



מבקר המדינה

דו"ח על הביקורת

בבית החולים מאיר

בית חולים כללי של קופת חולים
של ההסתדרות הכללית
של העובדים בארץ ישראל

ירושלים, התשנ"א - 1991

מספר קטלוגי : 91-013

דין וחשבון זה הוא הראשון על הביקורת בבית החולים מאיר. בית החולים הוא בבעלותה ובניהולה של קופת חולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל (להלן: קופת החולים), העומדת לביקורת המדינה לפי סעיף 9 (8) לחוק מבקר המדינה, התשי"ח - 1958 (נוסח משולב), כגוף הנתמך על ידי הממשלה. מבקר המדינה הפעיל את ביקורתו על קופת החולים לראשונה באפריל 1977; הדוח הראשון על הביקורת בקופת החולים ניתן בנובמבר 1979; על הביקורת בבית החולים קפלן - ביולי 1983; על ביקורת נוספת בקופת החולים - ביוני 1985; ועל הביקורת בבית החולים בילינסון - באפריל 1989.

מחלקת העיניים; היחידה לפגים ולטיפול נמרץ ביילודים; חדרי הניתוח; מכוני הרנטגן, והמכון לרפו

בסוף שנת 1988 ובמהלך 1989, לסירוגין, בדק משרד מבקר המדינה את המצב הפיסי של בית החולים מאיר, ואת הפעילות של יחידותיו הבאות: חד המיון הכללי; המחלקה האורולוגית; אה גרעינית. עוד נבדקו ענייני בטיחות. בכמה מהנושאים שנבדקו נערכה, במאי 1990, בדיקת מעקב.

הממצאים שהועלו במהלך הביקורת הובאו לידיעתה של הנהלת בית החולים ושל הנהלת קופת החולים; בדין וחשבון זה מובאים הממצאים העיקריים שהועלו.

תוכן העניינים

7	ארגון בית החולים ומצבו הפיסי
16	חדר המיון הכללי
23	היחידה לפגים ולטיפול נמרץ ביילודים
28	המחלקה האורולוגית
30	מחלקת העיניים
36	חדרי הניתוח
39	מכוני הרנטגן
45	בדיקות בסורק ממוחשב (C.T)
48	המכון לרפואה גרעינית
51	בטיחות
55	סיכום

ארגון בית החולים ומצבו הפיסי

בית החולים מאיר (להלן - בית החולים) נמצא באזור השרון בתוך העיר כפר סבא. שטח האשפוז האזורי שלו משתרע מגשר הירקון שבפאתי פתח תקווה עד מבואות נתניה, ומהרצליה פיתוח עד אלון מורה שמעבר לקו הירוק. הוא משרת אוכלוסייה המונה כ-300,000 איש.

בית החולים הוקם בשנת 1956 כבית חולים ייחודי למחלות שחפת וריאה. בשנת 1962, עם הדברתה החלקית של מחלקת השחפת, הוא הוסב לבית חולים כללי.

כיום מקיף בית החולים 27 מחלקות אשפוזיות, המכילות 521 מיטות אשפוז כלליות, וכן 20 מיטות יום, 20 - לחולי דיאליזה ו-52 מיטות ליונקים. רוב מחלקות האשפוז מסונפות לבית הספר לרפואה שליד אוניברסיטת תל אביב. עוד פועלים במסגרת בית החולים מעבדות ומכונים רבים.

בשנת הכספים 1988 נתקבלו במחלקות האשפוז שבבית החולים יותר מ-33,000 חולים, ולאשפוז יום - עוד כ-13,000 חולים. ימי האשפוז בבית החולים, בלי אשפוז יום, הסתכמו באותה שנה ב-171,647 ימים. ההוצאות הסתכמו ב-70,090,000 ש"ח (מהם 49,308,000 ש"ח על כוח אדם), וההכנסות - ב-51,689,000 ש"ח. מספר המשרות המלאות בפועל היה כ-1,190, הן 17% לרופאים, 46% לאחיות, 7% לעובדי מעבדה, 1% לרוקחים, 5% לעובדים רפואיים אחרים, 2% למהנדסים וטכנאים, 12% לעובדי מינהל ו-10% לעובדי משק ועובדים טכניים. לשנת הכספים 1989 תוקצבו 1,174 משרות מלאות.

בית החולים משתרע על 170 דונם; יש בו שבעה בניינים עיקריים, והם: בניין מרכזי (להלן בניין - האשפוז), בניין ע"ש סטולברג (מחלקות נשים ויולדות), בניין מרפאות החוץ, בניין ביה"ס לאחיות, בניין למחקר רפואי, בניין המנהלה (לרבות מעבדות ורנטגן), ובניין ע"ש פינקוס (טרם הושלם).

מחלקות האשפוז

1. הבניין שבו מצויות מחלקות האשפוז היה תחילה בית חולים למחלות ריאה. הוא נבנה, כאמור, לפני כ-34 שנים. מאז הוא לא עבר שיפוץ יסודי, למעט מחצית קומה אחת מחמש קומותיו. התשתית - חשמל, צנרת, מים וכד' - וכן

הציוד הבסיסי - כגון מיטות וחלק מעמדות האחריות - לא הוחלפו מאז הקמת הבניין והם טעונים החלפה ו/או שיפוץ יסודי. לגבי רוב הנושאים הוכנו תכניות מפורטות. הן לא בוצעו מחוסר תקציב. ברוב המחלקות דרושים שיפוצים מידיים, כגון צביעת הקירות והתקרות, החלפת הריצוף, כיסוי הצנרת, הפרוסה מעל דלתות הכניסה לאורך כל מסדרונות האגפים, והחלפת המיטות ועמדות האחריות. בעניין צנרת המים כתב מהנדס בית החולים אל מנהל אגף הבינוי שבמרכז הקופה, עוד בדצמבר 1986: "מצב הצנרת בבית החולים גרוע ביותר, הצנרת רקובה יש נזילות אין ספור ופגיעה חמורה בקונסטרוקציה, עקב הרטיבות ... אנו נאלצים לשתק מדי פעם אזורים ולתקן טלאים. לא פעם נתקלים בבעיות חמורות בתיקון כי לא מוצאים צנרת עם "בשר" כדי לבצע את החיבורים. נראה לי שלא ירחק היום ונאבד את השליטה על תיקונים ונאלץ לשתק מחלקות אשפוז לזמן ארוך על מנת לטפל וזאת ללא תכנון ותיאום מוקדם, וההשלכות ברורות. אני פונה אליך בבקשה ובזעקה למנוע את ה"התמוטטות" מבעוד יום ולגייס תקציב מיוחד לביצוע מושלם של פרויקט חשוב זה וזאת למרות ועקב המצב התקציבי". כאמור, עד מועד סיכום הביקורת הפרויקט לא אושר מחוסר תקציב. בביקורת המעקב שנערכה במאי 1990, מסר מהנדס בית החולים למשרד מבקר המדינה כי "אין כל התקדמות בנושא התקצוב אף שקיימת נסיגה מחורה במצב הצנרת".

2. מחלקות אחדות מאוכלסות בצפיפות רבה. במכון הלב, ששטחו קטן, שוכבים במעבר חולים המחוברים למכשירים שונים. ביחידה לטיפול נמרץ נשימתי, השוכנת בקצה האגף שבו מחלקת הריאות, אפשר בקושי לנוע. במחלקה לכירורגית ילדים, השוכנת ליד המחלקה האורולוגית, יש שלושה חדרי המאוכלסים בצפיפות, אין מקום לבני המשפחה המבקשים לשהות בחברת ילדיהם המאושפזים, וחדרי השירותים משותפים גם למחלקה לכירורגית ילדים ולמחלקה האורולוגית (ראה גם להלן). במחלקה פנימית ג' - שוכבים חולים במסדרונות כשהם מחוברים למכשירים ולבלוני חמצן. בסמוך עומדות גם עגלות רבות ועליהן מכשירים רפואיים, שאפשר להיתקל בהן ולכל אחד גישה אליהן. במחלקת ילדים - עומדות במסדרון עגלות עם ציוד רפואי לטיפול בילדים. יצוין, שבמחלקה פנימית א' נערך שיפוץ יסודי והמכשירים הרפואיים והטיפוליים של האחיות והרופאים פונו מהמסדרונות ורוכזו בפינת עבודה מאחורי העמדה החדשה של האחיות שבמרכז האגף. מנהל בית החולים מסר למשרד מבקר המדינה, כי הוכנה תכנית שיפוצים למחלקות עוד בשנת

1987, אך בשל אילוצים תקציביים הפעלתה נדחתה. בביקורת המעקב, שנערכה במאי 1990, הועלה שאין שינוי במצב.

חדרי הניתוח

חדרי הניתוח זקוקים לשיפוץ יסודי. הם אינם אטומים ועקב כך קיימת סכנה לזיהומים. הרצפה אינה אטומה ואינה ישרה. הרצפות פגומות וסדוקות. לדברי האחות הראשית של חדרי הניתוח, אי אפשר לנקותם אחרי ניתוח באופן סטרילי, שכן הזיהומים (שתן, דם, חיידקים) חודרים לחריצים ולבקיעים שברצפות.

החלונות אינם אטומים, וכדי לאטמם מדביקים אגד מדבק על החלון והמסגרת.

בחדרים אחדים נבעו בקיעים בקירות ובתיקרות. באחד מחדרי העיקור של מכשירי הניתוח יש סדק בחיבור שבין שתי יחידות הבנייה. ליד הסדק הזה התהווה ומתרחב עוד סדק, שבעת הביקורת היה רוחבו 2 ס"מ.

מערכת החשמל באגף חדרי הניתוח לא שונתה מאז החלו לנתח באגף (בשנת 1968), אף על פי שהותקנו בו מכשירים חדשים, והיא אינה עונה על הצרכים. במהלך הניתוחים מאלתרים ומחברים למקורות חשמל אחרים, באמצעות כבלים מאריכים, בניגוד לכללי הבטיחות.

לאחר הניתוח מועבר החולה לחדר ההתאוששות שבאגף. החדר, ששטחו 90 מ"ר, שופץ מכספי תרומה, הותקנו בו מערכות חשמל חדשות המחוברות ללוח חשמל חדש לבקרה על פעילות המכשירים ולמניעת תקלות (התחשמלות וכדומה), והורכבה בו תקרה אקוסטית. ליד חדר זה מצויה היחידה לטיפול נמרץ, אך היא לא שופצה מחוסר תקציב.

הגישה ליחידה לטיפול נמרץ מחייבת מעבר באגף חדרי הניתוח. בטיפול נמרץ שוכבים חולים, ובני המשפחה מבקרים אותם, בדרך כלל, או שוהים לידם פרקי זמן ממושכים. מעבר בני משפחה באגף חדרי הניתוח מפריע לפעילות השוטפת בהם ועלול להוות מקור לזיהומים ולהעברת מחלות.

התיאור דלעיל מאפיין את חדרי הניתוח מזה כעשר שנים. לקופה תכניות לשיפוצים, אך הן לא מומשו מחוסר תקציב. בביקורת המעקב, שנערכה במאי 1990, הועלה כי אין שינוי במצב.

בית המרקחת המרכזי והמכון לאספקה סטרילית

1. בית המרקחת המרכזי של ביה"ח מספק תרופות וחומרים רפואיים לכל המחלקות והאגפים שבביה"ח. הוא נמצא בקומת המרתף של בניין האשפוז והגישה אליו היא מהחצר האחורית של בית החולים. שטחו קטע - 150 מ"ר בלבד - והעבודה בו נעשית בתנאי צפיפות קשים ביותר. חדרו של המנהל עמוס בציוד משרדי, מחשב ודוגמאות של תרופות, ובקושי אפשר לנוע בו. אין מקום לדלפק קבלה שישרת את העובדים שבאים לקחת תרופות ליחידות בית החולים. לצורך זה נקבע בדלת הכניסה חלון קטן הממלא אך בקושי את ייעודו. במקום מצויות אך מקצת התרופות - לצורכי אספקה מידית. יתר התרופות נמצאות במחסן מרוחק, ששטחו 80 מ"ר, והן מובאות טיפין טיפין לבית המרקחת כאשר מתפנה בו מקום. תמיסות שונות אינן מאוחסנות במחסנים אלא במעברים של קומת המרתף, אשר לכל עובר ושב גישה אליהם.

בשנת 1976 החלו בעבודות הכנה להקמת בית מרקחת חדש בשטח של 900 מ"ר במרתף שבאגף סמוך, אך ב-1977 הופסקו העבודות. בשנת 1984 חודשה העבודה והיא חזרה והופסקה פעמים מספר, לאחרונה בשנת 1987. לפי נתוני בית החולים, כדי לסיים את הפרוייקט, לרבות מחסן ציוד רפואי בשטח נוסף של 150 מ"ר, נדרש תקציב של 150,000 ש"ח בקירוב. מרבית העבודות כבר בוצעו, ואף הוצבו במקום רהיטים חדשים באיכות מעולה. לצורך תפעול יש להשלים עבודות חשמל, מיזוג אוויר והתקנת ציוד משקי. בעת הביקורת היה המקום סגור ולא היתה אליו גישה מבחוץ הזמן שעבר מאז שהוצבו במקום הרהיטים והציוד, שהיו ללא שימוש, נתן בהם את אותותיו. משרד מבקר המדינה העיר כי מוטב היה לסיים תחילה את עבודות החשמל ומיזוג האוויר ורק אחר כך להצטייד ברהיטים.

2. המכון לאספקה סטרילית שוכן באולם ששטחו 200 מ"ר, בסמוך לבית המרקחת הישן. במכון מבצעים עיקור (סטריליזציה) של ציוד רפואי המשמש לביצוע ניתוחים וטיפולים רפואיים. לתקרת האולם צמודה צנרת הביוב של מטבח בית החולים, המצוי בקומה שמעל לאולם. הצנרת גלויה ועוברת מעל מתקני העיקור (אוטוקלבים), ומעל עגלות ומדפים שעליהם הציוד שעוקר. המקום חם - בגלל פעולות הקיטור של מכשירי העיקור - הוא צר, צפוף ומחניק, ומזגני האוויר שמותקנים במקום אינם מועילים. החלונות המוגבהים (בגובה פני הקרקע החיצונה) היו בעת הביקורת שבורים, הרצפה שחוקה והקירות קלופי צבע. פריטים שאין להם מקום באולם מאוחסנים במחסן במקום אחר בשטח של 40 מ"ר. מהמתואר עולה, אפוא, שקיים חשש מוחשי לפגיעה באיכות הציוד שעוקר.

בשנת 1976 הוחל בהכנסת מקום אחר להשכנת המקום לאספקה סטרילית, בשטח של כ-900 מ"ר, בסמוך לבית המרקחת החדש. במקום נעשו עבודות רבות ואף הותקנו בו מתקני עיקור חדשים, אך כדי לסיים את הפרוייקט דרוש סכום שנאמד ב-400,000 ש"ח בקירוב. יש חשש, שמתקני העיקור, שעמדו שנים רבות בלי שימוש, לא יפעלו בתקינות. לדברי מנהל בית החולים, אמנם אחריות היצרן למתקני עיקור חלה מיום ההפעלה, אך הפעלה לאחר זמן כה ממושך עלולה להניע את היצרן להתנער מאחריותו.

3. בעניין בית המרקחת והמכון לאספקה סטרילית כתב מהנדס בית החולים ביולי 1988 לאגף בינוי ואחזקה שבמרכז הקופה: "לא ניתן לתאר במלים את הנזק, הסבל ועגמת הנפש הנגרמים עקב הפסקת פרוייקטים בשלב לא נכון ... לא יתכן כי פרוייקט חיוני כמו בית מרקחת לא יושלם עקב השקעה נוספת של כ-100,000 ש"ח (כ-10% מהעלות), לא יתכן שהספקה סטרילית בבית החולים תופעל בתנאים חמורים ביותר, בעוד שבמשכן החדש ניתן להכשיר אזורים מסוימים (אוטוקלבים חדשים כבר מותקנים ומחכים להפעלה), לגאול את בית החולים מהצרה המאיימת...". מדבריו עולה שאפשר היה להפעיל את בית המרקחת החדש במלואו ואת המכון החדש להספקה סטרילית לפחות בחלקו לו הושקע בהם עוד סכום כסף לא גדול יחסית לזה שכבר הושקע.

באוגוסט 1989 הודיעה הקופה למשרד מבקר המדינה כי הוחלט להקציב לנושא 50,000 ש"ח ולהשלים את העבודות הדרושות כדי שאפשר יהיה להפעיל את בית המרקחת החדש עד סוף 1989. בבדיקת מעקב שערך משרד מבקר המדינה באוקטובר 1989 הועלה שאכן יש התקדמות בנשוא. בעניין המכון לאספקה סטרילית לא היתה כל התקדמות. בביקורת המעקב, שנערכה במאי 1990, הועלה כי בית המרקחת אמנם טרם הופעל, אך נמצא בשלבי עבודה אחרונים, ושגם במכון לאספקה סטרילית נעשות עבודות ההשלמה הדרושות להפעלתו.

בנק הדם

בבנק הדם של בית החולים שלושה חדרים קטנים בשטח כולל של כ-100 מ"ר, והוא צר מלהכיל את מתקניו, את העובדים ואת תורמי הדם.

בנובמבר 1983 כתב מנהל בית החולים, שהבנק שוכן במקום ארעי, אינו ערוך לפיגוע המוני, אין בו מקום מתאים לתורמי דם, לא מקום לאחסון הדם, ולא ללינת התורנים, אין משרד למנהל, והבנק אינו מסוגל להכין כמה סוגי דם.

עוד בשנת 1976 החלו בעבודות הכנה לבנק דם חדש בשטח של כ-500 מ"ר במרתף של בניין פינקוס, אך מחוסר תקציב, הופסקו העבודות בשנת 1977 בשלב של שלד.

