

---

# עקרונות התמודדות מערכת הבריאות עם מגה אר"ן

---

**דצמבר 2005**

## תודתנו נתונה:

- ליושבי ראש צוותי העבודה הייעודיים שפעלו לגיבוש העקרונות להתמודדות מערכת הבריאות עם מגה אר"ן (2005):
  - תפיסת הפעלה
    - אל"ם ד"ר אריאל הורביץ + סא"ל ד"ר אמיר בלומנפלד
  - עקרונות הפעלת מד"א במגה אר"ן
    - ד"ר צבי פייגנברג + מר עופר שניר
  - מענה לאירוע מגה אט"ה
    - ד"ר אבי גולדברג
  - הסברה, דוברות ותקשורת
    - מר יאיר עמיקם + מר עידו הדרי
  - מידע לציבור
    - גב' אילנה בן שחר
  - טיפול בנפגעי דחק
    - ד"ר אלכס גרינשפון
  - היערכות המכון לרפואה משפטית
    - ד"ר ריקרדו נחמן
  - שילוב המערך הקהילתי הרפואי
    - ד"ר אבי גולדברג
  - שילוב המערך הקהילתי הלא-רפואי
    - מר שרון עזריאל
- ליו"ר הועדה לקביעת קווי יסוד להיערכות למגה אר"ן – פרופ' שמואל שפירא (2002)
- ליו"ר הועדה לגיבוש תורת בית חולים ממיינ – פרופ' שמעון רייסנר (1994)

**תוכן עניינים**

<b><u>עמוד</u></b>	<b><u>נושא</u></b>
4	הקדמה
5	הגדרות ותרחישים אפשריים
7	קווי יסוד לתפיסת ההפעלה
9	הפעלת מד"א/דרג א' במגה אר"ן
11	עקרונות הפעלת בתי החולים
13	עקרונות הפעלת המערך הקהילתי הרפואי
16	מעגלי שליטה
17	עקרונות טיפול בחללים
20	היערכות שירותי בריאות הנפש למגה אר"ן
23	עקרונות הפעלת מרכזי מידע במגה אר"ן
29	הסברה, דוברות ותקשורת במגה אר"ן
37	עקרונות התמודדות עם מגה אר"ן/אט"ה
40	היערכות השלטון המקומי למגה אר"ן
42	נספח א' – תורת בית חולים ממיין
55	נספח ב' – ניתוח יכולות פינני הנפגעים
56	נספח ג' – ניתוח יכולות בתי החולים

## הקדמה

בשנים האחרונות נחשף העולם למספר אירועים שהוגדרו כמגה אירועים רבי נפגעים (מגה אר"ן), כדוגמת הפיגועים במגדלי התאומים שהתרחשו בספטמבר 2001 (9/11) בארה"ב, הפיגועים בספרד (2004) ועוד.

לימוד לקחי האירועים הצביע על הבדלים רבים במענה הנדרש במגה אר"ן לעומת הנהוג באר"נים והציף את הצורך בגיבוש היערכות ייעודית למתאר זה. במגה אר"ן, ההתמודדות של מערכת הבריאות מחייבת שימוש במשאבים לאומיים וגיוס של גופים רבים, מעבר לבתי החולים ומד"א (המופעלים תמיד), כדוגמת המערך הקהילתי הרפואי והלא-רפואי. הטריאז' שיידרש במגה אר"ן הנו שונה מהמבוצע באר"ן, במגמה להציל את מירב הנפגעים ברי ההצלה. ויסות הנפגעים מבוצע באופן שונה, שכן נדרש ויסות ראשוני ארוך טווח, ויסות שניוני מאסיבי, הפעלת בתי חולים כממיינים ועוד. הכרת אירוע כמגה אר"ן ושינוי דפוסי ההתמודדות המוכרים מאר"נים, מחייבים זיהוי האיומים, מוכנות והתארגנות ברמות השונות, ניהול לאומי ומקומי של האירוע ונכונות להתמודד עם סוגיות אתיות (בנושא הטריאז' והטיפול הרפואי).

מטרת מסמך זה היא לקבוע את עקרונות ההתמודדות של מערכת הבריאות עם מגה אר"ן, שיאפשרו בניית נהלי הפעלה מוסדיים, הטמעת הידע בקרב בעלי התפקידים ממוסדות הבריאות ותרגול המענה.

## הגדרות ותרשימים אפשריים :

1. טרור על – אירועי טרור חמורים ביותר, בעלי השפעה ישירה על הביטחון הלאומי, באחת, או יותר, מן הדרכים הבאות (ההגדרה ניתנה על ידי המטה ללוחמה בטרור):
  - 1.1. הרג המוני של עשרות רבות, או מאות, ישראלים.
  - 1.2. הפעלת אמל"ח בלתי קונבנציונאלי אפקטיבי.
  - 1.3. פגיעה קשה ביעדי תשתית לאומיים חיוניים (תעשייה, תקשורת, ביטחון, אנרגיה, תעופה אזרחית).
  - 1.4. חציית "קווים אדומים" על ידי פגיעה מכוונת וקטלנית ביעדים רגישים:
    - גן-ילדים, אתרים מקודשים מרכזיים, בתי חולים, השתלטות על ישוב וביצוע טבח המוני.
    - 1.5. פגיעה קטלנית באישיות בכירה מאד.
2. מגה אר"ן - אירוע ללא התרעה או היערכות מקדימה, החורג מיכולת המענה הרפואי באזור הגיאוגרפי ומחייב גיוס ושימוש בכלל משאבי הפינוי, הרפואה והאשפוז מהאזורים השכנים והלאומיים. אירוע יוכרז כמגה אר"ן במידה ועונה על 2 תנאים:
  - 2.1 מחסור במשאבים המונע פינוי נפגעים בסבב אחד, מזירת האירוע לבתי חולים במעגל הקרוב.
  - 2.2 יכולות מתן טיפול דפניטיבי של בתי החולים במעגל הקרוב קטן ממספר הנפגעים הכולל.
3. מעגל אזורי – כלל המשאבים הזמינים במרחב הגיאוגרפי של מקום האירוע, לפינוי וטיפול בנפגעים. המשאבים כוללים את בתי החולים הנמצאים בטווח פינוי של עד חצי שעה (כ-50 ק"מ) ממקום האירוע, ובלבד שבאותו האזור ממקום מרכז-על אחד לפחות.
4. מעגל תומך – כלל המשאבים הזמינים במרחבים השכנים למקום האירוע (מעבר למעגל האזורי), לרבות בתי החולים הנמצאים במרחק פינוי של עד שעתיים (כ-100 ק"מ). כמו כן כלולים במעגל התומך כלל מרכזי העל לטראומה הקיימים במדינה.
5. מעגל רחוק – כלל המשאבים הלאומיים (מעגל כלל ארצי).
6. תרשימים אפשריים:
  - 3.1. פיגוע התרסקות מהאוויר.
  - 3.2. פיגוע תעופה.
  - 3.3. פיגוע קונבנציונאלי רב עוצמה.

- 3.4. חומרים מסוכנים/חומרים ביולוגיים/חומרים כימיים/חומרים רדיולוגיים.
- 3.5. פיגוע עם מאפייני היפגעות ייחודיים – לדוגמה, ילדים.
7. מתאר האיום: תרחיש האיום נקבע על ידי המועצה לביטחון לאומי/המטה ללוחמה בטרור ועוזר שר הביטחון העוסק במתארים לא קונבנציונאליים.
8. על פי ההנחיה של הרשות העליונה לאשפוז ובריאות לשע"ח (להלן: "הרשות"), מערכת הבריאות נדרשת להיערך למספר דרגות של מגה אר"ן, החל מ-500 ועד 2000 נפגעים.

### קווי יסוד לתפיסת ההפעלה

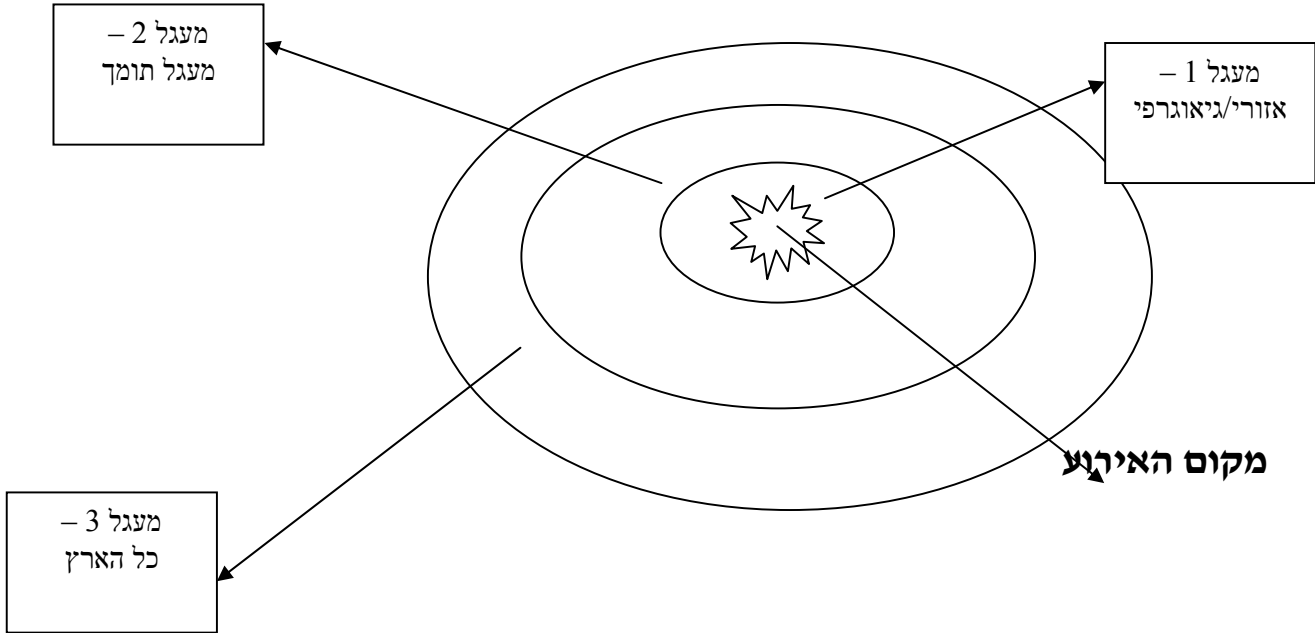
1. התפלגות נפגעים משוערת (מתאר מחמיר):

מספר נפגעים כולל חללים – דרגה 3 (2000)	מספר נפגעים כולל חללים – דרגה 2 (1000)	מספר נפגעים כולל חללים – דרגה 1 (500)	התפלגות נפגעים	חומרת פגיעה
300	150	75	15%	חללים
510	250	130	30%	בינוני + קשה
1190	600	300	70%	קלים + דחק
1700	850	430		סה"כ נפגעים (ללא חללים)

2. הנחות יסוד:

- 2.1 במגה אר"ן קיימים פערים בין משאבי טיפול ופינוי לבין כמות הנפגעים.
- 2.2 יכולת ההשפעה בתחילת האירוע מוגבלת.
- 2.3 המענה למגה אר"ן מבוסס על הפעלת כלל המערכות בראיה לאומית.
- 2.4 המערכת הרפואית המקומית נמצאת באי-ספיקה.
- 2.5 נפגעים דחופים לא בהכרח יהיו ראשונים לפינוי, שכן יתכן וידרש חילוץ.
- 2.6 נפגעים מהאירוע יגיעו לבתי חולים שעות מהרגע שהמטפל הראשון הגיע לאירוע.
- 2.7 חלק מהנפגעים יגיעו לבתי החולים בפינוי עצמוני.

3. הפעלת המענה על בסיס 3 מעגלים :





## הפעלת מד"א/דרג א' במגה אר"ן

### 1. עקרונות הפעלה

- 1.1. המענה האוטומטי לאירוע (כל עוד לא הוגדר האירוע כמגה אר"ן) יהיה זהה למענה לאר"ן.
- 1.2. ההכרזה על מגה אר"ן יכולה להתבצע על ידי מוקד ארצי מד"א, מר"פ העורף או חדר המצב של משרד הבריאות, הפועל באגף לשע"ח. ההכרזה תועבר לכוחות מד"א על ידי המוקד הארצי, באישור גורם מטה מרכז מד"א.
- 1.3. לאחר ההכרזה, יבוצע שינוי במתכונת ההפעלה מעקרונות אר"ן לעקרונות ושיטת הפעלה של מגה אר"ן.
- 1.4. הזרמת כוחות מד"א ממעגל ראשון ושני מיד עם תחילת האירוע (מהירה ומסיבית).
- 1.5. הפעלת מסגרות נוספות- צה"ל, לרבות מסוקים לויסות ראשוני ומתנדבים.
- 1.6. ניהול הפעלת כוחות מד"א בשטח האירוע יבוצע על ידי מוקד האזור הרלבנטי. שטח האירוע יחולק לגזרות.
- 1.7. ניהול תגבור ושליטה במשאבי מד"א יבוצע על ידי המוקד הארצי.
- 1.8. התקשרות בין מוקדים מסייעים למוקד המפעיל יבוצע בתיווך המוקד הארצי של מד"א.
- 1.9. מדיניות פינוי הנפגעים תינתן על ידי המוקד הארצי בהתבסס על ההנחיות שיועברו על ידי חדר המצב של האגף לשע"ח או חמ"ל הרפואה של פיקוד העורף. ניתוח יכולות הפינוי מפורטים בנספח א'.
- 1.10. שיטת סימון הנפגעים תהא זהה לנהוג באר"ן.

### 2. טריאז'

הטריאז' יבוצע באופן שונה מבאר"ן, כלהלן:

מגה אר"ן יבוצע רק ברמת ALS			אר"ן מבוצע לפעמים ברמת BLS	
סימנים חיוניים			סימנים חיוניים	
כן	כן	לא	כן	לא
בר הצלה פעולות מצילות חיים	אנוש – expectant ללא טיפול	ללא טיפול	פעולות מצילות חיים	ללא טיפול
DOA : 2% - 3%			DOA : 11%	

**3. פינוי נפגעים:**

מגה אר"ן	אר"ן
פיזור: יבוצע באופן אוטומטי ראשוני, בין בתי החולים במעגל הקרוב. יתכן ויבוצע בהתבסס על שיטת "מחסניות" מוגדרות מראש. במקביל, יעשה שימוש במסוקים לויסות ראשוני של נפגעים, למעגלים רחוקים.	פיזור: חלוקה מספרית של הפצועים בין בתי החולים השונים באזור.
ויסות: לא יבוצעו פעולות ויסות של פציעות מיוחדות במגה אר"ן.	ויסות: פינוי פצועים עם פציעות מיוחדות לבתי חולים עם יכולות טיפול מתאימות.
כל הפצועים שהוגדרו לא דחופים, ירוכזו באזור בו אין נפגעים דחופים. הפצועים לא יפונו באמבולנסים, אלא יפונו באוטובוסים, לבתי חולים מרוחקים, שאינם מרכזי טראומה. לחילופין, יפונו נפגעים אלה לבתי חולים קרובים, בשלב מאוחר יותר של האירוע, לאחר הפחתת העומס.	כל הפצועים שהוגדרו לא דחופים, מפונים באמבולנסים לבתי החולים, לאחר פינוי הפצועים הדחופים.

