



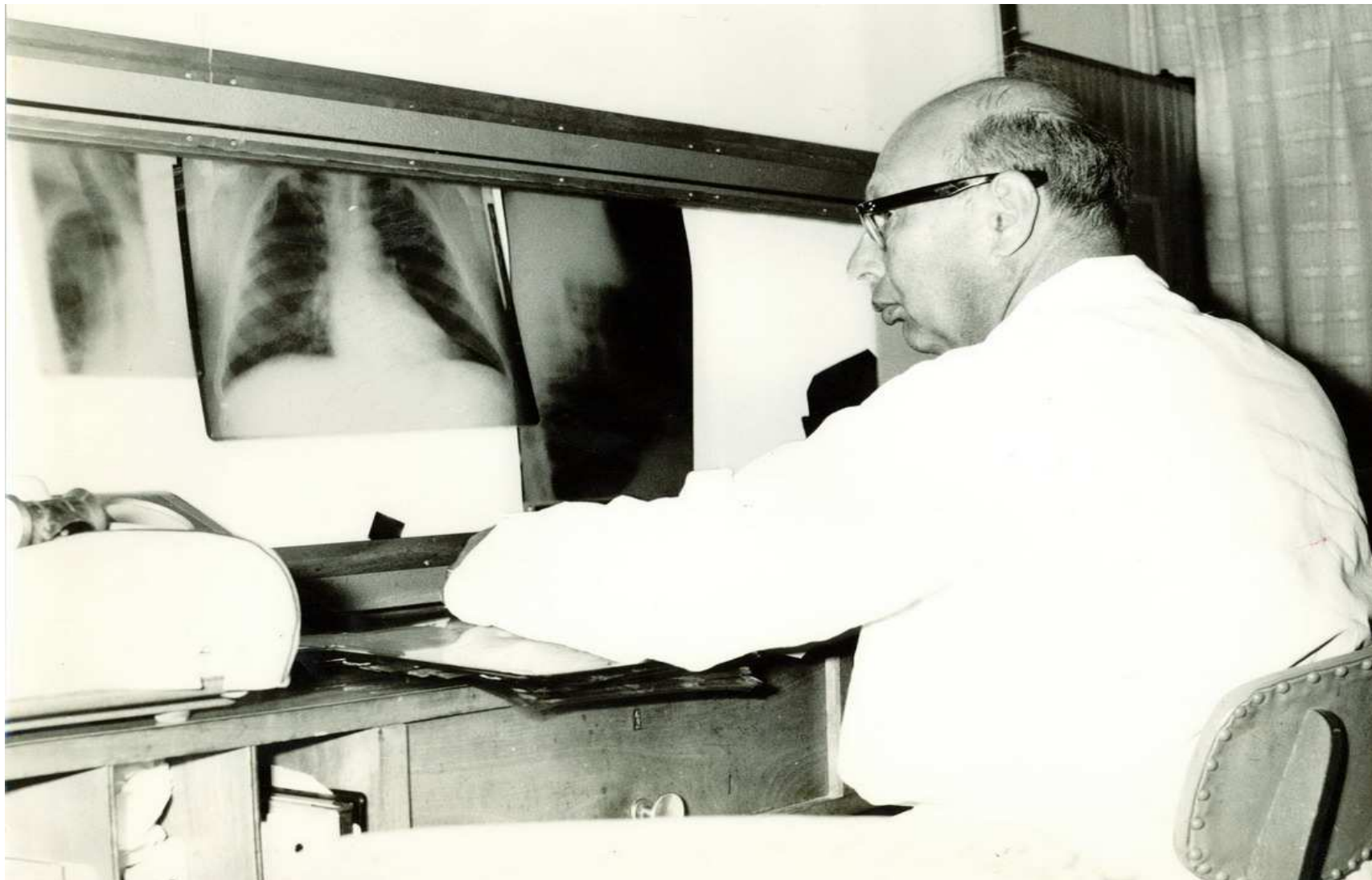
בטיחות הטיפול וניהול סיכונים עקרונות יסוד

ויקי ביטון
נביל עלי

היחידה לבטיחות הטיפול



עברנו דרך ארוכה - מכאן...



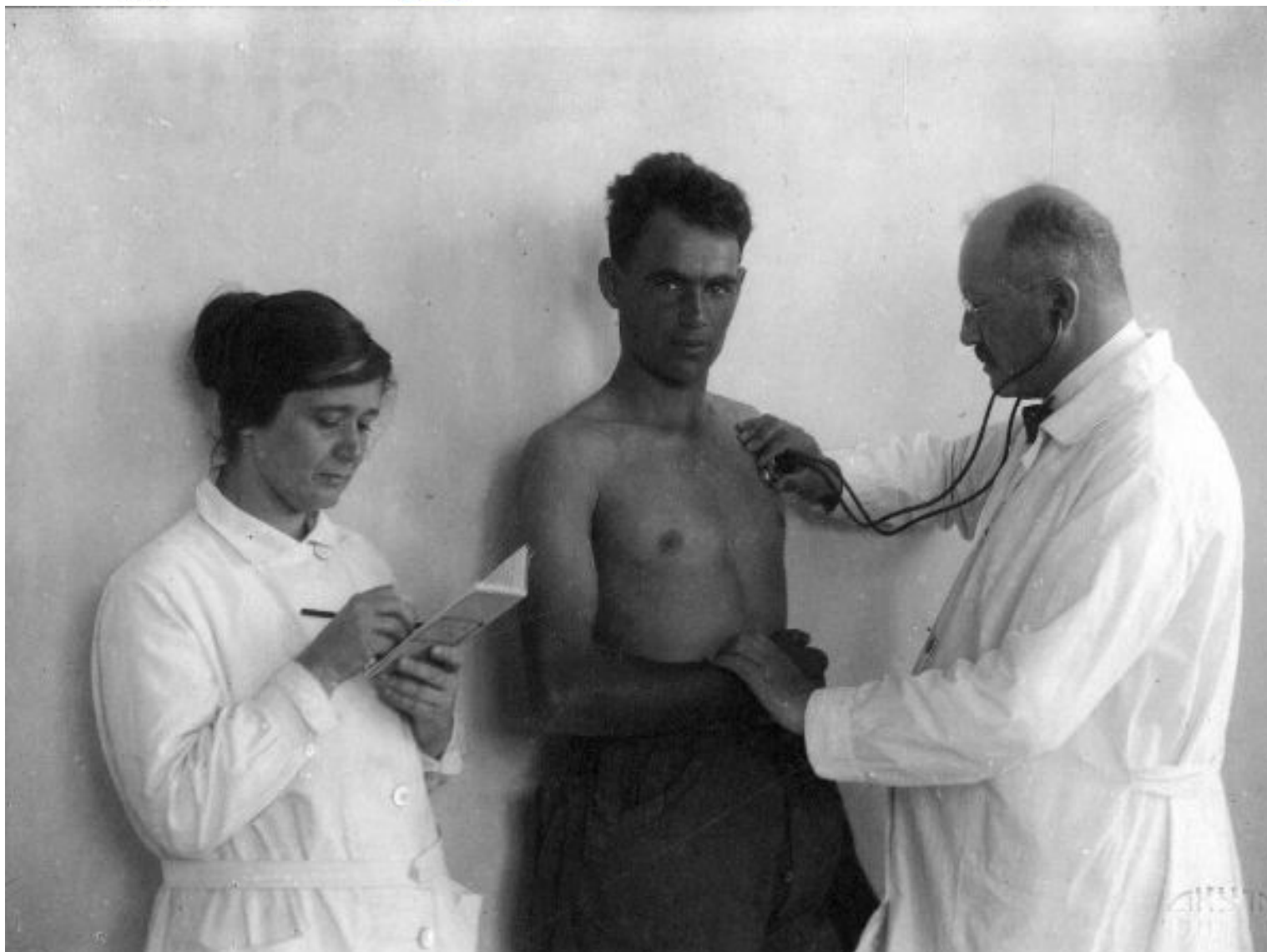


עברנו דרך ארוכה - לכאן...





עברנו דרך ארוכה - מכאן...





עברנו דרך ארוכה - לכאן...





מושגי יסוד

סיכון

כל דבר פיסי בסביבה האישית והארגונית, שיש לו פוטנציאל לגרום לתוצאה לא רצויה או לא צפויה – נזק. הסיכונים מסווגים ע"פ חומרתם וההסתברות להתממשותם.

אירוע חריג

מהלך, התפתחות או תוצאה בלתי רצויים או בלתי מתוכננים בתהליך הטיפול הרפואי(ובכלל זה כל הפעולות הקודמות לתהליך הטיפול ואלה שבאות לאחריו), שהסתיימו בנזק או עלולים היו להסתיים בנזק פיזי ו/או נפשי



מושגי יסוד

ניהול סיכונים

תהליכים ופעילויות שנועדו לאתר, להעריך, לנטר, לבקר ולהפחית את הסיכונים בפעילות מוגדרת. תפיסות, גישות, תרבות ופעילויות המתייחסות לסיכונים כאל ניתנים לניהול, על מנת להקטין את החשיפה האישית והארגונית לנזקיהם.

בטיחות

מצב בו הסיכונים מאותרים, מנוטרים, מבוקרים ומופחתים. מצב של העדר סיכונים או בקרה משביעת רצון על החשיפה לסיכונים בתהליך הטיפול הרפואי.



