

האוניברסיטה העברית
בית הספר למדיניות ציבורית

נייר מדיניות

גיוס מנהלי המחלקות לשיפור בטיחות הטיפול בבתי החולים הכלליים

מאת:

מיכל גורדון*, 039397336

14.7.2013

לקוח: פרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות

מנחי הסדנה:

ד"ר ענת גופן

מר רן כהן

גבי ענבל הקמן

* ניתן ליצור קשר עם המחברת בכתובת michal.gordon@mail.huji.ac.il.

תוכן העניינים

4 תקציר מנהלים

4 רקע והצגת הבעיה

חלופות לפתרון הבעיה

8 חלופה א': מענקי מחקר

9 חלופה ב': פרסי הצטיינות

10 חלופה ג': תגמול רוחבי

11 אמצעי תומך: סדנה ייעודית

12 ניתוח החלופות: קריטריונים

12 ישימות

14 אפקטיביות

15 עלות

15 שקלול החלופות

17 נספח אסטרטגי

17 שיח המדיניות

18 תכנית פעולה

20 _____ לו"ז לביצוע

21 _____ מדדי ביצוע

נספחים נוספים

22 _____ נספח א': דיון בסוגיה המשפטית: הגדלת החסיון על תחקירים פנימיים

25 _____ נספח ב': שיטה לבחינת האיכות של חקירה בתחום בטיחות הטיפול

27 _____ נספח ג': שאלון תרבות בטיחות של ה-AHRQ

33 _____ נספח ד': פירוט עלויות הסדנה הייעודית

34 _____ נספח ה': מיפוי שחקנים

45 _____ ביבליוגרפיה

תמצית מנהלים

נייר זה דן בדרכים להתמודד עם תופעת הטעויות בטיפול רפואי, אשר לפי הערכות גורמות למותם של למעלה מ-1,000 מטופלים בשנה. מהניתוח שנערך עולה שיש פוטנציאל משמעותי לשינוי בתמרוץ מנהלי המחלקות בבתי חולים לשיפור תרבות הבטיחות במחלקותיהם. לצורך כך, מוצע להקים מנגנון להענקת מענקי מחקר למנהלי מחלקות שיגישו תוכניות עבודה והצעות מחקר בנושא. בנוסף, מומלץ לקיים תוכנית סדנאות ייעודית למנהלי מחלקות, שתעסוק בהקניית כלי מדידה לבדיקת היקף הבעיה ותהווה פורום לפיתוח משותף של דרכי התמודדות.

רקע והצגת הבעיה

בתי חולים מודרניים הם מערכות גדולות ומורכבות שבהן פועלים יחד מאות ואלפי בעלי מקצוע שונים בעזרת טכנולוגיות מתקדמות במטרה להציל חיי אדם ולשפר את איכותם, והם אכן עושים זאת בהצלחה מרשימה. עם זאת, בתי חולים היום הם גם מקומות מסוכנים מאוד. טעויות במהלך טיפול רפואי גורמות בכל שנה לנזק עצום בגוף ובנפש, בנוסף לנזק הכלכלי הנלווה הנובע מהצורך בטיפול רפואי נוסף ומאובדן כושר העבודה של הנפגעים והזדקקותם לשירותי רווחה. כמו כן, תשלומי הפיצויים, פרמיות הביטוח ועלויות הניהול המשפטי המקושרים עם תביעות אזרחיות שמגישים נפגעים מכלים משאבים ניכרים שיכלו להיות מושקעים בשירותים הרפואיים עצמם.

קשה למצוא נתונים אמינים על מספר האירועים החריגים¹ שמתרחשים במערכת הרפואית ועל היקף הנזק שהם גורמים. אחת הסיבות לכך היא שרוב הטעויות אינן מדווחות. במחקר שפורסם בארה"ב נמצא שרק 17.8% מהרופאים דיווחו על אירועים חריגים שהסתיימו בנזק קל למטופל ורק 3.8% דיווחו על נזק כבד (Kaldjian et al. 2008). במחקר שנערך לאחרונה, לירון חבוט הגיעה לממצאים דומים בישראל.² גם הנתונים החלקיים מדאיגים: לפי מדנס, הסוכנות המבטחת את מרבית המוסדות הרפואיים הלא ממשלתיים כנגד רשלנות רפואית, בין השנים 2000-2012 התקבלו מהמבוטחות בממוצע 7,300 דיווחים על אירועים חריגים בשנה.³ כמו כן, ב-2010 הוגשו בישראל לבתי המשפט 735 תביעות לפיצויים על רשלנות נגד משרד הבריאות

¹ אירוע חריג - adverse event - מוגדר כפגיעה גופנית הנובעת מהטיפול הרפואי, ולא מהמצב הרפואי המקורי (Kohn et al. 1999).

² לא פורסם. לפי מצגת שהועברה בתכתובת דוא"ל עם נטעלי גולדפרב, מ"מ ראש המערך לבטיחות הטיפול.

³ לפי נתונים באתר האינטרנט של MRM, החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ, מדנס סוכנות לביטוח בע"מ. <http://www.mrm.org.il/hebsite/Content/t4.asp?pid=168&sid=20> המגמה במהלך עשור זה היא של ירידה במספר הדיווחים, אך ההערכה במדנס היא שהירידה לא נובעת משיפור במספר האירועים אלא בשינוי בנהלי הדיווח (יעל גרשטנסקי, מנהלת מחקר והדרכה במדנס, תכתובת דוא"ל, 16.7.13).

וב-2011 הוגשו 1,196 תביעות נגד בתי החולים הלא ממשלתיים (מבקר המדינה 2012).⁴ כמו מספר הדיווחים לסוכנות, גם ממספר התביעות לפיצויים אי אפשר להסיק ישירות על היקף התופעה. מספר המקרים שמוגשות עליהם תביעות תלוי לא רק במספר הפגיעות אלא (ובעיקר) בהרבה גורמים נוספים (גולדפרב, ראיון אישי, 7.4.13). עם זאת, נראה סביר שבמערכת שבה מספר כה גדול של נפגעים מגיע מדי שנה לבית משפט, קיימים מקרים רבים הרבה יותר של נזק שלא מגיע מסיבות שונות לטיפול משפטי.

שיטה אמינה יותר למדידת הנזק מטעויות עושה שימוש בדגימה של רשומות רפואיות. על בסיס מחקרים שעבדו בשיטה זו, העריך ה-Institute of Medicine האמריקאי שמספר מקרי המוות בשנה בארה"ב כתוצאה מטעויות הניתנות למניעה ברפואה נע בין 44,000 ל-98,000, והעלות הכוללת נעה בין 17 ל-29 מיליארד דולר בשנה (Kohn et al. 1999). מחקרים מאוחרים יותר ממספר מדינות מפותחות הראו תוצאות גרועות אף יותר (Leape et al. 2009), ועל פי ארגון הבריאות העולמי ב-10% מהאשפוזים בעולם המפותח מתרחש אירוע חריג הניתן למניעה (Donaldson and Fletcher 2006). בישראל לא נערך מחקר שיטתי להערכת גודל הנזק כתוצאה מטעויות רפואיות, אך מומחים מעריכים על סמך הנתונים האמריקאים שמדובר בסדר גודל של 1,000-2,000 מקרי מוות בשנה (ליבנה 2011).

למרות שהעיסוק בחיי אדם הוא מטבעו מסוכן, אין להסיק מכך שהמצב הנוכחי הינו גזרת גורל. קיימות דוגמאות של תעשיות מסוכנות שהצליחו באמצעות מאמץ ממוקד להוריד את מספר התאונות למינימום, כגון תעופה ואנרגיה גרעינית. גם ברפואה, מקצוע ההרדמה מובא כדוגמה לתחום שבו שיעור מקרי המוות כתוצאה מטיפול לקוי קטן פי 30-20 מאז שנות השמונים (Kohn et al. 1999).

בדומה לתעשיות אחרות, גם בתחום הרפואה נמצא שרוב התאונות נגרמות מכשלים מערכתיים או כשלים בתקשורת בין חברי הצוות ורק מיעוט קטן נובע מרשלנות של בעל מקצוע או מבעיות בידע או בשיקול הדעת (Institute of Medicine 2011). לכן, מקובל היום בעולם, ומקובל גם במשרד הבריאות,⁵ שחקירת תאונות בדרך שמחפשת אשמים ונקיטת אמצעי ענישה פורמליים ובלתי פורמליים למטפלים שסומנו כאשמים מזיקה יותר מאשר מועילה לבטיחות. גישה כזו יוצרת תמריץ שלילי לדיווח וגורמת לכך שחקירות מתנהלות במצב התגוננות שמקשה על מציאת כשלים מערכתיים ברי תיקון. בנוסף, התועלת שאפשר להפיק מאירועים חריגים היא מוגבלת,

⁴ הנתונים על מספר התביעות מעידים על עלייה מתמדת מזה שנים רבות. מוערך שמקור העלייה הזו בשינויים בנטייה לתבוע ולא במספר האירועים החריגים (חלמיש-שני, ראיון אישי, 3.6.13).
⁵ לפי חוזר 11/2012 בנדון חובת ההודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים.

בגלל ההטיות הקוגניטיביות הקיימות בשיפוט אירועים בדיעבד (דונחין, ראיון אישי, 12.5.13). כדי ליצור סביבה בטוחה, צריך לפעול באופן פרואקטיבי ולמנוע תאונות מראש. פעילות בטיחות פרואקטיבית כוללת תשומת לב להיבטים בטיחותיים בתכנון פיזי של סביבת העבודה ובתכנון נהלים, דיווח וחקירה גם על כמעט טעויות, פתיחות לשמוע טענות של הצוות על מאפיינים של המערכת המקשים על עבודתם וקיום דיאלוג פתוח לגבי טענות אלה. ניהול דיווחים ותחקירים באופן שאינו מאיים על המשתתפים בהם, פעילות בטיחות פרואקטיבית שוטפת והעברת המסר שבטיחות נמצאת בעדיפות עליונה מצטרפים למה שמכונה בספרות תרבות ארגונית של בטיחות, ואשר מקושרת עם שיעורי תאונות נמוכים יותר (Kohn et al. 1999, ECRI 2009).

התרבות הארגונית ברוב בתי החולים בארץ רחוקה מלהיות תרבות של בטיחות. בחלק מבתי החולים, רופא שהיה מעורב בתאונה מושעה עוד לפני חקירת האירוע. ברוב המחלקות "כמעט טעויות" אינן מטופלות כלל, ואפילו כמעט טעויות מאוד חמורות, כמו הכנת האיבר הלא נכון לניתוח, עוברות ללא חריגה משגרת העבודה כאשר הטעות נתפסת בזמן (עינב, ראיון אישי, 19.5.13). ישיבות תחלואה ותמותה, ישיבות הרופאים שדנות במקרים רפואיים עם תוצאות שליליות לא צפויות, משמשות בעיקר לדיון בדילמות של שיקול דעת רפואי וכמעט ולא בגורמים מערכתיים (פישמן, ראיון אישי, 11.6.13, בר אילן, ראיון אישי, 11.6.13), ויש מקומות שבהם השימוש בהן הופסק או צומצם בעקבות חשש שמא הן יותירו את המשתתפים חשופים לתביעה משפטית (מבקר המדינה 2012). כמעט ולא נעשים פרוייקטים בנושא בטיחות במחלקות (חקלאי ואחרים 2011). לרוב, נושאי תפקידי הבטיחות בבית החולים אינם רופאים, מה שמעיד על חולשתם היחסית בתוך הארגון. איים של תרבות בטיחות קיימים במקומות שבהם מנהל מחלקה ספיציפית או רופא בכיר אחר הוא בעל עניין מיוחד בנושא ולוקח יוזמה אישית בהטמעתו באזור אחריותו (עינב, ראיון אישי, 19.5.13).

מצב עניינים זה אינו חריג ביחס לעולם, ומקובל שאחד המקורות שלו הוא האתוס המקצועי האופייני לרופאים. הדגש בהכשרה של רופאים הוא על היקף ועומק הידע המקצועי, ושיקול הדעת של הרופא נתפס כגורם המכריע באיכות הטיפול שהוא מעניק (NPSF 2010). לפי תפיסה זו, שיקול דעתו העליון של הרופא אמור לאפשר לו להתגבר על מגבלות קוגניטיביות ולהימנע מטעויות אנוש. לכן, בקרב רופאים, שהם הגורמים המנהלים בבתי חולים, קיימת תשומת לב מועטה לגורמים מערכתיים, וכאשר אמנם מתבצעת טעות בעבודת הרופא היא מיוחסת לתקלה בשיקול דעתו. התייחסות שכזו מקשה על חיפוש ומציאת דרכים למנוע את הטעות הבאה. בנוסף, העבודה בבית חולים היא מאוד היררכית, כאשר קיימת הפרדה ברורה בין

מעמדם של בעלי המקצוע השונים באופן המקשה על דיון פתוח בקשיים ותקלות (Manasse et al. 2002).

