

חוזר מס' : 19/2016

ירושלים, ח' תשרי, תשע"ז
10 אוקטובר, 2016

אל: מנהלי בתי החולים כלליים, גריאטריים ופסכיאטריים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון: הערכות לחורף – 2016-2017

1. רקע:

תקופת החורף מאופיינת בעליה בתחלואה בכלל ובתחלואת דרכי נשימה ושפעת בפרט – דבר המלווה גם בעליה בתמותה, בעיקר בקרב חולים מקבוצות הסיכון. כמו כן, קיימת בחורף עליה בפניות למחלקות לרפואה דחופה (חדרי המיון) עקב תחלואה נשימתית, ועליה בשיעור האשפוז, סבב המיטות והתפוסה בבתי החולים. על כל הגופים והארגונים במערכת הבריאות לרבות משרד הבריאות, קופות החולים ובתי החולים, מוטלת החובה להערך ולהתכונן לאפשרות של עליה משמעותית בתחלואה בחורף הקרוב.

2. מטרה:

- א. פירוט ההערכות הנדרשת מבתי חולים וקופות החולים לחורף 2016-2017.
- ב. קביעת נוהלי החיסון כנגד שפעת ואופן הדיווח.
- ג. קביעת נהלי הדיווח על חולים מאושפזים שאובחנו מעבדתית כחיוביים לשפעת.
- ד. הדגשת דרכי התגוננות מפגיעות קור (היפותרמיה).

3. תחולת החוזר:

החל מ – 1 בנובמבר 2016.

4.1 חיסונים והיערכות (רפואה מונעת):

4.1.1. מומלץ להתחסן נגד שפעת עונתית, נגד זיהומים פנוימוקוקיים וכן להשלים את מתן חיסוני השגרה לילדים, כמפורט בנספח ג'.

4.1.2. חיסון נגד שפעת מומלץ לכלל האוכלוסייה מגיל 6 חודשים ומעלה ובמיוחד ל:
 (1) אנשים בסיכון לסבול מסיבוכי שפעת;
 (2) אנשים העלולים, בסיכון גבוה, להעביר את השפעת לאחרים;
 (3) אנשים הממלאים תפקידי מפתח בשירותים חיוניים.
 (4) נשים הרות.

4.1.3. על עובדי מערכת הבריאות חלה חובה מיוחדת להתחסן נגד שפעת מאחר והם עלולים להעביר את נגיף השפעת לאנשי צוות אחרים ולמטופלים, במיוחד למטופלים שמערכת החיסון שלהם פגועה וכן למטופלים בסיכון גבוה לסיבוכי שפעת (בבתי חולים ובקהילה) כגון: ילודים, פגים, קשישים, יולדות ואחרים.

4.1.4. חיסון אנשי הצוות הרפואי:

- (1) באחריות מנהל המוסד הרפואי.
- (2) מנהל המוסד יעקוב אחר שיעור המתחסנים בכלל ובמחלקות בהן מאושפזים חולים בסיכון גבוה לסיבוכי שפעת במוסדו בפרט.
- (3) באחריות מנהל המוסד הרפואי, להכין תוכנית לחיסון הצוות הרפואי באופן זמין ונגיש (בכל משמרת, קיום עמדות חיסון רבות והגעה יזומה אל צוותי הרפואה השונים באתרים השונים).
- (4) גיבוש והפעלת תכנית הסברה אודות השלכות מחלת השפעת, יעילותו של החיסון, ובטיחותו.
- (5) מוסדות גריאטריים – ציבוריים ופרטיים:
 כדי להשיג שיעור גבוה של התחסנות כנגד שפעת בקרב הצוותים המטפלים במוסדות, יינקטו הצעדים הבאים:
 א. המוסד יעביר ל"מרפאת קשר" של קופת החולים, אליה שייך המוסד, את רשימת אנשי הצוות המטפל במבוטחי הקופה (במתכונת העברת רשימת הקשישים המאושפזים מבוטחי הקופה לצורך קבלת החיסון).
 ב. משלוח מנות החיסון ע"י הקופה למוסד יהיה על פי הרשימות של צוותים אלה.
 ג. על פי דיווחי המוסד, לאחר מתן החיסונים, ידאגו קופות החולים לעדכן את הרשומה בתיקו האישי של המבוטח בנוגע לקבלת החיסון בפועל.
 (6) עובד שיסרב להתחסן יוחתם על טופס סירוב לקבלת חיסון (מצ"ב כנספח א' לחזור זה) במקרה שהעובד יסרב לחתום על הטופס יש לתעד זאת ברשומות.

