

בריאות האוכלוסייה ורפואה בגליל - סיכומים

15 בפברואר 2025

מבוא למערכות בריאות בעולם

מבוא

בשיעור נדבר על:

- מהי מערכת בריאות ועל מה היא מושטת
- מבט על מערכות בריאות בעולם
- כיצד הדבר בא לידי ביטוי ביחסי מטפל-מטופל, ועל המקרה הישראלי

אתגרים מרכזיים במערכות בריאות מודרניות

מערכות הבריאות בעולם ניצבות מול **שלושה אתגרים עיקריים**:

1. **הזדקנות האוכלוסייה**
 - עלייה בתוחלת החיים מובילה ליותר מחלות ויותר צורך בטיפול רפואי, כולל מחלות כרוניות.
2. **התפתחות טכנולוגית**
 - קצב השינויים הטכנולוגיים מקשה על המערכות להתעדכן ולהטמיע חידושים. הטכנולוגיה כוללת לא רק מכשור רפואי אלא גם תרופות, אשר עלותן עולה בהתמדה.
3. **עלויות גדלות**
 - תרופות יקרות יותר, לצד צורך בטיפול רפואי נרחב יותר, גורמים לעלייה מתמדת בהוצאות.

שאלה לדיון: אם האתגרים דומים, האם גם הפתרונות דומים?

ניתן לראות בשקף (לא מוצג כאן) שני פרמטרים של הוצאה:

1. **הוצאה על הזדקנות אוכלוסייה**
2. **הוצאה על הרחבת השירותים** שניתנים על ידי מערכת הבריאות (Benefit Expansion).
הנתונים מראים שמדינות שונות משקיעות היקף שונה של תקציב; מכאן אפשר ללמוד כי לא רק האתגרים מגוונים, אלא שגם דרכי ההתמודדות משתנות ממדינה למדינה.

ערכים: הוגנות לעומת אוטונומיה

- **הוגנות:** הענקת מה שכל אחד צריך (לא בהכרח שוויון).
- **אוטונומיה:** היכולת לבחור כמטופל מה שמתאים לי. לדוגמה, למי שיש יכולת לרכוש לעצמו שירות יקר יותר תהיה אפשרות כזאת.

שחקנים שונים

מעבר למטופל ולמטפל, קיימים גם:

- מבטחים
- בתי חולים
- רופאים
- מחוקקים (ממשלה)

מערך הקשרים בין כל הגורמים הללו יוצר שונות במבנה המערכות הבריאותיות.

סוגים של מערכות בריאות

ניתן להגדיר ארבעה **אבות טיפוס** הנבדלים ברמת האינטגרציה מול הפרגמנטציה של השחקנים השונים:

סוג	מאפיינים
A	הכל תחת גג אחד: מתן שירות, ביטוח, וכדומה.
B	פיצול לאורך - מספר גורמים אבל כל גורם נותן שירותים מא' עד ת' (כמו קופות החולים בישראל שמבטחות ומספקות שירותים). המטופל בוחר בין הקופות.
C	פיצול לרוחב - מספר גורמים שכל אחד נותן שירות שונה (למשל: חברה מבטחת אחת, רופא ראשוני אחד וכו').
D	הפרדה מלאה בין הגורמים במערכת הבריאות, המובילה לעיתים לפחות נוחות למטופל.

מודלים של מערכות בריאות באירופה

1. מודל ביסמארק (גרמניה): מס Funds Sick פרוגרסיבי מעובדים ומעבידים אוטו פון ביסמארק נחשב לאבי מדינת הרווחה באירופה. מתוך תפיסה זו, הוא ייסד מערכת בריאות שמטרתה לדאוג לעובדים ולמעבידים. המערכת עובדת על Sick Funds, מס פרוגרסיבי שהעובד והמעביד משלמים יחד.

- מי שלא עובד או שאין ביכולתו לשלם – המדינה דואגת לו (Fund Sick מדינתי).
- מבחינת ציר הערכים: שואפת לכיוון של הוגנות ושוויון (גם העובד וגם המעביד משלמים; למי שאין – המדינה משלמת).
- יחד עם זאת, יש מרכיב של אוטונומיה בבחירה בין מספר Funds Sick.
- מבחינת סוג המודל: דומה ל-B. כלומר, ישנם מספר גופים (Funds Sick שונים), כאשר כל גוף מספק מגוון רחב של שירותים באינטגרציה פנימית.

2. מודל בוורידג' (בריטניה): מערכת ציבורית אוניברסלית – המודל הבריטי – ה-NHS Service Health National – הוא מערכת ציבורית אוניברסלית (מודל מסוג A), שבה כל אזרח רשאי לקבל שירותי בריאות בחינם. המערכת ממומנת על ידי מיסים.

- **עקרון מרכזי:** מימון ציבורי מלא דרך מיסים.
- ציר הערכים: נטייה חזקה יותר לכיוון הוגנות. עדיין קיימת אוטונומיה מסוימת (למשל בבחירת רופא), אך הבסיס הוא מערכת אחידה ונגישה לכולם.

קנדה: שילוב פחות מוצלח של פרטי וממשלתי

בקנדה יש בעיה של זמני המתנה עצומים:

- כ-10 שבועות המתנה לטיפול.
- כ-9 שבועות המתנה נוספים למומחה.

בעבר (לפני 20 שנה) זמני ההמתנה היו קצרים יותר. הסיבות העיקריות הן:

- לקנדה ביטוח בריאות ממלכתי (המדינה היא המבטחת), אך הקשר בין הספקים השונים לא תמיד יעיל.
- המודל דומה למודל מסוג C: המדינה מממנת, הספקים נפרדים, ויש ביניהם יחסי ספק-לקוח מורכבים. בציר של הוגנות מול אוטונומיה, המערכת הקנדית נוטה יותר לכיוון **הוגנות** ופחות לאוטונומיה.

ארצות הברית (ארה"ב)

בארה"ב מתקיימות למעשה שתי מערכות:

1. **מערכת פרטית** – שמבוססת על ביטוחים פרטיים.
2. **מערכת מדינתית** – מחולקת בעיקרה לשתי תכניות:
 - **Medicare** – לקשישים (בהגיעם לגיל פרישה).
 - **Medicaid** – לעניים (צומצמה משמעותית תחת ממשל טראמפ).

למרות התכניות המדינתיות, המודל האמריקאי בכללותו נחשב יותר לכיוון **D** – הרבה הפרדה וריבוי גורמים פרטיים. לכן, הדגש הוא על **אוטונומיה** יותר מאשר הוגנות.

יפן

יפן מתאפיינת בהוצאות בריאות פר אדם יחסית נמוכות, **למרות** שיש בה את אחד השיעורים הגבוהים בעולם של מכשירי CT ו-MRI לנפש. מדוע?

- לצד הרפואה החדשה, קיימות מסורות רפואה משלימות (מסורתיות) הפועלות במקביל.
- מדובר במודל פרגמטי למדי, המשלב ישן וחדש באופן שמצמצם עלויות כוללות.

לסיכום: כל מדינה מאמצת מודל ייחודי המשקף ערכים שונים של הוגנות מול אוטונומיה, בשילוב של הסדרים שונים בין הגורמים המספקים את השירותים הרפואיים. לאתגרי הגיל, הטכנולוגיה והעלויות – יש מגוון פתרונות, והם תלויים בהעדפות החברתיות, הכלכליות והפוליטיות של כל מדינה.

מבוא למערכת הבריאות בישראל

להלן סיכום ההרצאה מיום 27 בנובמבר 2024 בנושא התפתחות מערכת הבריאות בישראל, לפי הסדר שבו הובאה בשיעור, תוך התייחסות לרקע ההיסטורי, המבנים הארגוניים, המשברים שהובילו לחקיקה, והמודלים שהוזכרו בשיעור הקודם.

1. מערכות בריאות כמוסד חברתי וסקירה עולמית קצרה

- בתחילת השיעור התחדד הרעיון שמערכות בריאות אינן רק שירותים רפואיים, אלא **מוסד חברתי** המבטא ערכים חברתיים (כמו הוגנות מול אוטונומיה), ומערכות יחסים מורכבות בין "שחקנים" שונים (ממשלה, מבטחים, רופאים, חולים ועוד).
- הוצגו מודלים בסיסיים שסומנו כאבות-טיפוס A, B, C, D, והודגש כי מדינות מממשות בפועל שילובים שונים של מודלים אלה ברמות מגוונות של אינטגרציה (חיבור) או סגמנטציה (הפרדה).

- על ציר הערכים: נצפתה שונות בין דגשים על הוגנות (שוויון, סולידריות) לבין אוטונומיה (שוק חופשי, אחריות אישית).

2. תחילת מערכת הבריאות בארץ ישראל – התקופה העות'מאנית

1. **המצב בארץ לפני קום המדינה**
 - בתחילת המאה ה-20, בארץ ישראל תחת השלטון העות'מאני, לא הייתה מערכת בריאות מוסדרת ומקיפה.
 - היו בתי חולים בודדים של השלטון האות'מאני, לצד בתי חולים שהוקמו על ידי ארגונים פילנתרופיים (כמו נשות הדסה) וגורמים פרטיים.
2. **סיפורו של ברוך ריבר והקמת קופת החולים הראשונה (1912)**
 - ברוך ריבר, פועל בעלייה השנייה, נפצע בעבודה בשדה וידו נקטעה. חבריו נאלצו להסיעו בעגלה לבית חולים, אך התעוררה השאלה מי יממן את הטיפול הרפואי.
 - בעקבות המקרה, ברל כצנלסון החל לקדם רעיון להקמת "קופת חולים" לפועלים, כדי לתת מענה רפואי לעובדים שלא היו "איכרים" בעלי משאבים.
 - כך, ב-1912, הוקמה **קופת חולים כללית** (שהייתה קשורה להסתדרות הכללית) שסיפקה שירותים רפואיים לפועלים. ברוך ריבר היה למזכיר הקופה הראשון.
3. **הקשר למודל "ביסמרקי" (מודל B)**
 - הרעיון דמה למודל "ביסמרקי" שבו המבנה הוא של **מעסיק-עובד** המשלמים מס לתוך קופה רפואית.
 - כל פועל הפריש חלק משכרו, ומי שלא יכול היה לשלם – הארגון השלים לו את התשלום.
 - נוצרה מסגרת "טיפול מנוהל" (Managed Care) עם רופא ראשוני ("שומר סף") שמפנה לטיפול מומחה או לבית חולים.

3. המנדט הבריטי והתרחבות שירותי הבריאות

1. **המעבר מהעות'מאנים לבריטים**
 - עם כניסת המנדט הבריטי (1918–1948) הוקמו בארץ בתי חולים ממשלתיים נוספים והוגדרה רגולציה ברורה יותר בבריאות.
 - הוקמו קופות נוספות:
 - **קופת חולים לאומית** (קשורה להסתדרות העובדים הלאומית),
 - **קופת חולים מכבי** (הוקמה בידי רופאים יוצאי אוסטריה וגרמניה ונתנה מענה למעמד בינוני),
 - **קופת חולים מאוחדת** תצטרף בהמשך.
2. **מחלקת בריאות הציבור ופקודות הבריאות**
 - הנציב העליון הבריטי, הרברט סמואל, הקים את "מחלקת בריאות הציבור" שיצרה בסיס חוקי-מינהלי:
 - **פקודת בריאות העם (1940)** – עוסקת בפיקוח על מזון, טיפול במחלות מידבקות, רישום לידות ופטירות, סניטציה, רישוי בתי חולים וכו'.
 - **פקודת בריאות הציבור** – הבסיס ההיסטורי לאכיפת מדיניות בריאות ובקרה ממלכתית.
 - מסד חקיקתי זה מתקיים, עם עדכונים, עד היום.

4. המשבר הראשון (1948) וההתרחבות בעקבות העלייה

1. **קצב גידול האוכלוסייה והצורך בכיסוי רפואי**
 - עם קום המדינה (1948) והמלחמה, האוכלוסייה בארץ הוכפלה תוך כארבע שנים.
 - קופות החולים התקשו להתמודד עם מספר המבוטחים העצום שלא היו משויכים לאיגודי פועלים.
 - **קופת חולים כללית** ספגה לתוכה עולים רבים שלא השתייכו להסתדרויות העובדים – מה שהגדיל את כוחה והיקף המבוטחים בה עלה בלמעלה מ-80%.
2. **ההשלכות**
 - נוצר מצב של "מונופול" בפועל: מרבית אזרחי המדינה היו בביטוח של קופת חולים כללית.
 - לצד זאת, המדינה עצמה עוד לא שילמה מימון מספיק (הגבייה הגיעה מעובד-מעביד), וקופת חולים כללית צברה גירעונות.

