

## קווים מנחים להפעלת אשפוז בית בילדים

מסמך זה הוא תוצר של וועדה שהוקמה ביוזמת פרופ' צחי גרוסמן יו"ר האיגוד הישראלי לרפואת ילדים, והוועד של האיגוד.

יו"ר הוועדה – דר גילת לבני, חברת וועד האיגוד

חברי הוועדה (לפי סדר א-ב): דר לימור אדלר, דר יוסי אזולאי, דר גליה ברקאי, דר דורון דושניצקי, דר אפרת וקסלר, דר אילת נבט

- אשפוז ביתי בעולם המבוגרים קיים בצורה מוצלחת מזה שנים רבות ותפס תאוצה גם במדינת ישראל בעקבות מגיפת הקורונה. בתחום רפואת הילדים עדיין יש מעוט של מרכזים רפואיים בעולם המעניקים שרות זה והספרות בנושא איננה עשירה.
- היכולות הטכנולוגיות מפותחות מספיק על מנת לאפשר מתן שירותי רפואה בטוחה לילדים המאושפזים בביתם.
- אשפוז ביתי הינו שירות המספק התערבויות אקוטיות, ביתיות, קצרות טווח שמטרתן להחליף אשפוז קונבנציונלי באופן מלא ( אשפוז ישירות מהמלר"ד) או חלקי (שחרור מוקדם ממחלקת אשפוז) או אשפוז ישירות מרופא/ה הילדים בקהילה.
- השירות ינתן על ידי צוות מיומן, לפרק זמן שלא יעלה על משך אשפוז בבית חולים, למטופלים שאינם זקוקים להשגחה רפואית צמודה במשך כל שעות היממה

### מטרה:

הענקת הטפול הרפואי האיכותי היעיל והבטוח בבית המטופל ע"י צוות מיומן, בסביבה בטוחה, מוכרת, טבעית ונוחה המאפשרת תמיכה ביתית

### מבוא וסקירת ספרות:

אשפוז ביתי בילדים, מאפשר מתן טיפול חיוני עבור חולים במחלה חריפה, בתנאי סביבה טובה ובטוחה עבור הילדים, ללא החשש להדבקה במחלות זיהומיות מיותרות. אשפוז בית לילדים אינו נפוץ, ועד כה נאספו מעט נתונים בילדים, ולכן ניתן להפיק בעיקר מלקחים של עולם המבוגרים, עם אלמנטים ספציפיים לילדים.

תוכנית ילדים חייבת לכלול הדרכה של ההורה ו/או האפוטרופוס, סביבה ביתית מתאימה להתאוששות ולהחלמה, גישות ייחודיות לניטור סימפטומים. הורים ואפוטרופוסים יכולים ללמוד את הכישורים הדרושים כדי לאפשר טיפול בבית חולים ביתי לילד. (1).

קיימות תוכניות לטיפול ביתי במספר מדינות. ניסוי ביקורת אקראי של 399 ילדים שנעשה באנגליה, השווה בין בית חולים מסורתי לאשפוז ביתי במספר מחלות נפוצות כולל ברונכיוליטיס, אסטמה והתייבשות והוכיח

יעילות קלינית שוות ערך. מטופלים והורים היו מרוצים מהתהליך, ודיווחו על העדפה לאופציה הביתית, לציין שהתוכנית ממשיכה לפעול שם (2).

במחקר בריטי אחר שנערך בנושא אשפוז ביתי, 90% מההורים ו-63% מהילדים ציינו העדפה ברורה לאשפוז ביתי, תוך שהם ציינו על הפחתה בהפרעות פסיכו-סוציאליות ותפיסה שהילדים מתאוששים מהר יותר בסביבה נוחה. ההורים גם דיווחו שהם מבלים פרק זמן דומה בטיפול פיזי בילדם בבית החולים בהשוואה לבית, תוך השקעת זמן רב יותר במשחק עם הילד/ה. מחקר אחר העריך פרוספקטיבית תכנית אשפוז ביתי לילדים בהשוואה לאשפוז בבית חולים. מתוך 40 משפחות שהשתתפו, 90% הביעו העדפה ברורה לאשפוז ביתי, בנסיבות שבהן ניתן לטפל במחלת ילדם בבית עם תמיכה מתאימה. אשפוז ביתי נחוה כמעצים את ההורים, מאפשר שליטה והמשך קשר עם ילדם. רוב ההורים קיבלו באופן חיובי את ההזדמנות להשתתפות רבה יותר בטיפול בילדם. כל המשפחות שקיבלו טיפול ביתי דיווחו על מעורבות הורית גבוהה בהשוואה ל-80% בלבד מהמשפחות המאושפזות בבית חולים. מעטות המשפחות (5%) בשתי הזרועות שחשו שההורים נושאים באחריות רבה מדי. יש לציין שהמחקר קידם את נושא אשפוז בית בילדים. מספר המיטות הווירטואליות הזמינות עבור השירות גדל מ-12 מיטות וירטואליות ליום (2006) ל-36 (2016) עם תוכניות לתוספת מיטות בשנים הבאות. (3)

מחקר נוסף בוצע ב Sant Joan de Déu Hospital שבברצלונה, ספרד. במחקר השתתפו 95 משפחות, ממוצע גיל הילדים היה 4.5 ש', ופרט לשבעה ילדים כולם סבלו ממחלות פדיאטריות- ולא ניתוחיות. המשפחות צוידו במדחום, מד לחץ דם, מכשיר סטורציה, טאבלט- ותוכנה המאפשרת קישור להקלטות ושיחות וידיאו. הצוות כלל רופא/ה ילדים, אחים/יות, תמיכה טכנית וצוות אדמיניסטרטיבי. 94% מהנשאלים דווחו בסוף האשפוז שהם מעדיפים אשפוז ביתי על פני אשפוז בבית החולים, ולא נצפו סיבוכים. 4 מקרים ילדים הוחזרו לאשפוז בבית החולים, אולם שניים מהם חזרו שוב למסגרת אשפוז בית לאחר יממה. שביעות הרצון מהצוות ומהתוכנית היתה גבוהה מאוד (4).

במחקר רטרופקטיבי שנעשה בית החולים לילדים Niño Jesús (ספרד). בין השנים 2018-2020 נרשמו 935 אשפוזים של 833 חולים. הגיל החציוני היה 5 שנים (טווח בין-רבעוני 2.3-9.5). 75% מהחולים היו בריאים בעבר. המחלות השכיחות ביותר היו זיהומים חריפים (37%) (לדוגמא- סיבוך דלקת תוספתן, זיהומי אאג, זיהומים במע' השתן, עור ורקמות רכות) ומחלות דרכי נשימה חריפות (17.3%) (כגון אסטמה, ברונכיוליטיס ודלקת ריאות). משך השהייה החציוני היה 4 ימים (SD 4.9days). 8% מהאפיזודות נזקקו לטיפול במיון - מתוכן 55.3% עקב החמרה במצב, ובעיות במכשירים (36.1%). נדרש אשפוז חוזר בבית החולים ב-5.6% מהמקרים, 42.4% מהם חידשו מאוחר יותר את הטיפול באשפוז בית. העלות היומית המשוערת שחושבה באשפוז ביתי היה 330.65 יורו, בעוד שעלויות בית החולים ליום נעו בין 1900-976 יורו (תלוי בטיפול). תשעים אחוז מהמשפחות דיווחו על רמת שביעות רצון גבוהה. המסקנה המרכזית

של המחקר הינה, כי תוכניות אשפוז ביתי לילדים הן אלטרנטיבה ישימה וחסכונית לטיפול בבית החולים (5) .

מחקר נוסף מברצלונה, שהשווה עלות אשפוז בבית החולים לעומת אשפוז ביתי מצא חיסכון של 48% בעלות האשפוז (6).

לסיכום, הניסיון עד כה באשפוז ביתי בילדים בעולם הינו בתחילת הדרך, הנושא עדיין נחקר ונלמד, אך מתוך המחקרים שנעשו עד כה ניתן לראות שביצוע רצון גבוהה בקרב המטופלים ובני משפחותיהם ובקרב הצוות המטפל ללא עליה בעלות הטיפול ואף ירידה.

לאור זאת, מתוך ראייה כוללת של שלומות ורווחת הילד ומשפחתו, מצאנו לנכון להוציא נייר עמדה זה על מנת להתוות עקרונות בסיסיים לאשפוז ביתי בישראל.

### כללי:

חלופת אשפוז בבית למטופלים הסובלים ממחלה חריפה תינתן באחריות קופות החולים, או באחריות בית חולים.

