משרד הבריאות

מערך הניתוחים הבריאטריים בישראל

תקציר

רקע כללי

תופעת ההשמנה נעשתה נפוצה בעולם וכן בישראל, והיא מוגדרת כמחלה כרונית הפוגעת במערכות גוף רבות, מקצרת תוחלת חיים ופוגעת קשות באיכותם, מגבירה את הסיכון לחלות במחלות לב, סוכרת, יתר לחץ דם ועוד[1]. "השמנת יתר חולנית" למשל קשורה ליותר מ-2.5 מיליון מקרי תמותה בשנה בעולם, ומביאה לתמותה מוקדמת[2] של עד כעשר שנים. לפי הערכות משרד הבריאות (להלן - המשרד), תוספת ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל עקב תופעת ההשמנה מוערכת בכ-6 מיליארד ש"ח בשנה[3]. בישראל, בדומה לממוצע מדינות ה-OECD, כ-48% מהאוכלוסייה הבוגרת (בני 20 ומעלה) בשנת 2017 הוגדרו בעלי "משקל עודף" ו"השמנה" על רמותיה[4]; כ-4% (כ-220,000) מכלל הסובלים מהשמנה בישראל סובלים מ"השמנת יתר" ומ"השמנת יתר חולנית"[5].

הטיפולים בהשמנה מגוונים וכוללים גישות רפואיות שונות, ובהן טיפול תזונתי, טיפול פסיכולוגי-התנהגותי, טיפול תרופתי וטיפול ניתוחי. מחקרים שבחנו את יעילותם של הטיפולים שאינם ניתוחיים במטופלים הסובלים מ"השמנת יתר חולנית" מלמדים כי אלה מביאים לירידה של 5%-10% במשקל[6]. ארגון הבריאות העולמי, בשיתוף איגודים רפואיים מקצועיים, קבעו כי ניתוחים בריאטריים יעילים לטיפול ב"השמנת יתר חולנית" ומורידים באופן מובהק את התמותה ואת המחלות הנלוות כגון סוכרת, מחלות נשימה, תפקוד כלייתי ועוד. יוצא, שביצוע ניתוח בריאטרי אכן יעיל כאשר עושים אותו לחולים המתאימים.

ניתוחים בריאטריים מבוצעים ב"מרכזים רב-תחומיים" בבתי חולים, הנקראים "מרכזים בריאטריים". בישראל פועלים 28 מרכזים כאלו - בבתי חולים ממשלתיים, בבתי חולים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), בבתי חולים ציבוריים ופרטיים.

1 ההשמנה נמדדת על פי מדד BMI - Body Mass Index - המחושב על ידי חלוקת משקל הגוף (בקילוגרמים) בגובה (במטרים) בריבוע: BMI 20.9-24 "משקל תקין"; BMI 25-29.9 "משקל עודף"; BMI 30-34.9 "השמנה"; BMI 35-39.9 "השמנת יתר" (Obesity); BMI גדול מ-40 "השמנת יתר חולנית" (Obesity Morbid).

2 בהשוואה לתוחלת החיים הממוצעת.

3 מניעת השמנה - ראו גם בדוחות קודמים של מבקר המדינה: **דוח שנתי 61ב** (2011), בפרק "מניעת השמנה - דוח מעקב", עמ' 791; **דוח שנתי 58ב** (2008) בפרק "מניעת השמנה", עמ' 519.

4 מתוך הסקר החברתי 2017: משקל, דיאטה, תזונה והרגלי אכילה, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ספטמבר 2018.

5 4% מתוך 5.5 מיליון בוגרים; מנתוני שירותי בריאות כללית עולה כי מתוך ה-220,000 מדובר בכ-150,000 ממבוטחיה.

6 נייר עמדה "ניתוחים לטיפול בהשמנת יתר חולנית" (כירורגייה בריאטרית), המכון לאיכות ברפואה - ההסתדרות הרפואית בישראל, אוגוסט 2017.

משרד הבריאות (כמאסדר) פרסם כמה חוזרים ובהם הנחיות בנושא ביצוע ניתוחים בריאטריים. בחוזרים ישנה התייחסות, בין היתר, לאמות המידה לביצוע הניתוח, לשלבי ההכנה הטרום-ניתוחית ולמעקב לאחר הניתוח.

מנתוני סקר עולמי לשנת 2014 עולה כי ישראל ניצבת במקום הראשון בקרב מדינות OECD בביצוע ניתוחים בריאטריים יחסית לגודל האוכלוסייה, ובמקום השני בקרב כלל מדינות העולם[7].

מנתוני הרשם הלאומי לבריאטרייה[8] עולה כי מספר הניתוחים שנעשו בישראל (במבוגרים בני 18 ומעלה) עלה מאוד במשך השנים והגיע לשיאו בשנת 2015 - כ-10,000 ניתוחים; עליה של יותר מפי 2 לעומת 2010 (כ-4200 ניתוחים); ההוצאה של ארבע קופות החולים לניתוחים בריאטריים בשנת 2017 הסתכמה בכ-500 מיליון ש"ח. נתון זה לא כולל עלויות נלוות וההערכה היא שההוצאה הלאומית לנושא גדולה בהרבה. בישראל מבוצעים חמישה סוגים של ניתוחים בריאטריים המוכרים בציבור כניתוחי קיצור-קיבה[9]. התכלית המשותפת לכולם היא הגבלת כמות האוכל שהקיבה מסוגלת להכיל המביאה לתחושת שובע מהירה[10].

נמצא כי גם מספר הניתוחים החוזרים בישראל הוא הגבוה בעולם - בשנת 2017 עמד שיעורם על כ-17% (כל מנותח שישי) - כמות גבוהה ביותר לעומת הממוצע העולמי, שהיה בשנת 2016 - כ-7% בלבד - וזאת אף שלניתוחים אלו סיכון גבוה יותר בהשוואה לניתוח ראשון, ואף ששיעור אחוז הירידה במשקל בעקבות ניתוח חוזר נמוך במידה ניכרת לעומת הניתוח הראשון.

בשנים 2013-2017 הוגשו לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות 10 תלונות; וכ-80 תביעות ודרישות כספיות הוגשו לחברות הביטוח ענבל חברה לביטוח בע"מ וחברת ביטוח פרטית נוספת בגין סיבוכים ותמותה בעקבות ניתוח בריאטרי.

7 כווית במקום הראשון. נתוני הסקר פורסמו ב-2014 Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide survey.

8 במשרד הבריאות פועל "רשם לאומי לבריאטרייה", המרכז מסד נתונים לאומי המורכב מדיווחי כל בתי החולים. הרשם פועל מכוח הוראות סעיף 29א' לפקודת בריאות העם - 1940.

9 א. מעקף קיבה - יצירת כיס קיבה בנפח קטן המתחבר ישירות למעי הדק ועוקף את יתרת הקיבה; ב. שרוול קיבה - כריתה חלקית של הקיבה והקטנת נפחה; ג. מעקף קיבה עם השקה בודדת - יצירת גדם של הקיבה בצורת שרוול וחיבור של לולאת מעי דק מרוחקת לגדם; ד. טבעת מתכוננת - התקנת טבעת מתכוננת סביב חלקה העליון של הקיבה, היוצרת כיס קיבה מוקטן; ה. מעקף תריסריון - הקטנת נפח הקיבה וביצוע מעקף של התריסריון וחלק נרחב של המעי הדק ליצירת לולאה קצרה שבה נספג המזון.

10 השוני ביניהם הוא אופן השפעתם על מידת ספיגת המזון.

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר-אוגוסט 2018 בדק משרד מבקר המדינה את ההליך והנסיבות לאישור והביצוע של הניתוחים הבריאטריים בישראל ואת ההשלכות על ציבור המנותחים. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, בארבע קופות החולים ובמרכזים הבריאטריים בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים של הכללית.

במהלך הביקורת נבדקו אקראית עשרות תיקים רפואיים של מנותחים מבוגרים מארבע קופות החולים, שנותחו בשנת 2015 בארבעה מרכזים רפואיים: במרכז הרפואי ממשלתי וולפסון בחולון, המרכז הרפואי ממשלתי-עירוני ת"א ע"ש סוראסקי , המרכז הרפואי הממשלתי ברזילי ובמרכז הרפואי מאיר של הכללית. כמו כן, נבחנו אקראית כ-20 תיקים של מתבגרים (בני פחות מ-18) שנותחו בשנים 2015-2018. במסגרת הביקורת נשלחו גם 21 שאלוני מידע למרכזים הבריאטריים ולארבע קופות החולים.

הליקויים העיקריים

ליקויים בהליכים לזיהוי הצורך בניתוח

מעורבות רפואת הקהילה והנגשת המידע למטופל בכל הנוגע לזיהוי הצורך בניתוח בריאטרי אינה מספקת. המידע באתרי האינטרנט של קופות חולים לאומית והכללית באשר להליך הנדרש לקראת זיהוי צורך בניתוח חסר או אינו קיים. עקב מעורבות לא מספקת של רפואת הקהילה, הצורך בניתוח בריאטרי מועלה במקרים רבים בידי המטופל.

ליקויים בהליך ההכנה לניתוח ובהערכה הטרום ניתוחית

משרד הבריאות לא קבע הנחיות באשר להכנה הנדרשת לקראת הניתוח, ובכלל זה הוא לא קבע מי האחראי לביצועה - קופת החולים או המרכז הבריאטרי; הקופות והמרכזים הבריאטריים מאשרים את הניתוח גם למטופלים שלא השתתפו במפגשי ההכנה שקבעו הקופות, כנדרש ובאופן מלא, דבר העלול להוביל לסיבוכים לאחר הניתוח, לעלייה חוזרת במשקל ולניתוחים חוזרים.

משרד הבריאות לא קבע גורם אחראי לביצוע הערכה טרום-ניתוחית כדי לוודא שהמטופל מוכן לניתוח. כתוצאה מכך לעיתים מתבצעת הערכה כפולה - הן בקופה והן במרכז הבריאטרי; עולה חשש כי מטופלים פונים לוועדה נוספת זמן קצר לאחר שוועדה קודמת לא אישרה להם לעבור ניתוח; חלק

ניכר מהוועדות אינן מתכנסות בהרכב הנדרש; במקרים מסוימים חברי ועדה מעלים ספק באשר למוכנות המטופל והתאמתו לעבור את הניתוח, אך ההסתייגות אינה נדונה בוועדה והמועמד מנותח; משרד הבריאות לא הגדיר מדדים ברורים לתחלואה נלווית להשמנה כתנאי לביצוע ניתוח בריאטרי - למשל מהו לחץ הדם הנחשב גורם תחלואה מלווה בר-סיכון, המצדיק ביצוע ניתוח.

למרות חשיבותה של הכשירות הנפשית בהכרעה אם המועמד לניתוח מתאים לעבור אותו, משרד הבריאות לא הסדיר את מתכונת ההערכה הפסיכיאטרית טרם ניתוח והוועדה הרב-מקצועית מתקשה לעמוד על כשירות זו. אנשי המקצוע החברים בוועדה (עו"ס או פסיכולוג) נדרשים, במסגרת מפגשם עם המועמד לניתוח, לאתר ולזהות קיומן של בעיות בכשירות הנפשית שלו, וכן של הפרעות אכילה פעילות או רדומות העלולות להתפרץ לאחר הניתוח. ואולם, מפגש הוועדה עם המועמד לניתוח נמשך פרק זמן קצר יחסית - פגישה חד-פעמית הנמשכת חצי שעה עד שעה, ספק אם מסגרת זו מאפשרת לוועדה לברר כראוי את מצבו הנפשי ולעמוד על התאמתו לעבור את הניתוח בהצלחה.

ליקויים בהתאמת סוג הניתוח למטופל

במשרד הבריאות ובאיגוד המקצועי הייעודי בהסתדרות הרפואית בישראל אין משנה סדורה באשר לניתוחים בריאטריים, ובכלל זה אין הנחיה המכוונת לסוג הניתוח המתאים ביותר למאפייני המטופל; לא מתבצעת בקרת עמיתים ולא מתקיים סיעור מוחות בין הכירורגים הבריאטריים ובינם לבין כירורגים אחרים במחלקה, באשר לסוג הניתוח. מצב זה עלול לגרום לכך שבהחלטה אם לבצע את הניתוח ובאיזו שיטה לבחור, עלול להיות מעורב מלבד השיקול העניני, המקצועי-רפואי, גם שיקול לא ענייני, כגון החלטה על ביצוע הניתוח בשיטה שבה הרופא התמחה אף כי ייתכן שהיא מתאימה פחות למטופל; בשלוש השנים האחרונות גדל בישראל פי ארבעה מספר ניתוחי "מיני-מעקף" (בניגוד למקובל במדינות מערביות), אף שלא קיים די מידע על ניתוח זה, ושבקווי ההנחיה של האיגודים המקצועיים[11] אין כלל התייחסות אליו.

מעקב לאחר ניתוח

מרבית המנותחים לא ביצעו ביקורת מעקב אצל גורמי המקצוע כפי שקבע חוזר משרד הבריאות; המרכזים הבריאטריים אינם מרכזים מידע על

11 הצירוף "איגודים מקצועיים" מכוון לגורמי מקצוע ייעודיים בישראל כגון: החברה הישראלית לכירורגייה מטבולית ובריאטרייה, עמותת הדיאטנים והתזונאים בישראל והמועצה הלאומית לכירורגייה המייעצת למשרד הבריאות.

המנותחים ואינם עוקבים אחר החלמתם, לרבות אחר משקלם ומצבם התזונתי, ומרבית פעולות אלו נעשות בקופות. מלבד "מכבי", הנוקטת בגישה פרואקטיבית ופונה ביוזמתה למטופל כדי שיגיע למעקב דיאטנית, שאר הקופות - הכללית, מאוחדת ולאומית - אינן יוזמות פנייה כזו. הן מותירות את היוזמה לכך בידי המנותחים, בהתאם להנחיות שקיבלו בדבר המעקב. הקופות גם אינן מנחות את רופאי המשפחה לנהל מעקב אחר המנותחים באמצעות הפנייתם לבדיקות דם ורמות ויטמינים ובדיקת תוצאותיהן. אי-נקיטת הפעולה של הקופות עלולה להוביל לפגיעה במנותח, אם כיוון שהוא עלול לחזור להרגליו הישנים ולחזור למשקלו הכבד והלא-בריא, ואם בשל פגיעה בריאותית בגופו בשל חוסר במרכיבים הנחוצים לבריאות תקינה. כמו כן עלולה להתפתח פגיעה בחוסנו הנפשי של המטופל שכן עליו לסגל לעצמו אורח חיים אחר המותאם לניתוח.

הבקרה על אישור ביצוע ניתוח בריאטרי חוזר

למרות הסיכונים שבניתוח בריאטרי חוזר, בקווים המנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים שבחוזר משרד הבריאות אין הבחנה בין ניתוח ראשון לבין ניתוח חוזר, למעט באשר לתנאי סף של מדד ה-BMI. בעת החלטה על ניתוח חוזר לא נבדקות הסיבות לכישלון הניתוח הקודם, לא נדרשת הכנה קפדנית, ארוכה או מעמיקה יותר מזו שנעשתה לקראת הניתוח הקודם, אין הנחיות בדבר סוג הניתוח החוזר שיש לבצע לאחר ניתוח קודם, ולכל קופה כללים משלה בעניין ניתוחים חוזרים.

סיבוכים ותמותה: לרשם הלאומי לבריאטרייה אין מידע מלא על שיעור הסיבוכים; המידע שברשותו הוא על סיבוכים בזמן האשפוז בלבד, אף שידוע כי יש סיבוכים המתגלים בחודשים שלאחר הניתוח.

ההוצאה הלאומית הכבדה והתמחור של ניתוחים בריאטריים

על פי נתוני קופות החולים, ההוצאה לניתוחים הבריאטריים ב-2017 הסתכמה בכ-500 מיליון ש"ח, אולם אלו נתונים חסרים, שכן הקופות אינן מחשבות את כל העלויות הנלוות לניתוח - למשל את עלות מפגשי ההכנה עם הדיאטנית, המעקבים שמבצעים גורמי המקצוע לאחר הניתוח, האשפוזים בעקבות סיבוכים ועוד. משרד הבריאות אינו אוסף כלל הנתונים על עלות הניתוחים הבריאטריים ואין לו כל מידע על סך ההוצאה הלאומית הכוללת עבור ניתוחים אלו.

משרד הבריאות קבע תעריף לשלושה סוגי ניתוחים בלבד מתוך החמישה הקיימים, ולכן בתי החולים גובים בעבור שני הניתוחים הנוספים מחיר לא

מתאים. בשנים האחרונות נכנסו טכנולוגיות חדשות שהוזילו את עלויות הניתוח שתומחרו בשנת 2010, ומשרד הבריאות לא בדק את נכונות התעריפים. נוכח הרווחיות הגבוהה של לפחות חלק מהניתוחים הבריאטריים, עולה צורך להבטיח כי יוסר החשש ששיקול הדעת המקצועי של בית החולים, יושפע מההשלכות הכלכליות של הניתוח והרווח הגלום בו - אם מבחינת הערכה שהמטופל אכן מתאים ומוכן דיו לניתוח ואם מבחינת ההחלטה על סוג הניתוח המתאים למטופל. הן קופות החולים והן המנותחים באמצעות השב"ן נושאים בעלות גבוהה מהנדרש עבור ניתוח נפוץ ביותר מסוג "מיני-מעקף" (שלא תומחר).

הבקרה על אישור ניתוחים בריאטריים במתבגרים (בני 13 - 18)

משרד הבריאות הקים באיחור של שנה ועדת אישורים להתאמת מתבגרים בני פחות מ-16 לביצוע ניתוח בריאטרי; בחוזר משרד הבריאות אין התייחסות לסוגי הניתוחים המתאימים למתבגרים.

ההמלצות העיקריות

משרד הבריאות: על משרד הבריאות לקבוע הנחיות באשר להכנה הנדרשת והמחויבת טרם הניתוח; בכלל זה עליו לקבוע מי האחראי לביצוע ההכנה ומי אחראי לביצוע הוועדה - קופות החולים או המרכזים הבריאטריים. עליו לקבוע כללים ברורים ומחייבים למתן חוות דעת פסיכיאטרית לפני ניתוח בריאטרי, שתתאים למאפייני המנותח ולמשמעויות של הניתוח שהוא יעבור; עליו גם לעגן זאת בחוזר מתאים. כמו כן, עליו לקבוע כללים לכשירותו של המנותח לעבור ניתוח נוסף, כך שהדבר לא רק שלא יסכן אותו אלא גם יהיה בעל סיכויי הצלחה טובים. עליו לקבוע, בשיתוף החברה הישראלית לכירורגייה מטבולית ובריאטרייה, אמות מידה ברורות - הן לביצוע ניתוחים חדשים בטכניקות שאינן מוכרות דיין והן להתאמת סוגי הניתוחים למאפייני המנותחים. כן עליו לקבוע מדדים ברורים יותר לתחלואה נלווית המצדיקה ביצוע ניתוח. על משרד הבריאות לוודא שקופות החולים והמרכזים הבריאטריים מקיימים את ההנחיות שקבע בנושא הניתוחים הבריאטריים ולקבוע את הגורם האחראי לביצוע המעקב באופן מלא - הקופה או המרכז הבריאטרי, ובכך להבטיח שהמנותחים יקבלו את התמיכה המגיעה להם. עליו להכיר את המידע והנתונים של ההוצאה הלאומית הכוללת עבור הניתוחים הבריאטריים. כמו כן, נדרש המשרד לערוך בחינה מחודשת של התעריף שנקבע לניתוחים הבריאטריים, על משרד הבריאות להקטין את התמריצים הכלכליים לביצוע ניתוחים בריאטריים ולפעול להפחית את מחיר הניתוחים;

בנוסף עליו לקבוע כללים שיבטיחו את התאמת סוג הניתוח למתבגרים על פי גילם והשינויים הצפויים באורח חייהם.

המרכזים הבריאטריים וקופות החולים: על המרכזים הבריאטריים וקופות החולים לדרוש מהמנותחים לבצע את מלוא ההכנה הנדרשת והבדיקות המקדימות ולהקפיד על כך, שללא הכנה לא יאושר ביצוע הניתוח; כמו כן לבצע את ביקורות המעקב לאחר הניתוח ולפעול על פי ההנחיות שהם עצמם קבעו וכפי שקבע חוזר המשרד.

קופות החולים: על קופות החולים לנקוט צעדים כדי לשפר את הידע וההיכרות של רופאי המשפחה עם תחום הניתוחים הבריאטריים, לרבות באשר ליעילות הניתוח, אמות המידה לביצועו, תהליך ההכנה הנדרש, והמרכזים שבהם ניתן לבצע ניתוחים כאלה. עליהן גם לעמוד באמות המידה ובהנחיות משרד הבריאות בדבר הקמת מרפאות הנותנות את המענה הנדרש למעקב לאחר ניתוח, כפי שמגדיר חוזר המשרד, ולכל הפחות להקים מערך תמיכה מלא שיעקוב אחר המנותחים, לרבות סיוע נפשי ייעודי לאחר הניתוח; עליהן להדריך את רופאי המשפחה במעקב הנדרש, ואף לשקול ליצור התראות בתיקי המנותחים שיופיעו במחשב רופא המשפחה ויסייעו במעקב.

מרכזים בריאטריים: על הנהלות בתי החולים שבהם יש מרכזים בריאטריים וכן על המרכזים עצמם, לוודא כי ההחלטה על סוג הניתוח תתקבל במתכונת של סיעור מוחות מחלקתי, כפי שמתקבלות החלטות על ניתוחים בתחומים אחרים.

סיכום

תופעת ההשמנה נעשתה נפוצה בעולם, ונצפית גם בקרב צעירים. השמנה קשורה לתמותה בהיקף הולך וגדל, ועלותה הלאומית-כלכלית גבוהה ביותר, בעיקר למערכת הבריאות. להשמנה יש השלכות פיזיות ונפשיות רבות, והסובלים ממנה מתקשים לנהל אורח חיים תקין. ניתוחים בריאטריים נמצאו יעילים בטיפול בהשמנה והפחתת תחלואות נלוות. שיעור הניתוחים הבריאטריים בישראל בהשוואה לגודל האוכלוסייה הוא הגבוה מבין כלל 36 מדינות ה-OECD, והוא מוסיף לגדול בשיעורים גבוהים מאוד בשנים האחרונות. גם מספר הניתוחים החוזרים המתבצעים בישראל הוא הגבוה מקרב מדינות ה-OECD, אף שניתוחים אלו בעלי סיכון מוגבר.

הכנה מלאה וראויה טרם הניתוח מצד קופות החולים והמרכזים הבריאטריים היא חיונית להצלחת התהליך, אך נמצא כי אינה מתבצעת באופן מלא וסדור, וכך גם הליך בחירת סוג הניתוח שיתאים למטופל בהתאם למאפייניו. ביצוע ניתוחים בריאטריים במטופלים הסובלים מהפרעה נפשית פעילה או הצפויים לפתח בעיות ומחלות נפשיות בעקבות הניתוח עלול להוביל לסכנת חיים ממשית, אולם משרד הבריאות לא קבע כללים ברורים ומחייבים למתן חוות

דעת פסיכיאטריות לפני הניתוח הבריאטרי ולאחריו, והוועדות המקצועיות מתקשות לאבחן הפרעות נפשיות שעומדות בבסיס בעיית ההשמנה.

המעקב הרפואי, החיוני ביותר לאחר הניתוח ובעיקר בשנה הראשונה להבטחת ירידה במשקל ושינוי דפוסי החיים, נמצא לקוי ביותר. האחריות לכך היא הן של המנותחים והן של הקופות ורופאי הקהילה: המנותחים אינם מקפידים לבצע את המעקב כנדרש - מעטים מגיעים למעקבים, לרבות אצל רופאי משפחה, דיאטניות ופסיכולוגים, שיכולים לשמש מנגנון תמיכה וחיזוק במאבקם של המנותחים לשמור על המשקל ועל אורח החיים החדש הנדרש; הם אינם מבצעים בדיקות כנדרש ואינם מקפידים על נטילת תרופות וויטמינים; מנגד, קופות החולים, הרופאים בקהילה והמרכזים הבריאטריים אינם פועלים באופן פרואקטיבי לעידוד ולתמרוץ המנותחים להגיע למעקב ולבצע את כל הבדיקות. לא פעם המנותח מנתק מגע לאחר שעבר את הניתוח, ולא נעשה די מאמץ מצד הגורמים המעורבים להשיבו לתלם המעקב. גורמים אלו מתנערים מאחריותם ומטילים אותה רק על המנותחים, ותוצאת הדבר מתבררת כעבור כמה שנים - מנותחים כושלים בשמירה על משקלם וסובלים מתחלואה נוספת הנגרמת בשל ההשמנה.

