

למה בתי חולים הם עדיין מקומות כל כך מסוכנים

בטיחות חולים ומניעת זיהומים בבתי חולים כנראה לא מטרידים מספיק את משרד הבריאות כדי שיפעיל מערך ארצי לבקרה על איכות הטיפול הרפואי. בינתיים בתי חולים כמו הדסה ומאיר החליטו לפעול בעצמם. ממצאי הבדיקות שערכו היו מדאיגים, אבל הבקרה שהפעילו הביאה לשיפור משמעותי. יותר רופאים, למשל, מואילים בטובם ליטול ידיים

מאת [רן רוניק](#)

שאלה: לכמה מהחולים במרכז הרפואי מאיר בכפר סבא, שהיו אמורים לעבור ניתוח באחד מאיבריהם הזוגיים (כמו רגל או יד), לא סומן האיבר שהיה מיועד לניתוח כמתחייב בהוראות משרד הבריאות? תשובה: לרובם. איבריהם של כ-65% מהחולים לא סומנו על ידי הצוות הרפואי במחלקה שבה אושפזו לפני הניתוח.

שאלה נוספת: כמה חולים ב"מאיר" לא הוחתמו מבעוד מועד על טופס ההסכמה לניתוח לאחר שהרופאים שהיו אמורים לנתח אותם הסבירו להם על הסכנות בניתוח? תשובה: כמחצית מהחולים.

ושאלה אחרונה: כמה מהחולים ב"מאיר" שהיו זקוקים לניתוח דחוף לתיקון שבר בצוואר הירך (רובם זקנים), נותחו כמתבקש בתוך 48 שעות מקבלתם לבית החולים? תשובה: רק 37% מהחולים.

נתונים אלה, שנמצאו בבדיקות שערך בית החולים שבבעלות קופת חולים כללית, נכונים לשנים 2001-2004. ב-2005 התמונה שונה לגמרי: רוב החולים ב"מאיר" הגיעו לחדרי הניתוח כשהאיבר המיועד לניתוח מסומן; רוב החולים הוחתמו במועד על טופס ההסכמה לביצוע הניתוח, ו-81% מהחולים שנזקקו לניתוח דחוף בעצם צוואר הירך נותחו בתוך 48 שעות, ובכלל שיעור החולים שלא נותחו במועד שנקבע להם ירד באופן משמעותי.

השיפור הברור הזה בטיפול חל בעקבות תוכנית שאפתנית הפועלת זה חמש שנים בבית החולים, שכותרתה "בטיחות החולה המנותח: החולה הנכון, לניתוח הנכון, באיבר הנכון, בזמן הנכון".

עורכי המחקר שעקב אחר התוכנית - הפרופ' בריאן פרדמן, מנהל מחלקת ההדרכה וחדרי הניתוח במאיר, הד"ר עדנה זוהר, הד"ר יוסי נגה והאחיות רבקה פולק ומרגלית קנטור - כתבו בעבודתם כי במסגרת התוכנית נקבעו יעדים כמו הקטנה עד לאפס של החולים המגיעים לחדר הניתוח וחוזרים למחלקות משום שהצוות הרפואי והסיעודי במחלקות האשפוז לא הכין אותם כראוי, וציינו שהמפתח להצלחת תוכנית בהיקף כזה הוא הצבת בטיחות החולה כיעד הראשי של הנהלת חדרי הניתוח.

התוכנית והישגיה הוצגה על ידי הפרופ' פרדמן בכנס השנתי ה-13 של החברה הישראלית לאיכות ברפואה בהסתדרות הרפואית, שנערך לפני שבועיים. בכנס השתתפו כ-600 רופאים ואחיות מבתי החולים, קופות החולים וחיל הרפואה בצה"ל.

החברה הישראלית לאיכות ברפואה היא כיום הבמה המרכזית בארץ לדיון ציבורי והצגת עבודות ומחקרים בתחום קידום ובקרה על איכות הטיפול הרפואי והגנה על בטיחות החולה. יו"ר החברה היא הד"ר חנה גבע, מנהלת בקרה וקידום איכות באגף הרפואה בקופת חולים מאוחדת.

