגדר כגיוס בדחיפות של סכום כסף של 5,000 ₪, למעט הלוואה מהבנק. על פי דיווח המרואיינים, קושי לגייס תמיכה כספית, עולה בצורה משמעותית על הקושי לקבל תמיכה שאינה חומרית.

הקושי הגדול ביותר לגייס סכום כסף נחוץ דווח על ידי מבוגרים בני 65 ומעלה (22%), כמו גם על ידי אלה שתופסים את מצבם הבריאותי כלא כל כך טוב או בכלל לא טוב (20%), אלמנים וגרושים (24% ו-19%). שיעורים גבוהים יותר נצפו גם בקרב עולי 1990 ואילך; אלה שאינם נמצאים בכוח העבודה, בעלי הכנסה נמוכה, ואלה שחשים בדידות לעיתים קרובות או רק לפעמים.

מנגד, יכולת גבוהה יחסית של סיוע כספי מידי, דווח על חרדים, בקרבם רק 5% דיווחו כי לא יוכלו לקבל תמיכה מאף אחד, צעירים בני 20-24 (7%), ורווקים (7%).

תמיכה רגשית: 5% מהמרואיינים דיווחו כי אין להם למי לפנות במידה וירגישו מדוכאים מעט או יזדקקו לדבר עם מישהו. קבוצות סיכון בולטות בתחום זה הם אלמנים (12%), ואלה שמצבם הבריאותי לא כל כך טוב או בכלל לא טוב (11%).

שיעור סובלי מהיעדר תמיכה רגשית עולה עם הגיל: מ- 4% בקבוצת גיל 20-24 ל- 9% בגיל 65 ומעלה. גם רמת ההכנסה הנמוכה מהווה גורם סיכון להיעדר תמיכה. שיעור בעלי הכנסה גבוהה מעל 4,000 ש"ח למשק בית לחדש, שמצפים לקבל תמיכה רגשית בעת מצוקה, גדול פי 2 משיעור בעלי הכנסה עד 2,000 ש"ח (8% ו- 4% בהתאמה). פער דומה נרשם לטובת המועסקים ביחס לבלתי מועסקים.

בקרב הערבים 10% דיווחו כי לא יוכלו לקבל תמיכה רגשית בעת הצורך, זאת לעומת 4% בקרב יהודים.

קבלת עצה בעניינים אישיים או משפחתיים חשובים: בסך כל האוכלוסייה - 3% דיווחו על היעדר גורם כלשהו לצורך קבלת עצה. קבוצות סיכון וקבוצות המדגימות תוצאות טובות בתחום זה, דומות לאלה שנצפו בתחומי סיוע אחרים, אם כי הפערים בין הקבוצות מצומצמים יותר. יחד עם זאת, להבדיל מתחומי סיוע אחרים, בולט ההבדל בין יהודים ואחרים לערבים (2% לעומת 9%, בהתאמה). נתון בולט אחר הוא שיעור נמוך מאוד של משיבים תשובה חיובית לשאלה זו, בקרב חרדים.

⁶ אין הכוונה לטיפול רפואי

קבלת סיוע מעמותות או ממתנדבים

6% מבני 20 ומעלה דיווחו כי קיבלו סיוע, ללא תשלום, מעמותות או ממתנדבים במהלך השנה האחרונה. יהודים וערבים הסתייעו בעמותות ובמתנדבים בשיעור דומה (5% ו-6%, בהתאמה). שיעור גבוה במיוחד של הנעזרים בעמותות ובמתנדבים נמצא בקרב חרדים (20%), בקרב בעלי הכנסה ממוצעת לנפש עד 2,000 ש"ח (12%), בקרב אלה המתגוררים ביישובים בעלי מעמד חברתי-כלכלי נמוך (11%) ובמשפחות מרובות ילדים (10%).

תחומי סיוע משמעותיים ביותר הם קבלת הסיוע במוצרים (45%) (מוצרי מזון, ארוחות, ביגוד, רהוט) ותמיכה כספית (43%). תחומי עזרה נוספים הם סיוע רפואי ונפשי (21%) וכן בחינוך, לימודים והכשרה מקצועית (18%).

לתמיכה כספית בתדירות גבוהה יותר מעמותות או ממתנדבים זכו בני המגזר הערבי (65%), חרדים (54%), אלה המתגוררים ביישובים במעמד חברתי כלכלי נמוך (60%) ומשפחות ברוכות ילדים (53%).

סיוע רב במוצרים דווח על ידי גרושים (67%), חרדים (67%), משפחות בהם אין בני משק בית עובדים (59%), משפחות ברוכות ילדים (57%) ועולים משנת 1990 ואילך (57%).

שיעורים גבוהים יותר של מקבלי סיוע רפואי ונפשי נמצאו בקרב בעלי הכנסה גבוהה (35%), אלמנים (31%) ויהודים מסורתיים (27%).

הממצאים מצביעים על הבדלים משמעותיים מאוד בדפוסי תמיכה בין המגזר היהודי לערבי. ערבים זוכים ליותר תמיכה כספית (65%), אך לסיוע קטן יותר במוצרים (20%), ובתחום רפואי ונפשי (3%). לעומת זאת, בקרב האוכלוסייה היהודית נצפה שיעור נמוך יותר של מקבלי תמיכה כספית (38%), אך נמצאה עזרה יותר גדולה באספקת מוצרים (51%) ובתחום רפואי ונפשי (25%). הפערים הנצפים משקפים, ככל הנראה, לא רק את מידת המצוקה החומרית, רפואית או הנפשית, אלא בעיקר את מידת ההתארגנות של החברה האזרחית לעניין סיוע ולעזרה לזולת, וכן את הייחודיות התרבותית של כל מגזר.

הממד של נתינה – תרומה כספית והתנדבות

התנדבות: העיסוק בפעילות התנדבותית כשלעצמו תורם לבריאות האדם. בין ההשפעות החיוביות של ההתנדבות תרומה לירידה בתמותה, תרומה להערכה עצמית חיובית של בריאות, שיפור בבריאות נפשית, אימוץ התנהגות בריאותית והתמודדות טובה במצבי לחץ (Casiday, et al., 2008). ההתנדבות נותנת ערך ומשמעות לחיים, מחזקת תחושת מסוגלות עצמית, ובכך תורמת לאריכות חיים ובריאות טובה.

על פי ממצאי הסקר, 23% מהאזרחים בגילאים 20 ומעלה בישראל עסקו בפעילות התנדבותית בשנה אחרונה. גברים עסקו בפעילות התנדבותית יותר מאשר הנשים (24% לעומת 22%), צעירים

ואנשים בגילאי הביניים התנדבו יותר מהמבוגרים (26% בגילאי 20-44, 22% בגילאי 45-64, ו-17% בקרב בני 65 ומעלה), אולם המתנדבים המבוגרים השקיעו בממוצע יותר שעות חודשיות בהתנדבות לעומת הצעירים. פער ניכר בהתנדבות נצפה לפי קבוצות אוכלוסייה: יהודים עסקו כמעט פי שלושה יותר מערבים בפעילות התנדבותית (26% לעומת 8%).

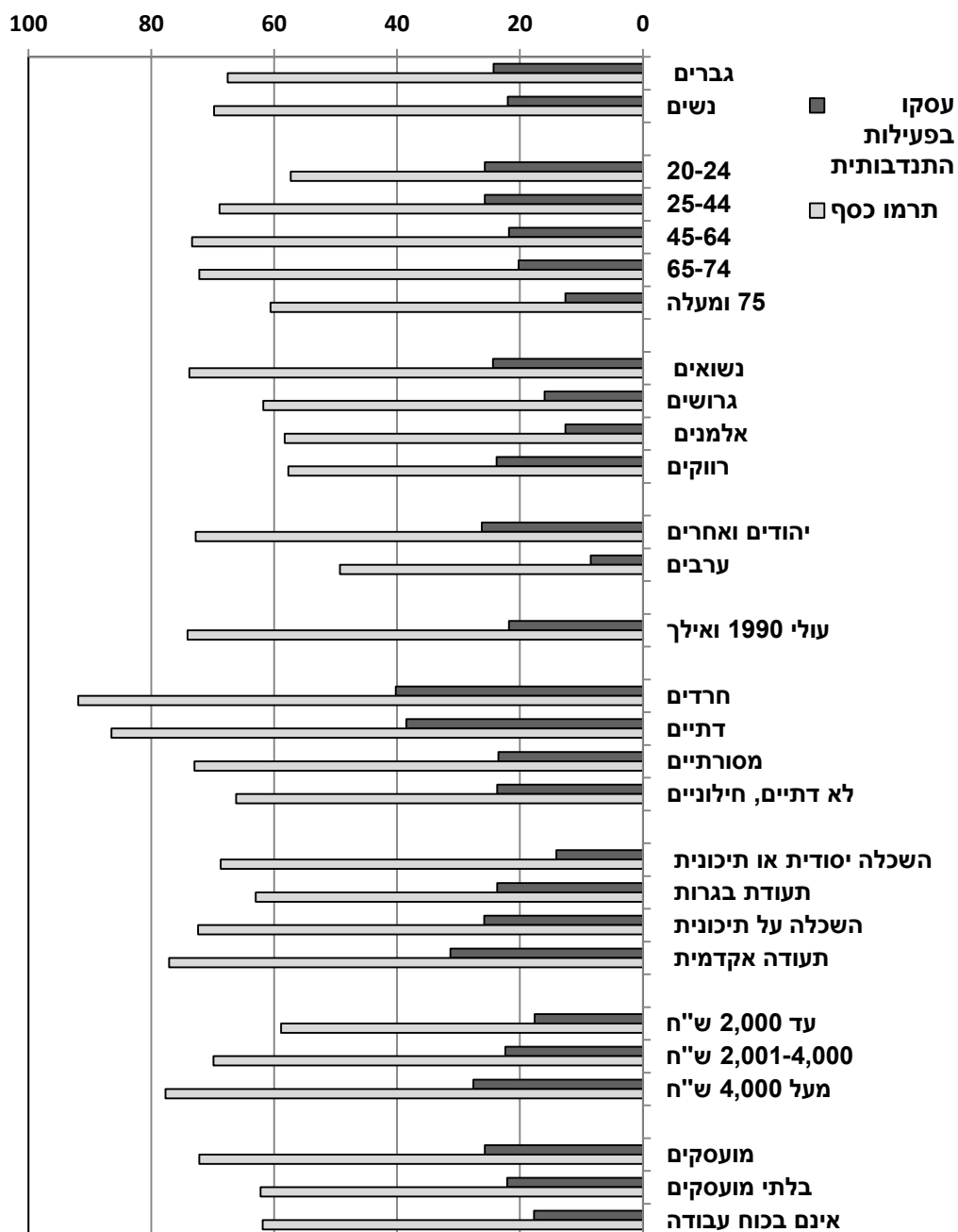
שיעור המתנדבים עולה עם העלייה ברמת ההשכלה וברמת ההכנסה, יחד עם זאת, שיעור גבוה במיוחד של מתנדבים נמצא בקרב חרדים (40%), אוכלוסייה עניה בחלקה הגדול וללא השכלה אקדמית. שיעור התנדבות גבוה נמצא גם בקרב דתיים במגזר היהודי (38%) והסתכם ב-24% בקרב הלא דתיים, חילוניים.

מתוך המתנדבים 39% התנדבו במתן עזרה לנזקקים ו-11% בתחום הבריאות (מד"א, בתי חולים וכד'). שאר המתנדבים פעלו בתחומים אחרים, כגון חינוך או שמירה על הסדר הציבורי.

תרומה כספית: היבט אחר של העזרה לזולת היא תרומה כספית, אשר מועברת לארגוני סיוע או לאנשים פרטיים. על פי ממצאי הסקר 68% מכלל האוכלוסייה תרמו כסף לארגונים חברתיים או לאנשים פרטיים בשנה האחרונה, לא כולל קרובי משפחה וחברים.

בני גילאי הביניים תרמו יותר מצעירים ומבוגרים. פער משמעותי בדיווחים על תרומות כספיות נצפה בין יהודים ואחרים לערבים: 73% מהיהודים ומהאחרים, דיווחו על מתן תרומה לעומת 49% בקרב הערבים. שיעור גבוה במיוחד של תורמים נמצא בקרב חרדים (92%) ובקרב הדתיים במגזר היהודי (86%). בין קבוצות אחרות שתרמו מעל הממוצע בכלל האוכלוסייה, נמצאו בעלי הכנסה גבוהה מעל 4,000 ₪ למשק בית לחודש

גרף 2. עסקו בפעילות התנדבותית ותרמו כסף, על פי מאפיינים נבחרים, 2014



(78%) ואקדמאים (77%). גם הפעם נראה כי אין קשר ישיר בהיקף התרומות לבין המצב הכלכלי של התורם. העדות לכך הוא שיעור תרומות גבוה במיוחד בקרב חרדים, שבחלקם הגדול חיים במצוקה כלכלית. כאן מקום להזכיר כי מצוות צדקה נחשבת לאחד ממצוות היסוד של החיים הדתיים היהודיים ואלה מחויבים כל שומרי המצוות, כמעט ללא יוצא מן הכלל.

פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון: המשך המעקב

יעד התרומה: 49% מכלל האוכלוסייה דיווחו על מתן תרומה לארגונים ולמוסדות, 15% תרמו לאנשים פרטיים, ו-35% תרמו הן לארגונים והן לאנשים פרטיים.

רוב בני 75 ומעלה יעדו את התרומה בעיקר לארגונים ומוסדות (69%), ואילו הצעירים העדיפו לתרום במידה משמעותית לאנשים פרטיים. אחוז גבוה של תורמים למוסדות ניכר גם בקרב לא דתיים, חילונים (64%) ועולים משנת 1990 ואילך (61%).

ערבים תרמו במידה רבה לאנשים פרטיים (45% מכלל התורמים מקרב ערבים), ואילו יהודים ואחרים לארגונים ומוסדות (53%). נראה כי נתון זה משקף בין היתר את היקף ההתארגנות האזרחית בשני המגזרים, כפי שזו מתבטאת בהקמת מוסדות לגמילות חסדים, לצדקה ולעזרה הדדית.

סכום התרומה: 35% מכלל המרואיינים דיווחו כי תרמו סכום של עד 100 ₪ בשנה האחרונה, 32% תרמו מ-100 עד 500 ₪, 11% תרמו מ-500 עד 1,000 ₪, ו-19% תרמו יותר מ-1,000 ₪.

גברים, בני גילאי הביניים, אנשים נשואים ומועסקים תרמו סכומים גבוהים יותר. תרומה בסכום של יותר מ-1,000 ₪ הייתה נפוצה במיוחד במגזר היהודי בקרב חרדים (54%) והדתיים (40%). זאת לעומת 9% בלבד בקרב לא דתיים וחילונים.

דיון

בפרק זה הצגנו את הסוגיה של התמיכה החברתית כפי שהיא משתקפת מממצאי הסקר החברתי, שנערך בשנת 2013 על מדגם מייצג של האוכלוסייה הישראלית. בחרנו להציג נתונים אודות ציפיה לתמיכה בעת מצוקה, הסתייעות בארגוני צדקה או מתנדבים, או מימוש העזרה ההדדית בפועל, כפי שזה מתבטא במתן תרומה כספית או התנדבות.

מתוצאות הסקר ניתן להתרשם, כי למשתני רקע דמוגרפיים וחברתיים-כלליים יש קשר למידת התמיכה בפרט. נראה כי אנשים ללא בן זוג, בני הגיל המבוגר, אלה שחיים במצוקה חומרית, ואלה שלא משתייכים לקהילה דתית, נמצאים בעודף סיכון להיעדר תמיכה, דבר שעלול לפגוע במצבם הפיזי והנפשי.

הקושי לגייס תמיכה חברתית, על סוגיה, לא פוסח על היחידים במצב של חולי. דווקא אלה שמעריכים את מצבם הבריאותי כרעוע מדווחים יותר על בדידות ועל קושי לגייס תמיכה בתחומים השונים. כנראה, עצם מצב החולי מהווה גורם סיכון להיעדר תמיכה חברתית.

ממצא משמעותי אחר הוא הימצאות מתאם בין דתיות לתמיכה חברתית במגזר היהודי. בני המגזר החרדי מציגים רמות גבוהות ביותר של בטחון ביכולת לקבל סיוע במידה ויזדקקו לו. ממדי ההתרמה וההתנדבות בקהילה זו גבוהים מאוד, כמו גם מספר מקבלי סיוע בפועל. כאן מקום לציין, כי ערך הנתונה - "גמילות חסדים", מהווה אחד מאבני היסוד של תפיסת החיים וחלק אינטגרלי משגרה של אורח החיים הדתי. נוסף לכך, שנאמנות לערכי שותפות, ערבות ואחריות

הדדית, נשמרת גם בחברה היהודית הלא דתית, אם כי נראה, כי היצמדות לאורח חיים דתי ולקהילה החרדית מאפשרת מימוש מלא ביותר של הערכים אלה במציאות.

על תרומתה החיובית של רשת תמיכה חברתית במגזר החרדי לבריאות מעיד מחקר של שרוני וצ'רניחובסקי (2013). מחקר זה הצביע על מדדי בריאות טובים, כגון תוחלת חיים גבוהה, ביישובים חרדיים, זאת למרות המצוקה החומרית בה שרוי המגזר. לפי דעתם של החוקרים, הסבר למצב מיוחד זה טמון בהון חברתי גבוה המאפיין את המגזר החרדי (שרוני וצ'רניחובסקי, 2013). לפי הממצאים של מחקר אחר, שבחן דפוסי התנהגות ועזרה במגזר החרדי, נמצא כי בקהילה זו קיימת מודעות לגבי חשיבות של עזרה רפואית יקרה, כאשר אחת התופעות הנפוצות מאוד הוא איסוף כספים או התרמה ליחידים שאינם מצליחים לעמוד בהוצאות רפואיות גדולות (Coen, 2006). צרכים אחרים בתחום הרפואה ממולאים על ידי ארגוני עזרה רפואית וגמ"חים לציוד רפואי ושיקומי, התנדבות בארגוני עזרה והצלה רפואיים, ביקור חולים לאנשים בודדים וכד' (Coen, 2006).

לעומת זאת, החברה הלא דתית והחילונית במגזר היהודי מציגה שיעורים נמוכים יותר של סיוע לזולת, כפי שהיא מתבטאת בתרומת כספית ובהתנדבות. אחת המסקנות המתבקשות, היא שבני 65 ומעלה, גרושים, אלמנים ועניים, שחיים בתוך המגזר היהודי הכללי הלא דתי, סובלים יותר מהיעדר תמיכה חברתית, ועל כן מועדים יותר להיפגע פיזית ונפשית כתוצאה מכך.

יש לציין, כי הבדלים בממדי התרומה לזולת לפי מידת הדתיות, נצפו גם במחקרים אחרים. לדוגמה בעבודה מחקרית שבחנה מאפיינים של פעילות פילנתרופית בישראל, החוקרים מצאו הבדלים מובהקים בין יחידים ברמות דתיות שונות בנטייה להתנדב. על פי ממצאי מחקר זה, שיעור המתנדבים הגבוה ביותר נמצא בקרב החרדים, כאשר רמת ההתנדבות ירדה עם הירידה ברמת הדתיות (חסקי-לוונטל וחב', 2011).

ממצאי הסקר החברתי מלמדים על הבדלים אפשריים באופי ובאיכות הרשתות החברתיות במגזר היהודי והערבי, כאשר רמת הסיוע והנתינה בחברה היהודית עולה על זו בחברה הערבית.

קרוב לשליש מבני המגזר הערבי דיווחו, כי אין להם על מי לסמוך בשעת משבר או מצוקה. כמו כן שיעור גבוה יותר של ערבים דיווחו על קושי לקבל תמיכה רגשית, ועצה בעניינים אישיים או משפחתיים חשובים.

בהקשר זה ראוי להביא את ממצאי המחקר, שהשווא התמודדות עם עוני בין שני המגזרים – יהודי חרדי והערבי (שטייר ולוין, 2013). במסגרת המחקר הצביעו החוקרות על התמודדות הרבה יותר טובה של החרדים עם המצוקה החומרית, לעומת החברה הערבית. ייתכן והסיבה לכך, טוענות המחברות, נעוצה בטיב הרשתות החברתיות בשני המגזרים, ובמיוחד באופי התומך ותרבות העזרה ההדדית במגזר החרדי. אומנם, כותבות המחברות, אין די בתמיכה זו כדי לחלץ את העניים מהעוני, אך היא מפחיתה את רמת המצוקה החומרית שהם חווים בהשגת מזון, תרופות וצרכים אחרים (שטייר ולוין, 2013).

הבדלים ברמת התמיכה בין שני המגזרים נמצאו גם במחקר אחר, שבחן נושא הון חברתי (Baron-Epel et al., 2014). על פי ממצאי המחקר, יהודים מציגים מידה רבה יותר של אמון ושל תמיכה חברתית בהשוואה לערבים, גם לאחר נטרול משתנים דמוגרפיים וחברתיים-כלכליים. זאת, למרות שתדירות מפגשים חברתיים שנצפית בחברה הערבית היא גבוהה יותר (Baron-Epel et al., 2014).

רמת התמיכה החברתית הנמוכה יותר, עליה מדווחים בני המגזרים הערבי, אינה מובנת מעליו, בהתחשבה בעובדה, כי חלק לא מבוטל מבני המגזר, ובמיוחד האוכלוסייה הכפרית, שומרת על המבנה המשפחתי החמולתי המסורתי, או על מסגרת החיים במשפחה מורחבת. נוסף לכך, רוב האוכלוסייה הערבית הם דתיים בדרגות שונות, ובחלקם הניכר שומרים על אורח חיים דתי(הורנשטיין ואלמוג, 2008). ייתכן וחלק מההסבר טמון בתהליכי מודרניזציה, שעוברים על המגזר. כך, למשל, מחקר, שבדק היקף תופעת הבדידות אצל אנשים מבוגרים בישראל, מצא כי ערבים בני 65 ומעלה הם בעלי סיכון גבוה באופן משמעותי לחוש בדידות בהשוואה ליהודים (שיוביץ-עזרא, 2011). אחת הסיבות האפשריות לכך, עליה מצביעה החוקרת, היא כי שעל אף שקנים ערבים חיים בחברה מסורתית, השינויים בכיוון של מודרניזציה, שעוברת החברה הערבית, מעצימים את תחושת הבדידות שלהם.

על ואופי וטיב הקשרים בין חברי הקהילה הערבית מצביע גם ממצא מהסקר הנוכחי, לפיו העברת סיוע בתוך המגזר מתבצעת במידה רבה באמצעות תמיכה כספית, במידה פחותה בקבלת מוצרים, וכן במידה מועטה על ידי סיוע בתחום רפואי ונפשי. אמנם שיעור מקבלי סיוע במגזר היהודי והלא יהודי דומה מאוד, אך אחוז המתנדבים או מעבירים תרומות במגזר הערבי נמוך משמעותית מזה הקיים בחברה היהודית. אחד ההסברים האפשריים למצב זה הוא הימצאות מקורות סיוע חיצוניים, שתומכים בבני המגזר הערבי.

ככלל, הנושא של התמיכה החברתית הוא רחב, וכולל בתוכו רכיבים נוספים רבים שלא נכללו בהצגה (כגון בחינת טיב הקשר עם בני משפחה או שכנים, מעורבות בפעילות חברתית וכד'). יחד עם זאת, נראה כי גם מנתונים אלה ניתן ללמוד לא מעט על דפוסי עזרה הדדית הקיימים בחברה הישראלית, ולהצביע על קבוצות סיכון, הסובלות מהיעדר תמיכה פיזית או רגשית.

סיכום והמלצות לפעולה

אנו סבורים, כי על מערכת הבריאות להכיר בחשיבות של תמיכה חברתית עבור הפרט, ולראות בהיעדרותה גורם סיכון בריאותי מובהק לצד גורמי סיכון אחרים. הדוגמא להתחשבות מסוג זה היא שמירת מסגרת חיים קהילתית רב-דורית עבור אנשים מבוגרים, להבדיל משליחתם למסגרות מוסדיות (Cacioppo and Hawkey, 2003).

נוסף לכך, יש להכיר במאפיינים חברתיים ותרבותיים מיוחדים של קבוצות שונות בחברה הישראלית לעניין דפוסי תמיכה בזולת. למשל, קיימת חשיבות מיוחדת להקמת קבוצות תמיכה באנשים חולים, שחיים בסביבה משפחתית או קהילתית לא תומכת. דרך עזרה אחרת לעזור

למטופלים שחווים בדידות חברתית, היא ללמד אותם כישורים התנהגותיים, שימשו אותם בהתמודדות עם מערכת קשרים לא מיטבית (Reblin and Uchino, 2013). ראוי, אם כן, לתת תשומת לב מיוחדת לסביבת החיים של האנשים החולים, ולודא כי הם מקבלים את הסיוע הפיזי והרגשי לו הם זקוקים.

מאידך, על ספקי שירותי הבריאות להכיר את החזקות של יחידים ושל קהילות מסוימות, בעלי רשתות חברתיות תומכות וצפופות, ולנצל הימצאותם של רשתות אלה בצורה נכונה ובונה. למשל, לצורך הפצת מידע בריאותי, זיהוי מקרי מצוקה הדורשים התערבות של אנשי מקצוע, או גיוס ארגוני תמיכה למתן עזרה ליחידים במצוקה בריאותית. כמו כן, ראוי לפתח שיתופי פעולה עם ארגוני המגזר השלישי, שעוסקים בעזרה נפשית ורפואית, כאשר שני הצדדים רק ירוויחו משותפות מועילה זו.

מקורות

- חסקי-לוונטל דבי, הילה יוגב-קרן וחגי כץ. 2011. *פילנתרופיה בישראל 2008: דפוסי התנדבות, תרומה ותרומת איברים*. המרכז הישראלי לחקר המגזר השלישי, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
- הורנשטיין שרון, עוז אלמוג. 2008. "התפלגות המגזר הערבי לפי מידת האדיקות הדתית". מתוך עז א', *החברה הערבית בישראל* [http://www.peopleil.org/book.aspx?bid=16].
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקר חברתי 2014.
- שיוביץ-עזרא שרון. 2011. "בדידות לעת זקנה: בחינת התופעה בישראל ובארצות הברית". *חברה ורווחה*, ל"א (1), עמ' 91-111.
- שטייר חיה ועליזה לוי, *מצוקות חומריות בישראל*, מס' מדיניות נייר, 2013, מרכז טאוב, ירושלים. נייר מדיניות 13.
- שרוני חן וצ'רניחובסקי דב. 2015. *סוד הקשר בין חרדיות ובריאות*. הכנס השנתי למדיניות בריאות של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- Cacioppo, John T. and Louise C. Hawkley. 2003. "Social Isolation and Health, with an Emphasis on Underlying Mechanisms." *Perspectives in Biology and Medicine* 46:S39-S52.
- Casiday, R., Kinsman, E., Fisher, C. & Bambra, C. 2008. *Volunteering and Health: What impact does it really have?* Report to Volunteering England. London, Volunteering England.
- Cohen Bezalel. 2006. *Economic Hardship and Gainful Employment in Haredi Society in Israel: An Insider's Perspective*. Floersheimer Institute for Policy Studies.

Baron-Epel Orna, Ruth Weinstein, Amalia Haviv-Mesika, Noga Garty-Sandalon, Manfred S. Green. 2008. "Individual-level analysis of social capital and health: A comparison of Arab and Jewish Israelis" *Social Science & Medicine* . Volume 66, Issue 4, February 2008, Pages 900–910.

Masi, C. M., Chen, H-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). "A meta-analysis of interventions to reduce loneliness". *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.

Putnam, R. D. 2000. *Bowling Alone. The collapse and revival of American community*, New York: Simon and Schuster.

Reblin M, Uchino BN. 2008."Social and emotional support and its implication for health". *Curr Opin Psychiatry* 21(2):201-5.

Thoits Peggy A. 2014. "Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health". *Public Environmental & Occupational Health (SSCI)* 147.

Yang Claire Yang, Martha K. McClintock, Michael Kozloski, and Ting Li. 2013. "Social Isolation and Adult Mortality: The Role of Chronic Inflammation and Sex Differences". *J Health Soc Behav* 54(2): 183–203.

אי-שוויון בבריאות: מדדים והשוואה לאורך זמן

תוחלת חיים

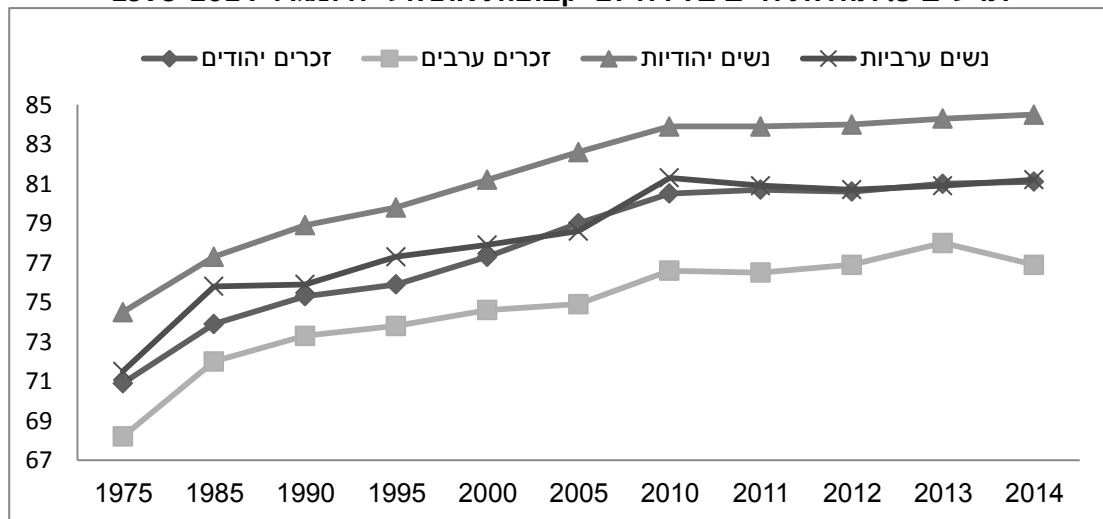
בשנת 2014 תוחלת החיים¹ הממוצעת בישראל הייתה 80.3 בקרב גברים, ללא שינוי משנה שעברה, ו- 84.1 בקרב נשים, עלייה של 0.2 לעומת השנה הקודמת.²

תוחלת החיים בקרב הגברים בישראל היא השלישית מלמעלה מבין מדינות ה-OECD (יחד עם איטליה) וגבוהה ב-2.5 שנים מהממוצע במדינות ה-OECD. תוחלת החיים של הנשים מדורגת במקום ה-11 מבין מדינות ה-OECD (יחד עם לוקסמבורג), וגבוהה ב-0.8 שנים מהממוצע במדינות ה-OECD.

מבט היסטורי על המגמות בתוחלת החיים מגלה כי תוחלת החיים ב-35 השנים האחרונות (1975-1979 עד 2010-2014) עלתה ב-8.8 שנים בקרב גברים וב-9 שנים בקרב נשים. בסוף שנות ה-70, רק כ-33% מהזכרים ו-43% מהנקבות שנולדו, היו צפויים להגיע לגיל שמונים. אך מאז חל שיפור משמעותי מאוד בתוחלת החיים, ומבין הנולדים היום כ-61% מהזכרים וכ-73% מהנקבות צפויים להגיע לגיל זה.³

בפילוח על פי קבוצות אוכלוסייה ניתן לזהות בשנה האחרונה עלייה מתונה בשני המינים בקרב האוכלוסייה היהודית ובקרב הנשים הערביות. תוחלת החיים הגיעה ל- 81.1 ו- 84.5 בגברים ובנשים יהודיים (בהתאמה), ול- 76.9 ו- 81.2 בגברים ונשים ערביים (בהתאמה). בקרב גברים ערבים נרשמה ירידה מ-78 שנים בשנת 2013 ל-76.9 ב-2014, תוחלת החיים שנמדדה בקרב גברים ערבים בשנת 2012.

תרשים 3. תוחלת חיים בלידה לפי קבוצות אוכלוסייה ומגדר 1975-2014



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי 2015.

¹ תוחלת חיים היא מספר השנים הממוצע, שאדם צפוי לחיות מגיל מסוים, בהנחה ששיעורי התמותה הקיימים בתקופת ההתייחסות יישארו קבועים לאורך כל חייו.

² הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. תוחלת חיים בישראל 2014. הודעת לתקשורת, אוקטובר 2015.

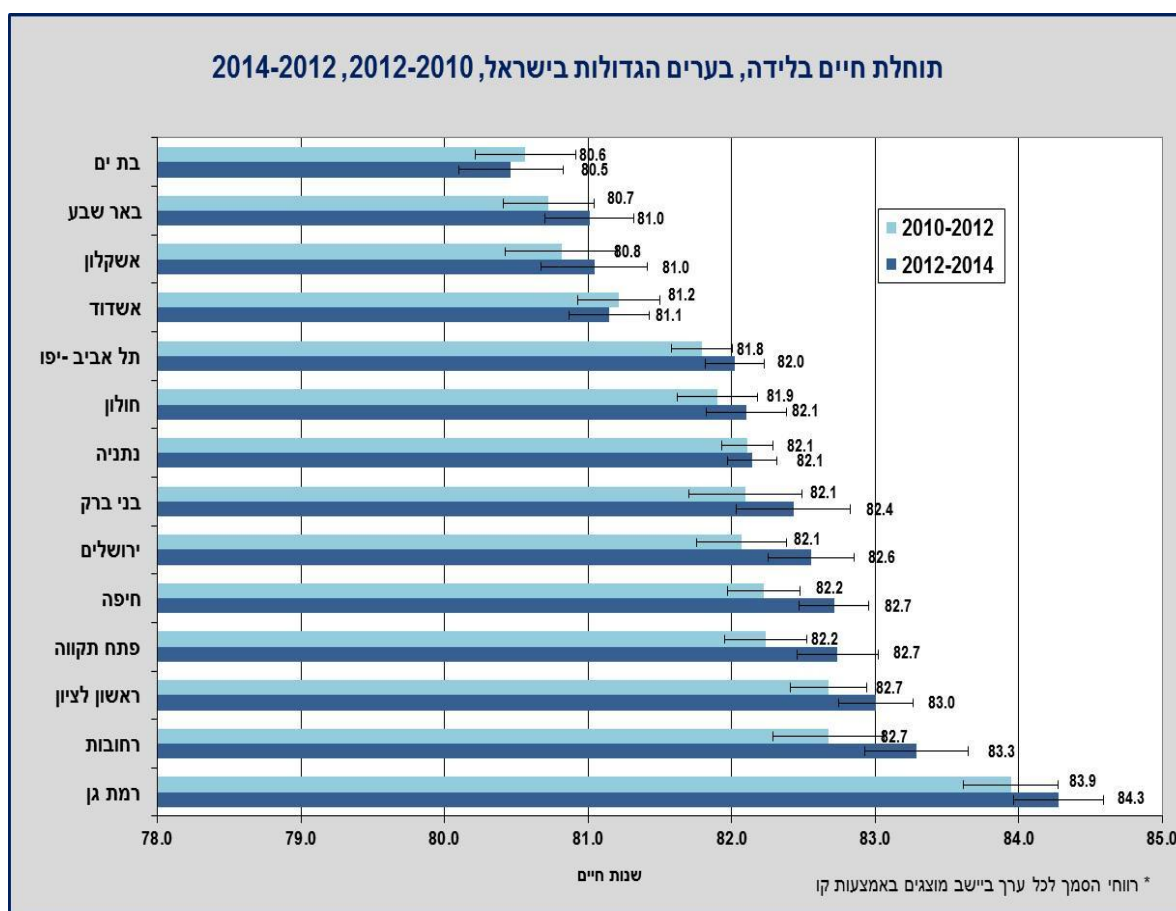
³ למ"ס, שם.

מבין הערים הגדולות בישראל (המונות יותר מ-100,000 תושבים), תוחלת החיים הגבוהה ביותר נרשמה ברמת גן (84.3 שנים) והנמוכה ביותר בבת ים (80.5)⁴. תרשים 4 מציג התפלגות תוחלת חיים בערים הגדולות בשתי נקודות זמן. חשוב לציין, כי חלק מההבדלים בין הערים אינם מובהקים סטטיסטית.

תוחלת החיים הנמוכה בבת ים, שאינה מראה סימני שיפור בשנים האחרונות, דורשת בחינה מעמיקה. אי-אפשר להתעלם מהעובדה, כי שתי הערים – זו עם תוחלת החיים הנמוכה ביותר, זו עם הגבוהה ביותר (רמת גן), נמצאות בסמיכות גיאוגרפית רבה. עובדה זו רומזת של קיומם של גורמי סיכון מיוחדים בקרב התושבים בעיר זו ועל כך, שמקום מגורים במרכז הארץ אינו מהווה ערובה למדדי בריאות גבוהים.

יחסית לשנים 2010-2012, אפשר לראות כי בשנים 2012-2014 חלה עלייה בתוחלת החיים ברוב הערים הגדולות פרט לערים אשדוד, בת ים ונתניה שבהן כמעט ולא חל שינוי. העלויות המשמעותיות ביותר, של חצי שנת חיים נצפו ברחובות, בפתח תקווה, בירושלים ובחיפה.

תרשים 4. תוחלת חיים בלידה בערים הגדולות בישראל, 2010-2012, 2012-2014



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. תוחלת חיים בישראל 2014. הודעת לתקשורת, אוקטובר 2015.

⁴ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. תוחלת חיים בישראל 2014. הודעת לתקשורת, אוקטובר 2015.

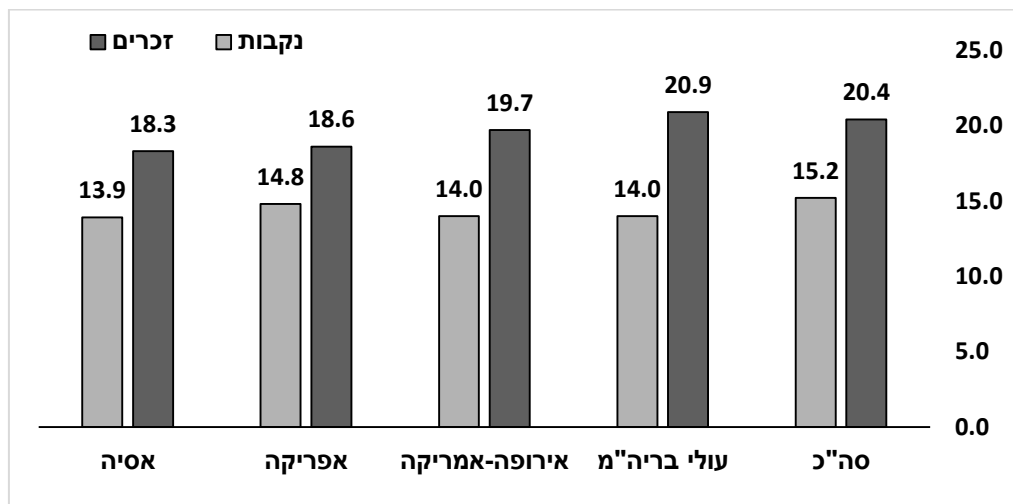
תמותה

תמותה כללית

שיעורי תמותה כללית מתוקננים לגיל ל- 1,000 תושבים בשנת 2013 הסתכמו ב- 5.7 בקרב גברים, ו- 4.3 בקרב נשים⁵. בפילוח לפי קבוצת אוכלוסייה נמצא, כי בשנה זו שיעור התמותה המתוקנן בקרב גברים יהודיים ואחרים בכלל הגילאים, עמד על 5.6 ובקרב נשים יהודיות ואחרות על 4.1. בקרב האוכלוסייה הערבית באותה השנה שיעור התמותה הסתכם ב- 6.6 בקרב גברים ו- 5.5 בקרב נשים.

שיעורי תמותה בקרב יהודים בני 45 ומעלה על פי יבשת לידה נשאו דומים ביחס לתקופת המדידה קודמת (ממוצע 2010-2012).

תרשים 5. שיעורי תמותה מתוקננים ל- 1,000 תושבים של יהודים ואחרים בני 45 ומעלה לפי מין ויבשת לידה, ממוצע 2011-2013



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 2015.
הערה: ילדי אירופה אמריקה כוללים עולי ברה"מ.

⁵ למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 2015.

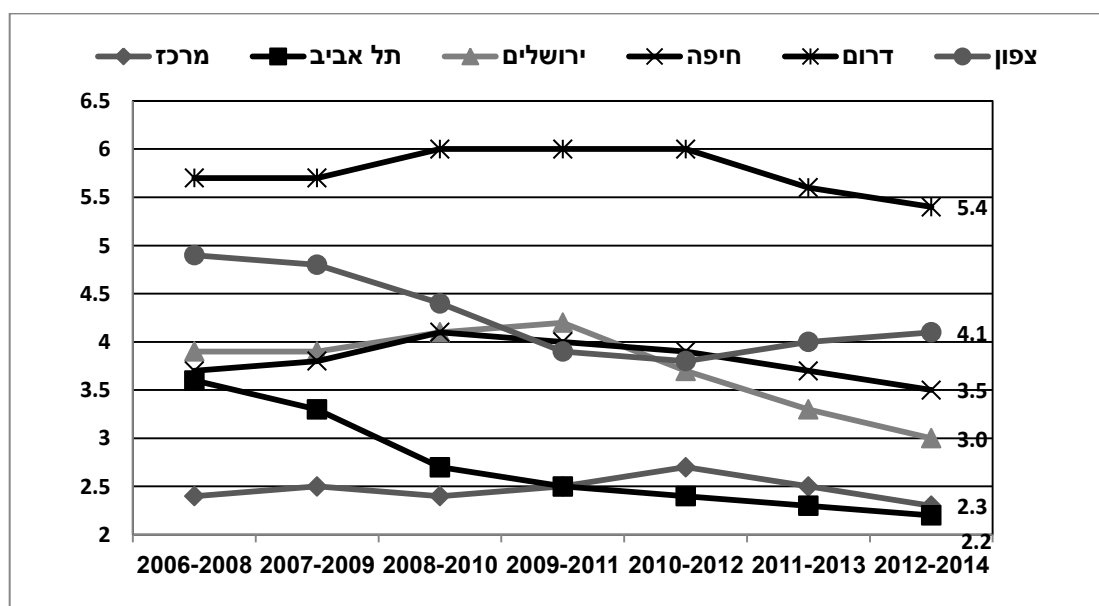
תמותת תינוקות

בשנת 2014 שיעור תמותת התינוקות עמד על 3.3 ל-1,000 לידות חי. בקרב יהודים ואחרים השיעור הסתכם ב-2.4, ובקרב הערבים ב-6.3⁶.

על רקע מגמות חיוביות של ירידה בתמותה בכל המחוזות ביחס לתקופת המדידה הקודמת (שנים 2011-2013), בולטת מגמת עלייה בשיעור תמותת תינוקות במחוז הצפון, הנמשכת משנת 2010 (תרשים 6).

מבחינת סיבות מוות לתמותת תינוקות, הסיבה השכיחה ביותר לתמותה באוכלוסייה היהודית היא סיבות סב-לידתיות (1.3 ל-1,000 לידות חי, ממוצע לשנים 2010-2013), ואילו במגזר הערבי הסיבה המובילה היא, בדומה לשנים הקודמות, מומים מולדים (2.6 ל-1,000 לידות חי).

תרשים 6. שיעורי תמותת תינוקות ממוצעים לפי מחוז



מקור: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, 2015.

הנתונים בלוח 1 מציגים מגמות בשיעורי תמותת תינוקות על פי מחוזות וקבוצת אוכלוסייה. המגמות במחוזות אינן אחידות. במחוז ירושלים, במחוז הדרום ומחוז המרכז נצפתה ירידה בשתי קבוצות אוכלוסייה. בצפון, לעומת זאת, נרשמה עלייה בשני המגזרים בתקופה המקבילה. במחוזות אחרים המגמה היא מעורבת: במחוז חיפה כמו גם במחוז תל אביב לא נרשם שינוי במגזר היהודי, ואילו נצפתה ירידה בתמותת תינוקות בקרב ערבים.

⁶ למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, 2015.

פרק 1. מגמות עיקריות בתחום אי-שוויון: המשך המעקב

לוח 1. שיעורי תמותת תינוקות לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה, ממוצעים לשנים שונות

ממוצע 2012-2014		ממוצע 2011-2013		ממוצע 2010-2012		ממוצע 2009-2011		מחוז
ערבים	יהודים ואחרים	ערבים	יהודים ואחרים	ערבים	יהודים ואחרים	ערבים	יהודים ואחרים	
6.3	2.4	6.3	2.5	6.6	2.6	6.7	2.7	סה"כ
4.8	2.3	5.0	2.5	5.7	2.7	6.7	3.1	ירושלים
5.0	2.9	4.8	2.8	4.5	3.0	4.7	2.9	צפון
5.5	2.7	5.8	2.7	6.5	2.7	6.0	3.0	חיפה
5.1	2.0	5.5	2.2	6.0	2.3	6.3	2.1	מרכז
(3.7)	2.2	(4.6)	2.2	(4.7)	2.3	(3.8)	2.5	ת"א
11.0	2.9	11.0	3.1	12	3.5	11.6	3.5	דרום

מקורות: למ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

פערים בפריסת תשתיות כוח אדם ומיטות אשפוז

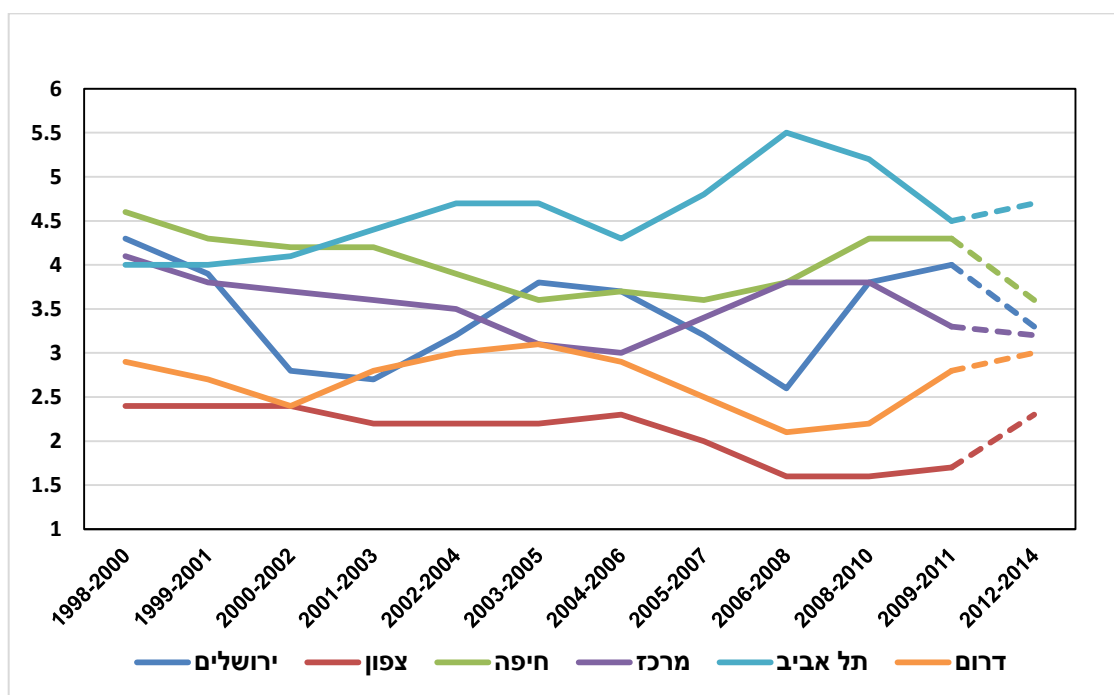
כוח אדם מועסק במערכת הבריאות

בפרק זה, בהמשך לדוחות הקודמים, אנו מציגים פערים בפריסה הגיאוגרפית של תשתיות כוח האדם ומיטות האשפוז.⁷ מקור הנתונים הוא פרסומים שנתיים של אגף המידע, מינהל מידע ומחשוב של משרד הבריאות.⁸

השיעור הממוצעי התלת שנתי של הרופאים המועסקים ל- 1,000 נפש הסתכם בשנים 2012-2014 ב- 3.4, עלייה קלה לעומת ממוצע תלת שנתי קודם, בה ערך הממוצע עמד על 3.3 (לוח 2).

השוואה עם תקופת מדידה קודמת (שנים 2009-2011), מראה על המשך במגמת שיפור במחוזות הפריפריאליים - הדרום והצפון, עלייה במחוז תל אביב, וירידה בשאר המחוזות (תרשים 7). ככלל, אנחנו עדים להתכנסות הפער בין המחוזות, להוציא את מחוז תל אביב, בו נרשמה עלייה חורגת.

תרשים 7. שיעור הרופאים המועסקים ל- 1,000 נפש לפי מחוז תעסוקה ממוצע נע תלת-שנתי*



מקור: משרד הבריאות. 2015. כוח אדם במקצועות הבריאות 2014, אגף המידע. הערה: הקו המקווקו בין הממוצעים האחרונים (2009-2011 ו-2012-2014) מציין חוסר רצף בממוצעים בשנים האחרונות (חסר נתון על הממוצעים בשנים 2010-2012 ו-2011-2013).

⁷ ראה דוחות אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו משנים 2010-2014

⁸ משרד הבריאות. כוח אדם במקצועות הבריאות. אגף המידע. שנים שונות. משרד הבריאות. מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל. אגף המידע. שנים שונות.

לוח 2. שיעור הרופאים המועסקים ל-1,000 נפש, לפי מחוז תעסוקה,

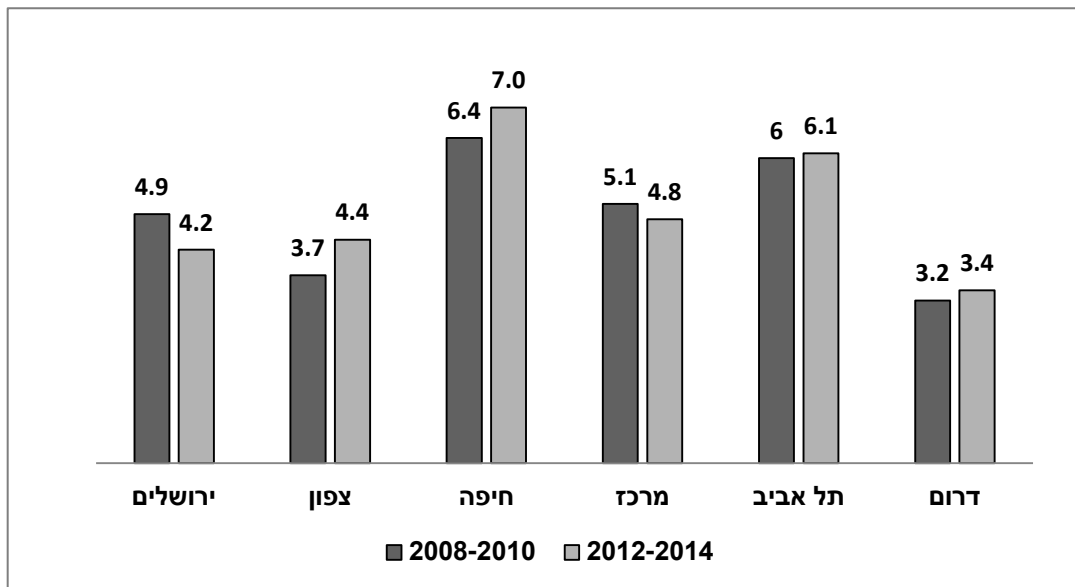
ממוצע נע תלת-שנתי*

מחוז	1999-2001	2000-2002	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2008-2010	2009-2011	2012-2014
ירושלים	3.9	(2.8)	(2.7)	3.2	3.8	3.7	3.2	2.6	3.8	4.0	3.3
צפון	2.4	2.4	2.2	2.2	2.2	2.3	2.0	(1.6)	1.6	1.7	2.3
חיפה	4.3	4.2	4.2	3.9	3.6	3.7	3.6	3.8	4.3	4.3	3.6
מרכז	3.8	3.7	3.6	3.5	3.1	3.0	3.4	3.8	3.8	3.3	3.2
ת"א	4.0	4.1	4.4	4.7	4.7	4.3	4.8	5.5	5.2	4.5	4.7
דרום	2.7	(2.4)	2.8	3.0	3.1	2.9	2.5	(2.1)	2.2	2.8	3.0
סה"כ	3.5	3.3	3.3	3.4	3.3	3.2	3.2	3.3	3.4	3.3	3.4

() - מבוסס על מספרים בעלי טעות דגימה יחסית גבוהה מ-25% מקור: משרד הבריאות. כוח אדם במקצועות הבריאות, שנים שונות הערה: בשנת 2013 בוצע גם שינוי הגדרות בסיווג כוח אדם בסקר למ"ס.

תרשים 8 מציג את שיעור האחיות (מוסמכות ומעשיות) המועסקות ל-1,000 נפש, בהשוואה בין מחוזות. השוואה עם תקופת מדידה קודמת מראה עלייה בכל המחוזות למעט מחוזות ירושלים ומרכז, שם נרשמה הירידה. נראה כי העלייה של 0.7 בשיעור האחיות במחוז הצפון, כמו גם ירידה בשיעור זהה במחוז ירושלים, הם השינויים המשמעותיים ביותר שהתרחשו בתקופה זו.

תרשים 8: שיעור האחיות (המוסמכות והמעשיות) המועסקות ל-1,000 נפש, לפי מחוז תעסוקה

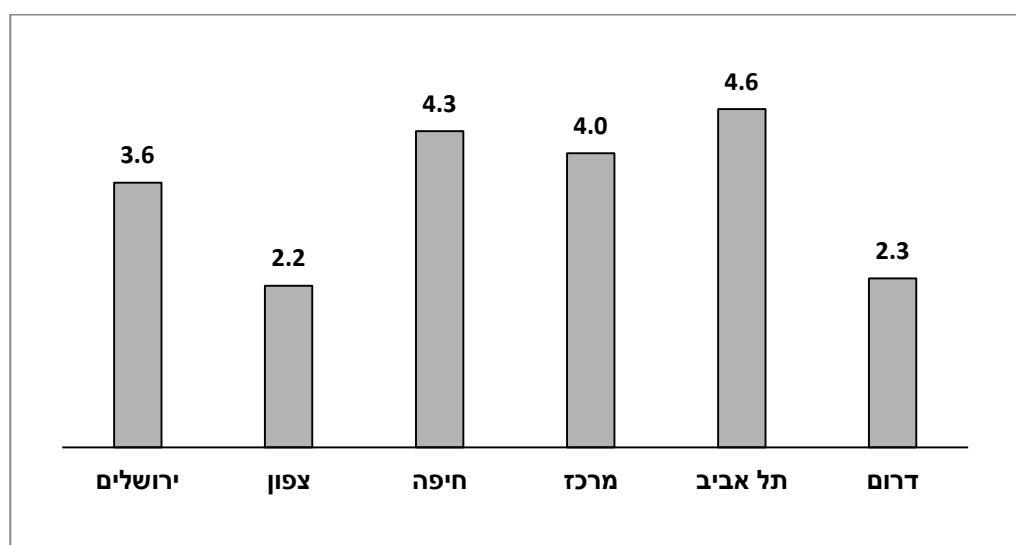


מקור: משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות בריאות 2014. אגף המידע.

תרשים 9 מציג שיעור מועסקים במקצועות עזר רפואיים לפי מחוז תעסוקה. עקב שינוי הגדרות למשלחי היד בלמ"ס בשנת 2012 הצגנו ממוצע רק לשנים 2012-2014.

מהנתונים ניתן להתרשם מהפערים בין המחוזות, כאשר מחוזות פריפריאליים מציגים שיעורים נמוכים ביותר של המועסקים במקצועות עזר.

תרשים 9. שיעור המועסקים במקצועות עזר רפואי ל-1,000 נפש, לפי מחוז תעסוקה 2012-2014



מקור: משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות בריאות 2014. אגף המידע.

הבדלים בפריסת מיטות אשפוז ועמדות

בסוף שנת 2013 היו בישראל 15,340 מיטות לאשפוז כללי בתקן. השיעור המתוקנן לגיל של מיטות ל-1,000 נפש, עמד על 1.89 באותה השנה⁹. שיעור המיטות לאשפוז כללי בישראל הינו הנמוך ביותר במדינות OECD מלבד מקסיקו וקנדה. שיעור המיטות הנמוך בא לביטוי גם בנתוני שהייה ממוצעת נמוכה וגם בנתוני תפוסת מיטות אשפוז, שהיא הגבוה ביותר בארגון OECD¹⁰.

תרשימים 10-13 מציגים מגמות בשיעורי המיטות ע"פ סוגים שונים, בשש נקודות זמן, החל משנת 2008, אז הוצגו נתונים לראשונה במסגרת הדוח הראשון בסדרת אי-שוויון בבריאות והתמודדות

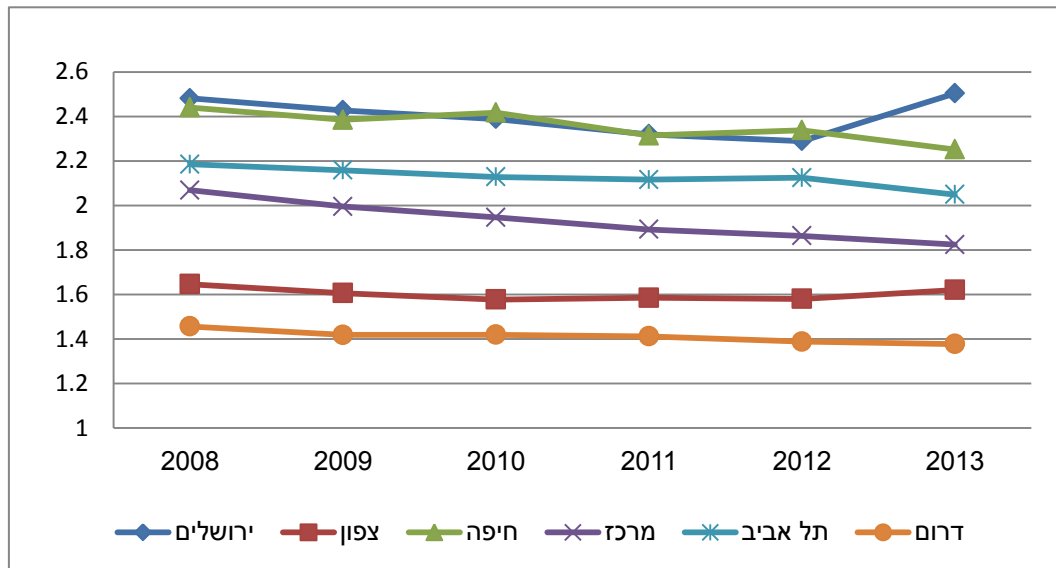
⁹ הפרק מבוסס על נתוני פרסום מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2013 של משרד הבריאות, אגף מידע, חטיבת מידע ומחשוב.

¹⁰ קידר נ', פלוטניק ר, אפק א'. 2015. מערכת הבריאות בישראל בראי OECD 2013.

עמו, משנת 2010¹¹. יש לציין, כי בשנת 2013 שונתה אוכלוסיית תקן לחישוב השיעור, דבר שהשפיע קלות על הנתונים.

במיטות אשפוז כללי ניכרת המשך ירידה בכל המחוזות, להוציא את מחוז ירושלים¹² והצפון, בהם נרשמה עלייה. במיטות אשפוז באגף הילדים נרשמה עלייה קלה במחוזות תל אביב, צפון ודרום, ירידה במחוז ירושלים וחוסר שינוי במחוזות מרכז וחيفا.

תרשים 10. שיעור המיטות לאשפוז כללי לפי מחוזות
שיעור לאוכלוסייה מתוקנת לגיל ל-1,000 נפש



באגף הפנימי, השיעורים ירדו ירידה קלה במחוזות המרכז, הדרום והצפון. בחיפה לא חל שינוי משמעותי. זאת לעומת מחוז ירושלים, בו נצפתה עלייה משמעותית במספר המיטות באגף הפנימי.

באגף לטיפול נמרץ בתקופה זו נרשמה עלייה קלה בכל המחוזות, להוציא את מחוז ירושלים, בו לא חל שינוי בתקופה המקבילה.

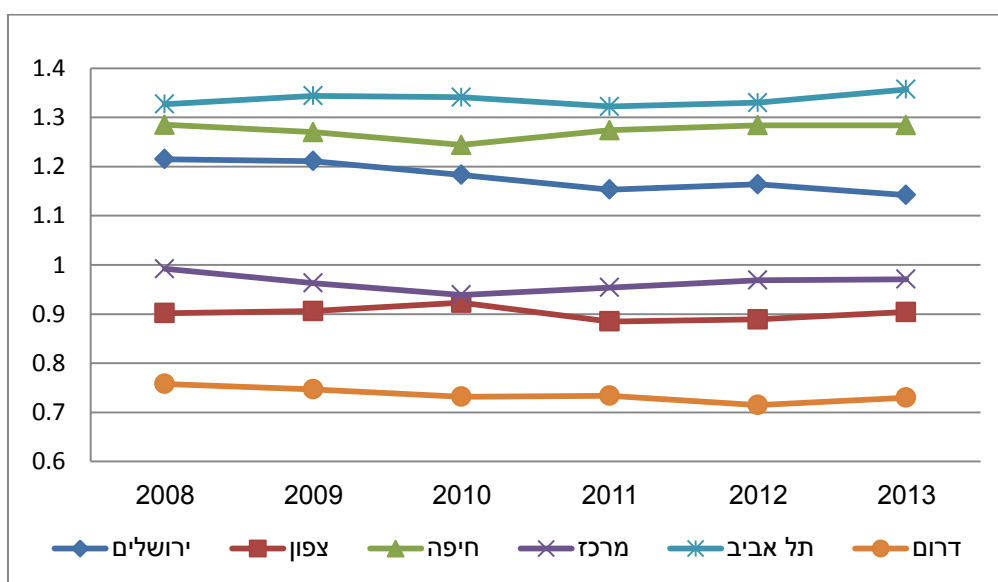
באשר לעמדות האשפוז, ראוי לציין את הקיפאון, אשר נרשם במספר עמדות ניתוח ועמדות התעוררות משנת 2011 בכל המחוזות (תרשימים 15-16). גם בעמדות רפואה דחופה (תרשים 14) לא נצפה שינוי משמעותי, להוציא את מחוז ירושלים, בו נרשמה המשך ירידה בעמדות משנים הקודמות. בעמדות לידה (תרשים 17) לא חל שינוי בתקופת המדידה האחרונה, להוציא את מחוז ירושלים, בו נצפתה עלייה.

¹¹ אברבוך א', קידר נ' וחורב ט'. 2010. אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו 2010. אגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות.

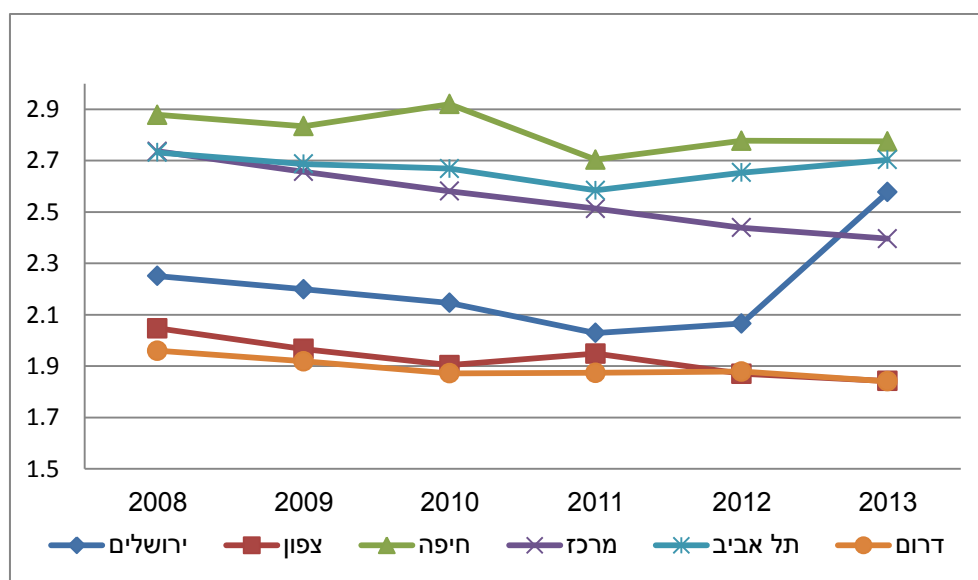
¹² העלייה במיטות האשפוז והעמדות במחוז ירושלים בקשורה למיזוג בין בתי חולים ביקור חולים ושערי צדק בשנת 2012.

נראה, כי בירושלים המצב של מיטות אשפוז ועמדות הוא דינאמי יותר ביחס למחוזות אחרים, אך לא בהכרח שהשינויים הם לטובה.

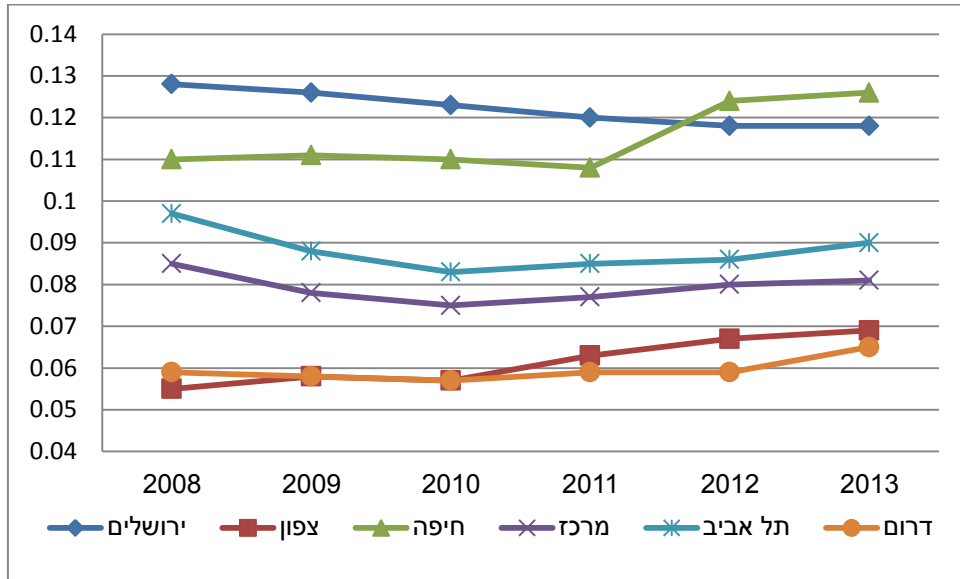
תרשים 11. שיעור המיטות באגף הילדים לפי מחוזות. שיעור ל-1,000 ילדים בגיל 0-14



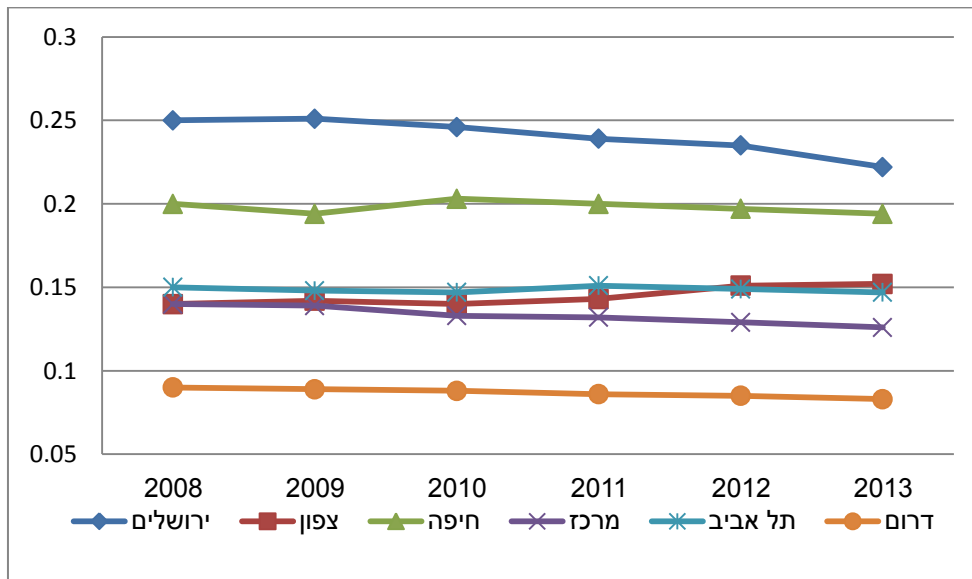
תרשים 12. שיעור המיטות באגף הפנימי לפי מחוזות. שיעור ל-1,000 בני 45 ומעלה



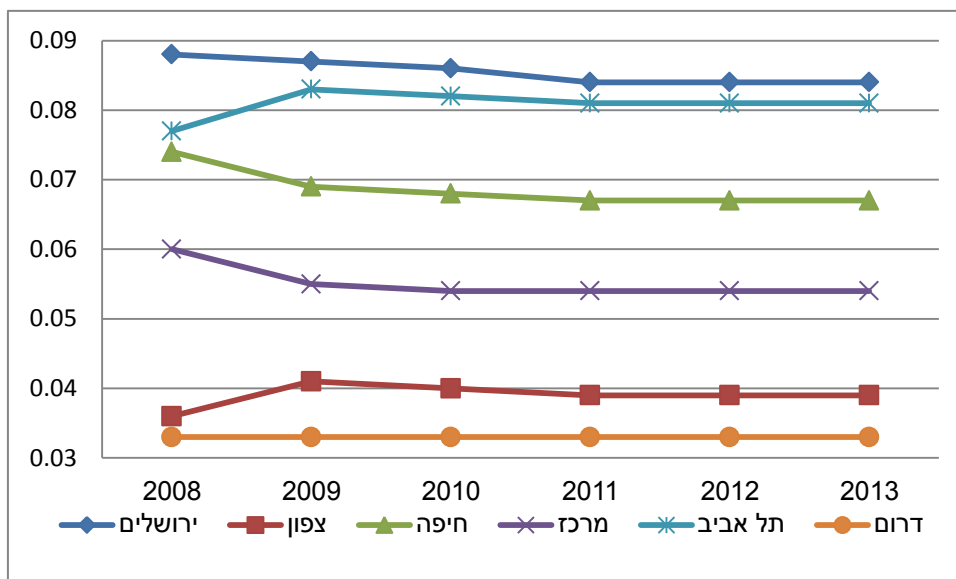
תרשים 13. שיעור המיטות באגף לטיפול נמרץ לפי מחוזות. שיעור ל-1,000 נפש



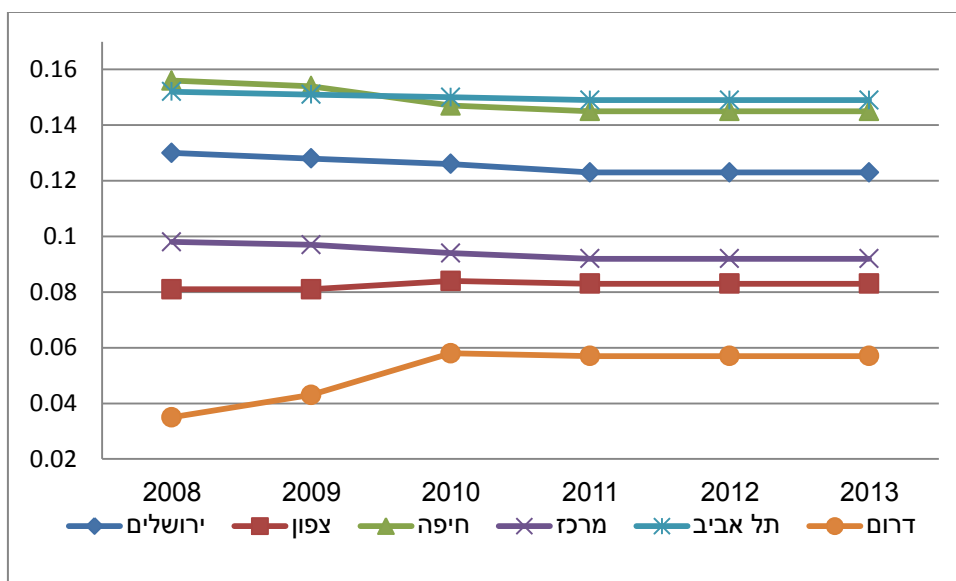
תרשים 14. עמדות לרפואה דחופה לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש



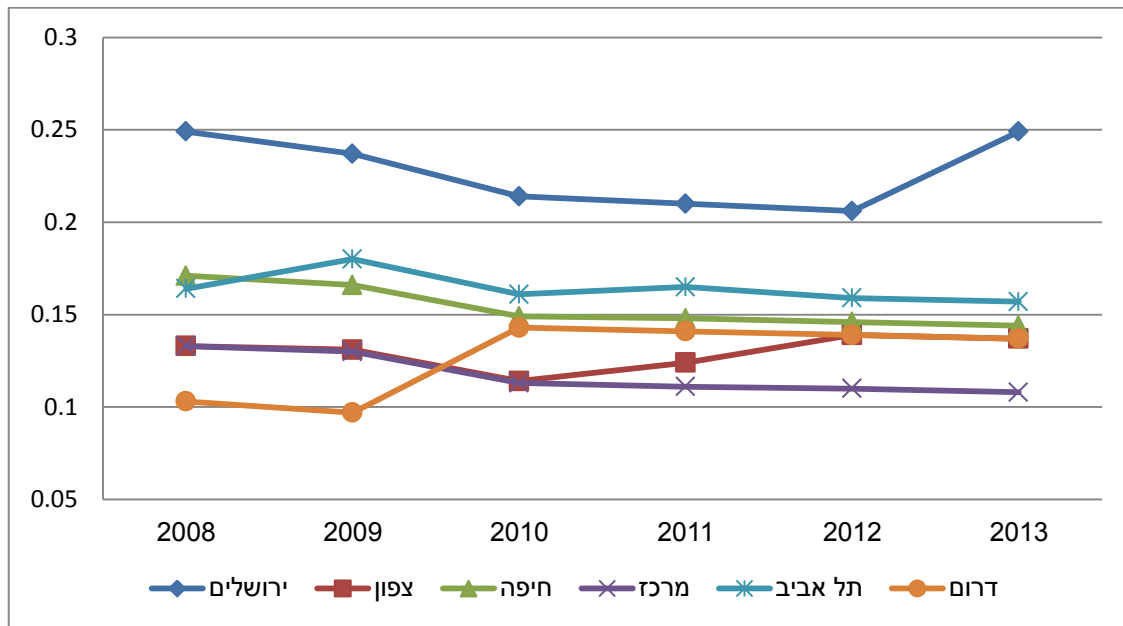
תרשים 15. עמדות ניתוח לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש



תרשים 16. עמדות התעוררות לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נפש



תרשים 17. עמדות לידה לפי מחוז, שיעור ל-1,000 נשים בגיל 15-49



פרק 2. מיפוי גיאוגרפי של פערים במדדי בריאות ובשירותי בריאות בישראל

ד"ר אמה אברבוך, זלמן קאופמן¹

פרק זה כולל בתוכו אוסף מפות של ישראל, עליהן מוצג מידע על בריאות ושירותי בריאות בתחומים שונים. בחלק מהמפות המידע מוצג ברמה של יישובים, ובחלקן האחר ברמה של נפות. המיפוי שבוצע לצורך פרסום זה מהווה ניסיון ראשוני בהצגת פערים בבריאות בצורה מרחבית, ומטרתו היא להציג את המידע הרלוונטי לתחום זה באופן מוחשי יותר.

המיפוי וניתוח הנתונים התבצעו באמצעות תוכנת ArcGIS 10.3 (תוצרת חברת Esri, ארה"ב) המשמשת כמערכת מידע גיאוגרפית (Geographic Information Systems, GIS). מערכות מסוג זה נמצאות כיום בשימוש על ידי גורמים שונים ורבים, ביניהם משרדי ממשלה, מכוני מחקר וספקי שירותים.

השימוש בכלי המיפוי מאפשר הצגה של תמונות מצב באופן ברור ופשוט, ואמור לשמש כלי להנגשת המידע, הן לאנשי המקצוע, והן לכלל הציבור. המפות הללו אמורות לשמש כלי בידיהם של מקבלי ההחלטות וקובעי המדיניות בנוגע לקידום ופיתוח שירותים לציבור.

השימוש במפות לצורך זיהוי פערים בתחומים שונים, כמו גם בתחום הבריאות, נמצא בעלייה בעשור האחרון, והעדויות לכך היא עלייה בפרסומים מדעיים, שמבוססים על ניתוח מרחבי של הנתונים, כמו גם שימוש במפות לצורך זיהוי פערים על ידי ארגונים ממשלתיים במדינות שונות בעולם.²

כאמור, מיפוי זה מהווה ניסיון ראשוני להציג מידע על הפערים בבריאות ובשירותי הבריאות. אנחנו מקווים להמשיך ולעשות שימוש בכלים הללו, כמו גם לעודד גורמים שונים בהנהלות ארגוני הבריאות ובשטח להשתמש במערכות מידע גיאוגרפיות לצורך שיפור השירות לציבור.

הדוח הנוכחי הינו פרי שיתוף פעולה בין תחום צמצום פערים במינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות ובין אגפים שונים במשרד הבריאות, כולל המרכז הלאומי לבקרת מחלות. תודתנו הרבה נתונה לכל הגורמים המעורבים בפרויקט מיפוי זה, אשר אפשרו את הוצאתו לפועל.

¹ המרכז הלאומי לבקרת מחלות

² ראה, לדוגמה, Atlas of Variation, שפורסם על ידי משרד הבריאות האנגלי: [/http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas](http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas)

מדדי תחלואה ותמותה

תמותה כללית לפי יישובים

שיעורי תמותה באוכלוסייה מושפעים ממגוון גורמים חברתיים-כלכליים, וניתנים לצמצום במידה ניכרת על ידי שימוש נכון ברפואה מונעת, שינוי בסגנון חיים ושיפור תנאי החיים והתנאים הסביבתיים³. מדד התמותה מהווה אחד המדדים המקובלים למדידת אי-שוויוניות בין קבוצות שונות באוכלוסייה ובין האזורים הגיאוגרפיים.

מפה 1 מציגה שיעורי תמותה כללית לשנת 2013 מתוקננים לגיל, ברשויות מקומיות מעל 10,000 תושבים. מקור הנתונים הינו הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה⁴.

עיון במפה זו, מגלה הימצאות שיעורים גבוהים יותר של תמותה באזורים הפריפריאליים, הצפון והדרום. השיעורים הגבוהים ביותר נצפים ביישובים במגזר הערבי: אעבלין, ג'סר א-זרקא, פורידיס וקלנסווה. כאן מקום לציין, כי שיעורי תמותה כללית מושפעים גם מתמותת תינוקות, שהיא לרוב גבוהה יותר במגזר הערבי.

יחד עם זאת, מהמפה ניתן להתרשם, כי ישנם גם יישובים יהודיים לא מעטים, שמדגימים שיעורים גבוהים יחסית של תמותה. אלו הם יישובי פריפריה דרומית, כמו אופקים ודימונה, ויישובים צפוניים כמו טירת כרמל ובית שאן. במרכז הארץ היישובים עם שיעורי תמותה גבוהים במגזר הערבי הם, טייבה וטירה, ובמגזר היהודי, היישוב בת ים. שיעור יחסית גבוה נצפה גם בלוד, יישוב עם אוכלוסייה מעורבת.

הקשר בין המיקום הפריפריאלי של היישוב או של קבוצת יישובים לבין עודף סיכון לתמותה, תואם את הדירוג חברתי-כלכלי של היישובים בישראל. רמת החיים הגבוהה יותר באזור המרכז מוצאת ביטוי בשיעורים נמוכים יותר של תמותה. ממצא זה נתמך על ידי מקורות מידע נוספים⁵.

תמותת תינוקות ביחס למדד חברתי-כלכלי של היישובים

מפה 2 מציגה שיעורי תמותת תינוקות לפי יישובים לצד המעמד החברתי-כלכלי של היישוב. שיעורי התמותה מודגמים בצבע- ירוק בהיר (שיעורים נמוכים) עד אדום (שיעורים מרביים), ואילו המדד החברתי-כלכלי מודגם בקוטר העיגול: עיגול גדול – מדד נמוך, עיגול קטן – מדד גבוה. המדד החברתי-כלכלי של היישובים נע בין 1 ל-10, כאשר המדד עולה עם העלייה ברמת החיים ביישוב⁶. ערך המדד חברתי-כלכלי מחושב על סמך 16 משתנים, ביניהם הכנסה ממוצעת לנפש מתוקנת, שיעור אחזקת רכב, צפיפות דיור, אחוז בעלי תואר אקדמי, יחס תלות וכד'.

³ שובל י' ואנסון ע'. 2000. העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל. הוצאת מאגנס.

⁴ נתוני תמותה שמועברים מלמ"ס למשרד הבריאות.

⁵ ראה, לדוגמא, פרסום של משרד הבריאות ולמ"ס פרופיל חברתי-בריאותי של יישובים בישראל - 2005.

2009.

⁶ מידע נוסף אודות מדד חברתי-כלכלי של היישוב ניתן לקבל כאן:
<http://www.cbs.gov.il/www/publications/pw77.pdf>

נתוני התמותה הם ממוצע לשנים 2009-2013, ומקורם בנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה⁷. ההיגיון מאחורי שילוב שיעור תמותה עם מדד חברתי-כלכלי הוא בעובדה, כי מדד מרכזי זה של תמותת תינוקות, הנפוץ מאוד לצורך השוואות בין אוכלוסיות ואזורים גיאוגרפיים, רגיש מאוד למאפיינים חברתיים-כלכליים של האוכלוסייה. כך, לדוגמא, נמצא כי קיים קשר ישיר ומשמעותי בין השכלת אם לבין שיעורי תמותה של תינוקות⁸. מיפוי שיעורי תמותה לפי יישובים מאפשר להתרשם ויזואלית מפערים בין אזורים. מרכז הארץ מציג שיעורי תמותה נמוכים יותר מאשר אזורי הדרום והצפון. ניתן לזהות שהשיעורים הגבוהים ביותר של תמותת תינוקות קיימים ביישובים ערביים, ובמיוחד באלה הנמצאים בתחתית הסולם החברתי-כלכלי, אלו הם יישובים בדואים בדרום, וג'סר א-זרקא באזור חדרה. באופן כללי ניתן להתרשם, כי יישובים הנמצאים במעמד נמוך (המיוצג על ידי עיגולים גדולים מאוד - מדד חברתי-כלכלי 1-2), מציגים שיעורים גבוהים יותר של תמותת תינוקות. הדבר בולט במיוחד ביישובים במגזר הבדואי באזור הדרום, וביניהם אלה כמו כסיפה או שגב שלום, או יישובים ערביים בצפון הארץ.

להכללה זו של הקשר בין שיעורי תמותה ובין המדד החברתי-כלכלי יש יוצאי דופן. מהמפה ניתן להתרשם, כי יישובים רבים במרכז הארץ מתאפיינים בשיעורים נמוכים יחסית של תמותה. חלק ניכר מהיישובים האלה משתייך לרמה חברתית-כלכלית בינונית וגבוהה, אולם, באופן מפתיע, ישנם גם יישובים עניים, שמציגים שיעורים נמוכים ונמוכים מאוד של התמותה, ובראשם ביתר עילית, מודיעין עילית ואלעד, יישובים עם אוכלוסייה חרדית הומוגנית. תופעה זו של שיעורי תמותה נמוכים במיוחד הנצפים ביישובים חרדים כבר הוצגה בעבר⁹, וקשורה ככל הנראה למאפיינים חברתיים ותרבותיים מיוחדים של היישובים הללו¹⁰.

⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. *הרשויות המקומיות בישראל 2013*.

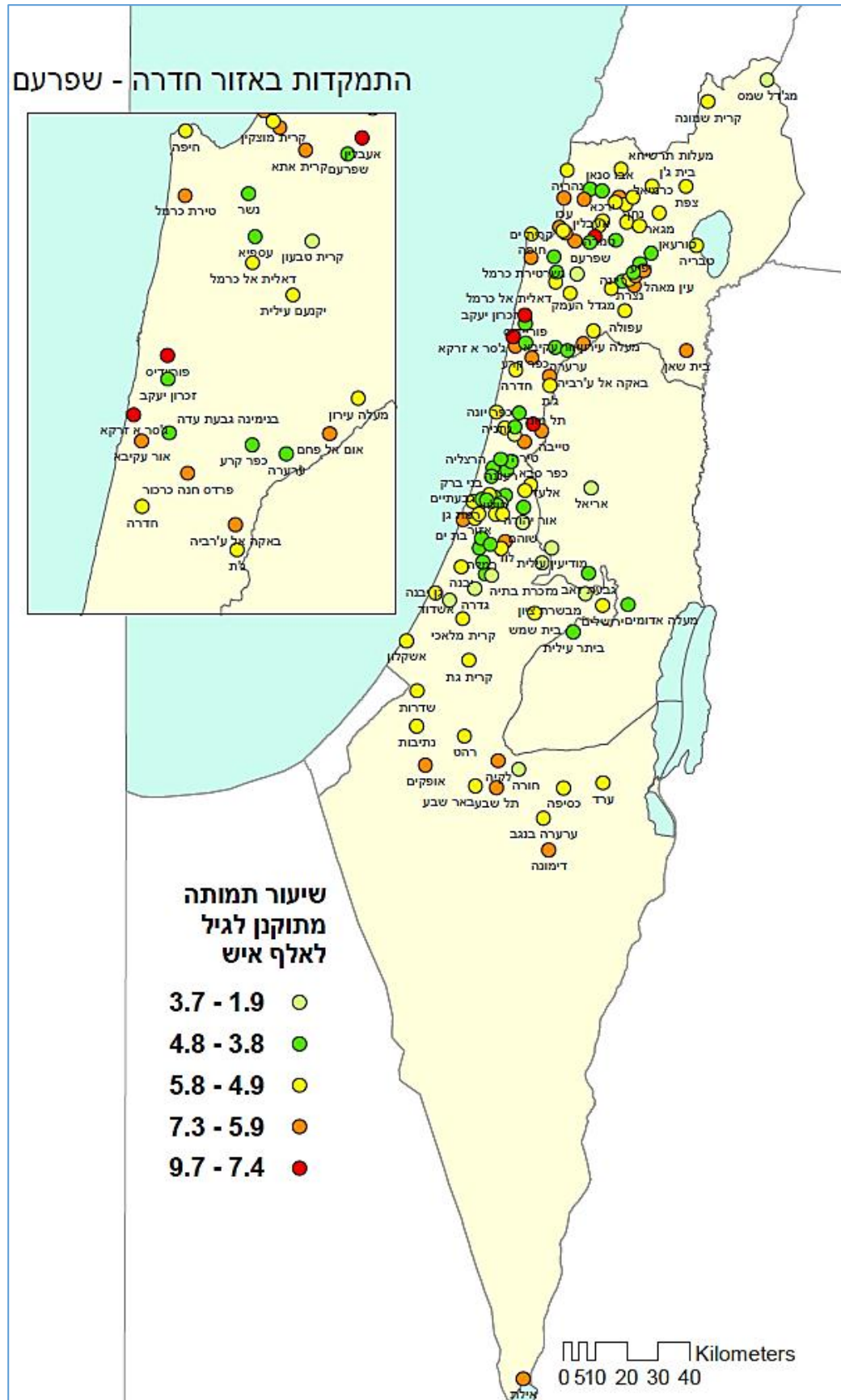
⁸ משרד הבריאות. *בריאות בישראל 2013*. המרכז הלאומי לבקרת מחלות ואגף המידע, מינהל מידע ומחשוב.

⁹ ראה דוח אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2013.

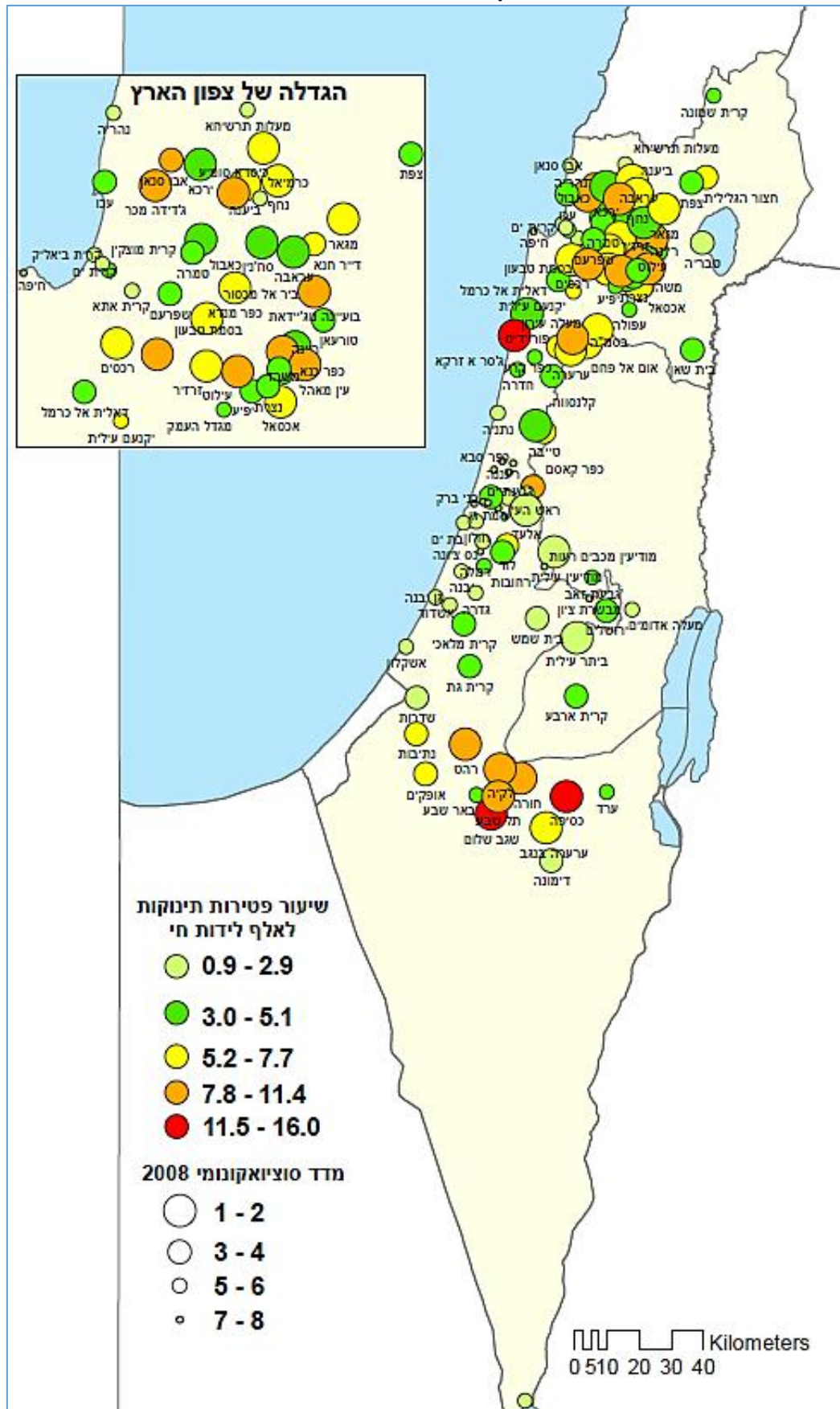
¹⁰ שרוני ח' וצ'רניחובסקי ד'. 2015. *סוד הקשר בין חרדיות ובריאות*. הכנס השנתי למדיניות בריאות של המכון הלאומי

לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

**מפה 1. שיעורי תמותה כללית מתוקננים לגיל
ברשויות מקומיות מעל 10,000 תושבים, 2013**



מפה 2. שיעור תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי ברשויות מקומיות, ממוצע 2009-2013



תחלואה

סוכרת

מחלת הסוכרת מהווה בעיה בריאותית כרונית שכיחה וחמורה, המובילה לסיבוכים מרובים שפוגעים באיכות החיים, כמו גם לתמותה מוקדמת. בעשורים האחרונים בישראל, כמו גם במדינות אחרות, נרשמה עלייה משמעותית בשיעורי תחלואה, המיוחסת במידה רבה לניהול אורח חיים לא בריא.

ככלל, לסוכרת סיבות רבות ומגוונות הכוללות גורמים גנטיים, תזונה לא בריאה, השמנה, חוסר פעילות גופנית וכד'. נמצא גם קשר ישיר בין מעמד חברתי-כלכלי של הפרט לבין רמת התחלואה¹¹. סוכרת נפוצה יותר בשכבות אוכלוסיות פחות משכילות ופחות מבוססות, והינה תולדה של מודעות נמוכה למחלה ולסכנותיה, אימוץ הרגלי בריאות לקויים, צריכת מזונות לא בריאים עתירי שומן וסוכר וכד'.

מפה 3 מציגה נתונים מתוקננים לגיל של הימצאות סוכרת מסוג 2 בקרב בני 20 ומעלה, לפי נפה. מקור הנתונים הוא רישום לאומי לסוכרת במרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד הבריאות¹².

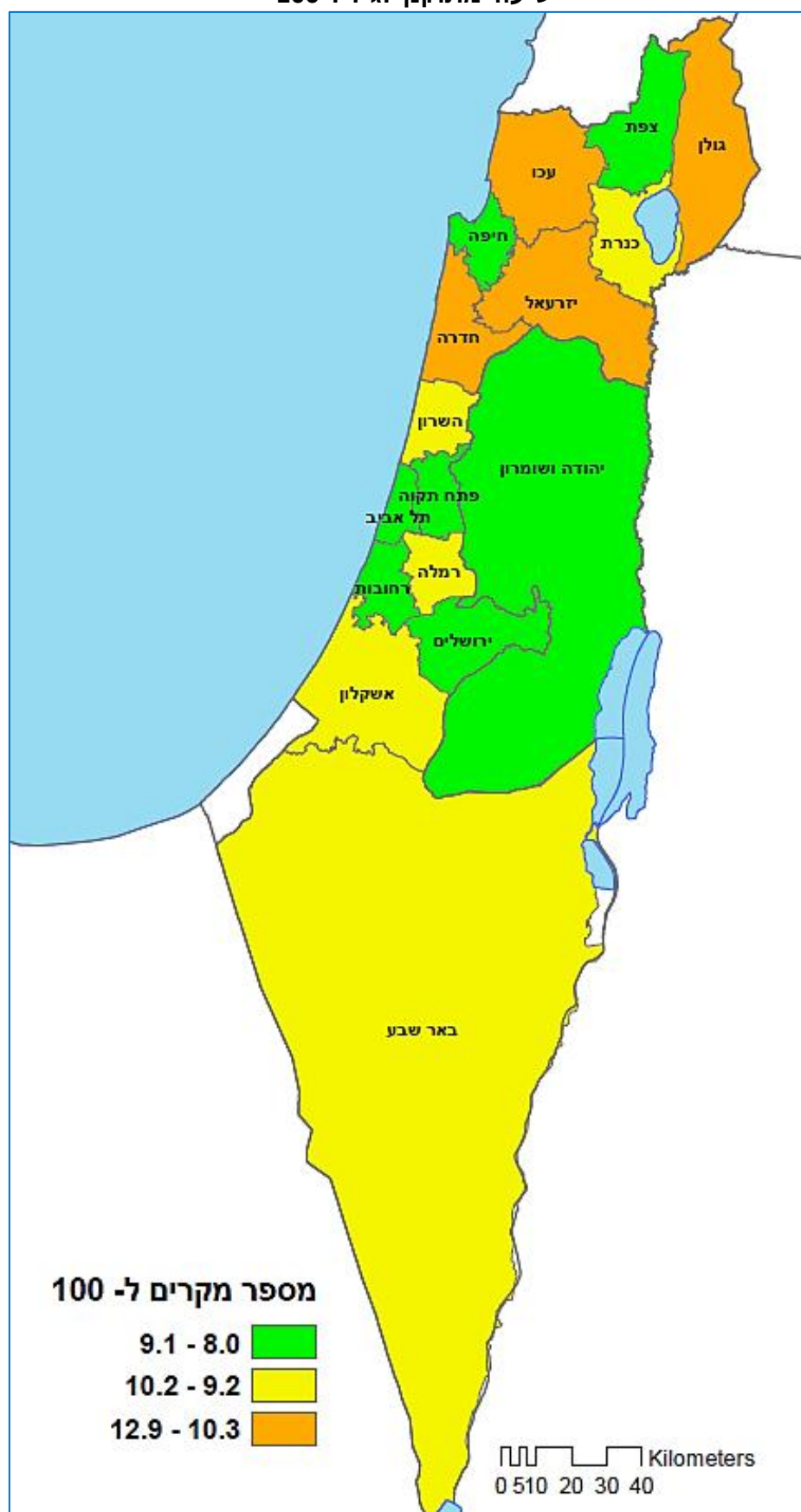
באופן ברור נראה עודף תחלואה במחוז הצפוני, למעט נפות חיפה וצפת. הנפות עם השיעורים הנמוכים ביותר הם תל אביב, פתח תקווה, רחובות, יהודה ושומרון וחיפה. מדובר לרוב באזורים מרכזיים, ברמה חברתית-כלכלית בינונית וגבוהה.

שיעורי התחלואה הגבוהים יותר בנפות הצפוניות עשויים להיות מוסברים בחלקם על ידי הרכב האוכלוסייה: אזורים אלה מתאפיינים בריכוז גדול של אוכלוסייה ערבית, בקרבה נצפים שיעורי סוכרת גבוהים יותר. מבין הנפות עם אוכלוסייה יהודית הומוגנית יחסית, שיעור תחלואה גבוה נצפה בנפת אשקלון.

¹¹ אי-שויון בבריאות והתמודדות עמו 2010.

¹² תודתנו נתונה לד"ר ענבר צוקר ממרכז לאומי לבקרת מחלות על הספקת הנתונים ושיתוף פעולה.

מפה 3. הימצאות סוכרת מסוג 2 בקרב בני 20 ומעלה, לפי נפה שיעור מתוקנן לגיל ל-100



סרטן

מחלת הסרטן מהווה סיבת מוות ראשונה גם בקרב גברים וגם בקרב נשים בישראל. הופעת המחלה קשורה למגוון גורמים, חלקם ביולוגיים-גנטיים, חלקם קשורים לאורך חיים ולהתנהגויות בתחום הבריאות, וחלקם לסביבה הפיזית של אזור המגורים. לסרטן עשרות סוגים, הממוקמים באיברים ובמערכות שונים בגוף. חלק ניכר ממקרי המחלה ניתנים למניעה על ידי צמצום גורמי סיכון, כגון עישון, השמנה, היעדר פעילות גופנית, חשיפה לשמש או למפגעים סביבתיים¹³.

הסוגים השונים של הסרטן נבדלים במשקל הגורמים השונים שאחראים על היווצרות המחלה. כך, למשל, סרטן השד מופיע לעיתים על רקע גנטי, תוך סיכון ברור של השתייכות למשפחה עם רקע של מחלה. לעומת זאת, סרטן הריאה לרוב הינו תולדה של עישון – התנהגות בריאותית לקויה. שונה הוא המקרה של סרטן הערמונית: המחלה אופיינית לגברים, והופעתה תלויה בעיקר בגיל, אם כי קיים גם המרכיב הגנטי בסיכון לפתח מחלה.

בחרנו לצורך מיפוי להציג היארעות תחלואה בחמישה סוגי הסרטן השכיחים ביותר בישראל. סרטן השד הוא הסוג הנפוץ ביותר בישראל, אליו מיוחסים 16% ממקרי הסרטן החדשים בשנה (כ-4,000 מקרים)¹⁴. במקום השני נמצא סרטן המעי הגס והחלחולת, לו מיוחסים 12% מהמקרים. סרטן הערמונית נמצא במקום השלישי עם שכיחות של 10% ממקרי הסרטן החדשים בשנה. שני סוגי הסרטן נוספים השכיחים ביותר הם סרטן הריאה (9%) וסרטן לימפומה (6%).

המפות מציגות אומדן סיכון לתחלואה מסרטן (בכל אתרי הגוף ובאתרים נבחרים) עבור האוכלוסייה היהודית בישראל, בהסתמך על הממד SIR (Standardized Incidence Ratio). הממד הנ"ל מאפשר השוואת תחלואת הסרטן באזור מסוים לזו של כלל הארץ, תוך כדי תקנון להתפלגות הגילאים. ערכי SIR הגבוהים סטטיסטית מ-1 מצביעים על עודף בסיכון, ולעומת זאת, ערכים נמוכים סטטיסטית מ-1 מצביעים על סיכון נמוך מהצפוי. המפות מבוססות על שיעורי המחלה בשנים 2006 - 2011. הכוכבית שמופיעה במפות מציינת מובהקות סטטיסטית ברמה של 95%. ערכי ה-SIR במפות מוצגים בשלוש רמות/צבעים: רמה אחת מתחת לערך 1 (ירוק), ושתי רמות מעל הערך 1 (צהוב וכתום). בסרטן שד, בשל הטווח הצר יחסית בערכי SIR, מוצגות שתי רמות בלבד.

הסיבה להתמקדות ביהודים היא שלרוב אין די חולים ערבים, לחישוב הממד בריבוד לפי נפות. מספר נמוך של חולים גורם לאי יציבות באומדנים. במפות לא הוצגו נתונים על יהודה ושומרון והגולן, בשל חוסר נתונים על האוכלוסייה הכללית לצורך חישוב שיעורים ותקנון לגיל.

מקור הנתונים הוא הרישום הלאומי לסרטן, הפועל במסגרת המרכז הלאומי לבקרת מחלות במשרד הבריאות¹⁵. הנתונים הוצגו לראשונה בשנת 2014 במסגרת מבצע "הקש בדלת".

¹³ Anand, P. et al. (2008), "Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes", *Pharmaceutical Research*, Vol. 25, No. 9, pp. 2097-2116.

¹⁴ משרד הבריאות. 2014. *בריאות 2013*. המרכז הלאומי לבקרת מחלות ואגף המידע, מינהל מידע ומחשוב.

¹⁵ תודתנו הרבה נתונה לד"ר ברברה סילברמן, מנהלת רישם הסרטן הלאומי, על הספקת הנתונים ושיתוף הפעולה.

סרטן (כלל האתרים) (מפה 4): שתי נפות – עכו וחיפה, מדגימות עודף סיכון מובהק ביחס למצופה לתחלואה בסרטן בשני המינים. סיכון גבוה מעט מהמצופה בכלל הגברים היהודים בישראל נצפה בנפות אשקלון וחדרה, ואילו אצל נשים בנפות תל אביב וזרעאל. לעומת זאת, סיכון מובהק ונמוך מהצפוי לשני המינים נצפה בנפות רמלה וירושלים.

סרטן המעי הגס והחלחולת (מפה 5): בסוג זה של הסרטן, בולטים פערים ברמת הסיכון בין האזורים בכלל, ובין המרכז לפריפריה בפרט, ובשני המינים: בנפות עכו, חיפה וחדרה מודגם סיכון יתר מובהק ביחס למצופה, ואילו בנפת תל אביב – נמוך מהמצופה בהשוואה לכלל האוכלוסייה. סיכון גבוה מהמצופה נמצא גם בנפת אשקלון וזרעאל עבור הנשים.

סרטן השד (מפה 6): המפה מדגימה עודף סיכון, מובהק סטטיסטית, לתחלואה מסרטן שד בנפות חיפה, זרעאל, פתח תקווה ותל אביב. בנפות צפת, חדרה, רמלה, אשקלון ובאר שבע, לעומת זאת, מודגם סיכון נמוך יותר מהצפוי.

סרטן הערמונית (מפה 7): נפות אשקלון ורחובות, מציגות סיכון יתר מובהק ביחס לכלל אוכלוסיית הגברים היהודיים בישראל. תל אביב וחיפה מציגים סיכון גבוה מעט מהצפוי, ורוב המחוזות הנוספים נמצאים בחוסר מובהק ביחס לצפוי באוכלוסייה בנפה.

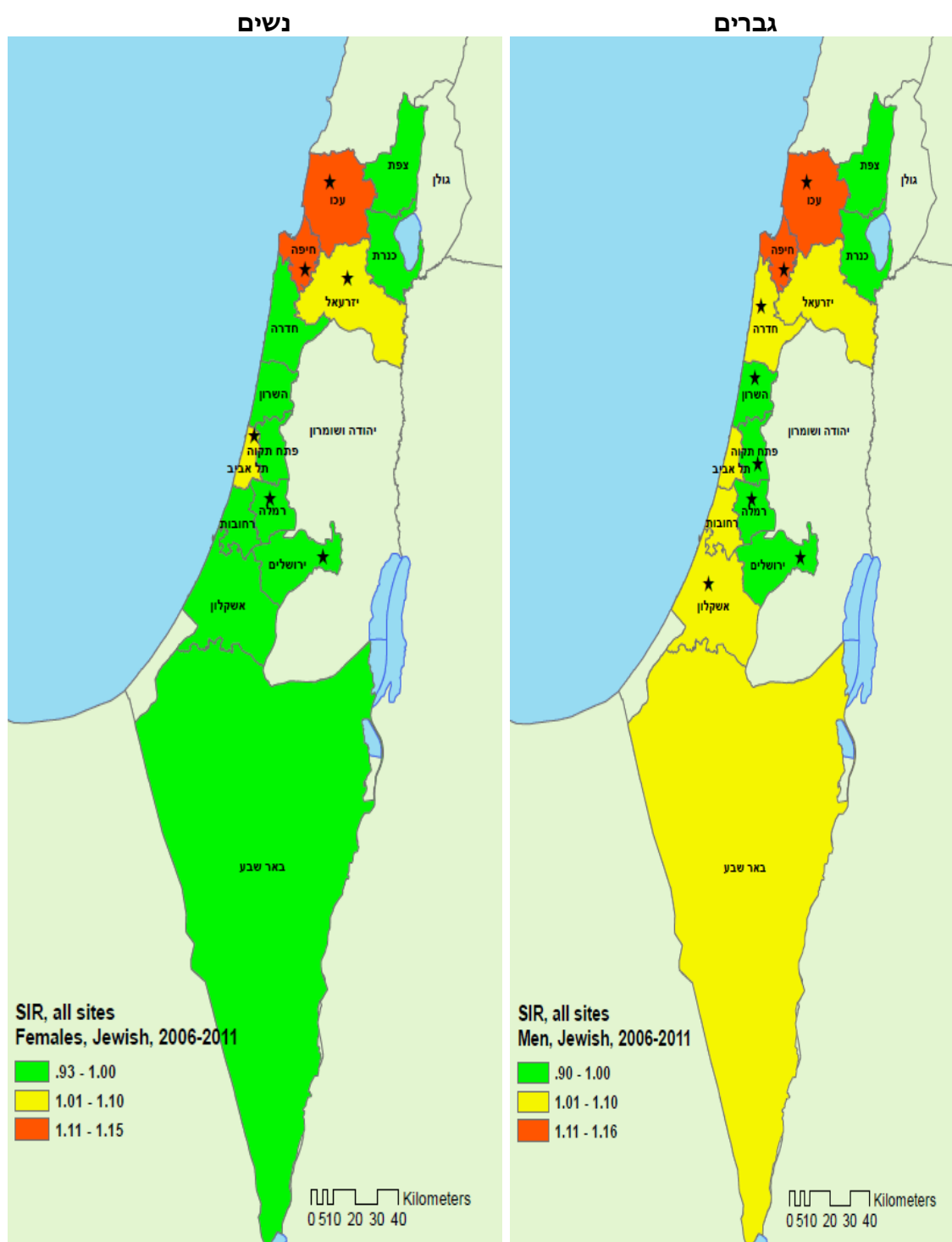
סרטן הריאה (מפה 8): בקרב גברים, הנפות הצפוניות - עכו, חיפה וזרעאל מציגות סיכון יתר מובהק לתחלואה ביחס למצופה, לעומת זאת בנפות פתח תקווה ורמלה נצפה חסר מובהק בסיכון. אצל נשים, סיכון יתר מובהק לתחלואה בסרטן הריאה נצפה בנפות תל אביב וחיפה. ראוי לציין, כי עבור הנשים, שתי הערים - חיפה ותל אביב, נמצאו כמובילות בשיעור עישון מבין הערים הגדולות בישראל¹⁶. סיכון נמוך ומובהק ביחס למצופה באוכלוסייה נצפה בנפות צפת, רמלה וירושלים.

סרטן לימפומה (שאינה הודג'קין) (מפה 9): נפת חיפה מציגה עודף סיכון בתחלואה בסרטן לימפומה ביחס למצופה בשני המינים. עבור נשים סיכון יתר מובהק נצפה גם בנפות עכו וזרעאל.

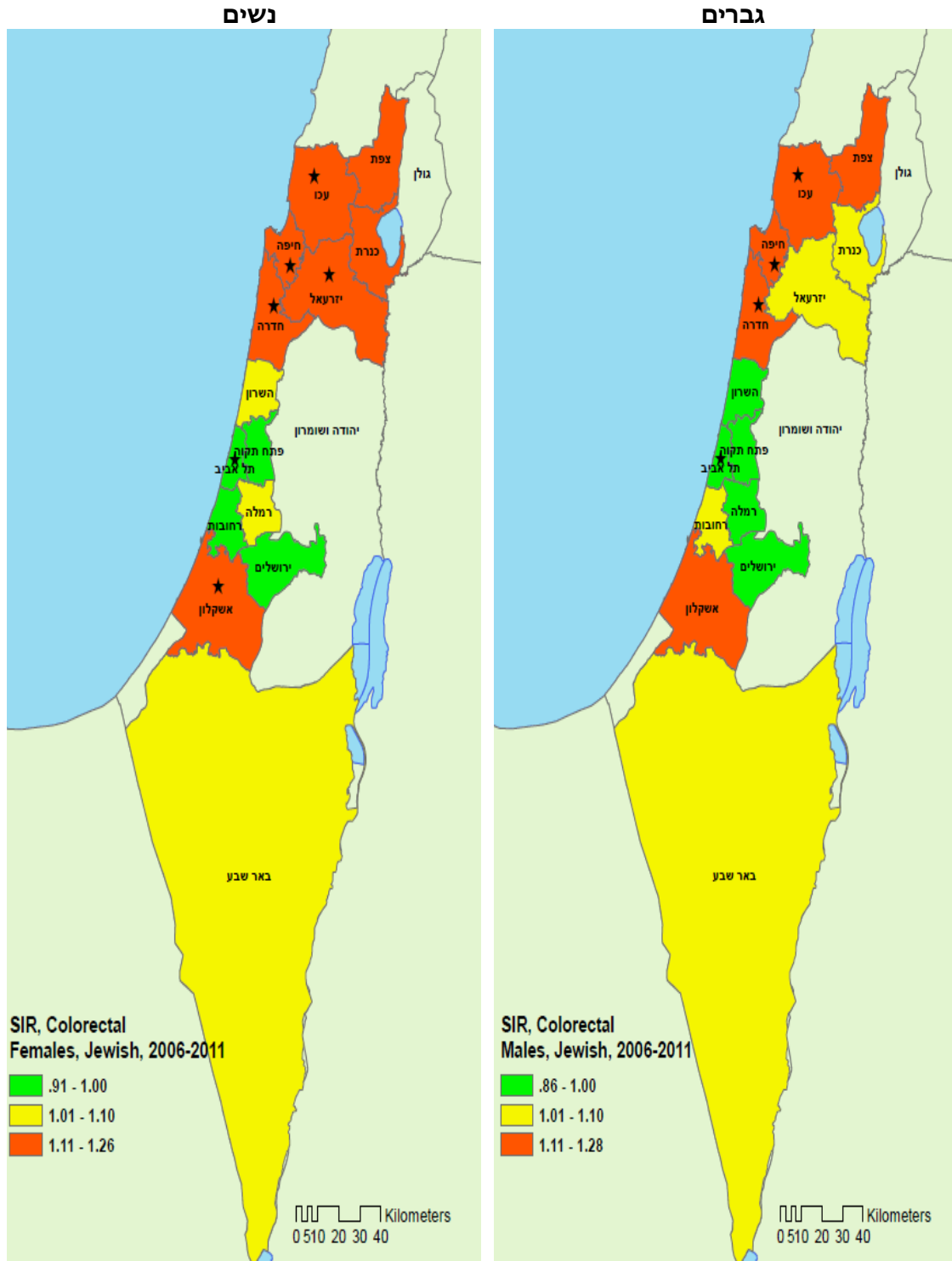
לסיכום נציין, כי עיון במפות מגלה מספר אזורים בהם, באופן עקבי, נצפה סיכון יתר מובהק סטטיסטית לתחלואה בסרטן. אלו הם נפות חיפה, עכו וזרעאל. לעומת זאת, בנפות ירושלים, רמלה ופתח תקווה (למעט סרטן שד) נרשם סיכון נמוך מובהק מהצפוי לתחלואה. ההבדלים בין המחוזות הצפוניים והמרכזיים של הארץ ראויים להמשך מחקר, ויש להתחשב בהם באיתור אוכלוסיות בסיכון. יחד עם זאת חשוב להדגיש, כי ההבדלים בהתנהגות אישית באזורים השונים, כולל אופי תעסוקה, הרגלי העישון והתזונה, כמו גם גורמים משפחתיים (במיוחד באזורים שבהם חברי משפחה נוטים לגור בסמיכות אחד לשני), יותר משמעותיים מגורמים סביבתיים. הדרך לצמצום התחלואה בסרטן עוברת, ראשית כל, דרך צמצום גורמי סיכון אישיים.

¹⁶ דוח אי-שוויון וההתמודדות עמו 2013, משרד הבריאות.

מפת 4. סיכון לתחלואה בסרטן, כל האתרים בגוף, 2006-2011



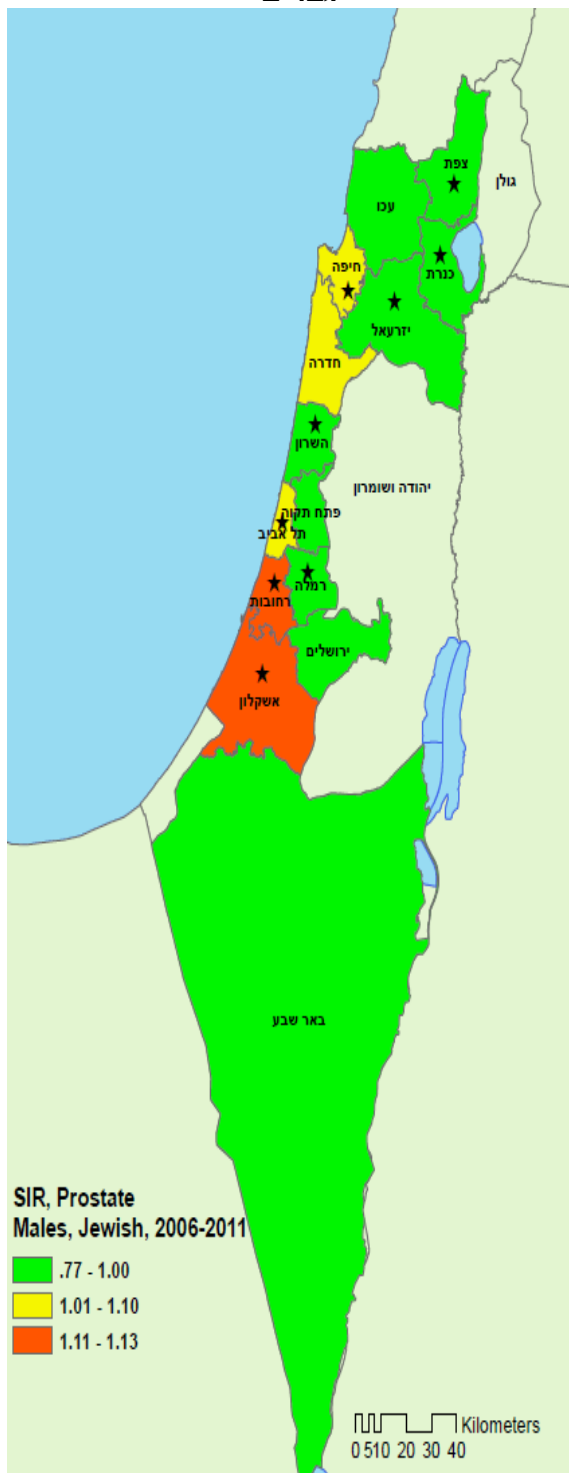
מפה 5. סיכון לתחלואה בסרטן, סרטן המעי הגס והחלחולת, 2006-2011



מפה 7. סיכון לתחלואה בסרטן ערמונית

2006-2011

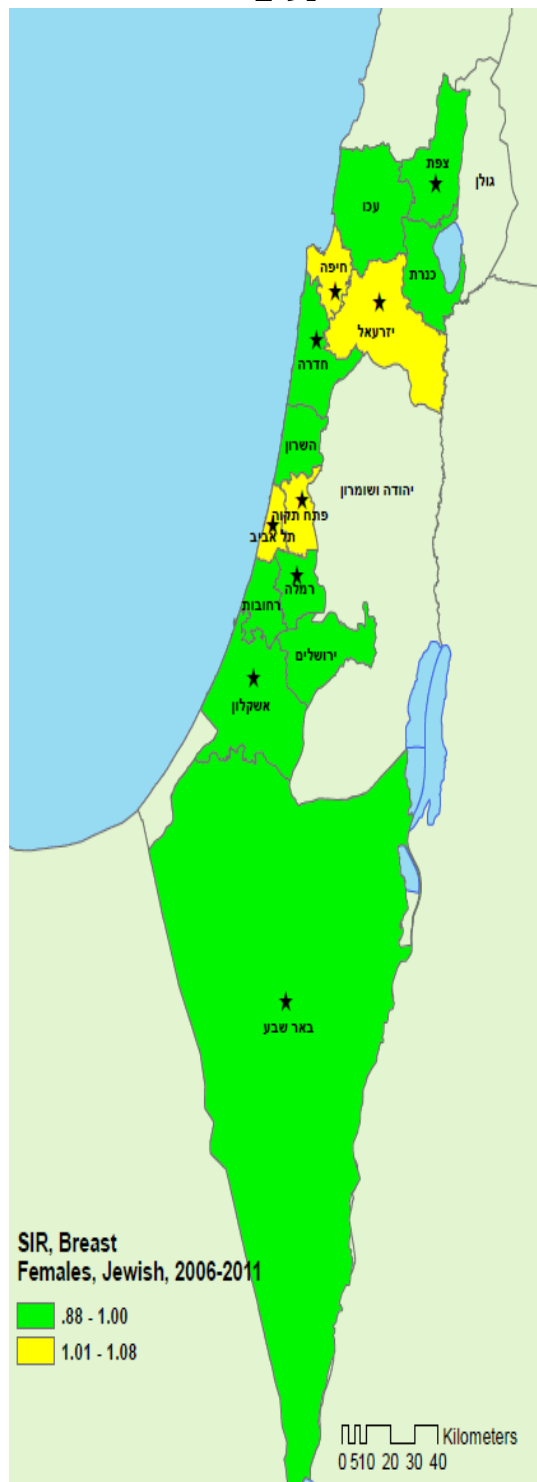
גברים



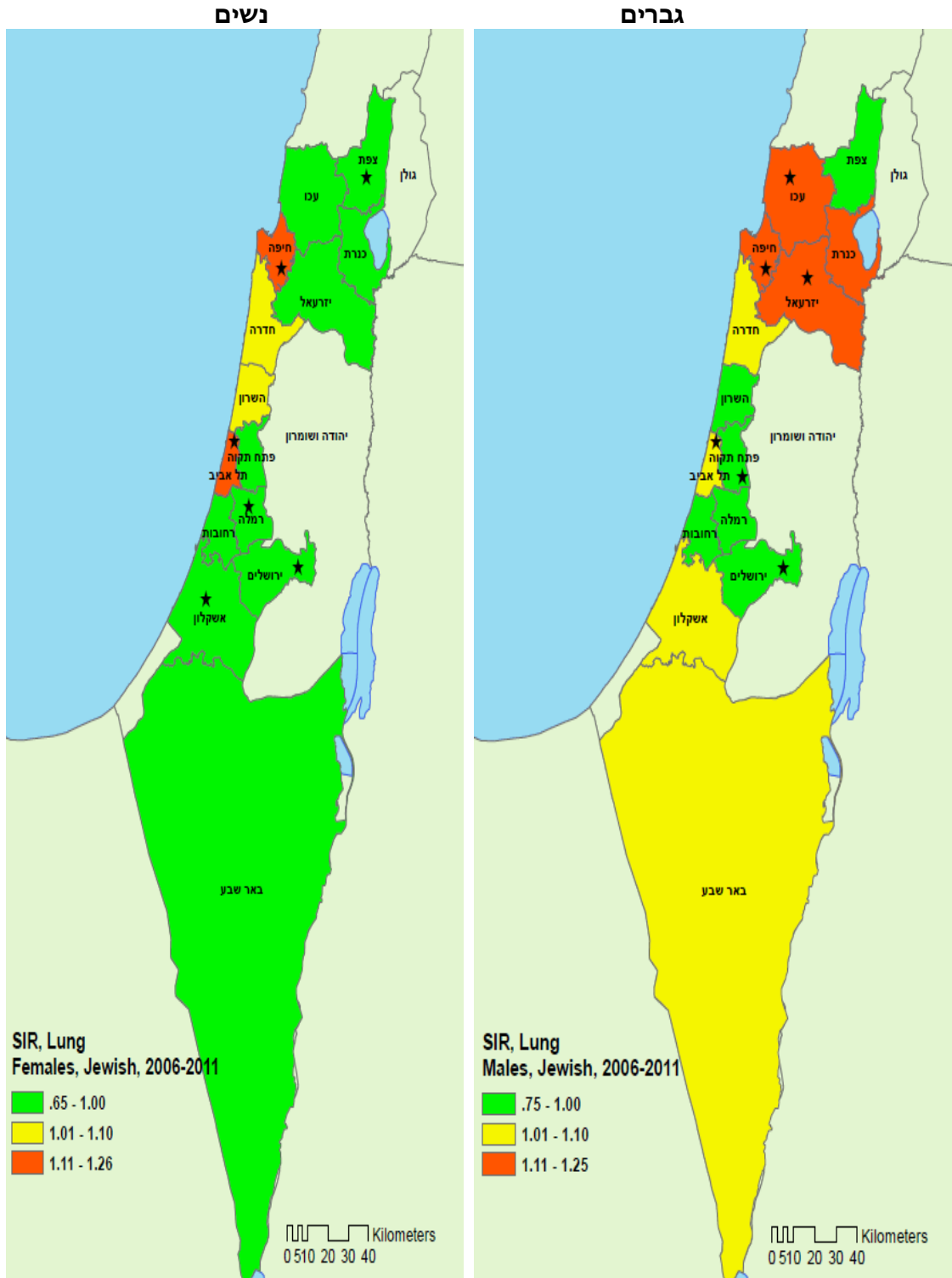
מפה 6. סיכון לתחלואה בסרטן, סרטן השד

2006-2011

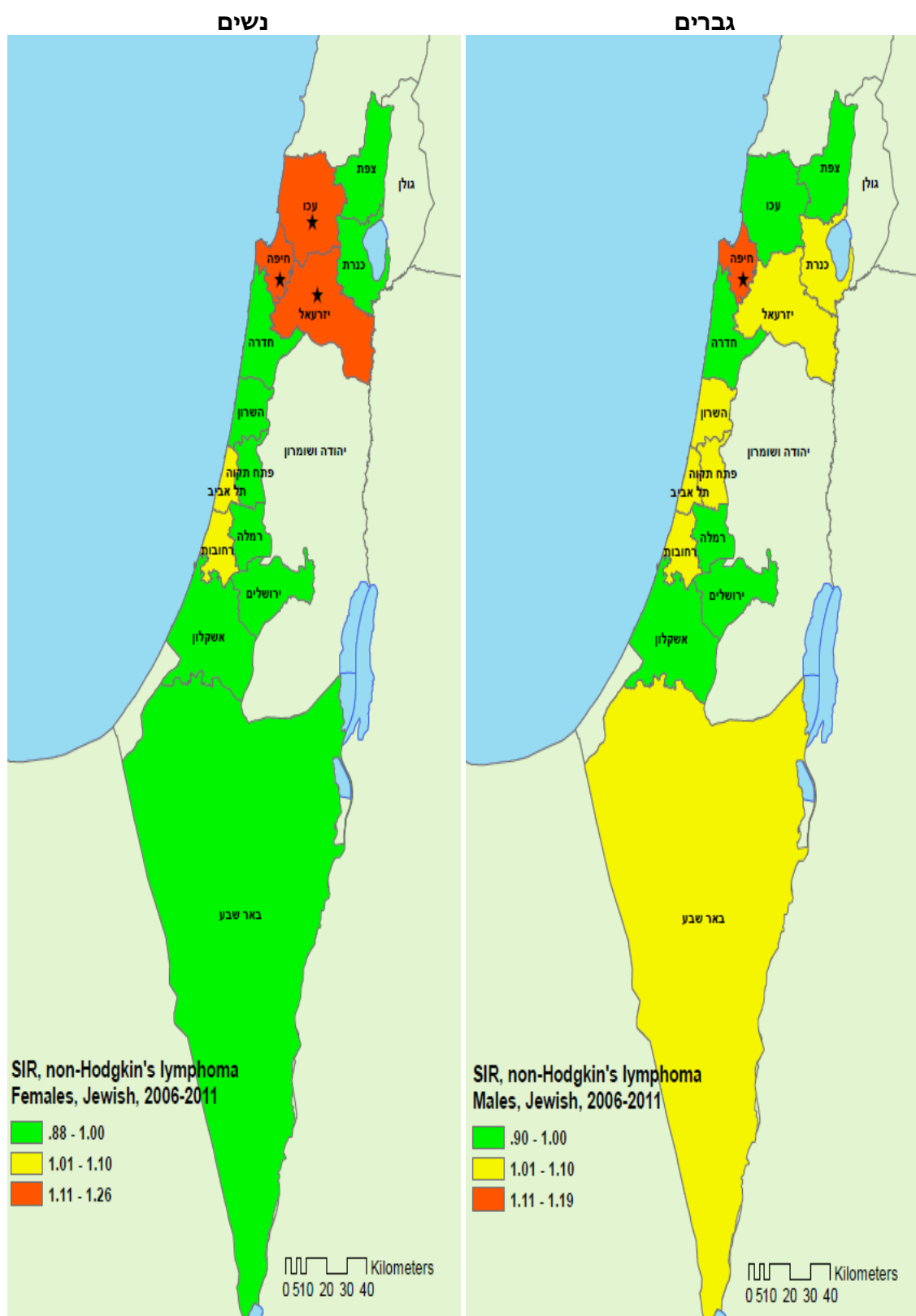
נשים



מפה 8. סיכון לתחלואה בסרטן, סרטן הריאה, 2006-2011



מפה 9. סיכון לתחלואה בסרטן, סרטן לימפומה, 2006-2011



פריסת שירותי הבריאות

טיפות חלב - תחנות לבריאות המשפחה

תחנות טיפות חלב מספקות שירות בריאותי מניעתי בסיסי לתינוקות, לילדים ולנשים הרות בישראל. פעילות התחנות כוללת מתן חיסונים, בדיקות שגרתיות ובדיקות התפתחות לתינוקות וילדים מגילאי לידה עד 6 שנים, קידום בריאות ומניעה לנשים הרות, הדרכות ויעוץ להורים בענייני הורות וגידול הילדים¹⁷. השירות מונה כ- 1,000 תחנות טיפות חלב פרוסות בכל הארץ. כמחצית מכלל התחנות מופעלות על ידי קופות חולים, כארבעים אחוזים נוספים מופעלות על ידי משרד הבריאות. שאר טיפות חלב מופעלות על ידי שתי רשויות מקומיות - ירושלים ותל אביב.

תחנות טיפות חלב של משרד הבריאות מספקות שירות לכלל הפונים. תחנות של עיריות ירושלים ותל אביב נותנות שירות לכלל הפונים בתנאי שהם תושבי העיר. תחנות של קופות חולים מספקות שירות בעיקר למבוטחי הקופה.

נגישות חמינות הינן שתי דרישות בסיסיות לכלל המערכים של שירותי הבריאות, ובמיוחד למערך של טיפות החלב. פיזור רחב של טיפות חלב בערי ישראל מתבקש עקב אוכלוסיות הפונים (ילדים קטנים ותינוקות, נשים הרות), וגם עקב האופי הראשוני של השירות, שאמור להגיע לכלל אוכלוסיית הילדים במדינה. הנגישות הפיזית היא למעשה התנאי והעיקרון המרכזי בהפעלת שירותי טיפות חלב¹⁸.

מפה 10 מציגה את פריסת תחנות טיפות החלב ברשויות מקומיות בישראל, ואת מספר הילדים בגילאי לידה עד 4 שנים הממוצע לתחנת טיפת חלב אחת בכל רשות. יחס זה משמש כמדד לעומס הפוטנציאלי הקיים ברמת התחנה. אומנם התחנות נותנות שירות לילדים עד גיל 6, אך מפאת מגבלה של זמינות נתונים (נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה עבור פילוח האוכלוסייה לפי קבוצות גיל), נעשה שימוש בנתונים על מספר הילדים מתחת לגיל 5 שנים¹⁹. כמו כן יש לציין, כי רוב השירות בתחנות טיפת חלב ניתן לתינוקות וילדים עד גיל שנתיים.

מקור הנתונים הוא המחלקה לאם ולילד והמחלקה לסיעוד בשירותי בריאות הציבור, במשרד הבריאות²⁰.

¹⁷ למידע נוסף על טיפות חלב ראה אתר של משרד הבריאות:

http://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/health_centers/Pages/family_health_centers.aspx
¹⁸ על פי המלצת משרד הבריאות (חזר מנכ"ל מספר 12/07 מ- 13.6.07) ראוי כי תחנת טיפת חלב יתנו שירות ללא פחות מ- 100 תינוקות, וללא יותר מ- 500 תינוקות, על מנת שהטיפול יהיה מיטבי. כמו כן ראוי למקם תחנות במקום נגיש לאוכלוסייה, בהתחשב למרחק ממקום המגורים.

¹⁹ ראה פרסום רשויות מקומיות בישראל של למ"ס (2013).

²⁰ תודתנו הרבה נתונה לד"ר ליזה רובין, מנהלת המחלקה לאם וילד, גב' מירה חונוביץ, אחות מפקחת ארצית, ד"ר אמיליה אניס, מנהלת אגף לאפידמיולוגיה, ומגי יהושע, רכזת לשכת אם וילד, על הספקת הנתונים ושיתוף פעולה.

מעיון במפה, ניתן לזהות הבדלים אזוריים במספר הממוצע של ילדים ותינוקות לטיפת חלב. ניכרים הבדלים משמעותיים בין צפון הארץ, בו המצב נראה משביע רצון, לבין אזור המרכז ואזור הדרום.

במרכז הארץ, לעומת זאת, כמו גם באזור הדרום, נראים ריכוזי יישובים עם עומס רב יחסית של ילדים לתחנת טיפת חלב. בולטים בהקשר זה הם יישוביים עם ריכוזים גדולים של אוכלוסייה חרדית: ירושלים, בני ברק, בית שמש, אלעד. ייתכן, וספקי השירות באזורים האלה מתקשים לעמוד בקצב המהיר של גידול האוכלוסייה ובמספר הילדים הגדול ביישוב.

צפיפות רבה במספר ילדים לתחנת טיפת חלב נצפית גם בערים מרכזיות ומבוססות במגזר היהודי הכללי, כגון תל אביב, גבעתיים, חולון, בת ים וראשון לציון. באזור הדרום, המצב הבעייתי ביותר ניכר בשני יישובים בדואים – כסיפה וערערה בנגב. ביישובים הסמוכים עומס בטיפת חלב ניכר גם ביישובים ערביים (כגון רהט ושגב שלום), וגם ביישובים יהודיים (כגון באר שבע, נתיבות ודימונה).

עם זאת, יש להסתייג ולציין, כי המפה מציגה תמונה ממוצעת של נקודות השירות, ללא התחשבות במאפייני השירות: ישנן תחנות טיפות חלב שעולות על אחרות מבחינת גדל הצוות הטיפולי או שטח התחנה. אנו מקווים, כי בעתיד נוכל לספק מידע גם בהתחשב בהבדלים הללו.

במסגרת המיפוי שביצענו, זיהינו יישובים כלל ללא שירות של טיפת חלב, על אף שמספר התינוקות והילדים דורש זאת²¹. מצאנו כי בארבעה יישובים – צור הדסה במחוז ירושלים, בני עייש במחוז המרכז, אלעזר וכפר אדומים במחוז יהודה ושומרון, חסר שירות של טיפת חלב, והתושבים כנראה נאלצים להגיע ליישובים אחרים, ולא בהכרח סמוכים.

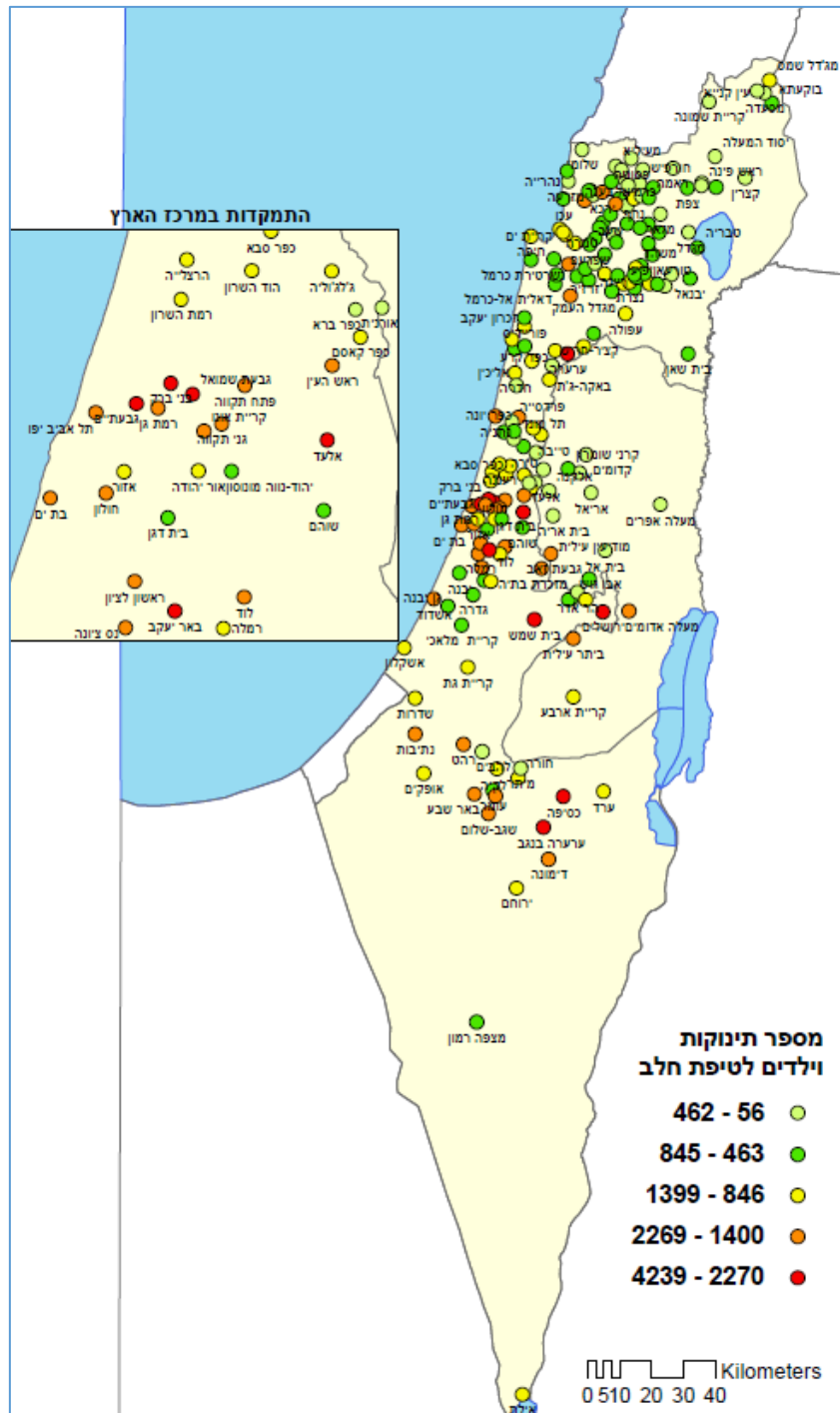
ביצענו גם מיפוי של תחנות טיפות החלב לפי הגורם המפעיל (משרד הבריאות, ארבעת קופות החולים), וכן מיפוי של השתייכות התושבים לקופות החולים השונות. מהמיפוי, עולה הסוגיה של יישובים בהם שירותי טיפות חלב ניתנים רק על ידי קופה אחת. זיהוי יישובים מסוג זה התאפשר הודות להצלבת מידע בנוגע לבעלות על טיפות חלב והשתייכות לקופות חולים לפי יישוב²². בהצלבה בין תוצרי המיפוי, אותרו מספר יישובים, בהם השירות ניתן רק על ידי קופה אחת (לרוב – כללית שירותי בריאות), אך בפועל ביישובים הללו מתגוררים מבוטחים בקופות חולים אחרות²³. המצב מאפיין בדרך כלל יישובים קטנים. ראוי לבדוק את הנושא הנ"ל בהמשך, על מנת לוודא כי מבוטחי כל הקופות יוכלו לקבל שירות נגיש ביישוביהם הם.

²¹ המפות לא מוצגות בפרסום הנוכחי בשל עומס המידע הכלול בהן.

²² ראה הערה קודמת.

²³ ביישובי יהודה ושומרון תחנות טיפות חלב של קופות חולים מחויבות לספק שירות למבוטחים של כלל הקופות, בפועל הדבר לא תמיד מתקיים (ראו פרק המערך של תחנות טיפת חלב בתוך דוח שנתי של מבקר המדינה 64 משנת 2014).

מפה 10. פריסת תחנות טיפת חלב ברשויות המקומיות, כולל המספר הממוצע של ילדים בגילאי לידה עד 4 שנים לתחנה אחת



מניעה ראשונית

כיסוי חיסוני בגיל ילדות

שיעור הילדים המחוסנים מעיד על רמת ההתגוננות של האוכלוסייה באזורים שונים או בקהילה מסוימת בפני מחלות שונות, בחלקן קשות מאוד. אין חובת התחסנות במדינת ישראל ועל כן כיסוי

החיסונים מבטא במידה גדולה את מודעות הציבור ויחסו כלפי חיסונים. הכיסוי החיסוני בישראל הוא גבוה, דומה מבחינת היקף לזה שבמדינות OECD.²⁴ עם זאת בעיה ברמת הכיסוי יכולה לטמון בחובה בעיות של נגישות זמינות של שירותי מניעה ראשונית.

לצורך הפרסום נבנה מקבץ מפות (מפה 16) המציגות את כיסוי חיסוני השגרה בקרב ילדי ישראל. הכיסוי החיסוני מבוטא באחוזים והינו היחס בין מספר מקבלי החיסון לבין מספר הילדים הרשומים בתחנות טיפות חלב. הנתונים שמוצגים במפות כוללים חיסונים שניתנו לילדי שנת 2010 בהגיעם לגיל שנתיים בשנת 2012 לפי נפה²⁵. מקור הנתונים הוא האגף לאפידימיולוגיה של משרד הבריאות. המידע מבוסס על דיווח של לשכות הבריאות.

להלן פירוט החיסונים המוצגים במפות²⁶:

המספר שמופיע ליד שם החיסון מציין מספר מנה (ראשונה, שנייה או שלישית) לחיסונים הניתנים במנות חזרות.

Rota - תרכיב נגד זיהום הנגרם ע"י נגיף רוטה. במפה מוצג כיסוי חיסונים לילידי 2011 בהגיעם לגיל 6 חודשים (Rota3). בשנת 2011 החיסון נכנס לראשונה לשגרת החיסונים בישראל.
HBV - תרכיב נגד דלקת כבד B
IPV - תרכיב מומת נגד שיתוק ילדים
DTaP - תרכיב נגד אסכרה-פלצת-שעלת
DT4 - התרכיב הכפול אסכרה-פלצת, במפה מוצג אחוז מסך הכל מועמדים לחיסון DTP (תרכיב משולש אסכרה-פלצת-שעלת)
Hib - אינפלואנצה המופילוס נגד תרכיב
MMR - תרכיב נגד חצבת-חזרת-אדמת
Var - תרכיב נגד אבעבועות רוח
HAV - תרכיב נגד דלקת כבד A. המפה מציגה ילידי 2009 בהגיעם לגיל שלוש.
PCV13 - תרכיב מצומד נגד זיהומים פנוימוקוקיים. המפה מציגה מנות לקבוצות סיכון.
HPV - תרכיב נגד זיהום הנגרם ע"י נגיף פפילומה באדם

ככלל, כיסוי החיסונים בישראל הוא גבוה. יחד עם זאת, ישנם הבדלים ברמות הכיסוי בין נפות, שבאים לידי ביטוי במפות המצורפות.

מעיון כללי בנתונים, עוד טרם המיפוי, ניתן להתרשם, שרמת הכיסוי החיסוני משתנה בהתאם לסוג החיסון. הרמה הנמוכה ביותר בכלל האוכלוסייה נצפית בחיסון Rota, בה שיעור החיסונים יורד עד לרמה של 70%, והגבוהה ביותר ב- MMR1, לגביה אחוז המתחסנים בכל הנפות אינו יורד מ-92%²⁷.

²⁴ משרד הבריאות. בריאות בישראל 2013. המלב"ם ואגף המידע, מינהל מידע ומחשוב

²⁵ נתוני הכיסוי החיסוני בנפת יהודה ושומרון כלול בנתוני מחוזות המרכז וירושלים.

²⁶ מתוך תדריך חיסונים של משרד הבריאות, מעודכן ל- 2015.

²⁷ יתכן והפער ברמת הכיסוי נובעת מהבדלים בנגישות לשני החיסונים - לחיסון רוטה יש כללים מאוד נוקשים לעיתוי החיסון: לא לפני גיל מסוים, וגם לא אחרי גיל מסוים, כמו כן נדרשים 3 מנות בתוך טווח הזמן המותר. ואילו ב MMR ניתנת מנה אחת אחרי גיל שנה.

הנפה המובילה בשיעור ההתחסנות ביחס לכל חיסוני השגרה היא נפת נצרת. נפות נוספות עם רמת הכיסוי החיסוני הגבוהה הן נתניה, פתח תקווה, רחובות וחיפה. לעומת זאת, הכיסוי הנמוך ביותר נצפה בנפות ירושלים, תל אביב, צפת ועפולה.

אומנם הכיסוי החיסוני הנמוך במיוחד בנפות מרכזיות – ירושלים ותל אביב, קשור ככל הנראה להרכב האוכלוסייה המתגוררת בהן²⁸, אך סביר להניח, כי גם לקושי בנגישות לשירות. כפי שניתן להתרשם ממפה 10, המציגה את המספר הממוצע של תינוקות וילדים לטיפת חלב אחת ביישובים השונים, בערים ירושלים ותל אביב, כמו גם במספר יישובים השייכים לשתי הנפות, קיים עומס רב של תינוקות בתחנות.

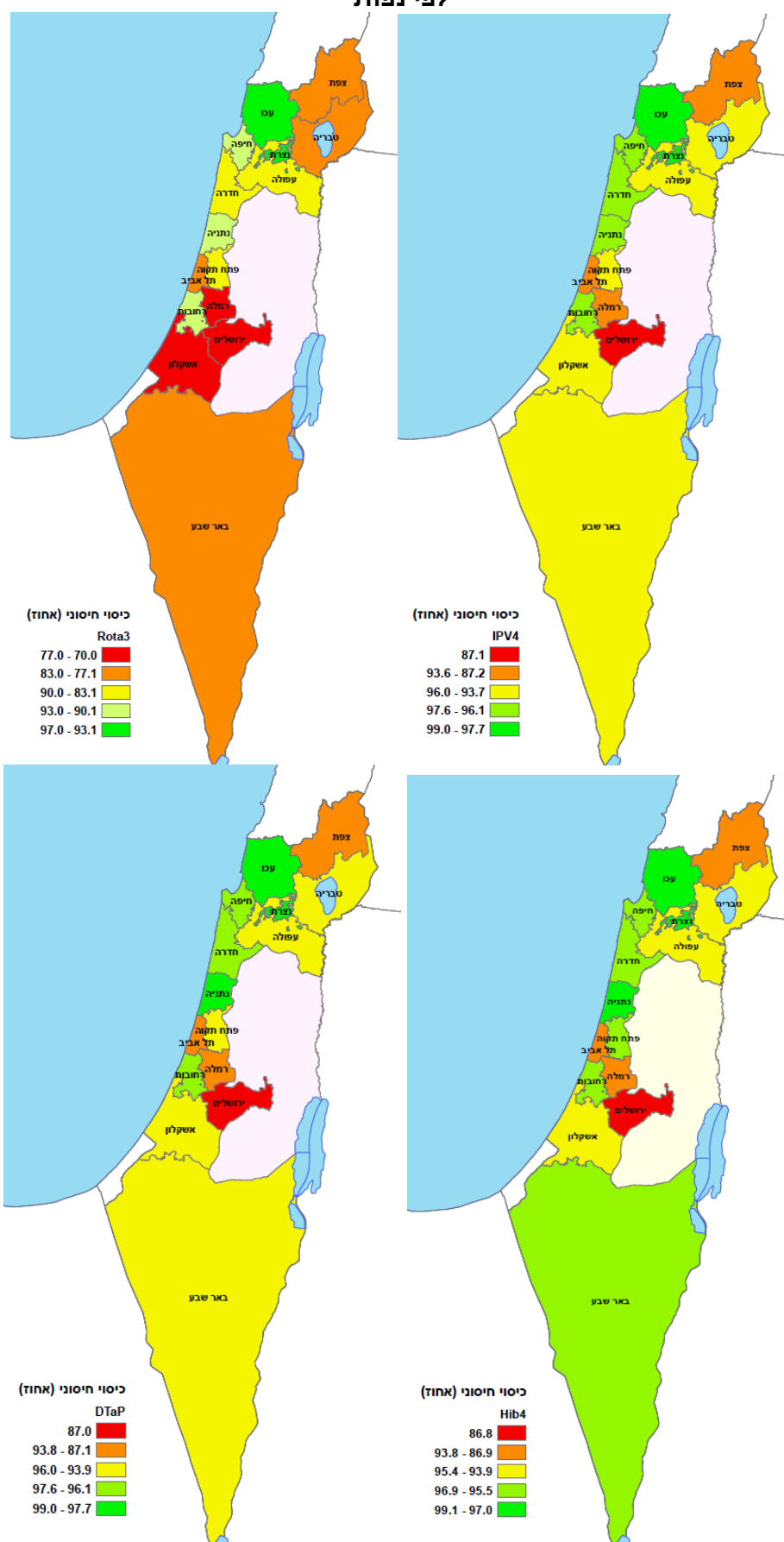
לעומת אזור המרכז, בדרום, נפות באר שבע ואשקלון מציגות שיעורי התחסנות גבוהים.

ישנן נפות, שמצטיינות באחוז כיסוי גבוה לתרכיבים אחדים, אך נמוך לתרכיבים אחרים. זו היא לדוגמא נפת עכו, בה נצפה אחוז כיסוי גבוה לשבעה סוגי חיסונים, מול כיסוי נמוך לאחד, וכיסוי נמוך מאוד לשניים.

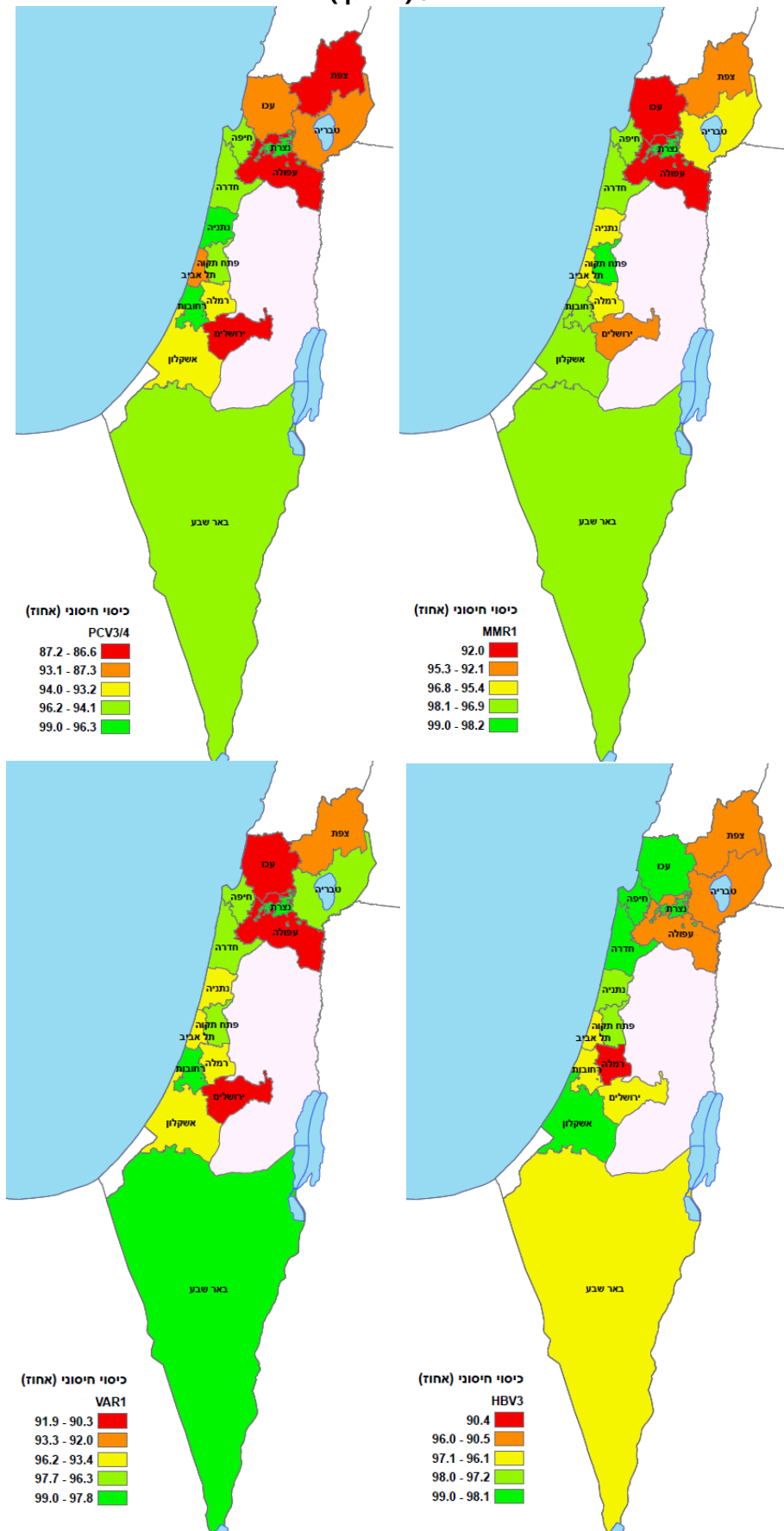
לבסוף נציין, כי הנתונים במפות מתייחסים לכלל הילדים בנפה, ללא הפרדה בין המגזר היהודי והערבי. יחד עם זאת ראוי לציין, כי על פי נתוני משרד הבריאות, קיימים פערים בהתחסנות בין שני המגזרים. אחוז הכיסוי החיסוני במגזר הערבי, ברמה כלל ארצית, עולה על אחוז הילדים היהודיים המחוסנים בכל חיסוני חובה. הפער המשמעותי ביותר נצפה בחיסון נגד נגיף רוטה – 79% כיסוי חיסוני בקרב ילדים במגזר היהודי, ביחס ל 92% בקרב הילדים במגזר הערבי. הפער הקטן ביותר נרשם עבור חיסון MMR1 (96% במגזר היהודי לעומת 97% במגזר הערבי).

²⁸ המחקרים מצביעים על אוכלוסייה במעמד חברתי-כלכלי גבוה וחלק מקהילות חרדיות כאוכלוסיות עם התנגדות גבוהה יותר לחיסון ילדים בשל תפיסות אידיאולוגיות או אמונות, כמו גם על קושי של משפחות חרדיות גדולות הטרודות בענייני יום יום לחסן את הילדים. יחד עם זאת, לפי המחקרים אחוז ההורים "הסרבנים" הוא זניח, ולא יכול להסביר את היקפי החיסון הנמוכים בשני האזורים. למידע נוסף ראה: כהן ד', מוחסן ח', קלמנט א' ולבנטל א'. 2010. הערכת ההיקף וגורמי הסיכון לחוסר היענות לקבלת חיסוני השגרה בילדות בישראל, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות.

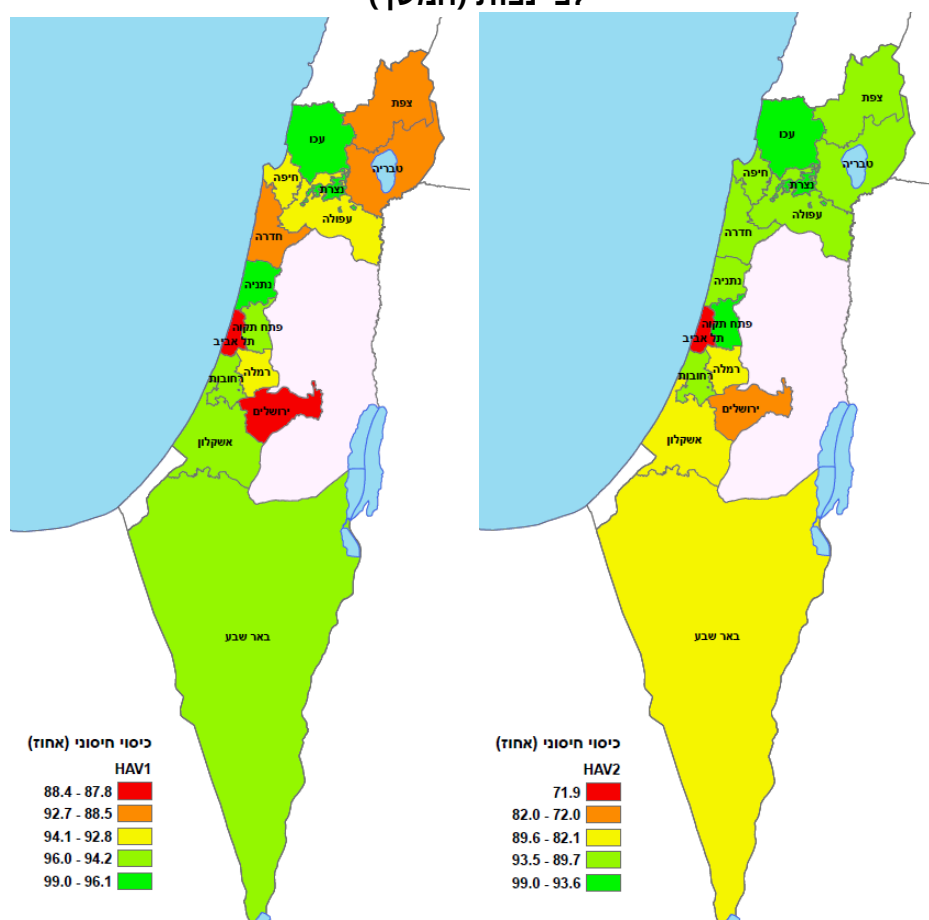
מפה 16. כיסוי חיסוני בקרב ילדים בהגיעם לגיל שנתיים בשנת 2012 (ילידי 2010), לפי נפות



מפה 16. כיסוי חיסון בקרב ילדים בהגיעם לגיל שנתיים בשנת 2012 (ילידי 2010), לפי נפות (המשך)



מפה 16. כיסוי חיסון בקרב ילדים בהגיעם לגיל שנתיים בשנת 2012 (ילידי 2010), לפי נפות (המשך)



בתי מרקחת

קיימת חשיבות רבה לזמינות ולנגישות פיזית לבתי מרקחת. רוב המפגשים בין מטופל לרופא בקהילה מובילים לרישום מרשם ולרכישת תרופה על ידי המטופל, על כן ניתן לראות בשירותי הרוקחות חלק בלתי נפרד וחיוני משירותי הבריאות בקהילה. בהקשר זה ראוי לזכור מי הם הצרכנים "הכבדים" ביותר של שירותי הרוקחות - קשישים, חולים כרוניים, אנשים עם מגבלה - כל אלה ורבים אחרים מזקקים לשירותי הספקת תרופות קרובה לביתם.

שירותי בתי מרקחת בקהילה ניתנים על ידי קופות חולים בבתי מרקחת שבעלותם, כמו גם על ידי בתי מרקחת פרטיים (כ- 500) ורשתות פארמה גדולות (כ- 270), שנותנות שירות מטעמן לחלק ממבוטחי קופות החולים. כיום בישראל פועלים קרוב ל- 2,000 בתי מרקחת. השונות במספר בתי מרקחת ליישוב היא רבה – מבית מרקחת בודד ביישוב קטן לבין עשרות בתי מרקחת למכירת תרופות ביישובים גדולים. לדוגמא, בירושלים כמות בתי מרקחת עולה על מאה חמישים.

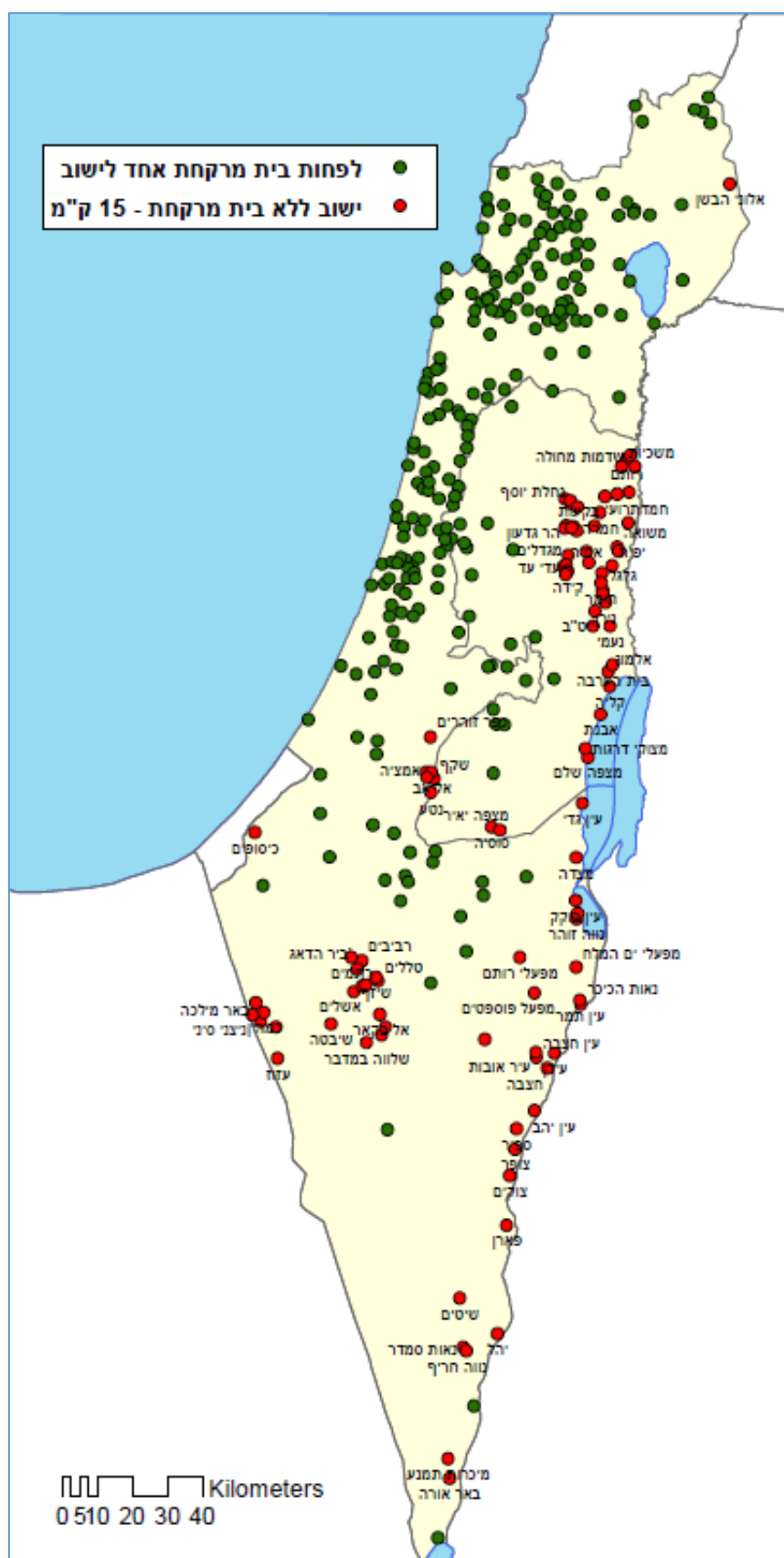
בחרנו לצורך המיפוי להציג פריסת בתי מרקחת ביישובים בישראל, עם דגש על יישובים ללא שירותי רוקחות נגישים. מפה 11 מציגה יישובים בהם קיים לפחות בית מרקחת אחד, ויישובים

ללא בית מרקחת, המרוחקים מעל 15 ק"מ מיישוב סמוך עם בית מרקחת. מקור הנתונים הוא רשימת בתי המרקחת מאגף הרוקחות של משרד הבריאות²⁹. המפה מאפשרת להתרשם מפריסה רחבה של יישובים עם בתי מרקחת במדינה, עם כיסוי רחב של שירותי רוקחות בצפון הארץ ובמרכזה. ככלל, פריסת השירות משקפת פיזור האוכלוסייה. לצד זה בולטים אזורים עם ריכוז יישובים ללא בתי מרקחת, ואשר מרוחקים מעל 15 ק"מ ויותר מבית המרקחת הקרוב. אלו הם בקעת הירדן, אזור ים המלח, הערבה, הר הנגב הצפוני, ואזור לכיש. יישובים בודדים המרוחקים משירותי רוקחות הם אלוני בשן (הגולן), כיסופים (גבול חבל עזה), וסוסיה ומצפה יאיר (יהודה ושומרון). בכל המקרים מדובר בריכזים של יישובים קטנים, הנמצאים ברובם סמוך לגבולות המדינה.

הצלבת נתוני המיקום של בית מרקחת עם בעלות על השירות הביאה לזיהוי יישובים, קטנים לרוב, בהם שירותי בתי מרקחת ניתנים על ידי ספק אחד³⁰. במידה ומדובר בקופת חולים, אשר משרתת רק את קהל מבוטחיה (כגון כללית שירותי בריאות) הדבר יוצר קשיי נגישות עבור מבוטחים בקופות אחרות, המתגוררים באותו היישוב. יש לוודא כי ביישובים האלה מבוטחים של קופות אחרות יזכו לקבל שירות רוקחי נגיש. לבסוף יש להסתייג ולומר, כי המפה אינה נותנת ביטוי לגודל השירות או לזמינותו לתושבים – כך, למשל, סניפי רשתות פרמצבטיות גדולות פתוחות לקהל עד שעות הלילה המאוחרות ואפילו שירות 24/7. אנו מקווים שנוכל להציג מפה מסוג זה, המשקפת הבדלים בין ספקי השירות, בדוחות אי-שוויון עתידיים.

²⁹ תודתנו הרבה נתונה לד"ר אלי מרום, סגן מנהל אגף הרוקחות, על הספקת הנתונים ושיתוף פעולה.
³⁰ המפות לא מוצגות בפרסום הנוכחי בשל עומס המידע הכלול בהן.

מפה 11. יישובים עם בתי מרקחת ויישובים ללא בית מרקחת המרוחקים מעל 15 ק"מ מיישוב עם בית מרקחת



מוקדי רפואה דחופה

מוקדי רפואה דחופה בקהילה (מלר"דים) מספקים שירותי עזרה רפואית דחופה למבוטחי קופות חולים בשעות שהמרפאות אינן פעילות. השירות משלים את פעילותם של מחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים הכלליים. פעילות המוקדים מעוגנת בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר מחייב את קופות החולים להעמיד לרשות מבוטחיה חלופת שירות סבירה בכל שעות היממה³¹.

חשיבות הפריסה הרחבה של מוקדי רפואה דחופה בקהילה היא לצורך מתן שירות נגיש חמין במקרי חירום רפואי, וגם בהקלה על עומס בחדרי מיון של בתי חולים, המתקיים בכל ימות השנה.

חוזר של משרד הבריאות מגדיר את שעות הפעילות השגרתיות של מרפאות הקופה - משעה 8:00 ועד השעה 19:00, בימי ו' וערבי חג - משעה 8:00 ועד השעה 12:00 מעבר לשעות אלה, אמור לעמוד לטובת המבוטח מערך לילי של השירות, שיינתן על ידי הקופה או מטעמה, וכן במקרים המתאימים לכך, או מערכי הרפואה הדחופה של בתי החולים הכלליים³². הקופות אמורות להעמיד לרשות המבוטחים מוקד טלפוני מאויש, שתפקידו להפנות את המבוטח הנזקק לשירות רפואי מעבר לשעות הפעילות הרגילות של מרפאות הקופה לנותן שירות מתאים - מוקד רפואי לילי, ביקור בית של הרופא או חדר מיון בבית חולים.

כאמור, שירותי רפואה דחופה בקהילה ניתנים באמצעות מוקדים של קופות חולים עבור מבוטחיהם או על ידי חברות פרטיות שנותנות שירות מטעמן (כמו "טרם", "ביקור רופא" ואחרים). בשל חוסר כדאיות כלכלית לפתיחת מוקדים בריכזי אוכלוסייה קטנים, יזם משרד הבריאות פתיחת מוקדי רפואה בפריפריה במימון משרד הבריאות, הרשות המקומית וקופות החולים. מוקדים אלו נותנים שירות למבוטחי כל קופות החולים באזור.

