



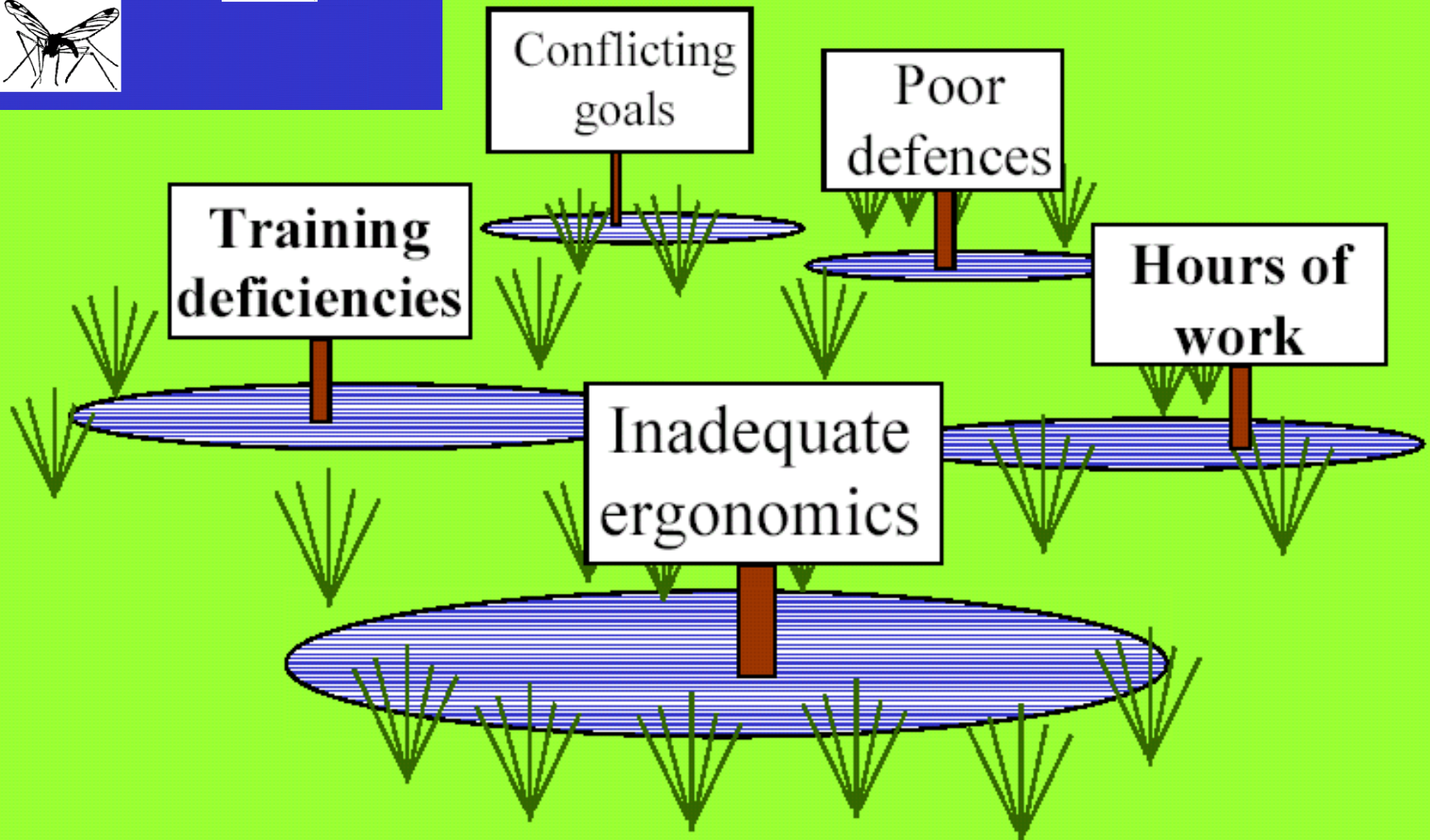
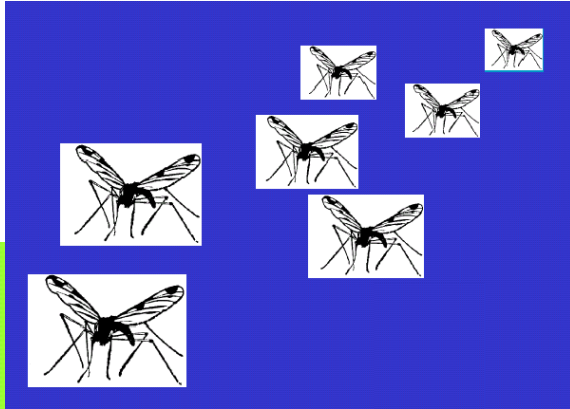
RCA ง่ายๆ ได้ระบบ

เภสัชกรประมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

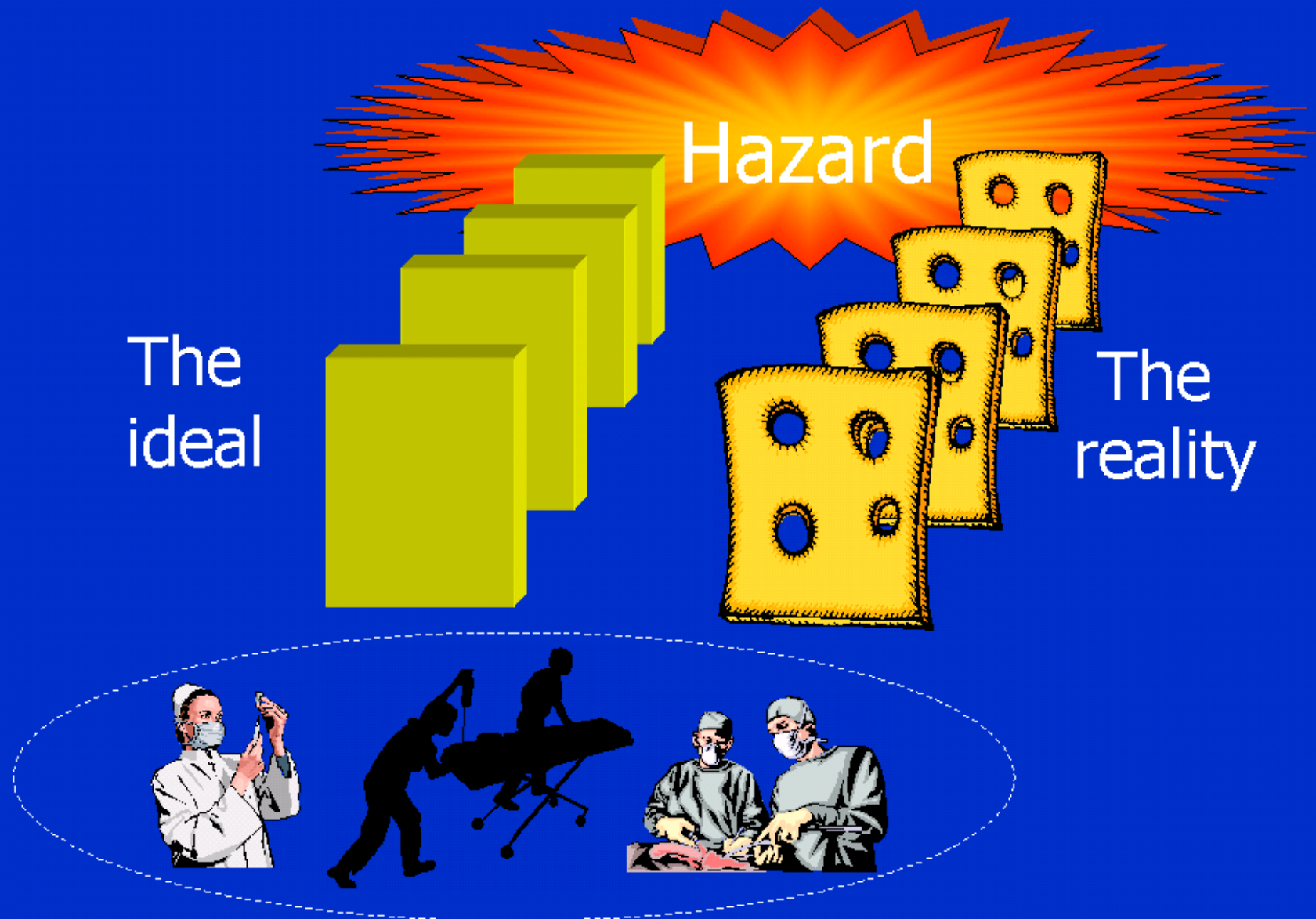
อำพัน วิมลวัฒนา

นลภฤช ศรีเมือง

ความผิดพลาดเป็นเสมือนยุง
ตบทีละตัว ตบเท่าไรก็ไม่หมด
วิธีที่ดีที่สุดคือการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์



