

## ריבוי זיהומים במוסדות האשפוז ובקהילה

### תקציר

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע כי שירותי הבריאות הכלולים ב"סל שירותי הבריאות" יינתנו באיכות סבירה. איכות סבירה משמעותה, בין השאר, בתנאים שלא יגרמו נזק מיותר לחולה.

בעשורים האחרונים נצפתה בעולם ובמדינת ישראל עלייה בשיעור הזיהומים שגורמים חיידקים, פטריות ווירוסים אלימים (להלן - מזהמים), הפוגעים בחולים המאושפזים בבתי החולים. על פי הספרות המקצועית, זיהומים הנגרמים ממזהמים המצויים בבית החולים (להלן - זיהומים נרכשים) פוגעים ב-7%-10% מכלל המתאשפזים. חלק גדול מהזיהומים הנרכשים בבתי החולים אפשר למנוע<sup>1</sup>.

בשנת 2006 אירעה בישראל התפרצות של חיידק הקלבסיאלה, העמיד לתרופות רבות; מאות חולים נפגעו ממנו וחלקם נפטרו עקב כך. בעקבות זאת הקים משרד הבריאות (להלן גם - המשרד) בשנת 2008 יחידה ארצית למניעת זיהומים ועמידות לאנטיביוטיקה (להלן - היחידה הארצית), הפועלת במסגרת המרכז הארצי למניעת זיהומים במוסדות רפואיים ולמניעת העמידות לאנטיביוטיקה (להלן - המרכז הארצי). המרכז הארצי קובע מדיניות לאומית, תקנים ושיטות התערבות במגפות ובמחלות מתהוות. היחידה הארצית עוסקת בחקר אפידמיולוגי ופועלת מול המוסדות הרפואיים והקהילה.

### פעולות הביקורת

בחודשים ינואר-אוגוסט 2012 בדק משרד מבקר המדינה, לסירוגין, את פעילות משרד הבריאות, בתי החולים הכלליים הממשלתיים, בתי החולים הכלליים ממשלתיים-עירוניים והכלליים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית); ואת קופות החולים: הכללית, מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית) להקטנת תופעת הזיהומים ונזקיה. נבדקו בעיקר פעולות המשרד להסדרת מניעת זיהומים, פעילותם של בתי החולים הכלליים הממשלתיים, הממשלתיים-עירוניים ושל הכללית למניעת זיהומים<sup>2</sup> (להלן - בתי החולים) - קיום נהלים ואופן יישומם. לצורך כך משרד מבקר המדינה שלח שאלון ל-18 בתי חולים. כמו כן נעשו בירורים עם מומחים העוסקים במניעת זיהומים בבתי חולים ציבוריים אחרים ובאקדמיה.

1 "פעולות דרושות למניעת זיהומים במוסדות אשפוז", נייר עמדה שהכין יו"ר הוועדה המייעצת למנכ"ל משרד הבריאות בשנת 2004.

2 דוח זה עוסק בריבוי זיהומים ומניעת התפשטותם של חיידקים עמידים. הקפדה על הוראות המשרד תמנע, כמובן, גם העברת חיידקים "רגישים" (המגיבים לאנטיביוטיקה) ונגיפים. לגבי נגיפים מסוכנים, יש גם היערכות מיוחדת על פי הוראות המשרד, כמו לנגיף ה-SARS.

## עיקרי הממצאים

### חוסר בנתונים בנוגע לזיהומים ולתמותה ישירה מהם

על פי תחשיב שערך המרכז הארצי בשנת 2012, מניין הפטירות הקשורות לזיהום שנרכש בבתי החולים מחיידקים העמידים לאנטיביוטיקה או הרגישים לה בישראל נאמד בכ-4,000-6,000 חולים בשנה. על פי אותו תחשיב, אפשר למנוע בין רבע לשלושה רבעים מהזיהומים הנרכשים בבתי החולים, דהיינו, כ-1,000 עד 4,500 פטירות. במרבית בתי החולים אין נתונים על תמותה ישירה מזיהומים נרכשים; אין מעקב קליני של רופא מומחה למחלות זיהומיות אחר כל המטופלים עם זיהומים נרכשים; אין אסמכתאות בדבר מקרי התמותה והסיבות לכך משום שמשרד הבריאות אינו דורש זאת.

### הגורמים לריבוי זיהומים במוסדות רפואיים

1. היגיינת ידיים לקויה: ההיענות של הצוות המטפל להנחיות בדבר היגיינת ידיים היא הדרך היעילה ביותר למניעת העברת מחוללי מחלות. על פי דיווחי בתי החולים למשרד מבקר המדינה הסיבה של "עומס רב על הצוות" היא ההסבר השכיח להיענות הנמוכה של הצוות הרפואי להקפדה על היגיינת ידיים.

2. חוסר מודעות של ציבור המבקרים בבתי חולים: מנהלי בתי החולים מסרו למשרד מבקר המדינה, כי ריבוי המבקרים וחוסר ידע של ציבור המבקרים על אודות המותר והאסור בעת ביקור חולים בבית החולים תורמים להעברת זיהומים.

3. תנאי אשפוז ומחסור בכוח אדם: עקב הצפיפות הרבה בחדרי האשפוז, במסדרונות המחלקות ובחדרי האוכל המחלקתיים, והעומס על הצוות הסיעודי, גוברת סכנת ההידבקות של החולים בין השאר גם בחיידקים עמידים. מדוחות הבקרה של היחידה הארצית עולה כי עקב מחסור בחללי אחסון, ציוד רפואי נקי המיועד לטיפול בחולים המאושפזים מאוחסן סמוך לאזור מזוהם, כמו אזור שבו מרוכזות עגלות כביסה מלוכלכות וחדר סירים. כמו כן, אין הנחיה שלפיה כל פעילות של בינוי או שיפוץ מבנים תיעשה בשיתוף מומחה למניעת זיהומים כדי להבטיח שמרחבי האשפוז ומרחבי האחסון של הפריטים שבשימוש המחלקה יתוכננו וייבנו בדרך שתמנע העברת זיהומים.

4. היעדר בידוד חולים: (א) לפני אשפוז - בביקורת עלה כי בניגוד להנחיות משרד הבריאות, בבתי החולים אין בידוד מקדים לרוב החולים שיש חשש שהם נשאים של מזהמים. זאת, עקב מצוקה פיזית (חוסר בחדרי בידוד) והיעדר כוח אדם לבודד חולים החשודים כנשאים ולטפל בהם.

(ב) במהלך אשפוז - בביקורת עלה כי בתנאי האשפוז ובעומסים הקיימים בבתי החולים אין אפשרות להבטיח אשפוז בתנאי בידוד לכל חולה שנדרש לו אשפוז כזה.

נמצא כי אין בידי המשרד נתונים בדוקים על היקף החולים שאינם מאושפזים בבידוד כנדרש: בין אם לפני אשפוז עד שהוכח שאינם נשאים ובין אם במהלך האשפוז, לאחר שנמצא כבר כי הם נשאים. בתי החולים מסרו למשרד מבקר המדינה כי לכ-75% מהחולים שנדרש עבורם אשפוז בתנאי בידוד ניתנים התנאים. לעומת זאת, המרכז

הארצי מעריך, נכון לשנת 2012, כי פחות מ-25% מכלל החולים שעל פי הספרות ראוי לבודדם שוהים בחדר בודד.

### ניקוי, חיטוי ועיקור של ציוד ואביזרים רפואיים

1. בתי החולים אינם עומדים בהנחיות המשרד בנושא ניקוי, חיטוי ועיקור של מכשירי הסתכלות תוך-גופיים (אנדוסקופים). מנהלי בתי החולים מסרו למשרד מבקר המדינה שאין אפשרות לבצע תהליכים אלה כנדרש עקב מחסור במכשירי הסתכלות תוך-גופיים.
2. בכמה בתי חולים מבצעים ניקוי, חיטוי ועיקור של ציוד ואביזרים רפואיים המשמשים בניתוחים בתוך מתחם חדרי הניתוח ולא במתחם ייעודי של אספקה סטרילית. דבר זה אינו עומד בתקנים של אספקה סטרילית.
3. מרבית בתי החולים אינם עושים בדיקות לאיתור חיידקים או רעלנים בציוד הרפואי החד-פעמי הממוחזר שכבר עוקר<sup>3</sup>. המאמץ רב-השנים להסדיר את השימוש בציוד חד-פעמי רפואי ממוחזר לא הסתיים, הנושא לא הוסדר, אין מועד משוער לכך, ובתי החולים ממשיכים למחזר ציוד רפואי חד-פעמי בלא שמשרד הבריאות קבע כללים בנושא וללא פיקוח ובקרה.
4. האחריות להסדרת הטיפול בניקוי, חיטוי ועיקור של ציוד ואביזרים רפואיים והפיקוח עליהם הועברה בשנת 2011 למרכז הארצי, אולם לא הוקצו לו משותף לשם כך. אין במרכז הארצי מומחה לתחום, והצוות הקיים אינו פנוי לעסוק בכך.

### הערכת האפקטיביות של הפעילות למניעת זיהומים

המשרד והמרכז הארצי לא הכינו תחשיב כלכלי בדבר עלויות ישירות ועקיפות של זיהומים נרכשים במוסדות הרפואיים, שיאפשר למקבלי ההחלטות לדון בצורך להקצות משאבים למניעת זיהומים אלה ובהיקף המשאבים שראוי להקצות לכך. הכללית, לעומת זאת, הכינה תחשיב עלויות למוסדות הרפואיים שלה, והדבר גרם להגברת פעילותה למניעת זיהומים ולהגדלת המשאבים שהקצתה לשם כך.

### הפקת לקחים ותיקון הליקויים שעלו בבקורות המשרד

נמצא כי יחידות שונות במשרד הבריאות מבצעות בקורות דומות לעניין מניעת הזיהומים ולפיכך נוצרת כפילות תפקידים: הן היחידה הארצית מבצעת בקורות בנושא זה, הן האגף להבטחת איכות יוזם בקורות למניעת זיהומים, והן האגף הרפואי כללית שבמינהל הרפואי של המשרד, האחראי לפיקוח, בקרה ואסדרה של מוסדות רפואיים, עושה זאת במסגרת בקרת הרישוי למוסדות רפואיים.

3 שלא כמו ציוד רפואי המתוכנן לשימוש רב-פעמי ומבנהו אינו מאפשר הצטברות של ריכוזי מזהמים, בציוד רפואי חד-פעמי ייתכנו מוקדים של מזהמים עקב המבנה הגאומטרי שלו, כמו פינות, מעברים ועוד, שבהם עלולים "להיכלא" מזהמים.

היחידה הארצית עושה בקרות זיהומים בבתי החולים, בבתי החולים הגריאטריים ובמוסדות אשפוז סיעודיים. ואולם בביקורת עלה כי דוחות הבקרה מציינים רק את הליקוי ללא הוראה לביצוע פעולה מתקנת ובלא תאריך יעד לתיקון הליקוי. כמו כן, ליקויים שנמצאו בבקרות אינם מובאים לידיעת מוסדות הבריאות השונים באופן שיאפשר הטמעת לקחים ותיקון מערכת של ליקוי חוזר ונשנה, או של ליקוי שנמצא בכמה בתי חולים.

### מחויבות מנהלים

משרד הבריאות לא הכין מדדי ביצוע של איכות הטיפול בבתי החולים, בחתך של מחלקות ושל פרוצדורות רפואיות. פרסום מדדים כאלה והטלת האחריות לשיפור המדדים על מנהל המחלקה ומנהל בית החולים מביאים בדרך כלל לשיפור התוצאות הרפואיות ועשויים לגרום להגברת המחויבות של הצוות הרפואי.

### היעדר מערכת מידע לדיווח על זיהומים

משרד הבריאות דורש מבתי החולים לדווח למרכז הארצי על מקרים שהתגלתה נוכחות של חיידקים מסוימים בדם. זאת כדי לבחון מגמות, להשוות בין בתי חולים ולהחליט על התערבויות. משרד הבריאות לא הקים מערכת ממוחשבת לדיווח על הנתונים למרכז הארצי, מנהלי בתי החולים מסרו למשרד מבקר המדינה כי הדיווח כיום מסורבל ונעשה ידנית.

### איתור זיהומים ומניעתם במוסדות גריאטריים

1. איתור ליקויים בתחום מניעת הזיהומים: בשנת 2011 היו בארץ כ-20,000 מיטות המיועדות לטיפול גריאטרי "לא פעיל" (במחלקות סיעודיות ובמחלקות לתשושי נפש) וכ-3,000 מיטות לטיפול גריאטרי פעיל (טיפול סיעודי מורכב, הנשמה ממושכת וגריאטריה שיקומית). בבקרות שעשתה היחידה הארצית במוסדות הגריאטריים עלו ליקויים מהותיים כמו אי-בידוד חולים נשאים, אולם היחידה לא קצבה מועדים לתיקון הליקויים וגם לא קבעה סנקציה שתנקט אם לא יתוקנו.

2. בדיקות לגילוי נשאות של חיידקים עמידים: על פי הנחיות המשרד, ניתן להוציא חולה מבידוד רק לאחר קבלת תוצאות בדיקה מיוחדת (בדיקת PCR<sup>4</sup>) המאשרת כי אינו נשא של חיידק הקלבסיאלה. בביקורת עלה כי המשרד לא הבהיר מי יממן את ביצוע הבדיקה האמורה עבור חולים במוסדות גריאטריים. קופות החולים אינן מממנות אותה, והן משיתות את העלות על המוסד הגריאטרי; ואילו המוסדות הגריאטריים טוענים כי הוצאה זו לא נלקחה בחשבון בעת תמחור יום האשפוז בהם. בפועל, לחולים רבים לא בוצעה הבדיקה האמורה.

4 בדיקת הרצף הגנטי של החיידק. טכניקה זו מאפשרת לזהות גורמי זיהום (PCR - Polymerase Chain Reaction).

### מניעת זיהומים בשירותים הרפואיים בקהילה

חוזר המשרד בנושא מניעת זיהומים במתקנים רפואיים בקהילה מדצמבר 2011<sup>5</sup> קובע כי הפעילות של קופות החולים למניעת זיהומים בקהילה היא חלק ממערך הבטחת איכות הטיפול. ואולם החוזר אינו קובע את תדירות הבדיקות שקופות החולים אמורות לבצע במתקניהן ואצל ספקי השירותים האחרים בקהילה, אף לא במרפאות הרופאים העצמאיים, ואת אופן הבדיקה - בדיקת פתע או מתוכננת. כמו כן, החוזר אינו קובע את תהליכי העבודה בנושא מניעת זיהומים ואת פעילות הניקוי, החיטוי והעיקור שנדרשים לבצע בעלי התפקידים הפועלים ביחידות לטיפול בית של קופות החולים<sup>6</sup> במעבר בין חולה אחד למשנהו.

בקהילה נעשה שימוש רב באנטיביוטיקה. בספטמבר 2012 פרסם המשרד חוזר המתווה תכנית בדבר "שימוש מושכל באנטיביוטיקה"<sup>7</sup>. החוזר קובע כי התפתחות של זני חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה והתפשטותם בארץ ובעולם הן איום על אפשרויות הטיפול בזיהומים בקטריאליים שונים. בין השאר נקבע בו כי בכל מוסד רפואי, לרבות בקופות החולים, תוקם ועדה רב-תחומית לנושא זה. על הקופות לפרסם הנחיות לטיפול במחלות שכיחות הדורשות טיפול אנטיביוטי בקהילה ומניעתן כדי להבטיח שימוש מושכל באנטיביוטיקה בקהילה<sup>8</sup>. יש לברך על פרסומו של החוזר וראוי ליישמו לאלתר.

### מחסור בכוח אדם רפואי ייעודי למניעת זיהומים

**מחסור ברופאים:** להערכת המשרד חסרים במערכת הבריאות כ-40 רופאים שעיקר עיסוקם בתחום מניעת זיהומים. כיום אין מסלול להתמחות במניעת זיהומים, וההכשרה נעשית תוך כדי עבודה.

**מחסור באחיות:** חסרות אחיות העוסקות בתחום מניעת זיהומים בבתי החולים - בתחום זה מועסקת אחת לכל כ-500 מיטות במקום אחת ל-200 על פי חוזר של המשרד.

**מחסור ברוקחים קליניים:** כשירות עזר ליחידות למניעת זיהומים בבתי החולים, נדרש רוקח, רצוי רוקח קליני, שתפקידו לסייע בקביעת התרופות המתאימות לטיפול בחולים. ואולם בבתי החולים חסרים רוקחים קליניים<sup>9</sup>.

5 חוזר מינהל הרפואה שבמשרד הבריאות (להלן - מינהל הרפואה) 49/2011 מדצמבר 2011 בנושא "מניעת זיהומים (Infection Control) במתקנים רפואיים בקהילה".

6 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61ב (2011), בפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים", עמ' 105 ואילך.

7 חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 16/12 מספטמבר 2012, "תכנית לאומית לשימוש מושכל באנטיביוטיקה".

8 החוזר קובע בין השאר כי יוכרוזו תכשירים אנטיביוטיים הדורשים פיקוח מוגבר. עוד קובע החוזר כי סוגי אנטיביוטיקה מסוימים יינתנו רק לאחר שיתוף של רופא למחלות זיהומיות בעניין.

9 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61ב (2011), בפרק "טיפול מרובה תרופות לקשישים", עמ' 137 ואילך.

## סיכום והמלצות

בעשורים האחרונים נצפתה עלייה בשיעור הזיהומים כתוצאה משהייה במוסדות רפואיים, בחומרת הזיהומים ובעמידות מחוללי הזיהומים לאנטיביוטיקה. הדבר גורם לתחלואה יתרה, לתמותה ניכרת ולעלויות גבוהות למשק. נמצא כי חולים המאושפזים בבתי החולים חשופים לזיהומים עקב תנאי אשפוז לא הולמים, מחסור בחדרי בידוד, מחסור בצוותים מטפלים, אי-שמירת היגיינת ידיים ועוד. על פי הערכת מומחים, מספר הפטירות הקשורות לזיהום שנרכש בבתי החולים בישראל מחיידקים העמידים לאנטיביוטיקה או הרגישים לה נאמד בכ-4,000-6,000 בשנה. אותם מומחים מעריכים כי אילו הקפידו הקפדה ניכרת על כללי הבטיחות ותנאים הולמים, היה אפשר למנוע כ-1,000 עד 4,500 מקרי מוות בכל שנה.

מערכת הבריאות אינה יכולה להשלים עם אי-הקפדה על הכללים בדבר שמירת היגיינת ידיים. על כל הגורמים במערכת הבריאות לפעול בכל האמצעים האפשריים להגברת ההיענות בתחום זה, ובין היתר נדרשת מעורבות פעילה יותר של דרגי הניהול הבכירים בבתי החולים.

צמצום ניכר של התחלואה ושיעור הפטירות עקב זיהומים הנרכשים בבתי החולים מחייב משאבים לשיפור תנאי האשפוז. דהיינו, צריך להקטין את הצפיפות, להוסיף תקני כוח אדם - רפואי וסיעודי, לרבות כוח אדם ייעודי ביחידות למניעת זיהומים בבתי החולים, ועוד. עקב החשיבות והרגישות של הנושא, שיש לו השפעה על חי אדם פשוטו כמשמעו, על משרד הבריאות להציג מצב זה לדרג השרים.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמרכז הארצי יקבע יעדים מתקבלים על הדעת לגבי השיעור הסביר של נשאי חיידקים עמידים על פי המקובל בספרות המקצועית. תכליתם של יעדים אלה היא לייצר מדדים לבחינת יעילותן של הפעולות למניעת זיהומים במוסדות האשפוז. אחד המדדים האפשריים הוא רמת הזיהום הנרכש במחלקה מסוימת או לאחר ביצוע פרוצדורה רפואית מסוימת. מן הראוי שמדדים אלו ייקחו בחשבון את מאפייני המחלקה. ראוי שמשרד הבריאות יביא לידיעת הגורמים האמונים לתיקון הליקויים ואולי אף לידיעת הציבור. באמצעות פרסום זה לא רק שתוטל האחריות לשיפור המדדים על מנהל המחלקה, מנהל בית החולים ועל הצוות הרפואי אלא שגם פרסום זה עשוי להגביר את מחויבותם לדבר.

ראוי גם כי המשרד יכין תחשיבים של העלויות הישירות ושל העלויות העקיפות הנגרמות מזיהומים נרכשים במוסדות רפואיים, כדי לאפשר למקבלי החלטות לדון בצורך בהקצאת משאבים למניעת זיהומים אלה ובהיקף המשאבים שיש להקצות. קיים חשש לניגוד אינטרסים בין הנהלות בתי החולים השונים שמעוניינות להגדיל את ההכנסות ולהשקיע פחות במניעת זיהומים וכן לא להפסיק פעילויות מכניסות לבתי החולים, ובין הצוותים העוסקים במניעת זיהומים. נוכח השפעתם של זיהומים על תחלואה ותמותה של חולים, שאפשר למנוע אותן בחלקן, יש מקום שהמשרד ישקול להסמיך את הצוותים העוסקים במניעת זיהומים, להורות על ביצוע פעולות מתקנות לסילוק הגורמים להעברה ולהתפשטות של זיהומים. ראוי שצוותים אלה יערבו בממצאים חמורים, אם יעלו, את כל הגורמים הבכירים במוסד הרפואי, כמו מנהל המחלקה, מנהל בית החולים, ואף את מנכ"ל משרד הבריאות במקרה הצורך. ראוי גם שהמשרד יבדוק את האפשרות להסמיך את הצוותים האמורים להורות

**למנהלי בתי החולים על ביטול פעילות רפואית מתוכננת, כמו ביצוע ניתוחים, עד שיתוקנו הליקויים.**

**לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות וקופות החולים להנחיל לציבור הרחב דרכים למניעת זיהומים בקהילה ובבתי החולים, לרבות שימוש מושכל באנטיביוטיקה, ומידע בדבר המותר והאסור בעת ביקור חולים במוסדות אשפוז ועוד.**



## מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע כי כל תושב זכאי לשירותי בריאות, וכי שירותי הבריאות הכלולים ב"סל שירותי הבריאות" יינתנו במדינת ישראל באיכות סבירה. איכות סבירה משמעותה, בין השאר, בתנאים שלא יגרמו נזק מיותר לחולה.

