

## שברי צוואר הירך אצל קשישים

### תקציר

שברי צוואר הירך<sup>1</sup> שכיחים בעיקר בקרב קשישים (בני 66 ומעלה). הם גורמים לקשישים סבל רב ובמקרים רבים גוררים בעקבותיהם מחלות נוספות והידרדרות מנטלית וגופנית. כמו כן הם גורמים הוצאות גדולות למערכת הבריאות ויוצרים עומס על מערכות האשפוז. עם העלייה בתוחלת החיים גדל מספר הקשישים בארץ וגדל מספר הנזקקים לניתוחי שבר צוואר הירך. בשנים האחרונות הוערך מספר המנותחים בני 66 ומעלה בשל שברי צוואר הירך בכ-4,000 בשנה. עלות הטיפול בחולה בשנה הראשונה שלאחר קרות השבר הוערכה בשנת 1999 בכ-67,700 ש"ח.

משרד מבקר המדינה בדק היבטים אחדים של הטיפול בבני 66 ומעלה שלקו בשבר צוואר הירך. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות (להלן - המשרד), בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), במכבי שירותי בריאות ובחמישה בתי חולים: המרכז הרפואי רמב"ם (להלן - רמב"ם), המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא (להלן - שיבא), המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (להלן - איכילוב), המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה (להלן - סורוקה) ומרכז רפואי ע"ש ספיר, מאיר (להלן - מאיר). כן נשלחו בקשות לקבל נתונים ל-19 בתי חולים.

בנובמבר 1997 מינה מנכ"ל המשרד ועדות מקצועיות לדיון בהיבטים אפידמיולוגיים<sup>2</sup>, כלכליים, שיקומיים וארגוניים של הנושא. הוועדות המקצועיות ומשתתפי כנס מקצועי שהתקיים בשנת 1999 (להלן - כנס ההסכמה) המליצו למשרד לקבוע מדיניות לאומית בנושא ולהיערך לשיפור הטיפול בקשישים שלקו בשבר צוואר הירך ושיקומם ולהגברת פעולות המניעה בקרבם: לנתח מוקדם ככל האפשר את כל החולים שניתן לנתחם; לקבוע תעריף דיפרנציאלי<sup>3</sup> לניתוחים כדי להמריץ את בתי החולים לקצר את משך ההמתנה לניתוח; להגדיר "חבילת טיפול ושיקום"; להרחיב את הפעילות הפיזיותרפית במחלקות האשפוז בבתי החולים; ולהקים בסיס מידע ארצי שירכז את הנתונים על שברי צוואר הירך ויאפשר קבלת החלטות נכונות בנושא. עוד הומלץ בכנס ההסכמה לראות בניתוח קשיש שלקה בשבר בצוואר הירך "טיפול דחוף במצב חירום רפואי".

- 1 בעצם הירך חמישה חלקים: החלק התחתון, היוצר מפרק עם הברך; החלק האמצעי; האזור הטרוכנטרי - שנמצא בין החלק האמצעי של העצם לבין צוואר עצם הירך; צוואר עצם הירך; ראש עצם הירך. צוואר עצם הירך וראש עצם הירך נמצאים במפרק עם האגן, ותפקיד המפרק לאפשר תנועה. השברים השכיחים בעצם הירך הם שברים באזור הטרוכנטרי ושברים בצוואר עצם הירך, ושניהם מכונים שברי צוואר הירך.
- 2 האפידמיולוגיה היא ענף במדעי הרפואה, העוסק, בין היתר, בחקר מחלות המתפשטות ותוקפות מספר רב של אנשים ובדרכי מניעתן, ובחקר הקשרים שבין מחלות לבין גורמים סביבתיים.
- 3 תעריף לתשלום של קופת החולים לבתי החולים עבור פעולות רפואיות מסוימות, בעיקר פעולות הכרוכות בהוצאה ניכרת על ניתוחים או על חומרים וציוד. בתעריף אין מובא בחשבון מספר ימי האשפוז הכרוכים בפועל בפעולות הרפואיות, והוא נועד לתמך את בתי החולים לבצע את הפעולות בהקדם ולקצר את האשפוז הכרוך בפעולות אלה. את התעריפים הדיפרנציאליים קובעים שר הבריאות ושר האוצר מתוקף סמכותם לפי חוק הפיקוח על מחירי מצרכים ושירותים, התשנ"ו-1996.

בפברואר 2000 הודיע מנכ"ל המשרד לראש תחום כירורגיה אורתופדית במרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות, ממארגני הכנס, כי הוא "מאשר את המשך המעקב ויישום ההמלצות [של כנס ההסכמה] כמוצע על ידך". ואולם עד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2003, לא יושמו ההמלצות - לא נקבע תעריף דיפרנציאלי, לא נקבעה "חבילת טיפול ושיקום" ולא הוקם בסיס נתונים.

הספרות המקצועית ומומחים ממליצים לבצע את ניתוח שבר צוואר הירך כעבור 24 שעות ולא יאוחר מ-48 שעות ממועד האשפוז. עיכובים בביצוע הניתוח גורמים לתחלואה מוגברת, לעלייה בתמותה ולהארכת משך האשפוז. לכן ממליצים המומחים לראות בשבר בצוואר הירך אצל קשישים מצב חירום רפואי המשפיע על מערכות רבות בגוף ונושא עמו סכנה לתמותה גבוהה.

למרות זאת, מנתוני המשרד על 15 בתי חולים כלליים לשנת 2002 עולה, כי כ-50% מהמנותחים בשברי צוואר הירך המתינו לניתוח שלושה ימים ויותר, וכ-33% - חמישה ימים ויותר. בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בתיקי 37 חולים שנבחרו באופן אקראי ואשר נותחו בשל שבר צוואר הירך בשיבא, במאיר ובאיכילוב בשנת 2003 הועלה, כי 22 חולים המתינו יותר מיומיים ועד 11 ימים לניתוח. חלק מהחולים שעברו את הבדיקות הנדרשות והיו מוכנים לניתוח המתינו לו כמה ימים בצום שנמשך בכל יום עד לשעות הערב.

אחת הסיבות העיקריות לעיכוב בביצוע ניתוחי שבר צוואר הירך בבתי חולים רבים הוא היעדר חדרי ניתוח זמינים. ברמב"ם ובמאיר, למרות הקצאת חדר ניתוח נוסף לניתוחים אלה בשעות התורנות<sup>4</sup>, בשנת 2002 היה משך ההמתנה הממוצע לניתוח יותר מ-48 שעות.

בשיבא, באיכילוב, בסורוקה ובמאיר היו בשנים 2001-2003 ביטולים ודחיות של ניתוחים, בהם ניתוחי שבר צוואר הירך, שנגרמו מעיכובים בהפעלת חדרי הניתוח בגלל אי-תכנון של הניתוחים, מחסור ברופאים מרדמיים ואי-הכנת החולים לניתוח בזמן. שבעה בתי חולים דיווחו למשרד מבקר המדינה, כי העיכוב בביצוע ניתוחי שבר צוואר הירך אצלם נגרם גם מעיכובים במתן יעוץ רפואי של רופא פנימי, קרדיולוג ורופא מרדים ומעיכובים בביצוע בדיקות רפואיות שונות.

לדעת מומחים, ניתוח קשישים שלקו בשבר צוואר הירך בשעות התורנות מגדיל את הסיכון לסיבוכים, והם ממליצים לנתחם בידי צוות מנתחים מיומן בשעות העבודה הרגילות. למרות זאת העלתה הביקורת, כי נוכח העומס על חדרי הניתוח בשעות העבודה הרגילות נדחים ניתוחים של שבר צוואר הירך לשעות התורנות ונעשים בידי רופאים תורנים. מדיווחים של 12 בתי חולים למשרד מבקר המדינה עלה, כי בשנים 2000-2002 נעשו 60% מניתוחים אלה בשעות התורנות.

בחלק מניתוחי שבר צוואר הירך מחליפים את ראש עצם הירך במשתל. המשרד לא קיים תהליך של בקרת איכות על סוגי המשתלים ולא עקב אחר הניתוחים החוזרים מסוג זה והגורמים להם.

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, קובע שלא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן הוא נתן לכך הסכמה מדעת. במצב חירום רפואי רשאי מטפל לתת טיפול רפואי דחוף

4 שעות התורנות הן בימים א-ה מ-16.00 עד 8.00 למחרת בבוקר, ובסופי שבוע מיום ר' בשעה 13.00 עד יום א' בשעה 8.00 בבוקר.

גם ללא הסכמה מדעת של המטופל והטיפול יינתן בהסכמת שלושה רופאים, אלא אם כן נסיבות החירום אינן מאפשרות זאת. עיכוב בביצוע של ניתוח שבר צוואר הירך בשל אי-קבלת הסכמה מדעת של המטופל עלול להביא לתוצאות חמורות ביותר ואף למוות החולה. הביקורת העלתה, כי יש שניתוחי שבר צוואר הירך מתעכבים מהסיבה האמורה, וכי המשרד לא הכיר בכך שניתוחים אלה הם בגדר טיפול במצב חירום רפואי, למרות המלצת כנס ההסכמה ועמדת מומחים.

בשנת 1990 קבע המשרד תעריף דיפרנציאלי לאחד משני סוגי הניתוחים בשבר צוואר הירך, כדי לעודד את בתי החולים לקצר את משך ההמתנה לניתוחים מסוג זה. בית החולים רשאי לגבות תשלום עבור הניתוח לפי התעריף הדיפרנציאלי או לפי מחיר ימי האשפוז בפועל, כאשר משך האשפוז מתארך בשל סיבוכים רפואיים - הגבוה מבין השניים. מנתונים שמסרו בתי החולים למשרד מבקר המדינה עולה, כי בשנת 2002 נגבה תשלום לפי התעריף הדיפרנציאלי רק עבור כמחצית מניתוחי השבר מהסוג האמור, וברוב בתי החולים לא קוצרו משך ההמתנה לניתוחים אלה ומשך האשפוז של החולים שנותחו, ומכאן שהמטרה לא הושגה. הביקורת העלתה, כי המשרד לא עקב אחר היקף ביצוע ניתוחים אלה שהתשלום עבורם היה לפי התעריף הדיפרנציאלי, ואחר השפעתם על משך ההמתנה לניתוחים אלה.

בכנס ההסכמה הומלץ לקבוע תעריף דיפרנציאלי גם לסוג הניתוח האחר, כדי להמריץ את בתי החולים לקצר גם את משך ההמתנה לניתוחים מסוג זה. במהלך השנים הגיש המשרד לאישור ועדת המחירים הבין-משרדית שבמשרד האוצר הצעות מספר לתעריפים דיפרנציאליים לניתוחים אלה, אולם עד מועד סיום הביקורת לא נקבע להם תעריף דיפרנציאלי.

בכנס ההסכמה הומלץ לתת לחולים שנותחו בשל שבר צוואר הירך טיפול פיזיותרפי בכל יום, כדי למנוע סיבוכים וכדי להחזירם לתפקוד הגופני והמנטלי שהיה להם לפני השבר. המשרד לא דן בהמלצות אלה ובדרכי מימושו. כ-40% מהחולים שתיקיהם נבחרו באופן אקראי ונבדקו בידי משרד מבקר המדינה לא קיבלו טיפולים פיזיותרפיים בכל יום.

לדעת אנשי מקצוע, יש להעביר חולים שנותחו בשל שבר צוואר הירך בהקדם למסגרת שיקומית, כדי להבטיח את שיקומם המיטבי. הביקורת העלתה, כי בשני בתי חולים חולים רבים (כ-25% מהמנותחים בחודשים ינואר-מאי 2003) אושפזו יותר מחמישה ימים אחרי הניתוח, בגלל היעדר סידור שיקומי. בעקבות תלונות שקיבל המשרד על מניעת שיקום מקשישים מבוטחי הכללית במחוז חיפה, הוא מינה במרס 2003 ועדה לבדיקת הנושא. בנובמבר 2003 הגישה הוועדה להנהלת המשרד "תוכנית מסגרת לבדיקת הטיפול בחולים המיועדים לשיקום". בדצמבר 2003 טרם גובשה במשרד תכנית אופרטיבית ליישום המלצות הוועדה.

המידע שבידי המשרד על ניתוחי שבר צוואר הירך הוא חלקי: אין למשרד מידע על הסיבות לדחיית ניתוחים, מחלות נלוות ותהליכי טיפול ושיקום ויש טעויות בקידוד האבחנות. בכנס ההסכמה הומלץ להקים בסיס מידע ארצי על הטיפול בשברי צוואר הירך, אולם בסיס המידע לא הוקם.



## כללי

שבר צוואר הירך<sup>5</sup> אינו מאפשר לנפגע לשאת את משקל הגוף הפגוע והוא גורם לכאבים עזים בכל תנועה. הטיפול המקובל היום בשבר זה הוא ניתוח. עם העלייה בגיל גובר הסיכון ללקות בשבר צוואר הירך, ולכן עם הגידול במספר הקשישים במדינה יש אף עלייה בשכיחות שברים אלה ובמספר הניתוחים לטיפול בהם.

לשברי צוואר הירך השפעה ניכרת על התחלואה ועל התמותה בקרב קשישים, הסובלים לרוב גם ממחלות נוספות וממסת עצם נמוכה (אוסטאופורוזיס). השברים גורמים לירידה באיכות החיים, לעתים גוררים בעקבותיהם מחלות נוספות וסיבוכים רפואיים, ובמקרים רבים אף גורמים לאובדן העצמאות של הקשישים. כמו כן הם גורמים הוצאות כבדות למערכת הבריאות ויוצרים עומס על מערכות האשפוז הדחוף והשיקומי.

הוצאות מערכת הבריאות על הטיפול בשברי צוואר הירך נאמדו בידי המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות במשרד הבריאות (להלן - המשרד) בשנת 1999 ב-67,700 ש"ח לחולה. אומדן זה אינו כולל הוצאות צפויות בשל סיבוכים רפואיים ארוכי טווח בשנים שלאחר הניתוח.

לפי נתוני המשרד, בכל אחת מהשנים 2000-2002 היו כ-4,000 אשפוזים דחופים של בני 66 ומעלה שנותחו ניתוח שבר צוואר הירך ב-19 בתי חולים כלליים. כ-3.3% מהחולים נפטרו במהלך האשפוז בכל שנה. כ-3.4% מהחולים שנותחו בשל שבר צוואר הירך בשנת 2000 אושפזו ונותחו שוב בתוך שנה. עלות הטיפול בשברים אלה מוערכת בכ-271 מיליון ש"ח בשנה.

מדיווחים של 17 בתי חולים למשרד מבקר המדינה עולה, כי שיעור בני 66 ומעלה מכלל המנותחים בשל שבר צוואר הירך בכל אחת מהשנים 2000-2002 היה 79.5%, 62% ו-80.4% (בהתאמה).

בחודשים אפריל-אוגוסט 2003 בדק משרד מבקר המדינה היבטים אחדים של הטיפול בקשישים בני 66 ומעלה שלקו בשבר בצוואר הירך. הבדיקה נעשתה במשרד, בשירותי בריאות כללית (להלן - הכללית) ובמכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי). כן נשלחו בקשות לקבל נתונים (להלן - טופסי הנתונים) ל-19 בתי חולים ונעשתה בדיקה פרטנית בחמישה בתי חולים: המרכז הרפואי רמב"ם (להלן - רמב"ם), המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא (להלן - שיבא), המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי (להלן - איכילוב), המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה (להלן - סורוקה) ומרכז רפואי ע"ש ספיר, מאיר (להלן - מאיר). הממצאים בדוח זה מבוססים על נתוני האגף למידע ומיחשוב במשרד ועל הנתונים שהתקבלו בטופסי הנתונים והנתונים שהועלו בבדיקה הפרטנית בחמשת בתי החולים האמורים.

## תכניות הטיפול בקשישים שלקו בשבר בצוואר הירך

1. במרס 1997 מינה יו"ר המועצה הלאומית<sup>6</sup> לטראומה שבמשרד הבריאות ועדה "לבחינת נושא שברי צוואר עצם הירך בקרב קשישים", והטיל עליה לעסוק בהיבטים אפידמיולוגיים<sup>7</sup>, כלכליים, שיקומיים וארגוניים של הנושא (להלן - הוועדה). חברים בוועדה נציגים של המועצה הלאומית

5 ראו הערה 1.  
6 המועצות הלאומיות הן גופים מייעצים מקצועיים של המשרד בתחומי הבריאות השונים. תפקידן לסייע למשרד בהתוויית מדיניות בריאות ולייעץ לו, בין היתר, בנוגע לאימוץ טכנולוגיות וגישות טיפוליות חדשות.  
7 ראו הערה 2.

לטרואמה, המועצה הלאומית לגריאטריה והוועדה לאורתופדיה הפועלת מטעם המועצה הלאומית לכירורגיה. בדיוני הוועדה נדונו סוגיות כמו משך ההמתנה הארוך לניתוחים, ביצוע הניתוחים בשעות התורנות<sup>8</sup> והיעדר התקדמות של ממש בתחום הטיפול בשברי צוואר הירך אצל קשישים.

בנובמבר 1997 מינה מנכ"ל המשרד בהמלצת הוועדה כמה ועדות מקצועיות והטיל עליהן לבחון, בין היתר, נושאים אלה: גורמי הסיכון לשבר צוואר הירך בקרב קשישים ודרכי מניעתו, אוסטאופורוזיס, טיפול במהלך האשפוז בבית החולים, שיקום וסיבוכים הנגרמים מהשבר ומקורות המידע בנושא שברי צוואר הירך. הוועדות המקצועיות המליצו למשרד לקבוע מדיניות לאומית בנושא שברי צוואר הירך ולהיערך באופן הולם לטיפול בנפגעים ולשיקומם ולמניעת אוסטאופורוזיס ונפילות בקרב קשישים. ביולי 1998 הגישו הוועדות את מסקנותיהן למנכ"ל המשרד.

2. ממצאי הוועדות הצביעו על הצורך לקבל החלטות שיהיו מקובלות על כל העוסקים בתחום. לצורך זה הוחלט לכנס כנס מקצועי רב משתתפים בעניין הטיפול במי שלקו בשבר צוואר הירך ושיקומם (להלן - כנס ההסכמה)<sup>9</sup>. כנס ההסכמה אורגן בידי המרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות<sup>10</sup>, משרד הבריאות וההסתדרות הרפואית בישראל. לקראת כינוס פנה מנכ"ל משרד הבריאות לגורמים העוסקים בתחום בבקשה להשתתף כחברים בצוות ההסכמה. מנכ"ל משרד הבריאות עמד בראש צוות ההסכמה. הכנס התכנס באוגוסט 1999. מטרת הכנס הייתה, בין היתר, לבחון את ההיבטים הרפואיים והכלכליים של שברי צוואר הירך אצל קשישים, להציע דרכים לשיפור הטיפול בחולים ושיקומם ולהגיע להסכמה לאומית בדבר הצרכים בתחום זה והארגון הנדרש למילויים, ובמיוחד להסכמה בדבר הצורך בקיצור משך ההמתנה לטיפול ולשיקום ובדבר ההיערכות הנדרשת בתחום זה לקראת השנים הבאות.

באוגוסט 1999 התפרסמה "הצהרת ההסכמה", המבטאת את הסכמתם המלאה של המשתתפים בכנס ההסכמה להמלצות שהתקבלו בכנס. בהצהרת ההסכמה הומלץ, בין היתר, לנתח מוקדם כל האפשר את כל החולים שניתן לנתחם (רק מיעוט החולים ממתינים לניתוח עקב הצורך בייצוב מצבם הרפואי); לקבוע תעריף דיפרנציאלי<sup>11</sup> לניתוח, כדי לתמך את בתי החולים לקצר את ההמתנה לניתוח, ובמקביל לקבוע הסדר שימנע שחרור מוקדם מדי של החולים לביתם; להגדיר "חבילת טיפול ושיקום"; להרחיב את פעילות הפיזיותרפיה במחלקות לאורתופדיה; להקים בסיס מידע ארצי שבו ירוכזו נתונים על כלל מרכיבי התחלואה בשברי צוואר הירך, כדי לאפשר לקבל החלטות נכונות במערכת הבריאות בנושא זה. המסקנות וההמלצות שהופקו בכנס הוגשו כהצעה ליישום להנהלת המשרד.

3. בפברואר 2000 הודיע מנכ"ל המשרד לראש תחום כירורגיה אורתופדית במרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בשירותי הבריאות (להלן - ראש התחום), ממארגני הכנס, כי הוא "מאשר את המשך המעקב ויישום ההמלצות [של כנס ההסכמה] כמוצע על ידך". ביולי 2000 דיווח ראש התחום למנכ"ל המשרד, כי הטיפול בשתי ההמלצות המרכזיות של הכנס - קביעת תעריף דיפרנציאלי לניתוח שבר צוואר הירך אצל קשישים ויצירת "סל טיפול ושיקום" לחולים - מתעכב במינהל הרפואה במשרד, אף שעברה שנה ממועד כנס ההסכמה.

8 ראו הערה 4.

9 כנס ההסכמה הוא כינוס של מומחים ממקצועות הרפואה השונים, איגודים מקצועיים, נציגי ציבור ונציגים של רשויות ממלכתיות, והוא משמש כלי חשוב לקבלת החלטות האמורות להוביל לגיבוש מדיניות בריאות לאומית.

10 במכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות.

11 ראו הערה 3 לעיל.

במועד סיום הביקורת, אוגוסט 2003 - כארבע שנים לאחר כנס ההסכמה - עדיין לא יושמו המלצות הכנס, אף על פי שבמהלך אותן שנים התריעו בעלי תפקידים שונים במשרד על שאין התקדמות ביישום ההמלצות ועל שלא חלו שינויים מהותיים בדרכי הטיפול בקשישים שלקו בשבר צוואר הירך.

משרד הבריאות הודיע למשרד מבקר המדינה בתשובתו מנובמבר 2003, כי ימנה ועדה מצומצמת לטיפול בנושא בהשתתפות נציגים שהיו שותפים לכנס ההסכמה.

### המתנה לניתוח שבר צוואר הירך

1. מחקרים בארץ ובעולם מצביעים על כך, שהמתנה לניתוח יותר מ-48 שעות מגבירה את התחלואה לאחר הניתוח, מגדילה את שיעור התמותה ומאריכה את משך האשפוז של המנותחים. הספרות המקצועית ממליצה על ניתוח חולים שלקו בשבר בצוואר הירך ואשר סובלים ממחלות כרוניות כעבור 24-48 שעות ממועד אשפוזם, על פי מצבם הבריאותי; ב-24 השעות הראשונות לאשפוז יש לנסות לאזן את מצבו הרפואי של החולה.

