

7.7.2020

לכבוד,
פרופ' חזי (יחזקאל) לוי

מתווה הטיפול הרצוי במגפת הקורונה

הקדמה- דברים אישיים

אתמול בבוקר הודעתי לך על בקשתי לעזוב את תפקידי כראש שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות ואת התפקיד המרכזי שלקחתי בניהול מניעת התפשטות והכלת מגפת הקורונה בישראל.

לאחר שנים ארוכות של שירות ציבורי בכיר, שבו השקעתי את כל יכולתי למען מדינת ישראל ואזרחיה, הגיעו החודשים האחרונים אשר שינו באופן דראסטי את החיים בישראל ובעולם כולו. בחצי השנה האחרונה מלווה יום יום, שעה שעה, לילות, סופי שבוע וחגים את משבר הקורונה. למעשה, כמעט ואיני עושה דבר פרט לך. כישוריי ומחשבותיי מופנות לחקר הנושא, לחשיבה על דרכי התמודדות עם האתגר, להעלאת הצעות להתמודדות עם המגפה במציאות של חוסר וודאות גלובלית כלפיה, ולעבודת נמלים מדוקדקת ליישום ההחלטות המתקבלות בדרגים השונים וזאת, על מנת להציל נפשות.

אני מודה על הזכות שנפלה בחלקי למלא תפקיד משמעותי בחזית המאבק בהתפשטות מגפת הקורונה, ברגעים קריטיים למען מדינת ישראל ואזרחיה.

מתחילת האירוע חשתי שאני מבינה את הנתונים ואת תחזית התפתחות המחלה ולרוב מסוגלת להבין גם את ה"פסיכולוגיה החברתית של המגפה". יחד עם שותפים רבים טובים ומסורים נלחמתי בחזית העשייה במטרה לשטח את עקומת התחלואה לתגבר את כוחות העוסקים במלאכה, להכין מערך התמודדות מקצועי ויעיל ולתמוך בכל החלטה שהתקבלה. גם כשהסכמתי עם ההחלטות וגם כשפחות, נרתמתי למשימות שגבו מחיר כבד (אישי, נפשי וגם בריאותי ופיזי). למרות כל אלה, המשכתי למלא בנחישות ובמסירות את תפקידי. אלא שלעת הזו ומזה זמן שאני מתקשה בכך.

את תחילת ההתמודדות אפיינה אי ודאות עצומה. בשותפות עם עמיתים ממשרדים ומגזרים שונים, גיבשנו המלצות למדיניות להגנה על בריאות הציבור שהתבססה על מקצועיות והתייחסה למצב הייחודי של ישראל ולמאפייני האוכלוסייה המקומית. מזה זמן, הולכים ונצברים שינויים שמשפיעים באופן משמעותי על ניהול המשבר.

בשלב הראשון לפרוץ המגפה ההתמודדות עמה התאפיינה בשרשרת קצרה יחסית של קבלת החלטות ובעדכון המדיניות בהתאם להתפתחויות בשטח. הישגי ישראל התבטאו בהשטחת עקומת התחלואה, והצעדים שנקטנו מבעוד מועד היו מקור השראה, שזכה לשבחים במדינות אחרות שהתמודדו עם המגפה. לעומת זאת, בשלב השני, שהתאפיין בפתיחה חיונית אך מהירה וגורפת של המשק, ההליך הפך למסורבל ואיזון השיקולים הגיע לממדים הדוחקים את שיקולי הבריאות. בשבועות האחרונים, ישראל נעה למקום מסוכן. הנתונים ומפת התחלואה הנוכחית והצפי לעתיד הקרוב מעידים על כך כאלף עדים.

ישראל שנחלה הצלחה בהתמודדות עם הגל הראשון נפרדה ממדינות מובילות אחרות בכך שסטתה מהמדיניות שהן נקטו באמצעות שחרור מהיר מאוד של פעילויות חברתיות. לצערי המצאת הגלגל

מחדש (ע"י פירוט כללי התו הסגול) לא צלחה. אבל, לאחר שדרך זו לא עבדה - שמספר החולים עולה, היה צריך לתקן -ומהר. לצערי, למרות אין ספור דיונים ארוכים והתרעות מפורשות - זה לא קרה למעשה עד אתמול. כולי תקווה, שכעת משהחלו צעדי תיקון הם יימשכו בכיוון הנכון ובקצב המתאים לניהול המגיפה.

את הגל הראשון אפיינה מנהיגות מקצועית וערכית, ששמה את חיי האדם בראש ומעל לכל שיקול אחר. תחושתי היא שעם הזמן הפכנו מאנשי מקצוע המגיבים לאירועים בצורה פרואקטיבית לבעלי אחריות נטולי סמכות המגיבים באיחור אחר האירועים.

לצערי, תוצאות השינוי ניכרות. מהניסיון העולמי בהתמודדות עם מגפות עולה מעשים ומהלכים שנמנעים מהם בשל החשש מהחלטות קשות וכואבות יעלו בהמשך במחיר קשה ככל מונים.

