



דוח מבקר המדינה

שבץ מוחי טיפול ושיקום

תמוז התשפ"ד | יולי 2024

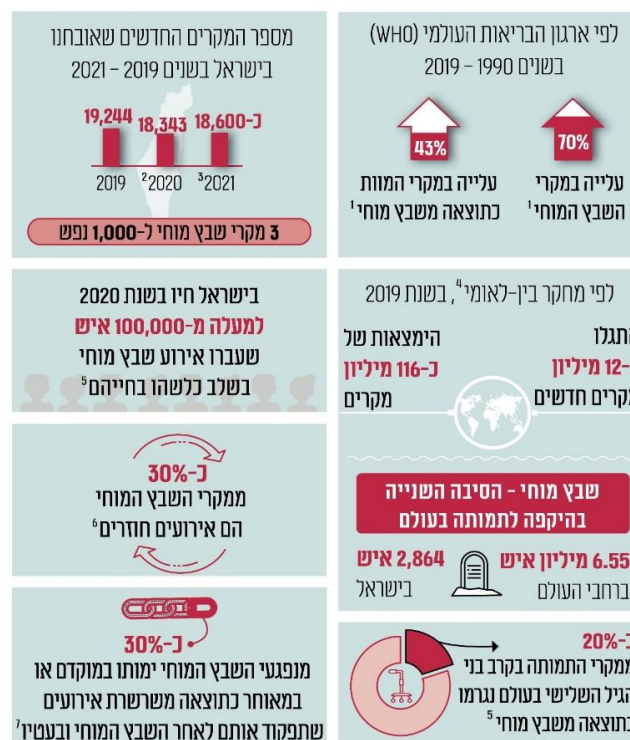
שבץ מוחי - טיפול ושיקום

מבוא

שבץ מוחי או אירוע מוחי (להלן גם - שבץ)¹ נוצרים בשל חסימה של אספקת דם לחלק מהמוח או בשל דימום מכלי דם במוח. בעקבות שבץ מוחי נפגעים או מתים חלקים שונים במוח, דבר העלול לגרום נזק מוחי ארוך טווח, נכות ואף מוות.² השבץ עלול לחולל מגוון גדול של הפרעות מוטוריות, קוגניטיביות, שפתיות, רגשיות והתנהגותיות. גורם הזמן הוא קריטי במתן הטיפול, לפיכך הגעה לטיפול כמה שיותר מהר מביאה להקטנה ניכרת של שיעורי הנכות והתמותה הנגרמים משבץ מוחי וכן משפיעה על החלמתו של נפגע השבץ. הכלל הרפואי בהקשר הזה הוא "זמן הוא מוח" (Time is brain).³

להלן בתרשים נתונים על מספר מקרי השבץ ושיעורם בארץ ובעולם לאורך שנים, הימצאות⁴ מקרי השבץ, נתוני תמותה ואירועים חוזרים.

תרשים 1: מספר מקרי השבץ ושיעורם בארץ ובעולם לאורך שנים, נתוני תמותה משבץ ואירועים חוזרים



- (1) World Health Organization, "World Stroke Day 2022" (29.10.22).
- (2) שנת 2020 הייתה שנת פנדמיה (COVID-19), והירידה הנצפית במספר המקרים מושפעת ככל הנראה מהירידה במספר האשפוזים עקב הימנעות מהגעה לבתי החולים, ואינה משקפת ירידה אמיתית בהיארעות.

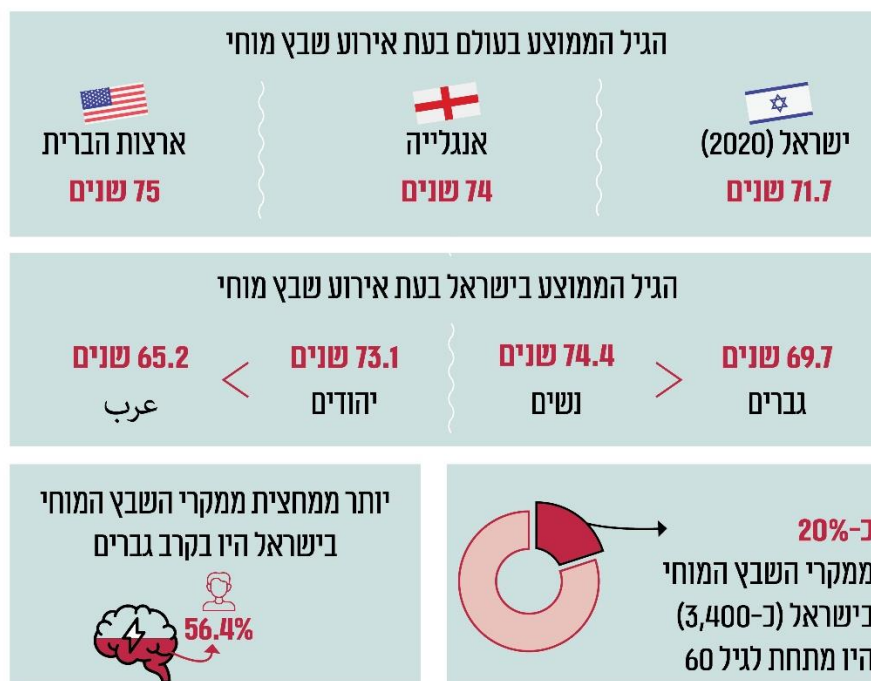
1 CVA - Cerebrovascular Accident או Stroke
2 לפי ה-CDC (Centers for Disease Control and Prevention).
3 ההסתדרות הרפואית בישראל, **הנחיות טיפול בשבץ מוחי** (יוני 2022).
4 המונח "הימצאות" מתייחס לכמות החולים במחלה מסוימת, באוכלוסייה מסוימת ובזמן מסוים ביחס לסך האוכלוסייה באותו הזמן.



- (3) משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, **הרישום הלאומי לשבץ מוחי בישראל - דוח לשנת 2021** (ספטמבר 2023); בשנת 2021 היו 16,804 מקרי שבץ מוחי, הרשם העריך שהיו עוד כ-1,800 מקרים בשני בתי חולים (שמיר והלל יפה), ובסך הכול כ-18,600 בשנת 2021.
- (4) The Lancet - Neurology, **Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019** (20.10.21)
- (5) נאמן - נפגעי אירוע מוחי, **תכנית אסטרטגית - נלחמים בשבץ, לחיות עם מוח בריא, 2016 - 2020**. עמותת נאמן מייצגת את נפגעי השבץ המוחי בישראל.
- (6) נאמן - נפגעי אירוע מוחי, **מחקר הערכת עלויות השבץ המוחי בישראל** (ספטמבר 2021).
- (7) היחידה לנורולוגיה וסקולרית ושבץ מוחי, מרכז רפואי רבין, בית החולים בילינסון, **שבץ מוח בישראל - אתגר לאומי, 2022**.

להלן בתרשים נתונים על נפגעי שבץ מוחי לפי גיל, מגדר ומגזר בארץ⁵ ובעולם⁶:

תרשים 2: נפגעי שבץ מוחי בארץ ובעולם, לפי גיל, מגדר ומגזר



על פי דוח הרישום הלאומי ל-2020 והשוואות מהעולם, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

קיימים שלושה סוגי שבץ⁷:

שבץ איסכמי (חד; להלן - סוג שבץ ראשון): שבץ שבו זרימת הדם למוח נפסקת עקב קריש דם החוסם את העורק. מקרי שבץ אלה הם מרבית מקרי השבץ (כ-68%, כ-12,410 מכלל נפגעי השבץ בשנת 2020), והם יכולים להופיע בדרגות חומרה שונות. 7.5% מנפגעי שבץ זה נפטרו בזמן האשפוז, 1.5% נוספים כעבור 30 יום ו-12% נוספים כעבור שנה. שיעורי התמותה בשנת 2021 היו דומים⁸.

⁵ משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, **הרישום הלאומי לשבץ מוחי בישראל - דוח לשנת 2020** (2022) (להלן - דוח הרישום הלאומי ל-2020).

⁶ אתרי מרשתת (אינטרנט) בנושא שבץ.

⁷ דוח הרישום הלאומי ל-2020.

⁸ דוח הרשם לשנת 2021 פורסם רק בספטמבר 2023, אולם רשם השבץ ציין לפני צוות הביקורת כי המרכז הרפואי שמיר והמרכז הרפואי הלל יפה לא העבירו נתונים לרשם לגבי שנת 2021, כיוון שעברו למערכת מחשוב אחרת.



שבץ מוחי דימומי - המורגי (להלן - סוג שבץ שני): שבץ שבו כלי דם במוח דולף או נקרע והדם שנאגר לוחץ על תאי המוח וגורם להם נזק.⁹ שבץ זה הוא מיעוט מהמקרים (8%; 1,500 מנפגעי השבץ בשנת 2020). ב-2020 31% מהם נפטרו בזמן האשפוז או בטווח של 30 יום, ובסך הכול 43% נפטרו בטווח של עד שנה. בשנת 2021 נפטרו 39% מנפגעי השבץ מסוג זה בטווח של עד שנה.

שבץ מוחי חולף (Transient Ischemic Attack - TIA) (להלן - סוג שבץ שלישי): אספקת הדם למוח נפסקת באופן זמני עקב חסימה בכלי דם, חסימה הנפתחת באופן עצמוני. שבץ זה מתבטא באובדן זמני ומוקדי בתפקוד הנוירולוגי, ולרוב חולף בתוך דקות אחדות עד שעה. עם זאת, אלו החווים שבץ מוחי חולף (24%; 4,400 מכלל חולי השבץ בשנת 2020) נמצאים בסיכון לפתח אירוע מוחי גדול יותר.

על פי השערת מומחים, על כל אירוע של שבץ מוחי שבו רואים את התסמינים (שבץ תסמיני), מתרחשים חמישה מקרי שבץ מוחי סמויים, שאלה שחווים אותם אינם מודעים לכך שהם חווים שבץ. על כן חלק ממקרי השבץ אינם מדווחים. עם זאת, אירועים אלו עלולים לגרום לשינויים עדינים בתפקוד ובתהליכים הקוגניטיביים לטווח הארוך. דהיינו, מספר נפגעי השבץ המוחי גבוה ממספרם של המקרים המדווחים. ההערכות הן כי 100,000 מקרי שבץ מוחי לשנה מתרחשים בישראל¹⁰ - פי חמישה וחצי מהמקרים המדווחים.

לשבץ השלכות רפואיות המחייבות טיפול ושיקום והשלכות נוספות כמו אובדן כושר עבודה, אובדן עצמאות, נטל על המשפחה ועוד. חלק מהשלכות אלה מובילות לעלויות מתמשכות, שמהוות חלק מהנטל הכלכלי המושת על מערכת הבריאות ועל מערכות נוספות כגון המוסד לביטוח לאומי. העלויות הישירות והעקיפות של השלכות השבץ המוחי בישראל, לפי הערכה שביצעה עמותת נאמן¹¹, עמדה על 2.3 מיליארד ש"ח בשנה, נכון לשנת 2018¹².

הסיכון לשבץ מוחי עולה עם הגיל ועם הימצאותם של גורמי סיכון, אשר חלקם מפורטים להלן:

תרשים 3: גורמי הסיכון ללקות בשבץ מוחי



על פי אתר המרשתת (אינטרנט) של האיגוד הנוירולוגי בישראל, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

הטיפול בגורמי הסיכון כולל זיהוי גורמי הסיכון למחלות הקשורות לכלי דם ולב על ידי הרופא המטפל ואיזונים ואימוץ אורח חיים בריא, הכולל פעילות גופנית סדירה, תזונה בריאה וכן הימנעות מעישון

⁹ American Stroke Association, Hemorrhagic Stroke.

¹⁰ ההסתדרות הרפואית בישראל, **הנחיות טיפול בשבץ מוחי** (יוני 2022).

¹¹ עמותת נאמן לנפגעי שבץ מוחי פועלת מאז 1996 להגברת המודעות ולהורדת התחלואה משבץ מוחי בישראל, לשיפור הטיפול והשיקום בנפגעים ולהגברת המודעות לשבץ.

¹² ההערכה התייחסה לעלויות בשנת 2018 ובוצעה באמצעות ד"ר רועי ברנע ובריכוזה של ד"ר ענבר צוקר.



ומצריכה מופרזת של אלכוהול¹³. כל אלה יפחיתו את הסיכון לפתח שבץ מוחי בפעם הראשונה. כמו כן, טיפול מתאים בקרב נפגעי שבץ יקטין את הסיכוי שלהם ללקות בשבץ פעם נוספת.

מתן טיפול מונע באוכלוסייה בסיכון, כמו גם אבחון מהיר לאחר אירוע מוחי קל, יכולים למנוע 1,000 אירועים של שבץ מוחי מדי שנה¹⁴, וסיכויי התמותה עשויים לרדת ב-23% - 51%, בהתאם לכמות התחלואה הנלווית¹⁵. גורמי הסיכון לשבץ מוחי הם נושאים לבדיקה בפני עצמם ומתייחסים גם למניעת מחלות נוספות אחרות. על כן, הביקורת לא תעסוק בנושא המניעה בדוח זה.

הטיפולים האפשריים במקרה של שבץ:

מתן תרופה תרומבוליטית תוך ורידית IV-TPA (להלן - TPA¹⁶): טיפול תרופתי במתן תוך-וריד, הגורם להמסת הקריש, לפתיחת כלי הדם שנחסם ולחידוש זרימת הדם אל רקמות המוח. חלון הזמן לטיפול זה הוא עד ארבע שעות וחצי מהופעת התסמינים, ויעילותו גבוהה יותר אם הוא ניתן בתוך שלוש שעות. TPA ניתן רק במקרים של שבץ איסכמי (נפגעי סוג השבץ הראשון).

צנתור כלי דם במוח (להלן - צנתור) לפתיחת חסימה עורקית: טיפול תוך-עורקי לשליפה או לפירוק של קריש הדם. טיפול זה מתאים למטופלים עם חסימת עורק גדול או בינוני במוח, וטווח הזמן המומלץ הוא לא יאוחר משש עד שמונה שעות מרגע הופעת התסמינים¹⁷. גם הוא ניתן רק לנפגעי שבץ איסכמי - סוג שבץ ראשון בלבד.

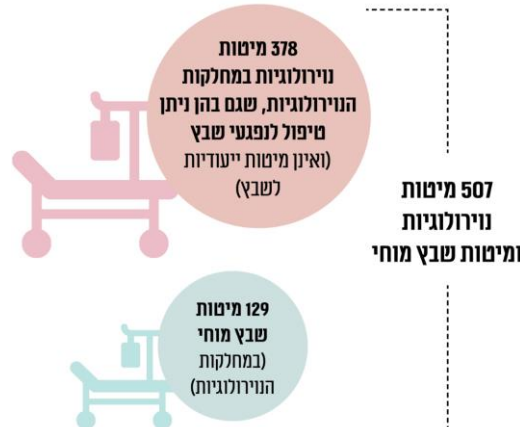
טיפול אחר (שמרני) במהלך האשפוז: למשל, מתן תרופות לאיזון לחץ הדם¹⁸. טיפול זה ניתן בשלושת סוגי השבץ.

בתרשים שלהלן מוצג מספר מיטות השבץ המוחי (במחלקות הנזירולוגיות) ומספר המיטות הנזירולוגיות בבתי החולים, שגם בהן ניתן טיפול לנפגעי שבץ (ואינן מיטות ייעודיות לשבץ), נכון למועד סיום הביקורת באוקטובר 2023 (להלן - מועד סיום הביקורת).

- 13 מתוך אתר האיגוד הנזירולוגי בישראל, "שבץ מוחי"; ההסתדרות הרפואית בישראל, הנחיות טיפול בשבץ מוחי (יוני 2022).
- 14 מתוך אתר האיגוד הנזירולוגי בישראל, "שבץ מוחי".
- 15 משרד הבריאות, התוכנית הלאומית למדדי איכות בתי חולים כלליים, גריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפות חלב ושירותי חירום (מד"א וחברות אמבולנסים) - דוח לשנים 2013 - 2021 (יולי 2022) (להלן - דוח מדדי איכות מ-2022).
- 16 Tissue Plasminogen Activator.
- 17 בשנים האחרונות הורחב חלון הזמנים על ידי איגודים מקצועיים מהארץ ומהעולם כך שבמצבים רפואיים מסוימים, אך מעטים, ניתן להאריך את חלון הזמן לצנתור עד 24 שעות.
- 18 משרד הבריאות, מינהל רפואה, חוזר 29/2011, היערכות לטיפול בשבץ מוחי חד (12.7.11) (להלן גם - חוזר לטיפול בשבץ מ-2011); החברה הישראלית לשבץ והאיגוד הנזירולוגי בישראל, הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוחי חד - נייר עמדה (יולי 2021); מרכז המחקר והמידע של הכנסת, המרכזים לטיפול בשבץ מוחי בישראל ופריסתם הגיאוגרפית (13.12.20).



תרשים 4: מספר המיטות הייעודיות לשבץ מוחי (במחלקות הנירולוגיות) ומספר המיטות הנירולוגיות שאינן ייעודיות (שגם בהן ניתן טיפול לנפגעי שבץ), 2023



על פי נתוני משרד הבריאות ונתוני בתי החולים (יולי 2023), בעיבוד משרד מבקר המדינה.

בסה"כ יש 129 מיטות ייעודיות לשבץ - 82 מהן ברישיון משרד הבריאות ו-47 הן מיטות שבתי החולים מפעילים מעבר לרישיון¹⁹. מלבדן יש 378 מיטות נירולוגיות במחלקות הנירולוגיות בבתי החולים, שגם בהן ניתן טיפול לנפגעי שבץ.

לאחר הטיפול בבית החולים הכללי מופנים החולים לתהליך שיקום, המתקיים באשפוז או בקהילה. במסגרת השיקום מטפלים בנפגע השבץ שתפקודו התדרדר או נפגע כתוצאה מהמחלה. המטרה היא שיפור תפקודים מוטוריים, קוגניטיביים, חושיים, שפתיים ורגשיים וזאת כדי להחזיר אותו, עד כמה שניתן, לאורח חיים עצמאי ופעיל²⁰. בשנת 2020 קיבלו שירותי שיקום 61% (7,620) בלבד מנפגעי השבץ (שנותרו בחיים ושלא קיבלו שבץ מוחי חולף)²¹. תהליך השיקום הוא ממושך. למשל, ממוצע ימי השיקום באשפוז עמד בשנת 2020 על 40 יום²².

משרד הבריאות פרסם ב-2011 חוזר מינהל רפואה בנושא "הנחיות להיערכות לטיפול בשבץ מוחי חד" (להלן - חוזר לטיפול בשבץ מ-2011)²³ וגיבש בשנת 2014 תוכנית לאומית לטיפול בשבץ מוחי ולמניעת נזקי שבץ מוחי, שאחראית לה חטיבת הרפואה במשרד הבריאות (להלן - התוכנית הלאומית או התוכנית הלאומית לשבץ מוחי). יעדי משרד הבריאות בתוכנית הלאומית היו הגברת המודעות למחלה, הכשרת כוח אדם ייעודי לטיפול בשבץ, בניית תשתיות לרבות יחידות לטיפול בשבץ מוחי, קביעת מדדי איכות לשיפור הטיפול בשבץ מוחי²⁴, הקמת רישום לאומי לשבץ ועוד.

כחלק מהתוכנית הלאומית הקים המשרד את יחידת "רשם השבץ", שהחלה לאסוף נתונים בנושא ב-2014. תפקידיו של רשם השבץ הם להעריך את ההיארעות של שבץ מוחי ברמה הלאומית; לאפיין את החולים והאוכלוסיות שבסיכון; לאפשר תכנון התערבויות למניעה ראשונית ושניונית; להעריך את

¹⁹ בהתאם לפקודת בריאות העם 1940, ולתקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), התשכ"ו-1966, מוסדות רפואיים חייבים באישור מראש ממשרד הבריאות קודם להקמתם, וכן חייבים באישור לפתיחתם, לניהולם ולהפעלתם (אישור רישום או אישור רישוי). ברישיון מפורטים כל סוגי היחידות, המיטות ומספרן שמותר לבית החולים להפעיל. הרישיון שנותן משרד הבריאות מפרט את מספר המיטות המרבי הכולל שבית החולים יכול להפעיל, בחלוקה לפי סוגי מחלקות, יחידות ומרפאות.

²⁰ **חוזר שיקום קשישים; חוזר לטיפול בשבץ מ-2011.**

²¹ השיעור מתייחס ל-12,450 נפגעי שבץ בשנת 2020 (מתוך 18,373 חולי השבץ באותה השנה). לא נספרו נפגעי TIA וחולים שנפטרו (5,924 חולים).

²² הרישום הלאומי לשבץ מוחי בישראל, **השלמת נתוני מעקב מהקהילה לשנת 2020** (מרץ 2023) (להלן - **דוח נתוני מעקב מהקהילה 2020**).

²³ **חוזר לטיפול בשבץ מ-2011.**

²⁴ מינהל איכות, שירותי ובטיחות במשרד הבריאות מוביל תוכנית לאומית לניטור רציף של מדדי איכות קליניים בבתי החולים.



תוצאות השבץ ואת היקף השיקום הניתן לחולים; ולנטר את יישום ההמלצות המקצועיות בנוגע לטיפול בנפגעי שבץ.

בישראל פועלת החברה הישראלית לשבץ (להלן - חיי"ש), במסגרת האיגוד הנוירולוגי בישראל (להלן - האיגוד הנוירולוגי)²⁵, השייך להסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י)²⁶. חיי"ש מייצעת למשרד הבריאות וכן מפרסמת ניירות עמדה המסייעים בקביעת הנחיות וכללים מקצועיים בנוגע לשבץ מוחי²⁷. מטרתה להפחית את נטל תחלואת השבץ המוחי בישראל. נוסף על כך, יש ארגוני שבץ אירופיים, כגון SAFE²⁸ ו-ESO²⁹, המגדירים סטנדרטים מקובלים לטיפול בשבץ מוחי באירופה ומתווים הנחיות לטיפול בשבץ מוחי, המתעדכנות לעיתים מזומנות. על פי מחקר של מכון ברוקדייל מ-2019³⁰, מספר מקרי השבץ צפוי לגדול באופן משמעותי בעשורים הקרובים בשל שינויים דמוגרפיים בגודל האוכלוסייה ובהרכבה, ובפרט בשל הגידול החזוי בקבוצות הגיל של גיל 65 ומעלה. להערכת החוקרים³¹, מספר המקרים צפוי לגדול מכ-18,400 מקרים בשנת 2020 ל-30,000 בשנת 2030 - פי 1.7; ול-65,000 בשנת 2065 - פי 3.5; ואילו האוכלוסייה שמעל גיל 18 צפויה לגדול פי 1.2 ו-2.2, בהתאמה. לגידול החד השלכות, על פי המחקר, על ההיבט הטיפולי וההיבט המערכתי, ובהן גידול בעלות הכלכלית המיוחסת לתחלואה, לטיפול המידי באשפוז ולטיפול ההמשכי במסגרות השיקומיות.

על פי הסטטיסטיקה המוכרת בעולם המערבי, אחד מכל ארבעה אנשים בעולם יחווה שבץ מוחי בדרגת חומרה כלשהי במהלך חייו. חלק ממקרי השבץ הם קלים, אבל חלקם הגדול משני חיים לרעה³². על כן, יש חשיבות לקידום המניעה של שבץ, להגברת המודעות לזיהוי ולהגעה מהירה לבית החולים; וכן למתן טיפול מיטבי בנפגעים ממנו ולמתן שיקום מועיל כדי להחזיר אותם לתפקוד עצמאי.

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר עד אוקטובר 2023 בדק משרד מבקר המדינה את הטיפול בנפגעי שבץ מוחי והשיקום שלהם. בין השאר נבדקו התוכנית הלאומית לשבץ מוחי; מיטות שבץ ויחידות שבץ בבתי החולים; סוגי הטיפול המותאמים לנפגעי שבץ מוחי; ניהול המשאבים של מערך הצנתורים - בתי החולים המצנתרים ומצנתרי המוח; העברות נפגעי שבץ בין בתי החולים לצורך צנתור; השיקום לנפגעי שבץ מוחי; וסיוע פסיכולוגי וסוציאלי לנפגעי השבץ.

הבדיקה נעשתה בגופים המפורטים בתרשים שלהלן.

25 מרבית חברי האיגוד הם מומחים בנוירולוגיה, מתמחים בנוירולוגיה וחוקרים בתחום זה. מטרות האיגוד הן בין היתר לקדם את בריאות המוח ואת רפואת המוח בתחומי השירות, ההוראה והמחקר; לארגן כנסים מדעיים והשתלמויות; להטמיע טכנולוגיות בתחום הנוירולוגיה; ולייצג את תחום הנוירולוגיה מול גופים סטטוטוריים ואסדרתיים.

26 רופאים בענף רפואי המוכר כ"מומחיות" על-פי האמור בתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, רשאים להתאגד באיגוד מדעי לשם עבודה מדעית וקידום העניינים של הענף הרפואי, שייקרא להלן "האיגוד". משרד הבריאות נעזר בחיי"ש ובאיגוד הנוירולוגי לצורך התוויית הנחיות מקצועיות, אולם אינו מחויב להנחיות אלה.

27 אימוץ המלצות חיי"ש נתון לשיקול דעתו של משרד הבריאות.

28 Stroke alliance for Europe

29 European Stroke Organisation, "The voice of stroke in Europe"

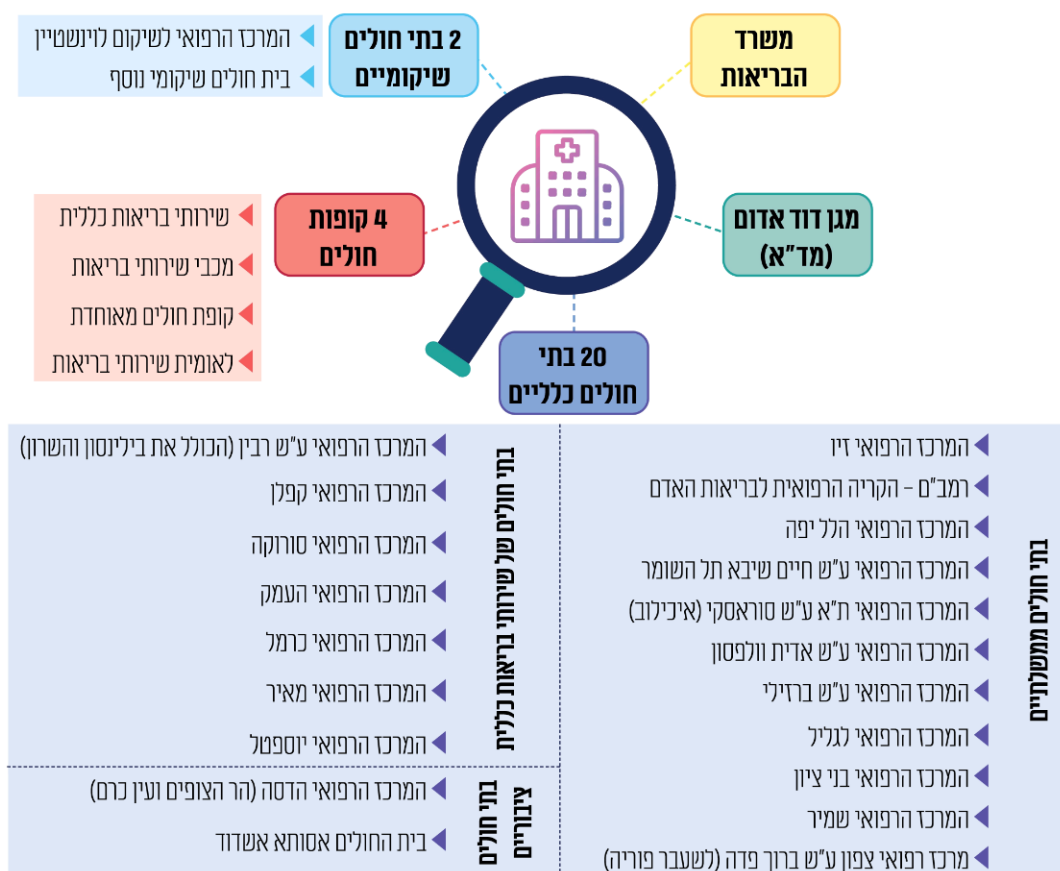
30 מאיר-סג"ר-גיוניט-ברוקדייל, **אירוע מוחי חד: תחזית תחלואה בישראל בעשורים הקרובים** (מאי 2019).

31 לעיל מפורטת החלופה הבינונית. המחקר מפרט גם חלופה נמוכה וחלופה גבוהה. בפגישות עם גורמי המקצוע ההתייחסות הייתה לחלופה הבינונית, ולכן צוות הביקורת התייחס לחלופה זו.

32 משרד הבריאות, **דוח הוועדה לבחינת מקצוע הנוירולוגיה בבתי החולים ובקהילה - 2022** (18.5.22) (להלן - **דוח הוועדה לבחינת מקצוע הנוירולוגיה**).



