

הכנס השנתי של החברה הישראלית לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים ברפואה (נסב"ר)

מלון דניאל,
הרצליה | 29.5.25

ABSTRACTS



אחריות למעקב אחר הפניות לבדיקות חויות של רופאים

ד"ר תמר אדר¹, פרופ' יעל קשת², פרופ' אריאלה פופר-גבעון³
¹. חטיבת הקהילה, שירותי בריאות כללית; ² מכללת גליל מערבי; ³ מכללת דוד ילין

רקע: מעקב אחר בדיקות הוא גורם משמעותי בבטיחות המטופל. מוסכם כי הרופא אחראי להפנות את המטופל לבדיקות ולקלוט את תוצאות הבדיקות שבוצעו. בפועל, לא כל תוצאות הבדיקות שבוצעו מגיעות לרופא. שאלה מורכבת יותר היא המעקב אחר עצם ביצוע הבדיקה שהומלצה.

מטרת המחקר: להבין כיצד

מתמודדים רופאים עם סוגיית המעקב אחר בדיקות

שיטת המחקר: ראיונות עומק עם 20 רופאי קהילה ראשוניים ורופאים יועצים

תוצאות: סוגיית המעקב אחרי בדיקות מעסיקה את הרופאים בשל פוטנציאל לסיכון בשני היבטים:

קליטת תוצאות הבדיקות וטיפול בתוצאות חריגות:

"זו תמיד שאלה האחריות, של מי היא ואיך מגדירים אותה, הרופא? המטופל? האם כל בדיקה חריגה אני צריכה להתקשר? ומה האחריות של המטופל לדבר הזה? זה כל הזמן מן משחק עדין כזה".

ביצוע הבדיקות על ידי המטופל:

"הרבה רופאים מרגישים שעם חוק זכויות החולה לא הגיע חוק אחריות החולה... ברגע שאתה עושה אני עוקבת אחריו, ואני מדווחת לך אם זה תקין או לא, אבל זה שאני צריכה גם לעקוב אם אתה עשית או לא עשית [את הבדיקה], אם לקחת אותי ברצינות או לא, זה מבאס".

אסטרטגיות התמודדות – לא

מספקות:

- יצירת קשר עם המטופל לתזכורת
- תיעוד המלצות ברשומה
- שימוש בתזכורות במחשב כגון "נעץ"

חסמים:

- עומס עבודה
- מגבלות תקשורת רופא ראשוני - יועץ
- ריבוי מטפלים ומעבר בין מטפלים

המלצות:

- הטמעת אמצעים טכנולוגיים המסייעים לרופא לבצע מעקב אחר בדיקות
- תזכורת למטופל לבצע בדיקות
- אפשרות לרופא לבחור הפניות לגביהן הוא מעוניין לקבל התראה על אי ביצוע
- תשתית אחידה לקליטת כלל הבדיקות שבוצעו
- שיפור התראות על תוצאות חריגות

תרבות בטיחות לפני ואחרי הטמעת מערך חדש לבטיחות וניהול סיכונים

שותפים לעבודה: ד"ר יעל אילון, הגב' ריקי שמר, פרופ' איליה קגן

מבוא

משרד הבריאות מקיים פעילויות לשיפור בטיחות ואיכות השירות ולמידה ארגונית באמצעות הפקת לקחים מאירועים חריגים ואירועי "כמעט שנפגע". הנהלת מחוז חיפה השיקה תוכנית רב-שנתית להקמת מערך לבטיחות השירות וניהול סיכונים אשר מלווה במחקר הערכה שבוחן את מאפייני תרבות איכות ובטיחות השירות במחוז לפני ואחרי השינוי, את הקשרים בין מנהיגות לאיכות והטמעת מערכת מחישובית לקידום בטיחות השירות, לבין מרכיבי תרבות איכות ובטיחות השירות במחוז.

שיטה

מחקר משולב (Mixed methods)

שלב א'- קבוצות מיקוד של עובדים, מנהלי ביניים ומנהלים בכירים מכלל המחלקות במטרה לזהות סוגיות וצרכים מרכזיים של המחוז בנושא איכות ובטיחות השירות.

שלב ב'- איסוף נתונים כמותניים באמצעות שאלון מקוון למילוי עצמי. השאלון בחן מספר תחומים, ביניהם תרבות ארגונית של בטיחות, מנהיגות ומחויבות ההנהלה לבטיחות ואיכות, מחויבות ארגונית של עובדים ועמודתיהם לגבי מערכת דיווח על אירועים חריגים/כמעט ונפגע במחוז.

תהליך הפרויקט והמחקר בציר הזמן



תוצאות

המשתתפים תפסו את בטיחות השירות כגבוהה (1-5) 4.4 ± 0.7 ודיווחו כי הנהלת המחוז והממונים הישירים מקדמים ומעודדים תרבות של בטיחות ואיכות (1-5) 3.8 ± 0.8 אך העריכו את תרבות הבטיחות בציונים בינוניים היות ונמצאו פערים בשיעור הדיווח על אירועים חריגים/"כמעט ונפגע" בין המחלקות השונות.

✓ שביעות הרצון והמחויבות הארגוניות בקרב העובדים היו גבוהות.

✓ המשתתפים ציינו כי על מנת לקדם את תרבות הבטיחות בארגון יש צורך בתשתית מקוונת נגישה וידידותית לדיווח על אירועים חריגים, הוקרה על דיווח בזמן אמת ומאידך הסטיגמה שנלוות לדיווח אירוע חריג והליך דיווח מסורבל, יעכבו את קידום התרבות של איכות ובטיחות הטיפול.

הכשרת צוותים

קורס הכשרה תחקיר אירוע חריג



סיכום ומסקנות

✓ בהתבסס על ממצאי המחקר הוגדרה תוכנית אופרטיבית לקדום בטיחות השירות, הכוללת בין היתר, פיתוח מערכת מחשוב ייעודית לדיווח וטיפול באירועים חריגים, הדרכת צוותים, פרסום ניוזלטרים רבעוניים, מינוי נאמני בטיחות השירות בכל מחלקה והכשרתם.

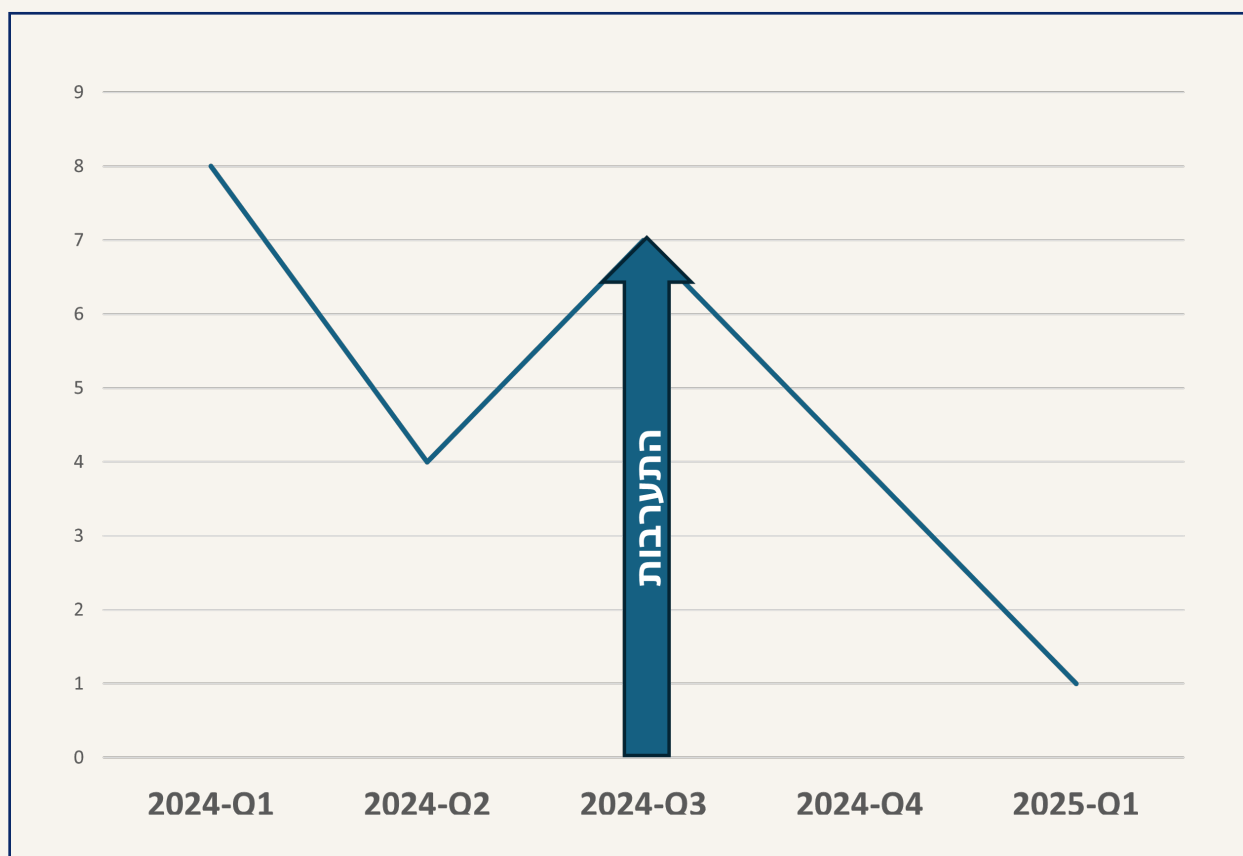
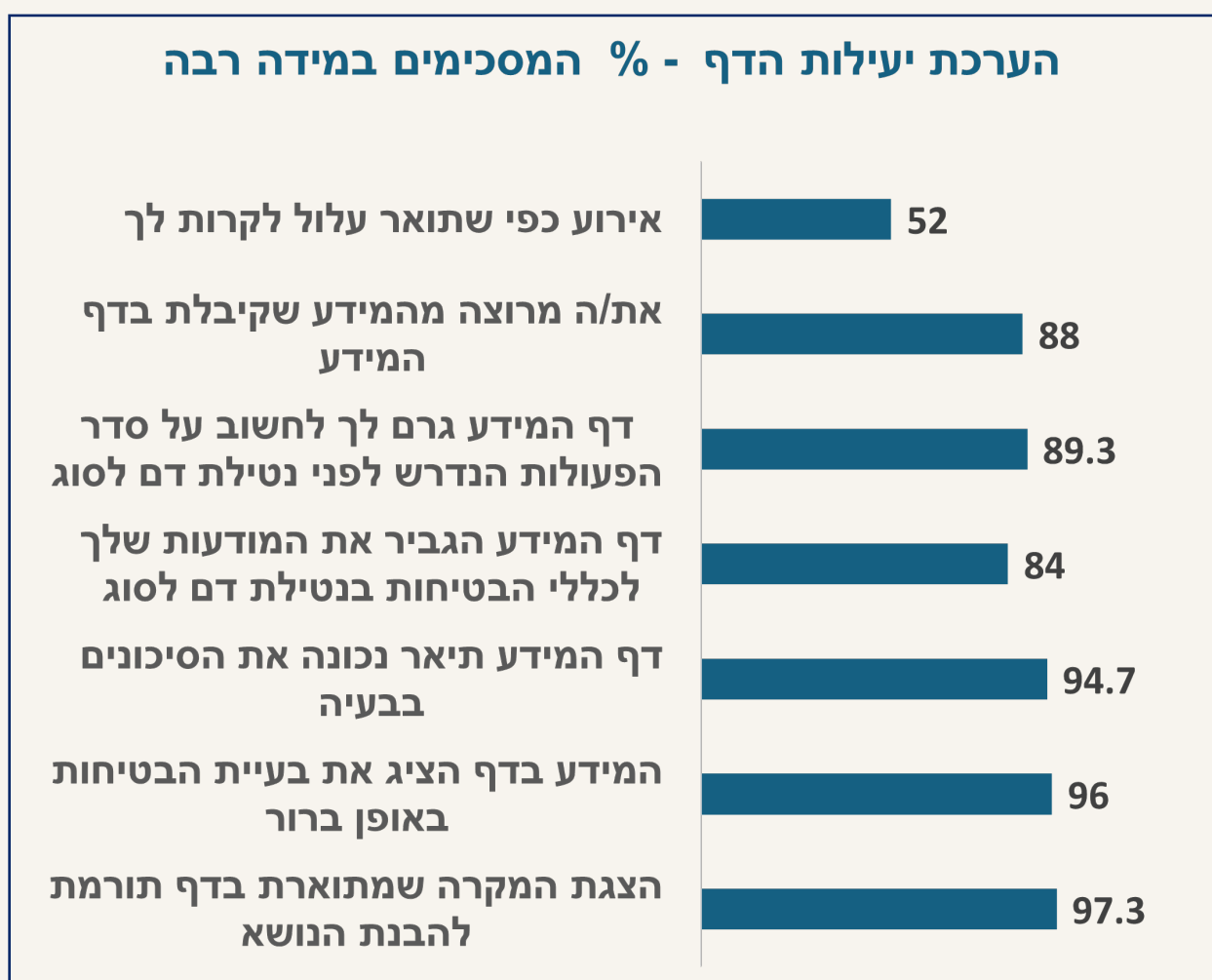
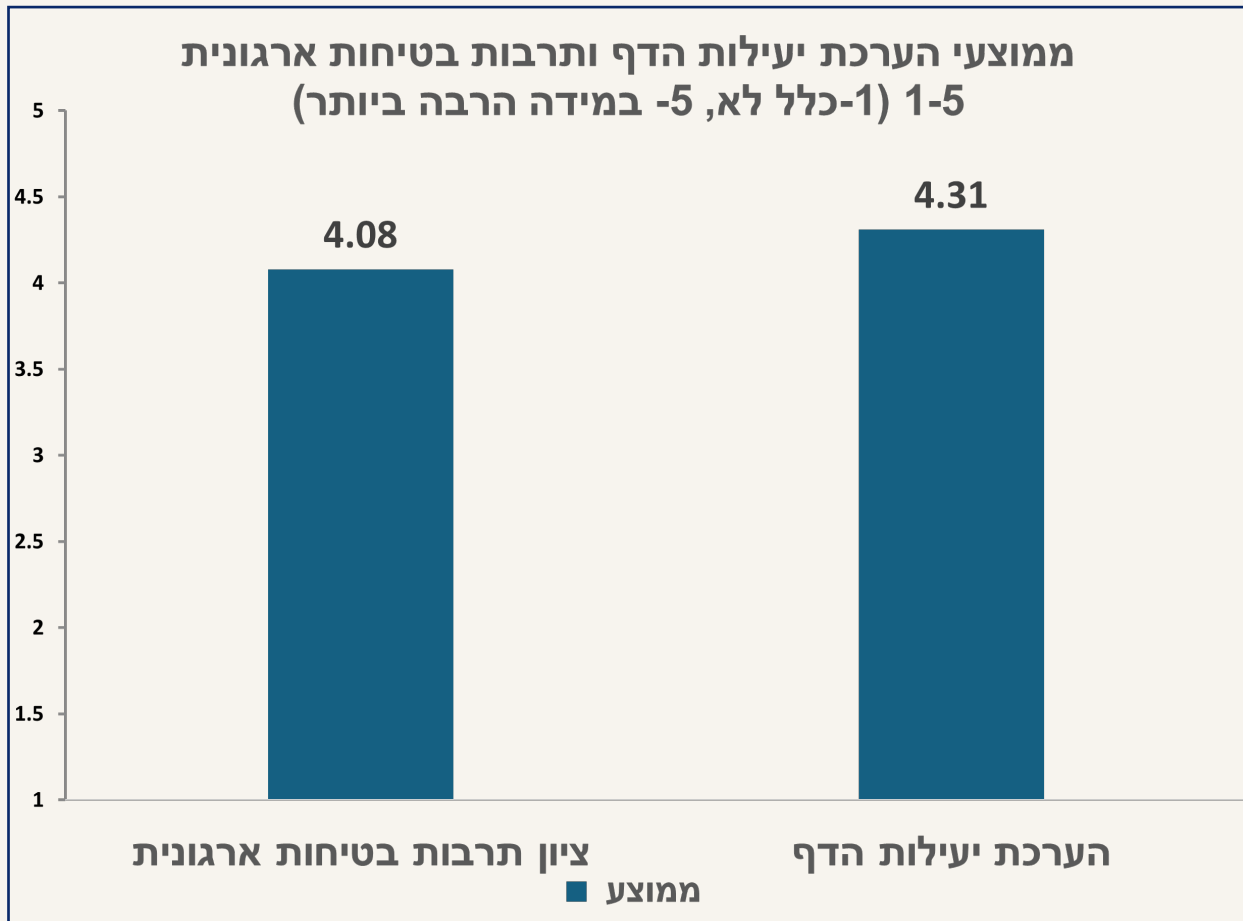
✓ בנוסף, מושם דגש על תהליכי שיפור, עידוד שקיפות, למידה ארגונית ושיפור נוחות הדיווח המקוון.





נטילת דם לסוג ביחידות לטיפול נמרץ: תרומתו של עלון בטיחות לעשייה בטוחה

טל אילסר¹, רויטל זלקר¹, ד"ר נורית פורת¹ וד"ר דורית וייל-לוטן²
המרכז הרפואי הדסה עין כרם¹, המכללה האקדמית, ת"א-יפו²



מסקנות

פיתוח עלון מידע מהווה התערבות פשוטה ושימה העשויה להגביר מודעות ולהפחית אירועי סתירה לסוג דם. נראה שקיים קשר בין ציוני תרבות בטיחות ארגונית להערכת יעילות הדף. חשוב להמשיך לפתח ולהעריך התערבויות בנושא זה.

יחד מקדמים את איכות ובטיחות פלייסול

הקדמה

עקב תדירותן הגבוהה של נטילת בדיקות דם לסוג ביחידות לטיפול נמרץ, קיים סיכון גבוה ל"אירועי סתירה לסוג דם", כמעט טעות במהלך מתן דם. בשנים האחרונות נרשמה במוסדנו עלייה באירועי סתירה לסוג דם על ידי בנק הדם. דפי מידע ארגוניים בנושא בטיחות הטיפול מתפרסמים אחת לרבעון ואנו ביקשנו לבחון את תרומתו של דף מידע ייעודי בנושא חשוב זה.

תרומתו של עלון מידע המבוסס על מקרה ממשל

- ✓ פיתוח עלון מידע המבוסס על אירוע אמת
- ✓ הפצה לאנשי צוות ביחידות טיפול נמרץ
- ✓ הצמדת קישור לסקר דיגיטלי בעלון המידע
- ✓ פרסום המיזם ועידוד השתתפות הצוותים

עלון מידע בנושא נטילת דם לסוג

מחירים לקחים

תלייה על לוח איכות ובטיחות מחלקתי

המרכז הרפואי
האוניברסיטאי
חדשה
סניף דגן / שומע הדסה

בטיחות הטיפול

מידעון | 58 אוקטובר 2024

נטילת דם לסוג והצלבה: זיהוי נכון מונע אסון!

ניתוח האירוע

- יחידות טיפול נמצא מאופיינות ברעשים וגירויים וזואליים רבים העלולים ליצור עומס על המטפלים בעת ביצוע פעולות פשוטות אך חיוניות ליוצר המטופל.
- לא נמצאה מדפסת זברה ליד מיטת המטופל, כך שעלה צורך להדפיס מדבקות במחשב מרוחק.
- דימת הדם לסוג הפוקה במקום מרוחק ממיתת המטופל ולא בוצע זיהוי מטופל כנדרש.
- האירוע נעצר הודות לבדיקת סוג הדם בבנק הדם, אך נתאמותיו עלולות היו להיות מידיות וקטלניות!

לקחים

- **חובב** לבצע זיהוי של המטופל הנכון עם המחבנה הנכונה ליד מיטת המטופל בלבד!
- זיהוי מטופל בעת נטילת דימת דם לסוג כולל חובת וידוא פרטי המטופל על גבי הידיון, טופס הבדיקה המודבק למבחנה 1 ו- 2 שאלות פתוחות:
- מה שמך המלא?
- מה מספר תעודת הזהות שלך?
- למטופל שאינו מתקשר או מחוסר הכרה, יש לשאול מלווה לשם מלא ושנת לידה של המטופל.
- יש לבצע בקרה מחלקתית על אופן נטילת דימת דם לסוג תוך וידוא זיהוי מטופל לפריטיו ליד מיטת המטופל.

המלצות

- יש להעלות את מודעות הצוותים ביחידות השונות אודות חשיבות זיהוי המטופל בעת נטילת דימת דם לסוג, כולל הצעת מקרי טעות וכמעט טעות בבית החולים. (סטרונים בנושא - בציבור)
- יחקרו התנהגות בטיחותית וישום נוהל נטילת דימת דם לשם קביעת סוג, הזמנת דם ומתן דם לחולים באמצעות פעילות התערבות מגוננת בהובלת הנהלת בית החולים. (בציבור)

תיאור מקרה

ליחידת הטראומה התקבל מטופל 1 לאחר שנפגע בתאונת דרכים. למטופל נלקחו דימת דם לסוג ומצא כי סוג דמו A-. לאחר ניתוח בטו, הוא אושפז ביחידה לטיפול נמרץ ושם נצפתה ירידה ברמת ההמוגלובין ל- GR% 7,6 אשר חיידה לתת לו מנת דם.

האירוע

- לצורך מתן הדם, נשלחה האחוזת המופקדת על המטופל דימת דם לסוג והצלבה.
- האחוזת הביאה למיטת המטופל את מדבקות הזיהוי שהכינה מבעוד מועד, אך שכחה את מבחנת הדימה לסוג הדם. לכן, היה צורך להדפיס מדבקות נוספות לדימת הדם לסוג.
- בכדי להדפיס את המדבקות הנוספות, האחוזת פנתה לעמדת מחשב מרוחקת לאחר שנטלה את הדימה.
- כאשר האחוזת הפיקה מדבקות מהמחשב, היא לחצה בטעות על שורה מתחת לפריט של מטופל 1 ולכן הפיקה מדבקות של מטופל 2 (תמונה א') ואותן הדביקה על מבחנת הדם לסוג.
- האחוזת לא וידאה את פרטי המטופל מול המדבקה שעל מבחנת הדם ליד מיטת המטופל - בניגוד לנוהל נטילת דימת דם לשם קביעת סוג, הזמנת דם ומתן דם לחולים 06-10-02-01.

יציד התגליתה הטעות?

- בבדיקה שבוצעה לדימה בבנק הדם, נמצא סוג דם O+ בשונה מסוג הדם של מטופל 1 שהיה A+ בבדיקה הקודמת במעבדה! עובדת בנק הדם עדכנה את האחוזת שלא נמצאה התאמה בדם לסוג של מטופל 1.
- האחוזת אמרה שלמטופל 2 לא נלקחה דימת דם לסוג כלל.
- האחוזת נטלה דימת דם חדשה לסוג למטופל 1 וביצעה הכלכה את זיהוי המטופל אל מול פרטי הידיון והמדבקה ליד מיטת המטופל (תמונה ב').
- תוצאת דימת הדם של מטופל 1 נמצאה תואמת לסוג המעודכן בבנק הדם, והמטופל קיבל את מנת הדם בהתאם לסוג הדם שלו.

למילוי השאלון סרקו QR

נהלים רוונטיים:

- נוהל נטילת דימת דם לשם קביעת סוג, הזמנת דם ומתן דם לחולים 06-10-02-01
- נוהל זיהוי מטופל בבית חולים 02-12-04-01

תמונה ב':

תמונה א':

מרכת ויזל לוקט, סניף אילרד דרגו נרות פורת
 ממשק מיוחד מזהיר/ני לזמן: revitalz@hadassah.org.il
 בחירה: שגור שחרר
 מטופל: במסך בנק הדם

ידידים מקדמים את איכות ובטיחות הטיפול

ממצאים עיקריים

125 אנשי צוות נכנסו לשאלון הדיגיטלי, מתוכם נותחו תשובותיהם של 75 משיבים אשר השיבו באופן מלא על השאלון.

- נשים 79% ✓
- יהודיות (81%) ✓
- אחיות צוות (59%) ✓
- 20% אחיות אחראיות ✓
- 20% מובילי איכות במחלקה ✓
- גיל ממוצע 41 (SD-11.3) שנים ✓
- וوتק של 15.7 (SD-12.3) שנים ✓
- 10%** הצהירו שלא קוראים דפי מידע בנושא בטיחות הטיפול או לעיתים נדירות, **48%** הצהירו שלרוב או תמיד. ✓

פרויקט הכשרת אחים ואחיות חדשים לטיפול במטופל במצב מסכן חיים במחלקה להנשמה כרונית "הרצפלד"

מציגות:

אלימלך לאה – מנהלת אחיות מח' מונשמים, אולגה ליבקינד - סגנית מנהלת אחיות, מאיה סליבנובה - מרכזת תחום איכות

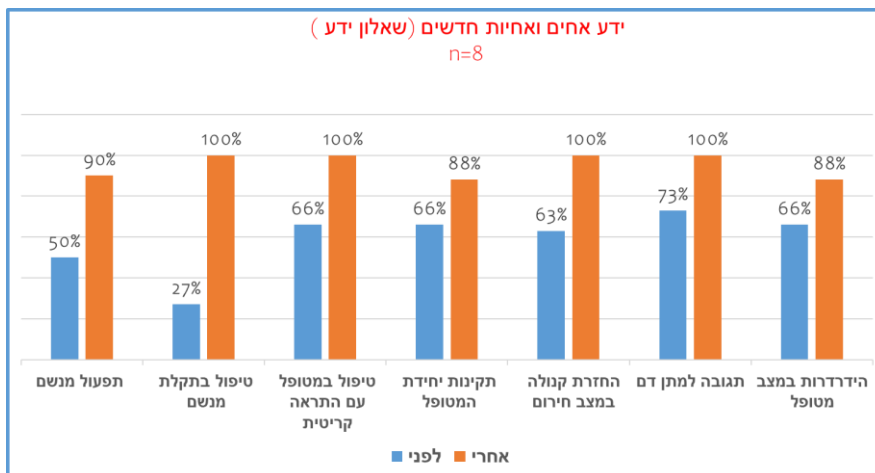
רקע ורציונל

העלייה בתחלואה ובמורכבות המטופלים מחייבת ראייה רחבה וטיפול אינטנסיבי מהיר למטופל שמצבו מדרדר ו/או נמצא בסכנת חיים.

ידע ומיומנות אחים ואחיות הינם קריטיים בזיהוי ומענה למצבים אלו. לכן יש צורך בשיפור והתאמת תכנית קליטת אחים/יות חדשים/ות

מטרת הפרויקט

- שיפור והתאמת תכנית קליטת אחים ואחיות חדשים/ות לזיהוי וטיפול בהידרדרות במצב המטופל.
- הכשרת צוות סיעודי חדש לפעילות במצבי חירום רפואי.
- בניית תהליך מובנה להערכת יעילות ההכשרה ופיקוח על יישום במהלך טיפול.



תוצאות



שיפור בידע ובתחושת ביטחון של אחים ואחיות חדשים/ות במחלקה בטיפול במצבים מסכני חיים ומצבים מורכבים

* מדריכות קליניות מקיימות שיחת משב פנים בשבוע לפחות עם אחים חדשים
 * עדכון תכנית קליטה והדרכה של אחים ואחיות חדשים במחלקה

שיפור בתקשורת בין המדריכות לבין אחים ואחיות חדשים/ות תוך שימוש בהדרכה אינטראקטיבית נמצאה יעילה ומשפרת תוצאות

* בנייה ושימוש בסימולציות ותרחישים לתרגול הכשרת צוות בכיר לשימוש בסימולציות במהלך ההדרכה
 * בניית מאגר שאלות ידע

אחים ואחיות חדשים דיווחו שתרשימי זרימה וכרטיסיות לתהליכים, עוזרים להם להפנים את הנלמד וליישם את התהליכים

נבנו והוכנסו לשימוש כרטיסיות עם תרשימי זרימה של טיפול בהתראות מכונת הנשמה, החזרת קנולה וציוד הכרחי ביחידת מטופל

שיפור תהליך שחרור מטופל ממחלקת מונשמים לאחר גמילה מהנשמה למחלקות בתוך בית חולים

מציגות:

אלימלך לאה – מנהלת אֶחִיות מח' מונשמים, אולגה ליבקינד - סגנית מנהלת אֶחִיות, מאיה סליבנובה - מרכזת תחום איכות

מחלקת מונשמים גומלת מטופלים מהנשמה ולרוב מטופלי המחלקה משתחררים להמשך טיפול במחלקות אשפוז בבה"ח "הרצפלד" בסטטוס סיעוד מורכב / שיקום

מעבר מהמחלקה מהווה גורם לחץ וחרדה למטופל ומטפל עיקרי. קיימת חשיבות רבה להכנת מטופל ומטפל עיקרי לשחרור, תוך שיתוף פעולה בין צוות רב סקטוריאלי.

מטרות הפרויקט

יצירת תהליך מובנה, רב סקטוריאלי של הכנה לשחרור מטופל לאחר גמילה מהנשמה והבטחת רצף טיפולי. שיתוף המטופל ומשפחתו בהחלטות ותכנית הטיפול לקראת שחרור מהמחלקה. שיפור איכות ובטיחות הטיפול.



כלים לביצוע פרויקט

- התקיימה ישיבת צוות במחלקה להתנעת הפרויקט.
- התקיימו פגישות עבודה עם הנהלת המחלקות הקולטות.
- נקבע ששיחות הכנה והדרכה עם צוות רב סקטוריאלי יתקיימו כבר בתחילת תהליך הגמילה מהנשמה.
- ביצוע ביקור במחלקה הקולטת מטפל עיקרי בליווי העו"ס ושיחה עם מנהלת הסיעוד שאמורים להקטין חששות של מטופל ומטפל עיקרי.
- העברת מידע מראש למחלקה הקולטת ובדיקה משותפת של מוכנות המחלקה לקליטה מבחינת ציוד וידע עוד לפני מועד ההעברה.
- הוגדרו תכנים להכנה והדרכה בכל סקטור: שיתוף בתכנית להמשך טיפול, תדירות הטיפול ועוד.
- נבנו שאלונים וכלים לבקרה.
- בוצעה בקרה חוזרת של תהליך הטיפול במטופל עם פיוס קנה במחלקות שיקום ותת חריפה וניתן משוב לצוותים.
- לאחר ההדרכות, חל שיפור ניכר בביצוע טיפול ומעקב אחרי מצב מטופל עם פיוס קנה במחלקות תת חריפה ושיקום הטיפול ועוד.
- נבנו שאלונים וכלים לבקרה.