הניתוחים הבריאטריים מתנהלים בישראל כ"מעגל שוטה", אף שמדובר בניתוחים בעלי סיכונים העלולים להביא בסופו של דבר אפילו למוות: מטופלים אינם עוברים הכנה מלאה וראויה טרם הניתוח; ההחלטה על סוג הניתוח מתקבלת ללא בקרת עמיתים; הליך בחירת סוג הניתוח שיתאים למטופל בהתאם למאפייניו ושיתקבל אך ורק על בסיס שיקולים מקצועיים-רפואיים וללא השפעת שיקולים זרים של הרווח הגלום בניתוח - נמצא לקוי; המעקב אחר המנותחים אינו מספק; ולבסוף, חלקם - אחד מכל שישה מנותחים - חוזר לנקודת ההתחלה ומבצע ניתוח חוזר, שהוא בעל רמת סיכון מוגברת. יש מנותחים שעברו גם שלושה, ארבעה ואף חמישה ניתוחים, דבר המצביע על אפשרות סבירה שמוכנותם להליך לא הייתה מספקת. מחקר שביצעה קופת חולים מכבי אף מעיד כי לאחר ארבע שנים כ-60% מהמנותחים עלו במשקל ולא שמרו על מדד הצלחת הניתוח!

המסקנה העולה מהביקורת היא שמשרד הבריאות אינו מנהל נכון תחום רגיש כל כך ועתיר הוצאות כמו הניתוחים הבריאטריים. תורמים לכך קופות החולים והמרכזים הבריאטריים בבתי החולים, אשר אינם מפעילים תהליכים סדורים של הניתוחים הבריאטריים - הם אינם מכינים כראוי את המטופלים לפני הניתוח ואינם מלווים אותם באופן מלא ועקבי לאחריו.

הליקויים שהתגלו בביקורת זו מחייבים את משרד הבריאות, קופות החולים והמרכזים הבריאטריים בבתי החולים, בשידוד מערכות יסודי בתחום הניתוחים הבריאטריים. ראוי שהדבר יבוצע בשיתוף האיגודים המקצועיים.

מבוא

תופעת ההשמנה נעשתה נפוצה בעולם וכן בישראל[12]. ארגון הבריאות העולמי הכריז כבר בשנת 1997 על תופעת ההשמנה כעל מגיפה עולמית[13]. השמנת יתר חולנית מוגדרת כמחלה כרונית הפוגעת במערכות גוף רבות, מקצרת את תוחלת החיים ופוגעת קשות באיכותם, והיא מגבירה את הסיכון לחלות במחלות לב, סוכרת ויתר לחץ דם. השמנת יתר חולנית קשורה ליותר מ-2.5 מיליון מקרי תמותה בשנה בעולם ומביאה לתמותה מוקדמת(בהשוואה לתוחלת החיים הממוצעת) של עד כעשר שנים. להשמנה יש השפעה כלכלית רחבה והיא אחראית לכ-2% - 10% מהוצאות הבריאות הלאומיות בארה"ב ובמדינות מערב אירופה[14]. לפי הערכות של משרד הבריאות, תוספת ההוצאה הלאומית לבריאות בישראל עקב תופעת ההשמנה מוערכת בכ-6 מיליארד ש"ח.

על פי פרסום של ה-OECD[15], בשנת 2015 54% מהמבוגרים במדינות ה-OECD (36המדינות המפותחות) סובלים ממשקל עודף ומהשמנה: 35% הוגדרו כסובלים מ"משקל עודף" (BMI - Body Mass Index 29.9-25) ו-19% הוגדרו כסובלים מ"השמנה" על רמותיה השונות (השמנה -BMI 34.9-30, "השמנת יתר" - -BMI 39.9-35, ו"השמנת יתר חולנית" - BMI גדול מ-40)[16]. בישראל המצב דומה: בשנת 2017 הוגדרו כ-44% מהאוכלוסייה הבוגרת בה (בני 20 ומעלה) בעלי "משקל עודף" ו"השמנה", וכ-4% כסובלים מ"השמנת יתר" ומ"השמנת יתר חולנית"[17].

הטיפולים בהשמנה מגוונים וכוללים גישות רפואיות שונות, ובהן טיפול תזונתי, טיפול פסיכולוגי-התנהגותי, טיפול תרופתי וטיפול ניתוחי. מחקרים שבחנו את יעילותם של הטיפולים שאינם ניתוחיים במטופלים הסובלים מ"השמנת יתר חולנית" מלמדים כי אלה מביאים לירידה של 10%-5% במשקל. ארגון הבריאות העולמי, בשיתוף איגודים רפואיים מקצועיים, קבעו כי ניתוחים בריאטריים יעילים לטיפול ב"השמנת יתר חולנית" ומורידים באופן מובהק את התמותה והמחלות הנלוות. לדוגמה, ההערכה היא שניתוח בריאטרי מונע תחלואה של סוכרת ואף עשוי לרפא סוכרת קיימת[18] ולהפחית את התמותה ממנה ב-50%[19].

> השמנת יתר חולנית מוגדרת כמחלה כרונית הפוגעת במערכות גוף רבות, מקצרת את תוחלת החיים ופוגעת קשות באיכותם, והיא קשורה ליותר מ-2.5 מיליון מקרי תמותה בשנה בעולם

12 דוחות מבקר המדינה: **דוח שנתי 61ב** (2011), בפרק "מניעת השמנה - דוח מעקב", עמ' 791; **דוח שנתי 58ב** (2008) בפרק "מניעת השמנה", עמ' 519.

13 מסמך עמדה מטעם עמותת הדיאטנים והתזונאים בישראל: מערך הטיפול התזונתי במנותחים בריאטריים, ינואר 2016 (להלן - מסמך עמדה עמותת הדיאטנים).

14 מסמך עמדה עמותת הדיאטנים.

15 Organization for Economic Co-operation and Development: הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי, המאגד, נכון לשנת 2018, בהתאם לאתר משרד האוצר 36 מדינות דמוקרטיות ומפותחות. הארגון הוקם בשנת 1961 וישראל התקבלה כחברה בו בשנת 2010.

16 Health at a Glance 2017, OECD 2017: בהגדרת ה-OECD מבוגרים הם בני 15 ומעלה.

17 לקט נתונים בנושאי בריאות ואורח חיים. מתוך הסקר החברתי 2017: משקל, דיאטה, תזונה והרגלי אכילה, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ספטמבר 2018.

18 ניתוחים בריאטריים הם דרך טיפול יעילה לאיזון סוכרת מסוג 2, ויש להם השפעות חיוביות על הפחתת מינון האינסולין והפחתת התנגודת לאינסולין בסוכרת מסוג 1.

19 Association of Bariatric Surgery Using Laparoscopic Banding, or Roux-en-Y Gastric Bypass vs Usual Care Obesity Management With All-Cause Mortality. JAMA January 16, 2018 Volume 319, Number 3.

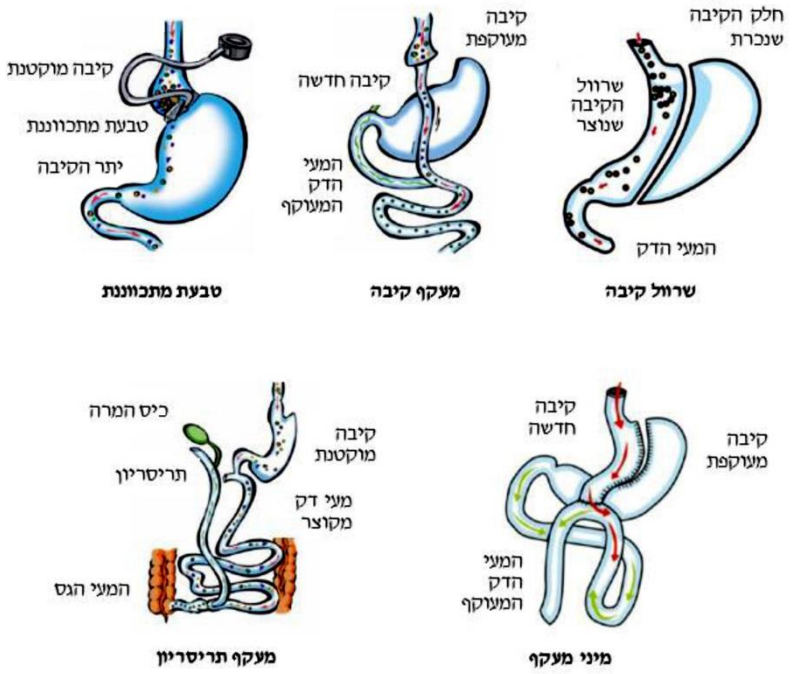
ניתוחים בריאטריים, המוכרים בציבור כניתוחי קיצור-קיבה, מבוצעים במרבית המקרים בשיטה לפרוסקופית - ללא פתיחת הבטן, על ידי החדרת מכשירי הניתוח מבעד לנקבים בבטן, ותוך כדי ניפוח חלל הבטן; הם נמשכים כשעתיים עד ארבע שעות, בהרדמה מלאה, וכוללים אשפוז של 4 - 5 ימים בממוצע. שיעור הירידה במשקל לאחר הניתוח נאמד בכ-40%-90% מעודף המשקל המקורי של המנותח, תלוי בסוג הניתוח. עם זאת, חלק מהמטופלים אינם מצליחים להגיע ליעדי הירידה במשקל, וחלק מאלה המשיגים את היעד אינם מצליחים לשמור על משקלם המופחת לאורך זמן, כך לפי נתוני משרד הבריאות. שיעור הניתוחים החוזרים בישראל בשנת 2017 עמד על כ-17% (אחד מתוך כשישה ניתוחים).

הניתוחים הבריאטריים מבוצעים ב"מרכזים רב-תחומיים" בבתי החולים, הנקראים "מרכזים בריאטריים" (להלן גם - המרכזים). בישראל פועלים 28 מרכזים כאלו בבתי חולים ממשלתיים, בתי חולים של שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), בבתי חולים ציבוריים ופרטיים.

בישראל מבוצעים חמישה סוגים של ניתוחים בריאטריים: מעקף קיבה - יצירת כיס קיבה בנפח קטן המתחבר ישירות למעי הדק ועוקף את יתרת הקיבה (להלן - מעקף קיבה); שרוול קיבה - כריתה חלקית של הקיבה והקטנת נפחה; מעקף קיבה עם השקה בודדת - יצירת גדם של הקיבה בצורת שרוול וחיבור של לולאת מעי דק מרוחקת לגדם (להלן - מיני-מעקף), ניתוח שצבר תאוצה בשנים האחרונות; טבעת מתכוונת - התקנת טבעת מתכוונת סביב חלקה העליון של הקיבה, היוצרת כיס קיבה מוקטן המתמלא במזון ולא מאפשר אכילה נוספת עד להתרוקנותו; מעקף תריסריון - הקטנת נפח הקיבה וביצוע מעקף של התריסריון וחלק נרחב של המעי הדק ליצירת לולאה קצרה שבה נספג המזון. המכנה המשותף של כל הניתוחים הוא הגבלת כמות האוכל שהקיבה מסוגלת להכיל המביאה לתחושת שובע מהירה, והשוני ביניהם הוא אופן השפעתם על מידת ספיגת המזון.

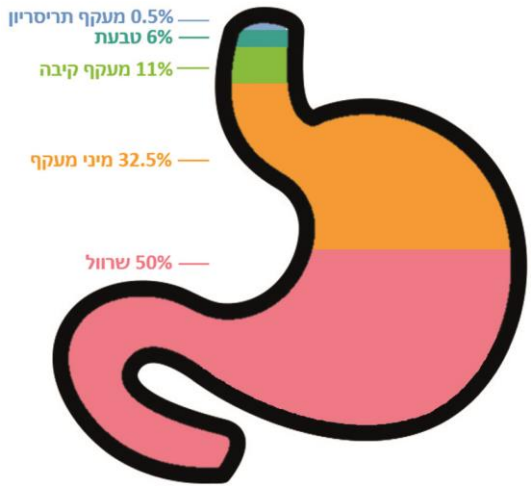
להלן איור של סוגי הניתוחים[20]:

20 האיור מנייר עמדה "ניתוחים לטיפול בהשמנת יתר חולנית" (כירורגייה בריאטרית), המכון לאיכות ברפואה - ההסתדרות הרפואית בישראל, אוגוסט 2017 (להלן - נייר עמדה כירורגייה בריאטרית), הכיתוב הוסף כהסבר.



תרשים 1 להלן מציג את התפלגות סוגי הניתוחים הבריאטריים כפי שבוצעו בשנת 2017. הנתונים מבוססים על נתוני הרשם הבריאטרי.

תרשים 1: **התפלגות סוגי הניתוחים הבריאטריים, 2017**



בעיבוד משרד מבקר המדינה.

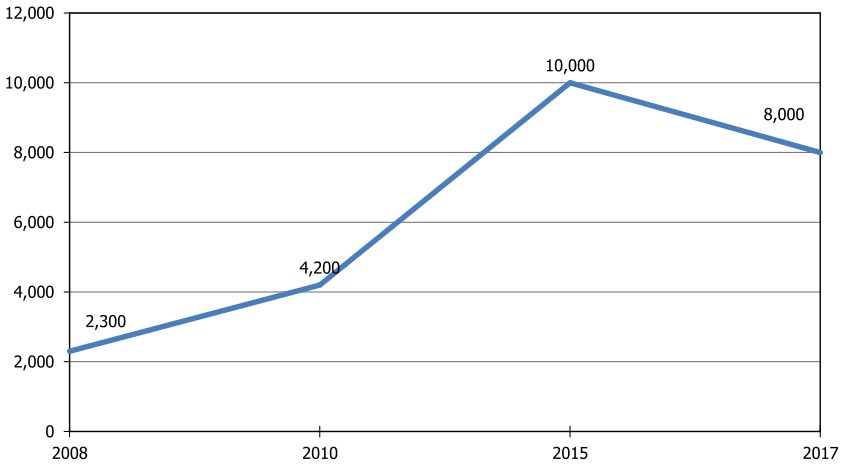
מהתרשים עולה כי מרבית הניתוחים המבוצעים בארץ - יותר מ-82% - הם מסוג שרוול קיבה (כ-4,000 ניתוחים) ומיני-מעקף (כ-2,600 ניתוחים)[21].

המוּעילוּת (אפקטיביות) של הניתוחים הבריאטריים בטיפול בהשמנת יתר ובהשמנת יתר חולנית הביאה לגידול ניכר בביצועם בארץ ובעולם בתוך שנים ספורות. מנתוני סקר עולמי לשנת 2014 עולה כי ישראל ניצבת במקום הראשון בקרב מדינות OECD בביצוע ניתוחים בריאטריים יחסית לגודל האוכלוסייה, ובמקום השני בקרב כלל מדינות העולם[22]. כמחצית מהניתוחים הנעשים בארץ מתבצעים בבתי חולים פרטיים. מספר הניתוחים הבריאטריים בעולם עמד בשנת 2003 על כ-150,000. לעומת זאת בשנת 2016 בוצעו כ-730,000 ניתוחים[23].

> המוּעילוּת של הניתוחים הבריאטריים הביאה לגידול ניכר בביצועם בארץ ובעולם בתוך שנים ספורות. כך למשל מספרם בעולם עמד על כ-150,000 בשנת 2003 לעומת כ-730,000 ניתוחים בשנת 2016

בתרשים 2 להלן מוצגים נתונים על מספר הניתוחים הבריאטריים במבוגרים בני 18 ומעלה בישראל בשנים 2008 - 2017[24].

תרשים 2: **מספר הניתוחים הבריאטריים בישראל בשנים 2008-2017**



בעיבוד משרד מבקר המדינה.

מהתרשים עולה כי מספר הניתוחים הבריאטריים זינק במשך השנים והגיע לשיאו בשנת 2015.

21 נתוני הרשם הבריאטרי; הועברו למשרד מבקר המדינה ביוני 2018.

22 כווית במקום הראשון. נתוני הסקר פורסמו ב-2014 Bariatric Surgery and Endoluminal Procedures: IFSO Worldwide survey ; IFSO- הפדרציה הבין-לאומית לכירורגייה של השמנת יתר והפרעות מטבוליות.

23 IFSO Worldwide Survey 2016: Primary, Endoluminal and Revisional Procedures, August 2018

24 קופת חולים מאוחדת החלה לאסוף נתונים רק ב-2010, ולכן חסרים נתוניה בתרשים לשנת 2008.

שיעור התמותה מניתוח בריאטרי עומד על כ-0.15%, אולם ההערכה היא כי שיעור הסיבוכים הקשורים בניתוח גבוה יותר, בין 10% ל-17%, כתלות בסוג הניתוח[25]. בין הסיכונים הנפוצים בניתוחים אלו נמנים דימום, דליפה או תסחיפים של קרישי דם במהלך הניתוח ולאחריו, חוסר בוויטמינים, תת-משקל, שלשולים, נשירת שיער, צרבות ועוד. לחלק מהמנותחים נשארים עודפי עור באזורים שונים בגוף, שלעיתים מצריכים ניתוחים להסרתם[26]. בשנים 2013-2017 הוגשו 10 תלונות למשרד הבריאות, וכ-80 תביעות ודרישות כספיות לחברות הביטוח בגין אירועים שעניינם סיבוכים ותמותה בעקבות ניתוח בריאטרי.

עם השנים החמירה השמנת היתר גם אצל ילדים ומתבגרים (עד גיל 18)[27], ולפי סקר משרד הבריאות לשנים 2015-2016 על מצב הבריאות והתזונה של תלמידי כיתות ז'-י"ב[28] נמצא כי כ-20% מהם סובלים מ"משקל עודף" וכ-11% סובלים מ"השמנה"[29]. מספר הניתוחים הבריאטריים במתבגרים (בני 13 עד 18) שבוצעו בישראל משנת 2014 ועד יולי 2018 הוא כ-400.

ניתוח בריאטרי נכלל בסל שירותי הבריאות בישראל (להלן - סל הבריאות)[30]. הוצאות ארבע קופות החולים לניתוחים בריאטריים בשנת 2017 הסתכמו בכ-500 מיליון ש"ח[31] (מתוכם כ-180 מיליון ש"ח באמצעות שירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים [להלן - השב"ן])[32].

אגף רפואה כללית בחטיבת הרפואה במשרד הבריאות הוא האחראי לאסדרת תחום הניתוחים הבריאטריים ולבקרה עליהם. משרד הבריאות פרסם בשנת 2013 "קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים במבוגרים" (להלן - החוזר או חוזר המשרד)[33], ובשנת 2009 פרסם "קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים בילדים מתחת לגיל 18" ועדכן אותו בשנת 2017 (להלן - חוזר המתבגרים החדש)[34]. החוזרים קובעים, בין היתר, אמות מידה לניתוח, את שלבי ההכנה

25 נייר עמדה כירורגייה בריאטרית.

26 עוד בעניין עודפי עור ראו **בדוח מבקר המדינה 69ג'**, בפרק "אסדרת תחום הטיפולים והניתוחים הפלסטיים אסתטיים".

27 הגדרת עודף משקל אצל ילדים: מדד ה-BMI מעל האחוזון ה-85 לגיל ולמין; הגדרת השמנה אצל ילדים: מדד ה-BMI באחוזון ה-97 ומעלה.

28 סקר מב"ת צעיר - סקר מצב בריאות ותזונה לאומי שני לתלמידי כיתות ז'-יב', 2015-2016, אוגוסט 2017, משרד הבריאות.

29 בכלל זה: "השמנה", "השמנת יתר" ו"השמנת יתר חולנית".

30 סל שירותי הבריאות מקיף את מכלול השירותים, התרופות, הציוד והמכשירים הרפואיים הניתנים לתושבי ישראל על ידי קופות החולים, במימון המדינה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

31 נתונים שהועברו למשרד מבקר המדינה מכל קופות החולים, הכוללים הוצאה פרטית והוצאה ציבורית. בחלק מהקופות הנתונים כוללים ועדות בריאטרייה וסדנאות.

32 שירותים שאינם כלולים בסל הבריאות ולעיתים מלווים בהשתתפות עצמית של המבוטח.

33 חוזר מינהל רפואה 33/2013, שהחליף חוזר קודם - 27/2012.

34 חוזר מינהל רפואה 27/2017, שהחליף חוזר קודם - 33/2009.

הטרום-ניתוחית, מעקב לאחר ניתוח, הקמת רשם לאומי לבריאטרייה[35], ואמות מידה להכרה במרכז בריאטרי[36].

בשנת 2013 החליט משרד הבריאות להקים רשם לאומי לניתוחים בריאטריים במרכז הלאומי לבקרת מחלות (להלן - הרשם הבריאטרי), אשר ירכז את הנתונים מכל הניתוחים המבוצעים בכל המסגרות המטפלות בישראל. ועדת היגוי בראשות הרשם הבריאטרי (להלן - ועדת ההיגוי) דנה אחת לכמה חודשים בעניינים מינהליים - כגון דיווחים לרשם, מהות המידע שייאסף, מי אחראי להעברת המידע ועוד[37]. החברה הישראלית לכירורגייה מטבולית ובריאטרית (להלן - החברה לבריאטרייה) מרכזת את ההיבטים המקצועיים ומשמשת כגוף המדעי, המקצועי והמנחה מטעם ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י).

פעולות הביקורת

בחודשים פברואר-אוגוסט 2018 בדק משרד מבקר המדינה את ההליך והנסיבות לאישור והביצוע של הניתוחים הבריאטריים בישראל ואת ההשלכות על ציבור המנותחים. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות, בכללית, במכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), בקופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ובלאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית) ובמרכזים הבריאטריים בבתי החולים הממשלתיים ובבתי החולים של הכללית.

במהלך הביקורת נבדקו אקראית עשרות תיקים רפואיים של מנותחים מבוגרים שנותחו בשנת 2015 (להלן - תיקי מנותחים) - בארבע קופות החולים ובארבעה מרכזים רפואיים: במרכז הרפואי ממשלתי וולפסון בחולון (להלן - וולפסון), במרכז הרפואי ממשלתי-עירוני ת"א ע"ש סוראסקי (להלן - איכילוב), במרכז הרפואי ממשלתי ברזילי (להלן - ברזילי) ובמרכז הרפואי מאיר שבבעלות הכללית (להלן - מאיר)[38]. כמו כן, נבחנו אקראית כ-20 תיקים של מתבגרים (בני

35 במשרד הבריאות פועל "רשם לאומי לבריאטרייה", המרכז מסד נתונים לאומי המורכב מדיווחי כל בתי החולים. הרשם פועל מכוח הוראות סעיף 29א' לפקודת בריאות העם - 1940.

36 מבקר המדינה העיר בשנת 2011 בנושא הניתוחים הבריאטריים ומאז תוקנו והוסדרו כמה ליקויים, כגון כתיבת חוזר המשרד ומעקב אחר תוצאות הניתוחים באמצעות הרשם הבריאטרי. ראו **דוח שנתי 61ב** (2011), בפרק "מניעת השמנה - דוח מעקב", עמ' 791.

37 ועדת ההיגוי, שהוקמה לצורך ליווי מקצועי לרשם, כוללת אנשי מקצוע העוסקים בהיבטים שונים של הניתוחים הבריאטריים: כירורגים, פנימאים, אנדוקרינולוגים, דיאטניות, פסיכולוגים, הרשם הבריאטרי, נציגי משרד הבריאות, יו"ר החברה לבריאטרייה ועוד.

38 מנותח בריאטרי עובר תהליך הן בקופה והן במרכז הבריאטרי ולכן יש לו שני תיקים רפואיים. משרד מבקר המדינה בדק את תיקי המטופלים לאורך כל התהליך בקופה ובמרכז. בקופות נבדקו 107 תיקים אקראית ובארבעת המרכזים נבדקו 86 תיקים - הפער נובע מבדיקת תיקים של מנותחים שנותחו בשב"ן (שירותי בריאות נוספים) ובוצעו בבתי החולים הפרטיים שאינם גופים מבוקרים, ולכן נבדקו בקופות החולים בלבד.

פחות מ-18) שנותחו בשנים 2015 - 2018[39]. במסגרת הביקורת נשלחו גם 21 שאלוני מידע למרכזים הבריאטריים ולארבע קופות החולים (להלן - השאלונים)[40].

39 יש להתייחס למגבלות הקיימות בבדיקת תיקי מטופלים, כגון: מידע שנאמר בעל פה ואינו מתועד בתיק המטופל, שירותים שהמטופלים קיבלו שלא במסגרת הקופה ולכן הם לא תמיד מתועדים בתיק המטופל ועוד. לכן קיים קושי להסיק מסקנות גורפות מבדיקת התיקים, אך ניתן לקבל מהם תימוכין לליקויים העולים בדוח.

40 לשאלונים ענו 18 מרכזים מתוך 21 מרכזים שקיבלו.

הליך הניתוח הבריאטרי

השמנה היא מחלה כרונית המלווה לא פעם בתחלואה המחייבת התייחסות - הן לפני הניתוח הן לאחריו[41]. הליך הניתוח הבריאטרי הוא ארוך, מחייב הכנה מוקדמת טובה, פיזית ונפשית, ואינו מגיע לסיומו לאחר ביצוע הניתוח ותהליך ההחלמה ממנו, אלא דורש ליווי המשכי - הן מהבחינה הבריאותית והן מהבחינה הנפשית. בלי הליווי הנדרש צפוי כישלון בהשגת תוצאות הניתוח המיוחלות והמנותח יחזור וישמין. בדרך כלל המנותחים משילים את משקלם העודף בשנה הראשונה שלאחר הניתוח, ושנה זו היא למעשה "חלון הזדמנויות" להסתגלות למצב חדש ולהרגלי חיים נכונים, כתנאי הכרחי להצלחת התהליך. לאור זאת, נדרשת בדיקת התאמה של המטופל לניתוח על ידי צוות רב-מקצועי, ובמקרה שיימצא מתאים, נדרשת הכנתו לניתוח ומעקב אחריו בשנים שלאחר ביצועו. הצוות הכירורגי והצוות המשלים (רופא משפחה או רופא פנימי או אנדוקרינולוג[42], דיאטנית, פסיכולוג וכו'[43]) אחראים במשותף להצלחת התהליך שעובר המטופל, שבמרכזו הניתוח הבריאטרי. "הצלחה" מוגדרת כירידה של 50% ומעלה מעודף המשקל, או עודף משקל של עד 30% ממשקל גוף תקין[44] בשנתיים הראשונות לאחר הניתוח[45].

להלן בתרשים 3 הליך הניתוח הבריאטרי:

הליך הניתוח הבריאטרי הוא ארוך, מחייב הכנה פיזית ונפשית טובה ואינו מגיע לסיומו לאחר ביצוע הניתוח ותהליך ההחלמה ממנו, אלא דורש המשך ליווי - הן מהבחינה הבריאותית והן מהבחינה הנפשית

41 דוחות מבקר המדינה: **דוח שנתי 61ב** (2011), בפרק "מניעת השמנה - דוח מעקב", עמ' 791; **דוח שנתי 58ב** (2008) בפרק "מניעת השמנה", עמ' 519.

42 אנדוקרינולוג הוא רופא העוסק בחקר ההורמונים, היווצרותם, הרכבם ופעולתם.

43 דיאטנית - מופיע בלשון נקבה כיוון שרוב העוסקים במקצוע הן נשים. בדוח זה הציון "רופא" או "דיאטנית" מופיע מטעמי נוחות בלבד, אך הכוונה לשני המינים, אלא כשמדובר בבעל תפקיד מסוים.

44 משקל גוף תקין לפי ערכי BMI=25.

45 נייר עמדה כירורגייה בריאטרית.

תרשים 3: **הליך הניתוח הבריאטרי**



בעיבוד משרד מבקר המדינה.

שלב טרום-ניתוח

ליקויים בהליך הראשוני לזיהוי הצורך בניתוח

זיהוי הצורך בניתוח יכול לעלות מצד המטופל או מצד הרופא המטפל כגון רופא המשפחה, רופא פנימי או אנדוקרינולוג. לפי חוזר משרד הבריאות, לפני שהמטופל מתחיל בתהליך ההכנה לניתוח (ראו להלן) יש לוודא ראשית שהוא עומד באמות המידה המפורטות בחוזר המשרד לביצוע הניתוח – מדד BMI מעל 40; מדד BMI מעל 35 עם מחלה נלווית[46]; מדד BMI של 30-35 יאפשר ניתוח כחלק מהשתתפות במחקר או כניתוח חוזר. מטופל העומד באחת מאמות המידה האלה צריך לבצע סדרת בדיקות - הכוללות בדיקות קליניות, הדמיה ובדיקות מעבדה. נוסף על כך, עליו לקבל הערכה קלינית של רופא מומחה למחלות פנימיות או של אנדוקרינולוג, ומכתב מדיאטנית בקהילה המפרט את ניסיונותיו הקודמים להפחית ממשקלו. חשוב שהמטופל יכיר את התהליך וכן את השלכותיו האפשריות על אורח חייו העתידי לאחר הניתוח, כדי שידע מה צפוי לו ויוכל לשמר לאורך זמן את תוצאות הניתוח.

46 כגון: סוכרת סוג 2, יתר לחץ דם, תסמונת דום נשימה בשינה, כבד שומני ועוד.

אחת מההמלצות ב"קווים המנחים" לניתוחים בריאטריים שאושרו על ידי האיגוד האירופי לחקר ההשמנה, קובעת שרופא ראשוני[47] היוצר את המגע הראשוני עם החולה וכן את הטיפול המתמשך, צריך להיות מעורב בהליך הראשוני, וכי "ההערכה הטרום-ניתוחית" חייבת לכלול היסטוריה רפואית מקיפה. מכאן שהליך ראשוני זה ראוי שיתבצע בקופה שבה רשום המטופל - מצבו הרפואי ייבחן במרפאת האם (אצל רופא המשפחה), שם אמור להימצא מרב המידע הרפואי (לרבות המידע התזונתי) העדכני וההיסטורי שלו.

> עלה כי מעורבות רפואת הקהילה והנגשת המידע למטופל בכל הקשור בזיהוי הצורך בניתוח בריאטרי אינן מספקות. במצב הדברים הזה התהליך מתארך והמטופל עצמו חווה תסכול מהמערכת הרפואית

בבדיקת משרד מבקר המדינה בקופות החולים (שכללה בדיקת 107 תיקי מנותחים) עלה כי מעורבות רפואת הקהילה והנגשת המידע למטופל בכל הקשור בזיהוי הצורך בניתוח בריאטרי אינן מספקות:

1. בחלק ניכר מהמקרים רופאי המשפחה אינם יוזמים פנייה למטופל ואינם מציעים לו לבצע ניתוח בריאטרי, אף שניתוח הוא הפתרון המתאים לבעיית ההשמנה שלו.
2. לעיתים רופאי המשפחה אינם מכירים כהלכה את התהליך הנדרש. כאשר הרופא מכיר היטב את ההנחיות שבחוזר הוא מפנה את המטופל לבדיקות הראשוניות הנדרשות ולמומחים המקצועיים - כירורג בקהילה, אנדוקרינולוג דיאטנית וכו', אך כשאין הוא בקיא דיו בתהליך הוא מפנה את המטופל למומחים המקצועיים כדי שיקבל הנחיה על הבדיקות הנדרשות, ואילו האחרונים מחזירים את המטופל לרופא המטפל, כדי שייתן לו הפניות לבדיקות.
3. קופות החולים לאומית והכללית אינן מנגישות את המידע הרלוונטי למטופל באתרי האינטרנט באשר להליך הנדרש.

הכללית השיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2018 (להלן - תשובת הכללית) כי באתר הכללית יש סרטון וכתבות המכילים מידע מקיף מאת אנשי מקצוע על הניתוחים עצמם, על היבטים רגשיים ועל אורח החיים המומלץ לאחר הניתוח; לאומית השיבה למשרד מבקר המדינה, בנובמבר 2018, (להלן - תשובת לאומית) כי תכין את המידע הנדרש ותעלה אותו לאתר הקופה.

משרד מבקר המדינה רואה בחיוב את עצם הצגת המידע על הניתוחים הבריאטריים באתר האינטרנט של קופת החולים הכללית, ואולם זהו מידע חסר, שכן אין הוא כולל נדבך מרכזי בתהליך: ההליך הנדרש מהמטופל טרם ביצוע הניתוח.

47 רופא שאליו פנה המטופל לראשונה, בדרך כלל מענפי הרפואה האלה: רפואת המשפחה, רפואת ילדים, רפואה פנימית וגניקולוגיה.

משרד מבקר המדינה מעיר לקופות החולים כי עקב מעורבות לא מספקת של רפואת הקהילה בדבר העלאת הצורך בניתוח בריאטרי בפני מטופלים והפנייתם לקידום התהליך, היוזמה לכך, בחלק מהמקרים, נותרת בידי המטופל עצמו[48]. ואולם בגלל אי-ידיעה של שלבי התהליך המטופל אינו ממלא אותם כסדרם. כך למשל, נמצאו מקרים שהמטופל כלל לא יידע את רופא המשפחה ברצונו לבצע את הניתוח והגיע ישירות למרכז הבריאטרי בבית החולים, אך משם נאלץ לחזור לקהילה לצורך השלמת הבדיקות הנדרשות; כך קרה לדוגמה למטופלים של הכללית, שפנו למרכז הבריאטרי במאיר והוחזרו לקהילה להשלמת ביצוע בדיקות[49]. במצב הדברים הזה התהליך מתארך, נוצר עומס מיותר וחסר תכלית על המרכזים הבריאטריים, והמטופל עצמו חווה תסכול מהמערכת הרפואית.

על קופות החולים לנקוט צעדים כדי לשפר את רמת הידע, ההיכרות והמעורבות של רופאי המשפחה עם תחום הניתוחים הבריאטריים, לרבות באשר ליעילות הניתוח, אמות המידה לביצועו, תהליך ההכנה הנדרש, והמרכזים המבצעים ניתוחים כאלה. עליהם לוודא שרופאי המשפחה, המודעים למחלות הנלוות שמהן סובלים מטופלים בשל עודף המשקל שלהם, ינקטו פעולה אקטיבית וייזמו פנייה למטופלים, בעיקר במקרים של השמנת יתר והשמנת יתר חולנית, ויציעו להם לבחון את האפשרות לבצע את הניתוח; כמו כן, על הכללית ולאומית לקדם את הנגישות של המבוטחים למידע רלוונטי, ברור ונהיר באתרי האינטרנט שלהן.

אי-קביעת הנחיות מוסדרות לביצוע הכנה לניתוח

לפי מחקרים ומומחים בתחום (דיאטנים, פסיכולוגים וכירורגים) הכנה טובה ונכונה תוביל לתוצאות טובות יותר של הניתוח. על כן יש לקיים דיון מעמיק עם המטופל בדבר יעילות הניתוח, הסיכונים הכרוכים בו ויתרונותיו, סוג הניתוח, בחירת המנתח והמוסד הרפואי, והצורך במעקב ארוך טווח ונטילת תוספי תזונה כמו ויטמינים (לרבות העלויות הנדרשות לשמירה על מעקב הולם)[50]. ההכנה תייצר אצל המטופל ציפיות מציאותיות באשר להיקף הירידה הצפוי במשקל, וציפיות שתואמות לצפי הקליני באשר לסיבוכים ולתופעות הלוואי בטווח הארוך העלולים להתפתח; בעקבות ההכנה המטופל ילמד כיצד להימנע מהם, אילו

48 למעט בקופת חולים מכבי, שכן במסגרתה, להתחלת התהליך המטופל מחויב בעריכת בדיקות ובקבלת מכתב מרופא המשפחה.

49 לאחר ביצוע הבדיקות עליהם לקבוע תור למרכז, וכן תור לוועדה רב-מקצועית. מתוך חוזר משרד הבריאות (בעניין הוועדה המקצועית, ראו להלן בפרק ליקויים בהערכה הטרום-ניתוחית בקופות החולים ובמרכזים הבריאטריים).

50 Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: Cosponsored by American association of clinical endocrinologists, The obesity society, and American society for metabolic & bariatric surgery NIH(Q3,R8).

אורחות חיים חדשים יהיה עליו לסגל אף לפני הניתוח, יבין את הצורך בנטילת ויטמינים כל חייו, את הצורך בשינוי החשיבה ועוד.

בעניין חשיבות ההכנה המוקדמת ענתה לאומית בשאלון למשרד מבקר המדינה, באפריל 2018, כי בהחלט ניתן לראות שהמטופלים אשר עברו סדנת הכנה לניתוח מגיעים מוכנים יותר לניתוח ומבינים את מהותו ואת תוצאותיו הצפויות. הם גם מבינים את ההבדלים בין הניתוחים השונים, ואת הסיבוכים האפשריים, ומגיעים עם ציפיות ריאליות יותר מאלו שלא עברו סדנת הכנה. עוד ציינה לאומית שגם הרופאים המנתחים מרוצים מהתהליך. הקופה רואה בסדנה כלי חשוב מאוד להבטחת הצלחת הניתוח. מכבי כתבה למשרד מבקר המדינה כי ללא ספק יש השפעה חיובית ניכרת על אנשים העוברים תהליך הכנה מוסדר טרם הניתוח.

> משרד הבריאות לא קבע הנחיות בנוגע להכנה הנדרשת לקראת הניתוח, ובכלל זה לא קבע מי האחראי להכנה - קופת החולים או המרכז הבריאטרי, ולא הסדיר את מתכונת מפגשי ההכנה

> הביקורת העלתה כי משרד הבריאות לא קבע הנחיות באשר להכנה הנדרשת לקראת הניתוח, ובכלל זה הוא לא קבע מי האחראי לביצוע ההכנה - קופת החולים או המרכז הבריאטרי, ולא הסדיר את מתכונת מפגשי ההכנה הנדרשים ובין השאר עם אילו גורמים יפגשו המטופלים לפני הניתוח (למשל הצורך במפגש עם פסיכיאטר [ראו להלן]).

נמצא כי כל קופות החולים ורק חלק מהמרכזים הבריאטריים דורשים מפגשי הכנה מהמועמדים לניתוח טרם הניתוח, וכי קיימת שונות גדולה במתכונת המפגשים.

מתכונת ההכנה בקופות:

הכללית: ממליצה על הכנה בת שלושה עד שישה חודשים עם דיאטנית אך אינה מחייבת זאת.

מכבי: דורשת שלושה מפגשים עם דיאטנית.

מאוחדת: דורשת ארבעה מפגשי הכנה עם דיאטנית.

לאומית: דורשת השתתפות בסדנה בת עשרה מפגשים. הסדנה מועברת על ידי דיאטנית ועובדת סוציאלית ועוסקת בתכנים כגון סיגול הרגלי אכילה נכונים, כלים לשינוי חשיבה, הקשר בין פעילות גופנית לתזונה ומידע על אודות הניתוחים למיניהם וסיבוכיהם. ההשתתפות בסדנה מוצגת כתנאי לניתוח, אך הקופה אינה בוחנת באופן פרטני אם המטופל אכן ביצע את השינוי הנדרש לפני ניתוח.

מתכונת ההכנה במרכזים הבריאטריים: מתוך 18 מרכזים בריאטריים, שמונה מקיימים הרצאת הכנה במסגרת מפגש אחד (אך חלק מהם אינם מחייבים

השתתפות בה לשם ביצוע הניתוח)[51]; בעשרת המרכזים האחרים אין מבצעים הכנה ולא נותנים הרצאה כלשהי, מכיוון שהם רואים בקופות אחראיות לכך[52].

מבדיקת תיקי המנותחים עולה כי חלקם מגיעים לניתוח ללא הכנה מספקת ומניחים שמדובר במעין "פתרון קסם" - כלומר, תבוצע בהם פעולה כירורגית שלאחריה תיעלם בעיית ההשמנה שלהם והם יהפכו לאנשים אחרים, חדשים, כפי שרצו וציפו - על כן הם אינם משקיעים את מלוא תשומת ליבם בהכנה הנדרשת. קופות החולים אומנם דורשות להלכה השתתפות במפגשי הכנה כתנאי לביצוע הניתוח, אך למעשה הן אינן מקפידות על ביצוע הנחיותיהן. בפועל, גם הקופות והמרכזים הבריאטריים מאשרים את ביצועו גם למועמדים לניתוח שאינם משתתפים במפגשי ההכנה כנדרש ובאופן מלא. להלן הפרטים:

> מבדיקת תיקי המנותחים עולה כי חלקם מגיעים לניתוח ללא הכנה מספקת ומניחים שמדובר במעין "פתרון קסם", על כן הם אינם משקיעים את מלוא תשומת ליבם בהכנה הנדרשת

בכללית: נמצא כי בכ-60% מהתיקים שנבדקו, המנותחים לא פגשו דיאטנית כלל לצורך הכנה לניתוח, ובמקרים שכן נערכה פגישה כזו היא נועדה לספק למטופל מכתב אישור על מוכנותו לביצוע הניתוח, לוועדה הרב-מקצועית המבצעת הערכה טרום-ניתוחית (להלן - הוועדה)[53], בלי שבוצעה הכנה בקהילה כנדרש.

לדוגמה, מטופלת שנותחה בוולפסון ציינה בפני הדיאטנית במרכז כי אינה יודעת מה הסיכונים של הניתוח "אבל זה שווה הכול, אחרי שנה תהיה רזה ותהנה מהחיים"; אף שהדיאטנית בוולפסון ציינה כי המטופלת אינה מודעת לשינויים ההתנהגותיים הנדרשים לאחר הניתוח, הוועדה אישרה לה לעבור את הניתוח, ללא דרישה להכנה נוספת.

במאוחדת: נמצא כי במחצית מהתיקים שנבדקו המנותחים נפגשו פעמיים לכל היותר עם דיאטנית, אף שהקופה קבעה שנדרשים ארבעה מפגשים. לדוגמה, דיאטנית בוולפסון ציינה בנוגע למטופלת שעליה לבצע הכנה אצל דיאטנית בקהילה; המטופלת לא עשתה זאת ובכל זאת נותחה. גם המרכז בוולפסון לא דרש מהמטופלת לבצע את ההכנה כתנאי לניתוח.

51 שמונה מרכזים ממשלתיים ושל הכללית: הקריה הרפואית ממשלתית לבריאות האדם, רמב"ם, בחיפה; המרכז הרפואי קפלן של הכללית ברחובות; המרכז הרפואי כרמל של הכללית; המרכז הרפואי רבין של הכללית בפתח תקווה (בילינסון והשרון); המרכז הרפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה, בטבריה; המרכז רפואי העמק של הכללית בעפולה; איכילוב, ברזילי.

52 תשעה מרכזים ממשלתיים ושל הכללית: וולפסון, המרכז הרפואי ממשלתי אסף הרופא בצריפין; המרכז הרפואי ממשלתי לגליל, נהרייה; המרכז הרפואי ממשלתי בני ציון בחיפה; המרכז הרפואי ממשלתי הלל יפה בחדרה; בית החולים הממשלתי רבקה זיו בצפת; השרון של הכללית בפתח תקווה; המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה של הכללית בבאר שבע; ומאיר; נוסף על אלה גם בית החולים הפרטי.

53 חוזר משרד הבריאות קובע שוועדה רב-מקצועית צריכה לבצע הערכה טרום-ניתוחית למטופל לפני שהוא מקבל אישור לביצוע הניתוח (ראו להלן).

במקרה אחר, מטופל נותח בוולפסון אף שהכנתו ומוכנותו לניתוח לא היו מספיקות - בהערכה הפסיכיאטרית שעבר בקהילה צוין כי הבנתו את משמעות הניתוח אינה מספקת וכי הוא מצפה שהניתוח הבריאטרי יפתור את בעיית האכילה שלו לפני השינה. הפסיכיאטר ציין כי הוא חושש שהמטופל אינו מבין את מהות הניתוח. הערות הפסיכיאטר לא זכו להתייחסות כלשהי.

בלאומית: בכשליש מהתיקים שנבדקו המנותחים נפגשו עם דיאטנית פעמיים לכל היותר, ולא השתתפו בסדנה, אף שהנחיות הקופה הן להשתתפות בסדנה בת עשרה מפגשים.

לדוגמה, במפגש הכנה של מטופלת עם דיאטנית בקופה כתבה הדיאטנית כי המטופלת "מעדיפה לעשות את הניתוח מאשר לנסות שינוי אורח חיים ללא עזרת הניתוח". כאמור, בניתוח בריאטרי נדרש שינוי באורח החיים, ואי-מוכנות לעריכת השינוי הזה עלולה להכשיל את הניתוח, אך בכל זאת אושר למועמדת במרכז לעבור את הניתוח, ללא התייחסות לאי מוכנותה.

יוצא אפוא, כי על אף חשיבותה של הכנה טרם הניתוח הבריאטרי להצלחת התהליך, חלק מקופות החולים לא ביצעו את ההכנה הנדרשת למועמדים לניתוח, מצב העלול להוביל לסיבוכים לאחר הניתוח, לעלייה חוזרת במשקל ולניתוחים חוזרים.

לאומית השיבה כי אין מטופל שלא עובר סדנא כהכנה לניתוח וכי במהלך שנת 2018 עברה הקופה תהליך של הטמעת נהלים, והיא מקפידה על כך שכל המועמדים לניתוח בריאטרי יחויבו לעבור סדנה.

משרד מבקר המדינה מעיר ללאומית כי גם אם המטופלים שתיקיהם הרפואיים נבדקו אכן השתתפו בסדנה, הרי שהדבר לא תועד בתיקיהם, דבר העלול לפגוע ברצף הטיפולי שלהם.

על לאומית, כמו על כל הקופות האחרות, להנחות את מפעילי הסדנאות והדיאטניות המלוות את המועמדים לניתוח בריאטרי לתעד כהלכה את השתתפות המטופלים בפעילויות אלו, ולהדגיש בפני מפעילי הסדנאות את החשיבות שבהפניית תשומת לב הגורמים המטפלים לקשיים שעלו או העלולים לעלות אצל מטופל מסוים המבקש לעבור את הניתוח. על קופות החולים והמרכזים הבריאטריים לוודא כי ההנחיות שהקופות קבעו יבוצעו כנדרש.

יצוין כי דיאטניות, פסיכולוגיות, עובדות סוציאליות ופסיכיאטריות מגופים שונים כגון "עמותת הדיאטנים והתזונאים בישראל" (להלן - עמותת הדיאטנים) וכן קופות החולים, העבירו במרץ 2017 למנהלת אגף רפואה במשרד הבריאות, הצעות לתיקונים בחוזר המשרד בנושאים שחלקם עלו גם במהלך הביקורת,

> על אף חשיבותה של ההכנה לניתוח הבריאטרי להצלחת התהליך, חלק מקופות החולים לא ביצעו את ההכנה הנדרשת למועמדים לניתוח, דבר העלול להוביל לסיבוכים לאחר הניתוח, לעלייה חוזרת במשקל ולניתוחים חוזרים

למשל - הצורך בהרצאת מידע למטופלים לפני ביצוע הניתוח, וחידוד הצורך בהערכה פסיכיאטרית שעליהם לעבור (ראו להלן).

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2018 (להלן - תשובת משרד הבריאות) כי קיבל את ההצעה לתיקון החוזר אך טרם גובשה חוות דעת סופית בעניין.

הכללית השיבה, כי הקימה צוות הבוחן את התהליך, שבבסיסו: מעורבות ואחריות הרופא הראשוני, הכרת המטופל, וידוא התאמתו לניתוח והכנתו לניתוח. המלצות צוות זה יפורסמו כהנחיות מחייבות. מאוחדת השיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2018 (להלן - תשובת מאוחדת), כי בימים אלה שוקדת הקופה על תכנית הכנה וליווי רב-מקצועי, אשר אמורה להתחיל לפעול בתחילת 2019.

משרד הבריאות השיב כי חוזרי מינהל רפואה מגדירים את הצורך, אך מתכונת מפגשי ההכנה נקבעת על ידי הגופים המקצועיים, כמו החברה לבריאטרייה, בהתאם למצבו הפרטני של המטופל.

על חטיבת הרפואה במשרד הבריאות לבחון את ההשגות שהוצגו בפניה אודות הגורם האחראי לביצוע ההכנה עוד במרץ 2017 ולקבוע עקרונות שיסדירו את מתכונת ההכנה הנדרשת והמחויבת טרם הניתוח, לרבות הגדרת האחראי לביצוע ההכנה - קופות החולים או המרכזים הבריאטריים - ולהתייעץ לשם כך עם האיגודים המקצועיים[54]. על בסיס עקרונות אלו על הקופות והמרכזים הבריאטריים לקבוע את מתכונת ההכנה שהם יבצעו.

