

נייר עמדה של הוועדה הציבורית לתיעדוף חולים קשים בתקופת מגפת הקורונה¹

ועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה,
ללשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל ולמשרד הבריאות

אייר תש"פ – מאי 2020

ראשי פרקים:

פרק א: הקדמה ומטרה

- א. הקדמה
- ב. מטרה
- ג. הקמת הוועדה והרכבה

פרק ב: עקרונות אתיים, משפטיים ודתיים

1. עקרונות ערך החיים והשוויון בשמירה על חיי אדם
2. חובות המדינה והאזרחים לקיום ערכי החיים והשוויון
3. אי-שוויון חלקי במצבי חירום ומחסור
- א3. עקרונות לקביעת תיעדוף
- ב3. עקרונות ליישום תיעדוף
- ג3. רצון החולה

פרק ג: הנחיות יישומיות

1. במצב החירום הנוכחי ללא מחסור
2. במצב חירום עם מחסור
3. רצון החולה
4. כללי תיעדוף רפואי
5. כלי הערכה רפואיים לתיעדוף
6. טיפול פליאטיבי
7. שקיפות
8. ועדת תיעדוף מוסדית וארצית

נספח א: חברי הוועדה

נספח ב: תרשים זרימה וטבלאות דירוג

פרק א: הקדמה ומטרה

א. הקדמה

מגפת הקורונה העולמית יצרה דילמה אתית-חברתית-דתית-משפטית מהחמורות, הקשות והטרגיות ביותר, עקב הצורך בקביעת תיעדוף [טריאג']¹ לטיפול בחולים קשים ומונשמים. משמעות החלטות טרגיות אלו היא שבמצב של היעדר אמצעים להצלת חיים וכוח אדם מיומן מספיקים לטיפול בו-זמנית בכל החולים הזקוקים לטיפולים מצילי חיים, חלק מהחולים

¹ שמות המחברים – חברי הוועדה הציבורית מפורטים להלן עמ' 41-42.

הקשים במיוחד לא יזכו לטיפול מציל חיים מיטבי. אשר על כן מדובר בשאלות של חיים ומוות באופן מידי, מוחשי וממשי.

הדבקה בנגיף הקורונה יכולה להיות אסימפטומטית, או להסתמן בדרגות חומרה משתנות, החל מתסמינים קלים דמויי שפעת ודרגות שונות של קשיי נשימה, ועד לדלקת ריאות אינטרסטיציאלית מלווה בהיפוקסיה קשה. החולים הקשים נזקקים לאשפוז ביחידות לטיפול נמרץ, והקשים במיוחד זקוקים להנשמה באמצעות מכשיר הנשמה, ולעתים גם באמצעות מכשיר אקמו (ECMO). לאור מספר הנדבקים הגדול, ובמיוחד לאור המספר הגדול של הנזקקים בו-זמנית לטיפול נמרץ ולמכשירי הנשמה, ולפרקי זמן ארוכים, הגיעו מספר מדינות לאי ספיקה של מערכת הבריאות, ונאלצו לקבוע קריטריונים לתיעודף במתן טיפול נשימתי מורכב. מדינות אלו שונות זו מזו בהגדרת הקריטריונים לתיעודף.

הסוגיה של קביעת קריטריוני תיעודף במצבי מחסור באמצעים להצלת חיים ובכוח אדם מיומן מוכרות מאז ומעולם בצורות שונות ובגין סיבות שונות:

מצבים המוגדרים כאירועים רבי-נפגעים (אר"ן = אירוע רב-נפגעים), כגון תאונות דרכים עם פצועים רבים; אסונות טבע, כמו רעידות אדמה, שיטפונות, סופות טורנדו, צונאמי וכיו"ב; מלחמות עם פצועים רבים בנשק קונבנציונלי ובלתי-קונבנציונלי; אסונות תעשייתיים כמו דליקות, התפוצצויות, דליפת חומרים רעילים וכיו"ב.

ולענייננו: מגפות המוניות כגון דֶבֶר, כולירע, שפעת, אבולה, איידס וכד'.

המדובר בדרך כלל באירוע פתאומי ובלתי חזוי מראש, בו נפגעים בני אדם רבים בדרגות שונות, בתוך פרק זמן קצר, וכאשר קיימת יכולת מוגבלת מצד המערך הרפואי לתת פתרונות מלאים לכל אחד מהנפגעים, הן בגלל היעדר כוח אדם ואמצעים מספיקים, והן בגלל מהירות ההתערבות הנדרשת. מדינה יכולה לקבל החלטה שלפיה יהיה לצוותים הרפואיים חופש להתנהלות גמישה במצבי חירום ללא דרישות נורמטיביות-ציבוריות; אולם הוועדה סבורה כי קיימת עדיפות ברורה לגישה הקובעת מראש את הנורמות האתיות-משפטיות-דתיות של החברה, ואת שיטות היישום הרפואיות, אשר תאפשר התנהלות רפואית מקצועית אחידה ושקופה. אין הכוונה, וגם אין יכולת מציאותית, להכתיב מראש את ההתנהלות בכל מצב ובכל מקרה לגופו, שכן תמיד קיימים מקרי גבול עדינים ומורכבים שמחייבים התייחסות ספציפית. אך ברוב המקרים ניתן וצריך להתנהל בצורה מובנית ושקופה על פי אמות מידה אתיות, חוקיות, חברתיות ודתיות ברורות. התנהלות כזו יש בה כדי להבטיח במידה מיטבית את שוויון הזכויות בין מטופלים, וכן

להגביר את אמון הציבור במערכת הרפואית, שללא ספק עושה מעל ומעבר לטובת המטופלים, לעתים אף תוך סיכון עצמי.

יש להדגיש כי המצב הנוכחי במדינת ישראל – בעת פרסום נייר עמדה זה – איננו מצב של מחסור באמצעים ובכוח אדם לטיפול בחולים הזקוקים לטיפול נמרץ ולהנשמה. לפיכך, במצב הנוכחי קיימת החובה להעניק טיפול שוויוני לכל אחד ואחת, ללא תלות בקריטריונים מגבילים וכמקובל במצבי שגרה. בפרט יש לציין, שגם במצב הנוכחי וגם במצב של חוסר משאבים, אין להעדיף או להפלות בטיפול חולה במחלה שאינה קורונה לעומת חולה בקורונה.

המצב הנוכחי בו ניתן טיפול לכל מי שזקוק לו ללא מגבלות חייב להימשך כל עוד לא הכריז משרד הבריאות שמערכת הבריאות הגיעה לאי ספיקה, שאז – ורק אז – יחולו הכללים הרפואיים, האתיים, המשפטיים והדתיים המפורטים בנייר עמדה זה.

נייר עמדה זה בא, איפוא, לתת מענה רפואי, אתי, חברתי, משפטי והלכתי/דתי אם וכאשר ייווצר חליה מחסור משמעותי באמצעים ובכוח אדם לטיפול בכל החולים שייזדקקו לטיפול נמרץ ולהנשמה – בין ביחידה לטיפול נמרץ ובין במחלקה רגילה, ועקב כך ייווצר הצורך לתיעדוף בין חולים שונים. תיעדוף זה כרוך כאמור בהחלטות קשות, אך חשוב להבין שעצם ההזדקקות לטיפול נמרץ ולהנשמה, מלמדת על חומרת מצבו הרפואי של המטופל. המידע הנוכחי על חולי קורונה מלמד שלמרבית הצער מרבית הנזקים להנשמה אינם צפויים להחלים גם אם יונשמו.

המנדט שניתן לוועדה זו על ידי משרד הבריאות הוא לדון בשאלת ההקצאה של אמצעים מצילי חיים וכוח אדם מיומן במקרה שייווצר חוסר באמצעים אלה. לפיכך נייר העמדה מתייחס אך ורק לשאלה זו בהקשרה הרחב, ולא למכלול הנושאים הנובעים ממצב החירום בגין מגפת הקורונה.