**4. יעדי הפינוי:**

- 4.1 נפגעים דחופים: בויסות רכוב – בתי חולים קרובים (מעגל ראשון); בויסות מוסק – בתי חולים במעגל שני או שלישי.
  - 4.2 נפגעים קלים – בתי חולים מרוחקים, או בתי חולים קרובים, אך זאת בשלבים מאוחרים יותר של האירוע.
  - 4.3 ויסות אוטומטי ראשוני יבוצע על פי מחסניות מוגדרות מראש.
  - 4.4 יקבעו יעדי פינוי קבועים, לזירות ידועות.
  - 4.5 יבוצע פינוי מוסק של נפגעים לבתי חולים מרוחקים.
  - 4.6 לא יועברו חללים לבתי החולים, אלא למכון לרפואה משפטית או ליעד אחר שיונחה על ידי משטרת ישראל.
5. במגה אר"ן יוקצו נציגי מד"א לבתי החולים במעגל הקרוב ובמעגל התומך, גם אם לא פונו אליהם עדיין נפגעים.

### עקרונות הפעלת בתי החולים:

1. בתי החולים במעגל האזורי יופעלו כבתי חולים ממייניים, תוך פרק זמן קצר מתחילת האירוע. לפירוט עקרונות הפעלת בית חולים כממייין, ראה נספח ב'.
2. כל בתי החולים במעגל התומך יוכנסו לכוננות, על ידי חמ"ל הרפואה של פיקוד העורף.
3. בתי החולים במעגל הרחוק יוכנסו לכוננות, על פי החלטת מר"פ העורף או מטה ה"רשות".
4. כל בתי החולים יעודכנו באופן שוטף בכל מהלך האירוע, באמצעות דיווח ישיר או באמצעות מערכת הזימוניות המותקנת במחלקות לרפואה דחופה.
5. המענה הרפואי ייקבע בהתאם למצאי המשאבים הקיימים באזור גיאוגרפי של מקום האירוע, בדגש על שני פרמטרים קריטיים (צווארי בקבוק):
  - 5.1 חדרי ניתוח – המדד האובייקטיבי הינו מספר הניתוחים שניתן לבצע.
  - 5.2 עמדות טיפול נמרץ – כלל העמדות הנמצאות בבית החולים ולא רק אלו ביחידות טיפול נמרץ.
6. תחלואה שוטפת תטופל במגה אר"ן כפי שמבוצע בשגרה, אף אם משך הפינוי ימשך פרק זמן ממושך יותר, אלא אם יוחלט במהלך האירוע על ידי הרשות העליונה לאשפוז ובריאות בשע"ח, על הפניית חולים לבתי חולים אחרים.
7. ניתוח היכולות של בתי החולים בראיה מרחבית מפורטים בנספח ג'.
8. לאור ניתוח היכולות של בתי החולים, הוסקו המסקנות הבאות:
  - 8.1 קיימים פערים בדרגות שונות ביכולות טיפול נמרץ ובחדרי ניתוח, ביחס לצפי הנפגעים במתארי מגה האר"ן, במעגל האזורי. לאור זאת, יהיה צורך בהרחבת מעגלי הטיפול.
  - 8.2 קיימים פערים במיטות אשפוז בתחומים ספציפיים, כדוגמת נירוכירורגיה, כוויות, ועוד. הדבר מחייב ויסות שניוני ארצי של נפגעים עם פציעות ייחודיות.
  - 8.3 משך האשפוז הארוך ביחידות טיפול נמרץ מחייב ויסות שניוני מושכל, על מנת שהמערכת האזורית תוכל להמשיך ולקלוט תחלואה שוטפת.
9. פעילות חדרי ניתוח:
  - 9.1 לא צפויים פערים משמעותיים בפריסה ארצית בניתוחים הדחופים.

- 9.2 ניתוחים לא דחופים יבוצעו בהמשך והשלמתם עשויה לארוך מספר ימים.
- 9.3 נפגעים הזקוקים לניתוחים לא דחופים, יועברו לבתי חולים מרוחקים, כחלק מעקרונות הפעלת בתי חולים כממיינים.
- 9.4 תיבנה תמונת מצב בפיקוד העורף אודות יכולות חדרי הניתוח בבתי החולים השונים. תמונת המצב תעודכן, עם ההכרזה על אירוע מגה אר"ן.
- 9.5 החזרה לפעילות אלקטיבית תבוצע בהדרגה, על פי תכנית שתקבע מראש (כדוגמת ניתוח ממאירויות לפני החלפות מפרקים).
- 9.6 החזרה לשגרה תבוצע בשליטה מרכזית של חדר המצב של משרד הבריאות או חמ"ל הרפואה בפיקוד העורף.
10. פעילות טיפול נמרץ :
- 10.1 ההתייחסות היא ליכולות טיפול נמרץ ולא למיטות ביחידות לטיפול נמרץ.
- 10.2 יכולות מתן טיפול נמרץ נגזרות מהיקפי כוח האדם הזמינים של רופאים ואחיות, ומזמינות המכשור הרפואי הנדרש.
- 10.3 ייקבעו רמות הטיפול היעודיות למתן טיפול נמרץ במגה אר"ן, (היקפי כוח אדם רפואי וסיעודי ביחס לנפגעים, מתכונת מדידת סימנים חיוניים וכו'). כמו כן, ייקבעו קריטריונים לכניסה וליציאה מטיפול נמרץ ביניים.
- 10.4 ויסות שניוני של נפגעים הזקוקים לטיפול נמרץ יבוצע החל מתחילת האירוע ועד לאיזון הפריסה הארצית (מספר ימים).
- 10.5 יבוצע ויסות שניוני "יעודי" – העברת מספר מצומצם של נפגעים למרכזים בעלי התמחות בתחומים נבחרים.
11. תבוצע פעילות הכשרה להרחבת ידע בתחומים הבאים :
- 11.1 חיזוק הידע של הכירורגים בכלל בתי החולים בטכניקות של "בקרת נזקים".
- 11.2 הרחבת רמת הידע אודות הטיפול בפציעות ייחודיות (כדוגמת כוויות) בקרב כלל הצוותים (ABLS).
- 11.3 העלאת רמת המיומנות של מתן טיפול נמרץ לגילאים שונים, בכלל היחידות לטיפול נמרץ.

### עקרונות הפעלת המערך הקהילתי הרפואי:

#### 1. הנחות יסוד:

- 1.1 על פי תרחיש הייחוס המחמיר, יש להיערך ל- 2000 נפגעים, מהם כ- 1200 נפגעים קלים ונפגעי דחק.
- 1.2 קיימים פערים ביכולות הקליטה של בתי החולים המחייבים הפעלת בתי החולים במעגל הראשון כממיינים ופעולות רבות של ויסות שניוני לבתי חולים במעגל תומך.
- 1.3 נפגעים קלים באר"ן יגיעו לבתי החולים בשני גלים: גל ראשון – פינוי עצמי ופינוי על ידי עוברי אורח בתחילת האירוע (פציעות קלות או תגובות דחק מיידיות); גל שני – בדרך כלל הגעה עצמאית (פציעות קלות, תגובות דחק מאוחרות יותר, רווח משני).
- 1.4 על פי התורה למגה אר"ן, יבוצע פינוי נפגעים קלים לבתי חולים מרוחקים שאינם מרכזי טראומה באמצעים לא יעודיים.
- 1.5 זמן ההתארגנות של פינוי סדור כזה נמדד בשעות.
- 1.6 בהעדר מענה זמין אחר, יגיע חלק גדול מהנפגעים הקלים, גם אלו של הגל השני, לבתי החולים הקרובים.
- 1.7 טיפול בנפגעים הקלים דורש תשומות, בעיקר כוח אדם ולוגיסטיקה, שעלול להפריע לטיפול בנפגעים הדחופים.
- 1.8 חלק מהנפגעים הקלים ונפגעי דחק, המהווים כ-70% מסך הנפגעים החיים באירוע, יכולים לקבל את הטיפול מחוץ לבתי החולים (על פי מודל שדרות או מודל חוסן-תל אביב).
- 1.9 למערך רפואת הקהילה יכולות נרחבות שלא שולבו עד כה במענה למגה אר"ן.

#### 2. נקודות חוזקה:

- 2.1 פריסה ארצית רחבה.
- 2.2 כוח אדם בהיקפים גדולים.
- 2.3 כישורים –
  - 2.3.1 מיומנות בסיסית –
    - 2.3.1.1 טיפול בנפגעים מבוצע על ידי אחיות מרפאה.
    - 2.3.1.2 תמיכה והרגעה על ידי אחריות ורופאים.

- 2.3.1.3 רענון דו שנתי בפעולות מצילות חיים (מבוצע באופן חלקי).
- 2.3.2 מיומנות מתקדמת :
- 2.3.2.1 מרפאות מקצועיות גדולות – מכוני דימות, מחלקות תאונות עם רופאים ממקצועות הטראמה.
- 2.3.2.2 רפואה מקצועית לבעיות ספציפיות – עיניים, א.א.ג. וכדומה.
- 2.4 תשתיות –
- 2.4.1 מבנים גדולים למרפאות מרכזיות.
- 2.4.2 מכוני דימות במרפאות מרכזיות.
3. נקודות חולשה :
- 3.1 3 שעות עבודה מצומצמות - 30% משעות העבודה בשבוע. (% גבוה יותר מהשעות ה"מועדות" לאירוע מגה אר"ן).
- 3.2 מיומנות ארגונית נמוכה באר"ן –
- 3.2.1 אין נהלים לאירוע רב נפגעים.
- 3.2.2 אין ציוד יעודי לאירוע רב נפגעים.
- 3.2.3 אין הדרכה ותרגול לאירוע רב נפגעים.
- 3.3 העדר מערך אזעקת סגל.
- 3.4 העדר מערכות שליטה ותקשורת מתאימות –
- 3.4.1 זיהוי בעלי תפקידים ואמצעי שליטה באירוע.
- 3.4.2 רישום ושליטה בנפגעים.
- 3.5 כפילות העסקה.
4. המטרה: הפעלת מרפאות מקצועיות מרכזיות כיעד לקליטת נפגעים קלים במתאר מגה אר"ן.
5. עקרונות הפעלת "מרפאות מגה אר"ן":
- 5.1 כשירויות נדרשות –
- 5.1.1 מרפאות מקצועיות הכוללות מחלקת תאונות ומכון דימות.
- 5.1.2 מתקן המאפשר לוגיסטיקה של עד 200 נפגעים על פני 2-3 שעות.
- 5.2 פריסה: 2 - 3 מרפאות בערים הגדולות. מרפאות נוספות בערים מרכזיות.
- 5.3 הערכה: כ-20 מרפאות בפריסה ארצית (בשירותי בריאות כללית אותרו בסך הכול כ-15 מרפאות).

- 5.4 הפעלה בשעות הפעילות בלבד.
- 5.5 זמן למוכנות לקליטת נפגעים – 30 דקות.
- 5.6 הפעלה :
- 5.6.1 הפעלה ישירה, בדומה לבתי החולים, על ידי חדר המצב של האגף לשע"ח או חמ"ל הרפואה של פיקוד העורף.
- 5.6.2 פינוי נפגעים קלים על ידי מד"א ושאר הכוחות הפועלים בזירה.
- 5.7 כוח אדם :
- 5.7.1 על בסיס כוח האדם במרפאה (עשרות רופאים ואחיות במרפאה גדולה, כוח אדם פרה-רפואי ומנהלי).
- 5.7.2 תגבור מרפאות סמוכות על בסיס רשת תגבור שתוגדר מראש.
- 5.7.3 צוותי התערבות בריאות הנפש מהרשות המקומית.
- 5.8 ציוד רפואי :
- 5.8.1 שעתיים ראשוניות על בסיס הציוד הקיים בשגרה במרפאה.
- 5.8.2 תגבור ממלאי מרכזי של האגף לשע"ח.
- 5.9 פינוי לבתי חולים – פינוי נפגעים מדרדרים לבתי חולים באמבולנסים פרטיים או של מד"א.
- 5.10 שליטה :
- 5.10.1 הפעלה ושליטה על ידי חדר המצב של האגף לשע"ח, תוך עדכון חמ"ל הרפואה של פיקוד העורף.
- 5.10.2 דיווחים, עדכונים ופערים יועברו ישירות מהמרפאה לחדר המצב שירכז את תמונת המצב.

### מעגלי שליטה:

1. הכרזת אירוע כמגה אר"ן תבוצע על ידי מד"א, חמ"ל הרפואה של פיקוד העורף או חדר המצב של האגף לשע"ח, בהתאם להבנת התרחיש או על סמך הנתונים המצטברים.
2. בהנחיית חמ"ל הרפואה של פיקוד העורף, יפעלו בתי החולים הסמוכים לאזור האירוע כבתי חולים ממיינים.
3. ויסות הנפגעים הראשוני – פינוי מהיר של נפגעים, דחופים בלבד, באופן רכוב לבתי החולים באזור האירוע, או ויסות מוסק ליעדים רחוקים, ללא התאמה לפגיעה. השליטה ביעדי הפינוי הרכוב תבוצע על ידי מד"א, בתיאום עם חמ"ל הרפואה של פיקוד העורף.
4. חמ"ל הרפואה של פיקוד העורף יבנה תמונת מצב ויעביר המידע למד"א, אודות "הצפת" בתי חולים באזור ויעדי פינוי. על בסיס תמונת מצב זו, יוחלט על ידי מר"פ העורף או על ידי חדר המצב של האגף לשע"ח על הרחבת המענה לטובת הויסות הראשוני (העברת נפגעים לבתי חולים במעגל התומך או במעגל הכלל ארצי).
5. הרחבת המענה לטובת הויסות הראשוני תינתן על ידי חדר המצב של האגף לשע"ח או על ידי חמ"ל רפואה פיקוד העורף, בהתאם לתמונת המצב שתתקבל מבתי החולים בקולטים וממד"א.
6. היערכות לביצוע ויסות שניוני מבתי החולים האזוריים לבתי חולים במעגל התומך או הרחוק, תבוצע החל משלבים מוקדמים של האירוע. הויסות השניוני יבוצע לכלל מעגלי הטיפול (כלל ארצי).
7. יופעל בתיאום חמ"ל רפואה פיקוד העורף סד"כ אווירי לויסות ראשוני או לויסות שניוני מבתי החולים הקולטים לבתי חולים מחוץ לגזרת האירוע. כמו כן, ייעשה שימוש באמבולנסים של מד"א ושל חברות אמבולנסים פרטיות לויסות השניוני, עם סיום פינוי הנפגעים משטחי האירוע.
8. בתי החולים המרוחקים ישמשו לטיפול בתחלואה שוטפת במקביל להיערכות לקליטת הנפגעים.
9. חדר המצב של האגף לשע"ח ידאג להמשך אספקת שירותי הרפואה במרחב, בשעות/ימים שלאחר האירוע.



