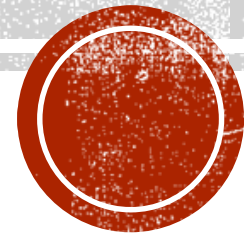
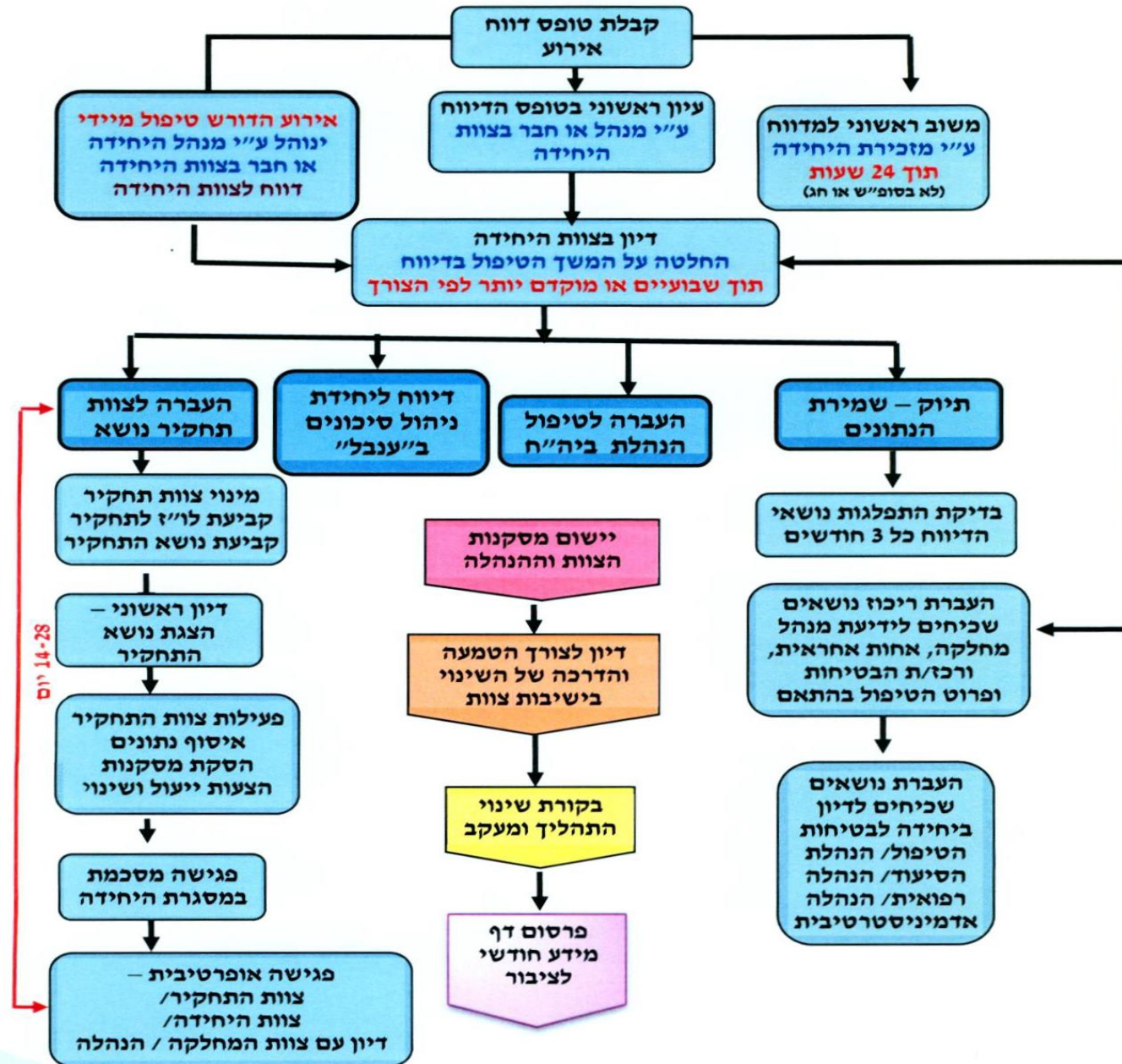