בעשורים האחרונים נצפתה בעולם ובמדינת ישראל עלייה בשיעור הזיהומים שגורמים חיידקים, פטריות ווירוסים אלימים (להלן - מזהמים), הנמצאים בתוך בתי החולים שבהם מאושפזים לעתים חולים שהם נשאים של אותם מזהמים. יש שחולים נפגעים ממזהמים שנמצאים בבתי החולים (בעיקר עקב חיטוי לקוי), ויש שנדבקים מחולים שהם נשאים של אותם מזהמים. העלייה בשיעור הזיהומים גברה בעקבות הגורמים האלה: חלק מן המזהמים הפכו חסינים לאנטיביוטיקה עקב שימוש יתר בתכשירים אלו; עלייה בתוחלת החיים ועמה מגמה של הזדקנות האוכלוסייה המתאפיינת בשינויים פיזיולוגיים, ירידה בתפקוד המערכת בגוף, עד כדי כך שאמצעי החיסון בגוף פוחתים; כשאוכלוסייה קשישה זו מתאשפזת, ממילא גובר הסיכון להידבקות בזיהומים; עלייה בשיעור המטופלים שעברו טיפול רפואי שפגע במערכת החיסונית שלהם; שימוש גובר בפעולות פולשניות, השתלות של איברים ושל גופים זרים; וכן עקב חוסר במיטות אשפוז, הגורם לצפיפות של מאושפזים, חוסר באחיות ורופאים ועוד.

העלייה בשיעור הזיהומים והסיכונים הכרוכים בכך אינם מתיישבים, כאמור, עם כלל יסוד בטיפול הרפואי - השתדלות שהטיפול הרפואי הניתן למטופל בכלל ולחולה המאושפז בפרט, לא יזיק לו. לכן, על מערכת הבריאות להבטיח כי יינקטו כל האמצעים המקובלים והידועים כדי שלא ייגרם זיהום לחולה המאושפז בבית חולים או המקבל טיפול במרפאות בתי החולים או בקהילה, שמקורו בתהליך הטיפול או במקום הטיפול, ומצבו לא רק שלא ישתפר עקב האשפוז אלא אף יוחמר.

בפועל, המצב בישראל אינו מיטבי. על פי הספרות המקצועית, זיהומים הנגרמים ממזהמים המצויים בבית החולים (להלן - זיהומים נרכשים) פוגעים ב-10%-7% מכלל המתאשפזים. יותר ממחצית זיהומים אלו נגרמים מחיידקים העמידים לתרופות האנטיביוטיות המקובלות. זיהומים אלו גורמים לתמותה ולתחלואת יתר, לעלות גבוהה מאוד למערכת הרפואית ולפגיעה בכלכלת המדינה. חלק גדול מהזיהומים הנרכשים בבתי החולים אפשר למנוע<sup>10</sup>. על פי הערכת מומחים, מניין הפטריות בישראל כתוצאה מזיהום שנרכש בבתי החולים בשל זיהום מחיידקים העמידים לאנטיביוטיקה או הרגישים לה<sup>11</sup> נאמד בכ-4,000-6,000 חולים בשנה.

10 "פעולות דרושות למניעת זיהומים במוסדות אשפוז", נייר עמדה שהכין יו"ר הוועדה המייעצת למנכ"ל משרד הבריאות בשנת 2004.

11 חיידקים המגיבים לאנטיביוטיקה.

בחודשים ינואר-אוגוסט 2012 בדק משרד מבקר המדינה, לסירוגין, את פעילות משרד הבריאות (להלן גם - המשרד), בתי החולים הכלליים הממשלתיים, בתי החולים הכלליים ממשלתיים-עירוניים והכלליים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית); ואת קופות החולים: הכללית, מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ולאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית) להקטנת תופעת הזיהומים ונזקיה. נבדקו בעיקר פעולות המשרד להסדרת מניעת זיהומים, פעילותם של בתי החולים הכלליים הממשלתיים, הממשלתיים-עירוניים ושל הכללית (להלן - בתי החולים) למניעת זיהומים<sup>12</sup> - קיום נהלים ואופן יישומם. לצורך כך משרד מבקר המדינה שלח שאלון ל-18 בתי חולים. כמו כן נעשו בירורים עם מומחים העוסקים במניעת זיהומים בבתי חולים ציבוריים אחרים ובאקדמיה.

## הזיהומים במרכזים הרפואיים בישראל - תמונת מצב

זיהומים הנרכשים במוסדות רפואיים הם הסיבוך השכיח ביותר במערכת הבריאות בישראל. הזיהומים הנרכשים השכיחים בבתי החולים הם אלה: זיהום בדרכי השתן בשל צנתר שטן (כ-35%), דלקת ריאות הקשורה בהנשמה (כ-30%), אלח דם<sup>13</sup> הקשור בצנתר מרכזי ככלי דם (כ-20%) וזיהום אתר הניתוח (כ-15%). במוסדות לשהות ממושכת<sup>14</sup> הזיהומים השכיחים (בשכיחות דומה לבתי החולים, בהתאמה) הם זיהום בדרכי השתן, דרכי הנשימה, עור ורקמות רכות וזיהומי מערכת העיכול<sup>15</sup>.

מחוז לסבל החולים ולעלייה בתמותה, הטיפול בחולים אלה מצריך תוספת בהוצאה הלאומית לבריאות, שמתבטאת בתוספת ימי אשפוז ובעלויות הטיפול התרופתי. בדרך כלל מדובר בזיהום הנגרם מחיידקים העמידים לטווח רחב של תכשירים אנטיביוטיים, והדבר מצריך תרופות מסוג אחר וטיפולם יקרים. בארה"ב, למשל, נפגעים בשנה כ-2 מיליון אנשים מזיהומים שנגרמו בבתי החולים<sup>16</sup> ונפטרים כ-100,000 חולים מכך. העלות השנתית לטיפול רפואי באותם חולים היא כ-4.5 מיליארד דולר. כמו כן, זיהום שנגרם כתוצאה מאשפוז וטיפול במוסד רפואי יכול להיות עילה לתביעה משפטית בגין רשלנות רפואית, בהיותו סיבוך שאפשר למנוע.

המרכז הארצי למניעת זיהומים במוסדות רפואיים ולמניעת העמידות לאנטיביוטיקה (להלן - המרכז הארצי) הכין באוגוסט 2012, לבקשת משרד מבקר המדינה, חישוב לאומי הפטירות כתוצאה מזיהומים בבתי החולים. החישוב מתבסס על נתונים ארציים שאוסף המרכז הארצי מבתי החולים על אודות תשעה חיידקים עמידים. לפי חישוב זה, בשנת 2011 דווח על 3,800 זיהומי אלח דם מחיידקים אלו, שהם כ-10%-15% מכלל הזיהומים מאותם חיידקים. דהיינו, על פי האומדן, כ-30,000 מאושפזים לוקים בזיהומים בבתי החולים בשל חיידקים אלו. כתוצאה מכך, כ-10%-15%

12 דוח זה עוסק בריבוי זיהומים ומניעת התפשטותם של חיידקים עמידים. הקפדה על הוראות המשרד תמנע, כמובן, גם העברת חיידקים "רגישים" (המגיבים לאנטיביוטיקה) ונגיפים. לגבי נגיפים מסוכנים, יש גם היערכות מיוחדת על פי הוראות המשרד, כמו לנגיף ה-SARS.

13 אלח דם (Sepsis) הוא מכלול של תגובות הגוף לזיהום ממיקרואורגניזמים. הוא מאופיין בהימצאות של אורגניזמים פתוגניים (יצורים מחוללי מחלות) רבים (או הרעלנים שלהם) בדם או ברקמת תאים כלשהי בגוף.

14 בתי אבות ומוסדות שבהם: מחלקות סיעודיות, מחלקות לתשושי נפש, מחלקות סיעודיות מורכבות, מחלקות להנשמה ממושכת.

15 מתוך "תוכנית למניעה ובקרה של זיהומים הקשורים במוסדות רפואיים", מרכז רפואי רבין, היחידה למניעת זיהומים (ערכון ינואר 2009).

16 *Hospital-Acquired Infections: Beating Back the Bugs*, **Scientific American** (14.5.2011)



בני אדם מתים מן הזיהומים הללו, כלומר כ-3,000-4,500 פטירות בשנה. לפי הספרות המקצועית, כ-50% מהזיהומים בבתי החולים נגרמים מחיידקים עמידים. אולם גם אם נניח, על פי המרכז הארצי, כי 75% מהזיהומים נגרמים מחיידקים עמידים, נותרו כ-10,000 (25%) זיהומים שנגרמים מחיידקים רגישים - המגיבים לאנטיביוטיקה, ובעיניים נפטרים כ-10% מן הלוקים בהם - כ-1,000 בני אדם. בקצרה, כ-40,000 מאושפזים לוקים בזיהומים בבתי החולים. כתוצאה מכך, כ-4,000-5,500 איש נפטרים בשנה. חישוב נוסף שהכין המרכז הארצי קובע כי יש כ-1.25 מיליון אשפוזים בשנה; כ-5%-10% מהמאושפזים לוקים בזיהומים נרכשים בבתי החולים, כלומר כ-100,000 זיהומים בשנה; 6% מזיהומים אלה גורמים לתמותה, ובסך הכול ייתכנו כ-6,000 פטירות בשנה.

יוצא שלפי הערכות המרכז הארצי, המבוססות על נתונים עולמיים ומקומיים, מניין הפטירות הקשורות לזיהום שנרכש בבתי החולים מחיידקים העמידים לאנטיביוטיקה או הרגישים לה נאמד בכ-4,000-6,000 חולים בשנה. לדברי מומחים ועל פי הספרות המקצועית, אילו הייתה הקפדה ניכרת על כללי הבטיחות, על תנאי אשפוז הולמים וכוח אדם רפואי וסיעודי לפי הצורך, היה אפשר למנוע בין רבע לשלושה רבעים מהזיהומים הנרכשים בבתי החולים ולמנוע את מותם של כ-1,000-4,500 בני אדם בכל שנה.

### ההיערכות למניעת זיהומים במערכת הבריאות במדינת ישראל - רקע

1. בשנת 2004 הקים מנכ"ל משרד הבריאות דאז, פרופ' אבי ישראלי, ועדה מייעצת לנושא הפעולות הדרושות למניעת זיהומים במוסדות אשפוז. ועדה זו הייתה אמורה לבחון את הנושא ולהמליץ על הקמת גוף לאומי למניעת זיהומים נרכשים במוסדות רפואיים ומניעת התפשטות עמידות חיידקים לאנטיביוטיקה. כיו"ר הוועדה מונה פרופ' יהודה כרמלי. הוועדה המייעצת הגישה את המלצותיה באוקטובר 2004 ועיקרן היו אלה: (א) הטיפול במניעת זיהומים נרכשים מחייב אסדרה, תקינה ופיקוח לאומי; (ב) זיהומים נרכשים בבתי החולים הם בבחינת פגיעה קשה בבטיחות החולה. בין מוסדות רפואיים שונים יש השפעות צולבות: חולים מועברים תדיר בין מוסדות שונים ובין בתי חולים ומוסדות אשפוז סיעודיים, ולכן בעיית היציבות לאנטיביוטיקה דורשת התערבות אזורית; מניעת הבעיה במקום אחד (במוסד מסוים אחד) לא תעצור את התפשטותה למקומות נוספים; (ג) רוב המוסדות הרפואיים קטנים מדי להחזיק צוות המתמחה במניעה וטיפול במקרים מסובכים של זיהומים. לכן, גוף לאומי אמור לפתח תורת עבודה ולהטמיע אותה במוסדות הרפואיים הקטנים; (ד) יש ליצור מסד נתונים לאומי לצורך מעקב ובחינת מגמות, זיהוי בעיות חדשות ואלה המתהוות והערכת האפקטיביות של פעילויות ההתערבות; (ה) כן יש להכין תחשיבי עלויות בשל זיהומים נרכשים בבתי החולים.

2. כמו כן קבעו המלצות הוועדה את משימות הגוף הלאומי, כלהלן: קביעת מדיניות, סדרי עדיפויות ותקנים מחייבים; איסוף נתונים על סוגי הזיהומים, יציבותם לאנטיביוטיקה, דיווחים על התפרצויות של זיהומים ואירועים חריגים וניטור<sup>17</sup> עתי; ניתוח הנתונים והתערבות לשינוי המגמה; מוקד מומחיות למניעתם, חקר התפרצויות של זיהומים ושיטות ההתערבות, יכולות המעבדה לניטורם ומחקר לגביהם; פיקוח ומעקב למניעת זיהומים במוסדות רפואיים; הדרכת צוותים והכשרתם למניעת זיהומים במוסדות רפואיים; כתיבת נהלים והנחיות לנושא שירכזו את אלה: (א) מניעת זיהומים נרכשים, לרבות תשתיות ולוגיסטיקה; (ב) ניטור התפרצויות וטיפול בהן;

17 מעקב, בקרה ומשוב על סוג הזיהומים, שיעורם, חומרתם ועוד.

(ג) סטנדרטים טיפוליים; (ד) סטנדרטים מעבדתיים; (ה) תכנון מוסדות רפואיים ובנייתם, שיפוצים ושינויים במבנים של מוסדות קיימים; (ו) תחזוקה שוטפת של מוסדות; (ז) סטריליזציה ושימוש חוזר במכשירים ואביזרים; (ח) בריאות העובד; (ט) הוראה והדרכה.

3. בשנת 2006 אירעה בישראל התפרצות של חיידק הקלבסיאלה, העמיד לתרופות מרובות; כ-800 חולים נפגעו ממנו וכ-40% מהם נפטרו עקב כך. בעקבות זאת ועל יסוד המלצות הוועדה, במרץ 2007 קבע מנכ"ל המשרד דאז, פרופ' אבי ישראלי, כי המערך למניעת זיהומים בבתי החולים ובקהילה יפעל במשרד כחלק מתפקידי המאסדר. עוד נקבע כי המחלקה לחקר שירותי רפואה העוסקת בקביעת מדדי איכות בבתי החולים והערכתם, תבצע סקרים מדי שנה או שנתיים על הימצאות זיהומים נרכשים בבתי החולים. תפקידי הגוף הלאומי המקצועי (למניעת זיהומים) שיוקם יהיו לקבוע נהלים למניעת זיהומים, סטנדרטיזציה של עבודת המעבדות בבתי החולים וזיהוי אחד של זיהומים עמידים, חינוך למניעת זיהומים, טיפול בפועל בהתפרצויות של זיהומים ופיקוח על בתי החולים ומוסדות רפואיים בקהילה מבחינת ביצוע הנהלים. באותו חודש (מרץ 2007) קיבלה הממשלה בנושא זה את החלטות האלה<sup>18</sup>: (א) להקים במשרד הבריאות יחידה לניטור, פיתוח כלים והדרכת צוותי בתי החולים להתמודדות עם חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה; בהתאם לכך, להוסיף לתקציב משרד הבריאות שמונה תקנים של כוח אדם; (ב) להורות למנכ"ל משרד הבריאות להנחות את בתי החולים בדבר הדרכים הנדרשות להתמודדות עם חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה.

המרכז הארצי הוקם ב-2008 במסגרת חטיבת הבריאות שבמשרד, בכפיפות ישירה למשנה למנכ"ל המשרד. לפעולות המרכז הארצי מעמד של ועדת בקרה ואיכות, כפי שהוגדרה בסעיף 22(א)(3) לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק זכויות החולה). על פי חזון המשרד ממרץ 2012 בנושא בקרה ומניעת זיהומים (Infection Control) במוסדות רפואיים ומניעת עמידות לאנטיביוטיקה<sup>19</sup> (להלן - חזון המשרד), האחריות של המרכז הארצי היא לכוון ולרכז את הפעילות בכל הנושאים הנוגעים לבקרה ומניעת זיהומים והעמידות לאנטיביוטיקה במוסדות רפואיים ובקהילה. המרכז הארצי פועל כגוף לאומי שתפקידו לקבוע מדיניות, תקנים ושיטות התערבות, לרבות התפרצויות של זיהומים, מגפות ומחלות מתהוות. המרכז הארצי מנהל מסד נתונים לאומי בנושאים שבאחריותו לצורך מעקב, הכוונה, זיהוי בעיות והערכת תוצאות ההתערבות. בין השאר, כבסיס לשיפור איכות הטיפול ובטיחותו, מתפקידו לכמת היארעות, תוצאים (אפקט) ועלות כוללת של זיהומים נרכשים במוסדות רפואיים ועמידות לאנטיביוטיקה.

בשנת 2008 הקים משרד הבריאות את היחידה הארצית למניעת זיהומים ועמידות לאנטיביוטיקה (להלן - היחידה הארצית) במסגרת המרכז הארצי ב"מרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי" (איכילוב, להלן - המרכז הרפואי תל אביב). בחודשים הראשונים לפעולתה התמקדה היחידה במיוחד בבלימת חיידק הקלבסיאלה. בתוך חודשים ספורים נבלמה התפרצות החיידק וחל צמצום של 50% במניין החולים שרכשו זיהום מחיידק זה. פעילות היחידה כללה חקר אפידמיולוגי והנחיות לבתי החולים בדבר יצירת בידוד ברמה גבוהה של חולים הנושאים את החיידק, הדרכת הצוותים, קבלת מידע יומי מבתי החולים, ביקורת יומית של דיווחים מבתי החולים ומתן משוב לגבי ביקורים והדרכות בבתי החולים. היחידה הארצית פועלת מול המוסדות הרפואיים והקהילה, מבצעת בקורות, מנהלת מעבדה מיוחדת עבור פעולות המרכז הארצי ומנהלת מערך של עיבוד נתונים וניתוחם הנדרשים לפעילות המרכז הארצי. משימות היחידה הארצית הוגדרו בחזון המשרד ממרץ 2012 (ראו להלן).

4. למידע על שיעור הזיהומים יש חשיבות רבה. משרד מבקר המדינה פנה לבתי חולים וביקש לקבל נתונים על מקרי מוות כתוצאה מזיהומים נרכשים. רק בית חולים אחד מסר נתון. בבית חולים

18 החלטה 1477, מרץ 2007.

19 מינהל הרפואה, חזון 9/2012 (22.3.12).

זה יש 470 מיטת אשפוז, ובשנת 2011 אושפזו בו 39,129 מטופלים. בית החולים מסר כי ב-2011 היו בו 351 פטירות שמקורן בזיהומים נרכשים. ביולי 2012 כתב מנהל היחידה למניעת זיהומים בבית חולים כללי אחר למשרד מבקר המדינה כי אין לו נתונים על תמותה שמקורה בזיהומים נרכשים בבית החולים; אין מעקב קליני של רופא מומחה למחלות זיהומיות אחר מטופלים עם זיהומים נרכשים; אין מסמכים המתעדים ברציפות את התמותה וסיבותיה משום שמשרד הבריאות אינו דורש זאת; הדבר אינו חלק מן החובות המקצועיות המקובלות; וכן חסרות משרות של רופאים למחלות זיהומיות לביצוע הבדיקה הקלינית הנדרשת. עוד כתב בית החולים כי מעקב אפידמיולוגי וביצוע מחקרים להערכת התמותה עקב זיהומים נרכשים בבית חולים על פי סוג הזיהום - אינם נעשים בדרך של שגרה. הסיבות לכך הן היעדר כוח אדם מיומן לביצוע הניטור הנדרש. מנהל היחידה למניעת זיהומים של אותו בית חולים הוסיף כי האבחנות השחרור מבית החולים התרשומת על הזיהום הנרכש לוקה ביותר. חלק מהעובדות המתוארות לעיל אופייניות גם לבתי חולים אחרים.

כאמור, המרכז הארצי למניעת זיהומים מעריך את מניין הפטירות בשל זיהומים נרכשים בכ-4,000-6,000 בשנה.

יוצא אפוא כי אין נתונים בדוקים על מניין המטופלים שנפגעים מזיהומים בבתי החולים במדינת ישראל, ויש רק הערכות המסתכמות באלפי מקרי מוות מדי שנה. לדברי המרכז הארצי, אין לבתי החולים את האמצעים (מחשוב וכוח אדם) לאסוף נתונים על אודות פטירות אלו ולנתחם.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי "כבר ברמה הקלינית קיים 'שטח אפור' אמיתי בהגדרת המקרים כזיהומים נרכשים או כפטירה על רקע זה. הדבר תלוי במחלה או בפגיעה הנידונה, במצב בריאותו הבסיסית של המטופל וכיו"ב. מכאן נובע קושי מובנה בכימות מדויק לגמרי".

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לוודא כי ייאספו נתונים בשיטתיות, באחידות ועל פי הגדרות קבועות ומקובלות ולאורך זמן. הדבר נדרש כדי לאפשר הצגת מגמות של קיטון או גידול במניין החולים הנפגעים מזיהומים נרכשים. לכן מן הראוי כי המשרד ישקול לפתח בהקדם מערכת ממוחשבת לאיסוף נתונים על חולים שלקו בזיהומים נרכשים בבתי החולים בישראל.

נתונים אמינים ומלאים הם יסוד לקבלת החלטות מושכלות. מן הראוי שלפני מקבלי החלטות, בבואם לדון על דרכי ההתמודדות עם גורם מוות משמעותי זה, יהיה אומדן מבוסס וקרוב ככל האפשר לאמת. והכול, כדי לאפשר קבלת החלטות מושכלות ושקולות בדבר האמצעים הראויים שיש לנקוט, שתכליתם לצמצם את מניין הנפטרים מזיהומים נרכשים בבתי החולים ובמוסדות הרפואיים.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה כי בקשת היחידה הארצית לבנות עבודה מערכת מחשוב חדשה לשיפור הקשר עם בתי החולים צורפה כבקשה לתכנית העבודה לשנת 2013 וממתינה לאישור על פי סדר עדיפות. עוד הוסיף המשרד כי במסגרת התכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים בישראל נבחרו שישה מדדי איכות לניטור בבתי החולים "באופן מתמשך"<sup>20</sup>, ומדי שנה יתווספו כחמישה מדדי איכות חדשים לאלה הקיימים. המדד הראשון מבין השישה שבתי החולים דיווחו עליו מינואר 2013 נוגע למאמצים להפחתת זיהומים בבתי החולים. מדד זה הוא מתן טיפול

20 תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (מדדי איכות ומסירת מידע), התשע"ב-2012.

מניעתי באנטיביוטיקה לפני ניתוח במעי הגס, עד שעה בטרם ביצוע החתך הניתוחי. מדדים נוספים הם שברים בצוואר הירך, המנותחים בתוך 48 שעות; מתן אספירין בשחרור אחרי אוטם לבבי חריף, ועוד.

## הגורמים לזיהומים נרכשים בבתי החולים ובמוסדות רפואיים

על פי הספרות המקצועית וממידע שמסרו מומחים למניעת זיהומים לנציגי משרד מבקר המדינה, עולה כי היגינת ידיים לקויה, התנאים הפיזיים בבתי החולים - צפיפות, מחסור בחדרי אשפוז, מחסור באחיות ובצוותים רפואיים, התנהגותם של המבקרים והסועדים את החולים הן הסיבות העיקריות להעברת זיהומים לחולים. להלן הפירוט:

### היגינת ידיים לקויה כגורם מרכזי בהעברת זיהומים

1. חשיבות ההקפדה על היגינת ידיים: מחקרים אפידמיולוגיים מוכיחים כי בבתי החולים ובמוסדות רפואיים אחרים החיידקים מועברים בין החולים באמצעות הצוות הרפואי והפרה-רפואי: ידי אנשי הצוות והציוד שבו הם משתמשים בעת הטיפול מזדהמים מחיידקים. אי-חיטוי הידיים והציוד לפני כל מגע עם החולה ואחריו מאפשר את העברת החיידקים העמידים מחולה לחולה והתפשטותם בבית החולים. חוזר המשרד<sup>21</sup> קובע כי אפשר למנוע בהקפדה על היגינת ידיים את מרבית הזיהומים הנרכשים במוסדות רפואיים. ידי הצוות המטפל הן גורם פעיל בהעברת מחוללי זיהום: במישרין ממטפל למשנהו, ממטופלים לציוד או למשטחים בסביבת המטופלים וחוזר חלילה, או למטופלים אחרים. ההיענות של הצוות המטפל להנחיות בדבר היגינת ידיים היא הדרך היעילה ביותר למניעת העברה של מחוללי מחלות. עוד נקבע בחוזר כי "הוכח בעבודות מרובות כי כשלוש בהיענות להיגינת ידיים של צוות מטפל הוא הסיבה הראשית להעברה צולבת של זיהומים במוסדות רפואיים, התפשטות של חיידקים יציבים לאנטיביוטיקה והתפרצויות של זיהומים".

2. הוראות המשרד לשמירת היגינת ידיים: בנוסף הובהר בחוזר המשרד שהוזכר לעיל כי היגינת ידיים של הצוות המטפל היא אמצעי פשוט ויעיל לניתוק שרשרת ההעברה של מחוללי זיהום במוסדות רפואיים, כאשר היא ננקטת לפני המגע במטופל ומיד לאחריו או מגע בסביבתו. שירת שרשרת ההעברה מקטינה את הזיהומים הנרכשים במוסדות רפואיים ומונעת את התפשטותם של חיידקים יציבים לאנטיביוטיקה.

חוזר המשרד בדבר שמירה על היגינת ידיים קובע גם כי חובתו של מנהל המוסד הרפואי לעודד שימוש בתכשירים לחיטוי ידיים באמצעות תמיכה מינהלית והקצאת משאבים לתשתיות, ציוד, תכניות לעידוד, תכניות הדרכה וניטור תקופתיות להיענות הצוות לכך. החוזר מורה ליישם מודל מדעי שגיבש ארגון הבריאות העולמי של האו"ם - ה-WHO (World Health Organization) - "5 רגעים להיגינת ידיים". מודל זה מגדיר חמישה מצבים ברצף הטיפול שבהם נדרש הצוות המטפל לבצע היגינת ידיים, כלהלן: (1) לפני מגע בחולה; (2) לפני מגע הדורש סטריליות; (3) לאחר פעולה שיש בה סיכון לחשיפה לנוזלי הגוף; (4) לאחר מגע בחולה; (5) לאחר מגע בסביבת החולה (להלן - המודל המדעי).

21 חוזר מינהל רפואה 24/2009 מאוגוסט 2009 בנושא "היגינת ידיים במוסדות רפואיים".

3. הטמעת ההיענות להיגיינת ידיים: בסקר שנעשה במרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה -"פורייה" שבטבריה (להלן - פורייה)<sup>22</sup> בשנת 2007 נמצא שאחוז ההיענות להיגיינת ידיים בקרב הצוות המטפל היה 57% (נתונים דומים נמצאו בספרות). במיזם שנעשה בפורייה להעלאת שיעור ההיענות להיגיינת ידיים יושמו הפעילויות האלה: הדרכה בשיבות הצוות, הדרכה פרטנית של כל איש צוות חדש להעלאת המודעות; העדפה של חיטוי ידיים על פני רחצת ידיים; פיזור תכשירים לחיטוי ידיים בכל מחלקות בית החולים; עדכון של הנוהל להיגיינת ידיים והטמעתו לפי הנחיות משרד הבריאות ולפי המודל המדעי; פרסום נרחב לנושא, לרבות כרזות ומודעות גם בעלון בית החולים. תוצאות המיזם הראו כי במרוצת ארבע שנים, משנת 2007 ועד שנת 2011, חלה עלייה הדרגתית ומשמעותית בשיעור ההיענות של הצוותים המטפלים בפורייה להיגיינת ידיים, ובסקר האחרון שנעשה במרץ 2011 עמד שיעור ההיענות לכך על 80%. בד בבד נמצא כי צריכת התכשיר לחיטוי ידיים עלתה ב-49% בשנים הללו.

בסקר נכתב כי מחקרים מראים שבשל כמה גורמים, שיעור ההיענות להוראות בדבר שמירה על היגיינת ידיים הוא נמוך: עומס בעבודה, הזמן הנדרש לשטיפת הידיים, זמינות נמוכה של מתקני רחצה ואמצעי חיטוי, מחסור במוצרי היגיינה, גירוי והתייבשות עור הידיים וחוסר מודעות לנהלים ולהנחיות.

**יוצא אפוא כי פעילות להעלאת המודעות בדבר שמירה על היגיינת ידיים מאפשרת לשפר את היענות הצוותים המטפלים לכך.**

**על פי דיווחי בתי החולים למשרד מבקר המדינה, הסיבה של "עומס רב על הצוות" היא ההסבר השכיח להקפדה המעטה של הצוות הרפואי על היגיינת ידיים.**

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2012 הסביר המשרד כי העומס על צוותי בתי החולים אינו דומה לזה שבמדינות המערב המתקדמות. גם תנאי האשפוז אינם מעודדים התנהגות נאותה. עם זאת, משרד הבריאות דוחה את הסברי בתי החולים על הסף. המצב המתואר תובע מהנהלות בתי החולים לחייב את הצוותים המטפלים להקפיד על היגיינת ידיים הקפדה יתרה. הנושא עלה בכל דיון בתכניות העבודה מול בתי החולים. מדובר בהתערבות מורכבת הקשורה לשינוי התנהגות, למן הצוות הבכיר ביותר ועד אחרון העובדים.

חוזר המשרד מאוגוסט 2009 קובע כי ניטור ההיענות להיגיינת ידיים הוא כלי ראשון במעלה שתכליתו לשפר את ההיענות למניעת זיהומים. השיטה המועדפת לניטור היא תצפית מובנית על ביצועה של היגיינת ידיים אצל הצוות המטפל. הממונה על מניעת הזיהומים במוסד הרפואי יעביר משוב תקופתי למנהל בית החולים ולצוות המטפל על הניטור התקופתי והצעות לשיפור ההיענות. למען קידום ההיענות להיגיינת ידיים, כל מוסד רפואי ידריך את הצוותים המטפלים ויפעל בתחום בעזרת כרזות ומסעות פרסום. על הממונה למניעת זיהומים במוסד הרפואי לבחון מדי פעם בפעם את האסטרטגיה לקידום ההיענות של הצוות להיגיינת ידיים ולהציע למנהל המוסד התערבויות נוספות לשיפור.

במרכז הרפואי "העמק" של הכללית הוכנה במאי 2012 מצגת בנושא "הנעת עובדים במניעת זיהומים: אתגר מתמשך". במצגת נאמר כי רמת ההיענות של עובדי הבריאות להנחיות בדבר היגיינת ידיים היא בין 30%-65% במחקרים שונים. בין השאר הועלה במצגת כי על פי מחקרים נמצא שהתכניות לשיפור ההיענות להוראות דוגמת היגיינת ידיים הניבו תוצאות קצרות טווח. לעומת זאת, מתן משוב למטפל בזמן אמת ותכנון סביבת עבודה המאפשרת לו להיענות להנחיות

22 "בטיחות הטיפול - היגיינת ידיים מצילה חיים", מאמר שהוצג בכינוס השנתי ה-18 של החברה הישראלית לאיכות ברפואה בנובמבר 2011.

תוך כדי שילוב עקרונות של מניעת זיהומים וארגונומיה<sup>23</sup> - משפרים את ההיענות שלו. למשל, משוב מידי על פעולה של היגינת ידיים באמצעות ניטור אלקטרוני בכניסה לסביבת הטיפול בחולה ובעזיבת אזור הטיפול, תג שמתריע כי לא נעשתה היגינת ידיים, סימן ויזואלי או קולי כשמטפל נכנס או עוזב את אזור הטיפול ללא ביצוע של היגינת ידיים.

לדעת משרד מבקר המדינה, מערכת הבריאות אינה יכולה להשלים עם אי-הקפדה על הכללים בדבר שמירת היגינת ידיים, שהיא הבסיס למניעת זיהומים. יש לפעול בכל האמצעים האפשריים להגברת ההיענות בתחום זה, לרבות בחינת עומס העבודה המוטל על הצוותים הרפואיים והסיעודיים. מן הראוי לבחון את עדכוננו של חוזר המשרד משנת 2009 בדבר הדרכים להשגת היענות מרבית של הצוותים המטפלים לנושא, בכלל זה אמצעי אכיפה, שיפורים טכנולוגיים, אמצעי תצפית, מעקב והתראה משופרים ומבוססי טכנולוגיה מתקדמת, ועוד. אם המשרד יבחן חוזר מעודכן, עליו לדאוג ליישומו המלא.

לדעת משרד מבקר המדינה, מאחר שההיענות להנחיות בדבר היגינת ידיים בבתי החולים היא נמוכה ולאחר תכניות הסברה והדרכה חל בה שיפור משמעותי רק לזמן קצר, יש לבחון את הסיבות להיענות המעטה. משיימצאו הסיבות, יש להכין תכנית פעולה כדי להבטיח הקפדה על היגינת ידיים - כמותית ואיכותית (הקפדה על היגינת הידיים בכל מצב שנדרש וביצועה באיכות הנדרשת).

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2012 כי הוא בוחן תכנית חלון (פיילוט) של מערכות אלקטרוניות לשיפור ההיענות להיגינת ידיים, הפועלות כבר בבתי החולים "רמב"ם" ו"אסותא", ואת האפשרות לשלבן בבתי חולים אחרים בארץ.

#### חוסר המודעות של ציבור המבקרים בבתי החולים

במהלך הביקורת מסרו מספר מנהלי בתי חולים למשרד מבקר המדינה כי בבתי החולים יש מבקרים רבים, חוסר משמעת, וחוסר ידע של הציבור על אודות המותר והאסור בעת ביקור חולים בבית חולים. כל אלה תורמים להעברת זיהומים.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהמשרד ובתי החולים יבחנו את הצורך בפעולות הסברה לציבור בדבר המותר והאסור בעת ביקור חולה בבית החולים לגבי הגורמים להעברת זיהומים וסיכון בריאותם של החולה ושל המבקרים.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי מדי פעם בפעם הוא יוצא בהסברה לציבור לגבי זיהומים נרכשים. חוזר לנושא זה יוכן במהלך 2013. עוד כתב המשרד כי בכמה בתי חולים יש הסברה מקומית.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי בכל בתי החולים, בהכוונת המשרד, תתבצע הסברה לציבור המבקרים על המותר והאסור בעת ביקור חולה לגבי הסיכון שבזיהומים - לחולה ולמבקר, והגורמים להעברתם.

23 תכנון סביבת העבודה בהתחשב בגורם האנושי וממשקו עם מכשירים, אביזרים, חומרים וכו'.

**תנאי האשפוז ומחסור בכוח האדם**

באוגוסט 2010 דנה הנהלת משרד הבריאות עם נציגי המרכז הארצי והיחידה הארצית ובהשתתפות כמה מנהלים של בתי חולים בנושא נשאות חיידק הקלכסיאלה בחולים הבאים להתאשפז בבתי החולים. בדיון עלו ליקויים שהצביעו כי בתנאים הקיימים מתקשים בתי החולים לתת טיפול הולם לנשאי חיידקים עמידים כדי למנוע מחולים אחרים הידבקות במזהמים.

באותו דיון ומדיווחי בתי החולים למשרד מבקר המדינה עלה כי גם מחסור בתקנים לאחיות מונע מהם אפשרות ליעד צוותים לטיפול בחולים נשאים בבידוד. נוסף על כך עלה כי אין מנגנון יעיל לשיתוף מידע בין מוסדות שונים לגבי חולים הידועים כנשאים כדי שיהיה אפשר לזהות נשאים ולבודדם כבר בשעת קבלתם לאשפוז; בתי החולים מתקשים לסקור את כלל האוכלוסייה בסיכון לנשאות בעת קבלתם לאשפוז (ראו בעניין זה גם להלן) בשל מחסור בכוח אדם במעבדות.

נוסף על כך עלה בדיון הצורך במסע פרסום להעלאת המודעות הציבורית לנושא החיידקים העמידים במוסדות הבריאות; תכליתו של פרסום זה היא להשיג היענות גדולה יותר של הציבור ומשפחות המטופלים להנחיות הבידוד הקפדניות ולהביא לתשומת לבם כי חוסר ידע וחוסר היענות להנחיות גם הם בגורמים להעברת זיהומים בבית החולים.

כמו כן עלה בדיון כי בכמה בתי חולים אין מערך למניעת זיהומים על פי המתווה של חוזר המשרד שהיה אז בתוקף.<sup>24</sup>

מן הממצאים עולה כי הליקויים שנדונו באוגוסט 2010 בהנהלת משרד הבריאות עדיין לא תוקנו והגורמים להם - התנאים הפיזיים, מחסור בתקנים לאחיות ומחסור בכוח אדם במעבדות הבדיקה - לא הוסרו, וראו פירוט להלן. גם לא נעשה מסע פרסום בנוגע למודעות הציבור ומשפחות המטופלים להנחיות הבידוד.

בהודעת דובר המשרד מפברואר 2011 על "סיכום פעילות משרד הבריאות היחידה הארצית למניעת זיהומים במוסדות רפואיים ועמידות לאנטיביוטיקה לשנת 2010" נאמר כי "תנאי מערכת הבריאות בארץ, ותשתיות מניעת הזיהומים בבתי החולים ובמוסדות, מקשות על ההתמודדות עם גורם מוות חשוב זה".

בשנת 2011 פרסם משרד מבקר המדינה דוח<sup>25</sup> שבו נכתב כי עקב הצפיפות הרבה בחדרי האשפוז, במסדרונות המחלקות ובחדרי האוכל המחלקתיים, איכות הטיפול הניתנת לחולים אינה מיטבית. מכך, סכנת ההידבקות של החולים גוברת בין השאר מחיידקים עמידים. נוסף על כך קבע הדוח כי המחלקות הפנימיות בבתי החולים הן מהמחלקות העמוסות ביותר, ואחוזי התפוסה בהן גבוהים בדרך כלל מהממוצע השנתי הכללי. אחוזי התפוסה השנתיים במחלקות אלו הם 98%, ובימים מסוימים גדל אחוז התפוסה ל-150% ואף יותר. לפי נתוני המשרד<sup>26</sup>, בשנת 2010 אחוז התפוסה השנתי במחלקות הפנימיות גדל ל-101.4%, בהשוואה ל-98.8% בשנת 2009 ו-98.7% בשנת 2008.

בישיבת הוועדה לענייני ביקורת המדינה ביוני 2011<sup>27</sup> בנושא "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי החולים הכלליים - דוח מבקר המדינה 61ב" קבע פרופ' ארדון רובינשטיין, מנהל מחלקה פנימית לשעבר במרכז הרפואי תל אביב ומנהל המכון המטבולי בבתי החולים העירוניים בתל אביב

24 חוזר מינהל רפואה 18/2005 ממאי 2005 בנושא "מניעת זיהומים בבתי החולים".  
 25 מבקר המדינה, דוח שנתי 61ב (2011), בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169 ואילך.  
 26 משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל 2010 חלק א: מגמות באשפוז, התשע"ב.  
 27 פרוטוקול ישיבה מס' 118 של הוועדה לענייני ביקורת המדינה (22.6.11).

כי "זיהומים צולבים"<sup>28</sup> זה פונקציה ישירה בכל ספר לימוד של צפיפות אשפוז; עוד אמר כי "מספר [הנפטרים מזיהומים צולבים בבתי החולים] היה יורד משמעותית במידה וצפיפות האשפוז לא הייתה כמו שהייתה".

מנהלי יחידות למניעת זיהומים בבתי חולים מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה במרוצת הביקורת ב-2012 כי יש להכין תכנית לאומית כוללת למניעת זיהומים, שתוצג למעצבי המדיניות ומקבלי ההחלטות. על תכנית זו להבהיר לקובעי המדיניות ומקבלי ההחלטות כי היסודות למניעת העברת זיהומים צולבים בבתי החולים הם כלהלן:

1. תשתיות ראויות של יחידות האשפוז כדי למנוע צפיפות, שהיא הגורם המרכזי בהעברת זיהומים, וכדי לאפשר בידוד חולים הנושאים חיידקים עמידים;
2. הגדלת כוח האדם בבתי החולים - מתאם הולם בין רופא לחולים ואחות לחולים, אשר הוכח במחקרים רבים כגורם מכריע במניעה של העברת זיהומים;
3. הגדלת כוח האדם העוסק במניעת זיהומים על פי תקנים בין-לאומיים מקובלים או שנקבעו בידי ארגונים בין-לאומיים;
4. העלאת רמת המעבדות המיקרוביולוגיות בארץ והבאתן לרמה בין-לאומית בכל הנוגע לאבחון מולקולרי;
5. הנחלת עקרונות של מניעת זיהומים ושימוש מושכל באנטיביוטיקה לעובדים במערכת הרפואה וכן הבאתם לידיעת כלל הציבור.

**מכך עולה כי תנאי האשפוז - צפיפות האשפוז והיחס בין גודל הצוות המטפל לבין החולים, הם גורמים מרכזיים למניעת זיהומים צולבים.**

מנהל המרכז הרפואי שיבא בתל השומר כתב למשרד מבקר המדינה בינואר 2013: "אחד הגורמים הדומיננטיים במציאות של הזיהומים הנרכשים, הינו גורמי התשתית ... תנאי האשפוז ככלל במדינת ישראל הם מתחת לסטנדרט המקובל במדינות המערב ... התוצאה היא לא רק הצפיפות בחורף שמצליחה לעורר מספר כותרות במדיה, אלא במשך כל השנה שורר מצב בו לא ניתן לטפל בצורה בטוחה בזקוקים לטיפול, איכות הטיפול הבלתי מתקבלת על הדעת באה לביטוי גם בהיקף התחלואה מזיהומים נרכשים בבתי החולים. גם סוגיות נוספות כמו אי-שמירה על היגיינת ידיים ובידוד חולים נופלות על מזבח היעדר כוח אדם ברמה מספקת".

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2012 כי אושרו למערכת האשפוז הממשלתית 180 תקני רופאים ו-960 מיטות חדשות בהדרגה במשך שש שנים. עוד כתב המשרד כי הוא פועל במישורים שונים להכשרה מוגברת של רופאים וכוח אדם סיעודי כדי לתת מענה למצוקת כוח האדם הרפואי שבארץ. לעניין המחסור בתשתיות<sup>29</sup> כתב המשרד כי המצב התקציבי הקשה שעמו מתמודדת מערכת הבריאות אינו מאפשר לתת מענה לצורכי הבינוי והתשתיות במערכת הבריאות.

#### **בידוד החולים כדי למנוע העברת זיהומים**

בידוד הוא הפרדה פיזית של מטופל משאר המטופלים בחדר נפרד או בעזרת אמצעי הפרדה אחרים. בידוד הוא אמצעי המיועד למנוע העברת מחוללי מחלות - זיהומים. מחוללי מחלות אלו יכולים

28 זיהום צולב - זיהום שעובר מחולה לחולה.

29 ראו בדוח זה בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות", עמ' 717.



להיות מועברים באמצעות מגע ישיר של מטפל במטופל או במגע עקיף, במיוחד כשהמטופל לוקה במחלות מדבקות וחידקים עמידים, ובדרכים הללו: ידיו של המטפל, בגדיו וציוד רפואי; העברת חפצים נגועים בין חולים, כמו מד חום, מד סוכר וכו', בלי לנקות ולחטא אותם; שימוש במכשור שלא עבר תהליכי ניקוי, חיטוי ועיקור, כמו מכשירי הסתכלות תוך-גופיים. בידוד מגע נועד, בין השאר, למנוע התפשטות של מיקרואורגניזמים בעלי השפעה אפידמיולוגית, כגון חיידקים יציבים לאנטיביוטיקה, במטרה לצמצם את שיעור הזיהומים הנרכשים בבתי החולים ויש להם זיקה לתחלואה ותמותה.

לבתי החולים יש נהלים והנחיות לבידוד חולים שזוהו כנשאי חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה<sup>30</sup>. זיהומים המועברים במגע מחייבים, כאמור, הפרדה פיזית בין מטופל עם הזיהום וסביבתו למטופלים אחרים, הפרדה של ציוד, חיטוי קפדני של סביבתו ושימוש באמצעי מיגון דוגמת חלוק, כפפות וכו'.

חוזרי המשרד קובעים באילו מקרים יש לבודד חולים, והם מנחים את היחידות למניעת זיהומים שבמוסדות הרפואיים לקבוע את דרכי הפעולה. מבדיקת הנחיות בתי החולים לבידוד חולים לשם מניעה של העברת מחוללי מחלות המועברים במגע, עולה כי אופן הבידוד המומלץ הוא חדר בודד לנשאי חיידקים מסוימים. לחלק מנשאי החיידקים מאפשרים גם הפרדה פיזית מחולים אחרים בחדר מרווח. לנשאי חיידקים מסוימים נדרש להקצות צוות ייעודי וכן מיגון אישי לצוות. כמו כן נדרשת הקפדה על ניקוי יחידת החולה והציוד שאתו בא במגע.

**בית חולים כללי מסוים דיווח למשרד מבקר המדינה שיש בו צפיפות גבוהה של חולים (8-10 בחדר), אין חדרי בידוד; כתוצאה מכך, יש שיעור גבוה של מקרי אלה דם על ידי חיידק עמיד - MRSA (Methicilin Resistant Saureus).**

בבדיקה עלה כי בניגוד להנחיות משרד הבריאות, בבתי החולים אין בידוד מקדים (לפני אשפוז) לרוב החולים שיש חשש שהם נשאים של מזהמים, ואין די בידוד של חולים במהלך האשפוז. זאת, עקב מצוקה פיזית (מחסור בחדרי בידוד) והיעדר כוח אדם הדרוש כדי לעשות את הפעולות לבידוד החולים ולטיפול בהם. בתי החולים דיווחו למשרד מבקר המדינה כי אשפוז בבידוד אפשרי רק לכ-75% מהחולים שנדרש להם אשפוז כזה. לפיכך, חולים שאמורים לשהות בבידוד מאושפזים בחדר עם חולים אחרים הלוקים באותו זיהום, ואף עם חולים שאינם זקוקים לבידוד, וכך חושפים אותם לסכנת הידבקות ולהעברת הזיהום.

למשרד הבריאות אין נתונים בדוקים על היקף החולים שאינם מאושפזים בבידוד כנדרש. המרכז הארצי מעריך כי בשנת 2012 פחות מ-25% מכלל החולים, שעל פי הספרות צריך לבודדם, שוהים בחדר בודד<sup>31</sup>. ראוי כי המשרד יבדוק את הנתונים שעליהם דיווחו בתי החולים, יאמת אותם וימצא מהו שיעור החולים המאושפזים בתנאי בידוד לעומת אלה שעקב אילוצים שונים אינם מאושפזים כנדרש, למרות הצורך בבידוד המלא. על פי מסקנות הבדיקה יפעיל משרד הבריאות בהקדם תכניות להסדרת הכללים לאשפוז.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי בידוד החולים ייבחן בהנהלת המשרד.

30 כמו זיהומי פצע עם הפרשה רבה, שלשול זיהומי, זיהומים מסוימים בדרכי הנשימה.  
31 הספרות המקצועית ממליצה לבודד חולים שזוהו כנשאי חיידקים שונים, לאו דווקא עמידים.

### מחויבות אישית של מנהלים ופרסום מדדי ביצוע

היגינת ידיים לקויה של הצוות המטפל, עומס על הצוותים המטפלים, תנאי האשפוז וצפיפות במחלקות, איכות הציוד והאביזרים והקפדה על תנאי הבידוד הם הסיבות המרכזיות להעברה צולבת של זיהומים במוסדות רפואיים, התפשטות של חיידקים יציבים לאנטיביוטיקה והתפרצויות של זיהומים.

מנהל מחלקה בבית חולים אמור לבצע בקרה על עבודת הצוותים המטפלים ולשלוט בנעשה בתחומו: לפקח על יישום ההוראות למניעת העברת זיהומים, להבטיח תנאי עבודה נאותים, להקפיד על תנאי הבידוד של חולים נשאים כנדרש בהוראות המשרד, ועוד. למנהלי בתי החולים אמורה להיות היכולת להבטיח תנאי אשפוז נאותים, לפקח על מידת העומס של הצוותים המטפלים, לצמצם את הצפיפות במחלקות האשפוז, להבטיח אספקה סטרילית כנדרש בהוראות כדי לאפשר תנאים נאותים לצמצום העברת הזיהומים בין המאושפזים בבית החולים.

במדינות מסוימות במערב מקובל להביא לידיעת הציבור את מדדי הביצוע בדבר איכות הטיפול בבתי החולים, בחתך של מחלקות ושל פרוצדורות רפואיות. פרסום מדדים אלה מביא בדרך כלל לשיפור התוצאות הרפואיות ומאפשר למקבלי ההחלטות ולציבור להשוות בין בתי החולים השונים. אחד המדדים המקובלים הוא שיעור הזיהום הנרכש במחלקה מסוימת או לאחר ביצוע פרוצדורה מסוימת. ראוי שהמדר ייקח בחשבון את מאפייני המחלקה, דוגמת עומס על הצוות הרפואי והסיעודי, צפיפות ועוד.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי המשרד יכין מדדים כאלה ויפרסמם לציבור. פרסום זה והטלת האחריות לשיפור המדדים על מנהל המחלקה ומנהל בית החולים עשויים לגרום לשיפור התוצאות הרפואיות ולהגברת המחויבות של הצוות הרפואי למניעת זיהומים נרכשים.

המשרד הסביר בתשובתו כי הוא שם לו למטרה להביא לידי שקיפות מרבית של הנתונים מבתי החולים. מצד אחד שקיפות משרתת אינטרס ציבורי של זכות הציבור לדעת ותורמת לשיפור הביצועים במוסדות הרפואיים. מצד אחר היא עלולה לגרום למוסדות הרפואיים להיענות חלקית לבקשת מסירת המידע ומהימנותו עלולה להיות מוטלת בספק. בשל כך מתנהלים בימים אלה דיונים במשרד בדבר קביעת המדיניות בנוגע לסוג המידע שיפורסם. המשרד הוסיף כי הוא פועל במקביל להעמקת המחויבות האישית של מנהלי בתי החולים, והם נקראו בשנתיים האחרונות לדיווח ולהסבר על פעילותם הניהולית כדי למזער את תופעת הזיהומים הנרכשים.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש ליחד מאמץ ולפעול להקטנת תופעת הזיהומים ונזקיה ולהעמקת המחויבות האישית של מנהלי בתי החולים. מן הראוי שמשרד הבריאות יפתח מדדי ביצוע להבטחת איכות הטיפול הניתן במוסדות רפואיים ובד בבד ייסד מנגנוני בקרה שיבטיחו דיווח מלא ומהימן לגביהם.



לדעת משרד מבקר המדינה, עקב חשיבות הנושא ורגישותו ובשל השפעתו על חיי אדם, על הנהלת המשרד להציג לפני דרג השרים את המשמעות של היעדר אשפוז בתנאי בידוד כנדרש לחולים נשאי חיידקים. בתוך כך יש להבהיר ולהדגיש כי אי-אפשר לאשפוז חולים הלוקים במזהמים על פי הנחיותיו בהיעדר צוותים ייעודיים לטיפול בהם והיעדר תנאי אשפוז הולמים. כמו כן, יש מקום שהנהלת המשרד תציג את תחשיביה לאומדן התמותה ועלויות נוספות למערכת הבריאות עקב הגידול באפשרויות להעביר זיהומים מחולים נשאי חיידקים עמידים לחולים אחרים המאושפזים סמוך אליהם.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הנהלת המשרד להציג לדרג השרים את הגורמים המרכזיים שבכוחם למנוע העברת זיהומים ולמזער את הסיכון ללקות בהם, בכלל זה הקטנת צפיפות האשפוז ויצירת מתאם בין הצוות הרפואי ובין החולים. הסדרת הגורמים הללו כרוכה בתקציבים רבים ובקביעת סדרי עדיפויות. משום כך, האחריות לפתרון מיטבי של הנושא היא מיניסטריאלית, וראוי להציב את הסוגיה על סדר יומה של הממשלה, לרבות הנתונים והדילמות בנדון.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי הנושא הובא כמה פעמים לידיעת הדרג המיניסטריאלי ויובא גם בעתיד. לדבריו, הוא הכליל לנושא זה דרישה תקציבית של 30 מיליון ש"ח בהסכם של משרד הבריאות עם משרד האוצר לשנת 2013.

## תהליכי ניקוי, עיקור וחיטוי של ציוד ואביזרים רפואיים

### אי-חיטוי מכשירי הסתכלות תוך-גופיים

מינהל הרפואה שבמשרד פרסם ביוני 2008 חוזר בנושא הנחיות לניקוי, חיטוי ועיקור מכשירי הסתכלות תוך-גופיים במכשירים לבדיקה וטיפול בדרכי העיכול, בריאות, בשלפוחית השתן ועוד (אנדוסקופיה)<sup>32</sup> (להלן - החוזר הראשון). בחוזר נאמר כי לשימוש הנפוץ במכשירי הסתכלות תוך-גופיים יש פוטנציאל להעברת זיהומים בין מטופל למטופל ובין המטופלים לצוות. מטרת החוזר היא לחייב ניקוי של מכשירים באמצעות מכונות משוכללות המבצעות גם ניקוי אנזימטי לאחר הניקוי הידני הראשוני. בתי חולים ומכונים שאין ברשותם מכונות משוכללות, המבצעות גם ניקוי אנזימטי, יידרשו לרכוש מכונות אלה ולהכניסן לשימוש בתוך שלוש שנים ממועד הפצת החוזר הראשון, יוני 2008. במרץ 2010 הוציא מינהל רפואה חוזר בנושא הנחיות ניקוי, חיטוי ועיקור מכשירי הסתכלות תוך-גופיים<sup>33</sup> (להלן - החוזר השני), הקובע כי במקרים שבהם אי-אפשר לבצע את החיטוי והניקוי האנזימטי כנדרש בחוזר הראשון, אפשר לבצע הליכים אלה באופן דו-שלבי בעזרת שני מכשירים נפרדים (משאבה ומכונת חיטוי). יישום חוזרי המשרד האמורים מהותי לעניין מניעת זיהומים.

32 מינהל הרפואה, חוזר 31/2008 מיוני 2008.

33 מינהל הרפואה, חוזר 12/2010 ממרץ 2010.

בבדיקה נמצא כי בתי החולים אינם עומדים בדרישות החוזר הראשון ואף לא בשני. בתי החולים מסרו למשרד מבקר המדינה כי הלכה למעשה אין אפשרות לבצע תהליכים ממוכנים בשל חוסר בציוד אנדוסקופי, המאפשר להשבית את המכשיר לזמן רב, או בשל היעדר מכשור חיטוי ממוכן תקני לביצוע חיטוי ידני בין מטופל למטופל. כלומר, מחסור במכשירי הסתכלות תוך-גופיים מצד אחד ורשימת מטופלים המתוכננים לבדיקה ולטיפול מצד אחר, מאלצים אותם לחרוג מהוראות החוזר.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2012 כי אינו מקבל את הדעה שאין לבתי החולים את הכלים הנדרשים לצורך עמידתם בתקנים שהתווה. בתי החולים מחויבים לתת שירותים ולבצע פרוצדורות ברמה נאותה ומקובלת, "מי שאינו עומד בתנאים, אסור לו לתת את השירותים".

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמשרד יפעיל בקרה מיוחדת ונרחבת על תהליכי הניקוי, החיטוי והעיקור של ציוד ואביזרים רפואיים כדי לוודא את מידת עמידתם בדרישותיו. על המשרד להבטיח כאמצעות נקיטת צעדי אכיפה מתאימים כי בתי החולים יעמדו בדרישות האלה במלואן.

יוצא אפוא שהמשרד הפיץ הנחיות לניקוי וחיטוי מכשור להסתכלות תוך-גופי ובתי החולים נתקלים בקשיים ליישמן.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי הוא עומד להפיץ חוזר בנושא עיקור מכשירי הסתכלות תוך-גופיים לסוגיהם לאחר שכבר הופצה טיוטת חוזר להתייחסות הגופים הרלוונטיים ולאחר שנעשו התאמות למכשור אף, אוזן וגרון.

### תהליכים של ניקוי, עיקור וחיטוי אביזרים רפואיים בבתי החולים

אביזרים רפואיים רבים משמשים לפעולות רפואיות פולשניות שונות ובחדרי הניתוח. בסיום השימוש בהם מתבצע תהליך של ניקוי, חיטוי, עיקור ואריזה הרמטית של אותם מכשירים כדי שיהיו מוכנים לשימוש במטופל הבא. אביזר או מכשיר מעוקר פירושו היעדר מוחלט של מיקרואורגניזם חי. חשיפה לאביזר או מכשיר מזהם מסוכנים למטופל, לצוות המטפל, לצוות העובדים ולסביבתם ועלול לגרום לפיזור הזיהום ולפגיעה בבריאות.

בבתי החולים פועלות מחלקות לאספקה סטרילית מרכזית (אס"מ)<sup>34</sup>. מחלקות אלו מספקות שירותי עיקור למכשור ולאביזרים רפואיים שבשימוש חדרי הניתוח או במחלקות אחרות המבצעות פעולות כירורגיות, טיפולים נמרצים וכו'.

34 ראו בדוח זה בפרק "בינוי ותשתיות במערכת הבריאות" לעניין מצבם של מתחמי האספקה הסטרילית בבתי החולים הממשלתיים, עמ' 717.

1. ניקוי, חיטוי ועיקור במתחם שלא נועד לכך: בביקורת עלה כי בכמה בתי חולים מבצעים ניקוי, חיטוי ועיקור של ציוד ואביזרים רפואיים בתוך מתחם חדרי הניתוח ולא במתחם ייעודי לאספקה סטרילית. הליכים אלה אינם עומד בסטנדרטים הללו: אין הפרדה מבנית בין אזור הניקוי והחיטוי ואזור העיקור, הניקוי בחדרי הניתוח מתבצע ידנית, על אף שנדרש לכך עיקור במכונות ייעודיות. זאת ועוד, נמצאו בתי חולים שבהם כ-20% מציוד חדרי הניתוח אינו עומד בסטנדרטים של אספקה סטרילית. כמו כן, לפי דברי הממונה על מניעת זיהומים במרכז רפואי מסוים, הכשרת עובדים העוסקים בניקוי, חיטוי ועיקור במתחם חדרי הניתוח אינה זהה להכשרת העובדים ביחידת האספקה הסטרילית.

2. היעדר פיקוח ואנשי מקצוע לתחום: מנהל המרכז הארצי כתב למנכ"ל המשרד במרץ 2011 כי אין במשרד איש מקצוע שמטפל בנושאי הניקוי, החיטוי והעיקור של ציוד ואביזרים רפואיים ומפקח עליהם בכלל מערכת הבריאות. הטיפול והפיקוח בתחום זה עבר לאחריות המרכז הארצי על פי תכנית העבודה של המשרד לשנת 2011 שאושרה למרכז הארצי, אולם לא הוקצו לו תקנים לכך. מכאן יוצא שאין במרכז הארצי מומחה לתחום, והצוות הקיים אינו פנוי לעסוק בכך.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי בשנת 2013 הוא יוציא חוזר המסדיר את נוהלי הניקוי, החיטוי והעיקור של ציוד ואביזרים בבתי החולים - ביחידה לאספקה סטרילית ובחדרי הניתוח.

לדעת משרד מבקר המדינה, בשל חשיבותם של תהליכי עבודה נכונים בכל הנוגע לאספקה סטרילית, שתכליתם לצמצם את הסיכון הכרוך בהעברת זיהומים, ראוי לשלב בבקורות של היחידה הארצית גם ביקורת בעניין תהליכי האספקה הסטרילית בבתי החולים.

המשרד השיב כי לאחר פרסום החוזר בנושא תשולב גם בקרה על תהליכי האספקה הסטרילית בבתי החולים.

#### שימוש בציוד רפואי חד-פעמי ממוחזר

יש פריטי ציוד רפואי אשר לפי הוראות היצרן השימוש בהם מותר פעם אחת בלבד (להלן - ציוד רפואי חד-פעמי). חלק ממדינות המערב אסרו על מחזור של ציוד חד-פעמי, ויש שהתירו אותו בכפוף לתנאים שנקבעו לכך. בישראל נוהגים בתי החולים זה שנים למחזור ציוד רפואי חד-פעמי.

1. איתור חיידקים בציוד רפואי חד-פעמי שמוחזר: בביקורת עלה כי בכל בתי החולים מתבצע תהליך מחזור של עשרה אביזרים רפואיים לפחות, המוגדרים לשימוש חד-פעמי בלבד על פי היצרן. בציוד זה מתבצע תהליך שגרתי של ניקוי ועיקור להשמדת מזהמים פוטנציאליים. ציוד חד-פעמי זה תוכנן ויוצר כדי שלא יעבור עיקור לשימוש חוזר, ולכן ייתכן שיש בו מוקדים שבהם עלולים להתיישב מזהמים.

ואולם בביקורת נמצא שמרבית בתי החולים אינם עושים בדיקות לאיתור חיידקים או רעלנים בציוד רפואי חד-פעמי ממוחזר שכבר עוקר.

2. קביעת מדיניות בידי משרד הבריאות: בשנת 2004 בדק משרד מבקר המדינה את פעולות משרד הבריאות בנושא<sup>35</sup> וקרא לו להסדירו. בדוח שפורסם בנושא זה נקבע כי מרבית בתי החולים אינם עושים בדיקות לאיתור חיידקים או רעלנים בצידור רפואי חד-פעמי ממוחזר שכבר עוקר - אם בשל חוסר מודעות לחשיבות הבדיקה ואם מטעמי חיסכון.

בעקבות הביקורת, בשנת 2005 הודיע משרד הבריאות למשרד ראש הממשלה כי המשרד יקבע הנחיות באותה שנה<sup>36</sup>.

בשנת 2010<sup>37</sup> בדק משרד מבקר המדינה את נושא הוועדות בשירות המדינה, לרבות ועדות שדנו בשימוש בצידור רפואי חד-פעמי ממוחזר. בביקורת זו עלה כי משרד הבריאות לא גיבש מדיניות בעניין השימוש בצידור חד-פעמי ממוחזר זה, אף שבעת הביקורת נמצא הנושא על סדר יומו זה כ-15 שנה. המשרד הקים במהלך השנים כמה וכמה ועדות לבדיקת העניין, וכל הוועדות הללו הגישו המלצות. משנת 2006 עשה משרד הבריאות עבודת מטה ענפה ליישום המלצות הוועדה האחרונה ולגיבוש נוהל בנושא. בשנת 2009 קיבל הנוהל אישור מן הגורמים המקצועיים במשרד הבריאות, אולם הביקורת העלתה כי הוא לא נחתם ולא פורסם.

באוגוסט 2010 החליט מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו, לדחות את יישום המלצות הוועדה ולשלבן רק במסגרת הליכי חקיקת חוק הצידור הרפואי והתקנות שיותקנו לפיו. כן החליט שלא להסדיר את העניין בלי לפתור את הבעיות התקציביות, בלשונו: "הנושא לא יוסדר ללא המענה להשלכות התקציביות".

משרד מבקר המדינה העיר בשנת 2011 למשרד הבריאות כי המאמץ רב-השנים להסדיר את השימוש בצידור רפואי חד-פעמי ממוחזר באמצעות הקמת ועדות לא הוביל לפתרון תכליתי. הנושא לא הוסדר, אין מועד משוער לכך, ובתי החולים מוסיפים למחזר צידור רפואי חד-פעמי בלא שנקבעו כללים לדבר וללא פיקוח ובקרה.

כאמור, הועלה שבמועד סיום הביקורת, אוגוסט 2012, לא חל שיפור במצב. בנסיבות אלו ראוי להציג גם סוגיה זו לפתחו של דרג השרים.

מנהל מרכז רפואי מסוים כתב למשרד מבקר המדינה כי לדעתו יש בעיה משפטית במיחזור צידור חד-פעמי, "משרד הבריאות איננו יכול להיכנס ולקבוע כללים למיחזור צידור שחברות הצידור מגדירות (מסיבות כלכליות!) [חשש מהקטנת הכנסותיהן] כחד פעמי. זהו מצב בלתי פתיר בעליל".

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2012 כי הוא ייחד מאמצים להעביר את חוק הצידור הרפואי, התשע"ב-2012, והתקנות שיותקנו לפיו. נוסח התקנות העוסקות בהסדרת נושא מחזור צידור רפואי חד-פעמי הועברו לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת לאישורה לצורך פרסומן ויישום החוק.

35 מבקר המדינה, דוח שנתי 2004, עמ' 553.

36 משרד ראש הממשלה, הערות ראש הממשלה לדוח מבקר המדינה 2005, עמ' 125.

37 מבקר המדינה, קובץ דוחות ביקורת לשנת 2011-התשע"ב, "ועדות בשירות המדינה", עמ' 11 ואילך.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי ראוי להסדיר בהקדם את נושא מחזור הציווד הרפואי החד-פעמי, לרבות בקרה ופיקוח על תהליכי המחזור כדי לצמצם את העברת זיהומים ואת הפגיעה בחולים<sup>38</sup>.

### הערכת האפקטיביות של הפעילות למניעת זיהומים

כאמור, בשנת 2008 הקים המשרד את היחידה הארצית למניעת זיהומים. לדעת משרד מבקר המדינה בחלוף כארבע שנים לפעילות המרכז הארצי והיחידה הארצית, על המשרד לבחון את מידת עמידתם ביעדים שנקבעו בעת הקמתם.

#### כדאיות כלכלית וקביעת יעדים

1. ניתוח הכדאיות הכלכלית למניעת זיהומים: הכללית קבעה ב-2009<sup>39</sup> כי "זיהום נוזוקומיאלי [זיהום הנרכש בבית חולים] מאריך את משך האשפוז בין 4 ימים בחולה עם זיהום דרכי השתן ל-24 יום נוספים בחולה עם אלח דם המאושפז ביחידה לטיפול נמרץ. מחישוב המבוסס על משך האשפוז בלבד, תוספת העלות הכרוכה בזיהומים נרכשים נעה בין אלפי שקלים לעשרות אלפי שקלים...אלא דם נוזוקומיאלי על ידי חיידק העמיד MRSA מאריך את משך האשפוז ב-12 ימים לעומת 4 ימים באלח דם נוזוקומיאלי על ידי MSSA<sup>40</sup>. בנוסף, משך נשאות של חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה ממושך מאוד<sup>41</sup>. חולים נשאים אלו מתאשפזים בדרך כלל לעיתים קרובות בבתי החולים ומוסדות רפואיים אחרים ומהווים מאגר של חיידקים עמידים האחראי להתפרצויות של זיהום". חישוב העלויות גרם להגברת פעילות הכללית למניעת זיהומים ולהגדלת המשאבים שהקצתה לשם כך.

לעומת הכללית, שהכינה תחשיב בדבר העלויות של זיהומים נרכשים במוסדות הרפואיים שלה, נמצא בביקורת כי המשרד או המרכז הארצי לא הכינו תחשיבי עלויות כאלה לכלל המוסדות הרפואיים בארץ. תחשיב בדבר עלויות ישירות ועלויות עקיפות של זיהומים נרכשים יאפשר למקבלי ההחלטות לדון בצורך להקצות משאבים למניעת זיהומים אלה ובהיקף המשאבים שראוי להקצות לכך.

2. קביעת יעדים כמותיים ומדידים: היחידה הארצית מנסרת ברציפות את מספר החולים נשאי חיידק הקלבסיאלה בכל בתי החולים כדי להתערב בשעת התפרצות המחלה. היחידה הארצית אוספת דיווחים כאלה גם ממוסדות אשפוז גריאטריים ושיקומיים ופועלת לעצור את המחלה על פי הצורך. כאמור, חובה לאשפוז כל נשא של חיידק זה בחדר ייעודי, בתנאי בידוד מגע, ולהעמיד לצרכיו צוות שיטפל בו כדי לצמצם את אפשרויות העברת החיידק לאחרים. מנהל

38 בעת התקנת התקנות, ראוי שמשרד הבריאות יתייחס גם להיבטים המשפטיים שהעלה מנהל המרכז הרפואי כאמור.  
 39 מתוך "תוכנית למניעה ובקרה של זיהומים הקשורים במוסדות רפואיים", ראו לעיל הערה 15.  
 40 חיידק הרגיש לטיפול ב-Methicilin.  
 41 על פי הספרות המקצועית, משך הנשאות של חיידקי MRSA, VRE ו-CRE הוא מעל שנה.

היחידה הארצית מסר לנציגי משרד מבקר המדינה ביוני 2012 כי בכל יום יש על כל 70 מיטות אשפוז בבית חולים כללי מיטה אחת שבה חולה הנושא את חיידק הקלבסיאלה. לעומת זאת, לדבריו, בהולנד יש על כל 1,400 מיטות אשפוז מיטה אחת שבה יש חולה שכזה.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהמשרד ישקול לפתח יעדים כמותיים להימצאות של סוגי חיידקים שונים במוסדות הרפואיים, כפי שהמרכז הארצי יקבע מדי פעם<sup>42</sup>, על סמך הנעשה בעולם. המצב בפועל יושווה ליעדים, ותיקבע תכנית פעולה אפקטיבית להשגת היעדים האמורים. השינויים במצב יימדדו ביחידות זמן קבועות ויאפשרו להעריך את המועילות שבפעילות המרכז הארצי ואת הקצאת המשאבים הדרושים להשגת היעדים.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי בכוונתו לצרף את היחידה הארצית לרשת האירופאית של ה-ECDC<sup>43</sup> - POINT PREVALENCE STUDY, רשת המבצעת סקרים, בין השאר בנושא זיהומים במערכת האשפוז. סקרים אלו יאפשרו לתאר את המצב לאשורו ולהשוותו למדינות רבות באירופה.

### פיתוח שיטות עבודה למניעת זיהומים - הטמעת לקחים

לבחינת אפקטיביות הפעילות למניעת זיהומים במוסדות רפואיים ראוי לפתח מדדים ולבחנם מפעם לפעם. מן הראוי גם לבחון את השפעתם של תהליכי העבודה על שיעור הזיהומים במחלקות ועל פיהם לבצע בהם שינויים. להלן נתונים על שינוי בתהליכי העבודה שנבחנו ותוצאותיהם:

1. מרכז רפואי מסוים החל לאסוף נתונים בחודש נובמבר 2011 לגבי זיהום אלח דם שנרכש ביחידות לטיפול נמרץ. הוצגו נתונים המסכמים חמישה חודשים (נובמבר 2011 - מרץ 2012) לגבי כל יחידה לטיפול נמרץ הפועלת במרכז הרפואי; בהשוואה לנתונים הללו הוצג הסטנדרד האמריקני (National Healthcare Safety Network) לאותו מאפיין של יחידה לטיפול נמרץ<sup>44</sup>. כפועל יוצא ממדידת אלח דם הקשור לצנתר החלו בשיפור תהליכי העבודה. למשל, הוחלט על רשימת רופאים המורשים להחזיר צנתר (נמצא כי יש זיקה בין זיהומי אלח דם ובין איכות פעולת החדרת הצנתר, המותנית בניסיון הרופא ומיומנותו בביצוע הפעולה).

2. בכיר במרכז רפואי אחר דיווח לנציגי משרד מבקר המדינה כי במחלקה לטיפול נמרץ רק רופא מנוסה ומיומן מחדיר צנתר מרכזי<sup>45</sup>, ואילו במחלקות פנימיות וכירורגיות גם רופא זוט וחסר ניסיון מחדיר את הצנתר המרכזי. לדברי מומחים, החדרת צנתר מרכזי בידי רופא שאינו מנוסה ומיומן בכך וללא אולטרה-סאונד (על-קול) המאפשר לזהות את הווריד היא מקור להחדרת זיהומים. אותה

42 כגון חיידק הקלבסיאלה ה-MRSA, ה-VRE ועוד. כך לדוגמה, נוהל רוחב מס' 0.4.6 של משרד הבריאות - האגף לגריאטריה, "נוהלי בתי חולים גריאטריים" (1.3.2011) קובע כי מטופלים יאושפזו בבידוד מגע כשהמחוללים העיקריים לבידוד זה הם גורמי זיהום שונים, כמו נגיפים וחיידקים יציבים לאנטיביוטיקה דוגמת MRSA, VRE, CRE ועוד.

43 ECDC - European Center for Disease Prevention and Control, נוסד בשנת 2005 על פי החלטה של הפרלמנט האירופאי.

44 הוצגו שיעורי אלח דם הקשור בצנתר שנרכשו ביחידה נתונה ל-1,000 ימי צנתר וסה"כ אלח דם שנרכש ביחידה ל-1,000 ימי אשפוז. באותו מרכז רפואי הנתון היה 1.5 מקרי אלח דם, לעומת הסטנדרד האמריקני העומד על 1.3. יחס ימי צנתר לימי אשפוז מבטא מדדי חומרה של החולים אך גם מאמצים רציפים להוציא מוקדם צנתרים לא נחוצים (טווח ימי הצנתרים לימי אשפוז באותו מרכז רפואי היה בין 0.47 - 0.92, והמוצע האמריקני לבתי חולים מסוימים הוא 0.39).

45 צנתר מרכזי הוא התקן המוכנס לווריד ומשמש להחדרת חומרי רפואה לגוף החולה.



מחלקה לטיפול נמרץ פועלת לקבל לידה מכשיר אולטרה-סאונד לשיפור תהליך החדרת צנתר מרכזי.

3. היחידה הארצית מצאה כי גדל מניין החולים שנדבקו בחיידק האצינטובקטר<sup>46</sup> ביחידה לטיפול נמרץ בבית חולים מסוים. נמצא כי במיוחד נדבקו בחיידק חולים מונשמים שצריך לבצע בהם טיפולים נוספים, כגון ניקוז הפרשות. ביחידה לטיפול נמרץ בוצעה בדיקה יסודית ונמצא כי בתהליך הטיפול ניתקו את החולה ממכונת ההנשמה, ניקזו את ההפרשות ובמקביל הנשימו אותו ידנית. ייתכן שבעת פעולה זו - ניתוק ממכונת ההנשמה וחיבור חוזר אליה, חדרו זיהומים לריאות המטופל. בשל ממצא זה שונתה שיטת העבודה והותקנה מערכת סגורה לניקוז ההפרשות. כיום יש חיבור קבוע ובו צינור דו-דרכי, אחד להנשמה והשני לניקוז, כלומר ניקוז ההפרשות נעשה במקביל לתהליך ההנשמה במכונה ובלא ניתוק הצינור מן החולה. חיבור קבוע זה מצמצם את האפשרות לזיהומים. ואכן, לאחר המעבר לשיטת עבודה של מערכת ניקוז סגורה, חלה התמעטות ניכרת בנדבקים מחיידק זה<sup>47</sup>. ראוי לציין כי שיטה זו מיושמת רק במחלקות לטיפול נמרץ ולא במחלקות הפנימיות או הכירורגיות, שגם בהן מנשימים חולים במכונות הנשמה.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי לבחון את האפשרות להגביר את השימוש באביזרים וציוד רפואי מתקדם, המצמצמים את האפשרות להעברת זיהומים. כמו כן ראוי שכלל בתי החולים ידווחו למרכז הארצי על שיפורים במניעת זיהומים אצלם ועל הסיבות לכך. לאחר שיבחן את השפעות השינוי בשיטות העבודה ואת הספרות הרפואית הרלוונטית, יביא המרכז הארצי לידיעת שאר בתי החולים את המידע האמור.

לדעת משרד מבקר המדינה, לאחר שהמרכז הארצי יפעל להגדרת מטרות בערכים כמותיים ויגדיר אמות מידה לרמות הזיהום האפשריות, כאמור לעיל, הדבר יאפשר למוסדות הרפואיים לבחון את הערכים הקיימים אצלם בהשוואה ליעדי המרכז הארצי ואת הדרכים לשיפור תהליכי העבודה והבקרה להשגתם.

משרד הבריאות השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי היחידה הארצית כבר קבעה יעדים בנוגע לכמה תחומים, והיא ממשיכה בתהליך זה לגבי תחומים אחרים. לאחר איסוף המידע, היעדים מוצגים לבתי החולים בצורה השוואתית למוסדות אחרים בארץ ובעולם. הצגה כזו מובילה לשיפור.

ראוי כי היחידה הארצית והמרכז הארצי ימשיכו בתהליך לקביעת יעדים בתחומים רבים ככל האפשר כדי לשפר את תהליכי העבודה בבתי החולים ולצמצם ככל הניתן את התפשטות הזיהומים.

46 חיידק האצינטובקטר נמצא בעיקר בבתי החולים ונפוץ במיוחד ביחידות לטיפול נמרץ. החיידק נמצא במשטחים שונים בבית החולים ושורד עליהם בקלות.

47 שיעור הזיהומים ירד ב-65%; מ-6.55% זיהום נרכש מסך הקבלות לאשפוז במחלקת טיפול נמרץ ברבעון השני של שנת 2010 ל-2.26% זיהום נרכש ברבעון השני של שנת 2011.

### הוספת סמכויות לצוותים העוסקים במניעת זיהומים

לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח תנאי האשפוז הקשים שפורטו לעיל עולה ספק בדבר האפשרות ליישם במלואן את הוראות חוזר המשרד בנושא בקרה ומניעה של זיהומים (Infection Control) במוסדות רפואיים ומניעת העמידות לאנטיביוטיקה. גם עולה השאלה אם הנהלת בית החולים תוכל לתקן ליקויים מהותיים שאיש צוות למניעת זיהומים יצינים כגורמים להעברת זיהומים, כמו אשפוז חולים בתנאים לא מתאימים, אי-בידוד של חולה נשא חיידק עמיד, עומס על הצוות וכיוצא באלה.

קיים חשש לניגוד אינטרסים בין הנהלות בתי החולים השונים שמעוניינות להגדיל את ההכנסות<sup>48</sup> ולהשקיע פחות במניעת זיהומים וכן לא להפסיק פעילויות מכניסות לבתי החולים, ובין הצוותים העוסקים במניעת זיהומים. נוכח השפעתם של זיהומים על תחלואה ותמותה של חולים, שאפשר למנוע אותן בחלקן, יש מקום שהמשרד ישקול להסמיך את הצוותים העוסקים במניעת זיהומים, להורות על ביצוע פעולות מתקנות לסילוק הגורמים להעברה ולהתפשטות של זיהומים. ראוי שצוותים אלה יערבו בממצאים חמורים, אם יעלו, את כל הגורמים הבכירים במוסד הרפואי, כמו מנהל המחלקה, מנהל בית החולים, ואף את מנכ"ל משרד הבריאות במקרה הצורך. ראוי גם שהמשרד יבדוק את האפשרות להסמיך את הצוותים האמורים להורות למנהלי בתי החולים על ביטול פעילות רפואית מתוכננת, כמו ביצוע ניתוחים, עד שיתוקנו הליקויים.

### בקורות שונות של המשרד בנושא מניעת זיהומים

#### כפילות במבדקי האיכות

האגף להבטחת איכות במינהל רפואה שבמשרד הבריאות הוקם במטרה לקדם את האיכות והבטיחות במערכת הבריאות. האגף נועד לשמש גורם מרכזי המוביל את כלל פעילות האיכות במערכת הבריאות. בין שאר תפקידיו, עליו למסד תכניות לקידום בטיחות המטופל ולהבנות תהליכים למניעת אירועי סיכון במערכת הבריאות. כמו כן, הוטל עליו לאגם את המידע בדבר מדדי איכות המגיעים למשרד בערוצים שונים, לזהות מוקדי חולשה, לפעול לתיקונם וליזום מבדקי איכות.

כאמור, משימות היחידה הארצית למניעת זיהומים הן לבצע חקירה אפידמיולוגית על פי שיקול דעתה ולנהל מעבדה בתחום העמידות לאנטיביוטיקה וזיהומים נרכשים במוסדות רפואיים. מסיכומי הביקורים שעשתה היחידה הארצית בבתי חולים בשנת 2011 נמצא כי היא מבצעת מבדקי איכות בבתי החולים וכן נבדקים הנושאים הללו: הגישה של הנהלת המוסד הרפואי לנושא מניעת הזיהומים ומחויבותה לדבר, תשתיות להיגיינת ידיים, תהליכי הפיקוח והגבלת השימוש באנטיביוטיקה, מדיניות של בידוד חולים וטיפול בנשאים של חיידקים עמידים. צוות היחידה גם מבקר במחלקות בית החולים ונבדקים סוגי התכשירים המשמשים להיגיינת ידיים, טיב המתקנים לפסולת, טיב המתקנים לכביסה מלוכלכת, אופן הכנת התרופות, תהליכי הניקוי והחיתוי של ציוד רפואי, כגון מדי חום, מכשירי הסתכלות תוך-גופיים לסוגיהם ועוד.

48 לכל בית חולים כללי ממשלתי וממשלתי-עירוני נקבע יעד הכנסות שנתי שעליו לעמוד בו.

יוצא אפוא כי היחידה הארצית מבצעת מבדקי איכות בנושאים הנוגעים לתהליכי עבודה, ציוד ותנאים פיזיים הנוגעים למניעת זיהומים, נושאים שהוגדרו כתפקידי האגף להבטחת איכות.

היחידה הארצית היא גורם מקצועי שהתמחותו במניעת זיהומים, ונקודת מבטה היא מערכתית - על כלל הפעילויות הרפואיות בכל המוסדות הרפואיים שיש להן השפעה על העברת זיהומים. ראוי שהמשרד יבחן את כפילות התפקידים האמורים.

### חוסר תיאום בנושאי בקרת רישוי במוסדות רפואיים

האגף לרפואה כללית שבמינהל הרפואה אחראי לפיקוח, בקרה ואסדרה (רגולציה) של מוסדות רפואיים. האגף מבצע בקרות שוטפות וממליץ על הארכת הרישוי של מוסדות רפואיים (ציבוריים ופרטיים), דוגמת בתי חולים, מרפאות כירורגיות, מכונים דיאליזה, מכונים אונקולוגיים ועוד על פי תוצאות הבקרות.

במאי 2012, במהלך ביקורת רישוי שעשה האגף לרפואה כללית בבית חולים ממשלתי כללי מסוים נצפו זכוכים בחדרי הניתוח, בחדר ניתוח אחר נצפתה רטיבות בתקרה, בחדר ניתוח נוסף נמצא כי אספקת האוויר ממיזוג האוויר נעשית מלמטה כלפי מעלה, על אף שכדי למנוע הצטברות זיהומים, אספקת האוויר צריכה להגיע מלמעלה למטה. בביקורת רישוי שעשה האגף לרפואה כללית בנובמבר 2011 בבית חולים כללי אחר נמצא כי ברצפת חדרי הניתוח לא הותקנו שיפולים, ולפיכך הרצפה משיקה לקיר בזווית של 90° ומשמשת מקור להצטברות לכלוך וזיהום.

נמצא כי האגף לרפואה כללית ומינהל הרפואה שבמשרד אינם מעבירים את דוחות בקרת הרישוי בבתי החולים הנוגעים לזיהומים ליחידה הארצית למניעת זיהומים וכך נפגעת איכות פעולתה של היחידה.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי דוחות בקרת הרישוי על בתי חולים, שבהם נמצאו ליקויים הקשורים במניעת זיהומים, יועברו גם לידיעת היחידה הארצית. כך תוכל היחידה הארצית להמליץ לבית החולים על דרכים לתיקון הליקויים בהקדם, ואף תוכל להביא לידיעת כלל בתי החולים את הליקוי שהתגלה ולהנחותם לגבי תיקונו.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי ביולי 2012 הצטרפה לצוות בקרת הרישוי אחות מומחית במניעת זיהומים שתעביר את הממצאים ליחידה הארצית למניעת זיהומים. המשרד יבחן הוספת נציג של היחידה הארצית לפעילות בקרת הרישוי במוסדות הרפואיים שהוא מבצע.

### ליקויים שעלו בבקורות היחידה הארצית בלא הנחיות לתיקונים

היחידה הארצית למניעת זיהומים עושה ביקורות במוסדות רפואיים. בדוחות הבקרה מצוינים ליקויים שונים שנמצאו במוסד הרפואי במהלך הבקרה. חוזר המשרד קבע כי "בתחום מניעת הזיהומים, למנהל היחידה [הארצית] סמכות להורות על ביצוע הפעולות הדרושות לאבטחת בטיחות המטופלים".

מדוחות סיכומי הביקורות של היחידה הארצית בבתי חולים בשנים 2010 ו-2011 עולה כי צוין בהם רק הליקוי ללא הוראה לביצוע פעולה מתקנת ותאריך יעד לתיקון הליקוי. להלן דוגמאות לליקויים חמורים שנכללו בדוח הסיכום לשנת 2011:

1. לגבי בית חולים מסוים נכתב כי "כפי שצוין בעבר המבנה הנוכחי של היחידה לטיפול נמרץ כירורגי אינו מתאים לתנאים הבסיסיים הנדרשים למניעת זיהומים ביחידה מסוג זה". בעת ביצוע הביקורת שלושה מתוך ארבעה מטופלים היו נשאים של חיידק עמיד, ועמדתו של מטופל אחד הייתה סמוכה לארון פתוח עם ציוד נקי ותמיסות; ציוד זה בוודאי כבר נחשף לחיידק העמיד של החולה. לא היה חדר ייעודי להכנת תרופות, והכנת התרופות התבצעה סמוך מאוד למטופלים שהם נשאים של חיידקים עמידים.

2. לגבי בית חולים אחר נאמר בדוח כי "משטח הכנת התרופות להזרקה לווריד, משמש כמשטח עבודה כללי: על משטח זה רדיו, שלטים לסימון בידוד (שהיו בחדרי המטופלים), סטיקים לבדיקות שתן, ובקבוקי אינהלציות, ותרופות למתן פומי [דרך הפה] וורידים פתוחים עם מחטים נעוצים בהם".

יוצא אפוא כי ליקויים שנמצאו בעת הבקורת אינם מרוכזים באופן שיאפשר הטמעת לקחים בכלל בתי החולים, אף לא של תיקון ליקוי חוזר ונשנה, או של ליקוי שכיח שנמצא בכמה בתי חולים. כך לדוגמה, בכמה בתי חולים חזרו ונשנו הליקויים הללו: (א) "כסאות עם ריפוד לא רחיק" ומתן המלצה להחליף ריפוד רחיק; (ב) "שימוש בכיסאות בהם הריפוד קרוע"; (ג) המבנה אינו מתאים והפעילות בחדר הכנת תרופות במוסד רפואי אינה לפי ההוראות; (ד) אחסון ציוד נקי סמוך לחדר סירים וכלים או בו, בקרבת אזור מזהם.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהיחידה הארצית תבדוק אם יש מקום לקבוע מועד לתיקון כל ליקוי שמצאה לפי דרגת חומרתו. כמו כן ראוי שתשקול לרכז ליקויים שכיחים שעולים מדוחות הבקרה שלה ולהכין תכנית מערכתית לתיקונם בכלל בתי החולים בארץ, כגון קביעת מפרט לכיסא תקני לשימוש במערכת הבריאות. ראוי גם כי המשרד בתיאום עם היחידה הארצית ישקול לפרסם את דוחות הבקרה לציבור.



לבקרה בנושא מניעת זיהומים יש חשיבות רבה. היחידה הארצית מבצעת בקרות לצורך זה בבתי החולים, בבתי החולים הגריאטריים ובמוסדות אשפוז סיעודיים. ואולם בביקורת עלה כי דוחות הבקרה מציינים רק את הליקוי בלא הוראה לביצוע פעולה מתקנת וללא תאריך יעד לתיקון הליקוי. כמו כן, הליקויים שנמצאו בבקורות אינם מובאים לידיעת מוסדות הבריאות השונים באופן שיאפשר הטמעת לקחים ותיקון מערכת של ליקוי חוזר ונשנה, או ליקוי שכיח שנמצא בכמה בתי חולים. עוד עלה כי היחידה הארצית, האגף להבטחת איכות והאגף לרפואה כללית, המבצע בקרה לצורכי רישוי, אינם מתאמים את הבקורות במוסדות רפואיים ובכך יוצרים כפילות בפעולותיהם.

לדעת משרד מבקר המדינה, על היחידה הארצית להורות למוסדות הבריאות שבהם נמצאו ליקויים לתקן את הליקוי, לקבוע מועד לסיום תיקונו, לעדכן הוראות ונהלים במוסד שנבדק, וכן להודיע על נקיטת צעדים אם ליקוי מהותי לא יתוקן. כן ראוי שהיחידה הארצית תגביר את שיתוף הפעולה עם האגף להבטחת איכות ועם האגף לרפואה כללית לצורכי רישוי של מוסדות רפואיים.

## ליקויים בבינוי ושיפוץ בבתי חולים בהיבט של מניעת זיהומים

מדוחות הבקרה של היחידה הארצית ניתן ללמוד כי בהיבט של מניעת זיהומים נמצאו ליקויים בתהליכי בינוי ושיפוץ במוסדות רפואיים. לא אחת, ליקויים בתכנון של מבנים מנציחים תהליכי עבודה לקויים ופוגעים באפשרות למנוע זיהומים. למשל נמצא כי אין הקצאה מספקת של חללי אחסון ולכן מאחסנים ציוד נקי סמוך לאזור מזוהם. כמו כן נמצא כי אין הנחיה שכל בינוי או שיפוץ מבנים ייעשה בשיתוף מומחה למניעת זיהומים, שיתכנן מלכתחילה מרחבי אשפוז, אחסון ומיקום של פריטים שונים המוגנים מפני העברת זיהומים.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי לעגן בנוהל או בהנחיה כי בכל שיפוץ או בינוי של מבנה רפואי יהיה מעורב מומחה למניעת זיהומים כבר בשלב התכנון. יש להתחשב בסטנדרטים מקובלים לגבי מניעת זיהומים בכל הנוגע לאפיון חדרי האשפוז, מחלקות והקצאת חללי האחסון בתכנון, שיפוץ ושדרוג מחלקות קיימות או לטיפול בחולים.

בדצמבר 2012 השיב המשרד למשרד מבקר המדינה כי יכין חוזר המסדיר את מעורבותו של מומחה למניעת זיהומים בתהליכי הבינוי במוסדות רפואיים.

## נתונים ודוחות

### היעדר מערכת מידע

על פי נוהלי המשרד, למנהל היחידה הארצית יש סמכות לדרוש דוחות, מידע, העברת דגימות חיידקים, לבצע בקרה במוסדות רפואיים ולקבל מידע פרטני על חולים. למנהל היחידה יש גם סמכות להורות לכל בתי החולים בארץ על ביצוע הפעולות הדרושות להבטחת בטיחות המטופלים. בתי החולים מסרו למשרד מבקר המדינה כי המרכז הארצי מיעץ, מדריך ונגיש לכל שאלה והתייעצות. מהמרכז הארצי מתקבל משוב מידי דייווחים המועברים אליו על חיידקים עמידים וזיהומים שונים.

בתי החולים מדווחים למרכז הארצי על הימצאות חיידקים מסוימים בדם כדי לבחון מגמות, להשוות בין בתי החולים ולהחליט על דרכי התערבות. כמה בתי חולים ממשלתיים הלינו על שתהליך הדיווח הוא ידני, מסורבל ודורש משאבי כוח אדם, על אף שכיום ניתן להשתמש במערכת ממוחשבת למידע ולהעברת נתונים.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהמשרד יבחן הטמעת מערכת מידע שתאפשר למרכז הארצי לייבא נתונים במישרין ממערכות המידע של בתי החולים אל מערכת המידע שלו ולעבד אותם, בכל הנוגע לזיהומים.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי היחידה הארצית ביקשה להקים מערכת מידע, שתאפשר לה לייבא את כל הנתונים הנוגעים לזיהומים ישירות ממערכות המידע של בתי החולים למערכת המידע שלה ולעבדם. בקשה זו נכללה בתכנית העבודה של המשרד לשנת 2013 וממתינה לאישור על פי סדרי עדיפויות.

### איסוף נתונים רפואיים על תחלואה

איסוף הנתונים נעשה באמצעות "קציר נתונים" מתיקים רפואיים, ונדרש לקרוא אותם בקפידה ולדלות מהם פרטים על אירועים וטיפולים הקשורים לזיהום. לעומת זאת, אפשר לאסוף נתונים באמצעות דיווחים למערכות הממוחשבות למידע ולהשתמש בהם. לפיכך, בניית רשומה רפואית שבה יקודד במדויק מהלך המחלה, מהלך האשפוז וכל הפעולות הרפואיות שנעשו לחולה חשובה במיוחד למעקב אחר נתוני הזיהומים ומניעתם. כך לדוגמה, אם נעשה טיפול בפצע מוגלתי, חייב להיות לפעולה זו קוד שיאפיין אותה ובעזרתו ניתן לדעת בכל שעה מהו מקור הזיהום, תאריך הופעתו, סוגו ועוד. את הקודים האלו אפשר אחר כך לאסוף ולעבד נתונים לפיהם.

נמצא כי בבתי החולים הממשלתיים הרשומות הממוחשבות אינן שלמות וחסרים בהן נתונים חשובים, כגון תאריכי ניתוח, תאריכי האבחנות של הבעיות הרפואיות, שעת רישום האבחנה ועוד. נתונים אלו חשובים לצורך הפרדה בין בעיות רפואיות (למשל זיהומים) שהיו למנותח בעת קבלתו לבית החולים לאשפוז לבין בעיות רפואיות שמקורן בסיבוכים בעקבות ניתוח. בלא תאריך, אין לדעת אם החולה הגיע למוסד הרפואי עם הבעיה הרפואית או שזו נגרמה לו במהלך האשפוז.

הכללית החלה בתהליך הטמעת תיק רפואי ממוחשב כדי לייצר מסד נתונים מרכזי. בתיק רפואי ממוחשב יהיה אזכור לנושא הזיהומים. איסוף המידע לגבי זיהומים יאפשר מעקב אחר איכות הטיפול, תהליכי המחלה ומניעתה. באמצעות ליקוט הנתונים, אפשר למשל לבחון את שיעור הזיהומים במחלקה מסוימת ל-1,000 ימי צנתר מרכזי, שיעור הזיהומים ל-1,000 ימי צנתר בדרכי השתן וכו'. לפי השינויים בשיעור הזיהומים, אפשר לתכנן התערבות, לבחון את האפקטיביות של פעולות ההתערבות, לבחון תהליכים של שיפור ועוד.

בדיון שנערך ביוני 2012 בהשתתפות מנכ"ל המשרד, פרופ' רוני גמזו, נציגים מהנהלות בתי החולים "רמב"ם", "כרמל" ו"בני ציון" ציינה מנהלת המרכז הרפואי "כרמל" של הכללית כי נדרש שדרוג משמעותי במערך האלקטרוני לדיווח הנתונים מבתי החולים ליחידה הארצית; כלומר בניית רשומה רפואית לחולה שבה נתונים עדכניים ומדויקים. העברת נתונים של רשומות רפואיות באמצעות תקשורת אלקטרונית בין גורמים שונים במערכת הבריאות תאפשר לייעל את עבודת היחידה למניעת זיהומים ואת היכולת לזהות מקרים הדורשים התערבות מיידי.

מנכ"ל משרד הבריאות פרסם במרץ 2011 חוזר בנושא בניית תשתית לאומית המבוססת על מערכות מידע למדידת איכות בתי החולים<sup>49</sup>. בחוזר נאמר כי טכנולוגיית המידע היא כיום חלק בלתי נפרד מעולם הרפואה. טכנולוגיית מידע רפואי היא כלי חיוני לשם מתן טיפול רפואי מיטבי, יעיל, בטוח ונוח למטופל. בתוך כך החל המשרד בתהליך של בניית תשתית לאומית ממוחשבת למדידת האיכות במערכת הבריאות. ביסוד התכנית למחשוב יעמדו מדדים קליניים שייאספו באמצעות תשתית דיגיטלית לאומית בבתי החולים ובקופות החולים.

המשרד הבהיר בתשובתו למשרד מבקר המדינה כי מהבחינה המקצועית לא יכולה להתקיים רשומה רפואית אחידה לחלוטין בין בתי חולים שונים, והשוונות ברשומות בין בתי החולים היא מובנית. אפילו בין בתי חולים שונים מאותו "מגזר", כגון ממשלתיים או של הכללית - השוונות מובנית. לכן, דרך הפעולה שבחר המשרד על מנת לשתף מידע רפואי בין מוסדות רפואיים שונים היא באמצעות פיתוח קישוריות בין מערכות המחשוב השונות. אגף המחשוב מטפל בנושא בתעודף גבוה במסגרת התכנית הרב-שנתית.

### מדידת האיכות בישראל והשוואתה לבתי חולים בעולם - תוקף הנתונים ואמינותם

במדינות המערב יש תמימות דעים כי מדידת האיכות בבתי החולים היא כורח המציאות. בשנת 1996, בכינוס מומחים לנושא זה הוחלט ש"ניתן למדוד איכות באותו דיוק בו בודקים מדדים של רפואה קלינית. קיימות בעיות רציניות של איכות הרפואה בארה"ב ושיפור לא יקרה ללא מדידה שיטתית של תוצאים"<sup>50</sup>.

משרד הבריאות יזם פרויקט לאומי למדדי איכות בבתי החולים בישראל ופרסם דוח בנושא לשנים 2009-2010 (להלן - דוח מדדי האיכות). את המיזם מבצעות שתי יחידות של המשרד, האחת, המחלקה לחקר שירותי רפואה, והאחרת - תחום מידע באגף לשירותי מידע ומחשוב, האחראי למאגרי מידע מינהליים מבתי החולים בישראל. פרויקט מדדי האיכות מובנה כוועדת בקרה ואיכות שמינה מנכ"ל משרד הבריאות, כפי שהוגדרה בחוק זכויות החולה.

בדוח מדדי האיכות נכתב כי בתי חולים בעולם משתתפים בפרויקטים שונים למדידת תוצאים, דוגמת שיעור הזיהומים בשל מכשור (צנתר מרכזי, הנשמה מלאכותית, קתטר בדרכי השתן); שיעורי הזיהומים בפצע הניתוח לאחר ניתוחים גדולים (מעקפים, החלפת מפרק ירך, כריתת רחם ועוד) החשופים לגורמי סיכון; שיעור החזרות שאינן מתוכננות לחדרי הניתוח; נפילות תוך כדי אשפוז; פצעי לחץ הנרכשים בבית החולים ועוד. הדגש והחשיבות במדידת איכות הפעילות בבתי החולים מתמקדים בתוקף הנתונים ובאמינותם.

במסגרת הפרויקט הלאומי למדדים בבתי חולים בישראל, 2009-2010, נעשו סקרים. על פי סקר שנעשה בקרב מנותחי המעי הגס, עלה כי 19% מהמנותחים בישראל סבלו מזיהום במהלך האשפוז לעומת 9.2% באנגליה, 7.7% בצרפת ו-5.8% בבלגיה.

משרד מבקר המדינה העלה בכדיקתו כי השוואת הנתונים בין התוצאות בישראל לצרפת ובלגיה לקייה מכיוון שהנתונים לא נאספו באופן אחיד. הנתונים שנאספו בישראל הם אמינים יותר ומכונים "קציר נתונים אקטיבי" מתיקים רפואיים. כלומר, מומחים בישראל בדקו את התיקים הרפואיים, קראו את דוחות הניתוח, דוחות המעבדה ואת התרשומת הרפואית; ואילו בתי חולים בצרפת ובלגיה דיווחו בלא גורם חיצוני שבחן את הממצאים. באנגליה נעשה איסוף הנתונים מהתיקים הרפואיים.

השוואת הנתונים הלקייה לא הוצגה בסקר האמור. לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי המשרד יציג רק נתונים שנאספו באותו אופן או בדרך דומה לשיטת איסוף הנתונים בישראל.

כאמור, המשרד השיב שבכוונת היחידה המרכזית להצטרף לרשת האירופאית של ה-ECDC, והדבר יאפשר את תיאור המצב לאשורו והשוואתו למדינות רבות באירופה.

### זיהומים ביחידות לטיפול מיוחד ביילוד

ביחידות לטיפול מיוחד ביילוד (להלן - פגיות) מאושפזים תינוקות במשקל לידה נמוך מאוד הזקוקים לטיפול מיוחד. בדוח הביקורת של משרד מבקר המדינה בשנת 2004 בנושא נאמר שבשל

50 פרופ' אלישבע שימחן, דוח הפרויקט הלאומי של משרד הבריאות למדדי איכות בבתי חולים בישראל, המחלקה לחקר שירותי רפואה ותחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, משרד הבריאות (2009-2010).

מחסור במשאבי כוח אדם וציוד רפואי, לא תמיד יכולות הפגיות להעניק טיפול רפואי נאות למאושפזים בהן. עוד נאמר בדוח כי יש לפעול לצמצום שכיחות הזיהומים הנרכשים ביילודים המאושפזים בפגיות.<sup>51</sup>

בישיבת הוועדה לענייני ביקורת המדינה של הכנסת בנושא פגיות וכוח אדם רפואי וסיעודי העוסק ברפואת יילודים-תינוקות ופגים, הועלה כי חסרות מיטות לפגים בכל בתי החולים בארץ וחסרות מיטות לטיפול נמרץ בפגים<sup>52</sup>; חסרים רופאים המתמחים בנאונטולוגיה<sup>53</sup>, המוגדר כמקצוע במצוקה<sup>54</sup>; יש מחסור כללי באחיות, בפרט בפגיות. עוד הועלה כי הצפיפות והמחסור בכוח אדם גורמים לזיהומים, מעלים את תמותת הפגים וכן משפיעים אחר כך מהבחינה הנורו-התפתחותית על יילודים שלקו בזיהום ושרדו אותו.<sup>55</sup>

לפי נתוני המשרד, בשנים 1995-2006 אוכחנו כ-30% מהתינוקות בפגיות עם אירוע אחד לפחות של אלח דם לאחר גיל 3 ימים, אולם בשנים 2007-2009 נרשמה התמעטות באחוז התינוקות החולים ל-25.5%. מאז שנת 2003 חלה ירידה ניכרת בשיעור זיהומי אלח הדם ל-10,000 ימי אשפוז, מ-33 אירועים בשנים 2001-2006 ל-24.1 אירועים לכל 10,000 ימי אשפוז בשנים 2007-2009.<sup>56</sup>

מנכ"ל המשרד ובכירים נוספים דנו בנושא פעילות היחידה הארצית למניעת זיהומים לאחר סיום הביקורת, בדצמבר 2012. מסיכום הדיון עולה כי היחידה הארצית מכינה טיוטת חוזר בדבר תקנים למניעת זיהומים בפגיות.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד להגדיר את המדדים ואת היעדים למניעת זיהומים בפגיות, למשל בקשר לאירועי אלח דם, כפי שמקובל במדינות מפותחות, ולוודא את השגתם באמצעים הנדרשים.

## איתור של חולים נשאים המגיעים ממוסדות סיעודיים לפני אשפוזם ובידודם

קשישים רבים השוהים במוסדות סיעודיים נוטים להתאשפז פעמים רבות בבתי חולים. בביקורת נמצא כי חוזרי המשרד ונוהלי בתי החולים למניעת זיהומים מגדירים תנאים לניטור חולים שעומדים להתאשפז בבית החולים. לכל חולה המתקבל לאשפוז נלקחות דגימות להימצאות חיידקים עמידים - קלבסיאלה ו-VRE. התנאים לביצוע הבדיקה הם אשפוז קודם בבית חולים בחצי השנה האחרונה, אשפוז במוסד סיעודי (כמו בית אבות) או במוסד שיקומי אחר, חולה המטופל בהמודיאליזה<sup>57</sup>

- 51 מבקר המדינה, דוח שנתי 2004, 254, בפרק "יחידות לטיפול מיוחד ביילוד", עמ' 400 ואילך.
- 52 החלטת ממשלה 2917 מפברואר 2011. ההחלטה קובעת כי יתווספו 960 מיטות במהלך חמש עד שש שנים למערכת הבריאות, מהן כ-40 מיטות לפגים בכל שנה.
- 53 מומחיות-על ברפואת ילדים לטיפול בפגים.
- 54 לכל רופא שיבחר להתמחות בנאונטולוגיה אושר מענק בשנת 2008.
- 55 פרוטוקול ישיבה מס' 209 של הוועדה לענייני ביקורת המדינה (8.11.11).
- 56 דוח מיוחד לסיכום 15 שנות פעילות מסד הנתונים הלאומי 1995-2009, היחידה לחקר בריאות האישה והילד, מכון גרטנר, תל השומר, המרכז הלאומי לבקרת מחלות (אוקטובר 2011).
- 57 המודיאליזה היא שיטה לסילוק חומרי פסולת או רעלים מן הדם וכן עודף נוזלים בחולים שכליותיהם אינן מתפקדות. התהליך מתבצע באמצעות כליה מלאכותית שבה עובר דמו של החולה דרכה והדם המטוהר מוחזר אל גוף החולה.



בקהילה ומעבר בין מחלקות שונות באותו אשפוז. עד קבלת תוצאות הבדיקה לנשאות, תהליך שנמשך בין 24-48 שעות, אמור בית החולים לראות בחולה נשא ולבודד אותו בידוד מקדים<sup>58</sup>.

נמצא כי בדרך כלל, אין בבתי החולים בידוד מקדים עקב מצוקה פיזית והיעדר כוח אדם לטיפול מבודד בחולים נשאים. עוד נמצא כי עקב עומס העבודה, אין מבצעים בדיקה מיידית לכל החולים שמתקבלים ממוסדות אשפוז סיעודיים, אלא מבצעים להם בדיקות במועד מאוחר. כמו כן נמצא כי כאשר בבית החולים עולה חשד שבמוסד סיעודי מסוים יש ריכוז גבוה של נשאי חיידק עמיד, הוא מנחה את המחלקה לרפואה דחופה ומחלקות האשפוז בדבר הצורך בבידוד מקדים לחולים שהם דיירי אותו המוסד. אולם כשמדובר במוסדות סיעודיים שבעבר היה בהם ריכוז גדול של נשאי חיידק עמיד, ובתקופה האחרונה לא התגלו בהם מקרים חדשים של חולים נשאים, בית החולים מסיר את הנחיית הבידוד המקדים לבאים ממוסדות אלו.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהמשרד יבדוק אם יש מקום להכין מסד נתונים ובו ריכוז עדכני על מטופלים במוסדות סיעודיים שהם נשאי חיידקים עמידים. בסיס נתונים זה יהיה זמין ונגיש לבתי החולים, והדבר יקל עליהם להחליט אם לבודד חולה נשא חיידק עמיד בבידוד מקדים, לפני האשפוז.

### ניטור של זיהומים ומניעתם לפני ביצוע פרוצדורה רפואית, במהלכה ואחריה

1. איסוף נתונים : מרכז רפואי כללי מסוים בדק את נושא הזיהומים לאחר ניתוחי החלפת מפרקים (מפרקי הירך והברך). במשך 13 חודשים, מנובמבר 2009 ועד דצמבר 2010, בוצע ניטור של כל החולים שעברו ניתוח החלפת מפרק הירך או הברך ללא זיהום בעת הניתוח. המרכז הרפואי אסף נתונים דמוגרפיים, קליניים ועל תהליכי העבודה לפני הניתוח, בשעת הניתוח ולאחריה. נלקחו בחשבון מחלות רקע, נתונים על סיכון לזיהום לאחר הניתוח ובוצע מעקב אקטיבי שנה לאחר הניתוח באמצעות מערכות המידע ותיקי מרפאות החוץ. תוצאות הבדיקות העלו כי מכלל 496 מנותחים בני 75 בממוצע אותרו 34 מנותחים (6.9%) עם זיהומים, מהם 20 זיהומי חתך עמוק או זיהום השתל, כלומר זיהום מורכב הדורש טיפול מורכב. ב-18 מבין 34 מנותחים אף בוצעו התערבויות כירורגיות, כמו ניקוז וניתוח חוזר. תוצאות הבדיקות שהתקבלו הצביעו כי שיעור הזיהומים המורכבים לאחר ניתוח מפרקים גבוה מהמדווה ברשתות ניטור לאומיות<sup>59</sup> בארצות אחרות מאחר שבמרכז הרפואי נאספו נתונים על מקרי הזיהום גם לאחר תקופת האשפוז. בסיכום ממצאי הבדיקה נאמר שאילו נאספו נתוני הזיהומים רק בתקופת האשפוז, היה שיעור הזיהומים המורכבים 1% בלבד, בדומה למדווה ברשתות הניטור הלאומיות במדינות אחרות.

עוד נמצא בבדיקת המרכז הרפואי כי גורמי הסיכון לזיהום מורכב הם אשפוז מעל יומיים לפני ביצוע הניתוח, אי-ספיקת לב, מחלות רקע ומצבו הרפואי של החולה, המגביר את הסיכון ללקות בזיהום, וכן משך הניתוח - ככל שמשך הניתוח היה קצר יותר, כך הסיכוי לזיהום היה קטן יותר.

58 מינהל רפואה, חוזר 18/2006, "הנחיות למניעת התפשטות של VRE במוסדות אשפוז" (יולי 2006).  
59 רשתות של ארגונים רפואיים במדינות שונות או של כמה מדינות שיש להן הסכמים לשיתוף מידע, המדווחים באופן וולונטרי על תוצאות של ניטור נתונים רפואיים שונים.

במפתיע, ניתוח מתוכנן מראש וניתוח ראשון בכל יום עבודה נמצאו בסיכון מוגבר ללקות בזיהום מורכב.

בתור מסקנות לשיפור תהליכי העבודה וכתכנית התערבות, הציע מבצע הבדיקה<sup>60</sup> לקצר את זמן ההמתנה לפני הניתוח שלא מסיבות רפואיות; רחיצת הגוף בחומר חיטוי קרוב למועד הניתוח; לוודא שהחולה מתרחץ בבית החולים לפני הניתוח, מכינים את עור הגוף הכנה מדוקדקת - מתן דף הוראות למנותח שיכלול הסבר על רחיצת הגוף, הסרת שיער וכו'; מתן טיפול מונע באנטיביוטיקה לפי משקל הגוף - יש לדאוג לשקילת החולה, זיהוי נשאות בחולים המיועדים לעבור פעילות אלקטיבית<sup>61</sup> בקהילה ושינוי של תהליכים בחדר הניתוח, בייחוד ניקוי, חיטוי ועיקור מכשירים ואביזרי האספקה הסטרילית במתחם ייעודי, ולא בחדרי הניתוח; והכנת שדה הניתוח בפיקוח היחידה למניעת זיהומים של המרכז הרפואי.

בביקורת עלה כי אין בכתי החולים מערכות לניטור זיהומים ומניעתם לאחר פרוצדורות רפואיות, על אף החשיבות הרבה בניטור הנתונים, הן באמצעות איסוף שיטתי של נתונים על מקרי הזיהום לאחר הניתוח, הן באמצעות אפיון תהליכי העבודה והטיפול ששנעשו לפני הניתוח ובמהלכו. לימוד הנתונים האלה יכול לשפר את הטיפול הרפואי.

הכללית מסרה לנציגי משרד מבקר המדינה ביוני 2012 כי היא פועלת להקמת מערכות כאלו בשילוב התיק הרפואי הממוחשב.

מומחים למניעת זיהומים מסרו לנציגי משרד מבקר המדינה במרוצת הביקורת כי שיפור של תהליכים קדם-ניתוחיים מפחית את שיעור הזיהומים. כך לדוגמה, נהלים למתן טיפול מונע באנטיביוטיקה במינון הנכון ובמועד הנכון מצמצם את מקרי הזיהום לאחר הפרוצדורה, הניתוח; כמו כן, תהליך של רחצה וחיטוי העור לפני הניתוח מצמצם את הופעת הזיהומים לאחריו.

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי לאמוד את האפקטיביות של תהליכי ההכנה לניתוח וביצועם המלא על פי ההוראות, יש לאסוף נתונים על זיהומים נבחרים, שכיחים ומהותיים ולמדוד את שיעורם לאחר הניתוח על פי רמת הסיכון; מדידת שיעורם לאחר הניתוח, תשפר את שיטות העבודה, תאפשר חקירת אירועים והסקת מסקנות שיביאו לצמצום הזיהומים.

2. תכנית העבודה של המרכז הארצי: תכנית העבודה של המרכז הארצי שהוצגה בדצמבר 2010 להנהלת המשרד קבעה כיעד את "הפחתת שיעור הזיהומים הנרכשים בכתי חולים וזיהומים באתר הניתוח". התכנית קובעת את המשימות והיעדים האלה: (א) מדידת שיעור אירועי אלח דם נרכש בבית החולים. למימוש משימה זו היה על המרכז לבנות תכנית ארצית לניטור מקרי אלח דם, לבנות תשתית מחשוב ותכנית לאיסוף המידע, עיבוד הנתונים לדיווח ולפרסם דוחות השוואתיים; (ב) מדידת שיעור הבקטריות הקשור לצנתרים בכלי דם ומזעורו. על המרכז הוטל לפתח תכנית ארצית לניטור מקרי אלח דם עקב צנתר, להקים תשתית מחשוב ותכנית לאיסוף המידע, עיבודו והפצת דוחות השוואתיים; (ג) עדכון הנהלים למניעת זיהומים באתר הניתוח. מועד הסיום למשימות אלו נקבע לדצמבר 2011.

60 הבדיקה נעשתה על ידי עובד המרכז הרפואי במסגרת עבודה לתואר שני לאוניברסיטה.

61 פעילות רפואית מתוכננת מראש.

בסיום הביקורת נמצא כי לא נבנתה תשתית מחשוב לאיסוף המידע מבתי החולים ולעיבודו. כמו כן, לא עודכנו הנהלים למניעת זיהומים באתר הניתוחי.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2012 כי עדכון הנהלים למניעת זיהומים באתר הניתוחי מתוכנן להסתיים בסוף שנת 2013.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהמשרד יקדם את תכנית העבודה שהוא קבע להשגת היעד של הפחתה בשיעור הזיהומים הנרכשים בבתי החולים לאחר ביצוע פרוצדורה רפואית.

### אי-מתן טיפול רפואי לנשאי חיידקים עמידים בבית חולים פרטי

היחידה הארצית למניעת זיהומים ביצעה ביקורת ב-2009 בבית החולים "אסותא" (להלן - אסותא) שברמת החייל - בית חולים פרטי בבעלות מכבי. נמצא כי באסותא נוקטים מדיניות של סיקור חולים בסיכון לחיידקים עמידים לפני אשפוזם (חולים ששהו באשפוז כחצי שנה קודם לכן בבית חולים כללי) וחולים עם תרבויות חיוביות אינם מתקבלים לטיפול. בינואר 2011, בביקורת של היחידה הארצית באסותא, נמצא כי בית החולים סוקר את כל החולים שבסיכון לנשאות של חיידקים עמידים ונוקט פעולות לצמצם את קבלתם של חולים נשאים לטיפול בבית החולים. בדוח הבדיקה שעשתה היחידה הארצית נכתב כי בבית החולים דנים במעמדם של נשאי חיידקים עמידים בטרם קבלתם לאשפוז ומחליטים אם לאשר או לדחות אותם.

יש לציין כי חלק ניכר מהפעילות הכיורוגית בבית החולים הפרטי אסותא נעשית במסגרת "סל שירותי הבריאות" ובמימון ציבורי.

ברירת חולים וקבלה לטיפול רק של אלה שאינם נשאים של חיידקים עמידים ממחישת תופעה הרווחת בבתי חולים פרטיים ומכונה "גריפת השמנת". בתי חולים אלה אינם מחויבים לאשפוז כל חולה ולטפל בו מהיותם מונעים מהשאפה להשיא רווחים. לכן, אספקת שירותי הבריאות בבתי החולים הפרטיים נוטה לסלקטיביות בבחירת סוגי המטופלים (הרפואה הפרטית מעדיפה חולים "קלים", בחשש מזערי לסיכון ובהשקעה מינימלית). תופעת "גריפת השמנת" פוגעת במגזר הציבורי, שכן אין בוררים בו חולים או מצבי טיפול ומטופלים בכל חולה בכל מצב.

על המשרד לתת את דעתו לתופעה הערכית-משפטית-כלכלית זו ולבחון את השפעותיה.

משרד הבריאות פנה בנובמבר 2012 להנהלת אסותא וביקש את עמדתה לנושא זה. הנהלת אסותא השיבה למשרד כי בית החולים אינו מסרב לקבל מטופלים הנושאים חיידקים עמידים, ואין מניעה לאשפוז ולנתח חולים נשאים במרכזים הרפואיים של אסותא. זאת ועוד, כ-98,000 ניתוחים מבוצעים מדי שנה במרכזים הרפואיים של אסותא, ורק במקרה אחד בודד בשנת 2012 לא ביצע אסותא ניתוח במטופל בשל היותו נשא של חיידק הקלבסיאלה. עוד הוסיפה הנהלת אסותא וכתבה כי במקרים שבהם מדובר בניתוחים אלקטיביים לחולים הידועים כנשאים, נבחנת אפשרות לדחיית התור, כמקובל במערכת הבריאות במקרים מעין אלה, כדי שלא לסכן את בריאותם של מטופלים אחרים.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה כי הוא מתנגד למדיניות של סיקור חולים בסיכון לחיידקים עמידים לפני אשפוז ודחייתם, בשעה שתוצאות הבדיקה מצביעות על נשאות של חיידקים עמידים, בין שמדובר בבית חולים ציבורי ובין שבפרטי.

לדעת משרד מבקר המדינה, בשל הסתירה בין ממצאי הבקרה של היחידה הארצית ותשובת אסותא, מן הראוי שהמשרד ייכנס לעובי הקורה ויבחן שוב את מדיניות אסותא; יש לברר אם מדיניות בית החולים עולה בקנה אחד עם מדיניות המשרד בנושא סיקור חולים בסיכון לחיידקים עמידים לפני אשפוזם.

### מניעת זיהומים במחלקות סיעודיות ובמוסדות גריאטריים

בשנת 2011 היו בארץ כ-20,000 מיטות המיועדות לטיפול גריאטרי לא פעיל (במחלקות סיעודיות ובמחלקות לתשושי נפש) וכ-3,000 מיטות לטיפול גריאטרי פעיל (טיפול סיעודי מורכב, הנשמה ממושכת וגריאטריה שיקומית). כדי למנוע זיהומים במחלקות לגריאטריה, על המוסדות להקצות כספים כדי להגדיל את הצוותים המטפלים, להבטיח ציוד רפואי די צורכם והחלפתו בתדירות הרצויה.

המשרד רוכש שירותי אשפוז סיעודי בסכומים ניכרים. כך למשל, בשנת 2008 רכש המשרד שירותים כאלה ב-1.5 מיליארד ש"ח בערך<sup>62</sup>. שיטת ההתקשרות לרכישת שירותי אשפוז סיעודי היא במכרז; מחירו של יום אשפוז במוסדות סיעודיים הוא מרכיב מרכזי במכרז.

1. אי-קביעת מועד לתיקון הליקויים: נמצא כי בבקורות שביצעה היחידה הארצית בנושא מניעת הזיהומים בשנת 2011 עלו ליקויים מהותיים דוגמת תשתיות לקויות והיעדר כוורים זמינים בכל חדרי האשפוז שבמוסדות הסיעודיים, בסתירה להנחיות המשרד<sup>63</sup>; אין אחת למניעת זיהומים בעלת הכשרה פורמלית, בניגוד לדרישות המשרד<sup>64</sup>; הצנרת הרפואית, למשל הצנרת במכשירי שאיבה מדרכי הנשימה הוחלפה פעם בשבוע, בניגוד להנחיות המשרד הקובעות החלפה כל 24 שעות; נמצא שימוש משותף במשחות טיפוליות לכלל החולים, בניגוד להנחיות המשרד הקובעות שימוש רק במשחות אישיות.

נמצא כי בדוחות הבקרה לא קצבה היחידה הארצית מועדים לתיקון הליקויים וגם לא קבעה את הסנקציה שתינקט אם לא יתוקנו.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לנקוט אמצעים ופעולות כדי להבטיח את מניעת הזיהומים במוסדות אלו.

2. מתן טיפול רפואי במוסדות גריאטריים כתחליף לאשפוז: אוכלוסיית הקשישים המאושפזים במחלקות סיעודיות ובמחלקות לתשושי נפש מתאשפזת תדיר

62 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 58 (2008), בפרק "מכרז חלוץ" ("פיילוט") לרכישת שירותי אשפוז סיעודי בנפת פתח תקווה, עמ' 487 ואילך.

63 מינהל רפואה, חוזר 24/2009 מאוגוסט 2009 בנושא "היגיינת ידיים במוסדות רפואיים" הדורש כוור בכל חדר בו מטופלים חולים.

64 מינהל רפואה, חוזר 4/2010 מפרברואר 2010 בנושא "אמות מידה לרישוי ותפעול מחלקה גריאטרית 'סיעוד מורכב'".

בבתי חולים עקב החמרה במחלה כרונית או עקב הופעת מחלה חריפה. במחלות חריפות הטיפול בבתי החולים ניתן בדרך כלל באמצעות טיפול תוך-וריד, ניטור ואיזון המצב הרפואי ושמירה על המצב התפקודי. לרוב, באשפוז זה אין צורך ביחידה לטיפול נמרץ או בהתערבות כירורגית.

המשרד גיבש נוהל<sup>65</sup> המציע פתרון אפשרי כתחליף לאשפוז בבית חולים כללי - מתן טיפול רפואי במחלות חריפות שאין בהן סכנה מיידית בתוך המחלקה הסיעודית או במחלקה לתשושי נפש. אפשרות זו מונעת בין השאר את חשיפת המטופלים (הקשישים) להידבקות בזיהומים וסיבוכים בשל אשפוזים חוזרים בבתי החולים. בדרך זו, לא רק שאפשר להפחית את העומס בבתי החולים אלא שגם נמנע בכך "ייבוא" ו"ייצוא" של מזהמים. כדי לעמוד בדרישות הנוהל ולקבל הרשאה לטיפול במחלות חריפות, על המוסד המאשפז למלא אחר דרישות רפואיות ומינהליות כמפורט בנוהל.

נציגי המשרד העלו לפני עובדי משרד מבקר המדינה את החשש כי בהיעדר תגמול כספי נאות, המוסדות לאשפוז סיעודי אינם מפתחים את תכנית המשרד למתן טיפול במחלות חריפות שאין בהן סיכון מייד ויצמצם בכך את האשפוז בבתי החולים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד להבטיח שבמחלקות הסיעודיות ובמחלקות לתשושי נפש במוסדות גריאטריים יתאפשר מתן טיפול רפואי במחלות חריפות שאין בהן סיכון מייד. בכך יצומצמו האשפוזים בבתי החולים ותימנע חשיפה צולבת לזיהומים וסיבוכים נרכשים בשל אשפוזים חוזרים. ראוי לשקול מתן תמריצים כלכליים כשקשישי אינו מופנה לבית חולים כללי, אבל מובטח לו טיפול רפואי נאות במוסד שבו הוא שוהה.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי מיולי 2012 ניתן תמריץ כלכלי במסגרת המכרז לרכישת שירותים גריאטריים למוסדות בעלי אישור לטפל בקשישים הלוקים במחלות חריפות ללא סכנה מיידית.

3. בדיקות נשאות של חיידקים עמידים במוסדות גריאטריים: לפי הנחיות המשרד, כדי להוציא מטופל מבידוד ולמנוע הידבקות מחיידק הקלבסיאלה, נדרש לבצע לו בדיקה מיוחדת (PCR<sup>66</sup>). ההחלטה על הוצאת מטופל מבידוד תיעשה לאחר שלילת בדיקות דיגום לנשאות ולאחר קבלת תשובות שליליות לשתי בדיקות תרבית, וכן לאחר שמתקבלת תוצאה השוללת את הימצאות החיידק. מטרת דרישה זו היא לאבחן כ-15%-10% מהחולים שעלולים להיות נשאים גם לאחר שתי תרביות שליליות.

(א) אי-קביעת מועד לתיקון הליקויים: בבקרה שעשתה היחידה הארצית במוסד אשפוז גריאטרי מסוים ביוני 2010 נמצא כי המוסד הסיעודי נוהג להוציא מבידוד מטופלים לאחר שתי תרביות סיקור שליליות (שאינן בדיקת דם) בלבד, בלא שביצע את הבדיקה המיוחדת (PCR). ואולם, לא נמצאו בדוח הבקרה של היחידה הארצית דרישה מהמוסד הגריאטרי לתיקון הליקוי, עדכון הוראה או נוהל של המוסד בנושא זה וכן הצעדים שיינקטו אם אירועים אלה יחזרו ויישנו.

65 משרד הבריאות - האגף לגריאטריה, נוהל רוחב 0.5.4, "טיפול במחלות חריפות ללא סיכון במסגרת המחלקה הסיעודית לחוסים בה" (עודכן ב-1.1.2009).

66 בדיקת הרצף הגנטי של החיידק. טכניקה זו מאפשרת לזהות גורמי זיהום (PCR - Polymerase Chain Reaction).

לדעת משרד מבקר המדינה, על דוחות הבקרה של היחידה הארצית להורות על תיקון מיידי של הליקויים ולקצוב מועד לעדכון הוראות המוסד ונהליו. כמו כן, להודיע על נקיטת צעדים בשעה שליקוי מהותי חוזר ונשנה, כמו הוצאת חולים מבידוד תוך כדי סיכון מטופלים אחרים.

(ב) בדיקות לגילוי נשאות: הביקורת העלתה כי לא הובהר מי יישא בנטל המימון של בדיקת PCR להימצאות חיידק הקלבסיאלה. בדיקות דם למיניהן, תרבויות למיניהן, הפניות לבדיקות הדמיה למרפאות ייעוץ שונות לחולים המאושפזים במוסד גריאטרי הן כולן ב"סל שירותי הבריאות" ובמימון קופות החולים, בדומה לאספקת התרופות לשוהים בהם.

בביקורת עלה כי קופות החולים אינן מממנות את הבדיקה, והן משיתות את העלות על המוסד הגריאטרי; לעומתן טוענים המוסדות הגריאטריים כי הוצאה זו לא נלקחה בחשבון בעת תמחור יום האשפוז בהם. בפועל, לחולים רבים לא בוצעה הבדיקה האמורה.

לטענת קופות החולים, לבדיקה זו אין משמעות טיפולית אלא עניינה בבריאות הציבור. כלומר, הגנה על שאר המאושפזים מפני הידבקות מנשא של חיידק הקלבסיאלה, והגנה על אותו נשא, לכאורה, כדי לאשר את אי-נשאותו באמצעות בדיקה, ולהגן עליו מפני הדבקה חוזרת, אם ישהה באזור של נשאים אחרים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד להבהיר מי הגורם שעליו לממן את עלות בדיקת ה-PCR לנשאות של חיידק הקלבסיאלה לחולים במוסדות הגריאטריים, או בדיקה לשלילת נשאותם.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי המשנה למנכ"ל במשרד החליט להטיל את האחריות למימון הבדיקה על קופות החולים. אגף הגריאטריה יעדכן את חוזר המשרד בנדון. עוד הוסיף וכתב כי ההחלטה שהתקבלה אף מרחיבה את מחויבות קופות החולים, לא רק כלפי המאושפזים במוסדותיה אלא גם כלפי אלה המשתחררים לביתם.

## מניעת זיהומים בשירותים הרפואיים בקהילה

1. חוזר המשרד: החוזר בנושא מניעת זיהומים במתקנים רפואיים בקהילה מדצמבר 2011<sup>67</sup> קובע כי הפעילות למניעת זיהומים בקהילה היא חלק מהמערך להבטחת איכות הטיפול. חשיבותה של מניעה זו הולכת וגוברת עקב ריבוי הזיהומים הנרכשים במערכת הבריאות באשפוז ובקהילה, התפתחות של זני חיידקים עמידים ומעבר לטיפול מורכב בקהילה. כיום מבוצעים בקהילה בדיקות וטיפולים מורכבים שחלקם ניתנו בעבר בבתי חולים. חוזר המשרד מפרט את מבנה המערך למניעת זיהומים שעל קופות החולים להפעיל: הרכב הוועדה למניעת זיהומים בהנהלת קופת החולים, הצוות למניעת זיהומים במחוזות הקופות, תחומי העשייה של הוועדה והצוותים.

67 מינהל רפואה, חוזר 49/2011 מדצמבר 2011 בנושא "מניעת זיהומים (Infection Control) במתקנים רפואיים בקהילה".

(א) חוזר המשרד מחייב את הצוות למניעת זיהומים לבצע חקירה אפידמיולוגית והתערבות בעת התפרצויות של זיהומים; לעשות בקרה מונעת באמצעות סקרים ומחקרים, לרבות תצפיות על היגיינת ידיים בקרב הצוותים המטפלים; בקרה על תהליכי ניקוי, חיטוי ועיקור של מכשור רפואי וניקיון סביבתי, בקרת כביסה, פינוי פסולת ופסולת רפואית, בקרת עבודה על פי נוהלי מניעת זיהומים בחדרי הפעולות הכירורגיות. יש לציין כי לקופות החולים מתקנים רפואיים בקהילה, שבהם מרוכזות מרפאות של רופאים ראשוניים, רופאים מומחים, מרפאות כירורגיות ועוד. נוסף על כך קשורות קופות החולים עם מאות ספקי שירות רפואי, בהם רופאים עצמאיים במרפאותיהם הפרטיות.

באוקטובר 2012 כתבה לאומית למשרד מבקר המדינה כי הקמת מערך למניעת זיהומים הכולל ועדה וצוותים אינו ישים במתכונת המוצעת עקב מחסור במקורות כספיים להפעילו. לאומית הציעה לקיים "סימולציה כלכלית, כמקובל, בטרם הפעלת החוזר". מכבי כתבה בנובמבר 2012 כי טרם הוקם בקופה מערך למניעת זיהומים בקהילה, והנושא מטופל בעבודת מטה.

(ב) מכבי כתבה בנובמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי במרפאות הרופאים העצמאיים לא מתבצעת בקרה כפי שמתבצעת בסניפי מכבי.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד להנחות את קופות החולים לבצע בקרות למניעת זיהומים גם בכל מרפאות הרופאים העצמאיים.

החוזר אינו קובע את תדירות הבדיקות שקופות החולים אמורות לבצע במתקניהן ואצל ספקי השירותים האחרים בקהילה, אף לא במרפאות הרופאים העצמאיים, ואת אופן הבדיקה - בדיקת פתע או בדיקה מתוכננת.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שמשרד הבריאות ישקול להוסיף לחוזר הנחיות בדבר תדירות הבדיקות ושיטות הבקרה, למשל תצפית על היגיינת ידיים, בחינת תהליכי ניקוי, חיטוי ועיקור של מכשירים רפואיים וניקיון סביבתי, סקירת התנאים והמשאבים למניעת זיהומים אצל המטפלים ובכל פעילות שיש לה השפעה מיידית על העברת זיהומים.

2. טיפולי בית: קופות החולים נותנות כיום טיפולים רפואיים בבית<sup>68</sup> (להלן - טיפולי בית). סוגי טיפולי הבית שמספקות הקופות הם בעיקרם טיפולים חלופיים לאשפוז בבית החולים, כמו מתן תרופות בעירוני תוך-ורידי והנשמת חולים. חולים אלה מאושפזים לעתים תכופות בבתי חולים. הדבר מעלה את ההסתברות להיותם נשאים של חיידקים עמידים.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי כי חוזר המשרד ייתן את דעתו גם לתהליכי העבודה שעיקרם מניעת זיהומים ולפעולות של חיטוי ועיקור, הנדרשות במעבר בין מטופל אחד למשנהו במסגרת טיפולי הבית של הצוות המטפל והציוד שבו הוא משתמש.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי לאחר שיבדוק את הנושא, ישקול להוסיף לחוזר הנחיות לתדירות הבדיקות ולשיטות הבדיקה שעל הקופות לבצע במסגרת הבקרות הפנימיות שלהן. כמו כן כתב כי יבחן את נושא מניעת זיהומים במסגרת מתן טיפולי הבית.

68 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 2011, בפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים", עמ' 105.

3. ניקוי, חיטוי ועיקור מכשירי הסתכלות תוך-גופיים: כאמור, יישום חוזרי המשרד בדבר ההנחיות לניקוי, חיטוי ועיקור מכשירי הסתכלות תוך-גופיים (סקופים לסוגיהם) מהותי לעניין מניעת הזיהומים.

בנובמבר 2012 כתבה מכבי למשרד מבקר המדינה כי אין במרפאותיה ציוד, כפי שדורש משרד הבריאות, לחיטוי אנדוסקופי לאף, אוזן וגרון. מכבי הוסיפה כי העניין נמצא בדיון מקצועי מול משרד הבריאות וטרם סוכם, וכי מכבי מקפידה לפעול על פי הנחיות היצרנים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לסיים בהקדם את הבדיקה בעניין תהליכי הניקוי והחיטוי של מכשירים רפואיים במכבי ולברר אם כתוצאה מתהליכים, אין העברת זיהומים בין מטופל למשנהו ובין המטופלים לצוות; בסיום הבדיקה - לפרסם הנחיות מתאימות.

4. שימוש מושכל באנטיביוטיקה: מחקר בארה"ב<sup>69</sup> העלה כי בעת ביקור במרפאות הקהילה, רבים המקרים שבהם נרשם לילדים מרשם לאנטיביוטיקה רחבת טווח שלא לצורך. טיפול רחב טווח באנטיביוטיקה הוא מיותר ומאפשר התפתחות של חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה, מייקר את עלויות הטיפול וגורם לעתים לתופעות לוואי אצל נוטל התרופה.

המחקר הראה כי כ-73% ממרשמי האנטיביוטיקה ניתנו בשל מחלות נשימה. בכ-24% מהמקרים האלה, לא נמצאה לטיפול זה הצדקה קלינית.

לדברי מומחים, פעמים רבות רופאים רושמים אנטיביוטיקה רק משום שהחולה או הוריו דורשים זאת, או שהם רושמים מרשם לאנטיביוטיקה למחלות הנגרמות מנגיפים שלא לצורך, או בשל חוסר ידע.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות וקופות החולים להנחיל לציבור הרחב ידע ומידע על שימוש מושכל באנטיביוטיקה.

בספטמבר 2012 פרסם המשרד חוזר בנושא שימוש מושכל באנטיביוטיקה<sup>70</sup>, המתווה תכנית לאומית אשר תופעל בכלל המוסדות הרפואיים שבמערכת הבריאות, בהנחייתו של המרכז הארצי. החוזר קובע כי התפתחות של זני חיידקים העמידים לאנטיביוטיקה והתפשטותם בארץ ובעולם מהווה איום על אפשרויות הטיפול בזיהומים בקטריאליים שונים. בעשור האחרון ממליצים ארגונים ממשלתיים ומקצועיים להפעיל תכניות מוסדרות לשימוש מושכל באנטיביוטיקה (antimicrobial stewardship), שתכליתן לשפר את איכות הטיפול בחולים, תוך מזעור תופעות הלוואי עקב השימוש בתרופה, ובמיוחד לשם מניעת העמידות לאנטיביוטיקה. על פי החוזר, התכנית נועדה למנוע שימוש יתר ותת-שימוש באנטיביוטיקה, שימוש בלתי הולם בה וטיפול מאוחר בעזרתה במצבים הדורשים טיפול מיידי.

(א) החוזר קובע כי יפורסמו המלצות עתיות, הנחיות בדבר אבחון, טיפול ודרכי מניעה עבור מחלות שכיחות במוסדות רפואיים - בבתי החולים ובקהילה, כגון סינוסיטיס, דלקת בדרכי השתן, דלקת ריאות על רקע נשימה וטיפול מונע לפני ניתוח.

Hersh et. al. , Antibiotic Prescribing in Ambulatory Pediatrics in the United States, Pediatrics 128 (6):1053-612011, Dec 2011 69

70 המנהל הכללי, חוזר 16/12, "תוכנית לאומית לשימוש מושכל באנטיביוטיקה" (ספטמבר 2012).



יש לברך על פרסומו של החוזר וראוי ליישמו לאלתר. ראוי כי קופות החולים יפרסמו את ההנחיות לאבחון מחלות שכיחות, את אופן הטיפול בהן ואת הדרכים למניעתן.

(ב) עוד קובע החוזר כי בעתיד יוכרו פיקוח מוגבר על חלק מהתכשירים האנטיביוטיים, כגון תרופות אנטיביוטיות רחבות טווח, תרופות שהשימוש בהן קשור לפיתוח עמידות מזהמים לאנטיביוטיקה ותרופות שמשמשות בהן שימוש מופרז.

מן הראוי כי המשרד יפרסם את רשימת התכשירים הדורשים פיקוח מוגבר ואת המנגנון המתיר את השימוש בהם בשעת הצורך.

(ג) החוזר קובע כי בכל מוסד רפואי תוקם ועדה רב-תחומית לנושא השימוש באנטיביוטיקה, שתפעל כתת-ועדה של הוועדה למניעת זיהומים ועמידות לאנטיביוטיקה. החוזר קובע כי בוועדה זו יכהנו שני רופאים קלינאים בכירים, המייצגים מחלקות קליניות עיקריות, כגון פנימית, טיפול נמרץ, כירורגיה וילדים, וכן יהיה חבר בה רוקח קליני, ועוד.

לדעת משרד מבקר המדינה, הרכב תת-הוועדה אינו מתיישב עם מערך קופות החולים, שכן אין להן מחלקות קליניות.

(ד) החוזר קובע כי מנהל המוסד ידווח למרכז הארצי באופן עיתי על הפעילות לשימוש מושכל באנטיביוטיקה. מדי חציון יועבר דוח מפורט על שימוש באנטיביוטיקה להנהלת המוסד ומדי שנה למשרד הבריאות. החוזר אינו עוסק בגורמים נוספים הרושמים תכשירים אנטיביוטיים, כמו רופאי שיניים, רופאים פרטיים (שלא במסגרת קופות החולים או בתי החולים) ומנתחים פלסטיים. החוזר אינו דן גם בוטרינרים, הרושמים תכשירים אנטיביוטיים לחיות מחמד.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי להביא בחשבון את הגורמים שלעיל ואת השפעתם על התפתחות של חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה ולשקול את החלת חובת הדיווח גם עליהם.

## מחסור בכוח אדם ייעודי למניעת זיהומים ולשימוש מושכל באנטיביוטיקה

חוזר המשרד משנת 2012 מחליף את חוזר מינהל הרפואה שפורסם בנושא בקרה ומניעת זיהומים במוסדות רפואיים בשנת 2005. החוזר קובע, בין השאר, כי כלל הפעילות לבקרה ומניעת זיהומים היא מרכיב חיוני בתפקודם של מוסדות רפואיים ומשמשת חלק מן המערך להבטחת איכות הטיפול. חשיבות הנושא נגזרת מן הגידול בשכיחות הזיהומים הנרכשים והעומס בבתי החולים. העמידות לאנטיביוטיקה בבתי החולים ובקהילה הופכת לבעיה מרכזית ועולת מכך השפעות צולבות בין מוסדות רפואיים שונים ובינם ובין הקהילה, המחייבות התערבות מערכתית.

חוזר המשרד קובע כי בכל בית חולים כללי ומוסד רפואי למחלות ממושכות ושיקום, שיש בהם יותר מ-100 מיטות, ינוהל תחום מניעת הזיהומים כמערך עצמאי. בבתי חולים עם 400 מיטות ויותר מכך יהיה המערך בדרג של יחידה. עוד קובע החוזר כי בבית החולים יעבדו אחיות מוסמכות שקיבלו הכשרה פורמלית בתחום מניעת הזיהומים, לא פחות ממשרת אחות אחת לכל 200 מיטות

תקן. החוזר קובע כי יש להשלים את ההיערכות לכך בינואר 2014. כמו כן קובע החוזר כי בתור שירותי עזר ליחידה, נדרש רוקח - רצוי רוקח קליני, שיתמחה בשימוש מושכל באנטיביוטיקה, ישתתף בישיבות וייעץ על פי הצורך.

1. **מחסור במשרות רופאים** : לרופא מומחה למחלות זיהומיות תפקיד חשוב בטיפול בחולה עם זיהום חריף. רופא למחלות זיהומיות מסייע לרופא המטפל בקביעת הטיפול המיטבי לחולה, הן במאמץ למגר את המחלה הזיהומית והן למזער את ההשפעות האקולוגיות במתן הטיפול. בתי החולים כתבו למשרד מבקר המדינה, כאמור, כי אין אפשרות למצות את הטיפול הרפואי בהיבטיו השונים ובמניעת זיהומים עקב מחסור במשרות רופאים למחלות זיהומיות. כלומר, אי-אפשר לבצע מעקב קליני אחר מטופלים עם זיהומים נרכשים בבית החולים באמצעות רופא מיומן למחלות זיהומיות, אי-אפשר לקבוע את היקף התמותה וסיבותיה - אם מקורה בזיהום נרכש, ולקבוע אם התהליכים למניעת הזיהומים אפקטיביים, ועוד.

דוח הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל שפרסם המשרד ביוני 2010 קובע כי בתחום המומחיות למחלות זיהומיות שיעור הרופאים ל-1,000 נפש בשנת 2009 היה 0.018<sup>71</sup>, וכי התוספת השנתית הנדרשת כדי לשמר את השיעור הזה היא של ארבעה רופאים מומחים למחלות זיהומיות בשנה, מתוך השוואה לממוצע השנתי של הנפקת תעודות מומחה למחלות זיהומיות; בפועל, התוספת הממוצעת השנתית בשנים 2005-2009 הייתה שבעה מומחים. ראוי לציין כי תוספת זו אינה רק של רופאים למחלות זיהומיות אלא גם של רופא פנימי למשל, או רופא ילדים שהשלים התמחות נוספת במחלות זיהומיות.

מנהל המרכז הארצי מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי אין די רופאים שעיקר עיסוקם במניעת זיהומים. עוד הוסיף כי כיום אין מסלול להתמחות במניעת זיהומים, וההכשרה נעשית תוך כדי עבודה.

השינוי בחומרת הזיהומים ופיתוח עמידות המזהמים לאנטיביוטיקה גורמים לתמותה, לתחלואה יתרה ולעלויות גדולות למשק. לפיכך נוצר צורך להגביר את הפעולות למניעת זיהומים במוסדות הרפואיים. בשל תופעות מרחיקות לכת אלה, לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמשרד יבחן להגדיל את מניין הרופאים העוסקים במניעת זיהומים וכן יבחן את הצורך לפתח מסלול הכשרה ייעודי לרופאים שיתמחו במניעת זיהומים.

המשרד השיב בדצמבר 2012 למשרד מבקר המדינה כי חסרים כ-40 רופאים לתחום מניעת הזיהומים. קשה לשדל רופאים לעסוק בתחום זה בהיעדר כונוניות ואפשרות לפרקטיקה פרטית. עוד כתב המשרד כי הוא יבחן דרכים להפוך את המקצוע למועדף. המשרד כבר פנה ליו"ר המועצה המדעית של הסתדרות הרופאים בישראל בבקשה שיבחן אפשרות להכשיר סטודנטים לרפואה במהלך התמחותם גם במניעת זיהומים ויגדיר תקנים מחייבים למניעת זיהומים.

2. **מחסור באחיות** : מבדיקת כוח האדם העוסק במניעת זיהומים בבתי החולים עלה כי בנובמבר 2012 היו רשומות 152 אחיות מוסמכות ברשומה הממשלתית, שסיימו הכשרה ייעודית במניעת זיהומים. המשרד מפעיל גם בשנת 2012 קורס להכשרת אחיות בתחום מניעת הזיהומים.

נמצא כי חסרות אחיות בעלות הכשרה ייעודית העוסקות במניעת זיהומים. לדברי מנהל המרכז הארצי, בתחום זה מועסקת אחות לכל כ-500 מיטות, במקום אחת ל-200 על פי חוזר המשרד.

71 לשם השוואה, בשנת 2003 עמד שיעור הרופאים המומחים למחלות זיהומיות ל-1,000 נפש על 0.015.

3. מחסור ברוקחים קליניים : בית החולים פורייה שבטבריה כתב למשרד מבקר המדינה במרץ 2012 כי בבית החולים אין רוקח קליני. גם בבתי חולים אחרים בפריפריה חסרים רוקחים קליניים.<sup>72</sup>

המשרד הסביר בתשובתו למשרד מבקר המדינה כי היעדר רוקח קליני אינו אמור לעכב את פעילות היחידה למניעת זיהומים, והמשרד ייעד תקנים לרוקחים קליניים בפריפריה. עוד הוסיף המשרד וכתב כי מנכ"ל המשרד החליט להקצות את כל תוספות התקנים לכוח אדם פרה-רפואי עבור רוקחים קליניים.

על משרד הבריאות לתת את דעתו למחסור בכוח אדם ייעודי - רפואי, סיעודי ואחר, העוסק במניעת זיהומים ובשימוש מושכל באנטיביוטיקה במערכת הבריאות בישראל.

### הסמכה בין-לאומית (אקרדיטציה) של בתי חולים

הסמכה בין-לאומית (אקרדיטציה) היא תהליך וולונטרי של הכרה בין-לאומית במוסד כעומד בסטנדרטים של איכות ומטרתו להעריך את איכות הרפואה הניתנת במוסדות רפואיים שונים.

ב-2005 החליטה הכללית ליישם את תכנית התקנים הבין-לאומיים לאיכות ובטיחות של JCI (Joint Commission International), ארגון שהוא זרוע בין-לאומית של JC-Joint Commission המכיר באיכות ובטיחות של יותר מ-16,000 ארגוני בריאות בארה"ב.<sup>73</sup> בתכנית ההסמכה יש שני נדבכים. הנדבך הראשון עוסק בנושאים הקשורים בטיפול ישיר במטופל ובסביבתו, והאחר - מפרט יעדים לבטיחות המטופל, המבוססים על פתרונות מוכחים למניעת אירועים חריגים בבתי החולים. נושאי הנדבך הראשון בעניין הטיפול במטופל הם מתן טיפול על פי תכנית הטיפול שנקבעה, ניטור המטופל לפי תכנית, שינוי תכניות הטיפול לפי תוצאות הניטור, התקשורת בין המטפלים ואופן העברת המידע. כמו כן עוסק נדבך זה בניהול התרופות והטיפול בהן באמצעות מכלול ההיבטים של מתן התרופה, החל מבחירת התרופה ואחסונה, דרך מתן ההוראה וכלה בבקרה על השפעות בין-תרופתיות, תופעות הלוואי, דיווח על טעויות ועל כמעט טעויות. כמו כן, ניהול מתקני בית החולים ובטיחותם, כישורי הצוות והשכלתו, קידום האיכות ובטיחות המטופל.

הנדבך השני כולל 13 פרקים ובו פרק העוסק במניעת זיהומים נפוצים בבתי חולים, ניטור המטופל וסביבתו ובקרה רצופה ושיטתית על יסוד בסיס נתונים. על פי ה-JCI, בית החולים נדרש לאמץ את התקנים המקצועיים של ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) או של המרכז לבקרת מחלות (Center for Disease Control and Prevention). יעדי הבטיחות הם אלו: (א) זיהוי המטופל; (ב) שיפור התקשורת בין המטפלים; (ג) שיפור בטיחות הטיפול בתרופות מסוכנות; (ד) הבטחת ביצוע הניתוח הנכון למטופל באיבר הנכון; (ה) הפחתת שיעור הזיהומים הנרכשים בבית החולים; (ו) הפחתת שיעור הנפילות והנזק הנגרם למטופלים כתוצאה מהן.

משנת 2005 ועד 2012 עברו שמונה בתי חולים של הכללית את מבדק ההסמכה.

72 ראו מבקר המדינה, דוח שנתי 61ב (2011), בפרק "טיפול מרובה תרופות לקשישים", עמ' 137 ואילך.  
73 עדנה בר-רצון ואח', "אקרדיטציה של בתי חולים - ניסיון שירותי בריאות כללית", הרפואה, כרך 150(4) (אפריל 2011).

לדעת משרד מבקר המדינה, בשל האפשרות שאימוץ תקנים בין-לאומיים ישפר את איכות הטיפול הרפואי בחולים ואת בטיחותם, ראוי שהמשרד ישקול לזרז את תהליך ההסמכה בכלל המוסדות הרפואיים שבאחריותו. על הכללית להשלים את התהליך.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2012 כי חמישה בתי חולים ממשלתיים נמצאים בשלבים הסופיים של תהליך ההסמכה, ושישה מתוכננים להיכנס לתהליך בשנת 2013. עוד הוסיף המשרד כי בחודש נובמבר 2012 החליט המנכ"ל שכל בתי החולים יחויבו לעבור תהליך הסמכה כחלק מתנאי הרישיון שלהם. לאחר סיום הביקורת, בדצמבר 2012, הפיץ המשרד חוזר בנושא<sup>74</sup>. החוזר קובע כי מיולי 2015 יחויבו כל בתי החולים לקבל הסמכה כתנאי לחידוש רישיונם. המשרד הוסיף בתשובתו כי בכוונתו להגשים את המדיניות הזאת גם לגבי בתי חולים פסיכיאטריים וגריאטריים.

## סיכום

בעשורים האחרונים נצפתה עלייה בשיעור הזיהומים במוסדות רפואיים, בחומרתם ובעמידות מחוללי הזיהום לאנטיביוטיקה. הדבר גורם לתמותה ניכרת, לתחלואה יתרה ולעלויות גבוהות למשק. נמצא כי חולים המאושפזים בבתי החולים חשופים לזיהומים עקב תנאי אשפוז לא הולמים, מחסור בחדרי בידוד, מחסור בצוותים מטפלים, אי-שמירת היגיינת ידיים ועוד. על פי הערכת מומחים, מספר הפטירות הקשורות לזיהום שנרכש בבתי החולים בישראל כתוצאה מזיהום בחיידקים העמידים לאנטיביוטיקה או הרגישים לה, נאמד בכ-4,000-6,000 בשנה. אותם מומחים מעריכים כי אילו הקפידו הקפדה ניכרת על כללי הבטיחות ותנאים הולמים, היה אפשר למנוע כ-1,000 עד 4,500 מקרי מוות בשנה.

מערכת הבריאות אינה יכולה להשלים עם אי-הקפדה על הכללים בדבר שמירה על היגיינה במוסדות הרפואיים ואצל צוותי הרפואה והסיעוד, בייחוד היגיינת ידיים, ניקוי, חיטוי ועיקור מכשירים ואביזרים רפואיים, העברה של זיהומים ואי-הפרדה בין חללי אחסון סטריליים לאזורים מזוהמים. יש לפעול בכל האמצעים האפשריים להגברת ההיענות בתחומים המוזכרים לעיל, ובין השאר נדרשת מעורבות מערכתית פעילה יותר של דרגי הניהול הבכירים במוסדות האשפוז.

74 מינהל רפואה, חוזר 38/2012 מדצמבר 2012 בנושא "תהליך אקרדיטציה/הסמכה בבתי חולים כלליים".

צמצום ניכר של התחלואה ומקרי הפטירה במוסדות האשפוז עקב זיהומים נרכשים מחייב משאבים לשיפור תנאי האשפוז. דהיינו, נדרש להקטין את הצפיפות ולהוסיף תקני כוח אדם רפואי וסיעודי, לרבות כוח אדם ייעודי ביחידות למניעת זיהומים בבתי החולים, ועוד. קיים חשש לניגוד אינטרסים בין הנהלות בתי החולים השונים שמעוניינות להגדיל את ההכנסות ולהשקיע פחות במניעת זיהומים וכן לא להפסיק פעילויות מניסות לבתי החולים, ובין הצוותים העוסקים במניעת זיהומים. נוכח השפעתם של זיהומים על תחלואה ותמותה של חולים, שאפשר למנוע אותן בחלקן, יש מקום לשקול להסמיך את הצוותים העוסקים במניעת זיהומים להורות על ביצוע פעולות מתקנות לסילוק הגורמים להעברת זיהומים ואף לבטל פעילות רפואית מתוכננת כמו ביצוע ניתוחים, עד שיתוקנו הליקויים. ראוי שצוותים אלה יערבו את כל הגורמים הבכירים במוסד הרפואי, כמו מנהל המחלקה ומנהל בית החולים ובעת הצורך אף את מנכ"ל המשרד.

לדעת משרד מבקר המדינה, עקב החשיבות והרגישות של הנושא, שיש לו השפעה על חיי אדם פשוטו כמשמעו, על משרד הבריאות להדגיש לפני דרג השרים כי האחריות לשמירה על בטיחות החולה נתונה בידינו, ומן הראוי להציב עניין זה על סדר יומה של הממשלה; פעולות למזעור סכנות הזיהום כרוכות בהקצאת משאבים רבים. לפיכך, יש להציג תחשיבים של העלויות הישירות והעלויות העקיפות הנגרמות מזיהומים נרכשים במוסדות רפואיים כדי לאפשר למקבלי ההחלטות לדון בנתונים וכדילמות ובצורך להקצות משאבים למניעתם.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי לבחון יעדים מתקבלים על הדעת לגבי השיעור הסביר של נשאי חיידקים עמידים על פי המקובל בספרות המקצועית. תכליתם של יעדים אלה היא לייצר מדדים לבחינת יעילותן של הפעולות למניעת זיהומים במוסדות האשפוז. אחד המדדים המקובלים הוא רמת הזיהום הנרכש במחלקה מסוימת או לאחר ביצוע פרודורה רפואית מסוימת. מן הראוי שמשרד הבריאות יכין מדדים שייקחו בחשבון את מאפייני המחלקה ויביאם לידיעת הגורמים האמונים לתיקון הליקויים ואולי אף לידיעת הציבור. באמצעות פרסום זה לא רק שתוטל האחריות לשיפור המדדים על מנהל המחלקה, מנהל בית החולים ועל הצוות הרפואי אלא שגם פרסום זה עשוי להגביר את מחויבותם לדבר.

היחידה הארצית למניעת זיהומים מבצעת ביקורות במוסדות רפואיים ומציינת בדוחות הבקרה ליקויים שונים, חלקם חמורים. מן הראוי לקבוע מועד לתיקון הליקויים, ולייחד מאמץ להקטנת תופעת הזיהומים הנרכשים בכלים הקיימים תוך כדי חיפוש אחר פתרונות מערכתיים לאומיים. זאת ועוד, על המשרד וקופות החולים להנחיל לציבור הרחב דרכים למניעת זיהומים בקהילה ובמוסדות הרפואיים, לרבות שימוש מושכל באנטיביוטיקה, ועל אודות המותר והאסור בעת ביקור חולים במוסדות האשפוז, ועוד.

עקב חשיבותו הרבה של נושא מניעת הזיהומים במערכת הבריאות והליקויים החמורים שעלו בדוח הביקורת, מן הראוי שכל הגורמים הקשורים לפעילות בתחום הזה, קרי משרד הבריאות, קופות החולים, כלל מוסדות האשפוז בארץ - הממשלתיים, הציבוריים והפרטיים ומשרד האוצר, יירתמו למאמץ להקטנת שיעור הזיהומים למידה המקובלת במדינות המערב ויאמצו תקנים בין-לאומיים שישפרו את איכות הטיפול הרפואי בחולים ואת בטיחותם. כפועל יוצא מכך, תקטן הפגיעה המיותרת בחולים ויקטן שיעור התמותה במדינת ישראל בשל זיהומים.

