שחרור מטופל מבית חולים בשבת – היבטים רפואיים והלכתיים

הקדמה

מטופלים רבים מגיעים לחדר מיון בבית חולים לפני שבת או לפני יום טוב. המטופלים עוברים הערכה וטיפול בחדר מיון, והצוות הרפואי מחליט אם עליהם להישאר לאשפוז או שניתן לשחררם לביתם. החלטה לשחרר את המטופל יכולה להתקבל לאחר כניסת השבת/יום טוב וכתוצאה מכך עולה השאלה -האם מותר למטופל לנסוע בחזרה לביתו בשבת? ובאלו תנאים? או שמא עדיף להישאר עד מוצאי שבת כדי להימנע מנסיעה בשבת?
שאלה דומה יכול לה~~ה~~עלות במטופל שמאושפז כבר מספר ימים במחלקת אשפוז (לא בחדר מיון) בבית חולים, והצוות הרפואי החליט שניתן לשחררו בליל שבת או בשבת בבוקר. האם עליו להישאר בבית החולים עד מוצאי שבת או שיכול לנסוע חזרה לביתו בשבת עצמה?~~?~~

במאמר זה ברצוננו לברר את ההשפעה הרפואית של שהייה נוספת בבית החולים, -כאשר אין צורך רפואי להמשיך להישאר בבית החולים. נסקור את הסיכונים הרפואיים לשהייה בבית החולים ואת ההיבטים ההלכתיים של חזרת המטופל בשבת לביתו.
המידע יוכל להוות בסיס לקבלת החלטות במקרים אלה, כל מקרה לגופו.

~~סכנות~~ סיכונים רפואיים הכרוכים באשפוז בבית החולים -

מטופל אשר נמצא בבית החולים מקבל טיפול מסור לטובת ריפוי מחלתו ושיקומו, ע"י צוות רפואי מיומן. עם זאת, בספרות הרפואית נאספו עם השנים עדויות לכך שעצם השהות והטיפול בבית החולים כרוכים גם בסיכונים רבים. המושג המקובל לתיאור בעיה זו קרוי 'סיבוכים רפואיים'(Adverse events, AE)~~,~~ , והוא כולל מספר בעיות אשר יכולות להתרחש בבית החולים: זיהומים, ~~דימומים לאחר ניתוח,~~ תופעות לוואי מתרופות, טעויות במתן תרופות, פצעי לחץ כתוצאה משכיבה ממושכת, בלבול, נפילה/חבלה ועוד. בעיות אלה יכולות לקרות גם בבית, אך מצויות יותר במהלך אשפוז בשל עומס העבודה על הצוותים, סביבה חדשה ולא מוכרת עבור המטופל, מציאות חיידקים עמידים ומסוכנים יותר בבית החולים, חוסר היכרות אישית של הצוות עם צרכי המטופל ועוד.

ב~~מאמר~~ מחקר של ד"ר בייט[1] מאוניברסיטת הרוורד, אשר בדק את בטיחות המטופל באשפוז ב-11 בתי חולים בארה"ב (כ 3000 מטופלים) ~~התבצע לאחרונה במספר רב של בתי חולים בארה"ב~~, מתוארת סקירה עדכנית של כלל הסיבוכים אשר יכולים להתרחש במהלך אשפוז בבית החולים. מסקנתו היא כי תופעה זו של סיבוכים בבית החולים הינה~~ו~~ דבר מאוד שכיח,

כאשר סיבוכים במהלך האשפוז של מטופלים זוהו בכמעט אחד מכל ארבעה אשפוזים. סיבוכים חמורים זוהו ב 11% מכלל האשפוזים. יש לציין עוד ~~יתר על כן,~~ כי ~~ב~~רבע מכלל הסיבוכים הרפואיים הוגדרו כסיבוכים הניתנים למניעה (כלומר שנבעו מחוסר שימת לב, טעות, חוסר הקפדה על נהלים וכד') ~~היה ניתן למנוע את הסיבוך הרפואי.~~ .

בייט גם בחן את החלוקה הפנימית של הסיבוכים הרפואיים. תופעות לוואי של תרופות או טעויות במתן תרופות היו השכיחות ביותר (39%) מכלל ה AE~~,~~ , אחריהם סיבוכים הקשורים לניתוחים או אירועים פרוצדורליים אחרים (30.4%), אירועי טיפול שגוי בחולה (שהוגדרו כאירועים הקשורים לטיפול סיעודי, כולל נפילות ופצעי לחץ) (15%), ולאחריהם Hospital acqiured infections-(HAIs) (11.9%).

סיבוכים רפואיים בבית חולים הביאו לתמותה ב0.7% מהמקרים בהם התרחש סיבוך רפואי כלשהו[2], ומהווים כ0.3%-1.13% מתוך כל מקרי התמותה בבית החולים[3,4]. כאשר זיהום הינו הגורם המסוכן~~המוסכן~~ ביותר לתמותה, אחריו טעות תרופתית והאחרון פצעי לחץ[3].

ממצאים אלה מדגישים את הסכנה שיש בשהייה בבית החולים ואת החשיבות הרפואית וההלכתית שיש לתת לסיכון המטופל בשהיה באשפוז~~לשים לב אליהם במהלך האשפוז~~.

כעת, נמשיך ונסקור את מגוון הסיכונים הקיימים בבית החולים, כאשר נתמקד באחד הסיבוכים המסוכנים ביותר - סכנת הזיהומים~~.~~

סכנת זיהומים

במהלך השהייה בבית החולים פעמים רבות נדבק מטופל מחיידק בבית החולים, מהצוות הרפואי, ממטופלים סמוכים או מסביבת בית החולים גרידא. זיהומים הקשורים למערכת הבריאות (HAIs) הם איום על בטיחות החולה; הם משפיעים על מטופלים בכל המחלקות בבית החולים. HAI מתאר סוגי זיהום מרובים שיכולים להשפיע על כל אֵיבָר או מערכת בגוף; לדוגמא דלקות בדרכי השתן (Urinary tract infection,UTI), זיהום עורי (צלוליטיס), דלקת ריאות ואף זיהומים בזרם הדם (Blood stream infection).

זיהומים אלו הינם מאוד מסוכנים למטופל משום שהחיידקים המעורבים בזיהומים אלו הינם פעמים רבות יותר עמידים לטיפול אנטיביוטי, דורשים טיפול יותר אינטנסיבי וממושך וכרוכים בסיכון גבוה יותר לתחלואה ותמותה. לפיכך, הידבקות בזיהום בבית החולים מאריך את משך האשפוז ותורם משמעותית לתחלואה ותמותה.