מפות 12-14 מציגות פריסה של שירותי רפואה דחופה בקהילה מזוויות שונות. מקור הנתונים הוא קופות החולים והאגף לרפואה קהילתית במשרד הבריאות³³.

מפה 12 מציגה פריסת יישובים עם מוקדי רפואה דחופה, לצדם של בתי חולים כלליים. במפה מצוינים יישובים בהם קיים לפחות מוקד אחד. המפה מאפשרת התרשמות כללית מנגישות של שירותי רפואה דחופה בישראל. ככלל, הריכוז של מוקדים משקף את פיזור האוכלוסייה במדינה מצד אחד, ורמת פיתוח שירותי רפואה ברמה אזורית מצד שני. מאידך, בולטים שטחים נרחבים בהם על פניו חסרים שירותי רפואה דחופה קהילתיים, זאת לצד היעדר מוסדות אשפוז כלליים.

על מנת לזהות ביתר דיוק יישובים או אזורים ללא מוקדי רפואה דחופה, נבנתה מפה נוספת (מפה 13). המפה מציגה יישובים עם מוקדי רפואה דחופה ויישובים ללא מוקד רפואה דחופה המרוחקים מעל 20 ק"מ מיישוב עם מוקד. העיון במפה מלמד, כי ישנם מספר אזורים בולטים, בהם קיים על

³¹ ראה מידע נוסף על מוקדי רפואה דחופה בקהילה באתר משרד הבריאות:

http://www.health.gov.il/Services/Citizen_Services/Pages/medical_center_night.aspx

³² חוזר מנכ"ל "שירותים רפואיים בשעות בהן מרפאות קופות החולים אינן פעילות" (חוזר 14/2008)

³³ תודתנו הרבה נתונה לד"ר הדר אלעד, מנהל האגף לרפואה קהילתית ולגב' שרית יערי, מנהלת מחלקה לבקרה על שירותים רפואיים בקהילה, על הספקת הנתונים ושיתוף הפעולה.

פניו קושי לקבל שירות רפואה דחופה באמצעות מוקדי רפואה דחופה במרחק סביר. אלו הם אזור הגולן, בקעת הירדן, אזור ים המלח, הר הנגב הצפוני, והערבה. ניתן לשים לב, כי רוב האזורים האלה מהווים את ה"שוליים" הגיאוגרפיים של המדינה, וחלקם נמצאים באזורי גבול עם מציאות ביטחונית לא יציבה ולפעמים קשה. נוסף לכך, נראה כי מדובר בדרך כלל ביישובים קטנים, ביניהם מושבים, קיבוצים, יישובים קהילתיים, בהם, סביר להניח, קופות החולים לא מקימות שירות רפואה דחופה עקב מספר קטן יחסית של המבוטחים.

ניתן להתרשם כי גודל היישוב, ריחוק רב ממרכז הארץ וממרכזי אוכלוסייה, צפיפות אוכלוסייה באזור ונגישות פיזית נמוכה (כמו במקרה של יישובי הנגב) מהווים גורמי סיכון להיעדר גישה למוקדי רפואה דחופה.

מפה 14 מציגה יישובים עם מוקד רפואה דחופה לפי קופת חולים. במפה ניתן לזהות לא מעט יישובים בהם שירותי רפואה דחופה מופעלים רק על ידי קופה אחת. מאחר וחלק מהקופות מספקות שירות רק למבוטחיה, משמעות הדבר, כי המבוטחים של קופות אחרות יצטרכו להגיע ליישובים הסמוכים, ולא תמיד במרחק קצר, על מנת לקבל את העזרה הראשונה. חשוב לוודא בבדיקה נוספת, כי גם ביישובים האלה מבוטחים של קופות אחרות יזכו לשירות אופטימאלי.

חשוב להסתייג ולומר, כי המפה מציגה למעשה את נקודות השירות, ללא התייחסות להיקף ומגוון השירותים הניתנים במלר"דים, כאשר למעשה המוקדים נבדלים מאוד האחד מהשני מבחינה זו: ישנם מוקדים גדולים מאוד, המציעים מגוון שירותים (כגון רנטגן, שירותי מעבדה מורחבת וכד'), בהם מועסקים צוותים מקצועיים גדולים. ישנם מוקדים קטנים, עם איש צוות רפואה יחיד ויכולת מתן שירותי עזרה ראשונה בסיסית.

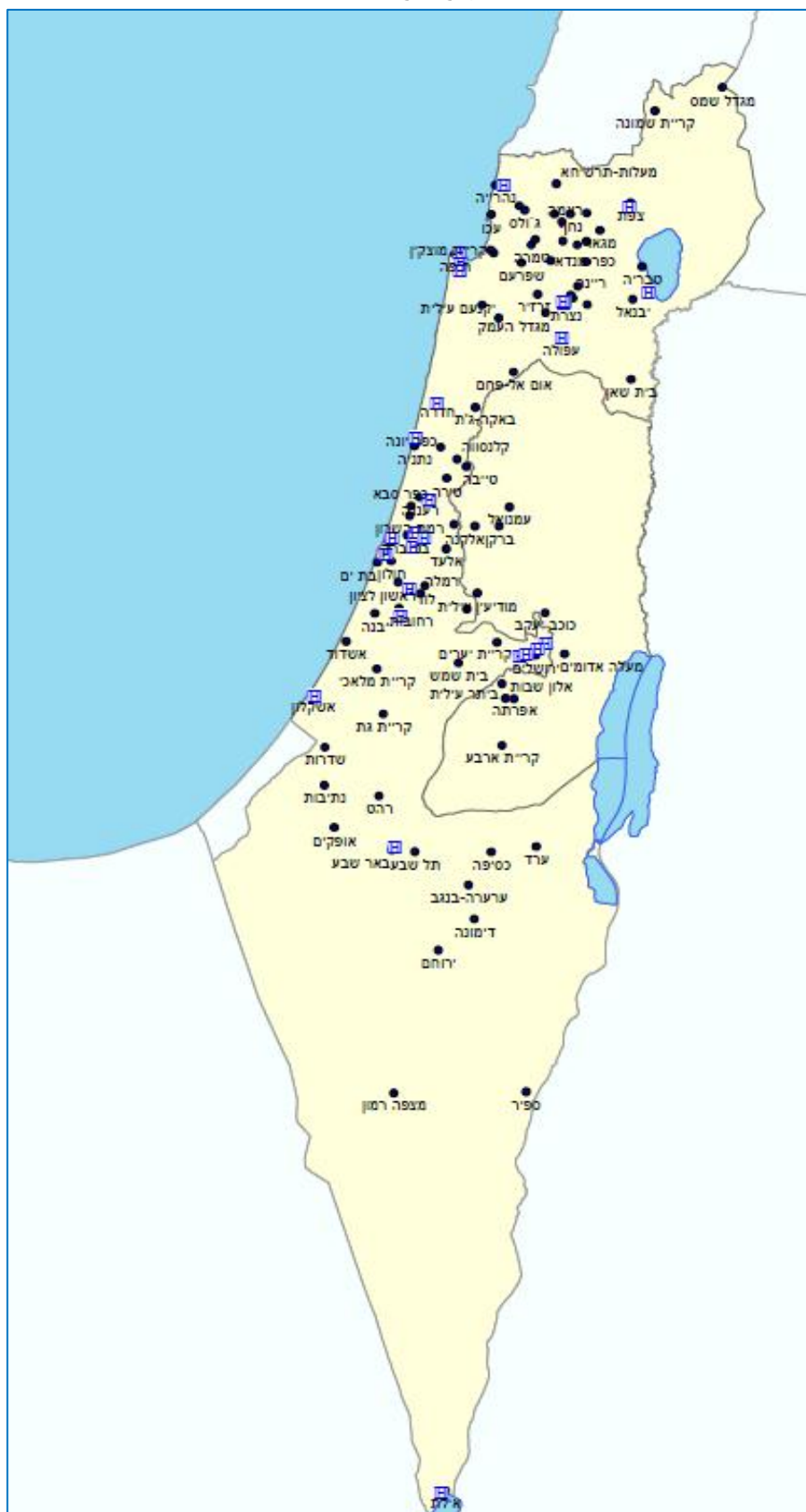
קיימים גם הבדלים ניכרים בזמינות השירות. חלק מהמוקדים פתוחים מספר צמצום של שעות בערבים, לעומתם ישנם אלה המספקים שירות רפואה כל שעות הערב והלילה. כמו כן, ישנם ערים, ובמיוחד הערים הגדולות, בהם קיים מספר מלר"דים, דבר שלא בא לידי ביטוי במפה המצורפת.

בהקשר זה חשוב להזכיר את הפעולה הענפה של משרד הבריאות בשנים האחרונות לשיפור מערך שירותי רפואה דחופה בפריפריה. במסגרת הפרויקט של הקמת מוקדי רפואה דחופה, מאז שנת 2012 הוקמו 11 מוקדים חדשים, רובם באזורים פריפריאליים. המוקדים הוקמו במימון המשותף של משרד הבריאות, קופות החולים והרשות המקומית³⁴.

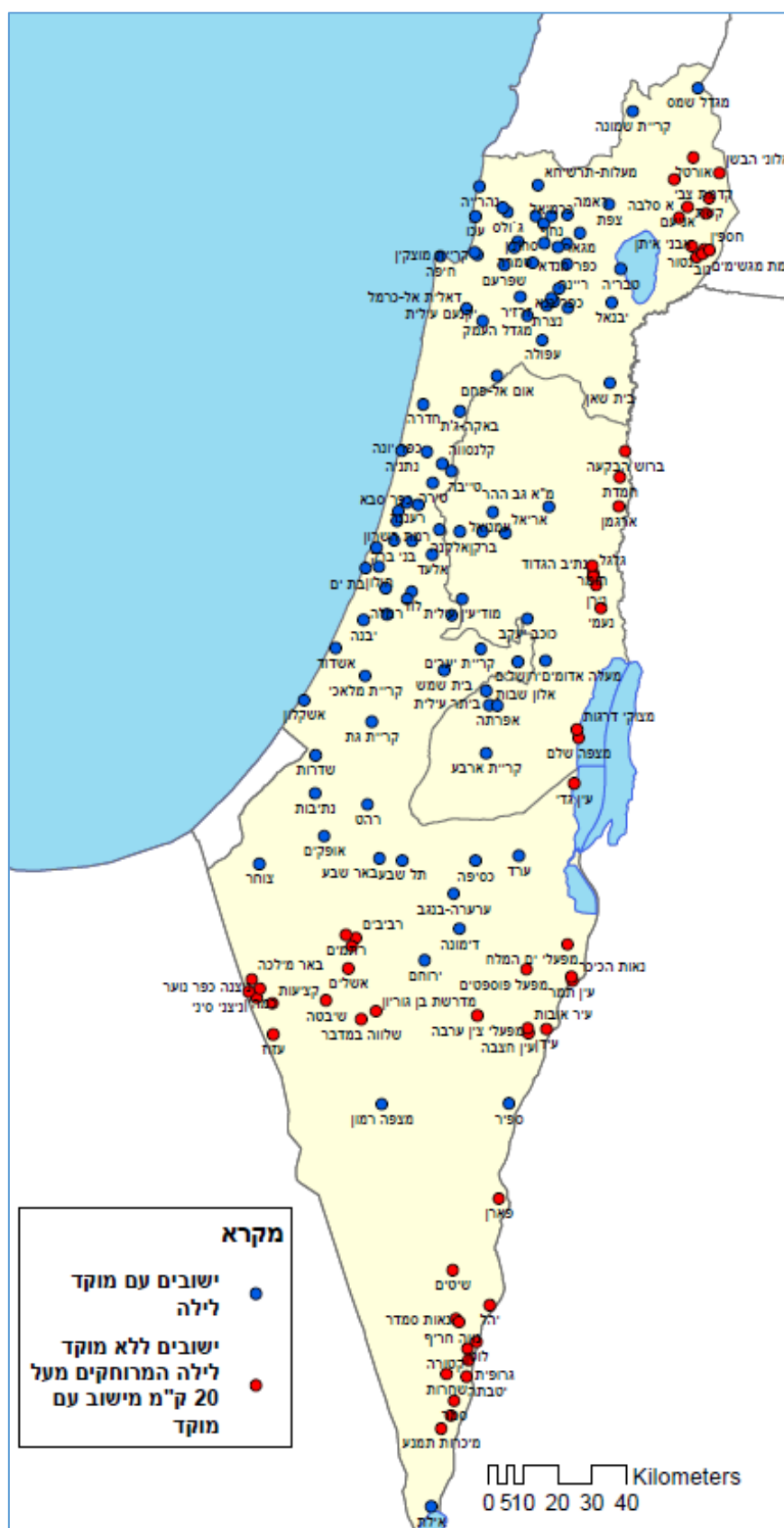
הפעילות בתחום זה אינה תמה ונכון להיום במשרד בריאות קיימת תוכנית לפיה בשנת 2016 יוקמו בישראל 8 מוקדי רפואה דחופה חדשים.

³⁴ במצפה רמון משתתפת במימון גם קרן רש"י.

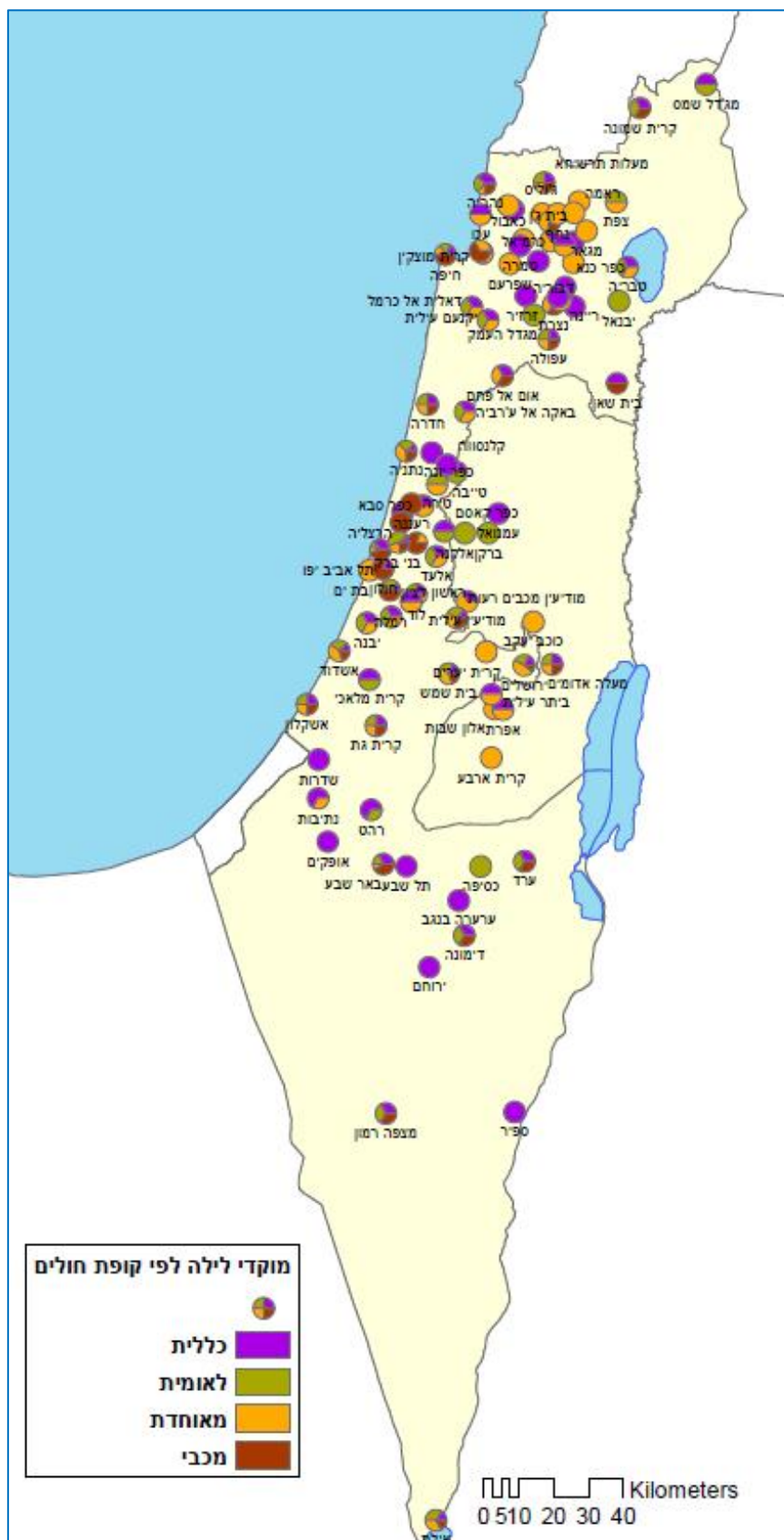
מפה 12. פריסת יישובים עם מוקדי רפואה דחופה בקהילה, כולל פריסת בתי חולים כלליים



מפה 13. יישובים עם מוקדי רפואה דחופה בקהילה ויישובים ללא מוקד רפואה דחופה המרוחקים מעל 20 ק"מ מיישוב עם מוקד



מפה 14. יישובים עם מוקדי רפואה דחופה של קופות חולים לפי בעלות



פרק 3. מגמות לאורך זמן בפערים מוחלטים ויחסיים בבריאות ובשימוש בשירותי בריאות

שלומית אבני, רני פלוטניק¹

פרק זה נועד לבחון את ההתפתחויות בפערים בבריאות ובשימוש בשירותי בריאות על-פני זמן.

לצורך כך נבחרו 9 מדדים: 3 מדדי תמותה (תמותת תינוקות לפי השכלה, תמותת תינוקות לפי סיבת מוות ואוכלוסייה ותמותה ממחלות לב ויתר לחץ דם), 4 מדדי תחלואה (סרטן, אסתמה, שכיחות סוכרת ואיזון סוכרת) ו-2 מדדי שימוש בשירותי בריאות (ויתור על תרופה או טיפול בגלל עלותה וביצוע בדיקת כולסטרול). הפערים התייחסו ל-2 משתני רקע מרכזיים, מצב חברתי-כלכלי ואתנו-לאומיות (יהודים/ערבים), ונבחנו לאורך השנים 1994 ועד היום, בהתאם לזמינות הנתונים.

בסקירה בחרנו להציג את הפערים בין הקבוצות בשתי דרכים: פערים מוחלטים ופערים יחסיים. פער מוחלט בין שתי קבוצות הוא ההפרש בין המדדים, ואילו פער יחסי בין שתי קבוצות הוא היחס ביניהם. אם לדוגמה בקבוצה א' קיים סיכוי של 10% לתחלואה ואילו בקבוצה ב' קיים סיכוי של 5%, הרי שהפער המוחלט בתחלואה בין הקבוצות הוא 5%, ואילו הפער היחסי בין הקבוצות הוא 2, או 100%.

ראוי לציין כי לסקירה מספר מגבלות. ראשית כל, אין ב-9 המדדים שנבחנו וב-2 משתני הרקע שהתמקדנו בהם, כדי לשקף נאמנה את התמונה הכוללת והמדויקת של מצב הפערים בבריאות ובשימוש בשירותי בריאות בישראל לאורך זמן, בין כלל הקבוצות החברתיות בישראל. נוסף לכך, הנתונים לקוחים ממקורות שונים, ובין השנים שיטות המדידה השתנו (ראו פירוט בהמשך). בנוסף, יש לשים לב כי פערים בבריאות מתועדים עוד קודם לשנת 1994 ועל כן ניתן ללמוד מהנתונים שלהלן, על תמונה "מקוטעת" של המגמות, אף על פי ששנת 1994 מהווה נקודת מפנה במובן של חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (שנכנס לתוקפו ב-1.1.1995). יחד עם זאת, יש בנתונים כדי להצביע על תמונת המצב הכוללת של פערים ואי-שוויון בבריאות בישראל, על הצלחות לצד כישלונות או סטגנציה במאמצים לצמצום אי-השוויון וחקריאת כיוון למחקרי המשך ולהכוונת מדיניות ופעילות המערכת בנושא.

¹ מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות

תמותת תינוקות

תמותת תינוקות מהווה מדד חשוב לאיכות מערכת הבריאות במדינה ולמצב הפערים בין קבוצות חברתיות שונות. השיעור הממוצע של תמותת התינוקות בישראל נמוך בהשוואה ל-OECD (3.1 ל-1,000 לידות חי לעומת ממוצע של 4.0 במדינות ה-OECD בשנת 2013). עם זאת, כידוע, קיימים בישראל פערים בשיעורי תמותת התינוקות בין יהודים לערבים, בין אימהות בעלות השכלה שונה ובין אזורים גיאוגרפיים.

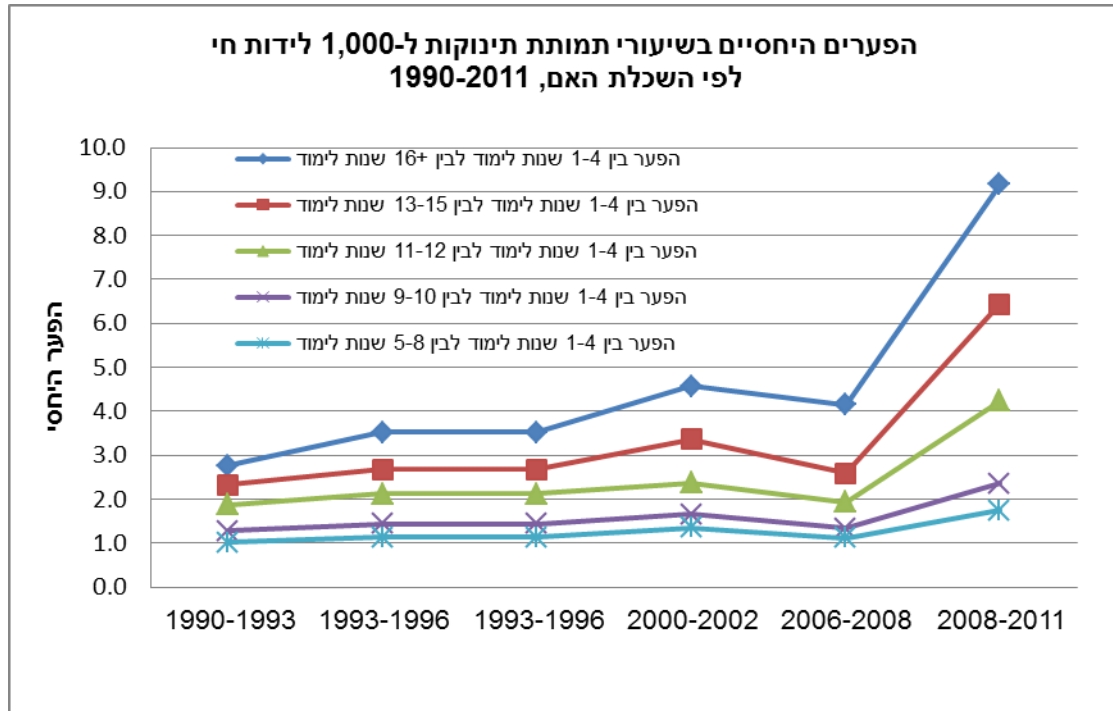
טבלה 1. שיעור תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי לפי השכלת האם (1993-2011)

שנות לימוד אם/ ממוצע שנים	16+	13-15	11-12	9-10	5-8	1-4
1990-1993	5.2	6.2	7.7	11.3	14.1	14.4
1993-1996	3.8	5	6.3	9.3	11.8	13.4
1993-1996	3.8	5	6.3	9.3	11.8	13.4
2000-2002	2.8	3.8	5.4	7.7	9.5	12.8
2006-2008	2	3.2	4.3	6.2	7.4	8.3
2008-2011	1.9	2.7	4.1	7.4	10	17.4

מקור: נתונים לאומיים על תמותת תינוקות בישראל, המחלקה לאם לילד ולמתבגר, שירותי בריאות הציבור, שנים שונות.

בחנו את המגמות בפערים בתמותת תינוקות על-פי השכלת אם, מדד חברתי בעל השפעה כבדת משקל על שיעורי תמותת התינוקות. בגרף מספר 1 ניתן לראות את הפערים היחסיים בשיעור תמותת התינוקות ל-1,000 לידות חי, בין אימהות בעלות השכלה נמוכה (1-4 שנות לימוד) לבין אימהות בעלות יותר שנות לימוד. בגרף ניתן לראות עליה מתונה לאורך השנים בפערים יחסיים בתמותת תינוקות לפי השכלת אם. חינוך בשנים 2008-2011, הנובע משיעור גבוה באופן חריג של תמותת תינוקות בקרב בעלות השכלה של 1-4 שנות לימוד. מהגרף ניתן לצפות במדרון החברתי-כלכלי בבריאות, המתבטא בכך שככל שעולה רמת ההשכלה של האם, פוחת שיעור תמותת התינוקות. סך כל הפער היחסי גדל מפי כ- 2.8 תמותת תינוקות בקרב בעלות השכלה נמוכה בהשוואה לבעלות השכלה גבוהה בממוצע, בשנים 1990-1993, לפי 9.2 בשנים 2008-2011.

יש להסתייג ולומר כי הנתונים על השכלת האם לא תמיד מלאים. נוסף לכך, המספרים קטנים ועל כן האומדנים לא יציבים. לכן, יש להתייחס בזהירות לקפיצה המשמעותית בין השנים 2006-2008 לשנים 2009-2011 בתמותת תינוקות בקרב נשים עם 1-4 שנות לימוד. בכל מקרה, ברור כי רמת השכלה נמוכה של האם מהווה גורם סיכון מובהק לתמותת תינוקות גבוהה יותר.



מקור: נתונים לאומיים על תמותת תינוקות בישראל, המחלקה לאם לילד ולמתבגר, שירותי בריאות הציבור, שנים שונות.

בנוסף בחנו את מגמות הפערים בסיבות המרכזיות לתמותת התינוקות בהשוואה בין יהודים לערבים, לאורך השנים 1999-2011. עובדה ידועה ומבוססת היא ששיעורי תמותת התינוקות בקרב ערבים גבוהה יותר בהשוואה ליהודים. כן ידוע, כפי שגם משתקף מגרף 2 להלן, כי בקרב תינוקות ערבים, סיבת המוות המובילה היא מומים מולדים ואילו בקרב יהודים ואחרים, סיבת המוות המובילה היא פגות.

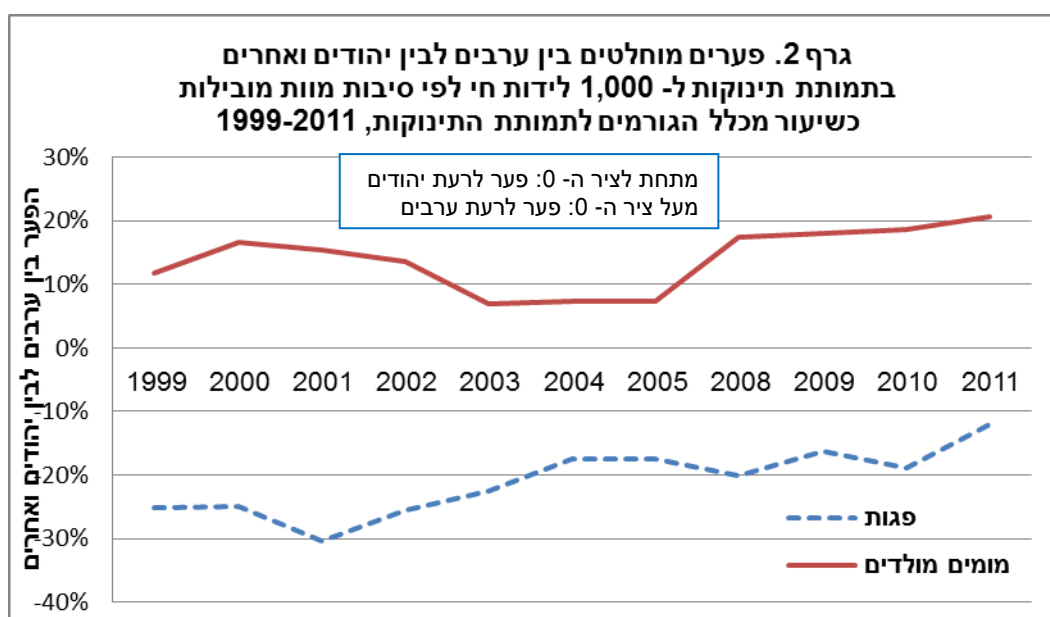
טבלה 2. התפלגות תמותת תינוקות לפי סיבות מוות מרכזיות ולאום (1999-2011)

יהודים ואחרים		ערבים		יהודים ואחרים		ערבים	
2011	1999	2011	1999	2011	1999	2011	1999
סיבת המוות פגות	47%	55%	201	35%	89	27%	89
מומים מולדים	27%	22%	82	48%	121	22%	82
פרינטלי	5%	6%	21	3%	8	6%	21
מחלות זיהומיות	5%	5%	20	4%	9	5%	20
מוות בעריסה	10%	3%	11	6%	15	3%	11
גורם חיצוני	1%	1%	3	1%	3	1%	3
אחר	2%	5%	19	1%	3	5%	19
לא ידוע	2%	2%	8	2%	6	2%	8
סה"כ	100%	100%	365	100%	254	100%	377

מקור: נתונים לאומיים על תמותת תינוקות בישראל, המחלקה לאם לילד ולמתבגר, שירותי בריאות הציבור, שנים שונות.

גרף 2. מדגים כיצד בין השנים 1999 ל- 2011 הפער היחסי לרעת יהודים בתמותת תינוקות מפגות הצטמצם בעוד הפער היחסי לרעת הערבים בתמותת תינוקות ממומים מולדים גדל. צמצום הפער בין יהודים לערבים (לרעת יהודים) בתמותת תינוקות כתוצאה מפגות, נובע מהעלייה היחסית בתמותת התינוקות מפגות אצל הערבים וירידה אצל יהודים, ביחס ליתר גורמי התמותה. כמו כן, ניתן לראות גידול בפער בין ערבים ליהודים (לרעת הערבים) בתמותה כתוצאה ממומים מולדים, גידול הנובע גם הוא מהעלייה היחסית הגדולה בתמותת התינוקות ממומים מולדים אצל ערבים, ביחס ליתר גורמי התמותה (אף כי חלה עלייה גם בקרב יהודים בגורם זה).

כלומר- מתוך כלל התינוקות הערבים שנפטרו לאורך השנים שנבחנו, בשנת 1999 - 30% מהתינוקות שנפטרו היו מסיבות הקשורות בפגות ו- 34% ממומים מולדים. בשנת 2011, 35% מכלל התינוקות הערבים שמתו מתו מסיבות הקשורות בפגות ו-48% ממומים מולדים (ראו בטבלה 2 להלן). במקביל, חל שיפור בקרב ערבים בהתייחס למוות מסיבות פרינטליות, מחלות זיהומיות וגורמים שסווגו כ"אחר" או "לא ידוע", אף כי יתכן שבשנים המוקדמות לא סווגו ולמעשה היו שייכים לסיבות הקשורות בפגות או במומים מולדים, 2 קטגוריות שבהן חלה כאמור עלייה יחסית ליתר סיבות המוות. בקרב יהודים, שיעור התינוקות שנפטרו ממומים מולדים ומגורמים חיצוניים, ביחס ליתר סיבות המוות, גדל בשנת 2011, בהשוואה לשנת 1999.



מקור: נתונים לאומיים על תמותת תינוקות בישראל, המחלקה לאם לילד ולמתבגר, שירותי בריאות הציבור, שנים שונות. הערות לתרשים:

- א. לא כולל נתונים חסרים עבור השנים 2006-2007
- ב. בשנים 1999-2000 סיבות המוות סווגו לפי יהודים/ לא יהודים. החל משנת 2000 הנתונים מסווגים לפי יהודים ואחרים/ ערבים. שינוי בשיטת הסיווג עשויה להשפיע על הנתונים בשנים המוקדמות.

תמותה ממחלות לב ויתר לחץ דם

בחלק זה בחרנו להשוות בין גברים ערבים לבין גברים יהודים, ובין נשים ערביות לבין נשים יהודיות, בשני גורמי תמותה הקשורים למחלות לב – יתר לחץ דם ואוטם חריף של שריר הלב. מחלות לב מהוות את סיבת המוות המובילה השנייה בקרב גברים ונשים ובקרב בני 75 ומעלה סיבת מוות מובילה ראשונה.

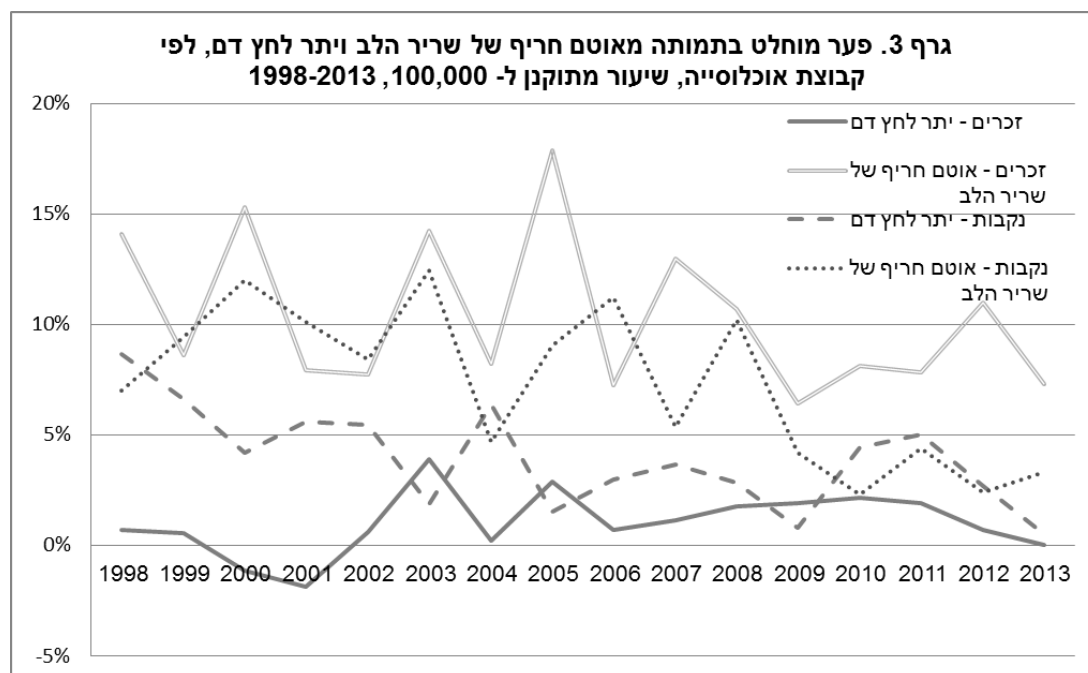
טבלה 3. שיעורי תמותה מאוטם חריף של שריר הלב ויתר לחץ דם מתוקנן ל-100,000 (1998-2013)

יהודים																
סבת מוות	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
זכרים																
יתר לחץ דם	6.6	6.7	6.0	4.0	5.9	4.7	6.0	4.7	4.7	5.8	5.8	4.0	4.8	4.8	5.0	4.6
אוטם חריף של שריר הלב	26.7	24.4	25.3	23.9	21.5	21.7	19.9	15.7	17.4	15.9	13.9	12.4	13.0	12.2	10.3	10.4
נקבות																
יתר לחץ דם	7.1	6.9	5.5	4.3	5.8	5.6	5.5	5.0	5.4	5.7	5.8	4.8	4.7	5.1	4.6	4.4
אוטם חריף של שריר הלב	15.1	13.5	13.5	12.2	10.5	11.5	10.7	10.0	9.7	9.0	7.6	6.7	6.2	6.2	5.9	5.2
ערבים																
סבת מוות	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
זכרים																
יתר לחץ דם	(7.3)	(7.2)	(4.8)	(2.2)	(6.6)	8.7	(6.2)	7.6	(5.4)	6.9	7.5	5.9	6.9	6.7	5.7	4.6
אוטם חריף של שריר הלב	40.8	33.0	40.6	31.8	29.3	35.9	28.1	33.6	24.6	28.8	24.5	18.8	21.1	20.0	21.3	17.7
נקבות																
יתר לחץ דם	15.7	13.6	9.6	9.9	11.2	7.5	11.9	6.6	8.4	9.3	8.7	5.6	9.1	10.1	7.3	4.9
אוטם חריף של שריר הלב	22.0	22.9	25.4	22.3	18.9	24.0	15.3	19.0	21.0	14.3	17.8	10.8	8.5	10.6	8.3	8.5

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שיעורי תמותה מתוקננים, לפי סיבות מוות נבחרות, מין וקבוצת אוכלוסייה 1998-2013, נתונים שנתיים.

חرف התנדודות בגרף 3 בין השנים שיתכן וקשורות בכך שמדובר בשיעורים נמוכים המייצרים אי-יציבות באומדנים בין השנים, ניתן להתרשם מהמגמות. ניתן לראות כי להוציא את השנים 2000-2001 בהן השיעור המתוקנן של זכרים יהודים שנפטרו כתוצאה מיתר לחץ דם היה גבוה משיעור הזכרים הערבים, התמותה אצל ערבים גבוהה באופן עקבי בהשוואה ליהודים, בשני הגורמים. בעוד הפערים המוחלטים בתמותה בן גברים יהודים לערבים, מיתר לחץ דם או מאוטם חריף של שריר הלב קטנו בין השנים 1998 ל-2013 (ביתר לחץ דם, למעשה נמחקו), הפער היחסי בין יהודים לערבים מתמותה מאוטם שריר הלב גדלו (במתינות) מ-1.5 בקרב ערבים לפי 1.7 בקרב

נשים גם הפערים המוחלטים וגם היחסיים, בין יהודיות לערביות, קטנו ב-2 גורמי המוות. הצמצום המשמעותי חל בהתייחס לתמותה מיתר לחץ דם - מפי 2.2 בקרב ערביות בהשוואה ליהודיות ב-1998, לפי 1.1 ב-2013.



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שיעורי תמותה מתוקננים, לפי סיבות מוות נבחרות, מין וקבוצת אוכלוסייה 1998-2012, נתונים שנתיים.

תחלואה מסרטן

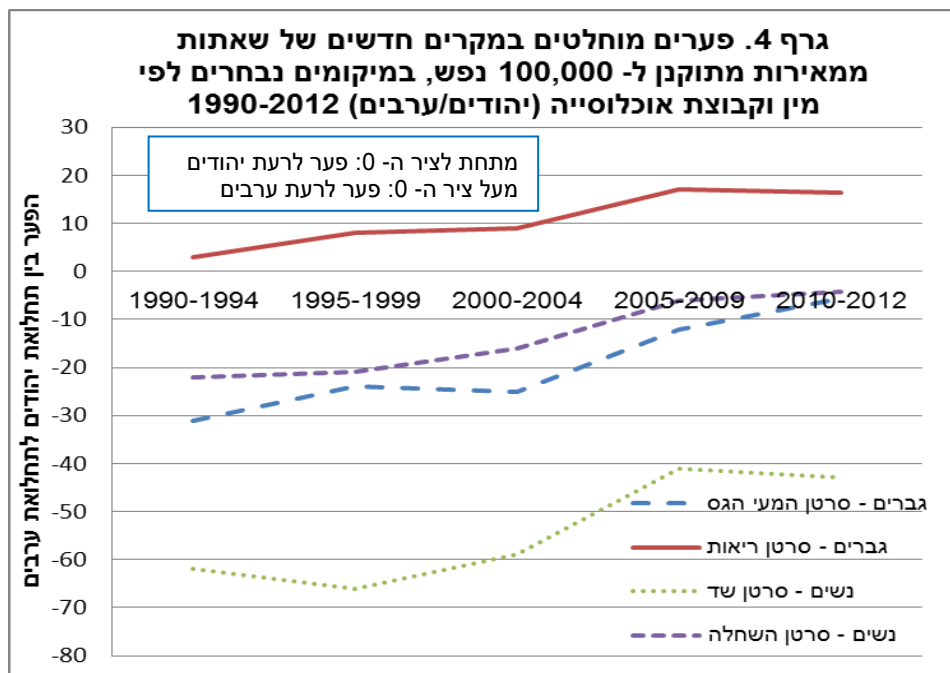
שלוש מחלות הסרטן השכיחות ביותר בקרב גברים הן ערמונית (ראשון ביהודים, שלישי בערבים), המעי הגס והחלחולת (שני בקרב ערבים ויהודים) והריאה (ראשון בערבים, שלישי ביהודים). בקרב נשים שתי המחלות השכיחות הן שד ואחריו סרטן המעי הגס והחלחולת. בחנו את הפערים בין יהודים לערבים בשנים 1990-2012 במקרים חדשים של 4 סוגי סרטן שונים- המעי הגס והחלחולת וסרטן הריאה בקרב גברים וסרטן שד והמעי הגס והחלחולת אצל הנשים. באופן כללי, בניגוד למצב השכיח בהתייחס לפערים בבריאות- תחלואה ותמותה גבוהה יותר, במרבית המקרים, בקרב קבוצות מוחלשות - הרי שבתחלואה מסרטן תמונת המצב הפוכה: שיעורי התחלואה גבוהים יותר בקרב אוכלוסיות במצב חברתי-כלכלי גבוה יותר ובאופן ספציפי, בקרב יהודים בהשוואה לערבים. חריגים הם שיעורי התחלואה בסרטן הריאה- הגבוהים יותר בקרב ערבים.

טבלה 4. מקרים חדשים של שאתות ממאירות במיקומים נבחרים לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, מתוקנן ל- 100,000 נפש (1990-2012)

ערבים		יהודים		גברים
ממוצע לשנים	מע' גס וחלולת	ריאה	מע' גס וחלולת	ריאה
1990-1994	10	29	41	32
1995-1999	18	29	42	37
2000-2004	18	27	43	36
2005-2009	30	30	42	47
2010-2012	28	27	34	43
ערביות		יהודיות		נשים
ממוצע לשנים	שד	מע' גס וחלולת	שד	מע' גס וחלולת
1990-1994	24	32	86	10
1995-1999	36	33	102	12
2000-2004	43	33	102	17
2005-2009	63	32	104	26
2010-2012	63	27	106	22

מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 6.14 שנתונים 2014, 2015
 הערה: ניתוח הנתונים עבור ממוצע השנים 2010-2012 נעשה על ידי שקלול של נתונים נפרדים עבור כל שנה.

כפי שניתן לראות בגרף 4, בעוד השיעור המתוקנן של מקרים חדשים של תחלואה מסרטן המעי הגס והחלולת בקרב גברים יהודים גבוה יותר לאורך כל השנים שנבחנו, הרי שהפער המוחלט בתחלואה הצטמצם. בהתייחס לסרטן הריאה, התמותה הגבוהה יותר לאורך השנים בקרב ערבים לעומת יהודים לא רק שנשמרה אלא אף גדלה לרעת ערבים. בהתייחס לסרטן השד והמעי הגס והחלולת בקרב נשים, הפער בתמותה לרעת היהודיות הצטמצם לאורך השנים.



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, לוח 6.14 שנתונים 2014, 2015
 הערה: ניתוח הנתונים עבור ממוצע השנים 2010-2012 נעשה על ידי שקלול של נתונים נפרדים עבור כל שנה.

הטבלאות שלעיל מסייעות להבהיר את תמונת המצב: בעוד הפערים בין יהודים לערבים (לרעת היהודים) בתחלואה של סרטן המעי הגס והחלחולת בגברים ובשד ומעי גס וחלחולת בנשים הצטמצמו, ניתן לזהות הרעה כללית במצב הבריאות בכל ארבעת המיקומים בתחלואה בקרב ערבים. במילים פשוטות, הפערים הצטמצמו כיוון שיהודים נהיו בריאים יותר (או קצב ההרעה במצבם היה נמוך יותר במקרה של סרטן שד בנשים) ובמקביל, הערבים נהיו חולים יותר.

כך למשל, הפער בין יהודים לערבים (לרעת יהודים) בסרטן המעי הגס והחלחולת בשנים שנבחנו קטן מפי 1.31 בקרב יהודים בהשוואה לערבים, לפי 1.06, פער שניתן לייחס לירידה במספר המקרים בקרב יהודים (מ- 41 מקרים ל- 34 ל- 100,000) לעומת העלייה במספר המקרים בקרב ערבים (מ- 10 מקרים ל- 28 מקרים). כך גם לגבי סרטן השד- בעוד הפער (לרעת יהודיות) קטן מפי 1.62 לפי 1.43, ניתן ליחס זאת לצמיחה גדולה יותר של מקרים בקרב ערביות (מ- 24 מקרים בשנים 1990-1994 ל- 63 מקרים בשנים 2010-2012 לעומת 86 ו- 106 בקרב יהודיות, בהתאמה). בהתייחס לסרטן הריאה, הפערים היחסיים לרעת ערבים החמירו (מפי 1.1 בשנים 1990-1994 לפי 1.6 בשנים 2010-2012).

תחלואה מאסתמה

בחנו פערים בין בעלי פטור מלא או חלקי מהשתתפות עצמית על שירותי בריאות (סמן למצב חברתי-כלכלי נמוך המתייחס לכ- 10% מכלל המבוטחים בישראל²) לעומת מבוטחים ללא פטור, בשכיחות אסתמה מתמשכת בגילאי 5-9 שנים. הניתוח נעשה עבור השנים 2003 (השנה הראשונה בה היו נתונים מתוך דוחות התוכנית הלאומית למדדי איכות ברפואת הקהילה), ועד לשנת 2012.³

ניתן לראות כי הפערים היחסיים גדלו בכ- 50%. אף שהשכיחות של אסתמה בקרב ילדים בני 5-9 גם בקרב בעלי פטור וגם בקרב אחרים ירדה, קצב השיפור של המבוטחים שמצבם הכלכלי שלהם טוב יותר, היה גדול יותר ומשך הפערים גדלו.

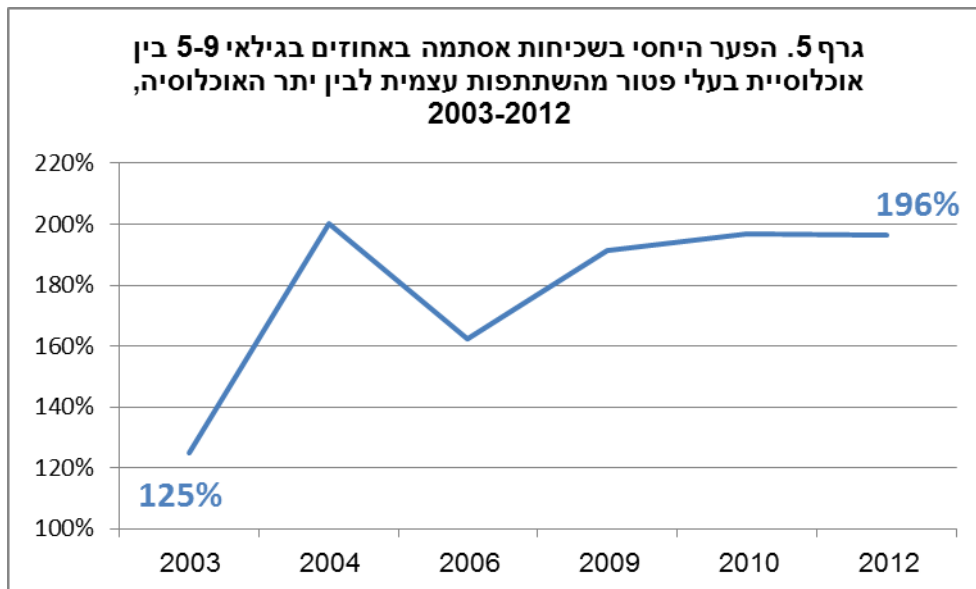
² בשנת 2013 בעלי פטור מלא או חלקי היו כ- 13.5% מכלל המבוטחים. הקבוצות הזכאיות לפטור או פטור חלקי (הנחה) על השתתפויות עצמיות בקבלת שירותי בריאות מתעדכנות מעת לעת. כך למשל, בשנת 2003 צומצמו משמעותית הטבות בצורת פטורים או הנחות למקבלי הבטחת הכנסה (להוציא אלו שעברו את גיל הפרישה), מקבלי מזונות, אזרחים ותיקים מקבלי הבטחת הכנסה, עולים חדשים ואברכים המקבלים הבטחת הכנסה או בת זוגו וילדיו. החל משנת 2005 התווספו הטבות שונות דוגמת הנחות בתשלומי השתתפות עצמית לקשישים מקבלי השלמת הכנסה, בוטלה אגרת טיפת חלב ועוד.

יש לציין כי חלק מההבדלים בין בעלי פטור לאחרים יתכן ונובעים מההרכב הגילאי של בעלי הפטור (יתכן ויש בניהם יצוג יתר לאוכלוסייה מבוגרת- אוכלוסייה המאופיינת בתחלואה כרונית גבוהה יותר).

³ הנתונים לשנת 2013 אינם כלולים בחישוב המתייחס לאסתמה, שכן בשנה זו נכללו נתונים על שכבת הגיל 5-14 ולא פורסמו נתונים בחלוקה לגילאים 5-9.

טבלה 5. שכיחות אסתמה באחוזים בגילאי 5-9 בהשוואה בין אוכלוסיית בעלי פטור מהשתתפות עצמית לבין יתר האוכלוסייה (2003-2012)

פטור	ללא	
2003	2.57	2.06
2004	2	1
2006	1.82	1.12
2009	1.97	1.03
2010	1.77	0.9
2012	1.65	0.84



מקור: דוחות התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, שנים שונות

הערות לגבי ההשוואה הרב-שנתית:

- א. בשנת 2004 הוחמרה ההגדרה בהשוואה לשנה קודמת. שכיחות אסתמה מתמשכת הוגדרה כרכישה של 4 מרשמים לתרופות נגד אסתמה בארבעה חודשים בשנה לפחות. על כן יתכן והשינוי בהגדרה הוא זה המסביר את השינוי. יש לציין כי הגדרה זו מוגבלת מבחינה זו שאינה כוללת את האנשים המוותרים על שירות רפואי בגלל העלות. הכספית.
- ב. בשנת 2012 נערכו מספר שינויים בהגדרת מדדי האסתמה בהתייחס לנתונים לשנת 2010. מספר המרשמים והתקופה הרלבנטית שווה מארבעה מרשמים בשנה לשמונה מרשמים בשנתיים. כמו כן, רשימת התרופות צומצמה. יש לציין כי הגדרה זו מוגבלת מבחינה זו שאינה כוללת את האנשים שמוותרים על שירות רפואי בגלל העלות.

תחלואה מסוכרת

שכיחות סוכרת

בחנו פערים בין בעלי פטור מלא או חלקי מהשתתפות עצמית על שירותי בריאות לעומת מבוטחים ללא פטור, בשכיחות סוכרת, בין השנים 2003-2012⁴. בעוד שלאורך 10 שנים, הפערים

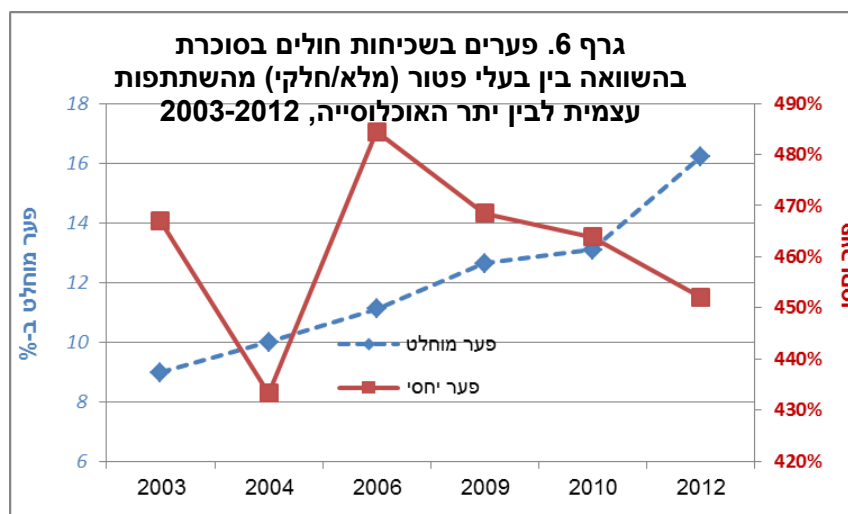
⁴ לא כללנו את הנתונים עבור שנת 2013 שכן בשנה זו נעשה ריבוד של הנתונים על פי גיל- גילאי 2-17 וגילאי 18 ומעלה (בניגוד לסוכרת בגיל המבוגר, בגיל הילדות והנעורים מדובר כמעט תמיד בסוכרת מסוג 1 המחייבת טיפול באינסולין. לכן הגדרת אוכלוסיית חולי הסוכרת בקבוצת גיל זו התבססה על רכישת טיפול באינסולין בלבד בשנה שקדמה לשנת המדד). זאת בעוד שנים קודמות כללו את כל טווח הגילאים.

המוחלטים באחוז חולי הסוכרת גדלו, הרי שהפערים היחסיים קטנו (במתינות) מתחלואה בסוכרת הגבוהה פי 4.67 בקרב בעלי פטור בשנת 2003 לעומת תחלואה הגבוהה פי 4.52 בשנת 2013. מובן שחרף צמצום הפער היחסי, אי השוויון עודנו משמעותי.

טבלה 6. שכיחות חולי הסוכרת באחוזים בהשוואה בין בעלי פטור (חלקי/מלא) מהשתתפות עצמית לבין יתר האוכלוסייה (2003-2012)

שנה	% בעלי פטור	% ללא פטור
2003	11.4	2.5
2004	13.0	3.0
2006	14.0	2.9
2009	16.1	3.4
2010	16.7	3.6
2012	20.8	4.6

מקור: דוחות התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, שנים שונות



מקור: דוחות התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, שנים שונות

הערות לגבי ההשוואה הרב-שנתית:

- א. בשנת 2005 הוחמרה ההגדרה עבור הנתונים לשנת 2004 בהשוואה לשנה קודם לכן. שכיחות סוכרת הוגדרה כרכישה של 3 מרשמים לתרופות לטיפול בסוכרת בשנה. יש לציין כי הגדרה זו מוגבלת מבחינה זו שאינה כוללת מוותרים על שירות רפואי בגלל העלות.
- ב. בשנת 2013 שונות ההגדרות עבור הנתונים לשנת 2012. שכיחות סוכרת הוגדרה על פי בדיקות מעבדה התומכות בקיום המחלה או ע"פ רכישות של תרופות לטיפול בסוכרת שבוצעו בשנה שחלפה, מה שעשוי להסביר חלק מהעלייה באחוז חולי הסוכרת בין השנים 2010-2012.

איזון סוכרת

בהתייחס לאיזון סוכרת, הפערים המוחלטים באחוז חולי הסוכרת הלא מאוזנים (רמת HbA1c מעל 9% בקרב מבוטחים חולי סוכרת שביצעו הבדיקה), בין בעלי פטור ליתר האוכלוסייה קטנו (במתינות) (21.8 לעומת 19.5 אחוזים בשנת 2003, בהתאמה, לעומת 13.5 ו- 11.9 אחוזים בשנת

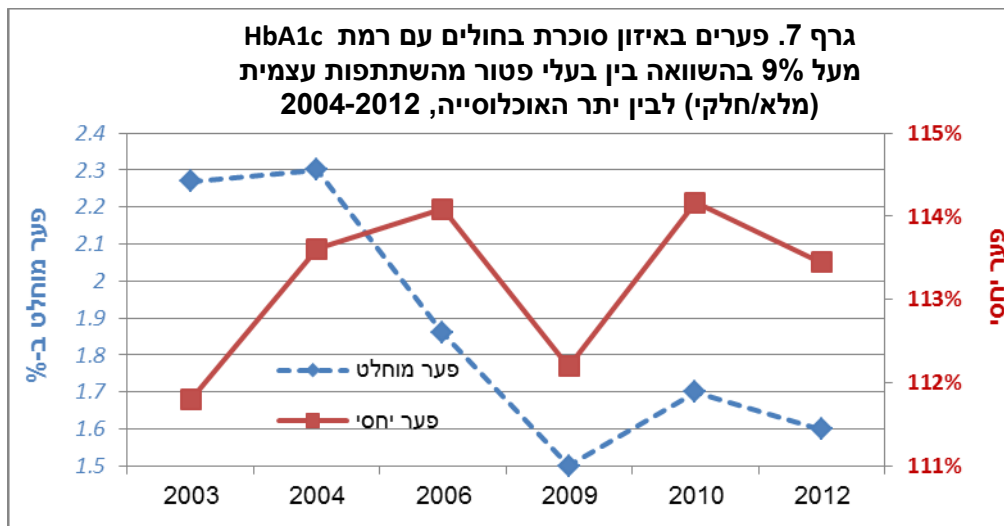
פרק 3. מגמות לאורך זמן בפערים מוחלטים ויחסיים בבריאות ובשימוש בשירותי בריאות

2012, בהתאמה) והפערים היחסיים נותרו בעינם (פי 1.12 בשנת 2003 לעומת 1.13 בשנת 2012).

טבלה 7. אחוזי חולי הסוכרת הלא מאוזנים (HbA1c מעל 9%) בהשוואה בין בעלי פטור (מלא/חלקי) מהשתתפות עצמית לבין יתר האוכלוסייה (2003-2012)

	% בעלי פטור	% ללא פטור
2003	21.8	19.5
2004	19.2	16.9
2006	15.1	13.2
2009	13.8	12.3
2010	13.7	12.0
2012	13.5	11.9

מקור: דוחות התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, שנים שונות



מקור: דוחות התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, שנים שונות

ביצוע בדיקת כולסטרול

שיעור ביצוע בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54 הוא מדד ביצוע חריג בפרק זה, מאחר והוא מציג בפנינו מגמה הפוכה. בניגוד למדדים אחרים, במדד זה מודגמת מאז שנת 2004 מגמה לפיה שיעור ביצוע הבדיקות בקרב אוכלוסיית בעלי הפטור גבוה לעומת יתר האוכלוסייה⁵. בחלק זה בחרנו להציג רק את הפערים המוחלטים מאחר וניתוח הפערים היחסיים מצייר תמונה דומה. ניתן לראות כי הפערים לטובת בעלי הפטור מצטמצמים מעט. כלומר 2 הקבוצות משתפרות ומבצעות

⁵ ניתן למנות מספר סיבות לכך. סיבה אחת קשורה בעובדה כי ביצוע בדיקות נתון לשליטה גבוהה יותר של קופות החולים, זאת בהשוואה לשכחות מחלות דוגמת סוכרת או אסתמה המושפעים בעיקר מגורמים כלכליים- חברתיים המצויים מחוץ למערכת הבריאות. אף כי גם שימוש והיענות לטיפול בריאות קשורה בהיבטים חברתיים- כלכליים, יש בכל זאת לקופות החולים השפעה גדולה יותר על ההיענות לבדיקה. נוסף לכך, כבר ב-2009 שיעור ביצוע הבדיקות בקרב אוכלוסיית בעלות פטור עמד על כ-90% (ועל כ-93% ב-2013), והשגת שיפור בשיעורי מיצוי גבוהים היא מלאכה קשה יותר מאשר בשיעורי מיצוי נמוכים.

יותר בדיקות אבל האוכלוסייה החזקה משתפרת בקצב מעט יותר גבוה ביחס לאוכלוסיית בעלי הפטור כך שהפער המוחלט לטובת בעלי הפטור קטן מפי 10% ל- 6.3%.

טבלה 8. אחוזי מבצעי בדיקת כולסטרול בקרב בני 35-54 בהשוואה בין בעלי פטור (מלא/חלקי) מהשתתפות עצמית לבין יתר האוכלוסייה (2003-2012)

% בעלי פטור		% ללא פטור	
73	63		2004
82.33	74.38		2006
89.4	82.3		2009
90.6	84		2010
92.6	86.2		2012
92.8	86.5		2013

מקור: דוחות התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, שנים שונות



מקור: דוחות התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, שנים שונות

ויתור על שירותי בריאות בגלל התשלום

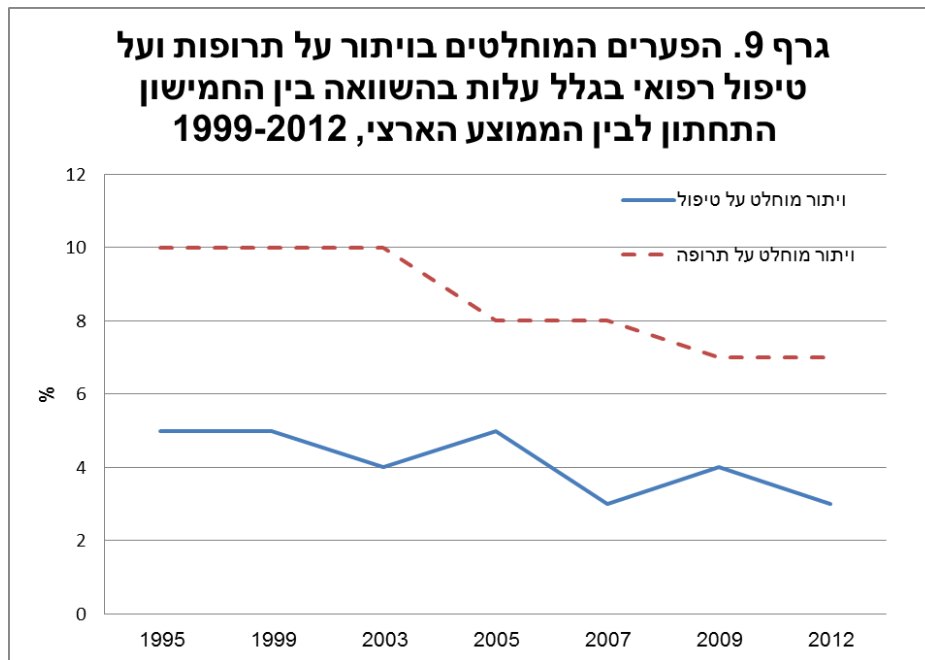
ויתור על טיפול או על תרופה עלול להביא להחמרה במצב הרפואי ולהסתיים באשפוזים ובטיפולים מורכבים יותר מבחינה רפואית ויקרים יותר עבור המערכת. ניכר כי בשנים האחרונות חלה ירידה בפערים המוחלטים וגם היחסיים בויתור על שירותים ותרופות. כך למשל הפערים היחסיים בויתור על טיפול לאורך התקופה שנבחנה (1995-2012)⁶ ירדו מפי 1.8 יותר בקרב חמישון תחתון לפי 1.5 ובויתור על תרופה מפי 1.9 ל-פי 1.8, בהתאמה. יחד עם זאת ברור כי עדיין קיימים חסמים כלכליים בצריכת שירותי רפואה.

⁶ לא נכללו נתונים לשנת 2014. בשנה זו לא ניתן היה לקבל נתונים נפרדים עבור ויתור על טיפול בשל התשלום ועבור ויתור על תרופת מרשם בשל התשלום, זאת בשל N קטן.

טבלה 9. אחוז המדווחים כי ויתרו על טיפול רפואי או על תרופה בהשוואה בין חמישון הכנסה תחתון לבין הממוצע (1995-2012)

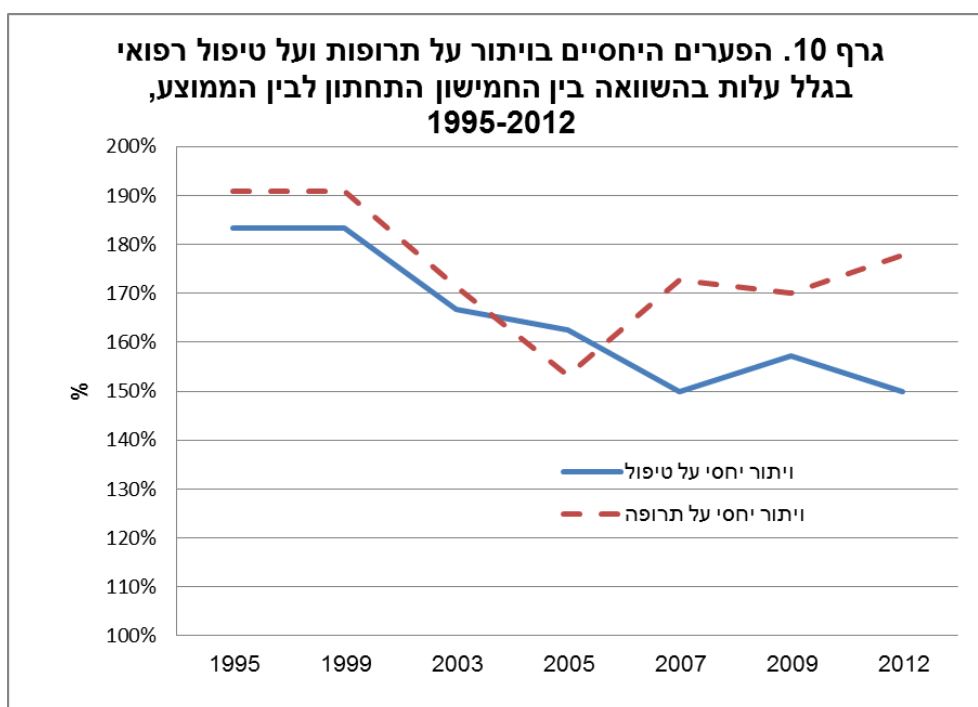
שנה	תרופה		טיפול		% מוותרים
	חמישון תחתון	ממוצע	חמישון תחתון	ממוצע	
1995	21	11	11	6	1995
1999	21	11	11	6	1999
2003	24	14	10	6	2003
2005	23	15	13	8	2005
2007	19	11	9	6	2007
2009	17	10	11	7	2009
2012	16	9	9	6	2012

מקור: דוחות דעת הציבור על דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות והשוואה לשנים קודמות, שנים שונות: 2007, 2009, 2012, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.



מקור: דוחות דעת הציבור על דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות והשוואה לשנים קודמות, שנים שונות: 2007, 2009, 2012, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

בתרשימים המוצגים ניתן לראות כי ויתור על תרופה נפוץ יותר מויתור על טיפול רפואי. כאשר בוחנים את הפערים היחסיים בשיעורי הויתור ניכר כי לאורך השנים שיעורי הויתור על תרופות ועל טיפולים רפואיים פחתו והפערים היחסיים הצטמצמו, אף כי בקרב המוותרים על תרופות המגמה משתנה החל משנת 2005 ומסתמן כי הפערים שוב גדלים.



מקור: דוחות דעת הציבור על דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות והשוואה לשנים קודמות, שנים שונות: 2007, 2009, 2012, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

בדוח האחרון שלהם דיווחו החוקרים ממאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל (2014) כי בשנים האחרונות חלה ירידה קלה במדווחים על ויתור על טיפול רפואי או על תרופת מרשם (נתון המאחד את 2 הערכים הנמדדים- ויתור על תרופה וויתור על טיפול), בקרב בעלי הכנסה נמוכה וכן בקרב מבוגרים בני 65 ומעלה ובקרב חולים כרוניים. אם בשנים הבאות נחזה בהמשך מגמה של ירידה, תהיה זו אינדיקציה טובה לכך שצעדי המדיניות השונים הננקטים לצורך צמצום החסמים הכלכליים בנגישות לשירותי בריאות נושאים פרי.

פרק 4. פערי בריאות: נתונים מתוך מרכז הידע בנושא אי שוויון בבריאות

מחלות כרוניות והתנהגות מסכנת בריאות

ד"ר פביאן סיקרון, ד"ר מיכל בנדרלי¹

מרכז הידע בנושא אי שוויון של משרד הבריאות ומכון גרטנר הוקם בשנת 2013 במטרה לשמש בסיס ידע שיאפשר לזהות ולנטר באופן אחיד ולאורך זמן פערים בבריאות בקרב קבוצות שונות בישראל. צוות החוקרים של המרכז פועל לאיתור ואיסוף נתונים ממקורות שונים בנושאי אורח חיים הקשור בבריאות, מניעה וקידום בריאות, תחלואה כרונית, תפקוד ואיכות חיים הקשורים בבריאות. הצוות מנתח את הנתונים, ומציג אותם לפי מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים, כלכליים ואחרים. את פרסומי המרכז – כולל טבלאות נתונים מלאות- ניתן למצוא באתר משרד הבריאות ובאתר מכון גרטנר².

תקציר

מטרות: לבחון את הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים, כלכליים, חברתיים וגאוגרפיים לבין שכיחות מחלות כרוניות נבחרות (סוכרת ויתר לחץ דם [יל"ד]) ואת הקשר בין המחלה הכרונית לבין התנהגות מסכנת בריאות (עישון והעדר פעילות גופנית) לפי אותם מאפיינים.

שיטות: הנתונים מתבססים על דווח עצמי במסגרת סקר הבריאות שנערך ב-2009 על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, במדגם של משקי בית. בעבודה נכללו נסקרים בני 20 ומעלה. שיטות ניתוח הנתונים הותאמו לשיטת הדגימה ולקרבה בין בני הבית. התוצאות המוצגות מתייחסות להערכה של השיעורים באוכלוסיה על פי המדגם.

תוצאות:

המצאות מחלות כרוניות וטיפול תרופתי- על פי דווח עצמי, 8% מהאוכלוסיה אובחנו על ידי רופא כחולים בסוכרת, ו-17% כחולים ביל"ד. בשתי המחלות יש עליה ניכרת בשיעור המדווחים על

¹ מכון גרטנר ומרכז הידע בנושא אי שוויון

² http://www.health.gov.il/Subjects/Equality_in_Health/information/Pages/default.aspx
http://www.gertnerinst.org.il/epidemiology/Health_disparities

המחלה עם הגיל. לאחר תיקנון רב משתני, הסיכון להמצאות סוכרת בבני 65 ומעלה גבוה כמעט פי 10 מזה של צעירים מ-45, עם מאפיינים דומים. הסיכון המקביל עבור יל"ד מגיע לפי 15. בנוסף לגיל, המאפיינים: מין זכר, לאום ערבי, מצב משפחתי נשוי, מגורים לבד, השכלה נמוכה (8-0 שנות לימוד), אי שייכות לכח העבודה והעדר פעילות גופנית היו קשורים, לאחר תקנון רב משתני, בסיכון גבוה להמצאות סוכרת על פי דווח בהשוואה לקבוצת היחס. גיל מבוגר, מין זכר, אלמנות, מגורים לבד, אי שייכות לכח העבודה ואבטלה, עלייה, ומגורים מחוץ לאזור המרכז, היו קשורים, לאחר תקנון, להמצאות יל"ד.

גם שיעור המדווחים על טיפול תרופתי לכל אחת משתי המחלות עולה עם הגיל, ממצא העולה בקנה אחד עם משך מחלה ארוך יותר ככל שהחולה מבוגר יותר. בקרב הערבים דווחו 99% על טיפול תרופתי לסוכרת בהשוואה ל-87% מהגברים היהודיים ו-86% מהנשים היהודיות, ו-97% כי הם נוטלים תרופה ליל"ד בהשוואה ל-84% ו-88% מהגברים והנשים בקרב היהודיים בהתאמה. הסיכוי לדווח על טיפול תרופתי, לאחר תקנון רב-משתני, היה גבוה פי 16 בקרב ערבים בהשוואה ליהודים ואחרים עבור טיפול לסוכרת ופי 12 עבור יל"ד. ממצאים אלו עשויים להעיד על מודעות נמוכה למחלה בשלביה המוקדמים בהם ניתן להגיע לאיזון באמצעות שינוי באורח חיים בלבד.

תחלואה כרונית והתנהגות מסכנת בריאות- בכלל האוכלוסיה, 29% מהגברים ו-13% מהנשים מדווחים כי הם מעשנים. שיעור גבוה יותר של גברים מעשנים בהשוואה לנשים נמצא בקרב החולים בכל אחת מחמש המחלות שנבדקו (סרטן, מחלת לב וכלי דם, יל"ד, סוכרת ומחלת ריאה כרונית) כמו גם באנשים ללא אף אחת מהמחלות (73% מהאוכלוסיה). לאחר תקנון רב-משתני הסיכון לעישון בנשים ביחס לגברים היה 0.35 (רווח סמך 95%: 0.32-0.38). בקרב חולים במחלת ריאות חסימתית נרשמו השיעורים הגבוהים ביותר של עישון בשני המינים (36% מהגברים ו-17% מהנשים). בכלל האוכלוסיה מצאנו בכל אחת מהמחלות האחרות שיעור מעשנים נמוך מזה שדווח על ידי אלה שלא חלו באף אחת מחמש המחלות. השיעורים הנמוכים ביותר דווחו על ידי החולים במחלה ממארת (17% מהגברים ו-8% מהנשים). בנשים ערביות החולות בסוכרת, מחלת לב וכלי דם, או יל"ד מצאנו מגמה הפוכה עם שיעורים גבוהים של מעשנות בקרב חולות בהשוואה לנשים ללא מחלה. לאחר תקנון לגיל, מצב משפחתי, מספר אנשים במשק הבית, השכלה, תעסוקה, קבוצת אוכלוסיה ופעילות גופנית, מצאנו כי אבחנה של יל"ד קשורה לסיכון מופחת לעישון על פי דווח ומחלת ריאה ודכאון לסיכון גבוה יותר לעישון, ביחס לאנשים ללא אף אחת מהמחלות שנבדקו. אבחנות של סוכרת, אוטם חד בשריר הלב או שבץ מח, ומחלה ממארת לא נמצאו קשורים לעישון על פי דווח בעבודה זו.

פחות מ-40% מהאוכלוסיה מדווחים כי הם עוסקים בפעילות גופנית יזומה בשעות הפנאי לפחות פעם אחת בשבוע, במשך 30 דקות או יותר. לאחר תקנון לגיל, מצב משפחתי, מספר הנפשות במשק הבית, רמת השכלה, הכנסה, תעסוקה, סוכרת ודיכאון, הסיכוי של אישה לעסוק בפעילות גופנית היה 85% מזה של גבר עם מאפיינים דומים. שיעורי המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית בקרב חולים במחלות הכרוניות שנבדקו, נמוכים בד"כ מאשר בקרב אנשים ללא אף אחת מחמש

המחלות. יוצאים מכלל זה גברים עם יל"ד ונשים עם מחלה ממארת. גורמים נוספים הקשורים לאי ביצוע פעילות גופנית בשעות הפנאי הם: השכלה נמוכה, הכנסה נמוכה, ומשפחה גדולה. הסיכוי לדווח על עיסוק בפעילות גופנית בקרב ערבים היה 55% מזה של יהודים ילידי הארץ עם מאפיינים דומים. הסיכוי בנשים ערביות בהשוואה ליהודיות ילידות הארץ היה נמוך במיוחד (יחס צולב: 0.43; רווח סמך 95%: 0.33-0.54).

מסקנות והמלצות:

עישון וחוסר פעילות גופנית הן התנהגויות ברות שינוי המהוות גורמי סיכון למחלות כרוניות וסיבוכיהם. שיעורים נמוכים יותר של מעשנים בקרב החולים במחלות הכרוניות שנבדקו בהשוואה לאנשים ללא מחלה כזו, מעידים כנראה של ירידה במספר המעשנים לאחר אבחנה של המחלה, מגמה חיובית שאינה מספקת ויש לפעול לעידודה. הממצאים מצביעים על צורך מיוחד להתערבות מותאמת במגזר הערבי בו נמצאו שיעורי עישון גבוהים בקרב כלל הגברים (חולים וללא אף אחת מהמחלות שנבדקו), ושיעור גבוה של נשים מעשנות בקרב חולות בהשוואה לנשים ללא מחלה (מגמה הפוכה לזו שנמצאה בכלל האוכלוסיה).

שיעור העוסקים בפעילות גופנית בהיקף המומלץ (לפחות 2.5 שעות בשבוע) צפוי להיות עוד נמוך מ-40% שדיווחו על פעילות גופנית על פי דרישת הסף בסקר הבריאות (30 דקות לשבוע). הממצאים בעבודה זו מרמזים על חשיבות זמן פנוי לעיסוק בפעילות כזו. יצירת תנאים לביצוע פעילות גופנית בקרב חולים ובריאים, וניטור העיסוק בפעילות הגופנית במסגרת מדדי האיכות בקהילה, עשויים לשפר את ההיענות להמלצה חשובה זו. בקרב נשים ערביות שהשיעורים בקרבן נמוכים במיוחד נדרשת התערבות מיוחדת ומותאמת תרבותית.

מבוא

אי שוויון חברתי-כלכלי הוכר כאחד הגורמים לקיומם של פערים בבריאות בישראל ומדינות המערב האחרות. כמו במדינות אחרות, גם בישראל דווח על הבדלים בתוחלת החיים ובשיעורי תחלואה בין אזורים, קבוצות אוכלוסייה, רמות השכלה והכנסה ועוד.³ אחד המנגנונים האפשריים לקשר בין אי שוויון חברתי-כלכלי לבין פערי בריאות הוא התנהגות מסכנת בריאות. מחקרים מצביעים על יחס הפוך בין רמת השכלה לבין התנהגות מסכנת בריאות. עם העלייה בשנות לימוד, עולה בהתמדה שיעור העוסקים בפעילות גופנית, ויורד שיעור המעשנים.

עישון מהווה גורם סיכון למחלות כרוניות שונות כולל סוכרת, יתר לחץ דם, מחלות לב וכלי דם, ומחלות נשימתיות.⁴ ההערכה היא שבישראל מתים בכל שנה כ־ 9,000 איש ממחלות הנגרמות מעישון, מתוכם כ־ 1,500 מתים מעישון כפוי.⁵ מאידך, התפתחות מחלה כרונית עשויה להשפיע על נכונות הפרט לשנות את התנהגותו במטרה למנוע הדרדרות נוספת במצבו. בעוד ששיעור המעשנים בקרב החולים צפוי להיות גבוה מאשר בקרב אנשים ללא מחלה (בגלל סיבתיות הפוכה - יותר מעשנים יפתחו מחלה מאשר לא מעשנים), אבחנה של מחלה הקשורה לעישון מהווה הזדמנות מוטיבציונית לשינוי לטובה בהרגלי הבריאות. תחת הנחה זו ניתן לצפות לשכיחות נמוכה יותר של עישון בקרב חולים מאובחנים, בהשוואה לאנשים ללא אבחנה של מחלה כרונית. אי לכך, קיימת חשיבות לאתר קבוצות סיכון בהן יש שיעורי עישון גבוהים בהשוואה לקבוצות אחרות, למרות שחלו במחלה העשויה להעיד על נזקי עישון מוכחים.

פעילות גופנית הינה אחד האמצעים הטבעיים והמומלצים ביותר לשמירה על הבריאות הפיזית והנפשית.⁶ היעדר פעילות גופנית קשור עם סיכון מוגבר לחולי כרוני, כגון: מחלות לב, סרטן, יתר לחץ-דם, וסוכרת מסוג 2. עיסוק בפעילות גופנית בקרב חולים במחלות כרוניות מהווה לעיתים קרובות חלק מהטיפול במחלה, מסייע למניעת התפתחות סיבוכיה ולשימור תפקוד ואיכות-חיים. מאידך, קשר הפוך בין חולי כרוני ופעילות גופנית עשוי להעיד על קושי לעסוק בפעילות גופנית במצב בריאותי לקוי. ככל שהמצב הבריאותי קשה יותר הוא עלול להוות מכשול גדול יותר, אובייקטיבי וסובייקטיבי, לעיסוק בפעילות גופנית.

במסמך זה נתייחס לשתי מחלות כרוניות:

³ אמה אברבוק, שלומית אבני (ער'). אי שוויון בבריאות וההתמודדות אתו 2014. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, 2014.

⁴ המרכז לבקרת מחלות. דוח שרת הבריאות על העישון בישראל 2013. ירושלים 2013
http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking_2013.pdf

⁵ Ginsberg, G.M., Rosenberg, E., Rosen, L. "Issues in estimating smoking attributable mortality .in Israel". *European Journal of Public Health*, Volume 20, Number 1, 8 February 2010, pp 113-119.

⁶ World health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/

סוכרת היא מחלה מטבולית המתאפיינת בריכוז גבוה של גלוקוז בדם ובשתן. על-פי נתוני משרד הבריאות משנת 2012, חיים בישראל כחצי מיליון חולי סוכרת (כ-7% מכלל האוכלוסייה) וההערכה היא כי עוד כ-200,000 חולים כלל אינם מאובחנים או מודעים למחלתם. קיימים מספר סוגים של המחלה כולל: סוכרת מסוג 1 (סוכרת נעורים), סוכרת מסוג 2 (הפוגעת בעיקר במבוגרים) וסוכרת בהריון. בכל הסוגים יש פגיעה בייצור האינסולין או קליטתו. המחלה, בעיקר כשאינה מאוזנת, כרוכה בסיכון מוגבר לסיבוכים משמעותיים כגון טרשת עורקים, אי-ספיקת כליות, הרס הרשתית ועוד, העלולים לגרום בין השאר לעיוורון, לצורך בקטיעות גפיים, ואפילו למוות⁷. בעוד שהמחלה וסיבוכיה גובים משאבים יקרים ממערכת הבריאות, אורח חיים בריא ותזונה מאוזנת עשויים להקטין את הסיכון לחלות בסוכרת מסוג 2, ואת סיבוכיה בקרב מי שכבר חלו⁸.

יתר לחץ דם (יל"ד) עלול לגרום לפגיעה מתמשכת בכלי דם של רקמות רגישות כגון הלב, כלי הדם בעין, ובמוח. לחץ דם גבוה הוא גורם סיכון מרכזי לאירועים כמו אוטם חד בשריר הלב, שבץ מוחי ותמותה מוקדמת⁹. בסקר בריאות לאומי בישראל 2007-2010 (INHS-2), 19.6% מהמשיבים לסקר הטלפוני דיווחו כי אובחנו על ידי רופא כבעלי יל"ד¹⁰. שיעור זה דומה לשיעור שדווח בסקר ידע, עמדות והתנהגות (KAP), שנערך על ידי משרד הבריאות ב-2008 שעמד על 20.8%. בנוסף לגורמי סיכון כגון מין (יל"ד שכיח יותר בקרב גברים), גיל (עלייה בשכיחות יל"ד בסביבות גיל 55 אצל גברים ובסביבות גיל 65 אצל נשים) ורקע משפחתי, הסיכון ליל"ד קשור גם להרגלי חיים כגון שימוש כרוני באלכוהול, תזונה לא נכונה, השמנה, היעדר פעילות גופנית, ומצבי דחק. שינויים בהרגלי חיים אלו יכולים להוביל להפחתה בהיקף וחומרת המחלה.

מטרת עבודה זו היא לבחון שכיחות של סוכרת ויל"ד על פי מאפיינים דמוגרפיים, כלכליים, חברתיים וגאוגרפיים, ואת הקשר בין המחלה הכרונית והתנהגות מסכנת בריאות (עישון והעדר פעילות גופנית) על פי אותם מאפיינים.

⁷ אגודה ישראלית לסוכרת. מגיפת הסוכרת: סקירה לרגל יום הסוכרת העולמי 2012.

http://www.sukeret.co.il/newsite/news2.asp?info_id=79863

⁸ המדריך לטיפול בסוכרת. עורכים: כהן א, מוסנזון ע, רז א. המועצה הלאומית לסוכרת 2015.