טעות רפואית

”כישלון של פעולה מתוכננת להסתיים כפי שתוכננה”.

תובנה

לטעות זה אנושי

טעות נעשית תמיד בשגגה

טעות הינה חלק ממכלול רב מערכת שדורש התערבות ושיפור.



טעות רפואית

-Diagnostic

- איחור באבחנה או אבחנה שגויה
- אי ביצוע בדיקות מתאימות
- התייחסות לא נכונה לתוצאות בדיקות

-Treatment

- טעות בביצוע פעולה או ניתוח
- טעות בטיפול
- טעות במינון תרופה
- איחור בטיפול
- טיפול שניתן לא לצורך

-Preventive

- אי מתן טיפול מניעתי מתאים
- ניטור לא נכון

-Others

- כישלון של ציוד / מכשור



אירועי בל יקרו

A serious, largely preventable patient safety incident that should not occur if the available preventative measures have been implemented by healthcare providers.

**אירוע חמור שניתן היה למניעה וקשור לבטיחות
המטופל, שלא היה אמור להתרחש, במידה ואמצעי
המניעה היה מיושם על ידי ספק הבריאות.**



רשימת אירועי בל יקרו (משרד הבריאות)

1. השארה בשגגה של גוף זר במהלך ניתוח, אשר גרמה לנכות, או הצריכה ניתוח נוסף לשם הוצאתו.
2. ניתוח של האיבר הלא נכון
3. גרימת כוויה מדרגה שנייה או שלישית במהלך ניתוח
4. טעות במתן דם או מוצריו, אשר הובילה לפטירת המטופל.



אקרדיטציה

אקרדיטציה זהו תהליך לקבלת תו האיכות והבטיחות

הבינלאומי מטעם הארגון האמריקאי -

Joint Commission International - JCI

התהליך מתבצע ביותר מ-100 ארצות בעולם ומחייב

את בתי החולים לעבוד בצורה בטיחותית ומסודרת

תוך הקפדה על סטנדרטים בינלאומיים ומקומיים

במטרה לשפר את איכות ובטיחות הטיפול.



6 היעדים הבינלאומיים לבטיחות המטופל עפ"י דרישות ה-JCI

1. זיהוי נכון של מטופלים
2. שיפור התקשורת
3. שיפור הבטיחות של תרופות בסיכון
4. וידוא נכונות האתר, ההליך והמטופל לניתוח
5. הפחתת הסיכון לזיהומים הקשורים לטיפול רפואי
6. הפחתת הסיכון לנזק למטופל הנובע מנפילה



יחידות לבטיחות הטיפול ונייהול סיכונים

חוזר מינהל הרפואה



משרד הבריאות

חוזר מס' : 35/2012

ירושלים, ו' כסלו, תשע"ג
20 נובמבר, 2012

תיק מס' : 1/3/1

אל: מנהלי בתי החולים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון: היחידה לבטיחות הטיפול בבית חולים, מבנה ותפקידים

1. רקע:

היחידה לבטיחות הטיפול בבתי החולים עוסקת בזיהוי אירועים חריגים, מיפוי תהליכים בעלי פוטנציאל לסיכון והסקת מסקנות מקומיות ומערכתיות המסייעות בגיבוש דרכי פעולה במטרה להפחית את שיעור האירועים החריגים במוסד ולהבטיח את בטיחות הטיפול.

2. מטרה:

להסדיר ולכוון את דרכי פעולתן של היחידות לבטיחות הטיפול בבתי החולים.

3. סמכות ואחריות

מנהל בית החולים:

3.1. לפעול לקידום בטיחות הטיפול בבית החולים.

3.2. להקים יחידה לבטיחות הטיפול.

3.3. להוביל תרבות בטיחות ואקלים ארגוני המעודד דיווח על ארועים חריגים ותהליכים בסיכון.



פעילות בשני מישורים עיקריים:

פרואקטיבי

- ✓ זיהוי ממשקי עשייה ברי סיכון – סקר סיכונים
- ✓ בחינת מגמות
- ✓ פעילות להקטנת ומזעור סיכונים
- ✓ בקרות (רשומה, תהליכים, ידע)
- ✓ נהלים / הנחיות / הדרכות



ראקטיבי

- ✓ דווח שיטתי של אירועים חריגים במאגר מידע
- ✓ התערבות לאחר אירוע / כמעט אירוע חריג
- ✓ תחקיר
- ✓ דוחות סטטיסטיים לבחינת מגמות ושכיחות
- ✓ ניתוחים משווים