יוזמה מקומית

בכנס הוצגו כ-160 תוכניות ופרויקטים לשיפור איכות הטיפול הרפואי ובטיחות החולה המופעלים בשנים האחרונות במוסדות הבריאות בארץ (במחלקות בתי חולים ומרפאות ומחוזות קופות החולים). על פי התוכניות שהוצגו, הפעילות המשמעותית ביותר בתחום ההגנה על בטיחות החולה נעשית בשני בתי החולים של הדסה בירושלים. בתי החולים הללו מפרסמים גם חלק מתוצאות פעילותם, ובכלל זה נתונים על בעיות, כשלים ותאונות רפואיות בבית החולים, ובכך נוהגים באומץ ושקיפות שאינה אופיינית לרוב בתי החולים וקופות החולים בישראל. גם המרכז הרפואי מאיר בלט בפעילות משמעותית מאוד בתחום הבקרה על ניתוחים ועל זיהומים,

ובפתיחות בגילוי חלק מהנתונים לציבור.

ואולם, מרבית הפרויקטים לקידום איכות הטיפול הרפואי והבקרה עליו הם פרי יוזמה מקומית של הנהלת בית חולים (או אף הנהלת מחלקה בבית חולים), או יוזמות מקומיות בקופות החולים. משרד הבריאות לעומת זאת, אינו מקדיש לכך די תשומת לב ומשאבים. כפי שכבר חזרו והתריעו רופאים בכירים, בתי החולים בישראל אינם מחויבים על ידי משרד הבריאות להפעיל תוכנית לקידום איכות הטיפול הרפואי, והמשרד אינו דואג לבקרה שיטתית של איכות הטיפול והניתוחים, כמו מעקב אחרי משך ההמתנה לניתוחים, טיב הכנת החולים לניתוח, מיומנות הרופאים בניתוח, זיהומים לאחר הניתוח והתחלואה והתמותה בעקבות ניתוחים.

ממשרד הבריאות נמסר בתגובה, ש"המשרד מבצע שורה של פעולות לקידום איכות הטיפול הרפואי. יחידת בקרה של המשרד עורכת ביקורות יוזמות בבתי החולים ובמפראות הקופות, והאגף להבטחת איכות מבצע מבדקי איכות במוסדות רפואה, כולל בדיקת זיהומים, תפקוד חדרי מיון ועוד. כמו כן, יש חובת דיווח על פטירות חריגות ואירועים חריגים במוסדות הבריאות, המשרד מקיים סקרים בתחומי תחלואה שונים, ונציב תלונות הציבור מקים בכל שנה כ-50 ועדות בדיקה".

ישראלי לא בא

את דיוני הכנס היה אמור לפתוח פרופ' אבי ישראלי, מנכ"ל משרד הבריאות, אך הוא הודיע בסופו של דבר כי לא יוכל להגיע, ושלה דברי ברכה כתובים. היו בקרב המארגנים מי שראו בכך ביטוי סמלי למחויבותה הדלה של הנהלת משרד הבריאות לתחום זה. "המעבר מחוסר מודעות למודעות בנושא הזה צריך להיות יוזמה של משרד הבריאות", אמר ל"הארץ" פרופ' פרדמן, "צריכה להיות גם חקיקה להבטחת איכות הטיפול הרפואי והגדרה של הדרישות ממשרד הבריאות. אם אין חקיקה, יש ניסיון לעגל פינות". פרדמן ציין שבטיחות החולה חייבת להיות "ערך עליון" בטיפול הרפואי, והדגיש שהוא רואה "שליחות בפעולות להגברת בטיחות החולה, מאחר שהחולה מפקיד בידנו את חייו וזה מחייב אותנו".

ממשרד הבריאות נמסר בתגובה, ש"לישראלי היתה התחייבות נוספת ביום הכנס, מזכירתו התנצלה על כך והוקראה ברכה למשתתפי הכנס. כמו כן, כמה מחברי הנהלת המשרד השתתפו בכנס וייצגו את הנהלת המשרד".

