

בית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים

**הערכת מדדי תקשורת חשובים לאיכות ובטיחות
קלינית בקרב הצוות הרפואי בהדסה**

**Evaluation of communication
parameters important for clinical
quality and safety
among medical teams at Hadassah**

עבודת הגמר של התלמידה אורית סמואל בן – דב

כמילוי חלק מהדרישות לשם קבלת תואר דוקטור לרפואה
מטעם בית הספר לרפואה של האוניברסיטה
העברית והדסה, ירושלים.

"אל תבוש לקבל את האמת מאי זה מקום שתבוא, ואפילו מאדם פחות"

-רבי שלמה אבן גבירול.

עבודה זו מוקדשת באהבה ובהערכה רבה לזכרם של
הסבים שלי, אברהם (אברשה) בן דב וחיים (הנק)
ברטשטיין, אנשי ים, שעבורם ניהול צוות ושיתוף
פעולה היוו דרך חיים

תוכן העניינים

עמוד	פרק
5	מבוא
8	שיטות המחקר
10	תוצאות
20	דיון ומסקנות
24	השוואה למחקרים מארצות הברית
26	עשרה שלבים לשיפור התקשורת הצוותית
28	שימוש בכלי זה בעתיד
29	סיכום והצעות לשיפור
30	תודות
31	תקציר בעברית
33	תקציר באנגלית
35	רשימת ספרות
	נספחים :
37	• נספח 1 – הערות מילוליות

מבוא

סביבת העבודה בה פועל הצוות הרפואי בבית החולים הינה מורכבת בשל הדרישה למתן מענה מיטבי למספר רב של חולים בתנאים של לחץ, אי ודאות ותחת מגבלות של זמן, משאבי כוח אדם ומשאבים חומריים. מיותר לציין, כי לאיכות המענה השלכות הרות גורל ולעיתים בלתי הפיכות על המטופלים. סביבת עבודה זו, מועדת לטעויות אנוש ויש לעשות ככל הניתן בכדי לצמצמן. שיתוף פעולה ותקשורת בין אישית יעילה הוכחו ככלים חשובים בצמצום טעויות אלו. השפעתה הוכחה בסביבות עבודה שונות המאופיינות בתנאים דומים, כגון צוותי אוויר⁹. יתרה מזאת, הוכח כי כלים אלו ניתנים ללימוד^{11,14,8,136}.

הרעיון לסקר זה הועלה ע"י פרופ' מרק צ'ייסין, משנה לנשיא לנושא איכות בבי"ח Mount Sinai בניו-יורק ואשר התמנה לאחרונה גם לנשיא ארגון ה-Joint Commission להכרה בבתי חולים בארה"ב, בביקורו השנה בישראל. הוא התעניין באיכות התקשורת בהדסה וציין כי סקר דומה אשר נעשה בבית חולים Mount Sinai פתח תובנות חשובות בנושא איכות והציע לבחון את הנושא.

היכולת של שיתוף פעולה להביא לתועלת תוארה בתחומים רבים בספרות. תפיסת שיתוף הפעולה, ככלי שבכוחו להעלות את פירון העבודה ואיכותה תוך צמצום העלויות לחברה תוארה על ידי רונלד קואז ואף זיכתה אותו בפרס נובל לכלכלה לשנת 1991. ועדת הפרס בחרה להעניק את הפרס לעבודה בשל השפעותיה מרחיקות הלכת, והיכולת ליישמה בתחומי חיים רבים^{4,5}. בעבודותיו מדגיש קואז את חשיבות מנהיג הצוות בהקשר זה להגדרת מטרת משותפת ואווירת פשרה ודו שיח.

חשיבות עבודת הצוות מודגשת במחקרים שונים שנעשו בקרב צוותי אוויר⁹. 70% מהתאונות בטיסות מסחריות בין השנים 1975 ל-2000 נגרמו בשל כשלים בתקשורת בין חברי צוות הטיסה. לאור זאת, כל חבר בצוות טיסה חייב לעבור הכשרה שתשיג סטנדרטיזציה של התקשורת. הכשרה זו הוגדרה כהצלחה. החל משנת 2000, במקומות מסוימים בארצות הברית, צוות רפואי הפועל בסביבה בסיכון גבוה כמו חדר הניתוח, חדר המיון או חדר לידה, עובר הכשרה דומה. ההכשרה כוללת שימוש בכלים סטנדרטים והתנהגויות מסוימות, המאפשרות תקשורת יעילה ושמירה על בטיחות המטופל.

אחד ממרכיבי התקשורת החשובים בהקשר זה הינו אלימות מילולית ואף פיזית בקרב חברי הצוות. הטווח של אלימות מילולית יכול לנוע מהערות בוטות ופוגעניות ועד לאווירה של איום והפחדה. במחקר שנערך בבית החולים "Mount Sinai" בניו יורק בשנת 2003¹³ 88% מהנשאלים דיווחו כי בשנה האחרונה נחשפו לשפה או טון מתנשאים, 48% חשו שפת גוף מאיימת ובאופן מפתיע 4% דיווחו על פגיעה פיזית.

סקר אחר¹² נערך על ידי הסוכנות לאיכות ומחקר בטיפול רפואי (Agency for Healthcare Research and Quality = AHRQ) בשנת 2007. בסקר זה נמצא כי כ- 25% מהנשאלים ציינו כי חברי הצוות אינם מרגישים חופשיים להעלות סימני שאלה לגבי החלטות או פעולות של בעלי סמכות גבוהה יותר. במחלקות מסוימות האחוזים הגיעו ל-50%. סקר זה, המקיף מעל מאה אלף נשאלים, רופאים וצוות פרא-רפואי, מעיד על תחושת איום. מכאן עולות השאלות האם המצב ב"הדסה" דומה והאם הדבר אופייני יותר לאגף מסוים מלאחר.

סולם הדרגות לעיתים מונע ממספר רב של אנשים להביע את דעתם. עם זאת, ביכולתו של מנהיג, או במקרה זה מנהל יחידה או מחלקה, לצמצם את הפער וליצור אווירה בה ניתן להתבטא ולהשתתף בחופשיות יחסית ועל ידי כך לצמצם סיכונים וכפועל יוצא את שיעור הסיכונים.

טיפול איכותי אינו נטול טעויות. גם טיפול המבוסס על ידע ולימוד מעמיקים ומאמצים רבים, כרוך בטעויות. היחס לטעויות כאל כישלון אישי מונע לעיתים את הדיון הפתוח בנושא, כל זאת למרות העובדה הידועה שבמגבלות הלחץ, הזיכרון האנושי, העייפות, ריבוי המשימות והסחות הדעת, גם המיומנים ביותר יטעו לעיתים. יצירת סטנדרטים של העברת מידע בעת החלפת משמרות ושיפור התקשורת בין יחידות שונות בבית החולים לדוגמא, בנוסף לדיון של ממש באירועים שקרו, ושימוש בכלים מוכרים להתמודדות עימם - כמו נייר העמדה של הלשכה לאתיקה¹⁶, יכולים למנוע את הישנותם, וזוהי מטרתנו העיקרית.

מטרות

1. יצירת כלי מתוקף להערכת תקשורת בין אישית בצוותים מטפלים במערכת הבריאות הישראלית.

2. הערכת מדדי תקשורת בין אישית שונים במרכז הרפואי האוניברסיטאי "הדסה":

- נכונות חברי הצוות לבטא השגות לגבי החלטות וטיפול המתקבלות ע"י עמיתיהם ובכירים מהם.
- נכונות חברי הצוות להציע דרכים לשיפור סביבת העבודה.
- התמודדות הצוות והמנהל עם כשל או טעות.
- השימוש בנייר העמדה של הלשכה לאתיקה העוסק בהתמודדות עם תקלות בטיפול רפואי ומידת ההסכמה עימו.
- תחושת סולידריות וגיבוי הדדי בצוות.
- תחושת איום או אלימות, מילולית או פיזית.

▪ איכות העברת המידע בין חברי הצוות.

3. אפיון ההבדלים בין אוכלוסיות שונות (אגף פנימי מול כירורגי, רופאים מול צוות סיעודי וכו') במרכז הרפואי בהתייחס לתקשורת הפנים צוותית.

4. גיבוש הצעות לשיפור לאור פערים וצרכים שיעלו מניתוח הנתונים.

השערות

לתקשורת בין אישית בקרב הצוות הרפואי השלכה על איכות הטיפול הניתן ובטיחותו. במעגל התקשורת חברים כל אנשי הצוות אך לבכירים בו ובפרט למנהל חשיבות יתרה. מדדים של תקשורת בין אישית ניתנים להערכה ולכימות. צפויה שונות הניתנת להדגמה במאפייני התקשורת ביחידות ומחלקות שונות במרכז הרפואי על רקע שוני באופי העבודה הרפואית וכן שוני במאפיינים אישיים.

שיטות המחקר

הערכת התקשורת הבין אישית בוצעה באמצעות חלוקת שאלונים לרופאים ואחיות (הצוות הרפואי). השאלון נגזר משאלונים אשר עברו תיקוף בספרות והכוללים גורמי תקשורת שעל פי הספרות משפיעים במיוחד על איכות הטיפול. גורמי התקשורת נוסחו בצורה של היגדים והתרגום עבר התאמה על ידי מבחן מקדים (pretest) על בסיס 10 אנשי צוות ותוקן בהתאם. חברי הצוות הרפואי נדרשו לסמן את מידת הסכמתם או אי הסכמתם להיגדים שונים בסקאלה של 1 עד 5 או לענות על שאלות מסוימות לחיוב או לשלילה.

השאלונים חולקו לצוות הרפואי הנוכח במשמרת בוקר נתונה במחלקות הפנימיות והכירורגיות במרכז הרפואי "הדסה עין כרם" ו-"הדסה הר הצופים". מטרת הגדרת המשמרת זו היא הבטחת מדגם אקראי, מייצג וגדול ככל האפשר של אנשי צוות. המדגם במחלקות בוצע בשיטת מדגם נוחות בו רואינו אנשי צוות במשמרת. קיימת אמנם סכנה של הטיה במדגם כזה אבל למטרה שלנו מדגם כזה יכול לשקף את החוויה של אנשי הצוות העובדים בשטח. כמובן, נעשה רישום של שיעור ההיענות וכן, עד כמה שניתן, רישום מאפיינים של המסרבים לענות לסקר.

בניתוח התוצאות ניתנה התייחסות לאוכלוסיות שונות בתוך הצוות הרפואי על בסיס הכשרה, מין, ותק וכו'. בנוסף ניתנה התייחסות ליחידות השונות במרכז הרפואי. בנוסף להתייחסות הפרטנית לכל שאלות, עבור שאלות 4 עד 11 חושב עבור כל אחד מהמשתתפים במחקר ציון חדש שהיה שממוצע של השאלות הנ"ל.

משתנים ראשיים

- מידת הנכונות המדווחת של חברי הצוות לבטא השגות לגבי החלטות וטיפול של חבריהם ובכירים מהם כאשר אלו משליכות על נושאים של איכות ובטיחות.
- מידת הנכונות המדווחת של חברי הצוות להציע דרכים לשיפור סביבת העבודה ומידת הפתיחות להצעות מסוג זה.
- טיב ההתמודדות המדווח של המנהל והמרכז הרפואי עם התנהגות מאיימת של חברים בצוות.
- הערכה מדווחת של תחושת סולידאריות וגיבוי הדדי בצוות בעתות לחץ ומשבר.
- הערכה מדווחת של תחושת איום או אלימות, מילולית או פיזית בקרב הצוות.
- הערכה מדווחת של איכות העברת המידע בין חברי הצוות במרכז הרפואי.
- מידת ההיכרות, ההסכמה והשימוש בנייר העמדה של הלשכה לאתיקה העוסק בהתמודדות עם תקלות בטיפול רפואי.

- מחלקה, תפקיד, גיל, מין, ארץ לידה, ותק במחלקה (על פי דיווחי המשיבים).

שיטות סטטיסטיות

על מנת לבחון את הקשר בין שני משתנים קטגוריאליים, נעשה שימוש במבחן χ^2 או ב-Fisher's Exact Test.

הקשר בין משתנה כמותי למשתנה קטגוריאלי נבדק בעזרת מבחן t או מבחן Mann-Whitney הא-פרמטרי אם יש שתי קטגוריות. מבחן ANOVA (ניתוח שונות) עם השוואות מזווגות לפי Tukey ותיקון לרמת המובהקות הופעל כאשר היו יותר משתי קטגוריות.

בכדי להשוות שכיחות של תשובות מסוימות במחקר זה למחקרים בספרות נעשה שימוש במבחן χ^2 חד-מדגמי.

כל המבחנים הסטטיסטיים היו דו-זנביים וערך p של 5% או פחות נחשב כמובהק סטטיסטית.

הנתונים במחקר מוצגים בעזרת טבלאות וגרפים (תרשים עמודות, תרשים עוגה וכן תרשים קופסא - box-plot¹⁵).

ניתוח הנתונים בוצע באמצעות תוכנת מחשב מסוג SPSS גרסא 12.