מודלים = ארגז כלים

➤ הגבינה השוויצרית

➤ קצה הקרחון

➤ דומינו

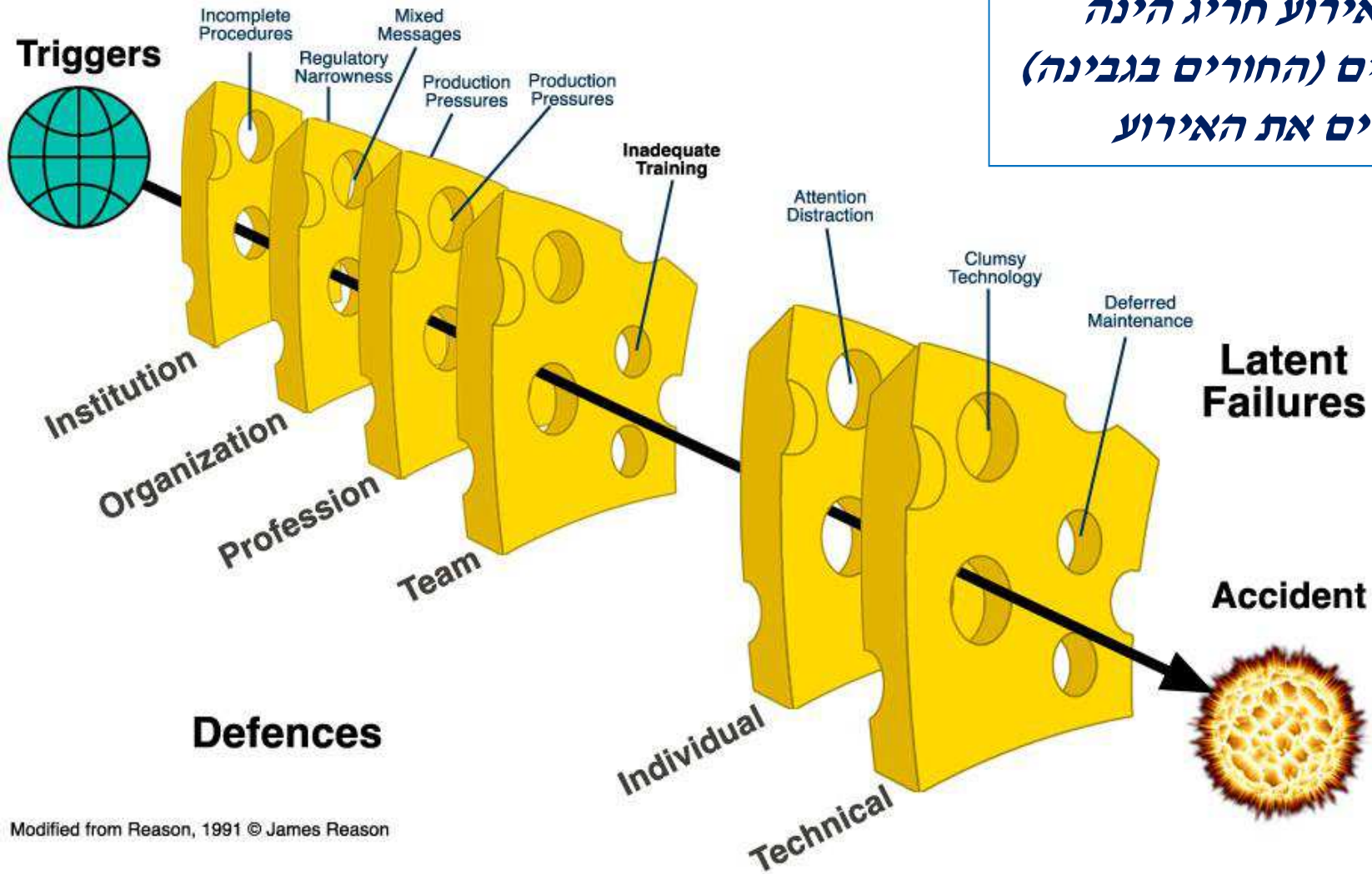
➤ 5 M





מודל הגבינה השוויצרית:

אין אשמים.
 הסיבה לאירוע חריג הינה
 רצף כשלים (החורים בגבינה)
 שמאפשרים את האירוע





מודל הגבינה השוויצרית:

➤ האידיאל של שכבות ההגנה אינו מאפשר חדירה של סיכון דרך שכבות ההגנה.

➤ בפועל, לכל שכבת הגנה יש נקודות חלשות.
(“החורים בגבינה”)

“החורים” אינם סטטיים, אלא דינמיים!