5. המשבר השני (שנות ה-80 וה-90) וחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994)**1. הצטברות גירעונות**

- הכספים שנגבו מהעובדים עברו דרך ההסתדרות לפני שהגיעו לקופה, וחלקם נותבו לצרכים נוספים. כך הלך והחמיר הגירעון.
- התוצאה: חשש אמיתי לקריסת המערכת הציבורית העיקרית (קופת חולים כללית).

2. ועדת נתניהו והחקיקה

- ועדת חקירה ממלכתית (ועדת נתניהו, בראשות השופטת שושנה נתניהו) בדקה את כשלי המערכת.
- מסקנותיה הובילו להסדר חדש – **חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994)**, שהפך למפנה מרכזי בקשר בין המדינה לקופות החולים.

3. עקרונות חוק ביטוח בריאות ממלכתי

- **שלושת עקרונות העל:** צדק, שוויון ועזרה הדדית.
- שינוי מנגנון הגבייה: העובד והמעסיק אינם מפרישים ישירות לקופה, אלא יש **“מס בריאות”** פרוגרסיבי הנגבה עם דמי הביטוח הלאומי. המדינה מעבירה את הסכומים לקופות לפי נוסחת **“קפיטציה” (Capitation) = “לפי ראש”**.
- **בחירה חופשית בקופה** – אין **“ברירת מבוטחים”**, וכל תושב זכאי לביטוח בקופת חולים לפי רצונו.
- **סל שירותים אחיד** – הוגדר סל בריאות בסיסי, שכל קופות החולים מחויבות לספקו ברמה סבירה של איכות, נגישות (מרחק וזמן) ועוד.

6. סל הבריאות: תהליכי עדכון ואתגרי מימון**1. סל בריאות ושירותים כלולים**

- סל הבריאות כולל רפואה מונעת, בדיקות, טיפולים, שיקום, פיזיותרפיה, אשפוז כללי ופסיכיאטרי, ועוד.
- נקודת המוצא לסל הייתה השירותים שסיפקה קופת חולים כללית, והוחלט שכל הקופות תספקנה רמה אחידה.

2. עדכון הסל

- בכל שנה מוקצת ועדה ציבורית הבוחנת תרופות וטכנולוגיות חדשות.
- בממוצע מוגשות 800–900 בקשות; התקציב הממלכתי מוסיף סכום מוגבל (סדר גודל של מאות מיליוני שקלים) ויכול להכניס רק חלק קטן מהבקשות.
- התהליך מורכב משיקולים קליניים, כלכליים ואתיים: האם התרופה/הטכנולוגיה מכסה מספר גדול או קטן של חולים, האם קיימות חלופות, עלותה, והאם יש ערך מוסף רפואי.

3. פערים ואתגרי “מרחק/זמן סביר”

- החוק לא מגדיר מהו “סביר” (למשל למרחק ולזמן המתנה), דבר שיוצר אי-ודאות במיוחד בפריפריה, בה השירותים לעיתים מרוחקים או עמוסים.
- הרחבת הסל וצמיחת האוכלוסייה דורשות תמיד מימון נוסף; אם התקציב לא גדל בהתאם, ה“עוגה” קטנה מול צרכים גדלים.

7. ביטוחים משלימים וביטוח פרטי**1. ביטוח משלים של קופות חולים**

- מעבר לסל הבסיסי, החוק מתיר לקופות למכור ביטוחים משלימים (“כללית פלטינום”, “מכבי זהב/מושלם” וכו’).
- **עיקרון אי-ההחרגה:** הקופה לא יכולה לסרב למבוטח בגלל מצב רפואי קיים.
- אסור לקופה להציע דרך הביטוח המשלים תרופות שמוגדרות “מצילות חיים”, כדי למנוע מצב שבו חולה חייב לרכוש ביטוח יקר בשביל תרופה חיונית.

2. ביטוח בריאות פרטי

- מעבר לכך, קיימים ביטוחים פרטיים (דרך חברות ביטוח) המאפשרים הרחבות נוספות כגון מימון תרופות מצילות חיים, ניתוחים פרטיים, חוות דעת שנייה ועוד.
- גדל השימוש בביטוחים משלימים ופרטיים וכתוצאה מכך גדלה ההוצאה הפרטית על בריאות. הדבר גורם להיווצרות פערים בין אוכלוסיות (למשל בין פריפריה למרכז, בין חברה ערבית ליהודית).

3. פערים גיאוגרפיים וחברתיים

- שיעור ההחזקה בביטוחים משלימים/פרטיים בצפון ובחברה הערבית נמוך משמעותית מאשר במרכז.

- גם כאשר יש לאדם ביטוח משלים, לעיתים השירות עצמו (מנתח מומחה, טכנולוגיה מתקדמת) נמצא במרכז – מה שמצמצם בפועל את הנגישות.

8. מבנה מערכת הבריאות כיום

1. **קופות חולים**
 - קיימות ארבע קופות – כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית – שכולן מחויבות לסל הבסיסי ומקבלות מימון מנוסחת הקפיטציה.
 - הן מספקות רפואה ראשונית (רופא משפחה/ילדים) ורפואה יועצת (רופאים מומחים).
2. **בתי חולים**
 - חלקם בבעלות ממשלתית (משרד הבריאות), חלקם בבעלות קופות חולים (למשל כללית מחזיקה בתי חולים רבים), וחלקם בבעלות עמותות (הדסה, שערי צדק).
 - במודל של "אינטגרציה אנכית" (כמו בקופת חולים כללית), הגוף המבטח מחזיק גם בתי חולים ורופאים, ולעיתים מעבר המידע והרצף הטיפולי טוב יותר.
 - משרד הבריאות מחזיק עדיין בתי חולים בעצמו (ממשלתיים), ולכן נמצא בתפקיד כפול: גם רגולטור שקובע מדיניות וגם ספק שירות (מעורר חשש לניגוד עניינים בנושאי בקרה ואכיפה).
3. **שר"פ (שירות רפואי פרטי) בבתי חולים ציבוריים**
 - בעבר היה נהוג שר"פ גם בבתי חולים ממשלתיים, אך הדבר יצר אי-שוויון ו"תורים מועדפים" למשלמים. לכן בוטל ברוב המוסדות הציבוריים.
 - בבתי חולים של עמותות פרטיות (כמו הדסה ושערי צדק) עדיין קיים שר"פ.
 - יש ויכוח אם לשלב שר"פ בפריפריה על מנת למשוך רופאים מומחים וכסף לצפון, אל מול החשש להעמקת הפערים ולהיעדר יכולת של כלל האוכלוסייה לשלם.

9. ישראל על רצף המודלים, (A, B, C, D)

- היסטורית, מערכת הבריאות בישראל התפתחה כמודל "ביסמרקי" (B), שבו המימון מגיע מגבייה משותפת (כיום דרך מס בריאות ממלכתי) והקופות מספקות שירותים.
- עם השנים, נוספו אלמנטים פרטיים (ביטוחים פרטיים, בתי חולים פרטיים), והמדינה מפעילה גם מנגנונים וספקי שירות (בתי חולים ממשלתיים).
- בפועל, ישראל היום נמצאת בעיקר סביב מודל B, אך יש בה מרכיבים של C (מערכות נפרדות, גיוון במקורות מימון).

10. סיכום והמשך הקורס

- לאחר הסקירה ההיסטורית והמשפטית, השיעורים הבאים יתמקדו בחקר מקרה ובאתגרים ממוקדים, במיוחד בגליל:

 1. נגישות לשירותים רפואיים (הגדרת "זמן סביר" ו"מרחק סביר"),
 2. סוגיות חברתיות במקומות בעלי אוכלוסיות מגוונות,
 3. פערים בין מרכז לפריפריה והשלכות על בריאות הציבור.
 - מטרת השיעורים הבאים היא ליישם את המושגים והמודלים שנלמדו (רפואה כחברה, מדדי יעילות, מודלים של ביטוח ועוד) על מקרי בוחן אמיתיים בישראל.

נקודות עיקריות לזכור

1. **קופת חולים כללית** כחלוצה בתחום (1912) בעקבות פציעת ברוך ריבר, והפיכתה למונופול דה פקטו כעבור כמה עשורים.
2. **חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994)** – נקודת המפנה בחלוקת המימון והגדרת סל הבריאות הבסיסי.
3. **נוסחת קפיטציה** – דרך המימון המרכזית היום (הפרשה פרוגרסיבית דרך ביטוח לאומי, והקצאה לפי מספר חברי הקופה, גילם, ועוד).
4. **סל בריאות** – מתעדכן מדי שנה, ורק חלק קטן מהטכנולוגיות המבוקשות נכנס בפועל.
5. **פערי נגישות** – אתגר מרכזי (בעיקר בפריפריה), הנובע ממחסור בהגדרת "סביר" ומכשלים כלכליים, חברתיים וגיאוגרפיים.
6. **ביטוחים משלימים ופרטיים** – מהווים מענה חלקי לטכנולוגיות ותרופות שלא נכנסו לסל, אך מגבירים אי-שוויון.

7. **תפקיד משרד הבריאות** – גם רגולטור, גם מפעיל (בתי חולים ממשלתיים); יוצר לעיתים מורכבות של פיקוח עצמי.
8. **התבססות המודל הישראלי** – בעיקר מודל B (ביסמרקי), בתוספת השפעות של מודלים נוספים עקב היבטים פרטיים וציבוריים מעורבים.

זהו התוכן המרכזי שנלמד בשיעור. בהמשך הקורס יערכו דיונים מעמיקים יותר בסוגיות יישומיות בפריפריה בישראל, במטרה לראות איך הרעיונות והמודלים האלה מתרגמים לאתגרים הקונקרטיים של טיפול רפואי בשטח.

החברה הערבית ובריאות

סיכום על בסיס המצגת “הצגת חברה ערבית ומגמות בריאותיות”.

1. רקע כללי ודמוגרפיה

1. **גודל האוכלוסייה**
 - בישראל חיים כ-9.8 מיליון תושבים: כ-79% יהודים (7.76 מיליון) וכ-21% ערבים (2.04 מיליון).
 - כ-27.4% מכלל הילדים בישראל הם ילדים ערבים (נתון לסוף. 2023).
2. **מאפייני גיל ויישובים לא מוכרים**
 - האוכלוסייה הערבית צעירה יותר ביחס לממוצע הארצי.
 - קיימים יישובים ערבים לא מוכרים (בעיקר בנגב), עם חוסר בהסדרה תכנונית ותשתיות מוגבלות.
3. **פריסה גאוגרפית**
 - היישובים הערביים פרושים בכל הארץ (צפון, משולש, נגב, ערים מעורבות).
 - פערים גדולים בין המרכז לפריפריה, בעיקר באפשרויות תעסוקה, חינוך וגישה לשירותים.

2. מאפיינים חברתיים ותרבותיים

1. **מבנה חברתי**
 - החברה הערבית מסורתית-פטריארכלית; המשפחה המורחבת (ה“חמולה”) נמצאת במרכז.
 - קיימים תהליכי שינוי מואצים (“מודרניזציה”), אך הם אינם אחידים בכל אזור: בחברה בדואית, בחברה הערבית העירונית ובכפרים ייתכנו דפוסים שונים של שמרנות מול מודרניזציה.
2. **ערכים מרכזיים**
 - **כבוד לנ** **ouderen**: יחס של כבוד לנכבדי המשפחה והקהילה.
 - **נאמנות לחמולה/כפר**: נאמנות חברתית/שבטית; מורגשת בערים ובכפרים כאחד.
 - **חשיבות ההשכלה**: נתפסת ככלי לשיפור מעמד כלכלי וחברתי.
 - **קונפורמיות חברתית**: נורמות חברתיות חזקות, יחד עם השפעות דתיות ואמונות המייחדות חלק מהקבוצות בחברה.
3. **תהליכי שינוי חברתיים**
 - מעבר ממודל מסורתי יותר למודל מעורב (מסורתי-מודרני) משפיע על המשפחה, על הרגלי בריאות ועל המודעות לחינוך.
 - ישנה ירידה מסוימת באחידות הקהילה (לכידות, “חמולתיות”), לצד עלייה באינדיבידואליות – בייחוד בערים גדולות ובקרב צעירים משכילים.

3. היבטים פוליטיים-כלכליים

1. **מיעוט לאומי, אתני ודמוגרפי**
 - הערבים בישראל מהווים כ-21% מהאוכלוסייה, נתפסים כמיעוט הנאבק על תשתיות ואמצעים.