- מערכי חלופת אשפוז בבית יופעלו בקופות החולים על בסיס נוהל, שיאושר על ידי הנהלת הקופה, או ע"י הנהלת ביה"ח המפעיל שרות זה ומבוסס על העקרונות המפורטים במסמך זה. המערכים יופעלו במרחבי עבודה מוגדרים, שיאפשרו הגעה פיזית של רופא/ה ואח/ות לכל אחד מהמטופלים בטווח זמן של עד שעה.
- הנוהל יותאם הן להפניית מטופלים ממרפאות וממוקדי הרפואה הדחופה בקהילה, או מבית החולים -מהמלר"ד או ממחלקות האשפוז בבתי החולים ומרפאות בי"ח אמות המידה לחלופות אשפוז בית (1/2022) של חטיבת הרפואה קובעות סט של כללים המתייחסים להגדרת הצוות המטפל, לכללי אי הכללה, לתנאי המינימום הנדרשים להפעלת השירות ול- SLA ( – Service Level Agreement ) מינימלי. מסמך זה מהווה בסיס לאשפוז הבית בילדים, הוא מחייב ואין צורך לחזור עליו אלא לעסוק בעיקר בהתאמות לילדים ובנושאים שאינם נידונים במסמך, היחודיים לאוכלוסיית הילדים (גיל מינימום, כללי הכללה ואי הכללה בילדים, התאמת הטכנולוגיות לילדים, הסכמת ההורים ועוד).

עשויים להיות מספר מנגנוני הפעלה של השירות, ובהתאם למנגנון ההפעלה, האחריות על ביצוע המשימות השונות עלולה להשתנות, ולכן, אל לנו להגביל במסמך זה ולקבוע באחריות מי מהצדדים לבצע איזה חלק. מטרת המסמך שלנו היא להאיר את האספקטים עליהם יש לדון בהסכם ההתקשרות. הגופים המתקשרים יסכמו ביניהם את חלוקת האחריות.

## סוגי ההתקשרויות לצורך הפעלת חלופת אשפוז בית:

1. הפעלה מלאה על ידי קופת החולים (באופן עצמאי או באמצעות ספקי שרות).
2. הפעלה מלאה על ידי בית חולים.

### רקע

- חוזר משרד הבריאות 6/2019 בנושא אמות מידה להפעלת שירות בריאות מרחוק (טלה-בריאות/טלה-רפואה/ Telemedicine) מגדיר את השירות כמפגש המתבצע באמצעים טכנולוגיים ובאמצעות תקשורת אלקטרונית לצורך מתן שירות בריאות בין מטפל ומטופל, לא בהכרח בחפיפת מקום וזמן. ככלל, התפיסה ברפואת קהילה מתקדמת, הנה של טיפול בהתאמה אישית: כל מטופל יקבל תכנית טיפול אישית בהתאם לצרכיו הייחודיים ולפי שיקול דעת רפואי.
- הניסיון שנצבר עד כה באשפוז הביתי במבוגרים, מלמד כי ניתן לבצע חלק מביקורי הרופא/ה מרחוק, כל זאת בהתאם לשיקול דעת רפואי ובהתאמה לצרכי המטופל, ובכך לדייק ולהרחיב את הנגשת השירות החשוב הזה לאוכלוסייה, באיכות ובזמינות טובות. מסמך זה מפרט את מתווה מתן טיפול רפואי ביתי, אם פרונטלי או חלקו מרחוק בהתאם להנחיות שאושרו על ידי משרד הבריאות.
- מסגרת האשפוז בבית, בין אם תתקיים בביקורי בית ובין אם תתבסס על תשתית טכנולוגית של רפואה מרחוק, נמצאת באחריותה של מפעיל השרות - קופת החולים כגוף המבטח, בית החולים או שילוב של השניים, כשבמקרה כזה חלוקת האחריות להנחת התשתיות תוגדר מראש.
- ארגון שמפעיל רפואה מקוונת עי רופאים/ות באשפוז בית יעשה שימוש בטכנולוגיות משדרות תומכות ו/או ביצוע מדידת סימנים חיוניים עי האח/ות
- על מנת להבטיח כי אשפוז הבית מהווה תחליף הולם לאשפוז במחלקה ייעודית בבית החולים, שירותי הרופא/ה מרחוק יינתנו על ידי רופאים/ות מומחים בלבד, בעלי התמחות ברפואת ילדים אשר מהווים חלק אורגני ממחלקת ילדים ותחת אחריותו של מנהל המחלקה. רופאים אלה אשר יפעלו במתווה אשפוזי הבית יהיו רופאים אשר הוכשרו, בין השאר, בהפעלת כלים וטכנולוגיות של ניטור וטיפול בחולים מרחוק.
- מוקד רפואי טלפוני – לרשות המטופלים יעמוד מוקד רפואי טלפוני 24/7, לסוגיות רפואיות, עם גישה לתיק הרפואי ומעקב אחר סמנים חיוניים כפי שישודרו באמצעים הטכנולוגיים.
- האחריות הכוללת לניהול הטיפול בחולה חלה על הרופא/ה המטפל האחראי על מכלול הטיפול במטופל, בין אם הביקור מבוצע באופן פרונטלי או מרחוק בשיחת וודאו.

- אחריות הרופא/ה במסגרת שירותי בריאות מרחוק זהה לאחריותו במסגרת מפגש פרונטלי וכוללת אחריות מקצועית מלאה לאיכות ובטיחות הטיפול.

### איתור חולים מתאימים: התוויות והתוויות נגד

#### הגדרת מטופל:

- א. מטופל קטין (מתחת לגיל 18) הסובל ממחלה / חשד למחלה פנימית או כירורגית חריפה המתאימה לאשפוז ביתי ומעל גיל חצי שנה בהתאם לשיקול רופא/ה בכיר/ה
- ב. הורי המטופל/אפוטרופוס מעוניינים באשפוז ביתי.
- ג. קיימת תמיכה משפחתית רציפה כולל מטפל עיקרי נוכח.
- ד. קיימת אפשרות לתקשורת זמינה ומהירה (טלפונית או מקוונת) בין הורי הילד למוסד הרפואי האחראי על אשפוז הבית
- ה. עמידה בקריטריונים הקליניים אשר יאושרו ע"י משרד הבריאות
- ו. קרבה גאוגרפית של בית המטופל לאחד מבתי חולים במרחק של עד 30 ק"מ ולא יותר משעה נסיעה.

#### מצבים רפואיים מתאימים לאשפוז ביתי:

- א. דלקות ריאה לאחר צילום חזה התומך באבחנה, ובמידה וסטורציה מעל 90% באויר חדר
- ב. אסטמה/ מצוקה נשימתית בילד עם דרכי אויר ראקטיביות בן שנתיים ומעלה וסטורציה מעל 90
- ג. דלקות בדרכי השתן
- ד. זיהומים בעור וברקמות הרכות כדוגמת צלוליטיס
- ה. גסטרואנטריטיס
- ו. זיהומי שלד (זיהום מפרקי, זיהום עצם, דיסקיטיס)
- ז. התלקחות או צורך בטיפול חריף במחלה כרונית ידועה בתאום עם הרופא המקצועי המטפל

## התוויות נגד לאשפוז ביתי:

- א. המטופלים בילד/ה מתקשים לקיים את התנאים לאשפוז בית ו/או מתקשים בתקשורת מרחוק או להפעיל את הציוד הרפואי ואת אמצעי הניטור הנדרשים.
  - ב. חוסר מסוגלות הורית, חשד להזנחה, או אלימות במשפחה.
  - ג. תנאים פיזים בלתי מספקים (תנאי סניטציה ירודים, העדר חיבור לחשמל וכו'), נגישות נמוכה למקום המגורים.
  - ד. מטרת האשפוז הינה בירור של מצב רפואי לא מאובחן.
  - ה. מצבם הרפואי מסכן חיים או קיימת סכנת התדרדרות מהירה (ספסיס, חשד למנינגיטיס, הרעלה וכיוב') (
- ו. אי יציבות המודינמית
  - ז. אי יציבות נשימתית
  - ח. הכרה מעורפלת או מצב בלבולי חריף.
  - ט. מצבים פסיכיאטרים אקוטים : חשש לאובדנות, מצב פסיכוטי
  - י. מצב רפואי המצריך בדיקות דם תכופות (כגון הפרעות אלקטרוליטריות)
  - יא. ילדים מתחת לגיל חצי שנה

## הפנייה וקבלת חולים לאשפוז בית

1. המטופלים יופנו לאשפוז לאחר שהוסברו להם התנאים לאשפוז ביתי והמשמעויות הנגזרות מכך ( הטיפול הנדרש, היתרונות והחסרונות לאשפוז ביתי). ההסכמה תינתן לנציג המפנה בכתב ותתועד בתיק הרפואי.
2. ההפניה תאושר ע"י מנהל מערך האשפוז הביתי או מי מטעמו. המנהל יתייחס לשיקולים רפואיים, שיקולים הנוגעים לסביבה הביתית או מקום מגוריו של המטופל.
3. קבלה רפואית וסיעודית, ע"י רופא/ה/ ואח/ות השייכים למערך האשפוז הביתי, יתבצעו מוקדם ככל הניתן בסמוך להגעת המטופל לביתו, ובכל מקרה תוך שעה מהגעת המטופל לביתו. במקרה שבו המטופל מופנה לאשפוז בית מחדר המיון/ מחלקה בבית החולים או מהמוקד לרפואה דחופה, ניתן לבצע את הקבלה בחדר המיון/מחלקה בבית החולים או במוקד. העיקרון הוא שתהליך הקבלה לאשפוז, המהווה "רגע מכריע" במהלך האשפוז, לא ייפול באיכותו ובבקרת האיכות שלו מאשפוז למחלקת ילדים בבית החולים.