The Swiss Cheese Model of Defences

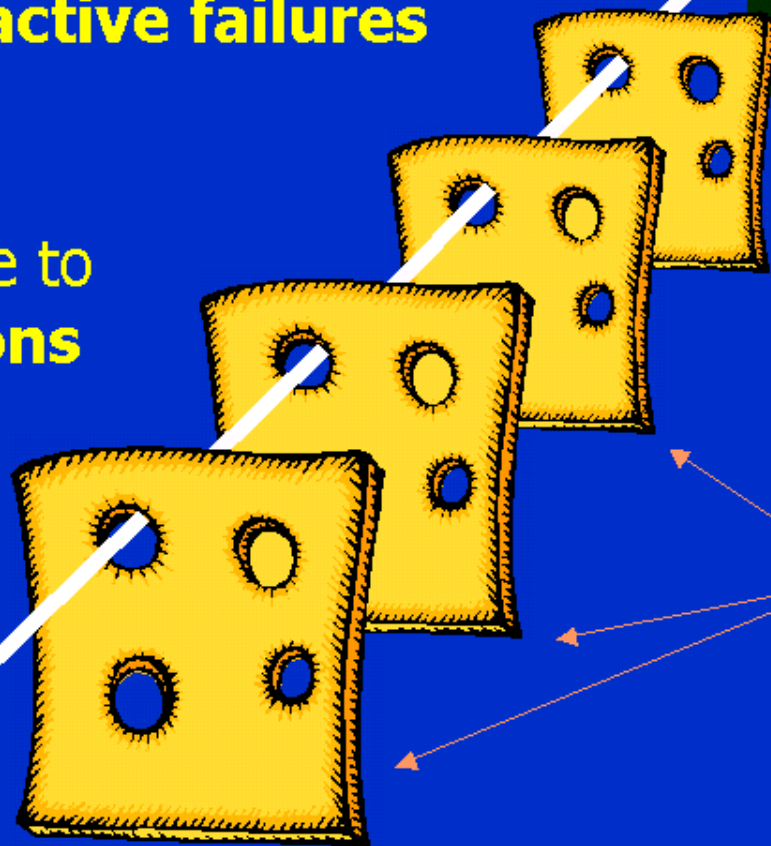


The “Swiss Cheese” Model of Defences

Some “holes” due to
active failures

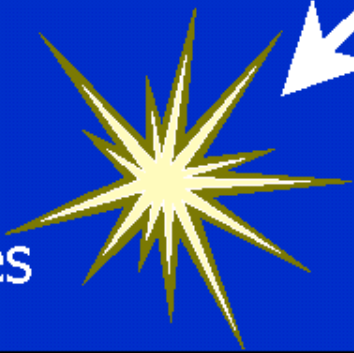


Other “holes” due to
latent conditions



*Layers of
defences*

Losses



แบบจำลองการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากความผิดพลาดของมนุษย์

Latent failure

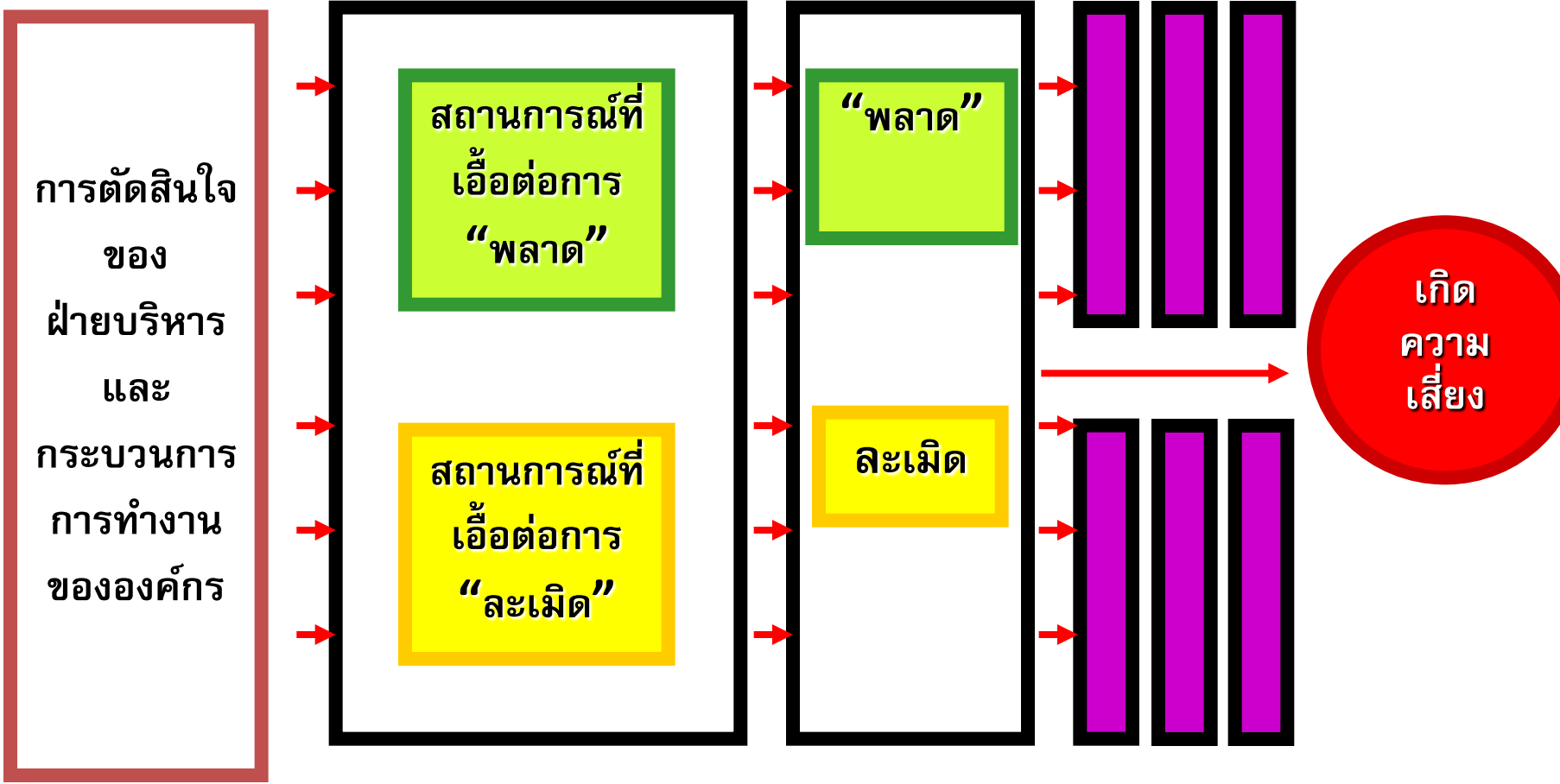
Active failure

วัฒนธรรมองค์กร

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงาน

การทำงาน

ปราการป้องกัน



แนวคิดพื้นฐานของ RCA



- ช่องโหว่ของระบบต่างๆเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ active failure และ latent failure
- **Active failure** (ความล้มเหลวจริง) ได้แก่ การละเว้นไม่ทำตามข้อตกลง หรือทำในสิ่งที่ไม่ได้เป็นข้อตกลงมักมองเห็นว่าเป็นสาเหตุ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ง่าย
- **Latent failure** (ความล้มเหลวแฝง) ได้แก่ ความบกพร่องของระบบที่เอื้อให้เกิดความผิดพลาดขึ้น มักมองเห็นได้ยากถ้าไม่มีการวิเคราะห์ จุดอ่อนที่แฝงอยู่ในระบบ



RCA คืออะไร



คือ การค้นหาปัจจัย ที่เป็นสาเหตุของปัญหา หรือสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดย มุ่งเน้นที่ระบบ/กระบวนการ เพื่อที่จะหาโอกาสที่จะ ปรับปรุงอันจะนำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ ดังกล่าวซ้ำ



HA National Forum 16th วันที่ 10-13 มีนาคม 2558 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

จะทำ RCA เมื่อใด



- RCA เชิงรับ คือ การวิเคราะห์เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเกิดเหตุเกือบพลาด เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางป้องกัน
- RCA เชิงรุก คือ การวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาหรือข้อบกพร่องต่างๆ โดยมีสมมติฐานว่าความบกพร่องสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เหตุการณ์ยังไม่เกิด อาจเรียกว่า failure mode analysis



การจำแนกระดับความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบ



ระดับ A → เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน

ระดับ B → เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย

ระดับ C → เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้เกิดอันตราย

ระดับ D → เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย

} Near Missed

ส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิด อันตรายต่อผู้ป่วย

ระดับ E → เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย

ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมีการบำบัดรักษา

ระดับ F → เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย

ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

ระดับ G → เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย

ระดับ H → เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต

ระดับ I → เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

} Near Hit

Impact



ความปลอดภัย กับการเปลี่ยนวิธีคิด



ก้าวไปให้พ้นจากบรรยากาศของการกล่าวโทษหรือหา
ตัวผู้กระทำผิด มาสู่การยอมรับความจริง การให้อภัย
แต่ไม่หยุดที่จะสืบสาวให้ถึงรากของปัญหาที่ฝังอยู่ในระบบ
ใหญ่ขององค์กร



HA National Forum 16th วันที่ 10-13 มีนาคม 2558 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เทคนิคในการทำ RCA



- ตั้งโจทย์/ระบุปัญหาหรือ AE ให้ชัดเจน
- ศึกษาปัญหา/สถานการณ์ให้เร็ว
- หาสาเหตุเบื้องต้น/ใกล้เคียงกับเหตุการณ์ (proximal cause)
- วิเคราะห์หาสาเหตุเบื้องหลัง
- คัดเลือก root cause
- ออกแบบและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ



การหา Root Cause



- ทีมต้องพิจารณาตัดทอนให้เหลือสาเหตุที่เป็น root cause จริงๆ โดยการตั้งคำถามดังนี้
 - ถ้าเราแก้ไขสาเหตุนี้แล้ว จะเกิดปัญหาซ้ำขึ้นอีกได้ หรือไม่
 - ถ้าปัจจัยนี้เป็น root cause จริง จะอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ อย่างไร



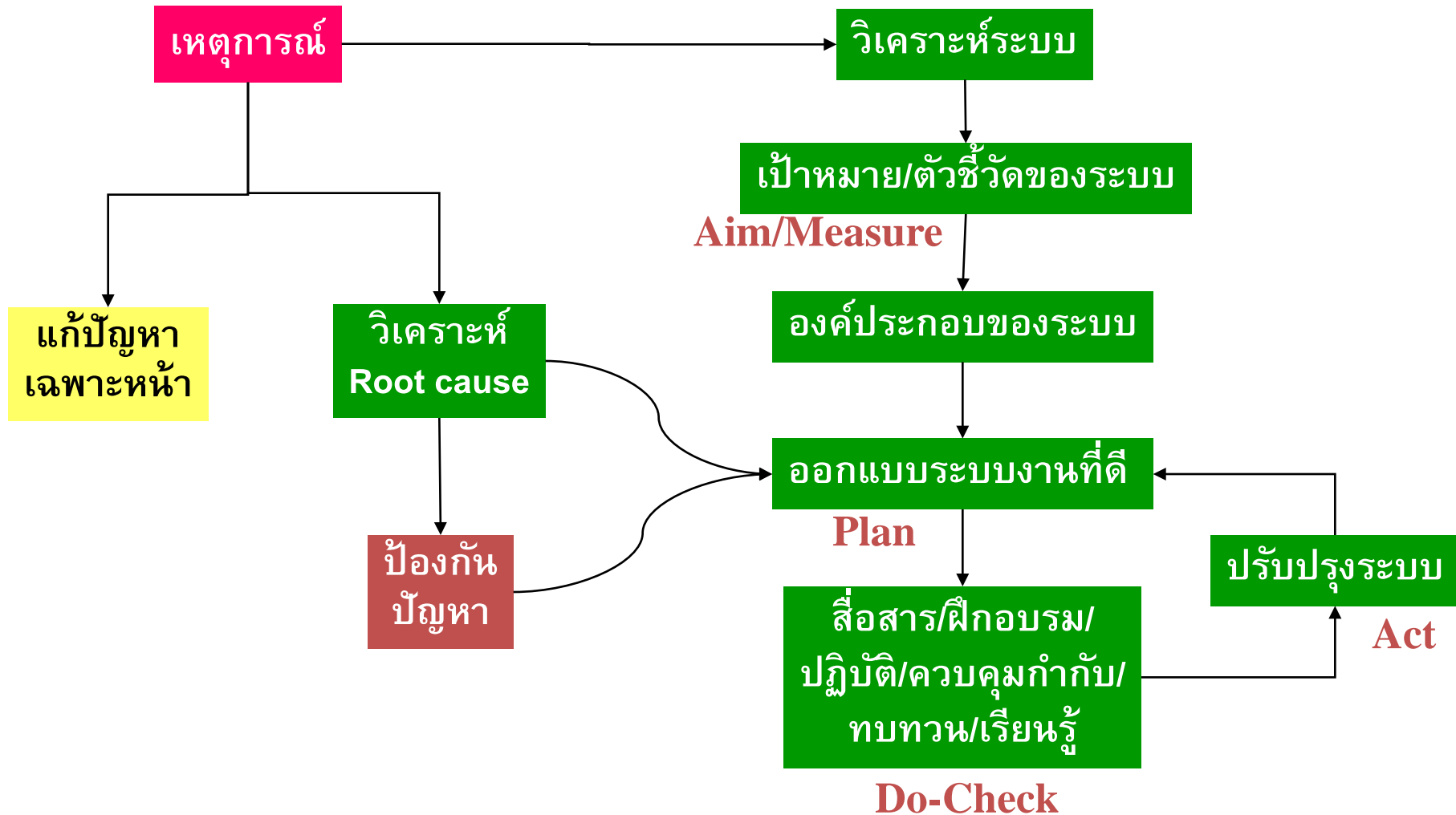
ออกแบบและแก้ไขปัญหาระบบ



- การสร้างระบบเพื่อให้ยากที่จะเกิดความผิดพลาด (มีปรากฏการณ์มากกว่าหนึ่งชั้น) โดยเน้นที่การขจัด root cause
- ควรมีมาตรการในการติดตามและตรวจสอบซึ่งมีความไวแฝงอยู่ในระบบให้มากพอที่จะตรวจจับเมื่อเกิดปัญหา
- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมักเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นในกรณีส่วนใหญ่