ב. מטרה

מטרת נייר עמדה זה היא כפולה:

- (א) לקבוע עקרונות מנחים אתיים, חברתיים, משפטיים ודתיים;
 - (ב) לקבוע את השיקולים והקריטריונים היישומיים מבחינה רפואית-טיפולית במצב חירום רפואי בתקופת מגפת הקורונה, הן בזמן שאין מחסור באמצעים מצילי חיים וכוח אדם מיומן, והן בזמן שנוצר מחסור כזה.
- עקרונות אלה באים לשמר מידה של אנושיות, חמלה, צדק ואהבת הזולת גם בעידן של משבר קיומי; לסייע לצוות הרפואי לקבל את ההחלטות הצודקות והשקופות ביותר בתיעדוף חולים קשים לאשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ולביצוע הנשמה – בין ביחידה לטיפול נמרץ ובין במחלקה רגילה; להקל על העומס הרגשי הכבד העלול להיות מוטל על צוות רפואי הנקלע

לדילמה קשה זו; ולסייע לציבור להכיל מצב קיצון של צורך בתייעדוף בטיפול במטרה להציל את מירב החולים תוך מימוש עקרונות צדק ושוויון.

ג. הקמת הוועדה והרכבה

ועדה ציבורית זו הוקמה ביום 2 באפריל 2020 על פי מינוי של מנכ"ל משרד הבריאות מיום ז' בניסן תש"פ – 1 באפריל, 2020. הוועדה משותפת למועצה הלאומית לביואתיקה, ללשכת האתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל ולמשרד הבריאות. מדובר בוועדה רב-תחומית המורכבת מ-26 חברים, רכז, עוזרת מחקר ומזכירה. חברי הוועדה הבכירים מייצגים את התחומים הבאים: אתיקה, פילוסופיה, סוציולוגיה, עבודה סוציאלית, משפט, הלכה, אסלאם ונצרות. על מנת לייעל את העבודה מצד אחד, ולמצות את ההיבטים הרלוונטיים הרב-תחומיים מצד שני, חולקה הוועדה ל-4 ועדות משנה: רפואית, פילוסופית-אתית-חברתית, משפטית, הלכתית ודתית – איסלאם ונצרות. בנספח א מצויינים חברי וחברות הוועדה והחלוקה לוועדות המשנה. ועדות המשנה ומליאת הוועדה קיימו ישיבות שוטפות (במייל ובשיחות וידאו, מפאת האיסור להתקהל), והגיעו להסכמה פה אחד וללא הסתייגויות ביחס לעקרונות הרלוונטיים בתחומי האתיקה, החברה, המשפט, והדת, וביחס להנחיות ולקריטריונים הרפואיים-מערכתיים המעשיים הנוגעים לשאלת התייעדוף של חולים קשים הזקוקים להנשמה מלאכותית. הוועדה עשתה מאמץ ניכר בפרק זמן קצר להקיף את מכלול ההיבטים הרלוונטיים של סוגיה קשה זו, ולהציג את הדברים בצורה ברורה ושקופה.

פרק ב: עקרונות אתיים, משפטיים ודתיים

1. עקרונות ערך החיים והשוויון בשמירה על חיי אדם

א. נקודות המוצא העקרוניות להתייחסות לחולים הנזקקים למשאבים רפואיים הן: ערך החיים כערך העליון, והשוויון הבסיסי בין כל בני האדם. ב. "לפיכך נברא אדם יחידי, ללמדך שכל המאבד נפש אחת מעלה עליו הכתוב כאילו איבד עולם מלא, וכל המקיים נפש אחת מעלה עליו הכתוב כאילו קיים עולם מלא"². ערך החיים של כל אחד ואחת הוא ערך עליון, ולפיכך קיימת חובה מוסרית, משפטית ודתית לעשות ככל הניתן להציל את חייו של כל אדם. ג. תפיסת יסוד זו מעוגנת במדינת ישראל בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, ובפסקי דין שונים של בית המשפט העליון, הכוללים את הזכויות

² סנהדרין לו א.

לחיים, לבריאות, לכבוד ולשוויון. כמו כן קיימים חוקים הקובעים הסדרים שונים לשמירה על עקרון זה, כמו לדוגמה חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, פקודת בריאות העם, 1940, חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, תשנ"ח-1998, וחוק החולה הנוטה למות, תשס"ו-2005.

ד. חזקה על כל אדם שהוא רוצה להוסיף ולחיות, אלא אם כן הוא חולה הנוטה למות, היינו מי שתוחלת חייו, גם בהינתן לו טיפול רפואי, אינה עולה על ששה חדשים, והוכח מעבר לכל ספק סביר שהוא איננו רוצה שחייו יוארכו.

ה. השוויון המתחייב מבחינה אתית וחוקית קובע שאין להפלות בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית, מצב סוציו-אקונומי, מעמד חברתי, מעמד משפחתי, מעמד אזרחי במדינה, עיסוק, מוגבלות, גיל וכיו"ב.

2. חובות המדינה והאזרחים לקיום ערכי החיים והשוויון

ו. בזמן שגרה, ובזמן חירום בשלב בו אין מחסור באמצעים להצלת חיים ובכוח אדם מיומן, קיימת חובה על המדינה לעשות את כל הנדרש וככל האפשר – תוך איזון ראוי ומידתי עם צרכים ציבוריים חיוניים אחרים – כדי לספק את כל הדרוש על מנת לשמר ככל הניתן את ערך החיים העליון ואת ערך השוויון, ובכך למנוע או לדחות ככל האפשר את המצב הדורש החלטות טרגיות וגורליות של תיעדוף בטיפול על חשבון אחרים.

ז. ואמנם במצב הנוכחי – בעת פרסום נייר עמדה זה – מדינת ישראל עושה מאמץ כביר להקים במהירות יחידות טיפול נמרץ ארעיות, רוכשת ומייצרת מכשירי הנשמה, רוכשת ומייצרת ציוד מיגון ייעודי עבור הצוותים המטפלים בחולים ומכשירי צוותות רפואיים מתאימים לטיפול בחולים מונשמים.

ח. על מדינה לעשות מאמצים גם להקצות את האמצעים למתן טיפול פליאטיבי, כולל צוות רב תחומי מיומן, תרופות וציוד.

ט. יש להפנות משאבים לטיפול בחולי קורונה, כולל משאבי שטח וכוח אדם, אולם זאת בתנאי שאין זה פוגע בטיפול הנדרש לחולים באותה דרגת חומרה שאינם חולי קורונה. לדוגמה, בתי החולים צריכים לנצל אזורים מותאמים של המתקן לשירותי טיפול נמרץ, כגון אזורי פרוצדורה, התאוששות, חדרי ניתוח, ויחידות הנמכת טיפול (step-down) על מנת לקלוט חולים מונשמים – בין אם חולי קורונה ובין אם חולים אחרים – במקביל להפניית כוח אדם ממשימות שגרה לטיפול בחולי המגפה. עם זאת, אין לצמצם את מספר המיטות או את חברי הצוות הרפואי במחלקות אחרות

באופן שיסכן את החולים האחרים במידה העולה על הקטנת הסכנה לחולי קורונה.

י. המדינה חייבת להבטיח זמינות הוגנת בפריסה ארצית של מיטות טיפול נמרץ, של מכוונות הנשמה ושל צוות מיומן שנדרש להפעלתם על פי מדדים של צפיפות אוכלוסייה וצפי/ביקוש בפועל של המשאב המצומצם. לשם כך, יש לקיים מעקב מרכזי אחרי היחס בין מספר המאושפזים במחלקות קורונה למספר מיטות טיפול נמרץ בכל מרכז רפואי, ולווסת את אשפוז החולים כדי לשמור ככל האפשר על יחס שווה. במידה ובאזורים מסויימים בארץ הפער בין הצרכים והמשאבים גורם לטיפול לא מיטבי יש לדאוג להעברת המטופלים לבתי חולים פחות עמוסים על מנת לתת טיפול דומה בכל האזורים במדינה.

יא. האחריות ברמה הארצית חייבת לכלול גם אחריות לבני אדם שאינם בעלי מעמד של אזרח או תושב במדינה.

יב. יש להכיר באחריותה המוסרית הכללית של מדינת ישראל לבריאותם של הפלסטינאים בשטחים שבשליטה מלאה או חלקית של ישראל, ובחובתה לסייע לרשות הפלסטינית להתמודד עם סכנת הקורונה. מידת הסיוע תיקבע על ידי רשויות מדינת ישראל.

