

ארועי טדמד



להבין מהם האינטרסים של השחקנים השונים ולכתוב אותם באופן מפורש.

גישות "משבשות" (Disruptive Approaches) בהתמודדות עם היענות והתמדה של חולים לטיפול

הסיבות לכישלון היענות לטיפול רפואי וההתמדה בטיפול שהרופא מתווה הן מגוונות. על מנת לנסות ולמצוא פתרונות חדשניים יש תחילה למפות את הסיבות לכישלון היענות לטיפול הרפואי ולנסות ולהתייחס לעולמות תוכן אחרים מהם ניתן להקיש וללמוד על מנת להשיג היענות אופטימאלית. כך למשל, הכרה במאמץ שהושקע מסייעת להתמדה בפעילות שגרתית של לקיחת תרופה - אפליקציות לריצות בוקר שמסייעות להתמדה ובדקות בסיום הריצה כיצד אנו מרגישים על-מנת שנפנים את התגמול שלנו (התוצאה החיובית של הריצה), תזכורת להשפעה החיובית ארוכת הטווח של התרופה, בעיקר כאשר מדובר בתרופות שיש להן תופעות לוואי קשות; הבנה עמוקה של יתרונות הטיפול תאפשר

היענות מכוונת - בה האדם החליט במודע שלא לקחת את הטיפול והתרופות בגלל החשש מתופעות לוואי או מכיוון שהחליט שלא מתאים לו לקחת את התרופה. חוסר היענות בלתי מכוונת - בה המטופל פשוט שוכח לקחת את הכדורים באופן בלתי מכוון ובלתי מודע".

פרופ' ורדה ליברמן, מנהלת תחום קבלת החלטות ומשפט, בית ספר למנהל עסקים 'אריסון': "יש לבנות תפיסת היענות טיפולית חדשה: Controlled Customized Adherence - המערבת גמישות מחשבתית ונשענת על ההנחה כי ישנם אנשים היודעים הכי טוב איזה טיפול מתאים להם ואיזה לא, אפילו טוב יותר מהרופא עצמו, ולכן אין בהכרח לכפות עליהם את הטיפול כפי שהרופא רצה. ההיענות לטיפול צריכה להיות "היענות מותאמת אישית" - היענות המותאמת למטופל, לאישיות שלו ולאורח החיים שלו. לעיתים, החולה יודע היטב מהו המינון הטיפולי המתאים לו, איתו הוא יכול להתמיד לאורך זמן. ההיענות צריכה להיות מבוקרת. לפעמים אפשר לקבל גם היענות חלקית".

בשולחן נבחנו שלושה סוגים של שיתופי פעולה שעשויים לשפר את ההיענות לטיפול: בין חברות התרופות לבין קופות החולים כך שפריון העבודה יעלה. בין קופות חולים לבין ארגוני החולים כך שאיכות החיים של המשפחה תשתפר, ובין בתי חולים לבין עולם הפרסום והשיווק כך שהריפוי ישתפר דרך הרגולציה.

בין הרעיונות הרבים שעלו: יצירת מאגר מידע גדול שיאגד את הנתונים הקיימים בקופות החולים על כמות משיכת התרופות מבתי המרקחת, וביצוע ניתוח נתונים לתת-אוכלוסיות ולהבין מדוע לא נטלו את התרופה. לקיים ראיון איכותני עם החולים, כאשר ההנחה היא שהנתונים יכולים לעזור לחשוף קיבוען מחשבתי על התבנית הסימטרית של לקיחת תרופות.

עוד נאמר שכיום אין כמעט שיתופי פעולה בין קופות החולים לארגוני החולים, אך שיתוף פעולה שכזה יכול למנוע אשפוזים מיותרים, ובכך להקטין את העומס על המשפחה ולשפר את איכות החיים שלה.

רעיון אחר הוא שהרגולציה חייבת ליצור מצב שלמוסדות רפואיים בכלל יהיה אינטרס ליצור היענות. זאת ניתן באמצעות פרסום שם הקופה שבה נרשם שיעור היענות נמוך/גבוה ביותר ותיגמולה בהתאם. לשם כך יש לייצר מדדי איכות חדשים וטובים למדידה,

"ארגונים גדולים יודעים היום לאסוף מידע, לשמור עליו באופן מושכל תוך שמירה על פרטיות המטופל ולהשתמש בו בחיי היום-יום.