ממסקנות הוועדה "לבחינת נושא שביר צוואר עצם הירך בקרב קשישים" והוועדות המקצועיות שהיא מינתה<sup>12</sup> משנת 1998 עולה, כי חולים שעברו ניתוח של שבר צוואר הירך בתוך 48 שעות ממועד קרות השבר, עזבו את המחלקה האורתופדית בממוצע ארבעה ימים מוקדם יותר מחולים שהמתינו יותר מ-48 שעות לניתוח.

מגמה זו עלתה גם במחקר שנעשה בשנת 2000 בשני בתי חולים - סורוקה והמרכז הרפואי ע"ש ברזילי באשקלון (להלן - ברזילי)<sup>13</sup>. במחקר הועלה, כי בסורוקה היה משך ההמתנה הממוצע לניתוח יותר מארבעה ימים (100.1 שעות), ומשך האשפוז הממוצע לאחר הניתוח היה 13.8 ימים. ואילו בברזילי היה משך ההמתנה הממוצע כיום וחצי (34.9 שעות), ומשך האשפוז הממוצע - 7.4 ימים. מספרם של החולים שניתוחם נדחה בשני בתי חולים אלה מסיבות רפואיות היה קטן ביותר (5 מ-353 חולים).

עוד עולה ממחקרים, כי עיכוב בביצוע הניתוח ואשפוז ממושך גורמים להחמרה במחלות שהקשיש סבל מהן לפני הניתוח, לסכנה למחלות חדשות ולגידול בשיעורי התמותה. נוכח מצב זה, לדעת אנשי המקצוע, לא ניתן להתייחס אל שבר בצוואר הירך אצל קשיש "כאל טראומה מינורית הממוקדת בגפה בודדת, אלא כאל מצב חירום רפואי, המערב מערכות רבות ונושא עמו סכנת תמותה גבוהה"<sup>14</sup>.

12 מסקנות הוועדות לבדיקת הטיפול ומניעת שביר צוואר ירך בקשישים (1999), מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בבריאות, עמ' 47.

13 " שוהם, ח' ראובני, ר' פלד, הטיפול בשביר צוואר הירך בקרב קשישים בדרום הארץ-המלצות רפואיות בראי המציאות (2002), הפקולטה לרפואה באוניברסיטת "בן-גוריון" בנגב.

14 ש.ש.

הביקורת העלתה, שבתי החולים רואים בניתוח שבר צוואר הירך טיפול בטראומה לא דחופה ולא טיפול מציל חיים. לכן חולים הנוזקים לניתוח זה בדרך כלל אינם מנותחים מיד עם הגיעם לבית החולים. מנתוני האגף למידע ומחשוב במשרד על 15 בתי חולים כלליים<sup>15</sup> לשנת 2002 עולה כי כ-50% מהמנותחים בשל שבר צוואר הירך המתינו לניתוח שלושה ימים ויותר, וכ-33% המתינו חמישה ימים ויותר.

תמונה דומה עולה מהנתונים שמסרו 12 בתי חולים, ולפיהם בשנת 2002 היה זמן ההמתנה הממוצע לניתוח שבר צוואר הירך בשבעה בתי חולים בין יום וחצי ליומיים (נהריה, ברזילי, הלל יפה, זיו, בני ציון, השרון, הכרמל); ובחמישה בתי חולים היה זמן ההמתנה הממוצע יותר מיומיים (סורוקה ושיבא - 4.5 ימים; מאיר - 2.7; בילינסון - 2.6; פוריה - 2.5).

2. להלן ממצאים פרטניים שהעלה משרד מבקר המדינה בביקורת בבתי החולים איכילוב, שיבא, סורוקה ומאיר בעניין ההמתנה לניתוחי שבר צוואר הירך:

(א) שיבא: מדיווחו של שיבא בטופס הנתונים עולה, כי בכל אחת מהשנים 2000-2002 נותחו בשל שבר צוואר הירך בין 425 ל-503 חולים. בחודשים ינואר-פברואר 2003 המתינו לניתוח שלושה ימים ויותר 49% מ-240 החולים שנותחו באותם חודשים, ו-19.6% מהחולים המתינו חמישה ימים ויותר.

מהבדיקה שנעשתה עולה, שהנהלת בית החולים הורתה ביוני 2001 לנתח בתוך 36 שעות כל נפגע טראומה שלקה בשבר צוואר הירך. מנהל המערך האורתופדי הודיע להנהלה, כי לא ניתן לבצע הנחיה זו, ובאוגוסט 2001 דיווח על 12 חולים הסובלים משבר צוואר הירך שהמתינו ללא סיבה רפואית יותר מ-36 שעות. ההמתנה הממושכת נמשכה גם בשנת 2002, ובאוקטובר אותה שנה דיווח מנהל המערך האורתופדי להנהלת שיבא כי 20 מהחולים שלקו בשבר צוואר הירך ונותחו בחודשים יולי-ספטמבר 2002, המתינו בממוצע שלושה עד ארבעה ימים לניתוח, בהם 12 שהמתינו 3-9 ימים. רק שניים מהם המתינו לביוריים רפואיים נוספים. מהמסמכים עולה עוד, כי יש שחולים גריאטריים שהמתינו ימים מספר לניתוח נדרשו לצום בכל יום, כדי להיות מוכנים לניתוח (אך הוא בוטל בסוף היום), ולכן יש השפעות ארוכות טווח על מצבם הפיזי, נוסף על הסבל ואי-הנוחות שנגרמו להם.

בניסיון לקצר את משך ההמתנה לניתוחים אורתופדיים דחופים, ובהם ניתוחי שבר צוואר הירך, הוקצה למחלקה האורתופדית מדצמבר 2002 זמן נוסף לביצוע ניתוחי טראומה. למרות זאת לא עמד בית החולים בהנחיה לנתח חולים שלקו בשברי צוואר הירך בתוך 36 שעות ממועד אשפוזם. מעקב שעשתה המחלקה האורתופדית על 77 חולים שנותחו בשל שבר צוואר הירך בחודשים ינואר ופברואר 2003 העלה, כי 53 מהם (כ-70%) המתינו לניתוח 3-9 ימים.

כך, למשל, בפברואר 2003 כתבה בת של חולה המאושפזת במחלקה הגריאטרית בשיבא למנהל המחלקה האורתופדית, כי אמה בת ה-84, הסובלת משבר צוואר הירך, ממתנה כבר שישה ימים לניתוח וצמה בכל יום, ובינתיים היא סובלת, מבולבלת ומותשת מהצום, היא נחלשת ומצבה מידרדר; באותו חודש התריע מנהל המחלקה האורתופדית לפני הנהלת בית החולים על ההמתנה הממושכת לניתוחים אלה והגדירה "פיגוע המוני מתמשך ללא פתרון". הוא טען, כי השירות האורתופדי הניתן הוא לקוי, וכי מערכת הרפואה הורגלה לסבלם של חולים קשישים שלקו בשבר בצוואר הירך, שדחיית הטיפול בהם כרוכה בסבל רב ואינה מוצדקת לפי כל אמות המידה הרפואיות המקובלות.

(ב) סורוקה: מדיווחו של סורוקה בטופס הנתונים עולה, כי מספר המנותחים בני 66 ומעלה בשבר צוואר הירך בכל אחת מהשנים 2000-2002 היה 191-228. ממסמכי בית החולים עולה כי

15 רמב"ם, וולפסון, הלל יפה, ברזילי, פוריה, איכילוב, בני ציון, בילינסון, סורוקה, מאיר, קפלן, העמק, הכרמל, השרון, יוספטל.

בשנת 2001 דיווח מנהל המחלקה האורתופדית למנהל סורוקה, כי הקשישים הסובלים משברים בצוואר הירך "נחקים לתחתית סולם העדיפויות בבית החולים". בשנת 2002 דיווח מנהל המחלקה האורתופדית להנהלת בית החולים, כי החולים בשבר צוואר הירך ממתינים שלושה ימים לבדיקות ועוד שלושה-ארבעה ימים לניתוח וצמים בכל יום, משום שהניתוח נדחה בגלל ניתוחים דחופים אחרים שיש לעשות.

כתשובתה למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2003 ציינה הכללית, כי סורוקה "משרת את כל האוכלוסייה של הנגב... ומספר חדרי [הניתוחים אינו מספיק. עם הזדקנות האוכלוסייה עלתה הדרישה לניתוחי שבר צוואר הירך. בשנת 2002 ובתקופה מינואר עד אוקטובר 2003 בוצעו בסורוקה 18% ו-25% (בהתאמה) ניתוחי צוואר הירך מכלל הניתוחים הדחופים האורתופדים... אי לכך החליטה הנהלת בית החולים לתת עדיפות לניתוחים אלה". מנתונים שמסר בית החולים למשרד מבקר המדינה עולה, כי בחודשים ינואר-מאי 2003 המתינו לניתוח שלושה ימים ויותר 57.4% מ-167 החולים שנותחו באותו פרק זמן, ו-34.7% מהחולים המתינו חמישה ימים ויותר. כלומר, למרות העדיפות שניתנה בזמנו לניתוחי צוואר הירך ההמתנה לניתוחים אלה עדיין ממושכת.

(ג) מאיר : בשנים 2001-2003 דיווחה המחלקה האורתופדית להנהלת בית החולים מאיר שוב ושוב על התנאים הפיזיים והסניטריים הקשים, ועל צפיפות במחלקה ועל נזקים הנגרמים לחולים כתוצאה מכך.

בשל המתנה ממושכת של חולים לניתוחי שבר צוואר הירך ולניתוחים אחרים במחלקה האורתופדית, גדלה הצפיפות במחלקה. שכיבה ממושכת בתנאים של צפיפות עלולה לגרום לזיהומים ולסיבוכים לחולים בכלל ולקשישים החולים במיוחד, ולגרום לעיכוב נוסף בביצוע הניתוח.

מטופס הנתונים של מאיר עולה, כי בכל אחת מהשנים 2000-2002 נעשו בבית החולים בין 360 ל-415 ניתוחים של שברי צוואר הירך לבני 66 ומעלה, וכי בחודשים ינואר-מאי 2003 המתינו לניתוח שלושה ימים ויותר 32.7% מ-208 חולים שנותחו באותם חודשים, ו-9.1% מהחולים המתינו חמישה ימים ויותר. הביקורת העלתה, כי אף שביית החולים הקצה חדרי ניתוח נוספים לניתוחי צוואר הירך, דיווחה המחלקה האורתופדית להנהלת בית החולים פעמים רבות בשנים 2000-2003 על המתנה ממושכת (2-11 ימים) של חולים רבים (8-21) בכל מועד שעליו דווח, לניתוח שבר צוואר הירך ועל חולים שנגרמו להם סיבוכים רפואיים בעקבות ההמתנה לניתוח.

משרד מבקר המדינה בחר, באופן אקראי ובדק 15 תיקי חולים שנותחו בינואר ובמאי 2002 ובאפריל, מאי ויולי 2003. הבדיקה העלתה, שניתוחם של ארבעה חולים נדחה ביום עד שלושה ימים אף שהחולים היו מוכנים לניתוח, נבדקו ככל הבדיקות הרפואיות הנדרשות לפני הניתוח ונמצאו בצום.

