

# הידיעון של עמותת רפואה בטוחה

## ראיון עם ד"ר יסמין מאור

מראיינת כרמית גלבע – מנהלת דוברות ופרסום של עמותת רפואה בטוחה



**"זה לא מספיק לעשות כמיטב יכולתינו, צריך לעשות את מה שנדרש!"**

### הפעילות שלנו

- הסברה לציבור הרחב
- רפואה בטוחה
- בארגונים ובקהילה
- רפואה בטוחה
- בכנסת
- שותפי פעולה

לדעתי, בשיגרה אין מספיק אמצעים להתמודדות עם נושא המחלות הזיהומיות. מדובר לא רק במניעת זיהומים, אלא גם במחלות זיהומיות. זאת, כי אי אפשר לעסוק במניעת זיהומים ללא טיפול במחלות זיהומיות.

בשנים האחרונות, משרד הבריאות שם דגש על השקעה במניעת זיהומים ללא הבנה שבהיעדר השקעה גם במחלות זיהומיות עצמן, הדברים לא יסתדרו.

מומחים למחלות זיהומיות הם שבלטו בשנה האחרונה בניהול של מגפת הקורונה מיבלי לזלזל בחשיבותם של אנשי מניעת הזיהומים. המגיפה שיקפה למעשה כמה ההפרדה הזאת היא פיקטיבית. ואני לא חושבת שיש מספיק כ"א בשיגרה ובוודאי לא בזמן המגיפה.

אמנם אפשר היה לגייס אנשים למערכת הרפואית, אבל לא בהכרח אנשים שהם כשירים לתפקד במקצועיות, משום שהכשרה של זיהומיולוג או רופא טיפול נמרץ בפירוש לוקחת שנים רבות. כך שגם אם גייסנו כ"א, הכשרה של שבועות ספורים אינה דומה בשום צורה להכשרה מקצועית שאורכת שנים - בסוף זה מתבטא באיכות הטיפול.

אך יש כאן מורכבות מסויימת שצריך להיות כנים לגביה: ברור שבתי החולים לא צריכים לתפעל צוות ביום יום השוטף בהיקפים הדומים לאלה המתקיימים בעת מגיפה, אלא צריך להיות כאן שיווי משקל הגיוני.

מערכת הבריאות זקוקה ליותר תשתיות אשפוז והשקעה בכ"א בתחום המחלות הזיהומיות. אך בפועל, ניתן לראות שהרפלקס של משרד הבריאות בסיום המגיפה היה לקחת בחזרה את התוספות שהם סיפקו לביה"ח.



ד"ר יסמין מאור, מומחית למחלות זיהומיות ולרפואה פנימית, מנהלת היחידה למחלות זיהומיות ומניעת זיהומים במרכז הרפואי וולפסון. (קרדיט לצילום אייל תגר)

### מתי הבנת לראשונה שאנחנו מצויים במלחמה נגד נגיף הקורונה?

הבנתי לראשונה שאנחנו מצויים במלחמה נגד נגיף הקורונה כשהחולה הראשון הגיע למחלקה בוולפסון, ב-6 למרץ 2020. ההבנה לגבי חומרת הנגיף היתה כמובן קודם לכן, כשהגיעו הדיווחים מסין ושראינו שם את חומרת המחלה וממדי התחלואה הקשים. עם הגעת החולה הראשון התברר לכל שלא נחמוק ממגפה.

### האם תשתיות האשפוז, כ"א וחדרי הבידוד היו במצב מספק בביה"ח לפני פרוץ המגיפה?

ביה"ח לא היה ערוך להתמודד עם כמות כזו גדולה של חולים. כמובן, בימי שיגרה אין צפי שבית החולים יהיה ערוך להתמודד עם כמות גדולה מאוד של חולים. ולכן, על מנת להתמודד עם הפנדמיה, נעשו הרבה מאוד שינויים והתאמות במערך האשפוז.

# הידיעון של עמותת רפואה בטוחה

## ראיון עם ד"ר יסמין מאור

מראינת כרמית גלבע – מנהלת דוברות ופרסום של עמותת רפואה בטוחה



**זה נוגע בכולנו  
ונוגע לכולנו!**

להתגייס בצורה יוצאת דופן בעתות של משבר וגם בעתות מלחמה. אין אפשרות להתנהל בשיגרת היום יום בדומה להתנהלות בזמן חרום. אנשים לא מוכנים לעבוד 24/7 מבלי לקחת יום חופש במשך שנה וחצי.

לדעתי, חייבים לפקוח את העיניים ולהבטיח השקעת משאבים במערכת הבריאות בכלל ובטיפולים במחלות זיהומיות בפרט, וכן בטיפולים נמרצים (של תשתיות וכמות כוח האדם). חייבת להיות השקעה שוטפת והבסיס שממנו מתחילים חייב להיות גדול יותר כולל תוספת משמעותית לצוותי אחיות. ברור שאין צורך להגדיל את הצוותים הנ"ל להיקפים שנדרשו במלחמה בפנדמיה אך היקפם צריך להיות הרבה יותר גדול ממה שקיים היום בשיגרה.

### כיצד התמודד הצוות שלך עם הפעילות והאתגרים של המאבק בקורונה?

כולנו התגייסנו כדי לעמוד בחזית, לקבל את החולים, לבדוק אותם ולטפל בהם. פעלנו כך גם בתחילת הדרך כשלא ידענו עד כמה הנגיף מסוכן. היתה גם סוגייה של עדכון מתמיד. המגפה כל הזמן השתנתה. היתה כמות עצומה של מידע שהיינו צריכים לקרוא ולעבור עליו. בעצם אנחנו לא רק ניהלנו את האופרציה בביה"ח. אני יכולה לומר את זה על עצמי, אלא גם הייתי דמות משמעותית בכל הקשור לייעוץ השוטף למשרד הבריאות.

לאורך כל התקופה הזאת, הייתי חברה בצוות לטיפול במגפות ואחרי זה גם הייתי חברה בכל מיני ועדות שקשורות לטיפולים ולחיסונים. מחובתנו היה לעזור למשרד הבריאות ביחד עם גופים נוספים, שייעצו למשרד הבריאות, להתוות את דרך ההתמודדות במגפה. היינו צריכים לעמוד גם בחזית המדע ולהתעדכן

### כיצד התארגן בית החולים והמחלקה למחלות זיהומיות ולמניעת זיהומים למאבק נגד הקורונה?

היתה כאן התגייסות טוטאלית. לא רק של המחלקה אלא של בית החולים כולו, של הפנימאים, אנשי טיפול נמרץ, המעבדה, האחים והאחיות, התחזוקה והעובדים הסוציאליים. להתמודדות עם מגיפה בסדר גודל כזה ישנם הרבה רבדים. זה לא יהיה הוגן לומר שבמלחמת הקורונה נלחמו רק צוותי מחלות זיהומיות. אז בעצם על מה מדינת ישראל בנויה? היא בנויה על האנשים הגיבורים שעובדים כאן במסירות ראויה לשבח.

### האם ההתארגנות והמשאבים שהוקצו לטובת התמודדות עם הקורונה פגעו בטיפולים השוטפים?

אני לא חושבת. אני כן סבורה שבית החולים קיבל עוד תקציבים, כוח אדם וכו' לטובת התמודדות עם הקורונה ועל מנת להקטין פגיעה בטיפולים שוטפים. באופן טבעי היתה ירידה בטיפולים שוטפים ולא דווקא בגלל היכולות של בית החולים, אלא באופן שבו המגיפה הזו התנהלה (בפרט בהתחלה).

אנשים העדיפו להגיע פחות לבתי חולים לעבור פחות פרוצדורות רפואיות ואלקטיביות ואולי בצדק. משום שבית החולים בעיצומה של מגיפה הוא מקום מסוכן.

אני גם חושבת שפתאום הייתה התגייסות בנתינה. והרי נתנו משאבים נוספים לקופות החולים ולבתי החולים. העניין הוא, שכדי שמערכת הבריאות תתפעל בצורה טובה אי אפשר להסתפק במענה הרגעי הזה בעת צרה. אני חושבת שישאל יודעת באמת

# הידיעון של עמותת רפואה בטוחה

## ראיון עם ד"ר יסמין מאור

מראיינת כרמית גלבע – מנהלת דוברות ופרסום של עמותת רפואה בטוחה

### האם תוספת התשתיות וכ"א נשאר לשימוש ביה"ח?

המחלקות עצמן פורקו וחזרנו לעבוד במתכונת הקודמת. היחידה שלי לא קיבלה תקני קורונה זיהומיות. אינני יודעת כמה תקנים נשארו בפועל.

אני כן יכולה לומר שהטון הכללי הוא שיש טענה שצריך להחזיר את כל התקנים שניתנו. לדעתי מוכרחים להשקיע הרבה יותר במערך האשפוז כולו ולא רק במחלקה של מחלות זיהומיות / מניעת זיהומים.

מערכת הבריאות בישראל רזה, עייפה ושחוקה ועוד יותר אחרי שנת המגפה. ניתן לפתור את הבעיות הללו רק על ידי השקעה כלכלית. רפואה טובה ואיכותית דורשת השקעה בתשתיות אשפוז ובכ"א.

אישית, אני מאמינה שהשקעה בכ"א חשובה יותר מהשקעה בתשתיות. כי אם כ"א הוא לא מקצועי ולא מספיק, אז גם תשתיות טובות לא יצליחו לפתור את זה.

לצורך מחקר זה גייסנו כ-3700 חולים שהיו מושאי המחקר שלנו.

שמענו על מקרים שאנשים שהבריאו מקורונה, נפגעו מאוחר יותר מזיהומים נרכשים. מהן הסיבות לכך?

האם עקב מחסור בתשתיות וכ"א, היעדר בידוד, עמידות לאנטיביוטיקה ועוד?

הסיבות לכך מורכבות. צריך להבין שהעבודה המסורבלת עם כל אמצעי המיגון, מקשה על שמירת הנהלים של מניעת הזיהומים.

היה ריכוז של הרבה חולים הזקוקים להנשמות ולפרוצדורות מורכבות, הרבה יותר מבשגרה, וזה בהחלט יצר קשיים רבים בהתמודדות עם מניעת הזיהומים.

צריך לזכור שגם החולים עצמם היו מוחלשים יותר עקב מחלתם ולכן היו פגיעים יותר בהקשר לזיהומים הנרכשים.

בנוסף, ריבוי הזיהומים הנרכשים נגרם גם עקב התנאים שבהם נאלצנו לעבוד בעומס גדול, גם סוגיית המחסור בכ"א.

עקב הלחץ נאלצנו להכשיר צוותים במהירות וזה בהחלט מתבטא במיומנות שלהם ובין השאר גם באספקטים של מניעת זיהומים אצל חולים מורכבים.

לדעתי חלק מזה היה בלתי נמנע וחלק מזה מעיד על הצפיפות עקב מחסור בתשתיות.

באופן שוטף, על בסיס שעתי: מהם הויראנטים, מהי המשמעות, איך לנהל את המערך הזה וגם בכל הקשור להמלצות לציבור.

בעניין הזה אני יכולה לומר שיש המון רבדים של התמודדות - היה אתגר הקשור להתעדכנות השוטפת.

היינו צריכים במקביל לא רק ללמד את עצמנו אלא גם ללמד אחרים (הנהלה וצוותים) אודות הנגיף ולהשקיע שעות רבות בלימוד הצוותים.

הרבה מאוד מאמץ הושקע בלימוד הצוותים למניעת זיהומים והיה גם את עניין החיסונים וענייני הסרולוגיות.

הושקע מאמץ גם בהתמודדות לא פשוטה עם ענייני הדרמה המשפחתית של הצוות הרפואי. זאת מכיוון שלא פשוט להיות נוכח בבית חולים שעות ארוכות ותמיד להיות זמין גם בסופי שבוע - צריך להכין גיבוי גם בבית.

בהחלט מדובר בהשקעה מטורפת של שעות. בנוסף, בכל יום השתתפתי בדיונים ארוכים עם משרד הבריאות ולקחתי חלק במגוון כנסים בינלאומיים מטעם ארגון הבריאות העולמי, ושל ארגונים בארצות הברית כגון ה-CDC - הכל כדי להתעדכן ולשמע מה קורה במקומות אחרים בעולם.

כל הדברים הללו דרשו כמובן השקעה גדולה של זמן. ובנוסף לאלה, במקביל גם הובלתי את מחקר הפלאזמה הארצי.

# הידיעון של עמותת רפואה בטוחה

## ראיון עם ד"ר יסמין מאור

מראינת כרמית גלבע – מנהלת דוברות ופרסום של עמותת רפואה בטוחה

הנהלים הללו יצרו 'הפרד ומשול' של משרד הבריאות וזה בפירוש לא לעניין. התפיסה צריכה להיות שוויונית יותר.

בנוסף, אם מופעל לחץ על ביה"ח לעשות משהו בנושא מניעת הזיהומים, אזי הדרישה חייבת להיות מלווה בחבילה אופרטיבית כדי ליישם זאת.

### האם המודל הופעל גם בתקופת קורונה? מה דעתך על המודל ה"ח"ל?

אני מאוד ביקורתית לגבי המודל הזה. המודל הזה לא נעשה בשיתוף פעולה עם אנשי המקצוע והנו אחיד בכל בתי החולים. לכן, לדעתי זו אינה הדרך הנכונה לקדם את נושא מניעת זיהומים בביה"ח.

יש להחליט במה מתמקדים - לא רק מבחינה כלכלית אלא גם מבחינה אופרטיבית. צריך להיות תעודוף והסתכלות נקודתית על הבעיות המקומיות של כל ביה"ח. יש להחליף את מודל התמרוץ ה"ח"ל בתוכנית אחרת.

שימוש במודל התמרוץ מחייב אותנו לעבוד על פי הסטנדרט שאינו מותאם אישית ואז לא נשאר כוח ולא נשארים משאבים וקשב של ההנהלה לבעיות מקומיות קריטיות.

המודל הזה יצר סכסוכים קשים בין מחלקות למחלות זיהומיות למחלקות למניעת זיהומים, מכיוון שהאג'נדה שלו היתה פוליטית.

לדעתי, בנוסף לשינוי ושדרוג משאבים חייבים לשנות גם את התפיסה הבריורקרטית ארגונית – לעבור לשיטה מודרנית יותר של התנהלות. כמובן, גם אלה דורשים השקעה כלכלית.

החברה הישראלית צריכה להחליט מה ערכיה. ואם ערכים של חברה הם באמת "חיי אדם ובריאות", וזה לא רק אמירות, אזי אלה צריכים לקבל ביטוי בחלוקת המשאבים מרכזים רפואיים.

### האם חלק מסדרת הנהלים למניעת זיהומים שהיו בשימוש בתקופת קורונה הרלוונטיים ונמצאים בשימוש גם היום?

לדעתי תרבות הנהלים הנה דבר נורא ואיום. מישהו כותב נוהל במשרד הבריאות, נוהל מסורבל עם סעיפים רבים והוא אינו מגיע עם חבילה תקצובית על מנת לקיים את הנוהל ולבצע אותו.

בסוף קורה משהו די נורא – כרגע יש לחץ גדול על בתי חולים ליצור נהלים חדשים של מניעת זיהומים, אך יחד עם זה לא מגיעים משאבים / תקציבים נוספים שמאפשרים מימוש הנהלים החדשים.

על רקע זה מתגלה אפליה בין המוסדות הרפואיים השונים. זה מעגל קסמים שלילי - מי שחלש יותר (מבחינה תקציבית) יקבל פחות כסף במודל התמרוץ למימוש הנוהל החדש, וכך החלשים נחלשים והחזקים מתחזקים.

### נראה שבשנת הקורונה האוכלוסייה בישראל לא נחשפה לשפעת עונתית ומחלות חורף אחרות. מדוע?

זהו למעשה שילוב של כמה דברים: העולם כמובן היה משותק, מה שאומר שהיו הרבה פחות נסיעות וטיולים.

חלק מהנדידה של השפעת בעולם היא ניוד של הנגיף על ידי נסיעות ומעבר מקום למקום. יש גם ניוד שקשור לעופות ולציפורים.

ומצד שני הגורמים שהשפיעו על היעלמות השפעת היו ההקפדה שהיתה על ריחוק חברתי, הפחתת הצפיפות ועטיית המסכות. יחד עם זאת קשה לעמוד בהגבלות ה"ח"ל לאורך זמן. בהחלט צריך למצוא את שיווי המשקל.

צריך לעבוד במסגרת סבירה גם מבחינה כלכלית, גם מבחינה תרבותית וחברתית. אי אפשר להשאיר את המדינה סגורה רק בשביל לנסות ולמנוע את הזיהומים.

### מה הם הלקחים שהפקתם משנת המאבק בקורונה?

לדעתי, חייבים לבצע שידרוג של תשתיות אשפוז ובעיקר של כמות כ"א שמטפל בחולים. השידרוג לא צריך להיות רק בשעת המשבר, אלא יש לשנות ולהרחיב את תשתית האשפוז הבסיסית.

הדבר השני שהשתקף בזמן הקורונה זו ההתגייסות - ראינו שאפשר לקדם ולפתור בעיות בקצב מהיר ובאופן איכותי.

ולכן הייתי רוצה שחלק מהדינמיקה שקיימת בעולמות ההיטק, ופחות מאפיינת מוסדות ציבור, תיושם גם במערכת הבריאות ושהתהליכים יוטמעו בזמן הרבה יותר קצר.

# הידיעון של עמותת רפואה בטוחה

## ראיון עם ד"ר יסמין מאור

מראינת כרמית גלבע – מנהלת דוברות ופרסום של עמותת רפואה בטוחה



**צרו איתנו קשר:**

**דואר אלקטרוני:**

[info@refuabetuha.org](mailto:info@refuabetuha.org)

**אתר אינטרנט:**

[www.refuabetuha.org](http://www.refuabetuha.org)

**פייסבוק:**

<https://www.facebook.com/refuabetuha.org>

**יוטיוב:**

[https://www.youtube.com/channel/UCuM0r\\_iLk96ljNJDSPCuyPw?view\\_as=public](https://www.youtube.com/channel/UCuM0r_iLk96ljNJDSPCuyPw?view_as=public)

**לינקדאין:**

<https://www.linkedin.com/company/safe-healthcare>

כך ששיווי המשקל כאן הוא עדין. לדעתי בהיבט הזה – הדרך הנכונה ביותר לפעול היא בעיקר באבחון ולא בהכרח איך שדורשים מאיתנו לפעול.

### מהם השינויים החיוביים בעקבות הקורונה?

אני יכולה להגיד שמבחינתי, כעובדת בביה"ח שניוני, הקורונה הוכיחה גם פנים ארגונית וגם חוץ ארגונית שהתפקוד והיכולות שלנו יכולים להיות לא פחותים מביה"ח שלישוני.

היינו בקדמת המחקר והעשייה והחולים שטופלו כאן קיבלו טיפול מאוד מתקדם לא פחות מאשר בביה"ח הגדולים. אני מאוד מקווה שנשמר את זה גם עכשיו בשגרה ואני חושבת שזה משהו מאוד חשוב!

-----  
**ביה"ח זה מקום שנדרש לשתוף פעולה ועבודת צוות. אני גאה לומר שהיתה כאן עבודת צוות נהדרת בין האנשים לאורך כל התקופה.**  
-----

### האם בעקבות מגפת הקורונה נוצר שינוי בהתייחסות הציבורית לנושא של מניעת זיהומים ובנושא העמידות לאנטיביוטיקה?

עדיין קצת מוקדם לשפוט, כי צריך לבדוק עוד שנה שנתיים מה יישאר. אין עוד מדינה שנמצאת עם תחלואה נמוכה אחרי שהיינו בתחלואה כה גבוהה. אני סבורה שזהו באמת נושא חשוב למחקר סוציולוגי מעמיק בטווח הארוך יותר.

### לגבי האתגר הגלובלי של עמידות לאנטיביוטיקה, כיצד פועל ביה"ח בנושא? איך מדינת ישראל לדעתך צריכה להתמודד עם סכנה שמאיימת להפוך לפנדמיה הבאה?

כרגע כמעט כל משאבי משרד הבריאות מופעלים במקום שהוא הכי קל וזה בביה"ח כי הם בשליטה. בסך הכל כמות האנטיביוטיקה שנרשמת בביה"ח היא נמוכה לעומת השימוש התכוף בקהילה.

אז קיימות בעיות בהקשר לרישום של האנטיביוטיקה בקרב הקהילה וכך גם בחקלאות – שם השימוש נפוץ מאוד.

צריך להסתכל בהקשר זה על המכלול. כי יש ממשק רחב בין אנטיביוטיקה המסופקת לאנשים, לחיות, דרך עבודה, מים וגורמים נוספים.

ההסתכלות צריכה להיות יותר מולטידיספלינארית. מצד שני, חייבים לזכור שאנטיביוטיקה היא גם תרופה מצילת חיים, כך שכמו שלא צריך להפריז בשימוש במקרים רבים היא גם נחוצה ואין פתרון זולת לה.

צריך להיזהר גם מלהפעיל משמעת דרקונית כדי שאנשים לא יחששו להשתמש בה בעת הצורך.

# הידיעון של עמותת רפואה בטוחה

ראיון עם ד"ר יסמין מאור

מראיינת כרמית גלבע – מנהלת דוברות ופרסום של עמותת רפואה בטוחה