7) על מנהלי המוסדות לדווח על חיסון העובדים במוסדם החל מתאריך: 1.11.2016 ועד ל-1.2.2017, מדי שבועיים, כנדרש.

4.1.5 חיסון מטופלים:

על קופות החולים לתעד ברשומה הרפואית את סוג החיסון שקבלו המבוטחים ולדווח למרכז הלאומי לבקרת מחלות על מספר מבוטחיהם אשר ההתחסנו כנגד שפעת עונתית, אחת לשבועיים, (ב-1 וב-15 בכל חודש), החל מתחילת מבצע החיסון (ולא יאוחר מה-1 לנובמבר) ועד להודעה על הפסקת חובת הדיווח. הדיווח יתבצע על פי הטבלה שבנספח ג' לחוזר זה. מודגשת חשיבות דיווח החיסון של נשים הרות.

4.1.6 לפרטים אודות חיסון השפעת, ראה תדריך חיסון השפעת ב:

http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/epidemiology/td/docs/360_Influenza.pdf

4.2 תיעוד ודווח שפעת ברשומה הרפואית:

4.2.1 טיפול במלר"ד ואשפוז במחלקות וביחידות לטיפול נמרץ של חולי שפעת יקודדו ברשומה על פי הקוד: **Influenza 487.0**.

4.2.2 דווח אודות מס' חולי השפעת שפנו למיון או אושפזו יועבר למשרדנו באמצעות דו"ח התפוסה היומי (דו"ח ברלו המורחב בעמודה המיועדת לכך. ראה חוזרנו מס' 37/2014 מיום: 7.10.2014).

4.2.3 דווח שמי על כל חולה מאושפז במצב קשה שאובחן מעבדתית עם שפעת. דווח זה יועבר ללשכת הבריאות האזורית על פי הנחיות שיופצו על ידי ראש שירותי בריאות הציבור.

4.3 תגבור מלר"דים:

בתקופת החורף, כאשר קיימת עליה משמעותית במספר הפונים למחלקות לרפואה רחופה עקב תחלואה נשימתית, יש לתגבר את כוח האדם כמפורט להלן:

4.3.1 תגבור רופא מומחה (ברפואה רחופה, פנימית, גריאטריה או רפואת ילדים במלר"ד ילדים) במלר"ד במהלך שעות הערב כתורן נוסף (עד שעה 23:00) או על פי העומס בפועל. רופא זה יהיה כונן עד למחרת היום (שעה 08:00).

הנחיות חוזר זה בנוגע לתגבור הינן בנוסף לדרישות חוזרנו מס': 21/2013 מיום: 16.7.13.

4.3.2 תגבור עד 2 אחיות במלר"ד בכל משמרת בוקר, ערב.

4.3.3 תגבור אחות במלר"ד בכל משמרת לילה.

4.3.4 מומלץ - תגבור עובד סוציאלי בחצי תקן לשעות אחר הצהריים.

4.3.5 בכלל בתי החולים, מומלץ, בעיתות עומס מטופלים לתגבר את המלר"ד ברופאים מומחים ובאחיות נוספים. כמו כן מומלץ עפ"י מוקדי העומס בבית החולים לתגבר בעובדי מעבדה, טכנאי רנטגן ובשאר המקצועות המהווים "צוואר בקבוק" לטיפול במלר"ד.

