

גליון מס' 1 - אביב 2005

תיקים מספרים



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
מקבוצת מדנס



השילוב היחיד שמגן עליך! ביטוח אחריות מקצועית-רפואית

השילוב בתוך קבוצת מדנס בין סוכנות הביטוח SM, המחלקה המשפטית MCI והמחלקה לניהול סיכונים ברפואה MRM, מבטיח לך הגנה ושירות איכותיים ביותר בתחום האחריות המקצועית-רפואית.

מדנס סוכנות לביטוח יוזמת ומובילה מעל 30 שנה בתחום ביטוח אחריות מקצועית לקהילה הרפואית והפארא-רפואית ומתאימה אותו לצרכים המשפטיים והחברתיים המשתנים.

MCI, המחלקה המשפטית, מעסיקה צוות רב-תחומי מיומן ומנוסה של עורכי דין ויועצים רפואיים העומדים לשירות המבוטחים ביעוץ, טיפול והגנה בתביעות רשלנות רפואית, כולל קו חם 24 שעות ביממה.

MRM, החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ, מעניקה שירות יחודי ובלעדי הכולל יעוץ, ליווי והדרכה לצוותים רפואיים ולמוסדות רפואה לשם שיפור איכות השירות הרפואי למטופלים והקטנת הסיכון והחשיפה של המבוטחים לתביעות משפטיות.

הכיסוי המקיף באמצעות מדנס כולל, בין היתר:

- הגנה משפטית מקיפה ■ טיפול בתביעות תוך שמירה על שמו הטוב של הרופא ■ יעוץ וליווי מקצועי במצבי משבר תקשורתי ■ יעוץ, סיוע ויצוג בהליכים משמעתיים, הליכים פליליים והליכים על פי חוק איסור לשון הרע הנוגעים לעיסוק המקצועי.

לפרטים נוספים היכנסו לאתר מדנס
www.madanes.com
להרשמה נא התקשרו:

03-6380480

כל האמור בכפוף לתנאי הפוליסה



WWW.MADANES.COM

תחיה את החיים. אנחנו איתך. **מדנס**
קבוצת מדנס, בית מדנס, השלושה 2 ת"א 03-6380000



דבר המערכת

רופאה יקרה,

חוברת זו של "תיקים מספרים", הראשונה בסדרה, היא חלק מהמאמץ שמשקיעה החברה לניהול סיכונים ברפואה לשיפור בטיחות הטיפול הרפואי.

החוברת כוללת אוסף מקרים אנונימיים המתארים תקלות בטיפול רפואי, מהם ניתן להפיק לקחים.

אנו רואים בניתוח גורמי השורש לאירועים החריגים ובהבנה של גורמי הכשל שאפשרו את התרחשותן של התקלות הרפואיות, כלי חשוב בשיפור בטיחות הטיפול.

אנו מאמינים כי קידום נושא ניהול הסיכונים ברפואה מחייב גישה של "תרבות ללא אשם", בה אין "חיפוש אשמים" וכל אירוע חריג נתפש כהזדמנות ללמוד, להפיק לקחים ולשפר.

האירועים שנבחרו הם מתחומי רפואה שונים, אך אנו סבורים שהלקחים הנלמדים מהם ישימים לכל תחומי הרפואה.

אנו מקווים כי תמצאו עניין ב"תיקים המספרים" וכי הם יתרמו תרומה צנועה לעשייה רפואית בטוחה יותר.

שלכם,


טליה חלמיש-שני, מנכ"ל

שוקי מדנס, יו"ר

קריאה כוריה ומהנה



תוכן העניינים

3-4 רפואת משפחה ונוירולוגיה 

5-6 רפואת ילדים ונוירולוגיה 

7-8 רפואת עיניים 

9-10 טיפול נמרץ 

11-14 רפואת משפחה 

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
תיקים מספרים - גליון מס' 1 - אביב 2005
רח' השלושה 2 תל-אביב, 67060
טל: 03-6380200 פקס: 03-6380345
e-mail: ikrispin@madan.es.com

© כל הזכויות ב"תיקים מספרים" שמורות לחברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

כתיבה: יעל אפרתי

עיצוב והפקה: ניוטון הפקות ומשה לייסט עיצובים
ייעוץ מקצועי: אילת בע"מ - אמצעים וייעוץ למניעת תאונות
ד"ר איציק גוטמן
ד"ר ערן סגל
ד"ר גדעון פינדלר



רפואת משפחה ונוירולוגיה

תיאור האירוע

אישה כבת 40, החלה לסבול לראשונה בחייה מכאבי ראש. לאחר כשבוע במהלכו לא חלה הטבה במצבה, פנתה לרופא המשפחה שלה וסיפרה לו על מצוקתה. רופא המשפחה איבחן כי היא סובלת ממיגרנה והפנה אותה לנוירולוג. האבחנה נעשתה ללא בדיקה כלשהי. חודש מאוחר יותר, משלא פסקו כאבי הראש, פנתה האישה שוב לרופא המשפחה. הרופא חזר על אבחנת המיגרנה ונתן לה אישור מחלה. גם הפעם נעשתה האבחנה ללא בדיקה כלשהי. ברשומה הרפואית של אותה הפגישה אין תיעוד של תלונותיה של האישה ובדיקות שבצעה וכן אין תיעוד על בדיקה פיזית. כעבור כחצי שנה הגיעה האישה שוב למרפאה. בתיעוד המפגש, מצוין כי האישה הגיעה על מנת לקבל אישור מחלה בשל מיגרנות. בביקורים חוזרים בחודשיים הבאים חזר דפוס זה על עצמו פעמים אחדות. כעשרה חודשים אחרי פנייתה הראשונה למרפאה, כתב הרופא בתיקה של האישה כי היא "סובלת שנה מכאבי ראש" והפנה אותה פעם נוספת לנוירולוג שבדק אותה ואיבחן מיגרנה, רשם לה טיפול בדרלין והמליץ על ביצוע CT של המוח. בשלב זה פנתה האישה לקופת-החולים לצורך קבלת ההתחייבות הנדרשת לבדיקה. להפתעתה סירבה הקופה לבקשתה, בקובעה ש"מיגרנה איננה מצדיקה CT". בלית ברירה החליטה האישה לבצע את הבדיקה באופן פרטי. חודש לאחר מכן כתב הרופא ברשומותיו כי "החולה מועמדת לניתוח במחלקה נוירוכירורגית בבית-חולים". המידע איננו כולל כל פרט הנוגע לסוג הניתוח או לממצאים שהובילו לניתוח. בתוך ימים ספורים עברה האישה ניתוח אשר במהלכו התגלה והוסר גידול ממאיר במוחה. יש אזכור על-כך בתיק רופא המשפחה, אך אין כל מידע על סוג הגידול או על מיקומו. לאחר הניתוח, הועברה האישה על פי בקשתה לאשפוז בבית-חולים אחר. תשעה חודשים אחר כך, כשנתיים אחרי פנייתה הראשונה של האישה לרופא המשפחה, נמצא שהגידול, גליומה ממאירה, התפשט לשני צידי המוח.

