



מגפת הקורונה במוסדות לקשישים בישראל

תמונת מצב והמלצות להמשך

ד"ר נורית גל ד"ר מיכל הרץ

אוקטובר 2020

תוכן העניינים

3	תקציר מנהלים
5	רקע, שיטה, מסקנות והמלצות
5	רקע
6	שיטת המחקר
7	מגבלות המחקר
8	ממצאים עיקריים
12	המלצות
15	תמונת מצב של ההדבקה במוסדות גריאטריים בישראל
15	רקע – האוכלוסייה המבוגרת בישראל
16	היקף ההדבקה במוסדות לעומת ההדבקה בקהילה
17	תחלואה תמונה ומדידה – במבט עולמי
19	סיכום התפתחות ההדבקה במוסדות גריאטריים
20	גורמי סיכון להדבקה במוסדות
20	אחוז ומספר נדבקים לפי סוג מוסד
22	סיכון להדבקה לפי גודל המוסד
23	סיכון להדבקה לפי משך רישיון
24	סיכום גורמי הסיכון
25	יעילות תוכנית הדיגום
25	היחס בין מספר אנשי הצוות החולים לבין מספר הדיירים החולים
29	שיטת דיגומים – מדינות אחרות
29	התייחסות מנהלי המוסדות לדיגומים
31	סיכום ההתייחסות למדיניות הדיגומים
32	התמודדות מנהלי המסגרות עם מגיפת הקורונה
32	ההתמודדות בתקופת הגל הראשון
34	ההתמודדות מנהלי המוסדות כיום
36	מצב הדיירים במוסד
37	גורמים נוספים מסייעים להתמודדות עם שגרת הקורונה בראיית מנהלי המוסדות
38	סיכום התמודדות מנהלי המוסדות עם המגיפה
39	ביקורי משפחות
39	מדיניות ביקורים בעולם
40	מדיניות הביקורים בישראל
43	התייחסות מנהלי המוסדות לביקורים
46	ביקורים בסוף החיים
46	סיכום והמלצות בנושא הביקורים
47	הוצאת דיירים חולים למחלקות יעודיות
48	מדיניות בידוד דיירים חולים במוסדות
51	הוצאת דיירים חולים מחוץ למוסד והעברתם לטיפול במחלקת קורונה – ממצאים מהמחקר
52	היתכנות הטיפול בדיירים חולים בשטח המוסד
53	סיכום
54	נספח א' – מאפייני המוסדות בהם בוצעו הראיונות
55	נספח ב' – מאפייני המשיבים לסקר
58	ביבליוגרפיה

תקציר מנהלים

ההגנה על האוכלוסייה המבוגרת, בדגש למבוגרים השוהים במוסדות, עומדת בליבת מדיניות ההתמודדות עם מגפת הקורונה. דו"ח זה נועד למפות את תמונת המצב של המגיפה וההתמודדות איתה במוסדות המיועדים למבוגרים, על מנת לסייע בגיבוש צעדים נוספים לצמצום הסיכון לדיירים וסיוע למוסדות בהתמודדות.

במסגרת המחקר בוצע ניתוח מקיף של נתוני ההדבקה והדיגום, התקיימו ראיונות עם מנהלי מוסדות והופץ סקר בקרב מאות מנהלי מוסדות ואנשי צוות. הדגשים העיקריים העולים מהמחקר הם:

- א. אחוז הנדבקים במוסדות אשפוז לסייעותיים, מוסדות לתשומי נפש ובבתי אבות של משרד הרווחה גבוה פי 5~ בהשוואה לאחוז הקשישים שנדבקו בקהילה. עם זאת, הגידול בהדבקה במוסדות אלו בגל השני נמוך במידת מה בהשוואה לגידול בהדבקה בקהילה.
- ב. לעומת זאת, אחוז הנדבקים בדיר המוגן ובמקבצי הדיר לקשישים של משרדי השיכון והקליטה דומה לאחוזי ההדבקה של קשישים בקהילה.
- ג. כמות הדיגומים המוקצה לצוותי הדיר המוגן חריגה בהיקפה ויעילות הדיגומים במניעת הדבקה במוסדות אלו מוערכת כנמוכה. לכן, מומלץ לצמצם את דיגום צוותי הדיר המוגן ולמקד את הדיגומים בצוותים של המוסדות הסייעותיים והמוסדות לתשומי נפש, שם הסיכון להדבקה על ידי איש צוות גבוה משמעותית.
- ד. מטה "מגן אבות ואימהות" פירסם ב-21.4.20 הנחיה לפיה יש להוציא דיירים חולים מהמוסד בעת התפרצות, למעט מקרים קלים בהם ניתן להשאיר חולים במוסד סיעודי בכפוף לאישור משרד הבריאות לגבי תשתית מתאימה וכוח אדם מספק. הנחיה זו נועדה להבטיח טיפול רפואי מיטבי ולעצור את ההתפרצות במוסד. מרבית מנהלי המוסדות תומכים בהמשך הוצאת הדיירים החולים, אך מציינים כי לצד היתרונות הרפואיים של ההעברה למחלקות קורונה ייעודיות, נפגע במידת מה התפקוד הפיסי והקוגניטיבי של הדיירים החולים שהוצאו מהמוסד.
- ה. צו בריאות העם (נגיף הקורונה החדש), מאפשר ביקור אורח אחד לכל דייר במוסדות בריאות ורווחה, במגבלות המפורטות, ותוכנית "מגן אבות ואימהות" מיום 21.4.20 אף עודדה את ביקורי המשפחות ופירטה כיצד לאפשר את הביקור. עם זאת, יישום הביקורים במוסדות נתקל בקשיים ובחלק מהמוסדות לא התקיימו ביקורים לאורך חלק מהתקופה. סוגיה זו הינה מקור למתח רב בין המשפחות לבין המוסדות ומקשה על הדיירים. הדו"ח כולל המלצות פרקטיות שיסייעו לאפשר את הביקורים.
- ו. מנהלי המוסדות התמודדו עם פערים משמעותיים בצידוד מגן בראשית המגיפה. בחודשים מרץ-יוני ניתן מענה לצידוד מגן למוסדות במסגרת מבצע "ושמרת" שנוהל על ידי עמותת "שיתופים"

בתיאום עם משרד הבריאות. כיום משרד הבריאות מממן ומספק ציוד מגן לכלל מוסדות "מגן אבות ואימהות". על אף זאת, מוסדות מדווחים על פערי ציוד מסוימים גם כיום.

ז. מנהלי המוסדות מדווחים גם על קושי כלכלי כתוצאה מעליה בהוצאות הכרוכות בהתמודדות עם המגיפה. מצב זה מעורר חשש ואי וודאות בקרב המנהלים. משרדי הבריאות והרווחה תומכים כלכלית במוסדות עבור המאושפזים שבמימון. מומלץ להמשיך ולבחון את היציבות הכלכלית של המוסדות.

ח. במאגר נתוני הקורונה קיימים פערים משמעותיים ברישום המידע אודות דיירים ואנשי צוות במוסדות גריאטריים, פערים אלו מקשים על קבלת תמונה אמינה של הדיגומים וההדבקה במוסדות. מומלץ לקיים מאמץ מרוכז לטיוב הנתונים על מנת לאפשר קבלת החלטות יעילה בניהול המגיפה.

מעצם טבעו של אירוע חירום מורכב מסוג זה, יתכנו הבדלים בין הדרך שבה המציאות נחוותה ויושמה בין הגורמים השונים המעורבים ואנשי המקצוע השונים. חשוב לציין את ההתגייסות הכללית של כל אנשי המקצוע שהשתתפו במחקר, והמוטיבציה לעשות מעל ומעבר לטובת דיירי המוסדות. המחקר מציף גם את חילוקי הדעות והקשיים שנוצרו, בכדי לסייע ללמידה עתידית.

המחקר בוצע ע"י ד"ר נורית גל וד"ר מיכל הרץ, בליווי מקצועי של ד"ר עמית הופרט, ד"ר רונן פלוס וגב' ארנונה זיו ממכון גרטנר, ד"ר אירית לקסר, ראש האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, ד"ר איריס רסולי, מנהלת המחלקה לשירותי גריאטריה בקהילה באגף הגריאטריה, ד"ר בועז לב, ראש צוות הטיפול במגפות במשרד הבריאות ופרופסור נמרוד מימון ראש פרויקט "מגן אבות ואימהות".

המחקר מומן ע"י מבצע "ושמרת". עם זאת, הגורם הממן לא היה שותף למחקר והאחריות למסקנות וההמלצות היא על הכותבים בלבד.

המחקר אושר ע"י וועדת הלסינקי עליונה במשרד הבריאות (CoR-MOH-055-2020).

רקע, שיטה, מסקנות והמלצות

רקע

בישראל חיים במוסדות כ-72,000 בני הגיל המבוגר, מתוכם כ-21,000 אנשים במוסדות אשפוז לסיעודיים ולתשושי נפש (גריאטריה ממושכת) וכ-4,000 במחלקות לגריאטריה פעילה¹, באחריות משרד הבריאות; כ-5,000 אנשים במעונות לתשושים וכ-15,000 אנשים בבתי דיור מוגן (פרטי), באחריות משרד הרווחה; והיתר - כ-27,000 - במקבצי דיור של משרד השיכון ומשרד הקליטה (דיור מוגן ציבורי).

הדיירים במוסדות לסיעודיים ולתשושי נפש רגישים ופגיעים למגיפת הקורונה יותר מאוכלוסיות אחרות, הן בישראל והן בעולם. הסיבות לכך:

1. **קבוצת סיכון** - עקב גילם ומצבם הרפואי, הדיירים נמצאים בסיכון גבוה לסיבוכים ולתמותה ממחלת הקורונה, במקרה של הדבקה.

2. **קושי בדיווח עצמי** - דיירים עם ירידה קוגניטיבית או פגיעות נוירולוגיות אחרות עלולים להתקשות לדווח על כך שאינם מרגישים טוב, ועקב כך זיהוי המחלה עלול להתאחר ובינתיים דיירים נוספים עלולים להידבק.

3. **תנאי מחיה** - הסיכון להדבקה במוסד לסיעודיים ותשושי נפש (וגם בבתי אבות לתשושים) הוא גבוה יותר, עקב הצפיפות היחסית, שכן לרוב שוהים במוסדות אלו שני אנשים בחדר שהוא חלק בלתי נפרד מהמחלקה. זאת בשונה מהדיור המוגן שם לכל דייר (או זוג) דירה נפרדת, תוך מגע מצומצם יחסית עם הצוות והדיירים האחרים.

4. **אופי הטיפול** - ככל שהצרכים הטיפולים הנגזרים ממצבם הרפואי והתפקודי של הדיירים גדולים יותר – הם מחייבים חשיפה למספר רב של מטפלים ומגע קרוב עם הצוות המטפל.

5. **מאפייני הצוותים המטפלים** - חלק ניכר מהצוות המטפל (שאינם אנשי מקצוע) הם ממעמד סוציו-אקונומי נמוך המתבטא במגורים צפופים יותר ונסיעה בתחבורה ציבורית. מטפלים אלו, עקב תנאי חייהם, חשופים לסיכון גבוה יותר גם מחוץ למקום עבודתם² ובהתאם גדל הסיכון להדבקה המטופלים.

בישראל נעשו מגוון צעדים על מנת לצמצם את ההדבקה במוסדות. בכלל זה, בתחילת אפריל הוקם מטה מתאם ייעודי ("מגן אבות ואימהות") משותף למשרד הבריאות ולמשרד הרווחה, ובתיאום עם

¹ במוסדות הגריאטריה הפעילה האשפוזים קצרים יותר ולרוב לא מהווים מקום מגורים לאורך זמן
² שיעור ההידבקות גבוה יותר בקרב אנשים שחיים בצפיפות

משרדי הקליטה והשיכון, במטרה לגבש את תמונת המצב ואת [תוכנית המענה הלאומית](#)³ ולהוות כתובת למוסדות ולמשפחות. תחומי הפעילות של המטה כוללים חלוקת ציוד מיגון אישי לצוות המטפל במוסדות בהתפרצות, הפעלת תכנית דיגום של אנשי צוות ודיירים לזיהוי מוקדם של מקרים וקטיעת שרשראות הדבקה⁴, ומוקד לפניות המשפחות. בנוסף, הוקמו בתחילת המגיפה צוותי "חץ" שמטרתם לספק צוות חלופי וסיוע למוסדות בהם אנשי צוות חלו או נשלחו לבידוד⁵; והוטלה על פיקוד העורף המשימה לבצע חיטוי ולסייע למוסדות. מאז חודש אפריל, משרד הבריאות מקים מחלקות ייעודיות לחולי קורונה במצב קל ובינוני, במערך הגריאטרי, וממשיך להגדיל את מספרן בהתאם לצרכים.⁶ העברת דיירים מאומתים מהמוסדות למחלקות קורונה ייעודיות מבוצעת באמצעות חמ"ל ייעודי.

לצד הפעילות הממשלתית התגייס גם המגזר השלישי לסייע למוסדות, במיוחד בתקופת הגל הראשון. מבצע "ושמרת", ביזמת עמותת "שיתופים", ציונות 2000 והקרן למיזמים לאומיים, יצא לדרך בחודש מרץ, בתיאום עם משרד הבריאות. המבצע כלל חלוקה של ציוד מגן לכלל המוסדות הגריאטריים, הדרכות והטמעות לצוותים, סיוע בתגבור כח אדם, הפקת חומרי הסברה לצוותים במוסדות (בשיתוף עם אשל), חלוקת טאבלטים לשמירה על קשר בין הדיירים למשפחות ומענה לחוסן הנפשי של הדיירים והצוות. בתקופת הגל השני התמקד המבצע בעיקר בהדרכה למנהלי המוסדות להתמודדות עם ארועי התפרצות והמשך תמיכה בחוסן הנפשי של דיירי המוסדות.

מטרת המחקר

מחקר זה בוצע במטרה לסייע לזהות את הגורמים להדבקה, לבחון את האפקטיביות של צעדי המניעה והסיוע שניתן למוסדות על מנת למקד את הצעדים שינקטו בהמשך להמליץ על כיווני מענה נוספים.

שיטת המחקר

ראשית, בוצעה סקירת ספרות על הדבקה במוסדות גריאטריים בעולם. במסגרת הסקירה נבחנו הגורמים המשפיעים על ההדבקה לפי מחקרים שבוצעו בעולם והצעדים המומלצים ע"י גופי מחקר ומדיניות בעולם לצמצום ההדבקה במוסדות גריאטריים (Best Practice).

לאחר מכן בוצע ניתוח סטטיסטי של הנתונים במאגר הקורונה של משרד הבריאות, בתקופה שבין תחילת מרץ עד ל 30 בספטמבר 2020:

³ תוכנית מענה לאומית מיום 20 באפריל 2020

⁴ בגל הראשון הזמינות של בדיקות מעבדה היתה נמוכה יחסית והתמקדה במקרים סימפטומטיים, אולם בהמשך, עם הרחבת יכולות המעבדות, התאפשר דיגום של נבדקים א-סימפטומטיים, ונבנתה תכנית דיגום במוסדות מגן אבות ואימהות צוותים אלה פעלו בגל הראשון בלבד.

⁶ כיום יש כ- 1000 מיטות קורונה ייעודיות במערך האשפוז הגריאטרי ומתוכננת הגדלה נוספת, זאת בנוסף למערך מיטות הקורונה הייעודיות במערך האשפוז הכללי המיועד ככלל לתמהיל חולים במצב קשה יותר

- א. ניתוח מאפייני ההדבקה במוסדות בהשוואה לאוכלוסייה המבוגרת בקהילה.
- ב. ניתוח גורמי סיכון להדבקה במוסדות.
- ג. ניתוח של תרומת דיגום אנשי הצוות לצמצום ההדבקה.

החלק האיכותני של המחקר כלל ראיונות עם צוותי הנהלה של מוסדות גריאטריים נבחרים - בוצעו ראיונות עם 13 מנהלי מוסדות אשר נבחרו לפי אזור גאוגרפי, סוג מוסד, גודל מוסד, וסוגי המצב הסיעודי של הדירים במוסד (פרוט מוסדות בנספח א').

בנוסף, הופץ סקר (שאלון) בקרב צוותי הנהלת המוסדות – הסקר הופץ למנהלים בכ- 300 מוסדות המפוקחים על ידי משרד הבריאות ומשרד הרווחה (ללא דיור מוגן ומקבצי דיור), מתוכם השיבו 220 אנשים, 85% מהם מנהלי מוסדות והיתר אנשי צוות אחרים במוסד.

מגבלות המחקר

התפתחות המגיפה (בעיקר בחודשים אוגוסט וספטמבר) מהירה מאוד ולכן מספר הנדבקים השתנה מאוד במהלך ביצוע המחקר ולאחר סיומו. כמו כן, גם דרכי ההתמודדות עברו שינויים לאורך התקופה, מטבע הדברים.

הנתונים הכמותיים נאספו מתוך מאגר המידע של משרד הבריאות אשר אופיין ונבנה תוך זמן קצר מתחילת המגיפה כדי לאגם את נתוני בדיקות הקורונה והתחלואה בישראל. אף שהמאגר מרשים בהיקפו ובמאמץ הרב המושקע בשימורו, נמצאו פערים רבים ברישום המוסדות במערכת, כך למשל, חלק מהמוסדות מזוהים במספר בשמות שונים⁷ במאגר וחלק מהמוסדות אינם משוייכים באופן נכון לסוג המוסד⁸. לכן התמונה המתקבלת עשויה להיות חלקית ומוטה. בנוסף, נמצאו פערים בשיוך של הדיירים ושל אנשי הצוות⁹ למוסדות¹⁰.

מאגר המידע אינו מכיל מידע על מצבם התפקודי של קשישים המתגוררים בקהילה או בדיור מוגן, בשונה מקשישים השוהים במוסדות לסיעודיים, תשושי נפש או תשושים, אשר את מצבם התפקודי ניתן לשער בהתאם למחלקה בה הם שוהים. לכן, לא ניתן להשוות את ההדבקה בקרב קשישים סיעודיים במוסדות לקשישים סיעודיים בקהילה.

⁷ לדוגמא, מלון סיעודי שלמה המלך מופיע במערכת גם תחת השם "מלון סיעודי שלמה המלך" וגם תחת השם "מלון סיעודי ש. המלך". חלק מהדיירים משוייכים למוסד בשם אחד והחלק למוסד בשם שני, אף שמדובר באותו מוסד.

⁸ לדוגמא, תחת הסיווג בתי אבות/דיור מוגן מופיעים גם מרכזים רפואיים גריאטריים ומוסדות סיעודיים.

⁹ המערכת מבחינה בין אנשי צוות לדיירים, אולם בחלק מהמקרים הסיווג לדיירים ולאנשי צוות אינו תואם את הגיל (אנשי צוות בני 65 ומעלה ולהפך).

¹⁰ בחלק מהמוסדות מופיעים דיירים ללא אנשי צוות משוייכים למוסד או מוסדות עם דיירים ללא אנשי צוות. בדיור המוגן מופיעים מעל 42,000 עובדים אף שהמספר הידוע ממקורות אחרים הוא 7000 בלבד.

לא עמדו לרשותנו נתונים על התמותה בשגרה במוסדות ולכן לא ניתן היה לנתח את השפעת המגיפה על הגידול בתמותה.

הראיונות והסקר מבטאים תחושות של המנהלים והצוותים כפי שעלו מה-“שטח”, במסגרת מחקר זה לא ניתן לתקף כמותית חלק מתחושות אלו.

הספרות המקצועית בנושא הקורונה באוכלוסייה המבוגרת מפורסמת כיום, בשונה מהמקובל בשגרה, ללא בקרת עמיתים. מחד הדבר פוגע במהימנות הממצאים אך מאידך הפרסום במסלול המהיר משקף מידע שנאסף בזמן אמת מהעולם.

ממצאים עיקריים

מאפייני ההדבקה במוסדות, גורמי הסיכון ומדיניות הדיגום

אחוז הדיירים שנדבקו במרכזים הרפואיים הגריאטריים, במוסדות לסיעודיים ולתשושי נפש וכן במעונות לתשושים, גבוה משמעותית מאחוז האנשים בני אותו גיל שנדבקו בקהילה. עד סוף ספטמבר 2020, נדבקו¹¹ 1.6% מבני 65 ומעלה בקהילה – לעומת 9.7% מהדיירים במוסדות סיעודיים, 8.6% מהדיירים תשושי הנפש, ו- 8.2% מהדיירים בבתי אבות של משרד הרווחה (מוסדות לתשושים).

במרכזים הרפואיים הגריאטריים (מר"גים) נמצא כי עד סוף ספטמבר 17.5% מהמאושפזים במוסדות אלו חלו בקורונה, אולם לאור מגבלות מערכת המידע, לא ניתן לוודא האם בחלק מהמקרים מדובר בדיירים שנדבקו במוסדות אחרים והועברו למחלקות קורונה ייעודיות במר"גים.

ההדבקה בקרב דיירים עצמאיים בדיור המוגן ובמקבצי הדיור דומה לקהילה. נכון לסוף ספטמבר, בדיור המוגן נדבקו 1.4% מהדיירים (בהשוואה ל 1.6% בקרב מבוגרים בקהילה) ובמקבצי הדיור של משרד הקליטה ושל משרד השיכון נדבקו 0.7% ו-0.6% מהדיירים בהתאמה.

הגידול במספר הנדבקים בגל השני, לעומת מספר הנדבקים בגל הראשון, במוסדות היה נמוך בהשוואה לקהילה: נכון לסוף ספטמבר, מספר הנדבקים במוסדות בגל השני של המגיפה, גדל פי 6 בהשוואה לגל הראשון¹², בעוד שבקהילה מספר הנדבקים בני 65 ומעלה גדל פי 9 באותה תקופה. על אף הגידול המשמעותי במספר הנדבקים, נתון זה עשוי לרמז כי צעדי המניעה שננקטו הפחיתו במידת מה את ההדבקה במוסדות בהשוואה לקהילה.

¹¹ בכל מקום בדו"ח בו התייחסנו למספר הנדבקים, הכוונה היא למספר האנשים שנמצאו חיוביים בבדיקות. יש להניח כי מספר הנדבקים בפועל גבוה יותר.

¹² הנתונים בפרק זה מעודכנים עד 30 בספטמבר 2020

לדיגום אנשי הצוות במוסדות הדיור המוגן יש תרומה נמוכה לצמצום ההדבקה, בפרט בהשוואה לתרומה שיש לדיגום אנשי הצוות במוסדות הסיעודיים. הסיבות לכך:

- א. כאצור, אחוזי ההדבקה של הדיירים בדיור המוגן נמוכים משמעותית בהשוואה לאחוזי ההדבקה במוסדות סיעודיים ובמוסדות לתשושים
- ב. **אירועי ההתפרצות במוסדות הסיעודיים גדולים משמעותית בהשוואה לאירועי ההתפרצות בדיור המוגן:** במקרים בהם נמצאו דיירים חולים בדיור המוגן חלו בממוצע 2 דיירים במוסד, בהשוואה ל 10 דיירים חולים בממוצע במוסדות הסיעודיים בהם התרחשה הדבקה.
- ג. **היחס בין מספר הדיירים החולים לכל איש צוות חולה בדיור המוגן הוא נמוך משמעותית בהשוואה ליחס זה במוסדות הסיעודיים** בדיור המוגן נדבקו 0.2 דיירים לכל איש צוות חולה, לעומת יותר מ- 3 דיירים שנדבקו לכל איש צוות חולה במוסדות הסיעודיים. כלומר, גם במקרה בו נמצא איש צוות חולה בדיור מוגן, מספר הדיירים הנדבקים כתוצאה מכך הוא נמוך משמעותית בהשוואה למוסדות סיעודיים. זאת ועוד, בדיור המוגן מספר הנדבקים לכל איש צוות היה נמוך גם לפני הדיגומים ולא השתנה בעקבות הדיגומים, בעוד שבמוסדות הסיעודיים חל שיפור לאחר תחילת הדיגום.

למרות התרומה הנמוכה יחסית של דיגומים במוסדות דיור מוגן, מספר הבדיקות המוקצות לצוותי הדיור המוגן גבוה בסדר גודל לעומת מספר הדיגומים של צוותים במוסדות אחרים, והמספר אף הוכפל בין חודש יולי לחודש אוגוסט. יתרה מכך, לפי מערכת המידע, מספר הדיגומים אשר בוצע במוסדות אלו גבוה משמעותית בהשוואה למספר הנדרש כדי לדגום את הצוות אחת לשבוע (60,000 דיגומים של אנשי צוות בחודש אוגוסט ובחודש ספטמבר ביחס ל 7,000 עובדים ידועים בדיור המוגן.¹³) מתוך 60,000¹⁴ הדגימות שבוצעו בחודש ספטמבר במוסדות המוגדרים כ- "בית אבות/דיור מוגן", ליותר מ 40,000 בדיקות לא מפורט באיזה מוסד בוצעו הדגימות. להקף הדיגומים הגבוה בדיור המוגן יש עלות כלכלית גבוהה והוא אף עלול לבוא על חשבון זמינות הדיגומים לכלל האוכלוסייה.

הסיכון האזורי - מרבית אירועי ההדבקה במוסדות נמצאו באזור ירושלים בני ברק ותל אביב. אף שבחלק מהמוסדות תועד קשר בין ההדבקה באזור לבין ההדבקה במוסד, ברמה הארצית נמצא קשר סטטיסטי חיובי חלש בין רמת התחלואה במוסד לבין התחלואה באותו ישוב בו המוסד נמצא. יתכן עם זאת, שמקור ההדבקה הוא בעובדים המגיעים למוסד מעיר סמוכה בה רמת התחלואה גבוהה.

¹³ לול כל עובד היה נבדק פעם בשבוע היו אמורות להיות מוקצות 28,000 בדיקות בלבד לאנשי הצוות. אין בידינו הסבר לחריגה של 30,000 דיגומים בחודש זה.

¹⁴ לפי מאגר המידע בוצעו 72,000 ו 75,000 בדיקות לצוותי דיור מוגן באוגוסט ובספטמבר בהתאמה, ממספרים אלו ניכנו מקרים בהם המוסד שוייך בטעות לדיור מוגן.

גודל המוסד - מנהלים של מוסדות קטנים ומנהלי מוסדות אשר אינם חלק מרשת דיווחו בראיונות על קושי משמעותי יותר להתמודד עם המגיפה. עם זאת, לא נמצא בנתוני מאגר הקורונה קשר מובהק בין גודל המוסד לבין אחוז הדיירים שנדבקו בו.

התמודדות המוסדות עם המגיפה בגל הראשון

מהראיונות עולה כי בתקופת הגל הראשון מנהלי המוסדות חוו תחושות קשות של חוסר וודאות, וקשיים לוגיסטיים. על אף מאמצעי הסיוע, מנהלים רבים מציינים כי חשו **"לבד במערכה"**.

המשיבים לסקר מציינים שביעות רצון גבוהה מהציוד שסופק בחודשים הראשונים להתפרצות, בה התקיים מחסור משמעותי בזמינות ציוד מגן ומחירי הציוד האמירו. 82% מהמשיבים ציינו את ציוד המגן כגורם משמעותי בהתמודדות. בפרט ציינו לטובה כמות ציוד המגן שסופק, הספקת פריטים שלא ניתן היה לרכוש בחודשי המגיפה הראשונים וההליך היעיל של ההספקה עד לשער המוסד על ידי נציגי "ושמרת". 63% מהמשיבים ציינו לטובה את התרומה של ההכשרות שניתנו לאנשי הצוות על ידי אנשי "ושמרת" להתמודדות עם המגיפה בגל הראשון.

המשיבים מציינים לטובה את הקמת מטה 'מגן אבות ואימהות' ומדווחים כי מוקד הפניות של המטה היווה כתובת עבורם. עם זאת, המשיבים מציינים כי ריבוי הנהלים ותדירות השינוי של הנהלים אשר נקבעו על ידי הגופים השונים המפקחים על המוסדות, יצרו בלבול והקשו על ההתמודדות.

מנהלים ציינו לטובה בראיונות ובסקר את התרומה של צוותי "חץ" (שפעלו בעת הגל הראשון ואיפשרו תיגבור של כח האדם במוסד בעת התפרצות) וציינו את החשיבות המשך ההפעלה של צוותים אלו, על מנת לתת מענה למצבים של כניסת לבידוד של צוות המוסד.

מנהלים שהמוסד שלהם הוא חלק מרשת, ציינו לטובה גם את התמיכה שהרשת נתנה להם לאורך כל התקופה.

מצב המוסדות כיום

כיום, המוסדות מתנהלים בשגרת קורונה וחוסר הוודאות פחת. אולם, מוסדות רבים מתמודדים עם בעיות יסוד:

א. **מצוקה כלכלית** – מרבית המנהלים שהשתתפו בראיונות דיווחו על פגיעה כלכלית כתוצאה מגידול בעלויות התפעול. מנהלים שאינם חלק מרשת דיווחו על קושי משמעותי יותר. זאת על אף שמשד הבריאות תומך כלכלית במוסדות לסיעודיים ותשושי נפש, עבור מטופלים

שבמימונו¹⁵. משרד הרווחה נתן אף הוא סיוע למוסדות לתשושים עבור המטופלים שבמימונו. עם זאת, לא ניתן סיוע כלכלי עבור יתר המטופלים במוסדות. במסגרת מחקר זה לא עמדו לרשותנו נתונים כלכליים של המוסדות, ולכן לא בוצעה בדיקה עובדתית של המצב הכלכלי.

ב. **צמצום כח אדם כתוצאה מירידה בהכנסות, הגביר את העומס על הצוות הנותר.** מנהלי המוסדות חוששים גם ממצב בו התפרצות במוסד תביא לבידוד נרחב של הצוות ולא תאפשר למוסד להמשיך לתפקד.

ג. **מחסור ועלות ציוד מיגון –** המנהלים מדווחים כי גם היום יש קושי בהשגת חלק מפרטי ציוד המגן¹⁶, אף שזמינות הציוד השתפרה. גם כאשר הציוד זמין, עלותו גבוהה ומכבידה על המאזן התקציבי של המוסד, זאת על אף הספקת ציוד הניתנת כיום על ידי משרד הבריאות. המנהלים מדווחים שהעיסוק בנושא ציוד ומיגון הוא נושא מרכזי שהם עוסקים בו בשגרה. כאמור, לא עמדו לרשותנו נתונים המאפשרים לתקף את הדיווח.

ד. **פגיעה משמעותית באיכות החיים של הדיירים –** המשיבים לסקר מציינים כי צמצום ביקורי המשפחות, נהלי הריחוק וצמצום הפעילות במוסד משפיעים על מצבם הנפשי של הדיירים. 38% מהמשיבים מציינים עליה בחרדה ובדיכאון. 22% מציינים ירידה בתפקוד הקוגניטיבי. של הדיירים. במסגרת המחקר לא עמדו לרשותנו כלים לתקף את הדיווח.

העברת דיירים חולים למחלקות ייעודיות

לפי הנחיות "מגן אבות" שניתנו בחודש אפריל¹⁷, ניתנה העדפה להוצאת דיירים חולים מחוץ למוסדות למחלקות קורונה ייעודיות, כדי להבטיח מענה רפואי מתאים צמצם את המשך ההתפרצות במוסד ולטייב את הטיפול בחולים.

מרבית המנהלים תומכים במדיניות זו ומדווחים כי לא ניתן לאפשר שהות של דיירים חיוביים בתוך המוסד בשל החשש להדבקת דיירים אחרים, העדר תנאים פסיים, והעדר אנשי צוות ייעודיים שיטפלו בדיירים החולים.

לצד זאת, המנהלים מציינים כי דיירים אשר חלו בקורונה והוצאו מחוץ למוסד חזרו במצב גופני וקוגניטיבי ירוד. במסגרת מחקר זה לא ניתן היה לאסוף מידע פרטני על דיירים ובכך לאמת מידע זה. בנוסף, מחקרית לא ניתן לקבוע האם ההשפעה על הדיירים נובעת מהמחלה, מהבידוד או

¹⁵ הדיירים שבמימון משרד הבריאות מהווים כ- 70 אחוז מהשוהים במוסדות אלו.

¹⁶ כגון כפפות חד פעמיות במידות גדולות.

¹⁷ ראה [במתווה מגן אבות](#) מ- 22 באפריל 2020; בפרק 5 ([בקישור](#)) – עמ' 13; ובהנחיה של מגן אבות - עמ' 12: [בקישור](#).

מההרחקה מהמוסד. עם זאת, הספרות המקצועית מדווחת כי העברה ממקום קבע למקום ארעי (כולל אישפוז) מובילה בהרבה מקרים להשפעות שליליות, בפרט על אנשים עם דמנציה.ⁱ

ביקור המשפחות:

- א. לפי נהלי משרד הבריאות ותוכנית מגן אבות יש לאפשר ביקור במוסדות, בכפוף למגבלות המפורטות בנהל¹⁸.
- ב. עקב פניות המשפחות והדיון הציבורי, סוגיית הביקורים נדונה באופן שוטף במטה "מגן אבות ואימהות". כך, נמצאו 18 התייחסויות בסיכומי יום בחודשים מאי-יוני.
- ג. מהראיונות עולה כי ביקורי המשפחות הוא נושא טעון, והוא מתבטא, בין השאר, גם במתח רב בין צוותי בתי האבות, למשפחות, ולעמותות המייצגות את המשפחות.
- ד. מנהלים במוסדות בהם שוהים דיירים סיעודיים ציינו כי הביקורים מהווים אתגר משמעותי. מצד אחד המנהלים רואים חשיבות רבה בביקורים עבור החוסן הנפשי של הדיירים ושל המשפחות, בהתאם לנהל. עם זאת, המנהלים חוששים מהתפרצות. לכן, בחלק מהמוסדות לא איפשרו בחלק מתקופת המגיפה ביקורים ואילו באחרים מתאפשרים ביקורים בשטח פתוח ולזמן קצר.
- ה. מנהלים רבים ציינו את הצורך בכוח אדם שיסייע בניוד דיירים סיעודיים לביקור המתקיים בחצר המוסד.

המלצות

לאור הממצאים העולים מעיבוד הנתונים, סקירת הספרות, הסקר והראיונות, מוצע לשקול את הצעדים הבאים:

- מיקוד המענה במוסדות שלהם מחלקות סיעודיות, מחלקות לתשושי נפש ומוסדות לתשושים** – מומלץ למקד את המענה (דיגומים, ציוד מגן, הדרכות, צוותי "חץ") במוסדות הללו כי בהם קיים סיכון מוגבר להדבקה ואירועי ההתפרצות בהם גדולים משמעותית. במתן הסיוע מוצע להתמקד במוסדות שאינם חלק מרשת ובמוסדות קטנים, שכן מוסדות אלו דיווחו על קשיים רבים יותר בהתמודדות.
- הסטה של הדיגומים מהדיוור המוגן למוסדות הסיעודיים** – זאת לאור התרומה הנמוכה של הדיגומים בדיוור המוגן והחשיבות של הדיגומים במוסדות הסיעודיים.

¹⁸ ראה נהל מגן אבות בקישור.

הסדרת הסיוע באספקת ציוד מגן – לאור הטענות שעלו ממנהלי המוסדות ביחס לפערי הציוד, מוצע למפות את הפער הנותר של הציוד, מעבר לציוד הניתן למוסדות כיום. כמו כן, מומלץ למצוא דרכים להוזיל את מחירי הציוד עבור המוסדות, על מנת לאפשר למנהלים להפנות את הקשב הניהולי לנושאים אחרים.

הסדרת ביקורי משפחות – מוצע למצוא דרכים להקל על המוסדות בקיום הביקורים למשפחות, בצורה בטוחה לכל המעורבים. בפרט, מוצע לתת מענה לקושי שהעלו המוסדות להקצות כח אדם לניוד דיירים סיעודיים לביקורים באזורים הייעודיים שיוגדרו לכך במוסדות. מוצע לגייס מתנדבים או לסייע במימון כח אדם ייעודי, זאת כדי להקל על הצוות ולאפשר את הביקור¹⁹. מתנדבים/עובדים אלו יצוידו בציוד מגן, וידגמו כמו אנשי הצוות. מוצע גם כי נוהל הביקורים יהיה מפורט וברור יותר בהתייחס למצבים שונים של רמת התחלואה במוסד ובקהילה.

הסדרת הטיפול של בני המשפחה בדיירים סיעודיים – מוצע להסדיר נהלים שיאפשרו לבן משפחה המטפל באופן קבוע בבן משפחתו שהוא דייר סיעודי או תשוש נפש במוסד (כגון אירוח לחברה או האכלה), להמשיך לעשות זאת גם בשגרת הקורונה, על מנת להקל על הצוות ולהיטיב את מצב הדייר. יש להגדיר נוהל מפורט וברור למצבים אלו כולל ציוד מגן לבן המשפחה, הדרכה ודיגום קבוע יחד עם דיגום הצוות במוסד.

הסדרת צוותים חלופיים למקרה של הדבקת אנשי צוות במוסד – נדרש לאור ריבוי אנשי צוות הנאלצים לצאת לבידוד או נמצאים מאומתים והחשש שהעלו המנהלים בראיונות באשר ליכולת של המוסד לתפקד במקרה של כניסת צוותים לבידוד. משרד הבריאות גיבש מתווה למענה לצורך ויש לוודא כי הפתרון מיושם ונותן מענה.

ביצוע הדרכות לצוותי המוסדות בתדירות גבוהה בתחום התנהגות מניעתית וניהול אירועי התפרצות – על מנת לוודא מודעות והקפדה על הנהלים.

בחירת הצורך בסיוע כלכלי נוסף למוסדות – לאור התארכות המשבר, ולאור דיווחי המנהלים על הירידה בתפוסה והעליה בהוצאות התפעול, מומלץ לבחון את המודל הכלכלי של המוסדות בתקופת הקורונה ולשקול את הצורך בסיוע כלכלי נוסף לזה הניתן כבר כיום.

¹⁹ משרד הבריאות הקצה למוסדות חצי תקן של עובדת סוציאלית לתיאום הביקורים. מנהלי המוסדות מצביעים על צורך בכח אדם נוסף לניוד הדיירים אל אזור הביקור

מענה לחוסן הנפשי של הדיירים ושל הצוות – מוצע לקיים פעילות לחיזוק החוסן הנפשי של הדיירים, הן על ידי סיוע למוסדות ביישום הביקורים והן באמצעות פעילויות לצמצום הבדידות, וכן לפעול לחיזוק החוסן הנפשי של הצוותים המטפלים במוסדות הסיעודיים.

שיתוף מנהלי המוסדות בתהליכי החשיבה – מהראיונות עם מנהלי המוסדות עלה צורך שתהליכי קבלת ההחלטות של גופי הרגולציה ושל מגן אבות יהיו בשיתוף פעולה עם בתי האבות עצמם. מוצע לשלב נציגים של מנהלי בתי אבות בצוות אשר מוביל את היעדים ושינוי הנהלים והמדיניות בכדי להביא לידי ביטוי את צרכי השטח בקבלת ההחלטות.

שיפור האמינות של מסד הנתונים במאגר הקורונה – נדרש לטייב באופן משמעותי את שיוך הדיירים והצוות למוסדות בהם הם גרים ועובדים, לאחד רשומות של מוסדות המופיעים תחת שמות שונים ולתקן את קטלוג המוסדות לפי "סוג מוסד". זאת לאור הפערים המשמעותיים שנמצאו בבסיס הנתונים וההשלכות של פערים אלו על ניהול יעיל של המגיפה במוסדות.

תמונת מצב של ההדבקה במוסדות גריאטריים בישראל

פרק זה מסכם את המאפיינים הכמותיים העיקריים של ההדבקה במוסדות גריאטריים, כפי שהם עולים ממאגר הקורונה של משרד הבריאות. הנתונים בפרק זה מתייחסים לתקופה שבין ראשית מרץ 2020 ועד לסוף ספטמבר 2020.

רקע – האוכלוסייה המבוגרת בישראל

לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [למ"ס²⁰], בישראל חיים כמיליון אנשים בגילאי 65 ומעלה, מתוכם, כ-600,000 בני 65-74 והיתר בני 75 ומעלה [למ"ס]. מתוך אוכלוסייה זו, כ-72,500²⁰ אנשים (כ-7%) מתגוררים במוסדות לסוגיהם, לרבות דיור מוגן, והיתר מתגוררים בקהילה. דיירי המוסדות ברובם בני 75 ומעלה.

תרשים 1 – האוכלוסייה המבוגרת במוסדות ובקהילה לפי גיל



בישראל כ-600 מוסדות המיועדים לאוכלוסייה המבוגרת. המוסדות נבדלים בסוג האוכלוסייה אותה הם משרתים ובגורם המפקח עליהם:

א. מוסדות בפיקוח משרד הבריאות:

- (1) מחלקות לטיפול גריאטרי ממושך - גריאטריה סיעודית ומחלקה לתשושי נפש.
- (2) מחלקות לגריאטריה פעילה – סיעודי מורכב תומך, הנשמה ממושכת, גריאטריה תת אקוטית וגריאטריה שיקומית.

ב. מוסדות בפיקוח משרד הרווחה:

- (1) בתי אבות - לאזרחים ותיקים עצמאיים ותשושים.
- (2) דיור מוגן – מתחמים פרטיים המיועדים לבני הגיל המבוגר.

²⁰ מספר הדיירים במוסדות מבוסס על נתוני "מגן אבות ואימהות".

ג. **מקבצי דיור של משרד השיכון – דיור מוגן ציבורי** המיועד לקשישים יחידים או זוגות, חסרי

דירה או דיירי דיור ציבורי, המתקיימים מקצבת זקנה והשלמת הכנסה

ד. **מקבצי דיור של משרד הקליטה – דיור מוגן ציבורי עבור קשישים עולים** שאין ברשותם

דירה. הדיור מאורגן בבניינים בבעלות פרטית הנשכרים על ידי המדינה.

טבלה 1 מפרטת את מספר הדיירים לפי סוג מוסד, לפי נתוני "מגן אבות ואימהות". ניתן לראות כי כשליש מהדיירים שוהים במוסדות המפוקחים ע"י משרד הבריאות, שליש במוסדות המפוקחים על ידי משרד הרווחה והיתר במקבצי דיור של משרד הקליטה ושל משרד השיכון. מבין הדיירים כ- 58% הם דיירים עצמאיים השוהים במסגרות דיור מוגן ומקבצי דיור, והיתר (כ- 42%) בבתי אבות ובמוסדות אשפוז לסייעודיים ותשושי נפש ובמרכזים רפואיים גריאטריים.

טבלה 1 – דיירים ומוסדות לאוכלוסייה המבוגרת בישראל

סך הכל	משרד הבריאות			משרד הרווחה		משרד הקליטה מקבצי דיור	משרד השיכון מקבצי דיור	
	מרכזים רפואיים גריאטריים	מחלקות סיעודיות	מחלקות לתשושי נפש	בתי אבות	דיור מוגן			
72,450	4,150	17,000	4,350	5,000	15,000	13,150	13,800	דיירים
589 מוסדות	256 מוסדות*			112 מוסדות*	95 מוסדות	75 מקבצי דיור	120 מקבצי דיור	מוסדות/ מקבצי דיור

*69 מוסדות הם משולבים, ובהם גם מחלקות לסייעודיים ו/או תשושי נפש (משרד הבריאות) וגם מחלקות לתשושים (משרד הרווחה)²¹

היקף ההדבקה במוסדות לעומת ההדבקה בקהילה

טבלה 2 מציגה את מספר הנדבקים והנפטרים במוסדות בתקופת הגל הראשון (מתחילת מרץ ועד סוף מאי) ותקופת הגל השני (מתחילת יוני ועד סוף ספטמבר). מהטבלה ניתן לראות כי מספר הנדבקים במוסדות בגל השני גדול פי 6 בהשוואה לגל הראשון, בעוד שמספר הנדבקים בקרב בני אותו גיל בקהילה גדל פי 9 בין בגל הראשון לגל השני ($p < 0.0001$).

²¹ מוסדות בריאות בלבד – 187; מוסדות רווחה בלבד – 43; מוסדות משולבים בריאות ורווחה – 69.

נכון למועד פרסום הדו"ח, בכמחצית מהמוסדות התרחשו אירועי הדבקה, בכלל זה, כ- 100 מוסדות חוו התפרצות בגל ראשון וכ- 300 מוסדות חוו התפרצות בגל שני. 70% מהמוסדות עם אירועי הדבקה בגל ראשון חוו התפרצות נוספת גם בגל השני.

טבלה 2 – מספר נדבקים ונפטרים בני 65 ומעלה במוסדות ובקהילה*

נדבקים בקהילה	נדבקים במוסדות	
1,546	599	גל ראשון: מרץ-מאי
13,967	3,003	גל שני: יוני-ספטמבר ²²
15,513	3,602	סה"כ
9.0	6.0	היחס בין מספר הנדבקים: בגל שני לעומת גל ראשון

בהשוואה בין מוסדות לקהילה יש לשים לב שהגיל במוסדות גבוה יותר ובחלק מהמוסדות מצבם התפקודי והרפואי של הדיירים ירוד יותר בהשוואה לאוכלוסיה המבוגרת מחוץ למוסדות. כאמור אין בידינו מידע כדי לאפשר השוואה של מבוגרים בעלי מצב רפואי ותפקודי דומה בקהילה ובמוסדות.

תחלואה תמותה ומדידה – במבט עולמי

השוואה של היקף התחלואה והתמותה בבתי אבות בישראל למדינות אחרות היא מוטה ומוגבלת כתוצאה מהבדלים בשיטת המדידה:

- אין הגדרה בינלאומית מוסכמת ל"בית אבות". חלק מהמדינות כוללות בקטגוריה זו גם דיור מוגן בעוד שאחרות מתייחסות לדיירים סיעודיים תשושים ותשושי נפש בלבד. לכן, בדיווחים של מדינות שונות יש מנעד גדול על היקף וסוג האוכלוסייה החי במוסדות הללו.
- ב. בחלק מהמדינות, תמותה מיוחסת לקורונה רק אם נעשו בדיקות לפני או אחרי המוות שמאשרות את קיום הנגיף, בעוד שבמדינות אחרות מוות עם סימפטומים מספיק כדי לייחס לקורונה.
- ג. מדינות רבות מדווחות על מקום הפטירה, ולא על מקום מגורים בעת פטירה, כך שדייר בית אבות שאושפז ונפטר בבית חולים יהיה משויך למוות בבית חולים ולא בבית האבות.

²² הנתונים נכונים ל 30 בספטמבר 2020

ד. בחלק מהמדינות, מוות בהיקף גבוה מהצפוי לתקופה (בהשוואה לאותה התקופה בשנים קודמות) מיוחס לקורונה. קיימת הסכמה בקרב החוקרים כי שיטת רישום זו של "עודף תמותה" (Excess Mortality) עדיפה על פני שיטות אחרות. משום שהוא נותן מענה לקשיי המדידה שפורטו בסעיפים הקודמים.

"אצלנו, מתו אנשים מאוד מאוד חולים, עם סרטן, עם מחלות לב קשות. מישהו נפטר מהתקף לב, אחרי שנים של בעיות לב, ובמקרה היה חיובי ללא סימפטומים. לא הקורונה הרגה אותו"

ה. שיעור התמותה בבתי אבות משתנה ומתמתן על פני הזמן. כך למשל, בהולנד, שבתחילת המגפה נצפתה בה תמותה של פי 1.5 ויותר מהמצופה בבתי אבות (בהשוואה לתמותה באותו השבוע בשנים עברו), עד אמצע מאי, חזרה בהמשך לשיעורי תמותה נמוכים מהצפי הרב-שנתיⁱⁱⁱ.

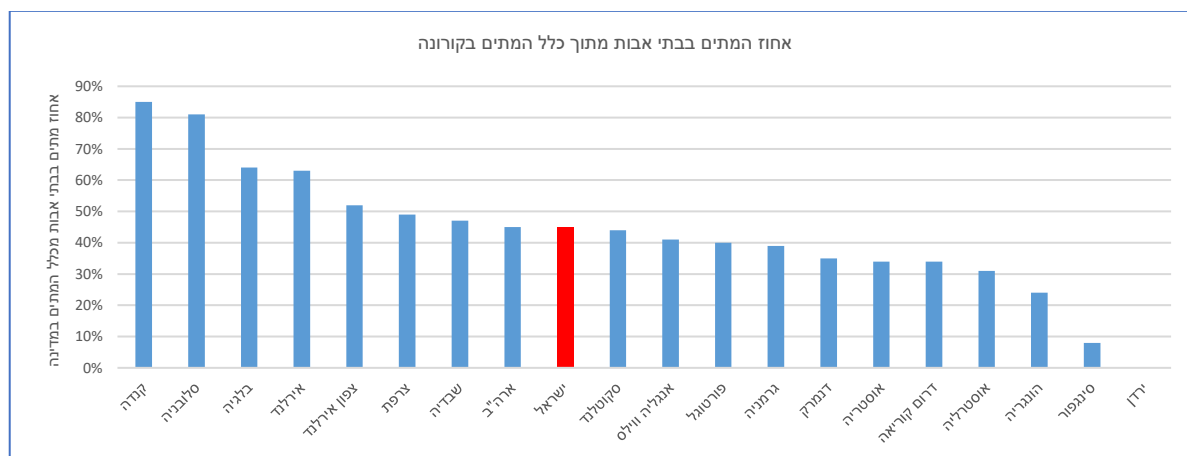
ו. התמותה עשויה לנבוע מסיבות נלוות ולא ישירות מהמחלה. ראשית, המגיפה הביאה לצמצום של מספר אנשי הצוות במוסד, כתוצאה מבידוד ועזיבה (מקרים אלו דווחו בתחילת המגפה ממספר מדינות, ויצרו הד תקשורתי ותודעתי עצום על המחלה ועל הפגיעות של בתי האבות^{iv}). שנית, לפי חלק מהמקורות שנלמדו, דיירים במוסדות נפגעו מבדידות ודיכאון, גם אם לא חלו בקורונה. בכלל זה, העדר הקשר המתמשך עם קרובי המשפחה ובמקרים מסוימים גם צמצום התעסוקה בתוך המוסד בגלל מחסור בכח אדם^v ו/או חשש מאינטראקציות בין דיירים^{vi}.

קבוצת המחקר LTC - Covid-19²³ מנהלת מעקב שוטף על מידע לגבי בתי אבות וקורונה ברחבי העולם. תרשים 2 משווה את התמותה בבתי אבות ביחס לכלל התמותה מקורונה בישראל לעומת מדינות אחרות. מההשוואה עולה שהתמותה בבתי האבות בישראל אופיינית למדינות מערביות אחרות.

²³LTC Responses to COVID-19 website:
<https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>

תרשים 2 - אחוז התמותה בבתי אבות מכלל התמותה מקורונה נכון ליוני 2020 השוואה בינלאומית²⁴

(נתוני LTCovid-19)



*הערה: נכון לסוף אוגוסט, התמותה מקורונה במוסדות מהווה כ-40% מהתמותה הכוללת מקורונה בישראל.

סיכום התפתחות ההדבקה במוסדות גריאטריים

אמנם, מספר הנדבקים במוסדות גדל פי 6 בין הגל הראשון לגל השני, אך מספר החולים בקהילה גדל פי 9 באותה תקופה. ממצא זה עשוי להעיד על כך שצעדי המדיניות שנקטו האטו במידת מה את הגידול במספר הנדבקים במוסדות.

אחוז הנפטרים בישראל בבתי אבות ביחס לנפטרים בכלל האוכלוסייה דומה לנתונים במדינות מערביות אחרות.

²⁴ כאמור, ההשוואה מוגבלת בשל מהימנות נתוני התמותה במאגר וההגדרה השונה של בתי אבות במדינות שונות

גורמי סיכון להדבקה במוסדות

פרק זה מציג ניתוח של גורמי סיכון אפשריים להדבקה. מטרת הפרק היא לזהות את סוגי המוסדות וסוגי הדיירים החשופים לסיכון הדבקה גבוה יותר.

אחוז ומספר נדבקים לפי סוג מוסד

טבלה 3 מסכמת את הנדבקים במוסדות ובקהילה בקרב בני 65 ומעלה. ניתן לראות כי אחוז הנדבקים במוסדות משרד הבריאות גבוה באופן מובהק בהשוואה לאחוז הנדבקים בני 65 ומעלה בקהילה²⁵ ²⁶.

טבלה 4 - אחוז נדבקים בני 65 ומעלה במוסדות ובקהילה מרץ – ספטמבר***

בני 65 ומעלה בקהילה	משרד הבריאות			משרד הרווחה		משרד הקליטה מקבצי דיוך**	משרד השיכון מקבצי דיוך**	
	מרכזים רפואיים גריאטריים	מחלקות סיעודיות	מחלקות לתשושי נפש	בתי אבות	דיוך מוגן			
950,000	4,150	17,000	4,350	5,000	15,000	13,150	13,800	דיירים
15,513	725	1647	376	410	216	102	82	נדבקים
*1.6%	17.5%	9.7%	8.6%	8.2%	1.4%	0.8%	0.6%	אחוז נדבקים

* לפי מבחן להשוואת פרופורציות של ההדבקה במוסדות משרדי הבריאות והרווחה לעומת הקהילה, $p < 0.0001$

*** רק חלק מהדיירים במקבצי הדיוך משויכים למקבצים במערכת המידע, ולכן יתכן שאחוז הנדבקים גבוה יותר

***הנתונים מעודכנים ל 30 בספטמבר 2020

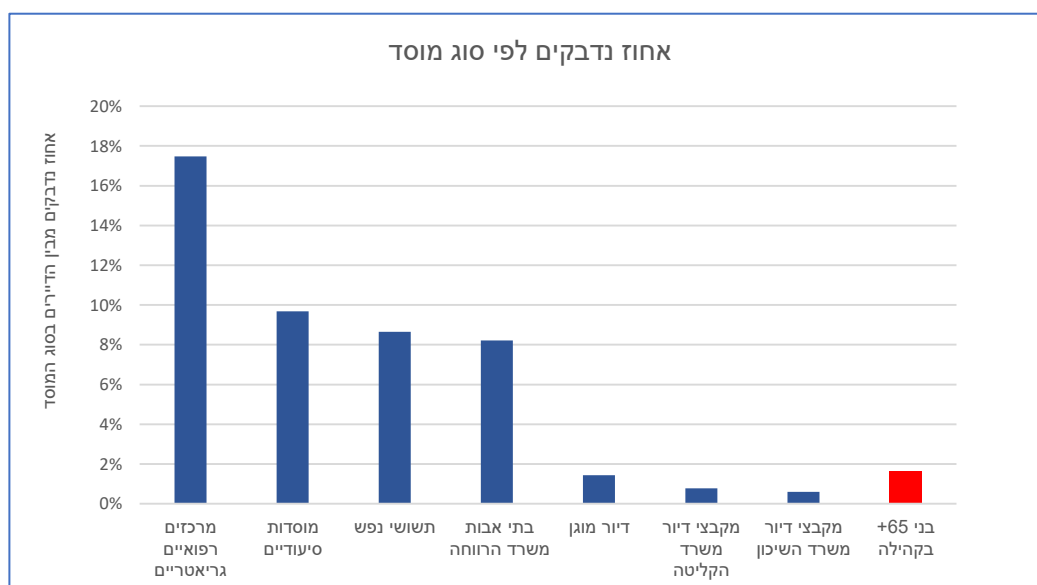
תרשים 3 מציג את אחוז הנדבקים לפי סוג מוסד²⁷. ניתן לראות כי אחוז הנדבקים²⁸ גבוה במיוחד בקרב הקשישים בגריאטריה פעילה, במוסדות הסיעודיים, ובמוסדות לתשושי הנפש. נכון ל 30 בספטמבר, מצאנו כי אחוז הנדבקים בקרב דיירים אלו גבוה באופן מובהק בהשוואה לקהילה ($p < 0.00001$).

²⁵ יתכן שחלק מהפער נובע מכך שבקהילה מבוצעות פחות בדיקות ולכן נמצאו שם פחות קשישים חולים.
²⁶ אין בידינו מידע על נדבקים סיעודיים המטופלים בבית ולכן לא ניתן להשוות את ההדבקה בקרב אוכלוסייה זו להדבקה של הדיירים הסיעודיים במוסדות.

²⁷ במקרים בהם קימות מחלקות סיעודיות לצד מחלקות שונות, האחוזים מחושבים לפי סוג המחלקה.

²⁸ האחוזים מחושבים לפי מספר הדיירים הידוע בסוג המוסד

תרשים 3 – אחוז נדבקים לפי סוג מוסד בהשוואה לקהילה



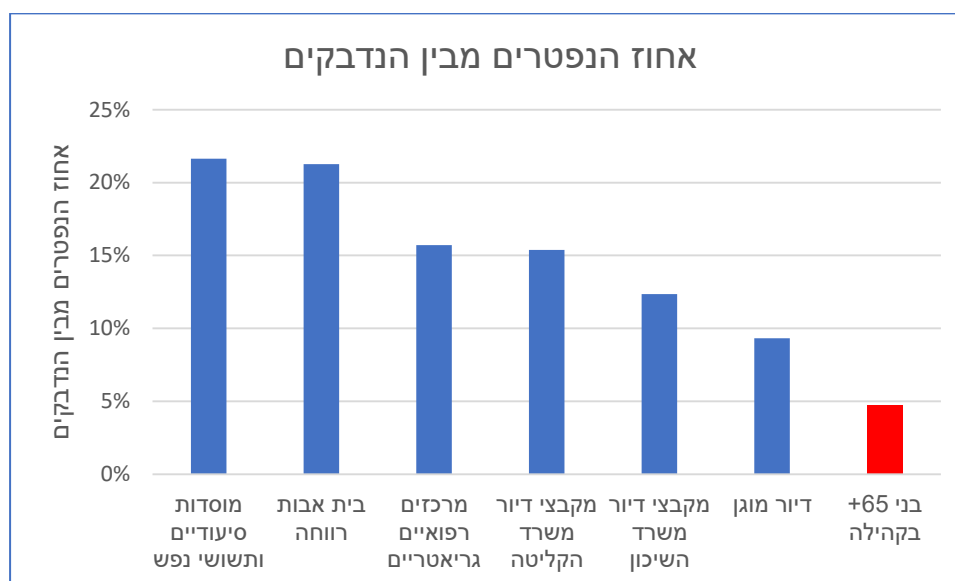
מהראיונות עולה כי במחלקות של תשושי נפש קשה מאוד לקטוע הדבקה, משום שאנשים עם דמנציה הם ניידים ומתקשים להבין את אופן ההתנהלות המבוקש.

טבלה 5 מציגה, לגבי מוסדות בהן התרחשה הדבקה, את הממוצע וסטיית התקן של מספר הנדבקים במוסד בהשוואה בין מוסדות משרד הבריאות, מוסדות משרד הרווחה ומוסדות הדיור המוגן. ניתן לראות כי מספר הנדבקים במוסדות משרד הבריאות היה גבוה באופן משמעותי בהשוואה למספר הנדבקים במוסדות הרווחה ולמוסדות הדיור המוגן. כלומר, ההתפרצויות במוסדות משרד הבריאות היו יותר רחבות היקף. סטיית התקן הגדולה משקפת את השונות בהתפרצויות בתוך כל אחד מסוגי המוסדות.

טבלה 5 - מספר נדבקים ממוצע במוסד בו התרחשה התפרצות

מספר נדבקים במוסדות בהן התרחשה הדבקה	דיור מוגן (עצמאיים)	בתי אבות רווחה (תשושים)	מוסדות משרד הבריאות (סיעודיים ותשושי נפש)
ממוצע	2	7.2	10.5
(סטיית תקן)	(2.4)	(9.9)	(15.1)

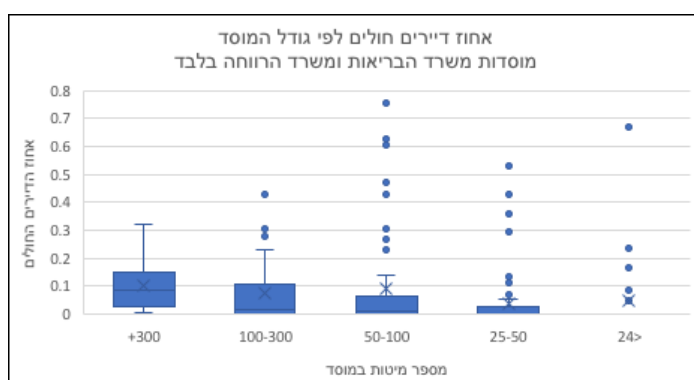
תרשים 4 - אחוז נפטרים מתוך מספר הדיירים שנדבקו בכל סוג מוסד



סיכון להדבקה לפי גודל המוסד

מנהלי מוסדות קטנים ציינו בראיונות כי הם מתקשים להתמודד עם המגיפה, יותר מאשר מנהלי מוסדות גדולים, בשל העדר גיבוי למקרה בו נדבקו חלק מאנשי הצוות והעדר תמיכה חיצונית. עם זאת, בחינה סטטיסטית של השאלה האם גודל המוסד משפיע על אחוז הנדבקים לא העלתה קשר מובהק בין אחוז הנדבקים במוסד לבין גודל המוסד. ראו תרשים 5 וטבלה 6 לפירוט הממצאים. במודל רגרסיה פואסונית לא מצאנו קשר מובהק בין גודל המוסד לבין אחוז הנדבקים.

תרשים 5 – אחוז דיירים חולים לעומת מספר הדיירים במוסד (מוסדות בריאות ורווחה בלבד)



* העמודות מציגות את הטווח בו נמצאים אחוזונים 25%-75% מהמקרים. הנקודות מציגות מקרים מחוץ לטווח זה.

טבלה 6 אחוז דיירים נדבקים לפי גודל מוסד

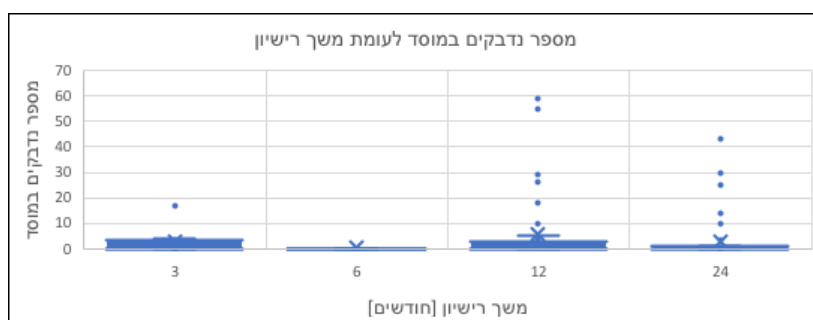
מספר מיטות במוסדות	אחוז דיירים חולים בממוצע	סטיית תקן של אחוז הדיירים החולים
יותר מ- 300	10%	10%
101-300	7%	11%
51-100	9%	18%
25-50	4%	9%
עד 24	5%	14%

סיכון להדבקה לפי משך רישיון

במוסדות לסיעודיים ותשושי נפש, ברישוי משרד הבריאות, בחנו האם יש קשר בין מספר הנדבקים במוסד לבין משך הרישוי. [הרישוי](#) ניתן בטווח שבין 3 חדשים לשנתיים ומשקף ככלל את ממצאי הבקורות שמבצע משרד הבריאות במוסד. (ככל שנמצאות בעיות בבקרה, ניתן למוסד רישיון קצר יותר עד להשלמת תיקון ממצאי הביקורת).

טבלה 7 ותרשים 6 מציגים את מספר הנדבקים במוסד לעומת משך הרישוי. מקרים בהם משך הרישוי נקבע מסיבות טכניות הוחרגו מהניתוח. מהנתונים המוגבלים שבידינו לא ניתן לקבוע אם קיים קשר מובהק בין משך הרישוי למספר הנדבקים.

תרשים 6 – מספר נדבקים לעומת משך הרישוי



* העמודות מציינות את הטווח בו נמצאים אחוזונים 25%-75% מהמקרים. הנקודות מציינות מקרים מחוץ לטווח זה.

טבלה 7 – ממוצע וסטיית תקן של מספר נדבקים לפי משך הרישיון

מספר נדבקים במוסד		משך רישיון בחודשים
ממוצע	סטיית תקן	
1.1	3.7	3 או 6
5.5	13.2	12
2.5	7.4	24

סיכום גורמי הסיכון

מהניתוח עולה כי דיירים סיעודיים, ותשושי נפש חשופים לסיכון גבוה משמעותית להידבק בקורונה בהשוואה לדיירים עצמאיים, זאת ככל הנראה, בשל הקרבה הפיסית הכרוכה בטיפול בדיירים אלו. נמצא כי מקרב הדיירים שנדבקו, אוכלוסיית הסיעודיים ותשושי הנפש היא בסיכון גבוה יותר הן להדבקה והן לתמותה.

לא נמצא הבדל מובהק בין מוסדות לפי גודל המוסד, אף שמנהלי מוסדות קטנים ציינו בראיונות כי הם מתקשים להתמודד עם המגיפה יותר מאשר מוסדות גדולים.

לא נמצא מתאם מובהק בין משך הרישיון לבין מספר הנדבקים במוסד

יעילות תוכנית הדיגום

מתווה תוכנית הדיגומים נקבע ע"י מגן אבות. מתוך המנחה כי אנשי הצוות עלולים להוות מקור אפשרי להדבקת הדיירים. בתקופת הגל השני מבוצע דיגום של אנשי הצוות במרבית המוסדות אחת לשבוע. בדיוור המוגן נדגמו נוסף לעובדים של המוסד גם מטפלים אישיים של הדיירים (מטפלות בית מטעם ביטוח לאומי ועובדים זרים). במקרים בהם נמצא איש צוות חולה, נדגמו גם הדיירים במוסד.

בפרק זה ניתחנו את יעילות הדיגום של אנשי הצוות, בהשוואה לתקופת הגל הראשון בו לא בוצעו דיגומים.

המהימנות של הממצאים מוגבלת בשל מגבלות בבסיס הנתונים לרבות השייך הלקוי של הצוות למוסדות, הסיווג של המוסדות לפי סוג המוסד, והקושי להבחין בין בדיקות שנעשו לצורך דיגום לבין בדיקות שנעשו במקרה של התפרצות. למרות זאת, לאור ההיקף הרחב של הדיגומים וההשפעה של היקף הדיגומים במוסדות על לזמינות של הבדיקות לכלל האוכלוסיה בישראל²⁹, מצאנו לנכון לכלול את הממצאים בעבודה.

היחס בין מספר אנשי הצוות החולים לבין מספר הדיירים החולים

כדי לאמוד את תרומת הדיגום למניעת התחלואה, בדקנו את היחס בין מספר הדיירים החולים לבין מספר אנשי הצוות החולים בתקופת הגל הראשון ובתקופת הגל השני. השינוי ביחס זה בין שתי התקופות מאפשר לאמוד את יעילות מדיניות הדיגום. שיערנו כי במוסדות בהן תוכנית הדיגום מועילה נצפה לראות, בהשוואה בין הגל הראשון לשני, ירידה במספר הדיירים החולים לכל איש צוות חולה. כלומר, תוכנית דיגום אפקטיבית אמורה להקטין את מספר הדיירים הנדבקים במקרה בו קיימים אנשי צוות חולים.

הממצאים המוצגים בטבלה 8 מראים כי במוסדות משרד הבריאות ובמידה פחותה גם בבתי האבות של הרווחה, מספר הדיירים החולים לכל איש צוות חולה גבוה באופן מובהק בהשוואה למספר הדיירים החולים לכל איש צוות חולה בדיוור המוגן ($p < 0.05$). ממצא זה משקף את ההבדלים בדפוס הטיפול: במוסדות בהם הצורך הטיפולי גבוה יותר והטיפול קבוצתי – דהיינו במוסדות לסיעודיים, תשושי נפש ותשושים - איש צוות אחד מטפל בכל הדיירים במחלקה, שגודלה 30 מטופלים או יותר, ולפעמים אותו איש צוות מטפל בדיירים במספר מחלקות. כאמור, אופי הטיפול האישי באנשים עם מוגבלות תפקודית, אינו מאפשר לשמור ריחוק מהמטופל, ומניעת ההדבקה מתבססת על אמצעי המיגון בלבד והקפדה על שימוש נכון בהם. לעומת זאת, בדיוור המוגן רק מיעוט הדיירים עם מוגבלות תפקודית ברמה הדורשת

²⁹ בחלק מהמים היקף הדיגומים היומיים במוסדות הגיע עד כמחצית מכלל הדגימות במדינה

טיפול פרטני בקרבה פיזית, וגם אז, הטיפול ניתן בדירת הדייר ולא במרחב משותף של מחלקה, ולכל מטפל אישי יש מטופל אחד או מטופלים ספורים בלבד.

בכדי לצמצם את הסיכון הנ"ל, חלק מהמנהלים דיווח על כך שאנשי צוות עובדים, בקפסולות עם מחלקות יעודיות כדי לנסות לצמצם את הנזק במקרה של הדבקה, ולהכיל התפרצות, אם תתרחש, במחלקה אחת בלבד.

בהשוואה בין הגל הראשון לגל השני, ניתן לראות כי בדיוור המוגן היחס בין דיירים חולים לצוות חולים היה נמוך לפני תחילת הדיגומים ונותר נמוך גם בהינתן הדיגומים (על כל 4-5 אנשי צוות חולים נדבק רק דייר אחד), ואילו במוסדות סיעודיים היחס גבוה משמעותית (על כל איש צוות חולה נדבקו 5 דיירים) והשתפר מעט בעקבות הדיגומים.

טבלה 8 – יחס בין מספר דיירים חולים למספר אנשי צוות חולים

גל ראשון			גל שני			
יחס דיירים / צוות	דיירים חולים	צוות חולים	יחס דיירים / צוות	דיירים חולים	צוות חולים	
0.2	77	385	0.25	240	927	דיוור מוגן
1.8	51	29	1.6	158	96	בתי אבות – רווחה
3.1	129	41	3.6	217	60	מרכז רפואי גריאטרי
5.0	326	65	2.9	867	294	מוסדות סיעודיים ותשושי נפש

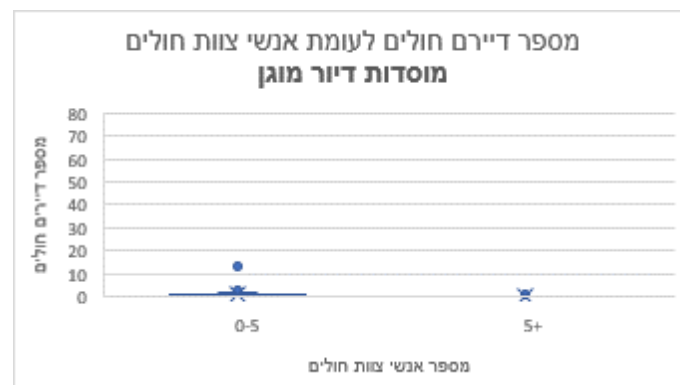
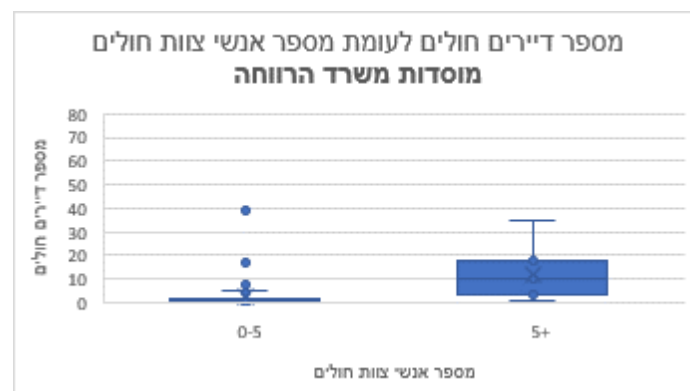
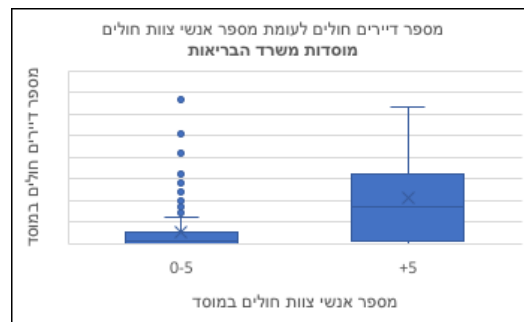
הערה:

*מדד דיירים חולים לכל איש צוות חולה לא חושב למשרד הקליטה ולמשרד השיכון, לאור המספר הקטן של אנשי הצוות במוסדות אלו.

**הנתונים נכונים לסוף אוגוסט

תרשימים 7-9 מציגים את מספר הדיירים החולים לעומת מספר אנשי הצוות החולים. ממצאי הניתוח מראים כי, במוסדות משרד הבריאות ובמוסדות הרווחה, ככל שמספר אנשי הצוות גבוה יותר, גם מספר הדיירים החולים גבוה יותר. לעומת זאת, במוסדות הדיוור המוגן, לא נמצא קשר בין מספר אנשי הצוות החולים לבין מספר הדיירים החולים.

תרשימים 7-9 – מספר דיירים חולים לעומת מספר אנשי צוות חולים, לפי סוג מוסד



* העמודות מציינות את הטווח בו נמצאים 25%-75% מהמקרים. הנקודות מציינות מקרים מחוץ לטווח זה

מטבלה 9 ניתן לראות כי אחוז אנשי הצוות החולים שנמצאו בבדיקות הוא נמוך בהשוואה לאחוז החיוביים באוכלוסייה הכללית אשר בחלק מהתקופה הגיע ל- 7% ולאחרונה אף עלה מעבר ל 10%. גם נתון זה עשוי להעיד על עודף דיגומים.³⁰

טבלה 9 אחוז אנשי צוות חיוביים שנמצאו בבדיקות דיגום

חודש	מרכזים רפואיים גריאטריים	מוסדות סיעודיים ותשושי נפש	בתי אבות רווחה	דיר מוגן
אפריל	1.10%	0.80%	1.50%	3.70%
מאי	0.30%	0.00%	0.00%	0.20%
יוני	0.60%	0.30%	0.60%	0.50%
יולי	1.40%	0.60%	0.70%	1.20%
אוגוסט	2.70%	0.50%	0.50%	0.60%
ספטמבר	2.00%	0.90%	0.40%	1.00%

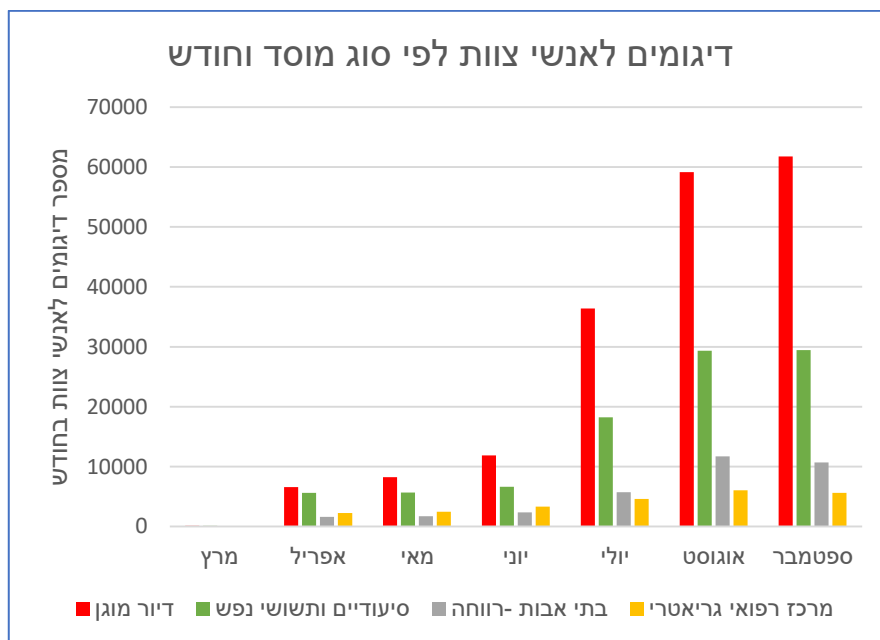
למרות היעילות הנמוכה של הדיגום בדיר המוגן, ניתן לראות בתרשים 10 כי מרבית הבדיקות מוקצות לאנשי צוות בדיר המוגן והיקף הדיגום של עובדים אלה אף הוכפל בחודש אוגוסט בהשוואה ליולי. **לאור ממצאים אלו מוצע לשקול מחדש את דיגום אנשי הצוות בדיר המוגן.**

מספר הדיגומים שנעשו לצוותי דיר מוגן בחודש אוגוסט (60,000)³¹ הוא גבוה במיוחד לאור מספר העובדים במוסדות אלו (7,000). יתכן שנתון זה מצביע על אמינות נמוכה של שיוך אנשי צוות למוסדות הדיר המוגן במאגר המידע ואמינות נמוכה של שיוך המוסדות לסוג המוסד. לחילופין, יתכן שחלק

³⁰ נתוני הדיגומים לא כוללים אנשי צוות שנבדקו מחוץ למוסד - כגון בקופות החולים או בתי החולים. עובדים שנמצאו חיוביים עשויים לדווח זאת למוסד ו/או זה יעלה בחקירה אפידמיולוגית. כמו כן זהו של אנשי הצוות למוסדות הוא חלקי ³¹ לפי הרישום במאגר המידע הוקצו 72000 דגימות לצוותי דיר מוגן באוגוסט ו 75000 בספטמבר. אולם ממספרים אלו ניכר כי 10000 דגימות בחודש בהם המוסד סווג בטעות כדיר מוגן והעברנו אותן לסוג המוסד המתאים.

מהבדיקות הוקצו לאנשים שאינם אנשי צוות. פניה בעניין זה הועברה לאנשי המקצוע האמונים על מאגרי המידע במשרד הבריאות והנושא נמצא בבדיקתם.

תרשים 10- דיגום אנשי צוות לפי סוג מוסד וחודש



שיטת דיגומים – מדינות אחרות

מדינות רבות מציינות כי הדיגומים של בתי אבות הם בליבת המאמץ למניעת התפרצויות. בתחילת המגפה היו פחות דיגומים בגלל מחסור עולמי בדגימות, ודירים נבדקו רק כשהיה חשד לקורונה^{vii}, ככל שגדל פוטנציאל הבדיקות נעשו גם דיגומים ללא אינדיקציה לחשיפה.

ה- [CDC ממליץ](#)³² לבצע דיגומים במוסדות סיעודיים, לאור רמת הסיכון הגבוהה. לא קיימת המלצה דומה ביחס למוסדות דיר מוגן לעצמאיים.

התייחסות מנהלי המוסדות לדיגומים

בראיונות שערכנו, מנהלים רבים דיברו בתסכול רב על תקופת הגל הראשון בהם לא היו דיגומים. מנהלים גם דיווחו על חוסר האמון שהיה בתחילה אל מול המעבדות, כאשר היו עיכובים בקבלת התשובות, ואף אירועים של תשובות שגויות. נושא זה גרם לחיכוכים אל מול משרדי הממשלה. דוגמא לכך עולה מדבריה של אחת מהמנהלות:

”בדגימה אצלנו חולה סיעודית קיבלה תשובה חיובית אז כל המחלקה והצוות נכנסו לשבועיים בידוד. לאחר 24 שעות התברר שהתשובה הייתה שגויה. רצינו להוציא את כולם מהבידוד אבל משרד הבריאות לא אישר לנו כי היה צריך לקיים את הבידוד במלואו. זה בזבז ותסכול. המערכת צריכה להקשיב לנו יותר.”

כיום, רב המנהלים מציינים לחיוב את תהליך הדגימה. כך, לדברי אחד ממנהלי המוסדות:

”אם יש דבר אחד אדיר ש’מגן אבות ואימהות’ עשו זה נושא הדגימות. זה חד משמעית קטע אצלנו הדבקה ומנע אסון נוראי.”

”רק בשביל הבדיקות מגיע להם ציון לשבח שהצליחו לארגן את זה ועכשיו זה עובד נהדר וכולנו יודעים מה קורה. מגיעים אלינו כל יום X, הצוות מתורגל וזה קונה לנו שקט נפשי לעוד שבוע”

לצד זאת, ציינו המנהלים את הקשיים של תהליך הדגימה: הבדיקות לעיתים כואבות ופוצעות, יום הדגימה מצריך הערכות ותמיכה של כל הצוות, ובמקרים מסוימים אף בעלויות למוסדות אשר דואגים להסעה של העובדים אל המוסד ביום הדיגום. בנוסף, היו אנשי צוות שהטילו ספק ביעילות של הבדיקות במניעת ההדבקה. חלק מהמוסדות ציינו שהיו מעדיפים לוותר על הדגימות השגרתיות ולקבל דגימה מהירה במקרה של חשש להדבקה במוסד.

בתקופת הגל השני החלה תוכנית דיגום של אנשי צוות במוסדות לקשישים.

מהנתונים בישראל עולה כי לדיגומים של צוותים בדיור המוגן יש ערך נמוך בהשוואה לדיגום צוות במוסדות הסיעודיים, משום שאחוז ההדבקה ומספר הדיירים הנדבקים בממוצע בדיור המוגן נמוכים בהשוואה למוסדות הסיעודיים. בנוסף, מספר הדיירים החולים לכל איש צוות חולה במוסדות אלו היה נמוך עוד טרם הדיגומים ונותר נמוך.

למרות זאת, מרבית הדיגומים מוקצים בפועל לצוותי הדיור המוגן. מספר הדיגומים לפי הנתונים במערכת המידע חריג באופן למספר העובדים הידועים במוסדות אלו.

לפי [הנחיות המרכז הלאומי לבקרת מחלות בארה"ב \(ה-CDC\)](#) מומלץ לבצע דיגומים שיגרתיים של צוות (לרבות מתנדבים) במוסדות סיעודיים, כאשר תדירות הדיגומים תלויה באחוז החיוביים באוכלוסיית האזור. עם זאת, אין המלצה דומה לדיור מוגן.

מנהלי המוסדות רואים חשיבות רבה בדיגומים.

לאור העלות הגבוהה של דיגום אנשי הצוות, והשפעת הדיגום על זמינות הבדיקות לאוכלוסייה הכללית בישראל מומלץ לצמצם את דיגום אנשי הצוות בדיור המוגן ולהתמקד בדיגום אנשי צוות במוסדות סיעודיים ומוסדות לתשושי נפש.

התמודדות מנהלי המסגרות עם מגיפת הקורונה

ההתמודדות בתקופת הגל הראשון

מהראיונות עם מנהלי מסגרות עולה כי בתקופת הגל הראשון המנהלים חוו תחושות קשות של חוסר וודאות, בדידות וקשיים לוגיסטיים.

“בגל הראשון, הרגשתי כמו הטנק האחרון בגולן בתחילת מלחמת יום כיפור
שאמרו לו לשמור על הרמה”

“בהתחלה פחדנו מזה פחד מוות, חשבנו שזה ימחק לנו את כל הבית”

“בקבוצות ווטסאפ של הצוות עברו הודעות כמו 'מי שיכנס לעבוד ייצא על
אלונקה'... הייתי צריך לדבר עם הבעלים של נשים מהצוות לשכנע שמספיק בטוח
לבוא לעבוד”

מהצד השני, רבים מהמנהלים הציגו עמדה לפיה הקורונה אינה מחלה קשה יותר ממחלות אחרות.

הקשיים העיקריים בגל הראשון, עליהם דיווחו מנהלי המוסדות בראיונות ובסקר:

- א. העדר ציוד מיגון
- ב. קושי תקציבי – לאור צמצום מספר הדיירים ועלות ההצטיידות בציוד המיגון
- ג. מחסור בכח אדם – כתוצאה מבידוד אנשי צוות, חוסר רצון של אנשי צוות להיחשף לסיכון וצורך של אנשי צוות אשר עבדו ביותר ממוסד אחד לבחור מוסד אחד בו ימשיכו לעבוד.
- ד. העדר ידע
- ה. העדר נהלים ו/או פרסום נהלים סותרים על ידי גופים שונים במדינה
- ו. העדר גוף מטה מוביל אחד אשר יהווה מקור סמכות וייתן מענה לכל מכלול הסוגיות הנוגעות לבתי האבות
- ז. העדר בדיקות ועיכוב בקבלת תוצאות הבדיקות.

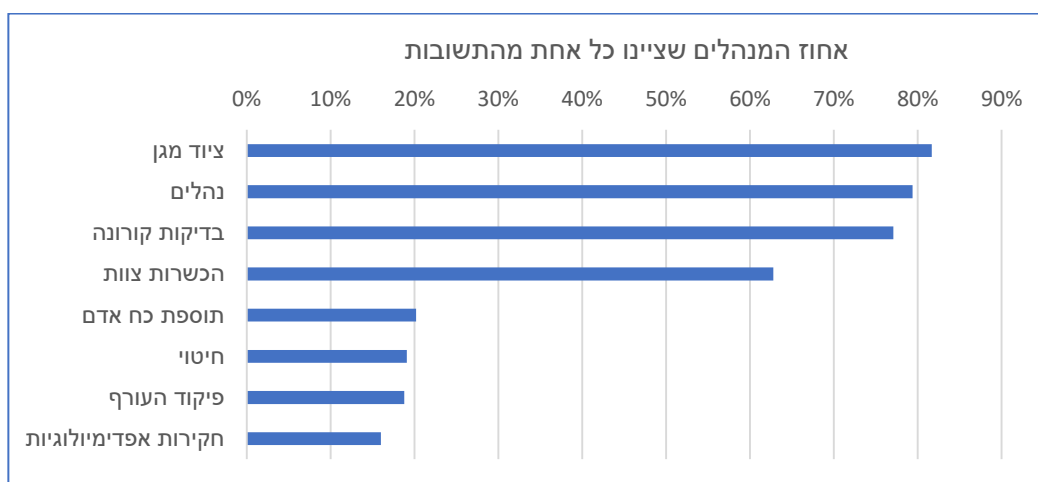
המשיבים לסקר מציינים את התרומה של הגופים הבאים לסיוע בהתמודדות בגל הראשון: חמ"ל “מגן אבות ואימהות” (61.7%), נציג “ושמרת” (42.2%), רשת אליה משתייך המוסד (32%),

גריאטר מחוזי³³ (27.3%), משרד הרווחה (19.5%) ומוקד המוסדות (15.6%). בראיונות אף עלו שמות של אנשי מקצוע מתוך המערכות שבאופן פרטני היוו נקודות תמיכה משמעותיות.

בחלק מהראיונות שערכנו, ציינו מנהלי המוסדות בביקורת את מידת ההערכות של גופי המדינה בשבועות הראשונים של המגיפה. חלק מהבתים שחוויים כרגע התפרצות עדיין מדווחים על חוסר בתמיכה. מנהלי מוסדות עצמאיים (שאינם חלק מרשת), ובעיקר מוסדות קטנים, הדגישו בראיונות בדידות והעדר תמיכה:

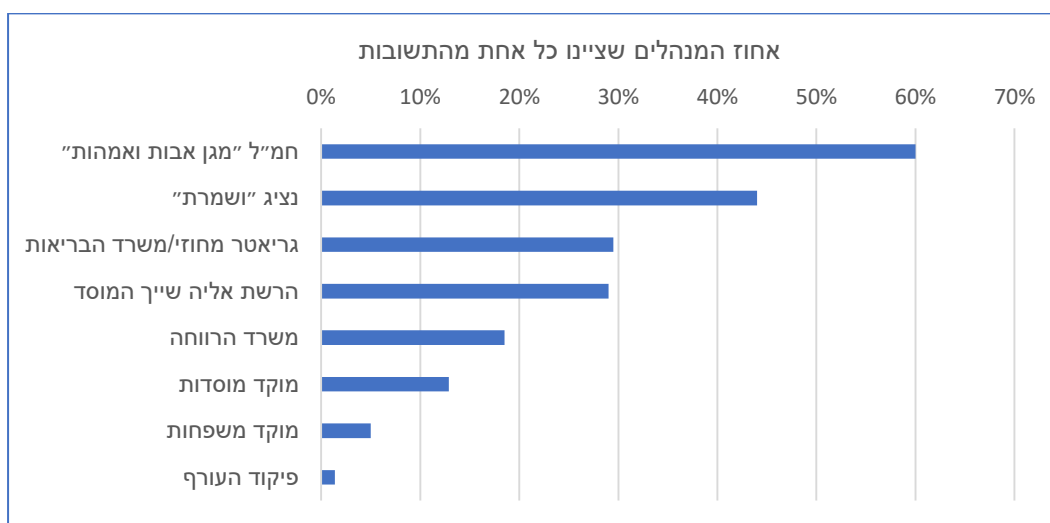
“לבד במערכה...נטשו אותנו...השאירו אותנו להתמודד, ושמענו ממישהו רק כשדברים לא הסתדרו”.

תרשים 11 – עמדות מנהלי מוסדות בסקר יחס לפעולות שסייעו להם



³³ הגריאטרים המחוזיים, בלשכות הבריאות המחוזיות של משרד הבריאות, כפופים מקצועית לאגף לגריאטריה במשרד, ומהווים גורם מרכזי בהתמודדות עם התפרצויות בכלל מוסדות "מגן אבות ואימהות" במחוזם, כמפורט במתווה.

תרשים 12 – עמדות מנהלי מוסדות בסקר ביחס לגופים שסייעו להם



ההתמודדות מנהלי המוסדות כיום

בחלק מהמוסדות, בעיקר המחלקות בהם מצב הדיירים קשה יותר, מביעים עדיין חשש גדול מאוד מחדירה של קורונה לבית. בתי האבות מאוד מודעים לדימוי השלילי בתקשורת של בית שמתגלה בו 'התפרצות חמורה' ורוצים להימנע מכך.

מרבית המנהלים ציינו בראיונות כי כיום מתקיימת במוסדות "שגרת קורונה". בכלל זה, חל שיפור בהבנת התנהלות המחלה, חלה התקדמות במיומנות הצוות, וקיימים נהלים ברורים להתמודדות עם המגיפה (תרשים 15). לצד זאת, המנהלים מצביעים על הבעיות הבאות:

א. **קושי תקציבי** – המנהלים דיווחו בראיונות על קושי כלכלי כתוצאה מירידה בתפוסה. זאת על אף התמיכה הכלכלית הניתנת על ידי משרד הבריאות עבור הדיירים שבמימון, ותמיכה דומה הניתנת על ידי משרד הרווחה.

ב. **ציד מיגון** – המנהלים דיווחו כי מחירי הציוד עדיין גבוהים, לא ניתן להשיג חלק מהפריטים, כגון כפפות במידות גדולות, והאספקה אינה סדירה, מה שגורם למצוקה ודאגה קבועה בשל קושי בהשגת הציוד. זאת על אף הספקת ציוד המגן הניתנת כיום על ידי משרד הבריאות ללא עלות למוסד והספקת הציוד שניתנה עד חודש יוני על ידי "ושמרת".

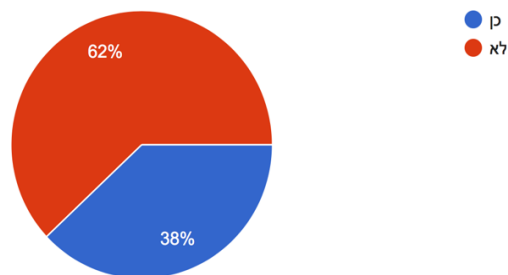
ג. **צוות** – לדברי המנהלים, הצוות צומצם (על ידם) כתוצאה מהירידה במספר הדיירים (ככל הנראה כדי להקטין הוצאות לאור הירידה בהכנסות) וכתוצאה מכך גדל העומס על הצוות הנותר. 56% מהמנהלים מצביעים על מחסור באנשי צוות (תרשים 14). 38% מהמנהלים סבורים כי עדיין קיימים פערים במיומנות הצוות להתמודד עם הקורונה (תרשים 13).

מנהלים הצביעו על הצורך בתוספת כח אדם, בין השאר באמצעות אנשי פיקוד העורף וצוות "חץ" (שניתן למוסדות בהתפרצות, ללא עלות למוסד, בגל הראשון בלבד). העלו

המנהלים צורך בתגבור מהיר של כח אדם במקרים בהם הצוות נשלח לבידוד כתוצאה מהדבקה במוסד. כאמור, דגש מיוחד ניתן על ידי המנהלים לתוספת כח אדם לשם נידוד דיירים לביקורים בחצר המוסד.

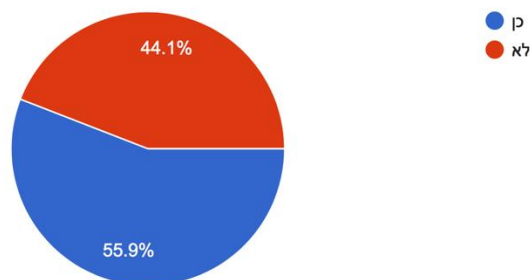
תרשים 13 – עמדות מנהלים בסקר ביחס למיומנות הצוות

האם לדעתך עדיין קיים פער במיומנות הצוות להתמודדות עם קורונה
208 responses



תרשים 14- עמדות מנהלים בסקר ביחס למחסור בכח אדם

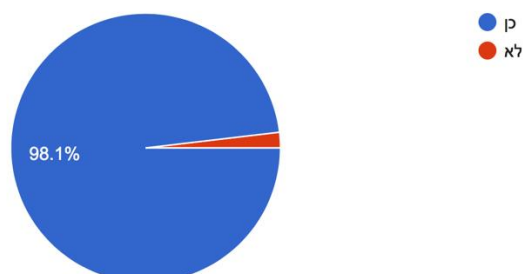
האם לדעתך עדיין קיים מחסור בכח אדם אשר משפיע על ההתמודדות עם הקורונה
204 responses



תרשים 15 – עמדות מנהלים ביחס להימצאות נהלים במוסד

האם קיימים במסגרת נהלים למניעת הדבקות ולהתמודדות במקרה של הדבקה?

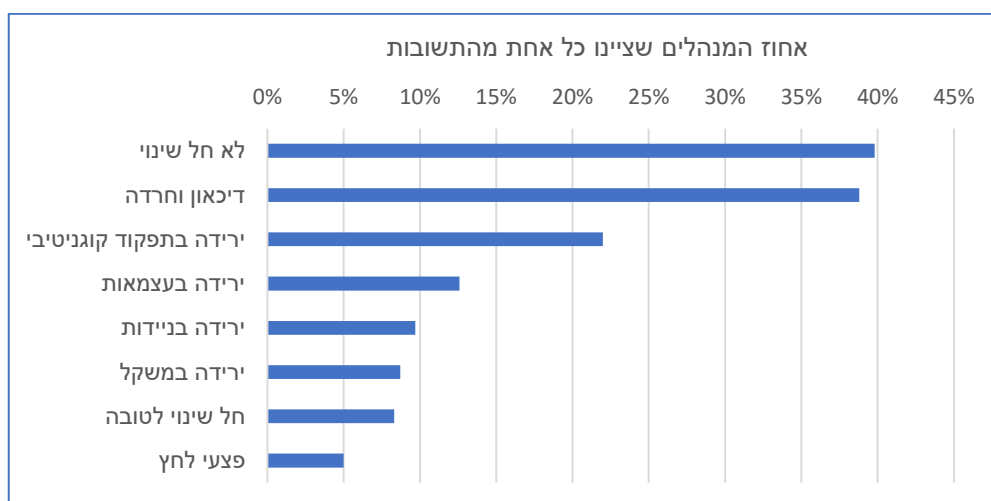
214 responses



מצב הדיירים במוסד

המנהלים ציינו בראיונות כי שגרת הקורונה מביאה לפגיעה גם בדיירים שלא חלו. בכלל זה דיווחו 38% מהמנהלים על עליה בתופעות של דיכאון וחרדה, 22% דיווחו על ירידה בתפקוד הקוגניטיבי, 12.6% על ירידה בעצמאות ו- 9.7% על ירידה בניידות. לא ניתן לתקף דיווחים אלה במחקר זה.

תרשים 16 – עמדות מנהלים בסקר ביחס למצבם של דיירים אשר לא חלו בקורונה



גורמים נוספים מסייעים להתמודדות עם שגרת הקורונה בראיית מנהלי המוסדות

נוסף לצידוד המגן, לסיוע התקציבי ולסיוע בכח אדם, מהראיונות ומהסקר עלו מספר גורמים אשר בראיית המנהלים עשויים לסייע להמשך ההתמודדות של המוסדות עם שגרת הקורונה.

מעורבות מנהלים בתהליכי קבלת ההחלטות – המנהלים הביעו רצונם להיות שותפים לקבלת ההחלטות על הנהלים, וכן הדגישו את הצורך בתקשורת שוטפת עם מקבלי ההחלטות.

גוף מטה אחד לניהול המגיפה בבתי האבות – המנהלים הצביעו על ריבוי גופי מטה, סתירות בין ההנחיות של הגופים השונים וצורך בדיווחים כפולים לגופי מטה שונים. לאור זאת, המנהלים ממליצים לקבוע גוף מטה אחד שירכז את כלל הדיווחים ויהיה מוסמך להפיץ הנחיות.

נהלים – חלק מהמנהלים הצביעו על הצורך בהנחיות ברורות ואחידות לכלל בתי האבות, לצד החשיבות של מתן חופש החלטה בשטח לאופן יישום הנהלים, לאור ההבדלים הפיסיים, הכלכליים, הרפואיים והתרבותיים בין מוסדות שונים. המנהלים מדגישים את החשיבות של מתן זמן הערכות ליישום במקרה של שינוי.

הסברה למשפחות – נדרשת על מנת להבהיר את נהלי הביקורים והבידודים ולהפחית את הלחץ על מנהלי המוסדות. (פרוט בפרק הבא).

סיוע לחיזוק החוסן הנפשי של אנשי הצוות – המנהלים ציינו את העומס הגובר, החשש מהדבקה, חוסר היכולת להיעזר במשפחות בטיפול בדיירים, וההתמודדות עם הדיירים והמשפחות. בכלל הפעולות שעשויות לסייע ציינו פעילות תרבות או פעילות באוויר הפתוח בחצר המוסד. כמובן, תוך שמירה על כללי הריחוק והמיגון.

תכנון ארוך טווח – קיים חשש גדול בקרב מנהלי המוסדות מתקופת החורף, בה צפויה תחלואה עונתית. יש צורך להערכות כיום למצב זה. המנהלים מבקשים לבחון יעוד מחלקות חדשות נוספות לדיירים עם קורונה, או יצירת אפשרויות לבידוד במוסדות. כמו כן, המנהלים מציינים צורך בחשיבה על ביקורי משפחות במזג אוויר שאינו מתיר ביקורים בחצר.

סיכום התמודדות מנהלי המוסדות עם המגיפה

מנהלים מדווחים על תחושות קשות של חוסר וודאות, בדידות וקשיים לוגיסטיים בתקופת הגל הראשון. הקשיים העיקריים בתקופה זו נגעו לקושי בהשגת ציוד מגן, מחסור בכח אדם, העדר הכרות עם המחלה והעדר נהלים ברורים.

המנהלים מציינים כמקור לתמיכה את מטה מגן אבות, נציג "ושמרת", הרשת אליה שייך המוסד והגריאטר המחוזי.

כיום המנהלים פועלים "בשגרת קורונה" וחוסר הוודאות פחת, אולם המנהלים מתמודדים עם חששות כלכליים, והמחסור בכח אדם ובציוד מגן עדיין משמעותי.

"שגרת הקורונה" מביאה לעומס פיסי ורגשי על הצוות ומנהלים רבים מציינים כי השגרה החדשה מביאה לתחושת דיכאון וחרדה בקרב הדיירים.

ביקורי משפחות

פרק זה מציג את מדיניות הביקורים בעולם ובישראל ואת התמודדות מנהלי המוסדות בפועל עם יישום המדיניות.

מדיניות ביקורים בעולם

מרבית המדינות שנסקרו סגרו את בתי האבות לביקורים בתחילת המגיפה, כדי למנוע התפרצויות. למעט המקרים הבאים בהם הותרו ביקורים אף בתקופות הסגר:

א. חולים סופניים – מדינות רבות בארה"ב^{viii}, גרמניה^{ix}, אוסטרליה^x מאפשרות ביקור של חולים סופניים.

ב. פתיחת המוסד למבקרים שהוגדרו כחלק מצוות הטיפול.

במדינות רבות בארה"ב (כגון קליפורניה^{xi} ואוקלהומה^{xii}) נקבעו נוהלי ביקורים. להלן מפורטים מרכיבים משותפים בנהלי המדינות שנסקרו:

- א. הגדרת איש קשר בצוות שאחראי על יצירת קשר עם המשפחות בהעדר ביקורים.
- ב. יצירת מערכת 'רמזורים' לרמת התחלואה שתקבע את האופן שבו יתקיימו הביקורים. בארה"ב נהלי הביקורים נקבעים לפי השכיחות של קורונה באזור ולפי הזמן שחלף מאז מקרה חיובי אחרון בבית האבות (28 יום ויותר נקיים = ירוק; 14 יום נקיים = כתום; עם חולים – אדום).
- ג. העדפה לביקורים בחוץ כשאפשר.
- ד. דרישה למיגון בני משפחה.
- ה. איסור על ביקור בקבוצות גדולות.
- ו. מתן מקום למפגשים פרטיים (חדר ביקורים\ חדר המטופל)
- ז. תיאום זמנים לביקורים.
- ח. הצהרות בריאות של קרובי המשפחה, הסרת אחריות המוסד לגבי קרובי המשפחה.

סיכום של נהלים ממקומות שונים בעולם ניתן לראות בקישור – [כאן](#)

בישראל, ביקורי משפחות במוסדות בריאות ורווחה הוסדרו בצו בריאות העם (נגיף קורונה החדש)
(בידוד בית והוראות שונות) (הוראת שעה), מיום 2 בפברואר 2020:

3ד. (א) לא יבקר אורח במבנה של מוסד בריאות או מוסד רווחה, ומנהל של מוסד כאמור לא יאפשר ביקורים של אורח במוסד, למעט אורח אחד לכל דייר או שוהה קבוע.	הגנה על שוהים במוסדות בריאות ורוחה צו (מס' 10) תש"ף-2020 צו (מס' 20) תש"ף-2020 צו (מס' 32) תש"ף-2020
(ב) מנהל מוסד כאמור לא יאפשר ביקור של אורח שיש לו תסמינים, או שידוע לו שחלה עליו חובת בידוד לפי סעיפים 2 או 2ב.	
(ג) על אף האמור בסעיף זה, ראש השירות או המנהל רשאי לאשר ביקור של אורח או סוג של אורחים כאמור בסעיף קטן (א), בנסיבות מיוחדות ובתנאים שיורה עליהם.	

אגף הגריאטריה הנחה את המוסדות לפעול בהתאם לצו במכתב מ 15 במרץ 2020 (סימוכין: 155411520):

2. לכל מטופל או דייר תאושר שהיה של מבקר אחד בלבד אחד, בעדיפות לקרוב משפחה, או אפוטרופוס, או מיופה כוח, לפי בחירת המטופל, ואם אינו יכול לקבוע - בהתאם להחלטת אפוטרופוס או מי שמוכר לגורמי הטיפול כגורם המלווה העיקרי. כניסתו תאושר לאחר וידוא כי אינו חולה במחלת חום ו/או מחלה נשימתית וכי לא שהה בחו"ל ב 14 הימים האחרונים או אינו חייב להיות בבידוד מסיבה אחרת.
3. על הנהלת המוסד להסדיר מבעוד מועד רשימת מלווים מורשים בכל מחלקה. הרשימות תועברנה למחלקות ולמאבטח בכניסה לכל מוסד (ככל שיש) ותעודכן אחת ליום. המלווים המורשים יקבלו תגים או יידונו, או אמצעי זיהוי מתאים אחר.

במכתב נוסף מיום 16 במרץ (סימוכין: 157647120) הנחה האגף לאפשר כניסת מלווים בעת קליטת מטופלים חדשים:

יש להבטיח אפשרות כניסה של מלווה, לרוב בן משפחה, למטופל החדש בתקופה זו שגם איננה פשוטה בהסתגלות. יש לספק לבן המשפחה את המיגון הנדרש.

פרק 14 בתוכנית מגן אבות ואימהות מפרט את נוהל הביקורים:

■ "קרוב רחוק" - קשר עם המשפחות

מנהל המסגרת ימנה איש קשר שיהיה אחראי על הקשר בין הקשיש למשפחתו. במסגרות בהן עובדת סוציאלית נכללת בצוות, העובדת הסוציאלית במסגרת תהיה אחראית ליצירה ושמירת הקשר בין הקשיש לבין בני משפחתו/אפוטרופוס.

■ ביקורי משפחה

לניתוק והעדר תקשורת בין הקשישים ואנשים עם המוגבלויות הנמצאים במוסדות לבין אנשים אחרים בכלל ובפרט עם בני משפחתם, אפוטרופוס או אחר משמעותי, עלולות להיות השלכות חמורות מאוד על מצבם הבריאותי לרבות ירידה קוגניטיבית, דיכאון ובדידות המובילה להידרדרות בריאותית.

השלכות הניתוק על בני המשפחה יכולות אף הן להיות קשות והרסניות. עבור חלק מהמשפחות, הנתק גורם להם להרגיש שנטשו את היקרים להם בשעתם הקשה. הנתק גם עלול לעורר תחושות קשות של חוסר אמון בין המשפחות לבין המוסדות הגריאטריים.

לנוכח הניתוק הארוך והשלכותיו, להלן הנחיות המסדירות ביקורי משפחות:

- יש להבטיח ביקורי משפחות בכל המערך הגריאטרי והמסגרות לאנשים עם מוגבלויות.
- על הנהלת המוסד לבנות תכנית ביקורים סדורה, הכוללת את כלל המטופלים, תדירות, ימי ביקורים ותאום עם המשפחות.
- בכל ביקור מבקר אחד: בן משפחה, אפוטרופוס, מיופה כוח, אחר משמעותי, לפי בחירת המטופל. במידה ואינו יכול לקבוע - בהתאם להחלטת אפוטרופוס או מי שמוכר לגורמי הטיפול כגורם המטפל העיקרי.
- על מנת לשמור על בטיחותם של המטופלים, המבקרים והצוות, יש להבטיח מיגון המטופל, המלווה והמבקר לפי הנחיות משרד הבריאות.
- מיגון המשפחות יהיה באחריות המבקר.
- המיגון יותאם למצבו התפקודי של המטופל בהתאם להנחיות הצוות המקצועי.
- מומלץ לקיים את הביקורים ככל הניתן, בשטח פתוח בתחום המוסד, במרפסת או בכל מרחב תוך שמירה על הנחיות משרד הבריאות.
- מנהל המוסד יקבע מלווה מטעם המוסד בהתאם לצורך ולפי שיקול דעתו.

יובהר כי הנחיות אלה אינן חלות על מטופל הנמצא בבידוד או חולה. לגבי מטופלים אלה, על המוסד להבטיח תקשורת מקוונת שלהם עם בני משפחתם.

- לקיים את הקשר באמצעים טכנולוגיים: טלפון, טבלט, מחשבים וכו'.
- ליזום באופן פרואקטיבי את השיחות תוך תאום עם בני המשפחה.
- יש להכין תוכנית מובנית ומוסדרת לכל אחד, כולל שעות וימים בשבוע בהן יתקיימו השיחות עם המשפחה.
- לסייע בכתיבת הודעות בטלפון למשפחה.
- יש לקיים שיחות וידאו שיוכלו להפגיש וירטואלית את הקשיש עם בני משפחתו.
- יש להנגיש תרבותית את האמצעים והשיחות.
- לאוכלוסייה שאינה משתמשת בטלפונים חכמים, ניתן לתאם לבן משפחה מפגש עם איש צוות מחוץ למוסד

92 מגן אבות ואימהות - תכנית לאומית למתן מענה להגנה על דיירי מוסדות הגיל השלישי

נושא ביקורי המשפחות עלה בדיווחים היומיים של 'מגן אבות ואימהות' תחת כותרת 'ביקורים'. להלן דיווחים יומיים עם התייחסות לנוהל ביקורים: [10 למאי 2020](#) : [17 למאי 2020](#) : [25 מאי 2020](#) : [27 מאי 2020](#) : [2 יוני 2020](#) : [3 יוני 2020](#) : [10 ליוני 2020](#) : [16 יוני 2020](#) : [22 יוני 2020](#) : [28 יוני 2020](#) : [29 יוני 2020](#) : [30 יוני 2020](#) : [12 יולי 2020](#). בסוף יולי אופי הדיווח היומי השתנה, והתמקד בדיגומים, התפרצויות ומיטות וכלל פחות מידע תיאורי.^{xiii}

לקראת חגי תשרי, ב-19 לספטמבר 2020, הופץ מכתב למוסדות, מטעם האגף לגריאטריה במשרד הבריאות, שמתייחס לחשיבות של הביקורים בתקופת החגים, להלן ציטוט מתוכו:

- ביקורי בני משפחה ומכרים הם אחד ממסייעי - החוסן למטופלים לכן ברצוני להדגיש שכעת יותר מתמיד חייבים לאפשר ביקורים לכל מטופל, כפי שהנחינו בעבר, לפחות פעם בשבוע וניתן עד 2 מבקרים. ובתנאי שכניסתו תאושר לאחר וידוא כי אינו חולה במחלת חום ו/או מחלה נשימתית וכי לא שהה בחו"ל ב 14 הימים האחרונים או אינו חייב להיות בבידוד מסיבה אחרת, והביקור מנוהל ע"י איש צוות מקצועי ומתקיים במרחב הציבורי מומלץ במרחב הפתוח. אני ממליצים לשקול

פתרונות טכנולוגיים או אחרים לאפשר כל סוג של קירבה הבטוחה.

טבלה 10: עיקרי ההבדלים בין ישראל לעולם במדיניות ביקורים

נושא	מדיניות במדינות שנסקרו	ישראל	פרוט
ביקור של חולים סופניים	כן - ללא הגבלת זמן, כולל מגע	לא מוגדר	נתון לשיקול דעת המוסד
פתיחת המוסד למבקרים שהוגדרו כחלק מצוות הטיפול.	כן	לא	ככלל אין הגדרה של בני המשפחה כחלק מהצוות המטפל ואין להם אחריות טיפולית במוסדות הבריאות והרווחה.
הגדרת איש קשר בצוות שאחראי ישירות לקשר מול המשפחה בהעדר ביקורים.	כן	כן	הוגדר כי העו"ס אחראי לתיאום הביקורים. משרד הבריאות הקצה חצי תקן לעו"ס לחיזוק תחום זה. הצוות המטפל מעורב בהעברת המטופלים למתחמי הביקור.
יצירת מערכת 'רמזורים' על רמות ביקורים שונות	כן - בארה"ב נהלי הביקורים נקבעים לפי השכיחות של קורונה באזור: ולפי הזמן שחלף מאז מקרה חיובי אחרון בבית האבות	לא	כל מוסד קובע מדרג משלו, ואין אחידות או שקיפות בין מוסדות וסוגי מוסדות שונים
העדפה לביקורים בחוץ כשאפשר.	כן	כן	
איסור על ביקור בקבוצות גדולות.	כן	כן	
מתן מקום לפרטיות (חדר ביקורים\ חדר המטופל)	כן	חלקי	ברוב המוסדות אסורה כניסה למוסד, ולחדר של הדייר. חלק הכשירו חדרים לביקורים. בכל מוסד ניתן מענה לפי התנאים הפיסיים.
תיאום זמנים מראש לביקורים	כן	כן	
הגדרת משך הביקור ותדירות הביקורים	לא ידוע	אין כלל מחייב	אין אחידות בין המוסדות – לרב, חצי שעה בשבוע.

התייחסות מנהלי המוסדות לביקורים

מהראיונות עולה כי לכל המנהלים ברורה החשיבות של ביקור המשפחות לשיפור החוסן הנפשי של הדיירים ולהפגת הלחץ מצד המשפחות. עם זאת, בפועל מדיניות הביקורים משתנה בין המוסדות לפי מדיניות מנהל המוסד והתנאים הפיסיים. מנהלי המוסדות ציינו בראיונות לכך שהם מפרשים את הנהלים בהתאם לתפיסה המקצועית שלהם. במוסדות בהם קיים שטח פתוח התאפשרו ביקורים בחצר, אחרים אפשרו את הביקור מעבר לגדר. לעומת זאת בחלק מהמוסדות, יושמה מדיניות של סגירת שערים ולא מתאפשר כלל ביקור של המשפחות. ברב המוסדות התאפשר קשר בין הדיירים למשפחות באמצעות טאבלטים ואמצעים טכנולוגיים אחרים.

המנהלים ציינו בראיונות ובסקר כי בחלק מהמקרים ההנחיות לא היו ברורות ואף היו סתירות בין הנחיות שונות שניתנו למנהלים. היו עליה הסתייגויות, ובפועל לא התקבל השינוי.

בחלק מהמקרים פורסמו הנחיות שונות לדיור המוגן ולדיירים סיעודיים (למשל, ראה סיכום יומי למוסדות של מגן אבות ואימהות מיום נוהל החזרה לשגרה ב-19 למאי 2020).³⁴ המנהלים ציינו את הקושי של יישום הנחיות שונות באותו מוסד.

"יש כאן פרדוקס, על הדיירים שלי שהכי צריכים מגע וקרבה (מחלקה סיעודית), אני שומרת מכל משמר, ולא מאפשרת מגע. מצד שני, הדיירים בדיור המוגן יכולים לצאת ולבוא ולעשות מה שהם רוצים בחוץ"

מספר מנהלים ציינו כי לצד הרצון לאפשר את הביקור, הדבקה כתוצאה מביקור תביא לפגיעה בדימוי של המוסד וברצון של דיירים להגיע אליו בעתיד ולכן הם מעדיפים למנוע את הביקורים.

"אני עושה את הביקורים בדרך שאני חושבת שמגן על הדיירים שלי. אז הביקורים הם מעבר לגדר, קרובי משפחה לא נכנסים למתחם. בערך 10-15 דקות לכל ביקור. אני יודעת שזה לא אופטימלי. אבל אם חס וחלילה דייר ידבק, ותהיה לי פה התפרצות, זה השם שלי שיהיה בכותרות, ואף אחד לא ייתן לי גיבוי, או יפרגן שאפשרתי ביקורים, אז אני עושה את מה שנכון לי ולמוסד שלי"

³⁴ בחלק ממוסדות הדיור המוגן הוגבלה גם יציאת דיירים מחוץ למוסד.

'אני מכירה את הדיירים והמשפחות, ואני יכולה להגיד לך שמבקרים מסויימים אנשים מגיעים יותר מפעם בשבוע, ואפילו חוזרים לעשות פעולות שעוזרות לדייר, כמו לסייע בזמן ארוחות. אנחנו מקפידים ושומרים איתם, אבל בסופו של דבר, זה מה שמחזיק את הדיירים האלו בחיים, ועם קצת איכות חיים, אז שאקח מהם את זה?'

סיכום יומי של מטה "מגן אבות ואימהות" מתייחס למגמה זו ומבהיר כי יש לאפשר את הביקורים:

לאור העלייה בתחלואה מספר מוסדות סגרו שעריהם לביקורים וכן ליציאת דיירים מהדיור המוגן. אנו רוצים לשוב ולהדגיש שלא ניתן למנוע ביקורים של בני משפחה. יש לקיים את הביקורים על פי הכללים וההנחיות. כמו כן, לא ניתן למנוע את יציאתם של דיירים מהדיור המוגן.

כל המנהלים הביעו קושי מההתמודדות עם האיזון בין צרכי הביקורים של בני המשפחה לבין הבידוד. בני המשפחה נתפסו כאיום. 'הם יכניסו לנו את זה' הייתה אמירה שחזרה על עצמה במרבית הראיונות. במסגרת המחקר לא ניתן היה לבחון קשר בין דיירים חולים לקרובי משפחה חולים בקהילה, כך שלא ניתן לקבוע אם אכן התקיימה הדבקה ובאיזו הקף מקרובי המשפחה.

"לגבי הביקורים – בתחילת הקורונה, היינו יותר גרועים מאושוויץ במניעת הביקורים. עכשיו, אני בדיוק להפך. הבנתי שהאויב הגדול הוא הבדידות והדיכאון, ואני נלחם על איכות החיים. אני רוצה לאפשר כמה שיותר עכשיו"

"הקושי הגדול ביותר שלי הוא עכשיו מול המשפחות והביקורים. בני המשפחה נהיים יותר ויותר אלימים ותוקפניים מילולית ולא רוצים לשמור על הכללים. אני והצוות שלי הפכנו לשוטרים, ואנחנו כל הזמן מסיירים ומקפידים. אני מאפשרת ביקורים 7 ימים בשבוע, 3 שעות בבוקר ובערב. בשבת בבוקר אני כאן, מאז סוף אפריל כדי לאפשר לצוות לנוח מזה. בשבת האחרונה, כמעט נשברתי מהמשפחות. צעקו עלי, קראו לי נאצית. חזרתי הביתה, התקלחתי ונכנסתי למיטה. זהו. נגמרה לי השבת"

הדעות בקרב המנהלים חצויות ביחס למדיניות הביקורים הרצויה. חלק מהמנהלים מעוניינים בחופש החלטה רב יותר, על מנת לאפשר יותר כניסה של קרובי משפחה, ואף דיברו על כך שקרובי משפחה בעבר סייעו לטיפול וכי יש התדרדרות מורגשת במצב הדיירים ללא הביקורים. לעומתם, מנהלים אחרים

ציינו שניהול הביקורים הוא עול, ולתחושתם מסכן את הצוות והדיירים. מנהלים אלו מציינים שההקלות נובעות מלחץ ציבורי שאינו לוקח את בתי האבות בחשבון.

מוסדות רבים הנהיגו כלים ממוחשבים לתכנון שעות הביקור על מנת לצמצם את מספר המבקרים בשעה נתונה.

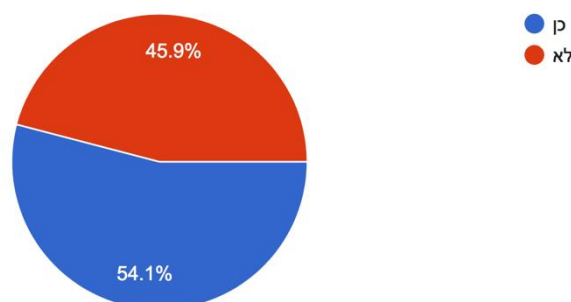
מרבית המנהלים הצביעו על הקושי הלוגיסטי בניוד דיירים סיעודיים לביקור המתקיים בחצר המוסד ובשמירה על הריחוק הפיסי בעת הביקור. המנהלים רואים חשיבות רבה בתוספת צוות או מתנדבים למשימה זו על מנת לשמר את הביקורים.

בדיוור המוגן, המגמה היא לאפשר פגישות במרחב הפתוח ורוב המנהלים מצמצמים פגישות בדירות. המנהלים מעדיפים שהדיירים לא יצאו למשפחות אך אינם יכולים למנוע זאת.

'אנחנו מקפידים פה על הכל, ובערב, אני יוצא ורואה את הדיירת יושבת עם הנכדות יחד ואוכלות פיקניק. כבת אני מבינה את זה, אבל כמנהלת זה קשה'.

תרשים 17 – עמדות מנהלי מוסדות ביחס לצורך בעדכון מדיניות הביקורים

האם לדעתך יש לבצע שינויים בנהלי הביקורים של המשפחות במסגרת לצורך התמודדות עם המגיפה
209 responses



ביקורים בסוף החיים

אחת הסוגיות המעסיקות את מנהלי המוסדות כיום הינה סוגיית הביקורים בסוף החיים. בראיונות שערכנו עלה כי לא קיים נוהל לביקורים אלו וכי הם מודעים לחשיבות הביקור לפני סוף החיים, אך חוששים מהדבקה אפשרית של דיירים אחרים במוסד.

"גם במחלקה הפליאטיבית, כשאני רואה שזה הסוף, אני לא אוהבת להכניס מבקרים. מרשה אולי 5-10 דקות להיפרד ואז מוציאה. זה קורע את הלב, אבל אני מפחדת על הדיירים האחרים".

סיכום והמלצות בנושא הביקורים

לפי הנחיות "מגן אבות ואימהות" מיום 21.4.20, בהתאם לאמור בצו בריאות העם (נגיף הקורונה החדש) ולמדיניות משרד הבריאות, יש לאפשר ביקור משפחות, בכפוף לכללים ולהגבלות המפורטים בנוהל.

מנהלי המוסדות מודעים לחשיבות הביקור, אך בחלק מהמקרים התקשו ליישם את ההנחיות או שהעדיפו לצמצם את הביקורים על מנת למנוע הדבקה במוסד.

נושא זה הביא למתח רב בין המשפחות לבין הנהלת המוסדות.

נושא הביקורים הוא מקור מרכזי למתח בין המנהלים לבין המשפחות.

מוצע לשקול את ההמלצות הבאות בנושא הביקורים:

1. בחינת אפשרות להגדיר קרובי משפחה במעמד של מטפלים ללא שכר על מנת לאפשר להם להיכנס למבנה ולטפל בדייר. קרובי משפחה אלו יקבלו ציוד מגן מתאים ויבדקו בתדירות זרה לאנשי צוות אחרים.
2. הקמת מערך של עובדים או מתנדבים קבועים שיסייעו בתפעול הביקורים במוסדות סיעודיים.
3. בחינה של ביקור דיירים בסוף החיים באופן שיאפשר פרידה ושהות משותפת
4. חשיבה על מיקום ביקורים במוסדות בתקופת החורף, לאור מגבלות המפגש בשטח הפתוח.
5. הקמת צוותי חשיבה בשיתוף צוותי המוסדות, הדיירים, וקרובי המשפחה לקביעת מדיניות הביקורים הפרטנית בכל מוסד.

הוצאת דיירים חולים למחלקות יעודיות

פרק זה מציג את המדיניות ויישומה במוסדות לסיעודיים ותשושי נפש לגבי בידוד הדיירים החולים במוסד לעומת העברתם למחלקות ייעודיות מחוץ למוסד ואת התייחסות המנהלים להשלכות של כל אחת מהחלופות.

מטה "מגן אבות ואימהות" פירסם ב- 21.4.20 הנחיה לפיו יש להוציא דיירים חולים מהמוסד בעת התפרצות, למעט מקרים קלים בהם ניתן להשאיר חולים במוסד סיעודי בכפוף לאישור משרד הבריאות לגבי תשתית מתאימה וכח אדם מספק. הנחיה זו נועדה להבטיח טיפול רפואי מיטבי ולעצור את ההתפרצות במוסד.

מתוך הראיונות עם מנהלי המוסדות, עלו שתי גישות אפשריות להתייחסות לדייר במוסד סיעודי שנמצא חולה בקורונה במצב א-סימפטומטי או קל:

- **השאר המטופל במוסד** (בתנאים המתאימים): לפי גישה זו, הוצאת דייר סיעודי מסביבתו המוכרת עלולה להביא להתדרדרות פיסית וקוגניטיבית שתקשה על החלמתו ותביא לפגיעה גם בטווח הארוך. לפיכך, אם ניתן להקצות מקום מתאים לבידוד, צוות ייעודי בתקינה מספקת שיטפל בחולים המבודדים וציוד מיגון - יש לאפשר לדיירים להישאר במוסד.
- **העברת המטופל מהמוסד למחלקת קורונה ייעודית**: גישה זו מדגישה את היתרון הרפואי של טיפול מקצועי בחולה במחלקת קורונה ייעודית במערך הגריאטרי או באשפוז הכללי, בהתאם למצבו. הרציונל הוא הסיכון המוגבר של קשישים סיעודיים להתדרדר במהירות למצב קשה והצורך בניתור רצוף ע"י צוות מיומן. במחלקות קורונה ייעודיות המיתחם בנוי מלכתחילה לצורך זה, הצוות ייעודי, בתקינה גבוהה יותר ומיומן בעבודה בבגדי מגן מתאימים. יתר על כן, לפי גישה זו, השארת הדייר במוסד בהעדר הפרדה המבנית, הפרדת הצוות וכולי - עלולה להביא להרחבת ההתפרצות בקרב הדיירים ואנשי הצוות ואף לפגוע בטיפול בדיירים אחרים.

ברקע לגישות אלו ישנם גם שיקולים כלכליים ושיקולים הנוגעים לחוסן הנפשי של הצוות והדיירים: השארת הדייר במוסד מאפשר תפוסה גבוה במוסד והמשך התשלום היומי. מצד שני הטיפול בדייר החולה כרוך בעלויות כח אדם, ציוד מיגון, חיטוי ועוד. זאת ועוד, השארתו של דייר במוסד יוצרת חשש להתפשטות התחלואה במוסד והפסדים גדולים יותר בהמשך והיא עלולה להביא למתיחות וחשש אצל יתר הדיירים, דחק בצוות המטפל שלא נדבק ועוד.

הגישה הדוגלת בהשארת המטופל במוסד מבוססת על התפיסה לפיה בית האבות הוא ביתו של הדייר, וכי אין הצדקה וזכות להוציא אדם מביתו. מדיניות זו מבוססת גם על התפיסה שהסכנה של הקורונה נמוכה יותר מההשפעות השליליות שיכולות להיות לאותו האדם מהמעבר לסביבה לא מוכרת. הקורונה

נתפסת כעוד סכנה בריאותית שעל הצוות להתמודד איתו בתוך מגוון הטיפולים שהם תומכים בהם לדיירים, וצריך לראות אותה בתוך מגוון התחלואה והסיכונים^{xv}.

לעומת זאת, הגישה הדוגלת בהוצאת הדיירים החולים מהמוסדות מדגישה את המוכנות הנמוכה של המוסדות ואת היתרון הרפואי של הטיפול במחלקות קורונה ייעודיות. בסקירה שבחנה את הסוגיה ביחס למדינות אירופה עלו מגוון קשיים הנוגעים לטיפול בדייר חולה קורונה במוסד³⁵: מאמר נוסף³⁶ בו נסקרו יותר מ-600 מוסדות סיעודיים בקנדה מצביע גם הוא על הקושי של מוסדות סיעודיים פרטיים להתמודד עם חולים במוסד. הצפיפות במוסד מקשה על בידוד הדיירים ואיננה מאפשרת מרווח מחיה מספק לדיירים שבבידוד; מחסור באנשי צוות וירידה בנכונות של הצוות להמשיך להגיע למוסד במקרה של התפרצות; נטל רגשי וקושי להתמודד עם התמותה המוגברת של הדיירים. מנגד, מחלקות הקורונה היעודיות מאפשרות, לפי גישה זו, טיפול מקצועי, צוות מיומן בהיקף נדרש וכן מרחבים ציבוריים המאפשרים לדיירים החולים לשהות גם מחוץ לחדרם.

ישראל היתה ככל הנראה אחד המדינות הבודדות בה ניתן דגש לגישה הדוגלת בפינוי הדיירים החולים מהמוסד.

מדיניות בידוד דיירים חולים במוסדות

על רקע התפתחות המגיפה בגל הראשון והארועים שהתרחשו במוסדות סיעודיים בספרד ובאיטליה מינה מנכ"ל משרד הבריאות ב-11 לאפריל 2020 את פרופ' רוני גמזו לפרויקטור לנושא צמצום התפשטות המגיפה במוסדות לקשישים (להלן תוכן כתב המינוי):

הריני למנותך לפרויקטור שיוביל את נושא הטיפול בכלל בתי האבות על סוגיהם, במטרה להבטיח מתן טיפול מיטבי לאוכלוסיית הקשישים השוהים במוסדות אלו מול התפשטות הנגיף.

במסגרת עבודתך כפרויקטור אתה מתבקש לגבש תכניות פעולה לטווח קצר ולטווח ארוך, להתערבות במקרים של הדבקה במוסד ומניעת הדבקה והתפרצות נוספת.

אנא החל את פעילותך בנושא באופן מיידי.

³⁵ [Szczerbińska K. Could we have done better with COVID-19 in nursing homes? Eur Geriatr Med. 2020 Jul 16 : 1–5.](#)

³⁶ [For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths Nathan M. Stall, Aaron Jones, Kevin A. Brown, Paula A. Rochon and Andrew P. Costa CMAJ August 17](#)

ב- 13 באפריל 2020 פורסמו מטעמו "[הנחיות להתמודדות בשגרה ובהתפרצות נגיף קורונה במוסדות רוחה ובריאות](#)", לפיהן יש לפנות דיירים חולים לא עצמאיים מחוץ למוסד, לפי חומרת מצבם:

2. יש לפנות חולה מאומת לא עצמאי (סיעודי/תשוש/תשוש נפש) למחלקות קורונה בהתאם לחומרה
3. דיירים מאומתים עצמאיים בדיוור מוגן או מקבצי דיוור של השיכון והקליטה – השארות בדירה או פינוי

לפי הנספח לנוהל, חולים א-סימפטומטיים וחולים במצב קל ניתן להשאיר במוסד, למעט תשושי נפש שיפוננו מחוץ למוסד גם אם מצבם קל:

הנחיות מיקום אשפוז מטופלים/דיירים בעת אירוע התפרצות במוסד :						
סוג מחלקה	סיעודי מורכב	סיעודית	תשושי נפש	שיקום/תת חריף	דיוור מוגן	תשושים
חולה חיובי אסימפטומטי או חולה קל	בידוד בחדר מתאים/העברה למחלקת קורונה	בידוד בחדר מתאים/העברה למחלקת קורונה	העברה למחלקת קורונה	העברה למחלקת קורונה/מלונית קורונה/או שחרור לביתו	ישאר בחדר/ יועבר מלונית קורונה/מחלקת קורונה	ישאר בחדר/מחלקת קורונה
חולה חיובי קשה	העברה למחלקת קורונה	העברה למחלקת קורונה	העברה למחלקת קורונה	העברה למחלקת קורונה	העברה למחלקת קורונה	העברה למחלקת קורונה
חשוף (סקר) שלילי או לא נסקר או ממתינ (תשובה)	בידוד בחדר עד סיום תקופת הבידוד	בידוד בחדר עד סיום תקופת הבידוד	בידוד באשכול מבודדים, עד סיום תקופת הבידוד	בידוד בחדר/העברה למלונית בידוד/או שחרור לביתו	בידוד בחדר עד סיום תקופת הבידוד	בידוד בחדר עד סיום תקופת הבידוד

ביום 20 אפריל 2020 פרסם מטה "מגן אבות ואימהות" ["תוכנית לאומית להגנה על דיירי מוסדות הגיל השלישי"](#). [ושם הנחה](#) כי דיירים חולים בקורונה יישארו במוסד רק במקרים חריגים ובכפוף לאישור וכי יש לרכזם במחלקות ייעודיות לטיפול בקורונה, במסגרת מערך האשפוז הגריאטרי, על פי חומרת המחלה³⁷.

³⁷ בתחילתו מנה מערך מיטות הקורונה הגריאטריות הייעודיות 221 מיטות ובעת פרסום דו"ח זה הוא מונה כ-1,000 מיטות.

הקמת מיטות קורונה במוסדות והתפוסה בהם

עקרון ההפעלה הוא:

- א. יש להמעיט במוסדות בהם נמצאים חולים בקורונה, יש צורך לרכזם במחלקות ייעודיות (במאפיינים השונים) (גר' פעילה, סיעודי, תשוש, מוגבלויות)
- ב. יש להביא לכך שבכל המר"גים (14) יהיו מחלקות קורונה ייעודיות
- ג. יש להמעיט ולייחד כיוצאים מן הכלל מצבים שמטופל נשאר במוסד
- ד. החמרת מצב – יש לטפלו כמו כל מטופל אחר לרבות העברה לבי"ח כללי
- ה. השארות בדיוור מוגן או במקבץ דיירים – רק ע"פ אישור מיוחד, לא ככלל

ב-21 באפריל 2020 פרסם הפרויקטור של "מגן אבות ואימהות" את [מסמך ההנחיות לצמצום חשיפה בהתמודדות עם התפרצות קורונה במערכת לאשפוז ממושך](#), שכלל בין היתר התייחסות לזיהוי ותיחום התפרצות, והבידוד הנדרש בעת זיהוי מטופל מאומת:

10.5. בעת קבלת תשובה חיובית - המטופל יוכנס לבידוד טיפתי ומגע או באתר ייעודי לטיפול בחולה קורונה במוסד או במוסד אחר, בהתאם להנחיות לשכת הבריאות האזורית. ראה המשך

הנחיות אלה הגדירו, בין היתר, את תחומי האחריות של האגף לגריאטריה, המרכז הארצי למניעת זיהומים ולשכת הבריאות האזורית בטיפול בהתפרצות וניתוב המטופלים החולים בהתאם לשיקולים המקצועיים. מדיניות בידוד דיירים חולים במדינות אחרות

בתחילת המגפה, בהעדר מידע על אופן ההדבקות ולאור מיעוט הדגימות, מדיניות הבידוד במוסדות התמקדה בדיירים סימפטומטיים. הנחיות אלו השתנו עם הזמן, ובהמשך גם דיירים א-סימפטומטיים שנמצאו חיוביים בבדיקות הוכנסו לבידוד^{xvi}.

בהנחיות לבתי אבות ומוסדות סיעודיים בבריטניה, שם שוה דייר אחד בחדר, כאשר יש חשד שדייר נדבק או אם דייר נמצא חיובי לקורונה – הוא מבודד בחדרו במוסד (ומנוע מלצאת למרחב הציבורי). ונעשה שימוש בכלים שונים לניטור הדיירים לאורך השגרה לזהות סימנים של שינוי או התדרדרות שיכולים להיות תסמינים של קורונה.^{xvii} המשך הטיפול, לרבות העברה למוסדות אחרים, מתנהל על פי מצב החולה וצרכיו.

בחלק מהמדינות שנסקרו מסתמן כי המגמה היא לטפל בחולים בבית האבות, גם במקרה של סימפטומים קלים, ולהוציא את החולים מחוץ למוסד רק במקרה שמצבו מחמיר. זאת גם בהתאמה לבקשות לגבי טיפול בסוף החיים של הדיירים.

במדינות באסיה נמשכת מדיניות הוצאת החולים מבית האבות. הסבר אפשרי לכך הוא שבמדינות אלו שוה יותר מדייר אחד בחדר, בדומה לישראל.

ה – CDC אינו קובע העדפה להרחקת דיירים במצב קל מהמוסד. לצד זאת, הארגון פרסם [הנחיות](#) לאופן שבו יש להעביר דיירים חולים מהמוסד במקרה שמוחלט ליישם מדיניות כזו.

הוצאת דיירים חולים מחוץ למוסד והעברתם לטיפול במחלקת קורונה – ממצאים מהמחקר

אחד ממנהלי המוסדות המחיש את הקושי שבפינוי דיירים:

'הייתה לנו דיירת עם דמנציה בדיור המוגן, עם מטפלת שאמרו לנו שחייבת לעבור למחלקת קורונה. אנחנו אמרנו שהיא יכולה להיות בבידוד אצלנו, עם המטפלת אבל לא הסכימו בשום פנים ואופן. אז פינו אותה. הדיירת רק מגיבה למטפלת, ואז צריך גם לחשוב מה עושים עם העובדת הזרה כל התקופה הזו. יש להחלטות הללו השלכות'

בראיונות שערכנו ובסקר עלה כי דיירים חולים שהועברו לבידוד וטיפול מחוץ למוסד חזרו במצב קוגניטיבי ופיסי ירוד ובמשקל נמוך. עם זאת, יש לציין שמחלת ה-covid-19 מאופיינת כשלעצמה בירידה בריאותית ותפקודית גם באנשים צעירים, לא כל שכן בקשישים שבריריים. בנוסף, הבידוד כשלעצמו, השהות במיתחם מצומצם וההגבלה של אינטראקציה עם אנשים אחרים - בין אם במוסד המקורי או במחלקת קורונה ייעודית לחולי קורונה - עלול לגרום להידרדרות תפקודית ורגשית. במהלך המחלה או אף מהמחלה עצמה.

תגובות מנהלי המוסדות בסקר משקפות את הדילמה ואת השלכות תחלואת הקורונה:

"הוצאת דייר חולה מחוץ למסגרת היא גזר דין מוות לדייר".

"הדיירים חוזרים מבידוד במצב של התדרדרות בלתי הפיכה".

"ברור לי שאני מוציא אותו, וזה לא לטובתו, יותר מזה, זה לרעתו, אבל אומרים לי לעשות את זה כדי לשמור על האחרים".

מנהלים במוסדות בהם שוהים דיירים סיעודיים, דיירים תשושי נפש ודיירים עם צרכים מיוחדים, התייחסו בכובד ראש להעברה החוצה מתוך המוסד, והכירו בכך שכל שינוי שגרה ומעבר למקום אחר, וצוות חדש, הוא לכשעצמו גורם סכנה לדיירים.

בנוסף, כאמור, למדיניות של הוצאת דיירים חולים מהמוסד יש השלכות כלכליות על המוסד, שכן המוסד מאבד הכנסה כשהדייר יוצא. חלק מהמנהלים ציינו שבמקרה של התפרצות ופינוי דיירים, הם חוששים מהתמוטטות כלכלית³⁸.

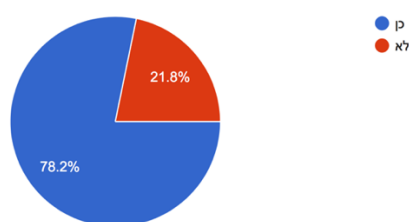
היתכנות הטיפול בדיירים חולים בשטח המוסד

על אף המודעות לפגיעה של הבידוד בדיירים, המנהלים מצביעים על קושי רב לאפשר בידוד בתוך המוסד. 52.5% מהמשיבים לסקר סבורים שיש לדעתם במוסד תנאים פסיים המאפשרים טיפול בדיירים חולים. למרות זאת, 78% מהמנהלים סבורים שיש להמשיך במדיניות של העברת דיירים חולים למחלקות קורונה ייעודיות. הסיבות להמשך המדיניות לפי התייחסות המנהלים:

- א. שהות חולים בתוך המוסד מעוררת חרדה אצל הדיירים האחרים
- ב. שהות דייר חולה לא תאפשר לעצור את שרשרת ההדבקה
- ג. הצורך להקצות כח אדם לדייר החולה יביא לעומס על יתר אנשי הצוות ויפגע בטיפול בדיירים אחרים
- ד. במרבית המוסדות אין מרחב לבידוד פיסי
- ה. קושי גדול לבדוד דיירים תשושי נפש (עם דמנציה) שאוהבים להתהלך באופן חופשי.
- ו. למרבית המוסדות אין אמצעים וידע רפואי לטפל בחולה קורונה

תרשים 18 – עמדות מנהלי מוסדות ביחס למדיניות הוצאת דיירים חולים

האם נכון לדעתך להמשיך במדיניות של פינוי דיירים אשר נדבקו בקורונה מחוץ למסגרת
202 responses

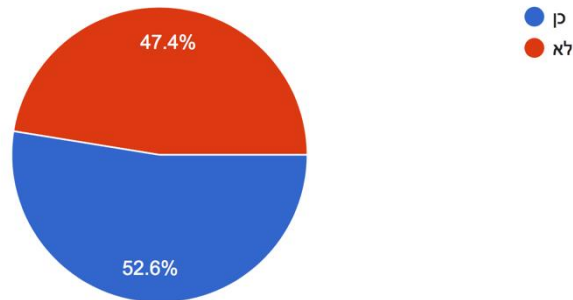


³⁸ אמנם משרד הבריאות נותן פיצוי "שמירת מיטה" כשחולה מועבר למחלקת קורונה ייעודית, אך עדיין גובה התשלום היומי נמוך משמעותית בהשוואה למצב בו חולה נשאר במוסד בבידוד.

תרשים 19 – עמדות מנהלי מוסדות ביחס להיתכנות הפיסית של טיפול בדייר חולה במוסד

האם לדעתך במסגרת יש תנאים פסיים המאפשרים לדיירים חולי קורונה במצב קל לשהות בבידוד?

215 responses



סיכום

נוהל בידוד הדיירים החולים איפשר להשאיר חולים במצב קל במוסד, בכפוף לאישור.

מנהלי המוסדות מצביעים על המחיר הפיסי והמנטלי של מדיניות העברת דיירים חולים למחלקות קורונה יעודיות, אולם מרביתם סבורים כי למוסד אין יכולת לטפל בדיירים חולים ולכן נכון להמשיך לפנות אותם מהמוסד.

נספח א' – מאפייני המוסדות בהם בוצעו הראיונות

במהלך חודשים יולי-אוגוסט בוצעו ראיונות עם 13 מנהלי מוסדות. בטבלה להלן מפורטים מאפייני המוסדות בהם בוצעו הראיונות.

טבלה 11 – מאפייני המוסדות בהם בוצעו הראיונות

שם מוסד מקודד	ישוב מעל 100,000	מספר מחלקות סיעודיות (בריאות)	מחלקות תשושי נפש (בריאות)	מספר מחלקות רווחה	דיור מוגן	כפיפות משרדית של מחלקות	בעלות	רשת
1	כן	1	0	0	כן	בריאות	פרטי	לא
2	כן	4	0	0	לא	בריאות	עמותה\ציבורי	לא
3	כן	11	4	0	לא	בריאות	פרטי	כן
4	כן	4	1	0	לא	בריאות	פרטי	לא
5	לא	3	0	0	לא	בריאות	פרטי	לא
6	לא	3	2	0	לא	בריאות	פרטי	לא
7	כן	1	0	1	כן	בריאות	פרטי	כן
8	כן	0	0	1	לא	רווחה	עמותה\ציבורי	לא
9	לא	2	1	0	כן	רווחה ובריאות	ציבורי	כן
10	לא	5	1	0	לא	בריאות	פרטי	כן
11	לא	4	1	0	לא	בריאות	פרטי	לא
12	לא	1	0	0	לא	בריאות	פרטי - תנועה קיבוצית	לא
13	כן	1	0	1	כן	בריאות ורווחה	ציבורי	לא

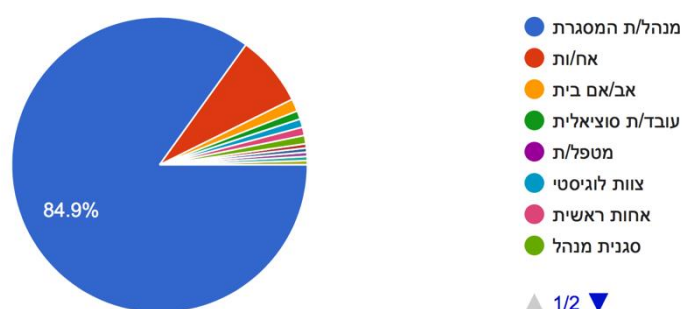
נספח ב' – מאפייני המשיבים לסקר

הסקר הופץ ל 300 מנהלי המוסדות במהלך חודש אוגוסט 2020 (בעיצומו של הגל השני). לסקר השיבו 220 אנשים, מתוכם 85% מנהלי מוסדות והיתר בעלי תפקידים אחרים. תרשימים 20-25 מפרטים את מאפייני המשיבים לסקר.

תרשימים 20-25 – מאפייני המשיבים לסקר

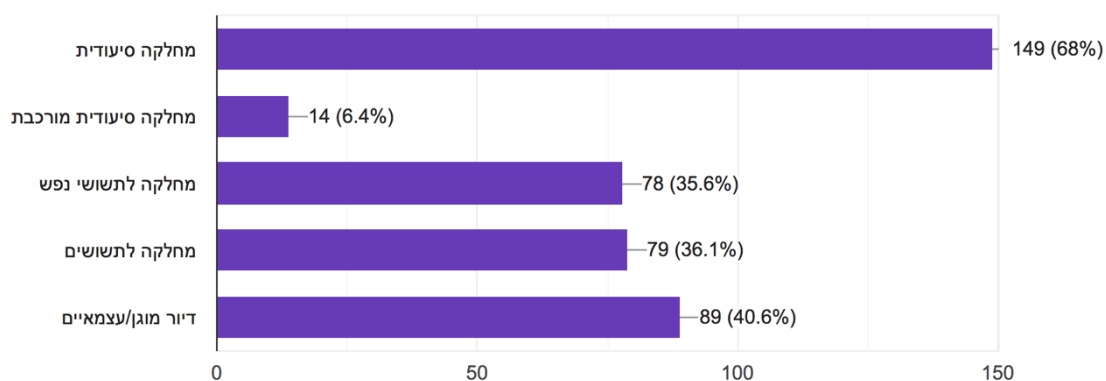
? מהו תפקידך

219 responses



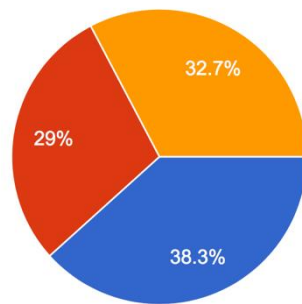
איזה סוג מחלקות יש במסגרת? ניתן לסמן יותר מאחד

219 responses



מי מפקח על המסגרת?

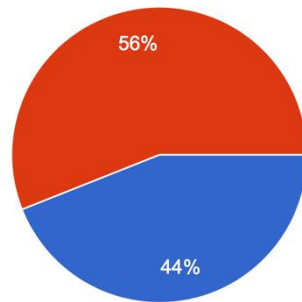
214 responses



● משרד הבריאות
● משרד הרווחה
● גם משרד הרווחה וגם משרד הבריאות

האם המסגרת היא חלק מרשת?

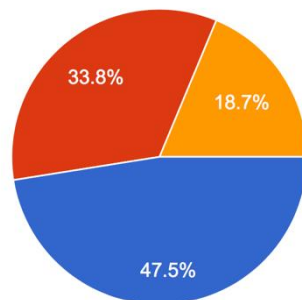
216 responses



● כן
● לא

האם היו מקרי הדבקה בקורונה (צוות או מטופלים) במסגרת?

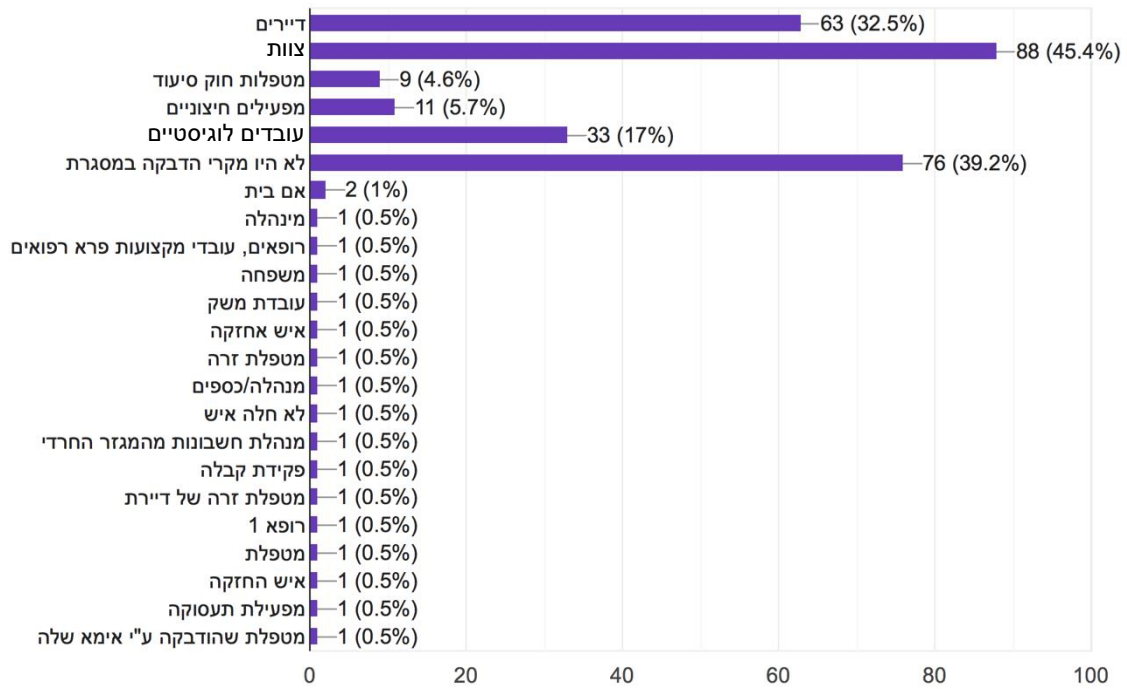
219 responses



● לא
● עד 5 אנשים
● יותר מ 5 אנשים

(מי חלה במסגרת)? (ניתן לסמן יותר מאחד)

194 responses



ביבליוגרפיה

-
- ⁱ Lehmann, J., Michalowsky, B., Kaczynski, A., Thyrian, J. R., Schenk, N. S., Esser, A., ... & Hoffmann, W. (2018). The impact of hospitalization on readmission, institutionalization, and mortality of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 64(3), 735-749.
- ⁱⁱ לזלמ"ס, 2019 - בני 65+ בישראל שנתון סטטיסטי 2018, יצחק שנור, שמואל באר
- ⁱⁱⁱ CBS (2020) Mortality among Wlz care users is also close to normal. [https://www.cbs.nl/nl-nl-nieuws/2020/21/sterfte-ook-bij-wlz-zorggebruikers-bijna-op-normaal-niveau](https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/21/sterfte-ook-bij-wlz-zorggebruikers-bijna-op-normaal-niveau)
- ^{iv} BBC (2020) Coronavirus: Spanish army finds care home residents 'dead and abandoned' <https://www.bbc.com/news/world-europe-52014023>
- ^v Simard, J., & Volicer, L. (2020). Loneliness and Isolation in Long-term Care and the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*.
- ^{vi} Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of clinical nursing*.
- ^{vii} Pierce, M., Keogh, F., & O'Shea, E. (2020). The impact of COVID-19 on people who use and provide long-term care in Ireland and mitigating measures. *Country report available at LTCcovid. org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 21.* <https://ltccovid.org/2020/04/03/a-short-preliminary-report-on-nursing-homes-and-covid-19-measures-introduced-in-ireland/>
- ^{viii} <https://www.cms.gov/files/document/covid-nursing-home-reopening-recommendation-faqs.pdf>
- ^{ix} <https://ltccovid.org/2020/04/15/report-on-the-covid-19-long-term-care-situation-in-germany/>
- ^x Low (2020) Easing lockdowns in care homes during COVID-19: risks and risk reduction <https://ltccovid.org/2020/05/13/easing-lockdowns-in-care-homes-during-covid-19-risks-and-risk-reduction/>
- ^{xi} State of California—Health and Human Services Agency
California Department of Public Health (2020), Guidance for Limiting the Transmission of COVID-19

in Long-Term Care Facilities

(This AFL supersedes guidance provided in AFL 20-22.3)

<https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHCQ/LCP/Pages/AFL-20-22.aspx>

^{xii} Oklahoma State Department of Health (2020) Phased Reopening in Long-Term Care Facilities

Revised July 17, 2020

https://coronavirus.health.ok.gov/sites/g/files/gmc786/f/oklahoma_reopening_in_long_term_care_facilities_final_20200610.pdf

^{xiii} <https://govextra.gov.il/ministry-of-health/care-covid19/daily-reports/>

^{xiv} Sinclair, A. J., & Abdelhafiz, A. H. (2020). Age, frailty and diabetes—triple jeopardy for vulnerability to COVID-19 infection. *EClinicalMedicine*, 22.

^{xv} Sinclair, A., Dhatariya, K., Burr, O., Nagi, D., Higgins, K., Hopkins, D., ... & Abdelhafiz, A. (2020). Guidelines for the management of diabetes in care homes during the Covid-19 pandemic. *Diabetic Medicine*.

^{xvi} Comas-Herrera (2020) Early evidence on preventing spread of COVID-19 in care homes: isolation of residents and staff who are symptomatic vs. suspected of COVID-19

<https://ltccovid.org/2020/04/01/early-evidence-on-preventing-spread-of-covid-19-in-care-homes-isolation-of-residents-and-staff-who-are-symptomatic-vs-suspected-of-covid-19/>

^{xvii} Scoiety, B. G. COVID-19: Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people.