שחרור מטופל מבית חולים בשבת — היבטים רפואיים והלכתיים

אשר טרגין · מאמר שלם, גרסה מתוקנת

הקדמה

מטופלים רבים מגיעים לחדר מיון בבית חולים לפני שבת או לפני יום טוב. המטופלים עוברים הערכה וטיפול, והצוות הרפואי מחליט אם עליהם להישאר לאשפוז או שניתן לשחררם לביתם. החלטה לשחרר את המטופל יכולה להתקבל לאחר כניסת השבת או יום טוב, וכתוצאה מכך עולה השאלה: האם מותר למטופל לנסוע בחזרה לביתו בשבת? באילו תנאים? או שמא עדיף להישאר עד מוצאי שבת כדי להימנע מנסיעה בשבת?

שאלה דומה יכולה לעלות במטופל המאושפז כבר מספר ימים במחלקת אשפוז (לא בחדר מיון), כאשר הצוות הרפואי החליט שניתן לשחררו בליל שבת או בשבת בבוקר. האם עליו להישאר בבית החולים עד מוצאי שבת, או שיכול לנסוע חזרה לביתו בשבת עצמה?

במאמר זה ברצוננו לברר את ההשפעה הרפואית של שהייה נוספת בבית החולים, כאשר אין צורך רפואי להמשיך ולהישאר בו. נסקור את הסיכונים הרפואיים הכרוכים בשהייה בבית החולים, ולאחר מכן את ההיבטים ההלכתיים של חזרת המטופל לביתו בשבת. המידע המוצג יוכל להוות בסיס לקבלת החלטות במקרים אלה — כל מקרה לגופו.

חלק א': סיכונים רפואיים הכרוכים באשפוז

מטופל השוהה בבית החולים מקבל טיפול מסור לטובת ריפוי מחלתו ושיקומו, בידי צוות רפואי מיומן. עם זאת, בספרות הרפואית נאספו עם השנים עדויות לכך שעצם השהות והטיפול בבית החולים כרוכים גם בסיכונים רבים. המושג המקובל לתיאור בעיה זו הוא "סיבוכים רפואיים" (Adverse Events), הכולל מגוון בעיות שיכולות להתרחש בבית החולים: זיהומים, תופעות לוואי מתרופות, טעויות במתן תרופות, פצעי לחץ כתוצאה משכיבה ממושכת, בלבול, נפילה או חבלה, ועוד. בעיות אלה יכולות להתרחש גם בבית, אך הן שכיחות יותר במהלך אשפוז — בשל עומס העבודה על הצוותים, סביבה חדשה ולא מוכרת עבור המטופל, נוכחות חיידקים עמידים ומסוכנים יותר בבית החולים, וחוסר היכרות אישית של הצוות עם צרכי המטופל.

במחקרו של ד"ר בייטס מאוניברסיטת הרווארד, שבדק את בטיחות המטופל באשפוז בעשרה בתי חולים בארה"ב (כשלושת אלפים מטופלים), מתוארת סקירה עדכנית של כלל הסיבוכים העלולים להתרחש במהלך אשפוז. מסקנתו היא שתופעה זו שכיחה מאוד: סיבוכים במהלך האשפוז זוהו בכמעט אחד מכל ארבעה אשפוזים, וסיבוכים חמורים זוהו באחד-עשר אחוזים מכלל האשפוזים. רבע מכלל הסיבוכים הרפואיים הוגדרו כניתנים למניעה — כלומר, נבעו מחוסר שימת לב, טעות, או חוסר הקפדה על נהלים.

מתוך הסיבוכים שנבחנו, תופעות לוואי של תרופות או טעויות במתן תרופות היו השכיחות ביותר (כ-39% מכלל הסיבוכים), אחריהן סיבוכים הקשורים לניתוחים או להליכים אחרים (כ-

30%), אירועי טיפול סיעודי שגוי — כולל נפילות ופצעי לחץ (כ-15%) — ולבסוף זיהומים הנרכשים בבית החולים (כ-12%).

