

根本原因分析(RCA)介紹

臺北榮民總醫院

鄒怡真督導長

北部場107.10.8/南部場107.10.12

1

根本原因分析(Root Cause Analysis)

◆ 根本原因

導致醫療照護執行失效，或其結果不如預期最源頭的原因。

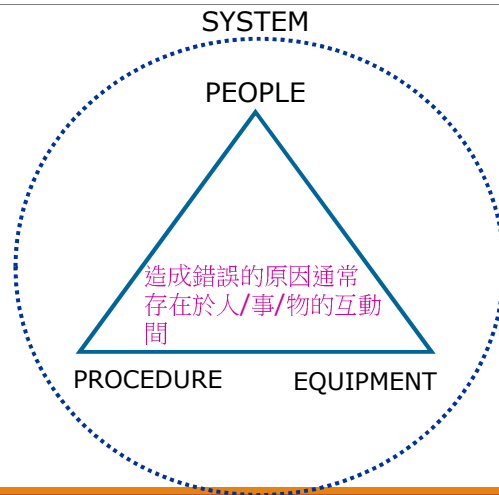
◆ 根本原因分析

用於找出造成潛在執行偏差的最基本或有因果關係的程序

◆ 通常為系統性的探索超出個人的考量

2

系統性原因的思維



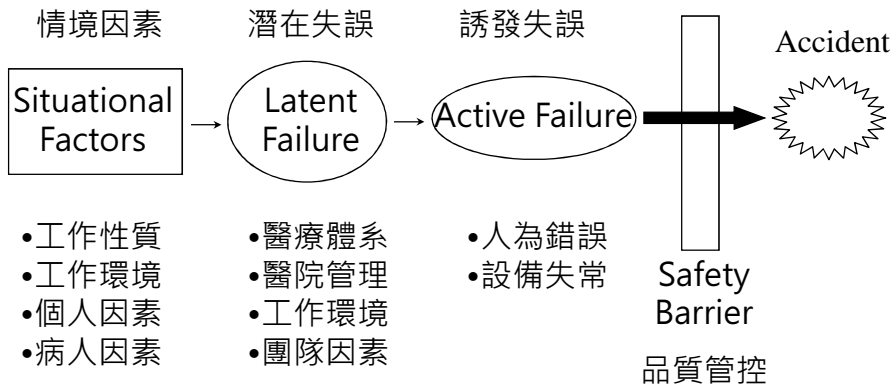
3

潛在失誤與誘發失誤

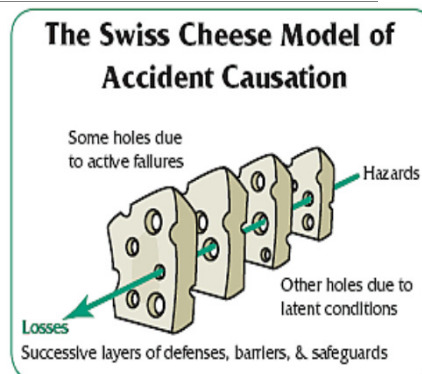
- ◆ 誘發性失誤主要發生於工作人員不安全的行為、儀器設備失常等狀態，其錯誤是立即顯現發生的
- ◆ 潛在失誤歸因於程序設計不當、管理錯誤、不正確的安裝、組織問題所造成
- ◆ 潛在失誤相較誘發性失誤更容易造成安全上的威脅。潛在失誤容易促使前端誘發性失誤的發生
- ◆ 修復潛在失誤相較於發生誘發性失誤時立即修復更能有效增進一個穩定的安全環境

4

醫療錯誤發生的模式



- 醫療不良事件或醫療疏失是由一連串的失誤所造成（乳酪理論）
- 大部份的醫療不良事件並非因為個人的疏失或缺乏訓練
- 75%的醫療問題來自系統的失誤



根本原因分析 RCA (Root Cause Analysis)

- ◆ 為回溯性之失誤分析,已於工業界運用近20年,特別是在高風險產業如核電、飛安界等
- ◆ 以往醫療界仰賴量性流病調查,但此對鮮少發生的不良事件不適用
- ◆ 醫療界起步較晚,以美國為例, JCAHO 1997年才引用至醫院調查不良事件
- ◆ 在美國醫院若有嚴重警訊事件發生,應在5天內向 JCAHO通報,並在45天內完成RCA報告