### עקרונות טיפול בחללים במכון לרפואה משפטית

1. משאבים קיימים –
  - 1.1 6 רופאים, 4 פרוסקטורים, 6 מזכירות.
  - 1.2 10 מקומות לטיפול בגופות.
  - 1.3 יכולת אחסון כ- 81 גופות.
2. שלבי התארגנות –
  - 2.1 עדכון.
  - 2.2 הגעה למכון. התארגנות פנימית – לוגיסטיקה.
  - 2.3 יצירת קשר עם מזרימי מידע.
  - 2.4 קבלת החלטות.
  - 2.5 המתנה.
  - 2.6 עבודה.
3. שיטת העבודה –
  - 3.1 קבלת גופות – מיון ראשוני.
  - 3.2 חלוקת עבודה.
  - 3.3 עבודה לפי תחנות – משנן, טביעות אצבע, רופא משפטי (DNA), צילום.
  - 3.4 איסוף טפסים PM.
4. צוותים –
  - 4.1 משטרה.
  - 4.2 מכון: רופאים, פרוסקטורים, ביולוגיה, אנתרופולוגיה.
  - 4.3 עובדים סוציאליים.
  - 4.4 צוותי מד"א.
  - 4.5 מתנדבים.
5. מטרות הפעילות:
  - 5.1 ביצוע זיהוי מדעי. (זיהוי – תוצאה חיובית של השוואת מאפיינים יחודיים, יציבים ובלתי נפרדים מהגוף).
  - 5.2 עבודה מהירה.
  - 5.3 עבודה מקצועית.
  - 5.4 שחרור לקבורה.

## 6. שלבי העבודה –

- 6.1 זיהוי ראשוני על פי טפסי PM + טפסי AM, השוואת משנן, טביעת אצבע, סימנים רפואיים ופרופיל גנטי (הכרות אישית).
- 6.2 זיהוי סופי.
- 6.3 פגישה עם משפחות החללים.
- 6.4 זיהוי מדעי.
- 6.5 תהליכי שחרור לקבורה.
7. יופעל מרכז מידע למשפחות, שיאויש על ידי נציגי משטרה, עובדים סוציאליים, מד"א ונציגי המכון לרפואה משפטית.
8. תזמון זיהוי הנפגעים תלוי בגורמים הבאים –
- 8.1 זמן העברת הגופות.
- 8.2 שלמות הגופה.
- 8.3 פנית בני משפחה ומילוי טופס AM.
- 8.4 טכניקה של זיהוי ראשוני,
- 8.5 דרך הזיהוי הסופי.
9. דרישות יסוד לטיוב תהליך הזיהוי –
- 9.1 קשר הדוק בין המכון לרפואה משפטית לגורם משטרה מוסמך.
- 9.2 העברת כל הגופות, גם משטח האירוע וגם מבתי החולים אל המכון.
- 9.3 קבלת עדכונים אודות פצועים בבתי החולים.
- 9.4 שמירת קשר חוקר-מנהל האירוע במכון.
- 9.5 קבלת אחריות על דברי ערך.
- 9.6 איחוי נתונים וזרימת נתונים.
10. שיטות עבודה חליפיות –
- 10.1 עם או בלי נתיחה.
- 10.2 עם או בלי פרסום תמונות הקורבנות ברשתות אינטרנט או אינטרנט.
- 10.3 שימוש בשני סוגי מכולות קירור – טרום בדיקה ופוסט בדיקה. קיימת יכולת לפרוס במכון מכולות קירור נוספות.

11. משכי טיפול של המכון מותננים בהיקף החללים -
- 11.1 במגה אר"ן מדרגה 1 (300-500 נפגעים, מתוכם 75 חללים) –  
כשלושה ימים.
- 11.2 במגה אר"ן מדרגה 2 (1000 נפגעים, מתוכם 150 חללים) –  
כששה ימים.
- 11.3 במגה ארן מדרגה 3 (2000 נפגעים, מתוכם 300 חללים) –  
כעשרה ימים.
12. נתיחה לצורך זיהוי גורם פגיעה –
- 12.1 מנהל המכון הלאומי לרפואה משפטית הנו בעל הכוח והסמכות  
החוקית להורות על נתיחה.
- 12.2 משטרת ישראל מוסמכת לפנות לבית המשפט בבקשה להורות על  
ביצוע נתיחה לצורך זיהוי גורם פגיעה.
13. צוות המכון יפעל תוך הקפדה על כללי מיגון כנהוג בנתיחות בשגרה.

## היערכות שירותי בריאות הנפש למגה אר"ן

### 1. בתי חולים כלליים :

1.1 עם פתיחת אתרי הטיפול בבתי החולים הכלליים במעגל האזורי ובמעגל התומך, יפתחו גם האתרים לטיפול בנפגעי הדחק בבתי החולים הללו, על פי נוהל פריסת אתרי דחק (נוהל 30.001), כחלק ממכלול אתרי הטיפול אשר יקלטו אוכלוסיית נפגעי דחק.

1.2 במקומות בהם קיים צורך לתגבר את בית החולים הכללי בכוח אדם מתחום בריאות הנפש, יופעל נוהל חבירת כוח אדם מבתי החולים הפסיכיאטריים ומרפאות בריאות הנפש (נוהל 1.027), וישלח צוות תגבור בריאות הנפש במגה אר"ן, כלהלן :

1.2.1 2 פסיכיאטריים.

1.2.2 2 פסיכולוגים.

1.2.3 2 עובדים סוציאליים.

1.2.4 2 אחים פסיכיאטריים.

1.2.5 מחצית מהצוות יכלול אנשי מקצוע בתחום ילדים ונוער.

1.3 מנהל אתר הדחק יעמוד בקשר עם מנהל השירות הסוציאלי בבית החולים, לתיאום הפעילות והטיפול במשפחות הנפגעים (בהתאם לנוהל מס' 2.009).

1.4 מנהל אתר הדחק יעדכן את מנהל בית החולים הכללי/נציגו במהלך פעולת האתר, וייעזר בהם במידה ויהיה צורך בתגבור צוות בריאות הנפש באתר הדחק או בפינוי נפגעי הדחק לאתרי דחק אחרים בבתי חולים או בקהילה.

### 2. מרפאת מגה אר"ן :

2.1 לכל מרפאה שתוגדר כמהווה יעד לפינוי נפגעים קלים ונפגעי דחק, יצטרף אחד מצוותי תגבור בריאות הנפש הנותרים בבית החולים הפסיכיאטרי, לשם טיפול בנפגעי הדחק.

2.2 ההתערבות הטיפולית במרפאת מגה אר"ן תתנהל על פי מתכונת אתר דחק (נוהל 30.001).

2.3 הפעלת צוותי בריאות הנפש תתרחש בשתי דרכים :

- 2.3.1 דיווח של הרופא המחוזי לפסיכיאטר המחוזי על פתיחת מרפאת מגה אר"ן, ובעקבות כך העברת הנחייה של הפסיכיאטר המחוזי למנהל בית החולים הפסיכיאטרי לשליחת צוותי תגבור.
- 2.3.2 הודעה גלויה בתקשורת שתקרא להתייצבות צוותים.
- 2.4 במקרה של אירוע מתמשך או פתיחת מרפאות מגה אר"ן בכמות העולה על יכולת סיוע שירותי בריאות הנפש מהמחוז, יפנה הפסיכיאטר המחוזי לנציג בריאות הנפש בחדר המצב של האגף לשע"ח, אשר יצוות אותו לפסיכיאטר מחוזי אחר, לשם קבלת סיוע בכוח אדם מקצועי.
3. תפקידי גורמי בריאות הנפש במגה אר"ן:
- 3.1 ראש שירותי בריאות הנפש/ראש מערך התנהגות אוכלוסייה בריאות הנפש – יהיו זמינים לחדר המצב של האגף לשע"ח ויקיימו קשר מתמשך עם הפסיכיאטרים המחוזיים ושאר הגורמים הרלבנטיים לפי הצורך.
- 3.2 פסיכיאטר מחוזי –
- 3.2.1 יקבל דיווחים על פתיחת אתר הדחק ויסייע בפתרון בעיות שיוצגו על ידי מנהלי בתי החולים או נציגיהם, עד לסיום האירוע.
- 3.2.2 יתגבר, על פי הנחיות נציג בריאות הנפש בחדר המצב של האגף לשע"ח, כל אתר אשר יידרש על פי תמונת המצב (כגון מרכזי פינוי, מרכזי חיסון ועוד).
- 3.2.3 יעריך צורך בסיוע בין-ארגוני ובין-מחוזי, ידווח לנציג בריאות הנפש בחדר המצב בשע"ח על המצב באזור וייעזר בו לפתרון בעיות ותיאום הקשר עם מחוזות אחרים, במידה ויהיה צורך בתגבור מערך בריאות הנפש באזור האירוע.
- 3.3 מרכזי בריאות הנפש בבתי חולים פסיכיאטריים –
- 3.3.1 מנהל בית החולים יעבוד על פי הנחיות מקצועיות של הפסיכיאטר המחוזי.
- 3.3.2 צוות תגבור מגה אר"ן יישלח לאתר הדחק שנפתח בבית החולים הכללי.
- 3.3.3 צוותי תגבור נוספים יישלחו למרפאות מגה אר"ן שיפתחו בקהילה.
- 3.3.4 מנהל בית החולים הפסיכיאטרי ישמר הקשר עם צוותי התגבור שנשלחו לשטח לשם מתן סיוע בפתרון בעיות.
- 3.4 רכזי שעת חירום של בריאות הנפש –
- 3.4.1 אחראים על תיאום הטיפול עבור נפגעי הדחק שפנו למרפאה

3.4.2 יהיו זמינים לסיוע לפסיכיאטר המחוזי ומנהל המרפאה, על פי הצורך.

4. פגיעה נקודתית בבית חולים פסיכיאטרי –

- 4.1 יחל פינוי מטופלים לבתי חולים אחרים, על פי תרשים זרימה שיוכן מראש.
- 4.2 בעת החלטה על פינוי בתי חולים פסיכיאטריים במעגל האזורי, יערכו בתי חולים במעגל התומך לתפוסה של 30% מיטות נוספות מעל התקן, על פי הוראה מנציג בריאות הנפש בחדר המצב של האגף לשע"ח.
- 4.3 מנהל בית החולים ידווח לפסיכיאטר המחוזי אשר יעביר הדיווח לחדר המצב של האגף לשע"ח.

## עקרונות הפעלת מרכזי מידע במגה אר"ן

### 1. כללי:

1.1 בתי החולים יפעילו מרכזי מידע במגה אר"ן ברגיעה ובשעת חרום

### 2.1.2 מטרה:

2.1 להסדיר את ארגון והפעלת מרכזי המידע לציבור בבתי החולים הכלליים במגה אר"ן .

### 3 תפקידי מרכז המידע:

3.1 ריכוז מידע לגבי הנפגעים הנקלטים בבתי החולים ובבתי חולים אחרים.

3.2 מתן מידע לקהל הפונים באופן אישי ובטלפון.

3.3 הכנת בני המשפחה למפגש עם הנפגעים.

3.4 מתן טיפול נפשי ראשוני לבני משפחות הנפגעים והנפטרים.

3.5 סיוע באיתור בני משפחות הנפגעים.

3.6 איסוף מידע לגבי אלמונים וסיוע בזיהויים.

3.7 עדכון המידע הנאסף בהליך זיהוי הנפגעים במערכת "אדם".

3.8 העברת מידע לגבי נפגעים למרכזי מידע בבתי חולים אחרים ולנציגי גופים רלבנטיים כגון רשויות מקומיות, צה"ל ומשטרת ישראל, בהתאם לצורך ולנהלים.

3.9 גיבוי מרכזי מידע בבתי חולים אחרים אשר מסיבה כלשהי אינם יכולים לפעול או זקוקים לתגבור.

### 4. שיטה:

4.1 עם התרחש ארוע אר"ן ומגה ארן ייפתח מרכז מידע במקום שנקבע מראש ואושר על-ידי מטה בית החולים. בחירום יופעל מרכז מידע מצומצם אשר יהיה פתוח לאורך הזמן.

4.2 האחריות להפעלת מרכז המידע חלה על מנהל/ת השירות לעבודה סוציאלית של בית החולים.

### 4.3 הרכב הצוות:

4.3.1 עובדים סוציאליים (עו"ס)

4.3.2 רופא פנימי

4.3.3 אחות

4.3.4 מנהלניות, קלדניות

4.3.5 פסיכיאטר

4.3.6 טלפניות

4.3.7 צוות ר"ם 2 / יק"ר (יחידת קישור רפואית)

4.3.8 נציג אכ"א נפגעים (צה"ל)

- 4.3.9 צוות אבטחה
- 4.3.10 רצים
- 4.3.11 גורמים חבירים - נציג משטרת ישראל, הרשות המקומית / שירותי רווחה וכפי שיקבע בכל מרכז.
- 4.3.12 במגה אר"ן – יתוגבר צוות מרכז המידע - באמצעות אנשי מקצועות בריאות נוספים מתוך המערכת (רפוי בעסוק, שקום הפרעות בתקשורת סטודנטים, מתנדבים).
- 4.4 מיקום ומבנה מרכז המידע:**
- 4.4.1 יש למקם את מרכז המידע בקרבת הכניסה לבית החולים, אך לא בסמיכות לאזור קליטת הנפגעים. רצוי עם כניסה נפרדת.
- 4.4.2 יש לתלות שילוט מכוון ברור שיסייע להדריך את אוכלוסיית הפונים על דרכי הגישה למרכז המידע.
- 4.4.3 מבנה מרכז המידע יהיה כדלקמן:
- 4.4.3.1 אולם המתנה גדול לבני משפחות שם ניתן לרכז מספר רב של אנשים ולמסור מידע במרוכז.
- 4.4.3.2 חדר מטה.
- 4.4.3.3 חדר מנהלה לריכוז ועיבוד הנתונים.
- 4.4.3.4 תגבור חדרים להפעלת מרכז למסירת מידע טלפוני כאשר ליד כל מכשיר טלפון (המרושת ברשת החנק) מסוף מחשב המחובר למערכת "אדם".
- 4.4.3.5 תוספת ציוד ותגבור מספרי הקווים הטלפונים, מספר החדרים, מחשבים מדפסות, מכשירי פקס ומכשירי טלפון.
- 4.4.3.6 תוספת חדרים מתוגברים במרכז מידע פרטני למשפחות המגיעות לבי"ח לקבלת מידע וטיפול תומך.
- 4.4.3.7 תוספת חדרים למרכז מידע לזיהוי אלמונים.
- 4.4.3.8 חדרים לגורמים חבירים (צבא כגון ר"ם 2 ואכ"א נפגעים, משטרה, רשות מקומית, שירותי רווחה וכד').
- 4.4.3.9 הנגשת המבנה לאנשים עם מוגבלות לרבות לשירותים.
- הערה:** ניתן למקם את מרכז המידע הטלפוני במרחק משאר הפונקציות של מרכז המידע.

#### 4.5 ציוד:

- 4.5.1 ציוד תקשורת - טלפונים חוץ ופנים (כולל טלפונים ציבוריים), רשת חנק, פקסימיליה. מירסים, מגהפונים ואמצעי תקשורת העומדים במצבי עומס גישה למכונת צילום.
- 4.5.2 נגישות מידע ותקשורת ל: אתרים, בתי חולים סמוכים, רשות / מועצה מקומית. משטרה, מכון לרפואה משפטית וכד'



- 4.5.3 ציוד משרדי.
- 4.5.4 ריהוט המאפשר מילוי היעוד של הפונקציות השונות במרכז המידע כגון לוחות מתאימים לפרסום רשימות נפגעים ומידע כללי.
- 4.5.5 מתקני שתייה קרה, חמה וכיבוד קל.
- 4.5.6 ערכת עזרה ראשונה.
- 4.5.7 שילוט מתאים שיכוון הפונים למרכז המידע .
- 4.5.8 אלבומים (אפשרות לחלוקת מינים וגילאים), טפסים מסוגים שונים.
- 4.5.9 חלוקים לצוות, תגי זיהוי לסגל / טליתות זיהוי.
- 4.5.10 אלונקות או מיטות מתקפלות, שמיכות, מלאי בגדים וציוד אישי.
- 4.6 הפעלה:**
- 4.6.1 עם קבלת ההודעה על אר"ן יש לפעול לפתיחה מהירה של מרכז המידע, לפחות ברמת גרעין שיוכל לתת מענה טלפוני ראשוני וזאת במקביל להתארגנות מרכז המידע.
- 4.6.2 עם פתיחת מרכז המידע יש לידע את המרכזייה על פתיחת מרכז המידע, הפעלת רשת חנק (XXX-12-55) והן את מטה החירום והדוברות בבית החולים.
- תוכן המידע הטלפוני כפוף לנוהלי המענה הטלפוני בנספח .....
- 4.6.3 יש לוודא פרסום מספר הטלפון של מרכז המידע (XXX-12-55) בתקשורת ומספר פקס' (לכבדי שמיעה).
- 4.6.4 מרכז המידע ירכז. מידע אודות נפגעים אשר נקלטו בבתי החולים במקרה של נפילת המחשבים או תקלה במערכת אדם יעבור באמצעות רשימות ידניות שישלחו בפקס.
- 4.6.5 איסוף מידע ונתונים באתרי הטפול - :
- 4.6.5.1 המידע יכלול: פרטים אישיים (שם, גיל, כתובת, טלפון) ו/או תיאור חיצוני וסמנים מזהים של האלמוני כולל תמונה, במידה וצולם.
- 4.6.5.2 יש לצלם אלמונים ופעוטות.
- 4.6.5.3 הגדרת חומרת פגיעה.
- 4.6.5.4 אתר קליטה ויעד העברה (אם ידוע).
- 4.6.6 יש להדגיש כי אין לבצע זיהוי בהסתמך רק על תעודה מזהה.
- 4.6.7 המידע ירוכז ויועבר לגורמים הבאים:
- 4.6.7.1 לבני המשפחה במפגש ישיר עם ציבור הפונים. יינתן מידע אודות מקום הימצאו של הנפגע בבית חולים. במקרים בהם הנפגע לא אותר בבית חולים תבחן הימצאותו במוסד אחר, באמצעות מערכת "אדם" או רשימות שיועברו למרכז.

4.6.7.2 לציבור הפונים בטלפון. המידע יצטמצם רק לאישור על הימצאותו או אי הימצאותו של הנפגע בבית החולים. בכל מקרה, אין למסור מידע אודות מצבו הרפואי של הנפגע בבית החולים בו מאושפז או בבי"ח אחר.

4.6.7.3 למרכזי מידע בבתי חולים אחרים, באמצעות מערכת "אדם". (פירוט אודות המערכת בנספח ד') פקסימיליה או טלפונית. לפירוט דרכי התקשורת הם מרכזי המידע בבתי החולים - (נספח ב').

4.6.7.4 מידע למרכזי מידע אחרים במגה אר"ן יועבר לא יאוחר מ- 30 דקות מתחילת האירוע, ואח"כ מדי חצי שעה, עד גמר קליטת הנפגעים בבתי החולים.

4.6.7.5 מידע אודות חיילים בשירות פעיל -, ימסור מידע למשפחה כבכל מקרה אחר ובנוסף יש לעדכן את חמ"ל נפגעים אכ"א

4.6.7.6 מידע כללי על נפגעים יימסר לאמצעי התקשורת על-ידי דובר/ת בית החולים או נציג אחר שימונה מטעם הנהלת בית החולים.

#### 4.6.8 אלמונים:

4.6.8.1 כל נפגע (ילד, מבוגר) שאינו מתקשר או אינו יכול למסור פרטים מזהים על עצמו יוגדר כאלמוני. במקרה של אלמונים, יש לוודא במרכז המידע קבלת תמונה ותיאור חיצוני של הנפגע כולל סימנים מזהים מיוחדים כמפורט בנספח ג').

4.6.8.2 באחריות מרכז המידע לוודא השלמת המידע הנדרש להליך זיהוי נפגע אלמוני שייקלט בבית החולים כמפורט במסך איתור נפגעים אלמונים במערכת "אדם" (צבע עיניים, מבנה גוף, מין, צבע שיער, סימנים מיוחדים), זיהוי נפגע אלמוני באמצעות תמונה יחשב זמני עד לזיהוי פנים אל פנים במידת האפשר העו"ס תלווה את המשפחה בהליך הזיהוי.

4.6.8.3 זיהוי אלמוני יעשה על ידי בן משפחה מדרגה ראשונה.

4.6.8.4 נציג המשטרה במרכז המידע יסייע לעוסים בזיהוי פצועים אלמונים.

#### 4.6.9 במקרים בהם לא נמצא הנפגע ברשימות בית-החולים תבוצענה הפעולות הבאות:

4.6.9.1 חיפוש הנפגע ברשימות שהועברו ממרכזי מידע של בתי חולים אחרים.

4.6.9.2 והיה והנפגע לא אותר, יש לבקש מהמשפחה פרטים מזהים כמפורט בנספח ג'. יש לקחת מהמחפש את מספר הטלפון לצורך מתן מענה במידה ויאותר הנפגע בהמשך הליך הבירור.

4.6.9.3 לאור המידע שנאסף מהפונים, יבוצע ניסיון לאתר הנפגע מבין האלמונים בבתי-החולים האחרים

4.6.9.4 משלא אותר הנפגע באחד מבתי החולים יש להפנות את המשפחה לאתר תיאום עם המשטרה, למכון לרפואה משפטית באבו-כביר בליווי עו"ס משירותי הרווחה, במידת האפשר וכחלופה ריכוז משפחות להעברה למכון לרפואה משפטית בצורה מאורגנת בליווי מתנדב. פרטי מידע שאינו קיים, המתבקש ע"י הפונים למרכז המידע,

יש לבקש לחזור שנית ולתת טלפונים חלופיים של רשויות משטרה וכו' בדגש שכל המסגרות מרושתות והמידע זהה בכל מסגרת.

#### 4.6.10 נפטרים:

4.6.10.1 יש לאתר בהקדם את בני משפחתם של נפגעים שהגיעו לבית החולים ונפטרו במהלך הטיפול. במידה ובני המשפחה לא הגיעו לבית החולים יש לפנות לשירותי הרווחה ולמשטרה לשם סיוע באיתורם.

4.6.10.2 הודעה לגבי נפטרים, אשר נפטרו בביה"ח, תימסר למשפחה באופן אישי בלבד, על ידי רופא בתאום עם העו"ס בנוכחות עו"ס במידת האפשר.

4.6.10.3 נושא זיהוי החללים במגה אר"ן יטופל בביה"ח ע"י המשטרה בלבד ולא תעשנה פעולות זיהוי ע"י צוות ביה"ח. יחד עם זאת במקרים חריגים ועל פי שיקול דעת צוות ביה"ח, תינתן למשפחות אפשרות לראות גופת אלמוני. הדבר יעשה באופן שלא יגרום שיבושים או עיכובים בעבודת המשטרה.

4.6.10.4 ביה"ח ידגיש בפני המשפחה כי אין מדובר בזיהוי ודאי וסופי וכי זיהוי זה נעשה רק ע"י ובאחריות משטרת ישראל.

4.6.10.5 המשטרה תעביר נפטרים מביה"ח למכון לרפואה משפטית בתיאום ובאישור הנהלות ביה"ח. המשטרה תעשה את כל הנדרש על מנת שההעברה תתבצע באופן מהיר ומידי.

4.6.10.6 נציגי משפחת הנפטר הנוכחים בבית החולים, יונחו על ידי נציג המשטרה, בתאום עם העובדים הסוציאליים, בדבר הצורך להגיע אל המכון לרפואה משפטית באבו כביר לשם זיהוי סופי.

4.6.10.7 נציג מרכז המידע יודיע לגורם המוסמך במכון לרפואה משפטית באבו כביר או יעביר רשימה בפקס אודות הפניית המשפחות.

#### 4.7 סגירת מרכז המידע:

4.7.1 מרכז המידע ייסגר על-פי שיקול הדעת של מנהל השירות לעבודה סוציאלית באישור ובתאום עם מטה בית החולים.

4.7.1.1 מידע כללי על נפגעים יימסר לאמצעי התקשורת על-ידי דובר/ת בית החולים או נציג אחר שימונה מטעם הנהלת בית החולים.

4.7.1.2 רשימות הנפגעים שנקלטו בבית-החולים יועברו למשרד הקבלה, לשירות לעבודה סוציאלית ולאחות הכללית.

4.7.1.3 המשך הטיפול בנפגעים המאושפזים ומשפחותיהם ינתן על-ידי העו"ס במחלקה.

#### 4.8 מתנדבים –

4.8.1 המתנדבים הבודדים יהיו באחריות רכו ההתנדבות בביה"ח אשר תתאם, תשבץ ותעקוב אחר פעילותם ובתאום עם מנהל השרות לע"ס או הממונה מטעמו.

- 4.8.2 מתנדבים מארגונים שונים יהיו מתואמים עם רכז/ת המתנדבים מבעוד מועד כאשר תחום עיסוקם יוגדר מראש ותיידע את מנהל השרות לעבודה סוציאלית או הממונה מטעמו.
- 4.8.3 השיבוץ בשע"ח יעשה על ידי מנהל השרות לעבודה סוציאלית או הממונה מטעמו בתאום עם רכז/ת ההתנדבות.
- 4.8.4 המתנדבים בתוך ומחוץ למערכת הבריאות – יעברו הכשרה ייעודית .

### **5. הדרכה ותרגול:**

- 5.1 יש להזריק ולתרגל את צוות מרכז המידע אחת לשנה בהתבסס על מארז ההדרכה שהופץ על-ידי האגף לשעת-חירום.
- 5.2 מארזי הדרכה – קיום תכנית ייעודית להכשרת מתנדבים באר"ן ובמגה אר"ן ואנשי צוות אחרים בבית החולים ליצירת מערכי הדרכה לאנשי הצוות לעבודה עם המתנדבים.

### **6. באחריות מנהל מרכז המידע:**

- 6.1 עדכון נוהל מרכז המידע (פעמיים בשנה).
- 6.2 איכון טבלאות כ"א וציוד שוטף (פעמיים בשנה).
- 6.3 תדרוך אנשי מרכז המידע וגורמים חבירים (אחת לשנה).
- 6.4 מעקב מתועד אחר ביצוע הדרכות / תרגילים והפקת לקחים וישומם.

### הסברה, דוברות ותקשורת במגה אר"ן

#### 1. כללי:

1.1 כבסיס לגיבוש עקרונות ההסברה והדוברות, נערך מיפוי צרכים ודרישות של השחקנים במגרש: הציבור, כלי התקשורת וגורמי מערכת הבריאות. מומלץ להרחיב את המיפוי באמצעות ביצוע קבוצות מיקוד בקרב הציבור.

2. **צורכי הציבור** – הציבור יהיה צמא לדיווחים רבים ככל האפשר ובכלל זה לפרטי מידע שונים ולהנחיות התנהגות. מלבד אלה, מעדיף הציבור לגלות ולקבל אישור לכך שרשויות החירום ובכללן מערכת הבריאות, ערוכות להתמודדות עם האירוע.

#### 2.1 צורכי הציבור - מידע:

- 2.1.1 מספר הנפגעים ודרגות החומרה.
- 2.1.2 סוגי פגיעות עיקריות (בדגש על האם מדובר על פגיעות מחולל לא קונבנציונלי כלשהו).
- 2.1.3 השפעת האירוע על תשתיות נוספות - איכות האוויר (אבק) והמים באזור (פגיעה בצנרת, דרכי תחבורה).
- 2.1.4 מידע על נפגעים – מספרי מוקדי המידע, מקורות נוספים (מערכת "אדם" שתותקן מחוץ לביה"ח).

#### 2.2 צורכי הציבור - הנחיות:

- 2.2.1 טיפול בנפגעי נפש – לאן להפנות וכיצד לטפל בנפגעי הלם כתוצאה ישירה מהאירוע או מן הצפייה בתמונות ממנו.
- 2.2.2 תרומות דם - האם יש צורך והיכן ניתן לתרום.
- 2.2.3 מתנדבים – האם יש צורך והיכן להתייצב.
- 2.2.4 תפקוד בתי החולים באזור האירוע ובכלל – האם פתוחים לפעולות אלקטיביות או פעולות לא דחופות.
- 2.2.5 הסדרי תנועה – סביב בתי החולים וברחובות המובילים.