יום. אבל האתגר הגדול שלו הוא כמו בפעולת הקדיחה להוצאת נפט מהאדמה - פעולת הקדיחה לא מספיקה. צריך גם לזקק את המידע, כך שניתן יהיה להפיק ממנו תובנות שיביאו לשיפור בריאות המטופלים"





המוטיבציה לטיפול, בין אם באמצעות קבוצות תמיכה, ניוזלטרים, שיחות מאנשים 'כמוני', או התלוות של קרוב משפחה לכל פגישה עם הרופא.

גם טכנולוגיות חדשות עשויות להביא לשיפור בהיענות, כמו אפליקציה לרופאים שתדריך על היענות מטופלים לטיפול; גולות משולבות, המשלבות יחד מספר גולות שונות להפחתת מספר הגולות הנלקחות כל יום; אריזות תרופות וזהרות בחושך; קופסאות שמתגמלות על לקיחה של גלולה בזמן ("סמיילי", תמונה של הנכד, צליל), תזכורות על-גבי מסך הטלויזיה בזמן תוכניות אהובות נצפות; כמו כן, במהלך הדיון עלתה החשיבות של סגמנטציה של מטופלים, על-מנת להתאים את הגישה האפקטיבית והכלים המתאימים לכל תת קבוצה. כך למשל, בנושא התחסנות נגד שפעת, חולקו המטופלים לשלוש קבוצות, אלה שתמיד מגיעים להתחסן, אלה שמגיעים להתחסן לאחר תזכורות חוזרות ונשנות, ואלה שלא יגיעו להתחסן לא משנה מה.

איך מתאימים את המערכת הטיפולית האונקולוגית לעידן האימונותרפיה כטיפול אוניברסלי?

טיפול אימונותרפי לחולי סרטן מבוסס על מנגנון פעולה חדשני, המאפשר למערכת החיסונית של הגוף להילחם באופן טבעי בגידול, בכך נחסך הצורך בטיפולים כימותרפיים קשים שלמעשה מחסלים גם תאים בריאים בגוף שבא עימם במגע.

לאור ההתקדמות המדעית ומעבר לטיפולים אימונותרפיים, שברובם מתאימים להרבה סוגי סרטן ולא לסוג מסוים, איך מתאימים את המערכת הטיפולית האונקולוגית לעידן האימונותרפיה כטיפול אוניברסלי/רחב?

שמוליק מרחב, מנכ"ל מרחב אפשרויות בע"מ, יועץ ומנחה מנכ"לים והנהלות: "צריך להבין את הדפוסים על-פיהם כל מערכת עובדת, כדי שניתן יהיה לנסות ולהציע דפוסים חדשים שיוכלו לפריצות דרך".

ד"ר גל מרקל, מנהל מעבדות המחקר מכון אלה לטיפול ומחקר במלנומה וסרטן העור, מרכז רפואי שיבא, הסביר "הטיפול האימונותרפי למעשה מרים את המסך מעל לתאים הסרטניים שהצליחו להסוות עצמם ממערכת החיסון כדי שהגוף יוכל לזהות ולתקוף אותם. כיום עדיין מסתכלים על הגידולים לפי האיבר עליהם הם נמצאים (שד, ריאות, מעי גס), אך אנו יודעים שניתן להתמודד מולם בעזרת מנגנון של הפעלת המערכת החיסונית. מדובר בשינוי תפיסה אשר שואפת להתייחס למרבית הגידולים באותו אופן מבחינת הדרך בה ניתן לטפל בהם, כלומר לא לפי סוג הגידול אלא האם הוא יגיב למערכת החיסונית".

על מנת לשנות את דפוס הפעולה והחשיבה, יש לפעול גם בכיוון של הרגולטור. נורית דאבוש, יו"ר תאטרון הבימה ומרצה לתקשורת, לשעבר יו"ר מועצת הרשות השנייה: "כיום מאשרים תרופה לפי התוויה מסוימת ואין לרופא שיקול דעת. אם תשונה התפיסה לטיפול אוניברסלי, שיקול הדעת של הרופא יורחב והוא יוכל להחליט מתי ולמי לתת את הטיפול. הכוח לעשות זאת נמצא בידי של הרגולטור בעיקר בכל הנוגע לנושא קיצור התהליכים של קבלת החלטות".