การต่อเชื่อมจากเหตุที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่การออกแบบระบบงานใหม่



มุมมองเชิงระบบ (Systems Approach)

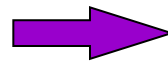
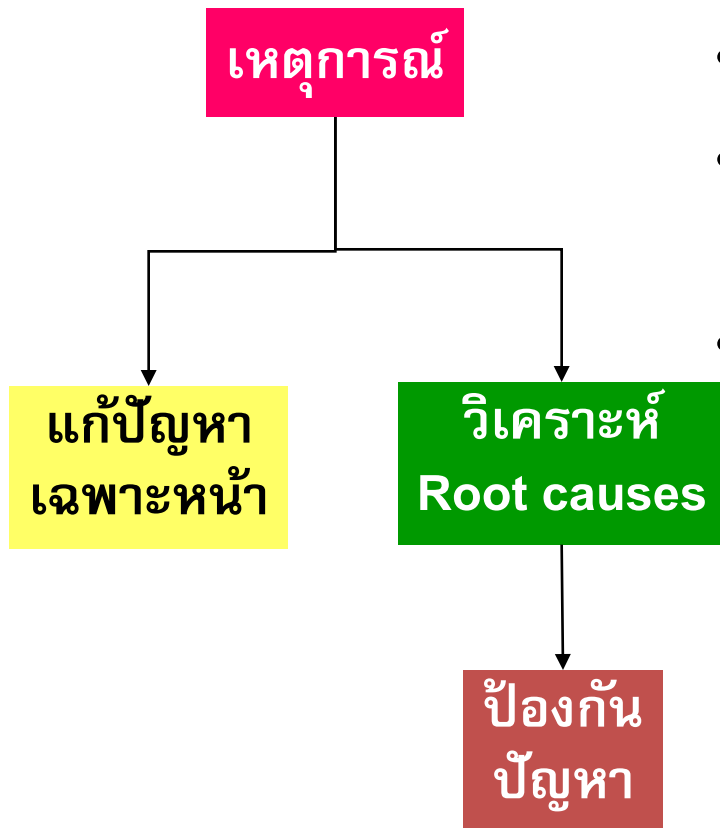


- คือ การมองสถานการณ์อย่างเป็นองค์รวม ไม่แยกส่วน ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์หรือความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ
- การมองเชิงระบบ จะทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นนอกเหนือจากความสนใจว่า “**เกิดเหตุการณ์อะไร**” แล้ว ยังสนใจต่อไปว่า “**แบบแผนและแนวโน้มของสถานการณ์**” เป็นอย่างไร และลงลึกต่อไปอีกว่า “**สาเหตุหรือแรงผลักดัน**” ที่ทำให้เกิดแบบแผนและแนวโน้มดังกล่าวคืออะไร มองสาเหตุหรือแรงผลักดันทั้งที่ชัดเจน (เช่น แผนงาน แรงจูงใจ) และไม่ชัดเจน (เช่น โลกทัศน์และความเชื่อของแต่ละคน)



เมื่อเกิดเหตุการณ์ ควรเข้าใจสาเหตุที่แท้จริง (Root Causes)

- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง เข้าไปดูในสถานที่จริงคุยกับผู้คนที่เกี่ยวข้อง
- ถาม “ทำไม” เพื่อโยงไปสู่ปัจจัยองค์กร
- ถามว่า “ถ้าจัดการตรงสาเหตุนี้แล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่”
- ใช้สถิติวิเคราะห์เมื่อจำเป็น



ข้อมูลข่าวสาร
การศึกษา/ฝึกอบรม
การสื่อสาร
สิ่งแวดล้อมในการทำงาน
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
ความพร้อมของเครื่องมือ
การออกแบบกระบวนการทำงาน
การควบคุมกระบวนการทำงาน
การบริหารความเสี่ยง
การนำและวัฒนธรรมองค์กร

RCA 4 แบบ



HA National Forum 16th วันที่ 10-13 มีนาคม 2558 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