### 3. צורכי התקשורת:

3.1 **רקע:** מגה אר"ן דומה במידה רבה לפיגוע "רגיל" אלא בהיקפים גדולים יותר. כך למשל, צפוי כי כלי התקשורת יעברו למתכונת "אולפן פתוח" רציף לאורך 24 השעות הראשונות לפחות וכתלות בהיקף האירוע, אף מעבר לכך. כלי התקשורת ינסו להביא לשידור כמה שיותר מידע הכולל פרטים מספריים, פרשנויות, ראיונות עם מומחים, תמונות מן הזירה ומבתי החולים, עדויות נפגעים ועוד. כלי התקשורת ישאפו למלא את זמן המסך/עמודי העיתון ככל שניתן ולכן יעדיפו מידע רב ככל הניתן.

3.2 **צילום בבתי החולים:** עם קרות האירוע, יתפרסו צוותי תקשורת בתוך דקות בודדות בכל הנקודות הרלוונטיות לסיקור האירוע. צפוי כי בכל אחד מבתי החולים הקולטים יתייצבו אנשי תקשורת רבים עוד לפני הגעת הנפגעים הראשונים. יתכן ועד להתבהרות המצב וההיקף יגיעו צוותי תקשורת גם לבתי חולים שלא יקלטו פצועים. להלן הפירוט הצפוי לכל בית חולים: 5 צוותי טלויזיה (5 אנשים בכל צוות וניידת שידור), 4 כתבי רדיו, חמישה כתבי עיתון, חמישה צלמי עיתון. סה"כ 39 איש על ציודם ובכלל זה מספר ניידות שידור; בחלק מבתי החולים אף הותקן סיב אופטי שיאפשר שידור חי משם גם ללא ניידת. היערכות בתי החולים בתחום התקשורת תהיה דומה לאר"ן "רגיל" בתי החולים ערוכים לקליטת כמות מוגבלת בלבד של עיתונאים וטיפול בהם.

### 3.3 **ניתן לסכם את צורכי התקשורת כך:**

3.3.1 קבלת מידע בדחיפה.

3.3.2 קבלת מידע רב ככל הניתן.

3.3.3 גישה למרואיינים רבים ומגוונים,

3.3.4 מתן גישה למצלמות.

### 4. **צורכי גורמי מערכת הבריאות מן התקשורת ומן הציבור**

4.1 מלבד קליטת העיתונאים, סביר כי בעת מגה אר"ן יבקשו בתי החולים להעביר הנחיות ובקשות שונות אל הציבור. כלי התקשורת הם הבמה המרכזית להעברת הודעות אלה.

## 4.2 מטרות מערכת הבריאות מול הציבור הן :

4.2.1 היענות להנחיות ההתנהגות.

4.2.2 גיוס תורמי דם.

4.2.3 צמצום מספר נפגעי החרדה.

## 4.3 מטרות מערכת הבריאות מול התקשורת –

4.3.1 פרסום הנחיות מערכת הבריאות אל הציבור.

4.3.2 סיקור אוהד לפעולות הצלה והטיפול (תדמית).

4.3.3 התנהלות ללא חיכוכים עם צוותי בתי החולים.

## 4.4 דגשים:

סוגיית זיהוי הנפגעים עתידה להיות משמעותית וצפוי כי מוקדי המידע יסבלו מעומס רב במיוחד. עומסים מוגזמים עלולים לגרום לסיקור שלילי של המערכת.

5. תוצאות המיפוי של צרכי השחקנים מראה כי צורכיהם ורצונותיהם של שלושת השחקנים הינם צולבים וחופפים במידה רבה ועל כן נראה כי בהתנהלות נכונה ותוך תיאום מוקדם, ניתן למלא את ציפיותיהם וצורכיהם של כולם.

## 6. האתגרים הקיימים:

6.1 **שליטה ויוזמה במידע** – קיימת חשיבות גבוהה להעברת מידע מתואם ואחוד אל הציבור. ככל שהמידע יגיע ממקור מוסמך יותר שישמור על מהימנותו לאורך האירוע, כך יפחתו השמועות ויפחת הצורך של כלי התקשורת במידע ממקורות מרובים ו/או לא מוסמכים.

6.2 **היערכות מהירה ולאורך זמן** – חשוב להכיר בכך שהצלמים יגיעו לבתי החולים בתוך כחמש דקות מקורות האירוע ואף פחות מכך. יתכן שההודעה על האירוע תגיע אל מערכות התקשורת עוד בטרם הגיעה אל בתי החולים (לכך יש להוסיף את זמן העברת ההודעה בתוך בית החולים). נוכח היקף האירוע צפוי העניין התקשורתי בבתי החולים להמשך מספר ימים באופן רצוף.

**6.3 ביקור אח"מים** – המיקוד התקשורתי בבתי החולים צפוי להביא עימו זרם אח"מים שיהיו מעוניינים לזכות בחשיפה התקשורתית. ברור כי ביקור אח"מ דורש היערכות בית החולים, מנהליו וצוותי הביטחון בו. לרוב מלווה האח"מ גם בפמליית יועצים, מאבטחים וכו'. משהגיע האח"מ לשער בית החולים לא ניתן, ולא סביר שיהיה ניתן לסרב להכניסו. לעתים, מבקש האח"מ מן התקשורת להתלוות אליו כשהוא עובר בין הפצועים ומשוחח עם הצוות המטפל.

**6.4 שמירה על זכות החולה לפרטיות** – בראיית התקשורת, צילום פצועים ושידור התמונות הוא בגדר הכרח. בראיית החוק ורוחו, יש בצילום פצועים משום פגיעה מהותית וקשה בזכות הנפגעים לפרטיות. מעת הגעתם לשטח בית החולים קיימת מידה של אחריות להגנתם הפיזית והנפשית גם בהקשר זה. קיים קושי רב להגיע להסכמה מלאה עם כלי התקשורת בסוגיה מורכבת זו. על צוות בית החולים לשאוף ככל הניתן לא לאפשר צילום פצועים שהביעו התנגדות לצילום, פצועים שלא הביעו הסכמה מפורשת לצילום או צילום קטינים.

## **7 מטרה: פירוט והגדרת מדיניות התקשורת של מערכת הבריאות בעת מגה אר"ן.**

### **7.1 מטרת מערכי הדוברות של משרד הבריאות ושל בתי החולים:**

7.1.1 לתמוך במאמצי כוחות הרפואה לחלץ, לפנות, לטפל ולזהות את הנפגעים.

7.1.2 לצמצם חרדה בקרב הציבור.

7.1.3 למצב את תדמיתה של מערכת הבריאות כמערכת מקצועית, ערוכה למצבי חירום, מתואמת עם כלל מרכיביה ומתואמת עם גורמי חירום נוספים.

### **7.2 היערכות בשגרה:**

7.2.1 **עדיפות ל"פול" צלמים** – מומלץ להגיע להסדר עם כלי התקשורת (טלוויזיה ועיתונות מודפסת) לפיו תוכנס לבית החולים מצלמת טלוויזיה אחת בלבד ומצלמת סטילס אחת בלבד. מצלמות אלה ישרתו את כלי התקשורת. הסדר זה מקובל לעתים קרובות בין כלי התקשורת. מובן כי התנהלות עם מצלמה אחת בלבד מכל סוג הוא קל הרבה יותר בכל ההיבטים.



7.2.2 מומלץ לעודד את בתי החולים לתרגל את מערך הדוברות שלהם במסגרת תרגילים שגרתיים או במסגרת תרגילים ייעודיים לנושא זה.

7.2.3 **הכשרת מרואיינים** – יש להכשיר בשגרה מספר רב של מרואיינים מבכירי בית החולים. ההכשרה תכלול כללי עשה ואל תעשה במגע עם התקשורת, שפת גוף בסיסית, התמודדות עם תקשורת עוינת, לבוש ואיפור ועוד.

7.2.4 **הטמעת מדיניות אחידה בין בתי החולים** – נוהל ההפעלה צריך לשמש כבסיס מוסכם עם בתי החולים ויש לתרגלו על מנת להבטיח יישום נאות בזמן אירוע.

7.2.5 יש להעביר את הנוהל לידיעת עורכי החדשות וכתבי הבריאות בכל המדיות הארציות, בקרב עורכי רשתות המקומונים, בקרב עורכי תחנות הרדיו והטלוויזיה האזוריות, בקרב ראשי תא הכתבים הזרים בישראל ובקרב רשויות מקבילות (פקע"ר, משטרה, משרד החוץ, לשכת העיתונות הממשלתית).

7.2.6 **ביקור אח"מים** – פניה בשגרה אל קצין הכנסת, מזכיר הממשלה ומזכיר הנשיא כבר בשגרה והנחייתם כי בתי החולים יתקשו לקלוט ביקור אח"מים בשעות הראשונות שלאחר הפיגוע.

7.2.7 יוכן קובץ של שאלות הצפויות להישאל על ידי התקשורת או על ידי הציבור במסגרת מרכזי המידע של בתי החולים ותשובות אפשריות.

7.2.8 תוכן ותופץ רשימת אנשי קשר כולל אמצעי התקשורת שלהם, שתכלול את דוברי בתי החולים, קופות החולים, פיקוד העורף, משטרה, מד"א, שירותי כיבוי, עורכי ערוצי התקשורת בטלביזיה, רדיו, עיתונות, רכזי צלמים, מזכירות המערכת, כתבי הבריאות והמשטרה ועוד.

### 7.3 עקרונות הפעלה – דוברות משרד הבריאות:

#### 7.3.1 שליטה ויוזמה במידע באחריות דוברות משרד הבריאות:

7.3.1.1 **עיבוי מכלול הדוברות** – עם קרות אירוע, יש לעבות מיידית את מערך הדוברות של משרד הבריאות. יש להקצות עבורו משרד בסמוך למרכז הניהול של האירוע באגף לשע"ח.

7.3.1.2 **נציגות במרכז התקשורת של המשטרה/פיקוד העורף** – מייד עם הכרזה על האירוע יוקם מרכז תקשורת על ידי משטרת ישראל או פיקוד העורף. מומלץ להציב נציג דוברות משרד הבריאות במרכז

התקשורת. מומלץ עוד לתאם כי נציג בכיר מן האגף יתדרך את העיתונאים במרכז התקשורת אחת למספר שעות או בהתאם לצורך.

#### 7.3.1.3 איסוף ודיווח יזום של מספרי נפגעים ומצבם – על מנת למנוע מצב

של מספרים סותרים שיפורסמו בכלי תקשורת שונים ועל מנת למנוע טעויות בחישוב הנפגעים, על האגף לשע"ח להיות ספק המידע המרוכז לכלי התקשורת. את המידע יש לדחוף אחת לרבע שעה באמצעות מכשירי הביפר ופקס לכתבי בריאות לעורכים ולמזכירות המערכת בכלי התקשורת השונים.

את המידע מומלץ לארגן באופן בסיסי. ניתן להוסיף עמודות

מידע נוספות כתלות באירוע:

יזום ושעה	שם המדווח	מספר כולל של נפגעים	מתוכם הרוגים	מתוכם פצועים קשה	מתוכם פצועים בינוני	מתוכם פצועים קל	מתוכם ילדים	מתוכם תינוקות

#### 7.3.1.4 ריכוז ההנחיות לציבור מבתי החולים והעברתם לתקשורת

**בדחיפה** – על מנת לוודא העברת מידע מלא ככל שניתן אל הציבור, ומתוך מגמה להפחית את העומס על דוברי בתי החולים, מומלץ כי האגף לשע"ח ירכז את ההנחיות לציבור מבתי החולים השונים ויעבירם באופן מרוכז ובדחיפה לכלי התקשורת. עם זאת, אין למנוע העברת הודעות ישירה מבתי החולים אל התקשורת.

#### 7.3.1.5 ביצוע תדריכים תדירים על ידי מנהלים ומומחים – על מנהלי

המערכת (מנכ"ל המשרד, חברי רשות האשפוז וכו') לקיים שניים עד שלושה תדריכים לכלי התקשורת מדי יום. במידה והאירוע יהיה במקום מרוחק מתל אביב, מומלץ להעתיק את מקום התכנסות המנהלים קרוב ככל האפשר למקום האירוע. כאמור ניתן לבצע את התדרוך במרכז התקשורת של המשטרה / פקע"ר /או באחד מבתי החולים הרלוונטיים.

#### 7.3.1.6 עדכון ורענון קובץ שאלות ותשובות אפשריות.

#### 7.4 עקרונות הפעלה דוברות בתי החולים -

##### 7.4.1 התנהלות ללא "פול" תקשורת – טיפול ב-40 איש על ציודם ורכביהם ידרוש

הקצאת כוחות רבים מצוות בית החולים. ריכוזם בכניסה לחדרי המיון יחייב הקפדה יתרה על הסדר ועל כן מומלץ לתחום מראש אזור לכתבים הכולל גם במה מוגבהת לטובת הצלמים, כמו כן יש להקצות מקום לחניית ניידות השידור. רצוי למקם את אזור התקשורת בסמוך למקום שיוקצה לחניית ניידות השידור או בסמוך לנקודת החיבור לסיב האופטי.

##### 7.4.2 עיבוי מערך הדוברות – יש להנחות את בתי החולים לעבות ככל שניתן את

מערכי הדוברות שלהם על מנת לאפשר שליטה ממושכת במידע, בתמונות ובהתנהלות בתוך בית החולים.

##### 7.4.3 תדרוך ע"י בכירי בית החולים – מומלץ כי אחת לחצי שעה ייערך תדרוך

לכתבים על ידי אחד מבכירי בית החולים על תמונת המצב. מומלץ לתאם בין בתי החולים כך שלא יתקיימו תדרוכים חופפים בזמנים ובתכנים. כך למשל אם יהיו שלשה בתי חולים עיקריים שקלטו נפגעים יכול כל אחד לקיים תדרוך אחת לתשעים דקות ואילו התקשורת תזכה לתדרוך בכל חצי שעה ובנושאים מגוונים. את התדרוך יש לקיים באזור לא סטרילי, כלומר באזור בו ניתן יהיה לקלוט בעין או באוזן את ההתרחשויות בבית החולים (קרוב לכניסה לבית החולים / חדר המיון / חדרי הניתוח). במקום התדרוך יש להציב פודיום ולצידו דגל המדינה על מנת לשוות מראה ממלכתי וראוי.

##### 7.4.4 ביקור אח"מים - במידה ופונה אח"מ לבית החולים, יש לבקשו לדחות את

הביקור ולהדגיש בפניו כי לא תתאפשר כניסת כלי התקשורת לחדרי המיון וחדרי הטיפול בלוותם את האח"מ. אי ליווי של כלי התקשורת (כמדדיניות אחידה) יהפוך את הביקורים לאטרקטיביים פחות עבור האח"מים. כבר כיום בעת פיגועים "רגילים" ישנם בתי חולים הפועלים לדחות את ביקורי האח"מים עד לאחר סיום קליטת הנפגעים.