4.4 תגבור מחלקות בבי"ח כללי:

- בבתי החולים בהם התפוסה הינה למעלה מתפוסה מלאה יש להוסיף כ"א כדלקמן:
- 4.4.1 רופא תורן למשמרת ערב (חצי תורנות) במחלקה.
 - 4.4.2 אחות אחת למשמרת (על בסיס משמרת זהב / כ"א) במחלקה בה התפוסה למעלה מתפוסה מלאה ו/או מאושפזים בה 3 חולים מונשמים או יותר.
 - 4.4.3 יש לשקול בבתי חולים גדולים עם עומס גבוה חריג במחלקות הפנימיות להוסיף תקן לעו"ס למחלקות אלו, שתסייע בוויסות ושחרור המטופלים המאושפזים.
 - 4.4.4 במחלקה בה התפוסה למעלה מתפוסה מלאה ומאושפזים 3 חולים מונשמים יש להוסיף 2 עובדי כוח עזר למשמרת.
 - 4.4.5 בבתי החולים בהם התפוסה למעלה מתפוסה מלאה מומלץ לצמצם פעילות רפואית מתוכננת (אלקטיבית) ובכלל זה ניתוחים מתוכננים בכפוף לשיקול דעתו של מנהל בית החולים.
 - 4.4.6 בתי חולים שיש בהם תפוסת יתר המצדיקה הפניית חולים לבתי חולים אחרים באזור, יפנו אל מנהלת האגף לרפואה כללית במינהל הרפואה כמקובל.
 - 4.4.7 הנהלת בית החולים תפעל לצמצום שהיית מטופלים באשפוז, שלא לצורך, על ידי העלאת זמינות שירותים הניתנים למחלקות הפנימיות, כדוגמת אקו לב, CT, יעוץ מומחים, ביצוע טרכאוסטומיה, בדיקות גסטרואנטרולוגיות, ועוד. כמו כן, תפעל ההנהלה לשחרור מוקדם, ככל האפשר, במהלך היממה של מטופלים שהוחלט על שחרורם מהמחלקות.
 - 4.4.8 בכדי לסייע בוויסות מטופלים ולמנוע עומסים חריגים יש להגדיר את המטופלים המתאימים לאשפוז המשכי במחלקות לגריאטריה פעילה בהתאם לדיווחי תפוסת המיטות על פי הגדרת המטופלים ב"דו"ח ברלו המורחב" (חוזרנו מס': 37/2014).

4.5 הערכות קופות החולים:

- 4.5.1 מתן מענה לפניות בנושא שפעת וחיסונים ע"י המוקדים הטלפונים;
- 4.5.2 קיום תוכנית הערכות להתמודדות עם מצבי עומס הצפויים במרפאות;
- 4.5.3 תגבור המרפאות והארכת שעות הפעילות הרגילות של המרפאות על פי הצורך;
- 4.5.4 תגבור מוקדי לילה של קופת החולים וספקיה על פי הצורך;
- 4.5.5 תגבור שירותי אשפוז וטיפול בית למתן חלופות אשפוז ו / או קיצור משך האשפוז בבי"ח כללי למטופלים עם מחלות זיהומיות חריפות, בעיקר למרותקי בית;
- 4.5.6 רענון תכניות ההערכות למצבי מזג אויר קיצוני.

4.6. הסדרי אשפוז של חולים המתאימים להגדרת סטטוס אשפוז במחלקות גריאטריה פעילה:
על מנת שמנהל ביה"ח כללי יעביר מטופלים המוגדרים "מונשם כרוני", "סיעודי מורכב"
ו"שיקומי גריאטרי" למחלקות המתאימות בהתאם להנחיות שבחוזר מינהל רפואה 12/2012
"כללים להתחשבות ולהעברת מאושפזים מבית חולים כללי למחלקות לגריאטריה פעילה"
בקישורית: http://www.health.gov.il/hozer/mr12_2012.pdf
על קופות החולים להעביר מאושפזים אלו למחלקות ברישוי מתאים, ובהתאם לחוזרנו מס'
26/2010 לאחר מתן התראה כמצוין בחוזרי מינהל רפואה מס': 26/2010 וחוזר 12/2012 להלן
פירוט:

