

מחקר מלווה דוח מסכם: תוכנית לפיתוח שירותים לזיהוי, טיפול  
ושחרור מתאים לאנשים עם דמנציה ודליריום בבתי חולים  
עבור ג'וינט-אשל ואגף הגריאטריה במשרד הבריאות  
(התוכנית פעלה כחלק מיישום התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר  
ודמנציות אחרות)

אפריל 2022  
ניסן תשפ"ב

## חברת משב מחקר יישומי

חיל נשים 5, ירושלים, 9332005

טלפון: 02-6446415

פקס: 053-7979766

כתובת אינטרנט: [www.mashav-research.com](http://www.mashav-research.com)

כתובת מייל: [info@mashav-research.com](mailto:info@mashav-research.com)

## תודה לכל העוסקות והעוסקים בצורכי ציבור באמונה

### עורכי הדוח

הילה רונן דבי, מחקר איכותני  
ד"ר יוסי פריאר דרור, מחקר כמותי

### חוקרים שותפים

פרופ' גבריאל ברויאר, מנהל יחידה, ראומטולוגיה, המרכז הרפואי שערי צדק  
ד"ר יעל זילברשלג, אחראית תחום גריאטריה, מרצה, הקריה האקדמית אונו

# תקציר מנהלות

## רקע על התוכנית

### מודל הפעלה

התוכנית פעלה בארבעה בתי חולים: רמב"ם, איכילוב, בני ציון ושיבא. הפיילוט החל בנובמבר 2017 ונמשך עד סוף דצמבר 2021 עם הפסקה באמצע, בחלק מבתי החולים, בעקבות אתגרי הקורונה<sup>1</sup>.

התוכנית כללה חמישה רכיבים: 1. העלאת מודעות, 2. איתור וזיהוי, 3. אבחון, 4. התערבות מותאמת ו-5. תיאום שחרור עם הקהילה. כל אחד מבתי החולים פיתח תוכנית התערבות ייחודית לו על פי רכיבים אלו. המודל הכוללני והיישום הייחודי בכל אחד מבתי החולים מתוארים בפרק הממצאים הכמותיים.

### אוכלוסיות היעד

- מאושפדים בני 65 או 70 ומעלה (משתנה בין בתי החולים) עם ירידה קוגניטיבית / דמנציה / דליריום / גורמי סיכון לירידה קוגניטיבית ותפקודית במהלך האשפוז
- מטפלים עיקריים במאושפדים עם ירידה קוגניטיבית / דמנציה / דליריום
- אנשי הצוות בבית החולים

### מטרות

לעודד בתי חולים לפתח תכנית לטיפול מיטבי במאושפדים עם ירידה קוגניטיבית/ דמנציה ו/או דליריום הכוללת:

- זיהוי חולים אלו מיד עם קבלתם
- מתן טיפול מתאים תוך מניעת סיבוכים שכיחים, לרבות דליריום
- שחרור מתואם עם בני המשפחה המטפלים ועם מערך השירותים בקהילה

### יעדים ורכיבים

בכל אחד מבתי החולים גובש צוות רב מקצועי להפעלת התוכנית, שכללה חמישה רכיבים עיקריים: **העלאת מודעות וידע:** העלאת המודעות והידע של אנשי הצוות למחלת הדמנציה ולדליריום, לסימני זיהוי, לדרכי טיפול ולהקטנת הסיכון להתדרדרות תפקודית וקוגניטיבית במהלך האשפוז.

**איתור וזיהוי:** זיהוי מאושפדים עם ירידה קוגניטיבית התחלתית / דמנציה / דליריום או שנמצאים בקבוצת סיכון לאבחנות אלו.

**אבחון:** ביצוע אבחון קוגניטיבי (בשאלוני 4AT, CAM, Mini-Cog, Cog-Sym) למאושפדים שאותרו כבעלי פוטנציאל להתאים לתוכנית. אבחונים אלה הוטמנו במערכות הממוחשבות בכל בית חולים).

**התערבות מותאמת:** מתן התערבות מותאמת למאושפדים שאותרו כמתאימים לתוכנית.

<sup>1</sup> בתקופה שבין מאי 2020 לינואר 2021 הייתה הקפאה של כ-3-4 חודשים בבתי החולים איכילוב, בני ציון ורמב"ם בעקבות מגפת הקורונה. בית החולים שיבא החל מאוחר יותר וסיים את הפיילוט בסוף שנת 2019.

**תיאום שחרור עם הקהילה:** תיאום השחרור מול הגורמים הרלוונטיים בקהילה.

### מדדי הצלחה

- שיפור בזיהוי מאושפזים עם דמנציה ודליריום
- שיפור בזמינות יעוץ מומחה (גריאטר ו/או נירולוג ו/או פסיכיאטר)
- שיפור באיכות הטיפול בעת האשפוז
- שיפור בתהליכי שחרור אנשים עם דמנציה
- הגברת המודעות של הצוות המטפל
- הרחבת הידע של הצוות המטפל
- שיפור במדדי תוצאה של אשפוזים כגון משך האשפוז, אשפוזים חוזרים
- שיפור בשביעות הרצון של בני המשפחה
- מודלים של Best practices להפצה בבתי חולים אחרים

### רקע על המחקר

המחקר ליווה את התוכנית מתחילת שנת 2018 ועד סוף שנת 2021<sup>2</sup>. המחקר דיווח באופן שוטף ובתדירות חצי שנתית בנוגע ליישום של ההתערבויות בבתי החולים המשתתפים ועמידה במדדי הצלחה.

בהתאם למדדי הצלחה ויעדי המחקר נבנה פרוטוקול דיווח [\[נספח א: משתנים למדידה ומעקב\]](#) המכיל את המשתנים הרלוונטיים וההגדרה האופרטיבית למעקב. בנוסף, נבנה כלי משוב עבור מטופלים ובני משפחותיהם.

בפועל לא ניתן היה לבחון באופן אמפירי חלק גדול ממדדי הצלחה שהוגדרו בקול הקורא ויעדי המחקר שהוצבו בהתאם. להלן הסיבות לכך:

- אישור ההלסינקי שהתקבל ממשד הבריאות ומבתי החולים אפשר לקבל אך ורק נתונים שנאספים בשגרה (ללא קשר לתוכנית).
  - אישור ההלסינקי שהתקבל ממשד הבריאות לא אישר לפנות ו/או לקבל מידע ממטופלים ו/או בני משפחותיהם לאחר השחרור.
  - גם כאשר הייתה הסכמה שכדאי לשנות או להוסיף משתנה הנמדד בשגרה<sup>3</sup>, לא התקבל אישור לכך ברמת המערכת / אגף המחשוב בבית החולים והדבר לא בוצע.
- כפועל יוצא המחקר האמפירי התבסס אך ורק על משתנים ונתונים שנאספים ע"י בתי החולים בשגרה, **ושום משתנה לא הוסף או שונה בעקבות המחקר**. בנוסף, המחקר התבסס אך ורק על נתונים של

<sup>2</sup> למעט בית החולים שיבא שסיים בסוף 2019.

<sup>3</sup> לדוגמה, המשתנה 'הגעה בקבלה' ו-הגעה בשחרור' מכילים קטגוריות תשובה שונות שלא מאפשרות עוגן להשוואה. על אף שהדבר ברור ומובן, השינוי היה פוגע במידע שנאסף עד כה בבית החולים ולכן לא התקבל אישור לשנותו.

**מטופלים בתוכנית** ולא קיבל כל נתונים של מטופלים אחרים, כלומר לא התאפשר מערך הכולל קבוצת ביקורת ו/או קבוצת השוואה.

### **מגבלות המחקר**

- בכל בית חולים בוצעה התערבות שונה ועבור אוכלוסיות שונות, לדבר היה ערך מבחינת למידה והפריה הדדית אולם מציאות זו הגבילה את היכולת לייצר השוואות ולהעמיד ממצאים למבחן אמפירי.
- חלק גדול ממשך ההתערבויות התבצע במהלך תקופת הקורונה, דבר שחייב שינוי בכמות ובאיכות היישום (כולל הפסקה מוחלטת של 3-4 חודשים).
- ההתערבויות בתוך כל בית חולים אף שהכילו רכיבים בסיסיים בהתערבות שלא השתנו המחקר, חלו תמורות מתבקשות כתוצאה מלמידה, כלומר המחקר הוא קודם כל יישומי מתערב. בהתאם ועל מנת בכל זאת לבחון את העמידה ביעדים, הגם שלא באופן אמפירי, המחקר הרחיב ושם את הדגש על המרכיב האיכותני.

### **המלצות / מסקנות מתודולוגיות**

- ∴ כדאי לשקול ולשלב את חברת המחקר, אם לא בהתערבות, לפחות בהגדרת מדדי הצלחה.
- ∴ היעדים ומדדי הצלחה צריכים להיות מוגדרים בהתאם להנחיות של ועדת ההלסינקי של משרד הבריאות.
- ∴ יש לעשות אבחנה מבחינת מערך מחקר בין הערכה ומדידה של תפוקות לבין העמדה למבחן אמפירי של תוצאות. על מנת לבחון תפוקות יש ערך לקבל נתונים רלוונטיים מכלל האוכלוסיות ולאורך כל התקופה המוגדרת. על מנת להעמיד למבחן אמפירי תוצאות, מוטב התערבות אחידה, מערך מחקר מתוכנן, מבוקר, השוואתי, פרספקטיבי, מוגדר ומוגבל מבחינת אוכלוסייה (קריטריוני הכללה והוצאה), גודל דגימה, אופן דגימה, כלים, משתנים ומשך.

## ממצאים

### הישגי התוכנית

✓ התוכנית השיגה את **מטרת העל שלה, שיפור הטיפול באנשים עם דמנציה במערך האשפוז הכללי ובגריאטריה הפעילה באמצעות פיתוח והפעלת שירותים בבתי החולים בתחום הזיהוי והטיפול בחולי דמנציה ודליריום.**

התוכנית עמדה במרבית יעדיה:

✓ **הגברת המודעות**, הידע והמיומנויות בקרב הצוותים הרפואיים בבתי החולים לשם טיפול באנשים עם דמנציה ודליריום ותמיכה בבני משפחותיהם.

✓ **איתור וזיהוי** דמנציה ודליריום בעת קבלת המטופל לאשפוז בבית החולים, ניתוב הגישה הטיפולית בהתאם והפחתת הסיכונים או הסיבוכים שעשויים לקרות במהלך אשפוז של אדם מבוגר.

✓ **גיבוש גישה טיפולית מותאמת** לצרכים המיוחדים של אנשים עם דמנציה ודליריום ושל בני משפחותיהם, במודל רב מקצועי וביו-פסיכו-סוציאלי.

בנוסף:

✓ התוכנית הובילה להטמעת תרבות ארגונית בתחום

✓ מחשוב ואיסוף מידע נוסף רלוונטי

✓ שילוב של צוות פרא רפואי הכרחי

! היעד של **שחרור מתואם** תוך רצף טיפולי בין בית החולים לבין הקהילה או המוסד לא הושג באופן מספק.

### ייחודיות התוכנית

✓ בהפניית זרקור לטיפול במבוגר המאושפז בבית החולים, בפרט בהקשר של ירידה קוגניטיבית ודמנציה במהלך האשפוז, ובהעלאת מודעות הצוות לנושא

✓ בחיזוק המערך הגריאטרי

✓ בפעילותם של צוותים רב-מקצועיים

✓ ביצירת פונקציה של ניהול מקרה (case management)

✓ ביצירת Standard of care בטיפול באנשים עם דמנציה בבתי החולים

✓ בקיומה של המעטפת החיצונית המלווה

✓ במתן חופש פעולה רחב לבתי החולים

### המלצות למודל (תוכנית) המשך

! הגדלת הרתימה והמחויבות של הנהלות בתי החולים

! שיפור המעקב לאחר שחרור, רצף הטיפול ושיתוף הפעולה עם קופות החולים

! איזון בין הצורך לאפשר תוכנית מותאמת באופן מיטבי לכל בית חולים לבין תוכנית גנרית / מודולרית

- ! הגדלת כוח האדם הייעודי הנדרש
- ! הגדלת היקף האוכלוסייה שמקבלת מענה בתוכנית
- ! שיפור והרחבה של המענה וההתייחסות לבני משפחתו של המטופל במהלך האשפוז
- ! פלטפורמה ללמידת עמיתים (כפי שנעשה במהלך הפיילוט)

### אתגרים והתמודדויות

- ! קושי בגיוס אנשי צוות לתוכנית ותחלופה גדולה
- ! רתימת הצוותים בבית החולים לתוכנית וכניסה והשתלבות של צוות התוכנית במחלקות השונות
- ! חינוך הצוות הן מן ההיבט הרפואי והן מן ההיבט הפסיכו-סוציאלי, גיוסו וחיבורו לתוכנית
- ! קושי במחשוב התוכנית, קושי להוסיף או לשנות משתנים במערכת המחשוב של כלל בית החולים
- ! קושי לעודד ניידות בקרב המטופלים (בחלק מבתי החולים)

### הצלחות והשפעות

בחלקו המסכם של כל ראיון נשאלו בעלות התפקידים האם חוו את התוכנית כמצליחה ובמה הצליחה/ לא הצליחה. מתשובות בעלות התפקידים עלה כי **רובן ככולן שבעות רצון במידה רבה מן התוכנית והשפעותיה** (בעלות התפקידים מבית החולים שיבא הביעו שביעות רצון לצד תסכול וקושי). להלן ההצלחות וההשפעות המרכזיות שעלו מתשובות בעלות התפקידים:

- ✓ צוות בית החולים – **הגברת / העלאת המודעות בקרב הצוותים בבית החולים וחינוכם בנושא, שינוי בגישת הצוותים כלפי חולים מבוגרים שבאה לידי ביטוי, בין השאר, בשימוש בטרמינולוגיה מקצועית, מדויקת ומתאימה, בהפניית תשומת לב הצוותים לתחום הגריאטרי ובהתייחסות לנושא של ירידה קוגניטיבית (שטרם התוכנית נראה פחות).** כמו כן, בחלק מבתי החולים ציינו בעלות התפקידים כי היענות והתגייסות הצוותים בבית החולים הייתה מרשימה.
- ✓ מטופלים – החולים המבוגרים אובחנו וקיבלו **טיפול רב-מקצועי מותאם, יחס ונראות שלא זכו להם בעבר (טיוב האבחון ואיכות הטיפול).**
- ✓ יחידה גריאטרית – **בחלק מבתי החולים התוכנית חיזקה את היחידה הגריאטרית והשפעתה (במובן הזה עשתה התוכנית "יחסי ציבור" ליחידה הגריאטרית ולתחום).**



## סיכום והמלצות

בסיכום הדברים וכפי שעלה, הן מן הראיונות עם בעלות התפקידים והן ממגוון החומרים הנוספים והנתונים האיכותניים שנאספו, ניכר כי התוכנית השיגה הן את מטרותיה המוצהרות (ובעיקר יעדים של פיתוח והפעלת שירותים בבתי החולים בתחום הזיהוי והטיפול בחולי דמנציה ודליריום) והן מטרות נוספות מעבר להן, ביניהן; הפנית זרקור ותשומת לב צוותי בתי החולים לטיפול במבוגר המאושפז, במיוחד בהקשר של ירידה קוגניטיבית ודמנציה במהלך האשפוז, העלאת מודעות הצוותים והרחבת הידע שלהם בנושא ואף שינוי בגישה שלהם ויחסם לחולים מבוגרים המאושפזים בבית החולים. להלן היבטים נוספים לשימור:

✓ **השוני בין תוכניות ההתערבות** – ניכר כי הגמישות בבניית התוכניות במסגרת המיזם והשוני בין התוכניות בבתי החולים כתוצאה מכך היו מהלך נכון ובעל יתרונות משמעותיים ובעיקר אפשרו לבתי החולים חופש פעולה לבנות תוכנית ולהתאימה לתפיסת העולם המקצועית והארגונית שלהם, תוך התחשבות ביתרונות ובחוזקות שלהם. בנוסף, המאפיינים הייחודיים של כל בית חולים והאילוצים שלו, אפשרו הפריה הדדית, למידה והתרשמות ממודלים שונים, עשייה וניסיון של אחרים. עם זאת, השוני בין התוכניות יצר קושי בהשוואה, מדידה והסקת מסקנות כלליות וצוין צורך בהיבט / אלמנט גנרי (שלד משותף) ובהמשך (בעתיד) צורך בבניית תוכנית מודולרית שתאפשר לכל בית חולים בארץ לבחור ולאמץ את החלקים המתאימים והרלוונטיים עבורו מתוך אותה תוכנית.

**המלצה:** לנוכח השוני וההבדלים הרבים הקיימים בין בתי החולים בארץ ובהתבסס על הניסיון שנצבר במיזם, מומלץ לבנות תוכנית גנרית יותר ועל פיה לבחון התאמה של בית חולים ו/או לייצר 2-3 מודולות שונות המותאמות לסוגים שונים של בתי חולים ו/או לייצר רכיבים גנריים מהם יוכלו בתי החולים לבחור את אלו המתאימים והרלוונטיים עבורם ליישום והטמעה, תוך אפשרות לפיתוח / דיוק של אותם אלמנטים שנבחרו ברוח בית החולים וצוותו (מסגרת לצד גמישות). המלצות אלו מאפשרות השוואה (לצורכי בחינת תמיכות), מעקב ובקרה טובים יותר.

✓ **קיימות** – מסתמן כי לפחות חלק מרכיבי התוכנית ימשיכו להתקיים בבתי החולים גם לאחר המיזם בהיקפים ובאופן שונה בכל בית חולים. פעולות כגון מחשוב התוכנית בבתי החולים והמשך הדרכות לצוות ולמשפחות החולים, כמו גם, מוטיבציה של בעלי תפקידים בבתי החולים להמשיך ולקיים את התוכנית (או חלקים ממנה) והנהלת בית חולים התומכת, מגבה ומעוניינת שהתוכנית תימשך, מבטיחים מידה מסוימת של קיימות. עם זאת, ככל הנראה, אין די בפעולות, במוטיבציה ובתמיכה הנ"ל להבטחת קיימות התוכנית ומעורבותו ותמיכתו של משרד הבריאות נדרשת: אישור התוכנית / הנחיה / נוהל הבא לידי ביטוי בתקציב / תמיכה כלכלית (מבחן תמיכה / תוכנית תמרוץ) והקצאת

תקנים.

**המלצה:** מומלץ לפעול לזירוז אישור מבחן התמיכה על ידי הגורמים הרלוונטיים וקידום ההיבט של הקצאת תקנים לתחום. כמו כן, מומלץ לבדוק / לחקור או להציג ממצאים קיימים באשר לכדאיותה הכלכלית של התוכנית לבתי החולים ולגורמים אחרים (כגון קופות החולים) ובהתאם לפעול לתגמול ומימון רכיבי התוכנית על ידי אותם גורמים. עוד מומלץ לבצע מחקר פרוספקטיבי הבוחן את אפקטיביות התוכנית וגודל האפקט ככלל ובהשוואה לקיים תוכניות אחרות. המחקר יאשש את כדאיות התוכנית מבחינה קלינית. בנוסף, מומלץ להמשיך ולקיים מעטפת המלווה ומתחזקת את צוות התוכנית.

✓ **מעטפת וליווי לאורך התוכנית** – ניכר כי היה ערך רב וחשיבות למעטפת המלווה והמתחזקת לאורך התוכנית: הפורמט של ועדות ההיגוי / יישום, הדיאלוג בין המשתתפים, היכולת להתייעץ וההפריה ההדדית, הקשב הרב לשטח (בתי החולים) והליווי על ידי רכזות ומנהלת התוכנית מטעם אשל.

**המלצה:** מומלץ (בבנייה של תוכניות אחרות / לאומיות דומות) ללמוד מניסיון המיזם בהיבט זה ואף לשכללו וליזום הזדמנויות נוספות (שלא במסגרת ועדות ההיגוי) ללמידת עמיתים ושיתוף בין בעלי התפקידים בבתי החולים השונים.

✓ **השפעת המיזם על המבוגר המאושפז** – ניכר כי חולים מבוגרים שאושפזו בבתי החולים שהשתתפו במיזם זכו ליחס ונראות שלא כבעבר ואלו אשר אובחנו / זהו כלוקים בדמנציה ו/או דליריום, קיבלו טיפול רב-מקצועי ומותאם (טיוב האבחון ואיכות הטיפול).

**המלצה:** מומלץ בהקשר זה להרחיב את הקיים ולקבעו כסטנדרט קרי, לבצע איתור וזיהוי (סקר) הן במיין והן במחלקות (אשפוז) ולהפוך את האיתור והזיהוי לחלק מנוהל בית החולים / standard of care, כמו גם, להקפיד על התערבות / טיפול רב-מקצועי, תקשורת ושיתוף פעולה בין הצוותים וכיו"ב.

✓ **השפעת המיזם על היחידה הגריאטרית** – מסתמן כי בחלק מבתי החולים התוכנית חיזקה את היחידה הגריאטרית והשפעתה בבית החולים ובכך למעשה עשתה "יחסי ציבור" ליחידה הגריאטרית ולתחום.

בנוסף, עלו מס' היבטים לשיפור:

! **רצף טיפול, ממשק עבודה וקשר עם קופות החולים / גורמים בקהילה** – נושא זה שב ועלה לאורך הראיונות ומן החומרים הנוספים כאחד האתגרים המרכזיים שניצבו בפני ארבעת בתי החולים (ועדיין מהווה אתגר, גם בזמן כתיבת דוח זה): הקושי ליצור רצף והמשך טיפול מותאם בקהילה תוך התייחסות לאבחון, טיפול והמלצות בית החולים, הצורך בטיוב רכיבי השחרור (המתואם) והמעקב, ביצירת רצף

טיפול ומיסוד, בשיפור שיתוף הפעולה וממשקי העבודה עם הקהילה / קופות החולים ובתיאום ותקשורת טכנית בין מערכות בקהילה למערכות בבתי החולים לשם העברת מידע.

**המלצה:** מומלץ לשקול לבנות מודל עבודה כללי בשיתוף בתי החולים, קופות החולים וגורמים אחרים רלוונטיים שימסד ויארגן את הפעולות ושגרות העבודה של הצדדים בכל הקשור לרכיב השחרור המתואם והרצף הטיפולי ויתבסס על תיאום והעברת מידע בין בתי החולים לקהילה ולהיפך באמצעות המערכות הממוחשבות (כולל התראות על אבחונים).

**!** **מחויבות, גיבוי ותמיכה של הנהלת בית החולים** – ניכר כי היבט זה חיוני ומשמעותי לפיתוח, קידום, יישום, הטמעה וקיימות התוכנית בבתי החולים וכי היעדר מחויבות, גיבוי ותמיכה מספקים בתוכנית מצד ההנהלה עשוי לפגוע באופן לא מבוטל בסיכויי היישום שלה, הטמעתה, השפעתה והצלחתה בכלל בית החולים.

**המלצה:** חשוב, כפי שנעשה כאן, להמשיך ולשלב בתהליך הבחירה והמיון / בקול הקורא אמות מידה לבחינת המחויבות ותמיכת ההנהלה לאורך התוכנית ואופן הביטוי של מחויבות ותמיכה זו. כמו כן, ייתכן ויש לשקול בעתיד לסייע למובילי התוכנית בארגון בחיבור ההנהלה לתוכנית ובגיוס ההנהלה לתמיכה והטמעת התוכנית בארגון.

## תוכן עניינים

3	תקציר מנהלות
13	רקע על התוכנית
16	רקע על המחקר
16	יעדי המחקר
18	ביצוע בפועל ומגבלות המחקר
19	המלצות / מסקנות מתודולוגיות
19	מבנה הדוח
20	ממצאים העולים מהראיונות, ועדות ההיגוי והמפגשים
20	שיטה
21	ממצאים
21	הישגי התוכנית
24	ייחודיות התוכנית
29	המלצות למודל (תוכנית) המשך
36	אתגרים והתמודדויות
40	קיימות
42	הצלחות והשפעות
45	סיכום והמלצות
48	הקריה הרפואית לבריאות האדם רמב"ם
48	התוכנית
50	ממצאים
55	איכילוב: המרכז הרפואי ע"ש סוראסקי
55	התוכנית
60	ממצאים
64	המרכז הרפואי בני ציון
64	התוכנית
66	ממצאים
69	המרכז הרפואי שיבא, תל השומר
69	התוכנית
74	ממצאים
76	נספח: משתנים למדידה ומעקב

## אינדקס טבלאות

50	טבלה 1: רמב"ם - ממוצע מטופלים חודשי בפילוח לשנים
50	טבלה 2: רמב"ם - מצב משפחתי
52	טבלה 3: רמב"ם - אנמנזה סיעודית
52	טבלה 4: רמב"ם - מקום הגעה ויעד בשחרור
53	טבלה 5: רמב"ם - התערבויות
53	טבלה 6: רמב"ם - מדד קוגניטיבי 4AT
54	טבלה 7: רמב"ם - מדד קוגניטיבי CogSym
60	טבלה 8: איכילוב - ממוצע מטופלים חודשי בפילוח לשנים
60	טבלה 9: איכילוב - מצב משפחתי
62	טבלה 10: איכילוב - ADL
62	טבלה 11: איכילוב - BADL
62	טבלה 12: איכילוב - נפילות ופטירות באשפוז
63	טבלה 13: איכילוב - התערבויות
63	טבלה 14: איכילוב - התערבויות מתנדב
66	טבלה 15: בני ציון - ממוצע מטופלים חודשי בפילוח לשנים
67	טבלה 16: בני ציון - יעד בשחרור
68	טבלה 17: בני ציון - מדד קוגניטיבי 4AT
74	טבלה 18: שיבא - מספר מטופלים חודשי
75	טבלה 19: שיבא - מצב תפקודי
75	טבלה 20: שיבא - סוגי התערבות

## אינדקס תרשימים

51	תרשים 1: רמב"ם - התפלגות הגילאים
51	תרשים 2: רמב"ם - התפלגות ימי אשפוז
61	תרשים 3: איכילוב - התפלגות הגילאים
61	תרשים 4: איכילוב - התפלגות ימי אשפוז
66	תרשים 5: בני ציון - התפלגות הגילאים
67	תרשים 6: בני ציון - התפלגות ימי אשפוז
74	תרשים 7: שיבא - התפלגות הגילאים
75	תרשים 8: שיבא - התפלגות ימי אשפוז

## רקע על התוכנית

### מודל הפעלה

התוכנית פעלה בארבעה בתי חולים: רמב"ם, איכילוב, בני ציון ושיבא. הפיילוט החל בנובמבר 2017 ונמשך עד סוף דצמבר 2021 עם הפסקה באמצע, בחלק מבתי החולים, בעקבות אתגרי הקורונה<sup>4</sup>. התוכנית כללה חמישה רכיבים: 1. העלאת מודעות, 2. איתור וזיהוי, 3. אבחון, 4. התערבות מותאמת ו-5. תיאום שחרור עם הקהילה. כל אחד מבתי החולים פיתח תוכנית התערבות ייחודית לו על פי רכיבים אלו. המודל הכוללני והיישום הייחודי בכל אחד מבתי החולים מתוארים בפרק הממצאים הכמותיים.