##### 7.4.5 חשיפת פצועים –

##### 7.4.5.1 יש לשאוף לצמצם את אפשרות המגע בין כלי התקשורת לבין

הנפגעים.


7.4.5.2 אין לאפשר לכלי התקשורת להיכנס לבית החולים (חדרי טיפולים, מלר"ד, דימות וכו') עד לסיום קליטת הפצועים.

7.4.5.3 על דובר בית החולים לשאול את הנפגעים אודות רצונם/מוכנותם להיחשף ולהתראיין וזאת ללא כל הפרעה לטיפול הרפואי בנפגע זה או בנפגעים שבסביבתו. יש לבודד נפגע זה מנפגעים שאינם מעוניינים להיחשף. ניתן להשתמש לשם כך בטבלה הבאה:

שם הנפגע	מין	מספר ת.ז.	מיקום בביה"ח	חומרת הפציעה	רדיו	טלויזיה	עיתון כולל / לא כולל צילום

7.4.5.4 יודגש כי אין לאפשר ריאיון עם קטינים או חסרי ישע אלא לאחר הסבר על משמעות החשיפה התקשורתית ומתן הסכמה מפורשת שלא מתוך לחץ שהופעל עליהם ולאחר הסכמת האפוטרופוסים.

7.4.5.5 יש לשאוף למקם את העיתונאים בסמוך ככל הניתן לעמדת פריקת האמבולנסים (כך באופן טבעי תתאפשר גם קרבתם לניידות השידור שלהם). מעמדה זו כל שהם יוכלו לצלם זה את הנפגע מורד מן האמבולנס מכוסה בשמיכה ומוגן. במצב זה מצטמצמת במידה רבה הפגיעה בפרטיותו.

7.5 בזמן אמת, יש לקיים שיחות ועידה בין דוברי בתי החולים, קופות החולים ודובר משרד הבריאות פעמיים עד שלוש ביום או בהתאם לצורך. בשיחות אלה ירועננו ויותאמו הנחיות, יתבצע שיתוף בניסיון שנצבר ויינתן, סיוע לדוברי בתי החולים בפתרון בעיות. 

### עקרונות התמודדות עם מגה אר"ן/אט"ה

1. תרחיש הייחוס :

1.1 עבודה על תרחיש ייחוס שונה במספר הנפגעים ובהתפלגות, על פי הנתונים הקיימים מאירוע סארין טוקיו.

1.2 סיבות עיקריות ל"הרחבת" התרחיש :

1.2.1 חל"ד/חומ"ס נדיף בחלל המוני סגור יגרום נפגעים רבים באזורים מרוחקים יחסית בניגוד לפגישה קונבנציונאלית.

1.2.2 ריבוי נפגעי דחק ונפגעים קלים.

2. התפלגות הנפגעים :

חומרה	בשטח	בבית החולים	הערות
הרוגים	10-20	10-20	כמעט כולם יובאו לבתי החולים למעט מצב של מתים וודאיים.
קשה (זקוק לסיוע נשימתי)	100	100	ניידות בין נפגעים – חלק יגיעו מתים לבתי החולים וחלק ידרדרו מבין הבינוניים שלא יטופלו.
בינוני (אינו מהלך בכוחות עצמו)	600 (1)	900	רבים יחלצו את עצמם מהאירוע ויידרדרו למצב בינוני מחוץ לזירה.
קלים וחרדה	2000	4000	הפער נובע מכך שרבים מהקלים לא יעברו דרך כוחות ההצלה בדרכם לבתי החולים ורבים נוספים, יפנו מאזורים סמוכים בשלבים מאוחרים יותר של האירוע.
סה"כ זקוקים חילוץ ממוקד האירוע	270		כל ההרוגים הקשים ו – 25% מהבינוניים (1).

(1) – לא כל המוגדרים בינוניים בזירה יזדקקו לחילוץ של כוחות ממוגנים. חלקם יצליחו בכוחות עצמם ובסיוע של אנשים אחרים במקום להביא את עצמם אל מחוץ למוקד, ואל מחוץ לאזור החם ושם יזדקקו לטיפול רפואי בהיותם נפגעים במצב בינוני. שיעור הנפגעים מבין הבינוניים שיזדקקו לחילוץ מהאזור החם ע"י כוחות ההצלה, לא יעלה על 150 שהם 25% מהנפגעים הבינוניים.

3. תפיסת המענה באט"ה :

3.6. המענה במגה אט"ה – אינו שונה מהותית מהמענה באט"ה.

3.7. דרג א' :

3.7.1. שוכבים – טיפול במוקד, פינוי מהמוקד, הפשטה, פינוי לבתי החולים.

3.7.2. מהלכים – ריכוז בנקודת המתנה, פינוי באוטובוסים לבתי חולים

מרוחקים.

- 3.8. דרג ב' :
- 3.8.1. שוכבים – טיפול במזרקים אוטומטיים (זרחנים אורגניים), הפשטה, טיהור/טיהור חפוז, המשך טיפול באתר.
- 3.8.2. מהלכים – הפשטה! (טיהור רטוב במקרים מיוחדים), המשך טיפול באתר.
4. פערים במענה למגה אט"ה :
- 4.1. כוח אדם
- 4.2. ציוד רפואי ותרופות
- 4.3. ציוד מיגון אישי
- 4.4. תרופות
- 4.5. מתקני טיהור
5. כוח אדם :
- 5.1. הבעיה :
- 5.1.1. אין די כוח אדם ממוגן המוסמך לתת טיפול אנטידוטלי (בזרחנים אורגניים).
- 5.1.2. רק צוותי מד"א ומצוידים באנטידוטים ומוסמכים להזריק אותם.
- 5.2. המענה: הדרכה והסכמה של יסמ"גים של משטרת ישראל להזריק אנטידוטים, לאחר קבלת גוי"ז קליני לזרחנים אורגניים ממד"א.
6. ציוד רפואי ותרופות :
- 6.1. הבעיה: לאירוע בסדר גודל כזה אין די אנטידוטים לטיפול בנפגעים בשטח. הגדלת מצאי התרופות בערכה באמבולנסים בעייתית, לוגיסטית וכלכלית.
- 6.2. המענה: קבלת החלטה לא להזריק בשטח לנפגעים קלים.
- 6.3. הבעיה: לא קיימים כיום מזרקי מידזולם אוטומטים ועל כן לא ניתן לבצע רכש.
- 6.4. הבעיה: מכשירי הנשמה ל-100 מונשמים באזורי הפריפריה.
- 6.5. פתרון: תגבור ממחסן מרכזי, ויסות בין בתי חולים.

7. ציוד מיגון אישי :

7.1. הבעיה :

7.1.1. הצורך להכניס למוקד צוותי רפואה ממוגנים לטפל ולפנות 270

נפגעים שוכבים ולטפל באזור החם (תחת מיגון) במאות נפגעים

נוספים מחייב תוספת ערכות מיגון

7.1.2. לפי החישוב יש כיום בזירה במענה האוטומטי כ- 100 ערכות מיגון

אישיות.

7.2. הפתרון : תוספת 8 ערכות מיגון לכל תאר"ן.

8. תרופות בבתי חולים : יש לבחון את המלאים הקיימים כיום בבתי החולים

המבוססים על קליטת נפגעים בשיעור של 20% מסך המיטות (אר"ן) אל מול

תרחיש כזה.

9. מתקני טיהור :

9.1. הבעיה :

9.1.1. מתקני הטיהור בחלק מבתי החולים אינם ערוכים להתמודד עם

עשרות נפגעים שוכבים

9.1.2. רוב בתי החולים אינם ערוכים לטיהור מהלכים בתנאים הנדרשים.

9.2. הפתרון :

9.2.1. בחינת הכנסת טיהור שטח משמעותי לשוכבים (יחידת טיהור עם מתקן

נייד באחריות משטרת ישראל, שירותי כבאות).

9.2.2. המשך שדרוג מתקני טיהור שוכבים בבתי החולים.

9.2.3. ההחלטה לצמצם למינימום את טיהור המהלכים פותרת לבטים קשים

הנוגעים לטיהור בשטח והקמת תשתיות טיהור למהלכים.

## היערכות השלטון המקומי למגה אר"ן

- 1 הנחות יסוד :
- 1.1 האירוע יתרחש באזור גיאוגרפי ספציפי או במספר מוקדי התרחשות.
- 1.2 האזרחים יתנהגו באופן רציונלי וישתפו פעולה עם הרשויות.
- 1.3 מספר נפגעים רב וגדול בהרבה מכל אירוע אחר שמוכר לנו.
- 1.4 מכה מוראלית קשה לאוכלוסייה בכל המדינה.
- 1.5 דרישה מצד האוכלוסייה (שלא נפגעה) בכל חלקי הארץ, לקבל מידע לגבי קרובים וחברים.
- 1.6 להפעלת מל"ח יש צורך בהכרזת תקופת הפעלה של מל"ח.
- 1.7 הרשות המקומית תפעל כמתחייב באירועים שכאלה, על פי התכונותה לשע"ח (הפעלת גורמי חירום, אגפי עירייה, פס"ח, תחנות ריכוז חללים ועוד).
- 1.8 המשטרה תפעיל חפ"ק אחוד לשליטה על האירוע ולתיאום עבודת הגופים השונים.
- 1.9 מרכז השלטון המקומי יפעיל משל"ט שיתאם ויתווך בין הרשויות המקומיות.
- 2 פעולות הרשות המקומית :
- 2.1 הרשות המקומית תפתח מוקד מידע לציבור (מורחב) שיעבוד בתאום מלא עם מרכזי המידע של בתי החולים.
- 2.2 ההסברה הלאומית והמקומית תהיה ראויה ורצופה, במגמה להשיג הענות ואמון הציבור.
- 2.3 הרשות המקומית תפעיל את כל האמצעים העומדים לרשותה, על מנת לסייע לתושבי הרשות ולגורמים הפועלים בשטח האירוע.
- 2.4 הרשות תסייע בהקצאת שטחי כינוס (לאמצעים, כוחות וציוד כבד).
- 2.5 הרשות המקומית תיתן דגש מיוחד על עיבוי מערך הרווחה והתמיכה הנפשית לתושבים כולל לביצוע פעילויות של reaching-out לצורך מתן סיוע לתושבים .



- 2.6 הרשות תסייע במתן מידע ואמצעים לכוחות הפועלים בשטח (אוכלוסיות חלשות, קשישים, מוסדות ציבור, בתי אבות וכו').
- 2.7 הרשות תפעל ככל יכולתה, להמשך עבודה שגרתית וסדירה בתחומה.
- 2.8 במידה ויחול קושי שכזה, תבחן האפשרות לגיבוי וסיוע מרשויות מקומיות סמוכות.
- 2.9 רשויות מקומיות סמוכות לאירוע מגה אר"ן, תערכנה לסיוע לרשות הרלבנטית ואף יציעו ויספקו אותו במידת הצורך.
- 2.10 הרשות תגייס את מתנדביה לסייע בכל דבר ועניין שייקבע על ידי המנהלת העירונית.
- 2.11 על כל רשות מקומית להכין תכנית מסגרת למקרה של אירוע מגה אר"ן.

נספח א'תו"ל בי"ח ממ"חכללי:

טיפול מיטבי לפצוע, הוא טיפול הניתן ע"י הצוות המיומן והייחודי לפציעתו, כאשר האמצעים והמכשור לפעולות ההחייאה, הבדיקות, הניתוח, טיפול נמרץ ואשפוז עומדים לרשותו בהתאם ובלוח הזמנים המוכתב ממצבו הרפואי בלבד. בכל מצב שהוא **פחות** מנקודת ההתייחסות האופטימלית הנ"ל, יש לראות בפועל או בפוטנציה מצב של אי ספיקה בדרגות שונות של חומרה. כאשר נדרש בית החולים לתת מענה למצבי אי ספיקה משתנה התנהגותו בנושאי כח אדם, ציוד, חדרי ניתוח וכו' וזאת בהתאם לדרגת אי הספיקה. הדרגה החמורה ביותר של אי ספיקה הוא מצב שבו בית החולים קולט (או מקבל התראה לקליטה צפויה) מספר או תערובת כזאת של נפגעים, המביאים אותו או צפויים להביאו, בבירור, למצב שלא יוכל לתת טיפול אופטימלי בתוך שעות מעטות, או לא יוכל לטפל כלל בסוגים מסוימים של פציעות (למשל כוויות, פגיעות ראש). המענה למצב זה הוא הפעלת בית חולים כ – "בית חולים ממ"ח".

הפעלת בית חולים כ – "בית חולים ממ"ח" מחייבת שינוי, חריגה, ולעיתים ביטול של נהלים וסדרים הנהוגים בעבודתו השגרתית של בית החולים. זאת בתחומים של ציוד, כוח אדם, נהלים, בהירארכיה של אחריות וקבלת החלטות וגם בטיפול הרפואי עצמו.

הגדרות:1. בי"ח ממ"ח – מצב של אי-ספיקה לטווח המתמשך

בי"ח נדרש לקלוט נפגעים, למינם, להגיש טיפול רפואי הכרחי לייצוב והצלת חיים ולהכין את מירב הנפגעים להמשך פינוי לבתי חולים אחרים. רק נפגעים אשר פינויים עלול לסכן את חייהם באופן מיידי או נפגעים קלים אשר הטיפול בהם לא ייפגע מדחייתו, יאושפזו בבית החולים.

**2. אירוע רב נפגעים:**

אירוע הגורם נפגעים בהיקף המחייב הפעלת שירותי הצלה מעבר ליכולתם הרגילה באותו זמן ומקום, או אירוע שהוא למעלה מיכולת הטיפול הרגילה של ביה"ח באותו זמן ומקום.

**3. מגה אר"ן:**

אירוע הגורם למספר נפגעים רב (העולה על 500 נפגעי גוף), משבש את אורח החיים הסדיר באזור במידה רבה ודורש משאבים רבים ברמה הלאומית במגמה לטפל בתוצאותיו.

**4. מצב וויסות שניוני:**

מתאר מצב של אי ספיקה זמנית או סלקטיבית. בית החולים ממיין לתחומים או לזמן מוגבלים.

**הנחות יסוד:**

1. בחלק ממקרי המגה אר"ן, גודל וחומרת האירוע יתברר אחרי זמן ממושך (עד שעות) ועל כן נוהל הכנסת בתי חולים לכוננות, הפעלתם ופריסתם תהיה אחידה ע"פ תו"ל קליטת נפגעים באר"ן.

2. הטיפול היעיל ביותר בפצועים יתאפשר ע"י ויסות ראשוני נכון שיבוצע בשטח האירוע. עקב הקשיים הצפויים בויסות הראשוני ופריסת בתי החולים בארץ יתכן מצב שבו מספר הנפגעים וחומרת פציעתם יחייבו את הפעלתו של בית החולים הקולט הקרוב לאירוע כבי"ח ממיין או העברתו למצב של ויסות שניוני.