- 4.6.1 על כל מנהל בי"ח כללי ליצור קשר עם מנהלי המרכזים הרפואיים השיקומיים
הגריאטריים (מרג"ים) באזורו לצורך תאום מנגנוני ההעברות.
- 4.6.2 על הרופאים הפנימיים ורופאי המלר"ד מבית החולים להכיר את יכולות הטיפול של
המרכזים הרפואיים הגריאטריים הסמוכים אליהם.
- 4.6.3 במצבים שבהם קיימת במחלקה הפנימית תפוסה למעלה מתפוסה מלאה, מאושפז
שמוגדר "תת אקוטי" (כמוגדר בחוזר מינהל רפואה 26/2010 סעיף 3), יועבר לבי"ח
גריאטרי. ניתן להעביר ישירות מטופל שהוגדר תת-אקוטי מהמחלקה לרפואה
רחופה, ללא זמן המתנה של 48 שעות, לאחר תיאום ואישור ישיר של מנהל
מחלקה גריאטרית תת-אקוטית המקבלת. זאת כאמור גם אם אין הסכם בין
המחלקה לבין הגורם המבטח. לרשימת המרג"ים – ראה נספח ד'.
- 4.6.4 מטופלים המאושפזים במחלקה פנימית, שהופנו ממוסד סיעודי, ומצבם יציב פרט
לצורך בהמשך טיפול אנטיביוטי דרך הוריד, יכולים לחזור אל המוסד ממנו הופנו,
בתנאי שביכולתו, בהתאם להרשאות רשיונו, להמשך קבלת הטיפול ובתאום עימו.
רשימת המוסדות בעלי הרשאה לטיפול תוך ורידי מפורטת בנספח ה' לחוזר זה
ובאתר האינטרנט של משרד הבריאות.

5. מניעה וטיפול בפגיעות קור:

- 5.1 פגיעות קור הינן בעיה משמעותית בחודשי החורף. בשנים האחרונות, ארעו מספר פגיעות
קור משמעותיות, שהצריכו אשפוז, וחלקן אף הסתיימו במוות. נספח ו' לחוזר זה מפרט
הנחיות למניעה והתמודדות עם פגיעות קור.
- 5.2 יש לרווח על חולה שאושפז באבחנה של פגיעת קור (היפותרמיה) על פי קודי CD9CM
כמפורט בנספח ו'.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה,
ד"ר ורד עזרא
ראש מינהל הרפואה

העתק : שר הבריאות
המנהל הכללי
המשנה למנהל הכללי
הנהלה מורחבת
קרפ"ר - צ.ה.ל
קרפ"ר - שרות בתי הסוהר
קרפ"ר - משטרת ישראל
רכז הבריאות, אגף תקציבים - משרד הבריאות
יו"ר ההסתדרות הרפואית
יו"ר הסתדרות האחיות
יו"ר מועצה מדעית - ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה
מנכ"ל חברת ענבל

כתובת אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי מינהל הרפואה וחוזרי
מנכ"ל היא: - www.health.gov.il

סימוכין : 264890916

נספח א'

(סמליל המרפאה המחסנת)

סירוב עובד בריאות לקבל חיסון כנגד שפעת

משרד הבריאות ממליץ לך לקבל חיסון בטוח ויעיל שיגן עליך מפני הדבקות במחלת השפעת, וימנע ממך להדביק מטופלים במחלה זו.

סירובך לקבל חיסון זה עלול לסכן את בריאותך ואת בריאות מטופליך.

לפני חתימתך על טופס זה, אנא שאל/י כל שאלה בכל נושא המתייחס לפעולות החיסון, הנחיות, אמצעי הזהירות והוריות הנגד, והמשמעויות של היעדר חיסון או סירוב לקבל חיסון.

הצהרה:

לאחר שעיינתי בכתוב לעיל, קבלתי הסבר וקראתי את דף המידע לעובד בריאות על החיסונים שמומלץ כי אקבל, אינני מסכים/ה לקבל את החיסון נגד שפעת.

שם מלא	מס' ת"ז	חתימה	תאריך

חתימת האחות או הרופא האחראית/ של מרפאת החיסונים	תאריך
---	-------

נספח ב'

מניעת מחלות מדבקות בחורף

1. חיסוני השגרה בגיל הרך:

השכיחות של מחלות מדבקות עולה בחודשי החורף, בעיקר בשל תנאי צפיפות במעונות יום ובגנונים בבתים ובחדרים עם חלונות הסגורים כנגד הקור והגשם. על-מנת לצמצם תחלואה זו, יש להקפיד על קיום תוכנית החיסונים של משרד הבריאות: לחסן את הילדים במועד הנכון ולהשלים את החיסונים שלא בוצעו בזמן.

