

ถอดบทเรียน ประชุมวิชาการRegional HA Forum ครั้งที่ 15 : คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม
ระหว่างวันที่ 4 - 6 กรกฎาคม 2561 ณ KICE ศูนย์ประชุมและแสดงสินค้านานาชาติขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น

วันที่ 4 กรกฎาคม 2560 เวลา 13.00-16.30 น.

ชื่อผู้ถอดบทเรียน

1. ดร.ขวัญสุดา บุญทศ
2. นางเยาวนาฏ เคนจันทา

ผู้ตรวจสอบบทเรียน คือ พว. อุบล จ๋วงพานิช พว. พนอ เตชะอธิก

ชื่อเรื่อง RCA² : Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm

ชื่อวิทยากร : รศ.พญ.ยุวเรศมคธ สิริธัชญาบัญชา และทีม

ห้อง M 2 เวลา 13.00-16.30 น.

บทนำ

การทบทวนทำให้เกิดคุณค่า เป็นเครื่องมือในการหาโอกาสพัฒนา และมองตัวเองว่าปัจจุบันเราเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรบ้าง มีการทบทวนสาเหตุ และวางแผนป้องกันปัญหานั้นไม่ให้เกิดขึ้นอีก การทำ RCA เพื่อวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหา RCA เดิมจบเพียงแค่การวิเคราะห์ แต่มักพบว่าปัญหานั้นยังไม่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ จึงเป็นที่มาของการพัฒนาสู่ RCA square เมื่อพบสาเหตุของปัญหาแล้วต้องทำ Action plan ใช้การพัฒนาตามกระบวนการ PDSA เน้นการปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ

เนื้อหา

การทบทวนความเสี่ยงโดยเลือกเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น มาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (RCA: Root Cause Analyses) และอธิบายเหตุผลว่าทำไมถึงเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น และนำไปสู่การแก้ไขปัญหามาแนวคิดเชิงบวกในการวิเคราะห์ หรือที่เรียกสั้น ๆ ว่า RCA ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. **Story & Timeline** เป็นการบันทึกเหตุการณ์ที่สำคัญไว้ ตลอดกระบวนการของการดูแลผู้ป่วย
2. **Potential change** เป็นการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เชื่อมโยงกับ care process ขั้นตอนไหน แล้ววิเคราะห์หาจุดเปลี่ยนที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย
3. **Listen to Voice of Staff** พิจารณาวามีใครบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับจุดเปลี่ยนนั้น จากนั้นสอบถามและรับฟังผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น โดยใช้ท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมรับฟังเรื่องราวทั้งหมด
4. **Swiss Cheese Model** วิเคราะห์สาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากระบบการทำงานส่วนไหน ที่เกิดความผิดพลาด และมีการเชื่อมโยงกับระดับหน่วยงาน/องค์กร หรือระดับนโยบาย
5. **Creative solution** เป็นการออกแบบการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อชักชวนให้ผู้ปฏิบัติหน้างานปฏิบัติตามโดยใช้แนวคิดเชิงบวก

จะเห็นได้ว่า RCA เดิมจบที่การวิเคราะห์ แต่ RCA ใหม่ หรือ RCA² จะเน้น Action หรือการปฏิบัติได้จริง หรืออาจสรุปว่า RCA² คือ RCA+Action Plans ดังรายละเอียดขั้นตอนของการทำ RCA square ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 Immediate action (mitigation) เวลาการเกิดเหตุการณ์ จำเป็นต้องมีการเยียวยา ก่อน เพื่อให้สถานการณ์ผ่อนคลาย

ขั้นตอนที่ 2 Risk based prioritization หรือ Risk Identify หรือเดิม คือ Story & timeline หรือ Flow diagram ในขั้นที่ 2 ของRCA เดิม ส่วนที่ต่าง คือ risk based prioritization คือ การประเมินความถี่ ความรุนแรง เพื่อกำหนดสิ่งที่จะทำก่อนหลัง ให้ทำ ภายใน 72 ชม. Risk-based prioritization เป็นการหา

Adverse event ที่สำคัญและรุนแรงซึ่งแตกต่างจาก RCA เดิม โดยใช้หลักการคำนวณความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิด โดยใช้ THE SAFETY ASSESSMENT CODE (SAC) MATRIX ประกอบด้วย

1) Severity categories แบ่งเป็น รุนแรง มาก ปานกลาง น้อย

2) Probability categories แบ่งเป็น เกิดบ่อย (เกิดหลายครั้งใน 1 ปี) เกิดบางครั้ง (เกิดหลายครั้งใน 1-2 ปี) เกิดผิดปกติ (เกิดบางครั้งใน 2-5 ปี) เกิดนาน ๆ ครั้ง (เกิดบางครั้งใน 5-30 ปี)

ขั้นตอนที่ 2 Turning point เกิดช่วงไหน หน่วยงานไหน เพื่อจะได้อธิบายว่าจะคุยกับใครบ้าง

ขั้นตอนที่ 3 ให้อาจารย์ จะสัมภาษณ์ใครบ้าง ประเด็นอะไรจะตามรอยเอกสารหรือการบันทึกใด จะขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านไหน ต้องวางแผนการไปตามรอย ดูบริบทแต่ละที่มีจุดสำคัญที่ไหนบ้าง โดยใช้หลักการ 5 P purpose process performance ตามด้วย 2 pathway, เส้นทางการเดินแต่ละโรค ต้องหาดูว่าอะไรเป็น critical care process การตั้งคำถามใช้หลัก New concept และ evidence based ว่าอย่างไรตามรอยโรคอะไร

ขั้นตอนที่ 4 ทำ Causal Diagram แล้วสรุปเป็น Causal statement (เขียนให้ชัดเจนระบบ) เทียบ

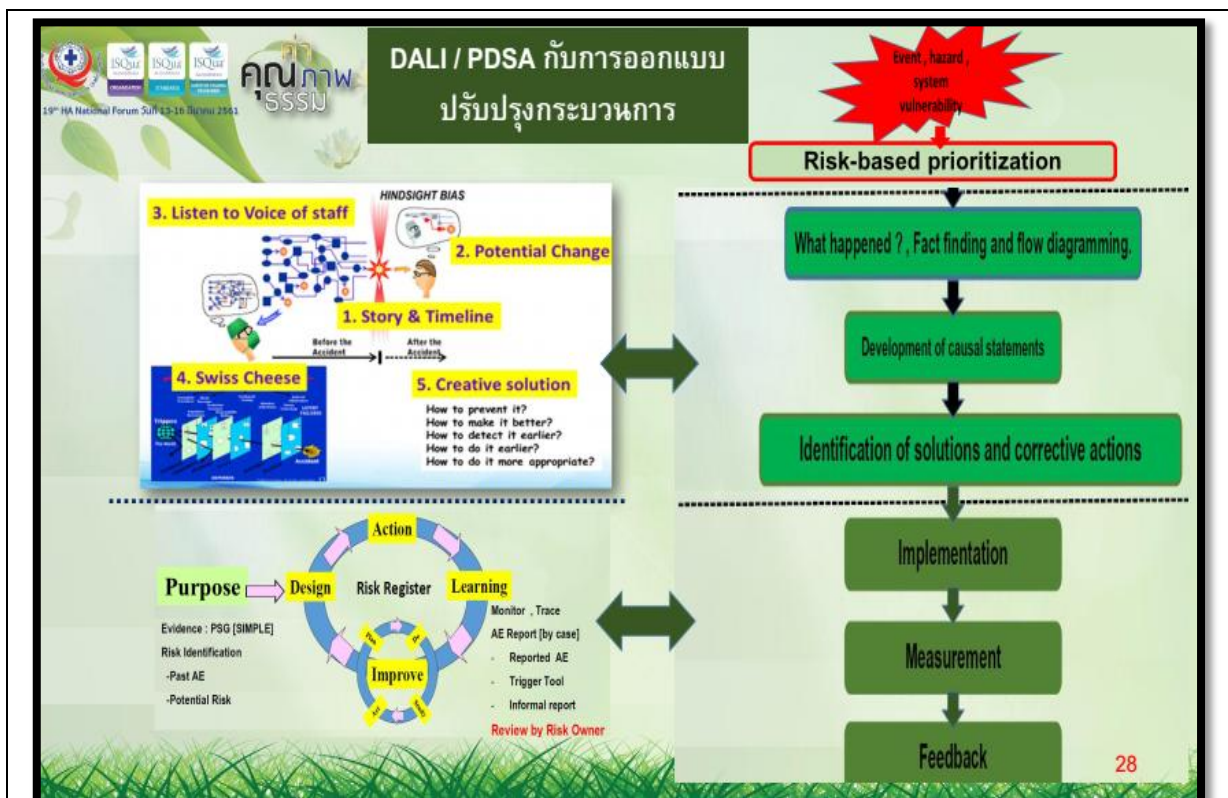
RCA เดิม คือ Swiss Cheese Model มีการวางแผนการตามรอยที่เป็นระบบ ในแต่ละสาเหตุ ใช้การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเชิงลึก เพื่อหาสาเหตุหลักที่ทำให้เกิด ผลกระทบที่เกิดจากสาเหตุนั้น แล้วนำมาเขียน

Causal statement โดยใช้หลักการ 5 ข้อ ดังนี้

- 1) แสดงความสัมพันธ์ของ “สาเหตุของการเกิดเหตุการณ์นั้นกับผลกระทบที่เกิดขึ้น” ให้ชัดเจน
- 2) อธิบายลักษณะเฉพาะของเหตุการณ์สำคัญให้ชัดเจน
- 3) ข้อผิดพลาดของมนุษย์ต้องมีสาเหตุนำมาก่อน
- 4) การไม่ปฏิบัติตามแนวทางไม่ใช่สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ต้องพิสูจน์ให้ได้ว่ามีสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องนำมาก่อนหรือไม่
- 5) ก่อนที่จะสรุปว่าสาเหตุเกิดจากความล้มเหลวจากปฏิบัติต้องพิจารณาการปฏิบัติก่อนหน้าที่จะเกิดเหตุการณ์นั้นด้วยว่ามีการกำหนดแนวทางปฏิบัติไว้อย่างชัดเจนหรือไม่

ขั้นตอนที่ 5 ออกแบบสร้างสรรค์ การเขียน action plan ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ติดตามผล ทบทวน มี PDSA cycle ต่อ ดังนั้นจึงเป็น RCA เดิม+PDSA เป็นการทบทวนความเสี่ยงเพื่อหาความเสี่ยงที่สำคัญแล้วหาแนวทางป้องกัน (Action plans) โดยใช้หลักการ 3C-PDSA/DALI ในการออกแบบและปรับปรุงกระบวนการ อาจใช้ 12 กิจกรรมทบทวนให้เหมาะสมกับหน่วยงานของตนเอง พิจารณาเฉพาะกิจกรรมที่สอดคล้องกับหน่วยงานของตนเอง Quality Assurance & Improvement ค้นหาความเสี่ยงและวางแผนการพัฒนาโดยใช้หลัก 3P คือ 1) Propose มีเป้าหมายที่ชัดเจน 2) Process มีกระบวนการแก้ปัญหาหรือการก้าวไปสู่เป้าหมายนั้น 3) Performance มีการกำหนดผลลัพธ์ที่จะประเมินวางแผนป้องกันการเกิดซ้ำ และพัฒนาจากมาตรฐานการทบทวนอย่างครอบคลุม

ภาพขั้นตอนของ RCA²



ที่มา:ยูเรสมคร์ฐ์ สิทธิชาญบัญชา และคณะ. (2561) . RCA² : Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm. เอกสารประกอบการบรรยาย ประชุมวิชาการRegional HA Forum ครั้งที่ 15 : คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2561

บทสรุป /take home message

RCA² มีสิ่งที่ต่างจาก RCA เดิม 5 step คือ Risk based prioritization (THE SAFETY ASSESSMENT CODE (SAC) MATRIX-Severity- Probability) ก่อน จุดเปลี่ยนอยู่ที่ใด มีการตามรอย โดยเฉพาะจุดสำคัญ เขียนCausal Diagram แล้วสรุปเป็น Causal statement จากนั้นมาออกแบบการปฏิบัติการ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ติดตามว่าปฏิบัติได้จริงหรือไม่ กล่าวได้ว่าเป็น RCA step 5 เดิม เพิ่มเติม Action(PDSA) ต้องนำมาวางแผนการปฏิบัติเชิงระบบ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำโดยใช้กระบวนการพัฒนางาน PDCA เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ต้องมีการกำหนดระยะเวลาการปฏิบัติให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติได้