

8.2020

ועדת מגן ישראל- צוות ברומטר רפואי שטח

דו"ח מספר 1

היעד המרכזי שהוצב בפני הצוות הוא לנטר את הערכות והפעלת בתי החולים לטיפול בחולי הקורונה לצד המשך פעילות השגרה, לזהות מגמות המשפיעות על יכולות בתי החולים וקופות החולים לתת את השירותים הנדרשים לאוכלוסיה ולהתריע כאשר מסתמנת אי ספיקה עתידית ביכולת העמידה של בתי החולים. כל זאת על מנת לאפשר התערבות מוקדמת ונקיטת צעדים לצמצום התחלואה.

הצוות החל את פעילותו ב-27/7 ומאז עסק ביצירת תמונת מצב ראשונית בכלל בתי החולים, במיפוי צווארי הבקבוק, נקודות הכשל האפשריות העיקריות, חוסן בתי החולים וחקר הממשקים מול הקהילה. עד עתה נסקרו מרבית בתי החולים והצוות ממשיך בהשלמת הסקר וביסוס תהליך ניטור וקבלת ההחלטות להמשך.

כמו כן התקיים סיור להתרשמות משירותי קופות החולים באוכלוסיות מורכבות- אשפוז בית, וטיפול בחולים מורכבים בבית, על מנת למנוע אשפוזים.

מסמך זה מסכם את התובנות וההמלצות הראשוניות של הצוות ואת הערכת המצב נכון ל-3/8/2020. למסמך זה מצורף גם מסמך המסכם את התובנות המקבילות של שירותי רפואת הקהילה.

1. רמות הפעילות בבתי החולים והתמודדות עם תחלואת הקורונה-

בניגוד לגל הראשון בו הייתה ירידה משמעותית לרוחב המערכת בפעילות הכללית, הדחופה, האשפוזית והאמבולטורית, ה שבעת הנוכחית מרבית בתי החולים שבו לפעילות כללית הקרובה לפעילות השגרה. לפעילות זו נוסף הצורך להקדיש משאבים לפעילות הטיפול בחולי הקורונה. אופי הפעילות במחלקות הקורונה, מורכבות החולים והצורך במיגון גורם לא- סימטריה בהקצאת משאבי כח האדם והציוד לטובת מחלקות הקורונה. מחלקות אלו מחייבות איוש ביחס מטפל-מטופל כמעט כפול ודורשות משאבים וקשב ניהולי רב. מצב זה דוחק את בתי החולים ומחייב בניית פתרונות מסוגים שונים כגון הסבת מחלקות פנימיות או כירורגיות למחלקות קורונה, הסטת משאבי טיפול נמרץ, הכפלת אתרי המיין והרפואה הדחופה והשקעת משאבים וזמן רב בסיקור חשודים וניתוב מטופלים.



ככלל בתי החולים נערכו, מרביתם עם פתרונות ורסטיליים המאפשרים התאמה של רוחב המענה למטופלי הקורונה למידת התחלואה תוך צמצום ככל הניתן של פגיעה במתן השירותים הרגילים. בנקודת הזמן הנוכחית, לרוחב המערכת, בין 30 ל-50% ממשאבי הטיפול הנמרץ וכרבע עד חצי (בבתי חולים קטנים) ממשאבי האגף הפנימי מושקעים בטיפול בחולי הקורונה ברחבי הארץ.

פיזור התחלואה בארץ יצר חוסר איזון ברמת המענה לו נדרשים בתי החולים באזורים השונים. בעוד בתי החולים בצפון הארץ ובדרומה מתמודדים עם רמה נמוכה יחסית של תחלואה, שאינה משבשת את הפעילות, בתי החולים במרכז ואף יותר מכך בתי החולים באזור ירושלים מתמודדים לאורך תקופה לא קצרה עם רמת תחלואה בינונית (ובירושלים גבוהה) המחייבת ויסות של משאבים משמעותיים למערכה.

מעבר לצמצום התחלואה, המפתח לעמידה לאורך זמן טמון בייעול הממשקים, בפתיחת צווארי הבקבוק, בחיזוק המענה הניתן בקהילה לחולי הקורונה הקלים כמו גם אשפוז בבית של מקרים אקוטיים שאינם קורונה ומתאימים לכך, ובשימור הצוותים.

2. חוסן מערכת האשפוז

א. ארגון וניהול

בכלל בתי החולים שנסקרו עד עתה נבנתה מערכת ניהולית ויושמה תורת הפעלה סדורה ומאורגנת שנערכה להתמודדות עם המשבר. בתי החולים פיתחו נהלים ומערכות של קבלת החלטות וניהול סיכונים בכדי לאזן בין פעילות הקורונה לפעילות השגרה ולווסת את המשאבים בהתאם. הרושם כי החוסן של מערכות אלו ומוכנותם להתמודדות עם המשבר גבוהים. יחד עם זאת האתגר בבתי החולים הקטנים (אסותא אשדוד או מעייני הישועה, לדוגמא) וההשפעה על היכולת להמשיך בפעילות השגרה היא משמעותית הרבה יותר מאשר בבתי החולים הגדולים.