גישה נוספת שעלתה היא שיש לקדם מול הרגולטור, במקביל לטיפול התרופתי, גם טיפול אינטגרטיבי. זוהר יעקובסון, מייסדת מרכז טל לרפואה אונקולוגית אינטגרטיבית בשיבא: "השינוי יבוא מההבנה שלא צריך להתמקד רק בטיפול אלא גם ביחס למטופל ואחת הדרכים היא טיפול ברפואה משלימה. עלינו למצוא דרכים פורצות דרך לשלב עם הטיפול הקונבנציונאלי, לתת למערכת כלים נוספים להתמודד, שכן גם טיפול אינטגרטיבי וגם טיפול אימונותרפי מדברים על חיוק המערכת החיסונית".

פרופ' אבישי סלע, מנהל המכון האונקולוגי במרכז הרפואי אסף הרופא, הבהיר שלמרות החידושים הרבים הביטוי של הגידול הוא דינאמי ועדיין אנו לא מכירים את המורכבות שלו. "מדובר על טיפול של מבוסס על משהו ספציפי כמו גנים, אבל נראה שיש תקווה. כדי שלרופא יהיה יותר שיקול דעת חייבים לבסס את

למטופל להרגיש אחראי אישית על תוצאות הטיפול; הוספת ממד כייפי לתהליך באמצעות 'משחק' (גיימיפיקציה) על-מנת לחבר את ההיענות וההתמדה בטיפול להגשמה של צורך רגשי אחר; תחושות שייכות ו-"ביחד" מסייעות להיענות לטיפול, לעיתים באמצעות מחויבות לאחר.

שינוי התנהגותי יכול להיות מושג באמצעים שונים. לפי מודל FOGG, שינוי התנהגותי אמיתי יתאפשר רק באמצעות מוטיבציה, יכולת וטריגר - ואת זה ניתן להשיג על-ידי רשתות חברתיות, טכנולוגיות חדשנות ויעשה זאת בעצמך (למידה עצמית, אבחון עצמי וטיפול עצמי).

לצורך הדיון נבחרו שני תרחישים אותם הציג ד"ר אילן כוכבא, המנהל הרפואי של חברת AbbVie: "יש שני טיפוסים עיקריים של חולים. האחת מבוגרת, מעורבת חברתית אך לא מצויה בעולם החידושים הטכנולוגיים פחות ערה ומודעת למצבה, והשני צעיר שאינו רוצה שהמחלה תשפיע על חייו. עלינו לבחון כלים ואמצעים חדשים שיכולים לסייע לשני טיפוסים אלה באימוץ היענות אופטימלית לטיפול הרפואי".

כך למשל, בתחום הרשתות החברתיות, עיקר האמצעים פועלים על



25.12x26.94	4/5	29 עמוד	גלובס - IT	24/09/2014	44448295-0
127647 - MERCK מרק חברה לתרופות - MS					

הקיים הוא קריטי, ראוי ומהותי, עלתה התחושה שבמתכונתו הנוכחית של התרופות לא מספיק כדי להתמודד עם האתגרים התקציביים והטכנולוגיים. יש לבחון מנגנונים נוספים, מתחכמים יותר, שמכוונים ומתגמלים בצורה דינאמית יותר.

פסיכיאטריה כחאה ה-21: יצירת חפיכה טכנולוגית באבחון וטיפול

בשולחן זה נדונו שאלות כגון כיצד תיראה הפסיכיאטריה בעוד דור? כיצד ניתן לייצר בדיקות ומדדים אובייקטיביים יותר בתחום? כיצד נוכל לרתום חידושים טכנולוגיים ופריצות דרך טכנולוגיות לטובת האבחון והטיפול? כיצד תיראה הסביבה הפסיכיאטרית הטיפולית בעתיד? מה תהיה הגדרת החלמה? מה תהיה ההכשרה הדרושה ל"פסיכיאטר" עתידי ולצוות המטפל? בנוסף, ניסה הצוות להתחיל ולמפות את הקיים היום ברמת הטכנולוגיה, החברות והאנשים, איפה היינו רוצים להיות בעוד 10-25 שנים, ואיך אפשר להגיע לשם ולייצר בסיס לקהילה שתרתום את הטכנולוגיה לכיוון הפסיכיאטריה של העתיד.