2. חיסון נגד זיהומים פנוימוקוקיים:

חיסון יינתן על פי הנחיות בפרק תרכיבים נגד זיהומים פנוימוקוקיים, תדריך חיסונים 1999, עדכון ינואר 2014.

3. מניעת שפעת עונתית בחורף 2017-2016:

חיסון יינתן על פי ההנחיות בפרק תרכיבים נגד שפעת, תדריך חיסונים 1999, עדכון אוגוסט 2016.

לתדריך החיסונים של האגף לאפידמיולוגיה ראה:

http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/epidemiology/td/docs/360_Influenza.pdf

נספח ג' - אופן דיווח על ביצוע חיסוני שפעת-קופות החולים

יש לדווח על התקדמות תהליך החיסון על פי הטבלה שלהלן ב-1 וב-15 בכול חודש, החל מתחילת מבצעי החיסון (ולא יאוחר מה-1 לנובמבר) עד להודעה על הפסקת הדיווחים.

קופה מרווחת: _____ תאריך עדכון: _____

סה"כ מתחסנים †	מס' מועמדים לחיסון	
		כלל חברי הקופה †
		בני 6 עד 23 חודשים †^
		בני 24 עד 59 חודשים †
		בני 12-5 שנים †
		בני 18-13 שנים †
		בני 34-18 שנים †
		בני 49-35 שנים †
		בני 64-50 שנים †
		בני 65 שנים ומעלה
		חולים כרוניים* מתחת לגיל 65
		נשים הרות

† הכוונה למספר האנשים שחוסנו ולא למספר מנות החיסון שניתנו. הדבר נכון גם לילדים עד גיל 9, אשר עשויים לקבל יותר ממנת חיסון אחת, בהתאם להמלצות.

^ מתייחס לתינוקות שהיו בקבוצת הגיל 6 עד 23 חודשים בתאריך ה-1.10.15.

‡ הכוונה לסה"כ המתחסנים באותה קבוצת גיל (עם וללא מחלה כרונית כפי שהוגדרה להלן).

* חולים כרוניים כפי שהוגדרו ע"י האגף לאפידמיולוגיה בתדריך החיסונים.

סה"כ	
	סה"כ מנות זמינות (לאחר ניכוי המנות השמורות עבור ילדים למתן חיסון שני)
	סה"כ מנות הצפויות להתווסף למלאי

תקופת הדיווח: החל מתחילת מבצע החיסון (ולא יאוחר מה-1 לנובמבר) ועד להודעה על הפסקת הדיווחים. תדירות הדיווח: כאמור, אחת לשבועיים ב-1 וב-15 בכל חודש.

נא לשלוח הדיווחים למרכז הלאומי לבקרת מחלות, דוא"ל: influenza@moh.health.gov.il

פקס: 03-5349881, טלפון: 03-7371500 שלוחה 214, נייד: 050-6242251

נספח ד'

רשימת מרכזים רפואיים גריאטריים שיקומיים

המורשים לאשפוז חלופי למחלקה למחלות פנימיות שבבית חולים כללי

<u>פיקס</u>	<u>טלפון</u>		
04-8307194	04-8307091-2	מר"ג, חיפה	1
073-2377361	073-2377372	מר"ג, בית בלב, נשר	2
04-6375724	04-6375611	מר"ג, שוהם, פרדס חנה	3
09-8630151	09-8630101-2	מר"ג, דורה, נתניה	4
03-5008950	03-5008900	מר"ג, בת ים	5
02-6540856	02-5316831	מר"ג, ירושלים	6
02-5903844	02-5487555	מר"ג, עמל ירושלים, מעלה אדומים	7
08-9220672	08-9258801-2	מר"ג, שמואל הרופא, באר יעקב	8
08-9445551	08-9445544	מר"ג, נווה עמית, רחובות	9
08-6360872	08-8591880	מר"ג, הרצפלד, גדרה	10
03-9328118	03-9373811	מר"ג, בית רבקה, פתח-תקוה	11
03-6383649	03-6383666	מר"ג, רעות, ת"א	12
08-8518877	08-8518888	מר"ג, בית הדר, אשדוד	13
		מר"ג, נאות התיכון, יפו	14