### אוכלוסיות היעד

- מאושפדים בני 65 או 70 ומעלה (משתנה בין בתי החולים) אשר בבואם לבית החולים או במהלך האשפוז מאותרים עם ירידה קוגניטיבית / דמנציה / דליריום / גורמי סיכון לירידה קוגניטיבית ותפקודית במהלך האשפוז
- מטפלים עיקריים במאושפדים עם ירידה קוגניטיבית / דמנציה / דליריום
- אנשי הצוות בבית החולים

### מטרות

- לעודד בתי חולים לפתח תכנית לטיפול מיטבי במאושפדים עם דמנציה ו/או דליריום הכוללת:
- זיהוי חולים אלו מיד עם קבלתם
- מתן טיפול מתאים תוך מניעת סיבוכים שכיחים, לרבות דליריום
- שחרור מתואם עם בני המשפחה המטפלים ועם מערך השירותים בקהילה

### יעדים

- הגברת המודעות, הידע והמיומנויות בקרב אנשי הצוות בבתי החולים על טיפול באנשים עם דמנציה ודליריום ותמיכה במטפלים העיקריים בהם.
- איתור וזיהוי ירידה קוגניטיבית, דמנציה ודליריום בעת קבלת המטופל לאשפוז בבית החולים וניתוב הגישה הטיפולית בהתאם.
- גיבוש גישה טיפולית מותאמת לצרכים של אנשים עם ירידה קוגניטיבית, דמנציה ו/או דליריום ושל המטפלים העיקריים בהם, תוך שימוש במודל רב מקצועי וביו-פסיכו-סוציאלי (כדי להפחית התדרדרות תפקודית וסיבוכי אשפוז שכיחים בחולים אלו).
- שחרור מתואם תוך יצירת רצף טיפולי בין בית החולים לבין הקהילה או המוסד (במקרים רלוונטיים).

<sup>4</sup> בתקופה שבין מאי 2020 לינואר 2021 הייתה הקפאה של כ-3-4 חודשים בבתי החולים איכילוב, בני ציון ורמב"ם בעקבות מגפת הקורונה. בית החולים שיבא החל מאוחר יותר וסיים את הפיילוט בסוף שנת 2019.

בכל אחד מבתי החולים גובש צוות רב מקצועי להפעלת התוכנית, שכללה חמישה רכיבים עיקריים:

**העלאת מודעות וידע:** העלאת המודעות והידע של אנשי הצוות למחלת הדמנציה ולדליריום, לסימני זיהוי, לדרכי טיפול ולהקטנת הסיכון להתדרדרות תפקודית וקוגניטיבית במהלך האשפוז. זאת, באמצעות הכשרות לצוות וכתיבת חומרי ידע נלווים.

**איתור וזיהוי:** זיהוי מאושפזים עם ירידה קוגניטיבית התחלתית / דמנציה / דליריום או שנמצאים בקבוצת סיכון לאבחנות אלו. הזיהוי נעשה דרך דו"ח ייעודי ממוחשב שכלל את כל החולים בני 65 או 70 ומעלה בבית החולים או במחלקות בהן מבוצעת התוכנית, בשלב המיון או עם האשפוז במחלקה.

**אבחון:** ביצוע אבחון קוגניטיבי (בשאלוני 4AT, CAM, Mini-Cog, Cog-Sym) למאושפזים שאותרו כבעלי פוטנציאל להתאים לתוכנית). אבחונים אלה הוטמעו במערכות הממוחשבות בכל בית חולים.

**התערבות מותאמת:** מתן התערבות מותאמת למאושפזים שאותרו כמתאימים לתוכנית. ההתערבות בוצעה על ידי צוות רב מקצועי שכלל רופאים / אחיות שזיהו (ובחלק מבתי החולים אף אבחנו) ראשונית את החולים המתאימים לתוכנית; רופאים גריאטריים שערכו יעוץ גריאטרי מקיף, לרבות אבחון קוגניטיבי ורביזיה תרופתית; פיזיותרפיסטים שעודדו הליכה וניידות של החולים; עובדים סוציאליים שביצעו התערבות ביו-פסיכו-סוציאלית, בחינת מיצוי זכויות ותיאום שחרור עם הקהילה; ומתנדבים / כוחות עזר שסייעו בהולכה של החולים ובשיחות אוריינטציה עימם. בחלק מבתי החולים נוספו לאנשי צוות אלו גם מרפאים בעיסוק ותזונאים. ההתערבות של כל אחד מאנשי הצוות בוצעה לפי פרוטוקולים מובנים שנכתבו עבור התוכנית.

**תיאום שחרור עם הקהילה:** נוסף לתיאום השחרור מול הגורמים הרלוונטיים בקהילה (שבוצע במידת הצורך על ידי העובדים הסוציאליים), בבתי החולים גם יצרו קשר עם קופת החולים של המטופל והעבירו ישירות / דרך המטופל את מכתב השחרור לרופא המשפחה (כדי לשפר את רצף הטיפול). בשלושה מתוך ארבעת בתי החולים שהשתתפו בתוכנית בוצע גם מעקב טלפוני מול החולה או המטפלים העיקריים שלו, כעבור שבוע-שלושה שבועות מהשחרור, בכדי לוודא את ביצוע ההמלצות.

## מדדי ההצלחה שהוגדרו בקול הקורא

### שיפור בזיהוי מאושפזים עם דמנציה ודליריום

- קיומו של תהליך מובנה לזיהוי אנשים עם דמנציה ודליריום.
- מספר מאושפזים עם דמנציה ודליריום שאותרו במהלך התכנית, בהשוואה למספרם טרם התכנית.
- היקף המאושפזים שנחשפו לתכנית.

### שיפור בזמינות יעוץ מומחה (גריאטר ו/או נירולוג ו/או פסיכיאטר) מספר ייעוצים שנעשו בהשוואה להיקף המאושפזים שנחשפו לתכנית.

- שיפור באיכות הטיפול בעת האשפוז  
היקף המאושפזים שנחשפו לתכנית.
- היקף ההתערבויות שנעשו על ידי צוות התוכנית (יועצים ומתנדבים).
- מידת שביעות הרצון של בני משפחתו של המאושפז.
- ירידה בשכיחות מקרי דליריום ונפילות בהשוואה לשכיחותם טרם התכנית.

### שיפור בתהליכי שחרור אנשים עם דמנציה

- מידת שיתוף הפעולה עם גורמים בקהילה.
- מידת שביעות הרצון של בני משפחתו של המאושפז.
- הפחתה במספר האשפוזים החוזרים.
- קיומה של תכנית שחרור, לרבות היוועצות עם בני המשפחה.

### הגברת המודעות של הצוות המטפל

- היקף אנשי הצוות בבית החולים שנחשפו לתכניות הכשרה.
- מגוון אנשי הצוות בבית החולים שנחשפו לתכניות הכשרה.
- מידת שיתוף הפעולה עם מומחים מתוך צוות בית החולים (כגון צוותי מרפאת הזיכרון/ גריאטריה).

### הרחבת הידע של הצוות המטפל

- היקף אנשי הצוות שנחשפו לתכנית.
- מידת השינוי בידע של אנשי הצוות בתום התכנית (דרך שאלון "לפני ואחרי").

### שיפור במדדי תוצאה של אשפוזים כגון משך האשפוז, אשפוזים חוזרים

- נתונים על משך האשפוז של כל מאושפז.
- נתונים על מספר האשפוזים החוזרים של כל משתתף בתוכנית (תוך שבוע ותוך 30 יום).

### שיפור בשביעות הרצון של בני המשפחה

- סקר שביעות רצון בני משפחה.

### מודלים של Best practices להפצה בכתי חולים אחרים



## רקע על המחקר

המחקר ליווה את התוכנית מתחילת שנת 2018 ועד סוף שנת 2021<sup>5</sup>. המחקר דיווח באופן שוטף ובתדירות חצי שנתית בנוגע ליישום של ההתערבויות בבתי החולים המשתתפים ועמידה במדדי ההצלחה. בהתאם למדדי ההצלחה שהוגדרו בקול הקורא הוגדרו יעדי המחקר הבאים:

### **יעדי המחקר**

מבוססים על התוצאות הרצויות (מדדי ההצלחה לעיל):

### **תפוקות ויישום**

מעקב ובקרה אחר תהליך גיבוש התכנית והבניית השותפות הפנימית

- קיום פגישות בין הגורמים הרלוונטיים.
- הגדרת דרכי תקשורת ואופני שיתופי פעולה בין השותפים הפנימיים.
- הגדרת תהליך מובנה ושלם הכולל איתור, זיהוי ואבחון, ייעוץ, טיפול ושחרור. בחינת ההתאמה בין התהליך שהוצע במחקר לבין התהליך שהוגדר בפועל.

מעקב ובקרה אחר התנעת התכנית

- ביצוע בפועל על פי התהליך שהוגדר לאיתור, זיהוי ואבחון, ייעוץ, טיפול ושחרור. מידת ההתאמה ועמידה בלוחות זמנים.
- בחינה (בדגש איכותני) של האתגרים, החסמים, הגורמים המקדמים והמעכבים ומתן המלצות.

### **תוצאות**

שינוי לחיוב בזיהוי מאושפזים עם דמנציה ודליריום

- שינוי לחיוב במספר המאושפזים עם דמנציה ודליריום שאותרו במהלך התכנית בהשוואה למספרם טרם התכנית.
- עמידה ביעד מוגדר של מספר מאושפזים אשר נחשפו לתכנית/עברו תהליך מובנה לזיהוי.

זמינות וכמות ייעוצים אבסולוטית ופרופורציונלית

- עמידה ביעד מוגדר של מספר מאושפזים אשר קיבלו ייעוץ ככלל ופרופורציונלי למספר המאושפזים אשר נחשפו לתכנית / עברו תהליך מובנה לזיהוי.
- זמינות הייעוצים, אינטרוול בין דרישה לביצוע יעוץ (על ידי בני משפחה או צוות) לבין ביצוע בפועל.

<sup>5</sup> למעט בית החולים שיבא שסיים בסוף שנת 2019.

### שיפור באיכות הטיפול במהלך האשפוז

- טיפול בהתאם לפרוטוקול הטיפול שגובש במסגרת התכנית.
- שינוי לחיוב במספר ההתערבויות שנעשו על ידי צוות התכנית, יועצים ומתנדבים בהשוואה למספרם טרם התכנית.
- ירידה בשכיחות מקרי הדליריום, הנפילות והסיבוכים הקשורים לטיפול ולמחלת הדמנציה בהשוואה למספרם לפני התכנית.

### שיפור בתהליכי השחרור של מאושפזים עם דמנציה

- שחרור בהתאם לפרוטוקול שגובש במסגרת התכנית.
- כמות ואיכות שיתופי הפעולה עם גורמים בקהילה.
- הגברת המודעות ושינוי בידע של הצוות המטפל (הרלוונטי)
- היקף ומגוון אנשי הצוות בבית החולים שנחשפו לתכנית/עברו תהליכי הכשרה במסגרת או בעקבות התכנית.
- היקף ומגוון שיתופי הפעולה עם מומחים מתוך צוות בית החולים שניתן לייחס לתכנית.
- שינוי לחיוב בידע בנושא של הצוות המטפל, לפני התכנית לעומת אחרי.

### שינוי לחיוב במדדי התוצאה האובייקטיביים של האשפוזים

- ירידה במספר ימי האשפוז בהשוואה למספרם לפני התכנית.
- ירידה במספר האשפוזים החוזרים (שבוע וחודש) בהשוואה למספרם טרם התכנית.

### שביעות רצון רבה של בני המשפחות והמלווים

- עמידה ביעד של שביעות רצון רבה של בני משפחתו של המטופל מהטיפול, קבלה, אשפוז ושחרור.

### Best practice

- סיוע בכתיבת תורה נתמכת / מבוססת על אינטגרציה של הממצאים העולים מבתי החולים והתוכניות מגובה בסקירת ספרות מקיפה והשוואתית מהארץ והעולם.
- סיוע בהטמעת מתודולוגיה, כלים והליך אשר ישרתו את התכנית (הכללית) למדידה והערכה באופן שוטף ומעבר לתקופת המחקר.

### הצגת תמונת מצב מהימנה ועדכנית

- בחינת העמידה ביעדים היישומיים-תפוקתיים בהתאם לתכנית ולהתחייבות של כל בית חולים.
- בחינת העמידה ביעדים התוצאתיים.
- השוואה זהירה ומקדמת בין בתי החולים ומתן המלצות לכלל בית חולים בפרט וברמת התכנית ככלל.

בהתאם למדדי ההצלחה ויעדי המחקר נבנה פרוטוקול דיווח [נספח א: משתנים למדידה ומעקב] המכיל את המשתנים הרלוונטיים וההגדרה האופרטיבית למעקב. בנוסף, נבנה כלי משוב עבור מטופלים ובני משפחותיהם.

## ביצוע בפועל ומגבלות המחקר

בפועל לא ניתן היה לבחון באופן אמפירי חלק גדול ממדדי ההצלחה שהוגדרו בקול הקורא ויעדי המחקר שהוצבו בהתאם. להלן הסיבות לכך:

- אישור ההלסינקי שהתקבל ממשד הבריאות ומבתי החולים אפשר לקבל אך ורק נתונים שנאספים בשגרה (ללא קשר לתוכנית).
  - אישור ההלסינקי שהתקבל ממשד הבריאות לא אישר לפנות ו/או לקבל מידע ממטופלים ו/או בני משפחותיהם לאחר השחרור.
  - גם כאשר הייתה הסכמה שכדאי לשנות או להוסיף משתנה הנמדד בשגרה<sup>6</sup>, לא התקבל אישור לכך ברמת המערכת / אגף המחשוב (כיוון שהדבר משפיע על כלל המערכת של בית החולים ועל נתונים שנאספו עם קטגוריות שונות) והדבר לא בוצע.
- כפועל יוצא המחקר האמפירי התבסס אך ורק על משתנים ונתונים שנאספים על ידי בתי החולים בשגרה, **שום משתנה לא הוסף או שונה בעקבות המחקר**. בנוסף, המחקר התבסס אך ורק על **נתונים של מטופלים בתוכנית** ולא קיבל כל נתונים של מטופלים אחרים, כלומר לא התאפשר מערך הכולל קבוצת ביקורת ו/או קבוצת השוואה.
- מגבלות נוספות:
- בכל בית חולים בוצעה התערבות שונה ועבור אוכלוסיות שונות, לדבר היה ערך מבחינת למידה והפריה הדדית אולם מציאות זו מגבילה את היכולת לייצר השוואות ולהעמיד ממצאים למבחן אמפירי.
  - חלק גדול ממשך ההתערבויות התבצע במהלך תקופת הקורונה, דבר שחייב שינוי בכמות ובאיכות היישום (כולל הפסקה מוחלטת לתקופה של 3-4 חודשים).
  - ההתערבויות בתוך כל בית חולים אף שהכילו רכיבים בסיסיים בהתערבות שלא השתנו המחקר, חלו תמורות מתבקשות כתוצאה מלמידה, כלומר המחקר הוא קודם כל יישומי מתערב.
- בהתאם ועל מנת בכל זאת לבחון את העמידה ביעדים, הגם שלא באופן אמפירי, המחקר הרחיב ושם את הדגש על המרכיב האיכותני.

<sup>6</sup> לדוגמה, המשתנה 'הגעה בקבלה' ו- 'הגעה בשחרור' מכילים קטגוריות תשובה שונות ולא מאפשרות עוגן להשוואה. על אף שהדבר ברור ומובן, השינוי היה פוגע במידע שנאסף עד כה בבית החולים ולכן לא התקבל אישור לשנותו.

## המלצות / מסקנות מתודולוגיות

- .: חברת המחקר נמצאת במציאות מאתגרת מעצם זה שהיא לא מגדירה את ההתערבות. בקונטקסט זה כדאי לשקול ולשלב את חברת המחקר, אם לא בהתערבות, לפחות בהגדרת מדדי הצלחה.
- .: היעדים ומדדי הצלחה צריכים להיות מוגדרים בהתאם להנחיות של ועדת ההלסינקי של משרד הבריאות. מדדי הצלחה הוגדרו על ידי מזמיני המחקר, הג'וינט ומשרד הבריאות, אולם בפועל וועדת ההלסינקי של משרד הבריאות לא אישרה אותם<sup>7</sup>.
- .: יש לעשות אבחנה מבחינת מערך מחקר בין הערכה ומדידה של תפוקות לבין העמדה למבחן אמפירי של תוצאות. על מנת לבחון תפוקות יש ערך לקבל נתונים רלוונטיים מכלל האוכלוסיות ולאורך כל התקופה המוגדרת. על מנת להעמיד למבחן אמפירי תוצאות, מוטב התערבות אחידה, מערך מחקר מתוכנן, מבוקר, השוואתי, פרוספקטיבי, מוגדר ומוגבל מבחינת אוכלוסייה (קריטריוני הכללה והוצאה), גודל דגימה, אופן דגימה, כלים, משתנים ומשך.

## מבנה הדוח

הדוח כולל שני חלקים, החלק הראשון מתייחס לממצאים העולים מהראיונות, ועדות ההיגוי והמפגשים שהתקיימו לאורך תקופת המחקר. החלק השני מציג את ההתערבות בכל בית חולים ואת הממצאים הכמותיים העולים מהנתונים שהועברו על ידי בתי החולים, פרק נפרד לכל אחד מבתי החולים.

<sup>7</sup> הדבר גם יצר עיכוב גדול בהתחלת המחקר.

# ממצאים העולים מהראיונות, ועדות ההיגוי והמפגשים

\* כיוון שמרבית הראיונות התקיימו עם נשים הפרק נכתב בלשון נקבה

## שיטה

### דגימה

ניתוח זה מתבסס על תשעה-עשר (19) ראיונות שבוצעו עם בעלות תפקידים במשרד הבריאות, בג'וינט-אשל ובארבעת בתי החולים שלקחו חלק בתוכנית, על נתונים שנאספו על ידי רכזת התוכנית מטעם ג'וינט-אשל (באשר לתוכניות שהתקיימו באותם בתי חולים) ועל חומרים נוספים שעלו לאורך שנות המחקר בוועדות ההיגוי ובמפגשים. רוב הראיונות שצוינו לעיל נערכו טלפונית בחודשים יולי עד ספטמבר 2020 (הראיונות עם בעלות התפקידים באשל – מנהלת תוכניות דמנציה ורכזת התוכנית – נערכו בנובמבר 2020).

### כלים

הראיונות התבססו על כלי ראיון חצי מובנה. תחומים: א. הישגי התוכנית. ב. ייחודיות התוכנית. ג. המלצות למודל (תוכנית) המשך. ד. אתגרים התמודדויות. ה. קיימות. ו. חווית הצלחה / אי הצלחה.

### הליך

הראיונות התבצעו באופן טלפוני או באמצעות תוכנת זום. לפני הראיון הוסברה מטרת הראיון, מי אחראי על הראיון ומה יעשה עם הממצאים. משך כל ראיון כשעה.

### מגבלות המחקר

המחקר האיכותני מטבעו אינו מספק ייצוגיות מיטבית, כשהייצוגיות עוד יותר נמוכה כאשר ישנה שונות גדולה במציאות. אף שמדובר בתוכנית אחת, התוכנית במהותה אפשרה גמישות רבה לכל בית חולים, והאופן שבו פעלה בכל בית חולים, היה שונה.

התוכנית פעלה בשתי תקופות שונות מאוד, תקופה ללא קורונה ותקופה עם קורונה. לקורונה היו השלכות משמעותיות לגבי אופן היישום, האתגרים ביישום ועוד.

התוכנית והמחקר התפרסו על פני שלוש וחצי שנים. באופן טבעי, לאורך התוכנית והמחקר חלו מספר תמורות בתוכנית בעקבות למידה משמעותית או התאמה טובה יותר שלה לאופי העבודה בכל בית חולים. לפיכך, עיקר הממצאים המובאים כאן מתייחסים לתקופה המאוחרת והרלוונטית יותר.

## ממצאים

### הישגי התוכנית

#### ריכוז ממצאים

✓ התוכנית השיגה את מטרת העל שלה: שיפור הטיפול באנשים עם דמנציה במערך האשפוז הכללי ובגריאטריה הפעילה באמצעות פיתוח והפעלת שירותים בבתי החולים בתחום הזיהוי והטיפול בחולי דמנציה ודליריום.

התוכנית עמדה במרבית יעדיה:

✓ **הגברת המודעות**, הידע והמיומנויות בקרב הצוותים הרפואיים בבתי החולים לשם טיפול באנשים עם דמנציה ודליריום ותמיכה בבני משפחותיהם.

✓ **איתור וזיהוי** דמנציה ודליריום בעת קבלת המטופל לאשפוז בבית החולים, ניתוב הגישה הטיפולית בהתאם והפחתת הסיכונים או הסיבוכים שעשויים לקרות במהלך אשפוז של אדם מבוגר.

✓ **גיבוש גישה טיפולית מותאמת** לצרכים המיוחדים של אנשים עם דמנציה ודליריום ושל בני משפחותיהם, במודל רב מקצועי וביו-פסיכו-סוציאלי.

בנוסף, התוכנית הובילה ל:

✓ הטמעת תרבות ארגונית בתחום

✓ מחשוב ואיסוף מידע נוסף רלוונטי

✓ שילוב של צוות פרא רפואי הכרחי

יעד מרכזי שלא הושג במלואו,

! היעד של **שחרור מתואם** תוך רצף טיפולי בין בית החולים לבין הקהילה או המוסד לא הושג באופן מספק

מן הראיונות והנתונים שנאספו ניתן ללמוד כי התוכנית עמדה במטרותיה המוצהרות, ובעיקר ביעדים של פיתוח והפעלת שירותים בבתי החולים בתחום הזיהוי והטיפול במאושפזים עם דמנציה ודליריום. מעבר לכך, ציינו בעלי/ות התפקידים מטרות נוספות שהושגו במסגרת התוכנית. מטרות אלו קשורות באופן ישיר למטרות המוצהרות / מוגדרות ו/או שהן תולדה של יישום והטמעת התוכנית בבתי החולים. **המטרה (הנוספת) השכיחה ביותר שצוינה בראיונות עם בעלי/ות התפקידים, הן במשרד הבריאות ובאשל והן בכל אחד מארבעת בתי החולים, הייתה העלאת המודעות, חשיפה, הדרכה, הכשרה וחינוך הצוותים (הרפואיים, סיעודיים, פרא-רפואיים ואחרים) בתחום של גריאטריה ואשפוז מבוגרים בכלל ובנושא של דמנציה ודליריום בפרט.**

"אני חושבת שאחת המטרות הייתה **העלאת המודעות לצרכים המיוחדים של אנשים עם דמנציה בפרט ואנשים זקנים בכלל שהם מאושפזים. הדרכת צוותים... היכרות של צוותים עם התחום של גריאטריה וטיפול בזקן.**" (מנהלת התוכנית הלאומית לדמנציה לשעבר במשרד הבריאות)

"המטרה ה- מאד חשובה של התוכנית, בנוסף לשיפור איכות הטיפול, היא **גם העלאת מודעות הצוות שממשיך אצלנו מרמת כוח עזר, מקצועות פרא-רפואיים... העלאת מודעות בקרב הצוותים.**" (רכזת התוכנית בבית החולים שיבא)

"מעבר למטרות שהוגדרו, הטמעה, השרשה והכנה של משמעותיות דמנציה ודליריום, **העלאת המודעות לדמנציה ודליריום בבית החולים, העלאת המודעות לסוגי הדליריום.**" (מנהל התוכנית בבית החולים בני ציון)

"... **חינוך הצוות המטפל, הרפואי והסיעודי והרב-מקצועי, על החשיבות של דליריום.** גם בזה הצלחנו, ראינו שאתה זורק אבן ויש הרבה גלים, הגיע מאד רחוק." (החוקר הראשי ואחראי על התוכנית מטעם היחידה הגריאטרית בבית החולים רמב"ם)

"**הכשרת הצוותים שהם לא גריאטריים. היכרות עם מקצוע הגריאטריה, מה זה מטופל זקן, מה הדגשים... פיתוח של צוותים פרא-רפואיים, חינוך לנושא הגריאטריה.** זו לא מחלקה שנחשבת כסבב חובה בשום מקצוע." (הגריאטר של המחלקה לרפואה דחופה בבית החולים איכילוב)

מטרות (נוספות) שצוינו בשכיחות נמוכה יותר בראיונות היו: שיפור החווייה, הטיפול ומהלך האשפוז של מבוגרים בכלל ולא דווקא בהיבט של דמנציה ודליריום (איכילוב), הטמעת תרבות ארגונית של עבודה בצוותים רב-מקצועיים לטובת המאושפזים הזקנים בכלל והסובלים מדמנציה בפרט (משרד הבריאות ואיכילוב), הפחתת הסיכונים או הסיבוכים שעשויים לקרות במהלך אשפוז של אדם מבוגר כגון ירידה קוגניטיבית או תפקודית / שימור מצב קוגניטיבי ותפקודי במהלך אשפוז (איכילוב), מחשוב התוכנית בבית החולים כולל אומדנים לאבחון דליריום ודמנציה הזמינים / קיימים בכלל מחלקות בית החולים (רמב"ם), העלאת המודעות לערך / התרומה של הצוות הפרא-רפואי במחלקות ולצורך בטיפול רב-מקצועי (רמב"ם ובני ציון).