פרופ' תלמה הנדלר ראש המרכז לתפקודי מוח במרכז הרפואי סוראסקי: "הכוון יהיה אבחון וטיפול בתהליכים רגשיים מוחיים שהיום אנו יודעים למפות אותם יותר ויותר ולא טיפול כוללני על פי הגדרות שרירותיות של אבחנות פורמליות".

פרופ' משה בר ראש המרכז לחקר המוח באוניברסיטת בר-אילן: "צריך לזהות בהפרעות הפסיכיאטריות גם את המרכיבים החיוביים (כגון יצירתיות) ולפתח יכולות שתאפשרנה לטפל במרכיבים הגורמים לסבל תוך שמירה על החלקים האישיותיים האינדיבידואליים ובעלי התרומה לאדם ולחברה".

הרעיונות שעלו בשולחן היו יצירתיים ביותר, כגון: האבחון והמעקב יכללו סנסורים לבישים ואמצעים מנטרים שונים שיתנו מידע רציף על החולה בזמן האבחון והמעקב הטיפולי. הטיפול יהיה תפוז אישית ואינדיבידואלי; ההסתכלות תהיה מעמיקה יותר ותכלול ניתוח עמוק יותר של פעילות המוח, ההקשרים החברתיים, הטרגט הגנטי, ניתוח של הרגשות וכו'; פסיכיאטריה - מרבית המידע הנאסף סובייקטיבי. ניוירולוגיה - מרבית המידע הנאסף - אובייקטיבי. קישור בין הדיציפלינות, עדיין תהיה הכרה בחשיבות המגע האנושי. מניעת התאבדות על בסיס human touch. אולם התגובה למגע האנושי תוכל להימדד על ידי מכשירי ביו פיזיק כפי שהמטפל יראה את רמת ההשפעה של המגע הבלתי אמצעי ויוכל לכוון כנדרש.

ד"ר ערן הררי, סגן נשיא בכיר לאסטרטגיה קלינית באלקוברה: "אנו נמצאים בנקודה שבה בנוסף לפיתוח טכנולוגיות חדשות גם ניתוח יצירתי ומתקדם טכנולוגית של המידע המדעי והקליני הקיים כבר היום יכול להביא לפריצות דרך אבחנתיות וטיפוליות".

לבטח נבנתה - מחפשים את המרכיב הסודי במערכת הבריאות שלנצח נבנתה

בשולחן זה ביקשו להתחיל מהלך של צעדים בוני אמון, שיובילו לתקשורת טובה יותר בין הגורמים השונים במערכת הבריאות: משרד הבריאות, בתי חולים, קופות החולים, עמותות החולים וחברות התרופות ולדון בעתידה של מערכת הבריאות בהיבט של שיתופי פעולה משמעותיים ובעלי ערך מוסף לצרכני הבריאות בישראל.

"לעיתים, בגלל מגוון סיבות היסטוריות, קיים אמון חלקי בין השחקנים השונים ושקיפות מוגבלת במידע בין הגורמים במערכת", אמר ארנון זמיר ממכון 'ראות' ומנחה השולחן. "ברגע ש'מנחיתים' את השיח מרמת המאקרו של הארגונים לרמת המיקרו, שבה אנשים מכירים בבעיה, לוקחים אחריות ומדברים כאנשים עם אנשים בשקיפות, כשכל הקלפים מונחים על השולחן ומתקיים שיתוף ידע רלוונטי לכל הגורמים ולמען מטרה אחת הרי שמחסומי האמון מוסרים, הדיון הופך ליעיל ומכאן ניתן לצאת לדרך חדשה". עוד ציינו המשתתפים בשולחן שאמון מתבסס על דיאלוג בלתי פוסק, בניית הבנות שקטות במפגשים בלתי פורמאליים ומודיעין חיובי. יש לייצר יחסי אמון המושתתים על פתיחות ושקיפות,

הנתונים על ניסיון ומחקר קליני". הרעיון שהתגבש בשולחן היה שהדרך הטובה ביותר להניע שינוי הוא באמצעות עידוד והמרצה של הרגולטור, שיגרום לשיתוף פעולה בין חברות התרופות למימון מחקרים שיאתרו ביו-מרקרים חדשים שלפיהם יקבעו התוויות אימונותרפיות כדי להשיג קלסיפיקציה חדשה.

"ההבטחה הגדולה שבטיפול האימונותרפי מלווה גם באתגר", סיכם ד"ר עופר שרון, מנהל רפואי ב-MSD ישראל. "האתגר דורש שינוי בהתייחסות לסיווג הגידולים לא על-פי איבר המקור אלא על-פי הפוטנציאל שלו להגיב לטיפול. הדיון שעלה בשולחן זה הוא הצעד הראשון של החשיבה בכיוון הזה".

הנגשת תרופות פורצות דרך בזמנים של מגבלות תקציביות

בשנים האחרונות אנו עדים לשורה ארוכה של תרופות חדשניות ופורצות דרך בתחומים רבים. יחד עם זאת, תג המחיר המצטרף לאותה התרופה בד"כ יקר מאוד. רוב התרופות הן מתחכמות ומגיעות לשוק לאחר כ-15-10 שנים של פיתוח. בשולחן דנו באתגר של הנגשת תרופות אלה כאשר מערכת הבריאות מוגבלת בתקציבה וניסו לאתר פתרונות חדשניים להנגשת תרופות אלה, שלא במנגנונים הרגילים של הגדלת תקציב של התרופות.

הרעיונות שעלו במהלך הדיון בנושא היו אכן יצירתיים, ונעו מהקטנת הלחץ על סל התרופות באמצעות מסלולים ייחודיים, דרך שיתוף משאבים בין מדינות, ועד קביעת יעדי בריאות לאומיים של מדינת ישראל ופנייה לחברות התרופות כדי שיתחוו תרופות המתאימות ליעדים אלה תוך הגדרת מחירי יעד. על מנת ולמצוא פתרונות יש להגדיר תחילה למה הכוונה במונחים



כמו תרופות פורצות דרך ומצילות חיים. יש להגדיר באומץ 'רף הצלת חיים' שמעליו מכניסים תרופות לסל. פרופ' יונתן הלוי, מנכ"ל ביי"ח שערי צדק: "לא ניתן להגדיר בנוקשות את הגבול להצלת חיים כי זה עניין חמלתי-חברתי. לגבי תרופה חדשנית ויקרה, שלא ניתן לספקה בבת אחת במסגרת הסל לכול החולים אותם היא מסוגלת לרפא, על הקהילייה המדעית להגדיר מי אלה שידרדו לסכנת חיים אם לא יקבלו את התרופה לאלתר". בין המשתתפים הייתה הסכמה רחב שהקושי הגדול יותר הוא בהגדרת תרופות מאריכות חיים, לכן חשוב שיהיה מדובר ב"איכות חיים סבירה" לפחות.

הסכמה גורפת הייתה גם סביב ההצעה להעריך מחדש את סל הבריאות כולו (כ-35 מיליארד שקל), כולל מרכיב התרופות שבו (כ-7 מיליארד שקל). ישנם שותפים רבים לחשיבה שיש במערכת משאבים שניתן שאינם מוקצים בצורה היעילה ביותר בתוך הסל, כולל: כמות התרופות, כמות החולים, מידת התיישנותן של טכנולוגיות, והוצע לשקול מודל 'שיחלוף', שפירושו שחלק מהתרופות יוצאות מהסל ואחרות נכנסות. למרות שהמנגנון

כיום עדיין חסתכלים על הגידולים לפי האיבר עליהם הם נמצאים (שד, ריאות, מעי גס), אך אנו יודעים שניתן להתמודד מולם בעזרת מנגנון של הפעלת המערכת החיסונית. מדובר בשינוי תפיסה אשר שואפת להתייחס למרבית הגידולים באותו אופן מבחינת הדרך בה ניתן לטפל בהם, כלומר לא לפי סוג הגידול אלא האם הוא יגיב למערכת החיסונית"