7

根本原因分析好處

- 改善傳統只針對單一事件做處理,治標不治本的缺點
- 協助組織找出作業流程中及系統設計上的風險或缺點,並採取正確的行動
- 藉由組織間經驗分享,使分析後得到的資訊、經驗及知識得以被同業間參考,可做為事前的防範,預防未來不良事件的發生
- 在分析過程中可瞭解組織缺乏那些資料基礎,包括需要補強做那些相關的文獻探討及資料蒐集,以建構完整的資料庫

8

進行RCA的主要目標是要發掘

- ◆發生什麼事？
- ◆以前是否發生過？
- ◆事情為什麼會進行到此地步？
- ◆如何預防再發生類似事件？
- ◆還有誰應該知道？

9

RCA的基本假設

- ◆意外/不良事件是由錯誤所造成的
- ◆錯誤是可預防的
- ◆有失誤的系統是可矯正的

犯罪、嗑藥等相關事件不適用RCA

10

哪些事件應該進行根本原因分析?

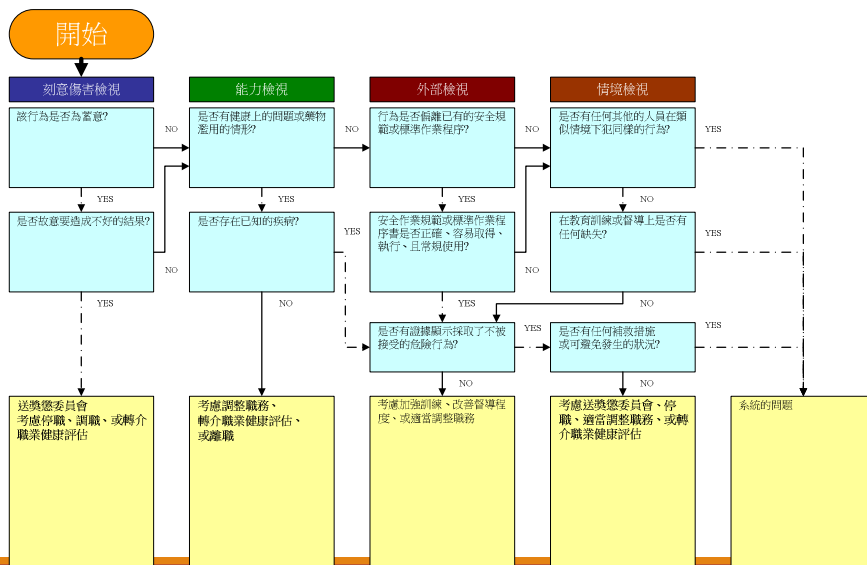
◆ 警訊事件

- 嚴重後果的異常事件
- 風險評估為一級或二級的事件

◆ 導因於系統因素

可利用IDT (Incident Decision Tree, IDT)判斷

異常事件決策樹
可針對每一個牽涉的個人做以下的判斷



異常事件系統因素決策樹(IDT)

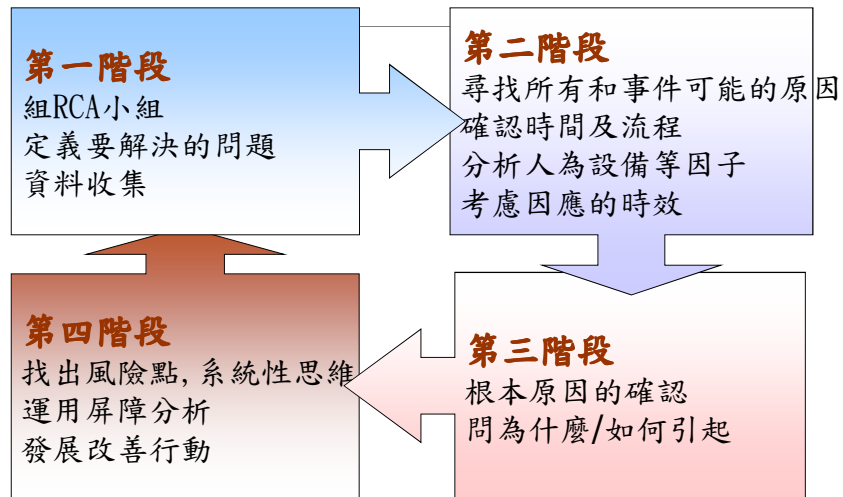
IDT是根據流程圖,公平且一致的檢視相關的個人,把焦點集中於組織系統而非指責個人。其中包含四個tests:

1. The deliberate test – 是指此傷害是否為蓄意造成;
2. The incapacity test – 是否因個人健康或其他原因而造成病人傷害;
3. The foresight test – 是否違反安全規範或標準作業規範而造成錯誤;
4. The substitution test – 換成另一個人是否會犯同樣的錯誤。

異常事件嚴重度評估-台灣版(TPR) Severity Assessment Code (SAC) Matrix

| 結果 頻率 | 死亡 | 極重度 傷害 | 重度傷害 | 中度傷害 | 輕度傷害 | 無傷害 |
|----------|----|-----------|------|------|------|-----|
| 數週 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| 一年數次 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| 1-2年一次 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| 2-5年一次 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| 5年以上 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 |

RCA進行階段



15

組織RCA小組



對於嚴重之異常事件或警訊事件

- 相關流程之一線工作人員
- 審慎考量是否納入與事件最直接的關係人
- 最好不超過十人,必要時可多加開放
- 成員的特質 - 具批判性觀點, 並有優秀的分析技巧
- **Facilitator:** RCA運作的主要負責人
- **Team leader:** 具與事件相關之專業知識且能主導團隊運作

16

根本原因分析 Step 1

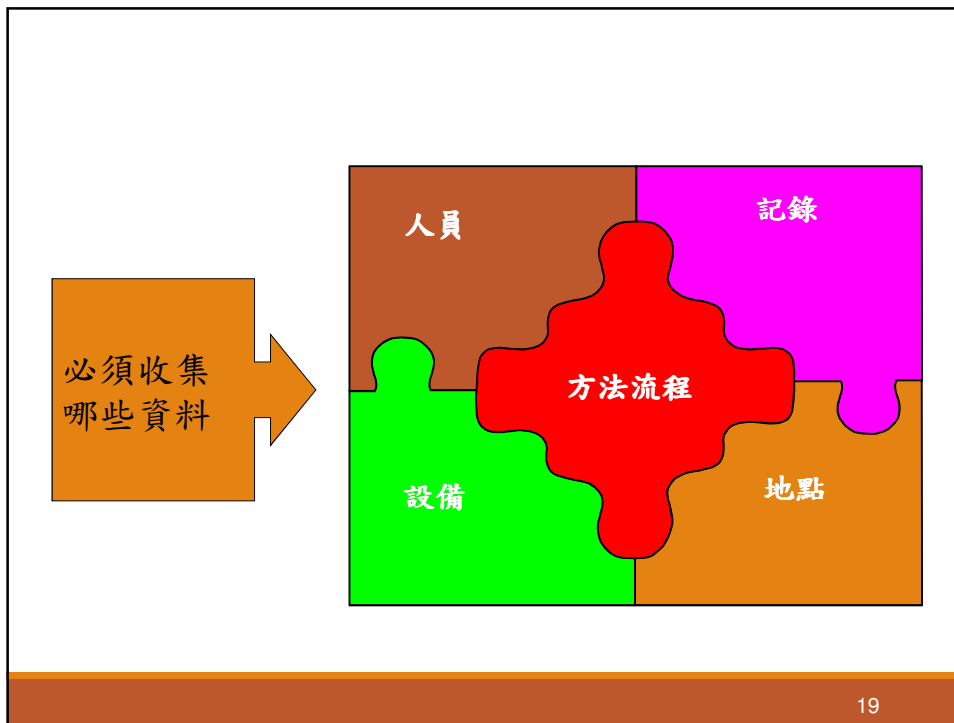
-事件調查與問題確認

17

進行RCA前的準備

- ◆關於事件之調查必須回溯多遠？
- ◆必須找哪些部門或哪些人來協助？
- ◆需要收集哪些資料？
- ◆是否需要專家的協助？

18



現場重現是重要的

考慮以下之作法

封閉現場

拍照存證

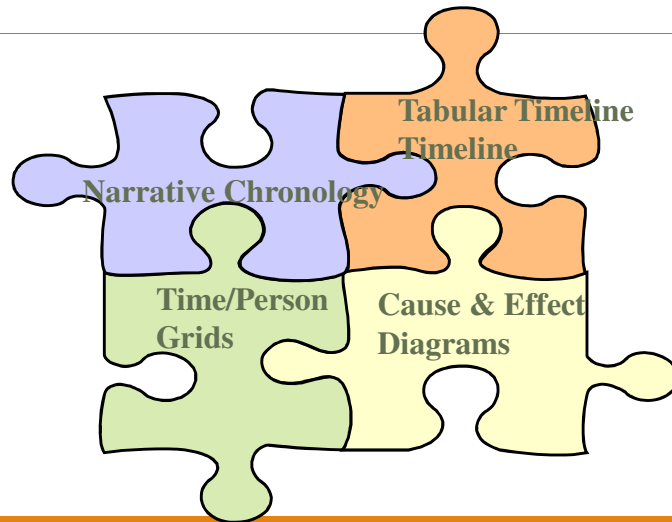
畫出平面圖

描述人員設備之相關位置

現場重現



如何讓事實重現—RCA拼圖工具



21

定義問題

- ◆ 幫助小組在分析問題及制訂改善措施時能清楚的聚焦
- ◆ 好的定義問題是要呈現「**做錯了什麼事**」及「**造成的結果**」，而不是直接放在「**為什麼會發生**」
- ◆ 事件中主要的失誤流程為何？

What is/are the key clinical process(es) that failed here?