סיבוכים רפואיים בבית חולים הביאו לתמותה בכ-0.7% מהמקרים שבהם התרחש סיבוך רפואי כלשהו, ומהווים כאחוז וחצי מתוך כלל מקרי התמותה בבית החולים, כאשר זיהום הוא הגורם המסוכן ביותר לתמותה, ואחריו טעות תרופתית ואז פצעי לחץ. ממצאים אלה מדגישים את הסכנה הכרוכה בשהייה בבית החולים, ואת החשיבות הרפואית וההלכתית שיש לתת לסיכון זה.

סכנת זיהומים

במהלך השהייה בבית החולים נדבק מטופל, לא פעם, מחיידק בבית החולים — מהצוות הרפואי, ממטופלים סמוכים, או מסביבת בית החולים גרידא. זיהומים הקשורים למערכת הבריאות (HAI) הם איום על בטיחות החולה בכל מחלקות בית החולים, וכוללים למשל דלקות בדרכי השתן, זיהום עורי, דלקת ריאות, וזיהומים בזרם הדם. זיהומים אלה מסוכנים במיוחד למטופל, משום שהחיידקים המעורבים בהם עמידים לעיתים קרובות לטיפול אנטיביוטי, דורשים טיפול אינטנסיבי וממושך יותר, וכרוכים בסיכון גבוה יותר לתחלואה ולתמותה. לפיכך, הידבקות בזיהום בבית החולים מאריכה את משך האשפוז ותורמת משמעותית לתחלואה ולתמותה.

מבחינת שכיחות, הזיהום השכיח ביותר הוא בדרכי השתן (כ-3.4% מהמאושפזים), ולאחריו דלקת ריאות (כ-2.4%) וזיהום במערכת העיכול (כ-1.4%). מחקרים הראו עלייה בהיקף זיהומים אלה בשל האוכלוסייה המזדקנת, מורכבות הטיפולים, טיפולים הפוגעים במערכת החיסון (כגון טיפולים אונקולוגיים), והתפתחות חיידקים עמידים לאנטיביוטיקה.

גורמי הסיכון לזיהום הנרכש בבית החולים כוללים מאפיינים אישיים של המטופל, וכן גורמי סיכון חיצוניים או חשיפה לחולים אחרים. מחקר של ד"ר סטיוארט מצא שגורמי הסיכון המשמעותיים ביותר בקבלת מטופל לבית החולים הם: טיפול בבית חולים אקדמי; גיל מבוגר; מחלות רקע כגון סרטן, מחלות לב וכלי דם, אי ספיקת כליות כרונית וסוכרת; קבלה דחופה (ולא אשפוז מתוכנן); אשפוז בטיפול נמרץ או במחלקות כירורגיות; ניתוח בחודש שקדם לאשפוז; ואשפוז ממושך בשנתיים שקדמו לקבלה הנוכחית.

כך למשל, עבור זיהום חיידקי בדם (אלח דם), מטופל עם רקע של אי ספיקת כליות כרונית נמצא בסיכון גבוה פי כארבעה וחצי; מטופל אונקולוגי — פי שלושה וחצי; והסיכון עולה עם הגיל, כאשר בגיל מעל שבעים הוא גבוה כמעט פי שלושה מאשר מתחת לגיל ארבעים. תמונה דומה נמצאה בזיהום במערכת העיכול, שהסיכון בו עלה במיוחד בבני יותר משבעים, ואילו שהייה של מעל שמונה ימים בבית החולים הכפילה את הסיכון לזיהום זה. דלקת ריאות הייתה שכיחה בעיקר בטיפול נמרץ (סיכון גבוה כמעט פי עשרים), ואשפוז ממושך בעבר הכפיל ויותר את הסיכון לה.