תרשים 5 : הגופים שבהם נעשתה הביקורת



במסגרת הביקורת התקיים תהליך שיתוף ציבור : עשרה ראיונות אישיים וארבע קבוצות מיקוד שבהן השתתפו 25 מבוגרים, מי שלקו בשבץ מוחי בשנים 2020 - 2023³³ או בני משפחתם הקרובה שליוו אותם בעת האירוע. נפגעי שבץ אלה מצויים ברמות תפקוד שונות. תהליך שיתוף הציבור התקיים לצורך שמיעת עמדת הדוברים בנוגע לטיפול בעת אירוע השבץ המוחי ובשיקום שלאחריו. המשתתפים היו מכל הארץ וטופלו בבתי חולים כלליים-ממשלתיים, בבתי חולים ציבוריים ובבתי חולים של הכללית.

נוסף על כך, צוות הביקורת סקר כ-90 תיקי מטופלים נפגעי שבץ מדגמיים שאושפזו במחלקות הנזירולוגיות והפנימיות בשני בתי חולים, בילינסון של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית) ואסותא אשדוד הציבורי, בשנים 2022 - 2023.



התוכנית הלאומית לטיפול ולמניעת נזקי שבץ מוחי

כאמור, בשנת 2014 גיבש משרד הבריאות את התוכנית הלאומית לשבץ מוחי³⁴. התוכנית אושרה על ידי הנהלת משרד הבריאות כתוכנית עבודה של המשרד ומערכת הבריאות פעלה בהתאם לה³⁵. התוכנית הלאומית קבעה פעולות לביצוע לשנים 2015 - 2016 בלבד. עם זאת, התוכנית כוללת פעולות הנדרשות גם בטווח הארוך, כמו הכשרת כוח אדם ייעודי ופתיחת יחידות שבץ בכל בתי החולים.

בביקורת עלה כי משרד הבריאות לא קבע פעולות לביצוע במסגרת התוכנית הלאומית לשנים שלאחר 2016, והוא אף לא קבע יעדים ומדדי הערכה מעודכנים ונוספים לפעילות בשנים אלו.

בין מטרות התוכנית הלאומית שקבע המשרד - להטמיע את הטיפולים החדשים שנכנסו לשימוש באותה עת באמצעות הגברת המודעות של הצוותים הרפואיים ושל הציבור לנושא השבץ ולטיפול בו; לקדם תשתיות, שירותים וטכנולוגיות רפואיות; ולהכשיר כוח אדם ייעודי. התוכנית כללה גם יעדים לגיבוש מסע פרסום לציבור ולגורמים המטפלים להעלאת המודעות לשבץ מוחי ותסמיניו; להכשרת צוותים רפואיים ובין היתר מצנתרים, נאמני שבץ³⁶ וכוח אדם ממקצועות הבריאות³⁷ (להלן גם - מקצועות פרה-רפואיים); לפתיחת יחידות ייעודיות לשבץ מוחי בכל בתי החולים, לרבות תוספת מיטות ייעודיות והמרת מיטות נויורולוגיות למיטות שבץ מוחי; להקמת רשם לאומי לשבץ; לקביעת נוהלי עבודה; ולקביעת מדדי איכות לאומיים בנושא שבץ מוחי³⁸.

תקצוב התוכנית הלאומית לשבץ מוחי: משרד הבריאות העריך את עלות יישומה של התוכנית הלאומית בשנת 2014 בסכום חד-פעמי של 60.2 מיליון ש"ח, וזאת נוסף על עדכון נדרש של בסיס התקציב בתוספת שנתית של 14.4 מיליון ש"ח³⁹. בפועל, המשרד הקצה עבור התוכנית תקציב על בסיס בקשות שהגישה חטיבת הרפואה שבמשרד הבריאות.

עלה שבפועל תקצוב התוכנית הלאומית לשבץ מוחי היה מתוך התקציב השנתי השוטף של משרד הבריאות, וכי אין בתקציב משרד הבריאות סעיף ייעודי עבור התוכנית, שיכול להבטיח תקצוב שנתי קבוע לביצוע התוכנית.

בלוח שלהלן מוצגים נתוני אגף התקציבים שבמשרד הבריאות על תקצוב התוכנית הלאומית לשבץ מוחי וביצועו בשנים 2015 - 2023. יצוין שעל פי הסברי האגף, אין לו נתונים על הקצאות התקציב לתוכנית בכל השנים, וגם אין לו נתונים מדויקים על ביצועו.

34 משרד הבריאות, תוכנית לאומית לטיפול ולמניעת נזקי שבץ מוחי.

35 מענה משרד הבריאות למשרד מבקר המדינה מאוגוסט 2023.

36 בעל תפקיד בבית החולים האחראי, בין היתר, לקליטת נפגע השבץ באופן יעיל ומהיר ולהעברתו להמשך אבחון וטיפול.

37 כגון פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק.

38 למשרד הבריאות יש גם תוכניות מניעה שונות לגורמי הסיכון לשבץ, כגון התוכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא; תוכנית לאומית לצמצום עישון ונזקיו; תוכנית לאומית למניעה וטיפול בסוכרת.

39 משרד הבריאות, תוכנית לאומית לטיפול ולמניעת נזקי שבץ מוחי.



לוח 1: הקצאת התקציב לתוכנית הלאומית לשבץ וביצועו, 2015 - 2023 (באלפי ש"ח, מעוגל)

השנה	הקצאת תקציב	ביצוע
2023	500	אין נתונים
2022	2,000	1,970
2021	לא הוקצב	35
2020	לא הוקצב	7
2019	אין נתונים	125
2018	אין נתונים	2,100
2017	אין נתונים	1,900
2016	אין נתונים	170
2015	אין נתונים	אין נתונים

על פי נתוני אגף התקציבים במשרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה, אוגוסט-ספטמבר 2023.

מהלוח עולה כי אף שמדובר בתוכנית שמשרד הבריאות הגדיר כתוכנית לאומית, שכן היא נוגעת להיקף אוכלוסייה גדול של נפגעי שבץ - כ-18,400 איש בשנה - ועל אף הערכת המשרד שהיא מצריכה לעדכן את בסיס התקציב בסכום של 14.4 מיליון ש"ח (נוסף על תקצוב חד-פעמי של 60.2 מיליון ש"ח בשנת 2014), אין למשרד נתונים מלאים על היקף השקעתו התקציבית בתוכנית. בפועל, בנוגע לתקופה 2015 עד 2023, הנתונים הידועים למשרד הם של תקצוב התוכנית בסכום של 2.5 מיליון ש"ח (עבור 2022 - 2023 בלבד) ועל ביצוע בתקופה 2016 - 2022 בסכום של 6.3 מיליון ש"ח.

בהיעדר מידע מלא על היקף השקעת המשרד בתוכנית, משרד הבריאות אינו יכול להעריך את התפוקות ממנה ביחס לעלוותה וביחס לעלויות הישירות והעקיפות המוערכות של השלכות השבץ המוחי בישראל - הערכה של כ-2.3 מיליארד ש"ח בשנת 2018⁴⁰. כל שכן אין הוא יכול להעריך אם היקף התקציב שהוא השקיע בתוכנית הולם את צרכיה, אם תועלות התוכנית משקפות מיצוי יעיל שלה, ואם קיים תקצוב יתר בתוכנית, או לחלופין נדרשת הקצאת תקציב גבוהה יותר כדי למצות אותה.

משרד הבריאות מסר בתגובתו למשרד מבקר המדינה ממרץ 2024 (להלן - תגובת משרד הבריאות) כי בעת מגפת הקורונה (שפרצה בישראל בשנת 2020) לא היו בידיו משאבים לביצוע התוכנית הלאומית וכי הוא לא קבע לה יעדים. משרד הבריאות ציין כי בתוכניות העבודה לשנת 2024 הוא יבחן אפשרות לקידום הנושא, כי הוא מציב יעדים נוספים לשנה זו וממשיך להפעיל את התוכנית הלאומית והוסיף כי תוכנית העבודה טרם אושרה.

נוכח ההשלכות החמורות שעלולות להיות לתחלואה בשבץ מוחי, אם מבחינת בריאות נפגע השבץ ואיכות חייו ואם מבחינת ההשלכות הכלכליות הרחבות שיש לתחלואה זו, ונוכח התחזית להתרחבות היקף נפגעי השבץ המוחי, מומלץ שמשרד הבריאות יקבע את הפעולות שיש לבצע במסגרת התוכנית הלאומית, את לוחות הזמנים לביצוען וכן יעדים ומדדי הערכה מעודכנים לפעולות שיקבע. עוד מומלץ כי המשרד ירכז את נתוני התקציב של התוכנית באופן שיוכל לבחון את הביצוע אל מול התכנון.

על פי הערכה של עמותת נאמן (ספטמבר 2021).



הטיפול בשבץ מוחי בבתי החולים

הטיפול המיטבי בנפגעי שבץ מוחי ניתן בבתי החולים הכלליים במיטות ייעודיות לשבץ מוחי (להלן - מיטות שבץ), ובפרט כשהן מאוגדות ליחידת שבץ מוחי (להלן - יחידת שבץ)⁴¹. מחקרים מצביעים על כך שטיפול בנפגעי שבץ ביחידות לשבץ מוחי מביא לתוצאות רפואיות טובות יותר לנפגעי השבץ, לעומת הטיפול בנפגעים אלו במחלקות אחרות. על פי עקרונות הטיפול בשבץ מוחי של התוכנית האירופית לשבץ מוחי, כל המטופלים שלקו בשבץ מוחי צריכים להתאשפו ביחידות לשבץ מוחי; תפיסה זו מתבססת על היתרון האיכותי של טיפול רפואי הניתן ביחידות אלו לעומת מחלקות אחרות, למשל מחלקות פנימיות ונירולוגיות. כך למשל, בשונה מהנהוג במחלקות נירולוגיות ופנימיות, היחידות לשבץ מוחי פועלות על פי פרוטוקולים ייעודיים שמטרתם צמצום הפגיעה, תמותה או נכות, הנגרמת למי שלקה בשבץ מוחי. הפרוטוקולים מתווים את דרכי הטיפול בחולים אלו, למשל, בנוגע לתדירות ביצוע בדיקות לחץ דם ובדיקות נירולוגיות, לפעולות למניעת סיבוכים בשל קשיי בליעה ולמתן אנטיביוטיקה.

משרד הבריאות, המלצות חיי"ש והוועדה לבחינת מקצוע הנירולוגיה בבתי החולים ובקהילה (להלן - הוועדה לבחינת מקצוע הנירולוגיה)⁴² קבעו תנאים להפעלת יחידת שבץ, הדומים לתנאים המקובלים באירופה ובארצות הברית⁴³. על פי התנאים, יחידת שבץ תתפקד כיחידת אשפוז ייעודית לנפגעי שבץ ותהיה בעלת יכולת לניטור ולטיפול מוגברים ויכולות מוגברות לטיפול בסיבוכים; תנוהל על ידי מנהל יחידה מומחה לנירולוגיה עם כשירות בתחום השבץ, הזמין בכל שעות היממה; תבצע הכשרות ייעודיות לצוות הסיעודי; תכלול תחנת אחיות ייעודית ליחידה וכן צוות רב-תחומי פרה-רפואי; ויהיו בה פרוטוקולים מובנים לטיפול בחולי שבץ⁴⁴.

החוזר לטיפול בשבץ מ-2011 קבע כי על כל בית חולים (להלן גם - ביי"ח) שיש לו מלר"ד (מחלקה לרפואה דחופה)⁴⁵ להוות מרכז לשבץ מוחי שיוכל לטפל ב-TPA. קיימים 25 בתי חולים כאלה⁴⁶. על פי התוכנית הלאומית משנת 2014, כל אחד מבתי חולים אלה נדרש להפעיל יחידת שבץ מוחי. 11 מתוך 25 בתי החולים מוגדרים כ"מרכזי על" לטיפול בשבץ מוחי (להלן - מרכז-על לשבץ וגם בתי חולים מצנתרים), כי הם יכולים לטפל ב-TPA וגם לבצע צנתור מוחי. חיי"ש והאיגוד הנירולוגי המליצו למשרד הבריאות בשנת 2020 לוודא שמיטות שבץ מוחי מוקמות במסגרת יחידות שבץ מוחי ייעודיות⁴⁷.

על פי נתוני 20 בתי החולים שנבדקו בביקורת, במועד סיום הביקורת פעלו 124 מיטות ייעודיות לשבץ, חלקן ברישיון משרד הבריאות, ואת חלקן הפעיל בית החולים מעבר לרישיון⁴⁸. נוסף עליהן, בשני בתי חולים ציבוריים אחרים פעלו חמש מיטות שבץ, כך שבסך הכול פעלו 129 מיטות שבץ. ב-13 מ-25 בתי החולים הכלליים פעלו מיטות השבץ במסגרת יחידת שבץ ייעודית⁴⁹. נוסף על המיטות הייעודיות לשבץ פעלו 378 מיטות במחלקות הנירולוגיות בבתי החולים, שגם בהן ניתן לתת טיפול לנפגעי שבץ.

41 יחידת שבץ - יחידה שהוקמה בתוך המחלקה הנירולוגית וייעודה - טיפול בנפגעי שבץ.
42 ועדה שהוקמה ברשות משרד הבריאות לבחינת מקצוע הנירולוגיה בבתי החולים ובקהילה. הוועדה הגישה המלצותיה להנהלת משרד הבריאות בשנת 2022.
43 חיי"ש והאיגוד הנירולוגי בישראל, **הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוחי חד - נייר עמדה** (יולי 2021).
44 **חוזר לטיפול בשבץ מ-2011**; החברה הישראלית לשבץ והאיגוד הנירולוגי בישראל, **הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוחי חד - נייר עמדה** (יולי 2021); **דוח הוועדה לבחינת מקצוע הנירולוגיה**.
45 מלר"ד - מחלקה לרפואה דחופה בבתי חולים, הפועלת במהירות לאבחון ולטיפול עם צוות ייעודי (חדר מיון).
46 בתי החולים הכלליים-ממשלתיים: שיבא, רמב"ם, שמיר, וולפסון, נהרייה, איכילוב, הלל יפה, ברזילי, בני ציון, זיו ופזורה; בבתי החולים הכלליים של הכללית: רבין (הכולל את בתי החולים בלינסון והשרון), סורוקה, מאיר, קפלן, העמק, הכרמל ויוספטל; ובבתי החולים הציבוריים-כלליים: הדסה (הכולל את קמפוס הדסה עין כרם וקמפוס הדסה הר הצופים) ואסותא אשדוד, וחמישה בתי חולים ציבוריים שאינם גופים מבוקרים לפי חוק מבקר המדינה, התשי"ח-1958.
47 חיי"ש והאיגוד הנירולוגי, **יחידות שבץ מוח בישראל - 2020** (להלן - **יחידות שבץ מוח**). במסמך זה צוין כי, נכון למועד הביקורת, היעד של איגוד השבץ האירופי היה 80%.
48 הרישיון שנותן משרד הבריאות מפרט את מספר המיטות המרבי הכולל שבית החולים יכול להפעיל, בחלוקה לפי סוגי מחלקות, יחידות ומרפאות.
49 יחידת שבץ - יחידה שהוקמה בתוך המחלקה הנירולוגית וייעודה - טיפול בנפגעי שבץ.



מיטות שבץ מוחי ויחידות שבץ מוחי

נתונים על מספר מיטות השבץ ברישיון ומעבר לרישיון בבתי החולים ועל יחידות השבץ בהם: לפי מדריך התכנון הממשלתי בישראל, השלב הראשון בבניית תוכנית עבודה הוא ביצוע הערכת מצב. הערכת המצב בתהליך התכנון מסייעת לפתח הבנה של הנושאים שיש לטפל בהם על בסיס מידע ועובדות. פיתוח הערכת מצב מושתת על שני יסודות מרכזיים: זיהוי ואיסוף כלל המידע הכמותי והאיכותי הרלוונטי וניתוח והבנה של המידע ומשמעויותיו. לאחר איסוף הנתונים, הערכת המצב מאפשרת חשיבה על מטרות ויעדים לטווח ארוך ובחינה של סדר העדיפויות בהווה⁵⁰.

כדי שמשרד הבריאות כמאסדר יוכל לקבל החלטות מדיניות בנוגע למיטות השבץ וליחידות השבץ, ראוי שיהיו בידיו מלוא הנתונים על מספר מיטות השבץ ויחידות השבץ בכל בתי החולים.

עלה כי נכון למועד הביקורת נתוני משרד הבריאות אינם מלאים ויש פערים בין נתוניו לבין נתוני בתי החולים:

- **בנתוני המשרד לא רשומות תשע מיטות שבץ ברישיון שנתן המשרד עצמו וקיימות בפועל בבתי החולים:** שש מהן בסורוקה ושלוש באסותא אשדוד.
- **בנתוני המשרד לא רשומות 25 מיטות שבץ שמפעילים חמישה מתוך 20 בתי החולים שנבדקו, מיטות אלו הן נוסף על אלו הרשומות ברישיון בתי החולים:** איכילוב מפעיל 13 מיטות שבץ מעבר לרישיון, ב"ח נהרייה מפעיל שתי מיטות נוספות, זיו מפעיל שלוש מיטות נוספות, הדסה - שש, ואסותא אשדוד מפעיל מיטה נוספת אחת מעבר לרישיון.
- **בשיבא, ברמב"ם ובבילינסון יש יחידות שבץ, אך על פי נתוני משרד הבריאות היחידות אינן רשומות כלל.** לעומת זאת, בשמיר לא קיימת יחידה כזו, ואולם לפי נתוני משרד הבריאות - היא קיימת.
- **אשר לשישה מבתי החולים של הכללית (למעט בילינסון) ולאסותא אשדוד, עלה שאין למשרד מידע אם יש בהם יחידות שבץ מוחי.** יצוין כי בשני בתי חולים מתוך השבעה, אסותא אשדוד וסורוקה של הכללית, בפועל קיימת יחידה זו.

אסותא אשדוד מסר בתגובתו למשרד מבקר המדינה מפרברואר 2024, כי בחודש זה הוא קיבל רישיון ממשרד הבריאות להפעלת מיטת השבץ הנוספת שלא הייתה ברישיון במועד הביקורת.

פערי המידע והחוסר בנתונים במשרד הבריאות אינם מאפשרים לו לראות תמונת מצב מלאה ומהימנה של מספר מיטות השבץ ופיזורן של יחידות השבץ. כתוצאה מכך נפגעת מסוגלות המשרד להעריך את יכולת המענה הטיפולי של בתי החולים לנפגעי השבץ. בכלל זה, המשרד אינו יכול להעריך אם בית החולים מסוגל לתת מענה הולם לצורכי האוכלוסייה שהוא משרת, אם יש לו חוסר או עודף במשאבים, אם הוא עומד ביעדי התוכנית הלאומית לתוספת מיטות שבץ בבתי החולים ואם נדרש להוסיף בבתי חולים אלה מיטות שבץ.

מומלץ שמשרד הבריאות ירכז את הנתונים המלאים והמדויקים בנוגע למיטות השבץ, שברישיון ושאין ברישיון⁵¹, ובנוגע ליחידות השבץ הקיימות בכל בתי החולים. זאת כדי שיוכל לנהל כראוי את משאבי התשתיות של השבץ המוחי, לקבל החלטות מדיניות בנוגע לכך, לקבוע את הפער הקיים במיטות השבץ וביחידות השבץ ולתכנן את המערך בראייה ארוכת טווח.

משרד ראש הממשלה, האגף לתכנון מדיניות, מדריך התכנון הממשלתי (ספטמבר 2010).

50

בעניין מיטות שאינן ברישיון ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 2020, "פתיחת מחלקות ויחידות בבתי החולים הכלליים", עמ' 705. בדוח נמצאו בתי חולים שבהם לא הייתה התאמה בין רישום מאפייני המחלקות, היחידות והמראאות שברישיון (ובפרט של מספר המיטות) לבין המצב בפועל. משרד מבקר המדינה העיר למשרד הבריאות כי הפעלת בית חולים שלא על פי הרישיון שניתן לו ובלי שהמשרד מאשר זאת עלולה לגרום לאי-סדר במערכת, ואגב כך מתאימת יכולת המשרד למלא את תפקידו כמאסדר של מערכת הבריאות. מבקר המדינה ציין כי עולה מתוך כך צורך חיוני ביותר להתאים את הרישיונות שהעניק המשרד להפעלת בתי החולים למצב בפועל.

51



היעד של התוכנית הלאומית למספר יחידות השבץ המוחי: על פי חיי"ש והאיגוד הנוירולוגי, היעד לטיפול המיטבי בנפגעי שבץ הוא שלפחות 80% מהחולים בשבץ יטופלו ביחידות שבץ מוחי⁵². האיגוד האירופי הציב כיעד לשנת 2030, ש-90% ממטופלי השבץ יאושפזו ביחידות אלה⁵³; בהתאם, בשנת 2020 עדכנו חיי"ש והאיגוד הנוירולוגי את המלצתם למשרד הבריאות, ולפיה יש להיערך ליעד האירופי של אשפוז 90% מהחולים ביחידות שבץ מוחי ייעודיות.

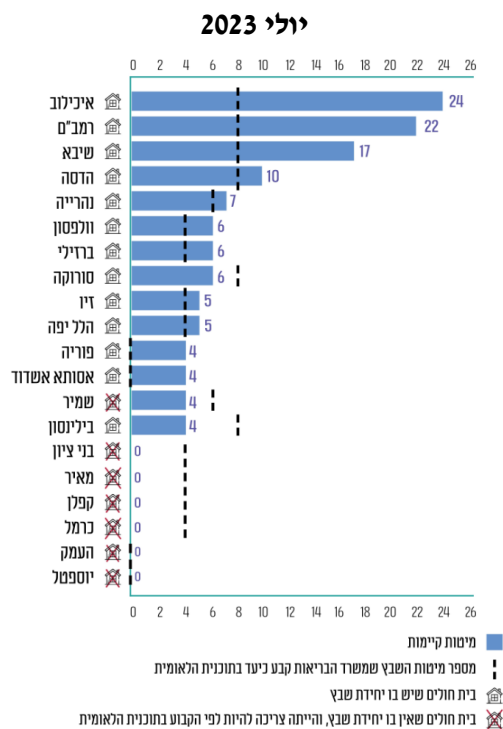
אשר ליחידות שבץ מוחי, בתוכנית הלאומית נקבע כי כל בית חולים שיוגדר כמרכז לשבץ מוחי יקים יחידה כזו, כלומר בכל אחד מ-25 בתי החולים האמורים⁵⁴. יצוין שב-2018 מסר מנכ"ל משרד הבריאות ליו"ר המועצה הלאומית למניעה וטיפול במחלות לב וכלי דם, כי היעד להקמת יחידות שבץ בכל בתי החולים הוא שנת 2022.

אשר למיטות שבץ מוחי, המשרד הציב יעד בתוכנית הלאומית להוספה של 58 מיטות שבץ על 15 המיטות שהיו קיימות באותה העת, והמרה של מיטות נוירולוגיות קיימות למיטות שבץ, כך שבסוף 2015 יעמוד סך מספר המיטות על 98 בכל בתי החולים הממשלתיים, בתי החולים הציבוריים ובתי החולים של הכללית. בתוכנית הוא גם קבע את חלוקתן של מיטות אלה באופן פרטני לפי בתי החולים.

עלה שהמשרד לא קבע יעד למספר מיטות השבץ לשנים שלאחר 2015. בפועל, נכון לאוקטובר 2023, היו בסה"כ 129 מיטות שבץ.

צוות הביקורת אסף נתונים מ-20 בתי החולים שנבדקו בנוגע למספר מיטות השבץ הקיימות בכל בית חולים אל מול היעד שהציב משרד הבריאות בתוכנית הלאומית מ-2014. הלוח להלן מציג את מספר מיטות השבץ בכל אחד מבתי החולים הממשלתיים, מבתי החולים של הכללית ומשני בתי"ח הציבוריים - הדסה ואסותא אשדוד - ואת הימצאותה של יחידת שבץ בביה"ח. זאת על פי יעדי התוכנית הלאומית אל מול המיטות הקיימות (שברישון משרד הבריאות ושמעבר לרישיון), נכון ליולי 2023.

תרשים 6: יעדי התוכנית הלאומית מ-2014 למיטות שבץ מוחי ומספרן בפועל, לפי בתי חולים,



יחידות שבץ מוח.

52

אתר איגוד השבץ האירופי.

53

כאמור, חמישה בתי חולים אינם גופים מבוקרים ולכן לא נכללו בדוח הביקורת.

54



על פי נתוני משרד הבריאות בתוכנית הלאומית ונתוני בתי החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.
* אסותא אשדוד טרם הוקם בעת גיבוש התוכנית הלאומית ב-2014, ולכן לא התקיים לגבי יעד. נכון ל-2023 יש בו ארבע מיטות. נוסף על כך, בשני בתי חולים ציבוריים אחרים פעלו ב-2023 חמש מיטות שבץ.

מהתרחשים עולה כי נכון ליולי 2023, ב-11 בתי חולים כלליים מתוך 20 בתי החולים שנבדקו עלה מספר המיטות בפועל על היעד שנקבע בתוכנית הלאומית שנקבעה ב-2014. בנוגע לכך יודגש כי באיכילוב שולש מספר מיטות השבץ - היעד שנקבע ב-2014 הוא שמונה מיטות, ואילו בפועל יש 24; ובאורח דומה, כך גם ברמב"ם. בפוריה לא תוכנן שיהיו מיטות שבץ, ובפועל יש ארבע; כך גם באסותא אשדוד, בית חולים שלא היה קיים עדיין ב-2014. בכלל 11 בתי חולים אלו נקבע היעד בשנת 2014 ל-92 מיטות. בפועל, ב-20 בתי החולים שנבדקו, נכון ליולי 2023, יש בהם 124 מיטות - תוספת של 32 מיטות. היות שבתוכנית לא נקבעו יעדים ארוכי טווח, לא ניתן להעריך אם מדובר בחריגה מהתוכנית, שאינה נדרשת, או שמדובר במענה ההולם את הצרכים.

אשר לבתי החולים בני ציון, מאיר, קפלן וכרמל, משרד הבריאות לא עמד ביעד שקבע למספר המיטות - ארבע מיטות בכל אחד מהם - וסך הכול 16 מיטות. בפועל, אין ולו מיטה אף באחד מבתי חולים אלה. נוסף על כך, בשני בתי חולים - העמק ויוספטל⁵⁵ - שלהם משרד הבריאות לא הציב יעד, אין מיטות שבץ כלל. בסך הכול יש שישה בתי חולים שאין בהם מיטות שבץ כלל - חמישה מהם בתי חולים של הכללית.

הכללית מסרה בתגובתה למשרד מבקר המדינה ממרץ 2024 (להלן - תגובת הכללית) כי במאיר נפתחה יחידת שבץ בתחילת שנת 2024 ובה ארבע מיטות שבץ; עוד הוסיפה שבשנת 2024 היא מתכננת לפתוח יחידות שבץ בבתי החולים קפלן, כרמל והעמק ובכל יחידה יהיו ארבע מיטות שבץ. בנוגע ליוספטל, ציינה הכללית כי אינה מתכננת לפתוח מיטות שבץ בשל ההיקף הזניח של מספר המקרים שנוקשים לצנתור.

בני ציון מסר בתגובתו למשרד מבקר המדינה מפברואר 2024 כי אחד המומחים בביה"ח צפוי לסיים השתלמות בתחום השבץ המוחי, וכי ביה"ח מתכנן לפתוח בעתיד יחידת שבץ, לאחר שיקבל אישור לכך ממשרד הבריאות.

אשר להימצאות יחידות שבץ, עולה מהתרחשים כי אף שמשרד הבריאות תכנן שאלו יהיו בכל 20 בתי החולים שנבדקו, בפועל היחידות קיימות רק ב-13 בתי חולים; נכון ליולי 2023 יחידות שבץ חסרות בכל ששת בתי החולים שאין בהם מיטות שבץ וכן בשמיר המוגדר כ"מרכז-על" לשבץ, כלומר, מרכז מצנרת. המשמעות היא שבתי חולים אלה נותנים טיפול בתנאים שאינם עומדים בנורמה שקבע משרד הבריאות. יצוין כי ברמב"ם, הפועל כמרכז-על לשבץ עוד מ-2005, נפתחה יחידה כזו רק במהלך הביקורת - באפריל 2023⁵⁶.

בית החולים שמיר מסר לצוות הביקורת שהחסמים לפתיחת יחידת שבץ הם תשתית וכוח אדם ייעודי.

מומלץ שמשרד הבריאות, בשיתוף בתי החולים, יבחן את הסיבות לכך שעדיין יש בתי חולים שאין בהם מיטות שבץ ויחידות שבץ, ובפרט יבחן את התשתיות הנדרשות, הכשרת כוח האדם המתאים ומקורות המימון הקיימים, ויציב לבתי חולים אלה יעדים פרטניים לעמידה בהם, ובכלל זאת לוח זמנים. באשר ליוספטל מומלץ שהכללית ומשרד הבריאות יגבשו את המענה המתאים והראוי לטיפול בנפגעי שבץ מוחי.

⁵⁵ ביוספטל אושפזו ב-2020 וב-2021 כ-60 ו-75 נפגעי שבץ מוחי בהתאמה. על פי חוזר מינהל רפואה, "קווים מנחים להפעלת פינוי בהיטס במדינת ישראל" מנובמבר 2017, יש להשתמש לגבי שבץ מוחי בשירות פינוי בהיטס בתנאים מסוימים, וכל עוד הפינוי צפוי לקצר את מועד הגעתו לבית החולים הייעודי, ובעת צורך של צנתור כשחלון הזמן עומד להסתיים.