מבחינת שכיחות הזיהומים, הHAI השכיח ביותר הינו UTI (3.4%), לאחריו דלקת ריאות (2.4%), זיהום במערכת העיכול (1.4%)[1].

מחקרים שפורסמו בנושא הראו שיש עליה בהיקף HAI בשל מספר גורמים : האוכלוסייה המזדקנת, מורכבות הטיפולים ומתן טיפולים הפוגעים במערכת החיסון (כגון טיפולים למחלת הסרטן) והתפתחות חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה[5].

גורמי הסיכון ל HAI כוללים מאפיינים אישיים של המטופל וכן גורמי סיכון חיצוניים למטופל או חשיפה לחולים אחרים במהלך הטיפול בבית החולים.

במחקר של ד"ר סטוארט נמצא כי גורמי הסיכון הקיימים בקבלה של מטופל לבית החולים, אשר נצפו כמשמעותיים ביותר לרכישת HAI היו: טיפול בבית חולים אקדמי (שמתקיימת בו הוראה לסטודנטים); גיל מבוגר; מחלות נלוות של סרטן, מחלות לב וכלי דם, אי ספיקת כליות כרונית וסוכרת; קבלת חירום (כלומר אשפוז בשל מצב דחוף, לא אשפוז אלקטיבי); אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקות כירורגיות; ניתוח בחודש האחרון טרם האשפוז; וכן מטופל שהיה מאושפז במשך יותר מחודש בשנתיים טרם קבלתו[6].

כך למשל עבור אלח דם (זיהום של חיידק בדם) המחקר הנ"ל[6] הראה כי במטופל עם רקע של אי ספיקת כליות כרונית, יש סיכון של פי 4.73. מטופל אונקולוגי נמצא בסיכון של פי 3.24, והסיכון עולה עם הגיל כאשר בגיל מעל 70 הסיכון הוא פי 2.86 מאשר מטופלים מתחת לגיל 40.

גם בזיהום במערכת העיכול (GI) נראו ממצאים דומים, כאשר הסיכון עלה במיוחד בקרב בני יותר מ-70 שנים ובמטופלים מעל גיל 80, בהם היה סיכון של פי 5.22 מאשר מטופלים מתחת לגיל 40. משך השהייה הכולל (length of stay,LOS) של מטופל בבית חולים, בשהות של מעל 8 ימים העלה את מידת הזיהומים במערכת העיכול בצורה משמעותית (פי 2);

דלקת ריאות הייתה בעיקר במטופלים בטיפול נמרץ (פי 19.56), ומשך אשפוז של יותר מחודש בשנתיים טרם קבלתו העלה סיכון בצורה משמעותית (פי 3.56).

זיהומים בחדר מיון

חדר המיון מהווה סביבה מעט אחרת מאשר הסביבה של שאר המחלקות. ייתכן ומטופל מגיע למיון ומקבל טיפול, או שנאמר לו כי הוא אינו צריך לקבל טיפול.

במצבים האלה, גם שהות קצרה הוכחה כמעלה סיכון לזיהומים. ביקור במיון כללי (מבוגרים) נמצא קשור לסיכון מוגבר פי שלושה לזיהום חריף בקרב קשישים[7]. אמנם, ביקור במיון ילדים אינו מביא לעלייה בסיכון לזיהום מעבר לסיכון הקיים בקהילה[8].

סכנת טעויות תרופתיות

טעות תרופתית ~~עשויה להיות~~ מוגדרת בדרך כלל כ"כשל בטיפול תרופתי שעלול לגרום להשפעות מזיקות לחולים". מדובר בבעיה עולמית, אשר מתרחשת באחוזים גבוהים מחוץ לבית חולים ובבית חולים. כך, באחד המחקרים הגדולים באנגליה[9] נמצא~~הראה~~ כי 237 מיליון טעויות תרופתיות מתרחשות במהלך הטיפול במטופלים באנגליה מדי שנה~~.~~, כאשר 19.9% מהמקרים מתרחשים בתוך המסגרת של בית החולים.

לטעויות תרופתיות יש השלכות משמעותיות: מעלים את תדירות האשפוזים בבתי החולים, מאריכים את משך האשפוז ומגבירים ~~את~~ סיכון לתמותה.

גורמי סיכון משמעותיים ביותר לטעויות תרופתיות היו: גיל מבוגר (מעל 60), מערכת בריאות עמוסה מדי, מספר תרופות גבוה למטופל, **מחלות** רקע[10]. מחקרים אחרים הראו כי טעויות רפואיות מתרחשות יותר ~~בדרך כלל~~ ביחידה לטיפול נמרץ ובשעות חופש (לילות וסופי שבוע)([1]
.[1]

פצעי לחץ [האם להכניס? צריך להשלים].ד

הערכת הסיכון היומי בבית החולים

רוב הנתונים שנמצאו במחקרים הרפואיים עוסקים בתוספת הסיכון הכללית לסיבוכים, למטופל, לאורך כל זמן שהייתו בבית החולים. כדי לנסות לענות על השאלות שהעלינו במבוא, נדרש מידע ממוקד יותר: מהי תוספת הסיכון שיש בכל יום אשפוז נוסף בבית חולים, שכן מדובר בעיכוב השחרור מבית החולים ביממה אחת או שתי יממות (כשיש שבת ויו"ט סמוכים למשל) ולכל היותר 3 יממות (בראש השנה הסמוך לשבת או יו"ט שני של גלויות הסמוך לשבת). הערכה כזו נעשתה במאמרו של ד"ר Hauck שכותרתו[12] "How dangerous is a day in hospital" .

מחקר זה נערך באוסטרליה בין השנים 2005-6 ובדק עבור 206,489 מטופלים בני 18 ומעלה את היקף הסיבוכים הרפואיים אשר מתרחשים באשפוז לפי אורך השהייה באשפוז בבית החולים.

המסקנות של אותו המאמר כי אשפוז בבית חולים כרוך בתוספת סיכון של 5.5% לתופעת לוואי שלילית של תרופה, תוספת סיכון של 17.6% לזיהום ותוספת סיכון של 3.1% לכיב או פצע לחץ. כל לילה נוסף באשפוז מעלה את הסיכון ב-0.5% לתופעת לוואי שלילית של תרופות, 1.6% לזיהום, ו-0.5% תוספת סיכון לכיב או פצע לחץ. תוצאות אלה נמצאו מוכחות ומובהקות סטטיסטית. מסקנה זו הינה מאוד משמעותית עבור דיוננו כי היא מראה שהוספה

של יום אחד נוסף כבר מעלה את הסיכון בצורה הצטברותית. כל יום יכול להשפיע על בריאותו של המטופל.