- קיימת תחושת קיפוח והזנחה ממסדית מתמשכת, הבאה לידי ביטוי בהשקעה פחותה בחינוך, בבריאות ובפיתוח תעסוקתי.
- 2. **מצב סוציו-אקונומי**
 - למעלה מ-95% מהיישובים הערביים מדורגים באשכולות חברתיים-כלכליים 4 ומטה מתוך 10.
 - כ-65% מילדי החברה הערבית חיים מתחת לקו העוני.
 - שיעורי אבטלה בפועל (לרבות אבטלה סמויה) מוערכים ב-12%–15%.
 - ביישובים ערבים יש מיעוט אזורי תעשייה (3.5%) מכלל אזורי התעשייה בישראל מיועדים לאוכלוסייה הערבית, אף שהיא מהווה כ-20% מכלל האוכלוסייה).
- 3. **השפעות על הבריאות**
 - תנאי מחיה כלכליים וחברתיים ירודים מביאים לכך שבחברה הערבית יש פחות נגישות לשירותי בריאות מתקדמים, מודעות בריאותית נמוכה יותר, ופחות משאבים המושקעים במניעה.

4. מאפייני בריאות והשוואות למגזר היהודי

1. **השמנת יתר וסוכרת**
 - שיעור השמנת היתר וסוכרת גבוה יותר בקרב ערבים לעומת יהודים, כולל בקרב צעירים.
 - מציאות זו קשורה גם לאורח חיים מסורתי יותר, תזונה עתירת פחמימות ושומן, ומודעות מוגבלת לחשיבות הפעילות הגופנית.
2. **עישון**
 - שיעורי העישון גבוהים במיוחד בקרב גברים ערבים.
 - לצד זאת, קיימת מגמת עלייה בעישון בקרב נשים, אם כי היא עדיין נמוכה ביחס לגברים.
3. **תחלואה כרונית מרובה**
 - מחלות לב, יתר לחץ דם, COPD וסיבוכי סוכרת נפוצים מאוד.
 - החולים הכרוניים צעירים יותר (מעל גיל 45 ולא רק מעל 65) וחלקם סובלים ממספר מחלות במקביל.
4. **שירותי בריאות והתנהגות מטופלים**
 - **רפואה ראשונית:** החברה הערבית פונה יותר לקופות החולים, אך לא תמיד מנצלת שירותי מניעה וקידום בריאות.
 - **אוריינות בריאות:** קיימת מגבלה בשפה (ערבית לעומת עברית/אנגלית במידע הרפואי), וחלק מהאוכלוסייה פחות מודע לזכויות ולכלים הקיימים בתחום הבריאות.
 - שימוש גובר במדיה אינטרנטית וברשתות חברתיות לקבלת מידע — לעיתים על חשבון ייעוץ רפואי מוסמך, העלול להוביל לטעויות והימנעות מטיפולים הולמים.

5. חסמים ואתגרים

1. **תרבות ופטריארכיה**
 - נשים בחברה הערבית, בעיקר באזורים מסורתיים, לא תמיד מקבלות נגישות שווה לחינוך או לשוק העבודה, ומשום כך יש להן פחות הזדמנויות לקידום בריאותי (ביטוחי בריאות, עצמאות כלכלית וכד').
2. **תשתיות ותקצוב**
 - ביישובים ערביים יש מחסור בתשתיות בריאותיות (מרפאות, בתי מרקחת, מתקני פנאי וכו').
 - רמת השקעה נמוכה בתכנון עירוני מונעת פיתוח סביבות המעודדות אורח חיים בריא (לדוגמה, שבילי אופניים, גינות ציבוריות וכד').
3. **חוק בריאות ממלכתי ודפוסי שירות**
 - החוק אמנם שוויוני, אך בפועל אינו תמיד מותאם תרבותית ולשונית לחברה הערבית.
 - אין מספיק כמות של אנשי צוות רפואי דוברי ערבית, ובעיקר חסרים מערכי הדרכה מותאמים.

6. תובנות ומסקנות להמשך

1. **העלאת מודעות ומנהיגות מקומית**
 - אימוץ תוכניות מוכוונות תרבות (Cultural Competence) והפעלתן בשיתוף מנהיגים מקומיים, אנשי דת ומובילי דעה יכולות להעלות את מודעות הציבור בנושאי רפואה מונעת, תזונה נכונה, פעילות גופנית והפסקת עישון.
2. **רפואה מותאמת תרבות (Culturally Appropriate Care)**
 - התאמת הכלים והשירותים הרפואיים לצרכי השפה והתרבות: תרגום מקצועי לערבית (לא רק טפסים אלא גם הדרכות בעל פה), גיוס צוותים מתוך הקהילה, והסברה ישירה בשכונות ובבתי ספר.
3. **עידוד אוריינות בריאותית**
 - הרחבת הדרכות בנושאי בריאות בקהילה, שילוב תכני בריאות בתוכניות הלימודים בשפה הערבית, והפקת חומרי הדרכה נגישים לקהל הרחב.
4. **חיזוק תשתיות בריאות ותכנון עירוני**
 - פיתוח מרפאות, הרחבת שעות הפעילות, הנגשת בדיקות מניעה, ושילוב מסגרות לקידום בריאות בקהילה (לדוגמה, מרכזים לשינוי אורח חיים).
 - קידום השקעות בתשתיות תחבורה, תעסוקה ופנאי ביישובים ערביים כדי לאפשר לאנשים לבחור בסגנון חיים בריא יותר.
5. **שיפור איסוף הנתונים וקבלת החלטות**
 - יש צורך לשפר את בסיס הנתונים על בריאות החברה הערבית (פילוח לפי אזור, גיל, מגדר), ולנקוט מהלכים של מחקר וניתוח מתמשך.
 - המלצות המבוססות על נתונים אמנים יסייעו לפתח מדיניות מדויקת ומותאמת תרבותית.

נקודות לסיכום

1. **פערים חברתיים-כלכליים:** מצב סוציו-אקונומי נמוך ועוני רב משפיעים על אפשרויות הטיפול והמניעה.
 2. **תרבות ומבנה חברתי:** ערכי משפחה, פטריארכיה, נאמנות קבוצתית וחוסר מודעות לבטיחות ובריאות מגבירים את האתגרים.
 3. **תחלואה מוגברת** במחלות מטבוליות (סוכרת, יתר לחץ דם, השמנה), מחלות לב ומחלות נשימה.
 4. **צורך בהתאמות תרבותיות** בשירותי הרפואה (שפה, גישה, הסברה) ובהשקעה בתשתיות בריאות ביישובים הערביים.
 5. **שיתוף גורמי מפתח בקהילה** — רופאים מקומיים, אחיות, אנשי חינוך, דמויות דתיות וחברתיות — הוא תנאי משמעותי להצלחת תוכניות התערבות וקידום בריאות.
- מסקנה:** על מנת לצמצם את פערי הבריאות בין החברה הערבית לחברה היהודית, נדרשים צעדים מקיפים הכוללים התאמת מערכות הבריאות לצרכים תרבותיים, שיתוף פעולה עם גורמים מקומיים, שיפור תשתיות בריאות, ושילוב פעולות של מניעה והסברה כבר מגיל צעיר.

פערים בבריאות מבעיה לפיתרון

להלן סיכום של ההרצאה מיום 1 בינואר 2025.

1. פתיחה: פערים בין "הרצוי" ל"מצוי" בקורס "בריאות האוכלוסייה"

- **הקורס:** מתמקד בבריאות האוכלוסייה ורפואה בפריפריה (בעיקר בגליל), ומשלב הרצאות על שונות תרבותית, חברתית, התמודדות עם אוכלוסיות מגוונות (חברה ערבית, אנשים עם מוגבלויות וכו').
- **שאלה מרכזית:** כיצד להתמודד עם פערים קיימים בבריאות — אין "תשובה אחת נכונה". השאיפה: לעבור מתפיסה של שוויון (Equality) לתפיסה של הוגנות (Equity).

דוגמא: הרצאת פרופ' ישפון והקשר לשוויון בבריאות

- עלה נושא "בריאות" כזכות בסיסית וכיצד יש לטפל באוכלוסיות באופן בלתי מופרד (ללא הפרדה מגזרית או חברתית).
- החומר מקשר ישירות לתפיסה שיש לא רק מערכת בריאות אחת אלא גם מגוון השפעות חברתיות, לוקליות, תרבותיות וכלכליות.

2. מושגים בסיסיים: מה משפיע באמת על בריאות?

1. הגדרת בריאות (WHO)
 - לא רק היעדר מחלה פיזית, אלא מצב שלם — פיזי, נפשי וחברתי. (Well-being)
2. Health of Determinants Social (הגורמים החברתיים-סביבתיים לבריאות)
 - מערכת הבריאות משפיעה על כ-20% ממצב הבריאות.
 - כ-80% מושפעים ממקום המגורים, השכלה, תעסוקה, מצב סוציו-אקונומי, הרגלי חיים, תזונה, גישה לשירותים, ועוד.
 - "הכתובת שלי (Zip) (code חשובה יותר מהמטען הגנטי (Gen) (code בהסבר של תוצאי בריאות.
3. Medicine Precision (רפואה מדויקת) vs. Medicine Personalized (רפואה מותאמת אישית)
 - רפואה מדויקת: התאמת טיפול לפי מאפיינים גנטיים-ביולוגיים.
 - רפואה מותאמת אישית: התייחסות רחבה יותר גם לתנאי חיים, גורמים אפיגנטיים, צרכים חברתיים ועוד.
 - בפועל: למערכת הבריאות חסרים כלים להתמודד עם 80% הגורמים החברתיים (תזונה, עוני, דיור וכו'). הרופאים לרוב לא "עובדים סוציאליים".

3. פערים בבריאות (Health Inequities) והמחיר שלהם

1. הגדרת פער (Disparity)
 - הבדל מדיד בין שתי אוכלוסיות או קבוצות מבחינת מצב בריאותי (Health) או מבחינת גישה לטיפול (Health Care).
 - הדגש: פערים אינם גזירת גורל, ניתן לצמצמם ע"י פעולות ממוקדות.
2. עלות כלכלית של פערים
 - בארה"ב (נתונים לפני הקורונה): 93 מיליארד דולר בשנה על "טיפול מיותר" (Avoidable).
 - בישראל: אובדן של כ-7% מהתמ"ג כתוצאה מפערי בריאות.
 - ברמה האישית/משפחתית: תחלואה פוגעת בתעסוקה ובהכנסה; ברמה הלאומית/רשויות: מעמסה על התקציב הציבורי.
3. הבדל בין מתן "אותו הדבר לכולם" (Equality) לבין התאמה לצרכים (Equity)
 - דוגמה ויזואלית: אנשים שעומדים מאחורי גדר; אם כל אחד מקבל "ארגז" באותו גובה, ייתכן שיש מי שעדיין לא רואה דבר.
 - ברפואה: סטנדרטיזציה (Protocol) אחיד עוזרת לשפר מדדים כוללים אך לא תמיד מצמצמת פערים בין קבוצות.

דוגמאות:

- תמותה מסרטן הריאה (ארה"ב, 1990–2005): שיפור גדול יותר באוכלוסייה הלבנה, שיפור קטן יותר אצל אפרו-אמריקאים — הפער נשאר יציב או גדל יחסית.
- מדדי איכות כללית בקופות (ישראל): שיפור ממוצע לא מלמד בהכרח על צמצום פערים. לעיתים קבוצות חזקות משפרות עוד יותר, בעוד הקבוצות החלשות מדשדשות.

4. דוגמה ישראלית: קופת חולים כללית וצמצום פערים במרפאות מוחלשות

- הקופה סימנה כ-55 מרפאות "בטיפול נמוך" (Scoring) כולל של חיסונים, בדיקות סקר, איזון יתר לחץ דם, איזון סוכרת וכו'.

- **יעד:** לצמצם את הפער מול הממוצע הארצי תוך 3 שנים.
 - **תוצאות:** הצליחו להפחית כ-60% מהפער בסט המדדים המשולב; אך השונות בין המחוזות גדולה.
 - **מה עשו בפועל:**
1. התמקדו בפרוצדורות קלות לביצוע (ממוגרפיה, בדיקות צואה לדם סמוי) ובמדדי איזון סוכרת שהעניקו משקל גבוה בפרמטרים.
 2. בנוסף, השקיעו ב"ג'נרל" — שינוי תרבות ארגונית ועבודת צוות (רופא, אחות, רוקח קליני) ותייעוד עקבי של התקדמות.

5. דוגמה מארצות הברית: Center Medical Chicago of University

1. **השאיפה:** להקים ארגון "תרבות" (Culturally Competent) שבאמת יטפל בכל המטופלים בשוויוניות.
 2. **הבעיה:**
- השקעה עצומה של שעות הכשרה (כ-17,000 שעות בשנה) לצוותים אדמיניסטרטיביים בעיקר, אך ללא הטמעה של כלים פרקטיים לצוותים הקליניים.
 - הגדרת יעדים כלליים ("צמצום פערים") בלי מהלך ארגוני ברור (איך מתרגמים את זה למעקב על איזון סוכרת, איזון לחץ דם, שעורי כניסה למיון?).
 - ברקע: מערכת בריאות פרטית, בתי חולים מקבלים/מאבדים תשלומים ממדיקר ומדקאייד בהתאם לעמידה בסטנדרטים, ומשקיעים זמן על עמידה ביעדים במקום לטפל בשורש (Determinants).

6. טלרפואה (Telemedicine) – הזדמנות או סיכון להרחבת פערים?

1. **הקורונה דחפה לצמיחה** בשירותי רפואה מרחוק (שיחות וידאו/טלפון, אפליקציות).
 2. **הבטחה:** נגישות למומחים בפריפריה, חיסכון בנסיעות, עלייה בזמינות.
 3. **מציאות מורכבת:**
- חוסר אוריינות דיגיטלית, אי-זמינות של אינטרנט מהיר.
 - הגבלות שפה (למשל אפליקציות קופות חולים זמינות בעיקר בעברית).
 - חוסר אומן או חששות (מטופלים מבוגרים מעדיפים "שיראו אותי בעיניים").
 - נתונים שהראו שביישוברים כמו צפת או אום אל-פחם כמעט ולא היה גידול בשימוש בטלרפואה לעומת יישובים מבוססים.

7. סוכרת והשמנה בגליל: "מקרה בוחן" לפערי בריאות בישראל

1. **מגיפת הסוכרת והשמנה בעולם**
- עד 2040, ברחבי העולם: גידול מאסיבי.
 - אזור המזרח התיכון וצפון אפריקה – בסיכון גבוה להתפשטות המחלות המטבוליות.
 - בישראל: מאות אלפי חולי סוכרת, 1.5 מיליון במצב של טרום-סוכרת, ותחזית של 38% מהאוכלוסייה הבוגרת עם השמנה/עודף משקל משמעותי.
2. **בגליל**
- שיעורי תחלואה גבוהים מהממוצע בארץ.
 - 15% מהחולים אינם מאוזנים (לעומת 10%~ ארצי).
 - ל-15% האלה סיכון מוגבר לסיבוכי סוכרת: קטיעות גפיים, אי ספיקת כליות (עד כדי דיאליזה), פגיעה ראייתית, ועוד.
 - התמותה בסוכרת באזור הגליל לא יורדת כמו במרכז הארץ; הפער נשאר ואף גדל.
3. **הקשר למעמד סוציו-אקונומי**
- ככל שהמדד הסוציו-אקונומי של היישוב נמוך יותר, כך עולה שיעור הסוכרת.

- בחברה הערבית, בעיקר ביישובים בדירוג נמוך (דוגמת חלק מיישובי הגליל), נצפית תחלואה גבוהה מאוד.
- דוגמה: צפת מדורגת בדרגה 2 (נמוכה), בה אחוז חולי סוכרת והשמנה בולט.

8. פרויקט "ספרת הסוכרת בגליל" (מיזם הפקולטה לרפואה)

- רקע**
 - יוזמה רב-שנתית, בהובלת חוקרים מהפקולטה לרפואה בצפת, בשיתוף קופות חולים, בתי חולים, משרד הבריאות ורשויות מקומיות.
 - המטרה: לצמצם פערי בריאות דרך התמקדות בבעיית הסוכרת/השמנה, כמודל למחלות כרוניות.
- עיקרון הפעולה**
 - שינוי בחשיבה: לחבר את מערכת הבריאות (קופות, בתי חולים) עם הרשות המקומית וגורמי קהילה (למשל מנהיגי דת, בתי ספר).
 - מספקים נתונים (Data) לגבי מוקדי תחלואה בשכונות, גילאים, שיעור מבוטחים לא מאוזנים וכו', באופן שמאפשר רגולטורית (ללא פגיעה בפרטיות) — כדי שהרשות תדע היכן לפעול.
 - מסייעים לגורמים הרפואיים לפתוח מרפאות סוכרת/השמנה מותאמות, לבצע "ניידות" (One-Stop-Shop), לזהות מוקדם טרום-סוכרת, ולעשות מניעה.
- דוגמאות התערבות**
 - **זיהוי מוקדם בטרום-סוכרת:** פיילוט איתור מטופלים בקופות והצעת ליווי. צמצם כמעט בחצי את שיעור המעבר לסוכרת בפועל.
 - **הכשרת רופאי משפחה** (ולא רק אנדוקרינולוגים) לטפל בהשמנה וסוכרת; מתן כלים לגבי תרופות חדשות (GLP-1 Inhibitors). SGLT2 Agonists,
 - **ניידת "One-Stop-Shop":** מגיעה לשכונות, מעניקה באותו ביקור בדיקות עיניים, כף רגל סוכרתית, בדיקות מעבדה, הדרכה תזונתית ועוד. חוסכת התרוצצות, מעלה שיעורי ביצוע בדיקות.
 - **הסברה בשיתוף מנהיגים דתיים (אימאמים, רבנים):** קורסי הדרכה ייעודיים כדי שיעבירו מסרים חיוביים על בדיקות, תזונה בריאה, חשיבות איזון התרופות וכדומה.
 - **עבודה עם הרשויות:** שיפור תשתיות לפעילות גופנית (שבילי הליכה, גינות), ייעול המרחב הציבורי, עידוד תוכניות לבתי ספר (תוספת שעות ספורט, הסברה תזונתית).
- הערך הכלכלי לרשות המקומית**
 - פיתוח מודלים להראות לראשי ערים כמה כסף הרשות "מאבדת" על שירותי רווחה, הנחות בארנונה עקב נכות, ירידה בפירון כלכלי — כשהתחלואה כרונית גבוהה.
 - התובנה הזאת עוזרת לרתום את הרשות לפרויקטים: מניעה ואיזון מחלות = חיסכון בטווח הארוך.

9. סיכום: שינוי ארגוני עמוק — "להחליף את הגדר" ולא רק לשים עוד ארגון

- **מעבר משוויון להוגנות:** חשוב "לתפור" פתרונות לפי צרכי הקהילה (תרבות, מצב כלכלי, סביבת מגורים).
- **חשיבות שיתוף הפעולה:** משרדי ממשלה (בריאות, חינוך, רווחה), קופות חולים, רשויות מקומיות, ארגוני חברה אזרחית, מנהיגי דת והקהילה עצמה.
- **מודעות + שינוי מבני:** מודעות לבדה לא מספיקה; חייבים גם לבנות מערך פיזי של מתקנים, ניידות, מסגרות טיפול מקומיות ושינויים ארגוניים (כגון הרחבת צוותים, שימוש בנתונים באופן שיטתי).
- **מעקב מדדים ורצף טיפול:** חיוניים כדי לבדוק האם ההתערבויות באמת מצמצמות פערים או רק משפרות ממוצעים.
- **חשיבות הגליל כמקרה בוחן:** אזור עם ריבוי מגזרים ויישובים בדירוג סוציו-אקונומי נמוך; הצלחות כאן עשויות לשמש דגם לאזורים אחרים.

- **Medicine Personalized vs. Medicine Precision (SDH), Health of Determinants Social, הבדל בין Equality ל-Equity**
- **מדדי איכות (למשל איזון סוכרת, שיעור בדיקות ממוגרפיה/דם סמוי/לחץ דם)**
- **התערבות רב-מערכתית (Intervention) (Multi-sectoral)**
- **תהליך שינוי ארגוני (Organizational Change) – חסמים, צוותי משימה, תרבות ארגונית.**
- **ניידת רפואה מונעת ("One-Stop-Shop")**
- **פער לעומת חוסר הוגנות (Disparity) vs. (Inequity)**
- **מושגי תעסוקה ומעמד סוציו-אקונומי – כיצד משפיעים על נטל התחלואה ברשות המקומית.**
- **אוריינות דיגיטלית ואוריינות בריאות (Health Literacy / Digital Literacy) – בהקשר טלרפואה.**

נקודת סיום – לקראת הבחינה והפרקטיקה

1. **הבנה רב-תחומית:** הפערים בבריאות נוגעים לכל גורם – רופא, אחות, רוקח, מנהל רשות, מורה, אימאם או רב.
 2. **דו-כיוונית:** גם אם מערכת הבריאות "תתעלה על עצמה", עליה לרתום את השחקנים בשטח (רשויות, קהילה). ללא שיתוף פעולה, השינוי לא יחזיק.
 3. **רלוונטיות אישית:** כסטודנטים לרפואה או למקצועות בריאות אחרים, חשוב להבין שלעתים בידי הצוות הקליני כלים מוגבלים להתמודד עם גורמים חברתיים. יש לשתף פעולה עם גורמים חברתיים, עירוניים וסביבתיים.
- לסיכום, ההרצאה מבהירה שפערי בריאות הם תוצאה של שילוב בין גורמים ביולוגיים וחברתיים-כלכליים. ההתמקדות בגליל ובסוכרת היא דוגמה הממחישה כיצד פתרונות טכניים (תרופות, פרוטוקולים) לא מספיקים ללא גישה מערכתית-קהילתית רחבה.

מחלות כרוניות

להלן סיכום של ההרצאה מיום 18 בדצמבר 2024: הן לגבי הדיון סביב ההרצאה על החברה הערבית בשבוע שעבר, הן לגבי מבוא למחלות לא מדבקות (NCDs) והן לגבי הדיונים הקבוצתיים על השמנה. הסיכום משתדל לכסות פרטים וביטויים שעלולים להופיע בבחינה, לפי הרצף שבו נאמרו הדברים בכיתה.

1. פתיחה והתייחסות למה שקרה בהרצאה הקודמת (על החברה הערבית)

1. **רקע למתיחות בכיתה**
 - בשבוע שעבר התקיימה הרצאה שנגעה לנושא החברה הערבית בגליל.
 - חלק מהסטודנטים *התנגדו* לתכנים, נוצרו ויכוחים ומתחים, ואף הסתבר שחלק מההתנהלות בכיתה הייתה לא נוחה.
 - הוזכרה בקשר לכך "שלי" (שהיא רכזת הקורס או גורם אחר) שיצרה קשר עם המרצות וקיבלה מענה מייד.
2. **מטרת הקורס**
 - הקורס נקרא "רפואה בגליל ובריאות האוכלוסייה".
 - הוא מזמין דוברים שונים להשמיע **נרטיבים מגוונים** מהגליל – זה חלק מכוונת הקורס לחשוף את הסטודנטים למגוון תרבותי וחברתי.
 - אין חובה להסכים או לאמץ את העמדות שהמרצה-אורח מביא, אך מצופה מהסטודנטים **להקשיב** גם אם התוכן לא תואם את אמונתם.
3. **פנייה אל הסטודנטים**
 - אם נוצרת תחושת אי-נוחות או קושי אישי עקב תכני הרצאה כלשהי, יש לפנות ישירות למרצות (ד"ר סיוון, רולה) או לרכזת הקורס.
 - המטרה היא לוודא שאין פגיעה בסטודנט/ית על רקע עדתי, דתי, מגדרי וכו'.
 - יש חשיבות לשיח פתוח, שמירה על כבוד הדדי, והימנעות מהערות פוגעניות.
4. **המשך השנה**
 - צפויה חשיפה לעוד דמויות מהגליל: "אנחנו פה כדי להקשיב, ללמוד, וגם לקבל ביקורת בונה".

- המרצה ציינה שעדיין לא שמעה את הקלטת השיעור, אך תעשה זאת כדי להבין טוב יותר מה קרה.

2. מהלך השיעור: מבוא למחלות לא מדבקות (NCDs) – Diseases (Non-Communicable)

לאחר הדיון הפתוח על ההרצאה הקודמת, השיעור עבר למושגי יסוד הקשורים למחלות לא מדבקות. ד"ר סיוון ציינה:

- 1. רקע לקורס**
 - הקורס עוסק הן בנושאים חברתיים ותרבותיים (כמו חברה ערבית, בדואים, אוכלוסיות מיוחדות וכו') והן בנושאים רפואיים-מקצועיים (כגון מחלות לא מדבקות).
 - בשיעורים הקרובים תגיע גם תכנית "אילנות" להציג אפשרויות שמציעים לסטודנטים.
- 2. הגדרת מחלה**
 - מחלה היא "מצב לא תקין המשפיע על מבנה או תפקוד של חלק או של כל הגוף, בדר"כ מלווה בסימנים (Signs) וסימפטומים" (Symptoms).
 - סימנים = מדדים אובייקטיביים (למשל חום, דופק, לחץ דם). סימפטומים = תחושה סובייקטיבית של המטופל (כאב, עייפות וכו').
- 3. ארגון הבריאות העולמי (WHO) – נתונים על NCDs**
 - 41 מיליון בני אדם מתים מדי שנה ממחלות לא מדבקות (NCDs), שהם 74% מכלל מקרי המוות בעולם.
 - 17 מיליון מתים מתחת לגיל 70.
 - 86% מאותם מקרי מוות מוקדמים הם במדינות בעלות הכנסה נמוכה ובינונית.
- 4. סוגי המחלות הכרוניות העיקריות**
 - מחלות לב וכלי דם (Cardiovascular) – כ-18 מיליון בשנה.
 - סרטן (Cancers).
 - מחלות נשימה כרוניות (כגון COPD).
 - סוכרת (Diabetes).
- 5. הגורמים המרכזיים לעלייה במחלות לא מדבקות**
 - עישון (Tobacco) – מעל 8 מיליון מקרי מוות שנתיים.
 - חוסר פעילות גופנית – 830 מיליון מקרים של תמותה שנתיים מיוחסים לפעילות גופנית לא מספקת.
 - צריכת אלכוהול מוגזמת – חצי משלושה מיליון מקרי המוות השנתיים מיוחסים לאלכוהול.
 - תזונה לא בריאה – עודף מלח ונתרן (1.8 מיליון מקרי מוות שנתיים).
 - זיהום אוויר – כ-7 מיליון מתים בעולם כל שנה מחשיפה לזיהום אוויר.
- 6. גורמי סיכון מטבוליים**
 - יתר לחץ דם (Elevated Blood Pressure).
 - עודף משקל/השמנה.
 - היפרגליקמיה (רמת סוכר גבוהה בדם).
 - היפרליפידמיה (רמת שומנים גבוהה בדם).
- 7. גורמים סביבתיים, גנטיים והתנהגותיים**
 - חלק מהמחלות נובעות משילוב של תורשה (למשל נטייה משפחתית לסוכרת או לסרטן שד – BRCA סביבה (זיהום אוויר, אורח חיים), והתנהגות (תזונה, עישון, אלכוהול).
- 8. משמעות כלכלית**
 - ההוצאה על טיפול ומניעה צפויה להגיע ל-47 טריליון דולר עד שנת 2030.
 - ארצות הברית לבדה מוציאה 1.4 טריליון דולר על השמנה (נתון מ-2017).

3. מה עושים? מניעה, גילוי מוקדם וטיפול

1. מניעה ראשונית

- העלאת מודעות (בתקשורת, בבתי ספר), קידום בריאות, שינוי רגולציה (מיסוי על משקאות ממותקים, הגבלת פרסום למזון מזיק).
- הפחתת העישון, תזונה בריאה יותר, עידוד פעילות גופנית.
- 2. **גילוי מוקדם (Screening)**
 - בדיקות לחץ דם, פרופיל שומנים, מדידת רמות סוכר, HbA1c, מדידת BMI ואחוזי שומן.
 - זיהוי מוקדם של נטייה לסוכרת, השמנה או יתר לחץ דם.
- 3. **טיפול מוקדם ואיזון**
 - לרוב זול יותר ומשפר תוצאות.
 - כולל תרופות (לסוכרת, ליתר לחץ דם, להורדת כולסטרול, תרופות חדשות לטיפול בהשמנה), בשילוב שינוי אורח חיים (דיאטה, ספורט).
 - החשיבות של "היענות" (Compliance) היא קריטית, אך פעמים רבות האחוזים נמוכים, ולכן יש צורך בהסברה עקבית ותמיכה.

4. נתונים מיישראל (ע"פ הלמ"ס, משרד הבריאות)

1. **סיבות מוות עיקריות (2022)**
 - מס' 1 = סרטן, מס' 2 = מחלות לב, מס' 3 = קורונה (ב-2022).
 - שיעור התמותה מרוב סיבות המוות גבוה יותר בקרב ערבים לעומת יהודים.
 - סוכרת נפוצה פי 2.2 באוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית, מחלות נשימה כרוניות פי 2, תאונות דרכים פי 2.5, ורצח פי 8.
2. **סוכרת**
 - כ-10% מהאוכלוסייה, רבים לא מאובחנים.
 - סיבוכים: פגיעה בכלי דם קטנים, אי ספיקת כליות, קטיעות גפיים (שיעור הקטיעות בסוכרת בישראל – מהגבוהים בעולם).
 - שכיחות גבוהה יותר במגזר הערבי, הבדואי והחרדי.
 - חיסונים חשובים לסוכרתיים (שפעת, דלקת ריאות).
3. **מחלות לב וכלי דם**
 - "הרוצח השקט": יתר לחץ דם ללא סימפטומים עד שמופיע סיכון.
 - גורמי סיכון: עישון, יתר לחץ דם, דיסליפידמיה, סוכרת, השמנה, חוסר בפעילות גופנית, סרטן.
 - יש גורמי סיכון לא-ניתנים-לשינוי (גיל, מין): גברים בסיכון גבוה יותר צעירים, נשים בסיכון גבוה אחרי המנופאוז כאשר מאבדים הגנת אסטרוגן).

5. מחלת ההשמנה (Obesity) כמקרה מבחן

1. **השמנה כמחלה**
 - מוכרת כיום ע"י ארגון הבריאות העולמי כמחלה כרונית, לא עוד "עודף משקל" בלבד.
 - מאופיינת בתהליך דלקתי בתאי השומן, שעלול להשפיע על תפקוד איברים (כבד שומני, לבלב → סכרת סוג 2, לב עם רקמת שומן סביבו → הפרעה בתפקוד).
2. **שיעורי ההשמנה בישראל**
 - מעל 50% מהאוכלוסייה סובלים מעודף משקל והשמנה (55% גברים, 43% נשים).
 - כ-31% מבני הנוער בעודף משקל, 12.8% עם השמנת יתר.
 - צפי לעלייה ל-17% השמנת יתר בקרב בני נוער עד 2030.
3. **סיבוכים והשלכות**
 - סוכרת סוג 2, יתר לחץ דם, סרטן שד, סרטן רירית הרהם (אנדומטריום), דום נשימה בשינה, הפרעות מפרקים, ועוד.
 - תופעת אינסולין רזיסטנס (Insulin Resistance) = ליבה של תסמונת מטבולית.

- עלות כוללת לשנה: כ-20 מיליארד ש"ח (1.4% מהתמ"ג).

4. העלויות ומניעה

- לפי אומדנים, צמצום של 5–10% בשכיחות השמנה יחסוך למערכת הבריאות כ-800 מיליון עד 1.6 מיליארד ש"ח בשנה.
- במדינות עם הכנסה בינונית-גבוהה, ההוצאה על השמנה יכולה להגיע עד 18% מהוצאות הבריאות.

6. תרגילי הדיון הקבוצתי בכיתה: איך להתמודד עם השמנה?

המרצה חילקה את הכיתה לשלוש קבוצות, וביקשה שכל קבוצה תציע פתרונות או כיווני חשיבה להתמודדות עם השמנה ומחלות כרוניות:

א. הקבוצה הראשונה

- **מניעה בבתי ספר:** תוכניות לימוד על תזונה נכונה ופעילות גופנית.
- **קידום בריאות בקהילה:** מתנ"סים, רשויות מקומיות.
- **הסברה באמצעות קופות חולים:** אחות או רופא משפחה יסבירו על סיכונים של BMI גבוה, ידגישו שינויים קטנים באורח חיים.
- **מודעות להשלכות:** להפוך בדיקות משקל וסוכר לנורמטיביות, לא משהו שמביישים בעטיו.
- **גישה פסיכולוגית:** בחלק מהמקרים, להשמנה יש הקשר רגשי (אכילה רגשית, חוסר ביטחון). דרוש טיפול מתאים.

ב. הקבוצה השנייה

- **גישת "נרמול הבדיקות":** מדידות משקל והיקפים באופן תדיר ושגרת, כך שיהיה גרף המתאר קצב שינוי ולא רק נקודת זמן אחת.
- **זיהוי מוקדם של ילדים במגמת עלייה חדה:** לא לחכות עד שיוגדרו 'סובלים מהשמנת יתר' קיצונית.
- **התחשבות בהיבט הפסיכולוגי:** לא ליצור תיוג פוגעני, בעיקר מול ילדים, כדי לא לגרום להפרעות אכילה או בעיות דימוי גוף.
- **רישות קופות החולים:** השקעה בכוח אדם ובמערכות ממוחשבות הנותנות התרעה מוקדמת על סיכון.
- **עידוד למשפחות (ולא רק לילדים)** לקבל ייעוץ תזונתי וליווי של דיאטניות, מדריכי כושר.

ג. הקבוצה השלישית

- **התמקדות בהיענות לטיפול:** הרבה מהאוכלוסייה מתביישת או אינה יודעת איך לבקש עזרה; יש צורך בדרכים לעודד אותם.
- **רגישות של הרופאים עצמם:** לא "לדחוף" רק תרופות או "לך תעשה ניתוח". להציג הסברים על סיבוכי השמנה, אבל בצורה מאוזנת ולא מפחידה.
- **פתרון ארוך טווח:** תרופות חדשות (כמו ויגובי, סמגלוטייד) עשויות לעזור, אך חובה לשלב שינוי אורח חיים כדי לשמור על התוצאות.
- **טיפול רגשי:** חלק מהמטופלים סובלים מטראומות או דפוסי אכילה שנובעים מבעיות נפשיות/רגשיות; צריך שילוב של פסיכולוג, עו"ס או קבוצה תומכת.
- **תמיכה חברתית:** קבוצות בוואטסאפ, פעילות משותפת של "חמישה חברים רוצים שינוי" וכו'.

7. נקודות כלליות שעלולות להופיע במבחן

1. תכני ההרצאה על החברה הערבית

- מדוע נוצרה התנגדות? איך הקורס מטפל בנושאים חברתיים ותרבותיים? החשיבות בשיח מכבד ופנייה למרצות בקושי.

2. **מושגי יסוד במחלות לא מדבקות**
 - הגדרה של NCDs; דוגמאות (מחלות לב, סרטן, סוכרת, השמנה, מחלות נשימה).
 - נתונים עולמיים (41 מיליון מתים בשנה; 74% מסך התמותה).
 - גורמי סיכון עיקריים: עישון, תזונה לא בריאה, חוסר פעילות, אלכוהול, זיהום אוויר.
3. **נתונים מיוחדים**
 - סיבות המוות המובילות (סרטן, לב, קורונה ב-2022).
 - שיעורי סוכרת, פערים בין מגזרים (ערבים, בדואים, חרדים), שיעור השמנה גבוה מאוד, במיוחד גם בקרב בני נוער.
4. **היבטים כלכליים**
 - עלות השמנה בישראל 20 מיליארד ש"ח בשנה (~1.4% מהתל"ג).
 - עלויות כוללות (אובדן ימי עבודה, קטיעות גפיים, אשפוזים).
 - פורום מומחים: צמצום של 5–10% בשכירות השמנה → חיסכון של מיליארדים.
5. **מניעה וגילוי מוקדם**
 - חשיבות סריקות, מדידת BMI, בדיקות לחץ דם ופרופיל שומנים וסוכר.
 - חינוך מתמשך בבתי ספר, ציבור ותקשורת.
 - התמודדות עם חסמים פסיכולוגיים (בושה, חוסר ידע).
6. **טיפול והתערבות**
 - תרופות חדשות לסוכרת והשמנה (GLP-1, Semaglutide SGLT2 וכד').
 - חשיבות מעקב מתמיד, ליווי רב-מקצועי (רופא, דיאטנית, פסיכולוג, מדריך כושר).
 - רגישות תרבותית מול מטופלים: להימנע מהערות פוגעניות ("תרדי 30 קילו ותחזרי"), במקום זאת – גישה מעודדת ואמפתית.

8. סיום ומבט קדימה

- המרצה ציינה שתצא לשבועיים חופש (או היעדרות), ושתפגוש את הסטודנטים שוב בינואר.
 - הזכירה שהמשך הקורס ייחשפו עוד סוגיות:
 - תוכנית "אילנות" שתוצג בקרוב.
 - המשך דיונים על "ספרת הסוכרת" ויוזמות שונות ברפואה מונעת בפריפריה.
 - בסוף השיעור חילקו פירות לצד שוקולד קטן (איזון!).
- כך הסתיימה ההרצאה**, ובתוכה הושם דגש רב על הצורך בשמירה על כבוד הדדי בכיתה סביב נושאים רגישים (כמו חברה ערבית), ועל הסבר מפורט לגבי חשיבות מניעת מחלות כרוניות, הגילוי המוקדם והטיפול במחלות לא מדבקות במסגרת מערכת הבריאות בגליל ובישראל בכלל.

מוגבלויות

סיכום על נושא המוגבלויות בישראל, על בסיס המצגת "Disability" (8 בינואר, 2025 ד"ר ג'ומאנה אסה-חדאד):

1. הגדרת נכות וסוגי מוגבלויות

- **הגדרה כללית:** נכות (או מוגבלות) היא חיסרון או פגיעה פיזית/נפשית המפריעה לאדם בתפקוד "נורמלי" בתחומים שונים.
- **סוגי מוגבלויות עיקריים:**
 1. מוגבלות ראייה (Visual)
 2. מוגבלות שמיעה (Auditory)
 3. מוגבלות פיזית (Physical)
 4. מוגבלות קוגניטיבית/אינטלקטואלית/לקויות למידה (Cognitive/Intellectual)
 5. הפרעות נפש (Mental Illness)

6. מחלות כרוניות (Chronic Illness)

שכיחות נכות עולה עם העלייה בגיל, ומשפיעה על יכולת ההשתלבות בעבודה, בהשכלה ובחברה.

2. היקף התופעה ונתונים מספריים

- **מספר האנשים עם מוגבלות בישראל:** למעלה מ-1.6 מיליון אזרחים.
- **אחוז בגיל העבודה:** כ-19% מהאוכלוסייה בגיל העבודה מדווחים על מגבלה בינונית עד חמורה, מתוכם 6% עם מוגבלות חמורה.
- **סוגי נכות עיקריים (על פי מכון ברוקדייל 2021):**
 - 18% – נכות פיזית
 - 9% – בריאות נפשית
 - 4% – מוגבלות קוגניטיבית
 - 4% – לקות ראייה
 - 3% – לקות שמיעה
 - 3% – למידה/ADHD
 - 2% – מחלות כרוניות
- **נכות מרובה:** כ-47% מהאנשים עם מוגבלות בגיל העבודה חווים יותר מסוג מוגבלות אחד.

3. תעסוקה ושכר

- **שיעור תעסוקה:**
 - בעלי מוגבלות: כ-57% מועסקים.
 - ללא מוגבלות: כ-77% מועסקים.
 - במגזר הערבי: רק כ-32% מבעלי מוגבלות עובדים.
- **רמת שביעות רצון:** יחסית חיובית, אך קיימת אי-שביעות לגבי השכר והאפשרות להתקדם.
- **פערי שכר:** השכר הממוצע בקרב אנשים עם מוגבלות הוא כ-75% מהשכר הממוצע של אנשים ללא מוגבלות.

4. השכלה

- **תואר אקדמי:**
 - 21% בלבד מבעלי מוגבלות מחזיקים בתואר אקדמי, לעומת 36% ללא מוגבלות.
 - נשים עם מוגבלות: 26% לומדות או סיימו תואר אקדמי, לעומת 16% בלבד בקרב גברים עם מוגבלות.
- נתונים אלה מצביעים על פערי נגישות להשכלה גבוהה ועל הצורך בתמיכה וליווי אקדמי מותאם.

5. מצב כלכלי

- **קשיי כיסוי הוצאות:**
 - 14% מבעלי מוגבלות אינם מצליחים לכסות את הוצאות החודש (לעומת 5% בלבד בקרב אנשים ללא מוגבלות).
- **ויתורים על שירותים הכרחיים:**
 - 19% מבעלי מוגבלות נאלצים לוותר על טיפולים רפואיים או רכישת תרופות בשל עלות.
 - 15% מוותרים על ארוחות חמות בעקבות מצוקה כלכלית.

6. בידוד, בדידות ורשתות חברתיות

- **מדדי בדידות:**
- 13% מבעלי מוגבלות חמורה חווים בדידות (לעומת 3% באוכלוסייה הכללית).
- 26% מבעלי מוגבלות דיווחו על היעדר חברים (לעומת 7% באוכלוסייה הכללית).
- **השפעות הקורונה:**
- 19% מהאנשים עם מוגבלות חמורה דיווחו שאין להם אדם להישען עליו בעת מצוקה (לעומת 5% בקרב אנשים ללא מוגבלות).

בדידות ואי-נגישות חברתית מהווים מכשול משמעותי להשתלבות ולהתמודדות בריאה עם המוגבלות.

7. השלכות בריאותיות

- **סוכרת:** שכיחות גבוהה פי 3 בקרב אנשים עם מוגבלות.
- **יתר לחץ דם:** שכיחות גבוהה פי 2.
- **השמנה:** כ-26% מאוכלוסיית בעלי המוגבלות סובלים מהשמנת יתר.
- **מצוקה נפשית:** גבוהה פי 3 לעומת האוכלוסייה הכללית.
- **ויתור על תרופות:** 24% אינם רוכשים תרופות עקב עלויות כלכליות.

8. שינוי המינוחים והשפה

- **מונחים ישנים ופוגעניים:** retarded Mentally minded, Feeble Idiot, Moron ועוד.
- **מונחים עדכניים:** disabilities, learning Severe disability, Intellectual לקות אינטלקטואלית.
- **חשיבות השפה:** השימוש בשפה מכבדת משקף שינוי בתפיסה הציבורית ותורם להקטנת הסטיגמה.

9. מטרות המפגש והסדנה

1. **העמקת ההבנה:** להבהיר מהי נכות ואילו השלכות יש לה על חיי היומיום.
 2. **העלאת מודעות:** לחשוף את אנשי המקצוע והסטודנטים לאתגרים השונים של אנשים עם מוגבלויות, בדגש על תחום הבריאות.
 3. **הערכה מקצועית:** לזהות ולהעריך את הקשיים הייחודיים של כל אדם עם מוגבלות ולהציע פתרונות מותאמים.
 4. **דיון ושאלות:** לקיים מרחב פתוח לשאלות סביב הנושא והשלכותיו החברתיות, הכלכליות והבריאותיות.
- במהלך הסדנה מתקיימות פעילויות מעשיות וחלוקה לחדרים שבהם לומדים על סוגים שונים של מוגבלויות (עיוורון, מחלות נפש, לקויות שמיעה וקוגניטיביות).

10. נקודות חשובות למבחן או לדיון

1. **נתונים מרכזיים:** היקף האוכלוסייה עם מוגבלות, שיעורי תעסוקה, פערי השכלה, מצב כלכלי ונתוני בריאות.
2. **סוגי המוגבלויות:** הבנה בסיסית של ההבחנות בין מוגבלות פיזית, חושית, נפשית וקוגניטיבית וכיצד כל אחת דורשת התאמות שונות.
3. **חשיבות השפה:** כיצד שינוי המינוחים משקף גישה חדשה ומכבדת, וכיצד שפה משפיעה על סטיגמה חברתית.

4. **השפעה חברתית וכלכלית:** הפערים בתעסוקה, השכלה והכנסה; קשר בין בידוד, בדידות ומצב בריאותי/נפשי.
5. **תפקיד אנשי המקצוע:** הצורך בהסרת חסמים, יצירת נגישות וליווי מקצועי-חברתי המותאם לסוג המוגבלות.

סיכום קצר

המצגת "Disability" מציגה תמונה רחבה של נושא המוגבלויות בישראל. מעל 1.6 מיליון איש חיים עם מוגבלות, מה שמבטא כ-19% בגיל העבודה (6% מתוכם עם מוגבלות חמורה). אנשים עם מוגבלות מתמודדים עם אתגרים רבים: שיעורי תעסוקה ושכר נמוכים, פערים בהשכלה, קשיי כיסוי הוצאות חודשיות, ויתור על טיפולים רפואיים ותרופות, וכן תחושת בידוד ובדידות מוגברת – במיוחד בתקופת הקורונה. מבחינה בריאותית, שכיחות מחלות כרוניות, השמנה ומצוקה נפשית גבוהה יותר.

ישנה מגמה של מעבר למינוחים עדכניים ומכבדים המתמקדים באדם ולא במגבלה, ובכך מוקטן הסטיגמה החברתית. מטרת המפגש והסדנה היא להרחיב את המודעות ולהעמיק את ההבנה של אנשי מקצוע וסטודנטים, כדי שיוכלו לשפר את התמיכה והסיוע שהם מעניקים לאנשים עם מוגבלויות, ולהשתתף ביצירת חברה ושירותי בריאות נגישים, מותאמים ומכבדים יותר.

בדיקות סקר - חלק 1

להלן סיכום של ההרצאה מיום 22 בינואר 2025 בהדגשה של מושגים חשובים. הסיכום כולל רקע על רפואה בגליל, עיסוק בנושאים יומיומיים בקליניקה (בדיקות שגרתיות בהיריון), חוויות מהשטח, סוגיות תרבותיות בחברה הערבית (נישואי קרובים, בדיקות סקר גנטיות, תמותת תינוקות), ועד לדיון מעמיק בבדיקות גנטיות, בדיקות סקר בהיריון ובחירות המטופלת (הפסקת היריון, PGD ועוד).

1. פתיחה: הקשר לרפואה בגליל ובריאות הציבור

1. רפואה בגליל

- ריבוי מגזרים: ערבים, דרוזים, נוצרים, בדואים, יהודים
 - מורכבות בטיפול עקב:
 - שיעור גבוה של נישואי קרובים
 - מרחק ממרכזים רפואיים גדולים
 - מצבים סוציו-אקונומיים מגוונים
 - מודל שונה לעומת עבודה בבית חולים במרכז הארץ: הרופא בגליל נדרש לעיתים להתמודד לבד עם מגוון רחב של מקרים, ללא צוות רב-תחומי נרחב.
- #### 2. התנהלות השיעור וההרצאה
- המרצה מבקשת שיתוף פעולה ושקט בכיתה ("מי שלא רוצה - מוזמן לצאת").
 - ההקשר לרפואה בגליל ולבריאות הציבור ברור: לנושאים הללו יש משמעות בקורס, במיוחד בקורס "בריאות האוכלוסייה".

2. מקרה לדוגמה: מעקב היריון, בדיקות, וממצא של Anemia Fanconi

1. מטופלת בת, 21 נשואה

- הגיעה למעקב היריון – בוצעו בדיקות דם שגרתיות:
 - סוכר בצום (לגילוי סוכרת היריון)
 - ספירת דם (גילוי אנמיה, אינדיקציה לבעיות כמו טלסמיה או המופיליה)
 - TSH (לאיתור בעיות בבלוטת התריס)
 - HIV, ספיליס, CMV, טוקסופלזמה, אדמת ועוד – כי כולן עלולות לסכן את העובר.
- עברה שקיפות עורפית, סקירת מערכות מוקדמת, סקר ביוכימי ראשון ושני.

2. ממצא סקירת מערכות: חשד ל-VSD

- $Defect\ Septal\ Ventricular = VSD$ – חור במחיצה בין חדרי הלב.
- אם יש חשד למום לבבי, נעשה לפעמים אקו-לב עובר (ע"י גניקולוגים מיומנים או קרדיולוג ילדים).
- 3. **לאחר הלידה**
 - התינוק נולד בשבוע 39 (או 40) במשקל קטן לגיל ההיריון ($IUGR$).
 - נמצא שיש לו מיקרוצפלוס (היקף ראש קטן), אנמיה, טרומבוציטופניה, כתמי עור, עיניים קטנות, ובדיקת אקו לב שביססה חשד ל- VSD .
 - בדיקה גנטית גילתה שהוא סובל מ-**Anemia Fanconi**: מחלה אוטוזומלית רצסיבית שגורמת לפגיעה במח העצם, נטייה לזיהומים ומחלות ממאירות, ומומים מולדים (בכליות, גפיים, לב ועוד).
- 4. **השאלות שעולות**
 - בדיקות סקר גנטיות: האם אפשר היה לזהות את הסיכון מראש (למשל, אם שני ההורים נשאים)?
 - החלטות בהיריון: אם מתגלה בעיה גנטית בעובר, האם ההורים היו מעוניינים בהפסקת ההיריון? או הכנה לטיפול מיוחד?
 - דיבת תרבות: יש נשים (או זוגות) בערים וכפרים בגליל שמסרבים לבדוק או לשקול הפסקת ההיריון מטעמי דת/תרבות.

3. תמותת תינוקות בחברה הערבית ובגליל

1. **נתוני תמותה כלליים**
 - שיעור תמותת תינוקות בחברה הערבית גבוה פי 3–2 מזה שבחברה היהודית.
 - בדרום (אוכלוסייה בדואית) מגיעים לממוצעים של 12 ל-1000 לידות חי.
2. **סיבות מרכזיות**
 - **נישואי קרובים**: תורמים לעלייה בשכיחות מחלות גנטיות.
 - **מצב סוציו-אקונומי נמוך**: פוגע במעקב ההיריון תקין, גורם להיוולדות פגים, היעדר השכלה מספקת על בדיקות סקר.
 - **מעקב ההיריון לקוי**: חוסר ביצוע בדיקות בזמן, קושי לגשת למרפאות – מביא לשיעור גבוה של בעיות שלא מאובחנות.
3. **נישואי קרובים באוכלוסייה הערבית**
 - כ-31% עד 2010 (כולל דרגות קרבה ראשונה, שנייה ורחוקה יותר).
 - מעלה סיכון למחלות אוטוזומליות רצסיביות (למשל תסמונת פנקוני אנמיה, טלסמיות ועוד).
4. **הערה קלינית**
 - כל רופא נשים בגליל אמור לשאול ישירות על "נישואי קרובים" (שאלה מובנית באנמנזה). באוכלוסייה היהודית זה נדיר, אך אצל משפחות ערביות השכיחות גבוהה יחסית.

4. סקר גנטי מורחב והבדלים בצריכה בין מגזרים

1. **רקע היסטורי**
 - משנות ה-80: **סקר ילודים** (בדיקת דם לכל תינוק לניטור מחלות מטבוליות – PKU , היפותאירואידזם ועוד).
 - 2013: משרד הבריאות הרחיב בדיקות למחלות גנטיות חמורות (X שכי, $CF\ SMA$) (לפי מוצא (יהודים/ערבים/דרוזים)).
 - בשנה הראשונה (2013–2014) רק 15% מהנשים הערביות נבדקו, לעומת 21% בכלל האוכלוסייה.
2. **החידוש (נובמבר 2024) סקר גנטי מורחב אחיד לכלל האוכלוסייה**
 - כולל 289 גנים ו-651 מוטציות, מאתר נשאות למחלות תורשתיות חמורות.
 - ניתן בחינם (בקופות חולים, מרכזים גנטיים).
 - שיטת הבדיקה: קודם בודקים את האישה; אם נמצאת נשאית למחלה מסוימת, בודקים את הבעל עבור אותה מחלה.
 - **מטרת העל**: למנוע תחלואה קשה ולצמצם תמותת תינוקות, לתת גישה שווה לכולם בלי תלות במוצא ובסטטוס סוציו-אקונומי.
3. **חסמים וקשיים**
 - **מודעות נמוכה** לנושא בחלק מהישובים: חלק מהמשפחות לא יודעות על ההרחבה.
 - דרוש שבן הזוג יגיע לבדיקה, לא תמיד מתאפשר (עבודה, העדפות תרבותיות).

- הרתיעה הדתית/תרבותית: חלק מהמשפחות מעדיפות "לא לדעת" כי בין כה וכה לא יפסיקו היריון.

5. בדיקות בהיריון: בין סקר לאבחנה

א. בדיקות סקר (שאינן אבחנתיות)

1. **שקיפות עורפית (NT) – Translucency Nuchal**
 - שבוע 11-13+6, באולטרסאונד – מודדים את עובי הנזל בעורף העובר.
 - קשור לסיכון לטריזומיה 21 (תסמונת דאון), טריזומיה 18, בעיות לבביות ועוד.
2. **סקר ביוכימי ראשון**
 - בסמוך לשקיפות (שבוע 11-13+6).
 - בודקים PAPP-A ו-β-hCG, ומשקללים עם גיל האם ותוצאות השקיפות.
 - נותן סיכון סטטיסטי לבעיות כרומוזמליות.
3. **סקר ביוכימי שני**
 - שבוע 16-20+6, מודד Inhibin-A E3, hCG, AFP (בחלק מהמקרים).
 - מסייע בזיהוי סיכון לתסמונת דאון, בעיות בתעלת העצבים (Spina Bifida) ועוד.
4. **בדיקת (NIPT) Prenatal (Non-Invasive Testing)**
 - בדיקת דם מהאם לאיתור מקטעי DNA עוברי בדם האימהי.
 - רגישות גבוהה (+99%) לתסמונת דאון, אך מוגדרת "סקר" ולא אבחנה – אם יש ממצא חריג, צריך בדיקה פולשנית (מי שפיר / סיסי שליה).

ב. בדיקות אבחנתיות

1. **דיקור מי שפיר (Amniocentesis)**
 - שבוע 16-20: החדרת מחט בהנחיית אולטרסאונד, שאיבת נוזל מי שפיר.
 - תאי העובר במי השפיר נבדקים גנטית (קריטיפ, שבירות כרומוזומים, וכו').
 - סיכון מסוים להפלה/ירידת מים.
2. **סיסי שליה (CVS) – Sampling Villus Chorionic**
 - שבוע 10-13.
 - נטילת רקמת שליה לבדיקה גנטית.
 - מאפשר גילוי מוקדם אך יש גם בו סיכונים לפגיעה בהיריון.

6. סוגיית הפסקת היריון והבדלים בין מגזרים

1. **ועדות להפסקת היריון בישראל**
 - נדרש אישור ועדה (בריאות/נפשי/גיל/הריון מחוץ לנישואין וכו').
 - אחוז הנשים הערביות שפונות לוועדות הוא נמוך (~9%) לעומת למעלה מ-20% בכלל האוכלוסייה.
 - רבים מסרבים להפלה גם אם מתגלה מום חמור, מטעמים דתיים או תרבותיים.
2. **מקרים קיצוניים**
 - אם בבדיקה מאובחנת מחלה כמו *Anemia Fanconi*, הרופא יכול להסביר על חומרת המחלה והאפשרות להפסקת היריון. אך המטופלת ובעלה עשויים לדחות את האפשרות ולדבוק בהמשך ההיריון.
3. **היבט משפטי-רפואי**
 - חובה להציע אפשרות אבחנה (דיקור מי שפיר / CVS) לכל מי שמתגלה אצלם סיכון גבוה בבדיקות הסקר, וליידע על זכות לפנות לוועדה.
 - בפועל, לא כל משפחה בוחרת לעשות זאת.

7. Genetic (Pre-implantation PGD) – למניעת העברת מחלות קשות

1. הגדרה ותהליך
 - מבוצע במסגרת IVF (הפריה חוץ-גופית):
 - 1. שאיבת ביציות מהאם
 - 2. הפרייתן בזרע האב (במעבדה)
 - 3. גידול העובר למספר ימים ובדיקת תאים (ביופסיה) לזיהוי מוטציות/מחלה גנטית
 - 4. החזרת עוברים "בריאים" לרחם.
 - פתרון לזוגות נשאים למחלות קשות (רצסיביות, דומיננטיות, כרומוזומליות).
2. מגבלות וקשיים
 - עלות גבוהה, דורש צוות מיומן, מגבלות חוקיות (בחירת מין העובר מחייבת אישורים וכו').
 - באוכלוסייה מסורתית/דתית רבים נמנעים מ-IVF או לא מודעים לאפשרות.

8. היבטים נוספים שעלו בהרצאה

1. התייחסות כללית לרפואת נשים
 - הסבר על מערכת ההתמחות בגניקולוגיה ומיילדות: יש תתי-התמחויות (פוריות, אולטרסאונד, חדר לידה, וכו').
 - התייחסות לשגרה: מפגשי מעקב, אנמנזה גניקולוגית ומיילדותית מפורטת, והתאמת הטיפול לפי תוצאות הבדיקות.
2. בעיות לבביות אצל עוברים
 - *Arteriosus Ductus (Patent PDA, ASD, VSD)* – מומים נפוצים.
 - חלקם מתגלים בסקירת מערכות (מוקדמת ומאוחרת), אקו לב עוברי, ונבדקים לעומק כדי להיערך לטיפול לאחר הלידה.
3. הערות בנושא "למה בכלל לבצע בדיקות, אם לא מתכננים להפסיק היריון?"
 - יש חשיבות גם לאפשרות להתארגן מוקדם לטיפול רפואי (לידה במרכז מומחים) ולתמיכה במשפחה, אף אם אינם מעוניינים בהפסקת היריון.
4. פניות לייעוץ גנטי
 - במקרים של סיכון גבוה: לעודד זוגות לבוא ביחד, לבדוק נשאות לשניהם (במיוחד אם ידוע על מחלה גנטית במשפחה).
 - במידה ובדיקה מקדימה עולה כסף (בעבר), היו רבים שנמנעו; כיום מוצע במסגרת סל הבריאות (מאז נובמבר 2024).
5. הפסקה בשיעור והשאלות בכיתה
 - המרצה מתייחסת לרעשי רקע, מבקשת שקט.
 - יש דיאלוגים בין הסטודנטים למרצה: "למה אצלנו זה לא מקובל?", "איך זה הגיוני שנישואי קרובים עדיין קורים?" – המרצה מסבירה שזה חלק מהתרבות, ושעדיין ממשיך.
6. שאלות טכניות בנושאי אפליה תקציבית, קופות חולים, מערך אשפוז בצפון
 - לקראת סוף ההרצאה (הקטע הלא סדור), היה דיון קצר על כך שיש מחסור בתקנים ותכנון חסר של משרד הבריאות בפריפריה.
 - צוין שלעיתים אין מכרזים אטרקטיביים לרופאים, ושיטת ה"קפיטציה" לא תמיד מותאמת לצרכים הייחודיים בפריפריה.

נקודות חשובות (Re-Cap) וסימון מושגים שעשויים להופיע במבחן

1. **Anemia Fanconi**: מחלה אוטוזומלית רצסיבית, פגיעה במח העצם, תמותת תינוקות גבוהה, פגם במנגנוני תיקון DNA.
2. **נישואי קרובים**: מעלה סיכון למחלות רצסיביות, שכיח באוכלוסייה הערבית. (31%)
3. **סקר גנטי מורחב (2024)**: 289 גנים, 651 מוטציות, ניתן חינום לכלל האוכלוסייה – למה חשוב? איך מבוצע?
4. **בדיקות סקר בהיריון**:
 - שקיפות עורפית (NT) בין שבוע 11-13+6
 - סקר ביוכימי ראשון ושני
 - **NIPT** (בדיקת דנ"א עוברי חופשי בדם האם, ~99% רגישות לתסמונת דאון)

5. **בדיקות אבחנתיות:** זיקור מי שפיר, CVS (עבור זיהוי ודאי של בעיות כרומוזומליות/גנטיות).
6. **PGD:** מאפשר סינון עוברים ברמת המעבדה בהפריה חוץ גופית, מניעה של הולדת ילד חולה.
7. **ועדות להפסקת ההיריון:** שיעור פניה נמוך בחברה הערבית, (9%) מול >20% כללית. שיקולי תרבות ודת.
8. **HIV CMV, Rubella, Toxic:** מחלות זיהומיות שנבדקות בתחילת ההיריון (יכולות לפגוע בעובר).
9. **BIVSD PFO, VSD, ASD:** מומי לב עובריים, מתגלים בסקירות ואקו לב עובר.

סיכום סופי

1. **האתגר הגלילי:** שילוב של שיעור נישואי קרובים, מודעות נמוכה לבדיקות סקר גנטיות, קושי בנגישות לשירותים רפואיים – מביא לנתונים גבוהים של תחלואה ותמותת תינוקות באוכלוסיות מסוימות (ערבית, בדואית, דרוזית).
 2. **הרחבת הסקר הגנטי** משנת 2024 היא פריצת דרך, אך עדיין יש צורך להסברה מותאמת תרבותית, לעידוד הבאת בני זוג לבדיקה, ולשילוב מנהיגים מקומיים (אימאמים, רבנים, מובילי דעה) כדי להעלות את שיעור הנבדקים.
 3. **בדיקות הסקר והאבחון בהיריון** מאפשרות איתור מוקדם, בחירה מושכלת לגבי המשך ההיריון, והתארגנות לטיפול – במיוחד במקרי מום חמור או מחלה גנטית. בכל זאת, חלק ניכר מהמשפחות בוחרות להמשיך את ההיריון ללא הפסקה גם בממצא קשה.
 4. **תפקיד הרופא/ה:** לספק מידע מלא ומדויק על כל הבדיקות והאפשרויות (כולל, PGD, IVF, הפסקת ההיריון), אך לכבד את ההקשר התרבותי-דתי של המשפחה.
- כך ניתן להבין את מורכבות הטיפול ברפואה בגליל, את חשיבות בדיקות הסקר הגנטיות, ואת הצורך בגישה הוליסטית המשלבת ידע רפואי, רגישות תרבותית וייעוץ מקיף למטופלות.

בדיקות סקר – חלק 2

להלן סיכום של ההרצאה מיום 29 בינואר 2025.

1. רקע כללי: מהי בדיקת סקר ולמה היא חשובה

1. **מטרה כללית של בדיקות סקר**
 - לזהות **מצבים רפואיים או גורמי סיכון** אצל אנשים ללא סימפטומים.
 - להתמקד בגילוי מוקדם, לפני שהמחלה מתפתחת או מחמירה, כדי לאפשר מניעת תחלואה ושיפור איכות החיים.
 - דוגמא: בדיקת סקר ל-HPV (נגיף הפפילומה) יכולה לזהות שינויים טרום-סרטניים בצוואר הרחם.
2. **מה הופך בדיקת סקר ל"טובה"?**
 - **עלות מול תועלת (Cost-Effectiveness):** רצוי שהבדיקה לא תהיה יקרה מדי ושעלותה תהיה מוצדקת ביחס לתועלת.
 - **זמינות ופשטות:** קל יחסית לבצע את הבדיקה ונגישותה גבוהה.
 - **רגישות (Sensitivity) וספציפיות (Specificity)** גבוהות (הסבר להלן).
 - **בטיחות:** מיעוט תופעות לוואי או נזק למטופל/ת.
3. **רגישות (Sensitivity) וספציפיות (Specificity)**
 - **רגישות:** היכולת של הבדיקה לזהות את כל החולים במחלה מבין כלל החולים.
 - חישוב: $\text{רגישות} = \frac{\text{True Positive}}{\text{True Positive} + \text{False Negative}}$
 - "True" = חולים שאותרו כחיוביים באמת; "False" = "Negative" = חולים שהבדיקה החמיצה (הראתה תוצאה שלילית שגויה).
 - **ספציפיות:** היכולת של הבדיקה לזהות נכון אנשים בריאים כשליליים.
 - חישוב: $\text{ספציפיות} = \frac{\text{True Negative}}{\text{True Negative} + \text{False Positive}}$
 - "True" = בריאים שאותרו כשליליים; "False" = "Positive" = בריאים שהבדיקה סימנה בטעות כחיוביים.