ניתוח המקרה

רופא המשפחה

נסילת אנמנזה וביצוע בדיקות חיוניות

סקירת המפגשים במרפאה מעלה כי הרופא לא נטל, בכל חמשת הביקורים שהתקיימו אצלו, אנמנזה מפורטת ולא ערך בדיקה גופנית ונוירולוגית של החולה. אם היתה נלקחת אנמנזה ומתבצעת בדיקת פונדוס על-ידי רופא המשפחה או על-ידי הנוירולוג, יתכן שניתן היה לאבחן סימני לחץ מוגבר במוח (בצקת עצבי הראיה) כבר בביקורים הראשונים.

הרופא פעל בחוסר מקצועיות כשאיבחן מיגרנה על סמך התרשמותו בלבד. בביקורים העוקבים "ננעל" הרופא על האבחנה הראשונית והיא "נשלפה" שוב ושוב, בלי כל ניסיון לאשש אותה. אין כל התייחסות מצידו לקיומו או העדרו של סיפור משפחתי רלבנטי, אין תיאור של סוג כאב הראש ומיקומו - האם הוא פועם או לוחץ, האם מיקומו קבוע או משתנה, מהו

משך הכאב, תדירותו, ומה מקל עליו והאם יש תופעות נלוות שכיחות כמו בחילות או הקאות, הפרעות בראיה והעדר סבילות לאור ורעש.

נראה שהרופא לא שקל אפשרות קיומו של גידול במוחה של החולה כסיבה לכאבי הראש הממושכים ולכן לא נקט כל יוזמה שתביא לשלילת אפשרות כזו. אמנם גידול מוחי איננו הסיבה השכיחה ביותר לכאבי ראש. שכיחים ממנו בהרבה לחץ דם גבוה, הפרעות בראיה (כולל עדשות משקפיים בלתי מתאימות), סינוסיטיס ומתח נפשי, ואף על פי כן חייב רופא סביר לקחת בחשבון, במקרה של כאב ראש הנמשך זמן רב, גם אפשרות של גידול או פתולוגיה תוך מוחית אחרת ולשלול אותה.

ניהול המעקב הרפואי

כשפנתה האישה בפעם הראשונה למרפאה אומנם הפנה אותה הרופא לנוירולוג, אך לא בירר בהמשך ביקוריה (במשך כמעט שנה) האם בוצעה הוראתו ומהם ממצאי הבדיקה. לכן, לא היה ער לכך שלא פנתה לנוירולוג.



הרופא לא ניהל את המקרה, אלא פעל באופן ריאקטיבי לפניותיה של האישה והמשיך בטיפול, שעיקרו מתן אישורי מחלה חוזרים.

הנירולוג

הנירולוג שבדק את האישה למעלה מ-10 חודשים לאחר תחילת התלונות אישש, לכאורה, את האבחנה של רופא המשפחה וקבע אף הוא שהיא סובלת ממיגרנה, בלא

לברר את הסיבות להפניה ובלא לציין אבחנה מבדלת. הנירולוג המליץ על בדיקת CT, אך לא הזמין את האישה להמשך מעקב.

קופת חולים

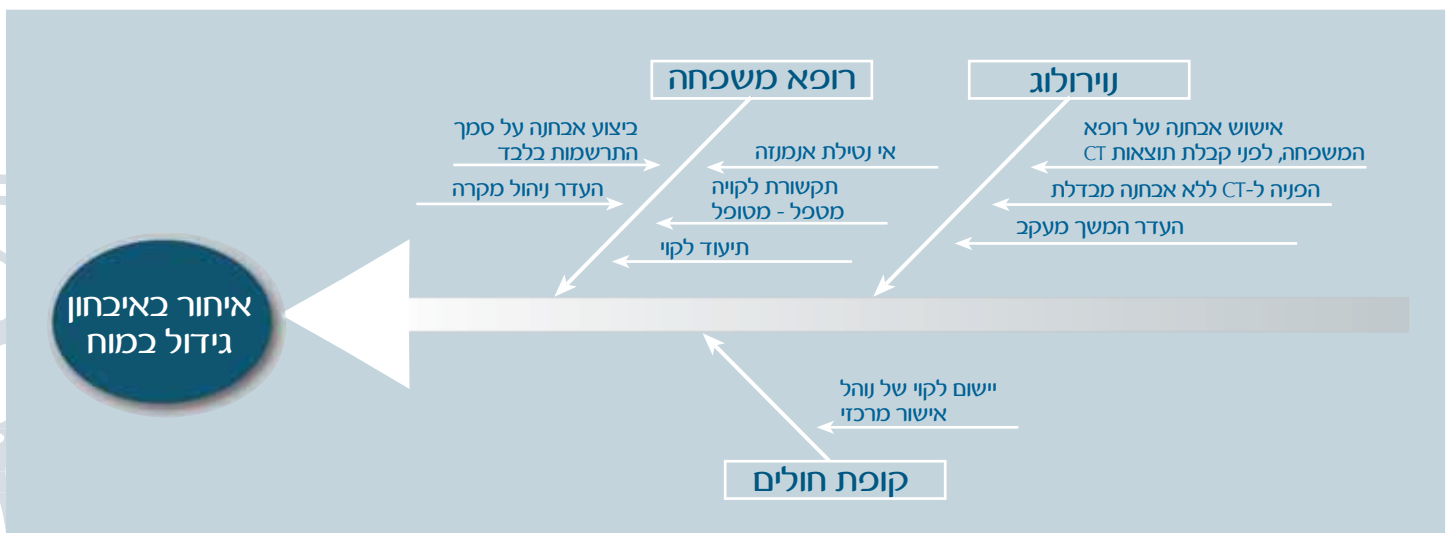
קופת-החולים דחתה את פניית החולה לביצוע CT בטענה רפואית, בלי להתעמק בסיבת ההפניה. בתנאים אלה לא נותרה לאישה ברירה ובשל כאביה ומצוקתה פנתה לביצוע הבדיקה על חשבונה. רק בעקבות מהלך זה הודגם הגידול שהוביל לביצוע הניתוח.

לקחים

רצף הכשלים במהלך הטיפול באישה גרם לה צער וסבל ניכרים. אילו התייחס רופא המשפחה כראוי לתלונותיה, סביר שהיה מקדים את אבחון הגידול במוחה בשנה בערך, מועד בו היה הגידול קטן יותר.

עם זאת, קרוב לוודאי, שלא ניתן היה לרפאה, שכן ממאירות הגידול, מיקומו בשני חלקי המוח ואופיו המסתני, לא אפשרו את כריתתו המלאה.

חשוב להדגיש, כי בכל מקרה של כאב ראש באדם מבוגר, הנמשך שבועות אחדים - ואשר אינו משני לבעיות בראיה או לסיוסטיטיס, ליתר לחץ דם או לבעיה הורמונלית- יש לבצע בדיקה נירולוגית (כולל בדיקת פונדוס) ולבצע CT מוח גם עם חומר ניגוד, כדי לשלול קיומו של גידול. רק לאחר מכן ניתן לקבוע אבחנה של מיגרנה.





רפואת ילדים ונוירולוגיה

תאור האירוע

באמצע אוגוסט 2000 הגיע ילד בן 11 לחדר המיון של בית-החולים, כשהוא סובל מישונויות, כאבי ראש, הקאות וכנראה שסבל בבית מפרקוס. אמו מסרה כי כבר חודשיים קודם לכן סבל בנה מפרקוסים, אך לא נבדק על ידי רופא.