בעת ביקורות המעקב, במאי 1990, הועלה שמלבד הוספת חדר למקום הקיים לא חל שינוי.

אגף הילדים

הטיפול בילדים מפוזר בכמה מקומות בבית החולים: מחלקת הילדים עצמה שוכנת בקומה השנייה של בניין האשפוז; באותה קומה, בקצה האגף של המחלקה האורולוגית, שוכנת המחלקה לכירורגיית ילדים, ובה שלושה חדרים המאוכלסים בצפיפות רבה (ראה גם לעיל); חדר המיון לילדים והמרפאה לילדים שוכנים בקומת הקרקע בסמוך לבנק הדם, מתחת לאגף חדרי הניתוח; יחידת אשפוז יום לילדים נמצאת בשני חדרים ארעיים בכניסה למרפאות החוץ. כל היחידות לטיפול בילדים שטחן הכולל כ-1,500 מ"ר.

התכנון המקורי היה שכל היחידות ירוכזו בקומה אחת בשטח של 4,000 מ"ר, בבניין פינקוס שבנייתו הופסקה בשלב של שלד. במשך השנים צומצם התכנון המקורי ל-2,000 מ"ר בלבד. בעזרת תרומה הושלמה בניית יחידה לאשפוז יום לילדים בשטח של 260 מ"ר, בסמוך למרפאת הילדים, והיא הופעלה מסוף אוגוסט 1989. עלות השלמת שאר היחידות נאמדת ב-3 מיליון ש"ח.

בניין סטולברג

בניית בניין סטולברג החלה בשנת 1974 והסתיימה חלקית ב-1984. בבניין ארבע קומות בשטח כולל של כ-23,000 מ"ר, אך שטח הבנייה שהושלמה הוא 7,100 מ"ר בלבד. בבניין אוכלסו חדר מיון נשים, שתי מחלקות נשים, חדרי לידה וחדרי ניתוח נשים, מחלקות יולדות, חדרי יילודים ופגים ומשרדי הנהלת בית החולים. באפריל 1989 צופפו מחלקות הנשים, והועברה למקום גם מחלקה הנורולוגית אשר הייתה בבניין האשפוז באגף אחד יחד עם המחלקה האורטופדית.

בבניין יש שטחים גדולים מאוד שלא הושלמה בנייתם; קומת הקרקע, ששטחה 6,200 מ"ר, משמשת בעיקר חניון לכלי הרכב של הנהלת בית החולים ושל הרופאים הבכירים.

בית הספר לאחיות

בחצר בית החולים עומד מבנה נאה בן ארבע קומות, שנבנה לפני כ-15 שנה, כבית ספר לאחיות עם פנימייה בקומות העליונות. הכנסה המובילה אליו מגוונת ומטופחת, והבניין כולו נקי ומטופח. הועלה שלמעט הקומה הראשונה, שבה חדרי לימוד, הבניין כמעט שאינו בשימוש. הקומות המיועדות למגורים כמעט שאינן מאוכלסות, שכן, לדבי מנהל בית החולים, רוב התלמידות גרות בקרבת ביה"ח.

המטבח וחדר האוכל

מטבח בית החולים מספק ארוחות לחולים המאושפזים ולעובדים; שטחו 950 מ"ר בצמוד למטבח נמצא חדר האוכל של העובדים, ששטחו 400 מ"ר.

בסוף שנת 1985 הוחל בשיפוצים במטבח ובחדר האוכל, אך הם הופסקו כעבור שנה. כדי להשלים את השיפוצים דרוש סכום כולל של 1,100,000 ש"ח, מזה 150,000 ש"ח בלבד לחדר האוכל.

בדיקה שערך משרד מבקר המדינה העלתה, שחלק מהשיפוצים דחופים. למשל, רצפת המטבח, בסמוך למיתקני הבישול, היא במצב גרוע ביותר, מים עלולים לחלחל מתחת לרצפות ולגרום נזק גם לקומת המרתף; רצפה זו היא גם מפגע בטיחות.

בנושא זה כתב מהנדס בית החולים, ביולי 1988, לאגף בינוי ואחזקה במרכז הקופה, כדלקמן: "לא יתכן שפרוייקט כמו שיפוץ מטבח וחדר אוכל יופסק בשלב כה קריטי בו כמחצית האולם הרוס, הכניסה הראשית הרוסה והכניסה הזמנית המאולתרת הפכה לקבע, מצב מתסכל ומביש וגורם לשיבושים חמורים בתיפקוד המטבח וחדר האוכל ... אבקש התערבותך להכנת תכנית מתואמת עם כל הגורמים להשלמת הפרוייקטים".

לאחר הביקורת נתקבל תקציב בסך 70,000 ש"ח לקידום שיפוץ הכניסה לחדר האוכל, ובמאי 1990 הועלה שיש התקדמות בנושא.

מערכות החשמל

1. בית החולים היה תחילה בניין אחד (בניין האשפוז כיום). עם השנים הוא הורחב והוסב, כאמור, מבי"ח לחולי ריאה לבי"ח כללי. נוספו לו בניינים,

הצורכים כולם חשמל, אך תשתית החשמל מיושנת ולא הותאמה להתפתחות של בית החולים ולהתרחבותו.

משרד מהנדסים ויועצים הכין, לפי הזמנת בית החולים, דו"ח על מצב מערכות החשמל בביה"ח והוא הוגש באוקטובר 1987. להלן מקצת הדברים שהובאו בדו"ח:

א. לוח החשמל הוא בן 35 שנה; הוא אינו מסוגל עוד לעמוד במשימות שעליו למלא ויש להחליפו. מפסקי החשמל ישנים מאד ולעתים אינם מתפקדים.

ב. בבניין האשפוז אין מערכת מיזוג אוויר, כיוון שבנסיבות הקיימות אי אפשר להעמיס צריכת חשמל מוגברת הכרוכה בכך.

ג. רק בשלושה מקומות בביה"ח מותקנות מערכות אל-פסק, המיועדות לצרכנים שהפסקת חשמל יכולה לגרום להם נזק רב, ואלה המקומות: חדרי הלידה, חדרי הניתוח הגניקולוגיים שבבניין סטולברג, והמעבדה. מהנדס בית החולים דרש להתקין מערכות כאלה באגף חדרי הניתוח שבבניין האשפוז, ביחידה לטיפול נמרץ, במעבדות שונות, במכון לדיאליזה וביחידות המחשב. דרישותיו לא נענו מחוסר תקציב.

ד. יסודות כל המבנים שבבית החולים (לרבות הבניין החדש ע"ש סטולברג) נבנו עוד לפני החלת החוק המחייב חיבור הארקה ליסודות. לכן אין שם הארקה יסוד וגם לא סידורים חלופיים. אין גם קולטי ברקים.

ה. שלושת הגנרטורים לשעת חירום שבבית החולים אינם מסוגלים לספק חשמל לכל יחידות בית החולים בעת ובעונה אחת, אף לא ליחידות שהוגדרו חיוניות ביותר.

2. מנהל המעבדות התלונן בדצמבר 1988, שהפרעות החשמל גורמות לשיבושים קשים בעבודת המעבדות ולנזקים למכשירים היקרים; גם מנהל המכון לרפואה גרעינית התלונן, שהפסקות החשמל שיבשו לגמרי את סדר העבודה במכון, חולים שקיבלו זריקות של חומרים רדיו אקטיביים, לצורך בדיקה, לא יכלו לבצע אותה, והוזמנו שנית ושוב הוזרק להם חומר רדיו אקטיבי. כמו כן התלונן, שהפסקות החשמל וחידושי הזרם עלולים לגרום נזקים למנגנונים העדינים של מערכות המחשב והמצלמה הגרעינית שבמכון לרפואה גרעינית.

בינואר 1989 כתב מהנדס בית החולים מכתב לאגף הבינוי והאחזקה שבמרכז הקופה בדבר שיבושים חמורים בהספקת חשמל שנמשכים שעות רבות ואף ימים. במכתב נאמר, בין השאר: "השיבושים מתבטאים במספר רב של

הפסקות חוזרות ונשנות לאורך זמן או הפסקות חשמל לפרקי זמן ממושכים. מצב זה לכל הדעות מחייב אותנו להיערך עם מקורות אספקה אלטרנטיביים של 100% ולא רק לצרכנים חיוניים. אנו מחויבים לפעול ובמיוחד כעת שידוע לכולם כי לא יחול שיפור במצב, אלא יחמיר עם השנים. במצב של שיבושים בלתי פוסקים למשך שעות ארוכות אנו מחויבים לאפשר תפעול תקין של בית החולים על כל מרכיביו וגם אותן מערכות שלדעתכם לא חיוניות בשעת חירום..."

בבדיקת המעקב, שנערכה במאי 1990, הועלה שלפרייקט בכללו טרם הוקצבו כספים, אך בית החולים רכש מתקציבו השוטף שתי מערכות אל פסק למעבדה לבדיקות דחופות ולמחשב בית המרקחת, ובשלבי הכנת מיכרז נמצאת הגדלת הלוח הראשי לבניין האשפוז והחלפת הלוח לניתוב גנרטורים.

*

ממצאי הביקורת מצביעים על ליקויים בתנאים בהם בית החולים מתפקד, שעלולים לגרום שיבושים בתפקוד בית החולים עד כדי פגיעה באיכות הטיפול הרפואי. ביחידות רבות הצפיפות הקשה פוגעת באפשרויות מתן הטיפול ומעלה את הסיכון לזיהומים, והתנאים הגרועים גורמים סבל לחולים ולמשפחותיהם ואי נוחות לסגל העובדים, כשמנגד יש שטחים רחבים של בנייה חדשה שהופסקה בשלב שאינו מאפשר שימוש בה.

משרד מבקר המדינה העיר לקופה, שבמקום להתחיל בבנייה של כמה פרויקטים גדולים בעת ובעונה אחת, מוטב היה לרכז את כל המשאבים בבניית פרויקט אחד ולאחר השלמתו והפעלתו להתחיל בפרויקט אחר, לפי הצרכים והמשאבים הזמינים.

בין הליקויים שהועלו ישנן כאלה שתיקונם דורש השקעה כספית מועטה בלבד, יחסית לזו שכבר הושקעה ואותם מן הראוי היה לתקן זה מכבר. חלק מליקויים אלה תוקנו בעקבות הביקורת.

חדר המיון הכללי

בשנים 1989 ו-1988 פנו לחדר המיון הכללי כ-79,000 וכ-75,000 חולים, בהתאמה, לעומת כ-69,000 חולים שפנו בשנת 1985. כשני שלישים מכלל הפונים באים בשעות הבוקר. בחדר המיון 19 מיטות טיפוליות.

חדר המיון מאויש בבוקר בצוות קבוע של רופאים מומחים: ארבעה רופאים פנימיים ב-3.5 משרות; רופא נירולוג בחצי משרה; שני רופאים כירורגים ורופא אורטופד אחד, שלושתם במשרות מלאות. בשעות הערב והלילה עובדים רופאים תורנים שאינם מומחים: שני רופאים פנימיים (מתחילת 1990 - שלושה רופאים פנימיים) כירורג אחד, אורטופד אחד ורופא טראומטולוג אחד המסייע לאורטופד בשעות הערב (ראה להלן). בכל משמרת נמצאים בחדר המיון גם סטז'ר אחד, או שניים.

רופאים מקצועיים בחדר המיון

1. בבדיקה שערך משרד מבקר המדינה בדבר נוכחות רופאים בחדר המיון בשעות הבוקר בחודשים יולי - דצמבר 1988, הועלה (על פי נתוני בית החולים), כי הרופאים המקצועיים נעדרו כמה שבועות מעבודתם בחדר המיון לרגל חופשות מנוחה ושירות מילואים, בלי שהיו להם מחליפים. למשל, רופא כירורג נעדר 7 - 10 ימים בכל חודש, במשך ארבעה חודשים; רופא אורטופד נעדר 11 - 19 ימים בכל חודש, במשך שלושה חודשים; ורופא נירולוג נעדר 12 ימים בחודש אחד ו-19 ימים בחודש אחר.

2. לפי נתוני ביה"ח, מספרם של החולים שנזקקים לרופא אורטופד גדול בשיעור ניכר מאלה שנזקקים לרופא כירורג. כאמור, בשעות הבוקר מועסקים בחדר המיון רופא אורטופד אחד ושני רופאים כירורגים, ובשעות הערב והלילה - רופא אורטופד אחד ורופא כירורג אחד.

בארבע השנים האחרונות פנו מנהל המחלקה האורטופדית בביה"ח ומנהל חדר המיון פעמים מספר להנהלת ביה"ח בדרישה להוסיף לחדר המיון רופא טראומטולוג, כדי לסייע לרופא האורטופד בשעות הבוקר ובתורנויות בטיפול בטרומות קטנות. בכך, לדעתם, ישווה מספר הרופאים האורטופדים למספר הרופאים הכירורגים אשר מטפלים בפחות חולים בחדר המיון. כמו כן ביקשו להוסיף למיון האורטופדי אח לחבישות גבס. הנהלת בית החולים דחתה משך

שנים את הדרישות האלה. רק ביוני ובנובמבר 1987 פנתה ההנהלה למרכז הקופה בדרישה לתוספת רופא טראומטולוג לחדר המיון. ביוני אותה שנה אישרה הנהלת בית החולים תוספת אח לחבישות גבס בשעות הבוקר, ושלוש פעמים בשבוע בתורנות ערב; ובנובמבר אותה שנה אישרה זמנית תוספת תורן טראומטולוג לתורנות ערב בלבד (בשעות 16.00 - 24.00).

נוכח הגידול במספר הפונים בשנת 1988 לאורטופד במיון, פנה מנהל המחלקה האורטופדית, במאי אותה שנה, שוב הפעם להנהלת בית החולים, בדרישה להוסיף תקן לרופא טראומטולוג בחדר המיון גם בשעות הבוקר.

עד מועד סיכום הביקורת הדרישה לא נענתה, כך שחולים הזקוקים לטיפולים אורטופדיים נאלצים להמתין זמן ממושך לתורם.

3. עד סוף שנת 1988 נתנו רופאי המרפאה הפסיכיאטרית בבית החולים יעוץ פסיכיאטרי לחדר המיון בכל ימות השבוע. עם הצמצום בפעילות המרפאה לחמישה ימים בשבוע, ניתן היעוץ האמור ביום שהמרפאה אינה פועלת (יום ה') על ידי בית החולים שלוותה, המרוחק מבית החולים מאיר, ולכן קריאות דחופות מחדר המיון לפסיכיאטר בשלוותה לא נענו במהירות הראויה. במאי 1990 מסר מנהל חדר המיון שיש שיפור במצב ובנוסף גם רופא תורן שנמצא בבית החולים בשעות הערב והלילה, וניתן להתייעץ אתו.

רופאים תורנים בחדר המיון

1. משרד הבריאות הורה להנהלות בתי החולים לדאוג שבחדרי המיון תמצא בכל עת רשימה מעודכנת של הרופאים התורנים והכוננים בכל המקצועות. בבדיקה שערך משרד מבקר המדינה הועלה, כי רשימת התורנים שהיתה בעת הביקורת בחדר המיון לא הייתה מלאה: חסרו בה שמות התורנים משתי מחלקות פנימיות.

2. בהוראות משרד הבריאות נאמר: "חובה על הרופאים תורני המיון להימצא בשטח המיון בכל שעות התורנות, ואין הם רשאים לעזובו לכל מקום שהוא, לרבות חדר הניתוח".

בבדיקה, שערך משרד מבקר המדינה בינואר 1989 הועלה, כי בשעות התורנות אין הרופאים התורנים לנים בחדר המיון אלא בחדרי תורנים בקומה השישית, ולפיכך אינם יכולים להיענות לאלתר לקריאותיו. עוד הועלה, כי כאשר מבוצעת בשעות התורנות פעולה ניתוחית מחוץ לחדר המיון, חדר המיון נותר בלי תורן כירורגי, בניגוד להוראות האמורות.

מהתיעוד שבבית החולים עולה, שהמצב הזה נמשך כבר שנים מספר. למשל, מבדיקה שערכה מנהלת שירותי הסיעוד בביה"ח באוגוסט 1987 וממכתב תלונה לביה"ח מנובמבר אותה שנה עולה, כי בשעות הלילה לא היו רופאים בחדר המיון.

בעקבות הביקורת, הורתה הנהלת בית החולים, באוקטובר 1989, למנהלי המחלקות להדריך את התורנים לגבי נוכחות חובה בחדר המיון במשך כל התורנות.

3. משרד הבריאות הורה להנהלות בתי החולים לדאוג, שתורן המיון, בכל אחד ממקצועות המיון יהיה רופא מומחה, או לפחות מתמחה בשנתיים האחרונות להתמחותו. (תקופת ההתמחות היא 4 1/2 שנים ברפואה פנימית ו-5 1/2 שנים בכירורגיה כללית ובאורטופדיה).

בבדיקה שערך משרד מבקר המדינה הועלה, כי מבין 33 רופאים פנימיים, אורטופדים וכירורגים שהועסקו בחדר המיון, 20 רופאים לא עמדו בדרישה האמורה של משרד הבריאות: 15 מהם היו בשנים הראשונות להתמחותם, אחדים אף בחודשים הראשונים להתמחות, ו-5 - רופאים זוטרים שטרם החלו להתמחות.

גם בביקורת קודמת שערך משרד מבקר המדינה בבית חולים אחר של קופה"ח - ביה"ח בלינסון - הועלו ממצאים דומים של איוש תורנויות ברופאים זוטרים ואף ברופאים שטרם החלו להתמחות. עם העברת הממצאים שהועלו בבית החולים בלינסון לידיעת הנהלת הקופה, היא הודיעה, שהיא מתייחסת ממצאים אלה בחומרה רבה והבטיחה לפעול לתיקונם לאלתר. לאור העובדה שאותם ליקויים הועלו עתה גם בבית החולים מאיר, שומה על הקופה לבדוק מה המצב בתחום זה בכל בתי החולים שבהנהלתה, ולנקוט לאלתר פעולה תקיפה למניעת העסקתם כתורנים בחדרי המיון, של רופאים זוטרים שטרם החלו להתמחותם, או בחודשים הראשונים להתמחותם.

4. בעניין שחרור חולים מחדר המיון נקבע בהוראות משרד הבריאות לבתי החולים, שרופא זוטרי או סטז'ר לא ישחרר חולים, אלא בהסכמתו של רופא בכיר, ובחתימתו על טופס השחרור.

בבדיקת 34 תיקים של חולים ששחררו מחדר המיון בינואר 1989, הועלה, כי 7 מכתבי שחרור נחתמו רק בידי רופאים זוטרים; מכתב שחרור אחד לא נחתם כלל; ובשני תיקים לא נמצאו מכתבי שחרור כלל.

הקופה הודיעה, כי ניתנו הוראות והנחיות חוזרות לרופאים הצעירים להקפיד בנדון, וכי הנהלת בית החולים תחזור על ההוראה לתייק את מכתבי השחרור בתיקי החולים.

5. הוראות משרד הבריאות מ-1979 והוראות ביה"ח מ-1987 מחייבות את כונני המיון לבקר בחדר המיון לפני צאתם מביה"ח, בתום יום העבודה, וכן לבקר במקום לפחות פעם אחת במשך הכוננות, עדיף בשעות הערב המאוחרות.

בבדיקה הועלה, כי כונני המיון אינם מבקרים בחדר המיון במשך כל שעות הכוננות.

שירותי רנטגן ומעבדה

1. הביקורת העלתה, כי זמן ההמתנה של חולים שנשלחו מחדר המיון לביצוע צילומי רנטגן דחופים היה כשעה ולעיתים אף יותר ולצילומים אחרים - בין שעתיים לשלוש שעות.

2. שירותי מעבדה דחופים לחדר המיון הכוללים מספר מצמצם של סודי בדיקות שגרתיות ניתנים על ידי המעבדה לבדיקות דחופות. הזמן המרבי הנדרש לביצוע הבדיקות האמורות הוא כ-10 דקות.

למרות זאת העלה משרד מבקר המדינה שמשך הזמן מאז הגעת החולים לחדר המיון ועד להגעת תוצאות הבדיקות שנעשו להם לחדר המיון, היה בכשליש מהמקרים שנרשמו 3 - 5 שעות. הוסבר שהעיכוב נובע מחוסר כוח אדם להעברת הבדיקות והתוצאות.

משך השהייה בחדר המיון

על פי הוראות ביה"ח על המזכירות הרפואיות בחדר המיון לרשום כל חולה שהתקבל במיון ולציין, נוסף על פרטיו האישיים, גם את שעת הגעתו ושעת שחרורו. משרד מבקר המדינה בדק את משך השהייה של 676 חולים שהגיעו לחדר המיון בינואר 1989, ונמצא, שלגבי 432 (67%) מהם לא נרשמה שעת השחרור. לגבי 244 החולים האחרים, שצוינה שעת שחרורם, נמצא, שמרביתם שוחררו לאחר ששהו במיון פחות מארבע שעות; היו ששהו זמן ממושך יותר; ואחדים אף שהו במיון 8 - 12 שעות.

משרד מבקר המדינה העיר, כי על הנהלת ביה"ח לעשות לקיצור שהיית החולים בחדר המיון, הן על ידי קיצור ההמתנה לרופאים המקצועיים והן על ידי קיצור הזמן שעובר עד לקבלת תוצאות הבדיקות מהמעבדה וממכון הרנטגן.

ציוד

בחדר המיון 19 מיטות. יצויין, לצורך השוואה, כי בחדר המיון בבית החולים בילינסון 25 מיטות, וכי בשנת 1987 טופלו בו כ-57,000 חולים ואילו בחדר המיון בביה"ח מאיר טופלו באותה שנה 76,000 חולים, אף על פי שיש בו, כאמור, רק 19 מיטות.

בינואר ובדצמבר 1987 וביוני 1988 פנו מנהל חדר המיון ומנהלת שירותי הסיעוד בביה"ח להנהלת ביה"ח בדרישה לחדש את הציוד בחדר המיון ולהוסיף מיטות רזרביות ומדי לחץ דם לידן; בדרישה הודגש הגידול במספר החולים הפוקדים את חדר המיון, והבלאי המואץ הנגרם לציוד הקיים. עוד דרש מנהל חדר המיון מכשיר הנשמה נייד, לחולים המועברים למחלקות בביה"ח או לבתי חולים אחרים. במאי 1990 הועלה שהורכבו מדי לחץ דם ליד כל המיטות. הדרישות האחרות לא נענו.

בטיחות ותברואה

בבדיקות שביצעה במארכס 1988 ועדת הבטיחות של ביה"ח (ראה להלן) הועלה, כי מחדר המיון נשלחו למעבדה דגימות דם שלא בהתאם לנוהלי הבטיחות. בנובמבר אותה שנה נדקר עובד ניקיון ממזרק שנזרק בניגוד לנוהלי הבטיחות, והעובד נזקק לטיפול רפואי.

בביקורת שערכה מנהלת שירותי הסיעוד בביה"ח, ביולי 1988, הועלה, כי תרופות מאוחסנות במקרר יחד עם דברי אוכל, וכי המצב ההיגייני בחדר המיון והשירותים במשמרות הערב ולילה ירוד ביותר. גם בדיקה שערך משרד מבקר המדינה, בינואר 1989, העלתה, כי תרופות ודברי אוכל מאוחסנים יחד במקרר.

הקופה הודיעה, כי ניתנו הנחיות בכתב שלא לאחסן תרופות יחד עם דברי אוכל וכי יערך מעקב בנדון; הוכנסו לשימוש מיכלים מיוחדים לסילוק מחטים ומזרקים; והונהגו הסדרים המבטיחים שמירה על קיום נוהלי הבטיחות.

ניהול תיקי חולים

1. בתחום של ניהול תיקי החולים בחדר המיון הועלו ליקויים רבים וחוסר הקפדה על קיום ההוראות המחייבות: ברוב התקיים שנבדקו לא נרשמו האבחנות, לא תוצאות הבדיקות שעשו האחיות או הרופאים, ולא הטיפול שניתנו לחולים; חתימות הרופאים היו בלתי קריאות; לא הוטבעה חותמת ולא צוין מספר הרישיון של הרופא; בכמה מהתיקים לא נרשמו גם מספרי הזהות של החולים.

תיקי חדר מיון הנפתחים לחולים בבי"ח מאיר שונים במתכונתם מתיקי חדר המיון שבביה"ח בילינסון, שם יש מקום מסודר להכנסת תשובות מעבדה ותוצאות צילומים וייעוצים. התיק בנוי כך שהוא ממלא במהלך שלבי הטיפול בחולה, ואותו דף שבו רושמים משמש גם לאחר הוספת הסיכום, כמכתב שחרור, ומימלא הוא יכלול את כל פרטי הבדיקות והטיפולים שהחולה קיבל בחדר המיון. הנהגת תיקי מיון במתכונת זו יכולה להבטיח שהאבחנות והטיפולים הרפואיים שקיבלו החולים, אכן יירשמו בתיקים, תחסוך לרופאים רישומים כפולים, וגם תאפשר לרופא המטפל שאליו מופנה מכתב השחרור לקבל מכתב מפורט יותר.

בעקבות הערות משרד מבקר המדינה, הקופה הודיעה כי היא תבחן הנהגת תיק במתכונת ארצית אחידה בכל בתי החולים שלה. אך במאי 1990 הועלה שאין שינוי במצב.

2. את תיקי המיון יש לשמור בחדר המיון, כדי שאפשר יהיה להיעזר בהם בעת הטיפול בחולים חוזרים. לפי הוראות משרד הבריאות, יש לשמור אותם בחדר המיון במשך שישה חודשים; אולם בחדר המיון בביה"ח מאיר הם נשמרים חודש אחד בלבד, מחוסר מקום.

התיקים מסודרים לפי תאריכי קבלת החולים, ולא לפי סדר א' - ב' של שמות משפחתם. בעת הביקורת היה קשה לאתר תיקים של חולים חוזרים, שלא זכרו את התאריך המדויק שבו הגיעו לחדר המיון בביקורם הקודם. במאי 1990 מסר מנהל חדר המיון למשרד מבקר המדינה כי מאז הכנסת מחשב לשימוש חדר המיון ניתן לאתר את תאריך הביקור הקודם במיון, ולפי זה לאתר את התיק.

בשעות אחר הצהריים והלילה כאשר דרוש תיק של חולה אשר אושפז בעבר בבית החולים כדי להגיע לאבחנה מדויקת (למשל - להשוות תרשימי א.ק.ג.).

הרופא התורן הולך בליווי קצין הבטחון אל הארכיב לחפש את התיק. מה שמקשה לעתים על הרופאים במילוי תפקידם בחדר המיון.

3. ביולי 1987 החלו להפעיל בחדר המיון מערכת ממוחשבת שנועדה להפקת מידע רפואי אודות חולים חוזרים וחולים שהיו מאושפזים בביה"ח, או באחד מבתי החולים האחרים של הקופה. במועד סיום הביקורת עדיין לא ניתן היה להשתמש במערכת למטרות שלשמן הוקמה אלא רק להפקת מדבקות ובהן הפרטים האישיים של החולים שהגיעו למיון.

היחידה לפגים ולטיפול נמרץ ביילודים

תפוסה

ביחידה לפגים ולטיפול נמרץ ביילודים מאושפזים יילודים שנולדו לפני תום 34 שבועות להריון, או שנולדו במשקל קטן מ-2 ק"ג; וכן יילודים בשלים הנזקקים להנשמה ולטיפול רפואי ויילודים לאחר ניתוחים. היחידה הוקמה בספטמבר 1987. בעת הביקורת היו בה עשר עריסות תקניות, אולם בפועל היו מאושפזים בה יותר מעשרה פגים ויילודים ולעיתים קרובות לא היה ביכולתה לקלוט את כל הפגים שנולדו בבית החולים, ושהיו זקוקים לטיפול.

עוד בפברואר 1988 פנתה מנהלת היחידה להנהלת ביה"ח ולהנהלת הקופה וביקשה להגדיל את תקן היחידה ל-16 - 18 עריסות, ואת תקן הרופאים והאחיות בהתאם. היא ציינה, כי על פי סקר שערכה בבתי חולים אחרים של הקופה, הרי שבביה"ח קפלן, שבו 5,000 לידות בשנה, יש 18 עריסות לפגים, ובהתאם לכך גם צוות של רופאים ואחיות, ובביה"ח סורוקה, שבו 8,500 לידות בשנה, 25 עריסות. ואילו בביה"ח מאיר, שבו 5,000 לידות, רק 10 עריסות לפגים. מספר פעמים באותה שנה, וגם אחר כך, הצביע מנהלת היחידה על מחסור חמור באחיות, ובמיוחד אחיות מיומנות לעבודה ביחידה לטיפול נמרץ שבפגייה, וביקשה לתגבר את הצוות הסיעודי. באפריל אותה שנה ציין יושב ראש הוועדה לזיהומים שבבית החולים, שהוא גם מנהל מחלקת הילדים, כי "צפיפות התנוקות ביחידת הפגייה וחוסר בכוח אדם סיעודי מהווים גורם מכריע בהעברת זיהומים, דבר המהווה סכנה לחיי התנוקות". הוא ציין כי באותו זמן היו בפגייה 18 פגים. גם בינואר 1989 פנה מנהל מחלקת הילדים אל הנהלת בית החולים וציין כי קיים קושי אובייקטיבי במציאת מקום לתנוקות שנולדו בביה"ח ושאינן אפשרות להעבירם לבתי חולים אחרים. לדוגמה הביא מקרה שאירע באותו חודש ובו יילוד בן שלושה ימים נכנס למצוקה נשימתית והיה במצב של פרכוס בלתי פוסק. לאחר טיפול נמרץ ראשוני במחלקת התנוקות ניסו משך למעלה מחמש שעות להעבירו לבית חולים אחר, מאחר והפגייה במאיר הייתה מלאה, אך ללא הצלחה (בפועל ניצלו חייו של היילוד באמצעות שימוש במכשיר הנשמה שנלקח מיילוד אחר שמצבו היה פחות חמור). הוא ציין שבעת כתיבת מכתבו שכבו בפגייה 14 תינוקות עם התפרצות של זיהום בדם וכן מספר תינוקות עם דלקות עיניים חריפות. לדבריו "מצב זה נוצר עקב צפיפות יתר וחוסר צוות אחיות ורופאים". גם מנהלי מחלקות נשים וילדות פנו, באותו חודש, להנהלת ביה"ח, בדרישה להגדיל את תקן המיטות

ביחידה. הם ציינו כי יחידת הפגים אינה מספקת את צורכי ביה"ח, ולדבריהם, בשל כך נאלצו להעביר יולדות לבתי חולים אחרים תוך נטילת "סיכונים רפואיים ממשניים". לדוגמה הם ציינו מקרה שארע באותו חודש ובו בשל חוסר מקום בפגייה, נאלצו להעביר יולדת לבי"ח אחר, והיא הגיע לשם עם מצוקה עוברית קשה. לדבריהם, בנוסף לקושי הארגוני הכרוך בהעברת יולדות בתי חולים אחרים "הצוות הרפואי והמוסד נוטלים על עצמם סיכונים מדיקו - לגלים בלתי נחוצים".

בעקבות זאת פנה, בפברואר 1989, מנהל ביה"ח להנהלת הקופה בבקשה להגדיל את תקן היחידה בחמש עריסות. הוא הסביר את בקשתו במצוקת הקליטה של היחידה ובכורח להעביר יולדות ופגים לבתי חולים אחרים על אף סיכונים הפגיעה ביולדות ובפגים. הוא הדגיש את "חוסר השוויון המשוער" שיש בין בתי החולים בתחום זה ואת "הנחיתות הקשה" של בית החולים מאיר. גם ועדת מומחים מטעם ההסתדרות הרפואית, שביקרה במקום לצורך מתן הכרה למטרת התמחות ברפואת ילדים, המליצה, בפברואר 1989, על הגדלת היחידה ל-20 מיטות.

בספטמבר 1989 פנה מנהל מחלקת נשים ויולדות אל מנהל בית החולים וחזר והעלה את בעיית חוסר המקום בפגייה. לדבריו, עקב העלייה התלולה במספר הלידות וכתוצאה מכך גם העלייה במספר הלידות המוקדמות רבו המקרים שבהם נשים המגיעות עם צירי לידה מוקדמים מועברות לבתי חולים אחרים, היכן שניתן למצוא מקום פנוי, זאת על פי בקשת ההנהלה ועל דעתה. הוא ציין כי "בהעברת האמהות טמונה סכנה ליילודים". כדוגמה הביא מקרה שבו כאשר הגיעה האם לאותו בית חולים אליו הועברה הסתיים העניין במות העובר לפני הלידה. במקרה אחר הועברה יולדת ממחלקתו לבית חולים אחר וכאשר הגיעה, היילוד היה במצב של תשניק קשה והיולדת נאלצה לעבור ניתוח קיסרי בהול. הוא ציין כי הוא "רואה את המצב בחומרה רבה ולכן מסיר מעלי את האחריות לכל אשר עלול להתרחש במהלך ההעברה".

על אף האמור לעיל, לא עשתה הנהלת הקופה להגדלת מספר העריסות, הציוד הנדרש להן והצוות הרפואי והסיעודי ביחידה. בתשובה לפניית משרד מבקר המדינה הודיעה הקופה למשרד, ביולי 1989: "חטיבת הרפואה, מסיבות מעשיות מקצועיות, איננה תומכת בהגדלת התקן של 10 מיטות, וסביר להניח כי קופ"ח לא תוכל - בתנאים התקציביים ובסדרי העדיפויות הקיימים בעתיד הקרוב, להגדיל את תקן המיטות בפגייה בביה"ח מאיר".

משרד מבקר המדינה עמד על כך שעל הנהלת הקופה להכיר בצורך בהגדלת הפגייה ולהעביר לבית החולים את התקציב הדרוש לתוספת כוח אדם וציוד, בהתאם.

בעקבות זאת הודיע סמנכ"ל הקופה וראש חטיבת הרפואה, בנובמבר 1989, כי בדיונים חוזרים שקוימו עם מנכ"ל הקופה, העקבות השיחות וההתכתבות עם משרד מבקר המדינה, אישרה הנהלת הקופה את הגדלת תקן עריסות בפגייה מ-10 ל-15 וכי הנושא יטופל מעשית בדיונים התקציביים לשנה הבאה. עוד הודיע כי "כבר עתה פועלת הפגייה, הלכה למעשה, בהיקף של בין 14 עד 17 עריסות".

מהבדיקה עולה כי כפתרון ביניים דאגה הנהלת בית החולים להגדיל את מספר האחיות ביחידה מעבר לתקן המאושר.

ציוד

1. ביולי 1988 דיווחה מנהלת היחידה למנהל בית החולים אודות מקרה שאירע ביוני אותה שנה ובו נפטרה שלישית פגים, שנולדו בניתוח קיסרי ליולדת שעברה טיפול ממושך ויקר בעקרות. לדבריה, מאחר ולא היו מכוונות הנשמה ויחידות חימום פנויות, הפגים הונשמו ידנית ובית החולים ניסה כל אותה עת לאתר ביי"ח אחר לאשפוזם; למרות מאמציו, רק לאחר שעתיים נמצא בית חולים כזה. הפגים הגיעו אליו במצב קשה ונפטרו שם כעבור ימים מספר. מנהלת היחידה ציינה כי "מקרה עצוב זה מדגים עד כמה חוסר ציוד ואמצעים עולה לנו בחיי פגים. נראה לי שאם לא יחול שינוי בהקדם האפשרי במצב הציוד והתקנים ביחידה אין שום ערובה שמקרים כאלו לא ישנו".

2. בעקבות זיהומים שהתפשטו ביחידה, מצאה הוועדה לזיהומים שבביה"ח, באפריל 1988, כי המכשיר לחימום בקבוקי מזון והמכשיר לסטריליזציה של הבקבוקים גורמים זיהומים חוזרים ביחידה. מנהלת היחידה מצאה, שמאזני השקילה ביחידה, המשמשים לשקילת פגים בריאים ופגים חולים כאחד, גורמים להעברת זיהומים ואינם מדויקים דיים להערכת התפתחות היילודים. רק לאחר פניות חוזרות ונשנות של מנהלת היחידה אל הנהלת ביה"ח, סופקו ליחידה, באפריל 1989, מכשיר חדש לחימום בקבוקי מזון ומאזני שקילה. עד מועד סיום הביקורת, במחצית 1989, לא סופק ליחידה מכשיר לסטריליזציה של הבקבוקים. לאחר הביקורת הודיעה הקופה, באוקטובר 1989, כי המכשיר לסטריליזציה כבר מצוי בבית החולים ויותקן במטבח החדש שישרת את אגף הילדים ושלבנייתו כבר ניתן אישור תקציבי.

3. עם הקמת היחידה דרשה המנהלת שלה עוד חמישה מכשירי מוניטור למעקב אחר פעולות הלב והנשימה. בעקבות הביקורת הודיעה הקופה, באוקטובר 1989, כי הוזמנו מכשירים. במאי 1990 הועלה שדרושים שלושה - ארבעה מוניטורים נוספים.

4. גם התנאים הפיסיים של היחידה לא הבטיחו שמירת הגיינה נאותה. למשל, רק במאי 1989 הותקנו סידורי כניסה להורים, מקום לרחיצת ידיים, מקום לאחסון הציוד הרפואי וחדר הלבשה.

5. היחידה נעזרת בשירותי המעבדות הרפואיות של ביה"ח. במעבדות אלה אין מכשיר לביצוע בדיקות מעבדה בנפחים קטנים של דם, כנדרש לפגים שכל נפח דמם הוא מזערי (100 - 120 סמ"ק), וכמויות הדם הנדרשות ע"י המעבדות לביצוע בדיקות הן גדולות. הבדיקות נעשות בנפחים גדולים דבר שמחייב מתן עירויי דם חוזרים המגדילים את תחלואת התינוקות. בפגים קטנים שמשקלם מתחת ל-1,500 גרם יש צורך מחד בלקיחות דם חוזרות, ומאידך יש צורך להימנע ממתן דם.

עוד ביולי 1987 עם קבלת ההחלטה על פתיחת הפגיה, ביקשו מנהלת היחידה ומנהל המעבדות הרפואיות בביה"ח מהנהלת ביה"ח לרכוש את המכשיר האמור. בינואר 1989 חזרה מנהלת היחידה על בקשתה לרכוש את המכשיר וציינה שבעזרת שיטה זו "יחסך מתן דם לעתים תכופות לתינוקות, דבר שכשלעצמו מעלה את התחלואה בצורה בולטת". עד מאי 1990 לא הוכנס מכשיר כזה לשימוש בביה"ח.

6. ההזמנות למנות דם המועברות מיחידת הפגים לבנק הדם שבבית החולים הן דחופות ודורשות היענות לאלתר. מן המסמכים עולה שהיה מספר קטן של מקרים בהם דרישות דחופות למנות דם לפגים שהיו במצב קשה, נענו באיחור ניכר. במאי 1990 מסרה מנהלת היחידה למשרד מבקר המדינה כי מאז מינויו של מנהל חדש לבנק הדם, באוגוסט 1989, לא התעוררו קשיים בנושא זה.

7. ביחידה יש אינקובטור נייד אחד בלבד להעברת פגים ויילודים חולים בשעת חרום, גם הוא ללא מנשם נייד, ולדברי מנהלת היחידה הוא אינו יכול לענות על הצרכים בזמן חרום.

*

הקמת הפגייה היא כשלעצמה מעשה מבורך. אלא שהיא ניפתחה מבלי שקדמו לה תכנון ובדיקה של הצרכים, עפ"י מספר הלידות והמצב בפגיות בבתי חולים אחרים. לפיכך, היחידה החלה לפעול מראשיתה על פי תקן שאינו מספק את צורכי בית החולים ואת צורכי האוכלוסיה שהוא משרת, הן מבחינת מספר העריסות, הן מבחינת הציוד הדרוש והן מבחינת כוח האדם. עם חלוף הזמן היה גידול במספר הלידות בהן גם הלידות המוקדמות והבעיה הלכה והחריפה. בעת הביקורת טיפלה היחידה ב-15 - 18 פגים כאשר תקן כוח האדם והציוד לא היה מותאם. משרד מבקר המדינה העיר לקופה כי עליה לפעול לאלתר כדי להגדיל את היחידה ולציידה בהתאם, כדי למנוע או לצמצם, ככל האפשר, את הצורך בהעברת יולדות ופגים לבתי חולים אחרים. בעקבות הביקורת הודיעה הקופה כי היא פועלת להגדלת הפגייה.

המחלקה האורולוגית

1. המחלקה האורולוגית היא מחלקה כירורגית המטפלת בחולים במחלות בדרכי השתן ומנתחת אותם. מרבית הבדיקות הרפואיות הקודמות לאשפוז מבוצעות במרפאות החוץ האורולוגיות המסונפות למחלקה, במחוזות חפר-שומרון והשרון. במחלקה 30 מיטות; 4 מהן הועברו לשימוש היחידה הכירורגית. תקן רופאי המחלקה מנה, בעת הביקורת, 8 משרות רופאים (4.5 מהן לרופאים מומחים, ו-3.5 למתמחים), ו-13.5 משרות לעובדים סיעודיים, (מהן 5 משרות לאחיות מוסמכות, 6.5 לאחיות מעשיות ו-2 לכוח עזר).

בחודשים אוגוסט וספטמבר 1988 ערך משד מבקר המדינה ביקורת במחלקה. באותה עת נקטו רופאי קופה"ח עיצומים, שהחלו בתחילת 1988, הוחרפו באפריל והסתיימו באוקטובר אותה שנה. (לפני כן נקטו הרופאים המרדימים עיצומים שנמשכו מספטמבר 1987 עד ינואר 1988).

העיצומים פגעו קודם כל ומיידית במחלקות המנתחות. בעקבות העיצומים, קטן מספר החולים שהתקבלו לאשפוז וכן מספר החולים שנותחו, והתארכה ההמתנה לניתוחים. התפוסה במחלקה הייתה רק כמחצית מהתפוסה הרגילה ובוצעו רק כשליש ממספר הניתוחים הרגיל. בעקבות העיצומים, התארכה ההמתנה לניתוחים אלקטיביים מ-7 חודשים ל-13 חודשים, ומספר החולים שהמתינו לניתוח גדל פי שלושה (ממארס עד דצמבר 1998). בין החולים שנדחו היו גם כאלה שהועלה לגביהם חשש לממאירות (היו שנדחו אף לשלושה חודשים). בעת ביקורת המעקב שנערכה במאי 1990 נמסר שחולה דחוף ינותח תוך חודשיים, ואחרים - ימתינו עד שנה, בהתאם למצבם הרפואי.

לפני העיצומים הוקצו למחלקה חמישה חדרי ניתוח בשבוע. במהלך העיצומים בוצעו ניתוחים דחופים בלבד, אשר אושרו בוועדה רפואית למקרים חריגים, לפי מידת דחיפותם. עוד באפריל 1987 כתב מנהל המחלקה להנהלת ביה"ח, כי מספר חדרי הניתוח המוקצים למחלקה אינו מספיק והחולים נאלצים להמתין כשבעה חודשים עד לניתוח. במארס 1988 שוב כתב מנהל המחלקה להנהלת ביה"ח, כי ההמתנה לניתוחים אלקטיביים נמשכת כשבעה חודשים, וכי בכלל עיצומי המרדימים מתארכים גם התורים לניתוחים דחופים.

על אף מספרם הגדול של הממתינים לניתוחים אלקטיביים וההמתנה הממושכת לניתוחים אלה ולניתוחים דחופים, הוקצו למחלקה, לאחר סיום העיצומים, רק ארבעה חדרי ניתוח בשבוע, לעומת חמישה חדרים שעמדו לרשותה קודם לכן. מצב זה נמשך גם במאי 1990.

2. בעת הביקורת לא היה למחלקה הסדר שאיפשר התערבויות כירורגיות קטנות אצל ילדים ומבוגרים (כגון צריבות של גידולים ממאירים, או ניתוחים של גידולים קטנים) במסגרת אמבולטורית. לכן הן בוצעו בחדרי הניתוח הכלליים והחולים אושפזו אחר כך במחלקה. הסדר של מסגרת אמבולטורית יכול היה לסייע לצמצום התורים וזמני ההמתנה הן לניתוחים אלקטיביים והן לניתוחים דחופים. לאחר הביקורת, הודיעה הקופה, ביוני 1989, כי הפעילות מתבצעת בחלקה הגדול במסגרת אמבולטורית.

3. במחלקה מטופלים חולים הסובלים מגידולים ממאירים חוזרים בשלפוחית השתן. את המחלה מאבחנים בעזרת מכשיר מיוחד לבדיקה פנימית - באמצעותו נלקחת דגימה ומועברת לבדיקה במכון הפתולוגי; ולאחר קבלת תוצאות הבדיקה מהמכון - מוזמן החולה, במידת הצורך, לקבלת הטיפול הנדרש. מביצוע הבדיקה ועד לקבלת הטיפול עוברים כחמישה שבועות. המכשיר שבית החולים השתמש בו לבדיקה הפנימית היה מדגם מיושן, בשעה שקיים דגם חדש יותר המאפשר, בחלק מהמקרים, טיפול בצריבה עוד במהלך ביצוע הבדיקה, דבר המונע סבל והמתנה מיותרים. בעקבות הביקורת נרכשו שני מכשירים מהדגם החדש והוכנסו לשימוש במחלקה.

4. המחלקה האורולוגית מספקת לחולים צנתר שיש צורך להחליפו מדי שלושה שבועות. לחולים בעלי אמצעים ממליצים לרכוש באופן פרטי, מחוץ לביה"ח, צנתר שיש להחליפו - רק אחת לשלושה חודשים, והשימוש בו כרוך בפחות סבל לחולה. משרד מבקר המדינה העיר לקופה, כי עליה לבחון את האפשרות שגם חולים שאפשרויותיהם הכספיות מוגבלות יוכלו ליהנות משימוש במכשיר כזה. בעקבות הביקורת, הודיעה הקופה, באוקטובר 1989 כי חולים שידם אינה מסגת רכישת המכשיר מקבלים אותו מבית החולים.

5. בבדיקת הרישומים המנוהלים במחלקה הועלה, כי הרופאים המנתחים אינם רושמים בספר הניתוחים את השעות שבהן בוצע הניתוח, אלא מסתפקים ברישום משך הניתוח. משרד מבקר המדינה העיר לקופה, כי בכך נפגמת יעילות הפיקוח על ניצול חדרי הניתוח.

עוד הועלה, כי הנתונים המצויים בהנהלת ביה"ח אינם מתאימים לרישומי המחלקה בדבר מספר הממתינים לאשפוז, מספר הניתוחים שבוצעו ומספר החולים שאושפזו. למשל, לפי נתוני המחלקה, מספר החולים שהמתינו לאשפוז במאי 1989 היה 422, ואילו על פי נתוני הנהלת ביה"ח - 252 בלבד.

מחלקת העיניים

במחלקה 22 מיטות, עובדים בה ובמרפאה תשעה רופאים, מהם שמונה מומחים, ב-7.5 משרות; שתי משרות תקניות אינן מאוישות. עוד עובדים במחלקה 13 אחים ואחיות ב-9.2 משרות, מזכירה בחצי משרה ו-2 עובדי משק.

במרפאת המחלקה עובדים שתי אחיות במשרה אחת וארבעה עובדים מקצועיים, בתחומי ראייה ופזילה, בכשתי משרות. למרפאה באים חולים שהיו מאושפזים במחלקה (נותחו או קיבלו טיפול שהיה כרוך באשפוז) ומוזמנים לביקורת מעקב או להמשך טיפול, וכן חולים שמופנים לטיפול על ידי רופאי עיניים מהמחוז.

הפעילות בעת העיצומים

1. בתקופת העיצומים, שכאמור החלו בתחילת 1988 והוחרפו באפריל, הייתה פעילות מועטה במחלקה ובמרפאה. מנהל המחלקה הסביר, שאז אושפזו במחלקה רק חולים שהופנו מחדר המיון ואשפוזם הוגדר דחוף, וכן מספק קטן של חולים שנותחו באישור הוועדה הרפואית למקרים חריגים, שפעלה בעת העיצומים. לפי נתוני בית החולים, התפוסה החודשית הממוצעת במחלקה בחודשים אפריל - יולי 1988 הייתה רק כמחצית מהתפוסה הרגילה. השהייה הממוצעת במחלקה הייתה גבוהה בשיעור ניכר מזו שבשנים קודמות - 8.6 ימים לעומת 5.6. הקופה הסבירה, שסיבת השהייה הממושכת הייתה הצורך לקבל אישור של ועדת החריגים לביצוע הניתוחים.

גם הפעילות הניתוחית בחודשי העיצומים הייתה מועטה - בוצעו רק כשליש ממספר הניתוחים הרגיל. המחלקה לא נהגה לדווח למשרד למידע רפואי (שמרכז את המידע בנושא הממתינים לניתוח) על מספר הממתינים. גם בביקורת המעקב, שנערכה במאי 1990, נמצא שהמחלקה אינה נוהגת להעביר למשרד למידע רפואי נתונים עדכניים בדבר הממתינים לניתוח.

2. מספר החולים שטופלו במרפאה במהלך העיצומים היה כשליש לעומת מספר החולים הרגיל. לדברי מנהל המחלקה, במהלך העיצומים טופלו במרפאה רק חולים שהוגדרו דחופים.

הביקורת העלתה, כי ב-6.10.88 היו במרפאה 450 תיקים של חולים במהלך טיפול שהזמנתם להמשך טיפול בוטלה, וכן 240 הפניות של חולים שהופנו על

ידי רופאי עיניים מהמחוז במהלך העיצומים, ושבגלל העיצומים לא זומנו כלל לטיפול. בבדיקה חוזרת לאחר תום העיצומים, שנערכה בתחילת דצמבר 1988, הועלה שלכל החולים כבר נקבע תור לבדיקה במרפאה, ורובם כבר נבדקו. במאי 1990 נמסר למשרד מבקר המדינה כי אין יותר תורים למרפאה וכי כל הפניה לבדיקת חולה במרפאה נענית מיד.

זימון לטיפול במרפאה

כל החולים מוזמנים לשעה 8.00 בבוקר. במצב זה ישנם חולים שממתינים מספר שעות עד גמר הטיפול בהם במרפאה. משרד מבקר המדינה העיר לקופה, כי עליה לפעול לשיפור המצב. הקופה השיבה, כי הנהלת ביה"ח כבר ניסתה בעבר סדרי הזמנה מסורגת, אך ללא הצלחה. בעקבות הערת הביקורת, חודש הניסיון של זימון מסורג, וקביעת תור מתוכנן. במאי 1990 הועלה שאכן הונהג זימון מסורג, אולם מאחר וחלק מהרופאים אינם מגיעים למרפאה בשעה שנקבעה אין השיטה יכולה להצליח. דרוש, אפוא, שהמחלקה תבדוק מה המועד הסביר שאותם רופאים המאחרים בקביעות יכולים להגיע למרפאה ולזמן את החולים הממתינים להם החל משעה זו.

סדרי עבודת המחלקה

1. בד בבד עם הזמנת החולים, מועברת רשימת החולים אל משרד המרפאות והוא מכין את התיקים הרפואיים. לאחר שהחולה קיבל את הטיפול במרפאה, מוחזר התיק למשרד הראשי של המרפאות לצורך תיוקו בארכיון. אם נקבע שהחולה זקוק לניתוח, התיק אינו מוחזר אלא מועבר למחלקה.

מנהל המחלקה הסביר למשרד מבקר המדינה, שהוא שקובע את מידת הדחיפות לניתוח. הנהלת בית החולים והחטיבה לרפואה שבמרכז הקופה מסרו למשרד מבקר המדינה, כי במקרה זה הם סומכים את ידיהם על דרך קביעת התורים בידי מנהל המחלקה, "באשר הסדר זה מבטיח הן את הרמה הרפואית האופטימלית בשיקול הדעת לגבי מידת הצורך או הדחיפות, והן קביעת התור ללא משוא פנים ומתוך שיקולים מקצועיים גרידא".

מנהל המחלקה רושם את דרגת הדחיפות לניתוח על הכריכה של תיק החולה; לאחר הניתוח נמחקים הרישומים והתיקים מוחזרים למשרד הראשי של המרפאות לתיוק בארכיון. לדעת הביקורת, מחיקת הרישומים האלה מונעת

אפשרות של בקרה. מנהל המחלקה הסביר, כי הרישומים נמחקים כדי למנוע אפשרות שתיוק החולה יוחזר בטעות למעגל הממתינים, אולם, בעקבות הביקורת הוא יפעל למציאת דרך שתאפשר גם מחיקת הרישום וגם ידיעה של דרגת הדחיפות שנקבעה לחולה. במאי 1990 נמצא שהענין הוסדר.

2. התיקים נשארים במחלקה עד שהחולה עובר את הניתוח, ורק אחר כך הם מוחזרים, כאמור, למשרד המרפאות. השארת תיקי המרפאה במחלקה לזמן כה ממושך - שנה, שנה וחצי, ואף שנתיים - עלולה לפגוע בעבודה השוטפת של המרפאות, שכן נהוג לרכז בתיק אחד את כל המסמכים הרפואיים של החולה, הקשורים בטיפוליו מרפאות השונות של בית החולים, וקורה שהתיק דרוש במרפאה אחרת.

מנהל המחלקה הסביר, כי התיק מאפשר לו לקבל תמונה מיידית על מצבו הרפואי של החולה, בייחוד במקרים בהם המתין החולה זמן רב לניתוח וטוען שמצבו הוחמר. לאחר העיון בתיק יכול המנהל לקבל החלטה מיידית, בדבר דחיפות הצורך בניתוח, הקדמתו או דחייתו.

יצוין, שבמחלקות אחרות של בית החולים מאיר וגם במחלקות שונות בבתי חולים אחרים של הקופה, אין מחזיקים במחלקה את תיקו הרפואי של החולה, אלא נוקטים דרכים אחרות, כמו רישום ביומן מיוחד או ניהול כרטסת חולים ובה הפרטים הרפואיים העיקריים של כל חולה.

בבדיקת המעקב, שנערכה במאי 1990, נבדקו 40 תיקי מרפאה שהיו במחלקה, והועלה שב-10 מהם היו גם מסמכים רבים הנוגעים למרפאות אחרות. בין התיקים שנבדקו היו כאלה שמוחזקים במחלקה שנה ואף שנה ושלושה חודשים. לחולים חדשים שמופנים למרפאת עיניים פותחים תיקים נפרדים שבהם מרכזים רק את המסמכים הנוגעים לעיניים.

3. המועד לניתוח נקבע רק זמן קצר לפני ביצועו והודעה על כך נמסרת לחולה. משרד מבקר המדינה העיר שעל הנהלת ביה"ח והנהלת המחלקה לבחון הסדרים אחרים לזימון החולים לניתוח, שיבטיחו מתן הודעה לחולה על מועד הניתוח זמן סביר מראש.

ניתוחי עיניים בחדר הניתוח הכללי

1. בימים כתיקנם הוקצו למחלקת העיניים ארבעה ימי ניתוח בשבוע, (בחודשי הקיץ - שלושה ימים שבוע), לפי הקצאה שנהוגה כבר שנים מספר. לדברי

מנהל המחלקה, לאחר גמר העיצומים שוב מנתחים רק שלושה ימים בשבוע, והחל בקיץ 1987 מבצעים שניים - שלושה ניתוחים להסרת ירוד (קטרקט) בימי ו'.

לא נמצא תיעוד בדבר הקריטריונים להקצאת ימי הניתוח למחלקות. לדעת הביקורת, מאחר שזו הקצאה "היסטורית" ובמרוצת השנים היה גידול ניכר במספר הממתינים, דרוש שהנהלת בית החולים תבחן שוב את הקצאת ימי הניתוח למחלקות.

2. את הניתוחים במצעים על פי תכניות ניתוחים יומיות שנשלחות מהמחלקה. הביקורת העלתה, שהתכניות אינן מודפסות, ואין רושמים בהן שמות הרופאים המנתחים. במאי 1990 הועלה שהליקוי תוקן.

הרופאים הכירורגים והמרדימים צריכים לנהל, בין היתר, ספר ניתוחים כדי לרשום בו רישומים שונים. הבדיקה עלתה, שהרישומים אינם מתבצעים במלואם: רופאי המחלקה והרופאים המרדימים אינם נוהגים לרשום את שעת התחלת הניתוח וסיומו, רופאי המחלקה גם אינם רושמים את כל הפרטים האישיים הדרושים על החולים המנותחים. משרד מבקר המדינה העיר להנהלת בית החולים, שעליה לדאוג שכל הפרטים הנוגעים לניתוחים ירשמו במלואם. במאי 1990 נמצא שחל שיפור ניכר.

המתנה לניתוח

בתחילת שנת 1985 המתינו לניתוח 365 חולים, ואילו בתחילת 1988 הגיע מספרם לכ-1,200, כלומר במשך שלוש שנים גדל מפר הממתינים פי 3.3; עד מועד סיכום הביקורת טרם נקבע לרובם מועד לניתוח, ובהם חולים שממתינים תקופות ממושכות - שנה, שנה וחצי ואף שנתיים.

הרוב ממתינים לניתוחי הסרת ירוד, הגורם להעכרת העדשה ועקב כך לטשטוש ראייתו של החולה. מדובר בייחוד בקשישים, שמלבד ההפרעה בתיפקודם, עלולים להינזק גם מנפילה או ממעידה בגלל הראייה הלקויה.

מנהל החלקה מסר למשרד מבקר המדינה, כי בשלושת החודשים מארס - מאי 1987 ביצעו רופאי המחלקה 90 ניתוחים במסגרת של ססיות (ססיה - עבודה נוספת של הרופא הקשורה בבדיקת חולים מחוץ לשעות העבודה הרגילות תמורת תשלום נוסף), ולאחריהם החולים אושפזו במחלקה. בגלל התנגדות חטיבת רופאי בתי החולים של הקופה הופסקו הניתוחים במסגרת זו.

במאי 1990 מזכירת המחלקה מסרה למשרד מבקר המדינה שבדצמבר 1989 חודשו הניתוחים במסגרת הססיות, ושמאז נותחו 126 חולים במסגרת זו. עוד מסרה שמספר הממתינים לניתוח צומצם ל-310 וכי לכמחציתם כבר נקבע מועד לניתוח. לדבריה, חולה חדש שזקוק לניתוח הסרת ירוד ינותח בתוך שלושה חודשים מיום הפניתו. חולים דחופים מנותחים בתוך פרק זמן קצר יותר.

משך השהייה במחלקה

משרד מבקר המדינה בדק את משך האשפוז של חולים לצורך ניתוחי הסרת ירוד שבוצעו בחודשים נובמבר ודצמבר 1987, כלומר לפני עיצומי הרופאים. נמצא, שרוב החולים שנותחו אז אושפזו במחלקה יום אחד לפני הניתוח. אשר למשך האשפוז לאחר הניתוח, נבדקו משך אשפוזם של חולים שבתיקיהם צוין שהמהלך לאחר הניתוח היה תקין, ונמצא שרוב החולים שוחררו כחמישה ימים לאחר הניתוח. חולים אחדים שהו במחלקה זמן ממושך יותר (חולה אחד שהה 12 ימים). משרד מבקר המדינה ביקש מהקופה הסבר מדוע אין משחררים את החולים, שרובם מנותחים בהרדמה מקומית, מוקדם יותר. במאי 1990 הועלה שחל שיפור.

אשפוז יום כירורגי

מהתיעוד שבבית החולים עולה, כי בישיבה שנערכה ביוני 1987 בלשכת יו"ר הקופה, בהשתתפות הנהלת ביה"ח מאיר, הוחלט להפעיל בתוך חודש אשפוז יום כירורגי "רב מקצועי" שבמסגרתו יבוצעו גם ניתוחי עיניים. לשם כך הוחלט להזמין מיקרוסקופ וכל ציוד אחר שידרוש מנהל המחלקה וכן להקצות עוד משרה של רופא עיניים.

בישיבה של הנהלת בית החולים מיום 10.7.87 סוכם, שאשפוז יום כירורגי יתחיל ב-26.7.87 בחדר ניתוחים אחד. על אף האמור לעיל, לא שובצה מחלקת עיניים בתכנית העבודה וסוכם שעם הפעלת חדר הניתוח השני בספטמבר 1987, תוקנה עדיפות גבוהה לניתוחי עיניים.

בישיבה של הנהלת בית החולים מיום 15.7.87, נקבעה תכנית עבודה לחיסול התורים לניתוחי עיניים. סוכם שבמהלך חודש ספטמבר יועמדו לרשות מחלקת

עיניים שלושה חדרי ניתוח לאשפוז יום וינותחו בהם ארבעה - חמישה חולים ביום. בזאת יחוסל תור הממתינים בתוך שישה - שמונה חודשים. נקבע שוב, שלשם כך יירכשו מיקרוסקופ וציוד נוסף, לפי קביעתו של מנהל המחלקה, ותוקצה משרה נוספת של רופא עיניים.

עד מועד סיכום הביקורת, בסוף שנת 1989, לא בוצע ולוא ניתוח עיניים אחד במסגרת אשפוז יום. מנהל המחלקה הסביר, כי סיבת הדבר נעוצה בציוד שהוזמן וטרם הגיע ובעיצומי הרופאים, שהחלו בתחילת 1988. בינתיים הגיע הציוד, וגם אויישה המשרה הנוספת שאושרה, אך טרם הוחל בהכשרת צוות אחיות מתאים לביצוע ניתוחי עיניים באשפוז יום.

משרד מבקר המדינה העיר להנהלת הקופה ולהנהלת בית החולים, שעליהן לערוך שינויים מבניים בהערכות של מחלקת העיניים בבית החולים מאיר, ושל מחלקות דומות בבתי החולים האחרים של הקופה, ולבצע ניתוחים, במקרים שניתן, באשפוז יום.

בביקורת המעקב, שנערכה במאי 1990, הועלה שמדי חודש מנתחים כ- 50 חולים במסגרת אשפוז יום.

* בעניין זה ראה גם בדו"ח על הביקורת בבית החולים בילינסון, שניתן באפריל 1989.

חדרי הניתוח

ניצול חדרי הניתוח

1. בבית החולים תשעה חדרי ניתוח כלליים, מהם שניים מיועדים לביצוע ניתוחים קטנים ואחד המשמש חדר גבס ואחסון ציוד; שני חדרי ניתוח גניקולוגיים; שלושה חדרי ניתוח באשפוז יום. בראשית שנת 1989 הופעלו רק חמישה מתשעת חדרי הניתוח הכלליים (בסוף שנת 1988 הופעלו רק ארבעה חדרים), חדר אחד לניתוחים גניקולוגיים, וחדר וחצי לניתוחים באשפוז יום. החדרים הופעלו רק חמישה ימים בשבוע, משמרת אחת בלבד בכל יום. הועלה, כי היו איחורים רבים בשעת ההתחלה של הניתוחים בראשית היום, הייתה שעת אפס להתחלת הניתוחים האחרונים, ובין ניתוח לניתוח היתה הפסקה ארוכה.

תופעה זו, של ניצול לא יעיל של חדרי הניתוח, בולטת במידה זו או אחרת בכל בתי החולים הציבוריים בארץ. מבקר המדינה עמד על התופעה בדוחות רבים שפירסם, על בדיקות שערך בבתי חולים ממשלתיים וכן בדו"ח על הביקורת בביה"ח קפלן שבבעלות קופה"ח הכללית, ובאחרונה חזר על התופעה בהרחבה בדו"ח שנתי 38 וכן בדו"ח על הביקורת בביה"ח בילינסון*.

2. מבקר קופ"ח, שבדק את הפעלת מערך חדרי הניתוח בבתי החולים של הקופה הצביע גם הוא על ניצולם הנמוך. במסגרת הבדיקה עשה השוואה בין שעות ההפעלה בפועל של חדרי הניתוח שהיו בשימוש לבין שעות ההפעלה האפשריות של כל חדרי הניתוח שבבית החולים, במסגרת שעות העבודה שהיו מקובלות (כלומר חמישה ימי ניתוחים אלקטיביים במשמרת בוקר של שבע שעות). אשר לביה"ח מאיר, קבע מבקר הקופה, במאי 1987: "ניצול חדרי הניתוח הכלליים של בית החולים, בממוצע, הסתכם בכ-56%; ניצול חדרי הניתוח הגניקולוגיים הגיע ל-69%; חדרי הניתוח שהוכשרו לביצוע ניתוחים במסגרת אשפוז יום - לא פעלו".

כלומר, גם בתכנית העבודה כפי שהופעלה נוצלו חדרי הניתוח הכלליים רק כמחצית מהשעות וחדרי הניתוח הגניקולוגיים - רק כשני שלישים מהשעות.

* בעניין זה ראה בדו"ח שנתי 38 של מבקר המדינה, (עמ' 192 ו-200) וכן בדו"ח על הביקורת בבית החולים בילינסון, שניתן באפריל 1989 (עמ' 22).

באותה עת המתינו לניתוחים חולים רבים, התורים לניתוחים היו ארוכים והשתרעו על פני חודשים רבים.

הנושא נדון בישיבה ביולי אותה שנה בלשכת היו"ר של הקופה, והוחלט: "דו"ח מבקר קופ"ח בנדון מחייב תיקון לאלתר".

בעקבות סדרת הבדיקות שערך מבקר הקופה במערך חדרי הניתוח של בתי החולים של הקופה מינה יו"ר הקופה ועדה, בראשותו של סמנכ"ל וראש חטיבת הרפואה, כדי לבדוק ולהמליץ על דרכים לשיפור המצב. הוועדה סיימה את עבודתה בתחילת 1988. הוועדה המנהלת של הקופה, אמצה את הדו"ח אולם יישום המלצות הדוח נדחה עקב העיצומים שנקטו המרדימים בחדרי הניתוח.

באוגוסט 1988 הורה יו"ר הוועדה "לגשת ללא דיחוי לעבודה יסודית עם הנהלות בתי החולים... על מנת ליישם את דו"ח הוועדה עד לפרט האחרון".

3. מבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בבית החולים, במאי 1989, עולה, שרמת הפעילות בחדרי הניתוח הכלליים נשארה כמעט ללא שינוי, וכי בחדרי הניתוח הגניקולוגיים היא אף ירדה בשיעור משמעותי: בחדרי הניתוח הכלליים בוצעו בחודשים ינואר - מארס 1989, 1,659 ניתוחים, לעומת 1,696 בתקופה המקבילה ב-1987 וב-1,710 ב-1986, ירידה של כ-2% וכ-3% בהתאמה; ובחדרי הניתוח הגניקולוגיים בוצעו באותם חודשים ב-1989, 818 ניתוחים, לעומת 1,020 בתקופה המקבילה ב-1987 ו-945 ב-1986, ירידה של כ-20% וב-13%, בהתאמה.

עקב הניצול הלא יעיל של חדרי הניתוח, ניכרת תופעה של הצטברות תורים ארוכים של חולים רבים הממתינים במשך חודשים ואף שנים לניתוחים אלקטיביים. ההמתנה הממושכת גורמת סבל רב לחולים, ולחלקם היא אף עלולה לגרום נזק חסר תקנה.

הפעלת אשפוז יום כירורגי

בשנת 1986 העביר משרד הבריאות לכל הנהלות בתי החולים הכלליים בארץ רשימה של פעולות וניתוחים שאפשר לבצע במסגרת של אשפוז יום כירורגי. ברשימה נקובים עשרות סוגים של ניתוחים שגרתיים, כגון ירוד ושבר, שאפשר לבצעם כטיפולים אמבולטוריים. בישיבה שהתקיימה ביוני 1987 בלשכת היו"ר של קופ"ח, בהשתתפות הנהלת ביה"ח מאיר, הוחלט שתוך חודש ימים יופעל

אשפוז יום כירורגי רב מקצועי, ולמטרה זו יפונה השטח הנתפש ע"י הדיאליזה. בישיבה שהתקיימה חודש אחר כך הוחלט להפעיל לאלתר אשפוז יום כירורגי.

לפי נתוני בית החולים, ביולי 1987 החלו לבצע סוגים אחדים של ניתוחים באשפוז יום בחדרי הניתוח המיוחדים שהוכשרו לשם כך (חדרי הניתוח לשעת חירום) ובוצעו כמה עשרות ניתוחים (50 - 120) בכל חודש; בחודשים מאי - ספטמבר 1988 לא בוצעו ניתוחים במסגרת אשפוז יום בשל עיצומי הרופאים; מאוקטובר אותה שנה, לאחר שהופסקו העיצומים, שבו לנתח. בשנת 1989 בוצעו 1,450 ניתוחים.

עד מועד סיכום הביקורת, אוקטובר 1989, מבין שלושת חדרי הניתוח באשפוז יום הופעלו רק חדר וחצי, לפי הסברי הקופה - בשל מחסור בכוח אדם; בחדר השלישי לא היה ציוד כלל; היחידה לדיאליזה טרם הועברה למקום אחר, אף שלדעת הנהלת ביה"ח פינוי המקום והסבתו לחדר ניתוח באשפוז יום יביא לקופה בכלל ולביה"ח בפרט חיסכון שיכסה את ההוצאה הגדולה הכרוכה בכנת מקום חדש לדיאליזה. במאי 1990 עדיין הופעלו רק חדר וחצי. אולם הנהלת בית החולים מסרה, כי בעקבות תרומה שנתקבלה הוחל בבניית מחלקה נפרולוגית, ולאחר השלמתה ניתן יהיה להרחיב את השטח של אשפוז יום.

סוגים רבים של ניתוחים שאפשר היה לבצע באשפוז יום מבוצעים בחדרי הניתוח הרגילים והמנותחים מועברים למחלקות לאשפוז מלא. בנסיבות אלו, מנותחים מאושפזים שלא לצורך, ולביה"ח ולקופה נגרמות הוצאות מיותרות. אילו היו מבצעים ניתוחים רבים יותר באשפוז יום, אפשר היה לצמצם את מספר הממתינים ואת התורים לאותם סוגי ניתוחים, ולבצע בחדרי הניתוח הרגילים יותר ניתוחים מסובכים שדורשים אשפוז מלא. ממילא היה פוחת מספר הממתינים בתור גם לניתוחים אלה. במאי 1990 מסרה הנהלת בית החולים כי היא מתארגנת בכוון זה.

