



מתודולוגיה ללמידה ארגונית
ברמת המחלקה

תחקיר למידה מחלקתי

(ת.ל.מ)



פברואר 2023

מבוא כללי

- א. המערכת הרפואית מנהלת תהליכי למידה מאירועים חריגים, תוך שימוש במתודולוגיה של תחקיר סיבת שורש. כוחו של התחקיר הוא בביתוח עומק המאפשר התחקות אחר סיבות שורש שאפשרו את האירוע החריג, והעמקה ברבדים נוספים לצורך שיפור מערכתי של איכות תהליכי העבודה.
- ב. קיימים אירועים חריגים שאינם צפויים מראש, להובלה לשינוי מערכתי בתהליכי העבודה, ותחקורם אינו מחייב ירידה לסיבות שורש ארגוניות. עדיין קיים צורך חיוני לתחקורם, להפיק מהם את הלקחים, וליישם.
- ג. לפיכך, עלה צורך בכלי נוסף המותאם לתחקור אירועים ברמת המחלקה/ יחידה, שיאפשר ירידה לסיבת שורש ברמה המקומית, הסקת מסקנות והפקת לקחים באופן מהיר ואפקטיבי.
- ד. השם שניתן לכלי זה הוא **ת.ל.מ. – תהליך למידה מחלקתי**.
- ה. לא מן הנמנע שבירור אירוע יתחיל במתכונת של ת.ל.מ., ובהמשך יתבהר כי קיים צורך להמשיך ולתחקר את האירוע בתהליכי בירור עומק רוחביים, ברמה הארגונית.
- ו. היחידה לניהול סיכונים ולבטיחות הטיפול במוסד הרפואי, תנהל מנגנון ארגוני אשר יקבע את רמת בירור האירוע, ת.ל.מ. או תחקיר סיבת שורש.

בברכה, כותבי הת.ל.מ.

ד"ר שרון אולשה	דנה ארד	דניאל בן שושן
מנהלת המערכת לבטיחות הטיפול	מנהלת המערכת לבטיחות הטיפול	מנהלת המחלקה לבטיחות הטיפול

מטרת המנחה

קביעת כללים לקיום תהליך למידה מחלקתי, יישומם והטמעתם, והגדרת הגורמים האחראים לביצוע ולניהול התהליך.

המנחה כולל שישה פרקים:

פרק א' – היבטים ניהוליים לשילוב ת.ל.מ. בלמידה הארגונית.

פרק ב' – מנחה לניהול ת.ל.מ.

פרק ג' – מנחה לכתיבת דו"ח ת.ל.מ.

פרק ד' – הצגת ת.ל.מ. ודין בישיבת צוות.

פרק ה' – בקרה ומעקב אחר יישום הלקחים והטמעתם.

פרק ו' – מילון מושגים

פרק א' היבטים ניהוליים לשילוב ת.ל.מ בלמידה הארגונית

קריטריונים לבחירת אירוע לת.ל.מ

שלב הבחירה מתחיל בזיהוי אירוע אשר מתרחש במחלקה, הדורש בירור מידי ברמת המחלקה (ת.ל.מ). הצוות המנהל (כדוגמת מנהל המחלקה, אחות אחראית) יחליט על קיום תל"מ תוך תיאום עם היחידה לבטיחות הטיפול.

בדרך כלל ת.ל.מ יתקיים באירוע חריג או כמעט אירוע בעל המאפיינים הבאים:

א. **פוטנציאל חומרה** - אירוע חריג ללא שנגרם נזק. יחד עם זאת פוטנציאל הנזק של האירוע מציב את האירוע בעדיפות לתחקור. לדוגמה, מטופלת המאושפזת במחלקה, העונדת ידון הכולל פרטי מטופלת אחרת שאושפזה במחלקה בשבוע שעבר ושחררה כבר לביתה.

ב. **שכיחות/תדירות** - במקרה זה, בחירת האירוע החריג תהיה בשל היות האירוע חלק ממגמה כללית, כשל שחוזר על עצמו. אף שפוטנציאל האירוע כשלעצמו איננו חמור, שכיחותו גבוהה ומעלה את ההסתברות להתממשות נזק משמעותי בעתיד. לדוגמה, דגימות דם שאינן מגיעות/הולכות לאיבוד בדרך למעבדה.

ג. **פוטנציאל למידה** - לרוב פוטנציאל למידה טמון באירועים שיש בהם משום החידוש, משהו שלא הכרנו, אשר תחקורו עשוי להניב למחלקה/מרפאה מידע חדש. לדוגמה: חוסר היכרות של הצוות עם תפעול מכשיר חדש, חוסר היכרות עם שינוי שבוצע במערכת המידע וכו'.

ד. **אירוע חריג שנמנע (הצלחה)** - בתרחיש זה מדובר ב'כמעט אירוע', וחלק מהותי בלמידה מן האירוע הוא ההצלחה שבזיהוי החריג, ומניעה ממנו מלהגיע למטופל. לדוגמה, רופא נתן הוראה למתן אנטיביוטיקה למטופלת, האח במחלקה שהכין את התרופה, זיהה ברשומה כי המטופלת רגישה לתרופה זאת. האח דיווח על כך לרופא, ותרופה אחרת הותאמה למטופלת.

