

סיכום דיון קבינט המומחים הלאומי 22.1.2022

משתתפים:

חברי קבינט המומחים: פרופ' רן בליצר (יו"ר), פרופ' ארנון אפק, פרופ' נדב דוידוביץ', ד"ר דרור דיקר, ד"ר בעז לב, ד"ר עדי ניב-יגודה, ד"ר דורית ניצן, ד"ר אודי קלינר, פרופ' גליה רהב.

משרד הבריאות ומטה מגן ישראל: פרופ' נחמן אש, פרופ' סלמאן זרקא, ד"ר שרון אלרעי פרייס

פרופ' זרקא סקר את תמונת המצב של התחלואה המתפשטת.

פרופ' בליצר הציג את הנושא לדיון: עדכון אסטרטגיית ההתמודדות והצעות אופרטיביות לתקופה הקרובה.

דיון:

- עיקר העומס כעת מוטל על הרפואה בקהילה** המטפלת כעת בכחצי מיליון מאומתים בו זמנית, וצריכה לתת מענה הן לרפואת שיגרה של חורף, הן לטיפול מרחוק בחולים, הן למתן טיפול יוזם בפקסלוביד לאלפי חולים, ולאשפוזי בית שהינם שווה ערך לעשרות מחלקות פנימיות – והכל בחסר מחמיר והולך של כח-אדם. בשבוע האחרון רושם **שיכולת הטיפול בקהילה מתקרבת לרווייה**, ולכן סבירות משמעותית ל- spillover **ולעליה מהירה עוד יותר בקצב האשפוז בשבועות הקרובים**. קושי בפינוי מטופלים אל הקהילה עלול להתבטא בעליה במשך אשפוז לחולים קיימים. בסך הכל – מדובר בתוספת אתגר משמעותי לאיכות הטיפול במוסדות האשפוז.
- המשך העליה במספר החולים הקשים החדשים ליום היתה מתונה בשבועיים האחרונים, ועדיין מס' הקשים החדשים **ליום כבר הגיע לשיא** (ביחס לגלים קודמים). השאלה האם נדמה לבריטניה, שבה האשפוזים לא הגיעו לשיא של כל הזמנים, או לארה"ב – שכבר חצו אותו ומתקשים לתת טיפול מיטבי לחולים, לא ידועה. **שיא התחלואה הקשה (וגם שיא ההדבקות) עדיין לפנינו**, וקיים פוטנציאל ממשי לעומס כבד ופגיעה ביכולות ובאיכות הטיפול עם מחירים משמעותיים. **צפויים שבועות קשים ומורכבים במוסדות האשפוז**, למרות השיעור הנמוך יחסית לגלים קודמים של חולים קריטיים מבין הקשים, עיקר החשש לתמותה עודפת הפעם הינו לא למונשמים בט.ג. אלא במח' פנימיות, גריאטריות, ובקרב **קשישים בקהילה**, עקב ירידה באיכות הטיפול בשל העומסים.
- כפי שצוין בעבר, הגל הזה שונה מהותית מגלים קודמים, ומחייב שינוי גישה בהתאם. הצלחה בהתמודדות מחייבת שילוב של **קבלת החלטות יומיומית של הפרט ואחריות אישית להקטנת מגעים וסיכון, ומדיניות ממשלתית המאפשרת זאת לאותם פרטים הבוחרים בכך או נדרשים לכך** (בשל סיכון אישי גבוה לתחלואה קשה). המלצות פרטניות יוצגו להלן.
- הנחת עבודה סבירה היא כי הדבקות מרובות באומיקרון כעת אינן משרתות בניית 'חומת חסיונות' משמעותית אשר תגן מפני הדבקות בזנים עתידיים. הדבקות מרובות המתרחשות כעת אינן 'מועילות' להשגת חסיונות עדר.
- משרד הבריאות הציג נתונים לפיהם % הריצופים המתגלים כדלתא הינו כ-2%, ויש רושם לשיעור קטן והולך של דלתא מבין החולים הקשים – נתונים מדויקים יאספו בהמשך השבוע. בשלב זה הנחת העבודה היא שדלתא כבר לא מהווה גורם מרכזי בתחלואה הקשה, והאמור מטה לגבי התו הירוק מושפע מהערכה זו.
- לגבי התו הירוק**: לדעת הפורום, ולאור השתנות תמונת התחלואה והיעילות הנמוכה של הבוסטר למניעת הדבקה (מבלי להפחית מעילותו הגבוהה למניעת מחלה קשה), התו הירוק אינו נותן מענה אפקטיבי למניעת התפשטות זן אומיקרון בחללים סגורים. בדיון על התו הירוק עלו שיקולים מגוונים שהשפיעו על המלצת הפורום, ובהם:
 - נתוני התחלואה ומחקרים עדכניים מצביעים על הגנה מינימאלית מהדבקה באומיקרון באתרים הפועלים בתו הירוק כפי שהייתה בזנים קודמים (אלפא ודלתא).