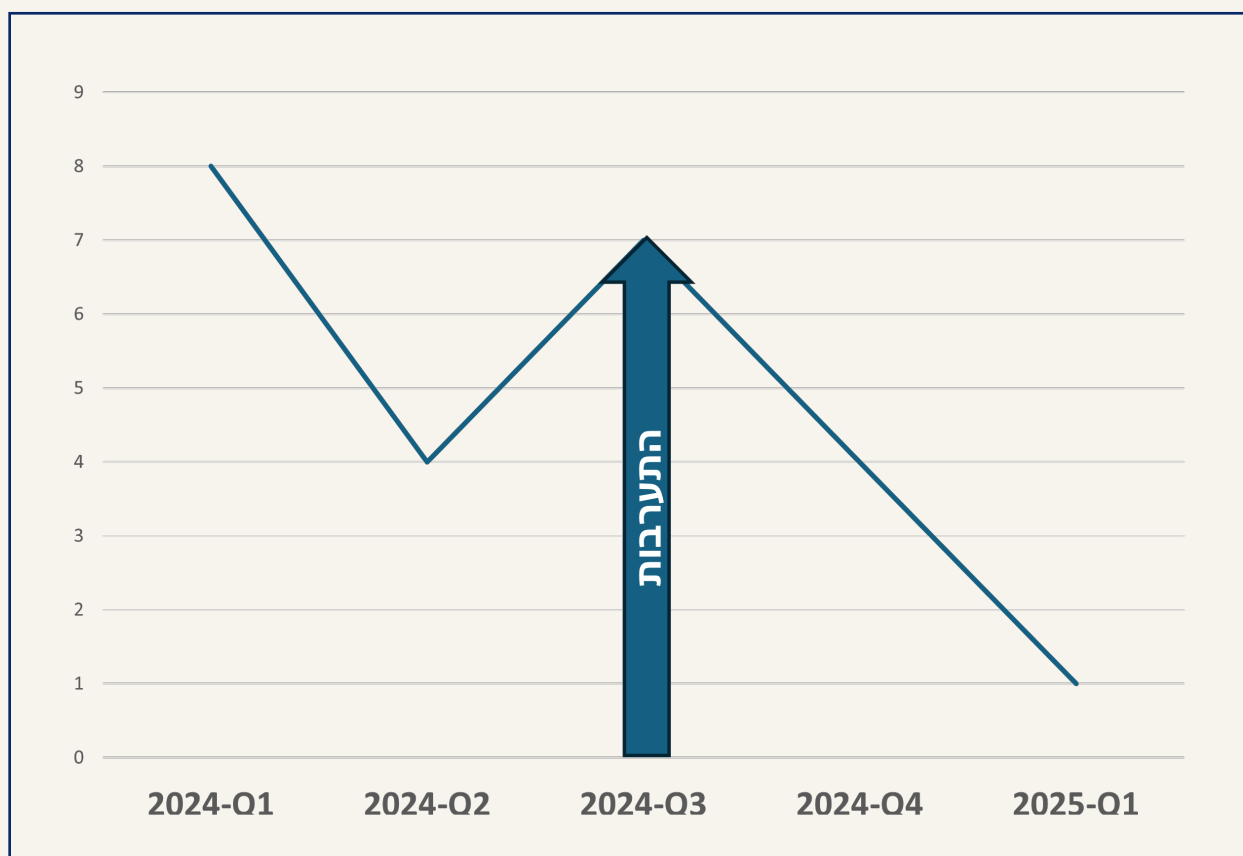
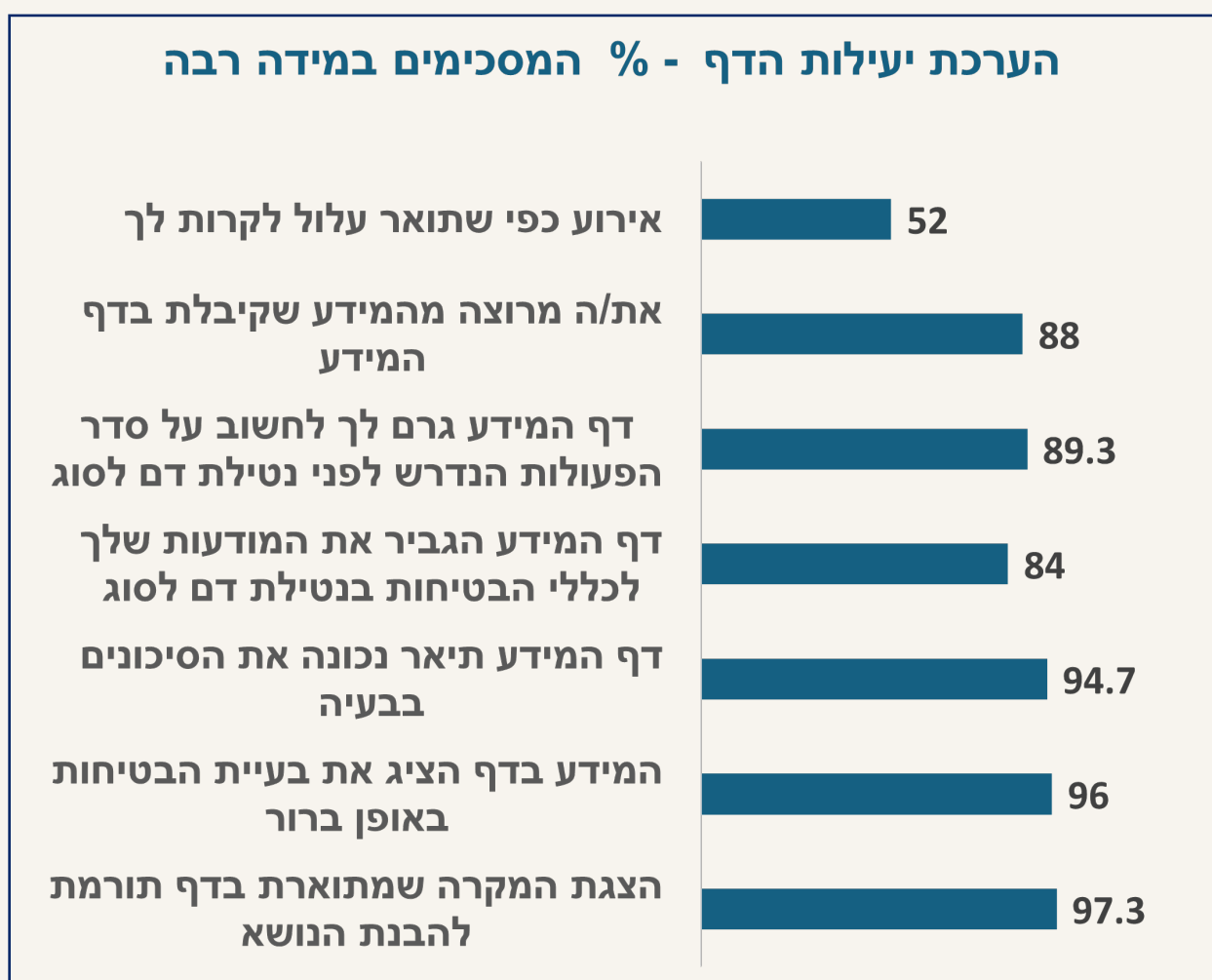
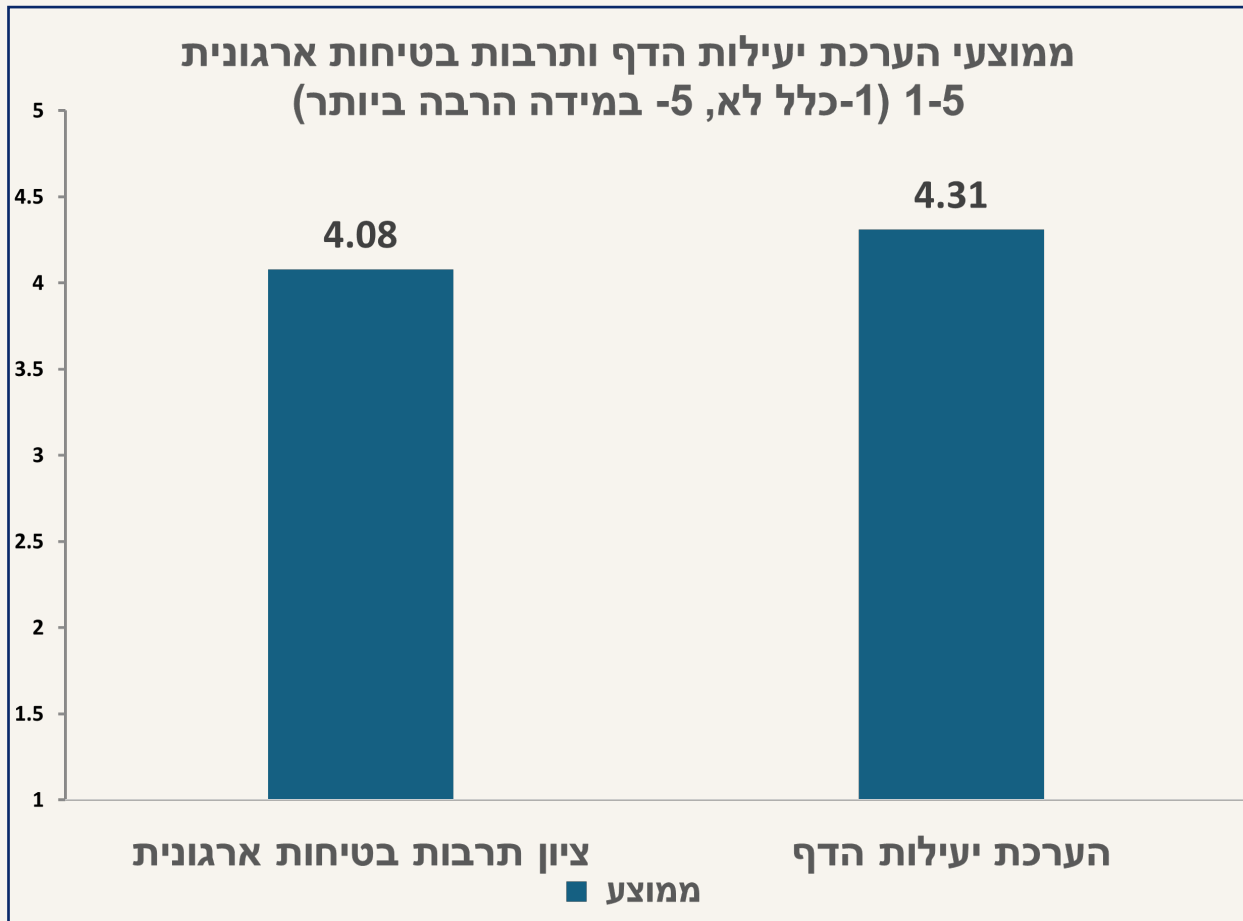
תוצאות

- 100% מהמטופלים היו שבעי רצון מטיפול במחלקה הקולטת
- 76% מהמטופלים המשוחררים, חששו לקראת מעבר ממחלקת מונשמים למחלקה אחרת.
- 100% היו שבעי רצון מתהליך הכנה לשחרור ממחלקת מונשמים ומרוצים במידה רבה עד רבה מאוד.
- רק 6% מהמשוחררים לא חשבו שתהליך ההכנה לשחרור עזר בהתמודדות עם המעבר ממחלקת מונשמים למחלקה אחרת.



נטילת דם לסוג ביחידות לטיפול נמרץ: תרומתו של עלון בטיחות לעשייה בטוחה

טל אילסר¹, רויטל זלקר¹, ד"ר נורית פורת¹ וד"ר דורית וייל-לוטן²
המרכז הרפואי הדסה עין כרם¹, המכללה האקדמית, ת"א-יפו²



מסקנות

פיתוח עלון מידע מהווה התערבות פשוטה ושימה העשויה להגביר מודעות ולהפחית אירועי סתירה לסוג דם. נראה שקיים קשר בין ציוני תרבות בטיחות ארגונית להערכת יעילות הדף. חשוב להמשיך לפתח ולהעריך התערבויות בנושא זה.

יחד מקדמים את איכות ובטיחות פליטות

הקדמה

עקב תדירותן הגבוהה של נטילת בדיקות דם לסוג ביחידות לטיפול נמרץ, קיים סיכון גבוה ל"אירועי סתירה לסוג דם", כמעט טעות במהלך מתן דם. בשנים האחרונות נרשמה במוסדנו עלייה באירועי סתירה לסוג דם על ידי בנק הדם. דפי מידע ארגוניים בנושא בטיחות הטיפול מתפרסמים אחת לרבעון ואנו ביקשנו לבחון את תרומתו של דף מידע ייעודי בנושא חשוב זה.

תרומתו של עלון מידע המבוסס על מקרה ממשל

- ✓ פיתוח עלון מידע המבוסס על אירוע אמת
- ✓ הפצה לאנשי צוות ביחידות טיפול נמרץ
- ✓ הצמדת קישור לסקר דיגיטלי בעלון המידע
- ✓ פרסום המיזם ועידוד השתתפות הצוותים

עלון מידע בנושא נטילת דם לסוג

מחלקת לקחים

לתלייה על חלונות ובטיחות מחלקתי

המרכז הרפואי
האונברסיטאי
חדשה
מסודר על אגרון וצומח הדסה

בטיחות הטיפול

מידעון | 58 | אוקטובר 2024

נטילת דם לסוג והצלבה: זיהוי נכון מונע אסון!

ניתוח האירוע

- יחידות לטיפול נמרץ מאופיינות ברעשים וגוררים ויזואליים רבים הגלולים ליציצ עומש על המטופלים בעת ביצוע פעולות פשוטות כמו אחיונת נמרץ גלול.
- לא נמצאה מדפסת זברה ליד מיטת המטופל, כך שעלה צורך להדפיס מדבקות במחשב מרוחק.
- דימת הדם לסוג הופקה במקום מרוחק ממיתת המטופל ולא בוצע זיהוי מטופל כנדרש.
- האירוע נעצר הודות לבדיקת סוג הדם בבנק הדם, אך תוצאותיו עלולות היו להיות מידיות וקטלניות!

לקחים

- חובת לבצע זיהוי של המטופל הנכון עם המחבנה הנכונה ליד מיטת המטופל בלבדו
- זיהוי מטופל בעת נטילת דימת דם לסוג כולל חובת וידוא פרטי המטופל על גבי הידיון, טופס הבדיקה המוזכר למבחנה 1 ו-2 שאלות פתוחות:
- מה שמך המלא?
- מה מספר תעודת הזהות שלך?
- למטופל שאינו מתקשר או מחוסר הכרה, יש לשאול מלווה
- אם יש ושנת לידה של המטופל
- יש לבצע זיהוי מחלקתי על אופן נטילת דימת דם לסוג תוך וידוא זיהוי מטופל לפרטיו ליד מיטת המטופל

המצלות

- יש להעלות את מדעות הצוותים ביחידות השונות אודות חשיבות זיהוי המטופל בעת נטילת דימת דם לסוג, כולל הצעת מקרי טעות וכמעט טעות בבית החולים. (סטרונים בנושא - בביצוע)
- יחידות התרגנו בתוכניות וישנם נוהל נטילת דימת דם לסוג קבועת סוג, הזמנת דם ומתן דם לחולים באמצעות פעילות התערבות מגוונות בהובלת הנהלת בית החולים. (בביצוע)

תיאור מקרה

ליחידת הטראומה התקבל מטופל 1 לאחר שנפגע בתאונת דרכים. למטופל ולקחו דימת דם לסוג ונמצא כי סוג דמו A-. לאחר ניתוח בטני גדול, הוא אושפף ביחידה לטיפול נמרץ נצפה שרידה ברמת ההמוגלובין L-7.6%, אשר חיביה לתת לו מנת דם.

האירוע

- לצורך מתן הדם, נטלה האחיות המופקדת על המטופל דימת דם לסוג והצלבה.
- האחיות הביאה למיטת המטופל את מדבקות הזיהוי שהכינה מבעוד מועד, אך שכחה את מבחנת הדימה לסוג הדם. לכן, היה צורך להדפיס מדבקות נוספות לדימת הדם לסוג.
- בכדי להדפיס את המדבקות הנוספות, האחיות פנתה לעמדת מחשב מרוחקת לאחר שנטלה את הדימה.
- כאשר האחיות הפיקה מדבקות מהמחשב, היא לחצה בטעות על שורה מתחת לפירוט של מטופל 1 ולכן הפיקה מדבקות של מטופל 2 (תמונה א') ואותן הדביקה על מבחנת הדם לסוג.
- האחיות לא וידאה את פרטי המטופל מול המדבקה שעל מבחנת הדם ליד מיטת המטופל - בניגוד לנוהל נטילת דימת דם לשם קביעת סוג, הזמנת דם ומתן דם לחולי L-7.6% 10-01-06-02

כיצד התגלתה הטעות?

- בבדיקה שבוצעה לזיהוי הדימה בבנק הדם, נמצא סוג דם O+ בשונה מסוג הדם של מטופל 1 שהיה A+. בבדיקה הקודמת במעבדה! עובדת בנק הדם עדכנה את האחיות שלא נמצאה התאמה בדם לסוג של מטופל 1.
- האחיות אמרה שלמטופל 1 לא נלקחה דימת דם לסוג כלל.
- האחיות נטלה דימת דם חדשה לסוג למטופל 1 וביצעה הכלכה את זיהוי המטופל אל מול פרטי הידיון והמדבקה ליד מיטת המטופל (תמונה ב').
- תוצאת דימת הדם של מטופל 1 נמצאה תואמת לסוג המעודכן בבנק הדם, A+, והמטופל קיבל את מנת הדם בהתאם לסוג הדם שלו.

תמונה ב':

תמונה א':

QR מיליו השאלון סרקו

נהלים רלוונטיים:

- נוהל נטילת דימת דם לשם קביעת סוג, הזמנת דם ומתן דם לחולים 10-01-06-02
- נוהל זיהוי מטופל בבית חולים 12-04-01-02

מרכת ויזל לוקט, סני אילוט דרד ורורית פורת
 ממשק ויזלית מומרים יוני סלונת. info@hadassah.org.il
 דוד המרדום - מנהל עניינים ועלברייתא

ממצאים עיקריים

125 אנשי צוות נכנסו לשאלון הדיגיטלי, מתוכם נותחו תשובותיהם של 75 משיבים אשר השיבו באופן מלא על השאלון.

- נשים 79% ✓
- יהודיות (81%) ✓
- אחיות צוות (59%) ✓
- 20% אחיות אחראיות ✓
- 20% מובילי איכות במחלקה ✓
- גיל ממוצע 41 (SD-11.3) שנים ✓
- וותק של 15.7 (SD-12.3) שנים ✓
- 10%** הצהירו שלא קוראים דפי מידע בנושא בטיחות הטיפול או לעיתים נדירות, **48%** הצהירו שלרוב או תמיד.

דיווח ללא מאמץ

המהפכה השקטה של אנשי הבטיחות

ענבל ירקוני¹, ליזה ברוך², ריטה ברשי², יפה ללייב³, שי ברנשטיין⁴, עדי גרודזינובסקי⁵, נטע נגרי⁶,
אתר שטיינר⁷, עו"ד עידית ברזילי⁸, אביבית בהר⁹

¹מנהלת אגף אחיות חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, ²מרכזת תחום בכירה אגף אחיות חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, ³מנהלת פרויקטים, היחידה לבטיחות הטיפול, מרכז רפואי איכילוב, ⁴ראש צוות פרויקטים רוחביים, אגף דיגיטל טכנולוגיה וחדשנות, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, ⁵מנהל פרויקטים וממשקים, אגף דיגיטל טכנולוגיה וחדשנות, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, ⁶אחות יישומים קליניים, אגף דיגיטל טכנולוגיה וחדשנות, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, ⁷אגף דיגיטל טכנולוגיה וחדשנות, חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים, ⁸מנהלת פרויקטים היחידה לניהול סיכונים ברפואה, הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה, ⁹אביבית בהר, מנהלת פרויקטים רוחביים ענבל, פרויקטים רוחביים ענבל

בטיחות הטיפול במרכזים רפואיים נשענת על זיהוי ולמידה של אירועים חריגים. עם זאת, בתנאי עבודה אינטנסיביים, תהליך הדיווח עשוי להיות מאתגר, דבר שעלול לפגוע בהעברת מידע קריטי לאנשי בטיחות הטיפול ולמנוע הפקת לקחים מערכתית.

פותר תהליך אוטומטי לדיווח מיידי של אירועים חריגים מחדר הניתוח למערכת הבטיחות, ללא הזנת נתונים כפולה. פתרון זה מייעל את זרימת המידע, חוסך זמן יקר ומבטיח תיעוד מדויק וזמין לניתוח ולשיפור נהלים.

רקע

מטרה

קלות ונוחות

שיפור חוויית המשתמש עם כלי
דיווח אינטואיטיביים

שיפור תהליכים

הפחתת עומס על הצוות ע"י
צמצום משימות ידניות

אוטומציה

יכול תהליכי דיווח באמצעות
אוטומציה

דיווח מרכזי

חיזוק תשתית הדיווח כמקור
מרכזי ללמידה מערכתית

דיגיטציה

קידום טרנספורמציה דיגיטלית
שתאפשר המשך פיתוח

יעדים



תועלת לארגון

הפרויקט בוצע תוך שימוש בכוח אדם פנימי וארך כ-9 חודשי עבודה. הצלחתו מסמלת צעד משמעותי במעבר לתהליכי דיווח מתקדמים ואוטומטיים, אשר תורמים לשיפור מתמיד בבטיחות הטיפול הרפואי.

סיכום

המהפכה השקטה כבר כאן – והשינוי רק מתחיל



Mental Pain as a Predictor of Suicidality in Dual Diagnosis: The Preliminary Results From the Pilot Study

Gimelfarb Yuri, Novikov Inga & Braunshtein Shlomi

**AMHC, affiliated to the Faculty of Medicine, Tel Aviv University,
and Tel Aviv Sourasky Medical Center, Israel.**

Introduction:

- 📖 Suicidal behavior is a **complex** and pressing social phenomenon (Durkheim, 1897) and remains a critical global challenge (World Health Organization, 2021).
- 📖 Currently known few **biological factors** are anecdotally weak predictors of future suicidal behaviors (Chang & al., 2016).
- 📖 **No** single effective clinical intervention for suicide prevention clearly stands above the others (Zalsman et al., 2016).
- 📖 However, mental pain is a direct (Schneidman, 1998) and definitive (Orbach et al., 2003) **trans-diagnostic predictor of suicidality** in humans, even in the absence of a diagnosed depression (Ducasse et al., 2017).
- 📖 Otherwise, there is a paucity of empirical evidence regarding the intensity of mental pain in extremely curtailed, from the social point of view, adults with Dual Diagnosis (DD) of schizophrenia spectrum disorders with **current or former** comorbid poly-substance use disorders.

Aim: To examine between-gender differences in both the intensity of mental pain and the level of general self-efficacy, as well as to examine the correlation between the intensity of mental pain and the level of general self-efficacy.

Methods:

- 📖 Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale (**OMMPS**): a 8-dimensional instrument developed to assess the experience of mental pain intensity (Orbach et al., 2003);
- 📖 New General Self-efficacy Scale (**GSES**): a 8-item measure of general self-efficacy (Chen et al., 2001).

Main Results:

- 📖 Women (n=45; 48.4%) reported significantly **higher** intensity of mental pain than men (n=48; 51.6%) ; no significant differences in general self-efficacy were observed.
- 📖 Mental pain intensity related **reciprocally** to general self-efficacy in women, but not in men.
- 📖 Gender significantly **moderated** the association between general self - efficacy and mental pain intensity

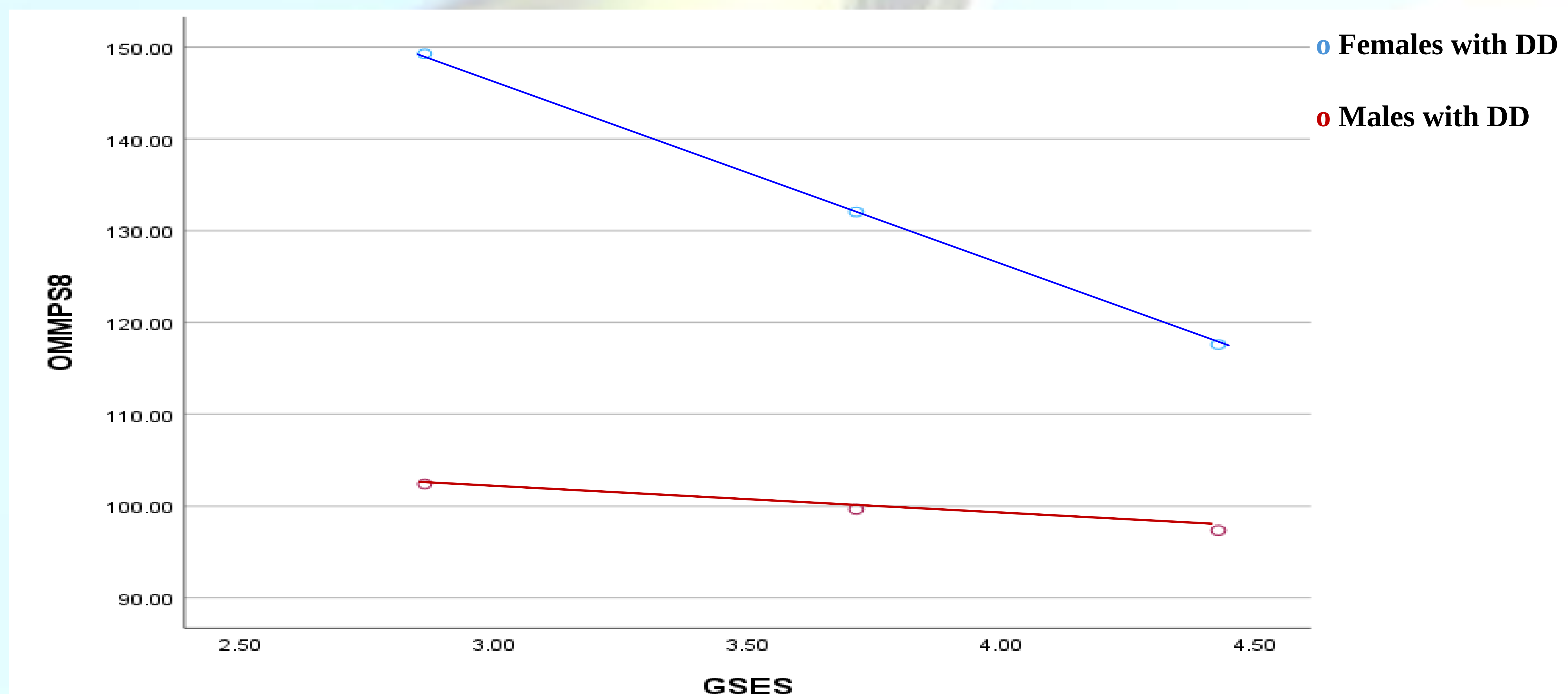


Figure 1: The moderating role of participant's gender in the association between their general self-efficacy and their mental pain intensity

Conclusions:

- The findings underscore the pivotal role of gender in shaping both the experience of mental pain and its interplay with general self-efficacy in this population of schizophrenia spectrum disorders with current or former comorbid substance use disorders.**
- The findings are of crucial significance in designing Risk Management policies among inpatients with DD.**

הפניות מטופלים למלר"ד כסמן לבטיחות המטופל ואיכות טיפול בבתי חולים שיקומיים גריאטריים - מה השתנה לאורך השנים?

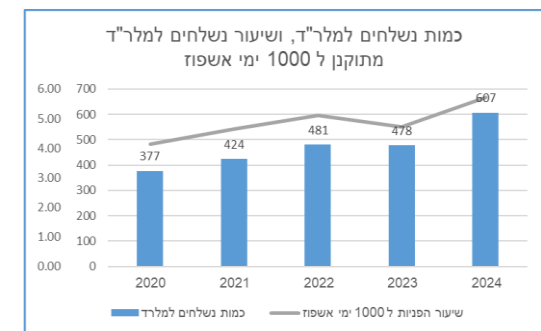
ד"ר גלאור-מנהלת יחידה לניהול סיכונים ד"ר מרם אדרי -מנהלת ביה"ח ד"ר חפץ -סגנית מנהלת ביה"ח
גב' ורד טייטלבוים - מנהלת אחיות גב' ילנה סרדיוקוב - רכזת ניהול סיכונים



רקע ושיטות:

- ❖ בית רבקה הינו מרכז רפואי שיקומי גריאטרי, המתמחה בשיקום אורתופדי ונוירולוגי, גמילה מהנשמה, ובטיפול בקשישים סיעודיים הסובלים מתחלואה מורכבת.
- ❖ מטופלים בבית רבקה כ- 1,500 מטופלים בשנה, המבצעים תהליך שיקומי, שמטרתו להביא את המטופל לרמת תפקוד מרבית ולהחזירו לביתו במצב תפקודי אופטימלי בכדי לאפשר לו איכות חיים.
- ❖ הפניית מטופלים למלר"ד במהלך השיקום בשל מצב רפואי חריף שאינו בר טיפול במרכז השיקומי, פוגעת ברצף השיקום ומעכבת את התהליך השיקומי.
- ❖ בעבודה זו נותחו מאפיינים הנוגעים לשליחות למלר"ד בשנת 2023-24, בהשוואה לשנים קודמות, ואת המשמעויות מבחינת בטיחות המטופל ואיכות הטיפול הרפואי.

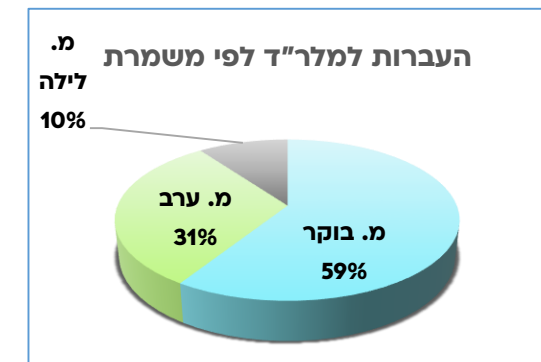
ממצאים:



- ❖ בשנים האחרונות ישנה עליה עקבית והדרגתית, בכמות ההפניות למלר"ד מדי שנה, הן גולמית והן מתוקנת לכמות מאושפזים וכמות ימי אשפוז. מגמת העלייה נצפית בכלל מחלקות בית החולים.