⁵⁶ 2005 - רמב"ם החל בצנתורי מוח; 2010 - הוגדרה יחידה לנירולוגיה פולשנית; 2017 - שונה שם היחידה ל"יחידה לצנתורי מוח".

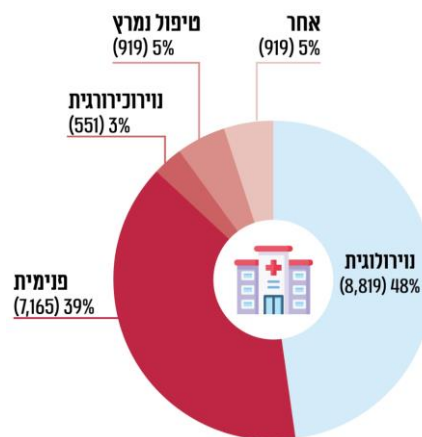


המחלקות שבהן אושפזו נפגעי שבץ מוחי

רשם השבץ אוסף את נתוני האשפוז של נפגעי השבץ וממפה אותם לפי המחלקות שבהן הם אושפזו: מחלקות נוירולוגיות (הרשם אינו מפריד את הרישום של יחידת השבץ מהמחלקה הנוירולוגית), מחלקות פנימיות, מחלקות נוירוכירורגיות ומחלקות אחרות.

להלן בתרשים המספר והשיעור של נפגעי שבץ מוחי שאושפזו בשנת 2020 במחלקות השונות לפי נתוני רשם השבץ שפורסמו במאי 2022⁵⁷:

תרשים 7: מספר המאושפזים של נפגעי שבץ מוחי ושיעורם, לפי מחלקות, 2020



על פי דוח הרישום הלאומי ל-2020, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי בשנת 2020 כחצי מנפגעי השבץ המוחי (למעלה מ-9,000 נפגעים) אושפזו במחלקות נוירולוגיות, שבחלקן יש יחידות שבץ מוחי (ב-13 מ-20 בתי החולים שנבדקו יש יחידות שבץ מוחי) או במחלקות נוירוכירורגיות, ואולם כחצי מהנפגעים אושפזו במחלקות אחרות, שאינן מיועדות לטיפול בנפגעי שבץ. 39% מהנפגעים אושפזו במחלקה פנימית, שבה הטיפול בשבץ מתאים פחות לנפגעי שבץ לעומת הטיפול במחלקה נוירולוגית, למשל בשל כך שהצוות המטפל, ובפרט הרופאים והצוות הסיעודי, לא התמחה בטיפול בשבץ מוחי⁵⁸. נתונים אלו אינם תואמים ליעד שקבע האיגוד האירופי, שעמד נכון למועד הביקורת על אשפוז של 80% ממטופלי השבץ ביחידות לשבץ מוחי. יוזכר שהיעד של האיגוד לשנת 2030 הוא אשפוז של 90% ממטופלי השבץ ביחידות לשבץ מוחי.

לשם הדגמה, לפי נתוני הרשם, בארבעה בתי חולים של הכללית - העמק, קפלן, בילינסון ומאיר - נעו שיעורי האשפוז במחלקות הפנימיות בשנת 2021 בין 47% ל-90%. ביוספטל, שבו אין מחלקה נוירולוגית, כל נפגעי השבץ המוחי (100%) מאושפדים במחלקות פנימיות. לפי נתוני שיבא, בשנים 2020 ו-2021 כ-45% מנפגעי השבץ המוחי אושפזו במחלקות בית החולים שאינן נוירולוגיות, ובשנת 2022 אושפזו במחלקות כאלה כ-40% מנפגעי השבץ המוחי.

נתוני התרשים עולים בקנה אחד עם נתונים נוספים של רשם השבץ בנוגע לשנת 2020⁵⁹, ולפיהם בשנה זו היה הממוצע היומי של מספר המאושפדים בשל שבץ מוחי 320 חולים. היות שמספר המיטות המיועדות לשבץ מוחי עמד על 129, הרי שרוב החולים הללו (60%) אושפזו שלא במיטות המומלצות עבורם.

⁵⁷ דוח הרישום הלאומי ל-2020.

⁵⁸ לפי נתוני הרשם לשנת 2021 (שבהם חסרים דוחות של שני בתי חולים, שבהם כ-10% ממקרי השבץ המוחי), כ-48% מנפגעי השבץ לא אושפזו במחלקות הנוירולוגיות.

⁵⁹ נתונים שהעביר רשם השבץ למשרד מבקר המדינה ביולי 2023; ללא נתוני שמיר והלל יפה.



במסגרת תהליך שיתוף הציבור התייחסו חולים שאושפזו בשל שבץ מוחי למחלקה שבה אושפזו:

”תחילה הייתי מאושפז במחלקה פנימית ולאחר מספר ימים עברתי למחלקה הנוירולוגית. הרגשתי שזה היה עולם אחר של טיפול ושרק במחלקה הנוירולוגית עברתי את הבדיקות שהייתי צריך.”

בתי חולים שאין להם יחידה כזו [יחידת שבץ] נותנים טיפול פחות טוב לחולים, וזאת בעיקר בגלל הטיפול הפרה-רפואי המשלים עוד במהלך האשפוז ביחידה.

עולה שהאשפוז של כמחצית מחולי השבץ נעשה במחלקות שאינן ייעודיות לטיפול בחולים אלה. ניתן להניח שלפחות בחלק מהאשפוזים מדובר בצרכים רפואיים, למשל אשפוז במחלקת טיפול נמרץ. עם זאת, הפער הקיים (60%) בין מספר מיטות השבץ הייעודיות (129) אל מול הממוצע היומי (320) של נפגעי שבץ מוחי מאושפזים מצביע על חוסר, שעלול להשפיע על יכולת ההחלמה של הנפגעים ועל סיכון לסיבוכים העלולים להתפתח. אשפוז במחלקות שאינן ייעודיות לטיפול בשבץ מוחי גם אינו עומד באמות מידה בין-לאומיות.

נוכח היתרון באשפוז נפגעי שבץ מוחי במחלקות המתאימות - נוירולוגיות ובמיוחד ביחידות לשבץ מוחי ובמיטות שבץ - מומלץ שלמשרד הבריאות, באמצעות רשם השבץ, יהיו נתונים מרוכזים על המאושפזים בעקבות שבץ מוחי לפי סוג מיטת האשפוז במחלקות הנוירולוגיות - מיטת שבץ או מיטה נוירולוגית רגילה. הדבר יאפשר למשרד ניתוח מדויק של מאושפזי נפגעי השבץ המוחי לפי המחלקות השונות וכך לקבל החלטות - על בסיס נתונים אמין ומלאים - בנוגע לתכנון טיפול מתאים ההולם את צורכיהם.

עוד מומלץ שמשרד הבריאות יעדכן את התוכנית הלאומית באופן שיינתן בה ביטוי מלא לצורך במיטות אשפוז ייעודיות לשבץ מוחי בראייה ארוכת טווח, ויפעל לתוספת המיטות החסרות בהתאם לסדר העדיפות שיקבע. מומלץ עוד שהמשרד יבחן את החוסר ביחידות שבץ מוחי ויפעל לכך שבתי החולים יעמדו ביעד שקבע המשרד בתוכנית הלאומית משנת 2014, ונועדה להתממש כבר בשנת 2022, כפי שהציב מנכ"ל משרד הבריאות בשנת 2018.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי על פי התכנון של המשרד עד שנת 2028 צפויות להיפתח 63 מיטות שבץ מוחי בבתי חולים ממשלתיים, בבתי חולים של הכללית ובבתי חולים ציבוריים.

הכשרת נוירולוגים מומחים בשבץ מוחי

אחת הדרישות של משרד הבריאות לאישור יחידת שבץ מוחי היא שמנהל היחידה יהיה נוירולוג עם מומחיות ייעודית בתחום השבץ המוחי (להלן - נוירולוג מומחה בשבץ)⁶⁰. נוירולוג מומחה בשבץ נדרש להיות בקיא בכל אפשרויות הטיפול בשבץ מוחי ובאפשרויות הטיפול למניעת שבץ מוחי חוזר. הוא גם נדרש לייעץ לרופאים במחלקות הפנימיות והנוירולוגיות הכלליות לגבי כל ההיבטים של הטיפול במטופלים שלקו בשבץ מוחי⁶¹.

נכון לשנת 2024 היו בישראל 439 רופאים נוירולוגים מומחים ומתוכם 25 רופאים נוירולוגים בלבד המומחים בשבץ. על פי המלצות הוועדה לבחינת מקצוע הנוירולוגיה⁶², נדרש שיהיו שלושה נוירולוגים מומחים בשבץ בכל בית חולים שבו יחידת שבץ.

⁶⁰ חוזר לטיפול בשבץ מ-2011; משרד הבריאות, סיכום ישיבה "היערכות לטיפול בשבץ מוחי 2019 - 2022" (6.8.18) (להלן - "היערכות לטיפול בשבץ").

⁶¹ ההסתדרות הרפואית בישראל, "השתלמויות עמיתים שהוכרו על ידי המועצה המדעית - שבץ-מוח".

⁶² דוח הוועדה לבחינת מקצוע הנוירולוגיה.



נכון לשנת 2023 יש 13 בתי חולים עם יחידת שבץ, ולפי המלצות הוועדה לבחינת מקצוע הנוירולוגיה, נדרש שיהיו 39 נוירולוגים מומחים לשבץ (שלושה נוירולוגים מומחים לשבץ בכל בית חולים שבו יחידת שבץ). קיים אפוא מחסור של 14 נוירולוגים (מחסור של 36%).

בשל המחסור המליצה הוועדה לבחינת מקצוע הנוירולוגיה להגדיר את מקצוע הנוירולוגיה בהתמחות בשבץ מוחי כמקצוע ב"מצוקה אקוטית". משמעות הדבר היא תוספת שכר מיוחדת למקצועות אלה ויישומה בטווח הקצר.

לצורך יישום המלצות הוועדה לבחינת מקצוע הנוירולוגיה, החליט משרד הבריאות להיעזר בשירותי ייעוץ. בדצמבר 2022 הוא החל בקידום הליך מכרזי להתקשרות לקבלת השירות, ואולם עד מועד סיום הביקורת לא התקדם הנושא.

משרד הבריאות ציין בתגובתו כי בהתאם לתוכנית הלאומית לשבץ הוא תכנן להעניק שתי מלגות להשתלמות עמיתים להכשרת מומחים בשבץ מוחי בכל שנה, אולם בשל מגפת הקורונה (שפרצה בישראל בשנת 2020) לא התקיימו השתלמויות כאלה. המשרד ציין כי בתוכנית העבודה שלו לשנת 2024 הוא קבע יעד של הענקת שתי מלגות להתמחות בשבץ בשנה זו, וכי בכוונתו להעניק שתי מלגות כאלה מדי שנה, בכפוף להקצאת תקציב לנושא; כך צפוי להצטמצם המחסור בנוירולוגים מומחים לשבץ בתוך חמש עד שבע שנים; הוא הוסיף שבכוונתו למקד את צמצום הפערים בפריפריה ובמרכזים רפואיים שבהם אין מומחה לשבץ מוחי.

עלה כי אומנם הוועדה לבחינת מקצוע הנוירולוגיה ציינה מה מספר הנוירולוגים המומחים בשבץ מוחי הנדרש לכל יחידת שבץ (שלושה), ואולם משרד הבריאות לא קבע תקן מחייב למספר הנוירולוגים הנדרש בכל יחידת שבץ שיאפשר לתת מענה מיטבי לתחלואה זו. ממילא המשרד גם לא קבע יעד למספר הנוירולוגים המומחים בשבץ מוחי הנדרשים בטווח הקצר והארוך ולא קבע יעדי ביניים ולוחות זמנים עד להשגתו. הדבר גם לא נקבע בתוכנית הלאומית. כמו כן, המשרד לא התייחס לצורך בהקצאה תקציבית ייעודית לגידול במספר הנוירולוגים המומחים לשבץ מוחי.

מומלץ כי משרד הבריאות יקבע את הצורך במספר הרופאים הנוירולוגים המומחים בשבץ מוחי; יקבע יעדי ביניים לגידול במספרם; יבחן מהם הצעדים שניתן לנקוט כדי לעודד התמחות בתחום זה, לרבות הגדרת המקצוע כמקצוע במצוקה אקוטית; ויפעל עם האיגודים המקצועיים הרלוונטיים לשם יישום המלצה זו.

חשיבות ההגעה המיידית באמבולנס לבית החולים

טיפול יעיל בשבץ מוחי תלוי בפרק הזמן שחולף מקרות האירוע ועד הטיפול בו, שכן קיים חלון הזדמנויות מוגדר המאפשר טיפול יעיל. כך, טיפול ב-TPA יהיה יעיל אם יינתן בתוך ארבע שעות וחצי מרגע הופעת התסמינים הראשונים; צנתור מוחי יהיה יעיל אם יבוצע לא יאוחר משש עד שמונה שעות מהופעת התסמינים. עיכוב בהגעה לבית החולים עלול לעכב את מתן הטיפול, וכך עלול הנפגע להחמיץ את חלון הזמנים המאפשר את מתן הטיפול, העשוי לצמצם או למנוע נזקים בריאותיים ונפשיים⁶³. נוכח החשיבות בהגעה מהירה לבית החולים, הגדיר מד"א את אירוע השבץ המוחי כאירוע דחוף לפינוי המטופל. משרד הבריאות הגדיר שבץ מוחי כמצב חירום, אשר אף ניתן לפינוי בהיטס רפואי⁶⁴.

בשל חשיבות הגעתו של נפגע השבץ במהירות האפשרית לבית החולים, יש חשיבות גדולה להגברת מודעות הציבור - נפגע השבץ או מי שבסביבתו - לסימנים לשבץ מוחי, למשל: חולשה או שיתוק

Fassbender, K., Balucani, C., Walter, S., Levine, S. R., Haass, A., & Grotta, J., "Streamlining of prehospital stroke management: the golden hour", *The Lancet Neurology* 12(6), (2013), pp. 585-596. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70100-5

63

פינוי על ידי מסוק המצויד רפואית להגשת עזרה ראשונה; חוזר משרד הבריאות 30/2017, **קווים מנחים להפעלת פינוי בהיטס במדינת ישראל** (14.11.17). יעד הפינוי בהיטס הוא קיצור הזמן העובר מרגע קבלת הפנייה ועד הגעת המטופל למלר"ד עבור מטופלים הסובלים מבעיה רפואית דחופה.

64



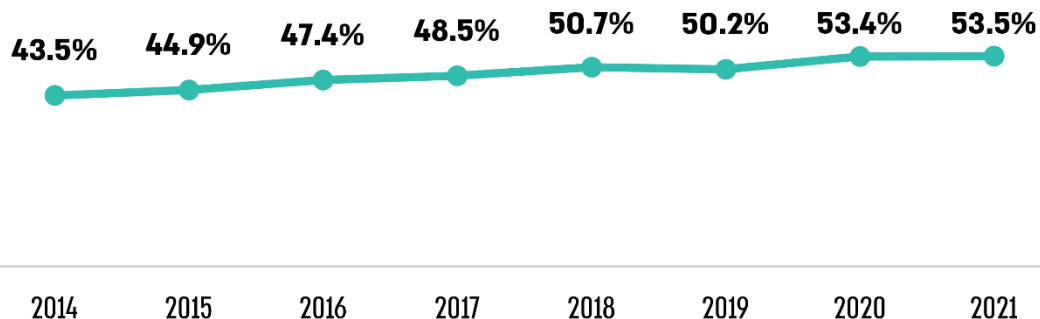
פתאומי של היד, הרגל, או הפנים בצד אחד של הגוף; נימול והפרעת תחושה פתאומית בגפיים; הפרעה פתאומית בדיבור או בהבנה (בלבול); עיוות של שרירי הפנים; הפרעה פתאומית בשיווי משקל וחוסר יציבות; הפרעה פתאומית בראייה; וכאבי ראש חזקים פתאומיים וחריגים.

חשיבות גדולה יש גם לדרך הגעת נפגע השבץ לבית החולים, כך שיגיע באמצעות אמבולנס ולא באופן עצמאי. זאת כדי לאפשר לצוות האמבולנס לדווח למלר"ד כבר בעת הנסיעה על אדם המגיע עם חשד לשבץ מוחי, כדי שבית החולים יתכונן לכך וייחסך זמן יקר. נפגע שבץ שהגיע באמבולנס מדלג על שלב הטריאז' במלר"ד ומועבר ישירות לבדיקת דימות ולהמשך טיפול. כמו כן, ניתן לבצע חלק מהבדיקות כבר בנסיעה באמבולנס. למשל, על פי נתוני הרשם הלאומי לשבץ מוחי לשנת 2020, 13.9% מהחולים שהגיעו באמבולנס קיבלו TPA (טיפול יעיל שניתן לתת כאמור עד ארבע שעות וחצי מרגע הופעת התסמינים), וזאת לעומת 5.7% מהחולים שלא הגיעו באמבולנס (פי 2.4)⁶⁵. הנתונים לשנת 2021 דומים, ולפיהם כ-15% מנפגעי השבץ שהגיעו באמבולנס קיבלו TPA, לעומת 6% מבין אלו שהגיעו באופן עצמאי⁶⁶.

על אף החשיבות שמי שנחשד בתסמיני שבץ מוחי יגיע מהר ובאמבולנס לבית החולים, נתוני הרשם הלאומי לשבץ מצביעים על כך שרבים מנפגעי השבץ המוחי אינם מגיעים לבתי החולים באמבולנס - בשנת 2020 כ-53% מהחולים המאושפזים עקב שבץ הגיעו לבתי החולים באמבולנס⁶⁷, והשאר הגיעו באופן עצמאי. הסיבות לכך הן בין היתר חוסר מודעות לחשיבות ההגעה באמצעות אמבולנס, מקום מגורים מרוחק מתחנה שבה נמצא אמבולנס וההנחה כי הגעה עצמאית תהיה מהירה יותר; וגם חשש מהצורך לשלם עבור ההסעה באמבולנס, אם המטופל לא יאושפז בבית החולים.

להלן בתרשים שיעור חולי השבץ שהגיעו באמבולנס לבתי החולים בשנים 2014 - 2021.

תרשים 8: שיעור חולי השבץ שהגיעו באמבולנס לבתי החולים, 2014 - 2021



על פי נתוני הרישום הלאומי לשבץ מוחי בישראל, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי נכון ל-2021, כמעט מחצית (46.5% - כ-8,300) מנפגעי השבץ הגיעו לבתי החולים באופן עצמאי ולא באמצעות אמבולנס. עולה עוד שבין שנת 2014 לשנת 2021 חלה עלייה של 10 נקודות האחוז בשיעור ההגעה של נפגעי שבץ לבתי החולים באמצעות אמבולנס (העלייה היחסית חדה יותר בשיעור החולים שהגיעו באמבולנס בין 2019 ל-2020 מיוחסת לפחות בחלקה להשלכות מגפת הקורונה).

יצוין כי בדיקה פרטנית של הנתונים בנוגע לקבוצות אוכלוסייה שונות - יהודים וערבים, נשים וגברים, צעירים ומבוגרים - מצביעה על מגמה זהה: עלייה מתונה בכל הקבוצות. עוד על פי דוח הרשם, בשנת 2020 כ-57% מהאוכלוסייה היהודית הגיעו באמבולנס לעומת כ-36% מהאוכלוסייה

65 דוח הרישום הלאומי ל-2020.

66 בהקשר זה יובהר כי ייתכנו גם מצבים רפואיים אחרים (מלבד משך הזמן שחלף) שאינם מאפשרים מתן TPA.

67 דוח הרישום הלאומי ל-2020; הדוחות לרשם השבץ בנושא זה התקבלו מ-19 בתי חולים, כיוון שלא כולם הגדירו נתון זה בשדות הדיווח הממוחשבים.



הערבית. עלה עוד כי בגילים מבוגרים יותר שיעור גבוה יותר של חולים מגיע באמבולנס לבית החולים. למשל, 69% מהחולים בגיל 80 ומעלה מגיעים באמבולנס, 50% מהחולים בגיל 60 עד 79 ו-38% מתחת לגיל 60.

מסע פרסום על תסמיני שבץ מוחי : בתוכנית הלאומית משנת 2014 נקבע כי יש לפרסם לציבור ולגורמים המטפלים כיצד לזהות תסמיני שבץ מוחי, ובתוך כך לתת דגש על הפינוי המהיר לבית החולים. הנושא עלה גם בשנת 2018 בפנייה של מנכ"ל משרד הבריאות ליו"ר המועצה הלאומית למניעה וטיפול במחלות לב וכלי דם. גם התוכנית האירופית לשבץ מוחי⁶⁸ התייחסה לחשיבות התמיכה הממשלתית בפרסום לשם קידום המודעות לזיהוי התסמינים ולחשיבות הזעקת אמבולנס⁶⁹. בהתאם, משרד הבריאות פרסם בשנים 2015 - 2017 ובשנת 2019 תשדיר פרסום בנושאים אלו והנגיש אותו לציבור הכללי, הערבי, הרוסי והחרדי⁷⁰.

סקר שערך משרד הבריאות בשנת 2017 לבחינת יעילות הפרסום מצא כי הפרסום העלה את מודעות הציבור לזיהוי סימנים מוקדמים לשבץ. עם זאת, רק 12% מהנשאלים זכרו כי צוין שיש להגיע לבית החולים באמבולנס. כאשר הוצעה לנשאלים רשימת אפשרויות לבחירה ובהן הגעה באמבולנס, הוכפל מספר הנשאלים שזכרו שיש להגיע באמבולנס⁷¹.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי מסע הפרסום בנושא תסמיני השבץ המוחי שתוכנן לנובמבר 2023 הוקפא בעקבות מלחמת חרבות ברזל, וכי בהמשך להחלטת הממשלה בנושא "הפחתת התקציב הממשלתי לפרסום, לייעוץ, להדרכה ולמחקרים"⁷², תקציבי הפרסום של המשרד לשנת 2024 קוצצו. המשרד הוסיף כי הוא מתכנן לצאת במסע פרסום ברשתות החברתיות לקראת יום המודעות לשבץ מוחי שיחול באוקטובר 2024.

מומלץ כי משרד הבריאות יבדוק את הסיבות שבשלן כחצי מהציבור אינו מגיע לבתי החולים באמצעות אמבולנס ויגביר את המודעות לכך בקרב האוכלוסיות השונות ובכלל הגילים, זאת בין היתר, כדי לשפר את העמידה בחלון הזמנים המאפשר לתת טיפול יעיל לנפגעי השבץ. מומלץ כי המשרד יתייחס גם לשאלת מימון ההסעה לבית החולים, אם מי שנחשד עם סימני שבץ מוחי לא אושפז בסופו של דבר. זאת אל מול הנזקים הבריאותיים, הנפשיים והעקיפים (למשל כלכליים) שעלולים להיגרם לנפגע השבץ ולמשפחתו והעלויות העוללות להיגרם בעקבותיהם בשל הגעה מאוחרת לבית החולים, שהתרחשה בעקבות בחירתם של נפגעי שבץ שלא להגיע באמבולנס.

בדיקת נפגע השבץ בבית החולים ואבחון

קליטה במלר"ד בבית החולים - נאמני שבץ מוחי

נפגע שבץ המגיע באופן עצמאי למלר"ד עובר מיון ראשוני (טריאז'), ובו מתבצעת הערכה יסודית ומהירה של חומרת השבץ על פי התסמינים הקיימים אצלו ומצבו הנוירולוגי⁷³. לאחר מכן הוא מועבר לבדיקת דימות (CT או MRI)⁷⁴ ולהמשך טיפול. כפי שצוין, נפגע שבץ שהגיע באמבולנס מדלג על שלב

68 מתוך עקרונות הטיפול בשבץ מוחי.

69 אמבולנס רגיל - אמבולנס המיועד לטיפול ולהסיע חולים, מאויש על ידי חובש; אמבולנס טיפול נמרץ (אטי"ן), שבראש הצוות הרפואי שלו עומד פרמדיק.

70 עבור המגזר החרדי קיים המשרד יום עיון לנשות הקהילה החרדית בירושלים ופרסם כתבות בעיתונות החרדית בנושא.

71 כאשר שאלו את הנשאלים כיצד יש לפעול בהנחה שמישהו בסביבתם מפגין אחד או יותר מהסימנים לשבץ מוחי והציגו לפנייהם אפשרויות בחירה, שיעור הבוחרים בהגעה באמבולנס עלה מ-24% (אחרי מסע הפרסום הראשון בשנת 2015) ל-47% בשנת 2017 (לאחר מסע הפרסום בשנה זו).

72 החלטת הממשלה 1272 (4.1.24).

73 מיון ראשוני - תהליך קביעת סדר העדיפויות של הטיפול בחולים בהתבסס על חומרת מצבם. במלר"ד מתבצעת הערכה באמצעות סולם מקובל בעולם: National Institute of Health Stroke Scale.

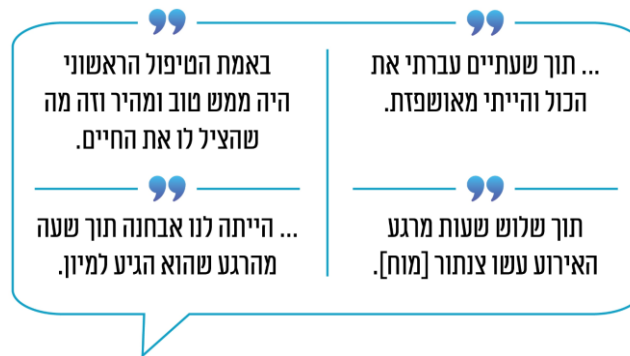
74 CT - Computed Tomography; MRI - Magnetic Resonance imaging; טומוגרפיה ממוחשבת (CT) היא בדיקה המבוססת על קרינת רנטגן ומתבצעת באמצעות מכשיר עם מקור קרינה הנע סביב החולה ומעביר קרני



הטריאז' במלר"ד ומועבר ישירות לבדיקת דימות ולהמשך טיפול. בכל הגעה אל בית החולים של אדם עם חשד לשבץ מוחי מופעל צוות שבץ מוחי.

התוכנית הלאומית למדדי איכות של משרד הבריאות קבעה כיעד אבחון מהיר וטיפול בנפגעי שבץ מוחי⁷⁵, וזאת באמצעות העלאת הידע, העלאת המודעות לצורך בכך והכוונה והכשרה של הצוות הרפואי בנושא. ניתן לכך ביטוי גם בתוכנית הלאומית משנת 2014. באפריל 2015 הודיע משרד הבריאות למנהלי בתי החולים, כי הקצה תקציב לתוכנית הכשרה של נאמני שבץ, שיסייעו באבחון ובטיפול באדם שהגיע למלר"ד עם חשד לשבץ מוחי. על פי ההודעה, נאמן שבץ יכול שיהיה אחות או אח מהמלר"ד, רופאים נוירולוגים, מומחים ברפואה דחופה או מומחים במחלקה הפנימית.

להלן ארבעה ציטוטים שעלו בתהליך שיתוף הציבור המדגימים את חוויית הקבלה במלר"ד והבדיקות שנעשו במסגרת הקבלה בבתי חולים שונים בארץ:



יצוין לחיוב כי בכל 20 בתי החולים שנבדקו מונה בעל תפקיד ייעודי לנושא השבץ במלר"ד (נאמן שבץ), האחראי לקליטת נפגע השבץ באופן יעיל ומהיר ולהעברתו להמשך אבחון וטיפול. התרומה של מינוי בעל תפקיד כזה באה לידי ביטוי גם בחוויית המאושפזים.

מדד איכות לבדיקת CT או MRI למי שנחשד שלקה בשבץ מוחי: אבחון סוג השבץ ובעקבותיו התאמת הטיפול המתאים מתבצע באמצעות בדיקת דימות - CT או MRI. משרד הבריאות הגדיר מדד איכות לפרק הזמן החציוני עד לביצוע בדיקת הדימות. כך לדוגמה, הוא קבע נכון ל-2022 כי חולים עם חשד לשבץ מוחי שהגיעו לבית החולים בתוך 3.5 שעות לכל היותר מרגע הופעת התסמינים, יעברו בדיקת הדמיה ראשונה עד 25 דקות (הזמן החציוני)⁷⁶ מפתחת התיק במלר"ד⁷⁷.

לפי דוח תוכנית המדדים של משרד הבריאות, הזמן החציוני של כל בתי החולים יחד בשנת 2022 עמד על 25 דקות⁷⁸, וזאת לעומת 33 דקות ב-2017⁷⁹ (בשנה זו לא נקבע יעד לזמן החציוני). עם זאת, בפילוח לפי כל בית חולים עלה כי יש בתי חולים שלא עמדו ביעד זה, והזמן החציוני שחלף מרגע כניסת מטופליהם לבית החולים ועד לביצוע ההדמיה היה ארוך יותר. להלן בתרשים הפירוט לפי בתי חולים⁸⁰:

רנטגן דרך הגוף בזוויות שונות. הבדיקה אמינה ומהירה ואורכת דקות. בדיקת MRI היא סריקה לא פולשנית של האיברים הפנימיים בגוף, בראש ובגפיים באמצעות מגנט וגלי רדיו.