אחד העניינים הנוספים שנדונו בכנס הוא הניסיון להקטין את שיעורי ההידבקות בזיהומים בבתי החולים. תוצאות הזיהומים הן לעתים קשות מאוד, עד כדי גרימת מותו של החולה.

שורה של מחקרים שהוצגו מראים שיעור מעורר דאגה של זיהומים אצל חולים לאחר ניתוח. בהדסה, למשל, נסקרו 511 חולים שנותחו במחלקה לכירורגית כללית בהדסה עין כרם בחודשים מאי-ספטמבר 2005. נמצא ש-41 מהם (8%) לקו בזיהום באזור הניתוח - שיעור גבוה ביחס לשיעורי הזיהומים שנצאו בסקר אמריקאי מקיף שנערך בשנים 1992-2003 - 5.2%-0.8% בלבד. עם זאת, דו"ח בריטי שבדק את הזיהומים בבתי חולים בלונדון ב-2004 נמצא שיעור זיהומים גבוה יותר - 20%-10%.

במחקר נוסף בהדסה עין כרם והדסה הר הצופים נבחנו 216 חולים שנותחו לתיקון בקע מפשעתי בין פברואר 2005 לינואר 2006. נמצא ש-12% מהמבוגרים ו-6% מהילדים סבלו מזיהום בפצע הניתוח. גם במחקר שנערך ב-2004-2005 בבית החולים הממשלתי רמב"ם בחיפה שבו נבדקו כ-1,300 ניתוחים קיסריים שבוצעו במחלקת יולדות, התגלה שיעור זיהומים גבוה ביחס לממצאים של דו"חות אמריקאים.

רחצת ידיים?

במחקרים רבים בעולם נמצא כי להקפדתו של צוות הרפואי והסיעודי על תנאי הסטריליזציה וניקיון יש השפעה מכרעת על שיעור הזיהומים. ההקפדה על נטילת ידיים על ידי רופאים למשל, במעבר בין מטופל למטופל, מוכרת כשיטה חשובה ביותר למניעת העברת מזהמים. למרות זאת נמצא באותם מחקרים, שרק 20%-50% אכן הקפידו ליטול ידיים. הרופאים תירצו זאת בחוסר זמן ועומס עבודה, בגירוי בעור הידיים, במיעוט כיורים בחדרי האשפוז והמחלקות, ובחוסר בסבון ובמטליות ניר במחלקות.

בעקבות זאת נערך בחלק ממחלקות בתי החולים של הדסה סקר שבדק האם הרופאים נוטלים ידיים. עורכי הסקר (ד"ר דרור קנטרל, פרופ' צבי שטרן, פרופ' קולין בלוך ופרופ' מאיר ברזיס) סיפרו שנערכו תצפיות חשאיות בזמן ביקורי הבוקר של הרופאים במחלקות. נמצא ש-70%-50% מהם לא נטלו ידיים לפני בדיקה גופנית של חולה.

התברר שיש שונות רבה מאוד בקרב הרופאים בכל הנוגע להקפדה על נטילת ידיים (80%-0%). עוד נמצא שבהדסה עין כרם יש הבדל בהיענות המומחים לרחצת ידיים (50%) למתמחים (70%), שהימצאותו של כיור לרחצה בחדר האשפוז הגדילה מאוד שיעור הרופאים שנטלו ידיים, וכי הכנסת חומר חיטוי אלכוהולי למכלים שליד הכיורים הגדילה אפילו עוד יותר את היענות הרופאים.

במחקר נוסף שנערך ב-2004-2005 בבית החולים מאיר והוצג בכנס התגלית שוב החשיבות המכרעת של הבקרה השוטפת על עבודת הצוות הרפואי למניעת זיהומים. המחקר תיאר תוכנית שהופעלה ביחידה לטיפול נמרץ נשימתי בבית החולים למניעת הדבקת חולים בזיהומים בחיידקים עמידים. התוכנית כללה בקרה מתמשכת על עבודת הרופאים והאחיות; תצפיות בנוגע לנטילת ידיים ובידוד חולים מזוהמים והדרכה של הצוות והמבקרים של החולים. המחקר מצא שבעקבות פעולות אלה גברה מאוד מידת הציות של הצוות הרפואי והסיעודי ביחידה להנחיות למניעת זיהומים.