הילד אושפז לביחור. במהלך האשפוז בוצעה הדמיה מוחית עם חומר ניגוד (CT) שהדגימה אסימטריה של חדרי המוח הצדדיים ופורשה כתקינה. תרשים ה- EEG היה פתולוגי מעל ההמיספירה השמאלית. בדיקת פונדוס לא בוצעה במשך האשפוז.

הנוירולוג בבית-החולים איבחן אפילפסיה והמליץ על טיפול בטגרטול. כמו כן המליץ על ביצוע אמבולטורי של הדמיה מגנטית (MRI). אחרי שלושה ימי אשפוז התאושש הילד לחלוטין ושוחרר למעקב אצל הרופא המטפל. ימים אחדים לאחר שחרורו מבית-החולים הגיע הילד מלווה באמו וסבתו לבדיקת רופא ילדים ונוירולוג בקופת-החולים. בוצעה בדיקה נוירולוגית (ללא בדיקת פונדוס) והאם צויידה בטופס הפניה לבדיקת MRI שלא הוגדרה כדחופה ולכן נקבעה לחודשיים מאוחר יותר.

ככל ביקוריו של הילד בקופת-חולים בהמשך, לא הייתה יותר כל התייחסות או אזכור של בדיקת ה-MRI. שבועות אחדים לאחר ביקורו בקופת-החולים הובא הילד לחדר מיון בבית-חולים אחר כשהוא סובל מפרקוס.

באותה עת נטל הילד טגרטול (TEGRETOL) ו- ולפרואט (VALPROATE) שרמתם בדם הייתה נמוכה (הדבר יוחס להקאות יום קודם לכן) ובתרשים ה- EEG נראה שוב מוקד טמפורלי שמאלי. גם באשפוז זה לא נבדק פונדוס וכמו באשפוז הקודם, לאחר התאוששותו, שוחרר הילד מבית-החולים, אגב ציון העובדה שהוא במעקב נוירולוגי וממתין ל-MRI.

כחודש לאחר מכן הובהל הילד שוב למיון, כשהוא סובל מהקאות וכאבי ראש עזים. בהדמיה ממוחשבת (CT) שבוצעה מיד, התגלה דימום בצד השמאלי של המוח, הלוחץ על החדר הצדדי. הילד הועבר בהרדמה מלאה למחלקה הנוירוכירורגית בבית-חולים שלישי. רק כשלושה וחצי חודשים אחרי ההמלצה הראשונה, בוצע ה- MRI שהדגים גידול פרונטלי משמאל, עם דימום בתוכו. הילד נותח וכמהלך הניתוח נמצא גידול ממאיר ביותר (PNET). בהמשך סבל הילד מהידרצפלוס, דבר שחייב הכנסת דלף לראשו. ב-MRI נוסף שבוצע זמן מה לאחר הניתוח, הודגמה הישנות הגידול. בתוך שבועות ספורים הלך מצבו של הילד והתדרדר עד למותו, כחצי שנה לאחר הניתוח הראשון.

ניתוח המקרה

בתי החולים

אי ביצוע בדיקות חיוניות במועד

בדיקות שהתחייבו ממצבו של הילד בוצעו באיחור. בדיקת הפונדוס עשויה הייתה לספק לרופאים המטפלים, כבר בשלב מוקדם יחסית, מידע חיוני. נכון הוא שגם אם הבדיקה הייתה תקינה, היה צורך להמשיך ולבדוק את הילד באמצעים אחרים ובכל מקרה לשלול קיומו של גידול. כאמור, אף שמדובר בהליך בסיסי והכרחי, מסיבות לא ברורות, הוא לא בוצע.

כשל בפענוח ה-CT

בבית-החולים בו אושפז הילד לראשונה, היה כשל בפענוח ה-CT שפורש כתקין.

רופא המשפחה

כשל בניהול הטיפול

לא היה גורם אשר ריכז את הטיפול בילד ודאג לביצוע כל הבדיקות הנדרשות. על רופא הילדים היה מוטל לדאוג לכך שבדיקת ה-MRI עליה המליץ הנוירולוג, כבר במכתב השחרור מהאשפוז הראשון, אכן תבוצע ובמהירות האפשרית. מן הרישומים בגיליון הרפואי לא ברור אם נשקלה אז, בשלבים הראשונים של הטיפול בילד, אפשרות קיומו של גידול במוח, שכן הסיבות להמלצה לביצוע ההדמיה לא פורטו כראוי.

כשל תקשורתי

לא קשה היה להבחין ברקע הסוציו-אקונומי הקשה של המשפחה ובראשה האם, שנטל הטיפול היומיומי, ההסעות,



ניתן לשער, כי החלטת האם בהמשך להבהיל את בנה הסובל לבית-חולים אחר, נבעה מהרגשתה כי הוא אינו מקבל את הטיפול הראוי במצבו, ומן התסכול שחוותה נוכח המפגשים עם הרופאים וההמתנה המתמשכת ל- MRI.



לקחים

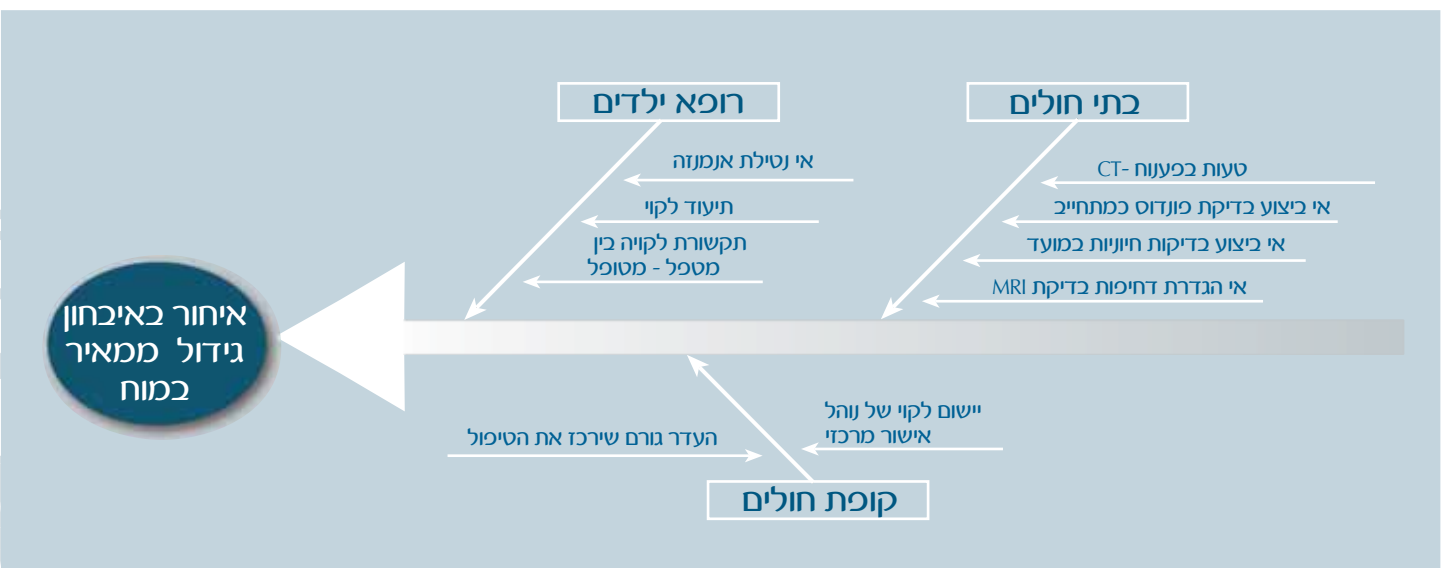
במקרה זה ברור שממאירותו הקשה של הגידול הייתה הגורם למותו של הילד, אך במקרים אחרים איחור באבחון גידול במוח יכול להיות בעל השלכה קשה על הפרוגנוזה של החולה. גם במקרה זה ניתן להניח, שאם היה הגידול מאובחן בשלב מוקדם יותר, בזכות מעקב עירני ופעיל, ביצוע בדיקות חיוניות ותקשורת יעילה עם האם לאורך התקופה, אפשר היה להשיג שיפור מסוים במצבו של הילד, ובכל מקרה להקל על הכאב והסבל שלו ושל משפחתו.