75 בשנת 2012 הושקה במשרד הבריאות תוכנית למדידת איכות הטיפול ברמה הלאומית. המדדים מייצגים באופן מהימן ותקף, בערך תוצאתי או תהליכי, את ההיקף או את רמת האיכות של הטיפול הרפואי או של שירותי הבריאות הניתנים בבתי החולים ובקופות החולים; מתוך תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (מדדי איכות ומסירת מידע), התשע"ב-2021.

76 כלומר, 50% מהבדיקות בוצעו אחרי יותר מ-25 דקות, ו-50% בפחות מכך.

77 מדד 01-13-1-03-002: הזמן החציוני מהכניסה לבית החולים ועד לביצוע CT/MRI ראש בחולים עם אירוע חד במוח. תחילת המדד ב-2014.

78 משרד הבריאות, התוכנית הלאומית למדדי איכות בתי חולים כלליים, גריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפות חלב ושירותי חירום (מד"א וחברות אמבולנסים) - דו"ח לשנים 2013 - 2022 (יולי 2023) (להלן - דוח מדדי איכות מ-2023).

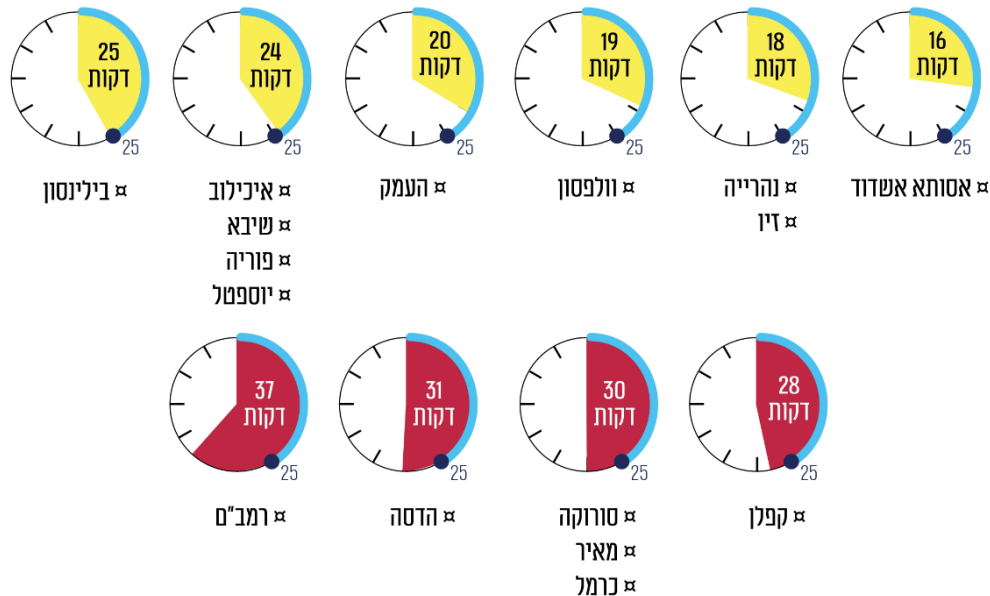
79 דוח מדדי איכות מ-2022.

80 לא מוצגים מוסדות שטיפלו בפחות מ-30 אירועים.



תרשים 9: הזמן החציוני בדקות לביצוע בדיקת דימות מרגע הכניסה לבית החולים, לפי בתי חולים,

2022



יעד משרד הבריאות לביצוע בדיקות דימות מרגע הכניסה לבית החולים - 25 דקות

הזמן החציוני בפועל לביצוע בדיקות דימות מרגע הכניסה לבית החולים

על פי דוח מדדי איכות מ-2023, בעיבוד משרד מבקר המדינה. * בדוח משרד הבריאות אין נתונים בנוגע לארבעה בתי חולים כלליים-ממשלתיים: שמיר, הלל יפה, ברזילי ובני ציון.

מהתרשים עולה כי בשנת 2022 בשישה מתוך 16 בתי חולים כלליים (רמב"ם, הדסה⁸¹, סורוקה, מאיר, כרמל וקפלן) הזמן החציוני לביצוע בדיקת דימות, מרגע הכניסה לבית החולים, היה גבוה מהיעד שקבע משרד הבריאות - 25 דקות. זמן ארוך במיוחד המתינו מטופלים ברמב"ם, שמחצית מהמטופלים בו שנחשד כי לקו בשבץ מוחי עברו בדיקת דימות לאחר יותר מ-37 דקות מרגע כניסתם לבית החולים.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי צוות התוכנית הלאומית למדדי איכות נמצא בקשר עם כלל המוסדות ומסייע להם להשתפר בעמידה במדדי האיכות.

על בתי החולים שאינם עומדים במדד שקבע משרד הבריאות (רמב"ם, הדסה, סורוקה, מאיר, כרמל וקפלן) לביצוע בדיקת ההדמיה הדחופה לנפגעי שבץ מוחי, לזהות את הסיבות שבעטיין הם אינם עומדים במדד זה ולנקוט צעדים כדי לעמוד בו; על משרד הבריאות לפקח על כך. מדובר בחלון זמן מוגדר וקצר לטיפול יעיל בנפגע השבץ. לכן עיתוי בדיקת הדימות לשם זיהוי סוג השבץ המוחי הוא קריטי, משפיע על סוג הטיפול שיקבל הנפגע ויכול להשפיע על סיכויי ההחלמה שלו.

81 הנתון מתייחס לקמפוס עין כרם. יש לציין שקמפוס הדסה עין כרם הוא בית חולים מצנרת, אולם גם קמפוס הדסה הר הצופים מעניק טיפול לנפגעי שבץ המגיעים אליו באמצעות טיפול שמרני או מתן TPA.



הכללית ציינה בתגובתה, כי בשנת 2023 נקט סורוקה צעדים לשיפור בזמני ביצוע בדיקות הדימות ועל פי נתונה הוא עמד ביעד משרד הבריאות באותה שנה. הכללית הוסיפה כי גם מאיר וכרמל עמדו ביעד משרד הבריאות באותה שנה.

סוגי הטיפול המותאמים לנפגעי שבץ מוחי

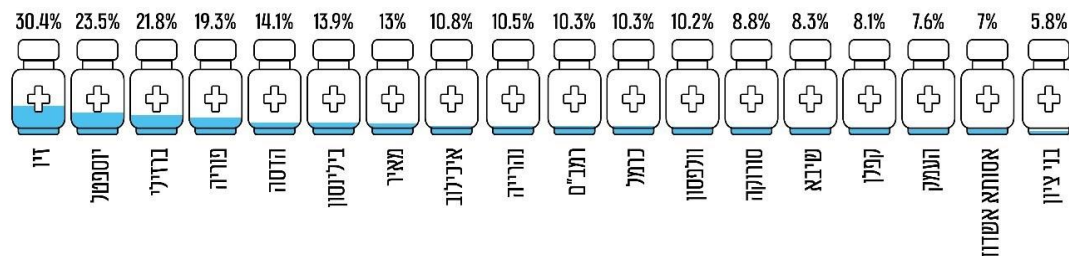
על פי תוצאות בדיקת הדימות מחליט הצוות הרפואי על הטיפול שניתן לנפגע השבץ: מתן TPA, צנתור או טיפול אחר (שמרני) במחלקות האשפוז.

מתן תרופה תרומבוליטית תוך ורידית - TPA

TPA הוא טיפול תרופתי שניתן באירועים של שבץ איסכמי, כאשר הדבר אפשרי. הטיפול תוך-וריד, והוא גורם להמסה של קריש הדם ולפתיחה של כלי הדם שנחסם. בעקבות הטיפול מתחדשת זרימת הדם אל רקמות המוח, והדבר מאפשר להגיע לצמצום משמעותי של שיעור התמותה ושל הסיכון למוגבלות ולנכות אצל נפגעי שבץ מוחי. חלון הזמן לטיפול זה הוא עד ארבע שעות וחצי מרגע הופעת התסמינים, לאחר שנשלל דימום במוח באמצעות בדיקת הדמיה. הוכח שיעילותו גבוהה יותר אם הוא ניתן בתוך שלוש שעות⁸². נירולוג שבץ בכיר מחליט אם לתת TPA, וזאת בהתבסס על ההערכה הנירולוגית שנעשית במלר"ד וממצאי ההדמיה הראשוניים⁸³. יש התוויות רפואיות המאפשרות לשלב TPA לפני הצנתור. טיפול TPA דורש אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ נירולוגי או ביחידת שבץ ייעודית וכן דורש השגחה רפואית צמודה וניטור צמוד⁸⁴. כל המרכזים הרפואיים המפעילים מלר"ד רשאים לתת TPA. על פי נייר עמדה של ח"י"ש, מתן TPA מתאים ל-25% מחולי השבץ האיסכמי⁸⁵.

להלן בתרשים מוצגים שיעורי מתן TPA מכלל מקרי השבץ האיסכמי שהגיעו לבתי חולים בשנת 2021, על פי נתוני רשם השבץ.

תרשים 10: שיעור מתן TPA מכלל המקרים שהגיעו לבית החולים עם שבץ איסכמי, 2021



על פי נתוני הרישום הלאומי לשבץ מוחי (יוני 2023), בעיבוד משרד מבקר המדינה.
* ללא נתוני שמיר והלל יפה, שלא דיווחו לרשם השבץ. הנתון של הדסה מתייחס להדסה עין כרם.

מהתרשים עולה כלהלן:

מחקרים שנערכו בעולם הצביעו על כך שמתן הטיפול מעל ארבע שעות מתחילת האירוע אינו יעיל. מחקר אחר שנערך בארצות הברית הראה קשר מובהק בין קיצור זמן ההמתנה לביצוע דימות לבין קבלת טיפול TPA; מתוך דוח מודדי איכות מ-2022. בשנת 2004 ניתן אישור מרשות הבריאות האמריקאית (FDA) להזריק את התרופה לעורק בתהליך צנתור מאזור המפשעה לאזור המוח. שיטה זו איפשרה את הגדלת חלון הטיפול לשמונה שעות מרגע הופעת התסמינים, ואולם זו פעולה נדירה.

עמותת נאמן; חוזר לטיפול בשבץ מ-2011; החברה הישראלית לשבץ והאיגוד הנירולוגי בישראל, הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוחי חד - נייר עמדה (יולי 2021); ההסתדרות הרפואית בישראל, הנחיות טיפול בשבץ מוחי (יוני 2022).

חוזר לטיפול בשבץ מ-2011; החברה הישראלית לשבץ והאיגוד הנירולוגי בישראל, הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוחי חד - נייר עמדה (יולי 2021).

החברה הישראלית לשבץ והאיגוד הנירולוגי בישראל, הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוחי חד - נייר עמדה (יולי 2021).

82

83

84

85



- קיימת שונות רבה בשיעור מתן ה-TPA בבתי החולים - לפי נייר העמדה של ח"ש, מתן TPA מתאים ל-25%, אולם לפי התרשים TPA ניתן ל-5.8% בלבד ממקרי השבץ האיסכמי בבני ציון ועד ל-30.4% ממקרי השבץ האיסכמי בזיו.
- כל בתי החולים, למעט זיו, נותנים TPA בפחות מ-25% מהמקרים.
- בשלושה בתי חולים, כולם פריפריאליים (פוריה, ברזילי ויוספטל), שיעור מתן ה-TPA גבוה מ-20% מהמקרים או מתקרב אליו, ונמוך מ-25%.
- בשישה בתי חולים (בני ציון, אסותא אשדוד, העמק, קפלן, שיבא וסורוקה) מדובר בשיעור הנמוך מ-10%.⁸⁶ יצוין כי מבחינה גיאוגרפית בתי חולים אלה נמצאים הן במרכז כמו שיבא והן בפריפריה כמו בני ציון.
- ביתר שמונת בתי החולים (וולפסון, כרמל, רמב"ם, נהרייה, איכילוב, מאיר, בילינסון והדסה) השיעור נע בין 10% ל-20%.

יצוין בנוגע לשונות הגבוהה בין בתי החולים במתן TPA, שבשנת 2021 מדד משרד הבריאות, במסגרת מדד האיכות למתן טיפול TPA לנפגעי שבץ⁸⁷, את מספר המטופלים שקיבלו את הטיפול בכל אחד מבתי החולים. המשרד ציין כי במדידה זו קיים קושי לבצע השוואות בין המוסדות, ושהוא יפרסם הגדרות מעודכנות למדד, שיגובשו בשיתוף ח"ש לאחר איסוף נתוני שנת 2022.

עלה שהמשרד לא פרסם הגדרות מעודכנות למדד.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי בשנת 2022 הוא ביצע פיילוט על פי הגדרות המדד החדשות, ותוצאותיו צפויות להתפרסם עם הפעלת המדד בהגדרותיו המעודכנות.

מומלץ שמשרד הבריאות יבחן, בשיתוף בתי החולים, מה הן הסיבות לשונות הגדולה במתן TPA, אם יש לכך השלכות ואם יש חסמים המונעים את קבלתו, ובפרט נוכח עמדת ח"ש לפיה מתן TPA מתאים ל-25% מחולי השבץ האיסכמי. מנגד מומלץ שתיבחן גם העובדה שבזיו ניתן טיפול TPA ב-30.4% מהמקרים, שיעור גבוה יחסית להמלצת ח"ש. עוד מומלץ שמשרד הבריאות יקבע מועד לפרסום התוצאות המלאות של הפיילוט ויפעיל את מדד האיכות למתן טיפול TPA לנפגעי שבץ, בהתאם להגדרות המעודכנות שיקבע.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי במסגרת יישום תוכנית העבודה שלו לשנת 2024 הוא מתכנן לבצע בקורות בבתי החולים כדי לבחון את הסיבות לשונות בשיעור הנפגעים שבתי החולים נתנו להם TPA, כדי להפיק לקחים ולשפר את שיעור מתן הטיפול בבתי חולים ששם השיעור נמוך מהמומלץ - 25%.

צנתור מוח כטיפול בשבץ מוחי

צנתור מוח הוא טיפול תוך-עורקי של עורקי המוח לשליפת קריש הדם או לפירוקו או הכנסת סטנט (תומכן) לצורך שמירה על מעבר דם בכלי הדם⁸⁸. הטיפול מתאים למטופלים עם שבץ איסכמי בלבד, הסובלים מחסימת עורק גדול או בינוני במוח, וטווח הזמן המומלץ לצנתור הוא לא יאחר משש עד

⁸⁶ רשם השבץ אוסף גם את נתוני ה-TPA בהדסה הר הצופים ובביה"ח השרון בנפרד והם אלו: 9.1% בהדסה הר הצופים ו-5.8% בשרון.

⁸⁷ מדד איכות הבודק מתן טיפול תוך-וריד (IV R-TPA) ו/או ביצוע צנתור מוחי לאחר אירוע איסכמי חד במוח בתוך ארבע שעות וחצי מרגע הופעת התסמינים הראשונים של השבץ.

⁸⁸ טיפול זה נקרא גם טרומבקטומיה.



שמונה שעות מרגע הופעת התסמינים⁸⁹. הטיפול מהווה חלופה טובה לחולים שאינם מתאימים לקבלת TPA (משום שחלף חלון הזמן או מסיבות אחרות) או כטיפול משולב של צנתור עם TPA בהתוויות רפואיות מסוימות.

נפגע שבץ מוחי שמתאים לצנתור צריך לעבור אותו באופן דחוף, ועל הצנתור להתבצע במהירות ובמימנות, שכן ככל שחלף הזמן מרגע הופעת התסמינים, גדל הסיכוי לנזק מוחי בלתי הפיך, וסיכויי הצלחת הפעולה הולכים ופוחתים⁹⁰.

צנתורי מוח מתבצעים בבתי חולים מצנתרים, שהוגדרו וקיבלו אישור לכך ממשרד הבריאות, וקיימת בהם תשתית מתאימה הכוללת חדר צנתורים מותאם, רופא מומחה שעבר הכשרה נוספת (תת-התמחות) בצנתור מוח (להלן - מצנתר מוח)⁹¹ וצוות תומך. את ההחלטה על צנתור מקבלים הרופאים המצנתרים וזאת, בין היתר, על בסיס תוצאות בדיקת ההדמיה (CT או MRI).

בדומה למתן TPA, במסגרת תוכנית מדדי האיכות משרד הבריאות מודד גם את שיעור המטופלים שעברו צנתור⁹². בשנת 2016 צונתרו 2.6% מנפגעי השבץ האיסכמי (302 מתוך כ-12,050 חולים עם שבץ איסכמי באותה שנה); בשנת 2020 צונתרו 7.3% מהנפגעים (902 חולים מתוך כ-12,410 חולים עם שבץ איסכמי), ובשנת 2021 צונתרו 8% מהנפגעים⁹³ (905 חולים מתוך כ-11,300 חולים עם שבץ איסכמי)⁹⁴.

ניהול משאבי מערך הצנתורים - בתי החולים המצנתרים ומצנתרי המוח

משאבי מערך הצנתורים הם מוגבלים, שכן מדובר במספר מוגבל של בתי חולים מצנתרים ושל רופאים שהם מצנתרי מוח. היות שכן, ניתן לראות במשאב זה משאב לאומי ולהתייחס למיצויו המיטבי בראייה מערכתית-לאומית. משמעות הדבר היא שקיים צורך לנהל את המערך באופן שתובטח זמינותו ויובטח מתן טיפול רפואי איכותי לכלל הציבור. על כן, נדרשת שליטה מרכזית בניהול המערך. להלן בתרשים תהליך הניהול של מערך הצנתורים.

89 בשנים האחרונות הורחב חלון הזמנים על ידי איגודים מקצועיים מהארץ ומהעולם, באופן שבמצבים רפואיים מסוימים, אך מעטים, ניתן להאריך את חלון הזמן לצנתור עד 24 שעות; החברה הישראלית לשבץ, **הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוחי חד** (יולי 2021); אתר עמותת נאמן, "טיפולים בשעות הראשונות לאחר שבץ מוחי איסכמי (חסימת)".

90 החברה הישראלית לשבץ והאיגוד הנוירולוגי בישראל, **הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוחי חד - נייר עמדה** (יולי 2021).

91 רופא בעל תעודת מומחה בנוירולוגיה, בנוירוכירורגיה או בנוירור-רדיולוגיה פולשנית, אשר עבר תת-התמחות מוכרת בטיפול באמצעות צנתור של עורקי המוח, התמחות המבוצעת רק בחו"ל במשך כשנתיים-שלוש; **חוזר לטיפול בשבץ מ-2011**; החברה הישראלית לשבץ והאיגוד הנוירולוגי בישראל, **הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוחי חד - נייר עמדה** (יולי 2021).

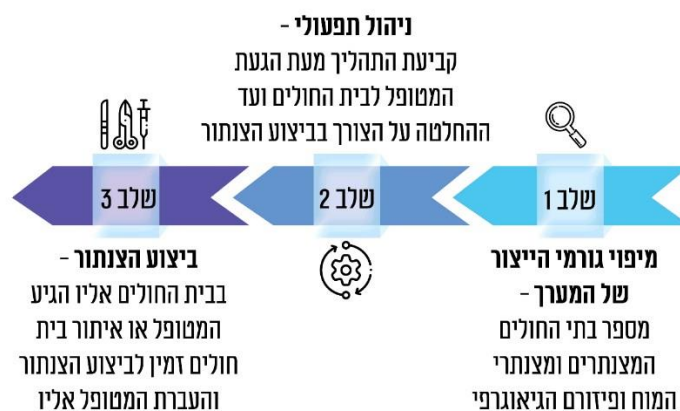
92 מדד מספר 01-14-1-03-003: מתן טיפול תרומבוליטי תוך-וריד (IV rt-PA) ו/או ביצוע צנתור מוחי לאחר אירוע איסכמי חד במוח.

93 ללא הנתונים של שמיר, שהוא בית חולים מצנתר, ושל הלל יפה.

94 **דוח הרישום הלאומי ל-2020**; **דוח הרישום הלאומי לשנים 2016 - 2017** (2019).



תרשים 11: תהליך הניהול של מערך הצנתורים

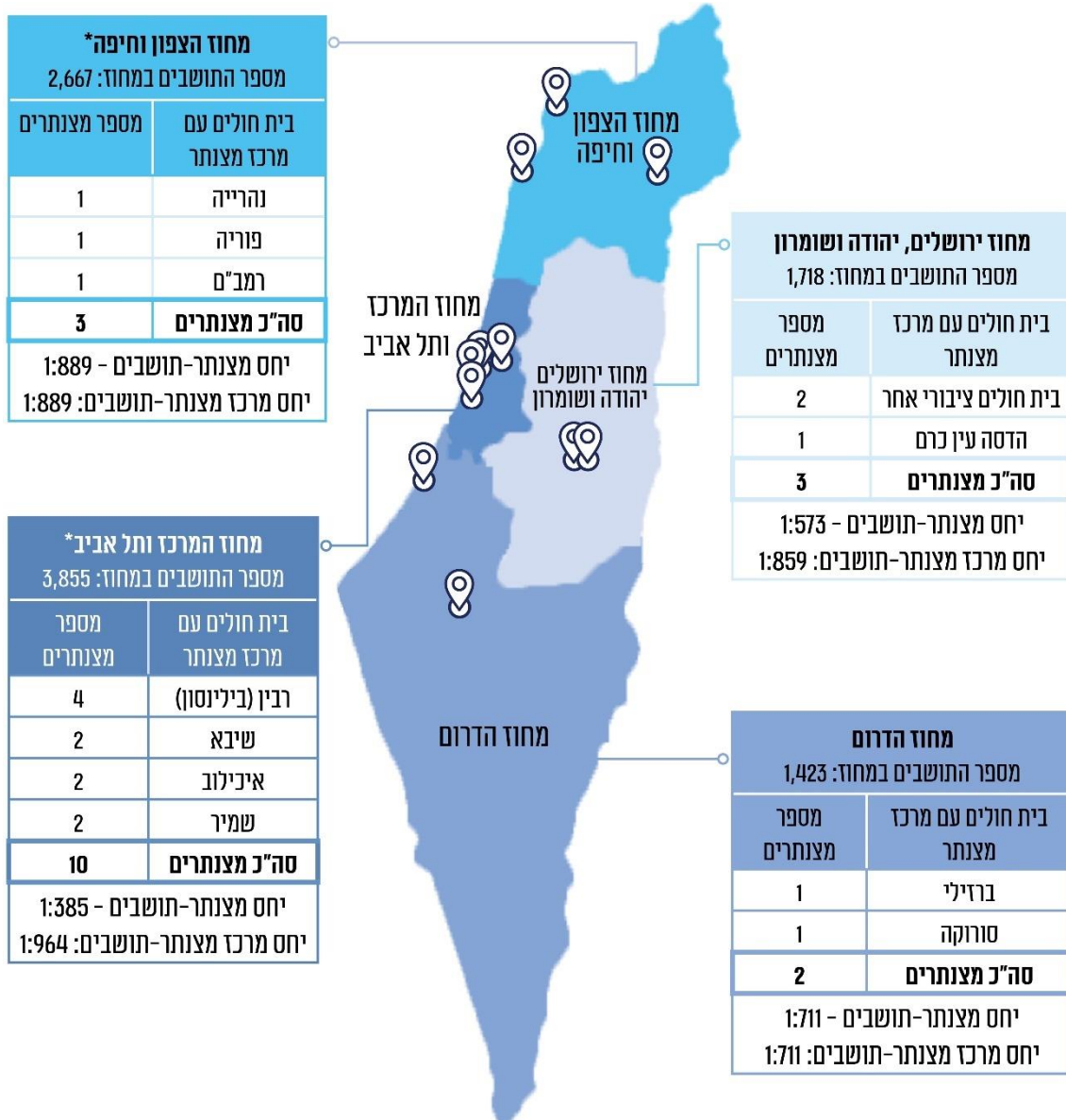


פיזור המרכזים המצנתרים ורופאים מצנתרים: על פי הספרות העולמית, נדרש בממוצע מרכז רפואי מצנתר אחד למיליון איש⁹⁵. על פי נתוני משרד הבריאות המעודכנים לספטמבר 2023, מתוך 25 בתי החולים פעלו 11 בתי חולים מצנתרים, והם העסיקו 18 מצנתרי מוח, כמוצג במפה להלן.

מפה 1: **פיזור המרכזים המצנתרים והרופאים המצנתרים לפי מחוזות (מספר התושבים באלפים; היחס בין מספר התושבים באלפים לרופא אחד)**⁹⁶, 2023

⁹⁵ החברה הישראלית לשבץ, **יחידות שבץ מוח ו"מרכזי על" לטיפול בשבץ מוחי חד** (25.10.20); "היערכות לטיפול בשבץ".

⁹⁶ מספר התושבים לפי מחוז, נכון לסוף שנת 2022.



על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ונתוני משרד הבריאות, 2023.
* בתי החולים המצנטרים במחוזות המרכז ותל אביב ובמחוזות הצפון וחיפה נותנים שירות צנר לאוכלוסייה שבאותם מחוזות.

מהמפה עולה כי מדינת ישראל, שבה 9.5 מיליון תושבים בשנת 2023, עומדת בדרישות הבין-לאומיות של מרכז מצנר אחד למיליון תושבים ואף ביחס טוב יותר. זאת גם בהתייחס לכלל האוכלוסייה - מרכז מצנר ל-864,000 תושבים - וגם בהתייחס למחוזות השונים, שבהם היחס המזערי הוא מרכז מצנר ל-964,000 תושבים.

אשר למספר המצנטרים, עולה כי מספר המצנטרים במחוז צפון וחיפה הוא הנמוך ביותר ביחס לגודל האוכלוסייה במחוז: 1 לכמעט מיליון תושבים, והוא נמוך יותר ב-2/3 מאשר במרכז, שם היחס הוא הגבוה ביותר: 1 לפחות מ-400,000 תושבים. אשר למחוז דרום, היחס עומד על 1 ל-700,000 תושבים, וגם הוא נמוך ממחוז מרכז ותל אביב - ב-1/3.

עלה כי משרד הבריאות לא הגדיר את התקן הנדרש ליחס בין מרכז מצנר לגודל האוכלוסייה וליחס בין מספר מצנטרי המוח לגודל האוכלוסייה. אי-קביעת התקנים הרצויים, ובייחוד בנוגע לזמינות



של מצנתרים, עלול ליצור מצב שלא יהיה מצנתר זמין באזורים מסוימים ובעיקר במחוזות צפון וחיפה ובמחוז הדרום.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי בשנת 2023 אישר המשרד ארבע מלגות להתמחות בצנתור מוח, תוך מתן העדפה למתמחים מאזורי הפריפריה. אחד המתמחים סיים את התמחותו, ונכון לשנת 2024 יש 19 מצנתרי מוח בישראל. משרד הבריאות הוסיף כי בתוכנית העבודה לשנת 2024 הוא קבע יעד לשנת 2024 ואילך של הכשרת שני מצנתרי מוח לשנה, בדגש על אזורי הפריפריה.

מומלץ כי משרד הבריאות יגדיר את התקן הראוי ליחס בין מרכז מצנתר ומספר המצנתרים לבין גודל האוכלוסייה שאותה הם משרתים, תוך התחשבות בפיזור האוכלוסייה באותו אזור גיאוגרפי ובמרחק שלה מהמרכזים המצנתרים, יוודא עמידה בתקן שיקבע, וימשיך לעודד התמחות של מצנתרים בכלל ובפריפריה בפרט.

זמינות מצנתרי מוח בשעות הפעילות הרגילות: שעות הפעילות הרגילות של הרופאים המצנתרים הן כשל כלל הרופאים - שעות היום של ימי חול, ובדרך כלל עד השעה 16:00 לערך. ביתר שעות היממה, שאחרי שעות העבודה הרגילות, מועסקים הרופאים המצנתרים ככוננים. בעת כוננות נדרשים הרופאים, להיות זמינים לייעוץ ולהתייעב בבית החולים לפי צורך. עם זאת, לעיתים נעדרים הרופאים מעבודתם בשעות היום הרגילות, אם בשל היעדרויות פרטיות ואם לצורך השתלמויות והשתתפות בכנסים מקצועיים בארץ ובעולם.

במקרים שבהם נעדרים מצנתרים מעבודתם, זמינות הצנתורים מצטמצמת. היות שבשישה (מתוך 11) מבתי החולים יש רק מצנתר אחד, אין אפשרות לבצע אצלם צנתור מוח בשעות ובימים אלו. מדובר בבתי החולים רמב"ם, נהריה, פוריה, סורוקה ובריזלי, הנמצאים באזורי פריפריה, ובהדסה עין כרם.

במקרים כאלו נדרש להעביר את נפגע שבץ המוח לצנתור מוח בבית חולים אחר, שבו יש מצנתר זמין. כדי להחליט לאן יש להעביר את הנפגע, נדרש שהמידע על זמינות המצנתרים כולם, לרבות הכוננים, יהיה מרוכז וידוע הן לשירותי האמבולנסים והן לבתי החולים.

עלה כי משרד הבריאות אינו מנהל לוח מקוון (דשבורד) המרכז מידע עדכני ושוטף על זמינות מצנתרי המוח, וכי המידע על כך נמצא בכל בית חולים בנפרד, בנוגע לזמינות המצנתרים שלו. לכן אמבולנסים ובתי חולים שמעבירים נפגע שבץ מוחי לצורך צנתור אינם יודעים, באופן שוטף ומיידי, באילו בתי חולים יש מצנתרי מוח זמינים, והם נאלצים לקיים בירורים מהירים על כך מול בתי חולים אחרים⁹⁷.

זמינות מצנתרי מוח בשעות אחר הצהריים, הלילה, סופי שבוע וחגים ופיזורים במחוזות: חטיבת הרפואה במשרד הבריאות מנהלת את זמינות המצנתרים בשעות אחר הצהריים, הלילה, סופי השבוע והחגים (להלן - השעות שלאחר שעות הפעילות) באמצעות לוח כוננויות שמתבסס על גיליון אלקטרוני (אקסל) (להלן - לוח הכוננויות). בלוח נרשמת זמינות המצנתרים בבתי החולים המצנתרים החל מהשעה 16:00 ועד 8:00 למחרת בבוקר וכן זמינות הכוננים בסופי השבוע ובחגים. לוח הכוננויות מופץ בתחילת כל חודש לכל בתי החולים ומתעדכן במהלכו פעמים מספר.

צוות הביקורת בדק באופן מדגמי את זמינות מצנתרי המוח בחודשים מרץ ומאי 2023 בכל אחד מבתי החולים בהתאם ללוח הכוננויות שנקבע בבתי החולים, ובכלל זה בדק בכמה ימים לא היה מצנתר כונן בכל אחד מהמחוזות באותם חודשים. להלן תוצאות הבדיקה:

⁹⁷ חוזר מד"א בנושא "פינוי מטופל עם חשד לשבץ מוחי חד" (3.7.19) קובע, כי אחד התנאים לפינוי ישיר לבית חולים בעל יכולת לצנתר הוא אם הפער בין זמן הפינוי למרכז בעל יכולת צנתור לבין זמן הפינוי לבית החולים הקרוב אינו עולה על 30 דקות.



לוח 2 : מספר הימים שבהם לא היה כונן בשעות שלאחר שעות הפעילות, מרץ ומאי 2023

מרכז ותל אביב (4 מרכזים מצנתרים ו-10 מצנתרים)				ירושלים (2 מרכזים מצנתרים ו-3 מצנתרים)		צפון וחיפה (3 מרכזים מצנתרים ו-3 מצנתרים)			דרום (2 מרכזים מצנתרים ו-2 מצנתרים)		
איכילוב	שמיר	שיבא	בילינסון	מרכז רפאלי ציבורי אחר	הדסה עין כרם	פוריה	נהרייה	רמב"ם	ברזילי	סורוקה	
6	0	0	0	0	0	14	13	17	20	22	מרץ - מספר ימים שבהם לא היה מצנתר מוח כונן בביה"ח
0				0		6			11		מספר הימים שבהם לא היה מצנתר כונן בכל המחוז
6	0	0	3	0	17	11	12	15	19	21	מאי - ימים שבהם לא היה מצנתר מוח כונן בביה"ח
0				0		5			14		מספר הימים שבהם לא היה מצנתר כונן בכל המחוז

על פי נתונים שנמסרו לצוות הביקורת ממשרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה, יוני 2023.

מהלוח עולה כי בחודש מרץ 2023 בשישה (סורוקה, ברזילי, רמב"ם, נהרייה, פוריה ואיכילוב) מבין 11 בתי החולים היו ימים שלא היה בהם מצנתר בשעות שלאחר שעות הפעילות, ובחודש מאי 2023 - בשמונה (סורוקה, ברזילי, רמב"ם, נהרייה, פוריה, הדסה עין כרם, בילינסון ואיכילוב). עוד עולה כי זמינות מצנתרי המוח במחוז דרום בשעות שלאחר שעות הפעילות היא הנמוכה ביותר מכל המחוזות. כך, בחודש מרץ 2023 לא היה אף מצנתר מוח זמין במחוז דרום בשעות שלאחר שעות הפעילות במהלך 11 ימים מהחודש, ובמאי 2023 - במהלך 14 ימים מהחודש. במחוזות חיפה והצפון בחודש מרץ 2023 לא היה אף מצנתר מוח זמין במהלך שישה ימים בשעות שלאחר שעות הפעילות, ובחודש מאי 2023 - במהלך חמישה ימים. יצוין כי במחוז ירושלים במהלך חודש מאי היו 17 ימים רצופים שבהם היה מרכז מצנתר אחד בלבד לכל המחוז.

בדיקת נתוני משרד הבריאות שהועברו לצוות הביקורת העלתה כי במשך שלושה ימים במרץ 2023 ובמשך שבעה ימים במאי 2023, לא היו מצנתרים כוננים כבחצי מתוך 11 המרכזים המצנתרים לפיכך שמרכזים אלה לא היו זמינים לביצוע צנתור בשעות שלאחר שעות הפעילות.

נהרייה, פוריה וסורוקה מסרו לצוות הביקורת כי בעת צורך מצנתרים שאינם כוננים יתייצבו לצנתור מטופלים אם יהיו זמינים.

ניהול לוח הכוננויות באופן ידני ולא מקוון: לוח הכוננויות של משרד הבריאות מתנהל באמצעות טבלת אקסל ומתעדכן באופן שוטף במהלך כל החודש בהתאם לשינויים בזמינות המצנתרים. היות שלא מדובר במערכת מקוונת שמנהלת את הכוננויות ומציגה אותן לכל הנדרש למידע, העדכונים וההפצה של לוח הכוננויות לבתי החולים נעשים ידנית, באמצעות דואר אלקטרוני, בכל עדכון מחדש.

עלה שלוח הכוננויות מתעדכן באופן תדיר ומשרד הבריאות מפיץ אותו לבתי החולים באופן יזום - ידנית (באמצעות דואר אלקטרוני) ולא אוטומטי. אשר על כן, בתי החולים מתקשים לעקוב אחריו.



כך למשל, בכל אחד מהחודשים מרץ ומאי 2023 התעדכן הלוח חמש עד עשר פעמים, ולאחר כל עדכון נשלח קובץ חדש של לוח הכונוניות לבית החולים.⁹⁸

התדירות התכופה של עדכוני לוח הכונוניות באה לידי ביטוי גם בדבריו של אחד מהמרכזים הרפואיים לצוות הביקורת, שהוא אינו נוהג להשתמש בלוח הכונוניות, היות שהלוח מתעדכן באופן תכוף שמקשה לעקוב אחריו.

שליטה במשאבי הצנתור וניהולם: התקן המקובל העולמי הוא כאמור מרכז מצנתר אחד למיליון איש. בישראל היחס טוב יותר - יש 11 מרכזים מצנתרים, והיחס עומד על מרכז מצנתר לכ- 900,000 איש⁹⁹. עם זאת, בכמה מדינות יש מנגנונים של העברות מבית חולים שאין לו יכולת (זמנית או קבועה) לבצע צנתור לבית חולים שיש לו יכולת כזו, או לחלופין, מנגנונים מוסדרים להיוועצות בין בתי חולים לצורך החלטה בנוגע לצנתור. לעומת זאת, למערכת הבריאות בישראל אין מנגנונים מוסדרים כאלו.

כך למשל, בגרמניה ניתן מענה לבתי חולים קטנים שלהם אין יכולת לטיפול מספק בשבץ מוחי, וזאת באמצעות שיוכם לרשתות בתי חולים, ששותפים להן בתי חולים מרכזיים בעלי יכולת כזו. בתי החולים המרכזיים מחויבים לקבל את נפגעי השבץ מבתי החולים הקטנים הנזקקים לצנתור ולטפל בהם¹⁰⁰. בארצות הברית ובקטלוגניה כשיש מקרה שבץ מתקיימת היוועצות בין צוותי בתי החולים - מומחי שבץ, אחיות, רדיולוגים, חוקרים ועוד - בשיטה של רפואה מרחוק, או טלה-שבץ. הצוותים מחליטים ביחד על הטיפול המתאים ביותר לצנתור השבץ, וכך נמנעים ממצב של העברה מיותרת של מטופל שאינו מתאים לצנתור, ובית החולים שאליו הגיע המטופל ממשיך לטפל בו באופן המתאים¹⁰¹.

ניהול מרכזי דומה בארץ הוא מרכז השליטה הארצי שמפעיל משרד הבריאות עבור המלר"דים של בתי החולים. מרכז השליטה מאפשר לווסת עומסים בין המלר"דים, וכך יכול אמבולנס המסיע חולים להפנותם ישירות למלר"ד זמין. מרכז השליטה כולל לוח מחוונים (דשבורד), המציג מדדים בנוגע לכל בתי החולים הכלליים והרלוונטיים למלר"דים ובהם אלו: מספר המטופלים בכל מלר"ד; רמת דחיפות הטיפול בהם; שלב הטיפול בהם - קבלה, בדיקת רופא וקבלת ההחלטה על המשך הטיפול; האם המטופל אושפז ובאיזו מחלקה. המערכת גם מחשבת את זמני ההמתנה הממוצעים בשלבים השונים של הפעולות הנעשות במלר"ד.

יצוין שלפי החלטה של משרד הבריאות משנת 2018¹⁰², החלופה של פתיחת מרכזים מצנתרים נוספים אינה מעשית, ויש לחזק את המרכזים הקיימים. הדבר גם הוסכם בשנת 2021 בין משרד הבריאות לחי"ש¹⁰³. משמעות הדבר היא שקיים צורך בהתייעלות לאומית - שיפור הביצועים במסגרת המשאבים הקיימת ומיצוי המיטבי. לצורך כך נדרשת יכולת לשליטה על המשאבים הקיימים.

בדיונים שקיים משרד הבריאות עם חי"ש בשנת 2021 הוסכם שקיים צורך להקים מרכז שליטה ארצי לצורך יעול תהליכי העברת נפגעי שבץ מוחי בין בתי חולים ומיצוי המשאבים הקיימים לביצוע הצנתורים. בעקבות דיונים אלה החליט מנכ"ל משרד הבריאות בסוף שנה זו, כי המשרד ירכז עבודת מטה למיפוי הפערים בנושא ההעברות של נפגעי שבץ מוחי ולגיבוש צעדים להקמה ולפיתוח של מרכז

98 לוחות כונוניות מרץ-מאי 2023.

99 לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בינואר 2023 היו 9,662,037 תושבים במדינת ישראל.

100 Jan Schoenfelder, Mansour Zarrin, Remo Griesbaum, & Ansgar Berlis, "Stroke care networks and the impact on quality of care", *Health Care Management Science* 25, (2022), pp. 24 - 41 Mayo Clinic, Telestroke (stroke telemedicine).

101 Telestroke in Catalonia: Increasing Thrombolysis Rate and Avoiding Interhospital Transfers, National Library of Medicine; במסגרת מחקר אחר, שבוצע באנגליה, הוצע מודל של "צוות נייד" שיגיע אל בית החולים המטפל, אולם הכותבים לא פירטו בנוגע אליו.

102 למשל, משרד הבריאות, סיכום דיון בנושא "הקמת יחידות צנתורי מוח לטיפול בשבץ מוח חד בבתי חולים קטנים/בינוניים" (12.10.21); החברה הישראלית לשבץ והאיגוד הנוירולוגי בישראל, **הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוחי חד - נייר עמדה** (יולי 2021); נייר העמדה של החברה הישראלית לשבץ, האיגוד הנוירולוגי בישראל, **יחידות שבץ מוח ומרכזי על לטיפול בשבץ מוחי חד** (25.10.20); "היערכות לטיפול בשבץ".

103 נייר עמדה של החברה הישראלית לשבץ, "הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוח חד", יולי 2021.



שליטה ארצי, שיכלול אמצעים דיגיטליים ולוח בקרה שיציג את זמינות המרכזים המצנתרים בזמן אמת.

עולה שלעומת מדינות שבהן יש מנגנונים להסדרה של ההעברות בין בתי חולים לצורך צנתור, למערכת הבריאות בישראל אין מנגנונים כאלו. משרד הבריאות ביקש להסדיר מנגנון כזה, ובשנת 2021 החליט שהמשרד ירכז עבודת מטה שתביא להקמה ולפיתוח של מרכז שליטה ארצי. בדומה למרכז השליטה הארצי שמפעיל משרד הבריאות עבור המלר"דים של בתי החולים, גם מרכז שליטה זה אמור היה לאפשר ניהול של כלל המשאבים - מרכזים מצנתרים ורופאים מצנתרים - וכן להציג לוח בקרה המרכז את זמינותם בזמן אמת. באמצעים אלה ניתן לייעל את תהליכי העברת נפגעי שבץ מוחי בין בתי החולים ולמצות את המשאבים הקיימים לצורך ביצוע הצנתורים. ואולם, החלטת המנכ"ל לא יושמה, ונכון לסיום מועד הביקורת לא הוקם מרכז שליטה ארצי.

בהיעדר מרכז שליטה וניהול ארצי לניהול מערך המצנתרים, המשרד אינו שולט במשאבים אלו, אינו יכול לתכנן את כוונות המצנתרים ביעילות לאורך כל שעות היממה, אינו מנגיש את המידע על זמינות המערך לבתי החולים וכן למד"א, ובשל כך נאלצים בתי חולים שאינם מצנתרים לאתר בעצמם בית חולים מצנתר, וזאת תוך בזבוז זמן יקר. המשרד גם אינו מרכז את כל המידע הנוגע להעברת נפגעי שבץ לצנתור בבתי החולים. המשמעות היא שיתכנו ימים שבהם באזורים מסוימים לא יהיו מצנתרים זמינים ואף לא בתי חולים זמינים לצנתור. הדבר עלול לפגוע בחולים ובמיוחד בתושבי הפריפריה - מחוזות דרום וצפון - ששם הזמינות נמוכה יותר מאשר במרכז. זו פגיעה בחוק זכויות החולה, הקובע כי כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו¹⁰⁴, ופגיעה בערך השוויון ובזכויות המטופלים - ערכים שאליהם שואף משרד הבריאות¹⁰⁵.

מומלץ כי למשרד הבריאות תהיה יכולת שליטה ארצית במערך הצנתורים באמצעות מערכת ממוחשבת ומקוונת שתתממשק לכל בתי החולים ולמד"א, וזאת כפי שאף הוסכם בשנת 2021 בדיון של משרד הבריאות עם ח"ש. מערכת כזו צפויה לייעל את תהליכי העברת נפגעי שבץ מוחי בין בתי חולים ולמצות את המשאבים הקיימים לביצוע הצנתורים. היא תוכל לאפשר למשרד לתכנן את כוונות מערך הצנתורים בראייה ארצית ולהציג את תמונת המצב העדכנית של המערך, באופן שכל בית חולים וכן מד"א יוכלו לתכנן את פינוי נפגע השבץ לבית חולים מתאים שבו קיימת זמינות לצנתור.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי מרכז השליטה הארצי שהוא מפעיל עבור המלר"דים של בתי החולים פועל בכל שעות היממה ומטפל גם בהעברות של נפגעי שבץ. עוד ציין משרד הבריאות כי בתוכנית העבודה שלו לשנת 2024 הוא כלל פיתוח מערכת מחשוב ולוח מחוונים (דשבורד) לניהול מרכזי של הטיפול בנפגעי שבץ, שיאפשרו ניהול ושליטה לגבי מערך המצנתרים וזמינותם, חדרי הצנתורים והעברת נפגעי שבץ לצנתור לבתי חולים אחרים. זאת כדי להגביר את זמינות המצנתרים ואת זמינות חדרי הצנתור בבתי חולים המצנתרים, ובכך לקצר את הזמן מהפינוי וההעברה של נפגעי השבץ ועד לצנתור. ההחלטה אם ליישם בפועל משימה זו תתקבל לפי סדר עדיפויות שיקבע המשרד.

העברות נפגעי שבץ בין בתי החולים לצורך צנתור מוחי

כאשר נפגע שבץ נדרש לצנתור מוח, אך בבית החולים שאליו הוא הגיע אין מצנתר מוח זמין, נדרש בית החולים להעבירו בזריזות לבית חולים אחר שבו יש מצנתר זמין. רצוי שיהיה זה בית חולים שקרוב אליו ככל הניתן. לאחר איתור בית חולים כזה ולאחר שתואמה העברת נפגע השבץ בין בתי החולים, הוא יועבר באמבולנס לבית החולים שבו יעבור את הצנתור המוחי. בעת הגעתו יישקל הצורך בהדמיה חוזרת כדי לעמוד על מצבו העדכני וכדי לוודא שלא התפתחו סימני נזק בלתי הפיך נרחבים,

104 חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.

105 משרד הבריאות, **חוזר המנהל הכללי 08/22**, "אמות מידה לקידום שוויון במערכת הבריאות" (26.6.22); משרד הבריאות, הודעת דוברות, **משרד הבריאות מפרסם את המלצות הביניים של ועדת העשור לצמצום אי השוויון בבריאות ואת דוח אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו לשנת 2021** (14.11.22).



שבעקבותיהם לא תהיה תועלת בצנתור והוא יתיתר¹⁰⁶. בפועל אין חובה על בתי חולים מצנתרים לקלוט חולים מבתי חולים אחרים לשם ביצוע הצנתור, והדבר תלוי בזמינות המערך שלהם, בשיקול דעתו המקצועית של המצנתר בנוגע לצורך בביצוע הצנתור וגם במידת שיתוף הפעולה בין בתי החולים.

גיבוש תמונת מצב על העברות בין בתי החולים

מדריך התכנון הממשלתי¹⁰⁷ קובע את השיטה שלפיה יש לקבוע תוכנית ייעודית, שהיא שלב מקדמי לקביעת מדיניות. השלב הראשון בתוכנית הוא זיהוי הנושאים שיש לטפל בהם וגיבוש תמונת מצב, וזאת באמצעות איסוף ידע ונתונים, ניתוחם, יצירת תובנות ובחינת יכולות ביצוע התוכנית.

כדי שמשרד הבריאות יוכל לתכנן באופן מושכל את מערך הצנתורים, ובכלל זה את המענה הלאומי להבטחת זמינות המערך, עליו להתבסס על נתונים היסטוריים ושוטפים בנוגע לנפגעי השבץ המוחי.

בהתאם לכך, וכדי שמשרד הבריאות יוכל לגבש מנגנון לניהול העברת חולים בין בתי חולים לצורך צנתור מוחי ואת הכללים והתנאים להעברה, נדרש שהחלטותיו יתבססו על תמונת מצב שלמה לגבי מצבים שכאלו. עליו לבצע הערכה מדויקת של המצב הקיים ובפרט לאסוף נתונים על מספר הנפגעים בכלל ואלו שנדרשו להעברות לצורך ביצוע צנתור, מספר הניסיונות לתיאום העברות שלא צלחו, שיעור ביצוע הצנתורים במקרים שהועברו, הזמן מרגע ההעברה עד ביצוע הצנתור, המרחק בין בית החולים שהעביר את המטופל לצורך הצנתור לזה שקלט אותו, זמני ההמתנה לאמבולנס לצורך ביצוע ההעברה, תוצאות הצנתור, הסיבות לכך שחולים שהועברו לא צונתרו ומידע אחר שעשוי להיות רלוונטי לצורך גיבוש מנגנון ניהולי.

עלה שלרשם השבץ יש נתונים גולמיים בנוגע למספר נפגעי השבץ המוחי שהועברו לבתי חולים אחרים ובנוגע לזמני ההעברה שלהם, אך אין ביזו כל הנתונים האמורים שנדרשים למשרד הבריאות כדי לקבוע מנגנון לניהול המשאבים הקיימים באופן היעיל ביותר. כך לדוגמה, אין לו נתונים על זמני הגעה של אמבולנס, ניסיונות תיאום שלא צלחו וסיבת ההעברה המדויקת.

עוד עלה כי למעט מקרה חד-פעמי לשנת 2019, שבו חי"ש ביקשה וקיבלה מרשם השבץ נתונים בנוגע למספר נפגעי השבץ המוחי שהועברו בין בתי חולים לצורך צנתור ובנוגע לזמני ההעברה שלהם, למשרד הבריאות אין נתונים על תחום זה.

חוסר בבסיס נתונים כזה מביא לכך שההחלטות הניהוליות שקובע המשרד בנוגע למיצוי משאב הצנתורים ולקביעת בתי החולים שיבצעו את הצנתורים, שנדרשת להן ראייה מערכתית-ארצית, אינן מתבססות על תמונת מצב מלאה ומדויקת של זמינות המשאבים.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי תפקיד הרשם הוא לרשום, לתעד ולנתח נתונים, הוא אינו מחליף מערכת ניהול מתוקשבת, היכולה להציג ולנהל נתונים בזמן אמת. בהיעדר מערכת כזו קיים קושי רב למצות את המשאבים המוגבלים העומדים לרשות מערכת הבריאות לצורך צנתורי מוח.

מומלץ שמשרד הבריאות יוודא שלרשם השבץ יהיו כל הנתונים הנדרשים לצורך גיבוש תמונת מצב שוטפת של מערך צנתורי המוח. היכולת לגבש תמונת מצב שלמה ואמינה כאמור תאפשר למשרד הבריאות גם ליצור את תשתית המידע הנדרשת עבור מערכת לניהול יעיל של מערך הצנתורים. מערכת כזאת תאפשר שליטה על מכלול התהליכים הכרוכים בטיפול בנפגעי שבץ מוחי, לרבות העברות של נפגעים בין בתי חולים, באופן שהתהליכים יהיו מהירים ככל האפשר, וניתן יהיה למצות את חלון הזמנים המאפשר טיפול יעיל בנפגעי שבץ מוחי.

¹⁰⁶ ההסתדרות הרפואית בישראל, הנחיות טיפול בשבץ מוחי (יוני 2022); נייר עמדה של החברה הישראלית לשבץ, "הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוח חד", יולי 2021; העברת מטופל החשוד כסובל משבץ מוחי לבית חולים בו זמין שירות צנתור מוחי, אפריל 2019; מינהל רפואה, חוזר מס' 29/2011 היערכות לטיפול בשבץ מוחי חד (12.7.11).

¹⁰⁷ משרד ראש הממשלה, האגף לתכנון מדיניות, מדריך התכנון הממשלתי (ספטמבר 2010).



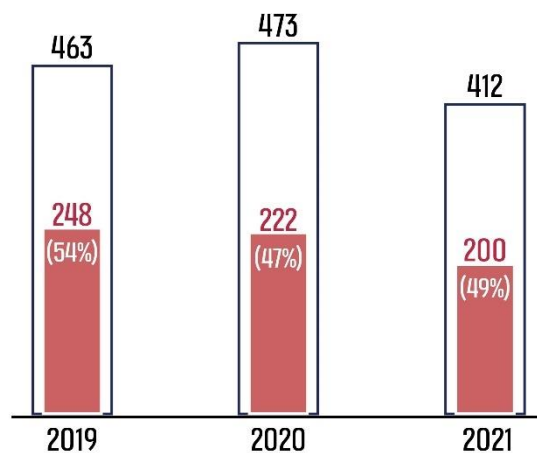
משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי הוא מקבל את המלצת משרד מבקר המדינה בדבר הצורך באיסוף מידע הנוגע להעברות נפגעי שבץ לצנתור, וכי יבדוק את ההיתכנות של הסדרת מנגנון דיווח מבתי החולים לרשם השבץ.

נתונים על העברות של נפגעי שבץ מוחי שיועדו לצנתור

מתוך 748 נפגעי השבץ שצונתרו בשנת 2019, 533 הגיעו ישירות לבית חולים מצנתר, ויתר 215 הנפגעים הועברו לצנתור מבית חולים אחר. בשנת 2020 צונתרו 902 נפגעי שבץ מוחי - 651 צונתרו בבית החולים שאליו הגיעו, ו-251 הועברו לצנתור מבית חולים אחר. בשנת 2021 צונתרו 897 נפגעי שבץ מוחי - 685 צונתרו בבית החולים שאליו הגיעו, ו-212 הועברו לצנתור מבית חולים אחר¹⁰⁸. ואולם, לא כל נפגעי השבץ המוחי שהועברו לבתי חולים אחרים לצורך צנתור צונתרו בסופו של דבר. זאת בין היתר בשל הערכה מחודשת בבית החולים שקיבל את הנפגע, ולפיה אין יכולת לצנתר או שאין תועלת לנפגע בצנתור, אם משום שחלף הזמן המאפשר את הצנתור ואם מסיבות רפואיות אחרות. מיעוטם הגיעו לבית חולים מצנתר והועברו לבתי חולים מצנתר אחר (ב-2019 - 12% מאלה שהועברו; ב-2020 - 5% מאלה שהועברו; וב-2021 - 8% מאלה שהועברו), בין היתר כיוון שהראשון לא היה זמין לביצוע צנתור באותו הזמן.

להלן הנתונים לגבי חולים שהועברו לצורך צנתור מבית חולים אחר (שאינו מצנתר או שלא היה זמין לביצוע צנתור), ובסופו של דבר לא צונתרו:

תרשים 5: נפגעי שבץ מוח שהועברו לצנתור בבית חולים אחר ואלו שלא צונתרו, 2019 - 2021



□ כל נפגעי השבץ שהגיעו לבית חולים שאינו מצנתר והועברו לבית חולים מצנתר
 ■ נפגעי השבץ שלא צונתרו

על פי נתוני הרישום הלאומי לשבץ מוחי בישראל, בעיבוד משרד מבקר המדינה, יוני 2023 (נתוני 2021 אינם כוללים את נתוני הלל יפה ושמיר).

מהתרשים עולה שכמחצית מנפגעי השבץ שהועברו בשנים 2019 - 2021 מבתי חולים שאינם מצנתרים לבתי חולים מצנתרים לא צונתרו בסופו של דבר.

עלה שתהליך הדיווח על העברה לצורך צנתור בבית חולים אחר אינו מוסדר: אומנם הסיבות לכך שהנפגע לא צונתר ידועות ומתועדות בבית החולים שאמור היה לצנתר את הנפגע, אך הן אינן מדווחות לרשם השבץ. כמו כן, לא קיימת חובה על בית החולים שאליו הועבר נפגע שבץ מוחי לעדכן את בית

¹⁰⁸ על פי נתונים שהעביר רשם השבץ למשרד מבקר המדינה ביוני 2023. נתוני שנת 2021 אינם מכילים את דוחות שמיר והלל יפה.



החולים שהעביר את הנפגע על ביצוע הצנתור או על אי-ביצועו, מה היו הסיבות לכך ועל תוצאות הצנתור¹⁰⁹. היות שכך, רשם השבץ ומשרד הבריאות, וכן בית החולים שהעביר את הנפגע לצנתור בבית חולים אחר, אינם יכולים לנתח את הסיבות לכך שהצנתור לא בוצע ולהפיק מכך לקחים, לרבות בנוגע למקרים שבהם הוחמץ "חלון הזמנים" לצנתור בשל הזמן הארוך מדי שחלף מאז האירוע.

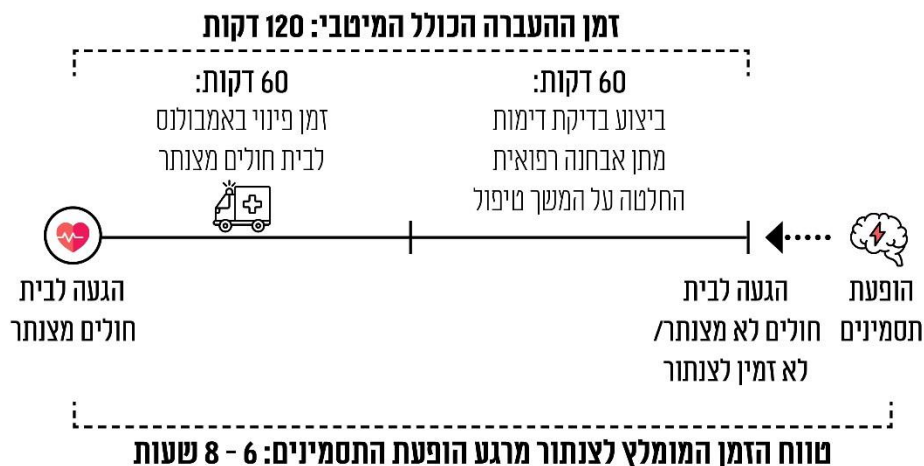
חולים שנזקקו לצנתור מוח אך לא צונתרו בסופו של דבר, בין היתר בשל החמצת "חלון הזמנים" שאיפשר זאת, עלולים להינזק בשל פגיעה ברקמת המוח ולהידרדרות במצבם עד כדי נכות פיזית ופגיעה בתפקודים המנטליים. במצב החמור יותר הדבר עלול להוביל למוות.

מומלץ כי משרד הבריאות יסדיר את תהליך הדיווח לרשם השבץ על הצנתור או על כך שהוא לא בוצע. עוד מומלץ שהמשרד יודא כי יש בידיו נתונים על הסיבות לכך שבסופו של דבר הצנתור לא בוצע, וזאת כדי להפיק לקחים בנוגע לתהליך העברת המטופל, לתיאום בין בתי החולים ולעצם ההחלטה על הצורך בהעברה.

זמן העברת חולים לצורך צנתור מוחי

זמן ההעברה הכולל המיטבי של נפגע השבץ שנדרש לצנתור מבית חולים אחד לבית חולים מצנתר הוא 120 דקות¹¹⁰, להלן בתרשים חלוקת זמן ההעברה.

תרשים 6: חלוקת זמן ההעברה מבית חולים אחד לבית חולים מצנתר



על פי נתוני משרד הבריאות וח"י, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מנתוני רשם השבץ¹¹¹ עולה שבשנים 2019 - 2021 פרק הזמן החציוני¹¹² מההגעה למלר"ד בבית החולים שאינו מצנתר ועד ההגעה לבית חולים מצנתר עמד על בין 174 דקות בשנים 2019 ו-2020 ל-192 דקות בשנת 2021. זהו פרק זמן הארוך ב-45% וב-60% בהתאמה מזה המומלץ - 120 דקות.