לצערי, מזה מספר שבועות מצפן הטיפול במגיפה איבד כיוון. למרות התרעות שיטתיות וסדורות במערכות השונות, ובדיונים בפורומים שונים, אנו צופים בתסכול בשעון החול של ההזדמנויות הולך ואוזל. על רקע זה הגעתי למסקנה שבתנאים החדשים שנוצרו ובהם דעתי המקצועית לא מתקבלת - אין ביכולתי עוד לסייע להתמודדות אפקטיבית לבלתימת התפשטות הנגיף.

המשך ניהול מגפת הקורונה - תקציר

היעד הראשי של מדינת ישראל במגפת הקורונה היה ונשאר השטחת העקומה ובאופן מעשי, מניעת אי-ספיקה של מערכת הבריאות. פעלתי על בסיס הנחה, שהחברה הישראלית לא יכולה ולא צריכה להגיע למצב של עשרות נפטרים מדי יום, ובוודאי שלא ליותר מכך!

אופי מגפת הקורונה הוא שתוצאת צעדים שננקטים היום יתבטא בחולי קשה, או חלילה תמותה, רק כעבור כ-3-5 שבועות (בתלות במעשים הנלווים שיבוצעו ובמידת ההגנה על האוכלוסייה בסיכון, קשישים וחולים כרוניים). העלייה האקספוננציאלית בהדבקות ופערי הזמן בין הדבקה ספוראדית, להתפשטות קהילתית בלתי מבוקרת ולהופעת חולים קשים ונפטרים גורמים לכך שמשלב מסוים, היכולת לעצור את התמותה תרד והאמצעים בהם צריך יהיה לנקוט על מנת לעצור את התהליך יהיו קשים יותר (עד כדי סגר מוחלט ויותר מכך). לכן, חובה עלינו להבין היום את המחיר העתידי (טווח של שבועות) של כל פעולה או אי נקיטת פעולה, ולנקוט בצעדים חיוניים בהתאם ובזמן.

אופי מגפת הקורונה בישראל בימים אלו הינו של מחלה ממושטת המתפרסת על יישובים רבים בכל הארץ (למעלה מ-130 יישובים), כוללת את כל טווח הגילאים, וכל קבוצות האוכלוסייה. האוכלוסייה היחידה שעדיין מוגנת במידה מסוימת היא אוכלוסיית הקשישים עליה שומרים בזהירות יתרה ע"י צמצום ביקורים, הקפדה על מיגון ובדיקות. עם זאת, לא לעולם חוסן. אני משוכנעת שלא ניתן לשמור על אוכלוסייה כקפסולה סטרילית לאורך זמן, בייחוד לנוכח העובדה שאוכלוסייה זו תלויה במטפלים צעירים וזקוקה לקשר ומגע עם משפחה ותומכים נוספים מהקהילה הרחבה. ברור שבמצב של תחלואה קהילתית ממושטת, המחלה תחדור בהיקף נרחב גם לתתי האוכלוסיות המוגנים ולכן התרעתי בשבועות האחרונים ומיד עם תחילת העלייה במספר מקרי התחלואה, כי נבחין גם אם באחור, בעלייה חדשה במספר החולים הקשים, המונשמים וגם הנפטרים, למרבה הצער. הערכה זו היוותה סוגיה לדיונים והתנצחויות וניתוח העובדות היה ונותר במחלוקת.

גם יעילות הטיפול ב"יישובים אדומים" ע"י הכרזה עליהם כאזור מוגבל על כל המשתמע מכך אינו הצעד היעיל ביותר בשלב זה. האזורים המוגבלים משתנים בתזזיתיות, הארץ כולה בוערת ממקרים ולמרות שאני תומכת בנקיטת פעולות ממוקדות "תפורות נסיבות" בהנהגת הראשיות המקומיות ובהכוונה

המקצועית של משרד הבריאות, אני סבורה שלעת הזו השקעת המאמצים ב'מודל הסגרים' לא יוביל לתוצאות הרצויות.

במצב שנוצר, יעילותו של כל טיפול ממוקד ע"י בידוד, או סגר מקומי בלבד, פוחתת ויש לחזק את צעדי המניעה של ההגנה האישית והריחוק החברתי של כלל האוכלוסייה, תוך הפעלת עקרון של ביצוע צעדים עם מקסימום אפקטיביות בהפחתת ההדבקה בנגיף תוך שמירה מקסימלית על אי פגיעה בכלכלה. במקום נקיטת צעדים מתחייבים כאלה, מזה שבועות שאני צופה בכאב בהכחשת הנתונים וצפי ההמשך ובהמשך פתיחה בלתי מבוקרת של המשק. קולות של 'מכחישי קורונה' בתקשורת ["זו עוד שפעת", אמר מי שאמר], הדהדו בחלק מהדיונים בהם השתתפתי.

מקור חלק ניכר מההדבקות בגל השני נובע מפתיחת מערכת החינוך בצורה שאינה מותאמת להתפרצות הקורונה ומהתקהלויות (בדגש על חתונות המהוות מקור הדבקה). המלצתי הייתה להימנע מפתיחה כוללת ומבלי שהוכנו תנאים מספקים בבתי הספר ובגני-הילדים. ההדבקה בהתקהלויות מסוג זה, חוצה אזורים גיאוגרפיים, ואחראית להתפרצויות גדולות בקרב אוכלוסיות המקיימות קשרים הדוקים זו עם זו ומעבירות את הנגיף ממקום למקום.