תרבות ארגונית ואתוס מקצועי הם דברים שקשה לשנות. חשוב להכניס לתכני הלימוד של סטודנטים לרפואה דגשים של בטיחות ותרבות בטיחות, ואכן פותחה תוכנית לימודים לבטיחות שמיושמת באוניברסיטת תל אביב. זו התחלה חשובה, וכדאי להרחיב אותה, אך הטמעה רחבה תהיה קשה בלי התגייסות הרופאים הבכירים לשילוב דגשי הבטיחות בלימודים המקצועיים השוטפים, כמו גם בעבודה הקלינית השוטפת.⁶ תוכנית ההכשרה מרוכזת בשנות הלימודים הפרה-קליניות. כאשר סטודנט מגיע למחלקה בבית חולים וצופה ברופאים בכירים שנוהגים בניגוד לדגשי הבטיחות שלמד, קיים סיכוי גבוה שדגשים אלה ישארו בגדר אות מתה; באופן דומה, נהלי בטיחות ונהלי דיווח ותחקיר שמגיעים מגורמים חיצוניים (כמו משרד הבריאות או חברות הביטוח) יהיו בעלי השפעה מוגבלת ביותר כאשר מנהל המחלקה מעביר את המסר, באופן סמוי או גלוי, שהתייחסות אליהם נמצאת במקום נמוך בסדר העדיפויות של המחלקה.

לכן, וכפי שמאוששים מחקרים במערכת הבריאות ומחוצה לה, מחויבות עמוקה של מנהלים בארגון חיונית להטמעה של שינוי בתרבות בטיחות (Manasse et al. 2002). בבתי חולים, נראה שמנהלי המחלקות נמצאים במעמד שבו יש להם פוטנציאל רב להביא לשינוי כזה. סמכויות הניהול שלהם מאוד רחובות והם נהנים מרמת אוטונומיה גבוהה (אולמן 2011). המעורבות היומיומית שלהם בעבודת המחלקה, יחד עם היכולות המקצועיות והמחקריות שלהם מעמידים אותם במקום האידיאלי לאיתור כשלים מערכתיים ולטיפול אמון ופתיחות בין העובדים. בנוסף, למנהלי מחלקות בבתי חולים יוקרה מקצועית רבה והם לרוב פעילים באיגודים המקצועיים בתחום התמחותם. כיוון שכך, גם התגייסות רק של חלק ממנהלי המחלקות יכולה להדהד בכל המערכת, כאשר מנהלים שיכניסו שינויים משמעותיים ויקבלו תוצאות טובות יפיצו את מסקנותיהם.

בגלל מעמדם הבכיר ויכולותיהם הגבוהות, אין טעם לנסות לגייס את מנהלי המחלקות באמצעים רגולטוריים. הם צריכים להשתכנע בנחיצות השינוי בעצמם ולתפוס את תפקיד ההובלה הן בהחלטה על השינויים שיש להכניס והן בהטמעתם. כדי לעודד אותם למקד את השקעתם בתחום זה, ולהעביר את המסר שהוא נמצא בראש סדר העדיפויות של מערכת הבריאות, יש

⁶ התוכנית, שפיתחו ד"ר מיכל גינדי ואחרים על סמך תכנית של ארגון הבריאות העולמי, מבוססת על שיעור אחד או שניים בנושאי בטיחות בתוך כל קורס מקצועי, שמועבר בשיתוף פעולה עם הרופאים הבכירים המעבירים את הקורס (גינדי, ראיון אישי, 26.6.13).

לקבוע תמריצים שיעודדו פעילות עצמאית וולנטרית של מנהלי המחלקות לקידום הבטיחות במחלקותיהם. שלוש החלופות הנדונות בנייר זה עוסקות בתמריצים כאלה.

בנוסף, על מנת להגדיל את ההיענות האיכותית לתמריצים, מומלץ לקיים סדנה ייעודית למנהלי מחלקות בנושא תרבות בטיחות. גם הסדנה צריכה לפעול מתוך התפיסה שמותרת למנהלי המחלקות את תפקיד ההובלה. לכן, הסדנה המוצעת לא מבוססת על הצגה של ידע תיאורטי אלא אמורה להוות פלטפורמה למנהלי מחלקות לחקור את היקף הבעיה במחלקותיהם ולבנות כלים להתמודדות איתה.

לפני סיום חלק זה, אי אפשר שלא להתייחס לקשיים שיוצר המצב המשפטי. האיום בתביעה משפטית שמלווה כיום כל טעות שנגמרת בנזק שולח מסר המנוגד לתרבות בטיחות, מהווה תמריץ שלילי לדיווח, ומביא לניהול תחקירים מתגוננים ולא אפקטיביים. רופאים רואים באיום זה חוסר צדק ובגידה במסירות שלהם למקצוע, ומנהלי מחלקות רבים מעמידים את ההגנה מפניו כתנאי לכל שיפור בנושא תרבות הדיווח והתחקיר של טעויות. מנגד, משרד המשפטים מתעקש על זכותם של מטופלים למידע מלא ופיצוי על נזק שנגרם להם, כך שנראה שמאמציו של משרד הבריאות בנושא זה נקלעו למבוי סתום (גולדפרב, ראיון אישי, 7.4.13). עיקר המיקוד בנייר זה אינו על דיווחים בדיעבד אלא על תרבות בטיחות פרואקטיבית. כפי שהוצג לעיל, התרבות הלא בטיחותית בבתי חולים היא עמוקה הרבה יותר מהאיום המשפטי – ולראיה, גם כמעט טעויות שלא טומנות בחובן איום משפטי לא מדווחות ולא נחקרות. לכן, ניתן לקדם את המלצות נייר זה גם מבלי לשחרר את החסם המשפטי. עם זאת, כדאי להמשיך ולפעול גם באפיק זה, הן בגלל חשיבותו בפני עצמו והן כדי לרכוש את אהדתם של מנהלי המחלקות לאמצעים האחרים הננקטים. דיון מפורט יותר במצב המשפטי ונסיון להציע פשרה, ראו בנספח א'.

בהמשך הנייר, יוצגו בפירוט שלוש חלופות למנגנוני תמרוץ וכן תיאור מפורט של הסדנה המוצעת. החלופות ינותחו לפי קריטריונים ששקלולם יאפשר לבחור את החלופה הטובה ביותר. לאחר מכן, יובא נספח אסטרטגי ובו דגשים ליישום ההמלצות.

חלופה א': מענקי מחקר

בחלופה זו, מוצע לפנות לשאיפות האקדמיות של מנהלי המחלקות ולהציע מענקים לביצוע מחקרים ותוכניות עבודה לשיפור בטיחות הטיפול. מוצע לתת 10 מענקים של 200,000

ש"ח בשנה. מספרים אלו נקבעו לפי היקפה של תוכנית מוצלחת בסדר גודל דומה בארה"ב,⁷ וכן כאחוז סביר מההוצאה הכוללת של משרד הבריאות על מחקר בבתי חולים, העומדת על כ-50 מיליון ש"ח.⁸

הקריטריונים לבחינת הצעות המחקר שיגישו מנהלי המחלקות יתבססו על העקרונות של תרבות בטיחות והסטנדרטים המקצועיים המקובלים בתחום, והם יקבעו על ידי המערך לבטיחות הטיפול בשיתוף עם מומחים ממערכת הבריאות ומהאקדמיה. כדאי לגייס מומחים אלה גם לועדות השיפוט של הצעות המחקר. בנוסף, מוצע לשתף פעולה עם המדען הראשי של המשרד ולעשות שימוש במנגנון הקיים אצלו לפרסום המענקים, שיפוט ההצעות ומעקב אחרי התקדמות המחקרים. המשרד יקח חלק גם בהפצת מסקנות המחקרים שימומנו בתוכנית זו, אם כי רוב העבודה בתחום זה תעשה באמצעות המנגנונים הקיימים להפצת עבודות אקדמיות: כנסים וכתבי עת אקדמיים, איגודים מקצועיים וקשר אישי בין רופאים.

העלות התקציבית של חלופה זו היא עלות המענקים, 2 מיליון ש"ח בשנה. עבודת השיפוט תעשה על ידי מומחים בשיטה של בקרת עמיתים, כמקובל, ובמסגרת המשרה העיקרית שלהם. כמו כן, עבודת המטה במשרד הבריאות יכולה להתבצע במסגרת התקנים הקיימים. לכן עלות משאבים אלו מחושבת במונחי עלות אלטרנטיבית ומוערכת ב-280,000 ש"ח.⁹ בנוסף, בשנה הראשונה מומלץ להוסיף כ-100 שעות ייעוץ חיצוני של מומחים לגיבוש קריטריונים, בעלות כוללת של 30,000 ש"ח.¹⁰

חלופה ב': פרסי הצטיינות

בחלופה זו, מוצע להקים פרס יוקרתי שינתן מדי שנה למנהלי מחלקות מצטיינים בתחום הבטיחות. מומלץ להציע 3 פרסים אישיים בגובה 50,000, 30,000 ו-20,000 ש"ח. מספר הפרסים קטן כדי לשמור על היוקרה, ונבחרו שלושה פרסים בסכומים שונים על מנת לייצר דירוג שיעורר תחרותיות. הפרסים ינתנו בטקס חגיגי בנוכחות בכירים במערכת הבריאות, והזוכים ירצו על פעילותם בנושא. כדאי שהטקס יערך במסגרת של כנס מקצועי שבו משתתפים רופאים בכירים רבים, על מנת להגדיל את חשיפתם לפרס.

⁷ תוכנית של חברת הביטוח וניהול הסיכונים CRICO/RMF שמשרת את המוסדות הרפואיים המסונפים לאוניברסיטאות הארוורד ו-MIT (Shanon 2009, Bradley 2006).

⁸ מחושב מתוך הודעת הלמ"ס (2012) על סקר מחקר ופיתוח בבתי חולים (2009) וסקר רופאי בתי החולים (2011).

⁹ חישובי העלות האלטרנטיבית מבוססים על הערכת מספר שעות עבודה ועלות ההעסקה של בעלי מקצוע שונים לפי דו"ח הממונה על השכר לשנת 2011. מוערך שהוצאות תקורה נוספות הן זניחות.

¹⁰ לפי התעריף המירבי ליועץ חיצוני במעמד זה הנקוב בהודעת החשכ"ל מספר 13.9.2.1 מה-9.1.2012.

את הזוכים תבחר ועדת מומחים מתוך מועמדים שיגישו מנהלי בתי החולים, ועל פי קריטריונים שמבוססים על העקרונות של תרבות בטיחות ואשר יקבעו על ידי המערך לבטיחות הטיפול, תוך התייעצות עם מומחים בתחום. הדרישה שמנהלי בתי החולים יגישו את המועמדים מעודדת אותם להקדיש תשומת לב לנושאי בטיחות בעבודה השוטפת שלהם, ובכך מהווה תמריץ נוסף למנהלי המחלקות להצטיין בתחום זה כדי לעמוד בציפיות מנהליהם. העבודה המנהלית הכרוכה במימוש חלופה זו מצומצמת למדי ויכולה להתבצע במסגרת התקנים והמנגנונים הקיימים במשרד. העלות התקציבית של החלופה היא עלות הפרסים, 100,000 ש"ח בשנה. בנוסף, קיימת עלות אלטרנטיבית של שימוש במשאבים מנהליים ומקצועיים בגובה כ-50,000 ש"ח לשנה.

חלופה ג': תגמול רוחבי

הרעיון של חלופה זו הוא לתגמל מספר גדול של מחלקות בתמריץ כספי קטן על קיום חקירות נקודתיות בנושאי בטיחות. הכוונה היא לא רק לתחקירים אחרי אירוע אלא לכל עבודה בתוך המחלקה שנועדה לבדוק את הבטיחות של תהליך שהמחלקה עוסקת בו. התמריץ ינתן לפי איכות החקירה, כאשר איכות נמדדת באופי המסקנות וביישומן. ה-VHA, מנהל הבריאות לחיילים משוחררים בארה"ב, פיתח שיטה לבחינת איכות המסקנות של תחקירים. השיטה מבוססת על עקרונות של הנדסת אנוש,¹¹ ומומלץ מאוד לעשות בה שימוש (Bagian et al. 2011), ראו פירוט בנספח ב').

מוצע לתת תגמול של עד 5,000 ש"ח לחקירה, כאשר עמידה מלאה בכל הסטנדרטים של האיכות תזכה בתגמול המלא ועמידה חלקית אך סבירה בסכום קטן יותר. מוצע להקציב לצורך כך סכום כולל של עד 500,000 ש"ח לשנה, כאשר צפוי שבשנים הראשונות לא כל הסכום ימומש. משנה לשנה, יש לעדכן את אמות המידה לתגמול בהתאם לשיפור באיכות החקירות.

חלופה זו מחייבת התארגנות משמעותית יותר מהחלופות האחרות מבחינת מנגנוני הדיווח על החקירות ובדיקתן. מבחינה טכנית, חשוב שהפורמט שבו יעשה הדיווח יהיה חופשי, כדי שהדיווח לא יתפס כמטלה ביורוקרטית, ועם זאת יש לקבוע כללים ברורים למה צריך להיכלל בו על מנת להיות זכאים לתגמול. לחלופה זו נדרשת תוספת כוח אדם במערך לבטיחות הטיפול על

¹¹ הנדסת אנוש היא מדע העוסק בעיצוב סביבת העבודה בצורה המותאמת ליכולות הפיזיות והקוגניטיביות של האדם, ותחום זה תופס מקום חשוב במחקר ובפרקטיקה של בטיחות הטיפול.

מנת לבחון את ההגשות של המחלקות וכן לייעץ למנהלים לגבי ביצוע חקירות איכותיות. מוצע להוסיף עוד שתי משרות מלאות של מומחים בתחום החקירות והנדסת אנוש.¹²

חלופה זו עלולה להיתפס כהתערבות מוגזמת בניהול הפנימי של בתי החולים, ולכן עשויה לעורר את התנגדות מנהלי בתי החולים. כדי למתן התנגדות זו, מומלץ לצרף למנגנון המוצע גם תמריצים למנהלי בתי החולים: בתי חולים שבהם מספר התחקירים האיכותיים גדול (על פי רף שיקבע בתקופה הראשונה של הפעלת החלופה) יוכלו לזכות באות שמעידה על דירוג בטיחות גבוה, ואיתה הם יוכלו לפרסם את בית החולים. מנגנון מעין זה התגלה כמאוד אפקטיבי ב-VHA, אם כי יש לסייג שהתחרות בין בתי חולים בארה"ב גדולה יותר, ולכן יתכן שבארץ תמריץ זה יהיה אפקטיבי מעט פחות.

העלות התקציבית המוערכת של חלופה זו עומדת על 1,220,000 ש"ח בשנה (ומורכבת מעלות המשרות ועלות התגמול). לחלופה זו גם עלויות הקמה משמעותיות יחסית. רוב העלות הזו כלולה בעלות ההעסקה של העובדים החדשים, שבחודשים הראשונים יעסקו בעיקר בבניית המנגנון.

אמצעי תומך: סדנה ייעודית

המטרה של הסדנה המוצעת היא להקנות למנהלי המחלקות כלי למדוד את תרבות הבטיחות במחלקותיהם, על מנת לאפשר להם נקודת פתיחה בהכנסת שינויים למחלקותיהם. כמו כן, הסדנה מהווה פורום עמיתים לדיון באמצעים לשיפור. אמצעי זה מוצע ככלי מדיניות משלים לכל אחת משלוש חלופות התמרוץ.

התוכנית לסדנה מבוססת על מתכונת של סדנאות שנוצרה בארגון WISELI שמקדם נשים במדע, על מנת לגייס מנהלי מחלקות באוניברסיטאות לשיפור האקלים עבור נשים במחלקותיהם. התוכנית מורכבת משלוש פגישות בנות כשעתיים הנערכות בקבוצות קטנות בהפרש של 2-3 חודשים. בפגישה הראשונה נערך דיון תיאורטי ומוצג שאלון למדידת התרבות המחלקתית, שאותו מעבירים המנהלים במחלקותיהם אחרי הפגישה הראשונה. בפגישות הבאות דנים בתוצאות ובאמצעים שנקטים לשיפור המצב. למתכונת זו תוצאות טובות מבחינת שביעות רצון המשתתפים, מספר הפעולות שנקטו לשיפור האקלים המחלקתי, ותוצאות המדד לטיב האקלים בשימוש חוזר לאחר סדרת הסדנאות (WISELI 2009).

¹² כיום מעוסקים במערך מומחה אחד לתחקירי אירוע ומומחית אחת להנדסת אנוש, שניהם במשרה חלקית, אשר מסייעים בביצוע חקירות בבתי חולים (עינב, ראיון אישי, 19.5.13).

קיימים מספר שאלונים למדידת תרבות בטיחות בבתי החולים. השימוש בהם הולך ונהיה נפוץ, הן ככלי מסייע להתערבות מושכלת והן ככלי התערבות בפני עצמו (Nieva and Sorra 2003). לצורך הסדנה, מוצע להשתמש בשאלון שפיתחה הסוכנות האמריקאית למחקר ואיכות של שירותי בריאות (ה-AHRQ). להסבר אודות השאלון ויתרוניתו, ראו נספח ג'.

את הסדנה מומלץ להעביר בקבוצות של 5 איש בממוצע, כאשר ככל הניתן, המשתתפים הם מאותו תחום התמחות ומבתי חולים באותה בעלות.¹³ לפי הנסיון של WISELI, דמות מנחה הסדנה היא מאוד חשובה להצלחה ולכן מוצע לגייס מומחה בעל שם להתאמת התוכנית ולהנחיית הפגישות.

בתחילת הדרך, יהיה צריך לגייס את מנהלי המחלקות על פי עניין אישי. כדי לעורר התעניינות, כדאי לבנות את הסדנה כך שמשקנותיה יוכלו להוות ממצא ראשוני למחקר אקדמי. בהמשך, אם הסדנאות הראשונות ינחלו הצלחה, מומלץ להציג למנהלי בתי החולים וחברות הביטוח על מנת לרתום אותם לעידוד השתתפות מנהלי המחלקות, כאשר המטרה היא להגיע למיצוי 70% ממנהלי המחלקות תוך 5 שנים. העלות המוערכת של אמצעי זה היא 102,700 ש"ח בשנת הראשונה, ו-58,200 ש"ח לשנה ב-4 השנים הבאות (ראו פירוט בנספח ד').

ניתוח החלופות: קריטריונים

כדי לבחור בין החלופות, הן נותחו על פי שלושה קריטריונים: אפקטיביות, ישימות ועלות, כאשר קריטריון הישימות מחולק לאימוץ, ביצוע והיענות. לישימות ואפקטיביות ניתן משקל גבוה בניתוח ואילו לעלות משקל נמוך. זאת כיוון שכל החלופות הנידונות זולות למדי, וכי בכולן מוערך שהתועלת מיישום החלופה, במונחי חסכון בעלויות במערכת הבריאות, עולה על העלות.¹⁴

ישימות

תחת קריטריון הישימות יש להתייחס לשלושה שלבים: שלב אימוץ החלופה, שלב ביצוע החלופה על ידי משרד הבריאות, ושלב ההיענות לחלופה על ידי הרופאים מנהלי המחלקות. בשלב האימוץ, חלופת מענקי המחקר וחלופת פרסי ההצטיינות לא צפויות לעורר התנגדות מיוחדת, ולכן אימוץ כל אחת מהן יכול לעבור באופן חלק. חלופת התגמול הרחבי

¹³ לפי הצעתה של ד"ר גינדי, על מנת למקסם שיתוף פעולה ולמזער חששות לגבי חשיפת תוצאות המדד בקבוצה (גינדי, ראיון אישי, 27.6.13).

¹⁴ הערכה זו מבוססת על הערכת החסכון מפרוייקט בטיחות גדול אחד שלגביו יש ממצאים קליניים, פרוייקט ממשקים של פרופי עמי פישמן, והערכה כי כל אחת מהחלופות תביא מדי שנה לשיפור בהיקף גדול משל פרויקט זה.

עשויה להיות קצת יותר מאתגרת: כיוון שהיא כוללת הוספת תקני מטה, משרד האוצר כנראה יתנגד, וכפי שצוין בפירוט החלופה, מנהלי בתי החולים עשויים להתנגד להתערבות במימון פעילות פנימית בבית החולים.¹⁵

גם ביחס לשלב הביצוע, נראה שחלופת התגמול הרוחבי היא הבעייתית ביותר. מבחינה טכנית, היא המורכבת ביותר ולכן יש בה יותר מקום לכשלים: בגיוס כח האדם הדרוש, בתכנון מערך הדיווח ובפיתוח קשר חיובי אפקטיבי בין המשרד למנהלי המחלקות. חלופת מענקי המחקר צפויה להיות קלה יחסית לביצוע כיוון שמוכר מודל דומה לזה, אך עדיין יתכנו אתגרים, בפרט בגיוס המומחים הדרושים לקביעת קריטריונים. בעייתיות זו נובעת ממיעוט המומחים בנושא בארץ (לפי גינדי, ראיון אישי, 27.6.13). לחלופת פרסי ההצטיינות דרושה עבודת המטה המעטה ביותר ולכן היא הקלה ביותר לביצוע. בחלופה זו נדרש גם שיתוף פעולה של מנהלי בתי החולים במינוי מועמדים, אבל לא צפויה להתעורר בעיה בכך: מבחינתם זו תהיה הזדמנות קלה לתגמול עובד ולחזק את שמו הטוב של בית החולים.

השוואת סיכויי ההיענות לשלוש החלופות מורכבת, כיוון שהיא נמדדת בצורה שונה עבור כל חלופה. בחלופת מענקי המחקר היענות תתבטא במספר מגישי הבקשות למענקים ובחלופת התגמול הרוחבי במספר החקירות המדווחות למנגנון התגמול. ביחס לפרסי ההצטיינות צריך לקחת בחשבון גם את מספר המועמדויות שיגישו מנהלי בתי החולים וגם את מספר מנהלי המחלקות שינקטו פעולות (שלאו דווקא מדווחות) מתוך התחשבות בפרס או בדגש הנוסף ששימו מנהלי בתי החולים על הנושא. כיוון שהיקף האוכלוסיה שיכולה לקבל את התמריץ שונה בין החלופות, לא נכון להשוות את ההיענות מבחינת מספר הנענים אלא ביחס לפוטנציאל של החלופה.

חלופת מענקי המחקר וחלופת התגמול הרוחבי צפויות להיות בעלות ישימות גבוהה בשלב ההיענות. העבודה המחקרית נחשבת כחלק חשוב מעבודתו של רופא בבית חולים, במיוחד רופא בכיר, ופרסום מאמרים משפיע משמעותית על מעמדו. רופאים גיילים לעבוד עם מענקי מחקר והם נתפסים כאמצעי לגיטימי להשפיע על העדפות מחקריות. גם ההיענות לחלופת התגמול הרוחבי צפויה להיות גבוהה כי התמריץ ניתן באופן יחסית מיידי ותוך השקעה מצומצמת בכל פעם. עם זאת, יש להדגיש שההיענות לחלופה זו תלויה באופן קריטי בביצוע מוצלח ברמה הטכנית. טפסי דיווח מסורבלים או פלטפורמת ייעוץ כושלת יכולים מאוד לפגום בהיענות. בנוסף, עשויה לפגום בהיענות לחלופה זו גם ההתנגדות הקיימת היום בקרב רופאים לדיווח למשרד (אשר

¹⁵ בעיה זו לא מתעוררת בחלופת מענקי המחקר כי מנגנון זה ממוסד ומקובל.

נובעת מחשש מפגיעה במדווח, כפי שתואר לעיל). עם זאת, צפוי שהתנגדות זו בעיקר תשפיע על תחקירים לאחר אירוע, ותאפשר למנהלים למקד את מאמצייהם בחקירות פרואקטיביות, אשר הינן במילא יותר יעילות. בחלופת פרסי ההצטיינות, צפוי שתהיה היענות גבוהה ברמת הגשת המועמדים, אך קיים חשש שההיענות תהיה רק מצד אלה שכבר עוסקים בנושא ושאפשרות לפרס לא תתפוס את תשומת הלב של רוב מנהלי המחלקות. הדגש הנוסף של מנהלי בתי החולים צפוי להגדיל מעט את ההיענות אך גם השפעה זו צפויה להיות מוגבלת, כיוון שמעמדם של מנהלי המחלקות כבר מאוד גבוה ואין להם סיבה לצפות לקידום או לחשוש מירידה במעמדם. לסיום יש להזכיר, שהסדנה שהוצעה כאמצעי תומך אמורה להשפיע לטובה על ההיענות לכל אחד משלושת התמריצים.

לסיכום, בשלב האימוץ חלופת מענקי המחקר ופרסי ההצטיינות בעלות ישימות גבוהה וחלופת התגמול הרוחבי בעלת ישימות נמוכה-בינונית; בשלב הביצוע חלופת פרסי ההצטיינות בעלת הישימות הגבוהה ביותר, ישימותה של חלופת מענקי המחקר גבוהה אך קצת פחות וחלופת התגמול הרוחבי בעלת ישימות בינונית; ובשלב ההיענות, חלופת מענקי המחקר היא בעלת הישימות הגבוהה ביותר, חלופת התגמול הרוחבי בעלת ישימות גבוהה אך קצת פחות ואילו חלופת פרסי ההצטיינות בעלת ישימות נמוכה-בינונית.

אפקטיביות

האפקטיביות של החלופות נבחנת במידה שבה הן מצמצמות את מספר הטעויות בטיפול. כיוון שהחלופות הנדונות אינן פועלות ישירות למניעת טעויות אלא מטילות על מנהלי המחלקות לפתח אמצעים לכך, כל חלופה תבחן לפי מספר אמצעי הבטיחות שסביר שייושמו בזכותה (הן במחלקה שנענית לתמריץ באופן ישיר והן במחלקות אחרות שמושפעות מהחלופה באופן עקיף), בצירוף הערכה לגבי איכותם; מתוך הנחה שמדדים אלה קשורים בצורה חזקה לצמצום טעויות. בנוסף, יש לקחת בחשבון גם את תרומתה של כל חלופה להתפתחות תרבות בטיחות שצפויה לצמצם טעויות גם מעבר לגבולות פעילות הבטיחות הספציפית שנקטת.

במונחים אלה, האפקטיביות של חלופת התגמול הרוחבי צפויה להיות הגדולה ביותר. היא מתמרצת הכנסת אמצעים במספר גדול של מחלקות ומספקת בקרה חזקה על איכותם. ההטמעה של עקרונות התחקור האיכותי צפויה לחזק את תרבות הבטיחות במחלקות שיענו לחלופה, וההיקף הרחב של התוכנית צפוי לקבע גישה זו כנורמה גם במחלקות שלא נענו לחלופה ישירות.

גם חלופת מענקי המחקר צפויה להיות בעלת אפקטיביות גבוהה. אמנם היא מתמקדת בפעולה במספר מחלקות מצומצם, אך בתוך כל מחלקה ינקטו מספר גדול של אמצעים, ואיכותם מובטחת על ידי התהליך המחקרי. בתוך מחלקות שבהן מתבצע מחקר צפויה להתפתח תרבות בטיחות מאוד חזקה. עם זאת, בגלל הריכוז במקום אחד הערך המוסף של כל אמצעי, הן על תרבות הבטיחות והן על הבטיחות עצמה צפוי להיות קצת יותר נמוך מאשר בחלופת התגמול הרוחבי. מצד שני, חלופה זו צפויה לייצא יחסית הרבה אמצעי בטיחות למחלקות אחרות בגלל הקלות שבשיתוף ממצאי מחקר.

חלופת פרסי ההצטיינות היא בעלת אפקטיביות נמוכה יותר. אמנם, מספר יחסית גדול של מחלקות צפויות להכניס שינויי בטיחות ולשפר את תשומת הלב להיבטי תרבות, אך כיוון שאין בקרה, רק מיעוט מהשינויים יהיה באיכות מאוד גבוהה. מצד שני, החלופה כוללת פלטפורמה טובה למדי להפצת המודלים המצוינים של הזוכים בפרסים בכלל המערכת.

עלות

החלופה היקרה ביותר היא חלופת מענקי המחקר, חלופת התגמול הרוחבי זולה מעט יותר וחלופת פרסי ההצטיינות זולה בהרבה משתייהן, כפי שתואר בפירוט החלופות.

שקלול החלופות

להלן טבלה המרכזת את הערכת החלופות לפי הקריטריונים שנבחנו. החלופות דורגו בסולם מ-1 עד 5 ביחס לכל קריטריון על בסיס השיקולים שהוצגו בניתוח, והציונים שוקללו לפי המשקולות.

| מענקי מחקר | פרסי הצטיינות | תגמול רוחבי | | |
|------------|---------------|-------------|---------------|-----------------|
| 5 | 5 | 2 | באימוץ – 15% | ישימות – 45% |
| 4 | 5 | 3 | בביצוע – 15% | |
| 5 | 2 | 4 | בהיענות – 15% | |
| 4 | 3 | 5 | | אפקטיביות – 45% |
| 1 | 5 | 2 | | עלות – 10% |
| 4 | 3.65 | 3.8 | | ציון משוקלל |

לסיכום, מומלץ לפעול למימוש חלופת מענקי המחקר, שהיא הטובה ביותר על פי הקריטריונים שנבחנו. אמנם העלות שלה מעט גבוהה, אך בניגוד לשתי החלופות האחרות, היא זוכה בציונים גבוהים מאוד בקריטריון האפקטיביות ובכל המרכיבים של קריטריון הישימות. כיוון שמוערך שניתן להתגבר על מחסום העלות, עדיף לבחור בחלופה שחלשה בהיבט זה וחזקה מאוד בכל היבט אחר.

נספח אסטרטגי

אחד היתרונות המרכזיים של המלצות נייר זה הוא שלא צפויים לקום להן מתנגדים משמעותיים (ראו פירוט אודות עמדותיהם של בעלי העניין בנספח ה'). עם זאת, בפני יישום מוצלח של ההמלצות עדיין עומדים שני אתגרים משמעותיים: ראשית, גיוס המשאבים (החומריים והאנושיים) הנחוצים לביצוע אפקטיבי; ושנית, וידוא היענות של מנהלי המחלקות. בנספח זה מובאות עצות להתמודדות עם אתגרים אלה בשני חלקים: בחלק הראשון מוצע ניתוח למסגרות השיח השונות שבהן נידון הנושא של בטיחות הטיפול, וכיצד לנצל אותן על מנת לקדם את המדיניות. בחלק השני מוצגת תוכנית פעולה: מפורט כיצד לגייס את התומכים הפוטנציאליים ולשכנעם לתרום ממשאביהם להצלחת התוכנית, וכן כיצד התומכים יכולים להשפיע על מנהלי המחלקות להשגת היענות משמעותית. לבסוף, מוצגים לוח זמנים ליישום המדיניות ומדדי ביצוע.

שיח המדיניות

בניתוח זה, זוהו ארבע מסגרות שיח רלוונטיות:

שיח נורמטיבי – שיח זה מתייחס לאחריות המוסרית לבטיחות. בשיח זה מתרחש הויכוח על האחריות המשפטית לטעויות: האם הרופא אחראי בדיעבד לתוצאות של כל טעות? או שהדרישה לקחת אחריות אישית היא עוול כלפי העושים את המיטב במלאכה מסוכנת מטבעה? שיח זה גם מתייחס לחובה האתית של רופאים לפעול ככל שביכולתם כדי למנוע נזק למטופל. כיוון שבשיח זה מתקיים קונפליקט, עדיף ככל הניתן להימנע ממנו. שיח זה עלול לעלות בהתנגדות של מנהלי המחלקות לפעול לשיפור תרבות הבטיחות כל עוד לא הוסדר הקונפליקט. אם זה קורה, יש להדגיש שיש מקום לשיפור גם במקרים שבהם לא נגרם נזק ואין כל סיכון משפטי, ולהראות שעיקר המדיניות מטרתה לטפל במקרים אלו. צפוי שעם העיסוק בבטיחות באופן פרואקטיבי והעמקת ההיכרות עם המחקר בנושא, תגדל גם הפתיחות לדיון בטעויות באופן ראקטיבי. בנוסף, מומלץ להצביע על מאמצים שנוקט המשרד בעניין קביעת חסיון לתחקירים פנימיים בבתי חולים.

שיח מדעי-אקדמי – שיח זה עוסק באמצעים שונים לשיפור הבטיחות ובהוכחת האפקטיביות שלהם על בסיס ממצאים קליניים. שיח זה רלוונטי למרבית השחקנים והוא צפוי להיות מרכזי מאוד ביישום ההמלצות. שיח זה גם משרת מאוד את הצעת המדיניות, שמבוססת על מחקר קודם ומעודדת מחקר נוסף; לכן, יש לעודד מאוד את השימוש בו.

שיח פיננסי – שיח זה מתייחס לנושא כשאלה ביטוחית, ובוחר כיצד למזער את הנזק הכספי לבתי החולים הנובע מכשלים בביטוחות. שיח זה רלוונטי לחברות הביטוח, מנהלי בתי החולים ומשרד האוצר. קשה להוכיח קשר ישיר בין תרבות בטיחות לחסכון פיננסי ולכן אין טעם לנסות לעשות זאת; עדיף להדגיש את העובדה שגם אף גישה אחרת עוד לא הצליחה למזער את הסיכון הביטוחי, וכן לעודד את הנטייה הקיימת של השיח הביטוחי לזלוג לעבר השיח האקדמי בנושא תרבות של בטיחות (גינדי, ראיון אישי, 27.6.13).

שיח שיתוף ציבור – חלק ניכר מהדיון על תרבות בטיחות נוגע לצורך בשיתוף החולה בתהליך הטיפול. למטופל מידע רב על מצבו, וכאשר הצוות הרפואי מתייחס אליו כשותף, הוא יכול להיות גורם חשוב השומר מפני טעויות. בנוסף, שיתוף המטופלים בתהליך שמתרחש כאשר טעויות מתרחשות מפחית מאוד את הסיכוי לתביעה או תלונה (Kohn et al. 1999), ולכן אפשר להשתמש בשיח זה גם במענה לשיח הנורמטיבי. שיח זה דומיננטי במיוחד בארגוני המטופלים אך גורמים מקצועיים רבים גם לוקחים בו חלק. שרת הבריאות סימפטית מאוד כלפי השיח של שיתוף ציבור, ואפשר להעזר בה, וכן בארגוני המטופלים, כדי לגייס את הציבור דרך התקשורת לדרוש השתתפות בתהליך הטיפול, ולהתעניין במה נעשה בתחום הביטוחות במחלקה שבה הם מטופלים. מוערך שמהלך כזה יסייע להגביר את ההיענות של מנהלי המחלקות למדיניות המוצעת.

תוכנית פעולה

התקציב הנדרש ליוזמה זו קטן יחסית, ולכן בשלב ראשון כדאי לנסות לגייס אותו באמצעות הסטת תקציבים בתוך משרד הבריאות. אפשרות נוספת היא לנסות להביא להשתתפות של חברות הביטוח במימון התוכנית. חברות אלה – ענבל, חברת הביטוח הממשלתית ומדנס, החברה המבטחת את מרבית המוסדות הלא ממשלתיים – מגלגלות כספים רבים המגיעים אליהם מפרמיות הביטוח, וכבר היום הן משקיעות חלק ניכר מהם בקידום אמצעי בטיחות שאינם חלק מניהול סיכונים פיננסי טהור. כיוון שגופים אלה מעוררים בשיח האקדמי העוסק בביטוחות הטיפול, נראה שניתן יהיה לשכנע אותם שהתוכנית אפקטיבית ושישומה המוצלח ישרת את האינטרסים שלהם. לגבי מדנס, אפשר גם לפנות לנסיונה למתג את עצמה כחברה הדואגת לחולים ולא רק לבתי החולים (חלמיש-שני, ראיון אישי, 3.6.13). הטעויות המסחריים רלוונטיים פחות לגבי ענבל, אך עליה יהיה ניתן להשפיע בצורה ישירה יותר בגלל כפיפותה למדינה.

מעבר למימון, חשוב לשתף פעולה עם חברות אלה גם בגיבוש הקריטריונים למענקי המחקר ובפיתוח הסדנה הייעודית, בגלל הידע המקצועי הרב שהן מחזיקות. עם זאת, חשוב גם

לדאוג שהשפעתן לא תהיה מוחלטת, כדי שהביצוע יהיה חופשי מהאינטרס שיש למבטחות להתמקד דווקא בתחומים בעלי סיכון פיננסי גבוה, לעיתים על חשבון תחומים שהסיכון הפיננסי בהם נמוך, למרות שמתבצעות בהם טעויות רבות (כמו גריאטריה). אם המבטחות יסרבו לממן פעילות שאינה באחריותן הבלעדית, קיימת גם אפשרות לחייב אותן בחוק להקצות אחוז מסוים מתקציבן לתוכניות בטיחות משותפות עם משרד הבריאות;¹⁶ אך מוצע שלא לעכב את ביצוע התוכנית לצורך כך. כמוצא אחרון, ניתן לגייס את הכספים ממשרד האוצר. אמנם נטייתו הראשונית היא להתנגד לכל תוספת תקציב, אך כיוון שהסכומים נמוכים וקיימת ציפייה לחסכון כלכלי ממשי בטווח הבינוני-ארוך, מוערך שניתן יהיה לגייס את הסכום.

את האחריות על גיוס מומחים לביצוע התוכנית יש להטיל על המערך לבטיחות הטיפול: קיימת בו מומחיות ותשתית לקשר עם בעלי העניין בנושא. לצורך גיוס מומחים לועדות השיפוט של הצעות המחקר, מומלץ גם להעזר במדען הראשי בגלל נסיונו בגיוסים מסוג זה. אתגר יותר גדול צפוי בגיוס מפתחים ומנחים לסדנה, כיוון שהשקעת הזמן הדרושה משמעותית. מומלץ לפנות לגורמים שהיו פעילים בוועדת החינוך והדרכה של הפורום לבטיחות הטיפול (גוף מיסודו של ה"יי שמאגד בעלי עניין שונים בנושא).

ההמלצות בנויות כך שהן אמורות להבטיח היענות על ידי פנייה לשאיפות האקדמיות של מנהלי המחלקות. עם זאת, יש ללוות את יישומן גם במאמצי שכנוע והעלאת המודעות. בנוסף לאסטרטגיית שיתוף הציבור שהוצעה בפרק שיח המדיניות, מומלץ להתמקד בהבאת הוכחות קליניות לחשיבות העיסוק בבטיחות הטיפול ובהדגשת האטרקטיביות של עיסוק מחקרי בנושא זה – הן מבחינת היוקרה המקצועית והן מבחינת הפשטות הטכנית היחסית של מחקרים אלה.