נספח ה:

רשימת בתי חולים גריאטריים סיעודיים בעלי הרשאה תקיפה למתן טיפול למחלות חריפות (טיפול תוך ורידי)

ההרשאה למתן טיפול למחלות חריפות ללא סכנה מיידית, במסגרת המחלקה הסיעודית לחוסים בה - הינה בהתאם לנוהל האגף לגריאטריה (נוהל 0.5.4) מופיע בקובץ הנהלים לבי"ח גריאטריים סיעודיים באתר האגף לגריאטריה http://www.health.gov.il/download/ng/0_5_4.pdf

ההרשאה היא למתן טיפול במסגרת המוסד למטופלים קבועים של המחלקה ולא למטופלים חדשים. הטיפול, למטופלים המתאימים, יכול להינתן הן כטיפול המשכי לאחר אשפוז בבית חולים כללי והן כטיפול ראשוני במוסד.

רשימת המוסדות המורשים למתן טיפול למחלות חריפות (כולל טיפול תוך ורידי) מתעדכנת מעת לעת. ההרשאה מצוינת ברשיון בי"ח הגריאטרי והמפורסם באתר משרה"ב:

http://www.old.health.gov.il/units/pharmacy/institution/inst_Custom_out.asp?p=1

נספח ו'

קווים מנחים למניעת פגיעות קור בקשישים – לרופאים, אחיות וצוותים רפואיים בקהילה

1. רקע:

אוכלוסיית הקשישים היא אוכלוסייה בסיכון לפגיעה מחשיפה לקור, כאשר, טמפרטורת הגוף עלולה לרדת מתחת לערך ה"נורמלי" (היפותרמיה). למצב זה השלכות בריאותיות חמורות אם לא יזוהה ויטופל כנדרש. בקשישים שאובחנו עם היפותרמיה, התמותה היא כ-50%. הסיכון לתמותה מהיפותרמיה גדול פי 5 בקשישים מעל גיל 75 מאשר באנשים שגילם נמוך מ-65 שנים.

חשיפה לקור עלולה לגרום לסיבוכים בריאותיים, גם כאשר חום הגוף תקין. הבעיה קשה יותר אצל מבוגרים הסובלים ממחלות לב או ריאות.

אי לכך, חשוב לנקוט בכל האמצעים שיפורטו כדי למנוע מצבים אלו, ואם אירעו - לזהותם מבעוד מועד ולטפל ללא דיחוי.

נספח זה נועד להגביר את המודעות להיפותרמיה ולפגיעות מקור, ואת הערנות לסימנים מקדימים של הנזקים הבריאותיים הנגרמים מחשיפה לקור, ומתן קווים מנחים למניעה.

הסכנה לפגיעת קור בקשישים מקורה בשילוב של גורמים פיזיולוגיים, התנהגותיים, בריאותיים ותפקודיים אשר מגבירים את סיכון החשיפה לקור, בנוסף לגיל כשלעצמו:

גורמים פיזיולוגיים והתנהגותיים:

- תחושת הקור בקשישים יורדת;
- בזקנה - היכולת לאזן (ליוסט) את חום הגוף פוחתת;
- בקשישים המטבוליזם ירוד והם מייצרים פחות חום מטבולי; התופעה מחמירה במצב תזונתי ירוד;
- קשישים נוטים לשתיית נוזלים מועטה מדי ולהתייבשות – גם בחורף!
- הסכנה בשתיית אלכוהול - האלכוהול מביא להרחבת כלי הדם והאצת פיזור חום מהגוף למרות רושם מוטעה שהוא מחמם;

• אי הקפדה על לבוש מתאים לתנאי מזג האוויר בבית ובחוץ;

• קשישים נוטים לחמם פחות את ביתם בכדי לחסוך בהוצאות;

גורמים בריאותיים ותפקודיים:

- שכיחות גבוהה של תחלואה ושימוש בתרופות – חלקן מסוגי התרופות עלולות להשפיע על מצב העירנות;
- מוגבלות בתפקוד הפיזי או הנפשי (כולל דמנציה - קשישים אשר פעילותם מוגבלת - ממעטים בתנועה שמסייעת לחימום);

• מצב תזונתי ירוד שכיח בקשישים ועלול לגרום לפגיעות-יתר לקור;

• קשישים בודדים עלולים ליפול בביתם ולהיות שרועים זמן ממושך על ריצפה קרה.