בדיקת פונדוס, שהיא בדיקה יסודית ומתחייבת לאור מצבו של הילד, לא בוצעה בשני בתי חולים. לפיכך, מומלץ לשקול קביעת הנחיות מפורשות לרופא המטפל ובמסגרתן לעגן חובה של בדיקת פונדוס כחלק משגרת ההערכה הניירולוגית.

פענוח מוטעה של ה- CT כבית החולים הראשון - מחייב בחינת נהלי העבודה במחלקת ההדמיה של בית-החולים למניעת הישנותם של מקרים דומים בעתיד. בעת מתן המלצה לביצוע בדיקת הדמיה או בדיקה אחרת יש לציין את האבחנה המבדלת ואת הדחיפות בבדיקה.

מקרה זה מדגיש בפעם נוספת, את חשיבות המצאה של כתובת אחת מוסמכת ואחראית שתרכז בידיה מעקב רציף ותבטיח את ניהול הטיפול, הכולל בין השאר, ביצוע יעיל של ההמלצות וההפניות.

הקשר עם הרופאים וכו', נפל כולו על כתפיה. היה מקום להעריך, אפוא, כי האם מתקשה להתמודד עם מצבו המתדרדר של בנה ולצפות מהגורמים המטפלים לגלות רגישות רבה יותר ולהקדיש לה את הזמן והסבלנות המתבקשים. אין עדות להתייחסות מיוחדת אל המשפחה. הרופאים לא הדגישו בפני האם את דחיפות בדיקת ה- MRI ואף לא וידאו שהיא מכינה את משמעותה.





רפואת עיניים

תיאור האירוע

בעקבות הידרדרות איטית ומתמשכת בחדות הראיה בעינו היחידה, הופנה מטופל בן 75 לניתוח ירוד בבית-חולים. שנים מספר קודם לכן איבד את הראיה בעין אחת בשל גלאוקומה קשה ובזו שנותרה התפתח ירוד, שהקשה מאוד על ראייתו. רופאיו בבית-החולים, הסבירו לו שמדובר בניתוח שכיח מאוד ופשוט יחסית. המטופל חתם על טופס ההסכמה הייעודי, המפרט את הסיכונים האפשריים הכרוכים בניתוח מעין זה. המטופל לא קיבל הסברים בעל-פה וספק אם הבין את משמעות הניתוח שעמד לעבור. בתנאים אלה ועל-פי המלצת רופאיו, החליט המטופל להתייצב כמתוכנן לניתוח. במכתב ההפניה לניתוח צויין, כי המטופל סובל מגלאוקומה וירוד בעין היחידה שרואה, אך לא הייתה כל התייחסות למצבו הרפואי הכללי. ניתוח הירוד שבוצע בהרדמה מקומית ובפרוצדורה שגרתית התנהל כשורה ותואר כ"ללא סיכונים". החולה שוחרר לביתו והוזמן לביקורת כמקובל. בשלב זה נקטע המהלך הצפוי והחולה הגיע לבית-החולים בשל דלקת קשה בעין (UVEITIS) ואושפז. בתוך יומיים פיתח המטופל בצקת ריאות, אשר בעקבותיה הועבר ממחלקת העיניים למחלקה פנימית ולאחר ההתייצבות שחלה במצבו הוחזר למחלקת האם. לצורך לקיחת תרביית מהלשכה הקדמית של העין המודלקת, נקט הרופא המטפל פרוצדורה פולשנית, באמצעות מחט שהחדיר לעין. הפעולה, בוצעה בלא שקדמה לה שיחת הסבר עם החולה. דימום שהתפתח בעין בעקבות הפעולה גרם לאובדן מוחלט של הראיה בעין היחידה של המטופל.

ניתוח המקרה

רופא המשפחה

במכתב ההפניה לבית החולים שניתן למטופל על-ידי רופא המשפחה לא צוינו התרופות שנטל ומחלות היסוד שלו. לא הייתה התייחסות מתאימה למצבו הרפואי.

בית-חולים

הצוות המטפל בבית-החולים לא דאג לקבל אנמנזה מלאה כנדרש וכך לא היה בידי מידע חיוני על מצבו הבריאותי של המטופל.

המטופל היה חולה מבוגר, שמעבר למחלת עיניים קשה, סבל גם מבעיות קרדיאליות והיה מטופל

בתרופות רבות, ביניהן תרופות נגדות קרישה. ידיעת מצבו הבריאותי של המטופל, הייתה מחייבת את רופאיו להפעיל שיקול דעת מיוחד במהלך הטיפול בו. ההתעלמות מהתמונה הכללית, הייתה בלתי סבירה ותרמה לסיכונים שאירעו לאחר-מכן.

עת הגיע המטופל לניתוח, ידע הצוות הרפואי כי הוא עיוור בעין אחת ועינו השנייה המועמדת לניתוח לוקה בירוד ובגלאוקומה קשה. למרות זאת, אין בידינו עדות שעובדות אלו ומשמעותן זכו להתייחסות בשלב ההכנה לניתוח. לא התקיים כל דיון בצוות הרפואי לגבי הטכניקה הניתוחית האופטימלית (קרי - ניתוח ירוד בלבד או ניתוח משולב של ירוד וגלאוקומה אצל חולה בעל עין יחידה ובדרגת סיכון גבוהה).



נעשה בלי שהרופא המטפל קיים התייעצות מוקדמת עם עמיתיו וכן בלי לתת הסבר למטופל על הסיכונים הכרוכים בכך, על-מנת לקבל את הסכמתו מדעת לפעולה. בשום שלב משלבי הטיפול, קרי לפני ביצוע הניתוח וכן לפני ביצוע הפעולה הפולשנית, לא קיבל המטופל הסברים לגבי הפרוצדורות הטיפוליות, אותן עתיד לעבור. בכך, הפרו הרופאים את חובותיהם הרפואיות, האתיות והחוקיות-להתחשב באוטונומיה וברצון המטופל ופגעו בעקרון השיתוף של המטופל בהחלטות רפואיות.