¹⁰⁹ נפגע שבץ שהועבר לבית חולים אחר לצורך צנתור נשאר בו לאשפוז.

¹¹⁰ ההסתדרות הרפואית בישראל, הנחיות טיפול בשבץ מוחי (יוני 2022). סיכום דיון משרד הבריאות: הקמת יחידות צנתור מוח לטיפול בשבץ מוח חד בבתי חולים קטנים/בינוניים מיום 12.10.21; נייר עמדה של החברה הישראלית לשבץ, "הגדרת היחידות לטיפול בשבץ מוח חד", יולי 2021. National implementation of reperfusion for acute ischemic stroke in England, How should services be configured? - A modelling study (2022).

¹¹¹ על פי נתונים שהעביר רשם השבץ למשרד מבקר המדינה ביוני 2023. רשם השבץ ציין שנתוני השנים 2019 - 2020 אינם מכילים את זמני הצנתור מסורוקה, אשר אינם מדווחים באופן תקין. כמו כן, נתוני שנת 2021 אינם מכילים את זמני ביצוע הצנתור מסורוקה, הדסה ואיכילוב, אשר אינם מדווחים באופן תקין, ואינם מכילים כלל נתונים על שמיר.

¹¹² זמן חציוני בדקות, כלומר, 50% מהחולים הגיעו מעל זמן זה ו-50% מתחתיו.



אשר לפרק הזמן שמההגעה למלר"ד בבית החולים שאינו מצננת ועד לצנתור עצמו, עולה שהזמן החציוני עמד על 270 דקות (4.5 שעות), 120 דקות יותר (80% יותר) מהזמן עד ביצוע הצנתור לנפגעי שבץ שהגיעו ישירות לבית החולים המצננת בכל אחת משלוש השנים.

מהנתונים גם עולה כי בקרב כרבע מנפגעי השבץ זמן ההגעה ממלר"ד אחד לשני היה ארוך יותר ועמד על יותר מ-220 דקות ב-2019 וב-2020 ויותר מ-246 דקות ב-2021, זמן הארוך ב-185% - 205% מהזמן המומלץ (120 דקות). כך גם לגבי פרק הזמן עד לביצוע הצנתור, שהיה ארוך ועמד ברבע מהמקרים על יותר מ-360 דקות בשנים 2019 - 2021, זמן הארוך ב-240% מהזמן החציוני עד ביצוע הצנתור לחולים שהגיעו ישירות לבית החולים המצננת (150 דקות). משמעות הדבר שחולים שהגיעו לאחר 360 דקות - 6 שעות - היו קרובים לקצה חלון הזמנים לביצוע צנתור מוח, העומד על 6 - 8 שעות. עוד עולה מהנתונים כי חולים שהגיעו ישירות לבית חולים מצננת, ללא העברה בין שני בתי חולים, צונתרו בתוך 150 דקות (שעתיים וחצי) מרגע הגעתם.

חלון הזמן לצורך טיפול יעיל בנפגע שבץ מוחי הוא קצוב וקצר. בנוגע לכך ציין אחד המרכזים הרפואיים (אסותא אשדוד) שהעביר נפגעי שבץ שנדרשו לצנתור לבית חולים אחר, כי בשל ההגעה המאוחרת לבית החולים המצננת נוצר נזק מוחי, שייתר את הערך בצנתור ולכן הוא לא התבצע.

גורם הזמן הוא קריטי במתן הטיפול לנפגעי שבץ מוחי. זמן ארוך מדי עד לקבלת הטיפול, ובכלל זה ביצוע הצנתור, עלול לגרום למצב של נזק מוחי בלתי הפיך, שבו נפגעים אזורים נוספים במוח. הדבר עלול להוביל להפרעות מוטוריות, קוגניטיביות, שפתיות, רגשיות והתנהגותיות חמורות יותר ואף למוות.

גורמים המשפיעים על פרק הזמן לביצוע הצנתור בבית חולים אחר: שני גורמים עיקריים משפיעים על פרק הזמן עד לצנתור בבית חולים אחר מזה שנפגע השבץ הגיע אליו: איתור בית חולים זמין לצנתור וזמינות ניידת טיפול נמרץ להעברת נפגע השבץ בין בתי החולים. להלן הפרטים:

איתור בית חולים ומצננת זמינים לצנתור: כדי שבית חולים מצננת יוכל לקבל לצנתור חולים מבתי חולים אחרים, הוא נדרש לזמינות המצננת, לחדר ניתוח פנוי, לזמינות של צוות תומך בחדר הניתוח ולמיטת אשפוז פנויה המתאימה למטופל לאחר הצנתור¹¹³. מדובר במערך שלם שעליו להיות ערוך, מוכן ומזומן לקליטת חולים נוספים על אלו שהגיעו אליו במקור. כדי למנוע מצב של תלות בנכונות וברצון לשיתוף פעולה של בתי החולים, וכדי למצות ביעילות את כלל משאבי המערכת, נדרש שהתהליך יהיה מוסדר.

בפועל, כאשר נדרש להעביר נפגע שבץ לצנתור בבית חולים אחר, על הרופא הנוירולוג בבית החולים שאינו מצננת לאתר בית חולים סמוך ככל הניתן, שמוכן ויכול לקבל את המטופל לצנתור. לשם כך מקיים הרופא בירורים בבתי החולים וכן נעזר בלוח הכוונות שמנהל משרד הבריאות.



להלן דוגמאות לקשיים שבהם נתקלו בתי החולים שנדרשו להעביר נפגע שבץ לבית חולים מצנתר, כפי שהעלו לפני צוות הביקורת:

אסותא אשדוד	ברזילי
”היו מקרים שבהם נעשתה פנייה לארבעה או חמישה בתי חולים עד איתור בית חולים זמין לצנתור... הקושי בתיאום מייצר עיכוב קריטי שיכול לגרום לפגיעה בחיות רקמת המוח וכך לגרום נזק בלתי הפיך ואף תמותה...” ”קיים קושי באיתור מצנתר או יחידה פנויה לקבלת מטופל לצנתור.”	”בית החולים לא הצליח להעביר נפגע שבץ לבית חולים מצנתר, כיוון שלא מצא מצנתר זמין.” ”משך הזמן הנדרש להעברה בין בתי חולים הוא ארוך מדי לעיתים, וכך כבר לא ניתן לבצע צנתור לחולה.” ”לעתים הרופא המצנתר בבית החולים האחר אינו מסכים שיש צורך לבצע את הצנתור.”
זיו	הלל יפה
”אחת הבעיות שמתעוררות בטיפול בנפגעי שבץ מוחי היא פרק הזמן הנדרש להעברה ואיתור מצנתר זמין שמובן לקבל את המטופל ומאשר כי הוא מתאים לצנתור” ”היו מקרים שבהם חל עיכוב משמעותי בהעברת המטופל לבית החולים האחר עקב כך שכונן הצנתור לא היה פנוי, לרוב היה עסוק בצנתור.”	”לעיתים קיימים קשיים למצוא מצנתר פנוי לביצוע הצנתור.” ”היו מקרים שבהם חל עיכוב משמעותי בהעברת המטופל לבית החולים האחר עקב כך שכונן הצנתור לא היה פנוי, לרוב היה עסוק בצנתור.”

זמינות ניידת טיפול נמרץ להעברה דחופה בין בתי החולים : העברת מטופל שבץ מוגדרת כהעברה דחופה ומצילת חיים. לכן יש לפנותו באמבולנס טיפול נמרץ (להלן - אט"ן) - של מד"א או של חברות פרטיות. נוכח הדחיפות יש לשלוח את האט"ן הזמין ביותר להעברה¹¹⁴ ולבצעה כנסיעה דחופה עם סירנה¹¹⁵. ואולם, בית החולים המעביר יכול להזמין אמבולנס רק לאחר שאיתר בית חולים זמין לצנתור נפגע השבץ. המתנה ממושכת לאמבולנס לצורך העברה לצנתור מאריכה את הזמן עד לביצוע הצנתור - דבר הפוגע בנפגע השבץ.

חמישה בתי חולים מתוך ה-20 שנבדקו - אסותא אשדוד, רמב"ם, הלל יפה, הדסה וזיו - ציינו לפני צוות הביקורת כי לעיתים זמן העברת נפגע השבץ לצנתור התארך בעקבות עיכוב בהגעת האמבולנס.

עוד עלה שמשד הבריאות לא קבע בנהליו מהו פרק הזמן המרבי מזימון האמבולנס ועד הגעתו לבית החולים, ובפועל אין לו נתונים על כך. לכן הוא אינו יכול לדעת אם זמן הגעת האמבולנס הוא חסם להגעת נפגע שבץ מוחי לצנתור, ואם כן, כיצד ניתן ליעל את תהליך ההעברה ולקצר את פרק הזמן.

העברת תצלומי דימות בין בתי חולים לצורך החלטה על צנתור

לפני העברת נפגע שבץ בין בתי החולים לצורך צנתור, בית החולים שאלו הגיע המטופל צריך להעביר את בדיקות הדימות שעשה למטופל אל בית החולים המצנתר לצורך התייעצות והחלטה על ביצוע הצנתור. בחינת בדיקות הדימות בשלב זה עשויה לאפשר לרופאים גם לעמוד על מצב נפגע השבץ עוד טרם הגעתו ולעיתים גם להימנע מהצורך בצילומי דימות נוספים בבית החולים המצנתר.

העברת תצלומי הדימות בין בתי החולים יכולה להיעשות ידנית באמצעות צריבתם על דיסק והעברתם לבית החולים המצנתר יחד עם המטופל, דבר שנעשה בכל העברה שבה הוחלט שהמטופל מתאים לצנתור, אך זוהי פעולה שכאמור נעשית לאחר ההחלטה לצנתור; או בהעברה מקוונת באמצעות ממשק דיגיטלי ייעודי המתאים להעברת תצלומי דימות או לצפייה בתצלומי דימות שביצעו בתי חולים אחרים. ממשק כזה יכול לאפשר לבתי החולים המחוברים לארכיב הדיגיטלי של תצלומי הדימות

114 אם אין אט"ן פנוי בזמינות מיידי לביצוע ההעברה, תורן המוקד יעדכן את הרופא האחראי/האחות האחראית בבית"ח. באחריות הרופא המטפל בבית"ח לשקול ביצוע ההעברה באמצעים אחרים (כגון מסוק, אמבולנס רגיל עם צוות + ציוד מלא מבית"ח, וכדומה).

115 במקרים מסוימים ניתן להעביר גם באמבולנס לבן; נייר עמדה האיגוד הנוירולוגי הישראלי: העברת מטופל החשוד כסובל משבץ מוחי לבית חולים בו זמין שירות צנתור מוחי, אפריל 2019; חוזר אגף רפואה מד"א, "העברת מטופל הסובל מאירוע מוחי חד למרכז צנתורי מוחי" (23.5.16); חוזר אגף רפואה מד"א, "פנינו מטופל עם חשד לשבץ מוחי חד" (3.7.19).



(PACS¹¹⁶) צפייה בתצלומי הדימות המאוחסנים בארכיב הממוחשב של בית חולים אחר¹¹⁷ (להלן - ממשק ל-PACS).

עוד בשנת 2014 העלו המועצות הלאומיות¹¹⁸ ביניהן ומול מנכ"ל משרד הבריאות את הצורך בממשקים ל-PACS בין כל בתי החולים, שיאפשרו צפייה בבדיקות ובפענוח של צילומי דימות בין כל בתי החולים (על פי הצורך). ממשקים כאלה גם יצמצמו את הצורך בפעולות דימות ויקטינו את חשיפת המטופל לקרינה¹¹⁹. חייש המליצה בשנת 2020 לפתח מערכת ממוחשבת שתאפשר גם צפייה ובחינה של התצלומים באמצעות יישומון בטלפון הנייד, דבר שיאפשר קבלת החלטות מהירות ונכונות על העברות חולים בין בתי החולים¹²⁰.

בביקורת עלה כי על אף הצורך שהעלו המועצות הלאומיות מול משרד הבריאות בשנת 2014 ועל אף המלצות חיי"ש משנת 2021 בדבר הצורך לשתף תצלומי דימות בין כל בתי החולים באמצעות ממשקים ל-PACS, רק חלק מהממשקים קיימים. בשל כך אין אפשרות לכל בתי החולים לצפות בתצלומי הדימות של בתי החולים האחרים. כך למשל, שמיר אינו מתממשק עם אף בית חולים אחר, איכילוב מתממשק רק עם וולפסון, ובני ציון מתממשק רק עם רמב"ם. יש בתי חולים שמתממשקים עם כמה בתי חולים: וולפסון מתממשק עם ארבעה בתי חולים, שיבא עם שמונה ורמב"ם עם כל בתי החולים של הכללית, עם שישה ממשלתיים ועם שניים ציבוריים.

בהיעדר ממשק ל-PACS בין כל בתי החולים, רופאים מעבירים את תצלומי הדימות ביניהם בדרכים חלופיות:

מסרון: באמצעות יישומון הוואטסאפ (להלן - מסרון), וזאת בעיקר לצורך העברה של החיתוכים הרלוונטיים מהבדיקה. העברה במסרון פוגעת באיכות התמונה ולכן עלולה להוביל לקבלת החלטות רפואיות שגויות, למשל, כשהתקבלה החלטה שנפגע השבץ מתאים לצנתור ורק לאחר הגעתו לבית החולים המצנתר ובדיקת דימות נוספת בבית חולים זה מתברר שמלכתחילה הוא לא התאים להליך זה.

פגיעה נוספת בשימוש במסרון עלולה להיגרם בשל חשיפה לא-מאובטחת של מידע רפואי רגיש ופגיעה בסודיות הרפואית של המטופל¹²¹.

יצוין באשר לכך, שבמרץ 2024 פרסם משרד המשפטים מסמך מדיניות¹²² בנושא "הגנה על פרטיות מטופלים בהעברת מידע רפואי באמצעים דיגיטליים פרטיים" כגון: טלפונים חכמים, מחשבי כף יד ומחשבים ניידים ובאמצעות תוכנות שאינן ייעודיות לכך כגון: מסרונים, מיילים ועוד שאינן מאובטחות. המסמך מתאר את הסיכונים הטמונים בכך לפרטיות המטופל וממליץ על צמצום השימוש בתוכנות הלא ייעודיות.

116 Picture Archiving and Communication System; **דוח מבקר המדינה 72**, "הגנת סייבר על מכשירים רפואיים ואבטחת המידע הנאגר בהם", עמ' 1210.

117 יצוין כי מערכת איתן שהיא מערכת לשיתוף מידע קליני בין בתי החולים מאפשרת צפייה בנתונים רפואיים של מטופלים רק לאחר שנקלטו בבית החולים (ולא טרם הגעתם). המערכת מאפשרת צפייה בתצלומי דימות של המטופלים בבתי חולים ממשלתיים או של הכללית, אך לא בין בתי חולים אחרים.

118 המועצות הלאומיות הן גופים מקצועיים, רב-מערכתיים, המייעצות למנכ"ל משרד הבריאות כל אחת לפי תחומי מומחיתה השונה בתחומי הרפואה השונים. המועצות המדוברות לעיל הן המועצה הלאומית ללוגיסטיקה במערכת הבריאות והמועצה הלאומית לדימות.

119 בסיכומי הדיון הבאים: "המלצות המועצות הלאומיות ללוגיסטיקה ודימות בנושא פאקס ארצ" (22.6.14); "המלצות המועצות הלאומיות ללוגיסטיקה ודימות בנושא פאקס ארצ" (19.5.14); סיכום המועצה הלאומית ללוגיסטיקה ודימות: "המלצות המועצות הלאומיות ללוגיסטיקה ודימות בנושא פאקס ארצ" (4.5.14).

120 מתוך נייר העמדה של החברה הישראלית לשבץ, האיגוד הניורולוגי בישראל, **יחידות שבץ מוח ומרכזי על לטיפול בשבץ מוחי חד** (25.10.20).

121 חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996; חוק הגנת הפרטיות ואבטחת מידע רפואי, התשמ"א-1981; תקנות הגנת הפרטיות (אבטחת מידע), התשע"ז-2017.

122 הרשות להגנת הפרטיות, משרד המשפטים 5.3.24.



שירותי ענן¹²³: באמצעות טכנולוגיה זו מתאפשרת שמירה של תצלומי הדימות במערכת העננית וגישתם של בתי החולים המורשים לתצלומים אלה (פוריה עושה שימוש בשיטה זו).

תוכנה מבוססת AI¹²⁴: באמצעות תוכנה מבוססת AI מתאפשרת קבלה והעברה בזמן אמת של תצלומי דימות לטלפון הנייד או למחשב, כך שניתן לפענח אותם באופן ראשוני ומהיר (אסותא אשדוד והלל יפה עושים שימוש בטכנולוגיה זו).

מומלץ שמשרד הבריאות יגדיר ממשקי העברה של תוצאות בדיקות הדמיה בין בתי חולים או צפייה בהן ויקדם הקמת מערכת ממוחשבת מתקדמת, שתהיה נגישה לכל בתי החולים ותאפשר ריכוז של הבדיקות, פענוחם של צילומי דימות של מוסדות בריאות שונים וגישתם אל המערכת מנקודות קצה שונות, לרבות הטלפון הנייד. זאת כדי להבטיח קבלת החלטות מהירה ומדויקת, תוך שמירה על מידע רגיש של החולים.



חשיבות גדולה יש לכך שנפגע שבץ שנזקק לצנתור מוח יגיע בזמן לטיפול זה ולא יחמיץ את חלון הזמנים שמאפשר את ביצוע הצנתור. כך ישתפרו סיכויי להחלמה ולשיבה מהירה לאורח חיים עצמאי ופעיל. ערך זה עולה גם מחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994 (להלן - חוק ביטוח בריאות ממלכתי), הקובע כי כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו באיכות סבירה, בתוך זמן סביר ובמרחק סביר. כך למשל, אף על פי שזמן ההעברה המומלץ ממלר"ד של בית חולים שאינו מצננת לכזה המצננת הוא 120 דקות, פרק הזמן החציוני הזה נע בין 174 דקות בשנים 2019 ו-2020 ל-192 דקות בשנת 2021, פרק זמן הארוך ב-45% וב-60% בהתאמה מזה המומלץ. בדיקה של אופן ניהול מערך המצנתרים העלתה שמשרד הבריאות אינו מנהל משאב זה בראייה כלל-ארצית, וכי אין לו מנגנון לניהול ארצי יעיל ושוטף של כונוניות המצנתרים וגם לא של בתי החולים המצנתרים; אינו שולט במשאבים אלו באופן שיבטיח את מיצויים ומתן מלוא השירות למי שנזקק לו; אינו מנהל באופן מרוכז את זמינות מצנתרי המוח במהלך שעות הפעילות הרגילות של בתי החולים, וניהול זמינותם בשעות שלאחר שעות הפעילות אינו מבטיח שבפועל יהיו מצנתרים כונוניים בכל המחוזות ובכל עת. כמו כן, משרד הבריאות מעדכן בהפצה ידנית (בדואר אלקטרוני) לעיתים תכופות את לוח הכונוניות של השעות שלאחר שעות הפעילות הרגילות, והדבר מקשה על בתי החולים לאתר בית חולים זמין ועלול לגרום לעיכוב, שיאריך את זמן העברת הנפגע לצנתור בבית חולים אחר ויפגע בחלון הזמנים לביצוע הצנתור. לפיכך ייתכנו ימים שבהם באזורים מסוימים לא יהיו מצנתרים זמינים ואף לא בתי חולים מצנתרים זמינים. הדבר עלול לפגוע בנפגעי שבץ וגם משקף את הפער הקיים בזמינות שירותי הרפואה בין הפריפריה - המחוזות דרום וצפון - לבין המרכז, שבו הזמינות נרחבת הרבה יותר. יש בכך פגיעה בערך השוויון ובזכויות המטופלים - ערכים שאליהם שואף משרד הבריאות¹²⁵.

עלה עוד שלמשרד הבריאות אין מנגנון לניהול מערך ההעברות לצנתור מוח - אין לו מידע מלא ושוטף על מספר ההעברות לצורך ביצוע צנתור, על זמני ההעברה לצנתור, על זמני ההמתנה לאמבולנס לצורך ביצוע ההעברה ועוד. כך, הצורך של בית חולים למצוא מצננת זמין באופן עצמאי, בכל פעם ופעם, משפיע על הסבירות שנפגע שבץ יעבור צנתור בחלון הזמן המתאים.

כן מומלץ שהמשרד יקים מרכז שליטה וניהול ארצי, שיאפשר ניהול מרוכז של משאב המצנתרים בראייה כלל-ארצית ויבטיח את זמינותם בכל עת ובכל מחוז. מרכז השליטה גם יוכל לספק תמונת מצב רציפה של זמינות מערך הצנתורים בבתי החולים, באופן שניתן יהיה לאתר באמצעותו בית

¹²³ שירותי אחסון מידע שיתופי על גבי שרת מרוחק. ניתן לגשת לאחסון זה באמצעות יישומונים מתאימים.

¹²⁴ תוכנת אבחון ייחודית, מבוססת בינה מלאכותית, המאפשרת בשלב הראשוני לאבחן באיזה סוג שבץ מדובר. התוכנה גם מסייעת לקבל תמונת מצב מדויקת של החולה ולקבל החלטה טובה יותר להמשך הטיפול. היא גם מחשבת את כמות הרקמה הפגועה באופן סופי מול הרקמה הקיימת וכמה ממנה יכולה להתאושש על ידי מתן TPA או צנתור.

¹²⁵ משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי 08/22, "אמות מידה לקידום שוויון במערכת הבריאות" (26.6.22); משרד הבריאות, הודעת דוברות, משרד הבריאות מפרסם את המלצות הביניים של ועדת העשור לצמצום אי השוויון בבריאות ואת דוח אי שוויון בבריאות וההתמודדות עמו לשנת 2021 (14.11.22).



חולים ורופא מצנתר זמינים. מומלץ עוד שהמשרד יקבע לשם כך לוחות זמנים לקידום המשימה ויעדים פרטניים לכל תחום ויגדיר את מקורות המימון האפשריים ואת הפעולות הנדרשות להשגתם. זאת כדי לחסוך זמן יקר בהעברת נפגעי שבץ לצנתור ולמנוע עיכוב שיכול להשפיע על מצבם הרפואי. עוד מומלץ שהמשרד יגדיר ממשקים להעברה של תוצאות בדיקות הדמיה בין בתי חולים או לצפייה בהן, וכן יקבע פרק זמן מרבי עד להגעת אמבולנס לבית חולים לצורך העברה של נפגעי שבץ ויעקוב אחר מימושו.

שיקום נפגעי שבץ מוחי

שיקום רפואי הוא תהליך של טיפול באדם שתפקודו התדרדר או נפגע כתוצאה ממחלה או מחבלה, ומטרתו היא שיפור תפקודים מוטוריים, קוגניטיביים, חושיים, שפתיים ורגשיים כדי להרחיב את עצמאותו של האדם ושילובו במסגרות הבית, הקהילה, החברה והעבודה, להבטיח לו אורח חיים פעיל ובריא ככל האפשר ולשמר תפקוד מיטבי. יעדים אלה עולים בקנה אחד עם עקרונות ארגון הבריאות העולמי (WHO)¹²⁶. מתן שיקום לנפגעי שבץ אף עשוי להפחית את הסיכון שלהם לתמותה¹²⁷.

הזכות לקבלת שיקום רפואי מכל סוג שהוא ובעקבות כל מחלה וכן אופן קבלתו הוסדרו בחוקים ובהנחיות של משרד הבריאות כמפורט להלן: על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, סל שירותי הבריאות כולל שיקום רפואי, לרבות טיפולים ממקצועות הבריאות - פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וריפוי בדיבור (קלינאות תקשורת), שיקום פסיכולוגי¹²⁸ ותמיכה של עבודה סוציאלית¹²⁹. האחריות למתן שיקום חלה על הגורם המבטח - קופות החולים - מכוח התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, והוא מתבצע בבתי חולים כלליים ושיקומיים ובקהילה.

משרד הבריאות הסדיר את תהליך השיקום בחוזרים מטעמו:

חוזר משנת 2009 בנושא "אמות מידה למתן טיפול שיקומי לקשישים"¹³⁰, ובו נקבעו אמות מידה להפניה לטיפול שיקומי בעקבות מצבים רפואיים שונים, כמו חבלות ואירועים נוירולוגיים (למשל אירוע מוחי), והוגדר בו אופן מתן הטיפול והתוויית הרצף הטיפולי באשפוז ובקהילה (להלן - חוזר שיקום קשישים).

החוזר לטיפול בשבץ מ-2011, המסדיר את ההיערכות לטיפול בשבץ מוחי חד [איסכמי] קובע כי שיקום נפגעי שבץ מוחי יתבסס על העקרונות של חוזר שיקום קשישים, וכי תהליך השיקומי צריך להתחיל כבר בבית החולים הכללי ולהימשך במסגרות השיקום הקיימות. חוזר זה קובע עוד כי השיקום הרפואי של נפגע שבץ הוא חלק משמעותי מהטיפול בו ומשפיע ישירות על שיפור תפקודו המוטורי והקוגניטיבי. השיקום נועד לצמצם את מידת המוגבלות שנגרמה לנפגע ולהחזירו לשגרת חיים עצמאית ככל הניתן. לפי החוזר, נדרשת המשכיות של תקופת השיקום, והתקופה המועדפת היא שלושה חודשים. אולם לעיתים יכולות להתקבל תוצאות גם לאחר שנת שיקום ויותר¹³¹. השיקום יתבצע על ידי צוות רב-תחומי בתחומים של פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת (להלן - טיפולים פרה-רפואיים), טיפול פסיכולוגי, עבודה סוציאלית ואנשי מקצוע אחרים.

WHO, *International Classification of Functioning Disability and Health* (2001)

126

De Wit, L., Putman, K., Devos, H., Brinkmann, N., Dejaeger, E., De Weerd, W., ... & Lesaffre E. (2012), "Five-year mortality and related prognostic factors after inpatient stroke rehabilitation: a European multi-centre study", *Journal of rehabilitation medicine* 44, pp. 547-552. doi: Scrutinio, D., Monitillo, V., Guida, P., Nardulli, R., Multari, V., ;10.2340/16501977- 0991; Monitillo, F,... & Fiore, P., "Functional Gain After Inpatient Stroke Rehabilitation", *Stroke* 46 (2015), pp. 2976-2980 doi: 10.1161/STROKEAHA.115.010440

127

הזכות לטיפול פסיכולוגי מעוגנת גם בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996,

128

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (תיקון מס' 5) התשנ"ז-1996.

129

חוזר שיקום קשישים.

130

על פי חוזר שיקום קשישים, הטיפול השיקומי בקהילה יסתיים עם השגת היעדים שנקבעו או עם ירידה משמעותית בקצב ההתקדמות.

131



שיקום במהלך האשפוז בבתי החולים הכלליים

מחקרים הוכיחו כי התחלת תהליך השיקום מוקדם ככל הניתן יכולה למנוע התדרדרות במצב החולה¹³³, לצמצם את הנכות הפיזית, לשפר את המצב הרגשי והנפשי¹³⁴ ולקצר את זמן האשפוז¹³⁵.

נפגעי שבץ מוחי מאושפזים בבתי החולים הכלליים מיד לאחר קרות השבץ לשם קבלת טיפול. על פי נתוני רשם השבץ, נפגעי שבץ מוחי מאושפזים בבתי החולים הכלליים 7.1 ימים בממוצע¹³⁶.

החוזר לטיפול בשבץ מ-2011 קובע כי על הטיפול השיקומי הרפואי¹³⁷ להתחיל מוקדם ככל האפשר, כבר במהלך האשפוז בבית החולים הכללי, באמצעות הצוותים הרב-תחומיים. בדומה לכך קובע גם חוזר שיקום קשישים מינואר 2009, כי יש לתת טיפול שיקומי במהלך האשפוז הכללי מוקדם ככל האפשר, בהתאם להערכת המצב התפקודי של המטופל. צורך זה עלה גם בהנחיות התוכנית האירופית לשבץ מוחי¹³⁸.

נזקי השבץ המוחי גורמים לעיתים לנפגע השבץ להפוך מאדם בריא ועצמאי לאדם נכה וחסר ישע - מוגבל בתפקודים מוטוריים, קוגניטיביים, חושיים, שפתיים ורגשיים, חסר יכולת להביע את רצונותיו ותלוי בזולת. הספרות הרפואית הבין-לאומית מצביעה על שכיחות סיבוכים נוירופסיכיאטריים¹³⁹ והפרעות דיכאון וחרדה¹⁴⁰ וכן פוסט-טראומה (PTSD)¹⁴¹ בנפגעי שבץ מוחי ועל חשיבות הטיפול בהם. נמצא כי אחד מתוך ארבעה נפגעי שבץ מפתחים הפרעה פוסט-טראומטית משמעותית¹⁴², וכי דיכאון המתרחש זמן קצר לאחר השבץ משפיע באופן שלילי על שיעורי ההישרדות של החולים. בנוגע לכך ציינה עמותת נאמן¹⁴³, המייצגת את חולי השבץ המוחי בישראל, כי אין מענה מספק לבעיות של דיכאון וירידה קוגניטיבית, שמחן סובלים חולים רבים לאחר שבץ¹⁴⁴. הצורך בשילוב פסיכולוג בתהליך השיקום של נפגעי שבץ מוחי מצוין גם בחוזר לטיפול בשבץ מ-2011, ולפיו בצוות הרב-תחומי יכלול גם פסיכולוג.