- ❖ מתוך כלל הנשלחים למלר"ד, בשנים 2023-24 התאשפזו 89-90% מהנשלחים למלר"ד, בדומה לממוצע בשנים האחרונות (89-93%).

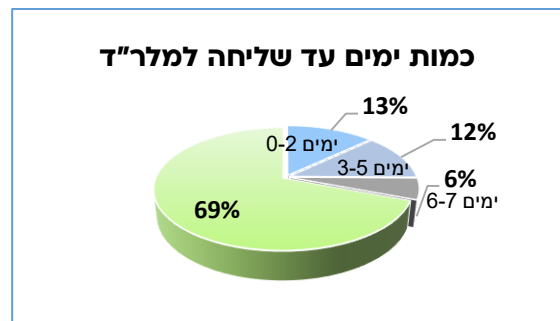
מסקנה: על אף העליה בכמות המופנים, אחוזי אשפוז נשארים גבוהים, מרמז על עליה במורכבות החולים.



- ❖ בשנת 2023: 59% מההפניות למלר"ד הן במשמרת בוקר, ו- 71% מההפניות הן בימי חול, כך שמרבית ההפניות למלר"ד מבוצעות ע"י צוות בכיר.

מסקנה: העליה בשליחות למלר"ד אינה בשל פערי ידע, מיומנות והכשרה של צוותים רפואיים.

- ❖ בשנת 2023 97% מההפניות למלר"ד נמצאו מוצדקות מבחינה רפואית (מטופל אושפז או שבוצע בירור או התערבות שלא קיימים בבית רבקה). לא אותר שירות אשר הוספתו תפחית באופן משמעותי את ההפניות למלר"ד.



- ❖ חלק גדול מהשליחות למלר"ד הן בימים הראשונים לשיקום (נתוני שנת 2024):

13% מההפניות למלר"ד הן תוך 48 שעות מהקבלה, ו- 25% מההפניות למלר"ד הן ב 5 הימים הראשונים לשיקום

מסקנה: שינוי בחומרת וסוג החולים שמגיעים, וחוסר יציבות רפואית מספקת לשיקום.

מסקנות:

- ❖ בכלל מחלקות השיקום נצפית עליה הדרגתית ועקבית בכמות המטופלים שמופנים למלר"ד במהלך השיקום, ובעיקר בימים הראשונים לשיקום.
- ❖ עבודה זו מביאה להבנה כי המטופלים בשיקום גריאטרי הינם עם מורכבות רפואית, סיעודית, סוציאלית ואחרת, הולכת ועולה עם השנים.
- ❖ שינויים אלו מעלים צורך בחשיבה מערכתית על עתיד בתי החולים השיקומיים גריאטריים, ובחינת הידע והמיומנויות הנדרשות מהצוותים המטפלים, אופן הכשרתם ואת המשאבים השונים הנדרשים במוסדות אלו – החל מכוח אדם ועד לציוד רפואי ותרופות.
- ❖ העלייה בכמות הנשלחים למלר"ד בימי האשפוז הראשונים לשיקום, מבטאת שינויים שמתרחשים בכלל מערכת הבריאות ובתי החולים הכלליים.
- ❖ נדרשת העמקה באופן זיהוי המטופלים המתאימים לשיקום בבתי החולים וכן העמקה בנושאי רצף טיפול והעברת מידע בעת העברה לשיקום.



טיוב הטיפול התרופתי בנוגדי קרישה במחלקות השיקום

גב' אסתר איזיקוביץ' ז"ל (1), מגר' מאיה וולך (1), דר' רמזי קורד (2)
1. שירותי הרוקחות, 2. הנהלה רפואית

בית בלב
מקבוצת מכבי

רקע ומטרות

תרופות נוגדות קרישה ממשפחת ה-DOACs כמו גם Enoxaparin (LMWH) הן תרופות יעילות לטיפול ומניעת אירועים טרמובואמבוליים. יחד עם זאת, הן דורשות התאמה אישית מדויקת בהתאם למצבו הקליני של המטופל, במיוחד בקרב קשישים – שם טעויות במינון עלולות להיות קריטיות ולגרום לדימומים או קרישיות יתר. הסיכון אף גובר במטופלים שמגיעים לשיקום עם טיפול קבוע בנוגדי קרישה לאחר שינוי במצבם הרפואי בזמן האשפוז האקוטי.

שירותי הרוקחות במרכז הרפואי השיקומי "בית בלב" ראשלי"צ זיהו סיכון זה, וערכו התערבות שיטתית במשך 7 חודשים (מספטמבר 2024 ועד מרץ 2025) שכללה: סקירת התיקים של מטופלים הנוטלים נוגדי קרישה, המלצות רוקחיות ומעקב אחר יישומן, בשיתוף עם ההנהלה והמנהלים הרפואיים במחלקות השיקום.

מטרות הפרויקט:

- לטייב את הטיפול התרופתי ע"מ לשפר את תהליך ההתאמה האישית של מינוני נוגדי קרישה למאפייני המטופלים.
- לזהות ולנתח טעויות ע"מ להעריך את ההיקף ולמפות את אופי השגיאות
- לבחון את אפקטיביות ההתערבות הרוקחית באמצעות מדידת שיעורי קבלת ההמלצות והשפעתן הקלינית על בטיחות ויעילות הטיפול.

הלך ההתערבות

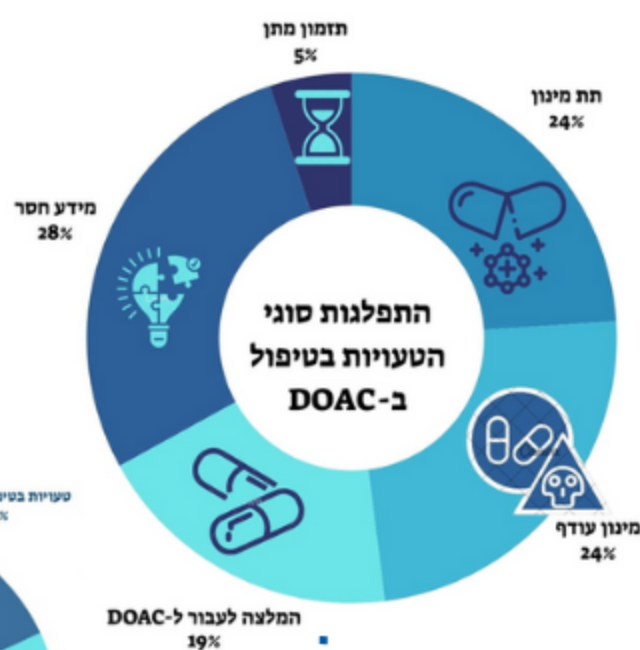
- בשלב הראשון נערך סינון מטופלים המתאימים לפרוייקט על בסיס הפקת דוחות תרופתיים של מטופלים הנוטלים DOACs ו-Enoxaparin.
- בשלב השני נערכה סקירה של תיקים רפואיים על ידי הרוקחים ובחינת התאמת הטיפול לתפקוד כליתי, משקל, גיל ואינטראקציות, בהתאם לקווים המנחים.
- בשלב השלישי – זיהינו ומיפינו טעויות ברישום ובמתן הטיפול התרופתי בחלוקה למינון יתר, תת-מינון, מתן לא מוצדק או חוסר במידע חיוני בתיק.
- בשלב הרביעי- גיבשנו המלצות רוקחיות בהתאם לתפקוד הכליתי, גיל, משקל, התוויה קלינית ואינטראקציות.
- בשלב החמישי-הרוקחים תיעדו את ההמלצות הרוקחיות בתיק הרפואי. ההמלצות נבחנו ע"י ידי הרופא הרלוונטי ועקבנו אחר הביצוע.

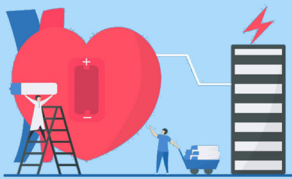
ממצאים

ההתערבות בוצעה על 321 תיקים מתוך 513.
ב-18% מהמטופלים אותרו טעויות משמעותיות בטיפול התרופתי.
48.2% מההמלצות – הצביעו על מינון לא תקין (50% מינון יתר, 50% תת-מינון).
27.6% מההמלצות התייחסו למידע חסר בתיק (למשל, העדר שקילה).
19% המלצות למעבר מטיפול ב-Enoxaparin ל-DOACs.
67.2% מההמלצות שניתנו על ידי צוות הרוקחים התקבלו על ידי מנהלי המחלקות, בהתאם לממוצע הספרותי (60-80%).

מסקנות

התערבות רוקחית ממוקדת בנקודת תורפה בטיפול התרופתי במחלקות שיקום הוכחה כמפחיתה טעויות, משפרת בטיחות, ומעודדת קבלת החלטות קליניות נכונות. שיתוף פעולה רב-תחומי ותיעוד מסודר מהווים מפתח להצלחת ההתערבות, מעודדים שיח קליני מקצועי בין הרוקחים לרופאים והעלאת מודעות לסיכונים הטיפול התרופתי. קבלת החלטות טיפוליות מושכלות ומבוססות מידע עדכני הינה הבסיס להתייעלות מערכתית ובניית מדיניות מערכתית לשיפור טיפול נוגדי קרישה בעתיד.





טיוב הטיפול התרופתי בחולי אי ספיקת לב מאושפזים והבטחת רצף טיפולי בקהילה

ד"ר אינה ישראלי¹, ד"ר קובי כהן², ד"ר אביב שאול³

1 - רוקחת קלינית, ב"ח השרון, מ.ר.רבין. 2 - רוקח קליני ומנהל שירותי רוקחות קלינית, מחוז דן-פ"ת, שרותי בריאות כללית, 3 - רופא בכיר ביחידה לאי ספיקת לב והשתלות לב, מרכז רפואי רבין.

רקע

אי ספיקת לב הינה מחלה כרונית המאופיינת בתנודות בין יציבות קלינית להחמרה בתסמינים. כל החמרה ואשפוז גורמים להתקדמות המחלה ולסיכון מוגבר לתמותה. בשנים האחרונות התעדנו הקווים המנחים, ואושרו תרופות חדשות לטיפול באי ספיקת לב עם מקטע פליטה ירוד (HFrEF). התרופות המומלצות בקו הראשון הן מארבע הקבוצות הפרמקולוגיות הבאות: ACEI/ARB/ARNI, Beta-Blocker, MRA, SGLT2i. תרופות אלו הוכחו כמפחיתות סיכון לאישפוזים חוזרים ולתמותה על רקע אי ספיקת לב.

מטרות

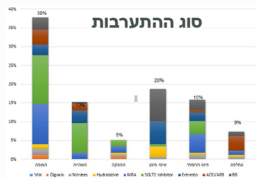
טיוב הטיפול התרופתי בחולי HFrEF בעת האשפוז בבית החולים והבטחת רצף טיפולי בקהילה באמצעות שיתוף פעולה של רוקחים קליניים מביה"ח והקהילה.

שיטות

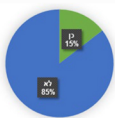
רוקחת קלינית של ביה"ח סרקה את גיליונות המטופלים שסובלים מ-HFrEF ואת הטיפול התרופתי שקיבלו, ביצעה תשאול למטופלים והמליצה לצוות הרפואי כיצד לטייב את הטיפול בהתאם להנחיות. הרופאים בדקו את ההמלצות וביצעו שינוי בטיפול התרופתי ו/או ציינו זאת במכתבי השחרור. בסיום כל התערבות נעשה מעקב אחר היעוצים כדי לוודא שהמטופלים מקבלים טיפול אופטימלי בביה"ח. לאחר השחרור לקהילה, רוקח קליני בקהילה בדק אם הייעוצים יושמו, ובמידת הצורך פעל באופן אקטיבי ליצירת קשר עם הרופא המטפל בכדי להבטיח רצף טיפולי.

תוצאות

הפרוייקט התקיים בחודשים יוני 2023 ועד מרץ 2024 בבית חולים ובקהילה. בתקופה זו נעשה מעקב אחרי 135 מטופלים. מרבית המטופלים (82%) לא התאשפדו על רקע החמרה באי ספיקת לב, אלא מסיבות אחרות. רק 30% מהם טופלו אופטימלית בהתאם לקווים המנחים. ב-63% מהמטופלים בוצעה התערבות במסגרת ביה"ח. סה"כ ניתנו 149 המלצות שכללו הוספת תרופה (38% מההמלצות), שינוי מינון תרופתי (20%), פיוס תרופתי (15%), השהיית תרופה (13%), החלפת תרופה (9%) והפסקת טיפול בתרופה (5%). אחוז ההתערבויות הגבוה ביותר לפי קבוצה פרמקולוגית היה 25% עבור מעכבי SGLT2. נמצא כי בביה"ח אחוז ההיענות להמלצות עמד על ערך של 84%. לאחר ההתערבות, 70% מהמטופלים טופלו בהתאם לקווים המנחים. בבדיקה בקהילה ב-77% מהמטופלים נשמר הרצף הטיפולי מביה"ח.



אשפוז עקב איס"ל מתוך אלו שהיתה התערבות

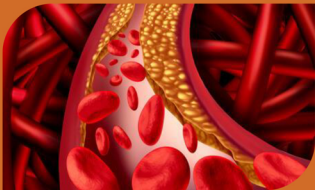


טיפול אופטימלי



מסקנות והמלצות

פרוייקט זה מוכיח כי ישנה חשיבות רבה לפעילותו של הרוקח הקליני כחלק מצוות רב מקצועי בביה"ח. מטופלים שיש להם HFrEF מאושפדים מסיבות שונות ולא דווקא הקשורות לאי ספיקת לב, ועדיין, זו הזדמנות טובה להעריך ולטייב את הטיפול התרופתי עבורם. כמו כן, שיתוף פעולה בין צוות הרוקחים הקליניים של ביה"ח והקהילה יכול לסייע בהבטחת רצף טיפולי, ובעקבות כך הבטחת טיפול תרופתי אופטימלי במטופלים עם HFrEF.



טיוב הטיפול התרופתי במטופלי דיסליפידמיה

קריסטינה תאודור קורוין, ד"ר אינה ישראלי,
דן ודים פרוג, רוקחות בית חולים השרון, מרכז רפואי רבין.

רקע דיסליפידמיה מהווה גורם סיכון למחלות קרדיווסקולריות. מחקרים מראים כי חלק ניכר מהמטופלים אינו מגיע ליעדי הטיפול המומלצים. הסיבות לכך מגוונות וכוללות חוסר התאמה במשטר הטיפול, מינונים תת-מיטביים, היענות נמוכה מצד המטופלים, מעקב בלתי מספק ולעיתים חששות מתופעות לוואי מצד הצוות הרפואי והמטופלים. מחקרים מצביעים על כך שמעורבות הרוקח כחלק מצוות רב-תחומי, הכוללת סקירת תיקי מטופלים, זיהוי אי-התאמות בטיפול, מתן המלצות לרופאים ושיפור ההדרכה למטופלים, עשויה לשפר את איזון הליפידים ולהגביר היענות מטופלים לטיפול התרופתי.

מטרות השגת איזון של רמות הליפידים באוכלוסיית מטופלים עם רקע קרדיווסקולרי המאושפזים בבי"ח, באמצעות טיוב הטיפול התרופתי תוך כדי מעורבות רוקחת בצוות רב טיפולי.

שיטות הרוקחת סרכה מידי יום את אוכלוסיית המטופלים המאושפזים בבי"ח השרון באמצעות דו"ח ממוחשב הכולל רשימת מטופלים שחוו בעברם אירוע קרדיווסקולרי, ועם זאת עדיין רמות ה-LDL שלהם מעל ל-55 mg/dl. בנוסף, מטופלים עם רמות טריגליצרידים גבוהות של מעל 150 mg/dl גם כן קיבלו ייעוץ מהרוקחת. הרוקחת הציגה את המלצותיה לצוות הרפואי המבוססות על הנחיות ה-European Society of Cardiology (ESC) ותיעדה בתיק הרפואי של המטופל. בנוסף, בוצעו ע"י הרוקחת הקלינית הדרכות לצוות הרפואי במחלקות השונות בנושא טיפול תרופתי מיטבי במטופלי דיסליפידמיה הועברו.

תוצאות הפרויקט מקדם איזון רמות ליפידים במטופלים שחוו בעברם אירוע קרדיווסקולרי, ונמשך עד כה 18 חודשים (מאוקטובר 2023 עד מרץ 2025). במהלך הפרויקט נעשה מעקב אחר 117 מטופלים מאושפזים שעברו אירוע בעברם. נמצא כי ל-82% מהמטופלים ערכי ה-LDL זאו רמות הטריגליצרידים אינם בטווח הרצוי, ולכן נדרש שינוי בטיפול התרופתי. בהתייחס להמלצות הרוקחות שניתנו: ב-27% ניתנה המלצה להעלאת מינון של הסטטין הפוטנטי אותו המטופל כבר נוטל מהקהילה, ב-19% הוספת סטטין פוטנטי, ב-17% הוספת Ezetrol, ב-17% הוספת מעכב PCSK9, ב-17% הוספת Vazkepa וב-3% מעבר לסטטין פוטנטי. בזכות ההתערבות שנעשתה, ניתן לראות כי חשיבות מתן הסטטינים גבוהה ביותר, והיא מעורבת בכמחצית מההמלצות שניתנו.



מסקנות והמלצות מעורבות של רוקח בסקירת תיקי מטופלים ומתן המלצות, משפרת את איכות ובטיחות הטיפול התרופתי בהשגת איזון מיטבי של פרופיל הליפידים בקרב המטופלים המאושפזים בבי"ח ולהם רקע קרדיווסקולרי. במהלך האשפוז מעורבות הרוקח מהווה נדבך חשוב בהבטחת טיפול תרופתי אופטימלי. שיתוף פעולה של הרוקח עם הצוות הרפואי מסייע בהשגת יעדי הטיפול המומלצים.



טיוב הטיפול התרופתי במטופלים עם תפקוד כלייתי ירוד

אחמד עבדאלחי¹, אינה ישראל², דן ודים³
רוקחות בית חולים השרון, מרכז רפואי רבי.

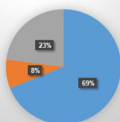
רקע תפקוד כלייתי ירוד משפיע על פינוי תרופות מהגוף, במיוחד תרופות המופרשות דרך הכליה. במצבים של אי-ספיקת כליות, הפינוי מואט, מה שעלול לגרום להצטברותן ולסיכון מוגבר לרעילות. מחקרים הראו כי טעויות במינון תרופתי שכיחות בקרב חולים עם אי-ספיקת כליות, בעיקר עקב חוסר מודעות או חישוב לא נכון של התפקוד הכלייתי. טעויות אלו עלולות להוביל לאשפוזים ממושכים, החמרה קלינית ואף לתמותה. לכן, ישנה חשיבות קריטית להערכה מדויקת של תפקוד הכליות (באמצעות מדדים כגון eGFR או CrCl) ולהתאמת המינון להנחיות העדכניות.

מטרות טיוב הטיפול התרופתי, בהתאם לקווים המנחים בספרות הרפואית, במטופלי אי ספיקת כליות על מנת להפחית שיעור תופעות לוואי והבטחת יעילות טיפולית.

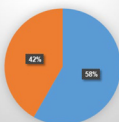
שיטות בקרה יומית של הרוקח על טיפול תרופתי בקרב מטופלי אי ספיקת כליות באמצעות דו"ח קמליון ייעודי, המחשב את קצב הפינוי הכלייתי ומציג את רשימת התרופות בקרב חולי אי ספיקת כליות. לפיכך, הרוקח מאתר מטופלים אשר נרשמה להם הוראה למתן טיפול תרופתי שלא מותאם לתפקוד הכלייתי שלהם, מתריע בפני הרופא על חריגות במינונים וגם מתריע במידה ונרשמו תרופות נפרטוקסיות שעלולות להחמיר את התפקוד הכלייתי. המלצות הרוקח על השינויים הנדרשים מתועדות בתיק הרפואי של המטופל.

תוצאות הפרויקט החל בינואר 2024 ונמשך גם כעת בבית חולים השרון. בתקופת מעקב של 13 חודשים נכללו בפרויקט 127 מטופלים, הגיל הממוצע הינו 81 שנים, 50% גברים. מרבית המטופלים 66% עם CrCl בטווח של בין 15-30 ml/min. במרבית המטופלים ב 58% בוצעה התערבות במסגרת ביה"ח. סוג ההתערבות הנפוץ ביותר הינו הפחתת מינון אשר בוצע ב- 69% ממקרי ההתערבות. כאשר נעשה סיווג לקבוצות פרמקולוגיות במטופלים בהם נעשתה התערבות נמצא שב-49% מהמטופלים הקבוצה הפרמקולוגית שדרשה התערבות היה טיפול אנטיביוטי. הפרויקט נעשה בכל מחלקות ביה"ח, אך נמצא כי הצורך בהתערבות נדרש ב-58% מהמקרים בחטיבה פנימית.

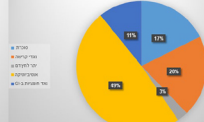
סוג ההתערבות



האם היתה התערבות?



קבוצות פרמקולוגיות שהיה בהן התערבות



מסקנות והמלצות שיתוף פעולה הדוק בין הרוקח לרופא מסייע לשיפור בטיחות ויעילות הטיפול התרופתי באוכלוסיית חולי אי ספיקת כליות. כמו כן, פרויקט זה מעלה את המודעות לחשיבות פעילותו של הרוקח בהבטחת טיפול תרופתי אופטימלי למטופלי אי ספיקת כליות. בהמשך אנו מתכננים בניית מערך הדרכות במחלקות האשפוז השונות על מנת לקדם טיפול תרופתי איכותי יעיל ובטוח.

סיכונים בטיפול שיניים לילדים בהרדמה מלאה

ד"ר עפר כהן, ד"ר יוסי טל, ד"ר חגי סלוצקי

רקע

כללית סמייל מבצעת כ- 7000 טיפולי שיניים בשנה, לילדים בהרדמה מלאה ב- 5 בתי חולים ברחבי הארץ, טיפולים בהרדמה מלאה נעשים בכל אותם המקרים בהם קיים קושי טיפולי לבצע טיפולי שיניים במרפאות הקהילה. לרוב המדובר בילדים קטנים מאוד. יצוין, כי סל הבריאות הממלכתי כולל הרדמה כללית לצורך טיפולי שיניים עד לגיל 5. למרות שמדובר בהליך רפואי מורכב, המבוצע במסגרת בתי חולים בחדרי ניתוח המערב גורמים רפואיים שונים: מרדים מומחה, רופא שיניים מומחה לטיפול שיניים לילדים או רופא שיניים שעבר קורס ייעודי וקיבל הרשאה ממשרד הבריאות לטיפול שיניים בהרדמה מלאה ושתי סייעות מוסמכות, הנושא לא הוגדר ע"י הרגולטור כמחייב הגדרות הנהוגות במסגרת פעולות כירורגיות ברפואה כללית כגון: "פסק זמן" בשנים האחרונות, היינו עדים למספר אירועים, שהתרחשו במהלך טיפולי שיניים בהרדמה מלאה ותוחקרו על ידי היחידה לניהול סיכונים ובטיחות הטיפול בכללית סמייל ואשר חשפו סיכונים משמעותיים המחייבים נקיטת צעדי התערבות מידיים.

מטרות

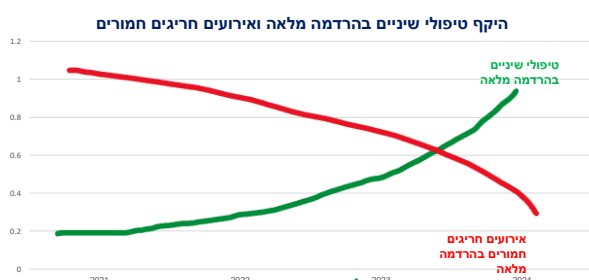
איתור והפחתה של סיכונים לבטיחות הטיפול בטיפול שיניים בהרדמה מלאה, בכללית סמייל.

שיטה

- במהלך השנים 2022-2024 תוחקרו לעומק 4 אירועים חמורים, בהם נגרמו או כמעט נגרמו נזקים לילדים המטופלים.
- בנוסף התרחשו מספר אירועים נוספים של "כמעט ונפגע".
- בעקבות תחקירי האירועים הומלצו המלצות אופרטיביות להפחתת סיכונים בטיפול שיניים בהרדמה מלאה:
- א- הגדרת תהליך "פסק זמן" ייעודי לטיפול שיניים בהרדמה מלאה והטמעתו.
- ב- הגדרת תהליכי עבודה וממשקים בין צוות כללית סמייל לצוותים הרפואיים של חדרי הניתוח במרכזים הרפואיים שם מבוצעות ההרדמות.

ממצאים

מאז האירוע האחרון, שהתרחש בחודש מרץ 2024, לא התרחשו אירועים חריגים משמעותיים בשנה האחרונה, בעוד שהיקף טיפולי השיניים בהרדמה מלאה עלה בכ- 15% בהשוואה לשנה הקודמת.



מסקנות והמלצות

- א- מוצע לאגף לרפואת שיניים במשרד הבריאות, לאמץ את נוהל "פסק הזמן" שפותח בכללית סמייל ולהנהיג אותו כסטנדרט מחייב בטיפול שיניים בהרדמה מלאה.
- ב- למדנו כי, יש מקום ליישור קו בסטנדרטים של בטיחות הטיפול וניהול סיכונים ברפואת שיניים לסטנדרטים הנהוגים מזה שנים ברפואה כללית.

התמודדות הצוות עם תשישות התרעת

(Alarm Fatigue)

גורמים ותגובות

רוניה לוי RN MA, אלינוי לביא RN PhD, מוראל רוזנוולד RN BA, אולגה אמסלם RN MA, מיכל רסין RN PhD

מרכז רפואי שמיר

רקע

חיבור מטופלים למערכות ניטור, נועד לשמור על בטיחותם ולאתר שינויים קריטיים שעלולים לסכן אותם באמצעות מעקב רציף אחר מדדים פיזיולוגים. באתרים רבים של טיפול קיימים אותות התרעה רבים. והרעש החוזר מהתרעות שאינן מנוהלות כיאות נוטה להפחית את רגישות אנשי הצוות ולגרום להם להתעלם מאותות התרעה ואף לבטלם.

מטרת המחקר: לבדוק כיצד הצוות מתמודד עם תשישות ההתרעה, מהם הגורמים לתשישות ההתרעה ואיך הצוות מגיב לכך

שיטה

משתתפי המחקר היו 205 אחים ואחיות מהמחלקות פנימית, טיפול נמרץ וחדר לידה.

כלי המחקר – Alarm Fatigue Questionnaire (CAFQ)

שאלון בין 9 פרטים, בעל מהימנות גבוה של אלפא קרונברך 0.8 , שבדוק לחץ מההתרעות והתמודדות עם התרעות. השאלון הסתיים בשאלה פתוחה שבה התבקש המשתתף לפרט מה ניתן לדעתו לעשות כדי להפחית את רעשי ההתרעות מבלי לפגוע בבטיחות המטופל. הצעת המחקר אושרה על ידי ועדת הלסנקי והשאלון הופץ באמצעות תוכנה אינטרנטית. ניתוח הממצאים כלל סטטיסטיקה תיאורית והשוואות.

סולם מידת הסכמה 0-4 (0- לא מסכים, 4- מסכים לחלוטין)				סולם מידת הסכמה 0-4 (0- לא מסכים, 4- מסכים לחלוטין)			
היגד			Mean	היגד			Mean
Sig	אחיות פנימית	אחיות טיפול נמרץ	אחיות חדר לידה	Std. Deviation	איש צוות שמגלה אחריות מגיב במהירות ובצורה הולמת להתרעות	איש צוות שמגלה אחריות מגיב במהירות ובצורה הולמת להתרעות	Mean
p=0.03	1.62	1.34	1.02	1.379	איש צוות שמגלה אחריות מגיב במהירות ובצורה הולמת להתרעות	איש צוות שמגלה אחריות מגיב במהירות ובצורה הולמת להתרעות	3.47
p=0.03	1.98	1.91	1.37	1.449	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	3.16
NS	1.97	1.80	1.42	1.474	גבולות ההתרעה במחלקתי מותאמים ומתעדכנים על סמך התסמינים הקליניים של המטופל	גבולות ההתרעה במחלקתי מותאמים ומתעדכנים על סמך התסמינים הקליניים של המטופל	2.49
NS	2.17	2.23	2.58	1.431	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	3.16
p=0.05	1.48	1.71	1.04	1.364	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	3.16
NS	2.53	2.57	2.12	1.371	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	3.16
NS	3.48	3.41	3.50	1.347	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	3.16
NS	3.27	3.22	2.90	1.347	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	3.16
NS	2.59	2.57	2.21	1.347	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	ההתרעות השמיעתיות והויזואליות שמופיעות במחלקה ובדלפק האחיות מאפשרות לי לאתר בבירור את המטופל ומיקומו ולזהות את דחיפות מצבו הרפואי	3.16

ממצאים

בכלל המדגם נמצאה הסכמה גבוהה מאוד "שאיש צוות שמגלה אחריות מגיב במהירות ובצורה הולמת להתראות". הסכמה חלקית הייתה עם ההיגדים: "במחלקתי קיימות הנחיות להתמודדות עם כל התרעות, ההנחיות מתעדכנות באופן קבוע ומועברות לכל הצוות", וגם "גבולות ההתרעה במחלקתי מותאמים ומתעדכנים על סמך התסמינים הקליניים של המטופל". הסכמה מועטה התייחסה להיגד "עקב ריבוי התרעות במחלקתי ביצועי העבודה והמוטיבציה שלי יורדים". הבדלים מובהקים במספר היגדים היו קשורים במחלקה בה עבדו המשתתפים, כאשר אצל אחיות מהמחלקה הפנימית ההסכמה בדבר השפעותיה השליליות של ההתרעה על איש צוות הייתה גבוהה יותר.

סקנות והמלצות

לצד היתרונות הגלומים בשימוש בטכנולוגיות ובמכשור רפואי, ישנם גם חסרונות והבולט שבהם היא תשישות ההתרעה. במטרה להפחית את תשישות ההתרעה בקרב אחים ואחיות, ולמנוע אירועים חריגים כתוצאה מתופעה זו, מומלץ להגדיר את טווחי ההתרעה לפי מצבו של המטופל ולבדוק שהמכשיר הרפואי מחובר למטופל כהלכה כדי למנוע צפצופים מיותרים, להפוך את ההתרעות לנעימות יותר לשמיעה ולהפחית מעוצמתן.

צמצום Polypharmacy במטופל במרכז הרפואי הרצפלד

מאיה סליבנובה, מרכזת איכות

ולנטינה פטוב, סגנית מנהלת אחיות במח' שיקום אורתופדי
סבטלנה מיכאלי, מרכזת תחום בטיחות הטיפול וניהול סיכונים

רקע ורציונל

צמצום תרופות – מוגדר כשימוש בחמש תרופות או יותר במקביל. באוכלוסיית קשישים עלולה לגרום לתופעות לוואי, לאינטראקציות בין - תרופתיות, לירידה בתפקוד הקוגניטיבי, לעלייה בסיכון לנפילות, לאשפוזים חוזרים ולשיעור תמותה גבוה.

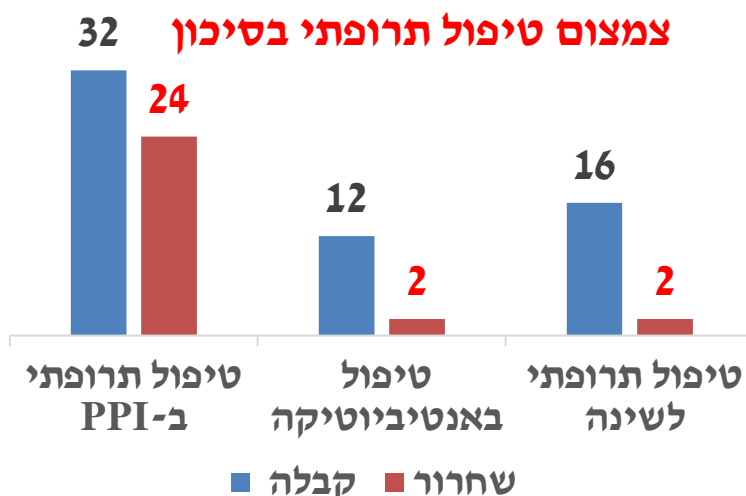
שיטות

- ✓ הכשרת הצוותים לניהול יעיל ומובנה של בקרת תרופות ע"י רופא ואחות.
- ✓ הדרכת מטופל ומשפחתו באשפוז ולקראת השחרור + מתן עלון מידע.
- ✓ ייעוץ רוקחת קלינית, הפחתה הדרגתית של מינוני התרופות או הפסקתן בהתאם לתוכנית שנקבעה.

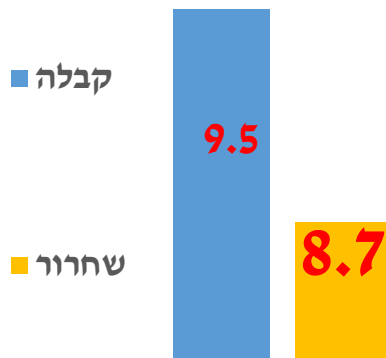
מטרות הפרויקט

- ✓ שיפור בטיחות הטיפול התרופתי בקרב מטופלים במחלקה.
- ✓ ידע ומודעות לדרכי צמצום ריבוי תרופות באשפוז ובשחרור.
- ✓ שיתוף המטופל ומטפל עיקרי בניהול הטיפול התרופתי לשימוש מושכל ובטוח בתרופות באשפוז ולאחר השחרור.

תוצאות



מס' תרופות בממוצע שמטופל קיבל בקבלה לעומת בשחרור



שיתוף מטופל ומשפחה בישיבת צוות רב מקצועית לשיפור חווית המטופל ומטפל עיקרי במרכז רפואי שיקומי הרצפלד

ד"ר לנה בירגר מנהלת מחלקה לשיקום נוירולוגי
מלי בר אחות מנהלת אחיות מחלקה לשיקום נוירולוגי
סבטלנה מיכאלי מרכזת תחום בטיחות הטיפול וניהול סיכונים

רקע ורציונל

מעורבות המטופל מובילה לשיפור בשביעות רצון מהטיפול, בהיענות להמלצות רפואיות, ובתוצאות בשיקום (Epstein & Street, Barry & Edman-Levitan) ליישום גישה זו היא שילוב המטופל בישיבות צוות רב מקצועיות נועד להבטיח שהחלטות טיפוליות מתקבלות מתוך הבנה עמוקה של צרכי המטופל, שילוב המטופל ומטפל עיקרי בדיונים רב מקצועיים תורם לגיבוש תוכנית טיפול מותאמת אישית, מחזק את תחושת השותפות והאמון.

מטרות הפרויקט

הבטחת
טיפול
מותאם
אישי

שיפור
רצף
הטיפול

שיפור
איכות
הטיפול

העצמת
המטופל
בשיקום

שיטות

- ✓ אחות יוצרת קשר עם המטופל ומטפל עיקרי ומסייעת בהערכות מראש לשאלות או נושאים שברצונו להעלות.
- ✓ הגדרת נושאי הדיון ומטרות הישיבה ותיאום ציפיות עם כלל המשתתפים.
- ✓ הסבר נגיש על מהות הישיבה, הזכויות שלו להשתתף ויצירת מרחב בטוח לביטוי רגשות ודעות.
- ✓ קיום דיון פתוח המשלב את נקודת המבט של המטופל כחלק בלתי נפרד מהתהליך.
- ✓ שימוש בשפה נגישה, ברורה ולא שיפוטית לאורך כל הדיון.

תוצאות

- ✓ 89% שביעות רצון מטופלים בשיתוף והעצמה בשיקום.
- ✓ 95% שמירה על רצף הטיפול.
- ✓ 95% עמידה במדדי איכות הטיפול.

איתם קל מזה



הטמעת פרוטוקול סיקור וטיפול במטופל נשא CRAB שיפור איכות

הטיפול ומניעת זיהומים במרכז רפואי הרצפלד

פאשה גור, מרכז תחום מניעת זיהומים

מאיה סליבנובה, מרכזת תחום איכות

אסתר עזרא, מנהלת אחיות במחלקה לסייעוד מורכב

סבטלנה מיכאלי, מרכזת תחום בטיחות הטיפול וניהול סיכונים

רקע ורציונל

הימצאות זיהומים נרכשים בבית החולים מהווה אתגר משמעותי במערכת הבריאות. זיהומים אלו משפיעים על איכות הטיפול, משך האשפוז ועלויות הטיפול. בעשורים האחרונים נצפתה עלייה בשיעור הזיהומים במוסדות רפואיים, נדרשה תכנית לצמצום היארעות זיהומים בקרב המטופלים.

שיטות

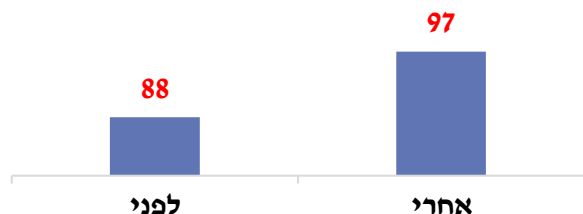
- ✓ בניית הנחיה לניהול הטיפול למטופל בסיקור בקבלה.
- ✓ הדרכת הצוות לניטור תסמינים מעידים לזיהום, כולל חום, עלייה בספירה לבנה.
- ✓ בידוד והפרדה: הקפדה על בידוד מטופלים עם זיהומים מדבקים, כולל קיבוץ נשאים.
- ✓ שימוש בצידוד מגן בעת טיפול במטופלים עם סיכון לזיהום.
- ✓ שיתוף מטופל ומטפל עיקרי בצמצום זיהומים.

מטרות הפרויקט

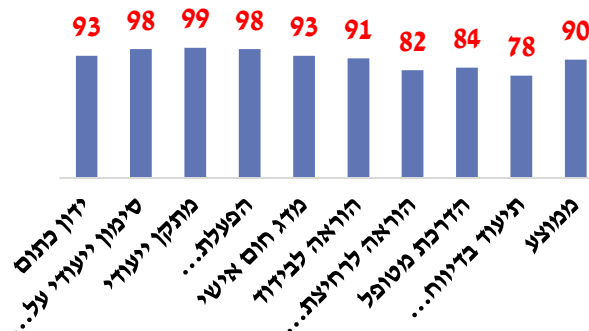
- ✓ העלאת מודעות ושיפור ידע של הצוות במחלקות בנושא.
- ✓ גיבוש מדיניות אחידה לסיקור בקבלה וטיפול במטופל נשא CRAB.
- ✓ הטמעת פרוטוקול טיפול ומניעה CRAB במחלקות.
- ✓ שיפור העברת מידע בין הצוותים.
- ✓ שיפור איכות ובטיחות הטיפול על ידי צמצום שיעור רכישה CRAB באשפוז.

תוצאות

ידע הצוות לפני ואחרי הדרכה (ציון שאלון)
n=32



שיעור היענות הצוות לפרוטוקול סיקור CRAB בקבלה
n=62





מעטפת "כלים שלובים"

התמודדות עם אלימות כלפי צוות במרכז הרפואי שיבא

אלה מלניקוב¹, אביעד גרינבוים², אבי ברוך³, ד"ר ענת פלס בורץ⁴, ד"ר עמית גוטקינד⁵
מרכז רפואי שיבא, תל השומר

¹מנהלת מחלקת רווחה; ²סגן מנהל מחלקת ביטחון; ³סגן מנהל המרכז הרפואי למינהל ומש"א;
⁴מרכזת איכות ובטיחות הטיפול ומחקר באחיות; ⁵מנהל מערך הרפואה, איכות ובטיחות,
ניהול סיכונים ומניעת זיהומים

רקע

- בשנים האחרונות יש עלייה במספר אירועי אלימות מצד מטופלים כלפי צוות מטפל מכל הסקטורים.
- אירועי אלימות משפיעים על הצוות ועל הארגון בהיבט הפיזי, הנפשי, החברתי ובהיבט הניהולי.
- אירועי אלימות יכולים לגרום לאנשי הצוות להרגיש שהארגון לא מגן עליהם, ועל כן לפגוע במוטיבציה ובחוסן שלהם.

יעדי ההתערבויות בשיבא

- הבטחת סביבת עבודה בטוחה לכל הצוותים, ושימת דגש על יצירת תרבות ארגונית מכבדת המנטרלת גורמים מעוררי אלימות.
- בניית תשתיות לדיווח נגיש מיידית של מקרי אלימות כלפי צוות.
- הטמעת תוכניות הכשרה והדרכה לצוותים.
- הידוק שיתוף פעולה בין מערך ביטחון ובין מחלקת רווחה במשאבי אנוש.
- הענקת תמיכה לאנשי צוות שנפגעו מאלימות.

תוכניות הכשרה לצוותים

- הכשרות הצוותים להתמודדות עם אלימות מתבצעות באמצעות סדנאות בשיתוף המרכז הישראלי למניעת אלימות.
- בסדנאות מושם דגש על היותן רב-סקטוריות, שבהן המשתתפים לומדים ומתנסים במשך כארבע שעות לזהות מצבי סכנה ודרכים לנטרל אותם, ולהתאים את הפתרון לשלב באירוע עם הפוגע.
- ההכשרה מקדמת שפה משותפת לעובדים באשר לתפקידם במניעת אלימות.
- ב-2023 נערכו 11 הכשרות, ב-2024 התבצעו 12 הכשרות וב-2025 מתוכננות 13 הכשרות.
- מתוכננות שתי הכשרות ייעודיות לצוות ניהולי ושתיים לצוות הביטחון.
- בניית הכשרות לצוות הביטחון התבצעה בהתאם לסוגיות שעלו בדיון משותף: דרישות מאנשי הביטחון בעת האירוע, השפה שיש להשתמש בה, אופן סגירת האירוע, תקשורת מקרבת ושימוש בגבולות.

שיתוף פעולה בין מערך ביטחון ובין מחלקת

רווחה במשאבי אנוש ויחידות נוספות

- כל אירוע אלימות באשר הוא מדווח לנציג מוקד הביטחון.
- נציג מוקד הביטחון ממלא דו"ח אירוע ייעודי ביומן מוקד הביטחון ומתעד את פרטי איש הצוות המותקף, פרטי התוקף ואת נסיבות האירוע.
- במקביל, נציג מוקד הביטחון מבקש מאיש הצוות המותקף למלא את טופס דיווח אירוע אלימות הממוחשב בפורטל של שיבא.
- סגן מנהל מחלקת ביטחון מקבל את פרטי האירוע ומעביר אותם במייל למרכזת רווחה במשאבי אנוש, סמוך ככל האפשר למועד קבלת הדיווח.

- סגן מנהל מחלקת ביטחון מעדכן את נציגת המחלקה המשפטית בתוכן אירוע האלימות.
- נציגת המחלקה המשפטית בוחנת אם נדרש להוציא מסמך אזהרה או מסמך הרחקה לתוקף, חתום על ידי מנהל/ת בית החולים.
- סגן מנהל מחלקת ביטחון שולח מדי חודש לחברי ועדת אלימות מוסדית קובץ שבו מפורטים פרטי כל אירועי האלימות.

תמיכה באנשי צוות שנפגעו מאלימות

מנהלת מחלקת רווחה יוזמת קשר עם העובדים שנפגעו מאלימות בהתאם למידע שקיבלה ממחלקת ביטחון. היא דורשת בשלומם ומעריכה נחיצות להתערבות נוספת.

מטרת יצירת הקשר עם העובד:

מתן תחושה של חיבור שייכות ומשמעות. העובד מרגיש שרואים אותו ולא שופטים אותו.

השיחה עם העובד מתמקדת ב:

- מצבו הנוכחי של העובד ובהרגשתו לנוכח האירוע.
- העובד מתאר בקצרה את האירוע ואת הרגשתו בעת האירוע.
- מנהלת מחלקת רווחה שואלת את העובד שאלות מגוונות, לדוגמה, מה עזר לו להתמודד עם המצב? מה הקשה עליו להתמודד עם האירוע? האם מרגיש שהצליח לחזור לשגרה או שהאירוע עדיין מנהל אותו? האם הוא נעזר במערכות תמיכה (משפחה, צוות, מנהלים)? מה יכול לסייע לו כרגע בהתמודדות יעילה יותר?

בניית תהליך התערבות בהתאם לתשובות העובד:

- הזמנה לשיחה אישית פנים אל פנים או למספר מפגשים.
- יצירת קשר עם הממונים, בהסכמת העובד, כדי לעדכן על מצבו ולהעלות את מודעותם בנוגע למצבו.
- בכל מקרה העובד מקבל את מספר הטלפון האישי של מנהלת מחלקת רווחה.

סיכום

מעטפת של הכשרות בנושא מניעת אלימות ותמיכה ובעובדים לאחר אירוע אלימות מעניקה להם תחושת ביטחון והרגשת שייכות למרכז הרפואי. כל זאת בשילוב של הבטחת סביבת עבודה בטוחה ושיתוף פעולה בין המערכים במרכז הרפואי.

"השרשרת השבורה" כשלים ברציפות הטיפול הרפואי עד מתי?

מרגריטה ממדוב, פרופ' שלמה וינקל, ד"ר יוסי טל
לאומית שירותי בריאות

כללי

שמירה על רציפות הטיפול היא אתגר לא פשוט ברפואה המודרנית, בה תהליכי אבחון וטיפול עשויים לערב גורמים רבים, אשר הממשקים ביניהם לא תמיד קיימים, וגם אם קיימים לא תמיד מוגדרים היטב.

בעיית רציפות הטיפול צפויה להתגבר עם העלייה בתחלואה הכרונית והעלייה המתמשכת במספר הגורמים המעורבים בטיפול רפואי ופערי איוש בכ"א רפואי^(1,2).

על מנת להשיג רציפות טיפול ברמה משביעת רצון, לא די להסתמך על מחויבות הצוות הרפואי והתקשורת הבין אישית, אלא חובה לשתף מידע על המטופלים בתוך הארגון ומחוצה לו עם כלל הגורמים המטפלים⁽³⁾.

לא אחת, תהליך הטיפול הרפואי המקוטע מבוסס על הנחות שגויות של מטפלים ושל מטופלים. כך למשל, מצד המטופל: "אם הרופא לא יצר איתי קשר, אז הכל בסדר" ולעומת זה מצד המטפלים: "אם התשובה לא נצבעה באדום אז הכל בסדר, ואם משהו לא בסדר יתקשרו אליי מהמעבדה להודיע שהתשובה פתולוגית".

בפועל, קורים יותר מדי אירועים חריגים הנובעים מקטיעת התהליך הטיפולי, דבר שעלול להביא להחמרה נוספת במצבם הרפואי של מטופלים, ובמקרים מסוימים אף למוות, ועלויות גבוהות המושגות על מערכת הבריאות.

נשאלת השאלה: מדוע בעידן של טכנולוגיה מתקדמת, הבטחת רציפות הטיפול היא עדיין בעיה יום-יומית?

מטרה

להגדיר את נושא שמירת רציפות הטיפול כנושא קריטי להבטחת בטיחות הטיפול המחייב חשיבה מערכתית כוללת ולא "סתימת חורים" המתגלים מעת לעת בתחקירים.

שיטה

מניתוח בסיס נתוני דיווח אירועים חריגים בלאומית, עולה כי כ-20% מכלל הדיווחים בשנים 2023-24 עוסקים בכשלים בשמירת רציפות הטיפול, וביניהם: אי מסירת תשובה של בדיקה למטופל, איחור באבחון, איחור במתן טיפול / אי מתן טיפול, אובדן מעקב ועוד. ברור שההיקף האמיתי של התופעה הוא גדול בהרבה, והדיווחים המתקבלים משקפים רק את קצה הקרחון של הבעיה.

במצב הנוכחי, חלק קטן מאירועים אלה מתוחקר, בד"כ אירועים עם נזק חמור, וההמלצות מוכוונות לפתור את הסיכונים הספציפיים שבאו לידי ביטוי באירוע מסוים, ולא את הבעיה בכללותה. כך לדוגמה: למטופלת בת 54, שביצעה בדיקת ממוגרפיה ובעקבותיה ביופסיית שד עם תוצאה של ממאירות, נקטע רצף הטיפול במשך חודשים ארוכים עד שביקרה שוב אצל הרופא המטפל.

סיכום

על מנת לפתור את הבעיה יש צורך בהתייחסות מערכתית כוללת, המבוססת טכנולוגיות מחשוב, מהלך אותו צריך להוביל משרד הבריאות בשיתוף עם כל בעלי העניין במערכת הבריאות.

מקורות

1. Guthrie B., Saultz J.W., Freeman J.K. and Haggerty J.L. Continuity of care matters, BMJ 2008;337:a867
2. Corrigan J., Continuity of care: important, but only the first step, Israel Journal of Health Policy Research 2012, 1:22 <http://www.ijhpr.org/content/1/1/22>
3. Ljungholm L, Edin-Liljegren A, Ekstedt M, Klinga C. What is needed for continuity of care and how can we achieve it? - Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. BMC Health Serv Res. 2022 May 23;22(1):686.

"של מי הביופסיה הזו?" כשלים בהכנת דגימה פתולוגית למשלוח מפתולוגיה לשיפור של ממש

מרגריטה ממדוב, פרופ' שלמה וינקר, ד"ר יוסי טל
לאומית שירותי בריאות

כללי

דגימות ביופסיה הנשלחות למעבדה פתולוגית מהוות שלב משמעותי וקריטי באבחון ממאירות. היות ומדובר בדגימה, שברוב המקרים, לא ניתן לחזור עליה או לפסול אותה, אובדן הדגימה או אי יכולת לשייכה למטופל מסוים, מסב נזק ממשי למטופל ולעיכוב משמעותי בתהליך האבחון.

אירועים חריגים שדווחו בשנים האחרונות בלאומית שירותי בריאות, הציפו את הבעיה הקשורה לציון פרטי המטופל על מבחנות המכילות דגימות ביופסיה, ובעקבות כך קושי בשיוך חד ערכי של פרטי הזיהוי לדגימה ולהפניות המצורפות.

מחקר מקיף, שהקיף למעלה ממיליון דגימות פתולוגיות ושבחן טעויות בזיהוי הדגימה ושיוכה, נמצא שיעור של כ-6% טעויות¹.

במאמר עקרוני העוסק בהפחתה לטעויות בפתולוגיה², מוצגת טקסונומיה של טעויות בתהליך נטילת דגימות פתולוגיה, משלב נטילת הדגימה ועד לשלב קבלת התשובה. בין הטעויות בתהליך מוצגות טעויות תיוג ושיוך דגימות בשלב הפרה קליני מעבדתי.

בכל אותם המקרים שהפרטים על המבחנה אינם קיימים או אינם תואמים למסמכים הנלווים, נדרש תהליך ברור מורכב וארוך על מנת לבצע את הבדיקה בכל זאת ולשייכה למטופל הנכון. תהליכים אלה מעכבים משמעותית את משך האבחון של הממאירות, ועלולים להסב נזק בריאותי רב למטופלים כתוצאה מעיכוב בתהליך האבחון.

על מנת להפחית את הסיכונים הכרוכים בהכנת ביופסיות למשלוח למעבדה הפתולוגית, הוחלט בלאומית שירותי בריאות על רכש והטמעה של מדפסות מדבקות ייעודיות ושילובן בתהליך העבודה במסגרת חדרי הפעולות.

מטרה

להפחית את הטעויות בתהליך הפרה קליני של הכנת דגימות היסטולוגיה למשלוח, ובכך לייעל את תהליכי העבודה ולהפחית אירועים חריגים הקשורים בטיפול בדגימות אלה.

שיטה

מניתוח בסיס נתוני דיווח אירועים חריגים בלאומית, נמצא כי בשנים 2023-24 דווחו 185 אירועים חריגים הקשורים בטיפול בדגימות היסטולוגיה מתוך 25,265 ביופסיות שנלקחו בשנים אלה, כך שהיקף האירועים החריגים בתהליך הוא 1.13%.

בימים אלה מוטמעות מדפסות מדבקות בחדרי הפעולות ובמרפאות הגדולות של הקופה.

במהלך 2025 יבוצע מעקב אחר היקף הדיווח על אירועים חריגים בתהליך, על מנת לבחון את אפקטיביות ההתערבות ושפורים נוספים הנדרשים בתהליך.

סיכום

התהליך הנוכחי של הכנת בדגימות הביופסיה למשלוח למעבדה הפתולוגית בקהילה, מורכב יחסית, חשוף לטעויות ואינו עומד בסטנדרטים של תהליך דומה בבתי החולים, ואינו נמצא בהלימה לקריטריונים של משך הזמן האבחון וקבלת תשובה תקפה לבדיקה שבוצעה.

שילוב מדפסות מדבקות ייעודיות עשוי להפחית חלק לא מבוטל של הטעויות בתהליך.

נדרש תהליך מעקב והערכה לאפקטיביות השינוי.

מקורות

1. Nakhleh RE, Zarbo RJ. Surgical pathology specimen identification and accessioning: A College of American Pathologists Q-Probes Study of 1 004 115 cases from 417 institutions. Arch Pathol Lab Med. 1996 Mar; 120(3):227-33. PMID: 8629896.
2. Sirota RL. Error and error reduction in pathology. Arch Pathol Lab Med. 2005 Oct; 129(10):1228-33



Interdisciplinary Approach to Optimizing Post-Operative Pain Management after Major Orthopedic Surgery:

Development and implantation of a multimodal analgesia protocol to minimize opioid use and improve patient outcomes

Herzliya Medical Center - Clinical team:

Dr Michal Slevin-Kish; Dr Chen Seidenberg; Ruth Mishali, BA, MA, Surgical Nurse Practitioner; Hefets Avi, Statistician, M.A; Prof Pierre Singer; Dr Eric Sitton

Background

Post-operative pain management is a critical component of surgical recovery. Traditionally, opioid-centric pain protocols were widely used. Yet, they are associated with significant side-effects and risk of opioid dependency. The current shift towards multimodal analgesia aims to improve pain control while minimizing opioid consumption.

At Herzelia Medical Center, we initiated a collaborative project where each senior surgeon works with a dedicated team to develop and implement personalized, evidence-based multimodal analgesia protocol for post-operative pain management during hospital stay and after discharge.

Objectives

To present the outcomes and impact of a multidisciplinary collaboration in optimizing post-operative pain protocols.

This project aims to:

- 1. Minimize the use of strong opioids (based on the WHO analgesic ladder) without compromising pain control.
- 2. Reduce opioid-related side effects (nausea, constipation, drowsiness, dependence).
- 3. Ensure optimal choice of analgesics for patients with comorbidities (chronic renal failure, dementia, chronic opioid use).
- 4. Improve patient satisfaction and recovery outcomes.
- 5. Enhance patient education on the correct use of analgesics and self-management of post-operative pain.

Methods

A collaborative workflow was established involving development of multimodal "around the clock" analgesia protocols including:

- Paracetamol (up to 4 grams daily).
- Dipyrrone (up to 3 grams daily).
- NSAIDS (if not contraindicated).
- Weak opioids (Tramadol/ Codeine).
- Strong opioids only if needed with strict guidelines on use and dose.
- Stool softer.

Daily rounds were conducted to assess pain-control by using self-report pain scale known as the 0–10 Numeric Rating Scale (NRS) and adjust analgesic regimens, and patient education leaflets on analgesic use were handed.

Results

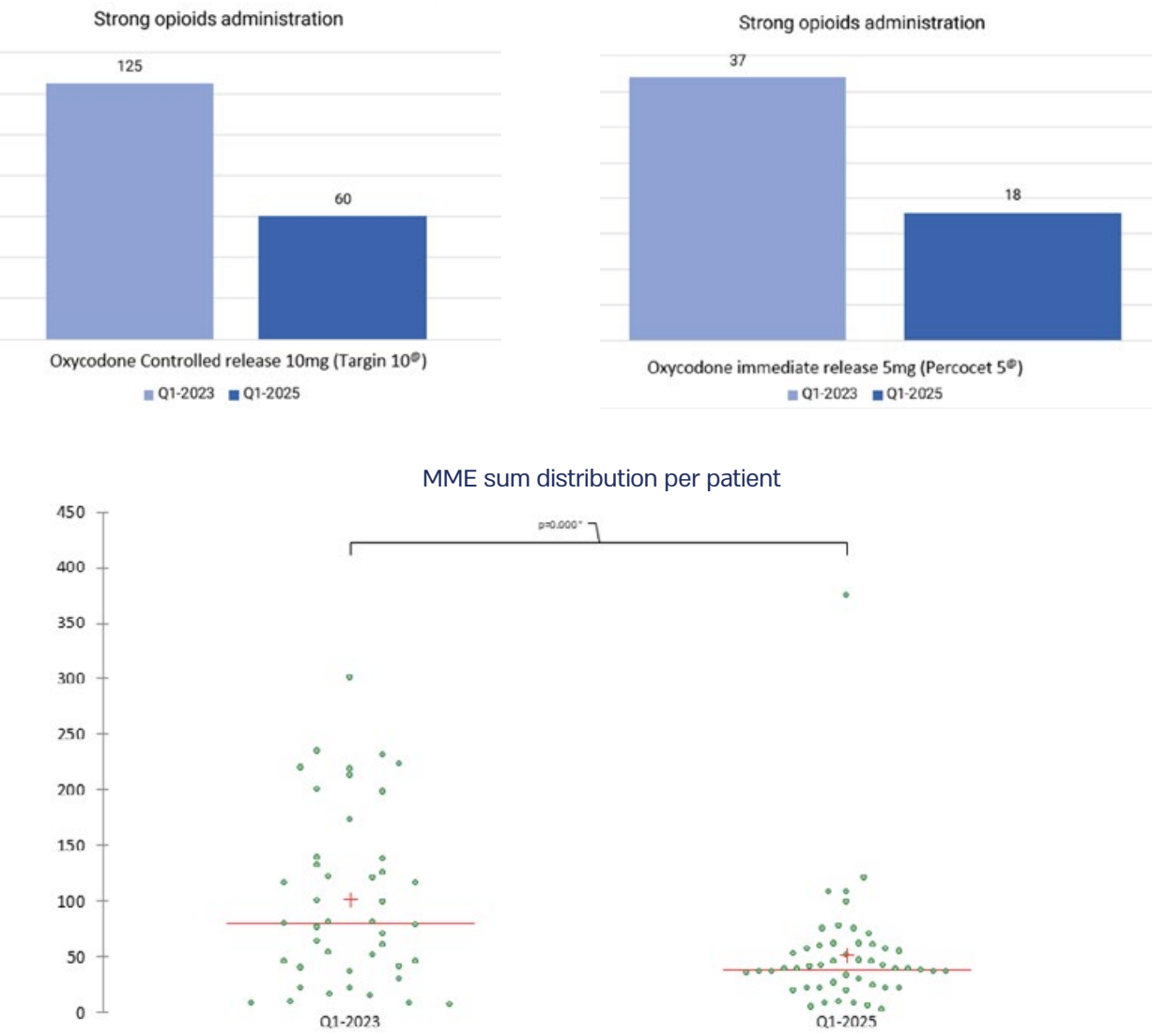
Results from 96 patients undergoing elective orthopedic procedures (total hip/knee) or thoracic surgery (segmentectomy/ lobectomy) were collected.

- 1. 50% reduction in MME sum per patient during hospital stay (p-value=0.000).
- 2. 48% reduction in strong opioid use (Oxycodone, Morphine) during hospital stay (p-value= 0.029).
- 3. No compromise in pain control (VAS pain scores at 24, 48 and 72 hours).

Conclusions

This collaborative model demonstrates that a multidisciplinary approach to post-operative pain management can effectively minimize opioid use, without compromising pain control. The project highlights the critical role of multimodal analgesic protocols and patient education.

	Total amount of administered medication		Morphine milligram equivalent dose*
Medication Name	Q1-2023	Q1-2025	
Codeine 15mg (Rokacet plus®)	254	167	2.25
Tramadol 37.5mg (Zaldiar®)	33	35	7.5
Tramadol Controlled release 100mg (Tramadex OD®)	0	10	20
Tramadol 50mg (Tramal®)	3	4	10
Tramadol 100mg (Tramal®)	72	31	20
Oxycodone immediate release 5mg (Percocet 5®)	37	18	7.5
Oxycodone Controlled release 10mg (Targin 10®)	125	60	15
Morphine Push 5 mg	1	4	5
Morphine patient-controlled analgesia	0	2	30
Sum	525	329	



שיפור איכות הטיפול ומסע המטופל והמטופלת

בחדרים האקוטיים בחטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

אלנה סלוצקר RN,MA | אביטל אלפנדרי כהן B.S.N, R.N, M.H.A | אריאלה אבן B.Pharm, M.H.A | טליה בן אבי -שטינברג M.A
ליזה ברוך B.S.N, R.N, M.H.A | ריטה ברשי RN,MA | שני צליק-יעקובי M.S.W | סמדר שרבי M.P.A, R.N

רקע

תקיפות מיניות מהוות פגיעה רוחת חמורה, בעלת השלכות פיזיות ונפשיות משמעותיות. בישראל, אלפי נשים, גברים וקטינים נפגעים מדי שנה מאלימות מינית. על פי נתוני המשרד לביטחון פנים, אחת מכל שלוש נשים תותקף מינית במהלך חייה.