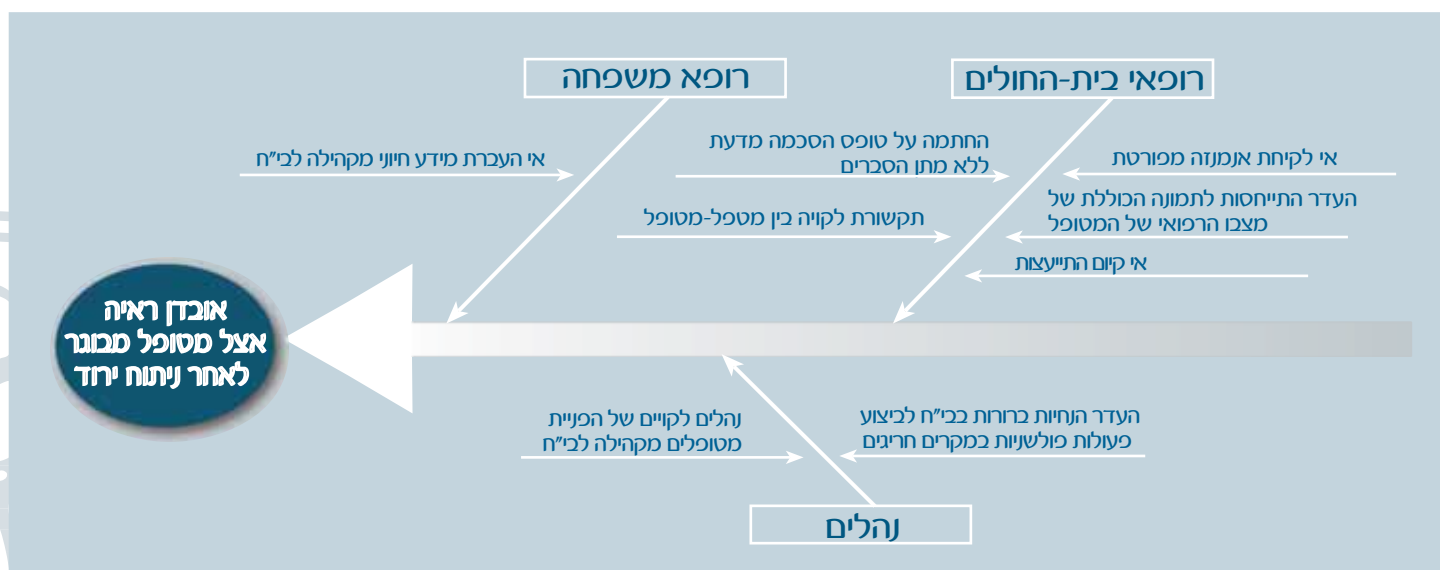
לקחים

אי קיום דיון הולם במחלקת העיניים והתעלמות ממצבו הכללי של החולה ומהתרופות אותן נטל תרמו לכשל שגרם לעיוורונו של המטופל. במבט לאחור קשה להעריך מה היו התנאים והנסיבות שהביאו את רופאיו, בשלבי הטיפול השונים, להתעלם ממצבו הכללי, להתמקד בבעיית הירוד בלבד ולא להבחין בכך שמדובר במקרה יוצא דופן המחייב נקיטת אמצעי זהירות מיוחדים. יתכן שלחץ עבודה רציף וריבוי הניתוחים כאותו הבוקר, כמו גם שיגרה מרדימה של "ניתוחים בשרשרת" הם שגרמו לטעויות בשקול הדעת.

נסילת אנמנזה וקיום התייעצויות, הם אמצעים הכרחיים העשויים לשפר את בטיחות המטופלים ולמזער פגיעות מיותרות. קיימת חשיבות ממדרגה ראשונה ללימוד והפקת לקחים מתקלות רפואיות ברמת המחלקה כדוגמת מקרה זה.

נהלים פגומים

בשלב הקריטי, במהלך הטיפול בסיבוך שחל בעין המנותחת של המטופל, כשעוד היה סיכוי סביר לשיקום העין, ביצע הרופא המטפל פרוצדורה פולשנית באמצעות מחט שהוחדרה לעין המודלקת במטרה לקחת תרבית, הדבר





טיפול נמרץ - גילוי נאות

תיאור האירוע

מטופל מבוגר, זומן לכית-חולים לעבור ניתוח להסרת גידול משלפוחית השתן. הוא לווה לכית-חולים על-ידי בני משפחתו, שהיו טרודים מגילו המתקדם של אביהם וההיסטוריה הרפואית שלו. רופאיו שהיו ערים למצבו הבריאותי של המטופל, המליצו לבצע את הניתוח ללא דיחוי.

בעקבות הניתוח עבר המטופל תהליך ממושך וקשה של סיבוכים וזיהומים ואחרי כשלושה חודשי אשפוז, בבוקר שבו לא נצפו אירועים חריגים כלשהם, פיתח החולה מצוקה נשימתית פתאומית וחריפה. הוא לא הגיב למתן חמצן, לחץ הדם שלו ירד באורח קיצוני והתפתחה תמונת הלם מדאיגה. אחרי שבוצעה לו אינטובציה הועבר המטופל למחלקת טיפול נמרץ ושם הוחדר לגופו עירוי מרכזי.

על-פי הנוהל השגרתי המתחייב מהחדרה של עירוי באזור הכתפיים או הצוואר, הנחה הרופא המטפל את האחות להזמין צילום חזה, ובמקביל הורה לתת לחולה אדרנלין במינון עולה ותרופות החייאה נוספות. על אף מאמציהם הנמשכים של הרופאים הלך מצבו של המטופל והחמיר ובערכו של אותו היום הוא נפטר. לאחר פטירתו של המטופל החליט מנהל המחלקה לבדוק את שרשרת האירועים שקדמו למותו של המטופל. הסתבר שצילום החזה שהוזמן בצהרי אותו היום לא בוצע וזאת, כיוון שהטכנאי שאמור היה להגיע למחלקה ולבצע אותו התעכב במחלקה אחרת. כמו כן, בהמתנה לצילום התחלפה המשמרת.

העובדה כי לא נעשה למטופל צילום חזה כנדרש, התגלתה באיחור ניכר. בעקבות דרישה חוזרת ודחופה התבצע לבסוף הצילום כשש שעות לאחר מועד ההזמנה המקורי. הרופא שראה את הצילום, רק לאחר מותו של המטופל, זיהה פנאומוטורקס (חזה אויר) גדול שנוצר, ככל הנראה, מניקוב ריאתו במהלך החדרת העירוי המרכזי. מותו הפתאומי של המטופל, העלה את השאלה כיצד ומתי לדווח למשפחה על השתלשלות האירועים שקדמה למותו של המטופל, כולל התקלה שארעה.

מנהל המחלקה החליט להגיע לכיתו של המנוח כימי השבעה על-מנת להביע תנחומים ולידע את המשפחה בדבר התקלה. עוד טרם הביקור בבית המשפחה הוחלט כי אם לא ייווצרו הנסיבות המתאימות, תזומן המשפחה לאחר השבעה לשיחה עם מנהל המחלקה כדי לידע אותה בדבר התקלה.

ניתוח המקרה

מעקב לקוי אחר ביצוע הוראות רפואיות

העובדה שהוזמן צילום חזה כנדרש, אך לא התבצע מעקב על ביצועו, היא שגרמה לאיחור באיתור התקלה שארעה במהלך החדרת העירוי.

גם אם אין וודאות באשר לתרומתה של התקלה לתוצאה הסופית, בחרו בטיפול נמרץ להפיק לקח מעשי מהמקרה ולשפר את תהליכי העבודה כך שימנעו את הישנותו. בגיליון הרפואי הממוחשב הוכנסה סוג של התרעה מתוחכמת שמזכירה למעיין בו את הצורך לבצע נהלים שגרתיים. כך למשל, בכל פעם שמצויין בגיליון שלחולה הוחדר עירוי באזור הכתפיים או צוואר

ולא מדווח שהוזמן כמתחייב צילום חזה, מקבל המעיין, בתוך דקות ספורות, תזכורת בנושא. בהמשך מופיעה תזכורת המחייבת מעקב אחר ביצוע הצילום המבוקש ופענוחו בזמן סביר.

