



יישום התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות



דוח

כתיבה: מרב פלג-גבאי | אישור: שלי לוי, ראש צוות
עיצוב והפקה: מחלקת הדפוס והפרסומים של הכנסת

תוכן עניינים

1.....	תמצית	1
6.....	מבוא	1.1
10.....	היקף אוכלוסיית החולים באלצהיימר ודמנציות אחרות בישראל	2.2
10.....	2.1 היקף האוכלוסייה עם אבחנת דמנציה	2.1
16.....	2.2 מאובחנים חדשים	2.2
18.....	2.3 תמותה	2.3
19.....	3. האתגרים המרכזיים שהוגדרו בתוכנית הלאומית להתמודדות עם אלצהיימר ודמנציה	3
21.....	4. אתגר 1: העלאת מודעות הציבור ואנשי המקצוע	4
24.....	5. אתגר 2: היערכות שיעורי הבריאות	5
24.....	5.1 הגברת ההתייחסות לגורמי סיכון	5.1
26.....	5.2 אבחון	5.2
26.....	5.2.1 הגורם המאבחן	5.2.1
28.....	5.2.2 הפניה למרפאות זיכרון	5.2.2
31.....	5.2.3 קשיים באבחון דמנציה	5.2.3
34.....	5.3 טיפול במחלה	5.3
38.....	5.4 רצף טיפולי	5.4
40.....	5.5 טיפול במצבי סוף החיים	5.5
42.....	5.5.1 טיפול פליאטיבי במסגרת אשפוז	5.5.1
47.....	5.5.2 טיפול פליאטיבי ביתי	5.5.2
50.....	6. אתגר 3: שירותים מוסדיים	6
57.....	7. אתגר 4: היערכות שירותי הרווחה	7
57.....	7.1 סיוע מהמוסד לביטוח לאומי	7.1
63.....	7.2 מרכזי יום שבאחריות משרד הרווחה	7.2
66.....	7.3 תיאום במערך השירותים	7.3
68.....	8. אתגר 5: תמיכה ישירה בבני המשפחה	8
71.....	9. אתגר 6: הכשרת כוח אדם	9

10.	אתגר 7: מחקר ופיתוח.....	77
11.	דיון על יישום התוכנית הלאומית.....	78

תמצית

מסמך זה נכתב לבקשת חברת הכנסת ה-24 אתי (חוה) עטיה ועניינו יישומה של התוכנית הלאומית להתמודדות עם מחלות האלצהיימר והדמנציות האחרות, שפורסמה בשנת 2013.

- דמנציה היא הפרעה נוירו-קוגניטיבית, הפוגעת בתפקוד הקוגניטיבי ואינה נובעת מתהליכי הזדקנות טבעיים. בדרך כלל היא פוגעת באנשים שגילם מעל 65, אך היא עלולה להתפתח גם בקרב אנשים צעירים יותר. ישנם סוגים שונים של דמנציה ואחד מהם הוא מחלת אלצהיימר, שהיא מחלה ניוונית של המוח הגורמת ל-60%-70% ממקרי הדמנציה. תסמיני הדמנציה משתנים לפי שלבי ההתדרדרות בתפקוד הקוגניטיבי, המוטורי וההתנהגותי. **לפי ארגון הבריאות העולמי, כ-55 מיליון בני אדם ברחבי העולם לוקים בדמנציה, ובשל הגידול בשיעור ההזדקנות של האוכלוסייה ברוב המדינות מספרם צפוי לגדול ל-78 מיליון עד שנת 2030. אומדן העלות של המחלה למשק העולמי בשנת 2019 הוא 1.3 טריליון דולר, עלות הצפויה לגדול ל-2.8 טריליון דולר עד שנת 2030.** כיום לא קיים טיפול המאפשר ריפוי מדמנציה, אם כי קיים טיפול חדש להשפעה על מהלך המחלה, וכלים נוספים נמצאים בשלבי מחקר וניסוי קליני.
- ארגון הבריאות העולמי הכיר בדמנציה כאתגר בעדיפות גבוהה בתחום בריאות הציבור, אימץ בשנת 2017 תוכנית בין-לאומית להתמודדות עם דמנציה ופרסם הנחיות והמלצות למדינות בנושא זה. בישראל פורסמה בשנת 2013 תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות בישראל, שגובשה על ידי קבוצת מומחים רב-מקצועית מארגונים שונים בהובלת משרד הבריאות ומכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- בסוף שנת 2020 חיו בישראל כ-1.1 מיליון אנשים מעל גיל 65, שהם כ-12.1% מאוכלוסיית המדינה. **מספר האנשים הסובלים מדמנציה במדינה מוערך על ידי משרד הבריאות וגורמים נוספים בכ-150,000 בני אדם, אך לא ברור על מה מבוסס נתון זה שכן למשרד אין רשם דמנציה לאומי (לחלק מקופות החולים יש רשמי דמנציה משלהן), ולדבריו לא מתבצע דיווח מסודר על אבחנות דמנציה מקופות החולים.** במסגרת סקר שנערך בשנת 2016 בקרב מבוטחי ארבע קופות החולים בגיל 45 ומעלה, זוהו 65,951 מבוטחים שלקו בדמנציה, שהם 6.4% מבני קבוצת גיל זו. כ-96.5% מהלוקים בדמנציה שזוהו בסקר הם בני 65 ומעלה וכשני שלישים מהם נשים. ממצאי הסקר נמוכים בכ-56% מהערכת משרד הבריאות (כ-150,000 חולים). לאור שיעור גבוה של תת-אבחון, שנאמד במחקרים ב-30%-70%, קיים חשש שממצאי הסקר אינם משקפים את תמונת המצב המלאה.
- **לפי הערכות ה-OECD, בשנת 2021 היו בישראל 11 חולי דמנציה לכל 1,000 נפש – שיעור נמוך יחסית למדינות החברות בארגון, שכן ישראל דורגה במקום ה-33 מבין 38 מדינות.** על פי הערכות ה-OECD, בשנת 2050 צפוי שיעור החולים בישראל להיות 17.3 ל-1,000 נפש – השיעור הנמוך ביותר מבין מדינות אלה. עם זאת, בהתבסס על תחזיות האוכלוסייה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לאותה שנה, 17.3 חולים ל-1,000 נפש משמעותם יותר מ-270,000 חולים בישראל בשנת 2050.
- **מנתונים שאסף מרכז המחקר והמידע של הכנסת מקופות החולים עולה כי מספר המאובחנים עם דמנציה בישראל בשנת 2022 הוא 106,665 מבוטחים (נתון הנמוך בכשליש מאומדן משרד הבריאות שצוין לעיל), אך**

נתון זה כפוף להסתייגויות המפורטות במסמך. **על פי נתוני הקופות, בשנת 2021 אובחנו בישראל 14,546 חולים חדשים.**

• במסגרת התוכנית הלאומית להתמודדות עם אלצהיימר ודמנציות אחרות (להלן: התוכנית הלאומית), שפורסמה כאמור בשנת 2013, זוהו שמונה תחומים מרכזיים שבהם יש להתמקד במטרה להתמודד עם המחלה, והם: העלאת מודעות הציבור למחלה ומניעת הסטיגמה הקשורה בה; קידום היערכות שירותי הבריאות בקהילה; קידום היערכות שירותי הרווחה בקהילה; פיתוח פתרונות יעילים לתמיכה ישירה בבני משפחה מטפלים; התאמת מערך שירותי האשפוז הסייעודי הממושך לצרכים בפועל; תיאום במערך השירותים המיועדים לחולים ולבני משפחותיהם; פיתוח והרחבה של מערך הכשרת כוח האדם בקהילה ובאשפוז; מחקר ופיתוח בתחום הדמנציה ובמיוחד בתחומים שלא נחקרו ד"ם. המלצות התוכנית הן בגדר קווי יסוד עקרוניים ולא נכללה בהן התייחסות לתקצוב ייעודי ולמקורות תקציביים. **לפי המידע שבידינו קשה לעמוד במדויק על מידת יישום ההמלצות, אולם נראה כי אי אפשר לקבוע שהן יושמו בהיקף נרחב.** להלן ההמלצות המרכזיות בתחומים השונים והמידע שהתקבל משרדי ממשלה, מארגונים ומגורמים מקצועיים לגבי יישומן ולגבי המצב השורר בפועל בכל תחום:

העלאת מודעות הציבור ואנשי המקצוע: בתוכנית הלאומית תואר חוסר הידע בנושא הדמנציה כמאפיין את הציבור הרחב, אנשי המקצוע וקובעי המדיניות כאחד ובין השאר הומלץ על הכרה בדמנציה כנושא בעל עדיפות לאומית, עריכת מסע הסברה להעלאת המודעות הציבורית למחלה, ופיתוח תוכנית ארצית להפצת מידע עליה. לדעת גורמים שעמם שוחחנו במהלך כתיבת מסמך זה, המודעות למחלת הדמנציה לגווניה בקרב הדרגים המקצועיים גברה בעקבות גיבוש התוכנית הלאומית ופעילות צוות יישום רב-ארגוני בהובלת משרד הבריאות (פעילות שככל הנראה שובשה בתקופת משבר הקורונה), למשל להמרצת קופות החולים ובתי החולים לשפר את דרכי האבחון והטיפול. עם זאת, איננו יכולים לקבוע שדמנציה הוכרה כמחלה בדרגת עדיפות לאומית, כפי שהומלץ בתוכנית הלאומית. כמו כן נראה שלא פותחה עדיין תוכנית ארצית כוללת ורחבה להפצת מידע.

היערכות שירותי הבריאות:

• בתוכנית הלאומית הומלץ על הגברת ההתייחסות לגורמי הסיכון לדמנציה, והתמונה העולה מהמידע שבידינו מלמדת על ביצוע מהלכים מצד משרד הבריאות וקופות החולים לצורך הכשרת הגורמים המקצועיים ופיתוח כלי עבודה לאיתור אנשים בסיכון (כגון תוכנות ייעודיות ומרפאות ניידות), אך לא קיימת הפניה שיטתית למרפאות זיכרון ואין סטנדרטיזציה של אבחון בקהילה, לרבות אבחון מוקדם – שמכמה סיבות אינו מתבצע בחלק ניכר מהמקרים, ובכך מוחמצת הזדמנות הן לעיכוב של חלק ממקרי התחלואה והן להיערכות טובה יותר של המטופל ומשפחתו לקראת הבאות. למשרד הבריאות אין נתונים על מספר המרפאות ופריסתן, ולפי אתר עמותת עמד"א – עמותה לחולי דמנציה, אלצהיימר ומחלות דומות בישראל – קיימות ברחבי הארץ 23 מרפאות, יותר ממחציתן במחוזות תל אביב והמרכז. לדברי רופאים בכירים ששוחחנו עימם מספר המרפאות אינו מספק.

• בתוכנית הלאומית הומלץ שדמנציה תוכר באופן רשמי כאחת המחלות הכרוניות, שהטיפול התרופתי בהן כלול בתקרת ההשתתפות העצמית לחולים כרוניים. מחלת אלצהיימר (שהיא כאמור הצורה השכיחה ביותר של דמנציה) אכן מוכרת כיום כמחלה כרונית לעניין תקרת ההשתתפות העצמית, וחלק מהתרופות נגדה – המכוונות

לטיפול בתסמינים בלבד והעלולות לגרום לתופעות לוואי ניכרות – כלולות בסל שירותי הבריאות. תרופה חדשה שכיום אינה בסל, הניתנת באשפוז יום והמכוונת לראשונה לשינוי מהלך המחלה (אם כי יעילותה אינה מוכחת עד תום), הוכנסה לאחרונה לשימוש בישראל בהיקף מצומצם.

- בתוכנית הלאומית הומלץ על הגברת המודעות והידע של כל גורמי הטיפול הרפואי לצורך הבטחת מענה הולם לבעיות רפואיות בלוות של החולים, ועל הרחבת ההפניה לטיפולים תומכים. קיים ספק לגבי מידת המעקב והטיפול בבעיות רפואיות של חולי דמנציה, העלולים להיפגע בשל קשיי תקשורת, באופן המשפיע על מצבם ורווחתם של החולים. כמו כן לא נקבעו הנחיות ברורות להפניית החולים לטיפולים תומכים, כגון ריפוי בעיסוק. בתוכנית הלאומית צוין גם כי לא נקבעה לחולי דמנציה זכאות לביקורי בית בהיקף מספק, אך לא נכתבו המלצות בעניין זה.

- בתוכנית הלאומית הומלץ לשפר את רצף הטיפול בחולים באמצעות פיתוח מודל טיפולי רב-שלבי שיושם על ידי הצוותים הרפואיים בקהילה. בכל קופות החולים הגורם המקצועי המופקד על הבטחת הטיפול הכולל בחולה הוא רופא המשפחה, אך משרד הבריאות לא דיווח על גיבוש מודל לניהול המחלה, שיבטיח רצף טיפולי לחולים. חלק מהקופות פירטו קשיים בקיום רצף טיפולי ומעקב שוטף, בין היתר מחסור במשאבי זמן של גורמי הטיפול ואתגרים תקציביים ומקצועיים בפיתוח תוכנה מורכבת ורב-מקצועית, וכן הובע צורך בהסדרת שיתוף כלל-מערכתי במידע באמצעות מהלך של משרד הבריאות והכנסת. באופן כללי אפשר לומר כי האבחון והטיפול, כמו גם שמירת הרצף הטיפולי, מושפעים ממחסור במשאבי תקציב, כוח אדם וזמן, וכן מחוסר התייחסות ספציפית לצרכים של חולי דמנציה כאוכלוסייה ייחודית.

- באשר לגישה פליאטיבית בטיפול, המדגישה את איכות חיי המטופל בשלבי מחלה מתקדמים ובסוף החיים – בתוכנית הלאומית הומלץ על שיפור הטיפול במצבי סוף החיים, בין היתר על ידי עדכון "חוק החולה הנוטה למות" באופן שיבטיח את החלת הזכויות הקבועות בו גם על חולי דמנציה שקשה לקצוב את תוחלת חייהם. הגדרת "חולה נוטה למות" בחוק לא עודכנה עדיין. משרד הבריאות מסר שקביעת סטנדרטים לטיפול פליאטיבי כלולה בתוכנית העבודה לשנת 2022. מחלקות הוספיס אשפוזי (טיפול פליאטיבי אשפוזי) קיימות כיום בשני בתי חולים לאשפוז כללי בלבד – הדסה הר הצופים ושיבא, ובהן 32 מיטות, לצד 38 מיטות נוספות במוסדות אחרים. כמו כן, בסוף שנת 2020 היו בתקן 1,619 מיטות אשפוז לטיפול סיעודי מורכב תומך, מהן 67 מיטות (כ-4%) בבתי חולים לאשפוז כללי ו-1,552 מיטות במוסדות אחרים. עם זאת, לפי משרד הבריאות, חולים בדמנציה מתקדמת מאושפדים בדרך כלל במערך הגריאטריה הממושכת, הכולל מחלקות לגריאטריה סיעודית ומחלקות ל"תשושי נפש" (מטופלים הסובלים מירידה קוגניטיבית משמעותית וקבועה המתבטאת בירידה בזיכרון, בהתמצאות, בכושר השיפוט ועוד, במידה כזו שהם נזקקים להשגחה ולעזרה מלאה בפעילויות היום-יום). במחלקות אלה קיימות 21,115 מיטות סך הכול, כ-80% מהן במחלקות לגריאטריה סיעודית. לדברי גורמים מקצועיים, רמת הטיפול במוסדות אלה אינה מספקת. ככלל, תחום הטיפול הפליאטיבי מתאפיין במחסור באנשי מקצוע מומחים ובתקנים, וכן במחסור בתשתיות.

- בנוגע להוספיס בית (טיפול פליאטיבי ביתי), קופות החולים רוכשות שירות זה מספקים חיצוניים, ובהעדר סטנדרטים אחידים רמת השירות המסופק אינה קבועה. ממשרד הבריאות צוין שהרחבת תקופת הטיפול

בהוספיס ביתי מעבר ל-60 יום מתומרצת במבחן תמיכה, אך לא ידוע לנו מהו שיעורם של חולי הדמנציה בין המטופלים שעבורם ניתנת התמיכה.

שירותים מוסדיים: בתוכנית הלאומית הומלץ על בחינה מעמיקה של זמינות המיטות במוסדות הסיעוד על פי הצרכים באזורים שונים בארץ, ומעקב אחר קצב הוספת מיטות חדשות. לפי פרסומי משרד הבריאות היו בסוף שנת 2020 בישראל 25,037 מיטות גריאטריות בתקן, מהן 21,115 מיטות לגריאטריה ממושכת (16,698 במחלקות לגריאטריה סיעודית ו-4,417 במחלקות "תשושי נפש"). לאורך השנים נרשמה בחלק ניכר מהמחוזות מגמת ירידה בשיעור המיטות במחלקות "תשושי נפש" ולגריאטריה סיעודית ל-1,000 נפש בגיל 75 ומעלה, וקיימת שונות בפרסות המיטות בין המחוזות השונים. משרד הבריאות מסר לנו שלא נדרשת הרחבה של מסגרות הגריאטריה הסיעודית (שכ-80% מהמאושפזים בהן, לדבריו, סובלים מדמנציה) והמחלקות "תשושי נפש", בעיקר בשל הרחבת הטיפול בקהילה. בד בבד, דיווחו גורמי מקצוע שרמת הטיפול הניתן במוסדות מושפעת ממחסור חריף במשאבים, בין היתר לנוכח הצבת דרישות רגולטוריות שאינן מגובות בתקציב, והדבר מביא לפגיעה באיכות כוח האדם והשירות ולסגירת מוסדות. בתוכנית הלאומית הומלץ גם על בחינת אפשרות להקמת מסגרות אשפוז קטנות ומפוקחות, וממשרד הבריאות נמסר שמודלים אלה נמצאים בשלבי תכנון.

היערכות שירותי הרווחה:

- בכל הנוגע לסיוע המוסד לביטוח לאומי באמצעות גמלת סיעוד, הומלץ בתוכנית הלאומית בין השאר על התייחסות לצרכים הספציפיים של חולי דמנציה, כגון זכאות לשעות טיפול נוספות לחולים הזקוקים להשגחה מתמדת, התאמת מבחן הערכת התלות שעל בסיסו נקבעת הזכאות לגמלת סיעוד, הכשרה ייעודית למטפלי בית, תמרוץ כספי למטפלים ובחינת אפשרות לקביעת תעריף דיפרנציאלי לפי סוג הטיפול. מבדיקתנו מול המוסד עולה שמבחן הערכת התלות עודכן כך שהוא מתבסס כיום במידה רבה על מסמכים רפואיים, אך עדכון רמות הזכאות הרלוונטיות לחולי דמנציה נתקל בקשיים. בתחום המטפלים הסיעודיים – שבהם צפוי מחסור לנוכח הזדקנות האוכלוסייה – התקבלה החלטת ממשלה 43 במאי 2020 להגדלת היצע המטפלים הישראליים ולשיפור איכות הטיפול, ובעקבותיה גיבשה ועדה בין-משרדית מידרג תפקידים חדש, שיותאמו לו הכשרות ייעודיות – זאת בכפוף לאישור הממשלה ולגיבוי תקציבי, שעדיין לא התקבלו. המוסד לביטוח לאומי תומך בקביעת תשלום דיפרנציאלי למטפלים לפי מורכבות הטיפול ומצב המטופל, אך בכך הוא עומד ככל הנראה במחלוקת עם משרד האוצר.
- כפי שעולה מהמידע שעמד לרשותנו, נמצאות על הפרק סוגיות שלא קיבלו בהכרח דגש במסגרת התוכנית הלאומית, כגון הידוק הבקרה על איכות הטיפול הביתי ומניעת אלימות כלפי המטופלים. לפי דוח מבקר המדינה שפורסם בשנת 2022, כיום אין מנגנון פיקוח סדור על פעילות חברות הסיעוד, אך המוסד לביטוח לאומי אמור להתקשר במכרז עם חברות מפקחות. כמו כן, המוסד מקדם לדבריו נוהל למניעת הזנחה והתעמרות במטופלים, והוא גיבש במהלך שנת 2022 הסכם חדש עם חברות הסיעוד, הצפוי להביא לשיפור איכות הטיפול.
- באשר לפעילות מרכזי היום שבאחריות משרד הרווחה, מספר המרכזים שפעילותם מותאמת לחולי דמנציה הוא מוגבל (98 מרכזים, כמחציתם במחוז תל אביב), והם אינם נתמכים בתקציבים ממשלתיים. בשנת 2020 תוקצבה הקמת שמונה מרכזים נוספים, אך לא נמסר לנו אם הם מותאמים לחולים אלה. נראה כי לא קיים בשלב זה מענה

מימוני לצרכים העיקריים שתוארו בהמלצות התוכנית הלאומית, כגון הרחבת זמני הפעילות, ולא נפתרו קשיי המימון של המשפחות על רקע העובדה שגמלת הסיעוד אינה מכסה את עלות הביקור במרכזים בנפרד מהוצאות הטיפול האחרות. ועדה בין-משרדית לקידום רפורמה במרכזי היום, הפועלת בימים אלה, דנה בין השאר בהרחבת שעות הפעילות ובהנגשתם הכלכלית של המרכזים, אך ככל הנראה לא יוחזר בדיוני הוועדה התייחסות למאפיינים הספציפיים של חולי דמנציה. באשר להמלצה נוספת, על פתיחת מסגרות קטנות עבור חולים שאינם יכולים להשתלב במרכזי היום, נמסר ממשרד הרווחה כי במסגרת הרפורמה המתוכננת במרכזים כלולה הפעלת יחידות מודולריות, אך לא פורט מידע כלשהו מעבר לכך.

התיאום במערך השירותים: במסגרת התוכנית הלאומית כלולה התייחסות לבעיית חוסר התיאום במערך השירותים המיועדים לחולים, המביא לבזבז משאבים ולא-מיצוי זכויות. בתוכנית לא הוצגו המלצות פרטניות בתחום זה, וצוין שהנושא נדון בפורומים שונים ושיש להבטיח שבכל תוכנית לאומית שתגובש בנושא טיפול אינטגרטיבי, חולי הדמנציה ידורגו גבוה בסולם העדיפויות. משרדי הרווחה והבריאות, המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים דיווחו לנו על שיתופי פעולה מסוימים בין המערכות השונות, אך דיווחים אלה בעיקרם לא היו מפורטים. מהמידע שקיבלנו עולה שנערכו דיונים בפורומים משותפים למשרדי ממשלה, מערכת הבריאות ועמותות, ואף ננקטו צעדים מסוימים ותמריצים להגברת העיסוק בדמנציה, אך מהלכים אלה נבלמו בתקופת משבר הקורונה. מנהלת עמותת עמד"א מסרה לנו שככלל, שיתוף הפעולה ביישום התוכנית הלאומית הוא מוגבל.

תמיכה ישירה בבני המשפחה: בתוכנית הלאומית צוינו כמה המלצות בתחום זה, כגון הכרה בבני המשפחות כאוכלוסייה בסיכון, הכנת תוכנית כוללת לבני המשפחה בסמוך לאבחון לצורך סיוע בהיערכות ובניצול שירותים, העמדת שירותי מידע וייעוץ טלפוניים זמינים, מתן שירותי תמיכה חברתית ורגשית, הגברת מודעות המשפחות לזכויותיהן והתאמת דיני העבודה על בסיס הצורך בהשגחה מתמדת על החולים בדמנציה מתקדמת. מהמידע שנאסף מתקבל הרושם שכל הגופים המעורבים מודעים לשחיקת בני המשפחה המטפלים בחולה ולצורך בתמיכה בהם, אך לא ברור מהו היקף הסיוע הרשמי למשפחות, באיזו מידה הוא זמין לכולן ומהי תרומתו. לא נמסר לנו מידע על הכנת תוכנית לתמיכה במשפחות, או על ביצוע מהלכים להתאמת דיני העבודה למצבם של בני משפחה מטפלים. משרד הבריאות פרסם מבחן תמיכה בקופות החולים הכולל מתן ייעוץ וסדנאות למשפחות (10 מיליון ש"ח המיועדים לנושא זה וגם לתמיכה בשיפור האבחון ואיתור ירידה קוגניטיבית), ומשרד הרווחה מפעיל שירותים ייעודיים ללא תלות במבחן הכנסה ומעמיד יותר משלושים עובדים סוציאליים בתקן ייעודי במחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות (שמספרן הכולל כ-250). חלק מקופות החולים דיווחו שהן מקיימות שירותי תמיכה מסוימים במסגרת קבוצות או באופן פרטני. עמותת עמד"א מפעילה "קו חם" וקבוצות תמיכה ברחבי הארץ.

הכשרת כוח אדם: מחברי התוכנית הלאומית תיארו תחום זה כחיוני למתן טיפול איכותי והצביעו על קשיים רבים בתחום הכשרת הגורמים המטפלים ועל מגוון סיבות לכך. בין היתר הומלץ בתוכנית על הרחבת היקף הלימודים התיאורטיים והקליניים בתוכנית הלימודים ברפואה, במקצועות הבריאות האחרים ובעבודה סוציאלית; הרחבת היקף ההשתלמויות לאנשי מקצוע; פיתוח תוכניות הכשרה ממוקדות לרופאי משפחה; הכשרת צוותים רפואיים בקהילה בתחומים מהותיים כמו אבחון, הדרכת המשפחה ותמיכה בסוף החיים; הקצאת משאבים ייעודיים להכשרת צוותים רפואיים ועובדים סוציאליים בקהילה. על סמך פנייתנו לגופים רלוונטיים נראה שלמודי מקצועות הרפואה עדיין אינם

כוללים התייחסות מספקת לדמנציה. השתלמויות עמיתים לרופאים בנוירולוגיה קוגניטיבית ובפסיכיאטריה ומדעי המוח נמצאות בתהליך אישור במועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל, לצד השתלמויות קיימות בתת-תחומים המשיקים לנושא, אך ההשתתפות בהן תלויה במימון תקנים על ידי המוסדות הרפואיים השולחים את המשתלמים.

מחקר ופיתוח: בתוכנית הלאומית הומלץ בין היתר על קביעת סדר יום מחקרי, טיפוח שיתופי פעולה ומיסוד העברת ידע בין השדה המדעי לשדה הטיפולי, הקמת רשם דמנציה לאומי, הגדרת מדדי תוצאה והרחבת המשאבים למחקר ייעודי. ממשד הבריאות נמסר שכל פרויקט ביצועי מלווה במחקר, אך הוא לא השיב על שאלתנו בעניין יישום ההמלצות. על כל פנים, המידע שבידינו מלמד שעד כה לא הוקם רשם דמנציה לאומי במשרד הבריאות. באשר למדדי התוצאה, המשרד מפרסם מדדים שנתיים הן לבתי חולים והן לרפואה בקהילה, ולפיהם נמצא כי בבתי החולים הושג היעד של ביצוע סיקור קוגניטיבי למטופלים בגיל 65 ומעלה. בנוגע לרפואת הקהילה לא צוינו מדדים רלוונטיים לדמנציה.

נראה כי מאז פרסום התוכנית הלאומית בשנת 2013 אמנם גברו המודעות והעיסוק במחלת הדמנציה וקודמו צעדים מסוימים (לדוגמה, מבחני תמיכה של משרד הבריאות לשיפור האבחון המוקדם ולתמיכה בבני המשפחה של החולים), **אולם למעט סעיפים אחדים התוכנית כמכלול לא תוקצבה ולא יושמה, וכן לא דווח על תכנון ותקצוב מקיף וארוך טווח המבוסס על ראייה כוללת של הצרכים.** עיקר הפעולות שבוצעו מומנו מתוך התקציב השוטף של אגף הגריאטריה במשרד הבריאות, אך אין בידינו מידע על סך התקציב שהקצה המשרד לטובת חולי דמנציה בלבד ועל שיעור הניצול של תקציב זה. לפי המידע שבידינו נראה כי יישום ההמלצות עד כה הוגבל ברובו לפעולות שעלויותיהן אינן הגבוהות ביותר, כגון הדרכת גורמי מקצוע וליווי בני משפחה מטפלים, יותר מאשר למהלכים יסודיים הדורשים השקעה תקציבית נרחבת, כגון הקמת תשתיות אבחון וטיפול.

1. מבוא

דמנציה מוגדרת כהפרעה נוירו-קוגניטיבית הגורמת לפגיעה ניכרת בתפקוד היום-יומי. אחד מסוגי הדמנציה הוא מחלת אלצהיימר – מחלה ניוונית של המוח הגורמת לכשני שלישים ממקרי הדמנציה

במערכת לסיווג ולאבחון מחלות של ארגון הבריאות העולמי (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-11) מוגדרת דמנציה כפגיעה ניכרת בשני תחומי פעילות קוגניטיבית לפחות, המביאה לנסיגה ברמת התפקוד הקוגניטיבי ולהפרעה משמעותית בביצוע פעולות יום-יומיות, ושאינה נובעת מתהליכי הזדקנות טבעיים. ברוב סוגי הדמנציה ניכרת פגיעה בזיכרון, אך הפגיעה הקוגניטיבית עלולה להתבטא בתחומים רבים נוספים, כגון שפה ושיפוט, ובשינויים התנהגותיים.¹ במדריך לאבחון הפרעות נפשיות של איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5), דמנציה מכונה "הפרעה נוירו-קוגניטיבית מהותית" (major neurocognitive disorder)

¹ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-11, [Neurocognitive disorders – Dementia](#), published: February 2022, accessed: March 16th 2022.

והיא מתוארת כאחת מבין קבוצת הפרעות נזיר-קוגניטיביות, המתאפיינות בכך שהן נרכשות ושהפגיעה הקלינית העיקרית הנגרמת בהן מתבטאת בתפקוד הקוגניטיבי.²

ישנן צורות שונות של דמנציה, כגון דמנציה וסקולרית (של כלי דם), דמנציה שמקורה במחלת לואי בודי (הצטברות לא תקינה של חלבון בתאי עצב), ודמנציה של האונה הקדמית שמקורה בקבוצת מחלות ניווניות. אחד מסוגי הדמנציה הוא מחלת אלצהיימר, שהיא מחלה ניוונית של המוח הגורמת ל-60%-70% ממקרי הדמנציה.³ אלצהיימר מתאפיין בדרך כלל בירידה איטית וקבועה ברמת התפקוד הקוגניטיבי, המתבטאת תחילה בפגיעה בזיכרון והמתפשטת לתפקודים נוספים עם התקדמות המחלה.⁴ מחלה זו, כמו דמנציה בכלל, פוגעת לרוב באנשים שגילם מעל 65, אך היא עלולה להתפתח גם בקרב אנשים צעירים יותר.⁵ שכיחות המחלה גבוהה יותר בקרב נשים.⁶

הסיכון להתפתחות דמנציה לסוגיה תלוי במידה ניכרת בגיל מבוגר, ומושפע גם מאורח חיים

בין הגורמים המשפיעים במידה ניכרת על הסיכון להתפתחות דמנציה, מלבד גיל מבוגר, כלולים היבטים של אורח חיים כמו פעילות גופנית, עישון ותזונה, ולצידם השכלה ופעילות קוגניטיבית, קשרים חברתיים, מצב נפשי וזיהום אויר.⁷ בשנים האחרונות יוחדה תשומת לב מדעית ורפואית ניכרת לתסמונת הקלינית המגדירה ירידה קוגניטיבית קלה (Mild Cognitive Impairment – MCI), שאין לצידה פגיעה משמעותית בתפקוד היום-יומי אך הסובלים ממנה (ובמיוחד הסובלים מתחלואת מוח נוספת) מצויים בסיכון מוגבר לפתח דמנציה מסוגים שונים ובעיקר אלצהיימר. כיוון שהתסמונת יכולה להיגרם על ידי מגוון ליקויים, נדרשים הערכה מעמיקה וזיהוי מדויק במטרה להתאים את הטיפול לליקוי הספציפי.⁸

ההידרדרות בתפקוד הקוגניטיבי, המוטורי וההתנהגותי היא הדרגתית

דמנציה משפיעה על כל אדם באופן שונה, בהתאם למאפייניו האישיותיים והבריאותיים, לגורמי המחלה ולאופן התפתחותה. לדמנציה שמקורה במחלת אלצהיימר עלולים להתלוות תסמינים

² American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5, p. 591, published: 2013, accessed: March 16th 2022.

הגדרה זו כוללת גם אנשים עם נסיגה משמעותית בתחום קוגניטיבי אחד בלבד.

³ World Health Organization, [Dementia](#), published: September 2nd 2021, accessed: March 2nd 2022.

⁴ World Health Organization, ICD-11, [6D80 – Dementia due to Alzheimer disease](#), published: February 2022, accessed: March 16th 2022.

⁵ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#) – קבוצת מומחים רב-ארגונית ורב-מקצועית: מסמך מסכם, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, משרד הבריאות והמועצות הלאומיות לבריאות, עמ' 4, פורסם: אוקטובר 2013, כניסה: 28 בפברואר 2022.

⁶ World Health Organization, [Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025](#), p. 2.

⁷ World Health Organization, [Dementia](#).

Gill Livingston & al, [Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission](#), The Lancet, 396, p. 413, published: August 8th 2020.

⁸ ד"ר נועה ברגמן ואח', [הערכת בריאות קוגניטיבית והתייחסות למצב של ירידה קוגניטיבית קלה \(Mild Cognitive Impairment, MCI\)](#) – נייר עמדה, ההסתדרות הרפואית בישראל – המכון לאיכות ברפואה, עמ' 3, פורסם: אוקטובר 2021, כניסה: אפריל 2022.

מנטליים והתנהגותיים כגון רגזנות, תוקפנות והילוך משובש. נסיגה קוגניטיבית הדרגתית המלווה בממצאים גנטיים ובהיסטוריה משפחתית תואמת, יכולה לעורר חשד למחלה זו.⁹ אפשר לסווג את התסמינים הקשורים לדמנציה בחלק גדול מהמקרים, בהתאם לתהליך ההידרדרות בתפקוד הקוגניטיבי, המוטורי וההתנהגותי, לפי כמה שלבים: השלב המוקדם – שבו נשמרות עדיין רוב היכולות התפקודיות לצד תסמיני פגיעה ראשונים, למשל בזיכרון ובהתמצאות; שלב הביניים – שבו נצפית ירידה נוספת ביכולת הקוגניטיבית ובתפקוד המוטורי, מופיעים שינויים התנהגותיים כגון שוטטות, והחולים זקוקים לסיוע בחלק מהפעולות היום-יומיות; השלב המתקדם – שבו החולים אינם מסוגלים לתקשר באופן מילולי או לטפל בעצמם, מתקשים בהליכה ובזיהוי קרובים וזקוקים לעזרה מלאה בכל שעות היממה; שלב סוף החיים – לקראת המוות, הנובע לרוב מסיבוכים משניים של המחלה.¹⁰

לפי ארגון הבריאות העולמי, כ-55 מיליון בני אדם ברחבי העולם לוקים בדמנציה, ומספרם צפוי לגדול עם הזדקנות האוכלוסייה

לפי הערכות ארגון הבריאות העולמי, כ-55 מיליון בני אדם ברחבי העולם לוקים כיום בדמנציה, ובשל הגידול בהזדקנות האוכלוסייה ברוב המדינות, מספר החולים צפוי להגיע ל-78 מיליון בשנת 2030 ול-139 מיליון בשנת 2050.¹¹ עם זאת, ארגון האלצהיימר הבין-לאומי העריך בדוח שלו לשנת 2022 כי שלושה רבעים מהאנשים הלוקים בדמנציה ברחבי העולם אינם מאובחנים.¹² דמנציה היא אחת הסיבות המרכזיות למוגבלות בקרב בני הגיל המבוגר ברחבי העולם ויש לה השפעות פיזיות, פסיכולוגיות, חברתיות וכלכליות רחבות על החולים, על המטפלים בהם ועל החברה בכללותה.¹³ כפי שפורסם על ידי ארגון הבריאות העולמי, אומדן העלות של דמנציה למשק העולמי בשנת 2019 (כתוצאה מהוצאות ישירות על בריאות ורווחה והוצאות עבור טיפול לא רשמי מצד קרובי החולים) הוא 1.3 טריליון דולר, ועלות זו צפויה לגדול ל-2.8 טריליון דולר

אומדן העלות של דמנציה למשק העולמי בשנת 2019 הוא 1.3 טריליון דולר, ועלות זו צפויה לגדול ל-2.8 טריליון דולר עד שנת 2030

⁹ World Health Organization, ICD-11, [6D80 – Dementia due to Alzheimer disease](#), published: February 2022, accessed: March 16th 2022.

¹⁰ World Health Organization, [Dementia](#);

ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#) – קבוצת מומחים רב-ארגונית ורב-מקצועית: מסמך מסכם, מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, משרד הבריאות והמועצות הלאומיות לבריאות, עמ' 5, פורסם: אוקטובר 2013, כניסה: 28 בפברואר 2022.

¹¹ World Health Organization, [Dementia](#), published: September 2nd 2021, accessed: March 2nd 2022.

GBD 2016 Dementia Collaborators, [Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016](#), *Lancet Neurology* 18, p. 101, published: January 2019; Vladimir Hachinski & al, Preventing dementia by preventing stroke: The Berlin Manifesto, *Alzheimer's & Dementia* (15), p. 963, published: 2019.

¹² Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2022, p. 25, published: September 2022, accessed: November 28th 2022.

¹³ World Health Organization, [Dementia](#), published: September 2nd 2021, accessed: March 2nd 2022.

כיום לא קיים טיפול
המאפשר ריפוי
מדמנציה, אם כי קיים
טיפול חדש להשפעה
על מהלך המחלה,
וכלים נוספים
נמצאים בשלבי
פיתוח

ארגון הבריאות
העולמי אימץ בשנת
2017 תוכנית בין-
לאומית להתמודדות
עם דמנציה ופרסם
המלצות למדיניות
בנושא זה
בישראל פורסמה
בשנת 2013 תוכנית
לאומית להתמודדות
עם מחלת
האלצהיימר
ודמנציות אחרות,
שגובשה על ידי צוות
מומחים רב-מקצועי
בהובלת משרד
הבריאות

עד שנת 2030.¹⁴ כיום לא קיים טיפול המאפשר ריפוי מדמנציה, אם כי קיים טיפול חדש להשפעה על מהלך המחלה, וכלים נוספים נמצאים בשלבי מחקר וניסוי קליני.¹⁵

ארגון הבריאות העולמי הצביע בשנת 2017 על פערים גדולים בין הצרכים בתחומי המניעה, האבחון והטיפול בדמנציה לבין השירותים המסופקים בפועל ברחבי העולם.¹⁶ לדברי הארגון, העדר מודעות מספקת למחלה גורם לתיג שלילי של החולים ולקושי באבחון ובקבלת טיפול,¹⁷ וזאת לצד פגיעה בזכויות אדם בסיסיות של החולים, אי-שיתופם בהחלטות וחוסר התייחסות להעדפותיהם הטיפוליות.¹⁸ הארגון הכיר בדמנציה כאתגר בעדיפות גבוהה בתחום בריאות הציבור, אימץ בשנת 2017 תוכנית בין-לאומית להתמודדות עם דמנציה ופרסם הנחיות והמלצות למדיניות בנושא זה.¹⁹ לפי פרסום של הארגון משנת 2017, לחמישים מדינות היתה באותה שנה תוכנית או מדיניות בנושא (נפרדת או משולבת בתוכניות אחרות).²⁰

בישראל פורסמה בשנת 2013 תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, שגובשה על ידי קבוצת מומחים רב-מקצועית מארגונים שונים בהובלת משרד הבריאות ומכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, ובה נתמקד במסמך זה.²¹ במסמך נבחן את יישום המלצות התוכנית הלאומית משנת 2013, תוך התייחסות לפעולות שנקטו משרד הבריאות, משרד הרווחה והביטחון החברתי (להלן: משרד הרווחה), המוסד לביטוח לאומי, ארבע קופות החולים וגורמים נוספים. במסגרת זו יוצגו נתונים והערכות על היקף התחלואה בדמנציה ובאלצהיימר בישראל, על סוגי הטיפול והשירות המוצעים לחולים ולמשפחותיהם ועל היקף השימוש בהם. לשם כך הסתמכנו על מידע שהתקבל מגופים אלה בתשובה על פנייתנו, לצד מידע שנאסף מההסתדרות הרפואית בישראל, מהמועצה להשכלה גבוהה, מעמותות וארגונים הפועלים בתחום ומגורמים מקצועיים.

¹⁴ World Health Organization, [Dementia](#).

¹⁵ World Health Organization, [Dementia](#), published: September 2nd 2021, accessed: March 2nd 2022.

¹⁶ World Health Organization, [Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025](#), p. 3, published: 2017, accessed: March 2nd 2022.

¹⁷ World Health Organization, [Dementia](#), published: September 2nd 2021, accessed: March 2nd 2022.

¹⁸ World Health Organization, [Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025](#), p. 3.

¹⁹ World Health Organization, [Dementia](#).

²⁰ World Health Organization, [Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025](#), p. 3.

²¹ ג'ני ברודסקי ואח', [תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#) – קבוצת מומחים רב-ארגונית ורב-מקצועית: מסמך מסכם, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, משרד הבריאות והמועצות הלאומיות לבריאות, עמ' 5, פורסם: אוקטובר 2013, כניסה: 28 בפברואר 2022.