מכוני הרנטגן

בבית החולים מכון רנטגן ראשי ובו עשרה חדרים, ומכון מרפאתי, ובו ארבעה חדרים. לשני המכונים צוות עובדים משותף; לפי נתוני מחלקת כוח האדם של בית החולים מנה הצוות, בינואר 1989, רופאים בתשע משרות, טכנאי רנטגן ב-25.5 משרות, ואנשי מינהל ב-12 משרות.

המכון הראשי משרת בעיקר את מחלקות האשפוז של בית החולים ומבצע גם בדיקות מסוימות לחברי הקופה במחוז, בייחוד אחרי שעות העבודה הרגילות. המכון המרפאתי משרת, בשעות העבודה הרגילות, את חדר המיון, את מרפאות החוץ של בית החולים וכן את מחוז השרון. אחרי שעות העבודה הרגילות יש בו תורנות של רופא וטכנאי למקרים דחופים שנשלחים מחדר המיון וממחלקות האשפוז.

חדר ההמתנה, המשמש את כל הנזקקים למכון המרפאתי, צר מלהכיל את כל הנמצאים בו. בדבר חמור במיוחד כאשר מגיעים מחדר המיון חולים על גבי מיטות וממתנים יחד עם כל שאר הפונים. צפיפות קשה נוצרת גם כאשר רופאי המרפאה האורטופדית שולחים את מטופליהם לביצוע צילומים, ואז מגיעים עשרות חולים בפרק זמן קצר.

בשנת 1988 בוצעו במכון הראשי כ-32,000 בדיקות לכ-22,000 חולים, ובמכון המרפאתי כ-92,000 בדיקות לכ-68,000 חולים. בשנת 1989 בוצעו במכון הראשי כ-62,000 בדיקות לכ-42,000 חולי ובמכון המרפאתי כ-95,000 בדיקות לכ-69,000 חולים.

תורים לביצוע צילומים

1. בדיקת יומן התורים לביצוע צילומים במכון הראשי, שנערכה בדצמבר 1988, העלתה, שרוב סוגי הבדיקות והצילומים השכיחים מבוצעים בתוך זמן קצר: צילומי עצמות - בו ביום, ואחרים - בתוך ימים אחדים. התור לבדיקות על קוליות (אולטרה - סאונד), לא דחופות, הוא שבוע אחד. האחראית על המשרד הסבירה, כי אין קובעים תורים ליום העבודה כולו, כדי לשבץ בכל יום גם חולים אחדים המוגדרים דחופים.

חלק מהבדיקות, בעיקר המורכבות שבהן, נעשות לפי מכסה ובזמנים שנקבעו בין הנהלת המחוז לבית החולים. חולים רבים מהמחוז לא באו לבית החולים במועד שנקבע להם לביצוע הבדיקה; לפי רישומי מכון הרנטגן, שיעור החולים שלא התייצבו לבדיקות היה כ-50%.

התברר ששיטת קביעת התור לחולים מהמחוז הייתה מסורבלת וארוכה, ופרק הזמן שעבר מהיום שהרופא המטפל הזמין את הבדיקה עד למועד שנקבע לביצועה היה ממושך, והגיע עד חודש ימים. משרד מבקר המדינה העיר לקופה, שעליה לתת את דעתה על כך.

בבדיקת המעקב שנערכה במאי 1990 הועלה שהונהגה שיטה חדשה לקביעת התור לחולים מהמחוז, פרק הזמן קוצר והתייצבות החולים לבדיקות כמעט מלאה.

2. לביצוע בדיקות וצילומים מנפיק בית החולים הזמנות. על הזמנה לחולה מאושפז, חייב ביה"ח להדביק מדבקה ועליה מודפסים כל פרטי החולה; הזמנה לחולה המטופל במרפאות חייבת לשאת את חותמת מרפאת החוץ. המדבקה או החותמת מהווים אישור לכיסוי הכספי לביצוע הצילום.

בבדיקה שנערכה בנובמבר 1988 הועלה, שכרבע מכלל הטפסים שנבדקו לא נשאו מדבקה ואת חותמת המרפאה. משרד מבקר המדינה העיר, כי הדבר פותח פתח לביצוע בדיקות לחולים שאינם מטופלים במסגרת המקובלת בבית החולים. לפיכך, על הנהלת בית החולים לוודא שבכל טופס הזמנה לבדיקה יהיו פרטים שמאפשרים את זכאות החולה לקבל את הטיפול.

3. לעתים קרובות מתעכבת החזרת חולים מאושפזים מהמכון הראשי למחלקות, וחולים ממשיכים לשהות במכון על גבי אלונקה או בכסא גלגלים, זמן ממושך לאחר שבוצע להם הצילום. הדבר גורם לחולים סבל רב, בייחוד לחולים במחלות קשות, מהם קשישים. היו גם עיכובים בהבאת חולים אל המכון הראשי ולדברי מנהל המכון גרם הדבר, לאי ניצול יעיל של הציוד במכון.

הטיפול בתוצאות הצילומים

1. בבדיקה שנערכה ב-15.12.88, נמצאו במכון הראשי 319 תיקים של חולים משמונה מחלקות שחסרו בהם צילומים. לדברי האחראית על המשרד, נעשו הצילומים מאמצע חודש אוקטובר ואילך, ובדרך כלל הם נלקחו בידי רופאים מהמחלקות מיד לאחר הפיתוח, עוד לפני שרופא הרנטגן רשם את האבחנה;

התיקים יישארו במשרד המכון חודש - חודשיים, ואז יועברו לארכיון הרנטגן, גם אם לא הוחזרו הצילומים. ואכן, באותו יום, 15.12.88, הועברו לארכיון 25 תיקים אחרים בלי הצילומים ובחמישה מהם גם לא הייתה אבחנת הרנטגנולוג. במשרד אין רישום של תיקים אלה. לכן אין מידע לאלו חולים חסרים צילומים ומי הרופא שלקח אותם. הקופה הודיעה, שהיא תפעל כדי להבטיח שהצילומים יוחזרו למכון הרנטגן מייד בתום האשפוז, שתינתן בכל מקרה תשובה של רנטגנולוג ושיוקפד על רישום תנועת הצילומים. אולם בבדיקה נוספת באוקטובר 1989 הועלה, שעדיין צילומים רבים אינם מוחזרים למכון מיד עם תום האשפוז וכי אין רישום על תנועת הצילומים. בעניין מתן התשובה של הרנטגנולוג יש שיפור.

עוד נמצאו במכון הראשי 25 תיקי צילומים של חולים ממחלקות פנימיות שהאבחנות בהם כבר נרשמו - רובן ביום ביצוע הצילום - ואף שעבר זמן רב מאז רישום האבחנה (שבוע - חודשיים) הן טרם הודפסו. משרד מבקר המדינה העיר, שאף אם האבחנות כבר ידועות לרופא המטפל יש לזרז את הדפסתן כדי שהטיפול בחולה ינתן לפיהן, והעתק האבחנה יש להכניס לתיק החולה סמוך למועד ביצוע הצילום.

אשר לחולים שנשלחו מהמרפאות, עבר לעתים זמן רב מביצוע הצילום ועד שהתוצאה הגיעה לידי הרופא השולח, אפילו כאשר הועלו בו ממצאים שדרשו דיון או טיפול. עוד נמצא, שרבים מטופסי התוצאות המודפסים לא נשאו חתימה של רופא. באף אחד מהטפסים שנבדקו לא צוין תאריך הדפסת האבחנה או כתיבתה, אלא רק תאריך ביצוע הצילום.

2. ביוני 1987 פנתה חברת הקופה לנציב תלונות הציבור בעניין צילום שבוצע בבית חולים אחר של הקופה, והתלוננה שעבר זמן ממושך (שלושה שבועות) עד שתוצאות הצילום הגיעו אל הרופא המטפל, אף שהתגלה ממצא שדרש טיפול דחוף.

בעקבות זאת הודיעה הקופה לנציב תלונות הציבור, כי הנהיגה שיפורים בנהלים במכון הרנטגן של אותו בית חולים, כדלקמן: ביום ביצוע הבדיקה ירשם מספר הטלפון של החולה, כדי לאפשר השלמת הבדיקה במהירות, במידה וימצא צורך בכך; התשובה תינתן על ידי הרופאים בתוך 24-48 שעות, לרבות הדפסה; התשובה תישלח בדואר, אך החולה יוכל לקבל את התשובה ביד, אם יבוא עם מכתב הפניה מהרופא המטפל המאשר זאת.

משרד מבקר המדינה בדק ב-29.11.88 אם הונהגו שיפורים דומים גם בבית החולים מאיר; נבדקו 55 תשובות שהיו ביום הביקורת מוכנות למשלוח למחוז, ונבדק כמה זמן עבר מאז בוצעו הצילומים. נמצא, שרק כרבע מכלל התשובות ניתנו בתוך 24 - 48 שעות, היתר נמסרו לאחר זמן ממושך יותר, לעתים אף כשבועיים. עוד הועלה, שלא הונהג סידור למסירת תשובות לידי החולה.

משרד מבקר המדינה העיר לקופה, כי עליה להנהיג הסדרים יעילים בכל מכוני הרנטגן שלה ולהביא לשיפור במתן השירות. הקופה השיבה, כי תפעל להדפסת התשובות בלי דיחוי, רצוי שמיד עם תום הבדיקה יקבל החולה את התשובה לידי, אף אם אינה מודפסת. בבדיקה נוספת, שנערכה באוקטובר 1989, הועלה שחל שיפור. רוב התשובות למחוז מוכנות בתוך יומיים - שלושה, אך הן אינן מודפסות. שליח המחוז מגיע מדי יום לקחת אותן. אם החולה מגיע עם בקשה כתובה מהרופא המפנה הוא מקבל את התשובה לידי.

ארכיון הרנטגן

ארכיון הרנטגן העיקרי נמצא בבניין החדש של משרדי ההנהלה ומחלקות הנשים, באגף שבנייתו טרם הושלמה; צנרת המים והביוב של הבניין מרוכזת בכניסה, ובמקום מותקנים מזגני אוויר חיצוניים של משרדי ההנהלה. הגישה אינה נוחה והעובדים מתלוננים על הימצאות חולדות ועכברים. בשטח הארכיון הותקן רק הצידוד המזערי שהוא הכרחי לעבודה במקום, אך תנאי העבודה קשים מאוד. בארכיון רצפת בטון, הקירות והתקרה חסרי טיח, וצנרת החשמל גלויה על הקירות והתקרה.

נסיבות אלו מקשות אף על פעולה פשוטה של הוצאת תיק מהארכיון. זאת ועוד, הארכיון מרוחק ממרפאות החוץ, וחולי המרפאות שנזקקים לו צריכים לכתת את רגליהם עד לשם. נתקבלו גם תלונות ש"הכניסה חשוכה ושהולכים לאיבוד בין המדפים". בבדיקת המעקב שנערכה במאי 1990 הועלה שאין שינוי.

הגנה מפני קרינה

תקנות הבטיחות בעבודה (עוסקים בקרינה מיננט), התשמ"א - 1981, קובעות שעובד לא יועסק בעבודה שבה הוא עלול להיחשף לקרינה מעל מנת הסף,

* מנת הסף - מנת קרינה שנתית שלעובד מותר להיחשף לה, מבלי לחשוש שייגרם לו נזק.

אלא עם עבר, לפני התחלת עבודתו, בדיקה רפואית אצל רופא מורשה. על העובד לעבור גם בדיקות תקופתיות, כאמור בתוספת השנייה לתקנות, בהתאם לסוג העבודה ולשיקוליו של הרופא המורשה, ובלבד שהתקופה בין הבדיקות לא תעלה על שנתיים. כמו כן עליו לעבור בדיקות רפואיות נוספות, בהתאם לנסיבות, לפי קביעת הרופא המורשה. על הרופא המורשה העורך את הבדיקה להיות רופא של שירות רפואי מוסמך שהורשה לעניין תקנות אלה על ידי שר העבודה והרווחה, בהסכמת שר הבריאות.

בעת הביקורת הועלה, כי בתחילת שנת 1988 עברו את הבדיקות 39 עובדים בסמוך לדרישה לבצען, 7 עובדים רק לאחר דרישות חוזרות של טכנאי הרנטגן הראשי ושל הנהלת בית החולים, 5 עובדים - כולם רופאים - לא עברו בדיקות אף שהנהלת בית החולים דרשה מהם לעשות כן, ועד ליום הביקורת החוזרת, באוקטובר 1989, אף לא היה להם פנקס בריאות. במאי 1990 מסר נאמן הבטיחות למשרד מבקר המדינה כי עשרה מעובדי מכוני הרנטגן טרם עברו את הבדיקות התקופתיות הנדרשות.

עוד הועלה, שבבית החולים אין משתמשים בטופס הדרוש, על פי הוראת משרד הבריאות, בעת ביצוע בדיקות רנטגן לנשים בגיל הפוריות על מנת לוודא אם הן בהריון, ולנקוט באמצעי הגנה מתאימים בעת ביצוע הבדיקות

מכשירי הרנטגן

1. מכשירי הרנטגן בבית החולים ישנים, מהם אף ישנים מאד, בני קרוב ל-30 שנה. מקצתם עובדים בתפוקה וביעילות נמוכות. ב-13.12.88 פנה מנהל ביה"ח למרכז הקופה בבקשה להחלפת חדר שיקופים בן 18 שנה במכון המרפאתי. מהנדס היחידה להנדסה רפואית קבע שהחדר מתפקד בסבירות, אך אין להשוות את איכות התמונה ונוחות ההפעלה שלו לאלה של חדרי שיקוף חדשים. לדבריו, אופי מערכת השיקוף פוגע באיכות התמונה ובמקרים מסוימים הוא גורם לקרינה גבוהה מדי או נמוכה מדי; ומצלמת הטלוויזיה, שהוחלפה לא מכבר, נמצאה בעייתית ויש להחליפה שוב. בבדיקת המעקב, שנערכה במאי 1990, הועלה שהוזמן ציוד חדש.

2. לרשות ביה"ח עומד רק מכשיר הדמיה (אולטרה-סאונד) אחד לבדיקות על קוליות, והוא אינו מספק את הצרכים, במיוחד לגבי בדיקות דחופות לחולים מאושפדים. בגלל העומס המוטל עליו, והתקלות הרבות בתפעולו, מתעכבים אבחונים וטיפולים בחולים. מטעם זה, ביקש מנהל המחלקה האורולוגית

מהנהלת ביה"ח, עוד בנובמבר 1987, לאפשר לו לקבל שירותי הדמיה מחוץ לביה"ח. ביולי 1988 הודיע מנהל מחלקת הרנטגן להנהלת ביה"ח על הצורך לרכוש מכשיר נוסף לביה"ח; הוא ציין, כי נודע לו באקראי על רכישת מכשיר הדמיה למחלקת נשים ויולדות בלי תיאום עמו, על אף הצורך הדחוף במכשיר נוסף שישרת את כל המחלקות בבית החולים. בעקבות הביקורת, הוזמן מכשיר הדמיה חדש, והופעל החל מיולי 1989.

לדברי מנהל היחידה לטיפול נמרץ, בגלל העדר מכשיר הדמיה נייד בבית החולים והסיכון שבטלטול החולה אל מכון הרנטגן, אין מבצעים, לעתים, לחולה מיחידתו בדיקה נחוצה. אם ביצוע הבדיקה הכרחי מלווה את החולה צוות מהיחידה, והחולה מחובר למכשירים, לאינפוזיות ולמכשיר הנשמה המופעל ידנית בידי אחד המלווים. בבדיקת המעקב, שנערכה במאי 1990, מסר מנהל היחידה כי אין שינוי.

בדיקות בסורק ממוחשב (C.T)

1. בבית החולים אין סורק ממוחשב (C.T). חולים מאושפדים הזקוקים לבדיקה בסורק נשלחים לבצעה מחוץ לבית החולים; רובם נשלחים למכון מור שבבעלות הקופה, מיעוטם - לבית חולים פרטי ולבי"ח בילינסון.

התשלום בעד הבדיקות במכון מור מבוצע באמצעות מרכז הקופה; הקופה מקצה לבית החולים מיכסת בדיקות שמותר לו לעשות במכון: 100 נבדקים בחודש על בסיס תחשיב של שתי בדיקות לנבדק. אולם בפועל בוצעו לחלק מהחולים יותר משתי בדיקות והמכסה נגמרה עוד בטרם נשלחו 100 חולים, ולפיכך שיעור החולים שנשלחו לבדיקות במכון מור היה קטן בכ-10% - 20% מהמכסה, למרות שגם המכסה לא ענתה על הצרכים, והדרישה לבדיקות עלתה עליה.

בשנת 1987 נאלצו חולים שהיו מאושפדים בביה"ח להמתין זמן ממושך עד לביצוע הבדיקות במכון מור. בעניין זה כתב מנהל מכון הרנטגן בבית החולים להנהלת בית החולים ב-7.7.87 וב-23.7.87, שיש להמתין לבדיקת C.T גוף שלושה שבועות ול-C.T ראש - חמישה שבועות, וכי במקרים כאלה אי אפשר לטפל כראוי בחולים, לא לסיים את הטיפול ולא לשחרר את החולים. בשל כך מאושפדים חולים זמן ממושך שלא לצורך וסובלים סבל מיותר. כמה מן החולים סבלו נזק כתוצאה מהמתנה ממושכת לבדיקה, כעולה מהדוגמאות הבאות:

(א) ב-22.2.87 כתב מנהל מחלקה פנימית א' להנהלת בית החולים בעניין חולה שאושפד עם חום גבוה וכאבי בטן. היה חשש שהוא סבל ממורסה בכבד, ולצורך אבחון מדויק ביקשו רופאי המחלקה לערוך לו בדיקת C.T. המועד המוקדם ביותר שניתן היה לבצע את הבדיקה היה כעבור שבוע. לכן החליטו רופאי המחלקה לנתח את החולה, אף שלא הייתה אבחנה מדויקת. בניתוח אכן נמצאה מורסה. במקרה זה, לדעת מנהל המחלקה, "הייתה כאן מצדנו ומצד הכירורגים נטילת סיכון מיותרת לנוכח האפשרות להגיע לאבחנה מדויקת טרום ניתוחית".

(ב) באותו תאריך כתב מנהל המחלקה גם בעניין חולה אחר שאושפד עם חום גבוה, בלבול ושיתוק בפלג גופו הימני. המחלקה ביקשה לבצע בדיקת C.T דחופה בתוך 24 שעות, אך לא נענתה. מנהל המחלקה ציין, שעקב כך אין בידי "כל דרך לדעת מה הייתה האבחנה האמיתית" וכי "לדעת כל הרופאים,

הנסיבות חייבו ביצוע בדיקת C.T אך זו לא הייתה בהישג יד". עוד כתב מנהל המחלקה: "אני מעלה דברים אלה כי להבהיר כי התשובה הרשמית שאנו מקבלים כי אמנם אין מכשיר בבית החולים אך הבדיקות זמינות איננה נכונה. אי אפשר כיום לאבחן ולטפל בחולים ללא טומוגרף ממחושב צמוד. בסופו של דבר השימוש בהדמיה מתקדמת מקל, מחיש, מסייע לדיוק ואף מוזיל את הטיפול בחולים (בוודאי הוא מאפשר אשפוז קצר יותר וטיפול בחולים רבים יותר)".

(ג) במכתב מיום 11.8.87 להנהלת בית החולים, כתב אותו מנהל מחלקה על חולה שהיה חשש שיש לו גידול. עוד ב-8.7.87 ביקשה המחלקה לעשות לו בדיקת C.T, אך הבדיקה בוצעה רק ב-6.8.87, כלומר כעבור חודש, ואכן נמצא שהחולה סובל מגידול. המנהל הוסיף, כי בדיקות C.T מבוצעות כה מאוחר עד "שלעתיים נגרם לחולים נזק ממשי עקב ההמתנה".

2. בשנת 1988 חרג ביה"ח ממכסת הבדיקות שהוקצו לו במכון מור, והיו חולים שנוקדו בבדיקות ולא ניתן היה לבצע אותן, דבר שהקשה על מן טיפול נאות לחולים הללו, כמפורט להלן:

ב-12.4.88 כתב מנכ"ל מכון מור לביה"ח שהוא חרג מהמכסה השנתית ב-66 בדיקות, וכי על פי הנחיות שפרסמה גזברות הקופה יאלץ המכון שלא לבצע בדיקות C.T "עד לאיזון מכסה"; המכון ביקש מביה"ח להקטין את מספר ההפניות לביצוע הבדיקות, או לחילופין לדאוג להעברה מידית של תמורה כספית בעד החריגה. בעקבות זאת, הגדיל מרכז הקופה את המכסה ל-230 בדיקות בחודש מיוני אותה שנה ואילך, ואולם בארבעת החודשים מאי - אוגוסט בוצעו 262, 344, 279, ו-250 בדיקות, בהתאמה, דהיינו גם אז הייתה חריגה ניכרת מהמכסה. ב-15.6.88 התריע מנכ"ל מכון מור על חריגה שהגיעה ל-231 בדיקות. ב-5.8.88 הוא הודיע, שהחריגה כבר הגיעה ל-263 בדיקות, ומאחר שלא נמצא פתרון לכיסוי ההוצאה יידחו הנבדקים שבית החולים מפנה.

בחודשים מאי ויוני אותה שנה פנתה הנהלת בית החולים להנהלת המחוז, ולכל הרופאים בבית החולים וביקשה לצמצם את המספר של בדיקות C.T שמבוצעות במסגרת האשפוז ולבצען במסגרת אמבולטורית דרך המחוז, שכן התברר, שחולים אמבולטוריים, שהרופאים הנורולוגיים המליצו לעשות להם בדיקות C.T במכון מור, הופנו לביה"ח לאשפוז כדי שיעשו את הבדיקות במסגרת האשפוז. עקב כך מימנה הקופה אשפוז מיותר. לדעת הנהלת בית החולים, גם חולים שאושפזו במחלקה הנורולוגית היו יכולים לבצע את

הבדיקות במסגרת אמבולטורית; ב-26.6.88 שלחה הנהלת בית החולים לכל הרופאים בבית החולים מכתב ובו דרישה לבצע בדיקות לא דחופות באופן אמבולטורי, ולא להיכנע ללחצה של הנהלת המחוז לאשפז חולים רק לצורך הבדיקה. במכתב הוסבר, כי אם בית החולים יעבור את המכסה החודשית, הוא לא יורשה לשלוח חולים לבדיקה במכון, אף אם היא דחופה.

הואיל והמצב לא השתפר שיפור של ממש, הורה מנהל בית החולים ב-9.8.88, למנהלי המחלקות, שלא להפנות עוד חולים לבדיקת C.T, ובמקרים דחופים לבקש את אישור ההנהלה. יצוין, שעד אז שלחה המחלקה הנורולוגית את חוליה ישירות לביצוע בדיקת C.T ומחלקות אחרות העבירו את בקשותיהן לאישור מנהל מכון הרנטגן. חודש לאחר מכן (ספטמבר) בוצעו רק 93 בדיקות - כ-30% ממספר הבדיקות שבוצעו בחודשים קודמים.

על רקע זה כתבה מנהלת המחלקה הנורולוגית ב-30.8.88 להנהלת בית החולים, שכמעט יום יום נוצרות תקלות בקשר לביצוע בדיקות C.T לחולים שיש חשש שהם סובלים מגידול. במכתבה ציינה בדיקה שבוצעה רק לאחר ששיכנעה את מנכ"ל מכון מור בחשיבותה, ואכן נתגלה גידול אצל החולה; גם בדיקה שנעשתה לחולה אחר גילתה גידול ואת שניהם היה צורך לנתח.

בחודשים ספטמבר ונובמבר אותה שנה פנתה הנהלת בית החולים אל הנהלת הקופה והתריעה על חומרת המצב. ההנהלה ביקשה למחוק את חוב ביה"ח, להגדיל את מכסת הבדיקות ולפעול במהירות להצבת מכשיר C.T בבית החולים. הנהלת בית החולים ציינה כי העמדת מכשיר כזה לרשות בית החולים גם תעלה את רמת השירות הרפואי והמקצועי. היא הסבירה כי אם יוצב בבית החולים מכשיר C.T, הוא יספק, מלבד את צרכי ביה"ח ומחוז השרון, גם גורמים אחרים באזור, כגון מחוז חפר ובתי החולים לוינסטיין ושלוותא.

*

משרד מבקר המדינה העיר להנהלת הקופה שעליה לדאוג להסדרים מתאימים שיבטיחו שכל החולים הזקוקים לבדיקה בסורק ממוחשב יוכלו לבצע אותה.

באוגוסט 1989 הודיעה הקופה למשרד מבקר המדינה, כי הנהלת בית החולים מאיר, בסיוע אגודת ידידי בית החולים, תרכוש מכשיר C.T. הפעלת המכשיר אושרה ע"י מנכ"ל משרד הבריאות, והקופה החלה בתכנון מיקומו. בביקורת המעקב הועלה שהמכשיר הוזמן.

המכון לרפואה גרעינית

בבית החולים מכון לרפואה גרעינית (להלן: המכון). נבדקים בו חולים שהועלה לגביהם חשש לתהליכים גידוליים. מטופלים בו חולים שבגופם נמצאו תהליכים כאלה. עוד מבצעים במכון בדיקות לב גרעיניות. החולים מופנים למכון על ידי מחלקות בית החולים ומרפאותיו, רוב המרפאות של מחוז השרון וכמה מהמרפאות של מחוז חפר-שומרון.

על פי נתוני בית החולים, גדלה פעילות המכון מ-200 בדיקות בחודש, בעת הקמתו ב-1979, לכ-1,000 בדיקות בחודש בשנים האחרונות. השוואה בין פעילות המכון, על פי נתוני הקופה, לבין פעילותם של מכונים גרעיניים, המצויים בבתי חולים אחרים של הקופה, מעלה, שפעילות המכון היא הגבוהה ביותר, יחסית לכוח האדם העובד בו ולצידוד המצוי בו.

בעת הביקורת ביצע המכון 11 סוגי בדיקות. בעניין הבדיקות שהמכון אינו מבצע כתב מנהל המכון, בינואר 1989, שנמנע מהחולים לקבל את כל השירות שהרפואה הגרעינית יכולה לספק, מה שמאריך את משך האבחון והאשפוז ומגדיל את השימוש בבדיקות אבחנתיות יקרות יותר מחוץ לבית החולים.

במכון מועסקים שני רופאים ושני טכנאים. טכנאי אחד עוסק בתחום הקרדיולוגיה הגרעינית ואחר עוסק בבדיקות הדמיה לאיברי הגוף השונים. העדרות של אחד מהם מסיבה כלשהי משביתה את השירות שהוא מופקד עליו.

הסדרים מנהליים

1. את טופסי ההפניה לביצוע בדיקות ממין מנהל המכון לפחות פעמיים בשבוע. הוא הקובע אם החולה ייבדק לאלתר, בעדיפות שנייה או בעדיפות שלישית, וכן אם הבדיקה תיערך בשעות העבודה הרגילות או במסגרת "ססיות" בשעות אחר הצהריים. אין רושמים במכון את תאריך קבלת ההפניה וגם לא את התאריך שבו נקבעה דרגת הדחיפות של הבדיקה. לכן אין אפשרות לדעת כמה זמן עבר מיום קבלת ההפניה או קביעת מועד התור ועד לביצוע הבדיקה. בדיקות קרדיולוגיות נקבעות בידי רופאי מכון הלב.

2. בעת הביקורת, אפריל 1989, המתינו 542 חולים לביצוע בדיקות במכון, ולרובם כבר נקבע מועד לביצוע הבדיקה. משרד מבקר המדינה בדק כמה זמן היה על החולים, שהופנו למכון באותו חודש, להמתין עד לבדיקה.

הועלה, שלרבים מסוגי הבדיקות היה על החולים להמתין לפחות 25 ימים; לסוגים אחדים 55 ימים; לסוג אחד של בדיקות כליות אף 115 ימים. אמנם מקרים שהוגדרו דחופים טופלו בתוך יום עד שלושה ימים. אולם, גם הבדיקות האחרות, שנועדו לבחון האם מתפתחים בגוף החולה תהליכים גידוליים הן לפי טיבן דחופות, גם אם לא הוגדרו ככאלה, ולא יעלה על הדעת שחולים ייאלצו להמתין תקופות כה ממושכות עד לביצוען. משרד מבקר המדינה העמיד את הנהלת הקופה על הצורך בקיצור תקופות ההמתנה לאלתר.

בבדיקה חוזרת שנערכה באוקטובר 1989 הועלה שהוחל בהפעלת המכון גם במשמרת שנייה, בשעות אחה"צ, דבר שתורם לצמצום משך ההמתנה, והביא שיפור ניכר - לכל הממתינים נקבע תור וההמתנה המירבית היתה 30 יום. בבדיקת המעקב שנערכה במאי 1990 הועלה שיפור נוסף - ההמתנה המירבית למרבית הבדיקות צומצמה ל-14 יום.

קרינה מחומרים רדיואקטיביים

1. חלק מהחולים מטופלים בחומרים רדיואקטיביים המוזרקים לגופם במטרה לעכב את התפתחות הגידול או להרסו. חומרים אלה פולטים קרינה שיכולה לגרום נזקים לבני אדם הנחשפים לה (הצוות הרפואי, בני משפחה ואחרים השוהים ליד החולים). בחומרים רדיואקטיביים יש לנהוג לפי כללים והוראות שפורטו בחוקים, בתקנות, בצווים ובהוראות מינהליות. ביקורות קרינה נעשות על ידי המרכז למחקר גרעיני שבנחל שורק (להלן המרכז).

על פי תקנות הרוקחים (יסודות רדיואקטיביים ומוצריהם), התש"ם - 1980, על עוסק בחומרים רדיואקטיביים לקבל היתר מטעם משרד הבריאות לעסוק בחומרים הרדיואקטיביים שפורטו בנספח להיתר. בעת הביקורת למכון היה היתר שתוקפו עד 21.3.90. תוקף ההיתר הוארך עד יוני 1991. על פי ההיתר, האחראי על בטיחות הקרינה הוא, מנהל המכון, ובהעדרו - ממלא מקומו.

בבדיקה שערך משרד מבקר המדינה, במכון, ביום 3.4.89, יחד עם מנהל המכון, נמצא, שכמה מההוראות לא קוימו במלואן. למשל, בניגוד להוראות משרד הבריאות מיום 9.4.86, לא היו במכון חדרי שירותים מיוחדים לסילוק הפרשות של אנשים שעברו אבחון בחומר רדיואקטיבי; בניגוד להוראות המרכז, לא השתמשו העובדים בכפפות להגנה; והחדר שבו מאוחסנים החומרים הרדיואקטיביים לא היה נעול, תוך הפרה של הוראת המרכז הדורשת "קופה נעולה ומסומנת לחומרים רדיואקטיביים". יצוין שבסמוך לחדר יש עוד פתח כניסה ויציאה לכיוון מרפאות החוץ, עובדה המוסיפה לנאמר נופך של חומרה.

2. בבדיקה שערך המרכז בביה"ח ב-6.3.89 הועלה, כי שלוש מעבדות (אימונולוגית, נפרולוגית וגסטרוולוגית) עבדו עם חומרים רדיואקטיביים, בלי שהיה להם היתר לכך; בהיתר שניתן לביה"ח צוינה רק המעבדה האנדוקרינית. עוד הועלה, שבשלוש המעבדות דלעיל לא היו סידורי בטיחות בסיסיים לעבודה עם חומרים רדיואקטיביים (כגון ריצוף, שילוט, ברזי רחצה); עובדי המעבדות לא קיבלו כל הדרכה בנושא זה; פסולת רדיואקטיבית נשפכה לביוב הרגיל, בלי היתר; בין החומרים הרדיואקטיביים היה סוג אחד שאינו מופיע כלל בהיתר שניתן לבית החולים.

המרכז המליץ בפני משרד הבריאות, כלהלן: תופסק העבודה עם חומרים רדיואקטיביים במעבדות אלה, עד להתארגנותם לשמירה על כל כללי הבטיחות ובמסגרת החוק; יעשה בירור למה נעשית בית החולים עבודה עם חומרים רדיואקטיביים ללא פיקוח ובלי דיווח לגוף רשמי; יעשה בירור אצל החברה שסיפקה את החומרים כיצד סופקו חומרים שאינם נקובים בהיתר ומדוע סופקו חומרים כאשר האחראי על בטיחות הקרינה אינו חתום על ההזמנה; שני היתרים שניתנו לביה"ח לעסוק בחומרים רדיואקטיביים יאוחדו, וידאגו שבביה"ח יימצאו אך ורק אחראי אחד לבטיחות קרינה וממלא מקום. משרד מבקר המדינה העיר, שנוסף על שלוש המעבדות האמורות פועלות בביה"ח עוד שתי מעבדות (מחקר פני"ג, מחקר ריאות) שעוסקות בחומרים רדיואקטיביים בלי היתר וכי על הנהלת הקופה לתת את הדעת עליהן.

3. ביוני 1989 הודיעה הקופה, כי מינתה נאמן בטיחות אחד שירכז את הנושאים המקצועיים, יתאם בין מנהלי המעבדות את ההזמנות של החומרים הרדיואקטיביים, יבצע וירשום בדיקות של כמות קרינה וידריך עובדים; עובד אחד מונה לממלא מקומו, והמינוי יקדם גם את הטיפול בסידורי הבטיחות בפועל.

בטיחות

תרגילי בטיחות

בשעת ביצוע תרגילי בטיחות שערך מהנדס הבטיחות במחלקות התגלו, במחלקה האורטופדית ובמחלקה לכירורגית ילדים, קשיים בפינוי חולים הרתוקים למיטותיהם. לא נערך רישום מפורט של העובדים שהשתתפו בתרגילים, אך סיכומי התרגילים הצביעו על השתתפות פעילה מצדם.

לעומת זאת, בתרגילים שערך מהנדס הבטיחות בחצר בית החולים, להפעלת אמצעים לכיבוי אש חיה, השתתפו רק עובדים מעטים, כמפורט להלן: בסוף שנת 1989 השתתפו בתרגילים רק 59 עובדים (מבין כ-1,800 עובדים); בסוף שנת 1988 השתתפו בהם רק 60 עובדים, בסוף שנת 1987 רק 7 עובדים. יצוין, שבמכתב מיום 23.11.88 הדגישה הנהלת בית החולים: "חובה על כל עובד לדעת להשתמש במכשירים לכיבוי אש, ועל כל האחראים החובה להפנות את העובדים לתרגילים הנערכים לכיבוי אש חיה". במכתב אוזכר מקרה שאירע בבית החולים ובו נמנע אסון הודות לעירנותו של אחד העובדים אשר הפעיל מטף כיבוי. מהנדס הבטיחות כתב בסיכומי התרגילים שנשלחו להנהלה: "מיעוט המשתתפים נבע מאדישות העובדים על אף שהופץ חוזר אישי צמוד לתלוש המשכורת ונשלחו הודעות קודמות". יוצא, אפוא, שרוב עובדי בית החולים לא השתתפו בתרגילים כדרוש, וקיים חשש כי בשעת הצורך לא יידעו העובדים להשתמש כראוי באמצעים הקיימים לכיבוי אש, כפי שאכן קרה באחד התרגילים.

תכנית בטיחות

בביה"ח קיימת, כדרוש, תכנית בטיחות, אלא שאין היא מפורטת דיה. ב-26.2.89 כתב מהנדס הבטיחות הארצי אל מהנדס הבטיחות של בית החולים בעניין זה, בין השאר: "רצוי לקבוע יעדים ברורים ולא להישאר בתחום דברים כלליים". לכן ביקש לפרט את תכנית העבודה; אך הפירוט לא הוכן. כן הורה מהנדס הבטיחות הארצי, שבעת עריכת בדיקות בטיחות יתייחסו לרשימה מפורטת של נושאים.

בבדיקות שעשו עובדי משרד מבקר המדינה, יחד עם מהנדס הבטיחות של בית החולים, בהתאם לרשימה הנ"ל, נמצאו ליקויים שלא הועלו בסיורים לאיתור מפגעים אשר מהנדס הבטיחות של בית החולים נוהג לקיים.

בטיחות אש

1. על פי חוק שירותי הכבאות, התשי"ט - 1959, על רשות הכבאות להבטיח מתן שירותי כבאות לכיבוי דליקות בתחומה למניעת דליקות או התפשטותן לתחומה או מעבר לתחומה וכן להצלת נפש ורכוש. בתקנות שירותי הכבאות (ציוד כיבוי), התשכ"ה - 1964, נקבע, כי על רשות כבאות לערוך מזמן לזמן ביקורת במוסדות ובמפעלים בתחומה, כדי לבדוק אם נעשו בהם סידורי כבאות נאותים ואם ציוד הכיבוי שברשותם מספיק ומתאים לדרישת התקנות.

לבתי חולים קיימות תקנות מיוחדות - תקנות שירותי הכבאות (ציוד כיבוי בבתי חולים), התשל"ב - 1972. התקנות קובעות, בין היתר, כי לבתי חולים עם יותר מ-300 מיטות או יותר מ-400 מועסקים רשאית רשות הכבאות לפי שיקול דעתה, וחייבת אם קבלה הוראה מאת מפקח כבאות ראשי שבמשרד הפנים, להורות בכתב על נקיטת סידורי כבאות נוספים בבית החולים, היינו מעבר לדרישות הכלולות בתקנות. בבית החולים מאיר נערכו ביקורות על ידי "איגוד ערים השרון לשירותי כבאות" (להלן: שירותי כבאות) בשנים 1982, 1984, 1986 ו-1989. בדוחות על ביצוע הביקורות נדרש בית החולים לתיקונים ולשיפורים בתחומים הקשורים לבטיחות אש. משרד מבקר המדינה העלה שרוב הדרישות לא מולאו, אף על פי שרובן היו דרישות חוזרות שהופיעו כבר בדוחות הקודמים. להלן עיקרי הדרישות שהועלו בדו"חות האחרונים: יש להתקין מדרגות נוספות באגף המערבי של בניין המינהלה שיאפשרו, בשעת חירום, מילוט מחדרי המעבדות, ממכון הרנטגן וממשרדי המינהלה. מדובר בבניין של שלוש קומות הצמוד לבניין האשפוז; במקומות אחדים בבית החולים יש להתקין דלתות ומחיצות אש; במקומות אחדים יש להתקין ברזים וגלגלונים לכיבוי אש; במקומות אחדים הציוד הקיים אינו תקין; יש להתקין תאורת חירום שתיטען ותופעל אוטומטית בכמה מקומות, בהם מסלולי המילוט בקומות השונות; יש להעביר לקומות התחתונות מחלקות שבהן חולים המרותקים למיטותיהם; יש להתקין מפוחי איוורור במקומות אחדים; במרפאות החוץ יש להתקין שלטים בולטים וברורים להכוונת היציאה, במקום הקיימים שאינם ברורים ובולטים דיים. בבדיקה של משרד מבקר המדינה נמצא כמו כן, כי במסלולי המילוט שבבניין בית הספר לאחיות ליד סולם מילוט ושרוול מילוט גם לא היו, בעת הסיור של הביקורת, שלטי הכוונה רגילים והסבר כיצד לפתוח חלונות שנתגלה קושי בפתיחתם.

יצוין, כי כבר בדו"ח משנת 1986 הדגישו שירותי הכבאות, כי "בניין האשפוז ראוי להתייחסות מיוחדת ורצינית בעיקר בנושאי אגפי אש ודרכי מילוט, מפאת

אופי המקום, גודל שטחו ואיכלוסו ע"י אנשים שברובם מוגבלים וחלקם אף רתוקים למיטות. נחטיא את המטרה ונעשה עוול לעצמנו באם לא נעביר את נושא דרכי המילוט ואגפי אש בבניין זה לראש סולם העדיפויות. רק סומא לא יבחין שהמצב הנוכחי עלול להביא להתפשטות אש מהירה במקרה של שריפה ולהקשות את החילוץ והמילוט אם בכלל". בביקורת מעקב שערך משרד מבקר המדינה, במאי 1990, הועלה שאין שינוי.

הנהלת בית החולים הסבירה למשרד מבקר המדינה, כי הדרישות של שירותי הכבאות חלות בעיקר על בניין האשפוז, שהוא בניין ישן, שנבנה עוד קודם שהותקנו תקנות שירותי כבאות. מאחר שהדרישות שהעלו שירותי הכבאות כרוכות בהוצאה כספית גדולה מאד, יזם בית החולים, בעצה אחת עם מהנדס הבטיחות, פרוייקט ליישום הדרישות השונות, אך הסכום שהוקצב לכך הוקפא.

2. בעקבות שריפה שפרצה בבית החולים הדסה בירושלים, דרש מהנדס הבטיחות הארצי ממוסדות הקופה, ב-30.11.88, בנוסף לדרישות שירותי הכבאות, לבדוק נושאים שסייעו, ככל הנראה, להתפשטות האש והעשן באותה שריפה. בבדיקה, שערך מהנדס הבטיחות בבית החולים מאיר, ב-16.12.88, הועלו ליקויים נוספים: סגירה לא יעילה בדלתות של ארובות הכביסה בבניין סטולברג ובבניין האשפוז; דלתות תריס שאינן אטומות לאש ולעשן בחדרי איסוף כביסה במחלקות האשפוז; פירים רבים המשמשים למעבר של צינורות מסוגים שונים, שאינם אטומים, כך שאש ועשן עלולים להתפשט דרכם.

בטיחות כללית

הועלו ליקויים גם בתחום הבטיחות הכללית. משרד מבקר המדינה המציא לקופה ממצאים מפורטים. להלן עיקרי הממצאים:

לעובדים רבים לא היה מידע בדבר מוקד לשעת חירום המופעל במשרד הקבלה; יומן גלאי עשן לא נוהל כהלכה; במחלקות ובחדרי הניתוח נעשה שימוש בכבלים מאריכים, חרף האיסור על כך; במחלקת הילדים מותקנים שקעי החשמל נמוך מדי; בחדרי המכונות של המעליות אין תאורת חירום; מכשירי קשר פנים (אינטרקום) במעליות לא פעלו; במחלקות לא הופעלה תאורת לילה; בחדרי שירותים במחלקות לא היו ידיות עזר; נמצאו ליקויים בחדר הדוודים המספקים קיטור לאספקת מים חמים ובמחסנים לאחסון חומרים דליקים ובמיקום בלוני חמצן.

*

מהאמור לעיל עולה, כי ביחידות שונות של בית החולים נמצאו מפגעי בטיחות רבים, בתחום הבטיחות הכללית בכלל ובתחום בטיחות אש בפרט. עד למועד סיום הביקורת הם טרם באו על תיקונם. חלקם לא תוקנו בשל המבנה הפיסי של ביה"ח, אבל ליקויים רבים אפשר היה לתקן או לשפר גם בתנאים הקיימים. משרד מבקר המדינה העיר להנהלת הקופה שעליה לדאוג שכל הליקויים שאפשר לתקן ולשפר אכן יתוקנו לאלתר. בעקבות הביקורת, אישרה הנהלת הקופה לבית החולים תקציב מיוחד לביצוע עבודות בטיחות אש בעלות כוללת של כ-250,000 ש"ח, להתקנת דלתות אש במחלקות ונקודות כיבוי, להחלפת לוחות חשמל מחלקתיים ולאטימת פירים.

במאי 1990 הועלה שחלק מהליקויים תוקנו: הותקנו שתי עמדות כיבוי בכל מחלקה; נאטמו פירים; הותקנו שקעי חשמל בטיחותיים במחלקות הילדים; תוקנו ליקויים בחדר הדוודים; יומן גלאי עשן מנוהל ע"י מהנדס הבטיחות, כדרוש.

סיכום

בית החולים מאיר הוא בית חולים אזורי של קופת החולים של ההסתדרות הכללית. הוא הוקם ב-1956 כבית חולים ייחודי למחלות שחפת וריאה ובשנת 1962 הוסב לבית חולים כללי. הוא מסונף לבית הספר לרפואה של אוניברסיטת תל אביב.

1. בתחום המצב הפיסי הועלו ליקויים העלולים לגרום שיבושים בתפקוד בית החולים עד כדי פגיעה באיכות הטיפול הרפואי; במיוחד במבנים ובמתקנים הישנים יש מערכות מיושנות של חשמל, ביוב וכד'; לרשותן של יחידות רבות עומדים שטחים מצומצמים ביותר. הצפיפות הקשה פוגעת באפשרויות מתן הטיפול ומעלה את הסיכון לזיהומים ומפגעים אחרים. התנאים הגרועים גורמים סבל לחולה ולמשפחותיהם ואי נוחות לסגל העובדים.

מנגד יש שטחים גדולים של בנייה חדשה שהופסקה בשלב שאינו מאפשר שימוש בה (בחלקה במצב של שלד בלבד). משרד מבקר המדינה העיר לקופה, שבמקום להתחיל בבנייה של כמה פרויקטים גדולים בעת ובעונה אחת, מוטב היה לרכז את כל המשאבים בבניית פרויקט אחד ולאחר השלמתו להתחיל בפרויקט אחר, לפי הצרכים והמשאבים הזמינים. עוד העיר שבין הליקויים שהועלו היו כאלה שתיקונם דרש השקעה כספית מועטה בלבד, יחסית לזו שכבר הושקעה, ואותם מן הראוי היה לתקן זה מכבר. חלק מליקויים אלה תוקנו בעקבות הביקורת.

2. בסוף שנת 1987 פתח בית החולים יחידה לפגים ולטיפול נמרץ ביילודים. היחידה פעלה עם עשר עריסות תקניות בלבד, אף שבפועל מספר הפגים שאושפזו בה היה גדול הרבה יותר. היא סבלה ממחסור בציוד ובכוח אדם. יחד עם זאת יש לציין את הרמה המקצועית הגבוהה של הצוות הרפואי, ואת מסירותו. עצם פתיחת הפגיה היה כשלעצמו מעשה מבורך, אך יש להצטער על כך שסדרי העדיפויות שהיו קיימים יצרו מגבלות תקציביות שלא אפשרו הקמת יחידה גדולה יותר ומצויידת כראוי, בהתאם למספר הלידות שבבית החולים.

משרד מבקר המדינה בעיר להנהלת הקופה, כי עליה לפעול לאלתר כדי להגדיל את היחידה ולצידה בהתאם, כדי למנוע או לפחות לצמצם, ככל האפשר, את הצורך בהעברת יולדות ופגים לבתי חולים אחרים, לעתים תוך סיכון חייהם או סיכויי התפתחותם. בעקבות הביקורת, הודיעה הנהלת הקופה כי יוגדל תקן העריסות ל-15, וכי הוזמן ציוד חדש שחלקו כבר הגיע והופעל.

3. בעת שהתחילה הביקורת, אוגוסט 1988, נקטו הרופאים ועובדים אחרים במערכת הבריאות עיצומים. הביקורת העלתה שהעיצומים גרמו לנזקים לשירותי בית החולים סבל רב. במיוחד נבדקו המחלקה האורולוגית ומחלקת עיניים. נמצא, שבמהלך העיצומים הייתה התפוסה במחלקה האורולוגית רק כמחצית מהתפוסה הרגילה ובוצעו רק כשליש ממספר הניתוחים הממוצע. בעקבות העיצומים התארכה ההמתנה לניתוחים מ-7 ל-13 חודשים, ומספר החולים שהמתנו לניתוח גדל פי שלושה. בבדיקת מעקב שנערכה במאי 1990 הועלה שחולים דחופים מנותחים בתוך חודשיים ואחרים ימתינו עד שנה.

גם במחלקת עיניים הייתה התפוסה, במהלך העיצומים, רק כמחצית מהתפוסה הרגילה, והחולים שהו במחלקה זמן ממושך מהרגיל. בוצעו רק כרבע ממספר הניתוחים הממוצע. במרפאת המחלקה טופלו רק חולים שהוגדרו דחופים, ואילו מאות חולים שהוזמנו לטיפול - נדחו. מאות חולים חדשים שהופנו לטיפול במרפאות לא זומנו כלל. בשנים 1985 - 1988 גדל מספר הממתינים לניתוח פי שלושה ויותר. חולים המתינו לניתוח תקופות ממושכות, ואף שנתיים. במאי 1990 הועלה כי יש שיפור ניכר - ניתוח להסרת ירוד מבוצע בתוך שלושה חודשים מיום הפניתו של חולה ובמקרים דחופים אף קודם לכן.

4. בדיקה שנערכה בחדרי הניתוח העלתה, שבבית החולים מאיר, כמו בבתי חולים אחרים, ניצול חדרי הניתוח אינו יעיל ואין מלא, אפילו במשמרת הבוקר, שבה ובה בלבד הם מופעלים.

משרד מבקר המדינה עמד על תופעה זו במסגרת בדיקות קודמות שערך בבתי חולים אחרים של משרד הבריאות ושל הקופה, ודרש להיערך לניצול מלא ויעיל של חדרי הניתוח. הבדיקה הנוכחית העלתה, שאין שינוי במידת הניצול של חדרי הניתוח וביעילות הפעלתם, כשמנגד אנו עדים לתורים ארוכים של ממתינים רבים המחכים חודשים ואף שנים לניתוח.

הועלה גם שבית החולים טרם נערך כראוי לביצוע סוגים רבים של ניתוחים באשפוז יום, ורבים מאלה מתבצעים בחדרי הניתוח הרגילים ומלווים אשפוז של כמה ימים. יש מנותחים המאושפזים שלא לצורך, ובכך נגרמות לבית החולים ולקופה הוצאות מיותרות.

5. בבית החולים אין סורק. חולים מאושפזים הזקוקים לבדיקה בסורק נשלחים לבצע את הבדיקות מחוץ לבית החולים. ביצוע הבדיקות לא תמיד זמין לכל החולים שזקוקים לכך, ולעתים נגרם לחולים נזק ממשי עקב ההמתנה הממושכת. כל אלה יוצרים מצב חמור במיוחד. במאי 1990 הזמין בית החולים, בסיוע אגודת ידידי ביה"ח, מכשיר C.T, אך הוא טרם הותקן.

6. עוד ממצאים הועלו ביחידות הבאות :

(א) בחדר המיון - חולים שנוקדו לרופאים מקצועיים נאלצו להמתין זמן ממושך. רופאים תורנים אחרו להגיע. הועסקו רופאים תורנים שרמת התמחותם לא עמדה בדרישות משרד הבריאות. חולים שוחררו בידי מי שלא היו מורשים לכך. גם בתחום של ניהול תיקי חולים הועלו ליקויים.

(ב) במחלקה האורולוגית - בעת הביקורת לא היה למחלקה הסדר שאיפשר התערבויות כירורגיות קטנות במסגרת אמבולטורית. כתוצאה מזה, הן בוצעו בחדר הניתוח הרגילים והחולים אף אושפזו לאחריהן; במחלקה לא היה מכשיר בדיקה מדגם חדיש המקל על תהליך הטיפול ומונע מהחולים סבל רב והמתנה מיותרים; חולים שאפשרויותיהם הכספיות היו מוגבלות לא יכלו ליהנות מצנתר שהשימוש בו כרוך בפחות סבל.

(ג) במחלקת עיניים - ההסדרים לזימון החולים הסבו להם אי נוחות. משרד מבקר המדינה המליץ לבחון הנהגת הסדרים אחרים. תיקי חולים שהמתינו לניתוח הוחזקו זמן ממושך במחלקה, אף שהיו בהם גם מסמכים הקשורים למרפאות מקצועיות אחרות.

(ד) במכוני הרנטגן - בשל שיטה מסורבלת לקביעת תור, המתינו חולים מהמחוז זמן רב לביצוע צילומים. גם בטיפול בתוצאות הצילומים הועלו ליקויים.

(ה) לסוגים רבים של בדיקות המבוצעות במכון לרפואה גרעינית נאלצו להמתין זמן רב.

(ו) ביחידות שונות בבית החולים היו מפגעי בטיחות, בתחום הבטיחות הכללית בכלל ובתחום בטיחות אש בפרט.

*

חלק מהליקויים שהועלו מקורם בתנאים הפיסיים הקשים שבהם פועל בית החולים, תנאים שהם תוצאה של היותו מיושן ושרובו לא עבר שיפוץ מתאים. רק בעקבות הביקורת הצליחו הנהלת הקופה והנהלת בית החולים לתקן רבים מהליקויים שדבר קיומם היה ידוע להם כבר מזמן. גם ליקויים בתחומים

אחרים באו על פתרונם בעקבות הביקורת. על הקופה לפעול גם לתיקון שאר הליקויים, על מנת להביא לשיפור התיפקוד של בית החולים ולהעלאת רמת השירות לחולים.

מרים בן-פורת
מבקר המדינה

ירושלים, אב התשנ"א
יולי 1991