ליקויים בהערכה הטרום-ניתוחית בקופות החולים ובמרכזים הבריאטריים

כפילות מיותרת בהערכה טרום-ניתוחית: חוזר משרד הבריאות קובע שיש לבצע הערכה טרום-ניתוחית של מטופל לפני שהוא מקבל אישור לביצוע הניתוח. אחת המטרות החשובות של ההערכה היא לבדוק את מוכנות המועמד לניתוח, לאפיין את דפוסי האכילה שלו, לוודא שהוא ניסה דיאטות בעבר ולברר את הסיבות לכישלונן, לבדוק את מוכנותו לשינוי באורח חייו ובתזונתו, את נכונותו להתחייב להיות במעקב לאחר הניתוח, ולבחון אם קיימת בעיה פסיכיאטרית הקשורה להפרעת האכילה. את ההערכה צריכה לבצע ועדה רב-מקצועית, האמורה לבחון את מכלול ההיבטים ולהעביר את המלצתה לכירורג הבריאטרי אשר בסמכותו לקבל את ההחלטה הסופית. על פי החוזר, הוועדה יכולה להתכנס במרכז הבריאטרי או במסגרת ייעודית בקהילה, ובית החולים

54 הצירוף "איגודים מקצועיים" מכוון לגורמי מקצוע כגון: החברה הישראלית לכירורגייה מטבולית ובריאטרייה, עמותת הדיאטנים והמועצה הלאומית לכירורגייה המייעצת למשרד הבריאות.

שבו מתבצע הניתוח (וששם נמצא המרכז הבריאטרי) נדרש לוודא כי התבצעה הערכה טרום-ניתוחית כנדרש.

העובדה שחוזר משרד הבריאות לא קבע גורם מסוים לביצוע הערכה טרום-ניתוחית גורמת לכך שכל קופה מתנהלת לפי כללים שהיא קבעה. כך נמצא שמאוחדת ולאומית אינן מקיימות ועדה רב-מקצועית ומסתמכות על המרכזים הבריאטריים שיקיימו אותה[55]; מכבי מקיימת ועדה משלה. בכללית אין הנחיה מחייבת של הקופה כיצד לפעול, ובפועל יש שונות אפילו בין המחוזות של הכללית עצמה - חלקם מקיימים ועדה כזו וחלקם לא, ואולם קיום הוועדות בקופות אינו מונע את קיומן של ועדות נוספות גם במרכזים הבריאטריים שבבתי החולים.

עמדת חלק מקופות החולים (מכבי ומאוחדת), כפי שבאה לידי ביטוי בתשובתם למשרד מבקר המדינה, היא כי האחריות להערכה טרום-ניתוחית ומפגשי ההכנה לניתוח הם באחריות קופות החולים, גם אם הן בוחרות לרכוש שירות זה מבתי החולים. לעומת זאת, חלק מבתי החולים טוענים כי האחריות לבריאות המטופל מוטלת על בית החולים ולכן ההערכה הטרום-ניתוחית צריכה להתבצע במרכז הבריאטרי שבבית החולים. החברה לבריאטרייה הוסיפה כי "המשחק" בין הקופות לבין בתי החולים מביא לכך שמועמדים לניתוח "נופלים בין הכיסאות".

חוסר הבהירות של חוזר משרד הבריאות והפרשנויות השונות של קופות החולים הביאו לכך שבחלק מהמקרים מועמדים לביצוע הניתוח הבריאטרי עוברים שתי הערכות על ידי ועדות עצמאיות ושונות - האחת של הקופה והשנייה של המרכז הבריאטרי, שעל פי חוזר משרד הבריאות גם נושא באחריות לוודא את איכות ההערכה[56]. הערכה כפולה זו מכבידה על המטופל וגורמת לו אי-נעימות; ולא פחות חשוב מכך, היא גורמת גם לבזבוז משאבים במערכת הרפואית.

על משרד הבריאות לקבוע מי האחראי לקיום הוועדה - קופות החולים או המרכזים הבריאטריים.

הרכב הוועדה: חוזר משרד הבריאות קובע את הרכב הוועדה: כירורג, פנימאי[57] או אנדוקרינולוג, דיאטנית, עובדת סוציאלית (להלן - עו"ס) או פסיכולוג, רופא מרדים ורופא נוסף על פי שיקול דעת המנתח. לכל בעל מקצוע יש חשיבות בבחינת המוכנות לניתוח: רופא כירורג בוחן התאמה פיזיולוגית של המועמד

חוסר הבהירות של חוזר משרד הבריאות והפרשנויות השונות שניתנות לו הביאו לכך שבחלק מהמקרים מתבצעת הערכה כפולה שמכבידה על המטופל וגורמת לו אי-נעימות; ולא פחות חשוב מכך, היא גורמת גם לבזבוז משאבים במערכת הרפואית

55 בקשת כל מועמד לניתוח של לאומית מגיעה לרופא מאשר של הקופה שמחליט אם המועמד מתאים לניתוח או לא, ורק אז המטופל מופנה לוועדה במרכז הבריאטרי.

56 הלל יפה, בני ציון, פוריה, מאיר, ברזילי, קפלן, השרון, אסף הרופא, איכילוב, העמק, זיו, נהרייה, רמב"ם, וולפסון, ובית החולים הפרטי.

57 רופא העוסק במניעה, באבחון ובטיפול תרופתי של מחלות מבוגרים שאינן דורשות התערבות ניתוחית.

לניתוח, רופא פנימאי או אנדוקרינולוג בוחנים מחלות מטבוליות[58], דיאטנית בוחנת הכנה תזונתית, עו"ס או פסיכולוג מבצעים הערכה פסיכולוגית ופסיכוסוציאלית.

מהשאלונים עלה כי חלק ניכר מהוועדות אינו כולל את ההרכב הנדרש: במכבי חברי הוועדה הם - רופא פנימאי, דיאטנית ועו"ס, והיא חסרה כירורג; בשישה מרכזים בריאטריים[59] חברי הוועדה הם - כירורג, דיאטנית ועו"ס או פסיכולוג, והיא חסרה פנימאי.

הרכב הוועדה אמור להבטיח כי כל ההיבטים הנדרשים להיבחן אצל כל מטופל נבחנים לעומקם ובאופן מקצועי. חסרון של חבר בוועדה עלול לפגוע באיכות ההערכה שלה.

מוכנות המטופל לניתוח: עלה שבמקרים מסוימים העלו חברי ועדה ספק בדבר מוכנות מטופל והתאמתו לעבור את הניתוח אך המטופל נותח בכל זאת. להלן דוגמה:

דיאטנית החברה בוועדה הרב-מקצועית של איכילוב ציינה באשר למטופלת של לאומית, כי היא אינה מוכנה לניתוח וכי עליה להמשיך במפגשים עם דיאטנית. המטופלת הוחזרה להמשך טיפול בקהילה. כשבוע לאחר מכן נפגשה המטופלת עם הכירורג (שהיה אמור לנתח אותה באיכילוב) בעל קליניקה במרפאה בקהילה, והוא קבע לה תור לניתוח בתוך שלושה שבועות, מבלי להתייחס לעמדת הדיאטנית, כשבתקופה הזו פנתה המטופלת לדיאטנית פרטית שעל סמך מפגש אחד קבעה שהיא מוכנה לניתוח. בתיקה הרפואי של המטופלת לא כתוב כי היא ביצעה את ההכנה שעליה המליצה הדיאטנית באיכילוב.

משרד הבריאות השיב כי "במידה ומועלה ספק של מי מחברי הוועדה יש לדון בכך במסגרת של ועדה או ועדת חריגים ולהגיע להחלטה מושכלת טרם ביצוע הניתוח".

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי עליו לעגן בחוזר הנחיה שהוועדה תחליט באופן ברור אם לאשר את הבקשה לניתוח או לדחותה, כתנאי הכרחי לביצוע הניתוח על ידי הכירורג הבריאטרי, ואת ההכרח לתעד את ההחלטה בתיק האישי של המטופל ולוודא כי מידע זה יובא לידיעת הרופא המנתח.

תחלואה נלווית: לפי חוזר משרד הבריאות ביצוע ניתוחים בריאטריים במטופלים בעלי BMI בין 35 ל-40 אפשרי אם המטופל סובל לפחות ממחלה נלווית אחת

58 הפרעות ביכולתו של הגוף להתמודד עם רכיבים תזונתיים כמו פחמימות, חלבונים ושומנים.

59 קפלן, מאיר, פוריה, זיו, כרמל, נהרייה.

להשמנה, כגון: סוכרת מסוג 2[60], יתר לחץ דם, בעיות אורתופדיות, דיסלפידמיה (הפרעה בשומני הדם), תסמונת דום נשימה בשינה ועוד.

בביקורת עלה, כי משרד הבריאות לא הגדיר מדדים ברורים לתחלואה נלווית להשמנה כתנאי לביצוע ניתוח בריאטרי, למשל מהו לחץ הדם הנחשב גורם תחלואה נלווה בר-סיכון המצדיק ביצוע ניתוח. אי-הגדרת מדדים ברורים למחלות נלוות עלול לאפשר ניתוחים למטופלים בעלי BMI נמוך מדי ומחלה נלווית קלה שאינה מצדיקה את הניתוח.

משרד הבריאות לא הגדיר מדדים ברורים לתחלואה נלווית להשמנה כתנאי לביצוע ניתוח בריאטרי, דבר שעלול לאפשר ניתוחים למטופלים בעלי BMI נמוך מדי ומחלה נלווית קלה שאינה מצדיקה את הניתוח

במענה לשאלון ציינה לאומית כי החוזר אינו מפרט את הקריטריונים ל"מחלות נלוות" במצב של BMI גדול מ-35, ומשום כך מקבלי ההחלטות מתקשים לקבוע אם המועמד עומד בקריטריונים או לא.

יצוין, כי בניגוד למוגדר בחוזר זה, המיועד למבוגרים בני 18 ומעלה, בחוזר המתבגרים החדש מוגדרים כמה מדדים ל"מחלות הנלוות", כמו למשל - דיסלפידמיה, שתיחשב כמחלה נלווית עם סיכון אם היא ברמה של מעל 150 מ"ג/ד"ל. כך גם נקבע מספר הפסקות נשימה מזערי בתסמונות דום נשימה בשינה וכדומה.

משרד הבריאות השיב כי אינו מגדיר מדדים ברורים לתחלואה נלווית וכי הוא "משאיר במודע" את שיקול הדעת לגורמים המקצועיים.

בשביל להבטיח כי הניתוח הבריאטרי הוא המענה הנכון לבעיית ההשמנה של המטופל, ונוכח הסיכונים בעצם ביצועו, ראוי שהמשרד ישקול להגדיר, בשיתוף האיגודים המקצועיים, מדדים ברורים יותר ל"מחלות הנלוות", כמו קביעותיו הדומות באשר לניתוחי מתבגרים, ובכך למנוע ניתוחים של מי שאינו מתאים או אינו נדרש לניתוח וכן להימנע מהוצאה ציבורית מיותרת.

ההיבט הכלכלי: תעריף הניתוחים הבריאטריים גבוה, בטווח שבין כ-15,000 ש"ח לכ-66,000 ש"ח; התעריף של מרביתם הוא בטווח שבין כ-50,000 ש"ח לכ-66,000 ש"ח[61]. מנתונים שמסרו בתי חולים למשרד מבקר המדינה עולה שמדובר בניתוחים רווחיים לבתי החולים, הן הציבוריים הן הפרטיים. כך למשל, בית חולים מסוים ציין כי הרווח מניתוח שרוול עומד על כ-10,000 ש"ח והרווח מניתוח מעקף קיבה מלא הוא בין כ-11,000 לכ-20,000 ש"ח. היות וכך, התעריף הגבוה עשוי להיות שיקול מתמרץ לבתי החולים ולמרכזים הבריאטריים בהחלטתם לבצע את הניתוחים.

60 סוכרת היא מחלה המתאפיינת בריכוז גבוה של גלוקוז בדם ולעיתים גם בשתן. סוכרת מסוג 2 מתפתחת לאט, בשעה שהלבלב עדיין מייצר אינסולין, אך תאי הגוף אינם רגישים אליו מספיק.

61 שרוול קיבה, מעקף קיבה, מיני מעקף ומעקף תריסריון. ניתוחים בריאטריים שבוצעו בשנים 2015 - 2017.

נוכח הרווחיות הגבוהה של לפחות חלק מהניתוחים הבריאטריים, עולה צורך להבטיח כי יוסר החשש ששיקול הדעת המקצועי של בית החולים יושפע מהרווח הכספי הגלום בניתוח - אם מבחינת ההערכה שהמטופל אכן מתאים ומוכן דיו לניתוח ואם מבחינת ההחלטה על סוג הניתוח המתאים למטופל.

לעניין רווחיות הניתוחים השיבה הכללית כי "התמחור לניתוחים אלו גבוה מדי, באופן המייצר זמינות גבוהה באופן יחסי של ניתוחים אלו, ועלול לעודד את בחירת החלופה הזאת על פני מיצוי מלא של טיפולים שמרניים יותר". מאוחדת השיבה כי "על משרד הבריאות להקטין את התמריצים הכלכליים לביצוע ניתוחים בריאטריים ולהפחית את מחיר הניתוחים".

משרד הבריאות השיב בהקשר זה כי "אין מקום לשיקולים כלכליים בהחלטות האם לנתח מטופל זה או אחר".

נוכח הרווחיות הגבוהה של לפחות חלק מהניתוחים הבריאטריים, עולה צורך להבטיח כי יוסר החשש ששיקול הדעת המקצועי של בית החולים יושפע מהרווח הגלום בניתוח

נוכח הרווח הגלום בניתוחים הבריאטריים, וכדי להסיר חשש ששיקול בדבר הרווח יכריע בהחלטה אם יש מקום לבצע את הניתוח, ראוי להבטיח שההחלטה על ביצוע הניתוח תתקבל תמיד על בסיס השיקולים המקצועיים-רפואיים ועל פי כל הכללים שנקבעו. בכלל זה חשוב שהוועדה תתכנס בהרכבה המלא וכי כל גורמי המקצוע שנקבעו יחוו דעתם. במקרים שבהם קיים ספק, על הוועדה לעמוד על הספקות ולפרט את נימוקיה להחלטתה הסופית. כמו כן, על המשרד לקבוע בידי מי תהיה ההחלטה הסופית לביצוע הניתוח במקרים של חוסר הסכמה בין חברי הוועדה, או לחלופין אם ההחלטה צריכה להתקבל "פה אחד".

על המשרד לחדד את הנחיות החוזר בדבר ההערכה הטרום-ניתוחית וההחלטה על ביצוע הניתוח המתקבלות בוועדה הרב-מקצועית, ולהרחיב סעיפים שאינם ברורים, וראוי כי יעשה זאת בשיתוף האיגודים המקצועיים. נוסף על כך, עליו לבחון את תעריף הניתוחים הבריאטריים, המייצר, הלכה למעשה, תמרוץ כלכלי לעידוד הבחירה בחלופה הניתוחית על פני טיפולים אחרים.

קשיים בהערכה פסיכוסוציאלית טרם הניתוח:

1. לפי מחקרים, לרבים מהסובלים מהשמנת יתר יש הפרעת אכילה[62] - הפרעת אכילה כפייתית, אכילה לילית, אכילה רגשית וכיוצא בזה. מחקר שנעשה בישראל בשנים 2013 - 2014 העלה כי דפוסי האכילה הלא-טובים של מנותחים - או שלא השתנו לאחר הניתוח או שהחמירו: נמצא שאצל

62 שם קיבוצי לכמה הפרעות נפשיות המתבטאות בהפרעות קבועות ונרחבות בדפוסי האכילה או בהפרעות בהתנהגות הקשורה לאכילה, בצריכה או בספיגה של מזון. ההפרעות מוגדרות במדריך האבחנות של כל המחלות הידועות של ארגון הבריאות העולמי (ICD 10).

כמחצית מ-300 מנותחי ניתוח מסוג שרוול הורעו דפוסי האכילה לאחר הניתוח והם פיתחו הפרעת אכילה כלשהי; מרביתם אף סבלו מכמה סוגים של הפרעות אכילה; רבע מ-300 המנותחים נשארו עם אותם דפוסי אכילה לא טובים שהיו להם לפני הניתוח, ורק רבע סיגלו לעצמם הרגלי אכילה נכונים. במחקר אחר נמצא כי יותר ממחצית המנותחים סבלו מהפרעת אכילה כפייתית לאחר הניתוח. גם לפי עמותת הדיאטנים, שיעור הפרעות האכילה גבוה יותר בקרב מנותחים בריאטריים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית[63]. לפי נתונים של המחלקה להפרעות אכילה בשיבא, כ-100 מנותחים אושפזו במחלקה להפרעות אכילה לאחר ניתוח בריאטרי בעשור האחרון.

נוכח הצורך לאבחן מראש את מוכנותו הנפשית של המטופל לעבור את הניתוח, כך שיוכל להתגבר על הפרעות אכילה שהיו לו ולא יפתח כאלה בעקבות הניתוח, קבע החוזר שעל מועמד לניתוח לעבור במסגרת הוועדה הרב-מקצועית הערכה פסיכולוגית. הערכה זו נועדה לבחון אם למטופל יש בעיה פסיכיאטרית הקשורה להפרעות אכילה. באשר לכך נקבע בדוח קודם שפרסם מבקר המדינה ב-2013 כי אי-אבחון של הפרעת אכילה לפני ההחלטה על ביצוע הניתוח יכול לגרום במקרים קיצוניים אף לסכנת חיים ממשית לאחר הניתוח[64].

2. לפי החוזר, כל מועמד לניתוח יישאל אם הוא מטופל על ידי פסיכיאטר או בתרופות אנטי-פסיכוטיות, ואם כן, יתבקש להציג אישור מהפסיכיאטר המטפל על כשירותו הנפשית לעבור את הניתוח ולהתמודד עם השלכותיו. מחקרים מצאו שמטופלים שנותחו חוו הפרעות נפשיות מסוגים שונים לאחר הניתוח או לפניו. למשל, במחקר מסוים נמצא כי ל-40% מהמנותחים הייתה הפרעה נפשית בשלב כלשהו בחייהם טרם הניתוח, וכי לכ-25% מהם הייתה הפרעה נפשית פעילה בזמן הניתוח; במחקר אחר נמצא כי 25% מהמנותחים פיתחו הפרעה נפשית, לרוב דיכאון, לאחר הניתוח; ובמחקר נוסף נמצאה עלייה באובדנות אצל מנותחים בריאטריים.

63 מסמך עמדה, עמותת הדיאטנים.

64 דוח מבקר המדינה, **דוח שנתי 63ג** (2013), בפרק "הטיפול בהפרעת אכילה", עמ' 849.

למרות חשיבותה של הכשירות הנפשית בהכרעה אם המועמד לניתוח מתאים לעבור אותו, עלה כי הוועדה הרב-מקצועית מתקשה לעמוד על כשירות זו: המועמד עשוי שלא לחשוף פרטים על בעיה נפשית שהייתה לו בעבר או שיש לו בהווה; גם על הפרעות אכילה לא תמיד ידווחו המועמדים לניתוח. נוסף על כך, אנשי המקצוע החברים בוועדה (עו"ס או פסיכולוג) נדרשים, במסגרת מפגשם עם המועמד לניתוח, לאתר ולזהות קיומן של בעיות בכשירות הנפשית שלו, וכן של הפרעות אכילה פעילות או רדומות העלולות להתפרץ לאחר הניתוח, ואולם המפגש היחיד של הוועדה עם המועמד לניתוח נמשך זמן קצר יחסית - חצי שעה עד שעה, וספק אם מסגרת זו מאפשרת לוועדה לברר כראוי את מצבו הנפשי ולעמוד על התאמתו לעבור את הניתוח בהצלחה. נוסף על כך, לעיתים חוות הדעת שמעבירים הפסיכיאטריים מהקהילה לוועדה במרכזים הבריאטריים לפני הניתוח אינן יכולות ללמד על אישיות המועמד והתאמתו לניתוח, שכן אלו כתובות בקצרה ומוסרות מידע מזערי על המטופל. כך למשל כתב פסיכיאטר על מטופלת כי "נבדקה היום לקראת ניתוח בריאטרי, לא מצאתי סימנים של פסיכוזה, דכאון או חרדה".

למרות משקלה הרב של הכשירות הנפשית בהכרעה אם המועמד לניתוח מתאים לעבור אותו, עלה כי הוועדה מתקשה לעמוד על כשירות זו

ודוק, כאשר מדובר במטופלים הסובלים מהפרעות נפשיות, ובהן גם נטייה לאובדנות, נדרשת מהגורמים המטפלים מלאכת איזון עדינה בין זכויות המטופל וחירותו - זכותו לחירות, לכבוד, לאוטונומיה, לרבות החירות לבחור ביחס לגופו - לבין החובה להגן עליו, היינו לשמור על גופו ועל נפשו[65].

גם מטופל, אפילו אובדני (אשר כושר השיפוט שלו אינו פגום בצורה ניכרת) אחראי לפעולותיו ולהכרעותיו. הבחינה צריך שתהא, אם ההחלטה סבירה, מידתית, מנומקת ומתועדת; אם הגורמים המטפלים פעלו בהתאם לחובת הזהירות הנדרשת מהם - הסטנדרט הסביר המצופה ממטפל; אם שקלו את מידת מוכנות המטופל להליך הניתוחי ואת החלופות האחרות העומדות לפניו, אם פעלו להבטחת ליווי נפשי לתהליך וכיוצא באלה.

בשים לב להסתייגות האמורה, להלן דוגמאות למטופלות הסובלות מבעיות רגשיות ופסיכולוגיות וכן מהפרעות אכילה, שהבחירה לנתחן בנסיבות הקיימות מעלה ספק ביחס להקפדה על קיומו של הליך סדור לאבחון ולאישור הניתוח:

1. **מטופלת של הכללית שנותחה באיכילוב:** נבדקה על ידי פסיכולוגית החברה בוועדה שבמרכז הבריאטרי. הפסיכולוגית העלתה חשש כי המטופלת אלכוהוליסטית, שהאוכל הוא עבורה תחליף להתמכרות, ולכן הניתוח עשוי להוביל למשבר נפשי. הפסיכולוגית התנתה את אישורה לניתוח בכך שהמטופלת תקבל ליווי מתאים לאחריו. ואולם המטופלת

65 חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו התשנ"ב-1992.

נותחה ללא כל הכנה פסיכולוגית לפני הניתוח ולא קיבלה ליווי אחריו. לאחר הניתוח חזרה המטופלת לצרוך אלכוהול ואף ניסתה להתאבד.

2. **מטופלת של מכבי שנותחה בוולפסון:** מנותחת בעלת עבר של אשפוזים פסיכיאטריים, עברה ועדה בקופה, שם עלה חשד להפרעת אכילה. לאחר שקיבלה חוות דעת חיובית מהמרפאה להפרעות אכילה שבדקה את המטופלת אישרה מכבי לנתחה. לאחר הניתוח סבלה המטופלת מהתקף של הפרעה נפשית, והפרעת האכילה שזוהתה אצלה מלכתחילה החמירה. אף שהיה מצופה כי הקופה תפנה למטופלת ותזמן אותה למעקב לאחר הניתוח, במיוחד לנוכח החשד להפרעת אכילה, מתיקה האישי עולה כי היא לא הייתה במעקב כזה, לא ביצעה בדיקות דם ובדיקות של רמות ויטמינים, לא הייתה במעקב אצל דיאטנית או פסיכולוגית ולא תועדה פנייה אליה מצד הקופה כדי להביאה למעקב.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי הוא לא הסדיר את מתכונת ההערכה הפסיכיאטרית טרם ניתוח, האמורה להביא לגיבוש חוות דעת מקצועית ומפורטת באשר למוכנותו של המטופל לשינוי באורח חייו כתוצאה מהניתוח.

משרד הבריאות השיב כי הוא פועל כעת להכנת רשימת תיוג שתאפיין את הבדיקה הפסיכיאטרית, וכי במהלך 2019 תסתיים הכנת הרשימה.

בביצוע ניתוחים בריאטריים במטופלים הסובלים מהפרעה נפשית פעילה או הצפויים לפתח בעיות ומחלות נפשיות בעקבות הניתוח יש סכנת חיים ממשית. על כן על משרד הבריאות לקבוע כללים ברורים ומחייבים למתן חוות דעת פסיכיאטריות לפני הניתוח הבריאטרי ולאחריו, בהתאם למאפייני המנותח ולמשמעויות הניתוח שהוא יעבור; עליו גם לעגן זאת בחוזר מתאים.

על המשרד להדגיש במסגרת הכללים את הצורך באבחון חשד להפרעת אכילה, בבירור שיש לקיים במקרים כאלו ובמעקב לאחר הניתוח, שכן מטרת הניתוח אינה למנוע מחלה אחת ולפתח במקומה מחלה אחרת.

נוכח הסיכון שמטופל אינו מתאים לעבור ניתוח בריאטרי בשל אי-כשירות נפשית נדרשת ועדה שתוכל להעריך כראוי את כשירותו הנפשית של המטופל, ועל כן חשוב שהמשרד יבחן אפשרות להכשרת פסיכיאטרים במיוחד לתחום זה. במסגרת ההסדרה וקביעת הכללים, על המשרד לקבוע שבמקרים שבהם נדרשת הערכה נוספת להערכה הראשונית, היא תיעשה על ידי פסיכיאטרים מוסמכים ומומחים בתחום הבריאטרייה. במקרים של חשד להפרעת אכילה ראוי שהכללים יחייבו הפניה לבירור מעמיק במרפאות ייעודיות להפרעות אכילה.

אי-ריכוז מידע על הוועדות

המטופל יכול לבחור את המרכז הבריאטרי שבו ירצה לעבור את הניתוח, ושם הוא גם יעבור הערכה של ועדה, שבסיכומה תחליט הוועדה על מידת התאמתו לניתוח ובהתאם לכך תאשר או תדחה את בקשתו[66]. במקרים של דחיית בקשת המטופל על ידי הוועדה, מסיבה כלשהי, הוא יכול לפנות בשנית לכל מרכז אחר, ציבורי או פרטי על פי העדפתו.

> עולה חשש כי מטופלים פונים לוועדה נוספת בטווח קצר לאחר שוועדה קודמת לא אישרה להם לעבור ניתוח

הביקורת העלתה כי משרד הבריאות לא בחן את האפשרות שהוועדות יתעדו את החלטותיהן באופן שיאפשר להנגיש את המידע לגורמים אחרים, כפוף לדין בעניין הגנת הפרטיות[67]. בפועל, המידע הקשור בהחלטות הוועדות אינו נשמר באופן הנגיש לכלל חברי הוועדות המאשרים את הניתוחים, וכך ועדה אחת אינה יודעת על כך שוועדה אחרת כבר דנה בעניינו של המועמד לניתוח, וכל שכן שהיא דחתה את בקשתו.

מתשובות הקופות והמרכזים הבריאטריים שקיבל משרד מבקר המדינה לשאלונים עולה כי לרוב, המרכזים וקופות החולים אינם בודקים אם המטופל עבר ועדה במקום אחר. במרכזים שכן שואלים את המטופל, מסתמכים רק על תשובתו. יתרה מכך, למעט בבית החולים הפרטי ובקופת חולים מכבי, המרכזים הבריאטריים והקופות אף אינם מנהלים רישום של דחיית בקשות לניתוח, ועל כן לא ניתן לאמוד את היקף הדחיות הכולל ואת הסיבות לכך, ועולה חשש כי מטופלים פונים לוועדה נוספת בטווח קצר לאחר שוועדה קודמת לא אישרה להם לעבור ניתוח.

משרד הבריאות השיב כי הנושא יידון בוועדת ההיגוי במהלך 2019, אולם הוא לא הציג לוח זמנים לסיום עבודתו.

על משרד הבריאות ליצור בסיס מידע לאומי על כל המועמדים בכל דרך שימצא לנכון, לרכז את המידע על הוועדות הרב-מקצועיות ולהנגישו לקופות ולמרכזים הבריאטריים, כפוף לדין בעניין הגנת הפרטיות. הדבר יאפשר לרכז את כל המידע על החלטות הוועדות - אם לאישור הבקשות ואם לדחייתן, וכך לקבל תמונת מצב שלמה יותר על הבקשות לניתוחים. הדבר גם עשוי "להדליק נורה אדומה" כאשר מועמד נדחה במרכז מסוים ופנה לאחר. כמו כן, יש להגדיר את התקופה המזערית שלאחריה יכול מטופל לגשת פעם נוספת לוועדה לאחר שנדחה.

66 למעט מקרים שבהם הוועדה מתבצעת בקופה, ורק לאחר אישורה יבחר את המרכז הבריאטרי שבו ירצה לעבור את הניתוח.

67 חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981; תקנות הגנת הפרטיות (תנאי החזקת מידע ושמירתו וסדרי העברת מידע בין גופים ציבוריים), התשמ"ו-1986; תקנות הגנת הפרטיות (אבטחת מידע), התשע"ז-2017.

ליקויים בתהליך התאמת סוג הניתוח הבריאטרי למטופל

התאמת סוג הניתוח למטופל היא תהליך מורכב הנתון לשיקולים מרובים, כמו למשל גיל המנותח, מחלות נלוות להשמנה, טיפול תרופתי קיים, מידת ההשמנה, מצב רפואי כללי והיסטוריה של ניתוחים בריאטריים קודמים. כמו כן, נשקלים הרגלי תזונה ואורח חיים, ניסיונות קודמים לביצוע דיאטות לירידה במשקל, מידת היענותו של המטופל לדרישות שלאחר הניתוח, מצבו הנפשי, מטרות המטופל ויכולתו לבצע שינוי משמעותי לאורך זמן ולהגיע בקביעות למפגשי מעקב במרפאה. חוזר משרד הבריאות קבע כי המרכז יהיה בעל ידע ויכולת לבצע ניתוחים בשתי טכניקות שונות, דהיינו, סוגי ניתוח שונים, לכן מצופה כי המנתחים הבריאטריים במרכז ידעו לבצע שני סוגי ניתוחים לפחות.

ההחלטה על סוג הניתוח אמורה להתקבל לאחר תהליך הערכה משולב על ידי כירורג, פנימאי או אנדוקרינולוג, דיאטנית ופסיכולוגית או עו"ס, וכן מתוך התחשבות ברצונותיו ובהעדפותיו של המטופל. ואולם במועד סיום הביקורת (אוגוסט 2018), במשרד הבריאות אין תורה סדורה הכוללת פירוט של השיקולים שיש להביא בחשבון באשר לניתוחים בריאטריים, ובהתאם לכך - הכוונה לסוג הניתוח המתאים ביותר למאפייני המטופל[68]. גם יו"ר החברה לבריאטרייה העיר במאמר שהתפרסם באתר הרופאים של ישראל באוגוסט 2017, כי עד היום לא נכתב מסמך (בארץ ובעולם) שתכליתו לסייע להתאים את הניתוח למטופל. הוא אף הרחיב וציין כי אין כל הנחיה סדורה באשר להיבטים נוספים הנוגעים לבריאטרייה, למשל למי מתאימים הניתוחים, מה עושים כשהמנותחים אינם יורדים במשקלם, ועוד[69].

משרד הבריאות השיב כי זוהי החלטה קלינית שהוא אינו מתערב בה.

החברה לבריאטרייה השיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2018 (להלן - תשובת החברה לבריאטרייה) כי תנסח מסמך שיכלול הנחיות והמלצות, אם יש כאלה, עבור כל ניתוח.

נוכח ריבוי הניתוחים הבריאטריים והניתוחים החוזרים (ראו להלן), על משרד הבריאות כגוף המאסדר, בשיתוף האיגודים המקצועיים, להסדיר אמות מידה והנחיות להתאמת סוגי הניתוחים למטופלים.

אי-ביצוע סיעור מוחות או בקרת עמיתים לסוג הניתוח: במחלקות הכירורגיות (המנתחות) במערכת הרפואה הציבורית נהוגה בקרה מובנית על החלטות שמקבל רופא המחליט כי על חולה לעבור ניתוח מסוים. החלטות כאלו

68 נייר עמדה, כירורגייה בריאטרית.

69 "עושים סדר בתחום ניתוחי קיצורי הקיבה", The MEDICAL, 21.8.17.

מבוקרות ומוערכות על ידי עמיתיו ומנהליו - במחלקה, במרפאות חוץ, במחלקות כירורגיות, בחטיבות כירורגיות ועוד. גישה זו אמורה לטייב את החלטת הרופא ולהביא, בסופו של דבר, לקבלת ההחלטה הטובה והמתאימה ביותר לחולה, לאחר שנבחנו מרב השיקולים המקצועיים. בחוזר מינהל רפואה לבתי חולים פרטיים נכתב כי יש לבצע "בקרת עמיתים" ולייעץ לרופאים המבצעים את הפעולות הרפואיות[70]. חשיבות בקרת עמיתים אף גוברת לנוכח מספר סוגי הניתוחים הבריאטריים הקיימים והצורך לבחור מתוכם את הסוג המתאים למטופל.

למרות הפרקטיקה הנהוגה בבתי החולים הציבוריים, תחום הבריאטרייה הוא חריג בעניין בקרת עמיתים. מהשאלונים עלה כי למעט בית חולים מאיר, ביתר בתי החולים הציבוריים שענו לשאלון לא מתבצעת בקרת עמיתים ולא מתקיים סיעור מוחות בין הכירורגים הבריאטריים לכירורגים אחרים במחלקה, באשר לסוגו. ההחלטה על כך נעשית לרוב בשיחה של המנתח עם המטופל בלבד. ארבעה מרכזים בריאטריים ציינו בשאלון כי במקרים מסובכים הכירורג מתייעץ עם עמית שגם הוא כירורג בריאטרי, ובשני מרכזים הייעוץ נעשה עם צוות הוועדה במרכז - דיאטנית והפסיכולוגית או העו"ס - לפי צורך[71].

עלה מהשאלון כי גם בבית החולים הפרטי המצב דומה, שכן ההחלטה על ביצוע הניתוח נעשית על ידי המנתח מול המנותח בלבד, ללא כל התייעצות וללא כל בקרה של עמיתים מבית החולים, דבר העומד בניגוד להוראות שקובע חוזר מינהל רפואה בנושא. זאת ועוד, באשר להיעדר בקרת עמיתים ברפואה הפרטית צוין בדוח מבקר המדינה בעבר[72] כי "במסגרת הרפואה במערכת הציבורית המלצת הרופא על ניתוח אינה אמורה להיטיב עמו מהבחינה הכלכלית, כלומר החשש לניגוד עניינים קטן. לעומת זאת, החלטות שמקבל רופא פרטי לגבי מטופליו עלולות להיות נגועות בניגוד עניינים; שכן הוא מקבל שכר עבור הייעוץ, ואם יבצע את הניתוח יקבל גם שכר עבורו. אף על פי כן החלטות אלה מתקבלות בלא בקרה של עמיתים בתחום... יודגש כי אין בכוונת משרד מבקר המדינה להכתים את כלל ציבור הרופאים העוסקים ברפואה אלא להצביע על הצורך בבקרה. יודגש כי ככלל, רופאים העוסקים ברפואה הם אנשי מקצוע ששבועת הרופא היא נר לרגליהם וסביר להניח שהחלטותיהם בדבר ניתוחים הן ראויות. אלא שכאמור, עלולים להיות יוצאים מן הכלל ואת הסוגיה הזאת יש להסדיר".

70 חוזר מינהל רפואה 10/2012, נהלי עבודה בבתי חולים פרטיים כלליים/כירורגים, 23.4.12.

71 בבתי החולים: בילינסון, השרון, רמב"ם, ברזילי; בבתי החולים קפלן ואסף הרופא ההחלטה על סוג הניתוח מתקבלת על ידי כל הצוות הרב-מקצועי במרכז.

72 **דוח שנתי 63ג** 2013), בפרק "היבטים במערכת הרפואה הפרטית - מדיניות, אסדרה וכלי פיקוח", עמ' 601.

בהיעדר בקרת עמיתים ההחלטה על הניתוח מתקבלת, בדרך כלל, על ידי גורם מקצועי אחד - הרופא המנתח - וללא ההתייעצות המקצועית התורמת לקבלת החלטה מקצועית. באשר לבתי החולים הפרטיים, קיים גם חשש, שעליו כבר הצביע מבקר המדינה בדוח האמור על הרפואה הפרטית, כי מצב זה עלול להביא לכך שבהחלטה על עצם ביצוע הניתוח ועל בחירת שיטת הניתוח עלול להיות מעורב, מלבד השיקול העניני, המקצועי-רפואי, גם שיקול לא עניני, כגון החלטה על ביצוע הניתוח בשיטה שבה התמחה הרופא, אף כי ייתכן שהיא מתאימה פחות למטופל.

בהיעדר בקרת עמיתים ההחלטה על הניתוח מתקבלת, בדרך כלל, על ידי גורם מקצועי אחד - הרופא המנתח - וללא ההתייעצות המקצועית התורמת לקבלת החלטה מקצועית

בית החולים הפרטי השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2018 כי הוועדה דנה ומתייחסת לסוג הניתוח וכי בין המנתח לחברי הוועדה מתקיים דיון. כמו כן "בלא מעט מקרים, עולות השגות לגבי סוג הניתוח ואף שינויו בהתייחס להערכה הכוללת של המנותח על ידי הוועדה".

משרד מבקר המדינה מציין כי זו אינה "בקרת עמיתים" במובנה המקובל, המתקיימת במחלקה או ביחידה בשיח מקצועי בין רופאים כפי שנהוג לעשות במערכת הציבורית לגבי כלל הניתוחים.

על הנהלות בתי החולים שבהם יש מרכזים בריאטריים, וכן במרכזים עצמם, לקבל את ההחלטה על סוג הניתוח במתכונת של סיעור מוחות מחלקתי, כפי שמתקבלות החלטות על ניתוחים בתחומים אחרים.

ניתוח בשיטת מיני-מעקף: בשנים האחרונות (משנת 2015) החלו לבצע בישראל ניתוח מעקף קיבה עם השקה בודדת[73], הנקרא גם "מיני-מעקף". ניתוח זה הוא מסוג תת-ספיגה[74] - ניתוח המקטין את האורך התפקודי של המעי הדק במטרה להקטין את שטח ספיגת המזון. בניתוחים מסוג זה נצפה שיפור ניכר ברמת התחלואה הנלווית, כגון סוכרת, אך יחד עם זאת הם מלווים בתופעות לוואי ושיעור סיבוכים גבוה יותר בהשוואה לניתוחים שאינם משנים את ספיגת המזון אלא מצמצמים את גודל הקיבה[75]. יצוין כי בקווי ההנחיה של האיגודים השונים בעולם עדיין אין התייחסות לשיטת ניתוח זו, וגם הנתונים בספרות בעניינה עדיין מועטים[76]. גם ועדת ההיגוי מיוני 2018 הדגישה שהיות שמדובר בניתוח חדש יחסית נדרש מעקב קפדני של הרשם הבריאטרי אחר סיבוכים כתוצאה ממנו.

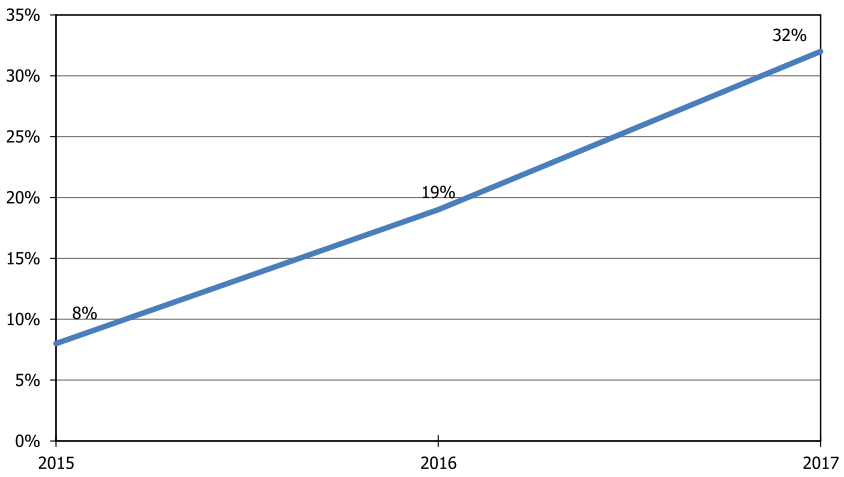
73 חיבור אחד של הקיבה למעי הדק.

74 ב"ספיגה" הכוונה לפירוק המזון וספיגתו במערכת העיכול. בניתוח תת-ספיגה נכללים כל סוגי ניתוחי המעקף הקיימים.

75 ניתוחים המצמצמים את גודל הקיבה הם ניתוח שרוול וניתוח טבעת, היוצרים קיבה תפקודית חדשה קטנה, במטרה להקטין את כמות המזון שהמנותח צורך.

76 נייר עמדה, כירורגייה בריאטרית.

תרשים 4: **שיעור ניתוחי מיני-מעקף בישראל מכלל הניתוחים הבריאטריים בשנים 2015-2017**



בעיבוד משרד מבקר המדינה.

> בתוך שלוש שנים גדל פי ארבעה שיעור הניתוחים מסוג מיני-מעקף מסך הניתוחים המבוצעים, וכך בשנת 2017 הגיע שיעורם ל-32% - לעומת שיעורו בעולם, שעומד על כ-4% בלבד מכלל הניתוחים

מהתרשים עולה כי בתוך שלוש שנים גדל פי ארבעה שיעור הניתוחים מסוג מיני-מעקף מסך הניתוחים המבוצעים[77], וכך בשנת 2017 הגיע שיעורם ל-32%; יצוין כי בעולם, לעומת זאת, שיעור ניתוחי מיני-מעקף ב-2016 היה נמוך הרבה יותר, כ-4% בלבד מכלל הניתוחים[78].

ניתוח מיני-מעקף אינו מתומחר בנפרד בתעריפון משרד הבריאות[79], ובתי החולים גובים עבורו מחיר זהה למחיר ניתוח מעקף קיבה. אך ניתוח זה נחשב קל וקצר יותר לביצוע מבחינת שעות הניתוח וכן שימוש בהיקף קטן של חומרים וציוד, כך שעלותו נמוכה מניתוח מעקף קיבה. מדובר בניתוח שהפך כאמור לנפוץ בישראל בשלוש השנים האחרונות, מבלי שקיים מידע מספק לגביו בספרות המקצועית, ובקווי ההנחיה של האיגודים השונים (הנחיות קליניות) אין התייחסות אליו.

החברה לבריאטרייה השיבה כי לא ניתן לכפות סוגי ניתוח על המנתחים וכי גישות ניתוחיות מתבססות על נתונים בספרות ואלה משתנים מעת לעת. אולם מחובתה של החברה לבריאטרייה ליידע את המנתחים על התפתחויות בתחום במסגרת דיונים, ימי עיון וכנסים.

77 מנתונים שהועברו למשרד מבקר המדינה מהרשם הבריאטרי ביוני 2018.

78 IFSO Worldwide Survey 2016: Primary, Endoluminal and Revisional Procedures, August 2018

79 תעריפון משרד הבריאות DRG[Diagnossis Related Group]: מחירון לשירותים רפואיים ומינהליים, הכולל תעריפים אמבולטוריים, פעולות דיפרנציאליות ותעריפי אשפוז לצורך התחשבנות במערכת הבריאות בישראל.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי עליו לקבוע בשיתוף החברה לבריאטרייה אמות מידה ברורות באשר לביצוע ניתוחים חדשים בטכניקות שאינן מוכרות דיין. כמו כן, על משרד הבריאות בשיתוף החברה לבריאטרייה לקבוע אמות מידה באשר להתאמת סוגי הניתוחים בהתאם לנתונים אישיים של המטופל, כמו: גילו, השאלה אם מדובר בניתוח ראשון או בניתוח חוזר, מורכבות המקרה, נשים בגיל פוריות ועוד, או לכל הפחות לקבוע התוויות שיחריגו ניתוחים שאינם מתאימים במקרים מסוימים.

הדרכה, ליווי ומעקב לאחר ניתוח

לפי מחקרים רבים, החברה לבריאטרייה[80] ועמותת הדיאטנים[81], הניתוח הבריאטרי מצריך שינויים ניכרים בהרגלי האכילה וההתנהגות של המנותח. המנותח אחראי לפעולותיו ולהכרעותיו ולשינויים שאותם יוכל לחולל. שינויים אלו חיוניים להצלחת הניתוח בטווח הארוך, ולכן יש צורך בהדרכה וליווי של רופא המשפחה, פנימאי או אנדוקרינולוג, דיאטנית ואף פסיכולוג או עו"ס, החל מהימים הראשונים שלאחר הניתוח ולאורך שנים, עד להטמעת הרגלי האכילה החדשים. מומחים בתחום סבורים כי למנותח חלון זמנים של כשנה לאחר הניתוח, שבו חלים שינויים הורמונליים, ובין השאר ייצור מופחת של ההורמון גרלין האחראי לתחושת הרעב. לאחר כשנה ממועד הניתוח רמות ההורמון עולות, ומבלי לשנות הרגלי תזונה עלול המנותח לחזור במהרה למצבו הקודם.

> הניתוח הבריאטרי מצריך שינויים ניכרים בהרגלי האכילה וההתנהגות של המנותח. מומחים בתחום סבורים כי למנותח חלון זמנים של כשנה לאחר הניתוח, ובלי לשנות הרגלי תזונה בשנה זו עלול המנותח לחזור במהרה למצבו הקודם

טיפול רציף של אנשי מקצוע במנותח, ליווי לאורך זמן ומעקב אחר התנהלותו, במרכז או במרפאה בריאטרית, הם כלים חיוניים ביותר שבכוחם להבטיח כי המנותח ירד במשקלו וישמור על משקל תקין לטווח הארוך. נוסף על כך, מחקרים הצביעו על הצורך בעידוד המנותחים להמשיך להשתתף במעקב, וטענו כי על קופות החולים לממן פעולות אלה. כך למשל עלה שמנותחי מעקף קיבה אשר השתתפו בכל פגישות המעקב שנקבעו ירדו במשקלם יותר בטווח הארוך בהשוואה לאלה שלא הקפידו על כך[82].

80 נייר עמדה "דגשים במעקב אחר חולה לאחר ניתוח בריאטרי", ההסתדרות הרפואית בישראל, פברואר 2017.

81 מסמך עמדה, עמותת הדיאטנים.

82 Impact of routine and long-term follow-up on weight loss after laparoscopic gastric bypass Presented at the 24th Annual Meeting of the American Society for Bariatric Surgery, June 11, 2007

חסמים בביצוע מעקב על מנותחים

חוזר משרד הבריאות קובע חובה לערוך מעקב לאחר הניתוח, לכל מנותח. המעקב צריך לכלול: בדיקה כירורגית, מעקב דיאטנית, מעקב פסיכולוג או עו"ס, מעקב רופא משפחה או אנדוקרינולוג וייעוץ והדרכה בנושא חשיבות הפעילות הגופנית לאחר הניתוח.

החוזר גם קובע כי מעקב אחר מנותח צריך להתבצע במרכז הבריאטרי המנתח, או במסגרת רב-תחומית בקהילה שהוכשרה לכך, דהיינו במרפאות הבריאטריות של הקופות. אם אין לקופה מרפאות כאלה, עליה להפנות את המנותח למעקב במרכז הבריאטרי שבו הוא נותח, לביקורת של כל הצוות המקצועי הרלוונטי: פעמיים בשנה הראשונה - חצי שנה ושנה לאחר הניתוח, וזאת ללא קשר ונוסף על הביקורת המתקיימת כשבועיים עד חודש לאחר הניתוח כפי שנהוג בכל הליך ניתוחי (להלן - הביקורת המיידית).

על חשיבות המעקב לאחר הניתוח והצורך בקביעת הנחיות למעקב עמדה גם ועדת ההיגוי כבר בכינוסה הראשון, במרץ 2013. זו הדגישה את החשיבות, למנותח ולמנתח, לביצוע שני מעקבים אצל הכירורג בשנה הראשונה (נוסף על הביקורת המיידית שלאחר הניתוח). ועדת ההיגוי גם ציינה כי יש סיכוי שמעקב אצל הכירורג המנתח יוביל לעלייה בשיעורי המעקב באופן כללי, היות שהחולים מייחסים חשיבות גדולה יותר למעקב אצל המנתח.

המעקב המנוהל במרכזים

1. מעקב רב-מקצועי: בשלוש הקופות - הכללית, מאוחדת ולאומית, אין מרפאות בריאטריות ולכן, על פי החוזר, עליהן להפנות את המנותחים למרכז בריאטרי. מכבי מפעילה מרפאות בריאטריות משלה.

> מהתשובות של הקופות והמרכזים לשאלונים עולה כי שלוש הקופות אשר להן אין מרפאות בריאטריות מפנות את המטופל למעקב במרכז, אולם לעיתים הן נותנות התחייבות עבור השירות הרפואי (להלן - טופס 17) רק למעקב אצל הכירורג ולא אצל כל צוות המרכז כפי שקובע החוזר. את השלמת המעקב הנדרש - אצל דיאטנית ואצל עו"ס או פסיכולוג, הן מעדיפות שהמנותח יבצע אצלן. כתוצאה מכך מטופלים אינם מבצעים מעקב מלא וחשוב ביותר עבורם, הכולל ליווי תזונתי מותאם למנותחים וליווי נפשי המותאם לתהליכים הנפשיים שהם עוברים בעקבות הניתוח. כמו כן, נפגעת גם האפשרות של קבלת תמונה מרוכזת, שלמה וכוללת על מצבו הבריאותי של המנותח. יצוין לחיוב כי חלק מהמרכזים, לדוגמה המרכז הרפואי קפלן והמרכז הרפואי מאיר, מאפשרים למטופל המופנה אליהם למעקב, לבצע ביקורת אצל כל בעלי המקצוע במרכז אף על פי שאין לו טופס 17 לשם כך.

להלן דוגמה למטופלת של מאוחדת שנותחה בבית חולים ברזילי והגיעה לכמה פגישות מעקב לאחר הניתוח במרכז הבריאטרי. באחת מהפגישות האלה הגיעה המנותחת לפסיכולוגית במרכז הבריאטרי, זו זיהתה שהמטופלת מתקשה להסתגל לאורח החיים החדש, והמליצה לה על המשך טיפול פסיכולוגי במרכז הבריאטרי או בקהילה. ואולם בבדיקה לא נמצא תיעוד לכך שמישהו מהגורמים המקצועיים פנה למטופלת באשר להמשך הטיפול הפסיכולוגי או למעקב הדרוש לאחר הניתוח הבריאטרי, לפי הוראת החוזר, בקופה או במרכז או בכל מקום אחר[83].

> מ-86 המנותחים בכל הקופות שתיקיהם נבדקו בביקורת, 17 לא הגיעו כלל לביקורת במרכז לאחר הניתוח, ו-27 הגיעו לביקורת המיידית בלבד או לביקורת אחת נוספת לאחריה (בחלק מהמקרים נפגשו עם כירורג בלבד ובחלק עם כל צוות המרפאה). יוצא שבסך הכול 44 מנותחים (כ-50%) שנבדקו תיקיהם לא הגיעו לביקורת במרכז כנדרש.

מ-86 המנותחים בכל הקופות שתיקיהם נבדקו 44 מנותחים (כ-50%) לא הגיעו לביקורת במרכז כנדרש

מהנתונים שמסרו המרכזים הבריאטריים למשרד מבקר המדינה עלה כי לביקורת המיידית (כשבועיים עד חודש מהניתוח) מגיע שיעור גבוה של מנותחים, אך למעקב ההמשך מגיעים הרבה פחות. לדוגמה, בנהרייה שיעור המנותחים המגיעים לביקורת המעקב הראשונה, אצל הכירורג בלבד (ללא ביקורת אצל הדיאטנית או הפסיכולוגית), גבוה ביותר - כ-90%, והוא יורד באופן ניכר בביקורת המעקב השנייה - אז מגיעים רק כ-30% מהמנותחים; לביקורת המעקב השלישית מגיעים עוד פחות, רק כ-18% מהמנותחים. מהנתונים שמסר הלל יפה עלה כי ב-2017 הגיעו לביקורת המיידית כ-55% מהמנותחים, ואילו שיעור המנותחים שהגיעו לביקורת המעקב שלאחר תשעה חודשים ירד לכ-5% בלבד (הביקורות היו אצל הכירורג, הדיאטנית והעו"ס).

2. בחוזר נקבע כי על המרכזים הבריאטריים לרכז מידע ולעקוב אחר החלמת המנותחים, לרבות אחר משקלם ומצבם התזונתי.

בביקורת עלה שבפועל מרבית המעקבים מתבצעים בקופות, והן אלה המעבירות את המידע הנדרש לרשם הבריאטרי; אשר על כן, למרכזים הבריאטריים אין אפשרות מעשית יעילה לרכז מידע ולעקוב אחר החלמת המנותחים.

83 נכון למועד פתיחת התיק - יוני 2018.

המעקב המנוהל בקופות

מעקב במכבי: מכבי אמנם מפעילה מרפאות בריאטריות משלה, אולם בצוות שלהן לא כלול כירורג. אף על פי כן, לדברי כמה מהמרכזים וכן מבדיקת תיקי מנותחים חברי מכבי עולה כי מלבד הביקורת המיידית המתקיימת במרכז שבועיים עד חודש לאחר הניתוח, הנכללת במסגרת הכוללת של הניתוח, מכבי אינה מאשרת למטופל להגיע לביקורת של כירורג במרכז שבו הוא נותח.

מכבי השיבה למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2018 (להלן - תשובת מכבי) כי היא מאשרת ביקור מעקב אצל כירורג בריאטרי בבית החולים לאחר הניתוח, ואם יש סיבה רפואית מאושרים ביקורים נוספים אצל הרופא המנתח. כמו כן כירורגים בריאטרים המנתחים בבתי החולים עובדים במכבי ומקיימים מעקב לאחר ניתוח במסגרת הקופה.

מדיניות זו נוגדת את הנחיית החוזר שלפיה על המנותח לעבור ביקורת של כל הצוות המקצועי במרכז בחלוף חצי שנה ושנה מהניתוח.

מעקב בקופות של דיאטנית ושל רופא המשפחה: החוזר קובע כי על מנותח להיות במעקב של דיאטנית לפחות בשישה מפגשים בשנה הראשונה שלאחר הניתוח, ובשנה השנייה לפחות במפגש אחד עד שלושה. עוד נקבע בחוזר כי על רופא המשפחה או האנדוקרינולוג לבצע למנותח בדיקות תקופתיות, ובהן - מעקב סוכרת, מעקב אחר חסרים תזונתיים וויטמינים. נייר העמדה של עמותת הדיאטנים מנחה אילו בדיקות דם יש לבצע ובאיזו תדירות[84].

מתוך 107 תיקים שמשרד מבקר המדינה בדק באשר למנותחים שנותחו ב-2015 וביצעו ביקורת מעקב עד יוני 2018, עלה כי המעקב שביצעו הקופות בקהילה היה בלתי מספק לחלוטין ולא תאם את דרישות החוזר:

מעקב דיאטנית: בביקורת עלה שמלבד מכבי, הנוקטת גישה פרואקטיבית ופונה ביוזמתה למטופל כדי שיגיע למעקב דיאטנית - דבר רצוי וחיובי, שאר הקופות - הכללית, מאוחדת ולאומית, אינן יוזמות פנייה כזו ומותירות את היוזמה לכך בידי המנותחים, ולדרישה מצדם לקיים את המעקב.

ב-18 תיקי מנותחים (17%) נמצא שהמנותחים לא נפגשו כלל עם דיאטנית לאחר הניתוח, לא במרכז ולא בקהילה; 43 מנותחים (40%) לא עמדו במכסת המפגשים הנדרשת עם דיאטנית לאחר הניתוח וקיימו פחות מ-6 מפגשים עמה, אם במרכז ואם בקהילה.

> ב-18 מ-107 תיקי המנותחים שנבדקו נמצא שהמנותחים לא נפגשו כלל עם דיאטנית לאחר הניתוח, ו-43 מנותחים לא עמדו במכסת המפגשים הנדרשת עם דיאטנית לאחר הניתוח וקיימו פחות מ-6 מפגשים עמה

84 מסמך עמדה, עמותת הדיאטנים.

עוד עלה, שזמינות הדיאטניות בכלל, ודיאטניות המנוסות בתחום הניתוחים הבריאטריים בפרט, כנדרש בחוזר, נמוכה, דבר העלול להגביר את חוסר היענות המטופל למעקב.

מעקב רופא משפחה: הקופות אינן מנחות את רופאי המשפחה לנהל מעקב באמצעות הפניית מטופל שעבר ניתוח לבדיקות דם ורמות ויטמינים, ובדיקת תוצאותיהן. משמעות הדבר היא שלאחר שהמטופל עבר את הניתוח הקופות אינן יוזמות כל מעקב רלוונטי לגביו, והמעקב אינו מתקיים אלא אם הוא פונה ביוזמתו, מכל סיבה שהיא, לרופא המשפחה ואז לעיתים יפנה הרופא את המטופל לבדיקות האמורות.

אצל מחצית מהמנותחים שנבדקו (54 מנותחים) נמצא כי רופאי המשפחה כלל לא העלו בפניהם את הצורך בבדיקות מעקב כאשר אלו הגיעו אליהם בגין עניינים בריאותיים אחרים: בכללית נמצא שרופא המשפחה לא העלה את הצורך בביקורת מעקב אצל 15 מהמנותחים שתיקיהם נבדקו, במכבי ב-12 מהתיקים, במאוחדת ב-17 מהתיקים, ובלאומית ב-10 מהתיקים. חלק מהמנותחים כמעט לא ביקרו אצל רופא המשפחה. מנגד רופאי המשפחה גם לא יזמו פנייה אליהם לעריכת ביקורת המעקב הנדרשת[85]:

א. 11 מהמנותחים (10%) לא ביצעו בדיקות דם כלל מיום הניתוח, וכ-8 מנותחים (7%) עשו בדיקות דם רק בשנה הראשונה שלאחר הניתוח.

ב. אצל 26 מהמנותחים (24%) אין עדות למשקלם המעודכן מעבר לשנה לאחר הניתוח, ואצל חלקם המשקל אחרון המתועד הוא זה שהיה לפני הניתוח.

> אצל מחצית מהמנותחים שתיקיהם נבדקו (54 מנותחים) נמצא כי רופאי המשפחה לא העלו לפניהם כלל את הצורך בבדיקות מעקב

הכללית השיבה כי היא דנה בימים אלה ברבדים השונים של הטיפול בהשמנה, לרבות המשך מעקב פרואקטיבי בקהילה או במרכז המנתח. ההמלצות כוללות סדנאות למעקב ותמיכה במנותחים.

מכבי השיבה כי יש להשקיע ברופאי המשפחה, שכן הם הרופאים העיקריים שרואים את המטופלים לעיתים תכופות מסיבות שונות, ובידם ההזדמנות הגדולה ביותר והמשמעותית לביצוע המעקב.

לאומית השיבה כי היא פועלת לחידוד הנהלים הקיימים בקרב רופאי המשפחה, בכל הנוגע להליך ולמעקב החיוני לאחר הניתוח. כמו כן ציינה הקופה כי בחודשים האחרונים נעשית עבודה פרואקטיבית ונבדקות רשימות המנותחים במטרה לבדוק אם היו אצל דיאטנית; אלה שנמצא שלא - הדיאטנית או רופא המשפחה מתבקשים ליצור עמם קשר.

85 הממצאים המצוינים הם עד למועד פתיחת התיקים, יוני 2018, ומתבססים על תיעוד הרשומה הרפואית בלבד בקופות ובמרכזים הבריאטריים.

למרות חשיבות המעקב לאחר הניתוח מרבית המנותחים לא ביצעו ביקורת מעקב, דבר העלול להוביל לפגיעה במנותח

עולה מכך, כי למרות חשיבות המעקב לאחר הניתוח ותרומתו להשגת החלמה מלאה של המנותח, מרבית המנותחים לא ביצעו ביקורת מעקב אצל גורמי המקצוע כפי שקבע חוזר משרד הבריאות. הדבר עלול להוביל לפגיעה במנותח, אם כיוון שהוא עלול לחזור להרגליו הישנים ולמשקלו הכבד והלא-בריא, ואם בשל פגיעה בריאותית בגופו בשל חסר במרכיבים הנחוצים לבריאות תקינה. כמו כן, עלולה להתפתח פגיעה בחוסנו הנפשי של המטופל שכן עליו לסגל לעצמו אורח חיים אחר המותאם לניתוח. סיכונים אלו יכולים להימנע אם יקפידו המטופלים לבצע מעקב ואם הקופות יקפידו לקיים כהלכה ביקורות מעקב תקופתיות על המנותחים ויזמנו אותם לצורך כך. לחלופין, על הקופות לשקול לאפשר למנותחים לקיים את כל הליך המעקב במרכז הבריאטרי שבו נותחו (למעט מכבי, שלה כאמור יש מרכזים משלה). הדבר יפשר להגדיל את שיעור המנותחים שיהיו במעקב קפדני, ולצמצם את ההוצאות הרפואיות בגין טיפולים רפואיים שיידרשו כתוצאה ממעקב לא מספק. על המשרד גם לקבוע באופן חד-משמעי את הגורם האחראי לביצוע המעקב - קופות החולים או המרכז הבריאטרי - ובכך למנוע מצב שהמטופל "נופל בין הכיסאות" - בין הקופה למרכז.

משרד הבריאות השיב כי הוא תומך ביצירת טופס 17 כוללני לצוות רב-מקצועי שיטפל במנותח במרכז הבריאטרי בבית החולים, והנושא הועלה לדיון מול משרד האוצר. עוד הוסיף המשרד כי הוא תומך במעקב במרכזים הבריאטריים, שבהם התמונה כוללנית ורב-מקצועית, ומתגבשת על ידי אנשי מקצוע המוכוונים לטיפול בחולה הבריאטרי.

משרד מבקר המדינה מציין לחיוב את המשרד על יוזמתו ליצירת טופס 17 כוללני; עם זאת הדבר אינו מייתר את הצורך שהוא יקבע בחוזר המשרד, את הגורם האחראי לביצוע המעקב.

צריכת ויטמינים: נטילת תוספי תזונה כמו ויטמינים ומינרלים (להלן - ויטמינים) מומלצת לכל החיים לאחר הניתוח ונדרשת בכל סוגי הניתוחים, אך במינון שונה כתלות בסוג הניתוח. הופעת חסרים תזונתיים לאחר ניתוחים היא תופעה נפוצה הנובעת ממגוון גורמים ותלויה בסוג הניתוח ואופן השפעתו על תהליך הספיגה והעיכול, במצב הטרום-ניתוחי, בהופעת הקאות, באי-סבילות למזון ובדפוסי אכילה לקויים[86]. כך לדוגמה: מחסור בסידן ובוויטמין D מעלה את הסיכון להיווצרות שברים ואוסטאופורוזיס; מחסור בוויטמין B12 יכול ליצור תחושה של נימול בגפיים, עקצוץ בעור, שיבוש ביציבה ועד כדי שיתוק במקרים חמורים; מחסור בוויטמין B1 מגביר הקאות, בחילות ועצירות בטווח הקצר ופגיעות נוירולוגיות בטווח הארוך.

כמות הוויטמינים שיש ליטול תלויה כאמור בסוג הניתוח, אך העמדה המקצועית-רפואית היא כי נטילת ויטמינים הכרחית למניעת חסרים תזונתיים

86 מסמך עמדה, עמותת הדיאטנים.

לאחר ניתוח בריאטרי. גם הנחיות של האגודה האמריקנית לניתוחים בריאטריים קובעות כי מנותחים בריאטריים זקוקים לוויטמינים ומינרלים מדי יום למשך שארית חייהם, וחשוב שהמטופל ייקח את כל הוויטמינים המומלצים, אף שעלויותיהם עלולות להיות גבוהות ויכולות להשתנות מאדם לאדם (בהתאם לסוג וכמות הוויטמינים).

בדיון שקיימה ועדת ההיגוי, עוד בנובמבר 2015, צוין כי מנותחים רבים אינם צורכים ויטמינים עקב מצוקה כלכלית הנובעת מעלותם העומדת על כמה מאות שקלים לחודש. היות שהנזק מאי-נטילתם בא לידי ביטוי בעיקר בטווח הרחוק, מנותחים נוטים להמעיט בערך נטילתם לאחר הניתוח, עד שהנזק מתחיל להיות מורגש.

בבדיקת תיקי מנותחים עלה כי לא כולם נוטלים ויטמינים כנדרש וכמומלץ. כך לדוגמה נמצא שמטופלת של הכללית אשר עברה ניתוח מיני-מעקף באיכילוב מתקשה בבליעת ויטמינים, אף שכאמור הדבר הכרחי למי שעבר ניתוח זה. היא התאשפזה כמה פעמים לאחר הניתוח בגלל חוסר בברזל והמוגלובין נמוך לצורך קבלת עירוי וסובלת מאנמיה קשה; מטופלת של לאומית אשר עברה גם היא מיני-מעקף באיכילוב הגיעה לביקורת רק לאחר כשנה מהניתוח וציינה כי אינה נוטלת ויטמינים ויש לה אנמיה קשה.

> ועדת ההיגוי זיהתה כי עלות הוויטמינים היא חסם המונע את נטילתם, ואף הציעה לדרוש לכלול מימון ויטמינים למנותחים בריאטריים בסל הבריאות הממלכתי

בביקורת עלה כי אף שוועדת ההיגוי זיהתה כי עלויות הוויטמינים הן חסם המונע את נטילתם, ואף שהיא הציעה לדרוש לכלול מימון ויטמינים למנותחים בריאטריים בסל הבריאות הממלכתי, עד מועד סיום הביקורת היא לא הגישה בקשה מתאימה לוועדת הסל[87]. כמו כן, יש להתחשב, בסבירות הקיימת, בבעיית היענות לנטילת ויטמינים אצל חלק מהמטופלים, דבר שיכול להיפתר או לכל הפחות להצטמצם אם תהיה הקפדה על מעקב מצד קופות החולים והמרכזים הבריאטריים.

הכללית השיבה כי "תפעל מול ועדת הסל במשרד הבריאות להכנסת ויטמינים למנותחים בריאטריים לסל הבריאות במחיר מוזל". משרד הבריאות השיב כי הוא תומך בהגשת בקשה מתאימה לוועדת סל הבריאות.

ניתוח בריאטרי נכלל בסל הבריאות כפתרון למחלות הנגרמות כתוצאה מהשמנת יתר חולנית. ואולם היות שהניתוח הוא רק אחד ממרכיבי הטיפול במחלה, וטיפול משלים והכרחי הוא נטילת תרופות וויטמינים לפי הצורך, ראוי שההתייחסות לטיפולים הנלווים לניתוחים הבריאטריים תהיה שלמה, ותכלול גם מימון ההוצאות על ויטמינים ולכן על משרד הבריאות לפעול כדי שתוגש בקשה מתאימה לוועדת הסל. בכך יוסר החסם לנטילתם. כמו כן, על הגורמים המטפלים להסביר למנותחים את חשיבותם של הוויטמינים ולעודד נטילתם.

87 ועדה ציבורית הקובעת בכל שנה אילו טכנולוגיות יתווספו לסל הבריאות.

פרסום מידע לציבור ולמנותחים באתרי האינטרנט של קופות החולים: כפי שעלה בביקורת, חלק מקופות החולים אינן מנגישות מידע על ניתוחים בריאטריים ועל המעקב הנדרש בעקבותיהם. בדיון בוועדת ההיגוי במרץ 2015 צוין שיש מנותחים שאינם יודעים כיצד להתנהל אחרי הניתוח ואינם נמצאים במעקב כלשהו. בסוף 2015 הוחלט בוועדת ההיגוי כי יושק ספרון שיכיל "מידע למטופל", ובין היתר יהיו בו המלצות להתנהגות נכונה לאחר ניתוח. ביוני 2018 החליטה ועדת ההיגוי, משיקולים כלכליים, לעלות את חוברת המידע לאינטרנט לצפייה חופשית. ואולם עד מועד סיום הביקורת, באוגוסט 2018, היא עדיין לא עשתה זאת. אשר על כן, המידע על הניתוח בכללותו אינו מונגש לציבור.

משרד הבריאות השיב כי הוא תומך בהנגשה של המידע לציבור והעלאת חוברת מידע לאינטרנט, ויקדם את ביצוען.

משרד מבקר המדינה מעיר לחטיבת הרפואה במשרד הבריאות כי שקיפות של פעולות רפואיות והשלכותיהן היא נדבך חשוב בהכרח של הציבור להבין את מערכת הבריאות, ובוודאי כאשר מדובר בפעולות רפואיות הרלוונטיות להם. חשוב על כן, שהיא תקדם לאלתר הנגשה באינטרנט לציבור הרחב, של המידע על הניתוחים הבריאטריים, כדי שמי ששוקל לבצע את הניתוח, וגם בני משפחותיהם, יוכלו לעמוד על משמעויות הדבר, על סוגי הניתוחים, על הפעולות שנדרש לבצע טרם הניתוח ולאחריו וכיוצא בזה.

☆

ניתוח בריאטרי משמש אמצעי לירידה במשקל, אך אין הוא עומד בפני עצמו ונלוות אליו פעולות נוספות הכרחיות; בראש ובראשונה נדרשת התנהלות נכונה של המטופל לאחר הניתוח, שפירושה, בין השאר, עריכת שינוי באורחות חייו ורכישת הרגלי תזונה נכונים; לצד זאת נדרש כי המטופל יהיה במעקב לאחר הניתוח וכן ייטול תרופות וויטמינים נדרשים למשך כל חייו. קופות החולים, הרופאים בקהילה והמרכזים הבריאטריים אינם פועלים באופן פרואקטיבי לעידוד ותמרוץ המנותחים להגיע למעקב ולבצע את כל הבדיקות, ולא פעם המנותח מנתק מגע לאחר שעבר את הניתוח, ולא נעשה מאמץ מצד הגורמים המעורבים להשיבו לתלם המעקב.

תפקידו של משרד הבריאות, כגורם מאסדר, לוודא שקופות החולים והמרכזים הבריאטריים מקיימים את ההנחיות שקבע בעניין הניתוחים הבריאטריים ולקבוע את הגורם האחראי לבצע את המעקב באופן מלא - הקופה או המרכז - ובכך להבטיח שהמנותחים יקבלו את התמיכה המגיעה להם. כמו כן, עליו גם להנגיש לציבור את המידע על הניתוחים הבריאטריים באינטרנט.

> חשוב כי חטיבת הרפואה תקדם לאלתר הנגשה של המידע על הניתוחים הבריאטריים באינטרנט לציבור הרחב, כדי שמי ששוקל לבצע את הניתוח יוכל לעמוד על משמעויות הדבר, על סוגי הניתוחים, על הפעולות שנדרש לבצע קודם הניתוח ולאחריו וכיוצא בזה

על קופות החולים מצדן, לעמוד באמות המידה ובהנחיות שקובע החוזר ולהקים מרפאות הנותנות את המענה הנדרש, ולכל הפחות - להקים מערך תמיכה מלא שיעקוב אחר המנותחים; עליהן להדריך את רופאי המשפחה במעקב הנדרש, ואף לשקול ליצור התראות בתיקי המנותחים שיופיעו במחשב הרופא המטפל, כגון בדיקות דם, בדיקות של רמות ויטמינים ומעקב תזונתי, ויסייעו במעקב. כמו כן, על משרד הבריאות לשקול להכניס את המעקב אחר המנותחים הבריאטריים למסגרת מדדי האיכות בקהילה[88], כדי להגביר את היענות רופאי הקהילה לבצע בדיקות מעקב למנותחים.

הבקרה על אישור ביצוע ניתוח בריאטרי חוזר

במחקר שבוצע בבילינסון נמצא שלאחר חמש שנים מהניתוח, כ-40% מהמנותחים עלו במשקל ולא שמרו על מדד הצלחת הניתוח, חלקם אף חזרו למשקלם המקורי ויותר מזה[89]. נתונים קשים יותר עלו גם במכבי - לאחר ארבע שנים כ-60% מהמנותחים עלו במשקל ולא שמרו על מדד הצלחת הניתוח[90].

לפי הנתונים של הרשם הבריאטרי, בשנת 2014 כ-12% מהניתוחים היו ניתוחים חוזרים; בשנת 2017 עמד שיעורם על כ-17% - אחד מכל שישה ניתוחים בריאטריים. שיעור הניתוחים החוזרים בארה"ב ובאירופה עמד בשנת 2016 על כ-10%, והממוצע העולמי היה 7% בלבד[91]. ישנם מנותחים שעברו שלושה ניתוחים בריאטריים, ומעטים עברו אף חמישה. לפי הרשם, בשנים 2015-2017 נותחו בפעם השלישית כ-500 מטופלים.

ניתוח חוזר מבוצע במקרים של התפתחות סיבוכים לאחר ניתוח, במצבים של כישלון בירידה במשקל בטווח הרחוק - ירידה של פחות מ-50% מעודף המשקל או עודף משקל של יותר מ- 30% ממשקל גוף תקין[92] בשנתיים הראשונות לאחר הניתוח[93], או במצב של הרחבת הקיבה או במקרי פגיעה מהותית באיכות החיים כגון הקאות ממושכות, אי-סבילות קשה למוצרי מזון רבים ועוד.

ניתוח בריאטרי חוזר מסוכן יותר מהניתוח הראשון, ואחוז הירידה במשקל בעקבות ניתוח חוזר נמוך באופן ניכר בהשוואה לניתוח הראשון[94]. כדי למקסם את תוצאות הניתוח נדרשים שינויים גדולים בהיבט התזונתי, הרגשי וההתנהגותי. על כן, מנותחים הסובלים מעלייה חוזרת במשקל נדרשים להערכה מעמיקה

> נמצא שחמש שנים לאחר הניתוח כ-40% מהמנותחים עלו במשקל ולא שמרו על מדד הצלחת הניתוח, חלקם אף חזרו למשקלם המקורי ויותר מזה. בשנת 2017 היה שיעורם של הניתוחים החוזרים כ-17% - אחד מכל שישה ניתוחים הוא ניתוח חוזר

88 תמרוץ קופות החולים לביצוע פעולה מסוימת שהמשרד מעוניין לקדם, באופן שיקנה תגמול כלכלי.

89 Long term followup of type of bariatric surgery finds regain of weight, decrease in diabetes remission rates, A. keidar M.D, A.P. Courcoulas M.D, 5.8.2015

90 מנתונים שהועברו למשרד מבקר המדינה ב-13.12.17.

91 IFSO Worldwide Survey 2016: Primary, Endoluminal and Revisional Procedures, August, 2018

92 משקל גוף תקין לפי ערכי BMI=25.

93 נייר עמדה, כירורגייה בריאטרית.

94 נייר עמדה, כירורגייה בריאטרית.

יותר ולהכנה מתאימה מזו שנדרשה לניתוח הראשון, במטרה לבחון את הסיבה לכישלון הניתוח ולנתח ולהעריך את הסיכויים שניתוח חוזר יחולל את השינוי הרצוי.

כך למשל, בהנחיות של שירותי הבריאות הלאומי בבריטניה (NHS)[95] נקבע כי טרם ניתוח חוזר על צוות רב-מקצועי הכולל כירורג, דיאטנית ופסיכולוג, להעריך את המנותח הערכה מקיפה; עליו לעבור בדיקות רדיולוגיות אנדוסקופיות והדמיה; כן עליו להתחייב רשמית למעקב של עד 24 חודשים לאחר הניתוח.

למרות הסיכונים שבניתוח חוזר, בקווים המנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים שבחוזר משרד הבריאות אין הבחנה בין ניתוח ראשון לבין ניתוח חוזר, למעט באשר לתנאי מדד ה-BMI, המאפשר לבצע ניתוח חוזר בערכי BMI של 30 ומעלה - מדד הנמוך מהמדד שנדרש בניתוח ראשון (דהיינו השמנה חמורה פחות). כמו כן, גם באשר לצורך בניתוח אין הבחנה בין ביצוע ניתוח חוזר על רקע סיבוך רפואי לבין ניתוח חוזר על רקע של עלייה במשקל בעקבות אי-שמירה על הכללים לאחר הניתוח**,** ואין הנחיות בדבר סוג הניתוח החוזר שיש לבצע לאחר ניתוח קודם. על פי החוזר גם לא נדרשת הכנה קפדנית, ארוכה או מעמיקה יותר מאשר ההכנה לניתוח הראשון. במקביל לכך, לכל קופה כללים משלה באשר לניתוח חוזר: מכבי מחייבת הכנה זהה לזו הנהוגה בניתוח ראשון, ואישור של ועדת חריגים; לאומית אינה דורשת סדנת הכנה כפי שנדרש בניתוח ראשון וגם לא קבעה דרישות אחרות; מאוחדת אינה מחייבת דבר, והכללית מחייבת שוועדה (שלא בנוכחות המטופל) בהרכב של בוגר קורס הפרעות אכילה[96] ורופא יאשרו את ביצוע הניתוח החוזר.

מבדיקת 21 תיקי מנותחים שעברו ניתוח חוזר עלה כי הוועדה שאישרה את הניתוח החוזר לרוב הייתה זהה בתוכנה לוועדה שהייתה בניתוח הראשון, ולא בדקה את הסיבות לכישלון הניתוח הראשון. חלק מהמנותחים אף לא עברו הכנה כלשהי. להלן דוגמאות:

1. מנותחת של הכללית שעברה ניתוח חוזר בוולפסון - המנותחת עברה לקראת הניתוח השני הערכה שגרתית של פסיכולוגית ודיאטנית - בסיכום ההערכה לא התקיים דיון על אי-שמירת המשקל המתאים ולא נבדק כיצד המנותחת מתכוונת לשמור על משקלה בניתוח הנוסף הצפוי; לא נדונה חשיבות נטילת ויטמינים והצורך במעקב רציף, הן בעריכת בדיקות רפואיות והן של דיאטנית.
2. מנותחת של מאוחדת שעברה ניתוח חוזר באיכילוב - הפסיכולוגית בוועדה הפנתה אותה לדיאטנית בקהילה לניהול יומן אכילה ולשינוי הרגלים עד הניתוח. ואולם המנותחת לא הלכה לדיאטנית בקהילה, ובהגעתה ליום הניתוח שום גורם לא בדק אם עשתה את ההכנה כפי שנדרש ממנה והיא נותחה.

95 Clinical Guidance: Revision Surgery for Complex Obesity, 2016

96 הכללית עורכת קורסים בתחום אבחון הפרעות אכילה. את הקורסים מעבירים עו"ס קליניות, פסיכולוגים ועובדי רפואה (דיאטניות, רופאים), והם כוללים את כל היסודות של הבנת הנושא.

3. מנותחת של לאומית שעברה ניתוח חוזר באיכילוב - המנותחת לא עברה תחילה את תהליך קבלת האישורים של הקופה אלא הגיעה ישירות למרפאה של הכירורג בקהילה, שהוא גם המנתח באיכילוב. הכירורג קבע לה תור לניתוח ללא כל ועדה. כשבוע לפני הניתוח היא הגיעה לקופה לקבל אישור לניתוח. הקופה לא אישרה את הניתוח[97] ודרשה ממנה לבצע הכנה לפני הניתוח. המנותחת לא עשתה זאת ונותחה באיכילוב בתאריך שנקבע לה - ללא כל הכנה, ללא אישור של ועדה וללא אישור מהקופה.

בבדיקת התיקים נמצא שמנותחים שלא הקפידו על מעקב וכללים נכונים לאחר הניתוח הראשון חזרו על אותו דפוס התנהגות גם בניתוח החוזר. הקופות והמרכזים לא פנו למנותחים באופן פרואקטיבי כדי לגרום להם לבוא למעקב דיאטנית ולבצע בדיקות דם באופן סדיר. להלן דוגמאות (כאמור, התיקים שנפתחו הם עבור מנותחים שנותחו בשנת 2015):

1. מנותחת של הכללית שעברה ניתוח חוזר בוולפסון - הדיאטנית שהשתתפה בוועדה של המרכז הבריאטרי לקראת הניתוח חשדה שהיא סובלת מהפרעות אכילה. המנותחת אכן ציינה כי אחרי הניתוח הראשון היא לא שמרה על כללי אכילה ולא הייתה במעקב, אך הבטיחה כי בניתוח החוזר תהיה במעקב צמוד. אולם נמצא כי לאחר הניתוח החוזר היא הגיעה לביקורת אחת בלבד, כשבועיים לאחר הניתוח, אצל הדיאטנית במרכז. המנותחת גם לא הגיעה לרופא המשפחה, למעט פעם אחת ב-2017[98], ובאותו מעמד רופא המשפחה נתן לה הפניה לביצוע בדיקות דם, אך היא לא ביצעה אותן[99].

2. מנותחת של הכללית שעברה ניתוח חוזר במאיר - במפגש אצל דיאטנית בקהילה לפני הניתוח קיבלה הסבר מפורט על התהליך שיהיה עליה לעבור לאחר הניתוח, אולם היא השיבה כי אינה מעוניינת לשנות את הרגלי התזונה שלה. למרות זאת היא נותחה. לאחר הניתוח הגיעה לחמישה ביקורים במרכז הבריאטרי ולא ביצעה כל מעקב נוסף בקהילה.

3. מנותחת של לאומית שעברה ניתוח חוזר בברזילי - כשנתיים לאחריו הגיעה למרכז מכיוון שלא ירדה במשקל, ואף עלתה. הכירורג דיווח כי המטופלת לא שמרה על תזונה נכונה ואף "רחוקה מתזונה נכונה ומזינה" ולא נטלה ויטמינים. לאחר מכן היא הגיעה לשני ביקורים בלבד אצל דיאטנית במרכז.

97 מדובר בניתוח שלישי. המטופלת התאשפזה באשפוז דחוף באמצעות המיון ולכן הקופה נאלצה לשלם על הניתוח.

98 היא הגיעה לרופא המשפחה לצורך הפניה לרופא מקצועי אחר.

99 כפי שלא ביצעה בדיקות דם אפילו פעם אחת לאחר הניתוח.

צבר הדוגמאות של הפגמים בתהליך ההכנה, ההחלטה לניתוח חוזר והמעקב לאחריו מדגישים את הבעייתיות של היעדר הנחיות ברורות של משרד הבריאות לאישור ניתוח חוזר; ומצביעים על "אצבע קלה על ההדק" באישורו.

צבר הדוגמאות של הפגמים בתהליך ההכנה, ההחלטה לניתוח חוזר והמעקב לאחריו מדגישים את הבעייתיות של היעדר הנחיות ברורות של משרד הבריאות לאישור ניתוח חוזר; ומצביעים על "אצבע קלה על ההדק" באישורו

לאומית ציינה בתשובתה לשאלון כי צריכה להיות התייחסות קפדנית יותר לניתוחים חוזרים, וכי ראוי להגביל ניתוח חוזר רק לאותם מקרים שבהם קיימת עדות לכשל טכני בניתוח[100].

רק באוגוסט 2017 הוציא משרד הבריאות הנחיה למנהלי בתי החולים ולמנהלי הקופות, ולפיה בניתוח חוזר יש צורך שוועדה מיוחדת תבחן את הבקשה לעומקה ותבדוק את הסיבות לכשל הניתוח הראשון; בוועדה יהיו חברים שני כירורגים או כירורג וגסטרואנטרולוג[101] וניתוח חוזר יבוצע רק באישור של שניהם[102].

בביקורת עלה כי מרבית המרכזים הבריאטריים[103] אינם מקיימים את הנחיית המשרד מאוגוסט 2017, ואינם מחייבים לכנס ועדה נרחבת הכוללת שני כירורגים או כירורג וגסטרואנטרולוג בכל מקרה שבו נדרש לאשר ניתוח חוזר אלא מקיימים ועדה כפי שנהוג בניתוח ראשון.

הכללית השיבה כי הצוות שבוחן את התהליך יבחן גם את נושא אישור הניתוחים החוזרים: מידת המוכנות, וידוא הכנה ראויה לניתוח חוזר, וידוא תמיכה משפחתית, מעקב אחר הניתוח החוזר ובחינת הטמעת שינוי אורחות חיים של המנותח.

100 לדוגמה השארת גדם קיבתי גדול מדי בניתוח שרוול.

101 רופא המומחה במחלות מערכת העיכול.

102 מכתב של ראש אגף רפואה כללית למנהלי בתי החולים ולמנהלי קופות החולים, 10.8.2017.

103 למעט המרכזים: נהריה, כרמל, בני ציון והעמק, שבוועדה שהם מקיימים יושבים שני כירורגים, ובמרכזים: בית החולים הפרטי, השרון וברזילי – שבהם לאישור ניתוח שלישי ומעלה מתקיימת ועדה בראשות צוות בכיר.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי עליו להקפיד שהנחייתו מאוגוסט 2017 תבוצע, על מנת שלא תהפוך ל"אות מתה". היות שניתוחים חוזרים מסכנים את המטופל, והיות שסיכויי הצלחתם פחותים מאלו של הניתוח הראשון, עליו לקבוע, בנוסף להנחיה מ-2017, כללים קפדניים ביותר, ואף מחמירים, שיבטיחו שהמנותח אומנם מתאים לניתוח נוסף, שינחו איזה סוג ניתוח חוזר מתאים לאחר ניתוח קודם, ויבטיחו שפרוצדורה ניתוחית נוספת לא רק שלא תסכן את המנותח אלא גם תהיה בעלת סיכויי הצלחה טובים. ראוי גם כי המשרד, קופות החולים והמרכזים הבריאטריים יבחנו כיצד ניתן להגביר את המודעות של המנותחים לגבי הסיכונים והמשמעויות הנלוות לניתוח חוזר - אם באמצעות הדרכות, שאלונים למטופלים, סקרי שביעות רצון ועוד. קבלת החלטה על אישור ניתוח נוסף על בסיס כללים כאלו גם תחסוך הוצאה ציבורית ניכרת.

סיבוכים ותמותה: מעת לעת מתפרסמים בתקשורת מקרים שבהם ניתוחים בריאטריים הסתבכו ואף הובילו לנכויות גופניות קשות; חלקם אף הסתיימו במוות[104]. שיעור התמותה מניתוחים בריאטריים בישראל עמד בשנת 2017 על 0.15%, היינו 12 מנותחים[105]. שיעור התמותה בעולם עומד על 0.35%-0.08%; שיעור הסיבוכים ותופעות הלוואי הקשורים בניתוח הוא בטווח שבין 10% ל-17%, תלוי בסוג הניתוח[106]. לפי הרשם, שיעור הסיבוכים בזמן אשפוז (3 ימים מהניתוח) עומד על כ-4%, ובניתוח חוזר גדל פי שניים. סיבוכים יכולים להופיע זמן קצר לאחר הניתוח[107], בעת האשפוז או בתוך כמה שבועות לאחר הניתוח. סיבוכים ותופעות לוואי יכולים להתפתח אפילו חודשים ושנים לאחר הניתוח[108].

בשנים 2013-2017 הוגשו 10 תלונות לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים במשרד הבריאות. התלונות היו בגין דלף בקיבה או במעי[109], סיבוכים במהלך ניתוח ולאחריו ומוות לאחר הניתוח. באותן שנים הוגשו לחברות הביטוח של קופות החולים ובתי החולים - ענבל חברה לביטוח בע"מ וחברת ביטוח פרטית נוספת[110] - כ-80 תביעות ודרישות כספיות[111] בעקבות אירועים הקשורים בניתוחים

104 ראו:
https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5272129,00.html ; https://www.10.tv/news/59930 ; https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-5051926,00.html ; https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4424881,00.html ; http://www.maariv.co.il/news/israel/Article-605959

105 מתוך 8,020 מנותחים. נתונים שהועברו למשרד מבקר המדינה מהרשם.

106 סיבוכים לא רק בזמן האשפוז. נייר עמדה, כירורגייה בריאטרית.

107 כגון: דלף מהקיבה, המעי או קו הסיכות, דימום, פקקת ורידים, חסימת מעי, ועוד.

108 היצרות באזור ההשקה (בחילות והקאות), כיב בהשקה בין הקיבה למעי הדק, ריפלוקס, חסרים תזונתיים, השפעה על פוריות, שינויים במצב הנפשי, ועוד.

109 במצב זה החומר הלא-סטרילי מהקיבה דולף לחלל הבטן וגורם לזיהום.

110 ענבל חברה לביטוח בע"מ היא חברה ממשלתית בבעלות מלאה של ממשלת ישראל, ועיקר עיסוקה הוא הספקת שירותי ייעוץ, כיסוי ביטוחי ושירותים פיננסיים עבור ממשלת ישראל. חברת הביטוח הפרטית הנוספת היא סוכנות הביטוח המבטחת את מרבית הביטוחים המסחריים כנגד רשלנות רפואית.

111 66 מהתביעות הוגשו לבית המשפט. מתוכן כ-20 הסתיימו בפשרה; ב-15 תביעות הוגשה דרישה כספית בלבד.

בריאטריים. התביעות היו בגין: סיבוך אחר ניתוח, ניתוח חוזר בעקבות כשל ניתוחי, טיפול שגוי, פטירה בניתוח ועוד.

להלן דוגמאות לתלונות ותביעות שהוגשו והתקבלו:

1. תלונה שהוגשה למשרד הבריאות באפריל 2014 - מנותחת שהגיעה לביקורת לאחר הניתוח והתלוננה על כאבי בטן וקושי באכילה; הכירורג העריך כי אלה מיחושים רגילים לאחר ניתוח ולא ראה צורך בבירור נוסף. לאחר שבועיים הגיעה לבית החולים עם דלף, אושפזה למשך כמה ימים, בוצע ניקוז ומצבה התייצב והיא שוחררה לביתה ללא בדיקה של הכירורג שניתח אותה או כירורג בריאטרי אחר מטעמו. יממה לאחר מכן היא נפטרה. המשרד קבע כי היה כשל בהתנהגות הרופאים ובמחלקה שאליה הגיעה המנותחת, ונקט אמצעים משמעתיים.
2. פסק דין של בית משפט העליון, שניתן ב-2014 - מנותחת עברה ניתוח בריאטרי חוזר, לאחר שבועיים חשה כאבים וביקרה שלוש פעמים אצל רופאים בבית החולים, אך אלו לא ערכו בדיקות נוספות לגילוי הסיבוכים. לאחר כשבוע היא נפטרה. בית המשפט פסק כי יש קשר סיבתי בין הרשלנות לבין הנזק, וכי אבחון הבעיה וטיפול הולם היו מגדילים את סיכויי החלמתה של המנותחת[112].

הסיבוכים הקשים העלולים להתפתח בעקבות ניתוחים בריאטריים ואף להביא למוות, ובעיקר סיבוכים הנובעים מחוסר הקפדה על כל הכללים, הן מצד המנותח הן מצד הרופאים, מחייבים את המרכזים הבריאטריים להיות ערים, מוקדם ככל האפשר, לכל חשש להתפתחות סיבוך, ולנקוט במהירות את כל הפעולות למניעתו. במקביל לכך, על המרכזים הבריאטריים וקופות החולים להקפיד לפעול על פי ההנחיות שנקבעו, ולדרוש גם מהמנותחים לבצע את מלוא הבדיקות המקדימות ואת ביקורות המעקב כפי שנקבע.

הסיבוכים הקשים העלולים להתפתח בעקבות ניתוחים בריאטריים ואף להביא למוות, מחייבים את המרכזים הבריאטריים להיות ערים, מוקדם ככל האפשר, לכל חשש להתפתחות סיבוך, ולנקוט במהירות את כל הפעולות למניעתו

משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה כי הוא, בשיתוף איגוד הכירורגים, ירחיב את חובת הדיווח לרשם של כלל הסיבוכים שנגרמו עד ל-90 יום לאחר הניתוח [ולא כפי שנהוג כיום - בזמן אשפוז בלבד]. בכך הוא יוכל לדעת שיעורי סיבוכים אמיתיים של כלל הניתוחים.

☆

112 ע"א 1693/09, **עזבון המנוחה פלונית ואחרים נ' בית החולים אסף הרופא**, פורסם במאגר ממוחשב, 3.9.2014.

מחלת ההשמנה פוגעת בבריאותו של הציבור הסובל ממנה בהיבטים רבים, היא גורם סיכון למחלות כרוניות רבות ויכולה לפגוע קשות באיכות החיים. הנטל הכלכלי הכבד למערכת הבריאות בגין מחלת ההשמנה ותחלואותיה נאמד במיליארדי שקלים; ההוצאה הישירה על ניתוחים בריאטריים מסתכמת בכחצי מיליארד ש"ח בשנה. הצלחת הניתוח ושמירה על תוצאותיו באמצעות מניעת עלייה חוזרת במשקל לאורך זמן, מניעת ניתוחים חוזרים ומניעת סיבוכים ומקרי מוות, הם אינטרס מובהק של המדינה ומערכת הבריאות בכללותה. מכאן, קיימת חשיבות רבה בהקפדה על תהליך הניתוח על כל שלביו - החל מזיהוי נכון של הצורך בניתוח ושהמטופל מתאים לעבור את הניתוח, עבור דרך בחירת ניתוח מתאים למטופל, הכנה מעמיקה ומעקב צמוד לאחריו, וכלה בזיהוי מצבים המרמזים על סיבוכים אפשריים.

על משרד הבריאות לחדד את ההנחיות שקבע, לעדכן אותן ולקבוע עבור כל שלב, הן לפני הניתוח הן לאחריו, את הגורם האחראי. על קופות החולים והמרכזים הבריאטריים לבנות מעטפת מותאמת בהתאם לחוזר שיעודכן, ולהקפיד על הרצף הטיפולי בין הקהילה למרכז הבריאטרי בבית החולים, לבחון כל מקרה ולהתאימו לניתוח ביתר דקדקנות, ולתת את מלוא המידע למנותח. עליהם גם ליזום פניות למטופלים לפני ואחרי הניתוח ולהגביר את מודעות הציבור לכלל ההיבטים. האחריות להצלחת הניתוח היא מערכתית, ואין להתנער מכך באמצעות הטלת האחריות על המטופל בלבד.

מידע חסר בדבר ההוצאה הלאומית הכבדה והתמחור של ניתוחים בריאטריים

ההוצאה הלאומית על ניתוחים בריאטריים: השמנת יתר היא גורם סיכון בעל משקל למחלות כרוניות רבות שהטיפול בהן מעמיס נטל כלכלי כבד על מערכת הבריאות. מחקרים שבחנו את העלות-תועלת של ניתוחים בריאטריים בישראל מצאו כי התועלת העולה מהניתוח - מיגור ההשמנה ותחלואיה - גבוהה מעלותו[113].

בביקורת עלה כי נתוני קופות החולים על ההוצאות שלהן על ניתוחים בריאטריים ב-2017 בסך כ-500 מיליון ש"ח, אינם שלמים. הסיבה לכך היא שהקופות אינן מחשבות את כל העלויות הנלוות לניתוח. כך למשל לא מתומחרים מפגשי ההכנה עם הדיאטנית, פעילות הוועדות, המעקבים שמבצעים גורמי המקצוע לאחר הניתוח - דיאטנית, פסיכולוגית ועוד, האשפוזים בעקבות סיבוכים ועוד. עוד עלה כי משרד הבריאות אינו אוסף כלל נתונים על עלות

113 מחקר משנת 2010 של מכון ברוקדייל: ניתוח עלות-תועלת של תכניות התערבות למניעה ולטיפול בהשמנת יתר בישראל.

הניתוחים הבריאטריים ואין לו מידע על סך ההוצאה הלאומית הכוללת עבור ניתוחים אלו. המידע הקיים באופן חלקי, קיים אצל קופות החולים בלבד, אף על פי שמדובר בהוצאה כבדה ביותר כאמור.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות שבתפקידו כמאסדר הלאומי של מערכת הבריאות וכאחראי לתקציב מהגדולים ביותר במערכת הציבורית, הוא נדרש לשלוט במידע ובנתונים על התקציב המוקצה לצורכי בריאות, ובכלל זה על ההוצאה הלאומית עבור הניתוחים הבריאטריים. בהיעדר המידע האמור המשרד אינו יכול להעריך כהלכה את עלויות הניתוחים אל מול התועלות הכלכליות שבביצועם, היינו החיסכון הצפוי בהוצאות עבור טיפולים אחרים למחלות שיפתחו חולים במחלות השמנה אם לא יעברו ניתוח בריאטרי. מבקר המדינה מעיר גם לקופות על כך שהמידע שבידיהם על העלויות הכוללות של הניתוחים אינו מלא כך שגם הן אינן יכולות להעריך כראוי את העלות מול התועלת הכלכלית בביצועם.

על משרד הבריאות והקופות לפעול לכך שיהיה בידיהם כלי שיאפשר לרכז את כל נתוני עלויות הניתוחים הבריאטריים, לרבות העלויות הנלוות.

תמחור ניתוחים בריאטריים: משרדי הבריאות והאוצר קובעים מחירים לכלל השירותים הרפואיים והמינהליים, ובכלל זאת גם לניתוחים בריאטריים. המחירים מפורסמים ב"תעריפון משרד הבריאות".

כפי שצוין לעיל, משרד הבריאות קבע את התעריף לשלושה סוגי ניתוחים בלבד מתוך חמישה שקיימים, וניתוחי "מעקף תריסריון" ו"מיני-מעקף" לא תומחרו. בתי החולים מתמחרים אותם לפי תעריף גבוה של ניתוח "מעקף קיבה". יצוין כי מדובר בניתוחים שבמהותם הם שונים מבחינת מרכיביהם ומורכבותם ולכן גם עלותם אמורה להיות שונה. כך למשל ניתוח "מיני-מעקף" אורך זמן קצר יותר מניתוח "מעקף קיבה", ונדרשים לו פחות חומרים וציוד, לכן עלותו אמורה להיות נמוכה מזו של ניתוח "מעקף קיבה".