הסיבה להתרחשות אירוע חריג
הינה רצף כשלים (החורים בגבינה)



מודל קצה הקרחון



על כל אירוע חריג אחד
ישנם כ-200 כמעט אירועים

תפיסת בטיחות הטיפול



**29 מקרים
מסתיימים עם
נזק קל**

**200 פעמים מתרחשים
אירועים של
"כמעט ונפגע"**

**כמעט ונפגע/כמעט טעות:
כמעט ונפגע הוא תקלה שהתגלתה
מבעוד מועד ומנעה תקלה נוספת או
התרחשות שיכלה לגרום לנזק ולא
הגיעה בפועל למטופל.**



חסמים מדיווח על "כמעט אירוע"

- חוסר מודעות / לא ברור על מה צריך לדווח – הגדרות!
- חשש מענישה / סנקציות אחרות
- מה יצא לי מהדיווח?
- בושה וחשש ממה יחשבו עלי...
- ספקות ביחס לתרומת הדיווח
- "קשיים טכניים" - תהליך מסורבל / לא ברור למי, איך ומתי לדווח.

אפקט הדומינו



רצף כרונולוגי של אירוע

- אפקט של שרשרת אירועים עוקבים.
- האירועים מותנים זה בזה ומפעילים זה את זה.
- הוצאת גורם אחד (פעולה או מצב), תפסיק את התרחיש.



תחקיר

תהליך למידה – שחזור מובנה של אירוע ליצירת בסיס להסקת מסקנות וגיבוש המלצות במטרה ליצור למידה, שיפור בתהליכים, לשם מניעת אירועים חריגים בעתיד.

המתחקר עושה שימוש במודלים המכוונים לחיפוש כשל בצורה רב ממדית, ואינו נוטה להסבירו דרך גורם כשל בודד!
כדוגמת מודל 5M





מודל - 5 M





המסרים המרכזיים!!!

➤ **תפיסת בטיחות מונעת = תרבות בטיחות.**
• **כמות, איכות, מקדמת למידה ומונע הישנות**

➤ **גישת מערכת – מיקוד בתהליך ולא בחיפוש אשמים.**

➤ **כמעט טעות – כגישה "חינוכית"**



**דו"ח זה ימולא בהעתק אחד בלבד
ויועבר ליחידה לבטיחות הטיפול
לידי אחות היחידה
אין לתייק בתיק החולה!**

דו"ח אירוע

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	כתובת:
טלפון:	מדבקה גדולה של פרטי המטופל

שם המדווח _____ תפקיד _____ חתימה _____ תאריך _____ שעה _____
אבחנות (לפני האירוע)

הכרה: מלאה מנומנם מבולבל מעורפל חסר הכרה

התמצאות: כן לא חלקית

שיתוף פעולה: כן לא חלקית

ניידות: עצמאי זקוק לעזרה קלה זקוק לעזרה רבה חוסר ניידות

אמצעי בטיחות אשר ננקטו לפני האירוע:

פעמון מיטה נמוכה דפנות מיטה סגורות השגחה בניידות קרבה לתחנת אחות שמירה מיוחדת

טיפול תרופתי:

נתוני האירוע:
מחלקה/מרפאה/מכון: _____ ; תאריך: _____ ; שעה: _____

מקום האירוע: _____ (כגון: ח. חולה, ח. טיפולים, מקלחת, ת. אחות, פרוזדור, חצר ביה"ח וכו'...)

תאור האירוע:

תאור האירוע ע"י המטופל:

עדים:

- 1. _____
- 2. _____

אמצעי בטיחות נדרשים לאחר האירוע:

- פעמון
- מיטה נמוכה
- דפנות מיטה סגורות
- השגחה בניידות
- קרבה לתחנת אחות
- שמירה מיוחדת

הודעה לרופא בשעה: _____

בדיקה ע"י הרופא: תאריך _____ שעה _____

ממצאי הבדיקה (לרבות צילומי רנטגן, בדיקות מעבדה וייעוצים) **והוראות וטיפול:**

חתימה וחותמת הרופא הבודק: _____

חתימה וחותמת האחיות האחראית: _____

חתימה וחותמת מנהל המחלקה: _____

לשימוש היחידה לניהול סיכונים:

מס"ד:

קוד אירוע:

קודי אירוע – מעודכן ל- 1.1.2014

14.1 – לא ידוע

1 - פטירות

- 1.1 - פטירת צעיר מתחת לגיל 30 שלא זמחלה כרונית
- 1.1.1 - פטירה – אחר
- 1.1.2 - פטירה תוך יממה באשפוז
- 1.1.3 - פטירת אישה הרה/יולדת
- 1.1.4 - פטירה כתוצאה ממתן תרופה/מוצרי דם
- 1.1.5 - פטירה בניתוח/בפעולה זולשנית(במהלך ואחרי)
- 1.1.6 - פטירה בקהילה או בדרך לביה"ח
- 1.1.7 - פטירה במיון

2- תקלות טיפוליות

- 2.1 – טעות/סיבוך במתן דם ומוצרי
- 2.2 – טעות/סיבוך במתן עירווי נוזלים
- 2.2.1 – תקלה בהעברת מטופל
- 2.2.2 – ספירה לא תקינה
- 2.2.3 – טעות באבחנה
- 2.2.4 – תגובה חריגה למתן דם
- 2.2.5 – תקלה בהזמנה/ברישום הקשור להזמנת דם ומוצרי
- 2.2.6 – טעות במתן חלב אם
- 2.2.7 – תקלה בהזמנה/ברישום הקשור להזמנת בדיקות
- 2.1.1 – מנת דם שלא נשתמרה

4 - יולדות ויילודים

- 4.6.1 – סיבוך בלידה ליילוד-פרע כתפיים
- 4.6.2 – סיבוך בלידה ליילוד-תשניק
- 4.1 – העברת יולדת לטיפול נמרץ
- 4.2 – סיבוך בלידה ליולדת
 - 4.2.1 – מות יולדת
 - 4.2.2 – מות ילוד
 - 4.2.3 – לידת עובר מת
 - 4.2.4 – ילוד עם אפגר קטן או שווה ל-3
 - 4.2.5 – PH של חבל הטבור נמוך או שווה ל-7
 - 4.2.6 – החייאת יילוד
 - 4.2.7 – העברת יילוד לטיפול נמרץ
 - 4.2.8 – לידת יילוד עם מום מולד
 - 4.2.9 – הפסקת הריון בטעות
- 4.3.1 – סירוב להפסקת הריון עקב מום
- 4.3.2 – שיהוי באבחון מום לילוד שגרם נזק
- 4.6 – סיבוך בלידה ליילוד-אחר
- 4.7 – החלפת תינוקות
- 4.8 – הפלה לאחר בדיקה /טיפול
- 4.8.1 – מעקב הריון לקוי
- 99.11 – הולדה בעולה

6- תאונות/תקלות

- 6.99 – תאונות – אחר
- 6.10 – ליקויים תברואתיים וסביבתיים
- 6.11 – נזק לחולה /מבקר ממתקן
- 6.5 – מצב מיוחד המונע מתן שרות
- 8.6 – נזק לחולה/מבקר ממבקר
- 6.9 – נזק לחולה/מבקר מצוות
- 12 – נזק לחולה/מבקר/אחר ע"י חולה/אחר

9 - זכויות החולה

- 9.9 – ליקוי ברשומה רפואית
- 9.7 – זכויות חולה – אחר
- 9.4 – אי היענות בזמן סביר לצרכי החולה
- 9.2 – יחס לקוי
- 9.1 – העדר הסכמה מדעת
- 9.1.6 – קושי / תקלה בזימון תורים
- 9.8 – ביצוע ניסוי רפואי בחולה ללא הסכמת
- 9.3 – פגיעה בפרטיות החולה

11 - התנהגות חולה

- 1.8 – התאבדות מטופל
- 6.12 – התנהגות משפחה/מלווה
- 11.1 – עזיבת חולה ללא שחרור
- 11.2 – סירוב לאשפוז
- 11.3 – סירוב לטיפול/ניתוח
- 11.4 – היעדרות ללא אישור (אי חזרה בזמן)
- 11.5 – פגיעה עצמית
- 11.6 – נסיון אבדני
- 11.7 – התנהגות מטופל – אחר
- 11.9 – בקשה של ביה"ח להפסקת שמירה פרטית
- 11.11 – אלימות מטופל כלפי עצמו
- 11.12 – אלימות מטופל כלפי מטופלים
- 11.13 – אלימות מטופל כלפי צוות
- 11.14 – אלימות משפחה כלפי מטופלים
- 11.15 – אלימות משפחה כלפי צוות

27 - טעות במתן תרופה / חיסון

- 27.1 – טעות בזיהוי תרופה / חיסון
- 27.2 – טעות במינון תרופה / חיסון
- 27.3 – טעות בדרך מתן תרופה / חיסון
- 27.4 – טעות בקצב מתן תרופה/חיסון/תדירות מתן תרופה/חיסון
- 27.5 – טעות בעיתוי מתן תרופה / חיסון
- 27.6 – אי מתן תרופה/חיסון שהיה צורך לתיתה/לתיתו
- 27.7 – קונטרה אינדיקציה למתן תרופה/חיסון
- 27.8 – מתן תרופה / חיסון שתוקפם פג
- 27.9 – איחור במתן טיפול תרופתי / חיסון
- 27.10 – מתן תרופה חלופית / חיסון חלופי
- 27.11 – טעות בהכנת תרופה / חיסון
- 27.12 – תקלות ברישום של מס' אצווה (חיסון)
- 27.13 – טעות בהנפקת תרופה***
- 27.14 – מתן תרופה/חיסון לחולה הלא נכון
- 27.15 – מתן תרופה/חיסון לא נכונה/לא נכון
- 27.16 – מתן תרופה ללא הוראה
- 27.17 – מתן תרופה לאחר הוראה להפסיקה