"המטרות של התוכנית הן לשפר את החווייה ומהלך האשפוז של מבוגרים בדגש על דמנציה. שיפור הטיפול בחולים הקשישים. אני חושבת שהמעבר לזה זה מעבר לדמנציה, מעבר לאיתור וטיפול בדמנציה. לראות את המבוגר לא דווקא בהיבט של הדמנציה, חלקם לא עונים ב 100% על הקריטריונים ועדיין אפשר לשפר את הטיפול שלהם." (רכזת התוכנית בבית החולים איכילוב)

"לשפר את האשפוז של האדם המבוגר בבית החולים. לא רק לשפר אלא לתת מענה לצרכים אחרים מלבד דמנציה ודליריום. לתת תשומת לב... בלי קשר לדמנציה ודליריום זה שהיא שמה את החולים על השולחן, זו תשומת לב חסרת תקדים. חיזוק הקשר בין הצוות המטפל." (אחות מתאמת בתוכנית בבית החולים איכילוב)

"... שינוי או בניית יחסים חדשים בתוך הצוותים בבתי החולים..." (מנהלת התוכנית הלאומית לדמנציה לשעבר במשרד הבריאות)

"הכנסה של כלים ואומדנים למערכת הממוחשבת והפכנו את האומדנים האלו לחוצי מחלקות כלומר בכלל מחלקות בית החולים. דיאטנית וריפוי בעיסוק לא נכנסו בכלל למחלקה האורתופדית ובעקבות התוכנית נכנסים למחלקה גם לחולים אחרים." (מרכזת התוכנית בבית החולים רמב"ם)

**עם זאת, עלה קושי לעמוד ביעד (רכיב) של מעקב לאחר שחרור ורצף טיפול.** בעלות התפקידים בבתי החולים, במשרד הבריאות ובאשל ציינו את **הקושי לנהל את רצף הטיפול, הצורך בהמשך תשומת לב וחיזוק רכיבי המעקב והרצף בתוכנית (המשך טיפול מותאם בקהילה תוך התייחסות להמלצות בית החולים) והרצון לטייב את שיתוף הפעולה והקשר עם קופות החולים בנושא.**

"בגדול עומדת בכל המטרות. **כל הנושא של מעקב אחרי שחרור בהתחלה היה מאד צולע שזה לא עמדנו ביעד אבל בכל שאר הדברים עמדנו ביעדים.** חלק מההצעות שלנו להמשך זה להרחיב את התוכנית עצמה בכל, שניתן תשומת לב לרצף טיפול ומעקב אחרי שחרור. בבית החולים אנחנו נותנים הרבה מאד. **האתגר במעקב אחרי שחרור, במהלך האשפוז עושים הרבה מאד, צוות רב-מקצועי וברגע שהחולה עוזב את בית החולים ולמרות כל ההמלצות של הצוות הרב-מקצועי הוא עובר לקהילה ופה זה נפסק.** היינו רוצים להעביר ישירות לקופות את מכתב השחרור, לחזק את הקשר של הצוות הרב-מקצועי. **בטראומה האשפוז הוא קצר ונותנים להם הכול באשפוז אבל מה אחרי? יש קושי במעקב כשזה דרך בן משפחה או החולה עצמו...** זה עניין של שיתוף פעולה ואיש קשר של קופות החולים." (מרכזת התוכנית בבית החולים רמב"ם)

"**אנחנו חלשים במעקב ורצף טיפולי, מאד קשה לנהל את זה, זה משהו שצריך לעבוד עליו – רצף טיפול.**" (מנהלת התוכנית לשעבר ורופאה גריאטרית בבית החולים איכילוב)



## ייחודיות התוכנית

### ריכוז ממצאים

- ✓ בהפניית זרקור לטיפול במבוגר המאושפז בבית החולים, בפרט בהקשר של ירידה קוגניטיבית ודמנציה במהלך האשפוז, ובהעלאת מודעות הצוות לנושא
- ✓ בחיזוק המערך הגריאטרי
- ✓ בקיומם של צוותים רב-מקצועיים
- ✓ ביצירת פונקציה של ניהול מקרה (case management)
- ✓ ביצירת Standard of care לטיפול באנשים עם דמנציה בבתי חולים
- ✓ בקיומה של המעטפת החיצונית המלווה
- ✓ במתן חופש פעולה רחב לבתי החולים

**בשאלת ייחודיותה של התוכנית, יתרונותיה וחסרונותיה ביחס לתוכניות אחרות, הצביעו המרואיינות על מגוון היבטים אולם בכל אחד מן הארגונים (משרד הבריאות, אשל וארבעת בתי החולים), לפחות בעל תפקיד אחד ציין כי ייחודיותה או יתרונה של התוכנית בכך שהפנתה זרקור לטיפול במבוגר המאושפז בבית החולים, בפרט בהקשר של ירידה קוגניטיבית ודמנציה במהלך האשפוז, והעלתה את מודעות הצוות לנושא. להלן פירוט ההיבטים הנוספים בחלוקה לפי בית חולים / ארגון:**

➤ **איכילוב:** התוכנית בבית החולים הסתמכה משמעותית על רופאים גריאטריים (מספר רופאים בתוכנית) - משאב קיים בבית החולים איכילוב (מערך גריאטרי מפותח / גדול). מן הנתונים שנאספו על ידי מנהלת התוכנית בבית החולים עלה כי **התוכנית סייעה בחיזוק המערך הגריאטרי בבית החולים והאחרון חיזק את התוכנית שאף תרמה לשינוי התרבות בבית החולים (תרבות פרו-גריאטרית)**. כמו כן, במסגרת הראיונות צוין כי ההסתמכות על רופאים גריאטריים בתוכנית ומעורבותם המשמעותית תרמו להובלת השינוי בארגון. בנוסף, נוכחותם הפיזית של הרופאים הגריאטריים במחלקות אפשרה להם להיות "עם יד על הדופק" באשר למצב המטופלים ולהגיב באופן מהיר בהקשר זה, כאשר זה נדרש. עוד צוין כי בבית החולים מתקיימים תקשורת ושיתוף פעולה חוצה-ארגון סביב התוכנית, איכות המתנדבים בתוכנית גבוהה והם מתוחזקים טוב על ידי רכזת המתנדבים בתוכנית (גרונטולוגית) וכי ישנה התייחסות למשפחות המטופלים ושיח עימן, הנגשת מידע והכנה שלהן עוד טרם יום השחרור. בנוסף, מן הנתונים שנאספו על ידי מנהלת התוכנית עלה כי התוכנית בבית החולים איכילוב זכתה / זוכה לתמיכה רחבה מצד הנהלת בית החולים וכי תמיכה זו קריטית להקמת תוכנית חזקה ויעילה.

"אני חושבת שמה שמיוחד הוא ההסתמכות ה- מאד גדולה על רופאים גריאטריים כי זה משאב שיש לנו. אנחנו מנצלים את העובדה שיש מספר רופאים בתוכנית וזה הופך את זה למשהו מיוחד כי

מבחינה ארגונית מעורבות של רופא יש לה המון כוח מבחינת הובלת שינוי תהליכי. אנחנו מנצלים את העובדה שיש רופאים מעורבים. זה מאד hands on, רואים את החולים, אנחנו מובילים את השינויים פיזית מול החולים עצמם, זה עוזר לנו לזהות דברים שצריך לשנות די מהר. יש לנו צוות שמושקע בדבר. בגלל שאנחנו פיזית נמצאים כל הזמן אז פחות מושפעים מצוותים שמתחלפים. העובדה שניהול המתנדבים מרוכז על ידי גרונטולוגית עם השכלה גריאטרית טובה ולכן איכות המתנדבים גבוהה והם מתחזקים טוב... מאחורי התוכנית עומד מערך גדול ובעצם העבודה שלנו היא מרמת המיין ועד השיקום ואנחנו בעצם יש לנו קשר הדוק עם השיקום, יש הרבה מאד שיתוף פעולה לאורך האשפוז. גריאטר שרואה את החולה במיין יכול להתקשר אלינו ולעדכן אותנו וזה ייחודי. בשאר בתי החולים פשוט אין את המשאבים האלה." (מנהלת התוכנית לשעבר ורופאה גריאטרית בבית החולים איכילוב)

➤ **רמב"ם:** ייחודיותה / יתרונה של התוכנית בבית החולים בכך שכללה **צוותים רב-מקצועיים שהיו שותפים בה (שיח רב-מקצועי) ומעורבים בטיפול במאושפזים**. עוד עלה כי המחלקות בהן פעלה התוכנית נחשפו לחשיבות עבודת הצוותים הפרא-רפואיים ובעקבות זאת, בהמשך, הוזמנו האחרונים ישירות על ידי המחלקות עצמן. כמו כן, **התוכנית הביאה להתפתחות הפונקציה של ניהול מקרה (case management) לאוכלוסייה המבוגרת בבית החולים (לא היה מפותח מאד קודם לכן)**.

"הגיוס של הצוות לטובת הזקן בטיפול, מה שנקרא case management וברמב"ם זה לא מפותח מאד לאוכלוסייה זקנה (יש לילודות וכו'). ראינו שהתפתחה תוכנית יפה מאד של מי שאחראי על הטיפול ומקדם אותם במהלך האשפוז מול כל הגורמים." (החוקר הראשי ואחראי על התוכנית מטעם היחידה הגריאטרית בבית החולים רמב"ם)

➤ **בני ציון:** ייחודיותה / יתרונה של התוכנית הוא בכך שאינה מוגבלת למחלקה או תחום מסוים, ניתן לשלב אותה כ – standard of care בבית החולים והיא נבנתה בבית החולים כך שאת רובה ניתן יהיה להמשיך גם לאחר סיום התקציב.

"זו תוכנית מאד ייחודית. רוב מה שקורה פה נבנה באופן שניתן יהיה להמשיך בו גם לאחר סיום התקציב. אני לא רואה חסרונות בתוכנית כזו, אם היו 3 רופאים גריאטריים בבני ציון זה היה יותר קל אבל זה לא חיסרון של התוכנית. יתרון זה העלאת המודעות של כלל הצוות, זה לא מוגבל למחלקה או תחום מסוים, זה יתרון גדול, להפוך את הנושא ל – standard of care." (מנהל התוכנית בבית החולים בני ציון)

➤ **שיבא:** יתרונה של התוכנית הוא בליווי ובמעטפת החיצונית שניתנה למובילי התוכנית בבתי החולים (הביקורים שקיימה נציגת התוכנית מטעם אשל בבתי החולים והיותה, בין השאר, כתובת לפניות

**ועזרה, מפגשי הפורום המורחב וכו').** החיסרון הוא בהתבססות התוכנית על כוח אדם קיים, במודעות הנמוכה של הנהלת בית החולים באשר לחשיבות המיזם ובחוסר המחויבות של ההנהלה למיזם.

"יתרונות של התוכנית – הפורום המורחב, הרבה פעמים אין את זה בפרויקטים שאני רצתי בהם. גם אם הארגונים מבצעים תוכנית שונה יש צורך להיפגש. הייתה נציגות של התוכנית, נ' הייתה מבצעת ביקורים שוטפים בבתי החולים. יכולנו להיעזר בה, זה די קישר אותנו למה שקורה בבתי החולים האחרים, דמות מקשרת בין כל הגורמים שמכירה את השטח והיא כתובת למענים ופניות. לפעמים מספיק לדעת שזה קיים. חסרונות – יש כל מיני אספקטים, אני חושבת שהתייחסות לכוח אדם, להתבסס על כוח האדם הקיים זו בעיה, יש בעיה של כוח אדם. גם אולי זה קשור למודעות, להעלות מודעות של מנהלי הארגונים בנוגע לחשיבות המיזם, לשתף את מנהלי הארגונים (בתי החולים)... הייתה חסרה חשיפה של המיזם לאנשים בתפקידי מפתח. לייצר מחויבות." (רכזת התוכנית בבית החולים שיבא)

➤ **משרד הבריאות:** בעלות התפקידים במשרד הבריאות ציינו כי ייחודיותה של התוכנית היא ברב-מקצועיות שלה, בהיותה אחת התוכניות הראשונות שמתייחסת לטיפול באדם עם דמנציה בתוך בית החולים, באפשרות הפעולה הרחבה שניתנה לבתי החולים במסגרת התוכנית, בהתמדה של הצוותים, על אף הקשיים והאתגרים, ובמעורבות גם של הצוות הניהולי של בית החולים (מידת מעורבות הצוות הניהולי הייתה שונה בכל בית חולים). עם זאת, ציין אחד מבעלי התפקידים במשרד כי לדידו יש צורך בביקורת מאוזנת, הכוללת התייחסות גם להיבטים חיוביים, מצד הגורמים המלווים את התוכנית.

"לא רוצה לעשות השוואה לתוכניות אחרות אבל הייחודיות הייתה שנתנו אפשרות פעולה רחבה לכולם. בשבילי זה היה חשוב. דבר שני, המעורבות של הצוות, הצוות במקרה הזה כולל לא רק את הצוות המקצועי אלא גם את הצוות המנהלתי של בית החולים. ההנהלה של בתי החולים, במידה זו או אחרת, היו מעורבים. זה היה מאד חשוב מבחינת הנראות והמעורבות. דבר שלישי, עם כל הביקורת של כולם, הייתה גם התמדה, אני חושב, זאת אומרת עם כל העליות והירידות, הייתה התמדה של הצוותים. כך אני ראיתי. פה קצת הביקורת, לפעמים אני חושב שקצת יותר מדי לוחצים, אני רואה את התפקיד של מי שמלווה את התוכנית כאנשים שמייצעים וגם נותנים ביקורת אבל זו צריכה להיות מאוזנת עם הצדדים החיוביים. אני לא הרגשתי נוח עם הלחץ יתר על הנתונים והתוצרים אבל אני חושב שזה לא היה מאוזן עם הצדדים החיוביים. כמי שמנסה לקדם את התוכנית בכללותה, לפעמים העובדה שאנחנו באים בצד הרגולטורי יותר מהצד המאפשר והמקדם זה לא מוסיף בריאות לתוכנית." (יו"ר ועדת היישום של התוכנית הלאומית לדמנציה לשעבר במשרד הבריאות)

➤ **אשל:** בעלות התפקידים באשל התייחסו לייחודיותה של התוכנית בהיותה הראשונה שמתייחסת לאנשים עם ירידה קוגניטיבית ודמנציה בתוך בית החולים ומקדמת את שינוי ושיפור הטיפול לאוכלוסייה זו בתוך בתי החולים, במטרה להשפיע על מהלך המחלה ולשפר את איכות חיי המטופל. כמו כן, ציינה אחת מבעלות התפקידים כי יש צורך שהנושא יטופל בבתי החולים באופן רחבי וירוכז על ידי בעל תפקיד בבית החולים בזומה לאופן שבו מטופלים תחומים אחרים.

"ככל שאני מכירה זו התוכנית הראשונה, ובטח מטעם התוכנית הלאומית לדמנציה, שמתייחסת לאנשים עם ירידה קוגניטיבית ודמנציה בתוך בתי החולים. בתי חולים כתשתית אליה מגיעים אנשים עם דמנציה ותוכנית שמכירה בזה שניתן לשפר את הטיפול בתוך בתי החולים כדי לשפר את איכות החיים או להשפיע על מהלך המחלה של המטופל... שמה זרקור על הנושא של דמנציה בבתי החולים. אדם עם דמנציה מצריך התייחסות שונה ויש צוותים שהתוכנית חידדה את זה... אם אני משווה למרכזי יום, למשל, שאשל עובד הרבה בתשתית הזו, היו מנהלות שהיה להן ברור למה אני מתכוונת כשהצענו תכנית לירידה קוגניטיבית... בבתי החולים ממש שמנו ביחד עם הצוותים את הזרקור, זה קהל יעד שיכול להתפסס ומצריך התערבות שונה ואפשר להשפיע על מהלך המחלה ואיכות חיי המטופל, ההתמודדות עם המחלה שלו." (מנהלת תוכניות דמנציה באשל)

כמו כן, באשר למעטפת החיצונית ולחופש פעולה לבתי החולים ציינו בעלות התפקידים את **הערך הרב והחשיבות של מעטפת מלווה ומתחזקת לאורך התוכנית, כמו גם גמישות (בבניית התוכנית ובמהלכה):** הפורמט של ועדות ההיגוי / יישום, הדיאלוג והיכולת להתייעץ, השוני בין התוכניות וההפריה ההדדית, הקשב הרב לשטח (בתי החולים), הליווי על ידי רכזות ומנהלת התוכנית מטעם אשל וחופש הפעולה שניתן לבתי החולים במסגרת התוכנית.

"אני יכולה לומר שהבנייה שלה זה היה להשתמש בדברים קיימים וזה מאד עזר לנו כי כבר היה ניסיון של מרכזים רבים אחרים. בתוך התוכנית בארץ יש ערך גדול לפורמט הזה של ליווי עם הוועדות ההיגוי הדחופות, זה אומנם הרבה שעות להקדיש לזה אבל זה שמר אותנו מפוקסים וזה הזכיר מאיפה באנו ולאן הולכים, זה אילץ אותנו לבחון עצמנו בכל נקודת זמן. הליווי הזה הוא בעל ערך." (מנהלת התוכנית בבית החולים איכילוב)

"זו הייתה תוכנית מצוינת, ועדות ההיגוי היו מצוינות, הצוות של הג'וינט ליווה אותנו וזה היה מצוין. גם זה שנתנו לנו יד חופשית זה גם מדהים בעיניי, אנשים הרוויחו מזה שתוכניות היו שונות ומגוונות... היה נעים לעבוד עם כולם, ניתן היה להתייעץ עם כולם. הדיאלוג והליווי היה מאד חשוב, היכולת להתייעץ, לקבל רעיונות ואזן קשבת, היה הרבה פירגון ואלו דברים שנתנו המון כוח. הרגשתי שהאנשים בכל הרמות היו משוגעים לדבר. אנשים שאכפת להם." (אחות מתאמת גריאטריה בבית החולים בני ציון)

"הדבר הכי חשוב לדעתי זה גם לשמוע את מה שאומרים אנשי המקצוע בשטח. אם אתה יושב בירושלים ולא דיברת עם הרופא בבית חולים ובקופת חולים וכו' אז לא עשית כלום ופה על ידי זה שאפשרנו את המגוון הזה, זה מה שעשינו. הכלי הזה שנקרא ועדת יישום זה כלי חשוב, אתה מושיב אנשים סביב שולחן ואתה שומע אותם וזה חשוב. חסר לי ואני שומע גם מהקולגות, חסר לי שיח של אנשי מקצוע. בתוכנית הזו הייתה הקשבה רבה לשטח." (יו"ר ועדת היישום של התוכנית הלאומית לדמנציה לשעבר במשרד הבריאות)

## המלצות למודל (תוכנית) המשך

### ריכוז ממצאים

- ! הגדלת הרתימה והמחויבות של הנהלת בית החולים
- ! שיפור המעקב לאחר שחרור, רצף הטיפול ושיתוף הפעולה עם קופות החולים
- ! איזון בין הצורך לאפשר תוכנית מותאמת באופן מיטבי לכל בית חולים לבין תוכנית גנרית / מודולרית
- ! הגדלת כוח האדם הייעודי הנדרש
- ! הגדלת היקף האוכלוסייה שמקבלת מענה
- ! שיפור והרחבה של המענה וההתייחסות לבני משפחתו של המטופל במהלך האשפוז
- ! פלטפורמה ללמידת עמיתים (כפי שנעשה במהלך הפיילוט)

מן הראיונות שבוצעו והנתונים שנאספו עלו מספר המלצות למודל (תוכנית) המשך. בשכיחות הגבוהה ביותר עלו ההמלצות הבאות:

- **רתימה ומחויבות של הנהלת בית החולים – צורך ברתימה ומחויבות של הנהלות בתי החולים לתוכנית, תמיכה בה והקצאת משאבים, גם בהיבט של כוח אדם, בהתאם** (חוסר הגיבוי יצר קושי גם בגיוס אנשי צוות מתוך בית החולים לטובת התוכנית, חוסר מחויבות וחוסר מוטיבציה בקרב הצוות). עוד ציינה אחת מבעלות התפקידים במשרד הבריאות כי בדיעבד, ייתכן והייתה שמה יותר דגש על התמיכה והמחויבות של הנהלת בית החולים לתוכנית כחלק מתהליך הבחירה והמיון של בתי החולים (קריטריון בבחירה). כמו כן, רכזת התוכנית באשל ציינה כי לדידה היה צורך בקשר אינטנסיבי יותר של צוות אשל עם הנהלות בתי החולים וסיוע לצוות בית החולים בהעלאת אתגרי התוכנית בפני ההנהלה, בחיבור ההנהלה לתוכנית בבית החולים ובגיוסה להטמעת התוכנית.
- **מעקב לאחר שחרור, רצף טיפול ושיתוף פעולה עם קופות החולים – צורך בטיוב רכיבי השחרור (המתואם) והמעקב, ביצירת רצף טיפולי ומיסודו, בשיפור שיתוף הפעולה וממשקי העבודה עם הקהילה / קופות החולים, התיאום והתקשורת הטכנית בין מערכות בקהילה למערכות בבתי החולים לשם העברת נתונים ומידע בין בתי החולים לקהילה, יידוע הגורמים בקהילה והכנתם לחזרה של המטופל לביתו והמשך טיפול מותאם בקהילה** (המתייחס למידע והמלצות בית החולים).