(ד) איכילוב : מטופס הנתונים של איכילוב עולה, כי מספר המנותחים בני 66 ומעלה בשל שבר צוואר הירך בכל אחת מהשנים 2000-2002 היה בין 409 ל-438. משרד מבקר המדינה בחר באופן אקראי ובדק עשרה תיקי מאושפזים בני 66 ומעלה שנותחו בשל שבר צוואר הירך בשתי המחלקות האורתופדיות שבבית החולים ביולי ובאוגוסט 2003. הבדיקה העלתה, כי גיל המנותחים היה 79-95, וכי הם המתינו לניתוח 2-11 ימים: שלושה מהם המתינו 3-4 ימים, וחמישה - 7 ימים ויותר.

עוד הועלה, כי שמונה מהמנותחים המתינו לניתוח לאחר שהיו מוכנים מבחינה רפואית (כלומר עברו את כל הבדיקות הנחוצות) יומיים עד חמישה ימים, ובכל יום צמו עד שעות הערב, ואז הוברר שלא יהיה אפשר לנתחם באותו יום.



3. הביקורת העלתה, כי המחלקות האורתופדיות בבתי החולים סורוקה, מאיר ואסף הרופא דוחות ביצוע ניתוחים אלקטיביים להחלפת מפרקי ירך כדי לבצע ניתוחי שבר צוואר הירך. מנהל המחלקה האורתופדית בסורוקה מסר כי ניתוחי שבר צוואר הירך שנעשו במקום ניתוחים אלקטיביים של החלפת מפרקים<sup>16</sup> האריכו את משך ההמתנה לניתוחים האלקטיביים והוא כבר מגיע לשנה. בית החולים איכילוב הודיע למשרד מבקר המדינה בתשובתו מדצמבר 2003, כי כדי לקצר את משך ההמתנה לניתוח שבר צוואר הירך מבצעים באיכילוב את הניתוחים "על חשבון ניתוחים אלקטיביים... הדבר מביא [ל]כך שנוצרת בעיה בדחייתם של ניתוחים אלקטיביים"; שיבא מסר למשרד מבקר המדינה בתשובתו מדצמבר 2003, כי בבית החולים בוטלו ניתוחים אורתופדיים מתוכננים וקודמו ניתוחים של חולים עם שברי צוואר ירך. הוא הדגיש כי "הפתרון המושכל היחיד הוא להעדיף חולים אלה ע"ח [על חשבון] הרחבת שעות חדר ניתוח ולא ע"ח חולים אלקטיביים... חולים אלקטיביים הממתינים בתור חדשים, ומוצאים עצמם נפגעים מול ביטול ניתוח ברגע האחרון".

כפי שעולה מהערות בתי החולים, ביצוע של ניתוחי שבר צוואר הירך במקום ניתוחים אלקטיביים מאריך את משך ההמתנה לניתוחים האלקטיביים, הארוך ממילא, ופוגע בנוקמים להם. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ובתי החולים למצוא את הדרך המיטבית למניעת עיכובים בביצוע ניתוחי שבר צוואר הירך בלא לפגוע בחולים האחרים.

## הסיבות לעיכוב בניתוחים

משרד מבקר המדינה בחן את הגורמים לעיכוב הניתוחים של קשישים בשברי צוואר הירך. להלן הממצאים.

### הפעלת חדרי ניתוח<sup>17</sup>

ניצול מיטבי של חדרי הניתוח והצוותים הרפואיים הוא גורם המשפיע על משך ההמתנה לניתוח. הביקורת העלתה, כי אחת הסיבות העיקריות לעיכוב בביצוע ניתוחי שבר צוואר הירך הוא היעדר חדרי ניתוח זמינים.

### עיכובים בהפעלת חדרי הניתוח

1. בשנים 2001 ו-2002 היו בשיבא בממוצע כשלושה נפגעי טראומה<sup>18</sup> ביממה, מהם אחד שלקה בשבר צוואר הירך. ממסמכי בית החולים עולה, כי באותן שנים דיווחו מנהל המחלקה האורתופדית ומנהל המחלקה הכירורגית להנהלת בית החולים על ליקויים הנוגעים לזמינות חדרי הניתוח ולהפעלתם, ובהם איחורים של כמה שעות במסירת חדר הניתוח למחלקה האורתופדית ותחילת הפעילות בחדרי הניתוח באיחור - אחרי השעה 8.00. מנהל שיבא ציין בינואר 2002, כי אמנם לא ניתן "לשלוט על כמות הטראומה האורתופדית המגיעה לחדר מיון, אך בהחלט ניתן לנהל טוב יותר את הגורמים האחרים".

16 ניתוחים מתוכננים להחלפת מפרק שנפגע במשתל או החלפת משתל ישן.  
 17 בנושא זה ראו את הפרק "הפעלת חדרי ניתוח בבתי חולים" בדוח שנתי 53 של מבקר המדינה, עמ' 462.  
 18 פציעה חמורה הנגרמת מפגיעה חיצונית בגוף האדם הפוגעת בשלמות הרקמות.

כך, למשל, דווח מחדרי הניתוח בשיבא באוקטובר 2002 כי באחד הימים באותו חודש עמדו חדרי הניתוח ריקים שלוש פעמים במשך 7.5 שעות בסך הכול (שעתיים וחצי לפני כל ניתוח), בשל חוסר תכנון, היעדר רופא או אי-הכנת החולה לניתוח.

2. הביקורת העלתה, כי גם בסרוקה בעיות שונות בהפעלת חדרי הניתוח פוגעות ביכולת לנצלם ביעילות המרבית. כך, למשל, התריעו בעלי תפקידים שונים בבית החולים בשנים 2002 ו-2003 על איחורים בהפעלת חדרי הניתוח, על קשיים בתכנון הניתוחים ועל מחסור בסניטרים, במנקות ובכוחות עזר, הגורמים להפסד של שעות ניתוח בכל יום.

3. בשנים 2001-2003 התריעו בעלי תפקידים שונים במאיר לפני הנהלת בית החולים על עיכובים בביצוע תכנית הניתוחים האורתופדיים, שכמחציתם ניתוחי שבר צוואר הירך, ועל ביטול ניתוחים שבגללו ממתינים חולים לפחות שלושה ימים לניתוחים דחופים. זאת, כאמור, למרות הקצאת חדרי ניתוח נוספים לניתוחי שבר צוואר הירך.

4. רבים מניתוחי שבר צוואר הירך אצל קשישים הם ניתוחים מורכבים, הן בגלל מצבם הרפואי הקשה של הקשישים הדורש תשומת לב מיוחדת והן בגלל סוג השבר. המשנה למנכ"ל המשרד מסר לנציגי משרד מבקר המדינה, כי מן הראוי שחולים אלה ינתחו בידי צוות מנתחים מיומן, מנתח מומחה ועוזר מנתח, באופן מתוכנן, ולפיכך ראוי שיעשו בשעות העבודה הרגילות ולא בשעות התורנות.

עוד ביולי 1999 התריע מנהל מחלקה אורתופדית באחד מבתי החולים לפני ראש תחום אורתופדיה במרכז הישראלי להערכת טכנולוגיות בריאות, כי רצוי שניתוחי שבר צוואר הירך ייעשו בשעות הבוקר או בשעות אחר הצהריים המוקדמות ולא בלילה, שכן היקף הסיכונים הנגרמים מניתוחים אלה המתקיימים בשעות הלילה הוא גדול. הביקורת העלתה, שהמשרד לא בחן טענה זו ולא בדק את השפעת ביצוע הניתוחים בלילה על החולים ועל עלות הטיפול בהם.

זאת ועוד, הביקורת העלתה, שבשל אי-זמינות של חדרי הניתוח וחוסר יעילות בהפעלתם נאלצו בתי החולים שבהם נעשתה ביקורת פרטנית (רמב"ם, אכילוב, מאיר, שיבא וסורוקה) לנתח חולים הסובלים משבר צוואר הירך בשעות התורנות.

מנתונים של 12 בתי חולים שדיווחו למשרד מבקר המדינה<sup>19</sup> עולה כי בכל אחת מהשנים 2000-2002 נעשו כ-60% מניתוחי שבר צוואר הירך אצל קשישים בשעות התורנות.

#### אי-הכנת חולים לניתוח

לפני ניתוח שבר צוואר הירך יש לעשות פעולות הכנה ובהן הכנת מנות דם, סימון האברים המיועדים לניתוח, החתמת החולה על טופס הסכמה מדעת לניתוח, בדיקת רופא מרדים, מדידת סימנים חיוניים (חום, דופק, לחץ דם) וביצוע בדיקות וצילומים הנדרשים לרופאים המרדמים. הכנת החולה אמורה להיעשות ביום שלפני הניתוח. אי-הכנת החולים במועד עלולה לעכב את תחילת הניתוח ולשבש את סדר היום של חדרי הניתוח, ואף למנוע ממתלקות אחרות זמן ניתוח ולהגדיל את הסכנה לשלומם של החולים.

הביקורת בשיבא, באיכילוב ובמאיר העלתה, כי בשנים 2002 ו-2003 הגיעו חולים לחדר הניתוח לא מוכנים, בלי שנבדקו בידי מרדים, בלי שחתמו על הסכמה מדעת לניתוח ובלא שנמדדו להם סימנים חיוניים. כך, למשל, באוקטובר 2002 דיווח רופא מנתח בשיבא על דחיית ניתוחים מסיבות אלה שבועיים ימים. סגן מנהל בית החולים התריע באותו מועד כי כתוצאה מאי-הכנת חולים לניתוח שובשה קשות פעילות חדרי הניתוח.

בית החולים איכילוב הודיע למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003, כי כדי למנוע ביטול ניתוחים משום שהחולים לא הוכנו להם כראוי, הועברה האחריות להכנת החולים לניתוח לרופאי המחלקות האורתופדיות.

#### מחסור ברופאים מרדמים ובעובדי סיעוד

מחסור ברופאים מרדמים ובעובדי סיעוד בחדר ניתוח מצמצם את מספר חדרי הניתוח שניתן להפעיל. כתוצאה מכך גדל משך ההמתנה לניתוחים, בהם ניתוחי שברי צוואר הירך.

הביקורת בשיבא ובמאיר העלתה, כי בשנים 2002 ו-2003 היה מחסור במרדמים בחדרי הניתוח בשיבא, והדבר הקטין את היכולת לנצל חדרי הניתוח. במאיר היה מחסור בעובדי סיעוד, ברופאים מרדמים וברופאים תורנים, וכתוצאה מכך השתבשה פעילות חדרי הניתוח. במהלך אותן שנים ביקשו בעלי תפקידים שונים במאיר מהנהלת הכללית לתגבר את מערך המרדמים התורנים, נוכח עומס הניתוחים ושיבוש הפעילות בחדרי הניתוח. בית החולים מסר למשרד מבקר המדינה, כי עד מועד סיום הביקורת לא התקבלה תשובת הנהלת הקופה לבקשות אלה.

מהאמור לעיל עולה, כי עיכובים בהפעלת חדרי הניתוח, אי-עמידה בתכניות חדרי הניתוח והעברת חולים לניתוחים ללא הכנה מוקדמת גורמים לאבדן זמן ניתוח יקר ולניצול לא מלא של חדרי הניתוח, לעיכוב בביצוע ניתוחים ולהארכת זמן ההמתנה לניתוחים דחופים, בהם ניתוחי שבר צוואר הירך.

#### המתנה לייעוץ ולבדיקות רפואיות

אחת הסיבות להמתנה לניתוח שבר צוואר הירך היא המתנה ממושכת לרופאים יועצים, שתפקידם לבדוק את החולה ולאזן את מצבו הרפואי לפני הניתוח. לפי נתוני המשרד, למרבית החולים בשברי צוואר הירך בני 66 ומעלה יש מחלות נוספות, והם זקוקים לייעוץ רפואי של מומחים ולבדיקות מסוגים שונים.

1. במחקר שנעשה בבתי החולים סורוקה וברזילי בנושא שברי צוואר הירך בקרב חולים שאושפזו בשנת 2000<sup>20</sup> נמצא, כי משך ההמתנה ליועצים מומחים שאינם אורתופדים קודם הניתוח היה אחד הגורמים לעיכוב בביצוע הניתוח. בסורוקה משך ההמתנה הממוצע לרופא פנימי מומחה, לקרדיולוג מומחה או לפסיכיאטר מומחה היה 1.75 ימים, 2.5 ימים ו-2.25 ימים, בהתאמה. בברזילי היה משך ההמתנה לרופא פנימי מומחה ולקרדיולוג מומחה 0.31 ימים ו-1.0 ימים, בהתאמה. לדעת החוקרים, אם יצומצם משך ההכנות לניתוח בכלל, ומשך ההמתנה ליועצים מומחים בפרט, יהיה אפשר לנתח את מרבית החולים בתוך 48 שעות.

2. חמישה משבעת בתי החולים שמסרו פרטים בעניין זה בטופס הנתונים (זיו, פוריה, קפלן, כרמל, יוספטל), דיווחו על עיכובים במתן ייעוץ רפואי של רופא פנימי ושל רופא מרדים לפני ביצוע ניתוח שבר צוואר הירך; ארבעה בתי חולים (שיבא, ברזילי, פוריה, קפלן) דיווחו על עיכובים בביצוע בדיקות אקו דופלקס<sup>21</sup>, תפקודי ריאה ו-C.T.

3. משרד מבקר המדינה בחר באופן אקראי ובדק 22 תיקי חולים שנותחו בשל שבר צוואר הירך באיכילוב ושיבא בינואר-אוגוסט 2003. הבדיקה העלתה, כי 14 חולים המתונו לייעוץ של מומחים ולבדיקות נוספות מיומיים ועד שבעה ימים, וכתוצאה מכך הוארך משך ההמתנה שלהם לניתוח. בבדיקה של רישום שנעשה במחלקה האורתופדית בשיבא לצורכי מעקב אחר החולים הועלה, כי

20 ראו הערה 13.

21 בדיקת אולטרה סאונד של עורקי התרדמה בצוואר.

מ-77 חולים שנותרו בשל שבר צוואר הירך בחודשים ינואר-פברואר 2003, 13 חולים המתניו לבדיקה של קרדילוג יותר מיומיים קודם הניתוח.

בית החולים איכילוב הודיע למשרד מבקר המדינה בתשובתו מדצמבר 2003, כי הנחה את המחלקות "להיעזר בהנהלת ביה"ח אם יעוץ לא מגיע תוך 24 שעות מזמן ההזמנה". עם זאת הדגיש כי "ההמתנה למיפוי לב או אקו לב, תלויה... בזמינות של המכשיר וזו בעיה שפתרונה... דורש רכש של מכשירי הדמיה נוספים".

### מינוי אפוטרופוס<sup>22</sup>

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק זכויות החולה), קובע, כי לא יינתן טיפול רפואי למטופל, אלא אם כן נתן לכך הסכמה מדעת. סעיף 16 לחוק קובע, כי מטופל רשאי למנות בא כוח מטעמו, שיהיה מוסמך להסכים במקומו לקבלת טיפול רפואי. במצב חירום רפואי<sup>23</sup> אפשר לתת טיפול רפואי דחוף המנוי בתוספת לחוק גם ללא הסכמה מדעת, בהסכמת שלושה רופאים כאמור בסעיף 15(3) לחוק. כאשר המטופל אינו במצב חירום רפואי והטיפול הדרוש לו מנוי בתוספת לחוק ומצבו הגופני או הנפשי אינו מאפשר את קבלת הסכמתו או סירובו לטיפול הרפואי, יש לקבל הסכמה או סירוב מגורם מוסמך כמו אפוטרופוס שהתמנה בצו בית המשפט.

חוזר מינהל רפואה במשרד מאוגוסט 1999 עוסק בנסיבות שבהן נדרשת פנייה דחופה לבית המשפט כדי שימנה אפוטרופוס לצורך אישור פעולה רפואית. מטרת החוזר לאפשר התארגנות מהירה ומתואמת של כל השותפים לתהליך הפנייה לבית המשפט, ונקבע בו, כי הגוף האחראי והמתאם בתחום זה הוא השירות הסוציאלי של בית החולים. עוד נקבע, כי כאשר אין מועמד מתאים לשמש אפוטרופוס ניתן לבקש מבית המשפט לאשר את מתן הטיפול הרפואי.

הביקורת העלתה, כי יש שהיה צורך לנתח במהירות קשישים שלקו בשבר צוואר הירך ולא היו מסוגלים לתת הסכמה מדעת או סירוב לניתוח, ולא מונה להם אפוטרופוס, ולכן היה צורך לפנות לבית המשפט לאישור הטיפול בהם. ההליך של השגת הסכמה באמצעות אפוטרופוס או בית משפט נמשך כמה ימים, וכתוצאה מכך נדחו ניתוחים.

כאמור, עיכוב ביצוע ניתוח שבר צוואר הירך עלול להביא לתוצאות חמורות ביותר ואף למות החולה. הביקורת העלתה, שבתי החולים התריעו מדי פעם בפעם על עיכובים בביצוע הניתוחים בשל ההמתנה למינוי אפוטרופוס לחולה. כך למשל כתב מנהל מחלקה אורתופדית בבית חולים למנכ"ל המשרד ביולי 2001, כי במחלקתו נפטר לאחרונה חולה שלקה בשבר בצוואר הירך לאחר שהמתין שלושה ימים למינוי אפוטרופוס. עד שהגיע לחדר הניתוח התפתח אצלו סיבוך והוא נפטר על שולחן הניתוחים. העובדת הסוציאלית של המחלקה האורתופדית במאיר דיווחה ביולי 2003 על ארבעה חולים שלקו בשבר צוואר הירך, שהליך מינוי אפוטרופוס עבורם האריך את המתנתם לניתוח בכיום וחצי.

מנתונים שהמציאו תשעה בתי חולים בטופסי הנתונים עולה, כי בחודשים ינואר-מאי 2003, 76 מ-413 החולים שהמתניו לניתוח שבר צוואר הירך (18.4%) המתניו בין יום לארבעה ימים בגלל היעדר אפוטרופוס.

כבר בכנס ההסכמה צוין, שעקב הסיכון הרב הכרוך בדחיית הניתוח, יש "לראות בניתוח קשיש עם שבר בצוואר עצם הירך טיפול דחוף במצב חירום רפואי". לכן, כאשר כושרו הקוגניטיבי, המנטלי

22 ראו בדוח זה בפרק: "פיקוח על הטיפול בחסויים", עמ' 657.

23 "מצב חירום רפואי" מוגדר בחוק כך: "נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה מיידית לחייו או קיימת סכנה מיידית כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה, אם לא יינתן לו טיפול רפואי דחוף".

או הנפשי של חולה מוטל בספק, ואין לו אפוטרופוס שמונה כחוק, ופסיכיאטר החליט לאחר בדיקה כי הוא אינו מסוגל לתת הסכמה מדעת כחוק לניתוח, הומלץ לאפשר לבצע את הניתוח בהסכמת שלושה רופאים. חוות הדעת של הלשכה המשפטית במשרד הייתה אף היא, ש"הסיכון הנגרם מאי ביצוע דחוף של הניתוח, בתוך 48 שעות או פחות הוא 'סיכון מיידי לחייו' של הקשיש, או סכנה מיידית שתגרום לו 'נכות חמורה בלתי הפיכה', גם אם התוצאות החמורות מתבטאות במועד מאוחר יותר. לפיכך ניתן לומר שבמצב חירום כהגדרתו בחוק זכויות החולה... במצב בו לא ניתן לקבל את הסכמת הקשיש (או אפוטרופוסו - אם יש) לניתוח שבר בצוואר הירך, ניתן לנתחו על סמך חתימת שלושה רופאים כאמור בסעיף 15 (ג) לחוק זכויות החולה". עוד נאמר בחוות הדעת, כי אם עמדה זו מקובלת גם על מנכ"ל המשרד, "ניתן להוציא הנחיה ברוח זו לבתי החולים בחוזר מנכ"ל".

הביקורת העלתה, שלמרות המלצת כנס ההסכמה ועל אף חוות הדעת של הלשכה המשפטית לא הוציא המשרד הנחיה שלפיה ניתוח שבר צוואר הירך הוא בגדר טיפול דחוף במצב חירום רפואי, ולכן אפשר לעשותו בהסכמת שלושה רופאים למי שאינו בר-חתימה.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי אף שעוכבו של ניתוח שבר צוואר הירך מגביר במידה רבה את הסיכון לנכות חמורה ומעלה במידה ניכרת את שיעור התמותה, הנחיה המגדירה אותו טיפול דחוף במצב חירום "אינה זוכה לתמיכה מקיר לקיר... ולא ברור שהוצאת הנחיה מסוג זה היתה פותרת את הבעיה בכל המוסדות הרפואיים... ובפרט לא באלה הנשענים על יעוץ משפטי עצמאי".

בהסתמך על העמדה שהתקבלה בכנס ההסכמה ועל עמדותיהם של רופאים מומחים ומחקרים בנושא זה, אי-הגדרת שבר צוואר הירך אצל קשישים כמצב חירום רפואי פוגעת באיכות השירות הרפואי הניתן לקשישים. מן הראוי שהמשרד ישקול מחדש את עמדתו לגבי הגדרת ניתוח של שבר צוואר הירך אצל קשישים כ"טיפול דחוף במצב חירום", כדי שחולים ינותחו בהקדם.

## משתלים

קיימים שני סוגים עיקריים של שברי צוואר הירך: שבר חוץ-קופסיתי, שסיכויי האיחוי שלו אצל רוב החולים טובים, ושבר תוך-קופסיתי (שבר תת-ראשי), שסיכויי האיחוי שלו קטנים יותר.<sup>24</sup> בנייתוחים אלה ניתן להשתמש בכמה סוגי משתלים.<sup>25</sup>

בסקר שעשה המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בשנת 1995 בנושא המשתלים הועלה, בין השאר, כי אין בקרה על המשתלים שבהם משתמשים בנייתוחים. עוד הועלה, כי מספר החולים הנוזקים לניתוח נוסף עקב התרופפות משתל ישן שהושתל בגופם גדל, וחולים קשישים אלה נוזקים לניתוחים קשים ומסובכים שעלותם גבוהה. הסוקרים המליצו בשנת 1998

24 מעטפת המפרק נקראת קופסית, והיא מתחילה בבסיס צוואר הירך ומסתיימת באגן. בתוך המפרק נמצאים צוואר הירך וראש הירך. שבר תוך-קופסיתי הוא שבר של צוואר הירך, ושבר חוץ-קופסיתי (שבר טרוכנטרי) הוא שבר של אזור העצם שבין החלק האמצעי לבין צוואר הירך (וראו גם הערה 1).

25 הטיפול המקובל בשבר חוץ-קופסיתי הוא באמצעות התקן פלטה וברגים או מסמר. לטיפול בשבר תוך-קופסיתי כמה אפשרויות מקובלות: קיבוע פנימי באמצעות ברגים או מסמרים, המתאימים בעיקר לשברים ללא תזווה של חולים צעירים יחסית, החלפת ראש עצם הירך במשתל או החלפה של מפרק הירך במשתל.

לוועדה לאורתופדיה של המועצה הלאומית לכירורגיה ולהנהלת המשרד לבדוק את ההבדל ב"תוחלת החיים" של משתלים שונים, כדי למנוע החלפות תדירות שלהם; הדבר ימנע לדעתם נזקים בריאותיים לחולים ונזקים כלכליים למשק.

באותה שנה כתב יו"ר הוועדה האורתופדית של המועצה הלאומית לכירורגיה להנהלת המשרד, שעם העלייה בתוחלת החיים עולה שכיחות השברים החמורים בצוואר הירך, והציע לה לבדוק באיזו מידה המשתלים המשמשים בבתי החולים מתאימים לשברים אלה.

11 בתי חולים (שיבא, אסף הרופא, הלל יפה, ברזילי, זיו, פוריה, בני ציון, בילינסון, סורוקה, מאיר והכרמל) דיווחו למשרד מבקר המדינה, בנוגע לחולים שנותרו בשל שבר צוואר הירך ואושפזו שוב במחלקה בתוך שנה ממועד הניתוח, כי הסיבות לאשפוז הנוסף היו, בין היתר, התפרקות הקיבוע, התרופפות המשתל, זיהומים בשל המשתל וסיבוכים ישירים של הניתוח.

**הביקורת העלתה, שעד מועד סיום הביקורת לא קיים המשרד תהליך של בקרת איכות על סוגי המשתלים ולא עקב אחר מספר הניתוחים החוזרים והגורמים להם.**

### ניתוחים לפי תעריפים דיפרנציאליים<sup>26</sup>

תעריף דיפרנציאלי הוא תגמול קבוע עבור פעולות רפואיות מסוימות, והוא נקבע בעיקר לפעולות הכרוכות באשפוז קצר ובהוצאות ניכרות על ניתוחים או על חומרים וציוד. התעריף אמור לכסות את עלות הפעולות הרפואיות ואת המספר הממוצע של ימי האשפוז הכרוכים בהן, אולם אינו מביא בחשבון את מספר ימי האשפוז בפועל. תעריפים ריאליים אמורים לתת לבתי החולים תמריץ כלכלי ולעודד אותם לקצר את משך ההמתנה לביצוע הפעולות ואת משך האשפוז הכרוך בהן ובכך לגרום לניצול טוב יותר של משאבי המערך האשפוזי שלהם. המשרד קבע במהלך השנים תעריפים דיפרנציאליים ל-46 פעילויות.

בשברים בצוואר הירך נעשים, כאמור, שני סוגי ניתוחים, הנקבעים על פי מקום השבר: (1) ניתוח שבר תוך-קופסיתי (להלן - ניתוח א'). לניתוח זה קבע המשרד ביולי 1990 תעריף דיפרנציאלי<sup>27</sup>, ונקבע כי בית החולים רשאי לגבות מקופת החולים את התשלום עבור ניתוח זה על פי תעריף דיפרנציאלי או על פי מחיר ימי אשפוז, הסכום הגבוה מבין השניים. הסדר זה נקבע בשל האפשרות שמשך האשפוז יתארך בגלל סיבוכים רפואיים של החולה והתעריף הדיפרנציאלי לא יכסה את עלויות הטיפול. (2) ניתוח שבר חוץ-קופסיתי (להלן - ניתוח ב'), שלא נקבע לו תעריף דיפרנציאלי, והתשלום עבורו הוא על פי ימי האשפוז בפועל.

### תעריף דיפרנציאלי לניתוח שבר תוך-קופסיתי (ניתוח א')

1. בשנת 1990 קבע המשרד, כאמור, תעריף דיפרנציאלי לניתוח א'. המועצה הלאומית לכירורגיה המליצה למשרד בדצמבר 2002 לבדוק את התועלת והיחסון הנגרמים מהנהגת התעריף הדיפרנציאלי לניתוח א', להפיץ לבתי החולים את הנתונים על ניתוחים שהתשלום עבורם היה לפי תעריף זה (כמו משך ההמתנה עד הניתוח ומשך האשפוז) ולהמליץ להם לקבוע הסדרים עם קופות החולים לתשלום על פי תעריף זה כדי להמריץ אותם לקצר את משך ההמתנה לניתוחים.

26 ראו ברוח זה, בפרק "מחיר שירותי בריאות בבתי החולים הכלליים", עמ' 445.  
 27 במועד הביקורת היה התעריף בין ש"ח ל-22,423 ש"ח ל-28,846 ש"ח לפי סוג הניתוח.

2. מדיווחיהם של תשעה בתי חולים בטופס הנתונים (שיבא, נהריה, ברזילי, הלל יפה, רבקה זיו, בני ציון, סורוקה, קפלן וכרמל) עולה, כי רק עבור כמחצית (53%) מהניתוחים מסוג א' שנעשו אצלם בשנים 2000-2002 גבו בתי החולים תשלום לפי תעריף דיפרנציאלי. עוד הועלה מהדיווחים, כי אף שמטרת התעריף הדיפרנציאלי היא לקצר את משך ההמתנה לניתוח ואת משך האשפוז הכרוך בו, בשישה מתשעת בתי החולים משך ההמתנה לניתוח א' עלה על יומיים ולא היה קצר ממשך ההמתנה לניתוח ב', שלא נקבע לו תעריף דיפרנציאלי. גם משך האשפוז של חולים שעברו את ניתוח א' לא היה קצר מזה של חולים שעברו ניתוח ב'.

הביקורת העלתה, כי ממועד קביעת התעריף הדיפרנציאלי לניתוח א' בשנת 1990, לא עקב המשרד אחר היקף הניתוחים שהתשלום עבורם נעשה לפי תעריף זה ואחר השפעת התעריף על משך ההמתנה לביצוע ניתוחים מסוג זה. הוא אף לא דן בהמלצות המועצה הלאומית לכירורגיה מדצמבר 2002 ולא בדק את הדרכים לקיצור משך ההמתנה לניתוח באמצעות התעריף הדיפרנציאלי.

מנתונים שמסר רמב"ם בטופס הנתונים עולה, כי במקרים רבים הוא גובה תשלום לפי תעריף דיפרנציאלי עבור ניתוח א' שנעשה לפי הסדר מיוחד מחוץ למסגרת העבודה המקובלת (לאחר שעות העבודה הרגילות), המאפשר את קיצור משך ההמתנה לניתוח. כתוצאה מכך היה המספר הממוצע של ימי ההמתנה בבית החולים לניתוח זה שהתשלום עבורו נעשה לפי תעריף דיפרנציאלי בפרק הזמן ינואר 2000 - מאי 2003, קטן מהמספר הממוצע של ימי ההמתנה לניתוח ב', שכאמור, לא נקבע לו תעריף דיפרנציאלי (כיומיים לניתוח א' לעומת כ-2.8 ימים לניתוח ב'); ובחודשים ינואר-מאי 2003 - 1.5 ימים לעומת 2.2 ימים).

לדעת משרד מבקר המדינה, כדי שיהיה אפשר למצות את יתרונו של התעריף הדיפרנציאלי ולהמריץ את בתי החולים לקצר את משך ההמתנה לניתוחים, על המשרד לבחון את הסיבות לשימוש המועט בתעריף הדיפרנציאלי.

### תעריף לניתוח שבר חוץ-קופסיתי (ניתוח ב')

לניתוח ב' לא נקבע, כאמור, תעריף דיפרנציאלי והתשלום עבורו הוא לפי ימי האשפוז בפועל.

1. כדי לקצר את תקופת ההמתנה לניתוח ב' הומלץ בכנס ההסכמה כי ייקבע תעריף דיפרנציאלי גם לניתוח זה. במקביל הומלץ לקבוע הסדרים שימנעו שחורר מוקדם מדי של החולים לביתם ויבטיחו שיימצא לחולים סידור שיקומי במהירות.

משרד האוצר ומשרד הבריאות לא הגיעו להסכמה בדבר גובה התעריף הדיפרנציאלי לניתוח ב', ועד ינואר 2004 לא הוכנס התעריף לרשימת הפעולות הדיפרנציאליות של המשרד<sup>28</sup>.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ומשרד האוצר לדון בהקדם בקביעת תעריף דיפרנציאלי לניתוח ב' שישפיע על בתי החולים וקופות החולים לקצר את משך ההמתנה לניתוח זה, אך ימנע מהם לשחרר את החולים מוקדם מדי מבתי החולים לאחר הניתוח ויעודד אותם למצוא לחולים סידור שיקומי במהירות, כפי שהומלץ בכנס ההסכמה.

28 הצעת התעריף האחרונה שהציע המשרד באפריל 2003 הייתה 19,398 ש"ח, והיא התבססה על מספר ממוצע של 12 ימי אשפוז.

2. הביקורת העלתה עוד, כי הכללית קבעה לבתי החולים שלה מחיר דיפרנציאלי פנימי לניתוח ב' החל בינואר 2003, בסך 8,961 ש"ח. סכום זה היה בו כדי לממן במועד הביקורת כשישה ימי אשפוז (בלי להתחשב בעלות הניתוח).

מנתוני הכללית עולה, כי משך האשפוז הממוצע בסרוקה לניתוח ב' בשנת 2001 היה כ-17 ימים. ממסמכי סרוקה עולה, כי על פי חישוביו, התעריף הדיפרנציאלי שהקופה משלמת עבור ניתוח ב' אינו מכסה את ההוצאות הנגרמות לבית החולים.

**לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שכללית תבדוק את השפעת התעריף הדיפרנציאלי שקבעה על קיצור משך ההמתנה לניתוחים, ותשקול האם צריך לשנות את התעריף באופן שיביא לייעול רפואי וכלכלי של בתי החולים, בלי לפגוע ברמת השירות.**

### פיזיותרפיה במחלקה המנתחת

שברים בצוואר הירך בגיל המבוגר עלולים לגרום לסיבוכים בריאותיים, הנגרמים בעיקר משכיבה ממושכת. כך למשל נגרמים פצעי לחץ, זיהומים בדרכי הנשימה ובדרכי השתן, בלבול וירידה כללית בתפקוד.

מטרתו של הטיפול הפיזיותרפי היא למנוע סיבוכים הנגרמים משכיבה במיטה, לסייע למנותח לחזור לתפקוד גופני ומנטלי קרוב ככל האפשר לזה שהיה לו לפני השבר, ולאפשר לו להיות נייד במהירות האפשרית. אנשי מקצוע סוברים, שלהשגת יעדים אלה יש להקים את החולה מהמיטה למחרת הניתוח, לפי הנחיות הרופא המטפל, ולתת לו טיפול פיזיותרפי בכל יום. מנהל מחלקה אורתופדית באחד מבתי החולים כתב ביולי 1999 כי "ככל שמעמידים את החולה הקשיש על רגליו מוקדם יותר... ונותנים לו להלך כך שיקומו מהיר יותר. כל דחייה של 24 שעות או 48 שעות בהולכת החולה והקמתו מביאה לכך ששיקומו מתאחר בהרבה מהמצופה".

ועדה מקצועית לנושא שיקום ומניעת סיבוכים<sup>29</sup> ומשתתפי כנס ההסכמה המליצו על טיפול פיזיותרפי במהלך האשפוז, ובמיוחד בימים הראשונים שאחרי ניתוח שבר צוואר הירך, בהיקף של חצי שעה ביום, חמש פעמים בשבוע לפחות<sup>30</sup>. קבלת הטיפול הפיזיותרפי הראשון מיד לאחר הניתוח מגדילה מאוד את סיכויי המנותח לחזור לתפקודו הקודם.