ב. שחיקה ויכולת עמידה

הצוותים הסייעודיים במרבית בתי החולים עובדים תחת עומסים כבדים ובמיוחד במחלקות הקורונה. לאורך זמן שחיקה זו תפגע ביכולת העמידה של בתי החולים. בחלק מבתי החולים סימני השחיקה כבר ניכרים ויכולת העמידה נפגעת. הפתרון העיקרי הוא ויסות המטופלים ובמיוחד המטופלים הקשים בין המרכזים כמו גם, כפי שצוין בהמשך, טיפול ממוקד בשחרור של אוכלוסיות מיוחדות ברות שחרור שאין להם מענה יעיל כעת. בנוסף יש לתת דגש ולהקצות משאבים לנושא השחיקה בקרב הצוותים וליצור סל משאבים למרכזים השונים לטיפול בעומס ובשחיקה, ליצירת וודאות ולמתן תמריצים. אנו רואים תחום זה כאחד מהמרכזיים ליכולת עמידת בתי החולים לאורך זמן.

3. **Standard of care** - בתי החולים נאבקים לשמר את הסטנדרט הטיפולי ברמה הגבוהה האפשרית, בהתאם לסטנדרטי המקובלים בשגרה בכל אחד מהמרכזים. מעבר לחשיבות הברורה של מדד זה, השמירה על רמת טיפול מיטבית מהווה גם נדבך מרכזי במוטיבציה של הצוותים להתגייס למאמץ. פגיעה בסטנדרט זה תחשב בעיני רבים מהם כקו אדום. בעו הנוכחית וברמת הפעילות הנוכחית נשמר הסטנדרט הטיפולי ברמה מספקת בכלל המרכזים שנסקרו, לרוב על חשבון עומס משמעותי על הצוותים המטפלים.

4. צווארי בקבוק וחסימים-

המפתח להצלחה לאורך זמן- חלוקת העומס, הרחבת הטיפול בקהילה ושיפור הרצף בין בי"ח-קהילה, שחרור צווארי בקבוק, איגום משאבים וניהול מרכזי של הנקודות הקריטיות:

א. **סינון טרום בית החולים**- המחלקות לרפואה דחופה הם שומר הסף של מערכת האשפוז. הצורך בהכפלת המענה למסלול נפרד לחשודים/חיוביים מעמיס מאד על מחלקות אלו. מהסקר עולה להערכתנו כי 30-50% מהמטופלים המגיעים למחלקות לרפואה דחופה יכולים היו להיות מנותבים לטיפול מחוץ לבתי החולים ע"י מיונים קדמיים ומוקדים לרפואה דחופה של הקופות, תוך סגירת מעגלים קצרים עם הפתרונות הקיימים בקהילה. יש לפעול להרחבה מהירה של הצע שירותים אלו. דגש מיוחד יינתן לסינון חולים כרוניים עם סימפטומים נשימתיים, חולים הנזקקים לבדיקות קורונה, חולים חיוביים ידועים עם סימפטומים קלים / בעיות Non-Corona. פתרון משמעותי נוסף הוא הרחבת תכניות אשפוז בבית כך שמתופל עם בעיה רפואית המאפשרת אשפוז בבית- יאושפז בבית, ולא יגיע כלל לבתי החולים.

ב. **העברת מחלימים**- העיסוק בשחרור מחלימים / ברי שחרור והעברתם למסגרות המשך גוזל קשב ניהולי ומנהלי רב (לרוב אחיות בכירות שהיו יכולות לסייע בטיפול בחולים). תהליכי השחרור השתפרו אך הם עדיין מסורבלים מאוד ומחייבים את המחלקה המאשפזת/המלר"ד לתאום בין גורמים רבים, קבלת אישורים, תיאום הסעות, הסדרת כיסוי ביטוחי, ארגון ציוד נדרש וכיו"ב. מהסקר עולה כי כ 30% מהמאושפזים במחלקות הקורונה הפנימיות היו יכולים להשתחרר בהינתן תיאום יעיל יותר והרחבת הפתרונות בקהילה (ראה בהמשך). הסדרת מערכת מתכללת שתהייה אחראית יומית על כלל תהליך השמת המחלימים בשיטת Pull (קרי, משיכת החולים מהמחלקות המאשפזות בניגוד ל"דחיפתם" ע"י הגורם המאשפז) ייעל את התהליך ויאפשר גם ויסות ומתן קדימות למרכזים העמוסים. נדרש משל"ט שחרור מטופלים אזורי האוחז את תמונת העומסים והפתרונות של כלל המבטחים, את פתרונות העברת המשוחררים (תחבורה) ואת ההליך האדמיניסטרטיבי אל מול קופות החולים והמוסדות השונים.



ג. **טיפול בחולים אקוטיים בקהילה**- הרחבת יכולת הקופות לטפל בעוד כ- 1000 חולים קלים ובינוניים-קלים במסגרת אשפוזי בית או פתרונות כגון "אשפוז יום בבית" ויצירת מערכת להפניה מהירה שלהם בשיתוף פעולה ישיר עם המחלקות הפנימיות של בתי החולים תאפשר הפחתה מיידית של עומסי האשפוז ומיקוד המערכת האשפוזית בחולים הבינוניים והקשים המהווים את עיקר הנטל. לצורך כך מוצע כי תתקיים תכנית מוצת להרחבת תכניות אשפוז בית בדגש על שת"פ ותמריצים הן לבתי החולים והן לקופות החולים.

ד. **חולים קריטיים**- חולים אלו הם החולים הזקוקים למירב משאבי הטיפול הנמרץ ולתמיכה המורכבת של כלל מערכות בית החולים. שיעורם של חולים אלו מתוך אוכלוסיית החולים הקשים אינה משתקפת תמיד מהנתונים הזמינים למקבלי ההחלטות אך היא שקובעת במידה רבה את העומס על בתי החולים. הקריטריונים לתיג מטופל כחולה קריטי שונים ממרכז למרכז ותלויים ביכולות ובתפיסת הטיפול הקליני בכל מרכז. ניטור שיעור המטופלים העונים להגדרה זו חיוני ליכולת יצירת תמונת המצב ולניהול היערכות.

ה. **ויסות מטופלים**- לאור הפריסה הלא אחידה של התחלואה ברחבי הארץ והשונות בהערכות בתי החולים נוצר חוסר איזון משמעותי בעומסים בין המרכזים השונים, לעיתים אף ללא קשר ישיר ליכולות כל אחד מהם. מהסד עולה כי מערכת הוויסות המרכזית הפועלת כיום אינה נותנת פתרון מלא לצורך לשמירה על האיזון וחלוקת העומסים. תהליך הוויסות מנוהל מלמטה (בית החולים המגיע לסף הספיקה האפשרית פונה ומבקש פתרון, הניתן לרוב ברמת הוויסות השניוני של הפניות מד"א ובאופן חלקי בלבד). נדרש מתן פתרון בהסתכלות לאומי כוללת לוויסות מטופלים חיוביים ו**חשודים** ויתכן גם של חולי Non-Corona. ככלל אצבע הוויסות צריך להתחיל בהתקרב סף הספיקה ל-85-80% מהיכולת המוצהרת של בית החולים, מתוך ראיית התמונה הלאומית ובלי קשר לבקשת בית החולים לוויסות. יש להנגיש את המידע על העומסים לרופאים בקהילה ולקופות כדי לאפשר וויסות עוד טרם ההפניה לבית החולים ולא להתמקד רק בוויסות אמבולנסים. בנוסף יש לקיים מערכת של ויסות שניוני בדגש על אוכלוסיית החולים הקשים/קריטיים או האוכלוסיות המיוחדות כמפורט בהמשך. לא סביר כי ההליך יתנקז בסופו של דבר לדמות אחת, ויש יתרון באיחוד המערכת המבצעת את הוויסות עם המערכת האחראית על העברת המחלימים.

ו. **כח אדם סיעודי**- ניהול המשאב הסיעודי כמשאב קריטי בדגש על חסר ניכר באחיות טפנ"צ, מלר"ד ופנימיות. עולה הצורך לאחד את כלל האחיות בוגרות הקורסים העל בסיסיים בטפנ"צ ודומיו (כולל טפנ"צ ילדים וכד'). ניתוב כלל משאבי הסיעוד הקיימים לנתיב קריטי זה, הקצאת מימון לפתיחת קורסים על בסיסיים נוספים בהקדם והסטת אחיות עם קורס על בסיסי ממקורות "חוץ" בתי החולים (צה"ל וכו') לטובת תגבור מערכים אלו.

ז. הורדת העומס במחלקות הפנימיות ה-Non-Corona-

- i. הרחבת יכולות הטיפול בבית לחולים מורכבים (Home Care). באמצעות אשפוז בבית, הרחבת הטיפול בבית לאוכלוסיות בסיכון למניעת הדבקה ואשפוז.
- ii. שחרור מהיר של מחלימים וחולים "תקועים". באמצעות שיפור הרצף עם קופות החולים ועם המוסדות השונים

5. אוכלוסיות מיוחדות

חלק ניכר מהעומס נגרם מקבוצה מצומצמת של חולים המשתייכים לאוכלוסיות מיוחדות הדורשות התייחסות נפרדת ומיקוד במציאת פתרונות הולמים. **טיפול ממוקד בשחרור של אוכלוסיות אלה ממחלקות קורונה יפחית את העומס ג – 30% לפחות וייתן מרחב נשימה בכל היבט.**

- א. **דיאליזה- חולי דיאליזה כרוניים חיוביים לקורונה מטופלים כעת באשפוז בלבד כמעט בכל רחבי הארץ ומעמיסים בכך את מחלקות האשפוז.** יש לייצר פתרון נרחב למתן טיפולי דיאליזה בקהילה לחיוביים בכל אחד מאזורי הארץ באחריות הקופות. מדובר במעל 40 מאושפזים ברחבי הארץ הצורכים מיטות קורונה יקרות (מיטות מנטרות)
- ב. **סיעודי מורכב, מונשמים כרוניים וגריאטריה- נדרשת פתיחה מהירה של מוסדות לחולים חיוביים מקבוצה זו.** ניכרת הצטברות הדרגתית של חולים "תקועים" במחלקות הקורונה. עד 25% מהמאושפזים בחלק מהמחלקות.
- ג. **פסיכיאטריה- ניכר חסר בפתרונות לטיפול בחולים פסיכיאטרים קלים חיוביים לקורונה, שאינם מתאימים לאשפוז במסגרות הייעודיות שהוקצו לכך ולכן נותרים בפנימיות הקורונה ומהווים עומס ניכר.**
- ד. **חסרי מעמד**
- ה. **ECMO- חולי האקמו החיוביים דורשים ריכוז מאמץ סיעודי חריג (נדרשים כ- 7 תקני סיעוד לטיפול בחולה אקמו חיובי אחד לעומת 3.5 תקנים בחולה אקמו Non-Corona).** מנגד בכל המרכזים מספר האחיות המוכשרות לטיפול באקמו מצומצם. ניהול ECMO צריך שיהיה כמשאב לאומי עם התייחסות וויסות קפדניים של חולים אלו בין המרכזים.

6. נקודות נוספות

- א. **בתי החולים הקטנים- בתי החולים בהם מספר המחלקות הפנימיות ומספר מיטות הטיפול הנמרץ קטן (2 מחלקות פנימיות ומטה) מוגבלים מאד ביכולת מתן הפתרונות ובגמישות הנדרשת להתמודדות עם אשפוז**

מטופלי קורונה. המענה הנדרש למטופלים החיובים שם יכול להביא במהירות לשיתוק בתי החולים הללו. יש לשים דגש מיוחד על מרכזים אלו ולהגביל ככל הניתן את הפניית המטופלים אליהם (לדוגמא אסותא אשדוד ומעיני הישועה).

ב. **התפרצות במזרח ירושלים**- לאור האתגר הניכר והעומס הרב על בתי החולים בירושלים אנו מוטרדים מהעלייה המהירה בתחלואה המדווחת במזרח ירושלים ורואים בה גורם שיכול להביא את המערכת האשפוזי באזור לאי ספיקה. ממליצים על נקיטת צעדים ממוקדים לבלימת התחלואה באזור זה.

לסיכום,

הערכה לשבועיים הקרובים- בהינתן המשך עלייה מתונה בתחלואה הקשה והסדרת ויסות העומסים נראה כי בתי החולים יוכלו להכיל את התחלואה הנוכחית וכי קיימת גמישות במערכת.

המצב באזור ירושלים גבולי ומחייב נקיטת צעדים מיידיים להקלת העומס על בתי החולים באזור. הצטברות מהירה של 30-40 חולים קריטיים נוספים יכולה להביא את המערכת בירושלים ובמרכז הארץ לסף הספיקה.

צמצום הפניות לבתי החולים (באמצעות הרחבת הטיפול בקהילה באמצעות הרחבת השירות במוקדים לרפואה דחופה, ואשפ בבית למקרים המתאימים לכך), ויסות העומסים ושיפור הטיפול במחלימים ובאוכלוסיות המיוחדות יאפשר עליה של כ-30% ויותר ביכולת ההכלה של החולים הבינוניים והקשים בכלל בתי החולים.

לטווח הבינוני והארוך מחוייבת הערכות כוללת ליצירת הפתרונות שהובאו ופתרונות נוספים כדי להגדיל את הגמישות של מערכת האשפוז ותמיכת רפואת הקהילה בה במקביל לצעדים שינקטו להגבלת התחלואה.

צוות ברומטר רפואי שטח

דר' מירי מזרחי ראובני

פרופ' סיגל סבירי

גב' גילה היימס

דר' איתי פסח

פרופ' פייר זינגר

דר' דורון נצר





דר' הדר אלעד

פרופ' עידית מטות