28 - ליקוי באבטחת מידע

- 28.1 – תחזוקה לקויה/גיבוי לקוי
- 28.2 – אבדן נתונים/דריסת נתונים
- 28.3 – פריצה למערכת המידע חשד לחשיפת מידע לגורם חוץ
- 28.4 – פריצה למערכת המידע וחשיפת מידע לגורם חוץ
- 28.5 – שימוש בלתי מורשה במערכת המידע

29 – ליקוי בשמירת סודיות

- 29.1 – העברת מידע בע"פ ו/או בכתב למי שאינו מוסמך לקבלו
- 29.2 – העברת מידע בע"פ ו/או בכתב ע"י גורם לא מוסמך
- 29.3 – השארת מידע רפואי גלוי

- 6.2 – הפעלה לקויה של מכשיר
- 6.4 – תקלה בתשתית בית החולים
- 8.1 – נפילה
- 8.2 – דקירת מחט
- 8.4 – פגיעה ממתקן/מכשיר
- 8.5 – תאונה בשטח בית החולים
- 6.3 – היעדר מכשיר הדרוש לטיפול
- 6.1 – מכשיר לא תקין
- 6.13 – ניתוק מכשיר/הוצאת צנתר ע"י מטופל
- 6.14 – חשיפה להפרשות גוף
- 6.15 – חשיפה לחומרים מסוכנים
- 6.16 – פגיעת עובד / איש צוות
- 6.17 – הדרדרות במצב מטופל בזמן המתנה
- 6.18 – כווייה ממזון / ממשקה
- 6.19 – התנתקות מכשיר במהלך טיפול
- 6.21 – שימוש באביזר לא מתאים

7 - נזק/אבדן

- 7.9 - נזק/אבדן – אחר
- 7.5 - נזק/אבדן לרקמה/דגימה
- 7.7 - נזק/אבדן ציוד בית החולים
- 7.6 - נזק/אבדן רשומה
- 7.4 - תקלות ברישום
- 7.1 - נזק/אבדן עזרים תפקודיים
- 7.2 - נזק/אבדן רכוש פרטי
- 3.1.3 - פגיעה בשיניים באינ/אקסטובציה

- 2.7.2 – שיהוי בטיפול
- 2.6.2 - איחור באבחנה
- 2.9 – שחרור למרות צורך במשך מעקב/אשפוז
- 2.8 – טיפול סרק
- 2.4.1 – טעות בסימון צד ניתוח
- 2.10 – אי מסירת תוצאות בדיקה
- 2.7.1 – חריגה מנורמת טיפול מקובלת
- 2.4 – טעות בזיהוי חולה/איבר
- 2.91 – ליקוי בניסוי רפואי
- 2.5 – החלפת תוצאות בדיקה
- 2.7.4 – החלפת מדבקות זיהוי
- 2.4.2 – מטופל ללא ידון
- 3.2.2 – השארת חומרים/עצמים בגוף
- 2.11 – אי אבחון
- 2.21 – תגובה חריגה לתרופה

3 - סיבוכים

- 5.4 – פצע לחץ מיובא
- 5.3 – היווצרות פצע לחץ
- 3.2.3 – דימום כתוצאה מפגיעה בכלי דם
- 3.2 – סיבוך אחר בניתוח/פעולה
- 3.3.1 – אירוע לבבי בניתוח/פעולה(במהלך ואחרי)
- 3.3.2 – צורך בניתוח חוזר
- 3.4 – זיהום לאחר ניתוח/פעולה
- 3.5 – זיהום בשהייה במוסד
- 3.6 – הכנה לקויה לניתוח
- 3.8 – התעברות למרות פעולת מנע
- 8.3 – כווייה
- 3.1.2 – סיבוכי הנשמה
- 3.99 – סיבוכים-אחר
- 5.1.2 – פגיעה באיבר סמוך
- 3.1.1 סיבוכי הרדמה