משרד מבקר המדינה בחר באופן אקראי ובדק 38 תיקי חולים שנותרו בשל שבר צוואר הירך בשלושה בתי חולים (מאיר, איכילוב ושיבא) בחודשים ינואר ומאי 2002 ובחודשים ינואר-אוגוסט. 2003 הבדיקה העלתה, כי 15 מהחולים (כ-40%) לא קיבלו כלל טיפולים פיזיותרפיים או לא קיבלו טיפול יום ואף יומיים לאחר הניתוח.

בית החולים שיבא ציין בתשובתו למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2003 כי "מנהל בית החולים צריך לתת מענה של מספר פיזיותרפיסטים זמין על מנת לעמוד בהנחיות הקליניות. אך... מספר החולים עולה מחד, ומנגד, בשנה הנוכחית מקצץ מנהל בית החולים בכ"א והקיצוץ מעמיק בשנה הקרובה... החולים שקיבלו בעבר פיזיותרפיה אפילו בגירסה המצומצמת לא ימשיכו לקבל את השירות בשנה הקרובה לא בשל העדר הנחיה, אלא בשל העדר כוח אדם נחוץ לקיימה".

29 מונתה בידי הוועדה לבחינת נושא שברי צוואר הירך בקרב קשישים ב-1997, ראו לעיל.  
 30 על טיפול פיזיותרפי במסגרת אשפוז שיקומי ראו את הפרק "אשפוז שיקומי בבתי חולים", דוח שנתי 2002, עמ' 201.  
 31 עמ' 201.



לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לדון בהמלצות כנס ההסכמה בנושא הטיפול הפיזיותרפי ובאפשרויות ליישמן. אכן מערכת הבריאות פועלת במגבלות תקציב, ואולם יש לתת לחולים את הטיפול הנדרש ולשפר את יכולתם לחזור לתפקוד הקודם. יתר על כן, השקעת משאבים בטיפול פיזיותרפי בטווח הקצר יש בה כדי לחסוך משאבים בטווח הרחוק ולהקל את הנטל הכספי שיוטל על הציבור אם לא יינתן הטיפול הנדרש.

## שיקום

1. בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, נקבע סל שירותים, ובו נכלל אשפוז שיקומי עד שלושה חדשים. הטיפול השיקומי אמור להינתן בבית חולים שיקומי או במערכות השיקום בקהילה.

לדעת אנשי המקצוע, חולה קשיש שנותח בשל שבר צוואר הירך, יש להעבירו למסגרת שיקומית בהקדם האפשרי, אם המליץ על כך הרופא במחלקה המנתחת. טיפול שיקומי המשכי משפר את סיכויי החזרתו לתפקוד המיטבי ויש בו כדי למנוע סיבוכים הנגרמים מאשפוז שאינו חיוני.

2. במחקר על הטיפול בשברי צוואר הירך אצל חולים בני 65 ומעלה שאושפזו בסרוקה ובברזילי בשנת 2000 (ראו לעיל) הועלה, כי משך האשפוז הממוצע של מנותחים שהיו מבוססים בכללית היה ארוך בכ-50% מזה של מבוססים בקופות חולים אחרות, משום שהעברתם למוסדות שיקום התעכבה. כן העלה המחקר, כי מעקב יעיל אחר מהלך האשפוז של המבוססים, כפי שמנהלות קופות החולים האחרות, מאפשר את העברתם למוסד שיקום בהקדם ומונעת את אשפוזם הממושך במחלקה האורתופדית. לדעת החוקרים, משך האשפוז הארוך במחלקה המנתחת מקטין את הסיכויים למיצוי פוטנציאל השיקום של החולים ומגדיל את הוצאות מערכת הבריאות על הטיפול בהם.

מטופסי הנתונים שריכוזו משרד מבקר המדינה מבתי החולים עלה, כי גם בעת הביקורת התעכב שחרורם של מנותחי שבר צוואר הירך מבתי חולים בשל היעדר סידור שיקומי. כך למשל דיווחו שני בתי חולים (פוריה וסרוקה) כי 68 (25.6%) מהחולים שנותחו בחודשים ינואר-מאי 2003, היו מאושפזים יותר מחמישה ימים אחרי הניתוח, ושחרורם התעכב בגלל היעדר מוסד משקם. בינואר 2001 ובמרס 2003 הודיע מנהל המחלקה האורתופדית בסרוקה להנהלת בית החולים, כי נוסף על העומס הקיים ממילא במחלקה מצטברים בה חולים מבוססי הכללית, שאי אפשר לפנותם מהמחלקה לאחר ניתוח שבר בצוואר הירך משום שהכללית לא העבירה אותם למוסדות שיקומיים או סיעודיים. כתוצאה מכך תפוסות דרך קבע מיטות רבות בידי חולים שאינם צריכים טיפול, וחולים חדשים נאלצים להתאשפז בפרוודור.

הכללית השיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2003, כי בהיעדר מיטות שיקום בדרום הארץ נאלצת המחלקה האורתופדית בסרוקה "להעביר חלק מהחולים אחרי הניתוח [בשבר צוואר הירך] לשיקום למחלקה גריאטרית [בבית החולים]". יצוין שהמחלקה הגריאטרית בסרוקה איננה מחלקה שיקומית<sup>31</sup>, והמאושפזים בה אינם מקבלים את הטיפול השיקומי הנדרש.

3. הביקורת העלתה, כי לפני שחרור מנותחי שבר צוואר הירך מהמחלקה האורתופדית במאיר, דנה בעניינם הוועדה לוויסות חולים של מחוז השרון בכללית בשיתוף בעלי תפקיד מהמחלקה.

31 ראו דוח שנתי 50ב של מבקר המדינה (2000), בפרק "השירות הרפואי באזור הדרום", עמ' 279.

משרד מבקר המדינה בחר באופן אקראי ובדק 15 תיקי מבטחים בכללית שנותחו בשל שבר צוואר הירך במאיר בחדשים ינואר ומאי 2002 ואפריל, מאי ויולי 2003. הבדיקה העלתה, כי שחרורם של שלושה מהחולים מבית החולים התעכב שלושה או ארבעה ימים משום שהוועדה לוויסות חולים לא מצאה להם מקום אשפוז במוסד שיקומי.

4. בכנס ההסכמה הומלץ להגדיר "חבילת טיפול ושיקום" שתכלול את כלל מרכיבי הטיפול בחולה שלקה בשבר צוואר הירך, ובכלל זה דרכי שיקום וטיפולים מקצועיים שהחולה הקשיש זקוק להם. כמו כן הומלץ ליצור מערך קישור בין המחלקות לאורתופדיה ולשיקום בבית החולים לבין המרפאות בקהילה, כדי להבטיח קליטה נאותה של החולה בקהילה.

**הביקורת העלתה, שהמשרד לא הגדיר "חבילת טיפול ושיקום" לחולים המשתחררים מהמחלקה המנתחת ולא הנחה את בתי החולים ואת קופות החולים להכין לחולים תכניות טיפול ושיקום כוללות ברוח המלצות כנס ההסכמה.**

במחקר שנעשה ברמב"ם בשנים 2000-2003<sup>32</sup> נעשתה השוואה בין שני סוגי הטיפול שניתן לקשישים שנותחו בשל שבר צוואר הירך לאחר שהשתחררו מבית החולים: טיפול בקהילה וטיפול המושך במרפאת בית החולים. נבדקו חולים בני כ-80 שנותחו בשנים 2001-2002.

במחקר הועלה, שמרבית הקשישים שלא השתתפו בתכנית לטיפול המשך במרפאת בית החולים גם לא קיבלו לאחר הניתוח טיפול הולם בקהילה; לקרוב ל-10% מהם אירע בתוך שנה שבר נוסף בצוואר הירך; ועלות הטיפול בשברים נוספים של חולים שלא קיבלו טיפול הייתה יותר מפי עשרה מעלות ההשתתפות של החולים בתכנית לטיפול המשך במרפאת בית החולים, וזאת בלי להביא בחשבון את הסבל שנגרם לחולה שאירע לו שבר נוסף. עוד הועלה במחקר, כי טיפול ההמשך במרפאת בית החולים הקטין במידה ניכרת את שכיחות השברים החוזרים.

5. במרס 2003, בעקבות תלונות שקיבל המשרד על מניעת שיקום מחולים גריאטריים מבוטחי הכללית, עשה הגריאטר האזורי בלשכת הבריאות המחוזית חיפה בדיקה בדבר מהלך השיקום של 71 חולים קשישים מבוטחי הקופה ששחררו מרמב"ם בפרק הזמן 1.1.03-15.2.03, מהם 29 שנותחו בשל שבר צוואר הירך ו-42 שלקו באירוע מוחי.

בדיקת הגריאטר המחוזי העלתה, כי החולים ששחררו לבתיהם והיו זקוקים לשיקום קיבלו כ-40 דקות פיזיותרפיה בשבוע בקהילה, בניגוד להמלצות כנס ההסכמה - חצי שעה חמש פעמים בשבוע לפחות. הגריאטר המחוזי הגדיר היקף זה של הטיפול "טיפול הרחוק מלספק" וקבע, כי השיפור בתפקודם של חולים אלה היה קטן ביותר.

ביוני 2003 הועלתה סוגיה זו בדיון משותף לכללית וללשכת הבריאות של המשרד בחיפה, בנושא "איכות השיקום של הקשישים במחוז מאז נובמבר 2002". מנהל מחוז חיפה בקופה ציין כי "אין קריטריונים של משרד הבריאות המגדירים בצורה ברורה מה אמור לכלול שיקום בישראל".

בעקבות קבלת תוצאות הבדיקה של הגריאטר המחוזי, מינתה הנהלת המשרד במרס 2003 ועדה<sup>33</sup> והטילה עליה לבדוק את הטיפול השיקומי שקיבלו חולים אלה בשלושת החודשים שקדמו למועד מינויה. בנובמבר 2003 הגישה הוועדה להנהלת המשרד "תוכנית מסגרת לבדיקת הטיפול בחולים

32 צ' איש שלום, י' סגל, ב' גורביץ, ח' צינמן, מ' זיפצינר, הארעות שבר שני בחולים קשישים לאחר שבר צוואר הירך, הפחתת הארעות שבר זה כתוצאה מהשתתפות בתכנית יעודית לחולים לאחר שבר אוסטאופורוטי ראשון, המרכז רפואי רמב"ם (2003).

33 "ועדה לבדיקת פגיעה בשיקום של מבטחים בשרותי בריאות כללית במחוז חיפה, שלקו בשבץ המוח ובשברי צוואר הירך".

המיועדים לשיקום". עד דצמבר 2003 טרם גובשה במשרד תכנית אופרטיבית ליישום המלצות הוועדה.



מהמפורט לעיל עולה, כי לא תמיד מקבלים החולים לאחר ניתוח שבר צוואר הירך את הטיפול השיקומי שהם זקוקים לו, ומי שמקבל טיפול לא תמיד מקבל אותו בזמן ובהיקף הנדרש. עיכוב המנותחים בבית החולים פוגע בסיכויי השיקום שלהם, חושף אותם לזיהומים במחלקות ומגדיל את הוצאות הגוף המבטח. על בתי החולים לייעל את הליך השחרור של החולים כדי למנוע החמרה במצבם ולהקטין את הוצאות אשפוזם. במקביל על קופות החולים לדאוג לטיפולים שיקומיים נאותים במוסד שיקום, ולחלופין במסגרת הקהילה.