ב. קיים חשש ליצירת תחושה מוגנות מדומה בקרב בעלי תו ירוק ובפרט בפעילויות שמתקיימות בחללים סגורים. תחושה שעשויה לייצר אפשרות אפקט הפוך – false sense of safety לאוכלוסיות פגיעות.
ג. נכון להיום נראה שיטנה ירידה בהקפדה על יישום הנחיות התו הירוק (בחלק מהמקומות).
מאיך עלו החששות הבאים מהפסקת מדיניות התו הירוק:

א. ככל שוריאנט דלתא ממשיך להתפשט בקצב נמוך לצד האומיקרון, בכוחו של התו הירוק לצמצם את הסיכון מהתעצמות חוזרת של וריאנט דלתא. כאמור, למרות חסר במידע עדכני, מנתונים שהוצגו על ידי משרד הבריאות נראה כי לפי הידוע גל דלתא אינו ממשיך להתפשט (זן דלתא מהווה 2% מהמרוצפים וקיים רושם כי שיעור דלתא מבין החולים הקשים הינו כעת נמוך, בניגוד לתמונה לפני שבועות ספורים).

ב. מהנתונים הקיימים טרם הובהר האם הדבקה בזן אומיקרון מונעת בפועל הדבקה שניה בזן דלתא. עם זאת קיימת אינדיקציה ראשונית כי מחוסן מנות שחלה באומיקרון והחלים, יהיה מוגן יותר מפני הדבקה בזן דלתא.

ג. במידה והתו הירוק יבוטל, ותמונת התחלואה בוריאנט דלתא תשתנה לרעה ותצדיק קיום של מדיניות התו הירוק, יהיה קושי להחזיר ולממש מדיניות תו ירוק שהופסקה.

בסיכום דעת הרוב, בנסיבות הקיימות ובמכלול השיקולים, נראה שפחתה ההצדקה האפידמיולוגית להמשיך את מדיניות התו הירוק, והתועלת שמהמשך קיומו נמוכה ביחס להשפעות החיצוניות והסיכונים שנלווים לו. האמצעי היעיל העיקרי בכדי לייצר הגנה משמעותית באתרי התקהלות, בעת הזו, הוא בדיקה שלילית.

7. **לגבי מדיניות הבידוד בבתי הספר:** בשבוע הקרוב יאסף מידע מהעולם על PIMS באומיקרון – חולפים כעת 4 שב' מהעלייה המשמעותית בבריטניה וארה"ב. אם השיעורים יהיו פחותים ממה שראינו בדלתא, נכון יהיה להתקדם כמתוכנן עם מתווה הבידודים החדש. אחרת – מדובר ב- 40-50 מקרים של מחלה רב מערכתית לכל 100,000 נדבקים בגיל בית ספר, ויהיה מקום לדון באיזון הראוי בין מניעת הדבקות למול חשיבות רצף הלימודים.

8. **חיסון רביעי: נתוני ראשוניים מצביעים על יעילות משמעותית לחיסון בהקטנת תחלואה קשה באומיקרון.** חשוב לכן לעודד את האוכלוסיות בסיכון להמשיך ולהתחסן – שכן חלה ירידה משמעותית בהיענות מאז פרסום תוצאות הביניים של המחקר הקליני בשיבא תחת כותרת תקשורתית של 'אכזבה'.

