

## תקשורת בעת העברת מטופל

### פתרונות לבטיחות המטופל

כרך 1, פתרון 3

מאי 2007

#### תיאור הבעיה והשלכותיה:

במהלך מחלה או בתקופת טיפול, המטופל עשוי לפגוש מטפלים אחדים במקומות שונים, כולל במרפאות של טיפול ראשוני, במרפאות חוץ של מומחים בבית החולים, בחדר מיון, בחדר ניתוח, ביחידת טיפול נמרץ וביחידת שיקום. מטופלים גם עוברים לעיתים קרובות, כעניין של שגרה, בין אזורי אבחון וטיפול רפואי וסיעודי, ועשויים גם לפגוש בכל יום שלוש משמרות של צוות מטפל. בכל מרווח הם עלולים להיחשף לסיכוני בטיחות.

בעת המעבר, יתכן שהתקשורת בין יחידות הטיפול ובין הצוותים המטפלים לא תכלול את כל המידע המהותי, או שהמידע שעובר לא יובן כהלכה. פערים אלה בתקשורת יכולים לגרום לנתק חמור ברצף הטיפול, לטיפול לקוי ולנזק למטופל.

שיבוש בתקשורת היה סיבת השורש המובילה באירועים חמורים, שה-Joint Commission בארצות הברית דווח בין 1995 ל-2006 (1), ובסוכנות המבטחת רשלנות בארצות הברית הוא היה הגורם היחיד הנפוץ ביותר בסיבת שורש, שהוביל לתביעות כתוצאה מהעברת מטופלים (2). באוסטרליה, מתוך 25,000 - 30,000 האירועים הבלתי רצויים שהיו בני מניעה ושגרמו נכות לצמיתות, 11% נבעו מסוגיות של תקשורת, בניגוד ל-6% שנבעו מרמת מיומנות לקויה של מטפלים (3). תקשורת במהלך העברה נסבה על תהליך של העברת מידע על תהליך של העברת מידע ספציפי-למטופל ממטפל אחד לאחר, מצוות אחד לבא אחריו, או ממטפל למטופל ולמשפחתו, כדי להבטיח רציפות ובריאות של הטיפול (4). תקשורת במהלך העברה נסבה גם על העברת מידע בין יחידות טיפול מסוגים שונים, או מיחידת טיפול לביתו של המטופל. בדרך כלל מדובר במידע על מצבו הנוכחי של המטופל, על שינויים במצבו שאירעו לאחרונה, על טיפול מתמשך ועל אפשרות לשינוי או לסיבוך במצבו. יחידות רבות לאורך רצף הטיפול מעבירות מטופלים, כולל קבלה לאשפוז מיחידת הטיפול הראשוני, שחרור והעברה אל הרופא המטפל, דווח סיעודי בעת החלפת משמרת, דווח סיעודי על העברת מטופל בין יחידות או מתקנים, דוחות הרדמה לצוות של חדר ההתאוששות, תקשורת בין היחידה לרפואה דחופה לבין הצוות ביחידה שמקבלת את המטופל, ושחרור מטופל לביתו או למוסד אחר.

#### סוגיות קשורות:

בעיות בהעברת מטופלים הן מקור לדאגה בכל העולם: אוסטרליה (5), בריטניה וצפון אירלנד (6) בחנו את הנושא לאחרונה ופיתחו המלצות לצמצום הסיכונים. למרות שאין כיום פרקטיקות-מיטביות לשיפור תקשורת בעת העברה, יש מספר אסטרטגיות שהוטמעו ושנלמדות. מחקר אחד של העברות בין רופאים הסיק שתקשורת מדויקת, חד משמעית ופנים-אל-פנים הייתה הדרך הטובה ביותר להבטיח העברה יעילה (7). עם זאת, מומחים לבטיחות המטופל מסכימים ביניהם, שהתועלת הגדולה ביותר לשיפור תקשורת בעת העברה תושג על ידי עיצוב מחדש של מערכות הטיפול (8). עיצוב מערכתי משופר יגביר את יכולתם של המטפלים לתקשר ביניהם ביעילות, תוך ניצול הידע על גורמי אנוש (כיצד בני אדם טועים), בניית חזרות לתוך תהליכי הטיפול, יצירת פונקציות התלויות זו בזו וצמצום מספר הצעדים בתוך התהליכים, ומתוך כך גם צמצום ההזדמנויות לטעות.