דילמת הגילוי הנאות על התקלה

סוגיית הגילוי למטופלים על תקלות רפואיות, מעוררת בשנים האחרונות עניין רב הן בקרב הציבור הרחב והן בקרב מנהלי מערכות בריאות. בהמשך לשינוי מגמה שהחל לפני שנים ספורות בארה"ב, נוטה הרפואה המערבית לאמץ גישה לפיה יש לגלות את האמת על כל תקלה



לתוצאה חיובית בכל טיפול" ובהמשך גם כי תקלה בטיפול הרפואי היא לעיתים בלתי נמנעת. עוד נקבע כי "לא כל משגה או תקלה מהווה בהכרח רשלנות רפואית ולפיכך הודאה בתקלה בטיפול, אין משמעותה הודאה ברשלנות רפואית". בסעיפים הבאים מוצגים הקריטריונים האתיים והמשפטיים המחייבים גילוי נאות וכן הנחיות על דרך ביצועו: הדיווח צריך להתבצע במהירות האפשרית, תוך הבעת אמפטיה וצער על ידי הרופא האחראי, שישב על השאלות כיצד ומתי קרתה התקלה ומהם האמצעים שננקטו כדי למנוע את הישנותה.

לקחים

אין ספק שהאיחור בביצוע הצילום ובפענוחו במקרה זה היה קריטי ומנע מהרופאים את האפשרות לבצע טיפול אפקטיבי, שעשוי היה להציל את חיי החולה. הגילוי והדיון בתקלה במסגרת המחלקתית הביא להתקנה של מערכת בקרה ממוחשבת, אשר אמורה למנוע השנות תקלות כאלה בעתיד.

מקרה זה מעלה גם את סוגיית הגילוי הנאות למטופלים על תקלות רפואיות. סוגיה זו היא סוגיה חשובה, אשר טיפול הולם בה, לאחר קרות תקלה, כפי שנעשה במקרה זה, עשוי לשמר את אמון הצבור במערכת הבריאות, להקטין את סבל המטופלים ומשפחותיהם ולהקטין את היקפי הנזקים הנגרמים למערכת הבריאות, על ידי הפגיעה במוניטין של העוסקים ברפואה ועל ידי ריבוי התביעות המוגשות על-ידי מטופלים שנפגעו.



וטעות ולעשות זאת בהקדם האפשרי. עמדה זו תורגמה בישראל לאחרונה לנייר עמדה מטעמה של הלשכה לאתיקה בהסתדרות הרפואית. בבסיסו של המסמך המפורט קיימת הכרה בחשיבותו הרבה של הגילוי הנאות, לשיפור מערכת יחסי האמון בין החולה לרופאיו ובמקביל גם ההבנה שהסתרת מידע בדבר תקלה או טעות היא מניע מרכזי בפיתוח עוינות כלפי הרופא ותורמת לגידול בכמות ובהיקף התביעות בתחום הרשלנות הרפואית. במסמך מגולמת זכותו האתית והמשפטית של כל אדם לקבל מידע על הטיפול שקיבל ובכלל זה על מעשים או מחדלים שהביאו למצבו, כמו גם על הטיפול שהוא עתיד לקבל בהמשך כ"ביטוי לאוטונומיה של הרצון הפרטי של האדם וכבודו".

חשיפה מלאה של טעויות ברפואה היא תהליך של שינוי ארוך טווח. מדובר בתהליך מתמשך של יצירת תרבות שבבסיסה שקיפות וחובת דיווח אמין ואמיץ גם במצבים מורכבים. במטרה להעניק תמיכה וסעד לרופא החושש שהגילוי הנדרש יפגע במעמדו המקצועי ואף להוביל לתביעת רשלנות רפואית, נקבע בחלק ההצהרתי של המסמך כי על פי מהותה הרפואה "אינה יכולה לערוך





רפואת משפחה

תיאור האירוע

שבועיים וחצי אחרי שאושפזה כשל כאבים עזים בכטן ימנית עליונה ואמצעית מלווה בכחילות ועצירות, החליטו רופאי של המטופלת המנוחה לנתח אותה. מגיליון קבלתה לבית-החולים הם למדו שהיא סובלת מכאבי בטן כבר 20 שנה והתמונה הקלינית שהתגלתה בבדיקות שערכו לה נמצאה לדעתם מתאימה לסרטן ממושט בחלל הבטן שמקורו בשחלות או במעי הגס. כניתוח בטן שבוצע לה התגלתה נפיחות במעי הגס והדק עם בצקת קשה בדופן המעיים. נמצאה זרימת גרוחות על פני המעיים והכבד. דופן הבטן, האומנטום והשחלות היו מעט מוגדלים.

בבדיקה היסטופתולוגית נמצא כי המטופלת סבלה מ"גרוחות של אדנוקרצינומה בדרגת התמימות גרועה עם תאי חותם ותגובה דיסמופלסטית..." הטיפולים הכימותרפיים שניתנו לה לא הועילו.

המטופלת נפטרה כארבעה חודשים לאחר הניתוח.

יורשיה הגישו תביעה נגד שני רופאי המשפחה שטיפלו בה בתקופה של כשנה וחצי לפני גילוי המחלה וכן נגד ביה"ח בו טופלה במכון הגסטרואנטרולוגי, בטענה כי אחרו באבחון מחלתה - סרטן המעי הגס וגרמו לקיצור תוחלת חייה.

ניתוח המקרה

הרקע הרפואי

עיון בתיק הרפואי בקהילה, מעלה כי המנוחה סבלה מבעיות שונות לאורך השנים עוד בטרם עלייתה לארץ מרוסיה בשנת 1975. החל משנת 1977 יש רישומים בתיק הרפואי המעידים על תלונות בדבר כאבים בכטן עליונה. האבחנה המבדלת ברוסיה הייתה: תסמונת המעי הרגיז, אבנים בדרכי המרה או תלונות פסיכוסומטיות. כשש שנים לפני הניתוח, נערכה למנוחה בקופה בדיקת חוקן בריום שהייתה תקינה. מאז הבדיקה ועד כשנה וחצי לפני האיבחון לא נרשמו יותר תלונות על כאבי בטן.

חשוב לפרט את התלונות והבדיקות שבוצעו למנוחה בתקופה של למעלה משנה שקדמה לאבחון מחלתה,

על-מנת להתרשם מכמות הפניות לסיוע רפואי והמספר הרב של הבדיקות שבוצעו לה בלא שגובשה אבחנה.

המפגשים מוצגים מהמפגש המוקדם ועד למפגשים שקדמו לניתוח. "חודש הניתוח" מוגדר כ"חודש 0" והחודשים שקדמו לו מוצגים בציון סימן מינוס (-):

חודש 13 -

30.8 - בדיקת אולטרהסאונד בטן - תקינה.

חודש 12 -

5.9 - מצוין בתיק הרפואי כי המנוחה מתלוננת על כאבי בטן (ללא ציון מיקום הכאבים) והופנתה לצילום קיבה וושט.

16.9 - התקבלו תוצאות הצילום שבו אובחן בקע סרעפתי.