⁹ Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. "Global burden of blood-pressure-related disease", *Lancet*. May 3 2008;371(9623):1513-1518. 2001.

¹⁰ מרכז הלאומי לבקרת מחלות. INHS-2 סקר בריאות לאומי בישראל 2010-2007. משרד הבריאות. פרסום 331

שיטות

אוכלוסיית המחקר

הדו"ח מתבסס על ניתוח נתונים מתוך סקר הבריאות, שנערך על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ב-2009 (הנתונים הזמינים המעודכנים ביותר). סקר הבריאות 2009 נערך כנספח לסקר כח אדם בקרב מדגם של משקי בית. מטרתו העיקרית הייתה לספק נתונים על: מצב בריאות, שימוש בשירותי בריאות, הרגלי בריאות וביטוחי בריאות, ולאפשר מדידת שינויים במדדים אלו לאורך זמן. המניע לביצוע הסקר היה בן השאר מועמדות ישראל להצטרפות לארגון ה-OECD, והצורך לצור תשתית נתונים לצורך דיווח. במסגרת הסקר הבריאות התבצע ראיון של נציג משק הבית שנדגם, במסגרתו הוא התבקש לדווח על שאר בני הבית. שיטת הדגימה ושאלון הסקר מופיעים בפירוט באתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה¹¹. בעבודה זו נכללו נסקרים בני 20 ומעלה.

הגדרת משתנים

המשתנים הוגדרו על פי שאלות סקר הבריאות 2009 של הלמ"ס. כל השאלות מתבססות על דווח עצמי ללא תיקוף נוסף. בכל השאלות התשובה היא דיכוטומית (1- כן, 2- לא) אלא אם צוין אחרת.

הגדרת המחלות - מבוסס על השאלות: האם אבחן רופא אי-פעם אצל מישהו מבני משק הבית:

- סוכרת
- יתר לחץ דם
- מחלת לב וכלי דם (התקף לב, אוטם שריר הלב, שבץ מוחי)
- מחלת ריאה כרונית או אסתמה

טיפול תרופתי למחלה כרונית - מבוסס על תת השאלה האם בשנה האחרונה לקחת תרופה לפי מרשם רופא בגלל המחלה?

הגדרת עישון - מבוסס על השאלה: האם מישהו מבני הבית מעל גיל 10 מעשן? (כולל מי שמעשן פחות מסיגריה אחת ליום)

ביצוע פעילות גופנית - מבוסס על השאלה: האם במהלך השבועיים האחרונים עסק מישהו מבני משק הבית מעל גיל 20 בפעילות גופנית כגון ריצה, הליכה, שחייה, התעמלות לפחות יום אחד? הכוונה לפעילות של 30 דקות מצטברות ביום.

¹¹ http://www.cbs.gov.il/www/briut/seker_briut_2009.pdf

ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SAS גרסה 9.4 (SAS Institute, NC) באמצעות פרוצדורות מותאמות לשיטת הדגימה והתלות בין חברי אותו משק בית. ההתאמה נעשתה לשיוך למשק הבית ולמשקלות ניפוח הלוקחים בחשבון בין השאר: קבוצת אוכלוסיה, מבנה המשפחה, השכלה, מין וגיל.

בניתוח חד משתני נבדק הקשר בין כל אחד ממדדי הפערים לבין כל אחד ממשתני התנהגות הבריאות והמחלות הכרוניות. בניתוח דו-משתני נעשתה השוואה של שיעור המעשנים או המבצעים פעילות גופנית בקרב אנשים החולים בכל אחת מהמחלות הכרוניות שנבדקו לעומת אלה שאינם חולים באף אחת מהמחלות שנבדקו, בפילוח לפי משתני הפערים. ערכי ה- P המתייחסים למובהקות האינטראקציה בין התנהגות בריאות לבין מחלה כרונית, חושבו באמצעות גרסיה לוגיסטית מותאמת לשיטת הדגימה.

בנוסף בדקנו במסגרת ניתוח רב משתני, את התרומה הסגולית של מדדי הפערים (לאחר תקנון למשתנים אחרים) לניבוי התנהגות בריאות או מחלה כרונית. הניתוח הרב משתני נעשה באמצעות שימוש בגרסיה לוגיסטית מותאמת לשיטת הדגימה. אינדקס C מבטא את יכולת האבחנה של המודל.

בשלב הראשון נבחן מודל רווי שכלל את כל המשתנים שהוערך כי קיים קשר בניהם לבין התוצא הנבדק או החשודים כערפלנים של קשר בין משתנה אחר שנכלל במודל והתוצא הנבדק. בשלבים הבאים חזרנו על ניתוח הנתונים לאחר הוצאה הדרגתית של משתנים אם מובהקות הקשר בינם לבין עם המשתנה התלוי הייתה $0.10 \leq$.

את ההשפעה האפשרית של מחלה כרונית על הקשר בין המאפיינים הגאוגרפיים, חברתיים וכלכליים על התנהגות הפוגעת בבריאות בדקנו במודלים בהם כללנו, בנוסף למאפיינים, את כל אחת המחלות שעשויה להיות קשורה להתנהגות הנבדקת (עישון או פעילות גופנית). גישה זו מאפשרת תיקון עבור כל אחת מהמחלות לשאר המחלות במידה והן קיימות. בנוסף בדקנו את הקשר בין סה"כ מספר המחלות בו חולה האדם מתוך שבע מחלות כרוניות: סוכרת, שבץ מוחי/התקף לב, יתר לחץ דם, מחלת ריאות חסימתית, אסתמה, מחלה ממארת, ומחלה במערכת העיכול לבין התנהגות בריאות.

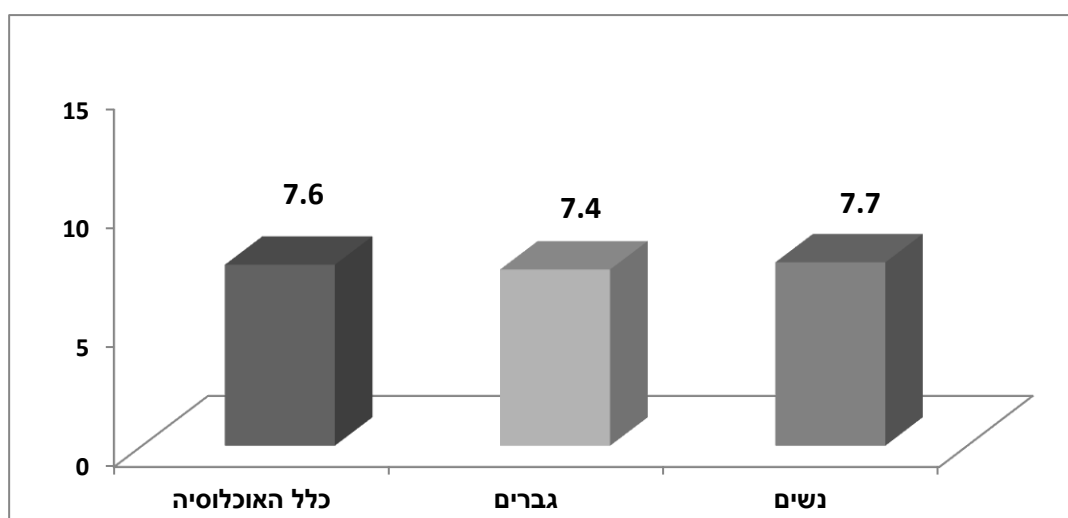
תוצאות

1. מחלות כרוניות וטיפול תרופתי לפי מאפיינים חברתיים- כלכליים

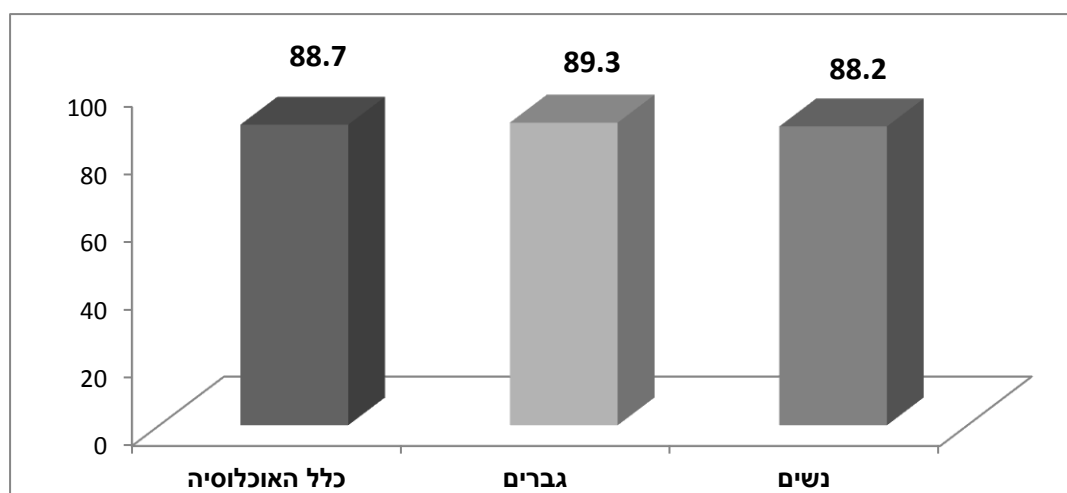
1.1 המצאות סוכרת ושכיחות טיפול תרופתי

כמעט 8% מהאוכלוסייה דיווחו כי אובחנו על ידי רופא כחולי סוכרת (תרשים 1.1.1). שיעור המדווחים על אבחנה של סוכרת דומה בנשים וגברים. כ-89% מהמדווחים על אבחנה של סוכרת מדווחים גם על טיפול תרופתי למחלתם, ללא הבדל בין גברים ונשים (תרשים 1.1.2). שימוש בתרופות מעיד מחד על צורך בטיפול תרופתי (שלב מתקדם יותר של המחלה) ומאידך על הענות לטיפול נדרש.

תרשים-1.1.1: שיעור המדווחים על סוכרת בכלל האוכלוסייה, ולפי מין (2009)



תרשים 1.1.2: שיעור המדווחים על השימוש בתרופות לסוכרת בקרב המדווחים על אבחנה של סוכרת (2009)



הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים ובין שכיחות סוכרת מדווחת וטיפול תרופתי נבחן בכלל המדגם ובנפרד לשני המינים. הממצאים העיקריים מפורטים להלן:

1. **גיל:** שיעור המדווחים על סוכרת עולה באופן מעריכי (אקספוננציאלי) עם הגיל מפחות מאחוז אחד בקרב בני 20-24 ועד ל-15% בקרב בני 55-64 ו-23.5% בקרב בני 75 ומעלה. קצב השינוי בשכיחות לאורך קבוצות הגיל עולה מוקדם יותר בקרב גברים (בקבוצת גיל 45-54 השיעור בקרב גברים ונשים הינו 9% ו-6%, בהתאמה). בלימת העלייה בשכיחות מגיל 65 נובעת כנראה מפטירה מוקדמת של חולי סוכרת לעומת אנשים ללא המחלה (באופן בולט יותר בקרב גברים). שיעור חולי הסוכרת המדווחים על טיפול תרופתי למחלתם עולה עם הגיל. עד גיל 54 נמצאו שיעורים נמוכים יותר של טיפול תרופתי בקרב נשים בהשוואה לגברים. הפער גדול יותר בקרב הצעירים וככל שהגיל עולה מצטמצם הפער בין המינים.

2. **עלייה:** בקרב האוכלוסייה היהודית, בולטים בשני המינים, שיעורים גבוהים יותר של סוכרת מדווחת בקרב עולים שהגיעו לישראל לפני 1990, הקבוצה עם חציון הגיל הגבוה ביותר, (15.8% בגברים, 16.4% בנשים) בהשוואה לעולים ותיקים פחות או ילידי הארץ שהיו גם הצעירים ביותר, בהם נמצאו השיעורים הנמוכים ביותר (4.5% בגברים, 3.9% בנשים). ההבדלים בשכיחות הסוכרת עולים בקנה אחד שיעור המדווחים על טיפול תרופתי למחלה. בקרב העולים נמצא בקשר ישר עם מספר השנים בישראל (השיעור היה 90%, 87% ו-83%, בקרב אלה שעלו לפני יותר מ-20 שנה, לפני 20-15 שנה ולפני פחות מ-20 שנה בהתאמה). השיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בקרב נשים יהודיות שנולדו בישראל (76%).

3. **קבוצות אוכלוסייה:** בעוד שלא נמצא הבדל בשיעורי הסוכרת בין גברים ערבים ליהודים, שיעור הסוכרת המדווחת גבוה יותר בקרב נשים ערביות בהשוואה ליהודיות (9.8% לעומת 7.4% בהתאמה). שיעור השימוש המדווח בתרופות לסוכרת גבוה יותר בקרב ערבים לעומת יהודים (99% לעומת 86%, בהתאמה) בשני המינים.

4. **מצב משפחתי:** כצפוי, אלמנים ואלמנות דווחו על השיעור הגבוה ביותר של המחלה בהשוואה לחבריהם הנשואים; פי 2 בקרב גברים אלמנים, ופי 4 בקרב נשים אלמנות. רווקים דווחו על השיעורים הנמוכים ביותר (2%-1). נתונים אלה עולים בקנה אחד עם העלייה בשכיחות המחלה עם הגיל. בקרב המדווחים על סוכרת, אלמנים דווחו על השיעור הנמוך ביותר של טיפול תרופתי בעוד שרווקים דווחו על השיעורים הגבוהים ביותר. אצל נשים התופעה מתהפכת, עם שיעור גבוה של טיפול תרופתי בקרב אלמנות ונמוך בקרב רווקות. השיעורים בקרב נשואים וגרושים היו דומים, בשני המינים.

5. **מספר נפשות במשק הבית:** גם בהקשר של גודל משק הבית נמצא הבדל בין גברים ונשים: אצל גברים השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב השייכים למשק בית בן 2 נפשות ואצל נשים השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב נשים הגרות בגפן. השיעור הנמוך ביותר בשני המינים היה במשקי בית בני 5 נפשות ומעלה. בקרב הסוכרתיים, מצאנו שיעורי טיפול גבוהים בקרב גברים המשתייכים למשק בית בן 5 נפשות ויותר (94%) ובקרב גברים החיים

בגפם (92%) בהשוואה למשקי בית בני 2 או 3-4 נפשות (88%). מבין הנשים, השיעור הגבוה ביותר נמצא בקרב המשתייכות למשק בית בן 2 נפשות והגבוה ביותר בקרב נשים המשתייכות למשק בית בן 5 נפשות ויותר.

6. **מאפייני מעמד חברתי-כלכלי:** נמצא קשר בין מאפיינים של מעמד חברתי כלכלי לבין הימצאות סוכרת וטיפול תרופתי לסוכרת:

א. **השכלה:** רמת ההשכלה קשורה באופן הפוך להימצאות סוכרת. בקרב בעלי השכלה נמוכה של 0-8 שנות לימוד השכיחות בקרב גברים גבוהה פי 3 ובקרב נשים פי ארבע לעומת גברים ונשים בעלי השכלה גבוהה יותר. קשר מובהק והפוך בין רמת ההשכלה נמצא גם בהקשר של שימוש בתרופות לסוכרת. בקרב חולי סוכרת בעלי השכלה נמוכה של 0-8 שנות לימוד דווחו 95% על טיפול תרופתי למחלה בהשוואה ל-84% בקרב אלו בעלי 13 שנות לימוד ויותר. ההסבר לכך אינו ברור. יתכן כי תזונה לא אופטימלית ומשקל עודף בקרב אוכלוסית בדירוג חברתי-כלכלי נמוך (שרמת ההשכלה מהווה סמן לו) מתווכים התפתחות סוכרת בהמשך.

ב. **מצב כלכלי:** קשר בין סוכרת לבין גובה ההכנסה נמצא רק בקרב נשים, שם אחוז המדווחת על תחלואה בסוכרת נמוך יותר בקרב בעלות הכנסה גבוהה (הכנסה ממוצעת לנפש מעל 4,000 ש"ח) לעומת אחרות. מצב כלכלי קשור בקשר הפוך לשימוש בתרופות. השיעורים נעים מ-94% בקרב בעלי הכנסה ממוצעת לנפש עד 2000 ש"ח ל-86% בקרב בעלי הכנסה ממוצעת לנפש גבוהה מ-4000 ש"ח. שיעורים נמוכים יותר של טיפול תרופתי עשויים לשקף מחלה הניתנת לאיזון באמצעים לא תרופתיים.

ג. **תעסוקה:** שיעור המדווחים על אבחנה של סוכרת בקרב העובדים והמובטלים היה דומה. בשתי הקבוצות השיעור היה נמוך מאשר באלה שאינם משתייכים לשוק העבודה, שהיו גם הקבוצה המבוגרת ביותר (פי שניים וחצי בקרב גברים ופי מעל לארבעה בקרב נשים). בקרב אנשים שאינם חלק מכוח העבודה נמצא בשני המינים שיעור גבוה של חולי סוכרת המדווחים על טיפול תרופתי למחלתם. בחינת מאפייני אלה שאינם שייכים לכח העבודה בקרב בני 20 ומעלה הנכללים בעבודה זו, מראה כי היא כוללת יותר אנשים מבוגרים, בעלי השכלה נמוכה, עולים חדשים, חרדים ונשים ערביות בהשוואה לקבוצות אחרות.

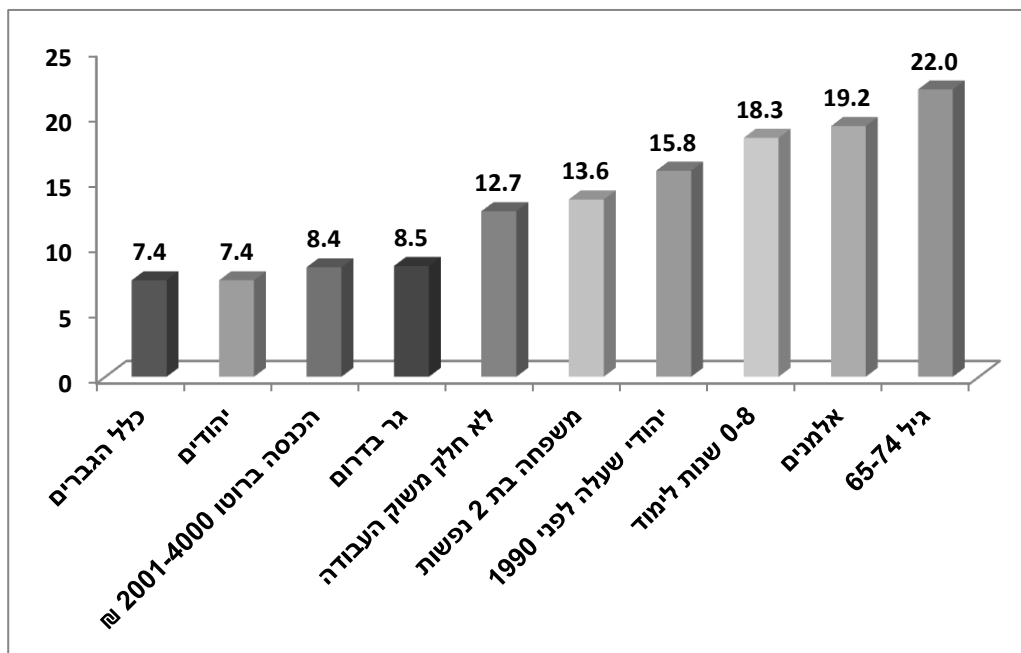
ד. **אשכול חברתי-כלכלי:** שייכות לאשכול חברתי כלכלי גבוה יותר היתה קשורה באופן לינארי לשכיחות סוכרת על פי דווח בקרב נשים. השיעורים נעים בין 9% בקרב נשים באשכולות 1-3 ל-5% בקרב נשים באשכולות 8-10. המגמה בקרב גברים ברורה פחות. יש לציין כי בשני המינים המשתייכים לשלושת האשכולות הראשונים היו גם הצעירים ביותר (קבוצת הגיל 35-39). למרות גילם הצעיר, שיעור המדווחים על טיפול

תרופתי לסוכרת באשכולות 1-3 היה גבוה הן בגברים (95%) והן בנשים (92%) בהשוואה לאשכולות גבוהים יותר.

7. **הבדלים גיאוגרפיים:** בגברים ובנשים מצאנו קשר בין מחוז המגורים לבין הימצאות סוכרת. השיעור הנמוך ביותר נמצא בקרב תושבי ירושלים והגדה המערבית¹² והשיעור הגבוה ביותר בקרב גברים תושבי הצפון והדרום ונשים תושבות הדרום. מבין הגברים החולים בסוכרת, תושבי הדרום דווחו על השיעורים הנמוכים ביותר של טיפול תרופתי ומבין הנשים, המגמה הפוכה עם שיעורי הטיפול התרופתי הגבוהים ביותר בקרב תושבות הדרום. מבחינת רמת הפריפריאליות, לא נמצא קשר בין הקרבה למרכז לבין היקף השימוש בתרופות.

תת הקבוצות בהם נמצאה שכיחות גבוהה יחסית של סוכרת מדווחת מוצגות בתרשים 1.1.3. תת הקבוצות בהם נמצאה שכיחות גבוהה יחסית של טיפול תרופתי בקרב סוכרתיים מוצגת בתרשים 1.1.4.

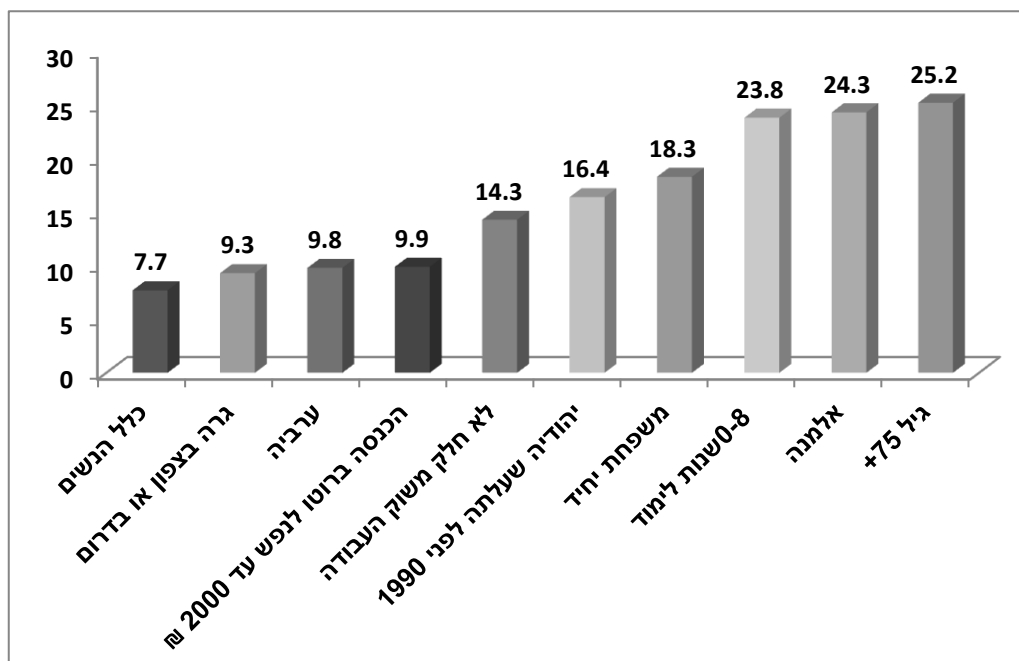
תרשים 1.1.3: שיעור המדווחים על סוכרת לפי מאפיינים נבחרים (2009) גברים



¹² קבוצת תושבי הגדה המערבית במדגם כוללת 35 אזרחים יהודים בלבד.

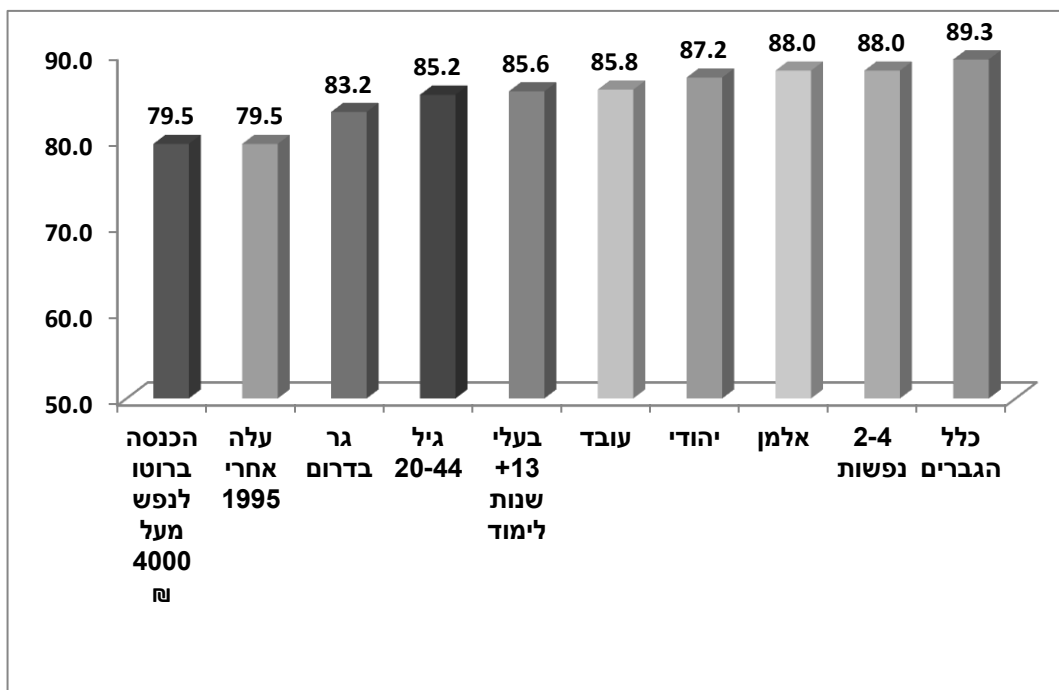
תרשים 1.1.3: שיעור המדווחים על סוכרת לפי מאפיינים נבחרים (2009)

נשים



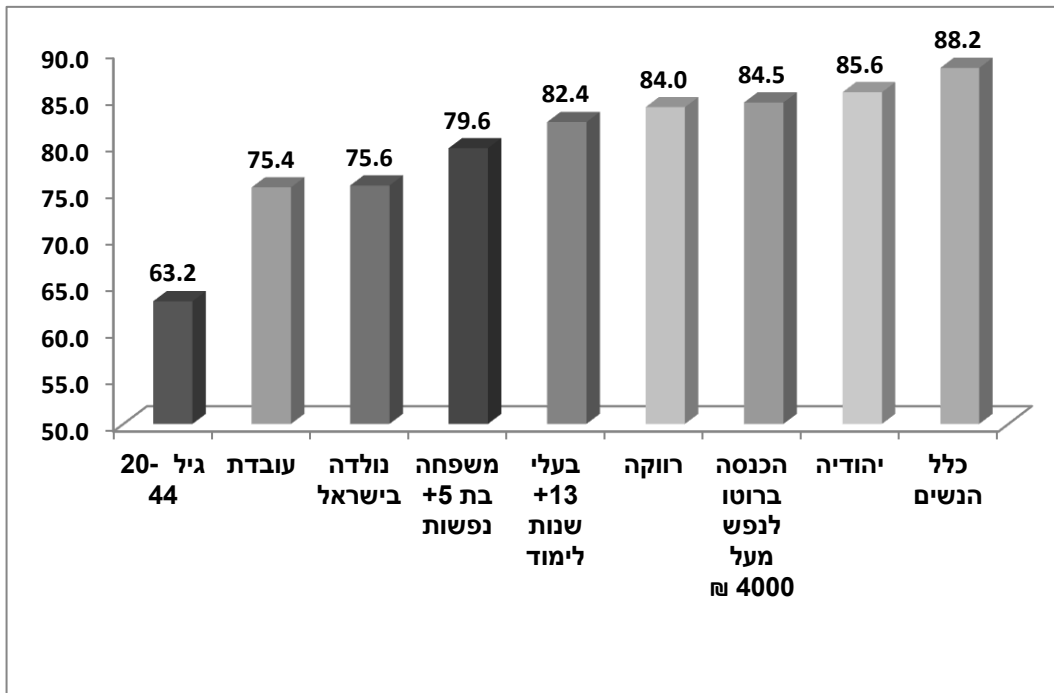
תרשים 1.1.4: שיעור המדווחים על השימוש בתרופות לסוכרת

גברים



תרשים-1.1.4: שיעור המדווחים על השימוש בתרופות לסוכרת

נשים



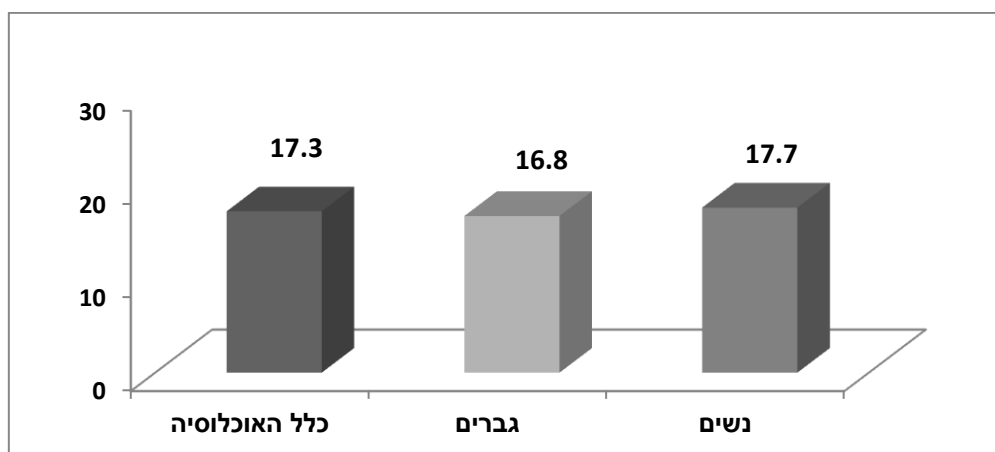
ניתוח רב משתני עולה כי: מין (זכר), גיל (מבוגר), לאום (ערבי), מצב משפחתי (נשואים לעומת רווקים), מספר הנפשות במשק הבית (משק יחיד לעומת יותר מ-4 נפשות), השכלה (השכלה נמוכה), מצב תעסוקה (אינם חלק מכח העבודה), והעדר פעילות גופנית נמצאו בסיכון מוגבר לסוכרת מדווחת, לאחר תקנון רב משתני בכלל המדגם. היחס הצולב המתקנן לסוכרת מדווחת היה גבוה ב-20% אצל גברים לעומת נשים, וב-51% בקרב ערבים לעומת יהודים. בעלי השכלה על-תיכונית לעומת זאת נמצאו בסיכון נמוך ב-40% לעומת אלה עם 0-8 שנות לימוד. פעילות גופנית היתה כרוכה בסיכון נמוך ב-24%. למודל הייתה יכולת אבחנה גבוהה (מעל ל-80%) בין אלה שדווחו על סוכרת ואלה שלא.

למרות שמשתנים רבים הקשורים לפערים בבריאות נמצאו בניתוח חד משתני כקשורים לדיווח על השימוש בתרופות לסוכרת, לאחר ניתוח רב-משתני רק גיל (גבוה יותר אצל מבוגרים), לאום (גבוה יותר אצל ערבים), מצב המשפחתי (גבוה יותר אצל רווקים), עיסוק בפעילות גופנית (גבוה יותר בקרב העוסקים בפעילות גופנית), ומצב העישון (גבוה יותר אצל לא מעשנים) נמצאו קשורים באופן עצמאי עם שיעור שימוש בתרופות על פי דווח.

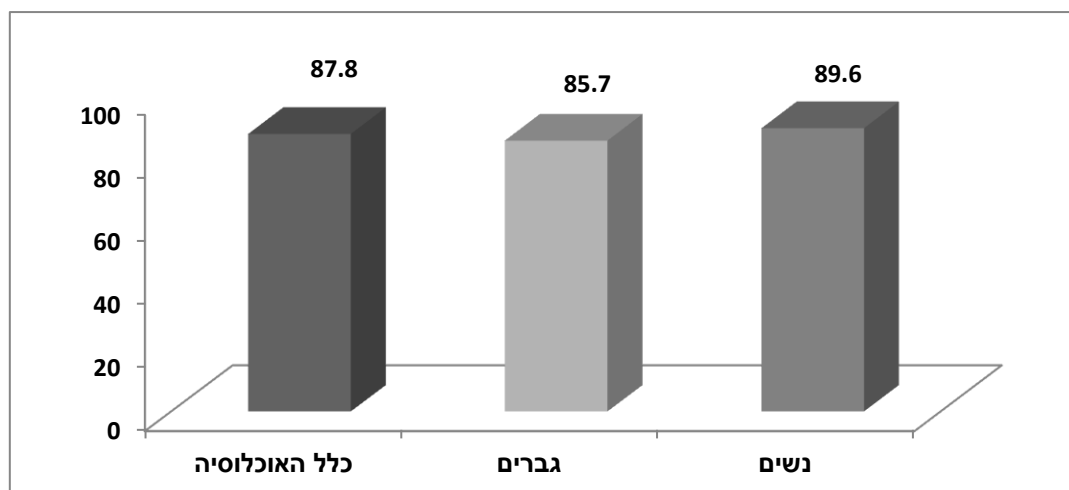
1.2 המצאות יתר לחץ דם ושכיחות טיפול תרופתי

כ-17% מהאוכלוסייה דיווחו כי אובחנו כחולים עם יל"ד עם שיעור דומה בקרב גברים ונשים (תרשים 1.2.1). כ-88% מהאנשים שדיווחו על יל"ד (86% מהגברים ו-90% מהנשים; $p=0.001$) דיווחו גם כי הם נוטלים תרופות לטיפול במחלה (תרשים 1.2.2).

תרשים 1.2.1: שיעור המדווחים על יל"ד בכלל האוכלוסייה, ולפי מין



תרשים 1.2.2: טיפול תרופתי ליל"ד בקרב המדווחים על יל"ד



ניתוח חד משתני של מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים והקשר שלהם ליל"ד וטיפול תרופתי ליל"ד:

- גיל:** שיעור המדווחים על יל"ד עולה עם הגיל מ-1% בקרב בני 20-24 ועד ל-33% בקרב בני 55-64 ו-60% בקרב בני 75 ומעלה. גם שכיחות המטופלים תרופתית ליל"ד בקרב המדווחים על המחלה עולה עם הגיל, מ-42% בקרב בני 20-24 ל-95% בקרב בני 75 ומעלה. בקרב צעירים הטיפול התרופתי המדווח שכיח יותר אצל גברים, ובגיל הביניים הוא שכיח יותר אצל נשים. מגיל 55 היקף הטיפול התרופתי דומה בין המינים.
- עלייה:** שיעור נמוך משמעותית של יהודים ילידי הארץ (11% בגברים ו-8.5% בנשים) דווחו על אבחנה של יל"ד בהשוואה לעולים. בקרב העולים נמצא מתאם בין ותק בארץ לשיעור המדווחים על אבחנה של יל"ד (מ-19% בקרב אלו שעלו אחרי שנת 1995 ל-38% בקרב אלה שעלו לפני שנת 1990) העולה בקנה אחד עם הבדלי הגיל בין הקבוצות. גם שכיחות המטופלים תרופתית ליל"ד בקרב המדווחים על המחלה היה נמוך בקרב היהודים ילידי הארץ לעומת העולים. אצל גברים מצאנו שיעור טיפול תרופתי נמוך בקרב העולים שעלו אחרי 1995 לעומת אחרים (69% לעומת 91%, בהתאמה). לא נמצאו הבדלים כאלה בקרב נשים
- קבוצות אוכלוסייה:** יל"ד דווח בשכיחות גבוהה יותר בקרב יהודים לעומת ערבים (18% ו-12%, בהתאמה). ההבדל בין שתי הקבוצות בולט במיוחד בקרב הגברים בהם שיעור היהודים המדווחים על יל"ד מגיע לפי שניים בהשוואה לערבים. בשני המינים, שיעור המדווחים על טיפול תרופתי ליל"ד מקרב המדווחים על המחלה גבוה יותר בקרב ערבים לעומת יהודים (97% לעומת 86%, בהתאמה).
- מצב משפחתי:** שיעורי הדיווח על אבחנה של יתר לחץ דם לפי מצב משפחתי עולים בקנה אחד עם הבדלי הגיל בין הקבוצות. השיעורים הגבוהים ביותר נרשמו בקרב אלמנים והנמוכים ביותר בקרב רווקים. בדומה, טיפול תרופתי בקרב המדווחים על המחלה שכיח יותר אצל אלמנים ופחות בקרב רווקים.
- מספר נפשות:** שיעור הנשים המדווחות על יל"ד הולך ופוחת עם העלייה בגודל משק הבית, משיעור של 47% בקרב נשים המתגוררות בגפן ל-8% בקרב נשים המשתייכות למשק בית בין 5 נפשות או יותר. בקרב גברים, השכיחות הגבוהה ביותר נמצאה בקרב משקי בית בני שתי נפשות. שיעור השימוש בתרופות ליל"ד היה שכיח יותר בקרב בתי אב המונים שתי נפשות ושכיח פחות בבתי אב המונים 5 נפשות ומעלה. בקרב האנשים המתגוררים בגפם השימוש היה שכיח יותר בקרב נשים לעומת גברים (92% לעומת 80%, בהתאמה).

6. **מאפייני מעמד חברתי-כלכלי:** מאפיינים של מעמד חברתי כלכלי נמצאו קשורים עם שיעור הדיווח על יל"ד ועם טיפול תרופתי:

א. **השכלה:** אבחנה מדווחת של יל"ד שכיחה במיוחד בקרב בעלי השכלה יסודית ומטה בהשוואה לבעלי השכלה תיכונית או על תיכונית (פי כמעט 2 בקרב גברים ופי שלוש בקרב נשים). גם טיפול תרופתי בקרב המדווחים על המחלה נמצא קשור באופן הפוך עם רמת ההשכלה. שיעור גבוה יותר של גברים ונשים בעלי השכלה יסודית ומטה עם יל"ד דווחו על טיפול תרופתי למחלה (91.3% ו-94.6% בהתאמה) בהשוואה לבעלי השכלה גבוה יותר (82% ו-88% מהגברים והנשים עם השכלה על תיכונית).

ב. **מצב כלכלי:** בשני המינים נמצא קשר בין אבחנה של יל"ד לבין גובה ההכנסה. בקרב גברים, מצאנו מדרג עולה מ-13.6% בקרב בעלי הכנסה נמוכה (2000 ₪ לחודש או פחות) עד ל-19.5% בקרב בעלי הכנסה גבוהה (הכנסה ממוצעת לנפש גבוהה מ-4000 ₪). בקרב נשים, לעומת זאת, השיעור הגבוה ביותר (21.4%) נמצא אצל נשים בעלות הכנסה בינונית (2001-4000 ₪) והנמוך ביותר בקרב בעלי הכנסה הגבוהה (15.8%). היקף השימוש המדווח בתרופות בקרב חולים עם יל"ד קשור במצב כלכלי רק בקרב גברים, עם שימוש הולך ופוחת ככל שרמת ההכנסה גבוהה יותר, מ-93% בקרב בעלי הכנסה נמוכה (הכנסה ממוצעת לנפש עד 2000 ₪) ל-84% בקרב בעלי הכנסה גבוהה (הכנסה ממוצעת לנפש מעל 4000 ₪).

ג. **תעסוקה:** אי שייכות לשוק העבודה קשורה לשיעורים גבוהים יותר של אבחנת יל"ד על פי דווח. ההבדל של פי 2 בקרב גברים ופי שלוש בקרב נשים, בהשוואה למועסקים ובלתי מועסקים. בשני המינים לא נמצאו הבדלים בין מועסקים לבלתי מועסקים. גם אצל גברים וגם אצל נשים שיעור הדיווח הגבוה ביותר על שימוש בתרופות ליל"ד היה בקרב אנשים שאינם חלק מכוח העבודה והנמוך ביותר בקרב אלה השייכים לכוח העבודה אך אינם עובדים.

ד. **אשכול חברתי-כלכלי:** בשני המינים נמצאה עליה בשיעורים הגולמיים של המדווחים על אבחנה של יל"ד עם העליה באשכול החברתי עד לאשכולות 6-7 (מ-10% באשכולות 1-3 עד ל-20% באשכולות 6-7 בגברים, ומ-12% ועד 20% בהתאמה בנשים) ואח"כ ירידה מסויימת באשכולות 8-10. לא נמצא קשר ברור בין אשכול חברתי כלכלי לפי אזור סטטיסטי לבין טיפול תרופתי לסוכרת.

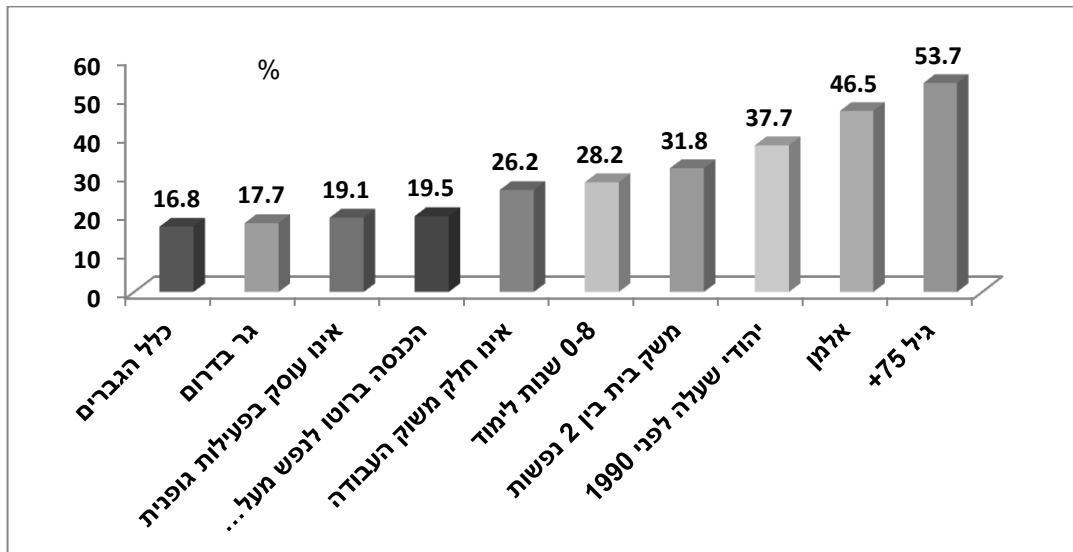
7. **הבדלים גיאוגרפיים:** שיעור נמוך יותר של מדווחים על יל"ד נמצא בקרב גברים תושבי ירושלים, אצל גברים. השיעורים בקרב תושבי הצפון, הדרום והמרכז היו דומים, ולא נמצא קשר מובהק בין המרכז לפריפריה. השימוש המדווח בתרופות ליל"ד היה הנמוך ביותר בירושלים ובמרכז הארץ לעומת שאר הארץ.

תת הקבוצות בהם נמצאה שכיחות גבוהה יחסית של יל"ד מדווח מוצגות בתרשים 1.2.3. תת הקבוצות בהם נמצאה שכיחות גבוהה יחסית של טיפול תרופתי בקרב המדווחים על יל"ד מוצגת בתרשים 1.2.4.

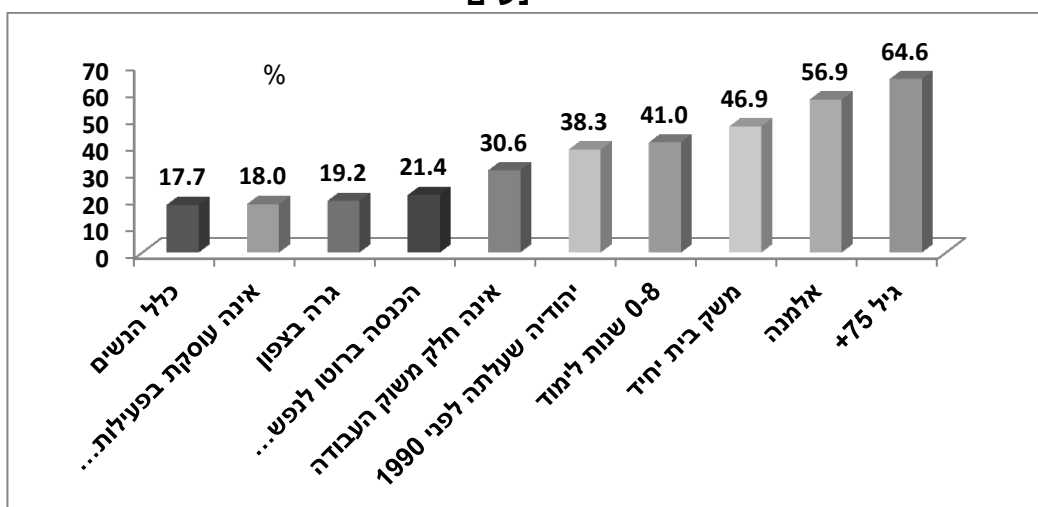
לאחר תקנון בניתוח רב משתני נמצא כי: מין, גיל, מצב משפחתי, מספר הנפשות במשק הבית, מצב התעסוקה, לאום ושנת עלייה, פריפריאליות ומצב עישון היו קשורים באופן מובהק ועצמאי עם דיווח על יל"ד בגברים ונשים. היחס הצולב (OR) לדווח על יל"ד גבוה ביותר מ-40% בקרב אנשים שאינם עובדים לעומת עובדים, וגבוה ב-23% עד 43% בקרב עולים לעומת יהודים ילידי הארץ בנוסף, נשים נמצאו בסיכון מופחת ב-21% ליל"ד מדווח לעומת גברים.

המשתנים שנמצאו בקשר עצמאי בניתוח רב-משתני עם דיווח על שימוש בתרופות ליל"ד בקרב אלו שדווחו על יל"ד, היו: גיל, השכלה, פריפריאליות, מצב תעסוקתי, שנת עלייה ולאום, ביקור אצל רופא ראשוני בשבועיים האחרונים ומצב עישון. מבחינת כיווני הקשר נמצא כי הסיכון הצולב לצרוך תרופות היה נמוך במיוחד בקרב צעירים, בעלי השכלה גבוהה, אנשים הגרים במרכז, יהודים ילידי הארץ, אנשים שלא ביקרו אצל רופא ראשוני בשבועיים האחרונים, ומעשנים.

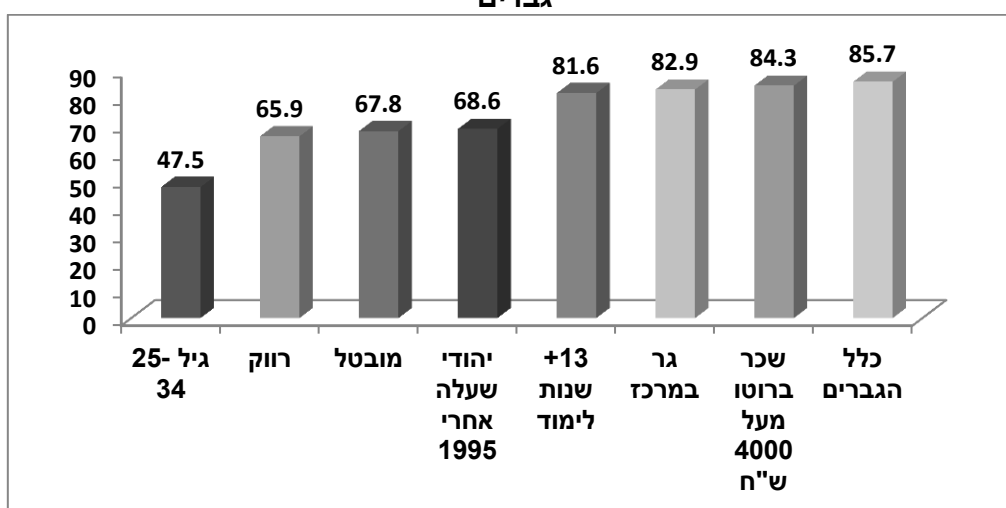
תרשים 1.2.3: שיעור המדווחים על אבחנה של יל"ד גברים



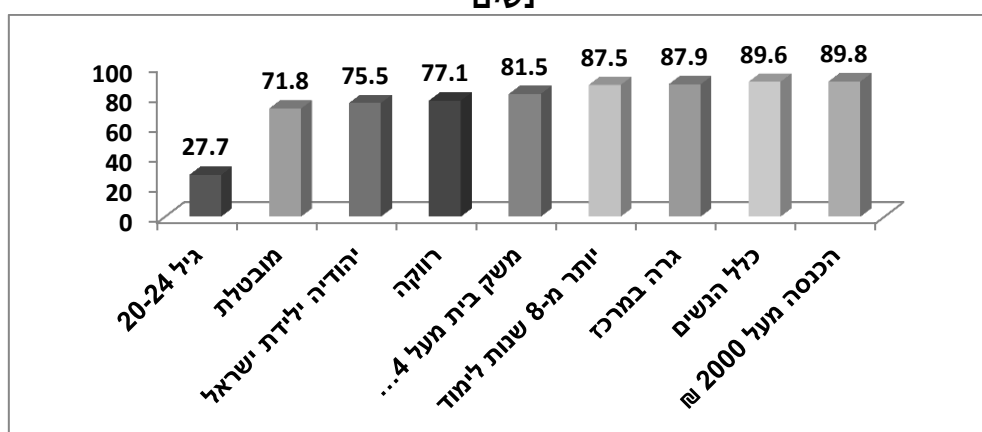
תרשים 1.2.3: שיעור המדווחים על אבחנה של יל"ד נשים



תרשים 1.2.4: שיעור טיפול תרופתי ליל"ד בקרב המדווחים על אבחנה של יל"ד גברים



תרשים 1.2.4: טיפול תרופתי ליל"ד בקרב המדווחים על אבחנה של יל"ד נשים

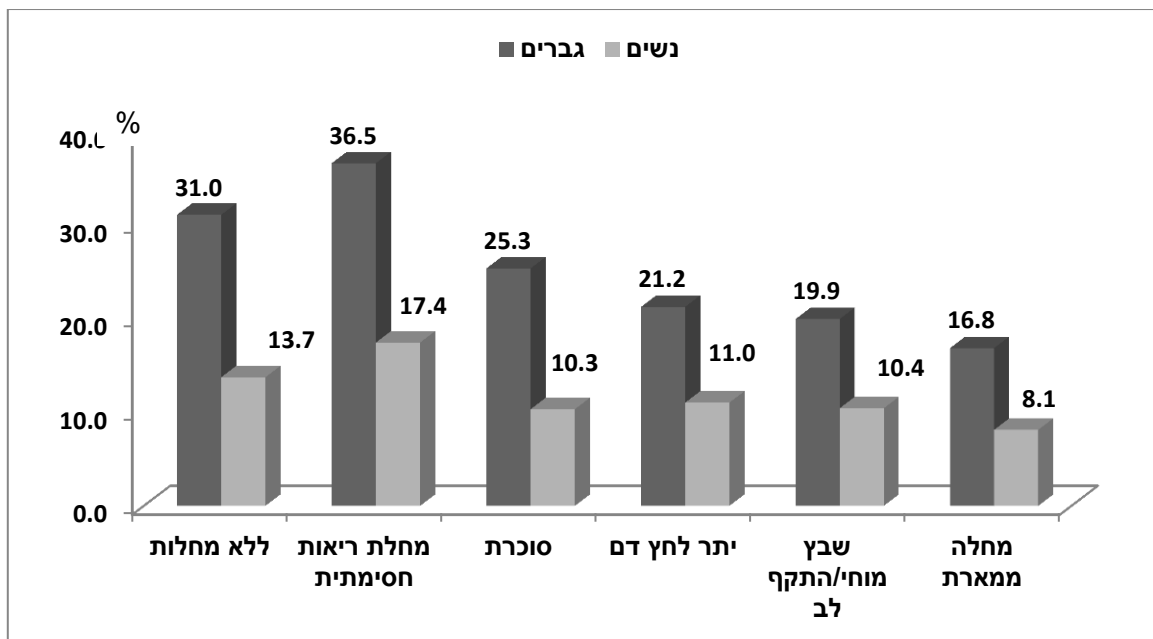


2. עישון בקרב אנשים עם תחלואה כרונית

בכלל המדגם דיווחו 29% מהגברים ו-13% מהנשים כי הם מעשנים (98% מתוכם מעשנים יותר מסיגריה אחת ליום). התפלגות שיעור המעשנים באנשים ללא מחלה ובחולים בכל אחת מהמחלות הכרוניות שנבדקו מוצגת בתרשים 2.1.

כ-73% מהאוכלוסייה לא דווחו על אף אחת מחמשת המחלות הכרוניות הנחקרות ("האוכלוסייה הבריאה"). בקבוצה זו דיווחו כ-20% כי הם מעשנים (31.0% מהגברים, ו-13.7% מהנשים). בקרב חולים כרוניים שיעורי העישון הגבוהים ביותר נמצאו בקרב אנשים החולים במחלת ריאות חסימתית. חולים אלו מעשנים יותר מ"האוכלוסייה הבריאה" ומהחולים בכל אחת מהמחלות האחרות שנבדקו. שיעורי העישון בקרב חולים בכל אחת מהמחלות הכרוניות האחרות, לעומת זאת, היו נמוכים בהשוואה לאוכלוסייה ללא מחלות אלה, כאשר השיעורים הנמוכים ביותר נרשמו בקרב גברים ונשים שחלו במחלה ממארת.

תרשים 2.1: שיעור המעשנים לפי מין ומחלה כרונית*



* תתכן חפיפה בין העמודות כאשר אנשים חולים ביותר ממחלה אחת

בבחינה של הקשר בין מחלה כרונית ועישון לפי מאפיינים חברתיים-כלכליים הקשורים לפערי בריאות בניתוח חד משתני עולים הממצאים הבאים:

1. **מין:** ככלל, שיעור הגברים המדווחים על עישון גבוה יותר מפי שתיים ביחס לנשים. שיעורים גבוהים יותר של המדווחים על עישון בקרב גברים נמצאו בכל תת הקבוצות שנבדקו הן בקרב אלה ללא מחלה (31% בגברים, 14% בנשים) והן בקרב החולים במחלה כרונית כלשהי (23% ו-12% בהתאמה).

2. **גיל:** 28% מהגברים ו-11% מהנשים ללא מחלה בקבוצת הגיל 20-24 מעשנים. בגלל השכיחות הנמוכה של מחלות כרוניות בקרב צעירים לא ניתן להעריך באופן אמין את שיעור המעשנים בקרב חולים בקבוצת הגיל הזו. הקשר בין גיל לבין עישון הוא קמור (עליה ואחריה ירידה). בכל הקבוצות שנבחנו נרשמו שיעורי המעשנים הגבוהים ביותר בגילאי הביניים (45-54) בהשוואה לשאר קבוצות הגיל. בקרב החולים במחלת ריאות חסימתית בהם אחוז המעשנים גבוה במיוחד, מגיע שיעור המעשנים בגילאי הביניים ל-78% בקרב גברים ו-40% בקרב נשים בהשוואה ל-35% ו-19% בקרב גברים ונשים ללא מחלה. בעוד שבמרבית המחלות שנבדקו מוצאים בקרב גברים בני 65 ומעלה, שיעורים נמוכים או דומים של המדווחים על עישון בהשוואה לגברים ללא מחלה, בקרב נשים מוצאים שיעורים נמוכים יותר בקרב חולות בכל המחלות רק בבנות 75 ומעלה. יוצאת דופן היא מחלת הסרטן הקשורה בנשים לשיעורי עישון נמוכים ב-30% או יותר בכל קבוצות הגיל (האומדנים אינם יציבים בקרב בנות פחות מ-35 בשל מיעוט חולות סרטן בצעירות).

3. **עליה:** בקרב יהודים, לא ניתן להצביע על קשר ברור בין וותק בישראל ועישון.

4. **קבוצות אוכלוסייה:** בעוד שבקרב יהודים נמצאו שיעורי עישון נמוכים בדרך כלל בקרב חולים בהשוואה לאנשים שלא דווחו על אף אחת מהמחלות הכרוניות שנבדקו, שיעור המעשנים בקרב הערבים החולים במחלה כרונית היה דומה או אף גבוה יותר מהשיעור בקרב אנשים ללא מחלה כרונית. לדוגמה, אחוז המעשנים בקרב גברים יהודים החולים במחלה ממארת היה נמוך (14%) לעומת בריאים (28%), בעוד שאצל הערבים האחזים המקבילים היו 56% ו-45% בהתאמה ($p=0.02$). מגמה דומה נמצאה גם בקרב נשים. בעוד שנשים יהודיות שחולות בסוכרת, התקף לב/שבץ מוחי, או יתר לחץ דם מעשנות פחות מנשים בריאות, אצל ערביות שיעור המעשנות היה גבוה פי שלוש בקרב החולות לעומת הבריאות ($p<0.002$) בשלושת ההשוואות).

5. **מצב משפחתי:** בקרב אלה שלא דווחו על חולי כרוני, שיעור המעשנים הגבוה ביותר נמצא בקרב גברים גרושים. בקרב החולים, שיעור המעשנים גבוה יותר בדרך כלל בקרב רווקים. אצל נשים נמצאו שיעורי עישון גבוהים יחסית בקרב גרושות הן בחולות והן בקרב אלה ללא מחלה.

6. **מספר נפשות:** בקרב מי שלא דווח על אף אחת מהמחלות הכרוניות שנבדקו, מצאנו ירידה בשיעור המדווחים על עישון ככל שמשק הבית מונה יותר נפשות. בקרב גברים החולים בכל אחת מהמחלות הכרוניות צורת הקשר קעורה עם שיעורים גבוהים בקרב החיים בגפם,

שיעורים נמוכים בקרב אלה הגרים במשק בית בין שתי נפשות ועליה ככל שמספר הנפשות במשק הבית גבוה יותר. בנשים החולות במחלה כרונית צורת הקשר היא קמורה עם שיעורים גבוהים בקרב נשים החיות במשק בית בן 3-4 נפשות ושיעורים נמוכים יותר בקרב המתגוררות בגפן או במשק בית עם 5 או יותר נפשות.

7. **מאפייני מעמד חברתי-כלכלי:** מצאנו קשר בין מאפיינים של המעמד החברתי הכלכלי לבין עישון:

א. **השכלה:** בעוד שבקרב גברים נרשמו שיעורי העישון הגבוהים ביותר בקרב בעלי השכלה של 8 שנות לימוד ומטה, בקרב נשים קבוצה זו התאפיינה בשיעורי העישון הנמוכים ביותר על פי דווח. בקרב חולים, שיעור המעשנים בקרב אנשים עם 9-12 שנות לימוד היה בדרך כלל זהה או אף גבוה יותר מאחוז המעשנים בבעלי עד 8 שנות לימוד (עבור סוכרת, יתר לחץ דם ומחלת ריאות $p < 0.01$). אצל נשים בריאות אחוז העישון הגבוה ביותר נמצא בדרך כלל בבעלות 9-12 שנות לימוד, ללא קשר עם הימצאות מחלה כרונית.

ב. **הכנסה:** בגברים מצאנו את שיעורי העישון הגבוהים ביותר בקרב בעלי הכנסה של 2000 ש"ח או פחות עם מדרג יורד עם העלייה ברמת ההכנסה, הן באלה ללא מחלה ("אוכלוסיה בריאה"), והן בחולים (בחולים במחלת-ריאה ובסרטן השיעורים בקרב בעלי של 2001-4000 ש"ח נמוכה מזו של בעלי הכנסה מעל 4000 ש"ח). בנשים עם הכנסה נמוכה (2000 ש"ח ומטה) נרשמו שיעורי העישון הנמוכים ביותר הן בבריאות והן בחולות, עם מדרג עולה עם רמת ההכנסה בכל אחת מן המחלות, למעט מחלת לב וכלי דם בה המדרג היה הפוך (בדומה לזה שנמצא בגברים) ובסרטן שם המגמה ברורה פחות. מהשוואת שיעורי המעשנים בחולים לאלה ללא מחלה לפי רמת הכנסה עולה כי מחלה קשורה עם שיעורים נמוכים יותר של עישון בשני המינים בכל המחלות למעט מחלת ריאה. יוצאות מן הכלל הן נשים עם הכנסה נמוכה, בהן נמצאו שיעורי עישון זהים (סוכרת וסרטן) או גבוהים מאלה שנמצאו בבריאים.

ג. **תעסוקה:** בשני המינים שיעור המעשנים היה נמוך יותר באלה שאינם שייכים לכח העבודה, וגבוה יותר בקרב הבלתי מועסקים, גם בקרב האוכלוסייה הבריאה וגם בקרב החולים במחלות כרוניות. גברים ונשים עם מחלת ריאה דווחו על עישון בשכיחות גבוהה יותר בכל קבוצות התעסוקה. בגברים, שאר המחלות היו קשורות בשיעור דומה של עישון על פי דווח בהשוואה לאנשים ללא מחלה. בנשים מובטלות, שיעורי העישון בקרב החולות בכל אחת מהמחלות היו גבוהים בהשוואה לנשים ללא מחלה.

ד. **אשכול חברתי-כלכלי:** אצל גברים, בריאים וחולים, אחוז המעשנים ירד בהדרגה ככל שהאשכול החברתי-כלכלי גבוה יותר, מ-38% באשכול 1-2 ועד 21% באשכול 9-10. אצל נשים, בריאות וחולות (למעט חולות במחלת ריאה), התופעה הפוכה: אחוז המעשנות עולה מ-3% בקרב נשים באשכול 1-2 ל-13% בקרב נשים באשכול 9-10. בנשים עם מחלת ריאה נצפית מגמת ירידה בשיעור המדווחות על עישון ככל שהן שייכות לאשכול גבוה יותר בדומה

לגברים. במרבית המחלות, מלבד מחלת ריאה, שכיחות המדווחים על עישון נמוכה בהשוואה לשכיחות הדיווח באנשים ללא מחלה באותו אשכול חברתי-כלכלי. יוצאות דופן הן נשים באשכול 1-3 בהן שיעורי העישון על פי דיווח בנוכחות כל אחת המחלות (למעט סוכרת) גבוהים מאשר בנשים באותו אשכול ללא מחלה. בנשים עם מחלת ריאה התופעה בולטת במיוחד עם שיעור מעשנות של כמעט פי 7 לעומת נשים ללא מחלה באשכול זה.

8. **הבדלים גיאוגרפיים:** גברים בפריפריה מעשנים יותר לעומת אלה הגרים במרכז, גם באוכלוסייה החולה במחלה כרונית (למעט בקרב חולי סוכרת) וגם ב"אוכלוסייה הבריאה". לגבי נשים, לא ניתן להצביע על קשר ברור בין אחוז העישון למגורים בפריפריה. בשני המינים, לא מצאנו שהקשר בין מחוז המגורים או פריפריה לבין עישון מושפע מנוכחות/העדר מחלה כרונית.

9. **פעילות גופנית:** גברים ונשים שדווחו שאינם עוסקים בפעילות גופנית מעשנים יותר בין אם חלו באחת המחלות ובין אם לאו.

מנבאים לעישון

באמצעות ניתוח רב משתני, בדקנו את הקשר בין מחלות כרוניות נבחרות לבין עישון תוך תיקון לדיכאון ולמשתנים הקשורים בפערי בריאות (ראה שיטות).

בכלל המדגם, לאחר תיקון לגיל, דיכאון, מצב משפחתי, מספר אנשים במשק הבית, שנות השכלה, תעסוקה, קבוצת אוכלוסייה, ופעילות גופנית, אבחנה של יל"ד הייתה קשורה לסיכון מופחת לעישון על פי דוח (OR = 0.83; 95% CI: 0.73-0.94), לעומת זאת, מחלת ריאה (OR = 1.50; 95% CI: 1.15-1.96) ודכאון (OR = 1.77; 95% CI: 1.43-2.19) היו קשורות בסיכון גבוה יותר לעישון. שאר המחלות לא נכללו במודל הסופי לאחר שלא נמצא קשר בינן לבין עישון על פי דוח לאחר תיקון למשתנים חברתיים כלכליים.

נשים היו בסיכון מופחת לעשן בהשוואה לגברים (OR = 0.35; 95% CI: 0.32-0.38) גם לאחר תיקון ל: גיל, מין, מצב משפחתי, מספר נפשות במשק הבית, השכלה, תעסוקה, קבוצת אוכלוסייה, פעילות גופנית, יל"ד, מחלת ריאה כרונית, ודיכאון.

מספר המחלות לא נמצא קשור לסיכון לעישון. מאחר ומצאנו הבדלים בין גברים ונשים בקשר בין מאפיינים חברתיים-כלכליים ועישון חזרנו על הניתוח לשני המינים בנפרד.

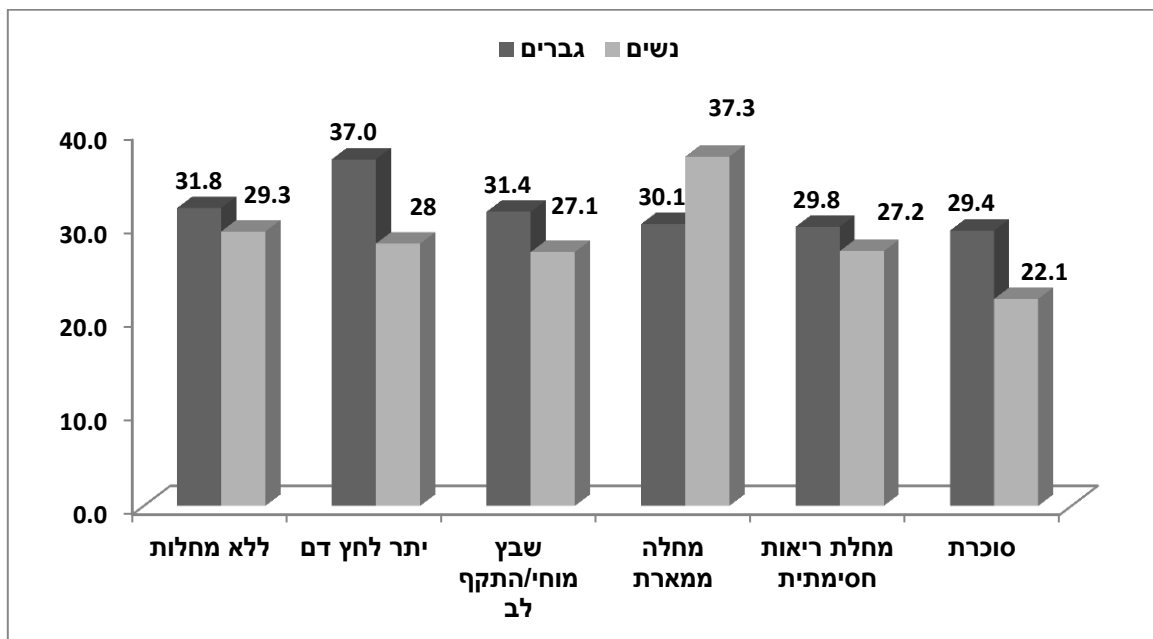
המשתנים שנכללו במודל הסופי לגברים הם: יל"ד, מחלת ריאה, דכאון, גיל, מצב משפחתי, מספר אנשים במשק הבית, השכלה, תעסוקה, קבוצת אוכלוסייה (ערבים, עולים) ופעילות גופנית. בדומה לממצאים בכלל המדגם, לאחר תיקון, גברים עם יל"ד היו בסיכון נמוך ב-22% לעשן בהשוואה לאלה ללא המחלה (OR = 0.78; 95% CI: 0.66-0.92) ומחלת ריאה מאידך הייתה קשורה בסיכון מוגבר לעשן (OR = 1.61 95% CI: 1.12-2.31).

בנשים אף אחת מהמחלות הכרונית לא ניבאה באופן עצמאי את הסיכון לעישון לאחר תיקון.

3. פעילות גופנית בקרב חולים במחלה כרונית

שיעור המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית בשעות הפנאי (לפחות 30 דקות, לפחות ביום אחד בשבוע) עומד על פחות מ-40%. במרבית הקבוצות שנבדקו (למעט בקרב החולים במחלה ממארת) פחות נשים מדווחות על עיסוק בפעילות גופנית מגברים (תרשים 3.1). שיעור המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית במחלה כרונית נמוך בקרב חולים מאשר בקרב אוכלוסייה ללא חולי כרוני מדווח (משתתפי הסקר שאין להם אף מחמשת המחלות הנחקרות). יוצאי הדופן הם גברים הסובלים מיתר לחץ דם ונשים עם מחלה ממארת, ששיעור גבוה יותר מהם מדווחים על עיסוק בפעילות גופנית בהשוואה ל"אוכלוסייה הבריאה".

תרשים 3.1: שיעור העוסקים בפעילות גופנית לפי מין ומחלה



בבחינה של הקשר בין מחלה כרונית ודווח על עיסוק בפעילות גופנית לפי מאפיינים חברתיים-כלכליים הקשורים לפערי בריאות מצאנו:

1. **גיל:** בגברים ונשים ב"אוכלוסייה הבריאה" נצפתה עלייה בשיעור המדווחים על פעילות גופנית ככל שהם משתייכים לקבוצת גיל גבוהה יותר, עם ירידה מסוימת רק בקרב בני ה-75 ומעלה. בנשים, קצב העלייה בשיעור המדווחות על פעילות גופנית גבוה מזה של הגברים כך שהחל מקבוצת הגיל 54-45 שיעור הנשים המדווחות על עיסוק בפעילות גופנית גבוה מזה של הגברים. מגמה דומה קיימת בקרב גברים החולים במחלה כרונית, למעט בקרב גברים המדווחים על אבחנה של יתר לחץ דם בהם שיעור המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית בקרב הצעירים גבוה (61%) ויורד בהדרגה ככל שהם משתייכים לקבוצת גיל גבוה יותר ($p=0.0003$ עבור אינטראקציה בין גיל למחלה). בנשים, לעומת זאת המגמה בקרב חולות במחלה כרונית ברורה פחות, אך ניתן להבחין בירידה בשיעור המדווחות על עיסוק בפעילות

גופנית בקרב חולות עם אבחנה של סוכרת מגיל 25 ואילך ($p < 0.0001$) עבור אינטראקציה בין גיל למחלה).

2. **עליה:** בקרב יהודים יש ירידה בשיעורי המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית עם ירידה בותק בארץ (בגברים: מ-36% בקרב העולים לפני 1990 עד ל-27% בקרב מי שעלה לאחר 1995; בנשים: מ-39% בקרב עולות ותיקות (עלו לפני 1990) עד ל-27% בקרב עולות לאחר 1995). בגברים החולים בסוכרת ובגברים ונשים המדווחים על אבחנה של יל"ד המגמה הפוכה.

3. **קבוצות אוכלוסיה:** בקרב גברים, שיעור העוסקים בפעילות גופנית נמוך פי 3 באוכלוסייה הערבית בהשוואה ליהודים ואחרים הן בחולים במחלה כרונית והן ב"אוכלוסיה הבריאה". בגברים ערבים, מחלה כרונית קשורה בשיעור נמוך יותר של מדווחים על פעילות גופנית בעיקר בחולים במחלת לב וכלי דם או במחלה ממארת. בעוד שבנשים יהודיות, מחלה כרונית כרוכה בירידה מתונה בשיעור המדווחות על פעילות גופנית (עד 20% למעט חולות בסרטן ששיעור גבוה יותר מהן מדווח על עיסוק בפעילות גופנית בהשוואה ל"בריאות"), בנשים ערביות, למעט נשים החולות במחלת ריאה או בסרטן, קיים פער בולט בין חולות ו"בריאות" בשיעור העיסוק בפעילות גופנית על פי דווח (ירידה של 90% במחלת לב וכלי דם, 70% בסוכרת, 60% ביל"ד; $p < 0.01$ עבור אינטראקציה בין מחלה לבין קבוצת אוכלוסייה בשלושת המחלות). בקרב נשים הפער בין יהודיות לערביות נע בין פי 3.6 בנשים ללא מחלה ונשים עם מחלת ריאה לפי 28 בנשים עם מחלת לב וכלי דם. פער גדול מוצאים גם בקרב החולות בסוכרת (פי 10) וחולות ביל"ד (פי 8). בגברים יהודים ואחרים, שיעורי הדיווח על עיסוק בפעילות גופנית בקרב חולים דומים או נמוכים במקצת (עד 10% פחות) בהשוואה לדווח ב"אוכלוסיה הבריאה".

4. **מצב משפחתי:** לא ניתן היה לזהות קשר אחיד בין מצב משפחתי לבין עיסוק בפעילות גופנית על-פי המחלות השונות, מלבד אחוז גבוה יותר של אנשים העוסקים בפעילות גופנית בקרב רווקים ורווקות לעומת השאר.

5. **מספר נפשות:** ברוב המחלות, כמו ב"אוכלוסייה הבריאה" שיעור העוסקים בפעילות גופנית הלך וירד עם עליה במספר בני הבית. בעוד שבמרבית תת הקבוצות שיעור המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית נמוך יותר בקרב המדווחים על מחלה כרונית בהשוואה לאנשים ללא מחלה, הפער מצטמצם עם העלייה במספר הנפשות במשק הבית. בגברים המדווחים על אבחנה של יל"ד שיעור המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית דומה לזה של האוכלוסייה הבריאה במשקי בית בין שני אנשים ואף גבוה יותר במשקי בית בני 3 או יותר אנשים.

6. **מאפייני מעמד חברתי-כלכלי:** נמצא קשר בין פעילות גופנית לבין מאפיינים של המעמד החברתי הכלכלי:

א. **השכלה:** נמצא קשר ישר חזק בין דווח על עיסוק בפעילות גופנית לבין שנות ההשכלה, גם אצל גברים וגם אצל נשים, הן ב"אוכלוסייה הבריאה" והן בקרב חולים במחלה כרונית. השיעורים באלה ללא אף אחת מהמחלות שנבדקו נעים בין 11% בקרב אנשים עם השכלה יסודית ומטה ל-42% בקרב גברים ו-37% אצל נשים עם השכלה

על תיכונית. בעוד שבקרב גברים מוצאים בקרב חולים במחלות הכרוניות שנבדקו, שיעורים גבוהים יותר של המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית דווקא בקרב בעלי השכלה נמוכה (עד לכמעט פי 2 בקרב חולים במחלה ממארת), בנשים מוצאים שיעורים גבוהים בד"כ באלה עם השכלה תיכונית (12-9 שנות לימוד). לא מצאנו אינטראקציה בין מחלה כרונית לבין הקשר בין השכלה לפעילות גופנית.

ב. **הכנסה:** גם רמת ההכנסה נמצאה בקשר ישיר מובהק עם דווח על עיסוק בפעילות גופנית, עם שיעור גבוה יותר של גברים ונשים העוסקים בפעילות גופנית בקרב בעלי הכנסה גבוהה לעומת הכנסה נמוכה. נשים עם מחלה ממארת מדווחות על עיסוק בפעילות גופנית בשכיחות גבוהה יותר מאשר נשים "בריאות" באותה רמת הכנסה, אך הפער בין נשים חולות לבין נשים ללא מחלה מצטמצם ככל שהן משתייכות לרמת הכנסה גבוהה יותר (מפי 1.7 בקרב בעלות הכנסה של 200 ש"ח ומטה ל-1.2 בקרב אתה עם רמת הכנסה של יותר מ-4000 ש"ח לחודש).

ג. **תעסוקה:** אצל גברים, שיעור העוסקים בפעילות גופנית היה הנמוך ביותר בקרב אלה שאינם משתייכים לשוק העבודה ודומה בין המועסקים לבלתי מועסקים. אצל נשים לעומת זאת, ניתן לראות כי בקרב נשים החולות בסוכרת או ביתר לחץ דם, אחוז העוסקות בפעילות גופנית היה גבוה יותר אצל נשים שאינן מועסקות בהשוואה לנשים עובדות ולנשים שאינן שייכות לשוק העבודה. אי שייכות לכח העבודה מאפיין יותר אנשים מבוגרים, בעלי השכלה נמוכה, עולים חדשים, חרדים ונשים ערביות.

ד. **אשכול חברתי-כלכלי:** גם אצל חולים וגם אצל בריאים, שיעור העוסקים בפעילות גופנית עולה ביחס ישיר עם הדירוג החברתי-כלכלי. לא נמצא קשר ברור בין מחלה כרונית לקשר בין דירוג חברתי כלכלי ודווח על עיסוק בפעילות גופנית.

7. **הבדלים גיאוגרפיים:** לא נמצא קשר בין האזור הגאוגרפי לבין דווח על עיסוק בפעילות גופנית בתת הקבוצות שנבדקו.

8. **עישון:** שיעור העוסקים בפעילות גופנית אצל גברים היה גבוה יותר בקרב אלה שאינם מעשנים. הבדל זה נצפה בכל המחלות והגיע לפי שניים בקרב חולים במחלת לב וכלי דם. אצל נשים החולות במחלה כרונית לא נמצא הבדל באחוז העוסקות בפעילות גופנית בין המעשנות ללא מעשנות.

מנבאים לעיסוק בפעילות גופנית על פי דווח – ניתוח רב משתני

לאחר תקנון למשתנים הקשורים בפערי בריאות ותקנון למחלות השונות נמצא כי המשתנים שנתרו בקשר מובהק עם דווח על עיסוק בפעילות גופנית היו: מין, גיל, מצב משפחתי, מספר הנפשות במשק הבית, מספר שנות הלימוד, הכנסה, תעסוקה, וותק בארץ, עישון ואשכול חברתי-כלכלי.

מחלת הסוכרת הייתה קשורה עם סיכוי מופחת לדווח על עיסוק בפעילות גופנית (OR=0.75, 95%CI: 0.64-0.87). שאר המחלות לא ניבאו באופן עצמאי דווח על עיסוק בפעילות גופנית.

על פי הניתוח, סיכוי מופחת לדווח על עיסוק בפעילות גופנית נמצא עבור נשים (הסיכוי של אישה לעסוק בפעילות גופנית נמוך מזה של גבר עם מאפיינים דומים (OR=0.75, 95%CI: 0.64-0.87), דיכאון, מגורים בחברת אנשים נוספים, עולים, ערבים ומעשנים. קבוצות הגיל מ-45 ומעלה, השכלה מעל ל-8 שנות לימוד, הכנסה מעל ל-2000 ש"ח לחודש, אבטלה, ודרוג סוציאקונומי גבוה יותר היו קשורים בסיכוי טוב יותר לדווח על עיסוק בפעילות גופנית. הסיכוי בנשים ערבות בהשוואה לנשים יהודיות ילידות הארץ היה נמוך במיוחד (יחס צולב: 0.43; רווח סמך 95%: 0.33-0.54).

סיכום ודיון

בעבודה זו בחנו את הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים כלכליים וגאוגרפיים ושכיחות מחלות כרוניות נבחרות (סוכרת ויל"ד) להתנהגות הקשורה לבריאות (עישון ופעילות גופנית) בנוכחות מחלה כרונית.

שכיחות מחלות כרוניות

בהתייחס לשיעורים של שתי המחלות בסקר הבריאות המבוסס על דיווח עצמי (7.6% לסוכרת, 17.2% ליל"ד), שיעורי הסוכרת קרובים לשיעורי ההימצאות בקהילה על פי ניתוח נתונים מהתוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל (9.6%)¹³. השיעורים המקבילים המתוקנים לגיל, מין וקבוצת אוכלוסייה שדווחו מהסקר הטלפוני INHIS היו: 8.3% לסוכרת, ו-19.6% ליל"ד¹⁴.

סוכרת

שכיחות המדווחים על מחלת הסוכרת עולה עם הגיל. מניתוח רב משתני עולה כי הסיכון למחלת הסוכרת על פי דווח, גבוה בבני 65 ומעלה כמעט פי 10 בהשוואה לבני פחות מ-45 עם מאפיינים

¹³ המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. ירושלים: מדינת ישראל, משרד הבריאות, 2013

¹⁴ סקר בריאות לאומי בישראל 2010-2007 INHIS-2 ממצאים נבחרים. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות 2012 פרסום 331

דומים. מגמה זו מסבירה חלקית את הקשר בין שכיחות המחלה ומאפיינים אחרים כגון אלמנים (בהשוואה לרווקים, נשואים וגרושים), הגרים במשק בית של 2 או פחות נפשות, עולים ותיקים (עלו לפני 1990 בהשוואה לעולים חדשים יותר וילידי הארץ) ואי השתייכות לכח העבודה.

מצאנו כי עם הגיל עולה גם שיעור הסוכרתיים המדווחים על נטילת תרופות לטיפול למחלתם (פי 3 בקרב בני 54-45 ופי 6 בקרב בני 55 ומעלה בהשוואה לבני פחות מ-45), לאחר תקנון רב משתני. ממצא זה עולה בקנה אחד עם המהלך הטבעי של מחלת הסוכרת הכולל עליה של הצורך בטיפול תרופתי עם העלייה במשך המחלה. מספר המחלות הכרוניות לא נמצא כמנבא עצמאי לסוכרת אל פי דווח או לטיפול תרופתי על פי דווח בקרב חולים.

על רקע שכיחות דומה של המדווחים על סוכרת בקרב כלל הנשים והגברים, בולט השיעור הגבוה של המדווחות על המחלה בקרב נשים ערביות. ממצא זה בולט בעיקר על רקע התפלגות הגיל באוכלוסייה הערבית, הצעירה בהשוואה ליהודים ואחרים. אורח החיים המסורתי באוכלוסייה הערבית המתאפיין בתזונה עתירת קלוריות ומנהג הכנסת האורחים הם תורמים אפשריים להבדלים אלה¹⁵. על פי דווח ממחקר נפת חדרה, היארעות סוכרת מתרחשת בגיל מוקדם יותר בערבים והסיכון המוגבר אינו מוסבר במלואו על ידי הבדלים במין, גיל, השמנה, היסטוריה משפחתית של סוכרת או צריכה קלורית¹⁶. אחד ההסברים שניתנו לממצא זה הוא השפעה של המעבר המואץ מאורח חיים מסורתי לאורח חיים עירוני ו"ישובני" יותר. עליה בשכיחות סוכרת בעקבות שינוי כזה באורח חיים דווח בחברות רבות בעולם ובקרב עולים מתימן ומאתיופיה בישראל¹⁷.

שיעור המדווחים על טיפול תרופתי בקרב הסוכרתיים מגיע כמעט ל-100% בקרב ערבים בהשוואה ל-87% ו-86% בקרב גברים ונשים יהודים ואחרים. לאחר תיקנון לגיל, מצב משפחתי, פעילות גופנית ועישון, הסיכוי לטיפול תרופתי על פי דווח בקרב ערבים הוא פי 16 בהשוואה ליהודים ואחרים. שיעורים כה גבוהים של דווח על טיפול תרופתי עשויים להעיד על חוסר מודעות למחלה בשלבים מוקדמים, ועל חוסר איזון שלה בשלבים מתקדמים.

מספר נמוך של שנות לימוד נמצא קשור לשכיחות גבוהה יותר של סוכרת על פי דווח בשני המינים. הקשר בין השכלה נמוכה וסוכרת או טיפול תרופתי לסוכרת עשוי להיות מושפע מעודף סוכרת בנשים ערביות בהשוואה לנשים יהודיות. דרוג חברתי-כלכלי נמוך והכנסה נמוכה שהיו קשורים בנייתוחד משתני לשכיחות גבוהה של סוכרת על פי דווח רק בקרב נשים, לא ניבאו באופן עצמאי סוכרת על פי דווח בנשים לאחר תיקנון למאפיינים אחרים (ביניהם מספר שנות לימוד) בנייתוחד רב

¹⁵ אברהים ע, עבוד ה. סוכרת באוכלוסייה הערבית בישראל. מתוך המדריך לטיפול בסוכרת. עורכים: כהן א, מוסנזון ע, רז א. המועצה הלאומית לסוכרת 2015.

¹⁶ Kalter-Leibovici O, Chetrit A, Lubin F, Atamna A, Alpert G, Ziv A, Abu-Saad K, Murad H, Eilat-Adar S, Goldbourt U. "Adult-onset diabetes among Arabs and Jews in Israel: a population-based study". *Diabet Med*. 2012 Jun;29(6):748-54

¹⁷ Rosenthal T. "The effect of migration on hypertension and other cardiovascular risk factors: a review". *J Am Soc Hypertens*. 2014 Mar;8(3):171-91

משתני. השכלה נמוכה עשויה להיות קשורה לאוריינות בריאות נמוכה ולחוסר מודעות וידע בנושא התנהגות בריאותית הכוללת תזונה נכונה, ושמירה על אורח-חיים פעיל.

העדר הקשר בין הכנסה לבין שיעור הדיווח של המחלה בניחות רב-משתני רומז כי ההבדלים בגורמי הסיכון הקשורים בסוכרת אינם נובעים מקושי כלכלי או שהשפעת קושי כלכלי מווסתת על ידי משתנים אחרים. השכיחות הגבוהה של המחלה בקרב אנשים שאינם עובדים עשויה לנבוע מסיבתיות הפוכה, כאשר אנשים החולים בסוכרת בשלבים מתקדמים מתקשים להשתלב בשוק העבודה על רקע נכות בגלל סיבוכי המחלה.

מגורים בפריפריה היו קשורים בשכיחות גבוהה יותר של דווח על סוכרת רק בקרב נשים גם לאחר תקנון לגיל, לאום, מצב משפחתי, השכלה, תעסוקה ועיסוק בפעילות גופנית. בניגוד לצפי לשיעורים נמוכים של טיפול תרופתי בקרב חולים באוכלוסיות מוחלשות כתוצאה מקושי כלכלי או אוריינות בריאות נמוכה, שיעור נמוך של מדווחים על טיפול תרופתי בקרב חולים בסוכרת, מאפיין יהודים ואוכלוסיות חזקות (צעירים, אנשים עובדים). שיעור גבוה יחסית של טיפול תרופתי בקרב אוכלוסיות מוחלשות עשוי לנבוע מהיענות טובה יותר לטיפול בקרבם אך עשוי גם להצביע על תת דווח או מודעות נמוכה למחלה בשלביה הראשונים, בהם ניתן לאזן את המחלה באמצעות שינוי באורח-חיים בלבד.

יל"ד

לא מצאנו הבדל בין גברים ונשים בשיעור המדווחים על יל"ד. בדומה לסוכרת שיעור המדווחים על המחלה עולה עם הגיל כמו גם הסיכוי להיות מטופל תרופתית בקרב חולים (שלאחר תיקנון מגיע לפי 16 בקרב בני 65 ומעלה בהשוואה לבני פחות מ-45). מצאנו כי עולים נמצאים בסיכון גבוה יותר ליל"ד על פי דווח בהשוואה לילידי הארץ עם מאפיינים דומים. סיכון מוגבר ליל"ד על פי דווח נמצא בעולים מכל תקופות העליה. מספר גורמים עשויים לתרום לעודף סיכון ליל"ד בקרב עולים, כולל מאפיינים הקשורים בתרבות ואורח החיים בארץ המוצא (כמו בקרב העולים מברית המועצות לשעבר), שינויים באורח החיים לאחר ההגירה, או דחק כתוצאה מקושי בהסתגלות והתאקלמות בארץ¹⁷.

ההבדלים בשיעורי המדווחים על יל"ד בין יהודים וערבים אינם מוסברים רק על ידי הבדלי הגיל בין הקבוצות, אך הסיכון ליל"ד על פי דווח ביהודים מצטמצם לאחר תיקון גם למין, מספר הנפשות במשק הבית, תעסוקה, ועישון. מאחר והמידע על יל"ד מבוסס על דיווח עצמי, יתכן כי הבדלים שנמצאו בין הקבוצות אינם משקפים בהכרח הבדלים אמיתיים בשיעור החולים. בסקר אוכלוסייה בקרב תושבי נפת חדרה נמצא כי שלישי מאלה הסובלים מיל"ד אינם מודעים לכך¹⁸. חוסר מודעות למחלה נפוץ יותר בקבוצות מסוימות כגון ערבים, ואנשים שאינם נשואים.

¹⁸ Abu-Saad K, Chetrit A, Eilat-Adar S, Alpert G, Atamna A, Gillon-Keren M, Rogowski O, Ziv A, Kalter-Leibovici O. "Blood pressure level and hypertension awareness and control differ by marital status, sex, and ethnicity: a population-based study". *J Hypertens*. 2014 Dec;27(12):1511-20

המנבאים לשימוש בתרופות למחלה דומים למנבאים למחלה עצמה, כלומר באותן האוכלוסיות עם סיכון מוגבר למחלה (כולל קשישים, אנשים שאינם שייכים לכח העבודה וערבים), הסיכון הצולב להשתמש בתרופות גבוה יותר. אוכלוסיות חזקות לעומת זאת, שבקרבן שיעור המחלה נמוך יותר, מדווחות בשיעורי נמוך יותר על טיפול תרופתי למחלה, (לדוגמא: צעירים, אנשים שגרים במרכז ויהודים ילידי הארץ). ייתכן כי באותן האוכלוסיות בהן מדווח על שיעור מחלה גבוה יותר, יש תת דווח של מחלה בשלבים מוקדמים, בגלל בעיה של מודעות ואולי נגישות לשירות, כך שכאשר המחלה מתגלה, היא כבר נמצאת בשלב מתקדם, ואינה ניתנת לאיזון רק באמצעות שינוי באורח החיים (כגון: דיאטה דלת-מלח ופעילות גופנית). שיטת הסקר, המתבסס על דיווח של אחד מבני הבית על כל דיירי הבוגרים ולא על דווח של כל משתתף, עשויה גם היא להסביר חלקית את הבדלים שנמצאו. רצייה חברתית, היא תלוית תרבות ויכולה להיות שכיחה יותר באוכלוסיות מסוימות, אך דרושים נתונים נוספים על מנת לאשש הנחה זו.

התנהגות מסכנת בריאות ותחלואה כרונית

עישון וחוסר פעילות גופנית מהווים גורמי סיכון ניתנים למניעה הן להתפתחות מחלות כרוניות רבות והן לסיבוכים ולתוצאים שליליים בקרב החולים במחלות אלה.

עישון ותחלואה

שיעור הגברים המדווחים על עישון הוא יותר מכפול מזה של הנשים. בשני המינים, מצאנו כי שיעור המדווחים על עישון בקרב החולים במרבית המחלות הכרוניות שנבדקו נמוך בהשוואה לשיעור בקרב אנשים ללא אף אחת מהמחלות. ממצא זה עלול לנבוע משינוי באורח החיים לאחר אבחנה של מחלה כזו, אבל גם משיעורים נמוכים יותר של מעשנים מלכתחילה בקרב חולים במחלה כרונית ששרדו עד מועד הסקר. אין להוציא מחשבון גם אפשרות של תת דווח בקרב חולים המודעים לנזקי העישון ולצורך להפסיק את ההרגל. מאחר והסקר אינו כולל מידע על מעשנים בעבר לא ניתן לקבוע באופן ישיר מה שיעור המשתתפים שהפסיקו לעשן בגין מחלה כרונית. בדומה, לא ניתן להסיק מסקנות לגבי מידת החשיפה לעישון (לפי שנות חפיסה) מאחר ומידע זה נאסף רק לגבי מעשנים בפועל בזמן הסקר ולכן הוא מוטא.

מחלת ריאות כרונית בולטת בכך ששיעור המעשנים בקרב החולים בה גבוה בשני המינים מכל הקבוצות האחרות. עישון סיגריות הוא גורם הסיכון העיקרי למחלת ריאה כרונית (בעיקר מחלת ריאות חסימתית). יותר מ-50% מהמעשנים במשך שנים רבות יפתחו מחלת ריאות חסימתית, בדרגה כלשהי בגיל מתקדם. רק רבע עד שליש מהחולים במחלה מעולם לא עישנו (גורמי סיכון נוספים הם זיהום אויר וחשיפה לזיהום תעסוקתי, וחלקם הם חולי אסתמה בהם המחלה הפכה לחסימתית). אי לכך, למרות ששיעור המדווחים על עישון בקרב החולים במחלה גבוה יחסית למחלות האחרות ול"אוכלוסיה הבריאה" הוא עדיין משקף הפחתה משמעותית של שיעור המעשנים לאחר אבחנה של המחלה. בכלל המדגם, שיעורי העישון הגבוהים ביותר נרשמו בקרב גילאי הביניים (בני 45-54). בקרב חולים במחלת ריאות כרונית השיעורים בקבוצת גיל זו גבוהים במיוחד ומגיעים ל-78% מהגברים ו-40% מהנשים. התפתחות מהירה יותר של מחלת ריאה בקרב

מעשנים בהשוואה לאטיולוגיות אחרות עשויה להסביר חלקית שיעורים גבוהים של מעשנים בגילאי הביניים, קבוצה צעירה יחסית, כאשר בקבוצות הגיל המבוגרות יותר, המחלה מוסברת גם על ידי מנגנונים אחרים, ולכן חלקם של המעשנים בקבוצות גיל אלה קטן יותר. שיעורים נמוכים יותר של מעשנים בקרב הצעירים בהשוואה לגילאי הביניים עשוי גם לשקף מגמות עתיות של ירידה בשיעור המעשנים.

גורמים רבים עשויים לערפל או לתווך את הקשר בין המחלה הכרונית והסיכון לעישון. מצאנו כי גורמים ואנשים שדווחו על דיכאון נמצאו בסיכון יחסי גבוה לדווח על עישון לאחר תקנון במודל רב משתני, בהשוואה לנשואים ולאנשים ללא דיכאון, בהתאמה. הקשר בין דיכאון ובין עישון דווח בעבודות רבות¹⁹ אך אין הסכמה בנוגע לשאלה מה קדם למה או מה המנגנון שעומד בבסיס קשר זה.

העדר פעילות גופנית

פחות מ-40% מהאנשים עם מחלה כרונית או ללא אף אחת מהמחלות שנבדקו מדווחים שעסקו בפעילות גופנית כלשהי בשעות הפנאי (לפחות 30 דקות, לפחות יום בשבוע) בשבועיים שקדמו לסקר. בכל הקבוצות, למעט בקרב חולים במחלה ממארת, נשים דווחו על עיסוק בפעילות גופנית יזומה בשעות הפנאי בשכיחות נמוכה מזו של גברים. לאחר תקנון לגיל, מצב משפחתי, מספר נפשות במשק הבית השכלה, הכנסה, תעסוקה, סוכרת ודיכאון, הסיכוי של אישה לדווח על עיסוק בפעילות גופנית הוא 85% מזה של גבר עם מאפיינים דומים.

מצאנו כי שיעורי המדווחים על ביצוע פעילות גופנית בקרב חולים במחלה כרונית נמוכים בד"כ בהשוואה ל"אוכלוסיה הבריאה" בשני המינים. יוצאים מכלל זה גברים עם יתר לחץ דם ונשים עם מחלה ממארת שדווחו על ביצוע פעילות גופנית בשכיחות גבוהה יותר מאשר ללא אף אחת מהמחלות שנבדקו.

שיעורים נמוכים של העוסקים בפעילות גופנית בקרב חולים צפויים בגלל סיבתיות הפוכה, שכן העדר פעילות גופנית מהווה גורם סיכון ידוע למספר מחלות כרוניות. למרות זאת, יתכן כי השיעורים שנמצאו, גבוהים מהשיעורים שתרמו להתפתחות המחלה לאחר ששיעור המדווחים על עיסוק בפעילות גופנית עולה לאחר אבחנה של מחלה כזו.

אחד הגורמים שנמצאו קשורים לאי ביצוע פעילות גופנית הוא דיכאון. דיכאון קשור בירידה משמעותית במידת הפעילות. פעילות גופנית עשויה להקל על תסמיני דיכאון ובכוחה אף למנוע דיכאון²⁰. דיכאון עשוי להיות אחד המתווכים בקשר שבין מחלה כרונית וביצוע פעילות גופנית.

¹⁹ Luger TM, Suls J, Vander Weg MW. "How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models". *Behav Ther.* 2014 Sep;45(5):651-63

²⁰ Mammen G, Faulkner G. "Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies". *Am J Prev Med.* 2013 Nov;45(5):649-57

השכלה נמוכה, הכנסה נמוכה ומשפחה גדולה היו קשורים כולם עם סיכוי נמוך יותר לביצוע פעילות גופנית על פי דווח. קשרים אלה והקשר ההפוך עם אבטלה עשויים להעיד על חשיבות זמינות שעות פנאי כמשאב המאפשר ביצוע פעילות כזו. העלייה עם הגיל בשיעור המדווחים על ביצוע פעילות גופנית בשני המינים ובעיקר בנשים יכולה להיות מוסברת על ידי העלייה בשעות הפנאי, כאשר הילדים כבר בוגרים. הנחה זו נתמכת על ידי קצב העלייה התלול יותר של הנשים המדווחות על עיסוק בפעילות גופנית ביחס לגברים.

מצאנו סיכוי נמוך יותר לביצוע פעילות גופנית על פי דווח בקרב ערבים בהשוואה ליהודים בשני המינים. לאחר תקנון רב משתני, השתייכות ללאום הערבי הייתה קשורה עם סיכוי של 55% לדווח על עיסוק בפעילות גופנית בהשוואה ליהודים ילידי הארץ. הפרש זה לא הוסבר על ידי הבדלים בהשכלה, רמת הכנסה, תעסוקה, מספר אנשים במשק הבית שנכללו כולם בין המשתנים במודל. נשים ערביות עם מחלה כרונית היו בסיכון גבוה לאי ביצוע מינימום פעילות גופנית על פי דווח בהשוואה לנשים יהודיות. הפערים הגדולים במיוחד בקרב נשים עם מחלת ריאה, נשים עם סוכרת וחולות ביל"ד. במסגרת הסקר לא נאסף מידע על סה"כ הפעילות הגופנית שמבצע האדם כולל פעילות במסגרת העבודה ופעילות במסגרת שעות הפנאי. מסיבה זו לא ניתן היה להשוות את הממצאים לנתונים בינלאומיים כמו אלה המפורסמים על ידי ארגון הבריאות העולמי.

המלצות

מניעת עישון ועידוד העיסוק בפעילות גופנית חשובים לכלל האוכלוסייה ובמיוחד בקרב חולים במחלות כרוניות. למרות שמצאנו שיעורים נמוכים יותר של מעשנים בקרב החולים במחלות כרוניות, הירידה היא צנועה ויש מקום לא רק להגביר את המודעות לחשיבות הפסקת עישון בקרב חולים כרוניים שעדיין מעשנים אלא גם למעקב, תמיכה וסיוע בתהליך הגמילה במסגרת הקהילה במטרה להעלות את שיעור החולים המצליחים בתהליך. המלצה מפורשת על הפסקת עישון לחולים המשתחררים מאשפוז והפניה למסגרת גמילה, יכולה גם היא לסייע.

השיעורים הגבוהים של חולים במחלות כרוניות המעשנים במגזר הערבי בהשוואה לאנשים ללא מחלה מצביעים על בעיה מיוחדת בקבוצה זו לא רק בגברים, בהם נרשמו שיעורי עישון גבוהים מלכתחילה, אך גם בקרב נשים בהן שיעור המעשנות בקרב החולות גבוה מזה שנמצא בקרב הבריאות. מומלץ לשלב עידוד להפסקת עישון במסגרת הרפואה הראשונית בקהילה ולצור מסגרות תומכות, כגון קבוצות גמילה מותאמות תרבותית כדי להעלות את שיעור המצליחים להפסיק לעשן בקהילה זו הן בקרב הגברים והן בקרב הנשים.

פעילות גופנית קשורה לשמירה על משקל גוף תקין ומניעת מחלות והיא עשויה לא רק לשמור על בריאותם של אנשים ללא מחלה אלא גם להביא למניעת התדרדרות מצב הבריאות ואף לשיפור באנשים החולים במחלה כרונית. הממצאים בעבודה זו מרמזים על חשיבות זמן פנוי לביצוע פעילות גופנית. יצירת הזדמנויות לביצוע פעילות גופנית בשעות העבודה, עשויה להגדיל את שיעור

העוסקים בפעילות גופנית בקבוצות שכיום אינן מוצאות את הזמן הפנוי או המשאבים הדרושים לכך.

לאור חשיבות העיסוק בפעילות גופנית בקרב חולים במחלות כרוניות חשוב להבטיח נגישות למסגרות המאפשרות ביצוע פעילות כזו בצורה בטוחה בקרב חולים כמו מסגרות השיקום הלבבי בקרב חולים במחלות לב וכלי דם והשיקום הנשימתי בקרב חולים במחלות ריאה שיעילותן מוכחת.

הפער הבולט לרעת נשים ערביות מצביע על צורך להתערבות מיוחדת ומותאמת לקבוצה זו.

פעילות גופנית אינה נכללת כיום בין המדדים המנוטרים במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל. לאור החשיבות הרבה של פעילות גופנית, ניתן לשקול תיעוד ומעקב אחר ביצוע פעילות גופנית במסגרת הקהילה תוך התאמת ההמלצה למצבו הרפואי של המטופל.

השקעה בצמצום התנהגות מסכנת בריאות באוכלוסייה בכלל ובקרב החולים במחלות כרוניות בפרט, פירושה חסכון בטווח הארוך במשאבי בריאות יקרים עם השיפור הכולל בבריאות האוכלוסייה ומניעת החמרה בקרב החולים במחלות כרוניות.

מאפייני אי-שוויון בתפקוד יום-יומי: נתונים מתוך מרכז הידע של משרד הבריאות ומכון גרטנר בנושא אי-שוויון בבריאות

גב' אנג'לה שטרית, ד"ר גיורא קפלן, ד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ'

רקע

פעולות היומיום, המוכרות בשם (ADL) Activities of Daily Living הן פעולות המהוות בסיס לעצמאות הגופנית של האדם ולחוסר התלות שלו בזולת. רבות מפעולות אלה הן פעולות לטיפול עצמי.

מידת העצמאות בביצוע פעולות אלה משמשת להערכת מצבו התפקודי של האדם. הערכה זו היא כלי במודל הפסיכוסוציאלי של הרפואה, המועיל במיוחד להערכת התלות של הפרט בזולת, למשל עבור קשישים, חולי נפש, חולים במחלות כרוניות ואנשים הלוקים בפיגור שכלי. הערכת פעולות היומיום כוללת מספר מרכיבים, אולם אין מדובר ברשימה סגורה ואחידה.

שימוש בטכנולוגיה מסייעת לביצוע פעילויות היומיום, כגון מכשור ואבזרי-עזר, עשוי לשפר באופן דרמטי את ביצוען של פעולות אלה. אולם, טכנולוגיה זו אינה נגישה לכל אדם. כמו כן, לא כל אדם מעוניין או מסוגל להשתמש בציוד כזה.

שיטות ותוצאות

בפרק זה נבחן את הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים וכלכליים, ובין קושי בביצוע פעולות יומיומיות, על פי תשובות לשאלות בסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לשנת 2010.

שיטת הדגימה ושאלון הסקר מופיעים בפירוט באתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה¹. מסגרת הדגימה של הסקר מבוססת על מרשם התושבים. המדגם תוכנן על מנת שיכלול כ-7,500 משיבים בני 20 ומעלה. שיטת הדגימה מורכבת, וכללה שילוב של שלושה משתנים דמוגרפיים [קבוצת אוכלוסייה (ערבים במזרח-ירושלים, ערבים אחרים, 2 קבוצות עולים לפי תקופת עליה, ויהודים ילידי הארץ), גיל (ב-7 קבוצות), ומין].

שאלון הסקר כלל שאלון גרעין קבוע החוזר מדי שנה, ונושא משתנה, שבשנת 2010 התמקד בבריאות ובאורח-חיים.

הגדרת רמת התפקוד היומיומי

1. השאלות התפקודיות נשאלו רק למרואיינים שדיווחו על בעיה בריאותית או סיעודית כלשהיא המפריעה להם ("מפריעה" או "מפריעה מאוד") בפעולות היומיומיות או שדיווחו על בעיית שמיעה או ראייה ("לא רואה/ לא שומע בכלל" או "בקושי רב").

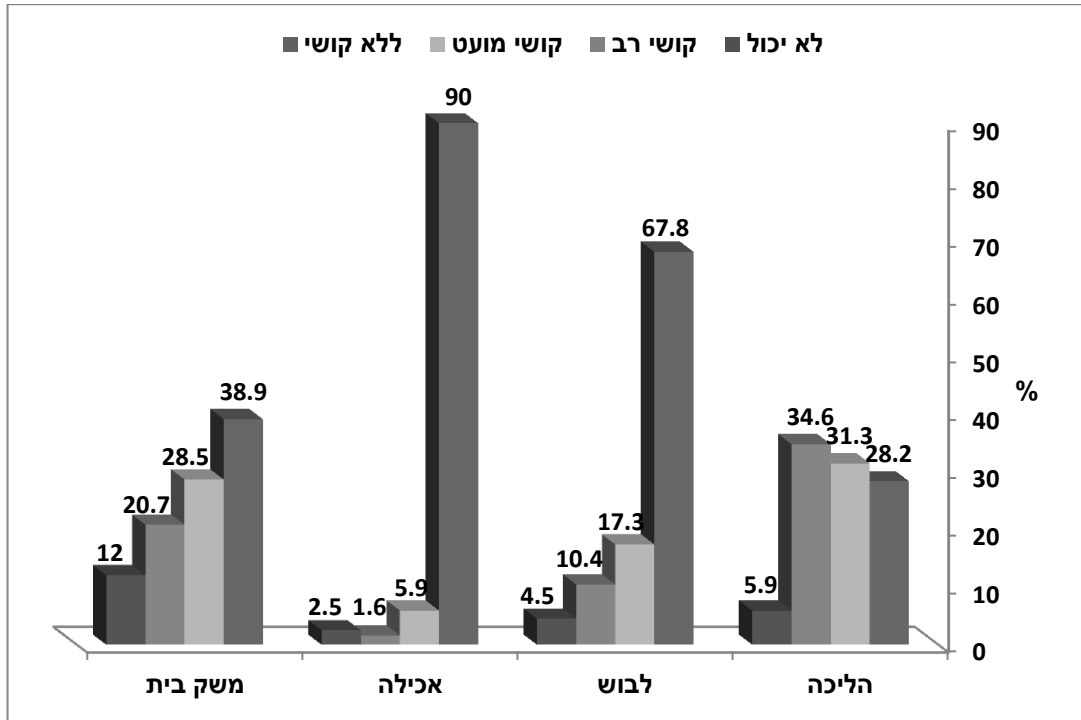
¹ http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page.html?publ=6&CYear=2010&CMonth=1

2. השאלות שנשאלו היו: "האם יש לך קושי ללכת או לעלות מדרגות", "האם יש לך קושי להתלבש או להתרחץ", "האם יש לך קושי לאכול בעצמך/ ללא עזרה", "האם יש לך קושי לבצע פעולות הקשורות במשק בית (ניקיון, קניות, סידורים מחוץ לבית, וכו')". סולם התשובות לכל שאלה כלל: 1. "אין קושי", 2. "בקושי מועט", 3. "קושי רב", 4. "לא יכול בכלל". קושי משמעותי (שהוא הסכום של שיעור המדווחים על "קושי רב" ו "לא יכול בכלל") נמדד בשכיחות משתנה על פי הפעולות השונות; החל מ 4.1% עבור אכילה ועד ל- 40.6% עבור הליכה (ראה גרף מספר-1).

3. בשלב ראשון נבנה מדד המסכם את המצב התפקודי על פי ארבעת הפעולות שצוינו לעיל.
4. בהמשך הוחלט לצמצם את הקבוצות למדד המשקף את מידת עצמאותם של המשתתפים בסקר:

- א. עצמאי – ללא בעיה בריאותית או סיעודית כלשהי **או** עם בעיה בריאותית שאינה מפריעה לתפקוד יומיומי **או** עם בעיה המפריעה רק במידה מועטה. (n=6,648)
- ב. מוגבל – קושי רב או העדר יכולת לבצע את הפעולות הבאות: עבודות בית ו/או ללכת או לעלות מדרגות. (n=609)
- ג. תלתי – קושי רב או העדר יכולת לבצע לפחות אחת מהפעולות הבאות: אכילה ללא עזרה, להתלבש או להתרחץ. קטגוריה זו מזהה אנשים שלא עצמאים וחייבים עזרה בפעולות של טיפול אישי (personal care) (n=267)

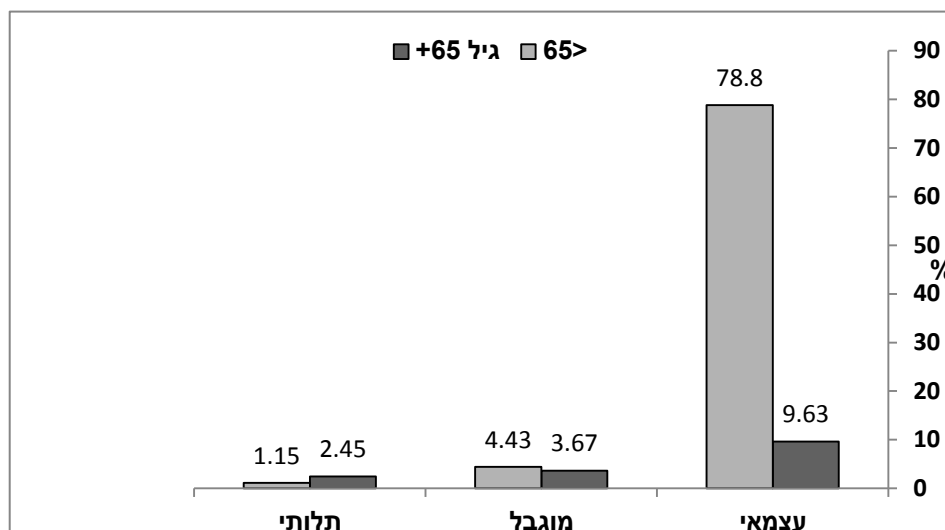
גרף מספר 1: התפלגות אוכלוסיית המדגם שדווחה על בעיה המפריעה לתפקוד היום יומי לפי סוג הפעולה ומידת הקושי (2010)



%	N	
100	7,524	
77.6	5,838	1. ללא בעיה בריאותית או סעודית כלשהיא (הכוונה לבעיה הקיימת 6 חודשים או יותר)
10.8	810	2. יש בעיה בריאותית אך איננה מפריעה לתפקוד
5.2	389	3. קושי רב או לא מבצע כלל כפעולה אחת
3.5	263	4. קושי רב או לא מבצע כלל בשתי פעולות
2.4	179	5. קושי רב או לא מבצע כלל בשלוש פעולות
0.6	45	6. קושי רב או לא מבצע כלל בארבע פעולות

נמצא כי 11.7% מכלל משתתפי הסקר סווגו כבלתי עצמאיים (8.1% מוגבלים ו-3.6% תלתיים בתפקוד). בני 65+ היו רק 10% מהעצמאיים, כמעט מחצית מהמוגבלים (45.3%) ולמעלה משני שלישי מהתלתיים (68.2%). מוגבלות בקרב המבוגרים הינה תופעה שונה ממוגבלות בצעירים, שיכולה לנבוע מגורמים נוספים, כגון תאונות, ופציעות בעוד שבמבוגרים, מוגבלות בתפקוד נובעת לרוב מתחלואה כרונית ותהליכים ניווניים המלווים את הזקנה (ראה גרף מספר-2).

גרף מספר 2: התפלגות אוכלוסיית המדגם לפי מידת המוגבלות וגיל (2010)



הממצאים מוצגים לפי 3 קבוצות גיל (20-44, 45-64, ו-65+), עם מיקוד בקבוצת הגיל המבוגרת. ניתוח הנתונים כלל ניתוח חד-משתני על פי מדדי הפערים (מאפיינים הדמוגרפיים, חברתיים וכלכליים), והערכה עצמית של מצב הבריאות לפי מוגבלות (קיימת מוגבלות לעומת לא קיימת), כאשר שתי הרמות של מוגבלות (מוגבל ותלתי) אוחדו.

בהמשך, בוצע ניתוח רב משתני באמצעות שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית הבדק את המאפיינים הקשורים באופן מובהק ועצמאי עם מוגבלות בתפקוד יומיומי (משתנה תלוי). משתנים מסבירים הוצאו מהמודל בשיטת backward elimination, אם מובהקות הקשר עם המשתנה התלוי הייתה $p < 0.05$.

תוצאות העיבוד החד- משתני:

שיעור המוגבלים בקבוצת גיל 20-44 היה 3.3%, ושיעור זה עלה ל-12.4% בגילאי 45-64 והגיע ל-38.7% בקרב בני 65+.

בקרב בני 65+, נצפתה שכיחות גבוהה יותר של לא עצמאיים **בנשים, בערבים ובבעלי השכלה נמוכה**.

למעלה ממחצית הקשישים **שעלו ארצה לאחר 1990** דווחו על קושי בתפקוד יומיומי.

רק 30% מהנשואים או גרושים דווחו על חוסר עצמאות לעומת 57% **בקרב האלמנים**.

גם מאפיינים כלכליים נמצאו קשורים עם מוגבלות. **בעלי הכנסה נמוכה ובינונית** הדגימו שיעורי מוגבלות גבוהים יותר, ממצא שנתמך גם ע"י שיעור גבוה של מוגבלות בקרב משתתפים שדיווחו על קושי לעמוד בהוצאות הכספיות החדשיות.

כמצופה, ככל שמצב הבריאות המדווחת היה גרוע יותר עלה במידה משמעותית שיעור הלא עצמאיים בתפקוד.

תוצאות העיבוד הרב- משתני:

תוצאות העיבוד הרב משתני עבור גילאי +65, מראות כי **יהודים שאינם ילידי הארץ וערבים** נמצאים בסיכון גבוה יותר לחוסר עצמאות בתפקוד היומיומי בהשוואה ליהודים ילידי הארץ, בתקנון לגיל, מין, מצב משפחתי, תעסוקה והכנסה.

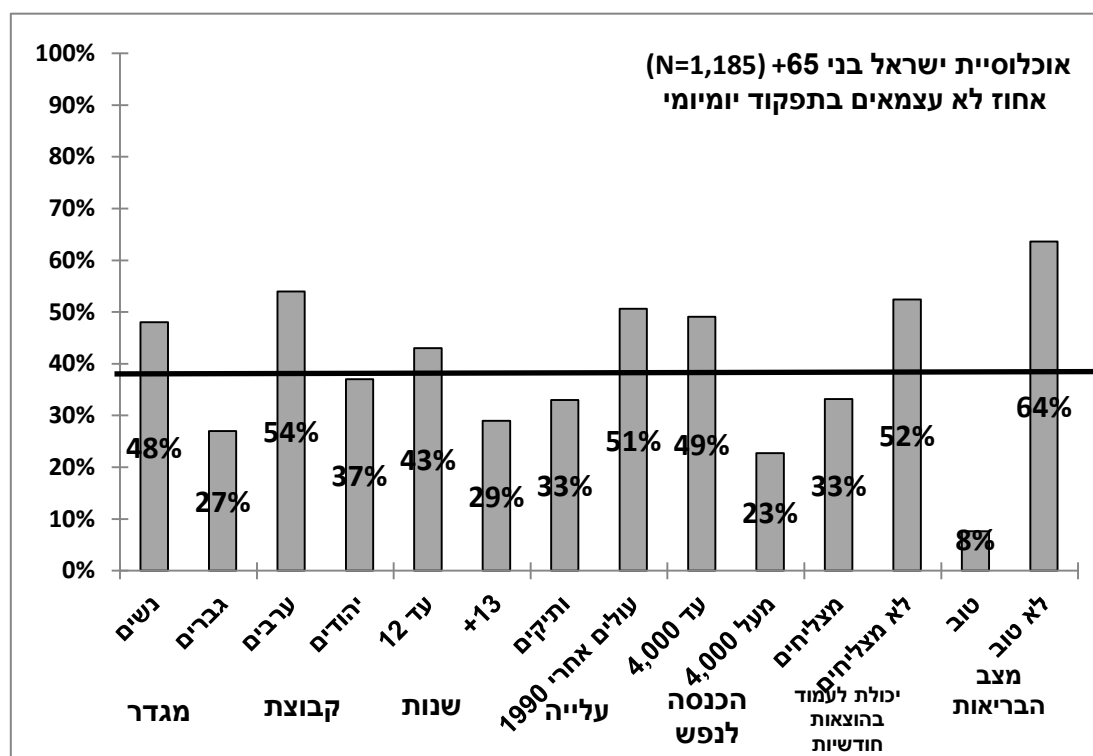
נמצא גם כי מצב משפחתי נשוי, הכנסה גבוהה ותעסוקה מגנים מפני חוסר עצמאות בתפקוד.

תלות בתפקוד יום-יומי הייתה שכיחה פי 2 **בנשים** לעומת גברים ובקרב גילאי +75 לעומת גילאי 65-74.

במודל שבדק את המשתנים הקשורים בחוסר עצמאות בתפקוד היום-יומי עבור גילאי 45-64, נמצא כי משתתפים **שעלו לארץ אחרי 1990** היו בסיכון מוגבר לחוסר עצמאות בהשוואה לילידי הארץ.

נמצא גם כי **חוסר תעסוקה, השכלה נמוכה, ואי הצלחה ביכולת לעמוד בהוצאות החודשיות** היו קשורים בחוסר עצמאות בתפקוד היום-יומי.

גרף מספר-3: פערים בשיעור חוסר עצמאות בתפקוד היומיומי בקרב בני 65 ומעלה



הקו השחור מסמל את שיעור חוסר העצמאות בתפקוד היומיומי בכלל בני 65 ומעלה.

דיון ומסקנות

בעבודה זו נמדדו הקשיים של אנשים בביצוע פעולות יומיומיות על בסיס סקר לאומי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משנת 2010. התופעה של מגבלות תפקודיות שונה בקבוצות גיל שונות, הן בגורמים למוגבלות, הן בטיפול ובהשלכות שלהן, והן בהיקף התופעה. בקרב האוכלוסייה הזקנה מצאנו פערים משמעותיים באחוז של אנשים לא-עצמאים תפקודית בין קבוצות האוכלוסייה השונות. אחוזים גבוהים במיוחד נמצאו בקרב נשים, בקרב ערבים, בקרב עולים שעלו ארצה אחרי 1990, ובקבוצות ברמה כלכלית נמוכה. בשונה למוגבלות הקשורה לפגיעות חמורות, זו הנובעת מהצטברות של מחלות כרוניות היא דינמית יותר וארעית וניתנת לטיפול יותר בקלות.

זיהוי ואפיון של אנשים אשר מוגבלים ביכולת התפקודית היא חשובה ביותר: אלה אנשים שתלויים בזולת בחיי היומיום שלהם ולכן אינם יכולים להיות עצמאים. מדד זה הינו אחד האינדיקטורים למצב הבריאות של האוכלוסייה (בעיקר בקרב קשישים), וממקד קבוצה עם צרכים ייחודיים הדורשים סוגי שירותים ספציפיים הן לטיפול לשיפור מצבם והן לתמיכה כדי לשפר את איכות חייהם, גם כאשר מצבם אינו ניתן לריפוי או לשיפור. גורמים מפצים, טכנולוגים אבל גם תמיכה מתאימה, קובעים באיזו מידה המוגבלות (disability) תפגע בתפקוד החברתי של האדם (handicap)².

² International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. World Health Organization, Geneva, 1980

פרק 5. מדדי איכות וחויית המטופל

בבתי חולים כלליים בישראל

מדדי איכות בבתי חולים: פערים בבריאות לפי מצב סוציאקונומי

ד"ר ענת עקה-זוהר¹

התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים הכלליים בישראל פרסמה ביוני 2015 במסגרת התוכנית למדדי איכות, דוח ראשון לשנים 2013-2014. הממצאים נאספו במהלך שנתיים². השקיפות בהצגת הנתונים מהווה יעד בפני עצמו ומעידה על התקדמות עצומה שעברה מערכת הבריאות. למשרד הבריאות חשוב לשתף את הציבור בנקודות החזקה של מערכת הבריאות כמו גם בנושאים הטעונים שיפור.

פרק זה משקף את תוצאות המדדים ברמה הלאומית ועל פי מצב סוציאקונומי וכפי שהם משתקפים באמצעות מדידת איכות בתוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים בישראל. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בנתה את מדד האג"סים - אזורים גיאוגרפים סטטיסטיים המסווג יחידות גאוגרפיות על פי הרמה החברתית של תושביהן (כולל מרכיבים כגון: דיור, השכלה וחינוך, תעסוקה, אבטלה, תחבורה ובעלות על רכוש). כל יחידה מחולקת לאזור סטטיסטי המונה בממוצע כ- 3,000 תושבים, המוגדר כיחידה גיאוגרפית והומוגנית ובעלת מאפיינים ייחודיים. האזורים מסווגים לאשכולות בין אחד לעשרים, כאשר אשכול 1 מציין את הרמה החברתית - כלכלית הנמוכה ביותר ואילו אשכול 20 את הרמה הגבוהה ביותר. להלן הממצאים שנמדדו בתוכנית הלאומית למדדי איכות לשנת 2013-2014 ע"פ אג"סים:

ביצעו צנתור לבבי תוך 90 דקות מהכניסה לבית החולים

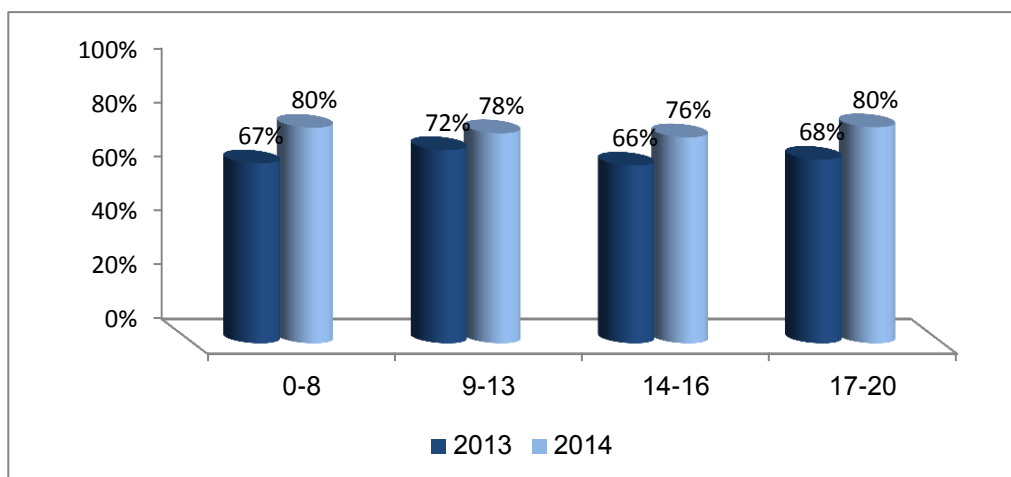
בחולים עם אוטם לבבי חד

רציונל המדידה: ביצוע צנתור טיפול דחוף (PCI) תוך 90 דקות, לחולים שהגיעו עם אוטם לבבי מסוג ST-Elevation MI, נמצא קשור באופן מובהק עם ירידה בשיעור התמותה והתחלואה. במדד זה נמצא כי לרמת הטיפול שווה ללא קשר למצב החברתי כלכלי ולאזור גיאוגרפי.

¹ ראש מינהל איכות שירות ובטיחות

² התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים בישראל (2015). דוח ראשון לשנים 2013-2014 בתי החולים הכלליים, מינהל איכות שירות ובטיחות המחלקה לחקר שירותי רפואה.

**צנתור לבבי תוך 90 דקות בחולים עם STEMI:
אחוז עמידה במדד מרובד למצב חברתי כלכלי**



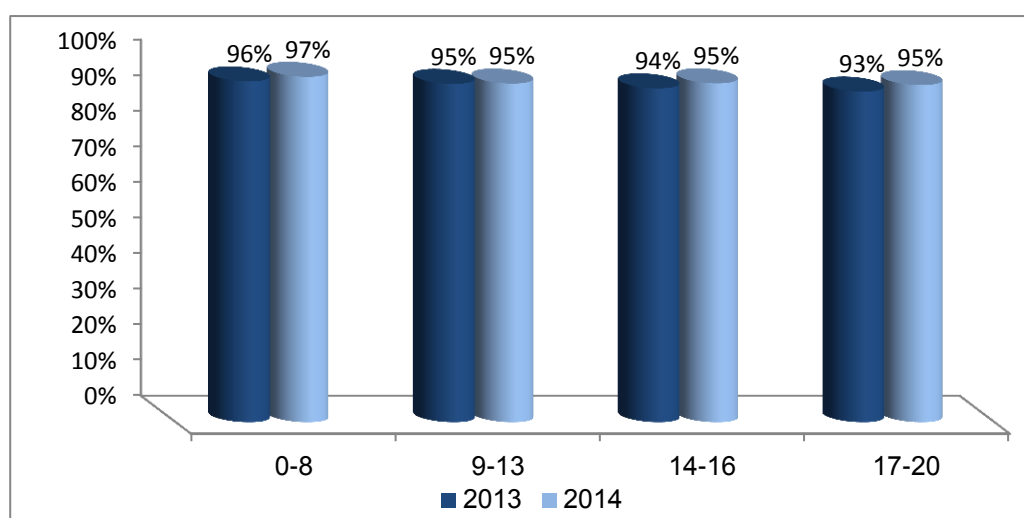
אג"ס / מספר מקרים	17-20	14-16	9-13	0-8
2013	365	336	808	1257
2014	379	299	863	1336

ההבדל באחוזי העמידה במדד בין קבוצות ע"פ אג"סים אינו מובהק סטטיסטית ($P_{value} > 0.05$).
ההבדל באחוזי העמידה במדד בין השנים נמצא מובהק סטטיסטית ($P_{value} < 0.05$).

המלצה למתן אספירין בשחרור לאחר אוטם חד בלב.

רציונל המדידה: הטיפול באספירין בחולים לאחר אוטם חד בלב מפחית את הסיכון לאירועים לבביים חוזרים ולתמותה ב- 20%. ההנחיות הקליניות של האיגודים המקצועיים תומכות במתן טיפול ארוך טווח באספירין לחולים אלו. גם במדד זה לא נמצאו הבדלים על פי אג"סים, ברמת הטיפול בין החולים.

**המלצה למתן אספירין בשחרור לאחר אוטם חד בלב:
אחוז עמידה במדד מרובד למצב חברתי כלכלי**



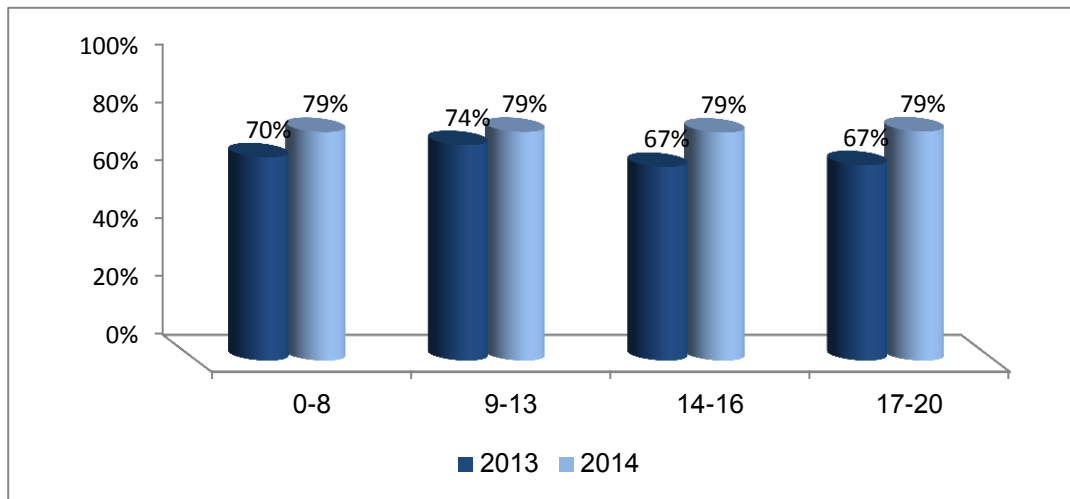
אג"ס / מספר מקרים	17-20	14-16	9-13	0-8
2013	1045	962	2308	3072
2014	1096	846	2735	3847

ההבדל באחוזי העמידה במדד בין האג"סים אינו מובהק סטטיסטית ($P_value > 0.05$). ההבדל באחוזי העמידה במדד בין השנים גם הוא אינו מובהק סטטיסטית ($P_value > 0.05$).

שברים בצוואר הירך – מנותחים תוך 48 שעות

רצינול המדידה: ביצוע ניתוח לתיקון שבר בצוואר הירך תוך 48 שעות קשור באופן ישיר ומובהק עם ירידה בשיעור התחלואה, סיבוכים ותמותה לאחר הניתוח. דחיית הניתוח נמצאה קשורה עם תוצאים רבים כגון תמותה, סיבוכים מכאניים וזיהומים. בשנת 2014 לא נמצאו הבדלים ברמת הטיפול בקבוצות אוכלוסייה שונות על בסיס אג"סים.

שברים בצוואר הירך, מנותחים תוך 48 שעות: אחוז עמידה במדד מרובד למצב חברתי כלכלי



אג"ס / מספר מקרים	17-20	14-16	9-13	0-8
2013	849	798	1602	1742
2014	858	715	1658	2081

ההבדל באחוזי העמידה במדד בין קבוצות מצב חברתי כלכלי בשנת 2013 נמצא מובהק סטטיסטית ($P_value < 0.001$). לעומת זאת, נמצא שההבדל באחוזי העמידה במדד בין קבוצות מצב חברתי כלכלי בשנת 2014 אינו מובהק סטטיסטית ($P_value > 0.05$). ההבדל באחוזי העמידה במדד בין השנים נמצא מובהק סטטיסטית ($P_value < 0.001$).

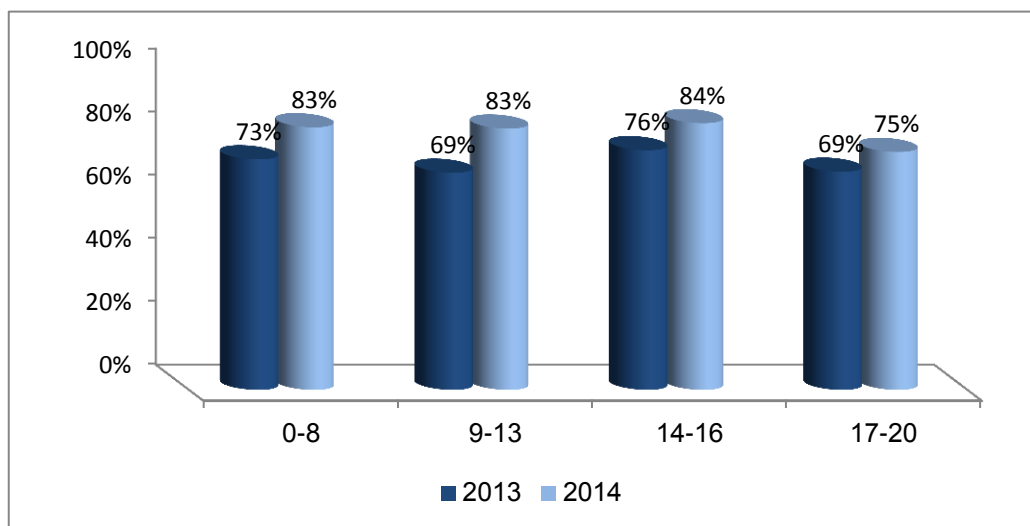
מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי לפני ניתוח קולון ו/או רקטום, בחלון הזמן של

שעה לפני ביצוע החתך הניתוחי

רצינול המדד: מטרת הטיפול האנטיביוטי המניעתי היא להביא את הרקמות המנותחות לרוויה אנטיביוטית לפני ביצוע החתך על מנת להגן עליהן מפני חדירת זיהום במהלך הניתוח כשהן חשופות. מתן אנטיביוטיקה מניעתית דרך הווריד נמצא בעל קשר ישיר מובהק עם הפחתת שיעור הזיהומים באתר הניתוח ב- 30 הימים הראשונים שלאחר הניתוח. במדד זה נראה שקיימים

הבדלים במתן טיפול אנטיביוטי בקבוצות האוכלוסייה השונות על פי האג"סים. הבדל זה נובע מהסיבה כי קיימת שונות באחזי הביצוע בין בתי החולים בארץ.

**מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי לפני ניתוח קולון ו/או רקטום:
אחוז עמידה במדד מרובד למצב חברתי כלכלי**



אג"ס / מספר מקרים	17-20	14-16	9-13	0-8
2013	425	389	992	815
2014	351	276	848	1024

ההבדל באחזי העמידה במדד בין קבוצות מצב חברתי כלכלי נמצא מובהק סטטיסטית (P_value<0.05). ההבדלים נובעים משונות באחזי הביצוע בין בתי החולים ולא משונות הביצוע במצב הסוציאקונומי.

לסיכום

מערכת הבריאות בישראל תומכת במתן טיפול שווה ואיכותי לכלל האוכלוסייה באשר היא. בשנים 2013-2014 לא מצאו הבדלים משמעותיים בהבחנה על פי אג"סים. יתכן ולא קיימים פערים או כיוון שמדד אג"ס אינו רגיש מספיק כדי למדוד הבדלים באיכות הטיפול על רקע סוציו אקונומי. התגייסות כלל המערכת הרפואית לשותפות מלאה ופעילה בתוכנית הלאומית למדדי איכות משמעותית למען השגת בריאות טובה יותר ושיוונית לכלל תושבי מדינת ישראל. התוכנית תמשיך לבחון את איכות הטיפול הקליני ביחס למצב הסוציו אקונומי של מטופלים. הנושא יבחן בעתיד גם בהתייחס למשתנים נוספים הקשורים במצב סוציו אקונומי.

ממצאים נבחרים מסקר חויית המטופל במחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים

ד"ר ענת עקה זוהר, גב' איילת גרינבאום אריזון, גב' אירנה בינדר בכרך

פרק זה מציג ממצאים נבחרים מתוך סקר חויית המטופל הלאומי הראשון מסוגו בישראל, אשר נערך במהלך שנת 2014 בבתי החולים הכלליים¹. במהלך זה, הצטרפה ישראל למדינות ה-OECD בהם מבוצעים סקרי חויית מטופל כבר מספר שנים. מעתה צפוי הסקר להתבצע אחת לשנתיים בכל בתי החולים הכלליים במדינה.

הסקר נועד לבחון את שביעות רצונם של המאושפזים בבתי החולים הכלליים. אוכלוסיית הסקר כללה מטופלים מעל גיל 18 שהיו מאושפזים לפחות שני לילות. הסקר בוצע בכל מחלקות בית החולים (למעט חולים ששחררו ממערך הנשים, ילדים, טיפול נמרץ, פסיכיאטריה, שיקום, המחלקה לרפואה דחופה [מלר"ד] ומרפאות חוץ). לכל ב"ח נקבע מספר ראיונות זהה (n=500) עפ"י דגימת שכבות בחלוקה לפי מחלקות פנימיות (n=200), מחלקות כירורגיות (n=200) ושאר מחלקות בית החולים (n=100). הפניה למטופלים התקיימה תוך 14 יום מהשחרור מבית החולים, באמצעות ראיון טלפוני בחודשים מאי-אוגוסט. הראיון בוצע עם המטופלים עצמם בשפה המועדפת על המטופל (עברית, רוסית, ערבית או אנגלית). סך כל, רואיינו 11,098 מטופלים ב-24 בתי חולים.

לצורך ניתוח תוצאות הסקר נבנו 6 מדדים על סמך ניתוח גורמים (Factor Analysis) - המדדים מסכמים את עולמות התוכן שנבדקו בשאלון. כל מדד חושב כממוצע של אחוז המטופלים המרוצים בקרב בעלי הדעה בכל אחת מהשאלות הרלבנטיות. כמו כן, נבדקה המהימנות הפנימית של כל מדד (אלפא קרונברך). המדדים שנבנו: מדד טיפול צוות האחיות, טיפול צוות הרופאים, טיפול הצוות, מתן מידע ע"י הצוות, תהליך השחרור, תנאים פיסיים. בנוסף נבחנו שתי שאלות באופן רחבי: שביעות רצון כללית והנכונות להמליץ על בית החולים.

לצורך פרסום זה נבחרו ממצאים עם דגש על הקשר בין הרקע החברתי של המטופל לבין החוויה שלו במוסדות האשפוז.

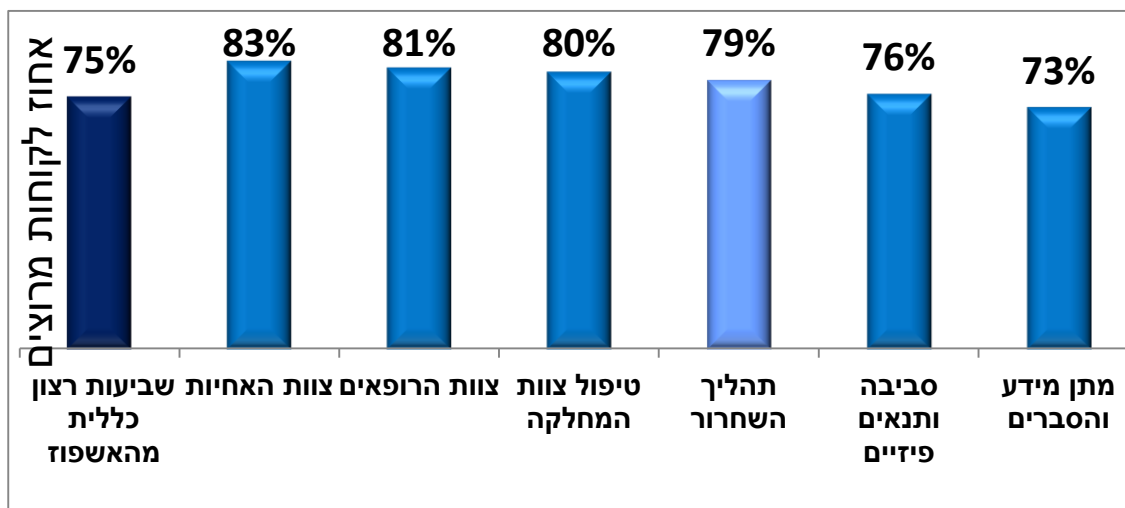
מדדים מסכמים ארציים

ראינו לנכון להקדים את הצגת הממצאים על פי רקע של המטופל על ידי הצגת מספר מדדים ארציים, שהתקבלו בסקר ברמה הארצית. זאת על מנת לספק את התמונה הרחבה של חויית המטופל בבתי חולים בישראל.

¹ ראה עקה זוהר ע', גרינבאום אריזון א', בינדר בכרך א'. 2014. סקר חויית המטופל מחלקות אשפוז בבתי חולים כלליים: ממצאי הסקר הראשון 2014. אגף השירות, מינהל איכות בטיחות ושירות.

במסגרת הסקר התבקשו המטופלים לדווח את מידת ההסכמה שלהם להיגדים בתחומים שונים המתייחסים לחוויית האשפוז. לצורך חישוב המדדים נלקחו שתי הדרגות הגבוהות בסולם של כל שאלה. תרשים 1 מציג את המדדים הארציים שהתקבלו בסקר:

תרשים 1. חווית המטופל בבתי חולים – מדדים ארציים

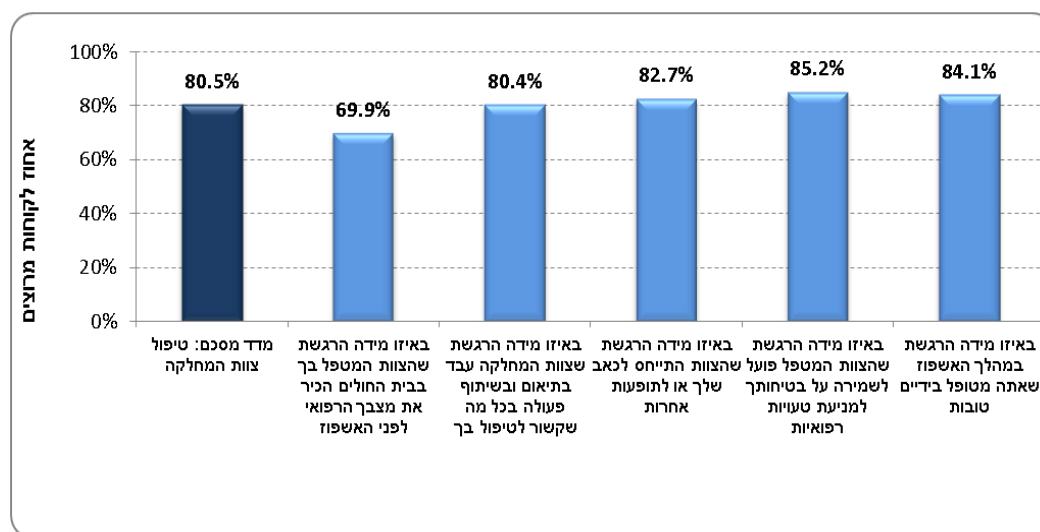


למעלה מ- 80% מהמשיבים שבעי רצון מצוות האחיות, צוות הרופאים וטיפול צוות המחלקה בכללותו.

73% מהמטופלים העריכו את מתן המידע וההסברים במהלך האשפוז כמספקים במידה רבה מאוד או רבה, 76% דרגו את התנאים הפיזיים במחלקות האשפוז (כולל ניקיון החדר והשירותים, האוכל, שמירה על השקט ותנאים למבקרים) כטובים מאוד או טובים. 79% העריכו את תהליך השחרור כיעיל וברור.

המטופלים נשאלו גם על אופן טיפול צוות המחלקה. התרשים הבא מציג את ממצאי הסקר אודות מדד זה ואת ההיגדים המרכיבים אותו.

תרשים 2. טיפול צוות המחלקה, מדד מסכם וההיגדים המרכיבים אותו



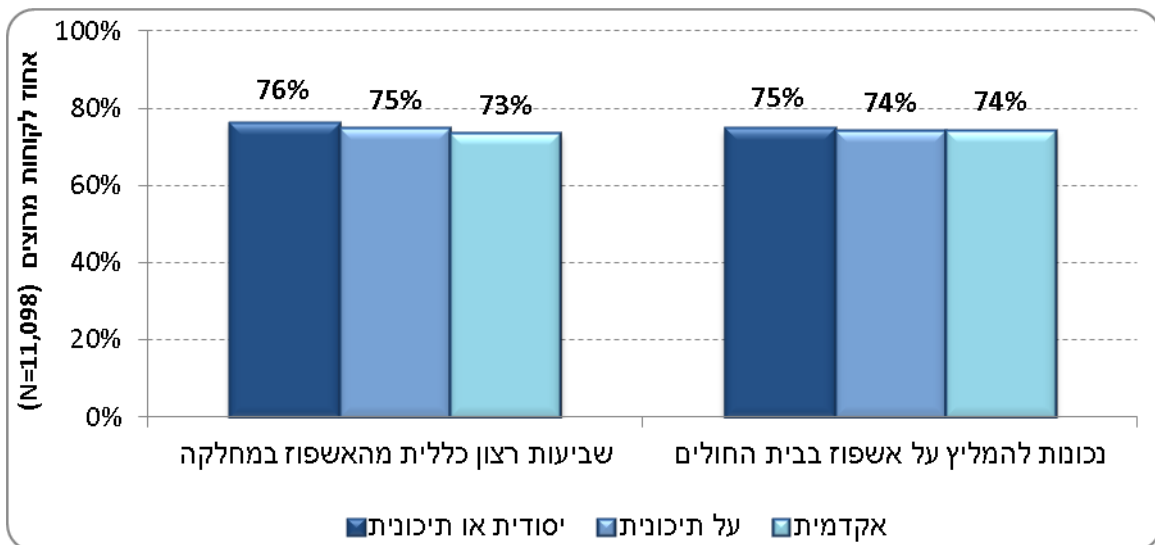
מהתרשים עולה כי 80% מהמטופלים השיבו בחיוב אודות טיפול צוות המחלקה:

- 85% חשו שצוות המחלקה שומר על בטיחותם
- 84% דיווחו שהם חשים שטופלו בידיים טובות. כמעט 3% מכלל המרואיינים בסקר מדווחים כי כלל לא הרגישו כי מטופלים בידיים טובות
- 83% ציינו שחשו שהצוות התייחס וניסה לסייע בהתמודדות עם תופעות כגון כאב, בחילות וכו' (כ-3% מכלל המדגם דיווחו כי הצוות כלל לא התייחס לכאב שלהם או לתופעות לוואי)
- 80% מהמטופלים חשו בשיתוף פעולה בין צוות המחלקה בנוגע לטיפול בהם
- לעומת זאת, 70% בלבד הרגישו שהצוות הכיר את ההיסטוריה הרפואית של המטופל טרם אשפוזו.

ממצאים על פי משתני רקע חברתיים-כלכליים של המטופל

שני התרשימים הבאים מציגים את המדדים המסכמים של השאלון בחרך לפי רמת ההשכלה:

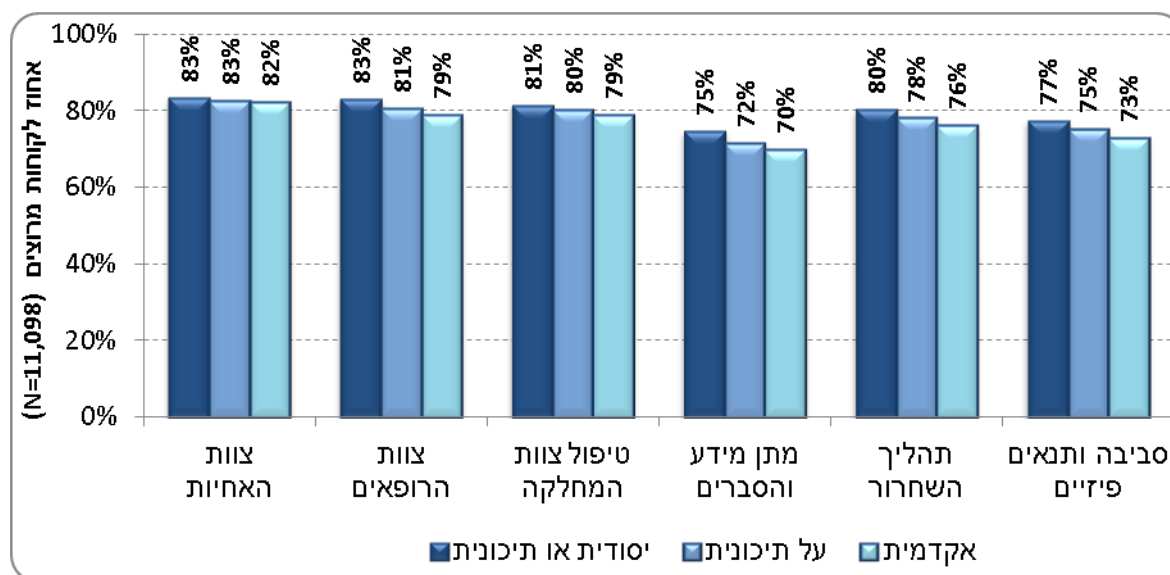
תרשים 3. שביעות רצון המטופלים מהאשפוז בבית החולים, לפי השכלה



שביעות הרצון של מטופלים בעלי השכלה יסודית או תיכונית (76%) גבוהה בהשוואה למטופלים בעלי השכלה אקדמאית (73%).

בנכונות להמליץ על בית החולים לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי רמת ההשכלה.

תרשים 4. חוויית המטופל בבתי החולים, לפי השכלה



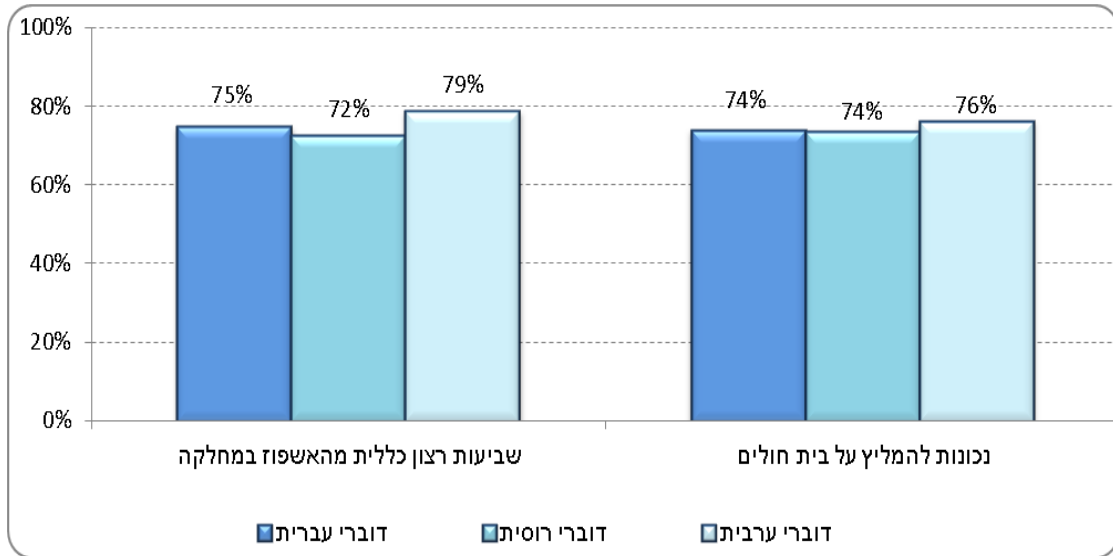
במדד צוות האחיות לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי השכלת המטופלים. בהערכת צוות הרופאים, מטופלים בעלי השכלה יסודית או תיכונית (83%) דירגו את צוות הרופאים גבוה בהשוואה למטופלים בעלי השכלה על תיכונית (81%) ואקדמית (79%). מטופלים בעלי השכלה יסודית ותיכונית דרגו את טיפול צוות המחלקה, מתן המידע ותהליך השחרור באופן גבוה בהשוואה למטופלים בעלי השכלה אקדמית. את מדד טיפול צוות המחלקה דרגו בעלי השכלה יסודית או תיכונית בשיעור מובהק גבוה בהשוואה לאקדמאים (81% בהשוואה ל-79%).

במדד סביבה ותנאים פיזיים נמצאה מובהקות בין הדירוגים של כל קבוצות ההשכלה, כאשר בעלי השכלה יסודית או תיכונית העריכו בשיעורים הגבוהים ביותר את התנאים הפיזיים במחלקה (77%) בעוד שבעלי השכלה אקדמית העריכו בשיעורים הנמוכים ביותר (73%).

באופן כללי ניתן לראות כי מטופלים בעלי השכלה אקדמית ביקורתיים יותר בהערכתיהם, ואילו מטופלים בעלי השכלה יסודית – תיכונית מרוצים יותר במרבית הפרמטרים שנבדקו בסקר זה.

שני התרשימים שלהלן מציגים את המדדים המסכמים של השאלון בחלוקה **קבוצת האוכלוסייה** אליה משתייך המטופל.

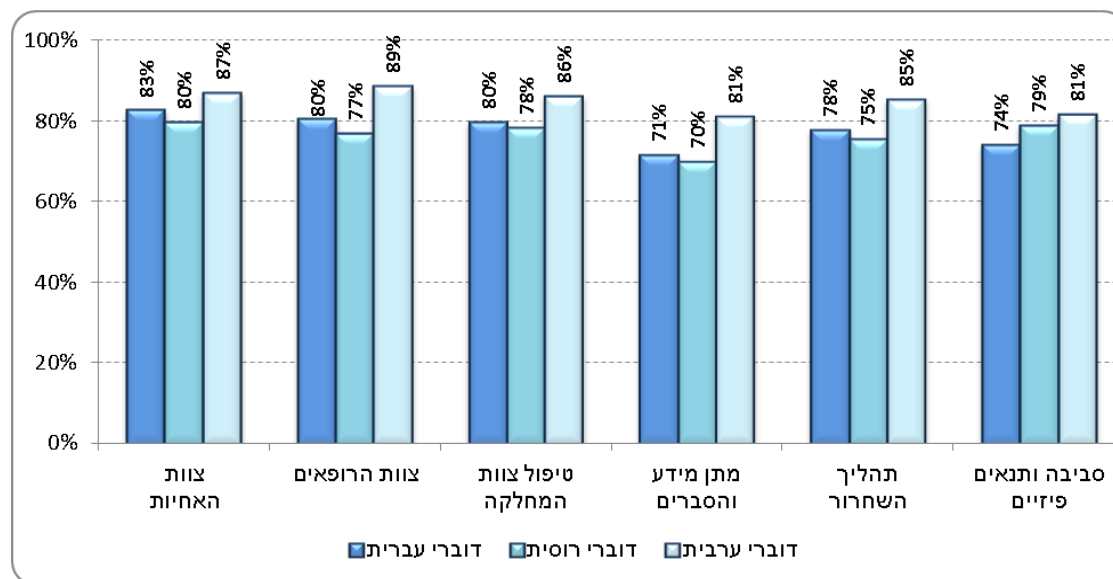
תרשים 5. שביעות רצון המטופלים מהאשפוז בבית החולים, לפי קבוצת אוכלוסייה



מהנתונים עולה כי מאושפזים דוברי ערבית הביעו, בממוצע, שביעות רצון רבה יותר מהטיפול שניתן להם בהשוואה למאושפזים דוברי עברית ולמאושפזים עולים מחבר העמים לשעבר (79% בהשוואה ל-75% ו-72%). נדגיש כי הנתונים המפורטים לעיל מייצגים תמונת מצב ארצית, אולם בחינת הממצאים ברמה של בתי חולים מעידה כי בשאלת שביעות רצון, ציונים גבוהים יותר (באופן מובהק) של דוברי ערבית, קיימים רק בשני בתי חולים.

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שלושת הקהלים בנכונות להמליץ על אשפוז בבית החולים.

תרשים 6. חוויית המטופל בבתי החולים, לפי מגזר



ברמה הארצית דוברי ערבית מביעים שביעות רצון גבוהה יותר מקבוצות אחרות במדדים המתייחסים לטיפול צוות המחלקה, מתן מידע והסברים ותהליך השחרור.

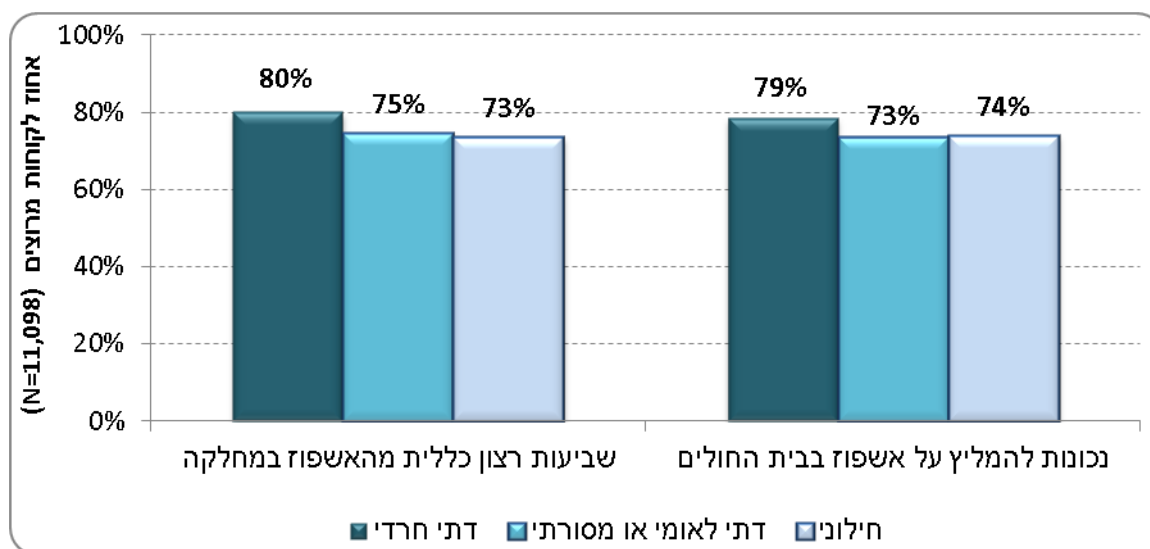
בהערכת טיפול צוות הסייעודי וצוות הרופאים ניכר הבדל בין כל הקבוצות, כאשר דוברי ערבית מביעים שביעות רצון גבוהה יותר, ואילו דוברי רוסית הכי פחות מרוצים.

כך גם בממד העוסק בתנאי האשפוז, קיים הבדל בין שלושת המגזרים, כאשר גם כאן נשמרת המגמה (המשותפת למרבית בתי חולים) כי דוברי ערבית מרוצים במידה רבה יותר משאר הקבוצות, ואילו דוברי עברית כשפה עיקרית מרוצים במידה פחותה.

יחד עם זאת, בחלק מבתי חולים עם שיעור גבוה של מטופלים דוברי ערבית, כמעט ולא נמצאו הבדלים בהערכות של המגזר הערבי.

שני התרשימים הבאים מציגים את המדדים המסכמים של השאלון בחתך לפי **מידת הדתיות** של המטופל (בהתייחס לאוכלוסייה יהודית בלבד):

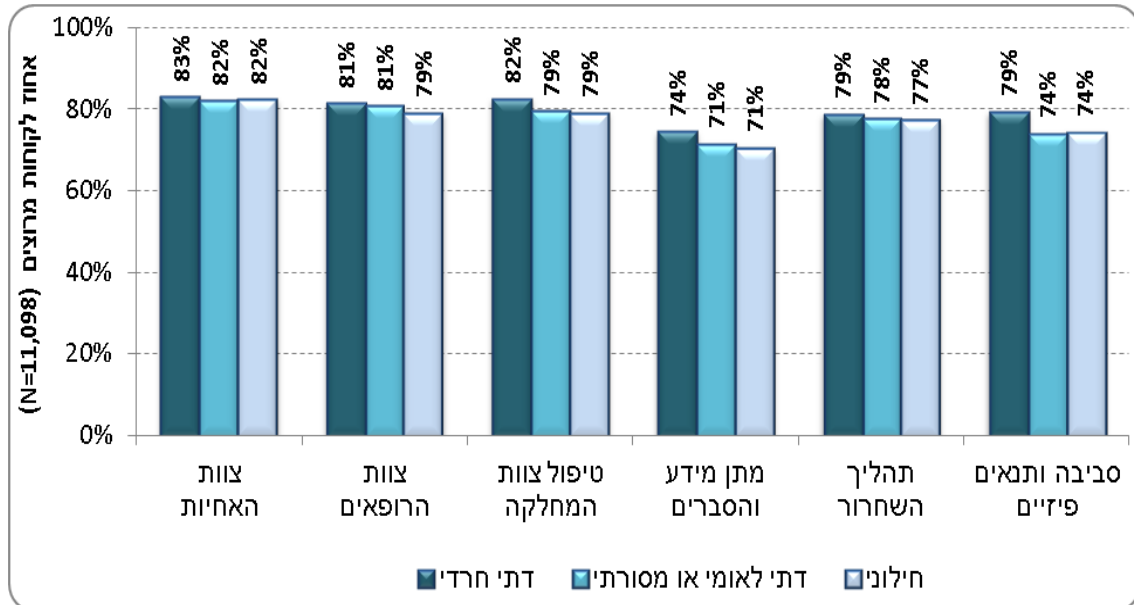
תרשים 7. שביעות רצון המטופלים מהאשפוז בבית החולים, לפי מידת דתיות



מאושפזים שהגדירו את עצמם כ"דתיים חרדים" חשו שביעות רצון רבה יותר (80% דרגו 8-10) בהשוואה למאושפזים שהגדירו עצמם "דתיים לאומיים או מסורתיים" (75%) או "חילונים" (73%).

בנכונות להמליץ על בית החולים הציבור החרדי נוטה להמליץ בשיעור גבוה יותר (79%) בהשוואה ל"דתיים לאומיים או מסורתיים" (73%).

תרשים 8. חויית המטופל בבתי החולים, לפי מידת דתיות



לא ניכרים הבדלים לפי מידת דתיות בהערכת המדדים צוות האחיות, צוות הרופאים ותהליך השחרור. את טיפול צוות המחלקה ואת מתן מידע דרגו דתיים-חרדים בשיעורים גבוהים באופן מובהק ביחס לחילונים (הבדלים שהתקבלו בין דירוגי דתיים לאומיים או מסורתיים בהשוואה לקבוצות האחרות אינם מובהקים). כמו כן, חרדים העריכו את התנאים והסביבה בשיעורים גבוהים בהשוואה לשתי הקבוצות האחרות (79% בהשוואה ל-74%).

לוח 1 מציג גרסיה לוגיסטית רב משתנית לשביעות רצון כללית, תחושת טיפול בידיים טובות ונכונות להמליץ על בית חולים. בתקנון לפי בתי חולים, המודלים מצביעים על השפעת תמהיל המטופלים על הנושאים המרכזיים שנבדקו בסקר (שביעות רצון כללית מהטיפול באשפה, תחושת המטופל כי נמצא בידיים טובות ונכונות להמליץ על בית החולים).

לוח 1. מודל רגרסיה לוגיסטית רב משתני לשיעור רצון כללית,

תחושת טיפול בידיים טובות ונכונות להמליץ

נכונות להמליץ		תחושת טיפול בידיים טובות		שיעור רצון כללית			
Odds ratio		Odds ratio		Odds ratio			
							בתי חולים ^
1.00	REF	1.00	REF	1.00	REF	דוברי עברית	מגזר
1.39**		1.53**		1.33**		דוברי ערבית	
1.09		0.89		1.09		דוברי רוסית	
1.00	REF	1.00	REF	1.00	REF	אקדמאיים	השכלה
1.29**		1.27**		1.3**		לא אקדמאיים	
1.00	REF	1.00	REF	1.00	REF	18-34	גיל
1.75**		1.3**		1.29**		35-64	
2.06**		1.4**		1.30**		65+	
1.00	REF	1.00	REF	1.00	REF	כן	אפשרות בחירת ביה"ח
0.48**		0.62**		0.58**		לא	
1.00	REF	1.00	REF	1.00	REF	כן	מחלות כרוניות
1.00		0.98		1.04		לא	
1.00	REF	1.00	REF	1.00	REF	חיובי	תפיסת מצב בריאותי
0.78**		0.60**		0.67**		לוקה	
0.53**		0.50**		0.47**		כן	האם שכב במסדרון במהלך האשפוז
1.00	REF	1.00	REF	1.00	REF	לא	
1.00	REF	1.00	REF	1.00	REF	גברים	מגדר
0.95		0.82**		0.98		נשים	
1.00	REF	--	--	--	--	כירורגיות	מחלקות
0.79**		--	--	--	--	פנימיות	
1.5**		--	--	--	--	אחרות	

^ המודל מתוקן לבתי חולים

*p<0.05 **p<0.001

מהמודלים שלעיל ניתן ללמוד כי :

- דוברי ערבית מרוצים יותר מדוברי עברית ואין הבדל בין דוברי רוסית כשפה עיקרית לבין דוברי עברית
- מטופלים ללא השכלה אקדמית יותר מרוצים מהמטופלים האקדמאיים
- צעירים עד גיל 34 פחות מרוצים מהמטופלים בגילאים אחרים
- מטופלים שבחרו בית חולים בו להתאשפז מרוצים כמעט פי שתיים לעומת המטופלים שלהם לא ניתנה אפשרות בחירה

- כמעט ואין הבדל בין מטופלים הסובלים ממחלות כרוניות לכאלה שלא. אם כי יש להצביע על ההבדל בין מי שתופס את מצבו הבריאותי כחיובי למי שלא (האחרונים מרוצים פחות).
- אין הבדל בין נשים לגברים בשביעות רצונם ובנכונותם להמליץ. ההבדל בין שני המינים מתבטא בשאלת התחושה בידיים טובות: גברים נוטים להרגיש יותר מנשים כי הם מטופלים בידיים טובות.
- מי שלא שכב במסדרון מרוצה פי שתיים מהמטופלים ששהו במסדרון.
- ביחס למחלקות כירורגיות, המטופלים שהיו מאושפזים במחלקות פנימיות פחות נכונים להמליץ ואילו המאושפזים במחלקות אחרות ממליצים יותר מפי 1.5.

סיכום

פרק זה מציג נתונים נבחרים מתוך סקר לאומי ראשון לבחינת חוויית המטופל במדינת ישראל. נתוני הסקר מצביעים על שביעות רצון גבוהה של מטופלים במרבית הנושאים שנבחנו. בהשוואה בין ישראל למדינות נוספות (כגון ארה"ב², או אנגליה³) עולה שהישראלים מרוצים יותר.

בישראל, הסיבות לשביעות הרצון הגבוהה ביחס לממצאים מהעולם, מגוונות. חלקן נובעות משונות תרבותית (ישראלים נוטים להיות מרוצים יותר), וחלקן מהציפיות הנמוכות של הציבור הישראלי ממערכת האשפוז הציבורית. מערכת הבריאות בישראל סובלת ממחסור תקציבי במשך שנים ארוכות. מחסור זה בא לידי ביטוי במשברים מתוקשרים של מערכת הבריאות. האוכלוסייה בישראל חשה הזדהות ואפילו תחושה של רחמים על הצוותים הרפואיים בשל העומס הרב שהצוותים מצויים בו ולכן מראש, הציפיות ממערכת הבריאות הן נמוכות יותר והמטופלים נוטים להעריך גבוה יותר את השירותים הניתנים להם במערכת הציבורית.

בבחינת הגורמים המשפיעים על השונות בשביעות הרצון בין אוכלוסיות המשיבים, נמצא במודל רב משתני כי דוברי ערבית (OR=1.3, p-value<0.001), מבוגרים (גיל מעל 35) (OR=1.3, p-value<0.001) ואוכלוסיית ה'לא אקדמאיים' (OR=1.3, p-value<0.001), מרוצים יותר באופן מובהק לעומת האחרים. מטופלים להם ניתנה אפשרות לבחור באיזה בית חולים להתאשפז מרוצים כמעט פי שתיים מאלה שלא ניתנה אפשרות בחירה (OR=0.58, p-value<0.001).

² Summary of HCAHPS Survey Results. (www.hcahpsonline.org.) Centers for Medicare Medicaid Services, Baltimore, MD. (July, 2014)

³ National NHS patient survey programme survey of adult inpatients (http://www.nhssurveys.org), 2012

בנוסף לניתוח המדדים נבחנו מספר נושאים רוחביים (יחס הצוות, העצמת המטופל, מתן המידע, סביבה ותנאים פיסיים, רצף טיפול). יחס הצוות המטפל (רופאים, אחיות, צוות) קיבל את הציונים הגבוהים ביותר, המטופלים מרגישים שמתייחסים אליהם באדיבות ובכבוד (רופאים: 86%, אחיות: 87%).

העצמת המטופל הוא הנושא שקיבל את הציונים הנמוכים ביותר בסקר. 30% מהמטופלים הרגישו שלא שיתפו אותם באפשרויות הטיפוליות במידה שרצו, 66% חושבים שהיו חלופות נוספות לטיפול בהם, אבל הן הוצגו רק ל-59% מהמטופלים.

תוצאות הסקר מהוות בסיס לתחילת מדידה רציפה של חווית המטופל במערכת הבריאות בישראל. השאלון נמצא תקף ומנבא היטב את חווית הטיפול בבתי החולים בישראל. נמצא כי שביעות הרצון הכללית הינה גבוהה, ויחד עם זאת, נמצאו הנושאים בהם יש להתמקד במטרה לשפר את חווית הטיפול. מתן מידע והסברים לציבור המטופלים ושיתוף המטופל בתהליכי קבלת ההחלטות נמצאו חסרים בכל בתי החולים ובכל סוגי המחלקות. יש לייצר תרבות ארגונית בה המטופל שותף ומעורב בטיפול ומקבל את הכלים והאינפורמציה הרלוונטית למצבו הבריאותי.

פרק 7. מדיניות לאומית לצמצום אי-שוויון בבריאות:

ישראל ביחס לאירופה¹

שלומית אבני, דיאנה נקמולי²

פרק זה עוסק במאפיינים של תוכניות לאומיות לצמצום פערים בבריאות, במטרה ללמוד על יתרונותיהן וחולשותיהן של התוכניות השונות. ראשית מתוארת תמונת המצב בקרב מדינות האיחוד האירופי. בהמשך מתוארות לעומק מדיניותה של אנגליה לצמצום אי-השוויון בבריאות בעבר ובהווה ומדיניות משרד הבריאות בישראל.

תקציר

- למרבית המדינות באיחוד האירופי אין אסטרטגיה לאומית להתמודדות עם אי-שוויון. לדנמרק, פינלנד, אירלנד, הולנד, נורבגיה ובריטניה יש מדיניות ואסטרטגיה מתואמת ושיטתית לצמצום אי-שוויון << בישראל יש תוכנית לאומית לצמצום אי-שוויון בבריאות
- באנגליה הוגדרו בשנת 2012 חובות סטטוטוריות לצמצום אי-שוויון בבריאות << בישראל החובה לצמצום אי שוויון אינה מעוגנת בחוק << בישראל אין חובת דיווח אך משרד הבריאות מפיץ כל שנה דו"ח שנתי, על בסיס מידע ונתונים עדכניים ובו דיווחי קופ"ח ושחקנים נוספים על פעילות בנושא
- בעבר התמקדה אנגליה בגורמים החברתיים מחוץ למערכת הבריאות המשפיעים על בריאות. התוכנית הלאומית בהווה מתמקדת בפעילות בעיקר בתוך מערכת הבריאות << בישראל כוונה הפעילות מלכתחילה למערכת הבריאות אך בשנים האחרונות החלה לפתח מוקדי התערבות המתמקדים בשת"פים בין-משרדיים ורב-מגזריים
- במסגרת התוכנית האנגלית של סוף שנות ה-90 הוגדרו מספר רחב של יעדי תוצאה כמותיים בהתייחס לצמצום אי שוויון. התוכנית הנוכחית של אנגליה מנטרת היקף רחב של מדדי בריאות מהם עשרות מדדי אי שוויון בבריאות, אף כי היא שאפתנית הרבה פחות במחויבות להשגת תוצאות בשיפור מדדים אלו << ישראל לעומתה, הגדירה שורה של יעדי משימה/תהליך.
- מרבית הפעילויות בתוכנית האנגלית הנוכחית לצמצום פערי בריאות עוסקות בהטמעה של היבטים של אי-שוויון בעבודת המטה והספקים. לצד זאת, התוכנית מדגישה את הצורך בשיפור תוצאות הבריאות של פעוטות, אימהות וילדים << בישראל הפעילויות מתמקדות בחסמים המרכזיים לשוויון בבריאות (כלכלי, תרבותי ולשוני, מבני- פרישת שירותים וכ"א) ובכלים מרכזיים שיש לפתח לצורך צמצום.

¹ פרק זה נכתב בהשראת פרסום קודם של פרופ' טוביה חורב- צמצום אי-השוויון בבריאות: הניסיון הבינלאומי ויישומו לישראל, 2008. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. החלק הדן במדיניות אנגליה בהתייחס לאי-שוויון בשנים מוקדמות יותר, מבוסס על פרסום זה. ברצוננו להודות לפרופ' טוביה חורב על הערותיו המאירות על פרק זה.

² מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

מדיניות לאומית לצמצום אי-שוויון במדינות האיחוד האירופי

מדינות שונות מאמצות גישות שונות להתמודדות עם אי-שוויון. מחקר שעסק במדיניות להתמודדות עם אי-שוויון בבריאות של מדינות שונות באירופה (1) מתאר כי למרות שבעשור האחרון רמת הבריאות באירופה המשיכה להשתפר (למשל, תוחלת החיים עלתה ותמותת התינוקות הצטמצמה), הפער בין שכבות שונות באוכלוסייה לא הצטמצם ועדיין קיימים פערים ניכרים בבריאות. בחלק מהמקרים, מדובר בפערים משמעותיים, פערים שלעיתים לא רק שלא הצטמצמו אלא שאף התרחבו.

החל משנת 2000, בהמשך ל"אסטרטגיית ליסבון" אשר הדגישה את החיוניות שבטיפול בעוני ובהדרה חברתית באיחוד האירופי, תופס נושא אי-שוויון בבריאות מקום הולך וגדל בתשומת הלב והמחויבות הפוליטית של האיחוד האירופי. בשנת 2007 הצהיר האיחוד על כך שצמצום אי-שוויון בבריאות יהווה ערך ליבה בתוכניות של האיחוד והטיל על ה- European Commission (EC) לתרגם הצהרה זו למדיניות. בשנת 2009 פרסם האיחוד דוח שהיווה אבן דרך משמעותית במחויבות לקידום השוויון בבריאות בקרב מדינות האיחוד, במסגרתו פורסמו תחומי מפתח לפעילות של מדינות בנושא³.

למרבת המדינות באיחוד האירופי אין אסטרטגיה לאומית להתמודדות עם אי-שוויון. מבין 274 התערבויות מדיניות שנסקרו על ידי החוקרים (1), רק 12% סווגו כמדיניות לאומית, אזורית או מקומית שהגדירו את צמצום אי-שוויון בבריאות כיעד מפורש. במרבית המקרים, התערבויות מדיניות סווגו ככאלה שיש בהן ערך בצמצום אי-שוויון באופן עקיף - כנגזרת ממדיניות כללית לשיפור בריאות או רווחה (למשל - צמצום שכיחות של שחפת, בדגש על אנשים החיים בעוני) או בזכות התמקדות באוכלוסיות פגיעות הסובלות מאי-שוויון בבריאות. חמישית מההתערבויות סווגו ככאלה שאין להן כוונה או השפעה על אי-שוויון בבריאות כלל. יחד עם זאת, החוקרים זיהו שבמדינות רבות הולכת וצומחת מדיניות מפורשת הממוקדת בצמצום פערים וכי מדיניות זו מאופיינת בביזור לרמה האזורית או המקומית ובשיתוף של מגזרים שונים מחוץ למערכת הבריאות, לטובת צמצום אי השוויון בבריאות.

החוקרים מיינו את המדינות ל- 3 אשכולות:

אשכול 1 - מדינות בהן יש מדיניות ואסטרטגיה מתואמת ושיטתית לצמצום אי-שוויון והכרה בצורך במחויבות ממשלתית רחבה ובפעילות רב-מגזרית לטיפול באי-שוויון. התערבויות בקרב מדינות באשכול זה כוללות התמקדות בגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות, ובאוכלוסיות יעד או תחומים ספציפיים, מהם - עוני ומחסור, משפחות, ילדים ונוער, עישון, בריאות נפש, תזונה ודיאטה ופעילות גופנית. בין המדינות באשכול 1 ניתן למנות את דנמרק, פינלנד, אירלנד, הולנד, נורבגיה ובריטניה.

³ Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU, 2009.

אשכול 2 כולל מדינות בהן אי-שוויון נמצא על סדר היום הפוליטי אך חסרה מדיניות לאומית לטיפול בו, רוב המדיניות לטיפול משתנה בהיקף ובשיטתיות והיא עקיפה ולא מפורשת (כלומר מדיניות שאינה ייעודית לטיפול באי שוויון אך שהפועל היוצא שלה תורם לצמצום פערים). בין מדינות אלו ניתן למנות את בלגיה, בולגריה, קרואטיה, אסטוניה, צרפת, גרמניה, איסלנד, איטליה, לוקסמבורג, פולין, פורטוגל, ספרד ושוודיה.

באשכול ה-3 מדינות שלהן תגובות יחסית לא "מפותחות" לטיפול באי-שוויון. יתכן ובקרב המדינות המשתייכות לאשכול, כאלו שהכירו בצורך בצמצום אי-שוויון, אך שלא צלחו בתרגום לפרקטיקה מדינית לצמצום פערים ברמה לאומית או אזורית. על אשכול זה נמנות אוסטריה, קפריסין, יוון, הונגריה, מלטה, רומניה וסלובקיה.

החוקרים זיהו שבקרב מרבית המדינות, בכל האשכולות, פער יישום בין תכנון לביצוע בפועל של המדיניות. הפער נובע ממורכבות הבעיה ורב-הממדיות שלה ומהיעדר תקציב המגביל את היקף והאינטנסיביות של היישום, בייחוד לאחר המשבר הכלכלי של שנת 2008. במרבית המדינות קושי נוסף קשור בהיעדרו של מידע מספק לניטור אחר אי-שוויון וכבסיס לבניית מדיניות.

מקרה מבחן: ישראל בהשוואה לאנגליה - שינויים בכיוון הפוך?

אנגליה

עבר (2)

אנגליה החלה בפיתוח אסטרטגיה להתמודדות עם פערים בבריאות כבר בשנת 1997. הוכנה תכנית פעולה מפורטת המורכבת מתשע מטרות אסטרטגיות ויעדים כמותיים לצמצום הפערים. בשנת 2001 נקבעו שני יעדי על להשגה עד 2010: צמצום בלפחות 10% של הפער בתוחלת חיים בלידה, בין קבוצת היישובים החלשים חברתית-כלכלית, שהוגדרו כ'ראש חץ', לבין הממוצע הכללי באוכלוסייה; וצמצום בלפחות 10% של הפער בשיעור תמותת תינוקות, בין קבוצות עובדי כפיים ומקצועות הצווארון הכחול, לבין השיעור הממוצע בכלל האוכלוסייה. כן נקבעו 13 תחומים⁴ לגביהם הוגדרו יעדי משנה, לצד מדדים מפורטים לניטור ומעקב ברמה הלאומית. כך למשל, הוגדר יעד משנה של הפחתת שיעור המעשנים ל- 21% אחז מהאוכלוסייה עד 2010, תוך צמצום הפער בין עובדי צווארון כחול (עבודת כפיים) לאחרים (הוגדר כי בקרב עובדי צווארון כחול השיעור לא יעלה על 26 אחוז).

⁴ תעסוקה ועוני; דוור; חינוך; פשיעה; מפגעים סביבתיים; פיתוח קהילתי; סגנון חיים, לרבות תזונה, עישון, ופעילות גופנית; נגישות לשירותי בריאות ושירותי רווחה; תאונות; בריאות הנפש; בריאות האם והילד; קשישים; והתמודדות עם גורמי תמותה עיקריים.

תחומי ההתערבות שהוגדרו באנגליה כללו: פעולות "במעלה הזרם"⁵ דוגמת שבירת מעגל אי-השוויון בבריאות באמצעות מדיניות להפחתת העוני זאת באמצעות הקלות מס, קידום החינוך לילדים משכבות מצוקה והפחתת הריזנות בקרב נערות; ופעולות נוספות שיועדו לביצוע באמצעות מערכות מקומיות וקהילתיות, בתחום הנגשת שירותי הבריאות הציבוריים, חיזוק קהילות חלשות, שיקום שכונות ואזורי מצוקה, מניעת פשע ואלימות, ועוד (פעולות ב"אמצע הזרם"). כן נקבעו סטנדרטים של זמינות השירות, לרבות משכי המתנה.

יחידה ייעודית לטיפול באי-השוויון הוקמה במשרד הבריאות האנגלי בשנת 2002. עיסוקה - ריכוז המידע אודות תכניות יעילות, הפצתו ותיאום הפעילות בתחום זה, בין משרדי הממשלה ובין הממשל המרכזי לאזורי.

בפועל, אנגליה השיגה הישגים מוגבלים בהתייחס לצמצום פערי בבריאות. כך למשל, בתחום תמותה ממחלות לב ומשבץ מוחי לפני גיל 75 חלה ירידה באנגליה ככלל ובאזורי 'ראש החץ' בפרט (הפער בשנים 1995-1997 עמד על 31.3 מקרי מוות לכל- 100,000 תושבים והצטמצם לכדי 22.2 מקרי מוות ל-100,000 בין השנים 2004-2006). אף כי הפער הצטמצם במונחים מוחלטים, במונחים יחסיים, הוא גדל מעט (מ- 23 ל- 26 אחוז). גם בהתייחס לשיעור התמותה מסרטן לפני גיל 75 הושגו הישגים מסוימים (נמוכים מאלו שהוגדרו) במונחים מוחלטים (במונחים יחסיים הפער נותר ללא שינוי). במספר מדדים לא הושגה התקדמות כלל ואף נצפתה בשנים מסוימות הרחבה של הפערים.

הוזה⁶ (3)

בשנים האחרונות עברה התוכנית האנגלית לצמצום אי-השוויון בבריאות שינויים משמעותיים. ברקע השינויים ראוי לציין שינויים בהרכב הממשלה ושני שינויי חקיקה: חוק השוויון (equality act) משנת 2010 (4) וחוק הבריאות והרווחה משנת 2012 (The Health and Social Care Act) (5) שהשפיע עמוקות על מבנה מערכת הבריאות האנגלית.⁷

⁵ 'מעלה הזרם' - התערבויות ברמת מאקרו במערכות חברתיות המשפיעות על הפערים החברתיים-כלכליים, במקום התהוותם; 'אמצע הזרם' - התערבויות מאקרו ברמת מערכות ארגוניות גדולות, כגון מערכת הבריאות וארגוני בריאות גדולים; והתערבויות ב'מורד הזרם' - דהיינו, התערבויות שמכוונות להשפיע באופן ישיר על ההתנהגות ועל מצב הבריאות של הפרט עצמו.

⁶ חלק זה מבוסס על סקירה וניתוח של מסמכי מדיניות מאנגליה וכן על בסיס שיחות שקיימנו עם בעלי תפקיד במשרד הבריאות האנגלי.

7 המערכת האנגלית שנוצרה בעקבות הרפורמה סבוכה ומורכבת מגופים רבים. נתאר את פעילות הגופים העיקריים: השינוי הגדול שהובילה הרפורמה היה ביטול "קופות החולים" המקומיות (NHS primary care trusts) ועשרת רשויות הבריאות האזוריות (Strategic Health Authorities) והעברת התקציבים והסמכויות לאספקת שירותי הבריאות לכמה מאות של קבוצות סוכן מקומיות (clinical commissioning groups - CCG) המנוהלות על ידי קבוצה של עובדי בריאות מהקהילה ומערכת האשפוז (כולל נציגות ציבורית). ה-CCG בוחרות ורוכשות את השירותים הנחוצים עבור המבוטחים שלהם מנותני שירות ציבוריים, פרטיים וולונטריים בקהילה ובמערכת האשפוז. המערכת בנויה באופן כזה שתחת ראש הממשלה פועל המזכיר לענייני בריאות (secretary of health) - המקבילה לתפקיד שר הבריאות - תחתיו פועלת ה-Department of Health (DH) - המקבילה למשרד הבריאות - שתפקידה העיקרי הוא ניהול והכוונת המערכת. ל DH מספר זרועות ביצוע דוגמת ה-National Health Service (NHS) העוסק ברכישת שירותים שה-CCG אינם

במסגרת חוק השוויון התייחסות לתפקיד המגזר הציבורי⁸ באמצעות 3 ערוצי פעולה מרכזיים: פעולות נגד אפליה וקידום של הזדמנויות שוות באמצעות הסרת חסמים; התאמת שירותים לצרכים הייחודיים של קבוצות מגוונות (protected characteristics); ועידוד השתתפות של קבוצות אלה בחיים הציבוריים. הקבוצות המוגנות מוגדרות באמצעות 9 תכונות - גיל, נכות, ייעוד מגדרי מחדש (gender reassignment), נישואין והוגיות אזרחיים, הריון ואמהות, גזע (race), דת ואמונה (כולל חוסר אמונה), מין ונטייה מינית.

במסגרת חוק הבריאות והרווחה הוגדרו חובות סטטוטוריות (התקפות החל מאפריל 2013) המתייחסות לצמצום אי שוויון בבריאות, לשחקנים המרכזיים במערכת הבריאות האנגלית. החובה המתייחסת לצורך בתכנון התערבויות, הערכה ודווח על התקדמות, חלה על שר הבריאות לצד חובות שחלות על הנהלת ה-NHS National health service ועל ה-CCG (קבוצות סוכן מקומיות המפעילות את שירותי הבריאות ברמה המקומית- ראו הערת שוליים 5).

באופן כללי, ניתן לאפיין את פעילות השחקנים האחראים על הכוונה וניהול המערכת באנגליה (ה- DH- Department of Health וה- NHS) ככזו השמה דגש על הכרה **בצורך** לצמצם פערים באמצעות פיתוח **תהליכים** (הנחייה פיקוח וניהול השחקנים במערכת הבריאות לצורך הטמעה של היבטים לקידום השוויון בעבודתם). זאת בניגוד לשנים קודמות בה הדגש הוכון לחובה "האבסולוטית" לצמצום **פערים בפועל**, כלומר להשגת **תוצאות**. במילים אחרות ישנו שינוי מ "target culture" שבסיס ההנחה שלו היא המחויבות ל- "absolute duties" ל- "role culture" שבסיסו "a regard to the need" (3) (6).

ה- DH

בינואר 2014 פרסמו השר וה- DH מכתב (7a) לגופים המרכזיים במערכת המפרט את חובתיהן לצמצום אי-השוויון לאור מספר קריטריונים. הקריטריונים בוחנים, בין היתר, את מחויבות ההנהלה הבכירה בארגון לנושא, קיומה של תוכנית אסטרטגית ומנגנוני ניטור והערכה של ההתערבויות, קיומן של שותפויות אסטרטגיות לקידום השוויון ועוד. בנובמבר 2015 נשלח מכתב נוסף (7b) לראשי הארגונים על מנת לחדד שוב את חובתיהן בחלוף שנה וכנגד דיווחים בהם הם

רוכשים, ברישוי ה- CCG, בהנחייתם ובקידום האיכות והבטיחות במערכת, ו Public Health England העוסקת בשמירה וקידום בריאות הציבור באמצעות מחקר והפצת מידע וכלים וייעוץ ל-CCG. ברמת המקומית פועלות הנהלות בריאות ורווחה (Health and wellbeing boards) שתפקידן לערב קהילות מקומיות בהצפת הצרכים וסדרי העדיפות של הציבור ומשמרי בריאות (Local Healthwatch) שלהן נציגות בוועדות הבריאות ורווחה המייצגות באופן ישיר את התושבים המקומיים ומציפות גם לרמה הארצית במסגרת Healthwatch England את צורכי התושבים. הדגשים מאחורי הרפורמה שהניעו שינויים אלו התמקדו בשימת המטופלים במרכז תשומת הלב, התמקדות בהישגים בתוצאות קליניות והעצמה של עובדי בריאות, בדגש על רופאים קהילתיים (כלליים/משפחה-general practitioners). ביקורת ציבורית ומקצועית בהתייחס לרפורמה התמקדה בעיקר בהיבטים של הפרטת האספקה של השירותים והכניסה של נותני שירות פרטיים רבים כספקי בריאות.

8 למשרדי הממשלה מוגדר דיווח מנדטורי אחת לשנה, החל משנת 2012, במסגרתו עליהם לדווח על התקדמות. כן עליהם לפרסם מדדים להשגת היעדים אחת ללפחות 4 שנים.

מחוייבים. דגש מושם בשנים 4-2013 על שמירה על ההישגים בתחום צמצום אי שוויון בתמותת תינוקות בין קבוצות חברתיות ותמותה מסרטן ומחלות קרדיוסקולאריות בקרב בני 74 ומטה.

פעילות היחידה עוסקת באי שוויון ב-DH בשנים מאז נחקק חוק הבריאות והרווחה, ממוקדת ברגולציה, הכוונה והנהגת המערכת לאור החובות הסטטוטוריות (אך לא רק). בשנים 2012-2014 התייחסה הפעילות לשלושת כובעי ה-DH - כקובע מדיניות, כספק שירותים וכמעבד. מרבית הפעילויות בתוכנית האנגלית הנוכחית עוסקים בהטמעה של היבטים של אי-שוויון בעבודת המטה והספקים - באיסוף מידע ומחקר, בחלוקת המשאבים ובביצוע.

התוכנית כוללת מספר יעדי-תוצאה כמותיים אך ניכר כי התכנית שאפתנית פחות מזו שנקבעה בשנת 1997 בהיקף ההתחייבויות ליעדים כמותיים ובדגש על מדדי משימה/תהליך בניגוד לתוצאה, בהיקף הפעולות וכן במחויבות לשיתופי פעולה בין-משרדיים לטובת שיפור הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות (8).

במסגרת היעדים הספציפיים לאי-שוויון הוגדרו 3 משימות הממוקדות בתוצאי בריאות, הכלולות תחת היעד המסמן את צמצום הפערים וקידום השוויון בשנות החיים הראשונות במטרה לשפר את תוצאות הבריאות של פעוטות, אימהות וילדים: צמצום פערים במשקל לידה נמוך בין פעוטות להורים העובדים בעבודות בלתי-מקצועיות/עבודות כפיים ("routine occupations"), מובטלים או שמעולם לא עבדו, לבין ילדים להורים העובדים במשרות ניהול בכירות או משרות מקצועיות (המשימה היחידה המוגדרת כצמצום פער בין 2 קבוצות יעד); צמצום תמותת התינוקות הגבוהה בקרב תינוקות לנשים ממוצא פקיסטני, קריבי או אפריקני; וצמצום הריונות בקרב נערות מתחת לגיל 18. ראוי לחדד כי 2 המשימות האחרונות ממוקדות בשיפור תוצאות הבריאות של קבוצת היעד ולא כצמצום הפער בין קבוצת היעד לקבוצה בעלת מדדים טובים יותר, זאת בשונה ממדדי התוצאה הכמותיים שהוגדרו בתוכנית של שנת 1997. יתר המשימות בתוכנית האנגלית הנוכחית לקידום השוויון מוגדרות כמדדי תהליך (8).

בין יתר המשימות ניתן למנות (רשימה חלקית - להרחבה ראו בנספח) (8):

- קידום הצרכים הייחודיים של קבוצות בתחום בריאות הנפש;
- קידום הצרכים של אנשים עם לקויות למידה ואנשים הסובלים מאוטזם: איסוף ופרסום מידע בנושא, הפניית תקציבים לעידוד חיים בקהילה, הכשרות בנושא לצוותי בריאות.
- עבודה עם סוכני שינוי לחיזוק טיפול בכבוד תוך שימת דגש על קשישים;
- ביצוע הערכות של השפעה על שוויון (Equality analysis) של צעדי מדיניות מרכזיים. ה-NHS עורך ניתוחים של היבטים של שוויון (equality analysis) בהקשר להחלטות מרכזיות שנלקחות במשרד ושלחן השפעה על קבוצות מוגנות (למשל - שינוי בנוסחת ההקצאה, תוכניות העבודה של תחום בריאות הציבור, חלוקת תקציב ותשומות במערכת). פעילות זאת מאפשרת בחינה מראש של השלכות מדיניות, קודם לביצוען וכן ניתוח ההשפעה על שוויון של תהליכי מדיניות שכבר נכנסו לפעולה;

- פיתוח וחיזוק הקשרים עם סוכני שינוי שונים במערכות הבריאות והרווחה. יעד זה כולל מיפוי של סוכני שינוי, גיוון (יצוג הולם) בנציגות של סוכני שינוי מקבוצות חברתיות שונות בפורומים לאומיים בתחום הבריאות והרווחה, ופיתוח פונקציה בתוך המשרד שתפקידה לזהות הזדמנויות בין-משרדיות (שת"פ ממשלתיים) לקידום השוויון;
- הרחבת בסיס הידע (evidence-based and cost-effective) בתחום בריאות הציבור באופן שיתמוך בהשגת תוצאות שוויוניות בבריאות. דגש ניתן לתפקיד של סוכנות הביצוע שהוקמה בעקבות הרפורמה בשירותי הבריאות באנגליה (Public Health England - PHE) ובשיתוף גורמי מקצוע ונציגים מקבוצות "מוגנות" ביצירת בסיס הידע. PHE הגדירה אינדיקטורים לניטור עשרות של מדדי בריאות, מתוכם שורה של מדדים המתייחסים להבדלים בתוחלת חיים ושיפור בהבדלים אלו, בהשוואה בין אזורים שונים הנבדלים האחד מהשני ברמה החברתית-כלכלית, לצד מדדים נוספים הבוחנים גורמים המשפיעים על בריאות, דוגמת עוני בקרב ילדים, תעסוקה בקרב מבוגרים, איכות תנאי החיים ועוד (9). הניטור מתפרסם באתר ייעודי לנושא, המתעדכן אחת לרבעון (10);
- קידום שקיפות ונגישות המידע על התקדמות ועמידה ביעדים של ה-NHS בהתייחס לאי שוויון;
- שמירה על כח אדם מגויס ובעל מוטיבציה לנושא של אי שוויון והמשקף את הקהילות אותן הוא משרת (במובן של יצוג הולם).

ה-NHS

כחלק מהחובה תחת חוק השוויון הגדיר ה-NHS 4 יעדים למימוש, בין אפריל 2014 למרץ 2016 (11):

- הטמעת כלי "לאספקת השוויון" (Equality Delivery System - EDS2) (12) בקרב 95% מנותני השירות⁹. הכלי שפותח לראשונה בשנת 2011 וחודש בשנת 2013, בוחן את רמת הביצוע של ארגונים שונים בהטמעת פעילות לקידום השוויון. הכלי מורכב מ-4 תחומים מרכזיים וסך כל 18 היגדים (13) שעל כל ארגון לדווח אודותו. בין היתר, נבחנים היבטים של נגישות השירותים, חווית המטופל, יצוג הולם, הכשרות עובדים, מחויבות ההנהלה הבכירה לנושא, ובחינת רמת המכוונות של ההנהלה לקידום השוויון במסגרת פעילויות ליבה מרכזיות, בקרב קבוצות מגוונות.
- תמיכה בקבוצות נותני השירות¹⁰ כך שיטמיעו שוויון בעבודת התכנון ורכישת השירותים שלהן.
- פיתוח סטנדרט להנגשת מידע לאנשים עם נכויות ולנותני השירות.
- יישום תוכנית המשרד ליצוג הולם וגיוון בתעסוקה בקרב ה-NHS.

9 בקרב ה-CCG ובקרב כל ה-NHS Trusts, NHS Foundation Trusts (ראו הערת שוליים מספר 4 לעיל)
10 ה-CCG (ראו הערת שוליים 4 לעיל).

במסגרת מחויבות ה-NHS לאיסוף של עשרות של מדדי תוצאה (outcomes framework) לניטור התקדמות המערכת בהתייחס לשיפור בריאות האוכלוסייה (14), נקבעו בשנת 2015 אחת-עשר מדדי תוצאה ועשרות תתי-מדדים הנבחנים לא רק בהתייחס לשיפור הכללי בבריאות (של כלל האוכלוסייה) אלא גם על פי ההתקדמות ביחס לצמצום אי-שוויון בין קבוצות חברתיות שונות (15, 16).

ישראל

עבר והווה (17)

התוכנית לצמצום אי שוויון בבריאות בישראל צעירה בשנים ביחס לתוכניות אחרות במדינות אירופיות. לכן קשה לתאר את התוכנית במובנים של עבר והווה שכן חלק מהפעילויות שהוגדרו לשנת 2011 עודן בהליכי יישום. יחד עם זאת, התוכנית עברה שינויים לאורך השנים ואלו יתוארו להלן.

משרד הבריאות הישראלי פרסם בסוף שנת 2010 את יעדיו בנושא צמצום אי-השוויון בבריאות, במסגרת תוכנית עבודה כוללת לשנים 2011-2014 – "עמודי האש". הנחת היסוד בגיבוש התוכנית היתה כי יש להתמקד בנושאים שבשליטת משרד הבריאות ומערכת הבריאות. על כן, מוקדי ההתערבות העיקריים נגעו לפעילויות "אמצע הזרם" הקשורים בחסמי נגישות לשירותי בריאות, פערי תשתיות ולשינויים הנדרשים ברמת רגולציה, תמריצים ואיסוף ופרסום של מידע.

6 יעדים נכללו תחת עמוד האש "צמצום אי השוויון בבריאות": צמצום פערים בנגישות כלכלית לשירותי בריאות; צמצום השפעה של הבדלי תרבויות על שימוש בשירותי בריאות ואיכותם; הימצאות כ"א רפואי איכותי ומקצועי בפריפריה בהיקף מספק; שיפור תשתיות פיזיות וטכנולוגיות באזורי הפריפריה (גיאוגרפית וחברתית); רגולציה ותמרוץ קופות החולים לביצוע פעולות לצמצום אי שוויון בבריאות; וקיומו של מידע זמין בנושאים של מצבי בריאות, נגישות חמינות של שירותים ופעולות התערבות אפקטיביות לצמצום אי שוויון בבריאות. תחת ששת היעדים הוגדרו סך כל 19 משימות. המשימות הוגדרו כ"מדדי תהליך" לביצוע והוגדרו להם אחראי משימה (מבחינת היחידה בארגון האחראית על הביצוע) ומועדי סיום. לאחר דיון בדברים, המשרד בחר שלא להציב יעדי תוצאה (במונחי תחלואה ותמותה) כמותיים.

תחומי ההתערבות שנכללו בתוכנית כללו, בין היתר: הפחתת השתתפויות עצמיות על שירותים ותרופות בסל שירותי הבריאות; הכללת שירותים נחוצים בסל השירותים, הסרת חסמים בנגישות לשירותי בריאות על רקע שפה ותרבות; הכשרת מטפלים בנושא כשירות תרבותית; הגדלת היצע כח האדם בפריפריה; תעדוף הפריפריה בפיתוח תשתיות ובהקצאת טכנולוגיות; קביעת מבחני תמיכה בקופות החולים לצורך תמרוץ לפיתוח פעילויות נוספות לצמצום פערים; הוספת משתנים

חברתיים לנוסחת הקפיטציה; הקמת מרכז ידע בנושא אי-שוויון; והנגשת מידע אודות תכנית התערבות אפקטיביות לצמצום אי-השוויון, למנהלים במערכת הבריאות.

לאורך השנים התוכנית התעדכנה, חלק מהמשימות עברו אדפטציה או שינוי קל, הוסרו משימות (בשל חסמי ביצוע, דוגמת תקציב או חסמים ארגוניים) והתווספו משימות. בשנת 2014 חל שינוי מסוים והתווספו, על בסיס היעדים שהוגדרו תחת עמוד אש אי-שוויון בשנת 2011, מספר משימות שהמאפיין העיקרי שלהם הוא פיתוח שיתופי פעולה עם מערכות תומכות נוספות ושיפור ההגנות של המערכת. בין היתר התווספו המשימות הבאות: מיפוי הבעיות והפתרונות ופיתוח הידע והכלים של המערך הסוציאלי במשרד הבריאות בשטח בהתמודדות עם חסמים כלכליים, חברתיים ותרבותיים לבריאות של מטופלים; הגברת מעורבות ועשיית ראשי ערים לקידום צמצום פערים בבריאות ברמה העירונית; הגדרת קווים מנחים מצמצמי פערים במסגרת עבודת המשרד (health equity in all policies); איתור ומיפוי של תת ייצוג מועסקים מקבוצות מיעוט במקצועות הבריאות; ובניה והוצאה לפועל של מערך קבוע של התייעצויות עם נציגי קהילות שונות בנושא מדיניות בתחום צמצום פערי בריאות (לפירוט נוסף ראו ב-"דוח אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2014"). נוסף לכך המשרד הגביר מעורבותו ביחומות בין-משרדיות שעסקו בגורמים חברתיים המשפיעים על בריאות, דוגמת הועדה למלחמה בעוני שיזם משרד הרווחה והשירותים החברתיים והתוכנית הממשלתית לשילוב יוצאי אתיופיה בחברה הישראלית. בשנת 2015 נקבעו עמודי אש מחדשים והיעד של אי-שוויון הוגדר יחד עם נושא קידום בריאות הציבור תחת הכותרת "קידום בריאות הציבור, הרפואה המונעת והקטנת אי השוויון". העבודה ב- 2015 התמקדה בעיקר בהשלמה ומיפוי המשימות מהשנים הקודמות והמשימות החדשות שהתווספו בשנת 2014.

אף כי ישראל לא הגדירה יעדים במונחים של מדדי תוצאה כמותיים (בתחלואה ובתמותה) הרי שמבחינת אי-שוויון, ההתערבויות שבוצעו ברמה הלאומית נועדו להוביל לשינויים בהם מעוניינת מערכת הבריאות בישראל, כחלק מהשאיפה להגדיל את ההוגנות במערכת הבריאות. כאשר בוחנים מגמות בפערים, ניתן לראות כי גם בישראל אין שינויים משמעותיים במצב אי-השוויון הכולל בבריאות: בחלק מהמדדים יש שיפור, בחלק קפאון ובחלק אף הרעה. אמנם שינויים ברמת תוצאי בריאות ושירותי בריאות מושפעים מפעילות המשרד, לצד פעילות קופות החולים ובתי החולים הפועלים לטובת צמצום פערים, אך השפעתן של אלו מוגבלת. הישגים משמעותיים בצמצום אי שוויון קשורים בשינוי בגורמים הכלכליים-חברתיים המצויים מחוץ למערכת הבריאות.

מדיניות לאומית בישראל בהשוואה לזו שבאנגליה - תובנות עיקריות

הטבלה שבנספח מסכמת את המאפיינים העיקריים של התוכנית הלאומית לצמצום אי-שוויון בישראל, בהשוואה לתוכניות של אנגליה בשנים מוקדמות יותר ונכון לימנו.

בעוד באנגליה התוכנית של סוף שנות ה-90 כיוונה לפעילות הממוקדת ב"מעלה הזרם" - בגורמים החברתיים המייצרים פערי בריאות מחוץ למערכת הבריאות (הכנסה, השכלה, תעסוקה ועוד) - לצד פעילויות "אמצע הזרם" המכוונות למערכת הבריאות, בישראל כוונה הפעילות ל"אמצע הזרם". במהלך השנים, אנגליה נסוגה מההתמקדות בגורמים החברתיים המשפיעים לבריאות, ומתמקדת כיום בפעילות בעיקר בתוך מערכת הבריאות. מרבית הפעילות בתוכנית הנוכחית של אנגליה מדגישה את ההטמעה של היבטים של אי-שוויון בעבודת המטה והספקים של המערכת, במחקר, בחלוקת המשאבים ובביצוע התערבויות או אספקה של שירותים. ישראל לעומתה, לאחר מספר שנים בהם היא התמקדה בפעילויות אמצע הזרם, בתוך מערכת הבריאות, החלה לפתח מוקדי התערבות "המטפסים" במעלה הזרם ומתמקדים בשת"פ בין-משרדיים לטובת הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות ובארגונים ומערכות מחוץ למערכת הבריאות שיש להן השפעה על בריאות (למשל דרך עבודה על עוני).

התוכנית האנגלית של סוף שנות ה-90 הייתה שאפתנית יותר ביחס לזו הישראלית, בהגדרת יעדי תוצאה כמותיים השואפים לעשות שינוי בסביבה החיצונית, בבריאות ובגורמים מחוץ למערכת הבריאות, דוגמת עוני. ישראל לעומתה, הגדירה שורה של יעדי משימה/ תהליך. התוכנית הנוכחית של אנגליה צנועה יותר בהיקף המשימות והן בהתייחס למספר מדדי התוצאה שנקבעו.

לצד הדגשים בתוכנית האנגלית הנוכחית על הטמעה של היבטים של אי-שוויון בעבודת המטה וספקי השירותים, מתמקדת כיום אנגליה באוכלוסיות יעד- נשים, נערות, אמהות וילדים, לקויי למידה, אנשים הסובלים מאוטיזם ומתמודדים בבריאות נפש. בנוסף, מתוקף חקיקת "חוק השוויון" בשנת 2010 מתחייבת פעילות ממשלתית לקידום השוויון בקרב מספר קבוצות מגוונות- גיל, נכות, ייעוד מגדרי מחדש (gender reassignment), נישואין חוגיות אזרחיים, הריון ואמהות, גזע (race), דת ואמונה (כולל חוסר אמונה), מין ונטייה מינית. בישראל, התוכנית נבנתה בהתייחס לחסמים המרכזיים לשוויון בבריאות (חסמים כלכליים, תרבותיים ולשוניים ומבניים - פרישת שירותים וכ"א) ולכלים מרכזיים שיש לפתח לצורך צמצום (תמריצים, פיקוח ובקרה מידע וכ').

ההתקדמות בצמצום פערי בריאות ביחס ליעדים שסומנו בתוכנית האנגלית לשנת 1997 היתה צנועה. בישראל, מדווחות קופות החולים על הישגים משמעותיים בצמצום פערים. כך למשל, מדווחות הצלחות בצמצום פערים במדדי תחלואה מרכזיים, התנהגות בריאות או שימוש בשירותי בריאות, בין מרפאות היעד בעלות ההישגים הנמוכים מבחינה חברתית-כלכלית-בריאותית לבין מרפאות אחרות. זאת לצד הישגים בצמצום פערים בתחומים מסוימים דוגמת איתור מוקדם של סרטן המעי הגס או חיסוני פנאמווקס (חיסון נגד חיידק הפנאומוקוק, הגורם לדלקת ריאות,

לדלקת קרום המוח ולזיהום קשה בדם [אלח דם]) בין אוכלוסיות שונות¹¹. יחד עם זאת, תמונת מבט ארצית מדגימה כי הישגים אלו טרם מצאו ביטוי בשינויים משמעותיים בצמצום אי-השוויון ברמה הארצית. ישראל צעירה ביחס לאנגליה מבחינת ה"ותק" שלה בהתערבויות לאומיות ומקומיות לצמצום אי-שוויון ויתכן ומוקדם עדיין לצפות לשינויים משמעותיים ברמה הארצית. יתכן ששינויים בתמונת המצב הכוללת יבואו לידי ביטוי בטווח זמן ארוך יותר. עם זאת, יש לזכור כי התמודדות מוצלחת עם אי השוויון בבריאות תלויה במידה רבה מאוד בתוצאות פעילות באי-השוויון בהיבטים הקשורים למדדים חברתיים-כלכליים רחבים יותר.

מקורות

1. Marmot, M. Health Inequalities in the EU. Final report of a consortium, December 2013. UCL Institute of Health Equity.
2. חורב, טוביה. צמצום אי-השוויון בבריאות: הניסיון הבינלאומי ויישומו לישראל, 2008. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
3. Personal communication with the Health Inequalities Unit, Equity and Social Inclusion Branch & Troubled Families, Homelessness and Wider Health Inequalities Equity and Community Development Branch, Department of Health, England, December 1st, 2015.
4. Equality Act 2010.
5. a) The Health and Social Care Act, 2012.
b) An alternative guide to the new NHS in England, April 2015. The King's Fund.
c) The health and care system explained:
<https://www.gov.uk/government/publications/the-health-and-care-system-explained/the-health-and-care-system-explained>
6. Department of Health annual report and accounts 2014-15 (for the period ended 31 March 2015), Department of Health, England.
7. a) Health inequalities: working together to reduce health inequalities and meet new duties 2013 to 2014:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/430302/health_inequalites_2013_14.pdf
b) Health inequalities: assessment of the fulfilment of health inequalities duties in 2014 to 2015:

¹¹ ראו -"אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו"- שנים קודמות.

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/384353/Health_Inequalities_assessment_criteria_for_2014-15.pdf

8. Equality in DH- How the Department of Health complied with the public sector equality duty in 2014, January 2015. Equity & community Department of Health.
9. Public Health Outcomes Framework: Indicators at a Glance (February 2015), Public Health England:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/400155/PHOF_at_a_glance_February_2015.pdf
10. Public Health Outcomes Framework. Public Health England:
<http://www.phoutcomes.info/>
11. NHS Website: About NHS England: Equality and diversity:
<https://www.england.nhs.uk/about/equality/>
12. A Refreshed Equality Delivery System for the NHS: EDS2: Making sure that everyone counts, November 2013. NHS England.
13. Equality Delivery System for the NHS: EDS2 Summary Report:
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/04/eds2-summ-rep-temp-mar15.pdf>
14. NHS Outcomes Framework 2015/6: at a glance.
15. NHS Outcomes Framework 2015/6: Updated Equalities Analysis, March 2015. NHS Group, Department of Health.
16. NHS Outcomes Framework Indicators for health inequalities assessment, March 2015. Department of Health, England.
17. (א) עמודי האש- מערכת הבריאות: "תנופה חדשה". תכנית היישום לשנה השלישית, משרד הבריאות, 2013.
(ב) מסמכים פנימיים

מקורות נוספים להעשרה:

18. חורב, ט., אברבוך, א., קידר, נ. "התמודדות לאומית עם אי-השוויון בבריאות: משולחן השרטוט ליישום בפועל", מרץ 2013.
19. OECD Reviews of Health Care Quality: Israel, 2012.

נספח 1: יעדי ותכני ההתערבות של תוכנית ה- DH לקידום השוויון בבריאות¹²:

1. צמצום פערים וקידום שוויון בשנות החיים הראשונות במטרה לשפר את תוצאות הבריאות של פעוטות, אימהות וילדים:

- הבדלים במשקל לידה נמוך בין קבוצות "קצה" בהשוואה בין ילדים להורים העובדים בעבודות בלתי-מקצועיות/ עבודות כפיים ("routine occupations"), מובטלים או שמעולם לא עבדו לבין ילדים להורים העובדים במשרות ניהול בכירות או משרות מקצועיות
- צמצום תמותת התינוקות הגבוהה בקרב תינוקות לנשים ממוצא פקיסטני, קריבי או אפריקני
- עבודה עם משרד החינוך לצמצום הריונות בקרב נערות מתחת לגיל 18
- הגדלת מספר ביקורי הבית במסגרת התוכנית ל"ביקור בריא" בבתיהם של הורים לילדים צעירים. לתכני הביקור 6 מוקדים עיקריים: סיוע ב"מעבר להורות" להורים "חדשים", בריאות הנפש של האם, הנקה, משקל ותזונה נכונה ופעילות גופנית, ניהול מחלות לא מורכבות והפחתת אשפוזים והתפתחות תקינה של הילד כולל מוכנות לבית הספר.

2. מיקום השוויון במרכז העבודה בתחום האיכות בבריאות והרווחה, תוך התמקדות בתוצאות בריאות:

- קידום הצרכים הייחודיים של קבוצות בתחום בריאות הנפש. יעד זה כולל עוד מספר תתי יעדים המכוונים לאיסוף משתני רקע נוספים המאפשרים מדידה של אי-שוויון במאגרי ידע קיימים בתחום הנפש, פיתוח אינדיקטורים יעודים בתחום אי-שוויון בבריאות הנפש ודגש על פיתוח מענים ושירותים לקשישים וילדים ונוער בתחום הנפש
- שיפור אפשרויות הבחירה ויכולת השליטה של אנשים עם לקויות למידה ואנשים הסובלים מאוטיזם, משפחותיהם ונותני השירות שלהם. יעד זה כולל התייחסות לאיסוף ופרסום מידע בנושא, הפניית תקציבים לעידוד חיים בקהילה של הסובלים מאוטיזם, הכשרות בנושא לצוותי בריאות והעמקת שיתופי הפעולה עם המגזר השלישי במטרה לטייב את התמיכה המשותפת באנשים עם אוטיזם
- עבודה עם סוכני שינוי לחיזוק הטיפול בכבוד, תוך שימת דגש על קשישים: במסגרת יעד זה כלולים מספר תתי יעדים, מהם- הקמה ותחזוק של ה- Nursing & Care Quality Forum. הפורום שם דגש על פיתוח האיכות בטיפול הסיעודי ובין היתר, פיתח ופרסם הנחיות עם 6 דגשים ל "compassionate care" ופיתח ארגז כלים המיועד לוועדות בריאות מקומיות (הפועלות ברמת הרשויות המקומיות) בנושא טיפול בבדידות בקרב קשישים.

¹² הנספח מתאר את הפעילויות המרכזיות ללא ירידה לפרטים או סקירה מלאה של כלל הפעילויות.

3. לוודא כי מגמות לשיפור הערך, האפקטיביות והפרודוקטיביות במערכות הבריאות והרווחה לוקחות בחשבון את הצרכים של קבוצות מוגנות:
- ביצוע הערכות של השפעה על שוויון (Equality analysis) של צעדי מדיניות מרכזיים (למשל- שינוי בנוסחת ההקצאה, שינוי ביעדי ותוכניות העבודה של תחום בריאות הציבור, חלוקת תקציב ותשומות במערכת).
 - הרחבת בסיס הידע (evidence-based and cost-effective) בתחום בריאות הציבור, שיתמוך בהשגת תוצאות שוויוניות בבריאות. דגש ניתן לתפקיד של סוכנות הביצוע שהוקמה בעקבות הרפורמה בשירותי הבריאות באנגליה (Public Health England - PHE) ובשיתוף גורמי מקצוע ונציגים מקבוצות "מוגנות" ביצירת בסיס הידע.
4. להעריך איזה מידע יש לאסוף בנושא אי-שוויון ולהנהיג שימוש במידע רלוונטי בקבלת החלטות מדיניות. יעד זה שם דגש, בין היתר, על תעדוף היבטים של שוויון ברפורמות ושינויים מבניים שהמערכת מקדמת ובפורומים שונים דוגמת הנהלות המחלקה לבריאות וה NHS.
5. לתמוך בחיזוק הקשרים עם סוכני שינוי שונים במערכות הבריאות והרווחה. יעד זה כולל מיפוי של סוכני שינוי, גיוון בנציגות של סוכני שינוי מקבוצות חברתיות שונות בפורומים לאומיים בתחום הבריאות והרווחה ופיתוח פונקציה בתוך המשרד שתפקידה לזהות הזדמנויות בין-משרדיות (שת"פ ממשלתיים) לקידום השוויון.
6. גיוס ושמירה על כח אדם מגוייס ובעל מוטיבציה אשר מייצג את הקהילה למענה הם עובד: כח עבודה מגוון (במובן של יצוג הולם), קשוב ולומד מהצרכים של הקהילה (קיום מפגשי למידה וביקורים בקהילות שונות).

נספח 2: מדיניות לאומית לצמצום אי-שוויון בבריאות: ישראל בהשוואה לאנגליה

אנגליה	ישראל	
<p>הגישה בבסיס התוכנית הלאומית לשנת 1997, שילבה פעילות ב"מעלה הזרם" לצד "אמצע הזרם".</p> <p>בשנים האחרונות נוטה המדיניות להתרכז "באמצע הזרם", בעיקר במערכת הבריאות. ראוי לציין כי בעקבות שינוי חקיקה שקודמו במסגרת רפורמה במערך שירותי הבריאות, הוגדרו חובות סטטוטוריות לצמצום אי שוויון על שחקנים מרכזיים במערכת.</p>	<p>במסגרת עמדי האש 2011-2014 עיקר ההתערבויות כווננו ל"אמצע הזרם".</p> <p>החל משנת 2014 ההתערבויות ב"אמצע הזרם" מכוונות גם לארגונים ומערכות מחוץ למערכת הבריאות, לצד התערבויות בודדות ב"מעלה הזרם".</p>	<p>גישה אסטרטגית לסוגיית אי-שוויון בבריאות</p>
<p>התוכנית בשנת 1997 כללה יעדים תוצאה (המודדים שינוי חיצוני, קרי- הפחתת עישון או צמצום פער בתמותת תינוקות) ראשיים ויעדי משנה כמותיים לצמצום פערי בריאות.</p> <p>בשנים האחרונות צומצמו מספר היעדים הכמותיים לצמצום אי שוויון להם התחייבה הממשלה ואלו מתרכזים בעיקר תחת התחום של אישה/נערה, אם וילד. במקביל, במסגרת תחומי הליבה לכלל פעילות ה- NHS לשנים 2015-6 (המקבילה לעמדי האש של משרד הבריאות), הוגדרו עשרות מדדי תוצאה כמותיים, מתוכם מספר מצומצם של מדדים הנבחנים גם בהתייחס לפערים.</p>	<p>במסגרת עמדי האש 2011-2014 נקבעו יעדי משימה/תהליך, ללא יעדי תוצאה כמותיים. מדדים כמותיים שימשו את המשרד למדידת התקדמות אך המשרד לא התחייב להם באופן פומבי.</p>	<p>קביעת יעדים כמותיים</p>
<p>מוקדי ההתערבות בתוכנית של 1997 כללו: תעסוקה ועוני; דיור; חינוך; פשיעה; מפגעים סביבתיים; פיתוח קהילתי; סגנון חיים, לרבות תזונה, עישון, ופעילות גופנית; נגישות לשירותי בריאות ושירותי רווחה; תאונות; בריאות הנפש; בריאות האם והילד; קשישים; והתמודדות עם גורמי תמותה עיקריים.</p> <p>התוכנית הנוכחית של אנגליה מתמקדת בצמצום הפערים וקידום השוויון בשנות החיים הראשונות במטרה לשפר את תוצאות הבריאות של פעוטות, אימהות וילדים, קידום מחקר על פערים בבריאות הנפש, שילוב של אנשים עם לקויות למידה ואנשים הסובלים מאוטזם בקהילה, עבודה עם סוכני שינוי לחיזוק טיפול בכבוד, ביצוע הערכות של ההשפעה על שוויון הרחבת בסיס הידע (Equality analysis) של צעדי מדיניות מרכזיים, (cost-effective) בתחום בריאות הציבור באופן שיתמוך בהשגת תוצאות שוויוניות בבריאות, ושמירה על כח אדם מגויס ובעל מוטיבציה לנושא של אי שוויון והמשקף את הקהילות אותן הוא משרת (במובן של יצוג הולם).</p>	<p>תחת 6 היעדים שנגזרו מעמוד אש "צמצום אי-שוויון" נכללו התערבויות שכללו: הפחתת השתתפויות עצמיות על שירותים ותרופות בסל שירותי הבריאות; הכללת שירותים נחוצים בסל השירותים, הסרת חסמים בנגישות לשירותי בריאות על רקע שפה ותרבות (יצירת סטנדרטים בנושא, פיתוח מוקד תרגום, הכשרת מטפלים בנושא כשירות תרבותית ועוד); הגדלת היצע כח האדם בפריפריה; תעדוף הפריפריה בפיתוח תשתיות ובהקצאת טכנולוגיות; קביעת מבחני תמיכה בקופות החולים לצורך תמרון לפיתוח פעילויות נוספות לצמצום פערים; הוספת משתנים חברתיים לנוסחת הקפיטציה; הקמת מרכז ידע בנושא אי-שוויון; והנגשת מידע אודות תכנית התערבות אפקטיביות לצמצום אי-שוויון, למנהלים במערכת הבריאות.</p> <p>החל משנת 2014 התווספו המשימות הבאות: מיפוי הבעיות והפתרונות ופיתוח הידע והכלים של המערך הסוציאלי במשרד הבריאות; הגברת מעורבות ועשיית ראשי ערים לקידום צמצום פערים בבריאות ברמה העירונית; הגדרת קווים מנחים מצמצמי פערים במסגרת עבודת המשרד (health equity in all) (policies); איתור ומיפוי של תת ייצוג מועסקים מקבוצות מיעוט במקצועות הבריאות; ובניה והוצאה לפועל של מערך קבוע של התייעצויות עם נציגי קהילות שונות בנושא מדיניות בתחום צמצום פערי בריאות.</p>	<p>התערבויות עיקריות</p>
<p>בתוכנית לשנת 1997 אופיינו "תאי שטח" - 70 רשויות מקומיות (כ- 28% מאוכלוסיית אנגליה) עם הישגי הבריאות הכי נמוכים ועם מדדי העוני הגבוהים ביותר.</p> <p>חקיקת "חוק השוויון" בשנת 2010 כיוונה את כלל הפעילות הממשלתית (לא רק בבריאות) למספר "קבוצות מגוננות" - גיל, נכות, ייעוד מגדרי מחדש (gender reassignment), נישואין חוזגיות אזרחיים, הריון ואמהות, גזע (race), דת ואמונה</p>	<p>התוכנית נבנתה בהתבסס על החסמים המרכזיים לשוויון בבריאות (כלכלי, תרבותי ולשוני, מבני- פרישת שירותים וכ"א) ולכלים מרכזיים שיש לפתח לצורך צמצומם. כפועל יוצא, מרבית הפעילות התמקדה בפריפריה גיאוגרפית (בהקשר לתשתיות וכ"א) וחברתית, בקבוצות מיעוט לשוניות ותרבותיות, ובעלי הכנסה נמוכה (פעולות להפחתת השתתפויות עצמיות והכללה של שירותי בריאות חינויים</p>	<p>הגדרת אוכלוסיות יעד ומוקדי התערבות</p>

<p>(כולל חוסר אמונה), מין ונטייה מינית. לצד פעילויות הנובעות מתוקף המחויבות ל"חוק השוויון" מקדם ה- NHS פעילויות נוספות הממוקדות בנשים, נערות, אמהות וילדים, לקויי למידה, אנשים הסובלים מאוטיזם, מתמודדים בבריאות נפש. יחד עם זאת, מרבית הפעילויות לא מוגדרות דרך אוכלוסיות יעד אלא ממוקדות בהטמעה של היבטים של אי-שוויון בעבודת המטה והספקים (במחקר, חלוקת משאבים ובביצוע התערבויות או אספקה של שירותים).</p>	<p>במסגרת מבחני התמיכה לשנים 2012-2014 הוגדרו יעדים הממוקדים בפריפריה הגיאוגרפית (השקעה בתשתיות פיזיות והתערבויות בתחום קידום הבריאות) והפריפריה החברתית (התערבויות קידום בריאות). בשנים האחרונות יש נטייה הולכת וגוברת לשים דגש על פריפריה חברתית (למשל במבחני תמיכה לשנים 2015-6 ניתנה עדיפות לפריפריה חברתית ולערים בעוד מבחני התמיכה לשנים 2012-2014 תעדפו פריפריה גיאוגרפית לצד פריפריה חברתית).</p>	
<p>נוסף לכך, במסגרת מחויבות ה- NHS לאיסוף של עשרות של מדי תוצאה (outcomes framework) תחת "עמדי האש" האנגלים, נקבעו 11 אינדיקטורים ועשרות תתי אינדיקטורים של מדי תוצאה הנבחנים גם על פי ההתקדמות ביחס לצמצום אי-שוויון בין קבוצות חברתיות שונות. כן יש ל- NHS כלי "לאספקת השוויון" (Equality Delivery System - EDS2) המורכב מ-4 תחומים מרכזיים וסך כל 18 היגדים שעל כל ארגון לדווח אודותו ל- NHS. במקביל, סוכנות הביצוע של שירותי הבריאות באנגליה (Public Health England- PHE) אוספת ומפרסמת מגוון של משתני רקע על הגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות, על תוצאי בריאות ועוד, בהשוואה בין אזורים בתוך אנגליה, במסגרת אתר ייעודי לנושא, המתעדכן אחת לרבעון.</p>	<p>בישראל הוקם מאגר ידע (במכון גרטנר) של משרד הבריאות לניטור ואיסוף מידע בנושא אי-שוויון. המאגר מתמקד במצב הפערים ופתוח לציבור ברחב. בנוסף, אף כי אין חובת דיווח למשרד אודות פעילות השחקנים השונים לטובת צמצום אי השוויון, המשרד מפרסם אחת לשנה דוח שנתי בנושא במסגרתו מדווחות פעילויות של המיניסטריון, קופות החולים ובתי החולים.</p>	<p>ניטור מידע ואיסוף</p>
<p>אנגליה ותיקה ביחס לישראל בעיצוב וישום של מדיניות לאומית לצמצום אי-השוויון. (כבר אמור) ההתקדמות בצמצום הפערים בבריאות בהתייחס ליעדים שסומנו בתוכנית האנגלית לשנת 1997 מוגבלים מאוד. נכון להיום, התוכנית האנגלית לצמצום הפערים בבריאות שאפתנית פחות. בעוד שבסוף שנות ה-90 ניתן משקל גדול להתערבות מול הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות, התוכנית הנוכחית שמה דגש רב על שינויים מערכת הבריאות, שלהם השפעה חשובה אך מוגבלת על תוצאי בריאות.</p>	<p>ישראל הגדירה את נושא צמצום אי-השוויון בבריאות רק בשנת 2011. קופות החולים מדווחות על הישגים משמעותיים בצמצום פערים בין מרפאות היעד (בעלות הישגים הנמוכים מבחינה חברתית-כלכלית-בריאותית) לבין מרפאות אחרות. תמונת מבט ארצית מדגימה כי אין שינויים משמעותיים במצב אי-השוויון הכולל בבריאות- בחלק מהמדדים יש שיפור, בחלק קיפאון ובחלק אף הרעה. בשנים האחרונות, מתרחבת העבודה לטובת פעילויות שיש להן השפעה גם על הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות.</p>	<p>הישגים ואתגרים</p>
<p>האתגר הגדול בשתי המדינות הוא ההשפעה בכיוון חיובי על מדי התוצאה- צמצום אי-שוויון בבריאות. כפועל יוצא, המשימה העיקרית היא בניית מחויבות ברת-קיימא ממשלתית ובין-משרדית לנושא- בהצהרה, בכסף, במדיניות, בפעילות ובניטור והערכה- לצדם של שחקנים נוספים, מהם- החברה האזרחית, הרשויות המקומיות, הסקטור הפרטי, ועוד.</p>		

פרק 8. פעילות להתמודדות עם אי-שוויון בבריאות¹

פעילות קופות החולים



הנהלה הראשית

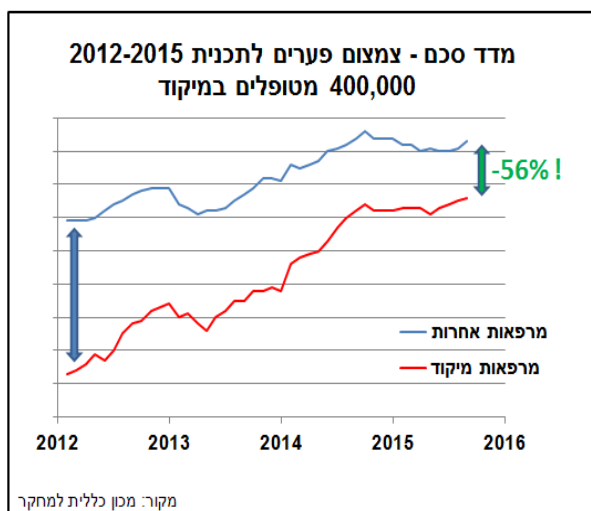
חטיבת הקהילה
אגף סיעוד

שירותי בריאות כללית

כלנית קיי, ראש אגף סיעוד, חטיבת הקהילה, הנהלה ראשית;
פרופ' רן בליצר, מנהל מח' תכנון מדיניות בריאות, משרד רופא ראשי

רקע כללי - האסטרטגיה של הכללית בתחום צמצום פערים

שירותי בריאות כללית אחראית על מתן שירותי בריאות ליותר ממחצית תושבי מדינת ישראל. הכללית חרטה על דגלה לקדם את נושא צמצום הפערים בבריאות כנושא מרכזי כשהמימוש שלה מתמקד במוסדותיה - מרפאות, בתי חולים ובפניה לקהל הרחב. החל משנת 2007 הכללית שמה דגש מיוחד אסטרטגית על צמצום פערים בבריאות בקרב האוכלוסייה המבוטחת בכללית, ואף גם לקהל הרחב באמצעות המוסדות שמעניקים שירותים לכלל הציבור בישראל. האסטרטגיה כוללת עשייה ממוקדת בעבודת צוות, פעילות קהילתית, פיתוח והתאמת תשתיות, הכשרות של כוח אדם, ויצירת מחויבות להוביל. אסטרטגיה זאת מתבטאת בפעילות מגוונת, והתקדמותה נמדדת באופן מתמשך באמצעות תחומים מרכזיים, במיוחד איכות רפואית, אשר משתפרת מדי שנה.



¹ הכתוב בפרק זה נכתב על ידי הגופים שהעבירו את החומרים ולא בהכרח על-ידי מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

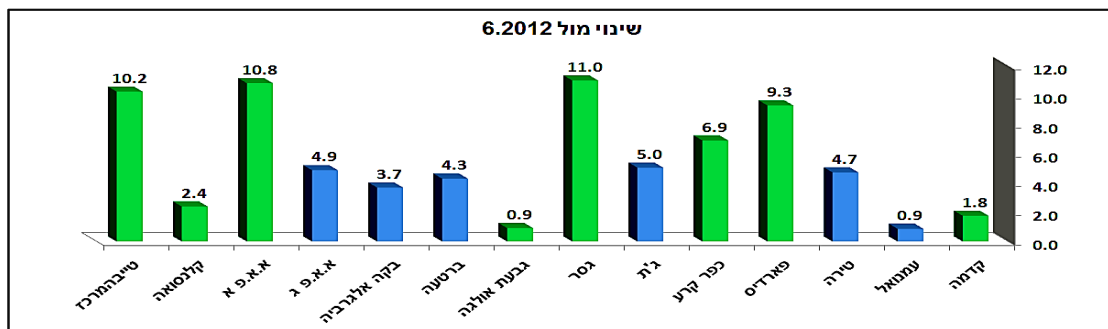
פעילויות חדשות – דוגמאות נבחרות

העשייה במוסדות של הכללית לצמצום פערים ואי שוויון בבריאות ממוקדת בעיקר בתחומים של איכות רפואית, קידום בריאות ושיפור והנגשת תשתיות של שרותי בריאות אשר מצמצמות פערים ואי השוויון בין המרכז לפרפריה. עשייה זו כוללת הרחבה של תשתיות שרות בסיסיות כגון: הקמה והרחבה של מרפאות בפרפריה וכן הפעלת תוכניות ממוקדות לשיפור הנגישות לאוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים כגון: תוכנית "רפואה שלמה", בשיתוף משרד הבריאות, בה מגשרים יוצאי אתיופיה משולבים בצוות המרפאות בהן ריכז יוצאי אתיופיה. להלן דוגמאות חדשות נבחרות של היחמות וביצוע של פעילות בתחום צמצום פערים בבריאות:

קידום איכות רפואית

- שיפור משמעותי במדדי איכות רפואיים בקרב האוכלוסייה החרדית- באמצעות הנגשה תרבותית. שרות של יועצי סוכרת לרופאים במגזר החרדי, על ידי רופא סוכרת מחזי בדגש על התאמה תרבותית (מחז דן-פ"ת)
- פיתוח והטמעת תהליך מחזי להנגשת ייעוץ רוקחי למטופלים במרפאות כפריות – ראו פירוט בהמשך (מחז ירושלים)
- מיזם "אחות אישית" - אחות מומחית סוכרת בוגרת קורס על-בסיסי מנהלת הטיפול בחולי סוכרת בלתי מאוזנים ב – 4 ישובים של האוכלוסייה הערבית. תוצאות איזון מדדי הסוכרת, מצביעות על היענות גבוהה של החולים להיות שותפים פעילים בניהול הטיפול במחלתם (מחז שרון-שומרון)
- קידום משמעותי בביצוע של ממוגרפיה וצואה לדם סמוי באוכלוסייה הערבית (מחז צפון)
- זימון יזום של מטופלים עם המוגלובין מסוכרר מעל 9% לבדיקת היענות, שיטות הזרקה, בדיקת הצורך בשינוי טיפול. המיזם בהובלת אחות הסוכרת המחזית, בשיתוף צוות רב מקצועי.
- פעילות יזומה מיוחדת במרפאות באוכלוסייה הערבית כדי לצמצם פערים בבריאות, כפי שמוצג בטבלה הבאה:

טבלה 1 – הפרשים בציונים במדדים רפואיים בין שנת 2012 ל – 2015 (מחז שרון-שומרון)



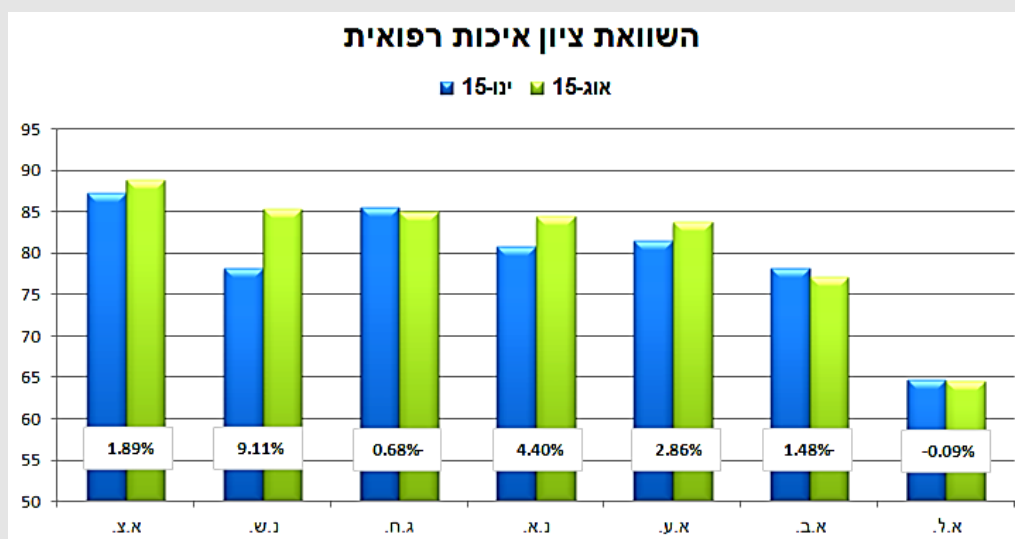
תיאור מקרה (1): הנגשת שרות למטופלים חדשים בסוכרת – טייבה (מחוז שרון-שומרון)

במסגרת תוכנית ה"חולה בידיים טובות", התמקדו בחולי סוכרת חדשים, קרי, מגע מהיר ככול הניתן לאחר האבחון. המטופל מחזמן ע"י המשרד לרופא, לאחות ולדיאטנית. על פי תוכנית הטיפול של הרופא, נקבע לו תור לרופא עיניים ולבדיקות דם. אחות מבצעת מעקב סוכרת, אומדנים וביצוע בדיקת רגל סוכרתית כנדרש. המיזם הוטמע בתהליכי העבודה במרפאה תוך שיתוף כל הסקטורים. היענות החולים טובה מאוד, וניכרת שביעות רצון גבוהה של הצוותים מהמיזם.

תיאור מקרה (2): צמצום פערים במרפאות נבחרות - מגזר ערבי ורופאים עצמאים (מחוז מרכז)

כדי לצמצם פערים במדדי בריאות במרפאות נבחרות, בחודש מרס 2015, הנהיג המחוז תהליך מיוחד שכלל:

- כניסה אחת לחודש לכל אחת מהמרפאות לליווי ותמיכה לקידום איכות הטיפול-בנית לוח גנט
 - הבניית תהליכי סיעוד במרפאה תוך מתן דגש על מעקבי חולים כרוניים (סכרת, לחץ דם ואי ספיקת לב), קשישים ומרותקים ומעקב אחר ביצוע אחת לשבוע
 - הדרכה והטמעת עבודה עם מערכות מידע וידע (לידר, בינה, ג'נריקה ואתר הבית)
 - הדרכה וליווי רופאי המרפאות על קידום רפואה מונעת ומתן תמיכה טלפונית לצוותים
 - הפקת רשימות ודרכונים עם שמות מטופלים עם פירוט מדדים שיש לבצע
 - קיום קורס עדכון ידע לאחיות אחת לשנה
 - קיום פורום לכל צוותי רופאים עצמאים במגזר ערבי אחת לרבעון שמטרתו להעביר עדכונים, שיקוף העשייה, נקודות לשיפור והעשרת ידע מקצועי
- תוצאות התהליך מתוארות בטבלה 2:



קידום בריאות

- קידום אורח חיים בריא בקרב אנשים עם סוכרת בהתאמה תרבותית, בהתאם למבחי התמיכה של משרד הבריאות (כל המחוזות)
- בתחום ממוגרפיה - הקמת "פורום מנהלות סיעוד מרפאות מגזר חרדי" לקידום בריאות ומניעה לאוכלוסייה זו מתוך הבנת צרכיה ותפיסת בריאותה הייחודית והמורכבת המתבטאת בהיענות נמוכה (מחוז דן-פ"ת)
- סדנאות אורח חיים בריא לקשישים: תזונה, פעילות גופנית, תחלואה שכיחה
- הכנה לרמדאן בתוך המסגדים: הדרכות לקראת הרמדאן בנושא תזונה ואורח חיים בריא בתיאום עם אנשי הדת בתוך המסגדים עצמם במקומות הבאים: אעבלין, עכו, תמרה, דיר חנא ומכר ג'דידה (מחוז חיפה וגליל המערבי)
- נפתחו בעיר רהט סדנאות לפעילות גופנית לנשים, בהנחיית פיזיותרפיסטיות דוברות ערבית - ראו פירוט בהמשך (מחוז דרום)
- מתקיימת פעילות לקידום בריאות במרפאת גבעת התמרים באמצעות סדרות של הרצאות וסדנאות לאוכ' עולים יוצאי אתיופיה בנושאים- תזונה, טיפול ביתר לחץ דם, בריאות הפה והשיניים, שימוש נכון בשירותי בריאות; מתבצעות בדיקות ממוגרפיה לנשים באמצעות ניידת שמגיעה בסמיכות למרפאה (מחוז ת"א-יפו).
- בה"ח קפלן ומרכזי רפואי רבין/קמפוס בילינסון הצטרפו לעוד 3 בתי חולים של הכללית - מאיר, כרמל והשרון, אשר קבלו הכרה בין-לאומית כ"בתי חולים מקדמי בריאות".

תיאור מקרה (3): קידום בריאות בקרב נשים בדואיות

במטרה להעלות את המודעות לחשיבות הפעילות הגופנית כחלק מאורח בריא, נפתחו בעיר רהט סדנאות לפעילות גופנית לנשים, בהנחיית פיזיותרפיסטיות דוברות ערבית.

הסדנאות נפתחו תוך שיתוף פעולה של צוות מכון הפיזיותרפיה ברהט עם מקדמת בריאות של המגזר הבדואי במחוז. גיוס המשתתפות לסדנאות היה בעיקרו דרך פרסום של צוות המכון ודרך הנשים עצמן.

תוצאות: מנובמבר 2014 ועד היום התקיימו במכון הפיזיותרפיה ברהט 9 סדנאות להתעמלות נשים והשתתפו בסה"כ 124 נשים. נשים רבות ממשיכות להשתתף בסדנאות, ואף גייסו בעצמן נשים נוספות.

תשתיות ושירותים

- הקמת מרפאות משולבות גדולות באזורי פריפריה (יוקנעם, סכנין) שכוללות רפואה ראשונית, יועצת, מוקד קדמי, רנטגן כירורגיה קטנה וכו'; הקמת מרפאות בריאות נפש מבוגרים וילדים אזוריות (מעלות, משגב, ארמון, קריית שמואל) (מחוז חיפה וגליל המערבי)

- הרחבת ושיפור תשתיות של מרפאות לאוכלוסייה הערבית ב - 5 מרפאות ב - 5 כפרים (מחוז שרון-שומרון)
- יעוץ גריאטרי למרחב אילת - 2 מומחים לגריאטריה העובדים בבית רבקה, נותנים יעוץ גריאטרי למבוטחי הכללית במרחב אילת (בה"ח בית רבקה ומחוז אילת)
- איתור מראש של החסמים הכלכליים שעלולים לפגוע בתהליך חזרתו של המטופל לביתו, תוך ניסיון לחפש פתרונות מתאימים בקהילה, בעמותות, היחידות להמשך טיפול וכו' (בה"ח בית לוינסטיין)
- לראשונה תושבי הנגב מקבלים את השירות ממחלקת שיקום קרובה לבני משפחותיהם ואינם נאלצים להרחיק למרכז הארץ לשם כך; נבנה מכון להתפתחות הילד חדש אשר מצויד היטב (בה"ח סורוקה)
- מרפאת שיניים לחולי/ נשאי HIV, בדגש על הקהילה האתיופית. המרפאה מעניקה טיפול בחינם, באנשים חסרי אמצעים, שמתקשים לקבל טיפול במקומות אחרים, ומשקיעה בהעלאת מודעות לנושא בקרב המטופלים (בה"ח קפלן)
- הכשרת צוותי המרפאה בלימוד של שפת הסימנים, בישוב עם אחוז גבוה של חרשות (מחוז צפון)
- הכנת רשימה של מתורגמנים לערבית, רוסית ואמהרית לצורך תמיכה במיון, וקליטה של עובדים חדשים יוצאי אתיופיה, כולל אנשי מקצוע (בה"ח גהה)

תיאור מקרה (4): צמצום פערים בין מרכז לפריפריה- שירותי רוקחות (מחוז ירושלים)

- 45 מרפאות כפריות בפיזור גיאוגרפי רחב ללא בית מרקחת.
- תרופות כרוניות של המטופלים המשתייכים למרפאות כפריות, מנופקות בבית מרקחת ייעודי במחוז ונשלחות בחבילות אישיות למרפאה. צוות הסיעוד של המרפאה מוסר את חבילת התרופות האישית למטופל.
- בשיטת שירות זאת נוצר פער בין מרכז לפריפריה - חסרה אינטראקציה מקצועית בין רוקח לבין המטופל כפי שמקובל בעת קבלת התרופות בבתי מרקחת.
- לצמצום הפער גובש תהליך מחזי להנגשת יעוץ רוקחי למטופלים במרפאות כפריות:
 - ✓ שירותי רוקחות: מינוי רוקח ייעודי
 - ✓ צוות המרפאה: בוחר מטופלים, מעביר לרוקח סיכום תיק רפואי (אבחנות) ורשימת תרופות קבועות ומזמן את המטופלים למפגש מתואם עם הרוקח (המטופלים מתבקשים להביא את כל התרופות שברשותם, כולל ללא מרשם (OTC) ותוספי תזונה).
 - ✓ רוקח ייעודי: הכנת הייעוץ (התאמה בין אבחנות לבין תרופות קבועות, בדיקת אינטראקציות, הערכת היצמדות לטיפול), השלמת מידע מול רופא מטפל במידת הצורך, הכנת טבלת תרופות אישית למטופל (שמות התרופות, התוויות, מינונים, זמני נטילה, קשר לאוכל והוראות מיוחדות).
 - ✓ המפגש בין מטופל לרוקח מתקיים במרפאה כפרית
- תוצאות: 125 מפגשים פרטניים ב- 13 מרפאות כפריות שונות (30% מהמרפאות) ע"י חמישה רוקחים.

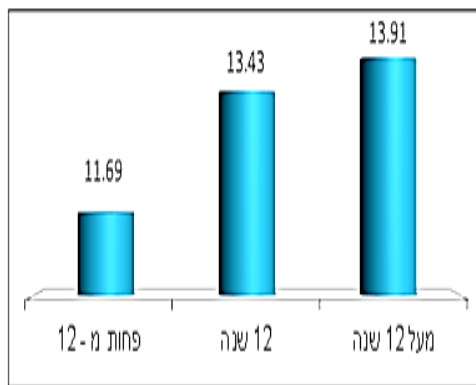
מחקר ממוקד בצמצום פערים

הכללית הובילה מחקר בהיקף ארצי בנושא אוריינות בריאות (Health Literacy) במימון של המכון הלאומי לחקר מדיניות ושרותי בריאות. נערכו 600 ראיונות בית בקרב מדגם מיצג בקרב אוכלוסייה יהודית וערבית, באמצעות כלי שפותח באירופה והותאם לישראל. תוצאות המחקר מראות את הקשר המובהק בין אוריינות בריאותית בישראל לבין רמת ההכנסה ושנות השכלה (טבלאות מטה). כמו כן במחקר התגלתה התרומה של רמת אוריינות בריאותית להיקף מחלות כרוניות ולשימוש בשרותי בריאות.

תוצאות המחקר בישראל (HLS-ISR) הושוו לאלה מ-8 מדינות באירופה. רמת האוריינות הבריאות הגבוהה בישראל (69%) גבוהה יותר מהממוצע באירופה (60%) ואף מהמדינה הטובה ביותר באירופה (הולנד - 66.8%). רמת האוריינות הבריאותית הנמוכה ביותר בישראל (10%) נמוכה מהממוצע באירופה (11.7%), אך גבוהה מהמדינה עם תוצאות הטובות ביותר (הולנד 4%).

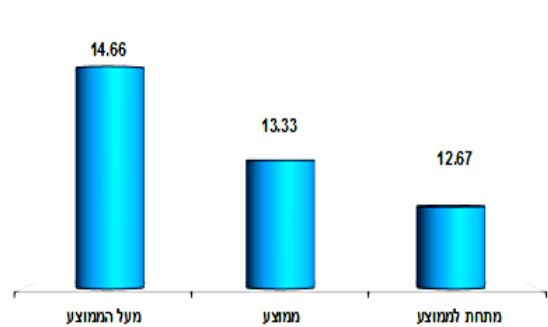
תוצאות המחקר יהוו בסיס לתכנון התערבות ועשייה בתחום צמצום פערים, העצמת האוכלוסייה וקידום הבריאות.

HLS-ISR לפי שנת השכלה



$P < 0.0001$

HLS-ISR לפי הכנסה חודשית מזוהת



$P < 0.0001$



מכבי שירותי בריאות

רקע כללי

מכבי ממשיכה לפעול לקידום השוויון ולצמצום פערים בבריאות במסגרת האסטרטגיה הארגונית. תכנית השוויון פועלת במכבי מזה שש שנים ובמסגרתה מתוגברים צוותים רפואיים במרכזים רפואיים נבחרים, המשרתים אוכלוסייה גדולה של חברים במצב סוציאקונומי נמוך, לצורך עבודה פרואקטיבית לשיפור הטיפול במחלות כרוניות וברפואה מונעת. תכנית השוויון דורשת התמדה ופעילות רב-שנתית כדי להשיג שיפור מתמשך בבריאות המטופלים, ולצמצם פערים.

נעשית פעילות רבה במחוזות מכבי בתכניות התערבות מכוונות אוכלוסיות ומגזרים. להלן נביא תיאור של 4 תכניות נבחרות שיושמו במהלך 2015:

1. כשירות תרבותית במכבי

מגר' טלי קניג, איריס דגן, עפרה לברן, עליזה גברא, ד"ר עינת אלרן, טלי גפן, ד"ר גלית קאופמן

ישראל הינה מדינה קולטת עליה ורב-תרבותית. במערכת הבריאות המטופלים נתקלים לעיתים בפערי תרבות סביב סוגיות בריאות וחולי. ישנה השפעה תרבותית על תפיסת הבריאות והחולי ועל דפוסי השימוש בשירותי הבריאות. לעיתים קרובות נדרש מענה ייעודי לכל קבוצה תרבותית והתאמת אספקת שירותי הבריאות.

בסוף שנת 2014 הופעלה תכנית שמטרתה הנחלת עקרונות הכשירות התרבותית לכלל העובדים והמטופלים לצורך צמצום פערים בבריאות בין הקבוצות השונות בקרב חברי מכבי. שירותי המתורגמנות הטלפונית ניתנת למכבי על ידי מוקד של בזק אונליין שהוקם על ידי משרד הבריאות. כחלק מתכנית הכשירות התרבותית שמנו לנו כמטרה את הטמעת השימוש במוקד המתורגמנות הטלפונית בקרב המטופלים ונותני השירות.

1.1 מבנה ארגוני ותשתית כ"א

- נבנתה תשתית ארגונית שתנחיל עקרונות הכשירות התרבותית במכבי ותקדם את הטמעת השימוש במוקד המתורגמנות הטלפונית. בכל אחד מחמשת המחוזות הוגדרה מקדמת הבריאות המחחית כמובילת התחום.
- הוכשרו 25 מובילי ונאמני כשירות תרבותית במחוזות. תכנית ההכשרה כללה קורס ושני מפגשים נוספים במהלך השנה.
- הוכשרו 5 מדריכי כשירות תרבותית בקורס של משרד הבריאות. מכבי שבצה את המדריכים במטרה לערוך הדרכות בקרב העובדים תוך שימוש בערכת משרד הבריאות.

1.2. שירות מתורגמות טלפונית

התקשרות לשירות מתורגמות טלפונית של בזק אונליין החלה באוקטובר 2014. הטמעת השירות נעשתה ב-3 רבדים:

- למנהלים: הפצה חודשית של מגמות השימוש בשירות המתורגמות הטלפונית להנהלות המחוזות ולמנהלי התחומים הפארא-רפואיים. איתור "חללים" של אי שימוש והגברת פעילויות ייחודיות להטמעה במקומות אלה.
 - למטפלים: הדרכות מרחביות על אופן השימוש במתורגמות טלפונית, חלוקת מדבקות ופוסטרים עם פרטי השירות, פרסום באתרי מכבי ובקליקס למטפלים ולעובדים.
 - פרסום למבוטחים: במסכים במרכזים הרפואיים ובמקומונים על האפשרות להיעזר במתורגמות טלפונית.
- כדי לשפר את הממשק בין המטפלים למתורגמות הטלפונית נערך סקר שביעות רצון של המטפלים מהשירות.

מאז ההצטרפות לשירות נצפתה עליה משמעותית בשימוש במתורגמות טלפונית. כיום השימוש במוקד עומד על כ- 750 פניות בחודש. מכבי מהווה 65% מכלל הפניות למוקד משרד הבריאות, המספק שירות גם לבתי חולים, לשכות הבריאות ולקופות נוספות. שימוש גבוה במיוחד נצפה במחוזות צפון, דרום וירושלים- השפלה. מטפלים מרוב התחומים הפארא רפואיים נעזרים בשירות המתורגמות, אך השימוש הרב ביותר נצפה בפיזיותרפיה, ברפואה ובסיעוד. כמו כן, נראה שימוש ניכר בסקטור המינהל. השפה הנדרשת בעיקר לתרגום היא השפה הרוסית. בסקר שביעות הרצון שנערך בקרב העובדים דיווחו 92% מקרב 200 המשתתפים על שביעות רצון גבוהה וגבוהה מאוד מהשירות.

1.3. תרגום טפסים ודפי מידע למטופלים

נעשה מיפוי של דפי המידע למטופלים וטפסים הדורשים תרגום. עד כה תורגמו 23 דפי מידע למטופלים בתחומי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, סיעוד, רפואה ותזונה לשפות שונות (רוסית, ערבית, אמהרית, צרפתית ואנגלית). בנוסף נעשה תרגום שוטף של עלונים שירותיים ושיווקיים.

בתהליך המיפוי היו מעורבים המטפלים ומנהלי התחומים והועלתה המודעות לצורך בתרגום דפי מידע למטופלים מיד עם כתיבתם בעברית.

1.4. הדרכות בכשירות תרבותית

בנוסף להדרכת מובילי, נאמני ומדריכי כשירות תרבותית נעשות הכשרות לעובדי מכבי בנושא זה. במהלך 2015 הודרכו 280 עובדים. חלק מההדרכות נעשו בשיתוף ובהנחיית המרכז הבינתרבותי וחלק בהנחיית מדריכי הכשירות התרבותית שעברו את הקורס של משרד הבריאות. המשך תכנית ההדרכות הוטמעה בתכניות העבודה של מכבי גם בשנים הבאות.

2. תיאור מפורט של מספר מקרי מבחן:

תיאור מקרה (1) "בטיחות בראש" – תכנית מותאמת תרבות למניעת היפגעויות בילדים

איריס דגן, אנדרה הורביץ, נורית זילברבוש, סוזן לימון, יוליה ניגל, נעמה שמיר-שטיין, ד"ר גלית קאופמן

מדי שנה מגיעים אלפי ילדים לבתי החולים בגלל תאונות שהתרחשו בביתם ובסביבתם הקרובה. תאונות בילדים בישראל הן הגורם העיקרי לתחלואה, אשפוז ותמותה של ילדים בכל הגילאים. במגזר הערבי שיעור היפגעויות הילדים ושיעור התמותה עקב היפגעויות גבוהים מהשיעור המקביל בקרב ילדים יהודים. כמו כן סיבות ההיפגעויות שונות מהמגזר היהודי. לשם כך, פותחה תכנית ייחודית למניעת היפגעויות במחוזות צפון ודרום של מכבי בשיתוף ארגון "בטרם" לבטיחות ילדים, לפני מעל לעשור, מותאמת לצורכי האוכלוסייה תוך התייחסות למאפייניה, התאמה להתנהגותם הבריאותית, ולמאפייני תרבות ומונגשת בשפת אמם. מהספרות עולה כי 95% מהתאונות ניתנות למניעה על ידי אמצעים פשוטים המעלים את מודעותם של הילדים וההורים למניעת ההיפגעויות הבאה.

התכנית החלה כפעילות בקהילה, לכלל האוכלוסייה בבתי ספר בפריפריה חברתית וגאוגרפית. התכנית מגובה בתכנים ודגשים המותאמים לאוכלוסייה (תרבות ושפה), מלווה בחומר להדרכה, חוברות ומשחקים בשפה עברית וערבית ומתואמת למגזרים השונים. התכנית החלה בשנת 2002 ומופעלת מעל עשור במחוז הצפון והדרום ומכוונת לילדים בגנים ובכתות א.

מתחילת פעילותה נטלו מעל ל- 20,000 תלמידים, כמחציתם מהמגזר הערבי. ממצאי התכנית מצביעים על שביעות רצון גבוהה של הורי הילדים, המציינים כי התכנית העלתה את מודעותם לנושא במידה רבה ורבה מאוד (86%) וממחישה את הסכנה במפגעים (92%). כמו כן ננקטו פעולות בבית למניעת מפגעים ושיפור האמצעים הבטיחותיים (62%) ונערכו שיחות סביב נושא הבטיחות עם ילדים נוספים בבית (71.3%). בולטת השונות בין המגזר הערבי ליהודי. בקרב ההורים במגזר הערבי ננקטו יותר פעולות למניעת מפגעים בבית (84% לעומת 44% בהתאמה), נערכו יותר שיחות במשפחה (86% לעומת 60% בהתאמה) ומעורבות הילדים בהתמודדות עם מפגעים גדלה (95% לעומת 75% בהתאמה) ($p=0.000$).

לאור ממצאים אלו וחשיבות העלאת המודעות למניעת היפגעויות, הורחבה התכנית במהלך שנת 2015 לרמה כלל ארצית. הוקם מסד נתונים פנים ארגוני במכבי, הראשון מסוגו, הנותן מידע אודות תאונות בקהילה (ממצאי ארגון "בטרם" נאספו מהמחלקות לרפואה דחופה בלבד ולא ממוקדי הקופות).

בין החודשים פברואר- ספטמבר 2015 תועדו במסד הנתונים של מכבי 6500 מקרי היפגעויות, 64% בקרב בנים ו-36% בקרב בנות. 38% מהמקרים היו עקב נפילה, 31% מכה/ חבלה, 15% חתך/דקירה, 8% עקב כווייה ו-8% עקב גוף זר/ תאונת אופניים/ אחר. מרבית התאונות התרחשו בבית או בחצר הבית (39%) ובמוסד חינוכי (34%). 32% מהילדים הופנו להמשך טיפול אצל רופא מומחה ו-10% הופנו להמשך טיפול בבית חולים. **מידע זה מאפשר לנו לבנות תכנית התערבות מקיפה המתייחסת לכל אירועי ההיפגעויות בילדים הנבנית כתכנית ממוקדת אוכלוסיות.**

תיאור מקרה (2): התערבות פרואקטיבית של עובדים סוציאליים

עם חולים סוכרתיים בסניפי השוויון

טלי צינמון, מגר' טלי קניג, ד"ר עינת אלרן

הקשר בין עוני לבעיות בריאות אינו רק בשל הכנסה נמוכה אלא גם בשל העדר גורמים שמאפשרים לאדם לממש הפוטנציאל הטמון בו/ה: השכלה, משאבים חומריים, הסביבה החברתית והנפשית שלו, התנהגות בריאותית ועוד.

פרויקט השוויון במכבי פועל משנת 2010 לצמצום פערים בבריאות בין אוכלוסיות חלשות לחזקות. מעורבות העובדים הסוציאליים חשובה בהיותם גורם מפתח להכרת מאפייני האוכלוסייה במצב סוציאקונומי נמוך ומציאת פתרונות לבעיות הייחודיות למטופלים אלה.

החל מספטמבר 2014 נוספו שעות נוספות ייעודיות לעו"ס לצורך עבודת יישוג חולים כרוניים לא מאחזים השייכים לסניפי השוויון. אוכלוסיית היעד להתערבות כללה מטופלים כרוניים לא מאחזים במצב סוציאקונומי נמוך שלא ראו עו"ס בשנה האחרונה בשילוב מרכיב סיכון פסיכוסוציאלי כגון: עניים שאינם רוכשים תרופות, עולים חדשים, חולים עם ירידה תפקודית, ניצולי שואה, סובלים מדיכאון וכדומה.

נבנתה תכנית התערבות של העו"ס בשיתוף הרופאים שבמרפאתם אוכלוסיית יעד גדולה. המטופלים להתערבות אותרו מתוך הרשם הפסיכוסוציאלי או מתוך הכרות הרופא/הצוות עם מטופלים הדורשים התערבות העו"ס. העו"ס נפגשה עם המטופלים להערכה פסיכוסוציאלית לקביעת יעדי ההתערבות. מספר המפגשים נקבע ע"פ שיקול הדעת המקצועי תוך דיווח לרופא על התקדמות הטיפול.

מתוך ניתוח התערבות ב-200 מטופלים, 131 עם הבטחת הכנסה, גיל ממוצע 64.75, 174 סוכרתיים, 101 חולי-לב, נמצא כי:

- 19% מהמטופלים סיימו טיפול, 46% עדיין בטיפול או במעקב 4 חודשים לאחר תחילת ההתערבות, ו-29% סירבו או לא הגיעו לטיפול.
- התקיימו בממוצע 2.2 ביקורים למטופל.
- סוגי ההתערבות כללו - 26% סיוע בתהליך שינוי התנהגות, 17% הגברת התמיכה המשפחתית, 32% מיצוי זכויות, 25% הבנה וקבלת המחלה.
- מתוך 125 מטופלים להם דווח על השגת מטרות הטיפול ב-55% הושגו מטרות הטיפול במלואם או באופן חלקי, 4 חודשים לאחר ההתערבות.
- מתוך 174 סוכרתיים נמצאו 46 מטופלים עם בדיקת A1C לפני המפגש הראשון עם העו"ס ואחרי ההתערבות. בחולים אלה נראתה ירידה ב- A1C מ-9.0 לפני ההתערבות ל-8.6 עד 4 חודשים לאחר ההתערבות.

התערבות פרו-אקטיבית של עו"ס חשובה לפתרון בעיות ייחודיות בחולים הכרוניים באוכלוסייה במצב סוציאקונומי נמוך בתחום מיצוי זכויות, תמיכה בתהליכי שינוי התנהגות, הבנה וקבלת המחלה ותמיכה משפחתית ועשויה לסייע לאיזון המחלות הכרוניות.

מרפאות לקידום בריאות הילד בפריפריה הגאוגרפית והחברתית

איריס דגן, פרופ' יעקב קוינט, בילי כהן, ד"ר גלית קאופמן

שינוי בהתנהגות הבריאותית ובאורחות חייו של המטופל מהווה גורם משמעותי במניעת מחלות. קיימות הוכחות ברורות כי ניתן למנוע תחלואה כרונית על ידי טיפול בגורמי סיכון בזמן ההיריון ובגיל הילדות, ועל כן המועד הטבעי שבו כדאי להתחיל לפעול הוא כבר אז.

מרפאת רופא הילדים היא המקום הנכון להניע את השינויים הנדרשים שכן השפעתו של רופא הילדים בקהילה על השינוי בהתנהגות הילדים והוריהם היא מרכזית. ההיכרות של הרופא עם המשפחה ועם הילד, והאפשרות לתת מענה כוללני, מובילות לשינוי בהתנהגות הבריאותית והסיכונים של הילד. במרבית הפגישות עם המטופלים הצעירים מתנהל הרופא בפעילות מגיבה, על כן, הקמת מרפאות לקידום בריאות הילד, היא קונספט חדשני וחשוב הכולל בתוכו תכנית מקצועית בעלת מאפייני רפואה מונעת ויחמת.

מרפאת רופא הילדים הראשוני בשילוב צוות רב מקצועי, הנמצאים בקהילה, במקום מגוריו של הילד ומשפחתו, עתידית לאגד בתוכה את מכלול השירותים בתחום קידום בריאות הילד. הקשר בין פערים חברתיים-כלכליים ומשתנים חברתיים-כלכליים שונים, ובין מצב הבריאות והתנהגויות הבריאות, ידוע מהספרות המקצועית בישראל ובעולם זה מכבר. מטרת המרפאות לקידום בריאות הילד היא להנגיש לאוכלוסיות אלו, המאופיינות כפריפריה חברתית-גאוגרפית, את השירות והטיפול המיטביים.

עודף משקל והשמנה בקרב ילדים היא בעיה קשה העומדת לפתחה של מערכת הבריאות. בספרות ידוע כי קיים קשר בין השמנה ומצב סוציאקונומי ולכן הוחלט לתעדף נושא זה כנושא ראשון ומרכזי ולתת לו מענה טיפולי על ידי המרפאות.

נתונים על הפעילות בשטח:

- זימון ההורים לילדים שאותרו כסובלים מעודף משקל בטווח הגילאים 6-14 נערך בצורה יזומה על ידי הרופא וצוותו לשם התחלת ייעוץ וטיפול פרטניים. במסגרת הטיפול הרפואי נלקחת אנומנזה רפואית, הכוללת בדיקות רלוונטיות וייעוץ המשכי לצוות המטפל.
 - הצוות כולל רופא ילדים, מקדמת בריאות, דיאטנית, ייעוץ לפעילות גופנית ועובדת סוציאלית אשר הוכשרו לטיפול ייחודי זה. הטיפול הניתן הוא טיפול אישי לילד ולמשפחתו.
 - עד כה השתתפו כ-1000 ילדים בתכנית הקיימת ב-5 מרפאות במחוז הצפון. במהלך 2015 נפתחו עוד 3 מרפאות במחוז השרון ו-3 מרפאות במחוז הדרום, עם דגש על אוכלוסיות המאופיינות כפריפריה חברתית-גאוגרפית.
 - בקרב המתמידים 40% מדווחים על שינוי בהתנהגות הילדים, בהרגלי התזונה, בפעילות הגופנית ובמחויבות ההורית.
- הקמת מרפאות לקידום בריאות הילד בפריפריה מרחיבה את המענה לטיפול בהשמנת ילדים ומניעתה בפרט ובהתנהגויות בריאות בכלל. בימים אלו מתחילה לפעול תכנית למניעת היפגעות בילדים במרפאות אלו וכן תכנית לטיפול באוריינות בריאותית. תכנית זו מנגישה את השירות והטיפול לילדים בפריפריה החברתית והגאוגרפית וצפויה להוביל לשיפור באורחות החיים של הילדים ומשפחותיהם.



קופת חולים מאוחדת

ישי קום, עו"ס ראשי ורכז תחום צמצום פערים בבריאות;

ליאורה ולינסקי, מנהלת המחלקה לאיכות קלינית

רקע כללי:

בשנת 2015 התמקדנו במאוחדת ביעדי העבודה הבאים:

יעד 1: יישום חוזר מנכ"ל משה"ב בתחום הנגשה:

1.1 הנגשה שפתית: הרחבת השימוש במוקד התרגום. תרגום לשפות נוספות (צרפתית/טיגרית).

1.2 הנגשת מרפאות ותפיסת מנהלים: עדכון מיפוי וחיזוק ידע המנהלים בתחום.

1.3 הנגשה תרבותית: הכשרת צוותי מרפאות בעזרת ערכת ההדרכה של משה"ב.

יעד 2: מיסוד תוכניות התערבות לצמצום פערי איכות בבריאות:

2.1 העמקה והרחבת תוכניות התערבות ארציות ומחוזיות לקידום איכות הרפואה וצמצום פערי בריאות בקרב אוכלוסיות מגזרים ועוני.

2.2 העמקת ההתערבויות לשיפור מדדי איכות ב"מרפאות אדומות" – עם פערי ביצוע של למעלה מ-15% מהממוצע המחוזי.

בכל יעדי העבודה המפורטים, הושקעה עבודה של צוותים בין-מקצועיים המתמקדים בקידום איכות וצמצום פערי איכות. כתוצאה מכך הושגו רוב היעדים במלואם.

תיאור מבחר פעילויות

1. הנגשה שפתית - הטמעת שימוש במוקד תרגום טלפוני: במהלך 2015, בוצע שיווק ממוקד פנים ארגוני, במטרה להגביר את המודעות לחשיבות הנושא ואת השימוש בקרב צוותי מאוחדת. במסגרת הפעילות בוצעו סדנאות בהם הודגם השימוש במוקד, נבנתה תשתית לשיקוף שבועי של מספר השיחות בכל יחידה ארגונית, וחשיפה שיטתית בפורטל הארגוני. ההתערבות הביאה לעליה משמעותית בשימוש במוקד התרגום הטלפוני. ב-2015 נוספו כ-65 מרפאות חדשות בהן אנשי מקצוע משתמשים במוקד. עד אוקטובר 2015, שיעור השיחות הממוצע בחודש עלה מ-35 לכ-120, עליה של 343% בשנה.

2. ביקור בריא – מתכנית לשגרה: במהלך 2015 בוצעו מעל 10,000 ביקורים יזומים של ילדים בגילאים 2-6 לבדיקת גדילה והתפתחות ויעוץ רפואה מונעת אצל רופא הילדים. כמחצית מהילדים שביקרו היו מהאוכלוסייה החרדית והערבית. במסגרת הביקורים אותרו הפרעות

שמיעה ודיבור (11.5%), עיכובים התפתחותיים (4.5%), אנמיה (3.4%) וחשד להפרעה על ספקטרום האוטזם (42 ילדים). הביקור הבריא הפך במהלך 2015 לשגרת עבודה, ומציב את מאוחדת כקופה היחידה בישראל המספקת well child visits כשגרת עבודה ללא השתתפות עצמית, תוך התמקדות באוכלוסיות חלשות.

3. פעילות הנגשה וקידום בריאות לילדי עובדים זרים:

- **הנגשת מידע על פרטי הביטוח הרפואי לילדי העובדים הזרים:** במהלך השנה, נעשה מאמץ להנגיש את המידע לעובדים זרים על שירותי הבריאות להם זכאים ילדיהם. במחוז ירושלים ובמחוז מרכז בשיתוף עם משה"ב ומוקדי הסיוע העירוניים, נעשתה התאמה לשונית ותרבותית של מידע על שירותים חכיות בשפה הטיגרית. הפקת המידע תסתיים עד סוף 2015.

- **עידוד מניעה וחיסוני שפעת בקרב הילדים בירושלים:** בסוף 2014 ובשנה זו, ילדים והוריהם החזמו ומחזמו לפעילויות במרפאה הכוללות הדרכה לקידום בריאות וקבלת חיסון שפעת. הפעילויות מעוררות חוויה חיובית אצל הילדים והוריהם. בכך מתחזק האמון עם המערכת הרפואית וחל שיפור במודעות לניהול אורח חיים בריא.

- **תוכנית העשרה שפתית לילדי עובדים זרים במרפאת לוינסקי בת"א:** במחקר של הג'וינט ועיריית תל אביב (2004) בקרב ילדי עובדים זרים בגיל הרך, עלה כי 20% מבין הילדים עד גיל 3 סובלים מאיחור בהתפתחות שפתית. בנינו תוכנית העשרה שפתית לילדים אלו. התוכנית פותחה עם אוניברסיטת אריאל, החוג להפרעות בתקשורת בשיתוף קלינאית תקשורת מחזית וצוות צמצום פערים. התוכנית כללה עשרה מפגשים, ל – 18 ילדים בגילאי 4-5, פעם בשבוע, למשך שעה, עם קלינאיות תקשורת, ללא עלות מצד המשתתפים.

מטרת התוכנית: שיפור אוריינות הבריאות של הילדים ושיפור הקשר בין המרפאה להורים.

תכני התוכנית: התמקדות בהעשרה שפתית ותקשורתית. כל מפגש כלל הקראת סיפור, המחזת הסיפור, עבודה יצירתית, הרחבת אוצר מילים, עבודה על תחביר והקניית הרגלי עבודה בקבוצה. במהלך המפגשים נכחו ההורים כצופים במטרה לשתף בתהליך ועידוד המשך פעילות משותפת הורה – ילד בביתם. התוכנית לווה באומדנים: שאלון לפני ואחרי – אוצר מילים וחיקוי. בסוף התוכנית הועבר שאלון משוב. שביעות הרצון הייתה גבוהה מאוד.

4. פעילות לקליטה רפואית של אורח חיים בריא באוכלוסיית "בני המנשה" במחוז צפון:

בשנתיים האחרונות נקלטו במחוז צפון כ- 900 עולים מצפון הודו, בארבעה גלי עליה, אשר הגיעו למרכז קליטה ראשונית בכפר חסידים, למשך 3 חודשים. לאחר השלמת תהליך הקליטה וההתערבות

הבריאותית מצמצמת הפערים, עברו העולים החדשים להתגורר בישובי הקבע שלהם. תהליך הקליטה הרפואית נעשה בתיאום מלא עם אחיות אפידמיולוגיות, משרד הקליטה, נציגים מעמותת "שבי ישראל" ועו"ס קהילתיים. הקליטה חייבה התייחסות לממד התרבותי והצריכה

את הנגשת השירות הרפואי על רקע חסך משמעותי במסד הנתונים הרפואי ופערי התרבות של האוכלוסייה. **תוצאות:** נערכו 8 ימי חיסונים בהתאם לארבעת גלי קליטה במשך שנה; הושלם מסד הנתונים הרפואי כפי שתוכנן; הושלמה תוכנית החיסון בקבוצת גיל 0-6 שנים, סה"כ 123 ילדים; אותרו והתחילו טיפול במקרים קיצוניים של אנמיה בתינוקות ובעיות גדילה והתפתחות; בצועו חיסוני MMR לנשים בגיל הפוריות (גילאי 18-45 שנים), סה"כ 169 נשים.

5. **פעילות לקידום אורח חיים בריא לחולי סוכרת מאוכלוסיית "בני המנשה":** במרפאת עכו נקלטו כ-240 איש מקהילת "בני המנשה". כחלק משירותי הבריאות שהותאמו במרפאה, הופעלה תוכנית הממוקדת בהעלאת מודעותם למחלת הסוכרת. הפעילות נעשתה תוך התאמה תרבותית ושפתית וכללה הרצאה על מחלת הסוכרת ע"י עו"ס המרפאה בסוף יום הלימודים באולפן, בשפה האנגלית עם תרגום להודית והפעלת קבוצת תמיכה בת 6 מפגשים לחולי סוכרת ע"י צוות רב מקצועי.

6. **הפחתת אשפוזים חוזרים בקרב אוכלוסיות מוחלשות באשקלון:** בעקבות אשפוזים חוזרים מרובים של אוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך בעיר אשקלון, נבנתה תכנית התערבות (פיילוט) ל-25 מטופלים שאושפזו מעל 3 פעמים בשנה או פעמיים באותו החדש. המטרה: שיפור איכות חיי המטופל ע"י צמצום אשפוזים ע"פ תוכנית התערבות מובנית לצד התייעלות כלכלית. יעד התכנית הפחתה ימי אשפוז ב-10%. מודל העבודה כלל איתור מועמדים לתכנית, זיהוי סיבות האשפוז, והפעלת תכנית התערבות מותאמת אישית עם רופא המשפחה וצוות רב מקצועי תוך שיתוף היחידות לאשפוז בית. שיעור האשפוזים החוזרים ירדה בכ-70% בהשוואה שבין 2014 עד לאוקטובר 2015. לאור ההצלחה והתרומה למטופלים, הכוונה להרחיב ולהעמיק מיזם זה.

פירוט עומק לשלוש פעילויות צמצום פערים במאוחדת:

מקרה מבחן (1): תכנית התערבות לקידום איכות הרפואה וצמצום פערי בריאות בקרב אוכלוסיות מגזרים ועוני: "חרדים לא מתחסנים - האמנם?"

רקע: מרחב התקווה במחוז מרכז במאוחדת מונה כ-89,000 לקוחות וכ-70% מתוכם הם אוכלוסייה חרדית. שילוב של עוני ורקע תרבותי מורכב מייצרים פריפריה חברתית מאתגרת במיוחד, הדורשת השקעה מתמדת כדי לספק איכות רפואית ברמה הנדרשת. למרות חשיבות חיסוני שפעת כאמצעי מוכח להפחתת תחלואה ותמותה, דפוסי ההתחסנות נגד שפעת בעונות החורף 2012-2014 היו נמוכות מאד ביחס לשאר האוכלוסייה.

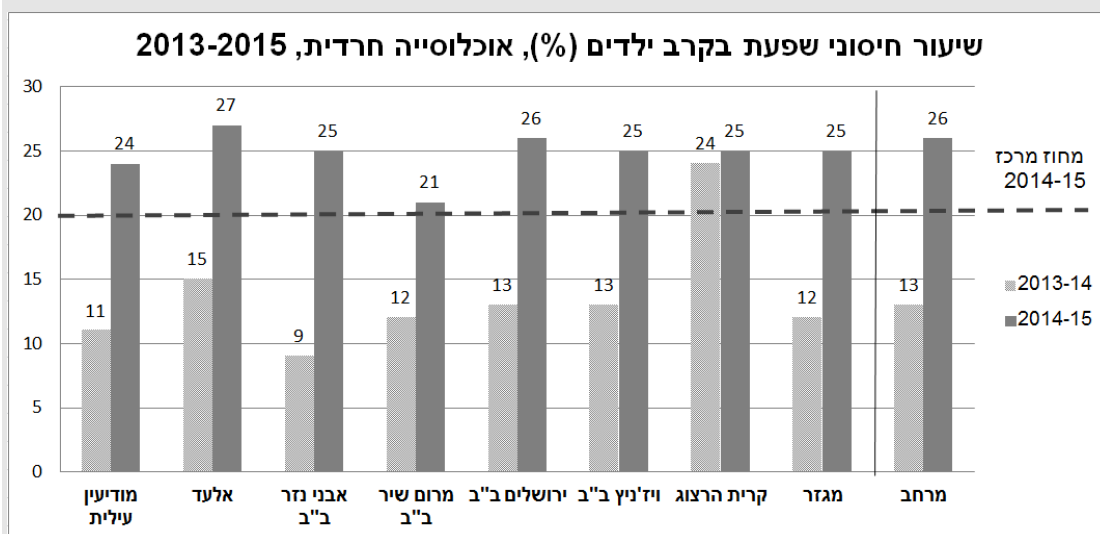
מטרה: תכנון, הפעלה והערכה של תכנית התערבות לשיפור ההיענות לחיסוני שפעת לאוכלוסייה החרדית במרחב התקווה, שישמש כמודל לשיפור הרפואה המונעת לאוכלוסייה זו. יעד: שיפור של 10% בשיעור ההתחסנות בעונת השפעת 2014-2015 בערים בני-ברק, אלעד ומודיעין עילית.

שיטה:

- (1) אבחון קהילתי והגדרת החסמים
- (2) בניית תכנית מותאמת תרבות תוך התייחסות לחסמים
- (3) שיח רב-סקטוריאלי עם הרופאים והצוותים בשטח
- (4) הגדרה ותיעדוף מטלות לכל היחידות הארגוניות במטה, במחוז, במרחב ובמרפאות
- (5) יצירת אירועי התנעה לצוותים שכללו חיסון אנשי צוות
- (6) מפגשים רציפים של הנהלת המרחב עם עובדים ורופאים בשטח
- (7) שיחה פרטנית עם הרופאים, תוך התייחסות ספציפית להתנגדויות
- (8) יצירת קשרי קהילה - משלחות של גברים מצוותי המרחב לרתימת הרבנים
- (9) פרסומים בתשלום וללא תשלום בעיתונות המקומית
- (10) "ימי בריאות" ייעודיים לילדים, חולי סוכרת, נשים בנות +65
- (11) בקרה יומית ושליחת עדכונים למנהלי המרפאות, אחיות ורופאים

ממצאים:

שיעור התחסנות הצוות במרפאות החרדיות במרחב עלה מ-12% בעונת 2013-14 ל-42.4% ב-2015. שיעור החיסון בילדים עלה מ-12% ל-25%, באנשים עם מחלות כרוניות מ-43% ל-52.4% ובבני +65 מ-51% ל-58.5%, שיפור של 108.3%, ו-21.8% ו-14.7% בהתאמה- זאת לעומת שינוי של 44%, 9.4% ו-4.1% במאוחדת ($p < 0.05$).



תוצרי ההתערבות: שיעור חיסוני השפעת באוכלוסייה החרדית דומה היום לשיעור החיסון באוכלוסייה החילונית, ואף עולה עליו. תהליך העבודה מהווה מודל להתערבות מותאמת אוכלוסייה בנושאים נוספים לשיפור האיכות הרפואית. הנחת היסוד כי האוכלוסייה החרדית אינה מתחסנת הופרכה, וניתן להסיק כי באמצעות עבודה מובנית, מבוססת צרכים, רב מקצועית תוך ניהול עקבי ושיטתי ניתן להגיע לרמת איכות רפואית דומה לזו של כלל האוכלוסייה.

מקרה מבחן (3): הכשרות צוותי מאוחדת בנושא אי-שוויון בבריאות וכשירות תרבותית:

במהלך השנים 2014-2015 נציגי מאוחדת תרמו באופן פעיל מהידע והניסיון שצברו בגיבוש ערכת ההדרכה של משרד הבריאות ומס"ר בנושא כשירות תרבותית. ממאוחדת, הוכשרו 8 נשות מקצוע (אחיות ועו"ס), שמובילות כיום את מערך ההדרכה בתחום, בליווי רכזות צוותי צמצום פערים במחוזות. במהלך רבעונים שני ושלישי ב-2015, הותאמה ערכת ההדרכה לצרכי מאוחדת ע"י צוות בין מקצועי (מטה ומחוזות) מחטיבת הרפואה ומשאבי אנוש- אגף פיתוח ארגוני. בתהליך ההכנה הושגו היעדים הבאים:

- נבנתה תוכנית עבודה כוללת למערך ההדרכה בתחום לשנים 2015-2016
 - הוגדר תעדוף אוכלוסיות יעד להכשרות מתוך כ- 6,000 עובדים במאוחדת
 - גובשה ערכת הדרכה מודולרית המותאמת לאוכלוסיית מבוטחי מאוחדת ולעובדים (שיטה ותכנים כמו: מצגות, סרטונים ודרכי הפעלה)
 - גובשה תוכנית הכשרה מחייבת במחוזות ובמטה ל - 2015 (רשימת משתתפים ולו"ז)
 - הוסכם על תהליכי מדידת אפקטיביות ההכשרה ושיעור רצון
 - הודגמה הכשרה של 8 שעות ע"י צוות המדרכים מכל המחוזות והמטה, ממנה הופקו לקחים ושיפורים
 - בכל תהליך הפיתוח המתואר ובביצוע ההדרכות בשטח, מתחזק מאוד דגם העבודה הבין מקצועי שמאפיין את עבודת הצוותים שלנו. שילוב כוחות בין: הסיעוד, האיכות, עבודה סוציאלית, קידום בריאות ומקצועות בריאות נוספים, לצד אנשי פיתוח ארגוני המכוונים ומדייקים את מערך ההכשרות
- עד סוף 2015, במאוחדת, יעברו **כ - 1,060** אנשי מקצוע הכשרות בתחום לפי החלוקה הבא: **כ - 260 איש** - הכשרות של 8 ש'. **כ - 800 איש** - הכשרות קצרות של שעה וחצי. עד סוף אוקטובר הוכשרו: **416 איש** (96 איש - הכשרות של 8 ש'. 320 איש - הכשרות קצרות).

לסיכום: במהלך שנת 2015 מאוחדת הפכה מארגון הבונה תהליכים לצמצום פערים לארגון בו מוטמע הנושא כחלק מהעבודה השוטפת בכל רמות הארגון, בתחומי עיסוק שונים. בשנת 2016 נמשיך את הפעילויות המתוארות תוך העמקת העבודה באוכלוסיות נוספות, כגון: אוכלוסיית חולי הנפש.



לאומית שירותי בריאות

מרגלית שילה, מנהלת מערך קידום בריאות, הנהלה ראשית

בלאומית שירותי בריאות מתקיימת פעילות ענפה בנושא צמצום פערים והנגשה תרבותית ולשונית. פעילות זו מחזקת את היכולת לספק שירותים רפואיים ואדמיניסטרטיביים לכלל הלקוחות הנבדלים ביניהם בנושאים כמו דת, תרבות, שפה ולמטופלים המתגוררים בפריפריה המוגדרים במעמד סוציאקונומי נמוך.

פעילות זו מתבצעת תוך העצמת קבוצות אלו ותוך יצירת סטנדרטים אחידים לכלל נותני השירות.

תיאור פעילויות חדשות: להלן דיווח פעילויות עיקרית של לאומית לשנת 2015

1.1 תכניות התערבות:

- חיסון פגים ל-RSV במחוז צפון- קיימים יילודים שנולדו עם תום עונת החיסונים הקודמת וטרם עונת החיסונים הנוכחית ואינם מקבלים חיסון ל-RSV. לשם כך אנו עובדים בשיתוף פעולה עם פגיות ומקבלים מידע אודות שמות היילודים העומדים בהתוויית הסל. לאחר מכן מתבצע על ידי לאומית אישור חיסון מראש אשר מועבר יחד עם שמות ופרטי היילודים לתחנות החיסון של לאומית למטרת זימון ייחום של כל היילודים ליום חיסון קרוב לביתם. מעקב אחר ביצוע - בנוסף מתקיימת בקרה ליילודים אשר אינם מחוסנים.
- הגברת מודעות בקהילה המוסלמית לבדיקות סקר במחוז מרכז- שיתוף פעולה עם אנשי דת מובילים מוסלמים להגברת מודעות לבדיקות סקר תקופתיות חאת באמצעות העלאת הנושא בדרשות במסגד על ידי אנשי מקצוע רפואיים בכירים. בעקבות זאת זומנו מטופלים לבצע את הבדיקות. מטופלים שהביעו התנגדות לביצוע הבדיקה זומנו לרופא לצורך הסבר על חשיבות הבדיקות ובוצע מעקב אחר המטופלים.
- איתור וטיפול מטופלי טרום סכרת במחוז צפון- הוכשרו צוותים רפואיים בתחום טרום סכרת, באמצעותם אותרו מטופלים טרום סוכרתיים ובוצעה אליהם פנייה יזומה. מטופלים אלה שולבו בסדנאות ייעודיות בנושא ולאחר מכן הותאמה להם תוכנית טיפול אישית הכוללת מפגש אצל רופא, אחות, עו"ס, דיאטנית ומתן המלצות נוספות לאורח חיים בריא. בטיפול משולב זה קיימת היענות גבוהה ושיתוף פעולה פורה מצד המטופלים.

- איתור וטיפול מטופלי בית קשישים הנזקקים למעקב פסיכיאטרי במחוז דרום - במסגרת טיפולי בית הניתנים לקשישים, רופא או אחות טיפולי בית מאתרים את הצורך בטיפול פסיכיאטרי בקשישים הנמצאים בסיכון גבוה מבחינה רפואית וחברתית ואשר הינם מעוטי יכולת, מרוחקים וחסרי נידות. הצורך בטיפול מועבר לצוות רב מקצועי הכולל פסיכיאטר, עו"ס, אחות, דיאטנית ואנשי מקצוע נוספים על פי הצורך, אשר יוצר קשר עם המטופל להמשך טיפול ומעקב.
- איתור וטיפול במטופלים המועמדים לניתוח בריאטרי - כל מטופל המועמד לניתוח בריאטרי, עובר מספר בדיקות ומפגשים עם אנשי מקצוע שונים כגון: רופא משפחה, עו"ס, דיאטנית, גסטרו, פסיכיאטר, גריאטר, רופא ריאות וסדנאות לקראת ניתוח. קיים יתרון רב למטופלים המגיעים לניתוח בריאטרי שעברו הכנה בנושא. לאור זאת, טרם ההפניה לניתוח, המטופלים משתתפים בסדנת הכנה לקראת ניתוח בריאטרי. בסדנא מקבלים המשתתפים כלים אפקטיביים הכוללים: טיפול התנהגותי ממוקד בנושאי אכילה ודימוי גוף, מידע אודות הניתוחים השונים, תזונה נכונה לקראת הניתוח ואחריו, פעילות גופנית, שינוי בחשיבה, התמודדות עם קשיים ועוד. סדנאות אלה זוכות להיענות גבוהה מאוד וליישום רב מצד המטופלים. בעקבות זאת ולצד רצון המטופלים, אנו מקיימים סדנאות תמיכה גם לאחר ניתוח בריאטרי.

1.2 פיתוחים טכנולוגיים:

- הנגשה של אתר האינטרנט לבעלי מוגבלות: השנה הוחלט להגביר את השימוש באינטרנט בקרב קהלי אנשים עם קשיים ומוגבלות. לשם כך הנגשנו את אתר לאומית באינטרנט עבור לקוחות עם מוגבלויות בתקן נגישות AA. אנו הקופה הראשונה שהובילה מהלך זה. מטרת פיתוח זה היא לאפשר למרבית האוכלוסייה להשתמש באתר בקלות ובנוחות בניידות, בלקות ראייה, בלקות שמיעה, בלקות קוגניטיבית, בהיחלשות יכולות תפקודיות שונות הנובעות מהזדקנות או ממגבלה קבועה או זמנית. התאמות אלו נעשו תוך עמידה בהוראות חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, והתקנות על פיו. בנוסף, "תיק הבריאות שלי" (שירותי האון-ליין של לאומית) מונגש בחלקו ובימים אלו אנו עובדים על התאמתו לתקן הנגישות הישראלי.
- פטור בהשתתפות בתרופות סל לניצולי שואה - פיתחנו מנגנון למתן פטור אוטומטי לניצולי שואה בהשתתפות תרופות סל.
- הנגשה שפתית של אתר האינטרנט - הנגשנו שפתית את אתר האינטרנט של לאומית הכולל כעת גם מידע ברוסית וצרפתית (בנוסף לעברית, ערבית, אנגלית).
- פיתוח פורטל ממוחשב ומתן שירות טלמדיסין - ראו פירוט חקרי מקרה בסעיפים 2.2+2.3.

חקר מקרים (Case Studies)

מקרה מבחן (1): התאמת שירותי בריאות נפש של לאומית לציבור החרדי- מחוז ירושלים:

רקע: כחלק מרפורמת בריאות הנפש הוקמו 4 מרפאות לבריאות הנפש במחוז ירושלים. למעלה ממחצית מהמטופלים במחוז משתייכים לקהילות חרדיות שונות. קיים צורך בשירות שיותאם תרבותית לאוכלוסייה החרדית ממספר סיבות: סיכון לפגיעה בשידוכים והחשיבות בהסתרת מידע אודות קבלת טיפול פסיכולוגי, ספקנות והבעת אי אמון במערכת ובשיטות טיפוליות שאינן תמיד מותאמות לעולם בו ההלכה והאמונה הינם הקווים המנחים.

דין: החלטנו שיש למצוא דרכי פעולה במרפאות אלה שייתנו מענה לחיזוק הקשר מול המטופלים והגברת האמון.

פתרון: הוחלט על מספר פתרונות כדלקמן להתאמת השירות:

- חינוך- העלאת מדעות לאנשי הצוות הרפואי בנושא, הדרכות ליועצים בבתי ספר חרדיים, יצירת קשר עם אנשי דת שונים (אדמו"רים, רבנים, גבאים, "עסקנים") על מנת לייצר יחסי אמון, הבהרת חשיבות הנושא וקבלת הטיפול הציבורי ללא עלות- פעילות זו סייעה להפניית מטופלים למרפאות בריאות הנפש של הקופה.
- תשתית וציוד- הנגשה פיזית של שירותי הבריאות במיקום שאינו בולט או לעיתים סמוך לשכונה החרדית (לא בתוך השכונה), שילוט שאינו בולט, מתן אפשרות למטופלים לפנות לסניפים מרוחקים יותר, מידע רפואי שבתיק הממוחשב מוסתר מיתר רופאי הקופה מלבד אבחנות לטיפול תרופתי אשר נגשים לרופא המשפחה (מידע הכרחי בלבד)
- בוצעו התאמות למשחקים ועיתונים אשר נמצאים בחדר ההמתנה למרפאה (טבע, סיפורי תנ"ך וחז"ל, יידיש ועוד).
- כוח אדם- כוח האדם אשר נקלט במרפאה הינו מגוון והותאם תרבותית כך שיתאים לבקשת המטופלים (דתיים, חילוניים, גברים ונשים).
- גישות טיפוליות- מתקיימים ישיבות צוות בנושא הנגשה תרבותית והתאמת הטיפול למטופלים לפי הבסיס התרבותי המקובל באזור, לדוגמא מדיניות פנייה לשירותי הרווחה, היעזרות בגורמי קהילה, קבוצות טיפוליות "נודדות" וגישות חינוכיות עם התאמה תרבותית על פי המתבקש באזור ועוד.

אתגרים והתמודדות: הנושא דורש הקשבה, התאמה ומחשבה יומיומית מאתגרת על פי המטופלים, כמו כן מתבצעת פעילות תמידית להורדת הסטיגמה וקידום הנושא. נראה כי בחצי שנה הראשונה של 2015 סיפקו שירות למטופלים שבמשך שנים נמנעו מהגעה לטיפול. כך לדוגמא קיבלנו תגובות כגון "האדמו"ר המליץ לנו לבוא אליכם".

מקרה מבחן (2) פורטל ממוחשב עבור מנהלי מרכזים רפואיים בלאומית (Dashboard):

רקע: לאומית במהותה משרתת מגזרים ותרבויות מגוונות בעצם היותה קופת חולים פריפריאלית. האוכלוסייה המגוונת שאותה לאומית משרתת נתקלת לעיתים בקשיים לצרוך שירותי רפואה. קיים צורך מתמיד לשפר את בריאות מטופלינו עם דגש על הבנת התרבות והמצב הסוציאקונומי של מטופלינו.

דין: לאחר דיונים ושיתוף פעולה בין יחידות ארגוניות שונות: שירות, רפואה, כספים מערכות מידע הוחלט שיש למצוא פתרון עבור המרכז הרפואי שייתן מענה לחיזוק הקשר מול המטופלים הדורשים פעילות התערבות אישית.

פתרון: החלטנו להקים פורטל בדמות Dashboard אשר נותן אפשרות למנהל המרכז הרפואי לצפות בתמונת מצב נוכחית מלאה של המרכז הרפואי מבחינת מדדים שונים. פורטל זה כולל גם מטופלים עם מדדים חריגים שיש ליצור עימם קשר. הפורטל מופעל על ידי כלל מנהלי המרכזים הרפואיים בלאומית ומהווה כיסוי עבור כלל מטופלי לאומית המשויכים למרכזים הרפואיים. במקביל פיתחנו דוחות שונים בנושאים מגוונים אשר משולבים בפורטל.

להלן רשימת נושאי דו"חות אשר פותחו בשנת 2015: סכרת, סכרת נעורים, מחלות נשימתיות, מטופלים מעשנים, מפרצת באאורטה, שילובי תרופות, BMI מעל 30, סרטן שד, צריכה של בנזודיאזפינים, איתור מטופלים לפי מחלה/ אבחנה, דוחות עבור מחקרים בנושאים הבאים: מחלות מעי דלקתיות וממוגרפיה.

אתגרים והתמודדות: בהמשך להפעלת תשתית זו, איתרנו מטופלים הנדרשים לטיפול רפואי ייחודי בעלי צרכים מיוחדים והאתגר הינו להתאים תוכניות התערבות ייחודיות.

מקרה מבחן (3): טלמדיסין- שיחת וידאו בין מטופל למטפל:

רקע: בדקנו מדוע מטופלים אינם מגיעים למטופלים מסוימים. הבחנו כי ישנם מספר חסמים בנושא זה מצד המטופל מסיבות מגוונות כגון נגישות, תרבות, כלכלה ושפה.

דין: יצרנו צוות היגוי בנושא מציאת פתרון בנושא זה המורכב מגורמים מקצועיים רלוונטיים: רפואה, מערכות מידע, שיווק, שירות, כספים ומשאבי אנוש. צוות זה דן במציאת פתרון שייתן מענה לחסמים מצד המטופל.

פתרון: החלטנו לבנות תהליך של רפואה מרחוק (טלמדיסין) לקהל מטופלינו באמצעות שיחת וידאו. לשם כך הוקם בסיס מערכתי בנושא המונגש תרבותית ושפתית השולח זרועותיו לפריפריה החברתית והגיאוגרפית. הפתרון מחולק ל-2 חלקים עיקריים:

- מפגש של **מטופל בביתו עם מטפל במרכז הרפואי** (או בכל מקום עם מחשב ומצלמה).
- מפגש **מטופל הנמצא במרכז רפואי של לאומית עם מטפל** אשר נמצא במרכז רפואי אחר (או בכל מקום עם מחשב ומצלמה), פתרון זה נועד עבור מטופלים אשר אין להם את האמצעים לשיחת וידאו בבית או את ידע טכנולוגי מספק.

אתגרים והתמודדות: החלנו את השירות עם מקצוע הפסיכיאטריה שהיתרון הוא שאינו דורש בהכרח מגע פיזי עם המטופל, כמו כן מקצוע זה הינו אידיאלי בטיפול מרחוק ליישובים פריפריאליים מסיבות מגוונות (לדוגמא, זמינות מטפלים באזורים פריפריאליים, מטופלים אשר מתביישים להשתמש בשירות ועוד). אתגר נוסף הוא, קהל המטופלים אשר אינו בקיא טכנולוגית ואינו מכיר את השירות החדשני, לכן נדרשת עבודה שיווקית על מנת להטמיע את השירות לשימוש בזמן שבו המטופל נזקק לו. בעתיד אנו מתכננים להכניס מקצועות נוספים בנושא.

פעילות משרד הבריאות מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

פעילות תחום צמצום פערים בבריאות (בתוך מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי) לשנת 2015 התמקדה במספר ערוצי פעולה עיקריים: בנייה והפצה של ידע וכלים בנושא אי-שוויון, תמרוץ השחקנים במערכת הבריאות לפעילות, פיקוח ובקרה ובניית שותפויות מקדמות שוויון.

בנייה והפצה של ידע וכלים

כשירות תרבותית:

א. **הכשרת 40 מדריכים מהקהילה ומערכת האשפוז להדרכות צוותים בנושא כשירות תרבותית:** השנה הוכשרו עוד 40 מדריכים מהקהילה ומערכת האשפוז (נוסף ל-26 שהוכשרו בשנת 2014) להדרכות צוותים בנושא כשירות תרבותית, בהתבסס על ערכת ההדרכה שפיתח משרד הבריאות באמצעות מסר-המרכז לסימולציה רפואית בתה"ש. כן נוספו לערכת ההדרכה 3 סרטונים חדשים (סך כל בערכה 12 סרטונים המדמים סיטואציות של פערים בין-תרבותיים).

עד כה הוכשרו מאות צוותי בריאות² (מרביתם צוותי רפואה, בשוליים- מנהל ואדמיניסטרציה). מקופת החולים, בתי החולים והלשכות דווח לנו על: 1378 צוותים בקופות החולים; 320 צוותים בבתי החולים; 79 צוותים בלשכות הבריאות. בכל סדנא מועבר משוב. המשובים שהתקבלו אצלנו (26% מסך כל הסדנאות) משקפים שביעות רצון גבוהה מהיכולת של הסדנא להעניק ידע וכלים. כך למשל ציינו הצוותים:

92%	באיזו מידה הייתה הסדנה רלבנטית לעבודתך בשטח?
86%	באיזו מידה הסדנה שיפרה לדעתך את הכשירות התרבותית שלך?
90%	באיזו מידה את/ה מרגיש/ה כי תוכל ליישם בעבודתך את הכלים לכשירות תרבותית שנלמדו בסדנה?
88%	באיזו מידה להערכתך תשפיע הסדנה על התנהגותך בעבודה?

ב. **הכשרת 45 מרצים מהפקולטות למדעי הבריאות ברחבי הארץ** (במחלקות לרפואה, סיעוד וכו'), עו"ס והגירה להדרכות בנושא כשירות תרבותית: קיימנו יום מרוכז למרצים במסגרתנו הכשרנו לשימוש בערכת המשרד בנושא כשירות תרבותית. קיימנו יום נוסף בנושא למרצי החוג לסיעוד ומערכות בריאות במכללת עמק יזרעאל.

² אנו בעיצומו של הליך איסוף מידע על ההכשרות. כך למשל, האומדן הנוכחי לא כולל את כללית במסגרתה הוכשרו צוותים נוספים אך אין בידנו האומדן הכמותי ואינו כולל הכשרות שבוצעו אך טרם דווחו לנו המשובים שלהם. האומדן כולל גם סדנאות שהועברו לצוותים "כלשון" ערכת ההדרכה וגם סדנאות שהועברו שהן אדפטציה של הערכה או שהועברו על ידי גורמים פרטיים או וולונטריים מבחוץ לצוותים.

ג. **פיתוח לומדה ממוחשבת ללמידה אישית של צוותים טיפוליים בנושא כשירות תרבותית:** נבחרה חברה להפקת הלומדה ללימוד אישי בנושא כשירות תרבותית והחל הפיתוח שלה (מוצר משלים לערכה להכשרה קבוצתית של צוותים).

ד. **כתיבת פרק בנושא פערים חברתיים ותרבותיים לתוכנית הלאומית למניעת סוכרת:** במסגרת התוכנית הלאומית נכתב בשותפות עם מחברים נוספים³ פרק העוסק ב"התאמת שירותי הבריאות בתחום הסוכרת לצרכים הכלכליים, החברתיים והתרבותיים של קבוצות חברתיות שונות". במסגרת הפרק הצעה ליעדים לטווח קצר וארוך למניעה וטיפול בסוכרת הכוללים, בין היתר, המלצות להכשרות למטפלים וסטודנטים בנושא הכשירות התרבותית, אוריינות ועוני; העמקת העבודה הקהילתית עם מבטחים ושילוב מרכיבים של תמיכה במטופל וחיזוק רשתות חברתיות וטיפול בדיכאון ובמתח, במפגש עם הרופא הראשוני ובקבוצות התערבות קהילתיות; פיתוח "standard of care" לקבוצות בסיכון חברתי; הארכת אורך המפגש הטיפולי והפחתת עומס העבודה בהתאם, פיתוח מנגנונים לשיתוף מבטחים בעיצוב מדיניות והתערבויות ועוד.

ה. **הדרכה שוטפת של ממונים על כשירות תרבותית במוסדות בריאות:** נערך המפגש השוטף השנתי עם ממונים על כשירות תרבותית במוסדות בריאות. במפגש ניתן מידע וכלים על מחקרים חדשים בתחום הכשירות התרבותית, על התאמה תרבותית למטופלים בגילאי הזקנה, בגיל הזקנה ועל כשירות תרבותית בקרב מקצועות סיעוד בישראל.

ו. **הטמעת ידע וכלים במסגרת הכשרות קיימות:** במסגרת סדנאות בקורס מחנכי סוכרת ובסדנא לעובדים סוציאליים בתחום גריאטריה ושיקום.

ז. **הפצת ידע על השלכות ופתרונות להשלכות אי-כשירות תרבותית על ניהול סיכונים:** הרצאה בכנס של חברת ענבל והפצת מידע בכתב העת שלה למנהלי סיכונים.

ח. **עלייה בשימושים במוקד התרגום הרפואי הטלפוני של משרד הבריאות:** המוקד המנוהל על ידי אגף שירות במשרד הבריאות ומופעל על ידי ספק חיצוני נותן מענה כיום ב- 4 שפות (ערבית, רוסית, אמהרית וצרפתית). בין ינואר לאוקטובר 2015 התקבלו 10,749 שיחות למוקד (כ- 1,075 שיחות בחודש).

³ כתבו וערכו: שלומית אבני, משרד הבריאות; ד"ר אמה אברבון, 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; ליאורה ולינסקי, קופ"ח מאוחדת; ד"ר ענת יפה, עמותת טנא בריאות ומרכז רפואי הלל יפה; ד"ר אייצה ספפה, עמותת טנא בריאות; נעמה רון, משרד הבריאות, המחלקה לחינוך וקידום בריאות

מאגר הידע בנושא אי-שוויון של משרד הבריאות במכון גרטנר:

- א. **פורסמו 2 פרקים חדשים העוסקים באי-שוויון במחלות כרוניות ובתפקוד ואיכות חיים** (ראו פרק 4 בחוברת זו).
- ב. **סדנה מתודולוגית לגיבוש גיבוש מדדים להערכת פערים בבריאות:** החלנו בתכנון של סדנא משותפת עם המכון הלאומי לחקר מדיניות בריאות שתעסוק בבחינת האפשרות להגדרת practice guidelines בנושא משתני ליבה מחייבים במחקר על אי-שוויון.

תמרוץ השחקנים במערכת הבריאות:

א. **מבחני תמיכה 2014:** השנה חולקו 10 מיליון ש"ח על פעילות שנעשתה בשנת 2014, במסגרת מבחני התמיכה של משרד הבריאות בקופות החולים לצורך צמצום פערים חברתיים וגיאוגרפיים בתחום הבריאות.

ב. **מבחני תמיכה 2015-6:** גובשו ופורסמו מבחני תמיכה חדשים לשנים 2015-6 המשותפים לקידום בריאות וצמצום פערים. במסגרת המבחנים יועמד סכום כולל של 20 מיליון ש"ח לשנה עבור הצבת עובדי קידום בריאות בקופות החולים, הפעלת סדנאות בתחום מניעת סוכרת, סוכרת והשמנה בקרב ילדים ועבור השתלמויות צוותים בנושא אי-שוויון, כשירות תרבותית והשפעות של עוני על בריאות. תעדוף משמעותי ניתן לטובת סדנאות בפריפריה חברתית (אג"סים 8-1) ולסדנאות המתקיימות בשפה הערבית.

ג. **קול קורא למוסד מצטיין בתחום כשירות בבריאות נפש:** פרס מנכ"ל משרד הבריאות בתחום כשירות תרבותית בבריאות הנפש - המינהל פירסם קול קורא למוסדות בריאות הנפש לקבלת פרס מנכ"ל למוסד מצטיין בפרקטיקות טיפוליות כשירות תרבותית. העבודות התבקשו לתאר את הנעשה ביחידה מבחינת כשירות תרבותית, הן מבחינה ארגונית-תשתיתית והן מבחינה טיפולית. בשיפוט העבודות המתארות את פעילות היחידות הושם דגש על חדשנות, יצירתיות והסתמכות על משאבים פנימיים. מתוך 14 עבודות שהוגשו ואשר נשפטו על-ידי ועדת היגוי של אנשי מקצוע בנושא⁴, 2 עבודות יזכו בפרס המנכ"ל ויפורסמו יחד עם 6 עבודות מצטיינות נוספות בחוברת ייעודית שתהווה מסד ידע מקובץ לנעשה ולמה ניתן לעשות בתחום הכשירות התרבותית בבריאות הנפש בישראל.

ד. **קול קורא למוסד מצטיין בהכשרות עובדים בנושא אי שוויון בבריאות וכשירות תרבותית במערכת הבריאות:** פרס מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי שיחולק במסגרת

⁴ רכזת הועדה: אנה לרנר. חברי הועדה: פרופ' עליאן אלקרינאוי; דני בודובסקי; ד"ר אמה אברבוך; ד"ר נמרוד גריסרו; חיה ישראל.

הכנס השנתי של משרד הבריאות בנושא "מערכת הבריאות מתמודדת עם אי-שוויון-2015".

פיקוח ובקרה

- א. **עדכון כלי בקרה:** נמשכת העבודה לעדכון ושיפור מרכיבים בתוך כלי הבקרה לבחינת כשירות תרבותית ואי-שוויון.
- ב. **פיתוח כלי בקרה ייחודיים למרפאות עולים:** המינהל יחד עם מחלקת בקרה על קופ"ח וגורמים השותפים במשרד הקליטה מפתחים כלי בקרה ייעודיים לבחינת היבטים של כשירות תרבותית במרפאות בהן ריכזי עולים.

בניית שותפויות מקדמות שוויון:

א. **התכנית הממשלתית לקידום שילוב יוצאי אתיופיה בחברה הישראלית:** בהמשך לפעילות שהחלה בשנת 2014 (ראו בדוח "אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2014) אותה ריכז מטעם משרד הבריאות, תחום צמצום פערים בבריאות, הובאו להכרעת הממשלה 2 החלטות:

ביולי עברה החלטת ממשלה מס. 324 המפרטת אבני יסוד (מעין ערכי ליבה) המנחים מעתה את כל הפעילות הממשלתית בהתייחס ליוצאי אתיופיה.

באוקטובר עברה החלטת ממשלה מס. 609 ובה פירוט של תקציב ותוכניות מפורטות של משרדי הבריאות, הרווחה והחינוך בנושא. במסגרת [תוכנית משרד הבריאות](#) ניתן דגש על הנגשה תרבותית ושפתית של השירותים (העמקת הפעילויות שכבר נעשות בנושא, הגברת אכיפה ועוד), הנגשת זכויות, יצוג הולם ושיקום האמון של יוצאי אתיופיה במערכת הבריאות.

א. **בניית פלטפורמה קבועה לשיתוף ציבור:** המינהל החל בתכנון פלטפורמה משולבת-דיגיטלית המכוונת ל"חוכמת המונים" ואישית - פנים מול פנים לצורך שיתוף ציבור בנושאי מדיניות. הפלטפורמה מתוכננת תוך לקיחה בחשבון את הצורך בנגישות של קבוצות חברתיות שונות להשפעה על קבלת ההחלטות.

ב. **מפגשי עדכון וחשיבה עם עובדים סוציאליים:** במרץ קיים המינהל יחד עם השירות הארצי לעו"ס במשרד הבריאות מפגש חשיבה עם עו"סים בדרגות ניהול ביניים ובכירות ממחוז צפון, בנושא אי-שוויון. במפגש הוצפו הקשיים עמם נתקלים העו"סים והצרכים לצורך טיפול בהם. מפגש דומה יתקיים בדרום בינואר 2016.

אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2015

ג. **מפגשים שוטפים עם הממונים על שוויון בהנהלות קופות החולים:** קיום מפגשים שוטפים בין תחום צמצום פערים במטה משרד הבריאות עם הממונים בהנהלות קופות החולים, לצורך עדכון וחשיבה משותפת.

ד. **קשר עם ארגונים חברתיים:** המינהל מקיים התייעצויות שוטפות עם ארגונים חברתיים שונים בנושא מדיניות.

לקראת שנת 2016 החל תחום צמצום אי-שוויון לערוך סבב פגישות עם קובעי מדיניות בקופות החולים ובתי החולים, אנשי אקדמיה ונציגי חברה אזרחית, במטרה להתייעץ על תכניות העבודה הלאומית לצמצום אי-שוויון בבריאות לשנים הבאות. בכוונת התחום להקדיש את 2016, לצד הפעילות השוטפת, לבנייה של **תוכנית עבודה רב שנתית, לשנים 2017-2020, לצמצום אי-שוויון המבוססת על הידע, הניסיון והתובנות שיש לכלל השחקנים בתוך המערכת בהתייחס למדיניות ופעילויות לקידום השוויון.**

שירותי בריאות הציבור

המחלקה לחינוך וקידום בריאות

ניבה בסודו-מנור, מ"מ מנהלת המחלקה

המחלקה לחינוך וקידום בריאות פועלת בשנת פ' בין-משרדי ובין-מגזרי וקידום מדיניות במסגרת תכניות לאומיות, כגון התכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים- אֶפְשָׁרִיבְרִיא והתכנית הלאומית לצמצום נזקי העישון, ובאמצעות קידום וליווי יחזמות ייעודיות לאוכלוסיות ייחודיות ו/או בסיכון, הכשרת אנשי מקצוע וביצוע וליווי סקרים לאומיים.

להלן מספר דוגמאות מתוך העשייה של המחלקה לצמצום פערי בריאות בשנת 2015:

אֶפְשָׁרִיבְרִיא לגיל הרך - "א-ב-ג"

התכנית הלאומית- אֶפְשָׁרִיבְרִיא פועלת מתוקף החלטת ממשלה משנת 2011, בהובלת משרדי הבריאות, החינוך והתרבות והספורט, לקידום סביבה פיזית וחברתית שתומכת בתזונה בריאה ופעילות גופנית. היחמה החדשה, " אֶפְשָׁרִיבְרִיא לגיל הרך" ("א-ב-ג"), פועלת לקדם שלומות ואיכות חיים של פעוטות, ע"י מתן כלים להורים לשיפור קשר הורה-ילד וליצירת סביבה משפחתית, המאפשרת הורות מיטבית באמצעות אורח חיים בריא והזנה קשובה. במסגרת התכנית, אנשי מקצוע רוכשים כלים לעבודה עם הורים ולפיתוח דרכי עבודה בין-תחומיים.

משרד הבריאות וג'וינט ישראל מובילים את התכנית, כמזם משותף במסגרת התכנית הלאומית "אפשריבריא" ו"360", על בסיס מודל מבוסס ראיות מאנגליה. התכנית מכשירה, מעצימה ויוצרת שפה משותפת בקרב אנשי המקצוע שעובדים עם פעוטות ומשפחותיהם: צוותי בריאות, רווחה, מסגרות יום וקהילה ברמה יישובית. אנשי המקצוע שהוכשרו במסגרת התכנית, ינחו קבוצות הורים ברמה הקהילתית.

בשנת 2015, התכנית הושקה ב- 5 רשויות: צפת, רמלה, דימונה, ירוחם וקריית ים. בנוסף, צוות התכנית עבד על התאמת התכנית לשפה הערבית, ושיק אותה ברשויות בחברה הערבית בשנת 2016. לאחר שלב הפיילוט מתוכנן כי התכנית תופץ באמצעות המערך הארגוני והמקצועי של משרד הבריאות ובאמצעות הפלטפורמות היישוביות לגיל הרך, שהוקמו ב"התחלה טובה" של התכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון.

צמצום פערים ועישון בקרב צעירים

העישון הוא גורם התחלואה והתמותה הגדול ביותר הניתן למניעה, וגובה את חייהם של כ- 9,000 איש בשנה בישראל, מהם כ- 800 שלא עישנו אך נחשפו לעישון כפוי. על מנת לצמצם את העישון בקרב בני נוער, פותחה בשנה האחרונה ערכה לפעילות מודרכת אשר הופצה ל- 700 בתי ספר, כולל 200 בתי ספר בחברה הערבית. חומרי הלימוד הותאמו מבחינה תרבותית לקהלי היעד השונים. כמו כן, הוטלו קנסות על מכירת סיגריות בודדות או טבק נרגילה בתפוזות על מנת

לצמצם את הנגישות של צעירים למוצרי טבק. נוסף לכך, טכנולוגיות לגמילה מעישון נוספו לסל שירותי הבריאות.

תוכנית ייחודית למניעה וטיפול ב AIDS/HIV בקרב קהילת יוצאי אתיופיה:

4 רכזים ו-21 מתאמים, כולם עובדים ייעודיים יוצאי אתיופיה, מובילים את התכנית, במסגרתה, מקבלים רוב הנשאים בני הקהילה לזוגי, תרגום ותמיכה, מהמתאמים המוצבים בקהילה ומעובדים סוציאליים מטעם התוכנית, במרכזי האיידס. סדנאות מועברות על ידי מחנכים למיניות, בני הקהילה, שהוכשרו על ידי משרד הבריאות, ומותאמות לבני נוער ומבוגרים, בהפרדה מגדרית, בכל הארץ באמהרית או בעברית, בהתאם לקהל היעד.

הנושאים שמועברים במסגרת הסדנאות: המעבר הבין-תרבותי, מחלות זיהומיות, מה זה איידס, ההבדל בין נשא וחולה איידס, איך נדבקים באיידס, ממה לא נדבקים (ואין מה לחשוש), כיצד להתגונן מהדבקה, תקשורת בין בני-זוג, הדגמת השימוש בקונדום, חשיבות הבדיקות לגילוי מוקדם, "תקופת החלון", הטיפול התרופתי (קשיים מול תקווה), איפה נבדקים, התמודדות עם גילוי נשאות, היחס של הקהילה לחולים ולנשאים, ועוד.

השנה נוספו לקבוצות הנשים נושאים כגון: מערכת המין הגברית והנשית, תכנון משפחה, אמצעי מניעה, מניעת מחלות המועברות במגע מיני, התמודדות עם הריון לא רצוי ועוד. לקבוצות של בני-נוער נוספו נושאים כגון: שינויים בגיל ההתבגרות, היחסים בין המינים, הפעלת שיקול דעת בבחירת בן/בת-זוג ובהחלטה לגבי קיום יחסי-מין, אמצעי מניעה, התמודדות עם הריון לא רצוי, היכרות עם שירותי סיוע ועוד. בשנה האחרונה, נערכו 39 סדנאות הסברה, 11 ימי בריאות ייעודיים לקהילה וקבוצות תמיכה לנשאי HIV, והשתלמויות לעובדי התוכנית.

גני ילדים מקדמי בריאות:

בשנת הלימודים 2014-15, הושקה היחמה "גני ילדים מקדמי בריאות", שמצטרפת לתכנית "בתי ספר מקדמי בריאות". בפילוט של התכנית 250 גננות מזרמי החינוך השונים עברו הכשרה, כולל 62 מגני ילדים ברשויות מקומיות בחברה הערבית. לגנים של האוכלוסייה החרדית, הושקה יחמה ייחודית מותאמת תרבותית, להפוך את גני הילדים במגזר למקדמי בריאות.

"תו אפשריבריא" בערבית:

בשנת 2015, "תו אפשריבריא" תורגם לערבית, בהובלת לשכת הבריאות נפת נצרת. צוות הלשכה תרגם והתאים את התו, שמהווה המלצה של משרד הבריאות, ושעד כה הופיע על כ-70 מוצרי לחם ומאפה של המאפיות הגדולות בישראל, לצרכים וליכולות של המאפיות המקומיות בעיר.

מבחני תמיכה לקופות החולים לקידום אורח חיים בריא:

בשנה האחרונה, השתתפו בסך הכול 28,690 מבוטחי קופות החולים בסדנאות לחיים פעילים ובריאים, מהם 10,995 מהפריפריה החברתית ו/או הגיאוגרפית. הקופות תוקצבו עם תקצוב נוסף עבור סדנאות שהועברו בפריפריה חברתית וגאוגרפית.

הכשרת אנשי מקצוע במגזר החרדי לקדם בריאות בקהילה ובקרב המשפחה:

תכנית ההכשרה למורות וגננות במגזר החרדי "מובילות בריאות בגן או בביה"ס" בשת"פ בין המחלקה לקידום בריאות, הפיקוח על הבריאות במשרד החינוך, הסמינר החרדי "בית המורה-בית יעקב" ועיריית בני ברק, הורחבה לאשדוד. בשנת 2015 הושם דגש על התאמת ההכשרה לצרכים חברתיים ומשפחתיים והסביבות הפיזיות בהן עובד הצוות החינוכי. בגמר ההשתלמות הגישו חלק מהמשתלמות בקשה להפוך את המסגרת החינוכית בה הן עובדות ל"מסגרת מקדמת בריאות" זאת בתיאום עם מנהל בית הספר ובתמיכתו.

המחלקה לתזונה

ד"ר רונית אנדוולט, מנהל המחלקה

תזונה בריאה היא הבסיס לבריאות תקינה וחשוב שתהיה זמינה לכלל האוכלוסייה. מחקרים מראים כי בקרב אוכלוסיות מוחלשות השכיחות של חסרים ועודפים תזונתיים גדולה, כמו גם התחלואה הנלווית לכך (השמנה, סוכרת מחלות לב וכלי דם סרטן ועוד). על כן המחלקה לתזונה רואה בקדימות ראשונה את הנגשת התזונה הבריאה לכלל האוכלוסייה תוך התמקדות באוכלוסיות רגישות כגון, ילדים נשים הרות וקשישים. זאת באמצעות:

קידום חוק פיקוח מזון בריא במערכת החינוך:

המחלקה לתזונה כתבה את הקווים המנחים התזונתיים לחוק פיקוח המזון הבריא כן שכל מי שנמצא במערכת החינוך מהמגזרים השונים ובכל מקום בארץ יזכה בתזונה בריאה, אם במסגרת מפעל ההזנה או בחנויות ממכר מזון או במכונות המזון בבתי הספר. כמו כן ההורים יחויבו לשלוח מזון בריא לכל הילדים. הנחיות אלו באו לאפשר תזונה בריאה ומקיימת לכלל האוכלוסייה בצורה שוויונית באמצעות חקיקה.

הנחיות לתזונה בריאה בצהרונים:

המחלקה לתזונה כתבה הנחיות לצהרונים לתזונה בריאה ומקיימת המהווים קווים מנחים לכל המכרזים של הגנים, בתי הספר והמתנסים והרשויות המקומיות מול מפעלי ההסעדה. המטרה היא שהרשויות יעסיקו תזונאים שיפקחו על הרכב המזון לפי הנחיות משרד הבריאות, ביחד עם ההורים והמערכות השונות.

הנחיות מעודכנות לתזונה בריאה בהריון:

ההיריון היא תקופה קריטית להתפתחות העובר ולבריאות העתידית של הדור הבא. חוזר הנחיות לתזונה בריאה בהריון בשנת"פ עם שרות המזון, המחלקה לאם ולילד והאגף לבריאות הציבור, עודכן והופץ לכלל האוכלוסייה תוך מתן דגש לתזונה המספקת את כלל הצרכים התזונתיים של האשה והעובר.

שותפות בתכנית בינלאומית "ביטחון תזונתי לכל" מניעת חסרים תזונתיים ורעב נסתר:

במסגרת שותפות בינלאומית לביטחון תזונתי לכל, המחלקה לתזונה מובילה תכנית לה שותפים רבים ממשרד הבריאות מקופות החולים, בתי החולים, הקהילה, התעשייה, איגודים רפואיים, נציגי ציבור ועוד, שמטרתה- איתור טיפול ומעקב למניעת חסרים תזונתיים בקרב כלל האוכלוסייה בקהילה ובאשפוז. התכנית כוללת בניית תשתיות לאיתור חסרים תזונתיים, הדרכת צוותים, שיפור המזון במוסדות, שילוב תזונאים בצמתים קריטיים ועוד.

עבודה מול המועצה לביטחון תזונתי להרכב בריא לסלי המזון לנזקקים וסל מזון לשעת חרום לקשישים:

המחלקה לתזונה עברה על סלי מזון המחולקים לעניים ותקנה ושיפרה את הרכב הסל כך שיכיל מזון בריא. כמו כן נבנה סל מזון לקשישים לשעת חירום.

שילוב דיאטנים בצמתי טיפול קריטיים: בפגיות, פיקוח על מזון ותזונה בבתי החולים, מעונות יום שיקומיים ובהנחיית תוכנית א.ב.ג. להורות בריאה:

כדי לשפר את התזונה הבריאה לאוכלוסיות ייחודיות שולבו דיאטניות בפגיות בתכנית הכוכבים של משרד הבריאות. 30 דיאטנים עברו הכשרה בנושא פיקוח על מזון ותזונה בבתי החולים וחלקם כבר התחילו לפעול כדי למנוע בזבז מזון והתאמת מזון למטופלים. שולבו מעל 20 דיאטנים ב כ- 90 מעונות לילדים עם צרכים מיוחדים לשיפור התזונה וההתפתחות של ילדים אלו. כ-12 דיאטניות של לשכות הבריאות משתלבות בהנחיית תוכנית הורות ומניעת השמנה.

הנחיות לתזונה בקייטנות:

כדי להבטיח תזונה בריאה ברצף לאורך השנה במסגרות בהן נמצאים ילדים מצאה המחלקה לתזונה צורך לקדם ולעדכן את ההנחיות התזונתיות והמזון המוגשים בקייטנות בצורה גורפת לכלל האוכלוסייה של הילדים.

התאמת בסיס המידע והנחיות בתחום התזונה בתוכנית א.ב.ג. ובחברות הדרכה:

נעשתה התאמה תזונתית של חומר ההדרכה להורים ולמנחים בנושא מידע והגישות בתזונה בארץ, לאוכלוסייה הישראלית דוברת העברית, בשלב ראשון.

תכנית לאומית להפחתת המלח:

המחלקה לתזונה ביחד עם שרות המזון וקידום בריאות במשרד מקדמים תכנית להפחתת המלח הנצרך על ידי כלל האוכלוסייה זאת באמצעות עבודה שקטה וולונטרית מול התעשייה. ב- 3 שנים האחרונות הופחתו כמויות המלח במזון שאנחנו אוכלים בצורה דרמטית. מזונות שונים הורידו בין 20-30% מכמות המלח במזון זאת בלי שהאוכלוסייה נדרשה לעשות דבר. נמצא שתכנית דומה במדינות רבות, הורידה תחלואה ממחלות לב וכלי דם ולחץ דם ב כ- 20-30%.

הכנת מדריך 'לאכול בהנאה: מדריך לתזונה נבונה למטפלים בחולי דמנציה:

המחלקה לתזונה הובילה כתיבת מדריך למטפלים (בני משפחה, מהגרי עבודה) בנושא התמודדות עם בעיות אכילה במטופל הסובל מדמנציה. העבודה נעשתה בשיתוף נציגי מקצועות הבריאות הרלוונטים. החוברת נכתבה בשפה פשוטה ומיועדת לאותם מטפלים בעלי שכלה נמוכה ובינונית. החוברת תתורגם לשפות רוסית, ערבית ולפי הצורך, לשפות נוספות.

לסיכום

המחלקה לתזונה רואה בשוויון תזונתי ערך עליון בעבודתה היום יומית ופועלת להנגשת המידע לקהל הרחב באמצעים שונים, חוקתיים, פיקוחיים, הדרכתיים ועוד.

מחלקת אם וילד

ד"ר ליזה רובין, מנהלת המחלקה

לקות שמיעה הוא המום המולד השכיח ביותר. שיקום מוקדם משפר את כישורי השפה של הילד. התוכנית הארצית לסיקור שמיעה בילודים בישראל החלה בינואר 2010. עד לתחילת התוכנית הארצית, סיקור שמיעה בלידה בוצע בכ-10 בתי חולים, בעיקר במרכז הארץ ובירושלים וגם אז לא לכלל האוכלוסייה. יישום התוכנית הרחיבה את הסיקור לכלל האוכלוסייה ובפרט לפריפריה, היכן לא פעלה תוכנית קודם.

יעדי התוכנית הם השלמת האבחון עד גיל 3 חודשים ותחילת השיקום עד גיל 6 חודשים. נערך מחקר להעריך את השפעת התוכנית על גיל האבחון ועל גיל תחילת השיקום. בחינת העמידה ביעדים אלה חשובה על מנת לבחון אילו דרכים נדרשות לשיפור המעקב ולניהול תוכנית הסיקור ולבחון האם קיימים פערים בין האוכלוסיות.

תיקי ילידי 2007-2009 (לפני סיקור ארצי) וילידי 2010-2012 (אחרי סיקור ארצי) בכל 10 מרכזי שיקום בארץ נסקרו, סוכמו והשוו. נמצא כי גיל השלמת האבחון וגם גיל הכניסה הראשונה לשיקום הוקדמו באוכלוסייה ככלל. השיפור בשתי אוכלוסיות היה ניכר. לפני תחילת התוכנית גיל החציון להשלמת אבחון היה 10 חודשים בקרב הילדים הערבים וירד לגיל 5 חודשים לאחר תחילת

התוכנית. אצל הילדים היהודים גיל השלמת האבחון ירד מ-14 חודשים ל-5 חודשים. גיל החציון לתחילת השיקום אצל הילדים הערבים היה 16 חודשים לפני 2010 ואחרי 2010 ירד ל-9 חודשים. אצל הילדים היהודים גיל החציון לתחילת שיקום ירד מ-23 חודשים ל-9 חודשים. הירידה בגיל אבחנה וגיל כניסה לשיקום היתה יותר חדה אצל הילדים היהודים, אך הפער בין האוכלוסיות נעלם והצורך שנשאר להקדים את האבחון והשיקום דומה בשתי אוכלוסיות.

כיום נמשכים המאמצים להביא להמשך שיפור על מנת שנוכל לעמוד ביעדי התוכנית.

המחלקה לשחפת ואיידס

דר' דניאל שם טוב, מנהל המחלקה לשחפת ואיידס; גב' רבקה ריץ, מרכזת אבטחה ואיכות המחלקה לשחפת ואיידס; גב' נטע הראל, עו"ס רכזת שחפת ואיידס המחלקה לשחפת ואיידס; גב' יאנה לוי, מרכזת תוכניות לטיפול בשחפת ואיידס, המחלקה לשחפת ואיידס; פרופ' איתמר גרוטו, ראש שירותי בריאות הציבור

צמצום פערים באבחון וטיפול ב-HIV בקרב מהגרים חסרי ביטוח רפואי בישראל

רקע:

הלך משנת 2006, הפכה ישראל ליעד למהגרים ללא מעמד וללא ביטוח רפואי, רובם ממדינות אנדמיות ל-HIV. לפי הרשות לאוכלוסין והגירה (אוקטובר 2015), ישנם בישראל כ- 44,000 מהגרים מקרן אפריקה בלבד השהים בישראל תקופות ארוכות, ללא מעמד אזרחי וללא כוונה או יכולת לעזוב את הארץ. מהגרים אלו אינם זכאים לביטוח בריאות ממלכתי ככלל ולקבלת טיפול אנטי-רטרו-ויראלי (ART) כפרט.

החל משנת 2000 סיפק משרד הבריאות מענה חלקי (בדיקה לאבחון HIV ו-ART לנשים הרות נשאות HIV בלבד). אולם, דווח לנו על מספר משמעותי של מקרי HIV נוספים בקרב אוכלוסיית המהגרים. במקביל, בודדים זכו לקבלת ART ע"י ארגון לא ממשלתי (הוועד למלחמה באיידס- "הוועד").

מטעמים הומניטאריים ומטעמי בריאות הציבור, הוחלט ע"י משה"ב שמצב זה אינו יכול להימשך בתחום מניעת וטיפול ה-HIV, במיוחד כאשר בשנים האחרונות, כרבע מכלל נשאי HIV המדווחים לראשונה בארץ הינם מאוכלוסיית המהגרים ללא מעמד.

יחד עם זאת, לא היו משאבים בידי משרד הבריאות שיאפשרו לכסות את כלל העלויות הקשורות לאבחון, טיפול ומעקב נשאי HIV ללא ביטוח רפואי, ולכן נבנתה התוכנית הקהילתית הרב-אירגונית המתוארת להלן.

עיקרי התוכנית הקהילתית והשותפים לה:

ב-15 בינואר 2014, השיק מנכ"ל משרד הבריאות מיזם משותף למשך שנתיים אשר מאגד מספר גורמים – מחלקות מטה של משרד הבריאות וביניהן המחלקה לשחפת ואיידס (שיזמה ומנהלת בפועל את התוכנית), כל שמונת מרפאות האיידס בארץ, לשכות הבריאות, חברות מסחריות (כל חברות התרופות שמייצרות/מייבאות ART לישראל, חברות סופרפארם ו-ש.ר.א.ל), וארגונים לא ממשלתיים (הוועד למלחמה באיידס ועמותת רופאים לזכויות אדם) (ראו חזר מנכ"ל 3.14).

משרד הבריאות מכסה את כל העלויות הקשורות לאבחון ומעקב רפואי והתרופות ART מסופקות לתוכנית על חשבון חברות התרופות. כמו כן, הנפקת התרופות נעשית בהתנדבות ע"י חברת סופרפארם. משרד הבריאות התחייב להמשיך לקיים את התוכנית על חשבוננו לאחר סיום השנתיים הראשונות.

התפוקות במהלך תקופת השנתיים הראשונות של התוכנית הינן בהתאם למתוכנן. הצלחנו ליצור מנגנון אפקטיבי בין המגזר הציבורי, הפרטי והעמותות, במהלך החודשים הראשונים. כמו כן, ישנו ניצול מקסימלי של כל המשאבים והתרומות.

מתחילת התוכנית, אפשרו פעילויות אלו ל- 193 נשאי HIV להיות במעקב רפואי, ול-132 מתוכם לקבל טיפול ART ללא תשלום.

במקביל לתוכנית זו, המחלקה לשחפת ואיידס יחד עם הוועד למלחמה באיידס מפעילה (מתחילת שנת 2015) מיזם לחינוך וקידום בריאות המיועדת לאוכלוסיית מהגרים. המיזם כולל בין היתר הרצאות לחינוך והסברה על HIV/איידס כדי לקדם התנהגות מינית אחראית, הנגשת מידע וחלוקת קונדומים והפנייה לבדיקות HIV. פעילויות אלו נועדו לחזק את ההיבט המניעתי של התוכנית הקהילתית.

לסיכום:

התוכנית הכוללת אפשרה לא רק מתן טיפול מציל חיים לחולים ללא ביטוח רפואי אלא גם סללה את הדרך לקבלת קונצנזוס של מערכת הבריאות הציבורית עבור טיפולם ההכרחי בחולים אלו. לקראת שנת 2016, משרד הבריאות השיג תקציבים ייחודיים ממשרד האוצר על מנת להמשיך בקיומה של התוכנית כפי שהובטח לפני שנתיים.

מינהל רפואה

המחלקה לפיזיותרפיה

איילה פרג, מנהלת המחלקה

המחלקה הארצית לפיזיותרפיה מובילה מדיניות של שוויון ואחידות בשירותי הפיזיותרפיה בישראל. המחלקה פועלת לצמצום פערים בפריפריה הגאוגרפית והחברתית ומובילה תהליכים של קידום איכות בשירותי הפיזיותרפיה בכל המסגרות - קופות החולים, בתי חולים, מוסדות לאשפוז ממושך, מכונים ויחידות להתפתחות הילד - במוסדות הציבוריים והפרטיים.

במסגרת מדיניות זו, קיימה המחלקה בשנת 2013 סדנה בנושא הנגשה תרבותית ולשונית עבור מנהלים בכירים בשירותי הפיזיותרפיה בישראל, בשיתוף אגף הדרכה. בשנה האחרונה הוחלט להתמקד בצמצום פערי שירות במגזר הערבי.

מוצגת להלן פעילות המחלקה להנגשת השירות לאוכלוסייה הערבית:

הנגשת שירותי פיזיותרפיה לאוכלוסייה הערבית בישראל:

רקע: קיימת שונות תרבותית במגזרים החברתיים השונים בכל הנוגע לתפיסת בריאות וחולי, קבלת אחריות הפרט על קידום בריאותו, תפיסות וציפיות האוכלוסייה משירותי בריאות בכלל ומשירותי פיזיותרפיה בפרט, לקידום מצב בריאותי. שונות זו מובילה לפערים בריאותיים ולפערים באורח ואיכות חיים.

בנוסף לכך, מרבית שירותי הפיזיותרפיה במגזר הערבי ניתנים במכונים פרטיים המשמשים מיקור חוץ לקופות החולים. חלק ממכונים אלה מרוחקים מבחינה גיאוגרפית ממרכזים רפואיים, ללא תקשורת זמינה וסדירה עם צוות מקצועי וצוות רפואי רב-מקצועי.

לפיכך, הוחלט במחלקה לבצע מספר פעולות לקידום השוויון:

א. הקמת פורום לקידום מקצוע הפיזיותרפיה במגזר הערבי:

מטרות הפורום: להעלות את המודעות למקצוע הפיזיותרפיה באוכלוסייה הערבית, לשפר את איכות הטיפול הפיזיותרפי ולהוות קבוצת מיקוד ללמידה. בפורום משתתפים פיזיותרפיסטים המייצגים את כל הארגונים והמוסדות הנותנים שירותי פיזיותרפיה במגזר הערבי במוסדות ציבוריים שונים ובמסגרות פרטיות.

יעדי הפורום:

1. בניית מערך השתלמויות וימי עיון לפיזיותרפיסטים ותיקים וצעירים שעובדים במגזר הערבי
2. העלאת המודעות למקצוע הפיזיותרפיה בקרב מקצועות הבריאות השונים במגזר הערבי - רופאים, צוות סיעודי, מקצועות הבריאות ואחרים - באמצעות קבוצות עניין מקצועיות וקיום ימי עיון רב-מקצועיים משותפים בבתי החולים ובקופות החולים
3. העלאת המודעות למקצוע הפיזיותרפיה בקרב האוכלוסייה הערבית באמצעות הרצאות בנושאים כמו קידום אורח חיים בריא, שילוב פעילות גופנית בחיים ושמירה על עצמאות בניידות ובתפקוד לאנשים עם מחלות כרוניות. הפעילות תיעשה בשיתוף עם עמותות מהמגזר האזרחי, מתנ"סים ומוסדות קהילתיים אחרים

ב. קידום איכות השירות לאוכלוסייה הערבית:

מיפוי והערכת תהליכי העבודה ואיכות השירות במכונים פרטיים (במיקור חוץ) המספקים שירותי פיזיותרפיה לקופות החולים. הוחלט לקיים ביקורים יזומים לבניית תשתית לקשר מתמשך ולמענה על קשיים ואילוצים.

