

בס"ד

**"וסכרתי את מצרים ביד אדונים**

**קשה ומלך עז ימשל**

**נאום האדון ה' צבאות"**

( ישעיהו י"ט, ד'. )

# "סוכרת עד הבית"

מדיניות חוץ של מרפאת סוכרת מחוזית :

**מפגש אישי**

בין רופא ראשוני ליועץ סוכרת

במרפאה ראשונית

כשעה בחודש :

**השפעה על מדדי איכות סוכרת**

דר' אשר קורקוס

## הנתונים במחוז י-ם לפני תחילת הפרוייקט : 1996

◆ כ-30% מכלל הסוכרתיים היו במעקב  
במרפאת הסוכרת – לפחות פעם בשנה.

(מתאים לנתונים בספרות ובארץ – בכללית)

◆ כ-70% מכלל הסוכרתיים לא קיבלו התייחסות  
רופא סוכרת .

◆ הרגיסטר ( לא מדויק ) כלל כ- 7800 סוכרתיים

# הפתרון המוצע

## ארגון חדש של שירות מרפאת הסוכרת במטרה מרובעת :

1. הגדלת מס' המטופלים שזוכים להתייחסות רופא סוכרת.
2. ייעוץ לרופא: העצמה, שיפור במודעות ומיומנות של צוות הראשוני.
3. שיפור איכות הטיפול פרטני, מרפאתי ומחוזי,
4. חיסכון במשאבים : ללא תוספת כוח אדם משמעותי

חשוב להדגיש :

לא מדובר בפתיחת סניפים של מרפאת סוכרת במרפאת הקהילה  
לא מדובר בייעוץ ישיר לחולה, אלא בייעוץ פרטני לרופא

# תהליך הביצוע

◆ כ- 30% משעות פעילות רופאי מרפאת הסוכרת המחוזית הופנו לייעוץ בקהילה.

◆ תדירות הייעוץ : בממוצע כשעה בחודש לרופא .  
פעם ב- 2 – 8 שבועות (בהתאם לגודל המרפאה).

◆ הספק המומלץ : 4-6 מטופלים בשעה  
( לא יותר מ- 2 מטופלים נוכחים פיזית )

**בסיס החישוב למתן ייעוץ לפחות פעם בשנה לכל סוכרתי:  
בפרקטיקה ממוצעת של כ- 1200 נפשות היה כ- 40-80  
סוכרתיים ( כיום 60-120 )**

# התהליך מבחינת המרפאה הראשונית :

## ◆ חודש לפני :

הכנת 6-8 סוכרתיים לכל רופא לשעת ייעוץ מתוכננת

## ◆ שבוע לפני :

דיווח למרפאת סוכרת על רשימת מטופלים מתוכננים

## ◆ ביום הייעוץ :

משרד מרפאת הקהילה חסם תורים לשעת יעוץ לכל רופא על פי תכנית.

רופא המשפחה הכין המידע הרלוונטי לייעוץ המטופל מודע שמדברים עליו (לפי הצורך זמין טלפונית) רופא משפחה מחליט על אופי הייעוץ : עם או בלי נוכחות המטופל.

אבל , הייעוץ לא נגמר כאן....

## ◆ אחרי הייעוץ :

היועץ זמין טלפונית על בסיס ההיכרות שנוצרה .

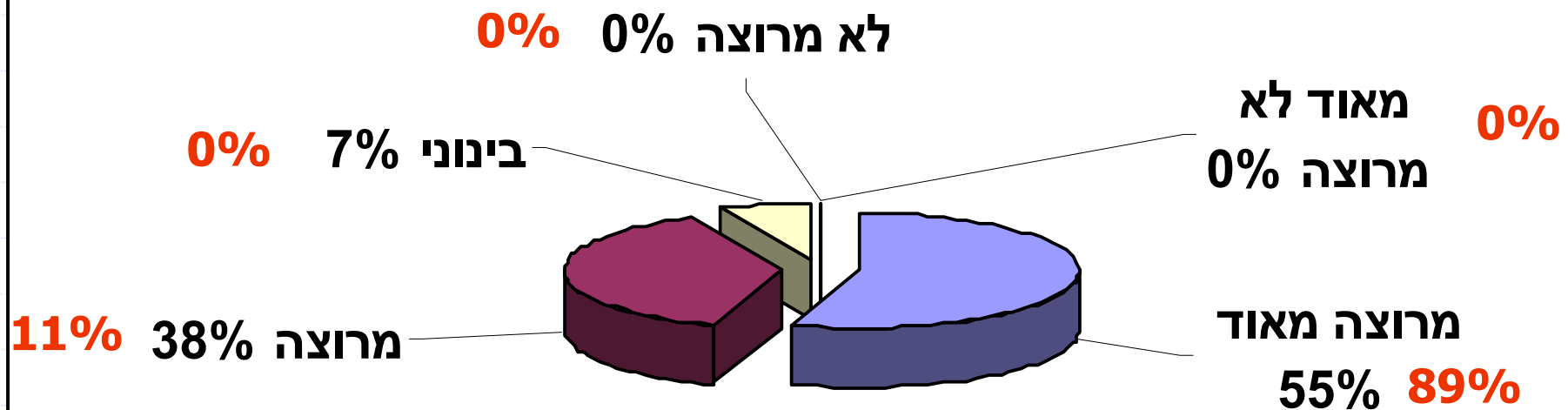
# יישום המטרות



## 2. ייעוץ לרופא: העצמה, שיפור במודעות ומיומנות של צוות הראשוני.

שביעות רצון של רופאי המרפאות המקבלות ייעוץ  
 הענות למילוי השאלון = 80 מתוך 100 רופאים – 2005  
 שאלון חוזר = 29 מנהלי מרפאה - 2008  
 להלן תשובות על 3 שאלות:

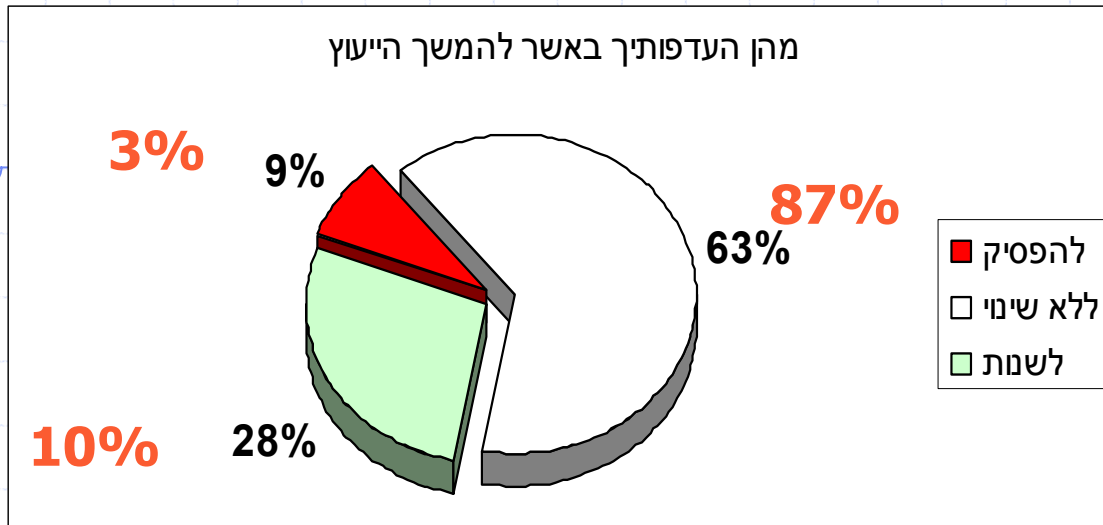
2005  
 2008  
**מידת שביעות רצון של רופאים בקהילה**



**מרוצה+מרוצה מאוד = 93 <-- 100%**

■ מאוד לא מרוצה ■ מרוצה ■ בינוני ■ לא מרוצה ■ מרוצה מאוד

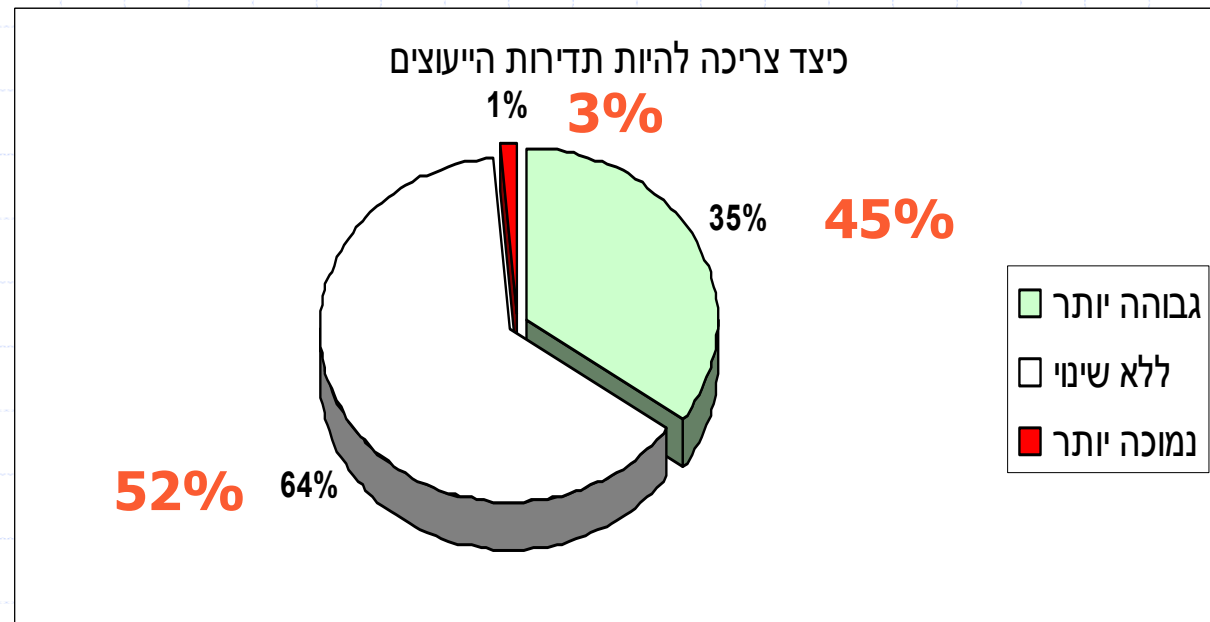
## 2. ייעוץ לרופא: העצמה, שיפור במודעות ומיומנות של צוות הראשוני.



להמשיך?

2005  
2008

להוסיף?