גם ביקור קצר בחדר מיון, מבלי שהמטופל אושפז כלל, הוכח כמעלה סיכון: ביקור במיון למבוגרים נמצא קשור לסיכון מוגבר פי שלושה לזיהום חריף בקרב קשישים, אף שביקור במיון ילדים אינו מעלה סיכון מעבר לסיכון הקהילתי הרגיל.

סכנת טעויות תרופתיות

טעות תרופתית מוגדרת בדרך כלל ככשל בטיפול תרופתי העלול לגרום להשפעות מזיקות לחולה — בעיה עולמית, המתרחשת הן בקהילה והן בבית החולים. באחד המחקרים הגדולים באנגליה נמצא שמדי שנה מתרחשות מאתיים ושלושים ושבעה מיליון טעויות תרופתיות במהלך הטיפול במטופלים באנגליה, כאשר כעשרים אחוזים מהמקרים מתרחשים בתוך בית החולים. לטעויות תרופתיות השלכות משמעותיות: הן מעלות את תדירות האשפוזים, מאריכות את משכם, ומגבירות את הסיכון לתמותה.

גורמי הסיכון המשמעותיים ביותר לטעויות תרופתיות הם גיל מבוגר (מעל שישים), מערכת בריאות עמוסה, מספר גבוה של תרופות למטופל, ומחלות רקע. מחקרים נוספים הראו שטעויות תרופתיות מתרחשות יותר בטיפול נמרץ ובשעות שבהן הצוות דל יותר — לילות וסופי שבוע.

פצעי לחץ

פצעי לחץ הם פגיעה בעור וברקמות מתחתיו, הנגרמת כתוצאה משכיבה ממושכת ללא שינוי תנוחה. מדובר בבעיה שכיחה במיוחד באשפוז ממושך, בקרב מטופלים מבוגרים, מרותקים או חלשים. כפי שהוזכר לעיל, פצעי לחץ נמנים עם שלושת גורמי התמותה המובילים מתוך הסיבוכים הרפואיים באשפוז, ומחקרים שסקרנו (ובהם מאמרו של ד"ר האוק, שיובא בהמשך) מצאו שכל לילה נוסף באשפוז מוסיף סיכון של כחצי אחוז להיווצרות פצע לחץ או כיב — תוספת סיכון מצטברת, שגם היא נכללת בשיקולים המובאים במאמר זה.

הערכת הסיכון היומי בבית החולים

רוב הנתונים שנמצאו במחקרים הרפואיים עוסקים בתוספת הסיכון הכללית לסיבוכים, לאורך כל תקופת השהות בבית החולים. כדי לענות על השאלות שהעלינו במבוא, נדרש מידע ממוקד יותר: מהי תוספת הסיכון שיש בכל יום אשפוז נוסף — שכן מדובר בעיכוב השחרור ביממה אחת או שתיים (כשיש שבת ויום טוב סמוכים), ולכל היותר שלוש יממות (בראש השנה הסמוך לשבת, או ביום טוב שני של גלויות הסמוך לשבת). הערכה כזו נעשתה במאמרו של ד"ר האוק, שכותרתו "עד כמה מסוכן יום בבית חולים?".

המחקר נערך באוסטרליה בין השנים 2005–2006, ובדק עבור מעל מאתיים אלף מטופלים בגיל שמונה עשרה ומעלה את היקף הסיבוכים הרפואיים המתרחשים באשפוז ביחס לאורך השהייה. מסקנת המחקר היא שאשפוז בבית חולים כרוך בתוספת סיכון של כ-5.5% לתופעת לוואי שלילית של תרופה, כ-17.6% לזיהום, וכ-3.1% לכיב או פצע לחץ. כל לילה נוסף באשפוז מעלה את הסיכון בכ-0.5% לתופעת לוואי, כ-1.6% לזיהום, וכ-0.5% לפצע לחץ — תוצאות שנמצאו מובהקות סטטיסטית. מסקנה זו משמעותית לדיוננו, שכן היא מראה שהוספת יום אחד בלבד כבר מעלה את הסיכון באופן מצטבר, ושכל יום יכול להשפיע על בריאות המטופל.