4. במסגרת הקבלה, יודרכו האפוטרופסים על אמצעי הטיפול והניטור הנדרשים וכן על דרכי ההתקשרות עם הגורמים המטפלים בעת הצורך. במסגרת הקבלה יחתום האפוטרופוס על טופס הסכמה לאשפוז ביתי. טופס ההסכמה יסרק לתיק הרפואי.
5. מטופל/ אפוטרופוס שחזר בו מהסכמתו, יפונה המטופל לאשפוז בבי"ח באחריות נציג אשפוז בית.
6. ההתאמות הביתיות הנדרשות ובכללן הבאת ציוד ומכשור הנדרשים לטיפול וניטור, יתבצעו ע"י מערך האשפוז הביתי בטווח זמן שלא יעלה על 6 שעות מקבלת המטופל לאשפוז הביתי.
7. אספקת תרופות למצבו החריף של המטופל יהיו באחריות מערך האשפוז הביתי.
8. מוקד רפואי יהיה זמין למטופל ומשפחתו בכל שעות היממה, בכל ימות השבוע.
9. מערך האשפוז הביתי יופעל במרחבי עבודה מוגדרים, שיאפשרו הגעה פיזית של רופא/ה ואח/ות לבית המטופל בטווח זמן של שעה לכל היותר

### **הטיפול בחולה במסגרת אשפוז בית**

1. למטופל ייקבע צוות מטפל אישי בהרכב רופא/ה "מנהל טיפול" ואח/ות מוסמכת שיהיו אחראים על הטיפול והמעקב מהקבלה ועד לשחרור; במהלך תקופת הטיפול, יש להימנע ככל הניתן מביצוע שינויים בהרכב הצוות האישי, לצורך שמירת רצף הטיפול בחולה המאושפז בביתו.
2. מטופל ייבדק ויטופל על ידי רופא/ה ואח/ות מדי יום לפחות פעם אחת, לרבות במהלך סופי שבוע וחגים. בכל יום יתבצע ביקור פרונטלי ע"י אח/ות, ואילו ביקור רופא/ה יכול להיות כביקור וירטואלי או פרונטלי בהתאם לצורך. במידה וקיים צורך רפואי ייבדק המטופל בביתו בתדירות גבוהה יותר. ככלל, לא תאושרנה תכניות שאינן כוללות ביקור רופא/ה יומי פיזי או וירטואלי, וביקור אח/ות יומי פיזי.
3. תתקיים כוננות רפואית וסיעודית מתמדת, שתאפשר בעת הצורך הגעת רופא/ה/ה ואח/ות לבית המטופל, מעבר לשעות הפעילות הרגילות של קופות החולים, ובדומה לקריאה של חולה מאושפז לקריאה לצוות רפואי, בטווח זמן של עד שעה לכל היותר

3. בדיקות מעבדה דם, שתן וכו' ילקחו בבית המטופל, בהתאם לצורך ולדחיפות הנדרשת. בדיקות דימות נדרשות יתבצעו בהתאם לצורך ולדחיפות הנדרשת בבית המטופל, במרפאות ובמכוני הקופה או בבית החולים באחריות הגורם האחראי על אשפוזי הבית
4. טיפולי מקצועות הבריאות כגון: פיזיותרפיה, תזונה יתבצעו בבית המטופל, בהתאם לצורך; אפשר כי במקרים המתאימים, יתבצעו טיפולי מקצועות הבריאות גם על ידי שימוש באמצעי "רפואה מרחוק", בהתאמה לאמות המידה המפורטות בחוזר המנהל הכללי 6/2019: "אמות מידה להפעלת שירות בריאות מרחוק."
5. ייעוצי רפואה מקצועית יינתנו בהתאם לצורך, ולדחיפות הנדרשת בבית המטופל, במכוני הקופה או בבית החולים; אפשר כי במקרים המתאימים, יתבצעו ייעוצי רפואה מקצועית גם באמצעות שימוש באמצעי "רפואה מרחוק", בהתאמה לאמות המידה המפורטות בחוזר המנהל הכללי 6/2019: "אמות מידה להפעלת שירות בריאות מרחוק."
6. הסעת המטופלים לצורך ביצוע בדיקות דימות, יעוצים מקצועיים או בדיקות וטיפולים אחרים, יתבצעו באחריות הגורם האחראי על אשפוז הבית (בית חולים או קופת החולים) ובמימונו.
7. כל ביקור, שיחה אם בוידאו או בכל טכנולוגיה אחרת תתועד ברשומה הרפואית ניהול הרשומה הרפואית במסגרת הטיפול במערך חלופת האשפוז בבית, יתבצע על פי המקובל.
8. ביקור מקוון יבצע רק כביקור ווידאו – כל תצורה אחרת כגון: שיחות טלפון, ביקורים אסינכרוניים, התכתבות לא תהווה ביקור מקוון.

### **מוקד רפואי**

1. כל ילד המטופל באשפוז בית יקושר למוקד רפואי באחריות ובניהול הגורם האחראי על האשפוז הביתי, שיהיה זמין לפניית ההורים במהלך כל שעות היממה.
2. המוקד הטלפוני של מפעיל השרות יופעל ע"י צוות רפואי אשר יכלול אחים/יות ויגובה ע"י רופא/ה מומחה/ית ברפואת ילדים.



3. צוות המוקד הרפואי יסתייע בפרוטוקולי מעקב מובנים ובאמצעים טכנולוגיים המאפשרים תקשורת ויזואלית עם המטופל והערכת מצבו הרפואי באמצעות מדידה מרחוק של מדדים פיזיולוגיים כולל חום, לחץ דם, דופק, מספר נשימות, ריווי חמצן. בהתאם לשקול דעת רפואי.
4. צוות המוקד הרפואי יעבור הכשרה לזיהוי מצבים הדורשים העברה מאשפוז בית לאשפוז בבית החולים וכן מצבי חירום בהם יש צורך להזניק לבית המטופל אמבולנס או אמבולנס טיפול נמרץ במידה ויש חשש לסכנת חיים או להיווצרות נזק בריאותי חמור.
5. המוקד יפעל בהתאמה להנחיות המעקב והניטור, שיקבעו ע"י הצוות המטפל
6. צוות המוקד יוכל לצפות במידע רלוונטי מהרשומה הרפואית של המטופל ויתעד בה את ממצאיו ופעולותיו.
7. צוות המוקד יעדכן טלפונית את הצוות המטפל במקרים, שיוגדרו בנוהלי מערך חלופת אשפוז הבית ויתועד ברשומה הרפואית.

### **הפנייה לבי"ח:**

- הפניית המטופל ממסגרת חלופת אשפוז בית לאשפוז בבית החולים תתבצע בהתאם להחלטת הרופא/ה האחראי/ת על מערך חלופת האשפוז או בידיעתו, במקרים הבאים:
- א. החמרה במצב הרפואי או העדר שיפור צפוי.
  - ב. צורך בהשלמת הבירור הרפואי המחייב שימוש ביכולות בית החולים.
  - ג. רצון המטופל / אפוטרופוס לעבור למסגרת אשפוז בבית החולים, בעת שמצבו הרפואי עדיין מחייב טיפול באשפוז.
  - ד. המטופל יצויד במכתב הפנייה המפרט את אבחנתו, את מהלך המחלה ואת הטיפול שקיבל במסגרת חלופת אשפוז הבית ואת הסיבה להפנייתו.
  - ה. ההעברה לבית החולים תתואם עם הצוות במיון או במחלקה המקבלת.
  - ו. הפניית המטופל לבית החולים תתבצע תוך שימוש באמצעי ההסעה המתאים למצבו הרפואי ובמימון הגוף האחראי על חלופת האשפוז.

### **שחרור מאישפוז בית:**

1. שחרור המטופל מאשפוז בית יבוצע בביקור פרונטלי בבית המטופל ע"י הרופא/ה.

2. בעת השלמת הטיפול הנדרש במסגרת חלופת האשפוז בבית, מכתב שחרור יועבר למטופל ויישלח לרופא/ה המטפל בו יפורטו מהלך המחלה, הטיפול וההמלצות. המטופל יועבר להמשך טיפול הרופא/ה הראשוני או היחידה לטיפולי בית בקופת החולים, תוך שמירה על רצף הטיפול המתחייב.