"אני חושבת שהאתגר העיקרי היה השונות בתרבות בין כל בית חולים, עד כמה היו מוכנים לשתף פעולה, לקדם את התוכנית, לתת משאבים, לפתח מענה מחשובי חדש לפעמים... בראייה לאחור – אני לא יודעת, אני חושבת על תהליך הבחירה של בתי החולים והמיון שלהם, היה תהליך מובנה ומסודר, אולי הייתי שמה יותר דגש על תמיכה של בית החולים והמחויבות של בית החולים כחלק מתהליך

**הבחירה של בתי החולים** (קריטריון בבחירה). " (מנהלת התוכנית הלאומית לדמנציה לשעבר במשרד הבריאות)

"**הצוות בבית החולים היה צריך את תמיכת ההנהלה כי התמודד עם מורכבויות**. היה משהו בהבניה שקצת התפספס, היינו צריכים להיות יותר בקשר עם ההנהלה של בתי החולים, אם היינו מעלים את האתגרים האלה למעלה יחד עם צוות בית החולים זה היה עוזר, לחבר את ההנהלה לשטח. לסייע בחיבור של ההנהלה לתוכנית. הייתי עושה את זה בכל בתי החולים. זה נכון בנראות שאשל ישתפו את ההנהלות, אפילו פעמיים בשנה, כדי ליצור ערוץ פתוח בין ההנהלה לצוות בבית החולים... גם בשלב ההטמעה, אולי זה היה מגייס את ההנהלה להטמעה גם בנושא של תקציב. לנו כגורם חיצוני יותר נוח לבוא ולהגיד את זה, לא בטוח שצוות בית החולים יכול לבוא להנהלה ולומר את זה." (רכזת התוכנית באשל)

"**צריך מחויבות של ההנהלה... גיוס ארגון למיזם כזה צריך להתחיל ממנהל בית החולים או מנכ"ל או הסגנים אבל זו צריכה להיות התחייבות ארגונית. כשכתבנו את ההצעה, הנהלת הסייעוד התחייבה וזה היה מאד מקל וברגע שהתחלפה זה לא מובן מאליו שיעבור בירושה ולא הייתה התחייבות. הטמעה צריכה להיות מלמעלה, הנחיה של הנהלה. היענות של הצוות הקיים, זה עומס נוסף וצריך היענות של הצוות הקיים. צריך הנחיה של המנהל / הנהלה. יש מדדי איכות כמדדים לאומיים, ברגע שמדד איכות נבחר זו לא כפייה. בשדה אנחנו הסתובבנו צוות שמסביר והיה כתובת ולא הרגשנו שחסר משהו חוץ מהנחיה מלמעלה. העלאת מודעות הייתה אבל זה לא הצליח לגרום להיענות גבוהה יותר." (רכזת התוכנית בבית החולים שיבא)**

"**אחת הבעיות הרציניות שהייתה לנו זה חוסר תקשורת טכנית בין מערכות בקהילה למערכות בבתי החולים. חלק מהעבודה שלנו הייתה על טיוב התייעוד, זה ממש קריטי. אני חושבת למשל שאבחנו כמו דמנציה צריכות להיות נורת אזהרה, ממש פתרון טכנולוגי, כלומר אם אני זיהיתי חולה עם ירידה קוגניטיבית אז שתהיה התראה, שיקפוץ לרופא משפחה באופן אוטומטי. דליריום אולי לא אבל ירידה קוגניטיבית צריכה לקפוץ לרופא משפחה. והפוך, אם רופא משפחה הכניס אבחנה..."** (מנהלת התוכנית לשעבר ורופאה גריאטרית בבית החולים איכילוב)

"**דבר נוסף שצריך להיות זה מענה מבחינת קופת החולים, מה עושה רופא המשפחה עם האבחנה?"** (מנהל התוכנית בבית החולים בני ציון)

"**התסכול העיקרי שלי הוא שעושים עם הרבה התלהבות וביום השחרור מאבדים קשר עם החולה ולכן עכשיו רוצים לשפר את כל הנושא של רצף טיפולי..."** (החוקר הראשי ואחראי על התוכנית מטעם היחידה הגריאטרית בבית החולים רמב"ם)

"יש משהו שהודגש אבל גם אנחנו לא מצאנו מענה, **כל הקשר של רצף בית חולים – קהילה, יש פערים גדולים מדי, הנושא של חוסר תיאום בין מערכות וזה חסר, הנגשת היעוצים שלנו לרופא המשפחה שעד עכשיו עשינו את זה בסוג של פשרה, הגענו לקשר עם קופות החולים על ידי שליחת מכתבים מאד מסוימים אבל לדעתי זה לא מספיק טוב בהקשר של תוכן המכתב ולא ברור לנו שזה מגיע מספיק בקלות לידיים הנכונות. המטרה שלי היא שזה יעבור כיעוץ מסודר וזה נמצא במערכות מידע ממוחשב**<sup>8</sup>. בין הקופה לבית חולים אני לא עוסקת בזה, העלנו את זה אבל אני מקווה שברמה הארצית מישהו נותן על זה את הדעת." (מנהלת התוכנית בבית החולים איכילוב)

"לי היה חשוב שתהיה נראות של התוכנית בכלל. בא גריאטר ועושה תוכנית מלאה ומקיפה והדוח הזה נשאר בבית החולים ולא יוצא החוצה... את כבר שמה תקנים של רופאים גריאטריים במחלקה אבל העבודה שלהם היא בלתי נראית בחוץ. זה הנושא של השחרור. יש גם את הנושא של מי נמצא בצד השני... **אם יש הבחנה של דמנציה ודליריום בבית החולים, צריך רצף טיפול, כל הנושא של שחרור זה יצירת רצף עם הקופות. הדיבור שלנו עם הקופות הולך ומעמיק. אחרי שעשינו את הישיבה עם הקופות לפני כשבוע אז רמב"ם חשבו ואמרו אנחנו רוצים לעשות בהארכה של הפרויקט חיבור יותר גדול עם הקופות, שחרור ברמת המטה וזה הדבר הגדול שצריך לצאת. זה מה שצריך. מיסוד החיבור.**" (מנהלת התוכנית הלאומית לדמנציה לשעבר במשרד הבריאות)

המלצה מרכזית נוספת שעלתה התייחסה **לשוני בין התוכניות במיזם**. מחד גיסא, עלה כי **היה ערך רב** ויתרונות משמעותיים לחופש הפעולה שניתן לבתי החולים לבנות תוכנית ולהתאימה לתפיסת העולם המקצועית והארגונית שלהם, תוך התחשבות בחוזקות, במאפיינים הייחודיים ובאילוצים של כל בית חולים, כמו גם, ליכולת ללמוד ולהתרשם ממודלים שונים, מעשייה מגוונת ומניסיון של אחרים. מאידך גיסא, ציינו בעלות התפקידים כי **השוני בין התוכניות יצר (ויוצר) קושי להשוות בין בתי החולים, למדוד ולהסיק מסקנות כלליות**. בהמשך לכך, מספר בעלות תפקידים **הצביעו על הצורך בהיבט / אלמנט גנרי (שלד משותף) והיו שציינו כי בראייה עתידית יש צורך לבנות תוכנית מודולרית שתאפשר לכל בית חולים בארץ לבחור ולאמץ את החלקים המתאימים והרלוונטיים עבורו מתוך אותה תוכנית (איזון בין הצורך לאפשר תוכנית מותאמת לבית החולים לבין תוכנית גנרית)**. עוד ציינה מנהלת תוכניות דמנציה באשל כי בדיעבד, ייתכן ונכון היה להגדיל את יכולת ההשוואה בין בתי החולים על ידי בחירה בבתי חולים בעלי מאפיינים דומים יותר (לדוגמא צמידים של בתי חולים) ובתוכניות פחות שונות או עם מספר רכיבים זהים (הועלתה גם האפשרות לחשוב על בניית הקול הקורא כך שיכלול אלמנטים מעט יותר מוגדרים), כמו גם, הגדלת מספר בתי החולים המשתתפים במיזם.

<sup>8</sup> המציאות כיום בבית החולים איכילוב היא שיש מכתב ממוכן שיוצא באית"ן לכל קופות החולים.



"אני חושבת שזה מקסים, זה נותן חופש לכל בית חולים לפתח את מה שמעניין אותו לבדוק באותו זמן, העובדה ששילבו אותנו לתוכנית גלובלית אפשרה לנו ללמוד ולהתרשם מעשייה של אחרים, לראות מה מתאים לנו בהמשך או כראג. **החסרונות הם ברמה הלאומית, אם רוצים לייצר תוכנית אחת** צריך לעשות חשיבה שמתייחסת לכל האתגרים והמגבלות שקיימים לכל בתי החולים בארץ **ולייצר תוכנית מודולרית**. מה שיש אצלנו בסופו של דבר הוא מודולרי. השתמשנו בחלק מן הדברים, היו דברים אצלנו שהיו בגדר אופציה או מרחב, לדוגמה התוכנית שלנו מבוססת מתנדבים ואנחנו מכוונים אותם לעשות התערבויות מסוימות, יכול להיות שבבית חולים אחר יוכלו לעשות התערבות עם דגשים שונים משלנו על בסיס אותה תוכנית. אנחנו התבססנו על תוכנית בינלאומית, לא המצאנו רק אימצנו לעצמנו מתוך תוכנית ה-HELP הבינלאומית. כשכתבנו את התוכנית כתבנו אותה בצורה רחבה ואפשר מתוך הדבר הזה לבחור מה מפעילים." (מנהלת התוכנית בבית החולים איכילוב)

"אני חושב שכמו שאנחנו ראינו, כל בית חולים פיתח משהו שהתאים לכוחות וללחצים שלו, לדברים שמעניינים את האוכלוסייה המקצועית בבית החולים, זה צמח מהשטח אבל, אני אעביר ביקורת על ועדת ההיגוי של התוכנית, **אם רצינו משהו אחיד או שאפשר להשוות היינו צריכים לקבוע סטנדרטים, שלד שכל בית חולים יאמץ... לכן ממש בלתי אפשרי להשוות בין התוכניות השונות**. כל בית חולים היה עושה את הגרסה שלו אבל השלד היה אותו הדבר, לא הלכנו לכיוון הזה אז כל אחד עשה מה שהוא רצה ומה שקישר היה המילים דליריום ודמנציה אבל לא היו דברים דומים. מבחינת ההתערבות **היה חסר היבט גנרי** שממנו ניתן לעשות התאמות." (החוקר הראשי ואחראי על התוכנית מטעם היחידה הגריאטרית בבית החולים רמב"ם)

"זה יותר מעניין להיחשף לאופנים שונים שאנשים רואים דברים ומנסים לקדם אותם. ראיתי בזה יתרון. בסוף כל אחד לקח לכיוון כל כך אחר... אולי היה צריך יותר הכוונה." (רכזת התוכנית בבית החולים שיבא)

"זה נפלא, היתרונות גם אם את עושה תוכנית זהה, לכל בית חולים יש ד.ג.א שלו, יש גדולים וקטנים, יש המון משתנים. גם החולים, קהילות אחרות וכו', תשתיות של שירותים ברקע הן שונות, הכול משפיע ולכן מראש גם אם היו מיישמים את אותה תוכנית בול זה לא היה מתיישם בול, כשאתה עושה תוכנית של שירות רפואי אז אני חושבת... נתנו קווים אבל נתנו את החירות להתאים את התוכנית לד.ג.א שלהם. התוכנית צריכה להיות גרעין לשינוי והשינוי יש בו כמה עקרונות ואז בתי החולים מוצאים עצמם בתוך זה. זו סיבה אחת ללמה זה היה טוב. סיבה שנייה, גם בניסיון העבר עם קופות החולים, נתנו קווים מנחים והם בנו כל אחת תוכנית אחרת, שם הייתה הרבה יותר שונות כי קהילה זה הרבה יותר רחב מבית חולים. המודל שראינו שם היה נפלא משתי סיבות: כשאתה מנסה להתניע שינוי, יש מלמעלה ויש מלמטה וזה צריך להיות משולב, אם בתי החולים נתנו להם חופש וכל אחד בנה משהו אחר אבל הם ישבו ושוחחו ולמדו אחד מן השני ונבנה משהו מתוך הגורם נותן השירות, הם בנו את הדבר שהם חשבו שישירות גם את המטרות שלנו וגם את המטרות שלהם, אנחנו לא הצבנו להם יעד בפער גדול

ממה שהאמינו בו. החסרונות של השיטה הזו הם שאחר כך כשאתה רוצה לעשות מאמר זה יותר קשה, **יש בעיה להסיק מסקנות**. קשה להגיד מה היה שונה והאם אפשר לייחס את השוני ברכיבים לשוני בהצלחות." (מנהלת התוכנית הלאומית לדמנציה לשעבר במשרד הבריאות)

"מצד אחד, זה יתרון אדיר כי זה עזר לבתי החולים לבנות משהו שלהם שמתאים להם ולאופי שלהם וזה מגדיל את הסיכוי גם להטמעה. מאידך **היה קושי בהשוואה בין בתי החולים. השוני מקשה על ההשוואה ועל הבנה ברורה של מודל תוכנית אחד שאפשר להפיץ הלאה**. אם היו תוכניות זהות היה ניתן להשוות." (מנהלת תוכניות דמנציה באשל)

כמו כן, עלתה המלצה (צורך) הנוגעת **לכוח האדם הייעודי הנדרש** לקיום / הפעלת התוכנית בבתי החולים: גריאטר לניהול התוכנית, אח/ות (עם מומחיות בתחום וניסיון) שיהיה אָמון, בין השאר, על הסקירות / אומדנים (בין אם יבצע את הסקירות / אומדנים בעצמו ובין אם ידריך ויכשיר את צוותי המחלקות לבצע את הסקירות ויערוך בקרה על טיב הביצוע, אמינות ואיכות הסקירות) ורכז/ת מתנדבים (ניהול מערך המתנדבים וניתובם, בהנחה שהתוכנית מבוססת מתנדבים). עוד ציינו חלק מבעלות התפקידים כי בתוכנית מבוססת מתנדבים, כוח האדם הייעודי הנ"ל יאפשר קיום / הפעלה של התוכנית, גם בהיקף חולים מבוגרים גדול וגדל (נראה כי בהיקף חולים כזה, בתי החולים בארץ יוכלו להעניק לחולים המבוגרים התערבות / טיפול מותאם רק או בעיקר באמצעות תוכנית מבוססת מתנדבים).

"חייבים את הפונקציה של **רכזת מתנדבים, אח מדריך, גריאטר מנהל, אחרת התוכנית לא תוכל לעבוד**. אם הגריאטר לא יכול להשתלט על זה יש דרך אחרת להתמודד עם נפח חולים עולה. ההתערבות הבסיסית של ה-HELP והזה"ב זה מתנדבים. לא צריך מחלקה גריאטרית שלמה לצורך העניין... אצלנו לא היה כוח אדם ייעודי פרא-רפואי, החולים קיבלו את מה שהיו צריכים לקבל מבית החולים. בפועל זה לא מגדיל את נפח העבודה של כוח האדם הפרא-רפואי. בהקשר של מקצועות הבריאות, **מתנדבים הכי חשוב, הם מוליכים, עוזרים לאכול ולשתות ואז המטופל משתפר הרבה יותר מהר, אם רוצים רכיב דומיננטי זה מתנדבים**... חלק מהסקירות אמינות וחלק לא, המיומנות הזו חשובה, הכשרה לצוותים ובקרה שהדברים נעשים בצורה טובה. **מי שעושה HELP ומתבסס על כוח אדם שהוא לא חלק מהתוכנית צריך להשקיע בהכשרה**... אני צריכה שיעשו סקירות טוב ואם אין לי כוח אדם מיומן אני צריכה לעשות הכשרה של כוח אדם ועדיין חולים יקבלו התערבויות של מתנדבים גם אם הסקירה תהיה פחות איכותית. כוח אדם שהוא לא מהתוכנית אז התוצאות יהיו חלקיות, צריך להכשיר צוותים ולשכנע אותם בכדאיות, להשתפר באומדנים. מה שעשינו [במיזם] הוא מצוין אבל הוא לא ישים אפילו ברמה שלנו לכל בית החולים, בצוות הקיים אפשר לעשות את זה בצורה שונה ומודולרית ומאד חשוב הנושא של מיומנות, בהיעדר סקירות של איש צוות מיומן אז הכשרה

במחלקות כדי לפצות על החוסר באיש צוות מיומן לסקירה. צריך רכז מתנדבים שינהל את כל הדבר הזה, שינתב את המתנדבים למקומות המתאימים." (מנהלת התוכנית בבית החולים איכילוב)

"בארץ זה צריך להיות מבוסס מתנדבים, כוח אדם אחר זה יקר, בנסיבות המקומיות, בארץ מתנדבים זה חובה. יש לנו הרבה מתנדבים... אם לא מתנדבים אני צריך קייס מנג'ר (עו"ס) אבל במשרד הבריאות לא מוכנים לתת חצי משרה כזו כדי לדאוג שהתוכנית תמשיך להתקיים. צריך גריאטר וצוות גריאטרי (אחות ועו"ס) ומרכז מתנדבים אם יש מתנדבים. הסקירות והאומדנים, ישבנו עם המחשוב והוצאנו דוח יומי ואז הצוות המקצועי יושב בתחילת היום ועובר על הדוח ובדק מה הסטטוס של החולים ומזה מגלה מי צריך התערבות (ממש חצי שעה)... הדרך היחידה לשמור על הפרויקט ולהרחיב אותו זה על ידי החלטה של משרד הבריאות שזה חשוב ויש תקציבים. הצוות [במחלקות] ספוג באומדנים, יש גבול לכמה שניתן למשוך את החבל... צריך גב של משרד הבריאות ותקציב לא גדול לעניין. לדעתי גם כמות כפולה ומשולשת של חולים, אחות תספיק לעשות אומדן." (החוקר הראשי ואחראי על התוכנית מטעם היחידה הגריאטרית בבית החולים רמב"ם)

המלצות נוספות שעלו בשכיחות נמוכה יותר היו: היקף האוכלוסייה שנכללה בתוכנית וקיבלה מענה (היקף מצומצם יחסית, יש לבצע התאמות והיערכות להגדלת מספר המטופלים והתרחבות לבתי חולים נוספים), התייחסות ותמיכה ייעודית לבני משפחתו של המטופל במהלך האשפוז, הגדרת יעדים לטווח קצר, בינוני וארוך, צורך בפלטפורמה ללמידת עמיתים וקידום חיבורים ושיתוף בין בעלי התפקידים בבתי החולים השונים (תמלא את התפקיד שמילאה המעטפת שליוותה ותחזקה את מובילי התוכנית בבתי החולים במהלך המיזם ואף תעבה מעטפת זו).

"יש לנו כניסה לרוב האיטמים אבל עדיין אין את העשייה ברמת העצימות וכיסוי האוכלוסייה הנדרש." (מנהלת התוכנית הלאומית לדמנציה לשעבר במשרד הבריאות)

"עוד נקודה שאומנם לא הוגדרה כמטרות, אולי ראיתי אותה כתת מטרות – בני המשפחה, חשבת שתהיה יותר התייחסות לבני משפחה שמטפלים בחולה, בוא נראה מה שלומם, איך הם מסתדרים עם המחלה, האם הם מודעים למה שמגיע להם או לחולה כדי לסייע להתמודד... זו נקודה שחשבת שאולי כן ניתן יותר דגש, תמיכה ייעודית, להסית את הזרקור שנייה גם אליהם וזה קרה פחות או שהיה תלוי עו"ס / אחות, היו שעשו את זה ושמו יותר דגש גם על בני המשפחה והיו שפחות. זה היה פחות מוגדר בתוכנית בצורה ברורה, לא אחד היעדים העיקריים שלנו. לכן, מובן גם למה זה יותר פרסונלי ותלוי עומסים כלליים בבית החולים. מצד שני, בשחרור כן הסתכלנו על בני משפחה והם קיבלו מידע וחומרים והיה שיח איתם, אבל יכול להיות שבמהלך האשפוז היה אפשר לעשות קצת יותר." (מנהלת תוכניות דמנציה באשל)

"הייתי עושה למידת עמיתים, היו ועדות היגוי וכל אחד הציג את המצגת שלו אבל נוצר מצב שלא כולם הרגישו נוח עם זה... מי שהיה לו קשה נשאר עם הקושי שלו. הייתי עושה יותר חיבור של הרופאים בינם לבין עצמם, האחיות המרכזות, למידת עמיתים שידברו ביניהם מה הקשיים. ניסינו לעשות חיבור בין בעלי תפקידים כדי לקדם למידה הדדית אבל זה לא צלח גם בגלל חוסר פניות. אם היינו עושים יום של כל העו"סים והיו שומעים על התמודדויות... הייתי מחברת את הצוות הפרא-רפואי בבתי החולים השונים. לנסות לחבר סביב נושאים מסוימים. בוועדות היגוי הייתה הצגה ולא ממש אפשר לפתח לעומק דברים. המטרה של ועדת היגוי הייתה מסוימת וכן כל אחד העלה את הקושי שלו אבל זו הייתה הצגת נתונים ואם בית חולים התמודד עם משהו הוא לא יכול היה לפתוח את זה שם." (רכזת התוכנית באשל)

## אתגרים והתמודדויות

### ריכוז ממצאים

- ! קושי בגיוס אנשי צוות לתוכנית ותחלופה גדולה
- ! רתימת הצוותים בבית החולים לתוכנית וכניסה והשתלבות של צוות התוכנית במחלקות השונות
- ! חינוך הצוות, הן מן ההיבט הרפואי והן מן ההיבט הפסיכו-סוציאלי, גיוסו וחיבורו לתוכנית
- ! קושי במחשוב התוכנית
- ! קושי בעידוד ניידות (בחלק מבתי החולים)

מן הראיונות שבוצעו והנתונים שנאספו עלה כי **לאורך התוכנית ניצבו בפני בעלות התפקידים השונים מספר אתגרים וקשיים, חלקם ייחודיים לבית חולים מסוים, בעוד אחרים משותפים לשניים מבתי החולים או יותר. האתגרים והקשיים המשותפים היו:**

קושי בגיוס אנשי מקצוע (צוות) לתוכנית (ובגיוס מתנדבים בבית החולים בו הדבר היה רלוונטי) ותחלופה של צוות התוכנית (בהיבט זה עלה צורך בתגמול כספי אטרקטיבי לאנשי הצוות בתוכנית כאשר הבקשה מהם היא לעבוד מעבר לשעות העבודה ו/או להעדיף עבודה זו על פני עבודה אחרת עם שכר גבוה יותר).

"ההתחלה של התוכנית מבחינתי הייתה מקרטעת מכיוון שהיה לי ניסיון לגייס צוות שלא הצלחתי לגייס צוות איכותי, הייתי עסוק המון בתחלופה גבוהה של צוות הפרויקט וזה היה מאד מייאש ולקח לי זמן עד שהבנתי שהכסף שהציעו לי לשלם (משכורות) לא תואם מציאות ואז הכפלתי את המשכורת ואז הצלחתי להביא צוות איכותי יותר. אופן התקצוב למדתי ממנו. זה היה אחד מהמכשולים הגדולים של התחלת הפרויקט... למדנו שלא מסתפקים ברק סקר במיון, צריך יותר. אחת המסקנות שרוצים סקר גם באשפוז..." (מנהל התוכנית בבית החולים בני ציון)

"המון אנשי צוות התחלפו בפרויקט, גם אנשי צוות שהתחילו בחצאי משרות ועזבו, גם כאלה שהיה להם קשה לתת את המקסימום שציפינו לו, זה דרש להדריך המון אנשים את אותו הדבר, כל פעם ללמד מחדש וזה היה די מעייף. בפרויקט כזה כשאתה רץ עם אותם אנשים אז אתה מדבר את אותה השפה וכשזה אדם חדש כל פעם זה הקשה על התהליך, כל הזמן צוות נכנס ויצא והיה קשה לייצר צוות קבוע. זה נפל גם על עניינים כלכליים. כל הזמן חיפשנו אנשים משוגעים לדבר כמונו, אנשים שמעוניינים לעשות את זה גם מעבר לתגמול הכלכלי. עכשיו שיש צוות קבוע זה נראה אחרת, יש כתובת וכל אחד יודע מה האחריות שלו... במקרה שלנו מי שהיה רוב הזמן בשטח זו הייתי אני וד"ר ר. א. היה אחראי על הפן האדמיניסטרטיבי, הטבלאות, החישובים... בעיניי זה היה מאד סזיפי וזה לא היה התפקיד שלו וזה גזל זמן מיותר, הרבה זמן של ד"ר ר. א. הוקדש לדברים האלה, לראות הסכמים,

לשבת מול חשבים וזה זמן מיותר ובזבז האיכויות שלו כרופא ואני רוצה להדגיש את זה, עקב אכילס. בזבז זמן ומוציא לאדם את האוויר מהמפרשים, ד"ר ר. א. הוא לא חשב שכר והוא ישב על זה כל כך הרבה זמן, צריך מישהו שזה התפקיד שלו, אולי אפילו מישהו חיצוני... [חסר] כוח אדם... כוח אדם זה כסף כמובן, מוליכים זה כסף, הכשרות זה כסף, כל מה שיש עכשיו קרה בזכות זה שיש כסף. אם היינו מגייסים איש אדמיניסטרציה שהיה מנהל את הדוחות זה אחד הדברים שהיו מאד עוזרים כי אז החלק של ד"ר ר. א. כרופא ושלנו כצוות שאמור לעבוד ביחד, זה היה חלק שפוספס. תקצוב של עוד כוח אדם, עוד אחות, עוד מוליכים, עוד פיזיותרפיסטים. **אם אתה מבקש מאנשים לעבוד מעבר לשעות שלהם אתה צריך לשלם להם יותר שכר. אתה לא יכול לשלם לבן אדם מינימום, בטח לא לאורך זמן.** מאד היה חסר לנו הניסיון האדמיניסטרטיבי בדברים האלה, עכשיו הדברים הרבה יותר ברורים. **גם השכר למוליכים, עדיין אלו אנשים שעובדים משמרת שלמה ואת חייבת לתגמל.** ברמה האישית לא הייתה חסרה רוח ונתינה אבל אי אפשר לקיים את זה רק על התנדבות." (אחות מתאמת גריאטריה בבית החולים בני ציון)

## אתגר ברתומת הצוותים בבית החולים לתוכנית ולכניסה והשתלבות של צוות התוכנית במחלקות השונות

"התוכנית נכנסת למחלקה שהיא בנויה ויש לה אג'נדה וסדר יום ואתה מתערב... **אחד הדברים זה להיכנס ולהשתלב ולא שיחשבו שאתה מבחוף, להיות זה שמחיים שבאת, לרתום את הצוות למטרה הזו.** שיבינו שזה לטובת המחלקה והחולים." (אחות מתאמת בתוכנית בבית החולים איכילוב)

"**בעיקר גיוס של אנשים בתוך המחלקות לנוכח העובדה שעובדים בטירוף במחלקות הפנימיות.** הערכנו שהמטופלים שם זקוקים לפוקוס הזה [של התוכנית]. מי שעשה עשה את הכי טוב שהוא יכול. **אני מזכירה שאנחנו התקשנו לגייס אנשים גם עבור תשלום.**" (רכזת התוכנית בבית החולים שיבא)

## חינוך הצוות הן מן ההיבט הרפואי והן מן ההיבט הפסיכו-סוציאלי, גיוסו וחיבורו לתוכנית

"**אני חושב שהאתגרים העיקריים היו חינוך הצוות ולהכניס אותם לראש שלנו.** זה גם גיוס הצוות ולהכניס אותם לדברים התיאורטיים והמעשיים וכל זה היה בצל טראומה, החולים הגיעו אחרי תאונות וכו', זה לא ניתוח אלקטיבי, מצוקה שלהם ושל המשפחות שלהם ואנחנו **עשינו מאמץ עם צוות היגוי פנימי גם לחנך את הצוות המטפל, גם מההיבט הרפואי, גם מההיבט הפסיכו-סוציאלי. המחשוב היה אתגר לא קטן פה.**" (החוקר הראשי ואחראי על התוכנית מטעם היחידה הגריאטרית בבית החולים רמב"ם)