האם יש תוספת סיכון גם לאחר שהמטופל ראוי לשחרור?

עד כה תיארנו את הסיכון הכרוך באשפוז ממושך; אולם יש להשלים נקודה נוספת — הסיכון הרפואי במקרים שבהם המטופל כבר ראוי לשחרור מבחינה רפואית, אך נותר באשפוז מסיבות שאינן רפואיות. בדיוק נקודה זו נבחנה במחקרה של ד"ר רוזמן וחבריה בבית החולים שיבא (2015), שהגדירה מושג חדש — "תקופת המתנה בתוך בית החולים" (IHWP): מקרים שבהם המטופל ממשיך לשהות באשפוז כאשר אין בכך עוד צורך רפואי, אלא בעיה סוציאלית — למשל המתנה לעזרה קבועה בבית, למכשור מיוחד כגון חמצן ביתי, או למקום פנוי במוסד סיעודי.

המחקר הראה שבקבוצת מטופלים זו, הממתינה לשחרור, שכיחות הזיהומים הנרכשים בבית החולים גבוהה — כשליש מהמטופלים — וכי 63.7% חוו סיבוך רפואי כלשהו בזמן ההמתנה. באופן מפתיע, הזמן המסוכן ביותר מבחינה רפואית היה דווקא שלושת הימים הראשונים של תקופת ההמתנה: 44% מהסיבוכים הרפואיים בקבוצה זו התרחשו בהם. השערת החוקרים היא שבימים הראשונים שבהם המטופל כבר יכול היה להשתחרר, הוא אינו מקבל עוד יחס רפואי מתאים מהצוות — אף שהוא עדיין רגיש לזיהומים סביבתיים. מכאן מסיקים החוקרים שיש חשיבות רבה לפעול לשחרור המטופל בהקדם האפשרי, ברגע שהדבר התאפשר מבחינה רפואית.

סכנות פסיכולוגיות: דליריום

הבעיה הנפשית השכיחה ביותר בקרב מאושפזים מבוגרים היא דליריום (כ-15%-30%, בהתאם למדינה ולאוכלוסייה) — שינוי חריף של בלבול, ולעיתים גם הזיות, המתפתח בתוך שעות עד ימים ספורים מתחילת האשפוז. גיל מבוגר, מצב דמנטי קודם, שבריריות המטופל ומשך השהייה בבית החולים הם גורמי סיכון להתפתחות דליריום. נוכחות דליריום באשפוז נמצאה קשורה לתמותה מוגברת (פי שניים וחצי בקירוב) ולהארכת השהייה בבית החולים (בכשלושה ימים וחצי בממוצע); ואף באנשים ללא דמנציה קודמת, אפיזודה של דליריום קשורה לעלייה בסיכון לאבחון דמנציה בעתיד, פי שמונה.

מחקר שנערך בטיפול נמרץ הראה שכל יום נוסף מוסיף כ-26% לסיכון לפתח דליריום. דליריום הוכח לאחרונה כמגביר תמותה גם בחולי סרטן (סיכון גבוה כמעט פי תשעה) וגם בחולים לאחר אירוע מוחי. המנגנון המדויק המקשר בין דליריום למוות נותר לא ידוע, וכמה תיאוריות הועלו: נזק מוחי כתוצאה מדלקת עצבית, חוסר איזון בנוירוטרנסמיטורים, ושיבוש במטבוליזם המוחי.

סביבת בית החולים — רעשי סביבה גבוהים, תאורה לקויה, מחסור בחלונות, החלפות תכופות בחדר ושימוש בריסון — תורמת לרוב להחמרת הבלבול. לפיכך, אחת הדרכים המשמעותיות למניעת דליריום ולטיפול בו היא החזרת המטופל לסביבה מוכרת ושקטה, עם קרובי משפחה ומטפלים מוכרים.