כיוון שמספר מנהלי המחלקות אינו מאוד גדול (כ-250), מומלץ שהרבה מעבודת הגיוס והשכנוע תעשה באופן אישי. עם זאת, עדיף שמשרד הבריאות לא יעסוק בכך ישירות, כיוון שהוא נתפס כרגולטור המתערב מבחוץ ועל כן השפעתו תהיה מועטה. יש להעזר לצורך כך באיגודים המקצועיים של הרופאים. כדאי לאתר גורמי קשר בכל איגוד שמזדהים עם המטרה ולגייס אותם להעלות את הנושא מול מנהלי מחלקות רלוונטיים. כמו כן, כדאי לפרסם בעלונים ובכנסים של איגודים אלה את הסדנה ואת המענקים, וכן להציג מחקרים שכבר נעשו על מנת לעורר עניין בביצוע מחקרים נוספים.

גם לאחר שהתוכנית מתחילה להתבצע באופן שוטף, יש להמשיך בקשר שוטף עם מנהלי המחלקות. בפרט, יש להפיץ תוצאות חיוביות הן של הסדנה והן של מחקרי בטיחות על מנת לעודד

¹⁶ הצעה של ד"ר גינדי, ראיון אישי, 27.6.13.

היענות נוספת. כמו כן, חשוב לפרסם ממצאים נקודתיים כדי שאימוץ המסקנות מהמחקרים לא יהיה מוגבל למחלקות שבהן הם מתבצעים. בשלב זה חשוב להיות בקשר שוטף גם עם מנהלי בתי החולים ועם חברות הביטוח, שלהם יש סמכות לדרוש את אימוצם של אמצעים יעילים. לעניין הסדנה, אם מנהלי בתי החולים וחברות הביטוח משתכנעים בחיוניותה, יכולה להיות להם השפעה גדולה על השתתפות מנהלי המחלקות: חברות הביטוח יכולות לדרוש אותה כתנאי לכיסוי ביטוחי, ומנהלי בתי החולים יכולים להעביר את המסר שהשתתפות היא חלק מההכשרה החיונית למנהל מחלקה. צפוי שבמידה והתוצאות יהיו סבירות, מנהלי בתי החולים ישתפו פעולה עם מהלך כזה, כיוון שלמעשה הם מקבלים פעילות שיפור איכות בחינם (גינדי, ראיון אישי, 27.6.13).

לו"ז לביצוע

להלן לו"ז לקידום תוכנית מענקי המחקר והסדנה הייעודית. למרות שהסדנה נועדה להגביר את ההיענות למענקי המחקר, מוצע לקדם את שני האמצעים במקביל, תוך ציפייה שההיענות למענקים תהיה מוגבלת בהתחלה ותגדל עם הזמן.

הסדנה הייעודית:

| | |
|-------------|--|
| עד 30/9/13 | גיוס כוח האדם להתאמת הסדנה והנחייתה |
| עד 31/12/13 | בניית הסדנה, קביעת תאריכים למפגשים הראשונים של 3 קבוצות וגיוס משתתפים |
| עד 30/9/14 | סיום סדרת הסדנאות ל-3 קבוצות |
| עד 31/12/14 | סיכום הסדנאות והפקת לקחים, שיפור בהתאם. הצגה למנהלי בתי החולים וחברות הביטוח במטרה להפוך את הסדנה לחלק מנוהל ההכשרה של מנהלים |
| עד 31/12/18 | העברת 8 סדרות סדנאות בשנה |
| החל מ-2019 | השלמת סדנאות לפי הצורך והביקוש |

מענקי המחקר :

| | |
|-------------|---|
| עד 31/10/13 | גיוס משאבים |
| עד 31/12/13 | גיבוש קריטריונים ומינוי חברי ועדת השיפוט |
| עד 28/2/14 | פרסום הקריטריונים, תחילת פרסום הנושא בקרב הרלוונטיים (כולל דרך הסדנה) |
| 31/10/14 | תאריך אחרון להגשת הצעות מחקר |
| עד 31/1/15 | פרסום ההצעות הזוכות |

מדדי ביצוע

מדדי התפוקות להצלחת המדיניות הן הגעה למיצוי של 70% ממנהלי המחלקות שעברו סדנה עד סוף 2018, והגעה למיצוי כלל התקציב למענקי מחקר על 2020.

קביעת מדדי ביצוע במונחי תוצאות היא מורכבת יותר: המדד שמבקשים להשפיע עליו הוא מספר הטעויות בטיפול, אך קשה להגיע לתוצאות אמינות לגבי מדד זה בגלל שיעורי הדיווח הנמוכים: אדרבה, שיפור בתרבות הבטיחות עשוי להביא דווקא לעלייה באירועים המדווחים בזמן שמספר האירועים עצמם יורד. לכן, מקובל בספרות להשתמש במדדי תהליך שמעידים על מידת תשומת הלב שהארגון מקדיש לבטיחות. מדדים מקובלים הם האחוז מבין ההצעות לשיפור שמיושמות אשר עוסקות בבטיחות; ושיעור ההצעות לשיפורי בטיחות מבין ההצעות של הצוות (Page 2004). מוצע להשתמש במדדים אלה, ובנוסף לבדוק גם שיפור בתוצאות שאלון הבטיחות של ה-AHRQ. כדי שהם יבטאו את ההשפעה הכוללת של התוכנית, יש להתייחס למדדים אלה בכל מחלקות בתי החולים, לא רק באלה שבהן מנהלי המחלקות נענו לתמריצים ולסדנה. טווח הזמן למדידה הוא עד 2026 – 6-7 שנים להשגת היענות מלאה, ועוד 5 שנים להטמעת תרבות של בטיחות. זה טווח הזמן הנדרש להכנסת שינוי תרבותי (Manasse et al. 2002).

לכן, מוצע להגדיר שיעד המדיניות הוא שעד 2025 יהיה שיפור בתוצאות שאלון ה-AHRQ ב-70% מהמחלקות לפחות, לעומת ההעברה הראשונה. כמו כן, יש להגיע למצב שבו ל-25% מהצעות השיפור המיושמות במערכת הבריאות ו-25% מהצעות השיפור שמגיעות מצוות העובדים יש היבט בטיחותי.

נספח א': דיון בסוגיה המשפטית: הגדלת החסיון על תחקירים פנימיים

כפי שצויין, אחד התנאים החשובים לשיפור בטיחות הטיפול בבתי חולים הוא קיום תרבות של דיווח מלא על אירועים שבהם נפגעו חולים מטעויות בטיפול, ועריכת תחקירים מקיפים למציאת הכשלים שהובילו לאירועים אלה. כיום, שיעור הדיווח על טעויות נמוך מאוד וקיים קושי גדול לקיים תחקור אפקטיבי של האירועים שכן מדווחים. אחד החסמים המשמעותיים שמונע שיפור בדיווח ובתחקור הוא העדר החסיון המשפטי על ממצאי חקירות פנימיות בבית החולים (מבקר המדינה 2012).

במדינות רבות בארה"ב חקירות פנימיות שמבצעים רופאים בבתי חולים, המכונות Peer review, זוכות לחסיון משפטי (חלמיש-שני 2010). בישראל, מעמדן של חקירות אלה לא הוגדר באופן מפורש בחוק, אך מהיסטורית הפסיקה עולה שחסיון אינו מובטח, ושחומר העולה מהן יכול לשמש כעדות בתביעה על רשלנות רפואית נגד המוסד החוקר והרופא המדווח. בפסק דין הדסה נגד גלעד 1995, בית המשפט דחה נסיון של ביי"ח הדסה לטעון לחסיון למסמכים שעסקו בחקירה הפנימית של אירוע שבו התאבד חולה. מבקר המדינה (2012) מצא השפעה חמורה של פסיקה זו על קיומן של ישיבות תחלואה ותמותה, אחד הפורומים החשובים לדיונים פנימיים על אירועים חריגים. לפי עדויות שאסף המבקר, בעקבות פסק הדין ישיבות אלה התמעטו מאוד עד כדי הפסקתן המוחלטת במקומות מסוימים, ובמקומות אחרים עורכים אותם אך נמנעים מרישום פרוטוקול או סיכום ישיבה כדי לא לייצר מסמכים שיהיה אפשר להציג במשפט.

בחוק זכויות החולה 1996 נקבע מעמד חוקי לשני סוגי ועדות הרלוונטיות לבדיקת כשלים בטיפול הרפואי, אך חקירות פנימיות כגון ישיבות תחלואה ותמותה לא נכנסות בצורה חלקה לאף אחת מהגדרות אלה. הראשונה, ועדת בדיקה, נועדה לבדוק אירוע חריג, לרוב חמור, ומוקמת בהחלטת מנכ"ל משרד הבריאות, מנהל בית חולים או מנהל קופת חולים. מסקנות הועדה נמסרות למטופל ולמטפל הנוגעים בדבר והפרוטוקולים שלה נשארים חסויים אלא אם כן בית המשפט מורה לחשוף אותם. בתי החולים ממעטים להשתמש בכלי זה בשל החשש לגילוי הפרוטוקול בבית המשפט (מבקר המדינה 2012). לרוב ועדות כאלה מוקמות בהוראת משרד הבריאות, לעיתים קרובות בעקבות תלונה, והבדיקה נערכת פרק זמן משמעותי אחרי האירוע. אופי העבודה של הועדה הוא מעמתי: היא פועלת למציאת הגורם (האנושי) האחראי לכשל, ומי שמעיד בפני הועדה מלווה בעורך דין. לכן, למרות החשיבות של ועדות אלה מבחינת האחראיות של מערכת

הבריאות כלפי הציבור ונתינת הדין על התנהלות לא תקינה, נראה שאין להם ערך רב במציאת כשלים מערכתיים.

סוג הועדה השני המוגדר בחוק הוא ועדת בקרה ואיכות, שנועדה להעריך את כלל הפעילות הרפואית בתחום מסוים. עבודת ועדה זו אינה אמורה לעסוק באירוע ספציפי, והיא נהנית מחסיון מלא. בפועל, אין שימוש רב בועדות מסוג זה (פורת 2006, מבקר המדינה 2012). לעיתים, בבדיקה פנימית של אירוע מסוים מכריזים שמדובר בועדת בקרה ואיכות כדי לזכות בחסיון לממצאים, אבל לפי פסיקות אחרונות של בית המשפט נראה שאין להצהרה מעין זו תוקף חוקי, ובית המשפט יכול לדרוש את החשיפה של כל פרוטוקול שדן באירוע שנוגע לחולה ספציפי, בלי תלות במסגרת שבה התקיימה הבדיקה. אפילו סיכומי דיונים שסומנו כהכנה למשפט ונשלחו לעו"ד אינם נהנים מחסיון כאשר בית המשפט קובע שמטרתו העיקרית של הדיון הייתה פעילות שיפור איכות מערכתית ולא הכנה למשפט (חלמיש-שני 2010).

כדי להסדיר את מעמדן של חקירות פנימיות שלא הוקמו כועדות בדיקה אך שגם אינן עומדת בקריטריונים של ועדת בקרה ואיכות, משרד הבריאות הציע לשנות את החוק כך שלהגדרה של ועדת בדיקה יכנסו רק ועדות שקמו בעקבות החלטת מנכ"ל משרד הבריאות על מנת לבדוק אירועים מיוחדים החייבים בדיווח לפי חוק. במקום ועדות בקרה ואיכות, תוגדר ועדה שתכיל את כל הפעילות שמבוצעת בבית חולים לשיפור איכות, בין אם בעקבות אירוע ובין אם לא, וועדה מעין זו תזכה לחסיון מלא.

הצעה זו נתקלה בהתנגדות רבה מצד משרד המשפטים, ולמעשה לא ניתן להמשיך לקדם את הצעת החוק כהצעת חוק ממשלתית. עמדתו של משרד המשפטים היא שהחוק הנוכחי מאזן בצורה ראויה את זכות החולה לדעת עם האיטרס הציבורי בתחקירי אירועים איכותיים. עמדתו מבוססת על התפיסה שחוק זכויות החולה נועד להבטיח לחולה זכות לקבל כל מידע שתועד לגבי הטיפול בו. משרד הבריאות פועל כעת על מנת להעלות את החוק כהצעה פרטית, ולו בשביל לעורר דיון ציבורי (גולדפרב, ראיון אישי, 7.4.13). נראה שסיכויי ההצלחה של יוזמה זו קלושים, מה גם שלא ברור שדיון ציבורי בהכרח יפעל לטובת החוק המוצע. זאת מכיוון שהאווירה הציבורית היום אינה סובלנית כלפי טעויות.

כדי להשתחרר ממבוי סתום זה, מוצעת פשרה שלפיה החוק יכיר בשלושה סוגי ועדות: ועדת בדיקה כפי שמוגדרת בהצעת החוק של משרד הבריאות; ועדת בקרה ואיכות, כפי שמוגדרת בחוק הקיים; וועדת "בדיקת עמיתים", שתכלול חקירות פנימיות שנועדו לשפר את איכות ובטיחות הטיפול ושעוסקות בהסקת מסקנות מעניינו של חולה מסוים. לועדות מהסוג השלישי

יובטח חסיון אלא במקרים חריגים, ומקרים חריגים אלה צריכים להיות מוגדרים בחוק ולא נתונים לשיקול דעתו של בית המשפט. זאת כדי לעצור את המגמה המצמצמת שקיימת היום בפסיקה בנושא החסיון (ראו דו"ח ועדת שפניץ 2005).

את הקריטריונים המדויקים שיביאו לאיזון הנכון בין האינטרס הציבורי בלמידה מערכתית והגנה על זכויות החולה, כדאי לקבוע בדיון משותף עם משרד המשפטים. קריטריונים לדוגמא הם חוסר משמעותי ברשומות הרפואיות, או אי הקמה של ועדת בדיקה, למרות שעל פי דין היתה צריכה לקום ועדה כזו. כמו כן, ניתן לקבוע שגם אם הפרוטוקולים של הישיבות יחשפו ויוכלו לסייע לתובע בהכנת המשפט, הם עצמם לא יהיו קבילים כעדות.

נספח ב': שיטה לבחינת האיכות של חקירה בתחום בטיחות הטיפול (לפי Bagian et al. 2011)

מנהל הבריאות לחיילים משוחררים בארה"ב, ה-VHA, מקיים תוכנית בעלת דמיון מסוים לחלופת התגמול הרוחבי, ובה הוא מעניק לבתי החולים שתחת סמכותו דירוג בטיחות לפי איכות התחקירים שנערכים בה. על מנת לבחון את הצלחת התוכנית, פותחו קריטריונים למדידת האיכות של התחקירים המדווחים. ב-VHA השיטה משמשת לבדיקת תחקירים מסוג "חקר שורשי אירוע" (RCA – Root Cause Analysis) שמבוצעים אחרי אירועים חריגים או אירועי כמעט ונפגע, אך היא יכולה להיות רלוונטית גם ביחס לחקירות פרואקטיביות.

לפי שיטה זו, חקירה תיחשב איכותית בתנאים הבאים:

- עבור כל כשל שאותר הוצע לפחות אמצעי אחד לתיקונו.
- הובהר הקשר הסיבתי בין הכשל לאמצעי התיקון המוצע.
- יש גיבוי ניהולי ליישום אמצעי התיקון.
- האמצעי המוצע מקושר עם מדד תוצאות כמותי שידווח בהמשך.

כמו כן, פותחה רשימה ובה סוגים של אמצעי תיקון אפשריים מסווגים לפי "החוזק" שלהם מבחינת העקרונות של הנדסת אנוש. אמצעים 'חזקים' יותר הם בעלי סיכוי גבוה יותר להיות מיושמים, להיות אפקטיביים ולהישמר לאורך זמן. חקירות איכותיות כוללת במסקנותיהן לפחות אמצעי אחד חזק או בינוני. להלן הרשימה:

אמצעים המבוססים על עקרונות של הנדסת אנוש

| | |
|---|--------------------------|
| <p>שינויים בסביבה הפיזית</p> <p>מכשירים חדשים עם בדיקת שימושיות לפני הרכישה</p> <p>הכנסת מגבלה הנדסית לשליטה על התנהגות (forcing function)</p> <p>פישוט תהליכים והוצאת צעדים מיותרים</p> <p>סטנדרטיזציה של ציוד, תהליך, או תכנית טיפול</p> <p>מעורבות ופעילות מוחשית ברמת ההנהגה למען בטיחות הטיפול</p> | <p>אמצעים חזקים יותר</p> |
| <p>יתירות (redundancy, כפילות המשמשת למניעת כשל)</p> <p>הגדלת כח האדם/הקטנת עומס העבודה</p> <p>שיפורים/שינויים בתוכנה</p> | <p>אמצעים בינוניים</p> |

| | |
|---|--------------------------|
| <p>ביטול/הפחתת הסחות דעת (סביבה רפואית סטרילית)</p> <p>רשימות תיוג (checklist)/עזרים קוגניטיביים</p> <p>ביטול דברים שנראים/נשמעים אותו דבר</p> <p>חזרה על הוראות (read back)</p> <p>תיעוד/תקשורת משופרת</p> | |
| <p>בדיקות חוזרות</p> <p>אזהרות ותוויות</p> <p>נוהל/תזכיר/מדיניות חדשה</p> <p>הכשרה</p> <p>מחקר/ניתוח נוסף</p> | <p>אמצעים חלשים יותר</p> |

נספח ג': שאלון תרבות בטיחות של ה-AHRQ

השאלון של ה-AHRQ נועד להעריך את התפיסות המקובלות בקרב עובדי מוסד רפואי בנושאים הקשורים לבטיחות הטיפול. השאלון כולל 43 היגדים ב-12 תחומים שנחשבים למרכיבים של תרבות בטיחות, כאשר המשיבים נדרשים לסמן את מידת הסכמתם עם כל היגד. את התוצאות ניתן לנתח ברמת המוסד, המחלקה, או השיוך המקצועי.

אחד היתרונות המרכזיים של שאלון זה הוא שה-AHRQ מתחזק מאגר אלקטרוני של תוצאות שדווחו מכ-500 בתי חולים. מאגר זה מאפשר למנהל שמשמש בשאלון להשוות את תוצאותיו למחלקות דומות ובכך לייעל את עבודתו. כמו כן, מנתוני מאגר זה ניתן ללמוד על עלייה קלה בציוני המדד בבתי חולים שהעבירו אותו מספר פעמים, מה שעשוי להעיד על ערכו של השאלון ככלי התערבות (AHRQ 2012). המחקר על תוקפו של השאלון עדיין ראשוני, אך ישנן כבר עבודות המעידות על קשר בין ציונים במדד לתוצאות קליניות (יוספסברג וכהן-אשכנזי 2011).

מבחינה פרקטית, ה-AHRQ שחרר את זכויות השימוש בשאלון זה לרשות הכלל, והוא כבר תורגם והותאם לבתי החולים בארץ, כך שאימוצו לסדנה צפוי להיות פשוט למדי. משרד הבריאות ניסה כבר לעשות שימוש בשאלון זה, אך זכה בהיענות מאוד נמוכה, בעיקר בקרב רופאים (גולדפרב, ראיון אישי, 23.6.13). על סמך Nieva and Sorra (2003), מוערך שהשימוש בו ככלי מדידה פנימי, במקום חיצוני, ובליויי הדרכה מסודרת לפירוש התוצאות, יהיה יותר אפקטיבי.

את טופס השאלון באנגלית ניתן למצוא החל מהעמוד הבא.

Hospital Survey on Patient Safety

Instructions

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

- An **“event”** is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- **“Patient safety”** is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your “unit” as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend most of your work time or provide most of your clinical services.

What is your primary work area or unit in this hospital? Select ONE answer.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Many different hospital units/No specific unit | <input type="checkbox"/> h. Psychiatry/mental health | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> b. Medicine (non-surgical) | <input type="checkbox"/> i. Rehabilitation | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> c. Surgery | <input type="checkbox"/> j. Pharmacy | |
| <input type="checkbox"/> d. Obstetrics | <input type="checkbox"/> k. Laboratory | |
| <input type="checkbox"/> e. Pediatrics | <input type="checkbox"/> l. Radiology | |
| <input type="checkbox"/> f. Emergency department | <input type="checkbox"/> m. Anesthesiology | |
| <input type="checkbox"/> g. Intensive care unit (any type) | | |

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.

| Think about your hospital work area/unit... | Strongly Disagree ▼ | Disagree ▼ | Neither ▼ | Agree ▼ | Strongly Agree ▼ |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. People support one another in this unit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. We have enough staff to handle the workload..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. In this unit, people treat each other with respect | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

| | Strongly Disagree ▼ | Disagree ▼ | Neither ▼ | Agree ▼ | Strongly Agree ▼ |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 6. We are actively doing things to improve patient safety | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 8. Staff feel like their mistakes are held against them | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 9. Mistakes have led to positive changes here | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 11. When one area in this unit gets really busy, others help out | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 15. Patient safety is never sacrificed to get more work done | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 17. We have patient safety problems in this unit | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SECTION B: Your Supervisor/Manager

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.

| | Strongly Disagree ▼ | Disagree ▼ | Neither ▼ | Agree ▼ | Strongly Agree ▼ |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts..... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit?

| | Never ▼ | Rarely ▼ | Some- times ▼ | Most of the time ▼ | Always ▼ |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Think about your hospital work area/unit... | | | | | |
| 1. We are given feedback about changes put into place based on event reports | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. We are informed about errors that happen in this unit | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SECTION D: Frequency of Events Reported

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, how often are they reported?

| | Never ▼ | Rarely ▼ | Some- times ▼ | Most of the time ▼ | Always ▼ |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. When a mistake is made, but is <i>caught and corrected before affecting the patient</i> , how often is this reported? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. When a mistake is made, but has <i>no potential to harm the patient</i> , how often is this reported? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. When a mistake is made that <i>could harm the patient</i> , but does not, how often is this reported? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SECTION E: Patient Safety Grade

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety.

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A | B | C | D | E |
| Excellent | Very Good | Acceptable | Poor | Failing |

SECTION F: Your Hospital

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.

| | Strongly Disagree ▼ | Disagree ▼ | Neither ▼ | Agree ▼ | Strongly Agree ▼ |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Think about your hospital... | | | | | |
| 1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Hospital units do not coordinate well with each other | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Things “fall between the cracks” when transferring patients from one unit to another | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. There is good cooperation among hospital units that need to work together | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SECTION F: Your Hospital (continued)

| | Strongly Disagree ▼ | Disagree ▼ | Neither ▼ | Agree ▼ | Strongly Agree ▼ |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------|--------------|------------|------------------------|
| Think about your hospital... | | | | | |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | ▼ | | | | ▼ |
| 5. Important patient care information is often lost during shift changes ... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens..... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 10. Hospital units work well together to provide the best care for patients..... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 11. Shift changes are problematic for patients in this hospital..... | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SECTION G: Number of Events Reported

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. No event reports | <input type="checkbox"/> d. 6 to 10 event reports |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 2 event reports | <input type="checkbox"/> e. 11 to 20 event reports |
| <input type="checkbox"/> c. 3 to 5 event reports | <input type="checkbox"/> f. 21 event reports or more |

SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results.

1. How long have you worked in this hospital?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 20 hours per week | <input type="checkbox"/> d. 60 to 79 hours per week |
| <input type="checkbox"/> b. 20 to 39 hours per week | <input type="checkbox"/> e. 80 to 99 hours per week |
| <input type="checkbox"/> c. 40 to 59 hours per week | <input type="checkbox"/> f. 100 hours per week or more |

SECTION H: Background Information (continued)

4. What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Registered Nurse | <input type="checkbox"/> j. Respiratory Therapist |
| <input type="checkbox"/> b. Physician Assistant/Nurse Practitioner | <input type="checkbox"/> k. Physical, Occupational, or Speech Therapist |
| <input type="checkbox"/> c. LVN/LPN | <input type="checkbox"/> l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology) |
| <input type="checkbox"/> d. Patient Care Asst/Hospital Aide/Care Partner | <input type="checkbox"/> m. Administration/Management |
| <input type="checkbox"/> e. Attending/Staff Physician | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> f. Resident Physician/Physician in Training | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> g. Pharmacist | |
| <input type="checkbox"/> h. Dietician | |
| <input type="checkbox"/> i. Unit Assistant/Clerk/Secretary | |

5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?

- a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
- b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.

6. How long have you worked in your current specialty or profession?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

נספח ד': פירוט עלויות הסדנה הייעודית

עבודת מומחה בשנה הראשונה

| | |
|--------------|--|
| 180 שעות | בניית הסדנה והתאמתה |
| 30 שעות | פיילוט של 3 סדנאות בנות 3 מפגשים כל אחת |
| 90 שעות | מחקר, עיבוד ותיקון בעקבות הפיילוט |
| כ-40,000 ש"ח | עלות העסקה חודשית של חוקר בכיר בשירות המדינה |
| כ-66,700 ש"ח | עלות כוללת |

עבודת מומחה – עלות שנתית

| | |
|-----------------|------------------------------|
| כ-100 שעות בשנה | הנחיית 8 סדאות בנות 3 מפגשים |
| כ-22,200 ש"ח | עלות כוללת |

מנהלות – עלות שנתית

| | |
|---|---|
| 36,000 ש"ח בשנה | רבע משרה לתיאום מועדי המפגשים וגיוס המנהלים |
| כיוון שהסדנאות קטנות, אפשר להשתמש בחדרים במוסדות רפואיים בהתאם לנוחות המשתתפים בעלות נוספת זניחה. | מיקום ואירוח |

| | |
|-----------------------------|---------------|
| 102,700 ש"ח בשנת הפיילוט | סך הכל |
| 58,200 לשנה ב-4 השנים הבאות | |

הערות:

- בבתי חולים הכלליים יש היום כ-250 מנהלי מחלקות.¹⁷ עם ממוצע של 5 מנהלים בסדנה, כדי להגיע למיצוי של 70% ב-5 שנים צריך 3 סדנאות בשנת הפיילוט ו-8 סדנאות ב-4 השנים שלאחר מכן.
- ניתן לחלק את העבודה בין מנחים שונים ומומלץ שהעבודה תעשה במסגרת משרה מלאה קיימת העוסקת בתחום הבטיחות ברפואה.
- הערכות השכר נעשו על בסיס דו"ח הממונה על השכר: דין וחשבון על הוצאות השכר בשירות המדינה, בגופי הביטחון ובשירות בתי הסוהר לשנת 2011: דו"ח מס' 11.

¹⁷ מוערך על פי מספר המחלקות, תוך ניכוי מחלקות קטנות מאוד. לפי הלל וחקלאי (2012).

נספח מיפוי שחקנים

הערה לגבי עמודת ה"עמדה" בטבלה: השחקנים שנכתב לגביהם שהם "נוטים לתמוך" הם שחקנים שתומכים עקרונית בהמלצות הנייר, אך שיש עוד צורך לשכנעם לבטא תמיכה זו על ידי השקעה ממשאביהם. השחקנים שנכתב לגביהם "תומכים" הם שחקנים שתמיכתם מלאה, כולל העמדת משאבים, או שחקנים תומכים שאין להם משאבים החיוניים ליישום מוצלח של ההמלצות.

הערה לגבי הלקוח: פרופ' גמזו נבחר בתור הלקוח כיוון שהוא הגורם בעל היכולת לגייס את המשאבים הדרושים למימוש המלצות הנייר. כמו כן, מפעילותו במהלך כהונתו עד כה עולה שהמלצות נייר זה מתיישבות היטב עם ערכיו ותפיסתו לגבי מערכת הבריאות. הוא עסק בשיפור איכות ובטיחות בבתי חולים במסגרת הפרוייקט הלאומי למדדי איכות, בהוצאת נהלים חדשים על שיפור התיעוד במערכת הבריאות ובהקמת המערך לבטיחות הטיפול ופרסום הדרישה להקים יחידות לבטיחות הטיפול בבתי חולים. כמו כן, הוא דוגל בשיתוף מטופלים בתהליך הטיפול, ובקיום דיווחים ותחקירים ללא חיפוש אשמה, שני עקרונות שמתיישבים עם התפיסה של תרבות בטיחות. בפועל, הנייר יוגש לנטעלי גולדפרב, מ"מ ראש המערך לבטיחות הטיפול, אשר תעביר אותו לפרופ' גמזו אם תראה לנכון.

| שם | עמדה | ערכים | אינטרסים | משאבים | שיח | אסטרטגיה |
|---|------|---|--|--|---|----------|
| מנכ"ל משרד הבריאות, פרופ' רוני גמזו (הלקוח) | תומך | מאמין בחיזוק מערכת הבריאות הציבורית, בקידום איכות הטיפול ואיכות השירות (חוות המטופל), בהגברת התיעוד והשימוש במדדי איכות | השגת תוצאות טובות בבריאות במדדים לאומיים ובינלאומיים, שמירה על רופאים טובים במערכת הציבורית, הרחבת סל השירותים הרפואיים, | יש לו יכולת להשיג תקציבים בהיקף הדרוש, יכולת (מוגבלת) להשפיע על שיתוף הפעולה של מנהלי בתי החולים וההיענות של מנהלי המחלקות באמצעות | מדעי-אקדמי, שיתוף ציבור, פיננסי, נורמטיבי | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|------------|---|
| | | שילוב הנושא בסדר היום של המשרד. השפעה מעט גדולה יותר על בתי החולים הממשלתיים | מאבק בביטוחים הפרטיים, צמצום עלויות משפטיות | | | |
| הם אחראים על הביצוע, ובמיוחד על הקישור בין השחקנים השונים. גיוס מומחים וניהול לוגיסטי של הסדנה יהיו על אחריותם וכן הם יספקו ייעוץ מקצועי למנהלי המחלקות. הם תומכים במהלך ולכן לא צריכים שכנוע אבל צריך להבטיח להם שיהיה גיבוי ניהולי לעבודתם | מדעי- אקדמי, שיתוף ציבור, נורמטיבי | ידע מקצועי, תשתית לקשר בין השחקנים, תשתית לביצוע בקרות איכות | גידול בדיווחים, שיתוף פעולה אפקטיבי עם רופאים ושאר גורמים בשטח, יישום ההמלצות בשטח | הגנה על חולים, למידה מערכתית, פעילות מבוססת נתונים, שיתוף ציבור | תומך | המערך לבטיחות הטיפול ואגף איכות, משרד הבריאות |
| צריך לשכנע אותו בערך האקדמי והמעשי של מחקרים בנושא. | מדעי- אקדמי, פיננסי (אחראי לבחינת | תשתית לקידום ובחינת מענקי מחקר, ידע מקצועי, תקציב למחקר, סמכות לתעדף נושאי מחקר, | השגת תקציבים, שימור השליטה על הקריטריונים לחלוקת משאבים, יוקרה אקדמיות | פעילות מבוססת נתונים, עידוד מחקר ופיתוח | נוטה לתמוך | המדען הראשי, משרד הבריאות |

| | | | | | | |
|-------------|-------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|---|
| | כדאיות ההשקעה (במחקרים) | רגולציה על מחקר רפואי | | | | |
| שרת הבריאות | תומכת | פעילות מבוססת נתונים, שיתוף ציבור | תמיכה ציבורית, להראות עשייה, תוצאות טובות למערכת הבריאות | במה תקשורתית, יכולת להאבק על תקציבים, יכולת להשפיע על חקיקה | נורמטיבי, מדעי- אקדמי, שיתוף ציבור | שרת הבריאות אינה שחקן מרכזי ורוב העבודה יכולה להיעשות בדרגים המקצועיים. אפשר להעזר בה כדי לעורר הד תקשורתי ולערב את הציבור. |
| משרד האוצר | עשוי להתנגד | יעילות כלכלית | שמירה על קופת המדינה, עידוד הכנסות, קידום פרוייקטים שעולים בקנה אחד עם התפיסה של המשרד | אישור תקציבים | פיננסי | יתכן שהמשרד יתנגד להקצאת משאבים נוספים לצורך העניין, בפרט כיוון שישנם מקורות פרטיים למימון מחקרים. אפשר יחסית בקלות לגייס את השיח הפיננסי על מנת לשכנע שבטווח הארוך המדיניות תביא להקטנת ההוצאות הרפואיות, ובפרט ההוצאות על תשלום פיצויי רשלנות. |

| | | | | | | |
|---|-----------------|--|---|--|--|---------------------|
| <p>מצד שני, כיוון שמדובר בסכומים קטנים יחסית, עדיף לנסות קודם לעקוף את משרד האוצר ולגייס את המשאבים ממקורות אחרים.</p> | | | | | | |
| <p>צריך לבוא לשחקן זה בגישה פרגמטית, לנסות גם לקבל רעיונות ממנו להתמודדות עם החסם המשפטי. חובה לתקשר איתו בשיח נורמטיבי-משפטי. כדי לעודד את שיתוף הפעולה שלו יש להציג את המצב ככזה שבו לחקירות פנימיות בבית חולים אין מעמד ברור בחוק, ויש צורך בהסדרה כלשהי. גם התקדמות חלקית בדיון עם משרד המשפטים יכולה לשמש לגיוס הרופאים.</p> | <p>נורמטיבי</p> | <p>לחסום הצעת חוק ממשלתית, להאבק בהצעת חוק פרטית</p> | <p>וידוא שכל חוק שנחקק יעמוד בבג"ץ, הגנה על זכויות הפרט</p> | <p>זכויות הפרט, שקיפות ואחריותיות, הרתעה</p> | <p>אדיש כלפי החלופות המוצעות אבל יתנגד לכל פעילות נלווית שנועדה להגן על רופאים ומוסדות רפואיים מתביעות על רשלנות</p> | <p>משרד המשפטים</p> |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|---|--------------------|-------------------------|
| <p>למרות שהאמצעים המוצעים פונים ישירות למנהלי המחלקות, גיוס מנהלי בתי החולים יכול להשפיע במידת מה על ההיענות. במיוחד צריך לשכנע אותם בכדאיות של הסדנה. מוערך שהם יטו לתמוך כי למעשה מקבלים שירות בחינם. את מנהלי בתי החולים הקטנים כדאי לגייס באמצעות פנייה לתחרותיות שלהם ולרצונם להגיע למקומות טובים במדדי האיכות. שיח מסוג זה צפוי להשפיע פחות על מנהלי בתי החולים הגדולים (גולדפרב, ראיון אישי, 23.6.13), ועדיף לא להשקיע בהם יותר מדי מאמצי שכנוע. בעיקר ליידע ולשתף בהתרחשויות</p> | <p>פיננסי, נורמטיבי, אקדמי-מדעי</p> | <p>לעודד היענות, לחייב השתתפות בסדנה, לקבע את נושא הבטיחות גבוה בסדר העדיפויות של הארגון</p> | <p>שיפור בביצועים של בי"ח, מיעוט תקשורת שלילית, פרסומים מדעיים, חסכון כספי, הימנעות מחשיפה משפטית</p> | <p>ערכים מקצועיים (רפואה), תחרותיות, ערכים עסקיים</p> | <p>נוטים לתמוך</p> | <p>מנהלי בתי החולים</p> |
|--|-------------------------------------|--|---|---|--------------------|-------------------------|

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|---|---|---|--|---------------------|
| <p>כדי שמנהלים שמעוניינים לעסוק בנושא יוכלו לעשות כך.</p> | | | | | | |
| <p>יש צורך בדיון מתמשך עם מנהלי המחלקות לוידוא היענות. עדיף שהקשר יעשה כמה שפחות באמצעות גורמים במשרד הבריאות, שנתפס כרגולטור חיצוני, וכמה שיותר באמצעות שחקנים תומכים אחרים שקרובים אליהם בעבודה המקצועית. כדאי גם לפנות אליהם באמצעות התקשורת ועל ידי גיוס המטופלים לשאול על נושא הבטיחות. הדרך העיקרית לגיוסם היא באמצעות הצגת תוצאות קליניות טובות (שיח מדעי-אקדמי), אך יש להתייחס גם לנושא הנורמטיבי, ולהראות איך</p> | <p>נורמטיבי, אקדמי-מדעי</p> | <p>סמכות לקבוע סדרי עדיפויות במחלקה, ידע מקצועי, יכולת מחקרית, סמכות לגבי הכשרה, סמכות לקבוע וליישם נהלי עבודה במחלקה</p> | <p>שיפור במדדים של מחלקותיהם, ייעול העבודה, שביעות רצון של עובדים וחולים במחלקה, פרסומים מדעיים, הגנה מפני חשיפה משפטית</p> | <p>ערכים מקצועיים (רפואה), תחרותיות, ערכי ניהול</p> | <p>תומכים במענקי המחקר, מתנדדים לגבי הסדנה, יתכן שחלק יתנגדו</p> | <p>מנהלי מחלקות</p> |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|------------------------|---|
| <p>עיסוק בבטיחות מראש מאפשר לעקוף את הדילמות האתיות שמקושרות עם דיווח ותחקיר על טעויות. בתוך כך, יש להראות גם התקדמות בנושא ההגנה מפני חשיפה משפטית.</p> | | | | | | |
| <p>עלולים לחשוש שבמימוש ההמלצות יש העברת סמכויות מהם למנהלי המחלקות. כדאי להדגיש בפניהם שההמלצות דווקא יחזקו את מעמדם כיוון שנושא הבטיחות יתפוס מקום יותר חשוב בארגון. כמו כן, מימוש מוצלח ישפר את שיתוף הפעולה של המחלקות וכך יקל על עבודתם. לגייס אותם בעיקר לצורך הפצה של פעולות מוצלחות שמבצעים מנהלי מחלקות</p> | <p>נורמטיבי, שיתוף ציבור, אקדמי- מדעי</p> | <p>ידע מקצועי, ידע ארגוני, סמכות להנחות בנושא</p> | <p>חיזוק השפעתם, שיתוף פעולה אפקטיבי עם המחלקות, ניהול תחקירים, עידוד דיווחים ויישום נהלים</p> | <p>ערכים מקצועיים (רפואה, סיעוד, הנדסה – תלוי בבעל המקצוע)</p> | <p>נוטים לתמוך</p> | <p>יחידות האיכות, רכזי הבטיחות ומנהלי הסיכונים בבתי חולים</p> |

| | | | | | | |
|---|------------|--|---|--------------------------------------|--------|-------------------------|
| הלאה למחלקות אחרות. | | | | | | |
| לא שחקן מרכזי, אך יכולים לעזור בהעדפת רופאים עם מומחיות בנושא בטיחות בהוראה. לא יהיה להם הרבה השפעה על מנהלי המחלקות שנמצאים בדרגת פרופסורה, אך אולי ישפיעו על אלה שלא הגיעו לדרגה זו. נראה שיהיה יחסית קשה לגייסם, כיוון שיש עוד הרבה שיקולים אחרים שהם צריכים לקחת בחשבון בעבודתם ועד עכשיו היה קשה לגייסם אפילו להכנסת נושא הבטיחות בצורה רצינית לתוכנית הלימודים. לכן כדאי לנסות לערב בעיקר את הדיקנים שכבר הראו עניין בנושא. ניתן גם למשוך | אקדמי-מדעי | כח אדם מקצועי בקליניקה, במחקר ובהוראה, תוכניות הכשרה רלוונטיות | גיוס רופאים להוראת סטודנטים, איזון בין תכני הלימוד הרבים ושעות ההוראה המוגבלות, פרסומים אקדמיים | חינוך רופאים, ערכים מקצועיים (רפואה) | תומכים | הדיקנים בפקולטות לרפואה |

| | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|--|--------|------------------------|
| אותם על ידי הצגת האפשרות של שיתופי פעולה אקמיים וייעוץ למחלקות, באופן שגם הם יהנו מתקציבי המחקר. | | | | | | |
| להשתמש בפלטפורמות שלהם (עלוניס, כנסים וכו') כדי לפרסם את הסדנה ואת המענקים וכדי להציג מחקרים שנעשו בנושא ולעורר עניין בביצוע מחקרים נוספים. | נורמטיבי, אקדמי-מדעי | הפצת ידע, פורום לשיתוף פעולה בין רופאים | הגנה על רופאים, שיפור מקצועי | ערכים מקצועיים, סולידריות בין רופאים | תומכים | הסתדרות הרופאים (הר"י) |
| להעזר במסגרת הארגונית שלהם כדי לגייס מומחים. יש להם ועדת חינוך והדרכה, אפשר להעזר בה להכנת הסדנה. | אקדמי-מדעי, שיתוף ציבור, נורמטיבי | פורום לשיתוף פעולה בין כל בעלי העניין בנושא, ידע מקצועי, כנסים | הגנה על רופאים, קידום בטיחות הטיפול, גיוס עוד גורמים לנושא להגדלת השפעתם | ערכים מקצועיים, שיתוף ציבור, פתיחות ללמידה מטעויות | תומכים | הפורום לבטיחות הטיפול |
| להעזר בהם בגיוס הציבור והתקשורת | שיתוף ציבור, נורמטיבי | השפעה על השיח התקשורתית ועל נושאי חקיקה | הגנה על המטופלים ותמיכה בהם, שיפור הטיפול, נוכחות ציבורית תקשורתית | דמוקרטיה וקהילתיות, שקיפות ציבורית ואחריותיות | תומכים | ארגוני מטופלים |
| שיתוף פעולה עם גופים | פיננסי, | ידע מקצועי, סמכות | להקטין עלויות | ערכים כלכליים, ערכים | נוטים | הגופים המבטחים |

| | | | | | | |
|--|-------------------|---|---|-----------------|--------------|---|
| <p>אלה חשוב לכל אורך הדרך. כדאי לשכנע אותם שישתתפו הן בתרומה מהמומחיות שלהם והן במימון ההמלצות. נראה שיהיה אפשר לשכנע אותם בכך בטיעונים פיננסיים ומדעיים. לגבי מדנס, אפשר גם לפנות לנושא המיתוג שלהם בציבור כדואגים לבטיחות החולים ולא רק להגנה על בית החולים (חלמיש-שני, ראיון אישי, 3.6.13). נראה שהם ישתפו פעולה אך יתכן שיהיה קושי לשכנע אותם לתרום ליוזמה שלא הם אחראים לביצועה. קיימת אפשרות גם לחייב אותם בחוק להקצות אחוז מסוים מהתקציב שלהם לפעילות בטיחות משותפת עם משרד הבריאות (גינדי,</p> | <p>אקדמי-מדעי</p> | <p>לחייב את בייח לאמץ אמצעים מסוימים, לחייב יישום של פיתוחי בטיחות שמתגלים, מאגרי דיווחים</p> | <p>מתביעות, להקטין סיכון ביטוחי וחוסר וודאות, לדאוג למיתוג שלהם בציבור (בעיקר רלוונטי למדנס, שהינה חברה מסחרית)</p> | <p>מקצועיים</p> | <p>לתמוך</p> | <p>מפני תביעות על רשלנות רפואית (ענבל בבי"ח הממשלתיים, מדנס בשאר)</p> |
|--|-------------------|---|---|-----------------|--------------|---|

| | | | | | | |
|--|-------------------|---|--|--|---------------|--|
| <p>ראיון אישי, 27.6.13). קשר עם גופים אלה חשוב גם בהמשך בגלל היכולת שלהם לדרוש הכנסת שיפורים שפותחו במחקרים לכלל מחלקות בית החולים. אם לסדנה יש תוצאות מאוד טובות, הם יכולים גם לדרוש השתתפות בסדנה.</p> | | | | | | |
| <p>הם יכולים לסייע מאוד בהגברת ההיענות. צריך להשתמש בפלטפורמות שלהם (עלונים, כנסים וכו') כדי לפרסם את הסדנה ואת המענקים וכדי להציג מחקרים שנעשו בנושא ולעורר עניין בביצוע מחקרים נוספים. כדאי לאתר גורמי קשר שמזדהים עם המטרה כדי שיגייסו וישכנעו באופן יותר אישי.</p> | <p>אקדמי-מדעי</p> | <p>הפצת ידע, פורום לשיתוף פעולה בין רופאים, בעלי השפעה בקביעת נהלים ואמצעים מומלצים בתחום התמחותם</p> | <p>הגנה על רופאים, שיפור מקצועי, קידום מקצועי של חברים</p> | <p>ערכים מקצועיים, סולידריות בין רופאים, שיתוף ידע</p> | <p>תומכים</p> | <p>איגודים מקצועיים של רופאים (התמחויות שונות)</p> |

פרסומים אקדמיים, דו"חות, כתבות ואתרי אינטרנט:

AHRQ, (2012), *User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
Accessed from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/index.html>

Bagian, J. P., King, B. J., Mills, P. D., McKnight, S. D., (2011), "Quality improvement report: improving RCA performance: the Cornerstone Award and the power of positive reinforcement", *BMJ Quality & Safety* 20(11), 974-982.

Bradley, J., (2006), "CRICO Patient Safety Research Grants", *Forum: Patient Safety Target Areas* (CRICO/RMF newsletter) 24(1), 15.

Donaldson, L. J., Fletcher, M. G., (2006), "The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously", *Medical Journal of Australia* 184(10), S69-72.

ECRI Institute, (2009), "Supplement A: culture of safety", *Healthcare Risk Control: Risk and Quality Management Strategies* (ECRI newsletter) 21. Accessed from: https://www.ecri.org/documents/patient_safety_center/hrc_cultureofsafety.pdf

Institute of Medicine, (2011), *The Richard and Hinda Rosenthal Lecture 2011: New Frontiers in Patient Safety*, National Academies Press, Washington DC.

Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H., Rosenthal, G. E., (2008), "Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals", *Archives of Internal Medicine* 168(1), 40-46.

Kohn L. T., Corrigan, J. M., Donaldson M. (ed.), (1999), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academies Press, Washington DC.

Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P. et al., (2009), “Transforming healthcare: a safety imperative”, *Quality and Safety in Health Care* 18(6), 424-428.

Leape, L. L., (1994), “Error in medicine”, *Journal of the American Medical Association – US Edition* 272(23), 1851-1856.

Nieva, V. F., Sorra, J., (2003), “Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations”, *Quality and Safety in Health Care* 12(Suppl II), ii17-ii23.

NPSF (National Patient Safety Foundation), (2010), *Teaching Physicians to Provide Safe Patient Care: Report of the National Patient Safety Foundation*, Lucian Leape Institute of the National Patient Safety Foundation, Boston MA.

Manasse, H., Turnbull, J., Diamond L., (2002), “Patient safety: A review of the contemporary American experience”, *Singapore Medical Journal* 43(5), 254–262.

Page, A. (Ed.), (2004). “Creating and sustaining a culture of safety”, in *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*, National Academies Press, Washington DC, 286-311.

Shannon, D. W., (2009), “How a captive insurer uses data and incentives to advance patient safety”, *Patient Safety and Quality Healthcare* (web site). Accessed from: <http://www.psqh.com/novemberdecember-2009/307-how-a-captive-insurer-uses-data-and-incentives-to-advance-patient-safety.html>

WISELI, (2009), “Assessing and enhancing department climate: a workshop series for department chairs”, *WISELI: Women in Science & Engineering Leadership Institute* (web site). Accessed from: <http://wiseli.engr.wisc.edu/climate.php>

MRM, החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ, מדנס סוכנות לביטוח בע"מ, "סטטיסטיקה"

MRM, **החברה לניהול סיכונים בע"מ** (אתר אינטרנט). נדלה מ :

<http://www.mrm.org.il/hebsite/Content/t4.asp?pid=168&sid=20>

אולמן, י., (2011), "דמותו של מנהל מחלקה בבי"ח", **דוקטורס** (אתר אינטרנט), 24.7.11. נדלה מ :

<http://www.doctors.co.il/ar/12348/>

הועדה הבין משרדית לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות על רשלנות רפואית (ועדת שפניץ), (2005), **הועדה הבין משרדית לבחינת הדרכים להקטנת ההוצאה הציבורית בגין תביעות על רשלנות רפואית: דין וחשבון**, ירושלים.

חלמיש-שני, ט., (2010), "ניהול סיכונים בצל החקיקה בישראל", מצגת מתוך **MRM, החברה**

לניהול סיכונים בע"מ (אתר אינטרנט). נדלה מ :

http://www.mrm.org.il/multimedia/upl_doc/doc_230510_63821.pdf

חקלאי, צ., שימחן, א., זלץ, ע. ואחרים, (2011), **הפרוייקט הלאומי של משרד הבריאות למדדי**

איכות בנתי חולים בישראל 2009-2010, המחלקה לחקר שירותי רפואה ותחום מידע, שירותי

מידע ומחשוב, משרד הבריאות, ירושלים.

החשב הכללי, (2012), "הודעה 13.9.2.1 : תעריפי התקשרות עם נותני שירותים חיצוניים", **הוראות**

תכ"מ, ירושלים. נדלה מ : <http://takam.mof.gov.il/doc/hashkal/horaot.nsf>

יוספסברג, נ., כהן-אשכנזי, ל., (2011), "מדידת תרבות של בטיחות בארגוני בריאות", **עלון הקרן**

הפנימית לביטוחי הממשלה – ענבל, 24-25.

ליבנה, י., (2011), "אקלים בטיחות : פיתוח מדד תקף לחיזוי רמת הבטיחות במחלקות בתי

חולים", מתוך גופר ד., דונחין, י. (עורכים), **סביב מיטת החולה : הנדסת אנוש ובטיחות בטיפול**

הרפואי, כרטא, ירושלים, 357-385.

למ"ס, (2012), **הודעה לעיתונות : סקר מחקר ופיתוח בנתי חולים (2009) וסקר רופאי בתי**

החולים (2011), ירושלים.

מבקר המדינה, (2012), **דוח ביקורת שנתי 62 לשנת 2011 ולחשבונות שנת הכספים 2010**,

ירושלים.

הממונה על השכר, (2013), **דין וחשבון על הוצאות השכר בשירות המדינה, בגופי הביטחון**

ובשירות בתי הסוהר לשנת 2011 : דו"ח מס' 11, ירושלים.

משרד הבריאות, (2012), **חוזר מינהל הרפואה 11/2012** **בנדון חובת ההודעה של מוסד רפואי על פטירות ואירועים מיוחדים**, ירושלים.

פורת, א., (2006), "איכות במערכת הבריאות בעידן המודרניזציה", מתוך פורת, א., רוזן, ב. (עורכים), **פורום איכות: אסטרטגיות לקידום איכות הטיפול בישראל**, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים, 7-30.

ראיונות אישיים:

- בראילן, יחיאל, פרופ', הפקולטה לרפואה באוניברסיטת ת"א, 11.6.13.
- גולדפרב, נטעלי, מ"מ ראש המערך לבטיחות הטיפול, 7.4.13, 23.6.13.
- גינדי, מיכל, ד"ר, לשעבר מנהלת המחלקה לניהול סיכונים בקופ"ח מכבי, 27.6.13.
- דונחין, יואל, פרופ', מנהל היחידה לבטיחות החולה בבתי החולים של הדסה, 12.5.13.
- חלמיש-שני, טליה, עו"ד, מנכ"ל קבוצת מדנס, 3.6.13.
- עינב, יעל, ד"ר, מהנדסת אנוש במערך לבטיחות הטיפול, 19.5.13.
- פישמן, עמי, פרופ', מנהל האגף לגיניקולוגיה ומיילדות בב"ח מאיר, 11.6.13.