חלק מהבעיות בהעברה נטוע בדרכי ההכשרה או האי-הכשרה של מטפלים (לעבודה בצוות ולמיומנויות תקשורת), בהעדר דוגמאות טובות לחיקוי ובמערכת טיפול שמקדמת ומתגמלת אוטונומיה ועבודה אינדיבידואלית. סיבת שורש נוספת היא תרבות הרפואה, שבעבר לא הדגישה במידה משמעותית את שיתוף המטופלים ובני משפחתם בטיפול. כמו כן, למרות שמומחיות המטפלים יכולה להועיל לטיפול הרפואי, פירושה גם עירוב של ריבוי של מטפלים מומחים ביחידות מרובות, והתקשורת הפוכת מסובכת יותר. בעיה נוספת שתורמת לתקשורת ירודה היא הרכב הצוות המטפל, במידה שאינו משקף את ההרכב

הדמוגרפי של האוכלוסייה שהוא משרת (9). קשיים בתקשורת יכולים להיווצר גם בגלל בעיות בשימוש בשפה, שנובעות מהסתמכות בעיקר על מטפלים ממדינות אחרות.

אנו לומדים כיצד לשפר העברה מתעשיות אחרות-עירות-סיכון כמו תעופה ואנרגיה גרעינית. אחד הלוקחים הוא הצורך בשפה משותפת למסירת מידע קריטי. שילוב טכניקות להצגה תמציתית של תמונת מצב, כמו SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), יכול ליצור מסגרת סטנדרטית של תקשורת בעת העברת מטופלים (10 - 11). כמו כן, מתן הזדמנויות למטפלים לשאול או לענות על שאלות היא דרך פשוטה לשיפור היעילות של התקשורת בעת העברה (12). פישוט ויצירת סטנדרד דווח בעת העברת משמרת עשוי להגביר חשיבה ביקורתית כמו גם למזער את בזבוז זמנו של המטופל (13). טכניקה יעילה נוספת בהעברות היא קריאה-חוזרת, שבה מקבל המידע כותב אותו וקורא את הכתוב כדי לקבל את אישורו של מוסר המידע שאכן מה שאמר הובן היטב. יש גם הוכחות, שטכנולוגיות כמו שחרור אלקטרוני של המטופל צמצמו את שיעורם של אירועים בלתי רצויים ובני מניעה (14). בנוסף, שימוש יעיל בסבבים משותפים (רב-תחומיים) משפר תקשורת ומסירת מידע טיפולי חשוב (15).

שיתוף המטופלים ובני משפחתם בתהליך הטיפול מוכר יותר ויותר כהיבט חשוב במתן הטיפול. המטופל ומשפחתו הם הגורם הקבוע היחיד, ולכן יש להם תפקיד מכריע בהבטחת הרציפות בטיפול (16). שחרור מאשפוז הוא שלב מכריע, שבו העברת מידע למטופלים ולבני משפחתם הופכת חיונית (17 - 19). שיתוף המטופלים קשה לעיתים בגלל אוריינות-בריאות נמוכה. המונח "אוריינות-בריאות" הוגדר כיכולת של בני אדם לקבל, לעבד ולהבין את המידע הבסיסי ואת השירותים הבסיסיים הקשורים בבריאותם והנדרשים להחלטה נאותה (20). בארצות הברית, מעריכים שלפחות ל-50% מהבוגרים יש אוריינות-בריאות נמוכה (21). חזרה-על-נאמר היא טכניקה, שמטפלים משתמשים בה כדי להבטיח שהמטופל הבין את המידע שקיבל (22). בטכניקה זו, מבקשים מהמטופל לתאר מה שהוא או היא שמעו כדי להעריך את מידת הבנתם.

#### פעולות מומלצות:

מומלץ שמדינות החברות בארגון הבריאות העולמי ישקלו את האסטרטגיות הבאות:

1. יבטיחו שמוסדות בריאות יטמיעו גישה סטנדרטית לתקשורת בין צוותים, בעת העברת משמרת ובין יחידות שונות בתוך המוסד. מוצע שגישה זו תכלול את היסודות הבאים:

- שימוש בטכניקת SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)

- הקצאת די זמן, וככל האפשר בלא הפרעות, למסירת מידע חשוב ולשאלות ותשובות של הצוותים (יש לכלול בתהליך ההעברה שלבים של חזרה-על-נאמר ושל קריאה-חוזרת).

- מתן מידע על מצבו של המטופל, על תרופות, על תכניות הטיפול, על צוואה בחיים ועל כל שינוי משמעותי במצבו.

- הגבלת חילופי המידע רק למידע ההכרחי לטיפול בטוח.

2. יבטיחו שמוסדות טיפל רפואי יטמיעו מערכות שמבטיחות בעת השחרור מבית החולים, שהמטופל והמטפל הבא יקבלו מידע חיוני על האבחנות בעת השחרור, על תכניות הטיפול, על תרופות ועל תוצאות בדיקות.

3. יכללו תרגול של תקשורת אפקטיבית בעת העברה בתכניות הלימודים ובהשתלמויות המקצועיות במקצועות השונים.

4. יעודדו תקשורת בין המוסדות אשר מטפלים במקביל באותו מטופל (למשל מטפלים מסורתיים ולא-מסורתיים).

#### מבט קדימה:

- היכן שניתן, חפשו טכנולוגיות ושיטות שיכולות לשפר יעילות ההעברה, כגון רשומות רפואיות אלקטרוניות, שיטות אלקטרוניות למתן מרשמים והתאמה ממוחשבת בין תרופות, כדי לפשט נגישות למידע והחלפת מידע.

- צרו הליכים, שיבטיחו שהתהליכים הכרוכים בשימוש בטכנולוגיה ממוחשבת יהיו אינטראקטיביים ויעילים, ויכללו הקצאת זמן לשאלות או לעדכונים על הטיפול שניתן למטופל.

#### **ישימות:**

בכל מוסדות הטיפול הרפואי ובכל יחידות הטיפול.

#### **הזדמנויות למעורבות של המטופל ושל משפחתו:**

- תנו למטופלים מידע על מצבם הרפואי ועל תכנית הטיפול, בדרך שיבינו אותו.
- דאגו שהמטופלים יהיו מודעים לתרופות שנרשמו להם, למינונים ולפרקי הזמן שנדרשים בין נטילתן.
- מסרו למטופלים מי המטפל האחראי בכל משמרת ואל מי ניתן להתקשר במקרה של חשש הקשור בבטיחות הטיפול או באיכותו.
- דאגו שלמטופלים תהיה הזדמנות לקרוא את הרשומה הרפואית שלהם, כאסטרטגיה של בטיחות המטופל.
- צרו הזדמנויות למטופלים ולבני משפחתם להציג שאלות הקשורות בטיפול הרפואי ובנותני הטיפול.
- מסרו למטופלים ולבני משפחתם מידע על הצעדים הבאים בטיפול, כדי שיוכלו במידת הצורך ליידע את המטפלים במשמרת הבאה, או להתכונן להעברה מאתר אחד לאחר או לשחרור.
- שתפו מטופלים ובני משפחתם בהחלטות על הטיפול, ברמת המעורבות שהם יבחרו.

#### **חוזק הראיות:**

חוות דעת של מומחים/קונצנזוס ומחקרים תיאוריים אחדים.

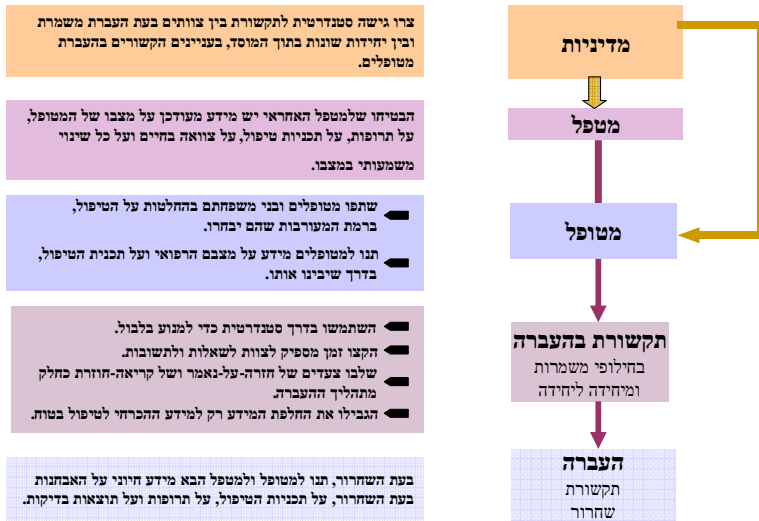
#### **חסמים פוטנציאליים:**

- התנגדות של מטפלים לשינוי בהתנהגות.
- אילוצי זמן, שנובעים מצרכי הטיפול וממטלות אחרות שבאחריות המטפל.
- עלות הכשרה וזמן להטמעת תהליכי העברה חדשים.
- הבדלי שפה ותרבות בקרב אוכלוסיית המטופלים וכוח העבודה.
- אוריינות-בריאות נמוכה.
- העדר משאבים כספיים ומחסור בכוח אדם.
- העדר ידע כיצד לשפר מערכות.
- כשלון המנהיגות לדרוש הטמעה של מערכות ושל התנהגויות חדשות.
- העדר תשתית של טכנולוגיית-מידע ושל תאימות.
- אין די מחקר שמקובל על הכל, כמו גם נתונים ורציונל כלכלי, שעניינם ניתוחי עלות-תועלת או החזר על השקעה, כדי להטמיע את ההמלצות הללו.

#### **סיכונים לתוצאות בלתי רצויות:**

- עיכובים בטיפול כתוצאה מתוספת זמן במהלך ההעברה.

