

## דו"ח: שיעור זיהומים אחרי ניתוחים גבוה בישראל

**סקר חדש של משרד הבריאות מגלה ששיעור הזיהומים אחרי ניתוחים גבוה משמעותית בישראל מבארצות אחרות. התוצאה: כאבי תופת, ניתוחים חוזרים - ולפעמים מוות. ב"זמנים בריאים" ב"ידיעות אחרונות" בודקים למה אף אחד לא לוקח אחריות שרית רוזנבלום ויפה שיר-רז**

זהו אחד הפחדים הגדולים ביותר של כל מנתח: שלושה-ארבעה ימים לאחר הניתוח מתחיל חום גופו של המנותח לעלות. בדיקות הדם שלו מעידות על זיהום ובדיקה גופנית מאשרת חשש לזיהום פנימי באיבר שנותח. במקרה הטוב זה נגמר בטיפול אנטיביוטי. במקרה הרע, באשפוז ממושך, בסבל רב לחולה ולעתים אפילו במוות.

התסריט הזה התגשם במלואו במקרה של אלכס, 66 (שם בדוי, כל השמות שמורים במערכת), שתביעה בענייני מוגשת בימים אלה לבית המשפט על ידי עו"ד אילנה זינגל, מומחית לרשלנות רפואית. בדצמבר שעבר אושפז אלכס באחד מבתי החולים בארץ כדי לעבור ניתוח אורתופדי בצוואר הירך. הוא נכנס לשם צועד על שתי רגליו, אך כעבור חודשיים וחצי נפטר.

"יום אחרי הניתוח אבא קיבל התקף לב", מספרת בתו. "עשו לו צנתור שלא עזר וכעבור יומיים לקחו אותו לניתוח לב פתוח. במהלך הניתוח הוא נדבק בזיהום שממנו לא הצליח להתאושש. במשך חודשיים וחצי הוא היה מאושפז, ומצבו הלך והידרדר. בשלב מסוים פתחו לו את בית החזה כדי לנקות את המוגלה, וכיוון שאי אפשר היה לסגור את בית החזה, הוא שכב כך במשך חודש, בחזה פתוח.

"אי אפשר לתאר את הסבל שלו. בסופו של דבר, הוא נפטר. לאחר מותו הזמנתי נתיחה פתולוגית פרטית, שבה התגלה שהוא נפטר מזיהום שעבר מהפצע הניתוחי לעצמות, ומשם לריאות וללב".

### זיהום בשיעור של המנתח

זיהומים באתר הניתוח מהווים חלק משגרת יומם של מנתחים בעולם כולו. למעשה, זיהום בפצע הניתוחי הינו הזיהום השכיח ביותר במחלקות כירורגיות במהלך אשפוזים. "חלק מהזיהומים מאריכים את האשפוז בכמה ימים בלבד, ואחרים גורמים לחודשים של אשפוז מיותר", מסביר פרופ' יהודה כרמלי, ראש היחידה למניעת זיהומים של משרד הבריאות ומי שאחראי על נושא [זיהומים בבית חולים](#) איכילוב.

#### איך למנוע זיהומים באשפוז?

#### בדרך לאשפוז? מדריך הישרדות בבית החולים / ד"ר איתי גל

התאשפזתם בבית חולים וחשבתם לצאת בריאים? אז חשבתם. במקרים רבים בית החולים מסוּק לא פחות מהמחלה, ובין כתליו אורבים לכם חיידקים עמידים, טעויות של רופאים ושלל סיבוכים. ידע מוקדם, ערנות וקריאה של המדריך שלפניכם יעזרו לכם לחזור הביתה בשלום

[לכתבה המלאה](#)

"זיהום של פרק ירך למשל, שמתפתח אחרי ניתוח נפוץ להחלפת מפרק, משמעותו שצריך לפרק את התותב שהושטל ולהחזיק את הרגל פתוחה ללא תותב למשך שישה-שמונה שבועות שבהם מטפלים בחולה באנטיביוטיקה כדי לחסל את החיידקים. אחרי זה מנתחים שוב כדי לשים תותב חדש. מדובר בתהליך של חודשיים-שלושה שכרוך בסבל נורא".