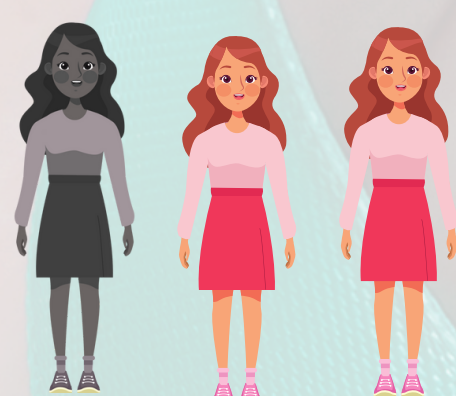
נוכח נתונים אלו הוקמו בישראל חדרים אקוטיים, אשר מעניקים מענה רפואי, נפשי ומשפטי לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית.

מטרת החדר האקוטי לספק מרחב מוגן ומקצועי המספק טיפול רגיש ומקיף לנפגעות ונפגעים עד שבוע מיום הפגיעה. בשנת 2024 טופלו 804 מטופלים ומטופלות בחדרים האקוטיים בארץ.

מטרה

לבחון את איכות הטיפול ואת חוויית המטופל בששת החדרים האקוטיים שבמרכזים הרפואיים הממשלתיים, ע"י ביצוע מבדק איכות תוך הערכת היישום בפועל של חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 7/2022 ("הסדרת הטיפול הניתן במערכת הבריאות לאחר פגיעה מינית").

אחת משלוש



משרד לביטחון פנים, 2024

שיטה



שאלון מובנה לבחינת עמידה בסטנדרטים ראיונות עומק עם צוותים רפואיים ועובדות סוציאליות תצפיות קליניות וניתוח רשומות רפואיות "לקוח סמוי" בפנייה טלפונית שאלון מקדים למיפוי עצמי של בתי החולים

מסקנות והמלצות

- ✓ הכשרות ממוקדות בטיפול בטרומה
- ✓ עדכון נהלים ואחידות ביישום
- ✓ שדרוג תשתיות ומערכות מידע
- ✓ חיזוק שיתופי פעולה
- ✓ שימוש בטלרפואה
- ✓ המשך מעקב ובקרה

ממצאים מרכזיים

- הנהלות בתי החולים רואות חשיבות רבה בפעילות החדרים האקוטיים ומשקיעות משאבים משמעותיים, אך זוהו פערים במספר תחומים:
- נהלים לא אחידים – הבדלים בנהלים ובאופן יישומם
- חוסר בתסריטי שיחה
- טיפול בקטינים – קיימים אתגרים בהיערכות, בידע ובמשאבים
- פערים בתיעוד רפואי – שונות ברמת הפירוט, האחידות והשימוש ברשומות
- היעדר הכשרות בטיפול מותאם טראומה
- שיתופי פעולה לא מוסדרים עם גורמים שונים מחוץ לבית החולים בעיות תשתית – ציוד, מרחב פיזי, מערכות מידע

מציגה: עמר חגית
שותפים: שולי חג'בי, נילי סבג

השכבת מטופל בתנוחה ניתוחית – גישה בטיחותית וסטנדרטית לשיפור איכות הטיפול

רקע והצגת הבעיה

השכבת מטופל בתנוחה ניתוחית מהווה שלב קריטי בהבטחת הצלחת ההליך הרפואי ובשמירה על בטיחותו של המטופל. תנוחה נכונה מאפשרת גישה ניתוחית מיטבית, תוך שמירה על נתיב אוויר פתוח, זרימת דם תקינה, ותפקוד תקין של מערכת הנשימה. בנוסף, תנוחה זו מונעת נזקים לרקמות רכות, עצבים, כלי דם ועצמות, אשר עלולים להתרחש כתוצאה מהפעלת לחץ ממושך או מתנוחה לא תקינה. עם זאת, תהליך ההשכבה אינו מוסדר ברוב בתי החולים, ואין הנחיות ברורות או מדיניות אחידה בנושא.

זיהוי פערים

במרכז הרפואי מאיר, היחידה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים הובילה מהלך לשיפור תהליך השכבת המטופל, בעקבות אירוע בטיחות בו מטופל נפל משולחן הניתוחים במהלך פרוצדורה, בוצעה בדיקה מקיפה שחשפה היעדר נהלים מוסדרים וכתובים בנושא השכבת מטופל בתנוחה ניתוחית וכי חוזרי משרד הבריאות אינם מתייחסים לנושא באופן מספק. מצב זה חושף את המטופלים לסיכונים מיותרים.

תנוחות ההשכבה תוך פירוט אופן ההשכבה ואביזרי הבטיחות הנדרשים בהשכבה

SUPINE POSITION פרקדן

שכיבה על הגב עם רגלים ישרות. ידיים פרושות לצדדים בזווית מתחת ל-90 מעלות כאשר כפות הידיים כלפי מעלה או ידיים צמודות לגוף, ללא מגע בחלקי מתכת. עמוד השדרה בקו ישר עם הראש והרגליים.



1. קשירת הידיים ברצועות ייעודיות.
2. במידה והידיים צמודות לגוף יש לבצע קשירת בית החזה.
3. כרית לראש, ריפוד לזרועות ועקבים
4. חגורת קשירה לרגליים ממוקמת 5 ס"מ מעל הברך

PRONE POSITION

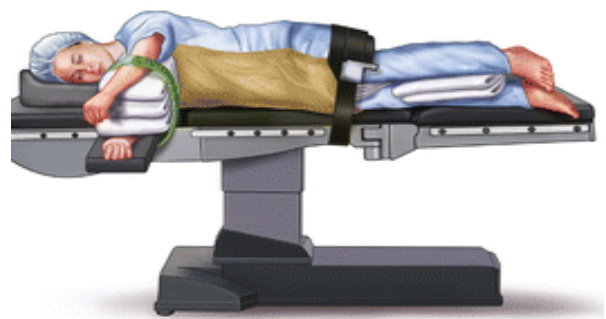
שכיבה על הבטן כאשר הראש עם פנים כלפי מטה או מסובב לצד עם תמיכה.



1. גליל סיליקון אחד מתחת לחגורת הכתפיים (מקדימה) ע"מ להרים את בית החזה
2. גליל סיליקון שני או כרית באזור האגן על מנת למנוע לחץ על אברי הבטן
3. מצח, עיניים וסנטר מרופדים ומוגנים
4. ריפוד ידיים ובירכיים
5. כרית מונחת מתחת לכפות הרגליים
6. חגורה 5 ס"מ מעל הברך
7. ידיים קשורות ברצועות ייעודיות

LATERAL POSITION

המטופל מורדם בתנוחת פרקדן על שולחן הניתוח ורק אח"כ מסובבים על הצד. רגל תחתונה מקופלת (יוצרת בסיס רחב) ורגל עליונה ישרה ראש, צוואר ועמ"ש בקו ישר.



1. גליל תחת האקסילה להגנה על הפלקסוס הבריכיאלי
2. ריפוד תחת רגל תחתונה, כולל העקב
3. כרית לאורך, בין הרגליים וכרית בין הידיים או תומך ליד העליונה
4. רצועה אחת מעל הברך ורצועה רחבה באזור האגן
5. כף יד תחתונה כלפי מעלה, תמיכה וריפוד לראש, אזור טמפורלי
6. ניתן להוסיף תומכי צד מרופדים באזור גב תחתון, גב עליון ואזור גניטלי

תיאור ההתערבות

במרכז רפואי מאיר גובשה מדיניות מוסדרת הכוללת הנחיות קליניות ברורות לשימוש באביזרי בטיחות, שיקולים תפקודיים ואנטומיים לבחירת התנוחה הניתוחית, ותיעוד מלא של ההשכבה. המדיניות שולבה כחלק אינטגרלי מתהליך "פסק הזמן" והוטמעה בכלל חדרי הניתוח.

שיתוף פעולה רב-תחומי

הפרויקט הדגיש את החשיבות שבשיתוף פעולה בין גורמי הצוות הרב מקצועי-כולל המנתח, המרדים, האחיות והסניטר לצורך הבטחת תקשורת אפקטיבית והתאמה אופטימלית של זווית שולחן הניתוחים במהלך הניתוח בהתאם לצרכים בזמן אמת.

מסקנות והמלצות:

קביעת סטנדרט אחיד להשכבת מטופלים תורמת לשיפור איכות הטיפול, הפחתת סיכונים ושמירה על בטיחות המטופל. ההמלצה היא ליישם ריענון ידע שנתי לצוותים הרלוונטיים ולשלב את הנושא כחלק בלתי נפרד מהכנות לקראת כל הליך ניתוחי. בנוסף קיימת חשיבות לעיגון המדיניות במסמך כתוב, מוסמך ומעודכן, אשר יופץ לכלל הצוותים הרלוונטיים וישמש כלי עבודה והדרכה שוטף. עיגון זה יאפשר יישום עיקבי של ההנחיות ויסייע בצמצום פערים בטיחותיים בין צוותים ויחידות.

תחקיר קטן, שינוי גדול



אחיות במחוז השיבו 360 אחיות 49.9% מסקנת השאלון המקדים: האחיות הביעו רצון לקבלת מידע וידע בנושאים רלוונטיים בפרסום מבזק ידע רוחבי.

- במהלך החודשים 1-10.23 נשלחו 11 מבזקי ידע בנושאים נבחרים מתוך אירועים/כמעט אירועים שנשלחו על ידי האחיות.

- הנושאים: חיסונים, ייפוי כח, הורים גרושים, טעות במתן תרופה, החייאה, רשומה, חשיפה לנוזלי גוף.

- 1.24 נשלח שאלון ובו 5 שאלות בלבד לאחיות מטרת השאלון הוגדרה: למידה והתאמת נושא המבזקים לצרכי האחיות במחוז.

- מתוך 732 אחיות המחוז השיבו 387 אחיות מכלל אחיות המחוז - 52% תוצאות בשנת 2023 נשלחו על ידי האחיות 380 אירועים, 52 כמעט אירוע מבדיקה - ירידה באירועי חשיפה, זיהוי מטופל.

- המבזקים הרלוונטיים לכלל האחיות במחוז הם בנושא חיסונים/מתן זריקה/חשיפה לנוזלי גוף.

- ישנה שונות בין אחיות במרפאות היועצות לראשוניות לרלוונטיות המבזקים.

- אחיות שתפו על גבי השאלון אירועים אישיים שלא חשבו שיסנה חובת דווח.

- האחיות ציינו שהמבזק נותן תחושת בטחון ושייכות לסקטור האחיות במחוז.

- מבזקי הידע בעלי חשיבות לשיתוף מידע, ריענון נהלים והנחיות.

- מבזקי הידע מסייעים למניעת האירוע וכמעט אירוע הבא.

מסקנה

שיתוף מידע בעזרת מבזקי ידע לאירועים דומים שהתרחשו, מונע את האירוע הבא ומאפשר התמודדות נכונה עם אירוע שהתרחש.

למידה משותפת תמנע את האירוע הבא ותשפר את בטיחות המטופל והמטפל ענת פלדינגר, דר' דליה קסנר, דר' שלומי בן משה, אמיר שחאדה, סמדר ביברמן,

היחידה לבטיחות המטפל, המטופל וניהול סיכונים כללית מחוז חיפה וג"מ.

מבוא

במהלך 2022 נשלחו על ידי אחיות המחוז 251 אירועים, 39 כמעט אירוע. מעבוד נושאי האירועים ניתן לסווגם לחמישה נושאים: זיהוי מטופל, מתן תרופה שגוי, מתן חיסון שגוי, רשומה לא תקינה, שונות. עוד נמצא שישנן טעויות החוזרות על עצמן במרפאות שונות, צוות אחיות שונה.

המטרה

הורדת שיעור האירועים/כמעט אירוע דומים במרפאות המחוז בפרסום מבזקי ידע בנושאים נבחרים ולמידת עמיתים.

התהליך

שאלון מקדים לצוות האחיות במחוז ובו שלוש שאלות כן/לא

שליחת מבזק חודשי במהלך 2023 1-10. נושא המבזק יבחר כל חודש מאירוע ראשוני

משמעותי או לחילופין מנושאים שיעלו בשאלון המקדים.

1.2024 שאלון מסכם לצוות האחיות במחוז.

1.2024 סכום אירועי שנת 2023 שנשלחו על ידי צוות האחיות בהתאמה למבזקי הידע וניתוח.

תוצאות והמלצות

- שאלון מקדים נשלח ב-1.22 מתוך 721

תחקיר קטן, שינוי גדול



מה עושה תחקיר?

היחידה לניהול סיכונים - מחוז חיפה וג"מ, שרותי בריאות כללית.

דר' דליה קסנר, דר' שלומי בן משה, ענת פלדינגר, אמיר שחאדה, סמדר ביברמן.

תיאור האירוע

בן 9 שנים, עם מחלת בכצ'ט. הומלץ על מתן (HUMIRA Adalimumab) במיון 20 מ"ג אחת לשבועיים. במערכת אישורי תרופות אושרה תרופה ביוסימילר בשם HYRMOZ המשווקת בישראל רק במזרק אוטומטי המכיל 40 מ"ג. רופא הילדים הפיק מרשם ל HYRMOZ 40 מ"ג וציין בשדה המינון ובהוראה שיש לתת 20 מ"ג. הרוקח ניפק לפי המרשם HYRMOZ 40MG/0.8 cc במזרק אוטומטי. אחות המרפאה הזריקה לילד את התרופה, אך בגלל שמדובר במזרק אוטומטי, הוזרקו 40 מ"ג מהתרופה. האחות שמה לב לטעות. בבדיקה מול הראומטולוג ילדים, ציין שלא נגרם נזק בהזרקת יתר. האחות דווחה על האירוע לניהול סיכונים.

ממצאי התחקיר

1 | גורם מאשר במערכת אישורי תרופות לא היה מודע לכך שהתרופה הביוסימילר אינה מתאימה למתן של מינונים נמוכים מ- 40 מ"ג.

2 | הרופא ילדים, הרוקח והאחות - לא שמו לב לכך שמדובר במזרק אוטומטי במינון כפול, שלא ניתן להזריק ממנו מינון מופחת.

3 | חברת התרופות שהתרופה HYRMOZ משווקת על ידה ציינה משטר המינון של

ה-20 מ"ג רשום בעלון התרופה, אך לא משווק בישראל. לא ניתן להזריק חצי מנה מהמזרק המוכן של 40 מ"ג. במידה ונדרש מינון קטן מ-40 מ"ג - אין להשתמש במזרק הירמוז.

4 | התרופה המקורית שהומלצה HUMIRA, משווקת בישראל במזרק במינון 20 מ"ג.

פעולות מתקנות

1 | ברמת גורם מאשר מ.ס.ר. - הנחיה שבכל מקרה של בקשה לאישור של Adalimumab במינון נמוך מ-40 מ"ג - יש לאשר רק את תרופות המקור HUMIRA.

2 | קליקס ומערכת בית המרקחת - בעת הפקת מרשם או ניפוק מרשם של מזרק HYRMOZ 40 mg - תעלה התראה שמדובר במזרק אוטומטי ושאין לתת מינון מופחת.

3 | ברמת הצוות - בדיקה בכל שלב ובכל סקטור (רפואה, רוקחות, אֶחָיוֹת) שמשטר המינון המומלץ יכול להינתן על ידי הפורמולציה המנופקת.

4 | חברת התרופות - הורדה מהעלון לרופא את משטר המינון של 20 מ"ג שאינו משווק בארץ, או לייבא את המזרק במינון 20 מ"ג.

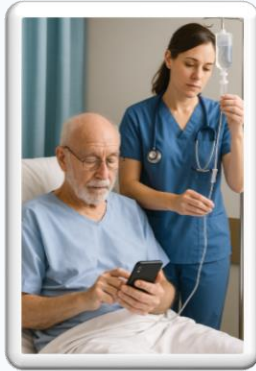
5 | המלצות להנהלה - לפעול להטמעת תהליך אישור מושכל במערכת מ.ס.ר. בכל הרמות.

מסקנה

תחקיר מחולל שינוי. מטרתו לרדת לשורש הכשלים ברמה מערכתית ולהציע תיקונים ברי ביצוע בכל הרמות.

שיתוף מטופלים בתהליך נכון של זיהוי מטופל

יולי פלדמן (RN, MPH) - מנהלת היחידה לבטיחות טיפול וניהול סיכונים, אינה קובי (RN, MPH) - מתאמת נושא בטיחות טיפול, שרון טובי (RN) - אחות ביחידה לבטיחות טיפול, רעיה רחמנב (RN) - אחות ביחידה לבטיחות טיפול, הלן מלכה זאבי - סגנית מנהלת אחיות (RN, MA), קרן בן יעקוב מאיר - מזכירת היחידה לבטיחות טיפול, עינת ברוכי - רכזת בכירה ביחידה לבטיחות טיפול



רקע:

זיהוי מטופל הינו חלק מיעדי הבטיחות הבינלאומיים על פי JCI וחייב להתבצע באופן מלא ע"י כלל הצוותים. יחד עם זאת, אירועי זיהוי מטופל ממשיכים להיות אחד האירועים השכיחים חרף תהליכי הטמעה ומיקוד מתמשך לשיפור מול הצוותים. על מנת להתמודד עם התופעה, הוחלט לנקוט בגישה שונה הכוללת שיתוף מטופלים בביצוע תהליך זיהוי נכון ע"י הצוות באמצעות סריקת ברקוד בטלפון נייד.

מטרות:

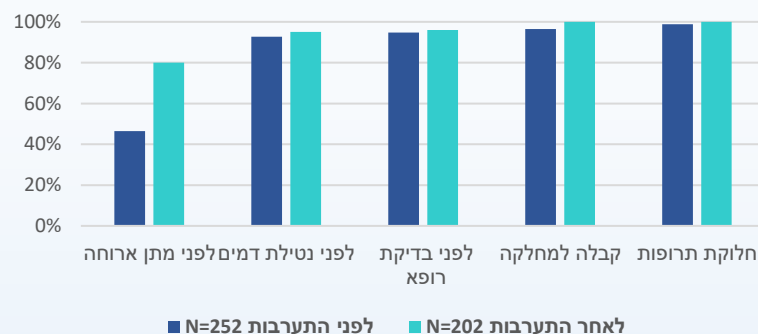
לזהות מצבים בהם קיימים אתגרים בביצוע זיהוי מטופל ולשפר את שיעור ביצוע זיהוי מטופל נכון.

שיטות:

בבנה שאלון קצר למטופל על אופן הזיהוי ע"י הצוות במספר מצבים: לפני בדיקת רופא, לפני נטילת דמים, בקבלה למחלקה ע"י אחות, לפני מתן תרופות, לפני מתן ארוחה. ההליך בוצע כבקרת עמיתים בו אחיות ייעודיות עברו הדרכה בנושא. הן ניגשו למטופלים רנדומליים במחלקות נבחרות, הדריכו אותם על תהליך זיהוי נכון ע"י הצוות, אופן מילוי השאלון ומסרו למטופלים ברקוד לסריקה על מנת להיכנס לשאלון דרך הטלפון הנייד. המטופלים סימנו עבור כל אחד מהמצבים האם הזיהוי בוצע באופן מלא/חלקי/לא בוצע.

ממצאים:

שיעור ביצוע נכון של תהליך זיהוי



בוצעה התערבות שכללה: הכשרה לכוחות עזר, בקורת על ביצוע זיהוי מטופל נכון ע"י כוחות עזר ותדריכים לצוותי אחיות. במדידה לאחר ההתערבות, שיעור זיהוי לפני מתן ארוחה עלה ל-80%. חשוב לציין כי יתכנו הטיות בשיעורי הזיהוי מאחר ובפרויקט השתתפו מטופלים משתפי פעולה, שידועים קרוא וכתוב בשפה העברית.

מסקנות והמלצות:

קיימת חשיבות רבה לשיתוף מטופלים בהליכים שונים שנוגעים לטיפול בהם, לרבות זיהוי מטופל. האתגר העיקרי שזוהה הינו זיהוי מטופל בעת חלוקת מזון ונדרש המשך התערבות לשיפור. בנוסף, השאלון יתורגם לשפות רוסית וערבית ויורחב לכלל המחלקות.

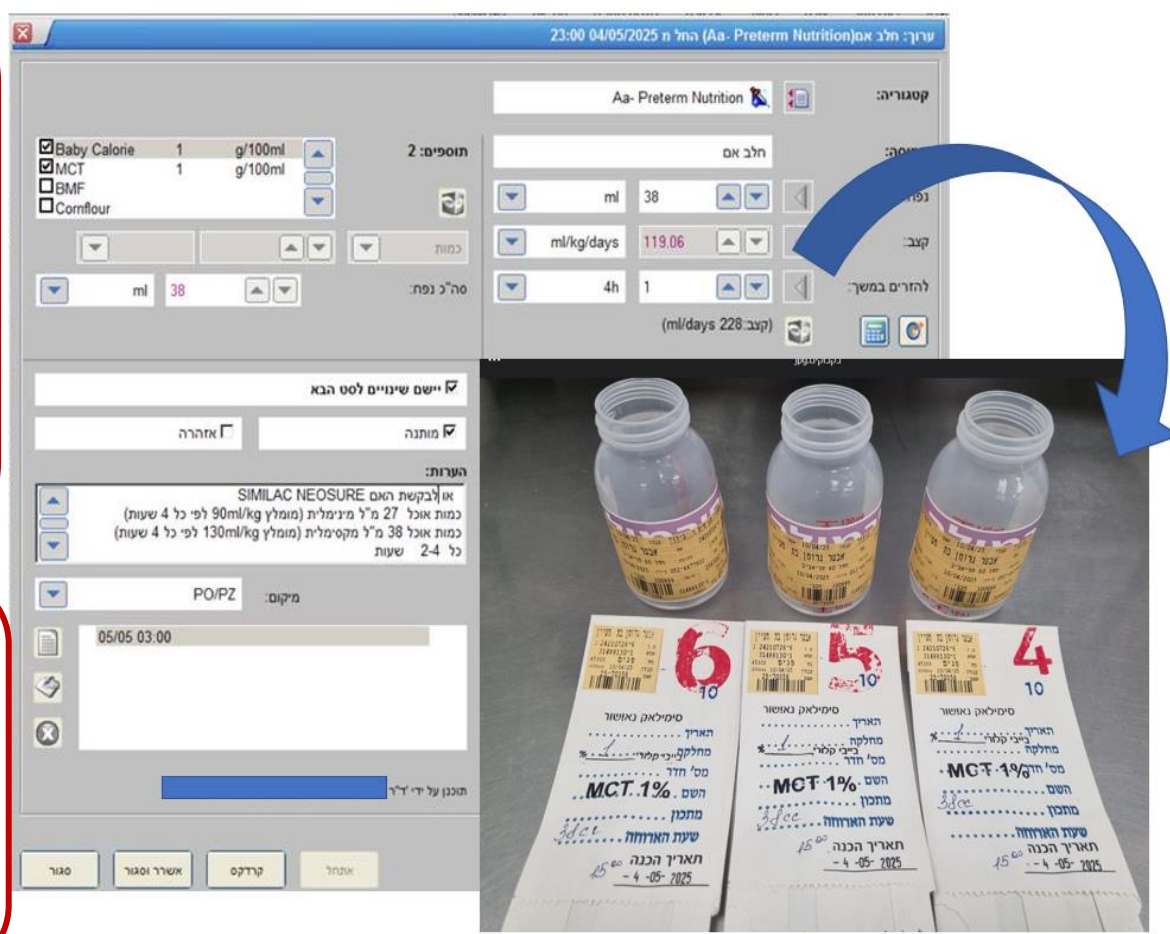
חדשנות בטיחותית במטבח חלב: צמצום טעויות אנוש באמצעות זיהוי דיגיטלי

שינוי תהליך זיהוי מדבקות מטופל במטבח חלב פגייה באמצעות מערכת דיגיטלית

גב' אירנה צודיקוביץ, אחות אחראית טיפול נמרץ פגים. גב' נטלי רוסקין, סגנית אחות אחראית. מחלקת פגים וטיפול נמרץ פגים, בית החולים לילדים אדמונד ולילי ספרא, תל השומר

רקע.

- מחלקת פגים וטיפול נמרץ פגים מונה כ- 53 מיטות. במחלקה קיים מטבח חלב המכין מנות ההזנה עבור המחלקה בלבד. במטבח עובדות כוחות עזר ללא השכלה מיוחדת פרט להכשרה מחלקתית. המטבח עובד בשתי משמרות בוקר וערב. מידי יום כוחות העזר מכינות קרוב ל350 מנות הזנה.
- בשנת 2021, כ-12% מ"כמעט אירוע" בפגייה נבעו מטעויות זיהוי מדבקת מטופל במטבח חלב. בשל הרגישות הגבוהה לטעות במתן חלב אם שגוי לתינוק הלא נכון, נדרש פתרון מידי המפחית את הסיכון לטעויות אנוש.



שיטת העבודה.

- פתיחת הוראה רפואית להזנה בגיליון המטופל דרך METAVISION
- אימות מדבקות מטופל וסימון מנות (בקבוקים/ מזרקים/ מעטפות)
- הכנת המנה (ערבוב כל המרכיבים בהתאם להוראה רפואית)
- העברת המנות המוכנות לשימוש האחות

האתגרים בתהליך העבודה הקיים.

- ✓ עבודה ידנית
- ✓ מחסור בבקורות אוטומטיות
- ✓ תלות בערנות העובדים
- ✓ טיפול במספר רב של מטופלים

הפתרון - מערכת ברקוד (הטמעת טכנולוגיה לזיהוי מדויק של מטופל)

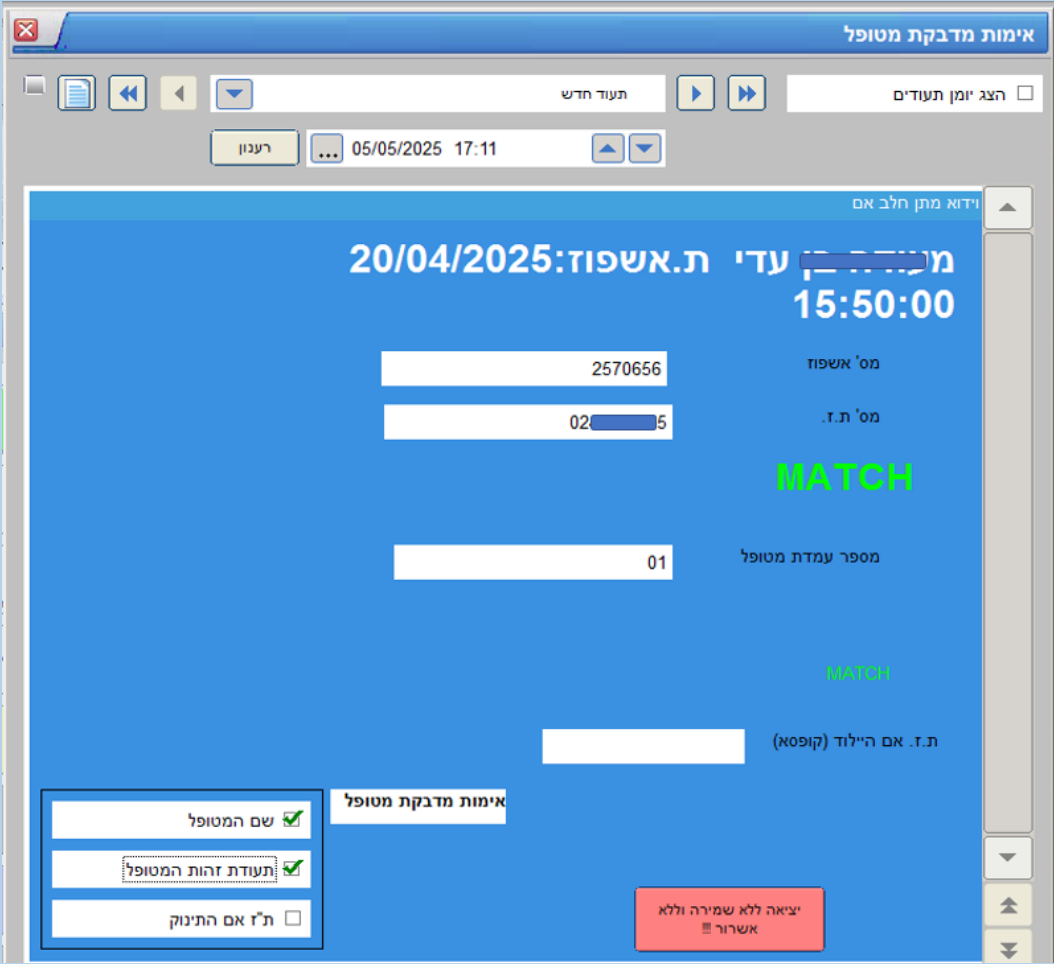
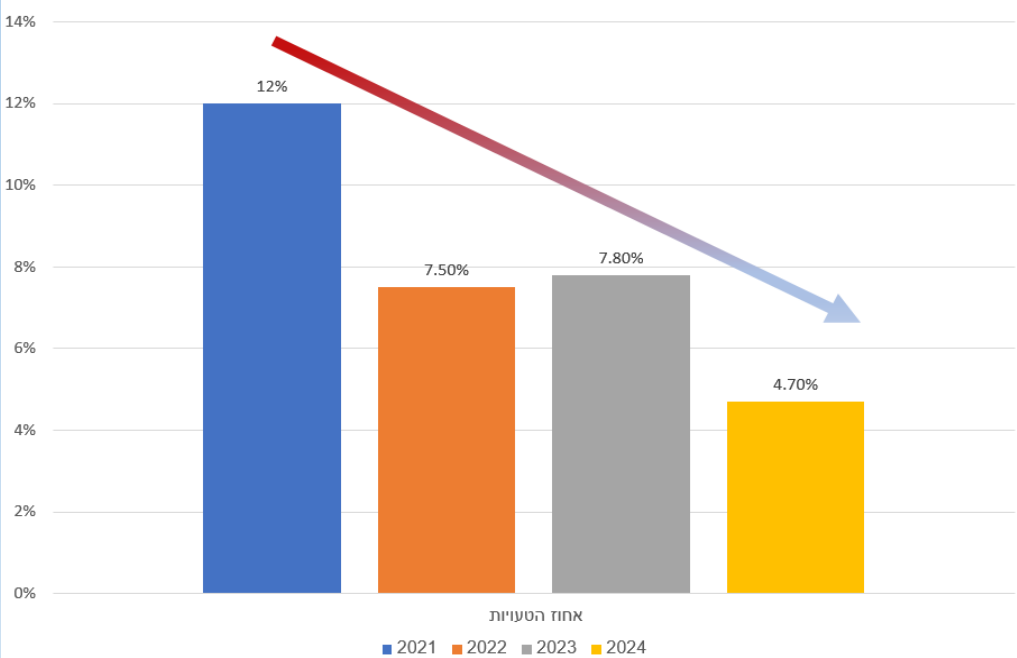
תועלות ורווחים:

- ❑ סריקה אוטומטית של ברקוד על מדבקת המטופל בעזרת סורק יד
- ❑ בדיקה אוטומטית מול גיליון המטופל
- ❑ התראה מידית במקרה של אי-התאמה

סיכום:

- ירידה של 60% באירועי "כמעט אירוע" הקשורים בזיהוי מדבקות מטופל במטבח חלב
- מ-12% בשנת 2021 ל-4.7% בשנת 2024
- ❖ שיפור בטיחות המטופל
- ❖ יעול זמן הצוות
- ❖ שיפור רווחת עובד (העלאת תחושת ביטחון)
- ❖ שיפור תיעוד ויכולת בקרה

מדדי הצלחה



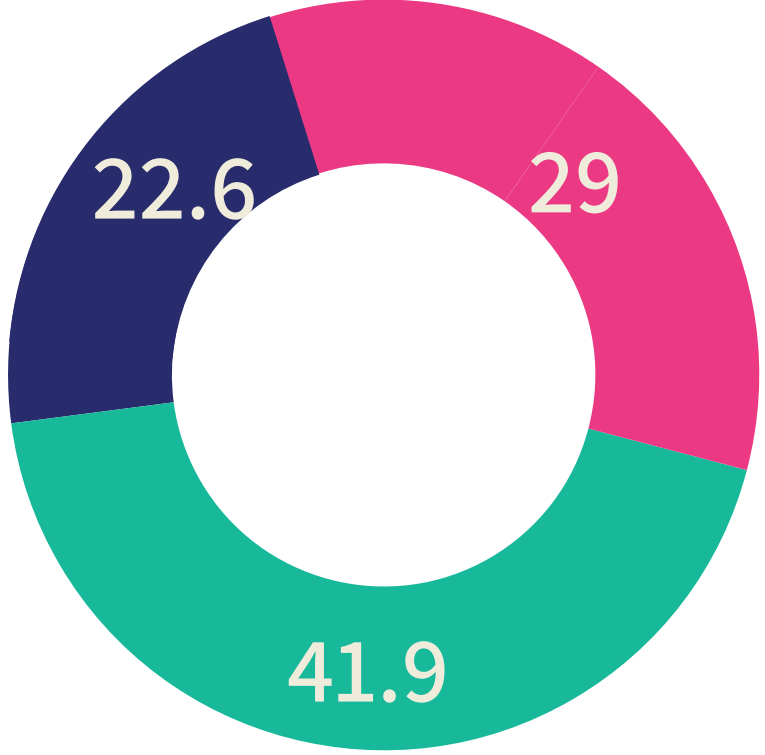
המלצות

- ❖ פתרון טכנולוגי מוכח – שאיפה לדיגיטליזצית תהליכים
- ❖ למידה ארגונית – הפקדת לקחים מ"כמעט אירועים"
- ❖ תכנית הרחבה – הרחבת המערכת לתחומים נוספים במחלקה ובמחלקות אחרות.