2. היקף אוכלוסיית החולים באלצהיימר ודמנציות אחרות בישראל

כאמור, שכיחות התחלואה בדמנציה עולה לאחר גיל 65, ושכיחותה גדלה במקביל לעלייה בתוחלת החיים ובהזדקנות האוכלוסייה.²² בישראל חיו בסוף שנת 2020 כ-1.1 מיליון אנשים מעל גיל 65, שהם כ-12.1% מאוכלוסיית המדינה – כ-55% מהם נשים (כ-625 אלף) וכ-45% גברים (כ-503 אלף). כ-40% מאוכלוסייה זו היו בני 75 ומעלה, וכ-12% היו בני 85 ומעלה. שיעור האזרחים הוותיקים (מעל גיל 65) בישראל עולה בהדרגה לאורך השנים (אם כי הוא נמוך בהשוואה למדינות אחרות כמו ארה"ב, גרמניה, איטליה, צרפת, יפן ורוסיה), ולפי תחזיות האוכלוסייה יגיע עד שנת 2040 ל-14.2% – כשני מיליון בני אדם;²³ כלומר **קבוצת הגיל שבה שכיחות המחלה היא גבוהה מונה כיום יותר ממיליון בני אדם ועל פי התחזיות היא צפויה להיות מוכפלת בתוך כשני עשורים**. המחלה עלולה לתקוף כאמור גם בגיל צעיר יותר, אך שכיחותה בישראל בקרב בני פחות מ-65 מוערכת בפחות מ-0.2%.²⁴ בפרק זה יובאו נתונים ואומדנים של מספר האנשים שאובחנו עם דמנציה לסוגיה בישראל, מספר המאובחנים החדשים מדי שנה ומספר הנפטרים בשנה מקרב החולים.

2.1 היקף האוכלוסייה עם אבחנת דמנציה

מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה למשרד הבריאות בבקשה לקבל אומדן של מספר החולים בדמנציה בישראל או של מספר האנשים הנתונים בסיכון גבוה לפתח מחלה זו, אולם נתונים אלה לא הועברו לידינו. בתשובה על שאילתה במליאת הכנסת בנושא תוכנית לאומית לאלצהיימר השיב שר הבריאות בינואר 2022 כי בישראל יש 150,000 חולים במחלה זו,²⁵ שהיא כאמור אחת הצורות השכיחות ביותר של דמנציה, אך בהסתמך על ההערכה המקובלת בקרב גורמים שונים נראה כי תשובת המשרד התייחסה לכלל החולים בכל סוגי הדמנציה ולא רק לחולי אלצהיימר. יש לציין כי לדברי יו"ר האיגוד הנוירולוגי בישראל ונוירולוגית בכירה בקרייה הרפואית רמב"ם בחיפה, ששוחחנו עימם, הרי שעל פי הערכות, מלבד 150,000 האנשים עם דמנציה החיים בישראל, ישנם גם אנשים בהיקף משוער דומה הסובלים מירידה קוגניטיבית קלה (MCI)²⁶ – כלומר סובלים ממצב ביניים שבו מורגשים קשיים קוגניטיביים אך לא נראים סימנים לדמנציה קלינית ונשמרת יכולת טובה של תפקוד יום-יומי. הסיכון לפתח דמנציה בקרב אנשים אלה

אוכלוסיית בני 65 ומעלה, ששכיחות דמנציה בקרבה היא גבוהה, מנתה בסוף שנת 2020 בישראל כ-1.1 מיליון בני אדם, ולפי התחזיות היא צפויה להגיע לכשני מיליון עד שנת 2040

מספר חולי הדמנציה בישראל מוערך על ידי משרד הבריאות בכ-150,000 בני אדם. על פי הערכות אוכלוסייה נוספת בהיקף דומה סובלת מירידה קוגניטיבית קלה, כלומר חווה קשיים קוגניטיביים מסוימים אך ללא סימנים לדמנציה קלינית

²² המרכז הלאומי לבקרת מחלות ואגף גריאטריה – משרד הבריאות, בשיתוף עם ארבע קופות החולים, [דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016](#), עמ' 3, פורסם: אוגוסט 2019, כניסה: 21 במרץ 2022. הדוח שפורסם הוא תקציר של הממצאים העיקריים.

²³ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [יום האזרח הוותיק הבין-לאומי 2021 – מבחר נתונים על אזרחי ישראל הוותיקים בני 65 ומעלה](#), הודעה לתקשורת, פורסם: 29 בספטמבר 2021, כניסה: 18 במאי 2022.

²⁴ אלה אוסטרובסקי-ברמן ואח', [מועדון "עזר מציון" לחולי דמנציה צעירים – מחקר הערכה מעצבת](#), מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, עמ' 1, פורסם: אוקטובר 2021, כניסה: 1 במרץ 2022.

²⁵ ניצן הורוביץ, שר הבריאות, תשובה על שאילתה מספר 338 של חברת הכנסת וולדיגר בנושא תוכנית לאומית לאלצהיימר, 3 בינואר 2022, נמסרה מלשכת חברת הכנסת, 10 במאי 2022.

²⁶ פרופ' דוד טנה ופרופ' יהודית אהרון-פרץ, שיחת טלפון, שם.

במשרד הבריאות אין
רשם דמנציה לאומי.
חלק מקופות החולים
מפעילות רשמי
דמנציה משלהן, אך
לדברי המשרד אין
בישראל דיווח מסודר
על אבחנות
אלצהיימר ודמנציה

בסקר משנת 2016
זוהו בקרב מבוטחי
ארבע קופות החולים
65,951 מבוטחים
שלקו בדמנציה,
כ-96.5% מהם בני
65 ומעלה ו-64%
מהם נשים

הוערך בשנת 2012 ב-10%-15% בשנה,²⁷ אך עבור חלקם טמון פוטנציאל רב בהתערבויות למניעת שבץ ומחלות כלי דם (שכן בעיות וסקולריות הן מרכיב מרכזי ושכיח ברוב סוגי הדמנציה) לצורך מניעת המחלה או עיכובה.²⁸

במשרד הבריאות בישראל אין רשם דמנציה לאומי, והוא לא מסר מהו המקור לאומי שנקב בו – כ-150,000 חולי דמנציה. חלק מקופות החולים – שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות וקופת חולים מאוחדת – אומנם מפעילות רשמי דמנציה משלהן, אך לדברי המשרד, אין בישראל דיווח מסודר על אבחנות אלצהיימר ודמנציה או על חומרת המחלה. בהעדר רישום לאומי, נקבע במסגרת התוכנית הלאומית לדמנציה שיבוצעו סקרים תקופתיים אשר יאפשרו הערכה של היקף התחלואה. המשרד מסר כי עד כה נערכו סקרים בשנים 2017 ו-2019, אך בשל מגפת הקורונה קיימים נתונים זמינים רק מהסקר הראשון, שממצאיו נאספו בעיקרם בשנת 2016,²⁹ מקרב מבוטחי ארבע קופות החולים שהיו בני 45 ומעלה בסוף אותה שנה.³⁰

במסגרת הסקר משנת 2016³¹ **זוהו 65,951 מבוטחים שלקו בדמנציה, כ-96.5% מהם בני 65 ומעלה**,³² ומהם כמעט מחצית בני 85 ומעלה.³³ הגיל הממוצע בעת האבחון הראשון בקרב

²⁷ ההסתדרות הרפואית בישראל – האגף למדיניות רפואית, [הנחיות קליניות](#) – המלצות תתי הוועדות בכנס ההסכמה הלאומי לשנת 2011, פרק 1, פורסם: 2012; ד"ר נועה ברגמן ואח', [הערכת בריאות קוגניטיבית והתייחסות למצב של ירידה קוגניטיבית קלה \(Mild Cognitive Impairment, MCI\)](#) – נייר עמדה, ההסתדרות הרפואית בישראל – המכון לאיכות ברפואה, עמ' 3, פורסם: אוקטובר 2021, כניסה: אפריל 2022. ההסתדרות הרפואית בישראל – האגף למדיניות רפואית, [הנחיות קליניות](#) – המלצות תתי הוועדות בכנס ההסכמה הלאומי לשנת 2011, פרק 3 עמ' 9, פורסם: 2012.

²⁸ Vladimir Hachinski & al, Preventing dementia by preventing stroke: The Berlin Manifesto, *Alzheimer's & Dementia* (15), pp. 962, 977, 980, published: 2019;

פרופ' דוד טנה ופרופ' יהודית אהרון-פרץ, שיחת טלפון, שם.

²⁹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר קשרי ממשל ותוכניות לאומיות, לשכת משנה למנכ"ל, משרד הבריאות, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 30 ביוני 2022. לדברי המשרד, זיהוי החולים במסגרת הסקרים התבסס על קודי אבחנות המתייחסים לדמנציה, תיעוד של שני ביקורים בשנה האחרונה בקשר לירידה קוגניטיבית ורכישה של תרופות רלוונטיות לדמנציה. נתוני הסקר משנת 2019 צפויים להיות מוכנים לדעת המשרד באוקטובר 2022. שם.

³⁰ [דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016](#), עמ' 11. הקריטריונים שלפיהם הוגדרו הלוקים בדמנציה לצורך הסקר היו: תיעוד של קוד אבחנה התואם את הקודים לדמנציה בקובץ האבחנות הבין-לאומי ICD-9 או ICD-10; תיעוד של קוד אבחנה שנרשם על ידי רופא מומחה (רופא משפחה, פנימאי, גריאטר, פסיכיאטר או נוירולוג) לפי הקודים לדמנציה בקובץ ICD-9 או ICD-10 בשתי פגישות אבחון לפחות בתוך שנה; רכישה אי פעם של תרופות נגד דמנציה מתוך רשימה מוגדרת. מבטח בן 45 ומעלה הוגדר כחולה בדמנציה לצורך הסקר אם עמד בקריטריון אחד לפחות. שם, עמ' 7.

³¹ בסוף שנת 2016 מנתה אוכלוסיית המדינה כ-8.6 מיליון תושבים. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [יום האזרח הוותיק הבין-לאומי 2021 – מבחר נתונים על אזרחי ישראל הוותיקים בני 65 ומעלה](#), הודעה לתקשורת, פורסם: 29 בספטמבר 2021, כניסה: 18 במאי 2022.

³² [דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016](#), עמ' 11.

³³ [דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016](#), עמ' 15.

בני 65 ומעלה היה 82.34% שיעור ההימצאות (Prevalence) של המחלה כפי שחושב מקרב כלל בני 45 ומעלה באוכלוסיית ישראל באותה שנה היה 2.5%, ובקרב בני 65 ומעלה – 6.4%³⁵

מבין 65,951 המבוטחים שזוהו בסקר כלוקים בדמנציה, 64% היו נשים (42,263) ו-36% גברים (23,688). בקרב בני 45 ומעלה בישראל באותה שנה שיעורי ההימצאות המתוקננים היו 2.76% לנשים ו-2.25% לגברים, ובקרב בני 65 ומעלה שיעורי ההימצאות היו 6.69% לנשים ו-5.37% לגברים.³⁶ כ-63% מהנשים המאובחנות שאותרו בסקר ו-55% מהגברים אובחנו עם מחלת אלצהיימר. ל-7% מהמאובחנים נרשמה דמנציה וסקולרית (הקשורה לפגיעה בכלי הדם), ולכחמישית מהחולים – גברים ונשים כאחד – נרשמו קודי אבחנה לא ספציפיים.

ממצאי הסקר שנערך כאמור בשנת 2016 (כ-66,000 חולים) נמוכים בכ-56% מהערכת משרד הבריאות בשנת 2022 (כ-150,000 חולים), הערכה שכאמור אין לנו מידע על מה היא מבוססת. לדברי עורכי הסקר, בעיה מרכזית בהערכת שיעור הדמנציה נובעת משיעור גבוה של תת-אבחון, שנאמד במחקרים ב-30%-70%, בהתאם לחומרת הירידה הקוגניטיבית.³⁷ לאור זאת, וכיוון שזיהוי הלוקים בדמנציה במסגרת הסקר התבסס במידה רבה על אבחנות שנקבעו למבוטחים, קיים חשש שממצאי אינם משקפים את תמונת המצב המלאה בישראל.

נציין כי יו"ר האיגוד הנוירולוגי והנוירולוגית הבכירה בקרייה הרפואית רמב"ם העריכו בשיחה עימנו שנוסף על תת-האבחון של המחלה, חלק גדול מהאבחונים מתבצע באופן פרטי ואינו מדווח בהכרח לרשמי הדמנציה של קופות החולים.³⁸ גם בסקר הדמנציה של משרד הבריאות משנת 2016 הוזכרה הנטייה לפנות לאבחון במערכת הבריאות הפרטית, ללא העברת נתונים למערכת הציבורית, וזאת לצד חוסר מודעות בקרב הציבור ואנשי המקצוע ומחסור בשירותי גריאטריה בקופות החולים, העלולים לתרום לתת-אבחון של המחלה.³⁹ על כך יש להוסיף כי בקרב כ-66,000 החולים שאותרו בסקר משנת 2016, נכללו בין היתר כאלה שלא רשומה להם ברשומה הרפואית אבחנת דמנציה והם אותרו רק על סמך סוג התרופות שנרשמו להם: כך,

³⁴ דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016, עמ' 16.

³⁵ דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016, עמ' 10.

³⁶ דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016, עמ' 11-12.

³⁷ דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016, עמ' 6.

³⁸ פרופ' דוד טנה, מנהל המכון לנוירולוגיה קוגניטיבית בקרייה הרפואית רמב"ם ויו"ר האיגוד הנוירולוגי בישראל, ופרופ' יהודית אהרון-פרץ, המכון לנוירולוגיה קוגניטיבית בקרייה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 3 במרץ 2022.

³⁹ דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016, עמ' 29.

לדברי עורכי הסקר,
בעיה מרכזית
בהערכת שיעור
התחלואה בדמנציה
נובעת משיעור גבוה
של תת-אבחון. לאור
זאת קיים חשש
שממצאי הסקר אינם
משקפים את תמונת
המצב המלאה
בישראל

בסקר משנת 2016
דווח על נטייה לפנות
לאבחון במערכת
הבריאות הפרטית,
ללא תיעוד האבחנה
במערכת הציבורית

לכ-30% מרוכשי התרופות הספציפיות למחלה⁴⁰ (12,755 מבוטחים, שהם 19% מכלל המבוטחים שאותרו בסקר) ניתנו תרופות אלה ללא תיעוד אבחנת דמנציה ברשומה הרפואית.⁴¹

מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה לארבע קופות חולים: שירותי בריאות כללית (להלן: הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן: מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן: מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן: לאומית), ובמענה על פנייה זו מסרו הקופות את מספר המבוטחים בהן שאובחנו כסובלים מדמנציה לסוגיה. **על פי הנתונים שמסרו הקופות, בשנת 2022 היו רשומים בישראל 106,665 חולי דמנציה מאובחנים, אך נתון זה כפוף להסתייגויות, כפי שיוצג בהמשך. להלן נתוני הקופות:**

טבלה 1: מבטחי קופות החולים המאובחנים עם דמנציה, לפי קופה, 2022⁴²

מבוטחים שאובחנו עם דמנציה	התפלגות המבוטחים בישראל לפי קופה	
48,270	51%	הכללית
*25,413	27%	מכבי
**13,653	14%	מאוחדת
19,329	8%	לאומית
106,665	100%	סך הכול

*כולל כ-5,000 מבוטחים המוגדרים עם ירידה קוגניטיבית קלה וכ-20,000 הסובלים מירידה קוגניטיבית המוגדרת כדמנציה.

**כולל מבוטחים שאובחנו עם ירידה קוגניטיבית קלה ומבוטחים שאובחנו באבחון מקצועי, באבחון ראשוני או בבית חולים, כולם מעל גיל 50.

מהטבלה עולה כי סך כל המבוטחים שלגביהם נרשם שאובחנו עם דמנציה – 106,665 מבוטחים – נמוך בכשליש מאומדן החולים ששר הבריאות נקב בו, כאמור, בינואר 2022 (150,000 חולים). יתרה מכך, כחמישית מהמאובחנים במכבי הוגדרו כסובלים מירידה קוגניטיבית קלה בלבד, שאינה נחשבת כדמנציה, וכך גם 7% מהמאובחנים (951 מבוטחים) במאוחדת. זאת ועוד:

⁴⁰ מעכבי אצטילכולין אסטרז (ריבסטיגמין, דונפזיל וגלנטמין) – הניתנים נגד תסמינים קוגניטיביים בשלבים קלים עד בינוניים של המחלה, וממנטין – הפועלת לחסימת קולטן מסוים במוח ומיועדת לחולים בשלבים בינוניים ומתקדמים. [דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016](#), עמ' 18.

⁴¹ [דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016](#), עמ' 18.

⁴² נועה דנאי, מנהלת מחלקת ניהול ידע ומידע, אחראית חוק חופש המידע בכללית, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 16 במאי 2022; יובל חמו, ממונה קשרי ממשל ותקשורת, מכבי שירותי בריאות, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 9 ביוני 2022; ישי קום, ראש המינהל לאזרחים ותיקים ורכז תחום צמצום פערים בבריאות, חטיבת הרפואה, קופת חולים מאוחדת, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 6 באפריל 2022; פרופ' שלמה וינקר, ראש חטיבת הרפואה, לאומית שירותי בריאות, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 6 באפריל 2022. שיעור המבוטחים בכל אחת מהקופות מקרב כלל המבוטחים ביטוח בריאות – על פי [חישוב מפתח חלוקת כספי ביטוח בריאות בין קופות החולים ליום 1.6.2022](#), המוסד לביטוח לאומי – מינהל המחקר והתכנון, עמ' 4, פורסם: מאי 2022, כניסה: 19 ביוני 2022.

לפי נתוני קופות החולים, בשנת 2022 היו רשומים בישראל 106,665 חולי דמנציה מאובחנים – מספר נמוך בכשליש מאומדן משרד הבריאות (150,000 חולים), אך נתוני הקופות כפופים להסתייגויות

**כ-60% מהמאובחנים
עם דמנציה בכל
קופות החולים הם
נשים, וכ-40% הם
גברים**

3,543 מבוטחים במאחדת – 26% מהמאובחנים במסגרת הקופה – אובחנו אבחון ראשוני בלבד על ידי רופא המשפחה, לעומת היתר שאובחנו בידי מומחים מקצועיים או בבית חולים.⁴³ חשוב לציין שהכללית ולאומית לא פירטו על פי אילו הגדרות אותרו הנתונים שמסרו לידינו, ואין לדעת אם נתוניהן כוללים אף הם מבוטחים שאבחונם אינו ודאי. בהסתמך על הנתונים כפי שנמסרו, אפשר ללמוד מהטבלה כי בעוד שבכללית, במכבי ובמאחדת שיעור המאובחנים בקופה מכלל המאובחנים בישראל תואם את שיעור המבטחים בקופה מכלל המבטחים בישראל, הרי שבלאומית שיעור המבטחים המאובחנים הוא 18% מכלל המאובחנים בקופות – יותר מכפול משיעור מבטחיה מכלל המבטחים בארבע קופות החולים.⁴⁴ **בכל הקופות כ-60% מהמאובחנים עם דמנציה הם נשים, וכ-40% גברים.**

במטרה לבחון את שכיחות תחלואת הדמנציה בישראל ביחס למדינות אחרות, נציג להלן הערכות שמפרסם ארגון ה-OECD לגבי שיעור חולי הדמנציה ל-1,000 נפש במדינות החברות בארגון, ובכללן ישראל, בשנת 2021. יש לציין כי הנתונים אינם מתוקננים לגיל והם מבוססים על הערכות ארגון האלצהיימר הבין-לאומי, הפועל בשיתוף עם ארגון הבריאות העולמי.⁴⁵

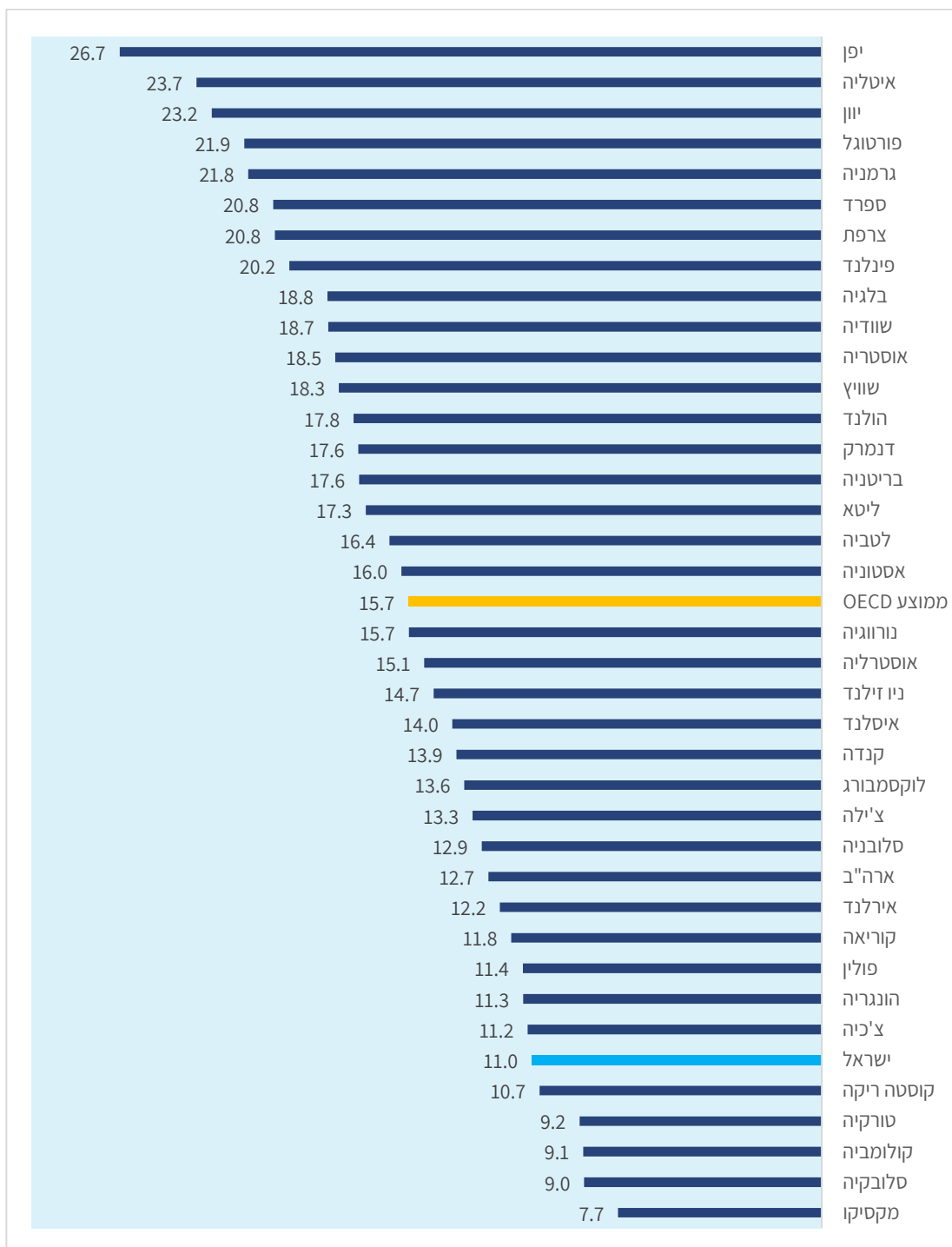
⁴³ ישי קום, מאחדת, שם.

⁴⁴ מאחדת ציינה שהנתון שלה מתייחס למאובחנים בני 50 ומעלה, נכון למרץ 2022, בעוד ששאר הקופות לא ציינו לאילו גילים מתייחסים הנתונים שלהן.

⁴⁵ לאתר ארגון האלצהיימר הבין-לאומי – ראו [קישור](#).

לפי הערכות
שמפרסם ארגון
ה-OECD, בשנת
2021 שיעור חולי
הדמנציה בישראל
היה 11 חולים לכל
1,000 נפש, וישראל
דורגה במקום ה-33
מבין 38 המדינות
החברות בארגון

תרשים 1: שיעור חולי הדמנציה ל-1,000 נפש במדינות OECD לפי הערכות הארגון, 2021⁴⁶



על פי התרשים, בשנת 2021 שיעור חולי הדמנציה בישראל היה 11 חולים לכל 1,000 נפש, וישראל דורגה במקום ה-33 מבין 38 המדינות החברות בארגון, שהשיעור המוערך הממוצע בכולן יחד היה 16 חולים ל-1,000 נפש. ה-OECD פרסם גם הערכות של השיעור הצפוי בכל

⁴⁶ OECD, [Dementia](https://www.oecd.org/health/dementia/), published: 2021, accessed: December 6th 2022.

אומדני ה-OECD מבוססים על נתונים משנת 2015.

מדינה בשנת 2050, ולפיהן השיעור בישראל צפוי להיות 17.3 חולים ל-1,000 נפש. לאור תחזיות האוכלוסייה של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משמעותו של שיעור זה היא שאומדן החולים בישראל בשנת 2050 הוא יותר מ-270,000 בני אדם.⁴⁷ שיעור זה צפוי להיות הנמוך ביותר במדינות ה-OECD באותה שנה.⁴⁸

2.2 מאובחנים חדשים

על פי בקשתנו, מסרו רוב קופות החולים נתונים גם על מספר המאובחנים החדשים בכל אחת מהשנים 2018–2021, וחלקן מסרו נתונים על התפלגות המאובחנים לפי גיל ומגדר. **מנתוני הקופות שיוצגו להלן עולה כי בשנת 2021 אובחנו בישראל 14,546 חולים חדשים.** יש להתייחס לנתון זה בזהירות כיוון שכאמור, לגבי חלק מהקופות לא ידועות לנו ההגדרות שלפיהן זיהתה כל קופה את החולים הרלוונטיים, ואחת הקופות (מאוחדת) ציינה שחלק קטן מהחולים שעליהם דיווחה אותרו בהליך זיהוי ראשוני בלבד ולא לאחר אבחון סופי.⁴⁹

על-פי נתוני הכללית, בכל אחת מהשנים 2018–2021 אובחנו עם דמנציה בין 7,374 (בשנת 2021) ל-8,085 מבוטחים בקופה (בשנת 2019). כ-60% מהמאובחנים בכל שנה הם נשים.

טבלה 2: מבוטחי הכללית שאובחנו עם דמנציה, לפי גיל, 2018–2021⁵⁰

שנה	2018	2019	2020	2021	גיל
45-64	266	266	268	261	
65-74	1,280	1,432	1,413	1,474	
75-84	3,552	3,686	3,272	3,176	
85+	2,748	2,701	2,548	2,463	
סך הכול	7,846	8,085	7,501	7,374	

מספר המאובחנים הגדול ביותר בכללית בכל אחת מהשנים נרשם בקבוצת הגיל 75–84, ששיעורה מכלל המאובחנים היה בין 43% (בשנת 2021) ל-46% (בשנת 2019). שיעור בני 85+ היה כשליש מהמאובחנים בכל שנה. נציין כי כ-59% מהמבוטחים בישראל בגילאי 75–84 וכ-66% מהמבוטחים בגילאי 85 ומעלה מבוטחים בכללית.⁵¹ כאמור על פי נתונים נוספים

⁴⁷ הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, תחזיות אוכלוסיית ישראל לטווח ארוך: כלל האוכלוסייה לפי מין וגיל – חלופה בינונית, 2015–2065, פורסם: 18 בפברואר 2019, כניסה: 6 בדצמבר 2022.

⁴⁸ OECD, Dementia, published: 2021, accessed: December 6th 2022.

⁴⁹ ישי קום, מאוחדת, שם.

⁵⁰ נועה דנאי, הכללית, שם.

⁵¹ משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, חוק ביטוח בריאות ממלכתי – קובץ נתונים סטטיסטיים 2021, לוח 9, פורסם: 28 באפריל 2022, כניסה: 11 בדצמבר 2022.

מנתוני קופות החולים
עולה כי בשנת 2021
אובחנו בישראל
14,546 חולים חדשים
בדמנציה, אולם יש
להתייחס לנתון זה
בזהירות

בקרב מבוטחי שירותי
בריאות כללית,
אובחנו בשנים
האחרונות בין 7,374
ל-8,085 חולי
דמנציה בשנה. יותר
מ-40% מ-
המאובחנים בכל
שנה היו בקבוצת
הגיל 75–84

מקרב מבוטחי מכבי
שירותי בריאות,
אובחנו בשנים
האחרונות בין 3,150
ל-3,849 חולים בשנה

שנמסרו כ-60% מהמאובחנים בכל שנה הם נשים, ויש לציין כי בקרב המאובחנים בגיל 45 – 64 שיעור הנשים היה קטן משיעור הגברים (בין 42%-ל-46%), אך שיעורן גדל עם העלייה בקבוצות הגיל, ומגיל 85 ומעלה יותר מ-60% מהמאובחנים בכל שנה היו נשים.⁵² לצד זאת יש לזכור כי תוחלת החיים הממוצעת של נשים ארוכה מזו של גברים. בתשובה על שאלתנו מסרה הקופה כי היא אינה מזהה בשנים האחרונות תחלואה בדמנציה בגיל צעיר יותר מבעבר.⁵³ על פי נתוני מכבי, מספר המאובחנים החדשים בקופה בכל שנה היה בין 3,150 (בשנת 2018) ל-3,849 (בשנת 2019), אך היא לא מסרה נתונים על ההתפלגות השנתית לפי גיל ומגדר.

טבלה 3: מבוטחי מכבי שאובחנו עם דמנציה, 2018-2021⁵⁴

2021	2020	2019	2018
3,636	3,514	3,849	3,150

על-פי נתוני מאוחדת, מספר המאובחנים בקופה בכל שנה עלה בהדרגה מ-1,841 מבוטחים בשנת 2018 ל-2,218 בשנת 2021.

טבלה 4: מבוטחי מאוחדת שאובחנו עם דמנציה, לפי גיל, 2018-2021⁵⁵

2021	2020	2019	2018	שנה גיל
218	185	170	122	*65-50
189	159	116	114	70-65
347	283	213	212	75-70
369	328	329	232	80-75
535	447	479	435	85-80
560	618	682	726	90-85
2,218	2,020	1,989	1,841	סך הכול

*איתור ראשוני ולא אבחון סופי

בקופת חולים
מאוחדת נרשמה
בשנים האחרונות
בקבוצת הגיל 50-65
העלייה הגדולה
ביותר במספר
המאותרים כחולים
באיתור ראשוני, אך
הם לא אובחנו
בהכרח באופן סופי

מספר המאובחנים הגדול ביותר במאוחדת אפיין את קבוצת הגיל 85-90, אך מספר זה ירד משנה לשנה (בניגוד לשאר קבוצות הגיל) ושיעורם ירד בהדרגה מכ-39% מהמאובחנים בשנת 2018 לכ-25% בשנת 2021. בקבוצת הגיל 50-65 נרשמה העלייה הגדולה ביותר במספר המאותרים כחולים באיתור ראשוני (כ-87%), אך הם לא אובחנו בהכרח באופן סופי – עובדה

⁵² נועה דנאי, הכללית, שם.

⁵³ נועה דנאי, שם.

⁵⁴ יובל חמו, שם.

⁵⁵ ישי קום, שם.

שעלולה להשפיע על הנתונים. אין בידינו מידע על הסיבה שבגללה לא נערך אבחון סופי לבני קבוצה זו. הקופה מסרה כי לפי הנתונים שבידיה אכן **קיימת עלייה במספר המבוטחים שאבחונם נרשם בגיל 50-65**, מ-8 בשנת 2001 ל-56 בשנת 2010, ומאז המשך עלייה הדרגתית עד ל-218 בשנת 2021.⁵⁶ אין ביכולתנו לקבוע באיזו מידה יש לייחס את העלייה בקרב קבוצת גיל זו (כמו גם בקבוצות אחרות) לגידול בהיקף התחלואה או לחילופין לגידול בהיקף האבחונים בכלל ובהיקף האבחונים המדווחים בפרט. על פי נתונים נוספים שמסרה הקופה, בשנת 2021 שיעור הנשים מקרב המאובחנים היה באותה שנה כ-57% ושיעור הגברים כ-43%.⁵⁷ על פי נתוני לאומית, מספר המאובחנים בה בשנה היה בין 1,312 (בשנת 2020) ל-1,434 (בשנת 2019).

טבלה 5: מבוטחי לאומית שאובחנו עם דמנציה, 2018-2021⁵⁸

2021	2020	2019	2018
1,318	1,312	1,434	1,360

מנתונים נוספים שמסרה מכבי אפשר ללמוד כי שיעור הנשים שאובחנו בכל שנה היה 57%-60% ושיעור הגברים 40%-43%. לדברי הקופה, נתוניה אינם מצביעים על עלייה בתחלואה בגיל צעיר, אך יש לציין שבכך היא מסתמכת על שיעורי המאובחנים עד גיל 46⁵⁹ – גיל העלול להיות צעיר מדי לצורך השוואה מסוג זה.

2.3 תמותה

על פי דוח סקר הדמנציה של משרד הבריאות משנת 2016, בשנת 2017 נפטרו 8,786 חולי דמנציה (13.3% מ-65,951 החולים בשנת 2016 על פי הסקר). בתרשים שלהלן מוצגים נתונים על היחס בין שיעורי התמותה של חולי הדמנציה שזוהו בסקר לבין שיעורי התמותה של האוכלוסייה ללא דמנציה. הנתונים מתוקננים לגיל ומוצגים בפילוח מגדרי.

⁵⁶ ישי קום, שם.

⁵⁷ ישי קום, שם.

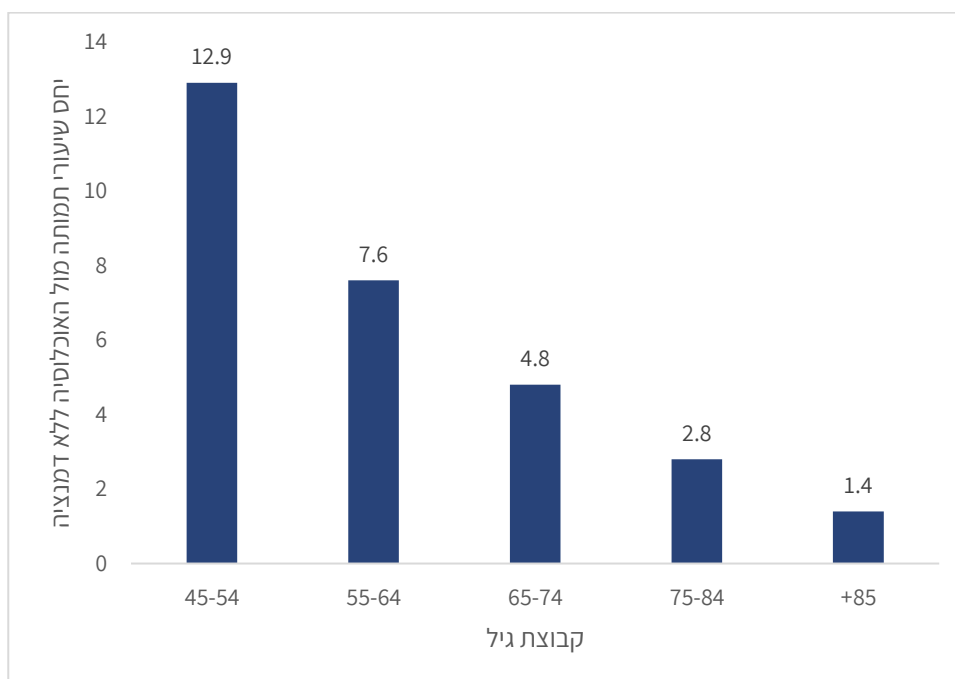
⁵⁸ פרופ' שלמה וינקר, שם.

⁵⁹ פרופ' שלמה וינקר, שם.

מספר המאובחנים
בשנים האחרונות
מקרב מבוטחי
לאומית שירותי
בריאות היה בין 1,312
ל-1,434 בשנה

תרשים 2: יחס התמותה של חולי דמנציה שאותרו בשנת 2016

מול האוכלוסייה ללא דמנציה, מתוקנן לגיל, 2017⁶⁰



שיעור התמותה בקרב חולי דמנציה גבוה בהשוואה לאוכלוסייה ללא דמנציה, ופער זה גדול במיוחד בקרב גברים. עם זאת, אי אפשר להצביע על סמך נתונים אלה על קשר סיבתי בין מחלת הדמנציה לבין שיעור התמותה

מהתרשים עולה כי בכל קבוצות הגיל שיעור התמותה בקרב חולי דמנציה היה גבוה יותר בהשוואה לאוכלוסייה ללא דמנציה; כך לדוגמה, שיעור התמותה של חולי דמנציה בני 45-54 היה גדול פי 12.9 משיעור התמותה של בני 45-54 שאינם סובלים מדמנציה. עם העלייה בגיל קטן יחס התמותה, כך שבגיל 85 ומעלה שיעור התמותה של חולי דמנציה היה גדול פי 1.4 משיעור התמותה של בני אותה קבוצת גיל שאינם סובלים מדמנציה. לפי נתונים נוספים שעלו מהסקר, הפער בשיעורי התמותה היה גבוה במיוחד בקרב גברים.⁶¹ עם זאת יש להדגיש כי מדוח הסקר לא ברור אם דמנציה היא סיבת המוות היסודית של הנפטרים, כלומר סיבת המוות שהביאה לשרשרת האירועים שגרמו לפטירה, ולכן אי אפשר להצביע על קשר סיבתי בין מחלת הדמנציה לבין שיעור התמותה הגבוה יחסית בקרב אוכלוסיית הסקר.

3. האתגרים המרכזיים שהוגדרו בתוכנית הלאומית להתמודדות עם אלצהיימר ודמנציה

בתוכנית הלאומית להתמודדות עם אלצהיימר ודמנציות אחרות, שפורסמה בשנת 2013, זוהו שמונה אתגרים מרכזיים שבהם יש להתמקד

קבוצת המומחים הרב-מקצועית שגיבשה את התוכנית הלאומית להתמודדות עם אלצהיימר ודמנציות אחרות (להלן: **התוכנית הלאומית**), אשר פורסמה כאמור בשנת 2013, זיהתה שמונה תחומים מרכזיים שבהם יש להתמקד על מנת להתמודד עם אלצהיימר ודימנציה, והם:

⁶⁰ דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016, עמ' 28.

⁶¹ דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016, עמ' 28.

1. העלאת מודעות הציבור למחלות האלצהיימר והדמנציה ומניעת הסטיגמה

הקשורה בהן – זאת במטרה לשפר את ההתמודדות עימן מצד החולים ובני משפחותיהם, גורמי הטיפול, מקבלי ההחלטות והציבור הרחב; לעודד גיבוש מדיניות התואמת את מאפייני המחלה והתפשטותה; להנהיג מסירת מידע סדורה לחולים ולמשפחות על ידי צוותי טיפול; להגביר את המודעות לאמצעים התומכים בכיבוד העדפותיו הטיפוליות של החולה בסוף חייו, ועוד.⁶²

2. **קידום היערכות שירותי הבריאות בקהילה**, שהם נדבך מרכזי במניעת גורמי סיכון, באבחון, בטיפול ובתמיכה בחולים – זאת בין השאר במטרה להרחיב את הכלים להתמודדות בכל אחד מהתחומים הללו, ולהעניק לחולה טיפול מקיף ומותאם לצרכיו המשתנים בכל שלבי המחלה.⁶³

3. **קידום היערכות שירותי הרווחה בקהילה**, לצורך שיפור התמיכה בחולים ובמשפחותיהם לנוכח ההידרדרות המנטלית, הבריאותית, ההתנהגותית והתפקודית הכרוכה בהתקדמות המחלה – זאת בעיקר באמצעות טיוב המענים בתחום הטיפול הסיעודי בבית ובתחום מרכזי היום.⁶⁴

4. **פיתוח פתרונות יעילים לתמיכה ישירה בבני משפחה מטפלים**, שבראותם הפיזית והנפשית נתונה לשחיקה, תוך ראייתם כאוכלוסיית יעד בפני עצמה – זאת באמצעות פיתוח שירותי מידע ותמיכה רגשית, פיתוח מסגרות וטכנולוגיות שיש בהן סיוע להקלת עומס הטיפול, סיוע במיצוי זכויות (במיוחד זכויות תעסוקתיות) ועוד.⁶⁵

5. **התאמת מערך שירותי האשפוז הסיעודי הממושך לצרכים בפועל**, תוך הבטחת זמינותם באזורים השונים ואיכות הטיפול הניתן בהם, כחוליה חשובה ברצף הטיפול בחולים שאינם יכולים להמשיך ולגור בבית.⁶⁶

6. **תיאום במערך השירותים** המיועדים לחולים ולבני משפחותיהם, שהוא אחד האתגרים המרכזיים בחתירה להבטחת טיפול מקיף ואיכותי בכל שלבי המחלה, למניעת בזבז משאבים ולסיוע במיצוי הזכויות לשירותים – זאת באמצעות שילוב ותעדוף של נושא הדמנציה בתוכניות אינטגרטיביות שעניינן אזרחים ותיקים.⁶⁷

⁶² ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 8-9.

⁶³ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 9-15.

⁶⁴ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 15-19.

⁶⁵ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 19-21.

⁶⁶ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 21-22.

⁶⁷ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 23.