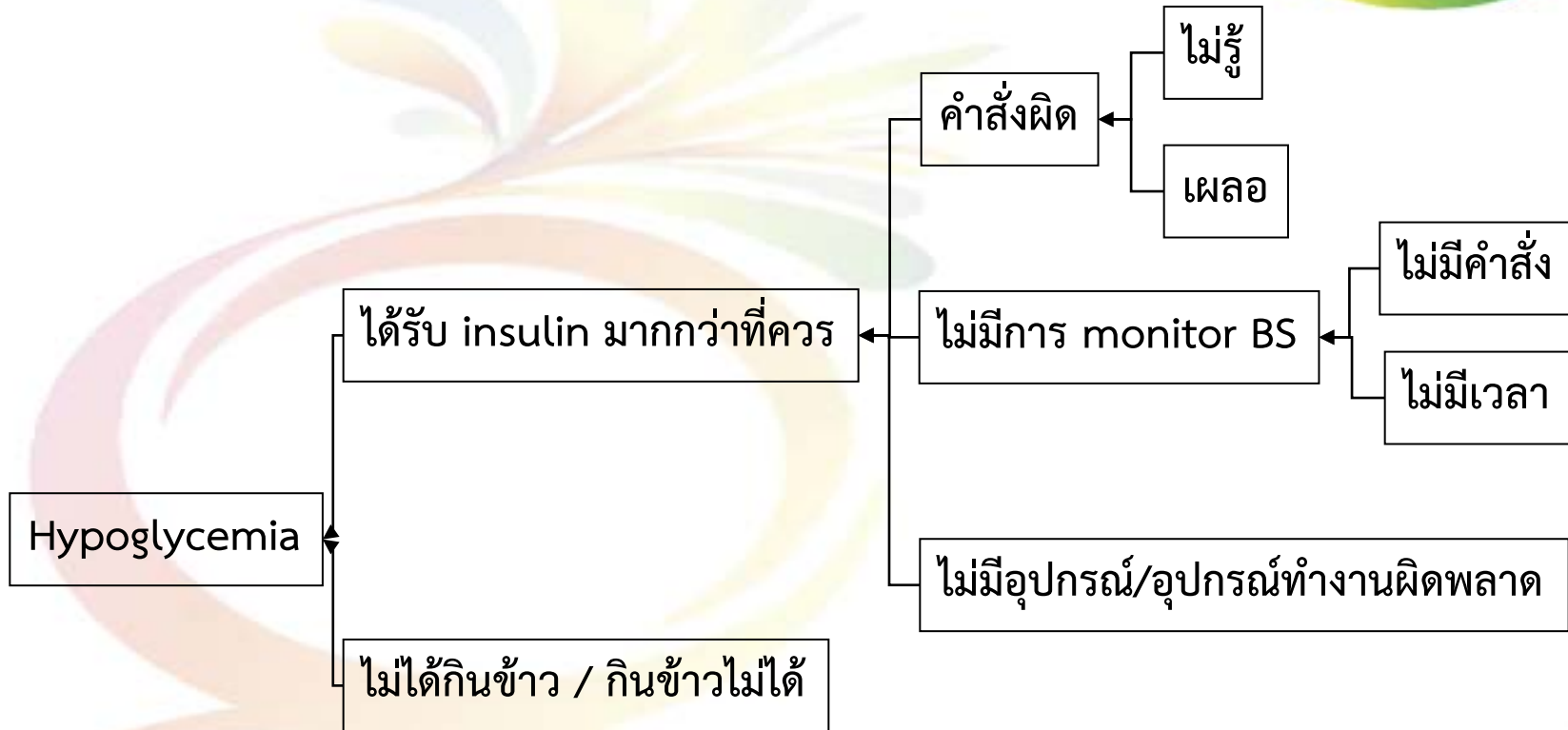
RCA 1: แบบเรียบง่าย



- การเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจหรือพฤติกรรมตรงจุดใดที่อาจจะทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป
- จะออกแบบระบบหรือสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างไรเพื่อให้เกิดการตัดสินใจหรือพฤติกรรมที่คาดหวัง



RCA 2 : Conventional WHY



RCA 3: ย้อนรอยอดีต



- ขอให้ผู้อยู่ในเหตุการณ์ย้อนรอยอดีตที่เกิดขึ้น และบอกเล่าความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ในขณะที่ปฏิบัติงานออกมาต่างๆ



RCA 4: วิจารณ์ปัจจัยรอบด้าน



- ผู้ป่วย

- ผู้ให้บริการ

- งาน

การออกแบบกระบวนการทำงาน

การควบคุมกระบวนการทำงาน

- ทีมงาน

การสื่อสาร

- สิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมทั่วไป

สมาธิและการรบกวน

เครื่องมือและเทคโนโลยี

- องค์กร

ผู้นำและวัฒนธรรม

การบริหารความเสี่ยง

การให้ความรู้ การฝึกอบรม การมีข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น