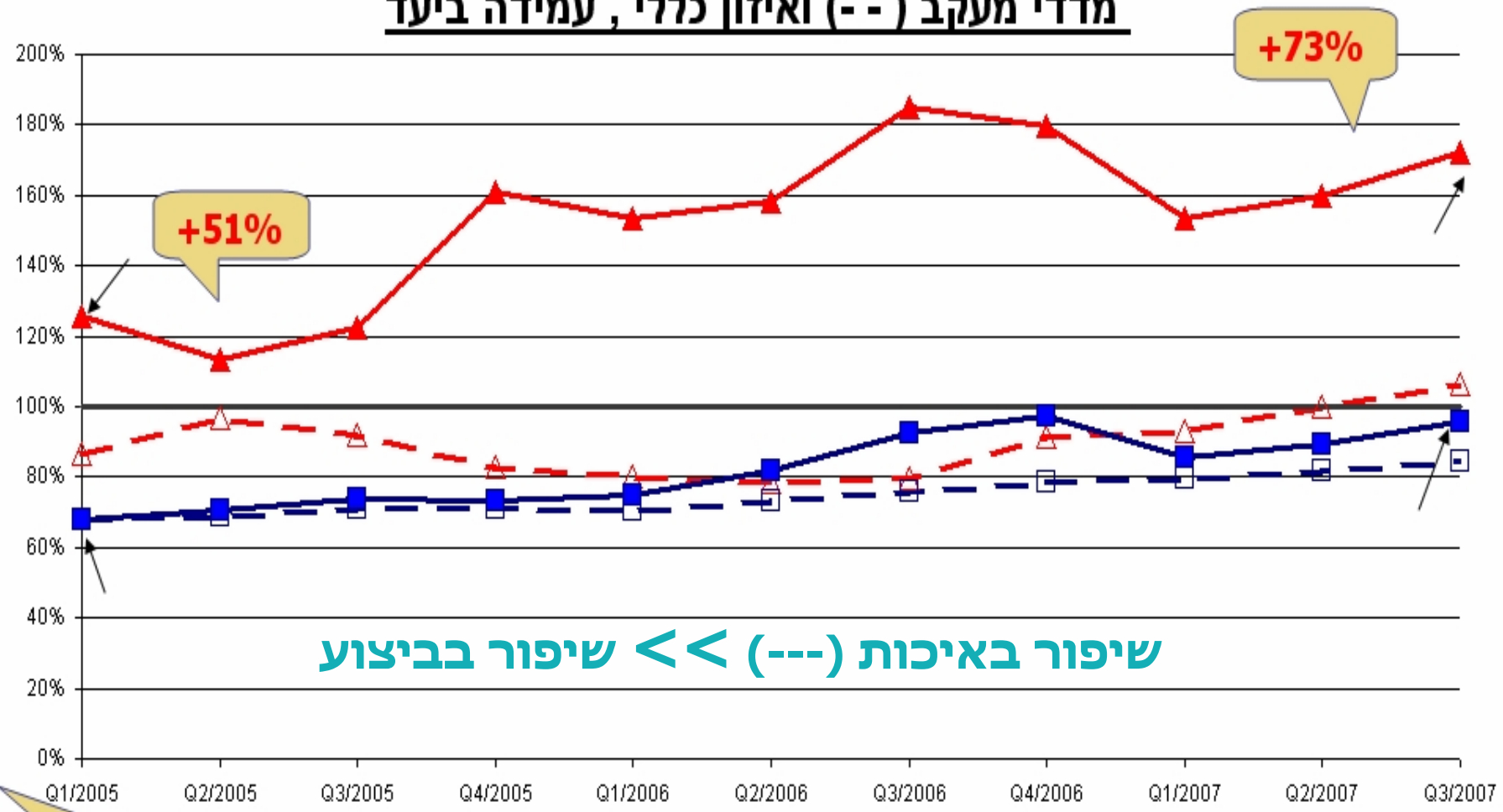
**3 . שיפור איכות הטיפול**

**פרטני**

**מרפאתי**

**ומחוזי .**

**פרויקט סכרת מול כלל הארץ**  
**מדדי מעקב ( - - ) ואיזון כללי, עמידה ביעד**



**שיפור באיכות (---) << שיפור בביצוע**

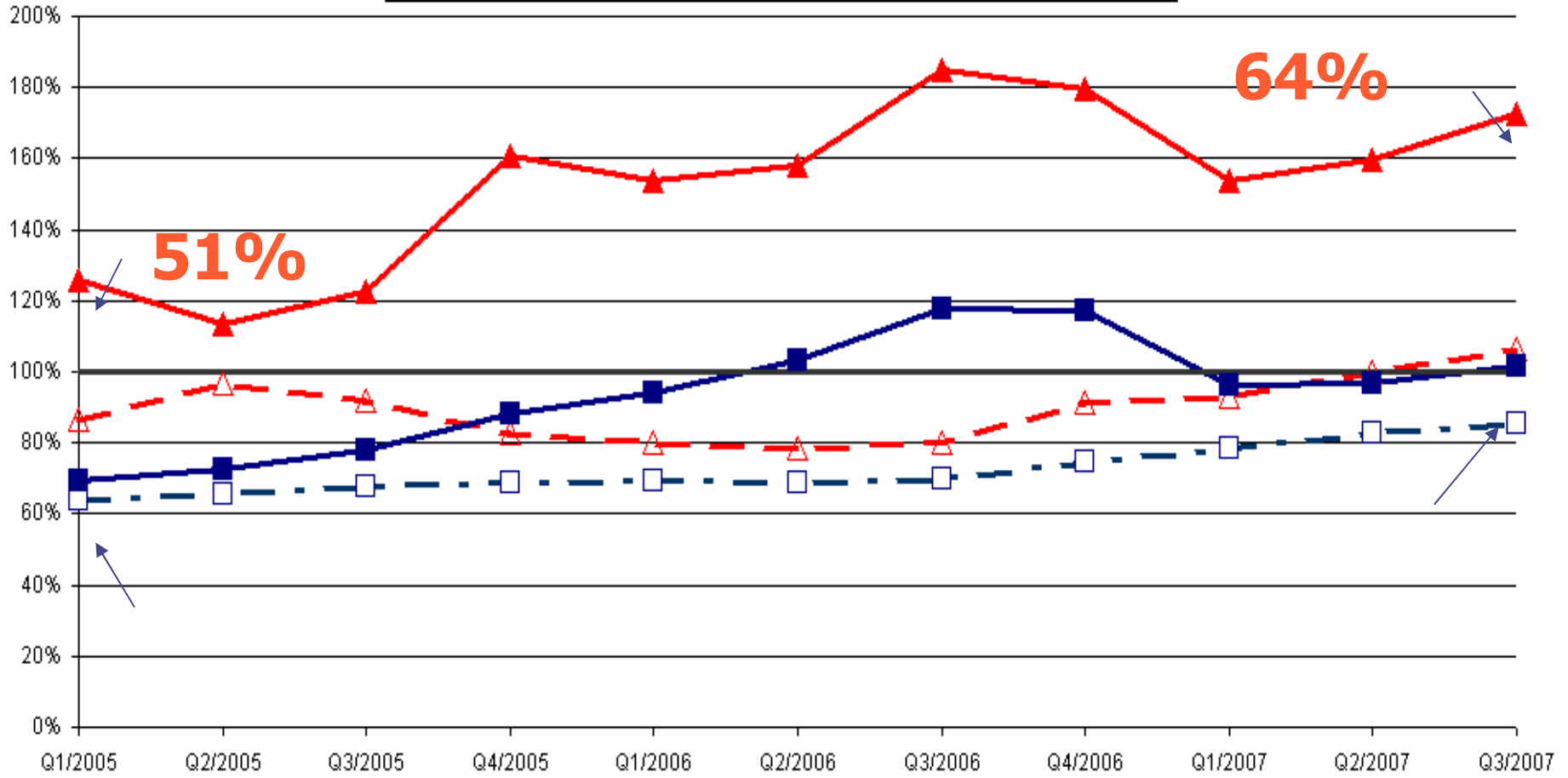
התחלת ייעוץ -1998

- ▲— ביצוע בדיקות מעקב בחולי סוכרת
- ▲— חולי סוכרת מאוזנים - כולל
- כל הארץ: ביצוע מעקב סוכרתיים
- כל הארץ: סוכרת איזון כולל

**הגדלת השיפור למרות תוכנית ארצית = ביטוי העצמה ?**

## פרויקט סכרת מול מחוז י-ם

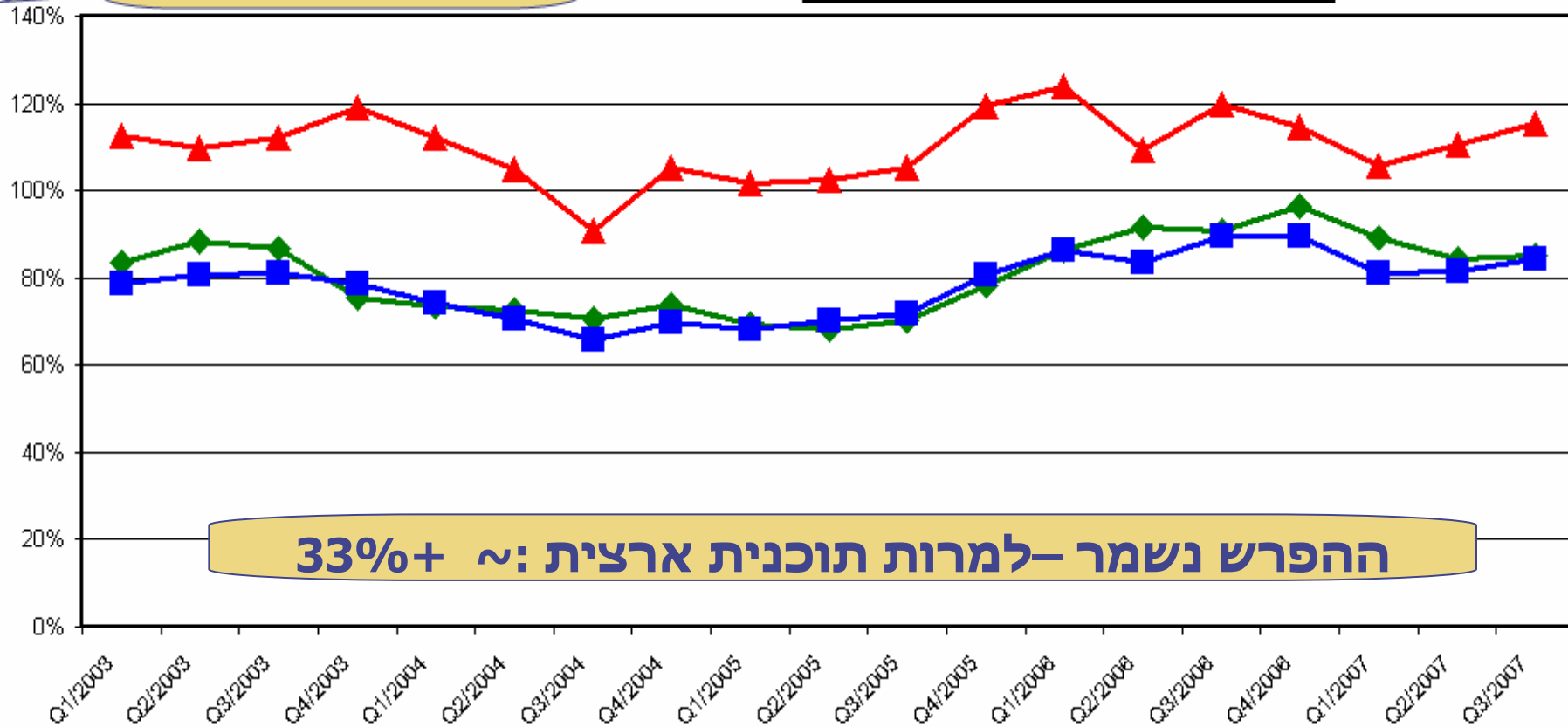
### מדדי מעקב ( - - ) ואיזון כללי - עמידה ביעד



הגדלת השיפור למרות תוכנית ארצית = ביטוי העצמה ?

**מרפאה גדולה מול פרויקט סכרת ומחוז -  
מדד  $A1C < 7$  - עמידה ביעד**

**התחלת ייעוץ - 1998**



**ההפרש נשמר - למרות תוכנית ארצית: ~ +33%**

- פרויקט:  $HGBA1C \leq 7$  שיעור איזון חולי סוכרת עם תוצאות
- מ: בקר:  $HGBA1C \leq 7$  - 225
- ים:  $HGBA1C \leq 7$  - 225

**הפסקת הייעוץ : 2000**

**מס' ה"מאוזנים" גודל יחסית יותר**

# 4 . חיסכון במשאבים : ללא תוספת משמעותית בכוח אדם במרפאת סוכרת

◆ בהתחלת הפרוייקט ( 1998 ) :  
כ-4.75 משרות

◆ כיום ( 2007 ) :  
5.5 משרות

# תוצאה נוספות : שינוי תמהיל המטופלים במרפאת סוכרת (בקרה , הפניות מוצדקות יותר)

**ברגע שנבנתה תשתית של ייעוץ בקהילה :**

◆ סוכרתיים יציבים ומאוזנים הועברו ממעקב במרפאת סוכרת לקהילה בחסות היועץ הקבוע .

◆ חולי סוכרת קשים ולא מאוזנים שלא היו במעקב מרפאת סוכרת בעבר ולא השתפרו בטיפול במרפאה הראשונית הופנו למרפאת סוכרת (למרפאת סיעוד ולפי צורך גם לרופא).

◆ תכנית זימון יזום -הודות לעבודה עקבית על פי הרגיסטר- אותרו חולים קשים שלא היו במעקב כלל .

# נקבעו קריטריונים להפנייה למרפאה

- ◆ 1. כל מי שהרופא היועץ רוצה בכך ( בהתאם לבעיה הרפואית , ולאפשרות ספציפית של צוות ראשוני להתמודד עם הבעיה ) . בד"כ :

  - ◆ - סוכרת מסוג 1
  - ◆ - סוכרת מסוג 2 עם קושי מיוחד באיזון
  - ◆ - מטופלים במשאבת אינסולין
  - ◆ - סוכרת הריונית
  - ◆ - מרפאת כף רגל
  - ◆ - בעיה אנדוקרינית משולבת
  - ◆ - צורך בביקורים תדירים ( מעל פעם בחודש )

- ◆ 2. ניתן גם לבצע מעקב אינטנסיבי זמני במרפאת סוכרת ( ע"י אותו רופא יועץ – להמשכיות טיפול ) ולחזור למעקב משותף רגיל בקהילה : **הייעוץ לא סוגר הפניות למרפאה .**

# שלב שני

01.2005 : הוחל ב- 01.2005

◆ מגזר חרדי : בתהליך בנייה

◆ רופאים עצמאיים : בודדים בלבד

# סיכום

◆ הראנו , לאחר ניסיון של כ- 10 שנים , ש :

◆ הקדשה של כ- 20% מפעילות של מרפאת סוכרת  
לייעוץ מובנה בקהילה של

◆ פגישה בת שעה בחודש בין רופא מרפאת סוכרת  
לרופא ראשוני ( מעל 100 רופאים )

◆ במרפאת הקהילה ( מעל 30 )

◆ הביא לשיפור משמעותי במדדי האיכות סוכרת לעומת  
שיטה של מרפאה סוכרת מרכזית בלבד

תוך העצמה של הצוותים ושביעות רצונם  
וללא מאמץ תקציבי נוסף

# הערות 1-

◆ **אנו מאמינים שניתן ליצור מודל דומה בין צוות סיעודי של מרפאת סוכרת ומרפאות ראשוניות.**

◆ **אנו מאמינים שניתן ליצור מודל דומה ברב המקצועות אחרים שלא דורשות ציוד מיוחד ( עד לפרוצדורה ) :**

אנדוקרינולוגיה – מבוצע

פנימית

ריאומטולוגיה

קרדיולוגיה

נפרולוגיה

גסטרו-אנטרולוגיה

כירורגיה

אורטופדיה..

## הערות -2

◆ **אנו רואים בייעוץ בקהילה אמצעי ייעיל ל:**

**" העצמת צוות המטפל הראשוני "**

**ולדעתנו גם ל :**

**" העצמה של צוות מרפאה מקצועית "**

**ובסופו של דבר ל :**

**שיפור איכות המעקב והטיפול למטופלי הקופה**

**כיום, אצלינו, הייעוץ הינו גם בתחום אנדו**

**– ולא רק סוכרת**

## הערות -3

עם כל זה

**יש צורך במרפאת סוכרת מרכזית :**

- ◆ למעקב סוכרתיים מיוחדים
- ◆ לניסיון רופאים המייעצים
- ◆ לקביעת מדיניות אחידה ( ישיבות צוות, ... )
- ◆ למתן שירותים מיוחדים
- ◆ לריכוז לוגיסטי ולגיבוי
- ◆ , וכו'

# הערות-4

## קשר מרפאת סוכרת –מרפאה ראשונית

### הפתרון לדעינו – אינו יחיד !!

- ◆ לדעתינו , לא כל שיטה מתאימה לכל מקום או לכל רופא או לכל מטופל ,
  - ◆ אי לכן על צוות מרפאת הסוכרת והנהלה רפואית להיות קשובים לצורכי הקהילה שבאחריותם ,
- ולהיות מוכנים לגמישות ויצירתיות בבניית קשר מתואם עם צוות הקהילה :
- מרפאה סוכרת רגילה : רופא – מטופל ( דרך מכתב הפנייה )
  - יעוץ טלפוני : לרופא , למטופל ( אך בצורה מובנת , ולא חטופה )
  - פתיחת סניף מקומי או צוות נייד : רופא - מטופל ( אנטנה של מרפאת סוכרת בקהילה )
  - יעוץ בקהילה : רופא-רופא – כפי שהוצג ( עם קשר טלפוני עם המטופל )
  - שימוש בתקשורת חדשה : ועידה ( Telemedicine, Video-conference , Internet , E-mail ,...) )

- ועוד ...

# הערות-5

## קשר מרפאת סוכרת –מרפאה ראשונית

### " Menu a la carte "

- מרפאה סוכרת רגילה : רופא – מטופל ( דרך מכתב הפנייה )
- פתיחת סניף מקומי או צוות נייד : רופא - מטופל  
( אנטנה של מרפאת סוכרת בקהילה )
- **יעוץ בקהילה : רופא-רופא – כפי שהוצג** ( תוך קשר טלפוני עם המטופל )
- יעוץ טלפוני : לרופא , למטופל ( אך בצורה מובנת , ולא חטופה )
- השתתפות בישיבת צוות של מרפאה ראשונית
- הזמנה לישיבות צוות של מרפאת סוכרת
- נוכחות רופא ראשוני בזמן ביקור במרפאת סוכרת
- אירגון ו/או תמיכה בסדנאות לצוות ראשוני
- אירגון ו/או תמיכה לימי בריאות בנושא סוכרת
- שימוש בתקשורת חדשה : ועידה ( Telemedicine, Video-conference , Internet , E-mail ,... )
- ועוד ...

♦ הפיתרון : שילוב מושכל של האפשרויות לפי צוות , זמן , מקום

# תודה רבה

"חכמים מרבים שלום בעולם"

# עוד תודה רבה ל :

## סיעוד :

רחל מאיר : מנהלת סיעוד  
חנה רבר

## דיאטניות :

שרה נדב  
סוהא חורי

## מינהל :

בן בסט חוה – מנהלת משרד  
דואניס איריס  
שרביט מרים  
קדוש (לוי) מוניקה  
לוי אתי

## ואחרונים - אחרונים חביבים

צוות רופאים ( מעל 100 ) ואחיות  
של מרפאות הפרוייקט ( מעל 30 )

## פרופ' חוברס ז"ל

## הנהלה :

דר' בן ששון  
דר' מגרה  
דר' דגני  
תמר פריש  
דר' בנעים

## רופאים :

קורקוס אשר  
מחול עופה  
חן סוזן  
צור ענת  
מצגר מוריאל  
טרלצקי ויקטוריה  
כהן-ועקנין אודיל  
שוסטין לריסה  
נגר שילה  
סילבצקי נועה  
סיני יוסף

# מחוז ירושלים - מרפאות ייעוץ - 2007

	מעלה אדומים	טרלצקי	16
	רגב		17
	בית וגן		18
	מעלות דפנה		19
	דרום-מושבה	מצגר	20
	גונן ו'		21
	עיר גנים	מצגר	22
	הר נוף		23
תוכנית נפרדת	בית שמש		24
	רב שפע		25
	נווה יעקב	צור	26
	קריית יובל		27
	בית הכרם		28
	גבעת זאב		29
	רמות א'	כהן- ועקנין	30
	רמות ב'		31
	גונן ח'		32
	רמת אשכול		33

הערות	מרפאה	רופא יועץ	
	בית שמש- משלט	קורקוס	1
	בית שמש- ביג שמשון		2
	אבו גוש		3
הפסקה	שריגים		4
	גאולים ( ציפובסקי )		5
	משואה ( לייטר )		6
בתוכנית	מעלי חמישה ( אבידן )		7
	שייך ג'ראח א'		8
	שייך ג'ראח ב'		9
	מזרח ירושלים		10
	מעוז	מחול	11
	שטראוס		12
	מטודלה		13
	תלפיות מזרח	חן	14
	גילה		15



**Back Slides**

**הטיפול בחולה הסוכרת בקהילה – בלעדיות של רופא המשפחה, של המירפאה לסוכרת או טיפול משולב ?**  
שלמה וינקר, חן רם, ששון נקר, אליעזר קיטאי  
הרפואה, כרך 143, חוב'ה' ( מאי 2004 )

לסיכום :

**יש לבחון מחדש בדחיפות את הדרך שבה ניתן הטיפול ומבוצע המעקב ארוך טווח בחולי סוכרת בישראל, על מנת לוודא שהמשאבים הקיימים – הן כספיים, והן כוח-אדם המיומן במירפאות הסוכרת ובמירפאות המשפחה – יופעלו בצורה מיטבית.**

# Non glyceemic goals in type 2 DM : the adult patient

multifactorial intervention: NEJM 2003;348:383-393

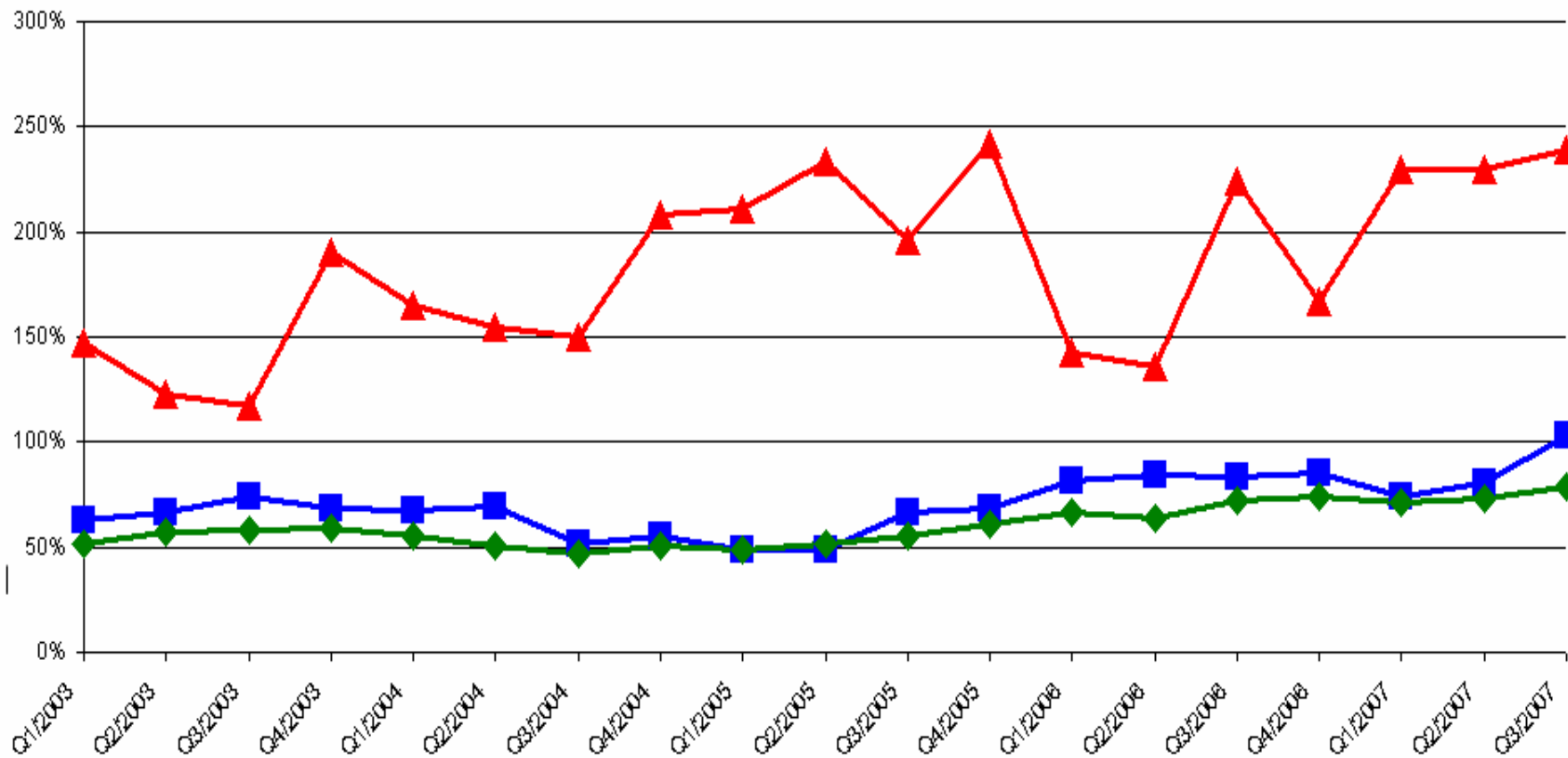
<b>Goals</b>	<b>Intervention group (special clinics)</b>	<b>Control group (GP's)</b>	<b>treatments</b>
<b>HbA1c-6.5%</b>	<b>8%</b> <b>(&lt;15% had 6.5%)</b>	<b>9%</b>	<b>SU/MET</b> <b>+/-NPH</b>
<b>BP&lt;130/80</b>	<b>most</b>	<b>Only 15%</b>	<b>ACE/ARB</b>
<b>TC&lt;175</b>	<b>57%</b>	<b>14%</b>	<b>statins</b>
<b>100%</b>	<b>60%</b>	<b>10%</b>	<b>Aspirin</b>

# הסבר על מדדי הקופה

יעד (100%=)	כולל	מדד
40%	LDL,HbA1c	איזון כולל
75%	LDL,HbA1c,Microalb	מעקב כולל
65%		HbA1c<7%
65%		LDL<100

התחלת ייעוץ - 1998

# פרוייקט סוכרת מול מחוז ומול מרפאה גדולה ללא ייעוץ - מדד $A1C > 9$ - עמידה ביעד ( אינדקס הפוך )

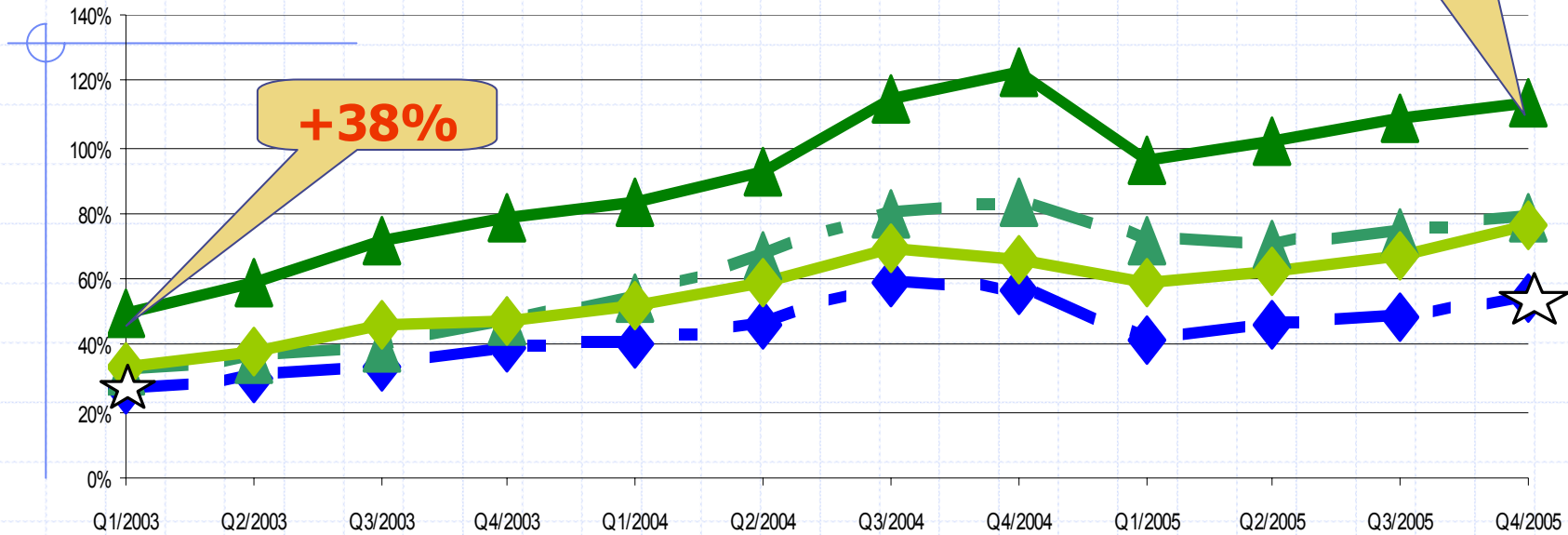


- פרוייקט:  $HbA1c > 9$  שיעור איזון חולי סוכרת עם תוצאה
- סוכרת  $HbA1c > 9$  - 227
- ים:  $HbA1c > 9$  - 227

הפסקת הייעוץ : 2000

מס' " לא מאוזנים " פוחת יחסית יותר

**פרויקט סכרת - מדדי איזון - עמידה ביעד**  
**מזרח [ללא מ. הפרויקט] מול מ. הפרויקט**

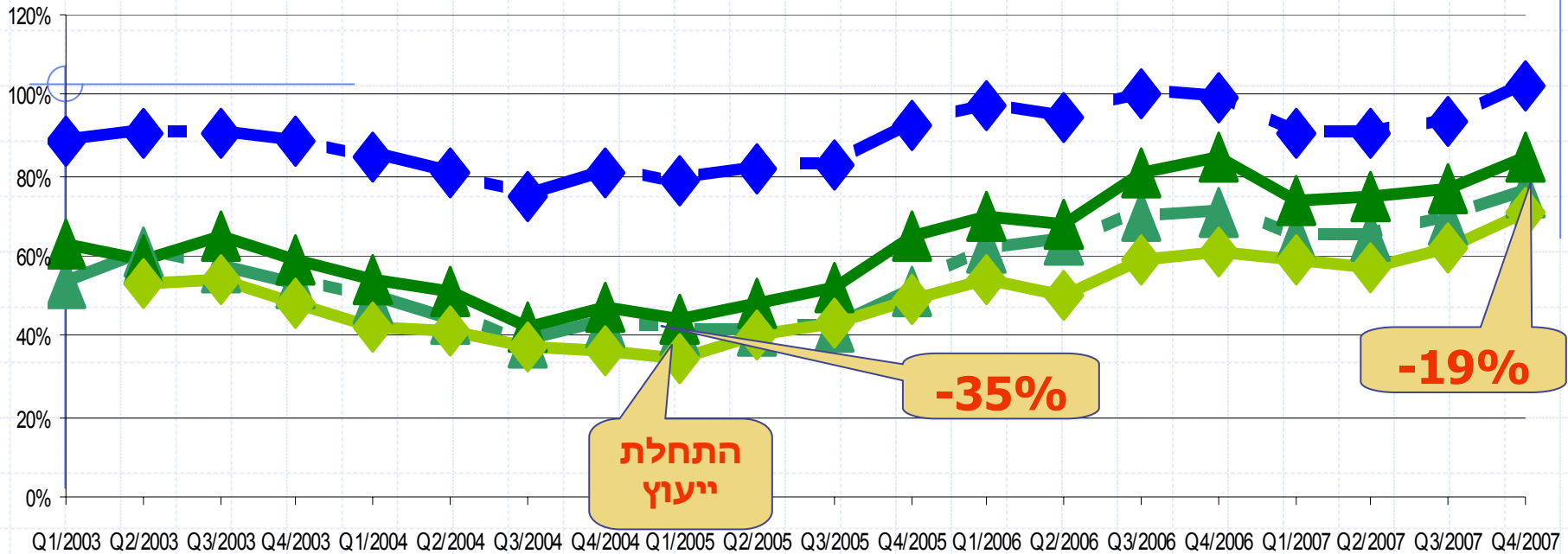


- ◆ - מזרח ים-ללא מ. הפרויקט: סוכרת איזון כולל
- ▲ - מזרח ירושלים: סוכרת איזון כולל
- ▲ - שייך גראח א: סוכרת איזון כולל
- ◆ - שייך גראח ב: סוכרת איזון כולל

**3 המרפאות הפרוייקט במגזר ערבי השתפרו יותר באיזון כללי**

פרויקט סכרת - מדדי A1C ≤ 7 - עמידה ביעד

מחוז [ללא מגזר] מול מ. הפרויקט



- ◆— מחוז ים-ללא מגזר ערבי: HGBA1C ≤ 7 סוכרת
- ▲— מזרח ירושלים: HGBA1C ≤ 7 סוכרת
- ▲— שייך גראח א: HGBA1C ≤ 7 סוכרת
- ◆— שייך גראח ב: HGBA1C ≤ 7 סוכרת

**3 המרפאות הפרוייקט במגזר ערבי מצמצמים את הפער עם המחוז**