### עקרונות לביקור רופא/ה

1. יש לבצע ביקור פרונטלי לפחות אחת לשלושה ימים.
2. ביקורי רופא/ה בצורה מקוונת יבוצעו במצבים המתאימים לכך בהתאם לשיקול דעתו הרפואי של הרופא/ה מנהל/ת הטיפול. באם במהלך ביקור מקוון הרופא/ה מתרשם שיש צורך בביקור במקרים בהם במהלך הביקור המקוון הרופא/ה המטפל יסיק כי נדרש טיפול דחוף בחולה, החולה יופנה אל חדר מיון בטווח שלא עולה על 4 שעות.
3. פינוי לבית החולים יעשה באמבולנס והצורך בליווי יוחלט בהתאם להחלטת הרופא/ה.
4. ביצוע ביקור מקוון מותנה בהשלמת הכשרה הכוללת: הדרכת לטיפול ב "טלמדיסן" ביצוע לומדות מתאימות.

### דרישות כח אדם, תפקידים ואחריות במערך הטיפולי המספק שירותי חלופת אשפוז בבית לילדים

- א. מנהל/ת מערך חלופת אשפוז בית (להלן: "מנהל המערך")
1. רופא/ה מומחה/ית ברפואת ילדים בעל וותק של 3 שנים לפחות עם ניסיון קודם בעבודה במחלקת ילדים בבית חולים והכרת רפואת הקהילה.
  2. למען הסר ספק, מנהל מערך חלופת אשפוז הבית אינו גורם המטה, הממונה על התחום בקופת החולים כי אם המנהל הרפואי, הנושא באחריות הרפואית הכוללת לטיפול בחולים, המטופלים במסגרת המערך.
  3. מנהל המערך אחראי על קביעת התאמת המטופלים, המועמדים להיכלל במסגרת אשפוז הבית.
  4. מנהל המערך יהיה מעורב בבדיקה ובטיפול בחולים מורכבים, השוהים במסגרת חלופת אשפוז הבית וישקול שינוי והתאמת הטיפול או את הפנייתם לאשפוז בעת הצורך.
  5. מנהל המערך ישמש ככונן על לצוות המערך.
  6. אחראי על תכלול השירות הרפואי והמנהלי, הניתן למטופלים במסגרת המערך בהיבטים השונים: איכות הטיפול, בטיחות המטופל, מדדי שירות ורצף טיפולי.
  7. אחראי על קיום נהלי עבודה ופרוטוקולי טיפול לצוות המטפל, הטמעתם וביצוע בקרות להבטחת יישומם
  8. אחראי על קיום שגרות עבודה בהתאם לנהלי המערך ועל הכשרות הצוותים הנדרשות לשם כך.
  9. אחראי על מנגנון דיווחים בתחום ניהול סיכונים בהתאם לנהלי קופת חולים או בי"ח ועל דיווח על מקרים חריגים בהתאם לתקנות וחוזרי משרד הבריאות.
  10. בעת היעדרותו של מנהל מערך חלופת אשפוז הבית ימונה לו מחליף מתאים.

- ב. מנהל/ת הסיעוד במערך חלופת אשפוז הבית (להלן – "מנהל מערך הסיעוד")
1. במערך חלופת אשפוז הבית יהיה אח/ות מוסמך/כת בוגר/ת קורס על בסיסי בפדיאטריה בהתאם להנחיות מנהל הסיעוד.
  2. מנהל מערך הסיעוד אחראי למכלול הטיפול הסיעודי במטופלים.
  3. אחראי לקיום פרוטוקולי טיפול סיעודי, הטמעתם ובקרתם.
  4. אחראי להכשרת הצוות הסיעודי לביצוע עבודתו במערך חלופת האשפוז.
  5. בעת היעדרותו של מנהל מערך הסיעוד ימונה לו מחליף מתאים.

- ג. מנהל/ת המערך הלוגיסטי של חלופת אשפוז הבית
1. אחראי על צוות מערך המנהלה התומך את עבודת הצוותים הרפואיים.
  2. אחראי על תקינות ואספקת כלל המכשור והציוד הרפואי הנדרשים למטופל ולמטפלו העיקרי והדרכתם בשימוש בציוד.
  3. אחראי על אספקת התרופות לבית המטופל ופינוי הפסולת הרפואית.
  4. אחראי על שינוע הצוותים הרפואיים ובדיקות המעבדה.
  5. אחראי על מערך הסעת המטופלים לצורך ביצוע הבדיקות הנדרשות בבית החולים, במרפאות ובמכוני הקהילה.