"אחד הדברים הכי גדולים זה מול הצוות [במחלקה], להגיע כל יום עם רשימה שמית של מטופלים ולשאול את אנשי הצוות, זה לא פשוט, **אנשי הצוות צריכים להבין למה את עושה את זה, זה גם גולש לעבודה סוציאלית, קצת לסייעודי ואת צריכה להסביר לצוות מה מהות הפרויקט וזה לקח זמן להטמיע את זה. היה צריך כל הזמן להסביר מה מהות הפרויקט. במהלך השנה הראשונה הקושי היה להטמיע ולחדד לאנשים מה מהות הפרויקט.** מצד שני זה אחד האיכויות של הפרויקט, בזכות זה שזה לקח זמן וראו את המעורבות שלנו עם החולים, מה העשייה וההשפעה שלנו אז ראו ששווה להשקיע..." (אחות מתאמת גריאטריה בבית החולים בני ציון)

## קושי במחשוב התוכנית

"... **לפעמים אתה נתקל בקשיים של המערכת ולא של התוכנית, הכי בולט זה נושא המחשוב.** אי אפשר להכניס, כן אפשר... דבר נוסף זה הנושא של **המתנדבים, אתה יכול לתכנן מערך מפה ועד הודעה חדשה אבל זה לא אומר שתמצא את המתאימים ואני חושב שהיו אי אילו קשיים בגיוס המתנדבים וכולי. היו גם חילופי צוות וזה קורה ואף פעם זה לא מוסיף בריאות.** אני חושב שחייב לעמוד בראש התוכנית הזו רופא בכיר שהוא בפרונט." (יו"ר ועדת היישום של התוכנית הלאומית לדמנציה לשעבר במשרד הבריאות)

**מורכבות העבודה עם אוכלוסיית היעד בתוכנית בהיבטים של הבנה, שיתוף פעולה והתנהגות שלעיתים הביאו את הצוות לשמור על מרחק מן המטופלים**

"**האתגרים הם קודם כל האוכלוסייה שהיות והם הרבה פעמים עם בעיה קוגניטיבית וההבנה שלהם חלקית וגם שיתוף הפעולה, גם חלק מהם מפתחים הפרעות התנהגותיות קשות.** אוכלוסייה מורכבת לעבוד איתה. מבחינת הצוות, לפעמים לא מתקרבים יותר מדי כי יכולים לקבל מכה או יריקה ופה היינו צריכים לשנות התנהגות [של הצוות] שהייתה מקובלת לפני כן, לא מתוך רוע אלא מתוך נסיבות ודרך להתרחק מההרגשה הלא נעימה ופה בנינו את זה כך שראו את המבוגרים כמי שזקוקים לצוות." (החוקר הראשי ואחראי על התוכנית מטעם היחידה הגריאטרית בבית החולים רמב"ם)

## קידום / רתימה לפעילות של ניידות

"**יש רכיבים בפעילות שהגדרנו שמבצעים פחות או פחות טוב ושווה לפתח יותר לדוגמה כמו עידוד לניידות. המתנדבים עושים פחות ניידות ותזונה.** זה קשור לסוג המחלקות שאנחנו מתערבים בהן וקשור גם להזדרכות למתנדבים שעדיין לא נתנו. חלקים שפחות מבוצעים וניתן לבצע אותם יותר טוב." (מנהלת התוכנית בבית החולים איכילוב)

"לצערי לא הצלחנו לקדם התערבות מסוג נייזות, אני חושבת שתוכנית חדשה צריכה מההתחלה לשים על זה דגש, חשוב לנסות לקדם התערבויות גם מסוג נייזות. זה לא מצליח גם כי לפעמים החולה לא מעוניין או כאוב או חלש. הרבה מהחולים לא היו מעוניינים, מצד שני הרבה מהמתנדבים רצו לקיים שיחות ופחות נייזות ואולי צריך היה יותר להדגיש למתנדב את החשיבות והתרומה של הנייזות לחולה. מכאן גם החשיבות של יום עיון, יכולנו לעשות הרצאה של פיזיותרפיה שתעסוק בזה. השיחות מאד מוצלחות ונעימות, הגירויים הקוגניטיביים נעשו בצורה טובה, אבל הנייזות לא נעשה מספיק." (רכזת מתנדבים בתוכנית בבית החולים איכילוב)



## קיימות

מן הראיונות עלה כי לדידם של בעלות התפקידים ישנם מספר דברים אשר יבטיחו את הקיימות של התוכנית. הדברים שצוינו בשכיחות הגבוהה ביותר מצביעים על חשיבותו של משרד הבריאות ותפקידו בהקשר זה: אישור התוכנית / הנחיה / נוהל הבא לידי ביטוי בתקציב / תמיכה כלכלית והקצאת תקנים. עוד בנושא הכלכלי עלה כי לשם המשך מימון התוכנית והקיימות שלה יש לבנות תוכנית תמרוץ ולתגמל כלכלית את בתי החולים על-פי פרמטרים של זיהוי דליריום וירידה קוגניטיבית במהלך האשפוז וטיפול בהם, כמו גם, לבדוק / לחקור או להציג ממצאים קיימים באשר לכדאיותה הכלכלית של התוכנית לבתי החולים או לגורמים אחרים כגון קופות החולים (במקרה זה קופות החולים צריכות לתגמל את בתי החולים כך שיהיה לבתי החולים תמריץ לזהות את החולים). באשר להקצאת תקנים צוין כי תקן בבית החולים לאיש מקצוע שירכז את התוכנית ויניע את הצוות, יהיה מחויב למדידה והערכת התחום, יסייע לתהליך ההטמעה ובכך לקיימות של התוכנית.

כמו כן, צוינו בשכיחות גבוהה יחסית הצורך בכוח אדם ייעודי לשם קיימות התוכנית (ימומן בעזרת תקציב / תמיכת משרד הבריאות ומכאן השפעה נוספת של משרד הבריאות) והצורך בתמיכה וגיבוי מצד הנהלת בית החולים. בשכיחות נמוכה יותר צוינו: הצורך בקיום תוכניות הסברה / הדרכה והעלאת מודעות הצוותים, מודעות לתפיסה הגילנית הקיימת והתמודדות עימה (לפעול לשנותה), צורך בהכשרה גריאטרית לצוותים בבתי החולים (וגם לרופאים בקהילה), בחירת מרכז רפואי מוביל ומתקדם בתחום והפיכתו למרכז ידע ולמדידה ארצי, ניסיון לפרוס את התוכנית לאורך ארבע או חמש שנים והפסקתה בהדרגה.

הרושם הכללי המתקבל, הן מן הראיונות והן מן הנתונים שנאספו על ידי רכזת התוכנית מטעם אשל, הוא כי לפחות חלק מרכיבי התוכנית ימשיכו להתקיים בבתי החולים (למעט איכילוב בו צוין כי העדר מימון נוסף עד לבניית תוכנית תמרוץ ימנע את המשך התוכנית, לא כל שכן את הגדלתה), בהיקפים ובאופן שונה בכל בית חולים. נראה כי פעולות כגון מחשוב התוכנית בבתי החולים והמשך הדרכות לצוות ולמשפחות החולים, כמו גם, מוטיבציה של בעלי תפקידים בבתי החולים להמשיך ולקיים את התוכנית (או חלקים ממנה) והנהלת בית חולים התומכת, מגבה ומעוניינת שהתוכנית תימשך, מבטיחים מידה מסוימת של קיימות. עם זאת, ככל הנראה, אין די בפעולות, במוטיבציה ובתמיכה הנ"ל להבטחת קיימות התוכנית.

"שאלת השאלות כי לכל תוכנית, כמה שאתה עושה משהו טוב ונכון ומשפר את איכות החיים של אנשים, בסוף מה שקובע זה כסף ואם אין כסף למשרה של עובד, התוכנית תמות. צריך לעבוד חזק עם משרד הבריאות שהם יכניסו גורם שמרכז את התוכנית לתוך תקני בית החולים ואז זה ימשך כי יש מי שמרכז ומזיז את הצוות, שצריך להצדיק את עצמו ואת התפקיד שלו. רמב"ם מאד אוהב את

התוכנית ורואה אותה כדבר חיובי, בית החולים החליט לספוג חודש ימים של עלויות עכשיו, זה לא היה קל אבל זה עבד כי הצוות המקצועי דחף מאד חזק, אם זה היה חצי שנה שהיה צריך לספוג זה לא היה עובד. **המטרה שלנו עכשיו ברמת צוות ההיגוי הארצי צריכה להיות להתניע תהליך במשרד הבריאות לאשר את התוכנית עם תקינה ומעקב וכל מה שצריך. חייב להיות מלמעלה למטה.**" (החוקר הראשי ואחראי על התוכנית מטעם היחידה הגריאטרית בבית החולים רמב"ם)

**"צריך ללכת לחטיבת בתי החולים במשרד הבריאות ולתקצב. כמו שאף בית חולים לא יעלה על דעתו שלא תהיה יחידה למניעת זיהומים אז צריך להבין שבבתי החולים בישראל לא יעלה על הדעת שלא תהיה יחידה לשיפור הטיפול הגריאטרי. צריך להשוות את הדרישה הזו לנושאים רחביים אחרים שהמשרד דואג להם. צריך למצוא דרך, מודל כלכלי, של חיסכון, מה שמאד קשה במודל הישראלי לעשות כי אף אחד לא מבין מי חסך מה והאינטרסים סותרים הרבה פעמים. לבדוק כמה חסכנו בהתערבות. הפתרון שהכי מוצא חן בעיניי זה שקופות החולים מרוויחות הכי הרבה מההתערבות שלנו והן צריכות לתגמל יותר את בתי החולים בצורה כזו שלבתי החולים יהיה תמריץ לזהות את החולים האלה (חולים עם דמנציה)." (מנהלת התוכנית לשעבר ורופאה גריאטרית בבית החולים איכילוב)**

**"א. הנהלת בית החולים צריכה לברך על זה. כשזה בא מצד הנהלה שחושבת שיש בזה צורך וצריך לקדם את הנושא, דברים רצים טוב יותר. ב. אנשים שזה התחום שלהם, שיעשו רק את זה. ג. עניין גם של כוח אדם שיניע את זה במחלקות, בעיקר הרבה כוח אדם. זה הכי חשוב." (רכזת התוכנית בבית החולים שיבא)**

## הצלחות והשפעות

בחלקו המסכם של כל ראיון נשאלו בעלות התפקידים האם חוו את התוכנית כמצליחה ובמה הצליחה / לא הצליחה. מתשובות בעלות התפקידים עלה כי **רוכן ככולן שבעות רצון במידה רבה מן התוכנית והשפעותיה** (בעלות התפקידים מבית החולים שיבא הביעו שביעות רצון לצד תסכול וקושי). להלן הצלחות והשפעות המרכזיות שעלו מתשובות בעלות התפקידים:

- ✓ צוות בית החולים – הגברת / העלאת המודעות בקרב הצוותים בבית החולים וחינוכם בנושא, שינוי בגישת הצוותים כלפי חולים מבוגרים שבאה לידי ביטוי, בין השאר, בשימוש בטרמינולוגיה מקצועית, מדויקת ומתאימה, הפנית תשומת לב הצוותים לתחום הגריאטרי והתייחסות לנושא של ירידה קוגניטיבית (שטרם התוכנית פחות נראה). כמו כן, בחלק מבתי החולים ציינו בעלות התפקידים כי היענות והתגייסות הצוותים בבית החולים הייתה מרשימה.
- ✓ מטופלים – החולים המבוגרים אובחנו וקיבלו טיפול רב-מקצועי מותאם, יחס ונראות שלא זכו להם בעבר (טיוב האבחון ואיכות הטיפול).
- ✓ יחידה גריאטרית – בחלק מבתי החולים התוכנית חיזקה את היחידה הגריאטרית והשפעתה (במובן הזה עשתה התוכנית "יחסי ציבור" ליחידה הגריאטרית ולתחום).

נוסף על כך, ביקשו חלק מן המרואיינות להודות ולשבח את העוסקים במלאכה, מלוות התוכנית וצוותי (מובילי) התוכנית בבתי החולים.

כמו כן, הביעו רוב בעלות התפקידים תקווה כי התוכנית תימשך ותורחב / תוטמע במחלקות נוספות (ואף בבתי חולים נוספים) וחלקן ציינו גם את האלמנט התקציבי בהקשר זה – הצורך בתקציב להמשך הטמעת התוכנית בבתי החולים. עוד בהקשר זה העלו בעלות התפקידים באשל תהיות וחששות באשר להמשכיות התוכנית, הקיימות והאפקטיביות שלה בבתי החולים לאחר סיום המיזם.

"אני מאד מקווה שזה יימשך, אני מאד נהייתי מהדבר הזה, אני בעוד חודש עוזבת את התוכנית אבל נפתח לי עולם שלם... כל הכבוד לאשל שלקחו את הכפפה. אם מנהלת התוכנית מטעם אשל, נ. כ. לא הייתה קיימת צריך היה להמציא אותה." (אחות מתאמת בתוכנית בבית החולים איכילוב)

"היא מצליחה מאד... אנחנו מוכרים בבית החולים, מכירים אותנו, גם במחלקות שאנחנו לא קשורים אליהן שמעו עלינו. אנחנו רואים בתוך המחלקות שאנחנו פעילים בהן, רואים את ההשפעה, רופאים שבמקום להזמין אותנו באמירה סתמית "יש פה חולה מבלבל" פתאום כותבים חשש לדליריום... בואו תיעצו, מישהו שברור שקרא ייעוצים שלנו בעבר, הטמיע המלצות ויודע מתי לקרוא לנו ואיך לקרוא לנו אז ברור שיש לנו השפעה..." (מנהלת התוכנית בבית החולים איכילוב)

"אני חושב שהיא שמה זרקור והיא מאד חשובה בהקשר הזה כי היא שמה זרקור על חלקים שהולכים לאיבוד, הפריקט שם זרקור על הנושא הקוגניטיבי שבתחושה שלי היה די אח חורג... מסתכלים על מטופל ושואלים הולך / לא הולך, בריא / לא בריא... דמנציה זו מחלה נפוצה וזה זרקור חשוב. ברמב"ם זה כן האיר, מבחינת שאר המקומות אני לא יודע. זרקור זה ברמת המודעות. מעורבות של כל הגורמים והתייחסות לנושא של ירידה קוגניטיבית, זה הכניס לשגרה שהצוות מעורב והתנסה והזרקור הוא ברמת ההתייחסות שהיום היא הרבה יותר בולטת, הזיהוי של מצבים יותר טוב ומדויק, התייחסות יותר ממוקדת ולא התייחסות או הגדרה עמומה וכללית. צריך להטמיע את זה בכל בית החולים, זה שינוי של תפיסה. אצלי כעו"ס זה קיים אבל להגיע לכל הגורמים בבית החולים." (עו"ס בתוכנית בבית החולים רמב"ם)

"אצלנו בבית החולים היא מאד מצליחה... זו תוכנית מצליחה כי היא עזרה לנו לחנך את הצוותים, אנחנו רוצים שהצוותים יעשו את הדברים האלו, יידעו לזהות את החולים ולטפל בחולים עם דמנציה לבד, שיוכלו להפנות גם את המשפחה לאן שהיא צריכה, בעצם הפריקט התלבש על העבודה השוטפת של היחידה הגריאטרית שלנו, התלבש על אג'נדות שלנו כיחידה, זה עזר לצוותים לראות מה אנחנו עושים, מה היכולות שלנו, להביא את נקודת המבט הגריאטרית. שמנו את הדגש על המטופל, היא רתמה את הצוותים. זה תהליך של חינוך שלא נגמר, אתה כל פעם צריך להזכיר לאנשים... זה עשה המון טוב וזו תוכנית מדהימה... אני יכולה להגיד תודה לכל העוסקים בדבר ולכל האנשים שזכיתי להכיר. אני מרגישה שעכשיו אם תהיה לי שאלה או רעיון יהיה לי למי לפנות. אנשים איכותיים, מלאי מוטיבציה לשנות ולעשות." (אחות מתאמת גריאטריה בבית החולים בני ציון)

"יש אספקטים שזה היה הצלחה, השקענו המון והדברים לא היו לחינם, זה היה תסכול כי התוכנית שלנו השתנתה. זו חוויה מעורבת... אני חושבת שהיינו מרוויחים כולם אם המיזם היה אחיד בכל בתי החולים ויכולתי לחלוק ניסיון וקשיים עם עוד בתי חולים. לא יכולתי לחלוק קשיים ולקבל טיפים כי זה היה שונה לגמרי." (רכזת התוכנית בבית החולים שיבא)

"אני רוצה להגיד שבסופו של דבר יש לנו אנשים מרגשים בצוותי בתי החולים... המנהיגות הזו של האנשים שהם בשטח וגם יכולים להשפיע, הם בכירים יחסית, אנשים שאת יכולה לעבוד איתם, החומר האנושי הזה זו המנהיגות שאין לי מילים לכבט את רמת הערכה שלי לאנשים האלה. אלו הם אנשים שמובילים את השינוי והם גיבורים כי הם עושים את השינוי בפועל." (מנהלת התוכנית הלאומית לדמנציה לשעבר במשרד הבריאות)

"הרוח זה מה שעשה את התוכנית הזו. אלמלא הצוותים, האנשים, זה לא היה קורה, היה צוות מגויס, מחויב, אכפתי, עם רצון להזיז הרים, אנשים שמאמינים במה שהם עושים, שרואים את הניצוץ בעיניים שלהם. יכולנו לבנות את התוכנית הטובה ביותר אבל אלמלא הצוותים, מהרופא הבכיר ועד המתנדב

וכוח העזר, זה לא היה עובד. זה לא היה קורה בלי החשבים של בתי החולים שעבדו עם הצוותים שלנו והיו נכונים לכל השינויים התקציביים לאורך התוכנית, או אחראי החוזים שם, שסייעו לנו בהארכות של התוכנית. אבל גם הם התגייסו רק בזכות הצוותים של התוכנית והאמונה שלהם בדבר. אלמלא הצוותים שלנו זה לא היה קורה. צריך להגיד להם תודה ענקית. אלמלא המחויבות והרעל בעיניים לא היינו מנהלות את השיחה הזו, כל ההישגים לא היו קורים." (מנהלת תוכניות דמנציה באשל)

## סיכום והמלצות

בסיכום הדברים וכפי שעלה, הן מן הראיונות עם בעלות התפקידים והן ממגוון החומרים הנוספים והנתונים האיכותניים שנאספו, ניכר כי התוכנית השיגה הן את מטרותיה המוצהרות (ובעיקר יעדים של פיתוח והפעלת שירותים בבתי החולים בתחום הזיהוי והטיפול בחולי דמנציה ודליריום), והן מטרות נוספות מעבר להן, ביניהן הפנית זרקור ותשומת לב צוותי בתי החולים לטיפול במבוגר המאושפז, במיוחד בהקשר של ירידה קוגניטיבית ודמנציה במהלך האשפוז, העלאת מודעות הצוותים והרחבת הידע שלהם בנושא ואף שינוי בגישה שלהם וביחסם לחולים מבוגרים המאושפזים בבית החולים. להלן היבטים נוספים לשימור:

✓ **השוני בין תוכניות ההתערבות** – ניכר כי הגמישות בבניית התוכניות במסגרת המיזם והשוני בין התוכניות בבתי החולים כתוצאה מכך היו מהלך נכון ובעל יתרונות משמעותיים ובעיקר אפשרו לבתי החולים חופש פעולה לבנות תוכנית ולהתאימה לתפיסת העולם המקצועית והארגונית שלהם, תוך התחשבות ביתרונות, בחוזקות, במאפיינים הייחודיים של בית החולים ובאילוצים שלו, כמו גם, אפשרו הפריה הדדית, למידה והתרשמות ממודלים שונים, עשייה וניסיון של אחרים. עם זאת, השוני בין התוכניות יצר קושי בהשוואה, מדידה והסקת מסקנות כלליות וצוין צורך בהיבט / אלמנט גנרי (שלד משותף) ובהמשך (בעתיד) צורך בבניית תוכנית מודולרית שתאפשר לכל בית חולים בארץ לבחור ולאמץ את החלקים המתאימים והרלוונטיים עבורו מתוך אותה תוכנית.

**המלצה:** לנוכח השוני וההבדלים הרבים הקיימים בין בתי החולים בארץ ובהתבסס על הניסיון שנצבר במיזם, מומלץ לבנות תוכנית גנרית יותר ועל פיה לבחון התאמה של בית חולים ו/או לייצר 2-3 מודולות שונות המותאמות לסוגים שונים של בתי חולים ו/או לייצר רכיבים גנריים מהם יוכלו בתי החולים לבחור את אלו המתאימים והרלוונטיים עבורם ליישום והטמעה, תוך אפשרות לפיתוח / דיוק של אותם אלמנטים שנבחרו ברוח בית החולים וצוותו (מסגרת לצד גמישות). המלצות אלו מאפשרות השוואה (לצורכי בחינת תמיכות), מעקב ובקרה טובים יותר.

✓ **קיימות** – מסתמן כי לפחות חלק מרכיבי התוכנית ימשיכו להתקיים בבתי החולים בהיקפים ובאופן שונה בכל בית חולים. פעולות כגון מחשוב התוכנית בבתי החולים והמשך הדרכות לצוות ולמשפחות החולים, כמו גם, מוטיבציה של בעלי תפקידים בבתי החולים להמשיך ולקיים את התוכנית (או חלקים ממנה) והנהלת בית חולים התומכת, מגבה ומעוניינת שהתוכנית תימשך, מבטיחים מידה מסוימת של קיימות. עם זאת, ככל הנראה, אין די בפעולות, במוטיבציה ובתמיכה הנ"ל להבטחת קיימות התוכנית ומעורבותו ותמיכתו של משרד הבריאות נדרשת: אישור התוכנית / הנחיה / נוהל הבא לידי ביטוי בתקציב / תמיכה כלכלית (מבחן תמיכה / תוכנית תמרוץ) והקצאת תקנים.

**המלצה:** מומלץ לפעול לזירוז אישור מבחן התמיכה על ידי הגורמים הרלוונטיים וקידום ההיבט של הקצאת תקנים לתחום. כמו כן, מומלץ לבדוק / לחקור או להציג ממצאים קיימים באשר לכדאיותה הכלכלית של התוכנית לבתי החולים ולגורמים אחרים (כגון קופות החולים) ובהתאם לפעול לתגמול ומימון רכיבי התוכנית על ידי אותם גורמים. עוד מומלץ לבצע מחקר פרוספקטיבי הבוחן את אפקטיביות התוכנית וגודל האפקט ככלל ובהשוואה לקיים / תוכניות אחרות. המחקר יאשש את כדאיות התוכנית מבחינה קלינית. בנוסף, מומלץ להמשיך ולקיים מעטפת המלווה ומתחזקת את צוות התוכנית.

✓ **מעטפת וליווי לאורך התוכנית** – ניכר כי היה ערך רב וחשיבות למעטפת המלווה והמתחזקת לאורך התוכנית: הפורמט של ועדות ההיגוי / יישום, הדיאלוג בין המשתתפים, היכולת להתייעץ וההפריה ההדדית, הקשב הרב לשטח (בתי החולים) והליווי על ידי רכזות ומנהלת התוכנית מטעם אשל.

**המלצה:** מומלץ (בבנייה של תוכניות אחרות / לאומיות דומות) ללמוד מניסיון המיזם בהיבט זה ואף לשכללו וליזום הזדמנויות נוספות (שלא במסגרת ועדות ההיגוי) ללמידת עמיתים ושיתוף בין בעלי התפקידים בבתי החולים השונים.

✓ **השפעת המיזם על המבוגר המאושפז** – ניכר כי חולים מבוגרים שאושפזו בבתי החולים שהשתתפו במיזם זכו ליחס ונראות שלא כבעבר ואלו אשר אובחנו / זוהו כלוקים בדמנציה ודליריום, קיבלו טיפול רב-מקצועי ומותאם (טיוב האבחון ואיכות הטיפול).

**המלצה:** מומלץ בהקשר זה להרחיב את הקיים ולקבעו כסטנדרט קרי, לבצע איתור וזיהוי (סקר) הן במימון והן במחלקות (אשפוז) ולהפוך את האיתור והזיהוי לחלק מנוהל בית החולים / standard of care, כמו גם, להקפיד על התערבות / טיפול רב-מקצועי, תקשורת ושיתוף פעולה בין הצוותים וכי"ב.

✓ **השפעת המיזם על היחידה הגריאטרית** – מסתמן כי בחלק מבתי החולים התוכנית חיזקה את היחידה הגריאטרית והשפעתה בבית החולים ובכך למעשה עשתה "יחסי ציבור" ליחידה הגריאטרית ולתחום.

בנוסף, עלו מספר היבטים לשיפור:

! **רצף טיפול, ממשק עבודה וקשר עם קופות החולים / גורמים בקהילה** – נושא זה שב ועלה לאורך הראיונות ומן החומרים הנוספים כאחד האתגרים המרכזיים שניצבו בפני ארבעת בתי החולים (ועדיין מהווה אתגר, גם בזמן כתיבת דוח זה): הקושי ליצור רצף והמשך טיפול מותאם בקהילה תוך התייחסות לאבחון, טיפול והמלצות בית החולים, הצורך בטיוב רכיבי השחרור (המתואם) והמעקב, ביצירת רצף טיפולי ומיסודו, בשיפור שיתוף הפעולה וממשקי העבודה עם הקהילה / קופות החולים ובתיאום ותקשורת טכנית בין המערכות בקהילה למערכות בבתי החולים לשם העברת מידע.