המונח "חיים בצל הקורונה" או "שגרה בצל הקורונה" אין משמעותו חזרה לתקופה שלפני פרוץ המגפה. כל שגרת קורונה אפקטיבית מחייבת תשלום אישי (למשל, חוסר נוחות עטית המסכה), חברתי, וללא ספק גם כלכלי. הקורונה -כאן ולהרבה זמן! המונח "חיים בצל קורונה" מחייב הבנה עמוקה של אופי התחלואה והצעדים בהם יש לנקוט על מנת לשטח את העקומה. לא ייתכן להצליח במשימה ללא מחירים. לעומת זאת, ניתן לצמצם את המחירים ולנקוט בפעולות בהן היחס בין צמצום הדבקה לתשלום כלכלי הוא מינימלי.

אין להתפתות לצעדים שאין בהם תועלת אפידמיולוגית (סגרים תזזיתיים, כתיבת תנאי תו סגול מפורטים שלא תואמים את התרבות הישראלית, או בדיקות נרחבות באוכלוסיות א-תסמיניות). ביצוע בדיקות הינו חשוב, אך אלה אינן מהוות תחליף למניעת העברת הנגיף מאדם לאדם ע"י אימוץ הרגלי חיים המאפשרים שגרת קורונה יעילה. תכונות המחלה החדשה גורמות לכך שאין כל אפשרות ביולוגית וטכנית לאתר את כל החולים או את כל המדביקים במחלה, ולכן ההתמודדות אתה לא יכולה להישען אך ורק על זיהוי ובידוד האנשים שעלולים להפיץ את המחלה. ההתמודדות לבלימת התפשטות הנגיף מחייבת שילוב אסטרטגיות שכל אחת מהן תפחית במידה מסוימת את שיעור ההדבקה בנגיף ורק פעולתן המשותפת תוריד את מקדם ההדבקה ותאפשר חיים בשגרת קורונה.

פעולות ואמצעים יעילים ודחופים בהם יש לנקוט היום:

- צמצום הדבקה אישי- המשך וחיזוק שמירה אישית קפדנית על עטית מסיכה, שמירה על מרחק 2 מטר והגינה אישית שהוכחו כיעילים במניעת הדבקות
- מניעת התקהלויות (עד 20 איש בלבד) - אני מודעת, ואף מוטרדת, מהמחיר הכלכלי והחברתי הכרוך בצעד זה של ריחוק חברתי. אולם, מחיר זה הינו מוגבל יחסית לאלטרנטיבות, וחשוב יותר - יעילותו בעת התפרצות קהילתית גדולה. התקהלויות הן מקומות מועדים להדבקה ובהם קיים סיכון גבוה להעברת הנגיף בין מספר רב יחסית של אנשים. מניעת התקהלויות היא בעיני הגורם היחיד החשוב ביותר למניעת הדבקה לעת הזו. מעין "סגר מקומי ותחום" ש"עלותו" נמוכה יחסית ויעילותו גבוהה.
- קיום פעילות חינוכית בקפסולות ובתנאי תו סגול מחמירים – כפי שציינתי לעיל, פתיחת מערכת החינוך תחילה בצורה מוגבלת (ראשית מאי) וכעבור שבועיים (17 במאי) בצורה גורפת (תוך שבירת 'מודל הקפסולות', שמירת מרחק 2 מטר ועטית מסיכה), גרמה לזינוק בחלקם היחסי של ילדים ובני נוער בהעברת הנגיף ובהתפשטות נרחבת של המגפה בישראל. לקיום מסגרות חינוך

תפקיד מרכזי ביכולת לשמירה על המשק וחשיבותם רבה לילדינו. אולם, בהיעדר התאמה של אופן ההתנהלות במסגרות אלו לשגרת הקורונה, הופכים בתי הספר וגני הילדים כר פורה להדבקה ולהתפשטות הנגיף. ישראל פתחה את מסגרות החינוך בצורה מהירה ובהיקף גדול באופן ניכר מרוב מדינות העולם. ללא תנאים תואמים אין לפתוח את מערכות החינוך.

- חזרה לשהייה בקפסולות בכל מסגרת אפשרית (עבודה, קשרים חברתיים וכו').
- טיפול ממוקד לאיתור ובידוד חולים ומגעיים - קטיעת שרשרת ההדבקה (ראו מטה).
- טיפול באוכלוסיות מיוחדות- עדכון פעילות 'מגן אבות ואמהות' להגנה על הקשישים.
- אכיפה נרחבת וקפדנית של הצעדים שצינו לעיל, ובראשם עטית מסכה ומניע התקהלויות
- תמיכה לוגיסטית באוכלוסיות מבודדות- במלוניות, תמיכה טכנית במבודדים וכו'.
- המשך מדיניות סגירת הגבולות והגבלות בתנועה לפי הצורך.