חודש 11 -
 22.10 - הפניה של רופאת המשפחה לגסטרואנטרולוג כבי"ח. בתיק המכון הגסטרואנטרולוגי נרשם כי התלוננה על כאבים בבטן העליונה מימין במשך שנים, ללא קשר לאכילה והפרעה קלה בבליעה. צוינה הקלה בכאבים בעקבות יציאות.

חודש 8 -
 8.1 - בוצעה גסטרוסקופיה שהייתה תקינה. המטופלת הוזמנה לביקורת כעבור שלושה חודשים.

חודש 7 -
 26.2 - התלוננה שוב על כאבי בטן עליונה והופנתה לכירורג בבקשה לברר את עניין הבקע הסרעפתי שאובחן בצילום מ- 16.9.

חודש 6 -
 3.3 - נבדקה על-ידי הכירורג שקבע שאין צורך בניתוח.
 23.3 - הופנתה לנוירולוג בשל תלונה על אובדן הכרה וזה המליץ על צילום עמוד שידרה צווארי.

חודש 5 -

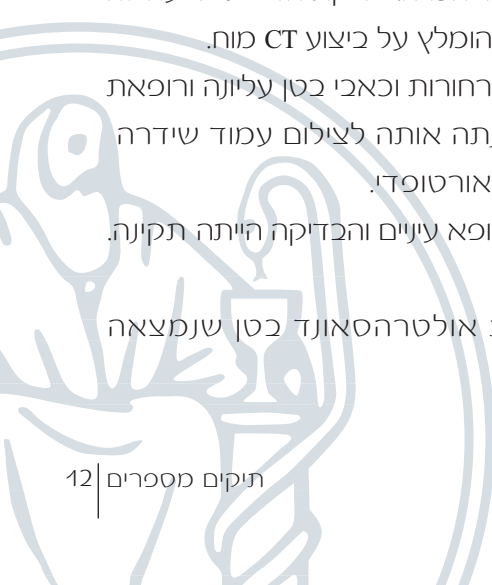
1.4 - נבדקה שוב על-ידי הגסטרואנטרולוג בביה"ח ונירשם כי המטופלת מתלוננת על "כאבי בטן קשים מימין עליונה". עוד נירשם כי מקור הכאבים כנראה בע"ש מותני וגבי.
 16.4 - הופנתה לצילום ע"ש שבוצע לאחר 10 ימים ובו התגלו "שינויים ספינליים מינימליים".
 28.4 - הופנתה לביצוע בדיקות תפקודי כבד, שקיעת דם, ספירת דם, יעוץ רופא נשים, צילום עמוד שידרה מותני, אולטרהסאונד בטן תחתונה ובדיקת שתן כללית. בדיקות הדם נמצאו תקינות.

חודש 4 -

22.5 - נערך צילום חוזר של ע"ש אשר אישר את הממצא בדבר "שינויים ספינליים מינימליים".

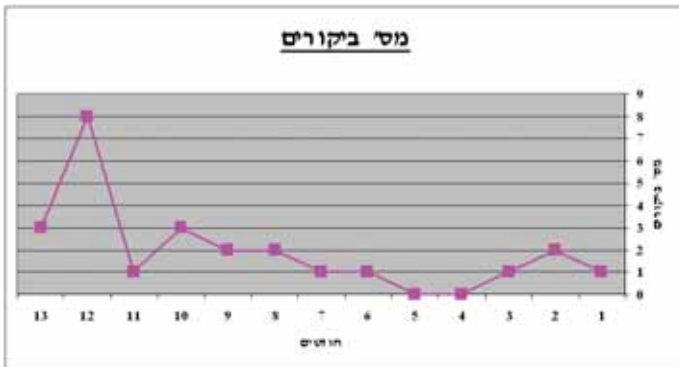
חודש 3 -

4.6 - התעלפה והזעק אמבולנס. לאחר ביצוע א.ק.ג. נשארה בביתה.
 11.6 - פניה נוספת לרופאת המשפחה עם תלונות על כאבי בטן ובעקבותיהם הפניה למיפוי עצמות. הבדיקה בוצעה ב- 8.7 ונמצאה תקינה.
 11.6 - פנתה לחדר מיון בבית-חולים והתלוננה על קשיי נשימה וכאבים אפיגסטריים. בבדיקה נמצאה רגישות בכטן הימנית העליונה והומלץ על אולטרהסאונד לדרכי השתן שבוצע כעבור שבועיים ונמצא תקין.
 15.6 - פנתה לחדר המיון בבית-חולים אחר והתלוננה על התכווצויות ואיבוד הכרה. בדיקת הדם שבוצעה לה נמצאה תקינה והומלץ על ביצוע CT מוח.
 17.6 - התלוננה על סחרחורות וכאבי בטן עליונה ורופאת המשפחה הפנתה אותה לצילום עמוד שידרה צווארי ולייעוץ אורטופדי.
 24.6 - נבדקה על-ידי רופא עיניים והבדיקה הייתה תקינה.
 25.6 - בוצעה בדיקת אולטרהסאונד בטן שנמצאה תקינה.





רפואת משפחה



טענות התביעה

בעלה וילדיה של המנוחה תבעו את נזקייהם כיורשיה וכתלוייה בטענה שהטיפול שניתן לה על ידי רופאיה היה טיפול רשלני, אשר כתוצאה ממנו הלכה לעולמה בטרם עת. בכסיס טענתם עמדה הקביעה כי המטופלת נפטרה כתוצאה מגידול ראשוני של המעי הגס וכי רופאי המשפחה שטיפלו בה עד לגילוי מחלתה, לא אבחנו במועד את קיומה של המחלה, לא עשו את הבדיקות לכירור המעי הגס, ובראש וראשונה לא הורו על ביצוע קולונוסקופיה.

טענות ההגנה

הרופאים המטפלים אשר נתבעו בבית-המשפט טענו כי לא היה מקום לחשוד בכעיה במעי הגס וזאת בשל שורה של נימוקים רפואיים ועובדתיים. לטענתם הגיעה אליהם המטופלת עם תלונות שנמשכו כבר 20 שנה והיו ממוקדות בבטן עליונה. כמו-כן התלוננה על קושי בכליעה - תלונות שאינן מכוונות למעי הגס. לעומת זאת, לא סבלה המנוחה מירידה במשקל או משלשולים או עצירויות (אלא בשלב הסופי), לא הייתה לה אנמיה ואף לא סיפור משפחתי. לדבריהם, הממצאים שהתגלו בע"ש צווארי והבקע הסרעפתי ממנו סבלה, יכלו לספק הסבר לתלונותיה. עוד טענו הנתבעים כי למטופלת בוצעה בדיקת חוקן בריום כשנתיים לפני פטירתה ובדיקת דם סמוי, אך אלו לא נרשמו בגיליון הרפואי.

קביעות בית-המשפט

בית-המשפט לא קיבל את טענתם המרכזית של הנתבעים וקבע כי במקרה זה צריך היה לחשוד בסרטן המעי הגס ולערך את הבדיקות המתחייבות מכך, וזאת מכמה

25.6 - הופנתה לבדיקה פסיכיאטרית לברור דיכאון בשל תלונות על היעדר תאבון והפרעות בשינה.