### ההכשרות וההרשאות הנדרשות לצוות חלופת אשפוז בית יכללו :

#### רופאים/ות

1. רופאה מומחה/ית ברפואת ילדים
2. תוכנית הכשרה לטיפול במסגרת חלופת אשפוז בית, כולל שימוש בטכנולוגיות גלוות
3. חובת ביצוע PALS לרופא/ה באשפוז בית

#### אחים/אחיות

1. הסמכה בבית ספר מוכר לסיעוד
2. 5 שנות עבודה במחלקת ילדים\ט"נ\מיון (לפחות שנתיים בבי"ח וניתן 3 שנים במוקד (דוגמת טרם))
3. הרשאה לנטילת בדיקות דם, הרכבת עירווי
4. תוכנית הכשרה יעודית לטיפול במסגרת חלופת אשפוז בית, כולל שימוש בטכנולוגיות גלוות
5. קורס החייאה בסיסי

### תשתית טכנולוגית

1. ביקורים מרחוק יבוצעו תוך שימוש בטכנולוגיות, בהן לרופא/הים המומחים ניסיון / לאחר הכשרה מתאימה / התנסות בתרחישי סימולציה מתאימים.
2. השימוש בכלים השונים לניטור וטיפול מרחוק יבוצע על פי החלטת הרופא/ה המומחה, מנהל האשפוז, מתוך מגוון כלי טלה רפואה העומדים לרשותו.
3. במסגרת אשפוז בית ינטרו סמנים חיוניים לרבות לחץ דם, דופק, סאטורציה, חום, וזאת בהתאם לתכנית טיפול ושיקול דעת רפואי, נתונים אלה ימדדו ע"י המטפל העיקרי בבית וישודרו או יכתבו בתיק הרפואי.
4. יכולות בדיקה מרחוק- האזנה ללב ולריאות, בדיקת אוזניים.
5. ביקורים מרחוק/טל רפואה - ביצוע ביקור מרחוק מותנה ביכולת טכנולוגיות לביצוע שיחת וידאו אשר תהווה תמיד בסיס לביקור מרחוק.
6. מערכת המחשב ותקשורת הווידאו כמו גם העברת הפרמטרים המנוטרים המשמשות לצורך קיום ביקורי רופא/ה מרחוק יוכשרו בכל הנוגע להיבטים של פרטיות ואבטחת מידע.
7. לרשות הצוותים יעמוד מוקד תמיכה טכנית בשעות פעילות השירות.

### **תיעוד וניהול סיכונים**

אחריות מקצועית ומשפטית לפעולות של נותני השירות במסגרת שירותי בריאות מרחוק, היא ככל אחריות מקצועית ומשפטית במתן שירותי בריאות. האחריות הכוללת הינה על מחלקת אשפוז בית, בין אם היא כפופה ישירות לבית החולים ובין אם היא כפופה לקופת החולים .

הביקור היומי, בין אם בבית החולה ובין אם בטכנולוגיה של ביקור מרחוק, יתועד ע"י הרופא/ה בתוכנה רפואית מקובלת כנדרש. תחת הכותרת" אשפוז בית – ביקור מקוון."

### **הכשרה והדרכה**

כל אנשי הצוות המטפל במסגרת אשפוזי הבית יעברו הכשרה לשימוש, ומתווי סימולציה בטכנולוגיות המופעלות בשירות לרבות אופן השימוש, שידור מידע, קליטת מידע ופתרון בעיות נפוצות. ככל שיעשה שימוש בטכנולוגיות אלו ע"י המטופל ו/או בני משפחתו, תתבצע הדרכה פרטנית בהתאם עבורם.

## REFERENCE:

1. Pian J & Klig J. E.(2020) Acute Pediatric Home Hospital Care. *Pediatrics*. 145:e20190074
2. Sartain SA, Maxwell MJ, Todd PJ, et al.( 2002).Randomised controlled trial comparing an acute paediatric hospital at home scheme with conventional hospital care. *Arch Dis Child*. 87, 371
3. Sartain SA, Maxwell MJ, Bundred PE (2001) Users' view on hospital and home care for acute illness in childhood. *Health and Social Care in the Community* 9,108-17
4. Lopez Segui F et al. (2020) Families Degree of Satisfaction with Pediatric Telehomecare: Interventional Prospective Pilot Study in Catalonia, *JMIR Pediatr Parent*. 26;3e17517
5. López, I.M.C et al. (2021). Home–hospital care for children with acute illnesses: A 2-year follow-up study, *Journal of Pediatrics and Child Health*. doi: 10.1111/jpc.15870. Online ahead of print
6. Mas CA. (2022) Pediatric Tele–Home Care Compared to Usual Care: Cost-Minimization Analysis, *JMIR Pediatr Parent* 20;5:e31628