7. **פיתוח והרחבה של מערך הכשרת כוח האדם בקהילה ובאשפוז**, כתנאי בסיסי לאיכות הטיפול המסופק על ידי צוותי בריאות ורווחה ועל ידי מטפלים סיעודיים, ועל רקע מחסור חמור בהכשרה בתחומי הגריאטריה בכלל והדמנציה בפרט – זאת בין השאר באמצעות הרחבת היקף הלימודים, לימודי ההמשך וההשתלמויות ברפואה וביתר מקצועות הבריאות ובעבודה סוציאלית; פיתוח תוכניות הכשרה ממוקדות דמנציה לרופאי משפחה; הקצאת משאבים למטרות הכשרה.⁶⁸

8. **מחקר ופיתוח** בתחום הדמנציה ובמיוחד בתחומים שלא נחקרו דים, על פי סדר יום שייקבע, ובין היתר על בסיס הגדרת מדדי תוצאה והרחבת המשאבים למחקר ייעודי.⁶⁹

ההמלצות שגובשו
במסגרת התוכנית
הלאומית הן בגדר
קווי יסוד עקרוניים,
ללא התייחסות
לתקציב ייעודי. גם
ההנחיות ליישום
התוכנית הן כלליות

נציין כי ההמלצות שגובשו, ושכנו על ידי מחברי התוכנית "כיווני פעולה", הן בגדר קווי יסוד עקרוניים⁷⁰ ולא היתה בהן התייחסות לתקציב ייעודי ולמקורות תקציביים. מחברי התוכנית הצביעו רק על חמישה צעדי יישום, שלא פורטו ונתרו אף הם בגדר הנחיות כלליות, ובהם: הכרת משרדי הממשלה, קופות החולים ומוסדות הבריאות והרווחה בנושא הדמנציה כנושא בעדיפות גבוהה; הקצאת משאבים ליישום התוכנית ולקידום שינויי חקיקה לפי הצורך; קביעת יעדים בכל משרד וגיבוש תוכניות עבודה רב-שנתיות להשגתם; מעקב אחר יישום תוכניות העבודה; והפעלת תוכניות הדגמה חדשניות בליווי הערכה לבחינת יעילותן.⁷¹

בפרקים הבאים נסקור, בחלוקה לפי נושאים, את האתגרים העיקריים בתחומים שצוינו לעיל, ההמלצות המרכזיות שהוצגו בעניינם בתוכנית, וכן המידע שהתקבל בנוגע ליישום המלצות אלה ולמצב השורר בפועל בכל אחד מהתחומים. סדר ההצגה של הנושאים, ההמלצות והממצאים על יישומן אינו חופף בהכרח לסדר הצגתם בתוכנית, וכמה מהמלצות התוכנית בנוגע לאתגרים מסוימים קובצו יחד לצורך הצגתן במסמך. כמו כן, אתגר 6 (תיאום במערך השירותים) נדון לא בנפרד אלא במסגרת פרקים שעניינם אתגרים משיקים לו.

4. אתגר 1: העלאת מודעות הציבור ואנשי המקצוע

בתוכנית הלאומית תואר חוסר הבקאות בנושא הדמנציה כמאפיין את הציבור הרחב, אנשי המקצוע וקובעי המדיניות כאחד. כמו כן הוסבר כי אי-המודעות להיקף התחלואה, לגידול המהיר הצפוי בשכיחותה ולהשלכותיה הארגוניות, החברתיות והכלכליות, גורמת לכך שמחלה זו אינה נתפסת בדרך כלל כאתגר בריאותי בעל חשיבות עליונה כמו מחלות כרוניות אחרות.⁷² בתוכנית

⁶⁸ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 23-24.

⁶⁹ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 2.

⁷⁰ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' v.

⁷¹ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 26.

⁷² ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 8.

צוין כי קופות החולים הפעילו תוכניות לשיפור הטיפול באזרחים ותיקים, אך עדיין לא עסקו באופן ממוקד באתגרים הייחודיים הכרוכים בטיפול בחולי דמנציה.⁷³

לצורך התמודדות עם רמת המודעות הבלתי-מספקת פירטה הוועדה כמה המלצות:

- **המלצה 1: הכרה במחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות כנושא בעל עדיפות לאומית,** מצד משרדי הממשלה הרלוונטיים ומקבלי החלטות במערכות הבריאות והרווחה.⁷⁴
- **המלצה 2: עריכת מסע הסברה להעלאת המודעות הציבורית למחלה,** בשיתוף עם החברה האזרחית ובעלי עניין כמו שדולות והקהילה האקדמית.⁷⁵
- **המלצה 3: פיתוח תוכנית ארצית להפצת מידע** על גורמי הסיכון למחלה, תסמיניה, שלביה, השפעותיה הרחבות, תפקיד בני המשפחה וזכויותיהם של החולים ומשפחותיהם, תוך התמודדות עם סטיגמה ועם נטיות לגילנות ולאפליה ותוך שימוש באמצעי הסברה מותאמים תרבותית לקבוצות שונות באוכלוסייה.⁷⁶
- **המלצה 4: מתן מידע על המחלה לחולים ולבני המשפחה על ידי צוותי השירותים הרפואיים והחברתיים,** לרבות רופאי משפחה, אחיות בקהילה, בתי חולים ומוסדות לטיפול ממושך.⁷⁷
- **המלצה 5: הגברת המודעות לאמצעים המיועדים להבטיח את כיבוד רצון החולה בסוף חייו,** ובכללם הכנת מסמך הנחיות רפואיות מקדימות⁷⁸ ומינוי אפוטרופוס או מיופה כוח.⁷⁹

על בסיס המידע שבידינו אי אפשר לקבוע אם דמנציה אכן הוכרה כנושא בעל עדיפות לאומית מצד משרדי הממשלה הרלוונטיים ומקבלי החלטות במערכות הבריאות והרווחה, כפי שהומלץ בתוכנית. משיחה שקיימנו עם שני חברים בצוות התוכנית הלאומית שעבדו בעבר בתפקידי ניהול או ייעוץ במשרד הבריאות, עלה כי בעקבות גיבוש התוכנית קיים המשרד פורום

⁷³ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 9.

⁷⁴ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 9.

⁷⁵ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 9.

⁷⁶ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 9.

⁷⁷ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 9.

⁷⁸ על פי חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, הנחיות רפואיות מקדימות משמשות לפירוט רצונו של אדם בן 17 ומעלה שהוא בעל כשרות משפטית, לגבי טיפול רפואי עתידי בו אם ייקבע שהוא חולה נוטה למות (שתוחלת חייו אינה עולה על שישה חודשים) ושאינו בעל כשרות. [חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005](#), פרק ה', סימן ב', סעיף 31.

⁷⁹ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 9. על פי חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005, אדם בן 17 ומעלה שהוא בעל כשרות משפטית יכול למנות מיופה כוח, שיהיה מוסמך להחליט במקומו על הטיפול הרפואי שיינתן או שלא ינתן לו, אם יהיה חולה נוטה למות שאינו בעל כשרות משפטית. [חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו-2005](#), פרק ה', סימן ג', סעיף 37.

בתוכנית הלאומית
הומלץ להכיר
בדמנציה כנושא בעל
עדיפות לאומית,
לפתח תוכנית ארצית
להפצת מידע על
המחלה, ולנקוט
פעולות להגברת
המודעות בקרב
החולים ומשפחותיהם
ובקרב הציבור,
לרבות בנושא כיבוד
רצון החולה בסוף חייו

על בסיס המידע
שבידינו אי אפשר
לקבוע אם יושמה
ההמלצה להכיר
בדמנציה כנושא בעל
עדיפות לאומית מצד
משרדי ממשלה
ומקבלי החלטות
במערכות הבריאות
והרווחה

דיון משותף עם משרדי ממשלה אחרים, מערכת הבריאות ועמותות ובאמצעות פעולות תמרוץ, באופן שהעלה לדבריהם את המחלה על סדר היום והניע את הגורמים המעורבים, ובמיוחד קופות החולים וחלק מבתי החולים, לעסוק בדרכים שונות להתמודדות עם דמנציה, אך פעילות זו נבלמה במידה רבה על ידי התפרצות מגפת הקורונה.⁸⁰

המידע שנמסר לידינו אינו מלמד גם על פיתוח תוכנית ארצית כוללת ורחבה להפצת מידע,

המתמודדת באופן שיטתי עם תיוגים חברתיים והבדלים תרבותיים. על פי תשובת משרד הבריאות על פנייתנו, הוא קיים בשנים האחרונות שני קמפיינים להעלאת המודעות הציבורית למחלה, אך לא נמסרו לנו נתונים על מועדם והיקפם. המשרד גם פעל לדבריו בשיתוף עם עמותת עמד"א – עמותה לחולי דמנציה, אלצהיימר ומחלות דומות בישראל – לצורך הפעלת תוכנית "ידידי דמנציה" להעלאת המודעות הציבורית ולצורך הפקת חוברות מידע בנושאים רלוונטיים.⁸¹ מכבי ציינה אף היא בתשובתה אלינו כי באתר שלה מתפרסם מידע לציבור במסגרת קמפיינים תקופתיים.⁸² עם זאת, לדברי מנכ"לית עמותת עמד"א בשיחה עימנו, בציבור שורר עדיין חוסר מודעות בנוגע לגורמי סיכון למחלה, לסימני אזהרה, לחשיבות האבחון המוקדם והתכנון המוקדם, לשירותים ולזכויות, ויש לבצע פעולות רבות בתחום זה.⁸³

באשר להגברת המודעות לאמצעים להבטחת כיבוד רצון החולה בסוף חייו, לדברי יו"ר האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל, בירור העדפותיו הטיפוליות של החולה בשלב מוקדם מקל מאוד בבוא היום הן על בני המשפחה והן על הצוות הרפואי, אך המודעות לכך בקרב הצוותים הרפואיים ובקרב הציבור אינה גבוהה דיה.⁸⁴ במחקר של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל משנת 2015 נמצא כי רק 20% מהמשתתפים בסקר הכינו בעוד מועד מסמך הנחיות מקדימות לגבי הטיפול הרפואי הרצוי להם, ורק 15% מבני המשפחה דיווחו שאיש מקצוע מהצוות הרפואי דן איתם בתכנון מוקדם של הטיפול.⁸⁵ משרד הבריאות דיווח לנו ביוני 2022 כי פעילותו בתחום הדמנציה באותה שנה תוכננה לכוון בין היתר להגברת המודעות לבחירת העדפות טיפוליות לקראת שלב סוף החיים, לרבות טיפול פליאטיבי הממוקד במניעת סבל ובשיפור איכות חייו של המטופל.⁸⁶ המשרד לא מסר פרטים על הפעילות שתוכננה בתחום זה ועל מידת ביצועה בפועל.

המידע שנמסר לנו אינו מלמד על פיתוח תוכנית ארצית כוללת ורחבה להגברת המודעות למחלה, תוך התמודדות עם תיוגים חברתיים

לדברי יו"ר האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל, מודעות הציבור והצוותים הרפואיים לחשיבות של בירור העדפותיו הטיפוליות של החולה בשלב מוקדם אינה גבוהה דיה

⁸⁰ יוהנתן למברגר, יועץ בנושא שירותים לזקנים וניהול פרויקטים, לשעבר יועץ משרד הבריאות, שיחת טלפון, 12 באפריל 2022; ד"ר איריס רסולי, לשעבר מנהלת המחלקה לשירותי גריאטריה בקהילה, האגף לגריאטריה, משרד הבריאות, שיחת טלפון, 30 במרץ 2022.

⁸¹ מירי כהן, שם.

⁸² יובל חמו, שם.

⁸³ ד"ר נתי בלום, מנכ"לית עמותת עמד"א, שיחת טלפון, 24 בפברואר 2022.

⁸⁴ פרופ' פסח שורצמן, יו"ר האיגוד לרפואה הפליאטיבית בישראל ויו"ר החטיבה לבריאות הקהילה באוניברסיטת בן גוריון בנגב, שיחת טלפון, 2 במרץ 2022.

⁸⁵ נטע בנטור ואח', איכות הטיפול בסוף החיים בזקנים עם דמנציה מתקדמת בקהילה, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ומכבי שירותי בריאות, מומן בסיוע קרן הלן דניאלס-באדר, עמ' iv, פורסם: מאי 2015, כניסה: 1 במרץ 2022.

⁸⁶ מירי כהן, שם.

**משרד הבריאות מסר
שלשנת 2022 תוכננה
העמקת הפעילות
להגברת המודעות
לאפשרויות מניעת
המחלה ולקביעת
העדפות טיפוליות
בסוף החיים, אך הוא
לא פירט באילו
פעולות מדובר**

כפי שהוצג לעיל, מהמידע הקיים בידינו אי אפשר ללמוד על יישום ההמלצות העוסקות בהעלאת המודעות בקרב הציבור והצוותים הרפואיים. משרד הבריאות מסר בתשובתו על פנייתנו בעניין זה כי לשנת 2022 תוכננה העמקת הפעילות בקהילה באמצעות רשויות מקומיות, קופות החולים ובתי חולים לאשפוז כללי, תוך התמקדות במודעות לאפשרויות מניעת המחלה ולהעדפות טיפוליות בסוף החיים,⁸⁷ אולם הוא לא פירט באילו פעולות ובאילו רשויות מקומיות ובתי חולים מדובר ולא ברור אם פעולות אלה אכן יושמו בשנת 2022.

5. אתגר 2: היערכות שיעורי הבריאות

בתוכנית הלאומית מוזכרים מישורים רבים שבהם נדרש חיזוק מערך הטיפול במחלה על כל שלביה, ובהם בעיקר: מניעה ראשונית על ידי טיפול בגורמי סיכון; אבחון מוקדם; ידע על דמנציה בקרב רופאי משפחה, רופאים מקצועיים ואחיות בקהילה ובשירותי האשפוז; תכנון מוקדם של הטיפול, המסייע לקבלת החלטות בשלבי המחלה המתקדמים ולהתמודדות עם דילמות אתיות; טיפול תרופתי לעיכוב ירידה קוגניטיבית בתחילתה ולטיפול בתופעות הנלוות אליה; תיאום ושיתוף פעולה בין שירותים; עומס על שירותי הקהילה; טיפול בבעיות רפואיות נוספות שבמקרים רבים אינן זוכות לטיפול הולם בשל קשיי תקשורת עם החולה וסיבות נוספות; טיפול בית בחולים בדמנציה מתקדמת; טיפול פליאטיבי במצבי סוף החיים.⁸⁸

בפרק זה יוצגו ההיבטים המרכזיים בתחום שירותי הבריאות שבהם נוגעות המלצות התוכנית הלאומית: מניעת גורמי סיכון לדמנציה, אבחון (לרבות הפניה למרפאות זיכרון), דרכי הטיפול במחלה, שמירת רצף טיפולי, וטיפול בשלב סוף החיים.

5.1 הגברת ההתייחסות לגורמי סיכון

כאמור, הסיכון להתפתחות דמנציה מושפע מגיל וגם מהיבטים של אורח חיים כמו פעילות גופנית ועישון. בכמה מקורות מקצועיים מצאנו התייחסות מפורשת בעיקר למחלות לב וכלי דם כגורם סיכון מובהק. כך למשל, במאמר מדעי בנושא מניעת דמנציה, שפורסם בשנת 2019, הוסבר כי מחקרים ניורולוגיים מצביעים על כך שבעיות וסקולריות (הקשורות לכלי הדם) הן מרכיב מרכזי ושכיח ברוב סוגי הדמנציה, ולפיכך טמון פוטנציאל רב במניעת שבץ ומחלות כלי דם, באמצעות התערבויות זולות ואפקטיביות, לצורך מניעת דמנציה.⁸⁹ יו"ר האיגוד הניורולוגי והניורולוגית הבכירה בקרייה הרפואית רמב"ם ששוחחנו עימם ציינו אף הם יתר לחץ דם, לצד

⁸⁷ מירי כהן, שם.

⁸⁸ ג'ני ברודסקי ואח', [תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 10–13.

⁸⁹ Vladimir Hachinski & al, Preventing dementia by preventing stroke: The Berlin Manifesto, *Alzheimer's & Dementia* (15), pp. 962, 977, 980, published: 2019.

עישון וסוכרת, כחלק מגורמי הסיכון שמניעתם הראשונית וטיפול בהם עשויים למנוע ו/או לעכב כשליש ממקרי הדמנציה.⁹⁰

בתוכנית הלאומית הומלץ בעניין זה על הגברת ההתייחסות לגורמי הסיכון לדמנציה על פי ההנחיות הקליניות שאימצה הסתדרות הרופאים בישראל, והפצת ההמלצות בקרב רופאי המשפחה.⁹¹

ההסתדרות הרפואית בישראל פרסמה בשנת 2012 מסמך הנחיות קליניות בנושא הערכה קלינית של חולי דמנציה, מניעת המחלה (בדגש על מחלת אלצהיימר), טיפול תרופתי בה וטיפולים לא תרופתיים. בין היתר צוין בהנחיות שנמצא קשר בין יתר לחץ דם לבין ירידה קוגניטיבית בכלל ודמנציה וסקולרית בפרט.⁹² בנייר עמדה משותף של האיגוד הניורולוגי, איגוד הפסיכיאטריה והאיגוד לרפואה גריאטרית בישראל מאוקטובר 2021, תוארו גם מחלות ניורולוגיות כגורם סיכון. במסגרת נייר העמדה, ובהתבסס גם על מדדים לשיפור האבחנה והטיפול בירידה קוגניטיבית קלה שקבעה האקדמיה האמריקאית לניורולוגיה בשנת 2019, נקבע כי יש חשיבות רבה להערכה שגרתית של בריאות קוגניטיבית בקרב אנשים בסיכון – כלומר אנשים הסובלים ממחלות ניורולוגיות ומבוגרים מעל גיל 65, במיוחד אלה עם גורמי סיכון וסקולריים, וזאת במטרה לשפר את יכולת הזיהוי של התסמונת ולאפשר התערבות מוקדמת במצב הרפואי הספציפי הגורם לה.⁹³ בהנחיות הקליניות משנת 2012 נמנו שלוש המלצות למטרת מניעה של המחלה: תזונה מתאימה (כמו תזונה ים-תיכונית), פעילות גופנית בכל גיל ובמיוחד אחרי גיל חמישים, וכן איתור גורמי סיכון קרדיו-וסקולריים (במערכת הלב וכלי הדם) באוכלוסיה המבוגרת וטיפול ראוי בהם.⁹⁴

לא ידוע לנו אם המלצות אלה אכן הופצו בקרב רופאי המשפחה, כפי שהמליצה הוועדה, ועד כמה רופאי המשפחה בישראל מודעים להן בהקשר של מניעת דמנציה, שכן בתשובותיהם למרכז המחקר והמידע של הכנסת לא התייחסו משרד הבריאות וקופות החולים באופן ספציפי להגדרת גורמי הסיכון לדמנציה ולדרכי הטיפול בהם. עם זאת, לדברי המנהלת לשעבר של

⁹⁰ פרופ' דוד טנה ופרופ' יהודית אהרון-פרץ, שיחת טלפון, שם.

⁹¹ ג'ני ברודסקי ואח', [תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 13–15.

⁹² ההסתדרות הרפואית בישראל – האגף למדיניות רפואית, [הנחיות קליניות](#) – המלצות תתי הוועדות בכנס ההסכמה הלאומי לשנת 2011, פרק 2 עמ' 7, פורסם: 2012. הנחיות קליניות מעודכנות נמצאות כיום בשלב טיוטה. טלי רובין ברזלי, רכזת המכון לאיכות ברפואה, ההסתדרות הרפואית בישראל, דוא"ל, 13 בספטמבר 2022.

⁹³ ד"ר נועה ברגמן ואח', [הערכת בריאות קוגניטיבית והתייחסות למצב של ירידה קוגניטיבית קלה \(Mild Cognitive Impairment, MCI\)](#) – נייר עמדה, ההסתדרות הרפואית בישראל – המכון לאיכות ברפואה, עמ' 4, 6, פורסם: אוקטובר 2021, כניסה: אפריל 2022.

⁹⁴ ההסתדרות הרפואית בישראל – האגף למדיניות רפואית, [הנחיות קליניות](#) – המלצות תתי הוועדות בכנס ההסכמה הלאומי לשנת 2011, פרק 2 עמ' 7, פורסם: 2012.

המחלקה לשירותי גריאטריה בקהילה במשרד הבריאות, מעקב וטיפול בגורמי סיכון הרלוונטיים למחלות שונות וביניהן דמנציה, כמו יתר לחץ דם וסוכרת, מתבצעים בקהילה בשיגרה.⁹⁵

5.2 אבחון

כפי שהוצג לעיל, עורכי סקר הדמנציה בישראל בשנת 2016 הצביעו על קושי בהערכת שיעור הדמנציה כתוצאה משיעור גבוה של תת-אבחון, שנאמד במחקרים ב-30%-70%, בהתאם לחומרת הירידה הקוגניטיבית. **בתוכנית הלאומית הומלץ בין השאר על שיפור האבחון, באמצעות: הרחבת הידע בקרב רופאים ואחיות בנוגע לשימוש בכלים תקפים לאבחון קוגניטיבי; הרחבת ההיכרות של רופאי משפחה עם שירותי אבחון בקהילה (מרפאות זיכרון, מרפאות להערכה קוגניטיבית ומרפאות להערכה גריאטרית כוללנית) והגדלת מספר המרפאות; הבטחת זמינותם של שירותים אלה בכל המחוזות של קופות החולים והקלת ההפניה אליהם על בסיס קריטריונים מפורטים שיגובשו על ידי הקופות.**⁹⁶ להלן נפרט את החסמים – מקצועיים, תקציביים ומנהליים – הגורמים לתת-אבחון ולעיכוב באבחון של דמנציה.

5.2.1 הגורם המאבחון

יו"ר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית מסר לנו כי אבחנה מדויקת של הפגיעה מחייבת קבלת אנמנזה מקיפה (דרך תשאול המטופל), ביצוע הערכה קוגניטיבית, עריכת בדיקה ניורולוגית וגופנית, ונוסף על כך – לנוכח ההתפתחויות המדעיות בתחום – יש להכיר בדיקות הדמיה מתוככמות ואת תחום הסמנים הביולוגיים.⁹⁷

בהנחיות הקליניות שאימצה ההסתדרות הרפואית בישראל בשנת 2012, נכתב כי ברוב המקרים ניתן להעריך חולי דמנציה במסגרת רפואת המשפחה, אך לצד זאת נכתב שרצוי שהאבחון והטיפול יהיו מבוססים על גישה רב-מקצועית.⁹⁸ בתשובת יו"ר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל (בשיתוף עם האיגוד הניורולוגי) על פנייתנו, הוסבר כי על פי עמדת האיגוד, וכמו באבחנות אחרות ברפואה, לא נדרשת התמחות מוגדרת לאבחון מחלה זו, אך עם זאת המומחים העיקריים המאבחנים מחלות אלצהיימר ודמנציה הם מתחומי הניורולוגיה, הפסיכיאטריה והגריאטריה.⁹⁹ גם בשיחות שקיימנו עם מומחים מתחומי הרפואה הרלוונטיים

בתוכנית הלאומית הומלץ על שיפור האבחון של דמנציה באמצעות הרחבת הידע של הצוותים הרפואיים, לרבות רופאי משפחה, והבטחת זמינותם של שירותי אבחון כגון מרפאות זיכרון

לדברי יו"ר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל, לא נדרשת התמחות מוגדרת אך המומחים העיקריים המאבחנים אותה הם מתחומי הניורולוגיה, הפסיכיאטריה והגריאטריה

⁹⁵ ד"ר איריס רסולי, לשעבר מנהלת המחלקה לשירותי גריאטריה בקהילה, האגף לגריאטריה, משרד הבריאות, שיחת טלפון, 30 במרץ 2022.

⁹⁶ ג'ני ברודסקי ואח', **תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות**, עמ' 13-15.

⁹⁷ פרופ' חנוך קשתן, שם.

⁹⁸ ההסתדרות הרפואית בישראל – האגף למדיניות רפואית, **הנחיות קליניות** – המלצות תתי הוועדות בכנס ההסכמה הלאומי לשנת 2011, פרק 1, פורסם: 2012.

⁹⁹ לדעת יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה, אבחון דמנציה יכול להתבצע על ידי רופא בעל עניין ונטייה לנושא שהוא מומחה באחד משלושת התחומים האלה, או אף בתחום רפואת המשפחה. פרופ' מרק קלרפילד, יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה, שיחת טלפון, 24 באפריל 2022.

הוזכרו בהקשר זה מומחים בשלושת התחומים האלה, אם כגורמים מוסמכים לאבחן ואם כגורמים מייעצים.¹⁰⁰

בפנייתנו לקופות החולים ביקשנו ללמוד על הגורם המאבחן בכל קופה. לדברי הכללית, כל רופא יכול לאבחן דמנציה, אך בפועל הדבר נעשה על ידי מומחים ברפואה גריאטרית, נוירולוגים (במרפאת זיכרון), פסיכיאטרים ורופאי משפחה. כיוון שדמנציה יכולה לנבוע ממחלות שונות, כגון אלצהיימר ופרקינסון, המטופלים מופנים לרופא המומחה בהתאם לתמונה הקלינית. הקופה מסרה שפיתחה כלי סטטיסטי לאיתור אזרחים ותיקים בסיכון להידרדרות, המאפשר לזהות מטופלים בני 65 ומעלה הסובלים מירידה קוגניטיבית. במסגרת מודל זה, המופעל מאז שנת 2009, מוזמנים מדי שנה באופן יזום אלפי מטופלים אל האחיות במרפאות הראשוניות המבצעות הערכה גריאטרית כוללת, ובמקרה של הופעת תסמינים קוגניטיביים הן מפנות את המטופל לרופא המטפל או לגריאטר להערכה נוספת ולקביעת אבחנה.¹⁰¹

מכבי דיווחה שרופא משפחה המנהל את תיקו הרפואי של המטופל מורשה לאבחן דמנציה תוך קבלת ייעוץ וליווי ממרפאה גריאטרית. הקופה מפעילה תוכנה ("ביקור גיל הזהב") שתכליתה לסייע בהכוונת הרופא המטפל להמשך בירור תסמינים גריאטריים ובכללם ירידה קוגניטיבית, במסגרת הזמנה יזומה של המטופל למרפאה. לפי התשובה שנמסרה מהקופה, מתחילת שנת 2020 וככל הנראה עד לתשובתה ביוני 2022 התקיימו כ-4,000 ביקורים כאלה אצל רופאי משפחה.¹⁰²

לדברי מאוחדת, היא מתירה אבחון דמנציה לסוגיה על ידי רופאים מומחים לגריאטריה, לפסיכיאטריה ולנוירולוגיה וכן לרפואת משפחה, אך מאחר שהאבחון דורש ידע מקצועי ספציפי, אבחון על ידי מומחים משלושת התחומים המקצועיים ייחשב מהימן יותר מאבחון על ידי רופא משפחה.¹⁰³

מאוחדת היא הקופה היחידה שמסרה לידינו פירוט של המבוטחים מעל גיל 50 המאובחנים עם דמנציה (נכון למרץ 2022) לפי סוג האבחון/הגורם המאבחן. כאמור, הקופה דיווחה על 13,653 מבוטחים מאובחנים עם דמנציה, אך בנתונים אלה נכללו בין השאר 951 מבוטחים שאובחנו עם ירידה קוגניטיבית קלה (שאינה זהה לדמנציה), ולגביהם לא נמסר גורם מאבחן. לפיכך נציג להלן את התפלגות 12,702 המאובחנים עם דמנציה (לא כולל מאובחנים עם ירידה קוגניטיבית קלה) לפי סוג האבחון.

¹⁰⁰ פרופ' מרק קלרפילד, שם; ד"ר' ורד חרמוש, שם; ד"ר דפנה שפט, שם.

¹⁰¹ נועה דנאי, שם.

¹⁰² יובל חמו, שם.

¹⁰³ ישי קום, שם.

האבחון בכללית
נעשה בפועל על ידי
גריאטרים, נוירולוגים,
פסיכיאטרים ורופאי
משפחה. הקופה
מסרה שפיתחה כלי
סטטיסטי לאיתור יזום
של אזרחים ותיקים
בסיכון להידרדרות
קוגניטיבית

במכבי, רופא
המשפחה מורשה
לאבחן דמנציה תוך
קבלת ייעוץ ממרפאה
גריאטרית. הקופה
מפעילה תוכנה לסיוע
בהכוונת הרופא
המטפל להמשך
בירור תסמינים
גריאטריים ובכללם
ירידה קוגניטיבית

טבלה 6: מבטחי מאוחדת המאובחנים עם דמנציה, לפי סוג האבחון, מרץ 2022¹⁰⁴

סוג אבחון	מבטחים מעל גיל 50
אבחון מקצועי בקופה (גריאטר / פסיכיאטר / נוירולוג)	8,285
אבחון ראשוני בקופה (רופא משפחה)	3,543
אבחון בבית חולים	874
סך הכול	12,702

במאוחדת, כ-65% מהמאובחנים עם דמנציה אובחנו על ידי רופאים מתחומי הגריאטריה, הנוירולוגיה או הפסיכיאטריה, וכ-28% עברו אבחון ראשוני על ידי רופא המשפחה

מהטבלה עולה כי כ-65% מכלל המאובחנים עם דמנציה במאוחדת עברו אבחון בידי רופא מאחד התחומים המקצועיים הרלוונטיים למחלה: גריאטריה, נוירולוגיה ופסיכיאטריה, ועוד כ-7% אובחנו בבית חולים (לא צוין על ידי מי). כ-28% אובחנו אבחון ראשוני על ידי רופא המשפחה.

בלאומית רשאי כל רופא לאבחן דמנציה

לאומית דיווחה שמבחינתה כל רופא רשאי לאבחן דמנציה ולמסור את האבחנה למטופל. רק במקרים שבהם נדרשת קביעת אפוטרופסות או לצורך קביעת זכאות לטיפולים מסוימים נדרשת אבחנת גריאטר או נוירולוג.¹⁰⁵

מתשובות הקופות עולה כי בכולן אבחון דמנציה מתבצע על ידי רופאים מתחומי הגריאטריה, נוירולוגיה ופסיכיאטריה, וכן על ידי רופא המשפחה, שכולן רואות בו גורם מאבחן, לצד מומחים נוספים. בהינתן העובדה שהמומחים העיקריים המאובחנים מחלות אלצהיימר ודמנציה הם מתחומי הנוירולוגיה, הפסיכיאטריה והגריאטריה ואבחון ראשוני נעשה גם על ידי רופאי משפחה, יש לתת את הדעת על כך שבשנת 2020 היו בישראל, לכל 1,000 נפש, 0.05 מומחים לגריאטריה, 0.05 מומחים לנוירולוגיה, 0.15 מומחים לפסיכיאטריה ו-0.25 מומחים לרפואת המשפחה, ושמומחים אלה מאבחנים ומטפלים במגוון מחלות ולא בדמנציה בלבד.¹⁰⁶

5.2.2 הפניה למרפאות זיכרון

כאמור, התוכנית הלאומית כוללת המלצה להרחיב את הידע של רופאי המשפחה על שירותי האבחון בקהילה (לרבות מרפאות זיכרון, מרפאות להערכה קוגניטיבית ומרפאות להערכה קוגניטיבית כוללנית), להגדיל את מספרן של מרפאות אלה, להבטיח את זמינותן בכל המחוזות של קופות החולים, ולהקל את ההפניה אליהן על בסיס הנחיות מפורטות לרופאי המשפחה שיגבשו כל הקופות בנוגע להפניה לשירותי אבחון קוגניטיבי.

לדברי משרד הבריאות, הקמתן של מרפאות אלה נתונה לאחריות קופות החולים, בהתאם לצרכים של כל קופה במחוזותיה השונים. במענה על שאלתנו בדבר מספר המרפאות,

¹⁰⁴ ישי קום, שם; ישי קום ונטלי שפיר – עו"ס, רכזת תחום דמנציה, מאוחדת, דוא"ל, 15 בנובמבר 2022.

¹⁰⁵ פרופ' שלמה וינקר, שם.

¹⁰⁶ המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, משרד הבריאות, תכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל – סיכום עבודת הצוותים, ינואר 2022, עמ' 55, כניסה: 28 ביוני 2022; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, [יום האזרח הוותיק הבין-לאומי 2021 – מבחר נתונים על אזרחי ישראל הוותיקים בני 65 ומעלה](#), הודעה לתקשורת, פורסם: 29 בספטמבר 2021, כניסה: 18 במאי 2022.

לדברי משרד
הבריאות, הקמת
מרפאות זיכרון נתונה
לאחריות קופות
החולים, ואין בידיו
נתונים על מספר
המרפאות או מיפוי
 שלהן. באתר עמותת
עמד"א רשומות 23
מרפאות זיכרון
ברחבי הארץ

לדברי יו"ר האיגוד
הניירולוגי בישראל
ויו"ר המועצה
הלאומית לגריאטריה,
מספר מרפאות
הזיכרון רחוק מלהיות
מספק ולא קיים נוהל
מסודר ושיטתי
להפניית מטופלים
 אליהן לאבחון
ולטיפול

השיב המשרד שאין בידיו נתונים על מספר המרפאות או מיפוי שלהן והיפנה אותנו לאתר

של עמותת עמד"א. באתר העמותה מוצגת רשימה של 23 מרפאות זיכרון ברחבי הארץ, כשני שלישים מהן במסגרת בתי חולים ויותר ממחציתן במחוזות תל אביב והמרכז.¹⁰⁷ המשרד הוסיף כי חוזר מינהל הרפואה במשרד מעודד הקמת יחידות ניידות אך לא מסר מידע על מספרן,¹⁰⁸ ומבין ארבע קופות החולים, רק מכבי דיווחה לנו שהיא מפעילה מרפאות גריאטריות ניידות; הללו לא תוארו כמיועדות באופן ספציפי לתחום הזיכרון והקוגניציה.¹⁰⁹

לדברי יו"ר האיגוד הניירולוגי בישראל והניירולוגית הבכירה מהקרייה הרפואית רמב"ם ששוחחנו עימם, מספרן של מרפאות הזיכרון הפועלות כיום רחוק מלהיות מספק (לא צוין מהו ההיקף הדרוש).¹¹⁰ כמו כן, יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה ציין את היעדרו של נוהל מסודר ושיטתי להפניית מטופלים למרפאות זיכרון מכל קופת חולים ומכל בית חולים, הן לאבחון והן לטיפול.¹¹¹

בפנייתנו לקופות ביקשנו ללמוד אם הן מפעילות מרפאות מהסוגים שצוינו לעיל, מהם הקריטריונים להפניה, מהו היקף המבטחים שהופנו אליהן ומהו משך ההמתנה. הכללית מסרה שהיא מפעילה מרפאות להערכה גריאטרית כוללנית ומרפאות זיכרון, אך לא פירטה את מספר המרפאות הפועלות בשירותה ואת מיקומיהן, והסבירה שחלקן אינן שייכות לה וחלקן נמצאות בבתי חולים. לדברי הקופה, הקריטריון להפניה למרפאות זיכרון הוא תלונות על הפרעות זיכרון או ירידה קוגניטיבית או תפקודית. מנתוני הקופה על מספר המבטחים עם אבחנת דמנציה שביקרו במרפאות הזיכרון בכל אחת מהשנים 2018–2021 עולה כי נרשמו בהן בכל שנה בין 2,979 (בשנת 2018) ל-3,670 מבטחים (בשנת 2021), ששיעורם ממספר המאובחנים בקופה בכל אחת מהשנים האלה הוא פחות ממחצית. אצל גריאטר ביקרו בין 11,124 (בשנת 2020) ל-12,180 מבטחים (בשנת 2021), ואצל פסיכוגריאטר ביקרו בין 1,315 ל-1,546 מבטחים בני 65 ומעלה בכל שנה;¹¹² לא נמסר כמה מהם ביקרו לצורך אבחון. מנתונים אלה עולה כי מספר המבטחים הסובלים מדמנציה שביקרו במרפאות זיכרון קטן פי 3–4 ממספר המבטחים שביקרו אצל גריאטר. כמו כן נמסר מהקופה שמשך ההמתנה למרפאות זיכרון הוא כחודש–חודשיים.

מכבי מסרה שבשנים האחרונות היא הרחיבה את זמינות השירות הגריאטרי, הניתן כיום ב-52 מרפאות, מהן 16 מכונים רב-תחומיים הכוללים רופא גריאטר, עובדת סוציאלית, מרפאה בעיסוק ואחות מוסמכת עם התמחות על בסיסית בגריאטריה, ו-36 מרפאות מייעצות, שהרכב

¹⁰⁷ עמותת עמד"א, המדריך לחולי דמנציה אלצהיימר ומחלות דומות ובני משפחותיהם, עמ' 76–77, פורסם: 2021, כניסה: 3 ביולי 2022.

¹⁰⁸ מירי כהן, שם.

¹⁰⁹ יובל חמו, שם.

¹¹⁰ פרופ' דוד טנה, מנהל המכון לניירולוגיה קוגניטיבית בקרייה הרפואית רמב"ם ויו"ר האיגוד הניירולוגי בישראל, ופרופ' יהודית אהרון-פרץ, המכון לניירולוגיה קוגניטיבית בקרייה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 3 במרץ 2022.

¹¹¹ פרופ' מרק קלרפילד, יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה, שיחת טלפון, 24 באפריל 2022.

¹¹² נועה דנאי, שם.

הצוות הפועל בהן לא פורט. כמו כן צוין כאמור שבמחוזות קיימות מרפאות גריאטריות ניידות – לא ידוע לנו אם מרפאות אלה כלולות בין 52 המרפאות שצינו כמעניקות שירות גריאטרי. לדברי מכבי, היא מפנה למרפאות זיכרון שמחוץ לה באמצעות נוהל מסודר,¹¹³ אך הנוהל לא נמסר לידינו ולא ידוע לנו מהם הקריטריונים להפניה זו. כמו כן לא התקבלו נתונים על מספר המבוטחים שהופנו למרפאות זיכרון, אלא רק על מספר המטופלים במכונים גריאטריים רב-תחומיים, שמטבעם אינם ייעודיים לתחום הקוגניטיבי דווקא (21,481 מטופלים בשנים 2018–2021). הקופה דיווחה גם שמאז שנת 2015 היא מפעילה שירות ייעוץ וירטואלי – גריאטרי, נוירולוגי ופליאטיבי – מטעם רופאי משפחה, אך לא נמסרו נתונים על היקף השירות הניתן לחולי דמנציה.¹¹⁴

לפי המידע שמסרה מאוחדת, היא מספקת למבוטחיה שירותי ייעוץ גריאטרי והערכה גריאטרית כוללנית במרפאות מיעצות או רב-תחומיות בכל ארבעת מחוזותיה (צפון, מרכז, ירושלים ודרום), אך רק **בחיפה (במחוז הצפון של הקופה) פועלת מרפאה ייעודית לדמנציה**. במחוזות הצפון והמרכז ניתנים שירותי רפואה גריאטרית בכ-40 שעות שבועיות סך הכול, במחוז הדרום ב-63 שעות שבועיות, ובמחוז ירושלים ב-73 שעות שבועיות. נוסף על כך צוין שהקופה אינה מפנה מבוטחים מעל גיל 65 למרפאות זיכרון חיצוניות אלא נותנת את השירות במסגרתה. הקופה לא מסרה מהן הסיבות לכך, וגם לא מסרה פרטים על אופן מתן השירות ועל המקומות שבהם הוא ניתן. כמו כן צוין כי בשנתיים האחרונות הקופה גיבשה התוויות לאיתור ירידה קוגניטיבית המיועדות לרופאים גריאטרים, לרופאי משפחה ולאחיות, על בסיס דרישות מבחן התמיכה של משרד הבריאות בתחום זה.¹¹⁵

לדברי מאוחדת, בעוד שבשנת 2018 ביקרו אצל רופא גריאטר 771 מבוטחים הרשומים כיום ברשם הדמנציה בקופה, בשנת 2021 מספר המבקרים היה 1,721, אך לא ידוע לנו מה שיעור הביקורים שנערכו למטרת אבחון. הקופה ציינה גם כי בשנת 2021 זמן ההמתנה לרופא גריאטר היה כ-25.8 ימים בממוצע ארצי, עם שונות בין המחוזות.¹¹⁶ אין בידינו מידע מלא על מספר המבוטחים שעברו הערכה גריאטרית כוללנית או הערכה קוגניטיבית, ולא ידוע לנו כמה מבוטחים, אם בכלל, ביקרו במרפאת זיכרון.

לדברי לאומית, היא אינה מפעילה מרפאות להערכה קוגניטיבית ומרפאות זיכרון, אלא נסמכת על מרפאות חוץ של בתי החולים, שלדבריה התורים אליהן עמוסים ואורכים חודשים. הקריטריונים להפניה למרפאות אלה כוללים בין היתר הפניה מנוירולוג או מפסיכיאטר לבירור

¹¹³ אבחון וטיפול נוירופסיכולוגי ונוירוקוגניטיבי במכבי שירותי בריאות, הוראת אגף רפואה מס' 1/2017, מכבי שירותי בריאות.

¹¹⁴ יובל חמו, שם.

¹¹⁵ ישי קום, שם.

¹¹⁶ ישי קום, שם.

מתשובות משרד
הבריאות וקופות
החולים אי אפשר
ללמוד אם מספרן של
מרפאות הזיכרון
והמרפאות להערכה
קוגניטיבית הוא
מספק, ולחילופין
כמה מרפאות חסרות
והיכן. מרוב הקופות
לא התקבלו נתונים
מפורטים על מספר
המבוטחים שהופנו
לאבחון במרפאות

בין הקשיים באבחון
דמנציה: העדר
בדיקת מעבדה
פשוטה ואמינה (כיום
בשלבי פיתוח),
ותמריץ נמוך לאבחון
מעמיק בשל העדר
טיפול יעיל וזמין,
שהוכח לאורך זמן,
במחלה עצמה

ירידה קוגניטיבית או קשיים בחשיבה, אך בידי הקופה אין נתונים על מספר החולים שהופנו לשירות זה. הקופה מפעילה בעצמה מרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בפריסה ארצית, שמיקומיהן לא נמסרו לנו, המאוישות על ידי גריאטר וצוות רב-מקצועי, ובשנה שבין יולי 2020 ליוני 2021 בוצעו במסגרת הקופה 1,246 הערכות גריאטריות כוללניות.¹¹⁷

לסיכום אפשר לומר כי מתשובות משרד הבריאות וקופות החולים על פנייתנו אי אפשר ללמוד אם מספרן של מרפאות הזיכרון והמרפאות להערכה קוגניטיבית הוא מספק, ולחילופין כמה מרפאות חסרות והיכן. מדיווחי קופות החולים עולה שרוב הקופות – לא כולן – מפנות מבוטחים למרפאות חוץ, אך התורים אליהן עלולים להיות ארוכים, עם שונות בין אזורים גאוגרפיים שונים. מרוב הקופות לא התקבלו נתונים מפורטים על מספר המבוטחים שהופנו לאבחון במרפאות.