לנוכח אי הוודאות הכרוכה במחלת הקורונה החדשה, ההתמודדות אתה מחייבת גישה צנועה וזהירה. אינני טוענת כי אני חפה מטעויות - לעיתים איחרנו בהמלצות ולא תמיד הספקתי לטפל בכל הרשימה הדחופה המונחת על שולחני. אין לי ספק כי היה מקום לריבוי הדעות בנושאים השנויים במחלוקת ואני חושבת רבות על האופן בו ניתן היה לשפר את מערכות המידע מוקדם יותר, להכניס את קופות החולים לתפקיד פעיל במגפה בשלביה ההתחלתיים, לצפות טוב יותר את דרישות כח האדם שנדרשו ולשפר את התקשורת בין כל השותפים המעורבים. האירוע הדרמטי, אשר הכה בכל העולם, נוהל תחת אי ודאות ואילו צי זמן קשים. לצערי עלי לקבוע ברמה גבוהה של וודאות – אם הכתוב לעיל לא יתבצע באופן מידי ודרמטי – החודשים הקרובים יהיו חודשים קשים ואף טרגיים.

ישראל נמצאת היום אחרי הדקה ה-90! שריקת הסיום טרם נשמעה. השאלה הדחופה מה יעשה ב"תוספת הזמן".

המשך ניהול מגפת הקורונה - פירוט

מדובר המחלה חדשה, מדבקת (שעוברת דרך **מגע טיפתי** בין אדם לאדם) ומסוכנת הנלמדת תוך כדי ניהול מאבק איתנים לבלימת הפצת הנגיף. למחלה אחוז סיבוכים לא מבוטל, שיעור החולים הקשים עומד על כ- 3% ושיעור הקטלניות כ- 1.5%. הסיבוכים והתמותה קשורים באופן ישיר לעלייה בגיל (בייחוד לאחר גיל 60) ולגורמי סיכון בריאותיים (תחלואת רקע כגון מחלות לב כרוניות, סכרת לא מאוזנת, מחלות ריאה וכליות כרוניות, קרדיו ווסקולריות, דיכוי חיסוני, השמנה, וכן מצבים שונים כמו עישון והריון).

מטבעה של הקורונה שאין לאוכלוסייה כל חיסוניות טבעית כלפיה ושהידע לגביה (דרכי העברה, טיפול יעיל, חיסון) דל ביותר. **נתונים מבוססי עובדות אודות ניהול המחלה נצברים בקצב איטי בהשוואה לצורך הגובר בקבלת ההחלטות הנדרשות.** כך, חלק ניכר מקביעת המדיניות נשען ומתבסס על חוות הדעת של מומחים שצברו "הגיון מדעי ותפעולי" של הבנה באפידמיולוגיה וברפואה.

המחלה אינה מתפשטת בצורה לינארית אלא באופן אקספוננציאלי (מעריכי) שמשמעותו עליה במכפלה קבועה ולא בקצב קבוע. בהסתמך על אחוז העלייה במספר בחולים ניתן לנבא את הזמן שבו יוכל מספר החולים היומי. זמן זה עומד בימים אלו על 7-10 ימים בלבד.

לאתגרים אלו נוספו תקופה ארוכה בת 14 יום מעת החשיפה בה יכול אדם להדביק אחרים ולפתח את המחלה בעצמו, קיום מחלה אתסמינית ויכולת הדבקה בתקופה בה עדיין לא התגלו תסמינים או ממש בתחילתם. כל אלו מקשים ומונעים את האפשרות לאתר את כל האנשים שעלולים להדביק אחרים. בנוסף קיימות מגבלות משמעותיות בתבחין המעבדתי עקב העובדה שרגישות הבדיקות נמוכה (70%) ולכן בכל מקרה, לא יתגלו כ- 30% מהחולים הנבדקים (שיעור שליליים שגוי).

המסקנה החד משמעית מתכונת אלו היא, כי אין ביכולתנו ובכלים הנוכחים לעולם לא יהיה ביכולתנו לאתר, לזהות או למנוע את כל מקרי התחלואה. לכן, רק שילוב אסטרטגיות המביא בחשבון את כל המגבלות יוכל לסייע בהפחתת קצב הדבקה. עוד מצביעים הנתונים על הצורך בצניעות ובהירות בהתנהלות עם תחלואה לא מוכרת שעלולה, בהתחשב בקצב התפשטותה ובלוח הזמנים המטעה שבין איתור חולים חדשים לקשים ומונשמים, לצאת במהירות משליטה.

ניהול ההתמודדות עם המגפה

השטח התחלואה בקורונה מחייבת חשיבה גמישה הכוללת בעיקר **הבנה מעמיקה של הנתונים** המוצגים, יכולת לצפיית אופן התפתחותם (דפוס התחלואה ומשמעות הנתונים משתנים על ציר הזמן) ו**גישת טיפול גמישה ומהירה המשתנה** בהתאם לאירוע התחלואה הספציפי.

יש צורך בזיהוי המצב, בקריאת המפה האפידמיולוגית ובקבלת החלטות על פעולות יעילות ומהירות וזאת, כשחלון ההזדמנויות לביצוען הוא לרוב מידי ולטווח הקצר.

כך למשל בתחילת המגפה הועלו טענות כי היא מוגבלת רק לסין, שלא נצפים חולים קשים ותמותה באירופה, שניתן להגן על הקשישים הנמצאים בקבוצת סיכון ע"י בידוד מהחברה וטענות נוספות שנבעו מחוסר הבנת ציר הזמן ואופייה של המחלה. טענות חסרות שחר אלה גרמו להשהיית קבלת החלטות ועיכוב בבלימת התפשטות התחלואה. את כל אירועי התחלואה שהיו עד כה ללא יוצא מן הכלל, מלווים ניסיונות להתעלם או להתכחש למציאות ("זה לא גל שני", "אין עלייה בתחלואה הקשה ובתמותה").
גישה זו גורמת להשהיית ביצוע צעדי מניעה והכלה.

בישראל, התקבלו בתחילת האירוע החלטות קשות שנראו אז דרמטיות ובלתי 'הגיוניות'. ההחלטה על הרחבת הגדרת אזור התחלואה מהעיר ווהאן לכלל סין שהוכלה בישראל הרבה לפני הגדרת ארגון הבריאות העולמי, התקבלה כהתרסה מסוכנת וכהגזמה וההגבלות על הגעת תושבים מסין לישראל פורשו כאסון דיפלומטי. כל הרחבה של מדינות להגדרת סיכון ונקיטת אמצעים לצמצום ההדבקה מהן עברו ביקורת נוקבת ולוו באמירות חד משמעיות על כך שלא ניתן לסגור את העולם וכי בימינו אי אפשר לנקוט בפעולות כאלו. בפועל, הגיעו כל המדינות הנגועות להגבלות במעברי הגבול לעיתים במחירים כלכליים כבדים ולאחר קריסת מערכת הרפואה ותשלום משמעותי בחיי אדם (ודי אם נזכיר את איטליה, אנגליה, ספרד ארה"ב ומדינות דרום אמריקה).

עם הופעת המחלה ובמקביל, הקימה מדינת ישראל - למעלה מחודש לפני הופעת החולה הראשון - יכולת מעבדתית לזיהוי הנגיף. בנוסף, הוקם מערך ההתוויות וההנחיות לבדיקות שיחד עם חקירות אפידמיולוגיות עוסקות בקטיעת שרשת ההדבקה באופן ממוקד.

אני מבקשת להבהיר ולהדגיש כי מעולם לא התנגדתי לבדיקות מעבדה! נהפוך הוא, מתחילת תפקידי ועוד טרם מגפת הקורונה חרטתי על דגלי את הטיפול בשיפור מערך מעבדות הציבור כחוד החנית של איתור, אבחון וניטור של מגוון רחב של אירועי חירום בישראל. משהתחילה ההתפרצות, פעלתי באופן מידי בסיוען המקצועי של דר' רותי ישי מנהלת המחלקה למעבדות ושל פרופ' אלה מנדלסון מנהלת המעבדה המרכזית לנגיפים בשירותי בריאות הציבור, לבניית יכולת מעבדתית. התכנית לוותה מתחילתה בתכנון להרחבת היכולת תחילה ל-4 מעבדות הנגיפים במדינת ישראל ובהמשך לשאר המעבדות. עוד אדגיש, כי אני סבורה גם היום שיש חשיבות רבה לביצוע הבדיקות תוך שקילת ההתוויות המיטביות. כמזמחית לבריאות הציבור אני יודעת שגם בפעילויות אבחון, כמו בכל פרודורה רפואית, יש תופעות לוואי ונזקים מהם יש להישמר.

אכן, לא העלינו על דעתנו באותה עת שהמערך יצטרך להתרחב לממדים בו הוא נמצא היום. תהליכי בנייה והתארגנות אלה מצריכים זמן ופעולה מהירה ובלתי-מבוקרת עלולה להוביל לאי ספיקה של

המערכת. לא ארחיב ולא אפרט את כל הסוגיות המורכבות שעלו ועולות בנושא הפעלת המערך המעבדתי לאבחון הקורונה בישראל. מבין האתגרים הרבים שבתהליך זה ניתן למנות את הניתוב העדין שבין ביקוש והיצע (שמשנתנה בהתאם לתנאי התחלואה), אתגרי מחשוב (להעברת מידע בין מערכות שונות במד"א, קופות חולים, מעבדות, בתי חולים ומשרד הבריאות), אתגרי תקציביים, אתגרי דיגום (שעבר במהלך התקופה בין חדרי מיון, למד"א בבתים ובאתרים מרוכזים, אתגרי רכש ואספקה ובהם מחסור במטושים ובריאגנטים ואתגרי כח אדם. רק אוסיף ואומר בקיצור בנושא זה שמאז חודש מרץ ועד היום עוסקים ומנהלים את המערך האופרטיבי צוותים מוכשרים מכוחות הבטחון וכן צוותים מקצועיים חיצוניים המגויסים לצורך זה. ועדיין האתגרים רבים.

ההחלטות שצוינו לעיל והחלטות אחרות שהתקבלו בשלב הראשון של משבר הקורונה התבררו בדיעבד כהתמודדות נכונה עם המגפה, והן ריסנו את התפשטותה המהירה בישראל על כל המשתמע מכך מבחינת בריאות הציבור.

בניהול המגפה כיום, **תהליך ניתוח הנתונים וקבלת ההחלטות הפכו מסורבלים ואיטיים**. ברגע זה נראה שאנו עוברים לקבלת החלטות תזזיתיות ולא-מבוססות, וזאת מבלי לשקול את ההשלכות הרחבות על בריאות הציבור לטווח הביניים והארוך תוך הזנחת העיקר וההכרחי. מדובר במגיפה קטלנית, ערמומית וזריזה והטיפול בה חייב להיות נחרץ וחד. בכל מקום בו הטיפול והמהלכים אינם תואמים את האתגר התשלום כואב ומר.

מדובר באירוע ענק הדורש שיתוף פעולה מולטידיסציפלינארי ועירוב שותפים רבים הכוללים משרדי ממשלה, כוחות ביטחון, אקדמיה ותעשייה. יחד עם זאת, חייב להיות **איזון בין מידת השקעת הזמן בניהול האנושי של האירוע ובין העבודה המקצועית**, שצריכה להיעשות בתחום הבריאות ובתחומים נוספים. חשוב לציין כי יש לחזק ולהדגיש את חשיבות השמירה על קבלת החלטות ופעילות המושתתים על הבנה אפידמיולוגית מקצועית של ניהול חלק מניעת התחלואה.

תחושתי היא כי בפועל כיום מושקע זמן אינסופי בהרגעת הרוחות וניהול השותפויות (שהן כאמור לא רק מבורכות בעיני אלא הכרחיות), זאת בעוד שהעשייה בשטח אינה מקבלת את תשומת הלב והמקצועיות הנדרשים. זמן רב מידי מושקע בוויכוחים, דיונים, יועצים, פורומים וגורמים מטעם עצמם בעוד שרמת התפעול והפרטים הנדרשים להצלחת המבצעים השונים אינם מקבלים את תשומת הלב הראויה ולוקים בחסר. במקביל וכתוצאה מכך נוצר מצב בו דיונים רבי משתתפים לוקים בחוסר הבנת התמונה המורכבת **ונוצרות כפילויות המלוות בטיפול כוללני ובלתי מספק**, וזאת בעוד שכח האדם שנותר לטיפול ביישום ההחלטות קטן מידי, שחוק ומתוסכל.

בנוסף קיימת **תחלופה גדולה מידי** בשחקנים החיצוניים למשרד הבריאות, ולכל אחד מהם (ומדובר בצוותים מעולים בעלי יכולות מוערכות ורצון עז וכן לשיתוף פעולה), עקומת למידה שאורכת זמן. כך, עוד לפני שהגיעו למלוא ההישגים בנושא בו טיפלו הם מוחלפים בשחקנים אחרים שנאלצים ללמוד את כל התורה מבראשית.

נקודה נוספת היא **חציית גבולות בין סמכות** (אותה יש לאנשים רבים וטובים שמביאים נכסים מעניינים ברעיונות ובדעות) **לבין אחריות** המוטלת באופן ביקורתי על גופים רגולטורים, שמתקשים לעבוד באווירת שאינה חפה גם מאינטרסים אישיים. בכל מקרה, יש לבסס תרבות של גיבוי לעושים במלאכה שכן לכל עמדה יש גם עמדות מנוגדות אך ניהול חייב להיות מונהג בסופו של דבר ע"י הצוות שבידיו הסמכות ועליו **מוטלת האחריות** לתוצאה, כמו גם לחלופות שיש להחליט ביניהן (שהרי לא ניתן לקיים בו זמנית החלטות מנוגדות).

בלימת התפשטות מגפת הקורונה

בהיעדר חיסון וטיפול במחלה הדרך היחידה לבלימת התפשטות מחלת הקורונה היא עצירת מעבר הנגיף מאדם נגוע לאדם אחר. עקרון זה נלמד עוד במגיפות ההיסטוריות שליוו את האנושות וקטלו מיליוני בני אדם ולפעמים אוכלוסיות שלימות וביניהן מגפת הטיפוס שהתרחשה ביוון במאה החמישית לפנה"ס, מגפת האבעבועות השחורות שקטלה כרבע מהקיסרות הרומית, המוות השחור שהחל במסין והגיעה לשיאו כשקטל כ- 35 מיליון איש באירופה בלבד במאה ה-14, השפעת הספרדית שגבתה את חייהם של עשרות מיליונים בתחילת המאה הקודמת, ועוד.

כיום התפשטות מחלות קשורה בגלובליזציה ובהתאם לכך, מניעת התפשטות מחלות נמצאת בין הנושאים הראשיים על סדר היום של ארגון הבריאות העולמי כשמאמצים רבים ממוקדים לתמיכה במוכנות מדינות להתמודדות עם מצבי חירום כמו שמציבה בפנינו פנדמיית הקורונה.

קווי ההגנה וההכלה מבוססים על **מניעת הדבקה** ובהתאם לניסיון העבר (שתקף גם כיום), בלימת עיקר ההתפשטות מתבססת על **בידוד יעיל של החולים והמדביקים ושמירה על היגיינה**. זוהי כל התורה על רגל אחת!

