

הפקת תובנות מאירועים חריגים

הוכן על ידי:

דנה ארד
נטעלי גולדפרב
פרופ' שאול דולברג
פרופ' אמיתי זיו
ד"ר יוסי טל
עו"ד לימור כהן אשכנזי
ד"ר יהודית לפינסקי
ד"ר מוחמד מוראד
ד"ר אורלי מנור
פרופ' ירון ניב
עו"ד אלונה סיגלר הרכבי
ד"ר אריק סיטון
תלמה פאר
פרופ' עמי פישמן
ד"ר מירה קוחונובסקי

בשם:

החברה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים ברפואה - נסב"ר

ספטמבר 2022

המכון לאיכות
ברפואה

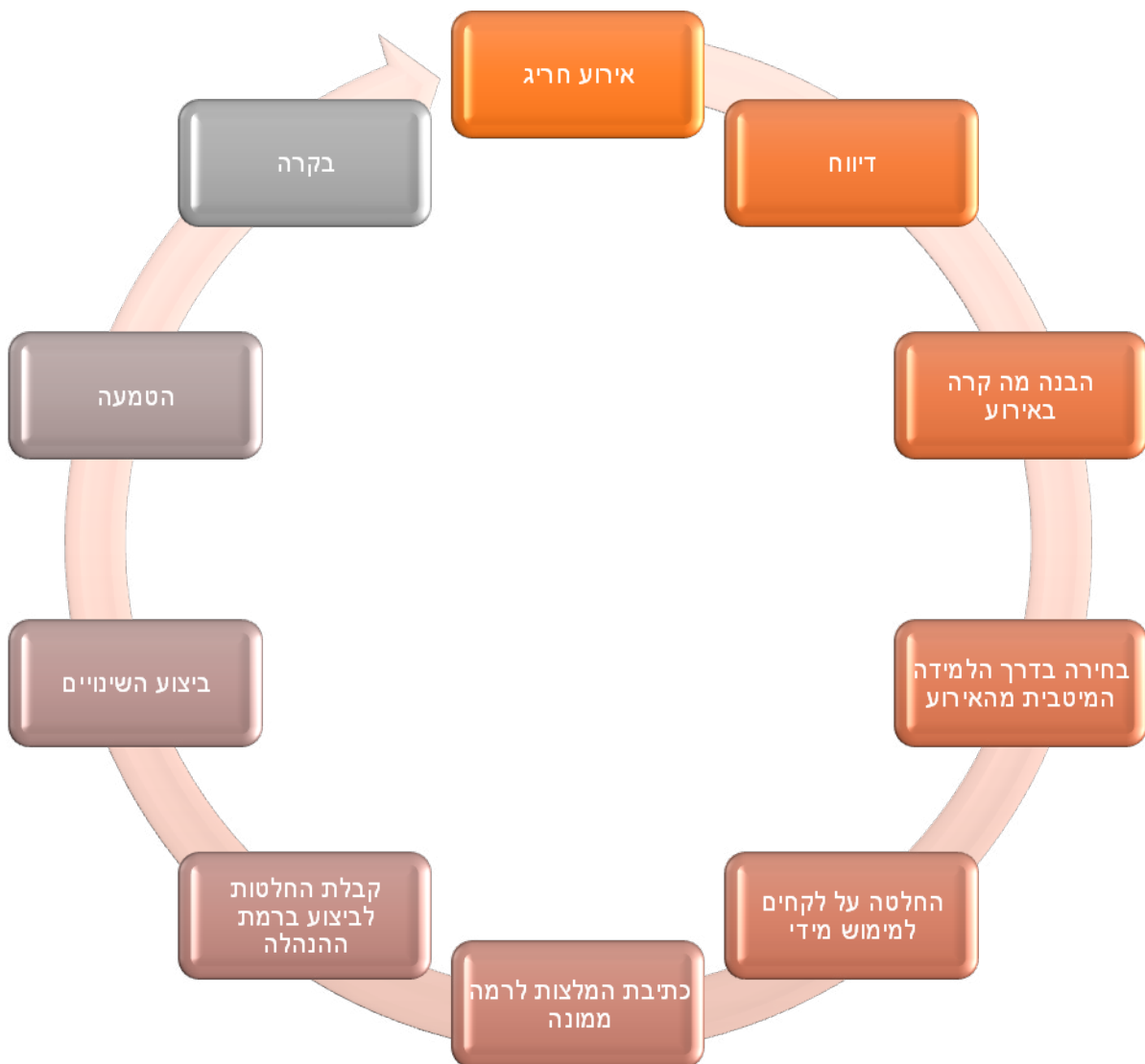


ניירות עמדה מתפרסמים ככלי עזר לאנשי צוות רפואי ואינם באים במקום שיקול דעתם בכל מצב נתון

מבוא

מערכת הבריאות בישראל חווה אירועים חריגים אשר מחייבים אותה ללמוד ולהשתפר על מנת למנוע הישנותם בעתיד. דיווחים על אירועים חריגים מניעים את המערכת להפיק תובנות, ללמוד ולהשתפר. הצוותים המדווחים על האירועים החריגים מצפים מהמערכת להפיק לקחים ולבצע שינויים על מנת למנוע אירועים חריגים דומים בעתיד.