שיקום ביתי כאלטרנטיבה

כיום ישנם מצבים רבים שבהם ניתן לשחרר את המטופל לביתו, שם יוכל להשלים את הטיפול הרפואי. טיפולים בבית, בהתאמה אישית לכל גיל, מתבססים על אנשי מקצוע רפואיים ופרא-רפואיים — אחיות, פיזיותרפיסטים, רופאים, עובדים סוציאליים, וטכנאים — המגיעים עד

הבית. במסגרת שירות זה ניתן להזמין חיסונים, בדיקות דם, א.ק.ג, טיפול במחלות כרוניות, צילומים, עירויים, הוצאת תפרים, פיזיותרפיה, חבישות, וטיפול בפצעים קשי-ריפוי.

טיפול במסגרת שיקום ביתי עומד בתקני איכות דומים לאלה של טיפול בבית חולים, והוכח כטוב יותר מבחינה נפשית ופיזיולוגית עבור המטופל: קיצור משך המחלה, שביעות רצון גבוהה יותר, פחות סיבוכים רפואיים, מניעת דלירים, פחות חרדה ודיכאון, ופחות אשפוזים חוזרים. לפיכך, במקרים שבהם ידוע כי קיימת אפשרות של המשך טיפול ביתי, יש מקום לשקול שחרור המטופל בשבת גם כאשר הטיפול הרפואי טרם הושלם באופן מלא.

חלק ב': סקירה הלכתית

היתר חילול שבת במצבי פיקוח נפש

בדין פיקוח נפש ידוע שבמצבי סכנת חיים ניתן, ואף צריך, לחלל שבת — כדברי המשנה (יומא פג.):

> "מי שאחזו בולמוס — מאכילין אותו אפילו דברים טמאים, עד שיאורו עיניו... מי שנפלה עליו מפולת, ספק הוא שם ספק אינו שם, ספק חי ספק מת, ספק נכרי ספק ישראל — מפקחין עליו את הגל"

מדברים אלה למדים שלא רק במצבים של ודאי פיקוח נפש, אלא אף במקרים של ספק פיקוח נפש — כגון אדם הנמצא תחת הגל וספק אם חי — עדיין מחויבים אנו להצילו. הרמב"ם (הלכות שבת כז, יז) אף פוסק שאנשים שיצאו להציל אחרים רשאים לחזור למקומם אם הם נתונים בסכנה.

לאור הנתונים המחקריים שהוצגו לעיל, נראה שהלכות אלה נוגעות אף לענייננו: אדם המאושפז בבית חולים חשוף לסכנות רפואיות כמתואר לעיל, ולמעשה נמצא במצב של ספק פיקוח נפש. יש מקום, מבחינה הלכתית, להורות למטופל שיכול מבחינה רפואית להשתחרר, לצאת לביתו גם אם כבר נכנסה שבת — בשל ספק פיקוח נפש — וכן לבן משפחה או מטפל המלווה אותו וממשיך לטפל בו בביתו. אלא שיש להמשיך ולעיין בסוגיה זו לפי דין "לפנינו".

דין "לפנינו"

בעל ה"בניין ציון" נשאל על אישה המסתכנת בלידה, שהרופאים אסרו עליה להיכנס להריון נוסף — האם מותר לבעלה לשמש עמה במניעה כדי לקיים מצוות עונה. במסגרת דיונו כותב הרב עטלינגר:

> "דאף על גב דכלל בידינו דאין לך דבר עומד בפני פקוח נפש ואין הולכין בפיקוח נפש אחר הרוב — זה דוקא ביש ודאי סכנת נפש לפנינו, כגון בנפל עליו הגל... אבל בשעתה אין כאן פקוח נפש, רק שיש לחוש לסכנה הבאה — בזה אזלינן בתר רובא, כמו לענין איסורא"

כלומר, הכלל "אין דבר עומד בפני פיקוח נפש" חל דווקא כאשר קיים ספק פיקוח נפש הנמצא לפנינו ממש; אך כאשר מדובר בסכנה עתידית ורחוקה, יש ללכת אחר הרוב כבכל שאלה הלכתית אחרת.