אולם, תכונות המחלה החדשה, הקורונה גורמות לכך שאין כל אפשרות ביולוגית ו/או טכנית לאתר את כל החולים או המדביקים במחלה, ולכן ההתמודדות אתה לא יכולה להישען רק על זיהוי ממוקד ובידוד האנשים שעלולים להפיץ את המחלה ומחייבת שילוב אסטרטגיות. אף כלי אינו מושלם ואף אסטרטגיה אינה הרמטית, יש לנצל את הערך שמוסיף כל כלי לצמצום ההתפשטות. אין כלי בודד שימנע 100% מהדבקות אבל צירוף כלים שכל אחד מהם מוריד 20-10 או 30% מהדבקות ישפיעו בצורה אפקטיבית על סך צמצום ההדבקות והתחלואה. בתרומה משותפת של מספר אסטרטגיות יעילות ניתן יהיה להוריד את מקדם ההדבקה מתחת ל-1.

קטיעת שרשת ההדבקה

עקרון זה מרכזי והכרחי להפחתת כמות ההדבקות בנגיף. הוא היווה ועודנו מהווה, עקרון מוביל בפעילות במניעת התפשטות הקורונה במדיניות משרד הבריאות, כפי שהומלצה ויושמה מתחילת ההתמודדות עם המחלה.

בניגוד ל"אגדות אורבניות" שהופצו לא אחת באמצעי התקשורת, משרד הבריאות תמך ותומך באסטרטגיה זו ופעל באופן נחרץ למימושה.

אסטרטגיה זו יעילה במיוחד במצבים בהם קיים **סמן** לאוכלוסיות מהן יתפתחו רוב המקרים. כך, למשל, בתחילת ההתפרצות בישראל כששיערנו שרוב החולים מיובאים מחו"ל וגם ככל שידענו מאיזה מדינות ניתן היה לבודד את אותם אנשים בסיכון לתחלואה עוד טרם שחלו וכך לקטוע בייעילות את שרשרת ההדבקה. המשך הקטיעה בתוך המדינה התאפשר כאשר הנחנו את המבודדים להודיע על פיתוח סימפטומים וביצענו חקירות אפידמיולוגיות למגעים שלהם.

יעילותם של צעדים אלה יורדת עם **עליית התפשטות המחלה בקהילה**, כשנוצר מצב בו לא ניתן לזהות את כל החולים הראשונים מתחילי השרשראות. **מצב זה הוא השולט בהתפרצות הגל השני**.

קטיעת שרשת ההדבקה כוללת:

- איתור מוקדם של תסמינים (קודם כל ע"י האדם עצמו).
- ביצוע בדיקות PCR במהירות ויעילות ומתן תוצאות בפרק זמן קצר (מחייב פנייה מהירה לרופא, קבלת הפנייה מיידית לבדיקה, ביצוע הדגימה שינוע למעבדה, ביצוע התבחין המעבדתי ושיגור התוצאה בזמן אמת).

- איתור מגעים בפרק זמן מינימלי באמצעות חקירה אפידמיולוגית (בשילוב איכון השב"כ/אפליקציית המגן/כלים טכנולוגים נוספים). החקירות האפידמיולוגיות מהוות מרכיב חיוני בפעילות זו ומתבצעות מאז תחילת ההתפרצות באיכות גבוהה ובזמן סביר (כיום ועד יום וחצי מקבלת התשובה החיובית), 7 ימים בשבוע מהבוקר ועד השעות המאוחרות (22-23).
- בידוד המגעים ומעקב אחריהם לפיתוח תסמינים, צורך בבדיקות נוספות וקטיעת דור נוסף של הדבקה.

ההליך כולו דורש **היערכות מורכבת** המחייבת החלטת האדם להיבדק, זיהוי מהיר של החולה (או נדבק) בעזרת בדיקת מעבדה, בידודו (כדי שיפסיק להדביק אחרים) ביצוע חקירה אפידמיולוגיה לאיתור מגעים של החולה והכנסתם לבידוד (ל-14 יום) ובדיקה מהירה שלהם אם קיים חשד שפתחו מחלה על מנת להמשיך ולהפסיק גם את שרשת ההדבקה שלהם.

דיון מתקיים גם בעניין המשך עצירת ההדבקה בדור 2 הווה אומר בידוד מהיר של "מגע של מגע". למיטב ידיעתי עקרון זה לא מתבצע בשום מקום אחר בעולם וכן אינו נהוג בהנחיות האפידמיולוגיות למניעת הדבקה במחלות מדבקות אחרות.

יתרונות התהליך:

- צמצום ימי הדבקה וכמות נדבקים ומניעת המשך הדבקות של מי שהושם בבידוד.

מגבלות/חסרונות/תופעות לוואי:

- מטבעה של המחלה יכולה **אסטרטגיה זו לכלול נתח מסוים מכלל הנדבקים (לדעתי לא יותר מ-50% בפעילות אופטימלית) בלבד**. יתרה מזאת, ככל שהמחלה מפושטת יותר וככל שמתמעטים מספר החולים שניתן לסמנם כקבוצות מועדות לתחלואה, יורד פלח החולים אותם ניתן לאתר שלב שהוא הכרחי להמשך קטיעת השרשת. התהליך מטבעו אינו הרמטי ולעולם לא יהיה ניתן להשתמש בטכניקה זו **ככלי היחיד** לבלימת התפשטות הנגיף. זאת עקב תכונות המחלה והבדיקות הבאים: קיום מחלה א-סימטומטית ותקופת הדבקה א-תסמינית בגללן לא ניתן לזהות ולהגיע לכל החשודים, החמצה של 30% מהחיוביים הנבדקים בשל רגישות נמוכה של הבדיקה (70% בלבד) ותקופה ארוכה של 14 יום כאשר בכל אחד מימים אלו הנבדק עלול להפוך לחיובי.

ויכוח קיים לגבי ביצוע בדיקות במבודדים א-תסמיניים. לעניין זה חשוב לציין כי תשובה שלילית מייצגת רק את מועד הבדיקה, ומצד שני **'נותנת' לרוב המוחלט של הנבדקים תחושה ואשליה שהם לא נדבקו ולכן יכולים לצאת מבידוד**. תחושת שווא זו יוצרת הדבקות נוספות של אנשים ומבטלת למעשה את יתרון הבידוד שהושקעו מאמצים כה רבים לקיומו. למרות זאת, קיצור זמני בידוד בעקבות בדיקות שליליות מפתה ביותר, קיים לחץ אדיר לקיימו (למשל בשדות תעופה) והנזק שיוצר קשה עד בלתי ניתן להסבר.

- פנייה מהירה של אדם לשירותי הרפואה בבקשה להיבדק- שלב זה גם הוא מאתגר עקב העובדה שתסמיני הקורונה אינם ספציפיים. רק לכ-30% מהחולים חום שהוא תסמין אובייקטיבי ברור. רוב התסמינים לפחות בתחילת המחלה קלים וכך אדם עם כחנך קל בגרון, שיעול יבש מתון או בינוני או תסמין קל אחר יעקבו אחר התפתחות התסמין וייקח זמן עד שיחליטו ש"כן אני לא מדמיון" "אולי זה באמת זה" "כדאי שאלך להיבדק".

התופעה חמורה עוד יותר עקב תופעה של הכחשת המחלה. לצד תופעה חברתית של הכחשת קיום הקורונה שחווינו כחברה עם דעיכת הגל הראשון, המאובחנים כיום חוששים מהצורך בבידוד ובהפסקת עבודה הכרוכים באבחון. כמו כן קיימת אי נעימות משמעותית הנובעת מכך שאנשים נוספים ייכנסו לבידוד בגלל המאומת. באוכלוסיות מסוימות בישראל הבעיה קשה עוד יותר עקב סטיגמטיזציה החולים וכך נוספת לאשמה על האחריות לבידוד אנשים גם בושה.

תופעות אלו מונעות ומקשות על קיצור משך הזמן שאורך עד שאדם פונה לבקשת בדיקה. שלב זה בקטיעת שרשת ההדבקה אינו מנוטר כיום והוא דורש מערכת הסברה מקיפה ושינוי התנהגותי תרבותי שמניסיונו מפעילויות בריאות אחרות הוא מורכב והשגת תוצאות מספקות ממושך ומוגבל מיסודו.

לסיכום

הערכתי המקצועית הינה, שהגל הראשון של התחלואה אופיין בראייה וחיזוי הבאות ובתגובה מהירה והוביל להישגים משמעותיים בהגנה על בריאות הציבור והצלת חיים בישראל. פרק הזמן שחלף, שימש ואפשר לימוד הנושא (במגבלות הידע הקיים) והתארגנות מאסיבית של המערכת.

הישגי ההתמודדות של הגל הראשון הלכו והתבטלו עם הפתיחה הנרחבת והמהירה של המשק. מהלך המעבר לשלב השני בישראל היה הרבה יותר נרחב ומהיר בהשוואה למדינות מערביות אחרות. אווירת הטיפול במחלה ואופן קבלת ההחלטות השתנו באופן יסודי, והתוצאות ניכרו בנסיקת עקומת התחלואה.

לשינוי זה לצערי התלוו הכחשה ניכרת בנוגע למגמות התחלואה שנצפו ובנוגע למשמעות ההחלטות שהתקבלו. בעוד שבהצהרת הפתיחה הוכרז כי ההחלטות ישונו והמהלכים יהיו כפופים להשפעת הצעדים בשטח, בפועל, הפתיחה התקדמה תוך קצור משמעותי בלוחות הזמנים וללא צעדי 'הליכה אחורנית' - וזאת למרות שגרף התחלואה הצביע שהמצב הלך והחמיר. למעשה, רק בסוף השבוע שעבר, החלו ניצני מוכנות לחזרה לפעילות מניעה כשלהי שהיא להערכתי מעטה מידי ומאוחרת.

כולי תקווה שאתבדה, הלוואי שההתרעות שלי בשבועות האחרונים בפורומים שונים היו מיותרות, שהשיחות שקיימתי לתוך הלילה לא היו דרושות, ושהערכתי את מצב התחלואה בקורונה בישראל תתברר כשגויה. הלוואי שאני טועה.

תודה על ההזדמנות לשרת את המדינה ואת אזרחי ישראל, אמצא את הדרך להמשיך לעשות זאת גם בעתיד.

בכבוד רב,

פרופ' סיגל סדצקי
ראש שירותי בריאות הציבור
משרד הבריאות