2. הגדרה של פגיעה מקור:

היפותרמיה מוגדרת כמצב בו טמפרטורת הגוף יורדת מתחת ל- 35°C . בהיפותרמיה מבחינים ב- 3 דרגות חומרה. היפותרמיה קלה (מתחת ל- 35°C ועד 32°C), היפותרמיה בינונית (28°C - 32°C) והיפותרמיה קשה (מתחת ל- 28°C). ככל שדרגת ההיפותרמיה חמורה יותר, הסימנים עמוקים יותר.

הסימנים הבולטים לחשש מהיפותרמיה הם:

- בהיפותרמיה קלה - עור קר למגע, איטיות, בלבול קל, ירידה בערנות (אפתיה), דיבור לא ברור, איבוד יכולת השליטה על תנועות עדינות באצבעות הידיים ורעידות. עם זאת, בשלבים ההתחלתיים של ירידת חום הגוף - הזקן הסובל מקור לא יתלונן על תחושת קור!
- בהיפותרמיה בינונית - מצב בלבולי ניכר (delirium) ובהמשך ירידה בהכרה, צבע כחול של אצבעות הגפיים האף והאוזניים, קשיון שרירים, תחושה שהעור מעובה ומוצק (עקב בצקת), נשימה אטית ושטחית וירידה בולטת בקצב הלב ו/או הפרעות קצב.
- בהיפותרמיה קשה - עור מאד קר, אישונים לא מגיבים, התכווצויות, קומה, דופק איטי וירידת לחץ דם עד מצב בו לא ניתן למשש דופק ולזהות נשימה – ועלול להיות אבחון מוטעה של מוות.

אין לקבוע מוות במצב היפותרמי, אלא לאחר חימום לטמפרטורת גוף של לפחות 36°C .

1. דרכי מניעה של פגיעות קור:

יש להעביר לציבור מידע כיצד להימנע מפגיעת קור:

3.1 חימום נאות:

- שמירה על טמפרטורת קבועה בחדרי המגורים בגבולות של 20°C - 24°C . (מומלץ לרכוש מדחום שמודד את טמפרטורת החדר). שמירה על לחות האוויר בחדר, כדי להימנע מאויר יבש מידי – אפשר להשתמש במכשיר אדים.
- אוורור נאות של חדרי המגורים.
- יש לוודא את בטיחות התנורים בדירה – תוך הסתייעות בבני משפחה ואנשי מקצוע. חל איסור מוחלט להשתמש בתנורי בערה (נפט), אשר פולטים חר-תחמוצת הפחמן.
- אם יש קשיים כלכליים במימון החימום – ניתן לבקש סיוע משירותי הרווחה באזור המגורים.
- יש לעקוב אחר תחזיות מזג האוויר ולהיערך בהתאם.

3.2 לבוש נאות:

- יש להקפיד על לבוש נוח ומחמם, בכמה שכבות, כדי למנוע איבוד חום.
- ביציאה מהבית – בנוסף למעיל, יש להקפיד לחבוש כובע וללבוש כפפות.
- בלילה יש לדאוג ללבוש מתאים (נמנמת/פיג'מה), שמיכה מתאימה, ולהקפיד על חימום נכון (לא ביתר) של חדר השינה.

3.3. הרגלי בריאות:

- יש לשתות בכמות מספקת (8-10 כוסות שתייה ליום) – גם ללא תחושת צמא!
- יש להימנע משתייה מרובה של קפאין ואלכוהול.
- יש להקפיד על ארוחות קלות לעתים קרובות (5-6 ביום) ולהימנע מארוחות כבדות. ניתן לקבל ארוחות מוכנות באמצעות המדור לזקן בלשכות הרווחה העירוניות.
- שתיה ואוכל חמים מסייעים לשמור על חום הגוף.
- יש להקפיד על פעילות גופנית קלה ותנועה, כדי להגביר את זרימת הדם ולהעלות את הקצב המטבולי ואת קצב ייצור החום המטבולי.

3.4. יש להתייעץ עם הרופא המטפל:

- לגבי נטילת תרופות העלולות להגביר את הרגישות לקור (בפרט תרופות לשינה ולהרגעה, מסוג בנזודיאזפינים ואחרים, אופיואידים ועוד). (ר' להלן).
- לגבי מצבי חולי העלולים להגביר את הסיכון להיפגע מהיפותרמיה (ר' להלן).

3.5. ובנוסף, לגבי קשישים המתגוררים לבד:

- לעיתים קרובות, קשישים עריריים נופלים בביתם ונמצאים שרועים זמן רב על הרצפה הקרה, מצב העלול להסתיים בהיפותרמיה קשה, לכן:
- יש לשמור על קשר ולדאוג לביקורים בבית של בני המשפחה, חברים, שכנים, או מתנדבים - לפחות פעם ביום.
- יש לוודא שהפרטים האישיים של הקשיש הבודד (שם, כתובת, ומספר טלפון) נמצאים בידי שירותי הרווחה באזור המגורים, כדי לקבל סיוע במידת הצורך וביקורים סדירים.

2. מטופלים בסיכון מוגבר לפגיעה מקור:

- סובלים ממצב תזונתי ירוד;
- ממעטים להתנועע או מוגבלים בתפקודם (לרבות עקב בעיות פרקים, שבץ מוחי, מחלת פרקינסון ועוד);
- סובלים ממחלות לב וכלי דם, מחלות ריאה כרוניות, סכרת, תת-פעילות של בלוטת התריס (היפותירואידיזם) – ומחלות אחרות בהן הסיכון מקור מוגבר;
- סובלים מירידה קוגניטיבית (דמנציה, שיטיון) או מחלת נפש;
- נוטלים תרופות המגבירות את הסיכון לפגיעת קור (בפרט תרופות לשינה ולהרגעה מסוג בנזודיאזפינים, נוגדי דיכאון, אופיואידים ועוד).
- משתמשים באלכוהול;
- חיים בתנאים ירודים או חסרי בית;

- סובלים ממחלה זיהומית חריפה – לעתים הסימן הראשון הוא דווקא ירידת חום הגוף (להיפך מהתגובה באנשים צעירים יותר).

3. אבחון וטיפול ראשוניים בפגיעת קור
חומרת הפגיעה מקור תלויה במשך החשיפה ודרגת הקור והרטיבות.

5.1. אבחון ראשוני:

- מדידת חום במרחם רגיל לא תזהה את הבעיה, יש למדוד את טמפרטורת הליבה (core) באמצעות מרחם עם טווח מתאים.
- הסימנים הקליניים חשובים – אך אינם ספציפיים ועלולים להביא לאבחנה מוטעית של מצבים אחרים (כגון אוטם שריר הלב, היפוגליקמיה, זיהום או ירידה קוגניטיבית כרונית).

5.2. טיפול ראשוני:

- במצב של היפותרמיה, גם בשלב הקל, קיימת סכנה לפגיעה בתפקוד מערכות חיוניות ונדרשת פניה מיידית לבית החולים.
- עד להגעת הסיוע – יש להעביר את המטופל בעדינות למקום חם ויבש.
- אם הבגדים רטובים יש להסירם ולכסות בבגדים יבשים ובשמיכות.
- יש להיזהר מטלטול או גירוי-יתר (excessive stimulation) של המטופל – מחשש לגרימת הפרעות קצב.
- נפגעי קור הנמצאים בהכרה יש להשקות במשקה חם.

6. דיווח

על בתי החולים לדווח למשרד הבריאות, מנהלת תחום מידע, על ארועי היפותרמיה ע"פ קודי ICD9CM :

991.6 Hypothermia (accidental)

991.8 Other specified effects of reduced temperature

991.9 Unspecified effect of reduced temperature

פרטים בנושא מופיעים גם באתר האינטרנט של משרד הבריאות

<http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=39&catid=262&pageid=2197>