# בטיחות הטיפול וניהול סיכונים: ניהול תחקיר

ד"ר ראש עינב עצמונה, עו"ד



# ניהול אירועים חריגים – מבט כללי



# מודל לתחקיר אירוע חריג

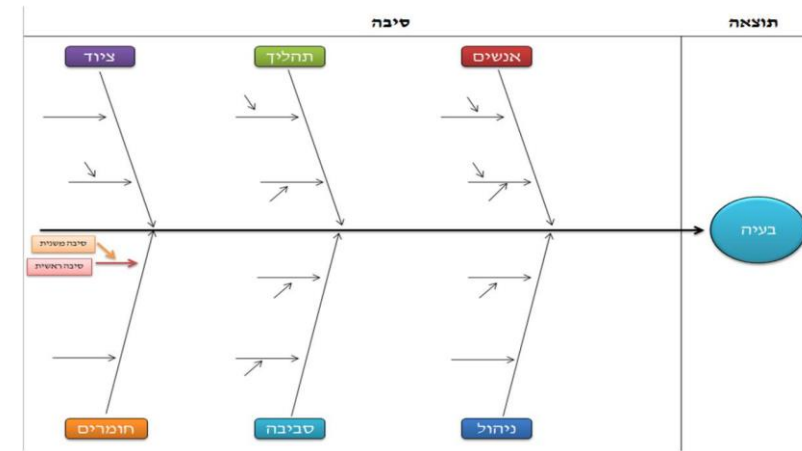
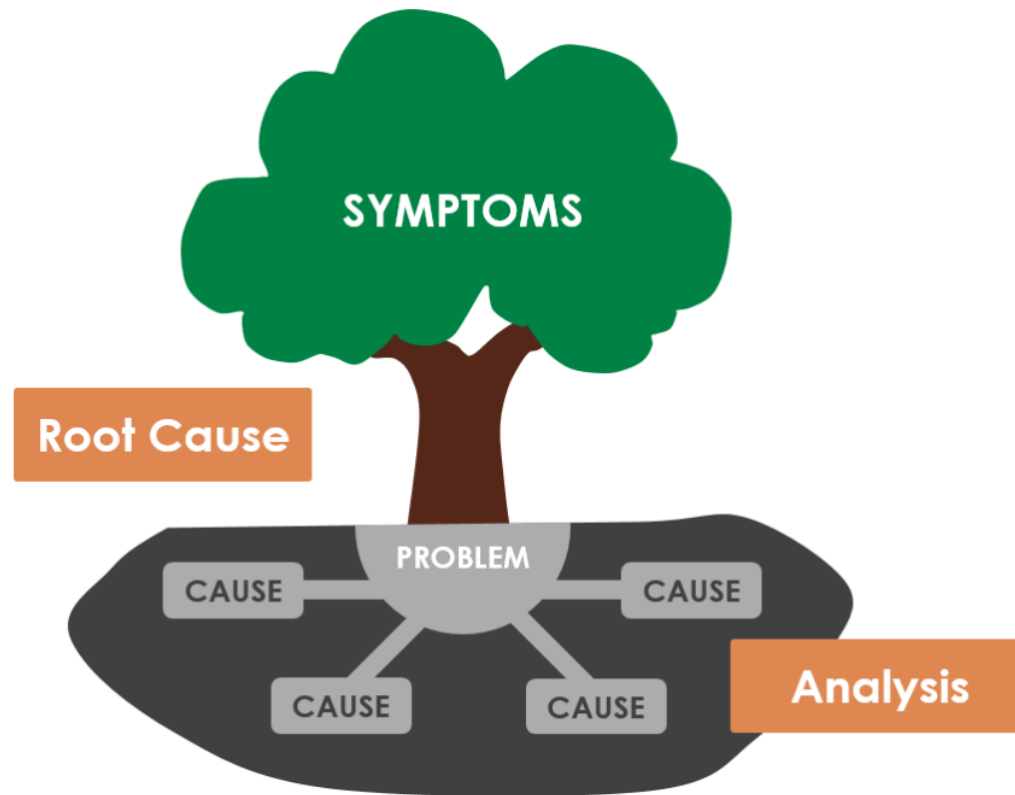
תבנית תפיסתית המשמשת לפעילות המכוונת להבנת אירועים חריגים וסיכונים.