אחת הפרשות הקשות בתחום הזיהומים בניתוחים אירעה בשנת 2004, אז לקו 15 נשים שעברו ניתוחי שדיים במרכז רפואי פרטי בתל אביב בזיהום חמור בפצעי הניתוחים. כל השתלים הוצאו, אחת הנשים נזקקה לניתוחים חוזרים וכולן טופלו במשך שבועות באנטיביוטיקה. מבדיקת משרד הבריאות התברר כי המקור לחיידק שזיהם את הפצעים היה שיערו של המנתח.

לפני כשנה [לקו עשרות חולים שעברו ניתוחי קטרקט בעיניהם](#) בכמה בתי חולים ברחבי הארץ, בסוג נדיר של דלקת עיניים המכונה TASS, שעלולה לגרום נזקים קשים לרקמות הפנימיות של העין. סימני הדלקת התפתחו יממה לאחר הניתוח. מצבם של כל החולים היה קל והם טופלו והחלימו, אך הסיבה למקרים לא נמצאה.

בספרות הרפואית מקושרות התפרצויות של הדלקת בקרב מנותחי עיניים לליקויים בתהליכי הסטריליזציה של ציוד הניתוח, לזיהום של התמיסות המשמשות במהלך הניתוח או לחדירת גורמים מזהמים ממקור אחר לתוך העין במהלכו.

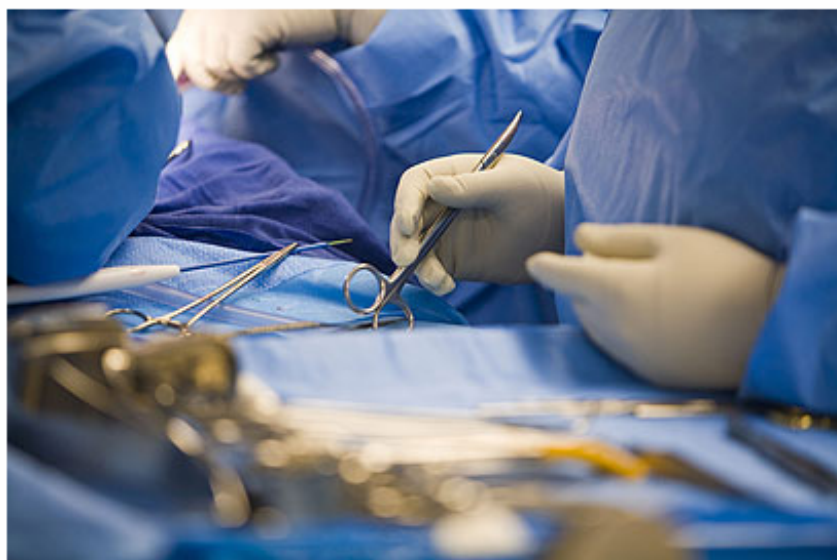
רק מעטים מהמקרים האלה מגיעים לידיעת משרד הבריאות, מעטים עוד יותר מדווחים לציבור. אולם עיון בפורומים העוסקים ברפואה באינטרנט מגלה מאות תלונות של חולים על זיהומים אחרי ניתוחים שונים.

כיום, לראשונה, מעוגן הרושם הזה של ריבוי זיהומים בניתוחים גם בנתונים אמנים: סקר חדש ומטריד של משרד הבריאות מגלה ששיעור הזיהומים אחרי ניתוחים בישראל גדול משמעותית בהשוואה לארצות מערביות אחרות.

הסקר נערך בשנים 2009 ו-2010 על ידי המחלקה לחקר שירותי רפואה בראשות פרופ' אלישבע שימחן בשיתוף עם שירותי המחשוב והמידע במשרד הבריאות.

הסקר בחן תוצאות ניתוחים במעי הגס, שהם הניתוחים הגדולים השכיחים ביותר בישראל, ב-2,000 חולים בעשרות מחלקות כירורגיות ב-20 בתי חולים. אחוז המנותחים בישראל שסבלו מזיהומים באזור הניתוח היה גבוה מאוד: 19%. זאת לעומת 9.2% באנגליה, 7.7% בצרפת, ורק 5.8% בבלגיה.