מיפוי הגורמים המשפיעים על ניעות פנים ארגונית של אחיות חדשות בבית חולים

אלעד קובץ, הדר סימנה, ורדית שמש מילגר, ענת מושקוביץ, אינה יופה-ויסמן.
בית החולים לילדים ספרא בתל השומר.

eladkovetz@gmail.com; hadar.simana@sheba.health.gov.il; shemesh.vardit@sheba.health.gov.il;
Anat.Moskovich@sheba.health.gov.il; Inna.Vaisman@sheba.health.gov.il.

רקע	מטרה
עזיבת אחיות ארגוני בריאות הינו נושא אשר נחקר רבות בעשורים האחרונים, בשל המחיר הכלכלי הכבד אשר מלווה אותו. נושא אשר לא זכה להתייחסות מספקת במחקר, על אף מחירו הכלכלי הדומה, הינו ניעות אחיות בתוך ארגוני בריאות.	מטרת מחקר זה הינה מיפוי הגורמים המשפיעים על ניעות אחיות חדשות ממחלקה למחלקה אחרת בתוך בית חולים "ספרא" לילדים.
שיטה	שנות ניסיון כאחות
במחקר השתתפו 31 אחים/ות אשר החלו קליטתן במחלקות ונעו למחלקה אחרת במהלך השנתיים הבאות בתוך בניין ספרא. המשתתפים ענו על שאלון המבוסס על שאלוני שביעות רצון מינסוטה אשר הותאם לטובת המחקר הנוכחי.	 0-2 2-5 5-16
תוצאות	סיבות מדווחות אשר השפיעו על ניעות פנים ארגונית של אחות חדשה
נמצא קשר בין ניעות בשל אורך תקופת הקליטה במחלקה והקושי הנתפס של תהליך ההכנסה, לבין ניעות בשל יחסים לא טובים עם האחיות הקולטות.	מערכת יחסים עם האחיות הקולטות קושי נתפס של תקופת הקליטה קושי חברתי אופי הטיפול קונפליקט עבודה בית מחסור במסלולי קידום עניין עצמאות מקצועית 35.4% 29% 29% 29% 25.8% 22.5% 19.3% 19.3%
מסקנות	המלצות
מחקרנו הציג את חשיבות האחיות הקולטות בשימור ומניעת תחלופה שלאחיות חדשות במחלקה וכמו כן העלה את הצורך לבחון את צורת הקליטה של אחיות חדשות במחלקה בבית החולים ספרא לילדים.	חיזוק מעמדה של האחיות הקולטות כחלק מהדרג הניהולי של מחלקה. מיצוב תפקיד האחיות הקולטות על ידי שיפור מערך התגמולים, ימי עיון ועודדים וימי הערכה לנושאות בתפקיד. הפיכת תפקיד האחיות הקולטות לנחשק יאפשר לאחראיות מחלקה למנות אליו את האחיות המוכשרות ביותר אשר יגיעו לביצוע עם מוטיבציה גבוהה, מהלך אשר אנו מאמינים כי בתורו יפחית ניעות אחיות.

ביבליוגרפיה

(1) משרד הבריאות. (1997). הנחיות מקצועיות - קליטת אחות ביחידת טיפול. חוזר מנהל הסיעוד. ירושלים.
(2) משרד הבריאות (2016). כוח אדם במקצועות הבריאות 2015. ירושלים.

- 3) Baumann A. (2010). The Impact of Turnover and the Benefit of Stability in the Nursing Workforce. International Councils for Nurses, Geneva, Switzerland.
- 4) Brasler, M. E. (1993). Predictors of clinical performance of new graduate nurses participating in preceptor orientation programs. The Journal of Continuing Education in Nursing, 24(4), 158-165.
- 5) Chiang, H. H. (2005). Students' perceptions of effective and ineffective clinical instructors. Journal of nursing education, 44(4), 187.
- 6) Clipper, B., & Cherry, B. (2015). From transition shock to competent practice: Developing preceptors to support new nurse transition. The Journal of Continuing Education in Nursing, 46(10), 448-454.

רקע

- על פי מחקרים על הטרדה מינית ממטופלים בפיזיותרפיה
- Inapropriate Sexual Behaviour by Patients נמצא כי :
- 84% מהפיזיותרפיסטים חוו הטרדה מינית
 - 47% מהפיזיותרפיסטים חווים הטרדה מינית מדי שנה
 - עובדי מערכת הבריאות (רופאים, אחיות, מקצועות הבריאות) בסיכון פי 16 לחוות הטרדה מינית ממקצוע אחר
 - על כן עלה הצורך בפיתוח סדנא חדשה לפיזיותרפיסטים

מטרות



2 הגברת מודעות

להגביר מודעות לתופעה ונזקיה.
להגביר עירנות לסימני אזהרה
במרחב הטיפולי

1 שיפור תקשורת

לשפר את היכולת התקשורת
וניחול הסיטואציה תוך שמירה
על סביבת טיפול בטוחה ומכבדת

4 הדרכה

להדריך על דרכי פעולה אישיים
ומערכתיים לטיפול ומיגור
התופעה

3 פיתוח כלים

להעניק ולתרגל כלים מעשיים
לתגובה מעשית ויעילה בזמן
אמת.

שיטות

יצירת סדנא לפיזיותרפיסטים – מרחב בטוח

הפצת סדנא במרכזי פיזיותרפיה של הכללית ברחבי הארץ
בכל סדנא השתתפו פיזיותרפיסטים, וצוות הפיזיותרפיה (כח עזר, מזכירות,
סטודנטים)
במהלך הסדנא התבצע תרגול מעשי של טכניקות התגובה בעזרת סימולציות
בתום הסדנא התבקשו המשתתפים למלא שאלון משוב על הסדנא

תוכן הסדנא

1 מניעה

יצירת סביבה בטוחה ומכבדת המכילה גבולות ברורים של יחסים מקצועיים

2 עירנות

זיהוי סימנים מקדימים, להתייחסות מיידיית ומקצועית ומניעת החמרה

3 תגובה הולמת

הגדרה וניתוח אפשרויות לתגובות בעלות השפעה שלילית או חיובית
תרגול מעשי עם סימולציות

4 התמיכה ארגונית

היכרות עם המשאבים הארגוניים והתמיכה הזמינה למקרים של הטרדה מינית



תוצאות

על פי שאלון משתתפי הסדנא

לפני הסדנא:

- 82.2% מהמשתתפים ציינו שהטרדה מינית ממטופלים זו תופעה נפוצה
- 78.5% מהמשתתפים הרגישו שלפיזיותרפיסטים לעתים אין את הכלים או היכולת להתמודד עם הטרדות מיניות

בעקבות הסדנא:

- המשתתפים דיווחו על עליה במודעות לתופעה
- הרגישו שקיבלו בסדנא כלים וטכניקות יעילות לשימוש בשדה הקליני
- המשתתפים הרגישו תועלת רבה מהתרגול המעשי, והיו מעוניינים בתרגול נוסף בתחום
- בנוסף בעקבות הביקורות החיוביות, הביקוש לסדנא עולה, ומרכזי פיזיותרפיה נוספים מבקשים להזמין את הסדנא

סיכום ומסקנות

סדנא זו היא צעד חשוב בהעלאת המודעות ושיפור ההתמודדות בהטרדות מיניות בתחום הפיזיותרפיה.

חשוב להמשיך ולפתח תוכניות הדרכה והכשרה שיתנו כלים לפיזיותרפיסטים להתמודד עם הטרדות מיניות ולשמור על סביבת טיפול בטוחה ומכבדת לכולם – למטפל, למטופל, לחברה.



Caring for the Caregiver

Preventing Violence Against Healthcare Staff: Approaches for Coping with Empathic Distress

Ariela Katayev, Odelya Mantsura, Ronit Cooper, Dr. Efrat Danino & Moran Zerahia
Shamir Nurse Academy affiliated to the Hebrew University of Jerusalem

Introduction

- Most cases of violence against staff is impulse driven, generally engendered by problematic circumstances (Kumari, Kaur, Ranjan, Chopra, Sarkar, Baith 2020).
- According to the NHS Staff Survey report, 15% of healthcare staff experienced physical violence, while 41% faced verbal violence in the workplace (Serra-Sastre, 2024).
- The Nation's Nurses Survey reported that every year, 29% of nurses experience workplace violence (American Nurses Foundation, 2022).
- According to a meta-analysis, nearly two-thirds of healthcare professionals (62.4%) experienced workplace violence (Lu et al., 2020).
- In 2017, Israel's Ministry of Health committee developed a program to combat violence against staff in the health system (Research and Information Center, 2022).
- The program views professional education as an integral part of addressing violence (Research and Information Center, 2022 & Solorzano Martinez et al., 2021).
- Providing appropriate tools and training staff will lead to appropriate behavior in stressful situations and thus reduce incidents of violence (Recsky et al., 2023).
- From a review the authors conducted, there is no systematic program on prevention and treatment of violence in any of the Israeli healthcare training institutions (Research and Information Center, 2022).

Goals

- Add mandatory content to the curriculum with the aim of raising awareness and providing students with the means to deal with potential violence
- Integrate a practical workshop on violence awareness and prevention at the beginning of clinical studies

Methodology

- A two parts workshop was conducted by a nurse who is also a social psychologist and an organizational consultant.

Workshop I

- Acquaint students with the biological and behavioral foundations of empathy
- Inform students on the power of empathy to prevent violence
- Learn early detection & receive practical tools to deal with empathic distress

Workshop II

- Raise awareness of the importance of mental resilience in stressful situations
- Provide tools to increase mental resilience among healthcare teams
- Providing tools to increase mental resilience for the patient and their family in stressful situations

The survey was distributed to 259 students in different years of the academic and professional retraining programs. The google forms link was sent by the online teaching system and student association. There was a 33.2% response rate.

Results

- 12.7% of the students reported that they experienced violence as part of the clinical training or while working with patients
- 93.2% of the students reported that they acquired tools in the workshop
- 54.6% of the students reported that the tools from the workshop will help them deal with stressful situations
- 60.4% of the students reported that the workshop is essential for the learning process and professional development

Conclusions & Recommendations

- Given the complexity of the subject, teach the content in shorter time periods
- Consider shifting the workshop to a later stage in the curriculum, after students have gained more exposure to clinical scenarios involving illnesses and stressful situations
- The workshop should be an essential part of the curriculum
- Conduct research on the subject



Empowering Nursing Students: Taking Action Against Sexual Harassment



Ariela Katayev, Kora Voronkov, Dr. Efrat Danino & Moran Zerahia
Shamir Nurse Academy affiliated to the Hebrew University of Jerusalem

Introduction

- A wide range (7.2%-68%) of sexual harassment incidents of students during the clinical training program is found in the literature (Smith et al., 2022; Viglianti et al., 2023 and Waryam Singh Malhi et al., 2021).
- Despite the increase, sexual harassment is still under reported (State Comptroller, 2022).
- There is an annual increase of 35% in reports of sexual harassment in Israeli government hospitals (Civil Service Commission, 2022).
- Since education is key to the solution of the problem, enriching one's knowledge and providing skills improves the ability to identify sexual harassment, contend with it and motivate one to take proper action (Smith et al., 2022; Viglianti et al., 2023 and Waryam Singh Malhi et al., 2021).

Goals

- Introduce mandatory curriculum content and early clinical workshops to raise awareness and equip students to handle sexual harassment
- To understand what constitutes normal sexuality
 - Acquire sexuality assessment tools
 - Distinguish between sexual harassment and appropriate sexual content in patient discussions
 - To identify indicators of sexual harassment

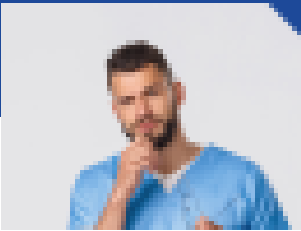
Methodology

Led by a sexual health counselor, a workshop was conducted with groups of 20 students. It covered:

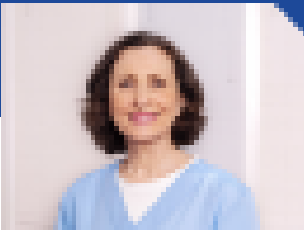
- an open discussion on normative sexual preferences, such as BDSM, which may be misinterpreted as violent and breaking related stigmas;
- raising awareness of situations where students may encounter sexual harassment and offering guidance on seeking help;
- familiarizing students with the PLISSIT model, which provides tools for managing clinical discussions about sexuality
- practicing the model through simulated case studies, followed by reflection.

A survey was distributed to 393 students in different years of the academic and professional retraining programs. The google forms link was sent by the online teaching system and student association. A response rate of 38.4%.

Survey Respondents



Academic Program
80.8% women
100 % ages 18-29
88.5% single
100% no children
61.5% secular
30.8 % work in the healthcare field



Professional Retraining Program
77.3% women
45.5% ages 30-49
50% married
55.5% have children (1-4)
54.5% religious
45.5% work in the healthcare field

Results

- 12.5% of the students reported being sexually harassed while they were in clinical training or working with patients.
- 70.8% reported that they received tools from the workshop.
- 49.16% reported that the tools they received in the workshop will help them deal with sexual harassment situations
- 57.5% reported that the workshop is essential for their learning process and professional development

Conclusions & Recommendations

- A workshop on sexuality and sexual harassment should be an essential part of the curriculum.
- Adapt the workshop to participants cultural characteristics.
- Provide a trigger warning on the topic.
- Conduct a prospective research.

Statements	Academic program	Professional retraining program
	Year II (%) N=26	June-September 22 track (%) N=23
Did you receive tools from the workshop?	69.2	100
Will the tools you received in the workshop help you deal with situations of sexual harassment?	26.9	91.3
Is the workshop essential for your learning process and professional development?	46.1	95.6
Did you have knowledge on the topic of sexual harassment prior to the workshop?	92.3	85.7
Did the workshop reduce your sexuality-related stigmas?	26.9	72.7

היחידה לבטיחות הטיפול במרכז רפואי כרמל מציגה:

נב"טים- נציגי בטיחות טיפול לשיפור תרבות הבטיחות במחלקות



רציונאל:

תרבות בטיחות היא ביטוי לערכים, עמדות, מיומנויות ודפוסים - המכתיבים את מחויבות הארגון לבטיחות. מרכז רפואי כרמל יזם הקמת קבוצת עילית של נציגי בטיחות הטיפול (נב"טים) - כערוץ תקשורת ישיר בין יחידת הבטיחות למחלקות, למען קידום תרבות הבטיחות בארגון ליצירת פתרונות שיתופיים לשיפור הבטיחות.

שיטות:

- הקמת קבוצת נב"טים- קול קורא, מיון ובחירת מועמדים מכלל מחלקות בית החולים.
- מיתוג הקבוצה כקבוצת עילית - כתבי מינוי אישיים, הצגה בפורומים שונים.
- הכשרה מקצועית-בנושאי איכות, בטיחות, אתיקה, תחקור, זיהוי סיכונים, "הנפגע השני", חדשנות ועוד.
- רשת שותפים פנים-ארגונית - לקידום פרויקטים ויעדים.
- מפגשים רבעוניים - דיון בתחקירים, הצגת פרויקטים, גיבוש תכנים לאקדמיה לאיכות, הובלת פרויקט רוחבי שנתי.
- השתתפות בימי אוריינטציה - כחלק מקבלת צוותים חדשים.
- שיתוף פעולה עם הנהלת האחיות - לבניית תוכנית עבודה משותפת.

תוצרים:

- ✓ קידום פרויקט זיהוי מטופל ע"י משנעים, מעקב ובקרה אחר הטמעת התהליך
- ✓ 20 תחקירים מחלקתיים עצמאיים
- ✓ פיילוט חדשני לחלוקת תרופות בטוחה ביוזמת נב"טים
- ✓ הובלת פרויקט איכות רוחביים בבית החולים- מניעת נפילות והתאמת טיפול תרופתי בחולים עם אי ספיקת כליות
- ✓ ישיבות צוות ממוקדות בטיחות וניהול סיכונים במחלקות

הצגת תיאורי מקרים
בפינה קבועה בישיבות צוות

איתור מוקדי סיכון בתהליכי עבודה
וייזום תהליכי שיפור

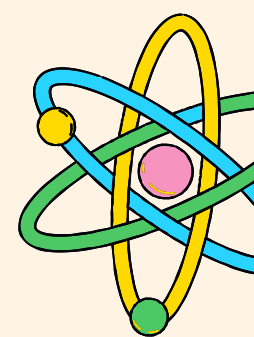
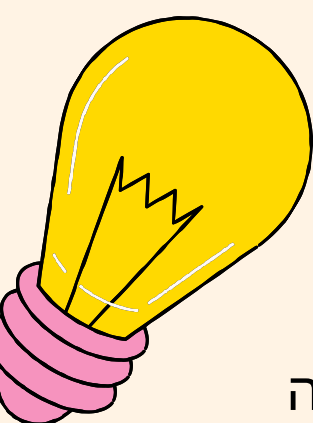
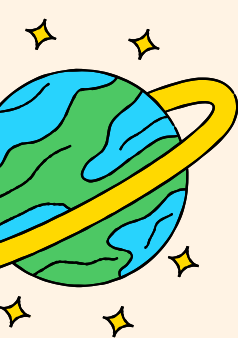
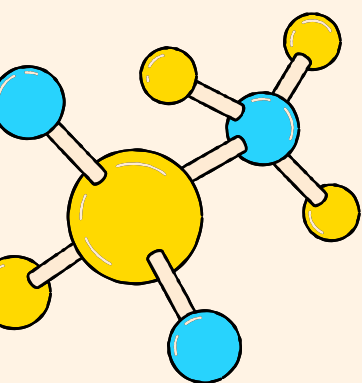
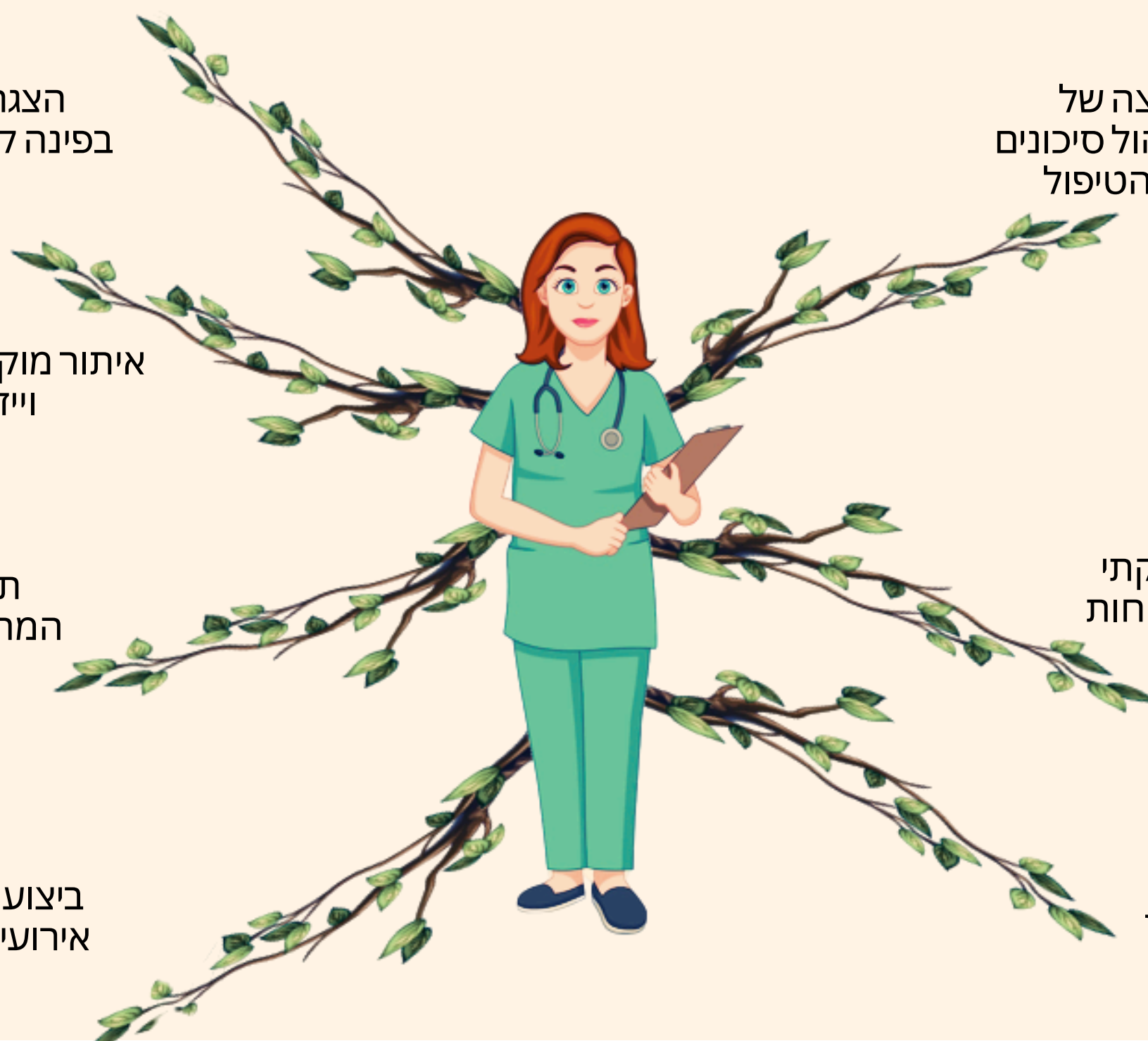
תכנון וביצוע הדרכות לצוותי
המחלקה בתחום בטיחות הטיפול
ונייהול סיכונים

ביצוע תחקירי עומק של
אירועים וכמעט אירועים

זרוע הפצה של
היחידה לניהול סיכונים
ובטיחות הטיפול

מקור ידע מחלקתי
בכל הנוגע לבטיחות
הטיפול

השתתפות
בהשתלמויות, ימי עיון
וימי למידה מרוכזים





המצפן המדיקו-לגאלי
הדרכה, ליווי וייעוץ משפטי
לשיפור איכות הרפואה

עו"ד ליאת קיסר גרשט *

היבטים מדיקו-לגאליים:

הטמעה ושימוש

בטכנולוגיות רפואיות

לצמצום סיכון והעלאת בטיחות הטיפול

רקע

התקדמות הטכנולוגיה שינתה את חיינו בתקופה המודרנית, בוודאי בעולמות הבריאות והרפואה. להתפתחויות אלו **השפעה מכרעת על קידום איכות הטיפול ובטיחותו**.

יחד עם זאת, וכמו לכל חידוש, נלוותה גם **הדרישה המשפטית להסדרתם של סטנדרטים, הטמעתם ויישומם בשטח**. וכידוע, **אי עמידה בסטנדרט – מעבר לסיכון הקליני שנוצר – עלולה להיחשב גם כרשלנות**, וזו כמובן אינה תוצאה רצויה.



היבטים מדיקו-לגאליים

פעמים רבות **נדרש בית המשפט**, במסגרת תביעת רשלנות רפואית, **לעסוק גם בטכנולוגיות שהיו מעורבות בטיפול**, בהקשרים שונים. למשל:

למשל ביחס לשימוש במכשיר רפואי מסוים, חלף שימוש בטכנולוגיה מתקדמת יותר. האם הנזק שנגרם מקורו ברשלנות, עקב הבחירה בטכנולוגיה "ירודה" לכאורה, אם כי נפוצה? מה הרף המצופה מהמטפל "הסביר" בהקשר זה של **בחירת הטכנולוגיה**? וכיצד ראוי להכריע בשיקולי **עלות-תועלת** של מניעת סיכון?

סבירות הפרקטיקה המקובלת



האם על המטפל **לעדכן את המטופל** בקיום טכנולוגיה מתקדמת יותר? בהיותה של הטכנולוגיה "חדשנית"? האם הימנעות ממסירת המידע עלולה להיחשב כ**פגיעה באוטונומיה** של המטופל, ולחייב את הארגון הרפואי במתן פיצוי?

הסכמה מדעת



לעתים בית המשפט אף נכנס לדקויות מבחינת הפעלת הטכנולוגיה, תחזוקתה, ואופן ההכשרה של המטפלים טרם הכנסת טכנולוגיה חדשה.

סטנדרטים



מה **הגבולות לשימוש בטכנולוגיה**? מתי יש להתעקש על מפגש פרונטלי? ומה קורה אם האבחון מרחוק היה שגוי בגלל תקלה טכנית, רזולוציה נמוכה או הפעלה לא נכונה של מכשיר העזר? וכמובן היבטי **סודיות ופרטיות** המידע, שהפרתם עלולה להיקבע כרשלנות.

רפואה מרחוק



תחייב בחינה משפטית של שאלות אלו (כמו איכות הטכנולוגיה; תהליכי הסכמה, סטנדרטים), ושל **היבטים נוספים היחודיים לה** (הטיות, "הזיות", כלי תומך או מקבל החלטה), וקבלת החלטות בהקשר זה (התנהלות סבירה? רשלנית?).

בינה מלאכותית



מה ניתן לעשות?

ישנם **דגשים שחשוב לקחת בחשבון טרם הכנסת טכנולוגיה חדשה לארגון בריאות**, במהלך ההטמעה ולאורך תקופת השימוש, ויאפשרו **התמודדות מול הסיכונים בצורה שתשמר את איכות הטיפול** ולא תתדרדר לרפואה מתגוננת, וביניהם: חובת התעדכנות (בטכנולוגיה ובסטנדרטים); היבטי סבירות; תהליכי בקרה; התייחסות לקשר מטפל-מטופל והחובות הנלוות לכך; היבטי בטיחות וניהול סיכונים.

הפוסטר מבוסס על הרצאה נרחבת בנושא, הכוללת דוגמאות מפסיקת בתי המשפט

* עו"ד ליאת קיסר גרשט - מרצה ויועצת משפטית בתחומי איכות, משפט ובריאות. מנהלת "המצפן המדיקו-לגאלי".





המצפן המדיקו-לגאלי
הדרכה, ליווי ויועץ משפטי
לשיפור איכות הרפואה

עו"ד ליאת קיסר גרשט *

היבטים מדיקו-לגאליים: איכות, אחריות ובינה מלאכותית

בקע

אין ספק שהשימוש בכלי AI בעולם הבריאות עשה קפיצה אדירה, והוא כאן כדי להישאר. כנסים ומאמרים רבים מתייחסים ליתרונות הגלומים בכך לשם קידום איכות בטיפול. עם זאת, כמו בכל טכנולוגיה חדשה, הכרחי לבחון גם את האתגרים שהיא מציבה לפתחנו, ולהתמודד עימם. קיימות **השלכות מדיקו-לגאליות** שעל ארגוני הבריאות לקחת בחשבון לפני ובמהלך הטמעת כלים של בינה מלאכותית, וכן **דרכים לפעולה ולצמצום סיכון**.

היבטי משפט וניהול סיכונים

עם כל ההתקדמות הטכנולוגית, **כלי AI מהווים עדיין תומכי החלטה של המטפל (CDSS)**. שיקול הדעת הקליני נותר שלו, וההסתמכות על AI אינה בלעדית. בינתיים.



מאחר ו**הסטנדרט מתעדכן תמידית**, ישנו **פוטנציאל לטענות בדבר רשלנות רפואית** (למשל: בכך שלא יושמה הטכנולוגיה המתקדמת יותר). **גילוי נאות והסכמה מדעת** יכולים לסייע בהקשר זה.

בהיעדר **הסדרה (אדפטיבית) וקביעת סטנדרטים** על ידי הקלינאים או הרגולטור, ייאלצו בתי המשפט לקבוע את הרף

כמו כל טכנולוגיה חדשנית, **דרך ההטמעה, אופי השימוש ותדירות העדכון** הן בעלות משמעות גם מבחינה משפטית (**מה סביר?!**)

עצם **קיומו של מידע נוסף** שמספקת בינה מלאכותית **יוצר חובה לנהלו ולהתייחס אליו** (לשלול, לאמת, לטפל...). למניעת היצף מידע **נדרשים כלים לניהול ולתיעדוף** שלו, ויש לכך משמעות משפטית

אסטרטגיה ארגונית צריכה לקחת בחשבון את התאמת החדשנות (AI ובכלל) לסוג הטיפול ואוכלוסיית היעד המטופלת, ולתכנן **התמודדות עם תרחישי כשל** כחלק מחובת **הצפיות המשפטית**

החובות הקיימות בקשר מטפל-מטופל נותרות בעינן: שמירת סודיות, הגנה על הפרטיות, רצף טיפולי, תיעוד ראוי, מתן כבוד לאוטונומיה ועוד.

גם **אי הכנסת חדשנות טכנולוגית** לארגון הבריאות יכולה להוות **סיכון**, עליו תתבסס טענת רשלנות פוטנציאלית

לבינה מלאכותית יש **פוטנציאל להעצמת המטופל**: קידום שוויון, נגישות, חסכון בזמן, טיפול מותאם אישית ועוד. **אי עמידה בכך עלולה להיתפס כחריגה מסטנדרט סביר**

אין לאמץ טכנולוגיה חדשנית על חשבון איכות ובריאות הטיפול, כחלק אקוטי במערך השיקולים של עלות-תועלת

לסיכום

החדשנות הטכנולוגית הכרוכה ב-AI מביאה איתה **יתרונות** רבים למטופל, למטפל ולמערכת. אך טמונים בה גם **סיכונים**: קליניים, משפטיים ואחרים. אף שעולם המשפט משתרך מאחור בצעדים איטיים, גם התביעות ופסקי הדין יגיעו עם הזמן. מאחר ולא נצעד לאחור מבחינה טכנולוגית, יש **להיערך בחוכמה**. בסיכומי של דבר, **הסוד הוא איזון ראוי: בין שיקול דעת ובינה אנושית, לבין זו המלאכותית**.



* עו"ד ליאת קיסר גרשט - מרצה ויועצת משפטית בתחומי איכות, משפט ובריאות. מנהלת "המצפן המדיקו-לגאלי".

הכותבים: רחמילוב רוזי, סריקוב ארנוב בלה, רובינשטיין אופיר
האקדמיה לאחיות שמיר (בתוך בית החולים שמיר אסה"ר)

במהלך ההכשרה מושם דגש על:

הטמעת עקרונות של שיפור מתמיד

מבזק הבטיחות תורם ל:



מתפרסם אחת לחודשיים ומופץ באמצעים מגוונים: דואר אלקטרוני, רשתות חברתיות, ורשת מסכים פנימית באקדמיה.

ידע בטוח - טיפול בטוח | כי זה מתחיל אצלנו

מבזק מס' 7 | קבלת הוראה בעל פה

במשמרת ערב במחלקה כירורגית: למטופלת לאחר ניתוח התקבלה תוצאה נמוכה של אשלגן בדם.
אחות נתנה דרך הויד-14.9% Potassium Chloride
לאחר שקבלה הוראה רפואית טלפונית

מחנה: נוהל מס' 4.1.32 שמיר

6.7.3 הרחבה שלפניית לטיפול תרופתי: תתבצע עד כ' כל



6.7.3 הוראה לפנות ליעוד חזותי, תחבוב על ידי כל-פס Read Back

6.7.4 הוראה לפנות ליעוד חזותי, כלשון ארץ כותמים-לשון תלמידי

6.7.4.1 ההוראה תבנית תמונה ליעוד חזותי, אלו סבול חזותי

6.7.4.2 הוראה טובה תמונה ליעוד חזותי, אלו סבול חזותי

6.7.4.3 ההוראה אלו סבול חזותי, אלו סבול חזותי

6.7.5 הוראה טובה תמונה ליעוד חזותי, אלו סבול חזותי

6.7.6 הוראה טובה תמונה ליעוד חזותי, אלו סבול חזותי

1. בקבלת הוראה טלפונית על האחות לעצור ולחשוב
האם ההוראה עומדת בקריטריון 'קבלת הוראה בעל פה טלפונית לטיפול תרופתי'
2. על האחות להכיר את רשימת התרופות אשר לא ניתן לקבל בעבור
ההוראה רפואית טלפונית שמופיעות בוהלה 'תרופות בנות סיכון' (שמיר
4.1 א)

מבזק מס' 8 | צנעת הפרט

הטוונט הופקד לטפל בשלושה מטופלים השוכבים בפרוזדור של מחלקה פנימית. לאחר ביצוע אומדנים למטופל א.ק. נקרא הטוונט לחדר הצוות "ע" המדריכה.

- ✓ חובה על כל אנשי בית החולים
- ✓ (כולל סטודנטים) לשמור על פרטיות מידע אישי של מטופלים
- ✓ יש להקפיד שמסך המחשב עם פרטי המטופלים לא יהיה חשוף למי שאינו שייך לצוות המטפל
- ✓ יש לנהל מסך בסיסם השימוש

שמיר
האקדמיה
לאמיות

שמירת סודיות רפואית
19. (א) "מטפל או עובד מוסד
למטופל, שהגיע אל

- ✓ הסודיות הרפואית היא אחת מאבני היסוד של יחסי האמון בין הצוות המטפל למטופלים
- ✓ לא ניתן לקיים מערכת יחסים תקינה בין שניהם ללא הוודאות המוחלטת של המטופל שסודותיו הרפואיים שמורים ולא יעברו לידי גורמים לא רצויים

עריכה: סריקוב ארנוב בלה | רובינשטיין אופיר | רחמילוב רוזי

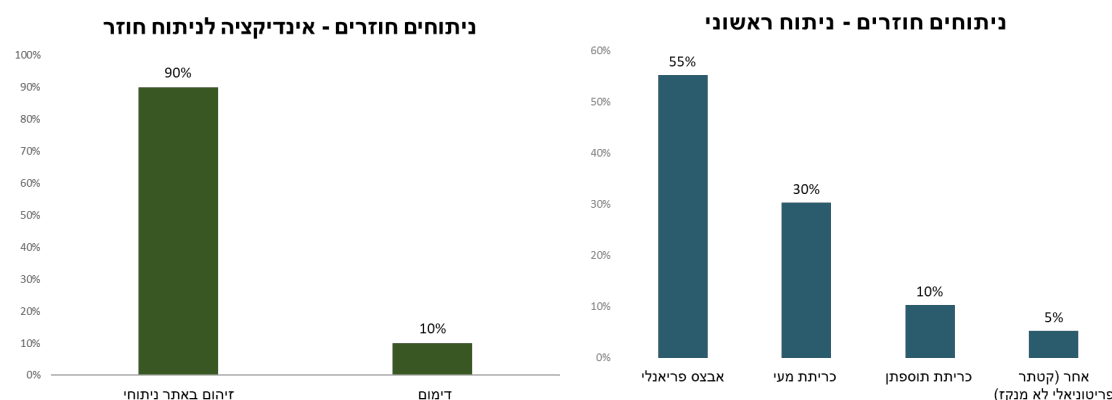
הקוד האתי לאחיות ולאחים בישראל, (2018). הסתדרות האחים והאחיות בישראל

מציגה: דר' נורית שלפמן
שותפים: פרופ' שמואל אביטל, דר' עומר ויצנר, חגית עמר

טריגר טול – החיפוש אחר מחט ב... שחת

טריגר טול הינה שיטה בה נסקר מדגם של רשומות רפואיות, בתחום ספציפי, בעזרת טריגר אשר עשוי לאתר ארועים חריגים. בשנת 2024 נבחנו בבית החולים מאיר רשומות רפואיות במחלקות הכירורגיות, של מטופלים אשר חזרו לאשפוז 30 בתוך יום לאחר ניתוח.

טריגר טול כיורוגיות- חזרה לאשפוז תוך 30 יום

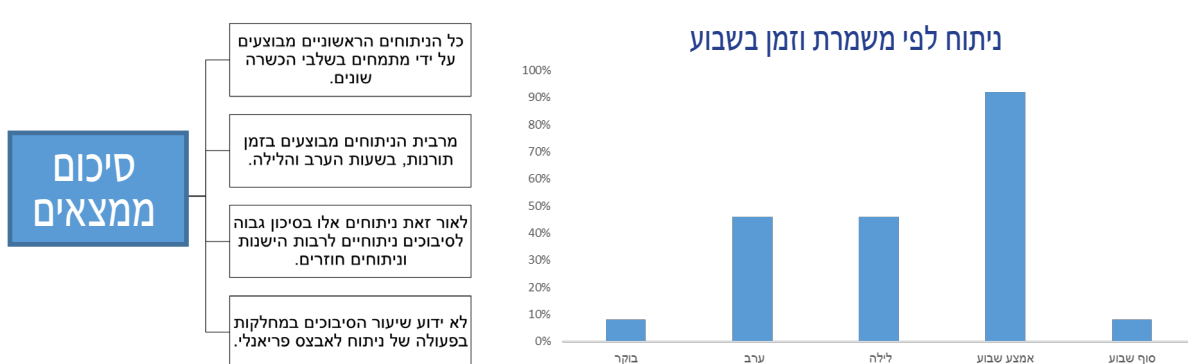


ממצאים נוספים:

13 מתוך 24 אשפוזים חוזרים בהם היה צורך בניתוח שניוני היו בשל הישנות אבצע פריאנלי. מדובר בשכיחות גבוהה משיעור הניתוחים הללו ביחס לכלל הניתוחים. בבדיקה נמצא כי כלל הניתוחים שנבדקו לאבצע פריאנלי בוצעו ע"י מתמחים בשלבי הכשרה שונים. מרביתם בוצעו בשעות התורנות, בערב ובלילה. לא ידוע שיעור הניתוחים החוזרים מכלל ניתוחי פריאנל אבסס.

ניתוח נתונים

13 מתוך 24 אשפוזים חוזרים בהם היה צורך בניתוח שניוני היו בשל הישנות אבצע פריאנלי



מסקנות והמלצות:

- ✓ לבחון את שיעור הסיבוכים בניתוחים לאבצע פריאנלי במחלקות הכירורגיות.
- ✓ ביצוע סדנאות למתמחים בנושא הטכניקה הניתוחית על מנת להוריד שיעור סיבוכים.
- ✓ שקילת שיבוץ רופא בכיר באבצסים מורכבים עם לוקולציות שמהוות גורם סיכון להישנות.
- ✓ במקרים עם סיכון גבוה לסיבוך, לשקול הזמנה לביקורת מוקדמת לאחר הניתוח לצורך זיהוי סיבוכים בהקדם.

תהליך העבודה:

הרשומות אותרו בעזרת מערך המחשוב, לפי ההגדרות שסופקו. הנתונים הוקלדו במערכת ייעודית של כללית שפותחה לצורך כך. הנתונים עובדו מבחינה סטטיסטית ונותחו לפי פילוחים שונים. התיקים בהם נמצאו ארועים חריגים, סיבוכים או חשד לכשל בטיפול נבדקו באופן מלא ע"י כיורג.

ממצאים ראשוניים מהטריגר טול

נמצא כי ב-100% מהמקרים קבלת המטופל באשפוז הראשוני והכנתו לניתוח התבצעו על פי הנדרש, לרבות אנמנזה מלאה, מפגש עם כיורג ומרדים בכירים, הדמיה וטיפול תרופתי לפי הצורך. אירועים חריגים בהתאוששות מהניתוח הראשון נמצאו ב-14% מהמקרים.

כללו תופעות מוכרות וצפויות לאחר ניתוח, כגון אילאוס, אנמיה, ובמקרה אחד כאב שמקורו היה לא מוסבר ודרש התערבות ניתוחית חוזרת. נמצא סיבוך הרדמתי בודד, שכלל אספירציה ומעבר לטיפול נמרץ, בניתוח באינדיקציה דחופה. ב-100% מהמקרים הוזמן המטופל לאחר הניתוח הראשון לביקורת וקיבל את כלל המידע הנדרש להתאוששות בביתו.

אשפוז ראשון

מהלך אשפוז תקין - 80%

אירועים חריגים במהלך האשפוז- שישה מקרים

- ✓ אילאוס
- ✓ HB נמוך
- ✓ לפרוסקופיה חוזרת עקב כאב
- ✓ קולסטומי לא מנקז ויש צורך בניתוח חוזר
- ✓ אספירציה עם העברה לטיפול נמרץ
- ✓ התאוששות איטית לאחר הרדמה

טיפול בהתאם לפרוטוקול מחלקתי במהלך האשפוז - 97%
קבלת הנחיות להמשך טיפול תרופתי - 97%

תוצאות:

נמצא כי 55% מהמטופלים שחזרו לאשפוז 30 יום לאחר הניתוח, עברו ניתוח ראשוני באבחנה של אבצע פריאנלי. במהלך האשפוז החוזר 60% מהמטופלים נזקקו לניתוח. מתוך הניתוחים החוזרים 90% בשל זיהום באתר הניתוחי.

השורה התחתונה – מה למדנו ומה עשינו

לאור תוצאות הטריגר טול בוצעה סדנה לכלל המתמחים בנושא הטכניקה הניתוחית באבסס פריאנלי, במטרה להוריד את שיעור סיבוכים. לאחר הסדנה נבדקו שיעורי הניתוחים החוזרים של מטופלים שנותחו לניקוז אבצע פריאנלי במהלך שלושה חודשים טרם ההתערבות ובהמשך שלושה חודשים לאחר ההתערבות ונמצאה הפחתה של 27%. לאור המספרים הקטנים, נמשיך מעקב ונבצע אנליזה חוזרת בתוך שלושה חודשים.

תוכנית איכות ובטיחות כוללת תשתית למדיניות איכות ובטיחות מבוססת מדידה

רקע



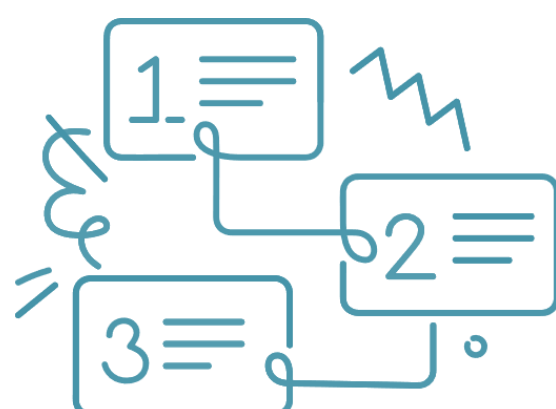
איכות ובטיחות הינם ערך מרכזי בעשייה המקצועית של רשת המרכזים הרפואיים הממשלתיים. מכאן עלתה החשיבות לפיתוח תכנית איכות ובטיחות כוללת, יצירת מסגרת ברורה ואחידה לניהול האיכות ובטיחות ב-24 מרכזים רפואיים המבטיחה שכלל המרכזים ברשת יפעלו בהתאם לאותם קריטריונים, סטנדרט אחיד שיבטיח שכלל המרכזים יעמדו בדרישות הרגולטוריות ובסטנדרטים הבינלאומיים.

מטרות



- ✓ שיפור איכות ובטיחות הטיפול באמצעות מדידה שיטתית ושיפור מתמיד
- ✓ בקרה שוטפת לצורך זיהוי נקודות תורפה ושיפורן.
- ✓ השוואת ביצועים בין המרכזים הרפואיים ליצירת סטנדרטיזציה.
- ✓ קידום תרבות בטיחות ולמידת עמיתים.
- ✓ חיזוק שיתוף הפעולה בין המרכזים הרפואיים.

שיטות



- ✓ הטמעת תכנית איכות ובטיחות אחידה בכלל המרכזים הרפואיים ברשת.
- ✓ איסוף נתונים שיטתי על מדדים קליניים, תפעוליים וניהוליים.
- ✓ תחקור אירועים חריגים ושימוש במתודולוגיות כגון FMEA למניעת כשלים עתידיים.
- ✓ הצגת הנתונים בשקיפות לטובת תהליכי קבלת החלטות מבוססי נתונים
- ✓ מערכת מדידה והשוואה בין המרכזים לאיסוף תובנות ולשיפור מבוסס נתונים.
- ✓ דיווח אחת לשנה ובקרה רבעונית של התכנית ע"י מערך האיכות ובטיחות ברשת.

ממצאים



- ✓ תמונה רחבה של הביצועים - זיהוי חוזקות וחולשות בכל מרכז רפואי.
- ✓ שיפור תהליכי עבודה - התכנית הובילה לשיפור קליני, תפעולי וניהולי.
- ✓ יעילות ואחידות בטיפול - פיתוח תהליכים ברורים ומבוססי נתונים בכל הרשת.
- ✓ למידה מערכתית - שיתוף ידע והטמעת שיפורים רוחביים בין המרכזים.
- ✓ תרבות איכות ובטיחות - חיזוק תרבות הארגון והובלה בחדשנות ושיפור מתמיד.

סיכום



תכנית האיכות ובטיחות מבוססת המדידה יוצרת תשתית ניהולית איתנה לשיפור מתמיד של איכות ובטיחות ומאפשרת להנהלת הרשת ראייה רוחבית ארוכת טווח, יכולת מתן הנחיות וכלים, הקצאת משאבים יעילה כמו כן באמצעות בקרה, למידת עמיתים, שיתוף ידע ויישום פרקטיקות מיטביות, המרכזים הרפואיים מחזקים את היכולת לספק טיפול איכותי, בטוח ומתקדם לכל מטופל. תכנית האיכות ובטיחות מאפשרת למרכזים הרפואיים ראייה רחבה על נקודות התורפה חוזקה ואיתור תהליכים הזקוקים לשיפור.

הכנס השנתי של

תקצירים פרונטליים





הכנס השנתי של החברה הישראלית לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים ברפואה (נסב"ר)

29.5.25 | מלון דניאל,
הרצליה

הכנס בחסות: חסות זהב: BD חסות כסף: PROFIT
שותפים: הערך הפנימי לבריאות המעולה

שם העבודה: תהליך FMEA להכנסת אפליקציה Hmc Farti Lane לנשים העוברות טיפולי פוריות

שם המציג: אוריאל ג'ראד לייב , אחות אחראית יחידת IVF

שותפים לעבודה: דר' ממן אתי, גב' אוריאל ג'ראד לייב, גב' דיאנה משחלוב , אבי חפץ, גב' שושי לרנר

שם המוסד: הרצליה מדיקל סנטר

רקע: הכנסת אפליקציה המאפשרת לנשים העוברות טיפולי פוריות לנהל אותן בצורה הנוחה והבטוחה על ידי קבלת הנחיות רפואיות דרך האפליקציה, העלאת מסמכים ובדיקות והדרכות, מותאמות אישית, מצריכה תכנון מוקדם, איתור כשלים/סיכונים פוטנציאליים, חישוב דרגת סיכון על בסיס הערכת סיכון (RPN (Risk Priority Number לפני הכנסת התהליך - פיתוח תכנית פעולה פרואקטיבית להורדת הסיכון וחישוב מחדש של דרגת הסיכון - RPN לאחר הכנסת התהליך.

מטרה: מטרת FMEA להכנסת האפליקציה היא, להוריד את רמת הסיכון RPN- ולמנוע סיכונים או כשלים הנובעים מהכנסת אפליקציה חדשה על ידי תהליך של ניהול סיכונים FMEA

שיטות: בשלב הראשון הוקמה קבוצת עבודה שכללה צוות יחידת IVF, אחיות, רופאים, נציג מיחידת ניהול סיכונים, מחשוב, מפתחי אפליקציה, מחלקת איכות ובטיחות ואדמיניסטרציה. אופיינו תהליכי העבודה עם האפליקציה, מופו הכשלים הפוטנציאליים, נעשה חישוב של דרגת הסיכון RPN על פי דרוג החומרה, שכיחות וגילוי מוקדם. הוכנה תכנית פעולה שכללה פעולות פרואקטיביות לכשלים הפוטנציאליים במטרה להקטין את רמת הסיכון כמו: הוספת אופציה לאפליקציה לאישור ההנחיות, מעקב אחר דוח הנחיות, ולידציה של תרופות, תיעוד הדרכת אחות באפליקציה, אפשרות לשיחת אחות לכל שאלה דרך האפליקציה ועוד.

תוצאות: בתחילת התהליך רמת הסיכון המוערכת, על פי חישוב RPN ראשוני (טרם ריסון), הייתה 600. לאחר הכנת תכנית הפעולה ויישום הפעולות למניעת הכשלים הפוטנציאליים, רמת הסיכון המוערכת ירדה ל-60, על פי חישוב RPN סופי (לאחר הפעלת אמצעי ריסון). בכל אחד מהשלבים נעשתה הערכה לבחינת התהליך ובוצעו שינויים בהתאם. סה"כ שיעור הדלתא של הירידה בסיכון שהיא מדד הריסון של ה-FMEA הוא 90% (ΔTRE – Total risk estimation).

דיון ומסקנות: הכנסת תהליך חדש המערב מטופלים רבים, מטפלים שונים ושיטות שונות, הוא בעל פוטנציאל לאירועים מסוכנים או מזיקים למטופל. לכן קיימת חשיבות גדולה לבצע תכנון מוקדם וניהול הסיכונים האפשריים.

FMEA שבוצע על תהליך הכנסת האפליקציה אפשר תכנון ובניית האפליקציה בהתאם לכשלים הפוטנציאליים שזוהו בתחילת התהליך ובמהלך התהליך, כך שניתן היה להשתמש באפליקציה ברמת בטיחות גבוהה וברמת סיכון נמוכה.



מעורבות רוקחת בבחינת אינטראקציות על רקע עיכוב ואינדוקציה של אנזימי CYP450 וטרנספורטרי P-gp

חאתמה מנסור¹ וד"ר אינה ישראל²

¹רוקחת, בית חולים השרון, מרכז רפואי רבין

²רוקחת קלינית, בית חולים השרון, מרכז רפואי רבין

רקע:

ריבוי השימוש בתרופות והעליה בפיתוחן מעלה משמעותית את הסיכויים לאינטראקציות בין תרופתיות. אינטראקציה בין תרופתית עלולה להפחית מעילותה של אחת התרופות או להגביר את פעילותה של תרופה אחרת ואף להוביל להתפתחות תופעות לוואי וטוקסיסיות. רוקחים הינם בעלי הכשרה אקדמית המכוונת ליעול הטיפול תרופתי. לפיכך, מעורבותו של הרוקח עשויה לסייע במניעת אינטראקציות או בהפחתת ההשלכות השליליות שלהן. השימוש במערכות ממוחשבות תומכות החלטה מאפשרות הסתכלות כוללת, אך ללא התאמה פרטנית למטופל ולכן, אינן מהוות חלופה מספקת לפעילות הרוקחת. בפרויקט זה התמקדנו בתגובות בין תרופתיות מסוג פרמקוקינטיות הנובעות מעיכוב או אינדוקציה בפעילות מערכת האנזימים האחראית למטבוליזם של תרופות (Cytochrome P-450 (CYP450) וטרנספורטרי P-gp.

מטרות:

מטרת הפרויקט הינה לבחון האם מעורבותו של הרוקח מובילה להפחתת שיעור האינטראקציות הבין תרופתיות וטיוב הטיפול התרופתי.

שיטות:

מידי יום נסרק ע"י רוקחת דו"ח ממוחשב הכולל רשימת מטופלים הנוטלים תרופות אשר ידועות כגורמות לאינדוקציה או עיכוב אנזימי CYP450 ו-P-gp. הרוקחת העבירה המלצות לצוות הרפואי בהתייחס לאינטראקציה (כמו התאמת מינון תרופה, השהייה, החלפה לתרופה אחרת או המשך הטיפול תוך ניטור). בוצע מעקב אחרי היישום ההמלצות שנתנו. במקביל בוצעה הדרכה לצוות הרפואי והסבר אודות חשיבות התאמת טיפול תרופתי מיטבי בדגש על אינטראקציות בין תרופתיות ומעורבות הרוקחת בתהליך.

ממצאים:

בין החודשים ינואר 2023 - מרץ 2024 נבחנו 284 מטופלים אשר היו מטופלים במעבד או אינדוסר חזק של CYP450. ב-89% מתוכם אותרה אינטראקציה בין תרופתית. במרביתם חומרת האינטראקציה הייתה מסוג moderate (ל-65% מהמקרים). בהתייחס להמלצות הרוקחיות שניתנו: ב-39% החלפת טיפול תרופתי, ב-35% התאמת מינון, 19% ניטור קליני, ב-4% ניטור רמות וב-3% השהייה. מרבית האינטראקציות (ב-94%) היו בעקבות מתן אינדוסרים CYP450, הנפוצים שבהם- תרופות אנטי-אפילפטיות. בזכות ביצוע ההתערבות נצפתה הפחתה של 24% באינטראקציות בין תרופתיות מסוג Major.

מסקנות והמלצות:

מעורבות רוקחת הנוגעת להערכת הטיפול התרופתי הינה בעלת השפעה רבה לבטיחות המטופל והצלחת הטיפול. הרוקח מעלה את המודעות לקיומן של האינטראקציות החשובות, המובילות לחוסר יעילות או הופעת תופעות לוואי. אי לכך מעורבותו של הרוקח מפחיתה את היארעות האינטראקציות המשמעותיות, ומסייעת בהבטחת טיפול תרופתי מיטבי.

מקדימים תרופה למכה

מציגה- ימית מוסאי, מרכזת תחום בטיחות הטיפול וניהול סיכונים

שותפים: מערך איכות והיחידה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים, שירותי רוקחות והיח' לפרמקולוגיה, הנהלת אחיות, מרכז רפואי כרמל

רקע-

טיפול תרופתי הוא הפעולה המתבצעת בשכיחות הגבוהה ביותר במסגרת הטיפול בבית החולים. במוסדנו פעולה זו מתבצעת כ- 8000 פעמים ביום.

על פי נתוני ה WHO (World Health Organization) טעויות במתן טיפול תרופתי הן הגורם המוביל לפגיעה ולנזק בר מניעה. טיפול תרופתי הינו תהליך רב שלבי ורב סקטוריאלי ושגיאות עלולות להתרחש בכל אחד משלבי.

שיטות -

1. ניתוח דיווחי כמעט אירועים בטעויות תרופתיות באמצעות ECXEL ופילוח לפי גורם מדווח, מחלקה וסוג. סוג כמעט הטעויות פולחו לפי שם התרופה, מינון, תדירות מתן, דרך מתן, תיזמון, פורמולציה ועוד.

2. תחקור אירועים במתודולוגיה סדורה וניתוח ממצאים על סמך הנתונים שהתקבלו נבנתה תוכנית התערבות רוחבית רב מקצועית.

התערבות: בוצעה התערבות במספר זרועות, שכללה התייחסות לשלבי הטיפול ולגורמים המעורבים בו:

1. היחידה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים ומערך האיכות:
 - עידוד דיווח אירועים וכמעט אירועים
 - מבזקי אירוע ומבזקי "מה נשתנה"- דיווח לשטח על שינויים שנעשו בזכות הדיווחים
 - פורום למידה מאירועים תרופתיים וכמעט אירועים
 - פנ"סים (פינת ניהול סיכונים) מחלקתיים- שיקוף ותחקור מגמות בטיפול התרופתי במחלקה
 - נב"טים (נציגי בטיחות טיפול) מחלקתיים
 - פרוייקט לבישת ווסט ייעודי בעת חלוקת תרופות (למניעת הפרעות)
 - אקדמיה לאיכות ובטיחות בנושא טעויות בטיפול תרופתי לכלל צוותי הסיעוד
 - פרוייקטי איכות -ליווי מחלקות בביצוע פרוייקטים לשיפור הטיפול תרופתי
2. בית מרקחת:
 - בקורת יזומות לביצוע הלימה מחדש, משוב מיידי ותגמול המחלקה ב"מצפן מחלקתי"
 - "תרופתונים"- מבזקי למידה מאירועים לכלל הצוותים הרפואיים
 - מרשמים יעודיים- יצירה והטמעה של מרשמים יעודיים להפחתת טעויות ברישום
 - התאמת תקני תרופות לפעילות מחלקתית
 - מצפן מחלקתי:
3.
 - תגמול פעולות לשיפור הטיפול התרופתי:
 - ✓ שימוש נאות בפרוטקולים למתן טיפול בכאב חד וטיפול בדלריום
 - ✓ הלימה תרופתית
 - ✓ בקרת סמים מסוכנים
4. הנהלת האחיות:
 - פרויקט סטנדרטיזציה במתן טיפול תרופתי- 60 תצפיתנים ממחלקות שונות.
 - טיוב מבחני ההסמכה למתן תרופות- הסבה משאלות ידע לשאלות חשיבה קליניות
 - חניכה פרטנית של הנהלת האחיות עם אחיות במחלקות מול מיטת המטופל
 - דו"ח תרופות לכל מחלקה על פי שכיחות מתן, ללימוד והעמקה
 - סימולציות והדרכות למתן טיפול תרופתי במסגרות שונות

תוצאות:

- למרות העלייה בדיווחי האירועים בשנת 2024, חלה ירידה של 42% בדיווחי הטעויות התרופתיות (158 בשנת 2023 דיווחים לעומת 92 ב 2024) וירידה מ- 1.17 ל 0.71 טעויות לאלף ימי אשפוז.
- ירידה של 36% בדיווחי אירועים בתרופות בנות סיכון וירידה מ 0.1 ל 0.07 טעויות לאלף ימי אשפוז.

מה גורם לטעויות ברפואת שיניים וכיצד ניתן למנוע אותן?

עמדות רופאי שיניים בישראל בנושאי בטיחות הטיפול

ד"ר עופר כהן ד"ר חגי סלוצקי ד"ר יוסי טל

רקע

רפואת שיניים נמצאת מאחור בהשוואה לרפואה הכללית בכל הנוגע לקדום ניהול סיכונים ובטיחות הטיפול 1-2.

מידע מחקרי אודות הגורמים לטעויות ברפואת שיניים וכיצד למנוע אותן, כמעט ואינו מצוי והמידע הקיים מתבסס על דיווחי אירועים חריגים ותחקיר חלק מהם. כללית סמייל, מפעילה את הרשת הגדולה ביותר בישראל של מרפאות שיניים ובמסגרתה פועלים כ-2,000 רופאים ב-120 מרפאות ומציעה טווח רחב מאוד של טיפולי שיניים כולל בהרדמה מלאה במסגרת בי"ח.

מטרות

למפות את הגורמים לטעויות ברפואת שיניים ואת הפעילויות עם הפוטנציאל הגבוה ביותר להפחתת טעויות, לדעת רופאי השיניים בכללית סמייל.

שיטות

- נבנה שאלון עמדות ייעודי בנושא בטיחות הטיפול המותאם לרפואת שיניים ובו פרק מיוחד המתייחס לנושא הגורמים לטעויות (13 גורמים) ולפעילויות (15 פעילויות) מערכתיות להן פוטנציאל להפחתת טעויות.
- השאלון הופץ בקרב כלל רופאי השיניים של כללית סמייל, עליו השיבו 310 רופאי שיניים המהווים כ-15% מכלל רופאי השיניים בכללית סמייל.

ממצאים

1. לדעת המשיבים הגורמים העיקריים לטעויות ברפואת שיניים הם: מחסור בכח אדם מקצועי (56.5%), עומס עבודה (52.2%), התייחסות לא מספקת של ההנהלה לבטיחות הטיפול (49.5%) וחוסר היכולת להפיק לקחים מאירועים חריגים (48.2%).
2. לדעת המשיבים הפעילויות עם פוטנציאל הגבוה ביותר לשפור בטיחות הטיפול ברפואת שיניים הן: הפחתת עומס עבודה (50.2%), שפור תכנון סביבת העבודה (50.8%) הדרכת מטפלים (49.8%), שלוב כלים ממוחשבים (48.2%) ושפור תקשורת מטפל-מטופל (48.2%).

מסקנות והמלצות

התייחסות לתוצאות המחקר עשויה למקד את הפעילות לקדום בטיחות הטיפול בכללית סמייל ועשויה להפחית טעויות הניתנות למניעה, להפחית נזקים למטופלים ולהפחית עלויות הכרוכות במתן טיפולי שיניים.

מקורות:

1. Ramoni R.B., Walji M.F., White J., et al., Guest editorial, From good to better Toward a patient safety initiative in dentistry, JADA 143(9) <http://jada.ada.org> September 2012
2. Bailey E., Tickle M. and Campbell S., Patient safety in primary care dentistry: where are we now? BRITISH DENTAL JOURNAL VOLUME 217 NO. 7 OCT 10 2014



תופעת הקורבן השני בישראל

מציגה: דר' רינת כהן^{1,4,5,6}

שותפות לעבודה: פרופ' רחל ניסנהולץ גנות² ודר' יעל סלע וילנסקי³

שיוך:

1. אוניברסיטת אריאל, החוג לניהול מערכות בריאות
2. מכון מירס גונט ברוקדייל
3. המכללה האקדמית רופין, החוג לאחיות
4. אקדמית תל אביב יפה, החוג לאחיות
5. אקדמית רמת גן, החוג לאחיות
6. בית ספר לאחים ואחיות ע"ש וולפסון

רקע

"קורבן שני" הינו מונח שמתאר מטפל שהיה מעורב באירוע שלילי במהלך הטיפול הרפואי שנתן למטופל (שנחשב ל"קורבן ראשון"). תחושת הדחק המלווה את הנזקים אשר נגרמו למטופל עלולה להוביל להשפעות שליליות משמעותיות על בריאותו הנפשית והפיזית וכן על תפקודו של איש הצוות, לרבות: היעדרויות חוזרות, נשירה, שחיקה, וכן פגיעה בבטיחות ויעילות הטיפול. חשוב לציין כי איש הצוות שנחשף לאירוע שלילי עשוי להיחשב ל"קורבן שני" בין אם נגרם נזק למטופל ובין אם לאו.

מטרה

לבחון את הפער בתפיסות ביחס למאפייני התופעה, השפעותיה השלכותיה ודרכי ההתמודדה עימה בין קובעי מדיניות ומנהלים בכירים בתחום ניהול סיכונים ובטיחות הטיפול, לבין התפיסות של אחים ואחיות שחוו את התופעה בפועל, במטרה להציע מהלכים אופרטיביים שיסייעו בצמצום היקפיה וחומרתה.

שיטה

בוצעו 30 ראיונות עומק. מחציתם עם קובעי מדיניות ומנהלים בכירים בתחום ניהול סיכונים ובטיחות הטיפול העוסקים בתופעה במשרד הבריאות ובמסגרות טיפוליות שונות ומחציתם עם אחים ואחיות אשר חוו את התופעה בפועל. הדגימה הייתה דגימת נוחות בשיטת "כדור שלג". הראיונות נותחו בשיטת ניתוח תוכן תימתי.

ממצאים ומסקנות

רוב המנהלים דיווחו על ידע מצומצם ביחס לתופעה. הדעה הרווחת היא שמדובר בתופעה הנמצאת בשוליים והיקפיה וחומרתה קשורות בעיקר למעורבות בטעויות חמורות בעלות תוצאות קשות למטופל. ברוב הארגונים התמיכה במטפל אינה מוצעת לו באופן יזום, אלא כתלות בבקשה רשמית של המטפל או מנהלו הישיר.

אחים ואחיות שחוו את התופעה תיארו חוויות דומות ועוצמתיות ללא קשר לחומרת האירוע או לנזקים למטופל. עם גילוי האירוע, הם דיווחו על תגובת דחק פיזית, מלווה ברגשות שליליים, והעלו את הצורך בתמיכה ארגונית, אולם רובם לא פנו לקבלת סיוע בשל חוסר מודעות לתופעה והעדר לגיטימציה לבקש לעזרה.

התופעה רחבה וחוצה את כל הסקטורים הטיפוליים, היא עלולה להוביל לפגיעה משמעותית הן באיכות השירותים הניתנים למטופלים, והן בבטיחותם. ההשלכות כבדות המשקל של תופעת "הקורבן השני" מחייבות את מערכת הבריאות לבחון לעומק את היקפיה ולגבש מדיניות אשר תיתן מענה מותאם למטופלים.



PANDA : פיתוח מערכת בינה מלאכותית להנגשה מהירה של ידע רפואי ותמיכה בהחלטות קליניות ברפואת ילדים

Shai Yitzhaki, MD, MBA, Stav Devons-Sberro, MD, Amiel Sberro, MD, Osnat Tausky, MD, Rotem Gershon, MD, Yatir Ben Shlomo, MSc

מחלקת ילדים א', מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל

כללית חדשנות

רקע ורציונאל:

עם ריבוי המידע הנגיש למטפלים בצירוף עומס עבודה גובר, עולה הצורך בפתרונות להנגשת מידע רפואי מורכב, במיוחד בתחום רפואת הילדים, המאופיין בפרוטוקולים רבים וייחודיים. במרכז שניידר קיימים מעל 550 פרוטוקולי טיפול, אך האיתור וההתמצאות בהם דורשים ניסיון, זמן ומשאבים. על כן, קיים צורך במערכת שתתמוך במטפלים ותספק מידע מדויק ונגיש בזמן אמת.

מטרות:

מערכת מבוססת בינה PANDA (Pediatric AI Navigation & Decision Assistant), פיתוח מלאכותית, שתשפר את הנגישות למידע רפואי ותתמוך בקבלת החלטות קליניות מבוססות פרוטוקולים והנחיות מקצועיות.

תוצאות וממצאים עיקריים:

החל במסגרת שיתוף פעולה עם מיקרוסופט וכלל בניית אב-טיפוס מבוסס PANDA פיתוח מערכת המערכת אוספת ומסדרת מידע ממקורות שונים, כולל פרוטוקולים מקומיים והנחיות Generative AI. קליניות, ומספקת מענה טקסטואלי מותאם לשאלות קליניות. הצליחה להנגיש פרוטוקולים רלוונטיים בצורה מהירה ומדויקת, באופן PANDA בבדיקות המערכת שנתן מענה לצורכי המטפלים. בפילוט שנערך, המשתמשים דיווחו על תרומה משמעותית בתהליכי קבלת החלטות, כולל הפניה למידע מעודכן ומהימן.

מסקנות ותובנות:

הוכיחה פוטנציאל לשמש ככלי תומך החלטות המסייע בהנגשת מידע רפואי מורכב. המערכת PANDA מספקת פתרון יעיל ונגיש למטפלים, תוך התאמה לצרכים הקליניים בשטח.

תרומה והשלכות להמשך:

מספקת גישה חדשנית לניהול ידע רפואי ותומכת בשיפור איכות הטיפול בילדים ומהווה צעד PANDA ראשון בפיתוח פתרונות דומים לשדות נוספים ברפואה. כיום פיתוח המערכת ויישומו ממשיך בשיתוף של כללית חדשנות ומרכז שניידר לילדים.

שמירה על בריאות העובד ע"י העלאת מודעות לדיווח על אירועי חשיפה לדם ו/או נוזלי גוף

שני סוקולוב קופת חולים מאוחדת

רקע

- אירועי חשיפה לדם ו/או נוזלי גוף יכולים להתרחש בדרכים שונות, כאשר הנפוצות כוללות דקירה ממחט שבאה במגע עם דם או הפרשות אדם אחר וכן מגע של ריריות עם דם או הפרשות.
- אירועים אלו מהווים סיכון משמעותי לעובדי בריאות להידבקות במחלות זיהומיות כ-HIV, HBV, HCV.
- לפי חוזר משרד הבריאות, עובד שנחשף נדרש לדווח מיידית על האירוע לממונה עליו, כדי להתחיל בתהליך הבירור הרפואי בהקדם האפשרי בשל חלון הזמנים הצר למתן טיפול מונע.
- מחקרים מצביעים על כך שתת-דיווח נפוץ בקרב צוותים רפואיים והוא מסכן את הנחשף בהדבקה. במהלך הדרכות שנערכו, עלו התבטאויות הממחישות זאת: "אנו נדקרים כל הזמן", "לא ידענו שצריך לדווח", "זה כזה סיכון נמוך להידבקות שאין באמת צורך לדווח", "הדקירות זה כמעט יומיומי, ממתי צריך לדווח?". אמירות אלו משקפות את הצורך בהגברת המודעות לחשיבות הדיווח כדי להבטיח מתן טיפול מונע בזמן ולהפחית את הסיכון להדבקה במחלות זיהומיות.

מטרה

העלאת מודעות על הצורך בדיווח על אירועי חשיפה בקרב עובדי מחוז ירושלים למען שמירה על בטיחות הצוות המטפל

שיטה

התערבות להעלאת המודעות:

- מתן הדרכות- הודרכו 472 עובדים ממגוון סקטורים (אֶחָיוֹת, דיגום, מינהל, רפואה, רפואת שיניים ושיננות, מרפאות בעיסוק, דיאטניות)
- הפצת תרשים זרימה המסכם את הנוהל המוסדי לטיפול באירועי חשיפה:
 - ✓ שליחה במייל לסקטורים שונים
 - ✓ העברת פליירים צבעוניים לתלייה בחדרי הטיפול

תוצאות

- כמות הדיווחים עלתה ב-106% ב-12 החודשים לאחר תחילת ביצוע תוכנית ההתערבות בהשוואה ל-12 החודשים הקודמים
- 24% מהנחשפים קיבלו בוסטר בשל כויל נוגדנים ל-HBV שאינו מספק
- 100% מהנחשפים נמצאו שליליים ל-HIV, HBV, HCV
- פילוח סקטוריאלי של הדיווחים:
 - 40% אחיות
 - 27.3% מרפאות שיניים
 - 19% דיגום
 - 13.7% סקטורים נוספים

מסקנות והמלצות

ההתערבות שבוצעה הובילה לעליה ניכרת בדיווחי העובדים על אירועי חשיפה לדם ונוזלי גוף, מה שמצביע על הצלחתה בהגברת המודעות ובכך תרמה ישירות לבטיחות הצוות המטפל.

מומלץ להמשיך בפעולות להעלאת המודעות, כולל הדרכות והפצת חומרי מידע, כדי לשמר ולהגביר את הדיווחים על אירועי חשיפה למען קידום ושמירה על בטיחות הצוות המטפל.



הנפגע השני בקרב צוותי בית חולים: חשיפת צרכים לא מסופקים ודרכי תמיכה אפקטיביות

שני פישר^{1,2}, רנית ג'רסי³, ד"ר יוליה גנדלר², ד"ר אבינעם פירוגובסקי³, פרופ' יעקב דרייזר³

¹ היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים, מרכז רפואי העמק
² החוג לסיעוד, בי"ס למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
³ הנהלה ראשית, שירותי בריאות כללית

רקע:

מערכת הבריאות מתמודדת עם אירועים חריגים ובכללם טעויות רפואיות. מעורבות באירוע עלולה להציב את הצוות המעורב בעמדת "הנפגע השני". מטרת המחקר הייתה להעריך את הבנת המונח "נפגע שני" בקרב צוותי רפואה ואחיות, לבדוק את היכרותם עם מערכות התמיכה הקיימות, ולזהות את מגגנוני התמיכה המועדפים עליהם.

שיטות:

סקר מקוון בן 18 שאלות, שנשלחו לעובדי בתי החולים של כללית דרך מערכת הדוא"ל הארגונית פעמיים בשבוע במהלך פברואר 2024. הסקר התמקד בתגובות רגשיות בעקבות אירועים חריגים, תמיכה שנתפסה מצד הממונים, וזמינות המשאבים הארגוניים לתמיכה. התשובות נוסחו באמצעות סקאלת ליקרט בה 1 סימן "לא מסכים כלל" ו-6 "מסכים מאוד". ניתוח סטטיסטי בוצע באמצעות תוכנת R. נבדקו הבדלים בין משתנים קטגוריאליים באמצעות מבחן כי-ריבוע. בנוסף, בוצע ניתוח גורמים כדי לזהות את הגורמים שיכולים להשפיע על הנתונים.

תוצאות:

הסקר נשלח ל-6,645 אנשי צוות רפואי ו-11,855 אנשי צוות סיעודי. השתתפו 483 אנשי צוות רפואי ו-1,359 צוותי סיעוד (10% שיעור תגובה). נמצא כי מעורבות באירוע הובילה ללחץ רגשי גבוה, שכן 83% מהמשיבים הרגישו מאוד לחוצים ו-82% חשו אשמה ובושה. מגזר האחיות דיווח על תחושת אשמה חזקה יותר מצד הממונים בהשוואה לרופאים ($p < 0.001$). צוות בכיר, עם יותר מ-15 שנות ניסיון, דיווח על רמות לחץ נמוכות יותר בהשוואה לצוות עם פחות ניסיון ($p < 0.001$). עובדים שאינם בתפקידי ניהול דיווחו יותר על תחושת אשמה לעומת מנהלים. מנגנון התמיכה המועדף היה שיחה עם עמית, כפי שצינו 58% מהרופאים ו-49% ממגזר האחיות. 37.3% מהמשיבים ידעו על תמיכה פורמלית עבור הנפגע השני, אך רק 15.6% השתמשו בה. רובם (53.5%) דיווחו כי לא הייתה תמיכה זמינה, ו-26.3% סברו שהתמיכה לא הייתה נחוצה.

מסקנות:

אנשי מקצוע בתחום הבריאות חשופים לסיכון גבוה להפוך לנפגעים שניים לאחר אירועים חריגים, והם מעדיפים תמיכת עמיתים. יש להקים יוזמות תמיכה מובנות על ידי עמיתים, לצד מערכות פורמליות חזקות ותקשורת פתוחה, על מנת להפחית את העומס הרגשי וליצור סביבה רפואית עמידה יותר. חשוב למלא את הפערים במודעות למשאבים ולשפר את הגישות הניהוליות.



שימוש בבינה מלאכותית לניהול תחקירים של אירועים חריגים בבתי חולים:

השוואת תחקירי AI לתחקירים אנושיים

אלעד פלס, לנה זוארץ, יפעת אשכנזי דנון, גליה ניב, טל אילסר, נטעלי גולדפרב ודוד מרגל -היחידה לבטיחות הטיפול והנהלת האחיות, אסותא רמת החייל

רקע

תחקור אירועים קריטי לשיפור בטיחות ומניעת תקלות. יחד עם זאת, תחקירים דורשים שעות עבודה רבות וניסיון ועלולים להיות מוטעים. התקדמות הבינה המלאכותית מאפשרת שימוש במודלים מתקדמים לניהול תהליכי תחקור מובנים, ממוקדים ואובייקטיביים.

מטרתנו הייתה לבדוק האם ניתן להשתמש בכלי בינה מלאכותית לבצע תחקיר ניהול סיכונים.

שיטות

בשלב ראשון פותח סוכן ChatGPT ייעודי לתחקור אירועים חריגים, שהתבסס על מתודולוגיות תחקור מובנות: תהליך למידה מחלקתי (ת.ל.מ), ומודל M5. הכולל את השלבים הבאים:

1. איסוף נתונים ותיאור האירוע – זיהוי נתונים קריטיים מהאירוע
2. ניסוח שאלת התחקיר
3. ניתוח האירוע לפי מודל M5
4. גיבוש מסקנות – זיהוי הגורמים הישירים והשורשיים
5. הפקת לקחים – המלצות למניעת הישנות האירוע
6. הפקת דו"ח מסכם – יצירת דוח מובנה

בשלב שני: נבחרו באופן אקראי 14 אירועים חריגים שהתרחשו בבית החולים רמת החייל בין השנים 2024–2025. תשעה אירועים תוחקרו באופן רגיל על ידי בן-אנוש; סוכן בינה מלאכותית הפיק תחקיר ל-5 אירועים. התחקירים נשלחו ללא מידע על אופן הפקתם (בן-אנוש לעומת בינה מלאכותית) ל-3 סוקרים חיצוניים מומחים בניהול סיכונים שהתבקשו להעריך כל תחקיר לפי המדדים הבאים:

- 1.1. איכות התחקיר (1–10)
- 1.2. איכות הפקת הלקחים (1–10)
- 1.3. זיהוי גורם השורש
- 1.4. זיהוי הגורם הישיר

השווינו את תוצאות הסיקור בין התחקירים שהופקו על ידי אדם לאלה שהופקו בבינה המלאכותית.

תוצאות

הבינה המלאכותית הצליחה לזהות את הגורם הישיר ב-80% בדומה לתחקירים שבוצעו על ידי אדם. אך לא הצליחה לזהות את גורם השורש (40% בינה מלאכותית לעומת 88% אדם $p=0.01$).

איכות התחקירים שהופקו על ידי הבינה המלאכותית היו פחות טובים מאלה של בן האנוש (חציון 4 לעומת 7 $p=0.02$). גם איכות הפקת הלקחים של בן האנוש דורגה גבוה יותר מזו של הבינה המלאכותית (חציון 8 לעומת 5.5 $p=0.047$).

מסקנות

פיתוח סוכן בינה מלאכותית לביצוע תחקירים ביחידה לניהול סיכונים בבית חולים הוא אפשרי. הסוכן שפותח הוא רק המודל הראשוני והצליח לזהות את הגורם הישיר אך בשלב זה לא הצליח לזהות את גורם השורש ועקב זאת איכות התחקיר והמסקנות עדיין אינן מספקות. אנו נמשיך לשכלל ולבדוק את יכולות הבינה המלאכותית בתחום זה.

שדרוג תהליך ניהול הדגימות הפתולוגיות באמצעות פתרון מחשובי – שיפור הבטיחות וצמצום סיכונים קליניים שם המציג: ד"ר לילי קרמונה

שותפים לעבודה: ד"ר אורי פיינשטיין, ד"ר אמיר נוטמן, פרופ' טליה לוי, ד"ר טטרסקי פבל, ד"ר לילי קרמונה, שרה ידידיה, מלכה יקוטילוב, אלמה אשגרם, צבי בית יוסף, עידן שפורן, ביה"ח ע"ש אדית וולפסון, חולון.

רקע:

עד לשנת 2023, ניהול הדגימות הפתולוגיות בבית החולים התבצע באופן ידני וללא תהליך ממוחשב אחיד. רופאים נדרשו לברר את תוצאות הבדיקות באופן עצמאי ללא אפשרות לקבל עדכון אוטומטי עם הגעת התשובה. בנוסף לא הייתה קיימת מערכת תומכת לתיעוד צפייה בתשובה, לעדכון המטופל או להפצת המידע לרופא בקהילה. מצב זה יצר קושי ממשי באיתור, מעקב והעברת המידע הקריטי, העלול להביא לפספוס תשובות מהותיות, עיכוב בטיפול מותאם ופגיעה ברצף ובבטיחות הטיפול.

מטרות:

יצירת תהליך מחשובי מקצה לקצה לניהול דגימות פתולוגיות – מהזמנה ועד עדכון הרופא והמטופל – תוך שליטה מלאה בזמן אמת, איתור חריגות והפצת מידע אוטומטית.

שיטות:

הפרויקט תוכנן והוטמע בשיתוף הנהלת בית החולים, יחידות רפואיות ומערכות מידע. בוצע מיפוי תהליכים, ניתוח סיכונים ופיתוח פתרון ייחודי לסנכרון בין מערכות קמיליון LabOS, ואופק/איתן.

ממצאים:

לראשונה בארץ הוטמע פתרון מערכתי חדשני מסוגו, הכולל סנכרון מלא בין מספרי הדגימות במערכות הקמיליון (המשמשת את המנתחים בח"נ) וה - LABOS (המשמשת את הפתולוגים) והעברה אוטומטית של תשובות הבדיקות מ - LABOS לקמיליון ולאופק/איתן. הפיילוט החל ביחידה הגניקואונקולוגית והורחב בהדרגה למחלקות נוספות. הרופא מבצע הזמנה ממוחשבת לבדיקה פתולוגית בקמיליון ומזין שם את הדגימות, שמקבלות מספרים חד חד ערכיים ומועברות למעבדה הפתולוגית. במעבדה הפתולוגית הדגימות נסרקות ל LABOS, שם הן משויכות לפתולוג אחראי. התשובות מופצות אוטומטית בקמיליון לרופא המטפל ולמחלקה בליווי מנגנון המוודא צפייה ועדכון, ובנוסף מועברות גם לקהילה (באמצעות מערכות נמ"ר ומשם לאופק/איתן).

מסקנות:

הפיתוח החדשני מאפשר בקרה מלאה על שלבי תהליך הטיפול בדגימות הפתולוגיות והביא לשיפור משמעותי באיכות ובטיחות הטיפול, לצמצום סיכונים קליניים, לקידום רצף טיפולי מיטבי, לזמינות גבוהה של מידע רפואי ולחיזוק ויעול הקשר בין בית החולים לקהילה. שילוב התהליך עם הדרכות לצוותים הרפואיים תומך בהטמעה מיטבית ובהפחתת סיכונים מערכתיים.



כיצד משנים תרבות בטיחות ארגונית בלמידה מאירועים חריגים? סיכום למידה מ 50 ועדות בדיקה.

ד"ר נורית שלפמן – מציגה

שותפים: ד"ר נמרוד גולדשמידט, פרופ' אורלי ווינשטיין, ד"ר אבינעם פירגובסקי, פרופ' יעקב דרייזר

חטיבת בתי חולים, שרותי בריאות כללית

מבוא: למידת עמיתים הינה אחת מאבני היסוד בניהול סיכונים ובטיחות המטופל. בנובמבר 2023 הוגש להנהלת חטיבת בתי החולים של הכללית דוח פנימי המסכם הפקת לקחים רוחבית מ- 53 ועדות בדיקה ותחקירי עומק שנערכו בבתי החולים של כללית במהלך השנים 2021-2023. מטרת הדוח הייתה ריכוז מסקנות, המלצות והפקת לקחים מועדות בדיקה שבדקו מקרים פרטניים בבתי חולים, במטרה להטמיע את הידע בכלל בתי החולים. הדוח חולק על פי נושאים קליניים ומנהליים. בכל נושא הובאו פרשות המקרה, תרחישי הטעות, הסיכון שהתממש לאירוע והפקת הלקחים בעקבותיו.

מטרת העבודה: נבדקו הלקחים וההמלצות מכלל ועדות הבדיקה. הלקחים הושמו במטריצה המחלקת בין התחומים הקליניים בעטיים הוקמה הועדה ובין ההמלצות מהועדות אשר קובצו לפי תחומים. נמצאו מספר נושאים רחביים שחזרו על עצמם בהמלצות מועדות בדיקה שונות: נהלים שיש לשפר את ההטמעה שלהם, תהליכי עבודה קליניים, תהליכי עבודה מנהליים, תקשורת בצוות, רשומה רפואית, התנהלות צוות. וכן נושאים חוזרים אופייניים למקצוע, כגון מיילדות ומלר"ד.

תוצאות: הנושא שחזר מספר רב ביותר של פעמים היה המלצה לשיפור הרשומה הרפואית, שחזר ב 13 ועדות. נושא נוסף שחזר ב 9 ועדות שונות: הטמעת חשיבות ההתייעצות עם רופא בכיר. בתוך נושא זה עלה הצורך בהנגשת מידע רפואי לכונן, בין היתר באמצעים מיחשוביים.

נושאים נוספים: שיפור התקשורת בצוות, הטמעת חוזר "חובת הודעה של מוסד רפואי על אירועים מיוחדים", תהליכי עבודה קליניים במלר"ד. ועוד. נושא חשוב שחזר ב 6 ועדות שונות מתייחס לנפגע השני וחיזוק התמיכה בצוותים לאחר אירועים טראומטיים.

מסקנות: על מנת לשפר את בטיחות המטופלים ואת ניהול הסיכונים בבתי החולים בישראל, נדרש להטמיע תהליך למידה רוחבי של לקחים ומסקנות מועדות בדיקה בכמה רמות: ברמת בית החולים, ברמת הארגון וברמה הארצית. הנושאים שחזרו על עצמם הינם בלב העשייה של יחידות בטיחות הטיפול וניהול סיכונים, ונדרש המשך חיזוק הידע הארגוני בנושאים כגון טיוב הרשומה, שיפור תהליכים מנהליים וקליניים ועוד. שלוש אבני היסוד בלמידה מטעויות הינן 1. עידוד הדיווח, 2. תחקור והפקת לקחים 3. הטמעת השינוי. ניתן למדוד באופן מספרי את כמות הדיווחים בארגון. קשה יותר לבחון את האימפקט של התהליך ביצירת שינוי ארגוני והגברת הבטיחות. ועוד יותר קשה לממש למידה רוחבית ברמה ארגונית ואפילו ארצית. עלו מספר נושאים משמעותיים לדיון: מהי למידה אפקטיבית? כיצד היא מתרחשת? מה ערכה של ועדת בדיקה ככלי לתחקור אירועים ומה מגבלותיה? מהן האלטרנטיבות?



הכנס השנתי של החברה הישראלית לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים ברפואה (נסב"ר)

29.5.25 | מלון דניאל,
הרצליה

הכנס בחסות: חסות זהב: BD חסות כסף: PROFIT
ענבל
שותפים: הרץ הפנימיים לרפואה הממוסדת

השפעת הטמעת מערכת רובוטית בבית המרקחת על שכיחות ואופי טעויות ברישום הוראות תרופתיות באגף הפנימיות

שם מציגה: סוריה סעיד

שם משתתפים: הדס שחף, רינה חנצ'ינסקי ומראם בדר

מרכז רפואי בני ציון

רקע

שימוש תרופתי מושכל מבוסס על מתן דגש על איכות ובטיחות הטיפול התרופתי, תוך ביצוע אימות רוקחי של הוראות תרופתיות. טעויות במתן תרופות במהלך האשפוז עשויות להתרחש בכל שלבי השרשרת—מכניסת התרופה לבית המרקחת, דרך כתיבת ההוראה הרפואית, ועד למתן התרופה למטופל. טרם הטמעת המערכת הרובוטית, זיהוי טעויות היה מאתגר בשל מגבלות תהליך האימות. במרכז הרפואי בני ציון מתבצע אימות רוקחי עבור כל הוראה תרופתית באגף הפנימית (שלוש מחלקות) מה שמאפשר זיהוי טעויות ושיפור בטיחות הטיפול התרופתי.

מטרות

למפות באופן כמותי ולאפיין טעויות ברישום הוראות תרופתיות באגף הפנימיות, תוך השוואה בין התקופה שלפני הטמעת המערכת הרובוטית בבית המרקחת לבין התקופה שלאחריה. ההשוואה מתבצעת בין רבעון ראשון של שנת 2024 לרבעון ראשון של שנת 2025.

שיטות

האימות הרוקחי באגף הפנימיות מתבצע באמצעות מעבר על תיק המטופל במערכת הקלינית הממוחשבת. בתקופה שקדמה להטמעת הרובוטיקה, האימות בוצע על ידי רוקח טרם הביקור הדו-שבועי במחלקה; טעויות שזוהו דווחו לאחות האחראית ותוקנו על ידי הרופא. החל מינואר 2025, עם הטמעת מערכת הרובוטיקה, שונה אופן האימות: רוקח עובר מדי יום על כל הוראה תרופתית חדשה באמצעות מערכת ClinPharm. הוראות שבהן זוהו טעויות אינן מאושרות למתן ומועברות לרופא לתיקון. דיווח לניהול סיכונים מתבצע בשתי התקופות רק כאשר ההמלצה הרוקחית התקבלה וההוראה תוקנה בפועל. הטעויות שנאספו סווגו לפי קטגוריות: כפילות, טעות במינון/תדירות, אינטראקציה בין תרופתית, חוסר בתרופה וטעות ברישום.

מסקנות

ברבעון הראשון של 2025 נצפתה עלייה של כ-60% במספר טעויות התרופות שזוהו באגף הפנימיות בהשוואה לרבעון המקביל בשנת 2024 (112 לעומת 69 טעויות). שינוי שיטת העבודה הוביל לשינוי בתמהיל סוגי הטעויות, עם עלייה חדה בזיהוי טעויות מסוג כפילות וטעות ברישום. ממצאים אלו מדגישים את תרומתו הקריטית של אימות רוקחי שוטף בזיהוי טעויות תרופתיות ובשיפור בטיחות המטופל. בשלב זה מתבצע המעקב באגף הפנימיות בלבד, אך בהמשך צפויה ההרחבה לכלל מחלקות האשפוז, תוך התמקדות במיפוי טעויות חוזרות לפי תרופה לצורך מניעה ממוקדת ויעילה יותר.