בדברי ה"בניין ציון" דן הרב נחום לאם, שנשאל שאלה דומה לענייננו: האם ניתן להעביר בשבת אדם מבוגר מבית החולים לבית אבות, מחשש לזיהומי בית החולים. הרב לאם מסתייג מדברי הבניין ציון וכותב:

> "אך לפי מה שהערנו, אנו היה נראה להיפך — ושיש לדמות נדון דידן לא לנחש, אלא למפקחין את הגל: שהרי לפנינו החיידקים הארסיים והחולים החלשים, כמו שיש לפנינו גל אבנים ובן אדם המוטל תחתיהן, רק שאינו ידוע אם יש בהן כדי להמיתו במקרה זה"

כלומר, הרב לאם רואה בסכנת הזיהומים בבית חולים ספק נפשות "לפנינו" ולא סכנה עתידית ורחוקה. עם זאת, בסופו של דבר פוסק הרב לאם שאין להתיר איסורי דאורייתא מסיבה זו, על בסיס הספרות הרפואית שהייתה בידו באותה תקופה, בה לא נמצא מידע מדויק מספיק על מידת הסיכון היומי הנוסף.

לאור הנתונים המחקריים המובאים במאמר זה — המראים שגם תוספת של יום או יומיים באשפוז מגבירה סיכון מובהק לסיבוכים, וכי אף מטופל הממתין לשחרור נמצא בסיכון משמעותי — נראה שיש מקום לומר שכיום עומד לפנינו מידע מדויק דיו לראות בכך סיכון "לפנינו" ממש, במובן שהגדיר הבניין ציון עצמו, ולא רק סכנה עתידית רחוקה.

דלירים כשיקול הלכתי

כפי שראינו, הרב לאם לא התיר לעבור על איסורי דאורייתא מטעמים ביולוגיים של זיהומים, אך התיר זאת משיקולים פסיכולוגיים — חשש להתפתחות בלבול ודלירים עקב הסביבה הזרה בבית החולים, בדומה לדין יולדת. השולחן ערוך (אורח חיים של, א) פוסק שיולדת נחשבת כחולה שיש בו סכנה, ומחללים עליה שבת לכל צרכיה — ולפי המשנה ברורה (שם, ס"ק ד), אף הדלקת נר עבור יולדת סומא מותרת, אף שאין בכך תועלת רפואית ישירה, מפני "יישוב הדעת" שהיא זקוקה לו כחלק מבטיחותה.

עיקרון "יישוב דעתה של יולדת" מלמד שגם המרכיב הנפשי של מצב החולה חיוני כחלק מטיפולו, ומתיר גם מלאכות דאורייתא בעת הצורך. אף בענייננו, דלירים הוכח כמצב מסכן חיים, ולפיכך במטופלים הנמצאים בסיכון לו יש להתיר את חזרתם לביתם ולסביבה המוכרת להם — ואף להתיר לקרוב משפחה לחזור עמם, כדי לוודא שגם בחזרתם לא יפתחו דלירים. הרב לאם מסייג היתר זה: הוא חל רק על מי שחוזר ממקום מוכר (כגון בית אבות שכבר התאקלם בו) למקום מוכר נוסף — אך מי שיוצא מבית החולים ישירות למקום חדש, אין להתיר לו מדין זה, שהרי לא נמנע ממנו החשש לבלבול.

איזה סיכון מוגדר כספק סכנה?

במחקרים שהובאו לעיל נמצא שהארכת משך האשפוז מעלה סיכון לסיבוכים ואף לתמותה, אך תוספת הסיכון עבור הארכת אשפוז ביום או יומיים היא של אחוזים בודדים. האם גם רמת סיכון זו נחשבת פיקוח נפש הדוחה איסורי שבת? השולחן ערוך (אורח חיים שכט, ב-ג) פוסק שאין הולכים בפיקוח נפש אחר הרוב, ואף מקרה של ספק-ספיקא נחשב כסכנה גמורה לעניין זה. עם זאת, דנו הפוסקים בשאלת ספק רחוק, שסבירותו קטנה מאוד. המגן אברהם (אורח חיים שטז, ס"ק כג) דן בהסתברות של "אחד מאלף" כרף המבחין בין סכנה הנחשבת לכזו שאינה נחשבת, וכן מוזכר סף דומה במגיד משנה ובשו"ת רבי עקיבא איגר.

רמת הסיכון שנמצאה במחקרים שהובאו לעיל — כאחוז וחצי עד כמה אחוזים ליום אשפוז נוסף — גבוהה משמעותית מסף "אחד מאלף", ולכן יש להתייחס אליה כספק פיקוח נפש כדין.

פיקוח נפש דרבים: עומס המיון והמחלקות

בדיני פיקוח נפש מצינו שבמקרים של סכנה עבור הרבים יש מקום להקל יותר, על בסיס דברי שמואל: "מכבין גחלת של מתכת ברשות הרבים בשביל שלא יזוקו בה רבים, אבל לא גחלת של עץ" (שבת מב.). על פי גמרא זו פסק הרב שלמה זלמן אויערבאך שבנזק לרבים יש להקל יותר מבחינת פיקוח נפש בשבת, אף כשאין ודאות לסכנת נפשות ממש, שכן החשש לנזק גופני לציבור מתיר חילול שבת אף מדאורייתא, ואין חובה להמתין או לנקוט אמצעים עוקפים כשיש בכך עיכוב.

לאור זאת, יש מקום לשיקול נוסף בסוגייתנו, הנובע מן המציאות בבית החולים עצמו: כאשר נשארים מטופלים רבים בבית החולים עד מוצאי שבת, נוצר עומס ניכר בחדר המיון במוצאי שבת, שכן חולים המיועדים לאשפוז אינם יכולים לעבור למחלקות שאינן משחררות מטופלים בשבת. עומס כזה הוכח כמעלה סיכון לטיפול לקוי במטופלים דחופים במיון ואף מעלה תמותה. שחרור מוקדם של מטופל בשבת אינו תורם רק לו עצמו מבחינה בריאותית, אלא מהווה תרומה ניכרת לפיקוח נפש דרבים שיתרחש במוצאי שבת — הן במיון עצמו, והן במחלקות הפנימיות, שאליהן ממתינים לעבור מטופלים חדשים בסיכון גבוה.

מחקר שבדק כמיליון ביקורי מיון שהובילו לאשפוז ב-187 בתי חולים הראה שמטופלים שאושפזו בימים עם צפיפות גבוהה בחדר המיון חוו סיכון גבוה יותר בכ-5% למוות באשפוז, אף לאחר שהועברו למחלקתם. הסיכון היה גבוה במיוחד בחולים עם זיהום חיידקי בדם ואי ספיקת נשימה חריפה, שנאלצו לשהות זמן ממושך במיון בשל הצפיפות.

לפי שיקול זה, מרחיבה ההלכה את האפשרות לשחרר מטופלים בשבת גם במקרים שבהם המטופל עצמו אינו בסיכון רפואי אישי משמעותי, אך שחרורו יפנה מקום למטופל אחר הזקוק לו יותר. כמו כן, יש לאפשר לפי כיוון זה לרופא לכתוב מכתב שחרור ולדאוג לצרכי השחרור בשבת — תוך צמצום עשיית מלאכות שבת ככל האפשר, ובחירת האיסור הקל תחילה — בבתי חולים שבהם ידוע כי במוצאי שבת יהיה עומס רב.