**המלצה:** מומלץ לשקול לבנות מודל עבודה כללי בשיתוף בתי החולים, קופות החולים וגורמים אחרים רלוונטיים שימסד ויארגן את הפעולות ושגרות העבודה של הצדדים בכל הקשור לרכיב השחרור המתואם והרצף הטיפולי ויתבסס על תיאום והעברת מידע בין בתי החולים לקהילה ולהיפך, באמצעות המערכות הממוחשבות (כולל התראות על אבחונים).

**!** **מחויבות, גיבוי ותמיכה של הנהלת בית החולים** – ניכר כי היבט זה חיוני ומשמעותי לפיתוח, קידום, יישום, הטמעה וקיימות התוכנית בבתי החולים וכי היעדר מחויבות, גיבוי ותמיכה בתוכנית מצד ההנהלה עשוי לפגוע באופן לא מבוטל בסיכויי היישום שלה, הטמעתה, השפעתה והצלחתה בכלל בבית החולים.

**המלצה:** חשוב, כפי שנעשה כאן, להמשיך ולשלב בתהליך הבחירה והמיון / בקול הקורא אמות מידה לבחינת המחויבות ותמיכת ההנהלה לאורך התוכנית ואופן הביטוי של מחויבות ותמיכה זו. כמו כן, ייתכן ויש לשקול בעתיד לסייע למובילי התוכנית בארגון בחיבור ההנהלה לתוכנית ובגיוס ההנהלה לתמיכה והטמעת התוכנית בארגון.



החלק הבא מציג את ההתערבות בכל בית חולים ואת הממצאים הכמותיים העולים מהנתונים שהועברו על ידי בתי החולים, פרק נפרד לכל אחד מבתי החולים

## הקריה הרפואית לבריאות האדם רמב"ם

### התוכנית<sup>9</sup>

#### מטרה

מתן טיפול מיטבי במתאשפזים פצועים הלוקים בדמנציה על ידי זיהוי מוקדם של חולים אלו כבר עם קבלתם, מתן טיפול מתאים תוך מניעת סיבוכים שכיחים ושחרור מתואם עם בני המשפחה המטפלים ועם מערך השירותים בקהילה (זאת, תוך עבודת צוות רב מקצועי עם תחומי הסייעוד, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, תזונה, פיזיותרפיה, רוקחות וקלינאיות תקשורת).

#### אוכלוסיית היעד

כל החולים מגיל 65 ומעלה הפונים למיון לאחר פציעה ומתאשפזים בבית חולים רמב"ם. בנוסף להערכה המקובלת של סוג הטרומה, סוג הפציעה, חומרת הפציעה (לפי Injury Severity Score (ISS)) ודמוגרפיה, נאספים נתונים על רקע אבחנה קוגניטיבית מבוססת על הרשומה הרפואית ועל האנמנזה מהפצוע ומבני משפחתו לפי שאלון מובנה CogSym ו-4AT.

#### ההתערבות

בנוסף לטיפול בפציעה כמקובל, מבוצע אומדן קוגניטיבי (CogSym ו-4AT) לכל פצוע המתאשפז במחלקות האורתופדיות והכירורגיות מעל גיל 65. כאשר האומדן הקוגניטיבי יוצא **חיובי** (מעל 2 נקודות באחד ו/או בשני האומדנים) הפצוע נכנס לתוכנית ההתערבות (מובלט במערכת הממוחשבת של בית החולים ועל מיטתו מונחים דפי דיווח לצוות התוכנית). תוכנית ההתערבות כוללת מניעת החמרה קוגניטיבית ודליריום על ידי אנשי צוות רב מקצועי, אשר אחראים על:

- **סייעוד** – איתור פצועים, ביצוע אומדנים יומיים, ריכוז טיפול בפצועים עם ירידה קוגניטיבית, מעקב אחר ביצוע היעוצים / ההוראות, הפעלת הצוותים ותוכנית הטיפול הרב מקצועית, הדרכת המטופל ומשפחתו.
- **גריאטריה** – ביצוע הערכה גריאטרית (במידת הצורך).
- **פיזיותרפיה** - הפעלה, ירידה מוקדמת מהמיטה והנעה מוקדמת על ידי סט תרגילים ייעודיים.
- **עבודה סוציאלית** – התערבות במהלך האשפוז (התערבות במשבר ו/או התמודדות עם האשפוז והשלכותיו), העלאת מודעות הצוות לצרכי המטופל, הגברת שיתוף הפעולה של המטופל ומשפחתו

<sup>9</sup> התקבל מבית החולים

וגיוס מערכות תמיכה, בניית תוכנית שחרור מותאמת (בשיתוף הצוות הרב מקצועי), תיאום מסגרת טיפול המשכית (במידת הצורך), מיצוי זכויות ותיאום שירותים בקהילה, ביצוע מעקב אחר תוכנית השחרור ומימוש ההמלצות.

- **ריפוי בעיסוק** – הערכת תפקוד קודם ונוכחי, הערכת סביבת המגורים, הדרכת המטופל ומשפחתו (למניעת נפילות, ארגון הבית והסביבה לתפקוד בטיחותי, שימור ושיפור עצמאות בתפקודים בסיסיים ומניעת התדרדרות).

- **תזונה** – הערכה תזונתית: בדיקת אופן אכילה, התאמת מרקמים ותפריט, מעקב אחר תזונה ומתן המלצות לשחרור. מתן אנשור אדוונס למטופלים בתוכנית ההתערבות.

כאשר האומדן הקוגניטיבי יוצא **שלילי** (פחות מ-2 נקודות באחד ו/או בשני האומדנים), צוות הסיעוד ממשיך לבצע אומדן קוגניטיבי על בסיסי יומי עד יום השחרור. באם המאושפז נמצא חיובי באחד מהם, הוא יכנס לתוכנית ההתערבות (פצועים שידועים כסובלים מירידה קוגניטיבית על פי הרשומה הרפואית יוכנסו ישירות לתוכנית).

יש להדגיש כי המרכיב הייחודי של התוכנית הינו הגדרת צוות הסיעוד כמנהל מקרה (Case manager) לפצוע הסובל מדמנציה. תפקידו לעלות את מודעות הצוותים, לבנות תוכנית טיפול ייחודית ולהפעיל את הצוות הרב מקצועי (פיזיותרפיה, תזונה, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, צוות היחידה הגריאטרית, פרמקולוגיה קלינית, טראומטולוגיה, תיאום טראומה, מתנדבים) בהתאם לצרכים של הפצוע.

מגפת הקורונה העולמית בשנה החולפת הציבה בפנינו אתגרים רבים כחברה באופן כללי ובפני מערכת הבריאות באופן ייחודי. במרכז הרפואי רמב"ם, כמו במרכזים רפואיים אחרים ברחבי הארץ, ניכרה ירידה בפניות לבית החולים בכלל וסביב טראומה של זקנים בפרט, בעיקר לאור החשש מחשיפה לנגיף הקורונה בבית החולים. מצב זה אפשר לצוות התכנית לערוך חשיבה מחודשת על אופן הפעלתה, כאשר הדגש הופנה לזיהוי צרכיו הייחודיים של המטופל היחיד, שהוא במרכזה של התכנית, והתאמת התכנית ספציפית עבורו.

מתחילת המגיפה וכיום, המטופלים במסגרת הפרויקט עוברים הערכה בראיה גריאטרית רחבה למניעה ואיתור מוקדם של הדרדרות קוגניטיבית ותפקודית. המודל, לפיו איתור המטופלים הזקוקים להתערבות נעשה על ידי אומדן קוגניטיבי וכל מטופל קיבל אותה התערבות של צוות רב מקצועי, שוכלל על ידי תוספת אומדנים סיעודיים מקובלים ומתוקפים, הסוקרים תת תזונה, סרקופניה, שבריריות וזכאון ומאפשרים התערבות מותאמת אישית של צוות רב מקצועי באשפוז והמלצות להמשך מעקב ורצף טיפול בקהילה.

## ממצאים

הממצאים מתבססים על תקופת מדידה שנמשכה מנובמבר 2017 ועד יוני 2021 עם הפסקה בעקבות הקורונה בתקופה שבין אוגוסט 2020 לבין ינואר 2021.

הממצאים מתבססים על הנתונים שנאספו והועברו על ידי בית החולים.

### מספר מטופלים במסגרת התוכנית

במהלך התקופה 1,803 מטופלים עברו התערבות במסגרת התוכנית. ממוצע המטופלים החודשי 46.2 (±14.7). טבלה 1 להלן מציגה את ממוצע המטופלים החודשי בכל שנה, ניכרת עליה במספר המטופלים בשנת 2021.

טבלה 1: רמב"ם - ממוצע מטופלים חודשי בפילוח לשנים

שנה	M (SD)
2017	42.5 (9.2)
2018	43.3 (7.0)
2019	41.3 (8.6)
2020	43.3 (7.2)
2021	79.8 (8.2)
תקופה	46.2 (14.7)

1,595 (89%) מהמטופלים הגיעו מהמחלקות האורתופדיות ו-208 (11%) מכירורגיה. 1,348 (75%) הגיעו לאחר ניתוח.

### מגדר ומצב משפחתי

1,204 (67%) מהמטופלים הן נשים. 883 (49%) ללא בן/בת זוג. טבלה 2 להלן מציגה את המצב המשפחתי.

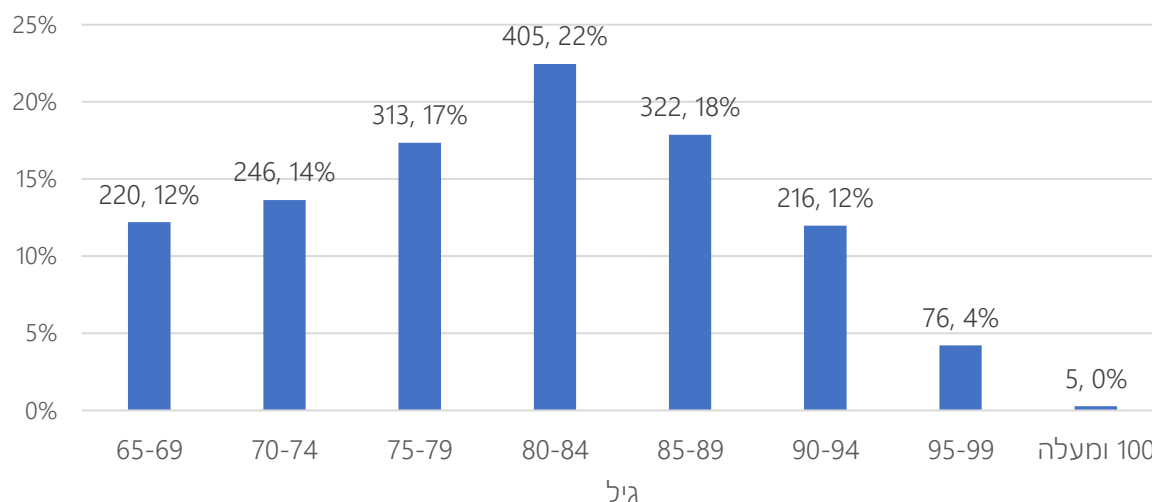
טבלה 2: רמב"ם - מצב משפחתי

מצב משפחתי	N (%)
נשוי/אה	904 (51)
אלמן/ה	590 (33)
גרושה/ה	222 (12)
רווק/ה	71 (4)
ללא בן / בת זוג	883 (49)

## גיל

הגיל הממוצע של המטופלים היה  $81.4 (\pm 8.4)$ , הגיל החציוני 82 וטווח הגילאים השכיח 80-84. בהתאם לקריטריוני הכניסה הגיל הצעיר ביותר היה 65, הגיל המבוגר ביותר 105. תרשים 1 להלן מציג את התפלגות הגילאים.

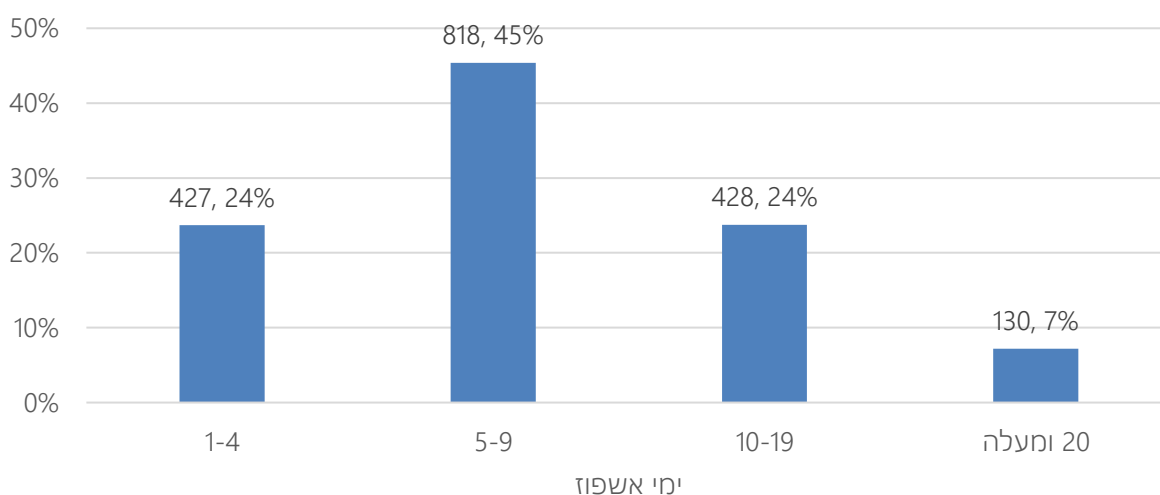
תרשים 1: רמב"ם - התפלגות הגילאים



## ימי אשפוז

מספר ימי האשפוז הממוצע של המטופלים היה  $9.1 (\pm 8.6)$  והחציון 7. תרשים 2 להלן מציג את התפלגות ימי האשפוז. מערך המחקר (העדר קבוצת ביקורת או השוואה) לא מאפשר להעמיד למבחן אמפירי את ההשערה שמספר ימי האשפוז קטן בעקבות ההתערבות.

תרשים 2: רמב"ם - התפלגות ימי אשפוז



## אנמנזה סיעודית

894 (54.7%) מהמטופלים מרותקים למיטה (\*). טבלה 3 להלן מציגה את האנמנזה הסיעודית בקבלה.

טבלה 3: רמב"ם - אנמנזה סיעודית

אנמנזה סיעודית	N (%)
עצמאי	207 (12.7)
אמצעי עזר השגחה	146 (8.9)
כיסא גלגלים	26 (1.6)
מרותק למיטה	894 (54.7)
אחר (**)	360 (22.0)

\* חסרים נתונים ל-170 מטופלים

\*\* אין מידע לגבי ה- 'אחר'

## מקום הגעה ויעד שחרור

מטופלים רבים שעברו את ההתערבות אינם חוזרים לביתם בשחרור. לא ניתן לבחון ולקבוע ללא קבוצת ביקורת או השוואה תואמת (matched) וללא מעקב אורך האם ההתערבות משפרת את יעד השחרור (חזרה הביתה, הפחתת תמותה). טבלה 4 להלן מציגה את השכיחות של מקום ההגעה והיעד בשחרור.

טבלה 4: רמב"ם - מקום הגעה ויעד בשחרור

מקום ויעד   מועד	הגעה (%) N	שחרור (%) N
בית	1,677 (93.0)	691 (38.3)
בית אבות / מוסד שיקומי	63 (3.5)	796 (44.1)
בית חולים אחר	63 (3.5)	112 (6.4)
פטירה		56 (3.1)
פטירה עד 6 חודשים משחרור		108 (6.0)

## התערבויות

1,677 (93.0%) עברו התערבות של פיזיותרפיה. מטופל עובר במוצע  $4.6 (\pm 4.0)$  התערבויות של פיזיותרפיה. 1,602 (88.9%) עברו התערבות של עו"ס. מטופל עובר במוצע  $3.5 (\pm 2.8)$  התערבויות של עו"ס. למעלה ממחצית קיבלו התערבות של ריפוי בעיסוק ושל דיאטנית, ממוצע טיפולים בשניהם 1.0. טבלה 5 להלן מציגה את השכיחות והממוצע של ההתערבויות.

טבלה 5: רמב"ם - התערבויות

סוג התערבות	M (SD)	N (%)
פיזיותרפיה	4.6 (4.0)	1,677 (93.0)
עו"ס	3.5 (2.8)	1,602 (88.9)
מרפא בעיסוק	1.0 (1.4)	960 (53.2)
דיאטנית	1.0 (1.7)	927 (51.4)

## מדד קוגניטיבי 4AT לאבחון דליריום

מדד 4AT משמש לאבחון דליריום. המדד מורכב מארבעה פריטים. סקלת הציונים 0-12 [0 - תקין, 1-3 אפשרות לירידה קוגניטיבית, 4 ומעלה ירידה קוגניטיבית ודליריום]. טבלה 6 להלן מציגה את ערכי ה-4AT בכניסה ו-4AT אחרון. מערך המחקר וכן והמדד, המתאים לאבחון ופחות מתאים לבחינה של שינוי, לא מאפשרים לבחון האם ההתערבות חוללה שיפור.

טבלה 6: רמב"ם - מדד קוגניטיבי 4AT

ערך מדד   מועד	כניסה (*) N (%)	אחרון (*) N (%)
M (SD)	1.37 (2.27)	1.47 (2.34)
תקין (0) N (%)	968 (57.7)	1,070 (59.4)
אפשרות לירידה (1-3) N (%)	456 (27.2)	447 (24.8)
ירידה קוגניטיבית ודליריום (4-12) N (%)	254 (15.1)	284 (15.8)

\* חסרים נתונים ל-125 מטופלים בכניסה ול-2 באחרון

## מדד יכולות קוגניטיביות במטלות יומיומיות CogSym

מדד CogSym משמש לאבחון יכולות קוגניטיביות במטלות יומיומיות. סקלת הציונים 0-4, ציון גבוה יותר מבטא יכולות קוגניטיביות נמוכות יותר [למדד אין ערכי נורמה ולא בוצעו בדיקות מהימנות ותוקף]. טבלה 7 להלן מציגה את ערכי ה CogSym בכניסה ו- CogSym אחרון. מערך המחקר וכן והמדד, המתאים לאבחון ופחות מתאים לבחינה של שינוי, לא מאפשרים לבחון האם ההתערבות חוללה שיפור.

טבלה 7: רמב"ם - מדד קוגניטיבי CogSym

ערך מדד   מועד	כניסה N (%)	אחרון N (%)
M (SD)	1.41 (1.52)	1.46 (1.54)
0	803 (48.8)	696 (45.3)
1	191 (11.6)	152 (9.9)
2	182 (11.1)	199 (13.0)
3	265 (16.1)	264 (17.2)
4	206 (12.5)	224 (14.6)

\* חסרים נתונים ל-165 מטופלים בכניסה ול-268 באחרון

## איכילוב: המרכז הרפואי ע"ש סוראסקי

### התוכנית<sup>10</sup>

#### רקע

אשפוז חריף מהווה נקודת מפנה בחייו של הזקן, העשויה להביא לאובדן עצמאות, מיסוד וכן לתוצאים קשים של תחלואה ותמותה. חולים זקנים בכלל וחולים הסובלים משטיון (דמנציה) בפרט, מתאפיינים בשילוב של רמת מורכבות רפואית גבוהה ועתודות פיזיולוגית נמוכות, המעלים באופן משמעותי את הסיכון לפתח תחלואה נלווית במהלך האשפוז (אספירציות, דליריום, זיהומים, ירידה תפקודית, פצעי לחץ וכדומה). סיבוכים אלו מהווים תוצאה של מכלול גורמים שהינם, על פי רוב, ברי מניעה.

זיהוי מוקדם של חולים אלו במהלך האשפוז והפעלת כלים מערכתיים למניעה, ניטור וטיפול מוקדם בהם, יפחיתו את שיעור הסיבוכים ואת ההשלכות ארוכות הטווח של האשפוז (כגון, מיסוד מוקדם).

תכנית ה- **HELP** (HOSPITAL ELDER LIFE PROGRAM) הינה תכנית ייחודית שנהגתה בשנת 1999, על ידי ד"ר Sharon Inouye באוניברסיטת ייל ובהמשך פותחה והוגדלה משמעותית בבתי החולים המסונפים לאוניברסיטת הרווארד. תכנית זו הינה תכנית מקיפה המיועדת להסדרה וניהול של הטיפול בחולים מבוגרים ובכאלו הסובלים משטיון, המאושפזים בבתי החולים הכלליים. כיום מופעלת תכנית זו באופן סדיר במעל ל-200 **מרכזים רפואיים** ב-11 מדינות בעולם.

מחקרים רבים הוכיחו את יעילותה של התוכנית במניעת ירידה קוגניטיבית לרבות היארעות דליריום, מניעת ירידה תפקודית, בשיפור איכות הטיפול הרפואי ובשיפור שביעות רצון המטופל ומשפחתו. בנוסף הוזגמה ירידה משמעותית בעלויות הטיפול הרפואי. השיפור במזדים הקליניים והכלכליים מבטאים בשיפור היחס עלות / תועלת של הטיפול בחולים שהשתתפו בתכנית. בתי החולים המפעילים תכנית זו משמשים אבן שואבת לידע ומחקר גריאטרי ומהווים מרכזי מצוינות ברמה ארצית ובינלאומית. כוונתנו להשתמש בעקרונות התכנית ובכליה, וליישמם במרכז הרפואי תל אביב.

התכנית שלנו מתבססת על תכנית ה- HELP תוך כדי התאמתה לאוכלוסיית החולים והצוותים הרפואיים במרכז הרפואי תל אביב וכן התאמתה לצרכי בית החולים.

<sup>10</sup> התקבל מבית החולים



## מטרות

- זיהוי חולים עם דמנציה כבר בקבלת החולה לאשפוז החריף
- מניעת סיבוכי אשפוז, דוגמת אספירציות, דליריום, אי-מוביליות וכדומה
- שימור יכולות תפקודיות וקוגניטיביות בקרב כלל החולים המבוגרים במהלך האשפוז
- השגת עצמאות תפקודית וקוגניטיבית מרבית בזמן השחרור
- בניית תכנית שחרור הולמת המתאימה לצרכים האינדיבידואלים של המטופל
- מניעת אשפוזים חוזרים
- הטמעת תרבות ארגונית של עבודה בצוותים רב מקצועיים לטובת הקשישים בכלל והסובלים מדמנציה בפרט

## אוכלוסיית היעד

מאושפדים מגיל 70 עם לפחות שני גורמי סיכון מבין הבאים ("בקשר אישי") שלפחות אחד מהם הינו ירידה קוגניטיבית.

בליעה - ציון 11 או מעל במבחן SDQ<sup>11</sup>

קוגניציה - ירידה קוגניטיבית עם MMSE 24/30 או פחות או 2 שגיאות ומעלה ב SPMSQ

שינה - דיווח על בעיית שינה

ראיה - ירידה בראיה עם ציון <20/70

אי-מוביליות - כל ירידה בניידות או ב BADL

שמיעה - ירידה בשמיעה עם <3/6 במבחן לחישה באחת האוזניים או ליקוי במבחן שפשוף אצבעות

יובש - יחס  $BUN/CR \geq 1$

## קריטריוני הוצאה

כל אחד מהבאים: תרדמת, הנשמה מלאכותית, אפזיה (שלא ניתן לתקשר), טיפול תומך לסוף חיים, התנהגות לוחמנית או מסוכנת, מצב פסיכוטי שלא מאפשר שיתוף פעולה, בידוד אויר (בידוד מגע יכללו במטופלי HELP), בידוד הגנתי לנויטרופניה, צפי שחרור תוך 48 שעות, סירוב המטופל או אפוטרופוס או הרופא המטפל, דמנציה קשה ללא תקשורת עם המטופל, SPMSQ 10.

<sup>11</sup> סימן זה ירד בשלב מוקדם

## ההתערבות

### אחות התוכנית

מדי בוקר, אחות התכנית מבקרת את המטופלים החדשים בני 70 ומעלה, מבצעת בדיקות סקר לאיתור גורמי סיכון לתסמינים גריאטריים, העשויים לחשוף את המטופל לסיבוכי אשפוז כגון ירידה קוגניטיבית, דליריום (בלבול במהלך אשפוז), ירידה תפקודית, נפילות ומצב רוח ירוד. בדיקות הסקר כוללות:

- הערכת תפקוד קוגניטיבי, לצד סקר לדליריום
  - הערכת תפקוד פיזי – טרם האשפוז וכעת בעת האשפוז
  - הערכת תפקוד הראייה והשמיעה
  - סקר סיכון לדיכאון, סקר סיכון לחרדה
  - הערכת שינה
  - מצב סוציאלי ומיצוי זכויות, תחומי עניין
- בנוסף, אחות התכנית מעדכנת את המטופלים בקיומה של תכנית הזה"ב, נותנת עלון מידע הכולל הסבר על התכנית למטופל ומשפחתו וכן מציעה ביקור מתנדב.
- שינויים ותוספות בעבודת האחות:
- באם מתאפשר, אנו עוקבים גם אחר החולים ללא אבחנה של דמנציה, ובמידה וישנה אפשרות מפנים אליהם משאבים.
  - רכיבים ייעודים בקמיליון – בקסטום החדש הוכנס שדה "מעקב צוות זה"ב" המאפשר הכנסת מעקב יומי או תקופתי וכן עיון במעקבים קודמים.
  - רכיב 'סיכום והמלצות להתערבות' נזנח (לא מצאנו שמוסיף לתהליך, בעיקר לאחר הטמעת הדוח החדש).