9. **התבססות זן אומיקרון שהינו כה מדבק מחד, ומאיך, כרוך בסיכונים פחותים מקודמיו בפרט לאוכלוסיה מחוסנת באופן מלא, מחייבת דיון אסטרטגי מחודש על ההתנהלות בשגרה לאחר שנעבור את שיא גל האומיקרון. מה שהיה – לא הוא שיהיה.** בהמשך המסמך תוצרי חשיבה אסטרטגית על הכוונים לעתיד.

המלצות אופרטיביות:

1. הנחיות והמלצות לאפשר לאוכלוסיות בסיכון להגן על עצמן מהדבקה
 - א. הפורום ממליץ לקדם מדיניות לאומית תומכת ומתוקצבת ובאופן שיאפשר **לאוכלוסיות בסיכון המבקשות לצמצם את החשיפה להדבקה לנהל אורח חיים זהיר** בתקופת שיא הסיכון להדבקה.
 1. מתן אפשרות **לאוכלוסיות בסיכון שלא להגיע למקומות עבודה על חשבון ניצול ימי מחלה קיימים** (ללא צורך באישור רופא) במהלך השבועות הקרובים של שיא הגל.
 2. מתן אפשרות **לסטודנטים שהינם אוכלוסיות בסיכון** (לדוגמא – נשים הרות) ו/או שמתגוררים עם בני משפחה פגיעים, **ללמידה מרחוק**.
 3. מתן אפשרות **שלא לשלוח ילד בסיכון או ילד שגר עם בני משפחה פגיעים למסגרת חינוך** (חוק חינוך חובה). ככל הניתן, ראוי למצוא מענה לימודי הולם על מנת שלא לפגוע ביכולתו של התלמיד להתקדם בלימודים (ככל הניתן, ומתוך הכרה באי פיתוח היכולת ללמידה היברידית עד כה).
 4. **הצטיידות במוצרי נוגדנים אשר הראו יעילות כנגד זן אומיקרון** - אשר ניתן לתת כטיפול מונע למדוכאי חיסון ומי שלא מתאים לחיסון רביעי / טיפול תרופתי יעיל לאחר חשיפה.
 5. שילוב הרווחה במענה לצרכיהם של קשישים דרי הקהילה ('**מגן אבות בקהילה**') באופן מידי
 6. קיימת חשיבות **להמשיך את הנגישות בתיעודף לבדיקות חינום** - אנטיגן (מוסדות/ביתיות) ובדיקות PCR (בהתאם למדיניות של משרד הבריאות), לאוכלוסיות הסיכון ובני ביתם.
2. לגבי התו הירוק: לאור השיקולים אשר נדונו בהרחבה בסיכום הדיון לעיל, רוב גדול בפורום ממליץ להתאים את המדיניות למציאות הנוכחית ולפעול בשלושת המישורים שלהלן:
 - א. תקנות התו הירוק צפויות לפקוע ביום 1.2.2022 ונכון למידע הזמין היום (בדגש על המידע החלקי לגבי ירידה בתחלואה בזן דלתא) **אין הצדקה להאריך את התו הירוק פעם נוספת**.
 - ב. מומלץ לקיים תשתית לאומית תומכת שתאפשר למוסדות, ארגונים, עסקים וכיו"ב לקיים **תו ירוק על בסיס וולונטארי (כולל תו ירוק 'פלוס' הדורש לא רק חיסון אלא גם בדיקה שלילית, ומיועד לאירועים ומסגרות הבחורות לפנות לאוכלוסיות בסיכון ומעוניינות להבטיח להם סיכון מינימלי)**.
 - ג. גיבוש **הנחיות למוסדות וארגונים שבהם שוהים אוכלוסיות בסיכון** (בת"ח, מרפאות, מוסדות גריאטריים, מרכזי יום לקשיש ועוד) במטרה לצמצם חשיפה לסיכונים. ככלל, יש להמשיך ולדרוש **תו ירוק וכן בדיקה שלילית** מהמבקרים במוסדות אלה.