סיכום

• שהייה ארוכה בבית החולים כוללת סיכונים רבים המסכנים חיים: סכנת זיהומים, טעויות תרופתיות וחשש להתפתחות דליריום.

• כל יום נוסף בבית החולים מגביר את הסיכון להתפתחות אחד מהסיבוכים ומעלה תמותה — אף כאשר המטופל סיים לקבל את הטיפול הרפואי הנדרש והוא רק ממתין לשחרור. שחרור מבית החולים הוכח כמפחית סיכון זה.

• במקרים שבהם קיים חשש לדליריום, יש לאפשר חזרה לבית בשבת בליווי בן משפחה מוכר, אף אם הדבר דורש מעבר על איסורי דאורייתא.

• כיום, בחלק מהמקרים קיימת אפשרות טובה של המשך טיפול ביתי ("home care"), ויש לשקול זאת לצורך שחרור לפני שבת או בשבת עצמה.

• שיקולים אלה יש להביא בחשבון כגורמי סיכון מסכני-חיים הנחשבים "לפנינו", במיוחד במטופלים הנמצאים בקבוצות סיכון: חולים מבוגרים, חולי רקע לבבי או כלייתי, וחולי סרטן.

• מניעת שחרור מטופלים מחדר המיון ומהמחלקות מגבירה את העומס הרפואי על הצוות, מונעת מתן טיפול מתאים לאחרים, והוכחה כמסכנת את חיי המטופלים הממתינים.

• לאור כל האמור, נראה שיש לאפשר, ובמקרים מסוימים אף להמליץ, על שחרור מטופלים מבית החולים בשבת — הן מצד הסיכון למטופל עצמו, והן מצד הסיכון הכרוך בעומס על חדרי המיון והמחלקות והשפעתו על טיפול במטופלים אחרים. זאת, אף כאשר הדבר עלול להיות כרוך במלאכות האסורות מדאורייתא. עם זאת, אין מקום להיתר גורף: הדבר תלוי במצב המטופל וברקע הרפואי שלו, ובנתוני העומס על בית החולים באותה עת.

מקורות עיקריים

Bates DW et al. The Safety of Inpatient Health Care. N Engl J Med. 2023;388(2):142-153.

Haukland EC et al. Contribution of adverse events to death of hospitalised patients. BMJ Open Qual. 2019;8(1):e000377.

Freeman J, McGowan JE. Risk Factors for Nosocomial Infection. J Infect Dis. 1978;138(6):811-819.

Stewart S et al. Personalized infection prevention and control. J Hosp Infect. 2021;114:32-42.

Hauck K, Zhao X. How Dangerous is a Day in Hospital? Med Care. 2011;49(12):1068-1075.

Rosman M et al. Prolonged patients' In-Hospital Waiting Period after discharge eligibility. BMC Health Serv Res. 2015;15(1):246.

Van Rompaey B et al. Risk factors for delirium in intensive care patients. Crit Care. 2009;13(3).

Sun BC et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. Ann Emerg Med. 2013;61(6):605-611.

לאם, נחום. "סכנות בתי חולים – בדין החזרת זקן בשבת מבית חולים לבית אבות". שו"ת עמק הלכה אסיא, ב (תשמ"ט), עמ' 15-24.

פרנק, יאיר. "איתובי דעתא – רצונותיו של חולה ומצבו הנפשי כשיקול לחילול שבת בעבורו". אסיא טז, תשע"ט, עמ' 171-191.

הערה: הרב ירון מוסקוביץ והרב אוקנין (תחומין) דנו בהיתר ניקיון בית חולים בשבת מדין "מגפה". לאור דברינו, אין צורך להגיע לדין מגפה, שכן ניתן להחשיב את סכנת הזיהומים כ"פיקוח נפש לפנינו" כשלעצמה.