יג. ככלל, אין לסגור או לפנות מוסדות סיעודיים, מחלקות לבריאות הנפש וכיוצא באלה כדי להכין מחלקות אשפוז לחולי קורונה. משלוח המאושפזים במוסדות ובמחלקות כאלה "לקהילה" או לבתייהם מחזירה אותם לא אחת למצבים חמורים של הזנחה או התעללות. יחד עם זאת, יש לתכנן בשלב מוקדם של המגפה שחרור חולים שאינם זקוקים לאשפוז והגבלה בקבלת חולים שאין דחיפות באשפוזם, לבתי החולים כדי להגדיל את כמות המיטות הפנויות.

יד. הוועדה ממליצה למשרד הבריאות לבחון דרכים נאותות להגנה משפטית על הצוותים הרפואיים, שעובדים בתנאים קשים תוך סיכון עצמי, וצריכים לקבל החלטות קשות ומהירות בתנאים המיוחדים של המגפה.

טו. הוועדה ממליצה למשרד הבריאות לבחון את הצורך בקביעת תקנות או בתיקוני חקיקה בהתאם לנדרש על פי ההנחיות בנייר עמדה זה.

טז. קיימת חובה על כל אזרח במדינה לקיים בהקפדה יתירה את כל ההנחיות של הממשלה למניעת הידבקות ולמניעת הדבקה, על מנת למנוע תחלואה קשה שעלולה להגיע למצב של אי ספיקת מערכת הבריאות.

3. אי-שוויון חלקי במצבי חירום ומחסור

3א. עקרונות לקביעת תיעדוף

יז. במצב חירום, אם וכאשר יהיו חלילה חולים רבים שמספרם עולה על האמצעים וכוח האדם שיוכלו לתת מענה רפואי מיטבי לכל חולה, משתנים השיקולים האתיים והדתיים בהשוואה למצב בשגרה, והמוקד האתי והדתי עובר למחוייבות לבריאותם ולחיייהם של חברי הציבור בכללותו, ולעתים על חשבון יחידים.

יח. במצב כזה נדרשים שינוי והתאמה של שיקולי התיעדוף בטיפול המשפיעים על רף הטיפול המקובל, בהתאם למצב הקיים בשטח. יט. הכלל העקרוני לתיעדוף חולים במצבי חירום ומחסור במשאבים הוא הצלת כמה שיותר בני אדם, על פי העקרון של סיפוק מירב התועלת למירב הנזקקים. היינו הסטייה היחידה מעקרון השוויון היא רק על בסיס שיקולים רפואיים להצלחת הטיפול ולסיכויי ההישרדות והגמילה ממכשיר הנשמה/אקמו.

כ. לפיכך, גם במצבי חירום ומחסור אין להפלות בין חולים שונים על סמך מאפיינים שאינם רלוונטיים, או על סמך מאפיינים כלליים של קבוצות אנשים, אלא יש לקבוע את התיעדוף באופן אינדיבידואלי, על פי הנתונים הרפואיים הספציפיים לכל חולה.

כא. העקרון המשפטי-אתי במקרים אלה הוא עיקרון המידתיות והאזון בין שיקולים שונים, שלפיו נשקלת הסטייה ההכרחית מעקרון השוויון בדרך מובנית, שקופה והוגנת.

כב. לפיכך, אם ישנם חולים שמצבם הרפואי הקשה מצריך טיפול מציל חיים שבלעדיו הם ימותו מחד גיסא, וסיכוייהם הרפואיים להפיק תועלת מהטיפול להצלתם בסיכויי שרידות הם טובים יותר מאידך גיסא, הרי הם קודמים לאלו שיכולים לשרוד גם ללא הטיפולים מצילי החיים, ולאלו שהסיכויים הרפואיים שלהם – גם אם יינתן להם טיפול מציל חיים – קלושים. כג. לשם כך קיימות מערכות הערכה רפואיות שעל פיהן יכולים הרופאים לדרג את סיכויי הצורך בטיפולים הללו ואת סיכויי ההישרדות של החולים שיקבלו טיפולים אלה.

3ב. עקרונות ליישום התיעדוף

כד. עקרונות התיעדוף נוגעים לכל אופני הטיפול שיש בהם מחסור – אשפוז בטיפול נמרץ לעומת אשפוז במחלקה רגילה, שימוש או אי שימוש במכשירי הנשמה או אקמו, וכיו"ב.

כה. במהלך מגפה יש צורך להגביל את האשפוז בטיפול נמרץ להפקת תועלת או שיפור במשך זמן מוגבל, ולשחרר חולים למחלקות, או להגביל את רמת הטיפול בהם במקרה של החמרה במצב הרפואי.

כו. לפיכך, חולים שהוחלט לאשפזם ביחידה לטיפול נמרץ, מונשמים ולא מונשמים, ומצבם הידרדר למצב שסיכויי הישרדותם נמוכים מאוד – יש לשקול את הוצאתם מהיחידה והעברתם למחלקה רגילה, על מנת לאפשר טיפול בחולים אחרים שסיכויי הישרדותם גבוהים יותר.

כז. כמו כן, ביחס לחולים מונשמים שמצבם הידרדר וסיכויי שרידותם קלושה – יש לשקול הימנעות מהמשך טיפולים משמרי חיים שהם מחזוריים, כגון דיאליזה, תרופות לשמירת לחץ דם וכד'.

כח. הוועדה דנה באריכות בשאלת ניתוק חולה ממכשיר הנשמה כשסיכויי הישרדותו קלושים. שאלה זו רגישה מאוד ושנויה במחלוקת בציבוריות הישראלית, וגם חברי הוועדה נחלקו בדבר והדעות היו שקולות. הוועדה סבורה שבשלב זה לא נדרשת הכרעה בשאלה זו, שכן המצב העובדתי בישראל בעת פרסום נייר עמדה זה בוודאי אינו מצריך החלטה כזו, וגם אם חלילה נגיע למצב שבו ייווצר מחסור באמצעי הצלה ובכוח אדם סבורים חברי הוועדה שיש בנייר עמדה זה די מנגנוני תיעודף שלא יצריכו לנקוט באמצעי זה. כמו כן נראה על פניו שפעולה זו בלתי חוקית (על פי סעיף 21 לחוק החולה הנוטה למות). אם וכאשר יתברר חלילה שהשאלה תהיה אקטואלית תתכנס הוועדה לדיון מהיר ותכריע.

ג. רצון המטופל

כט. מבחינה אתית, ראוי לברר את רצון המטופל לגבי טיפולים פולשניים בכלל, והנשמה מלאכותית בפרט. גישה זו גם מוצאת את ביטוייה בצורך בקבלת הסכמה לפני ביצוע כל פרוצדורה רפואית, ובחוק החולה הנוטה למות, המאפשר מתן הנחיות מקדימות ומינוי מיופה כוח רפואי להחלטות רפואיות הנוגעות לסוף החיים. למרות הזמן שחלף מאז נחקק החוק, עד היום רק מיעוט קטן מתושבי המדינה אכן כתב הנחיות מקדימות, או מינה מיופה כוח רפואי.

ל. יש לציין שלקרובי משפחה שאינם מיופי כוח או אפוטרופסים של המטופל אין מעמד מיוחד להחלטה עבור חולה שאינו יכול להביע את רצונו. עם זאת, במקרה והמטופל לא נתן הנחיות מקדימות, ולא מינה מיופה כוח, ובזמן אמת הוא אינו יכול להביע את רצונו ולקבל החלטות, כלומר, אינו מסוגל לתקשר גם באמצעות התאמות ותיווך (כגון שאינו מגיב כלל, מחוסר הכרה וכד'), ניתן להתייעץ עם בני המשפחה לגבי רצונו המשוער של המטופל בנוגע לטיפול פולשני; זאת בתנאי שהם זמינים, בהנחה כי השגתם בימים של חירום ומחסור אינה פשוטה.

לא. למרות השאיפה לברר את רצון המטופל משום כיבוד האוטונומיה של האדם, יש להיות ערים לכך שאם יתקיים תרחיש המחסור ביכולות הטיפול, הצוות הרפואי עשוי להחליט על אי מתן טיפול למטופל. אי מתן הטיפול עשוי להיות בהתאם לבקשתו המקורית, או בניגוד לבקשתו המקורית של המטופל. כלומר שבמצב מחסור צפויה הלימה רק עם רצונם של אותם המטופלים שביקשו להימנע מטיפול פולשני. לכן, יש הגורסים שבמצב מחסור לא ראוי לברר את רצון המטופלים, משום שבעת מחסור ממילא לא יתחשבו ברצונם, ואז בירור רצונם הוא משלה ומטעה. לחילופין, ניתן לומר שישנה משמעות לעצם בירור רצונו של אדם, וכן שבאותם מקרים בהם תהיה הלימה בין רצון הפרט להחלטה הטיפולית יש בכך משום הקלה הן על המטופל והן על הצוות הרפואי.

לב. הרופא הבכיר או נציג ועדת התיעדוף צריך ליידע את החולה שיכול להביע את רצונו, או את קרובי המשפחה של החולה שאיננו יכול להביע את רצונו על כל החלטה לתיעדוף שלילי שתתקבל ביחס אליו. יחד עם זאת אין למשפחה זכות להתנגד להחלטות כאלה.

פרק ג: הנחיות יישומיות

1. במצב החרום הנוכחי ללא מחסור

א. במצב הנוכחי – בעת פרסום נייר עמדה זה – מדינת ישראל איננה במצב של מחסור באמצעים להצלת חיים ובכוח אדם מיומן. לפיכך לא מתקיימים התנאים להפעלת הנחיות התיעדוף על פי נייר עמדה זה, אלא הכללים והעקרונות הנוהגים בימים בהם אין חסר באמצעים להצלת חיים ובכוח אדם מיומן.

2. במצב חירום עם מחסור

ב. אם וכאשר – ובתפילה ובתקווה שזה לא יתרחש – תגיע מדינת ישראל לאי-ספיקה של מערכת הבריאות, עם מחסור באמצעים להצלת חיים ובכוח אדם מיומן, למרות כל המאמצים הסבירים להרחיב משאבים או להשיג משאבים נוספים, ולאחר שמשרד הבריאות יכריז על מעבר למצב חרום בתנאי מחסור, יחולו הנחיות התיעדוף המפורטות בנייר עמדה זה.

3. רצון החולה

ג. חולה שיכול להביע את רצונו: על הרופא המטפל בחולה – בין חולה קורונה ובין חולה במחלה אחרת – לברר אם כתב הנחיות מקדימות או מינה מיופה כוח. במידה והתשובה שלילית – על הרופא לברר עם החולה אם הוא מעוניין להבהיר את העדפותיו הטיפוליות במידה ומצבו יחמיר. יש לכבד את תשובתו של חולה שאיננו מעוניין לשוחח בנושא זה, אך אם הוא

מעוניין להביע את רצונו יש לנהל עמו שיחה ברגישות ובמגבלות המתחייבות מהמצב (פחדים וחרדות, קשיי הבנה ומודעות, מיגון מלא של הרופא המקשה על אינטראקציה רגילה, מגבלות הקשר בטלפון/וידאו). חשוב ליידע את החולה בדבר סיכויי ההצלחה של טיפול פולשני, אם יגיע לכדי כך, וכן לציין את החלופות השונות, כולל מניעת סבל על ידי טיפול פליאטיבי. יש לכבד את רצונו של החולה ככל האפשר בנסיבות המצב בין שהוא הימנעות מטיפולים מסויימים ובין שהוא דרישה למתן טיפולים. יש לתעד את השיחה ואת המסקנות העולות ממנה.

בשלב ההחמרה – ככל שהחולה במצב שניתן לקיים עמו דיון, ראוי לחזור ולברר את רצונו ביחס לטיפולים הנדרשים במצב החדש, ולהציג את החלופות השונות כפי שצוין לעיל. דבר זה חייב להיעשות ברגישות רבה ובהתחשבות במצבו הפיזי והנפשי של החולה ובמערכת ערכיו התרבותיים. אם החולה איננו מעוניין להביע את רצונו בשלב זה יש לברר אתו מי הוא רוצה שיקבל החלטות עבורו.

ד. חולה שאינו יכול להביע את רצונו, ואינו מסוגל לתקשר גם באמצעות התאמות ותיווך, (כגון שאינו מגיב כלל, מחוסר הכרה וכדומה): יש לברר האם קיימות הנחיות רפואיות מקדימות, מיופה כוח או אפוטרופוס, או סיכום מתועד בתיק הרפואי, ולפעול בהתאם. בהיעדר נתונים כאלה יש לברר עם בני משפחה אם ידועה להם עמדתו של החולה ביחס לטיפולים פולשניים במצבים רפואיים קשים. רצון בני המשפחה לכשעצמם איננו מהווה שיקול קביל מבחינה זו.

4. כללי תיעדוף רפואי

ה. ועדת המשנה הרפואית מנתה 8 רופאים בכירים ומנוסים מהדיסציפלינות הרפואיות הבאות: טיפול נמרץ, פנימית, גריאטריה, ניהול רפואי, טראומה, פסיכיאטריה ורפואה פליאטיבית.

ו. העקרונות והקריטריונים הרפואיים לתיעדוף בקבלה ליחידה לטיפול נמרץ ולהנשמה נקבעו אך ורק עבור מצבים של מחסור באמצעים להצלת חיים.

ז. נקודות המוצא העקרוניות של ערך החיים כערך העליון, והשוויון הבסיסי בין כל בני האדם נותרים גם במצבי חירום עם מחסור באמצעים להצלת חיים.

ח. אכן בגין מחסור באמצעים להצלת חיים, כאשר רבים זקוקים למיטות ביחידות לטיפול נמרץ או למכשירי הנשמה או מכשירי אקמו, אין ברירה אלא לתעדף את החולים שיזכו באמצעים אלה.

ט. העקרון לתיעדוף הוא אך ורק על בסיס רפואי להצלחת הטיפול לסיכויי השרידות ולגמילה ממכשיר ההנשמה. המטרה בתנאי הקיצון היא

להציל כמה שיותר בני אדם, ללא כל שיקולים אחרים המבדילים בין בני אדם, שכן כל בני האדם שווים, וערך חייהם שווה. בשום אופן אין לפרש את התיעדוף הפיזיולוגי במצבי קיצון כשיפוט לגבי ערך החיים של אף אדם. י. התיעדוף יתקיים רק על בסיס רפואי, וכמבואר לעיל. לפיכך אין לכלול בתיעדוף את הגורמים הבאים:

- דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטיה מינית, מצב סוציו-אקונומי, מעמד חברתי, מעמד משפחתי, מעמד אזרחי במדינה, עיסוק וכיו"ב.
 - שנות חיים, ובכלל זה שיקולי גיל. היינו, הגיל הכרונולוגי כשלעצמו איננו מהווה שיקול לגיטימי בתיעדוף לטיפול מציל חיים, אלא כחלק ממכלול גורמי הסיכון.
 - מוגבלות. היינו, מוגבלות כשלעצמה איננה מהווה שיקול לגיטימי בתיעדוף לטיפול מציל חיים, אלא כחלק ממכלול גורמי הסיכון.
 - דברים העלולים להיחשב כעומדים לחובתו של החולה, ובכלל זה התרשלות שאולי גרמה להידבקות בקורונה.
 - זכויות העומדות לחולה מתוך מעשיו עד עתה.
- יא. חברי צוות רפואי, אף אם נדבקו עקב טיפול בחולי קורונה, לא יקבלו עדיפות, אלא אם כן הדבר נחוץ להתגברות על מחסור בחברי צוות, בין בהשבתם לעבודה לאחר שיחלימו, ובין בתמריץ להתנדבות. כאשר קיים שוויון רפואי בין שני מטופלים, תשמש העובדה שמדובר בחבר צוות רפואי נקודת עדיפות.
- יב. כללים אלה יחולו באופן זהה ביחס לכלל העובדים שבתוקף תפקידם באים במגע עם חולי קורונה.
- יג. שיטות התיעדוף הרפואי הללו מיועדות לשמש הן את מומחי היחידות לטיפול נמרץ, והן את הרופאים שיטפלו במונשמים מחוץ ליחידות לטיפול נמרץ, שלרוב אינם מנוסים בקבלת החלטות במצבי קיצון.
- יד. מסגרת שיקולי התיעדוף חייבת להתייחס לא רק לחולי קורונה אלא לכלל החולים הנזקקים לאותם טיפולים מצילי חיים. לפיכך חולי קורונה צריכים להימצא במעגל אחד עם שאר הזקוקים לטיפולים מצילי החיים על רקע רפואי כלשהו, ואין לשלול באופן שרירותי מחולים במחלות אחרות את האשפוז והטיפול הדרושים להם לטובת חולי קורונה.