Simplified RCA



- ไม่วิเคราะห์บนกระดาษ
- วิเคราะห์จากเหตุการณ์จริง เข้าไปดูในสถานที่จริงคุยกับผู้คนที่เกี่ยวข้อง
- ถาม “ทำไม” เพื่อโยงไปสู่ปัจจัยองค์กร
- ถามว่า “ถ้าจัดการตรงสาเหตุนี้แล้ว ปัญหาจะลดลงหรือหมดไปหรือไม่”
- ใช้สถิติวิเคราะห์เมื่อจำเป็น

Information, Education & Communication

Human capital

Environment

Equipment

Process Design

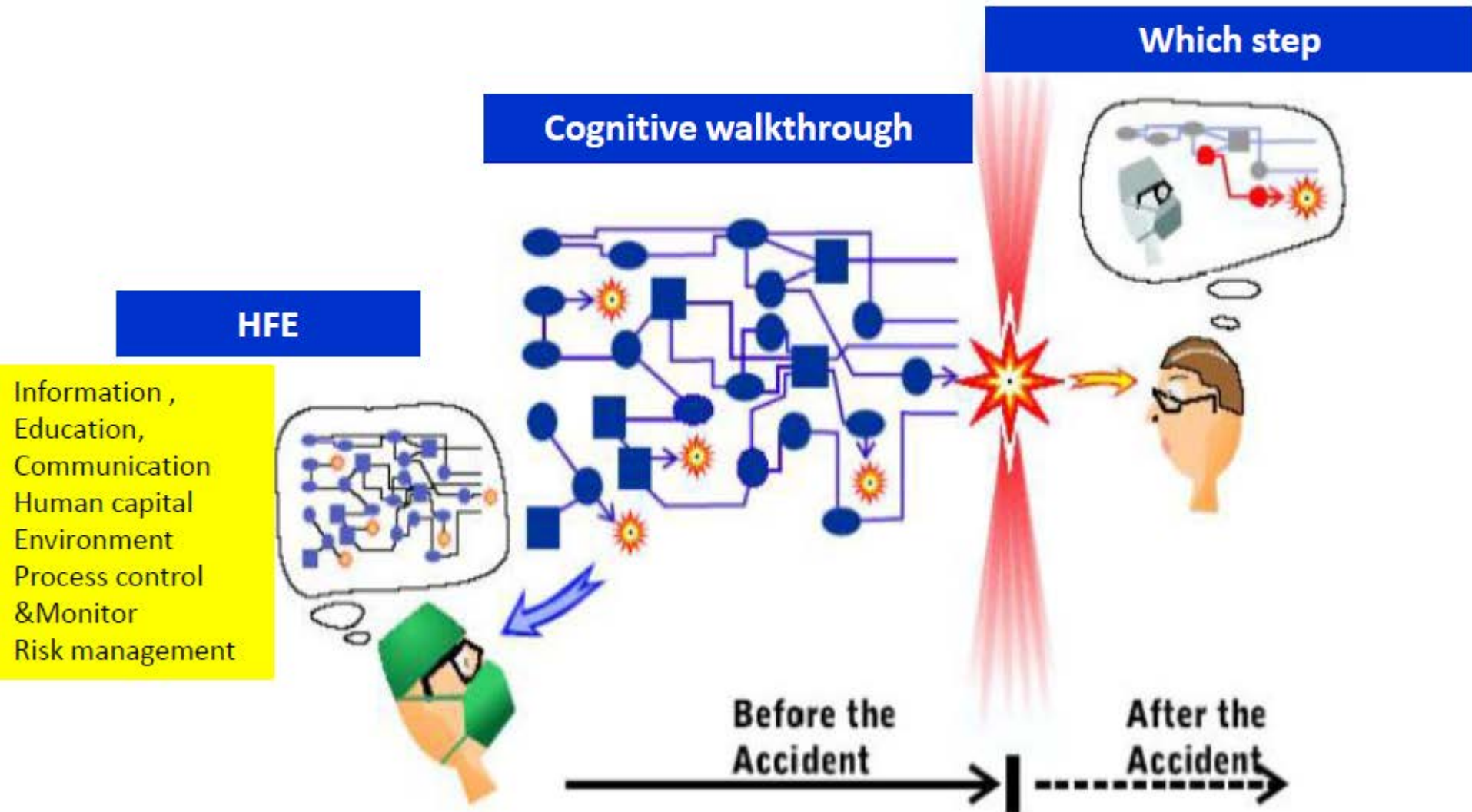
Process Control & Monitor

Risk Management

Leadership & Culture



Simplify RCA



Workshop



ผู้เข้าร่วมประชุมจับกลุ่มแบบ Buzz Group
ฝึกทำ RCA จากเหตุการณ์ตัวอย่าง



HA National Forum 16th วันที่ 10-13 มีนาคม 2558 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

Q&A

Thank you