

โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดนครศรีธรรมราช




ระเบียบปฏิบัติ

เรื่อง แนวทางการวิเคราะห์ RCA

สำเนาฉบับที่.....

รหัส WI-QMC-๐๐๓

	โรงพยาบาลชนอม	ฉบับที่ : ๐	หน้าที่ : ๒
	ประเภทเอกสาร : เอกสารควบคุม	วันที่ : ๓๑/๐๘/๒๕๖๓	
หน่วยงาน : งานพัฒนาคุณภาพ	รหัสเอกสาร : WI-QMC-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐	
เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติ แนวทางการวิเคราะห์ RCA			

1. นโยบาย

ความเสี่ยง/อุบัติการณ์ ระดับ E ขึ้นไปถือว่ามีความรุนแรง โรงพยาบาลกำหนดให้ หน่วยงาน ทีมระบบ และทีม RM ทบทวนหาสาเหตุที่แท้ (RCA)

2. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ RCA (Root cause analysis) ของโรงพยาบาลชนอม

3. ขอบเขต

หน่วยงานในโรงพยาบาลชนอมทุกหน่วยงาน

4. นิยามศัพท์

RCA (Root cause analysis) หมายถึง เครื่องมือคุณภาพที่จะช่วยให้การแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืน ไม่เกิดซ้ำอีก

5. หน้าที่ความรับผิดชอบ

๕.๑ บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลมีหน้าที่ในการทำ RCA


๕.๒ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประเมินผลและติดตามการวิเคราะห์ RCA

6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

เมื่อเกิดความเสี่ยง/อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในความรุนแรงระดับ G,H,I ,๔ หรือ Sentinel event ให้ดำเนิน

การตามวิธีการปฏิบัติงานเรื่อง แนวทางการรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง (WI-RM-๐๐๑) และ ดำเนินการทำ RCA ดังนี้

1. การระบุถึงเหตุการณ์/ปัญหาที่จะนำมาทบทวน
2. กำหนดทีมที่จะดำเนินการทบทวน ควรจะมีผู้เชี่ยวชาญ หรือมีความรู้ในประเด็นปัญหานั้นๆ
3. นำปัญหาที่เกิดขึ้นมาเขียนเป็นส่วนของหัวปลา และเขียนก้างปลาตามตามหัวข้อหรือปัจจัยสาเหตุสำคัญ
4. ศึกษาปัญหาโดยอาศัยคำบอกเล่า หลักฐานทางกายภาพ การบันทึกต่างๆเพื่อช่วยในการวิเคราะห์
5. ระบุสาเหตุเบื้องต้น/ใกล้ชิดกับเหตุการณ์(proximal cause) โดยการระดมความคิดในแต่ละหัวข้อ
6. เมื่อระบุสาเหตุเบื้องต้นครบแล้ว ให้ทบทวนสิ่งที่ช่วยกันคิด และทำความเข้าใจให้ตรงกัน


	โรงพยาบาลขอนแก่น	ฉบับที่ : ๐	หน้าที่ : ๒
	ประเภทเอกสาร : เอกสารควบคุม	วันที่ : ๓๑/๐๘/๒๕๖๓	
หน่วยงาน : งานพัฒนาคุณภาพ	รหัสเอกสาร : WI-QMC-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐	
เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติ แนวทางการวิเคราะห์ RCA			

7. ให้ถามคำถาม ๕ WHY เพื่อระบุสาเหตุ โดยเริ่มจาก
 - ทำไมจึงเกิดขึ้น และเขียนสาเหตุลงไป
 - ถามซ้ำอีกครั้งว่า ทำไมจึงเกิดขึ้น โดยเขียนในแต่ละสาเหตุ ซึ่งแยกออกมาเป็นเป็นสาเหตุย่อยๆ แยกออกจากสาเหตุใหญ่
8. ยังคงถามคำถามเดิมว่า ทำไมจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและลงระดับลึกจนถึงสาเหตุของปัญหา
9. แปลผลจากผังก้างปลาที่เกิดขึ้น
 - วิเคราะห์ผังก้างปลา หลังจากทีมที่ทำการทบทวนเห็นพ้องต้องกันว่ารายละเอียดตามหัวข้อหรือปัจจัยสาเหตุสำคัญเพียงพอแล้ว
 - พิจารณาทุกประเด็นตามหัวข้อหรือปัจจัยสาเหตุสำคัญที่มีมากกว่า ๑ สาเหตุหลัก สาเหตุดังกล่าวจะเป็นสาเหตุที่แท้จริงมากที่สุด
10. ทีมที่ทบทวนระดมความคิดเกี่ยวกับการนำข้อมูลไปพัฒนา
 - สาเหตุใดเป็นสาเหตุที่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้น สามารถจัดการได้ทันทีโดยไม่ต้องทำการจัดลำดับ
 - การจัดลำดับสาเหตุในการดำเนินการ อาจมีเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดลำดับตามความเหมาะสม เช่น ความเป็นไปได้ในการแก้ไข ขนาดผลกระทบที่เกิดขึ้น ความรุนแรง และอื่นๆ
 - นำไปสู่การกำหนดมาตรการในการป้องกัน และพัฒนาให้ดีขึ้น

หมายเหตุ

วิธีการค้นหา RCA มีดังต่อไปนี้

๑. Turning point หมายถึง การมองย้อนหลังตามขั้นตอนต่างๆของการทำงานก่อนที่จะเกิดอุบัติเหตุ/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ วิธีการนี้สามารถใช้ได้ทั้งในสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อน และเป็นจุดเริ่มต้นวิเคราะห์สำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อน
๒. Cognitive Walkthrough หมายถึง เป็นการย้อนอดีตโดยผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง
๓. Conventional WHY หมายถึง วิธีการที่ถามคำถาม ทำไม ต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และถามซ้ำหลายๆครั้ง จนเห็นคำตอบที่พอใจและแก้ไขปัญหาได้โดยอาจใช้
 - ๓.๑ แผนภูมิต้นไม้
 - ๓.๒ ผังก้างปลา ในการวิเคราะห์
๔. Comprehensive Scan หมายถึง เป็นการใช้หัวข้อที่ครอบคลุมในการตรวจสอบว่าเหตุการณ์นั้นไปเกี่ยวข้องกับปัจจัยในหัวข้อดังกล่าวหรือไม่ เช่น
 - ผู้ป่วย
 - ผู้ให้บริการ
 - กระบวนการ
 - ทีมงาน
 - สิ่งแวดล้อม

	โรงพยาบาลขอนแก่น	ฉบับที่ : ๐	หน้าที่ : ๒
	ประเภทเอกสาร : เอกสารควบคุม	วันที่ : ๓๑/๐๘/๒๕๖๓	
หน่วยงาน : งานพัฒนาคุณภาพ	รหัสเอกสาร : WI-QMC-๐๐๓	แก้ไขครั้งที่ : ๐	
เรื่อง : ระเบียบปฏิบัติ แนวทางการวิเคราะห์ RCA			

- เครื่องมือ
 - องค์กร เป็นต้น
- โดยวิธีการนี้มีความซับซ้อนและใช้เวลามากที่สุด

๗. เอกสารอ้างอิง

- ๗.๑ Patient Safety concept and practice : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- ๗.๒ คู่มือการบริหารความเสี่ยง : โรงพยาบาลท่าฉาง จ. สุราษฎร์ธานี