בניתוחים לכריתת המעי הגס היו שיעורי הזיהומים בישראל גבוהים פי שלושה מאלה בארצות מערביות. חלק ניכר מהחולים בארץ סבל מסיבוכים אחרי הניתוח: דמם או ניקוב המעי, דלף באזור הניתוח וניתוח חוזר.



מאות תלונות של חולים על זיהומים אחרי ניתוחים שונים (צילום: shutterstock)

## מדי חדר ניתוח מזהמים

מהו המקור לריבוי הזיהומים הללו? למרבה הצער, מתברר שהסיבות מגוונות כמעט כמו זני החיידקים שבהם נדבקים המנותחים.

ד"ר ל', מנתח בכיר באחד מבתי החולים בארץ, נתקל ברכבת לעתים תכופות באחיות שמוסעות בשעות הבוקר לבית החולים רמב"ם לבושות במדי חדר ניתוח. "שקלתי לכתוב למנהל בית החולים כדי לשאול אותו אם הוא מודע לעובדה זו", הוא אומר. "אבל למרבה הצער, רמב"ם אינו בית החולים היחיד שבו קורים דברים כאלה.

"במקרים לא מעטים אפשר לראות רופאים שמסתובבים במדי חדר ניתוח בכל בית החולים, הולכים איתם לאכול בקפטריה או גרוע מכך, בודקים חולים בחדר המיון, שבו מסתובבים [החיידקים המסוכנים ביותר](#) - ואז נכנסים לבושים באותם מדים לחדר הניתוח. בשנים האחרונות מדברים המון על רחיצת ידיים בבתי החולים, ואפילו הנהיגו ססמה: 'שאל אותי אם רחצתי ידיים' - אבל האמת היא שצריך אולי להנהיג ססמה של 'שאל אותי אם החלפתי בגדים לפני כניסתי לחדר הניתוח', אומר ד"ר ל'.

נוהלי משרד הבריאות מחייבים את הרופאים ואת האחיות להחליף את מדיהם בכניסה מחדרי הניתוח וביציאה מהם, ואף מטילים על הנהלת בית החולים את האחריות לדאוג לאכיפת הנוהל. "בגלל נטיית אנשי הצוות להיכנס למתחם ולצאת ממנו ללא החלפת בגדים, על הנהלת בית החולים לבדוק היטב אם הוראה זו מתקיימת ולדאוג לאכיפתה", מדגיש חוזר מינהל בריאות.

"היציאה מחוץ לבית החולים בלבוש עבודה אינה ידועה כגורם מגביר [זיהומים](#)", נמסר בתגובה מבית החולים רמב"ם. "צוות רפואי שנכנס לניתוח מחליף את הבגדים ועוטה על עצמו בנוסף חלוק סטרילי. העברת זיהומים בתוך בית החולים תלויה בראש וראשונה בהתנהגות הצוות, בהקפדה על היגיינת ידיים וכו', ואינה תלויה בבגד מסוג זה או אחר. נכון שיש פגם אסתטי בהסתובבות עם מדי חדר ניתוח באזורים ציבוריים.

"מדובר חד-משמעית בעבירה משמעותית שהיא בניגוד להנחיות. לאחרונה הותקנו ברחבי בית החולים מכונות אוטומטיות לחלוקת בגדי עבודה לצוותים רפואיים, כך שקל יותר לצוותי רפואה להגיע לבית החולים לבושים בבגדי יום-יום ולשלוף מהמכונות אריזה עם בגדים נקיים וסטריליים".

דוגמה למקרה כזה הוא של ארז שרון, טייס ריסוס כבן 50, שנזקק לניתוח קטרקט בעינו הימנית. את הניתוח הוא עבר במכון עיניים השייך לקופת החולים מכבי. יומיים לאחר מכן התפתח טשטוש בראייה בעין, שהידרדר במהירות למצב של עיוורון כמעט מוחלט. שרון הועבר בדחיפות לבית החולים מאיר, שם התברר שבחדר הניתוח אירע זיהום חריף שנגרם מחיידק אלים בשם אנדופטלמיטיס, העלול לגרום לפגיעה משמעותית בראייה. שרון נאלץ לעבור ניתוח נוסף, הפעם של כריתת זגוגית העין. לאחר הניתוח היה מרותק לביתו למשך תקופה ארוכה.

"בכל יציאה מהבית, העין המנותחת הייתה דומעת, צורבת ומסנוורת", סיפר שרון במאמר שכתבה עו"ד אילנה זינגל על המקרה בספרה 'שתיקת הרופאים'. "נעדרתי מעבודתי למעלה מחודשיים וסבלתי מכאבים עזים. עד היום אני ממשיך לסבול מכאבים ומסנוור, ומחרדה שלא עוזבת אותי". בחוות דעת שנתן בכתב התביעה, כתב פרופ' איתן רובינשטיין, בעבר מנהל היחידה למחלות זיהומיות בשיבא, כי "העובדות מצביעות על חדרה מסיבית של חיידקים לאזור בזמן הניתוח".

כדי לבחון אם הזיהום שבו נדבק שרון נבע מרשלנות, הציבה עו"ד זינגל חוקרים פרטיים בפתחו של חדר הניתוח במכון. בדו"ח של החוקרים, שגובה בקלטת וידאו, נאמר: "ראינו רופאים ואחיות יוצאים מחדר הניתוח לחדר ההמתנה הכללי, ולאחר מכן חוזרים לחדרי הניתוח באותם בגדים. קרובי משפחה של המנותחים נראו נכנסים לאזור חדר הניתוח ללא בגדים סטריליים. כמו כן איתרנו שני מנותחים נוספים שסבלו מזיהום קשה עקב ניתוח שבוצע בהם במכון העיניים".

קופת חולים מכבי מסרה בתגובה כי "השופטת מינתה בזמנו את פרופ' ענת לוינשטיין, מומחית למחלות עיניים, וזו קבעה מפורשות כי אין כל עדות לרשלנות". התיק הסתיים לבסוף בפשרה ושרון קיבל 20 אלף שקל פיצויים. על כך אומרת עו"ד זינגל: "חברות הביטוח מאלצות את התובעים לחתום על הסכמי ויתור דרקוניים כדי לקבל את הכסף שהושג בפשרה. התובעים, שהם אנשים חולים שכבר הותשו על ידי מערכת המשפט, נכנעים - העיקר שההליכים המשפטיים הארוכים יסתיימו והם יקבלו פיצוי".

## לא מקפידים על נהלים

בעיות נוספות עלולות לנבוע מהיעדר הקפדה על סטריליות בחדר הניתוח עצמו, לעיתים בגלל ליקויי תשתית ולעיתים בגלל התנהלות לקייה של הצוות. בתביעה נוספת, המתבררת בבית משפט השלום בתל-אביב, העלתה חקירת משד הבריאות "התנהלות בלתי נתפשת בתחום מניעת זיהומים" בבית החולים הפרטי חורב בחיפה.

במאי 2005 עבר שם ט' (31), תושב הצפון, ניתוח לתיקון קרע ברצועה בברכו. הניתוח עבר בהצלחה, אך למחרת הידרדר מצבו והוא הובהל לבית החולים חסר הכרה. על פי כתב התביעה שהגישו עו"ד ד"ר אבי רובינשטיין, עו"ד שמואל יקירביץ ועו"ד איתי נאור-צברי, ט' לקה בדלקת קרום המוח לאחר שנדבק בזיהום במהלך ההרדמה הספינלית - הרדמה דרך עמוד השדרה - שבוצעה בגופו.

בחקירה שערך משד הבריאות, ושמצאיה הוגשו כראיה לבית המשפט, התברר כי במקום התגלו מקרים נוספים של הידבקות בזיהום: "המשותף לכל המקרים הוא הופעה של דלקת קרום המוח בקטריאלית תוך 24 שעות לאחר הרדמה ספינלית על ידי אותו מרדים", נכתב בדו"ח. על פי כתב התביעה, בדו"ח צוין במפורש כי בבית החולים נצפו ליקויים בהליך ההרדמה הן מבחינת יישום הנהלים והן מבחינת הליכי החיטוי.