ה. **אירוע ליבה** - בחירת האירוע תביא לידי בחירת נושא הנמצא במוקד העשייה, ללא קשר לתוצאה. לדוגמה, במסגרת היעדים השנתיים של המחלקה, הוחלט על יעד שעניינו צמצום ומניעת נפילות. לפיכך מצופה כי בחירת האירועים לתחקור במסגרת תל"מ, תיתן עדיפות לתחקור אירועים הנוגעים ליעד זה.

פרק ב' מנחה לניהול ת.ל.מ?

תהליך למידה מחלקתי ינוהל ע"י בעל תפקיד או צוות מן המחלקה בה התרחש האירוע. ככלל, מעורב שיר באירוע חריג לא ינהל לבדו את הת.ל.מ, אך רצוי שישתתף בו באופן פעיל.

רמת מנהל הת.ל.מ תותאם כך שתהיה לו היכולת לתחקר תהליכי עבודה במחלקה והוא יהיה בעל ידע קליני או ידע אחר בתחום המתוחקר. יש לקיים ת.ל.מ בצוות כך שישתף את הסקטורים המרכזיים שהיו מעורבים באירוע.

מנהל הת.ל.מ צפוי להיות ה'לומד מרכזי', ולפיכך כדאי להתאימו לתרחיש. לדוגמה, באירוע שבו הייתה מעורבת סטודנטית בטעות, כדאי לשקול למנות את המדריך הקליני כמנהל הת.ל.מ.

תהליך למידה מחלקתי מסתיים בהטמעת הלקחים/ ההמלצות וכדאי לשקול התאמה בין מנהל תהליך הלמידה לבין נאמן התחום במחלקה אשר צפוי להוביל את הטמעת הלקחים.

מנהל תהליך הלמידה צריך להכיר את המתודולוגיה של ת.ל.מ או שיונחה ע"י בעל תפקיד המיומן בביצוע תחקיר.

משתתפים בת.ל.מ

המשתתפים בתהליך למידה מחלקתי מחולקים לשתי קבוצות:

1. משתתפים אשר מעורבים באירוע, משתתפים אלה יסייעו בכל שלבי הת.ל.מ, ובמיוחד בתיאור העובדתי: מה ואיך קרה?

2. קבוצה של לומדים אשר תסייע בחשיבה: איך צריך היה להיות?

ככל שהיקף המשתתפים בת.ל.מ יהיה רחב ויכלול גם לומדים ולא רק מעורבים, האפקטיביות של הת.ל.מ תגדל. לפיכך על מנהל הת.ל.מ למנות/ לשתף כבר בשלב הראשון צוות רחב הכולל לומדים ומעורבים.

חשוב לשתף את כל הסקטורים במחלקה שהיו מעורבים באירוע, סקטור רפואי, סיעודי, רוקחי/ עובדי משק או צוותים פרא רפואיים. שיתוף הסקטורים יהיה בהתייחס לתרחיש.

עיתוי ביצוע הת.ל.מ

תהליך למידה מחלקתי צריך להתקיים סמוך להתרחשות האירוע החריג. ת.ל.מ המתבצע זמן רב לאחר האירוע, יקשה על איסוף העובדות, ובהתאמה עלול לסכן את היכולת של המתחקר לשחזר מה קרה ואיך קרה האירוע.

פרק ג' ת.ל.מ – שיטת התחקור

מהות התהליך

ת.ל.מ זהו תהליך למידה שיטתי לבירור נסיבות ההתרחשות של אירוע חריג ופרטיו, תוך מיצוי מירב המידע והנתונים, במטרה לייצר תשתית ראויה ומהימנה להסקת מסקנות ולהפקת לקחים ברמת המחלקה.

בת.ל.מ נשאלות שלוש שאלות:

1. **מה קרה?** (על מנת לקבוע מה האירוע - מיקוד של האירוע).
2. **איך קרה?** (פירוט של השתלשלות האירועים המתארת איך קרה האירוע).
3. **למה קרה?** (הצבעה על סיבת השורש שאפשרה את קרות האירוע ברמה המקומית).

תכנון הת.ל.מ

מנהל המחלקה או אחות אחראית המחליטים לקיים ת.ל.מ, ימנו מנהל וצוות לתהליך. מומלץ כי הת.ל.מ יורכב מצוות בהתאם לקריטריונים הקובעים מי מנהל הת.ל.מ ומי המשתתפים.

השלב הראשון בניהול הת.ל.מ הוא **תכנון**. על צוות מוביל הת.ל.מ לתכנן את ביצוע התהליך בשלושה תחומים:

- **לימוד ואיסוף חומר מקדים על האירוע המתחקר** – הדיווח הראשוני, הרשומה הרפואית, נהלים רלוונטיים, אירוע קודם באותו נושא, נהלים פנימיים, פרוטוקולים רפואיים, שמירת הציוד והמכשור המעורב ועוד.
- **תכנון התשאול** – את מי צריך לתחקר ובאיזה סדר.
- **הכנות ארגוניות כגון:** תכנון זמן, מקום ותיאומים נדרשים נוספים.

איסוף הממצאים

לאחר התכנון יצא צוות הת.ל.מ לפעולת איסוף הממצאים - מטרת איסוף הממצאים היא לענות על שאלות התחקיר: מה, איך ולמה קרה.

ביקור במקום האירוע

- למדו את האירוע כפי שהתרחש בשטח.
- אספו חומר רלוונטי במידת הצורך, כגון ציוד רפואי מעורב.
- תעדו את הממצאים במקום האירוע. התייעדו יקל על הצגת הממצאים וניתוחם בהמשך.

לימוד חומר נוסף

- למידה מעמיקה של הרשומה הרפואית.
- למדו את הנהלים, החומר המקצועי וההוראות הרלוונטיות.
- למדו אירועים דומים שהתרחשו בעבר, בדקו מה היו לקחיהם והאם יושמו?

תחקור הצוות

- מקובל לתחקר תחילה את מעגל המעורבים הראשון על מנת להבין מה קרה ואיך קרה. לאחר מכן יש לתחקר מעגל שני על מנת לבדוק איך צריך היה להיות.
- קבעו את אופן ביצוע התחקור - כולם ביחד / אחד-אחד.
- יש ליצור אווירת פתיחות ולהסביר תחילה שמטרת הת.ל.מ היא למידה ולא חיפוש אחר אשמים.
- שאלו שאלות פתוחות.
- מומלץ לתחקר את אנשי הצוות במקום האירוע.
- בצעו שחזור של האירוע במידת הצורך.

ניתוח והעמקה – על פי מודל M5

- בשלב זה המתחקר, על פי רוב, יבין 'מה קרה' ו'איך קרה'. המעבר משלב 'איך קרה' לשלב ההבנה ל'מה קרה', מחייב את צוות התחקור לבצע העמקה והרחבה נוספת.
- בשלב זה האתגר העומד בפני הצוות המתחקר הוא לקבוע את השאלות להרחבה ולהעמקה.
- בכל שרשרת אירועים קיימים אירועים המשפיעים על תוצאת האירוע באופן דומיננטי, וקיים חשש שהם ישפיעו כך גם על אירוע עתידי דומה. אירועים אלה בשרשרת נקראים 'חוליות קריטיות'.

ההרחבה וההעמקה של הצוות המתחקר נעשית על החוליות הקריטיות. המטרה היא להבין למה הן פעלו כך באירוע.

העמקת הת.ל.מ בחוליות הקריטיות תבוא לידי ביטוי בשאלות כגון, האם קיים נוהל אשר לפיו צריך היה לפעול, ואם כן, מה הוא קובע? וכן גם ביצוע בדיקת רוחב ע"י הצוות המתחקר שמטרתו לראות מה קורה במחלקות אחרות.

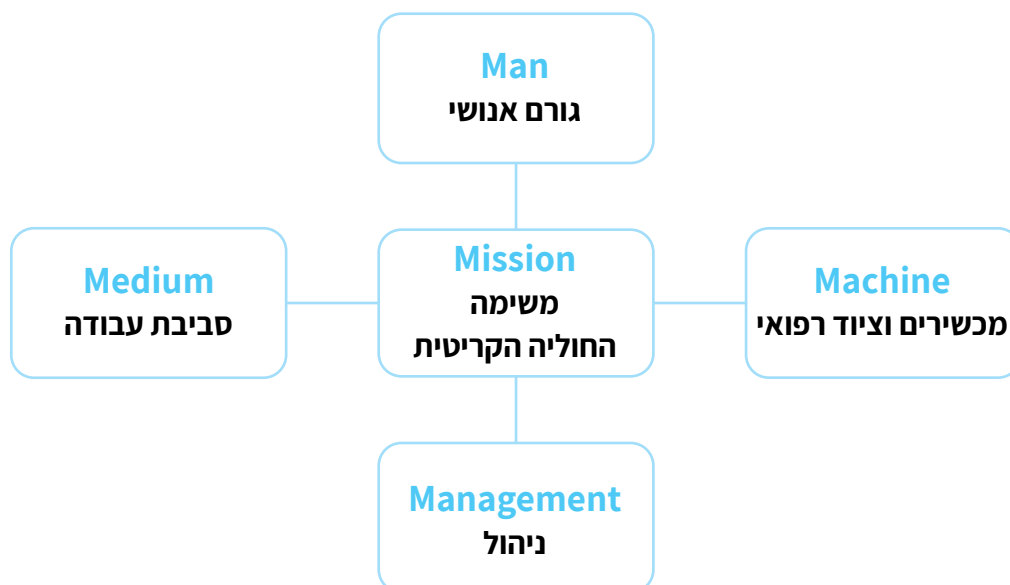
קריטריונים לבחירת חוליה קריטית להעמקה

1. כאמור, החוליה משפיעה באופן דומיננטי על התוצאה.
2. מדובר בתהליך שהוא מערכתי ועלול לחזור על עצמו.
3. יישום – אנו יכולים לטפל בכשל זה.

התפתחות שאלות התחקיר

ניתוח הת.ל.מ מתבצע על פי מודל M5 – המודל מאפשר את הבנת הממשקים והנסיבות שגרמו ותרמו לאירוע במהלך המשימה: גורמי אנוש (Man), גורמים טכניים (Machine), גורמי תשתית וסביבה (Medium), גורמי ניהול (Management).