חודש 1 -

8.5 - רופא מחליף מציין תלונות על "כאבים במקומות שונים בגוף, גם גב ורגליים אך במיוחד בבטן", וגם על קושי ביציאות, כאבים עוויתיים ללא קשר לאכילה, הפרעות בשינה, ירידה מעטה בתאבון ומשקל ללא שינוי. הרופא מציין עוד "מקור הכאב לא ברור לי" ומפנה אותה לאולטרהסאונד בטן עליונה.

21.8 - בוצעה בדיקת ושט שהייתה תקינה.

23.8 - נרשם כי ממצאי האולטרהסאונד תקינים אך החולה ממשיכה להתלונן על "כאבים עזים עם בחילה" ובעקבותיהם מופנית כדחיפות לגסטרואנטרולוג.

חודש הניתוח

12.9 - נרשם כי בבדיקות הגסטרואנטרולוג לא נמצא דבר אך נמשכות התלונות על "כאבים עזים עם בחילה". המנוחה הופנתה לאורטופד לביצוע CT גב ואם זה יהיה תקין גם לביצוע CT בטן.

16.9 - נרשם: "עדיין כאבים, ממתין לתשובת CT".

18.9 - נערכה בדיקת CT ע"ש צווארי שגילתה בלט דיסק.

19.9 - המטופלת הזעיקה את רופאת המשפחה לביקור בית. הרופאה שהגיעה הפנתה אותה לבית-החולים, שם נותחה ומחלתה אובחנה.

בתרשים שלהלן מוצג מספר ביקורים של המטופלת במהלך 13 חודשים לפני הניתוח. ניתן לראות, כי למרות שסבלה שנים רבות מכאבים בבטנה, כחודשיים לפני הניתוח חלה עליה דרמטית במספר הביקורים. כמו כן, ניתן לראות כי המטופלת התמידה כמעט בכל החודשים לבקר לפחות פעם אחת במרפאה ולחזור על תלונותיה.



הייתה מבוצעת קולונוסקופיה, לא ניתן היה לאבחן את הגידול. הנתבעים אינם יכולים "ליהנות" ממחדלם ולטעון כי גם לו נערכה הבדיקה לא ניתן היה להגיע לכלל ממצא.

ההכרעה המשפטית

אף שבית-המשפט התלבט בסוגיה שהובאה לפניו וקבע כי אין מדובר בשאלה פשוטה וכי "ההכרעה בה אינה קלה", הוא חייב סופו של דבר את הרופאים במחדל של אי ברור מצב המעי וקבע כי הם נושאים באחריות לקיצור תוחלת חייה של המנוחה ב- 10% לחמש שנים, קרי קיצור תוחלת חיים של שישה חודשים ופסק למשפחת המנוחה פיצוי כספי. בית-המשפט הדגיש כי אין לזלזל ולהמעיט בחשיבות של הארכת תוחלת החיים של חולה קשה, ולו במספר חודשים, ובמיוחד בהתחשב בנסיבות המיוחדות של המקרה הנדון, שבו איבד בן קטין את אימו שהלכה לעולמה חודשים ספורים לפני חגיגת בר-המצווה שלו, אירוע בעל משמעות מיוחדת לו ולמשפחתו.

מפסק הדין המפורט עולה ביקורת על ההתנהלות של רופאי המשפחה אשר הגיבו לתלונות כפשוטן בלא להעמיק באפשרויות הרפואיות המתבקשות מן התלונות ומצב החולה. זאת למרות, שהרופאים לא הזניחו את החולה או זלזלו בתלונותיה. להיפך, הם הקשיבו לה ושלחו אותה שוב ושוב לבדיקות, אלא שבמהלך רובה של התקופה לקו בהיעדר מבט על. רופא סביר, קבע השופט, מחויב לחקור ולבדוק, להפעיל חשיבה מקורית ולא ללכת בתלם. מצופה ממנו ליזום בדיקות ולבחון תסריטים גם אם הסתברותם נמוכה ולא להרפות עד לשלילתם.

רופא סביר צריך היה לכלול באבחנה המבדלת בעיות במעי הגס ולא להתמקד אך ורק בטיפול הקונקרטי. הוא צריך ליזום בדיקות אם רק קיימות אינדיקציות המצביעות על הצורך לעשות כן, גם אם מדובר בסיכון נדיר. במסגרת חובת האבחון, אין הרופא יוצא ידי חובתו רק על-ידי כך שהוא מסיק את המסקנה הנכונה מן העובדות המובאות בפניו. מוטלת עליו החובה לגלות יוזמה ולברר את העובדות לאמיתן.

לקחים

הרופאים המטפלים צריכים להשמר שלא להיות שבויים בקונספציות בתהליך האבחון והטיפול, כאשר החולה ממשיך להתלונן ומצבו מחמיר ללא התקדמות בכירור. חשוב לבצע אבחנה מבדלת ותוכנית לכירור ואבחון מתועדת בגיליון הרפואי. יש מקום לבצע התייעצויות ואף ישיבות צוות במרפאות לשם דיון במקרים של מטופלים המעוררים קושי מיוחד.

טעמים: למחלת סרטן המעי אין סימנים מובהקים, ודאי לא בשלביה הראשונים ונתון זה צריך לעורר חשד אצל רופא סביר, המטפל בחולה המתלונן על כאבי בטן, לבעיה במעי הגס. עוד נקבע כי הבקע הסרעפתי אינו מסביר את מכאוביה של המנוחה. כמו-כן שההיסטוריה הרפואית אינה שוללת צורך בבדיקת המעי הגס. בית-המשפט לא קיבל, אפוא, את הטענה שסרטן המעי הגס היה אפשרות נדירה ופירט את נימוקיו:

- המנוחה הייתה על סף גיל 50 גיל בו רפואה מונעת ממליצה ממילא על בדיקות סקר לאיתור סרטן המעי הגס.
- המנוחה הייתה ממוצא אירופי שבו שכיחות סרטן המעי הגס גבוהה יותר.
- סרטן המעי הגס הוא השכיח ביותר מבין הגידולים הסרטניים בחלל הבטן והשני בשכיחותו אצל נשים (לאחר סרטן השד).
- לא היה מקום למקד את מלוא תשומת הלב "בטן העליונה" שכן בלא מעט רישומים צוינו תלונות על כאבי בטן באופן כללי. כמו כן תתכן הקרנה של כאבים ממקור אחר בבטן.
- בהתחשב בחומרת הסיכון (שהמנוחה סובלת מסרטן המעי הגס) והאמצעים לגילוי (בדיקת דם סמוי וקולונוסקופיה), אשר אינם קשים במיוחד ואינם יקרים במיוחד ומבוצעים כדבר שבשגרה, מוטל היה על הרופאים להורות על ביצוע הבדיקות לשלילת הסיכון.
- סרטן המעי הגס היה צריך להיות באבחנה המבדלת והרופאים היו צריכים להתמיד בכירור עד שתישלל האבחנה.
- אין לקבל את הטענה כי לא הוכח שמדובר בסרטן המעי הגס משום שהרופאים לא ביצעו בדיקות נדרשות כדי לשלול זאת ובכך גרמו "נזק ראייתי", שכן אין לתובעים היכולת להוכיח את טענתם בעניין זה. מאזן ההסתברויות הוא כי המנוחה סבלה מסרטן המעי הגס.
- אין לקבל את הטענה כי לאור העובדה שלא נמצאה בנייתוח עדות לגידול במעי הגס, אזי בכל מקרה, גם לו



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

רח' השלושה 2 תל-אביב, 67060
טל: 03-6380200 פקס: 03-6380345