5.2.3 קשיים באבחון דמנציה

מהמידע שבידינו עולה כי ישנן כמה סיבות לקשיים באבחון דמנציה, ובפרט באבחון מוקדם. ראשית, בתשובה על פנייתנו לקופות החולים ציינה הכללית כי הקושי באבחון דמנציה לסוגיה נובע מהעדר בדיקת מעבדה פשוטה המאשרת את האבחנה במהירות ובדייקנות.¹¹⁸ בהקשר זה נציין כי בדיקות דם נמצאות כיום בשלבי פיתוח, ובבתי חולים מסוימים מבוצעות כבר בדיקות דם, שעדיין אינן מדויקות ואמינות במידה מלאה.¹¹⁹

שנית, כיום לא קיים טיפול יעיל וזמין, שהוכח לאורך זמן, במחלה עצמה – מה שמשפיע על התמריץ לאבחונה המהיר. מאוחדת, למשל, ציינה בפנינו את בעיית התסכול ממחסור בפתרונות טיפוליים ואת האמונה הרווחת שבאבחון אין תועלת בהעדר טיפול יעיל.¹²⁰ מנהלת מרפאת הגיל השלישי במרכז הרפואי לבריאות הנפש שלוותה, ציינה אף היא שאבחון דמנציה הוא בדרך כלל קליני, ואילו בדיקות מעמיקות ומדויקות לזיהוי סוג הדמנציה לא מבוצעות באופן שגרתי בשל עלותן הגבוהה ופולשנותן (בעיקר בדיקת ניקור מותני), לצד העדר תרופה בדוקה ויעילה לאלצהיימר כאמור.¹²¹ גם מנהלת היחידה לאשפוז יום נירולוגי במרכז הרפואי סוראסקי (איכילוב) סבורה שחשיבות האבחון המוקדם תגדל עם פיתוח טיפול יעיל נגד המחלה, ובמיוחד עבור חולים צעירים יחסית ובשלבים מוקדמים. כיום, היחידה לאשפוז יום נירולוגי במרכז הרפואי סוראסקי מבצעת בין היתר בדיקת ניקור מותני לאבחון אלצהיימר, בדיקה המתבצעת בדרך כלל כאשר יש ירידה קוגניטיבית משמעותית וחשד למחלה מתקדמת, במטרה להגיע

¹¹⁷ פרופ' שלמה וינקר, שם.

¹¹⁸ נועה דנאי, שם.

¹¹⁹ ד"ר אליסה אש, נירולוגית בכירה, מנהלת היחידה לאשפוז יום נירולוגי, המערך הנירולוגי במרכז הרפואי תל אביב (איכילוב), שיחת טלפון, 10 בנובמבר 2022.

¹²⁰ ישי קום, שם.

¹²¹ ד"ר דפנה שפט, מנהלת מרפאת הגיל השלישי, מרכז רפואי לבריאות הנפש שלוותה, שיחת טלפון, 21 במרץ 2022. לדברי ד"ר שפט, חשוב לאבחן את סוג הדמנציה בעיקר כאשר תמונת התסמינים אינה טיפוסית וכשמדובר באנשים צעירים יחסית, שכן במקרים אלה ייתכן שיאותרו גורמים שאפשר לטפל בהם לפחות באופן חלקי. ד"ר דפנה שפט, שיחת טלפון, 7 בנובמבר 2022.

קשיים נוספים
באבחון קשורים
לחוסר מודעות
בציבור ובקרב צוותים
רפואיים, וכן למחסור
במשאבים בתחומי
הגריאטריה
ולתנהלות קופות
החולים בהקשר זה

לאבחנה מדויקת תוך שלילת אבחנות אחרות.¹²² לדברי מנהלת היחידה, אבחון מדויק של אלצהיימר מתאפשר גם באמצעות הדמיית מוח, אך בדיקה זו יקרה בהרבה.¹²³

שלישית, לקשיים באבחון תורם חוסר המודעות למחלה. מכבי, למשל, העלתה בפנינו את הקושי הכרוך בחוסר מודעות בקרב האוכלוסייה,¹²⁴ ומאונחת הצביעה על הכחשה מצד מטופלים ובני משפחה וחשש מתיוג שלילי ומהשלכות (למשל על נהיגה ותעסוקה).¹²⁵ גם לדברי מנהלת מרפאת הגיל השלישי במרכז הרפואי לבריאות הנפש שלוותה, חסמים תדירים לאבחון מוקדם הם חוסר מודעות בציבור ובקרב צוותים רפואיים ואי-הפניה על ידי רופא משפחה.¹²⁶

רביעית, קשיים באבחון נובעים גם ממחסור במשאבים בתחומי הגריאטריה בכללותם, ומהתנהלות קופות החולים בהקשר זה. מנהלת מרפאת הגיל השלישי במרכז הרפואי לבריאות הנפש שלוותה ציינה את אי-זמינותם של רופאים מומחים ומכבי ציינה את חוסר המשאבים בתחום הגריאטריה ככל שמדובר בהפעלת רפואה יוזמת במקום רפואה מגיבה.¹²⁷ מאונחת הצביעה על מחסור בזמן לביצוע אבחון קוגניטיבי בשיגרת העבודה של רופא המשפחה, והעדר סטנדרטיזציה של תהליך האבחון בקהילה; מחסור ברופאים מקצועיים בפריסה ארצית לצורך אבחון; מחסור בצוות מיומן בתחום בשל הכשרה וחשיפה מעטות בהשוואה לתחומים אחרים; קושי בגיוס רופאי משפחה ואחיות להכשרות בתחום האבחון בשל העדר הקצאת זמן ותגמול עבור הכשרות אלה.¹²⁸

הקשיים שתוארו לעיל באים לידי ביטוי מוגבר בהקשר של סוגיית האבחון המוקדם. על פי תשובת יו"ר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל על פנייתנו, דמנציה יכולה להיות תוצאה של תחלואות רקע ותהליכים ביולוגיים מגוונים וארוכי טווח, שתחילתם שניים-שלושה עשורים לפני הופעת התסמינים הקליניים; לפיכך מגמה חשובה בתחום היא אבחון בשלבים מוקדמים, עוד טרם התפתחות דמנציה.¹²⁹ לדברי יו"ר האיגוד הנוירולוגי בישראל והנוירולוגית הבכירה מהקרייה הרפואית רמב"ם, ששוחחנו עימם, ההתפתחות שהתרחשה בשנים האחרונות בתחום האבחון המוקדם יוצרת דגש חדש על טיפול בגורמים לדמנציה, כגון

¹²² אין בידינו מידע על מקומות נוספים שבהם מתבצעות בדיקות אבחון מתקדמות במסגרת אשפוז יום.

¹²³ ד"ר אליסה אש, נוירולוגית בכירה, מנהלת היחידה לאשפוז יום נוירולוגי, המערך הנוירולוגי במרכז הרפואי תל אביב (איכילוב), שיחת טלפון, 19 במאי 2022.

¹²⁴ יובל חמו, שם.

¹²⁵ ישי קום, שם.

¹²⁶ ד"ר דפנה שפט, שם.

¹²⁷ ד"ר דפנה שפט, שם; יובל חמו, שם.

¹²⁸ ישי קום, שם.

¹²⁹ פרופ' חנוך קשתן, שם.

פגיעה וסקולרית, סכרת, סיבוכי מחלות סיסטמיות, חוסר ויטמינים והשפעת תרופות מסוימות, עוד בשלב הירידה הקוגניטיבית הקלה (MCI), ולא בהכרח בגיל מתקדם.¹³⁰

בנייר עמדה משותף של שלושה איגודים רפואיים בישראל, מאוקטובר 2021, נכתב שלמרות החשיבות הקלינית של תסמונת הירידה הקוגניטיבית הקלה, לעתים קרובות היא אינה מאובחנת

עם זאת, בנייר העמדה המשותף של האיגוד הנירולוגי בישראל, איגוד הפסיכיאטריה בישראל והאיגוד הישראלי לרפואה גריאטרית, שפורסם באוקטובר 2021, נכתב שלמרות החשיבות הקלינית של תסמונת הירידה הקוגניטיבית הקלה, לעתים קרובות היא אינה מאובחנת, ובכך מוחמצת הזדמנות לבירור ולטיפול הולמים.¹³¹ מאוחדת הצביעה על מודעות חלקית בלבד לחשיבות האבחון המוקדם בקרב גורמי המקצוע ובקרב הציבור (במיוחד בחברה הערבית ובחברה הבדואית) ותפיסת בעיות זיכרון כחלק טבעי מתהליך ההזדקנות, ולפיכך פנייה לטיפול בשלב מאוחר.¹³² יו"ר האיגוד הנירולוגי בישראל והנירולוגית הבכירה מהקרייה הרפואית רמב"ם אף ציינו בשיחתנו עימם כי הימנעותן של קופות החולים מעלויות הכרוכות באבחון מוקדם, תורמת להפרטה הנרחבת בתחום (כלומר לזליגת מבטחים לרפואה הפרטית לשם ביצוע האבחון), וגם מונעת חיסכון לטווח ארוך שאפשר להשיגו בטיפול מונע או מעכב בכשליש ממקרי התחלואה.¹³³

אי אפשר להסיק על בסיס נתוני קופות החולים באיזו מידה קיים תת-אבחון של הירידה הקוגניטיבית הקלה. חלק מהקופות הציגו בפנינו עמדות שונות בנושא זה

מתשובות קופות החולים על פנייתנו עולה כי במכבי, כ-22% (3,181 מבטחים) מהמאובחנים שנרשמו ברשם הדמנציה שלה בשנים 2018-2021 אובחנו בשלב המוקדם של ירידה קוגניטיבית קלה,¹³⁴ ובמאחדת כ-7% (951 מבטחים) מכלל המאובחנים עם אלצהיימר ודמנציה אובחנו עם ירידה קוגניטיבית קלה.¹³⁵ על בסיס נתונים אלה אי אפשר להסיק באיזו מידה קיים תת-אבחון של תסמונת הירידה הקוגניטיבית הקלה, שכן לא ידוע לנו כמה מבין המאובחנים עם דמנציה היו ברי אבחון באותו שלב (חלקם למשל, עלולים היו להיפגע באופן פתאומי). יתרה מכך, שתיים מקופות החולים התייחסו לסוגיית האבחון בשלב הירידה הקוגניטיבית הקלה והציגו בפנינו עמדות שונות. מאוחדת הציעה דרכי התמודדות עם הקשיים שצוינו לעיל, ובכללן: הכשרת הגורמים הרלוונטיים ורענון שוטף של אופן ביצוע מבחני האבחון, תגמול הקופות על בדיקות סקר ואיתור מוקדם, גיוס נאמני דמנציה, שימוש בטכנולוגיות לאבחון קוגניטיבי ביתי לאוכלוסיות בסיכון, ועריכת קמפיינים תקשורתיים בנושא האבחון המוקדם.¹³⁶ לעומת זאת הכללית ציינה בתשובתה על פנייתנו כי בניגוד למחלות אחרות, היא עצמה אינה

¹³⁰ פרופ' דוד טנה, מנהל המכון לנירולוגיה קוגניטיבית בקרייה הרפואית רמב"ם ויו"ר האיגוד הנירולוגי בישראל, ופרופ' יהודית אהרון-פרץ, המכון לנירולוגיה קוגניטיבית בקרייה הרפואית רמב"ם, שיחת טלפון, 3 במרץ 2022.

¹³¹ ד"ר נועה ברגמן ואח', [הערכת בריאות קוגניטיבית והתייחסות למצב של ירידה קוגניטיבית קלה \(Mild Cognitive Impairment, MCI\)](#) – נייר עמדה, עמ' 4.

¹³² ישי קום, שם.

¹³³ פרופ' דוד טנה ופרופ' יהודית אהרון-פרץ, שם.

¹³⁴ יובל חמו, שם.

¹³⁵ ישי קום, שם.

¹³⁶ ישי קום, שם.

בתוכנית הלאומית
מתואר האבחון
המוקדם של דמנציה
כבעל חשיבות עצומה
לטיפול ולהיערכות
לעתיד, אך ההמלצות
בתוכנית אינן
ממוקדות באופן
מפורש בהקדמת
האבחון לשלב
הירידה הקוגניטיבית
הקלה

משרד הבריאות
המריץ את קופות
החולים לפתח
תוכניות לשיפור
האבחון, במסגרת
תוכנית שהתקיימה
בשנים 2016–2018

המלצות התוכנית
הלאומית בתחום
הטיפול בדמנציה
נוגעות למעקב רופא
המשפחה, לטיפול
תרופתי, לטיפול
בבעיות רפואיות
נלוות, לטיפול תומך
מתחומים שונים,
להגדרת המחלה ועוד

רואה יתרון בגילוי מוקדם של מחלת הדמנציה, משום שלטענתה לא קיים טיפול יעיל המסוגל למנוע או להאט את ההידרדרות הקוגניטיבית, גם אם מתחילים בו בשלב מוקדם.¹³⁷

נציין כי בתוכנית הלאומית מתואר האבחון המוקדם של דמנציה כבעל חשיבות עצומה, כדי לאפשר הן טיפול מתאים והן היערכות מיטבית של החולה ומשפחתו לקראת העתיד,¹³⁸ אך ההמלצות בתוכנית מכוונות לשיפור האבחון בכלל ואינן ממוקדות באופן מפורש בהקדמת האבחון לשלב הירידה הקוגניטיבית הקלה.

עם זאת, מתשובת משרד הבריאות על פנייתנו עולה כי במסגרת יישום התוכנית הלאומית בין השנים 2016–2018 פורסם קול קורא לקופות החולים לפיתוח תהליכי עבודה לאבחון מוקדם של דמנציה, במסגרת תוכנית משותפת עם ג'וינט-אשל, שבמסגרתה פיתחה ויישמה כל אחת מקופות החולים תוכנית משלה. לפי דוח המחקר המלווה לתוכנית מאוקטובר 2018, התוכנית היתה בעלת חשיבות בהנעת תהליך של "תכנון על" ושיתוף בין קובעי המדיניות הממשלתיים, קופות החולים והמגזר השלישי, וכן הגברת מודעות ויצירת שינוי בשיח המקצועי, וזאת למרות היקפה המצומצם יחסית והעובדה שהיעדים הכמותיים שהציבו הקופות לא הושגו.¹³⁹ כמו כן הוגדר מבחן תמיכה בהיקף של עד 10 מיליון ש"ח בשנה, שיועד (לצד סיוע למטפל העיקרי בחולה) לאיתור ירידה קוגניטיבית, להמשך אבחון במרפאות קוגניטיביות ולהערכה גריאטרית כוללת.¹⁴⁰ סכום זה מהווה קרוב ל-7% מהתקציב הכולל בסך כ-150 מיליון ש"ח לשנה, שיועד במסגרת מבחני התמיכה של המשרד לטיפול באוכלוסיית האזרחים הוותיקים בכללותה.¹⁴¹

5.3 טיפול במחלה

הטיפול בחולי דמנציה מתבצע לרוב על ידי רופא המשפחה ורופאים מקצועיים מתחומי הגריאטריה, הנורולוגיה והפסיכיאטריה. לפי יו"ר האיגוד לרפואה גריאטרית, טיפול בתחום הפסיכיאטריה רלוונטי לחולי דמנציה בעיקר במקרים של הפרעות נפשיות והתנהגותיות קשות, וטיפול נורולוגי רלוונטי במיוחד בגיל צעיר יחסית וכאשר קיימות תסמונות נורולוגיות נוספות כגון מחלת פרקינסון.¹⁴²

בתוכנית הלאומית הומלץ על כמה כיווני פעולה בהקשר של הטיפול בדמנציה: שיפור הטיפול בכל שלבי המחלה, באמצעות הכללת הדמנציה ברשימת המחלות הכרוניות,

¹³⁷ נועה דנאי, שם.

¹³⁸ תוכנית לאומית עמ' 13. נציין כי ירידה קוגניטיבית קלה אינה מזכה בגמלת סיעוד של המוסד לביטוח לאומי. שושנה רחמים, שם.

¹³⁹ ד"ר שרה אלון, אבחון וטיפול בדמנציה ברפואה ראשונית – דוח מחקר מלווה לשנים 2016–2018, אוקטובר 2018, עמ' 40–41.

¹⁴⁰ מירי כהן, שם.

¹⁴¹ מירי כהן, שם. השימוש בתקציב לסעיפים השונים במבחן התמיכה הכולל הוא גמיש לפי רצון הקופה. מירי כהן, הבהרות למענה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 24 בנובמבר 2022.

¹⁴² ד"ר ורד חרמוש, מנהלת האגף הגריאטרי במרכז הרפואי לניאדו ויו"ר האיגוד הישראלי לרפואה גריאטרית, שיחת טלפון, 27 בפברואר 2022.

בתוכנית הלאומית
הומלץ לכלול את
הדמנציה לסוגיה
ברשימת המחלות
הכרוניות. לפי חוזר
סמנכ"ל משרד
הבריאות ממרץ
2021, מחלת
אלצהיימר (הצורה
השכיחה ביותר של
דמנציה) מוכרת
כמחלה כרונית,
שלטיפול בה נקבעה
תקרת השתתפות
עצמית עבור רכישת
תרופות הכלולות בסל
הבריאות

לאחרונה הוחל
בישראל בטיפול
תרופתי המעכב את
התפתחות מחלת
האלצהיימר עצמה,
אך יעילותו לא הוכחה
במלואה. תרופות
נוספות נמצאות
בשלבי פיתוח

וגיבוש תוכנית לניהולה לרבות הגדרת "חבילת טיפול" בסל הבריאות; הרחבת ההכשרה לרופאי המשפחה ומתן כלים למעקב שוטף ולהתאמת תוכנית הטיפול לשינויים במצב המחלה; הגברת הטיפול התרופתי על ידי הסרת חסמים למתן תרופות בסמוך לאבחון והתוויתן ללא תלות במומחיות הרופא המטפל ובמסגרת שבה שוהה המטופל (בקהילה או באשפוז); הגברת המודעות והידע של רופאי משפחה, רופאים מקצועיים, שירותי רפואה דחופה ובתי חולים לצורך הבטחת טיפול הולם בבעיות רפואיות נלוות; הרחבת ההפניה לטיפולים תומכים, כגון התערבויות פסיכו-סוציאליות; הכללת הסבר לחולה ולמשפחתו על מסמך הנחיות מקדימות ויפוי כוח, כחלק מתוכנית הטיפול.¹⁴³

יש לציין כי לחלק ניכר מרכיבי ההמלצה לא קיבלנו התייחסות ממערכת הבריאות. להלן נציג את המידע שבידינו בנוגע לכמה היבטים של המלצה זו:

הכרה כמחלה כרונית: בתוכנית הלאומית הומלץ לכלול את הדמנציה לסוגיה ברשימת המחלות הכרוניות (הגדרה המשמשת לצורך קביעת תקרת השתתפות עצמית עבור רכישת תרופות) ולגבש תוכנית לניהול המחלה מייד לאחר האבחון, תוך הכללת "חבילת טיפול" בסל שירותי הבריאות.¹⁴⁴ על פי חוזר סמנכ"ל משרד הבריאות ממרץ 2021, מחלת אלצהיימר (שהיא כאמור הצורה השכיחה ביותר של דמנציה) מוכרת כמחלה כרונית לצורך קביעת תקרת השתתפות עצמית עבור רכישת תרופות.¹⁴⁵

הטיפול התרופתי: לאחרונה הוחל בשימוש בישראל בטיפול תרופתי חדש המעכב את התפתחות מחלת האלצהיימר – הראשון המכוון לשינוי מהלך המחלה עצמה – שאושר על ידי מינהל המזון והתרופות האמריקאי (FDA) אך האפקטיביות שלו אינה מוכחת במלואה. טיפול זה ניתן באינפוזיה תחת השגחה במסגרת אשפוז יום, ונכון להיום הוא אינו כלול בסל שירותי הבריאות.¹⁴⁶ לדברי מנהלת היחידה לאשפוז יום נוירולוגי במרכז הרפואי תל אביב, טיפול זה מתאים בעיקר לאנשים עם בריאות כללית טובה וצעירים יחסית הנמצאים בשלבי המחלה המוקדמים, והוא ניתן כיום באופן מוגבל, לאחר בדיקות התאמה ושיקול דעת.¹⁴⁷ כיום נמצאות בשלבי פיתוח כמה תרופות חדשות נגד מחלת אלצהיימר,¹⁴⁸ ואחת מהן מוגשת לאישור.¹⁴⁹

¹⁴³ ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 13–15.

¹⁴⁴ ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 13.

¹⁴⁵ ר"ח ליאור ברק, סמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, הגדרת מחלה כרונית לצורך תקרה עבור רכישת תרופות לחולים כרוניים – חוזר מס' 01/21, סעיף 4 ב', פורסם: 10 במרץ 2021, כניסה: 12 בספטמבר 2022. לחולים במחלה המוכרת ככרונית נקבעת תקרת השתתפות עצמית ברכישת תרופות הכלולות בסל שירותי הבריאות.

¹⁴⁶ ד"ר אליסה אש, 19 במאי 2022. מדובר בתרופה Aduhelm. ד"ר אליסה אש, 10 בנובמבר 2022.

¹⁴⁷ ד"ר אליסה אש, 19 במאי 2022, 10 בנובמבר 2022. במרכז הרפואי תל אביב מקבלים כיום כ-16 מטופלים את התרופה החדשה. שם.

¹⁴⁸ פרופ' טנה ופרופ' אהרון-פרץ, שם; ד"ר אליסה אש, 19 במאי 2022.

¹⁴⁹ ד"ר אליסה אש, 10 בנובמבר 2022. מדובר בתרופה Lecanemab.

בתוכנית הלאומית
הומלץ על הסרת
חסמים להגברת
הטיפול התרופתי.
בידינו אין מידע
המצביע על יישום
ההמלצה ועל שינוי
במדיניות הטיפול
התרופתי

בתוכנית הלאומית
הומלץ לקדם את
הידע של הגורמים
הרפואיים בנושא
הטיפול בבעיות
הרפואיות הנלוות של
חולי דמנציה, אך
לדברי יו"ר האיגוד
הישראלי לרפואה
גריאטרית, חולים
רבים עדיין אינם
מקבלים טיפול מלא
בשל קשיי תקשורת

ממידע המפורסם באתר משרד הבריאות אפשר ללמוד שלגבי חולים עם מחלת אלצהיימר בדרגת חומרה קלה עד בינונית יש המלצה לטיפול בתרופות מקבוצת מעכבי האנזים אצטילכולין אסטרז, ששתיים מהן כלולות בסל שירותי הבריאות, ולפי האמור באתר המשרד הן עשויות לייצב או להאט את ההתדרדרות בתפקוד הקוגניטיבי, בתפקודי היום-יום ו/או בתפקוד ההתנהגותי של המטופל למשך זמן מוגבל. לפי האמור באתר המשרד, הטיפול ניתן לתקופה מוגבלת (בדרך כלל עד שנתיים), תוך מעקב מקצועי.¹⁵⁰ בחוזר מינהל הרפואה במשרד מאוגוסט 2000 מפורטים קריטריונים למתן תרופות אלה, ונקבע בין היתר כי הרופאים המוסמכים לכך הם רופאים בכירים ומנהלי יחידות, מחלקות או מרפאות שהם מומחים לגריאטריה, פסיכוגריאטריה, פסיכיאטריה או נוירולוגיה.¹⁵¹

כאמור, בתוכנית הלאומית הומלץ על הגברת הטיפול התרופתי על ידי הסרת חסמים למתן תרופות בסמוך לאבחון והתוויתן ללא תלות במומחיות הרופא המטפל ובמסגרת שבה שוהה המטופל (בקהילה או באשפוז). בידינו אין מידע המצביע על יישום ההמלצה ועל שינוי במדיניות הטיפול התרופתי.

לדברי יו"ר האיגוד לרפואה גריאטרית, רוב התרופות הניתנות לחולי דמנציה מקלות על התסמינים בלבד ואינן מרפאות את המחלה, וחלקן כרוכות בתופעות לוואי ובסיכונים, ולכן לעתים מועדף טיפול לא תרופתי, אך הדבר מקשה על התמודדות המשפחה עם התסמינים. לדבריה, בחלק מהמקרים נעשה שימוש בתרופות למרות הסיכון, וזאת בשל מסוכנותן של ההפרעות ההתנהגותיות עצמן.¹⁵² יו"ר האיגוד ציינה גם שלאחרונה אישר משרד הבריאות מתן קנאביס רפואי לחולים, אך לדבריה עדיין לא נעשה בכך שימוש רב.¹⁵³

טיפול הולם בבעיות רפואיות נלוות של חולי הדמנציה: במאמר מדעי משנת 2020, העוסק בטיפול בדמנציה, נכתב כי בעולם ככלל, אנשים הלוקים בדמנציה סובלים יותר משאר בני גילם מבעיות בריאות מורכבות בתחומים רבים אחרים, אך בדרך כלל מערכת הבריאות הקהילתית פחות נגישה להם, והדבר מוביל לכך שהם מתאשפדים בבתי חולים בשיעור גבוה יחסית, לעתים בגין מחלות שניתן לטפל בהן בקהילה. במאמר צוין כי שמירה על בריאותם הגופנית של חולים אלה חשובה לצורך מצבם הקוגניטיבי, ורווחתם היא יעד מרכזי בחלק ניכר מהטיפול.¹⁵⁴ בתוכנית הלאומית אכן הומלץ לקדם את הידע של הגורמים הרפואיים בנושא הטיפול במגוון הבעיות

¹⁵⁰ משרד הבריאות, [טיפול באנשים חולי דמנציה](#), ללא תאריך פרסום, כניסה: 13 בספטמבר 2022. שתי התרופות הן Donepezil-Rivastigmine-I.

¹⁵¹ מינהל רפואה, משרד הבריאות, [הנחיות לטיפול תרופתי בחולי אלצהיימר – חוזר מס' 36/2000](#), פורסם: 17 באוגוסט 2000, כניסה: 12 בספטמבר 2022.

¹⁵² ד"ר ורד חרמוש, שם.

¹⁵³ ד"ר ורד חרמוש, שם.

¹⁵⁴ Gill Livingston & al, [Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission](#), *The Lancet*, 396, p. 413.

הרפואיות של חולי דמנציה. עם זאת, כפי שמסרה יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה גריאטרית בשיחה עימנו, במקרים רבים חולי דמנציה בישראל סובלים מתת-אבחון של מחלות אחרות ואינם מקבלים טיפול מלא בבעיותיהם הרפואיות, בין היתר בשל קשיי תקשורת הנובעים ממחלת הדמנציה והמקשים על איתור מחלות נוספות.¹⁵⁵ תשובות הקופות על פנייתנו לא כללו התייחסות ספציפית לנושא זה, למעט מכבי שמסרה כי מטופלים המשוויכים לרשם הדמנציה מסומנים בקוד ספציפי הקורא להתייחסות מיוחדת.¹⁵⁶

ביקורי בית: בפנייתנו לקופות החולים ביקשנו מידע גם על ביקורי בית אצל חולים בדמנציה. בנושא זה נכתב בתוכנית הלאומית כי קופות החולים מגדירות בדרך כלל את הלוקים בדמנציה מתקדמת המרותקים לביתם כחולים כרוניים יציבים, ובמעמד זה הם זכאים לביקורי בית מעטים של רופא ואחות, שאין בהם די כדי לעקוב ברציפות אחר מצבם ולהתאים את תוכנית הטיפול לקצב התקדמות המחלה. עם זאת, בתוכנית לא נכללה המלצה בנושא זה. משרד הבריאות דיווח לנו כי במסגרת הרפורמה לסיעוד הוא מתמרץ מאז שנת 2019 טיפול במרותקי בית על ידי צוות רב-מקצועי, בסכום של 20 מיליון ש"ח לשנה סך הכול (כולל גם תמיכה באבחון דמנציה ובסדנאות לבני משפחה שתוקצבו ב-10 מיליון ש"ח), ולדברי המשרד לא כל הסכום נוצל על ידי קופות החולים. תקציבים אלה הם חלק ממבחן תמיכה כולל בן 12 פרקים, בהיקף של 150 מיליון ש"ח, המיועד לטיפול בבני 75 ומעלה בהיבטים שונים והמאפשר לקופות החולים גמישות בניצול התקציב בין הפרקים השונים.¹⁵⁷

במענה על שאלתנו השיבה הכללית שרופא המשפחה ואחות המרפאה מבצעים ביקורי בית באופן שיגרתי ובמקרי התדרדרות חדה אצל חולים שהפכו לסיעודיים ומרותקים לבית או למיטה. נוסף על כך נמסר שקיימות יחידות לטיפול במרותקים, המטפלות בחולים עם בעיות רפואיות שאינן יציבות. הקופה לא מסרה נתונים כלשהם על היקף ביקורי הבית ותדירותם.¹⁵⁸ מכבי מסרה כי ביקורי בית נערכים אצל מטופלים מרותקים, המשוויכים ליחידות לטיפול בית והזכאים לרמה 5 או 6 (כלומר רמות הזכאות הגבוהות) במסגרת חוק הסיעוד. כ-20% מהחולים הרשומים ברשם הדמנציה של מכבי – 5,159 מטופלים – משויכים ליחידות לטיפול בית (כאמור, ברשם הדמנציה של הקופה רשומים 25,413 מבוטחים). הביקורים נערכים על ידי רופאים, אחיות (לרבות מומחיות בסיעוד גריאטרי) ואנשי מקצועות הבריאות. לדברי מכבי, בשנים 2019–2021 בוצעו 212,935 ביקורי בית של רופאי משפחה אצל מטופלים הרשומים כחולי דמנציה.¹⁵⁹

¹⁵⁵ ד"ר ורד חרמוש, שם.

¹⁵⁶ יובל חמו, שם.

¹⁵⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר קשרי ממשל ותוכניות לאומיות, משרד הבריאות, הבהרות למענה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 24 בנובמבר 2022.

¹⁵⁸ נועה דגאי, שם.

¹⁵⁹ יובל חמו, שם.

לפי התוכנית
הלאומית, מדיניות
קופות החולים
מאפשרת לחולי
דמנציה ביקורי בית
בהיקף שאינו עונה
על הצרכים, אך
בתוכנית לא נכללה
המלצה בנושא זה

לפי תשובת מאחדת, ביקורי בית אצל חולי דמנציה לסוגיה מתבצעים בקופה במסגרת היחידות לאשפוזי בית, בתדירות משתנה לפי מצבו וצרכיו של המטופל. צוותי היחידות לאשפוזי בית עברו בשנת 2021 הכשרה בתחום הדמנציה בהיקף של 15 שעות לימוד ולקופה יש הנחיות בהתאם לסטטוס הרפואי והטיפול של המבוטח. לדברי הקופה היא נמצאת כיום בתהליך הסדרה של מערך הטיפול במרותקי בית המשויכים מבחינה טיפולית למרפאות, בהתאם לנוהלי משרד הבריאות בנוגע למבוטחים מרותקים.¹⁶⁰ לאומית דיווחה שתדירותם של ביקורי הבית נקבעת לפי מצב המטופל, ולא לפי אבחנה במחלה מסוימת.¹⁶¹

מתשובות קופות
החולים אי אפשר
ללמוד באיזו מידה,
אם בכלל, הורחבה
ההפניה של חולי
דמנציה לטיפולים
תומכים כפי שהומלץ
בתוכנית הלאומית

הפניה לטיפולים תומכים (כגון ריפוי בעיסוק) לשיפור מצבם הכללי של החולים: מתשובת הכללית אפשר להבין שאין לה הנחיות ספציפיות להפניית חולי דמנציה לטיפולים תומכים במסגרת מקצועות הבריאות השונים.¹⁶² מכבי לא התייחסה בתשובתה לסוגיה זו, אך ציינה כי בחלק ממרפאותיה המעניקות שירות גריאטרי – 52 במספר – ניתנים שירותי ייעוץ תזונתי, פיזיותרפיה וייעוץ רוקח קליני.¹⁶³ מאחדת דיווחה שקיימת מודעות לחשיבות הנושא בקרב הרופאים הגריאטרים וחלק מרופאי המשפחה, ושימושם עליו דגש במסגרת ההכשרות לרופאים, אך היא לא ציינה אם קיימות הנחיות מסודרות בתחום זה ומהן. עם זאת צוין כי שירותים אלה מיושמים באופן מקיף במסגרת היחידות לאשפוזי בית ברחבי הארץ וכן כחלק מהפעילות של מרפאת הדמנציה בחיפה ובמסגרת התוכנית "רצף טיפול דמנציה" המופעלת במחוז הצפון של הקופה.¹⁶⁴ לאומית מסרה שהפניית חולי דמנציה לטיפולים תומכים מבוצעת בהתאם לשיקול הדעת המקצועי של הגורמים המטפלים.¹⁶⁵ מתשובות הקופות אי אפשר ללמוד באיזו מידה, אם בכלל, הורחבה ההפניה של חולי דמנציה לטיפולים תומכים כפי שהומלץ בתוכנית הלאומית.

5.4 רצף טיפולי

כפי שנכתב בתוכנית הלאומית, אחד העקרונות החשובים בטיפול בחולים כרוניים הוא תיאום, העברת מידע ושיתוף פעולה רציף בין גורמי הטיפול הרבים. עם זאת, לפי התוכנית, קיימת בעיה קשה של חוסר תיאום בין הגורמים השונים המטפלים בחולי דמנציה, והיא פוגעת בעקביות הטיפול וביעילותו.¹⁶⁶ בעיית הרצף הטיפולי נזכרת גם בדוח התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי משנת 2016, שלפיו מטופלים מועברים בין מחלקות בבית החולים או בין מסגרות האשפוז לשירותי הקהילה למיניהם (רפואיים ואחרים) ללא מידע קריטי על מצבם ורצונותיהם. לפי דוח

¹⁶⁰ ישי קום, שם.

¹⁶¹ פרופ' שלמה וינקר, שם.

¹⁶² נועה דנאי, שם.

¹⁶³ יובל חמו, שם.

¹⁶⁴ ישי קום, שם.

¹⁶⁵ פרופ' שלמה וינקר, שם.

¹⁶⁶ ג'ני ברודסקי ואח', תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 12.

בתוכנית הלאומית
הומלץ על שיפור רצף
הטיפול והבטחת
מיצוי זכויות,
באמצעות פיתוח
מודל טיפולי שיישם
על ידי צוותים
רפואיים בקהילה.
משרד הבריאות לא
התייחס בתשובתו
לגיבוש מודל לניהול
המחלה

בדוח מחקר מלווה
לתוכנית לפיתוח
שירותים לחולי
דמנציה בבתי חולים,
שהושקה בשנת
2017, נכתב כי בניגוד
לארבעת היעדים
האחרים של
התוכנית, יעד הרצף
הטיפול בין בית
החולים לבין הקהילה
או המוסד (לאחר
שחרור מאשפוז) לא
הושג באופן מספק

זה, בישראל אין אחידות במערכות המידע במסגרות השונות, אין מערכת מידע אחת משותפת המרכזת את כל המידע על המטופל, ובחלק מבתי החולים הגיליון הרפואי הממוחשב אינו כולל שדות הנוגעים להנחיות מקדימות שקבע המטופל, לתיעוד תסמינים ואיזוןם ועוד.¹⁶⁷

בתוכנית הלאומית הומלץ על שיפור רצף הטיפול והבטחת מיצוי זכויות, באמצעות פיתוח מודל טיפולי הכולל הערכה קוגניטיבית, קביעת אבחנה, הכנת תוכנית טיפול, מעקב אחר ביצועה והתאמתה לשינויים בהתפתחות המחלה – מודל המיועד ליישום על ידי רופא המשפחה והאחות בקהילה או על ידי אחות ייעודית מתאמת טיפול, או בשילוב בין שניהם; הידוק הקשר בין השירותים בתוך מערכת הבריאות ובינם לבין שירותי הרווחה; הידוק השיתוף בין משפחת החולה לבין הגורמים המטפלים.¹⁶⁸ בפרק זה נעסוק בהיבטים הקשורים לרצף הטיפול בתוך מערכת הבריאות, בעוד שיתוף פעולה בין מערכת הבריאות לבין מערכת הרווחה יידונו בהמשך המסמך.

בתשובת משרד הבריאות על פנייתנו לא נכללה התייחסות לשאלתנו בדבר גיבוש מודל לניהול המחלה שיבטיח את רצף הטיפול לכל אורכו. משיחה עם חברת צוות התוכנית הלאומית ועובדת משרד הבריאות לשעבר, עלה כי קיים קושי במעקב ארוך טווח אחר החולים על בסיס קשר רציף בין שירותי הבריאות בקהילה לבין בתי החולים, שכן למרות הדיווח הממוחשב, ניהול המידע לאורך זמן אינו יעיל דיו, והוא אינו מונגש עדיין לשימוש שוטף ונוח באופן אינטגרטיבי, המאפשר הצגת תמונה שלמה ומדויקת. כמו כן יש לזכור, לדבריה, כי ממשקי הטיפול בחולי דמנציה הם רב-מקצועיים ומורכבים.¹⁶⁹ גם בדוח מחקר מלווה לתוכנית לפיתוח שירותים לחולי דמנציה בבתי חולים, שהושקה בשנת 2017 בעקבות "קול קורא" שפרסם משרד הבריאות, נכתב כי בניגוד לארבעת היעדים האחרים של התוכנית, יעד הרצף הטיפול בין בית החולים לבין הקהילה או המוסד (לאחר שחרור מאשפוז) לא הושג באופן מספק. בהקשר זה צוינו בין היתר אתגרים בהמשך טיפול בקהילה תוך התייחסות לאבחון ולהמלצות של בית החולים, במיסוד רצף טיפולי, בשיפור שיתוף הפעולה עם קופות החולים ובתקשורת טכנית בין מערכות מידע בבתי החולים ובקהילה.¹⁷⁰

על פי דיווח הכללית, רופא המשפחה אחראי מטעמה על הטיפול הכולל במטופלים, ואחיות עם הכשרה גריאטרית אחראיות על איתורם והפנייתם לגורמים הרלוונטיים במחוז ולשירותים הניתנים מחוץ לקופה. במקביל, מרפאת הזיכרון או המרפאה הפסיכו-גריאטרית עוקבת אחר

¹⁶⁷ [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 54.

¹⁶⁸ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 13–15.

¹⁶⁹ ד"ר איריס רסולי, שם.

¹⁷⁰ הילה רונן דבי, ד"ר יוסי פריאר דרור וחוקרים שותפים, משב מחקר יישומי, [מחקר מלווה דוח מסכם: תוכנית לפיתוח שירותים לזיהוי, טיפול ושחרור מתאים לאנשים עם דמנציה ודליריום בבתי חולים](#), הוכן עבור ג'וינט-אשל ואגף הגריאטריה במשרד הבריאות, עמ' 6, 9–10, אפריל 2022, כניסה: 9 בנובמבר 2022.

בארבע קופות החולים רופא המשפחה הוא הגורם האחראי לרצף הטיפול

החולה בהתאם לצורך – בדרך כלל מדי 3 – 6 חודשים.¹⁷¹ על פי הדיווח של מכבי, רופא המשפחה הוא הגורם האחראי על הבטחת הטיפול הכולל בחולה וביצוע הפעולות השוטפות במהלך הטיפול. הקופה ציינה שרשם הדמנציה שהקימה מרכז מידע על החולים במגוון היבטים מרכזיים, כגון אשפוזים, דיכאון, תרופות אנטי-פסיכוטיות ומחלות כרוניות אחרות.¹⁷² גם מאחדת מסרה שהגורם האחראי לרצף הטיפול הוא רופא המשפחה, המוגדר כמנהל הטיפול במבוטח. עם זאת, הקופה דיווחה שבפועל קיים במקרים רבים קושי בשמירה על רצף הטיפול ובביצוע מעקב שוטף, הנובעים בעיקר מעלויות פיתוח של תשתיות, כגון תוכנה לעבודת צוות בין-מקצועי, וממחסור במשאבי זמן של גורמי הטיפול לצורך איתור וטיפול לאורך זמן. לדבריה מופעלת לאחרונה במחוז הצפון שלה תוכנית "רצף טיפול דמנציה", שבה מושם דגש על יישום הרצף הטיפולי בתוך הקופה ובינה לבין בתי חולים ומסגרות אשפוז גריאטרי. התוכנית מופעלת על ידי אחיות ועובדות סוציאליות המשמשות כ"מתאמות דמנציה", והתיאום מתבצע בשיתוף עם רופאי המשפחה וצוותי המרפאות. הקופה לא ציינה אם תוכנית זו מיועדת ליישום בשאר המחוזות, ומתי.¹⁷³ כפי שנמסר מלאומית, גם בה הרופא האישי הוא מנהל הטיפול, האחראי על הבטחת טיפול כולל ורציף בחולה הדמנציה, ולרשותו עומדים יועצים מתחומים שונים.¹⁷⁴ מכל אלה עולה שבכל הקופות רופא המשפחה הוא הגורם האמון על הבטחת הרצף הטיפולי.

5.5 טיפול במצבי סוף החיים

לפי התוכנית הלאומית, יש הסכמה רחבה על כך שטיפול פליאטיבי, הממוקד בהקלת סבל ובשיפור איכות החיים, הוא המתאים ביותר לחולים בדמנציה מתקדמת, אך היקף השירותים הפליאטיביים בישראל ושיעור ההפניה אליהם הם מצומצמים והמודעות אליהם אינה מספקת

לפי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות משנת 2009 בנושא הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה ובמוסדות אשפוז, שירות זה מיועד לחולים הסובלים ממחלה חשוכת מרפא מתקדמת, והוא כולל מניעת סבל והקלתו באמצעות זיהוי תסמינים וטיפול בכאב ובבעיות גופניות ונפשיות על ידי שילוב בין טיפול רפואי, טיפול סיעודי ותמיכה נפשית-חברתית לחולים ולבני משפחותיהם.¹⁷⁵ מחברי התוכנית הלאומית ציינו כי קיימת הסכמה רחבה על כך שטיפול פליאטיבי הוא המתאים ביותר לחולי דמנציה בשלבי המחלה המתקדמים ובסוף החיים, כאשר הם אינם מסוגלים לתאר באופן מילולי תסמינים פיזיים ונפשיים. עם זאת, לדבריהם, היקף השירותים הפליאטיביים בישראל ושיעור חולי הדמנציה המופנים אליהם הם מצומצמים, והמודעות לקיומו ולעקרונותיו של טיפול פליאטיבי לוקה בחסר אף היא, גם בקרב שירותי הרפואה הראשונית בקהילה והמוסדות הסיעודיים.¹⁷⁶

¹⁷¹ נועה דנאי, שם.