3. הגורם המוסמך להחליט הינו חמ"ל פקע"ר.

4. ניתן למפות אזורים ספורים ומוגדרים בארץ בהם קיים איום קבוע של אר"ן או אסון כתוצאה או עקב הימצאותם של מתקנים מסוכנים, או מיקומם הגיאוגרפי והיקף יכולתם של בתיה"ח הסמוכים לאזורי עימות. באזורים אלה ניתן לקבוע מראש ולפי תכנית בתי חולים כבתי חולים ממיינים.

5. אין ביכולת ביי"ח ממיין לארגן את מבצע פינוי הנפגעים לבתי חולים אחרים אחרי מיונם. מבצע זה יאורגן ע"י פקע"ר וע"פ תכנית קבועה ומתואמת עם בית החולים. עם זאת אחראי ביה"ח על הנפגעים עד עלייתם על רכב/מסוק הפינוי.

6. מעורבות של מספר בתי חולים והעברת נפגעים ביניהם יגרמו לקשיים בריכוז והעברת המידע לאוכלוסייה, דבר המחייב תקשורת בין מרכזי המידע ודיווח הדדי על העברת פצועים בעיקר מהקולט למשגר.

## צקרוןות הפעלה

### 1. כללי:

- א. תו"ל הפעלת ביי"ח כממיין ובעיקר התו"ל הרפואי דומה בשגרה וחירום.
- ב. תו"ל הפעלת כל הארגונים המסייעים לביה"ח כבי"ח ממיין יהיה ע"פ הפק"ל הקיים והמוכר בכל ארגון, המתבסס על הנהלים למצבי החירום השונים.
- ג. במתארים מסוימים ובעיקר ב"מגה אר"ן" תתכן פריסת מספר בתי חולים כממיינים או במצב של ויסות שניוני. בכל מקרה יעד הפינוי מביה"ח ממיין לא יהיה ביי"ח ממיין אחר.
- ד. ביי"ח יאושר לפעול כממיין רק במידה וקיימים בתי"ח מאשפזים כיעדי פינוי וכן אפשריים אמצעי ויכולת הפינוי.
- ה. במקביל להחלטה לפרוס ביי"ח כממיין יוכנסו לכוננות ויפרסו בתי חולים מאשפזים/קולטים ע"פ התו"ל הקיים.
- ו. במקביל להחלטה לפרוס ביי"ח כממיין יופעל פק"ל לפינוי וויסות הנפגעים מבית החולים הממיין לבתי חולים מאשפזים.
- ז. רצויה שליטה שמית במרכז המידע לגבי העברת כל הנפגעים. לשם כך רצויה הפעלת מרכז מידע מרכזי (עירוני או אחר) אשר ירכז את מכלול המידע. הבעיה תיפתר, עם הפעלה צפויה של מערכת מידע ארצית לניהול מידע נפגעים. עד אז בתי החולים הקולטים יעבירו המידע אודות הנפגעים שקלטו לבתיה"ח המשגרים.

## 2. החלטה לגבי פריסת ביה"ח כממין:

- א. ההפעלה של מערך האשפוז בישראל היא ריכוזית ע"י הרשות העליונה לאשפוז באמצעות חמ"ל רפואה פקע"ר.
- ב. הנחות היסוד מחויבות לחלק את ההחלטה ל – 2 חלקים:
- 1) גורם יוזם / ממליץ – א. מתוך בית החולים באמצעות מנהל ביה"ח.  
 ב. מר"פ מרחבי / עורף.
- 2) גורם מאשר / מחליט – א. מר"פ העורף.  
 ב. הרשות העליונה לאשפוז.

## צקרנות הפצה רפואיים

### משימות ומטרות:

- א. עם הפעלתו של ביה"ח כממין או במצב של וויסות שניוני מבטל בית החולים את יעודו השגרתי והוא אינו נדרש להעניק טיפול דפניטיבי לכלל הנפגעים הנקלטים או צפויים להיקלט בו.
- ב. ביה"ח מצופה להעניק טיפול מרבי למיעוט הנפגעים הזקוקים לניתוח דחוף ומציל חיים, החיאה ו / או טיפול נמרץ ואשר אינם יבילים.
- ג. משימתו העיקרית של בית החולים לשמש חדר מיון קדמי גדול עבור בתי החולים בעורפו הקרוב או הרחוק.

## צקרנות רפואיים:

- א. לאחר שהוחלט כי בית החולים יפעל כממין הצוותים הרפואיים יבצעו פעולות מיון, החיאה וייצוב ולאחר מכן יפנו את המרב האפשרי של נפגעים לבתי חולים אחרים, בהקדם האפשרי ובאופן המיטבי.
- ב. לא יבוצעו פעולות רפואיות כגון בדיקות עזר, הדמיה או התערבות ניתוחית / פולשנית אשר אינן מיועדות במישרין להחיאה לייצוב הנפגע והכנתו לפינוי.
- ג. ניתוחים יבוצעו רק במקרי אי יבילות וסכנת חיים מיידית – כחלק מפעולות החיאה. כמגמה, יבוצעו הניתוחים במתכונת בקרת נזקים. ביה"ח המווסת רשאי בהתאם ליכולותיו לאשפז נפגעים קלים או לפנותם לקהילה להמשך טיפול.

ד. לא יאושפזו פצועים לצורך "המשך בירור" בדיקות נוספות, או "השגחה" ככלל אין מקום להעביר נפגעים קלים בין בתי"ח אלא ישירות לקהילה.  
ה. פעולות החייאה וייצוב יכללו בעיקרון אבטחת נתיב אוויר וחמצון, עצירת דם חיצוני, החזר מהיר של אבדן נפח, ניקוז בית החזה, קיבוע (זמני) של שברים וע"ש צווארי, צנתור הקיבה וכיס השתן, מתן מינון ראשוני של אנטיביוטיקה, מתן משככי כאב (במידה ומותר מבחינת מצב הפצוע ואבחנתו), מתן ראשוני של תרופות ספציפיות כגון בפציעות גולגולת ומעי עצבים או אנטיביוטיקה. התקנת אמצעי ניטור חיוניים כ – PULSE OXIMETER וכד'.

ו. כל הצנתרים יקובעו ויותאמו להובלת הנפגע למרחק ולטלטולו.  
ז. צילומי רנטגן והדמיה אחרים יבוצעו במינימום ההכרחי **אך ורק** לצורך ישיר של פעולות ההחייאה וייצוב ולא לאבחון מדויק לצורך המשך הטיפול הדפיניטיבי. טיפול ראשוני בפגיעות גפיים וע"ש יבוצעו על סמך חשד קליני וללא אישור ואבחון רנטגני מדויקים. מרבית פגיעות בית החזה, בטן ואגן (למעט בודדות) יטופלו על סמך ההערכה הקלינית וללא אישור האבחנה ומידת הנזק ע"י אמצעי הדמיה מעבר לצילומי רנטגן או אולטרה סאונד ליד מיטת החולה..

#### **ניתוחים:**

- א. ניתוחים יבוצעו כחלק מפעולת ההחייאה להצלת חיים.
- ב. באופן כללי הקריטריונים לניתוח כוללים:
  - 1) פתיחה כירורגית של נתיב האוויר.
  - 2) עצירת דם (לא רק חיצוני) שאינו ניתן לשליטה ואי יציבות המודינמית.
  - 3) אי – הענות המודינמית לטיפול אינטנסיבי בהחזר נפח.
  - 4) ככלל, לא יבוצעו ניתוחים להצלת גפה.
- ג. קריטריונים אלה יש לשקול מול הזמן הצפוי לפני והגעה לבי"ח אחר והיקף הנפגעים הצפוי עוד להגיע. מכאן שברגע שקיים הסיכוי לייצב נפגע ולהעבירו לבי"ח אחר יש להעדיף דרך זו.
- ד. בנוסף יש לקיים קשר לקבלת מידע מעודכן ככל האפשר מהרמה הממונה אודות הקורה בשטח.

#### **4. רישום רפואי:**

א. הרישום הרפואי כולל את פרטי ונסיבות הפציעה, מדדים פיזיולוגיים, המצב הכללי, ההמודינמי והמנטלי, תיאור של הפגיעות הספציפיות, מצב האיברים והמערכות מבחינת דפורמציה, ווסקולריזציה ועיצוב וכל פרט רלוונטי אחר. כמו כן פירוט הטיפול שבוצע מבחינה איכותית וכמותית, בדיקות עזר. ומעקב עד לפינוי, והנחיות לטיפול רפואי בשלבי ההעברה.

ב. מכלול הפרטים המצוינים בסעיף א. לעיל ירשמו בצורה מפורטת, ככל הניתן על טופס אחיד. הרישום יכלול במקרים רבים – הערכה מילולית והערות אודות שיקולים והחלטות שנעשו כולל המלצות להמשך טיפול. כל זאת באחריות הכירורג הבכיר האחראי על הטיפול בפצוע.

ג. העתק מהרישום יועבר עם הנפגע.

### **ארגון המתקן:**

א. המשימה הרפואית העיקרית של בית חולים הממייך היא מיון, החייאה, ייצוב והכנה לקראת פינוי. לאור משימה זו, עיקר הפעילות מתרכז באזור המלר"ד.

ב. מלבד מלר"ד יעודי יש לפתוח חדרי מיון נוספים באזורים הסמוכים לו והמתאימים לצורך זה.

ג. ניתן לסווג את המלר"ד לפי חומרת הפציעה וזאת כדי לאפשר ריכוז וויסות ציוד וכח אדם בהתאם לדרגות הפציעה. רצוי כי אזורי המיון הנוספים יהיו סמוכים, מרווחים, בעלי פתחים רחבים ואפשרויות גישה נוחה הן להכנסת נפגעים והן להוצאתם באופן חד כיווני. יש לוודא באתר הכנה/השהייה לפינוי ליווי הנפגע כנדרש עד לכלי הפינוי (מוסק./רכוב). בחדר הניתוח ימתינו רק מיעוט מהמיועדים לניתוח והשאר ימתינו במלר"ד. לאחר ניתוח יאושפזו המנותחים למשך זמן הדרוש לייצוב יש לפעול בהתאם לשיקולים אחרים.

## עקרונות הפצה לזכרים

ככלל יתארגן ביה"ח בהתאם לנוהלי הקבע הקשורים לאירוע רב נפגעים. בעת הכרזה על בית החולים כממייך יופעל מטה החירום של ביה"ח.

מטה ביה"ח אחראי על העברת הודעה לגורמים הבאים:

- א. חמ"ל מר"פ העורף.
- ב. משרד הבריאות – האגף לשע"ח.
- ג. משטרת ישראל – לקבלת סיוע.

### רישום ודיווח

- א. רישום, דיווח ומעקב יעשה בהתאם למצוין בהמשך באתרים השונים.
- ב. מטה החירום בביה"ח הממייך יעביר את מירב הפרטים לחמ"ל פקע"ר. ובכלל זה, עדכון אודות מספר הנפגעים ומצבם הרפואי. במצב ויסות שניוני מוגבל בהיקפו, יועברו טפסי ההעברה בפקס לבית החולים הקולט.

## אתר השהייה לפינוי

- א. כלל הנפגעים המיועדים להעברה מבית החולים הממייך יועברו מאתרי המיון לאתר ההשהייה לפינוי.
- ב. מנהל האתר יהיה רופא שיסתייע במנהלן ובאחות אחראית אליהם יצוותו רופאים ואחיות בעלי רקע במקצועות הכירורגיה / טראומטולוגיה או פנימית וילדים לפי הצורך וכמו כן פקידי רישום, אלונקאים, סדרנים וכד'. חשוב כי גרעין כוח האדם באתר יהיה קבוע.
- ג. האתר יופרד פיסית מאתר המיון ויהיה נגיש לתנועת אמבולנסים. רצוי שהאתר ימוקם בסמוך או בקרבה למנחת המסוקים בבית החולים.
- ד. מנהל האתר יהיה אחראי לקליטת הנפגעים מאתר המיון, לציוות הצוות הרפואי המלווה ושליחת החולה לבית החולים הקולט להמשך טיפול.
- ה. לנפגעים המפונים לבתי חולים אחרים יצורפו המסמכים המפורטים להלן:
  - (1) פרטים דמוגרפים כולל צילום החולה במצלמה דיגיטלית, באם בוצע.
  - (2) הגדרת מצב הפצוע (קל, בינוני, קשה).
  - (3) שם הרופא המטפל בביה"ח הממייך ומספר טלפון או ביפר בו ניתן להשיגו לבירור פרטים.
  - (4) אינפורמציה על בדיקות שנלקחו כולל צילומים בדיקות C.T וכד'.



- (5) פרטי ציוד חיוניים המועברים עם החולה: (צוארון פילדלפיה, מכשיר הנשמה, מוניטור וכו').
- (6) סיכום מחלה וגיליון ניטור הפצוע בשהותו בביה"ח הממייך.
- (7) תרופות וטיפולים שהחולה קיבל.
- (8) הוראות טיפול לדרך.

כל הפרטים הנ"ל ימולאו ב – 2 העתקים האחד יועבר לביה"ח הממייך והשני ישמר בביה"ח.

ו. יציאתו של הנפגע לדרך מחייבת דווח מידי למטה החירום ולמרכז המידע לציבור שיכלול בין השאר את יעד הנסיעה של הנפגע, אם ידוע אמצעי הפינוי, שעת יציאה.

### **העברה:**

א. ככלל תתבצע העברת נפגעים מבית חולים ממייך לבתי חולים מאשפזים אחרים על ידי כוחות מד"א, באמצעות אמבולנסים, בשילוב עם כוחות חר"פ ופקע"ר באמצעות אמבולנסים ו / או אוטובוסים ממותקנים. לעיתים, בעיקר באירועים בעת רגיעה, יבוצע פינוי בהיטס.

ב. אחריות שליחתם והגעתם של רכבי הפינוי לבית החולים הממייך הנה על חמ"ל רפואה פקע"ר.

ג. במקרה בו נדרש פינויים של מספר נפגעים בני אותה המשפחה, יש לשאוף להעבירם במרוכז לאותו בית חולים מאשפז.

ד. העברת הנפגעים מביה"ח הממייך לבתי"ח המאשפזים באמצעות רכבי העברה ייעודיים, מסוקים או מטוסים קבועי – כנף, תתבצע מאתר ההשהיה לפינוי.

### **צוות מלווה:**

1) הצוותים המלווים יכללו מד"א של אמבולנסים רגילים ואמבולנסי נט"ן בהתאם לצורך, ו/או צוותים של חר"פ. הצוותים הללו יחברו למנהל אתר ההשהיה לפינוי.