תוצאות

היענות

12 חברי צוות רפואי סרבו לענות על השאלון והם מהווים 11% ממשתתפי הסקר. בבדיקת המאפיינים הדמוגרפיים של המסרבים לא נמצא הבדל בינם ובין אוכלוסיית המשיבים בקריטריונים הבאים: מחלקה (פנימית/ כירורגיה), תפקיד (סיעוד/ רפואה), המרכז הרפואי (עין כרם/ הר הצופים). שאר הקריטריונים הדמוגרפיים (לדוגמא: שנות ותק) לא נבדקו באלו שסירבו לענות על השאלון. הסיבות לסירוב היו מגוונות: שמונה מתוך המסרבים הסבירו את הסירוב בהיותם "עסוקים" וסירבו למלא את השאלון בשעה מאוחרת יותר או ביום אחר, שלושה ציינו כי אינם מעוניינים להשתתף במחקר ללא ציון סיבה ואחד סירב למלא את השאלון בשל מגבלת שפה.

בסך הכול חולקו 108 שאלונים והוחזרו 96 שאלונים מלאים כך שאחוז ההיענות הכללי היה 89%. אחוז ההיענות בכל אחת מהמחלקות לא נפל מ 84%. לציין כי לא כל חברי צוות המחלקה נכחו במחלקה בעת משמרות הבוקר בהן חולק השאלון. יש לציין כי לא כל הנשאלים ענו על כל השאלות ולכן התוצאות אינן תמיד מסתכמות ל-100%.

התפלגות המשיבים לפי המחלקות

בהתייחסותי ל-"מחלקה" אני מתייחסת למעשה לסכום המשתתפים במחלקות באותו בית חולים. לדוגמא – משתתפי הסקר תחת הקטגוריה "פנימית עין כרם" כוללים משתתפים מפנימית א', ב', ג'. הדבר נכון במיוחד משום שבהר הצופים האחיות נפרדות בין המחלקות אך הרופאים משותפים וההנהלה משותפת.

בטבלה 1 ניתן לראות את התפלגות העונים לפי המחלקות. אחוז ההיענות חושב כמספר חברי הצוות שהשיבו לשאלון חלקי מספר חברי הצוות שפניתי אליהם.

טבלה 1 – היענות חברי הצוות למילוי השאלון

מחלקה	מספר נוכחים	מספר חברי הצוות שהשיבו לשאלון	אחוז ההיענות מתוך הנשאלים
פנימית עין כרם	33	29	88
כירורגיה עין כרם	27	25	93

95	21	22	פנימית הר הצופים
84	21	25	כירורגיה הר הצופים
89	96	108	סך הכול

מאפייני אוכלוסיית המחקר

40% מהמשיבים הינם זכרים.

39% עוסקים ברפואה והשאר בסייעוד.

מתוך הרופאים 78% הם מתמחים בשלבי ההתמחות השונים והשאר מומחים / רופאים בכירים.

25% מתוך המשיבים אינם ילידי הארץ. ארצות הלידה כוללות את ברית המועצות לשעבר, אוקראינה, מדינות צפון אפריקה, אנגליה, ארצות הברית וקנדה.

גיל המשיבים הממוצע הינו 37 שנים (חציון 34 שנים) כאשר הטווח הוא 24 עד 61 שנים (סטיית תקן 8.75).

ותק המשיבים הממוצע הינו 8 שנים (חציון 5 שנים) כאשר הטווח הוא בין חודש אחד לבין 39 שנים (סטיית תקן 9.25).

52% מהמשיבים שייכים לאגף הפנימי והשאר לאגף הכירורגי.

56% מהמשיבים הם מהדסה עין כרם והשאר מהר הצופים.

תשובות הצוות הרפואי לשאלון

בניתוח התשובות לשאלון אתיחס לאחוזים ולא למספר המשיבים מכיוון שאחוזי ההיענות הינם גבוהים (89%). האחוזים עוגלו לספרה אחת אחרי הנקודה העשרונית.

חלק א' – המחלקה ומנהל המחלקה

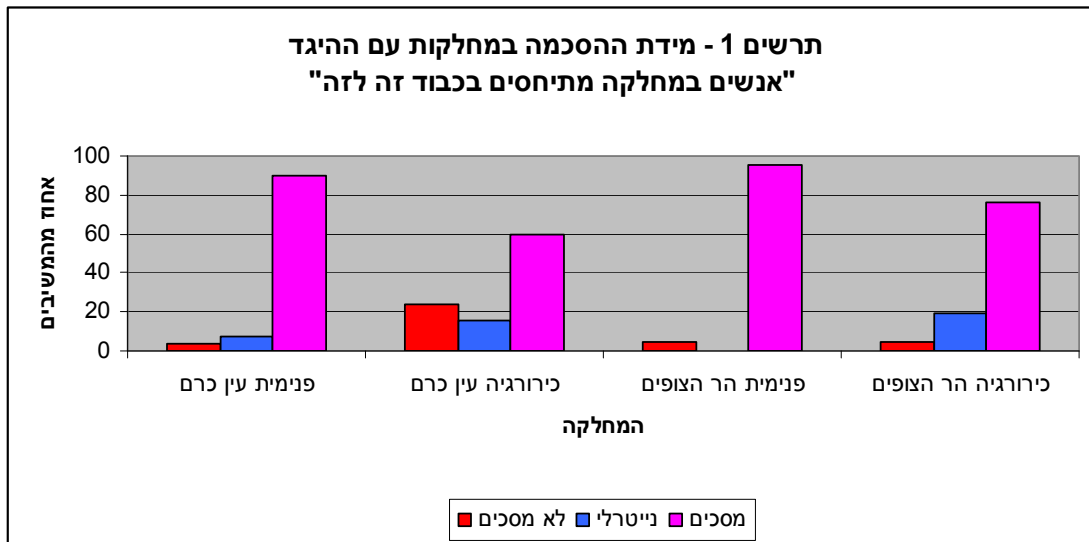
בחלק זה נתבקשו הנשאלים לציין באיזו מידה הם מסכימים עם ההיגדים הכתובים בנושא המחלקה ומנהל המחלקה. התוצאות מתוארות בטבלה 2.

טבלה 2 – מידת ההסכמה עם ההיגדים בנושא המחלקה ומנהל המחלקה

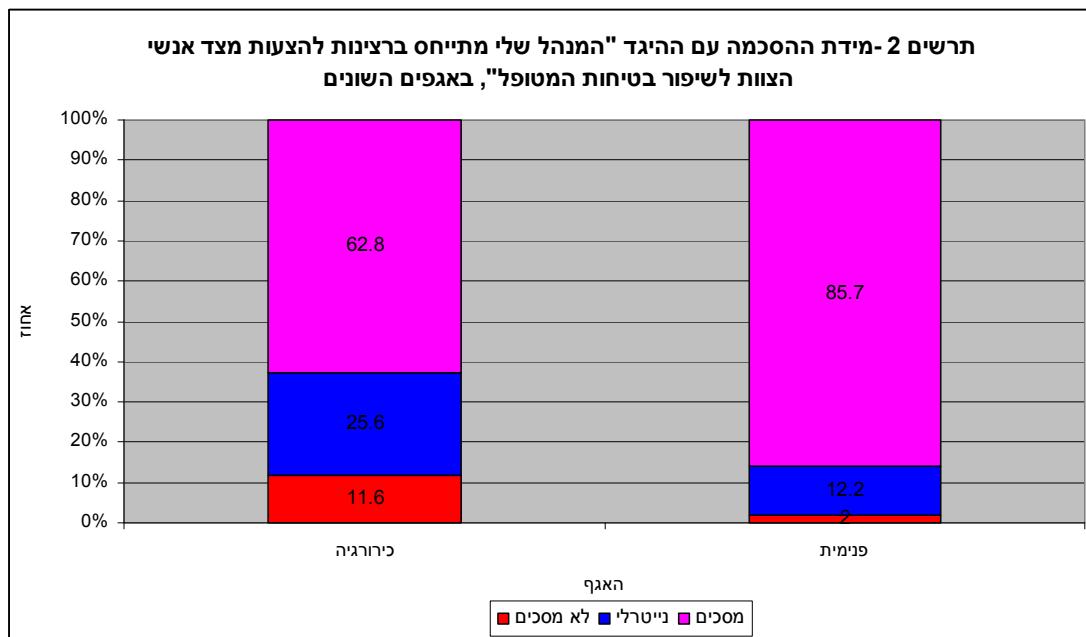
לא ענו על השאלה	בהחלט לא מסכים	לא מסכים	ניטרלי	מסכים	מסכים בהחלט	
0.0	0.0	9.4	10.4	46.9	33.3	1. אנשים במחלקה מתייחסים בכבוד זה לזה.
4.2	1.1	5.4	18.5	40.2	34.8	2. המנהל שלי (מנהל המחלקה/אחות ראשית) מתייחס ברצינות להצעות מצד אנשי הצוות לשיפור בטיחות המטופל.
1.0	1.1	3.2	6.3	51.6	37.9	3. כשיש לבצע עבודה במהירות אנו עובדים יחד כצוות כדי להספיק את כל העבודה

* הנתונים בטבלה הם באחוזים מתוך כלל העונים על השאלה, פרט לעמודה "לא ענו על השאלה" בה הנתונים הם באחוזים מתוך כלל ממלאי השאלון.

עבור שאלה 1- "אנשים במחלקה מתייחסים בכבוד זה לזה", נבדק הקשר בין התשובה לשאלה ובין המחלקה הספציפית. הקטגוריות "מסכים בהחלט" ו-"מסכים" אוחדו לקטגוריה משותפת תחת "מסכים". ההבדל בין המחלקות בשאלה זו נמצא מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות של $p=0.022$. בהשוואת התוצאות בשתי הפנימיות (עין כרם והר הצופים) מול 2 הכירורגיות (כנ"ל) נמצא גם כן הבדל מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות גבוהה של $p=0.003$. לעומת זאת, לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין בתי החולים השונים ככלל (עין כרם והר הצופים) בשאלה זו ($p=0.519$). התוצאות מופיעות בתרשים 1 להלן.



עבור שאלה 2- "המנהל שלי (מנהל המחלקה/ אחות ראשית) מתייחס ברצינות להצעות מצד אנשי הצוות לשיפור בטיחות המטופל", נבדק הקשר בין התשובה לשאלה ובין המחלקה הספציפית. הקטגוריות "מסכים בהחלט" ו-"מסכים" אוחדו לקטגוריה משותפת תחת "מסכים". ההבדל בין ארבע המחלקות בשאלה זו לא נמצא מובהק סטטיסטית וכך גם בין בתי החולים (עין כרם והר הצופים) אך בהשוואת התוצאות בשתי הפנימיות (עין כרם והר הצופים) מול 2 הכירורגיות (כנ"ל) כן נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות של $p=0.03$. התוצאות מוצגות בתרשים 2 להלן.



עבור שאלה 3 – "כשיש לבצע עבודה במהירות אנו עובדים יחד כצוות כדי להספיק את כל העבודה" – נמצא שיעור הסכמה כללי של 89.5%. לא נמצא הבדל מובהק בין המחלקות השונות או בתי החולים השונים.

חלק ב': תקשורת ותחושת איום או הפחדה במחלקה

חלק ב' מורכב מארבעה קבצי שאלות העוסקים בפנים שונות של תחושת האיום וההפחדה.

בקובץ הראשון נתבקשו הנשאלים לציין באיזו תדירות הם נחשפו, בשנה האחרונה, להתנהגות היכולה להתפרש כאיום. תוצאות קובץ זה מתוארות בטבלה 3. לשאלה צורף מפתח שציין כי "לעיתים קרובות מאוד" כוונתו מעל 20 פעמים השנה, "לעיתים קרובות" פירושו 10-20 פעמים השנה, "לפעמים" הן 3-10 פעמים השנה, "לעיתים נדירות" הן 1-2 פעמים השנה ו-"אף פעם" פירושו שהנשאל לא נתקל בהתנהגות כזו בשנה האחרונה.

טבלה 3- תדירות החשיפה של הנשאלים להתנהגויות מאיימות בשנה האחרונה

לא ענו על השאלה	אף פעם	לעיתים נדירות	לפעמים	לעיתים קרובות	לעיתים קרובות מאוד	
1.0	17.9	42.1	30.5	7.4	2.1	4. חוסר רצון או סירוב לענות על שאלותיך, להחזיר שיחת טלפון או ביפר
1.0	8.4	24.2	48.4	9.5	9.5	5. שפה או טון מתנשאים
1.0	7.4	29.5	41.1	13.7	8.4	6. חוסר סבלנות לשאלות
2.1	43.6	30.9	16.0	6.4	3.2	7. פגיעה מילולית קשה
1.0	40.0	35.8	14.7	6.3	3.2	8. שפת גוף שלילית או מאיימת
1.0	64.2	24.2	7.4	4.2	0.0	9. דיווח עלייך למנהל הישיר (אמיתי או איום)
2.1	45.7	29.8	16.0	5.3	3.2	10. "פשוט תעשה מה שאמרת"
0.0	92.6	4.2	3.2	0.0	0.0	11. אלימות פיזית

* הנתונים בטבלה הם באחוזים מתוך כלל העונים על השאלה, פרט לעמודה "לא ענו על השאלה" בה הנתונים הם באחוזים מתוך כלל ממלאי השאלון.

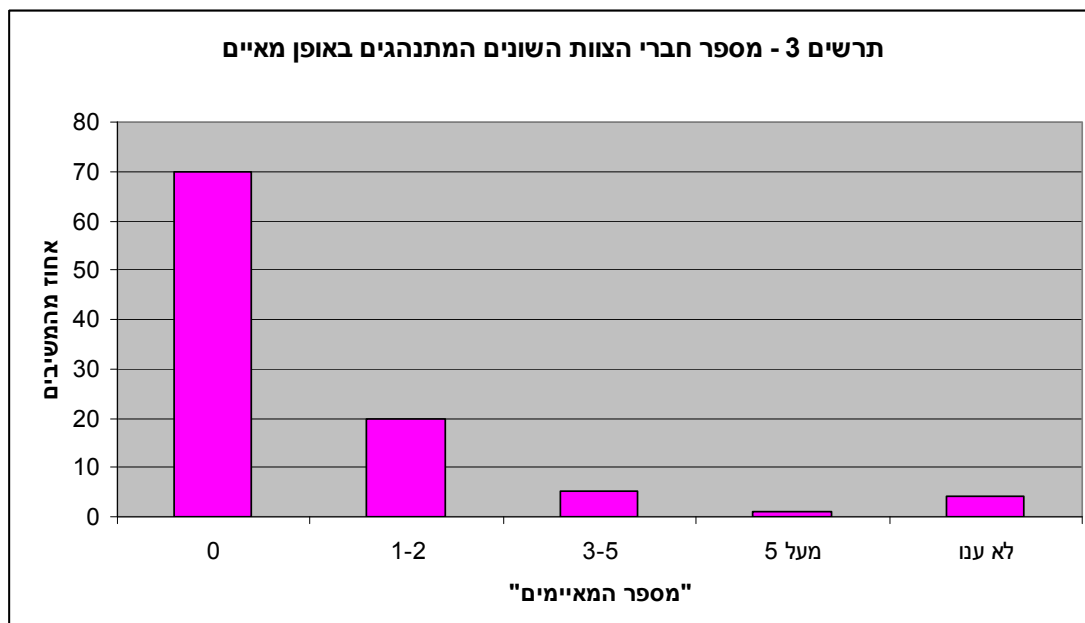
כל ההתנהגויות המוצגות בטבלה 2 אוחדו ל- score של "רמת האיום הכללית". ההשוואות בין תתי קבוצות במדד זה נעשו הן ע"י שימוש ב-t-test והן על ידי שימוש במבחן Mann-Whitney שכן מדד זה הינו סמי - כמותי.

שווה הנתונים של מדדי האיום נע בין 1 ל- 3.63 (ממוצע 2.07 וחציון 2.0 עם סטיית תקן 0.66). בהשוואת רמת האיום בין המחלקות הפנימיות לכירורגיות, נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ($p=0.0001$) כאשר רמת האיום גבוהה יותר במחלקות הכירורגיות (ממוצע 2.35) לעומת הפנימיות (ממוצע 1.82).

לא נמצא הבדל ברמת האיום בין הרופאים ובין הצוות הסיעודי (1.95 לעומת 2.15 בהתאמה) או בין עין כרם להר הצופים (2.03 לעומת 2.12 בהתאמה).

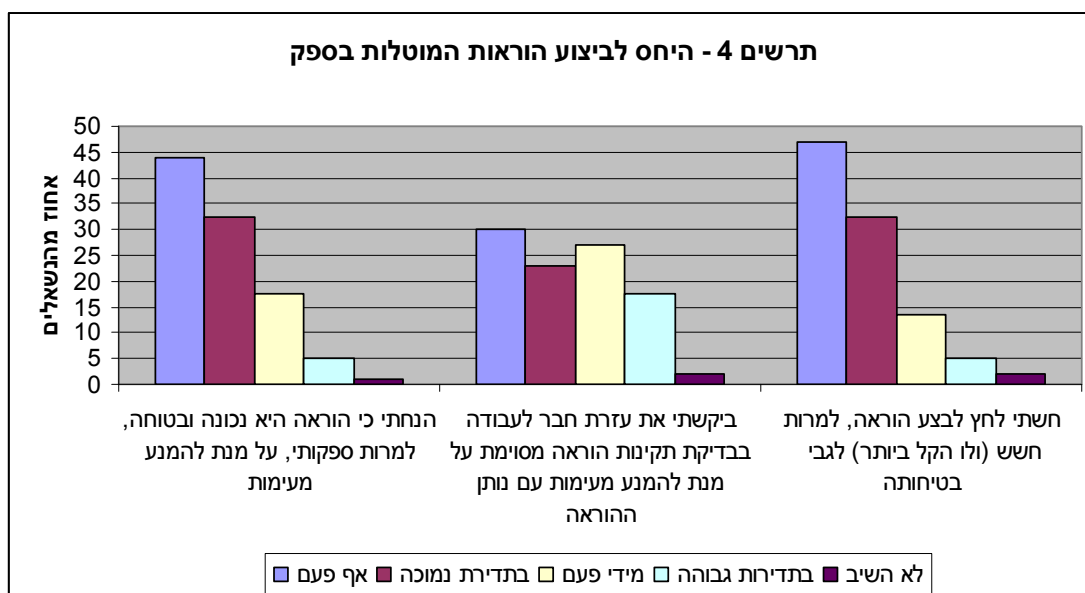
בשאלה 8 בנושא "שפת גוף שלילית או מאיימת" נבדקה ההשערה לגבי פרוש שונה שנותנים שני המגדרים לשפת גוף אך לא נמצא הבדל בינם בתשובה לשאלה זו ($p=0.196$). כמו כן הועלתה אפשרות כי ילידי הארץ יהיו סובלניים יותר לשפת גוף תוקפנית משאינם ילידי הארץ, אך גם כאן תשובות שתי הקבוצות היו דומות ($p=0.952$).

בקובץ השני הופיעה שאלה יחידה שכוונתה לכמת את אנשי הצוות המתנהגים באופן מאיים. תוצאות קובץ זה מופיעות בתרשים 3.



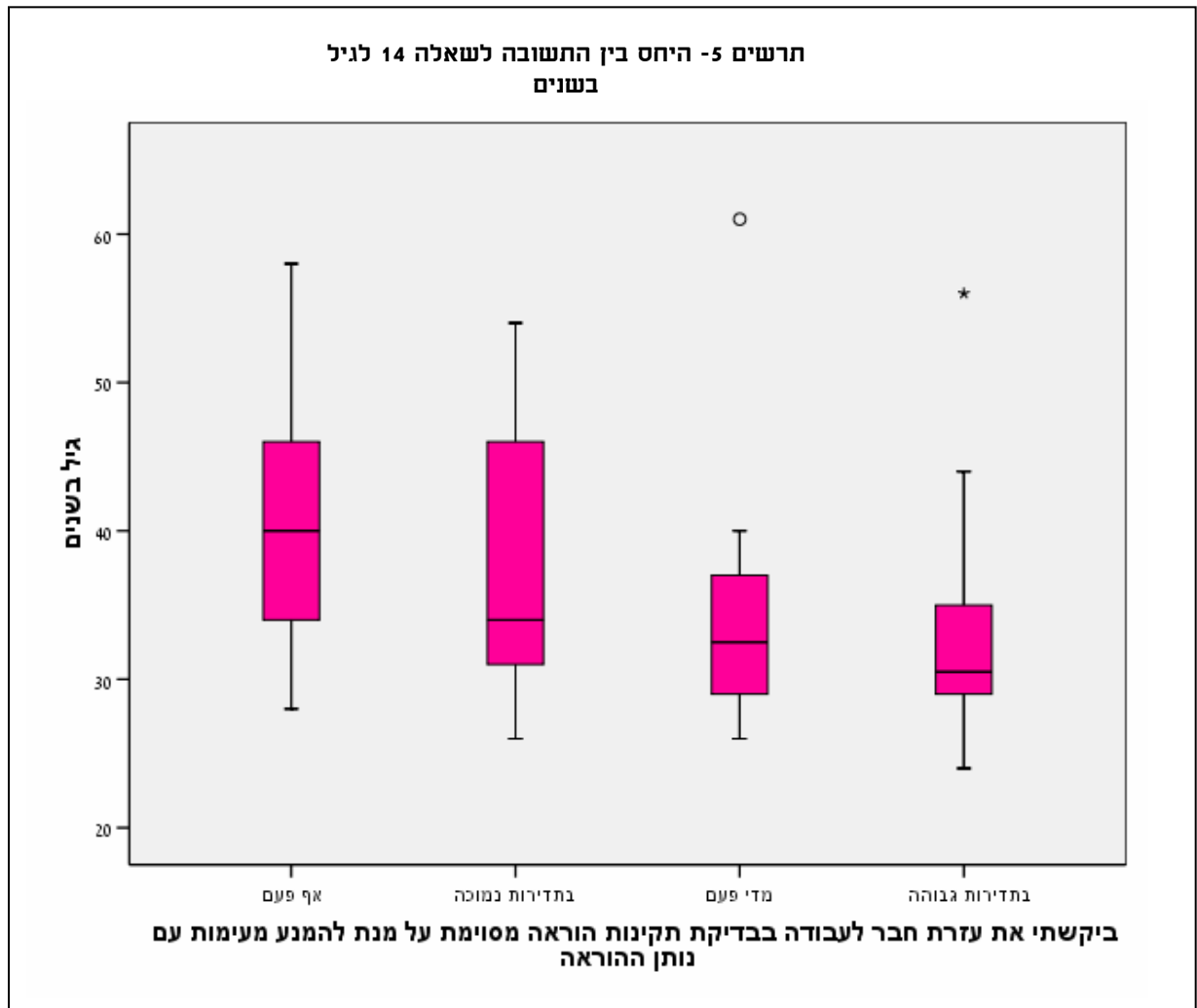
בקובץ השלישי הופיעו שאלות בנושא היחס לביצוע הוראות המוטלות בספק. הנשאלים נתבקשו לציין באיזו תדירות בשנה החולפת חוו תרחיש שהושפע מתחושת איום והפחדה. לשאלה זו צורף מפתח הזזה בתוכנו למפתח בקובץ הראשון של חלק זה. התוצאות מתוארות בתרשים 4.

בתרשים אוחדו הקטגוריות "בתדירות גבוהה" ו-"בתדירות גבוהה מאוד" תחת הקטגוריה "בתדירות גבוהה".



לא נמצא קשר בין התשובה לכל אחת משלוש השאלות הללו ובין המחלקה (פנימית/כירורגיה) או התפקיד (סיעוד/רפואה). בשאלות אלו נבדק גם הקשר בין התשובה ובין גיל או ותק הנשאל במחלקה.

בשאלה 14 בלבד – "ביקשתי את עזרת חבר לעבודה בבדיקת תקינות הוראה מסוימת על מנת להימנע מעימות עם נותן ההוראה", נמצא במבחן ANOVA קשר מובהק ($p=0.01$) בין גיל המשיב ובין תשובתו לשאלה. ככל שהגיל מבוגר יותר כך הנטייה להתייעץ בחבר לעבודה על מנת להימנע מעימות, יורדת. ההבדל נוצר בעיקר בשל הפער בין המשיבים "אף פעם" ובין המשיבים "מידי פעם" או "בתדירות גבוהה".



בקובץ הרביעי של חלק זה, נתבקשו הנשאלים לציין את הסכמתם או אי הסכמתם להצהרות בנושא תחושת איום או הפחדה. התוצאות מתוארות בטבלה 4.

טבלה 4 – מידת ההסכמה עם הצהרות בנושא איום או הפחדה

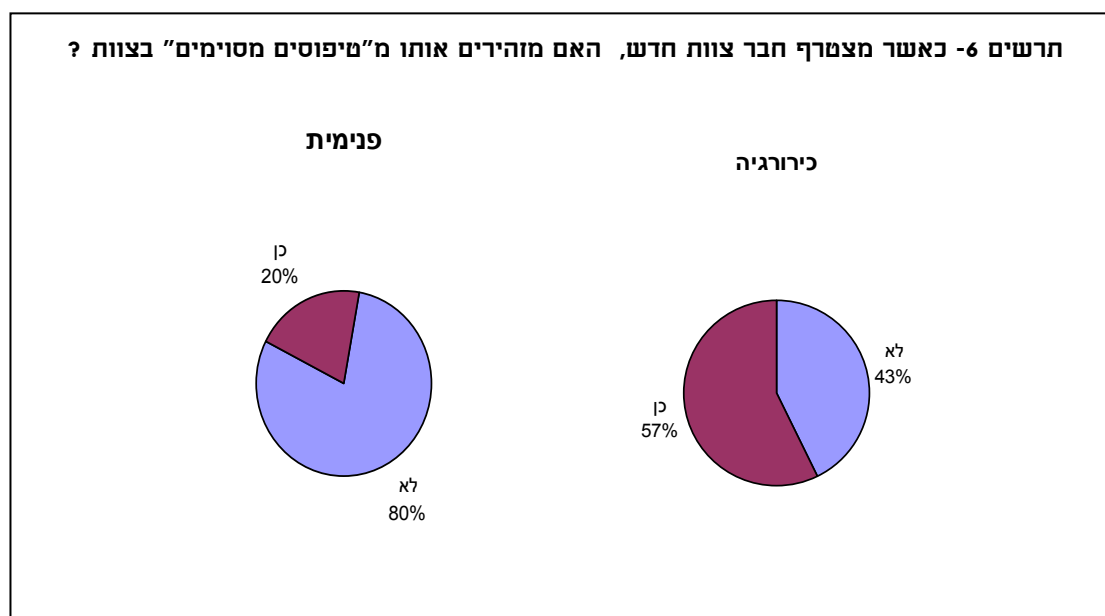
לא ענו על השאלה	לא	כן	
4.2	77.1	18.8	16. אני לא תמיד מברר שאלות לגבי מתן תרופות או ביצוע הוראות שונות בשל ניסיון העבר שלי
9.4	35.4	55.2	17. בדרך כלל ההתמודדות במרכז הרפואי שלי עם התנהגות מאיימת היא יעילה
7.3	13.5	79.2	18. בדרך כלל המרכז הרפואי / המנהל שלי יתמוך בי במידה ואדווח על התנהגות מאיימת של חבר צוות אחר
7.3	87.5	5.2	19. בשנה האחרונה הייתי מעורב בטעות בטיפול שבה התנהגות מאיימת שיחקה תפקיד
5.2	59.4	35.4	20. כאשר מצטרף חבר צוות חדש, מזהירים אותו מ"טיפוסים מסוימים" בצוות

* הנתונים בטבלה הם באחוזים מתוך כלל העונים על השאלה, פרט לעמודה "לא ענו על השאלה" בה הנתונים הם באחוזים מתוך כלל ממלאי השאלון.

בשאלה 16 – "אני לא תמיד מברר שאלות לגבי מתן תרופות או ביצוע הוראות שונות בשל ניסיון העבר שלי" לא נמצא כל הבדל בין רופאים וצוות סיעודי בתשובה על השאלה למרות ההנחות על "תרבות דיווח" שונה.

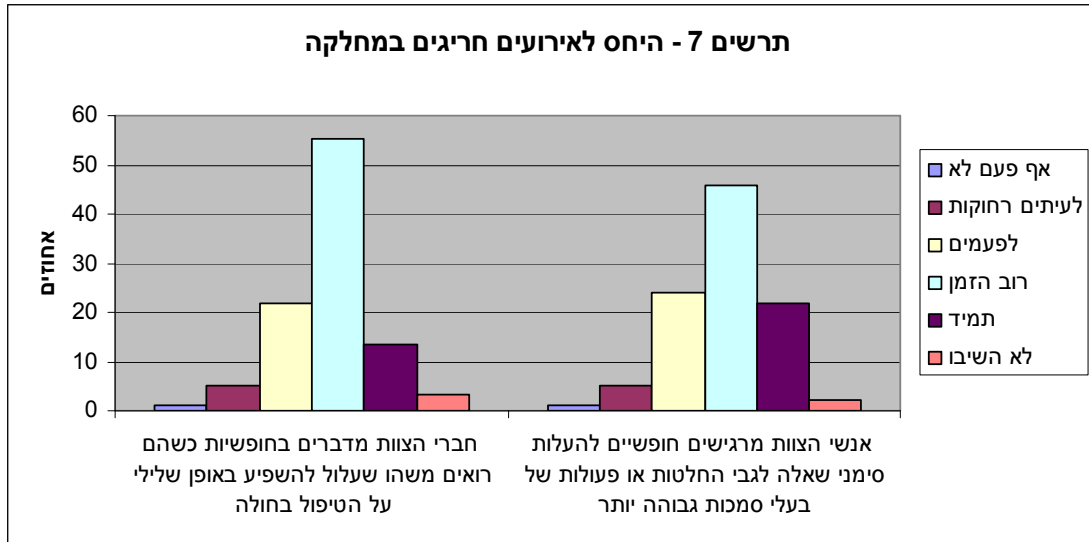
בשאלה 17 – "בדרך כלל ההתמודדות במרכז הרפואי שלי עם התנהגות מאיימת היא יעילה" היה יתרון להדסה עין כרם על הר הצופים (68% השיבו "כן" לעומת 53% בהר הצופים) אך הבדל זה לא יצא מובהק סטטיסטית במבחן חי בריבוע ($p=0.138$).

בשאלה 20 - "כאשר מצטרף חבר צוות חדש, מזהירים אותו מ"טיפוסים מסוימים" בצוות" – נמצא הבדל מובהק (במבחן fisher exact test - $p=0.0005$) בין המחלקות הפנימיות לכירורגיות. התוצאות מתוארות בתרשים 6.



חלק ג' – היחס לאירועים חריגים

בחלק זה נתבקשו הנשאלים לציין באיזו מידה, להערכתם, אירועים חריגים מתרחשים או עוברים בקרה. התוצאות מתוארות בתרשים 7 ובטבלה 5. בחלק זה לא נמצאו קשרים בין התשובות למחלקה (פנימית/כירורגיה), לבית החולים (עין כרם/הר הצופים) או לתפקיד (רפואה/סיעוד).



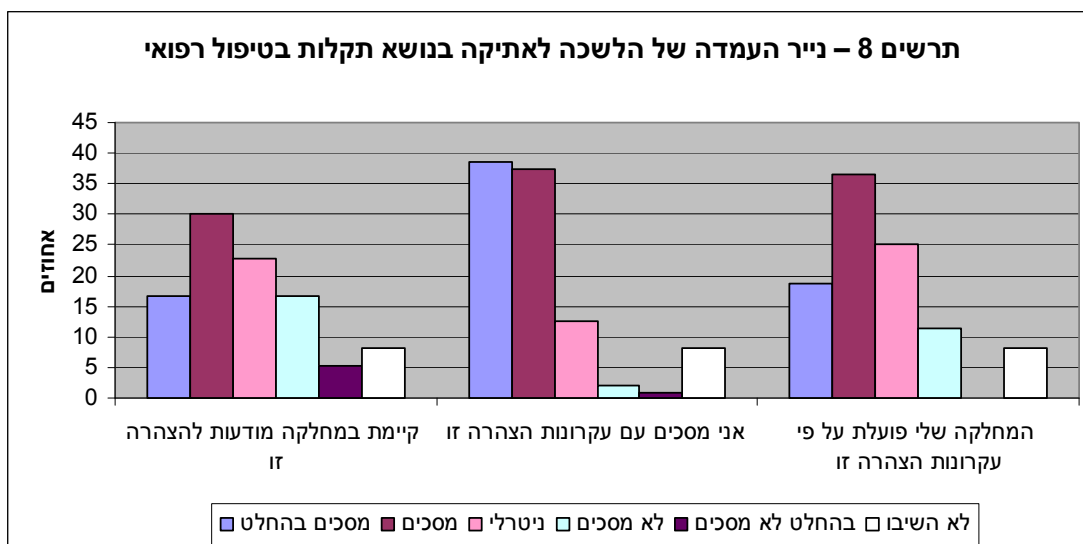
טבלה 5 – היחס לאירועים חריגים במחלקה

לא ענו על השאלה	אף פעם לא	לעיתים רחוקות	לפעמים	רוב הזמן	תמיד	
3.1	1.1	5.4	22.6	57.0	14.0	21. חברי הצוות מדברים בחופשיות כשהם רואים משהו שעלול להשפיע באופן שלילי על הטיפול בחולה
2.1	1.1	5.3	24.5	46.8	22.3	22. אנשי הצוות מרגישים חופשיים להעלות סימני שאלה לגבי החלטות או פעולות של בעלי סמכות גבוהה יותר
2.1	9.6	45.7	38.3	5.3	1.1	23. מידע חשוב לטיפול בחולה הולך לאיבוד בזמן החלפת המשמרות

* הנתונים בטבלה הם באחוזים מתוך כלל העונים על השאלה, פרט לעמודה "לא ענו על השאלה" בה הנתונים הם באחוזים מתוך כלל ממלאי השאלון.

חלק ד' – נייר העמדה של הלשכה לאתיקה רפואית

לשאלון צורף כנספח נייר העמדה של הלשכה לאתיקה רפואית לגבי תקלות בטיפול רפואי (מצורף כאן כנספח 3). הנשאלים נתבקשו לציין באיזו מידה הם מסכימים עם הנאמר, והאם קיימת מודעות במחלקתם לנייר זה ופעולה לפיו. התוצאות מוצגות בתרשים 8.



דיון ומסקנות

חברי הצוות הרפואי מתעניינים בנושא התקשורת הצוותית. זאת ניתן ללמוד מאחוזו ההיענות הגבוהה באופן יחסי לשאלון זה לאחר הצגה קצרה של נושאו וחשיבותו.

כמו במרכזים אחרים ברחבי העולם, גם ב"הדסה" קיימת תחושת איום או הפחדה בתוך הצוות הרפואי. זאת ניתן ללמוד מתגובות המשיבים לסעיפים השונים בשאלון כפי שתוארו בפרק התוצאות.

תחושת האיום אכן משפיעה על בטיחות החולה. דוגמא בולטת לכך ניתן לראות בתשובה לשאלה 16: "אני לא תמיד מברר שאלות לגבי מתן תרופות או ביצוע הוראות שונות בשל ניסיון העבר שלי". לשאלה זו כמעט 19% השיבו באופן חיובי. אין ספק כי אחוז גבוה זה מטריד בשל העובדה כי אחד ממנגנוני ההגנה הקיימים בפני טעויות בטיפול, הבדיקה הכפולה של מתן ההוראות, נפגע.

כאשר נשאלו האם בשנה האחרונה הניחו כי הוראה היא נכונה ובטוחה, למרות ספקות, על מנת להימנע מעימות עם נותן ההוראה, השיבו 23% בתשובות "מידי פעם" או "בתדירות גבוהה" – על פי המפתח מדובר בשלוש עד עשרים פעמים בשנה האחרונה.

בנוסף, 5.2% מהמשתתפים ציינו כי היו מעורבים בשנה האחרונה בטעות בטיפול בה התנהגות מאיימת שיחקה תפקיד. כלומר, אחוז זה של המשתתפים לא רק הכיר בקשר בין טעות והתנהגות מאיימת אלא גם חווה את המקרה לאשורו בשנה האחרונה.

ממצאים אלו תואמים את שתואר בפרק המבוא - מסקירת הספרות ברור כי התנהגות מסוג זה מהווה איום על בטיחות המטופל. עדות בולטת לכך היא התראה של "הועדה המשותפת" האמריקאית (JCAHO) ביולי 2008 בנושא, הדורשת מכל בתי החולים להחיל מחודש ינואר 2009 "קוד התנהגות" ופרוטוקולים מובנים וברורים לטיפול בחורגים ממנו¹. התאמה זו בין התוצאות לספרות יש בה בכדי להצדיק פרוטוקולים דומים בישראל.

אחיות ורופאים כאחד חשים בהתנהגות מאיימת. ניתן לראות כי בבדיקת "רמת האיום הכללית" בשאלות 4-11, לא נמצא הבדל משמעותי בין הרמה עליה דיווחו האחיות לעומת הרופאים.

לא קיים הבדל משמעותי בתחושת האיום בין גברים לנשים וכן בין ילידי הארץ לילידי חוץ לארץ. הבדל זה אינו קיים גם בנושא הספציפי של שפת גוף שלילית או מאיימת – לא ניכר פירוש שונה לכך הקשור במין או בארץ המוצא.

מספר קטן של חברי צוות במחלקה הם שיוצרים את האווירה הטעונה. כשנשאלו באם קיים איום, מהו מספר האנשים שיוצרים את תחושה זו, רוב הנשאלים ענו כי אף לא אחד. כפי שניתן לראות בתרשים 3, שאר המשיבים תיארו אנשים בודדים – 20% ציינו אדם אחד או שניים ורק נשאל אחד אמר כי קיימים במחלקתו מעל חמישה חברי צוות מאיימים.

תופעה זו מעלה שאלה ברורה – אם מספר הנוהגים בדרך זו הינו מצומצם, מדוע אין נוקטים נגדם צעדים משמעותיים?. סיבה אפשרית לאי נקיטת צעדים כאלו היא חשש של הנהלת בתי החולים כי חברי צוות אלו יעברו לבית חולים מתחרה⁽⁶⁾

קיימת מסורת של אזהרת חברי צוות חדשים מפני "טיפוסים מסוימים". שלושים וחמישה אחוזים ענו בחיוב על שאלה זו. כפי שניתן לראות בתרשים 5, מסורת זו חזקה בהרבה במחלקות הכירורגיות לעומת הפנימיות (P value = 0.0003).

עם העלייה בגיל, הנטייה להיעזר בזולת על מנת להימנע מעימות הולכת ופוחתת. כפי שניתן לראות בברור בתרשים 5. 45% מהמשתתפים תארו כי כתחליף להתמודדות עם נותן ההוראה הם מתייעצים עם חבר צוות אחר, לפחות מידי פעם. הגיל הממוצע עלה עם הירידה בתדירות ההתייעצות- גיל ממוצע 40 לתשובה "אף פעם" לעומת גיל 29 לתשובה "בתדירות גבוהה". במהלך השנים ועם הניסיון, רמת המומחיות של חבר הצוות בתחומו עולה ובטחוננו בידיעותיו גובר. ביטחון זה יכול להיות מוגזם ועלול להיות לו לרועץ. גם כאן, אי התייעצות עם חבר צוות אחר בהקשר להוראה הנראית בלתי תקינה, עלולה להיות מסוכנת.

בצוות הרפואי קיימת נכונות לביטויי השגות לגבי החלטות וטיפול המתקבלות על ידי עמיתים או בכירים. עשרים אחוזים מחברי הצוות מציינים (תרשים 4) כי שלוש פעמים בשנה האחרונה לפחות ("מידי פעם" או יותר) חשו לחץ לבצע הוראות, למרות חשש לגבי בטיחותן. בטבלה 5 ובתרשים 7 ניתן לראות גם כי תחושת לחץ זו כפי הנראה פוגעת באופן חלקי בלבד בחובת הדיווח – 71% מדברים בחופשיות ("רוב הזמן" או יותר) כאשר הם רואים משהו שיכול לפגוע בטיפול בחולה. באם נוסף גם את הנשאלים שהשיבו "לפעמים", האחוז יעלה מעל ל-90%.

כשמדובר על סימני שאלה שצצו ספציפית כלפי פעילות של בעלי סמכות, האחוזים דומים – כמעט 70% אחוזים יערערו רוב הזמן או יותר (94% כולל "לפעמים"). כלומר: העלאת סימני שאלה הינה כלפי חברי צוות ובכירים כאחד.

בספרות האחוזים הינם נמוכים יותר – במחקר שנערך בשנת 2001¹¹, נמצא כי במחלקות כירורגיות רק 55% מהרופאים הצהירו כי רופאים זוטרים צריכים להטיל ספק בהחלטות של בכירים. לעומת זאת, בצוותי טייס 94% מהמשיבים הצהירו על "השטחת היררכיה" זו.

מכאן ניתן להסיק כי בצוות הרפואי ב"הדסה" קיימת נכונות להציע דרכים לשיפור סביבת העבודה ונכונות לקבל הצעות. אחוז ההסכמה הינו גבוה אך ניתן להגיע אף לאחוזים גבוהים יותר עם ההדרכה הנכונה.

במקרה זה בנוסף להכשרת הצוות חשובה במיוחד הכשרת מנהל המחלקה כמנהיג - מנהיג טוב ומיומן יפחית את ההיררכיה ויאפשר שיחה חופשית ככל הנוגע לבטיחות המטופל ואילו מנהיג הכופה את סמכותו במידה רבה יוצר סיכון בלתי רצוי.

המנהלים ומכתבי המדיניות מתייחסים ברצינות להצעות לשיפור בטיחות המטופל. כתוצאה מכך התמודדות עם כשל או טעות צפויה להיות טובה יותר. 75% מהמשיבים לשאלה 2 (טבלה 2) דיווחו על יחס רציני זה מצד הממונים וניתן לשער כי מכך נובעת הנכונות הגבוהה לבטא השגות ולערער על החלטות טיפוליות. מיקומו של המנהל כמכריע בנושא זה הינו מוכר גם בספרות המקצועית והינו חד משמעי.

רוב הצוות הרפואי מרוצה מדרך ההתמודדות של המרכז הרפואי "הדסה" עם איום או הפחדה.

55% מהמשיבים לשאלה השיבו באופן חיובי (טבלה 4). חלק מהמשיבים ציינו בעל פה או בכתב כי הם כוללים בכך איום מצידם של חולים או בני משפחותיהם ולכן ההתמודדות פחות טובה לדעתם. בנוסף כ- 80% דיווחו כי המרכז הרפואי / המנהל אף יתמכו בהם באם ידווחו על התנהגות פוגענית.

קיים הבדל מובהק ביחסי העבודה במחלקות הפנימיות לעומת הכירורגיות. ניתן ללמוד זאת מתחושת הכבוד ההדדי בקרב חברי הצוות וממידת האיום בה חשים חברי הצוות. תחושת הכבוד ההדדי הייתה גבוהה באופן מובהק ($P \text{ value} = 0.003$) במחלקות הפנימיות לעומת הכירורגיות (טבלה 2). כפי הנראה בכל אחת מארבע המחלקות שנבדקו קיימת תרבות עבודה שונה משום שבין ארבעתן גם כן נמצא הבדל משמעותי ($P \text{ value} = 0.022$). המחלקה המובילה בתחושת הכבוד ההדדי הייתה "פנימית הר הצופים" ואילו האחרונה הייתה "כירורגיה עין כרם".

גם במדד "רמת האיום הכללית" (שאוחד מתוצאות טבלה 3) היה ה-Score של המחלקות הכירורגיות 2.35 לעומת 1.82 במחלקות הפנימיות ($P \text{ value} = 0.0001$) כאשר הממוצע הכללי היה 2.07. חשוב לציין כי בשל איחוד התוצאות של הפנימיות השונות באותו מרכז והכירורגיות השונות באותו המרכז, אוחדו מחלקות בעלות אופי שונה, יחסי עבודה שונים ולעיתים אף מנהלים שונים.

יתכן כי ההבדלים הללו אינם נובעים אך ורק מאופי העבודה במחלקות אלו אלא גם מאופי הבחורים להתמחות בכירורגיה או בפנימית. יתכן שאנשים הבחורים התמחות כירורגית הינם, בהתאם לצורך העבודה בסביבה של חדר ניתוח, אנשים אסרטיביים יותר וסמכותיים יותר, דבר היוצר בקלות אנטגוניזם של הסובבים. הבנה של עיקרון זה במסגרת סדנאות צוותיות אולי תפחית את תחושת האיום ותגביר את תחושת הביטחון וההכרה במקומו של חבר הצוות האחר. דוגמא לכך ניתן למצוא בקרב חברי צוות אוויר – טייסים ידועים באסרטיביות אך זו דרה בכפיפה אחת עם עבודת הצוות – תודות להכשרה המתאימה.

בעיתות לחץ, גוברת הסולידריות ותחושת הגיבוי ההדדי בצוות. הדבר ניכר בשל הנכונות הגבוהה לפעול יחדיו כשיש צורך בעבודה מהירה (טבלה 2). מחד כארבעה אחוזים בלבד שללו טענה זו בתשובתם, באופן דומה בין המחלקות השונות ומאידך – ארבעה אחוזים של חוסר שיתוף פעולה בעיתות חרום עשויים להיות קטלניים. עבודת הצוות בזמן השגרה הינה הכנה טובה לשיתוף כזה בשעת לחץ או חרום ולכן שיפורה ישפיע גם על מצבי הקיצון. במחקר אמריקאי בו נשאלה שאלה דומה¹² 85% השיבו בתשובה חיובית לשאלה זו. יש לציין כי המחקר האמריקאי נעשה במחלקות שונות וכלל גם מקצועות פארא-רפואיים כמו טכנאים, רוקחים, דיאטניות וכו'.

איכות העברת המידע בעת חילופי המשמרות נפגעת. 38% בחרו בתשובה "לפעמים" ו-45% בחרו "לעיתים רחוקות" (טבלה 5). כלומר: רוב הצוות חושב שמידע אובד בעת החילופין, אך לא באופן שכיח. למרות זאת גם אובדן מידע חשוב בשכיחות שמוגדרת כ"לפעמים" הינו חמור ויכול להוביל לאסון.

הבעייתיות בעדכון בעת חילופי משמרות או העברת מידע רפואי נובעת ממחסור בתיקון שיטתי (סטנדרטיזציה) בדרך העברת המידע, מחוסר בהירות שקיימת לעיתים לגבי חלוקת האחריות בצוות (לא ברור למי להעביר את המידע) ומשוני בדרכי התקשורת בין בני אדם מרקע שונה (מין, גזע, תפקיד

מקצועי ועוד). אחיות, לדוגמא, נוטות להשתמש ביתר פרוט בעת העברת מידע לעומת השיטה התמציתית השגורה בפי הרופאים.

אפשרות עדכון פשוטה יחסית ללימוד ולשימוש ומתאימה לכל היא שיטת "SBAR"⁽⁷⁾. שיטה זו שאולה במקור מחיל הים האמריקאי וכבר נעשה בה שימוש בתחום הרפואי. השיטה מאפשרת עדכון ענייני וכן מאפשרת לחבר הצוות, לא משנה מה מקומו או תפקידו, לתת את הערכתו האישית והמלצות לפי ראות עיניו. ראשי התיבות מתוארים בטבלה 5 להלן.

טבלה 5 – מודל SBAR לשיפור התקשורת בין קלינאים

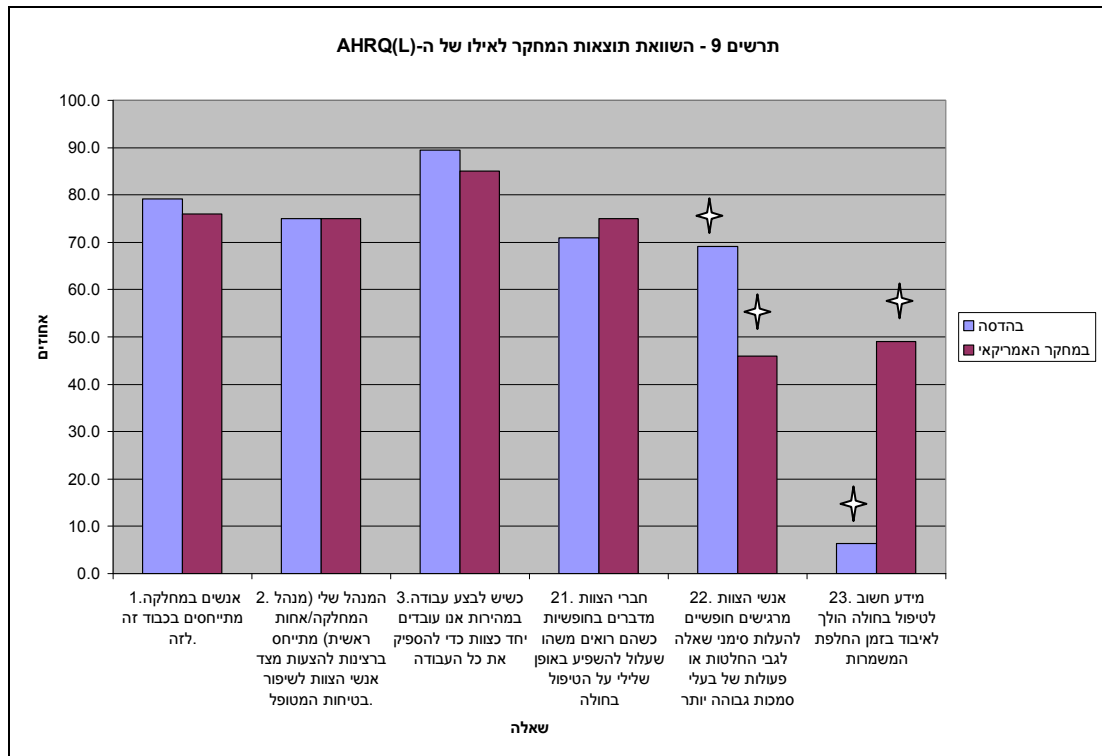
S – Situation – המצב – מה קורה ברגע זה?
B – Background – הרקע – מהן הנסיבות שהובילו למצב הנוכחי?
A – Assessment – הערכה – מהי לדעתך הבעיה?
R – Recommendation – המלצה – מה עלינו לעשות על מנת לפתור את הבעיה?

רוב הצוות הרפואי חושב כי על הרופא מוטלת החובה האתית לספר לחולה כי חלה תקלה בטיפול בו. הצהרה זו של הלשכה לאתיקה רפואית פורסמה במאי 2004 אך זכתה עד כה להכרה של כ-51% מתוך המשיבים על שאלה זו (תרשים 8). לאחר קריאתה כנספה לשאלון השיבו 83% מהנשאלים כי הם מסכימים עם מסקנותיה וכ-55% מהם ציינו כי מחלקתם פועלת על פי עקרונות אלו. בנספח 1 – נספח ההערות המילוליות, ניתן לראות כי שלושה מהמשיבים ציינו "לא לציטוט" כי כאשר חלה טעות בטיפול ולא נגרם נזק לחולה, החולה ומשפחתו לא ידווחו או ידעו על כך. מחד נדמה כי כאשר לא נגרם כל נזק אין סיבה לדווח על הטעות ומאידך קיימות עם נוהג זה שתי בעיות – ראשית יתכן כי הנזק הינו לטווח הארוך וטרם צפינו בתופעה במלואה (למשל במתן מינון שגוי של תרופה) ושנית אי דיווח לחולה ולמשפחתו ימנע את עזרתם במניעת הישנות טעות דומה בהמשך. חשוב לציין כי במהלך חלוקת השאלונים ביקשו 6 נשאלים ממחלקות שונות לשמור את דף זה בשאלון מבלי שאפשרות זו הוצעה להם, על מנת לקרוא בו שוב ולתלות במחלקה. אפשרות זו כמובן ניתנה להם ותוכל, כבר בעצם קיומה, להעלות את המודעות ולהניח את היסודות לשיח צוותי בנושא ובמידה וירצו בכך לפעולה על פי העקרונות המנחים. מחקר מסוג Action research פועל בדיוק בצורה כזו.⁽¹⁰⁸⁾ מחקר כזה מערב את נשוא המחקר במחקר עצמו, הוא דמוקרטי באופיו ובעיקר תורם לא רק למדעי החברה אלא גם לשינוי חברתי של ממש.

השוואה למחקרים מארצות הברית

כפי שכבר תואר, סקרים דומים בוצעו במקומות שונים בארצות הברית. בהשוואה בין התוצאות ניתן לראות נתונים מפתיעים – דמיון כמעט מוחלט בחלק מהשאלות ושוני מהותי באחרות. מובאות להלן מספר דוגמאות מהמחקר שנערך על ידי ה-AHRQ¹².

לצורך ההשוואה הוגדר כי "מסכים בהחלט" ו-"מסכים" מהווים תשובה חיובית לשאלה. התוצאות מתוארות בתרשים 9, בו מסומנים בכוכב ההבדלים המובהקים סטטיסטית. ניתן לראות כי תשובות דומות נמצאו לשאלות 1, 2, 3 וכן שאלה 21. בכל השאלות הללו התשובות היו ברובן חיוביות ומעידות על יחסים בין אישיים טובים ועל אווירת בטיחות בונה. חשוב לציין כי במחקר זה הייתה אפשרות לסמן את תשובת הביניים "ניטרלי" שלא הופיעה במחקר האמריקאי.



הבדל משמעותי נמצא בשאלה 22 (69% השיבו בתשובה חיובית לעומת 46% בלבד במחקר האמריקאי) ובשאלה 23 (6.4% בלבד אצלנו השיבו בתשובה חיובית לעומת 43% במחקר האמריקאי). יש לציין כי בשאלה זו משיבים רבים ענו "לפעמים", אפשרות של הייתה קיימת במחקר האמריקאי. הבדלים אלו מעידים כפי הנראה על פחות היררכיה ב"הדסה" לעומת ארה"ב ויכולת העברת מידע טובה יותר.

מדדי תקשורת המופיעים בחלק ב' של השאלון (טבלה 2) מופיעים גם במחקר בנושא תחושת איום שנערך על ידי ה-institute for safe medication practice בארה"ב¹³ והקיף כ-2000 נשאלים, כשרובם אחיות ורוקחים. לצורך ההשוואה אוחדו התשובות "לעיתים קרובות" ו"לעיתים קרובות מאוד" לקטגוריה אחת בשם "לעיתים קרובות". הבדל משמעותי סטטיסטי למחקר זה נמצא בשלושה מדדים, שניים לטובת הדסה ("חוסר רצון או סירוב לענות על שאלותיך, להחזיר שיחת טלפון או ביפר", "פשוט תעשה מה שאמרת") ואחד לרעתה ("אלימות פיזית"). ההבדל במדד האלימות הפיזית נובע מכך שבמרכזנו 3% השיבו "לפעמים" ואילו במחקר האמריקאי 0%. הבדל משמעותי אך לא מובהק סטטיסטי נמצא גם במדד "שפת גוף שלילית או מאיימת". יתכן כי ההבדלים במדדי האלימות ופיזית ושפת הגוף נובעים מביטוי "פיזי" יותר לתחושות שונות בין תרבויות. בשאר המדדים לא נמצא הבדל משמעותי.

מתוצאות הסקר נראה כי רמת שביעות הרצון מהמרכז הרפואי בתחום האיום וההפחדה גבוהה יותר מאשר במחקר האמריקאי¹³. הבדל מובהק לטובת מחקר זה נמצא בשאלה הנוגעת ליעילות ההתמודדות עם התנהגות מאיימת במרכז הרפואי (שאלה 17 - 55% השיבו בחיוב לעומת 39% בלבד) ובזו הנוגעת לתמיכת המרכז או המנהל בעת דיווח על התנהגות שכזו (שאלה 18 - 79% השיבו בחיוב לעומת 70%).

עשרה שלבים לשיפור התקשורת הצוותית למען בטיחות המטופל

על מנת ליעל את המערכת מוצעת כאן תוכנית פעולה מן הכלל (בית החולים כארגון) אל הפרט (היחידה או המחלקה). תוכנית זו הינה סיכום ומיצוע של תוכניות רבות שהוצעו בספרות בהתאם לארצנו ולצרכים שנמצאו בשאלון זה. זוהי הצעה לפעולה שנכתבה על ידי מחברת עבודה זו ואינה תחליף לייעוץ מקצועי.

שלב 1- פרסום תוצאות הסקר וניתוחן – מודעות הינה השלב הראשון בדרך לפתרון. מצאנו כי חברי הצוות מתעניינים בנושא זה ולכן צפויה פתיחות להבנתו. הפרסום חייב להיות רחב – לא רק בקרב הרופאים והאחיות אלא גם בקרב אנשי המנהלה, טכנאים ושאר עובדי המרכז הרפואי.

שלב 2- כתיבת מדיניות ארגונית בנושא התקשורת בקרב הצוות הרפואי – עם התייחסות ספציפית לנושא האיום. המדיניות היא אישית לבית החולים עצמו ולצרכיו. כתיבת מדיניות כזו תקנה לחברי הצוות הרפואי ביטחון כי בקשותיהם יבחנו באופן אובייקטיבי, על פי קריטריונים ברורים ובצורה אפקטיבית.⁶ הועדה הממונה על כך צריכה לכלול בעלי תפקידים מתחומים שונים במרכז הרפואי. תפקידה להגדיר מהו איום מבחינתה, להצהיר כי המוסד מעוניין בייעול התקשורת הבין אישית למען בטיחות המטופל ולבנות תוכנית פעולה¹³. ניתן ליצור מסמך שבו קוד ההתנהגות הדרוש ואף להחתים עובדים חדשים על הסכמה עימו.

שלב 3- הגדרת מטרה תחומה בזמן – תוצאות התערבות כזו נבחנות בטווח הארוך בעיקר ולכן הגדרת הגשמת המטרות לתקופה ארוכה הינה הכרחית. לדוגמא: הורדת מדד האלימות ב%50 תוך 5 שנים.

שלב 4- מנהיגות צוותית וחשיבות החזון המשותף – "המנהיג", או במקרה זה מנהלי המחלקות והאחיות הראשיות למשל, מכירים את חברי הצוות עם המסוגלות שלהם לבצע מטלות, העדפותיהם, כוחותיהם הייחודיים וחולשותיהם. כך יוכלו לכוון את חברי הצוות לפעילות משותפת ולהבנה הדדית. הדרכה נכונה של המנהל להובלה על ידי דוגמא אישית תיצור אווירה וסביבת עבודה חיובית ויחד יוכלו להחליט על חזון משותף ליחידה הספציפית.

החזון המשותף חייב להתבסס על עקרונות האחריות של חברי הצוות כלפי החולים וההבנה כי קלינאי גם מבצע טעויות. כל זאת תוך מודעות למצב המוסד הרפואי, מצב הצוות וכמובן – המטופל¹¹.

שלב 5- דיאלוג – קיום דיון כן ופתוח בנושא בסדנאות פורומים שונים לצורך דיון בנושא וקיום הדמיית תרחישים של מצבי יום ויום ומצבי קיצון. הסדנאות יהיו במתכונת שונה עבור צוותים מסוגים שונים. לדוגמא – צוותי חדר מיון יעסקו יותר בחלוקת התפקידים הברורה, ניהול הציוד וקבלת החלטות

מהירה ואילו בצוותי מרפאות יושם דגש על הכרת החוזק והחולשה של חברי הצוות, מיומנויות לשמירה על קשר ארוך טווח עם מטופל וכו'.⁵

שלב 6- הגדרת מודל לעדכון הדדי – למשל מודל SBAR שתואר בפרק הדיון. בנוסף ניתן להגדיר שפה ברורה למקרים בהם המצב קריטי. לדוג': "אני חושש ש..." או "אני מודאג כי...". הוכחה ליעילות הדבר היא בספרות⁹ בה נמצא כי בחדרי לידה נעשה שימוש בשפה כזו ולאחר משפט כמו "אני צריכה שתבוא לראות מטופלת" הייתה 100% של היענות הרופא לבקשת האחות והבנה של בהילות העניין.

שלב 7- יצירת מנגנון דיווח – באם אחד מחברי הצוות או קבוצה חשים בהתנהגות מאיימת או כזו המסכנת את טובת החולה צריכה להינתן להם אפשרות דיווח. ניתן לשקול גם יצירת מנגנון אנונימי על מנת לא להגביר את האנטגוניזם שקיים ממילא. טרם הדיווח לדרגים גבוהים מומלץ כמובן לנסות ולפתור את העניין בשיחה כנה פנים מול פנים והבהרת חשיבות העניין, אך באם זו לא מועילה יש צורך לערב גורם שלישי.

שלב 8- הגדרת תגובה להתנהגות לא מקובלת – יש לפנות לאדם כלפיו הובעה הטענה עם באופן ענייני סמכותי ועם זאת להראות התחשבות ולתת עצה. עונשים לא בהכרח צפויים ליצור שינוי וגם הבהרה כי התנהגות כזו אינה מקובלת הינה מספקת במקרים רבים¹³. חשוב גם תיעוד של ניסיונות התערבות שנעשו לגבי אדם מסוים עם דפוס התנהגות חוזר. לחילופין חשוב גם לציין ולשבח עובדים מצטיינים, על מנת לעודד את המשך פעילותם בדרך זו.

שלב 9- ניטור התקדמות והערכה – הסדנאות שתוארו תחת סעיף "דיאלוג" אינן חד פעמיות אלא יש לחזור עליהן אחת לתקופה שתוגדר מראש. בנוסף יש לחזור על השאלון על מנת לצפות בהתקדמות ושיפור (ר' "שימוש בכלי זה בעתיד"). חלק מהשיפור יראה בתחומים אחרים, לדוגמא יעילות שתבטא ברידה בהוצאות המחלקה.

שלב 10- שיתוף – בכל מרכז רפואי ובכל יחידה יימצאו שיטות יעילות יותר ויעילות פחות בשיפור תרבות העבודה. כמו כן יתכן ויעלו גם רעיונות חדשים ומקוריים. לכן חשוב לחלוק את הנקודות לשיפור ולשיפור עם הכלל. במחלקות שבהן הוטבה סביבת העבודה ויעילותה, פרסום התוצאות יעודד מחלקות נוספות להצטרף לתהליך ולעזור בהבראת מערכת הבריאות כולה.

שימוש בכלי זה בעתיד

השאלון שנכתב עבור מחקר זה ועבר תיקוף יכול לשמש ככלי לבחינת התקשורת הצוותית במחלקות השונות במרכז הרפואי "הדסה" וכן יכול לשמש למטרה דומה גם בבתי חולים אחרים בישראל. שימוש עקבי בכלי זה במחלקות שונות או במרכזים רפואיים שונים יכול לשמש לצורך השוואה בינם. ההשוואה אין מטרתה חלוקת "ציונים", "פרסים" או "נזיפות" אלא הינה מרכיב חשוב לצורך לימוד הדדי לגבי הסיבות להצלחת התקשורת באחת לעומת האחרת וכן גיבוש דרכי פעולה אפשריות ונכונות יתר לשינוי התקשורת הצוותית. בכך תגבר גם בטיחותו של החולה כמטרת העל.

יתרונות נוספים ניתן לראות בתוכנית לשיפור שיתוף הפעולה ביחידה לטיפול נמרץ נשימתי במרכז רפואי במדינת יוטה, ארה"ב⁴. תוך 4 שנים של תוכנית חל שיפור באיזון הסוכר והאלקטרוליטים בחולים, ירידה במספר בדיקות המעבדה הבלתי חיוניות ועוד. כתוצאה מכך עלויות היחידה ירדו ב-30% שהיוו ירידה ב-19% מכלל הוצאות המרכז הרפואי. במחקר אחר⁸ העריכו כי "מתח במקום העבודה" (stress) עולה לחברות האמריקאיות 200 ביליון דולרים בשנה. מכאן שלתוכנית עשוי להיות אף ערך כלכלי.

חשוב לציין כי סיכום תוצאות השאלון במחלקות או מרכזים נוספים יאפשר השוואה עם תוצאות מחקר זה, אך השוואה זו הינה יחסית בלבד. כלומר: גם מרכז או מחלקה בהם יתקבלו תוצאות טובות יותר משהתקבלו במחקרנו, אין להסיק מכך כי אין מקום לשיפור. יש לזהות את תחומי התקשורת בהם יש צורך בהתערבות ולפעול למענה גם כשהתוצאות קרובות למקסימאליות.

בנוסף, בעת הניסיון להשוות את התוצאות למרכזנו, חשוב לציין כי בשל המדגם המצומצם עליו נערך מחקר זה וטווח הזמן הקצר אין להסיק ממנו מסקנות לגבי כל המרכז הרפואי "הדסה" או לגבי "רוח התקופה" במרכז זה. לצורך כך יש צורך במחקר ארוך יותר ורב משתתפים.

גם במחקר עתידי גדול יותר בנושא קיימות מספר מגבלות. ניתן לצפות כי מספר אנשים יסרבו להשתתף בסדנאות או לקיים דיאלוג פתוח בנושא. סיבה אפשרית אחת היא דווקא, באופן פרדוקסלי, קיום ההיררכיה עצמה¹¹. מיומנות בין אישית ירודה או חוסרי מוטיבציה במקום העבודה, גם הם יכולים להגביל את ההשתתפות בתוכנית דומה.

מגבלה נוספת היא צורך בביצוע של סדנאות חוזרות וסקרים חוזרים.

לאחר השימוש בשאלון בפעם הראשונה ניתן וצריך לחזור עליו תוך תקופת זמן מוגדרת לאחר התערבות או סדנא שנעשתה. כך ניתן לראות האם חל שינוי בגישת המשיבים בעקבות זאת. חשוב לא לחזור בתדירות גבוהה מידי – השינוי עצמו יכול לארוך שנים וכן אנו רוצים לשמור על היענות גבוהה של המשיבים. במקרה שכזה, שינוי בתוצאות יכול להיות בשל משיבים אחרים לחלוטין ולא בשל שינוי בדעתם.

כלומר: שימוש מושכל בכלי זה יכול להיות לעזר רב להנהלה, לצוות הרפואי ואף למטופלים במרכזים נוספים.

סיכום והצעות לשיפור

התקשורת בקרב חברי צוות הוכחה בעבר כגורם חשוב ביותר באיכות הטיפול בחולה ולבטיחותו. מחקר זה פותח צוהר לתוך עולם זה, שטרם נבחן בישראל בכלל ובמרכז הרפואי "הדסה" בפרט. במחקר זה הוכחו הבדלים משמעותיים במדדי תקשורת בין צוותים רפואיים ביחידות שונות במרכזים הרפואיים של "הדסה". תוצאות מחקר זה מהוות "תמונת מצב" עדכנית. עם זאת, יש מקום למחקר נוסף שיבחן את השפעות הבדלים אלה על תוצאות הקצה של הטיפול הרפואי. שימוש מושכל בשאלון זה ככלי להערכת התקשורת, יוכל בעתיד להועיל גם לשיפורה. בנוסף לכך, יש צורך בפיתוח מדדים נוספים הניתנים לכימות לאיכות התקשורת בצוותים הרפואיים, שיהוו בסיס להערכת התערבויות עתידיות בתחום.

תודות

ברצוני להודות מקרב לב לפרופסור מאיר ברזיס ולפרופסור רוברט כהן, על הליווי הצמוד והסבלני, התמיכה וההערות הבונות לאורך הדרך.

תודה לגברת טלי בדולח אברהם, סטיסטיקאית בית הספר לרפואה, על העזרה הרבה בניתוח תוצאות השאלונים.

תודה למתן כהן וללואיס מהמחלקה לבטיחות רפואית בפקולטה לרפואה, על תרומתם הרבה לעבודה זו.

תודה למשפחתי היקרה, שבלעדיה לא הייתי מגיעה למקומי היום.

תודה רבה לרופאים ולאחיות הרבים מהמרכז הרפואי "הדסה" שהשתתפו במחקר ותרמו מזמנם ומעצתם למען שיפור התקשורת ובטיחות המטופלים.

תקציר

רקע:

בספרות הכללית תוארה חשיבותה של תקשורת בין אישית בסביבות עבודה בהן מתקבלות החלטות משמעותיות על ידי מספר אנשי צוות, לעיתים בתנאים של עומס וקבועי זמן קצרים. מעבר למניעת תקלות שונות הוכחה התקשורת הבין אישית כבעלת חשיבות ליעילותה הכללית של המערכת (9,4,14). אופי התקשורת הבין אישית בקרב הצוות הרפואי הוכח כבעל השפעה מרובה על איכות הטיפול הרפואי לו זוכה המטופל ובעל השלכות מרחיקות לכת על בטיחותו (2). שיחה, התייעצות ויחסי אמון בקרב הצוות המטפל יכולים לעיתים למנוע טעויות הרות אסון למטופל. בספרות הרפואית ניתן למצוא גם תיאורים של מגוון התערבויות מוצלחות (13,11,14,8). בישראל בכלל ובמרכז הרפואי "הדסה" בפרט, זהו שימוש ראשון בכלי מדעי על מנת לבחון מאפייני תקשורת שונים כמו תחושות איום ואלימות או לעומתם כבוד הדדי, סבלנות וסובלנות, התמודדות המחלקה עם טעויות, העברת מידע ועוד.

מטרת העבודה:

אפיון מדדי תקשורת בין אישית שונים במרכז הרפואי "הדסה", העשויים להשפיע על איכות הטיפול בחולה ובטיחותו.

שיטות:

נעשה שימוש בשאלון הנגזר משאלונים אשר עברו תיקוף בספרות וכוללים גורמי תקשורת שעל פי הספרות משפיעים במיוחד על איכות הטיפול. התרגום עבר התאמה על ידי מבחן מקדים (pretest).

הנושאים העיקריים שנבחנו בשאלון הנם נכונות חברי הצוות הרפואי (רופאים ואחיות) לבטא השגות לגבי ההחלטות והטיפול של עמיתיהם ונכונותם להציע דרכים לשיפור במקומות בהם הם מרגישים שישנו פער. בנוסף הוערכה התייחסות הצוות והבכירים בו לאירועים חריגים ולטעויות ותחושת הסולידריות הפנים צוותית במצבי לחץ ונבדקה שכיחותם של אירועים בהם המעורבים מרגישים באיום כלשהו, מרומז או גלוי. נושא נוסף הוא ההיכרות עם נייר העמדה של הלשכה לאתיקה בנושא תקלות בטיפול רפואי והפעולה על פיו.

הנתונים שנאספו מהאגף הפנימי והכירורגי ב"הדסה הר הצופים" וב"הדסה עין כרם" עובדו על פי שיטות סטטיסטיות מקובלות והם מוצגים לפי חתכים של אוכלוסיות שונות במרכז הרפואי בגרפים מסוג תרשים עמודות, תרשים עוגה ו-Box plot.

תוצאות:

חברי הצוות במרכז הרפואי "הדסה" מתעניינים בנושא התקשורת. כמו במרכזים אחרים ברחבי העולם, גם ב"הדסה" קיימת תחושת איום או הפחדה בתוך הצוות הרפואי והיא אכן משפיעה על בטיחות המטופל. רוב הצוות הרפואי מרוצה מדרך ההתמודדות של המרכז עם התנהגות מאיימת וחש כי מכתבי המדיניות מתייחסים ברצינות להצעות בנושא שיפור בטיחות המטופל.

בעבודה זו נמצא הבדל מובהק בתרבות העבודה במחלקות הפנימיות לעומת הכירורגיות עם תחושת איום גבוהה יותר באחרונות. לעומת זאת, לא נמצא הבדל משמעותי בין הרופאים והצוות הסיעודי, בין נשים וגברים או ילידי הארץ וילידי חוץ לארץ. הבדל משמעותי כן נמצא עם העלייה בגיל - הנטייה להיעזר בזולת בעת ספק לגבי הוראה הולכת ופוחתת.

בעבודה זו נמצא כי בקרב הצוות הרפואי ב"הדסה" קיימת נכונות לעבוד כצוות בעיתות לחץ ולחילופין קיימת נכונות לביטוי השגות לגבי החלטות וטיפול המתקבלות על ידי עמיתים או בכירים.

איכות העברת המידע בעת חילופי המשמרות, נקודת תורפה מוכרת, אכן נפגעת על פי מחקר זה. רק כמחצית מהצוות הרפואי נחשפה לנייר העמדה של הלשכה לאתיקה רפואית שפורסם ב-2004 אך רוב הצוות הרפואי מסכים עימו - על הרופא מוטלת החובה האתית לספר לחולה כי חלה תקלה בטיפול בו.

מסקנות:

מחקר זה הינו הראשון מסוגו שבוצע בישראל בכלל ובמרכז הרפואי "הדסה" בפרט והוא פותח צוהר למחקרים נוספים בנושא. המידע שנאסף במסגרת עבודה זו, יהווה בסיס להבנת מצב התקשורת בתוך צוותים בהדסה, לפתיחת דיאלוג ולתכנון התערבויות שיענו על הצרכים שאותרו. מטרה זאת תושג בעיקר באמצעות העלאת המודעות לתקשורת בין אישית כגורם המשפיע על איכות הטיפול בחולה.

Summary

Background:

A review of the general literature reveals the importance of interpersonal communication in working environments where teams are required to make critical decisions. Interpersonal communications has been found to be very important in situations where a team is functioning under constraints of time and a heavy workload. Not only has interpersonal communication found to be an important factor in preventing accidents and adverse outcomes, it has been shown to be important with regard to the general efficiency of the system and organization (14, 4, 9).

The nature of communication between members of a medical team has been shown to be a major factor affecting the quality of medical care, and the patient's safety (2).

Conversation, consultation and trust within the medical team may prevent mistakes that may have catastrophic results. The medical literature also reports a variety of successful interventions (8, 14, 11, and 13). This study is a first attempt, in Hadassah Medical Organization, and in Israel in general, to utilize a scientific tool in a medical setting to observe communication parameters, such as intimidation, violence, contradiction, mutual respect, patience, tolerance, how a medical team deals with mistakes, and distributes information.

Aim:

Characterization of different parameters of interpersonal communication that may affect quality of care and patient safety in Hadassah Medical Center.

Methods:

Based on a review of validated questionnaires reported on in the professional effect the quality of patient care and safety. The Hebrew version was validated in a separate pretest.

The main issues assessed were the willingness of the medical staff (physicians and nurses) to express disagreement with colleagues regarding decisions made in patient care, and their willingness to suggest improvements in areas where they recognize it is needed. In addition, the attitude of both senior and junior staff towards issues such as, mistakes and adverse events, solidarity within the medical team in stressful situations, and the incidence of events where a team member feels an implied or outspoken threat were also assessed. Familiarity of medical staff with the statement made by the ethics

commission regarding medical mistakes and adherence to its suggested guidelines was investigated.

Data collected from the medical and surgical divisions of Hadassah Medical Organization at the Ein Karem and Mount Scopus centers was analyzed according to accepted statistical methods and is presented referring to different populations within the medical centers.

Results:

Interpersonal communication is a matter of concern to the medical staff at Hadassah. As in other centers around the world the medical staff is exposed, at various levels, to intimidation and threat within the medical team that may affect patient safety. The majority of the medical staff appears to be satisfied with the manner in which Hadassah deals with threatening behavior. Medical staff also indicated that they felt that policy leaders addressed the issue seriously, and that they introduced favorably initiatives and improvements regarding patient safety. A significant difference in the working culture was observed between the medical and surgical divisions. Staff in the surgical setting reported higher levels of interpersonal threat. However, no significant difference was found between physicians and nursing staff, male or female or between those born in Israel or abroad. Increasing age was a significant factor correlating with a reduced tendency to seek help from a colleague. The medical staff at Hadassah appears to be willing to work together under stressful situations and express critique toward colleagues and senior staff regarding patient management. Information transfer and distribution between shifts, viewed as the "Achilles heal" has been found lacking in the Hadassah Centers. Only half of the medical personnel were familiar with the statement issued by the ethics committee in 2004, but most agreed with it, and with its main directive of the ethical obligation to divulge the occurrence of a mistake to the patient.

Conclusions:

This work is the first of its kind in Israel and in Hadassah and it opens the way for more studies on this subject. The data collected in this work will serve as a basis for understanding the status of interpersonal communication in Hadassah, starting dialogue and setting the stage for intervention. This study will also hopefully raise awareness of the importance of interpersonal communication in relation to patient quality of care.

רשימת ספרות

1. Arnes A. (Ed.). Defusing disruptive behavior: A workbook for health care leaders. Illinois: Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations, 2007.
2. Baker DP, Gustafson S, Beaubien J. Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-Based Relation. Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ), 2003.
3. Beyea SC. Intimidation in Health Care Settings and Patient Safety. AORN J 80:115-117, 2004.
4. Clemmer TP, Spuhler VJ, Berwick DM, Nolan TW. Cooperation: The Foundation of Improvement. Ann Int med 128:1004-1009, 1998.
5. Coase RH. The Problem of Social Cost. J Law and Econ, 1960.
6. Gatlin SM, Jones JM, Marder R, Oliver B, Page G, Siegel B. Joint Commission Cracks Down on Disruptive Clinicians. Quality improvement report – Data collection strategies for the joint commission, CMS and beyond. 3(8):6-7, 2008.
7. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32 (3): 167-175, 2006.
8. Kaeter M, Medicine Confronts Workplace Abuse. *Minn Med* 82, 1999.
<http://www.mmaonline.met/publications/MnMed1999/February/kaeter.cfm?PF=1>
9. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The Human Factor: The Critical Importance of Effective Teamwork and Communication in Providing Safe Care. *Qual Saf Health Care* 13:85-90, 2004.
10. Meyer J. Qualitative research in health care Using qualitative methods in health related action research. *BMJ* 320:178–181, 2000.

11. Pizzi L, Goldfarb NI, Nash DB. Crew Resource Management and its Applications in Medicine. Chapter 44 of Evidence Report / Technology Assessment: Number 43. AHRQ Publication No. 01-E058, 2001.

12. Rockville W, Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. AHRQ Publication No. 07-0025, 2007.

13. [Smetzer JL](#), [Cohen MR](#). Intimidation: Practitioners speak up about this unresolved problem. [Jt Comm J Qual Patient Saf](#). 31:594-9, 2005.

14. Sutcliffe K, Lewton E, Rosenthal MM. Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps. Acad Med 79:186 –194, 2004.

15. Turkey JF. Exploratory data analysis. Addison Wesley publishing company, 1977.

16. נייר העמדה של הלשכה לאתיקה: על הרופא מוטלת החובה האתית לגלות לחולה כי חלה תקלה בטיפול בו. זמן הרפואה, עמוד 53, 2004.

נספח 1 – הערות מילוליות

בסוף השאלון ניתנה אפשרות לכתוב הערות מילוליות בנושאים בהם הסקר עסק. מיעוט המשיבים אכן בחרו לכתוב אך רבים ציינו בעל פה הערות "שאינן לציטוט". תוך מתן כבוד לבקשתם, חשוב לציין כי שלוש מתוך ההערות עסקו בנייר העמדה של הלשכה לאתיקה רפואית ונאמר בהן כי כאשר נעשית טעות אך לא נגרם נזק לחולה, לדוגמא מתן מינון תרופה שגוי שלא גרם לתגובה חריגה, קרוב לוודאי שהחולה ומשפחתו לא ידווחו ולא ידעו על כך (ראה התייחסות לכך בפרק הדיון בתוצאות).

מובאת כאן תמצית ההערות המילוליות שנכתבו בשאלונים:

תקשורת בין הרופאים והאחיות

- "ישנה תקשורת מצוינת בין כל חברי הצוות הסיעודי וגם בין אנשי הצוות הרפואי והסיעודי בינם לבין עצמם..."
- "קיימת תקשורת טובה מאוד בין אנשי הצוות הרפואי – סיעודי"
- "...לעיתים נדירות יש רופאים שאיתם התקשורת פחות טובה..."
- "להערכתך אין תקשורת טובה בין הצוות הרפואי והסיעודי – ישנן טעויות או כמעט טעויות שנובעות מחוסר תקשורת זה"
- "...חוסר שיתוף פעולה ולעיתים נתק בתקשורת עם הרופאים – תחושת "זלזול"

תחושת איום או הפחדה בצוות

- "אין איום והפחדה בצוות אך יש היררכיה"
- "לא מתקשרים מספיק ונוצרות אי הבנות – לא איום"
- "אזהרת חבר צוות חדש מ' טיפוסים מסוימים' אינה קשורה לאיום או אלימות"

מקורות נוספים לתחושת איום או הפחדה

- "מקור האיום הינו יועצים או חולים ולא מהצוות"
- "במחלקה ה'איום' פחות בולט אך כאשר מדובר ביועצים חיצוניים ודיסציפלינות שאינן פנימית, תחושה זו קיימת!"
- "ברצוני לציין כי השאלון חייב להתייחס ליחס צוות- מטופל – משפחתו ברמה שווה מכיוון שהאיום העיקרי נמצא במשולש זה. כלומר פעמים רבות אנו חשים מאוימים מצד משפחתו של החולה"

דיווח על טעויות

- "לאחיות יש מודעות לדיווח על טעויות וכמעט טעויות לעומת רופאים שכמעט לא מדווחים"
- "...טעויות סיעודיות מטופלות לרוב לפי הנוהל ואילו טעויות רפואיות- לא מדווחות ומטופלות"
- "...קיימת אווירה המעודדת דיווח על טעויות מצד מנהל המחלקה"
- "עד כה, לפי מה שראיתי : כל טעות מדווחת בדרכים המקובלות... החולה יקבל את המידע הנדרש בדרך ראויה"

מנהל המחלקה או בעלי סמכות

- "מנהל המחלקה (פרופסור א') נמצא בקשר טוב מאוד עם המתמחים. לא קיימת כל תחושת פחד – להיפך"
- "תחושה של חוסר גיבוי מצד הנהלה בכירה – כמעט בכל נושא"
- "במחלקה כירורגית קיימת היררכיה שלעומתה המערכת הצבאית היא גן ילדים. מנהל המחלקה הוא המנהל של אלוקים ועל פיו יישק דבר ... הוא עצמו מעודד התלבטות, ספק והעלאת שאלות אך ההחלטה הסופית היא שלו"
- "יש היררכיה של מקבלי החלטות כמקובל בכל מוסד רפואי"

שונות

- "יש לציין את מחלקתנו שיש בה תקשורת מיוחדת, מה שלא ניתן למצוא בשאר בית החולים"
- "אחלה צוות"
- "מה שמשתלט כאן זה מוסר ירוד. מחשיבים בן אדם מקושר ולא אדם יעיל ומוסרי"
- "יש הרבה מאוד מקום לשיפור!!! בכל רמות התקשורת מילולית / פיזית / מקצועית / בין אישית וכו' "
- "ההגנה המשפטית על הרופא ניתנת על ידי עורך דין של הדסה ובכך ניגוד אינטרסים – הוא יגן על המוסד ולא על הרופא. (האם על הרופא הכרח להתנהג בהתאם?)"

נספח 2 – שאלון הערכת מדדי תקשורת החשובים לאיכות

ובטיחות קלינית בקרב הצוות הרפואי בהדסה

בשאלון זה הינך נשאלת על דעותיך ביחס לסוגיות של תקשורת בין צוותית. השאלון הינו בעילום שם. יידרשו כ- 10 דקות למענה על השאלות. השאלון כתוב בלשון זכר אך פונה לשני המינים.

- **אירוע** מוגדר כסוג כלשהו של טעות, שגיאה, התרחשות, תאונה או סטייה בלי קשר האם הביאו לנזק למטופל.
- **בטיחות המטופל** מוגדרת כהימנעות ומניעה מפגיעות במטופל או מאירועים לא רצויים הנובעים מתהליכים של מתן שירות בריאות

א': המחלקה ומנהל המחלקה

ציין באיזו מידה הינך מסכים לגבי כל אחד מההיגדים הבאים. אנא, הקף בעיגול את התשובה המתאימה:

בהחלט לא מסכים	לא מסכים	ניטרלי	מסכים	מסכים בהחלט	
1	2	3	4	5	1. אנשים במחלקה מתייחסים בכבוד זה לזה.
1	2	3	4	5	2. המנהל שלי (מנהל המחלקה/אחות ראשית) מתייחס ברצינות להצעות מצד אנשי הצוות לשיפור בטיחות המטופל.
1	2	3	4	5	3. כשיש לבצע עבודה במהירות אנו עובדים יחד כצוות כדי להספיק את כל העבודה

ב': תקשורת ותחושת איום או הפחדה במחלקה

באיזה תדירות נחשפת בשנה האחרונה להתנהגות היכולה להתפרש כאיום? אנא הקף בעיגול את התשובה המתאימה:

מפתח:

לעיתים קרובות מאוד = מעל 20 פעמים השנה
 לעיתים קרובות = 10-20 פעמים השנה
 לפעמים = 3-10 פעמים השנה
 לעיתים נדירות = 1-2 פעמים השנה
 אף פעם = לא נתקלתי בשנה האחרונה

אף פעם	לעיתים נדירות	לפעמים	לעיתים קרובות	לעיתים קרובות מאוד	
1	2	3	4	5	4. חוסר רצון או סירוב לענות על שאלותיך, להחזיר שיחת טלפון או ביפר
1	2	3	4	5	5. שפה או טון מתנשאים
1	2	3	4	5	6. חוסר סבלנות לשאלות
1	2	3	4	5	7. פגיעה מילולית קשה
1	2	3	4	5	8. שפת גוף שלילית או מאיימת
1	2	3	4	5	9. דיווח עלייך למנהל הישיר (אמיתי או איום)
1	2	3	4	5	10. "פשוט תעשה מה שאמרת"
1	2	3	4	5	11. אלימות פיזית

מעל 5	3-5	1-2	0	12. אם נחשפת להתנהגות מאיימת, מכמה חברי צוות שונים?
-------	-----	-----	---	---

באיזו תדירות בשנה החולפת חווית תרחיש שהושפע מתחושת איום והפחדה? אנא הקף בעיגול את התשובה המתאימה:

<p>מפתח: בתדירות גבוהה מאוד = מעל 20 פעמים השנה בתדירות גבוהה = 10-20 פעמים השנה מידי פעם = 3-10 פעמים השנה בתדירות נמוכה = 1-2 פעמים השנה אף פעם = לא קרה לי כלל בשנה האחרונה</p>
--

אף פעם	בתדירות נמוכה	מידי פעם	בתדירות גבוהה	בתדירות גבוהה מאוד	
1	2	3	4	5	13. הנחתי כי הוראה היא נכונה ובטוחה, למרות ספקותי, על מנת להימנע מעימות
1	2	3	4	5	14. ביקשתי את עזרת חבר לעבודה בבדיקת תקינות הוראה מסוימת על מנת להימנע מעימות עם נותן ההוראה
1	2	3	4	5	15. חשתי לחץ לבצע הוראה, למרות חשש (ולו הקל ביותר) לגבי בטיחותה

אנא, הקף בעיגול כן / לא לגבי הסכמתך או אי הסכמתך להצהרות הבאות בנושא תחושת איום או הפחדה.

לא	כן	הצהרה
לא	כן	16. אני לא תמיד מברר שאלות לגבי מתן תרופות או ביצוע הוראות שונות בשל ניסיון העבר שלי
לא	כן	17. בדרך כלל ההתמודדות במרכז הרפואי שלי עם התנהגות מאיימת היא יעילה
לא	כן	18. בדרך כלל המרכז הרפואי / המנהל שלי יתמוך בי במידה ואדווח על התנהגות מאיימת של חבר צוות אחר
לא	כן	19. בשנה האחרונה הייתי מעורב בטעות בטיפול שבה התנהגות מאיימת שיחקה תפקיד
לא	כן	20. כאשר מצטרף חבר צוות חדש, מזהירים אותו מ"טיפוסים מסוימים" בצוות

ג' : היחס לאירועים חריגים

באיזו תדירות קורה כל אחד מהדברים הבאים במחלקתך? אנא הקף בעיגול את התשובה המתאימה:

אף פעם לא	לעיתים רחוקות	לפעמים	רוב הזמן	תמיד	
1	2	3	4	5	21. חברי הצוות מדברים בחופשיות כשהם רואים משהו שעלול להשפיע באופן שלילי על הטיפול בחולה
1	2	3	4	5	22. אנשי הצוות מרגישים חופשיים להעלות סימני שאלה לגבי החלטות או פעולות של בעלי סמכות גבוהה יותר
1	2	3	4	5	23. מידע חשוב לטיפול בחולה הולך לאיבוד בזמן החלפת המשמרות

ד' : נייר העמדה של הלשכה לאתיקה רפואית

מצורף כנספח נייר העמדה של הלשכה לאתיקה רפואית לגבי תקלות בטיפול רפואי. אנא, ציין באיזו מידה אתה מסכים עם ההיגדים הבאים, הקף בעיגול את התשובה המתאימה:

בהחלט לא מסכים	לא מסכים	ניטרלי	מסכים	מסכים בהחלט	
1	2	3	4	5	24. קיימת במחלקה מודעות להצהרה זו
1	2	3	4	5	25. אני מסכים עם עקרונות הצהרה זו
1	2	3	4	5	26. המחלקה שלי פועלת על פי עקרונות הצהרה זו

ה' : הערות

אנא הרגש חופשי לכתוב כל הערה שלך לגבי תקשורת בין חברי הצוות או בינם לבין מנהל המחלקה, תחושת איום או הפחדה והיחס לביצוע טעויות במרכז הרפואי "הדסה":

ו' .נתוני רקע

המידע הבא יעזור לנו בניתוח ממצאי הסקר:
27. גיל: _____

28. כמה שנים הינך עובד/ת במחלקה הנוכחית בבית חולים זה? _____

29. תפקיד: רפואה / סיעוד

30. מין: זכר / נקבה

31. ארץ לידה: _____

הלשכה אתיקה

נייר עמדה

על הרופא מוטלת החובה האתית לגלות לחולה כי חלה תקלה בטיפול בו

- הרפואה אינה מדע מדויק, והיא אינה יכולה לערוב לתוצאה חיובית בכל טיפול.
- תקלה בטיפול רפואי, לפיכך, היא לעיתים בלתי נמנעת. תקלה, משמעותה תוצאה שלילית, בלתי מכוונת ובלתי צפויה במהלך טיפול רפואי.
- לא כל משגה או תקלה בטיפול הרפואי מהווה בהכרח רשלנות רפואית.
- לפיכך, הודאה בתקלה בטיפול, אין משמעותה הודאה ברשלנות רפואית.
- זכותו של החולה לדעת מהו הטיפול הרפואי שקיבל. זכות זו נגזרת מזכותנו לדעת על עצמנו, כביטוי לאוטונומיה של הרצון הפרטי של האדם וכבודו.
- גילוי נאות של תקלה בטיפול ישמר את האמון ההכרחי ביחסי רופא-חולה.
- בכל מקרה של תקלה בטיפול בחולה, אשר יש לה השפעה על בריאותו או המשך הטיפול בו, יש ליידע את החולה בתקלה זו.
- גילוי התקלה לחולה ייעשה מוקדם ככל האפשר, תוך הבעת אמפתיה וצער על התקלה שהתרחשה.
- הגילוי ייעשה על ידי הרופא האחראי, והוא יכול מידע ששייב על השאלות: מה קרה, מתי קרה, כיצד קרה, ואילו צעדים ננקטו כדי שתקלה כזו לא תישנה בעתיד.
- הגילוי יכול גם מידע לגבי השפעה אפשרית של התקלה על בריאותו של המטופל ועל הצעדים הננקטים כדי לתקן תקלה זו.
- נטילת אחריות אינה הודאה באשמה; לפיכך, הרופא המדווח יימנע מהצהרה או הסכמה לכך שהוא, או רופא אחר או המוסד הרפואי, אשמים בתקלה שהתרחשה.
- יש לקבוע כללים מתאימים וליצור תרבות חברתית וארגונית של שקיפות ודיווח מלא לחולה במקרים של תקלה בטיפול הרפואי.