## דוגמה לתקשורת בעת העברת מטופל



דוגמה זו אינה מתאימה בהכרח לכל אתר-טיפול

מקורות:

1. Root causes of sentinel events, all categories. Oakbrook, IL: Joint Commission, 2006 ([http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root\\_cause\\_se.jpg](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg), accessed 12 June 2006).
2. Andrews C, Millar S. Don't fumble the handoff. *MAG Mutual Healthcare Risk Manager*, 2005, 11(28):1–2. [http://www.magmutual.com/mmhc/articles/2005\\_11\\_28.pdf](http://www.magmutual.com/mmhc/articles/2005_11_28.pdf).
3. Zinn C. 14,000 preventable deaths in Australia. *BMJ*, 1995, 310:1487.
4. 2006 National Patient Safety Goal FAQs. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission, 2006 ([http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/25E48E23-6946-43E4-916C-65E116960FD5/0/06\\_npsg\\_faq2.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/25E48E23-6946-43E4-916C-65E116960FD5/0/06_npsg_faq2.pdf), accessed 11 June 2006).
5. *Clinical handover and patient safety literature review report*. Australian Council for Safety and Quality in Health Care, March 2005 (<http://www.safetyandquality.org/clinohvrlitrev.pdf>, accessed xx Month 2007).
6. *Safe handover: safe patients—guidance on clinical handover for clinicians and managers. Hospital at Night Risk Assessment Guide*. London, National Patient Safety Agency, 2004 ([http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1037\\_Handover.pdf](http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1037_Handover.pdf), accessed 12 June 2006).
7. Solet DJ et al. Lost in translation: challenges and opportunities during physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic Medicine*, 2005, 80:1094–1099.
8. WHO Collaborating Centre International Steering Committee, 11–12 June 2006 meeting.
9. *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, Office of Minority Health, March 2001 (<http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>, accessed 12 June 2006).
10. SBAR technique for communication: a situational briefing model. Cambridge, MA, Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihc.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>, accessed 12 June 2006).
11. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. 2006, 32(3):167–175. <http://www.jcipatientsafety.org/docViewer.aspx>.
12. Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve questions. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety*, 2005, 5 (7):11–11(1). <http://www.jcipatientsafety.org/show.asp?durki=10742&site=184&return=10737>.
13. Hansten R. Streamline change-of-shift report. *Nursing Management*, 2003, 34(8):58–59.
14. Peterson LA et al. Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1998, 24(2):77–87.
15. Joint Commission International Center for Patient Safety Communications Expert Panel, October 2006 meeting.
16. WHO Collaborating Centre International Steering Committee. 11–12 June 2006 meeting. Also London Declaration, Patients for Patient Safety, WHO World Alliance for Patient Safety, 29 March 2006. [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/London\\_Declaration\\_May06.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/London_Declaration_May06.pdf).
17. Coleman EA. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. et al. *Archives of Internal Medicine*, 2006, 166:1822–1828. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=4408>.
18. Roy CL et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 143:121–128. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=2400>.
19. Forster AJ. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:161–167. <http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1080>.
20. *The ABCs of health literacy*. Chicago, American Medical Association ([http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/15/health\\_literacy.doc](http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/15/health_literacy.doc), accessed 11 June 2006).
21. Seldon, CR et al. Current bibliographies in medicine 2000-1: Health Literacy. Bethesda, MD, National Library of Medicine. <http://www.nlm.nih.gov/archive/20061214/pubs/cbm/hliteracy.html>.
22. Schillinger D et al. Closing the loop: physician communications with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163(1):83–90. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12523921&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12523921&dopt=Abstract).

## מבחר פרסומים אחרים:

1. Australian Council for Safety and Quality in Health Care, *Passing the Baton of Care—the patient relay*, “National Principles for Clinical Handover” April 2005. Link: [www.safetyandquality.gov.au](http://www.safetyandquality.gov.au).
2. Canadian Patient Safety Institute, *Your healthcare: be involved*. Edmonton, AB. Link: [http://www.oha.com/Client/OHA/OHA\\_LP4W\\_LND\\_WebStation.nsf/page/Your+Health+Care+Be+Involved](http://www.oha.com/Client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/page/Your+Health+Care+Be+Involved).
3. Joint Commission, 2006 Critical Access Hospital and Hospital National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL, 2006. Link: [www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06\\_npsg\\_cah.htm](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm).
4. National Quality Forum (NQF) *Safe Practices for Better Health Care*: [http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe\\_practices/](http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/)

### © World Health Organization 2007

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press, at the above address (fax: +41 22 791 4806; e-mail: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

This publication contains the collective views of the WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions and its International Steering Committee and does not necessarily represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.