### רופא גריאטר

בהתאם לתוצאות הסקירה, עבור כל מטופל ניתן לזהות את הנקודות הייחודיות והמרכזיות הדורשות תמיכה ומעקב במהלך האשפוז.

הרופא הגריאטר עובר על ההמלצות להתערבות (של אחות התכנית), מוסיף סיכום התסמונות הגריאטריות הפעילות או החשודות, מעדכן אבחנות של דמנציה (רקע/אשפוז) ודליריום (אשפוז), כותב המלצות למחלקה, מבצע סקירת תרופות, מוסיף לפי הצורך יעוץ רשמי למקצועות הבריאות, מבצע מעקב לאורך האשפוז. לבסוף, בעת הצורך, כותב סיכום התערבות לטובת רצף אשפוז-קהילה.

תוספות:

- תיעוד סיכום הסקירה וכל התערבות אחרת של גריאטר התכנית עבר לרכיב "מעקב גריאטר" החדש.
- קשר אשפוז קהילה נעשה על ידי כתיבת מכתב סיכום ייעודי שזמין באית"ן (בעבר היה נכתב ייעוץ למחלקה שהודפס ונשלח בפקס).
- כאשר המכתב מופק לפני שחרור החולה - המחלקה מדפיסה אותו כחלק ממסמכי השחרור ומגישה לו מכתב שמכיל המלצות לבירור / טיפול בקהילה, אשר מועבר גם במייל לאחר השחרור למוקדי קופות החולים (לאחר שתואם עימן מנגנון העברת המידע מחדש).
- הכשרה לצוותים רפואיים וסיעודיים: הרצאות במחלקות על דליריום + הצגת התכנית, הדרכת סטודנטים בסיעוד, הרצאות בבית הספר לסיעוד ועוד.

### מתנדבים

לאחר ובהתאם לסקירה המקצועית של האחות וכן המעבר על התיק הרפואי מטעם הרופא הגריאטר, המטופל נפגש עם מתנדבים המבצעים עמו פעילויות ייעודיות לחיזוק נקודות אלו. ההתערבות נעשית באופן מכוון על פי המרכיבים הגופניים, הרפואיים והנפשיים אותם נשאף לחזק.

לדוגמה, במטופל עם מיעוט מבקרים, המתנדב יכול לארח לו חברה וכן להעביר מסרים לצוות המטפל במחלקה. במטופל הזקוק לגירויים קוגניטיביים, המתנדב יכול לשוחח עמו, לשפר את האוריינטציה שלו, לקרוא יחד עיתון, לשמוע יחד מוזיקה. במטופל שאינו יכול לקום ממיטתו ולהתנייד, המתנדב ידאג לשתייה והנגשת האוכל. בהתאם, במטופל הזקוק לסיוע בניידות, המתנדב יכול ללכת עמו וללוותו. כאמור, המתנדב מיישם את אלו הרלוונטיים למטופל המסוים - בהתאם לנתונים של המטופל, ההנחיות שניתנו לו בדף מסודר ומובנה וכן שיקול דעת. את ההתערבויות אנו מסכמים ומרכזים ל-4 פרוטוקולים:

- ביקור יומי לאירוח חברה והפגת הבדידות

- פעילויות שונות לגירוי קוגניטיבי

- עידוד והנגשת שתייה ואכילה, תוך אירוח חברה בעת האכילה

- עידוד וסיוע בניידות

תוספות:

אופיין דוח ייעודי למתנדבים שמנגיש את האוכלוסייה להתערבות וגורמי הסיכון הספציפיים.

### סיכום אודות השינויים לאורך התפתחות התוכנית

השיפורים הטכנולוגיים אפשרו לעבור ממודל של עבודה בטור למודל של עבודה במקביל עם עדכון שוטף של הממצאים והתערבויות. באם בעבר הפניית מתנדב נעשתה רק לאחר איתור, סקירת אחות והערכת גריאטר, הרי שכיום המתנדבים מופנים מרגע 0 (מעט שהמטופל מופיע בדוח שלהם) ופועלים על פי הקבוע בדוח. ההמלצות מתעדכנות בדוח זה בזמן אמת בכל עת שהאחות / הגריאטר משנים או מוסיפים המלצות ברשומה. בנוסף יוצא מכתב סיכום ייעודי שזמין במערכת האית".

## ממצאים

הממצאים מתבססים על תקופת מדידה שנמשכה מאוקטובר 2017 ועד יוני 2021. הממצאים מתבססים על הנתונים שנאספו והועברו על ידי בית החולים.

### מספר מטופלים במסגרת התוכנית

במהלך התקופה 8,936 מטופלים עברו התערבות (בדיקת סקר של אחות התוכנית). ממוצע המטופלים החודשי ( $\pm 14.7$ ) 46.2. טבלה 8 להלן מציגה את ממוצע המטופלים החודשי בכל שנה.

טבלה 8: איכילוב - ממוצע מטופלים חודשי בפילוח לשנים

שנה	M (SD)
2017	41 (28)
2018	191 (37)
2019	229 (25)
2020	209 (77)
2021	211 (18)
תקופה	199 (64)

### מגדר ומצב משפחתי

4,366 (49%) מהמטופלים הן נשים. 3,933 (46%) ללא בן / בת זוג. טבלה 9 להלן מציגה את המצב המשפחתי.

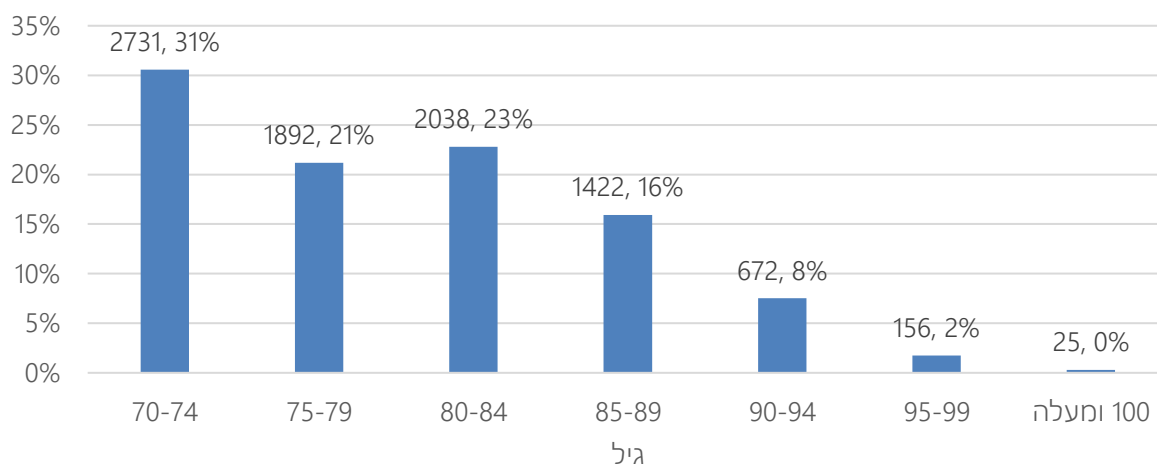
טבלה 9: איכילוב - מצב משפחתי

מצב משפחתי	N (%)
נשוי/אה	4,653 (54)
אלמן/ה	2,752 (32)
גרושה/ה	849 (10)
רווק/ה	332 (4)
ללא בן / בת זוג	3,933 (46)

## גיל

הגיל הממוצע של המטופלים היה  $79.6 (\pm 6.9)$ , הגיל החציוני 79 וטווח הגילאים השכיח 70-74. בהתאם לקריטריוני הכניסה הגיל הצעיר ביותר היה 70, הגיל המבוגר ביותר 107. תרשים 1 להלן מציג את התפלגות הגילאים.

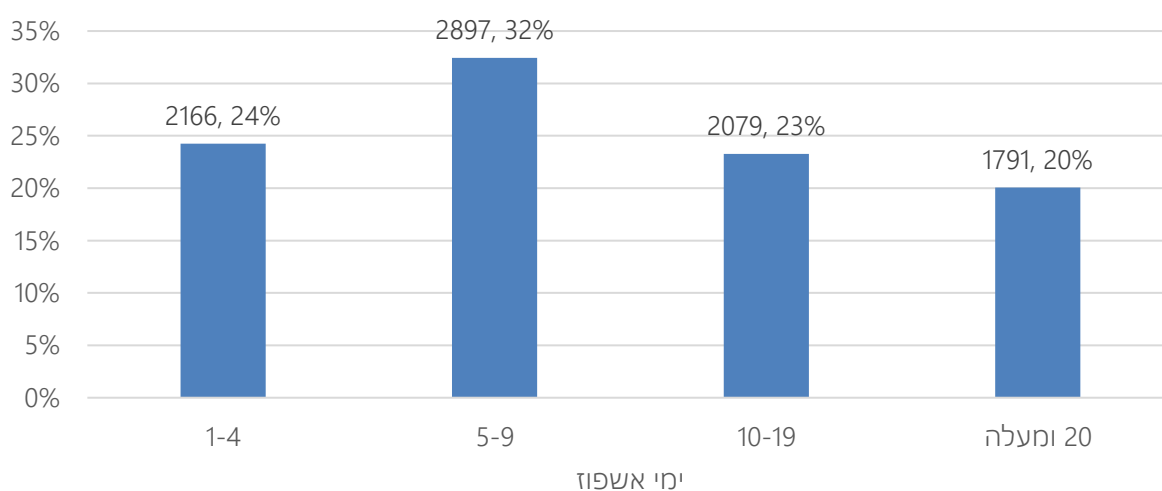
תרשים 3: איכילוב - התפלגות הגילאים



## ימי אשפוז

מספר ימי האשפוז הממוצע של המטופלים  $9.1 (\pm 8.6)$  והחציון 7. תרשים 4 להלן מציג את התפלגות ימי האשפוז. מערך המחקר (העדר קבוצת ביקורת או השוואה) לא מאפשר להעמיד למבחן אמפירי את ההשערה שמספר ימי האשפוז קטן בעקבות ההתערבות.

תרשים 4: איכילוב - התפלגות ימי אשפוז



### ADL בכניסה

בהתבסס על מדד ה-ADL, 55% מהמטופלים היו במצב תפקודי גבוה. טבלה 10 להלן מציגה את ה-ADL בכניסה.

טבלה 10: איכילוב - ADL

תפקוד	N (%)
נמוך 0-3	1,411 (16)
בינוני 4-6	2,608 (29)
גבוה 7-8	4,917 (55)

### BADL בכניסה

בהתבסס על מדד ה-BADL (אכילה, רחצה, טיפוח, הלבשה, הפרשות מוצקות, שתן, שימוש בשירותים, מעברים, נייזות, מדרגות) 74% מהמטופלים היו במצב תפקודי גבוה. טבלה 11 להלן מציגה את ה-BADL בכניסה.

טבלה 11: איכילוב - BADL

תפקוד	N (%)
נמוך 0-60	1,200 (13)
בינוני 65-85	1,161 (13)
גבוה 90-100	6,575 (74)

### נפילות ופטירות

טבלה 12 להלן מציגה את השכיחות של מטופלים שנפלו ופטירות באשפוז

טבלה 12: איכילוב - נפילות ופטירות באשפוז

משתנה	N (%)
נפילות	265 (3)
פטירות באשפוז	161 (2)

## התערבויות

24% קיבלו התערבות של מתנדב, 22% קיבלו ייעוץ גריאטרי. טבלה 13 להלן מציגה את השכיחויות של ההתערבויות.

טבלה 13: איכילוב - התערבויות

סוג התערבות	N (%)
בדיקת סקר (אחות תוכנית)	8,936 (100)
מתנדב	2,107 (24)
ייעוץ גריאטרי	1,966 (22)
סקירה ע"י גריאטר*	1,119 (30%)

\* החל בספטמבר 2019, האחוזים מחושבים מתוך מספר אנשים מטופלים מאותו מועד.

טבלה 14 להלן מציגה את השכיחות של סוגי ההתערבויות של המתנדב.

טבלה 14: איכילוב - התערבויות מתנדב

סוג התערבות	N (%)** (%)**
ביקור יומי	2,107 (100) (24)
קוגניטיבי	2,085 (96) (23)
רוויה	169 (7.8) (1.9)
ניידות	49 (2.3) (0.6)
תזונה	38 (1.8) (0.5)
ראיה	14 (0.6) (0.2)
שמיעה	25 (1.2) (0.3)
שינה	9 (0.4) (0.1)

\* אחוז מתוך התערבויות מתנדב

\*\* אחוז מתוך מטופלים



## המרכז הרפואי בני ציון

### התוכנית<sup>12</sup>

#### מטרות

הגברת המודעות, הידע והמיומנויות

- יצירת תוכנית חינוכית לצוותים המטפלים.
- העברת האחריות על זיהוי דליריום לצוות המטפל, תוך בקרה של צוות ייעודי (במקרה של בית החולים שלנו, צוות היחידה הגריאטרית).
- הזרכת בני משפחות של מאושפזים.

איתור וזיהוי דליריום ודמנציה בעת הקבלה לבית החולים ובמהלך האשפוז

- הטמעת סקירה קוגניטיבית.
- הכנסת רכיב קוגניטיבי כחלק מהביקור היומי של הרופאים, כולל הזרחה והטמעה.
- זיהוי ממוחשב של המאושפזים שנסקרו כחיוביים לדמנציה/דליריום באמצעים הנ"ל.
- התייחסות יזומה של צוות היחידה הגריאטרית למאושפזים שנסקרו כחיוביים.

גיבוש גישה טיפולית מותאמת

- התערבות יזומה, מותאמת אישית, במאושפזים שנסקרו כחיוביים להפרעה קוגניטיבית במיון או במחלקה: יעוץ יזום על ידי רופא גריאטר / אחות גריאטרית / פיזיותרפיסט / עו"ס המחלקה.
- תוכנית מניעת סיבוכי אשפוז בקרב כלל המאושפזים הזקנים: עזרי התמצאות, הגברת ניידות באשפוז כמרכיב מפתח במניעת סיבוכי אשפוז קוגניטיביים (דליריום), ותפקודיים (deconditioning).

שחרור מתואם

הכנסת הייעוצים הגריאטריים לגוף המכתב או העלאת ייעוצים למערכת אופק / איתן.

#### אוכלוסיית היעד

כל החולים מגיל 70 ומעלה הפונים למיון עם חשש לירידה קוגניטיבית ודליריום בהתבסס על 4AT ו/או על פי סקר יומי חלופי במחלקות האשפוז, אשר מכיל בתוכם את האלמנטים האבחנתיים של דליריום על פי ה-DSM-5.

<sup>12</sup> התקבל מבית החולים, עבר עריכה קלה

## ההתערבות

### סקירה קוגניטיבית

הפרויקט בבית חולים בני ציון החל עם סקר קוגניטיבי (4AT) לכל מטופל מעל גיל 70 שהתקבל בחדר המיון. הסקר הקוגניטיבי בוצע על ידי רופאים וסטז'רים, וזאת לאחר טיפול ראשוני בסיבת הפנייה לחדר המיון. לאור קושי בביצוע בקרה לסקירה זו בחדר מיון, ובמיוחד לנוכח העובדה שחלק לא מבוטל מהפניות הם בשעות אחר הצהריים ולילה, ובנוסף קושי הטמעתו כחלק מהביקור היומי במחלקות באופן רוטיני, הוחלט בהמשך לעבור לסקר יומי חלופי במחלקות האשפוז, אשר מכיל בתוכו את האלמנטים האבחנתיים של דליריום על פי ה-DSM-5.

הסקר היומי המבוצע כעת מכיל סקירה משולבת של הצוות הסיעודי ורפואי, כאשר הדגש הינו הטמעת הסקר בגיליון הממוחשב, כחלק מהרוטינה היומית של הצוות.

### תוכניות הדרכה לאנשי צוות

- הדרכות תקופתיות לצוות רפואי וסיעודי על ידי צוות היחידה הגריאטרית.
- הרצאות תקופתיות בפורום הרצאות לסטז'רים המתקיימות בבית החולים, 1-2 פעמים בשנה.

### התערבויות במסגרת המיזם

- אחת ליום מתקבל דו"ח ממוחשב (במיייל) עבור חולים שנסקרו חיובית לדליריום:
- פיזיותרפיה – מתן תיעודף לחולים עם דליריום או סיכון לדליריום. במסגרת המיזם הועסקו מספר פיזיותרפיסטים אשר נתנו מענה ממוקד עבור מטופלים שנסקרו חיוביים לדליריום.
- הולכות יזומות – על ידי צוות ייעודי המכיל אלונקאים, כוחות עזר, צוות סיעודי. הצוות עובר הדרכה על ידי היחידה לפיזיותרפיה, עם בקרות לסירוגין.
- עירוב עו"ס המחלקה – לא פעם קיים קושי להבין האם חלה החמרה חדה במצבו של מטופל מבחינה קוגניטיבית. במטופלים בהם קיים קושי לקבל אנמנזה ובמטופלים עם שינוי חד (על ידי אנמנזה קו-לטרלית), עו"ס המחלקה יכולה להתערב לצורך מתן מענה סוציאלי.
- דף מידע למשפחות, בו הסבר קצר לגבי דליריום ודמנציה, התערבויות אפשריות ומספרי טלפון רלוונטיים לקהילה.
- ייעוץ גריאטרי יזום – בהתאם לצורך. במקרים מתאימים, ניתן להעביר את הייעוץ ישירות למערכת.
- תוכנית התערבות ברורה מוטמעת במערכת הממוחשבת [כאב, זיהום / אצירת שתן, עצירות, הפרעות מעבדתיות, עירוב משפחה בטיפול, הפנייה ליעוץ / תוכנית הולכה / פיזיותרפיה].

## ממצאים

הממצאים מתבססים על תקופת מדידה שנמשכה מינואר 2018 ועד דצמבר 2020. עקב הקורונה ועקב מעבר למערכת חדשה לא נאספו נתונים באופן ממוחשב החל מינואר 2021 ועד תום המחקר ביוני 2021. הממצאים מתבססים על הנתונים שנאספו והועברו על ידי בית החולים.

### מספר מטופלים במסגרת התוכנית

במהלך התקופה 1,522 מטופלים עברו התערבות<sup>13</sup> במסגרת התוכנית. ממוצע המטופלים החודשי היה  $39.0 (\pm 18.2)$ . ניכרת שונות גדולה, עם חודשים עם מספר מטופלים רב לעומת חודשים עם מעט מאוד מטופלים<sup>14</sup>. טבלה 15 להלן מציגה את ממוצע המטופלים החודשי בכל שנה.

טבלה 15: בני ציון - ממוצע מטופלים חודשי בפילוח לשנים

שנה	M (SD)
2018	47.6 (15.0)
2019	54.0 (12.2)
2020	25.3 (13.5)
תקופה	39.0 (18.2)

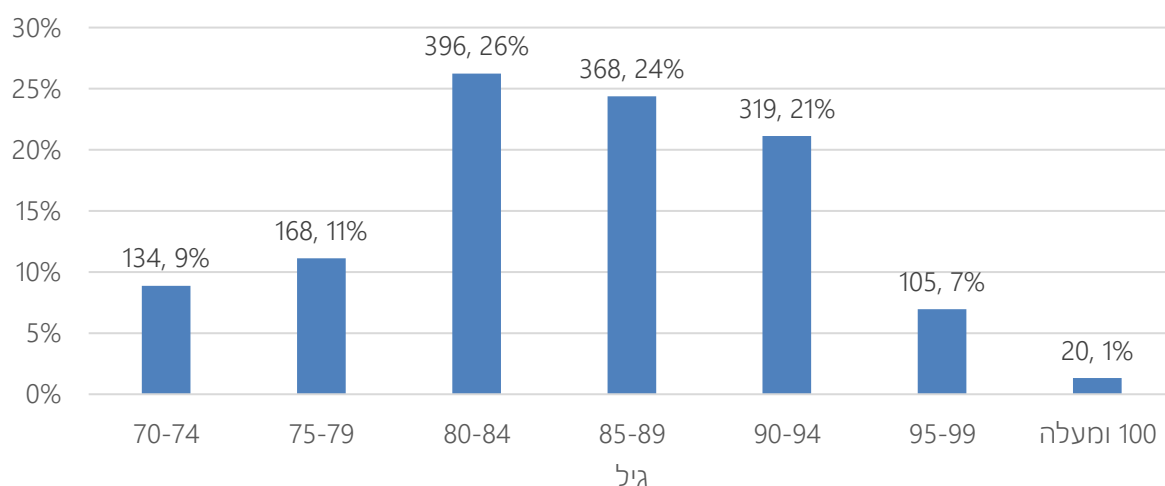
### מגדר

888 (58%) מהמטופלים הן נשים.

### גיל

הגיל הממוצע של המטופלים היה  $85.0 (\pm 7.1)$ , הגיל החציוני 85 וטווח הגילאים השכיח 80-95<sup>15</sup>. תרשים 5 להלן מציג את התפלגות הגילאים.

תרשים 5: בני ציון - התפלגות הגילאים



<sup>13</sup> הכוונה כאן בהתערבות היא מעצם ביצוע אבחנה ועדכון לגבי מצב המטופל ולא דווקא התערבות של עו"ס או סטודנט

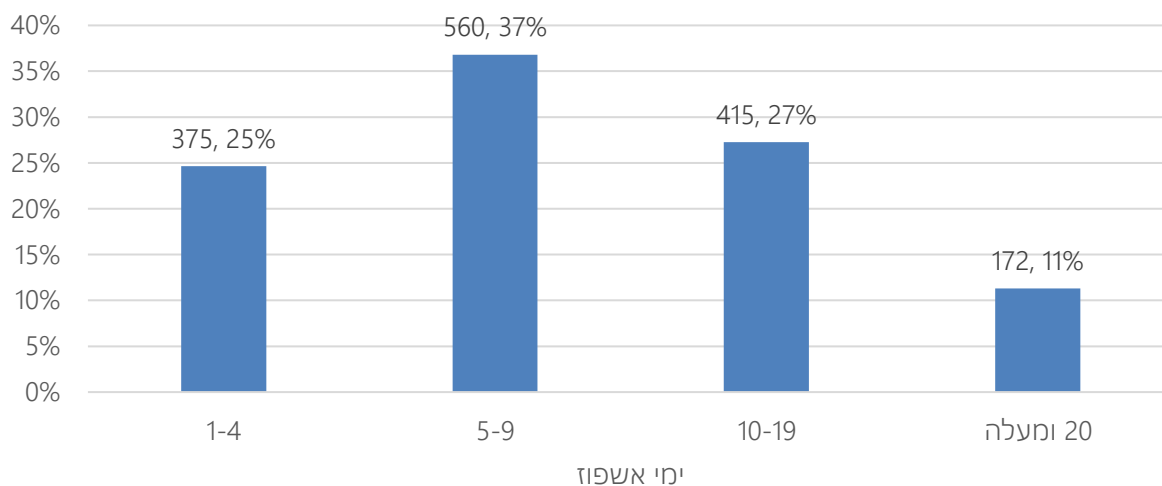
<sup>14</sup> חלקה בגלל מגפת קורונה וחלקה בגלל צוות מתחלף / מצומצם

<sup>15</sup> למרות קריטריון הכניסה, גיל 70 ומעלה, היו 11 נשים בגיל צעיר יותר

## ימי אשפוז

מספר ימי האשפוז הממוצע של המטופלים היה  $10.5 (\pm 10.5)$  והחציון 8. תרשים 6 להלן מציג את התפלגות ימי האשפוז. מערך המחקר (העדר קבוצת ביקורת או השוואה) לא מאפשר להעמיד למבחן אמפירי את ההשערה שמספר ימי האשפוז קטן בעקבות ההתערבות.

תרשים 6: בני ציון - התפלגות ימי אשפוז



## יעד שחרור

טבלה 16 להלן מציגה את השכיחות של יעד השחרור (אין נתונים לגבי מקום ההגעה).

טבלה 16: בני ציון - יעד בשחרור

יעד שחרור	N (%)
בית	802 (53.9)
מוסד אחר	449 (29.5)
פטירה	211 (13.9)
אחר (ללא פירוט)	42 (2.8)

## התערבויות

227 (14.9%) עברו התערבות של עובדת סוציאלית ו-300 (19.7%) עברו התערבות של סטודנט. אחוז האנשים שעברו התערבות מעבר להתערבות של ביצוע אבחנה, נמוך.

### מדד קוגניטיבי 4AT לאבחון דליריום

מדד 4AT משמש לאבחון דליריום. המדד מורכב מארבעה פריטים. סקלת הציונים 0-12 [0 - תקין, 1-3 אפשרות לירידה קוגניטיבית, 4 ומעלה ירידה קוגניטיבית ודליריום]. כל המטופלים בתוכנית היו עם ערך 3 ומעלה. טבלה 17 להלן מציגה את ערכי ה-4AT בכניסה.

טבלה 17: בני ציון - מדד קוגניטיבי 4AT

ערך מדד	N (%)
M (SD)	6.2 (2.9)
תקין (0)	0 (0.0)
אפשרות לירידה (1-3)	207 (13.6)
ירידה קוגניטיבית ודליריום (4-12)	1,315 (86.4)

# המרכז הרפואי שיבא, תל השומר

## התוכנית<sup>16</sup>

### מטרות ויעדים

מטרת העל - התווית מדיניות בנושא זיהוי, טיפול ושחרור מטופלים הסובלים מדמנציה.