האם יש תוספת סיכון למטופל, גם לאחר שמצבו הרפואי השתפר והוא ראוי לשחרור?

עד כה, תארנו את הסיכון שיש באשפוז ממושך עבור מטופל, אולם עלינו להשלים נקודה נוספת- סיכונים רפואיים במקרים בהם ניתן היה לשחרר מטופל. כלומר, לא זו בלבד שקיים סיכון במהלך טיפול ממושך במטופל מאושפז, אלא אף במצבים בהם המטופל יכול להשתחרר לביתו מבחינה רפואית ובכל זאת נשאר באשפוז מסיבות שונות, הרי שעדיין כל יום בו המטופל נשאר בבית החולים הוא ממשיך לסכן את בריאותו.

בדיוק את הנקודה הזו בחן רוזמן וחב' (2015) במחקרה בבית החולים שיבא[13]. רוזמן הגדירה מושג חדש של (IHWP) , In-hospital Waiting Period דהיינו מקרים בהם המטופל ממשיך לשהות בבית החולים כאשר אין בכך יותר צורך רפואי. מצב זה מצוי למשל במקרים בהם מטופל לא יכול להסתדר בביתו בעצמו וזקוק לעזרה קבועה בבית, או למכשור מיוחד כגון חמצן ביתי, או שבשל ירידה במצבו התפקודי זקוק לטיפול במוסד סיעודי ואין מקום זמין לו כעת. במצבים כאלה, המטופל נשאר באשפוז, לפעמים ימים רבים, מסיבה שאינה רפואית אלא סוציאלית, עד שיימצא סידור מתאים.

רוזמן הראתה כי בקבוצת מטופלים זו, הממתינה לשחרור, הייתה שכיחות גבוהה לזיהומים של בית החולים (HAI) אשר התרחשו בכשליש מהמטופלים, ובאופן כללי 63.7% חוו סיבוך רפואי כלשהו בזמן ההמתנה לשחרור. הזמן המסוכן ביותר מבחינה רפואית היה דווקא שלושת הימים הראשונים של הIHWP . כלומר שהימים הראשונים בהם היה ניתן לשחרר את המטופל היו המסוכנים ביותר מבחינה בריאותית: 44% מהסיבוכים הרפואיים בקבוצת מטופלים זו התרחשו בשלושת הימים הראשונים. השערתם, כי בימים הראשונים לאחר שהמטופל יכול היה להשתחרר, המטופל אינו מקבל יחס רפואי מתאים על ידי הצוות הרפואי אף כאשר הוא עדיין רגיש לזיהומים סביבתיים. בנוסף, ייתכן כי היחס המועט שהוא מקבל אינו נעשה בצורה טובה בשל היותו מועמד לשחרור מה שיכול להוביל לסיבוכים רפואיים.

יוצא אם כן, כי אף מטופלים אשר מצבם כבר הוטב באשפוז, ובעצם משוחררים מבחינה רפואית, נמצאים בסיכון לפתח סיבוכים רפואיים, ומכאן מסיקים החוקרים שיש חשיבות גדולה לפעול לשחררם מבית החולים בהקדם האפשרי.

סכנות פסיכולוגיות

הבעיה הנפשית המצויה ביותר אשר מתרחשת בבית החולים אצל מאושפזים מבוגרים הינה בעיית הדיליריום (14.7%-31%, תלוי מדינה, אוכלוסיה). במצב דליריום המטופל עובר שינוי חריף של בלבול ולעיתים הזיות. מצב זה יכול להתפתח בתוך שעות עד ימים ספורים מתחילת האשפוז . גיל המטופל, מצב דימנטי[14], מידתשברירותו של המטופל[15] ומשך שהותו בבית החולים[16] הם גורמי סיכון להתפתחות דליריום באשפוז. נוכחות של דליריום באשפוז נמצאה אף כקשורה לתמותה מוגברת (פי 2.43)[14,17–19] והארכת השהייה בבית החולים (מאריך בכ-3.45 ימים)[15], יתר על כן באנשים ללא דמנציה, אפיזודה של דליריום קשורה לעליית סיכון ~~ה~~ פי שמונה ~~סיכון~~ לאבחון דמנציה בשלב מאוחר יותר [20] .

הסיכון היומי לפתח דליריום, באחד המאמרים אשר נערכו בטיפול נמרץ הראה כי כל יום הוסיף סיכון של 26% לפתח דליריום[21].דליריום אף הוכח לאחרונה כמגביר תמותה אף בחולי סרטן[22] (פי 8.78) ובחולים לאחר אירוע של שבץ מוחי[23].

המנגנון הקושר בין דליריום ו~~ה~~מוות נותר לא ידוע, וכמה תיאוריות הוצעו כדי להסביר תופעה זו: נזק מוחי כתוצאה מדלקת עצבית, חוסר ויסות של נורוטרנסמיטורים וכן שיבוש מטבוליזם מוחי[19].

סביבת בית החולים, המאופיינת ברעשי סביבה גבוהים, תאורה לקויה, מחסור בחלונות, החלפות תכופות בחדר ושימוש בריסון, תורמת לרוב להחמרת הבלבול. לפיכך, אחתד הדרכים המשמעותיות למנוע דליריום ולטפל בדליריום הינו החזרת המטופל לסביבה מוכרת, שקטה עם קרובי משפחה ומטפלים מוכרים- .

שיקום ביתי [ספק אם להכניס]

כיום, ישנם מצבים רבים בהם ניתן לשחרר את המטופל בביתו, שם יוכל להשלים את הטיפול הרפואי. הטיפולים בבית או בכל מקום נוח לבחירת המטופל, מתבצעים בהתאמה אישית (ילדים, נוער, מבוגרים, הגיל השלישי) ומתבססים על אנשי מקצוע רפואיים ופרא-רפואיים כגון: אחיות, פיזיותרפיסטים, רופאים, עובדים סוציאליים, טכנאי רנטגן, טכנאי אולטרסאונד ועוד, שמגיעים עד הבית לטיפול או לבדיקה הדרושה. כחלק משירות זה , ניתן להזמין: חיסונים/זריקות, בדיקות דם, אק"ג, טיפול במחלות כרוניות, צילומי רנטגן, צילומי אולטרסאונד, עירויים, הוצאת תפרים, פיזיותרפיה, חבישות, טיפול בפצעים קשיי ריפוי, ריפוי בעיסוק, הדרכה לטיפול עצמי וליווי ועוד

טיפול במסגרת שיקום ביתי עומד בתקני איכות בשיעורים דומים לאלה של טיפול בבית חולים. טיפול בבית הוכח~~ה~~ כטוב~~ה~~ יותר נפשית ופיזיולוגית למטופל: קיצור משך המחלה, שביעות רצון של מטופל,פחות סיבוכים רפואיים[24] מניעת דליריום[25] פחות חרדה ודיכאון, פחות אשפוזים חוזרים[26].