5. כלי הערכה רפואיים לתיעדוף

טו. על מנת לשמש את הרופא ביעילות בעת קבלת החלטות על תיעדוף בזמן חירום ובלחץ רב, כלי ההערכה צריך לענות על דרישות הסף הבאות:

- 1) הוא צריך להכיל מדדים מתוקפים, שלפי הספרות הרפואית כל אחד מהם לכשעצמו מנבא את יכולת ההישרדות.
- 2) הוא צריך להיות מרוכז ומתומצת בעמוד אחד, כך שיסייע לרופא בהחלטות מהירות בעת ריבוי חולים קשים, ומיעוט אמצעים להצלת חיים.
- 3) הוא צריך להיות פשוט, קל להבנה ולשימוש, ומאפשר ביצוע הערכות מהירות.
- 4) המדדים צריכים להיות רשומים לפי משך הזמן הנדרש להערכתם, כשהקצר קודם לארוך ועם התקדמות הגיונית כך שאם לא עומדים בקריטריונים, הרופא יכול לעבור במהירות למועמד הבא, וזאת כדי לייעל באופן מירבי את תהליך התייעדוף, הצפוי להתרחש במצבים של לחץ זמן ומיעוט צוות רפואי.
- טז. על מנת לבצע הלכה למעשה את התייעדוף על הבסיס הרפואי, בדקה והעריכה ועדת המשנה הרפואית מספר כלים מוכרים לביצוע תיעדוף לטיפול נמרץ ולהנשמה בזמן מגפות. חברי הוועדה דנו באריכות בהצעות שונות של אלגוריתמים.
- יז. באופן כללי, חברי ועדת המשנה חשבו שראוי שכלי ההערכה יהיה רב ממדי, כלומר לא מבוסס רק על מדד מסוים, וזאת משום שהערכות רב-ממדיות הודגמו כבעלות יכולת ניבוי טובה יותר של השרידות לטווח קצר ויכולת הגמילה מהנשמה.
- יח. הממדים השונים המנבאים שרידות לטווח קצר ויכולת גמילה מהנשמה הם: מחלות הרקע, תפקוד מערכות הגוף החיוניות, והיכולת התפקודית.
- יט. הוועדה הייתה מודעת למשמעויות החברתיות של שימוש במדד תפקודי, בפרט עבור אנשים עם מוגבלויות. כפי שצוין לעיל, מוגבלות לכשעצמה אסור שתיחשב כקריטריון לתייעדוף, שכן ישנם מצבי מוגבלות רבים שאין להם כל השלכה על השרידות לטווח קצר. עם זאת, יש חסרים תפקודיים שהם רלוונטיים ליכולת השרידות לטווח קצר, והם באים לידי ביטוי רק בהערכת מדדי התפקוד, ולא במדדים של כשל מערכות, או מחלות רקע, כמו לדוגמה חסרים תפקודיים המשפיעים על תפקוד הריאה. לכן מודגש גם בהנחיות היישומיות לרופאים שהשימוש במדד התפקוד הוא אינדיבידואלי, ויש להעריך את דרגת התפקוד רק בהתייחס לסיכויי השרידות לטווח קצר.
- כ. קריטריוני התייעדוף לפי ניקוד תפקודי מתייחסים לכלל האוכלוסיות – בתוך עצמן ובינן לקבוצות אחרות – והן נקבעות על סמך מדדים פרטניים בלבד. רוב האנשים שיבוצע אצלם תיעדוף לפי דרגת תפקוד אינם אנשים עם מוגבלויות. עם זאת, ישנה רגישות מיוחדת בהגדרות תפקוד בהקשר של אנשים עם מוגבלויות. לכן יש להדגיש שבביצוע הערכה על

סמך הדרגה התפקודית יש להתייחס באופן פרטני רק להיבטי התפקוד הקשורים ליכולת השרידות.

כא. באופן כללי, הרציונל הרפואי לשימוש בדרגות תפקוד פיזי מבוסס על הספרות הרפואית המלמדת שככל שהתפקוד היומיומי נמוך יותר, כך נמוכה יותר הפעילות השרירית והתפקוד הנשימתי, ובאותה מידה פוחתים סיכויי השרידות. באופן פרטני, על הרופא המטפל להתייחס לדרגת התפקוד בהקשר ליכולות הקשורות לסיכויי ההישרדות. לדוגמה, יש להניח שספורטאי פארא-אולימפי קטוע רגליים הוא בעל סיכויי הישרדות טובים משל אדם הסובל מאי ספיקת לב, גם אם אותו ספורטאי נזקק לעזרה בחלק מפעולות היום-יום.

כב. הוועדה סבורה שלא ניתן לוותר על מדד תפקודי מאחר והוא נמצא כמנבא עצמאי של יכולת השרידות, ולכן אי הכללתו תקטין את מידת הדיוק של תהליך התיעדוף, ועלולה לגרום להעדפה לא נכונה ומפלה מבחינה רפואית. בפרט, בהחלט צפויים מקרים בהם יהיה שוויון במדדי מחלה/מערכות גוף, כשרק הערכת היכולת התפקודית תאפשר בחירה של מטופל בעל סיכויי שרידות גבוהים יותר.

ניתן לתאר כמה דוגמאות לכך: שני חולים המטופלים בדיאליזה כרונית עקב כשל כללי – מחלות הרקע וכשל המערכות שווים ביניהם, אך השרידות צפויה להיות שונה מאוד אם אחד מהם פעיל, ואילו השני מרותק למיטה, ומידע זה מתקבל רק משימוש במדד תפקודי. באותה מידה סיכויי השרידות של אדם קטוע רגליים במצב תפקודי טוב גדולים יותר בהשוואה לאדם קטוע רגליים מרותק למיטה. באותה מידה סיכויי השרידות של אדם קטוע רגליים במצב תפקודי טוב שווים לאדם שאינו קטוע גפיים באותו מצב תפקודי, ושניהם גדולים בהרבה משל זקן במצב תפקודי נמוך.

כג. כלי ההערכה הרפואיים שנבדקו לתפקוד הם אלה:

1) CFS (Clinical Frailty Scale) – מדד זה נקבע במקורו להערכת תפקודם של אנשים זקנים להערכת תוחלת החיים. הוא מכיל את המשתנים הבאים: חולשה, תשישות, איבוד משקל, פעילות פיזית נמוכה, שיווי משקל מופרע, ירידה בקצב ההליכה, הפרעת ראייה, והפרעה קוגניטיבית. מדד זה מכיל 9 משתנים, ולכן הוא פחות יעיל להערכה מהירה בזמן חירום שבו נדרשות החלטות מהירות.

2) מדד פעולות היומיום (ADL-Activities of Daily Living) – זהו מדד מקובל להערכת תפקוד שבמקורו נועד להערכת תפקודם של אנשים זקנים בין השאר לשם הערכת תוחלת החיים. המדד כולל מטלות שגרתיות אשר האדם מבצע במהלך שגרת חייו, שהבסיסיות שבהן כוללות האכלה עצמית, רחצה, תנועה (קימה מהמיטה ומעברים), שליטה על הצרכים

ושימוש בשירותים. שאלון ה-ADL ארוך יחסית, ודורש מתן ניקוד וחישוב ציון סופי. לכן הוא פחות יעיל בזמן חירום שבו נדרשות החלטות מהירות. כד. לאור כל השיקולים שהוצגו לעיל החליטה הוועדה להשתמש ב-4 כלי תיעוד רב ממדיים: דרגה תפקודית (ECOG), מחלות רקע כרוניות (ASA), כשל מערכות, והערכה כוללנית של סיכויי השרידות לטווח קצר. כפי שצוין לעיל, הספרות הרפואית מלמדת ששימוש במספר כלים שונים מעלה את רמת הדיוק של יכולת החיזוי, לעומת שימוש בכלי בודד. בנוסף, המדדים שנבחרו הם אלו המאפשרים מתן הערכה מהירה, דבר חיוני במצבי חירום.

כה. להלן פירוט כלי ההערכה שנבחרו:

- 1) מדד ECOG Performance Status – מדד זה פותח לפני כ-35 שנה כמדד לניבוי ההישרדות של חולי סרטן. בשנים שחלפו מאז, נמצא שמדד זה הוא מנבא מובהק של הישרדות במצבים רפואיים רבים, כולל בקשישים, בחולים עם דלקת ריאות, ובחולים המאושפזים בטיפול נמרץ. המדד כולל 5 דרגות תפקוד המבוססות על משתנים שהם קלים להערכה תוך זמן קצר, ולכן הוא נבחר כמדד התפקודי המתאים ליישום בעת חירום.
- 2) מחלות רקע – לצורך הערכת מחלות רקע כרוניות נבחר מדד ה-ASA (American Society of Anesthesiologists), שהוא מוכר היטב, מכיל תיאורים תמציתיים, ומאורגן בצורה הגיונית. זאת במקום להציג רשימה ארוכה ומפורטת של מחלות רקע. על מנת לזהות חולים בדרגת עדיפות 4 בחרנו להשתמש באבחנות כלליות, במקום לפרט רשימת אבחנות ספציפיות. רשימת אבחנות ארוכה מקשה על ביצוע הערכה מהירה, כשממילא רשימה כזו לעולם לא תהיה ממצה.
- 3) כשל מערכתי – ביחס למדד הכשל המערכתי (OSF) נבחרה הגישה לקבוע את מספר המערכות שכשלו, במקום ניקוד ה-SOFA (Sequential Organ Failure Assessment score) שמחייב ניקוד וחישובים נוספים. ה-SOFA הוא מדד שנערך במקורו עבור חולים עם כשל מערכתי בזמן אלח דם (sepsis), הוא בא להעריך את מצב החולה המאושפז בטיפול נמרץ בהתאם לכשל באחת או יותר מערכות חיוניות בגופו. ניקוד זה במקורו לא היה מיועד כלל לקביעת תיעוד בזמן מחסור, והוא מתייחס רק לדרגת הכשל המערכתי, כשהמטרה היא להעריך את חומרת המחלה והתמותה בטיפול נמרץ. עוד יש לציין שבעבר, ניקוד ה-SOFA לא נמצא מועיל כשבחנו אותו רטרוספקטיבית במצבי מגפות. במצבי מגפה, נמצא שרוב החולים שלפי מדד SOFA לא היו מועברים לטיפול נמרץ, דווקא היו שורדים. יתר על כן, ספציפית לעניין מגפת הקורונה, רוב החולים

המאושפזים הללו סובלים מכשל במערכת אחת בלבד, דבר המוריד משמעותית את יכולת התיעדוף על סמך ניקוד ה-SOFA.

כו. כלי הערכה המשולב הזה פותח על ידי קבוצה בינלאומית של מומחי תיעדוף בטיפול נמרץ מניסיונם במגפות קודמות, ובעזרת נתונים שהתקבלו מקלינאים שהתמודדו עם מחסור חמור באמצעי הצלה במהלך מגפת הקורונה הנוכחית. יישומים מעשיים של כלי הערכה זה, והשימוש בו הלכה למעשה במהלך המגפה הנוכחית, היוו שיקול מרכזי בבנייתו.

כו. יו"ר ועדת המשנה הרפואית, פרופ' צ'רלס ספרונג, היה מעורב באופן פעיל בפיתוח האלגוריתם הזה עם ועדות מקצועיות אחרות בארץ ובעולם. האיגוד הישראלי לטיפול נמרץ אימץ את האלגוריתם הנוכחי.

כח. האלגוריתם הנוכחי פורסם בביטאון *Critical Care Medicine*:

Sprung C, Joynt GM, Christian M, Truog RD, Rello J, Nates JL. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. *Crit Care Med* 2020.

https://journals.lww.com/ccmjjournal/Abstract/9000/Adult_ICU_Triage_During_the_Coronavirus_Disease.95654.aspx

מחברי המאמר הם מומחים בעלי שם עולמי בתחומם, וחברים בגופים בינלאומיים מקצועיים מוכרים היטב, ומקורם בישראל, ארה"ב, בריטניה, ספרד וסין. לחלק ממחברי המאמר יש ניסיון אישי רב בהחלטות תיעדוף הן בשגרה והן במצבי חירום של פנדמיות, כולל הפנדמיה הנוכחית של הקורונה.

להלן רשימת המחברים והסינוף האקדמי שלהם:

Charles L. Sprung, MD¹; Gavin M. Joynt, MBBCh²; Michael D. Christian, MD³; Robert D. Truog, MD^{4,5}; Jordi Rello, MD, PhD^{6,7,8}; Joseph L. Nates, MD, MBA, CMQ⁹

¹Department of Anesthesiology, Critical Care Medicine and Pain, Hadassah Medical Center, Hebrew University of Jerusalem, Faculty of Medicine, Jerusalem, Israel.

²Department of Anaesthesia and Intensive Care, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China.

³London's Air Ambulance, Barts Health NHS Trust, London, United Kingdom.

⁴Center for Bioethics, Center for Bioethics, Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA.

⁵Department of Anesthesiology, Critical Care, and Pain Medicine, Boston Children's Hospital, Boston, MA.

⁶Clinical Research/epidemiology in pneumonia and sepsis, Vall d'Hebron Institute of Research (VHIR), Barcelona, Spain.

⁷Centro de Investigacion Biomedica en Red en Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, Spain.

⁸Clinical Research, CHU Nîmes, Nîmes, France.

⁹Critical Care Department, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX.

כט. כלי זה מספק מרכיב של אובייקטיביות במטרה לסייע בשמירה על שיטתיות בקביעת סיכויי השרידות לטווח קצר. עם זאת, הוא אינו מהווה תחליף לשיפוט התייעדוף על ידי קלינאי מנוסה בטיפול נמרץ. ל. כלי הערכה יישומי זה מתווה תהליך מומלץ לקבלת מודי תיעדוף אינדיבידואלי/פרטני, ללא כל התייחסות לשיוך קבוצתי.

לא. באופן כללי, הרציונל הרפואי לשימוש בדרגות תפקוד פיזי מבוסס על הספרות הרפואית המלמדת שככל שהתפקוד היומיומי נמוך יותר בגלל תשישות או שבריריות, כך נמוכה יותר הפעילות השרירית והתפקוד הנשימתי, ובאותה מידה פוחתים סיכויי השרידות. באופן פרטני, על הרופא המטפל להתייחס לדרגת התפקוד בהקשר ליכולות הקשורות לסיכויי ההישרדות.

לב. כל החלטה מסתייעת בקריטריונים מוסכמים להנשמה ולטיפול נמרץ בזמן מוגדר, ותלויה במשאבים הזמינים ובמספר המטופלים הממתינים לקבלה (למשל, יתכן ויהיה צורך בסף מחמיר יותר במהלך שיא הפנדמיה, ופחות קפדני בתחילתה ולקראת סופה).

6. טיפול מקל [פליאטיבי]

לג. גם במצבי חירום ומחסור, בהם נעשה תהליך תיעדוף שבמסגרתו הוחלט לא לקבל את החולה ליחידה לטיפול נמרץ, לא לתת לו טיפול הנשמתי או להוציאו מהיחידה לטיפול נמרץ – חייבים להמשיך ולתת לו טיפול פליאטיבי על פי הסטנדרטים המקובלים במקצוע זה ואסור להזניח אותו מבחינה גופנית ונפשית כאחת. על משרד הבריאות לקבוע נהלים להבטחת טיפול פליאטיבי מיטבי, אם כחלק ממחלקות הקורונה הקיימות, ואם בהקצאת מחלקות קורונה פליאטיביות. בנוסף, הוועדה ממליצה

למשרד הבריאות לבחון את היתרונות והחסרונות של הקמת הוספיס מיוחד לחולי קורונה בתנאים שבסעיף הזה, ובמטרה למקסם את הטיפול הפליאטיבי.

לד. רצוי שהחולים הקשים, ובעיקר אלו שנראה שעומדים לסיים את חייהם בקרוב, יזכו להיפרד מאדם קרוב בדרך אנושית הכוללת ביקור בדרך של מגע ישיר. עם זאת חשוב להקטין את הסיכון שמגע כזה יוביל להדבקת המבקר, ובעקבות זאת לשרשרת הדבקה משנית. לכן, מומלץ לצמצם את הפרידה הפיזית לקרוב משפחה אחד. במידת האפשר יש להעדיף קרוב משפחה שחלה בקורונה והחלים, ובדיקות סרולוגיות ככל שתהיינה קיימות ותהיינה אמינות, מוכיחות שהוא מחוסן. אולם אם ישנה העדפה משפחתית אחרת, או בהיעדר קרוב כזה, יש לאפשר ביקור ישיר לקרוב משפחה אחד, ובתנאי שהוא ימוגן באופן מלא, יסכים לקחת על עצמו את הסיכון, ולאחר הביקור יתחייב למלא אחר ההוראות הרפואיות שיומלצו (לדוגמה להיכנס לבידוד או לעבור בדיקות). באותו אופן יש לאפשר נוכחות פיזית של איש דת למטופלים החפצים בכך.

לה. יש לתת לרופאים והצוותים המעורבים בקבלת החלטות של תיעדוף סיוע אתי ככל שיידרש להם, וכן תמיכה וסיוע רגשי הנדרש, על פי הצורך, בהתחשב באופי המאתגר של ההחלטות הנדרשות.

7. שקיפות

לז. על הצוות הרפואי לעשות ככל שביכולתו לתעד את החלטותיו ולנמק בצורה ברורה את ההערכה לגבי סיכויי השרידות של החולה, וכן ההחלטה בדבר מתן או אי-מתן המשאב הטיפולי. לז. יש להציג בשלב מוקדם בפני החולים או בני משפחתם את התוכנית הטיפולית המתאימה למצבו של החולה בהתאם לקריטריוני התיעדוף, ואת עקרונות הטיפול הפליאטיבי ויתרונותיו, כך שלא ישתמע שגם אם הוחלט שלא לתעדף את החולה הוא יזנח ולא יקבל טיפול תומך.

8. ועדת תיעדוף מוסדית וארצית

לח. כל מוסד רפואי ימנה ועדת תיעדוף מוסדית מיוחדת אד-הוק שתעמוד לרשותו של המומחה הבכיר להתייעצות בכל מקרה שהוא ימצא לנכון.

לט. ועדת תיעדוף זו תהא מורכבת מ-4 אנשים: מומחה רפואי בכיר שאינו שייך למערך הרופאים המטפלים בחולי קורונה; אח בכיר; אדם שעוסק באתיקה; איש דת. בעת צורך בקבלת החלטה דחופה – די ב-2 מתוך ה-4 החברים בוועדת התיעדוף.

מ. ועדה זו גם תוכל לסייע לרופא הבכיר להסביר את החלטות התיעודף לבני משפחת החולה.
מא. לוועדה זו סמכות ייעוצית, אך כל החלטת תיעודף ביחס לכל חולה אינדיבידואלי תתקבל על ידי רופא בכיר מומחה בטיפול נמרץ, לאחר התייעצות עם מומחה רפואי נוסף, ובהיעדר מומחה בטיפול נמרץ – על ידי שני רופאים בכירים, על סמך הקריטריונים המנחים בנייר עמדה זה.
מב. משרד הבריאות ימנה ועדת תיעודף עליונה ברמה ארצית, שתוכל לדון בנושאים עקרוניים שיתעוררו במהלך המגפה. החברים בה יהיו: רופא בכיר מומחה בטיפול נמרץ, רופא מומחה בפנימית או בגריאטריה, אח בכיר, משפטן, אדם שעוסק באתיקה, איש דת, ונציג ציבור.

נספח א: חברי וחברות הוועדה

יושבי הראש המשותפים של הוועדה הם:

- **הרב פרופ' אברהם שטינברג** – יו"ר משותף של המועצה הלאומית לביואתיקה
- **פרופ' אפרת לוי-להד** – יו"ר משותף של המועצה הלאומית לביואתיקה
- **ד"ר תמי קרני** – יו"ר הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל
- מסייעים בידם: **גב' נורית דסאו** – עוזרת המחקר של המועצה הלאומית לביואתיקה; **עו"ד רפי טויזר** – רכז מטעם משרד הבריאות; **גב' דגנית להב** – עוזרת מנהלית של המועצה הלאומית לביואתיקה.

ועדת משנה רפואית:

- **פרופ' צ'רלס ספרונג**, יו"ר – מנהל היחידה לטיפול נמרץ, ומחלקת הרדמה, טיפול נמרץ וכאב, בית חולים הדסה ירושלים, בדימוס
- **פרופ' יונתן הלוי**, חבר – מנכ"ל בית חולים שערי צדק, ירושלים, לשעבר
- **פרופ' ירון ניב**, חבר – סמנכ"ל בכיר איכות ובטיחות, ראש צוות פעולה של הנשמת חולי קורונה בבתי החולים, משרד הבריאות
- **פרופ' עופר מרין**, חבר – מנכ"ל בית החולים שערי צדק,
- **פרופ' פסח שוורצמן**, חבר – יו"ר האיגוד לרפואה פליאטיבית
- **פרופ' משה זוננבליק**, חבר – מנהל יחידה גריאטרית קלינית, בית חולים שערי צדק, ירושלים
- **ד"ר עדי נמרוד**, חבר – מנהל מחלקת טיפול נמרץ, בית חולים איכילוב, תל אביב

- **פרופ' ישראל שטראוס**, חבר – מנהל מערך הפסיכיאטריה, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק

ועדת משנה פילוסופית-אתית-חברתית:

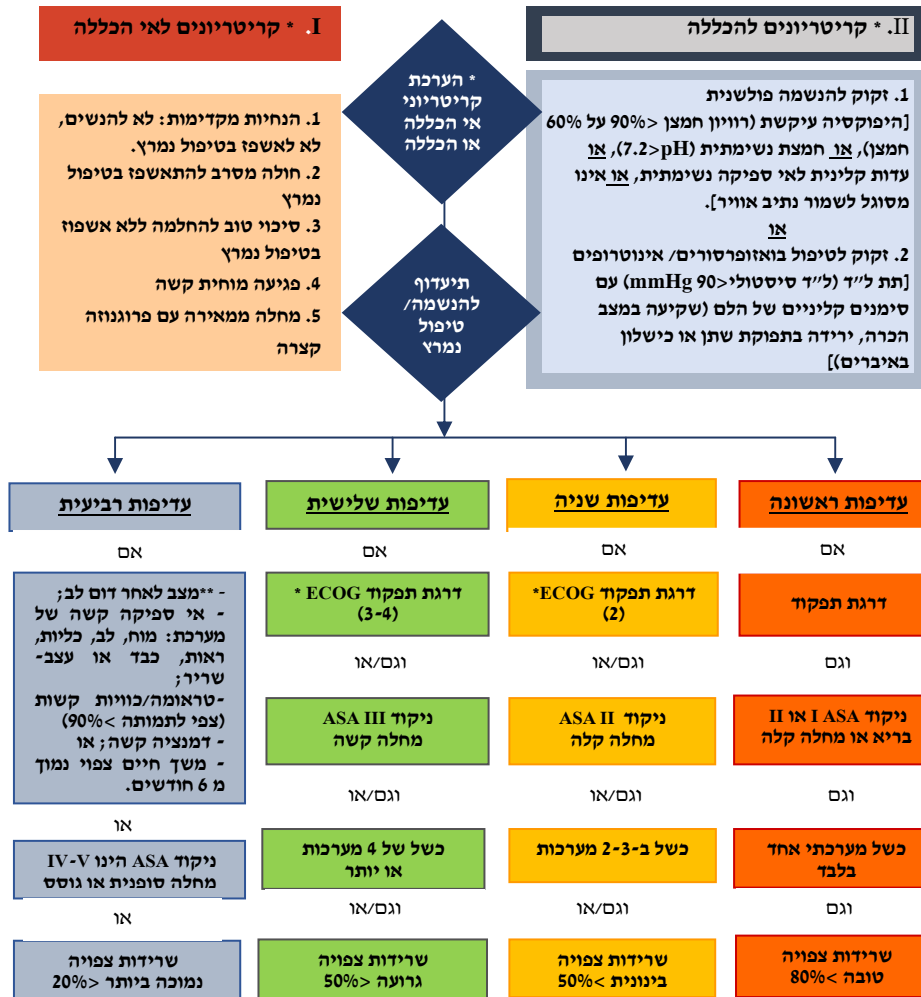
- **פרופ' נעם זהר**, יו"ר – ראש התוכנית ללימודים מתקדמים בביואתיקה, המחלקה לפילוסופיה, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן
- **פרופ' דוד הד**, חבר – החוג לפילוסופיה, האוניברסיטה העברית, ירושלים
- **פרופ' יעל השילוני-דולב**, חברה – החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת בן גוריון, באר שבע
- **פרופ' רות לנדאו**, חברה – בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית, ירושלים
- **ד"ר אפרת רם-טיקטין**, חברה – המחלקה לפילוסופיה, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן

ועדת משנה משפטית:

- **ד"ר גיל סיגל**, יו"ר – ראש המרכז למשפט רפואי וביואתיקה, הפקולטה למשפטים, הקריה האקדמית אונו
- **השופט סלים גיבראן**, חבר – המשנה לנשיא בית המשפט העליון, בדימוס
- **פרופ' שי לביא**, חבר – ראש מכון ון-ליר, ירושלים
- **עו"ד טליה אגמון-אדרי**, חברה – משנה ליועץ המשפטי, משרד הבריאות

ועדת משנה הלכתית/דתית:

- **הרב פרופ' אברהם שטינברג**, יו"ר – יו"ר משותף של המועצה הלאומית לביואתיקה
- **הרב תת-אלוף אייל קרים**, חבר – הרב הצבאי הראשי, צה"ל
- **הרב פרופ' יגאל שפרן**, חבר – ראש המחלקה לרפואה והלכה, הרבנות הראשית לירושלים
- **הרב ד"ר מרדכי הלפרין**, חבר – מנהל מכון שלזינגר לחקר הרפואה על פי התורה, בית חולים שערי צדק, ירושלים
- **הרב אברהם מנלה**, חבר – מנכ"ל חברה קדישא, תל אביב
- **הקאדי מחמד אבו-עביד**, חבר – שופט בבית הדין השרעי לערעורים (אסלאם)
- **ד"ר איתן לה פיקאר**, חבר – מנהל "בית הגת", הבית למפגש בינדתי-אומנותי בירושלים (נצרות)

נספח ב: תרשים זרימה וטבלאות דירוג**מיועד למצבי חירום עם מחסור באמצעים להצלת חיים**

* יש להתייחס לדרגת התפקוד רק ככל שהדבר נוגע לסיכויי השרידות לטווח קצר, ויש להקפיד על כך במיוחד בהערכה של אנשים עם מוגבלויות.

** מדובר בדום לב אקוטי, או עם נזק מוחי משמעותי

1. במקרה של שוויון – ההקצאה תהיה על בסיס הסיכוי המירבי להצלת חיים, בהתחשב הן במחלות אקוטיות והן במחלות כרוניות של החולה.
 2. במקרה של שוויון רפואי מלא – הבסיס הוא: כל הקודם זוכה.
 3. הערכה מחודשת של דרגת עדיפות לאחר 24 שעות אצל חולים הממתינים להתקבל לטיפול נמרץ או להנשמה.
- הערכה מחודשת של החולה בטיפול נמרץ ביום 10-14, או במקרה של החמרה משמעותית במצב החולה, יש לשקול העברת החולה למחלקה רגילה, או הגבלות בטיפול.
- [הותאם מ- Sprung CL, et al. Crit Care Med 2020]

ECOG Performance Score	
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities; up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited self-care; confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled; cannot carry on any self-care; totally confined to bed or chair

ECOG:

http://www.npcrc.org/files/news/ECOG_performance_status.pdf

American Society of Anesthesiologists (ASA) Score		
Class	Description	Example
I	The patient was previously healthy and fit	Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use
II	The patient has mild systemic controlled disease	Mild diseases only without substantive functional limitations. Examples include (but not limited to): current smoker, social alcohol drinker, pregnancy, obesity (30 < BMI < 40), well controlled DM/H1N1, mild lung disease
III	The patient has severe but not incapacitating systemic disease	Substantive functional limitations; One or more moderate to severe diseases. Examples include (but not limited to): poorly controlled DM or IITN, COPD, morbid obesity (BMI ≥ 40), active hepatitis, alcohol dependence or abuse, implanted pacemaker, moderate reduction of ejection fraction, ESRD undergoing regularly scheduled dialysis, premature infant PCA < 60 weeks, history (>3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents.
IV	The patient has incapacitating systemic disease	Examples include (but not limited to): recent (< 3 months) MI, CVA, TIA, or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction, sepsis, DIC, ARD or ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis
V	The patient is moribund not expected to survive 24 hours	Examples include (but not limited to): ruptured abdominal/thoracic aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect, ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction

Adapted from:

<https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>**מקרא:**

א. החלטת תיעדוף הינה החלטה קלינית מורכבת המתקבלת כאשר מכשירי הנשמה או מיטות טיפול נמרץ נמצאים בחסר, ואינם מספיקים לכל המטופלים הנזקקים להם. תהליך קבלת החלטות מובנה חשוב ליצירת שקיפות מירבית ולשיפור העקביות בקבלת החלטות. לשם כך חיוני להעריך את התועלת הצפויה למטופל, ולהשוותה לתועלת הצפויה למטופל שני (לדוגמה, השוואת תוצאות אשפוז בטיפול נמרץ או הנשמה, אל מול התוצאות הצפויות אם המטופל נשאר במחלקה וללא הנשמה). אלגוריתם יישומי זה מתווה תהליך מומלץ למדדי תיעדוף אינדיבידואלי/פרטני, ללא כל התייחסות לשיוך קבוצתי, כשהוא מהווה כלי רפואי מתוקף.

ב. כלי הערכה אלה מספקים מרכיב של אובייקטיביות במטרה לסייע בשמירה על שיטתיות בקביעת סיכויי השרידות לטווח קצר. עם זאת, הם אינם מהווה תחליף לשיפוט התייעדוף על ידי קלינאי מנוסה בטיפול נמרץ.

ג. על הרופא להתייחס בכל המדדים, ובעיקר במדדי ECOG, אך ורק במדד הרפואי הרלוונטי להצלחת הטיפול לסיכויי השרידות ולגמילה ממכשיר ההנשמה. אין להתחשב בשום שיקול אחר המבדיל בין בני אדם, כגון הגיל כשלעצמו, המוגבלות כשלעצמה, או המחלה כשלעצמה, אלא אך ורק ככל שהמדד מנבא מבחינה רפואית את סיכויי השרידות. יש לזכור שכל בני האדם שווים, וערך חייהם שווה. בשום אופן אין לפרש את התייעדוף הפיזיולוגי במצבי קיצון כשיפוט לגבי ערך החיים של אף אדם.

ד. מתחילים את תהליך התייעדוף עם קריטריונים לאי-הכללה: הקריטריונים הראשוניים לאי-הכללה מבוססים על קריטריונים שבהם נעשה שימוש בתנאים 'רגילים'.

- אנשים שיש להם הנחיות מקדימות להימנע מטיפולים פולשניים.
- אנשים שמצבם הקליני טוב מספיק כך שהכנסתם לטיפול נמרץ לא תוסיף להם תועלת משמעותית.

- אנשים שמסרבים אשפוז בטיפול נמרץ ו/או הנשמה.

ה. באם לא מתקיימים קריטריונים לאי-הכללה, החולים חייבים לעמוד באחד מקריטריוני ההכללה, כלומר שמצבם חמור דיו כדי להידרש לטיפול נמרץ/הנשמה.

ו. מרגע שמטופל איננו עונה על קריטריוני אי-ההכללה ומתאים לקריטריוני ההכללה הוא מועמד להתקבל ליחידה לטיפול נמרץ או להתחבר למכונת הנשמה.

ז. קריטריוני ההכללה נבדקים באופן אינדיבידואלי לפי הדירוגים בתרשים הזרימה ובטבלאות הדירוג.

ח. מבין אלה העומדים בקריטריונים להכללה, התייעדוף מבוסס על דירוג העדיפויות מדרגת קדימות 1 עד 4 (עדיפות 1, לאחריה עדיפות 2, לאחריה עדיפות 3, ולבסוף עדיפות 4).

ט. כלי התייעדוף שנבחרו הם רב ממדיים. הם כוללים דרגה תפקודית (ECOG), מחלות רקע כרוניות (ASA), קיום כשל מערכתי, והערכה כוללנית של סיכויי ההישרדות לטווח קצר. הספרות הרפואית מלמדת ששימוש במספר כלים שונים מעלה את רמת הדיוק של יכולת החיזוי, לעומת שימוש בכלי בודד. בנוסף, המדדים שנבחרו הם אלו המאפשרים מתן הערכה מהירה, דבר חיוני במצבי חירום.