תחקור החוליה הקריטית לפי מודל 5m



המשימה = החוליה הקריטית לתחקור עומק - MISSION

את החוליות הקריטיות בהן בחרנו להתמקד – יש להגדיר כמשימה על פי מודל 5m.

הגורם האנושי – Man

יש לבדוק את הגורם האנושי בשלושת ההיבטים:

היבט מקצועי - מהו הידע והניסיון של המעורבים באירוע, בביצוע המשימה הספציפית.

היבט מנטלי - המצב הרגשי של המעורב באירוע כגון: לחץ, חשש, פחד, כבוד, בושה.

היבט פיזיולוגי - נסיבות שעניינן עייפות, כמות שעות השינה ומצבי חולי שעשויים להשפיע.

הסביבה כגורם תורם - Medium

יש לבדוק את השפעת הגורמים הסביבתיים על המשימה כגון: רעש, הסחות דעת, צפיפות, ארגונומיה, סביבת עבודה מותאמת למשימה ועוד.

מכשירים כגורם תורם - MACHINE

בחינה של המכשור והציוד הרפואי בהם נעשה שימוש במהלך האירוע לדוגמה: תחזוקה לקייה, שימוש שלא לפי הוראות היצרן, אלתורים בשימוש בציוד רפואי ועוד.

הגורם הניהולי - MANAGEMENT

כלל מרכיבי הניהול במחלקה אשר באו לידי ביטוי בחוליה הקריטית, לדוגמה: קיום נהלים ברורים וידועים לצוות, הדרכת הצוותים והכשרתם, פיקוח ובקרה, הקצאת משאבים למשימה, ניהול המשימה, ניהול הסיכונים בהכנות למשימה ועוד.

לסיכום: שלב איסוף הממצאים וניתוח החוליות הקריטיות מסתיים בהבנה שלמה של המתחקר לשאלות: 'מה קרה', 'איך קרה', ו'למה קרה', ואת סיבת השורש בחוליות הקריטיות. לאחר פעולת התחקור יהיה הצוות המתחקר מוכן לכתוב את דו"ח התחקיר.

הגדרות

ת.ל.מ. - בירור הנסיבות ופרטי ההתרחשות של אירוע, תוך מיצוי מירב המידע והנתונים ליצירת בסיס להסקת מסקנות ולהפקת לקחים ברמת המחלקה.

ממצא - אירוע נתון או עובדה שנאספו במהלך הת.ל.מ. אשר מהווים תנאי הכרחי בתהליך התרחשות האירוע, גרמו, תרמו או אפשרו אותו.

מסקנה - קביעת הגורמים והסיבות לאירוע הנובעת מניתוח הממצאים בת.ל.מ. (על פי מודל 5M).

לקח – פעולה מתקנת שהדרג המוסמך במחלקה מעוניין לממש במטרה לתקן ליקוי, למלא חסר או לחזק יתרון קיים.

המלצה - הצעה לפעולה מתקנת, ברת ביצוע, המופנית להנהלת המוסד הרפואי.

דגשים בכתיבת דו"ח ת.ל.מ.

תיאור האירוע

- בחלק זה ינסח צוות הת.ל.מ. מהו האירוע שאותו הוא תיחקר, 'מה קרה'. תיאור האירוע ייכתב באופן כללי ומתומצת, כך שהקורא יבין את החריגות באירוע, ואת הצורך שהוביל לביצוע התחקיר. התיאור צריך להיות מנוסח באופן בהיר ולכלול את הפרטים ההכרחיים להבנת האירוע כגון:
- פרטי רקע רלוונטיים: תאריך, שעה, מקום, מעורבים, גיל, מין, מצב רפואי כללי.
 - תיאור האירוע תוך הדגשת החריגות.
 - תוצאות האירוע – תוצאות האירוע במונחים של תיאור הנזק/ ללא נזק, מהות הפגיעה.

שאלת הת.ל.מ.

ניסוח שאלת הת.ל.מ. יתייחס לתיאור האירוע ויפתח בשאלה: 'איך קרה ש...?'. קריאת תיאור האירוע בצירוף שאלת התחקיר, צריכה להבהיר את המיקוד (מה הסיכון) של התחקיר.

פרק הממצאים כולל שלושה סוגים של ממצאים

- **ממצאי רקע** – נתוני רקע הכרחיים להבנת האירוע, כגון רקע רפואי של מטופל ומצב המשמרת, המציגים את תמונת הפתיחה של האירוע.

- **ממצאי הרצף הכרונולוגי** - מתארים את השתלשלות האירועים בצורה כרונולוגית.

ממצא רקע - מוגדר כממצא הקשור למצב מקדים או תנאי מקדים להתרחשות האירוע. מטרת ממצאי הרקע היא לתאר את תמונת הפתיחה של האירוע: תיאור הרקע וההקשר ההכרחי להבנת הרצף הכרונולוגי של האירוע, שאילולא היו, הבנת ההתרחשות הייתה בלתי אפשרית. לדוגמה: היסטוריה רפואית של מטופל, הרכב כוח אדם במשמרת, תיאור קונקרטי של סביבת עבודה וכו'.

ממצאים ברצף הכרונולוגי - בחלק זה של הדו"ח יירשמו ממצאי התחקיר באשר לרצף האירועים והמצבים שהסתיימו בתוצאות האירוע. בפרק זה לא יובאו הסברים ותיאורים נרחבים.

כל ממצא צריך להיות קשור בקשר סיבתי או הגיוני לממצאים שלפניו ואחריו.

במקרים בהם קיימת אפשרות שהאירוע היה יכול להימנע אילו הייתה מבוצעת פעולה מסוימת – יש לרשום את הממצא כממצא סיבתי, כחלק מן הרצף הכרונולוגי. לדוגמה: אי ביצוע שיתוף האם בהליך זיהוי ילוד.

דגשים לכתיבת רצף כרונולוגי

גבולות אירוע – על הצוות המתחקר לקבוע את גבולות האירוע עוד בטרם יחל בכתיבת הממצאים. גבולות האירוע יהיו בתחום שבין הגורם המחולל (trigger, כלומר מתי האירוע התחיל) לבין תוצאות האירוע, מתי האירוע הסתיים. רק לאחר שגבולות האירוע ברורים לצוות המתחקר, יחלו בכתיבת הרצף הכרונולוגי.

יש לחתור לתיעוד זמנים מדויק המתבסס על הרשומה הרפואית. במקרה שאין תיעוד כזה, יש לציין הערכת זמן המתבססת על תשאול המעורבים, ולהקפיד על סדר הגיוני וסיבתי של שרשרת האירועים.

קיימת חשיבות רבה לביצוע שלב איסוף הממצאים לפרטיו **סמוך ככל האפשר** להתרחשות, שכן, ממצאים עלולים ללכת לאיבוד, ועובדות עלולות להישכח.

תיאור הממצאים בדו"ח התחקיר יהיה משולב (אינטגרטיבי), מנוסח בבהירות, בלשון עבר, תוך הקפדה על הפרדה בין הממצאים. המשפטים יהיו קצרים ולא מסורבלים.

פרק המסקנות

בפרק זה נדרש המתחקר להצביע על הקשר הסיבתי באירוע. על מנת להצביע על הקשר הסיבתי, נדרש המתחקר לענות על שלוש שאלות מרכזיות:

- **מה גרם לאירוע?** מהו הגורם הישיר (המיידני) שגרם לאירוע או לא מנע אותו?
- **מה תרם לאירוע?** מהם התנאים והנסיבות (גורמים תורמים) שתרמו להתממשות האירוע?
- **מה אפשר את קרות האירוע?** מהם גורמי השורש שאפשרו את האירוע?

קביעת הגורם הישיר לאירוע

הגורם הישיר הוא הכשל/ הטעות במצב המסוכן שגרם באופן מיידי לתוצאות האירוע. דרך אחרת להגדיר גורם ישיר היא כשל שאילו לא התרחש, האירוע היה נמנע, בסמיכות זמן הקרובה ביותר לתוצאת האירוע. לדוגמה: אי זיהוי התרופה או אי זיהוי הרגישות לתרופה, טרם נטילתה.

קביעת הגורמים התורמים

גורמים תורמים הם התנאים והנסיבות שהיו במהלך ביצוע המשימה ותרמו (לא גרמו) ליצירת מצב מסוכן. את הגורמים התורמים יש לסווג על פי מודל 5m (גורם אנושי, ניהול, סביבה, משימה, אמצעים). יש להבין כי לא בהכרח כל הגורמים באו לידי ביטוי באירוע, ולפיכך יש לציין רק את הגורמים הרלוונטיים. לדוגמה:

- סביבת עבודה – עבודה על שני תיקי מטופלים במקביל.
- מכשיר – כיתוב קטן מאוד ובלתי ברור על מסך המכשיר.

גורמי שורש

גורמי השורש הם ביטוי לכשלי המערכת שאפשרו את התפתחות הסיכון, כגון: חוסר או עודף בנהלים, נורמות ודפוסי התנהגות, הרגלים וכו'. גורמי השורש מכוונים לכשלים כרוניים ברמת הארגון, שאפשרו את האירוע, והם מסבירים למה האירוע התרחש. לדוגמה: היעדר הטמעה של טכנולוגיה חדשה במחלקה.

לקחים ברמת המחלקה

לקח הוא פעולה מתקנת ברמת היחידה. חשוב שהלקחים יתייחסו למסקנות התחקיר בדגש על הפערים שעלו ברמת היחידה, וינסחו כהנחיות עם לוח זמנים המובילות לביצוען. יש לנהל מעקב על יישום הפקת הלקחים ולפעול להטמעתם. ניסוח הלקחים יתייחס תחילה לרמת איש הצוות ולאחר מכן, לקחים ברמת עבודה הצוות, סביבת עבודה וכו'. יש להקפיד על ניסוח בהיר ומעשי של הלקחים. לדוגמה:

- 'יש להפריד בארון התרופות בין שתי תרופות בעלות אריזה דומה. באחריות... עד לתאריך...'
- 'יש להכין צ'ק ליסט לצורך בקרה לפני שינוע של מטופל מורכב שיוצא מן המחלקה. באחריות... עד לתאריך...'

המלצות לרמת הנהלת בית החולים

חשיבת המתחקר בפרק זה מכוונת אל העתיד: איך לשפר את המערכת במטרה למנוע או לצמצם את הכשלים שעלו בת.ל.מ? חיוני שכל המלצה תישען על מסקנה (המסבירה קשר סיבתי) בין שהיא תורמת או שהיא מהווה סיבת שורש. יש לנסח את ההמלצה בצורה בהירה. ההמלצות מופנות להנהלת בית החולים.

נספח מס' 1 - תבנית לכתובת דו"ח ת.ל.מ.

ת.ל.מ בנושא...

1. כללי

	תאריך ביצוע הת.ל.מ.
	מנהל הת.ל.מ.
	משתתפים
	מידע עליו התבסס הת.ל.מ.

2. תיאור האירוע

תארו את האירוע באופן תמציתי: תאריך, שעה, מקום, הקשר כללי, הדגישו את החריגות שבאירוע. יש לסיים בתוצאות האירוע.

3. מיקוד הת.ל.מ: שאלת התחקיר

נסחו את שאלת התחקיר של האירוע המתוחקר, איך קרה ש...? על הניסוח להיות ספציפי ומוכוון לתוצאות האירוע.

4. ממצאים

בפרק זה יש לנסח את העובדות הרלוונטיות של האירוע

ממצאי רקע: ממצאים אשר מתארים את 'תמונת הפתיחה' של האירוע, והם מהווים תנאי להבנת הרצף הכרונולוגי של האירוע. כגון: היסטוריה רפואית של מטופל, מצב המשמרת, ניסיון המטפל וכו'. אפשר להיעזר בתמונות להמחשה.	
	ממצא 1
	ממצא 2
	ממצא 3
	ממצא 4
	ממצא 5

ממצאים כרונולוגיים: רצף ההתרחשויות באירוע עפ"י ציר הזמן או סדר התרחשותו, במסגרת התיחום של האירוע. התיאור יהיה עובדתי וינוסח בלשון עבר.	
	ממצא 1
	ממצא 2
	ממצא 3
	ממצא 4
	ממצא 5
	ממצא 6
	ממצא 7
	ממצא 8
	ממצא 9

5. מסקנות

בפרק זה יש לנתח את הממצאים ולקבוע את הסיבתיות לאירוע.
הגורם הישיר לאירוע: מהווה את הסיבה המיידית לתוצאה.

--

הגורמים התורמים לאירוע: מהווים את התנאים והנסיבות שיצרו מצב מסוכן ותרמו לאירוע. יש לתאר את הגורמים התורמים על פי מודל M5. יש לציין רק את הגורמים התורמים הרלוונטיים.

אופן התרומה לאירוע	M5
	Man תרומת גורם אנושי לאירוע. יש לציין את סיבת הפער: מקצועית, מנטלית, פיזיולוגית
	Machine תרומת הגורמים הקשורים לציוד מערכות ומכשירים
	Mission התייחסו לתכנון והכנות לביצוע המשימה וכן למאפייני המשימה
	Management התייחסו לגורמים ניהוליים אשר תרמו לאירוע, כגון: תכנון, הכנות, בקרות, נהלים וכו', תקשורת בין צוותית.
	Medium התייחסו לתרומת מאפייני הסביבה הפיסית בה אירע האירוע

סיבת השורש לאירוע: גורם השורש הוא גורם מתמשך (גורם שהיה גם זמן רב לפני האירוע – התנהלות כרונית). הוא מהווה את מקור הסיכון.

--

6. לקחים

יש להגדיר את הפעולות המתקנות ברמת המחלקה - פעולות אופרטיביות, בהלימה למסקנות. על הניסוח להיות בהיר ומשימתי. יש להקפיד על ניסוח לקחים ישימים.

מספר	ניסוח הלקח	אחראי	לוי"ז לטיפול
1			
2			
3			
4			
5			

7. המלצות

יש לנסח את ההמלצות להנהלת בית החולים - נסחו פעולות אופרטיביות מערכתיות שבמידה שיושמו, יהיה להן את הפוטנציאל להפחית את הסיכונים להישנות אירועים דומים בעתיד.

מספר	המלצה
1	
2	
3	
4	
5	

פרק ד' הצגת הת.ל.מ לצוות המחלקה

קיימת חשיבות גבוהה להצגת הת.ל.מ **לדיון במחלקה**. בדיון ישתתפו המעורבים באירוע ומשתתפים נוספים (לומדים) מצוות המחלקה. הדיון יתנהל ממקום של שיתוף הצוות בממצאים, ובמיוחד במסקנות הת.ל.מ ולקחיו. קיימת חשיבות לכך שבדיון ישתתפו הצוותים מכל הסקטורים (רופאים, אחיות, מקצועות הבריאות, משק וכו'). שיתוף זה יאפשר הזדהות של הצוות, ויוביל להטמעת הלקחים והעלאת מחויבות הצוות למימוש הפעולות המתקנות.

הדיון בת.ל.מ יתבצע לאחר השלמת התחקור, ולא מן הנמנע כי בעקבות הדיון במחלקה, יוצפו ממצאים, תובנות ומסקנות חדשות שיעשירו את הת.ל.מ. הממצאים יוצגו והדיון ינוהל ע"י מנהל הת.ל.מ.

חשוב לשמור על גמישות ולאפשר את הדיון ממקום של **לימוד משותף**. (לא הליך של הקראת הת.ל.מ ללא שיתוף ודיון).

הדיון בת.ל.מ יכלול את השלבים הבאים:

- פתיחה והסבר על התהליך
- הצגת התשתית העובדתית
- ניתוח הממצאים
- דיון בפעולות המתקנות ברמת המחלקה (לקחים)
- תרגום הלקחים למשימות
- סיכום

פתיחה וסבר על התהליך

מטרת הת.ל.מ תוצג כתהליך למידה לשיפור תהליכי עבודה ולא לחיפוש אחר אשמים. סדר הדברים יוצג בדיון עם הגדרת זמן לסיים (עד 20 דקות לכל התהליך).

דוגמאות למשפטי פתיחה והסבר:

יש לציין כי לגבי אירוע שהתרחש במחלקה, הוחלט לבצע תהליך למידה שהובל ע"י... במטרה ולצורך למידה, ושיפור תהליכי עבודה.

יש להדגיש כי מדובר בתהליך למידה ולא בחיפוש אחר אשמים. הציפייה היא לדיון ענייני ומקצועי.

שלב א' - הצגת התשתית העובדתית

יש להציג את התשתית העובדתית של המקרה בצורה פשוטה ככל האפשר. הצגת הממצאים תכלול את תיאור האירוע ואת ממצאי הרצף הכרונולוגי. יש להכין מראש את הממצאים ולהציגם בצירוף תמונות להמחשה. לאחר הצגת הממצאים יש לפנות לצוות המחלקה ולבדוק האם יש נתונים או עובדות נוספים שלא נכללו בהצגת הממצאים. יש לאפשר העלאת עובדות נוספות שלא נכללו בהצגת הממצאים, על ידי המעורבים באירוע. הממצאים יוצגו ע"י מנהל הת.ל.מ. אין לאפשר בדיון הערות אישיות על המעורבים, יש להדוף דיון מסוג זה, ולנתבו לדיון בשאלה איך משפרים את התהליכים. במהלך הדיון על הממצאים יש למנוע קפיצה למסקנות או ללקחים. במקרה כזה יש לציין כי מסקנות ולקחים יידונו בהמשך. **נסו למקד את הדיון לשאלת התחקיר, לגבולות הגזרה של המחלקה, וליכולת שלה להשתפר.**

שלב ב' - ניתוח הממצאים

מתוך תיאור האירוע וממצאי הרצף הכרונולוגי, יש לקיים דיון ולבקש מן המשתתפים: **לזהות את הפערים שעלו באירוע ולהצביע עליהם.** השאלות האפשריות הן: האם יש פערים שכדאי לנו להתמקד בשיפורם? האם השיפור בהם הוא ישים ובעל ערך? מה היה צריך לקרות ולא קרה? מה נדרש לשפר? מה נדרש לשמר? יש לחתור לבחירת פער מרכזי אחד או שניים, ולפתח את הדיון בהם. יש לוודא שהפער שאותר מנוסח בצורה ברורה. יש לוודא שהפער שאותר הוא פער ברמת המחלקה. יש למנוע מצב בו הדיון גולש להאשמות על גורמים חיצוניים למחלקה. מצב זה יגרום לפספוס מהות הלמידה מן האירוע.

במצב כזה יש למקד את הדיון סביב השאלה: מה אנחנו עושים ברמתנו במשמרת הבאה?
לעיתים הדיון אינו מתקדם, והצוות אינו מצביע על פער משמעותי. במצב זה על מנהל הת.ל.מ ליצור
שיח ודיון שיעודד חשיפת פערים:

אפשר לשאול: האם אנחנו שבעי רצון מן התוצאה? האם אין אפשרות לשפר את התהליכים?
רצוי לדבר בלשון רבים, לא בלשון יחיד, להתנסח בזמן הווה או עתיד ולא בזמן עבר.

שלב ג' - דיון בלקחים ותרגום למשימות

לאחר ניתוח הממצאים ודיון בפערים, עוברים לדיון בשאלה: איך מטפלים בפערים?
האם ניתן לטפל בפערים ולהשתפר? אם כן, מהו השיפור הרצוי?
מטרת הדיון בשלב זה היא לשתף את אנשי הצוות במחלקה בהצעות לפעולות מתקנות עתידיות. יש
לשים דגש על פעולות מתקנות ברמת המחלקה אשר ניתנות ליישום מיידי 'מחר בבוקר'.
יש לוודא שהפערים המרכזיים שעלו בדיון, מקבלים התייחסות בצורה של פעולות מתקנות עתידיות.
חשוב להקפיד שהפעולות המתקנות המוצעות הן ברורות וישימות, ומפורטות בצורה של התנהגות
קונקרטיית.
יש להימנע מלדבר בסיסמאות, ולהתמקד בפעולות מעשיות לביצוע.
במידה שהדיון אינו מתפתח, יש להציג שוב את הפער שעלה, ולשאול: מה ואיך ניתן לשפר בהקשר
זה?

סיכום

בסיכום הדיון יש להתייחס לאופן התנהלות הדיון. חזקו את הפתיחות והלמידה, והדגישו את חשיבות
ההטמעה.

פרק ה' הטמעת הלקחים במחלקה

תכלית הלמידה היא להפוך את הלקחים וההמלצות שעלו בתחקיר לכדי שינוי בפועל. הטמעת לקח פירושה יצירת מציאות חדשה במקום המציאות שהייתה קיימת עד להפקת הלקח. עם סיום הטמעת הלקח, חדל הלקח מלהיות מוגדר כזה, והוא הופך לחלק משגרת הפעילות במחלקה.

שישה מרכיבים חיוניים בתהליך הטמעת לקח במחלקה

1. הזדהות של הצוותים עם הצורך בשינוי – למה צריך שינוי?
2. הגדרת בעל תפקיד – מוביל הטמעה.
3. ניסוח קונקרטי של יעד/ משימה/ לקח.
4. תוכנית להטמעת הלקחים.
5. הדרכת הצוותים וטיפול בהתנגדויות.
6. בקרה ומעקב אחר תהליך ההטמעה.

הזדהות הצוותים עם הצורך בשינוי

באופן בסיסי, ברור וידוע כי אנשים, ככלל, מנוכרים לשינוי, ובוודאי שלכזה שלא נתפס אצלם כהכרחי. הבנת התועלת הצפויה לצוותים מן השינוי, מהווה מפתח להצלחת ההטמעה. נתקשה להטמיע לקח בקרב אנשי צוות שלא יבינו את הסיבה לשינוי ואת חשיבותו.

שיטות להשגת הזדהות הצוותים:

- שיתוף הצוותים בתהליך הלמידה, במיוחד במסקנות ובלקחים, יגדיל הזדהות.
- ככל שהפער שעלה באירוע יהיה מוחשי, והצוותים יבינו מה עלול לקרות בהתנהלות כזאת, תגדל הזדהות הצוותים עם הצורך בשינוי.

- ככל שהסיבה לפער תובן ע"י הצוותים כסיבה מערכתית, הדבר יגדיל את ההזדהות.
- אם הצורך בפעולה מתקנת עלה ע"י הצוותים, ולא ייתפס כ'הנחתה מלמעלה', הדבר יהווה נקודת פתיחה נוחה להטמעת הלקחים.

מוביל הטמעה

- הטמעה היא משימה חיונית אשר מחייבת בעל תפקיד מוגדר לביצועה – מוביל הטמעה.
- ההטמעה הוא השלב שבו האחריות עוברת ממנהל הת.ל.מ למוביל הטמעה. אפשרי ואפילו מומלץ כי מנהל הת.ל.מ יוביל גם את הטמעת הלקח במחלקה.
- מוביל הטמעה יכול להיות כל איש צוות במחלקה אשר מונה לכך. מינוי מוביל הטמעה שהוא עם זיקה לתחום, כגון מדריך קליני, אחראי מתמחים או רכז בטיחות טיפול, יגדיל את אפקטיביות ההטמעה.
- חשוב שמוביל ההטמעה ישולב בתהליך הלמידה, יבין את המשימה ויהיה שותף בת.ל.מ.
- יש לוודא שלמוביל ההטמעה יש את המשאבים (זמן) ידע ויכולת להטמיע את הלקח.
- יש להגדיר למוביל ההטמעה מסגרת ולוח זמנים לביצועה.

ניסוח קונקרטי של לקח

תנאי הכרחי להטמעת הלקחים הוא ניסוחם באופן ברור המאפשר את יישומם. ניסוח כללי ומעורפל לא יאפשר יכולת להטמיע לקח.

על הלקח להיות:

- **מנוסח** – חשוב להקפיד על ניסוח ברור, תמציתי ובצורה של התנהגות קונקרטית רצויה (לא כללית).
- **מוסכם** – חשוב לבסס הסכמה באשר לתוכן הלקח.
- **מתוקף** – ע"י מנהל מוסמך או מקצועי.
- **מעשי, בעל ערך מוסף** – לקח איכותי עם הערכה טובה של סיכויי הטמעה.

תוכנית הטמעה

- הטמעת לקח צריכה להתנהל כמשימה הכוללת ניסוח יעדים, לוח זמנים ואחריות לשלבי ההטמעה. מה עושים, מתי עושים, מי אחראי.
- תוכנית ההטמעה תהיה כתובה ומפורטת, ומתייחסת לכלל היבטי ההטמעה. (הקניית ידע, אמצעים, סביבה וכו')
- התוכנית צריכה לתת מענה לכל הסקטורים במחלקה.
- תוכנית ההטמעה תאושר ע"מנהלי המחלקה (רפואי וסיעודי).
- לתוכנית ההטמעה יהיה מועד מוגדר ומוכרז לסיום.
- יש לקיים בקרה ומעקב על תוכנית ההטמעה עד ליישומה המלא.

לסיכום

אמת המידה העיקרית להצלחה של הטמעה היא שהצוותים תופסים את המציאות החדשה כמציאות נכונה, ופועלים לפיה.

הטמעה מוצלחת באה לידי ביטוי בסגירת 'מעגלי ההטמעה' - שילוב השינוי בעשייה המחלקתית.