

מדינת ישראל – משרד הבריאות

החטיבה לעניני בריאות

מנהל רפואה

חוזר מס': 54/2006

ירושלים, ה' טבת, תשס"ז
26 דצמבר, 2006

תיק מס': 3/3/3

אל: מנהלי בתי החולים הכלליים

מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

מנהלי מחלקות פנימיות

מנהלי מחלקות קרדיולוגיות

מנהלי מכונים לשיקום חולי לב

מנהלי יחידות לטיפול נמרץ לב

הנדון: שיקום חולי לב

סימוכין: חוזר מנהל רפואה מס' 47/2002 מיום: 10.10.02

חוזר מנהל רפואה 04/2003 מס' מיום: 2.2.03

חוזר מנכ"ל מס' 17/05 מיום: 19.4.05

חוזר מנכ"ל מס' 34/06 מיום: 27.11.06

1. בללי:

1.1. שיקום חולי לב מהווה חלק בלתי נפרד ממערך הטיפול הכוללני בחולי הלב. קיימת

עדות להפחתת התחלואה והתמותה ולהפחתת ימי אשפוז בחולי לב שעברו שיקום

לב. חולים במחלת לב הסובלים מאחד המצבים הבאים זכאים לשיקום חולי לב

בשלב שיקומי ראשון ושלב שיקומי שני ע"פ סל שירותי הבריאות:

1.1.1. חולים שעברו התקף לב.

1.1.2. חולים שעברו ניתוח מעקפים.

1.1.3. חולים עם אי ספיקת לב בדרגה II-III או LVEF הנמוך מ-35% (ירידה בתפקוד

חדר שמאל בחומרה בינונית ומעלה).

1.1.4. חולים שעברו השתלת קוצב דפיברילטור.

1.2. ככלל, מומלץ כי חולים הלוקים במחלות לב, ללא הגבלת גיל ומין, כולל חולים

שבעייתם הרפואית אינה כלולה בהתוויות של סל שירותי הבריאות כאמור בסעיף

1.1. לעיל לשיקום חולי לב כמו חולים שאושפזו בשל תעוקת חזה בלתי יציבה,

חולים לאחר צינתור כלילי טיפולי יקבלו שירותי שיקום לב.

1.3. חובה על כל רופא המטפל בחולה הזקוק לשיקום חולי לב להמליץ על שרות רפואי

זה.

1.4. חולים הזכאים לשיקום חולי לב יופנו ע"י הרופאים המטפלים לתכניות שיקום חולי

לב.

1.5. שרותי שיקום לחולי הלב בשלב השיקומי השני יינתנו במכונים המוכרים ע"י משרד

הבריאות.

2. מטרה:

2.1. קביעת הנחיות לשיקום לחולי לב.

3. תהליך שיקום חולי לב:

3.1. מטופל יתקבל לתוכנית לשיקום חולי לב לאחר הערכה של מצבו על ידי רופא לב

ממכון השיקום, אשר יקבע את דרגת הסיכון של החולה (נספח מס' 1), את יעדי

השיקום, את תוכנית השיקום ואת המגבלות הרפואיות לפעילות הגופנית.

3.2. השלב השיקומי הראשון יתבצע במסגרת בית חולים או מרכז החלמה וימשך עד 7

ימים ממועד השחרור מבית החולים.

3.3. השלב השיקומי השני כולל התערבות שיקומית המשכית המתחילה לאחר שחרור

מבית החולים או ממרכז החלמה ונמשך כ- 9 חודשים. חולה לב המופנה למכון

לשיקום חולי לב במהלך השנה הראשונה מהאירוע או מהאבחנה חייב להתחיל

בתוכנית בשלב השיקומי השני. סיום תוכנית השיקום יתבצע בהתאם למצבו

הרפואי של המטופל, על פי החלטת המנהל הרפואי של התכנית. משך תוכנית השיקום בשלב השיקומי השני אינו מוגבל בזמן בחולים בדרגת סיכון גבוהה. התוכנית השיקומית בשלב הזה כוללת אימון גופני, ייעוץ והתערבויות התנהגותיות ותרופתיות שמטרתם שיפור מיטבי בגורמי הסיכון ושיפור תפקודי מיטבי, גופני ונפשי.

3.4. השלב השיקומי השלישי מתחיל עם השגת יעדי השיקום בשלב הקודם וכולל המשך הפעילות הגופנית ושמירה על תזונה נכונה במסגרת תוכניות המיועדות לכך. למרות שתוכנית זו אינה כלולה בסל שירותי הבריאות יש להפנות את המטופלים למסגרות המשך אלו.

4. בקרה רפואית

4.1. אופן הבקרה הרפואית, מעקב לחץ דם, דופק או ניטור אלקטרוקרדיוגרפי אחר המטופל במכון לשיקום לב יקבע על ידי המנהל הרפואי במכון.

4.2. בכל עת בה מתקיימת פעילות גופנית שיקומית חייבת להיות נוכחות אחות, ובנוסף מורה לחינוך גופני או פיזיותרפיסט או מומחה לאימון גופני משקם. רופא חייב להיות נוכח או בזמינות מיידית למכון השיקום כל עוד מתקיימת פעילות גופנית שיקומית לחולי לב.

5. יש לעשות כל מאמץ כדי להעלות את מודעות הצוות להפניות החולים לשיקום.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

בברכה
ד"ר מיכאל דור
מ"מ ראש מינהל רפואה

העתק : המנהל הכללי

המשנה למנכ"ל

ס/מנכ"ל קופות חולים

ס/מנכ"ל להסברה ויחסים בינלאומיים

ראש המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות

נציב קבילות הציבור ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי

היועצת המשפטית

אחות ראשית ארצית וראש מינהל הסיעוד

ראש שרותי בריאות הציבור

רופאי מחוזות – לשכות בריאות מחוזיות

מנהל האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות

מנהל אגף רישוי מוסדות ומכשירים

מנהל האגף לרפואה כללית

מנהל המרכז הלאומי לבקרת מחלות

מנהלת האגף להבטחת איכות

מנהל אגף ביקורת פנים
מנהל המחלקה לרפואה קהילתית
מנהלת תחום המועצות הלאומיות
הספרייה הרפואית
אחראית ארצית על הסיעוד – ברפואה כללית
אחות ראשית – קופ"ח הכללית
רופא ראשי – משרד הרווחה
קרפ"ר – צ.ה.ל
רע"ן רפואה- מקרפ"ר
קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
קרפ"ר – משטרת ישראל
מנכ"ל הסתדרות מדיצינית – "הדסה"
רכז הבריאות , אגף תקציבים – משרד האוצר
יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל
יו"ר ארגון רופאי המדינה
יו"ר המועצה המדעית – ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
מנהל המחלקה לניהול סיכונים – חברת ענבל
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה

נספח מס' 1

הנחיות בסיסיות לדירוג רמת-הסיכון

רמת-סיכון	איפיונים
נמוכה	<ul style="list-style-type: none">• אין ליקוי משמעותי בתיפקודו של החדר השמאלי (מקטע פליטה מעל 50%);• אין כל גילוי של איסכמיית שריר הלב במנוחה או במאמץ המתבטאת בתעוקה או בסטיית מקטע ST;• אין הפרעות קצב מורכבות במנוחה או במאמץ;• אוטם, ניתוח מעקפים, אנגיופלסטיה כלילית (מכל סוג: בלון, תומך) ללא סיבוכים;• כושר תיפקודי של 6 יחידות MET או יותר במיבחן מאמץ מדורג, 3 שבועות או יותר לאחר האירוע;
בינונית	<ul style="list-style-type: none">• תיפקוד חדר שמאל לקוי במידה קלה עד מתונה (מקטע פליטה 31% - 49%)• כושר תיפקודי נמוך מ- 5 עד 6 יחידות MET, במיבחן מאמץ מדורג, 3 שבועות לאחר האירוע;• אי הצלחה לעמוד בעוצמת המאמץ המוצעת;• איסכמיית שריר הלב במאמץ (צניחת מקטע ST בשיעור של 1 - 2 מ"מ) או ליקויי איסכמיה הפיכים (באקורדיוגרפיה או במיפוי לב);
גבוהה	<ul style="list-style-type: none">• תיפקוד החדר השמאלי לקוי בצורה חמורה (מקטע פליטה 30% או פחות);• הפרעות קצב חדריות מורכבות במנוחה, או המופיעות או המתגברות במאמץ;• ירידת לחץ הדם הסיסטולי בשיעור העולה על 15 מ"מ כספית במאמץ, או אי היכולת להעלותו עם העלייה המודרגת במאמץ;• הישרדות לאחר מוות קרדיאלי פתאומי;• אוטם שריר הלב שהסתבך בשל אי ספיקת לב, הלם קרדיוגני, ו/ או הפרעות קצב מורכבות;• מחלת לב כלילית חמורה ואיסכמיה מודגשת של שריר הלב במאמץ (צניחת מקטע ST בשיעור הגבוה מ- 2 מ"מ);