2) הצוותים עשויים להיות מזדמנים לפעולות ההעברה אד – הוק, או צוותים המוקצים לפרקי זמן קבועים מראש.

3) במקרה של פינוי בהיטס, יגיעו עם כלי הטייס צוותים אורגניים של יחידת הפינוי בהיטס.

4) יודגש, כי סיוע על ידי צוות רפואי (רופאים, אחיות) מבית החולים הממייך יוכל להתבצע, אם בכלל, רק לעיתים רחוקות, מפאת הקושי להוציא צוות מביה"ח הנמצא בעומס קליטת נפגעים.

ה. מינהלן אתר הפינוי יוודא את כל הנוגע לביצוע מלאכת העברת הנפגעים בפועל, כדלקמן:  
 1) התאמת מצבת כלי הרכב המיועדים להעברה בהתאם למספר המועמדים להעברה, מצבם הרפואי ויעדי ההעברה שלהם.

2) הכנת רשימה שמית של הנפגעים המיועדים להעברה בכל כלי רכב ורשימת כלי הרכב המיועדים להצטרף לשיירת ההעברה (כמפורט בנספח ג') עותק מהרשימה הנ"ל יישאר בידי מינהלן האתר.

3) ביצוע בדיקת תקינות ההעברה בהתאם לרשימת התיוג לחולה המועבר (כמפורט בנספח ד').

ו. מינהלן אתר הפינוי יוודא מילוי הפרטים הנדרשים כמפורט בנספח ה' ב – 4 עותקים ויעבירם למטה החירום, מרכז מידע, אחראי על הכח המעביר ועותק אחד יישאר באתר.

#### **ציוד רפואי :**

א. ציוד רפואי לליווי יוקצה ממחסני שע"ח של בית החולים, או לחילופין ממערכות המוקצות לו ע"י משרד הבריאות או צה"ל.

ב. תקן הציוד במחסני שע"ח בבתי החולים צריך יהיה לקבל ביטוי כתוצאה מהוראות נוהל זה.

ג. להלן הצעה מינימליסטית לתוספת צר"פ לבי"ח ממייך בהנחת מוצא שדרך הציוד הינה חד סטרית:

1) מנשמים – 3 (+6 בלוני חמצן מגודל A).

2) צוארוני פילדלפיה – 10.

3) קרשי גב – 10.

ד. ציוד נילוה נוסף כמכשירי ניטור, מד ל"ד, לא צמוד לחולה וניתן לצפות שיוחזר לביה"ח:

אפשרי מכשיר אחד שמבצע את כל הפעולות.	{	מוניטור אק"ג 3 X
		מד ריון חמצן 5 X
		מדי לחץ דם ניידים 5 X

ה. אין צורך להוסיף ציוד מתכלה כמזרקים, שקיות ניקוז וכיו"ב.

**מרכז המידע לציבור:**

מרכז המידע של ביה"ח הממייץ ימצא בקשר עם בתי החולים המאשפזים. מידע אודות העברת הנפגעים יועבר ממרכז המידע של ביה"ח הממייץ לזה של המאשפז. במידת האפשר יועבר מידע באמצעות הפקס בנוסף לדיווחים טלפוניים. ככלל יופנו הפונים, לקבלת מידע ועדכון, למרכז המידע שיהיה הגורם הבלעדי שימצא בקשר עם הציבור.

**רשימת פרוצדורות המוצגות אה"ח - נספח ד'**

יעד ההעברה ***	מספר רכב מעביר	שם פרטי ומשפחה	מין	גיל	ת.ז או מ.א	מספר פצוע (מספר גליון בביה"ח)	מס"ד

\* ימולא ב - 4 עותקים ויועברו :

- 1) לאחראי הרכב / שיירה.
- 2) לאתר השהייה להעברה.
- 3) למטה החירום.

\*\* לגבי הפרטים האישיים, ניתן להדביק מדבקה של משרד קבלה/שחרור חולים.

\*\*\* יעד ההעברה יוכתב ע"י מטה החירום בהתאם להנחיית חמ"ל מר"פ.

**הערה:**

חשוב לציין כי חלק מהפינויים ידווחו בכמויות נפגעים בלבד ללא פירוט נוסף  
וחלקם יכללו הנחיות מקצועיות בהתאם לסוג הפציעה.

## רשימת תיוג לחולפה מוצקת - נספח ד'

חתימת אחראי על אתר השהייה להעברה	בוצע ע"י	פירוט	הנושא
			זיהוי החולה
			אבחנות
			רשומה רפואית (כל התיעוד הרפואי, כולל סיכום מחלה, צילומים, דו"חות מעבדה וכו')
			מארז חפצים אישיים
			ציוד נדרש לטיפול בהעברה
			תאום ההעברה ויצירת קשר מוקדם עם בי"ח מקבל (עם מי תואם)
			יעד ההעברה וגורם שיש להתייצב בפניו
			כ"א מלווה מתאים (פירוט מקצועי לא שמי)
			נקודות בעייתיות והנחיות למלווים

\* ימולא ב - 2 עותקים ויועבר :

(1) לאחראי על רכב העברה.

(2) לאתר השהייה להעברה.

רשימת בקרה לפני הצגת הפסול - נספח ד'

לפני עליית הנפגע על כלי הרכב יש לוודא שכל הני"ל קיימים.

גליון נפגע - כן / לא

ציוד רפואי - כן / לא

צוארון פילדלפיה - כן / לא

עירוני נוזלים מקובע - כן / לא

קרש גב - כן / לא

אמבו - כן / לא

מסכה - כן / לא

מכשיר הנשמה - כן / לא

צילומים - כן / לא

א.ק.ג - כן / לא

הועברה הודעה למרכז מידע - כן / לא

שק חפצים אישיים (כולל דברי ערך) - כן / לא

אחר פרט \_\_\_\_\_

האם המשפחה יודעת על ההעברה - כן / לא

האם בני המשפחה אחרים נפגעים - כן / לא

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_

נספח ב'ניתוח יכולות פינני הנפגעיםפינוי רכוב

1. סך כל הנפגעים הבינוניים-קשים בשטח אירוע = 150.
2. כ- 15% מהנפגעים יפונו באופן עצמוני (כ-20 נפגעים).
3. בכל אמבולנס ניתן לפנות 1-2 נפגעים בינוני-קשה.
4. במענה האוטומטי יגיעו לאזור האירוע עד 40 אמבולנסים.
5. ניתן יהיה לפנות בסבב אחד בין 40-80 נפגעים (בממוצע יפונו 60 נפגעים בסבב אחד).
6. יש צורך בב-2 סבבים על מנת לפנות את רוב הנפגעים הבינוני-קשה (סה"כ 120 נפגעים).

פינוי מוסק

- 1 ביצוע ויסות שניוני מבתי חולים במעגל האזורי-גיאוגרפי אל בתי חולים מרוחקים.
- 2 ביצוע ויסות ראשוני מוסק יעשה בתנאים הבאים:
  - 2.1.1 מאזורים פריפריים בעלי משאבי טיפול ואשפוז מוגבלים.
  - 2.1.2 חסימת צירי הגעה אל בתי החולים.

7. נספח ג'ניתוח יכולות בתי החוליםא. מגה אר"ן דרגה 1 – 500 נפגעים (מודל פיגוע תופת במתחם סגור)

## 1. מענה האשפוז הנדרש:

מספר מיטות	התפלגות נפגעים	סוג אשפוז
64	15%	ICU
138	32%	אשפוז כללי
202	47%	סה"כ אשפוז
53%		ישוחררו לביתם
<b>500</b>		<b>סה"כ נפגעים</b>

## 2. ניתוחים נדרשים:

מספר ניתוחים	התפלגות באחוזים	סוג ניתוח
43	10%	ניתוח דחוף*
34	8%	ניתוח לא דחוף**
77	18%	סה"כ ניתוחים

\* ניתוח דחוף (urgent) – ניתוח לטיפול במצב מסכן חיים.

\*\* ניתוח לא דחוף – אפשרות לדחיית הפרוצדורה הניתוחית עד 10 שעות.

## 3. ניתוח יכולות בתי החולים במרחב תל אביב:

## 3.1 חדרי ניתוח:

בתי החולים								
מאיר	קפלן	שרון	אסה"ר	בילינסון	וולפסון	תה"ש	איכילוב	
16	11	10	22	22	10	19	25	חדרי ניתוח
135								סה"כ ח.נ.
לא דחוף - 34				דחוף - 43				צורך ח.נ.

אין פערים – תיתכן יתירות.

## 3.2 טיפול נמרץ:



בתי החולים								
מאיר	קפלן	שרון	אסה"ר	בילינסון	וולפסון	תה"ש	איכילוב	
10	10	5	7	10	15	30	26	טיפול נמרץ
-	4	-	6	16	7	12	12	ט.ג. ילדים
113 מיטות (170 כולל ט.ג. ילדים)								סה"כ מיטות ט.ג.
45-68								פינוי 40% מהתפוסה
64 מיטות								צורך בהתאם למתאר

יתכן פער של 19 מיטות.

4. ניתוח יכולות בתי החולים במרחב חיפה :

4.1 חדרי ניתוח :

בתי החולים						
העמק	הלל	כרמל	בני ציון	רמב"ם	נהריה	
10	יפה					
7	7	10	11	16	9	חדרי ניתוח
60						סה"כ ח.ג.
לא דחוף - 34			דחוף - 43			צורך ב.ח.ג.

אין פערים.

## 4.2 טיפול נמרץ :

בתי החולים						
העמק	הלל יפה	כרמל	בני ציון	רמב"ם	נהריה	
6	5	6	4	38	10	טיפול נמרץ
4	-	-	-	11	4	ט.ג. ילדים
69 מיטות (88 כולל ט.ג. ילדים)						סה"כ מיטות ט.ג.
28 מיטות, לא כולל התאוששות						פינוי 40% מהתפוסה
64 מיטות						צורך בהתאם למתאר

פער של 36 מיטות טיפול נמרץ.

5. ניתוח יכולות בתי החולים במרחב ירושלים :

## 5.1 חדרני ניתוח :

בתי החולים							
אסה"ר	תל השומר	קפלן	שערי צדק	ביקור חולים	הדסה הר הצופים	הדסה ע"כ	
10	19	11	7	5	6	21	
79 - סה"כ - 39 בירושלים -							סה"כ ח.ג.
לא דחוף - 34			דחוף - 43				צורך בח.ג.

אין פערים.

## 5.2 טיפול נמרץ :

בתי החולים							
אסה"ר	תל השומר	קפלן	שערי צדק	ביקור חולים	הדסה הר הצופים	הדסה ע"כ	
5	30	10	16	5	10	34	טיפול נמרץ
-	12	4	4	2	4	5	ט.נ. ילדים
סה"כ בירושלים בלבד - 65 מיטות (80 כולל ט.נ. ילדים)							סה"כ מיטות ט.נ.
26 מיטות							פינוי 40% מהתפוסה
64 מיטות							צורך בהתאם למתאר

פער של 38 מיטות טיפול נמרץ.

## 6. ניתוח יכולות בתי החולים במרחב באר שבע :

## 6.1 חדרי ניתוח :

בתי החולים		
ברזילי	סורוקה	
11	16	חדרי ניתוח
27		סה"כ ח.נ.
לא דחוף - 34	דחוף - 43	צורך בח.נ.

פער של 16 ח.נ. לניתוחים דחופים.

## 6.2 טיפול נמרץ :

בתי החולים		
ברזילי	סורוקה	
16	22	טיפול נמרץ
3	6	טיפול נמרץ ילדים
38 מיטות (47 מיטות לא כולל ט.נ. ילדים)		סה"כ מיטות ט.נ.
15 מיטות		פינוי 40% מהתפוסה
64 מיטות		צורך בהתאם למתאר

פער של 49 מיטות.

## 7. בחינת מענה חדרי ניתוח וטיפול נמרץ :

ב"ש	י-ם	ת"א	חיפה	דרישה	
27 פער	79 + 39 אין פער	135 אין פער	60 אין פער	43	ח.ג. דחוף
				34	ח.ג. לא דחוף
15-19 פער	26-32 פער	45-68 פער	28-35 פער	64	ט.ג. - זמין

**ב. מגה אר"ן דרגה 3 – 2000 נפגעים**

(מודל: אירוע בודד בחלל פתוח או מספר פיגועים במקביל בחלל סגור; ההערכה היא כי כאשר מספר הנפגעים עולה מעל למספר מאות, חלקם היחסי של הפצועים הדחופים יורד משמעותית).

**1. התפלגות הנפגעים:**

מספר פיגועים בחלל סגור	פיגוע בחלל פתוח	
300 (15% מכלל הנפגעים)	200 (10% מכלל הנפגעים)	<b>הרוגים</b>
1700 (85% מכלל הנפגעים)	1800 (90% מכלל הנפגעים)	<b>פצועים</b>
76 (4.5% מהפונים לבית החולים)	20 (1.1% מהפונים לבית החולים)	<b>תמותה בביה"ח</b>
400 (23% מהפונים לבית החולים)	220 (12% מהפונים לבית החולים)	<b>דחופים (ISS&gt;8)</b>
1300 (77% מהפונים לבית החולים)	1580 (88% מהפונים לבית החולים)	<b>לא דחופים</b>

**2. צורך בניתוחים ובמיטות טיפול נמרץ:**

מספר פיגועים בחלל סגור	פיגוע בחלל פתוח	
300 (17.5%)	225 (12.5%)	<b>ניתוחים</b>
135 (45%)	45 (20%)	<b>ניתוחים דחופים</b>
165 (55%)	180 (80%)	<b>ניתוחים לא דחופים</b>
680 (40%)	720 (40%)	<b>אשפוז</b>
240 (13.4%)	110 (6%)	<b>אשפוז בטיפול נמרץ</b>
440 (26%)	610 (33%)	<b>אשפוז במחלקות</b>
1020 (60%)	1080 (60%)	<b>שחרור מהמיון</b>

## 3. חדרי ניתוח:

סה"כ	דרום	+ צפון חיפה	מרכז	ירושלים	
261	27	60	135	39	חדרי ניתוח
1044	108	240	540	156	סה"כ יכולות ניתוח תוך 10 שעות
לא דחוף – 165 / 180			דחוף – 135 / 45		צורך בניתוחים

## 4. טיפול נמרץ:

סה"כ	דרום	+ צפון חיפה	מרכז	ירושלים	
285	38	69	113	65	טיפול נמרץ
100	9	19	57	15	טיפול נמרץ ילדים
385	47	88	170	80	סה"כ מיטות טיפול נמרץ
154	19	35	68	32	פינוי 40% מהתפוסה כולל טיפול נמרץ ילדים
230 / 110 מיטות					צורך בהתאם למתאר

פער לאומי של עד 80 מיטות טיפול נמרץ