

2 ליולי 2017  
ח' תמוז תשע"ז

**תחום:** איכות ובטיחות

**תחום אקרדיטציה:** FMS 3, QPS 4, GLD 5

**חוזר מספר:** 3/2017

**סימוכין:** 40207417

**תוקף:** 01.07.17

**מספר גירסה:** 1

אל: רשימת התפוצה

### הנושא: סיורי בטיחות במרכזים הרפואיים הממשלתיים

#### 1. רקע:

ניהול הבטיחות בארגון מושתת על תכנון יסודי, ניהול סיכונים, הדרכה ומודעות. הפעילות ממוקדת במניעה יזומה ושיפור מתמיד. סיור (סבב) בטיחות הינו תהליך שיטתי של איתור סיכונים במוסד הרפואי, במהלכו נבחנים נהלים ותהליכים שונים בתחום איכות ובטיחות הטיפול, תהליך שמבוצע על ידי הנהלת המרכז הרפואי בשיתוף היחידה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים בארגון. בנוהל זה תוגדר שיטה אחידה לביצוע סבבי בטיחות במרכזים הרפואיים הממשלתיים על ידי הנהלת הארגון, תוך הגברת מעורבות הנהלת בית החולים בתחום בטיחות הטיפול, איתור כשלים במחלקה באמצעות שיחה עם הצוות וסיור במחלקה, וביצוע מעקב אחר תיקון הליקויים אשר התגלו במהלכו.

#### 2. מטרות:

**2.1 מטרת על:** שיפור בטיחות המטופל וסביבת העבודה באמצעות ביקורי אנשי היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים והנהלת המרכז הרפואי במחלקות, מרפאות, מכונים ויחידות במרכז הרפואי.

#### 2.2 מטרות משנה:

- 2.2.1 שיפור בטיחות המטופל והטיפול.
- 2.2.2 שיפור בטיחות סביבת העבודה.
- 2.2.3 ביטוי מחויבות ההנהלה לבטיחות המטופל והמטופל.
- 2.2.4 הטמעת תרבות ארגונית המקדמת בטיחות המטופל והמטופל והגברת המודעות לתחום.
- 2.2.5 הזדמנות לאיתור כשלים קיימים ופוטנציאליים ופתרונם.
- 2.2.6 הזדמנות לחשיפה ולימוד הצוותים בנושאים שונים של בטיחות המטופל.
- 2.2.7 בניית תקשורת דו-כיוונית בין אנשי צוות ואנשי ההנהלה בנושאים הקשורים לבטיחות המטופל והמטופל ו"דילוג" על הפער בין ההנהלה לעובדים בשטח.

2.2.8 חשיפת נציגים מכלל סגל ההנהלה לתחום בטיחות המטופל והטמעתו בשטח.

2.2.9 חיזוק והטמעת המודעות לנושאי בטיחות נוספים כמו בטיחות אש.

### **2.3 יעדים:**

2.3.1 בצוע סבבי בטיחות על בסיס קבוע, תוך תעדוף מחלקות עתירות סיכון במרכז הרפואי.

2.3.2 העלאת מודעות הצוותים לנושאי בטיחות המטופל והמטפל.

2.3.3 חינוך הצוותים לתפיסה של בטיחות המטופל והמטפל ו"דיווח ללא ענישה".

2.3.4 העלאת שיעור הדיווחים על אירועים חריגים ו"כמעט אירועים".

2.3.5 למידה על "תרבות" שמירת בטיחות המטופל והמטפל במחלקות וביחידות השונות.

2.3.6 צפייה בשגרת העבודה ובסביבת העבודה במחלקות, בהיבטי בטיחות המטופל והמטפל ובטיחות הטיפול וכן בהיבטים נוספים (בטיחות אש, בעיות תחזוקה, אחזקת שבר ועוד).

2.3.7 ראיונות וקבלת מידע מהצוותים המטפלים בנוגע לבעיות הקשורות לבטיחות המטופל והמטפל, איכות הטיפול הרפואי ותרבות הבטיחות במחלקה.

2.3.8 פיתוח תכניות התערבות מתאימות לשיפור.

### **3. תחולה:**

3.1 כלל המרכזים הרפואיים הממשלתיים הכפופים לחטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים.

3.2 כלל העובדים במרכז הרפואי.

3.3 צוותים מנהלים ומובילי בטיחות מחלקתיים.

3.4 המחלקה לתשתיות ולוגסטיקה.

3.5 חברי היחידה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים.

### **4. אחריות וסמכות**

4.1 האחראיות ליישום נוהל זה חלה על כלל המרכזיים הרפואיים הממשלתיים.

4.2 הנהלת המרכז הרפואי אחראית לקביעת מדיניות כוללת של איכות ובטיחות.

4.3 היחידה לניהול סיכונים שותפה לקביעה והטמעת מדיניות בטיחות הטיפול והמטופל.

### **5. הגדרות**

5.1 "**בטיחות (safety)**" - שליטה בסיכונים, וצמצום (הפחתה) של סיכונים, באתר או בתהליך מסוים. מכלול הפעולות שתכליתן לקיים רמת סיכונים קבילה ביחס למשימה ולנסיבות.

5.2 "**סיור בטיחות**" / "**סבב בטיחות**" - תהליך שיטתי של איתור סיכונים במוסד הרפואי, במהלכו נבחנים נהלים ותהליכים שונים בתחום איכות ובטיחות הטיפול, תהליך שמבוצע על ידי המרכז הרפואי בשיתוף היחידה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים בארגון.

5.3 "**ניהול סיכונים (risk management)**" - תהליך רב שלבי מובנה ושיטתי לזיהוי, להערכה ולבקרה של סיכונים, במטרה לבטלם או לפחות לצמצמם במידת האפשר.

5.4 "**גורם סיכון (risk factor, hazard)**" - גורם שיש בו פוטנציאל לגרימת פגיעה בבריאות או נזק אחר לאדם, לרכוש או לסביבה.

- 5.5. **"מפגע" (obstacle)** - מצב או מכשול הצפוי לגרום פגיעה בבריאות לאדם, או נזק לרכוש או לסביבה.
- 5.6. **"סיכון בטיחותי" (safety risk)** - צירוף של ההסתברות או השכיחות של התרחשות אירוע הגורם לפגיעה או לנזק, ושל חומרת התוצאות הצפויות מהתרחשותו של אירוע זה.
- 5.7. **"אחריות"** - במסמך זה הכוונה לאחריות כוללת במובן של – responsibility וגם במובן של accountability (אחריות הדיווח).
- 5.8. **"היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים"** - היחידה אשר אחראית על התחום מטעם מנהל המרכז הרפואי.

## 6. **מדיניות:**

ניהול הבטיחות מושתת על תכנון יסודי, על ניהול סיכונים, על הדרכה ועל מודעות. פעילות הבטיחות ממוקדת במניעה יזומה ובשיפור מתמיד. השאיפה לאיכות ולמצוינות מחייבת, הדרכה, בקרה, דיווח, הפקת לקחים ולמידה ארגונית, וזאת ע"י יצירת שפה משותפת בין הגורמים השונים, הצבת יעדים, מדדים אחידים, וקיום מערכת מדידה כמערכת ניהולית ולא רק כמערכת בקרה.

## 7. **שיטה:**

### 7.1. **ארגון ותיאום:**

- 7.1.1. הארגון והתיאום הינם באחריות היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים במרכז הרפואי.
- 7.1.2. יש לתאם את הביקורים מול מנהל/ת המחלקה ומנהל/ת הסיעוד המחלקתית.
- 7.1.3. משך ביקור ממוצע - כשעה וחצי.
- 7.1.4. מספר ביקורים לשנה - יוגדר עבור כל מרכז רפואי לפי תחומו ולפי גודלו לפי קריטריונים של: (high risk, high volume, high frequency).

### 7.2. **הרכב המשתתפים:**

- 7.2.1. מנהל/ת המרכז הרפואי ו/או סגן /סגניתו- השתתפות בחלק מהסבבים כפי שיוגדר עבור כל מרכז רפואי.
- 7.2.2. מנהל/ת הסיעוד במרכז הרפואי ו/או סגניתו/ה.
- 7.2.3. מנהל/ת אדמיניסטרטיבי/ת או מי מטעמו/ה.
- 7.2.4. ממונה אקרדיטציה מובילי צוותים רלוונטיים באקרדיטציה.
- 7.2.5. צוות היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים/ממונה בטיחות.
- 7.2.6. משתתפים מטעם המחלקה – לפחות מנהל/ת המחלקה ואח/ות אחראית.
- 7.2.7. ניתן להוסיף: נציג היחידה למניעת זיהומים, נציג בית מרקחת, ממונה בטיחות או נאמן בטיחות.

### 7.3. **מהלך הביקור:**

- 7.3.1. **הקדמה** - הצגת המשתתפים ומטרות הביקור
- 7.3.2. **שיחה** (נושאים / שאלות שחובה להעלותם, אם לא עלו במהלך השיחה):
- 7.3.2.1. ציון אירוע חריג ו"כמעט אירוע" מששת החודשים האחרונים. מה הלקחים שהופקו

ממנו (כולל התייחסות ללמידה ארגונית), האם האירוע הוצג או נדון בישיבת צוות או בפורום אחר.

7.3.2.2. ציון טעות או 'כמעט טעות' בתחום בטיחות הטיפול התרופתי.

7.3.2.3. ציון כשל בתחום תקשורת מעברים (העברת מטופל למחלקה אחרת / יחידה אחרת, העברת/קבלת מטופל לחדר ניתוח וממנו, העברת תורנות, העברת משמרת).

7.3.2.4. העלאת נושא יעדי הבטיחות הבינלאומיים

INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS : זיהוי מטופל, תהליך

שיפור יעילות התקשורת בע"פ, בדיקת מעבדה חריגה, תרופות בנות-סיכון, הניתוח הנכון למטופל הנכון בצד הנכון, מניעת זיהומים, מניעת נפילות.

7.3.2.5. נושאים נוספים- כגון מתן דם, מתן הסכמה מדעת, "אירועי בל יקרו", דיווחי כמעט אירוע, היגיינת ידיים, זיהוי מטופל, העברת מחלקה- רופאים ואחיות, העברת מידע בין הצמתים (ISBAR) אירוע אלימות, אובדנות, בריחות, אירועי קשירות חריגים.

7.3.2.6. ציון סיכוני בטיחות לצוות ולמטופל בסביבת העבודה (תהליכים, נהלי עבודה וסיכונים פיזיים).

7.3.2.7. הצעות לשיפור בטיחות המטופל במחלקה / יחידה.

7.3.2.8. ראיונות עובדים (בהתאם לנדרש במודל הלאומי).

#### 7.4. סיור במחלקה יכול התייחסות לנקודות הבאות:

7.4.1. ניקיון כללי

7.4.2. עגלת החייאה

7.4.3. אחסון תרופות: ניטור טמפרטורה בחדר, ניטור טמפרטורה במקרר, בדיקת פגי תוקף, המיקום, הסימון והאחסון של תרופות בנות סיכון, בקיאות הצוות בנהלי התרופות, רישום וסימון תרופות בעלות מראה או שם דומה (LASA), רישום מועד פתיחה על גבי מכלי תרופות.

7.4.4. מניעת זיהומים- בקיאות אנשי הצוות בנוהל היגיינת ידיים, קיומם של מכלים לחיטוי ידיים בסביבת המטופל.

7.4.5. בטיחות אש- בקיאות בנהלי כיבוי אש, תוקף מטפים, תקינות דלתות אש, יציאות חירום.

7.4.6. פינוי פסולת והפרדתה.

7.4.7. שמירת זכויות החולה- פרטיות / סודיות.

7.4.8. בהתאם לסוג המחלקה- שמירה על בטחון המטופלים – כלפי עצמם/ וכלפי אחרים.

7.4.9. בדיקת רשומות – אופציונלי.

7.4.10. ליקויי בטיחות תשתית – פגיעות במבנה ובתשתית.

7.4.11. אחסון חומרי נקיון וחומרים רעילים אחרים, שאינם תרופות, עבודה לפי כללי

Material Safety Data- MSDS

#### 7.5. סיכום הביקור:

7.5.1. סיכום הביקור והממצאים יועברו למנהל/ת המחלקה ולמנהל/ת הסיעוד המחלקת/ת תוך 14 יום מהביקור, עם העתקים למנהל/ת המרכז הרפואי, למשנה למנהל/ת המרכז הרפואי ומנהל/ת הסיעוד.

- 7.5.2. בסיכום תהיה התייחסות לכלל הממצאים שהועלו, כולל הצעות לפתרון. במידה ולא ניתן לטפל בממצא מסוים- הדבר יצוין בסיכום.
- 7.5.3. שימו לב כי המודל הלאומי כולל פורמט ייעודי לדיווח למשרד הבריאות.
- 7.5.4. התייחסות לממצאים תועבר על ידי מנהל/ת המחלקה תוך 14 יום מקבלתם.
- 7.5.5. האחריות לטיפול בממצאים שאינם באחריות מנהל/ת המחלקה תוגדר על ידי היחידה לניהול סיכונים תוך קביעת לוח זמנים רצוי לתגובה.
- 7.5.6. במידת הצורך יקבע סיור חוזר במחלקה.

## **8. דגשים:**

- 8.1. בטיחות טיפול היא ערך ארגוני ומהווה נדבך מרכזי בתרבות הארגונית של המרכזיים הרפואיים
- 8.2. על כלל הצוותים להיות שותפים ביישום לקחי למידה בעקבות סיורי הבטיחות על מנת להטמיע תרבות ארגונית מקדמת בטיחות.
- 8.3. היעד הכמותי למספר הסבבים בשנה יקבע מדי שנה על ידי החטיבה בתוכניות עבודה.

אבקש להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

בכבוד רב,

אורלי וויינשטיין

ד"ר אורלי וויינשטיין

ראש חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

## רשימת תפוצה:

שר הבריאות

המנהל הכללי, משרד הבריאות

המשנה למנהל הכללי, משרד הבריאות

הנהלה מורחבת, משרד הבריאות

הנהלת חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים

מנהלי המרכזים הרפואיים הממשלתיים

סגני מנהלים, המרכזים הרפואיים הממשלתיים

מנהלים אדמיניסטרטיביים, המרכזים הרפואיים הממשלתיים

מנהלות סיעוד, המרכזים הרפואיים הממשלתיים

מנהלי כספים, המרכזים הרפואיים הממשלתיים

מנהלי משאבי אנוש, המרכזים הרפואיים הממשלתיים

החשב הכללי, משרד האוצר

מנהל אגף בכיר מערכת הבריאות, נציבות שירות המדינה

רכז בריאות, אגף תקציבים, משרד האוצר

בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי

ארכיון המדינה

מנכ"ל חברת ענבל