מחסום הבושה

הימנעות של רופאים מנטילת ידיים היא כאמור בעיה עולמית, אולם יש מדינות שמנסות להתמודד עם הבעיה באופן ממלכתי. בבריטניה, למשל, יצאה ב-2004 הסוכנות הממלכתית הבריטית לבטיחות החולה במסע פרסום בקרב העובדים בעשרות בתי החולים במדינה לעידוד נטילת ידיים בעת העבודה הרפואית. הסוכנות הוקמה לפני כארבע שנים במסגרת שירותי הרפואה הציבוריים הארציים במדינה. סיסמתו של מסע הפרסום היתה: "עולם שלם בידך", ובאחת מהמודעות נכתב: "חיידקים מתפשטים במהירות, וייתכן ש-4.6 מיליון מהכוליות הקטנות האלה נמצאות על הידיים שלך ברגע זה. סלק אותן. נקה את ידך".

אולם הקמפיין היוצא דופן הזה לא הסתפק בפנייה לצוותים הרפואיים. חלק ניכר ממנו הופנה אל המטופלים דווקא, כדי לעודד אותם להעז ולשאול את הצוותים הרפואיים שמטפלים בהם אם נטלו את ידיהם.

על חשיבות שיתוף החולים בקידום איכות הטיפול הרפואי בכלל היה אפשר ללמוד בכנס ממחקר בבית החולים לניאדו בנתניה, שבדק את עמדות המטפלים והמטופלים ומצא כי להגדלת מעורבותו של המטופל בתהליך הטיפול עשויה להיות השפעה חיובית ניכרת על הפחתת כמות הטעויות בטיפול, ובעיקר בטיפול התרופתי.

בכירים במשרד הבריאות אומרים שהמשרד רחוק מאוד מעריכת פעולות כמו זו שנעשתה בבריטניה, והיוזמה היחידה כמעט שנקטה על ידיו בתחום בטיחות החולה היא למנות, בדצמבר 2005, את הכירורג הפרופ' עופר קפלן מבית החולים איכילוב לאחראי על תוכנית בטיחות המטופל במשרד. אולם עד עתה לא מונו לצדו של קפלן עובדים נוספים, לא הוקצו לו תקציבים משמעותיים והוא לא זוכה לשיתוף פעולה משמעותי מקופות החולים ומבתי החולים. כך, למשל, בחצי השנה שחלפה מאז מינויו לא הצליח קפלן לגייס אפילו שני בתי חולים בישראל שיסכימו להשתתף בפילוט לתוכנית התערבות לעידוד נטילת ידיים של הצוותים הרפואיים.

עוד עבודה שהוצגה בכנס (מחקרם של הרנן שיין, שרה פייך, ויפעת אשל), תיארה את פעילותה של הוועדה למניעת טעויות בטיפול בתרופות בבית החולים בהדסה הר הצופים בשש השנים האחרונות.

על פי מחברי המחקר, הוועדה הביאה ליצירת תרבות ארגונית של דיווח על טעויות בטיפול התרופתי, ויישום שינויים מערכתיים כדי למנוע טעויות חוזרות. לסיכום כתבו המחברות דברים שיפים לכלל הקידום והבקרה על איכות הטיפול הרפואי בישראל: "מחסום משמעותי ללימוד מטעויות ויישום שיפורים הוא הבושה. הבושה אינה רק נחלתם של העובדים הטועים ומתקשים לדווח על הטעות, אלא גם בדרג המוסדי והדרג הלאומי. אין דו-שיח לגבי אירועים, אין מאגר מידע ופרסומים לגבי שכיחות של טעויות, ובדרך זו נגנז מידע חשוב שמהווה חומר לימודי יקר מפז שיכול היה למנוע טעויות דומות בעתיד".

כל הזכויות שמורות, "הארץ" ©