## רישום נתונים

1. מידע מקיף ומעודכן חשוב מאוד לצורך הסקת מסקנות מבוססות, לקבלת החלטות נכונות ולקביעת מדיניות בריאות כלכלית הולמת. רישום המידע על שברי צוואר הירך בקרב קשישים נעשה באגף למידע ומחשוב במשרד ובמרשם הטראומה של היחידה לחקר שירותי בריאות במכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות, המקבל דיווח על אשפוזים משמונה בתי חולים.

כבר בשנת 1998 הצביעה הוועדה המקצועית למשמעות רישום הנתונים<sup>34</sup> על כך שהמידע שבידי המשרד על ניתוח שבר צוואר הירך לוקה בחסר. כך, למשל, חסר במשרד מידע על הסיבות לדחיית הניתוחים, על מחלות נלוות ועל תהליך השיקום והמשך הטיפול; היו שגיאות ברישום האבחנות והיו עיכובים ברישומן בבתי החולים וכתוצאה מכך עיכובים בהעברת המידע עליהן למשרד; היקף הנתונים באגף למידע ומחשוב במשרד היה קטן מהיקף הנתונים ברישומי המחלקות האורתופדיות בבתי החולים.

במגמה לשפר את איכותו ומהימנותו של הרישום ואת זמינות המידע, המליצה הוועדה להקים ועדה קבועה לניתוח המידע והאבחנות ולשיפורם. הביקורת העלתה שלא הוקמה ועדה כזאת.

2. בכנס ההסכמה דווח שמערכות המידע במשרד ובמכון גרטנר אין בהן כדי לספק את מלוא המידע הנדרש לקבלת החלטות ולקביעת מדיניות לטיפול בשברי צוואר הירך אצל קשישים. אשר למערך הנתונים של המשרד, בתי החולים מחויבים לדווח למשרד על האבחנות של כל החולים המאושפזים בהם, אולם הדיווחים אינם מלאים והם מקיפים רק 80% מהאבחנות, ונוסף על כך יש טעויות בקידוד האבחנות.

נוכח האמור לעיל סוכם בכנס להקים מערך לדיווח ולאיסוף מידע על שברי צוואר הירך, שיקיף את כל המחלקות האורתופדיות והשיקומיות המאשפוזות חולים הסובלים משברים אלה. עוד סוכם, שהמידע צריך לכלול מידע דמוגרפי ופרטים על מחלות שקדמו לשבר, סוג השבר, טכניקת הטיפול, סיבוכים, התוצאה הסופית והמקום שאליו יועבר החולה לאחר שחרורו מהמחלקה שבה אושפו.

34 הוקמה בידי הוועדה לבחינת נושא שברי צוואר עצם הירך בקרב קשישים בשנת 1997. תפקידה היה לבדוק את מקורות המידע בנושא זה, לאתר נתונים על היקף השברים באוכלוסיית הקשישים ועל מידת השימוש בשירותי האשפוז, לאתר את המגבלות של המקורות ולהגדיר את המידע החסר.

הביקורת העלתה, כי עד מועד סיום הביקורת לא הוקם מערך לדיווח ולאיסוף מידע על שבר צוואר הירך, וכי המידע שבידי המשרד עדיין חלקי. כך, למשל, באוגוסט 2003 לא היו במשרד נתונים מלאים על נפגעי שבר צוואר הירך משנת 2002. בדוחות קודמים של משרד מבקר המדינה<sup>35</sup> הוצבע על כך, שנתונים שונים שבידי המשרד אינם מעודכנים. לדעת משרד מבקר המדינה, היה על המשרד לדון בהמלצות כנס ההסכמה בעניין זה ובאפשרויות יישומן.

3. סיווג המחלות וסימול האבחנות והניתוחים בקודים מתאימים הם הבסיס לתיעוד כל מידע רפואי, מבטיחים את איכותו ומאפשרים להשתמש בו לצרכים שונים. המידע הרפואי המסומל משמש לצורכי ניהול הידע הרפואי והמינהל הרפואי, כגון: המשך הטיפול בחולה והמעקב אחריו, מחקר והוראה, בקרת איכות השירות והטיפול הרפואי, תקצוב שירותים ותמחורם, ניהול פיננסי, סטטיסטיקה, הסקת מסקנות לעתיד וקביעת מדיניות.

טעויות בסימול האבחון ופיגור בקידודו עלולים לפגוע במטרות שלשמן הונהג הסווג והסימול. לדוגמה, דיווח שגוי, בגלל טעויות בקידוד האבחנה, על מספר קטן של ניתוחי א' או על משך המתנה קצר לניתוחים אלה, לא ישקפו את היקף הבעיה ואת הצורך בפתרונה.

בשנת 1996 מינה המשרד צוות בקרה מיוחד שאמור להבטיח אחידות בסימול האבחנות והניתוחים במוסדות האשפוז, ולהבטיח שבבתי החולים מתקיימים מנגנונים לבקרת סימול הפעולות הנעשות לפי תעריף דיפרנציאלי שחדרי הניתוח מדווחים עליהן למשרד קבלת חולים לצורכי התחשבות.

בחוזר של מינהל רפואה מאוקטובר 2000 נקבע נוהל עבודה לסימול המידע הרפואי - קידוד אבחנות ופעולות. בנוהל נקבע, כי הצוות הרפואי אחראי לכתיבת מסמך סיכום האשפוז, ובכלל זה לרישום האבחנות והפעולות במסמך על פי המינוח הבין-לאומי, וכי רשם המידע הרפואי יבדוק את הסימול שהציע הרופא ויאשר או יתקן אותו ויקבע את הסימול הסופי.

אגף לשירותי מידע ומיחשוב מסר לנציגי משרד מבקר המדינה, כי בשנתיים האחרונות נעשתה במרבית בתי החולים בארץ בקרה על בדיקת התהליך של סימול המידע הרפואי. במרכז הרפואי רמב"ם נעשו שתי בקורות בשנת 2000 ובשנת 2001, ונדרשה בקרה חוזרת, אך מאז ועד מועד סיום הביקורת, באוגוסט 2003, עיכב בית החולים את ביצועה. עוד מסר האגף, כי ברמב"ם, באיכילוב, בהלל יפה, בבני ציון ובאסף הרופא יש מערכות קידוד מחלקתי אוטומטי, שעל חלקן אין בקרה והנתונים מועברים מהן ישירות למאגרי המידע של בית החולים ושל המשרד הראשי. על פי נתונים אלה נקבעים המשך הטיפול בחולה וההתחשבות עם הגופים המבטחים.

היעדר בקרה שוטפת על קידוד הנתונים בבתי החולים פוגע במהימנות הנתונים וביכולת לקבוע מדיניות בריאות. במצב זה אף לא ניתן ליישם את המלצת כנס ההסכמה בדבר הקמת בסיס מידע ארצי על הטיפול בשברי צוואר הירך. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לקיים בקרה שוטפת על קידוד הנתונים בבתי החולים כדי להבטיח את מהימנותם.

4. חוזר מנכ"ל המשרד בנושא "נהלי עבודה - קופת חולים מול בתי החולים" מנובמבר 1991 מנחה את בתי החולים הכלליים לתת לקופה המבטחת את מרב המידע על כל אשפוז של חולה, ובמיוחד על אשפוז דחוף דרך חדר המיון, ובכלל זה מידע על סיבת האשפוז. כמו כן החוזר מחייב

35 ראו דוח שנתי 51 של מבקר המדינה (2001), בפרק "היערכות המשרד לטיפול בנפגעי טראומה בבתי החולים", עמ' 407; דוח שנתי 47 (1997), בפרק "הטיפול בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש - איידס", עמ' 198

את בתי החולים לשלוח לקופה המבטחת את תעודת השחרור של החולה שרשומות בה האבחנות הראשיות והפעולות הרפואיות העיקריות שנעשו.

ממסמכי מכבי עולה, שהיו בתי חולים שדיווחו בשנת 2002 למכבי רק על שיעור קטן של האבחנות בדבר החולים שאושפזו אצלם כנדרש בחוזר האמור לעיל, וכי לא דיווחו על ניתוחי שבר צוואר הירך למרות בקשות הקופה. לפיכך אין בידי הקופה מידע מדויק על היקף מבוטחיה שעברו ניתוחים אלה ועל סוגי הניתוחים שעברו, ונפגעת יכולתה לתכנן תכניות למניעת השברים ולשיקום חולים אלה בעתיד.

כך, למשל, דיווח אסף הרופא לקופה במחצית השנייה של שנת 2002 על 0.03% מהאבחנות בדבר חולים שאושפזו בו, וולפסון - על 3.93% מהאבחנות, איכילוב - על 19.83% ורמב"ם - על 31.49%.



שברים בצוואר הירך שכיחים בקרב קשישים. ניתוחים דחופים של השברים בתוך 24-48 שעות יש בהם כדי למנוע מהחולים סבל, נכות, מחלות נוספות והידרדרות מנטלית וגופנית, ובמקביל לחסוך למערכת הבריאות הוצאות על אשפוזים ועל טיפולים ממושכים בקשישים. משרד הבריאות, שהכיר בבעיה זו, יזם כנס הסכמה בעניין זה וראה בהמלצות הכנס שהתקבלו ב"הצהרת ההסכמה" יעדים לטיפול בחולים שלקו בשברי צוואר הירך, אולם לא פעל ליישומן.

הביקורת העלתה שלחולים שלקו בשבר צוואר הירך לא ניתנה עדיפות בטיפול, כמתבקש ממצבם, והם לא נותחו בדחיפות הראויה. המשרד לא קבע הנחיה שלפיה שבר בצוואר הירך הוא בגדר טיפול במצב חירום רפואי, כפי שהומלץ בכנס ההסכמה, וכ-50% מהחולים המתנינו יותר מ-72 שעות לביצוע הניתוח. הניתוחים התעכבו בין היתר בשל עיכובים בביצוע הבדיקות הרפואיות הנדרשות לקראת הניתוח ומחסור בחדרי ניתוח זמינים. פעמים רבות לא היו חדרי הניתוח זמינים בשל ליקויים בהפעלתם.

במטרה להמריץ את בתי החולים לקצר את משך ההמתנה לניתוחי שבר צוואר הירך קבע המשרד עוד בשנת 1990 תעריף דיפרנציאלי לניתוחים של אחד משני סוגי השברים. הביקורת העלתה, שלמרות זאת בתי חולים רבים לא קוצר משך ההמתנה לניתוחים אלה. המשרד לא קבע תעריף דיפרנציאלי לניתוחים של שבר בצוואר הירך מסוג אחר, אף ששיעורם הוא כמחצית מניתוחי שבר צוואר הירך.

היעדר טיפול ראוי בקשישים שלקו בשבר צוואר הירך הוא בעיה אנושית וחרבתית שיש לפתרה. על המשרד לקבוע מדיניות לאומית בנושא ולהיערך לשיפור הטיפול בחולים ושיקומם. המשרד וקופות החולים אמנם פועלים במגבלת תקציב, אולם חיסכון במשאבים המושקעים בטיפול בחולים אלה בטווח הקצר עלול לפגוע בזכותם לטיפול ראוי, להגביר את סבלם ולצמצם סיכויי השיקום שלהם, ולהגדיל את עלות הטיפול בהם בטווח הרחוק.