מנהלת בית החולים אלישע (שהתאחד עם בית החולים חורב) נמסר: "רופא מרדים, אשר נדבק כנראה מחולה שנשא את החיידק בזמן ניתוח, לא חלה בעצמו אך הפך לנשא גם הוא מבלי שיידע על כך. ככל שידוע לנו, נדבקו ממנו שלושה חולים. כל שלושת החולים אושפזו, טופלו והבריא. גם הרופא המרדים קיבל טיפול אנטיביוטי ומאז גם הוא חופשי מהחיידק".

כשלושה חודשים לאחר המקרה נערכו תצפיות נוספות בבית החולים והתגלו ליקויים חמורים: ניקוי שטחי של חדר הניתוח, פינוי של כביסה ואשפה דרך האזור הנקי, מקרה שבו מיטת ניתוח כלל לא נוקתה במעבר מניתוח לניתוח, ומקרה נוסף שבו בוצע שימוש באותו מזרק בשני חולים שונים. עוד התגלה כי כל הצוות הרפואי לא פעל בהתאם לנוהלי חדר הניתוח בכל התחומים, החל מביגוד סטרילי וכלה באופן רחיצת הידיים.



בחדר מיון מסתובבים החיידקים המסוכנים ביותר (צילום: אבי מועלם)

## לא לוקחים אחריות

למה זה קורה? האם למרות כל הידע הקיים, הרופאים והאחיות לא מספיק מודעים להשלכות המסוכנות - או שהם פשוט אדישים? פרופ' מאיר ברזיס, מנהל המרכז לאיכות ובטיחות קלינית בבית החולים הדסה ובאוניברסיטה העברית, סבור שאחת הסיבות היא בעיה בתפישת האחריות של אנשי הצוות.

"בחדרי הלידה בהדסה מתבצע מזה כחצי שנה פרויקט, שבמסגרתו מתבקשים אנשי הצוות הרפואי והסיעודי לעמוד צמיד אלקטרוני שמראה אם הם רחצו ידיים לפני שניגשו למטופלת", הוא מספר. "בעוד שהמיילדות אימצו את השיטה בצורה מרשימה וכמעט כולן משתמשות בצמיד, חלק לא מבוטל מהרופאים מסרבים לעמוד אותו וטוענים שהוא מפריע להם. כשאני מתווכח עם רופאה ומסביר לה שהצמיד אולי מציק אבל גם זיהום אחרי לידה מפריע, והיא משיבה לי 'אבל זה לא מפריע לי' - זה מגלה עד כמה עמוק החסם הפסיכולוגי לתפישת האחריות".

במחקר שערך ד"ר מתן כהן, רופא בהדסה הלומד לתואר שלישי בבריאות הציבור, הוא שאל רופאים ואחיות האם כאשר מטופל שלהם נדבק בחיידק עמיד לאנטיביוטיקה הם רואים בכך כישלון אישי או כישלון של הצוות שלהם.

"באופן לא מפתיע, מצאנו שהרבה יותר אנשים נוטים לטעון שמדובר בכישלון קולקטיבי - כלומר מעדיפים לא להודות בכישלון אישי שלהם", הוא מספר. "בנוסף, מצאנו שאחיות נוטות יותר אחריות על עצמן מאשר רופאים. נשאלת השאלה מדוע? הרי זה לא שלרופאים לא אכפת. תשובה אחת לתופעה אפשר אולי למצוא בתחום תורת המשחקים.

"כל אחד מהרופאים בנפרד אומר לעצמו: 'אם כולם רוחצים ידיים חוץ ממני, הסיכוי שאני עצמי אעביר חיידק באופן חד-פעמי הוא זניח. מצד שני, אם כולם לא רוחצים ידיים, אזי רחיצת הידיים החד-פעמית שלי לא תעשה הבדל'. כלומר, כל הנושא נופל על העניין של תפישת אחריות אישית מול אחריות קבוצתית".

"תשובה נוספת שמסבירה מדוע הצוותים הסיעודיים נוטים להודות באחריות אישית יותר מהרופאים, נעוצה בהבדלים הבולטים בהכשרה", מסביר ד"ר כהן. "חלק בלתי נפרד מההכשרה של הצוות הסיעודי הוא הכשרה מעשית. רופאים, לעומת זאת, רוכשים בתהליך הכשרתם ידע על מחלות, כיצד לאבחן אותן ואיך לטפל, אבל לא לומדים פרוצדורות.

"רופא טוב נחשב למי שיוודע לאבחן ולתת את הטיפול הנכון. לא מלמדים אותך שרופא טוב הוא רופא שרוחץ ידיים. זה לא חלק מהאתוס. מתייחסים לפרוצדורות האלה כאל טרחה".

"תפישת האחריות היא מפתח חשוב מאוד להבנת התופעה", אומר פרופ' ברזיס. "אם אתה לא מרגיש אחראי באופן אישי אתה בעצם לא תופש איזה חזק אתה גורם כשאתה מעגל פינות".

## אין סטנדרטים אחידים

מעבר לתפישת האחריות האישית, בעיית הזיהומים אחרי ניתוחים היא במידה רבה בעיה מערכתית מורכבת. אחד מהיבטיה דון בדו"ח מבקר המדינה שפורסם לאחרונה: שימוש חוזר בציוד סטרילי שאמור להיות חד-פעמי.

הדו"ח קובע כי בתי החולים ממשיכים למחזר ציוד חד-פעמי, בניגוד להמלצותיהן של חמש ועדות. עוד קבע המבקר, כי משרד הבריאות גיבש נוהל מתאים לשימוש בציוד הממוחזר ב-2009, אולם יישומו דחה על ידי מנכ"ל המשרד שנה לאחר מכן, דחייה המאפשרת את המשך הנהג הפסול.

כשל מערכתי נוסף הוא היעדר סטנדרטים טיפוליים והתנהגותיים אחידים. כך למשל, אין בישראל שיטה אחידה להכנת חולים לניתוח במעי, ובכל בית חולים נעשית ההכנה לפי בחירת המנתח: בחלק מהמקומות נותנים אנטיביוטיקה בבליעה, ובאחרים באמצעות עירוי לווריד שעה לפני הניתוח. סקר משרד הבריאות מגלה כי הכנה המשלבת את שתי השיטות היא זו שמגנה באופן מיטבי מפני זיהום.

מחקר שנערך בהדסה בהנחיית פרופ' ברזיס מצא שלא קיים כלל קו מנחה למתן אנטיביוטיקה מניעתית לפני ניתוחים. "התוצאה הייתה שבמקרים רבים לא נתנו את האנטיביוטיקה בזמן הנכון, בצורה הנכונה ובמינון הנכון", מספר פרופ' ברזיס. "לשמחתי, בבדיקה חוזרת שערכנו בשנה האחרונה, גילינו שהמצב השתפר משמעותית. מה שהביא לשיפור היה שינוי פשוט מאוד מבחינה לוגיסטית: הנחיה לתת את האנטיביוטיקה לא במחלקה אלא ממש בכניסה לחדר הניתוח. במצב הקודם, כשחולה הזמן לרדת לניתוח, האחות במחלקה נתנה לו את האנטיביוטיקה.

"אבל במקרים רבים ישנם עיכובים, והחולים אינם מועברים לחדר הניתוח בשעה שנקבעה אלא כמה שעות מאוחר יותר. כעת, כשהאנטיביוטיקה ניתנת בחדר הניתוח עצמו, התזמון ברוב המקרים נכון. לא היה קל לשכנע את הרופאים והאחיות לעשות את השינוי אבל זו בהחלט דוגמה לכך שלפעמים הפתרונות לבעיה מאוד פשוטים".



"לא מלמדים אותך שרופא טוב הוא רופא שרוחץ ידיים" (צילום: ויז'ואל/פוטוס)

## המציאות לא השתנתה

דוגמה חשובה נוספת לפרוצדורה פולשנית שבה לא מיושם עד היום פרוטוקול אחיד היא החדרת צנתר מרכזי (צנתר המוחדר לחולים מורכבים ומספק גישה נוחה לצורך ניטור, למתן תרופות ועוד). צנתרים מרכזיים הינם הסיבה העיקרית לזיהום בדם במהלך אשפוז.