רצף הטיפול באירוע חריג



דגשים בתהליך

מדיווח עד הגעה לתובנות

- כל איש צוות בארגון בריאות נדרש לדווח על אירוע חריג או כמעט אירוע, ליחידה לבטיחות הטיפול בארגון.
- בחלק מהמקרים, אירוע חריג דורש טיפול ותגובה מיידיים על מנת לצמצם את הנזק ולכן, חשוב לעודד דיווחים לרמת ההנהלה בארגון בסמוך, ככל הניתן, לאירוע.
- כל ארגון בריאות נדרש לקבוע סטנדרט לבדיקת הדיווח.
- בשלב הבא, הארגון בוחר את הדרך המתאימה ביותר להעמקה וללמידה מיטבית מהאירוע. מטרת הלמידה היא לבחון כיצד קרה האירוע ולמה הוא קרה עד מציאת סיבת השורש לאירוע.
- סיווג ודירוג האירוע מאפשר לארגון ללמוד מאירועים דומים הקורים ברמות השונות של הארגון, ומאפשר לארגון לתחקר וללמוד טוב יותר ולתת מגוון רחב יותר של פתרונות.
- בדיקת האירוע תסתיים בקביעת המלצות שיוצגו להנהלת הארגון אשר תחליט על אופן ולוח הזמנים של הטמעת ההמלצות.

מתובנות למימוש

- הנהלת הארגון תקבע תוכנית עבודה הכוללת: הגדרת תחומי אחריות של בעלי תפקידים בארגון ולוחות זמנים למימוש כל שלב בתוכנית.
 - תוכנית העבודה צריכה לכלול הטמעה של השינויים ומנגנוני בקרה על מנת לבחון האם השינוי הוטמע כנדרש, והאם יש לבצע בו שינויים או התאמות.
- במקביל, חשוב להפיץ את הממצאים, המסקנות, הלקחים וההמלצות לכלל הארגון, תוך הימנעות מפגיעה בעובד שטעה, או חשיפת פרטים שאינם חיוניים.
- כל שינוי שיתבצע בעקבות למידה מאירועים חריגים יובא לידי כלל הארגון, על מנת לעודד דיווחים מהשטח ולקדם תרבות של בטיחות.

כלים להפקת תובנות מאירועים חריגים

תחקיר סיבות שורש (RCA - Root Cause Analysis)

התחקיר הינו מודל ללמידה והבנת הגורמים שהביאו להתרחשות אירוע חריג, ומטרתו להביא לשיפור ולמניעת הישנות האירוע/הכשל בעתיד.

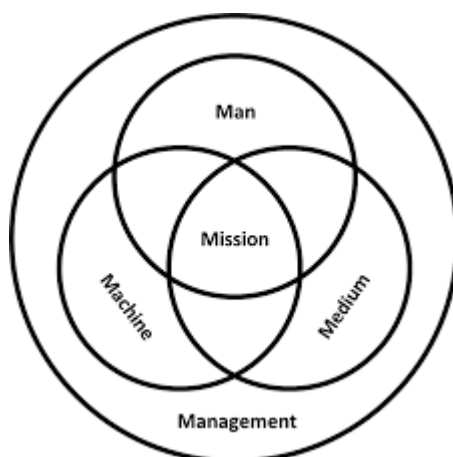
תחקיר סיבות שורש (RCA - Root Cause Analysis) בודק מערכתית את סיבות השורש הגורמות לתקלות או תופעות לא רצויות, ומאפשר זיהוי שינויים שניתן לבצע בארגון, במערכות השונות ובתהליכים. כל זאת, באמצעות תכנון מחדש או פיתוח תהליכים ומערכות שישפרו את הביצועים, וכך, להקטין את הסיכון להתרחשות של אירוע לא רצוי.

מטרתו לענות על השאלות הבאות:

מה קרה? מדוע קרה? מה ניתן לעשות כדי למנוע את הישנות האירוע?

התפיסה בתחקיר היא להסתכל מעבר לטעות האנושית, על מנת לזהות בעיות מערכתיות שתורמו או גרמו לאירוע הלא

רצוי, תוך ניסיון לזהות פערים ברמות שונות על פי חמשת התחומים הבאים:
אדם, סביבה, משימה, מכונה, ניהול



מסקנות התחקיר הן קביעות המקושרות לוגית לממצאים, ומטרתן להסביר את הקשר הסיבתי בין התהליכים או הסיבות לבין תוצאת האירוע.

מקור: "מתודולוגיה ללמידה ארגונית מאירועים חריגים (תחקיר)", המערך לבטיחות הטיפול מנהל איכות ושירות משרד הבריאות, 2013

ועדת בקרה ואיכות (וב"א)

המנהל הכללי או מנהל המוסד הרפואי/קופת החולים רשאי למנות ועדת בקרה ואיכות מתוקף סעיף 22 לחוק זכויות החולה-1996.

מטרות הועדה כוללות את הערכת הפעילות הרפואית ושיפור איכות הטיפול הרפואי. באמצעות הועדה ניתן להפיק תובנות מהסתכלות על תהליכים בארגון או מצבר של אירועים שהתרחשו. יחד עם זאת, ועדת בקרה ואיכות אינה המענה הנכון לבדיקת אירוע חריג יחיד.

להלן לשון החוק המפרט את פעילות ועדת הבקרה והאיכות (מקור: חוק זכויות החולה 1996):

22. (א) בחוק זה, "ועדת בקרה ואיכות" – אחת מאלה:

(1) ועדה פנימית של מוסד רפואי שהקים מנהל המוסד לשם הערכת הפעילות הרפואית ושיפור איכותו של הטיפול הרפואי;

(2) ועדה שהקים מנהל קופת חולים לשם שיפור איכות שירותי הבריאות במוסדות קופת החולים;

(3) ועדה שהקים המנהל הכללי לשם שיפור איכות שירותי הבריאות.

(ב) תוכן הדיונים שהתקיימו בוועדת הבקרה והאיכות, הפרוטוקול, כל חומר שהוכן לשם הדיון ושנמסר לה, סיכומיה ומסקנותיה, יהיו חסויים בפני כל אדם לרבות, המטופל הנוגע בדבר ולא ישמשו ראיה בכל הליך משפטי.

(ג) על אף האמור בסעיף קטן (ב) סיכומיה ומסקנותיה של ועדת הבקרה והאיכות יימסרו למי שמינה את הועדה, ורשאי הוא לעיין בפרוטוקול דיוני ועדת הבקרה והאיכות, ובכל חומר אחר שנמסר לה.

(ד) מצא מי שמינה את הועדה כי קיימת לכאורה עילה לנקיטת אמצעי משמעת על פי דין כלפי מטפל, יודיע על כך למנהל הכללי.

(ה) ממצאים עובדתיים שקבעה ועדת הבקרה והאיכות הנוגעים למצבו של מטופל, לטיפול בו ולתוצאותיו, יתועדו ברשומה הרפואית מיד עם קביעת הממצאים, אם לא היו רשומים קודם לכן, ויהיו חלק מהרשומה הרפואית.

לסיכום

- לעתים אירוע חריג דורש טיפול ותגובה מיידים על מנת לצמצם את הנזק ולכן חשוב לעודד דיווח לרמת ההנהלה בארגון בסמוך ככל הניתן למועד האירוע.
- יש חשיבות ללמידה גם מדיווחים על "כמעט אירוע" ולכן יש לעודד דיווחים מסוג זה במידה זהה לדיווח על אירועים חריגים.
- חשוב להפיק תובנות מאירועים חריגים וכמעט אירועים כדי להוביל שינויים בתהליכי העבודה למניעת אירועים נוספים.
- להנהלת המוסד הרפואי יש מחויבות להפוך את התובנות מאירועים חריגים וכמעט אירועים לתכנית עבודה סדורה בארגון.
- הטמעת תכנית עבודה שנגזרה מתובנות שהופקו מאירועים חריגים וכמעט אירועים מעודדת דיווח על אירועים נוספים ומובילה לשיפור תרבות הבטיחות בארגון.

להרחבה בתחום אנו ממליצים לעיין בספרות הבאה:

1. Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (updated January 4, 2021). Medical error reduction and prevention. In StatPearls. StatPearls Publishing.
2. Hooker, A. B., Etman, A., Westra, M., & Van der Kam, W. J. (2019). Aggregate analysis of sentinel events as a strategic tool in safety management can contribute to the improvement of healthcare safety. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(2), 110–116. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy116>.
3. Bos, K., Dongelmans, D. A., Greuters, S., Kamps, G.-J., & van der Laan, M. J. (2020). The next step in learning from sentinel events in healthcare. *BMJ Open Quality*, 9(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000739>.
4. Hibbert, P. D., Thomas, M. J. W., Deakin, A., Runciman, W. B., Braithwaite, J., Lomax, S., Prescott, J., Gorrie, G., Szczygielski, A., Surwald, T., & Fraser, C. (2018). Are root cause analyses recommendations effective and sustainable? An observational study. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(2), 124–131. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx181>.
5. Brook, O. R., Kruskal, J. B., Eisenberg, R. L., & Larson, D. B. (2015). Root Cause Analysis: Learning from Adverse Safety Events. *Radiographics*, 35(6), 1655–1667. <https://doi.org/10.1148/rg.2015150067>.
6. Liukka, M., Steven, A., Vizcaya Moreno, M. F., Sara-Aho, A. M., Khakurel, J., Pearson, P., ... & Tella, S. (2020). Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4717.



המכון לאיכות
ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה