

# ניהול סיכונים בבריאות הנפש: מאתגר תיאורטי לפרקטיקה ישימה

תקציר

במערך בריאות הנפש מתקיים מגוון סיכונים יוצא-דופן ומאתגר, הנובע מייחודיות האוכלוסייה המטופלת והטיפוליים הניתנים. כיצד נתמודד עם הסיכון? גישת ניהול סיכונים קלאסית מתבססת על מודל 4 השלבים: (1) Identification – איתור הסיכונים; (2) Analysis – הערכת הסיכון מאספקטים שונים ותיעודף האירועים שיטופלו; (3) Treatment – התמודדות בפרקטיקה עם הסיכונים (האסטרטגיות המוכרות הן השלמה, הימנעות, העברה והפחתה); (4) Evaluation – להערכת האפקטיביות של הפעילות בטרורספקט.

אך מעבר למודלים התיאורטיים, ניהול סיכונים הוא דרך חיים פרקטית שנועדה לצמצום הפגיעה בזכותו הבסיסית של מטופל לקבל טיפול ראוי, מסייעת להתוויית תרבות איכות ובטיחות בארגון הבריאות וכן בהקטנת הסיכון המשפטי לארגון הבריאות ולצוות המטפל. המאמר מתייחס להיבטים ודגשים יישומיים שמומלץ להביא בחשבון, וביניהם:

בחינה עצמית ולמידה בעקבות תלונות ותביעות, כמקור לפעילות ניהול סיכונים; גישה פרואקטיבית לגיבוש סטנדרטים בסיטואציות של לאקונה קלינית, גם כמקור עקרוני לביסוס החלטות שיפוטיות; מחשבה תחילה טרם קבלת החלטה על המסלול הראוי לבירור אירוע חריג, מתוך מודעות להיבטי חסיון אך לא כתלות מוחלטת בהם; עידוד תהליכי חינוך והכשרה בנושאים הנ"ל, משלב האקדמיה ועד לעבודה בשטח, כחלק בלתי נפרד מהזהות המקצועית, ובראייה לטווח ארוך; מינוי והכשרת צוותי יחידות בטיחות הטיפול, תוך התייחסות למחויבות לתחום והתכונות הנדרשות לתפקיד; חשיבה יצירתית למציאת פתרונות מקוריים וחדשניים לצמצום סיכונים, ושיתוף הידע רוחבית בין עמיתים.

פעילות ניהול סיכונים, על מגוון האפשרויות הכלולות בה, היא כלי מוכח לשיפור איכות הטיפול ולקידום בטיחות במוסדות בריאות. במהלך יישום המודלים התיאורטיים המוכרים בספרות, חשוב לא פחות לתת מקום להיבטים של פרקטיקה יישומית, ניסיון ויצירתיות – הם אלו שיפיחו חיים בעשייה, יסחפו את הצוותים ויאפשרו הטמעה של ממש כתרבות ארגונית. הרגישות הברורה של תחום הפסיכיאטריה, ייחודיותו והספציפיות של האירועים החריגים במסגרתו, מדגישים את הכדאיות בפעילות ניהול סיכונים נרחבת ומעמיקה, שתביא ללמידה ולהסקת מסקנות פרקטיות בשטח, לשיפור איכות הטיפול ולחידוד ומיקוד הסטנדרטים הקליניים המקצועיים.

מילות מפתח: בריאות הנפש; פסיכיאטריה; ניהול סיכונים; איכות הטיפול; בטיחות הטיפול.

Keywords: Mental health; Psychiatry; Risk management; Quality of care; Safety of care.

## הקדמה

מערכת הבריאות היא כר פורה לסיכונים וטעויות, המזוהים לרוב כ"אירוע חריג" (קביעת אמות המידה באחריותה של יחידת בטיחות הטיפול המוסדית) [8]. הסיבות רבות, וכוללות בין היתר את פגיעותם הבסיסית של המטופלים, סיכוניהם האינהרנטיים של הטיפולים

המוצעים (תרופות, פרוצדורות פולשניות) ומורכבות המערכת (זיהומים, טעויות אנוש). במערך בריאות הנפש מתקיים מגוון סיכונים יוצא דופן ומאתגר, הנובע מייחודיות האוכלוסייה המטופלת ומייחודיות הטיפולים (כגון נזעי חשמל), ואמצעי הבטיחות שנקטים (בידוד והגבלה). הסיכון לפגיעה עצמית, אובדנות ואלימות, מאפיין פחות אוכלוסיות מטופלים אחרות. במצבים חריפים עלולים

ליאת קיסר גרשטי

גד לובין<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ממשקי רפואה ומשפט, איכות, בטיחות וניהול סיכונים; "המצפן המדיקורלגאלי"

<sup>2</sup>המרכז הירושלמי לבריאות הנפש, איתנים-כפר שאול

הערה: המחברת הראשונה היא עו"ד, יועצת משפטית בממשקי רפואה ומשפט ומנהלת "המצפן המדיקורלגאלי".

בהתאם ונקיטת צעדים לצמצום או אף למניעה. כך, ניתן לקדם תהליכי למידה וניתוחי מצב בנסיבות נטולות איום משפטי, שעשויים לתרום לרמת חופש ההתבטאות, לעומק השיח ופרטיו, ולאיוכות תוצריו. מן המפורסמות היא הפגיעה המשמעותית באיכות תחקיר ב"יום שאחרי", בשל צל האיום המשפטי, המוקצן בעולם בריאות הנפש: זאת לנוכח הצורך הטיפולי לעיתים בפגיעה באוטונומית המטופל למטרות הגנה, אשר על אף חוקיותה (סעיף 21 לחוק זכויות החולה), עלולה להוביל לטענות כנגד המטופלים במישור הנזיקי ואף הפלילי (כגון תקיפה, כליאת שווא, התעללות), העולות בשכיחות גבוהה מכל תחום אחר ברפואה.

**גישת ניהול סיכונים קלאסית מתבססת על מודל של ארבעה שלבים: זיהוי הסיכון, ניתוח, טיפול ובקרה [2,1]:**

**זיהוי - Identification:** בבריאות הנפש, כמו בדיסציפלינות אחרות, קיים מגוון אפשרויות לאיתור סיכונים בארגון הרפואי. אף שרובן מבוססות ריאקטיבית, הרי שחלקן כרוכות בפעילות יזומה של צוות או הנהלה. בין הכלים המגיבים ניתן למנות את הקלאסיקה של דיווח אירוע (ולרבות אירועי "כמעט"), המהווה אבן יסוד בניהול סיכונים איכותי, עת פרטי אירוע חריג מדווחים להנהלה ו/או ליחידת בטיחות הטיפול הארגונית; זיהוי סיכונים באמצעות בחינת תלונות מטופלים, מכתבי דרישה או כתבי תביעה; ממשקי עבודה מול גורמים בארגון (כמו מחלקת רשומות, היכולה להתריע על צילום תיק לצרכי תביעה, נציב תלונות הציבור, דוברות ועוד), ולרבות מול ועדות קבועות הבוחנות תהליכים ברי סיכון בארגון (זיהומים, בקרה ואיכות). גם בחינה רטרוספקטיבית של רשומות יכולה לסייע בחשיפת אירועים חריגים מהעבר [5]. בין הכלים היזומים נזכיר פעולות פרואקטיביות כדוגמת סיורים במחלקות [6], תצפיות לאיתור מוקדי כשל, סקרי סיכונים / בטיחות [30], הסתייעות בטכנולוגיות מתרועות בזמן אמת, טרם התממשות הסיכון [7]. שיתוף משפחות מטופלים (Patient Family Advisory Councils PFAC) וכן היעזרות בניסיון המטופלים עצמם, "בוגרי" המערכת הפסיכיאטרית, שמצבם הוטב ומאוזן [23], מהווה אף הוא מקור לגילוי נקודות תורפה וסיכון בהתנהלות הצוות והמוסד, והצעת פתרונות.

**ניתוח - Analysis:** אידיאלית, לאחר זיהוי ומיפוי הסיכונים, נרצה להידרש לכולם. פרקטית, עם זאת, אין מדובר בשאיפה ברת ביצוע - לאור מגבלות תקציב, משאבי זמן, כוח אדם וכיו"ב. לפיכך יש לבצע הערכת סיכונים: מה ההסתברות להתממשות הסיכון שזוהה (האם צפויה תביעה? האם האירוע עלול לחזור על עצמו?), מהי רמת ההשפעה (Impact) שהסיכון עלול להסב (חומרת הנזק, גובה ההפסד הכספי/רכושי וכיו"ב) [1], וגם מהי רמת האחריות של הארגון/המטופלים בנסיבות (למשל מקרה של אובדנות מטופל יומיים לאחר שחרורו מאשפוז, לעומת אובדנות של מי שאינו מטופל מזה שנתיים, אף שהנזק הוא כמובן זהה). בהתאם, יש לבצע תיעוד של הטיפול וההתמודדות עם הסיכונים. מדובר בהתנהלות לא פשוטה כלל ועיקר, ועל היחידה לבטיחות הטיפול

להתפתח חיכוכים אלימים בין המטופלים, גילויי אלימות משמעותיים כלפי מטופלים או צדדים שלישיים, סיכונים עזיבת טיפול ונטישת אשפוז, התנגדות אקטיבית לטיפול (ולעצם הצורך בו) ועוד.

**כיצד ראוי להתמודד עם הסיכון? מודל ארבעת השלבים**

מרגע שהתרחש אירוע חריג, מונף דגל המתריע על קיום סיכון ועל פוטנציאל הנזק [1]. אומנם תהליכי בירור מעמיק יותר של המקרה (לדוגמה תחקיר או ועדת בדיקה) [3] יאפשרו לזהות ביתר דיוק את גורם ההדק

■ **לבריאות הנפש היבטים ייחודיים רבים, הנובעים מאוכלוסיית המטופלים, סוגי הטיפולים והמסגרת המשפטית הרלוונטית. בין היתר, השגרה הטיפולית מאופיינת בקיום מתח בין בטיחות הטיפול לבין פגיעה באוטונומיית המטופל, הנדרשת לעיתים לטובת צמצום אירועי אובדנות ואלימות. פגיעה זו עלולה להיות מתורגמת לטענות כנגד המטופלים במישור הנזיקי ואף הפלילי.**

■ **ניהול סיכונים מהווה כלי עזר לקידום איכות ובטיחות בטיפול, ולצמצום סיכון משפטי. תהליכו מתבססים על מודלים ואסטרטגיות תיאורטיים, הכוללים זיהוי, ניתוח וטיפול בסיכונים, בירור אירועים חריגים וגם תהליכי בקרה. כל אלו ניתנים ליישום ובאים לידי ביטוי גם במערך הפסיכיאטריה, על מגוון האירועים הייחודיים לדיסציפלינה זו.**

■ **מעבר לתיאוריה, ניהול סיכונים הוא דרך חיים פרקטית ויצירתית, המסייעת להתוויית תרבות ארגונית של בטיחות. לכן, יש היבטים נוספים שראוי להתייחס אליהם בפרקטיקה היישומית בשטח, בכדי לחזק את תהליך ההכשרה, הלמידה וההטמעה, הן לטובת המטופלים והמערכת, וגם מתוך חשיבה פרואקטיבית על תהליכים משפטיים בעתיד.**

(טריגר) וסיבות השורש, אך הסיכון עצמו כבר אינו חבוי. כך פעלו העוסקים בניהול סיכונים לאורך שנים: בדרך ריאקטיבית, מגיבה, בעקבות אירועים שכבר התרחשו, טעויות שכבר נעשו ונזקים שכבר נגרמו. עם הזמן הושם דגש גם על פעילות אינטראקטיבית [29], המתבצעת מיד לאחר אירוע חריג ולהפחתת נזק מידי (כדוגמת הערכת מצב וטיפול במטופל הנפגע, היבטי גילוי נאות), וכן על עשייה פרואקטיבית, יזומה, המבוססת על זיהוי ומניעה טרם התרחשות [4,2]. התנהלות זו מקדמת בצורה עמוקה אף יותר את בטיחות הטיפול והמטופל, שכן עניינה איתור מקדים של מוקדי סיכון, פיתוח אסטרטגיה

- **הפחתה/מזעור - Reduction (וגם): שליטה (Control):** שימוש בכלי ניהול סיכונים לאיתור מוקדי סיכון משמעותיים ופיתוח מנגנונים לשליטה בהם, הפחתתם וצמצומם. כמו: פרוטוקולים, תרגול מצבי חירום, ריענון מקצועי נקודתי, ניטור, פיקוח, תוכניות גיבוי - כדי לשלוט בסיכון, לצמצם האירועות, ולהקטין נזק אם וכאשר יקרה בפועל.
- **העברה - Transfer:** הסיכון מועבר לגורם נוסף, צד שלישי, כמו בית חולים קטן ללא מחלקה פסיכיאטרית סגורה, המעביר מטופלים מתאימים למרכז בריאות הנפש הסמוך, או מטופלים סוערים-מורכבים המועברים מבית חולים כללי לפסיכיאטרי. בדרך זו מופחתת החשיפה לסיכון. גם כאן, מן הראוי שהצידוק להעברה יהא קליני ומושכל, ולא מבוסס על שיקולי רפואה מתגוננת גרידא [19]. בהיבט הכלכלי של ניהול סיכונים, קיימת לדוגמה העברת סיכון למבטח (פיזור סיכון כלכלי). בדרך זו הסיכון עודנו קיים, אך האחריות עליו מועברת לצד ג'.
- **בקרה והערכה - Evaluation:** פעילות ניהול סיכונים אינה שלמה ללא שלב מסכם זה, להערכת תוצאות דרכי הטיפול שננקטו, ובחינת האפקטיביות של העשייה לאורך הדרך - לאיתור, ניתוח וטיפול בסיכונים. למעשה מדובר בבקרה עצמית להערכת מערכת ניהול הסיכונים עצמה, והכלים הם מגוונים (רשימה לא סגורה): מה עשינו עד כה? האם (במבחן התוצאה) ההתנהלות סייעה לארגון? שיפרה את סטטיסטיקת הסיכונים? האם כדאי לפתח דרכים חדשות? לשנות משהו במנגנוני הפעולה? להגדיר יעדים אחרים, ריאליים יותר? מהם הכלים שאנו נותנים לדיווח, והאם הם אפקטיביים? [7] כמה ועדות בדיקה/ בקרת איכות הוקמו השנה, וכיצד יישמנו את המלצותיהן? [27]. האם מצלמות שהותקנו אכן סייעו למנוע אירועי אלימות/ הצתה, או שבפועל איש לא צפה בהן בזמן אמת? אילו סטנדרטים צריך לשפר, ואילו לשמר? באמצעות רפלקציה כנה והערכת מצב (מומלץ לשקול לכלול בתהליך גם גורמים מחוץ ליחידה לבטיחות הטיפול, כמו נציגי הנהלה, יועמ"ש ואף נציגי המבטח), קבלת ההחלטות להמשך הדרך תהא מדויקת וממוקדת יותר, ותקל להתקדם לעבר המטרה של מתן טיפול איכותי ובטוח יותר.

### ניהול סיכונים בפרקטיקה של בריאות הנפש - דגשים ודוגמאות ליישום

מעבר למודלים התיאורטיים, ניהול סיכונים הוא דרך חיים פרקטית, המסייעת להתוויית תרבות בטיחות בארגון הבריאות, ויכולה גם לצמצם סיכון משפטי. להלן כמה דוגמאות להיבטים ודגשים יישומיים שמומלץ להביא בחשבון:

**תביעות כמקור לפעילות ניהול סיכונים:** גילויי אי שביעות רצון מצד מטופל או משפחתו הם כזרקור על

הממיינת את האירועים לקבל החלטות (בהתאם לנוהל הפנימי לניהול אירוע חריג, והמנגנון המוסדי לבירור אירועים שיטתי) [8]: במה להתמקד, באיזו דרך ועל ידי מי. האפשרויות רבות, ואין דרך אחת נכונה: האם לתעדף לפי חומרת הנזק? שכיחותו? פוטנציאל החזרה בעתיד? פרופיל תקשורתי גבוה? סיכון משפטי? עלויות מניעה מול עלויות התמשות הנזק? ועוד. יש להביא בחשבון גם שיקולי תקציב, יכולת להקצאת משאבים (לא רק כספיים, אלא גם צוות, שעות עבודה וכו'), מדיניות הנהלה וכן הלאה. תהליך הניתוח, ממצאיו הסטטיסטיים וההחלטות שיתקבלו בעקבותיו, יכולים בהמשך להוות בסיס גם למחקר ופרסום בספרות [9], שיאפשרו למידת עמיתים ושיפור רוחבי של המערכת.

● **טיפול - Treatment:** השלב הפרקטי, כאשר יש 4 אסטרטגיות מוכרות להתנהלות למול הסיכונים [1]:

● **השלמה - Acceptance:** קבלת הסיכון תוך המשך התמודדות בשוטף, דהיינו - הפעלת המחלקה/ התחום המסוים (לדוגמה, מיון פסיכיאטרי, מחלקה סגורה), על אף המודעות לקיום הסיכון. מדוע לפעול בדרך זו? למשל משיקולי מוניטין, לאור חשיבות מתן השירות המסוים לקהילת המטופלים באזור, כשעלות המניעה היא גבוהה משמעותית למול הנזק הפוטנציאלי, או כאשר יש סיכון ששכיחותו הצפויה נמוכה במיוחד.

● **הימנעות - Avoidance:** הסיכון מצטמצם ונעלם, שהרי הימנעות מעיסוק בתחום תמנע גם את הסיכונים הכרוכים בו. כך, למשל, בבתי חולים רבים (הן כלליים והן לבריאות הנפש) לא קיימת מחלקה פסיכיאטרית סגורה ייעודית לילדים ונוער. הסיבה הפורמלית היא היסטורית. אולם ראוי כי בחירה בדרך של הימנעות תיעשה בשיקול דעת ולאחר חשיבה מושכלת [19], ולגבי סיכונים ספציפיים שהארגון מעריך שהשפעתם עלולה להיות קריטית (שכן הימנעות מכל סיכון באשר הוא לא תאפשר כל עשייה, ועלולה ליפול למלכודת ה"רפואה המתגוננת"). הימנעות מלאה מאשפוז מטופלים הסובלים מהפרעה בתחום האישיותי המאופיינת באי יציבות רגשית וברמת אובדנות גבוהה, נובעת מהערכת שיקולי "נזק מול תועלת" של אשפוזם, בהקשר הקליני, אך אינה חסרה גם ממד הימנעותי הנוגע למניעת סיכונים הנוגעים להתקפות משפטיות על מידת חוקיותה של פגיעה באוטונומיית המטופלים (הנדרשת, כאמור, על מנת לשמור על שלמותם הפיסית, ובכלל זה הגבלות לבוש, אחזקת קניין, בידוד וכו'). עוד עומדת על הפרק סכנה להתאבדות במהלך טיפול, על הטראומה הסביבתית והאיום המשפטי הכמעט ודאי לטענת רשלנות הכרוכה בדבר [19]. מודל "היעדר אשמה" (No Fault), כלפי צוותים רפואיים, ועמו ניתוק התניית זכות המטופל הנפגע לפיצויים מהליך משפטי, מיושם בחלק ממדינות סקנדינביה [28]. הוא עשוי היה לפתור קושי זה, כמו גם קשיים רבים אחרים, וראוי להעמקה ולמיקוד בהיקף נפרד וחיצוני למאמר זה<sup>1</sup>.

שסוגיית החיסיון של תוצרי בירורים אלו היא משמעותית ובעלת השלכות [21,20], ובפרט בתחום הרגיש של בריאות הנפש, הרי שלפי גישת ניהול סיכונים, מן הראוי שלא שיקולי חשיפה פוטנציאליים הם שיכונו את יחידת בטיחות הטיפול בהחלטה על מסלול הבירור הנבחר, אלא מידת התאמתו למטרה אותה רוצים להשיג: האם בירור עובדתי? הכנה לתביעה? בחינה רוחבית של תהליכי עבודה? בהתאם ליעד המבוקש, ייבחר הליך הבירור המשיג את המטרה בצורה הטובה ביותר. דרך זו, של מחשבה תחילה טרם ההחלטה, תאפשר להתנהל במסלול הבירור הנבחר מתוך מודעות ובצורה מושכלת, גם אם אינו מוגן בחיסיון מלא. לדוגמה, נתאר ניסיון בריחה של מטופל אשר סוכל, ומוגדר כ"כמעט אירוע": רצון לברר לעומק את סיבות השורש שכמעט ואפשרו יציאה מהמחלקה יכול להוביל להחלטה לערוך תחקיר [3]. אף שהמסמך אינו חסוי, הרי שהמטרה היא גם לצמצם בריחות בעתיד, ולכן מצדיקה בירור מעמיק. בנוסף, בסיטואציה של כמעט אירוע ממילא אין סיכון לתביעה מאחר שלא נגרם נזק, והחשש מחשיפת התחקיר מצטמצם. המרת המונח "תחקיר" ל"תחכים", שאומץ בכמה מרכזים, נושא תרומה להמשגת גישה זו. יתרה מכך, כדי לקדם תהליך למידה אמיתי ואיכותי באמצעות תהליכי בירור אירוע, ראוי להיעזר בפרוטוקולים מובנים שיבטיחו התנהלות שיטתית, ויעלו את הסיכוי לגיבוש אסטרטגיות לשיפור בטיחות בעתיד [11].

**חינוך והכשרה:** הטמעת פעילות ניהול סיכונים בארגוני בריאות אינה מובנת מאליה. אומנם בעשור האחרון עלתה המודעות בישראל ליתרונות התהליך ככלי למידה ושיפור, ואף משרד הבריאות מקדם מדיניות באמצעות האגף לאיכות ובטיחות והמערך לבטיחות הטיפול, מתווה נהלים, תוכניות מדידה והערכה ועוד. עם זאת, בשטח ניכרות עדיין התנגדויות, לעיתים עקב אי הבנה באשר לתועלות הטמונות בתהליכים אלו, לעיתים עקב חוסר זמן במשמרת, לעיתים עקב תגובה משמעתית לטעות קודמת שדווחה וכדומה. שינוי תרבות והטמעה אמיתית של ניהול סיכונים בארגון היא "ריצה למרחקים ארוכים", ומצריכה הנהלה מחויבת, תוכניות עבודה ברורות לטווח ארוך, הקצאת משאבים ותשומות, גישה מכילה ולא מענישה כלפי אירועים חריגים, ונכונות ללמוד, להפיק לקחים ולהשתפר.

כדי להגיע ליעד זה, מומלץ להתחיל כבר בהכשרה האקדמית. עם זאת, מסקירת תכני הלימוד בפקולטות לרפואה באוניברסיטת תל אביב, האוניברסיטה העברית והטכניון, עולה כי במסגרת לימודי ד"ר לרפואה לא נכלל קורס פורמלי בנושאי איכות ובטיחות הטיפול וניהול סיכונים (אף לא כקורס בחירה). זאת להבדיל מלימודי התואר הראשון בסייעוד<sup>3</sup>. לגישתנו, חינוך רפואי אינו רק קליני [22], ומן הראוי לכלול בגדרו גם תכנים אלו: לחשוף את דור העתיד של המקצוע לתחום זה, ולאפשר

התנהלות מסוימת, ולעתים יש בהן יותר משמץ של אמת. זאת בפרט כשהתלונה מבשילה כדי תביעה משפטית, הכרוכה בעלויות משמעותיות, מחייבת צירוף חוות דעת מומחה פסיכיאטר ועוד (אין בכוונת המחברים לרמוז כי כל תביעה היא בהכרח מוצדקת. כמובן, רבות הן גם התביעות הנדחות). לכן, בין אם תתקבל התביעה ובין אם תידחה משפטית, ראוי למערכת לבחון את עצמה ואת הטענות שפורטו בתביעה: אולי יש היבטים שכדאי לשפר?

**הסתייעות בחשיבה פרואקטיבית:** לעיתים עולה במסגרת תביעה סוגיה שאין לה הסדרה קלינית, כלומר: לאקונה שאינה מוכוונת על ידי ספרות מקצועית, נייר עמדה או נוהל. הערכאה השיפוטית מחויבת לדון ולקבל החלטה בעניין שבמחלוקת, ובהיעדר סטנדרט פורמלי - יכריע השופט כראות עיניו, ובהתאם לעיקרון הסבירות. כך לדוגמה, בשאלת ההתייחסות למחלת האנורקסיה נרבוזה כהפרעה נפשית או מחלת נפש (קביעה בעלת השפעה על המסגרת המשפטית והחקיקה הרלוונטית לדיון בסוגייה), נחלקו פסקי הדין לכאן ולכאן, מאחר שלא הייתה תאימות בין ההגדרות הקליניות למשפטיות: מדריכים קליניים כדוגמת ה-DSM וה-ICD הגדירו את המחלה כ"הפרעה נפשית", בעוד שהמונח המשפטי הנדרש כדי לחסות תחת הוראות חוק הטיפול בחולי נפש (ולאפשר מכוחו טיפול בכפייה) הוא "מחלת נפש". פרסום נייר עמדה מקצועי [12] הביא להבהרת הסטנדרט, ולפסיקה בהתאם [13]. גם בשאלת האחריות במקרי אובדנות, לאחר ניסוח ניירות עמדה [14,16] ופרסום חוזר מנכ"ל [15], ניכרת בפסיקת בתי המשפט התחשבות בעיקרון הבסיס שהובע בהם, אשרלפיו אין לראות בכל מעשה אובדני שלא נמנע כמשקף כשל בהתנהלות הטיפולית, ויש לבחון כל מקרה לגופו (הגם שעוד רבים המקרים המסתיימים גם היום בפשרת פיצויים משמעותיים). לעיתים אף מצטט בית המשפט במפורש מהסטנדרטים שניסחו אנשי המקצוע [13,17,18]. התנהלות שהיא עדיפה ללא עוררין על פני הכרעת שופט במצב של לאקונה קלינית. לפיכך, מומלץ לאמץ כלי ניהול סיכונים פרואקטיביים, ולא להמתין להחלטות משפטיות שרירותיות: לבצע באופן שגרתי תהליכי זיהוי סיכונים מוסדיים/מערכתיים (כגון לפי מודל [30] (FMEA), ולהסדיר סטנדרטים חסרים בדרך של נוהל, נייר עמדה, המלצות קליניות ואף קידום תהליכי חקיקה. כך יושגו שתי מטרות במקביל: ינוסחו נורמות טיפול פורמליות (וסבירות) על ידי אנשי המקצוע, שינחו את ההתנהלות בשטח (זאת, מטבע הדברים, מבלי להחסיר את מקומו הראוי של מרחב שיקול הדעת המקצועי-קליני), ועצם קיומן יחייב את בית המשפט להביאן בחשבון ולהתייחס אליהן טרם הכרעה משפטית [19].

**בירור אירוע חריג [8]:** לשם כך קיימים לא מעט מסלולים אפשריים (כדוגמת ועדת בדיקה, תחקיר, הכנה לתביעה עתידית, דיון בישיבת צוות ועוד), אם כי לא כולם מוסדרים משפטית, ועל כן לא כולם מוקנה חיסיון. אף

2 כפי שפורסמו באתרי מוסדות הלימוד, נכון למועד כתיבת מאמר זה.  
3 גילוי נאות: הכותבת הראשונה מלמדת ומרצה בנושאים אלו בפקולטות שונות למקצועות הבריאות, ולרבות החוג לסייעוד.

מקדימות לטיפול פסיכיאטרי [26,25] שתאפשר הבעת רצון מוקדמת במצבי כשירות משתנים של המטופל חולה הנפש, ליישום בעת משבר נפשי עתידי. גישת ניהול סיכונים, בבסיסה, מתנגדת להסתגרות פנימה, ותומכת בשיתוף הידע וההצלחה בצורה רוחבית. בדרך זו של למידת עמיתים זה מזה תתאפשר בחינה והטמעה של פרויקטים חדשניים "מחוץ לקופסה" בצורה נרחבת, לטובת מטופלים ומטופלים גם יחד.

## לסיכום

פעילות ניהול סיכונים, על מגוון האפשרויות הכלולות בה, היא כלי מוכח לשיפור איכות הטיפול, לקידום בטיחות ולצמצום סיכון משפטי בארגוני בריאות. קיימים סטנדרטים שונים וכן מודלים תיאורטיים מקובלים לפעילות זו, שיכולים לסייע לעוסקים בתחום, ובפרט לצוותי יחידות בטיחות הטיפול המוסדיות. חשוב לא פחות לתת מקום להיבטים של פרקטיקה יישומית, ניסיון ויצירתיות - הם אלו שיפיחו חיים בעשייה, יסחפו את הצוותים ויאפשרו הטמעה של ממש כתרבות ארגונית של איכות. למערכת הפסיכיאטרית יש ייחודיות רבה מבחינת אופי הטיפול, המטופלים וגם המסגרת המשפטית. דווקא משום הרגישות הברורה, והספציפיות של האירועים החריגים, יש מקום לפעילות ניהול סיכונים נרחבת ומעמיקה, ובפרט פרואקטיבית. זו תביא להסקת מסקנות יישומיות בשטח, אך גם לחידוד ומיקוד הסטנדרטים הקליניים המקצועיים, אשר ייקלו על המטפלים בהתנהלותם בעתיד, וגם ייתנו לבתי המשפט בסיס מוצק להישען עליו בבואם להכריע בתביעות רשלנות- לטובת המערכת.

לו להתוודע למונחים, לתרגל מיומנויות ולהעמיק ידע. ברמה הארצית, בנוסף לפעילות האגף לאיכות ובטיחות במשרד הבריאות (שתחולתה כוללת כמובן את המערך הפסיכיאטרי - כדוגמת התוכנית הלאומית למדדי איכות בבתי החולים לבריאות הנפש), פועל גם האגף לבריאות הנפש לגיבוש תהליכי בקרה לניתוח ושיפור שירותי בריאות הנפש (לדוגמה נוהל 17.004 פיקוח ובקרה, מדידה, ניתוח ושיפור שירותי ברה"נ), המתייחסים גם לחובת הדיווח על כשלים וטעויות, וכן פרסום נהלים הנוגעים בתקשורת מול משפחות, רצף טיפולי למול מטפלים בקהילה, טיפול בתלונות, ניהול אירוע חריג במערך השיקום ועוד (כלל החוזרים והנהלים מטעם האגף לבריאות הנפש מפורסמים באתר משרד הבריאות).

בנוסף, בארגוני הבריאות עצמם, מוטלת על היחידה לבטיחות הטיפול גם משימה זו: הטמעת תרבות בטיחות, יצירת אקלים ארגוני המעודד דיווח, וקידום תוכניות חינוך והדרכה [8]. גם כאן, אין מדובר בעניין של מה בכך: השגת מחויבות מצד העובדים וההנהלה לתהליכי לימוד ותחקור מעמיקים, מושפעת במידה רבה מרמת האיום המשפטי החיצוני. כל עוד הוא קיים ומוחשי, מקבלת משנה חשיבות הגישה הפרואקטיבית המניעתית שצוינה בראשית הדברים, ולכן ראוי שתקבל את המשקל המתאים בתהליכי ההכשרה וההעשרה השונים, בכל הרמות.

### מינוי והכשרת צוות היחידה לבטיחות הטיפול:

בבריאות הנפש ובכלל, תפקוד חברי צוות זה ויכולתם לתמרן בין דרישות התפקיד לאתגרי המערכת, הם אקוטניים להשגת המטרות שפורטו לעיל. חשוב ביותר למנות את האנשים הנכונים: ראשית, את המעוניינים בתפקיד באמת, לא מסיבות של בירוקרטיה, תקנים או קידום, אלא מתוך תשוקה אמיתית לתחום, אכפתיות ורצון לפעול ולשפר. זוהי עבודה מרתקת אך סזיפית, וחייב ראשוני לנושא הוא מבורך. שנית, בעלי תכונות נדרשות, כמו כישורי תקשורת בין-אישית, אמפתיה ואינטליגנציה רגשית, שיוכלו להתנהל סביב הסוגיות העדינות של טעויות, כישלונות ותקלות, ובכל זאת לזכות באמון הצוותים ובשיתוף פעולה מצידם מבלי לעורר אנטגוניזם ורתיעה. אנשים בעלי חשיבה יצירתית, יכולות העמקה, יושרה וכנות. שלישית - את המתחייבים לעבור הכשרה פורמלית ומסודרת, מתוך מגוון התוכניות המוצעות כיום<sup>4</sup>.

### חשיבה יצירתית ושיתוף ידע: ניהול סיכונים אינו

מתמצה בקבלת דיווחי אירוע וניהול תהליכי בירור, ויש בו מקום נרחב לחדשנות. מעת לעת עולים רעיונות מקוריים להתמודדות עם סיכון, שיפור איכות ולקידום בטיחות טיפול במוסדות בריאות, לשיפור חוויית המטופל ולהעצמתו, ולתמיכה גם במטפלים במתמודדים עם אירועים חריגים. כך למשל הולך ונפוץ הפורמט של מועצות מטופלים ושיתוף משפחות [24, 23] כחלק בלתי נפרד מהטיפול הנפשי; כך עלתה האפשרות של הנחיות

מחברת מכותבת: **ליאת קיסר גרשט**  
דוא"ל: [Lk.MedLaw@gmail.com](mailto:Lk.MedLaw@gmail.com)

4 הכשרות בתחום ניהול סיכונים ובטיחות הטיפול מוצעות כיום על ידי משרד הבריאות; החברה הישראלית לניהול סיכונים ובטיחות הטיפול ברפואה; היחידה ללימודי המשך ברפואה של הטכניון ואחרים.

ביבליוגרפיה

1. Fejgin, M., Principles of risk management. Fejgin, M., Halamish-Shani, T., Kaplan O. (Eds). 2004, *Medical Risk Management*, Ramot – Tel Aviv University, 39-50.
2. Liu, H. C., *Improved FMEA methods for proactive healthcare risk analysis*, 2019, (pp. 73-96). Singapore: Springer.
3. מתודולוגיה ללמידה ארגונית מאירועים חריגים, המערך לבטיחות הטיפול, מנהל איכות ושירות, משרד הבריאות, יולי 2013. פורסם באתר משרד הבריאות
4. Kuhn, A. M., Youngberg, B. J., The need for risk management to evolve to assure a culture of safety. *BMJ Qual Saf*; 2002, 11(2), 158-162.
5. Adler L., Denham CR, McKeever M. et al, GTT - Global Trigger Tool: Implementation basics. *Journal of Patient Safety*, 2008, Dec;4(4):245-249
6. חוזר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים 3/2017, סיורי בטיחות במרכזים הרפואיים הממשלתיים. פורסם באתר משרד הבריאות
7. Goldsteen, D., Three things every Hospital should be doing now to improve Patient Safety. *PSQH*, July 15, 2020. פורסם באתר <https://www.psqh.com/>
8. חוזר מינהל הרפואה 35/2012, היחידה לבטיחות הטיפול בבית חולים, מבנה ותפקידים. פורסם באתר משרד הבריאות
9. Trugman E., Harel E., The level of violence in closed psychiatric wards in relation to the legal status of the inpatients. *Harefuah*, 2021, feb; 160(2): 87-93.
10. Aven, T., Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation. *Eur J Oper Res*. 2016, 253(1), 1-13.
11. Vincent, C., Taylor-Adams, S., Chapman, E. J. et al, How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *Bmj*, (2000), 320(7237), 777-781.
12. נייר עמדה של איגוד הפסיכיאטריה: הטיפול באנורקסיה נרבוזה במצב מסכן חיים. 2012. פורסם באתר [DoctorsOnly.co.il](http://DoctorsOnly.co.il)
13. ע"ו 17-07-9219 (מחוזי) פלונית נגד היועץ המשפטי לממשלה ואח'. 30.07.2017. פורסם באתר המשפטי "נבו"
14. נייר עמדה של האיגוד הפסיכיאטרי: התערבות עם מטופל אובדני בעידן הרפואה מתגוננת: הערכת סיכון וגבולות האחריות. רפואה ומשפט, גיליון 41, דצמבר 2009, עמ' 46-50.
15. חוזר מינהל הרפואה 29/2009 ניסיונות התאבדות - התערבות, טיפול, שמירה מיוחדת ודיווח בבית חולים כללי/ פסיכיאטרי. פורסם באתר משרד הבריאות
16. נייר עמדה: עמדת פורום מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים ואיגוד הפסיכיאטריה לגבי התמודדות עם אובדנות בבית החולים, יוני 2013. פורסם באתר האיגוד, פורטל [DoctorsOnly.co.il](http://DoctorsOnly.co.il)
17. תת (חיפה) 09-09-27773 ק.ג. ז"ל נגד מדינת ישראל, 16.06.2013. פורסם באתר המשפטי "נבו"
18. ע"א 7276/18 (עליון) עזבון פלונית נגד מדינת ישראל, 02.03.2021. פורסם באתר המשפטי "נבו"
19. Keysar Gersht L., Lubin G., The Liability triangle in Suicide cases. *Harefuah*, 2022 Apr;161(4):245-250.
20. כהנא, ב., אין מנוס משינוי ההלכה בעניין גלעד - ההכרח בהחזרת החיסיון לוועדות הבדיקה הרפואיות הפנימיות. מאזני משפט, 2016. יא - תשע"ו, 159-220.
21. ה"פ 13-04-31639 (מחוזי מרכז) ענבר ואח' נגד הלפרן ואח', 20.08.2014.
22. Paret G., Fishbain D., Postgraduate Training is our specialty. *Harefuah*, 2019, Oct; 158(10): 626-629.
23. הלפרין, ג., בנדס'יעקב, א., אריה י., עמיתים מומחים בבתי חולים פסיכיאטריים. המוסד לביטוח לאומי - קרן מפעלים מיוחדים, ינואר 2021, 176. פורסם באתר הביטוח הלאומי <https://www.btl.gov.il/>
24. Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety. *AHRQ- Agency for Healthcare Research and Quality*, June 2013.
25. Mautner S., Lachman M., Kaplan Z. et al, Psychiatric advance directives – Medical models into psychiatric medicine. *Harefuah*, 2014 Jan; 153(1) 39-42, 64.
26. QuickSafety: Improving care with psychiatric advance directives. *The Joint Commission, Division of Health Care Improvement*, Issue 53, February 2020.
27. דו"ח ביקורת שנתי 62, מבקר המדינה. 193-282, 2011.
28. Niv Y, Kagan I, Arad D, Avrahami R, Tal Y., Confidentiality of Adverse Events investigations – The present status and what is needed. *Harefuah*, 2022 Nov; 161(11): 701-705.
29. נייר עמדה של החברה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים ברפואה: פעילות ניהול סיכונים פרואקטיבית לקידום בטיחות הטיפול במערכת הבריאות בישראל. המכון לאיכות ברפואה, ההסתדרות הרפואית בישראל, פברואר 2023
30. Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) Tool, *Institute for Healthcare Improvement*, 2017 (Available on [ihi.org](http://ihi.org))