המטרה - הפקת לקחים והגדרת המלצות להקטנת ההסתברות להישנות האירוע ו/או הפחתת הסיכונים.

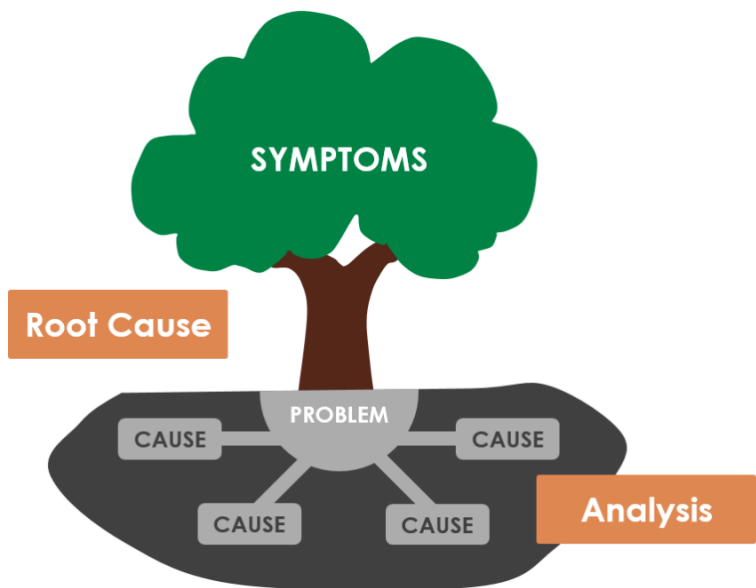


# מודלים לניתוח אירועים חריגים



# מתודולוגיית התחקיר – RCA

## ”ניתוח גורמי שורש”



- בטיחות הטיפול = תפיסה
- ניהול סיכונים = כלי
- תחקיר = שיטה / מתודיקה

המטרה: פיתוח תרבות ואקלים של למידה מאירועים חריגים



# הגדרה

**תחקיר בטיחותי** - תהליך של איסוף עובדות, ניתוחן, קביעת ממצאים,

הסקת מסקנות ומתן המלצות שמטרתן מניעת אירועים עתידיים.

**מסתיים ביישום ובהטמעה.**



# מאפייני תרבות ואקלים של תחקיר

- הטמעת התפיסה שלמידה מטעות מונעת טעות עתידית.
- נכונות לשינויים והתחדשות.
- עידוד החופש לקבלת ביקורת ודעות שונות.
- יצירת אווירת לימוד חיובית בסביבת התחקיר – ללא חיפוש אשמים.
- השתתפות ומחויבות של כל רמות ההיררכיה הארגונית.
- התחקור נתפס כרכיב חיוני בהתפתחות המקצועית.



# מטרות תהליך הפקת הלקחים

- מתן כלים בידי מקבלי החלטות אודות הצעדים שיש לנקוט על מנת להגביר את הבטיחות בארגון.
- שימוש בניסיון המצטבר כמנוף לשיפור ביצועים.
- איתור ובירור נקודות תורפה בטיחותיות.
- שיפור התקשורת בין הצוותים המטפלים.
- שיפור התקשורת עם המטופלים והעצמתם.



# שלבים בתהליך

1. בירור ומיפוי העובדות ומיקודן בצורה של ממצאים.
2. ניתוח הממצאים והסקת מסקנות.
3. גיבוש המלצות.
4. הפקת לקחים = < המלצות שהוחלט להפכם ללקחים, ליישמן בפועל.
5. יישום, הטמעה, ובקרת הלקחים – הפיכת הלקח לחלק מובנה בהתנהגות והפעילות הארגונית.



# העיתוי – "זמן אמת"

- תחקיר בעיתוי הסמוך לאירוע יגדיל את אפקטיביות התוצרים.
- תחקיר המתבצע זמן רב לאחר האירוע – פוגע ביעילותו:
  - מקשה על איסוף העובדות
  - עלול לאבד מהרלוונטיות
  - מסכן הפקת לקחים, יישומם והטמעתם



# שאלות להן נדרש מענה מניתוח האירוע

- מה קרה? שחזור מובנה של התרחשות האירוע – עובדות רלוונטיות.
- איך קרה? התהליכים במשימה שיצרו תנאים ונסיבות לאירוע. שרשרת האירועים שהובילו לתוצאה.
- למה קרה? סיבות השורש - ניתוח הסיבות שאפשרו את האירוע.

בסיס הנתונים: תשאול המעורבים, רשומה, חקירת אמצעים ומכשירים ע"פ מידת מעורבותם.



# בחירת אירוע לתחקור

- ❖ עוצמת/חומרת תוצאה
- ❖ פוטנציאל חומרה
- ❖ שכיחות/תדירות ההישנות
- ❖ פוטנציאל למידה – חידוש?
- ❖ פוטנציאל לכשל מערכת רוחבי
- ❖ אירוע ליבה – בשל המיקוד, ללא קשר לתוצאה



# מרכיבי דו"ח התחקיר

**מיקוד באמצעות שאלה ממקדת = < איך קרה ש...??**

- פרק הממצאים – מפרט את התשתית העובדתית.
- פרק המסקנות – ניתוח הממצאים והסבר הקשר הסיבתי לקרות האירוע.
- פרק ההמלצות – הצגת המלצות/כיווני פעולה למניעת אירועים דומים בעתיד, אישור ההמלצות והפיכתן למטלות.

כל החלטה תוגדר כמטלה לביצוע, לכל מטלה ימונה גורם האחראי ליישום המטלה, ולכל מטלה יוגדר מועד נדרש [לו"ז] להשלמת ביצועה.



# מה ואיך קרה? – עובדות רלוונטיות

## 2. תיאור האירוע:

תאריך ושעה, מקום, מעורבים מרכזיים, תיאור קצר של האירוע ותוצאותיו.

## 3. ממצאי רקע: תמונת הפתיחה, הרקע לאירוע המתוחקר

ממצא 1

ממצא 2

ממצא 3

**מטופל - מחלקה/צוות - תהליך מתוחקר**

## 4. ממצאים כרונולוגיים: רצף ההתרחשויות באירוע ע"פ זמן או סדר התרחשותן

ממצא 1

ממצא 2

ממצא 3

ממצא 4



מודל/אפקט הדומינו



# פרק הדין וההעמקה – עובדות רלוונטיות

5. ממצאים נוספים: ממצאים אשר אינם ברצף הכרונולוגי של האירוע, הרחבה והעמקה להבנת התהליכים שתדמו לאירוע או לסיבותיו.

{.....}	<u>הנושא</u>
{.....}	ממצא 1
{.....}	ממצא 2
{.....}	<u>הנושא</u>
{.....}	ממצא 1
{.....}	ממצא 2
{.....}	<u>הנושא</u>
{.....}	ממצא 1
{.....}	ממצא 2

**סטנדטרט**

**נסיבות המקרה**

**בדיקת רוחב**



# למה קרה? – ניתוח ממצאים והקשר הסיבתי

6. מסקנות

גורם ישיר: הגורם המידי לתוצאות האירוע.

{ הגורם הישיר ל..... הנו..... }

גורמים תורמים התנאים והנסיבות שהיו בזמן המשימה באירוע ותרמו להתרחשותו.  
העזר במודל 5M

{ .....

**אדם - סביבה - אמצעים - משימה - ניהול**

{ .....

גורמי שורש הסיבות אשר אפשרו את האירוע, כשלי מערכת, גורמים קודמים, סיבות שורש.

{ .....

{ .....

{ .....



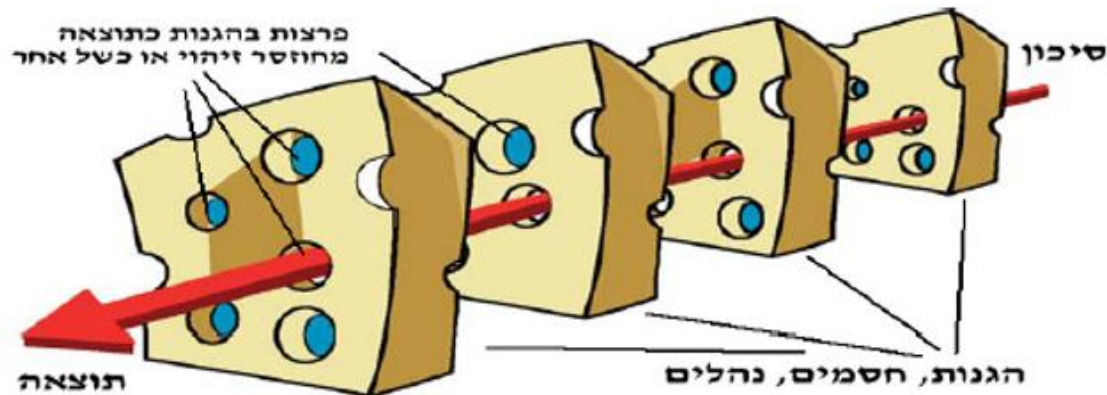
# מודל הגבינה השוויצרית – JAMES REASON

■ המודל המהווה את התבנית התפיסתית לפיה מנתח המתחקר את ממצאיו ומסביר את הקשר הסיבתי – הסקת מסקנות.

■ מיועד להבנת הדינאמיקה של התרחשות הכשלים באירוע.

■ הכשלים = חורים בגבינה / כל פרוסה = שכבת הגנה

כשלים בהגנות מאפשרים את חדירתם של סיכונים דרך החורים בגבינה וכתוצאה מכך מתרחש אירוע.



**”החורים” אינם סטטיים  
אלא דינמיים !!**



# פרק המסקנות

- גורם ישיר – הכשל/הטעות במצב המסוכן שגרם באופן מידי לתוצאות האירוע  $\leq$  החור האחרון בגבינה השוויצרית, לרוב טעות אנוש.
- גורמים תורמים [אקטיביים – תנאים ונסיבות] – התנאים והנסיבות שהיו במהלך ביצוע המשימה ותרמו להתממשות האירוע על ידי הגורם הישיר  $\leq$  מודל 5M.
- גורמי שורש [לטנטיים] – ביטוי לכשלי המערכת שאפשרו את התפתחות הסיכון ומהווה הסבר להתממשותו, כגון: נהלים לא מועילים, נורמות, דפוסים, הרגלים וכו'  $\leq$  מכוונים לכשלים כרוניים ברמת הארגון.



# מודל ה-5M



מודל המהווה רשימת תיוג אשר מסייעת למתחקר

לסקור ולתאר את קשת האינטראקציות

שהתרחשו באירוע.

**משמש לפעילות ריאקטיבית ופרואקטיבית**



# הגורם האנושי – MEN

■ **טעות אנוש** - פעולה שבוצעה ללא כוונת זדון וללא מודעות מצד המבצע ושתוצאותיה

שליליות; הגורם האנושי עומד במרכז התחקיר, הן משום היותו הגורם המחולל את מירב האירועים והן בשל היותו הנמען הראשי של הלמידה מהתחקיר.

## ■ שלושה מרחבי התעניינות בתחקיר הגורם האנושי:

■ הקשר מקצועי - הידע והניסיון של המעורבים באירוע בביצוע המשימה הספציפית.

■ הקשר מנטאלי - השפעה של מוטיבציה (חוסר / יתר), לחץ, חשש, פחד, בושה.

■ הקשר פיזיולוגי - נסיבות שעניינן עייפות, מצב גופני כללי, ומצבי חולי שעשויים להשפיע.



# MEDIUM – הסביבה כגורם תורם

- אוסף של גורמי מצב ייחודים, אשר קיומם מהווה סיכון או פוטנציאל לטעות או לאירוע חריג.

## גורמי הסביבה באירוע יכולים להיות:

- גורמים פיזיים - סביבת עבודה [סדר וארגון], חוס, רעש, צפיפות, קור.
- גורמים מנטאליים - תחושת עומס, לחץ, מתח, הסחות דעת/הפרעות.



# MACHINE - אמצעים/מכשור כגורם תורם

■ בחינה של כל המכשירים והאמצעים בהם נעשה שימוש במהלך

האירוע!

דוגמאות: אמינות טכנית, תקינות, תחזוקה, הוראות יצרן, אופן הכנת האמצעים למשימה, מגבלות לתפעול, חוסר שלמות של הציווד/אמצעים.



# MANAGEMENT - הגורם הניהולי

■ כלל מרכיבי הניהול אשר באו לידי ביטוי במשימה במהלך אירוע.

דוגמאות:

■ המצאות נהלים ברורים וידועים לצוות, מדיניות עקבית, הדרכה והכשרת

הצוותים, פיקוח ובקרה, הקצאת המשאבים למשימה, ניהול האירוע,

ניהול הסיכונים בהכנות למשימה ועוד.



# משימה כמרכיב אינטגרטיבי - MISSION

מכלול התנאים והנסיבות אשר כל אחד מהם כשלעצמו אינו מסביר / מסביר באופן חלקי את התהוות הטעות. ראייה אינטגרטיבית (אדם, מכשירים, סביבה) דרך המשימה יכולה להסביר את התהוות המצב המסוכן.

## להלן מס' ממשקים לתחקיר:

- בהירות המשימה (אדם – מכשירים-סביבה).
- תאימות בין משימות (אדם – מכשירים – סביבה –ניהול).
- הכנת המשימה (אדם, מכשירים, סביבה).
- תכנון המשימה (אדם, משימה, סביבה, ניהול).
- מורכבות המשימה (אדם, משימה, סביבה, ניהול).



# לקחים - כיצד נמנע את הטעות הבאה?

7. המלצות הצעה לפעולת מניעה או שיפור בתהליך אשר נועדה לתקן ליקוי.

המלצה מס' 1	{ מומלץ בפני..... }
המלצה מס' 2	{ מומלץ בפני..... }
המלצה מס' 3	{ מומלץ בפני..... }

8. מטלות ( לקחים ) אישור ההמלצה ע"י הסמכות הניהולית והפיכתה למטלה.

לקח מס' 1	{ באחריותו של..... ביצועו של..... עד לתאריך..... }
לקח מס' 2	{ באחריותו של..... ביצועו של..... עד לתאריך..... }
לקח מס' 3	{ באחריותו של..... ביצועו של..... עד לתאריך..... }



# מסגרת ההמלצות והלקחים

- נהלים – התאמה, השלמה, ביטול, עדכון.
- שיפור תהליכי עבודה – עבודת צוות, חלוקת תפקידים, תיאום, ארגון, תקינה.
- סביבת עבודה פיזית – נגישות, סימון, הנדסת אנוש, מניעת הפרעות והסטת קשב.
- פתרונות במערכות המידע – הבטחת רציפות טיפול, התרעה על חריגים, זמינות מידע.
- הדרכה – שיפור מיומנות, סימולציות, שיפור מנגנוני לימוד, ריענון נהלים.

דוגמאות לתחקירים מלאים – בחוברת משה"ב : "מתודולוגיה למידה ארגונית מאירועים חריגים".



# תפיסת בטיחות טיפול מונעת



## **מעגל ראשון – לחזק מוכנות מקצועית מנטאלית של איש הצוות**

- 1. הערכה של האירועים השלייליים שעלולים לקרות**
- 2. לזהות אירועים חריגים**
- 3. לפעול, להתערב נכון**
- 4. אני לא יודע אני לומד, אני משתף ומתייעץ.**

**'גורם אנושי עושה טעות'**

**יש מעטפת בטיחות שמאפשרת לתקן**

**בזמן אמת .**



## מעגל שני - פיתוח מיומנויות של עבודת הצוות והתאמת סביבת עבודה

1. לזהות טעויות בתהליך העבודה שעלולות להגיע למטופל לנטר, למנוע ולדווח .
2. לייעל תקשורת מבוססת שיטה בין מוסר למקבל .
3. לפתח ולהתאים את סביבת העבודה לסיכון (זיהוי והתערבות)
4. לאפשר את ה'שיח הסקרן' - לא לתת ל"כבוד" ולמעמד" לעמוד בדרך .



מעגל שלישי - טיפול בסיבת השורש

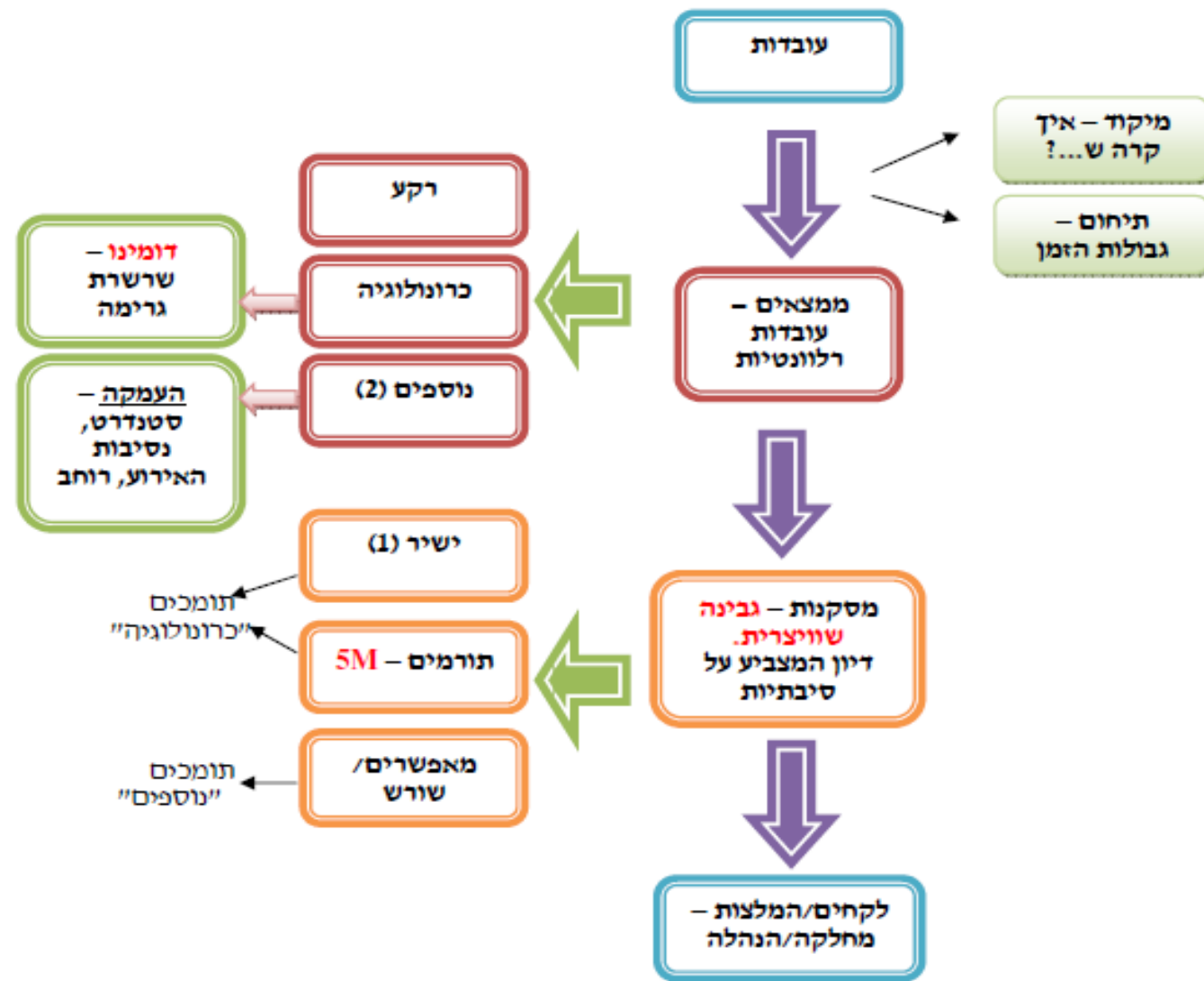
**טיפול במקור סיכון – risk source**

סיכון שעורר את התהליך/אירוע.

**הטעות** לרוב היא של הגורם האנושי

**המניעה** היא משימת רבים (איש הצוות, עבודת הצוות, הנהלה)





**מודל הגבינה השוויצרית:**



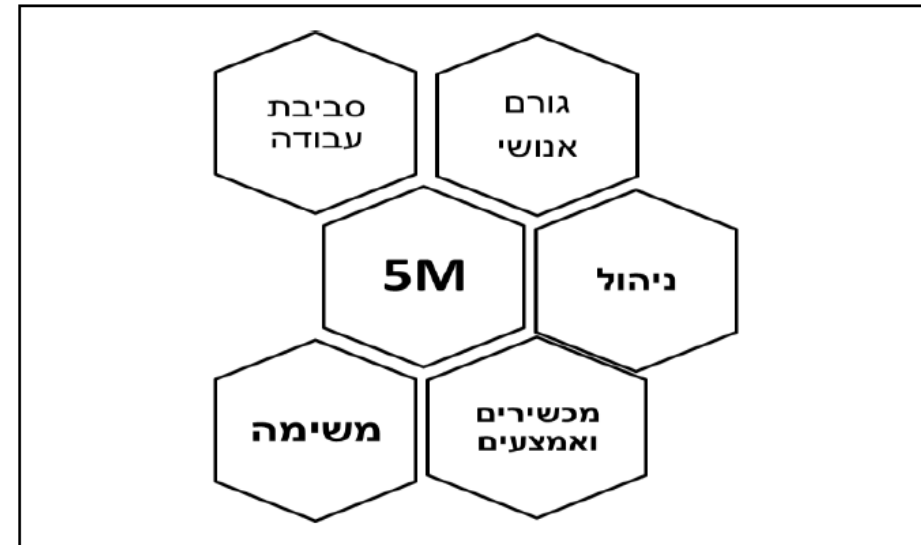
# תרגול - אירוע חריג בנושא מתן דם

אנא נתחו את האירוע  
בהתאם למודל ה-5M



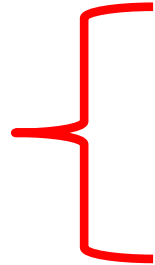
8:08]

<https://riskmanage.inbal.co.il/category/2/video>



# דיון:

עובדות  
רלוונטיות



✓ **מה** קרה? (מיקוד)

✓ **איך** קרה? תארו את השתלשלות האירועים

✓ **למה** האירוע קרה? ניתוח העובדות - מהן הסיבות שהובילו

לטעות?

✓ לקחים – כיצד נפעל על מנת למנוע את הטעות הבאה?