¹⁷² יובל חמו, שם.

¹⁷³ ישי קום, שם.

¹⁷⁴ יובל חמו, שם.

¹⁷⁵ משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי מס' 30/09 – הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי, פורסם: 12 ביולי 2009, כניסה: 2 בנובמבר 2022.

¹⁷⁶ ג'ני ברודסקי ואח', תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 12.

בתוכנית הלאומית הומלץ על שיפור הטיפול במצבי סוף החיים, על ידי הכללת הדמנציה ב"חוק החולה הנוטה למות" ובנוהלי משרד הבריאות לטיפול פליאטיבי, כך שתתאפשר לחולים קבלת טיפול מידי צוות רב-מקצועי בעל הכשרה פליאטיבית במסגרת יחידה לטיפול בית או הוספיס בית; כיבוד רצון החולה ושיתוף בני המשפחה בעדכונים ובהחלטות.¹⁷⁷

ההמלצה לכלול את הדמנציה בחוק "החולה הנוטה למות" לא יושמה שכן עד היום לא תוקן החוק ברוח זו.¹⁷⁸ מכבי ציינה בתשובתה אלינו שמאז שנת 2014 יש לה קריטריונים קליניים להגדרת חולה הסובל מדמנציה כ"חולה נוטה למות", ובהתאם לכך ניתנים לחולים אלה שירותי הוספיס בית, אך היא לא פירטה מהם הקריטריונים של הגדרה זו.¹⁷⁹

באשר למתן שירותים פליאטיביים, נציין כי כבר בשנת 2009, כארבע שנים לפני פרסום התוכנית הלאומית, פורסם כאמור חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה ובמוסדות אשפוז, הקובע בין השאר כי יפותח וינתן שירות פליאטיבי הן במערך האשפוז, הן באשפוז יום ובמרפאות חוץ של בתי החולים והן בבית המטופל. במסגרת החוזר הוטל על המוסדות הרפואיים להיערך להספקת השירותים הללו בתוך ארבע שנים ממועד פרסומו (כלומר עד יולי 2013), ולדווח על ההתקדמות ביישומם למינהל הרפואה במשרד הבריאות – שהופקד על בקרת יישום החוזר – בתוך שנה.¹⁸⁰ עם זאת, מדוח ההמלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים משנת 2016, שגובשו על ידי ועדת היגוי רחבה עבור משרד הבריאות, ושחולו דמנציה היו אחת מאוכלוסיות היעד שאליו הן התייחסו, עולה שאומנם קופות החולים ובתי החולים אימצו את חוזר המנכ"ל משנת 2009, אך היקף השירותים וקצב ההתקדמות של פיתוחם אינם אחידים,¹⁸¹ והשפעת הרגולציה והבקרה על פיתוח השירותים אינה מספקת, שכן פיתוחם תלוי במקרים רבים בהימצאות "משוגעים לדבר".¹⁸² כמו כן, לפי הדוח, אין הגדרה ברורה של סל השירותים הפליאטיביים ושל הזכאות להם, ולכן קיימים פערים בתחום זה בין קופות החולים ובין אזורים גאוגרפיים שונים, וההפניה לשירותי הוספיס (שהקריטריונים לה אינם מעוגנים בחוק) מתבצעת בהתאם לשיקול הדעת ולתפיסת העולם של הרופא או להחלטות מנהליות.¹⁸³

¹⁷⁷ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 13–15.

¹⁷⁸ עו"ד נעה בן שבת, יועצת משפטית לוועדת הבריאות בכנסת, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 22 בנובמבר 2022.

¹⁷⁹ יובל חמו, שם; שיר כהן, שם.

¹⁸⁰ משרד הבריאות, [חוזר המנהל הכללי מס' 30/09 – הפעלת שירות פליאטיבי \(הוספיס\) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי](#), פורסם: 12 ביולי 2009, כניסה: 2 בנובמבר 2022. לפי החוזר, צוות פליאטיבי ייעודי יכלול לפחות רופא, אחות, פסיכולוג ועובד סוציאלי.

¹⁸¹ ג'וניט ישראל-אשל, משרד הבריאות ומאירס-ג'וניט-ברוקדייל, [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 22.

¹⁸² [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 23.

¹⁸³ [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 65.

בניגוד להמלצות התוכנית הלאומית, "חוק החולה הנוטה למות" לא תוקן עד כה, והגדרותיו אינן חלות באופן אוטומטי על חולים במחלות חשוכות מרפא עם תוחלת חיים שקשה לקצוב אותה, כגון דמנציה

כבר בשנת 2009 הוטל בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות על המוסדות הרפואיים לפתח שירותים פליאטיביים בקהילה ובמערך האשפוז. לפי דוח המלצות לתוכנית לטיפול פליאטיבי משנת 2016, קיימים פערים ביישום החוזר בין קופות החולים ובין אזורים גאוגרפיים שונים

לפי הדוח משנת 2016, רק אלפים בודדים מקרב הנפטרים בישראל בעקבות מחלה חשוכת מרפא מופנים לטיפול פליאטיבי, לרוב רק בשלבי המחלה האחרונים, וחולים בדמנציה מופנים אליו בשיעורים נמוכים

יו"ר האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל ציין בשיחה עימנו שהתוכנית הלאומית משנת 2016 בנושא טיפול פליאטיבי לא התקדמה לכלל ביצוע

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות משנת 2009 מחייב הקמת יחידת ייעוץ פליאטיבית בכל בית חולים לאשפוז כללי וגריאטרי, אך אין בידינו מידע על פריסת יחידות אלה

בדוח התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי משנת 2016 צוין כי רק אלפים בודדים מקרב הנפטרים בישראל בעקבות מחלה חשוכת מרפא מקבלים טיפול פליאטיבי ורק קומץ מהם זוכים לליווי פליאטיבי שאינו בשלבי המחלה האחרונים¹⁸⁴ – זאת למרות שלפי עקרונות הגישה הפליאטיבית שירות זה אינו אמור להיות ייחודי רק לשלבים אלה, והוא נדרש במקרים רבים כבר מהשלבים המוקדמים¹⁸⁵. על פי הדוח, חולים בדמנציה (ובכמה מחלות נוספות) כמעט אינם מופנים לטיפול פליאטיבי, וזאת בניגוד להנחיות משרד הבריאות ולמצב השורר במדינות מערביות אחרות.¹⁸⁶ כפי שנמסר ממשרד הבריאות, תוכנית העבודה לשנת 2022 כוללת פרסום סטנדרטים מעודכנים לטיפול פליאטיבי,¹⁸⁷ אולם עד לסיום הכנת המסמך, המשרד לא השיב על שאלתנו אם אכן פורסמו סטנדרטים אלה.

נציין שהמלצות התוכנית משנת 2016 הן מקיפות יותר מאלה שהובאו בתוכנית הלאומית להתמודדות עם אלצהיימר ודמנציה, ושהופנו בעיקר לטיפול הביתי, אולם **יו"ר האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל ציין בשיחה עימנו שהתוכנית הלאומית משנת 2016 בנושא טיפול פליאטיבי לא התקדמה לכלל ביצוע.**¹⁸⁸

טיפול פליאטיבי יכול להינתן כאמור במסגרת אשפוז (הוספיס אשפוזי) או בבית המטופל (הוספיס בית). להלן נתאר את הממצאים שעלו מבדיקתנו, תוך התמקדות בשירות הפליאטיבי האשפוזי תחילה ולאחר מכן בשירות הביתי.

5.5.1 טיפול פליאטיבי במסגרת אשפוז

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות משנת 2009, הנמצא בתוקף, מחייב הקמת יחידת ייעוץ פליאטיבית – שתפקידיה לא הוגדרו בחוזר – בבתי חולים לאשפוז כללי ובבתי חולים גריאטריים, וקובע את הרכב הצוות הנדרש, אך אין בידינו מידע על פריסת יחידות אלה.¹⁸⁹

על פי דוח התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי משנת 2016, במקצת המרכזים הרפואיים הגריאטריים מוטמעת הגישה הפליאטיבית במידה לא אחידה, וברבים מהם הטמעתה מצומצמת ביותר ומתבטאת בעיקר בהפעלת ועדה פליאטיבית העוסקת בהתווית הגדרות והנחיות, בעוד שהיישום במסגרת הטיפול היום-יומי הוא מועט. לפי הדוח נדרשות במרכזים אלה

¹⁸⁴ [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 23. בישראל יש יותר מ-40,000 נפטרים מדי שנה. שם.

¹⁸⁵ [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 20.

¹⁸⁶ ג'וניס ישראל-אשל, משרד הבריאות ומאירס-ג'וניס-ברוקדייל, [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 24, פורסם: 2016, כניסה: 28 ביוני 2022. שם, עמ' 20.

¹⁸⁷ מירי כהן, שם.

¹⁸⁸ פרופ' פסח שורצמן, שם.

¹⁸⁹ משרד הבריאות, [חוזר המנהל הכללי מס' 30/09 – הפעלת שירות פליאטיבי \(הוספיס\) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי](#), פורסם: 12 ביולי 2009, כניסה: 2 בנובמבר 2022. בבדיקה שערכנו ברשימת היחידות הרפואיות המפורסמת באתרים של בתי חולים לאשפוז כללי נמצא כי יחידות לטיפול וייעוץ פליאטיבי כלולות ברשימות של בתי חולים בודדים. עם זאת, אין ביכולתנו לשלול את האפשרות שיחידות כאלה קיימות בבתי חולים נוספים ואין מפורסמות באתריהם.

התאמות ברמת המבנה, כוח האדם והציוד.¹⁹⁰ עם זאת, בדוח מצוינים מכשולים מרכזיים להספקת טיפול פליאטיבי גם בבתי החולים לאשפוז כללי ובכללם, בין היתר, העדר צוות רב-מקצועי, חוסר ידע של רופאים ואנשי צוות ושל חלק מהציבור על גישה זו ולעתים התנגדות לה (בשל תפיסתה כוויתור על החיים), מחסור בכוח אדם בעל מומחיות ורתיעת מתמחים מעיסוק בתחום, וכן העדר תקצוב ייעודי – כיוון שהשירות נכלל בסל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים ולא תוקצב כשירות נוסף הוא מצריך השקעה מתוך משאביהם של בתי החולים עצמם.¹⁹¹ נציין כי ממשד הבריאות נמסר שהאחריות המימונית לשירות זה היא על קופות החולים.¹⁹²

ביקשנו לבחון מהו היקף מיטות האשפוז הפליאטיביות בישראל. לפי פרסומי משרד הבריאות, במסגרת כ-25,000 מיטות גריאטריות הקיימות בישראל יש שני סוגי מחלקות רלוונטיים לטיפול פליאטיבי: האחד – מחלקות לטיפול תומך/פליאטיבי, הכוללות גם מחלקות לטיפול פליאטיבי מסוג ספציפי: אונקולוגי, לאיידס או לילדים, והשני – מחלקות לטיפול סיעודי מורכב תומך,¹⁹³ הנדרש עבור מטופלים סיעודיים במצב בלתי יציב, שבעיותיהם הרפואיות אינן מחייבות אשפוז בבית חולים לאשפוז כללי אך דורשות טיפול וניטור רפואי רצוף – למשל פצעי לחץ או בעיות נשימתיות.¹⁹⁴ ראשית נציג את הסוג הראשון – המחלקות לטיפול תומך/פליאטיבי והמחלקות לטיפול תומך/פליאטיבי אונקולוגי (שתי מחלקות פליאטיביות שיכולות להיות רלוונטיות לחולי דמנציה), מספר המיטות בהן והתפלגות המיטות בין בתי החולים. פירוט זה אינו כולל 9 מיטות פליאטיביות נוספות המיועדות לחולי איידס וילידים.

טבלה 7: מיטות לטיפול תומך/פליאטיבי ולטיפול תומך/פליאטיבי אונקולוגי.

לפי מוסד אשפוז, סוף 2020¹⁹⁵

מוסד	מיטות לטיפול תומך/פליאטיבי	מיטות לטיפול תומך/פליאטיבי אונקולוגי
הדסה הר הצופים, ירושלים	14	-
שיבא (תל השומר), רמת גן	-	18
מרכז גריאטרי דורות, נתניה	-	20
סנט לואיס (מיסיון), ירושלים	-	18
	14	56

על פי הטבלה, בשנת 2020 היו בישראל רק 14 מיטות לטיפול תומך/פליאטיבי במחלות שונות וכולן נמצאות במרכז הרפואי הדסה הר הצופים (בירושלים). עוד 56 מיטות היו מיועדות לטיפול תומך/פליאטיבי אונקולוגי (שעשויה להיות רלוונטית לחולי דמנציה הסובלים גם מסרטן), ומהן 18

¹⁹⁰ המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים, עמ' 48.

¹⁹¹ המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים, עמ' 42-43.

¹⁹² מירי כהן, שם.

¹⁹³ אגף מידע, משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2020, חלק ב', עמ' 434-435.

¹⁹⁴ פלורה קוק-דבידוביץ' ורוני בלנק, מונחים בתחום הבריאות, עמ' 57.

¹⁹⁵ אגף מידע, משרד הבריאות, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2020, חלק ב', עמ' 434.

שני סוגי מחלקות רלוונטיים לטיפול פליאטיבי הם מחלקות לטיפול תומך/פליאטיבי ומחלקות לטיפול סיעודי מורכב תומך

בשנת 2020 היו זמינות לחולי דמנציה 70 מיטות לכל היותר במחלקות אשפוז לטיפול תומך/פליאטיבי, 32 מהן בבתי חולים לאשפוז כללי – הדסה ושיבא, והיתר במרכזים רפואיים גריאטריים

מיטות במרכז הרפואי שיבא ו-38 מיטות במוסדות שאינם בתי חולים לאשפוז כללי. מכאן **שלכל היותר 70 מיטות סך הכול היו זמינות לחולי דמנציה במחלקות אשפוז לטיפול תומך/פליאטיבי, 32 מהן בבתי חולים לאשפוז כללי - הדסה הר הצופים ושיבא**. הן יו"ר האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל והן משרד הבריאות מסרו לנו שאכן כיום בבתי החולים לאשפוז כללי קיימים רק שני הוספיסים אשפוזיים - בהדסה ושיבא, אך ציינו כי שירות זה ניתן גם במרכזים רפואיים גריאטריים.¹⁹⁶

סוג המחלקה השני הרלוונטי לטיפול פליאטיבי הוא, כאמור, מחלקה לטיפול סיעודי מורכב תומך. לדברי משרד הבריאות, בדרך כלל האשפוז במסגרות הפליאטיביות בגריאטריה פעילה מתקיים במחלקות לסיעוד מורכב המופעלות הן במרכזים רפואיים גריאטריים, הן במוסדות לאשפוז ממושך ולעתים גם בבתי חולים לאשפוז כללי.¹⁹⁷ על פי נתוני משרד הבריאות, **בסוף שנת 2020 היו בישראל 1,619 מיטות במחלקות לטיפול סיעודי מורכב תומך**. להלן התפלגות מיטות אלה לפי מוסדות אשפוז:

טבלה 8: מיטות לטיפול סיעודי מורכב תומך, לפי מוסד אשפוז, סוף 2020¹⁹⁸

מיטות לטיפול סיעודי מורכב תומך	מוסד	מחוז	
16	המשפחה הקדושה	צפון	בתי חולים לאשפוז כללי
21	לניאדו	מרכז	
30	שיבא	תל אביב	
67		סך הכול	
31	משגב לדך	ירושלים	מוסדות אחרים
15	סנט לואיס		
22	אוגוסטה ויקטוריה		
28	הרצוג		
96		סך הכול	
20	דבוריה	צפון	
30	מוסד אלענאיה		
18	מול הנוף, ירכא		
36	עמל טבריה		
36	גולדנקייר דושי נצרת		
140		סך הכול	
106	מר"ג פרדס חנה	חיפה	
30	אלישע		
72	בית בלב (נשר)		

¹⁹⁶ פרופ' פסח שוורצמן, שם; מירי כהן, שם.

¹⁹⁷ מירי כהן, שם.

¹⁹⁸ אגף מידע, משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2020](#), חלק ב', עמ' 448.

על פי נתוני משרד הבריאות, בסוף שנת 2020 היו בישראל 1,619 מיטות במחלקות לטיפול סיעודי מורכב תומך

בבתי חולים לאשפוז כללי יש בסך הכול 99 מיטות לטיפול פליאטיבי או לטיפול סיעודי מורכב תומך, לעומת 1,590 מיטות במרכזים גריאטריים. מאוחדת מסרה שבאזורי פריפריה יש מחסור במיטות אשפוז פליאטיביות

70	נוף הגפן		
278		סך הכול	
108	שמואל הרופא	מרכז	
20	מר"ג דורות (נתניה)		
78	הרצפלד		
70	בית רבקה		
108	נאות המושבה		
70	נאות השרון		
34	עמל בשרון (רעננה)		
488		סך הכול	
69	רעות	תל אביב	
81	בית בלב (בת ים)		
36	עטרת רימונים		
72	נאות התיכון		
34	פאלאס מדיקל		
32	טנדר לאבינג (צ. סביון)		
324		סך הכול	
52	בית הדר (אשדוד)	דרום	
72	נווה שבא (באר שבע)		
9	בית בלב אילת		
23	בית בלב עומר		
156		סך הכול	
70	עמל ירושלים (מעלה אדומים)	אזור יו"ש	
1,552		סך הכול	
1,619		סך הכול	

על פי הטבלה, מבין 1,619 המיטות לטיפול סיעודי מורכב תומך בישראל, 67 מיטות (4%) נמצאות בבתי חולים לאשפוז כללי (במחוזות צפון, מרכז ותל אביב), וכל יתר המיטות נמצאות במוסדות אשפוז אחרים. כמעט שליש מכלל המיטות (509 מיטות) ממוקמות במחוז המרכז, המדורג ראשון במספר המיטות, ואחריו לפי הסדר מחוזות תל אביב (354 מיטות), חיפה (278 מיטות), צפון ודרום (156 מיטות בכל אחד), מחוז ירושלים (96 מיטות) ואזור יו"ש (70 מיטות).

מנתוני טבלה זו והטבלה הקודמת עולה כי בבתי חולים לאשפוז כללי יש רק 99 מיטות סך הכול המיועדות לטיפול פליאטיבי או לטיפול סיעודי מורכב תומך, מהן 44 מיטות (44%) במחוז תל אביב ועוד 55 מתפלגות בין מחוזות ירושלים, מרכז וצפון. במרכזים גריאטריים יש 1,590 מיטות לטיפול פליאטיבי או לטיפול סיעודי מורכב תומך, מהן 508 מיטות (כ-32%) במחוז המרכז ו-324 מיטות (כ-20%) במחוז תל אביב, בעוד המחצית הנותרת של המיטות במרכזים אלה מתפלגת בין המחוזות חיפה, צפון, דרום, ירושלים ואזור יו"ש.

נציין כי ממאוחדת נמסר לנו שבאזורי פריפריה יש מחסור במיטות פליאטיביות.¹⁹⁹

¹⁹⁹ ישי קום, שם.

לדברי משרד
הבריאות, בשל
הבדלים בין מחלת
הדמנציה לבין מחלות
חשוכות מרפא
אחרות מבחינת אופי
המחלה ומשך
ההתדרדרות, מרבית
המטופלים בשלבי
החמרת הדמנציה
מאושפזים במחלקות
לגריאטריה סיעודית
או ל"תשושי נפש"

על רקע ההיקף המצומצם של מיטות אשפוז פליאטיבי ומיטות לאשפוז סיעודי מורכב תומך, נמסר ממשרד הבריאות כי בשל הבדלים בין מחלת הדמנציה לבין מחלות חשוכות מרפא אחרות מבחינת אופי המחלה ומשך ההתדרדרות, מרבית המטופלים בשלבי החמרת מחלת הדמנציה, בלי קשר ליכולת הניידות שלהם, אינם מופנים למחלקות פליאטיביות או למחלקות סיעוד מורכב תומך שהינן חלק ממערך הגריאטריה הפעילה, אלא לאשפוז כרוני במסגרת מחלקות סיעודיות ומחלקות ייעודיות ל"תשושי נפש" (מטופלים הסובלים מירידה קוגניטיבית משמעותית וקבועה המתבטאת בירידה בזיכרון, בהתמצאות, בכושר השיפוט ועוד, במידה כזו שהם נזקקים להשגחה ולעזרה מלאה בפעילויות היום-יום), שהינן חלק ממערך הגריאטריה הממושכת.²⁰⁰ בישראל יש כיום 21,115 מיטות לגריאטריה ממושכת; לנושא מוסדות האשפוז ראו פרק 5 – שירותים מוסדיים. הכללית מסרה אף היא כי מחלקות הוספיס אשפוזי בבתי חולים לאשפוז כללי אינן זמינות לחולים בדמנציה מתקדמת, בשל אי-התאמה קוגניטיבית לתהליך הטיפול, ולפיכך עיקר השירות מסוג זה ניתן במחלקות לסיעוד מורכב תומך ול"תשושי נפש".²⁰¹ מתשובות משרד הבריאות וקופות החולים לא ניתן ללמוד אם מחלקות הגריאטריה הממושכת הן המסגרת המתאימה ביותר למתן שירות פליאטיבי לחולי דמנציה.

משרד הבריאות מסר לנו כי מחלקות הגריאטריה הממושכת מתמחות במתן סביבה ביתית ואיכותית ככל האפשר ומענה רפואי פליאטיבי,²⁰² אך גורמים מקצועיים ששוחחנו עימם טענו כי רמת הטיפול במוסדות רבים אינה מספקת.²⁰³ גם מחברי דוח התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי משנת 2016 קבעו כי למרות שמוסדות אלה הם לכאורה מסגרת אידיאלית למתן טיפול פליאטיבי, ברובם הגישה הפליאטיבית טעונה חיזוק, ובדוח נמנו מכשולים להספקת טיפול פליאטיבי במוסדות אלה, כגון חוסר סטנדרטיזציה, מחסור בכוח אדם בעל ידע מקצועי מתאים, והגבלות מחמירות על טיפול בתרופות נרקוטיות.²⁰⁴

אין בידינו תשובה לשאלה מהי המסגרת המיטבית לטיפול בחולים במחלות חשוכות מרפא, ובכללן דמנציה מתקדמת. עמדת מחברי דוח התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי משנת 2016 היא שיש להעמיד לרשות החולים שירותים פליאטיביים איכותיים ונגישים בכל מקום שיבחרו להיות מטופלים בו,²⁰⁵ אולם בדברים אלה לא צוינה התייחסות לסוג האשפוז.

²⁰⁰ פלורה קן-דידוביץ' ורוני בלנק, [מונחים בתחום הבריאות](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, עמ' 56, פורסם: 12 ביוני 2019.

²⁰¹ פלורה קן-דידוביץ' ורוני בלנק, [מונחים בתחום הבריאות](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, עמ' 56, פורסם: 12 ביוני 2019.

²⁰² מירי כהן, שם.

²⁰³ ד"ר דפנה שפט, שם; פרופ' פסח שוורצמן, שם.

²⁰⁴ [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 51–52. ד"ר אהרון כהן, ראש אגף גריאטריה, משרד הבריאות, [נספח לנוהל רוחב 0.1.2 זכויות המטופל – הפניה לא מחויבת של מטופל עם מחלות חשוכות מרפא מבית חולים סיעודי לבית חולים אחר](#), פורסם:

26 במאי 2015, כניסה: 3 ביולי 2022.

²⁰⁵ [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 25.

לדברי משרד
הבריאות, מסגרת
הוספיס אשפוזי
מתאפיינת בעלויות
גבוהות (שלא פורטו),
אך לפי דוח התוכנית
הלאומית לטיפול
פליאטיבי משנת
2016, מחקרים
מצביעים שאשפוז
מסוג זה מביא
לחיסכון משמעותי
בטיפולים מיותרים
ובעלויות

באשר לעלויות הכרוכות בהפעלת שירות פליאטיבי אשפוזי, הרי שלדברי משרד הבריאות, מסגרת הוספיס אשפוזי מתאפיינת במספר מיטות קטן (שלא פורטו בתשובת המשרד) ובעלות גבוהה שלא צוינה אף היא; לעומת זאת לדברי יו"ר האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל, הניסיון בבתי חולים במדינות המערב מלמד שאשפוז במחלקה פליאטיבית מביא לחיסכון משמעותי בטיפולים מיותרים ובעלויות.²⁰⁶ גם בדוח התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי נכתב שמחקרים שנערכו עד כה בבתי חולים ובקהילה הצביעו, למרות מגבלות מתודולוגיות מסוימות, על ירידה בשיעורי האשפוז בכלל והאשפוז ביחידות לטיפול נמרץ בפרט, בביקורים אצל רופא משפחה ובחדר מיון, בבדיקות מעבדה ובהליכים רפואיים, וכן זוהה בחלק מהמחקרים חיסכון בעלויות (במחקרים מסוימים נמצא שעלות ההתערבות הפליאטיבית נמוכה ב-18%-36% מעלות טיפול רגיל). כמו כן נמצא שליחידה לייעוץ פליאטיבי יש תרומה לחיסכון בעלויות בבתי חולים כלליים.²⁰⁷

5.5.2 טיפול פליאטיבי ביתי

בחוזר מנכ"ל משרד
הבריאות משנת
2009 הוטל על קופות
החולים להעניק
למבוטחיהן שירותי
טיפול פליאטיבי,
הכלולים לפי החוזר
בסל שירותי
הבריאות. לפי דוח
התוכנית הלאומית
לטיפול פליאטיבי
משנת 2016, משך
הטיפול הממוצע
ביחידות הוספיס בית
בישראל הוא
כשבועיים-שלושה
בלבד

לפי מחקר בנושא איכות הטיפול בקהילה בישראל בחולים בדמנציה מתקדמת בשלב סוף החיים, שבוצע על ידי מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ומכבי שירותי בריאות ופורסם במאי 2015, במחקרים רבים בעולם נמצא שרבים מהצרכים של חולי דמנציה מתקדמת המטופלים בקהילה – כגון טיפול בכאב ובבעיות התנהגות – אינם מקבלים מענה, וכך גם הצרכים של בני המשפחה המטופלים, הנושאים בעומס פיזי ונפשי כבד.²⁰⁸ בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות משנת 2009, שהוזכר לעיל, הוטל על קופות החולים להעניק למבוטחיהן שירותי טיפול פליאטיבי, הכלולים לפי החוזר בסל שירותי הבריאות, ועקרונותיהם הם: קיום מערך פליאטיבי ייעודי לבית המטופל, זמין בכל שעות היממה (ניתן להסתייע בשירותי האשפוז בבתי חולים); קיום שירותים מייעצים בתחום הטיפול הפליאטיבי בכל מחוז של קופות החולים; הבטחת עמידתו של הצוות הפליאטיבי בדרישות הכשרה בסיסיות.²⁰⁹ עם זאת, על פי דוח התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי משנת 2016, משך הטיפול הממוצע ביחידות הוספיס בית בישראל הוא כשבועיים-שלושה בלבד, בשל

²⁰⁶ פרופ' פסח שוורצמן, שם.

²⁰⁷ המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים, עמ' 30-31.

²⁰⁸ נטע בנטור ואח', איכות הטיפול בסוף החיים בזקנים עם דמנציה מתקדמת בקהילה – דוח מחקר, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ומכבי שירותי בריאות, מומן בסיוע קרן ה'דניאלס-באדר', עמ' 1, מאי 2015, כניסה: 1 במרץ 2022.

²⁰⁹ משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי מס' 30/09 – הפעלת שירות פליאטיבי (הוספיס) בקהילה, בבית חולים כללי ובמוסד סיעודי, פורסם: 12 ביולי 2009, כניסה: 2 בנובמבר 2022. דרישות ההכשרה הבסיסיות הוגדרו על ידי הוועדה לטיפול פליאטיבי שמונתה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות בשנת 2004 והגישה את מסקנותיה בשנת 2005. המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים, עמ' 21-22.

משרד הבריאות דיווח
שתחום ההוספיס
הביתי ככלל מקוֹדֵם
במסגרת מבחן
תמיכה בהיקף כולל
של 10 מיליון ש"ח,
ושקופות החולים
בונות מערכים
ייחודיים לטיפול בית
ולאשפוז בית עבור
חולי דמנציה; השירות
אינו אחיד

קופות החולים
מפעילות שירותי
הוספיס בית שאינם
ייעודיים לחולי
דמנציה, במידה רבה
על בסיס התקשרות
עם ספקים חיצוניים

הפניה מאוחרת של החולים לשירות זה (סמוך מאוד לסיום חייהם) וחוסר הכרה בצורך בליווי פליאטיבי לבני המשפחה בחודשים הראשונים שלאחר מות החולה.²¹⁰

משרד הבריאות דיווח כי תחום ההוספיס הביתי מקוֹדֵם במסגרת מבחן תמיכה בהיקף כולל של 10 מיליון ש"ח, המתמרץ את הרחבת תקופת הטיפול בהוספיס מעבר ל-60 יום. המשרד ציין שכל קופות החולים בונות מערכים ייחודיים לטיפול בית ולאשפוז בית עבור חולי דמנציה,²¹¹ אך לפי דוח התוכנית הלאומית לטיפול פליאטיבי משנת 2016 הטיפול הפליאטיבי הניתן בקופות השונות אינו אחיד.²¹² נוסף על כך, כיוון שמבחן התמיכה לקופות כולל התייחסות לטיפול פליאטיבי לחולים במחלות סופניות ככלל (לא רק דמנציה),²¹³ לא ידוע לנו מהו הסכום המוקצה באופן ספציפי לנושא ההוספיס הביתי לחולים בדמנציה מתקדמת.

להלן התייחסות קופות החולים לנושא הטיפול הפליאטיבי. ככלל, הקופות מפעילות שירותי הוספיס שאינם ייעודיים לחולי דמנציה, במידה רבה על בסיס התקשרות עם ספקים חיצוניים.

בתשובת ה**כללית** על פנייתנו נמסר שחולי דמנציה הסובלים גם מתסמינים גורמי סבל כגון כאב, קוצר נשימה ובחילות, מופנים ליחידה הפליאטיבית שבמסגרת היחידות להמשך טיפול בבית (יחידות המעניקות שירותים רפואיים ופארא-רפואיים למטופלים סיעודיים ומרותקי בית).²¹⁴

באשר ליחידות הוספיס בית, הקופה מסרה שיש לה יחידות לטיפול בית הפרוסות ברחבי הארץ ובכל אחת מהן קיימת תת-יחידה להוספיס בית עבור חולים במחלות סופניות ובכללן דמנציה. יוצא מן הכלל רק מחוז הדרום, שבו מופעלת יחידה ייעודית לחולי דמנציה. בטבלה שלהלן מוצגים נתוני הקופה על מספר היחידות להוספיס ביתי והמטופלים בהן:

טבלה 9: יחידות הוספיס ביתי ומטופלים בהן במסגרת שירותי בריאות כללית.

²¹⁵ **2021-2018**

שנה	יחידות הוספיס ביתי	מטופלים
2018	10	186
2019	11	260
2020	11	436
2021	15	970

מהטבלה עולה כי בשנים 2018-2021 גדל מספר יחידות ההוספיס הביתי ב-50% (מ-10 ל-15), וזאת במקביל לגידול במספר המטופלים בהן בכ-422% (מ-186 ל-970); אין בידינו מידע על

²¹⁰ [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 35.

²¹¹ מירי כהן, שם.

²¹² [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 35.

²¹³ מירי כהן, שם.

²¹⁴ נועה דנאי, שם. מקור הקושי בכך שהתיקים הרפואיים במרפאה אינם מאוחדים עדיין עם התיקים ביחידה להמשך טיפול. שם.

²¹⁵ נועה דנאי, שם.

שיעור המטופלים חולי הדמנציה מקרבם. לדברי הכללית נתונים אלה מעידים על עלייה במודעות בקרב הצוותים והמטופלים עצמם²¹⁶ (או בני המשפחות); עם זאת, אין בידינו נתונים על היקף הביקוש הארצי והאזורי לשירות זה וגם לא על מיקומי היחידות הפועלות, ולפיכך לא נוכל לקבוע באיזו מידה מענה זה עונה על הצרכים, הכלליים והמקומיים.

מכבי ציינה בתשובתה כי מאז שנת 2015 מטופלים מופנים לשירותי הוספיס ביתי המופעלים בידי החברות צבר ושר"ן באמצעות צוות ייעודי, וכיום מטופלים כמאה חולי דמנציה במסגרת זו, בפריסה ארצית, אך לא פורט באילו יישובים ובאילו תנאים.²¹⁷

על פי הדיווח של **מאונחת**, קיימות הנחיות למתן סטטוס של הוספיס דמנציה לחולה במצב מתקדם שיטופל ביחידה לאשפוזי בית. לדברי הקופה, כל מטופל המתקבל ליחידה לאשפוז בית נבדק על ידי רופא, אחות ועובדת סוציאלית, ובהתאם למצבו (בתחלואה הראשונית והמשנית) הוא משויך למסלול טיפול על פי שלוש קטגוריות אשפוז.²¹⁸ כפי שנמסר, לא קיימות יחידות הוספיס ייעודיות לחולי דמנציה והיחידה לאשפוזי בית מטפלת באוכלוסיות מגוונות, אך הכשרתם של צוותי היחידות כוללת יחידות לימוד בנושא טיפול באדם עם דמנציה מתקדמת. במסגרת הקופה פועלות 33 יחידות לאשפוזי בית בפריסה ארצית (שלא פורטה), ונוסף על כך יש לקופה הסכמים עם חברות חיצוניות המספקות שירות זה, כגון צבר ושר"ן. בשנת 2021 טופלו ביחידות לאשפוז בית 1,119 מטופלים עם אבחנת דמנציה, והקופה ציינה שיחידות אלה מתאפיינות במגמת התרחבות ועלייה בהיקף הפעילות. לצד ההסתייעות בספקי חוץ לצורך הגדלת היקף השירות, הקופה מעוניינת לדבריה להרחיב את שירותי ההוספיס הביתי גם בעזרת צוותים פנימיים, ולשם כך יש צורך בקליטת כוח אדם נוסף.²¹⁹

באשר ל**לאומית**, הקופה הסבירה שאין לה כיום נתונים זמינים על הפניות של חולי דמנציה להוספיס, והיא לא מסרה נתונים גם על היצע היחידות העומד לרשותם, אך ציינה שהתקשרה עם ספקים המתמחים בטיפול במצבי סוף החיים ובכללם צוותים ייעודיים לחולים בדמנציה מתקדמת.²²⁰

כפי שפורט בפרק זה, היקף המענה הפליאטיבי באשפוז ובקהילה בישראל הינו מצומצם יחסית. בדוח משנת 2016 דווח על מחסור חמור באנשי מקצוע מומחים (שאינם בוגרי הכשרות

בדוח משנת 2016
דווח על מחסור חמור
באנשי מקצוע
מומחים (שאינם
בוגרי הכשרות בלבד)
בטיפול פליאטיבי

²¹⁶ נועה דנאי, שם.

²¹⁷ יובל חמו, שם; שיר כהן, שם.

²¹⁸ ישי קום, שם. הקטגוריות הן: אשפוז מטופל עם מחלה כרונית יציבה המרותק לביתו וזקוק למעקב ולטיפול משמר או מניעתי; אשפוז מוגבר למטופל עם מחלה כרונית, לא נייד ויציב מבחינה רפואית, המטופל נגד בעיות מסוימות (כגון פצע לחץ) או במכשור מסוים (כגון מכשיר הזנה); אשפוז מטופל במצב סיעודי מורכב, המטופל נגד בעיה רפואית או סיעודית פעילה, למשל טיפול בדיאליזה. שם.

²¹⁹ ישי קום, שם.

²²⁰ פרופ' שלמה וינקר, שם.

לדברי יו"ר האיגוד
לרפואה פליאטיבית
בישראל, קיים מחסור
משמעותי גם
בתקנים. לדבריו יש
לראות בשירות
פליאטיבי חלק
אינטגרלי משירותי
מערכת הבריאות, אך
משרד הבריאות לא
קבע עדיין סטנדרטים
לשירות זה

בלבד) בטיפול פליאטיבי,²²¹ למרות שבשנת 2009 הכיר משרד הבריאות בהתמחות בסייעוד פליאטיבי ובשנת 2013 הוכרה התמחות-על לרופאים בטיפול פליאטיבי.²²² לפי מסמך ועדת גמזו מינואר 2022 בנושא תכנון כוח אדם רפואי בישראל, בשנת 2020 היו במדינה 40 מומחים ברפואה פליאטיבית.²²³ לדברי יו"ר האיגוד לרפואה פליאטיבית בישראל, קיים מחסור משמעותי בתקנים לאנשי מקצוע רלוונטיים, והוא הביע דעתו שלפיה שורש הבעיה בתחום הרפואה הפליאטיבית אינו חוסר מודעות כלפיו אלא העדר כלים ליישום.²²⁴ לדברי יו"ר האיגוד (וכפי שנכתב גם בדוח משנת 2016), יש לראות בשירות פליאטיבי חלק אינטגרלי משירותי מערכת הבריאות, אך משרד הבריאות לא קבע עדיין סטנדרטים לשירות זה.²²⁵ כמו כן, לדברי יו"ר האיגוד, יש להקצות תקנים להתמחות ברפואה ובסייעוד פליאטיביים.²²⁶

6. אתגר 3: שירותים מוסדיים

אשפוז חולי דמנציה יכול להתרחש במקרה של צורך בטיפול רפואי אקוטי, הניתן בדרך כלל בבתי חולים לאשפוז כללי, או במקרה של אשפוז כרוני ממושך המיועד לחולים שמסיבות שונות אינם יכולים להמשיך להיות מטופלים בביתם.

אשפוז חולי דמנציה
מתרחש כשיש צורך
בטיפול רפואי אקוטי,
הניתן לרוב בבתי
חולים לאשפוז כללי,
או במקרה של אשפוז
כרוני ממושך המיועד
למי שאינם יכולים
להישאר בביתם

על מספר האנשים החולים שנזקקו לטיפול בבתי החולים לאשפוז כללי אפשר ללמוד בין השאר מהסקר שנערך בשנת 2016 וממנו עלה כי **בסך הכול (בכל קבוצות הגיל שמעל 45 יחד) שיעור המאושפדים חולי הדמנציה בבתי חולים לאשפוז כללי בשנת 2016 (34.2%) היה כפול ויותר משיעור המאושפדים ללא דמנציה (16.2%)**. על פי הסקר, 22,528 חולים – כ-34% מחולי הדמנציה שזוהו באמצעות הסקר – אושפדו בשנת 2016 לפחות פעם אחת (סוג האשפוז לא פורט). 56% מהם אושפדו באותה שנה פעם אחת, 25% אושפדו פעמיים ו-19% נוספים אושפדו מספר פעמים רב יותר.²²⁷

משרד הבריאות העביר לידינו נתונים על אשפוזים בבתי חולים עם אבחנות אלצהיימר או דמנציה בשנים 2018–2020. על פי הנתונים, בכל אחת מהשנים האלה נרשמו בין 27,246 אשפוזים (בשנת 2020) ל-30,680 אשפוזים (בשנת 2018), וכ-90% מהם היו בבתי החולים לאשפוז כללי. נזכיר כי על פי הערכות, בישראל יש כ-150,000 איש הסובלים מדמנציה.

²²¹ [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 35.

²²² [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 22.

²²³ המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, משרד הבריאות, [תכנון ארוך טווח של כוח אדם רפואי בישראל – סיכום עבודת הצוותים](#), ינואר 2022, עמ' 55, כניסה: 28 ביוני 2022.

²²⁴ פרופ' פסח שוורצמן, יו"ר האיגוד לרפואה הפליאטיבית בישראל ויו"ר החטיבה לבריאות הקהילה באוניברסיטת בן גוריון בנגב, שיחת טלפון, 2 במרץ 2022.

²²⁵ [המלצות לתוכנית לאומית לטיפול פליאטיבי ומצבי סוף החיים](#), עמ' 20; פרופ' פסח שוורצמן, שם.

²²⁶ פרופ' פסח שוורצמן, שם.

²²⁷ [דוח סקר דמנציה בבני 45 ומעלה לשנת 2016](#), עמ' 26.

האשפוז המרכזי של חולי דמנציה הוא אשפוז ממושך-כרוני. בתוכנית הלאומית נקבע שיש להבטיח את הזמינות ואיכות הטיפול של המסגרות לאשפוז ממושך

האחריות לאשפוז הסיעודי הינה באחריות משרד הבריאות ולא באחריות קופות החולים

בתוכנית הלאומית הומלץ על בחינה מעמיקה של זמינות המיטות במוסדות הסיעוד לפי הצרכים באזורים שונים בארץ. בשנת 2020 היו בישראל 3,922 מיטות אשפוז לגריאטריה פעילה, ו-21,115 מיטות לגריאטריה ממושכת

ברם, האשפוז המרכזי של חולי דמנציה הוא אשפוז ממושך-כרוני. רוב החולים בדמנציה שוהים בקהילה ומטופלים על ידי בני המשפחה ומערכת השירותים הפורמליים, אך למרות ההעדפה להשאיר את החולה בביתו ככל האפשר, לחלק מהחולים אין אפשרות כזו מסיבות שונות ויש לאשפוזם במוסדות לאשפוז ממושך.