- Sosnowski K., Lin F., Mitchell M.L., & White H., "Early rehabilitation in the intensive care unit: an integrative literature review", *Aust Crit Care* 28(4) (2015), pp. 216-225 133
- "Precision rehabilitation for aphasia by patient age, sex, aphasia severity, and time since stroke? A prespecified, systematic review-based, individual participant data, network, subgroup meta-analysis", *Int J Stroke*, 17(10) (2022), pp. 1067-1077 134
- Zhuyue Li, Xuemei Zhang, Kang Wang, & Jin Wen, "Effects of Early Mobilization after Acute Stroke: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials", *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(5) (2018), pp. 1326-1337 135
- דוח הרישום הלאומי ל-2020.** 136
- אתר משרד הבריאות. 137
- מתוך **עקרונות הטיפול בשבץ מוחי.** 138
- נוירופסיכיאטריה עוסקת בהיבטים הנוירוביולוגיים של הפסיכיאטריה ובקשר בין הפרעות נפשיות למוח. 139
- Niall M Broomfield et al., "Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry", *BMC Neurology* 14(198) (2014) 140
- Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD - הפרעת דחק פוסט-טראומטית. 141
- Donald Edmondson et al., "Prevalence of PTSD in Ischemic Attack: A Meta-Analytic Review Survivors of Stroke and Transient" 8(6) (2013) www.plosone.org, doi: 10.1371/journal.pone.e66435 142
- עמותת נאמן לנפגעי שבץ מוחי פועלת מאז 1996 להגברת המודעות ולהורדת התחלואה משבץ מוחי בישראל, לשיפור הטיפול והשיקום בנפגעים ולהגברת המודעות לשבץ. 143
- עמותת נאמן, **תכנית אסטרטגית - נלחמים בשבץ, לחיות עם מוח בריא, 2016 - 2020.** 144



תקינת כוח אדם במקצועות הפרה-רפואיים

על פי מסקנות הצוות לבחינת פערי כוח האדם במקצועות הבריאות, שפורסמו במאי 2021 (אשר התייחסו לכלל צורכי כוח האדם בתחום זה)¹⁴⁵, קיימים פערים גדולים בין הביקוש של מקצועות הבריאות הפרה-רפואיים לבין ההיצע שלהם בשירות הציבורי: פער של 24% בפיזיותרפיסטים, פער של 34% בקלינאי תקשורת¹⁴⁶ ופער של 35% במרפאים בעיסוק¹⁴⁷.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי היה מעורב בדוח בנושא פערי כוח האדם במקצועות הבריאות ממאי 2021 ובדוח נוסף בנושא זה מינואר 2024¹⁴⁸. המשרד הוסיף כי הוא פועל ליישום פתרונות לטובת צמצום הפערים הקיימים.

צוות הביקורת בדק אם בתי החולים מקצים תקנים למחלקות הנזירות לטובת מקצועות פרה-רפואיים - פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת - אם כתקנים במחלקות הנזירות ואם כתקנים ביחידות המקצועיות שונות שירות למחלקות הנזירות.

בביקורת עלה כי שישה מ-20 בתי החולים הכלליים שנבדקו - שמיר, בני ציון, ברזילי, נהרייה, בילינסון ויוספטל (שבו אין מחלקה נזירות) - אינם מקצים תקנים למחלקות הנזירות לשלושת המקצועות הפרה-רפואיים החיוניים לשיקום נפגעי שבץ; שבעה בתי חולים אחרים - וולפסון, קפלן, זיו, איכילוב, שיבא, העמק ופזריה - מקצים תקנים כאמור לאחד או שניים משלושת המקצועות; ויתר שבע בתי החולים - אסותא אשדוד, הדסה, מאיר, כרמל, סורוקה, הלל יפה ורמב"ם - מקצים תקנים כאמור לשלושת המקצועות.

שירותי שיקום פרה-רפואיים וסיוע נפשי שמספקים בתי החולים לנפגעי שבץ מוחי במהלך האשפוז הכללי

צוות הביקורת בחן ב-20 בתי חולים כלליים אם הם מספקים, במהלך האשפוז הכללי, שלושה משירותי השיקום הפרה-רפואיים שאוזכרו בחוזר מ-2011 כשירותים המיועדים לנפגעי שבץ מוחי, וזאת בהתאם למאפייני הפגיעה שלהם ואם הם נדרשים לשירותים אלו (שיכולים להיות מיועדים גם לחולים אחרים), וכמו כן בדק צוות הביקורת אם נפגעים אלה מקבלים סיוע נפשי על ידי פסיכולוג (הכוונה אינה לשירותי שיקום במחלקות השיקומיות בבתי החולים). להלן תוצאות הבדיקה:

¹⁴⁵ **פערי כוח אדם במקצועות הבריאות: פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק - מסמך מסכם - פרק הנתונים** (מאי 2021). הדוח התייחס גם לצרכים בגני ילדים שבפיקוח משרד החינוך, במעונות יום ובמוסדות נוספים שבפיקוח משרד הרווחה וגופים ציבוריים נוספים.

¹⁴⁶ בתחומים של קלינאות תקשורת ופסיכותרפיה - שבהם השימוש בשפת המטופל הוא רכיב עיקרי של הטיפול - בולט המחסור בדוברי רוסית, אמהרית וערבית.

¹⁴⁷ מחסור של 1,947 פיזיותרפיסטים, 2,189 קלינאי תקשורת ו-2,570 מרפאים בעיסוק.

¹⁴⁸ דוח סיכום עבודת הצוות הבין-משרדי לבחינה ויישום של צעדי מדיניות להתמודדות עם פערי כוח האדם במקצועות הבריאות, בראשות משרד ראש הממשלה, (ינואר 2024).



לוח 3 : שירותי שיקום פרה-רפואיים וסיוע נפשי על ידי פסיכולוג שמספקים שסיפקו בתי החולים לנפגעי שבץ מוחי במהלך האשפוז הכללי, 2023

בתי חולים	פיזיותרפיה	ריפוי בעיסוק	קלינאות תקשורת	סיוע על ידי פסיכולוג
בתי חולים ממשלתיים				
איכילוב	✓	✓	✗	✗
ברזילי	✗	✗	✗	✗
בני ציון	✓	✓	✓	✗
נהריה	✓	✓	✓	✗
וולפסון	✓	✗	✗	✗
זיו	✓	✓	✗	✓
פוריה	✓	✓	✓	✗
רמב"ם	✗	✗	✗	✓
שמיר	✓	✗	✗	✗
הלל יפה	✓	✓	✓	✓
שיבא	✓	✗	✓	✗
בתי חולים ציבוריים				
הדסה	✓	✓	✓	✓
אסותא אשדוד	✓	✓	✓	✗
בתי חולים של הכללית				
העמק	✓	✓	✓	✓
סורוקה	✗	✗	✗	✗
מאיר	✓	✓	✓	✓
קפלן	✓	✓	✓	✓
בילינסון	✓	✓	✓	✓
כרמל	✓	✓	✓	✓
יוספטל	✗	✗	✗	✗

על פי נתוני בתי החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהלוח עולה כי ארבעה מ-20 בתי החולים הכלליים שנבדקו (ברזילי, רמב"ם, סורוקה ויוספטל שבו אין מחלקה נוירולוגית) אינם מספקים טיפול שיקומי באף אחד מהמקצועות הפרה-רפואיים; בית חולים אחד (וולפסון) אינו מספק טיפול שיקומי בשניים משלושת המקצועות הפרה-רפואיים; ושלושה בתי חולים (איכילוב, זיו ושיבא) אינם מספקים טיפול שיקומי באחד משלושת המקצועות הפרה-רפואיים. עוד עולה מהלוח כי 11 מ-20 בתי החולים שנבדקו (איכילוב, אסותא אשדוד, בני ציון, שמיר, ברזילי, גליל מערבי, סורוקה, פוריה, שיבא, וולפסון ויוספטל)¹⁴⁹ אינם מספקים סיוע נפשי על ידי פסיכולוג לנפגעי השבץ במסגרת אשפוזם.

זיו מסר בתגובתו למשרד מבקר המדינה מפברואר 2023, כי זה כמה חודשים הוא מספק לנפגעי השבץ שירות קלינאות תקשורת למטופלים.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי אין תקן מחייב לגבי מקצועות הבריאות במחלקות הנוירולוגיות, והקצאתם למחלקות מבוצעת על פי שיקול הדעת של הנהלת בתי החולים. המשרד הוסיף כי נוכח התקנים המוגבלים למקצועות אלו, הם אינם מוקצים תמיד למחלקות הנוירולוגיות.



בהיעדר תקני כוח אדם למקצועות פרה-רפואיים במחלקות הנזירות (וביחידות השבץ שבהן) או בהיעדר הקצאת בעלי מקצועות פרה-רפואיים למחלקות אלה על ידי בית החולים, נפגעת היכולת של המחלקות לספק שירותים אלו לנפגעי השבץ המוחי, דבר העלול לפגוע ביכולת נפגעי השבץ להשתקם ולהגדיל את הסיכון שלהם לנזקים פיזיים, קוגניטיביים ורגשיים.

יצוין שכבר בדוח קודם של מבקר המדינה, שעסק ב"טיפולים בתחום התפתחות הילד", עלה כי [בהתייחס לכל הגילאים] משרד הבריאות לא קבע תקנים למספר העובדים הפרה-רפואיים הנדרשים בבתי החולים על פי מקצועותיהם (פיזיותרפיסטים, קלינאי תקשורת ומרפאים בעיסוק), וכי גם לא קבע מהם הצרכים הלאומיים הצפויים לשנים הבאות¹⁵⁰. גם בדוח בנושא "אשפוז ילדים בבתי חולים", שהתפרסם בשנת 2023¹⁵¹, עלה כי אף שכוח אדם פרה-רפואי הוא אחת החוליות החיוניות בשרשרת הטיפול בחולה [בכל גיל] ובבני משפחתו, שתפקידה להשלים את התמיכה בהחלמתו של החולה ובחזרתו לשגרה היומית, משרד הבריאות לא קבע תקן לעובדים אלו בבתי החולים, וכל בית חולים קובע לעצמו את היקף משרתם.

בשנת 2022 המליצה הוועדה לבחינת מקצוע הנזירות¹⁵² להנהלת משרד הבריאות להקצות משרות בתחום הפרה-רפואי כלהלן: משרה וחצי של פיזיותרפיסט למחלקה נזירות ועוד חצי משרה כזו ליחידת שבץ מוחי (על פי ארבע מיטות); משרה אחת של מרפא בעיסוק למחלקה נזירות ועוד חצי משרה ליחידת שבץ; ו-75% משרה של קלינאי תקשורת למחלקה נזירות הכוללת יחידת שבץ.

יצוין כי משרד הבריאות ביצע הערכה מקדמית של צורכי המקצועות הפרה-רפואיים לצורך קביעת מפתחות תקינה, אולם לא הושגה הסכמה במשרד על סטנדרט התקינה, ולכן העבודה לא סוכמה.

משרד מבקר המדינה חוזר על המלצותיו מהדוחות "טיפולים בתחום התפתחות הילד" משנת 2017 ו"אשפוז ילדים בבתי חולים" משנת 2023, כי משרד הבריאות ימפה את הצורך במקצועות הפרה-רפואיים בכלל בתי החולים, יבחן מהו התקן המומלץ למקצועות אלו שיאפשר מתן טיפול ההולם את צורכי החולים, ובהתאם לכך יגבש תוכנית רב-שנתית להשלמת השירותים הנדרשים בתחומים הפרה-רפואיים ויפעל ליישומה.

סיוע של עובדים סוציאליים לנפגעי שבץ מוחי מאושפזים למיצוי זכויותיהם

נפגעי שבץ מוחי נזקקים וזכאים לקבל מגוון שירותים מאת המדינה בהתאם למורכבות ולהחמרה של מצבם הרפואי, התפקודי, הקוגניטיבי והנפשי. לשם כך עליהם להיות בממשק מול גורמים רבים, ובהם המוסד לביטוח לאומי, קופת החולים, משרד הרווחה, משרד הבריאות, רשות המיסים, הרשות המקומית ועוד. בהתאם למצבם ייקבעו הזכאויות שלהם לשירותים, כגון טיפולי שיקום, קצבת נכות, גמלת סיעוד ושירותים מיוחדים, עזרים שונים והנחות.

חוזר שיקום קשישים מחייב את הגורם המטפל (בבית החולים או בקופת החולים) ליידע את המטופלים ומשפחותיהם על זכויותיהם למיצוי פוטנציאל השיקום, להפנותם לגורמים המתאימים ולהביא לידיעתם גורמים מסייעים.

סקר שביצעה עמותת נאמן באפריל 2023 בחן את מידת המודעות של חולי השבץ ובני משפחותיהם לזכויותיהם לשיקום. הסקר העלה כי מתוך אלו שכן משפחתם או הם לקו בשבץ (102 נדגמים), כשליש (32% מהם) לא הכירו את זכויות השיקום המגיעות להם, למשל הזכות לקבל ציוד שיקומי ואביזרי עזר, הזכות להתאמת הבית לקראת חזרתם מאשפוז, הזכות לטיפול פסיכולוגי שיקומי והזכות לערר על החלטת מערכת הבריאות.

מבקר המדינה, דוח שנתי 2017, "טיפולים בתחום התפתחות הילד", עמ' 383.

מבקר המדינה, דוח שנתי 2023, "אשפוז ילדים בבתי חולים", עמ' 849.

דוח הוועדה לבחינת מקצוע הנזירות.

150

151

152



יצוין כי בתחילת שנת 2024, בסמוך למועד סיום הביקורת, מועצת הבריאות¹⁵³ ועמותת נאמן יצאו במסע פרסום להגברת המודעות לזכויות הרפואיות והשיקומיות של נפגעי השבץ.

השירות הסוציאלי בבתי החולים הכלליים הוא חוליה ראשונה ומקצועית בשרשרת הממשקים שיכולים לסייע לנפגעי השבץ עוד בעת אשפוזם ולבני משפחותיהם, להנגיש מידע על זכויות, להתמצא בנבכי הבירוקרטיה ולייצר את הקשרים הראשוניים מול הגורמים השונים.

להלן דוגמאות שעלו בתהליך שיתוף הציבור שביצע צוות הביקורת, שעניין דבריהם של נפגעי שבץ מוחי בנוגע לסיוע שקיבלו, בעיקר מעובדים סוציאליים:

הממשק ביני לבין העובדת הסוציאלית מ"המחלקה הראשונה" של ביטוח לאומי לא עבד טוב. העובדת הסוציאלית הייתה עמוסה ונדרשתי להסתדר לבד עם הטפסים. לאחר שלושה שבועות במהלכם לא הצלחתי להסתדר, ביקשתי שוב את עזרתה.	אין דרך שמתארת לנו את הדרך עוד חצי שנה... הרגשתי שאנחנו מפצחים אותם כמו סודוקו. זה חדר בריחה, אני פותחת דלת ולא יודעת מה יהיה מאחוריה.
פגשתי עובד סוציאלי שהסביר לי על זכויותי, אבל בפועל לא עשה כלום, וכשהתקשרתי לאחר שבועיים לביטוח לאומי, נמסר לי שהם לא קיבלו את פנייתי.	צריך לתת לחולה ולמשפחתו [במרכז הרפואי] את המידע המלא מכל הגורמים שעשויים לסייע, למשל באמצעות דף מידע מרוכז.
לא קיבלתי כל סיוע או הסבר מעובדת סוציאלית [במחלקת האשפוז].	לאחר פנייתי לעובדת סוציאלית [במחלקת האשפוז], היא נתנה לי מידע כללי ולא פרקטי.
היה לי קשה למצוא את הגורם שנותן שיקום בית וזה לי קשה להשיג אותו.	על אף הצורך במהלך האשפוז לא קיבלתי הסברים מהשירות הסוציאלי באשר לזכויות המגיעות לי בעקבות השבץ.

מתהליך שיתוף הציבור עולים קשיים של נפגעי שבץ מוחי בכל הנוגע להנגשת מידע על זכויותיהם והסיוע לממשן.

בתשובות של בתי החולים לשאלה האם בית החולים נותן הדרכה לכל מטופלי השבץ לפני שחרורם בנוגע לזכויות המגיעות להם, ציינו בתי החולים וולפסון, שיבא, רמב"ם, איכילוב ופוריה, כי העובדים הסוציאליים (או גורמים אחרים, כגון מתנדבים) בבית החולים מדריכים רק חלק מנפגעי השבץ המאושפזים על זכויותיהם ומסייעים להם בתחום זה. בתי החולים אסותא אשדוד, שמיר, ברזילי, בני ציון, נהרייה, הדסה, הלל יפה, זיו, העמק, סורוקה, מאיר, קפלן, בילינסון, כרמל ויוספטל ציינו כי נותנים הדרכה כזו לכל המטופלים.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי הוא מפעיל חמישה מרכזים (באיכילוב, רמב"ם, זיו, סורוקה ובמרכז הירושלמי לבריאות הנפש) להנגשת מידע על זכויות של נפגעי שבץ ולסיוע במימון זכויותיהם. המשרד הוסיף כי פעילות המרכזים צפויה להתמקד מיוני 2024 באוכלוסיות הנזקקות ביותר לסיוע במימון זכויות, והם יפעלו בתיאום מוגבר עם גופים אחרים.

מועצת הבריאות הוקמה מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי ותפקידה לייצג לשר הבריאות בנושאי בריאות.



על משרד הבריאות לפעול על פי חוזר שיקום קשישים ולוודא כי בתי החולים הכלליים מיידעים את כל המטופלים ומשפחותיהם על זכויותיהם למיצוי פוטנציאל השיקום ומפנים אותם לגורמים המתאימים לקבלת סיוע.

מומלץ שבתי החולים הכלליים, ובפרט וולפסון, שיבא, רמב"ם, איכילוב ופוריה, יספקו סיוע מלא לנפגעי השבץ המאושפזים בנוגע למימוש זכויותיהם. בכלל זה, מוצע שהם יכשירו את השירות הסוציאלי שבבתי החולים בתחום מיצוי הזכויות לנפגעי שבץ, ינגישו את שירותיהם למאושפזים וייצרו מוקד מידע חלופי על הזכויות, למשל באמצעות ידיעון מודפס. כן מוצע שהם יתאמו סיוע שמספקות עמותות מתנדבים, שלהן מומחיות ממוקדת בתחום זה.

רופאים מומחים לשיקום ולגריאטריה וביצוע הערכה תפקודית לנפגע שבץ מוחי במהלך האשפוז הכללי

עם התייצבות המצב הרפואי של נפגע השבץ המאושפז, נדרשת קופת החולים שאליה משתייד החולה להתאים את מסגרת ההמשך לשיקומו - שיקום באשפוז, אשפוז בתי כחלופה לשיקום באשפוז או שיקום בקהילה.

חוזר שיקום קשישים מינואר 2009 קובע כי יש לבצע הערכה רפואית ותפקודית לנפגע שבץ מוחי¹⁵⁴ ולתעד אותה עם תחילת האשפוז ובטרם השחרור. את ההחלטה על מתן השיקום וסוג המסגרת מקבל רופא מומחה בגריאטריה (להלן - רופא גריאטר)¹⁵⁵ או מומחה ברפואה פיזיקלית ושיקום¹⁵⁶ (להלן - רופא שיקום) בהתייעצות עם נציג הצוות הרב-מקצועי ויחד עם החולה ומשפחתו.

גם חוזר מינהל רפואה משנת 2013¹⁵⁷ קובע כי חולה ישוחרר מאשפוז רק לאחר ביצוע הערכה תפקודית, אשר תכלול התייחסות למצבו התפקודי טרם אשפוזו, פירוט התחומים הדורשים שיקום והפניה למקצועות הבריאות המתאימים.

החל בשנת 2011 משרד הבריאות מגדיר מומחיות בשיקום ומומחיות בגריאטריה כמקצועות במצוקה, וניתנו מענקים למתמחים שפנו לתחום זה¹⁵⁸. לדעת מנהל אגף השיקום במשרד הבריאות, יש להיערך לגידול בדרישה לרופאי שיקום באמצעות מתן תמריצים להתמחות בתחום השיקום והגריאטריה ויצירת מסלול הכשרה מקוצר לרופאים בעלי מומחיות אחרת.

על פי נתוני משרד הבריאות¹⁵⁹, נכון לשנת 2021, רשומים 204 רופאים שהם מומחים לשיקום ועוד 97 מתמחים; כ-30% מהמומחים עתידים לפרוש בתוך כעשור. בהתחשב בנתונים אלו, מדובר ב-2.14 רופאים מומחים ל-100,000 נפש. לשם השוואה, באירופה יש 2.96 רופאי שיקום ל-100,000 נפש¹⁶⁰. על פי הערכת חברי איגוד השיקום, נדרשים בארץ כ-400 מומחים לשיקום¹⁶¹. במחלקות

154 ההערכה תכלול יציבות מבחינה רפואית, דרגת התפקוד הגופני והקוגניטיבי לפני השבץ ומידת שיתוף הפעולה ויכולת הלמידה.

155 מומחיות רפואית בגריאטריה עוסקת באנשים בני הגיל השלישי - בבריאותם ובתפקודם ובכלל זאת במניעה, באבחון ובטיפול במחלות המלוות את תהליך ההזדקנות ובתוצאותיהן.

156 מומחיות רפואית בשיקום עוסקת בתהליך השיקומי של החולה, שמטרותיו שיפור תפקודים פיזיולוגיים, מוטוריים, תחושתיים וקוגניטיביים בסיסיים שנפגעו; צמצום חומרת הנכות והמוגבלות; מתן תמיכה רפואית לשיפור מצבו הבריאותי ותוחלת חייו של החולה; ומתן טיפול רפואי למחלה הבסיסית של החולה.

157 משרד הבריאות, חוזר מינהל רפואה 27/2013, "חובת מתן המלצות לשיקום במכתב שחרור רפואי" (2.10.13).

158 ההסתדרות הרפואית בישראל, יחסי עבודה, "מענקים למקצועות במצוקה ו/או בפריפריה".

159 משרד הבריאות, כוח אדם במקצועות הבריאות 2021 (נובמבר 2022).

160 European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe, Chapter 5: "The PRM organizations in Europe: structure and activities", in: *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 54(2) (2018), pp. 198-213.

161 על פי החישוב הבא - 125 מומחים באשפוז במחלקות שיקום; 40 במחוזות הקופות - שני רופאים במחוז; מומחה שיקום בכל בית חולים כללי שבו אין מחלקת שיקום - 20 רופאים; חצי תקן בכל מחלקה לשיקום גריאטרי על פי הנחיית משרד הבריאות - 30 רופאים; חצי תקן בכל אשפוז יום שיקומי - 20 רופאים, וסה"כ 235. נוסף על



האשפוז בבתי חולים כלליים אין תקן לרופא שיקום, ובמחלקת גריאטריה שיקומית יש חצי תקן לרופא שיקום.

צוות הביקורת בדק איזה בעל מקצוע בבית החולים מבצע בפועל במהלך האשפוז הכללי את ההערכה התפקודית לצורך המלצה על שיקום. מנתוני בתי החולים עולה כי הגורמים כמפורט להלן עושים הערכה תפקודית לנפגעי שבץ:

- הערכה שמבצע רופא גריאטר או רופא שיקום לכל נפגעי השבץ נעשית בארבעה מבתי החולים - פוריה, שיבא, נהריה ואיכילוב.
- הערכה שמבצע רופא גריאטר או רופא שיקום לחלק מנפגעי השבץ ולנפגעים מגיל 65 ומעלה נעשית בשבעה בתי חולים - אסותא אשדוד, שמיר, סורוקה, וולפסון, מאיר, קפלן, ברזילי והדסה¹⁶².
- הערכה שמבצע נוירולוג או נציג של הצוות הפרה-רפואי נעשית בשמונה בתי חולים - יוספטל, העמק, זיו, בני ציון, הלל יפה, בילינסון, כרמל ורמב"ם.

עולה כי מתוך 20 בתי החולים הכלליים שנבדקו רק בארבעה מתוכם (פוריה, שיבא, נהריה ואיכילוב) בוצעה הערכה תפקודית על ידי רופא גריאטר או רופא שיקום, בהתאם להנחיות משרד הבריאות. בכל האחרים (אסותא אשדוד, שמיר, סורוקה, וולפסון, מאיר, קפלן, ברזילי, יוספטל, העמק, זיו, בני ציון, הלל יפה, בילינסון, כרמל, רמב"ם והדסה) בוצעה ההערכה על ידי רופא גריאטר או רופא שיקום לחלק מנפגעי השבץ או לנפגעי שבץ מגיל 65 ומעלה, או שבוצעה הערכה על ידי גורם אחר. עולה מכך חשש שההחלטה על המשך השיקום של נפגע שבץ מוחי לא התקבלה על ידי מי שהמשרד קבע שבשל מומחיותו הוא זה שיקבל את ההחלטה.

על פי הסברי בתי החולים, אחת הסיבות לכך שבתי חולים אינם מבצעים הערכה תפקודית לחולים על ידי רופא גריאטר או רופא שיקום כנדרש היא מצוקת רופאים מומחים אלו בבתי החולים.

המחסור הארצי ברופאי שיקום וברופאים גריאטריים¹⁶³, וכן היעדר תקינה במחלקות האשפוז הכללי בבתי החולים הכלליים, פוגעים ביכולת של מחלקות האשפוז לבצע הערכה תפקודית לכל נפגעי השבץ המוחי על ידי בעל המקצוע המתאים לכך ובהתאם להנחיות משרד הבריאות.

משרד מבקר המדינה ממליץ למשרד הבריאות לגבש תוכנית להשלמת הפערים במומחים לשיקום ולגריאטריה.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי עקב המחסור הקיים ברופאים גריאטריים הוא פועל להגדלת מספרם, בפרט בבתי החולים, זאת באמצעות תמיכה בהוספת תקני התמחות על אלו הקיימים. המשרד אף ציין כי הוא מתכנן מתן תמיכה לבתי חולים כדי להגדיל את זמינות הרופאים הגריאטריים. המשרד הוסיף כי הוא מתכנן מתן תמיכה בשנת 2024 לגיוס מתמחים בשיקום במסגרת תוכנית "כוכבים לרפואה" ובאמצעות מתן מענקים ישירים למתמחים, תמיכה כספית לקופות החולים, ותמיכה כספית לעולים שהם רופאי שיקום.

כך, נדרשים מומחי שיקום למשרות אחרות, כגון לביטוח הלאומי. מדובר בחישוב כללי שביצעו חברי האיגוד המקצועי, ואין מסמך רשמי בנושא.

¹⁶² בהדסה הר הצופים מבוצעת ההערכה על ידי רופא שיקום לחלק מנפגעי השבץ, ובהדסה עין כרם היא מבוצעת על ידי גורם אחר.

¹⁶³ בנוגע למחסור ברופאים מומחים בתחומים נוספים, ראו גם בקובץ דוחות זה את הפרק בנושא "הסדרת ההכשרה הקלינית של רופאים בין מערכת הבריאות ובין האקדמיה - מעקב".



ריכוז המידע בנוגע להמלצות בתי החולים לשיקום נפגעי השבץ

כדי לבחון אם כל נפגעי השבץ המוחי קיבלו את השיקום המתאים והנדרש להם ולעמוד על היעילות של תהליך השיקום, יש צורך לתעד את הנחיות השיקום שקיבל נפגע השבץ המוחי בעת שחרורו מהאשפוז, ובהמשך לכך, את הטיפולים שקיבל בפועל.

האיגוד הנוירולוגי וחיי"ש המליצו למשרד הבריאות ביוני 2022 בהנחיותיהם הקליניות לטיפול בשבץ מוחי¹⁶⁴ לבסס ולהעמיק את איסוף נתוני רישום השבץ לטובת ניטור התוצאות של שיקום המטופלים לאורך זמן. גם בדוח הרישום הלאומי ל-2020, שהתפרסם במאי 2022, עלה הצורך לתעד את המידע על הצורך בשיקום באופן מובנה - מקודד על פי שדות שיוגדרו.

עלה כי רשם השבץ אוסף נתונים על כל נפגע שבץ שקיבל טיפול שיקומי באשפוז ובהחלה. את נתוני הקהילה שאסף הוא מארגן בפילוח לפי תחומים אלה: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת. ואולם, אין לו נתונים על ההמלצות לשיקום שניתנו לנפגע השבץ לקראת שחרורו מהאשפוז הכללי בבית החולים, ובפרט אם הומלץ עבורו שיקום באשפוז או בקהילה ובאיזה מהתחומים.

סיבה מרכזית לכך שאין לרשם נתונים על ההמלצות שניתנו היא העובדה שהנתונים בתיקים האישיים של נפגעי השבץ רשומים במלל חופשי, ולא באופן מקודד ומובנה על פי שדות שהוגדרו (למשל, באמצעות סימון להמלצה לקלינאות תקשורת או לפיזיותרפיה), המאפשרים לרכז את הנתונים, לנתחם ולבחון את רצף תהליך השיקום והיעילות שלו.

בנסיבות אלו, למשרד הבריאות יש נתונים רק על אלה שקיבלו שיקום בפועל, אולם אין לו נתונים על כל נפגעי השבץ המוחי שנזקקו לשיקום, על המסגרת השיקומית המומלצת לכל אחד מנפגעי השבץ (אשפוז או קהילה) ועל סוגי טיפולי השיקום הנדרשים. כך אין לו גם היכולת להציג תמונת מצב כוללת של צורכי החולים הנזקקים לשיקום ולנתח את הפעולות שעליו לעשות כדי לתת מענה לצרכים. מדובר במעקב, פיקוח ובקרה לא-מספקים על תחום זה.

כיוון שאין למשרד הבריאות נתונים על ההמלצות לשיקום לנפגעי השבץ, הוא אינו יכול לדעת אם מי שלא קיבלו שיקום גם לא נזקקו לו ואם סוג השיקום שקיבלו תאם את ההמלצות שקבעו רופאי בתי החולים במכתבי השחרור מהאשפוז.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי הוא פועל זה כמה שנים לפיתוח שדה ייעודי ברשומה הרפואית הכולל את הטיפול השיקומי המומלץ לנפגעי השבץ. ואולם אף שהדבר יאפשר בקרה על מימוש ההמלצות לשיקום ומעקב אחר זמני המתנה לשיקום, עד כה הנושא טרם קודם. המשרד הוסיף שכחלק מבקורות הרישום על בתי החולים¹⁶⁵ בשנת 2023, בחן אגף השיקום במשרד את הליך ההפניה מהאשפוז הכללי למסגרות השיקום בשני בתי חולים, וכי הוא מתכנן להגביר את תדירות הבקורות האלה בשנים הבאות. לדברי המשרד הצורך בפיתוח "רישום לאומי לשיקום" שיכלול נתונים נוספים הנוגעים לשיקום כגון זמני המתנה לשיקום, עלה במסגרת גיבוש תוכניות העבודה של המשרד, אולם לא תועדף עד כה.

מומלץ כי משרד הבריאות ינחה את בתי החולים לקודד את ההמלצות לשיקום נפגעי השבץ על פי שדות שיגדיר המשרד, כדי שניתן יהיה לנתח את הנתונים, לאתר פערים ביכולת לספק שירותי שיקום, לוודא כי השיקום ניתן לכל מי שנדרש לו ולהעריך את היעילות של תהליך השיקום.

164. ההסתדרות הרפואית בישראל, הנחיות טיפול בשבץ מוחי (יוני 2022).

165. משרד הבריאות מבצע אחת לשלוש שנים בערך בקורות רישוי בבתי החולים כדי להמליץ על המשך פעילות וחידוש רישוי של בתי החולים.



זמן ההמתנה למסגרת שיקומית אחרי האשפוז הכללי

על פי החוזר לטיפול בשבץ מ-2011, כבר במהלך האשפוז הכללי יש לתאם למטופל מסגרת שיקומית מתאימה לאחר האשפוז, ואליה הוא יעבור ישירות מבית החולים הכללי וללא שיהוי כדי להבטיח שיקום רציף ומידי. האחריות על איתור המסגרת המתאימה היא של קופת החולים¹⁶⁶.

בביקורת עלה כי משרד הבריאות אינו מודד את זמני ההמתנה של נפגעי השבץ המוחי המאושפזים בבתי החולים הכלליים מההחלטה על כך שהם יכולים להשתחרר ממחלקת האשפוז ועד ההגעה למסגרות שיקום. אשר על כן, המשרד אינו יכול לנתח את הקשר, ככל שקיים, בין זמן ההמתנה לקבלת שירותי שיקום לבין מידת השיפור או מידת ההתדרדרות במצבו הרפואי, הקוגניטיבי והנפשי של המטופל.

צוות הביקורת בדק ב-20 בתי החולים את זמן ההמתנה (בימים) של נפגעי שבץ - מההחלטה להעביר את נפגע השבץ לשיקום ועד העברתו למסגרת השיקום. הבדיקה בכל בית חולים נעשתה ביום מדגמי בחודשים יוני-אוגוסט 2023. סה"כ נבדקו 117 נפגעי שבץ מוחי שאושפזו. אלו תוצאות הבדיקה:

תרשים 15: מספר נפגעי השבץ המוחי המאושפזים וזמן ההמתנה שלהם מההחלטה על העברתם למסגרת שיקום ועד העברתם בפועל (יום בדיקה מדגמי בכל בית חולים), 2023



על פי נתוני בתי החולים, בעיבוד משרד מבקר המדינה, יוני-אוגוסט 2023.

מהלוח עולה כי קיים שיהוי בין ההחלטה של בית החולים על העברת נפגע השבץ למסגרת שיקום ועד העברתו אליה בפועל - כ-67% מהחולים (79 חולים) המתונו מעל 48 שעות עד להעברתם; כ-20% מהחולים (24 חולים) אף המתונו שבוע ויותר להעברה למסגרת כזו.

להלן דוגמה מתהליך שיתוף הציבור בנוגע להמתנה לשיקום:

על אף הצורך בשיקום באשפוז, לאחר עשרה ימי המתנה ובהיעדר מקום יצאתי לשיקום ביתי.

עיקוב של נפגעי שבץ מוחי באשפוז כללי בשל המתנה למסגרת שיקום באשפוז דוחה את מועד תחילת תהליך השיקום שלהם ועלול גם לפגוע בסיכויי החלמתם.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי הוא מעדכן את הנוהל בנושא "אמות מידה לשיקום" כך שיכלול גם הנחיות לגבי זמני המתנה לשיקום באשפוז ובקהילה. המשרד הוסיף כי הנוהל הסופי טרם אושר.

תהליך זה מתבצע בסיוע השירות הסוציאלי בבית החולים בשיתוף החולה ומשפחתו, תוך שקילת המרחק ממקום מגוריהם למסגרת.



מאוחדת מסרה בתגובתה למשרד מבקר המדינה ממרץ 2024, כי זמן ההמתנה של נפגעי השבץ לשיקום באשפוז יכול להגיע גם לכמה חודשים, וכי עד כניסתם למסגרת זו הם מקבלים שיקום בקהילה במסגרת מכוני שיקום או שיקום בית.

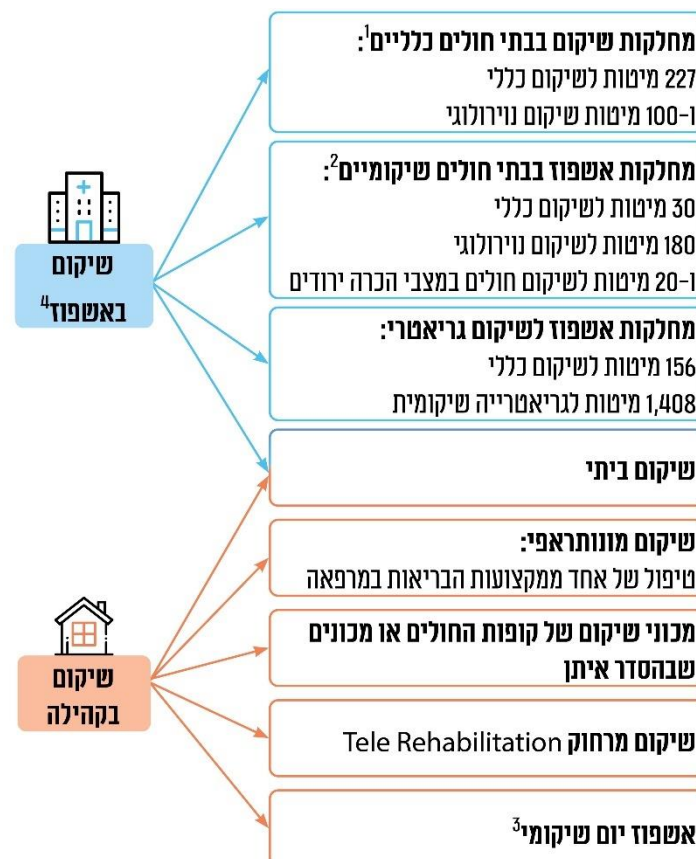
מומלץ כי משרד הבריאות יבחן את הגורמים לשהיו שחרור נפגעי השבץ מבתי החולים הכלליים אל המסגרות השיקומיות באשפוז, יבחן אם ההיצע הקיים של מיטות השיקום המתאימות לנפגעי השבץ תואם את הצרכים השיקומיים שלהם ויפעל להסרת החסמים לשחרור מיידי שלהם.

מסגרות שיקום של נפגעי שבץ מוחי לאחר האשפוז בבית החולים הכללי

שיקום נפגעי שבץ לאחר שחרורם מהאשפוז הכללי יכול להתבצע באשפוז (להלן - שיקום באשפוז או אשפוז שיקומי), בקהילה (להלן - שיקום בקהילה) או בבית החולה (שיקום ביתי)¹⁶⁷. מסגרות השיקום מיועדות לכלל החולים הזקוקים לשיקום, ללא אבחנה פרטנית לחולי שבץ מוחי. על פי נתוני משרד הבריאות¹⁶⁸ יש כ-2,100 מיטות המשמשות לשיקום והן מתאימות גם לשיקום נפגעי שבץ מוחי (נוסף על מיטות אלה, יש עוד כ-780 מיטות שיקום שאינן מתאימות לנפגעי שבץ מוחי, כמו מיטות שיקום לילדים, שיקום נשימתי ושיקום אונקולוגי).

התרשים שלהלן מציג את כלל מסגרות השיקום הקיימות המתאימות לשיקום נפגעי שבץ.

תרשים 16: מסגרות לשיקום המתאימות לנפגעי שבץ מוחי באשפוז ובקהילה



¹⁶⁷ ההתאמה למסגרת השיקומית אינה תלויה רק בגיל החולה אלא גם בגורמים אחרים, לרבות רמת תפקודו לפני השבץ, מורכבות הליקויים שנגרמו לו בעקבות השבץ, בעיות רפואיות נלוות ורצון המשפחה.

¹⁶⁸ משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, מיטות אשפוז ועמדות ברישוי (דצמבר 2022).



תוכנית לאומית לשיקום נפגעי שבץ מוחי וקביעת יעד למספר מיטות השיקום

שיעור כלל מיטות השיקום, ובכלל זה עבור שבץ מוחי ועבור חולים אחרים (להלן - מיטות שיקום), היה 0.3 מיטות ל-1,000 נפש בלבד בשנת 2022, לעומת 0.5 מיטות ל-1,000 נפש בממוצע ב-23 מדינות ה-OECD שעימן מבוצעת ההשוואה (מתוך 31 מדינות החברות ב-OECD)¹⁷¹. ישראל נמצאת אפוא במקום ה-11 מתוך אותן 23 מדינות.

בשנת 2022 היו 2,100 מיטות שיקום המתאימות לנפגעי שבץ (וגם לחולים אחרים). על פי נתוני משרד הבריאות, התחזית לשנים הבאות היא גידול משמעותי בשיעור הקשישים מגיל 65 ומעלה ובפרט מגיל 75 ומעלה - שזו האוכלוסייה שצפוי שתזדקק לשיקום - ובכלל זה שיקום כתוצאה משבץ מוחי¹⁷², כך למשל, האוכלוסייה בגיל 65 ומעלה צפויה לגדול ב-48% עד שנת 2035.

בתוכנית הלאומית לשבץ מוחי קבע משרד הבריאות את הצורך לטפל בנפגעי שבץ במרכזי שיקום ייעודיים, להטמיע את נושא השיקום משבץ מוחי במרכזי השיקום שהיו קיימים באותה עת בקהילה, וכן לבחון הפעלת מבחני תמיכה בעניין הכשרות צוותים לשיקום משבץ מוחי בקהילה.

בשנת 2017 הקים משרד הבריאות ועדה בשיתוף, בין היתר, בתי חולים ומוסדות שיקום, שמטרתה הייתה לגבש תוכנית לאומית לשיקום נפגעי שבץ מוחי¹⁷³ (להלן - הוועדה לתוכנית שיקום לאומית). על הוועדה הוטל למפות מענים שיקומיים קיימים לנפגעי השבץ באשפוז הכללי ובשיקום; להתוות תהליכי עבודה לשיקום נפגעי שבץ מוחי, בדגש על הקהילה; לקבוע מה יהיה הטיפול השיקומי שייתנו מטפלים פרה-רפואיים וסיעודיים; להמליץ על קידום שיקום באשפוז ובקהילה; ולבחון טכנולוגיות חדשות בתחום. הוועדה קיימה דיונים אחדים. הוועדה גיבשה המלצות ביניים בנובמבר 2017 והייתה אמורה לפרסם את המלצותיה הסופיות כמה חודשים לאחר מכן. בפועל הוועדה הפסיקה להתכנס ולא הגישה המלצות סופיות.

באוגוסט 2020 גיבש המשרד טיוטת חוזר בנושא "אמות מידה לשיקום רפואי בישראל", שמטרתו להסדיר את תהליך השיקום של כלל החולים הזקוקים לשיקום. ואולם, נכון למועד סיום הביקורת, המסמך נותר במעמד טיוטה.

עלה כי מאז שנת 2014 (מועד גיבוש התוכנית הלאומית) ונכון למועד סיום הביקורת, משרד הבריאות לא קבע תוכנית פעולה בנוגע לשיקום משבץ מוחי - מהן הפעולות שנדרש לבצע, היעדים ולוחות הזמנים להשגתם והמדדים להערכתם, ובהתאם גם לא תקצב אותה. כתוצאה מכך, למרות הגידול בתוחלת החיים ובעקבותיו הגידול הצפוי בצורך במיטות שיקום בכלל ולנפגעי שבץ בפרט, למשרד הבריאות אין הערכה של צורכי מיטות השיקום הנדרשות לפי גודל האוכלוסייה. בפועל, שיעור כלל מיטות השיקום בישראל עמד בשנת 2021 על 0.3 מיטות ל-1,000 נפש בלבד, לעומת 0.5 מיטות בממוצע ה-OECD. בנסיבות אלה, מערך השיקום פועל באופן בלתי מתוכנן, ללא יעדים שיכוונו את פעולותיו, בלי שהוא יודע מהם צורכי מיטות השיקום העתידיים וללא תכנון מענים מתאימים, לרבות כוח אדם ייעודי והתקציבים הנדרשים.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, כי עד שנת 2028 הוא מתכנן להוסיף כ-500 מיטות שיקום המיועדות גם לנפגעי שבץ מוחי. בנוגע לגיבוש תוכנית לאומית לשיקום, המשרד מסר כי קיבל לידיו בפברואר 2024 את המלצות הוועדה לתוכנית שיקום לאומית. המשרד טרם דן בהמלצות.

¹⁷¹ משרד הבריאות, אגף המידע, חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר, מיטות אשפוז ועמדות ברישוי (דצמבר 2023). יצוין כי מאחר וה-OECD מביא בחשבון בחישוביו גם מיטות מסוגים אחרים ולכן בסיס הנתונים אינו זהה, יש לסייג השוואה בין-לאומית בנוגע לשיעור מיטות השיקום ל-1,000 נפש המתאימות לנפגעי שבץ על פי נתוני ה-OECD.

¹⁷² התחזית עד שנת 2035 היא זו: קבוצת הגיל של בני 65 ומעלה תגדל מ-1,124,000 בשנת 2020 ל-1,660,000 איש בשנת 2035; קבוצת הגיל של בני 75 ומעלה תגדל מ-379,000 ל-879,000 איש; קבוצת הגיל של בני 85 ומעלה תגדל מ-108,000 איש ל-290,000 איש; משרד הבריאות, ראש אגף השיקום, מצגת בנושא "שיקום - רקע, צרכים ופערים".

¹⁷³ משרד הבריאות, הוועדה ל"תוכנית שיקום שבץ מוחי במדינת ישראל" (2017).



מומלץ למשרד הבריאות להשלים את גיבוש התוכנית הלאומית לשבץ, כך שתתייחס גם לשיקום נפגעי השבץ המוחי. בכלל זה, מומלץ שהמשרד יקבע מהם המענים לצרכים הנוכחיים והעתידיים בתחום השיקום בכלל ובשיקום שבץ מוחי בפרט, היעדים למימוש התוכנית והמדדים להערכתם, לוחות זמנים לביצוע, התקציבים לכל השותפים לתוכנית, היעד למספר מיטות השיקום הנדרשות ל-1,000 נפש וזמינות שירותי המערך. עוד מומלץ כי המשרד יפעל להגדלת מספר הרופאים המומחים והצוותים הפרה-רפואיים הנדרשים ולהכשרתם ויגדיר את תהליכי השיקום הנדרשים.

מיטות שיקום ביחס לנפגעי שבץ לפי מחוזות גיאוגרפיים: היות שנפגעי שבץ יכולים להתאשפז במיטות לשיקום כללי כמו גם במיטות לשיקום נוירולוגי, חישב צוות הביקורת את היחס בין מספר נפגעי השבץ המוחי לבין מספר מיטות השיקום המתאימות גם לשיקום נפגעי שבץ מוחי, לפי מחוזות בשנת 2022.

לוח 4: מספר מיטות השיקום ביחס לכלל נפגעי השבץ, לפי מחוזות¹⁷⁴, 2020

המחוז	מספר נפגעי השבץ	מספר מיטות השיקום במחוז	יחס מיטות השיקום לנפגעי שבץ
ירושלים, יהודה ושומרון	1,960	69	0.035
צפון	2,959	222	0.075
חיפה	2,603	369	0.142
מרכז	4,468	876	0.196
תל אביב	3,576	370	0.103
דרום	2,794	194	0.069

על פי נתוני הרשם הלאומי לשבץ ונתוני משרד הבריאות, בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהלוח עולה כי במחוז מרכז יחס מיטות השיקום לנפגע שבץ הוא הגבוה ביותר - 0.196 מיטות לנפגע שבץ מוחי, ואילו במחוז ירושלים, יהודה ושומרון היחס הוא הנמוך ביותר מבין ששת המחוזות - 0.035 מיטות.

מומלץ כי משרד הבריאות יבחן מהם פערי מיטות השיקום הנדרשים להשלמה כדי להבטיח מענה איכותי למי שנזקק להן. מומלץ שהוא ישלים תוכנית לאומית למיטות שיקום בכלל לצד התוכנית הייעודית לשיקום בעקבות שבץ מוחי, בדגש על מחוזות שבהם יחס מיטות השיקום לנפגע שבץ נמוך במיוחד. הדבר מקבל משנה תוקף בעקבות הגידול החד במספר הפצועים הזקוקים לשיקום בעקבות המלחמה שפרצה באוקטובר 2023 ("חרבות ברזל").

זמן ההמתנה מהשחרור מהאשפוז ועד לקבלת טיפול שיקומי בקהילה

בשנת 2020 כ-53% מנפגעי השבץ¹⁷⁵ קיבלו שירות שיקום כלשהו בקהילה. כדי להגדיל את סיכויי השיקום של נפגעי השבץ, עליהם להתחיל בטיפול השיקומי בקהילה סמוך לשחרורם מהאשפוז הכללי בבית החולים, או להמשיך אותו סמוך לשחרורם ממסגרת השיקום באשפוז וליצור רצף בין טיפולי השיקום במסגרת האשפוז לבין אלו הניתנים לאחר השחרור.

על פי נתוני רשם השבץ לשנת 2020¹⁷⁶, זמן ההמתנה הממוצע לשיקום בקהילה (מספר הימים משחרור המטופל מאשפוז כללי או שיקומי ועד קבלת טיפול שיקומי כלשהו בקהילה - במסגרת

¹⁷⁴ אזור יהודה ושומרון שולב עם מחוז ירושלים בשל סמיכותם וכיוון שביהודה ושומרון אין מיטות שיקום.

¹⁷⁵ למעט נפגעי שבץ TIA וחולים שנפטרו.

¹⁷⁶ דוח נתוני מעקב מהקהילה 2020; נתוני הקהילה עודכנו ביוני 2023, לאחר פרסום הדוח. הנתונים אינם מוצגים עבור כל סוג טיפול בנפרד (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת), מאחר שדוח הרשם לשנת 2020 כולל



אשפוז בית, אשפוז יום שיקומי או כטיפולים פרה-רפואיים בקהילה) היה 11.6 ימים, ופרק זמן זה היה דומה בכל הקופות. עוד נמצא כי מספר ימי ההמתנה הרבעוני העליון היה 15 - 17 ימים בארבע הקופות¹⁷⁷.

להלן דוגמאות מתהליך שיתוף הציבור בנוגע להמתנה לקבלת טיפול שיקומי בקהילה:

לא היה רצף טיפול מהשחרור ממחלקת האשפוז עד לשיקום בקופת החולים, וההמתנה של אבי לטיפולים גרמה לנו לפאניקה מטורפת ולחשש מפני סיכון בריאותי.

אמי המתנה שבועיים עד לקבלת טיפולים באשפוז יום וכך הפסידה חלק מחלון ההזדמנויות לטיפול מצבה.

בבית החולים המליצו על שיקום בקהילה. המתנו לתורים לקבלת טיפולים חצי שנה ופינינו לשוק הפרטי.

עיקוב בקבלת טיפולי שיקום בקהילה לאחר השחרור מאשפוז כללי או מאשפוז שיקומי עלול לגרום לכך שנפגעי שבץ מוחי יחמיצו את חלון הזמן לשיקום יעיל ומיטבי. לחלופין, הוא יכול להביא לכך שכדי להבטיח שיקום יעיל, הטיפול ייעשה בשוק הפרטי במימון הנפגע, אף שמדובר בשירות רפואי הכלול בסל שירותי הבריאות. חמור מכך, הדבר יכול להביא לויתור של הנפגע על תהליך השיקום ולפגיעה במצבו הבריאותי והנפשי. על אף הנחיית משרד הבריאות להעביר את הנפגע למסגרת שיקומית ללא שיהוי לצורך הבטחת שיקום רציף ומיידי, זמן ההמתנה הממוצע לשיקום בקהילה היה כאמור 11.6 ימים בשנת 2020.

הכללית ציינה בתגובתה, כי שירותי שיקום בקהילה למטופלים ששחררו מאשפוז כללי ניתנים על ידי היחידה לשיקום בית בתוך שלושה ימים בשל דחיפותם. לגבי זמן ההמתנה לשירותי שיקום בקהילה למטופלים שעברו שיקום באשפוז - הוא ארוך יותר בשל דחיפות נמוכה יותר.

מאוחדת ציינה בתגובתה, כי זמן ההמתנה מהשחרור מאשפוז הכללי ועד לשיקום ביתי הוא 24 - 48 שעות.

מכבי ציינה בתגובתה, כי לעמדתה, המתנה ממוצעת של 11 ימים אינה גורמת לפגיעה מהותית במטופלים, אולם היא פועלת לקצר את זמני ההמתנה ככל שניתן על ידי פתיחת הסכמים עם ספקים חדשים ועל ידי מתן תגמול למטופלים העובדים בפריפריה.

כדי שנפגעי השבץ יקבלו שיקום סמוך ככל האפשר לשחרורם מהאשפוז הכללי, מומלץ כי משרד הבריאות יגדיר את פרק הזמן המרבי להמתנה לקבלת שיקום בקהילה, ובהתאם לכך יגדיר יעדים לקופות החולים.

משרד הבריאות ציין בתגובתו, שהוא מתכנן לתת לקופות החולים תמיכה כספית בשנת 2024 להקמת מסגרות שיקום יום נוספות על ידי הקופות באזורים שבהם זמינות השירותים נמוכה. המשרד הוסיף כי הוא מתכנן גם לתמוך בהרחבת פעילות מסגרות אלה ולכלול את הנושא משנת 2025 בבסיס התקציב.

חבילות לשיקום ביתי, ולא תמיד ידועים הטיפולים שקיבלו בתוך החבילה. דוח הקהילה לשנת 2021 צפוי לצאת לכל המוקדם ברבעון הראשון של 2024.

כלומר, 25% מהמטופלים המתווכים יותר מ-15 - 17 ימים לקבלת שיקום בקהילה.



סיכום

שבץ מוחי הוא הסיבה השנייה בהיקפה לתמותה בעולם. השבץ עלול לפגוע באזורים שונים של המוח ולחולל מגוון גדול של הפרעות מוטוריות, קוגניטיביות, שפתיות, רגשיות והתנהגותיות, להוביל לנכות ואף למוות. בשנת 2020 דווחו כ-18,400 מקרים חדשים של שבץ מוחי, אך לפי ההערכה יש 100,000 מקרי שבץ מוחי לשנה - פי כחמישה וחצי מהמקרים המדווחים. הערכת העלויות הישירות והעקיפות של השלכות השבץ המוחי בישראל עומדת על 2.3 מיליארד ש"ח בשנה, נכון לשנת 2018. גורם הזמן הוא קריטי במתן טיפול לנפגע שבץ מוחי. הפחתת פרק זמן זה מובילה להקטנה משמעותית של שיעורי הנכות והתמותה הנגרמים מהשבץ ומשפיע על החלמת הנפגע.

בדוח עלו ליקויים הנוגעים לטיפול המיטבי הנדרש לנפגעי השבץ ובכללם בנוגע לאשפוז במחלקות שאינן ייעודיות לטיפול בשבץ מוחי, למשל בשל כך שהצוות המטפל, ובפרט הרופאים והאחיות, אינם מי שהטיפול בשבץ מוחי הוא תחום התמחותם; בנוגע לכך שלמשרד הבריאות אין מנגנון שיאפשר ניהול יעיל ומרכזי של מערך הצנתורים, מה שגורם לכך שמטופלים הזקוקים לצנתור מוח עלולים שלא לקבל אותו או לבזבז זמן יקר בהגעה לבית חולים מצנתר זמין, דבר העלול לגרום להרעה במצבם. עלה בביקורת שכ-50% מנפגעי השבץ שהועברו לבית חולים מצנתר לא צונתרו בסופו של דבר, בין היתר בשל החמצת חלון הזמנים לביצועו; וכן גם בנוגע לכך שנפגעי השבץ אינם מקבלים את מלוא שירותי השיקום הנדרשים להם במהלך האשפוז הכללי, והשירותים שהם מקבלים במסגרות השיקום אינם בזמינות ובנגישות הראויה, בדגש על מחוזות שבהם יחס מיטות השיקום לנפגעי שבץ נמוך יותר מאחרים. כך למשל, במחוז ירושלים, עם יהודה ושומרון, היחס הוא הנמוך ביותר - 0.035 מיטות - לעומת מחוז מרכז, שבו יחס מיטות השיקום לנפגעי שבץ הוא הגבוה ביותר - 0.196 מיטות לנפגע שבץ מוחי. המשרד אף אינו בודק את היעילות של כלל מערך השיקום לנפגעי השבץ.

מומלץ שמשרד הבריאות יעדכן את התוכנית הלאומית לשבץ מוחי, כך שיינתן בה ביטוי מלא לצורך במיטות אשפוז ייעודיות לשבץ מוחי, ושישלים את גיבושה, באופן שתתייחס גם לשיקום נפגעי השבץ המוחי. עוד מומלץ שמשרד הבריאות ינהל את משאב מצנתרי המוח בראייה כלל-ארצית, ובפרט באמצעות הקמת מרכז שליטה וניהול ארצי, שיספק תמונת מצב רציפה של זמינות מערך הצנתורים בבתי החולים, יבטיח שזמינות המצנתרים תהיה גבוהה בכל אחד מהמחוזות ובכל שעות היממה, ויאפשר את ייעול ההעברות בין בתי חולים עבור נפגעי שבץ המיועדים לצנתור. מומלץ שהמשרד ובתי החולים הכלליים יפעלו למתן מלוא שירותי השיקום לנפגעי השבץ במהלך האשפוז הכללי, ושהמשרד יבחן את הגורמים לשיהוי שחרורם של נפגעי השבץ מבתי החולים הכלליים אל המסגרות השיקומיות באשפוז, יבחן אם ההיצע הקיים של מיטות השיקום המתאימות לנפגעי שבץ תואם את הצרכים השיקומיים שלהם, ויפעל להסרת החסמים לשחרור מידי שלהם.

מספר מקרי השבץ צפוי לגדול באופן משמעותי בעשורים הקרובים בשל שינויים דמוגרפיים בגודל האוכלוסייה ובהרכבה, ובפרט בשל הגידול החזוי בקבוצות הגיל של גיל 65 ומעלה, מכ-18,400 מקרים בשנת 2020 ל-30,000 בשנת 2030 - פי 1.7. לעומת זאת, האוכלוסייה שמעל גיל 18 צפויה לגדול בתקופה זו פי 1.2. ההערכה מצביעה על כך שאחד מכל ארבעה אנשים בעולם יחוו שבץ מוחי בדרגת חומרה כלשהי במהלך חייו. מכאן החשיבות לקידום המניעה של שבץ ולכך שמשרד הבריאות יפעל להגברת המודעות לזיהוי ולהגעה מהירה לבית החולים כדי שהנפגע בשבץ יקבל את הטיפול המתאים בטווח הזמן המתאים, וכן יפעל למתן טיפול מיטבי בנפגע במיטות הייעודיות לטיפול בשבץ, לפיזור המצנתרים ולהגדלת זמינותם, באופן שייתן מענה מיטבי בכל חלקי הארץ, כמו גם למתן שיקום מועיל. זאת כדי להחזיר את נפגעי השבץ לתפקוד עצמאי, תוך שיפור איכות חייהם ושל בני משפחתם.



משרד מבקר המדינה
ונציב תלונות הציבור