3. הנחיות ברורות לציבור לגבי ההתנהלות הרצויה, תוך התאמת המדיניות למציאות המתפתחת

הפורום ממליץ למשרד הבריאות לגבש מתווה הסברה לציבור ביחס למדיניות ההתמודדות עם התחלואה הקיימת, ובכלל זאת לפשט ולתווך את המסרים הבאים:

• **ההגנה אשר מקנים החיסונים מאומיקרון:**

- מי שקיבל 3 מנות חיסון, רמת ההגנה מפני מחלה קשה טובה ולזמן ממושך (עד היום) לאוכלוסיות צעירות ובריאות יחסית - המדובר בהגנה מספקת. לאוכלוסיות המבוגרות ובסיכון גבוה - נותר סיכון שארי לא מבוטל, במידה ונדבקים. כך, בני 70+ מחוסנים ב-3 מנות, נותרים עם שיעור <2% של תחלואה קשה במקרה של הדבקה.
- מי שקיבל מנה 4: בניגוד לפרסומים בשבוע האחרון, נתונים ראשוניים (לפני פרסום) מצביעים כי המנה הרביעית מגנה בצורה טובה מפני מחלה קשה, ולכן מומלץ לקבוצות הסיכון להתחסן במנה 4.
- מי שקיבל 2 מנות חיסון בלבד וחלפו חודשים מחיסונו, אינו מוגן בצורה טובה מפני הדבקה ו/או מחלה קשה.
- אף אחד מהחיסונים הקיימים כיום לא מספק הגנה מספקת מפני הדבקה באומיקרון, ומחוסנים עלולים להדבק ולהדביק. עם זאת, חשיבות גדולה להתחסן למקסימום המומלץ לפי גיל ורמת סיכון, כדי להתגונן ממחלה קשה.

• **התנהלות מומלצת בעת הזו בשבועות הקרובים:**

- אדם עם תסמיני מחלה - להישאר בבית ולבצע בדיקת אנטיגן.
- מאומת – בידוד 5 ימים ושתרור בכפוף לבדיקות אנטיגן שליליות (הנחיות משרד הבריאות). מומלץ שלא לבקר אוכלוסיות בסיכון מייד לאחר השחרור, באם השחרור היה ביום 7 ללא בדיקת אנטיגן שלילית לאחר החלמה.
- מי שנחשף לאדם מאומת – לבצע בדיקת אנטיגן (ביתית/מוסדית) 72 שעות מחשיפה, ולהקפיד על עטית מסכה והתנהגות זהירה (בפרט בחשיפה לאוכלוסיה בסיכון) עד לביצוע הבדיקה.
- כלל הציבור – ביצוע בדיקת אנטיגן בצורה וולונטארית טרם מפגשים עם אנשים שנמצאים בקבוצות סיכון (צמצום הסיכון במפגשים משפחתיים/חברתיים).

המלצות אסטרטגיות – התמודדות עם הקורונה מכאן ואילך:

1. **חשוב לזכור שקורונה הינה מחלה יוצאת דופן בין מחלות הנשימה הויראליות:**
 - א. באוכל' בסיכון נרשמת (גם באומיקרון) מחלה משמעותית – בנשים בהריון, בהשמנת יתר, בחולים כרוניים ובמבוגרים. קשה להגן מהדבקה על אוכלוסיות אלו באופן ממוקד בעת התפשטות נרחבת.
 - ב. בילדים, נגרמת מחלה דלקתית רב-מערכתית קשה (MIS-C) בשיעור משמעותי (1:2500) – בכל הזנים עד לאומיקרון (המידע על אומיקרון יתקבל בשבועיים הקרובים).
 - ג. מסוגלת לגרום השפעה משמעותית חוץ-ריאתית, ונמצאה קשורה לשכיחות יתר של אירועים קרדיאלים, נוירולוגים, כלייתים ועוד, כמו לתסמינים מתמשכים בקרב חלק לא מבוטל מהחולים.
 - ד. מדבקת מאד - גם כשהיא טרום-תסמינית וכאשר היא א-תסמינית.
 - ה. משתנה תדיר ויכולה להפוך בכל שלב לחמורה יותר קלינית / מדבקת יותר / פורצת חיסון.