סיכום הפעילויות שהתקיימו עד ספטמבר 2015:

1. קיום מפגשי פורום סדירים אחת לרבעון בצפון הארץ; גיבוש חזון ויעדים וארגון יום עיון
2. קיום 5 מפגשים אישיים עם רופאים שעובדים במגזר הערבי, להבנת הזדמנויות השימוש בשירותי הפיזיותרפיה במגזר הערבי
3. קיום יום עיון "פיזיותרפיסטים מובילים שינוי" (ספטמבר 2015), בהשתתפות נציגי המחלקה הארצית לפיזיותרפיה, איגוד הפיזיותרפיה בישראל ו-70 פיזיותרפיסטים וותיקים וצעירים שנותנים שירותי פיזיותרפיה במגזר הערבי
4. מיפוי מכוני פיזיותרפיה המשמשים מיקור חוץ לקופות החולים

בשנת 2016 מתוכננת פעילות המשך, שתכלול קידום יעדי הפורום בצפון הארץ, הקמת פורום דומה באזור ירושלים, ביקורים במכונים המשמשים מיקור חוץ לקופות החולים ופעילות להעשרת ידע ומיומנויות מקצועית עבור הפיזיותרפיסטים העצמאיים.

פסיכולוגיה ארצית

ימימה גולדברג, מנהל המחלקה

כחלק ממנהל רפואה והמערך הממונה על הפרופסיה הפסיכולוגית, שמנו דגש בשנים האחרונות על הגדלת מספרם של פסיכולוגים אשר תפקידם לשרת אוכלוסיות מיעוט ואשר מספרם אינו מייצג כיאות את ייצוגם באוכלוסייה.

מספר הפסיכולוגים בישראל עומד על כ- 12,000 אשר מתוכם רק 578 הינם מהמגזר הערבי ו-28 מהמגזר הדרוזי. מעטים עוד יותר הינם פסיכולוגים השייכים למגזר החרדי.

בהתאם לחוק הפסיכולוגים 1977 העיסוק בפסיכולוגיה מחייב קבלת רישיון מטעם משרד הבריאות. זכאי לקבל רישיון בעל תואר שני בפסיכולוגיה שניתן ממוסד אקדמי מוכר בארץ או מחו"ל. רק לאחר קבלת התואר רשאי הפסיכולוג להתחיל התמחותו באחד מ-6 המומחיות: קלינית, התפתחותית, שיקומית, רפואית (המשתייכות למערכת הבריאות), חינוכית ותעסוקתית-ארגונית.

לאור הנ"ל קיימים שני מרכיבים מרכזיים בהכשרת הפסיכולוג: הראשון – ההכשרה האקדמית באוניברסיטאות ובמכללות. והשני – תהליך התמחות האורך 4 שנים בחצי משרה ומתקיים במוסד מוכר להתמחות שבסופו מקבל המתמחה תואר מומחה. ההתמחות נעשית רובה ככולה על חשבון תקציב המלגות שניתן על ידי משרד הבריאות ועומד כיום על 28,500 מלש"ח.

המגזר הערבי: קיים צורך במטפלים בעלי הבנה תרבותית ודוברי השפה הערבית לטיפול במגזר הערבי. לפיכך, קיים צורך גובר בהכשרה של פסיכולוגים מהמגזר הערבי, במיוחד בילדים ונוער. על פי נתונים לשנת 2015, מצוין כי פסיכולוגים ערבים מהווים רק 5.5% מכלל הפסיכולוגים בענף הבריאות. בעוד ששיעורו של המגזר באוכלוסיה מצריך מספר גדול בהרבה של פסיכולוגים. לאור זאת, משנת 2007 פועל משרד הפסיכולוגיה הארצית בניסיון לקדם ולהגדיל את שיעורי הפסיכולוגים הערבים בעיקר בתחומי המומחיות הקלינית, החינוכית וההתפתחותית.

על מנת לנסות ולהעלות את מספר הפסיכולוגים מהמגזר הערבי, פעל משרדנו בשני משורים: הראשון, עבודה מול מל"ג/ות"ת בניסיון להגדיל את מספר הסטודנטים מהמגזר הערבי הלומדים במגמות מוסמך לפסיכולוגיה. במהלך השנים נפתחו ונסגרו מגמות ייעודיות למגזר הערבי במספר אוניברסיטאות.

השני, תעודף מתמחים מהמגזר הערבי בהקצאת המלגות. אותרו כ-15 מתמחים מהמגזר הערבי ואנו בקשר עם הרשות לפיתוח כלכלי של המגזר הערבי, הדרוזי והצ'רקסי לצורך הקצאת מלגות ייעודיות עבורם.

המגזר החרדי: גם בהקשר למגזר החרדי עבדנו בשני מישורים:

הראשון, תמיכה בפתירת מגמות לימוד ייעודיות למגזר. באוניברסיטת העברית נפתחו המגמות: (א) המגמה לפסיכולוגיה קלינית של המבוגר, (ב) המגמה לפסיכולוגיה חינוכית-קלינית של הילד, (ג) המגמה לנוירופסיכולוגיה קלינית-שיקומית. באוניברסיטת בן גוריון נפתחה מגמה לפסיכולוגיה חינוכית. באוניברסיטת בר אילן נפתחו המגמות: (א) קלינית של מבוגר (ב) קלינית של הילד (ג) שיקומית.

שנית, נעשות פניות מטעם המשרד למשרד הכלכלה להשגת מלגות ייעודיות למתמחים מהמגזר החרדי.

אגף פיקוח על קופ"ח ושב"ן

אריאלה אדיג'ס תורן, מנהלת תחום טכנולוגיות רפואיות; רו"ח עבדאללה זועבי, כלכלן בכיר

אתר "כל בריאות" - הנגשה ושקיפות

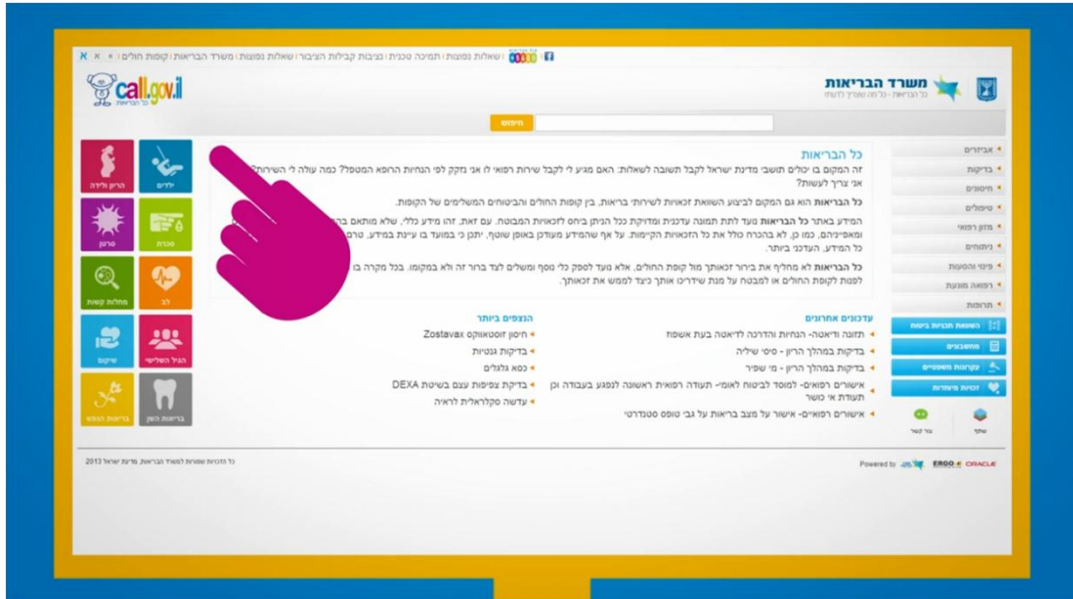
האגף לפיקוח על קופ"ח ושב"ן במשרד הבריאות חרט על דגלו את עיקרון הנגשת המידע והזכויות הרפואיות לציבור ועבודה בשקיפות מלאה מול יותר מ- 8 מיליון תושבים. הקמת אתר "כל הבריאות" והשקתו לציבור הרחב משקף שני עקרונות עליהם נשען האגף בפעילותו מול הציבור - הנגשה ושקיפות. הנגשת מידע על זכויות רפואיות להן זכאי כל תושב מדינת ישראל באמצעות הקמת אתר "כל הבריאות", היא דרכנו לקדם את האידיאולוגיה והערכים מאחורי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. "כל הבריאות" הוא האתר הממשלתי הראשון שמרים את הכפפה ומגיש לכלל המבוטחים מידע חיוני בתחום הרפואה והבריאות.

"כל הבריאות" הושק באוקטובר 2014 לאחר עבודה מאומצת ואינטנסיבית של 3 שנים ומאז הוא הולך ומתפתח. מטרת האתר - להעניק לכל אזרח ותושב במדינה תשובה מדויקת ורשמית באופן מידי, עם אפשרות להדפיס את התשובה בפורמט של מכתב רשמי ממשרד הבריאות, אודות הזכויות הרפואיות שמגיעות לו במסגרת סל הבריאות הממלכתי ובמסגרת שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן), קרי הביטוחים הפרטיים של הקופות חולים.

במסגרת הקמת האתר והנגשת המידע בו לציבור, עברנו על כל סעיפי החוק וערכנו אותם בצורת פריט מידע ידיוותי למשתמש. כל פריט מידע מכיל את הנתונים הבסיסיים והחשובים ביותר למבוטח:

- האם אני זכאי לקבל את השירות/תרופה המתואר בפריט
- מה היא המסגרת הביטוחית במסגרתה אני זכאי לקבל את השירות הרפואי
- האם קיימת השתתפות העצמית ואם כן מהי - קרי כמה, אם בכלל, אני צריך לשל
- האם ישנם תנאים ו/או הגבלות לקבלת השירות הרפואי/ התרופה
- מה עלי לעשות כדי לקבל את השירות: לאיזה גורמים לפנות, איזה טפסים אני אמור למלא וכו'.

"כל הבריאות" מרכז את כל המידע הקיים עבור כל אחת מן הטכנולוגיות הרפואיות: סעיפי החוק, חוזרים שפורסמו במשרד הבריאות (חוזרי מנכ"ל, מינהל רפואה, פיקוח על קופות חולים וכדומה), נהלים, החלטות נציבות, פסקי דין וסעיפים בחוק הבאים להעניק את המטריה החוקית לשירותים שאנו מנגישים לציבור. האתר מכיל מידע אודות כל הטכנולוגיות המונגשות בסל הבריאות הממלכתי והשב"ן: תרופות, בדיקות, אביזרים, חיסונים, טיפולים, מזון רפואי, ניתוחים ועוד.



על מנת להרחיב את השירות ולהבטיח נגישות, האתר הותאם גם למכשירים הסלולאריים. לאחר העלאת האתר לאוויר, המטרה העיקרית הייתה ליידע את הציבור בדבר הקמת שירות זה על מנת להעניק להם כלי לבדיקת זכויות רפואיות ובעיקר ככלי להשוואת זכויות בין הקופות השונות. על מנת להגיע לאוכלוסיות רחבות וליידע אותם בחשיבות אתר זה, עיצבנו פלייר המכיל מידע אודות האתר ויתרונותיו בחמש שפות: עברית, ערבית, רוסית, אמהרית ואנגלית. הופענו בכנסים רבים ומגוונים מול קהלי יעד שונים, הגענו עד לצפת בצפון ולאשקלון בדרום. לכל כנס שהחמנו אליו הופענו והצגנו את האתר, חילקנו את עלוני המידע בחמשת השפות, העברנו הרצאות בשפות העברית והערבית- כשבמרכז- המבוטח והצורך שלו לדעת, לצד החובה שלנו לתת. בכל הזדמנות הקרנו סרטון הדרכה שמסביר כיצד ניתן להשתמש באתר ולהפיק את מירב התועלת ממנו. כדי להנגיש סרטון זה לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים כגון קשיי שמיעה, ההקרנה מלווה בכתוביות. סרטון זה מוקרן כיום על גבי המסכים של "מגדלי הבירה", המשרדים הראשיים של משרד הבריאות בירושלים, ועל גבי מסכים בתוך בתי חולים ברחבי הארץ.

במקביל אנו מקיימים הדרכות לצוותי הרפואיים והמנהליים של מערכת הבריאות בבתי חולים ולשכות בריאות בכל רחבי הארץ, במטרה להכשיר אותם לשימוש בכלי שיאפשר להם להנגיש את המידע למטופלים ומשפחותיהם. בנוסף, בבית החולים רמב"ם מופיע הקישור ל"כל הבריאות" על טפסי שחרור מאשפוז.

השפעת הקמת האתר על התנהגות המבוטחים:

הציבור בישראל צמא למידע אודות זכויותיו ואופן מימוש זכויות אלו. בתאריך 22.04.15 הושק הקמפיין הפרסומי של אתר "כל הבריאות" בכלי התקשורת הדיגיטליים. קודם להשקת הקמפיין מספר הכניסות לאתר לא חצה את הרף של מאות כניסות בחודש. ביום הקמפיין מספר הכניסות לאתר עמד על קרוב ל- 16,000.

במהלך שבוע השקת הקמפיין, ביקרו באתר מעל 81,000 משתמשי שצפו בכחצי מיליון דפי מידע. מגמה זו חזרה על עצמה בעת כניסת הרפורמה לבריאות הנפש לתוקפה ב- 1 ליוני 2015, כאשר משרד הבריאות, באמצעות הפרסומות באמצעי התקשורת, הפנה את קהל המבוטחים ומשפחותיהם להשתמש באתר שלנו כדי לברר את הזכויות בתחום בריאות הנפש לאחר כניסת הרפורמה לתוקף.

האתר שומר על רעננות ומהימנות ומעודכן במידע ובנתונים הרלוונטיים ביותר. בנוסף, אנו נותנים מענה שוטף והולם תוך זמן קצר לפניית הציבור שמגיעות אלינו בנושא בירור הזכויות בעקבות החשיפה למידע באתר- תוך שיתוף הפעולה עם האגפים מקצועיים במשרד ושתחום עיסוקם נוגע לתוכן הפניות.

אתר "כל הבריאות"- כלי ליישום מדיניות:

הקמת מערכת "כל הבריאות" היא הצהרת כוונות ברורה על מדיניות חדשה של עבודה בשקיפות מלאה ושיתוף פעולה עם הציבור באופן שיעודד את הגברת הנגישות למידע והיכולת למיצוי זכויות במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשב"ן.

"כל הבריאות" היא הדרך להעצים את הציבור בבואו לממש את זכויותיו, כמו גם להשוות את השירותים שניתנים ע"י קופות החולים אם במסגרת הסל הבסיסי ואם במסגרת הביטוחים המשלימים. היכולת לקיים השוואה מייצרת תחרות בין הקופות בשלב הזה ומול הביטוחים הפרטיים בהמשך, ועשויה לתרום להקטנת ההוצאה הפרטית על בריאות ולייעול תהליכי קבלת הטיפול הרפואי.

תם ונשלם? ממש לא:

בפני צוות "כל הבריאות" השייך לאגף פיקוח על קופ"ח ושב"ן עומדות משימות נוספות של הרחבת יכולות המערכת, מתן תשובות אישיות לשאלות זכאות, המשך תחזוקה שוטפת של הזכויות במערכת מתפתחת משתנה ומתעדכנת בתדירות גבוהה, הרחבת מסגרות ההדרכה כמו גם חיזוק והרחבת שיתופי הפעולה לטובת הציבור. כמו כן, עומד לפנינו עוד אתגר- תרגום האתר לשפות: ערבית, רוסית ואנגלית והנגשת האתר לבעלי צרכים מיוחדים דוגמת לקויי ראייה.

לשכת בריאות מחוזיות

לשכת הבריאות המחוזית בצפון

דר' מיכל כהן-דר, רופאת מחוז הצפון; דר' סמירה עוביד, מקדמת בריאות מחוזית; הגב' ניצה כהן, אחות מפקחת מחוזית

מחוז צפון נקי מעישון ומקדם אורח חיים בריא ופעיל:

- א. נעשתה הכשרת פקחים רשותיים של העיר נצרת ו-6 הכפרים הסמוכים לה בנושא, כולל הכנה והעצמה למתן קנסות במקומות האסורים לעישון.
- ב. בין ינואר ליוני 2015 נערכה סדנא ל-104 רופאים ואחיות של 3 בתי-החולים המיסיונריים בעיר נצרת – "הרופא / הצוות הרפואי כמודל לחיקוי" (על חשבון שעות עבודתם ובברכת מנהלי בתי"ח). נזקי העישון, פעילות גופנית ותזונה נבונה היו נושאי הסדנאות כולל אופן הטמעת הידע הלכה למעשה בקרב הרופאים והאחיות למען בריאותם ושילובם האקטיבי לקידום בריאות האוכלוסייה הערבית בעיר נצרת ובסביבותיה.
2. הכשרה דומה ניתנה לצוותי הבריאות של מכבי שרותי בריאות (על חשבון שעות עבודה ובברכת ההנהלה).

קידום מניעת מחלת קדחת מלטה בקרב האוכלוסייה הערבית:

בישוב ירכא: בעקבות התפרצויות חזרות של מחלת קדחת מלטה בקרב האוכלוסייה הערבית במחוז הצפון ובישוב הדרחי ירכא, יזמנו תוכנית לקידום מניעת המחלה, במטרה להעלות הידע והמודעות למחלה ולדרכים למניעתה בקרב תושבי ירכא וכלל האוכלוסייה הערבית בישראל.

1. הוקמה וועדת היגוי יישובית עם ראש הרשות וסגנו, מנהלי מחלקות ברשות, נציגים מלשכת הבריאות המחוזית ומנפת עכו ומשרד החקלאות
2. אותרו הנשים שמכינות את הגבינה הביתית המהווה את המקור להפצת המחלה
3. חוסנו העדרים בכפר והושמדו בעלי חיים נגועים ע"י משרד החקלאות
4. הוכשרו בנות שרות לאומי להעברת המסרים בכול בתי הספר בכפר
5. השתתפות בכנס מקומי שיזמה הרשות ובו השתתפו גם כל אנשי המפתח בכפר, עמותות נשים, אנשי דת, נציגים מהקופות המבטחות ותושבי הכפר שחלו במחלה. בכנס חילקנו חוברות הסברה למשתתפים. כל המדיה הערבית המקומית והארצית סיקרה הכנס.

במקביל, יזמנו קמפיין רדיו אשר נתמך ומומן על ידי המחלקה הארצית לקידום בריאות. הקמפיין יצא ברדיו " אלשמס" המשדר רק לאוכלוסייה הערבית בישראל. הקמפיין כלל 12 תשדירים שהושמעו כל יום והעבירו מסרים על המחלה וסכנותיה ועל הדרכים למניעתה. נערכו ראיונות עם אנשי מקצוע מתחומים שונים: רופאי בריאות הציבור, רופאי משפחה, מהנדסי מזון, ווטרינרים

ממשרד החקלאות, נציגים של רשויות מקומיות ועיריות, נציגים מעמותות נשים פעילות ומרואיינים מתחום קידום בריאות. היה ייצוג של כל האזורים בארץ מהצפון עד הנגב בדרום.

הכשרת סטודנטיות לסיעוד יוצאות אתיופיה בשנה הרביעית הלומדות במכללת עמק יזרעאל כסוכנות שינוי:

מטרת התוכנית: סטודנטיות לסיעוד יוצאות אתיופיה יאמצו לעצמן אורח חיים בריא, פעיל ונקי מעישון ויהוו מודל לחיקוי וסוכנות שינוי בקרב הקהילה האתיופית ובכלל. בתוכנית העשרנו את הידע שלהן, העלינו את המודעות ונתנו להן כלים שהן התנסו גם בחלק מהם.

הכשרת הרוקחים בנפת נצרת כסוכני שינוי לקידום מניעת השמנת יתר ומחלת הסוכרת:

בשיתוף עם מיזם "עוצמה" למניעת סוכרת, הועברה תכנית לרוקחים בעיר נצרת אשר כללה סדנא בת כ- 10 מפגשים, בנושאים הקשורים לאורח חיים בריא ופעיל, תזונה נבונה ופעילות גופנית, וידע מעודכן בנהלים החדשים הקשורים לתשאול וייעוץ רוקחי. כמו כן, המשתתפים קיבלו כלים להטמעת התוכנית בבתי המרקחת.

תכניות המופעלות במסגרת שיקום שכונות מגזרי (בקרוב דרזים, צ'רקסים ובדואים) ושיקום שכונות חברתי:

התוכנית מופעלת ב- 14 יישובים בנושאים שונים: גרייה מקדמת, הדרכות הורים בנושאי בריאות שונים, הפעלת משחקיות, תזונה נבונה, אורח חיים ועוד.

תוכנית הכשרה בנושא: איתור זיהוי ילדים במצבי סיכון וסכנה לאנשי מקצוע פרארפואיים המשולבים בתחנות טיפת חלב:

אנשי מקצוע אלו משולבים בהפעלת תכניות בתחנות טיפת חלב במסגרת התוכנית הלאומית, שיקום שכונות ושותפויות אחרות דוגמת היחידה ההתפתחותית בבי"ח נהריה. קיימנו 4 ימי הכשרה לעובדים אלו (כ- 40 אנשי מקצוע) במטרה להגדיל ולהרחיב את היכולת של איתור ילדים במצבי סיכון וסכנה תוך מתן כלים לצוותים הנמצאים באינטראקציה טיפולית בטיפת חלב, להעשיר אותם ולחברם לנושא האיתור והטיפול בילדים במצבי סיכון וסכנה. נושא זה הינו בעל חשיבות גבוהה במחוז הצפון ומהווה חלק בלתי נפרד ומשמעותי בעבודת האחיות בטיפות החלב. במהלך עבודתם הצוותים נחשפים לקשר הורים- ילדים, קשר היכול לעיתים להצביע על מצבי סיכון שונים כמו: הפרעות בקשר, הזנחה, אלימות במשפחה ומצבי סיכון אחרים. הסתכלות רחבה וראיה הוליסטית רב מקצועית מעלה ומרחיבה את האיתור של ילדים אלו. מידע זה מועבר באמצעות אחיות טיפת חלב, לרשויות לבניית תכנית התערבות וטיפול.

מניעת אלימות במשפחה:

כמידי שנה אנו מקיימים כנס מחחי לציון היום הבינלאומי למאבק באלימות נגד נשים. בכנס זה משתתפים כ- 120 אחיות ורופאים המהווים ציר מרכזי ומשאב מקצועי בתשאול ואיתור נשים נפגעות אלימות וילדים במצבי סיכון וסכנה עם מתן דגש בנושא איתור חיהוי ילדים אלו. **המטרה** המרכזית היא לקדם ולחזק בכל דרך אפשרית את המיומנויות המקצועיות של כל העוסקים במלאכה על מנת להעלות את שיעורי התשאול והאיתור. השנה הכנס מתוכנן להתקיים בתאריך ה-10.12.15.

הפרעות אכילה בגיל הרך:

המטרה - לאתר בשלבים המאוד מוקדמים הפרעות אכילה בגיל הרך ולקדם שותפות עם שירותים בקהילה תוך הנגשת הטיפול לאוכלוסיות בסיכון. בשלב הראשון התקיים כנס מחחי בתאריך ה-11.6.15 בנושא בו נחשפו לנושא 130 אחיות ורופאי אם וילד. כרגע נמצאים בשלב ראשוני של בניית כלי איתור (שאלון המבוסס על ספרות מקצועית) וקידום הממשקים והשותפויות בקהילה.

איתור דיכאון בהריון ולאחר לידה:

בניית מערך משותף עם עובדות סוציאליות בקופות המבטחות (קופ"ח כללית ומכבי) לקבלת מענה ראשוני תומך לנשים בדיכאון בהריון ולאחר לידה המאותרות בטיפת חלב. המטרה- הנגשת שרות ראשוני תומך לאישה ולהתגברות על המחסומים של המטופלות ממרפאות בריאות הנפש.

לשכת הבריאות המחוזית בדרום

ד"ר זיוה שטל, מנהלת קידום בריאות

הפעילות הייחודיות המתבצעות בלשכת בריאות דרום בנושא צמצום פערים בבריאות במחלקה

: לקידום בריאות - 2015 :

- הנגשה תרבותית- הלשכה מתייעדת לשלוח מסר כתוב לכל עובד בנושא תוכנית הלשכה להנגשה תרבותית, בחינה של השילוט והטפסים לאזרח הקיימים בלשכה וריענון תרגומים במקרה הצורך
- מניעת עישון- בוצעו פעילויות מניעה; אכיפה והפסקת עישון במחוז כשגרה באמצעות ובשיתוף רשויות מקומיות וקופות החולים; מענה והכוונה על תלונות תושבים בנושא עישון המציק; חקר נושא מניעת עישון באוכלוסיית הדרום בשיתוף החטיבה לבריאות הקהילה בפקולטה למדעי בריאות; אוניברסיטת בן-גוריון
- קידום בריאות בשכונות ובאוכלוסיות בפריפריה החברתית בבאר שבע - באמצעות שתוף פעולה עם עיריית באר שבע להכשרת פעילי בריאות בקהילת באר שבע והפעלתם כסוכני בריאות במקום עיסוקם בתוכניות קידום בריאות.

תכניות ממשיות:

- פעילות בקרב מערכת החינוך של המגזר הבדואי והדרכת צוותי החינוך על מחלת הברוצלזיס ומניעתה, באמצעות הדרכת אחיות בריאות התלמיד אשר תדרכנה את צוותי המורים בבתי הספר במטרה שהנושא ישולב במערכת הלימודים של התלמידים בבתי הספר
- פעילות של 14 בנות שרות לאומי אזרחי בדואיות בתחנות טיפת החלב במגזר הבדואי שעברו הכשרה בנושא ברוצלזיס ומשמשות כמדריכות למניעת המחלה בקרב הנשים הבדואיות בתחנות טיפת החלב
- העשרת הלחם - ניטור של העשרת הלחם במאפיה המודרנית ברהט, העשרת ייעודית של חומצה פולית וויטמינים ומינרלים נוספים למניעת מומים מולדים ותת תזונה. מועשרים כל סוגי הלחם שהמאפיה מייצרת (לחם לבן, אחיד, פיתות ולחמניות) והם נמכרים במחיר הרגיל שלהם ללא תוספת עלות. העשרה זו מסובסדת ע"י משרד הבריאות ובפיקוח הלשכה. מתוכנן המשך בשנת הפעילות הבאה.

לשכת הבריאות המחוזית באשקלון

יעל ארבלי, אחות מחזית

קידום בריאות סובב עולם – תכנית קידום בריאות לעולים רופאים בתחנה לבריאות המשפחה באשדוד:

התחנה לבריאות המשפחה ברובע א באשדוד קולטת את העולים המגיעים למרכז הקליטה "בית קנדה" הנמוקם ברובע. מזה מספר שנים, מרכז הקליטה עוסק בפרויקט של קליטת משפחות מבריה"מ לשעבר, שאחד מבני הזוג או שניהם בעלי תואר ברפואה.

משפחות אלה הינן משפחות צעירות בעלות ילדים בטווח גילאים מלידה ועד חטיבת ביניים. כל משפחה שמגיעה למרכז הקליטה מופנית ע"י אם הבית למעקב בטיפת החלב שם היא מתקבלת בתיאום מראש ע"י אחות דוברת רוסית.

במיפוי של פנקסי החיסונים נמצא כי 70% מילדי משפחות אלה אינם מחוסנים כלל ו 100% מהמתחסנים זקוקים להשלמות חיסונים. למרות השכלתם, הורי הילדים שאינם מחוסנים הביעו חששות מפני חיסון ילדיהם. החששות נבעו בעיקר כתוצאה מדעה שרווחת בארצות מוצאם כי החיסונים מכילים חומרים מסוכנים ולכן אינם בטוחים וגורמים לתופעות לוואי קשות. בנוסף לכך, רווחת הנורמה החברתית כי ילד לא מתחסן גם אם הוא מצונן מעט או משתעל, ללא מחלה חריפה.

נושא החיסונים הפך להיות הנושא הראשון והעיקרי שהאחות עסקה בו במהלך המפגשים עם ההורים אך באותה חשיבות עלה גם נושא התזונה וההזנה כתוצאה מהשונות ההתנהגותית בין הארץ לארצות המוצא.

האמון שקבוצה זו נתנה באחות הציפה מצדם שאלות בתחומים נוספים, דבר שהביא את צוות התחנה לבנות תכנית קידום בריאות שעיקרה העברת מידע על חשיבות המעקב בטיפת חלב, חשיבות החיסונים, תזונה נכונה ובניית תפריט משפחתי, גרייה מקדמת, מניעת מחלות חורף/ קיץ ובטיחות.

המפגשים התקיימו באווירה נוחה ומקבלת הן בתחנה לבריאות המשפחה והן במרכז הקליטה. המפגשים הועברו בשפה הרוסית וכן חולקו עלוני מידע בשפה זו. ניתנה הזדמנות לשאול שאלות ולהביע חששות וספקות. לגבי הילדים מעל גיל 6 – האחות יצרה חיבור בין ההורים לאחיות השירות לתלמיד לצורך השלמת חיסונים והדרכה על פעילויות צפויות לילדים בהתאם לגילם.

אין ספק כי ראייתה הרחבה של האחות הביאה לבניית "תכנית תפורה" המותאמת תרבותית לאוכלוסייה הספציפית ובראיה עתידית תהווה גשר לקליטה טובה יותר של קבוצת עולים זו.

"העצמת נשים במגזר החרדי בתחומי בריאות האישה והמשפחה":

פעילות קבוצתית שנערכה בישוב שתושביו הם מהמגזר החרדי. הפעילות נערכה במסגרת המתנ"ס. נערכו מפגשים מקדימים בהם לובנו תחומי העניין של הנשים. נבנתה תכנית מותאמת תרבות ומתווכת בין ידע מדעי בריאותי קיים לנוהגים, אמונות וגישות תרבותיים. הנושאים המרכזיים היו אחריות לבריאות של הנשים ובני משפחותיהם, נערות מתבגרות בחברה זו, הנחלה בריאותית ודפוסי התנהגות עצמית והורית. בנוסף- תזונה משפחתית, פעילות גופנית, מניעה בתחום בריאות האישה ויחסי הורים מתבגרים. הפעילות בוצעה על ידי אחות בריאות הציבור ואחות מקדמת בריאות המתמחה במתבגרים.

לשכת הבריאות המחוזית בירושלים

ד"ר חן שטיין-זמיר, רופאת המחוז

רקע כללי: קידום בריאות האוכלוסייה ע"י ניטור מצבי בריאות והערכתם, מיפוי צרכי בריאות ושירותי בריאות, פעילויות לצמצום פערים ואי שוויון בבריאות ומניעת סיכונים בריאותיים הקשורים לחשיפות סביבתיות, הם מתפקידי הליבה של משרד הבריאות, באמצעות שירותי בריאות הציבור ולשכות הבריאות בארץ. לשכת הבריאות המחוזית י-ם משרתת אוכלוסייה של למעלה מיליון נפש המתגוררת ב- 111 ישובים בפריסה גיאוגרפית נרחבת הכוללת את העיר י-ם, פרחדור י-ם, אזור שפלת יהודה והרי יהודה, בקעת הירדן, מגילות, גוש עציון ואזור יהודה עד הר חברון. הרכב האוכלוסייה במחוז הינו הטרוגני מבחינות רבות: לאומית, דתית וחברתית-כלכלית.

מטרות: א. שיפור הנגישות התרבותית והלשונית של מערכות הבריאות והתאמתן, תוך חיזוק היכולת לספק שירותים לאוכלוסייה בכל העשייה הארגונית. ב. צמצום פערים בבריאות בין מגזרים שונים באוכלוסייה, תוך העצמת כלל הקבוצות ובדגש על הקבוצות החלשות/ בסיכון.

קבוצות יעד: אוכלוסיות מחוז י-ם מכלל המגזרים 1,135,800 תושבים (מהווה 14.1% מכלל אוכלוסיית ישראל) יהודים – 821,200 (72.3%), ערבים – 314,600 (27.7%).

תכניות לצמצום פערים:

התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון 360°:

התוכנית מופעלת בישובים שהוגדרו באמצעות היעדים לצמצום פערים במחוז ירושלים - בית שמש, ביתר עילית, טלזסטון, עין נקובא, אבו גוש וגוש עציון. בתחנות טיפת חלב ההתמקדות הינה בילדים בסיכון מלידה עד גיל 3 שנים והוריהם. בקהילה ההתמקדות הינה בהנגשת שירותים התפתחותיים לילדים מינקות ועד גילאי בית הספר המוקדמים ובפתיחת יחידות קהילתיות להתפתחות הילד.

צמצום פערים בנושא מניעת תחלואה זיהומית ממחלות בנות מניעה ע"י חיסונים:

מבצעי עידוד התחסנות והשלמת חיסוני שיגרה לילדים בתחנות טיפת חלב במגמה למנוע תחלואה במחלות מדבקות. הלשכה מקיימת שיתוף פעולה עם הרשויות המקומיות, משרדי הממשלה וארגונים נוספים על מנת לקדם את מניעת התחלואה המדבקת. מתקיים קשר רציף עם מינהל בריאות הציבור בעיריית י-ם, מחזיקי תיק הבריאות ומקדמי בריאות ברשת ערים בריאות, עמותות, ארגונים ומוסדות רפואה בקהילה. נערכים מבצעי חיסונים במגזר החרדי בערים י-ם, ביתר עילית ובית שמש תוך שיתוף פעולה מלא עם הגופים הנ"ל ותוך היענות טובה של האוכלוסייה. ימי המבצעים מנוצלים לפעילויות של קידום בריאות ולהדרכה.

תכנית להעלאת מודעות למניעת מחלות מדבקות:

הדרכה ע"י צוות הלשכה לצוותי בריאות בקופות חולים במחוז בנושאי מניעת מחלות מדבקות, לדוגמא: א. בקרת ומניעת תחלואת ברוצלה במזרח י-ם תוך שותפות של מחלקות הלשכה (אפידמיולוגיה, שירות המזון, וטרינריה, קידום בריאות) עם השירותים הווטרינריים ברשויות המקומיות ובמשרד החקלאות ועם רשת המתנ"סים. ב. מניעת שעלת בתינוקות צעירים ועידוד חיסון שעלת לנשים הרות, הדרכה לגופי הבריאות ופעילויות במסגרת שבוע החיסונים במחוז.

עידוד צריכת חומצה פולית לנשים בגיל הפוריות:

הדרכה בפורומים וקהלים שונים בנושא המלצות משרד הבריאות "חומצה פולית - כל אישה כל יום" למניעת מומים מולדים: תחנות טיפת חלב, צוותי מערכות הבריאות, צוותי חינוך, רבניות, מדריכות כלה, בלניות במקוואות.

פתיחת תחנות טיפת חלב חדשות להנגשה ושיפור שירותי בריאות מונעים לילדים:

נפתחו תחנות טיפת חלב נגישות ומרווחות במבשרת ציון ולאחרונה בבית חנינא במזרח ירושלים.

קידום בריאות השן באוכלוסיות בסיכון:

א. הדרכה להורים לילדים בגיל הרך בטיפות חלב. תכנית התערבות מכוונת לפעוטות ולילדי

גן על צחצוח שיניים נכון והנחיות למניעת עששת.

ב. הדרכות לצוותי הבריאות בכל המוסדות הגריאטריים במחוז הועברו ע"י רופא שיניים

מלשכת הבריאות, בכל מוסד הושאר לאחות הראשית חומר הדרכה מפורט כולל דיסק על

מנת להמשיך בהדרכת המטפלים ולהכשיר מטפלים חדשים על קוים מנחים לשימור

ושיפור בריאות הפה והשיניים בקשישים. סבב מעקב ותמיכה במוסדות יערך בסוף שנת 2015.

תכנית לעולי אתיופיה במרכז קליטה במבשרת ציון:

הדרכה בנושאי היגיינת הפה ותזונה נבונה המיועדת לילדים בגיל הרך במרכז הקליטה, על מנת לחזק את השתלבותם בחברה, זאת על רקע פערי השפה והתרבות של העולים. ההדרכה פועלת בטיפת חלב במרכז קליטה במבשרת ציון בשיתוף מגשרת של טיפת חלב ובשיתוף צוות האחיות והרופאים.

תכניות בבריאות הנפש:

תכניות קידום בריאות בנושאים של אורחות חיים ותזונה נבונה במסגרות לשיקום מתמודדים עם רגישות נפשית:

- א. במסגרת תקופת הסטאז' בתזונה הנערך בלשכת הבריאות – במסגרות שיקום.
- ב. פרויקט משותף למדורי תזונה וקידום בריאות והפסיכיאטריה המחוזית עם הוסטלים וקהילות תומכות של עמותת עתיד בשיתוף העמותה.

מניעת אלימות:

פעילות הדרכה מקצועית לעידוד איתור ודיווח על חשש לאלימות, דרכי פעולה ועקרונות התמודדות הועברה ע"י עו"ס מרכזת הנושא וצוות הלשכה. תכנית הכשרה יעודית מכוונת נערכה לצוותים בבריאות הנפש.

תכנית להנגשה תרבותית ולשונית:

- המשך עבודת ועדת היגוי בלשכה המורכבת מצוות רב מקצועי (בוועדה חברים רופאים, אחיות ואנשי מנהל, יו"ר - סגנית האחות המפקחת המחוזית)
- סדנאות הדרכה לצוות בנושא הנגשה תרבותית (6 סדנאות במהלך נובמבר 2014 – 2015)
- סקר למיפוי פערים לשוניים ותרבותיים בכל מחלקות הלשכה ובתחנות טיפת חלב במחוז
- הצטרפות הלשכה לקבלת שרות מוקד טלפוני לתרגום בשפות שונות של המשרד
- הדרכות לעובדים בסקטורים השונים לגבי הטמעת השימוש במוקד הטלפוני- הדרכה ע"י גב' מיכל שקד מרכזת בכירה לפיתוח הדרכה באגף הדרכה ופיתוח במשרד במסגרת פורום הנהלה מורחבת, פורום אחיות מפקחות ופורום רופאים.
- הדרכת אחיות אחראיות בתחנות טיפת חלב בנושא הטמעת שימוש במוקד טלפוני
- תרגום השלטים בלשכה בהתאם לחזר מנכ"ל, השלטים קיימים בשפות עברית ובערבית
- סדנא להנגשה תרבותית ולשונית לצוות הפסיכיאטריה המחוזית ולתזונאיות
- איסוף מידע מכל המחלקות לשם איתור טפסים חיוניים לתרגום
- המשך הטמעת נושאי ההנגשה בפעילות השוטפת של לשכת הבריאות

לסיכום: מתקיימות מגוון פעילויות רב תחומיות במטרה לקדם צמצום פערים בבריאות במחוז ירושלים.

לשכת הבריאות המחוזית חיפה

עדי פרץ, סגנית ממונה מינהל בריאות במחוז הממונה על הנגשה לשונית במחוז.

תרגום דפי מידע לשפות במחלקות השונות:

נערכו פגישות ב-2015 עם כל מנהלי המחלקות במחוז ומופו השפות של הלקוחות המקבילים שירות בכל מחלקה. בהתאם למיפוי, תורגמו חלק מדפי המידע. חלק אחר נמצא בתהליך תרגום לערבית ולרוסית.

התרגומים שבוצעו ועדיין בתהליך ביצוע כמפורט להלן:

- מחלקת ועדות ניידות- תרגום דף ההזמנה והדף נלווה לערבית ולרוסית
- מחלות ממושכות ושיקום בנפת חיפה-תרגום דפי המידע של אשפוזים, מכשירי שיקום וניידות והתאמת תנאי דיור לשפה הרוסית
- שירות המזון-תרגום מדריך רישיון היצרן לערבית ולרוסית
- אפידמיולוגיה בנפת חיפה-תרגום דף מידע בנושא כלבת לערבית ולרוסית
- אפידמיולוגיה בנפת חדרה- תרגום דפי מידע דיפתריה טטנוס, דיפתריה טטנוס ושעלת, תחלואה במערכת העיכול, ליגינולה, כלבת לערבית ולרוסית
- מחלות ממושכות ושיקום בנפת חדרה- תרגום דפי המידע אשפוזים, מכשירי שיקום וניידות והתאמת תנאי דיור לערבית והרוסית
- המרפאה הניידת למזעור נזקי הזנות- תרגום גלויית המידע ואתר האינטרנט לערבית ולרוסית
- התחנה לטיפול פסיכולוגי התפתחותי -תרגום עלון המידע לערבית, רוסית והאמהרית

נתבי שיחות בתחנות טיפת חלב במחוז:

בוצע מיפוי שפות עיקריות של הלקוחות בכל תחנות טיפת החלב. הלשכה ממתינה להצעת מחיר לתרגום מקצועי של הנתבים.

אתר הלמידה האינטרנטי של אחיות המחוז:

הוחלט על העלאת חומר רלבנטי בנושא הנגשה תרבותית ולשונית לאתר הלמידה האינטרנטי של אחיות המחוז.

לשכת הבריאות המחוזית ת"א

נירה רוסטמי, סגנית אחות מפקחת מחוזית, ויקי כהן, ממונה קידום בריאות

אוכלוסיית מחוז תל אביב הינה הטרוגנית וכוללת קבוצות ממגוון אוכלוסיות: עולים מאתיופיה, מהגרי עבודה, אוכלוסייה חרדית, אוכלוסייה ערבית, קהילת הלהט"ב ועוד. בנוסף, קיימות במחוז אוכלוסיות מוחלשות כמו קשישים במוסדות סיעודיים, מתמודדים עם מחלות נפש, חולים או אוכלוסיות בסיכון גבוה לתחלואה המועברת ביחסי מין, אוכלוסיית חסרי המעמד ועוד. להלן פירוט פעילויות נבחרות שנעשו לשיפור הנגישות התרבותית והלשונית במחוז:

אוכלוסייה חרדית במחוז בכלל ובבני-ברק בפרט:

המטרה: שיפור הנגישות התרבותית לאוכלוסייה החרדית בקבלת שירות מותאם בטיפות החלב.

- נערכה הכשרה לצוותים בטיפות חלב להדרכת הורים למשפחות ברוכות ילדים, בנושאים: מניעת מוות (דגש על שינה בטוחה), טיפול בתינוק בוכה, דרכי הרגעת תינוקות, הימנעות מחשיפה לעישון ועוד.
- נערך יום עיון לאחיות לאיתור פגיעות מיניות בילדים באוכלוסייה החרדית בשיתוף עמותת על"ם בני ברק.
- נערכה הדרכת אמהות ברוכות ילדים בטיפות חלב בנושאים: בטיחות בבית בסביבה דתית הכוללת ארונות ספרים עמוסים, הדלקת נרות, מיחם, תנור, פלטת שבת ועוד. בנוסף, נבנתה תכנית לבטיחות מחוץ לבית בקהילה החרדית בשיתוף הרשות המקומית, המרכז הרפואי "מעייני הישועה" וארגוני הצלה שונים בעיר.

אוכלוסיית המתמודדים/ות עם מחלות נפש בקהילה:

המטרה: אימוץ מודל לאורח חיים בריא במסגרות הדיור ומיצוי הפוטנציאל השיקומי של המתמודדים.

- נערכו הכשרות למטפלים ע"י צוות סל שיקום, דיאטניות הלשכה ומקדמת הבריאות, בשיתוף מסגרות השיקום בקהילה. לדוגמא: נערך יום עיון לכלל המסגרות במחוז בנושא אורח חיים בריא, הורחבו ההדרכות של הדיאטניות בתוך מסגרות השיקום לצוותים המטפלים, ונפתחה קבוצת כדורגל לגברים בציבור החרדי.
- צוות סל שיקום משלב מתמודדים/ות עם מחלות נפש, במסגרות השכלה ותעסוקה: 13 מתמודדים מהקהילה החרדית השתלבו בקורסים רגילים בקהילה, בקורסי השכלה ובמכינה הטרם-אקדמית. לקראת סוף 2015 מתוכנן להיפתח מרכז תעסוקתי למתמודדות מהמגזר החרדי.
- נפתחה קבוצת הורים של מתמודדים, אשר הורים המתמודדים עם מגבלה פסיכיאטרית משולבים בה.

אוכלוסיית חסרי מעמד (ברובם ילידי אריתראה):

המטרה: הנגשת מידע בריאותי לאיתור, מניעה וטיפול.

- שיתוף פעולה של צוותי לשכת הבריאות עם מרפאת טרם, עיריית ת"א, קופ"ח מאוחדת וארגון מסיל"ה לצורך תרגום לטיגרית של עלונים בנושאים: חיסונים, שינה בטוחה, הכנת תמ"ל ותזונת התינוק עד גיל שנה, והכנת פוסטרים בטיגרית למסגרות הרלוונטיות בנושאים: סכנת חנק ומזונות ומשקאות עתירי סוכר.
- תרגום שאלון EPSPD לטיגרית (לאיתור חשד לדיכאון לאחר לידה).
- התקיימה קבוצה בטיפת חלב בשכונת פרדס כץ בבני-ברק, למפעילות גנון ולהורים בנושא בטיחות.
- במרפאת לוינסקי ניתנו שירותי תרגום לבדיקת פונים בלי תסמינים, אנמנזה מקוצרת לנשים הרות, ליווי נשאי HIV חסרי מעמד ושילובם בתכנית הקהילתית למעקב וטיפול בנושאים חסרי מעמד.

יוצאי אתיופיה:

המטרה: שילוב יוצאי אתיופיה בפעילויות הדרכה קבוצתיות להורים בטיפות חלב. מכיוון שעם השנים יותר הורים יוצאי אתיופיה המגיעים לטיפות חלב הם ילידי הארץ או למדו והתחנכו בארץ מגיל צעיר, הוחלט לעבור מהפעלת תכניות ייעודיות לאוכלוסייה להגברת שילובם בתכניות עם ישראלים ילידי הארץ. זאת על מנת להעצים ולהגדיל את מעורבותם בקידום הבריאות וההתפתחות של ילדיהם בגיל הרך. הורים ממוצא אתיופי שולבו השנה בקבוצות בנושאים: חיזוק קשר הורה-ילד באמצעות מגע, סדנאות לתינוק חדש במשפחה, הדרכות הנקה, בטיחות בבית, מעבר לאכילת מוצקים ועוד.

מסגרות לילדים ממשפחות בסיכון:

המטרה: תזונה נבונה לילדי המועדוניות הטיפוליות הפועלות לאחר שעות ביה"ס. דיאטניות הלשכה בשיתוף מחלקות הרווחה העירוניות ומשרד החינוך מלוות את צוותי החינוך ב- 47 מועדוניות טיפוליות בשמונה מערי המחוז, במפגשי הדרכה בנושאים: תזונה נבונה, תפריט מתאים ויחסי אכילה והאכלה.

קהל להט"בי בסיכון:

המטרה: התאמת והנגשת שירותי מרפאת לוינסקי לקהל הלהט"בים, בפרט על מי מתוכם/ן שבסיכון.

מוביל תחום הלהט"ב במרפאת לוינסקי מטפל פרטנית בגברים ובטראנסיות בזנות, ומפעיל מרפאות ניידות במרכז הקהילתי הגאה בת"א וניידות לגברים ונשים טרנסג'נדריות בזנות. נושאי העבודה העיקריים: שיחות טיפול קבועות, מיצוי זכויות מול בטל"א ודרי רחוב, התערבות קצרת טווח, הפניות לארגוני סיוע, הפעלת מבצעי בדיקות בשיתוף עם הוועד למלחמה באיידס וקיום קשרי רחוב קבועים.

בתי החולים

המרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה

ד"ר ארז און, מנהל המרכז הרפואי

בחזון המרכז הרפואי- המרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה יראה כמטרה ראשונה במעלה את שיפור שרותי הבריאות לתושבי הפריפריה ולפיכך יפעל ללא ליאות בשאיפה לצמצום הפערים בשרותי הרפואה בין המרכז לפריפריה.

לאור זאת למרכז הרפואי תפקיד מרכזי בצמצום הפערים הקיימים בבריאות, לתושבים אותם אנו משרתים, ביחס לתושבי המרכז, בשל בעיות זמינות ונגישות, ריחוק גיאוגרפי, רקע סוציאקונומי והמרכיבים התרבותיים של תושבי האיזור. המרכז הרפואי הוסמך בשנת 2013 לתקן JCI ומחוייב לפעילות בתחום שיפור הנגישות לשרותי רפואה ושיפור הנגישות הלשונית והתרבותית.

הקמת שירותים חדשים:

שיפור הנגישות והזמינות של שירותים אלו לתושבי הצפון אשר יכולים כיום לקבלם באזור מגוריהם:

- הפרויקט המרכזי - הקמת היחידה לניתוחי לב וחזה במרכז הרפואי ע"ש פדה-פוריה. היחידה נותנת שירות של ניתוח לב פתוח כולל ניתוחי מעקפים, החלפת מסתמים, טיפול בהפרעות קצב ומגוון רחב של שרותי לב אחרים. המרכז הרפואי פדה-פוריה הינו המרכז היחיד הנותן שירות ניתוחי לב בצפון, וביצע השנה עשרות ניתוחי לב מוצלחים לתושבי הצפון.
- השרות הינו פרויקט משותף של המרכז הרפואי פדה-פוריה והמרכז הרפואי ע"ש שיבא בתה"ש. היכולת לניתוחי לב מאפשרת למרכז הרפואי ביצוע פרוצדורות אנדו-וסקולרית מתקדמות כמו השתלת מסתם אורטלי בצנתור ופעולות חודרניות אחרות שבוצעו בהצלחה.
- במרכז הרפואי נחנך מכשיר MRI, המאפשר ביצוע הבדיקה בנגישות ובזמינות גבוהה לתושבי האזור. במרכז הרפואי בוצעו עד כה מאות בדיקות עם שביעות רצון גבוהה של תושבי האזור.

פעילות לקידום בריאות בקהילה:

המרכז הרפואי מקיים פעילות עניפה לצמצום הפערים במודעות לשרותי הבריאות, בהעשרת הידע של האוכלוסיה ופעילות רפואה מונעת בקהילה:

- ימי בריאות וירידי בריאות בקהילה: ייעוץ בנושא לחץ דם, אורח חיים בריא, תזונה נכונה, איזון סוכר בדם (הקמת דוכנים בארועים בקהילה - צליחת הכנרת וכיו"ב).
- הרצאות בנושאי בריאות ורפואה, בטיחות ילדים, מניעת תאונות במסגרות שונות בקהילה - מועדוני ותיקים, מרכזי יום, מתנ"סים. את ההרצאות מעבירים רופאים ואחיות מצוות המרכז הרפואי.

- שיתופי פעולה עם בתי ספר יסודיים ועל יסודיים במסגרת סדרות שנתיות של הרצאות במגוון נושאי בריאות ואורח חיים בריא.
- סדנאות החייאה לילדים ופעוטות להורים, גננות ומטפלות בקהילה וסדנאות החייאה במקרים של דום לב בכל אזור הצפון.
- שיתוף פעולה עם מכללת "כישורי חיים" - מכללה לצעירים בעלי מוגבלויות - הרצאות לסטודנטים במכללה לצד שילובם כמתנדבים במחלקות המרכז הרפואי.
- ימים מרוכזים לבדיקות עיניים של קשישים בקהילה - בשיתוף עמותת "לראות".

פעילות לקידום בריאות המטופל:

הדרכות למטופלים לאחר אוטם בשריר הלב (אורח חיים בריא, תזונה, פעילות גופנית, עישון); הדרכות לחולי סכרת; ייעוץ הנקה והדרכות לילודות; הדרכות בשיתוף ארגון "בטרם" להורי ילדים מאושפזים בנושא מניעת תאונות ביתיות; הדרכת הורי ילודים לקראת שחרור לאחר לידה (שימוש בכיסא בטיחות, מניעת טילטול) ועוד.

פעילות לקידום בריאות העובד:

מועדון "אני עובד בריא" (הרצאה אחת לחודש, פתוחה לכל ציבור העובדים); יום בריאות העובד (הפעלות, סדנאות והרצאות לגבי אורח חיים בריא); סדנאות להפסקת עישון למעשנים מקרב הצוות; סדנא לאורח חיים בריא; חוג פילאטיס (אחת לשבוע); יום מרוכז לאיתור נגעים בעור, פעילויות במסגרת חודש המודעות לסרטן השד (בדיקות אבחון, הרצאות); סדנא להתעמלות בונת עצם.

הנגשה לשונית והתרבותית:

- סדנאות נגישות תרבותית - ארבעה אנשי צוות מהמרכז הרפואי עברו הכשרה כמדריכים בסדנאות. התקיימו שלוש סדנאות בשנת 2014. בשנת 2015 - 11 סדנאות לכ- 220 עובדי המרכז הרפואי.
- אתר האינטרנט של המרכז הרפואי נגיש לשפות ערבית, רוסית ואנגלית. השילוט במרכז הרפואי - בשלוש שפות.
- שימוש במוקד התרגום הרפואי הארצי של משרד הבריאות כולל חמש עמדות תקשורת למוקד הלשוני. צוות המחלקות עבר הדרכות להטמעת השימוש בכלי העזר.
- למתן מענה בשפות אשר לא נתמכות ע"י שרות המוקד הטלפוני, גובשה רשימה של עובדי המרכז הרפואי השולטים בשפות זרות שונות חמינים לספק שרותי תרגום בעת הצורך. במקרה הצורך מתקבל סיוע מן המועצה האזורית עמק הירדן (תרגום לתאילנדית).
- העברת מידע מפורט על חגי הדתות השונות מופץ לכל עובדי המרכז הרפואי ע"י הממונה על נגישות תרבותית.
- המרכז הרפואי נמצא בעיצומו של תהליך הפקת עלוני מידע לכל המחלקות גם שפה הערבית.

המרכז הרפואי לגליל, נהריה

ד"ר מסעד ברהום, מנהל המרכז הרפואי

במרכז הרפואי 700 מיטות אשפוז (בתקן) ועוד 17 מיטות אשפוז יום. המרכז משרת אוכלוסייה הטרוגנית של כ- 600,000 תושבים בעלת שונות רבה המורכבת ממספר קבוצות הנבדלות בתחומי הדת, התרבות, ההשכלה והשפה (עברית, ערבית, אנגלית, רוסית, אמהרית). האוכלוסייה הינה מעדות, דתות ותרבויות שונות: יהודים, נוצרים, דרזים, מוסלמים בדואים וצ'רקסים, חיילי צד"ל ובני משפחותיהם הפזורים בערים, כפרים, קיבוצים, מושבים, עיירות פיתוח ומצפים לצד טיפול ביותר מ- 750 פצועים סורים מתחילת שנת 2015 ועד היום.

פתיחה מחלקות ושירותים רפואיים חדשים וגיוס רופאים בעלי שם ופוטנציאל:

- תנופה בפעילות המחלקה לנוירוכירורגיה- מבוצעים ניתוחים ייחודיים המתבצעים רק במרכז הרפואי. אחוז התפוסה במחלקה מעל 100%. פתיחת המחלקה אפשרה את הרחבת השירותים הניתנים לתושבי הגליל
- פתיחת שירותים חדשים לרווחת מושבי הגליל- צנתורי מוח, בניית מכון מחקר לקידום הרפואה באזור, פתיחת האגף החדש לבריאות האישה, ניתוחי כף יד, יחידת פה ולסת
- IVF- היחידה הרחיבה במהלך שנת 2015 את פעילותיה ומתחילת השנה ועד היום חגגה את הולדתם של 32 תינוקות
- גיוס מנהלי מחלקות ורופאים בכירים בעלי שם שמקדמים את בית החולים
- גיוס 6 מתמחים מקרב הסטאז'רים ונשלחו 3 רופאים להשתלמויות בחו"ל
- עידוד וליווי מתמחים במעבר שלב א' ו- ב'

חינוך לבריאות:

- בקרב עובדי המרכז - יריד בריאות לעובדי המרכז הרפואי בחודש אוגוסט. יתקיימו ירידים נוספים עד סוף שנת 2015.
- פרויקט קידום בריאות בבתי ספר - בקרב בני נוער משני בתי ספר בשלומי. התלמידים מגיעים ליום עיון במרכז הרפואי שכולל הרצאות בנושא תזונה נכונה, מניעת תאונות בקרב בני נוער והחייאה. צוות המרכז הרפואי שוקל את הילדים ומודד את גובהם לצורך מעקב אחר BMI. התוכנית נעשית באווירה חיובית ובליווי ליצנים רפואיים.

קידום מודעות להצלחת איברים בקרב האוכלוסיות השונות:

אחת לתקופה מתקיימים דו שיח וימי עיון עם ראשי הדתות השונים בקהילה: כומר - איש דת נוצרי, אימאם - איש דת מוסלמי, ורבנים, לקידום המודעות להצלחת איברים.

הנגשה תרבותית:

הכשרת 2 עובדות מקרב ציבור העובדים כמדריכות לביצוע הדרכות ייעודיות בנושא הנגשה תרבותית. במהלך 2015 בוצעו הדרכות ל- 95 עובדי הארגון.

מענה לתלונות מטופלים:

מכתבי תלונה המתקבלים בשפות שונות, מתבררים ע"י ועדה מטעם מנהל המרכז. ניתן לכל פונה מענה ע"פ התחייבות המרכז ולפי אמנת איכות השירות. מתבצע ניתוח נתונים של כל מכתבי התלונות ומכתבי תודות ומיושמים תהליכי שיפור בהתאם.

מענה לצרכים תרבותיים של המטופלים:

- ארוחות למטופלים - הוטמע פרויקט תפריט בחירה אישי ב-15 מחלקות אשפוז בהתאם לצרכים התרבותיים והדתיים (כגון בד"ץ, סלטי חומס ומטבוחה למגזר ערבי-מזרחי, סלט תפוז לאוכלוסייה אירופאית ועוד) שמירה על כשרות המזון ופיקוח
- צרכי דת - פועל בית כנסת לטובת המתפללים מהמגזר היהודי ובית תפילה למגזר המוסלמי. מועסק אחראי דת וכשרות

מענה לצרכים לשוניים - הנגשה לשונית:

- מוקד התרגום הרפואי של משרד הבריאות - הטמעה מוצלחת של תרגום סימולטני ב-30 מחלקות.
- הכוונה ושילוט- המשך השילוט בשפות עברית, ערבית ורוסית
- מוקד לזימון תורים- הקמת מוקד חדש לזימון תורים, לטיוב תהליך קביעת התור למגוון אוכלוסיות המטופלים של המרכז הרפואי
- קורס מתורגמנות רפואית - במטרה לאפשר צמצום פערי מודעות לגבי התרבויות השונות של המטופלים בקרב הצוותים ומתן מענה למטופלים בשפתם
- הנגשת מרכזיית המרכז הרפואי למספר שפות ומענה ממוחשב ראשוני
- עומדים לפתוח מספר כיתות ללימוד לשפה הערבית לעובדי המרכז, ללא תשלום

תוכניות לצמצום פערים בבריאות והנגשה תרבותית ולשונית לשנת 2016:

- המשך כל הפרויקטים המתנהלים כיום והגדלת תקן המיטות ל- 710.
- בניית מכון מחקר וגיוס משאבים לביצוע מחקרים באוכלוסייה מאפיינת של הגליל
- בניית בניין קרדיולוגיה ומכון הלב והרחבת מכון הדיאליזה
- הנגשת אתר האינטרנט בשפה ערבית, רוסית ואנגלית
- הדרכת עובדים בהנגשה תרבותית לפי תוכנית עבודה בשיתוף מחלקת הדרכה ופיתוח במשרד הבריאות הדרכת עובדים לקידום תקשורת שירותית והדרכה למניעת אלימות
- ביצוע ימי עיון בנושא הנגשה תרבותית ולשונית לקהילה ולצוותים.

המרכז הרפואי שערי צדק

טלי אחי, מנהלת הדרכה

המרכז הרפואי שערי צדק מקצה משאבים לפרויקטים בעלי חשיבות חברתית, לאומית וטיפולית אשר משיקים לפעילות הרפואית השוטפת, תורמים להקלה על מטופלים עם קשיים מסוגים שונים ולהידוק הקשר עם הקהילה. בין השאר, אנו שמים דגש רב על הטמעת נושא הכשירות התרבותית וההנגשה הלשונית ע"י הכשרת מתורגמנים רפואיים, ביצוע הדרכות של צוות העובדים להעלאת המודעות והפתיחות לנושא ולקבלת כלים לתקשורת מותאמת רב תרבותית, הכשרה מבנית ולוגיסטית, ארגון קורסים ללימוד שפות לצוות העובדים לשיפור השיח התקשורתי עם המטופלים ועוד. כמו כן אנו מפעילים במסגרת שירות המתנדבים "יחידת סגולה" המסייעת למטופלים מבוגרים לקבל מידע על הזכויות המגיעות להם. אנו מעסיקים עובדת סוציאלית הדואגת למטופלים שהם ניצולי שואה למיזוי זכויותיהם. כן העברנו סדרת הדרכות לחברי הצוות באשר לשימוש באתר "כל הבריאות" אשר מספק מידע על זכויות המטופלים, מסייע בהכוונתם וחוסך מהם בירוקרטיה מיותרת.

מלבד פעילויות אלו, המיועדות להקלה ולסיוע למי שמתקשים בקבלת שירותי בריאות, בחרנו לציין שני פרויקטים אשר הצטיינו בפעילות עשירה שנה האחרונה, לצורך המחשת גישת "הפנים לקהילה":

שישי בריא:

סדרת מפגשים פתוחים לציבור הרחב, להעשרת הידע וחשיפת שיטות טיפול מתקדמות בנושאי רפואה שונים. שירות זה, אשר ניתן ע"י בכירי הרופאים ומנהלי המחלקות, מסייע בהפחתת חרדות, בהנגשת המידע הרפואי לקהל ובשיפור התנהלות הציבור מול מערכת הבריאות. המפגשים מתקיימים בימי שישי בבוקר באודיטוריום המרכז הרפואי. משך כל מפגש כשלוש שעות (09:00 - 12:00) והוא כולל כחמש הרצאות בנות 12-15 דקות כל אחת. לאחר ההרצאות נערך פאנל בהשתתפות המרצים אשר מחדדים נושאים נבחרים ועונים על שאלות הקהל. לכל מפגש מגיעים כ-400 משתתפים ובדרך כלל האולם צר מלהכיל את כמות המתעניינים.

עד כה התקיימו מפגשים בנושא אורתופדיה, גסטרואנטרולוגיה, קרדיולוגיה, כירורגיה ורפואת ילדים. בחודש נובמבר 2015 מתוכנן מפגש בנושא רפואת אף-אוזן-גרון. ההרצאות הן בגובה העיניים, מועברות בשפה בהירה ומובנת לכל, מלוות בתרשימים, מצגות וסרטי הדגמה. בסיום כל מפגש מקבל כל משתתף תקציר של ההרצאות, ובמקביל הן עולות לרשת וניתנות לצפייה בכל עת. תכנית המפגשים מתפרסמת בעיתונות המקומית וברשתות התקשורת העירוניות. עלות ההשתתפות סמלית ועומדת על 10 ₪.

הצלחת המפגשים מעידה על הצורך הקיים בקהילה להדק את הקשר עם הממסד הרפואי ועם אנשי המקצוע אשר מספקים מידע, הכוונה, הדרכה במניעת מחלות, הרגעה והפחתת חרדות.

בית חולים נצרת – סקוטי

ד"ר בשארה בשאראת, מנהל בית החולים, גב' סמר סמאווי – מקדמת בריאות ועזרת מנהל בית החולים

בית החולים נצרת דוגל בנושא רגישות תרבותית וצמצום פערים. לכן על מנת לצמצם בפערים בין האוכלוסיות השונות והמגוונות, ניתן דגש מיוחד השנה לנושאים של אוריינות רפואית ומנהיגות רפואית, בכדי לקדם את בריאות האוכלוסייה כמנוף לצמצום פערים. זאת בנוסף לפעילות השוטפת של תרגום מסמכים וחומרי הסברה שונים לאוכלוסייה.

חשוב לציין שהנושא הינו בעל חשיבות רבה בבית חולים, דבר המשתקף בהכנסתו לתוך חזון בית החולים בכל מקום בבית חולים והמודגש בכל עת, גם בתוכניות העבודה של בית החולים והמחלקות.

חזון בית החולים:

בית חולים אוניברסיטאי המעניק שירותי בריאות איכותיים חמינים ומהווה מקור השראה ומודל לחיקוי בהיותו: 1. מכבד את כל באיו ופועל ברגישות תרבותית ותפיסה ביו-פסיכוסוציאלית. 2. מעצים את המטופל ומשפחתו כנדבך בבריאות כוללת. 3. מעודד מצוינות ומקצוענות ופועל כמשפחה בשליחות רבת שנים. 4. מיישם ידע וטכנולוגיות חדישות. 5. מקדם מחקר וחינוך מדעי ובריאותי. 6. פועל לקידום בריאות האוכלוסייה בשותפות עם הקהילה ומוסדותיה.

על סמך החזון הנ"ל והאסטרטגיה אשר בית חולים עובד לפיה, בית החולים אימץ את נושא ההנגשה התרבותית בתחומים רבים ומשתמש בו כמנוף לצמצום פערים ואי שוויון בבריאות בבית החולים ע"י:

1. אוריינות רפואית מעורבות קהילתית כמנוף לצמצום פערים:

- צוות בית החולים, מעביר הרצאות לתלמידי בתי הספר בנושאים שונים: תזונה נכונה, ישיבה נכונה, בטיחות, השמנה וכו'
- הרצאות למועדוני נשים
- קייטנה בת שלושה ימים לילדים ששבתו בחודש ספטמבר עם מסרים בריאותיים: בטיחות, תזונה נכונה, היגיינה אישית
- פרויקט בקהילה בנושא צריכת לחם מחיטה מלאה:
 - פסטיבל לחם מחיטה מלאה במהלך חודש נובמבר 2014, שכלל יריד מוצרי לחם מקמח חיטה בהשתתפות מסעדות ומאפיות ופעילות מיוחדת לילדים
 - הוצאת עלוני הסבר לקהילה בשפות שונות ע"פ הצורך
 - עידוד צוות בית החולים לצרוך לחם מחיטה מלאה, ע"י מתן הרצאות לצוות ומתן אפשרות לרכוש את הלחם ממטבח בית החולים במחיר סיטונות

- חיסוני שפעת באוכלוסייה: צוות בית חולים יזם מתן חיסוני שפעת למורי בתי ספר בנצרת והדגיש את נושא קבלת חיסוני שפעת לצוות בית החולים. בשנת 2014, 77% מצוות בית החולים, קבל חיסון שפעת והיה במקום ראשון בכל הארץ בין כל בתי החולים
- פרסום מאמרים בעיתונות המקומית: חיסוני שפעת, צריכת קמח חיטה מלאה, צום ברמדאן
- בדיקות ראייה לצוות בית החולים ולפנימיית ילדים ממשפחות במצוקה

2. הטמעה בין אנשי מקצוע:

- הטמעת נושא המעורבות החברתית במחלקות האשפוז תוך כדי הכנסת נושאים שונים לביצוע בתוכנית העבודה מחלקתית
- סטודנטים לרפואה: הקמת תוכנית מנטורים והנגשה תרבותית
- כנס הנגשה תרבותית לאנשי מקצוע בינואר 2015
- כנס טיפול פליאטיבי בהשתתפות אנשי דת משלוש דתות באפריל 2015
- כבית חולים אוניברסיטאי, בית החולים מטמיע את הנושא בין הסטודנטים לרפואה אשר מגיעים לבית החולים וכחלק מההרצאות שצוות בית החולים נותן בפקולטה

3. מנהיגות רפואית

בית החולים יזם סדרת מפגשים לקבוצה מעובדי הבריאות: רופאים, אחיות, תזונאיות ואחרים, בנושא מנהיגות רפואית, בכדי שיובילו את נושא הסוכרת וההשמנה בקהילה ויהוו גורמי שינוי ולא רק יטפלו באופן נקודתי בבעיה זו. בסוף המפגשים, ארגן בית החולים כנס מנהיגות רפואית עם שותפים. בוגרי מפגשים אלו התחילו להוביל נושאים הקשורים בסוכרת בקהילה ובמרפאות שלהם.

4. שונות:

- המשך בתרגום חומר הסברה למטופלים בשתי שפות
- הכנת נוהל הפעלת מתורגמים – הפעלת תרגום סימנים ואמהרית

פעילויות קידום הבריאות מתמקדות בעיקר באוכלוסיות חלשות ועניות, דבר התורם לצמצום פערים ואי שוויון. קידום בריאות הינו מנוף לצמצום פערים. בית חולים עם מחויבות חברתית הינו כלי חזק ועיקרי, לצמצום פערים ולקידום נושאים אשר מצריכים התערבות במגזרים ובאוכלוסיות שונות.

המרכז לבריאות הנפש, באר שבע

פרופ' זאב קפלן, מנהל המרכז, ד"ר נמרוד גריסרו סגן מנהל המרכז, מר רונן בן אור - מנהל אדמיניסטרטיבי וצוות הועדה להנגשה לשונית ותרבותית

המרכז לבריאות הנפש שם לו למטרה מזה שנים, למזער את הפערים העמוקים במצב הבריאות בין ריכזי קבוצות חברתיות שונות המתגוררות בנגב. האוכלוסיות בנגב כוללות - ערבים, בדואים, עולי אתיופיה, חמישה מרכזי קליטה עם עולים ממדינות רבות ושונות, נשים בסיכון, דתיים, חרדים, קהילת "הכושים העבריים".

מטרת המרכז לדאוג לשמירה על הזכות האוניברסאלית לקבלת שרותי בריאות, ללא תלות במשתני רקע ולפעול לצמצום אי השוויון והפערים בין הקבוצות השונות תוך שמירה על כבוד האדם ומשפחתו במהלך קבלת הטיפול. על כל מטפל לוודא כי המטופל ומשפחתו מבינים את כל הקשור לטיפול אותו מקבל או צפוי לקבל. כן רואה המרכז בהבנה התרבותית של המטופל ומשפחתו את הבסיס לתקשורת הטיפולית, ליצירת שיתוף שהוא כה נחוץ, במיוחד בבריאות הנפש.

במפוי שפות שעשינו, נמצא בחתך סטטיסטי של יום אשפה (נדגמו מספר ימים אקראיים) שמתוך 290 אנשים מאושפזים, גברים ונשים, התפלגות שפת האם היא כדלקמן: 67% דוברי עברית (185 אנשים), 28% דוברי רוסית (81 אנשים), 4.8% דוברי אמהריניה וטיגריניה (14 אנשים) (2% דוברי ערבית (6 אנשים), 1% ספרדית (3 אנשים), 1% דוברי צרפתית (איש 1).

בחתך סטטיסטי של פניות למרפאות חוץ, מתוך 7.488 אנשים שביקרו במהלך 2012 70% היו דוברי עברית (5265 אנשים), 22% דוברי רוסית (1643 אנשים), 4.2% דוברי ספרדית (317 אנשים), 1.8% דוברי אמהריניה וטיגריניה (138 אנשים), 0.8% דוברי צרפתית (52 אנשים) ו 0.2% דוברי ערבית (12 אנשים).

המרכז לבריאות הנפש בב"ש נחשב לחלוץ באוריינטציה בין תרבותית. רופא המרכז שימש כרופא הקלט של מבצע משה, המרפאה לפסיכיאטריה בין תרבותית נפתחה במוסד לראשונה בשנת 1987 וביה"ח מוביל בפרויקטים יצירתיים, חדשניים ופורצי דרך, במחקר, בהרצאות לעשרות גופים, ועדות לאומיות, וספרים מקצועיים בתחום. הנושא כולו מבוצע במשאבים עצמאיים לחלוטין.

האמצעים לצמצום הפערים על רקע תרבותי ולשוני במרכז לבריאות הנפש בב"ש:

- במרכז לברה"נ בב"ש קיימת ועדה רב מקצועית להנגשה לשונית ותרבותית
- פרויקט "טלה פסיכיאטריה": פרויקט ייחודי וחדשני. פיתוח שירותים ייעודיים הניתנים לעולים הנמצאים במרכזי קליטה של הסוכנות בכל הארץ. אבחון יעוץ וטיפול פסיכיאטרי רגיש תרבות עבור עולים חדשים וותיקים מהקהילה האתיופית שמתגוררים במרכזי קליטה שונים בארץ ועבור צוות המטפלים. במרכז לבריאות הנפש בב"ש נצבר ניסיון רב

בהפעלת שירותי טלה פסיכיאטריה בשגרה ובחירום. היחידה לטלה פסיכיאטריה החלה את דרכה בשנת 2005 במתן שירותים לתושבי גוש קטיף טרם לתהליך ההתנתקות. היתרון בשירותי טיפול מרחוק טמון בכך שהעולה יושב בחדר העובד הסוציאלי במרכז הקליטה, מקום בטוח, ללא הסטיגמה של הנסיעה לפסיכיאטר. המערכת המשוכללת מאפשרת שליטת הבדוק במצלמה שבחדר הבדיקה ברזולוציה של מיקוד על האישון בעין או אבחנה ברעד קל ביד. המטופל רואה את המטפל. בסיום הבדיקה יוצא סיכום למרכז קליטה בפקס, כפי שהיה מקבל בבדיקה בחדר המיון

- פרויקטים מחקריים בתחום: האוכלוסייה העולה מאתיופיה חשופה למצוקה נפשית גבוהה הנובעת מעצם תהליך ההגירה והפער התרבותי הגדול במיוחד ומעבר לכך ככל אוכלוסייה ישנה תחלואה נפשית מגוונת. ליוצאי התרבות האתיופית סימפטומים ומאפיינים מיוחדים החיוניים לשם הבנת המצוקה הנפשית שלהם מחד ולשם טיפול בבעיותם מאידך. על מנת להעריך נכונה את המצוקות הנפשיות העולות ועל מנת לטפל באופן מיטבי באוכלוסייה זו יש צורך בפסיכיאטר הרגיש לתרבות האתיופית ומכיר את קודי ההתנהגות ואת הביטויים הרב תרבותיים של העדה למחלות השונות. המרכז לבריאות הנפש, בהובלתם של דר' גריסרו ופרופ' ויצטום, פרסמו השנה ספר מחקר המנגיש ידע בתחום הבין תרבותי בתחום זה, ספר שתורגם לאנגלית, וכמו כן פורסמו עשרות מאמרים בתחום הבין תרבותי

- בנושא הנגשה לשונית: א-חומר הסברה ודפי מידע תורגמו לארבע שפות. ב-היערכות לפנייה טלפונית ולקבלת מענה בשפות שונות. ג- נבנתה רשימה של כ 50 מטפלים דוברי שפות שונות עובדי המרכז אשר יכולים לשמש כמתורגמנים לפי הצורך. הרשימה של 2015 כוללת 43 מטפלים דוברי 8 שפות (13 דוברי ערבית, 10 דוברי רוסית, 7 דוברי ספרדית, 7 דוברי אנגלית, 3 דוברי אמהריניה, 1 דובר טיגריניה, 1 דוברת צרפתית, 1 דובר רומנית). כמו כן נבנה והופץ נוהל עבודה ודרכי פנייה בשיתוף ראשי סקטורים המבוסס על חזר מנכ"ל לפנייה לתרגום דחוף ומתוכן. ד- מטפלים רבים עברו השתלמות בנושא הנגשה לשונית ותרבותית, כולל הרצאה שניתנה ע"י ד"ר שוסטר בנושא מתורגמנות מקצועית. ה- פעילות טיפולית ומצמצמת פערים בשפות שונות במסגרת המרפאות, מחלקות האשפוז ויחידת מית"ל (מרכז יעוץ תמיכה למשפחות), ו- הפעלת מגשרים מהעדה האתיופית בשיתוף עם הסוכנות היהודית במטרה להנגיש את הטיפול לבני העדה, באופן לשוני ותרבותי

- הרצאות אקדמיות לצמצום הפער בהבנה הבין תרבותית: ב 2014-15 (סוף 2014) הועברו שמונה הרצאות בנושא עם דגש על העדה האתיופית, הבדואית, חרדים, נשים ועוד. מדיניות המרכז היא ללמד את הדגשים והביטויים התרבותיים הנדרשים לזיהוי פתולוגיה בקבוצות מתרבויות שונות. מתקיימות גם הרצאות וימי עיון לסטודנטים מאוניברסיטת בן-גוריון, מכללת ספיר ומכללת אשקלון ואוניברסיטת קולומביה.

ניתנו הרצאות בפורומים רבים בארץ כולה, לאנשי מקצוע מרפואה, סיעוד, עבודה סוציאלית, משטרה, משרד הקליטה והעלייה, שרות בתי הסוהר, לציבור הרחב ועוד.

התחום מובל במרכז לברה"נ ב"ש ע"י שני פסיכיאטרים המומחים בתחום הפסיכיאטריה הבין תרבותית.

כן קיימנו ימי עיון, אחד מהם בהשתתפות פרופ' לורנס קירמאייר, יו"ר עולמי של איגוד הפסיכיאטריה הבין תרבותית שהיה אורח כבוד והרצה בנושא, בהשתתפות 240 אנשי מקצוע מתחום ברה"נ. בכנס זה, למען הרחבת המגע הבין תרבותי והעמקתו, החזמנה עולה בת העדה אשר הגישה "אינג'רה" לבאי הכנס, והוצגו בכניסה עבודות אומנות של בני העדה, להנגשה תרבותית בממד נוסף.

- הנגשת אתר ביה"ח: האתר החדש יעלה לאוויר בתוך חודש, בשלוש שפות: אנגלית, ערבית ורוסית

- הנגשה בפן הדתי: יחמה חדשה החל מ-2015. מסרון ומייל ברכות ומילות הסבר לחג של כל עדה וכל דת, נישלח ביום תחילת החג (יהודים, מוסלמים, נוצרים ודרוזים) ע"י ס. מנהל המרכז לכלל עובדי ביה"ח מלווה בהסבר קצר על כל חג. הצוות מקבל את הברכות במייל והמתמודדים והמשפחות באמצעות אתר ביה"ח.

לסיכום, בכוחותינו לעשות ולתרום לצמצום אי השוויון והפערים במערכת, תוך למידה והבנת הסימפטומים והמצוקה של האדם ומשפחתו על רקע של דת, שפה ותרבות, ובכך יכולים לשפר את התקשורת והקשר הטיפולי, ממקום של כבוד ושיתוף, המשפיעים על אופן צריכת שירותי הבריאות.

המרכז לבריאות הנפש שער מנשה

גליה קדוש, יו"ר הוועדה להנגשה תרבותית ולשונית

מרכזנו נמצא בקרבת פרדס חנה-כרכור. אחד מהמוסדות הרפואיים הגדולים והמודרניים במדינה לטיפול בחולי נפש. מטופלים בו מבוגרים מגיל 18 ומעלה. הנהלת המרכז: פרופסור אלכסנדר גרינשפון, גב' לאה בוצר וגב' חוה קוסטיצקי. המרכז מתפרס על שטח של 720 דונם. אזורי האשפוז מוגדרים מצומת הרוא"ה בדרום ועד טירת כרמל בצפון, מחוף הים במערב ועד טבריה במזרח. המרכז מספק אשפוז לכל סוגיו: מחלקות אשפוז למצבים אקוטיים ולמצבים כרוניים, אגף לביטחון מרבי (מסגרת ארצית), מחלקת שיקום, מחלקה המתמחה בטיפול בגיל השלישי (פסיכוגריאטריה), יחידה לטיפול יום וכן שירותי מרפאה הניתנים במרפאת "עירון" הצמודה למרכז.

מרכזנו כולל 420 מיטות אשפוז ומשרת כ- 2,500 מטופלים בשנה, מהם מתאשפזים כ- 65%. אוכלוסיית המטופלים משקפת את האוכלוסייה הישראלית שהיא הטרוגנית ומורכבת מרוב דוברי עברית, דוברי ערבית 13.4%, דוברי רוסית 10.6%, דוברי אמהרית 2% ודוברי אנגלית 0.8%. מרכזנו מספק שירותים מותאמים לצרכים המגוונים של הפונים.

הכשרת מתורגמנים ומינוי נאמני הנגשה:

- שלושה עובדים מהסקטור הסיעודי ממרכזנו דוברי השפות ערבית, רוסית ואמהרית, סיימו קורס מתורגמנות בבריאות הנפש במרכז רפואי איכילוב בתל אביב באוקטובר 2014. המרכז נעזר בעובדים אלה לפי הצרכים המתעוררים. אחת העובדות שסיימה את הקורס מיועדת לעבור סדנה להכשרת מנחים בכשירות תרבותית באמצעות המרכז הבין-תרבותי לירושלים. הקורס יתקיים בבית הספר לסיעוד וולפסון החל מ- 15.11.15 ויכלול 5 מפגשים.
- סגנית אחות אחראית מחלקה במרכזנו שאושרה עבורה מלגה מיועדת להתחיל ב- 22.10.15 השתלמות לאנשי בריאות הנפש בנושא "התמודדות עם מורכבות הרב-תרבותיות בבריאות הנפש". ההכשרה תתקיים בבית"ס ללימודי המשך רפואה בפקולטה לרפואה, באוניברסיטת תל אביב.

שירותי תרגום טלפוני:

המרכז בשלבים מתקדמים של חיבור למוקד טלפוני ארצי לתרגום סימולטני.

נוהל הנגשה תרבותית ולשונית:

חובר נוהל הנגשה תרבותית ולשונית במרכזנו.

מרפאה אמבולטורית - עירון:

אושר שיפוץ מבנה לצורך העתקת המרפאה, השיפוץ כולל התייחסות על פי החוק לכל נושא הנגישות לרבות שירותי נכים, רמפה וכדומה. בוצע פרויקט הגדלת מקומות חנייה בנגישות למרפאה הכוללת תוספת 35 מקומות חנייה הכוללים 3 חניות לנכים בתוכם חנייה אחת רחבה.

הצלחות ואתגרים:

- המרכז מהווה מוקד משיכה למטופלים ולמטפלים בבריאות הנפש בישראל.
- המרכז מעניק טיפול רפואי ושיקומי ברמת איכות גבוהה, תוך שמירה על כבוד המטופל והקשר עם משפחתו.
- המרכז נותן שירות ללקוחות פנים וחוץ על פי סטנדרטים של איכות תוך פיתוח והמשאב האנושי.

חזון – המרכז יוביל במתן שירותי רפואה עדכניים בבריאות הנפש, תוך יצירה של סביבה טיפולית תומכת, המציבה את האדם והקהילה במרכז. המנהלים ישקיעו בפיתוח תחושת השייכות של עובדיהם וחיזוק תחושת שביעות הרצון שלהם.