אם כן, ישנה אפשרות לשקול לשחרר את המטופלים בשבת אף כאשר עוד לא הושלם הטיפול הרפואי כאשר ידוע כי קיימת עבורו אפשרות של טיפול ביתי.

לאחר סקירה רפואית זו, נעבור לחלק השני של המאמר- הסקירה ההלכתית על בסיס נתונים רפואיים אלו.

סקירה הלכתית

היתר חילול שבת וחזרה בשבת במצבי פיקוח נפש

בדין פיקוח נפש ידוע כי במצבי סכנת חיים ניתן ואף צריך לחלל שבת, כדברי המשנה ביומא פג:

> מי שאחזו בולמוס - מאכילין אותו אפילו דברים טמאים, עד שיאורו עיניו. מי שנשכו כלב שוטה - אין מאכילין אותו מחצר כבד שלו, ורבי מתיא בן חרש מתיר. ועוד אמר רבי מתיא בן חרש: החושש בגרונו מטילין לו סם בתוך פיו בשבת, מפני שהוא ספק נפשות, **וכל ספק נפשות דוחה את השבת. מי שנפלה עליו מפולת, ספק הוא שם ספק אינו שם, ספק חי ספק מת, ספק נכרי ספק ישראל - מפקחין עליו את הגל. מצאוהו חי - מפקחין, ואם מת - יניחוהו.**

מתוך דברים אלו למדים אנו כי לא רק מצבים של ודאי פיקוח נפש, אלא אף במקרים של ספק פיקוח נפש, כגון ישראל הנמצא תחת הגל וספק אם חי- עדיין מחוייבים אנו להצילו.

והרמב"ם אף פוסק בהלכות שבת (כז, יז): כי אף אנשים אשר עזרו ועוזרים להציל אחרים יכולים לחזור אם הם כעת נמצאים במקום סכנה:

> "וכל היוצאין להציל נפשות ישראל מיד גוים או מן הנהר, או מן המפולת **יש להם אלפים אמה** לכל רוח ממקום שהצילו בו, **ואם היתה יד הגוים תקיפה והיו מפחדים לשבות במקום שהצילו בו הרי אלו חוזרין בשבת למקומן ובכלי זינן".**

לאור הנתונים המחקריים שהוצגו לעיל, נראה שהלכות אלו נוגעות אף לענייננו. ~~לכאורה את הסוגיות הללו ניתן ליישם אף בענייננו-~~ אדם שמאושפז ~~אשר נמצא~~ בבית ~~ה~~חולים, חשוף לסכנות רפואיות כמתואר לעיל, ולמעשה נמצא במצב של ספק פיקוח נפש. בבית החולים ישנם סיכונים רבים היכולים לפגוע בריאותו של המטופל ואף להעלות סיכון לתמותה~~בחיי המטופל~~, ושחרור לביתו, מוקדם ככל האפשר, יכול להפחית סיכון זה. יש מקום מבחינה הלכתית להורות למטופל, שיכול מבחינה רפואית להשתחרר מאשפוז, לצאת לביתו גם אם כבר נכנסה שבת, בשל ספק פקוח נפש, וכן לבן משפחה או מטפל המלווה אותו וממשיך לטפל בו בבית~~לפי דברים אלו הרי שצריך לעלות אפשרות הלכתית של חזרה בשבת למקומן~~

~~של המטופל ושל אלו אשר מנסים לעזור לו~~. אלא שיש לנו להמשיך ולעיין בסוגייה זו לפי דין 'לפנינו'.

דין לפנינו

בעניין זה של סכנת נפשות במקרה של זיהומים חשוב להתייחס לסוגיית 'לפנינו'[1].

בספרו, נשאל הבניין ציון על מקרה בו אישה מתקשה לילד ומסתכנת בלידה, ואמרו לה הרופאים כי אסור לה שתתעבר מחשש לסכנה זו. ושאל בעלה את בעל ה'בניין ציון' אם יכול לשמש עם אישתו במוך לבל תתעבר כדי שיוכל להמשיך ולקיים מצוות עונה. במסגרת דיון זה כותב:

> דאע"ג דכלל בידינו דאין לך דבר עומד בפני פקוח נפש ואין הולכין בפיקוח נפש אחר הרוב **זה דוקא ביש ודאי סכנת נפש לפנינו** כגון בנפל עליו הגל דאז חוששין אפילו למיעוטא דמיעוטא אבל בשעתה אין כאן פקוח נפש רק שיש לחוש לסכנה הבאה בזה אזלינן בתר רובא כמו לענין איסורא.

כהוכחה לדבריו מביא הרב עטלינגר, בעל ה'בניין ציון', שתי הוכחות:

> א. דאל"כ איך מותר לירד לים ולצאת למדבר שהם מהדברים שצריכין להודות על שנצולו ואיך מותר לכתחלה לכנוס לסכנה ולעבור על ונשמרתם מאוד לנפשותיכם אע"כ כיון דבאותה שעה שהולך עדיין ליכא סכנה הולכין אחר הרוב
>
> ב. ועוד ראי' לזה ממה דאמרינן ברכות (דף ל"ג) אפילו נחש כרוך על עקבו לא יפסיק אמר רב ששת ל"ש אלא נחש אבל עקרב פוסק ופי' הרמב"ם בפי' המשניות וכ"כ הברטנורא כיון דנחש אינו נושך ברוב הפעמים אבל עקרב שמנהגו לנשוך תמיד פוסק והלא יקשה מה בכך דהנחש אינו נושך ברוב הפעמים הרי אין הולכין בפ"נ אחר הרוב אע"כ דה"ט כיון דכן אין כאן סכנת נפשות

לאור דברים אלו, פוסק הרב עטלינגר, שהכלל שאין דבר העומד בפני פיקוח נפש ושבפיקוח נפש אין הולכים הרוב - זה דווקא במצב שיש ספק פיקוח נפש לפנינו.