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות, כי אף שניתוחי "מיני-מעקף" מבוצעים זה כשלוש שנים - החל מ-2015, ולמרות העלייה הניכרת בהיקפם, עד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2018, הוא עדיין לא תמחר את עלותם, דבר המאפשר לבתי החולים לתמחר אותו במחיר גבוה. יוצא מכך שהן קופות החולים והן המנותחים באמצעות השב"ן נושאים בעלות גבוהה מהנדרש עבור הניתוח.

על משרד הבריאות לקבוע תעריף לניתוחים שטרם תומחרו ולבצע בחינה מחודשת של התעריף שנקבע לניתוחים הבריאטריים, שכן בשנים האחרונות נכנסו טכנולוגיות חדשות (ניתוחים חדשים) שהוזילו את העלויות שנקבעו בשנת 2010.

הכשרה חסרה של דיאטניות מומחיות לבריאטרייה

הטיפול התזונתי במנותחים הבריאטריים הוא בעל חשיבות רבה להשגת יעדי הניתוח ומתבצע הן לפני הניתוח והן בטווח הקצר והארוך לאחר הניתוח. ההערכה וההדרכה התזונתית הקודמת לניתוח מסייעת להיערכות המטופל לניתוח, ואילו הטיפול והמעקב התזונתיים לאחר הניתוח נועדו למקסם את הירידה במשקל, לקדם שמירה על המשקל שהושג לאורך זמן, למנוע סיבוכים אופייניים ולטפל בהם, ולתמוך בהרגלים החדשים ובשינוי אורח החיים הנלווה להליך זה.

חוזר כמשרד הבריאות קובע כי הצוות הרב-מקצועי במרכזים הבריאטריים יכלול דיאטנית שהוכשרה לטיפול במועמדים לניתוחים בריאטריים, וכי במנותחים אלה תתבצע הערכה תזונתית טרם הניתוח על ידי דיאטנית בעלת ניסיון בתחום הבריאטרייה. הדיאטנית תבחן את התאמת המועמד לניתוח בריאטרי, תאפיין דפוסי אכילה ותאתר הפרעות אכילה, תעריך מוכנות לשינוי, תתאם ציפיות ותכין את המטופל באופן המיטבי להתמודדות עם הניתוח הבריאטרי והשלכותיו על אורח החיים. כמו כן, את המעקב לאחר ניתוח יש לעשות אצל דיאטנית המנוסה בתחום הניתוחים הבריאטריים. לדיאטנית יש חלק מהותי וחשוב בתהליך שעובר המטופל הבריאטרי, הן בהערכה לפני הניתוח והן במעקב שלאחריו.

בביקורת עלה כי משרד הבריאות לא קבע את מתכונת ההכשרה שעל הדיאטניות לעבור כדי שיהיו כשירות לעסוק בתחום הייחודי של הניתוחים הבריאטריים.

משרד מבקר המדינה בדק את היקף ההכשרה של הדיאטניות הלכה למעשה, והעלה שונות רבה בהכשרת הדיאטניות המלוות מטופלים שעברו ניתוח בריאטרי: שישה מרכזים מכשירים את כל הדיאטניות בקורס של עמותת הדיאטנים[114]; שאר המרכזים אינם מחייבים את הדיאטניות לעבור קורס מתאים, ובפועל חלקן עוברות את הקורס של עמותת הדיאטנים ואחרות לומדות תוך כדי עבודת השטח ומהשתלמויות וימי עיון[115]; דיאטניות של בתי החולים של הכללית עוברות קורס של הקופה[116]; דיאטניות של מכבי עוברות את הקורס של עמותת הדיאטנים והכשרות פנימיות; דיאטניות של לאומית עוברות את הקורס של עמותת הדיאטנים; דיאטניות של מאוחדת עוברות הכשרה בת 12 שעות על ידי הקופה; ובכללית דיאטניות עוברות הכשרה בהיקף של 42 שעות.

114 קורס של 60 שעות.

115 רמב"ם, אסף הרופא, איכילוב, הלל יפה, בני ציון, פוריה וולפסון.

116 העמק, קפלן, בילינסון, סורוקה וכרמל.

היות שהיקף הניתוחים הבריאטריים הולך ועולה, על משרד הבריאות בשיתוף עמותת הדיאטנים לקבוע מהי ההכשרה הנדרשת לדיאטניות העוסקות בתחום הבריאטרייה וכן מתכונת מקצועית ואחידה להכשרתן.

הבקרה על אישור ניתוחים בריאטריים במתבגרים (בני 13-18)

תופעת השמנת היתר הולכת וגדלה גם אצל ילדים ומתבגרים (בני 13-18, להלן - מתבגרים)[117]. לפי סקר משרד הבריאות לשנים 2015-2016 על מצב הבריאות והתזונה של תלמידי כיתות ז'-י"ב, נמצא כי כ-20% מהם סובלים מעודף משקל, וכ-11% מהם סובלים מהשמנה[118]. ב-2010 כ-7% מאוכלוסיית המתבגרים בעולם סבלה מהשמנה. לפי ה-OECD בשנים 2013-2014 שיעורי השמנת היתר בקרב מתבגרים בני 15 היו בטווח שבין 10% בדנמרק ל- 31% בארה"ב, והממוצע עמד על כ-16%[119].

העלייה בשיעור ההשמנה מלווה גם בעלייה בשכיחות הסיבוכים הנלווים בגיל צעיר, כגון: סוכרת סוג 2, יתר לחץ דם, דיסלפידמיה, הפרעת נשימה חסימתית, עלייה בסיבוכים נפשיים כגון דיכאון, אובדנות, הפרעות אכילה, דחייה חברתית עם פגיעה קשה בהערכה העצמית המתפתחת, וירידה ניכרת באיכות החיים באופן כללי. כמו אצל מבוגרים, כך גם אצל מתבגרים, טיפול שמרני בהשמנה חמורה מסתיים לרוב בירידה קטנה וקצרת טווח במשקל, ואין בו כדי להקל על הסיבוכים הרפואיים הנלווים להשמנה. להשמנה אצל מתבגרים מתלווה קושי נוסף, הנובע מכך שהם עדיין לא סיימו את שלב התפתחותם הפיזי ועל כן הגבלת תזונתם עלולה לפגוע בגדילתם. משנת 2014 ועד יולי 2018 בוצעו בישראל בסך הכול כ-400 ניתוחים בריאטריים למתבגרים[120].

משרד הבריאות פרסם לראשונה ב-2009 חוזר קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים בילדים בני פחות מ- 18 שנים (להלן - חוזר המתבגרים הישן)[121]. באוגוסט 2017 עדכן המשרד את החוזר והוסיף פירוט לקווים המנחים שבו, כמו למשל, פירוט של התנאים ההכרחיים לביצוע הניתוח, ההכנה לניתוח, הערכה

117 הגדרת "עודף משקל" אצל ילדים: מדד ה-BMI מעל האחוזון ה-85 לגיל ולמין; הגדרת "השמנה" אצל ילדים: מדד ה-BMI באחוזון ה-97 ומעלה.

118 סקר מצב בריאות ותזונה צעיר - סקר לאומי לתלמידי כיתות ז'-יב', 2015-2016, אוגוסט 2017, משרד הבריאות.

119 OECD Obesity Update, 2017.

120 מנתונים שהועברו למשרד מבקר המדינה מהרשם הבריאטרי במאי 2018. ייתכן שהנתונים אינם מלאים מכיוון שחובת הדיווח לרשם הוחלה רק באוקטובר 2017.

121 חוזר מנהל רפואה 32/2009: קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים בילדים מתחת לגיל 18 שנים, 12.10.2009.

טרם הניתוח, מעקב לאחר הניתוח, דיווח לרשם הבריאטרי והכרה במרכז בריאטרי (להלן - חוזר המתבגרים החדש)[122].

הוועדה לאישור ניתוחים במתבגרים אינה פועלת

חוזר המתבגרים החדש קובע כי על מנותחים בני 13-16 לקבל אישור מוועדת אישורים מיוחדים שתפעל מטעם משרד הבריאות (להלן - ועדת האישורים). הרכב ועדת האישורים כולל גורמי מקצוע המתמחים בילדים - כירורג, רופא ילדים העוסק בהשמנת ילדים, דיאטנית ילדים ונוער ופסיכיאטר ילדים. תפקידה של ועדת האישורים לבחון את התאמתם של צעירים בני פחות מ- 16 לניתוח בריאטרי, על ידי בחינת מוכנות הילד לעבור את הניתוח, ובכלל זה מידת בשלותו והיענותו לקראת ההליך - ולהחליט על כשירותו של המועמד הצעיר לניתוח, בין היתר גם על סמך חוות דעת כתובה של כל חברי המרכז הבריאטרי המפנה.

> בשל אי-מינוי הוועדה נותחו ארבעה מתבגרים בני פחות מ-16 ללא אישור של ועדה מקצועית

רק במהלך הביקורת, ביוני 2018, ובעקבות פניית משרד מבקר המדינה לקבלת מסמכי פעילות הוועדה, מינה משרד הבריאות ועדה כאמור, והיא התכנסה לראשונה רק באוגוסט 2018, שנה לאחר שהחוזר נכנס לתוקף, באוגוסט 2017.

מבדיקת משרד מבקר המדינה עלה שבשל אי-מינוי הוועדה נותחו ארבעה מתבגרים בני פחות מ-16 ללא אישור של ועדה מקצועית; שישה ילדים נוספים מועמדים לניתוח, ונמצאים בתכנית הכנה במרכזים הבריאטריים, הכוללת הכנה נפשית, תזונתית ופיזית לקראת הניתוח, ועניינם הועלה באוגוסט 2018 לדיון בוועדת האישורים. הוועדה דחתה את חלקם אף שכבר השתתפו בתכנית במשך כמה חודשים, דבר שגרם עוגמת נפש לאותם מועמדים ובני משפחותיהם, והכל כתוצאה מאי מינוי ועדה במשך שנה.

יצוין, שהמרכז הבריאטרי במרכז הרפואי שניידר (להלן - שניידר), הוא היחיד שעוד טרם הקמת ועדת האישורים, ביקש מהמשרד להסמיכו לבחינת התאמה לניתוח, עבור כל מועמד בן פחות מ-16, וקיבל אישור לכך מראשת אגף רפואה כללית בחטיבת הרפואה. מרכזים בריאטריים אחרים לא הגישו בקשה, בטענה שלא ידעו על קיומה של ועדה כזו.

122 חוזר מינהל רפואה 27/2017, קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים בילדים מתחת לגיל 18 שנים, 21.8.2017.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות על השתהותו בהקמת ועדת האישורים, דבר שהביא לעריכת ניתוחים בילדים מבלי שוועדה מקצועית העריכה את מוכנותם לניתוח. משרד מבקר המדינה מעיר גם לראשת האגף לרפואה כללית על כי אישרה לשניידר לבצע את הניתוחים בילדים ללא התייעצות עם גורמי המקצוע הרלוונטיים אשר משרד הבריאות מצא כי עמדתם נמצאה נחוצה לקבלת ההחלטה ועל כן נקבע כי יכהנו בוועדת האישורים כגון: עו"ס, דיאטנית ועוד.

בחוזרי המתבגרים - הן הישן הן החדש - אין התייחסות לסוג הניתוח המתאים לבני נוער צעירים. לדבר זה משנה תוקף בשל החשש מפני חסרים תזונתיים בעלי חשיבות רבה בכל חייהם, ואי-היענות והתמדה בנטילת ויטמינים.

משרד מבקר המדינה מעיר למשרד הבריאות כי עליו להסדיר את התאמת סוגי הניתוחים הבריאטריים למתבגרים, לפי גיל המועמד והשינויים באורח החיים שידרש להם במהלך חייו.

אי-ביצוע מעקב סדור לאחר הניתוח למתבגרים

בחוזר המתבגרים הישן נקבע כי על המרכז לספק מעטפת חיצונית הנדרשת לפני ואחרי הניתוח, אך לא נקבעו בו הוראות נוספות כגון: שהמעקב יהיה באחריות המרכז, משך תקופת המעקב, תדירות המפגשים ומספרם ועוד. משום כך קופות החולים לעיתים לא אישרו לבצע את המעקב במרכז אלא דרשו שהוא יתבצע בקופה.

הדבר תוקן בחוזר המתבגרים החדש, ונקבע בו כי המעקב לאחר הניתוח יבוצע במרכז הבריאטרי המנתח או בקופת החולים או במסגרת הצבא, למשך שנתיים לפחות. המעקב יכלול: ביקורת כירורגית, ייעוץ, הדרכה ומעקב אצל דיאטנית המנוסה בתחום הניתוחים הבריאטריים, מעקב נפשי אצל איש מקצוע לפי הצורך, הדרכה על פעילות גופנית ומעקב רופא ילדים או משפחה, שלוש פעמים בשנה למשך שנתיים, וביצוע בדיקות תקופתיות נדרשות על פי הצורך.

משרד מבקר המדינה מציין לחיוב את העובדה שמשרד הבריאות עדכן את חוזר המתבגרים. עם זאת בתיקי המנותחים שנבדקו נמצא כי מנותחים שנותחו מאז עדכון החוזר לא ביצעו בדיקות דם ובדיקות רמות ויטמינים; גם ביצוע מעקבים כפי שנדרש על פי החוזר לא נעשה מצד המרכז הבריאטרי או קופות החולים.

כך לדוגמה:

1. במכבי, נערה בת 15 עברה ניתוח בבית חולים פרטי באוקטובר 2017, אולם עד יולי 2018 (תאריך בדיקת הרישומים) אין רישום בתיקה הרפואי כי ביצעה מעקב אצל דיאטנית, לא במרכז ולא בקופה. כמו כן אין רישומים בתיק הרפואי על תוצאות בדיקות דם וויטמינים שעשתה.
2. במאוחדת, נערה בת 14 עברה ניתוח בוולפסון בדצמבר 2017, ועד מרץ 2018 הגיעה למעקב שלוש פעמים בלבד במרכז שבו נותחה. גם במקרה זה, בתיק הרפואי בקופה אין עדות לכך שהיא הייתה במעקב נוסף. באחד המעקבים בינואר ציינה הפסיכולוגית במרכז כי הנערה צריכה עזרה רגשית באופן דחוף, אך למעט מפגש אחד איתה לאחר מכן, במרץ, לא נעשה דבר בנושא. בתיקה הרפואי גם אין רישומים של תוצאות בדיקות דם ורמות ויטמינים.

מאוחדת השיבה כי הם מציעים לבצע צעדים פרואקטיביים לטובת מעקב ארוך טווח לאחר הניתוח במנותחים בני פחות מ-18. מכבי השיבה כי היא מחתימה את ההורים על התחייבות להביא את ילדם למעקב לאחר הניתוח. עם זאת, צריך להתחשב בכך שהיענותם ובשלותם של המתבגרים אינה גבוהה, וזאת הסיבה שבעטיה יש להחמיר באישור ביצוע ניתוחים בריאטריים במתבגרים. כמו כן, יש להביא בחשבון את העובדה שמרבית המתבגרים שעוברים את הניתוח הם בני 17, ועקב גיוסם לצבא כשנה אחר כך הם מתקשים לקיים מעקב רפואי רציף בקופה.

משרד מבקר המדינה רואה בחומרה רבה את אי-ביצוע תהליכי המעקב אחר מנותחים מתבגרים במרכז הבריאטרי המנתח או בקופת החולים או במסגרת הצבא, על פי העניין; תהליכים אלו אמורים לסייע בהטמעת השינויים באורח חייהם ובהקניית הרגלי תזונה ובריאות נכונים. מדובר בבני נוער צעירים שכל חייהם עדיין לפניהם, ויש חשיבות גדולה לשמירה על איכות חייהם בתקופה זו, כדי שיתמידו בעתיד בהרגלי תזונה ובריאות נכונים. דבר זה לא נעשה על ידי המרכזים, ובמיוחד הקופות.

על משרד הבריאות, כגורם מאסדר, לוודא שקופות החולים והמרכזים הבריאטריים מקיימים את ההנחיות שקבע בחוזר בעניין הניתוחים הבריאטרים כדי להבטיח שהמתבגרים ישמרו על תוצאות הניתוח בטווח הארוך.

> מעקב אחר מנותחים מתבגרים אמור לסייע בהטמעת השינויים באורח חייהם ובהקניית הרגלי תזונה ובריאות נכונים. מדובר בבני נוער צעירים שכל חייהם עדיין לפניהם, ויש חשיבות גדולה לשמירה על איכות חייהם בתקופה זו, כדי שיתמידו בעתיד בהרגלי תזונה ובריאות נכונים. דבר זה לא נעשה על ידי המרכזים, ובמיוחד הקופות

הרשם הבריאטרי

תפקיד הרשם הבריאטרי הוא תפקיד סטטוטורי[123]. הוא נוסד ב-2013 ופועל במרכז הלאומי לבקרת מחלות. הרשם משמש אמצעי לבקרת איכות הפעילות הרפואית

123 מכוח הוראות סעיף 29א' לפקודת בריאות העם, 1940.

בתחום הבריאטרייה. חוזר המשרד מסדיר את פעילותו של הרשם, את אופן העברת הדיווחים ואת פירוט הגופים שמוטלת עליהם אחריות לדווח לרשם[124].

כל שנה מפרסם הרשם נתונים על הניתוחים בשנה החולפת, ובהם: נתונים על מספר המנותחים, סוגי הניתוחים שבוצעו, מאפייני המנותחים, התפלגות גילים, מגדר ולאום, שיעור הסיבוכים והתמותה ועוד. ואולם נתונים רבים אחרים שהיו יכולים לסייע לביצוע בקרה של המשרד חסרים בדיווח שלו, כגון: נתונים מהימנים על שיעור הסיבוכים עקב הניתוח (מעבר לדיווח על סיבוכים בתוך 3 ימי אשפוז כנהוג היום), דיווח של מעקבים אחר המנותחים - הן מהקופות הן מהמרכזים, מידע מלא על ניתוחים חוזרים ועוד.

> הרשם יכול לשמש מקור יעיל למעקב אחר תחום הבריאטרייה בישראל - הוא יכול לספק נתונים למחקר, כלים לזיהוי תחלואות עקב הניתוחים, מידע שיסייע למשרד הבריאות לקביעת מדיניות ולהסקת מסקנות. על כן מן הראוי שמשרד הבריאות, יחד עם הרשם, יגבשו וימפו את המידע והנתונים הנחוצים לרשם ויקבעו את המתכונת להעברתם מהמרכזים הבריאטריים ומקופות החולים. כדי לייעל את התהליך ראוי שהם יבצעו את המהלך בשיתוף המרכזים הבריאטריים וקופות החולים.



הרשם יכול לשמש מקור יעיל למעקב אחר תחום הבריאטרייה בישראל ועל כן מן הראוי שמשרד הבריאות, יחד עם הרשם, יגבשו וימפו את המידע והנתונים הנחוצים לרשם

124 חוזר מנכ"ל 14/12: נוהל להקמת רישומים לאומיים למחלות או פעולות רפואיות, 25.7.12.

סיכום

תופעת ההשמנה נעשתה נפוצה בעולם, ונצפית גם בקרב צעירים. השמנה קשורה לתמותה בהיקף הולך וגדל, ועלותה הלאומית-כלכלית גבוהה ביותר, בעיקר למערכת הבריאות. להשמנה יש השלכות פיזיות ונפשיות רבות, והסובלים ממנה מתקשים לנהל אורח חיים תקין. ניתוחים בריאטריים נמצאו יעילים בטיפול בהשמנה והפחתת תחלואות נלוות. שיעור הניתוחים הבריאטריים בישראל בהשוואה לגודל האוכלוסייה הוא הגבוה מבין כלל 36 מדינות ה-OECD, והוא מוסיף לגדול בשיעורים גבוהים מאוד בשנים האחרונות. גם מספר הניתוחים החוזרים המתבצעים בישראל הוא הגבוה מקרב מדינות ה-OECD, אף שניתוחים אלו בעלי סיכון מוגבר.

הכנה מלאה וראויה טרם הניתוח מצד קופות החולים והמרכזים הבריאטריים היא חיונית להצלחת התהליך, אך נמצא כי אינה מתבצעת באופן מלא וסדור, וכך גם הליך בחירת סוג הניתוח שיתאים למטופל בהתאם למאפייניו. ביצוע ניתוחים בריאטריים במטופלים הסובלים מהפרעה נפשית פעילה או הצפויים לפתח בעיות ומחלות נפשיות בעקבות הניתוח עלול להוביל לסכנת חיים ממשית, אולם משרד הבריאות לא קבע כללים ברורים ומחייבים למתן חוות דעת פסיכיאטריות לפני הניתוח הבריאטרי ולאחריו, והוועדות המקצועיות מתקשות לאבחן הפרעות נפשיות שעומדות בבסיס בעיית ההשמנה.

המעקב הרפואי, החיוני ביותר לאחר הניתוח ובעיקר בשנה הראשונה להבטחת ירידה במשקל ושינוי דפוסי החיים, נמצא לקוי ביותר. האחריות לכך היא הן של המנותחים והן של הקופות ורופאי הקהילה: המנותחים אינם מקפידים לבצע את המעקב כנדרש - מעטים מגיעים למעקבים, לרבות אצל רופאי משפחה, דיאטניות ופסיכולוגים, שיכולים לשמש מנגנון תמיכה וחיזוק במאבקם של המנותחים לשמור על המשקל ועל אורח החיים החדש הנדרש; הם אינם מבצעים בדיקות כנדרש ואינם מקפידים על נטילת תרופות וויטמינים; מנגד, קופות החולים, הרופאים בקהילה והמרכזים הבריאטריים אינם פועלים באופן פרואקטיבי לעידוד ולתמרוץ המנותחים להגיע למעקב ולבצע את כל הבדיקות. לא פעם המנותח מנתק מגע לאחר שעבר את הניתוח, ולא נעשה די מאמץ מצד הגורמים המעורבים להשיבו לתלם המעקב. גורמים אלו מתנערים מאחריותם ומטילים אותה רק על המנותחים, ותוצאת הדבר מתבררת כעבור כמה שנים - מנותחים כושלים בשמירה על משקלם וסובלים מתחלואה נוספת הנגרמת בשל ההשמנה.

הניתוחים הבריאטריים מתנהלים בישראל כ"מעגל שוטה", אף שמדובר בניתוחים בעלי סיכונים העלולים להביא בסופו של דבר אפילו למוות: מטופלים אינם עוברים הכנה מלאה וראויה טרם הניתוח; ההחלטה על סוג הניתוח מתקבלת ללא בקרת עמיתים; הליך בחירת סוג הניתוח שיתאים למטופל בהתאם למאפייניו ושיתקבל אך ורק על בסיס שיקולים מקצועיים-רפואיים וללא השפעת שיקולים זרים של הרווח הגלום בניתוח - נמצא לקוי; המעקב אחר המנותחים אינו מספק; ולבסוף, חלקם - אחד מכל שישה מנותחים - חוזר לנקודת ההתחלה ומבצע ניתוח חוזר, שהוא בעל רמת סיכון מוגברת. יש מנותחים שעברו גם שלושה, ארבעה ואף חמישה ניתוחים, דבר המצביע על אפשרות סבירה שמוכנותם להליך לא הייתה מספקת. מחקר שביצעה קופת חולים מכבי אף מעיד כי לאחר ארבע שנים כ-60% מהמנותחים עלו במשקל ולא שמרו על מדד הצלחת הניתוח!

המסקנה העולה מהביקורת היא שמשרד הבריאות אינו מנהל נכון תחום רגיש כל כך ועתיר הוצאות כמו הניתוחים הבריאטריים. תורמים לכך קופות החולים והמרכזים הבריאטריים בבתי החולים, אשר אינם מפעילים תהליכים סדורים של הניתוחים הבריאטריים - הם אינם מכינים כראוי את המטופלים לפני הניתוח ואינם מלווים אותם באופן מלא ועקבי לאחריו.

הליקויים שהתגלו בביקורת זו מחייבים את משרד הבריאות, קופות החולים והמרכזים הבריאטריים בבתי החולים, בשידוד מערכות יסודי בתחום הניתוחים הבריאטריים. ראוי שהדבר יבוצע בשיתוף האיגודים המקצועיים.