דו"ח אירוע - אופן המילוי

➤ מידע אובייקטיבי בלבד

➤ ללא הבעת דעה

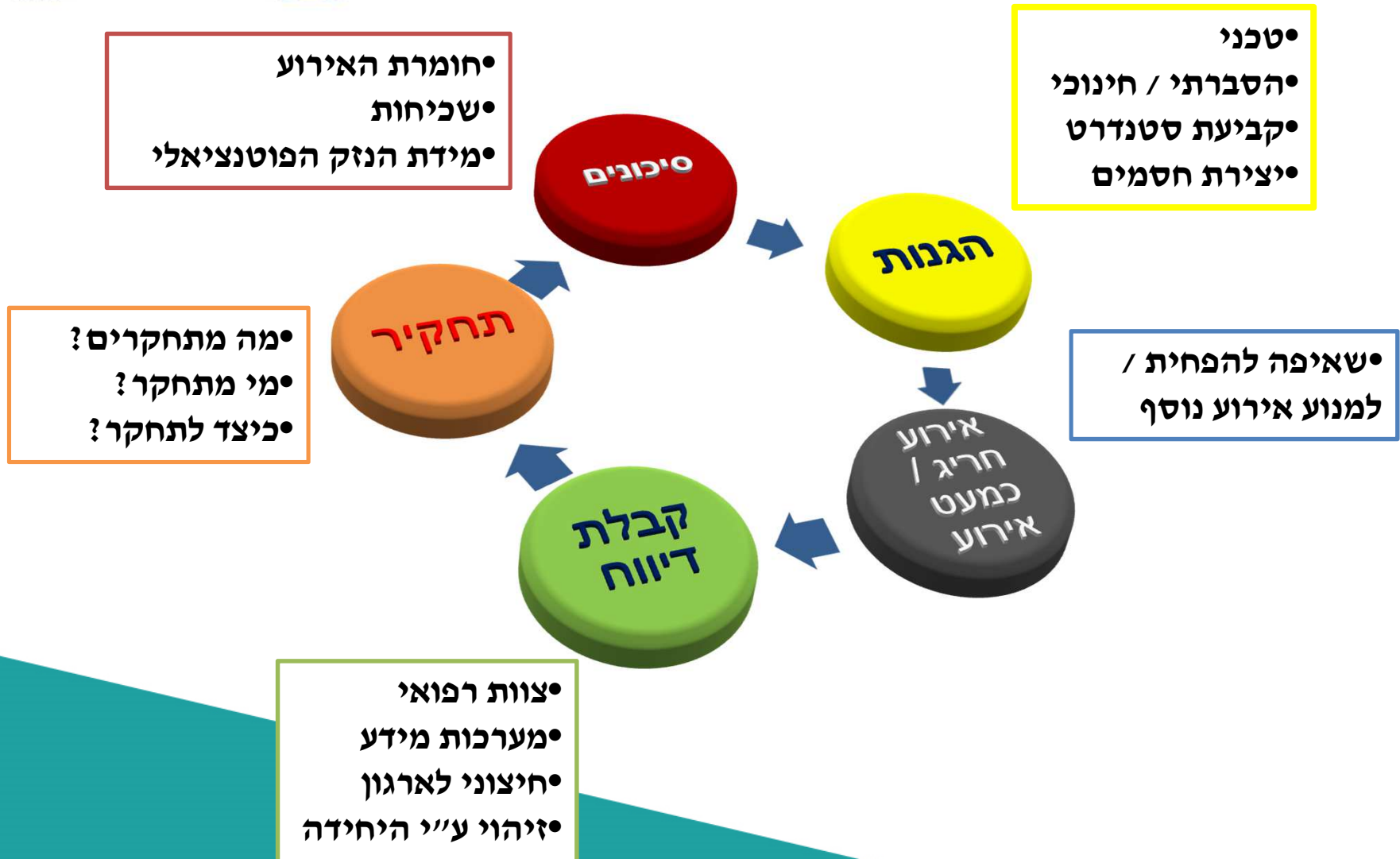
➤ ללא נטילת אשמה

➤ ללא "אצבע מאשימה"

➤ ללא מסקנות



מעגל חיי אירוע חריג





בעיות גנריות:

- מצב חסר תמידי במשאבים.
- סביבת עבודה מורכבת ממשקי עבודה רבים: קהילה / בי"ח / צוותים / משמרות.
- האווירה הציבורית, MEDIA, הציפיות.....
- היעדר נהלים מספקים ו/או לעיתים היעדר הלימה בין נוהל לשימותו.
- תיעוד ממוחשב ברשומות – מצבים של אי התאמה.
- הכנסת טכנולוגיות חדשות באופן קבוע.
- רמות שונות של מיומנות בקרב הצוותים
- צורך בהטמעה מובנית של בטיחות הטיפול בשלבי ההכשרה והלימוד.



הכיוון אליו צריך ללכת...

1. לחשוב בטיחות - Do not harm
2. שילוב המטופלים Patient centered
3. "להתקרב" לאיכות
4. חלק מדרישות האקרדיטציה – 6 היעדים הבינלאומיים
לבטיחות המטופל



תודה על ההקשבה!