בדברים אלו של בעל ה'בניין ציון' דן הרב נחום לאם[2], בהקשר לשאלת הזיהומים. הרב לאם נשאל שאלה הלכתית הדומה לשאלתינו- האם ניתן להעביר בשבת אדם מבוגר מבית החולים לבית אבות מחשש לזיהומי בית החולים.

לאחר שהרב לאם מצטט את דבריו של ה'בניין ציון' מסתייג הרב לאם מדבריו:

[1] עיין במאמרם של הרב ירון מוסקוביץ והרב אוקנין אשר כתבו במאמרם בתחומין, בעניין היתר ניקיון בית חולים כי יש להתיר לנקות את בית החולים בשבת מדין 'מגפה'. אולם לאור דברינו, הרי שלא צריך להגיע לדין מגיפה משום שיש להחשיב את סכנת הזיהומים כ'פיקוח נפש לפנינו'.

[2] לאם, נחום. "סכנות בתי חולים – בדין החזרת זקן בשבת מבית חולים לבית אבות" שו"ת עמק הלכה אסיא, ב (תשמ"ט), עמ' 15-24.

"אך לפי מה שהערנו אנו היה נראה להיפך, ושיש לדמות נ"ד לא לנחש אלא למפקחין את הגל, שהרי לפנינו החיידקים הארסיים והחולים החלשים כמו שיש לפנינו גל אבנים ובן אדם המוטל תחתיהן, רק שאינו ידוע אם האבנים יש בהן כדי להמיתו במקרה זה, או אם יש בכח החידקים הסובבים את החולה בכדי להזיקו עד מות במקרה זה, ומקרה אחד יקרה את כולם".

כלומר, שהרב לאם מדמה את סיכון הזיהומים בבית חולים כ ספק נפשות לפנינו. אולם למרות דברים אלו, פוסק הרב לאם כי לא ניתן להתיר איסורי דאורייתא במקרה של זיהומים, זאת על בסיס הספרות הרפואית שהייתה בזמנו:

"אולם אחרי כל ההתיעצויות עם המומחים ב**מקצוע לא זכיתי לברר אם אמנם אפשר לקבוע באופן מתמטי, ואפילו רק-בערך, את הסכנה הצפונה לרגלי שהות בביה"ח של יום או יומים או שלשה ימים נוספים. השהות הממוצעת של זקני בית האבות הרגיל בביה"ח היא מ-7 ועד 14 ימים. מסקנת מומחה אחד הוא, "דומני ששהות נוספת של יום אחד בביה"ח ליהודי אורתודוכסי היא אופציה מתקבלת"**

לכן פוסק הרב לאם בסוף מאמרו כי לא ניתן להתיר איסורי דאורייתא מסיבה זו של זיהומים בבית החולים:

"**אבל מכיון שיש ספק במציאות אם יום או יומיים או שלושה ימים (במקרה של שבת ויו"ט הסמוכים זה לזה) מוסיפים סכנה,** שהלא יש לומר שאם שכב באוירה שכזו כבר שבוע ימים ולא נחלה מהמחלות המדביקות שבביה"ח שוב אין צריך לחוש, נראה להחמיר באיסורים מדאורייתא וכשיטת הבנין ציון שלפי דבריו הוי כשלא לפנינו"

למרות שהחמיר באיסורי דאורייתא, הרב לאם (וכן והרב שלמה זלמן אויערבאך) מתירים איסורים דרבנן כדי להעביר מטופל מבית החולים לבית אבות בשבת:

ברם, לא נראה כלל להחמיר באיסורין מדרבנן כפי שמשמע מהבנין ציון שהסתייע מגמ' ברכות לענין תפילה, שהרי אף לשיטת הי"א ברבנו ירוחם שהוא המחמיר ביותר מבין הראשונים, מותר באיסורים מדרבנן. ויתירה מזו, בנידון דידן נחשב כחולה שאין בו סכנה ולכן מותר **ואף מחוייבים להחזירם מביה"ח בשבת ע"י גוי.**[3]

לאור דברינו במאמר זה, שאף תוספת של יום או יומיים באשפוז הוכחו כמעלים סיכון לסיבוכים רפואים הכרוכים בספק פיקו"נ, וגם מטופל שכבר מאושפז מספר ימים ומצבו השתפר וממתין לשחרור נמצא בסכנה משמעותית לסיבכים עקב האשפוז, הרי שיש מקום

[3] הרב לאם מתבסס על דברי ר' ירוחם אשר דבריו בב"י או"ח סי' שכ"ח, הפוסק שאף במצבים בהם הסכנה אינה לפנינו: אין מחללין אלא שבות דרבנן אבל לא איסור דאורייתא".

לומר שהדברים נחשבים כסיכון לפנינו, מצב שבו הסכימו הפוסקים שיש להתיר פעולת הצלה אף תוך עשית מלאכות דאורייתא, וכפי שהתיר הרב לאם עצמו בחשש לדליריום, לקמן בפסקה הבאה. .

דליריום כשיקול הלכתי

כפי שראינו לעיל, הרב לאם לא התיר לעבור על איסורי דאורייתא מסיבות ביולוגיות של זיהומים, אמנם הוא התיר לעבור על איסורי דאורייתא משיקולים פסיכולוגים:

" לפי רוב האחרונים מותר להסיע את הזקנים בחזרה מביה"ח למקום משומר ובטוח יותר אפילו ע"י ישראל. אם אין בית האבות מעולה, **אין להתיר מטעמים רפואיים ביולוגיים, אבל יש להתחשב בטעמים פסיכולוגיים, עי' להלן אות ד' וה'"**

בעניין המצבים הפסיכולוגים בגינם ניתן להתיר איסורי דאורייתא מסביר הרב לאם:

יש גם סכנה שתתבלבל דעתו בגלל האוירה הזרה בביה"ח, **ולכן יש צד להתיר גם במלאכות דאורייתא וכדין יולדת".**

הרב לאם מתבסס על ההלכה לגבי יולדת (שולחן ערוך או"ח ס' של ס' א)[4]:

"יולדת היא כחולה שיש בו סכנה ומחללין עליה השבת לכל מה שצריכה קוראין לה חכמה ממקום למקום ומילדין (אותה) ומדליקין לה נר אפילו היא סומא ומכל מקום בכל מה שיכולין לשנות משנין כגון אם צריכים להביא לה כלי מביאו לה חברתה תלוי בשערה וכן כל כיוצא בזה"
ומשנה ברורה שם ס"ק ד: "סומא - אע"פ שבזה לא שייך טעמא הנ"ל דבלא"ה שרויה בחושך אעפ"כ מיתבא דעתה בנר דלוק דקאמרה אי צריכנא מידי חזיא חברותיה ועבדי לי ואע"פ דהדלקת הנר עיקרה אינה לרפואה אעפ"כ מחללין דקים להו לרבנן **דיתובי דעתא דיולדת** הוא מילתא דמסתכנא בה בלא"ה"

דין "יתובי דעתא דיולדת" מובא כחיזוק לכך שגם יישוב הדעת של חולה, המרכיב הנפשי של מצבו/מחלתו, הוא חיוני כחלק מהטיפול ומתיר גם מלאכות דאוריתא אם יש צורך בכך.