22

事件描述-眼科術前給錯散瞳劑

- 女性病人，預於12/29行角膜移植手術，術前醫囑需使用2% PILOCARPINE OD 1gtt q10min x 6次；12/28小夜班交班明日手術眼藥置於工作車桌面，並未與大夜同仁當面點交藥物。12/29 00:30大夜同仁發現藥物名稱與Order不符，懷疑是否為更換藥物包裝，商品名不同，因6B非眼科專科病房，故當班大夜護士立即以電話向7B眼科病房詢問當班護士2%PILOCARPINE包裝外標示藥名是否為MYDRIN-P，7B病房護士表示2%PILOCARPINE即為MYDRIN-P，確定藥物後，自07:00開始每十分鐘給予一滴，共六次。
- 08:00送病人至開刀房，麻醉後眼科醫師發現，病人瞳孔為散瞳狀態，才發現術前眼藥使用錯誤，以致手術時間順延一小時，病人於11:00完成手術，12:00返回病室；事後6B護士與7B護士澄清，7B護士表示當時因忙碌未聽清楚詢問的問題，表示聽到的問題是MY 是不是MYDRIN-P，故造成此次給藥錯誤。

23

時間序列表

| 日期 | 12/28 | 12/28 | 12/29 | 12/29 | 12/29 | 12/29 |
|------|---|---|--|--|---------------------------------|---|
| 時間 | 16:00 | 23:45 | 00:00 | 00:25 | 00:30 (1) | (2) |
| 事件 | B護士得知藥物置放處 | B護士與A護士交班 | A護士第一次核對藥物 | A護士找尋眼藥 | A護士與C護士核對眼藥 | C護士表示未聽清楚眼藥名稱 |
| 補充資料 | 1.住院醫師開立醫囑，白班藥物領回後，即將藥袋塞在治療車上置物盒旁，未將眼藥置於冰箱或病人的UD藥盒內，告知B護士術前眼藥置於治療車。 2.因非屬專科病房，無常備用藥，平時皆向眼科門診借取藥物，借回後則放於易見處，無固定放置處。 | 交班時B護士以Order說明明日7AM On IV MANNITOL full run及2% PILOCARPINE 10分鐘一次，連續六次，並口頭表示已備妥mannitol於白板下桌面，明日眼藥置於治療車上。 | A護士看到治療車之置物盒內的眼藥，直覺認為應是明日術前眼藥，故未再確認，只詢問B護士，明日要不要將眼藥帶入開刀房，故B護士將術後用藥取出，AB護士核對後皆為術後眼藥，A護士因班內不需使用，即放回治療室術後用藥放置處。 | A護士巡視病房完後，至治療車拿取之前看到的眼藥，發現藥名與Order不符，又到冰箱找尋藥物，仍未發現，故A護士懷疑是否是因為商品名不同， | A護士因不熟悉眼科用藥及常規，故打電話詢問本院的專科病房護士。 | A護士詢問C護士2%Pilocarpine是不是Mydrin-P(以全文發音唸出)，C護士因當時與他人交談中，表示並未聽清楚所詢問的問題，造成訊息中斷及錯誤。 |

24

時間序列表(續)

| 日期 | 12/29 | 12/29 | 12/29 | 12/29 | 12/29 |
|------|---|--|---|--|---|
| 時間 | (3) | (4) | 07:00 | 08:30 | 09:00 |
| 事件 | A護士再次詢問以拼字方式詢問藥物是否正確 | A護士再次詢問眼藥是否正確 | A護士給予眼藥 | 眼科醫師發現給藥錯誤 | A護士與C護士澄清錯誤 |
| 補充資料 | A護士待C護士與他人交談完話，再次詢問2%Pilocarpine是不是Mydrin-P，C護士仍表示聽不清楚，故要求A護士以拼字方法將MYDRIN-P唸出。C護士詢問瓶身是否為藍色。A護士表示：是。 | A護士詢問醫囑中PKP的意思為何?及此手術的注意事項，A護士再次表示：所以2%Pilocarpine就是MYDRIN-P。C護士表示：對呀！ | A護士因事先確認藥物，故自07:00開始給予眼藥使用，每10分鐘一次，共給予六次。 | 麻醉後眼科醫師發現，病人瞳孔為散瞳狀態，詢問A護士及C護士，確認給藥錯誤；因手術需縮瞳狀態，故手術時間順延一小時，病人於11:00完成手術，12:00返回病室。 | A護士表示當時是問2%Pilocarpine是不是MYDRIN-P，C護士表示是聽到A護士是問MY是MYDRIN-P嗎?並表示當時因忙碌故未聽清楚對方詢問的問題。 |

25

-
- 還有沒有要釐清的地方?
 - Yes,則資料再收集

 - 接下來要問-由還原事件中看到的問題/失效點

26

與事件相關失效點

| | | | | | | |
|------|---|---------------------------------|---------------------|---|--|------------------|
| 失誤問題 | 藥物隨意放置 | 1.兩班交接時未當場核對，取出藥物，不應只以口頭示意藥物放置處 | 直覺思考，未核對治療車上之藥物是否正確 | 1無立即以電話詢問B護士眼藥放置處。 2.以猜測方法認定可能為商品名不同 | 1.詢問非藥物專業人員 2.病房內無它科的藥物辨識系統海報 3.未善用院內所建立之藥物資料庫 | 未確認藥名即告知對方藥物相同 |
| 失誤問題 | 1.未將兩種藥物名稱皆以拼字方式唸出。 2.環境干擾因素，造成無法專心回答對方詢問內容。 | | 未與主治醫師確認藥物名稱、用法。 | | | 未與主治醫師確認藥物名稱、用法。 |

27

另種失效點呈現的方式

- ◆ 調劑作業未偵測出錯誤藥物?
- ◆ 藥物領回單位時未進行確認
 - 未落實SOP?=> 無法全面做到=>特殊用藥?
 - 未有規範=>需要嗎?=>全面或是特殊用藥?
- ◆ 未確實執行特殊個案的交班
 - 交班項目/鼓勵提問?=> 照護風險概念
- ◆ 未能有效地確認與醫囑不符的藥品
 - 查詢資訊不方便使用?
 - 諮詢系統=> 醫師OR藥師?=> 如何問?=> 溝通技巧/話素練習

28

根本原因分析 Step2 & 3 —近端原因與根本原因確認

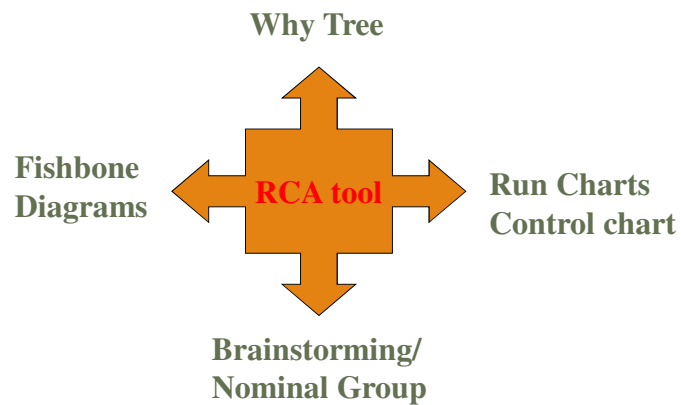
29

近端原因(Proximate cause)與 根本原因(Root cause)之差異

- ◆近端（直接）原因指造成事件中較明顯或較易聯想到（最接近）的原因。
- ◆根本原因則是找出事件的潛在錯誤，也可說是造成近端原因的原因，即是組織中系統的問題。

30

如何尋找近端原因與根本原因 -RCA工具

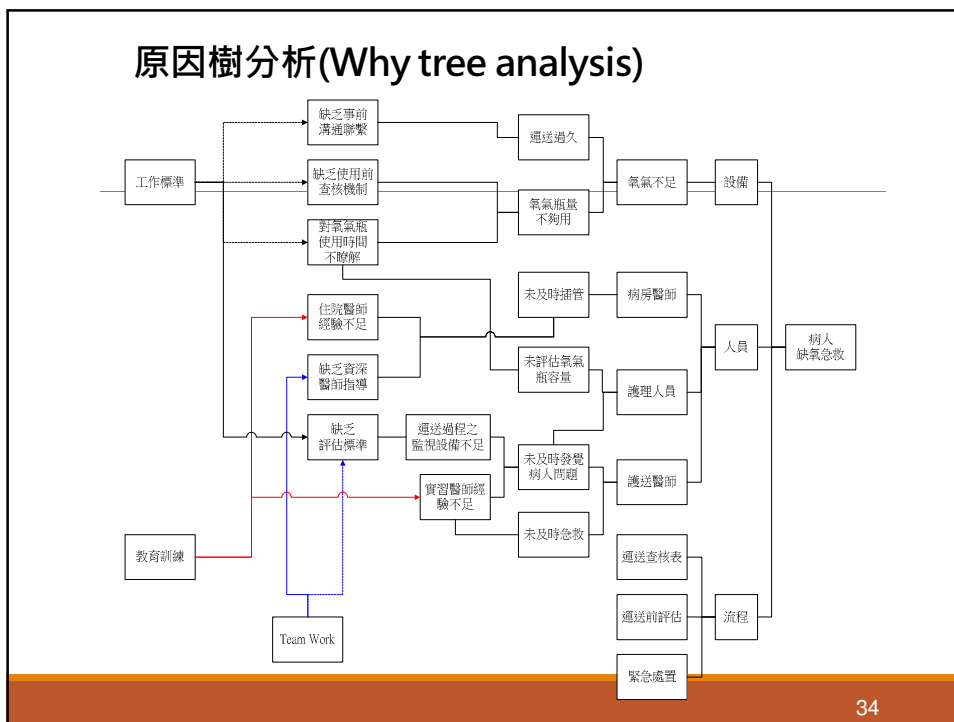
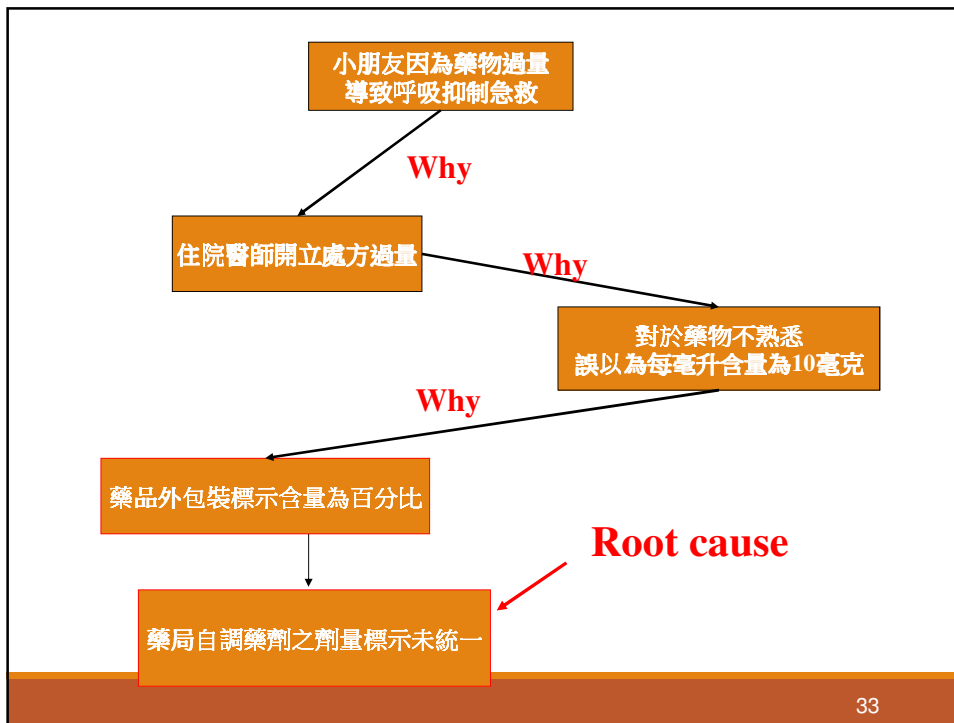


31

案例一

- 一名三歲幼童預接受心臟超音波檢查，因病童躁動故預先給予鎮靜麻醉藥物chloral hydrate syrup，住院醫師查詢藥典得知標準劑量25mg/kg，但因藥瓶外包裝僅標示10%，故認為10mg/ml開立醫囑為14ml，導致病人四肢發紺，嗜睡。
- 經事後詢問藥局確認chloral hydrate syrup為100 mg/ml。

32



根本原因分析 Step 4 -尋找改善方案與成效確認

35

發展解決方案之思維

- 針對根本原因來解決
- 符合人性的設計
- 讓錯誤不容易發生
- 一但發生錯誤，容易被發現
- 不正確的行為可被校正

“Telling people to be more careful doesn't work”

36

運用屏障避免失效

什麼是屏障？

A control measure designed to **prevent harm** to people, buildings, organizations, communities.

4. 執行動作(Human action): 三讀五對
3. 行政規範(Administrative): 覆核, 訓練
2. 硬體設備(Physical): 保護裝置, 材質, 資訊運用
1. 事情本質(Nature): 時間, 空間, 距離

37

設計及執行行動計畫

- F**ind a process to improve.
(尋找可改善的流程)
- O**rganize a team that knows the process.
(組織一個了解該流程的團隊)
- C**larify current knowledge of the process.
(闡明對該流程的認知)
- U**nderstand causes of process variation .
(了解該流程產生變數的原因)
- S**elect the process improvement.
(選擇改善流程)

38

設計及執行行動計畫

Plan the improvement and continued data collection.

擬訂改善計畫並進行持續性的資料收集

Do the improvement, data collection and analysis.

進行改善，繼續資料收集及分析

Check the results and lessons learned from the team effort.

檢查成果及由團隊中學習

Act to hold the gain and to continue to improve the process

建立措施以保持好的部分，並繼續做流程改善

撰寫分析結果報告

◆ 事件調查結果

- 事件之經過
- 結果或影響

◆ 分析結果

- 問題所在(須改善之流程)
- 近端原因
- 根本原因

◆ 建議(改善方案)

撰寫報告注意事項

- ◆ 報告之目的在於學習非處罰
 - 不要有可辨識之資料
- ◆ 標明撰寫日期及版本
- ◆ 儘可能用條列式
- ◆ 附上調查分析過程之重要圖表
- ◆ 擬定行動計畫書

執行RCA注意事項

- ◆ 確認事件進行RCA的必要性
- ◆ 謹慎選擇小組成員
- ◆ 選擇適當的輔助工具
- ◆ 以系統思考取代人為因素
- ◆ 用證據來說話
(多方蒐集實證資料，避免流於個人經驗)

您進行RCA是否有以下困擾?

- ◆ 誰該主導?如何避免究責?
- ◆ 缺乏SOP及人員訓練不足的出現頻率很高?
- ◆ 到底有無解決系統的問題,還是增加很多表單及稽核?
- ◆ 如何決定解決方案的實施?

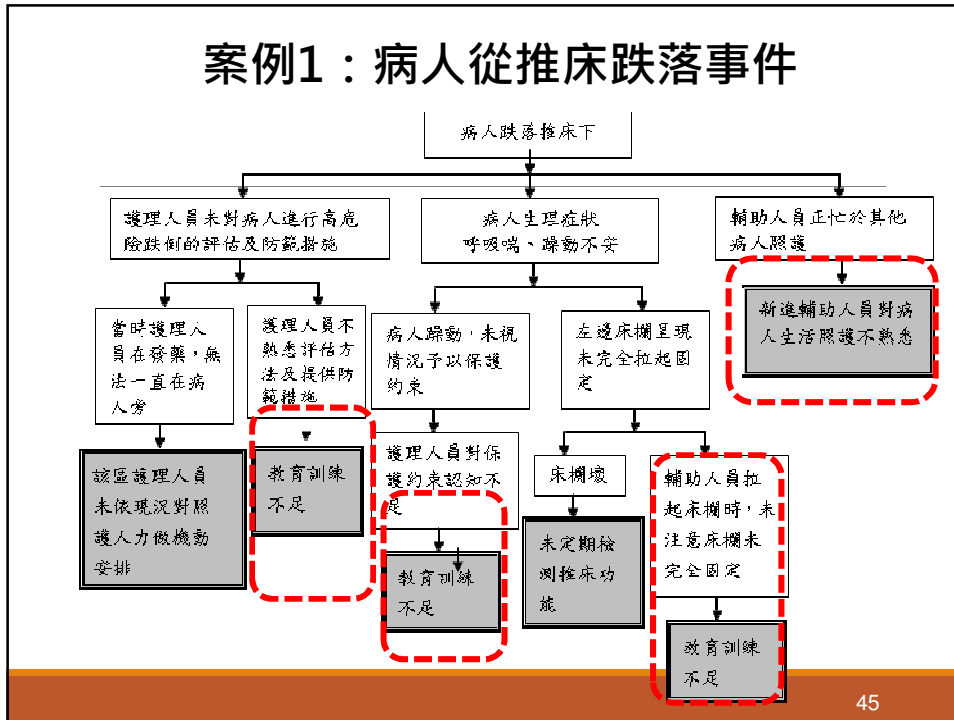
43

RCA常見的瓶頸 事件調查與問題確認

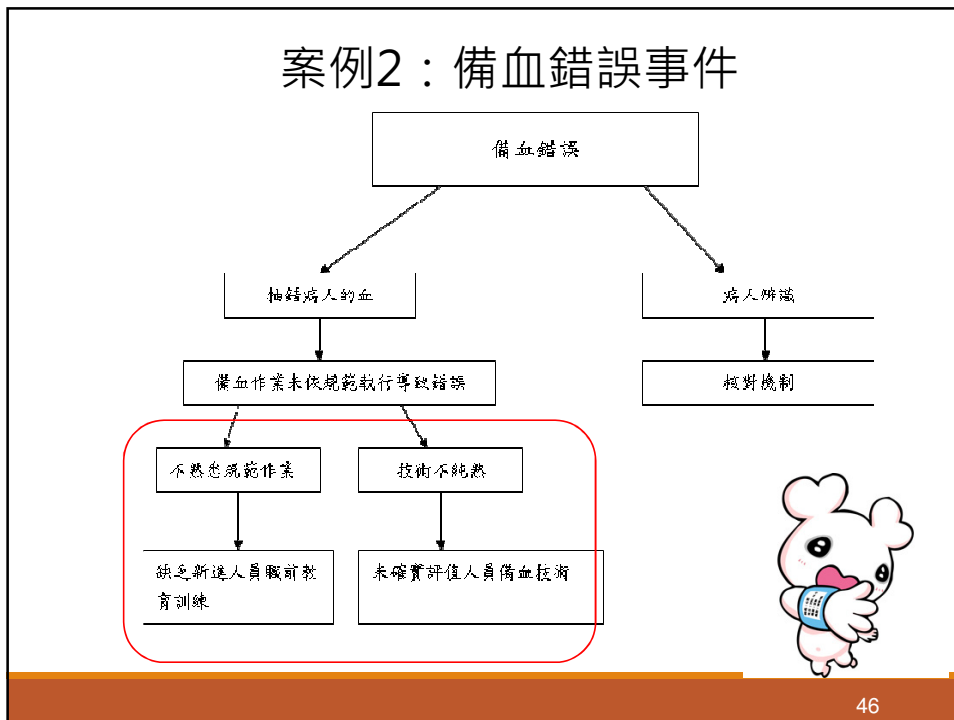
- 事後回溯性偏誤
- 缺乏事件調查與佐證資料
- 問的問題不夠
- 問題定義不完整
- 缺乏資源、支持，無法徹底調查
- 事件的根因過於粗淺，常以認知不足、技術不純熟作為根因

44

案例1：病人從推床跌落事件



案例2：備血錯誤事件



謝謝