2. **שינוי פרדיגמה:** באם בעוד מס' שבועות יובהר כי התחלואה באומיקרון אינה כרוכה בתחלואה משמעותית (טרם הובהר קשר לתסמינים נוירולוגים אקוטיים, PIMS והסתמנות חמורה בילדים), וכי הוסר החשש מעומס כבד על מערכת הבריאות, ניתן יהיה לשקול **מדיניות שונה**, המתייחסת **לאומיקרון** באופן שמתרחק מההתייחסות לגלי התחלואה הקודמים בקורונה וקרוב יותר **לתחלואת החורף הרגילה, לרבות:**
 - א. **הפסקת בידוד לנחשפים** – למעט בני בית של אוכל' בסיכון אשר יבצעו בידוד וולונטרי. הבידוד יומר בהנחייה לביצוע בדיקה ביתית או מוסדית (בחינם, ובנגישות גבוהה) כעבור 72 שעות מחשיפה.
 - ב. הנחיות ל**בידוד עצמי**, בעת הופעת תסמינים, ובעת אימות מעבדתי.
 - ג. המשך עטיית מסיכות בחללים סגורים, עד לירידה משמעותית במס' הנדבקים היומי.
 - ד. **מדיניות הבדיקות: בדיקות בזמינות גבוהה לאוכלוסיה בסיכון** כדי לאפשר טיפול מוקדם בתרופות מונעות הדרדרות, **בדיקות עיתיות** (כולל ריצוף מלא) למדגם מייצג של האוכלוסיה, בחינת הקמת מרפאות זקיף, והמשך ניטור קפדני בשדה התעופה לכל הנכנסים.
 - ה. בניית יכולת לשינוי מהיר בהתנהלות בהתאם להערכת מצב, ולפי הקריטריונים כמפורט לעיל.

3. לטווח הארוך ולאחר שוך גל אומיקרון, מן הראוי שתקבע מדיניות מדורגת, מובנית יותר מההחלטות האד-הוקיות אשר אפיינו את המענה עד כה, הכוללת **מדרג של עצמת התגובה** (X דרגות קבועות מראש) כפונקציה של **פוטנציאל הסיכון מהזן השלט באותה עת**, אל מול ההשפעות השליליות של כל אמצעי התערבות. הבניה זו תייצר רצינות שיהיה ברור גם לציבור, ומדרג המייצג הן את מיטב המידע על יעילות ההתערבויות, והנזקים הכרוכים בהם. לכשיוגדר המדרג, 2 קריטריונים עיקריים יכוונו לשינוי לעלות / לרדת שלב במדרג:
 - א. **עצמת הסיכון לפרט עקב הדבקה** – עד כמה ודאי המידע שהוריאנט השלט לא מהווה סכנה שונה מהותית מול מחלות ויראליות אחרות (בין עקב אלימותו, בין אם עקב יכולת 'עוקפת חיסונים')
 - ב. **עצמת הסיכון לעומס תחלואה המאיים על איכות הטיפול בבתי החולים ובקהילה** – מדד זה תלוי בנסיבות ושלב התפשטות, ולא רק תלוי במאפייני הוריאנט השלט.הצטברות מידע אודות אי-מסוכנות הוריאנט השלט, כמו-גם מצב לאחר שיא הגל וסבירות נמוכה לגלים נוספים, תהייה טריגר להוריד את מדרג המענה גם במחיר של סיכון לגלי הדבקה. במדרגה האחרונה – ירידה משמעותית במספר הנדבקים בשגרה למינימום שיוגדר, יוריד את דרגת המענה למינימלית – דבר אשר יאפשר הסרה של רוב אמצעי הבקרה, לרבות הסרת חובת המסיכות (למעט במוסדות וריכוזי אוכלוסיה פגיעה, בהם רצוי להשאיר).