2. דוגמאות לבדיקות סקר מחלות שכיחות**א. יתר לחץ דם (Hypertension)**

1. **מדוע חשוב?**
 - מחלה "שקטה" (ללא סימפטומים). עלולה לגרום סיבוכים באיברי מטרה: מוח, לב, כליות, עיניים.
 - טיפול מוקדם (תרופתי ושינוי אורח חיים) מפחית תחלואה ותמותה לבבית ומוחית.
2. **הנחיות לסקר**
 - כוח המשימה האמריקאי: ממליץ לבדוק לחץ דם אצל מבוגרים מעל גיל 18 באופן שגרתי.
 - בארה"ב גם בילדים מעל גיל 3 (לפי האיגוד האמריקאי לרפואת ילדים).
 - בקבוצות סיכון (השמנה, סוכרת, סיפור משפחתי, אורח חיים יושבני): לעתים קרובות יותר.
3. **קריטריונים להגדרת יתר לחץ דם** (הערכים עשויים להשתנות עם הזמן):
 - תקין: מתחת ל-120/80.
 - גבולי (מוגבר): 120–129 (סיסטולי) ופחות מ-80 (דיאסטולי).
 - יתר לחץ דם דרגה 1: 130–139 סיסטולי או 80–89 דיאסטולי.
 - יתר לחץ דם דרגה 2: ≥ 140 סיסטולי או ≥ 90 דיאסטולי.
4. **שיטות מדידה**
 - מדידת לחץ דם רגילה במרפאה (עם שרוול מתאים לגודל הזרוע).
 - תסמונת החלוק הלבן (Coat (White Syndrome): מדידת יתר במרפאה לעומת מדידות ביתיות תקינות.
 - הולטר/אמבולטורי 24 שעות: מדידה אוטומטית במשך היממה לזיהוי מצבים נסתרים.

ב. סוכרת (ובעיקר סוכרת סוג 2)

1. **חשיבות**
 - שכיחות גבוהה, במיוחד בגליל ובאוכלוסייה עם השמנה.
 - טיפול מוקדם יכול למנוע סיבוכים (עיניים, כליות, כלי דם, לב) ולשפר איכות חיים.
2. **הנחיות לסקר**
 - לפי האגודה הישראלית לסוכרת: מומלץ על ביצוע בדיקות סקר מעל גיל 45 (לאנשים ללא גורמי סיכון).
 - אם יש גורמי סיכון (עודף משקל, יתר לחץ דם, היסטוריה משפחתית וכו'): להתחיל מוקדם יותר.
 - חזרה על הבדיקה כל 3 שנים אם תקין.
3. **סוגי בדיקות**
 - **סוכר בצום** (Fasting Glucose): ערך תקין < 100 , טרום-סוכרת 100–125, סוכרת מעל 126 (בשתי בדיקות נפרדות).
 - **HbA1c (המוגלובין מסוכרר)**: משקף ממוצע סוכר ב-3 החודשים האחרונים.
 - תקין: < 5.7 , טרום-סוכרת: 5.7–6.4, סוכרת: ≥ 6.5 (חזרה על בדיקה לאישוש).
 - **העמסת סוכר (Oral Tolerance Glucose Test)**: שעתיים לאחר שתיית 75 גרם גלוקוז (ללא הריון).
 - **סוכרת הריונית**: העמסת סוכר 50 גרם ו/או 100 גרם לפי הפרוטוקול (בשבועות 24–28 בהריון).

ג. שומנים בדם (דיסליפידמיה)

1. **למה חשוב?**
 - רמות גבוהות של כולסטרול (LDL) וטריגליצרידים גורמות להתפתחות טרשת עורקים, (Atherosclerosis) מעלות סיכון לשבץ מוחי ולהתקפי לב.
2. **הנחיות לסקר**
 - מבוגרים מעל 20: לפחות פעם אחת לבדוק פרופיל שומנים (לצורך סיכון קרדיו-וסקולרי כולל).
 - מעל גיל 40: כל 5 שנים בדיקת פרופיל שומנים.

- בקבוצות סיכון (השמנה, סוכרת, סיפור משפחתי של מחלות לב מוקדמות): בדיקות תכופות יותר.
- 3. **בדיקות נפוצות**
 - **LDL** (כולסטרול "רע") – יעד טיפולי משתנה (למשל, <100 או אף נמוך יותר במחלות לב קיימות).
 - **HDL** (כולסטרול "טוב") – ככל שערכו גבוה יותר, יש הגנה בפני מחלות לב.
 - **טריגליצרידים** – ערך רצוי <150 .
 - אפשרי לבדוק אפוליפופרוטאין B ו-Lipoprotein(a) במקרים ספציפיים.

3. בדיקות סקר לסרטנים נבחרים

א. ממוגרפיה לסרטן שד

1. **רקע**
 - סרטן השד הוא מהשכיחים בנשים.
 - גילוי מוקדם משפיע משמעותית על תמותה והצלחת טיפול.
2. **הנחיות בישראל**
 - מגיל 50 עד 74 אחת לשנתיים (נשים בסיכון ממוצע).
 - מגיל 49–40 אפשרי החל מגיל 40, בדרך כלל לפי שיקול רופאי או אם האישה מבקשת.
 - נשים בסיכון גבוה (למשל מוטציות **BRCA**, סיפור משפחתי מדרגה ראשונה): מעקב מגיל צעיר יותר (פעמים בשנה או בנוסף למעקב MRI).
3. **בדיקות משלימות**
 - **אולטרסאונד שד**: כאשר הרקמה סמיכה או כבדיקה נוספת לבירור ממצאים חשודים בממוגרפיה.
 - **MRI שד**: רגישות גבוהה, אך עלול לתת Positive False יותר מממוגרפיה. משמש בעיקר בסיכון גבוה (BRCA) או מעקב הדוק).

ב. סרטן המעי הגס (Colorectal Cancer)

1. **למה בדיקת סקר?**
 - קולונוסקופיה או בדיקת דם סמוי בצואה עשויות לזהות פוליפים טרום-ממאירים (Adenomas) ולהסירם, ובכך למנוע סרטן.
 - גילוי מוקדם = סיכויי החלמה גבוהים יותר.
2. **הנחיות**
 - **בדיקת דם סמוי בצואה** (Fecal Occult (Test) Blood Occult מומלצת מגיל 50 עד 74 – פעם בשנה או שנתיים (תלוי בקופה ובהמלצות).
 - **קולונוסקופיה** בדרך כלל למטופלים עם תוצאה חיובית בדם סמוי, או בכל 10 שנים אחרי גיל 50 בקווים אמריקאיים (בישראל הגישה משתנה לפי קופות).
 - קבוצות סיכון (דלקות מעי כרוניות כגון קרוהן וקוליטיס, תסמונות תורשתיות כמו FAP) Lynch – מעקב תכוף יותר ומגיל צעיר יותר.

ג. סרטן צוואר הרחם (Cervical Cancer)

1. **נגיף HPV**
 - הסיבה לכ-99% ממקרי סרטן צוואר הרחם.
 - קיימים חיסונים (גרדסיל 9 וכו'). בישראל מתחסנים בנים ובנות בבתי הספר, מומלץ עד גיל 26 אך ניתן גם אח"כ.
2. **בדיקות סקר בישראל**
 - מגיל 25 עד 65 **Typing HPV** אחת ל-5 שנים (לנשים ללא גורמי סיכון מיוחדים).

- במקומות אחרים (ארה"ב, למשל) עדיין נהוג **Test Pap** (בדיקת פאפס) כל 3 שנים או שילוב co- HPV + Pap testing כל 5 שנים, תלוי בגיל.
- 3. **בדיקת מעבדה**
- אם ה-HPV נמצא חיובי ומדובר בזן בסיכון גבוה, בודקים את מצב התאים (ציטולוגיה), ושוקלים הפניה ל-Colposcopy וביופסיה.

ד. סרטן ריאות

1. **אין המלצה גורפת** לסריקה באוכלוסייה הכללית.
2. בארה"ב (USPSTF) יש המלצות ל-Low-Dose LDCT (CT למעשנים כבדים בין גיל 50–80 ≥ 20) חפיסות בשנה) שעדיין מעשנים או הפסיקו בעשור–15 שנים האחרונות.
3. בישראל – כרגע אין תוכנית סקר רשמית בסל הבריאות.

4. נקודות כלליות וניהול המשך מעקב

1. **מעקב לאור תוצאה חיובית**
 - בדיקת סקר חיובית אינה אבחנה סופית. יש צורך בבירור נוסף (ביופסיות, הדמיה משלימה וכו').
 - Positive False עלול להוביל לחרדה ולבדיקות פולשניות מיותרות.
2. **מעקב לאור תוצאה שלילית**
 - יש מצבים של Negative False (למשל בממוגרפיה או בבדיקה לצוואר הרחם). לכן, אין להסתמך רק על בדיקת סקר אחת, אלא על חזרתיות לפי ההמלצות.
3. **היבט כלכלי ואורח חיים**
 - לצד בדיקות סקר, יש חשיבות לאורח חיים בריא (פעילות גופנית, הימנעות מעישון, תזונה מאוזנת).
 - בדיקת סקר נועדה לגלות מוקדם, אך ישנם פרמטרים רבים (כמו סיכון תורשתי) המכתיבים תדירות ומהלך.
4. **שינוי בהמלצות לאורך זמן**
 - ההמלצות עשויות להשתנות עקב מחקרים עדכניים (לדוגמה, ערכי לחץ דם תקינים "נמוכים" יותר, גיל התחלת ממוגרפיה, חיסון HPV בכל גיל וכו').

5. מושגים עיקריים (לרענון לקראת מבחן)

- **Sensitivity (רגישות)**: אחוז החולים שמזהים כחיוביים (True Positive) מתוך כלל החולים.
- **Specificity (ספציפיות)**: אחוז הבריאים המזהים כשליליים (True Negative) מתוך כלל הבריאים.
- **Positive/Negative False**: תוצאות שגויות – עלולות לגרום לפספוס חולים (False Negative) או לבדיקות מיותרות (False Positive).
- **Cost-Effectiveness**: עד כמה הבדיקה מועילה (מניעת תמותה/תחלואה) ביחס לעלותה ולנזק פוטנציאלי.
- **מחלות כרוניות נפוצות**: יתר לחץ דם, סוכרת, דיסליפידמיה – ההמלצות לביצוע בדיקות באופן תקופתי לאיתור מוקדם.
- **בדיקות סקר לסרטן**: ממוגרפיה (שד), צואה לדם סמוי/קולונוסקופיה (מעו גס), HPV לצוואר הרחם, LDCT למעשנים כבדים (ריאות).

סיכום הסיכום בדיקות סקר הן כלי משמעותי בבריאות הציבור, המיועד לגילוי מוקדם של מצבים א-סימפטומטיים והפחתת תחלואה ותמותה. בהרצאה הודגשו:

1. **עקרונות השימוש בבדיקות סקר** (רגישות, ספציפיות, עלות-תועלת, בטיחות).

2. דוגמאות מרכזיות:

- יתר לחץ דם (מדידת לחץ דם מגיל 18 לעתים כבר מגיל 3 בילדים).
 - סוכרת (סוכר בצום, HbA1c, העמסת סוכר) וטרומבוסיס.
 - דיסליפידמיה (פרופיל שומנים, HDL, LDL, טריגליצרידים).
 - סרטני שד, מעי גס, צוואר הרחם וריאות – ההמלצות הקיימות לסקירה.
3. **יישום ואפשרויות המשך:** בדיקות חיוביות יובילו לבירור נוסף, בדיקות שליליות עדיין מחייבות חזרה מחזורית (עקב הסיכון לפולס נגטיב).

הדגש הוא על מניעת מחלות או איתורן בשלב מוקדם כדי לשפר פרוגנוזה ולצמצם נזקים בריאותיים וכלכליים.