### יעדי התוכנית

- בחינת רמת הידע, המודעות והעמדות של הצוות הסייעודי בנושא זיהוי וטיפול במטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום.
- זיהוי מצב דליריום בקרב מטופלים המתקבלים לאשפוז במחלקות פנימיות, עם או ללא אבחנה של דמנציה באמצעות הטמעת אומדן (Confusion Assessment Method) CAM.
- קביעת נתיבי טיפול רפואיים בהתאם לממצאי אומדן ה-CAM.
- קביעת תוכנית טיפול סיעודית למטופל/ לבני המשפחה/ למטפל העיקרי.
- פיתוח תוכנית הכשרה לשיפור הידע, לזיהוי ולטיפול במטופלים הסובלים מדמנציה והטמעתה בקרב הצוות המטפל.
- יצירת קשר עם המטופל / בני המשפחה / המטפל עיקרי לאחר השחרור מאשפוז.

### שלבי התוכנית

1. **הקמת ועדת היגוי** – הכוללת את סגן מנהל המרכז הרפואי המשולב ואחראי תחום איכות הטיפול והשירות הרפואי, סגנית מנהלת הסיעוד בבית החולים השיקומי, סגן מנהל המחלקה לגריאטריה שיקומית, מרכזת תחום בכירה בהנהלת הסיעוד, אחראי על שירות פיזיותרפיה, מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית ומרכזת מתנדבים.

#### ועדת ההיגוי אחראית על

- התווית מדיניות בנושא זיהוי וטיפול במטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום.
  - מעקב אחר מדדי איכות הטיפול בשיעור ביצוע אומדן CAM (לזיהוי מצב דליריום) ובשיעור הענות למתן טיפול תרופתי על פי הפרוטוקול שיקבע.
2. **הקמת צוות מומחים** – הכולל רופא גריאטר, אחות בכירה, עובדת סוציאלית ופיזיותרפיסט. צוות המומחים אחראי לתחומים הבאים:
- ביצוע סקר במטרה לבדוק את רמת הידע, המודעות ועמדות הצוות הסייעודי בנושא זיהוי וטיפול במטופלים עם דמנציה ודליריום.
  - בדיקת אומדן ה-CAM לאיתור מצב דליריום במטופלים המתקבלים לאשפוז במחלקות פנימיות, עם או ללא אבחנה של דמנציה.

<sup>16</sup> התקבל מבית החולים, עבר עריכה קלה

- כתיבת נוהל "איתור, זיהוי וטיפול במטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום".
  - כתיבת פרוטוקול טיפולי להתוויית טיפול רפואי וסיעודי בהתאם למצבים מייצגים.
  - התאמת נוהל ארגוני לשחרור מטופלים, המתייחס למטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום תוך שמירה על הרצף הטיפולי.
  - הכשרת מרכזי נושא ממחלקות פנימיות, כוחות עזר בתכניות מוסדיות, אחיות חדשות בתוכניות קליטה מוסדיות, מתנדבים.
3. **הכשרת הצוות** - פיתוח מערך מובנה להכשרת צוות הרופאים, האחיות וצוות מקצועות הבריאות. מרכזי הנושא עוברים הכשרה עיונית מקיפה בת 8-10 שעות על ידי צוות המומחים, אשר בסיומה נדרשים ללמוד את התכנים ולהטמיע את התהליך בקרב הצוות במחלקה.
- כל מרכז נושא מקבל ערכת הדרכה שכוללת
- מצגת להעברת התכנים העיוניים לצוות המחלקה
  - סרטון ייחודי עם מצבים מייצגים של טיפול במטופלים הסובלים מדמנציה עם או ללא דליריום
  - נתיבי טיפול והתערבות בהתאם למצבים מייצגים
- (במסגרת התוכנית, הוכנסה ההדרכה לטיפול בחולה עם דמנציה/דליריום כחלק מתוכנית ההכשרה הארגונית לצוות סיעודי חדש ולכוחות עזר חדשים וותיקים).
4. **הקמת קבוצת אחים/ות מרכזיות נושא** - מינויים של מרכזי הנושא והפיכתם לשגרירי התהליך. עבודת המרכז/ת כוללת עבודת צוות מחלקתית עם מגוון המטופלים – רופאים, אחיות ומקצועות הבריאות השונים במחלקה. איתור אח/ות מרכז/ת הנושא יתבצע על ידי מרכזת התחום בהתייעצות עם האחיות האחראית.
- פעילות מרכזי הנושא באה לידי ביטוי בשלושה תחומים עיקריים
- שיפור רמת הידע של הצוות המטפל במחלקה
  - שינוי התנהגות הצוות המטפל ושיפור היענותם ליישום נהלים, הנחיות, פרוטוקולים קליניים והמלצות מקצועיות
  - שיפור איכות הטיפול ואיכות השירות הניתן למטופלים על ידי הצוות המטפל
5. **זיהוי ואיתור מטופלים בקבלתם לאשפוז** - פיתוח כלים ניהוליים לאבחון
- זיהוי ואיתור מטופלים עם ירידה קוגניטיבית / דמנציה בקבלתם למחלקה – בקבלת כל מטופל בן 65 ומעלה מבוצעת אנמנזה רפואית וסיעודית המכוונת לאתר מטופלים עם ירידה קוגניטיבית. הניסיון מלמד כי התייחסות למצב הקוגניטיבי לעיתים אינה שלמה. במטרה להעלות את מודעות הצוות הרפואי והסיעודי לאיתור מטופלים עם ירידה קוגניטיבית, הנושא נכלל גם במסגרת תוכנית ההכשרה לאנשי הצוות.

- זיהוי ואיתור מטופלים עם דליריום - בקבלה לאשפוז במחלקות פנימיות. הערכת דליריום נעשית באמצעות אומדן ה-CAM לזיהוי דליריום, שמבוצע על ידי רופא לכל מטופל בן 65 ומעלה עד 24 שעות מקבלתו. אומדן חוזר מבוצע במקרים הבאים:
    - מדי יום, כל עוד המטופל במצב של דליריום
    - בכל שינוי במצב הפסיכומטורי של המטופל
    - בשחרור מטופל אשר אובחן במהלך אשפוזו עם דליריום
- הבקרה על ביצוע האומדן מבוצעת באמצעות דו"ח מעקב ממוחשב, המרכז נתונים מהרשומות הממוחשבות.

#### 6. **ניהול הטיפול במהלך האשפוז** – כתיבת פרוטוקולים ונתיבי טיפול להתערבות.

תוכנית ההתערבות במהלך האשפוז כוללת התייחסות לשלושה נתיבי טיפול עיקריים:  
 א. טיפול לא תרופתי – עיקרו טיפול תמיכתי, כגון,

- בדיקת התרופות שהמטופל נוטל
  - הימנעות מהגבלה פיזית ומפעולות אשר עלולות להפר שינה, כגון מדידת סימנים חיוניים
  - הגברת הפעילות הגופנית במהלך היום
  - השגחה על המטופל, בעיקר על ידי אנשים מוכרים (רצוי בני משפחה)
  - הימנעות מגירויים קיצוניים
  - וידוא הימצאות עזרי שמיעה וראייה
  - טיפול בכאב במידה וקיים
- ב. טיפול תרופתי - כתיבת פרוטוקול לטיפול תרופתי, בהתאם לתמהיל המטופלים במחלקות השונות ובהתייחס למצבם הרפואי.
- ג. הדרכה - הדרכת המטופל/בני משפחתו ו/או המטפל עיקרי על דרכי התמודדות וטיפול במצבי דמנציה ו/או דליריום. ההדרכה מתבצעת בעל פה, בכתב ובאמצעות סרטון.

#### **ההתערבות כוללת**

##### ייעוץ רופא גריאטר

ייעוץ גריאטר יינתן לקראת שחרור למטופלים מעל גיל 65 המאובחנים בדליריום ללא אבחנה ידועה של דמנציה ולמטופלים מעל גיל 65 עם פגיעה קוגניטיבית ללא אבחנה ידועה של דמנציה. הייעוץ כולל הזמנת טיפול פיזיותרפיה למטופלים עם דמנציה המתקבלים לאשפוז מהבית ובדיקת ריבוי תרופות בקרב מטופלים.



## פעילות פיזיותרפיה

מטרתה להעריך את רמת הסיכון לנפילות ולקבוע תוכנית טיפול מותאמת למצבו הרפואי של המטופל, הכוללת, למשל, תרגילים של שיווי משקל, תרגול מעברים, תרגול הליכה (כולל עלייה וירידה במדרגות), התאמת אביזרי עזר ושימוש בטיחותי, הדרכה לתרגול לחיזוק השרירים והתאמת אביזרי עזר. ההתערבות ניתנת לחולים אשר הגיעו לאשפוז מהבית וחוזרים לאחר האשפוז לביתם, וכוללת את הדרכת המטופל ו/או בני המשפחה ו/או המטפל אודות כללי זהירות ובטיחות במעברים, הליכה/הולכה, סידור והתאמת הבית למניעת נפילות והמלצות לאביזרי עזר להליכה (בהתאם לרמת התפקוד של המטופל). בנוסף, צוות הפיזיותרפיה יוזם הדרכות לצוות המחלקות אודות כללי זהירות ובטיחות במעברים, הליכה והולכת מטופל עם דמנציה, השגחה במעברים וסידור הבית בדגש על סביבה בטוחה למניעת נפילות.

## פעילות מתנדבי "לב זהב"

פעילות המתנדבים הינה שלב משמעותי בהתערבות במטופלים הסובלים מירידה קוגניטיבית. מטרתה מתן תמיכה רגשית, חברתית, מילוי שעות פנאי ופיתוח תקשורת אישית משמעותית במידת האפשר עם המטופל ו/או בני משפחה, הנזקקים לסיוע של המתנדב. המתנדב מקבל הנחיות מתאימות להתערבות הנדרשת (תוך מתן חופש פעולה על פי מצב המטופל), ומדווח לאחראית המשמרת או מי מטעמה על הפעילות שביצע, קשיים שחווה ו/או נקודות חוזק לידיעת צוות המחלקה.

7. **שחרור מתואם עבור חולי דמנציה** – מבוצע על ידי העובדת הסוציאלית. יש להדגיש כי לתהליך השחרור מאשפוז חשיבות והשפעה על החלמה, מניעת סיבוכים, אשפוזים חוזרים ושביעות רצון המטופל ומשפחתו. מעבר מטופלים בין מערכי בריאות שונים טומן בחובו סכנה לכשלים כתוצאה ממידע חסר. לפיכך, מידע בהקשר לתוצאי טיפול רפואי וסיעודי בעת האשפוז מהווה נדבך חיוני עבור המטופלים לצורך המשך הטיפול בקהילה (תוך שמירה על זכויות המטופל, כבוד האדם, שליטה על חייו, שמירה על סודיות ושיתוף המטופל והמערכות התומכות בו).

## תפקיד העובדת הסוציאלית כולל

- מעקב ובדיקה של תיקי המטופלים (לצורך איתור מטופלים הזקוקים להתערבות).
- מתן מענה מידי לצרכים רגשיים ו/או אינסטרומנטליים דחופים במהלך האשפוז (למטופל ולמשפחתו).
- זיהוי צרכי המטופל ובדיקת המענה הקיים בשירותים הקהילתיים.
- זיהוי צרכים של מטופלים שאינם מקבלים מענה בקהילה ונדרש גיוס שירותים ומשאבים חדשים.
- מעקב טלפוני כ-10 ימים לאחר השחרור לצורך הערכת מידת יישום התוכנית ובדיקת המשך טיפול בקהילה.

במטרה לאפשר מידע זמין ונגיש לכלל העוסקים בתחום ולמטפלים פותחו הרכיבים הבאים, אשר מוטמעים במערכת המחשוב של בית החולים:

- דו"ח ממוחשב לאיתור מטופלים עם דמנציה ודליריום במחלקות המשתתפות בתוכנית
- דף מידע למטופל ולבן המשפחה/מטפל עיקרי בנושא הדרכה וטיפול במטופל עם דמנציה
- רכיב לאחיות המרכזות את הטיפול הסיעודי במטופל עם דמנציה
- רכיב ייעודי לדיווח פעילות של עובדים סוציאליים המשתתפים בתוכנית
- רכיב ייעודי לדיווח פעילות של פיזיותרפיסטים המשתתפים בתוכנית
- רכיב ייעודי לתיעוד ייעוץ רופא גריאטר
- רכיב למילוי אומדן CAM על ידי הרופא

#### הכשרת צוותים

במקביל להפעלת התוכנית, מבוצעות הכשרות לצוות:

- הכשרה להעלאת מודעות בקרב צוות העובדים הסוציאליים והפיזיותרפיסטים המטפלים במטופלים הסובלים מדמנציה והמאושפזים בכלל מחלקות בית החולים.
- הכשרה של כוחות עזר בתהליך קליטה לעבודה וכן כחלק מתוכנית הכשרה שנתית קבועה.
- הכשרה לאחיות מוסמכות בתהליך הקליטה לעבודה וכתוכנית הכשרה לאחריות משמרת.
- הפקת סרטון אנימציה להכשרת הצוות במחלקות בהתמודדות וטיפול במטופלים עם דמנציה.

## ממצאים

הממצאים מתבססים על תקופת מדידה שנמשכה מינואר 2019 ועד יוני 2019. הממצאים מתבססים על הנתונים שנאספו והועברו על ידי בית החולים<sup>17</sup>.

### מספר מטופלים במסגרת התוכנית

במהלך התקופה 296 מטופלים עברו התערבות במסגרת התוכנית. ממוצע המטופלים החודשי היה  $49 (\pm 14)$ . לאורך חודשי המדידה ניכרת עליה במספר המטופלים. טבלה 18 להלן מציגה את מספר המטופלים החודשי.

טבלה 18: שיבא – מספר מטופלים חודשי

חודש	N
ינואר	32
פברואר	34
מארס	47
אפריל	62
מאי	67
יוני	54
תקופה	296

### מגדר

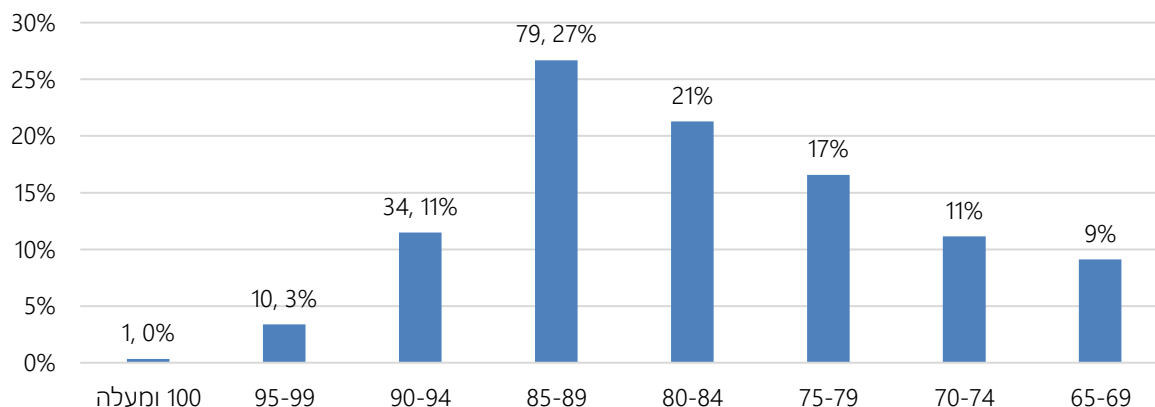
158 (53%) מהמטופלים הם גברים.

### גיל

הגיל הממוצע של המטופלים היה  $82.0 (\pm 7.9)$ , הגיל החציוני 83 וטווח הגילאים השכיח 80-95. תרשים 7 להלן מציג את התפלגות הגילאים.

תרשים 7: שיבא - התפלגות הגילאים

### התפלגות גילאים



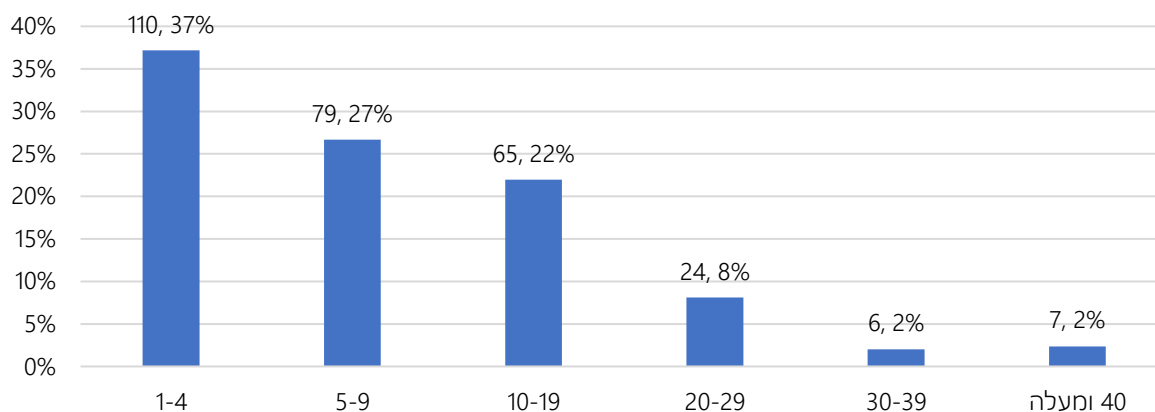
<sup>17</sup> הנתונים שהועברו ע"י בית החולים לא אפשרו אבחנה חד משמעית בין מטופלים בתוכנית למטופלים ככלל.

## ימי אשפוז

מספר ימי האשפוז הממוצע של המטופלים היה  $10.0 (\pm 10.1)$  והחציון 6. תרשים 7 להלן מציג את התפלגות ימי האשפוז. מערך המחקר (העדר קבוצת ביקורת או השוואה) לא מאפשר להעמיד למבחן אמפירי את ההשערה שמספר ימי האשפוז קטן בעקבות ההתערבות.

תרשים 8: שיבא - התפלגות ימי אשפוז

### התפלגות ימי אשפוז



## מצב תפקודי בכניסה

250 (85%) מהמטופלים ברמת תפקוד המחייבת עזרה רבה ומעלה.

טבלה 19: שיבא - מצב תפקודי

מצב תפקודי	N (%)
עצמאי	16 (5)
זקוק לעזרה קלה	30 (10)
זקוק לעזרה רבה	94 (32)
זקוק לעזרה מלאה	94 (32)
מרותק למיטה	62 (21)

## התערבויות

טבלה 20: שיבא - סוגי התערבות

התערבות	N (%)
עו"ס	208 (70)
דיאטנית	144 (49)
פיזיותרפיה	144 (49)
ייעוץ גריאטרי	115 (39)

## נספח: משתנים למדידה ומעקב

### רשימת משתנים למדידה ומעקב

צוות יקר שלום רב,

כחלק מהמחקר המלווה ובמטרה לטייב את ההתערבות והתכנית ולאשש את האיכות והתוקף של ההתערבות והתכנית, הרכבנו רשימה של מרכיבים ומשתנים שכל בית חולים מתבקש למדוד ולדווח לצוות המחקר.

בטבלה הבאה מופיעים המרכיבים / משתנים שאנו מבקשים למדוד ולדווח. לכל משתנה מצוין: א. משתנה / מרכיב. ב. הגדרה אופרטיבית (מה ואיך מודדים). ג. מועד מדידה.

משוב שלכם למשתנים שהוגדרו ולמשתנים נוספים שאתם רואים בהם ערך, יתקבל בברכה.

אם צריך עזרה מתודולוגית, סטטיסטית או טכנית (כולל סיוע בבניית בסיס נתונים תואם), נשמח לסייע.

במהלך חודש אפריל נהיה בקשר על מנת להתעדכן לגבי איסוף הנתונים.

תודה רבה,

בכל שאלה נשמח לעמוד לרשותכם,  
יוסי פריאר דרור, בשם צוות המחקר

מועד מדידה	הגדרה אופרטיבית	משתנה / מרכיב
שוטף + נתונים, חד פעמי של שנה קודם להתערבות *	עבור כל מאובחן (רמת נבדק): ◀ סוג המבחן והערך שהתקבל רטרוספקטיבי, ניתן באופן מסוכם (לא ברמת נבדק): ◀ סוג המבחן והערך שהתקבל	מספר מאושפזים המאובחנים עם דמנציה
שוטף + נתונים, חד פעמי של שנה קודם להתערבות *	עבור כל מאובחן (רמת נבדק): ◀ סוג המבחן והערך שהתקבל רטרוספקטיבי, ניתן באופן מסוכם (לא ברמת נבדק): ◀ סוג המבחן והערך שהתקבל	מספר מאושפזים עם דליריום
שוטף	עבור כל מאובחן (רמת נבדק): ◀ מתוך התערבויות פוטנציאליות התערבויות שהוגדרו [כן/לא] ◀ מתוך התערבויות שהוגדרו התערבויות שבוצעו [כן/לא]	מספר מאושפזים שקיבלו התערבות
שוטף	עבור כל מאובחן (רמת נבדק): ◀ תאריך ושעת אשפוז ◀ תאריך ושעת אבחון	זמן תגובה מאשפוז לאבחון
שוטף	עבור כל מאובחן (רמת נבדק): ◀ סוג, תאריך ושעת התערבות ראשונה	זמן תגובה מאשפוז להתערבות (כל התערבות)
שוטף	עבור כל מאובחן (רמת נבדק): ◀ מספר ימי אשפוז	מספר ימי אשפוז
שוטף	עבור כל מאובחן (רמת נבדק): ◀ נפילה לאורך האשפוז [כן/לא]	נפילות

מועד מדידה	הגדרה אופרטיבית	משתנה / מרכיב
שוטף	עבור כל מאובחן (רמת נבדק): <ul style="list-style-type: none"> <li>◀ סטטוס [עצמאי, תשוש, תשוש נפש, סיעודי, סיעודי מורכב]**</li> </ul>	סטטוס כניסה ויציאה
שוטף	עבור כל מאובחן (רמת נבדק): <ul style="list-style-type: none"> <li>◀ בית, בית אבות, בית אבות סיעודי או מחלקה סיעודית בבית אבות, בית חולים אחר, מוות.</li> </ul>	מקום הגעה מ ושחרור אל
שוטף	עבור כל מאובחן (רמת נבדק): <ul style="list-style-type: none"> <li>◀ מי קיבל את ההדרכה [לא נתנה הדרכה / מאושפז / בן משפחה / מטפל / אחר (פירוט)]</li> <li>◀ מהות ההדרכה (מלל חופשי לגבי מה הועבר בהדרכה, כגון, מעבר על ייעוציים, גורמים רלוונטיים בקהילה וכדומה)</li> </ul>	הדרכה בשחרור
שוטף	ברמת נבדק, עד חודש מהשחרור: <ul style="list-style-type: none"> <li>◀ עם מי נוצר קשר [לא נוצר קשר / מאושפז / בן משפחה / מטפל / אחר (פירוט)]</li> </ul>	קשר עם מטופל ו/או בן משפחה ו/או מטפל
שוטף	ברמת נבדק, עד חודש מהשחרור: <ul style="list-style-type: none"> <li>◀ גורם בקהילה שנוצר קשר</li> <li>◀ תאריך יצירת הקשר (עם כל גורם)</li> </ul>	קשר עם גורמים בקהילה לאחר השחרור
רצוי בתום כל חשיפה (דיווח ברמה חצי שנתית)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◀ סוגי חשיפה (כגון, הדרכות, הרצאות, עדכונים, ימי עיון וכדומה)</li> <li>◀ מספר נחשפים לכל חשיפה (היכן שניתן לכמת)</li> </ul>	חשיפה אקטיבית לתכנית של: מאושפזים, משפחות צוותים, נוספים
חצי שנתי	<ul style="list-style-type: none"> <li>◀ סוגי חשיפה קיימים (כגון, פליירים, חוברות הדרכה, כרטיסי ביקור, שרוכים וסיכות)</li> </ul>	חשיפה פסיבית לתכנית
רצוי בתום כל הכשרה (דיווח ברמה חצי שנתית)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◀ נושא / מהות ההכשרה</li> <li>◀ משך הכשרה</li> <li>◀ מספר משתתפים</li> </ul>	הכשרות לצוותים
רצוי בתום כל הכשרה (דיווח ברמה חצי שנתית)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◀ נושא / מהות ההכשרה</li> <li>◀ משך הכשרה</li> <li>◀ מספר משתתפים</li> </ul>	הכשרות למתנדבים
עדכון עם כל שינוי בהרכב הצוות	עבור כל חבר בצוות: <ul style="list-style-type: none"> <li>◀ מקצוע</li> <li>◀ תפקיד בצוות</li> </ul>	צוות גנרי - הרכב
שוטף	<ul style="list-style-type: none"> <li>◀ תאריכי מפגשים.</li> <li>◀ אם מפגשים באינטרוולים קבועים מספיק לציין אינטרוול</li> </ul>	צוות גנרי - מפגשים
עדכון עם כל שינוי בהרכב הצוות	עבור כל חבר בצוות: <ul style="list-style-type: none"> <li>◀ מקצוע</li> <li>◀ תפקיד בצוות</li> </ul>	צוות מורחב - הרכב
שוטף	<ul style="list-style-type: none"> <li>◀ תאריכי מפגשים.</li> <li>◀ אם מפגשים באינטרוולים קבועים מספיק לציין אינטרוול</li> </ul>	צוות מורחב - מפגשים
שוטף	<ul style="list-style-type: none"> <li>◀ אלו מעגלים נוספים מוגדרים קיימים (מלל חופשי)</li> </ul>	מעגלים נוספים מוגדרים

\* הציפייה היא שתהיה עליה בגלל שיהיה פוקוס על הדברים ובכל זאת יש חשיבות למידע לכשעצמו.  
\*\* ייתכנו הבדלים קטנים בקטגוריות.