במחקר שערכה אילנה גרוס, אחות אפידמיולוגית בבית החולים הדסה, היא מצאה שיעור גבוה של זיהומים בהחדרת צנתרים מרכזיים בבית החולים בהשוואה לממוצע העולמי. כדי לנסות להקטין את שיעור הזיהומים היא השתמשה בשיטה שנוסתה בהצלחה במדינות אחרות: שימוש ב'צ'ק ליסט' - רשימת הפעולות הנדרשות לביצוע, שהצוות צריך לעבוד לפיה ולסמן 'י' על כל פריט.

"בניסוי שערכנו התברר שהטכניקה הפשוטה הזו מורידה ביותר מ-60% את שיעור הזיהומים", אומר פרופ' ברוס. "לפני כשלוש שנים העברנו את הממצאים לאבי ישראל, שהיה מנכ"ל משרד הבריאות, והוא אכן פירסם בסוף 2010 נוהל ליישום הטכניקה. לאכזבתי הרבה, למרות שקיים נוהל המציאות לא השתנתה כלל".

דוגמה נוספת להיעדר קו מנחה לפעילות הניתוחית היא השימוש בצינור מיוחד המשמש לניקוז הפרשות מהאזור המנותח. בשל העובדה שהנקז עצמו הוא גורם סיכון לזיהומים משום שמעבר החיידקים בו הוא דו-צדדי, המנתח אמור לעשות בו שימוש רק במידה שקיימים סימנים לזיהום או לסיבוך אחר. אולם חלק מבתי החולים בישראל - כך עולה מנתוני משרד הבריאות - אינם בוחרים באופן סלקטיבי את החולים שמצבם מחייב שימוש בנקז, אלא מחדירים אותו לרוב המנותחים, שיטת עבודה שגויה ומסוכנת.

עוד דוגמה הם הניתוחים בשיטה הלפרוסקופית (זעיר-פולשנית), שבהם מבוצעים חתכים זעירים באזור המנותח במקום פתיחה מלאה שלו. "ככל שהניתוח קצר יותר, ככל שיש בו פחות טראומה לרקמות, פחות דקם - הסיכוי שהאזור יזדהם נמוך יותר", מסביר כירורג בכיר.

כשליש מהניתוחים בישראל מבוצעים כיום בשיטה הזו, אולם ההבדלים בין בתי החולים גדולים: בית החולים שמשמש הכי פחות בלפרוסקופיה מבצע בשיטה זו רק 8% מהניתוחים המתוכננים, בעוד שבית החולים שמרבה להשתמש בה מבצע כ-85% מהניתוחים.

## אין תיעוד ורישום

בעיה מערכתית חמורה לא פחות היא שבתי החולים לא בודקים ומתעדים בצורה שיטתית את היקף הזיהומים אצלם. "לבושתנו, המצב בארץ בתחום הזיהומים בניתוחים הוא בלתי ידוע", מודה פרופ' יהודה כרמלי, ראש היחידה למניעת זיהומים של משרד הבריאות.

"התחום הזה למעשה לא נבדק ולא נלמד כי זה דורש הרבה אמצעים ומשאבים שלא קיימים היום במערכת. אין שום בית חולים שמרכז נתונים לגבי שיעורי הזיהומים אצלו ביותר מתחום אחד של ניתוחים, וברוב המקרים אפילו זה לא קיים. זאת למרות שידוע כי עצם הבדיקה והרישום כבר גורמים לירידה של 30%-40% בשיעור הזיהומים, כי אנשים מודעים ולכן מקפידים יותר. אבל כל זמן שהבעיה לא נבחנת לעומק אי אפשר לתקנה".

בישראל אין מנגנון שמחייב בתי חולים לדווח על שיעור הזיהומים אצלם. לדברי פרופ' ברוס, "יש מומחים הטוענים שחייב לעלו לעורך תגובה הפוכה, משום שאנשים מתגוננים ועושים מניפולציות כדי להיראות בסדר. אבל אני סבור שהציבור זכאי למידע. אדם שעומד לעבור ניתוח בבית חולים מסוים צריך להיות מסוגל לשאול 'מה שיעור הזיהומים אצלכם?', בדיוק כשם שהוא מצפה לדעת מה שיעורי ההצלחה שלהם בניתוח".

## מסתכלים רק על התקציב

"מערכת הבריאות בישראל מתפרקת, זיהומים הם רק חלק מהתמונה", אומר מנתח בכיר. "מדובר בתופעה שניתן למנוע אותה או לפחות לצמצם אותה מאוד, אבל אין מספיק משאבים להפעיל את המערכת בתנאים מיטביים: להשקיע בחינוך הצוותים, בשיפור תשתיות, באכיפה. כשיש מכת זיהומים עושים מסע הסברה גדול שבו אומרים לכולנו 'נו-נו-נו, הייתם ילדים רעים, תרחצו ידיים'. אבל כשישא הזיהום גווע, המערכת חוזרת לשגרה האדישה שלה".

הפתרון, טוענים המומחים, דורש מהפך בעבודת בתי החולים ובחינוך הצוותים הרפואיים, והקצאת משאבים רבים שאינם נמצאים כיום במערכת וספק אם יהיו בה בשנים הקרובות.

"צריך לקחת בחשבון שלצוותים הרפואיים יש שליטה חלקית בלבד על התנאים שבהם הם עובדים", אומרת פרופ' שימחן שערכה, כאמור, את סקר הזיהומים במחלקות הכירורגיות. "יש רופאים שעובדים בלי מתמחים או סטאז'רים, והרופא הבכיר רץ בשש בבוקר לקחת בעצמו דם מחולים שממתינים לניתוח. צריך גם להסתכל מה עושה מערכת הבריאות כולה בתחום הזה, אם היא נותנת תמריץ או שכר להצטיינות. בחלק מהמקרים, כשנתנו לרופא מסוים תוצאות בינוניות או גרועות, הוא שאל אותי 'ראיתם מה תנאי העבודה במחלקה שלי?' לזה אין לי תשובה".

"למשוואה הזו יש צד נוסף, חשוב עוד יותר", אומר פרופ' ברויץ. "בסקר שערכתי בקרב מנהלי בתי חולים בארץ שאלתי אותם כיצד הם נמדדים כמנהלים, והאם בהערכת עבודתם יש מרכיב של איכות ובטיחות. התשובה הייתה שלילית. הקריטריון החשוב ביותר שלפיו מודדים את המנהלים הוא הכסף - האם התקציב מאוזן. מנהל בית החולים לא דורש לדעת כמה זיהומים יש במחלקה, אלא רק למה התפוסה ירדה.

"יש כאן עיוות בסיסי. כל עוד המנהלים ימשיכו להימדד לפי האיזון התקציבי ולא לפי האיכות, המצב לא ישתנה; וכשתרחש תקלה יאשימו את הש"ג אבל לא את המנהל, שזוהי אחריותו".

## יעדכנו את "תורת הלחימה"

למרות התמונה הפסימית, נעשים בשנים האחרונות מאמצים לשפר את המצב. עקב ממצאי הסקר האחרון המליצה ועדת מומחים לתת טיפול אנטיביוטי מונע לפני כל הניתוחים במעי, ולהפחית את השימוש בנקזים בניתוחי המעי הגס למינימום. מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, אף קבע לאחרונה כי בתי החולים יקבלו תגמול גבוה יותר עבור ביצוע ניתוחים בשיטה הלפרוסקופית, לעומת השיטה הרגילה.

גם הרופאים עצמם כבר מבינים שאיסוף נתונים יכול רק להועיל להם. "בתי החולים מבינים היום שאנחנו לא צידי גולגולות", אומרת פרופ' שימחן. "ברוב המקרים תוצאות הסקר שהצגנו בפני מנהלי המחלקות התקבלו ברוח טובה, והייתה נכונות גדולה לביצוע שינויים".

בנוסף, בקרוב תעודכן 'תורת הלחימה' של בתי החולים בישראל למניעת זיהומים בניתוחים, שנכתבה לפני יותר מעשור, ובמשרד הבריאות גם מתכוונים להתחיל לדרוש מבתי החולים למדוד זיהומים אחרי ניתוחים באופן שוטף ולאורך זמן. רק כך, אומרים שם, ניתן יהיה לפעול באמת לצמצום התופעה הקשה הזו.