אף בעניינו, דליריום הוכח בתור מצב אשר מסכן חיים, לפיכך במטופלים אשר נמצאים במצב סיכון לדליריום יש להתיר להם לחזור לביתם, למקום ולסביבה מוכרת. יתרה מזו, נראה שיש להתיר לקרוב משפחה לחזור עם המטופל כדי לוודא שאף בחזרתו המטופל לא יפתח דליריום[5].

[4] עיין בדבריו של פרנק, יאיר. "איתובי דעתא – רצונותיו של חולה ומצבו הנפשי כשיקול לחילול שבת בעבורו" ספר אסיא טז, תשע"ט, עמ' 191-171. שם הסביר והדגים כיצד עקרונות אלו של יולדת רלוונטים לכל מטופל אשר נמצא בסכנת חיים בשל מצבו הנפשי.
[5] כפי שהתיר הרב נויברט בשמירת שבת כהלכה פרק מ סעיף ע עבור הנסיעה הלוך, וכפי שדויין בעבר בנוגע לנסיעת קרוב משפחה לשהייה ליד חולה בשבת: "השפעת נוכחות אדם קרוב ליד חולה שיב"ס על סיכויי

הרב לאם מסייג היתר זה במקרים מסויימים:

"אבל זה רק במי שחוזר מביה"ח לבית האבות, שהרי התאקלם בבית האבות ומחשיבו כביתו-הוא, אבל מי שיוצא מביה"ח ורוצים לקבלו בפעם הראשונה בבית אבות אין להתיר אפילו באיסור מדרבנן מצד חשש של בלבול דעתו, שהרי לגבי הזקן אין הבדל כעת בין ביה"ח לבית האבות"

סייג זה הינו הגיוני מאד, שכן חשש הדליריום מתקיים בעקר בסביבה לא מוכרת, ואם המטופל עובר מבית החולים למקום חדש הרי שלא ניצלנו מחשש זה.

ככלל, ניכר ממאמרו של הרב לאם שלצורך מידת הסיכון הוא מתבסס בעיקר על רושם וחוות דעת של רופאים מומחים איתם התייעץ. יש לציין, שבתקופת כתיבת מאמרו, הגישה המקובלת לקבלת החלטות היתה expert based medicine, כלומר רפואה המבוסת על חוות דעת המומחה. בשנות ה 90 של המאה ה 20 החלה הרפואה לעבור לגישת evidence based medicine, רפואה מבוססת ראיות. לפי גישה זו יש לקבל החלטות על בסיס מחקרים קליניים שבהם הוכח מחקרית באופן סטטיסטי שטיפול מסוים או בדיקה מסויימת יעילים עבור המצב הרפואי המדובר. כפי שראינו לעיל, כיום יש יותר מידע מבוסס מחקרים קליניים לגבי הסיכוים השנים הכרוכים בהישארות באשפוז, וממילא יש לנו יותר כלים לקבל החלטות רפואיות והלכתיות בסוגיה הנדונה לפנינו.

איזה סיכון מוגדר כספק סכנה?

במחקרים שהבאנו לעיל נמצא שהארכת משך האשפוז מעלה סיכון לסיבוכים שונים ואף תמותה. עם זאת, תוספת הסיכון עבור הארכת אשפוז ביום או יומיים היא של אחוזים בודדים. האם גם זה נחשב לפיקוח נפש הדוחה איסורי מלאכות שבת?

השו"ע (או"ח שכט ב-ג) מפרט בענין: "אין הולכים בפקוח נפש אחר הרוב... מי שנפלה עליו מפולת ספק חי ספק מת ספק הוא שם ספק אינו שם אפילו אם תמצא לומר שהוא שם ספק עכו"ם ספק ישראל מפקחין עליו **אף על פי שיש בו כמה ספיקות**".

ברור אם כן שגם ספק-סכנה, ואף ספק-ספיקא נחשב כסכנה לכל דבר לענין זה.

עם זאת, הפוסקים דנו לגבי ספק רחוק, האם נחשב לספק. המגן אברהם (או"ח, שט"ז ס"ק כג) בהתייחסותו לנושא זה, כותב: "ואותן אנשים שהורגים השממית... נ"ל דאיסור גמור הוא, דהא אינה מזקת, אף דיש לחוש שיפול לתוך המאכל, מ"מ מלתא דלא שכיחא הוא ויכול לכסות המאכל, וגם אחד מאלף שהיא מסוכנת במאכל לכן יש למחות בידם". גם המגיד משנה (הלכות שבת, פרק ב, יא) מזכיר הסתברות של אחת מאלף בהקשר של פיקוח נפש, וכן מופיע בענין אחר בשו"ת רע"א (מהדורא קמא סימן ס).

לענייננו, רמת הסיכון שנמצאה במחקרים שהבאנו בענין השהיה בבית חולים היא גבוהה מ "אחד

החלמתו – נתונים רפואיים ומשמעותם להלכות שבת" ספר אסיא טז, תשע"ט, עמ' 150-170.

לאלף" (=0.1%), ולכן יש להתיחס אליה כספק פיקוח נפש וכפסיקת ההלכה שראינו לעיל בדברי השו"ע.

פיקוח נפש דרבים- עומס המיון ומחלקות בתי החולים

בדיני פיקוח נפש מצינו כי במקרים בהם מדובר בסכנה עבור הרבים, יש מקום להקל. זאת על בסיס דברי שמואל:

"אמר שמואל: מכבין גחלת של מתכת ברשות הרבים בשביל שלא יזוקו בה רבים, אבל לא גחלת של עץ". (שבת מב.)

על פי גמרא זו פסק הרב שלמה זלמן אויערבאך כי בנזק דרבים יש להקל יותר מבחינת פיקוח נפש בשבת:

ועוד יותר מזה מבואר דעת הר"ח והגאונים במס' שבת דף מ"ב ע"א דאפילו לר' יהודה שמחייב במלאכה שאינה צריכה לגופה וגם יש איסור תורה של מצרף בכבוי גחלת של מתכת, אפילו הכי שרי לכבות גחלת אדומה בשבת מפני שלאחר שהגחלת של מתכת תשחיר הרואה אותה חושב שהיא צוננת ועלול להנזק **ובמקום שיש חשש לנזק הגוף של רבים אף על גב דליכא סכנת נפשות מותר לחלל שבת ולכבות הגחלת גם כשהיא אדומה, ולא נזכר כלל שלכתחלה יש עליו חיוב להמתין עד שהגחלת תשחיר או לעמוד ולהזהיר או לשכור אחרים שישגיחו על הגחלת כדי להמנע ממלאכה דאורייתא והיינו כדאמרן".** (שו"ת מנחת שלמה, ח"א סי' ז')

לפי זה, יש מקום לשיקול נוסף בסוגיה שבה אנו עוסקים, זאת על בסיס המציאות בבית החולים. במקרים בהם נשארים הרבה מטופלים עד מוצאי שבת, הממתינים להשתחרר, נוצר מצב של עומס מחריד בחדר מיון במוצאי שבת, שכן גם החולים המיועדים לאשפוז לא יכולים לעבור למחלקות כי גם מהמחלקות לא משחררים בשבת מאותה סיבה. עומס כזה הוכח כמעלה סיכון לטיפול לקוי במטופלים דחופים במיון ואף מעלה תמותה[27–29], כתוצאה מהעומס של המטופלים אשר עדיין מחכים לשחרור. הצורך לשחרר את המטופל לביתו במהלך השבת לא רק שתורם למטופל עצמו מבחינה בריאותית אלא אף מהווה תרומה ניכרת לפיקוח נפש דרבים אשר יתרחש במוצאי שבת. שחרור מוקדם יכול למנוע את העיכוב בטיפול הרפואי של המטופלים החדשים אשר נכנסים לחדר מיון.

גם מניעת שחרורים ממחלקות בית החולים פוגע בטיפול הרפואי בשבת עצמהו. מטופלים אינם יכולים לעבור מהמיון למחלקה המתאימה לקבל טיפול מתאים בשל העומס וחוסר המקום במחלקות. זאת במיוחד אצל מטופלים המחכים לעבור למחלקות הפנימיות, מטופלים עם סיכוני תמותה גבוהים. לפיכך שחרור מטופל ממחלקת הפנימית משפיע גם על המטופלים המחכים לקבל טיפול מתאים במחלקת הפנימית. לפיכך שחרור מוקדם של מטופל בשבת יאפשר מעבר מהיר של מטופלים אשר צריכים להתאשפז מהמיון ומחכים למקום פנוי במחלקות הפנימיות.

כך למשל אחד המאמרים אשר בדק כמיליון ביקורי מיון שהובילו לאשפוז ב-187 בתי חולים. הראה כי מטופלים שאושפזו בימים עם צפיפות גבוהה של מטופלים בחדר מיון (ED) חוו סיכוין גבוה יותר ב-5% למוות באשפוז אף כאשר הועברו לאשפוז במחלקתם[28].

מטופלים אשר היו בסכנה רבה יותר להיפגע מהעומס במיון כללו חולים עם אלח דם ואי ספיקת נשימה חריפה לאחר שהיו צריכים לשהות שהות ארוכה במיון כאשר הסיכון עולה עם הצפיפות[29].

לפי שתנ' נקודות אלו, במקרים בהם ישנו עומס במיון או חוסר במיטות במחלקה, הרי שיש לשקול שחרור ל~~ל~~מטופלים בשבת. היבט זה מרחיב את האפשרויות של שחרורים בשבת גם למקרים בהם האדם עצמו אינו בסכנת סיבוך רפואי בבית החולים, אר~~כל עוד~~ ישנו מטופל אחר אשר זקוק למיטתו, למקומו.

כמו כן, יש לאפשר לפי הסברים אלו לרופא לכתוב מכתב שחרור[6] ולדאוג לצרכי השחרור בשבת (תוך צמצום עשית מלאכות שבת ככל האפשר, הקל הקל תחילה), בבתי חולים בהם ~~אם~~ ידוע כי במוצאי שבת יהיה עומס רב.

סיכום

- שהייה ארוכה בבית החולים כוללת ~~בתוכה~~ סיכונים רבים מסכני חיים: סכנת זיהומים, טעויות תרופתיות וחשש להתפתחות דליריום.
- כל יום בבית החולים מגביר את הסיכון להפתחות אחד מהסיבוכים ומעלה תמותה. זאת, ~~אלו~~ אף כאשר המטופל סיים לקבל את הטיפול הרפואי והוא רק ממתין לשחרור. שחרור מבית חולים הוכח כמפחית את שיעור הסיכונים ומוריד את הסיכון~~אחוזי ה~~ לתמותה.
- במקרים בהם ישנו~~ה~~ חשש לדלריום, יש לאפשר חזרה בשבת בליווי בן משפחה מוכר אף אם הדבר דורש מעבר על איסורי דאורייתא.

[6] "כתיבת מכתב שחרור מבית החולים בשבת – האופציות המעשיות השונות" חוברת אסיא צט-ק, תשע"ו, עמ' 13-36.

- כיום, בחלק מהמקרים, ישנה אפשרות טובה של המשך טיפול ביתי באמצעות טיפול ביתי "home care" כך שניתן לשקול זאת לצורך שחרור לפני שבת או בשבת עצמה.
- שיקולים אלו צריכים להיחשב בגורמי סיכון המסכני חיים "לפנינו", במיוחד במטופלים אשר נמצאים בקבוצת סיכון: חולים מבוגרים, חולים עם מחלות רקע לבביות וכלייתיות, חולי סרטן.
- מניעת שחרור מטופלים מחדר המיון והמחלקות מגביר את העומס הרפואי על הצוות הרפואי ומונע מתן טיפול מתאים לאחרים, והוכח כמסכן את חייהם של אחרים.
- לאור דברים אלו, נראה כי יש לאפשר ולהמליץ במצבים מסוימים להתיר~~בצע~~ שחרור מטופלים~~ים~~ מבית החולים בשבת הן מצד הסיכון למטופל עצמו והן מצד הסיכון הכרוך בעומס גדול על חדרי המיון והמחלקות והשלכתו על הטיפול במטופלים אחרים.~~הצוות הרפואי והן מצד המטופלים.~~ זאת, אף כאשר הדבר עלול להיות כרוך במלאכות האסורות ~~איסורי~~ מדאורייתא. עם זאת, חשוב לציין כי אין מקום להיתר גורף, והדבר תלוי במצב המטופל והרקע הרפואי שלו (כאשר מדובר בהיתר מצד סיכון המטופל), ובנתוני העומס על בית החולים (כאשר מדובר בהיתר בשל העומס והשפעתו על מטופלים אחרים).

בביבליוגרפיה

1. Bates DW, Levine DM, Salmasian H, et al. The Safety of Inpatient Health Care. *N Engl J Med*. 2023;388(2):142-153. doi:10.1056/nejmsa2206117
2. Bates DW, Levine DM, Salmasian H, et al. The Safety of Inpatient Health Care. *N Engl J Med*. 2023;388(2):142-153. doi:10.1056/NEJMsa2206117 זה כפול
3. Haukland EC, Mevik K, von Plessen C, Nieder C, Vonen B. Contribution of adverse events to death of hospitalised patients. *BMJ open Qual*. 2019;8(1):e000377. doi:10.1136/bmjoq-2018-000377
4. Oura P. Medical adverse events in the US 2018 mortality data. *Prev Med reports*. 2021;24:101574. doi:10.1016/j.pmedr.2021.101574
5. Freeman J, McGowan JE. Risk Factors for Nosocomial Infection. *J Infect Dis*. 1978;138(6):811-819. doi:10.1093/infdis/138.6.811
6. Stewart S, Robertson C, Kennedy S, et al. Personalized infection prevention and control: identifying patients at risk of healthcare-associated infection. *J Hosp Infect*. 2021;114:32-42. doi:10.1016/j.jhin.2021.03.032

.7 Quach C, McArthur M, McGeer A, et al. Risk of infection following a visit to the emergency department: a cohort study. *CMAJ*. 2012;184(4):E232-9. doi:10.1503/cmaj.110372

.8 Quach C, Moore D, Ducharme F, Chalut D. Do pediatric emergency departments pose a risk of infection? *BMC Pediatr*. 2011;11. doi:10.1186/1471-2431-11-2

.9 Elliott RA, Camacho E, Jankovic D, Sculpher MJ, Faria R. Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. *BMJ Qual Saf*. 2021;30(2):96-105. doi:10.1136/bmjqs-2019-010206

.10 Rasool MF, Rehman A ur, Imran I, et al. Risk Factors Associated With Medication Errors Among Patients Suffering From Chronic Disorders. *Front Public Heal*. 2020;8(November):1-7. doi:10.3389/fpubh.2020.531038

.11 Wilmer A, Louie K, Dodek P, Wong H, Ayas N. Incidence of medication errors and adverse drug events in the ICU: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):e7. doi:10.1136/qshc.2008.030783

.12 Hauck K, Zhao X. How Dangerous is a Day in Hospital? *Med Care*. 2011;49(12):1068-1075. doi:10.1097/mlr.0b013e31822efb09

.13 Rosman M, Rachminov O, Segal O, Segal G. Prolonged patients' In-Hospital Waiting Period after discharge eligibility is associated with increased risk of infection, morbidity and mortality: a retrospective cohort analysis. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):246. doi:10.1186/s12913-015-0929-6

.14 Delirium is prevalent in older hospital inpatients and associated with adverse outcomes: results of a prospective multi-centre study on World Delirium Awareness Day. *BMC Med*. 2019;17(1):229. doi:10.1186/s12916-019-1458-7

.15 Welch C, McCluskey L, Wilson D, et al. Delirium is prevalent in older hospital inpatients and associated with adverse outcomes: Results of a prospective multi-centre study on World Delirium Awareness Day. *BMC Med*. 2019;17(1). doi:10.1186/s12916-019-1458-7

.16 Ahmed S, Leurent B, Sampson EL. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: A systematic review and

meta-analysis. *Age Ageing*. 2014;43(3):326-333. doi:10.1093/ageing/afu022

.17 McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med*. 2002;162(4):457-463. doi:10.1001/archinte.162.4.457

.18 Leslie DL, Zhang Y, Holford TR, Bogardus ST, Leo-Summers LS, Inouye SK. Premature death associated with delirium at 1-year follow-up. *Arch Intern Med*. 2005;165(14):1657-1662. doi:10.1001/archinte.165.14.1657

.19 Aung Thein MZ, Pereira J V., Nitchingham A, Caplan GA. A call to action for delirium research: Meta-analysis and regression of delirium associated mortality. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):325. doi:10.1186/s12877-020-01723-4

.20 Davis DHJ, Muniz Terrera G, Keage H, et al. Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study. *Brain*. 2012;135(Pt 9):2809-2816. doi:10.1093/brain/aws190

.21 Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Crit Care*. 2009;13(3). doi:10.1186/cc7892

.22 Seiler A, Blum D, Deuel JW, et al. Delirium is associated with an increased morbidity and in-hospital mortality in cancer patients: Results from a prospective cohort study. *Palliat Support Care*. 2021;19(3):294-303. doi:10.1017/S147895152000139X

.23 Rollo E, Brunetti V, Scala I, et al. Impact of delirium on the outcome of stroke: a prospective, observational, cohort study. *J Neurol*. 2022;269(12):6467-6475. doi:10.1007/s00415-022-11309-2

.24 Leff B, Burton L, Mader SL, et al. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med*. 2005;143(11):798-808. doi:10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008

.25 Caplan GA, Coconis J, Board N, Sayers A, Woods J. Does home treatment affect delirium? A randomised controlled trial of rehabilitation of elderly and care at home or usual treatment (The REACH-OUT trial). *Age Ageing*. 2006;35(1):53-60. doi:10.1093/ageing/afi206

.26 Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, Le Berre M, Gore G, Vedel I. Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients With Chronic Disease Who Present to the Emergency Department. *JAMA Netw Open*. 2021;4(6):e2111568. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.11568

.27 Ugglas B, Lindmarker P, Ekelund U, Djarv T, Holzmann MJ. Emergency department crowding and mortality in 14 Swedish emergency departments, a cohort study leveraging the Swedish Emergency Registry (SVAR). *PLoS One*. 2021;16(3 March). doi:10.1371/journal.pone.0247881

.28 Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med*. 2013;61(6):605-611.e6. doi:10.1016/j.annemergmed.2012.10.026

.29 Valli G, Galati E, De Marco F, et al. In-hospital mortality in the emergency department: clinical and etiological differences between early and late deaths among patients awaiting admission. *Clin Exp Emerg Med*. 2021;8(4):325-332. doi:10.15441/ceem.21.020