התוכנית הלאומית קובעת כי מסגרות לטיפול ממושך הן חוליה חשובה ברצף הטיפול, ויש להבטיח את זמינותן ואת איכות הטיפול הניתן בהן. מחברי התוכנית הצביעו על מחסור צפוי במיטות לאשפוז מוסדי עם הגידול במספר החולים, על הבדלים בזמינות מיטות בין אזורים שונים בארץ, על העדר מסגרות קטנות (הנחשבות מתאימות במיוחד לחולי דמנציה), וכן על עלויות המימון המוטלות על החולה ומשפחתו.²²⁸ סוגיית המימון קשורה בעובדה שאשפוז סיעודי (למעט אשפוז סיעודי מורכב)²²⁹ אינו כלול בסל שירותי הבריאות שקופות החולים מחויבות לספק למבוטחיהן, אלא נמצא באחריות משרד הבריאות. אמנם על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי בנוסחו המקורי, וגם לפי מתווה רפורמה בביטוח הסיעודי שמשרד הבריאות הציג בשנת 2011, הטיפול הסיעודי היה אמור לעבור לידי הקופות, אך הדבר לא יושם. לפיכך כיום, חולה שהוגדר סיעודי או "תשוש נפש" זכאי לקבל ממשרד הבריאות סיוע במימון האשפוז בבית חולים סיעודי (קוד סיעודי), בהתאם לנהלים שקבע המשרד ולצד השתתפות עצמית של המטופל ובני משפחתו בתשלום, בסכום שגובהו נקבע לפי מבחני הכנסה.²³⁰

להלן המלצות התוכנית הלאומית בנושא השירותים המוסדיים:

המלצה 1: בחינה מעמיקה של זמינות המיטות במוסדות הסיעוד על פי הצרכים באזורים שונים בארץ, ומעקב אחר קצב הוספת מיטות חדשות.²³¹

לפי דוח מוסדות האשפוז שמפרסם משרד הבריאות, בסוף שנת 2020 היו בישראל 25,037 מיטות אשפוז בתקן במחלקות למחלות ממושכות, מהן 3,922 במיטות במחלקות לגריאטריה פעילה (הכוללות: גריאטריה שיקום, סיעודי מורכב תומך, גריאטריה תת-חריפה, טיפול תומך/פליאטיבי, הנשמה ממושכת), ו-21,115 מיטות במחלקות לגריאטריה ממושכת (מחלקות

²²⁸ ג'ני ברודסקי ואח', [תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 22.

²²⁹ אשפוז סיעודי מורכב נדרש עבור מטופלים סיעודיים במצב בלתי יציב, שבעיותיהם הרפואיות אינן מחייבות אשפוז בבית חולים כללי אך דורשות טיפול וניטור רפואי רצוף, למשל פצעי לחץ או בעיות נשימתיות. פלורה קוך-דידוביץ' ורוני בלנק, [מונחים בתחום הבריאות](#), עמ' 57.

²³⁰ פלורה קוך-דידוביץ' ורוני בלנק, [מונחים בתחום הבריאות](#), עמ' 56-57.

²³¹ ג'ני ברודסקי ואח', [תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 22.

סיעודיות ומחלקות ל"תשושי נפש".²³² להלן התפלגות המיטות הגריאטריות בסוף שנת 2020 לפי סוגי מחלקות:

טבלה 10: מיטות אשפוז גריאטריות בתקן לפי סוגי מחלקות, סוף 2020²³³

סך הכול	מיטות		סוג מחלקה	
	בתי חולים גריאטריים	בתי חולים לאשפוז כללי		
1,257	1,084	173	גריאטריה שיקום	גריאטריה פעילה
297	297	0	גריאטריה תת-חריפה	
679	679	0	הנשמה ממושכת	
70	38	32	טיפול תומך/פליאטיבי	
1,619	1,552	67	סיעודי מורכב תומך	
3,922	3,650	272	סך הכול	גריאטריה ממושכת
16,698	16,517	181	גריאטריה סיעודית	
4,417	4,417	0	תשושי נפש	
21,115	20,934	181	סך הכול	
25,037	24,584	453		סך הכול

מהטבלה עולה כי מבין כ-25,000 מיטות גריאטריות בשנת 2020, כ-84% היו במסגרות לגריאטריה ממושכת (מחלקות סיעודיות ומחלקות ל"תשושי נפש"), לעומת כ-16% במחלקות לגריאטריה פעילה. כפי שצוין בפרק 5.5.1 (טיפול פליאטיבי במסגרת אשפוז), משרד הבריאות מסר כי מרבית המטופלים בשלבי דמנציה מתקדמים מופנים לאשפוז כרוני במסגרת מחלקות לגריאטריה ממושכת. כפי שמתואר בטבלה כלולים בה שני סוגי מחלקות: **גריאטריה סיעודית**, שלדברי המשרד שיעור הסובלים מאלצהיימר ומדמנציה במחלקות אלה עולה על 80%,²³⁴ ומחלקות ל"תשושי נפש", המיועדות לאנשים עם פגיעה קוגניטיבית ותפקודית משמעותית.

המחלקות ל"תשושי נפש"

מספרן הכולל בתקן של המיטות במחלקות ל"תשושי נפש", המיועדות כאמור לאנשים עם פגיעה קוגניטיבית ותפקודית משמעותית, גדל בשנים האחרונות ב-4%, מ-4,282 בשנת 2018 ל-4,456 מיטות בשנת 2021.²³⁵ נזכיר כי מדובר במיטות בתקן, ולא ידוע לנו מהו היקף המיטות

²³² אגף מידע, משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2020](#), חלק ב', עמ' 429 - 454. המחלקות לגריאטריה פעילה כוללות גם מחלקה לשחפת ובה עשר מיטות. שם, עמ' 429.

²³³ אגף מידע, משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2020](#), חלק ב', עמ' 429 - 454.

²³⁴ מירי כהן, שם.

²³⁵ מירי כהן, שם. נתוני 2021 אינם סופיים.

רוב המטופלים בשלבי דמנציה מתקדמים מופנים למחלקות לגריאטריה ממושכת, הכוללת שני סוגי מחלקות: גריאטריה סיעודית ו"תשושי נפש"

בפועל. בטבלה שלהלן מתואר שיעור המיטות ל"תשושי נפש" ל-1,000 נפש בגיל 75 ומעלה, בשנים 2018-2020, לפי מחוזות משרד הבריאות:

טבלה 11: שיעור המיטות ל"תשושי נפש" ל-1,000 בני 75 ומעלה,

לפי מחוז ושנה, 2020-2018²³⁶

2020	2019	2018	
9.8	9.7	10	כל הארץ
5.8	5.9	6	ירושלים
12.8	12.1	12.3	צפון
12.1	11	11.1	חיפה
12.2	12.8	13.3	מרכז
6.9	7	7.3	תל אביב
8.4	8.5	8.6	דרום

מהטבלה אפשר ללמוד שבשנים האחרונות שיעור המיטות הארצי ל"תשושי נפש" ל-1,000 אנשים בני 75 ומעלה היה 10 מיטות בקירוב. קיימת שונות בשיעור המיטות במחוזות השונים: במחוז ירושלים נרשם בכל שנה שיעור המיטות הנמוך ביותר (כ-6 מיטות), ובמחוזות המרכז והצפון השיעור הגבוה ביותר (12-13 מיטות). במחוז הדרום שיעור המיטות לאלף נפש דורג רביעי, אולם לפי דיווח משרד הבריאות, התפוסה הגבוהה ביותר בכל שנה נרשמה במחוז זה, למרות ירידה בו מ-101.8% בשנת 2018 ל-90.4% בשנת 2021.²³⁷ לפי נתוני המשרד (שאינם סופיים) על התפוסות בשנת 2021, אחרי מחוז הדרום דורגו המחוזות צפון (84.8%), חיפה (80.1%), מרכז (78.5%), תל אביב (75%) וירושלים (70.6%). המשרד מסר גם ששיעור התפוסה הכולל במחלקות ל"תשושי נפש" ירד מכ-88% בשנת 2018 לכ-80% (נתון לא סופי) בשנת 2021.²³⁸

לפי דוח מוסדות האשפוז, בשנת 2020 השהייה הממוצעת של "תשושי נפש" באשפוז נמשכה 378 יום – משך גבוה יותר מבכל המחלקות האחרות של האשפוז הגריאטרי, שמלכתחילה משך האשפוז הממוצע בו ארוך בהשוואה לסוגי אשפוז אחרים. להלן נתונים שמסר משרד הבריאות על משך השהייה הממוצע באשפוז במחלקות ל"תשושי נפש" בשנים 2018 – 2021, לפי מחוז:

בשנת 2021 היו במחלקות הייעודיות ל"תשושי נפש" 4,456 מיטות בתקן. שיעור המיטות הארצי ל-1,000 אנשים בגיל 75 ומעלה היה 10 מיטות בקירוב, אך יש שונות בשיעור המיטות במחוזות השונים

משרד הבריאות מסר ששיעור התפוסה הכולל במחלקות ל"תשושי נפש" ירד מכ-88% בשנת 2018 לכ-80% (נתון לא סופי) בשנת 2021. במחוז הדרום שיעור המיטות לאלף נפש בשנת 2020 דורג רביעי, אולם התפוסה הגבוהה ביותר בשנים 2018-2020 נרשמה במחוז זה

בשנת 2020 השהייה הממוצעת במחלקות ל"תשושי נפש" נמשכה 378 יום – משך גבוה יותר מבכל המחלקות האחרות של האשפוז הגריאטרי

²³⁶ אגף מידע, משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2020](#), חלק א', עמ' 161, פורסם: 2022.

²³⁷ מירי כהן, שם.

²³⁸ מירי כהן, שם. לדברי המשרד, מגפת הקורונה גרמה לשינויים בתפוסה בשנים 2020 ו-2021. שם.

טבלה 12: משך אשפוז ממוצע (בימים) במחלקות ל"תשושי נפש", לפי מחוז.239 **2021-2018**

מחוז	2018	2019	2020	2021
דרום	257.4	309.5	378.6	381.1
חיפה	369.1	290.9	379.6	343.2
ירושלים	198	178.3	262.5	223.2
מרכז	343.7	328.3	400.5	339.2
צפון	397.1	486.2	343.8	612.7
תל אביב	433.2	389.6	416.8	214.4

מהטבלה עולה כי משך האשפוז הממוצע במחלקות ל"תשושי נפש" גדל בשנים הנסקרות במחוזות הדרום, חיפה, ירושלים והצפון, והתקצר במחוזות המרכז ותל אביב. בחלק מהמחוזות נצפו תנודות חדות בשנים 2020-2021, וייתכן שאפשר לייחס אותן, באופן דומה לשינויים בתפוסה, להשפעות מגפת הקורונה.

מחלקות לגריאטריה סיעודית

במחלקות לגריאטריה סיעודית יש 16,698 מיטות סך הכול, וכאמור חלק גדול מהמאושפדים בהן סובלים מדמנציה. בטבלה שלהלן מוצג שיעור המיטות ל-1,000 בני 75 ומעלה בשנים 2018-2020, לפי מחוזות משרד הבריאות:

טבלה 13: שיעור המיטות לגריאטריה סיעודית ל-1,000 בני 75 ומעלה.240 **לפי מחוז ושנה, 2020-2018**

כל הארץ	2018	2019	2020
ירושלים	26.5	25.4	24.8
צפון	48.6	45.7	45.7
חיפה	45.4	51	50.3
מרכז	40.5	39.2	37.3
תל אביב	33.3	32.9	32
דרום	37.3	36.6	35.8

לפי הטבלה, שיעור המיטות לגריאטריה סיעודית בשנת 2020 היה 37.1 ל-1,000 בני 75 ומעלה – לפי פרסומי המשרד שיעור זה מבטא המשך מגמת ירידה בעשור האחרון (לעומת שיעור של 45.4 מיטות ל-1,000 בני 75 ומעלה בשנת 2010).²⁴¹ השיעור הגבוה ביותר בשנת 2020 נרשם במחוז חיפה (50.3) – המחוז היחיד שחלה בו עלייה בהשוואה לשנת 2018. אחריו מדורגים המחוזות צפון (45.7 מיטות ל-1,000 בני 75 ומעלה), מרכז (37.3), דרום (35.8), תל אביב (32)

239 מירי כהן, שם. נתוני 2021 אינם סופיים.

240 אגף מידע, משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2020](#), חלק א', עמ' 159, פורסם: 2022.241 אגף מידע, משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2020](#), חלק א', עמ' 159.

בשנת 2020 השהייה
הממוצעת במחלקות
ל"תשושי נפש"
נמשכה 378 יום –
משך גבוה יותר מכל
המחלקות האחרות
של האשפוז
הגריאטרי

בשנת 2020, שיעור
המיטות לגריאטריה
סיעודית היה 37.1
מיטות ל-1,000 בני
75 ומעלה, עם שונות
בין המחוזות

ויירושלים (24.8%). על פי פרסומי משרד הבריאות, התפוסה הממוצעת הארצית במחלקות אלה בשנת 2020 היתה 84.2%, ושיעור התפוסה הגבוה ביותר (90.2%) נרשם במחוז ירושלים – שבו כאמור שיעור המיטות הנמוך ביותר. אחריו דורגו אזור יו"ש (90.6%) והמחוזות דרום (87.8%), צפון (85.7%), תל אביב (84.8%), מרכז (84.7%) וחיפה (77.3%).²⁴² שבו כאמור שיעור המיטות היה הגדול ביותר.

בהתייחס למספר מיטות האשפוז, מסר משרד הבריאות למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי לא נדרשת הרחבה של מסגרות האשפוז הממושך במחלקות הסיעודיות ובמחלקות "תשושי נפש", בעיקר בשל הרחבת הטיפול בקהילה.²⁴³

מסיבות שאינן ידועות לנו לא נכללה בתוכנית הלאומית המלצה מפורשת בנושא **הבטחת רמת הטיפול** הניתן לחולי דמנציה המאושפזים במוסדות סיעודיים, וזאת למרות שצורך זה הוזכר בתוכנית,²⁴⁴ ורופאים בכירים ששוחחנו עימם ציינו ליקויים במישור זה.²⁴⁵ גם במכתב של מנכ"ל איגוד בתי אבות ודיור מוגן (א.ב.א) ומנכ"ל העמותה לגריאטריה בישראל אל משרד הבריאות, ממרץ 2022, נטען שתעריפי המכרז הממשלתי לאשפוז סיעודי אינם ריאליים ואינם מאפשרים להעסיק עובדים איכותיים בכל אחד מהדרגים, מצב הפוגע ישירות באיכות הטיפול.²⁴⁶ בשיחתנו עם מנכ"ל העמותה לגריאטריה בישראל נמסר שלא בכל המוסדות מועסקים מומחים לגריאטריה ואחיות מוסמכות, ושבעקבות עדכון סטנדרטים על ידי המדינה ללא פיצוי כספי, פוחתת הכדאיות הכלכלית וכתוצאה מכך חלק מהמפעילים מרעים את התנאים וחלק מהמוסדות נסגרים.²⁴⁷

לדברי יו"ר האיגוד הישראלי לרפואה גריאטרית, בטיפול בדמנציה באות לידי ביטוי בעיות של תחום האשפוז הגריאטרי בכללותו (שבמידה ניכרת משרת חולי דמנציה) – תחום הסובל בין היתר ממחסור במומחים לגריאטריה, מתעריף נמוך לימי אשפוז ומתקנת כוח אדם דלה, שאינה תואמת את הצורך בצוות רב-מקצועי, הכולל בין השאר פסיכולוג ואנשי מקצועות הבריאות בתחומי הפיזיותרפיה, הריפוי בעיסוק וקלינאות תקשורת. כמו כן, לדבריה, לא בכל בתי החולים לאשפוז כללי קיימות מחלקות גריאטריות.²⁴⁸

²⁴² אגף מידע, משרד הבריאות, [מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2020](#), חלק ב', עמ' 436 - 440.

²⁴³ מירי כהן, שם.

²⁴⁴ ג'ני ברודסקי ואח', [תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 22.

²⁴⁵ ד"ר דפנה שפט, שם; פרופ' מרק קלרפילד, שם.

²⁴⁶ נחי כץ – מנכ"ל איגוד בתי אבות ודיור מוגן, ואיציק כהן – מנכ"ל העמותה לגריאטריה בישראל, מכתב לגב' שירה ארנון – סגנית ראש חטיבת רפואה במשרד הבריאות, 9 במרץ 2022, התקבל מאיציק כהן, דוא"ל, 11 במרץ 2022.

²⁴⁷ איציק כהן, מנכ"ל העמותה לגריאטריה בישראל, שיחת טלפון, 8 במרץ 2022.

²⁴⁸ ד"ר ורד חרמוש, שם.

משרד הבריאות ציין כי לא נדרשת הרחבה של מסגרות האשפוז הממושך במחלקות לגריאטריה סיעודית ובמחלקות "תשושי נפש", בעיקר בשל הרחבת הטיפול בקהילה

בתוכנית הלאומית לא נכללה המלצה מפורשת בנושא הבטחת רמת הטיפול הניתן לחולי דמנציה המאושפזים במוסדות סיעודיים, למרות שצורך זה הוזכר בתוכנית

לפי ממצאי המחקר
המלווה לתוכנית
לשיפור האבחון
והטיפול שקידם
משרד הבריאות
בארבעה בתי חולים,
התוכנית עמדה
במרבית היעדים
למעט שחרור מתואם
מאשפוז תוך שמירת
רצף טיפולי מול
הקהילה או המוסד
לדברי משרד
הבריאות, בימים אלה
הוא עוסק בכתיבת
סטנדרטים לפעילות
זו עבור כל בתי
החולים לאשפוז כללי
ובכוונתו להשיג לכך
תקינה מיוחדת

לדברי משרד הבריאות, התפרסם מאז שנת 2017 קול קורא לבתי החולים הכלליים ולמרכזים רפואיים גריאטריים, שבו הוגדרו יעדים לשיפור האבחון והטיפול באוכלוסיות היעד, ועבור יעדים אלה הוקצו 3.3 מיליון ש"ח במימון המשרד ובסיוע ג'וינט-אשל.²⁴⁹ מדוח מחקר מלווה לתוכנית זו, שהוגש באפריל 2022, עולה שהיא פעלה בין נובמבר 2017 לסוף 2021 (עם הפסקה בחלק מבתי החולים בשל מגפת הקורונה), בארבעה בתי חולים: רמב"ם ובני ציון בחיפה, סוראסקי בתל אביב-יפו ושיבא בתל השומר (שהשתתף בתוכנית במשך תקופה מוגבלת בלבד). בתוכנית הוגדרו חמישה יעדים: העלאת המודעות והידע של אנשי הצוות, איתור וזיהוי מאושפזים עם ירידה קוגניטיבית או בקבוצת סיכון, ביצוע אבחון קוגניטיבי במאושפזים רלוונטיים, גיבוש התערבות טיפולית מותאמת, ותיאום השחרור מאשפוז מול גורמי הטיפול בקהילה. כל בית חולים פיתח תוכנית התערבות משלו.²⁵⁰

לפי ממצאי המחקר המלווה, התוכנית עמדה במרבית היעדים (במיוחד בתחום הזיהוי והטיפול), למעט היעד של שחרור מתואם מאשפוז תוך שמירת רצף טיפולי מול הקהילה או המוסד, שלא הושג באופן מספק. לצידם הושגו הישגים נוספים, בעיקר בהיבטים של מודעות, תשומת לב וגישה למאושפזים מבוגרים.²⁵¹ יש לציין כי המחקר המלווה כפוף לכמה מגבלות מתודולוגיות, ביניהן חוסר אפשרות לבחון באופן אמפירי חלק ניכר ממדדי ההצלחה שהוגדרו בקול הקורא (ולכן הושם דגש על ההיבט האיכותני).²⁵² לדברי משרד הבריאות, בימים אלה הוא עוסק בכתיבת סטנדרטים לפעילות זו עבור כל בתי החולים לאשפוז כללי, ואף הוכן סכום לתמרוץ כספי (היקף הסכום לא צוין). כמו כן, לדברי המשרד, מטרתו היא להשיג לשם כך תקינה מיוחדת במסגרת דיונים בינו לבין משרד האוצר וההסתדרות הרפואית בישראל.²⁵³

המלצה 2: בחינת האפשרות לפיתוח מסגרות קטנות ואינטימיות תחת פיקוח מתאים.²⁵⁴ המלצה זו לא פורטה. משרד הבריאות ציין בתשובתו תוכניות פיילוט למסגרות אשפוז אינטימיות, תחת רישוי בית חולים, כגון אשכולות Green House (מודל המבוסס על מסגרות קטנות שבהן לכל דייר יש יחידת מגורים משלו והוא שומר על אוטונומיה בקביעת סדר יומו, תוך קבלת שירותי

²⁴⁹ מירי כהן, שם.

Netta Bentur and Shelley A. Sternberg, [Demantia care in Israel: top down and bottom up processes](#), *Israel Journal of Health Policy Research*, p.4, published: February 20th 2019.

²⁵⁰ הילה רונן דבי, ד"ר יוסי פריאר דרור וחוקרים שותפים, משב מחקר יישומי, [מחקר מלווה דוח מסכם: תוכנית לפיתוח שירותים לזיהוי, טיפול ושחרור מתאים לאנשים עם דמנציה ודליריום בבתי חולים](#), הוכן עבור ג'וינט-אשל ואגף הגריאטריה במשרד הבריאות, עמ' 3-4, אפריל 2022, כניסה: 9 בנובמבר 2022.

²⁵¹ הילה רונן דבי, ד"ר יוסי פריאר דרור וחוקרים שותפים, משב מחקר יישומי, [מחקר מלווה דוח מסכם: תוכנית לפיתוח שירותים לזיהוי, טיפול ושחרור מתאים לאנשים עם דמנציה ודליריום בבתי חולים](#), עמ' 6, 8.

²⁵² הילה רונן דבי, ד"ר יוסי פריאר דרור וחוקרים שותפים, משב מחקר יישומי, [מחקר מלווה דוח מסכם: תוכנית לפיתוח שירותים לזיהוי, טיפול ושחרור מתאים לאנשים עם דמנציה ודליריום בבתי חולים](#), עמ' 4-5.

²⁵³ מירי כהן, שם.

²⁵⁴ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 22.

בתוכנית הלאומית
הומלץ לבחון
אפשרות לפיתוח
מסגרות קטנות
ואינטימיות תחת
פיקוח מתאים. משרד
הבריאות דיווח על
תוכניות פיילוט, אך
לא פירט אותן,
והדגיש שהנושא אינו
כלול במערך המימון
הקיים כיום

חולי דמנציה עשויים
להיות זכאים לטיפול
סיעודי ביתי ולסיוע
בעבודות הבית
(בהתאם לדרגת
הזכאות) במימון
המוסד לביטוח
לאומי, וכן לביקור
במרכז יום שבאחריות
משרד הרווחה

תחזוקה וטיפול אישי ורפואי²⁵⁵ במסגרת פרויקט משותף עם המוסד לביטוח לאומי, או החלת עקרונות של כפר טיפולי במחלקות חדשות. המשרד לא פירט במה מתאפיינות תוכניות אלה, מה היקף הפיילוט, מהו לוח הזמנים לביצועו ומה צפוי בעקבותיו. המשרד גם הדגיש שכיוון שמדובר בפיילוט, הנושא אינו כלול במערך המימון הקיים כיום, המבוסס על הקצאת תקציב ("קודים") לאשפוז סיעודי למחוזות המשרד על פי קריטריונים.²⁵⁶ עם זאת, צוין בתשובת המשרד כי בשנת 2023 מתוכנן מתן תמריץ ליישום מודל Green House.²⁵⁷

7. אתגר 4: היערכות שירותי הרווחה

ההידרדרות בתפקוד הקוגניטיבי והמוטורי עם התקדמות מחלות הדמנציה מחייבת סיוע בפעולות אישיות יום-יומיות כגון רחצה ואכילה, ובפעולות אינסטרומנטליות נוספות כגון הכנת ארוחות והצטיידות בתרופות. בשלבים המתקדמים אף נדרשת השגחה מתמדת, לרבות התמודדות עם התסמינים ההתנהגותיים והפסיכולוגיים של המחלה.²⁵⁸

חולי דמנציה עשויים להיות זכאים לטיפול סיעודי ולסיוע בעבודות הבית על ידי עובד ישראלי או זר במשך מספר שעות מוגדר בשבוע (בהתאם לדרגת הזכאות) במימון המוסד לביטוח לאומי, וכן לביקור במרכז יום שבאחריות משרד הרווחה, המציע בין היתר ארוחות, טיפול אישי וגופני (כולל פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק), בדיקת אחות וטיפול סוציאלי.²⁵⁹ לדברי משרד הרווחה, תועלות מרכז יום מתבטאות בין השאר במגע עם צוות רב-מקצועי, בשימור התפקוד, במניעת צורך באשפוז מוסדי ובהקלה על בני המשפחה המטפלים.²⁶⁰

בפרק זה יוצגו נתונים על הזכאים לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי, בעיות שזוהו במתן הסיוע לזכאים לגמלה ובפעילות מרכזי היום, המלצות התוכנית הלאומית בנושאים אלה כמו גם בנושא התיאום במערך השירותים הכולל לחולי דמנציה. בנוגע לכל נושא יוצגו ממצאינו בדבר יישום ההמלצות שנמנו בתוכנית.

7.1 סיוע מהמוסד לביטוח לאומי

בתוכנית הלאומית צוינו כמה אתגרים, ובהם היקף לא מספק של שעות הטיפול הממומנות על ידי המוסד לביטוח לאומי, מבחני זכאות (הערכת תלות) שאינם מותאמים להשלכות

²⁵⁵ ד"ר אסתר יקוביץ, [תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם – סקירת ספרות](#), מחקרים לדיון 105, המוסד לביטוח לאומי, עמ' 21–22, פורסם: אוגוסט 2011, כניסה: 4 ביולי 2022.

²⁵⁶ מירי כהן, שם; מינהל רפואה, משרד הבריאות, [אמות מידה להקצאת תקציב \("קודים"\) לאשפוז סיעודי במחוזות – חוזר מס' 53/99](#), פורסם: 15 בנובמבר 1999, כניסה: 30 באוקטובר 2022.

²⁵⁷ מירי כהן, שם.

²⁵⁸ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 15.

²⁵⁹ המוסד לביטוח לאומי, [סל השירותים בסיעוד](#), כניסה: 24 במאי 2022.

²⁶⁰ דניאל סולומון, שם.

ההתנהגותיות והתפקודיות של חולי הדמנציה, העדר הכשרה ייעודית וליווי מקצועי למטפלות, ומחסור בכוח אדם לטיפול סיעודי – במיוחד בפרופריה.²⁶¹

בתוכנית הלאומית הומלץ על התאמת הטיפול הסיעודי בבית לצרכים הספציפיים, באמצעות: הרחבת הזכאות לשעות טיפול נוספות עבור החולים הזקוקים להשגחה מתמדת; התאמת המבחן להערכת תלות למאפייני הדמנציה ובמיוחד בהיבט הירידה הקוגניטיבית; פיתוח מסלול הכשרה ייעודי למטפלי בית ותגמול בוגר; בחינת אפשרות לתמרוץ מטפלים בחולי דמנציה על ידי קביעת תשלום גדול יותר, ובחינת אפשרות לקביעת תעריף דיפרנציאלי לטיפול אישי ולהשגחה שאינה כרוכה בעבודה פיזית.²⁶²

נציין כי חולי דמנציה עשויים להיות זכאים לקבל מהמוסד לביטוח לאומי קצבת נכות – המשולמת לזכאים עד גיל הפרישה מהעבודה וגובהה נקבע לפי דרגת הפגיעה בכושר ההשתכרות, וכן קצבת שירותים מיוחדים (שר"מ) – המשולמת לזכאים בכפוף לתוצאות מבחן תפקודי, הקובע את מידת התלות בעזרת הזולת בפעולות היום-יום ואת מידת הצורך בהשגחה לשם מניעת סכנה למבוטח או לזולתו.²⁶³ **בידי המוסד לביטוח לאומי אין נתונים מדויקים על מספר האנשים הסובלים מדמנציה הזכאים לקצבאות אלה, שכן סעיף הליקוי שבגיניו הן מאושרות כולל גם ליקויים נוספים.**²⁶⁴

על פי הנתונים הקיימים בידי המוסד, בסופה של כל אחת מהשנים 2018 – 2021 קיבלו קצבת נכות כללית ו/או קצבת שירותים מיוחדים בגין סעיף הליקוי הכולל גם דמנציה, בין כ-2,300 (בשנת 2018) לכ-3,950 בני אדם (בשנת 2021). בכל שנה לפחות 90% מהם היו מתחת לגיל הפרישה מעבודה,²⁶⁵ וכיוון שדמנציה שכיחה, כאמור, בעיקר בקרב מבוגרים מעל גיל 65, הרי שייתכן שבקרב רובם לא מדובר בדמנציה אלא בליקוי מסוג אחר. המוסד דיווח גם על כ-260 – 270 מקבלי קצבת נכות מעבודה בכל אחת מהשנים 2020 ו-2021, כמעט כולם בגיל הפרישה ומעלה, ושוב לא ידוע כמה מהם זכאים לכך בשל דמנציה. לצד זאת צוין בתשובת המוסד לביטוח לאומי כי ייתכן שיש אנשים הסובלים מדמנציה וגם ממחלות נוספות המקבלים קצבאות אלה אך רשומים תחת סעיפי ליקוי אחרים ולכן אי אפשר לאתרם תחת סעיף זה.²⁶⁶

²⁶¹ ג'ני ברודסקי ואח', [תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 15–17.

²⁶² ג'ני ברודסקי ואח', [תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 18–19.

²⁶³ לודמילה אליסאן, מנהלת אגף א' גמלאות נכות, המוסד לביטוח לאומי, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 3 במאי 2022.

²⁶⁴ גבריאלה היילברון, מנהלת מינהל המחקר, המוסד לביטוח לאומי, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 25 באפריל 2022.

²⁶⁵ גבריאלה היילברון, שם.

²⁶⁶ גבריאלה היילברון, שם.

בתוכנית הלאומית הומלץ על הרחבת הזכאות לשעות טיפול נוספות, התאמת המבחן להערכת תלות למאפייני הדמנציה, פיתוח מסלול הכשרה ייעודי למטפלי בית, ובחינת אפשרות לקביעת תעריף דיפרנציאלי לפי מורכבות הטיפול

בידי המוסד לביטוח לאומי אין נתונים מדויקים על מספר האנשים הזכאים לקצבת נכות ולקצבת שירותים מיוחדים בגין דמנציה, שכן סעיף הליקוי שבגיניו הן מאושרות כולל גם ליקויים נוספים

גמלת סיעוד מיועדת להשתתפות בתשלום עבור שירותי סיעוד, הניתנת בדרך של מתן שירותים או בכסף

נוסף על קצבאות אלה, **מוגדרים בחוק הביטוח הלאומי תנאי זכאות לגמלת סיעוד**, המיועדת להשתתפות בתשלום עבור שירותי סיעוד, והניתנת בדרך של מתן שירותים או בכסף. הזכות לגמלה, והיקפה, מותנים הן בדרגת התלות שנקבעה למבוטח והן במבחני הכנסה.²⁶⁷ לפי הדוח השנתי של המוסד לביטוח לאומי לשנת 2020, מי שמצבו הרפואי והתפקודי קשה במיוחד והוגדר כזכאי להשגחה מתמדת מורכבת זכאי כיום לגמלה ברמה הגבוהה ביותר – 268.6% להלן נתונים על מקבלי גמלת סיעוד כפי שהתקבלו ממנהל המחקר של המוסד לביטוח לאומי על פי בקשתנו:

טבלה 14: זכאים לגמלת סיעוד וזכאים להשגחה בשל לקות קוגניטיבית, 2018 – 2021²⁶⁹

השגחה מתמדת מורכבת ***	השגחה מתמדת **	השגחה חלקית *	מהם: קיבלו ניקוד על צורך בהשגחה מסיבה קוגניטיבית		מהם: קיבלו ניקוד על צורך בהשגחה		זכאים לגמלת סיעוד	
			מספר	שיעור מהזקוקים להשגחה	מספר	שיעור מהזכאים		
0	22,121	13,063	71%	35,184	27.5%	49,610	180,435	דצמבר 2018
3,183	22,120	14,201	61%	39,504	30%	64,788	215,658	דצמבר 2019
6,685	23,961	14,257	55%	44,903	31.5%	81,896	260,153	דצמבר 2020
8,421	23,390	14,905	51%	46,716	32%	92,025	286,630	דצמבר 2021

* בשל ירידה קוגניטיבית

** בשל דמנציה או לקות קוגניטיבית. השגחה זו כרוכה בנוכחות רציפה ליד המטופל, כיוון שהתנהגותו עלולה להיות מסוכנת.²⁷⁰

*** בשל לקות קוגניטיבית קשה, פגיעה קשה בשיפוט והזדקקות לעזרה מלאה בתפקודי היום-יום. השגחה זו כרוכה בביצוע פעולות בסיסיות (כגון האכלה) שהמטופל אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו.²⁷¹

על פי הטבלה בשנים 2018–2021, שבמהלכן הוחל ביישום הרפורמה בענף הסיעוד בישראל, גדל מספרם של כלל הזכאים לגמלת סיעוד ב-59%, כך שבשנת 2021 היו 286,630 זכאים לגמלה. מקרב הזכאים לגמלה, שיעור הזקוקים להשגחה עלה מ-27.5% בשנת 2018 ל-32% בשנת 2021.

באשר לזקוקים להשגחה מסיבה קוגניטיבית, מהנתונים עולה כי מספרם גדל בשנים אלה מ-35,184 זכאים ל-46,716 זכאים (גידול של כ-33%), אולם בהינתן הגידול הכולל במספר

²⁶⁷ [חוק הביטוח הלאומי \(נוסח משולב\), התשנ"ה-1995, פרק י', סימן ב', סעיפים 223, 224 א' – ד'.](#)

²⁶⁸ המוסד לביטוח לאומי, [דוח שנתי \(סקירה שנתית\) – 2020](#), פרק 3, סעיף 4, עמ' 3, כניסה: 30 באוקטובר 2022.

²⁶⁹ גבריאלה היילברון, מנהלת מינהל המחקר, המוסד לביטוח לאומי, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 25 באפריל 2022. לגבי חלק מהזכאים שקיבלו ניקוד על צורך בהשגחה חסר מידע על הסיבה לצורך בהשגחה.

²⁷⁰ שושנה רחמים, אחות מפקחת ארצית, אגף הסיעוד, המוסד לביטוח לאומי, שיחת טלפון, 9 בנובמבר 2022.

²⁷¹ שושנה רחמים, שם.

הזקוקים להשגחה כלשהי, שיעור הזקוקים להשגחה קוגניטיבית מקרב כלל הזקוקים להשגחה ירד מ-71% בשנת 2018 ל-51% בשנת 2021. בשנת 2021 כמחצית מהזקוקים להשגחה מסיבה קוגניטיבית (23,390 אנשים) הוגדרו כנזקקים להשגחה מתמדת בשל דמנציה או לקות קוגניטיבית (בשלב שבו התנהגות החולים עלולה להיות מסוכנת), ועוד 18% (8,421 מבוטחים) הוגדרו כזקוקים להשגחה מתמדת מורכבת (הגדרה שנוספה בשנת 2019), בשל לקות קוגניטיבית קשה וצורך בעזרה מלאה בתפקודי היום-יום.²⁷² יש לציין כי הלכות הקוגניטיבית אינה בהכרח תוצאה של דמנציה בלבד. מנגד צוין בתשובת המוסד לביטוח לאומי על פנייתנו כי **ייתכן שיש מבוטחים הסובלים מאלצהיימר ודמנציה במקביל לבעיות אחרות, שנכללו בסעיף ליקוי אחרים ולא בסעיף ליקוי זה, ולכן לא דווחו**.²⁷³ נזכיר כי על פי הערכות, בישראל יש כ-150,000 חולי דמנציה, כלומר מספר מקביל הקצבה הזקוקים להשגחה קוגניטיבית (46,716) שעליהם דווח לנו הוא כשליש מחולים אלה.

באשר למבחני הערכת התלות, שבתוכנית הלאומית הומלץ כאמור להתאימם למאפיינים הספציפיים של חולי דמנציה, המפקחת על הנושא מטעם המוסד לביטוח לאומי ציינה בשיחה עימנו שבעבר הערכת התלות התבססה במידה רבה על תצפית שקיים המעריך על החולה וראיון עם בני המשפחה, כך שלעיתים נוצר פער בין התרשמות המעריך בזמן התצפית לבין חוות הדעת הרפואית, אך לדבריה כיום ההערכה מבוססת יותר על מסמכים רפואיים.²⁷⁴ בתשובת המוסד הוזכר גם כי בעקבות הרפורמה בענף הסיעוד שנקבעה בחקיקה בשנת 2018,²⁷⁵ הורחב סולם רמות הזכאות ונקבעו שש רמות זכאות (בהתאם לדרגת התלות).²⁷⁶ עם זאת, המפקחת ששוחחנו עימה דיווחה על טענות מצד רופאים, אנשי מקצוע והציבור הרחב כנגד מידרג הזכאות, שלדבריהם אינו משקף בהכרח את כל רמות הביניים במצבם של אנשים עם ליקוי קוגניטיבי, או את מידת הקושי בטיפול בחולים אלה (בעיקר ברמת הזכאות החמישית, שאינה הגבוהה ביותר, וזאת בשלב שבו המחלה מתאפיינת בתופעות התנהגותיות קשות).²⁷⁷ מהמוסד דווח כי בוצעה פנייה לעמותת עמד"א ולרופאים מומחים מטעמה כדי לבחון כלים להערכת תלות ולקביעת זכאות בכל הרמות, תוך התאמה להשלכות ההתנהגותיות והתפקודיות של

²⁷² גבריאלה היילברון, מנהלת מינהל המחקר, המוסד לביטוח לאומי, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 25 באפריל 2022; שושנה רחמים, שם.

²⁷³ גבריאלה היילברון, שם.

²⁷⁴ שושנה רחמים, שם.

²⁷⁵ [חוק הביטוח הלאומי \(נוסח משולב\), התשנ"ה-1995, פרק י'; מבקר המדינה, טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים ביתם – ביקורת מעקב](#), עמ' 2015, פרסום: מאי 2022.

²⁷⁶ אורנה זמיר, מנהלת אגף סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 11 במאי 2022.

²⁷⁷ שושנה רחמים, שם.

מחלת הדמנציה, אולם המלצות הרופאים טרם התקבלו.²⁷⁸ לדברי המפקחת על מבחני ההערכה בשיחה עימנו, בין הקשיים שעלו בעת הדיון מול העמותה היה הקושי בקביעת הגדרות מדויקות ומדידות לרמות הזכאות, בשל המנעד הרחב של ביטויי המחלה וקצב החמרתה, וזאת לצד סיבות נוספות שגרמו לבלימת התהליך.²⁷⁹

בהתייחס לנושא **המטפלים**, הומלץ כאמור בתוכנית הלאומית לפתח מסלול הכשרה ייעודי למטפלים בחולי דמנציה בבית ולבחון אפשרויות לתמרוץ כספי ולתגמול דיפרנציאלי של מטפלים לפי סוג הטיפול – טיפול אישי והשגחה שאינה כרוכה בעבודה פיזית. הוצע אף לשקול פיצול של הטיפול בחולי דמנציה לשני מטפלים, שאחד מהם יעסוק בטיפול אישי והאחר בהשגחה בהיקף השעות הנדרש ביממה.²⁸⁰

לדברי המוסד לביטוח לאומי, המשאב העיקרי שצפוי בו מחסור לנוכח הזדקנות האוכלוסייה הוא של מטפלות – ישראליות וזרות, ולכן יש לפעול לקידום מעמדם על ידי הכשרתן ושיפור תנאי עבודתן. כמענה מידי הומלץ לקדם מתן מענק מוגדל לעבודה מועדפת בסיעוד לצעירים יוצאי צבא.²⁸¹ יש לציין כי במאי 2020 התקבלה החלטת הממשלה מס' 43 שמטרתה הגדלת היצע המטפלים הישראליים בענף הסיעוד ושיפור איכות הטיפול, ונכללו בה בין היתר הנחיות המכוונות למוסד לביטוח לאומי בנושא ביצוע פיילוט לקבוצות הדרכה למטפלים בקהילה ובחינת הרחבתו לכלל המטפלים, וכן ביצוע פיילוט לתוכנית לפיתוח האוריינות הדיגיטלית של המטפלים.²⁸²

בכל הנוגע להכשרה הייעודית של המטפלים הישראליים והזרים לטיפול בחולי דמנציה, המוסד דיווח לנו כי לא מתקיימת כיום הכשרה כזו. עם זאת נמסר כי בעקבות החלטת הממשלה האמורה, הוקמה ועדה בין-משרדית שהתוותה מידרג תפקידים חדש למטפלים: מטפל מתחיל, מטפל מיומן ומטפל בכיר, וכן תפקידים חדשים של מנטור (החונך מטפלים מתחילים) ורכז טיפול (האחראי על ביקורי בית, הדרכת מטפלים ומעקב אחר תוכניות טיפול). תפקידים אלה מיועדים להיתמך בהכשרות מתאימות. לדברי המוסד, בחודשים האחרונים פותחה הכשרת המטפל המיומן והוחל בניסוייה בפועל במסגרת קורס "מעבדה", ובחודשים הקרובים מתוכננת הכשרת מכשירים לקורס מטפל מיומן, שאחריה ייערכו קורסי הכשרה לכ-600 מטפלים. במקביל, כפי שנמסר, מתבצע פיתוח של הכשרת מנטורים ומתוכנן עבודה פיילוט בסוף שנת 2022–תחילת שנת 2023. במהלך שנת 2023 צפוי גם פיילוט להכשרת מטפלים בכירים.²⁸³ מתגובת המוסד

²⁷⁸ אורנה זמיר, מנהלת אגף סיעוד, המוסד לביטוח לאומי, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 11 במאי 2022.

²⁷⁹ שושנה רחמים, שם.

²⁸⁰ ג'ני ברודסקי ואח', תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 18.

²⁸¹ אורנה זמיר, שם.

²⁸² הממשלה ה-35, החלטה מס' 43 – מפת דרכים לענף המטפלים הישראליים בקשישים הסיעודיים, פורסם: 31 במאי 2020, כניסה: 25 במאי 2022.

²⁸³ אורנה זמיר, שם. התנסויות ההכשרה הראשוניות נערכות בתקציב משותף של המוסד לביטוח לאומי וג'וינט-אשל. שם.

במאי 2020 התקבלה
החלטת הממשלה
מס' 43 שמטרתה
הגדלת היצע
המטפלים הישראליים
בענף הסיעוד ושיפור
איכות הטיפול.
בעקבותיה הוקמה
ועדה בין-משרדית
שהתוותה מידרג
תפקידים חדש
למטפלים, והוחל
בפיתוח הכשרות
מתאימות. המלצות
הוועדה טעונות אישור
הממשלה וגיבוי
תקציבי

**המוסד לביטוח לאומי
הביע תמיכה בתגמול
דיפרנציאלי של
המטפלים לפי
מורכבות הטיפול –
צעד הכרוך בשאלות
מימון וככל הנראה
נתון במחלוקת מול
משרד האוצר**

לדוח מבקר המדינה ממאי 2022 בנושא הטיפול הביתי באזרחים ותיקים סיעודיים, עולה כי ככלל, המלצות הוועדה הבין-משרדית ממתינות לאישור הממשלה ולגיבוי תקציבי; עם זאת המוסד הצהיר כי המלצות הוועדה ישולבו בהסכם החדש המיועד להיחתם עם חברות הסיעוד לאחר פרסום מכרז במהלך שנת 2022.²⁸⁴ בתגובת המוסד צוינה גם עמדתו החד-משמעית בעד תגמול דיפרנציאלי של העובדים הסיעודיים בהתאם לרמת התפקוד של המטופל ומורכבות הטיפול, עמדה שככל הנראה נתונה במחלוקת מול משרד האוצר.²⁸⁵ בהקשר זה נעיר כי אם אכן יונהג תגמול דיפרנציאלי, נשאלת השאלה כיצד הוא ישפיע על עלות הטיפול בחולי דמנציה מתקדמת ומה יהיו מקורות המימון.

לצד הפעולות למניעת מחסור במטפלים ולהכשרתם, נכתב בתשובת המוסד כי יש לתת מענים משלימים למשפחות שידן אינה משגת להעסיק עובד זר, והוצע להיעזר במתנדבי השירות הלאומי כסיוע משלים למעוטי הכנסה מעבר לזכאות לגמלת סיעוד שמקנה החוק.²⁸⁶ בתשובת המוסד לא פורט מהו טיב הסיוע המדובר.

**מבקר המדינה העיר
בדוח ממאי 2022 על
העדר מנגנון בקרה
סדור על איכות
הטיפול הביתי
המסופק על ידי
חברות הסיעוד.
מהמוסד לביטוח
לאומי נמסר כי מכרז
חדש עם החברות
פורסם בספטמבר
והוטמע בו כלים
טובים יותר להבטחת
רמת השירות**

נוסיף כי במאי 2022 פורסם דוח מעקב של מבקר המדינה בנושא "טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים בביתם", המתייחס בעיקרו לפעולות המוסד לביטוח לאומי, שלדברי המבקר הוא הגורם הנושא באחריות הכוללת להספקתם של שירותי סיעוד ולהבטחת איכות הטיפול הביתי.²⁸⁷ המבקר קבע בין היתר שכיום אין מנגנון בקרה סדור על איכות הטיפול של חברות הסיעוד (ובכלל זה בהיבטים של התעמרות במטופלים) ועל עמידתן של החברות במחויבותן להכשרת מטפלות, ושהפיקוח על חברות אלה מתבסס על בירור תלונות. בתגובת המוסד על הביקורת נכתב בין השאר שהוא עומד לפרסם מכרז להתקשרות עם חברות מפקחות, שיבצעו גם סקרים טלפוניים.²⁸⁸ המבקר כתב גם כי לצד שיפורים שבוצעו במסגרת הרפורמה בסיעוד ותיקוני חקיקה, לא גובש הסכם התקשרות חדש עם חברות הסיעוד, שיכלול שינויים במצב הקיים והוא מהווה תנאי לשיפור איכות הטיפול,²⁸⁹ ועל כך השיב המוסד כי מכרז חדש ומתוקן עומד

²⁸⁴ אגף המפקח הכללי לענייני ביקורת המדינה, משרד ראש הממשלה, [הערות ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה 72ג'](#), עמ' 424, פורסם: 10 במאי 2022, כניסה: 17 ביולי 2022.

²⁸⁵ [הערות ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה 72ג'](#), עמ' 419.

²⁸⁶ אורנה זמיר, שם.

²⁸⁷ מבקר המדינה, [טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים ביתם – ביקורת מעקב](#), עמ' 2027, פורסם: מאי 2022.

²⁸⁸ מבקר המדינה, [טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים ביתם – ביקורת מעקב](#), עמ' 2028; אגף המפקח הכללי לענייני ביקורת המדינה, משרד ראש הממשלה, [הערות ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה 72ג'](#), עמ' 421 – 422, פורסם: 10 במאי 2022, כניסה: 17 ביולי 2022.

²⁸⁹ מבקר המדינה, [טיפול המדינה בקשישים סיעודיים השוהים ביתם – ביקורת מעקב](#), עמ' 2041.

להתפרסם במהלך שנת 2022.²⁹⁰ לדברי נציגת המוסד, מכרז חדש אכן התפרסם בספטמבר 2022, והוטמעו בו כלים טובים יותר להבטחת רמת השירות.²⁹¹

7.2 מרכזי יום שבאחריות משרד הרווחה

מחברי התוכנית הלאומית הצביעו על זמינות חלקית בלבד של מרכזי יום המותאמים לחולי דמנציה ומשך פעילות שאינו מספיק עבורם, חוסר מודעות מספקת לתרומת מרכזי היום ותת-הפניה אליהם על ידי עובדים סוציאליים.²⁹²

בתוכנית הלאומית הומלץ על התאמת השירות הניתן במרכזי היום, באמצעות פתיחת מרכזי יום ייעודיים נוספים או בניית אגפים ייעודיים במרכזים הקיימים, תוך התייחסות לצרכים בהווה ובעתיד; פתיחת יחידות מעבר ללוקים בדמנציה קלה; הרחבת שעות הפעילות במרכזים לשישה ימים בשבוע לפחות, למשך 8-9 שעות ביום, לשעות הלילה ואף לכמה ימים רצופים, כדי לאפשר הפוגה למשפחות; ביטול הצורך לממן ביקור במרכז יום על חשבון שעות טיפול סיעודי שמממן המוסד לביטוח לאומי; מתן שירותי הדרכה וקבוצות תמיכה למשפחות במסגרת מרכזי היום.²⁹³

במענה לשאלתנו על מספר האנשים הרשומים במשרד הרווחה בגין מחלות אלצהיימר ודמנציה, השיב המשרד כי במערכת הנתונים שלו רשומים 5,628 אנשים עם מאפיין נזקקות, ובו בזמן הובהר כי נתון זה אינו משקף את מספרם האמיתי של החולים בדמנציה, לאור שיעורי הלוקים בה, המגיעים ל-5%-10% מבני יותר מ-65 (קבוצת גיל שהיקפה בשנת 2020 היה כ-1.1 מיליון בני אדם) ו-40% מבני יותר מ-80. לדעת המשרד, רבים מהשירותים שהוא מפעיל משרתים אנשים המתמודדים עם ירידה קוגניטיבית על פני רצף, לדוגמה – כמחצית מדיירי בתי האבות לעצמאים ולתשושים (לא "תשושי נפש") שבאחריות המשרד.²⁹⁴

על פי נתונים שנמסרו ממשרד הרווחה, בישראל פועלים כיום כ-180 מרכזי יום המעניקים שירותים תומכים לאזרחים ותיקים החיים בבתייהם ומספר המבקרים בהם (לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי כפי שדווחו בקיץ 2021) הוא כ-7,000 בשנה.²⁹⁵ מבין 180 המרכזים, 24 הם מרכזי יום ייעודיים המוגדרים ל"תשושי נפש", וב-74 מרכזים נוספים קיים אגף ייעודי עבור אוכלוסייה זו, כלומר שירות ייעודי זה ניתן ב-98 מרכזים סך הכול. לפי נתוני משרד הרווחה, היצע המקומות הייעודיים ל"תשושי נפש" (כהגדרתם במשרד) במרכזי יום ברחבי הארץ הוא 2,718 סך

²⁹⁰ הערות ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה ג'20, עמ' 419.

²⁹¹ אורנה זמיר, שיחת טלפון, 9 בנובמבר 2022.

²⁹² ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 15-17.

²⁹³ ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 18-19.

²⁹⁴ דניאל סולומון, ראש מטה מינהל אזרחים ותיקים, משרד הרווחה והביטחון החברתי, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 14 באפריל 2022.

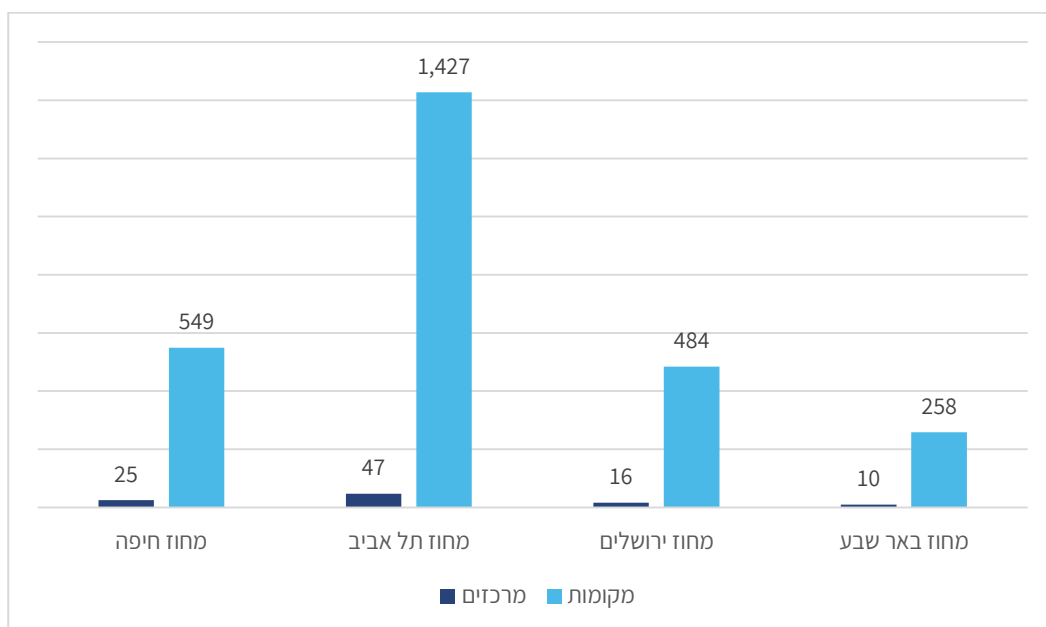
²⁹⁵ דניאל סולומון, שם.

בתוכנית הלאומית
הומלץ על פתיחת
מרכזי יום ייעודיים
נוספים לחולי דמנציה
ויחידות מעבר ללוקים
בדמנציה קלה,
הרחבת שעות
הפעילות במרכזים,
ביטול הצורך לממן
ביקור במרכז יום על
חשבון שעות טיפול
במסגרת גמלת
סיעוד, ומתן שירותי
הדרכה ותמיכה
למשפחות במרכזי
היום

הכול. בהשוואה למספר החולים, המוערך כאמור בכ-150,000, מדובר בפחות מ-2%. להלן נתונים שהתקבלו מהמשרד על התפלגות מרכזים אלה בין מחוזותיו:

תרשים 3: מרכזי יום המעניקים שירות ייעודי ל"תשושי נפש", לפי מחוזות משרד

²⁹⁶הרווחה



מהתרשים עולה כי כמחצית ממרכזי היום הרלוונטיים וכמחצית מסך כל המקומות המוצעים בהם לחולי דמנציה נמצאים במחוז תל אביב. כרבע מהמקומות מוצעים במחוז חיפה (שבו כרבע מהמרכזים), כ-18% במחוז ירושלים (שבו כ-16% מהמרכזים) וכ-9% במחוז באר שבע (שבו כ-10% מהמרכזים). משרד הרווחה מסר בתשובה על פנייתנו כי בשנת 2020 הוקצו תקציבים להקמת שמונה מרכזי יום, בשיתוף עם קרנות הביטוח הלאומי, מפעל הפיס, הרשויות המקומיות ותרומות – אך המשרד לא פירט כמה מבין המרכזים הללו ייעודיים לחולי דמנציה, אם בכלל. לדברי המשרד, הוא משתף פעולה עם קרנות הביטוח הלאומי בקביעת סדרי העדיפויות בנושא זה. כמו כן נמסר שהמשרד מקדם רפורמה במרכזי היום, הנדונה בימים אלה במסגרת ועדה (ועדת קידר), ושאחד מיעדיה הוא הרחבת ההפניות (בין היתר של מתמודדים עם דמנציה) למרכזים – מהמוסד לביטוח לאומי, מקופות החולים ומהמחלקות המוניציפליות לשירותים חברתיים. בין הצעדים הנשקלים, לדברי המשרד, כלולים שיווק מרכזי היום בקמפיין מתוכנן של המשרד, העלאת המודעות לשירות זה באירועים ייעודיים כמו גם בקרב גורמי מקצוע, ותמרוץ המרכזים לפעילות בתנאים מורכבים (למשל בזמן גל קורונה).²⁹⁷ במסגרת הרפורמה המתוכננת מקודמים, לדברי המשרד, מודלים גמישים להפעלת מרכזי היום, כגון

**משרד הרווחה מקדם
לדבריו רפורמה
במרכזי היום,
ובמסגרתה הרחבת
ההפניה למרכזים
ומודלים גמישים
להפעלה. עם זאת
צוין שאין כיום גורם
מממן ליום מלא**

²⁹⁶ דניאל סולומון, שם.

²⁹⁷ דניאל סולומון, שם.

פעילות בשתי משמרות והרחבת שעות הפעילות ליום מלא. עם זאת צוין כי אין כיום גורם מממן ליום מלא.²⁹⁸

עמדת משרד הרווחה היא שצריכת שירותים חברתיים כגון מרכזי יום היא המימוש המיטבי של גמלת הסיעוד, ולכן יש לעודדה, אך המשרד לא התייחס בתשובתו לקושי של חולי הדמנציה במימון הביקורים במרכזים לצד יתר הוצאות הטיפול. במסגרת הרפורמה המתוכננת במרכזי היום אין, לפי המשרד, התייחסות לצרכים הספציפיים של חולי דמנציה

לדברי מנכ"ל עמותת מלב"ב (מרכז לטיפול בקשיש בקהילה), המפעילה בין השאר מרכזי יום, השימוש בשירותי המרכזים על ידי האוכלוסייה הוא מוגבל, הן בשל מספרם הבלתי-מספק של המרכזים והן מסיבה כלכלית, הקשורה בצורך לוותר על חלק מגמלת הסיעוד כדי לממן את ההשתתפות – שכן ניתן לשלם על הביקורים במרכז יום באמצעות חלק מהגמלה, אך אז קטן סכום הגמלה המשמש למימון הוצאות הטיפול האחרות.²⁹⁹ עמדת משרד הרווחה היא שצריכת שירותים חברתיים כגון מרכזי יום היא המימוש המיטבי של גמלת הסיעוד, ולכן יש לעודדה, אך המשרד לא התייחס בתשובתו לקושי של חולי הדמנציה ומשפחותיהם במימון הביקורים במרכזים לצד יתר הוצאות הטיפול.³⁰⁰ בתשובת המוסד לביטוח לאומי על פנייתנו נמסר כי ועדת קידר עוסקת גם בהנגשתם הכלכלית של מרכזי היום,³⁰¹ אולם לדברי משרד הרווחה הוועדה לא התייחסה באופן ספציפי לחולי דמנציה.³⁰² מכל האמור לעיל עולה השאלה באיזו מידה המלצות ועדת קידר בדבר צעדים לטיוב המענה הניתן במרכזי היום לכלל האזרחים הוותיקים, מותאמות לחולי הדמנציה שביניהם, שהם קבוצה פגיעה במיוחד שנזקקות – ונזקקות סביבתה הקרובה – לשירות זה היא גבוהה.

נציין כי בדוח התכנית הלאומית נכללו עוד שתי המלצות:

- **המלצה 2: פתיחת מסגרות קטנות לטיפול יום, בפקוח ובכפוף להכשרה ייעודית, לצורך מתן מענה לחולים שאינם יכולים להשתלב במרכזי היום בשל בעיות התנהגות, מגורים ביישובים קטנים ומרוחקים וכיוצא באלה.**³⁰³

- **המלצה 3: פיתוח טכנולוגיות מסייעות כגון חיישנים ורובוטים, המאפשרות השגחה על החולה מרחוק, כהשלמה לטיפול האנושי.**³⁰⁴

ממשרד הרווחה נמסר כי בין המודלים המקודמים במסגרת הרפורמה המתוכננת במרכזי היום, כלולה גם הפעלת יחידות מודולריות,³⁰⁵ אך לא פורט מידע כלשהו מעבר לכך. בנוגע לפיתוח טכנולוגיות מסייעות לא היתה התייחסות מצד המשרד.

²⁹⁸ דניאל סולומון, שם.

²⁹⁹ ד"ר זאב פרידמן, מנכ"ל עמותת מלב"ב, שיחת טלפון, 28 בפברואר 2022.

³⁰⁰ דניאל סולומון, שם.

³⁰¹ אורנה זמיר, שם.

³⁰² דניאל סולומון, שם.

³⁰³ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 18–19.

³⁰⁴ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 18–19.

³⁰⁵ דניאל סולומון, שם.

7.3 תיאום במערך השירותים

במסגרת התוכנית הלאומית כלולה התייחסות לבעיית התיאום במערך השירותים לחולים, ונכתב בה שחוסר התיאום בין השירותים מוביל לבזבוז משאבי כסף וכוח אדם, לקשיי התמצאות של החולים ומשפחותיהם במערכת, לאי-מיצוי זכויות ולתסכול. **בתוכנית לא הוצגו המלצות פרטניות בתחום זה,** וצוין שהנושא נדון בפורומים שונים ושיש להבטיח שבכל תוכנית לאומית שתגובש בנושא טיפול אינטגרטיבי, חולי הדמנציה ימוקמו במקום גבוה בסדר העדיפויות.³⁰⁶ במסגרת המידע שבידינו, משרדי הרווחה והבריאות, המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים דיווחו על שיתופי פעולה מסוימים בין המערכות השונות, אך חלק מהדיווחים לא היו מפורטים.

משרד הבריאות התייחס לנושא שיתוף הפעולה בינו לבין גורמים נוספים ודיווח שהוא מתקיים במסגרת ועדת היישום של התוכנית הלאומית³⁰⁷ – ועדה בין-ארגונית ורב-מקצועית שכללה נציגים ממשרדי הבריאות, הרווחה והשוויון החברתי, מהמוסד לביטוח לאומי, מקופות החולים, מאיגודי רופאים, מעמותת עמד"א, מג'וינט-אשל וממכון מאיר-סג"וינט-ברוקדייל, אך לא כללה נציג ממשרד האוצר.³⁰⁸ משרד הבריאות לא פירט מהם שיתופי הפעולה שהתקיימו במסגרת זו, וגורמים מקצועיים ששוחחנו עימם העריכו כי התפרצות מגפת הקורונה בלמה את פעילות ועדת היישום.³⁰⁹ המשרד דיווח על פרויקט משותף עם המוסד לביטוח לאומי להפעלת מוסד אשפוז על פי עקרונות Green House (ראו סוף פרק 6). נוסף על כך ציין המשרד שקיים שיתוף פעולה עם רשויות מקומיות ומוחזיות יחד עם משרד הפנים,³¹⁰ אולם לא נמסרו פרטים כלשהם על זהות הרשויות או על תוכנם והיקפם של שיתופי הפעולה האמורים. כמו כן דווח על קידום תקינה לזקנה מיטבית בשיתוף פעולה בין האגף לגריאטריה במשרד לבין ארגון ג'וינט-אשל, בתקציב של 5 מיליון ש"ח לשנה. בתשובת המשרד צוין גם כי בשנים 2020–2022 נמשך יישומן של תוכניות רבות בהיקף של כ-50 מיליון ש"ח, אך לא הובהר מהן תוכניות אלה, בשיתוף עם מי הן מתנהלות ומהי זיקתן לתחום הדמנציה.³¹¹

משרד הבריאות דיווח גם על יישום של הכשרות והשתלמויות במערכות רווחה כגון מרכזי יום,³¹² אך לא מסר פרטים על טיב ההשתלמויות. דוגמה בולטת לשיתוף פעולה בין-מערכתי היא מסמך

³⁰⁶ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 12, 23. בתוכנית דווח שמשרד הבריאות הציע רפורמה בנושא, שלא ברור אם תיושם, ושנושא הטיפול המשולב בזקנים עם מוגבלויות ובעיות מורכבות נדון גם במערכת השירותים ובקבוצת עבודה בין-ארגונית בהובלת מכון ג'וינט-אשל. שם.

³⁰⁷ מירי כהן, שם.

³⁰⁸ יהונתן למברגר (בעבר מרכז ועדת היישום), דוא"ל, 9 בנובמבר 2022.

³⁰⁹ ד"ר איריס רסולי, שם; יהונתן למברגר, שם.

³¹⁰ מירי כהן, שם.

³¹¹ מירי כהן, שם.

³¹² מירי כהן, שם.

במסגרת התוכנית
הלאומית כלולה
התייחסות לבעיית
התיאום במערך
השירותים לחולים,
אך לא הוצגו בה
המלצות פרטניות
בתחום זה

משרדי הרווחה
והבריאות, המוסד
לביטוח לאומי וקופות
החולים דיווחו על
שיתופי פעולה
מסוימים בין
המערכות השונות,
אך חלק מהדיווחים
לא היו מפורטים

דוגמה בולטת
לשיתוף פעולה בין-
מערכתי היא מסמך
מדיניות בנושא
ההכשרות בתחום
הדמנציה, שפורסם
במרץ 2022 בעקבות
שיתוף פעולה בין
מגוון גורמים
ממשלתיים,
מקצועיים וציבוריים

מדיניות בנושא ההכשרות בתחום הדמנציה, שפורסם במרץ 2022 בעקבות שיתוף פעולה בין מגוון גורמים ממשלתיים, מקצועיים וציבוריים, במהלך שהובל על ידי משרד הבריאות וג'וינט-אשל ושהוגדר כחלק מיישום התוכנית הלאומית; זאת במטרה לפתח תפיסת הכשרות לאומית בתחום הדמנציה, תוך התייחסות פרטנית למגזרים ולמקצועות שונים³¹³ (פרטים נוספים על מתווה ההכשרות שפותח יוצגו בפרק 9 – הכשרת כוח אדם).

נציגת המוסד לביטוח לאומי ציינה שיתופי פעולה בכמה תחומים, כגון מעורבות בהפעלת מרכזי היום לצד משרד הרווחה, חברות בוועדות בין-משרדיות (למשל בנושא פיתוח הכשרות), וקביעת מתאם טיפול (לשם טיפול משולב בחולים שמצבם מורכב במיוחד) ב-26 רשויות מקומיות על בסיס שיתוף פעולה עם הרשויות וקופות החולים – אך לדבריה הסדר זה אינו מתקיים בקביעות בכל הרשויות, המתאפיינות בשונות רבה. נוסף על כך נמסר כי המוסד חותר לשיפור הקשר בינו לבין קופות החולים והרשויות, בדגש על העברת מידע בין המטפלת והעובדת הסוציאלית למרפאה, ובין העובדים הסוציאליים של המוסד לאלה של הרשות המקומית. עם זאת, שימוש במערכות ממוחשבות לתקשורת מיידית אינו יעיל במידה שווה בכל הרשויות.³¹⁴

באשר לקופות החולים – לדברי הכללית, היא משתפת פעולה עם המוסד לביטוח לאומי בהפניית החולה והתומך העיקרי שלו לקבלת גמלת סיעוד, עם משרד הבריאות בהפניית חולים עם הפרעות התנהגותיות בלתי נשלטות ללשכת הבריאות הנפתית לשם קבלת קוד לאשפוז כ"תשוש נפש", ועם מערכת הרווחה בהפניה על רקע בעיות סוציאליות. הקופה גם מוסרת לדבריה למטופלים ולתומכיהם חוברת מידע על עמותות רלוונטיות וקבוצות תמיכה.³¹⁵

מכבי ציינה שהיא שותפה בפורומים שונים, למשל במועצה המדעית של עמותת עמד"א ובתוכנית להקמת תוכניות הכשרה לטיפול בדמנציה (של משרד הבריאות וארגון הג'וינט). כמו כן היא משמרת לדבריה מידע רפואי עבור צוותי מרפאות דיור מוגן ומוסדות לאשפוז גריאטרי ממושך, באמצעות פורטל הרופא המכיל את כל המידע על המטופל.³¹⁶

מאוחדת דיווחה שהיא מקיימת שיתוף פעולה עם בית החולים רמב"ם במסגרת תוכנית רצף טיפול דמנציה במחוז הצפון; עם עמותות עמד"א ומלב"ב ועם מרכזי יום ברחבי הארץ שמולם מתקיימת הפניה הדדית של מבוטחים לקבלת שירות; עם הרשות לניצולי שואה במסגרת קידום הנגשת מידע וזכויות והפעלת תוכנית לטיפול בשורדי שואה עירייתם; עם המוסד לביטוח לאומי, במסגרת הליך שהוסדר להעברת מידע על זכאים ומסורבים לגמלאות סיעוד; עם משרד הרווחה

³¹³ דניאל סולומון, שם; נטע כהן, [פיתוח תפיסת הכשרות לאומית בדמנציה בחלוקה מגזרית ורב-מקצועית](#), משרד הבריאות וג'וינט אשל, עמ' 7, פורסם: מרץ 2022.

³¹⁴ אורנה זמיר, שם.

³¹⁵ נועה דנאי, שם.

³¹⁶ יובל חמו, שם.

והמשרד לשוויון חברתי במסגרת העברת מידע שוטפת לשם סיוע בקבלת תרופות וחיסונים במהלך גלי הקורונה. כמו כן נמצא בתהליך הסדרה ממשק עם משרד הבריאות להעברת מידע על מבטחים השוהים במסגרות למטופלים סיעודיים ול"תשושי נפש".³¹⁷

לעומת זאת לאומית ציינה שהיצע המענים בכל אזור הוא שונה, גופים שונים קמים ונסגרים וחסר גורם יציב שיסייע לצוותים בגיוס מתנדבים, למשל לעזרה בהפגת בדידות. לדברי הקופה, לא מתקיים שיתוף מידע סדיר בין מערכות הטיפול בחולי דמנציה, למשל בנושא הזכאות על פי חוק הסיעוד ודרגות התלות של החולים, והיא קראה למשרד הבריאות ולכנסת להסדיר שיתוף זה.³¹⁸

יש לציין כי מנהלת עמותת עמד"א – עמותה לחולי דמנציה, אלצהיימר ומחלות דומות בישראל, מסרה בשיחה עימנו כי העמותה אמנם השתתפה לאחרונה בפיתוח נושא ההדרכה לאנשי מקצוע בהובלת משרד הבריאות וארגון ג'וינט-אשל, אך ככלל, לדבריה, שיתוף הפעולה ביישום התוכנית הלאומית מול הרגולטור הממשלתי וקופות החולים הוא מוגבל, ונעדרים ממנו תקצוב מתאים תוך איגום משאבים, חשיבה משותפת וחלוקת תחומי אחריות ומשאבים בין הגופים המעורבים (לרבות עמותות) על בסיס שדות הפעילות הרלוונטיים להם.³¹⁹

8. אתגר 5: תמיכה ישירה בבני המשפחה

לצד השירותים המערכתיים בקהילה, בני המשפחה של חולי הדמנציה הם גורם מרכזי בטיפול ומהווים למעשה מטפלים בלתי פורמליים, שבלעדיהם החולים לא יוכלו להישאר בבתיהם לאורך זמן. מצב זה מטיל על בני המשפחה נטל נפשי, פיזי וכלכלי כבד, העלול להתבטא גם בפגיעה בבריאות,³²⁰ ובשל העדר מערכת תומכת מספקת אף עלולות להתרחש במקרים מסוימים תופעות של הזנחה והתעללות בחולה.³²¹

במחקר של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, מכבי שירותי בריאות ולאומית שירותי בריאות בנושא איכות הטיפול בחולי דמנציה, שממצאיו פורסמו בשנת 2016, דיווחו כמחצית מבני המשפחה של החולים שהשתתפו במחקר כי רופא המשפחה לא שוחח עימם על תופעת הירידה בזיכרון, ו-36% היו מעוניינים בהסבר נוסף. רק 10%-30% קיבלו הדרכה על שלבי המחלה וסוגיות בטיחות.³²² 81% מבני המשפחה מסרו שקיבלו הסברים מרופא אחר שאינו רופא משפחה,

³¹⁷ ישי קום, שם. על פי נוהלי משרד הבריאות, "תשוש נפש" הוא מטופל מתהלך הסובל מירידה קוגניטיבית משמעותית עד כדי הזדקקות לעזרה מלאה בפעולות היום-יום. האגף לגריאטריה, משרד הבריאות, נהלי רוחב, [נוהל מס' 0.2.1: הגדרת מושגים – נספח](#), סעיף 3.1, עמ' 1, עודכן: 1 בנובמבר 2019, כניסה: 17 ביולי 2022.

³¹⁸ פרופ' שלמה וינקר, שם.

³¹⁹ ד"ר נתי בלום, מנכ"לית עמותת עמד"א, שיחת טלפון, 24 בפברואר 2022.

³²⁰ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 19.

³²¹ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 20.

³²² נטע בנטור ואח', [איכות הטיפול באנשים הלוקים בדמנציה והצרכים הלא-מספקים שלהם ושל בני משפחתם](#), מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, מכבי שירותי בריאות ולאומית שירותי בריאות, במימון המכון הלאומי למדיניות בריאות, עמ' ii, פורסם: נובמבר 2016, כניסה: 1 במרץ 2022.

לדברי מנהלת
עמותת עמד"א,
שיתוף הפעולה
ביישום התוכנית
הלאומית מול
הרגולטור הממשלתי
וקופות החולים הוא
מוגבל, ונעדרים ממנו
תקצוב מתאים תוך
איגום משאבים,
חשיבה משותפת
וחלוקת תחומי
אחריות ומשאבים בין
הגופים המעורבים

והחוקרים הסיקו שההסברים על המחלה ניתנים מרופאים מקצועיים בשיעור גבוה יותר מאשר מרופא המשפחה.³²³ במחקר אחר של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ומכבי שירותי בריאות בנושא איכות הטיפול באנשים עם דמנציה מתקדמת בקהילה, שממצאיו פורסמו בשנת 2015, נמצא כי 31% מבני המשפחה של החולים שהשתתפו במחקר דיווחו שלא הבינו את מצבו של החולה, ו-64% טענו שיייתכן שהיו מקבלים החלטות אחרות אילו היה להם יותר מידע.³²⁴

בתוכנית הלאומית צוין כי לבני המשפחה חסר במקרים רבים ידע על המחלה, על השירותים הזמינים בקהילה ועל זכויותיהם החוקיות בתחום הכלכלי והתעסוקתי, שגם הן מוגבלות, למשל בכל הנוגע להיעדרות מהעבודה.³²⁵ כמו כן צוין שתמיכה ישירה בבני המשפחה מצד משרדי הממשלה היא מצומצמת, וניתנת בעיקר באמצעות עמותות וגופים התנדבותיים או שירותי רווחה ברשויות מקומיות.³²⁶ להלן ההמלצות המרכזיות שנמנו בתוכנית:

- **המלצה 1:** הכרה בבני המשפחות של חולי דמנציה כאוכלוסייה בסיכון וזיהוי הצרכים הפיזיים והנפשיים המיוחדים שלהם. הכנת תוכנית כוללת לבני המשפחה, בסמוך לאבחון המחלה ועל בסיס שותפות בינם לבין אנשי המקצוע המטפלים, לצורך תמיכה וסיוע בהיערכות ובניצול היצע השירותים.³²⁷
- **המלצה 2:** הקמת מרכזי מידע ויעוץ טלפוניים וגנישים בכל שעות היממה ובכל ימי השבוע.³²⁸
- **המלצה 3:** הרחבת שירותי התמיכה החברתית והרגשית למשפחות, כגון קבוצות תמיכה וטיפול משפחתי ופרטני, לרבות סיוע במידע.³²⁹
- **המלצה 4:** פיתוח שירותי נופשון לחולים במסגרות האמבולטוריות או האשפוזיות, כדי לאפשר מנוחה למשפחות.³³⁰
- **המלצה 5:** הגברת המודעות בקרב המשפחות לזכויותיהן והתאמת דיני העבודה, כך שיאפשרו הכרה בימי מחלה רבים יותר עבור טיפול בבן משפחה, תוך הבאה בחשבון של הצורך בהשגחה מתמדת האופייני לחולים בדמנציה מתקדמת.³³¹

³²³ נטע בנטור ואח', איכות הטיפול באנשים הלוקים בדמנציה והצרכים הלא-מספקים שלהם ושל בני משפחתם, עמ' 16.

³²⁴ נטע בנטור ואח', איכות הטיפול בסוף החיים בזקנים עם דמנציה מתקדמת בקהילה, מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ומכבי שירותי בריאות, מומן בסיוע קרן הלן דניאלס-באדר, עמ' iv, פורסם: מאי 2015, כניסה: 1 במרץ 2022.

³²⁵ ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 20-21.

³²⁶ ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 20.

³²⁷ ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 21.

³²⁸ ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 21.

³²⁹ ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 21.

³³⁰ ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 21.

³³¹ ג'ני ברודסקי ואח', תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 21.

בתוכנית הלאומית
הומלץ על הכרה בבני
המשפחה של חולי
דמנציה כאוכלוסייה
בסיכון; מתן שירותי
יעוץ, מידע ותמיכה;
הגברת מודעותם
לזכויותיהם והתאמת
דיני העבודה לצורך
הכרה בימי היעדרות
רבים יותר

מנוסח התוכנית
הלאומית לא ברור
מהי מהות ההכרה
בבני המשפחה
(כאוכלוסייה בסיכון)
שבה מדובר, ומי
הגורמים האמורים
להעניק הכרה זו

ממשרד הבריאות לא
התקבל מידע ספציפי
על מדיניות מחייבת
בנושא מתן מידע
לחולי דמנציה
ולמשפחותיהם על ידי
צוותי השירותים
הרפואיים והחברתיים

ממידע שהתקבל
ממשרד הרווחה עולה
ששירותי תמיכה
ניתנים בחלק
מהרשויות המקומיות,
אך לא נמסר באילו
רשויות מדובר ונראה
ששירותים אלה אינם
ניתנים בכל מקום

משרד הבריאות
תומך ביעוץ וסדנאות
לבני משפחה
מטפלים באמצעות
מבחן תמיכה, אך הוא
לא ציין פרטים על
מספר המשתתפים
ועל היקף הפעילויות
ומיקומן. חלק
מהקופות דיווחו על
שירותי תמיכה
פרטנית או קבוצתית,
וגם עמותת עמד"א
מפעילה קבוצות
תמיכה ברחבי הארץ

מנוסח התוכנית הלאומית לא ברור מהי מהות ההכרה בבני המשפחה (כאוכלוסייה בסיכון) שבה מדובר, ומי הגורמים האמורים להעניק הכרה זו. ממשרד הבריאות לא התקבל מידע ספציפי על מדיניות מחייבת בנושא מתן מידע לחולי דמנציה ולמשפחותיהם על ידי צוותי השירותים הרפואיים והחברתיים ובמידע שנמסר לנו אין התייחסות להכרה רשמית בבני משפחה ולהכנת תוכנית תמיכה בבני המשפחה לאחר האבחון, אם כי כל הגורמים הביעו כאמור מודעות למצוקת המשפחות ולצורך לסייע להן. כמו כן לא התקבל מידע גם על פעילות מערכתית בנושא הקמת מרכזי מידע ויעוץ טלפוניים. על פי אתר עמותת עמד"א, העמותה מפעילה "קו חם" טלפוני, ששעות פעילותו לא צוינו.³³²

באשר להרחבת שירותי התמיכה, בתוכנית הלאומית הוזכרו כאמור קבוצות תמיכה, טיפול משפחתי ותמיכה פרטנית במידת הצורך, וכן מתן מידע על המחלה ועל מענים זמינים והקניית מיומנויות טיפול.³³³ בתוכנית לא פורטו הגורמים שהנושא באחריותם. ממידע שמסר משרד הרווחה עולה כי מינהל אזרחים ותיקים הפועל במסגרתו מפעיל שירותים ייעודיים לבני משפחה מטפלים, כשירות אוניברסלי שאינו כרוך במבחן הכנסה, אך לא פורט מה כוללים שירותים אלה. לדברי המשרד יש במחלקות לשירותים חברתיים יותר משלושים עובדים סוציאליים בתקן ייעודי לתחום זה;³³⁴ נציין כי לאור העובדה שברחבי הארץ יש כ-250 רשויות מקומיות, הרי שהשירות ניתן רק בחלק קטן מהן. המשרד ציין שיש הנמנעים מצריכת שירות זה מחשש שיהיו מזוהים עם צריכת שירותי רווחה, ושיש מקום להגברת המודעות לקיומו. כמו כן נמסר שברשויות מקומיות מסוימות פועלות שותפויות בין המחלקות לשירותים חברתיים לבין יוזמות מקומיות, ארגונים ייעודיים של החברה האזרחית ועוד;³³⁵ לא ידוע לנו באילו רשויות יוזמות מדובר, ונראה כי הסדרים אלה הם תלויי מקום ואינם מובטחים לכל אזרח באשר הוא.

משרד הבריאות מסר כאמור כי במסגרת מבחני התמיכה לקופות החולים הוא תומך במתן מענים לבני המשפחה המטפלים של חולי הדמנציה באמצעות ייעוץ וסדנאות, שתכניהם לא פורטו, וזאת במסגרת התקציב השנתי הכולל בהיקף של 10 מיליון ש"ח המיועד גם לשיפור האיתור והאבחון של ירידה קוגניטיבית.³³⁶ המשרד לא ציין פרטים על היקף הפעילויות, מיקומן, מדדים להצלחתן וכיוצא באלה.

בתשובה על פנייתנו לקופות החולים, ציינה מכבי שהיא קיימה קבוצות תמיכה לבני משפחה של חולי דמנציה וקבוצות מידע בפריסה ארצית, ושעד סוף השנה מתוכננות להיפתח עוד כעשר קבוצות ייעודיות. לדבריה הקבוצות התקיימו בהנחיית עובדים סוציאליים ובהשתתפות מרצים

³³² אתר עמותת עמד"א, כניסה: 17 ביולי 2022.

³³³ ג'ני ברודסקי ואח', תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות, עמ' 21.

³³⁴ דניאל סולומון, שם.

³³⁵ דניאל סולומון, שם.

³³⁶ מירי כהן, שם.

אורחים ממקצועות הרפואה והבריאות.³³⁷ מאוחדת דיווחה שהיא מפעילה מענה פרטני עבור מגוון צרכים באמצעות פגישות עם עובדים סוציאליים במרפאות, ושמתחילת השנה ועד אמצע נובמבר 2022 טופלו 369 בני משפחה מטפלים ב-541 התערבויות. כמו כן, במסגרת פרויקט "רצף טיפול דמנציה" המתקיים במחוז הצפון, מתקיימים ביקורי בית על ידי מתאמת דמנציה (אחות או עובדת סוציאלית), בין השאר לצורך הכוונת בני המשפחה. בשנים 2021 ו-2022 שולבו בפרויקט 320 משפחות. נוסף על כך, מאז שנת 2021 מאוחדת מפעילה קבוצות מידע ותמיכה עבור בני משפחה מטפלים, במסגרת שמונה מפגשים מקוונים. עד כה פעלו ארבע קבוצות, בהשתתפות 40 משפחות.³³⁸ לאומית מסרה שהיא לא הפעילה באופן מוסדר שירותי תמיכה ישירה מסוג כלשהו, אם כי במחוז מרכז של הקופה נערכו מפגשים לאוכלוסייה דוברת אמהרית וקיימות יוזמות מקומיות למפגשי מטפלים עיקריים בזיקנה בדגש על חולי דמנציה, בשיתוף עם רשויות הרווחה המוניציפליות. לדברי הקופה, לשנת 2023 יש תוכנית לתמיכה במטפלים העיקריים ובמשפחות של החולים.³³⁹ מהכללית לא התקבלה תשובה בנושא זה עד לסיום כתיבת המסמך. על פי הרשום באתר עמותת עמד"א, העמותה מפעילה קבוצות תמיכה לבני המשפחה בפריסה ארצית.³⁴⁰

בכל הנוגע להגברת המודעות לזכויות, ממשרד הרווחה נמסר כי במרכזי היום ניתנת תמיכה לבני המשפחה המטפלים, לרבות בתחום מיצוי הזכויות.³⁴¹

9. אתגר 6: הכשרת כוח אדם

הקניית ידע מקצועי נרחב בתחום הגריאטריה והדמנציה לצוותים במערכות המעורבות בטיפול בהם תוארה בתוכנית הלאומית כתנאי בסיסי למתן טיפול באיכות גבוהה. מנגד תוארו הקשיים בתחום זה, ובכללם מיעוט התייחסות לגריאטריה במוסדות הלימוד לרפואה וליתר מקצועות הבריאות; חוסר הכשרה של רבים מרופאי המשפחה לאבחון דמנציה, לניהול הטיפול בשלביה השונים, להתמודדות עם תסמיניה ההתנהגותיים ולתמיכה בבני המשפחה; חוסר ידע של רבים מהרופאים המקצועיים על השפעות המחלה על תחום התמחותם; העדר הכשרה ייעודית של רוב האחיות בקהילה ואי היכרותן עם מערך השירותים התומכים; נטייה פחותה של רופאים ואחיות לעסוק בתחום הדמנציה; מחסור חריף בהכשרת מטפלים סיעודיים; העדר הכשרה וכלים מתאימים לעובדים סוציאליים, המתקשים לזהות את המחלה, להתמודד עם התסמינים ההתנהגותיים ולסייע לבני המשפחה; חוסר מודעות למאפייני הדמנציה הייחודיים של קבוצות

³³⁷ שיר כהן, סמנכ"ל ממשל ותקשורת, מכבי שירותי בריאות, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 17 בנובמבר 2022.

³³⁸ ישי קום ונטלי שפיר, שם.

³³⁹ אורית חיים, מזכירת חטיבת הרפואה, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 16 בנובמבר 2022.

³⁴⁰ אתר עמותת עמד"א, כניסה: 17 ביולי 2022.

³⁴¹ דניאל סולומון, שם.

בתוכנית הלאומית
הומלץ על הרחבת
היקף הלימודים
התיאורטיים
והקליניים וכן
ההשתלמויות
במקצועות הרפואה
והבריאות ובעבודה
סוציאלית בתחומי
גריאטריה ודמנציה,
ועל פיתוח תוכניות
הכשרה לצוותים
רפואיים בקהילה

אוכלוסייה מסוימות, כמו ניצולי שואה או אנשים עם פיגור שכלי; העדר תקציב ייעודי לפיתוח תוכניות הכשרה ייעודיות.³⁴² להלן עיקרי ההמלצות בתחום הכשרת כוח אדם:

- **המלצה 1: הרחבת היקף הלימודים התיאורטיים וההתנסות הקלינית בגריאטריה בכלל ובדמנציה בפרט, בתוכניות הלימודים ברפואה וביתר מקצועות הבריאות ובבתי הספר לעבודה סוציאלית.**³⁴³
- **המלצה 2: הרחבת היקף הקורסים העל-בסיסיים וההשתלמויות בתחום זה לאחיות, לאנשי מקצועות הבריאות ולעובדים סוציאליים.**³⁴⁴
- **המלצה 3: פיתוח תוכניות הכשרה ממוקדות דמנציה לרופאי המשפחה, ובחינת אפשרויות להגדלת שיעור ההשתתפות בהן, לרבות קביעת חובת השתתפות.**³⁴⁵
- **המלצה 4: הכללת תכני לימודים והכשרה לרופאים ולאחיות בקהילה בתחומים מהותיים כמו אבחון, שימוש בכלים מתוקפים, ניהול המחלה, הדרכת המשפחה, התמודדות עם דמנציה קשה ועם תסמינים התנהגותיים ופסיכולוגיים, הדרכה למתן הנחיות טיפול מקדימות ותמיכה במצבי סוף החיים.**³⁴⁶
- **המלצה 5: שילוב נושא הדמנציה בלימודי ההמשך של עובדים סוציאליים, בעיקר אלה העובדים במערכות הבריאות והרווחה.**³⁴⁷
- **המלצה 6: הקצאת משאבים ייעודיים להכשרת רופאים, אחיות ועובדים סוציאליים בקהילה בתחום זה.**³⁴⁸

מרכז המחקר והמידע של הכנסת פנה למועצה להשכלה גבוהה בסוגיית תוכנית הלימודים במקצועות הרפואה והבריאות והעבודה הסוציאלית. בתשובה נמסר כי תוכניות הלימודים וההכשרה המעשית בתחומי הרפואה, הסייעות, מקצועות הבריאות השונים, עבודה סוציאלית וגרונטולוגיה כוללות קורסים מתחום הדמנציה, אך לא פורט מהו היקף הלימודים בנושא זה. בד בבד צוין כי אם תתקבל פנייה למועצה ממשרדי הממשלה הרלוונטיים, כגון משרדי הבריאות והרווחה, היא תיבחן ותטופל במסגרת התוכנית הרב-שנתית למערכת ההשכלה הגבוהה.³⁴⁹

³⁴² ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 23-24.

³⁴³ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 24.

³⁴⁴ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 24.

³⁴⁵ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 24.

³⁴⁶ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 24.

³⁴⁷ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 24.

³⁴⁸ ג'ני ברודסקי ואח', [תכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 24.

³⁴⁹ מיכל פרי, מנהלת פניות הציבור וחופש המידע, המועצה להשכלה גבוהה, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 29 במרץ 2022.

לדברי יו"ר המועצה
המדעית של
ההסתדרות הרפואית
בישראל, היקף
הלימודים בתחלואת
המוח ככלל הינו
בחסר בהתחשב
בהיקפי התחלואה
ובפרט בהתייחסות
לתחזיות לעתיד

יו"ר המועצה
הלאומית לגריאטריה
מסר שבתוכנית
הלימודים ברפואה
תחום הגריאטריה
לוקה בחסר,
ושהיבטים גריאטריים
בדרך כלל אינם חלק
אינטגרלי
מההתמחות
בתחומים הרפואיים
השונים

בתשובת יו"ר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) על פנייתנו, הוסבר כי נושאי הזיקנה בכלל והדמנציה בפרט נלמדים בכל בית ספר לרפואה בהתאם לתוכנית הלימודים שקבע לעצמו. לדברי יו"ר המועצה המדעית, **היקף הלימודים בתחלואת המוח ככלל הינו בחסר בהתחשב בהיקפי התחלואה ובפרט בהתייחסות לתחזיות לעתיד**,³⁵⁰ ויו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה מסר ש**בתוכנית הלימודים ברפואה תחום הגריאטריה לוקה בחסר**.³⁵¹

באשר להתמחות רופאים – כלומר תהליך ההכשרה לקבלת תעודת רופא מומחה – לדברי יו"ר המועצה המדעית קיימת הכשרה לטיפול במחלת אלצהיימר ובדמנציות אחרות בתוכניות ההתמחות לרופאים בניורולוגיה, בגריאטריה ובפסיכיאטריה, ובמידה מסוימת גם ברפואה פנימית וברפואת המשפחה, אך לא פורט מהו היקף ההכשרה.³⁵² לדברי יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה, בדרך כלל ההתמחות בתחומים הרפואיים השונים אינה כוללת היבטים גריאטריים כחלק אינטגרלי בהתמחות.³⁵³ נציין כי בתשובת משרד הבריאות על פנייתנו דווח כי המשרד מקדם התמחות בגריאטריה וברפואה פליאטיבית.³⁵⁴

יו"ר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית ציין כי כעשרה רופאים ישראלים יצאו לאורך השנים לחו"ל להשתלמויות עמיתים בתחומי הניורולוגיה הקוגניטיבית והניורו-פסיכיאטריה, הכוללים גם טיפול בדמנציה, ורופאים נוספים עברו הכשרה בישראל, שלא פורט מהי, עוד טרם אישור תוכניות השתלמות העמיתים בישראל. עם זאת, לדבריו, קיים עדיין צורך במומחים רבים נוספים בתחומים אלה.³⁵⁵

בתשובת המועצה הוסבר שהיא רואה חשיבות בהשתלמות ייעודית לאחר סיום ההתמחות ושלנוכח חשיבותם של התחומים הקשורים לדמנציה וההתפתחויות המדעיות והרפואיות בהם, המועצה פועלת עם האיגודים המקצועיים הרלוונטיים לקידום ההתמקצעות של הרופאים, בעיקר באמצעות אישור מסלולי השתלמות עמיתים. המועצה אישרה השתלמויות עמיתים בתחומי שבץ המוח ומחלות כלי דם של המוח, פסיכיאטריה של הזיקנה, הפרעות תנועה, ניורו-אימונולוגיה ואפילפטולוגיה – כולם תתי-תחומים עם היבטים משיקים ורלוונטיים לדמנציה. השתלמויות בניורולוגיה קוגניטיבית ובפסיכיאטריה ומדעי המוח נמצאות בתהליך אישור

³⁵⁰ פרופ' חנוך קשתן, יו"ר המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל, תשובה על פניית מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 16 במאי 2022.

³⁵¹ פרופ' מרק קלרפילד, יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה, שיחת טלפון, 24 באפריל 2022.

³⁵² פרופ' חנוך קשתן, שם.

³⁵³ פרופ' מרק קלרפילד, יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה, שיחת טלפון, 24 באפריל 2022.

³⁵⁴ מירי כהן, שם.

³⁵⁵ פרופ' חנוך קשתן, שם.

לדברי יו"ר המועצה
המדעית של
ההסתדרות הרפואית
בישראל, על המדינה
לדאוג למימון ייעודי
להשתלמויות עמיתים
בישראל, כדי להגדיל
את מספר הרופאים
שיוכלו להשתתף בהן

משרד הרווחה דיווח
על תוכניות הכשרה
העוסקות בדמנציה.
אין בידינו מידע על
היקף הלימודים בהן
ועל מספר
המשתתפים

במרץ 2022 פורסם
מסמך מדיניות
בנושא ההכשרות
בתחום הדמנציה,
העוסק בהכשרות
לקהלי יעד רחבים
ומגוונים

במועצה.³⁵⁶ המועצה לא פירטה היכן מתבצעות ההשתלמויות אך מסרה כי מרכזים רפואיים שעומדים בקריטריונים (שלא צוינו) יכולים לשמש כמרכזים מכשירים. באשר למספר המשתתפים בהשתלמויות אלה, לדברי המועצה הוא תלוי במספר המסגרות שיוכרו כמתאימות לקיימן ובהיקף המימון שיימצא לתקני המשתלמים. כפי שהוסבר לנו, בדרך כלל הגורם המממן הוא מוסד רפואי השולח את המשתלם להשתלמות, ובכך כרוכה אחת המגבלות הבולטות של השתלמות עמיתים בישראל בכל תחומי הרפואה. לדעת המועצה על המדינה לדאוג למימון ייעודי להשתלמויות אלה, כפי שנעשה בתחומי ההדמיה, ולהקצות תקציבים ייעודיים כדי להגדיל את מספר הרופאים שיתמחו וישתלמו בתחומים הרלוונטיים.³⁵⁷

בנושא ההכשרות, משרד הבריאות וגורמים נוספים ציינו בפנינו במיוחד הכשרות בתחום הדמנציה המפותחות ומבוצעות על ידי ארגון ג'וינט-אשל,³⁵⁸ אך אין בידינו מידע מפורט על קהלי היעד שלהן, היקפן ואופן הפעלתן. מתשובת משרד הרווחה על פנייתנו עולה כי בבית הספר המרכזי של המשרד קיימת יחידת לימוד (מודולה) העוסקת בדמנציה בכל אחת מההכשרות לעובדים סוציאליים. המשרד דיווח על 19 תוכניות שהתקיימו בשנת 2019, 17 תוכניות בשנת 2020 ו-5 תוכניות בשנת 2021, והסביר כי הירידה במספר התוכניות בשנים 2020 ו-2021 קשורה בהעדר תקציב מדינה באותן שנים ובמגפת הקורונה.³⁵⁹ אין בידינו מידע על מספר המשתתפים בתוכניות אלה ועל היקף הלימודים בהן.

במרץ 2022 פורסם מסמך מדיניות בנושא ההכשרות בתחום הדמנציה, שגובש בעקבות שיתוף פעולה בין מגוון גורמים ממשלתיים, מקצועיים וציבוריים, במהלך שהובל על ידי משרד הבריאות וג'וינט-אשל ושהוגדר כחלק מיישום התוכנית הלאומית; זאת במטרה לפתח תפיסת הכשרות לאומית בתחום הדמנציה, תוך התייחסות פרטנית למגזרים ולמקצועות שונים.³⁶⁰ **קהלי היעד שעבורם מוצעות ההכשרות הם רחבים ומגוונים מאוד** וכוללים רופאי משפחה, אחים ואחיות, עובדים סוציאליים, עובדי מקצועות הבריאות (ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת, תזונה, פיזיותרפיה, ליווי רוחני), וכן אנשי צוות סמך-מקצועיים (מטפלים סיעודיים, מטפלים זרים, מדריכות תעסוקה ומתנדבים), בני משפחה של החולים, הקהל הרחב לרבות ילדים ונוער, ונותני שירותים (צוותי חירום של מגן דוד אדום/המשטרה/לוחמי האש, נהגי תחבורה ציבורית, אנשי מכירות, קופאים, פקידים ועוד).³⁶¹ מגבשי המסמך המליצו לקיים הכשרות רענון או הכשרות

³⁵⁶ פרופ' חנוך קשתן, שם.

³⁵⁷ פרופ' חנוך קשתן, שם.

³⁵⁸ מירי כהן, שם; יהונתן למברגר, שם; נתי בלום, שם.

³⁵⁹ דניאל סולומון, שם.

³⁶⁰ דניאל סולומון, שם; נטע כהן, [פיתוח תפיסת הכשרות לאומית בדמנציה בחלוקה מגזרית ורב-מקצועית](#), משרד הבריאות וג'וינט אשל, עמ' 7, פורסם: מרץ 2022.

³⁶¹ נטע כהן, [פיתוח תפיסת הכשרות לאומית בדמנציה בחלוקה מגזרית ורב-מקצועית](#), עמ' 4-5.

מגבשי מתווה
ההכשרות המליצו
לקיים הכשרות רענון
או הכשרות המשך
תקופתיות, ובחלק
מהן לעודד
השתתפות באמצעות
תמריצים, אך הם לא
קבעו נורמות
מחייבות

המשך תקופתיות, לרבות לעובדים בקביעות עם חולי דמנציה ובפרט כשיש עובדים חדשים בארגון או בעת עדכון ידע רלוונטי, אך הם הותירו בידי כל ארגון את הסמכות לקבוע את מידת הצורך בהכשרות רענון ואת תדירותן והיקפן, מבלי לקבוע נורמות מחייבות.³⁶²

במסגרת המתווה הומלץ לכל תחום מקצועי על הכשרות בנושאי חובה ובנושאים נוספים (תוך חפיפה מסוימת בין נושאי ההכשרות בתחומים השונים), בהיקפי שעות מינימליים מוגדרים. כך לדוגמה, בתחום רפואת המשפחה פורטה תוכנית הכשרות בהיקף כולל של 28 שעות לפחות, ובתחום העבודה הסוציאלית בהיקף כולל של 22 שעות לפחות.³⁶³ תוכנית ההכשרה מיועדת לגורמים מקצועיים במסגרות השונות (לדוגמה, עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים, במרכזי יום, בבתי דיור מוגן, בבתי אבות ובעמותות), וכל ארגון אמור לבחור מבין הנושאים את הדגשים הרלוונטיים לו בכפוף למגבלות זמן, כוח אדם ותקציב.³⁶⁴ בנוגע למקצועות מסוימים, כגון רופאי משפחה, הוצע במסמך לעודד קיום הכשרות גם באמצעות חיבורן למבחני תמיכה, לתמריצים ולנהלים קיימים.³⁶⁵ כאמור, מתווה זה פורסם בתחילת שנת 2022. לדברי משרד הבריאות, הגופים השותפים בפורום הפרויקט יקיימו בשנתיים הקרובות הכשרות בהתאם לתפיסה שגובשה, והן ייבחנו במחקר מלווה במטרה לגבש סטנדרט לאומי להכשרות בתחום הדמנציה בארץ.³⁶⁶ המשרד דיווח גם כי במהלך השנה הקרובה צפוי להיבנות מודל הכשרה למטפלים במוסדות סיעודיים, שיכלול בין השאר יישום טכנולוגיות שקודמו על ידי המשרד באמצעות מכרזים,³⁶⁷ כדוגמת יישומון Better Care.³⁶⁸ נציין כי לדעת מנכ"לית עמותת עמד"א, כפי שמסרה בשיחה עימנו, יש לחייב את כל המטפלים בהכשרה ובהכשרת רענון, ולהתנות רישוי למוסדות בקיום הכשרות לעובדים.³⁶⁹

בעקבות פנייתנו לקופות, דיווחו לנו כולן על פעולות הדרכה מסוימות לצוותים הרפואיים. הכללית השיבה שהיא מקיימת באופן רציף תוכנית הכשרה במחוזות לכלל הצוותים לרבות אלה שבמקצועות הבריאות, ושבעקבות פרסום התוכנית הלאומית התקיימו הכשרות ארציות וימי עיון

³⁶² נטע כהן, [פיתוח תפיסת הכשרות לאומית בדמנציה בחלוקה מגזרית ורב-מקצועית](#), עמ' 20.

³⁶³ בין הנושאים להכשרה: מאפייני הדמנציה וזיהוי התסמינים, תהליך אבחון המחלה, הקטנת הסיכון למחלה, חוויית החיים עם דמנציה, טיפול ממוקד-אדם בהקשר של דמנציה, תקשורת עם החולים, התמודדות עם התנהגויות מאתגרות, חוק ואתיקה בהקשר של כשירות לקבלת החלטות, מניעת התעללות והזנחה, סיוע לבני משפחה ולמטפלים עיקריים, זכויות ושירותים לחולים ולמשפחותיהם, עבודה מתואמת בצוות רב-מקצועי, וליווי החולה ומשפחתו במצבי סוף החיים. נטע כהן, [פיתוח תפיסת הכשרות לאומית בדמנציה בחלוקה מגזרית ורב-מקצועית](#), עמ' 51-55.

³⁶⁴ נטע כהן, [פיתוח תפיסת הכשרות לאומית בדמנציה בחלוקה מגזרית ורב-מקצועית](#), עמ' 20, 51.

³⁶⁵ נטע כהן, [פיתוח תפיסת הכשרות לאומית בדמנציה בחלוקה מגזרית ורב-מקצועית](#), עמ' 40.

³⁶⁶ מירי כהן, שם.

³⁶⁷ מדובר במרכזי אתגר (מכרזים המגדירים את הבעיה אך לא את דרכי הפיתרון). מירי כהן, שם.

³⁶⁸ מירי כהן, שם. יישומון Better Care מאפשר למטפלים מתחומים שונים לקבל מידע והדרכה ספציפית בעת מתן הטיפול.

³⁶⁹ [Better Care](#), Google Play, updated: October 14th 2021, accessed: July 4th 2022.

³⁶⁹ ד"ר נתי בלום, שם.

**כל קופות החולים
דיווחו על פעולות
הדרכה מסוימות
לצוותים הרפואיים.
לא כולן פירטו את
תכניהן, היקף יישומן
ותוצאותיהן**

מחוזיים. כמו כן נמסר שקיימת לומדה המשמשת להכשרה קבוצתית ואישית ברמת המרפאה.³⁷⁰ הקופה לא פירטה מהם תכני ההכשרות ומתי ובאיזה היקף הן יושמו.

גם מכבי דיווחה כי היא מקיימת הכשרות, ימי עיון וכנסים בתחום הגריאטריה ברמה ארצית ומחוזית ומעודדת השתתפות בכנסים בתחומים משיקים, אך לא פורטו נתונים על היקפי ההשתלמויות והמשתתפים, תדירות ההכשרות וכיוצא באלה. הקופה פיתחה לדבריה, בשיתוף עם עמותת עמד"א, לומדה עבור צוותי רפואה ראשונית, בין היתר בנושאי דמנציה ומילוי הנחיות מקדימות לטיפול.³⁷¹

מאוחדת מסרה שמשנת 2019 היא מפעילה לומדה בתחום האיתור והניהול של דמנציה, המיועדת לרופאי משפחה, לאחיות, לעובדי מקצועות הבריאות ולמזכירות רפואיות. לדבריה רוב אנשי מקצועות הבריאות השתמשו בלומדה, אך לצידם צוינו רק רופאים ממחוז הצפון של הקופה (61% מהם השתמשו בלומדה); במחוז זה פועלת כאמור מרפאה ייעודית לדמנציה. נוסף על כך, מערך השירות הסוציאלי של הקופה עובר משנת 2020 הכשרה שנתית בנושא דמנציה. עוד נמסר כי בשנת 2018 התקיים כנס ארצי רב-תחומי בהשתתפות 150 אנשי מקצוע מכל המחוזות, וכן הופקו עלוני מידע לשימוש צוותי המרפאות הראשוניות ולקהל הרחב בשפות שונות.³⁷² גם במקרה זה, אין בידינו מידע על התכנים הספציפיים של ההכשרות ועל תוצאותיהן המעשיות מבחינת איכות הטיפול.

לאומית השיבה כי בפברואר 2020 התקיים מערך הדרכה על דמנציה במסגרת האקדמיה החדשנית של לאומית, שהיא מסגרת השתלמות מתמשכת המיועדת לכל רופאי המשפחה בקופה, ושכפועל משתתפים בה כ-150 רופאי משפחה. ההדרכה כללה שלוש הרצאות מצולמות, שאלונים מקוונים לתרגול ומפגש עמיתים בקבוצות קטנות, לשם לימוד ותרגול הערכה קוגניטיבית, התאמת טיפול תרופתי ותמיכה במשפחת המטופל. לאחיות לא התקיימו הדרכות ייעודיות.³⁷³

בתשובת משרד הבריאות צוין כי שיתוף הפעולה שלו בעבר עם קופות החולים כלל עריכת כנסים, ימי עיון והכשרות להעלאת המודעות של הצוותים הרפואיים להיבטים שונים של ההתמודדות עם מחלות הדמנציה.³⁷⁴ בשנים 2016–2018 בוצעה על ידי המשרד וג'וינט-אשל תוכנית לאבחון וטיפול בדמנציה ברפואה ראשונית, שבמסגרתה פיתחה ויישמה כל אחת מקופות החולים תוכנית משלה.³⁷⁵ לפי דוח המחקר המלווה לתוכנית מאוקטובר 2018, התוכנית היתה בעלת

³⁷⁰ נועה דנאי, שם.

³⁷¹ יובל חמו, שם.

³⁷² ישי קום, שם.

³⁷³ פרופ' שלמה וינקר, שם.

³⁷⁴ מירי כהן, שם.

³⁷⁵ מירי כהן, שם.

חשיבות בהנעת תהליך של "תכנון על" ושיתוף בין קובעי המדיניות הממשלתיים, קופות החולים והמגזר השלישי, וכן הגברת מודעות ושינוי בשיח המקצועי, וזאת למרות היקפה המצומצם יחסית.³⁷⁶

10. אתגר 7: מחקר ופיתוח

על פי התוכנית הלאומית, חלק גדול מהמחקר בתחום מחלות הדמנציה ממוקד בהיבטים של איתור גורמי סיכון, דחיית התפרצותה של המחלה, עיכוב התקדמותה ופיתוח תרופות, וזאת לעומת מידה מועטה יותר של תשומת לב לתחומי מחקר חשובים אחרים, כמו מחקר אפידמיולוגי, פיתוח כלים לאיתור מוקדם של דמנציה וכלים הממוקדים בליקויים ספציפיים המאפיינים את המחלה, מחקר לפיתוח אמצעים טכנולוגיים להקלת הטיפול, מחקר על ההשלכות הכלכליות של המחלה על החולה ומשפחתו ועל החברה, סוגיות הנוגעות לאיכות החיים במצבי סוף החיים, ומחקרי הערכה של תוכניות חדשניות ושירותים נסיוניים. כמו כן צוין שבישראל כמעט שלא נערכים מחקרים מבוקרים שיש בהם כדי לשרטט תמונה מבוססת ראיות של הטיפולים והשירותים הניתנים לחולים.³⁷⁷

בתוכנית הוצע לפעול בכיוונים האלה:

- **המלצה 1: הגדרת מדדי תוצאה לאבחון דמנציה ולטיפול איכותי בחולים, והשקעה בתהליך פיתוחם ובאמצעי המדידה;**
- **המלצה 2: גיבוש סדר יום למחקר בנושאים שבהם חסר מידע, במיוחד בתחום האפידמיולוגיה של דמנציה ובתחום ארגון השירותים וההיבטים החברתיים-כלכליים של המחלה – בכלל זה הרחבת המשאבים למחקר וחלוקת מלגות ומענקי מחקר, וכן ארגון קבוצות מחקר מתחומים שונים ויצירת שיתופי פעולה עם התעשייה ועם מרכזי מחקר אחרים בעולם, לצד הבטחת הכללתן של קבוצות ייחודיות בכל המחקרים;**
- **המלצה 3: מיסוד ערוצים להעברת ידע בין גורמי המחקר לבין שירותי הטיפול והפצת הממצאים במהירות האפשרית;**
- **המלצה 4: נקיטת צעדים שיתנו מענה לסוגיות האתיות הכרוכות בעריכת מחקר בחולי דמנציה;**
- **המלצה 5: הפעלת רשם לאומי לתיעוד ההימצאות וההיארעות של מחלות הדמנציה ורמות החומרה שלהן;**

לפי התוכנית
הלאומית, חלק
מהתחומים בחקר
הדמנציה לא זכו
למידה מספקת של
תשומת לב, ובישראל
כמעט שלא נערכים
מחקרים מבוקרים
על הטיפולים
והשירותים הניתנים
לחולים

בתוכנית הומלץ
לפתח ממדי תוצאה
לאבחון ולטיפול,
לגבש סדר יום
למחקר תוך יצירת
שיתופי פעולה
והרחבת המשאבים
למחקר, מיסוד
ערוצים להעברת ידע
בין גופי המחקר
והטיפול, מתן מענה
לסוגיות אתיות
הכרוכות במחקר
בחולים, והפעלת
רשם דמנציה לאומי

³⁷⁶ ד"ר שרה אלון, אבחון וטיפול בדמנציה ברפואה ראשונית – דוח מחקר מלווה לשנים 2016–2018, אוקטובר 2018, עמ' 40–41.

³⁷⁷ ג'ני ברודסקי ואח', [תוכנית לאומית להתמודדות עם מחלת האלצהיימר ודמנציות אחרות](#), עמ' 25.

• **המלצה 6: ייעוד מענקי מחקר בנושאים הקשורים לדמנציה מתוך הכספים המיועדים למחקר על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.**

בפנייתנו למשרד הבריאות ביקשנו את התייחסותו להמלצות בתחום המחקר והפיתוח. המשרד השיב שכל פרויקט ביצועי מלווה במחקר, אך הוא לא התייחס בתשובתו לכלל המלצות התוכנית. עם זאת ידוע, על בסיס המידע שהתקבל מהמשרד, כאמור, כי ההמלצה להפעלת רשם דמנציה לאומי (המלצה 5) לא יושמה.³⁷⁸

בעניין הגדרת מדדי תוצאה ופיתוח כלי מדידה (המלצה 1), הרי שמבדיקת דוחות היישום של התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואה בקהילה ולבתי חולים כלליים וגריאטריים, עולה כי בדוח בנושא בתי החולים לשנים 2013–2021 נכלל מדד שיעור המטופלים בני 65 ומעלה שבמהלך האשפוז עברו סיקור קוגניטיבי, שממצאיו תועדו במכתב השחרור מבית החולים. בדוח הוסבר כי הליך זה יסייע בקבלת החלטה על המשך בירור בקהילה לצורך אבחון וטיפול, בהתאמת הטיפול למטופל, בניהול המחלה, בשיפור איכות החיים של המטופלים ובהורדת שיעורי התמותה. לפי ממצאי הדוח, 91% מכ-13,700 המטופלים הרלוונטיים בשנת 2021 בבתי החולים שנבדקו עברו סיקור, ובכך הושג היעד שהוצב לאותה שנה (85%).³⁷⁹ עם זאת, בדוח בנושא רפואת הקהילה לשנים 2016–2018 לא הוזכר מדד איכות לאבחון ולטיפול בדמנציה.³⁸⁰

11. **דין על יישום התוכנית הלאומית**

על בסיס המידע שנאסף במהלך הכנת המסמך, אפשר לשרטט כמה ממצאים מרכזיים לגבי יישום ההיבטים השונים של התוכנית הלאומית.

ראשית עולה מן המסמך כי **בידי משרד הבריאות, משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי וקופות החולים אין מידע מהימן על מספר החולים בדמנציה, קל וחומר על מספר האנשים הסובלים מירידה קוגניטיבית קלה והזקוקים לאבחון מדויק ולטיפול בשלב מוקדם**. בידי משרד הבריאות יש רק הערכות שלפיהן מספר החולים בישראל כיום הוא כ-150,000 בני אדם. המשרד לא מסר על מה מבוססת הערכה זו. העדר הנתונים קשור בחלקו לעובדה שבמשרד הבריאות לא הוקם רשם דמנציה לאומי, וזאת בניגוד להמלצה מפורשת שנכתבה במסמך התוכנית הלאומית. באשר לקופות החולים, שלוש מהן (הכללית, מכבי ומאוחדת) מפעילות רשמי דמנציה משלהן, שכל אחד מהם מתייחס למבטחי הקופה הרלוונטית. לא ידוע לנו מהן ההגדרות שלפיהן מזהה כל קופה את חולי הדמנציה מקרב מבטחיה, ובאיזו מידה הגדרות אלה דומות זו לזו. נוסף על כך, נתוני הרשמים של הקופות אינם כוללים בהכרח את כל המבטחים

³⁷⁸ מירי כהן, שם.

³⁷⁹ משרד הבריאות, התוכנית הלאומית למדדי איכות: בתי חולים כלליים, גריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפוח חלב ושירותי חירום (מד"א וחברות אמבולנסים), דוח לשנים 2013–2021, עמ' 307–310, פורסם: יולי 2022, כניסה: 7 בנובמבר 2022.

³⁸⁰ משרד הבריאות, התוכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דוח לשנים 2016–2018, פורסם: נובמבר 2019, כניסה: 7 בנובמבר 2022.

משרד הבריאות לא
התייחס ליישום כלל
ההמלצות בתחום
המחקר והפיתוח

לפי דוח מדדי האיכות
לבתי חולים כלליים
וגריאטריים עולה כי
91% מכ-13,700
המטופלים
הרלוונטיים בשנת
2021 בבתי החולים
שנבדקו עברו סיקור
קוגניטיבי, ובכך הושג
היעד שהוצב לאותה
שנה (85%). בדוח
בנושא רפואת
הקהילה לשנים
2016–2018 לא נכלל
מדד איכות בתחום
הדמנציה

מהמידע שהתקבל
עולה כי בידי משרד
הבריאות, משרד
הרווחה, המוסד
לביטוח לאומי וקופות
החולים אין מידע
מהימן על מספר
החולים בדמנציה,
כמו גם על מספר
האנשים הסובלים
מירידה קוגניטיבית
קלה והזקוקים
לאבחון מדויק
ולטיפול בשלב
מוקדם

שאובחנה בהם דמנציה, שכן חלק מהאבחונים נעשים באופן פרטי ואינם מדווחים למערכת הציבורית. יתר על כן, בעיה מרכזית בהערכת שיעור התחלואה נובעת משיעור גבוה של תת-אבחון, שנאמד ב-30%-70% (בהתאם לחומרת הירידה הקוגניטיבית), ושנגרם כתוצאה ממגוון סיבות המפורטות במסמך.

לגבי חלק ניכר מהמלצות התוכנית הלאומית אין במידע שבידינו כדי לאפשר קביעה בדבר

היקף יישומן. כך לדוגמה, משרד הבריאות לא ידע להשיב מהו מספרן ואופן פריסתן של מרפאות הזיכרון, שהקמתן נתונה לאחריות קופות החולים, וגם קופות החולים לא מסרו מידע מלא בנושא זה. בשל כך אין בידינו תשובה לשאלה האם מספרן ופריסתן של מרפאות אלה מספקים, או עד כמה ההפניה אליהן היא מסודרת ומקיפה ובאיזה שלב של הירידה הקוגניטיבית היא מתבצעת. כמו כן, אין בידינו מידע המצביע על קידום טיפול הולם לבעיות רפואיות נלוות של החולים, ועל גיבוש מודל טיפול המבטיח רצף טיפולי בחולים לאורך תקופת מחלתם.

בנוגע למערך המוסדות לאשפוז ממושך (מחלקות סיעודיות ומחלקות "תשושי נפש"), משרד הבריאות אמנם ציין שלא נדרשת הרחבת מסגרות אלה, בשל הרחבת הטיפול בקהילה, אך לאור ההבדלים בין המחוזות בשיעור המיטות נשאלת השאלה באיזו מידה פריסת המיטות ברחבי הארץ תואמת את הצרכים בכל מחוז, וכן עד כמה הטיפול הניתן במסגרת האשפוז תואם את צרכיהם של חולי הדמנציה. משרד הבריאות ציין גם תוכניות פיילוט למסגרות אשפוז אינטימיות, בהתאם להמלצות, אך לא פירט מה צפוי בעקבותיהן ומה לוח הזמנים לביצוע, והדגיש שלא קיימת כיום מסגרת מימון לנושא זה.

באשר להמלצה על תמיכה ישירה בבני המשפחה, הרי שלמרות המודעות לכאורה לחשיבותה, לא דווח לנו על הכנת תוכנית תמיכה סדורה ולא ברור מהו היקף הסיוע הכולל (שחלק ממנו ניתן במסגרת מבחן תמיכה של משרד הבריאות לקופות החולים), מהי מידת זמינותו לכל המשפחות ומהי מידת האפקטיביות שלו. בד בבד, לא קיבלנו ממשרד הבריאות מידע על קידום המחקר והפיתוח בתחום הדמנציה, שעליו הומלץ בתוכנית הלאומית בדגש על תחומים שהמחקר בהם מועט.

מהמסמך עולה גם שבחלק מהאתגרים שהוגדרו במסגרת התוכנית הלאומית החל דיון, שתוצאותיו עדיין אינן ידועות. כך למשל, משרד הבריאות מסר שהוא אמור לפרסם סטנדרטים מעודכנים לטיפול בשלבי סוף החיים, אולם בשלב זה לא ידוע לנו מה הם יכללו. כמו כן, המוסד לביטוח לאומי עסק בשאלת הכלים המתאימים להערכת תלות ולקביעת זכאותם של חולי דמנציה לסיוע מטעמו, אך בחינה זו עדיין לא הושלמה. הוთוה גם מידרג תפקידים חדש למטפלים סיעודיים, אך סוגיית התגמול הדיפרנציאלי שלהם בהתאם למורכבות הטיפול נתונה במחלוקת בין המוסד לביטוח לאומי לבין משרד האוצר. בנוגע למרכזי היום, הפועלים באחריות משרד הרווחה, נמסר לנו כי ועדה בין-משרדית דנה ברפורמה בהם, אולם ככל הנראה לא יוחדה בדיוני הוועדה התייחסות למאפיינים הספציפיים של חולי דמנציה.

לגבי חלק ניכר מהמלצות התוכנית הלאומית אין במידע שבידינו כדי לאפשר קביעה בדבר היקף יישומן. לדוגמה, איננו יכולים לקבוע אם מספרן ואופן פריסתן של מרפאות הזיכרון, שהקמתן נתונה לאחריות קופות החולים, הם מספקים, עד כמה ההפניה אליהן היא מסודרת ובאיזה שלב במחלה היא מתבצעת

בחלק מהאתגרים שהוגדרו במסגרת התוכנית הלאומית החל דיון, שתוצאותיו עדיין אינן ידועות. לדוגמה, משרד הבריאות אמור לפרסם סטנדרטים מעודכנים לטיפול בשלבי סוף החיים, אך בשלב זה לא ידוע לנו מה הם יכללו

חסם מרכזי ליישום התוכנית הלאומית הוא בעיית התכנון והתקצוב ארוכי הטווח, שתלויים בה למשל שיפור האבחון והטיפול הרפואי, עידוד השתלמויות רופאים והכשרת מטפלים. פעולות שנעשות ליישום התוכנית מתבצעות במסגרת תוכניות העבודה השוטפות של משרד הבריאות

לדברי מנכ"לית עמותת עמד"א, לא הוקצה לתוכנית הלאומית תקציב מתאים תוך איגום משאבים ולא בוצעה חלוקת תחומי אחריות ומשאבים בין כל הגופים המעורבים בהתאם לתחומי עיסוקם

חסם מרכזי ליישום התוכנית הלאומית הוא בעיית התכנון והתקצוב ארוכי הטווח, שתלויים בה למשל שיפור האבחון והטיפול הרפואי, עידוד השתלמויות רופאים, הכשרת מטפלים ועוד. **לפי תשובת משרד הבריאות בנושא, יישום התוכנית הלאומית לא תוקצב בצורה משמעותית ברמה הממשלתית והוא מתבצע במסגרת תוכניות העבודה השוטפות של אגף גריאטריה במשרד**. מהמידע שהתקבל עולה שמשרד הבריאות הקצה תקציבים לפעולות מסוימות (למשל לתמיכה בבני המשפחה של החולים), אולם לא נמסר מהו סך התקציב הכולל שהוקצה לטובת חולי דמנציה בלבד ומה שיעור הניצול של תקציב זה. מתשובת המשרד עולה שתקציב האגף מוקצה לפרויקטים שונים בתחום הזקנה (חלקם מבוצעים בשיתוף עם ג'וינט-אשל), שחלקם נוגעים בין היתר לתחום הדמנציה (לצד תחומים נוספים), כגון מבחני תמיכה לקופות החולים ותמרוץ בתי חולים כלליים לשפר את מערך האבחון והטיפול במטופלים עם ירידה קוגניטיבית, כפי שתואר במסמך.³⁸¹ כיוון שלא הוקצה תקציב ייעודי רב-שנתי לנושא הדמנציה, עולה שאלה באשר ליכולת המשרד להבטיח יישום עקבי ומתמשך של ההמלצות תוך ראייה כוללת של הצרכים.

במסגרת התייחסות קופות החולים לנושא, ציינה הכללית שהתוכנית הלאומית אושרה ללא תקציב משמעותי להרחבת סל שירותי הבריאות, ושהתמיכה ביישומה ניתנת בעיקרה באמצעות מבחני תמיכה, שחסרונם בכך שאינם מרחיבים את עלות סל שירותי הבריאות ושאינם ודאות לגבי המשכיותם, מה שמקשה על גיוס כוח אדם ופיתוח תשתיות. לדברי הקופה, העדר התקציב הוא הקושי העיקרי ביישום התוכנית.³⁸² גם מאוחדת גרסה שבעיית התקציב היא חסם מרכזי (לצד הכשרת צוותים בכל מקצועות הרפואה והבריאות והגברת המודעות הציבורית לחשיבות המניעה ומתן הנחיות מקדימות), ושבראיה ארוכת טווח, חשוב להסדיר את נושא התקצוב הקבוע לקופות, שיכוון לפיתוח תשתיות ושירותים, לגיוס כוח אדם ייעודי ולהכשרת צוותים.³⁸³ לאומית דיווחה שבהעדר תקציב ייעודי לנושא, פעילות הצוותים לאיתור ולאבחון וכן לטיפול בחולים נעשית מול כחמישית מאוכלוסיית היעד בכל שנה והכשרת כוח האדם היא מוגבלת.³⁸⁴ על פי כלל המידע שבידינו נראה שיישום ההמלצות עד כה אכן הוגבל ברובו לפעולות שאינן מחייבות השקעת משאבים נרחבים לצורך קידום פתרונות יסודיים. כך לדוגמה, דווח על ידי גורמים שונים על ביצוע הדרכות מקצועיות (למשל לצוותים רפואיים), יותר מאשר על פעולות להרחבת תשתיות (כגון הקמת שירותי טיפול ותמיכה). על כך נוסיף את דברי מנכ"לית עמותת עמד"א, שלפיהם לא הוקצה לתוכנית הלאומית תקציב מתאים תוך איגום משאבים ולא בוצעה חלוקת תחומי אחריות ומשאבים בין כל הגופים המעורבים בהתאם לתחומי עיסוקם.³⁸⁵

³⁸¹ מירי כהן, מענה לשאלות הבהרה של מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוא"ל, 24 בנובמבר 2022.

³⁸² נועה דנאי, שם.

³⁸³ ישי קום, שם.

³⁸⁴ פרופ' שלמה וינקר, שם.

³⁸⁵ ד"ר נתי בלום, מנכ"לית עמותת עמד"א, שיחת טלפון, 24 בפברואר 2022.

כמעט עשור לאחר
פרסום התוכנית
הלאומית, ההיערכות
להתמודדות עם
מחלת הדמנציה
נדרשת להתאים,
מצד אחד, לגידול
בהיקף האוכלוסייה
ובשיעור האזרחים
הוותיקים בתוכה,
ומצד שני
להתפתחויות מדעיות
בהתמודדות עם
המחלה

נזכיר כי המלצות התוכנית הלאומית פורסמו בשנת 2013, כלומר לפני עשור כמעט, וההיערכות להתמודדות עם מחלת הדמנציה נדרשת להתאים, מצד אחד, לגידול בהיקף האוכלוסייה ובשיעור האזרחים הוותיקים בתוכה, ומצד שני להתפתחויות מדעיות בהתמודדות עם המחלה – שני מישורים שצפויה בהם מגמת עלייה מתמשכת, כדוגמת ההתפתחויות בתחום הטיפול התרופתי שצוינו במסמך. בתשובה על שאלתנו בדבר התאמת התוכנית הלאומית לצרכים כיום, השיבו קופות החולים הכללית, מאוחדת ולאומית שרוב המלצות עדיין רלוונטיות ושהתוכנית רחבה דיה, מקיפה את כל ההיבטים הנדרשים ונותנת מענה טוב לצרכים.³⁸⁶ משרד הבריאות ומכבי לא השיבו על שאלה זו, ומשרד הרווחה השיב שהוא מבקש להעמיק וללמוד את הנושא.³⁸⁷ נזכיר בהקשר זה כי בתוכנית הלאומית לא פורטו המלצות מפורשות בנושאים מרכזיים כמו הכשרת מטפלים סיעודיים (אף שבפועל פותחו מתווי הכשרה, כאמור, במסגרת פורומים בין-משרדיים) או הבטחת איכות הטיפול במוסדות האשפוז הממושך.

³⁸⁶ נועה דנאי, שם; פרופ' שלמה וינקר, שם; ישי קום, שם.

³⁸⁷ דניאל סולומון, שם.

